

令和3(2021)年度第1回栃木県国民健康保険運営協議会 会議の概要

1 開催日時 令和3(2021)年11月8日(月)13時30分～15時30分

2 開催場所 栃木県庁研修館402研修室

3 議事の概要

(1) 栃木県国民健康保険運営方針における取組実績の概要について

(委員) 国民健康保険税の収納率向上は、かなりよろしいのではないかと思いますのですが、収納率の目標は、どのくらいを目標にしているのですか。

また、収納率目標達成が12市町、前年度対比では5市町が増えたということですが、具体的な数字では、大体どのくらいを目指しているのですか。

(事務局) 栃木県国民健康保険運営方針では、市町の人口規模別に収納率の目標を掲げており、例えば、1万人未満であれば95.0%以上、1万人以上5万人未満であれば94.0%以上、1%きざみで下がりますが、5万以上10万人未満、10万人以上として、現状の値より高い設定を目指しているところです。

なお、目標達成に向けて、口座振替実施の向上、あるいは、コンビニ収納なども増えており、多様な収納方法に各市町が取り組んでいるところです。

全国的にも収納率は上がっているところですが、本県もここ何年かは、収納率が上がっている状況ですので、引き続き、収納率向上につながる努力を継続していくことが重要であると考えています。

(委員) 国保税の納付は、給与から天引きされるものとはなっておらず、被保険者が自主的に国保税を納めなければならないものと思いますが、国保の財政健全化という意味では、収納率の向上は大切な部分という理解でよろしいですか。

(事務局) その通りです。国保は、勤めている方々だけが加入しているものではなく、退職後に後期高齢者医療制度に移るまでの間で加入となる方々がおりますし、あるいは、高齢になると、どうしても持病などを抱えるようになり医療費が増加するなど、国保の構造的に課題があるという面において、多くの公費が投入されているところですが、その分、努力もしていかなければならないと考えているところです。

(委員) 収納率は、92%弱ですが、県あるいは市町から、納付していない被保険者に対して、納付するよう催促が行われるのですか。

(事務局) 国民健康保険の保険税としての収納形態を採用する市町村と、保険料としての収納形態を採用する市町村は、全国的に違いがあるところですが、本県の場合、全市町が保険税としての収納形態を採用しているところです。

このため、ほかの様々な税目と同様に滞納処分に取り組んでいるところです。

(委員) 資料No.1の項目3の保険給付の適正な実施において、適正受診に係る留意点の普及啓発を県ホームページで掲載とあります。

今年7月の下野新聞の日曜論壇において、委員が記事を投稿されており、医療のかかり方を見直そうという内容で、時間外に診察を受けた場合には医療費が高くなるという仕組みであるにもかかわらず、皆さんの意識がちょっと低すぎますよ、という内容を拝見した際、私も同じ意見だと思ったところです。

今後、動画広告などを活用し、医療機関へのかかり方に関する情報発信を行う予定です、との記事もありました。

ですから、適正な受診という項目について県ホームページへの掲載とありますが、ホームページを見る方はあまりいないのでは、と思うため、県又は各市町の担当者は、その辺のところを、全国健康保険協会の宮崎委員の投稿記事などを参考にされると良いのではないかと、思ったところです。

(委員) 大変、ありがとうございます。

私の記事は、医療のかかり方を見直そうという内容で、医療費の適正化を目指していきましょう、ということを目指しています。

委員の御指摘のありました、いわゆる広報・周知の部分ですが、この10月から、協会けんぽとしてYouTube動画を3本始めました。

夜間や休日の診療はできるだけ差し控え、何か問題があれば、電話相談を利用してはどうですか、あるいは、お子様が急に具合が悪くなった時にも、不安な場合には電話相談をしていただければ適切なアドバイスを受けられますよ、という内容の動画を3本作り、配信を始めました。

30秒の動画ですが、最後まで見ていただくものとして、10万回の閲覧を目指しております。

今のところ順調に推移しており、10万回にもうすぐ届きそうですので、もう少し予算を注入して見ていただこうかなと考えており、被保険者又は被用者保険加入者の方々も、医療費の適正化に関心を持っていただけているのかな、ということが実感としてつかめております。

是非、国保の方でも、その辺の周知・広報をしっかりとやっていただければと思います。

(事務局) 県での取組は、ホームページ以外として、ラジオCMでの啓発などを実施していますが、収納率の向上、特定健康診査や特定保健指導を受診しましょう、という内容となっています。

医療機関へのかかり方の点で言えば、県では、看護師が夜間に電話相談を受けて、医療機関の受診についてアドバイスを行うような取組も行っていたりします。

実際には、被保険者の窓口になっていただいているのが市町ということもありますが、色々と検討しながら、医療機関へのかかり方という点も念頭に置いて周知等を行っていただければと思います。

(2) 保険料水準の統一に向けた検討について

(委員) 保険料水準の統一の議論ですが、そもそも県に財政運営の主体が移行した訳ですから、保険料の統一という動きは至極自然な流れかなと思います。

こういった形で議論が開始されて、スケジュール等が決められたことは、非常に歓迎したいと思います。

その中身を読み込んでいくと、やはり、理念とか考え方というものを共有することが、まずは大事かなと思いますので、それも押さえられていますし、あとは、算定方式を決めることが肝になってくるかなと思います。

これは、もう決めの問題であると思いますので、標準的な算定方式に至る3方式で市町の理解を得ていくということで議論を進めていくことが妥当なのでは、と私は考えます。

その上で、保健事業や医療費の適正化の取組等について、市町ごとの目標とアクションプランを決めながら県全体で展開していくこと、これは県がリーダーシップを執っていくことがよろしいかと思えます。

前回の書面会議でも申し上げた意見なのですが、あらためて、提唱させていただきます。

(事務局) 保険税水準の統一に向けた検討については、運営方針に定めて、今年度から本格的に議論を開始しているところです。

委員からもありましたように、平成 30(2018)年度から県が財政運営の主体となりましたが、実際の保険税の算定は市町ごとに行われる仕組みであるほか、保険税の算定方式なども、実際に決定する権限を持つのは市町となります。

そのような中で、財政運営の管理を県が行うようになった訳ですが、現状、保険のリスクを市町単位で負っているという面もあることとなります。

保険税の上がり下がり市町ごとに計算される訳ですが、保険税水準の統一に向けた取組は、支えあいの単位を市町単位から、県単位に大きくしていくことによって、保険としても、リスクを負う母体も大きくなるというような効果はあると思っております。

しかし、実際には、これまで長年に渡って市町単位で色々な事を決めてきた部分を、県内で統一していくこととなりますので、作業としては色々な課題があるというところが現状です。

何とか一本化できるよう、議論をしっかりと行っていければと思えますので、皆様方の御支援や御助言を今後ともお願いできればと考えているところです。

(委員) この保険税水準の統一の動きがなぜ出てきたのか、一般的に考えれば、国が決めてしまえば良いことと思えますが、私どもは聞いていてもイメージが浮かばないと言いますか、例えば、片一方の市町村の税率が総収入の 10%も必要だが、もう一方の市町村は 5%で済んでいるなど、実際のところ、相当に格差があるものなのでしょうか。

(事務局) 平成 30(2018)年度に国保制度の大きな改革があり、都道府県が財政運営に関与することとなったものですが、それ以前は、各市町村単位で財政運営が行われてきたという状況があり、全国的には、市町村の体力あるいは規模によっては、国保財政が破綻し兼ねないような自治体もあり、待ったなしで、どのようにしていくかという課題となっていた、というところがあります。

例えば、全国的に見て規模の小さい市町村になると、非常に高額な医療費が発生してしまうような被保険者が何人か出ただけで、国保財政が大きな影響を受けてしまうような場合もあり、市町村の国保の収支だけではなく、国保の収支の不足額を一般会計から補填することで、財政運営を保っているような状況を何とかしなくてはならないということで、当時の社会保障制度改革における国保制度の改革として、都道府県が財政運営の責任主体となったものです。

しかし、制度改革当時、市町村の財政運営の状況は、西日本地域や東日本地域で見ても違いがあり、市町村単位で見ても違いがあるという状況において、制度を全国で統一するまでに至らなかったのではと推察されるところです。

そのような中で、資料 No. 2 の 1 ページの 2 の「保険税水準の統一に向けた検討」の背景で記載しましたが、「平成 30 年度の国保制度改革では、将来的な保険料負担

の平準化を進めるため」との文言は明記されていたものであり、今は、それに向けて、全国的にも、保険料水準に違いがあるものを都道府県の中で合わせていこうという取組が始まったものと認識しているところです。

日本の医療保険制度は、国保のみでなく、協会けんぽや組合健保、後期高齢者医療も含めて、やり繰りしながら運営している部分がありますが、国保や後期高齢者医療は財政的に厳しく、構造的にも、高齢の方や定年退職された方、あるいは若い方であれば仕事をされていない方などが加入される中で、国からも大きな公費をいただき、協会けんぽ・組合健保からの前期高齢者の調整額の負担をいただきながら運営している状況となります。

委員からもありましたように、保険として、保険料水準の統一を目指すという流れの中で議論していかねばならないという、平成30(2018)年度の制度改革の次の段階に至っているという状況と認識しています。

(委員) 考えの基本はよく分かるのですが、そのような事を実施することで、国保の体力と言いますか、強くなるのでしょうか。

(事務局) 保険の母集団が大きくなるという点だけ考えても、みんなでリスクを分散し合うということ言えば強くなると思います。

ただ、それぞれの市町によって、その強さが、今はまちまちであるという状況もあり、色々な御意見があろうかと思しますので、そこを議論していく事が大きなテーマになってくるものと考えています。

(委員) 社会保険と国民健康保険に分かれるということですが、私などは70から75歳の間にいますので、社会保険から急に国保になったので大丈夫かな、みたいに個人的に思ったことがあります。

例えば、先程言われたように、もの凄く高い薬価の薬が2~3人に処方されただけでパンクしてしまう場合もあると思うので、国保と社保が一体となった方が、税の一体化と言うか、そのような事を抜本的に実施した方が本当は良いのではないかと、いう風に思いますが、その辺りはいかがなのでしょう。委員にお尋ねしてもよいでしょうか。

(委員) 我々が一番危惧しているところは、やはり、日本が少子高齢化の危険水域に入ってきているところです。

今の社会保障は、現役世代がお年寄りを支えており、その現役世代の負担がどんどん増しているため、今後、日本の国民皆保険を維持していくことが、このままではおそらく無理であろうということですから、医療費を抑えていくことと同時に、負担を誰がしていくのか、ということについて、もう一度、制度自体の見直しが必要ではないのかな、という風に思っております。

先日、厚生労働省の講習において後期高齢者の2割負担という話が出てきましたが、それを実施したところで、1%程度しか拠出金に対するインパクトがありませんので、着手したこと自体を評価したいとは思いますが、そのような施策をより広げて行く必要がある、つまり、負担するべき方への応分な負担を求めていく必要があるのかな、と思います。

非常に、今、保険者を問わず危機的な状況にあるという風に思います。

(委員) 今、委員が言われたとおりであると思いますが、私は72歳なのですが、なぜ年齢で区切って、前期高齢者であるとか後期高齢者であるとか区切ってしまふのかが、よ

く分からないのですが、人生 100 年時代を標ぼうするのであれば、元気な方は最後まで働けば良いと思うのですが、私の場合は 95 歳まで働くと言っています。

委員が言われたように、現役世代が段々少なくなり、高齢者の率が増えているため、現役世代が支え切れなと思いますので、そのような基本的なところから考え直していかなければ、もう少し抜本的に実施すれば良いのではないかと、思うところではあります。

(委員) 資料 No. 2 の 3 ページに記載されております、「確定」という下線と赤字の箇所ですが、この部分が少し理解できない部分でしたので、もう一度説明していただけますか。

(事務局) 市町と構成する栃木県国保運営方針連携会議には、分科会として、財政運営分科会、資格管理・保険給付分科会、国保税分科会、保健事業分科会があります。

今回、保険税水準の統一に向けた検討テーマとして、どのような項目があるのかということで、まずは県から市町へ分科会ごとに検討テーマ案を提示し、市町の意見を踏まえて整理した箇所を赤字及び下線で明記しているところです。

このため、県が抽出した検討テーマ案に対する市町意見を踏まえて、テーマそのものを、これで確定させた、という意味の確定となります。

(事務局) 補足ですが、分科会ごとに細かな検討テーマを決めており、内容的には、かなり技術的な色彩が強いように思うところですが、検討の方向性について、たたき台をまずは市町に提示し、ここから議論を開始することとなります。

議論を行っていく中で、もう少し異なる検討テーマも必要ではないのか等も生じてくることもあると思いますが、現時点までにおいて、一旦、市町との間で検討テーマはこれで行きましょう、ということで確定し、議論をスタートしたところです。

(3) 令和 3 (2021) 年度市町との意見交換について

(委員) 意見と言いますか、感想ですが、特定健診の受診率について、歯科の場合、栃木市では歯周病や口腔がんなどを実施していますが、どうしても受診率はあまり高くないようです。

栃木市は結構頑張っており、県内でもかなり高いようですが、それでもパーセントはあまり高くないということと、何でもそうかもしれませんが、非常に健康に熱心な方は受診していただけており、診察してみても良い状態の方が多一方、本当は来ていただきたい方はあまり受診していただけない状況があります。

新型コロナウイルス感染症の影響があったとしても、診察に来る方は、割と普通に歯周病の検査などを受けてたりされています。

しかし、診察に来られない方は、半年前に来ていただければ歯を残せたのに、という場合が結構あります。

特に私ども歯科というものは、治療と言っても、歯を抜いて、かぶせものや入れ歯をすることになりますが、治ったということではありません。

できることであれば、早い時期にそのような治療をしないで済めば、歯のクオリティが保てて、余計な治療をしないで済みますので、自治体の方々も頑張られていると思いますが、色々に対応していただけるとありがたいかな、と思っております。

(事務局) 主に医療保険の分野ではメタボ予防ということで、特定健診に力を入れているところですが、令和 2 (2020) 年度の実績として、新型コロナウイルス感染症の影響により特定健診の受診率は下がってしまうのではないかと考えているところです。

一旦、新型コロナウイルス感染症の影響で受診を控えられた方々に、再度受診の勧奨を行っていく取組も、それぞれの市町が保健事業として担っていただいておりますが、市町の医療専門職の方に力を入れていただくことが重要になってくるものと思います。

また、歯科で言えば、3か月健診や1歳6か月健診、5歳児健診など、治療というよりも、予防という点が大事であるというお話もありましたが、市町では、健康づくりの観点で取り組んでいただいております、医療保険の取組と重複する部分がありますので、将来に向けて医療費が大きくなるような形にも持っていけるよう、互いに連携して実施していく点も、一層考えていかなければならないのだろうと思うところ です。

(委員) 今、委員のお話にもあり、関連することですが、特定健診の受診率を向上させていくことは、基本的には一般的な疾患や生活習慣病などを予防し、できるだけ医療費がかからないようにする、という発想であると思います。

しかし、実際に、受診率を向上させることが医療費の節約効果につながるのかという検証を実施してみないと、余分に費用が発生してしまうのでは、という部分があると思います。

先程、委員が言われたように、本当は、例えば半年前に受診するべきであったような方は受診に来ない場合が多く、自身の健康に関心が高いような方は特定健診に来る場合が多く、そのような部分の検証は行うべきであると思いますし、特定健診を受診することで助かる方もいると思いますから、非効率的な事を延々と実施しても、あまり意味が無いのではと、臨床の現場にいて感じた事があります。

その辺りに、何かコメントはありますかでしょうか。

(事務局) 現時点では、明確なデータはそれほど無いと思いますが、特に県レベルでは保険者として取組を開始してから日が浅いということもあります。

委員が言われた事は、かなり長いスパンで見なければならぬ部分もあり、国レベルで分析されている部分等もよく確認していくようにして参りたいと思います。

特定健診により、悪い生活習慣などを直すことができれば、治療の過程での外来受診等で医療費の発生はありますが、長い目で見れば予防につながっていると、それが科学的に、どこまで検証されているかと言う部分はあります。

そのほか、保健指導について、受ける側も大変な労力を必要とするとの意見はあると思いますが、指導内容を極端にあっさりしてしまう場合、その効果に疑問が付きましますし、どのような内容や期間であれば効果が得られるのか、国のデータ分析等などを確認しながら、必要な見直しを行いながら実施している状況であると思います。

(委員) もちろん、疾患等に該当する方は、特定健診や特定保健指導を受けて日常生活を送ることで症状等が良くなるということは、間違いなくあるとは思いますが。

しかし、私が診ている中では、効果がそこまで得られていないような感じもするため、その辺りは、国と一緒に、医療経済的にも本当にこれで良いのかということの検討を是非ともお願いしたいと思います。

(委員) 特定健診の受診率が上がらないところですが、健診に行こうと言われても、日常的に医療機関を受診して検査などを行っており、わざわざ健診に行かなくても良いという方がいるために、受診率が低くなってしまっている部分もあるらしいですね。

そのような要因を関連付けて受診率を向上させることができないのでしょうか。

(事務局) 特に中高年の年代になりますと、医療機関を受診しているという方が多く、かかりつけ医の方にも特定健診を意識していただくこともありますが、委員にお伺いするようで申し訳ありませんが、いかがでしょうか。

(委員) 委員が言われたような事は、私共も、最初はそのように思っていましたので、やはり、不親切な部分がありまして、特定健診と一般の医師が実施する検査は、相当重複していると思います。

もちろん、特定健診は幅広く、色々な病気をカバーできるように検査するものですが、一般の検査と重複もしています。

医師側にも良くない部分はあると思いますが、例えば高血圧や高脂血症、糖尿病があったとして、大抵の医師は、該当する疾患にフォーカスしたのみしか調べない場合が多く、特定健診はもう少し幅広く、生活習慣病のことなどをカバーした検査であるということを患者にパンフレット等で示しても、なかなか理解してもらえないことがあります。

(事務局) 市町から、特定健診だけでなく、がん検診など、色々な検診案内が毎年来ると思いますので利用していただきたいと思います。

委員からもありましたが、持病ではない部分も診てもらえる機会となりますので、特定健診と合わせて、その他の検診も受診しましょうという啓発を保険者全体で行っていますが、被保険者の方々がどの程度理解されているか、ということもありますので、国保の窓口に限らず、様々な機会を捉えた啓発を行っていく必要があるかと思えます。

(委員) 特定健診や、そのほかの一般的な検診は、病気の早期発見につながる良い役割があると思う一方で、例えば、検査結果で血圧や尿酸値等に異常が見られた際は、機械的に結果の連絡が行われ、すぐに医療機関を受診するよう促されることで、人によっては、また違う病気が発見されたのか、などの誤解を抱く方もいると思われます。

しかし、現行では、やむを得ないことと理解された方が良いと思います。

(事務局) 一点補足ですが、令和2(2020)年度に、県のモデル事業として、県北地域の那須烏山市、安足地域の佐野市をモデルに、かかりつけ医の診療情報を特定健診としてみなす、いわゆる、みなし健診として、特定健診の受診率に上乗せできないか、という実証事業を行いました。

ただし、特定健診の受診率を高めるだけでは、あまり意味が無いため、特定保健指導に結び付くような方々を市町の保健センターにつなぐような取組ができないか、という目的で実施したものです。

特定健診の受診率の点では、コロナ禍の影響もあり、あまり良い数字が出ませんでした。0.1%から0.3%程度の受診率向上につながる結果となりました。

なお、かかりつけ医での検査データを確認したところ、若干、特定健診として不足する検査項目がありましたので、当該項目をどのようにするのか、という部分が課題となっています。

また、年齢が比較的若い医師において、特定健診の検査項目をあまり理解されていないケースがありましたので、その辺りは、医師会の方で、今後、勉強会等を実施していきたいなどの話があったところです。

(4) 令和4(2022)年度県版保険者努力支援制度の評価指標(案)について

(委員) 評価指標の見直しですが、国が50歳以下の特定健診の受診率向上の取組を評価しているとのことですが、「休日夜間の特定健診実施」という箇所については、とても良いことであると思います。

この部分について、どの程度の実績が得られるかというところですが、今年、大田原市の新型コロナウイルス感染症のワクチン接種は休日夜間に実施しており、健康な65歳以上の方々が沢山来ておりました。

市町職員の方々は大変であると思いますが、休日夜間の特定健診を行うことは良いことであると思いますし、若い世代は、食生活の影響等により、高血圧などが発症している方が増えてきていると思いますので、良い項目であると思います。

若い方々の健康について、委員の御意見を伺ってもよろしいでしょうか。

(委員) その通りであると思います。

原則は、早期診断・早期治療となりますので、若い時期に疾患が発見された場合、以後の人生を左右する状況になり得ますので、早期に発見し、食生活等を改善していくことが良いと思います。

(事務局) 市町ごとに、特定健診が受診可能な曜日や時間は異なり、お住まいの市町の広報誌やホームページなどで案内が行われているかと思いますが、40～50歳の世代における特定健診の受診の促進は、若い世代から受診していくことが重要との観点で国の取組に呼応して、県でも新たな指標として盛り込んだところです。

実際には、特定健診の実施機関において取り組んでいただくことになり、統一して実施することが難しい部分もありますが、この取組が進むことで、平日に受診することが困難な国保の被保険者が受診していただくことで、受診率が向上する可能性に期待しているところです。

(5) その他

(委員) 会議の中で少し話題になっていましたが、コロナ禍における受診控えの影響について、協会けんぽでは、令和2(2020)年度に受診控えが発生し、全国規模の統計では、対前年度比でマイナスとなり、協会けんぽとしては初めての事でした。

協会けんぽ栃木支部でも同様に受診控えの状況が見られ、医療費が減少しましたが、少し不思議な現象として、他の都道府県支部は顕著な受診控えが見られたものの、栃木支部では、総体的には、他都道府県支部ほどの受診控えが見られないようなデータでありました。

国保では、受診控えに伴う医療費の減少について、他都道府県と比較して栃木県は少なかったのでしょうか。

(事務局) 療養給付の確定点数の資料(注:国保+後期高齢者医療)では、令和2(2020)年4月から令和3(2021)年3月間の合計は、対前年度比99.14%となっていますが、感覚的には、全国的に言われているほどには、受診控えが少なかったのかもしれない。

新型コロナウイルス感染症拡大による緊急事態宣言の時期や期間が異なっている等も、結果に影響を与えている部分があるかと思われます。

(委員) 東京等の大都市では受診控えの影響が大きかったようです。

私どもも、栃木県の医療機関の保険点数等について統計を確認したところ、令和2(2020)年5月から6月の点数が減少している状況が見受けられました。

栃木県に対する新型コロナウイルス感染症拡大による緊急事態宣言は、それほど長い期間ではなかったため、医療機関を受診していた方は多くいたのではないかと思います。

以上