

平成 28 年度(2016 年度)第 1 回国民健康保険運営協議会会議録

- 1 開催日時 平成 28 年(2016 年)8 月 1 日(月)午後 2 時～午後 3 時 35 分
- 2 開催場所 吹田市役所 中層棟 4 階 全員協議会室
- 3 案件 (1) 会長・会長代理の選任について
(2) 平成 27 年度国民健康保険特別会計決算見込みについて(報告)
(3) その他

4 出席者

委員 日高政浩会長、一圓光彌委員、足立泰美委員、川西克幸委員
御前治委員、千原耕治委員、秋葉裕美子委員、西田宗尚委員
平岡ツヤ子委員、丸岡惇委員、松村美枝子委員、鶴崎憲治委員
和田季之委員

(欠席委員) 宮本修会長代理

事務局 米丸聡特命統括監 乾詮健康医療部長、山本重喜健康医療部次長
堀保之国民健康保険室長、山口敏彦参事、大重寛孝参事、竹村順一
参事、古田義人参事ほか

5 署名委員 川西克幸委員、西田宗尚委員

6 議事

(事務局) ただいまから平成 28 年度(2016 年度)第 1 回国民健康保険運営協議会を開催いたします。会議に先立ちまして、全委員の方に、特命統括監の米丸から委嘱状を交付させていただきます。

(統括監より全委員に委嘱状を交付)

(事務局) 続きまして、特命統括監の米丸よりごあいさつ申し上げます。

(統括監) まず第 1 回国民健康保険運営協議会に御出席を賜りましたこと、厚くお礼申し上げます。また国民健康保険事業に日々御協力、御支援等につきましても重ねて感謝申し上げます。本市におきましては、この 4 月に組織改正がおこなわれまして 3 月までは福祉保健部であった国民健康保険室が、このたび健康医療部の所管になりました。これは最近の国民健康保険事業を取り巻く環境、例えばデータヘルス計画の策定に代表されるような保健事業のさらなる推進だったり、医療費適正化の流れというところがありますが、保健事業の担当が健康医療部の保健センターでございますが、そういう部署と連携してさらに取り組みを進めていきたいという理由から健康医療部の国民健康保険室となりました。これからも引き続き皆様には御指導、御鞭撻をお願いいたします。

本日の案件でございますが、3 点ございます。まず会長・会長代理の選任をお願いいたします。

2 点目は、「平成 27 年度国民健康保険特別会計決算見込み」を御報告させていただきます。平成 27 年度の単年度収支はかろうじて黒字となる見込みですが

依然として累積赤字は 27 億円を超える状況でございます。今後とも赤字の解消・縮小に努めてまいりたいと考えております。

3 点目については、国民健康保険制度の改革についての現状について報告をさせていただきます。平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」では、平成 30 年度から都道府県が市町村とともに国民健康保険事業を担うこととし、財政運営は都道府県、大阪府が責任主体となること、資格管理、賦課・徴収、保険給付、保健事業は市町村が実施することとなっております。これらを踏まえまして今年の 3 月に大阪府が「国保広域化調整会議」という大阪府と市町村の会議において一定の取りまとめを示されております。そちらについても本日報告をさせていただく予定です。

先ほど申し上げましたように、賦課・徴収は新制度となりましても、市町村が担う事務となります。こういった保険料設定にするかは基本的に市町村が決めていくという制度の趣旨でございますが、一方で大阪府の方では統一保険料という方針をまとめていくということもございます。そのような状況についても現状を御報告させていただきます。

本日は忌憚のない御意見を賜りますことをお願い申し上げましてごあいさつとさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

(事務局 運営協議会委員と事務局の職員紹介、配布書類の確認)

(事務局) それでは、議事に入らせていただきます。まず「1 会長・会長代理の選任について」でございます。国民健康保険運営協議会の会長・会長代理につきましましては国民健康保険法施行令第 5 条によりまして、公益を代表する委員から選任することになっております。ただいまより、皆様で御協議いただいて、お決めいただきたいと存じます。それでは、会長の選任に入ります。先ほど御紹介させていただきましたとおり、公益を代表する委員の方は 4 名いらっしゃいますがどなたがよろしいでしょうか。

(A 委員) 前回も会長をしていただいた日高委員が良いと思います。

(事務局) ただいま、日高委員との提案がありましたが、いかがでしょうか。

(異議なし)

(事務局) 御異議がないようでございますので、日高委員に会長をお願いいたします。

(会長、所定の位置に移動)

(事務局) 次に、会長代理の選任に入ります。会長と同様に公益を代表する委員から選任することとなっておりますが、どなたがよろしいでしょうか。

(A 委員) 会長に指名いただくのがよいのではないかと。

(事務局) それでは会長に御指名いただくということで、よろしいですか。

(異議なし)

(会長) では本日欠席されておりますが、宮本委員をお願いしたいと思いますが、

いかがですか。

(異議なし)

(事務局) 御異議がないようでございますので、宮本委員に会長代理をお願いいたします。それでは会長、以降の議事進行をお願いいたします。

(会長) 国民健康保険制度は、我が国の国民皆保険制度を支える重要な制度でございます。本市におきましても、市民の約4分の1の方が国民健康保険に加入されておりまして、市民の福祉医療に大きな役割を担っております。平成30年には、国民健康保険の広域化という大きな制度改革がございます。今期の国民健康保険運営協議会に課された責は重いものだと考えております。この運営協議会の会長といたしまして、皆様方とともに、他の委員の方と協力し、よりよい国民健康保険制度、国民健康保険事業の推進に力を尽くしてまいりたいと考えております。

(会長) それでは、これよりの議事は私が進行させていただきます。まず本日の署名委員を決めさせていただきます。川西委員、西田委員のお二人をお願いいたします。それでは、本日の議題でございます「2 平成27年度国民健康保険特別会計決算見込みについて」事務局から報告を受けます。

(事務局) それでは、資料1に沿って、平成27年度国民健康保険特別会計の決算見込みについて御説明申し上げます。

はじめに、1ページ及び2ページを御覧ください。平成27年度国民健康保険特別会計における、1ページが歳入、2ページが歳出、それぞれ款ごとに、左から当初予算額、決算見込額、当初予算からの増減額、増減の主な要因について、でございます。1ページ及び2ページのそれぞれの合計欄のAとBに記載しておりますが、平成27年度の決算見込み額は歳入合計が419億7,681万4,114円、歳出合計が447億1,005万8,826円ですので、収支差引額A-Bは27億3,324万4,712円の赤字となる見込みでございます。一方、単年度収支につきましては、2ページの歳出10諸支出金のうち、繰上充用金の決算見込み額、Cの28億6,672万1,464円を除いた額となりまして、1億3,347万6,752円の黒字となる見込みです。しかし累積赤字解消額として5億3,200万円を当初予算で計上していたことを勘案いたしますと、3億9,852万3,248円の赤字となる見込みです。

続きまして、平成27年度当初に見込んでおりました当初予算額と決算見込み額の差が生じた主な要因について、御説明させていただきます。

まず1ページの歳入でございますが、1 国民健康保険料の決算見込み額は78億1,623万7,147円で、1億963万6,853円のマイナスとなっております。これは主に滞納繰越分の保険料が当初見込みを下回ったことによるものでございます。次に、4 国庫支出金でございますが、決算見込み額は76億2,983万3,036円で、当初予算と比較して、7億2,004万2,036円のプラスとなっております。この主な要因といたしましては、2ページの歳出2 保険給付費と連動しておりますが、一般被保険者に係る保険給付費が当初見込みを上回ったことにより、そのうち国庫で負担する

療養給付費等負担金や財政調整交付金が増えたためでございます。

次に、5 療養給付費等交付金でございますが、決算見込み額は 9 億 3,436 万 4,237 円で当初予算と比較して、4 億 2,612 万 4,763 円のマイナスとなっております。この主な要因といたしましては、同じく歳出 2 保険給付費と連動しておりまして、退職被保険者等に係る保険給付費が当初見込みを下回ったことによって、社会保険診療報酬支払基金から交付される退職者医療交付金も少なくなったためです。また、前年度交付金の精算で、平成 26 年度にもらいすぎにいたった額、5,260 万 4,763 円について、平成 27 年度の交付額から差し引かれております。

7 府支出金につきましては、決算見込み額は 20 億 6,119 万 812 円で当初予算と比較して、2 億 9,368 万 9,188 円のマイナスとなっております。この主な要因は、2 ページの歳出 7 共同事業拠出金が当初の見込みを下回ったことによる激変緩和措置のための特別調整交付金が少なくなったこと等によるものです。

同じく 8 共同事業交付金につきましても、2 ページの歳出 7 共同事業拠出金と併せて見ていただきたいのですが、いずれも当初の見込みより減少しております。これは、すべての医療費が共同事業の対象となる初年度の予算であったため、大阪府国保連合会より提示された資料をもとに予算編成しておりましたが、結果として予算を多く見積もっていたことによるものでございます。

次に、9 繰入金の決算見込み額は 40 億 3,488 万 1,298 円で当初予算と比較して 2 億 535 万 8,298 円のプラスとなっております。主な要因は、保険基盤安定制度の拡充によって、保険基盤安定負担金が当初見込みを上回ったこと等によるものです。

次に、2 ページの歳出を御覧ください。

まず、1 総務費につきましては、人件費では勤勉手当の差額など、事務費ではマイナンバーに伴うシステムの改修費が発生したことなどにより合計で 2,887 万 7,378 円のプラスとなっております。

2 保険給付費につきましては、歳入のところでも申し上げましたが、決算見込み額は 251 億 5,547 万 900 円で当初予算と比較して 6 億 1,957 万 9,900 円のプラスとなっております。

ここで、3 ページを御覧いただきたいと存じます。

これは、平成 21 年度から平成 27 年度までの保険給付費決算額の推移ですが、(A) 保険給付費の平成 26 年度の欄を見ていただきますと、平成 26 年度の決算額は 242 億 9,112 万 2,745 円ですので、平成 27 年度は前年度に対して、8 億 6,434 万 8,155 円、増加しております。(B) 被保険者数が前年度に対して 2,138 人減少しているにもかかわらず、保険給付費総額が増加しており、一人当たり保険給付費は、前年度から 6.3% も伸びている状態でございます。

2 ページにお戻りください。

次に、8 保健事業費でございますが、決算見込み額は 3 億 3,457 万 3,643 円で当初予算より約 8,455 万 6,357 円のマイナスとなっております。これは、主に特定健康

診査の受診者数が当初見込みを下回ったことによるものです。

次に、10 諸支出金の償還金及び還付加算金で 2 億 4,012 万 6,915 円のプラスとなっておりますのは、療養給付費等負担金等の過年度精算金が合計で 2 億 3,532 万 7,835 円などが生じたことによるためです。また、同じく諸支出金の繰上充用金につきましては、当初予算では、5 億 8,477 万円のみ計上しておりましたが、最終的に平成 26 年度の累積赤字額 28 億 6,672 万 1,464 円に充てるため、22 億 8,195 万 1,464 円のプラスとなっております。

以上が平成 27 年度における当初予算額と決算見込み額の差が生じた主な要因についての説明でございます。

なお、4 ページの資料につきましては、歳入及び歳出それぞれの款ごとに、決算見込み額、合計に対する割合でございます。この資料における金額の単位は千円単位でございます。

最後に、5 ページでございますが、平成 24 年度に運営協議会で諮問させていただき、御了承の答申をいただきました赤字解消計画の進捗状況でございます。

なお、この資料における金額の単位は、百万円単位でございます。

上下に二つの表がございますが、上段の表 1 は、平成 24 年度に策定いたしました赤字解消計画の予定で、下段の表 2 は、単年度収支改善額ならびに、累積赤字解消額は、予算編成時の内容を、それ以外は平成 27 年度の決算見込みまでを反映させたものでございます。表 1 と表 2 それぞれの M 行の差を最下段の N 行に示しております。平成 26 年度決算時点の 7 億 2,500 万円よりは後退しましたものの、平成 27 年度決算見込み時点における赤字解消の進捗状況は、計画策定時の見込みより 4 億 5,100 万円進んでいる状況です。

このまま計画どおり推移すれば、予定通り平成 33 年度に累積赤字を解消できる見込みとなっておりますが、今後の制度改正や医療費の動向によりまして、見込みは大きく変わってまいります。

以上で平成 27 年度国民健康保険特別会計決算見込みの概要についての御報告を終わらせていただきます。

(会長)事務局の説明が終わりました。質問等ございませんか。

(B 委員)質問が 3 点ございます。まず 1 ページ 1 に該当しますところの収納額が予算見積もりを下回ったというところで、滞納繰越分が原因であるとお聞きしましたが、この滞納繰越分の収納率に対して、前回は議論があったと思いますが、そのあたりどの程度反映されているのかが 1 点目です。次に保険給付費、これが資料 3 ページにあります。被保険者数が少なくなったにもかかわらず、保険給付費が上がった要因はなんでしょうか。何が引き上げているのかというのが 2 点目です。3 点目につきましては 2 ページの特定健康診査の受診者の見込みが下回ったということですが、要は予防活動が十分行われていないということかと思いますが、それはなぜなのかお聞かせください。

(事務局) 収納の関係ですが、平成 27 年度に委員で御協議いただき、御指摘いただきまして、収納のスキルの向上や財産調査などの御意見をいただいておりますが、収納のスキルについてはすぐに反映するというものではございませんが、財産調査については、昨年度末に増やしてはおりますが、なかなかすぐに 27 年度の収納には結びついたというものはないのかなと考えております。ただ 28 年度については、たくさん入ってきたわけではございませんが、27 年度に差し押さえを行ったものは 2 件でしたが、28 年度については、差し押さえは債権の関係が 2 件と、不動産の参加差し押さえというもので、すでに別の機関が差し押さえしていますので、その下に不動産の参加差し押さえをやっておりますので、それが 3 件と財産調査は定期的に行うようにはしております。昨年度で言いますと直接の収納には結びつくものではございませんが、収納率の向上としまして、すでに社会保険に加入されているにも関わらず、国保の喪失届け出をされていないケースがたくさんありまして、本人を訪問させていただいたときに「社会保険だ」とお聞きする場合もございます。こちらが「速やかに届出をお願いします」としてもなかなか届出をされない場合も多々ございます。それ以前からも多少はしてはございましたが、このような方について、昨年から年金事務所に直接照会をさせていただけるようになりましたので、そういった方式ですでに国保の資格がない方につきましては、こちらでそのような調査をして既に社会保険に加入されている方につきましては、調定を下げるような手続きをしております。今年度につきましてもいろいろな御意見をいただいたなかで、それを踏まえまして、努力していきたいと考えております。

(会長) 給付費についてお願いします。

(事務局) 給付の伸びでございますが給付の内容としましては、入院・通院・歯科・調剤の四つの合計が給付の内容となります。27 年度の決算見込みですが、給付全体で申し上げますと、前年度比 2.8 パーセントの伸びでございます。その中でも何が大きかったかといいますと、調剤が前年度比で 5.7 パーセントの伸びがございました。その大きな要因としましては、新聞報道でも御存知かとは思いますが肺がん治療や C 型肝炎の薬で 1 錠が 8 万円ほどする新薬が保険適用になりまして、新薬の保険認定による調剤の伸びが大きいものかと考えております。

(会長) 特定健診についてお願いします。

(事務局) 保健事業費の特定健康審査については、第 2 期吹田市特定健康診査等実施計画の中で、目標を 56 パーセントとさせていただいております。これを予算の方で見込んでいたものとなります。ただ今現在特定健診の受診率につきましては大体 47 パーセント前後を推移してございまして、その差が今回の減少と見受けられる原因となっております。ただ平成 28 年度からは、実際の予定健診率について予算をたてておりますので平成 27 年度までは計画と乖離している部分で、この金額の差となったということでございます。

(会長) ほかに御意見はございますか

(C 委員) 収納の件で御回答をいただきましたが、収納率、収納額が見積もりを下回ったということですが、収納率についての説明がなかったようですので、平成 27 年度の決算見込みまでの反映という計画のところでは、27 年度では収納率の向上が 66 ということで前年よりも下がっているのですが、その説明をお願いします。

(事務局) 平成 27 年度の収納率についてでございますが、現年分ではプラス 0.25 ポイント、滞納繰越分では前年を 0.28 ポイント下回ったという結果になっております。滞納繰越につきましては、昨年 12 月まで前年を上回る状況でして 17 パーセント台になるのなと思っておりましたが、今年 1 月にシステムを変更したことにより、催告作業において一部やりやすくなった反面、やりにくくなった部分がございます、一時期かなり件数が減ったためそのあたりが滞納繰越には影響してきたのかと考えております。今年度につきましては、先ほども申し上げましたように財産調査等での収納はもちろんですが、他市の状況を聞いておりますと、収納できないものについては早い目に執行停止ということで徴収ができないと判断することも必要だと考えております。差し押さえと執行停止の両輪でもって収納率の改善を図りたいと考えております。

(会長) ほかに御意見はございませんか

(D 委員) 先ほどの給付費が 27 年度非常に高くなったということで、その要因が薬の伸びだということですが、その内容をもう少し詳しく解析して次回までで結構ですので、お知らせいただきたいと思っております。これについては保険者の力で減らせるものではないので難しいところですが、今後新しい薬剤がどんどん出てくるなかで、給付費が膨大に増える可能性もございますのでそこは予測されておく方がよいかと思っております。C 型肝炎の薬が去年の 6 月に一つ目、8 月に二つ目ができまして、非常によく効く薬で 9 割以上の方が肝炎ウィルスフリーの状態になっているというもので、ということは逆に、やりつくせばいらなくなる薬でして 2～3 年でこの薬はほぼ出なくなると推測されます。それともう一つ、新聞でもよく出ていますが、「オプジーボ」もともと悪性黒色腫に使っていた薬なのですが、今までまず助かる人がいなかったのが、30～40 パーセントの人が死なずに済んでいるという薬なのですが、それが去年の 12 月から手術不能な非小細胞性肺がんに適用になっております。1 年間使えば一人 3,000 万円から 4,000 万円の医療費がかかるのですが、まだ使用できる医療機関が限られており、現状ではそんなに増えていないかと思っております。それだけを原因として考えられると間違える可能性がありますので、もう少し詳しい解析をお願いしたいところでありま

(事務局) 委員御指摘の通り、薬剤の関係での説明をもう少し厳密にお話させていただきます。一つはハーボニーや、肝炎の薬ですが、先ほど御指摘いただいたように 1 錠 8 万円ほどします。このため 1 か月 240 万円ですが、これも 1 年かからないのでそんなにたくさん使われないのですが、やはりかなりの額にはなりま

す。実際薬剤の医療費として増えた部分ではございます。しかしながらその薬で肝炎は治りますので長期にわたって続くということではないと認識しております。それと併せましてもう一つの要素といたしましては、国の算定制度が変更になりました。今までの制度に加えまして特例再算定制度というのができました。ある一定薬が出回ると、その薬の薬価が下がるという制度になります。ハーボニーについても額が5万円に下がっているという状況でございます。国として薬が開発されること、それに対して健康保険の財政がどうなるかということも踏まえて、制度構築を考えていただいていると認識しております。先ほど肺がんの薬、オブジーボについても今回の要素と申し上げましたがオブジーボについては最近肺がん承認されたところですので、今後に影響してくるところかと思われま。それについては今後、再算定制度に乗るのかということも踏まえて研究してまいりたいと考えております。併せて私どもの基本的な観点でございますが、新しい薬が開発されて、皆さんの病気が治るといのはとても良いことだと思いますし、我々国民健康保険制度はそのためにあるものですから命を長らえていただくという前提については、国にいろいろ考えてほしいという思いはありつつ、その点について歓迎する動きだと思います。その他の薬価、薬剤の部分については考えていくべきだと認識しております。ジェネリック関係での様々な啓発はもちろん、現在考えておりますのは次年度からの重複・頻回受診調査等ですとか、全体的に医療技術が増えていくこと自体は止めようがないものですから、そこでの保険者の努力として考えていきたいと思っております。併せまして先ほど薬価の部分で申し上げましたが、先進技術ということでは入院等にかかる医療費もだいぶ増えておまして、吹田市内の大病院で入院でかかっている費用というののもかなり増えている状態です。それも現状をさらに把握しながら、今後の医療費の動向、我々の対処すべき方法を先ほどのデータヘルス計画等、医療のデータ化・分析、健康診断の分析も含めまして、皆様のお知恵お借りできたらと思っておりますのでよろしくお願いたします。

(会長) ほかの方御意見はよろしいですか

(C委員) 保険給付費の増で薬剤もあれば、入院もあるということですが、吹田市についてはそれでも特定健診の受診率については47パーセントということで、全国平均より非常に高いという、これは医師会が努力していただいて、健診率が上がっていると聞いております。健診を受けた方と受けなかった方の医療費がどのように変わっているのかというのは資料をいただきたいところでございます。何か健診を受けた人と受けなかった人との比較ができる資料としていただきたいと思いま

(会長) 準備できるものでしょうか。

(事務局) 可能な限りはさせていただきたいのですが、今現在健診の受診率と医療費の関係については、分析しきれないところが現実にはございます。ただこの

まま置いておくべきものではないことも重々承知しておりますので、今後検討していきたいと思っております。ただ次回に間に合うかは御了承いただきたいと思っております。

(C 委員) 他の市町村では、健診受診者の医療費は確保されております。未受診者の医療費とどれだけ違うかというのは、かなり違いが明確に出ています。そういうところから考えるとそれが出ないということは、もう少し努力していただきたいと思えます。

(事務局) 現在分析ができていないという点につきましては、委員の御指摘の通りかと思えます。失礼いたしました。今のデータヘルスの数値の中では健診受診者と未受診者の医療費の分析について計算上分析はできるものかと思えます。やり方も含めできるだけ次回に何らかの数字が出せるように努力してまいりたいと考えております。

(会長) ほかにございますか。

(D 委員) 事務局を擁護するわけではありませんが、レセプトデータというのは国保連合会にありますし、健診のデータも国保連合会にありますから、出せることは出せると思えます。しかしなかなか個人の突合が難しいようで、できないことはないけれども、いくらかかるかということが事務局の脳裏をよぎったのではないのでしょうか。1年では無理かと思えますが、事務局には先々の予算化も含めて考えていただきたいなと思えます。もう一つはデータだけですべてわかるのではなくて特定健診未受診者でも、自分の費用で人間ドックを受けたり、病気で健診を受けなかったなどということもあるでしょうから、受けなかった方の調査、面談調査等をしてその情報を手に入れることも今後のためには重要かと思えます。非常に人手がかかることであろうと思えますが、今後の予想をするためには、サンプルデータとしてでも必要なことかと思えます。

(事務局) 健診を受けている人とそうでない人の差は KDB システムのデータを確認すれば、帳票上あるかもしれません。どれくらいの時間や手間がかかるかということもありますが、ある程度のことはわかるかと思えます。一方で健診を受けたというのは、有所見者であった場合はとりあえず医療機関にかかるかになりますから、健診受診者と未受診者で当該年度と翌年度を比較するというのはあまり適切でないかもしれません。もしかするとその方が 5 年 10 年後にどうなったか、メタボ健診ですから基本的に生活習慣に起因するものなら、その後の要介護状態というふうなことでいうと、その後介護レセプトなども突合してみないと健診の結果に意味があったというのは分からないかもしれません。それだけが絶対ではないというところもありますが、指標の一つとして健診を受けたかどうか何かしらの一定の準備はできるかと思えます。問題は健診を受けることもですが、そのあとに状態がよくなかった、いわゆる有所見者であった方が、特定保健指導にしっかりと結びついていってその保健指導が効果を出しているかどうか、健康指標が改善しているか

どうか大切にないかと考えますので、どういった方法があるかについては少し検討させていただければと思います。それと先ほどより医療費の伸びということで薬剤の話が出ております。医療の高度化というのは時代とともにある程度仕方のないものだと思いますし、それ自体は喜ばしいことだと考えております。国民皆保険制度が持続可能であるがためには、どこまでが保険でみるべき範囲なのかは当然議論として併せてあるものかと思っております。今吹田市国民健康保険の中で、さきほどのオプジーボやハーボニーという薬がどれくらい出ているかを見ることで我々としても把握しておくべきかと思っております。そういった要因分析も当然するべきかと考えております。

(E 委員) 今の話とほとんどダブりますが、実は平成 22 年から 25 年まで協会けんぽで、今御質問があったような調査研究事業を行いました。協会けんぽの加入者は大阪だけで、約 320 万人います。全部で行えばかなりのデータなのですが、実は当時サンプルで 2,700 ですが、限られたデータで行っています。ですからデータの正確性でいうとこれから申し上げる話がどこまでエビデンスとして有効性があるかは少し疑問があります。無作為に抽出したデータで、大学の先生と協力してとったデータなのですが、何をやったかという、健診と医療費の相関関係を経年比較しました。平成 22 年度に健診を受けた人、受けていない人という基準があります。先ほどの話ですが健診を受けて何が大切かという、まずは本人が気づいたら、医師の先生の介入は少し先になりまして、本来は自分の意志でもって生活習慣を変えるとか、食習慣を変えるとか、運動習慣を取り入れるとかといったサポート、保健指導になるかと思っておりますが、そういうことを受けることによって、改善して健康状態を取り戻して、結果として医療費が下がっていくというのが普通に考えて理想だと思います。一般的に言えばですが。まず健診を受けた人と受けていない人で、健診を受けた人の中で積極的支援といいまして、おなか周りも大きい、血圧も高い、血糖値も高い、コレステロール値も高いという三つがありまして、そういったものを加味しながら積極的支援に該当する人と、動機づけ支援に該当する人を階層化していきます。その指導を受けた人と受けていない人、受けた人で完了した人、途中で脱落した人、ものすごく細かく階層化しました。300 万人の加入者がいるのに、最後 2,700 人しかできなかった理由というのは、今のように階層化すると積極的支援に該当してかつ保健指導を受けて完了した人の人数、なるべく無作為に抽出して全体のバランスをとらないといけませんのでこれは、異常値を出したくないというところで、そうすると限界が当時の我々の支部で保健指導、平成 22 年当時ですが、できていた限界が 2,700 でした。この 2,700 人を追いかけました。集団としてみた場合、一般的には保健指導を受けた町や市は医療費が翌年は下がっているというのはよく出ています。本当に個人個人を追いかけると来年、再来年を見てみると、健診を受け、保健指導を受けた人の医療費が下がっているかという、実はきちんと調査すると医療費が上がっています。これはなぜだろうと。こちらの理想としては

医療費が下がってほしいところです。健診を受けました、保健指導を受けました、先ほど言われたように翌年度は上がります。だから単純に経済的比較は出来ない分野になります。ではなぜかという、たぶん健康に目覚めるからだと思います。いろいろな話を聞いて、情報を得るからです。我々が予測する、考えられるのは健康に目覚めていただいて一時的に医療費が上がれば将来的に医療費が下がっていくという充当可能法にはなっているだろうということです。透析だとかとなると、医療費も高額になりますが、一方でお仕事も出来なくなります。経済の貢献も出来なくなります。一方で社会保障の中で助けてもらう、支えてもらう側か、支える側かという、支える側が多ければ多いほど健康で素晴らしい吹田市になっていくわけですからそういった意味では、一時的には上がっていく、下がっていくだろうというのを期待しながら3年やりました。協会けんぽの場合、加入者は中小企業の方が多く、残念ながら出入りが激しく脱落していきます。そうすると2,700人からもっと減っていきます。数字の母体が減るとバランスよく抽出したのに、バランスよくなっていかない。従っていつまでも追いかけることができない。変な数字が入ってきますから。異常値がたくさん。例えば健診を受けていない人たちが異常に医療費が下がってしまう、他と比べて下がってということがあります。比較論ですから。これは医療費の高かった人達が協会けんぽの加入者からいなくなっただけです。従って相当な数をもってデータを分析したうえで、なおかつ相当長期間にわたってみていかないと経済効果との関係はみていけないと思います。ただアウトラインとして考察できるのは、明らかにやはり健診を受けた人と受けていない人、それから保健指導を受けた人と受けた人と受けていない人、完了した人と完了していない人を比較すると翌年、翌々年の健診結果は改善していています。確率で3分の1ぐらい、3割ぐらいの人は完全にやりました。ですが残念ながら医療費が下がったかというところにはいかないというのが現状でした。あくまでもデータが少ないという点については御理解いただきたいと思っております。

それとこの決算というのはある一定の時期、3月などをもって決算したという御報告かと思うのですが事業計画と当然セットになっていると思いますので、去年1年間あれだけ色々な議論があったわけですから、目的は収支をフラットに持っていくことにあったわけなのですが、手段として事務局に要求されたのは、何よりも健診をしっかりとやってくださいねというのが一つの柱で、もう一つはしっかりと指導を増やしてくださいねというのが大きな話だったと思います。特に健診の受診率は府下の中で吹田市は高いのですが保健指導の実施率が低いので、保健指導にもっと力をいれてくださいという話も出ていたかと思えます。そういう出てきた話を整理して、いろいろなことされていると思いますのでこのような場で公表していただきたいと思えます。確かにハーボニーやオブジーボは一時的に今相当目立っていますが、薬価改正もありましたし12週という限られた利用制約もあります。その影響は確かにあるでしょうが、それ以外にないのですかとなくなったときに、お話が出て

いるように、お手元に分析されているかと思うので納得性がある見やすい話をしていただくと、ありがたいと思います。今保健指導の話をしたのですが、たぶん 26 年に国の事業に手を挙げていただいて 5 つぐらいの市町村、この近くでは高槻市もだと思いますが、保健指導で街角の電話で、電話すると保健師につながるという国の事業に応募されたはずで、選ばれていますよね。我々的には非常にいいですねということをお願いしてぜひ力を入れてやっていただきたい、さきがけになるような話ですからというお話もさせていただいたと思います。結果として健診の受診率の話もさることながら、とりわけ吹田市が一步抜きんでてしている事業もあったはずで、そのような事業のその後の経過もぜひこの場でお聞かせ願いたいと思います。

(会長) 最後の保健指導については何かございますか。

(事務局) 保健事業については、保健センターが担当部署でして、この場に担当が出席しておりませんのでわかる範囲でお話しをさせていただきます。今御指摘いただいたように全国的に 5 か所選定をされた中で我々の方では、市内に色々な健康相談をできるという拠点を設けました。今 3 年目になっておりますので、その状況などを踏まえながら今後拡大するのか、現状維持なのかを考慮しないといけないかと思えますし、それ以外にも昨年度から健康サポーターといたしまして、市内 100 名ぐらいの方にお集まりいただいて、地域での健康をリードするというようなそういった健康推進員を育成するような事業も始まっておりますし、今年度からはいわゆるヘルスケアポイントというような事業も始めているところでございます。

そういったものをどういった形で行っているのか、それは国庫に限るのかそうでないのかといったこともありますので、そのあたりについては、今後機会をとらえて御紹介したいと考えております。

(会長) ほかに御質問はございますか。議題の 3 番目に移りたいと思います。事務局から何か案件はございますか

(事務局) 先ほどのあいさつでも申し上げましたが、国民健康保険の広域化について説明をさせていただきます。広域化につきまして、現段階で判明している状況を 6 ページから 10 ページに記載をさせていただきます。

国民健康保険の広域化につきましては、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が平成 27 年(2015 年) 5 月に制定され、その改正国民健康保険法の規定では、都道府県は市町村とともに保険者として国民健康保険を行うこととしています。資料 2、6 ページについては、平成 28 年度都道府県ブロック会議資料として厚生労働省の資料で、「国保の財政運営における国・府・市町村の役割」をお示ししております。国の役割として、定率国庫負担等の一律の財政支援を行うと同時に、全国レベルで調整すべき都道府県間の所得水準や各自治体の特別な事情等を考慮して、調整交付金を配分することや、都道府県、市町村の医療費適正化等に向けたインセンティブとして支援金を交付すること

が示されています。

都道府県及び市町村の役割については7ページを御覧ください。丸四角で囲んでいる箇所ですが、平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化するようにしており、具体的には給付費に必要な費用は、全額都道府県が市町村に交付すること、都道府県は将来的な保険料負担の平準化を進めるため市町村ごとの標準保険料率を提示すること、これによって標準的な住民負担の見える化を行う、三つ目として都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化、広域化等を推進するとしています。これが主な都道府県の役割となっています。また、市町村は地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業など、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うとあります。

8ページには、国保の保険料の賦課、徴収の仕組みをイメージ図でお示ししております。都道府県は、市町村ごとに納めるべき事業費納付金を決定し、併せて標準保険料率を提示します。市町村は、その標準保険料率に基づいて賦課を行い、住民から保険料を徴収します。そして、市町村は徴収した保険料等を財源として、納付金を都道府県に支払うという仕組みです。9ページには、改革後の国保の保険料の考え方について案を示されています。

現在、市町村ごとの保険料率となっていますが、改革後、将来的には医療費水準に応じた保険料率として決定し、その後、医療費水準が均質化されてくれば都道府県において保険料の一本化が可能としているものであります。

6ページから9ページまでは厚生労働省が今回の広域化で想定されている国保財政のあり方等でございますが、10ページを御覧ください。

大阪府におきましてはこのA3でお示ししているもの、大阪府・市町村国保広域化調整会議の中で平成27年度の検討状況のとりまとめとして出されているものです。左上から、統一保険料率を目指した仕組みとあり、(1)保険料の取扱いでは、国の想定では、医療費水準について、各市町村の水準が均一化していけば保険料の一本化が可能としています。大阪府では各市町村の年齢構成の補正後であれば医療費水準の格差が約1.2倍となりほぼ平準化しているため、市町村間で医療費水準は反映しないと大阪府は説明しています。医療費水準を反映しないと、統一保険料が見えてくるものであるため、医療費水準はほぼ平準化しているため、府が定める保険料率イコール市町村が実際に定める保険料率として保険料の統一ができるとあります。保険料を統一化すると、下の○三つで示されている賦課方式の統一、応益割合である均等割、平等割の割合が7:3とすることとなりますが、現在本市では多人数の世帯の保険料を抑制するため均等割3とし、平等割、いわゆる世帯割を7としています。

また、賦課限度額も政令基準としています。これは本市と同様となります。

また、例外措置として、保険料の上乗せや累積赤字解消や保険料減免、一般会計

繰入解消による激変緩和措置のための保険料上乘せや、激変緩和措置期間限定であります。一般会計繰入を認めるとあります。一般会計繰り入れにつきましては激変緩和措置期間を6年間と想定されています。激変緩和措置終了後、つまり6年後には一部保険料上乘せを除き、府内統一保険料を目指すものとなっています。続いて(2)では、保険料一部負担金の減免の取扱いについては、原則大阪府内「共通基準」で統一とあり、激変緩和期間中のみ統一基準以外の差異を認めるとあります。こちら激変緩和期間は6年間とされております。

(3)では、その他主な統一項目として、出産育児一時金や保健事業、被保険者証などを統一していくのを目指しています。

ちなみに、今回の国の制度改革、法律等では、都道府県と市町村は共に保険者として財政運営を担っていくとあり、保険料の賦課権については引き続き市町村が持つという制度設計となっており、統一保険料を将来的には目指すものという方向性は示されています。統一保険料を決める場合には都道府県は各市町村の意見を聞いたうえで方針を決定するとあり、今後大阪府及び市町村間で議論していくものであると考えております。

次に地域の実情に応じた一定の差異を認める仕組みですが、詳細は今後検討としていますが、保健事業の最低ラインである共通基準を超える市町村の裁量による取組み、市町村独自の保健事業の実施など、保険給付費等交付金の特別給付分を活用して行うとあります。

右のページに統一保険料率を目指した仕組みと地域の実情に応じた一定の差異を認める仕組みのイメージ図が示されています。分かりにくい図とはなっておりますが、統一保険料を目指した仕組みとして、保険料として徴収した事業費納付金対象額を市町村が府に納入し、そこに国費・府費を合わせて、交付金として府が市町村に医療給付費や府内共通基準経費分の交付金を支出するとなります。また白抜きとなっている交付金(特別給付金)裁量分ですが、国費府費の一部は交付金として府が支出し、その交付金は市町村特会の余剰財源等を合わせて市町村の裁量により医療費適正化のインセンティブ取組みなどを実施するために活用するとあります。

今後も運営協議会の各委員様に御意見、御議論をしていただくために、今回お示しさせていただいた調整会議の資料だけでは不十分であることは重々承知しておりますが、今後も情報提供させていただきますのでよろしく願いいたします。

(会長) これに関しまして質問等ございますか。

(F委員) 先だって国保新聞を読ませていただきまして、47都道府県のうち、2府県のみが統一保険料にしたと。なかなか難しいだろうと思っていたら、大阪府のことでした。非常にびっくりしています。確か年齢調整後の医療費が吹田は大阪府の中でも低いほうにはいってございまして、そういう保険料徴収責任を負わされている、それが本当の保険者だと思うのですが、保険者の医療費適正化の努力を無にするようなことはできるだけ避けなければいけないと思っております。大阪府の調整会議

のまとめでいきますと、年齢構成補正後は約 1.2 倍しか変わらないから、もうほとんど給付水準は同じと言っているわけですが、2 割というのは非常に大きいわけで、これまで吹田市として、一生懸命少しでも医療費適正化について努力してきたことが吸い上げられないことになってしまいますので、非常に由々しき問題ではないかと思っています。この調整会議というのは、もちろん吹田市も加わって議論しているのですが、このまとめというのは今どの程度決定がなされているのでしょうか。

(事務局) この会議はワーキングと本会議に分かれますが、各ブロックの代表がでておりまして、吹田は直接議論に参加しておりません。この調整会議のまとめ、広域化支援方針を最終的に作っていくこととなります。最終的な広域化支援方針を作る最終段階ではすべての市町村の意見を聞くことが法律の義務事項となっております。このためそのような形での意見徴収はあると思っております。この広域化支援方針について技術的指導ということで、そのような性格を持ったものとなっております。現在の地方自治法の考え方の中では必ずそうしなくてはいけないものではないのですが、なかなか一定のものが決まれば全体の市町村が動けば、そのような力になるのかなど。ただ私どもも、議会のほうから大阪府に対しまして今回の広域化に当たっては市町村の努力や意見をもう少し尊重した形で方向性を決めてほしいという意見書が多数決で可決されております。そのようなものもあがっておりますし、私どもも、委員のおっしゃったような努力、これは医療費適正化の努力もありますし、収納率の努力もあります。当然収納率が高いと、保険料が安くなることが考えられます。予定収納率というのを決めますので、それで割り込んでいくので収納率の低いところはそこで嵩増しをしていく必要がありますし、収納率の高いところは保険料を下げられるという結果になります。

(F 委員) 二つの議論は別々ですね。それぞれ議論が必要です

(事務局) そのようなことがありますので、今後も大阪府に対しては、色々な意見、考え方、を言いたいと考えております。

(会長) ほかに御質問はございますか

(G 委員) 広域化の基本は財政問題にあると思うのですが、総理大臣が「消費税増税は見送り」と言ったとたんに税と社会保障の一体改革が飛んでしまいましたが、そういう議論はこの場では出てこないのですか。つまりマクロ的に日本の人口はどんどん減少していきます。一方で高齢化がすすんでいきます。このままでは将来大変ですよ。医療だけではなく、年金の問題、社会保障の問題すべてそうなのですがそうマクロ的な動きはこの場ではなしですか。ノータッチですか。

(事務局) 府の広域化支援方針ということですので、与えられた枠内でどうするのか、法律の枠内でどうするのかという話になるかと思えます。当面約束いただいている国保への支援につきましては消費税増税見送りによりまして、色々懸念もされておりましたが、当面の部分は確保されるというふうに聞いております。当然御指

摘いただいている内容については議論の場が必要かと思いますが、都道府県単位で進めている議論の中ではそこまでの内容ではないかと思われます。

(会長) ほかに御質問はありますか。

(C 委員) 各市町村のインセンティブの話というのは何かこのようなものというのが出ていますか。

(事務局) 医療費適正化についてですか。

(C 委員) 医療費適正化も収納率についてもです。そういうことについてです。

(事務局) 今国が示している中身では収納率の向上ですとか保健事業ですとか医療費の適正化などに対して保険者支援制度を作って、その項目については厚生労働省の方で明らかになってきてところがございます。基本的には、収納率、保健事業、医療費適正化の努力、この三本のなかで、色々な項目を定めて、努力している都道府県に出すもの、努力している市町村に対して出すもの、両方決めて市町村に出すものでしたら、市町村の順番を決めて、いくらという割り振りの方針を示されています。

(B 委員) 医療費水準を反映しないという点が気になります。やはり個々の問題に関しましては財政状況が悪い、それが一番の要因だと思うのですが、そういった場合に、いかに財源を確保するのか、いかにして給付を抑制するのか、この二つに帰すると思われま。給付の抑制という話になるのであれば、今のお話しであれば、保健事業が一つ給付に関わるかもしれない。だけれどもレセプトデータのお話でありましたが、保健事業をいくらやったとしても、必ずしも医療費に反映しにくい。状況的には改善するであろう。将来的には5年・10年後には医療費の改善になるかもしれないが、直近の状況には反映しにくい。もう一つ重複受診があると思えます。重複受診があった場合に医療費の水準がなぜか上がって反映しないのがすごく気になります。財源確保につきましては収納率の向上は大きな要因でしょうし、それ以外にも例えば世帯や、その地域の事情に応じた場合に賦課割合というのは考慮せざるを得ないと思えますのでその点につきましては、市町村に権利を与えていただければ、たぶん財源確保も地域の実情に応じたやり方で可能となるのではないかと思います。そういったような二つの視点から考えましても医療費水準を反映しないというのは今後、吹田市がどう詰めていくのかというのは重要な点になると思えますので、気を付けていただきたいと思えます。

(会長) ほかにございますか。いずれにしてもインセンティブの話は重要になってくると思えます。これがやはり保険料に関わってくると思えますので、できれば大阪府との関係のなかで、先ほど出てきた懸案等どう取り組んでいくのかと、この場で何か意見をまとめるとか、あるいは、何らかのデータを見ながら考えていくのかもしれませんけれども、そういったことになるのかという気がいたします。これから取り組むべきところの、問題のキーワードとしてはインセンティブになるかと思えます。他にないでしょうか。

(事務局) 国保の広域化につきましては、医療費水準を見ないというのも大きな課題ですし、府一人当たり医療費が 30 万円ですが、委員がおっしゃったように 2 割上がるということは、約 6 万円一人当たり上がることになります。これを大きいと考えるかは人それぞれではございますが、私どもはそんなに少ないものではないのではないかと考えております。もう一つは国保の広域化調整会議で、10 ページの左上、「統一保険料を目指した仕組み」(1) の四角い枠の中、二重下線が引いてある箇所ですが、賦課割合が、今吹田市では多人数世帯に配慮した保険料率となっています。この配慮が弱まるのではないかとか、そういった方への影響をどうするかなどが非常に大きな課題となってくるとおられます。基本的には賦課権が市にある以上は、例えばですが納付金が 1 億円と決まったらその額を大阪府に納めればよいわけで、それを市がどういうふうに徴収するかは市が決定権を持つものですが、そうではない仕組みに今動きつつあるということは、我々若干懸念を持っておりまして、今日の御議論を踏まえて、これからも大阪府との意見交換の中では、今のような懸念についてはしっかりと伝えていきたいと考えておりますし、その状況については、また協議会の中でお伝えさせていただきますし、また必要な時には御意見もいただきたいと考えております。

(会長) この点については、これで終わります。事務局から何かありますか。

(事務局) それでは、11 ページを御覧ください。資料 3 でございます。平成 28 年度における国民健康保険運営協議会における審議課題とスケジュールをお示しさせていただきます。今現在今年度中に予定しております主な審議課題です。今年度も今回を合わせまして 4 回程度の開催を予定しております。一つ目は平成 29 年度国民健康保険特別会計における予算編成について、来年 1 月に予定しております。国民健康保険財政の単年度収支均衡化を図るために保険料の賦課をはじめとした、29 年度の編成を御審議いただきたいと考えております。2 番目の条例改正につきましては、賦課限度額の改正や軽減判定所得の改正などございましたら随時諮らせていただき、審議をお願いしたいと考えております。例年でしたらこれも 1 月に行うものとなります。3 つ目につきまして、国民健康保険の改正につきましては、本日概要のみ説明させていただきましたが、今後国や府からの新たな情報提供がございましたら、随時逐一御報告させていただきたいと考えております。4 つ目につきまして、11 月に開催予定の第 2 回目の運営協議会におきまして保険料徴収業務の改善提案についてということで、こちらの方は昨年来より課題として頂いておりますので、保険料の徴収改善提案について一定報告をさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

(会長) この件に関しまして、御質問はございますか

(F 委員) 質問ではございませんが、先ほどから医療費について、27 年度の決算報告について、質問などが出ておりますが、来年度の予算編成に当たってもう少し分析を具体的にして資料をみせてほしいというお願いになります。

(会長) お願いいたします。

(C 委員) 先ほどの平成 27 年度の国民健康保険特別会計の決算資料の 2 ページの総務費の中でマイナンバーシステムの話がでていました。マイナンバーは国民健康保険の運用の中で重要な話になるかと思うのですが、この話の中でまったく触れられていませんが、どういう状況なのかをどこかで説明いただければと思います。

(会長) この会議の場でしていただくということですか。

(事務局) 国民健康保険に限らず、マイナンバー制度につきましては市全体の方針に基づきまして、国民健康保険もマイナンバーの導入をさせていただいております。このため市全体の制度、および国民健康保険のこういったものに活用しているか、また将来的にはどのようなものに活用していくかということをお次回御説明させていただきます。

(C 委員) 不要だという人も含めて全員マイナンバーを確保できているということですか。システムを作って、それが十分に活用できているという認識でよろしいですか。

(事務局) マイナンバーの活用につきましては今現段階では、申請事務の中で使用させていただいているものもございます。また各都道府県間でマイナンバーの利用を総合的に事務として行っているところが実情でございます。将来的な国民健康保険と、例えば社会保険などとの連携や社会保障のカードの整備等につきましては、今後の課題となっております。その下準備に当たるマイナンバー付与等の整備のシステム改修を行っているところでございます。

(D 委員) まだ我々が理解できていないところですが、現在これは利用可能とか、こういうことは利用可能と考えられるが法律上できないとかも含め、お知らせいただきたいと思います。費用徴収に関しては、使えると思いますがそれ以外は一切使えないと思います。今のところ法律上、医療情報などは認められていないはずですが。

(C 委員) 国保被保険者 8 万人の中に本人が『自分のマイナンバーを使わないでほしい』と言った方は、ないのでしょいか。

(事務局) 今現在マイナンバーにつきましては、全国民の方に付与しております。それを活用する法整備等は先ほど委員より御指摘いただきましたが、今後の法整備によって使う、使わないというのはございます。現在、国民健康保険の申請事務の中では、個人番号、いわゆるマイナンバーを記入していただく欄を設けておりますのが、今段階の状況となっております。

(会長) ほかに意見はございませんか。なければこれで第 1 回国民健康保険運営協議会を閉会いたします。