

令和元年度 第2回長野県国民健康保険運営協議会 議事録

○日 時：令和2年2月6日（木） 午後1：30～3：30

○場 所：長野県庁議会増築棟405号会議室

○出席委員：【公益を代表する委員】

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）

【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】

藤縄貴（甲信越信用組合健康保険組合常務理事）

清水昭（全国健康保険協会長野支部支部長）

（欠席者）【公益を代表する委員】

大井基弘（長野県弁護士会副会長）

【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）令和2年度国保事業費納付金等の算定結果について
- （2）令和2年度長野県国民健康保険特別会計予算案について
- （3）長野県国民健康保険料（税）水準の統一に向けたロードマップ（素案）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）その他

○開会

(松本課長補佐)

皆様お集まりですので、只今から令和元年度第 2 回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、国民健康保険室の松本と申します。よろしくをお願いいたします。

○定足数報告

(松本課長補佐)

始めに委員の出席状況でございます。本日都合によりまして大井委員、小松委員、若林委員の 3 名からご欠席のご連絡をいただいております。ご報告申し上げます。

これによりまして、本日の協議会ですけれども、委員数 11 名に対して出席者 8 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、出席者名簿のとおりでございます。

○資料確認

(松本課長補佐)

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。事前にお送りしております「次第」、「出席者名簿」、「配席図」がございまして、資料が、

【資料 1】令和 2 年度国保事業費納付金等の算定について

【資料 2】令和 2 年度長野県国民健康保険特別会計予算案について

【資料 3】長野県国民健康保険料（税）水準の統一に向けたロードマップ（素案）

【資料 4】令和 2 年度に長野県が実施する保健事業について

でございます。

過不足等がございましたら挙手をお願いいたします。よろしいでしょうか。

○あいさつ

それでは議事に入ります前に、健康福祉部長の土屋より本来ご挨拶を申し上げるところでございますけれども、本日当初予算案の発表でしたり、新型コロナウイルス等の対応のため急遽欠席とさせていただきますので、国民健康保険室長の油井より代読いたします。

(油井国民健康保険室長)

国民健康保険室長の油井でございます。どうも本日はありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。それでは部長の代理で代読させていただきます。着座にて失礼いたします。

<土屋健康福祉部長 あいさつ 代読>

○議事

(松本課長補佐)

それでは、これから議事に移ります。本日の議題は、次第にありますとおり、説明事項が4件ございます。

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、あらかじめご了承の程お願いいたします。

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、会長が務めることと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)

皆様、お忙しい中ご出席をいただき誠に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。皆様のご協力をお願いいたします。

まず初めに、宮崎委員ですが本日 15 時頃の退席と伺っておりますので、予め皆様にお知らせいたします。

○議事録署名人の指名

(増原会長)

続きまして、議事録署名人を指名させていただきます。北澤委員と大滝委員にお願いしたいと思いますので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。会議の進め方ですが、3 会議事項の (1) から (4) の項目ごとに説明終了後に質疑応答等を行い、(5) で (1) から (4) の質疑等で漏れたもの等について、再度質疑を行う流れでお願いいたします。

(1) 令和 2 年度国保事業費納付金等の算定結果について

まずは、(1) 令和 2 年度国保事業費納付金等の算定結果について、事務局より説明をお願いいたします。

(油井室長)

<資料 1 により説明>

(増原会長)

ありがとうございます。以上の説明を受けまして、ご質問やご意見等ございますでしょうか。

まず大きな枠組みとしまして、平成 31 年度から令和 2 年度にかけて、基本的には納付金下がるということは、保険料もほぼほぼ下がるだろうというような理解でよろしいのでしょうか？また、資料 2 に続く話だと思うのですが、平成 31 年度から令和 2 年度にかけて納付金下がる見込みに関しては一時的なものであって、恒久的なものではなさそうだ、というような理解でよろしいでしょうか？

(油井室長)

今、会長の方からご質問がありましたのでお答え申し上げます。

今説明を申し上げますと、6 ページをご覧くださいと存じます。【参考 1】というものでございます。まず上の方を見ていただきますと、概ね納付金と前期高齢者交付金、療養給付費等負担金という 3 つの大きな収入につきましては、概ね 3 分の 1 くらいになっているということでご理解をいただいた上で、その下を見ていただきたいと思いますが、前期高齢者交付金の近年の推移というものがあります。当年度概算額というのがありますけれども、これは 2 年前の確定した数値に一定の伸び率を掛けまして、大体これくらいだろうという概算の見込みが示されております。

例えば R2 ですと 632 億円ということになっておりまして、平成 31 年と比べますと 625 億から 632 億でそれなりに医療費が増えるにしたがって増えていること自体は変わりはないのですが、2 年前の精算がたまたまブレが大きいと、それによって動かされているということでもあります。また、平成 31 年をご覧くださいますと、21 億円の精算、平たく言いますと 21 億円余計に頂いたものですからそれをお返りする、相殺するものがあつたものですから、結果的に 604 億円の収入に留まっている、ということでもあります。

R2 の場合は、2 年前の精算が 2 億円のお返しだけで済むということで、結果的に言いますと 630 億円ということでもありますから、604 億から 630 億へ 26 億円増えるという事になっておりましたので、その分一息つけるという状況でありまして、前期高齢者交付金そのものは概算で見ただけであればお分かりのとおり、着実に増えていく状況にあ

りますので、必ずしもこれがずっと楽になるというものでなくて、来年はそれなりに厳しい状況があるだろう、というものでございます。

(増原会長)

ありがとうございます。制度的な要因でもって一息つけたって形でまた、令和3年度以降はそうとは限らないという形で理解をしました。他何かございますでしょうか。

(藤縄委員)

よろしいですか。

今のお話なんですが、確かに国保の負担は、前期高齢者交付金が出たという事でよろしいかと思うのですが、我々健保組合は前期高齢者納付金、納める方ですね、これが1兆5,397億円という事で、6.3%増えているわけです。この制度自体、ここでどうのこうの言うつもりはないのですけどどれも、やはり精算額で124億円も上乘せになってきて、その結果6.3%増えたという事なんですが、私どもの健保でいうと前期高齢者納付金、これが被保険者一人当たりで年間14万5千円位になります。前期と後期の高齢者の拠出金で保険料全体の40数%を負担していて、そういう我々も楽しんで出しているお金じゃないものですから、このお金を是非とも有効に使っていただきまして、取れる保険料はちゃんと取っていただいて、今後、その医療費を抑制するために色々な施策を打っていただきたいというのが私の考えでございます。よろしく申し上げます。

(増原会長)

ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりで、負担いただく方と、それを適正に利用するという形で、双方のチェックが必要だと思いますので、引き続きこれに関しましては、資料4あたりで議論になるかと思えますけども、まず来年度に関しては、被保険者の方にとってはそれ程の負担にはならないものと見込まれているかと思われます。

ただその裏には、健保組合さんの負担が増えとるという事はやはり認識する必要性があるかと思えます。清水委員も何かございますでしょうか。

(清水委員)

特にはないのですけれども、制度の話ですので、どうこう言う話ではないのかなと思っておりますが、先ほど藤縄委員の方からお話のあった所に尽きるんじゃないかなと思っております。

(増原会長)

他、質問でもよろしいですけどございますでしょうか。また最後に総括して質問する時間もございますので、そのときにでも結構です。

(2) 令和 2 年度長野県国民健康保険特別会計予算案について

それでは続きまして、(2) 令和 2 年度長野県国民健康保険特別会計予算案について、事務局より説明をお願いいたします。

(油井室長)

<資料 2 により説明>

(増原会長)

以上の説明を受けまして、ご質問やご意見等ございますでしょうか。
去年 35 億円ですけれども、裏面のとおりで決算剰余金が即ち、繰越金にはならないという事と、これは一時的なものという理解で良いという事です。

(3) 長野県国民健康保険料（税）水準の統一に向けたロードマップ（素案）について

では続きまして、(3) 長野県国民健康保険料（税）水準の統一に向けたロードマップ（素案）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 3 により説明>

(増原会長)

ありがとうございます。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します。何かございますでしょうか。清水委員、ではお願いします。

(清水委員)

質問なのですが、今更というような話なのですが、保険料の都道府県別の統一に向けて、これは方針として出ている中で、そのプロセスであるとか、あるいは考え方というのは、各都道府県に権限があって任されている、という事でよろしいのでしょうか。

(油井室長)

法律的に県でやれ、とかというのは特にあるわけではございません。

ただ、国が初めの段階で制度設計するにあたっては、都道府県で出来れば保険料を統一したかったという事はあったと思いますし、今どちらかというと厚生労働省の方も市町村の意見をよくお聞きした上で、順々にやってくださいという感じでありまして、絶対ここまでやらなくてはいけない、という指導があるわけではありません。

統一する最後の姿も、今の段階では、例えば広島県ですと納付金や収納率は加味しない形で統一するという事でやっていますし、中には収納率まで加味してやりたいという所もありまして、正直言ってゴールが決まっているわけではありませんので、地域に応じてやっていただいて、ただそれが 4、5 年後に国がどのように評価するのか、そういう

事は今の段階では分からないような状況です。

(清水委員)

着地は特に決まっていけないという事なんですね。

その上でもう一つ質問ですが、その中で全県的な統一に持っていく、真ん中のステップとして二次医療圏単位で、という話も出ているという事をお聞きしたのですが、二次医療圏単位のワンステップを入れる目的というのが、なかなかよく分からないので、どういうメリットがあるのか教えていただければと思います。

(油井室長)

医療費につきましては、県内の格差の水準としては 2.5 倍あります。それで、広域二次医療圏というのは一般的には広域圏と言われていまして、長野県では 10 在るわけですが、この中で基本的に医療費の高い所というのは長野と松本と上田という状況で、低い所が飯田・伊那地方だとか、そういう形であります。

実際に個々の住民の方が医療サービスを受けるのは、概ね二次医療圏範囲内で動いておりますので、二次医療圏の中で進めていく事が、医療費のレベルでは最もご理解が得やすいのかな、というように考えております。

(清水委員)

分かりました。医療圏の中ではきっとそういう合意形成が出来やすいのかもしれませんが、その上に全県統一っていう事を考えた時には、もう一回苦労しなくてはいけないという二段階があるので、素人考えからすると一気にやっちゃった方が、というふうに何となく個人的には思いますし、二回に渡って利害が錯綜するのではないかな、という気はしております。意見です。

(油井室長)

清水委員の仰るのはよく分かりまして、一発でやる方が初めは苦労するのだと思うのですがけれども、二段階でやるよりは良いだろうなということだとも思うのですがけれども、仮に全県統一するとしても、多分何年もかかる話だと思いますので、途中の例えば仮にそれが 10 年だとした場合に、5 年の経過措置でやってる時の状況について、それが単なる数字合わせでやっているという事に被保険者が耐えられるのか、そこに仮に中間の所で二次医療圏に向けて、例えば保健事業についてある程度、保健福祉事務所単位で集まって一緒にやっていこうという、そういう目に見える集まりでやっていく方が同じ保険料が上がっていくにせよ、納得感が得られるのかもしれませんが、場合によれば途中経過における保健事業のインセンティブといった努力を確保出来ることにもなるのかな、という気もしますし、そこは正直言って私どもが決めることではなくて、市町村の皆さ

んともよく意見を聞いた上でやっていかなければいけないのかな、と思っています。

(増原会長)

補足ですが、医療費の決定要因って色々あるのですけれども、基本的には西高東低で、西日本が高くて東日本が低い、その要因は何ですかと言われた時に、人口当たりの病床数というのがかなり関わっているんじゃないか、ということが指摘されています。医療経済学の中では供給者誘発需要仮説と言いまして、供給者側が医療費を既定しているというのがあると。協会けんぽさんで言うと、長野県は他の地域を負担しているイメージがあるので非常に不利な訳ですね。そういうような実態がありますので、長野県としましたらとりあえず二次医療圏単位でやると。ベッドで大体規定されるところがあるから納得感が得られやすいだろう、ということが私の理解ですね。

また、長野県は二次医療圏を超えた患者の移動が中々起きにくいということでよいでしょうか。勿論、療養病床に関しましては一部松本から上田の方に移るというのがあるんですけども、基本的には二次医療圏の中で完結するような医療体制になっています。その供給に応じて医療費が決まっているということに関しての納得感が得られやすいというのが私の理解ですので、ワンステップ置くというのは合意形成の上ではよいとは思いますが。

もちろんこれはベストか、と言われると違うとは思いますが、少なくとも納得感は得やすいというところでの、一つの落とし所かな、とは思いますが。

二次医療圏というのは、その医療圏の中でおおよその医療が完結するという建前になっておりますので、そこで完結した医療に対して医療費が発生して、それをその地域に住んでいる人達が負担頂くというのは、あくまでも建前上、納得感は得られるのではないかと、という形での説得方法はあるのかな、という形で感じております。

補足ではありますが、最適ではないでしょうが、全県統一しろと言うのは当然一つの意見としてあります。

他何か質問等々ございますでしょうか。

被保険者の立場から下條委員や、北澤委員、何かございますでしょうか。全県で統一になると、恐らく自分の所は、ちょっと上がったとか、実はあまり変わらないとか、少しあたりはするかもしれませんが、もし何かございましたらお願いいたします。

(下條委員)

私も詳しいことはよく分からないのですが、私は北安なので北アルプス広域医療圏に今現在入っているのですが、そうすると正直言って殆ど過疎に近いような町村だけがグループを組んでやっているような感じで、その隣の松本広域は人口も増えてきて、結局

若い人達も皆そちらの方に集中している訳ですよ。そうすると北アルプス広域医療圏は、老人中心の過疎みたいな感じなので益々医療がかかって負担が増えて、逆に松本広域のような所だと負担をする人は増えるけれども、負担される方はそれ程ではない、というような人口のアンバランスみたいなことが起きた時には、どういうふうにするのかな、というのがちょっと先々の不安で感じました。

(油井室長)

例えば松本と大北地域で比べますと、医療費につきまして言えば、一人当たりの医療費は先ほど申し上げたとおり松本地域が一番高いです。

したがって、基本的には松本の地域の皆様は高い保険料を払っている状況にはございますが、と言ってここはまた難しい所なのですが、実は松本地域の例えば松本市だとかそういう地域の方々の方が一人当たりの所得が高い、という問題もありますので、高い医療費に対して高い保険料を払っていても大変かと言われると、それなりに所得があるから大変ではない、という部分もありますので、両方の側面から見ていかないと何とも言えないのかな、という感じがございます。

(下條委員)

そうすると、資産割を止めた方がいいというのは、むしろ地価も高くなったりするのでそういうところはどうなのでしょう。

(油井室長)

資産割につきましては、今お話があったとおり、どちらかと言いますと都市部の方では資産割は採用しない状況にありまして、田舎の方が採用するといった状況があって、そこは他に所得割だけにすると具合が悪いというようなことがあって、資産割をまだ止めることが出来ない、というような傾向が見られます。

例えば市で見ますと、資産割を大分止めてはおるのですが、現在採用している所といたしましては飯山市がありますけれど、例えば長野市や松本市、飯田市は採用していない、という状況はあります。

(増原会長)

北澤委員、どうぞ。

(北澤委員)

被保険者としてということで、本当に初歩的な質問ですみませんが、例えば去年台風19号で非常にリンゴ農家をはじめ色々な被害を受けまして、国保の保険料はどうなるのかと思った時に、やはり長野県全部で一つのお財布であれば、多少緩やかに対応出来る

のかな、というふうに考えた場合に、あまり医療圏という、医療にかかりやすいという所はあるかも知れませんが、継続的に国保の医療費に対応していくには、長野県一本でもいいのかなと、個人的な考えですが感じておりました。

今後、殆どの農家さんが国保に入っているというところから、保険料とかも変わってくるのかな、という心配もありまして、また教えていただければと思います。

(油井室長)

説明が少し足りなかった部分があったので補足させていただきますが、先ほどの二次医療圏で無理に検討する必要性が無いものとしては、例えば税の減免や任意給付の関係といった基本的に事務的なものについては、二次医療圏でやる必要性はなくて、なるべく全県で早めに統一する方が県民のためであると思いますので、そのように進めていきたいと思っております。

これはまだ私がどうこうという訳ではないのですが、各ワーキンググループの意見を聞きますと、例えば応益割の関係につきましては、二次医療圏で一旦統一する時に保険料が上がって、全県統一の時に保険料が下がる、ということでは被保険者のご迷惑になりますので、やはり応益分は基本的には二次医療圏でなくて全県を目指して統一していくべきではないかな、と思います。

応能分については、医療費の関係もありますので、二次医療圏対応を挟む余地はあると思っておりますが、二次医療圏で統一するということが却って全県統一する時の桎梏になる可能性があると思っておりますので、そういう議論もしていかななくてははいけませんし、統一しなくてはいけないものは色々ありますけれども、仕訳をしないといけないのかな、というように思っております。

(増原会長)

他ございますでしょうか。宮崎委員とかは何かありますか。

(宮崎委員)

そうですね。皆様のご意見を聞いていると、全県でも「確かに」と思いますし、二次医療圏でも「なるほど」と思ったりするので、恐らく今後市町村と相談しながら、二次医療圏にするとどんなメリットがあって、どんなデメリットがあって、全県にするとどんなメリットがあって、どんなデメリットがあって、ということ整理しながら最終的に決定されていくと思います。

今回の激変緩和というのもあるように、何を選択してもデメリットは生じてくると思うので、選択した場合のデメリットさえ分かっているならば、そのデメリットを最小限にしていく措置をしていけばいいのかな、と感じました。

(増原会長)

ありがとうございます。まだ他にあるでしょうか。また最後にまとめてやりますので、もしありましたらそのときにお願いいたします。

(4) 令和 2 年度に長野県が実施する保健事業について

それでは続きまして、(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ねがいたします。

(油井室長・田中企画幹)

<資料 4 により説明>

(増原会長)

ありがとうございます。以上の説明を受けましてご質問がありましたらお願いいたします。では大滝委員お願いします。

(大滝委員)

前半のお金の話では意見が言えなかったものですから、生活習慣病の重症化予防ということで、歯科医師会としてもご協力していきたいと考えております。

特に糖尿病につきましては、保健師さんの専門知識や経験が乏しいという面では、今年度は 3 月 1 日に認知症予防のプログラムというような形でシンポジウムを開かせてもらうのですが、来年度は肺炎とか糖尿病の方に力を入れていきたいと思っております。

そういう中で地域保健という部がありまして、そちらの方でかなり糖尿病の方も力を入れていきますので、保健師さんが講習会や講演会に行くための交通費とかはかかってしまうかもしれませんが、あまり予算がかからないで出来るような取組みも数多く予定しておりますので、そちらの方に来ていただいて、歯科の方でも保健師さんの勉強会等に協力をしていきたいと思っております。

また、例えば食事の面とかでいきますと、栄養士会さんや薬剤師会さんとも色々協力出来ることもあると思っておりますので、そちらの方も医師会だけではなくて、我々の方も一緒に出来るだけ協力していきたいと思っておりますので、よろしく願いをいたしたいと思っております。それは、資料の国民健康保険市町村支援事業の 2 の (3) にも当てはまってくると思っておりますので、よろしくお願いいたします。以上です。

(増原会長)

ありがとうございます。そろそろ宮崎委員がご退席になりますので、もし最後に何かございましたら、公衆衛生の専門家の立場から是非ともお願いしたいと思います。

(宮崎委員)

ありがとうございます。この件に関しては、本当に各市町村の保健師が現在力を入れてやっていて、様々な市町村におけるデータヘルス計画は本当に何年も繰り返し、繰り返しやっていて、非常に計画としても実施としても徐々に成果が出始めている状況かな、と感じています。

実際の医療費が減るとか、その辺になってくるとまだ先だとは思いますが、少なくとも受診率とかリピーター率だとかその辺の成果を上げたり、それから改善率ですね、重症化予防なんかとその改善率あるいは維持といった成果も出始めている印象でした。

ここに関しては、公衆衛生に携わる看護職だけではなくて、実際の医療現場との連携というのが非常に重要になってきてまして、特に糖尿病の腎症重症化予防というのは、医療機関にかかっている人が殆どですので、医療現場との連携あるいは何か対策というのも、看護協会でも何か言っていた様な気がするのですが、踏み込む事が出来たらもっと良くなるのではないかな、と感じています。

(増原会長)

ありがとうございます。何かございますか。

(田中企画幹)

重症化予防の関係ですが、重症化予防というのは医療に関わる内容ですので、地域の保健師は、皆さん非常に苦労しながら取組み、徐々に連携の形が出来つつありますけれども、先ほどの医療圏の問題や医師会との関連とか、市町村だけでは解決できない問題が出て来ているので、そういったものは県として保健所と相談しながらより進めていける様、色々と検討しているところです。ありがとうございます。

(宮崎委員)

以前看護協会の方で、糖尿病に関しての専門的な知識を更に勉強したナース達を置いている医療機関との連携が取れたら、もっとこの重症化予防が進むのではないかということで、各地域に居る看護職同士の連携という「看看連系」も考えていく必要があるのではないかと、ということが会議で出た覚えがあります。

どうしても日々の診療等で忙しいということもあると思うのですが、看護職同士のそういう連携ということも、今後の対策として考えてもいいのかな、と感じた次第です。

(増原会長)

ありがとうございます。では藤澤委員お願いします。

(藤澤委員)

すみません薬剤師会です。やはり糖尿病の人は、間違いなく薬を飲んで生活をしているわけで、その方達がきちんと飲めるように支援していく、というのは重症化予防の為にはとても大事な事だと思っています。

次の診療報酬改定でも、薬局でその仕事をしたら「フィー」が付くと言ったらおかしいのですけれど、例えばインスリンがちゃんと使えているかとか、あるいは薬がちゃんと飲めているかとか、そういった評価をきちんとしなさい、という厚労省の方向性が明らかに出てきましたので、そこはきちんとやっていかなければいけないと、気持ちを新たにしているところです。

あとは、薬局に「うまく飲めない。」とか「入れ歯が合わない。」といった口腔内の状況について言ってくる事がとても多くて、特に糖尿病の関係の人は歯周病が多いので、そういう話の中から歯科医院に繋げていくなどの重症化予防を図っていきたいな、と併せて思っています。

それから先ほどの話にもありましたが、重複投薬とか多剤投薬という問題もありまして、やはり糖尿病の方たちは非常に薬が多くなっている中で、色々な医療機関から色々な薬を貰って来るという実態はあると思います。あまり糖尿病の重症化予防と合った話になっていなくて恐縮ですが、最終的にレセプトをチェック出来るのは保険者さんだと思いますので、保険者さんから必要な重複投薬とか多剤投薬の適正化の希望があれば、是非一緒に考えながら減らしていくこともとても大事な事だとも思っております。

糖尿病患者さんは沢山薬を貰うため、実は残薬が非常に多いです。今日本全国で 500 億円とか 1,000 億円の残薬があると言われていまして、残薬の解消も併せてやっていかなければいけないと思います。そういう面からも、医療費の適正化として薬剤の適正使用というところを、薬剤師会は気を付けていかなければいけないと考えております。

(増原会長)

ありがとうございます。事務局から何かございますか。

(油井室長)

先ほど申し上げました予算の確保ですが、保健事業に相当充てなければいけないという状況ですので、出来れば歯科医師会さんや薬剤師会さんからもアイデアを頂戴して、一緒に事業をやっていく機会かと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

(増原会長)

それでは藤縄委員お願いします。

(藤縄委員)

私ども健保連長野連合会と県の健康増進課さんとの共同事業ということで、今年度から健康教室を開催するというのが、この間の総会の前の理事会で決定いたしまして、予算化したところです。

第1回目は7月に長野で、9月には松本でやるのですが、第1回目は長野県の保健師さんと、特にエースプロジェクトのアクション(A)とイート(E)の部分について実施し、あと歯科医師会さんの先生からオーラルフレイルについて、「健康寿命は口の健康から」ということで開催します。

第2回目は、長野県の栄養士さんによる講義と、イート(E)の関係で、味噌の素晴らしさということで、マルコメ味噌の方にご講義頂きます。

今県内には健保組合が20ありまして、被保険者数が10万人弱で家族は約8万人おりまして、いずれ先ほどのお話のように、我々も国保の方に行く訳ですから、その前の段階でこういう長野県さん等と連携して、色々な事業をこれからも継続的にやっていきたいと考えております。以上です。

(増原会長)

多分皆さん、あると思いますけれど、まず僕の方からちょっとだけ、サジェスションといいますが、色々事業やっていただいて非常に良いと思うんですけど、「ファクト」をどうやって残すか、というところを考えないといけないと思います。究極の目標は、被保険者なり国民のQOL(クオリティ オブ ライフ)と健康寿命の延伸という形だと思うのですが、保険者という形に限って言いますと、やはり医療費に結び付けざるを得ないと思います。

医療費に限って言いますと、被保険者番号さえ分かれば、被保険者ごとに確認は出来るので、もちろん個人情報というのが一番大事ですので何とも言えませんが、ある事業を行なったときに、個人情報で許される範囲の中で、アウトカムとしてどういう結果が出たのか、については確認した方が良いと思います。とりわけ1番の糖尿病性腎症なり多剤投薬であるのならば、この方々のレセプト上の確認と、事業をやった時の効果はどうだったのか、という確認はやっていいのかな、とは思いますが。

あと、個人情報保護条例の観点からやり難いのですが、今後やらなければいけないところが、2ページ目の協会けんぽとの共同事業で、協会けんぽの方々がそのうち国保に移ってその効果を見たい、ということであると思われます。被保険者番号をマッチング

するという事は原理的には可能です。ただ、これは個人情報保護条例の観点で許されるかどうかというのが微妙になってきますが、この事業をやられているのでしたら、1年・2年では結果は出ないと思いますけれども、このプロジェクトに参加したことで後々の医療費に関する追跡をしてもいいかという同意を、この時点で取っておく方が今後の為には良いのではないかと考えています。

医療費が全てではないというのは勿論ありますが、保険者という観点で見ますと、常に事業を行い、参加した方々の医療費の追跡をして効果があったかどうかを測定するというスタンスは、今後やらざるを得ないかな、と考えています。

ちょっとした意見です。他、何か先生方ございますでしょうか。

大滝委員お願いします。

(大滝委員)

今の会長さんからのご意見ですが、実は令和3年3月までに保険証とマイナンバーカードのオンライン化ということで、各医院に1台設置し、そのシステムで何の薬剤を出しているのかが分かるような状況になっていくだろう、と言われていています。会としても、この間厚労省の方に呼ばれて説明を受けた段階なので分からないのですが、一応3月までに設置を行えば何とか補助金で出来るし、それ以降は各医院の持ち出しになるということなので、歯科医師会としては、これはどんどん進めて行きたいと考えています。一応、そういう状況になって来ているということです。

(増原会長)

これでいわゆる「効果の測定」を比較的やり易くなると思いますので、もし県の予算で補正があったら、歯科医師会の方でも、積極的に「こういうふうにやったらこういう効果が出て、我々の取り組みを検証できる」というアイデアを出していただければと思っています。続いて、宮崎委員お願いいたします。

(宮崎委員)

先ほどの会長のご意見を聞いて「はっ」と思ったのですが、それこそデータヘルス計画で改善率とか維持率とかが良くなっているのですが、医療費ということになると、全体で医療費がどうかということを各市町村が計算して出していたかとなると、関わった人達に関してレセプトで個人を追ってその人達の医療費を計算していけば、短期の効果としては出やすくなる、ということですかね。

(増原会長)

原理的には可能です。

(宮崎委員)

そういうことですよ。

(増原会長)

ただ、一応個人情報保護というものがありますので、それはクリアしなくてはならないのですが。

(宮崎委員)

これが効果として見えてくれば、とても励みになりますね。分かりました。ありがとうございます。

(増原会長)

昔レセプトの解析をやっていたことがありまして、被保険者番号が分かると全部追跡できます。あと、マスターデータと言って、いわゆる加入脱退の情報があると、いつ誕生していつ亡くなったか、加えて標準報酬月額まで分かっています。

これは勿論かなり昔の個人情報保護条例のような縛りが無い時代にやったので、今やろうと思うと中々大変ですが、いわゆる個人を月単位に追跡調査は出来ます。なおかつ、多剤投与の関係とか重複受診の関係でいきますと、被保険者番号の個人が、どの医療機関に何回通っているか、そこで発生した医療費はいくらか、同じように医科・歯科・調剤でも全部分かります。

ただ、同一医療機関の複数診療科に受診していると、もうちょっと詳しいデータが無いと分からないのですが、複数の医療機関でどれくらいでとか、多剤投与に関しては薬剤名があれば基本的には分かる格好です。

したがって、被保険者番号に名寄せすることで、基本的には個人単位での医療費は全部把握できる形になります。

(宮崎委員)

ありがとうございます。

(増原会長)

個人情報保護の観点で中々難しいのですが、原理的には出来る、というだけです。

ただ、我々はその辺は気を付けなければいけないのですが、出来る範囲で、保険者としての医療費の把握や事業の効果の測定ということは、常に意識せざるを得ないだろうと思います。ファクトを出さないと、今後は国が「ファクトは何ですか?」「この為に何をやってどういうアウトカムが出たのですか」、という事はかなり言われると思いますので、それを現時点である程度考えて、実行が無理だったらやらない、ということを考えて取り組まざるを得ないかな、と考えています。

(宮崎委員)

ありがとうございます。

(増原会長)

他でございますでしょうか。では北澤委員。

(北澤委員)

すみません。二つ目の国保の健康長寿支援のモデル事業についてですが、狙いはとてもよいと思うのですが、会社等で健診を受けていて、その後家に入ったりすると中々受けないという中で、事業内容が実態調査の実施というのが、どんなやり方でされるのかが分からないのと、あと事業内容で、講演会セミナー・体験型教室・相談会等の実施とありますが、こういったことは非常に必要かとは思いますが、今時結構皆さん知識を持っていると思います。私も長野市の保健師を長らくやったのですが、結構皆さん知識はおありになって、何で出来ないのか、というあたりが一番のネックになっています。こういう会を開いてきっかけにはなると思うので、やはりこの後のフォローが必要かな、と思います。

私も、各地区で健康教室とか介護予防教室とか色々開いたのですが、一番効果があったのは、そこでお仲間が出来て仲間づくりというか OB 会みたいになると、保健師からの一方的なお話より、一緒に参加していた人が仲間同士で生活の注意点とかを言うと非常に有効だと受け止められましたので、効果は直ぐに出ないかもしれませんが、県の方でフォローのやり方などを各市町村に教えていけばいいのかな、というように感じました。以上です。

(増原会長)

事務局、お願いします。

(油井室長)

北澤委員さんのおっしゃるとおりで、我々も、まずは頭で考えただけでありまして、よく市町村の皆さんとも話をした上で、あまり囚われずに、最終的にはそうした関係を作りたいという前提で、柔軟に考えて事業をやっていきたいと思いますのでよろしくお願い致します。以上です。

(増原会長)

それでは、清水委員。

(清水委員)

北澤委員さんと似たような話になりますが、2 頁の協会けんぽや市町村と連携した保

健事業という中で、これは定年前ということですが、定年直前の人というよりはまだ数年あるというような人を対象にするような工夫が必要になってくると思います。

一番は興味のある人はお出になるでしょうけれども、興味のない方にどうやって向いてもらうか、仲間づくりであるとか自分の健康に興味を持ってもらうといった機会を提供できればと思っておりますので、ここはそれぞれ県・市町村と意見交換をさせていただく中で、工夫をしながら取り組んでいきたいと思っております。

それともう一つ、質問で3頁の2(1)の健康課題の見える化で、データベースを見える化するというデータ分析を行って、これは昨年もこうした事業をやるというお話をいただいていたと思います。今年の実績は、評価指標の作成ということになっておりますが、見える化といった形で各市町村や保健福祉事務所にいつ提供されるのか、今どのような状況なのかを教えていただければと思います。

(田中企画幹)

KDBシステムに「市町村の状況」というのがありまして、健診や医療の介護状況など、市町村の現状といったものが90項目以上あります。KDBシステムは5年間の履歴があり、市町村は5年間の全データを自分の所・県・全国の同規模の平均のデータしか見られないのですが、県内の似たような特徴を持つ市町村や、自分と同規模の市町村のデータも見たい、という希望がありましたので、77市町村の経年ごとの、例えば、健診受診率や医療費の一覧表とか、医療ですと糖尿病のレセプトを持った人などの一覧表をエクセルの形で作ってあります。それを「国保保険者ネットワーク」の方に一覧で出しておりますので、市町村は自分たちが見たい所の表から加工出来るような形で示してあります。

保健所の方にも同じような形でサーバに載せてありまして、見たい数字を見られる一覧表を作成してあります。毎年それを更新して行くような形で、今進めております。

(清水委員)

ありがとうございました。この部分は、結構県もかなり力を入れているという印象を持っておりまして、決め手とは言いませんが、ここにそれぞれの保険者のデータとかを載せることによって、かなりの武器になると思いますので、これを上手に活用していく必要がありますし、そのリーダーシップを県にとっていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

(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。よろしいでしょうか。

(5) その他について

では続きまして会議事項(5)「その他」に移ります。

今までの中で漏れたご質問やご意見等ありましたらお願いします。もちろん(4)についてでも結構ですが、何かございますでしょうか。

では、資料3の保険料水準の統一に向けたロードマップで、2点あるうちの1点目が市町村の独自事業の任意給付に関しては、やはり統一化した時に国保の財政とは別にやっていたかかないと納得は得られないだろうと思います。まず国保の市町村間での納得は得られないというのと、あともう一点は前期高齢者交付金が納付金に入っている関係上、被用者保険の方々からも納得いただけないだろう、ということでございますので、一部任意事業に関しましては、やっていただくのは全然構わないのですが、やはり別立てで作っていかないと今後は説明責任が果たせないだろうというのが、まず1点目の意見です。

あと、このロードマップの策定に向けて、議論が錯綜するのは仕方がないのですが、基本的に保険者機能を強化して保険者が頑張らましよう、という話だと思うのですが、その時にリスク構造調整とか、その他の要因とか全部ゴチャ混ぜになっているという話だと思います。ドイツでは、保険者機能を強化する時にリスクを完全に一本化して、簡単に言うと突き抜け型の保険、生まれてから亡くなるまでの保険を作ってしまったので、その保険がたくさんあって、要は同じような年齢階層がたくさんいる保険になっていますので、その保険の間で競争を働かせてやっているという状況で、リスク構造調整とか言ったりもします。

ただ、国保の場合はリスク構造調整とか一切無く、リスクが異なる中、あと更に供給側の要因も異なる中で、「さあ、統一化しましょう」「あとは競い合いましょう」となってしまうと、やはり当然反発があるかと思えます。基本的な部分として年齢調整を完全にしたらどれぐらいの保険料になって、その後どうやって頑張ったらいいいのか、いわゆる個別要因と努力の部分の識別していかないと話が錯綜すると思えます。

この資料を見る限り、個別事情と努力部分の区別がまだまとまってないので、これをたくさん出していただいて今後仕分けしていくということで、保険者としてやるべきことや保険者として共通のスタートラインにすべき所というのが、まだゴチャ混ぜな印象を受けました。まず仕分けというか、意見を出していただければと思っております。そうしないと中々まとまらないのかな、と思っております。

他に何か意見ございますでしょうか。

では、藤澤委員お願いします。

(藤澤委員)

保健事業みたいな大きな話が出来なくて申し訳ないのですが、薬剤師としては医療費の中での薬剤料がやはりどうしても気になりまして、一つはジェネリック医薬品の使用なのですが、これも恐らくかなり地域差があるような気がしています。二次医療圏かどうか分かりませんが、市町村あるいは二次医療圏ごとにかかなりの差があると思いますので、そういった点もきちんと提示していただいて、低い所にはきちんと指導や働きかけをしていただきたいと思います。

今までジェネリック医薬品というのは数字目標で語られてきて、2020年9月までに80%という目標ではありましたが、本当の目標は医療費を下げることであれば、必ずしも数値目標だけではないだろうと思っています。高い医薬品をどのようにして変えていけるかどうか、今度の診療報酬改定の中にバイオシミラーの考え方が出てきまして、非常に高額な医薬品を処方した場合や説明をした場合に、医師の方にインセンティブが付くような診療報酬も出てまいりました。確かに高い医薬品を変更させていけるような、そういう力が働くと医療費に直結するいい政策が出来るだろうな、ということを考えていて、数量ベースだけの判断だけではなくて、医療費に占める金額の割合というところに食い込んでいかなければいけないと思っています。

それから、ジェネリック医薬品に関しては福祉医療がどうしても外せないのですが、後から返ってくるという安心感から選択されない方も未だにいらっしゃるのではないかと思います。乳幼児の福祉医療が基本的に無料化というか500円の窓口負担で済むようになりました。その福祉医療の影響が医療費全体にどのような影響を及ぼしているか、といった判断もきちんとした資料を取って欲しいと思います。それはジェネリック医薬品だけでなく、福祉医療、特に乳幼児の医療費が全体の医療費を押し上げる要因になっていたらいけないと思いますので、そういった検証を充分していただきたいと思います。お願いいたします。

(増原会長)

事務局から何かございますか。

(油井室長)

今委員さんの方からご指摘がありました福祉関係の話で、私どもは全然想定していなかったもので、これからどういうことが出来るか考えていきたいと思っています。

あと、二次医療圏ごとにも違うというお話をお聞きしましたので、そこも精査してみないといけないと思います。

(増原会長)

清水委員、ございますでしょうか。

(清水委員)

ご参考までに、福祉医療の子ども医療費の現物化は昨年からスタートしていますが、その影響が有ったか無いかということに関して、協会けんぽ長野支部の中だけですがレセプトデータで傾向を検証してみました。有意な差が見られなかったというのが結果です。

ただ、これは継続的に見ていかなければいけないと思っております。1ヶ月分だけの検証なので何とも言えないのですが、一応今のところ明らかにそういった数字は出ていない、ということをご参考までにお伝えします。

(増原会長)

もしかしたら来年度の補正にそういった調査費が付く可能性もありますので、もし要望がございましたら薬剤師会の方でもお出しいただければと思います。

AG=オーソライズドジェネリックがうまく進んでいるのか、というのにも興味があるところだと思っております。ジェネリック医薬品には品質面の不安があるけども、AGだとほぼほぼ同じ形で誘導していると思っておりますので、AGへの切り替えというのもうまくいっているのか、というのにも国保の中では調査すべき事になるかと思っております。そういった研究費等々のご要望がございましたら是非ともお出しいただければと思っております。

それでは続きまして、事務局から何かありましたら説明よろしくお願ひします。

(松本課長補佐)

すみません、1点だけお願いいたします。

来年度の運営協議会の開催予定でございますが、本年度同様11月と2月の2回の開催を予定しております。場所は県庁を予定しております。概ね夏頃を目途に、2回分の開催候補日を複数お示しさせていただきまして、その時点でのご都合のよろしい日または悪い日等をご回答いただきました上で、こちらの方でなるべく一番出られる方が多い開催日時を決定しまして、皆様にお知らせしたいと思っております。

また、開催日が決まりまして1ヶ月前頃には、開催通知と出欠のお伺い通知を送らせていただくような形になると思っております。以上でございます。

(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

(松本課長補佐)

長時間の会議大変お疲れ様でございました。最後に改めてご確認でございますが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。よろしくお願いたします。

それでは以上で本日の会議を終了いたします。どうぞお気を付けてお帰り下さい。ありがとうございました。