

令和2年度 第1回長野県国民健康保険運営協議会 議事録

○日 時：令和2年11月25日（水）10：00～12：00

○場 所：JA長野県ビル12階12D会議室

○出席委員：

【交益を代表する委員】

増原宏明（国立大学法人信州大学経法学部准教授）

宮崎紀枝（公立大学法人長野県立大学グローバルマネジメント学部教授）

大井基弘（長野県弁護士会）

【被保険者を代表する委員】

下條葉子（池田町国保運営協議会委員）

北澤万里子（長野県在宅看護職信濃の会）

【保険医または保険薬剤師を代表する委員】

大滝祐吉（一般財団法人長野県歯科医師会副会長）

藤澤裕子（一般財団法人長野県薬剤師会副会長）

【被用者保険等保険者を代表する委員】

奥村誠二（健康保険組合連合会長野連合会事務局長）

清水昭（全国健康保険協会長野支部長）

（欠席委員）

【被保険者を代表する委員】

小松はま江（長野県商工会連合会女性部連合会理事）

【保険医または保険薬剤師を代表する委員】

若林透（一般社団法人長野県医師会総務理事）

○会議事項

（1）長野県国保運営方針の改定について

国保料（税）水準の統一について

（2）令和元年度長野県国民健康保険特別会計の決算見込みについて

（3）令和2年度国民健康保険料（税）率等の状況について

（4）令和2年度に長野県が実施する保健事業について

（5）令和3年度国民健康保険事業費納付金の算定について

（6）その他

## ○開会

(上島補佐)

定刻となりましたので、ただ今から、令和2年度第1回の長野県国民健康保険運営協議会を開催いたします。

本日の司会進行を務めさせていただきます国民健康保険室の上島と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

## ○定足数報告

(上島補佐)

始めに委員の皆さまの出席状況を報告させていただきます。本日、ご都合によりまして若林委員と、小松委員の2名からご欠席の連絡をいただいておりますのでご報告を申し上げます。

これによりまして、本日の協議会は委員数11名に対して出席9名で過半数の出席となりますので、「長野県国民健康保険運営協議会運営要綱」第5条の規定によりまして、会議が成立しておりますことをご報告申し上げます。

事務局につきましては、お手元の出席者名簿のとおりでございます。

## ○資料確認

(上島補佐)

続きまして、本日の会議資料の確認をさせていただきます。事前にお送りさせていただいているものでございますけれども

- ・ 次第、裏面に出席者名簿
- ・ 運営協議会の運営要綱
- ・ 配席図
- ・ 【資料1】長野県国保運営方針の改定について
- ・ 【資料2】国保料(税)水準の統一について
- ・ 【資料3】令和元年度長野県国民健康保険特別決算見込みについて
- ・ 【資料4】令和2年度国民健康保険料(税)率等の状況について
- ・ 【資料5】令和2年度に長野県が実施する保健事業について
- ・ 【資料6】令和3年度国民健康保険事業費納付金の算定について

以上でございます。

不足等がございましたら事務局にお申し出いただければと思います。

## ○あいさつ

それでは議事に入ります前に、長野県健康福祉部長の土屋よりご挨拶を申し上げます。

土屋健康福祉部長

<あいさつ>

○議事

(上島補佐)

ありがとうございました。それでは、これから議事に移ります。

本日の議題は、次第に記載のとおり6件の会議事項がございます。

本日の会議の状況につきましては、公表されることとなりますのであらかじめご了承をお願いいたします。

それでは議長につきましては、「長野県国民健康保険運営協議会運営要綱」第5条の規定によりまして、会長が務めることになっておりますので、増原会長さんに議事の進行をお願いいたします。

(増原会長)

皆さん、お忙しい中ご出席をいただきましてありがとうございます。それでは、私が議長を務めさせていただきます。皆様のご協力のほどよろしくお願いいたします。

まず始めに、被用者保険代表の藤縄委員ですが、ご推薦いただく団体の役員の事務分担の変更がありました。これにより後任の健康保険組合連合会長野連合会の奥村誠二(おくむら せいじ)さんと交代しております。本日の会議から奥村委員にご出席をいただいておりますので、自己紹介も兼ねまして一言ご挨拶をいただければと思います。

(奥村委員)

ただいま、ご紹介をいただきました健康保険組合連合会長野連合会で、事務局を担当しております奥村と申します。よろしくお願いいたします。

藤縄委員の後任として10月1日より委員として委嘱されました。国保の運営の状況について詳しくはありませんが一生懸命勉強させていただきたいと思いますので今後ともご指導のほどよろしくお願いいたします。

○議事録署名人の指名

(増原会長)

ありがとうございました。

続きまして、議事録署名人を指名させていただきます。大井委員と藤澤委員にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○会議事項

(増原会長)

それでは、ただいまから会議に入ります。

まず始めに、長野県知事から本協議会に諮問がございます。

(土屋部長)

長野県知事から長野県国民健康保険運営協議会に対しまして長野県国民健康保険運営方針の改定について諮問いたします。よろしくご協議の程お願い申し上げます。

(増原会長)

ただいま諮問をいただきました。お手元にお配りしたものがその写しでございます。

本件は、長野県の国民健康保険事業の運営に関する重要な事項を協議するにあたり、国民健康保険法第11条の規定により、当協議会に意見を聴かれています。

それでは、次第によりまして会議を進めます。本日の会議事項の進め方ですが、「3会議事項」の(1)は協議事項、(2)～(6)は説明事項となり、それぞれ事務局説明後に質疑応答等を行う流れでお願いいたします。

#### (1) 長野県国保運営方針の改定について

まずは「(1) 長野県国保運営方針の改定について」事務局より説明をお願いいたします。

(油井室長)

<資料1、2により説明>

(増原会長)

それでは協議に入りたいと思います。以上の説明を受けまして、ご質問やご意見等ございましたらよろしくお願ひします。と言われても話が難しいですので、私が先に喋るのはルール違反なのですが、何点かご質問させていただきます。

まず、資料1になるのですが、資料1の裏面の決算余剰金の基金への積立ての要件ですが、これは先ほど申しましたように積み立てが第一目標にはならないという理解でよろしいのでしょうか。

(油井室長)

いま会長の方からご質問がございましたが、私どもとしては基本的には前年度の決算の余剰金につきましては、次年度の市町村の納付金の圧縮のために、いわば決算的に言いますと繰越しをして充てるということでやってきておりますが、その中で一つ国の方

から積立ても可能ですよということを途中経過として言われてきました。

今回これが明記されましたけれども、後ほど説明いたしますが、来年、実際にはコロナの関係との問題がございますので、積立でできるような余裕があるかどうかという問題もありますし、そういったことを含めて積立で出来ること自体は、それはそれで有り難いですが、それを確実にやれという意味ではありませんので場合によれば繰越しもするということがあります。

ただ私ども、後で説明させていただきたいと思ったのですが、余剰金を全て次年度に送って納付金の圧縮に使った結果、令和2年度の納付金というのは、令和元年度に比べて10%程低い納付金になっております。一人当たりですね。

その結果、一部の市町村から、しょっちゅう納付金が変わると保険料率をいじるのが大変になるので、県としてももう少し積極的に基金を崩したり積んだりして、経年的に均していただきたいという要望がありましたので、そういった意味での積極的な対応はしなくてはならないのだなという認識は持っております、今回、国のこの方針も加味した上で、運営方針のところはこれも取り入れて書いていきたいと思っております。

(増原会長)

ありがとうございます。そちらにつきましては私も同意見でして、コロナのような100年に一回の大災害が起きたときに、基金から次年度の保険料軽減のために充てるという措置が必要になっているから基金化していくのは必要だと思うのですが、ただその水準としていくぐらい積み立てるのが望ましいのか今後議論されて、最低これぐらいあれば翌年度下げられるということを県の方でもお考えいただきたいという形で案を要望したいと思います。

(油井室長)

会長から要望いただきましたことにつきましては、市町村とよく議論しまして、今37億円くらい基金を持ってやっていますが、はたしてそれが適正なのかどうかも含めまして議論しながら決めていきたいと思っております。

(増原会長)

ありがとうございます。他にご質問ございますでしょうか。意見でも結構です。大井委員よろしく申し上げます。

(大井委員)

まず、誤記かと思われる部分がありましたけれども資料1の3ページ目の「重症化予防や一体的実施を始めとする医療費適正化等」の右側の欄のところですが3行目「県民の方の剣豪づくり意識の向上」となっておりますので、多分誤記かなと思います。

あと運営方針の概要の3ページ目の上から4行目ですが「原則6年間」となっておりますので、そこが誤記かと思います。

(油井室長)  
失礼しました。

(大井委員)

本当に大きな問題だと思いますが保険料水準の統一についてですが、他の都道府県状況を拝見させていただくと費用負担のところですが、比較的大きな県の方、道をもつ北海道ですとか広島も比較的広いところですが、そちらが、なかなか統一化までは踏み切れないような雰囲気、比較的小さい大阪ですとか滋賀ですとか和歌山ですとか、小さな府県に関しては完全統一ですとか統一が目指されているような傾向があるのかなとは思いますが、そう考えると長野県は広いのでなかなか統一というのは難しい面もあろうかとは思いますが、やはり完全統一まで行くかどうかは、統一化の方向に行った方が色々メリットがあるのだろうと、傾向として統一を求めている都道府県も多いところも含めて、そういう傾向にあるのかなと。上手く実質的な不平等感無く統一化の方向に行ければいいとは思いますが、どこまでやるのかというところで先ほどの総所得の格差がかなりあると、本県の場合はかなりあるというところで先ほどのご説明いただいた準統一、所得割のみは変わる形だと、なんですね。これは一つ魅力的な方法なのかなと、その時に感じはしましたが完全統一まで目標にして調整してやっていく方法もある。

私自身どちらが本当にいいのかということも、まだ判断しかねるところもありますが、準統一、所得割のみは反映させるんだということも一つ魅力的な方法なのかなとは感じているところです。抽象的な意見ですけど。

(油井室長)

大井先生おっしゃるとおりだと思います。

所得自体は、水準は統一できませんので、正直申し上げまして川上村さんが一番高く、低いというところは、それは変わらないと思いますので、それを踏まえた上でどうするのかということかと思います。

(増原会長)

他にございますでしょうか。清水委員、奥村委員。保険者の立場からご意見ございますでしょうか。

(清水委員)

私の頭の中が整理できていなくて。元々、保険料水準の統一を目指すという方針の中で、その統一の在り方をここで議論するという認識でよろしい訳ですよ。

ですから単純に県内どこに住んでいても同じ料率でというイメージで持っていたわけですけども、どうもそれが違うと、違う場合もあり得ると、そういうことでどれが一番長野県にふさわしい、長野県の状況に合ったものなのかということ、これから議論しますよと、こういう認識でよろしい。そこが分からないと言いますか、整理が出来てないところですね。

ということであれば油井室長からお話があったとおり、それぞれの都道府県で状況が違うということですから長野県の置かれている状況というのを数字で、より詳しくお示しいただく中で我々ももう少し考えを深めていく必要があります。以上でございます。

(増原会長)

ありがとうございます。

他にございますでしょうか。医療従事者の立場から、藤澤委員、何かございますか。

(藤澤委員)

私もよく解らないでいるのですけれど、一つはここにあります他県の様子というのが10県くらい出でいて、できれば47都道府県あって、他はどうなっているのかというのと思いました。

ここら辺はなぜ挙げられたのかというのが解らなくて、長野県と例えば人口構造が似ているとか、構成が似ているだとかで上がってきているのかというのがあって、全体の中で、こういう都道府県を見ることの意味というのが私の中では理解できなく、多くある中でも選ばれているというのはあるかなとは思いました。

あと先ほど医療費水準がすごく違うというのが、やはり違うと思ひまして、平谷村が被保険者さんが100人くらいいるのです。

1人の医療費の伝え方というか捉え方が多くの、全体にもう波及してしまっていて保険料が大きく変わっていくという状況はよく分かりまして、こういうことはやはりまずいで、統一していく方向は確かに必要なと思ひまして、先ほど二次医療圏単位の統一はどうかということをおっしゃられて、ひとつはそこもあるのかなと思ひました。

まずはそこを目指してみてもその後全県を目指していくというのはひとつあるかなと思ひます。

全体が良く分かってない中で、今のご説明を聞いた中で私が感じたことです。

もう一つ思ったのは、市町村と県が共通認識を持って進めていく中で、県と、国との摺り合わせというか、何回もワーキンググループやっているというお話もありましたの

で、この辺で、どういう意見が出ているのかなということも知りたいということもあります。それは次回に多分提案という形で出てくるんでしょうけれどもいろんな市町村の意見、実際の市町村の方の意見というのは、本当は聞いてみたいというところはかなりあります。

以上です。

(油井室長)

今の質問についてお答え申し上げます。まず一点目、県の選び方の関係について申し上げます。

この北海道から佐賀県まではそれなりに中身があって進めていることだと理解していただきたいと思います。

例えば関東はどうなっているのかということになりますが、関東の県によると、先ほど申し上げました医療費水準をいま 100%反映させておりますけれども、来年は 90%、再来年は 80%というような議論をしております。

というのは先ほど私が申し上げました数字合わせ的な議論かなと思っておりまして、私どもからするとそういう形では県内の市町村のご理解を得られないだろうということで、ここでは記してございません。ですので関東の近県のものについては医療費指数を数字的に激変緩和のように減らしていくことが、果たしてご理解を得られるのかということで、ここには載せてないと理解していただければありがたいと思います。

先ほど藤澤先生がおっしゃった二次医療圏の話は私どもとしても充分尊重に値する話として理解しております。

あとは市町村の、今どういう意見を聞いているんだ、意見が出ているんだというお話がございましたので若干お話しさせていただきます。

医療費水準につきましては小さい市町村については、ブレがありますのでやはり一定の集約が必要だろうというように思っておりますが、いきなり全県統一は難しいかというのは私どもが感じているところでございます。

次に、収納率の関係につきましては 100%から 92%まで差がありますので、これは被保険者の保険料に直結する問題ですから、これは簡単に県平均を取るわけにはいかないと、もっと底上げを図る必要があるという認識を持っております。

また、保険者努力支援と先ほど申し上げました個別公費の中で、保険者が努力してレセプトデータをやったりとか、保健事業を職員がやったりですとかいろいろあるんですが、今これを点数化してお金をもらったわけですが、これは職員の士気に関わる問題なので、簡単に県に統一して均してもらっては困るという意見が主であります。

そういった中で保健事業だとかの標準化、任意給付の標準化等を図りつつ、どういふふうに皆さんのご理解を得ながら途中過程まで道筋を作って、最終的には今すぐに決められないとは思いますが、最後の目指す姿というものをある程度収められた中で

はっきりさせていくというのが今の考え方だと思っています。

(増原会長)

他はございますでしょうか。大滝委員や下條委員、北澤委員何かございますでしょうか。では大滝委員お願いします。

(大滝委員)

私も医療費水準というのは、どうしてこんなに差が出ているのかとか、それが先ほどの説明の中で100人しか被保険者がいない平谷村で、例えば人工透析が1人出ると、かなり数字がブレてしまうというお話でしたけれども、全体としてまず医療費水準の差が出ているという、この原因とかそういうものは分析されているのかということをお聞きしたいということ。その格差を縮めるための色々な政策とか計画があるかどうかということをお聞きしたいと思います。

我々としては、先ほどのこの中の重症化予防という中で歯科医師会や、歯科医院で何が一体協力できるかということをよく考えているのですけれども、例年言われているACEプロジェクト。

非常に長野県は健診率が低い。これは糖尿病だけではなくて通常の健診についてもそうなのですけれども、これを如何にして上げるかということも協力しながら広報にかなり力を入れてやっているわけですが、そういうものにも力を入れて、できるだけACEの中のCheck(チェック)、Cのところをまず上げていこうということは歯科医師会の方でも考えているところであります。

歯周病とさまざまな病気の関係が今取り沙汰されている中で、糖尿病と歯周病というのはかなりA1cの値の、歯磨きをするだけでもA1cが下がります。歯周病抽出率のA1cがかなり下がりますということで、エビデンスも出てきていますし認知症等もアミロイドの沈着と歯周病の関係も出てきて、そういうところにもご協力はしていきたいと思うのですけれども、まずは格差の問題をどういうふうにしていくか、というのを先ほどの質問を教えてくださいたいと思います。

よろしく願いいたします。

(油井室長)

今のご質問について100%答えられるかどうかはあれですけれども、一般的に医療費の提供体制といいますか、差はベッド数に影響すると言われていまして、基準病床数だとか、そういった病床に医療費というのは影響すると言われております。

その結果どちらかと言うとベッド数が少ない、例えば下伊那地域とか、そういったところが、医療費が低いという状況が出ているということが一応一般的に言われていることとありますので、どちらかと言いますと、自分が通いたくて入院するというのは二次

医療圏単位で考えていく必要があるだろう、というのが私どもとしての認識でありませぬ。

その上で、保健事業につきましてどうするのかという問題ですが、これは 100%正しいのかどうかは置いておきますが、一つ隣の新潟県と比較しますと先ほど私どもの県は、医療費指数が目指す姿の一枚前（資料 2 P 4）のところを見ていただければと思いますけれども、県平均が右の横に書いてあります 0.9413 というのがありまして、これは年齢補正した時の国全体の平均が 1 だとした場合 94%程度の医療費水準ということになります。

これが長野県は平成 20 年度の時には 0.90 でありました。そこが 0.9413 まで上がってきています。

新潟県は平成 20 年には 0.969、今 0.960 ということで、ほとんど上がらないという状況になっておりますし、後期高齢者の医療費につきましては長野県が昔一番低いぐらいだったのですが、今、新潟県が一番低くて長野県は 8 位ということになっております。

これは色々な要因があると思いますけれども、一つは新潟県は、特に上越市辺りが協会けんぽと連携して事業をやっているということがありますので、やはりもう少し 40、50 代のところに焦点を当てて保健事業をやっていく必要があるだろうと。

特に国保は退職した後に入ってくるというケースが多いですので、そういったところをもう少し力を入れてやらないといけないのではないのかと思っておりますので、例えば上越市につきましても 1.02 くらいだったのが、0.98 くらいまで下がってきておりますから努力すればそれなりの数値は出せるだろうと思っておりますので、そういった努力をするしかないのだと思っております。以上です。

（増原会長）

他はございますでしょうか。清水委員さんお願いします。

（清水委員）

質問ですが、資料 1 の 2 ページ目の決算余剰金の件、先ほどお話しいただきましたけれども、ルール上は翌年度に繰り越しといいますか、翌年度の納付金の中で差し引くとお話しありました。

これは一定のルールがあつてそういう運用でやってらっしゃるということなのですね。近い将来、方針は方針として考えていけばいいと思いますが、個別のルールとして将来的な支出増に備えて積み立てておくというのは、極めて重要なことじゃないかなと考えております。

不必要に多く積み立てる必要はないと思うのですが、おそらく、しばらくの間は医療の高度化であるとかあるいは、高齢化という要因で支出が増えるというのは間違いないと思っておりますので、一定の水準に積み立てを維持して将来的な支出増に備えるという

ことで、毎年確かに保険料が上がったり下がったり、下がるのはいいのかもしれませんが、上がるのが続くというのは納める方も非常に負担が大きいと思いますから、個別のルール作りの中でこの方針もどうかしていただきたいと考えます。以上です。

(油井室長)

そういったご指摘を踏まえて、今後検討して決めていきたいと思います。

(増原会長)

他にございませんか。それでは時間もございますので、もしこの件につきましてご質問等ある方は最後にまたまとめてお願いしたいと思います。

## (2) 令和元年度長野県国民健康保険特別会計の決算見込みについて

(増原会長)

続きまして「(2) 令和元年度長野県国民健康保険特別会計の決算見込みについて」事務局より説明をお願いします。

(油井室長)

<資料3により説明>

(増原会長)

以上の説明を受けまして、ご意見やご質問等がありましたらお願いします。

こちらはちょっとテクニカルな話なので、なかなか質問がし辛いと思うのですが、真水によって10億上乗せされたということなので、これは簡単に言うとボーナスみたいなものだということですのでよろしいですね。10億分は本来であれば無いものと考えた方が妥当であるという認識でよろしいですか。

(油井室長)

その通りでございますが、おそらく国が910億円を来年度も維持しておりますので、これからはそれを織り込み済みでやっていきたいと思います。

(増原会長)

ありがとうございます。他ございますでしょうか。よろしいですね。もしございましたら最後まとめて質問の機会をつくれます。

### (3) 令和2年度国民健康保険料（税）率等の状況について

（増原会長）

それでは続きまして「(3) 令和2年度国民健康保険料（税）率等の状況について」説明をお願いします。

（油井室長）

<資料4により説明>

（増原会長）

以上の説明を受けまして、ご質問やご意見等がありましたらお願いいたします。

私からは一点、据置・その他が66という形で多かったのは、前年度の繰り越しといいましょうか、余剰金がかなり多かったために保険料上げなくてもよかったためという形で理解してもよろしいですか。

（油井室長）

おっしゃる通りでございます。ただ納付金が令和2年度は下がっても、令和3年度は上がる可能性がありますから、なかなか保険料率を下げた上で上げるというのは出来ませんのでやはり市町村の方が経年的にみてるというところもあろうかと思えます。

（増原会長）

ありがとうございます。理解いたしました。

他でございますでしょうか。よろしいですかね。

### (4) 令和2年度に長野県が実施する保健事業について

（増原会長）

続きまして「(4) 令和2年度に長野県が実施する保健事業について」事務局より説明をお願いします。

（油井室長）

<資料5により説明>

（増原会長）

以上の説明を受けまして、質問やご意見ございますでしょうか。

宮崎委員、公衆衛生の専門家としまして、保健事業に関しましてご意見等ありましたらお願いいたします。

(宮崎委員)

長野県立大学の宮崎です。説明を補足していただけたらと思いますが、ヘルスアップ支援員の役割を少し皆さんにお知らせいただけたらと思います。

(油井室長)

大変失礼をしました。今、国保の関係についてはKDB データが基本的に市町村の中に入れておましてKDB データというものは、国保のレセプト情報と検診情報、介護の情報、後期高齢者の情報と紐づけされた情報となっております、市町村の方では基本的には分析しながら保健事業を行うということになっています。

ただ県の場合におきましては、今のところその体制が不十分とまではいかないが、十分ではない感がありますので県レベルでの分析、二次医療圏単位での分析もしていきたいと思っております、特に市町村の方では自分の所のデータは見られましても二次医療圏の情報は見られませんで、そういった意味で二次医療圏の課題だとかそういうものにつきましては、保健所で出来れば分析をして進めていくことが大事だと思っております。

また、糖尿病性腎症重症化予防につきましては、特に小規模な町村につきましては具体的に対象者を選定してどのように指導をするか、そういうスキルを持った保健師さんということになりますけれども、そういうことができれば大変、保健事業の強化に繋がるのではないかと考えております。以上でございます。

(宮崎委員)

ありがとうございます。今、支援員の方々をある意味、育成されて将来的に10か所に配置していくということだったのですが、おそらく計画されていると思いますけれど、時々、ヘルスアップ支援員同士の情報交換をしていただきながら、成功している事例の分析をしていただいて、その方法論とかをさらにヘルスアップ支援員が、市町村に還元できるようにしていただければと思います。

うまくいかないところは同じ悩みを抱えていると思いますので、是非継続的にこれをやっていただきたいと思います。

(油井室長)

その点につきましては、田中課長が宮崎委員と共通認識を持っていますので、田中課長の方からご発言いただければ。

(田中課長)

健康増進課の田中です。ありがとうございます。

委員のおっしゃる通りヘルスアップ支援員を保健所に配置するのですが、定期的

に集まって情報交換したり、研修会、検討会をしながら力をつけていくということを進めていきたいと思っておりますのでまたよろしく願いいたします。

(宮崎委員)

ありがとうございます。私は専門ではないのですが、たまたま先日、公衆衛生学会をオンラインで出た時に経営か、経済関係の考え方なのですかね。委員長の方が知っているかもしれないですけどナッジ理論があると聞いていて、かなり産業保健関係でもナッジのことが注目されているとも聞いています。

特に健診、チェックのところですね。健診行動にこうした理論を採用したらどうかとか、それから保健行動では似たようで非かと思うのですが仕掛け学だとか、その辺のものも面白いと思ったので保健からずれるのですが、他の学問の理論等を教えてもらいながらやると、また違ったアプローチができるかと思いました。

(田中課長)

ありがとうございます。ナッジ理論につきましては、厚労省も健診の関係等、事例等を示してございますけれども、市町村もナッジ理論を用いて受診勧奨等を行っているところもあります。

一つの手法としてこういったものも活用し、市町村支援が更に推進されていくようなものを、色々提供していきながらやっていければいいかと思っています。

(増原会長)

他でございますでしょうか。それではお願いいたします。

(北澤委員)

田中課長さんの説明をお聞きしたのですが、地域では今、新型コロナのせいもありまして交流の場がなくなったり、あるいは保健師の集団指導というのは、なかなか集団健康教室とか難しい状況の中でADLの低下とか、高齢者は特に認知が進んだりということも聞いております。

そういう中で、この健康増進事業は大事なのですが、非常にやりにくいというご時世になっていると思います。

その中でヘルスアップ支援員というのは期待される場所なのですが、資格は保健師でしょうか。

(田中課長)

基本的には保健師です。

(北澤委員)

そうですか。この市町村に支援という形で、かつて私も県から支援を受けて非常に有意義だったという思いもありますけれども、具体的に指導していくと、この時世だと個別指導という形になるのかと思うのですけれど、また具体的に教えていただければと思います。

(田中課長)

ヘルスアップ支援員の具体的な動きということでよろしいでしょうか。

先ほど、油井室長の方から分析の話もさせていただきましたが、実際に市町村の助言という形は、例えば一つのある村で健診事業をはじめとして、保健事業がうまく進んでいかないという状況がありまして、健診受診率も低く、その地域の圏域の中で一番低いような状況のところを上げていきたいというところで、どういったところに保健事業を重点化して推進していくか一緒に考え支援しています。まずデータを分析してそれらを用いながら村へ行き、どの様な保健活動をしているか、これからどの様な計画でしていくかなど、具体的に保健師と保健活動の進め方を、ひとつひとつ一緒に考えています。これからもヘルスアップ支援員につきましては分析をしながら、さらに現場の状況について管内の地域の現状をよく知っている保健所と検討しながら、その市町村に必要なものを検討し、市町村に出向いて一緒に考えていくような支援、以前保健所がやっていたような支援ということを考えています。

(北澤委員)

ありがとうございました。本当にこの文章に書いてあるとおおり、もう感染症で手いっぱい、あと精神等も非常に増えているという中でとても期待されると思いますので、頑張ってくださいと思います。

(増原会長)

ありがとうございます。他でございますでしょうか。大滝委員はいかがでしょうか。

(大滝委員)

本当に、この健康増進というのが一番大事なところだと思っています。

例えば歯科においても、疾病保険なので通常、疾病になってから治療するということになるのですが、これはかなり医療費が高くなります。医科の方でも同じだと思います。

ただ、管理が歯科の方ではかなり入ってきて、国の政策の中で疾病の中で管理が入ってきています。

歯周病を管理したり、虫歯にならないように管理したりという管理なのですけれども、大変、医療費自体は安く抑えられていまして、その割に保険者さん、県民の健康とか、

歯科医院の経営なのですけれども、三者ともに非常にいいというものなのです。

医療管理についてということですが、平成7年と、ビックデータというものがあるのですが、先ほどのKDBと同じようなデータだと思のですが、平成7年、入れ歯とか虫歯を削って詰めるとか、その治療は平成7年から比較すると約半分になっています。

虫歯も減っています。歯周病も減ってはいないのですが、かなり国民の口の中に対する考え方は良くなっているということだと思のですけれども、そういう中で医療管理に力を入れるということが、すごく大切になってきてまして、とにかくこれを一生懸命やることで全身疾患の予防もできますし、保険者さんも医療費が下がっていいし、国民の健康も維持されるということで、こちらに力を入れていきたいと思っておりますので、このヘルスアップというのは、例えばACEプロジェクトのEですね。食事で野菜を先に食べるだけでもA1cはかなり下がることも分かっている、それだけでかなりの医療費を下げた実績が東京都でもありますし、こちら歯科医師会の方でもヘルスアップの保健師さんの講習会をやるということだったので、そういうところにも歯科医師会としてもご協力させていただきたいと思しますので、頑張っこの事業をやりたいと思

(増原会長)

ありがとうございます。藤澤委員ございましたら。

(藤澤委員)

薬剤師会として、薬剤師は保健事業に直接は関われないのですけれども、薬局は健康サポート機能の力をつけて、患者さんとか住民の方の健康相談に乗れる場になっていきたいということで、色々な取り組みをしております。

例えば5年間以上やってきたのですが、血圧測定をやっていますか？、お家で血圧測っていますかという呼びかけをして、測っていない方はぜひ自分で測ってみて、もし高かったらお医者さんに行ってくださいとか、検診を受けてくださいとか、受診とか検診に結び付けられるような事業をたくさんやってまいりました。

そして少しずつ薬局へ来て下さる方の健康への意識を高めていきたいと、あるいは、何か困っているときの相談の窓口になればいいなということも考えて活動を行っています。

先ほど色々なお話があった中で、例えば上越市とかそういうところは新潟県が、40代とか50代をターゲットにして、医療費が必要になってからでは遅いので、もっと前の人達に働きかけたい、かけているということをお話していただいて、やはりそういう姿勢というのはすごく大事で、薬剤師が普段関わっているのは病気になった方々の治療のお薬の提供ということなのですが、それより前の段階で健康の大切さを薬剤師が、それぞれの薬局とか病院の立場で人々に訴えていけるような、そのような取り組みもこれから

も引き続きやっていきたいと思っています。抽象的で申し訳ありませんが以上になります。

(増原会長)

ありがとうございます。他でございますでしょうか。

先ほどナッジの話が出ましたが、ナッジは行動経済学・実験経済学の概念でして、人が無意識的にその行動をしてしまうというお話で、今医療の分野でもかなり流行っています。

例えば、先ほど誰か言いましたけれど、「居酒屋に行って野菜が先に出てくる」という話ですね。

野菜を自然に食べざるを得ない。あと、コロナで言いますと消毒アルコールをみんなにしてもらうために、そこにガイドラインをつけてしまう、矢印を付けてしまう。

入口にテープで矢印を付けておけば、そこに行って自然にやらざるを得ないという無意識的なところに訴えかけるというものです。ただ人の無意識に介入するので、非常に悪用しようと思えば出来るわけです。

そこは気をつけなければいけないのですけれど、そういった事例はたくさんございますので県の方におかれましても是非とも、こちらのヘルスアップ支援員を通じて、全所の総務の方に事例等を配布いただければと思っています。

私からの要望というか、意見というか感想は以上です。他でございますでしょうか。よろしいですかね。

#### (5) 令和3年度国民健康保険事業費納付金の算定について

(増原会長)

では続きまして「(5) 令和3年度国民健康保険事業費納付金の算定について」事務局より説明をお願いします。

(油井室長)

<資料6により説明>

(増原会長)

以上の説明を受けまして、ご質問等ありましたらお願いいたします。では大井委員お願いします。

(大井委員)

決算剰余金の残額全額を令和3年度の納付金減算に活用すると、非常にとても良い方針だと思いますし、国への要望もしていただけるかと考えます。

あと資料1に関わるのですが、資料1の3ページ目の「市町村における保険料の徴収の適正な実施」の項目です。

ここで、目標収納率が記載されています。平成29年度の設定例が書かれていますけれども、以前にも話になりましたが、5万人以上が91.5%で、3千人未満の小さい村が98%という形で数字としては、一見かなり差があるようにも見えてしまうのですが、ただ現実的に収納出来る、出来ないという問題があるかと思いますので止むを得ない数字かと思うのですが、今年度はコロナの関係で減収になったりとか、非常に小さな村の収入の少ない家庭であればあるほど、おそらく無収入者も増えてくるであろうという中で、この収納率をどう設定するのかというところがありますけれども、これがあまり一人歩きしないように、それこそ小さな村では連日電話をして収納するというような例もあるようなことも聞いたことがありますけれど、あくまでも目標で無理な収納はしないというところを何らかの形で、特に今年度は配慮するような目標が必要なのではないかと実感しています。

ちなみにですけれど減免された場合には、これは収納率には影響しないということになるのでしょうか。そこを一点質問させて下さい。

(油井室長)

ありがとうございます。減免した場合には分母の調定が落ちて分子も落ちるということになりますので反映しないという形になります。

国で言えば今回コロナの関係につきましては、今年の2月からの関係について減免措置なりを特別に実施しておりますので、それについてはお話をさせていただきたいと思えます。

また徴収を厳しくやるかというお話ですけれど、国の方では確か、延納だとかそういう制度も本年度作っておりますので、来年どうなるか分かりませんが、コロナが続く限りにおいては、それなりに必要な対応は今していただけるのではと期待しているところでございます。

あと収納率の関係ですが、今後私どもとしては保険料統一のために、ここに書いてある短期的な目標というよりは、長期的な目標としてもう少し底上げを図っていかなければいけないというように思っております。

それは収納の払えない人を厳しくやるという趣旨ではなくて、どちらかというと国保に入った時に口座振替を徹底していくとか、そういう形で進めていきたいと思っております。そのような中で中長期的には、例えば他の県ですと愛知県名古屋市では、長野県とほぼ同じ被保険者の規模を持っていますが96.1%という収納率です。これは長野市は92%ですから遥かに高い数字になっています。

ここは口座振替を義務化しておりますので、保険証を貰う時にはキャッシュカードを機械に通し暗証番号を打てば口座振替になるという、ペイジーという機械を導入してやっ

ておりますので、そういったことも念頭に置きながら収納対策で未収金対策で頑張るといことも大事ですけど、そういったことより入り口論でもう少ししっかりやっていきたいと思っています。以上です。

(増原会長) 他ございますでしょうか。よろしいですかね。

## (6) その他

(増原会長)

では、次は(6) その他ですが今までの中で漏れたご質問やご意見等がありましたら、ご発言をお願いします。

(油井室長)

すみません。ちょっとお時間頂きまして(6) その他で前回、藤澤委員さんから福祉医療の現物化の関係につきまして、お尋ねを頂戴しましてお答えをしましてませんでしたので、ちょっとお答えをさせていただきたいと思います。

現物給付にすると医療費が一般的には伸びると言われておりますが、この前、清水委員さんの方では、協会けんぽであまりそういった状況は出来なかったというようなご発言もありましたけれども、国民健康保険につきまして現物給付を行いました平成30年度を除いた、これは8月から途中だったのんですから、平成29年度と令和元年度と比較させて頂きまして状況をお話しさせていただきます。

これを見ますと、医科の入院につきましては、平成29年度は、3727件に対して、17億675万2220円という費用が掛かっております。

これにつきまして令和元年度は3492件、18億2956万3860円という数字になっておりまして増減でいいますと、医科は件数マイナス6.3、費用額はプラス7.2というような数字が出ております。

件数が減っていきまして、医療費がかかっておりますので、医療の関わる内容に応じて増えてるのではないかという気はしますけれども、現物給付として波及しているとは言えないのかなというのが私どもとしての認識でございます。

歯科の関係もございますので、歯科のお話をさせていただきますと、歯科の入院は64.3%の増、費用額も51.9%の増ということで、これもかなりの異常値の数字が出ております。

逆に歯科の外来は、マイナス3.7の件数。費用額はプラス4.0医科の入院と同じでございます。医科の外来の件数はマイナス8.6で費用額はマイナス4.69ということになりますので現物給付によって伸びているとは言えないのかなと。

お子さんに限っては少なくとも、やはり親御さんから見れば現物給付しても、しなくても必要な医療をさせているということなのかなと推察いたします。

以上でございます。

(増原会長)

ありがとうございます。それでは、その他の今まで漏れた質問やご意見ございますか。特に下條委員、奥村委員せっかくの機会ですので何かございますか。

(奥村委員)

全く素人で解らないのですけれど、資料(5)のところ、報道とかで言われているコロナ禍で保健所の機能の縮小されてきたというような、また強化しなくてはいけないのではないかという、色々な意見もあると聞いていますし、地域医療構想ですか医療圏の関係、そういう見直しもあるかは分からないのですけれども、やはりそのヘルスアップ支援員ですか、マンパワーのバックというのが、やはり一番重要じゃないかなと、私は個人的にはそう思っています。

それと国保税ですが、負担のところでもちょっと思ったんですけれども、負担の標準化だとか統一化というものは当然重要だと思うのですけれども、長野県の場合他県と違うのは中山間地の医療をどう確保していくかというのが非常に重要だと思いますし、二次医療圏とかそういう問題もあるかもしれないけれど、中山間地医療で受ける側の公平化というか、そちらの方に進めながらやったり、負担の問題も考えてはいかななくてはいけないのかなと個人的には。理想になってしまうかもしれませんがそんな感じを持ちました。以上です。

(油井室長)

マンパワーにつきましては、平成9年以前は地域保健法が出来る前は母子保健事業とかをやっております、市町村とかなり密接な関係になっておりましたけれども、それ以降、精神、難病とかについて特化するような形になっていく中で、保健所の機能が若干弱くなってきているというところがあったかと思えます。

そういった点でそこをもう一回戻すみたいな形になりますけれども、マンパワーを確保して保健事業に取り組むという流れとして考えていきたいと思っております。

あと、同じ圏域の中の中山間地域における、医療提供体制の県としての関わり方の問題になりますけれども、県の中でも、今、へき地診療所の運営の支援とか、中核病院から診療所に派遣するみたいなものに対して補助金を出したりして、なるべく維持を図るようにはしておりますけれども、十分と言えるかどうかはあれですが、そういう努力はしていかなければまずいことだと思っておりますので、このように引き続き努めていきたいと考えております。

地域医療構想につきましては今回のこういう事態がありまして、私が聞いている限りでは、そういった今回の感染症の関係だとかを踏まえて、一定国の方でそれも踏まえた

形で、どう進めていくかについて若干軌道修正になるか分かりませんが、再考する部分はあるとお聞きしておりますので、それを見ていく必要があると思います。

(増原会長)

下條委員何かございますでしょうか。

(下條委員)

お話が難しく、なかなか分からないのですけれど、健康診断を受けて、私がそれをお医者さんにもって行って、一応高い医療費を抑えているのですが、そのような感じに、健康診断を受けた人が、それをお医者さんに見せた時にポイントなり、メリットなりがあるようなシステムを作ると多少皆様も健康診断を率先して受けるような、特に会社でもう受けなくていいようになってきて、実際に国保に関係した時に結構進んでいて、それで割と医療費が高くなってしまったという、特に私が住んでいるところは、そんなに財源が裕福ではないので、そういう人が一人で負担が増えてしまって余剰金も減ってしまうので、そういう何か率先してやったときに何かメリットがあるようなシステムができればいいのではないかと思います。

(油井室長)

保健事業につきましては保険料統一の関係でも市町村の皆さんとお話をしているなかでは、例えば人間ドックの補助をやっているところもあれば、やっていないところもある。

また 20 歳以上でしたら受けられるというところもありますし、40 歳以上でないと受けられないとか、もちろん出す補助金の額もいろいろ違います。

最終的には保険料統一だとかに仮に保健事業を入れるとすれば、そういったものについても標準化をする必要性がありますので、そういった中でワーキンググループみたいなものを、来年度以降も引き続き検討を進めていく必要があると思っておりますので、今おっしゃったようなことも含めて健康診断の在り方、標準化のことにつきまして議論させていただきたいと思っております。

(増原会長)

他ございますでしょうか。では大滝委員お願いします。

(大滝委員)

先ほど、ちょっと歯科の方の福祉医療の関係の中で入院の中で 64.3%とかなり異常値が出ている。

これは平成 29 年と令和元年、何が違うかという病院に口腔外科がかなり、どんど

ん新設されております。

歯科もすごく大切だということで、各病院に歯科がどんどん増えておりましてそういう関係で入院も。

それまでは信大と松本歯科大学と日赤が少しあったくらいで、今は各病院、各市町村の病院にも口腔外科ができたものですから、そういう関係だと思えます。

(増原会長)

他ございますか。大井委員お願いします。

(大井委員)

先ほどの収納率の関係なのですが、減免だと収納率には影響はしないということですので、このコロナ禍の異常事態ということもあるので収納に当たっては、例年以上に実態把握をしていただいてケースバイケースであるとは思いますが、適切に減免のご案内をしていただくような形で収納率を落とさずに、社会保障に資するというような方向性を、事実上でもいいのですが各市町村にそういった方針を示すことがあってもいいのではないかと感じました。

(油井室長)

今、大井委員のお尋ねでございますけれども、今年度コロナの関係で減免だとか徴収猶予とかという制度ができておりまして、市町村の皆さんにもお伝えすることは大事なことです。私どもとして行ったのは、7月に「マイサポ」という生活困窮者のセーフティーネットの担当者に対して、私どもの担当者が説明申し上げまして、やはりそういうところに関係する方々の近いところに制度を知ってもらうことは大事ですので、それを行いました。

今後、適宜必要に応じて制度の説明をして、すぐ活かされるような形でやっていきたいと思えます。

(増原会長)

他ございますでしょうか。

では最後に私の方から一点、資料の(2)の保険料統一について再度簡単に意見と要望を言わせていただきます。

三つの方式、1、2、3で「完全統一」、「準統一」、「標準保険料率の採用」でございますけれども、これは今、各市町村と合意形成を図っているので素晴らしいことだと思います。

ただ、「完全統一」されるのでしたら任意給付も統一されないと無理だなという形で、これができるかできないか今後詰めなくてはいけないのかと思っています。

つまり、ある市町村では任意給付をやっているが、こちらはやっていない。その費用を他の市町村も踏まえた上で「完全統一」するのはちょっと公平ではないと思いますのでそれは結構難しいのかと思います。

あと、他の都道府県の実態がありましたけれども、広いとか市町村が多い地域の「完全統一」は難しいのかというのがあって、先ほど大井委員ですかね、広島県でもやっているみたいな話をしていましたけれども、広島県は実は市町村合併をかなり進めました。

簡単に言うと、村を全部合併して市にしてしまったという実態ですので、それでも「準統一」しかできなかったというのが素直な驚きです。落とすところが実は「準統一」にならざるを得ないのかというのが個人的な感想です。

先ほど、中山間地域で病院がない所はどうするかという話もありましたが、実は広島県は日本で一番無医地区が多いといわれています。

ただ、そこでも「準統一」までは持って行けたので、これは市町村のご意見、被保険者のご意見が一番重視されると思いますので、是非とも合意形成を図って3つの方針のどれになるのか、どこまで被保険者の方々に覚悟をいただかなければいけないのかをお話いただければと思っております。私からの意見は以上です。

他ございますでしょうか。よろしいですかね。

それでは、続きまして事務局からお願いいたします。

(上島補佐)

次回、第2回の運営協議会の日程です。2月9日火曜日ということでご連絡させていただいているのですが、こちらの日程を変更させていただければと思っております。具体的には3月の上旬から中旬くらいに変更したいということで、また後日各委員さんの日程を照会させていただいて、そのうえで3月の上旬から中旬くらいの辺りで第2回の運営協議会の日程を調整させていただきたいと思っておりますので、お忙しい時期で大変恐縮でございますが、ご協力の程をよろしくお願いできればと思います。

(増原会長)

以上で会議事項を終了いたします。

それではここで進行役を交代いたします。

○閉会

(上島補佐)

ありがとうございました。

長時間の会議、大変お疲れ様でした。

最後に改めて確認ではございますが、本日の会議の状況につきましては公表いたしませんのでよろしくお願いをしたいと思います。

それでは以上で本日の会議を終了させていただきます。どうぞお気をつけてお帰りください。どうもありがとうございました。