

令和2年度 第1回兵庫県国民健康保険運営協議会

- 1 日 時：令和2年10月16日（金）13:30～15:00
- 2 場 所：ラッセホール5階 サンフラワー
- 3 出席者：足立会長、臼井委員、笠井委員、守殿委員、北浜委員、衣笠委員、澤田委員、空地委員、高委員、竹内委員、仲上委員、森口委員（14名中12名出席）
- 4 議 事：

(1) 国民健康保険の運営状況について（資料1-1及び資料1-2）

(委 員) レセプト点検の状況において、全国と比較して効果額が低くなっている。県ではレセプトが比較的適正だから効果額が低いのか、それとも点検が進んでいないから低いのか。

(事務局) 全国と比べて効果額が低いということは認識している。その要因として、ご指摘の両方があり得るが、どちらの要因によって低くなっているのかは検証が難しい。ただ、県としては、レセプト点検は国保連合会の方でしっかりと取り組んでいただいているものと認識している。

(委 員) 重症化予防等の訪問指導について、後期高齢者医療制度との連続性は保たれているのか。

(事務局) 平成29年に県医師会や兵庫県糖尿病対策推進会議と協定を結んで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを開始した。開始当初は後期高齢者は対象外だったが、国保の被保険者であっても最終的には後期に移行するため、一緒に取り組むべきということで、後期高齢者の実態を踏まえるとともに、医師会からの助言もいただきながら、同プログラムの中に後期高齢者の抽出・判定基準を新たに設けて、今年度から一体的に進めている。

(委 員) これまで任意給付であった傷病手当金が各市町で支給されているようだが、市町間でバラツキはあるのか。また、今後このような任意給付について、県として標準を示した上で実施していくことになるのか。

(事務局) 今回の傷病手当金については、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から国が財源を全額措置し、各保険者で制度を設ける形で実施している。県内どこにいても給付を受けられるよう、かつできるだけ速やかに実施できるよう、各市町に早期の条例改正をお願いした結果、6月には県内全市町で受付を開始し、給付が可能になっている。

もともと国保には無職の方が多いので、仮に傷病手当金を保険料財源で実施する場合、受給する機会のない人が保険料を負担することになり、不公平なため、これまで全国の市町村保険者では実施していなかった。そのため、この制度を保険料を財源として標準化するというのは難しいのではないかと考えている。

(委 員) 任意給付だから県内市町でバラバラにやるということではなく、今後も必要が出てきた時には、県が主導して標準的に実施していくようお願いしたい。

(会 長) 後期高齢者医療制度との連携は非常に重要である。被保険者が 75 歳になったからといって、国保側では何も知らないとは言えない。制度は変わるが、人間の一生は連続するので、国保としても一定の配慮は必要である。

(2) 令和元年度 国民健康保険事業特別会計の決算について (資料 2)

(会 長) 最終的な黒字額が判明するのはいつ頃か。また、返還額がわかるのはいつ頃か。

(事務局) 決算見込みは 5 月頃で、確定するのは 10 月の決算委員会後になる。返還額は来年度の 6 月末ぐらいにわかる。

(委 員) コロナによる影響で医療機関への受診が減る中、令和 2 年度における現時点での医療費の動向はどのようになっているのか。

(事務局) 被保険者数の減少もあいまって、3 月から 8 月診療分までの半年で前年同時期比 5 % 程度の減少となっている。なお、一人当たり医療費を見ると、緊急事態宣言下の 4 月と 5 月は 10% を上回る減少だったが、直近月では前年と同程度に戻ってきている。

(3) 国民健康保険運営方針の改定について (資料 3-1 から資料 3-3)

(委 員) 同一所得・同一保険料を目指す理念はわかるが、全国的に見れば格差は小さいとはいえ、現状、医療費水準にはかなり差がある。資料をよく見ると、県北部や県西部といった医療資源が比較的整っていない地域に医療費水準が最高と最低の保険者がある。このような医療費水準の格差がどのような原因によって発生しているのかを把握しておかなければ、インセンティブを付与したとしても、医療費の適正化に結びつくかどうか疑問である。

(会 長) 委員ご指摘のとおり、医療供給体制が整っていない地域に医療費水準が最高と最低の市町があるのは奇異な感じを受ける。

(事務局) 医療提供体制に違いがあることは県としても認識しているが、保険者としてできることは、重症化予防や健診などの健康づくりのサービスをしっかりやって平準化を図っていくことだと思っている。それらの取組によって生じる医療費の格差は地域によって括ることはできないし、分析も行ってはいるが、直接的な要因ははっきりしていない。

一つ言えるのは、例えば被保険者数が少ない保険者においては、高額な医療を使う人が現れると、医療費水準が跳ね上がり、ある時点から上位に躍り出るということもあり得るので、そういったことも格差の一因になる。

また、同じ市町の中でも、地区や合併前の旧町レベルでも差があったりする。その要因が医療資源により生じるのか、食習慣などの地域特有の要素により生じるのかわかっておらず、答えを持ち合わせていないというのが正直なところである。

改革によって保険財政は県が行うことになったが、保健事業の主体は引き続き市町が担うので、その取組を高い水準で合わせた上で、保険料水準の統一を目指していきたい。

(委員) 保険料が上がっても医療提供体制が乏しいままでは被保険者の理解が得られない。国保としての面ではなく、県として医療提供体制を支援することも重要である。

また、医療保険を利用しない人でも介護保険を利用することで医療費が抑えられている可能性もあるので、今後、分析をお願いしたい。

(事務局) 高齢になると介護も必要になるので、公費を使って実施している社会保障という全体像についても注意して見ていきたい。

(会長) 国保以外の保険者の状況はどうなっているのか。

(委員) 一般的に医療提供体制が十分とは言えない県北部や県西部などでも特定健診受診率や特定保健指導の実施率に差が出ているが、すべて低いかというところではなく、市町によって差がある。我々も十分な分析ができていないので、そういった観点も踏まえて分析していきたいと思う。

(会長) 市町がそれぞれ医療費分析を行っているが、県全体の医療費の構造のようなものを統一的に研究・把握する研究機関があってもいいのではないか。国保だけの問題ではないが、全体を俯瞰する視点や県民の健康づくりの視点を踏まえた医療費分析を県がイニシアティブを取ってやっていただければと思う。

(事務局) 我々が国保の保険者という立場で国保のデータ分析などを行っている一方、衛生部門の健康増進課が県民全体の健康づくりを推進しており、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）を活用し

て県内や地域別の分析を進めているので、国保の方でもそれらを活用していきたい。

(会 長) 供給体制未整備の影響や市町の努力の成果等の要因毎に分析すれば、各地域における目標も変わってくるはず。ぜひそれらを活用して国保の施策に生かしてもらいたい。

(事務局) 国保特有の事情として、企業で勤務していた被用者保険の被保険者が精神疾患に罹り、退職して入院すると、その地域の国保の医療費が増えることになる。また、後期は国保と被保険者の構成が異なるので、国保以上に格差があり、国保と後期で医療費水準の高低の順番も変わってくる。そういったこともNDBを活用して分析を進めていきたい。

(委 員) 改定案の本文中に人生会議（アドバンス・ケア・プランニング）に関する記載はないのか。人生会議は健康な時に将来の医療を受ける方針を決めるもので、患者は驚くが、簡単に言うと入院する時に終末期の医療・ケアの話をするものである。例えば糖尿病が悪化して透析が必要になった場合、透析をしてほしくないと考える人もいるので、そういう人には透析をしない、といった形で、延命だけのために患者の意に沿わないことはしてはいけないということである。人生会議には医療の選択や生活面のことも書いてあるので、市町も含めPRが必要である。

(事務局) 現在、運営方針の中で人生会議については触れていないので、ご提案の件についてどのように反映できるか検討させていただき、次回の運営協議会で示させていただきたい。

(委 員) 医療費適正化に関する取組として新しい取組がいくつか記載されているが、コロナに対しては全国的な対応が必要であり、新しい生活様式に合わせて取り組んでいかなければならないこともあるので、そういった記載も必要だと思う。

(事務局) 今後の影響が不透明なので、特にコロナを意識した改定案にはなっていないが、新しい保健指導のスタイルなど、すでに取組が始まっている取組もあるので、内容を検討した上で、次回お示しさせていただきたい。

(4) 保険料水準の統一に向けた検討の進め方について（資料4）

(会 長) 統一に向けた進捗状況は、兵庫県は全国と比較してどの辺に位置しているのか。

(事務局) 保険料水準の統一に向け、医療費水準を納付金に反映させないようにしているのは現在4府県あるが、国からは統一に向けて議論を進めるよう言われているので、今後、統一に向けた動きは加速すると思われる。現在、本県と同じように令和3年度から実施するところがどのくらいあるか把握はしていないが、一方で、全然議論が進んでいない都道府県もあるため、全国的には進んでいる方ではないか。

本県では、平成30年度の制度改革以降、本審議会で審議いただき策定した運営方針に基づき、統一の方向性を共有し、かつ改革の思いや共通認識が引き継がれるよう、意識して1～2ヶ月に1回程度、市町等と議論を重ねてきた。未だ市町間には格差は存在するが、このように議論を継続してきたからこそ、全国的に取組が進んでいるのではないかと自己評価している。

(会長) 継続して議論することは非常に重要なので、目標に向けて着実に努力していただきたい。

(委員) 保険料水準を統一したとして、同じ保険料なら過疎地の人が都会に行ったりしないだろうか。医療提供体制の整っている都市部に地方の人が大移動しないよう考慮していただきたい。

(事務局) 県内のどこに住んでいても同じ水準の医療サービスを受けられるということはとても重要であり、国が国保を都道府県単位化した理由の一つもそこにある。医療の提供と財政の両輪を一緒に担うことで、より適切な医療サービスが図られるというのが国の考えであり、県としても両輪を一体的に進めていきたい。

(委員) 過疎地では人口が減少しており、病院や医師も過疎地ではなく都会に集中してしまわないか心配である。また、地方では大きな医療機関がないため、治療や特定健診に行きたくても行けない人もいないか。医療費と直接関係あるかはわからないが、空き家対策等も交えて地方でも人口流出に歯止めをかければ、病院が新たにできたりするかもしれない。

(事務局) 医療資源の問題などもあり、国の方でも離島やへき地等におけるオンライン診療が検討もされているところであり、コロナ関連では初診からのオンライン診療も可能となっている。医療資源については県としても重要だと認識しており、医師の確保や働き方改革の問題とあわせて、取り組んでいきたい。

(委員) かかりつけ医をつくっておけば専門医を紹介してもらえるので、このような医療機関同士の連携があれば、地方でも心配ないと思っていたが、保険料を払っても高度な医療を受けることができないのであれば、不公平な気もする。そういったことがなければどこでも安心して

住むことができるのではないかと。

(委員) 県ではかかりつけ医を持つことを推進するキャンペーンを行っているので、国保としても保険者として、かかりつけ医を持つための取組をもっと進めていただきたい。

(事務局) 給付があつての負担なので、ご意見を踏まえてしっかり取り組んでいきたい。

(委員) 保険料水準の統一が令和6年度以降となっているが、目標年度を定めるべきではないか。目標から逆算して、いつまでに何をやるのかを示す方が取り組みやすいのではないかと。

(事務局) 市町ごとに医療費や給付の水準が異なっているということもあり、現時点で期限を定めることは難しい。納付金算定の統一にあわせて、努力している市町には交付金を交付するという形で市町の合意をいただいているので、仮に統一の期限を決めようとする、平準化が図られているかどうかに関わらず、その期限でインセンティブが終わってしまうことになるので、市町の合意が得られないことが想定される。加えて、平準化に向けた努力や取組をやめてしまう市町も出てくる可能性もあるので、まずは期限を定めず、平準化に取り組み、できるだけ早くインセンティブを失くすよう努力するという形で進めていきたい。

(委員) 分析をしなければ目標も立てられないと思う。例えば、豊岡市の医療費水準が低いのは、元気な人が多いからなのか、医療機関が少ないからなのかを分析する必要がある。また、尼崎市では透析に至らないようにクレアチニンの数値を健診毎に細かく分析しており、その結果、地域によっては透析になりにくくなっているという例もある。このようにデータを分析して活用すべきであるし、尼崎市のような好事例があれば、情報の共有を行い、一つ一つ目標をクリアしていく必要がある。

(事務局) 取組が進んでいる市町の好事例を共有することで、他市町でも一から取組まなくても済むようにすることも重要である。そういった細かい目標や取組については、どの程度の水準にするかということも含めてスケジュール感を示しながら取り組んでいきたい。

以上