

公開可

委員名消去の記録

平成29年度
第2回新潟県後期高齢者医療懇談会
会 議 録

平成30年2月2日(金)

自治会館本館4階401会議室

【出席者】

区分	所属	役職名	氏名	備考
被保険者代表	新潟県老人クラブ連合会	副会長	山口 衛行	
	新潟県腎臓病患者友の会	会長	馬場 享	
保険医又は 保険薬剤師代表	新潟県医師会	副会長	吉沢 浩志	
	新潟県歯科医師会	会長	亀倉 陽一	
	新潟県薬剤師会	会長	山岸美恵子	
学識経験者 その他の有識者代表	新潟大学	名誉教授	國武 輝久	座長
被用者保険等その他の 医療保険者代表	全国健康保険協会新潟支部	企画総務部長	田中正行	
行政関係者	新潟県福祉保健部国保・福祉 指導課	課長	吉田 誠吾	
事務局		事務局長	野本 信雄	
		事務局次長	八木 明	
	業務課	課長	酒井 億	
	総務課 総務係	係長	滝澤 竜大	
	総務課 企画係	係長	荒木 千里	
	業務課 資格保険料係	係長	滝沢 明	
	業務課 医療給付係	係長	小松 浩之	
	総務課 企画係	主任	小林 正芳	
	総務課 企画係	主任	廣川 和孝	

1 開会

2 あいさつ

事務局

本日は、ご多用の中、第 2 回医療懇談会にご出席いただきまして大変ありがとうございます。開会に当たりまして、一言ご挨拶をさせていただきます。

昨年 11 月 14 日に第 1 回の医療懇談会を開催させていただきました。懇談事項として、「広域連合の現在の状況」「平成 28 年度の医療費について」「平成 30 年度・31 年度の保険料率の算定について」「第 3 次広域計画の策定について」「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）について」の 5 つの案件についてご議論をいただきました。本日は、そのなかの「平成 30 年度・31 年度の保険料率改定（案）について」と「第 2 期保健事業実施計画について」を改めて、ご議論いただきたいと思っております。

まず、一つ目の保険料率の改定案であります。前回ご説明させていただいたのちに、国からの最終的な各種基礎数値の提示があり、また診療報酬改定の数値も確定いたしました。また、医療給付費の見込み額や、急激な保険料率の引き上げを避けるための財源としての剰余金の金額や、県の基金から取り崩していただく金額なども確定したことから、最終的な数値をご報告するものであります。

当広域連合では、制度開始以降、現在まで、保険料率をずっと据え置いてまいりました。全国の広域連合の保険料率と比較しても、現在は一番低い料率であることは、皆様ご存知のことと思っております。このたびの見直しでは、高齢者負担率の引き上げや、1 人当たりの医療費の増加が予想されることから、保険料率の引き上げが必要と考えております。

二つ目の「第 2 期保健事業実施計画について」であります。前回ご提示した実施計画案について、その後、市町村の担当課との協議や、パブリックコメントでのご意見等を元に修正したものをご覧いただきます。

本日の説明では、第 1 期保健事業実施計画の策定時点から実施結果までを検証し、その反省点を踏まえて、第 2 期計画に反映させた点などを、前回の説明に加えさせていただきます。

ナショナルデータベース（NDB）などのビックデータを初めとする医療・健診データについては、保健事業の費用対効果の検証や、被保険者の疾病傾向の把握に大いに役立つものとして注目されております。

第 1 期の保健事業実施計画を策定する際にも、当広域連合では国保データベース（KDB）システムやその他の医療費データの活用方法について、「高齢者医療研究会」でご検討いただきました。報告書については、当広域連合のホームページに掲載させていただいておりますが、ご提案いただいた、大学研究者や民間分析機関などを活用した医療費分析を、現在実施しておるところであります。

これらのデータ分析の結果なども、このたびの第 2 期保健事業実施計画には利用しているところですので。

なお、「新潟県の後期高齢者の 1 人当たり医療費がなぜ全国一低いのか」という命題に関する分析も、併せて進めているところでもあります。

その他の議題といたしまして、前回の会議でご議論いただきました「保険料の滞納処分や短期証の発行」に関する事項も、引き続きご報告させていただきます。

後期高齢者医療制度を安定的かつ継続的に運営していくためには、健全な財政運営が必要となっております。収入としての保険料を適正に賦課・徴収することが基本であります。ご議論いただきます保険料の滞納処分などは重要な課題であると認識しております。

また、一方では医療費の適正化を図るため、重複・頻回受診や重複・多剤投薬の適正化を図るとともに、ジェネリック医薬品の普及促進など、直接的に医療費適正化に結びつく事業も重要であると考えています。

そして、被保険者の疾病予防や重症化予防を促すための各種保健事業への取組みは、長期的に見ても医療費の適正化に不可欠な事業であるとも認識しており、そのための事業実施計画も極めて重要であると考えます。

本日の懇談事項は、いずれも重要案件であると考えておりますので、委員の皆様には忌憚のないご意見を頂戴できれば幸いです。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

事務局

それでは、次第の3. 懇談事項に移らせていただきます。

ここからの進行は、國武座長よりお願いいたします。

3 懇談事項

(1) 平成30年度及び平成31年度の保険料率改定(案)について

座長

それでは、懇談事項に入らせていただきます。

「平成30年度及び平成31年度の保険料率改定(案)について」です。事務局から説明をお願いします。

※懇談事項(1)について、事務局から説明を行う。

座長

新潟県広域連合としまして初めての保険料率の改定で引き上げというのが原案でして、これまで一度も引き上げをしてこなかった。これは新潟県広域の自助努力の成果だと考えるべきなのか、他の原因があるのかということについては、これまでの懇談会でも色々と議論がございました。

研究会のほうでも議論をしまして、データ解析を通じて、新潟県内の特異な社会経済的な環境要因が影響しているのか、それとも一般的な医療サービスを巡る受給行動に新潟県特有のゆがみと考えるのか、あるいはそれなりにサービスが効率的に配分されていると考えるのか微妙な問題がありますが、これについて検討していただくということで、医療のビックデータについては、県のほうでも検討しておりまして、国のほうでも色々と活用しようと議論が行われているところです。新潟県広域でも検討していくというお話を、局長からあいさつございました。

これら含めまして、今回の保険料率の改定につきまして、初めてプラスの保険料率の改定という原案が出ており、ご意見を伺いたいと思いますがいかがでしょうか。

委員

今お話しいただいた内容と、座長の解説をお聞きして、また被保険者の立場でもそれなりの議論をさせていただいて、前回も私から質問させていただいたように、全体的に詰める問題と滞納者の対応とか、剰余金、安定化基金これらを投入して45億円、その上に立って全体像の中での、この弱者の軽減措置を考慮しますと、本来ならば1円たりとも値上げは避けたいところですけど、大勢としてはやむを得ないというのが、私たちの立場として、とりまとまっているところであります。

座長

まず、国保の状況等をご勘案の上、後期高齢者の保険料率の改定について、ご意見いただければと思います。

委員

制度的には国保と直接リンクする訳ではないので、それぞれの保険制度においての、支出、収入の見込みを出して、適正な負担をしていただくのが重要なので、国保の関係ということでは中々説明はし辛いところですけども、説明ありましたとおり、現行の保険料率では約18億の不足が見込まれるというお話がございましたけど、今回の国から示されました保険料の高齢者負担率の増加、0.19ですね、そうしますと医療給付費が5,000億規模ですから、大体10億弱保険料で賄う部分が増えますというのが一つ。

保険料抑制のための財源が前回と比べますと、剰余金で約10億、基金で1億減ります。そうしますと大体20億不足するだろうということを考えますと、今回広域連合で出された約18億の不足分について、保険料で賄うというのはある程度妥当性もあるし、数値としても適正なのではないかと考えます。

座長

ついでに、国保につきまして県のほうに移管されて、県のほうでもこの保険料率について議論されているのではないかと思います。特に保険料の徴収に関わって、広域連合でも議論を行っているところであります。

現在の収納率、今後の収入の見込み等を含めて、どのような検討をされているのか、お伺いしたい。

委員

国保制度についてお話しさせていただきますが、国保制度自体は、今回創設以来の大改革というお話がありますが、実際のところは、県が保険者に加わって、県全体の財政を管理していきましようということで、これは市町村が個々に払っていたものを一旦県でプールして、それぞれの市町村に対して、納付金という形でお金を出していただくというものです。

ただ実際としては、保険料の賦課徴収については従来どおり市町村が行いますので、市町村に対する納付金の算定にあたっては、市町村ごとの医療費水準ですとか所得水準といった一定の数値を基に負担をしていただく、いわゆる拠出金を出していただくというシステムに代わるというもので、実際、これまでの市町村においては、自分たちのところでかかった医療費を自分たちの

中だけで負担するという形をとっていましたが、実はその中には、共同安定化事業というものが、一定割合をプールして、それを負担しあうという制度もございましたので、それほど大きく変わるものではないのです。

逆に、今回の制度改革の大きな目玉として、総額で3,400億円の国による公費拡充がございませぬ。その額が、結果的に財政基盤の安定化につながる形になりまして、今回の算定に当たっては、保険料率、若干上がる場所もありますが、上がる場所に対しては、激変緩和措置をいたしまし、公費拡充によって、下がる場所も出てくるというのが県としての今の状態であります。

ただ、実際の賦課徴収するのは、従前どおり市町村が自分たちのところの将来的な負担などを考慮しながら、判断していただくことになるものなので、大きく変わるというより、公費拡充による安定化というのが強く出るのかと考えております。

また、収納率ですけれども、後期高齢の場合は、主に年金からの徴収がありますので、かなり徴収率は高いですが、国保におきましては、必ずしも特定の所から、口座引き落としとは限りませんから、市町村によっては、収納率が高い所、低い所がございませぬ。

ただ一般的に言えるのは、規模の小さい市町村ほど収納率は高い状況であります。

新潟県におきましては、全国に比較すればかなり徴収率は高いです。

委員

私としては、この案についてはやむを得ないのかと思っております。

協会けんぽ自体、保険料率は各都道府県ごとに決まっております、実際、新潟県支部が一番低い保険料率となっております。

30年度保険料率も近々厚労省から認可が下りて、また一番低い予定となっております。その結果、一番高い九州の佐賀県とは、かなりの差が出てきている状況でございます。

実際、新潟支部の加入者の方々も、低い要因は何かというところで見ますと、医療費は後期高齢のほうは全国で一番低いと聞いておりますけど、協会けんぽの加入者に例えれば、全国で少ないほうから15番目くらいです。

単純に医療費が低くて、保険料率が低いというものではないです。そこに新潟は年齢の高い層の加入者、いわゆる協会けんぽに加入して働いている方が多いという実態があります。それに加えて、収入が低い方が多いということで、この二つを調整した上でみると、保険料率が一番低いという形になってしまう。

単純に医療費が一番低いのであれば、それだけである程度今後も低い状態は続くのであろうと思うのですが、医療費としては、新潟が一番低いという実態がございませぬので、今回こういった試算の中身からすると、被保険者の伸び率の見込みは、後期高齢者については、私としては大きいのかなと思っております。

今のところ、協会けんぽの加入者は、他の被用者保険と違いまして、伸びている。それは、保険料率の問題もありますし、健保組合さんの高い保険料率もそうですし、いわゆる高齢者への拠出金というところが4割を超えている状況になっている。それが厳しいということで、私ども協会けんぽのほうに鞍替えという状況になっていることもございませぬ。

今のところ、しばらくの間私どものほうでも、加入者が増えていく見込みだという計算をして、中長期で今後どのように医療費が伸びていくのか、いわゆる加入者が減る増えるというところを見ながら、今まではその辺は不透明でありましたが、来年度以降、2025年を見据えて中長期で考

えようというのが今回正式に示された。

今回初めて引き上げと聞きましたので、これからも加入者が増えていく中では、伸びていく傾向にはある。協会けんぽの試算でも、10%で維持したとしても5年過ぎると段々上がっていくということについて、今検討しているところです。それに備えて、データヘルス計画などで対応していこうと考えております。

座長

新潟県は医療費レベルで見ると全国一低いですが、保険料率で見ると43~44位であったかと。協会けんぽと少し質的な違いがあるのかと。それでも低いという意味では全国平均と比べると、協会けんぽと広域連合は特殊的なのかと。国保は真ん中くらいと思うのですが。

この状況というのはどう考えたらいいのか。新潟県の特性なのか、それぞれの保険者としてどのような見方をしておられるのか。

委員

国保の全国比較では、国保は年齢構成が違っており、本県の年齢構成を全国的にならすと、真ん中より下のほうにいく。高齢化している地域は、1人あたりは高い傾向が出ます。28位くらいだったかと思う。年齢調整をかけると30位か。一律に語れないところです。

新潟県の場合ですと介護と医療のバランスがあるかと思うので、一概に医療費だけで語れないところもあるかと思えます。

座長

協会けんぽと後期が全国的にみて新潟県がなぜ低いのかということについて、協会けんぽがこんなに低いと思っていなかったのも、もしこういった特性があったらお聞きしたいのですが。

委員

医療費については、佐賀県と比べると医療資源の違いがあるのではないかと。医者に雇いやすい環境にあります。新潟県は郡部のほうではそういう環境ではないというのが要因ではないかと。

加入者は新潟の場合ですと、年齢の高い方が多いということで、年齢調整がかけられるという話をしましたが、その結果、医療費などは本来であれば若い世代よりは多くなっていくと思うが、思ったほど病院に雇っていない。正直明確なところはつかめていません。

ただし、今どこも、重症化予防の取り組みで、受診するような話をしたりしているが、中々病院に雇らない傾向があるのかと。医療資源が少ないことに加えて、協会けんぽの加入者が10名以下の事業所も7割占めていますので、医療機関に雇りにくい環境もあるのではないかと。例えば、休んで病院に行くことができないなど、行きにくい環境があるのではないかと。

実際、重症化予防ということでアプローチしても、本人の情報なので会社のほうに話をしてもいいかといった時に、本人が困ると思っていたら逆で、重症化の人ほど悩んでいる。病院に行きたいけど行けないという環境もあるのではないかと。そういう人たちは今、会社の人たちに言ってほしいという方が多いので、そのような働きがけをして、なるべく早いうちに受診してもらうよう取り組みを進めております。

医療費が少ないのはいいが、適正な受診をされているのかということと、新潟は保険料率に

影響している部分はあるかと思いますが。本来であればもう少し医療費がかかって、その分保険料率が高くなる図式ではないかと考えます。

委員

診療報酬の改定は具体的な数値が出ておりませんが、決して上がるとは思っていませんし、薬価が1,800億円に下がるとなると、薬局に関しては、患者さん負担は同じ薬を使っていれば減っていく。という中で、保険料が上がることに限っては、患者さんに対して、私たちとしては心苦しいところがあります。そして、剰余金が前回よりも10億円減るということで、その辺のところからこれだけの値上げということを出てきていると思います。

医療費の問題が色々出てきておりましたが、たしかに医療費は全国最低で、介護費用に関しては真ん中あたり、というのと合せて、要介護の状態は、最初の認定時に新潟県は高くなっていくというところから、やはり県民性からして、相当我慢をしている。それと、10人以下の事業所が7割という協会けんぽの構成の中で、やはり雇りにくさとか、生活実態とか、厳しいのだらうと感じています。

資料の収入別の欄を見ると、年金で80万というところは相当厳しい生活があると思っています。月額8円という解釈をすればそんなもんかと。そういう状況の中で、一定の剰余金を持ちながら、そして必要ならば上げるというような形で対応していかざるを得ない現状の中で、80万とか150万とかは、かなり厳しいという思いがあります。

そういう意味では、決して据え置きだって悪くはないという思いで見させてもらいました。たしかに剰余金は減りますが、全体的にはしょうがない。でも、この人たちの生活実態というのは、相当な厳しさの中にあると思いますので、医療費が最低の新潟県、そして、医療の供給体制が貧困なんだと思います。

生活が厳しい、年金が低い人たちのところまで皆同じだし、滞納者もいますが、この人たちの生活実態を考えますと、全て一律に考えなくともいいのかなと思いました。

座長

被保険者の代表からも意見をいただきたいのですが。

委員

引き上げに関しては反対です。立派なデータが出ており、家で目を通しましたが、数値というものが、高齢になりますと、頭の中に入って入らないような状態です。

そうしますと、この数字をどのようにとらえるかといいますと、平均寿命を延ばすにはどうしていけばいいのかと。平均寿命が延びて元気な高齢者ができれば、当然医療費が下がってくる。各市町村におきましては、まずは健康診断を自らやっとうと、そして早期発見していかなければならないと。そして医療費をかけないようにすれば、自ずから私たちの介護保険も下がっていく。これが現実かと思いますが。

老人クラブとしましては、日々こうした活動をしております。ですから、あくまでもこの数字を追って行って、行政の皆さんがきちんとしたものを作っていただくのはありがたいが、これ以上に上げてもらいたくない。上げないためにということは、日々、サロンを通しながら、高齢者が集いますと、話が色々出てまいります。

老人クラブとして、まずはそういう活動をして医療費を上げないようにしていこうとしております。

委員

今までおっしゃっていただいたのは大前提です。その中においてきちっと維持する立場になると、この辺はやむを得ないのかと思います。

現状を考えると、委員がおっしゃったように低所得の方は生活が大変だというのは実感しております。基本的には上げてもらいたくないが、しっかり維持していくためにどう考えるかという考え方の中から体制があると理解していただきたいと思います。

座長

できれば引き上げてもらいたくはないが、今回の改定はやむを得ない選択であろうというご意見でありました。

医療制度そのもの自体が、公費5割、若年世代からの支援金を含めて9割までが、高齢者の世代内での助け合いの制度ではなく、世代外からの支援を様々受けた上で整備している制度であります。

この点をご勘案いただきますと、やはり自助努力として保険料の引き上げに伴って、後期高齢者自身の負担割合も、料率も引き上げていかざるを得ないといけないということをご理解いただいて、原案をご承認いただきたいと思いますが、ご了解いただいたということによろしゅうございますか。

懇談事項1についてはご了解いただいたということで先に進めさせていただきます。

(2) 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）について

座長

それでは懇談事項(2)につきまして、第2期の保健事業実施計画について事務局より説明お願いいたします。

※懇談事項(2)について、事務局から説明を行う。

座長

第1期をどのように総括するか、その上で第2期に第1期でのPDCAサイクルの成果をどのように反映していくかということについて、資料により説明いただきました。

質問、ご意見をいただきたいと思います。

委員

保険者インセンティブで一番高いところとの交付金の違いはどのくらいでしょうか。

事務局

新潟県は平成28年度47点で、全国で14番目でした。国からは1,880万円の交付がございました。

一位と他県との比較は把握しておりません。国で定めた条件の中で、広域連合で実施した取組みについて点数配分がされております。

委員

どのようにインセンティブが付けられるのか分からなかったのでお聞きしました。

委員

関連で、29年度が63点ということで、どの辺の事業が伸びたのかお聞きしたい。

事務局

確認させていただきます。

座長

関連で、このインセンティブは、厚生労働省の中なのか、外部の評価機関なのか、つまり第三者評価なのか、更に評価基準は何を使って評価しておられるのか。財政的な仕組みで推進しようとしている。28年度で出ているが、27,28,29年の通算でおそらく第1期の評価が出てくるのではないかと。PDCAで考えれば、新潟の広域において自己評価というのがそもそもあるのか。つまり、第1期の成果について、自らどのように判断したのか。それに関わって、第三者評価とのズレがあるのかどうか。これを含めて第2期にどのような形で活かされているのか。これについて総括的に説明いただきたいのですが。

事務局

インセンティブに関しては、かなり細かい事業別になっており、事業別でも、何をやっている、それを誰とやっている、どういう相談をやっている、その評価をしているのかどうかなど、個々の項目があって、それを1点ずつ重ねていく自己評価です。

第三者評価ではありません。各自治体、保険者がその項目別に自己採点をして点数加算しています。その配点を重ねて自己評価することによって、新潟県は47点ですという評価を国に上げます。国も書類を確認しヒアリングを行い、それが妥当であれば47点分のご褒美を出す。1,880万と申し上げましたが、点数ごとに配分したお金ですが、国が当初予算立てしていた予算の半分にも行かなかったと思います。今回は経費を4倍くらいに増やしたと思いますが、点数を合計したもので割り返して、予算総額を分けるようにしますと、配分方式を今回変えることとしました。なので各保険者への配当分もかなり増えると思います。

評価は単年度になります。評価項目も少しずつ変えており、高齢者特有の疾病に対する取り組みなども評価に加えるなど、評価方法も少しずつ変わってきております。

座長

データヘルス計画は国保や協会けんぽ等ほかでもやっておられるが、同じような仕組みで国が評価し、かつ、財政的な支援の仕組みがあるのでしょうか。

事務局

インセンティブ事業はその項目の中に、作成しているかどうか、評価しているかどうかなどの項目がある。やっていることによって加点がされる。

データヘルス自体をきちっとやっているかの評価はまた別の基準で、厚労省は評価しています。

座長

これは自己評価であると、客観的な第三者評価の仕組みは入っていない形で、財政的な支援もないのですね。とすると、どのように考えるべきか。他の保険者も同じような形での評価の仕組みを受けておられるのですか。

委員

国保に関しますと、半分は保険料、半分は公費、その内訳として、9%が調整交付金、32%が負担金、41%は国からいただいて、県から調整交付金9%というのが大きな流れになっております。

この国の調整交付金9%のうち、普通調整交付金と特別調整交付金というのがあり、交付税でいいますと、普通交付税と特別交付税になります。この特別調整交付金の中に、インセンティブの算定が入っています。

データヘルス計画だけではないのですが、自己評価には基準がありまして、報告するのは自己評価ですが、それが基準をクリアしているかどうかは厚労省のほうでチェックしていますので、自己評価を基に厚労省がチェックして、最終的に点数が出されます。

金額は違いまして、特別調整交付金の額について、国保ですと全国ベースで平成28年度は150億。最終的に平成30年度以降は、市町村分で500億、都道府県分で500億の1,000億円をインセンティブに充てております。

ちなみに日報に新潟県の保険者インセンティブの配分額が、1人当たりで見たとき全国一位ですという記事が出ておりました。

県の場合は、県の調整交付金の1%をインセンティブの形で市町村に割り振りしてきました。これは他県にない例でして、そういう意味では各市町村が県の調整交付金をもらうために色々事業をやってきた。市町村が以前からインセンティブを働かせてきたし、また関係機関の努力、連携がうまくいっているの、今回のチェック項目で連携が取れているのかとか、ジェネリックでどのような対応をされているのか、多岐にわたるところで高評価が得られたものと考えております。

委員

私どもは、この制度については来年度から始めます。中身的には、協会けんぽの中で差をつける。現在基本的には、健診、保健指導といったところを中心に5項目で、一つだけジェネリックの使用割合が項目となっております。

データヘルス計画の関連では、広くは関係しますが、全くリンクしているものではないです。

委員

このデータヘルス計画は、各保険者が作らなければいけないという計画になっているんです。

資料ナンバーの2-1の11ページをご覧ください。

各市町村は、データヘルス計画を立てておりますが、国保連合会の中に市町村が計画を立てる時の支援、見直しをかけていって、評価をどうするかという支援評価委員会というのが国保連合会の中にあります。

計画の立案から、今第2期の計画を着手しておる市町村もございますが、大きいところはかなり進んできております。決めた様式を、市町村に提示しまして、その様式を埋めていただくような形で連合会に持ってきていただいて、メンバー5人おりますが、そのメンバーで、連合会の事務局と専任者とともに、計画の進捗状況等を確認しながら進められております。

KDBデータを有効に使っていただきたいということと、協会けんぽの方々にはナショナルデータベースを基にした計画を立てていただきたい。

国のガイドラインも新たなものができてきているので、これに沿って各保険者が取り組んでいる事業であります。

座長

補足的な説明をいただきました。自己評価というよりも国保連のほうの支援評価委員会のほうでチェックした形で、これも第三者評価といえるのかどうか。

委員

評価はしません。アウトカム、アウトプットとかの目標の立て方が良いかのチェックをするのが支援評価委員会になります。

座長

28年度と29年度の自己評価について追加されているのは。

事務局

インセンティブについて、昨年が47点、今回63点ということで、項目については保険者共通の部分と後期高齢者固有の評価で点数配分されております。主には健康診査を実施しているかどうか、取り組みをしている市町村数、重症化予防の取り組み、関係機関との連携の有無などを総合的に報告し点数化しております。

今回加点がされた大きな点として、地域包括ケア推進の取り組みに関連して低栄養の相談事業を実施し、こちらについては新潟市との共同事業の形で協定を結んで対象者への相談、支援の事業に取り組んでいる部分などが今回追加されているところです。

事務局

今ほど議論されているデータヘルス計画についてですが、保険者インセンティブ事業とは若干切り離して考えていただきたいと思います。

データヘルス計画自体は、各保険者が、保健事業をどのように取り組んでいくかという一つの指標を作るというものなので、国のほうで、計画の手引きを作り、計画の方向性を示しておいて、各保険者がある程度のオリジナリティを入れながら作っており、新潟の場合、県内の国保、後期の部分に関しては、そこで色々アドバイスをいただきながら作っているというのがデータヘルス

計画になります。

このデータヘルス計画も国のほうで、判定基準を持っているのですが、データヘルス計画の手引きの後ろのほうに、このような項目が盛り込まれているかというチェック表があります。そのチェック表で、全て盛り込まれていればよし、足りなければ必要なことなどをチェックしていくという仕組みです。

それとは別に、その計画に基づいて、保健事業をきちっと進めているところにご褒美をあげましょうというのが、インセンティブ事業なので、全く別のものではないのですが、若干性質が違うものであるとご理解をいただきたいと思います。

座長

事務局から補足的な説明をいただきまして、必ずしもデータヘルス計画の本体の評価ではないということですが、他にご意見等ございますか。

委員

一つだけ確認ですが、私どもも同じようなことを考えておりますし、最後のインセンティブのところで気になったのが、評価項目で医療費通知のところ、新潟はないように見えます。やっつけば5点がつくと思うが、来年度変更とかあるのかどうか。今の段階でいうと、確定申告の医療費控除にそれをつければ申告できるように変わったかと思うのですが、変更があるようであれば教えてください。

事務局

医療費通知ですが、新潟広域では29年度7月から実施をしました。これからの反映ということで、少し遅れた形となりましたが、来年度以降反映されることとなります。

座長

第2期は6年間と長期に渡る計画となっており、これが、6年間新潟広域の事業の柱になるわけで、この点についてご意見等ございますか。

委員

真ん中の時点で見直しがあるので6年間縛られるわけではございません。3年後に見直しをします。

座長

見直しがあるのでそれでよいということですか。見直しがあるので現在の時点で議論する必要はないということ。

委員

計画は立てましたけれど、逐次見直していくのがこの計画です。現時点では議論の必要はないです。

事務局

今の委員からのお話ですが、もちろん各年度ごとに事業の評価をしていくということで、それを次年度の事業として反映し、計画全体としては、3年経過した時点で、抜本的な見直しが必要であれば見直しを行いますし、修正が必要であれば修正を入れていくということは必要と考えております。

一応、3年一区切りで、今としては長期計画で6年間の計画を提案しております。

座長

同じようにデータヘルス計画を作っておられる委員は何かご意見ございますか。

委員

30年度から県も財政運営主体として参画しますが、現在のデータヘルス計画自体は、個々の市町村が作るものなので、具体的なところは把握しておりませんが、計画自体は国保においては29年度で30市町村全部作ってますし、先ほど委員から話があったように、中身については随時議論しながら効果のあるよう実践をしていくことと認識しております。

委員

私どもも、今まさに第2期作成中のございまして、先ほどの説明ですと、検証結果を踏まえて反映されているということで拝見させていただきましたが、そのような形で見直しを考えていけばよろしいのかと思います。

委員

前回も要望させていただいたのですが、今回大目標2の加齢に伴う心身機能の低下防止ということで、39ページに歯科の27年度9市町村で、28年度11市町村なので、全県下でできれば。アウトプットの目標で市町村数の増加はありますが、早めに市町村数を増加してもらいたいの一点と、28年度の受診率を見ると柏崎が3%、新発田が18%と受診率があまりにも違うので、できれば検証していただき受診率増加を考えていただければありがたいと考えております。

事務局

ごもつとものございまして、一番大口の新潟市を始めとして、毎回県内の課長会議で予算取りをしてくださいとお願いをしているのですが、一番ネックは財源で、国が示す補助基準では中々やっていけない、あるいは市町村が持ち出す経費が出てくるということで、財務のほうに通りにくいという話も聞いております。

新潟市も来年度に向かって予算要求していただいたのですが、財源不足等でできなくなりました。他の県内の市町村に対してもお願いはしておりますので、少しずつ増えていくことと思いません。健診率の検証につきましては、宿題とさせていただきたいと考えております。

座長

それでは、本日の懇談事項の(2)につきましてはこれで終了させていただきます。

4 その他

座長

その他になりますが、事務局より説明をお願いします。

※その他として、「保険料の滞納処分や短期証の発行」に関する事項について、事務局から説明を行う。

座長

はい、ありがとうございました。

前回の懇談会の宿題について、事務局から新しいご説明をいただきました。

ご意見、ご質問等ございますか。

委員

これからの方針をしっかりと立てていただいて、本当に大変なことだというふうに思います。たしかに、県のレベルですと、本当に直に接している市町村の方が、その人の生活実態も分かる中で、きめ細かい対応をしていくしかないと思います。

例えば患者さんからの未収金があります。そうすると、その人の生活実態をある程度把握してお願いしないと決して払っていただけない。そうすると、それなりに薬が多くなると今度はお仕事ができないとかという問題があります。

特にここでは、やはり、一番最低限の年金の方たちがほとんどを占めている中で、生活そのものも大変だろうしということからすると、本当に時間はかかるけれども、そこで分割も含めてその人の生活実態に合わせて、本当に市町村が大変になるけれどやってもらうしかない、というのが現実だと思います。

もちろん、公平性は必要だから、こういうかたちで決められたら払うべきものは払わなければいけないのですけれど、やはり立てていただいた計画の中で、本当にきめ細かく対応していただくしかないのではないかと思います。

座長

はい、ありがとうございました。

他にどなたかございませんか。

国保のほうでおそらく一番対策なさっておられると思います。後期のほうは、実は収納率が非常に高く、99.6%でしたか。高いのですが、国保のほうは相当収納率が下がっていると聞いております。現在どのような対策をご検討されているか、ちょっと伺っておきたいと思います。

委員

国保は、たしかに低いところは90%割っているような市町村もあります。

基本的には、市のほうで具体的にその被保険者に対してどういうアプローチをするかということにかかっていますので、県としてはやはり税とか保険料の負担の公平性という点からは、やはりきっちりとコンタクトを取って、今ほどお話がありましたように、支払える方法、例えば分割するとかそういったやり方で徴収していただきたいと、お話はさせていただいているのですけれ

ども、やはり実態としては、各市町村のほうでやはり困っている人からは取れませんということで、今回短期証まで出てきましたけれども、短期証の発行を本来すべき基準に該当していると思われまますよ、というところでの発行をしていないというのもあって、一律に県のほうで処分してくれという話はなかなかできないところがあります。

また、県のほうで審査会を持ってまして、やはり滞納処分を一方的にやられたとかの苦情は結構まいります。

滞納は処分しなければなりません。義務なので。徴収側からすると、例えば新潟市さんが最近きっちりやられているみたいで、苦情がいっぱいきています。滞納処分が義務なので、その滞納処分自体に入るときは事前通告というのは必ずしも必要ではないのですが、やはりやり方によっては、滞納処分しますよといっていきなりあるとき急に入って差し押さえられたとかはトラブルになるので、そこらへんは地域に密着されている市町村の皆さんの側でよく住民、被保険者の方とコミュニケーションを取りながらトラブルなく、できればちゃんと収納していただきたいという、ちょっとまだ県としては杓子定規の部分とですね、あと市町村にぜひともよろしく願いますという二つの部分でしか今やっております。平成 30 年度以降になりましたら、今度は県の意向ということではなくて、その 30 市町村がみんな支えあう仕組みになりますから、市町村単独の判断というのもあるのでしょうか、やはり 30 市町村及び県の方向としてそういった適正な負担をお願いしたいと、今一度頑張っていたきたいという方向になるのではないかなというふうに思っております。

座長

はい、ありがとうございます。

ただ今、県のほうで国保の財政的な主体として、今後どのように取り組んでいくかという過程の中で、保険料の徴収を含めて色々ご検討ご苦労いただいている。同じ問題をやはりこれから後期に、国保の前期の方々が入ってくるときに、保険料の滞納というのをやはり問題を引きずったかたちで世代が代わってきますと、国保の保険料と後期の保険料、相当差がございまして、後期の方の本当に支え手である若年世代が、最終的に後期のこの世代間の支えあいという仕組みに合意しつつ、将来に向けて持続可能な制度として維持できるような仕組みというのを、それぞれの保険者が構えていかなければいけないのではないかとということで、私なりに問題提起をさせていただいたわけでございます。

特に、後期につきましては、新潟の短期保険証の発行の比率が全国対比でだいたい 1 割ちょっとしかない。なぜこれだけ少ないのだろうかというのが、個別の市町村の窓口での判断に委ねられている結果としても、ただ、全国と新潟とでなぜこれだけの差ができるのかということについて実は一番私が伺いたかったところです。事務局の今日のご説明でも、どこで全国との差が出ているのかというところは、ご説明いただけなかったような気がします。

これらを含めて、今後やはり保険料を納めない方々、フリーライダーが拡大いたしますと、この仕組みそれ自体が存立不能な事態、いずれ 2025 年に危機がくるといわれております。おそらくそれ以降も含めて日本の高齢化というのはもっと進むわけでございまして、医療に関して一番その財政的な将来負担の問題をクリアにしなければいけない最重要課題ではないかということ、これは現在の政権でも色々議論が行われているところでございます。その点を含めて、今後とも事務局の方で、よろしくご検討のほどお願いしたいと思います。

それでは、どうもありがとうございました。本日、「その他」の議題を含めまして全ての懇談事項は終わらせていただきます。少し時間がオーバーしましたが、お付き合いいただきましてありがとうございました。

これにて司会を終わらせていただきます。どうも長々のご議論、貴重なご議論ありがとうございました。

事務局

大変ありがとうございました。

先ほどちょっと話題になりましたので、インセンティブについて、参考までにもう少しご説明したいと思います。

採点項目については、一つ一つにもう少し詳しい条件が入ってまして、例えば健診で受診したのが何人いるよという点でも、その健診によりお医者さんに行かなければいけないという方の保健指導をきちっとやっていますか、それをフォローしていますかというような、そういう条件までついて、それをやって初めて1点がつく、2点がつくとかいうかたちになるわけです。

そのように個々の項目に点数をつけ、この結果を厚労省のほうにお出しをして、インセンティブの補助金を出していただくという、こんな感じです。

座長

事務局から、補足としてご説明いただきました。そうするとやはり伺いたくなるのが、国保連での支援、委員会と国のほうの審査といいますか、インセンティブ経費の支出の組み合わせはどうなっているのだろうと。

事務局

全く別です。

これ、インセンティブについては、厚労省がこの採点によって厚労省の本課のほうで評価するというだけの話なのです。

先ほど委員が仰ったのは、計画のほうですね。データヘルス計画を作るにあたっての部分で、国保中央会さん、国保連合会さんのほうが中心となって、各市町村の国保、それから後期の支援をしているという。

座長

採点表は。

事務局

それは、そこで評価するのではないです。

座長

支援委員会に入らない。

事務局

それは入りません。全くそれは別ルートなので。
ですから、向こうはデータヘルスの話、こちらはインセンティブの話なので。
申し訳ありません。

座長

わかりました。
それではそんなことでよろしく願いいたします。

5 閉会

事務局

ありがとうございました。
國武座長、進行役、大変ありがとうございました。
委員の皆様におかれましても、長時間にわたりご懇談をいただきまして、たくさんのご意見を
いただいて大変ありがとうございました。いただいた意見を参考に、われわれも事務を進めてい
きたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。
それでは、本日は、長時間にわたり、ありがとうございました。
以上をもちまして閉会とさせていただきます。