

平成 26 年度第 3 回

帯広市国民健康保険運営協議会議事録

日時 平成 27 年 1 月 28 日 (水)

午後 6 時 30 分～

場所 市役所 10 階第 6 会議室

出席委員（10名）

被保険者を代表する委員

神 田 委員
宮 浦 委員
火ノ川 委員

保険医又は薬剤師を代表する委員

西 田 委員
及 能 委員
小 林 委員
宇 野 委員

公益を代表する委員

村 中 委員
村 上 委員
嶋 谷 委員

被用者保険等を代表する委員

岡 田 委員
金 澤 委員

帯広市（11名）

神 田 市民環境部長
千 葉 企画調整監
柏 木 国保課長
藤 沼 管理係長
高 坂 給付係長
堀 田 保険料係長
高 木 保険料係収納対策主査
梶 給付係主任
佐 藤 管理係主任補
清 水 管理係主任補
山 川 管理係係員

事務局

皆さん、お晩でございます。ただいまより、平成 26 年度第 3 回国民健康保険運営協議会を開催いたします。

はじめに、お手元に配布した資料について説明をさせていただきます。

まず、A 4 縦のペーパーですが、事前に配布した資料に修正がありましたので、正誤表を配布させていただいております。

次に、A 3 横で 2 枚組みの資料でございますが、「国民健康保険制度改正の概要」として、平成 27 年度における制度改正について説明した資料でございます。

続いて、A 4 の冊子の資料であります、「帯広市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）素案」という資料になります。また、A 3 で両面印刷されている資料であります、保健事業実施計画の概要版の資料となっております。

多数の資料がありますが、不足している資料がありましたら、教えていただければと思います。

つづいて、事前配布資料の訂正についてであります。

<訂正箇所及び訂正内容について説明>

配布資料の説明及び訂正については、以上であります。

それでは、これより先の議事の進行につきましては、会長、よろしく願いいたします。

会長

皆さん、お晩でございます。本日は、公私ともどもお忙しい中、本日の会議にご出席いただきまして、ありがとうございます。

それでは、はじめに、部長からご挨拶をいただきます。

部長

皆さん、お晩でございます。

本日は、何かとお忙しい中、また、夜分にもかかわらずご出席いただきまして、ありがとうございます。年明け最初ということもあり、今年もよろしく願いいたします。

さて、昨今の国民健康保険を取り巻く状況でございますが、今月 13 日に公表されました「医療保険制度改革骨子」によりますと、気になってございまし

た国民健康保険の都道府県単位での広域化につきましては、平成 30 年度から実施されることとされました。併せまして、それに向けた国民健康保険の財政基盤の強化策も示されてございます。

それらの内容につきましては、具体的な制度設計作業はこれから先のこととなりますが、保険料の賦課徴収、給付業務、保健事業等の被保険者の皆様と直接関わる業務については、今までどおり市町村が担うものとされております。

一方、財政運営では、考え方や流れが大きく変わることになると思われまます。その中でも、保険料の算定につきましては、北海道全体の医療費を市町村毎の被保険者数で割り返すことになるようですが、その際に医療費の水準、所得の状況、あるいは被保険者の年齢構成の状況を踏まえて決定されていくこととなる見込みです。現時点ではどのような影響が生じるのかは、定かではありませんが、いずれにいたしましても被保険者の皆様の負担が重くなることのないよう、制度設計作業について注意深く見守ってゆくほか、場合によっては地域の意見を申し述べていくことが必要になるかもしれません。

さて、本日の議題は、賦課限度額の改定及び平成 27 年度予算案でございます。

後ほど詳しくご説明申し上げますが、被保険者 1 人あたりの医療費は、高齢化や医療技術の高度化などに伴い、確実に上昇しております。また、後期高齢者支援金や介護納付金など、高齢者の医療や生活を支える拠出金も増加し続けております。

その一方で、思うようにローカルアベノミクスが働いていないという状況もございまして、保険料算定の基礎となる被保険者の所得は低迷が続いております。このように、国保会計を取り巻く環境は厳しさを増すばかりとなっております。

このようなこともございまして、私共といたしましては、収納率の向上や医療費の適正化への不断の努力を続けてございますけれども、その一方で財政支援策として、一般会計からの軽減繰入、さらには平成 25 年度の黒字決算により生じました基金積立金の活用などによりまして、保険料の改定幅をなるべく抑える手立てを講じながら、国保加入者の負担軽減を図ることを念頭に置き、予算編成を進めてきたところでございます。

つきましては、委員の皆様には、これらの状況をお考えあわせの上、忌憚のないご意見やご提案をいただきますようお願い申し上げます。まことに簡単ではございますが、ご挨拶とさせていただきます。皆様、どうぞよろしくお願

いたします。

会長

ありがとうございました。

次に、〇〇委員、〇〇委員から、本日の会議に欠席する旨の通知がございましたので、ご報告いたします。

次に、議事録署名委員として、〇〇委員及び〇〇委員を指名いたしますので、よろしくお願いいたします。

それでは、本日の議事に入ります前に、平成 26 年度第 2 回国民健康保険運営協議会議事録について確認をいたします。訂正箇所などございますか。

(「ありません」との声)

会長

なしとのことですので、議事録につきましては、ホームページにて公開することになります。

それでは議事に入ります。はじめに、国民健康保険料賦課限度額の諮問について、事務局からその理由などについて説明をお願いします。

事務局

それでは、諮問事項である「国民健康保険料賦課限度額の改定について」を説明いたします。議案の 1 ページ目となりますが、補足資料を使いまして説明いたしますので、A 3 版の資料もあわせてご覧いただきたいと思っております。

国民健康保険料についてですが、保険料の積算は、ご承知のこととは思いますが、医療保険分、後期高齢者支援金分、介護納付金分、この 3 つの合算額となりますが、保険料の計算においては、この医療保険分、後期高齢者支援金分、介護納付金分のそれぞれに対し、賦課限度額、つまり一番高い保険料の額、というものが国民健康保険法施行令において設定されています。今回、この施行令の一部が改正により、法定の賦課限度額が平成 27 年度から引き上げられることとなりました。

帯広市の場合は市の条例で賦課限度額を定めており、平成 24 年度以降、法定の賦課限度額と同額としております。今回も、政令改正に合わせた見直しをするものでございます。

改定内容としては記載のとおりでございますが、医療保険分を 51 万円から

1万円増額し52万円に、後期高齢者支援金分を16万円から1万円増額し17万円に、介護納付金分を14万円から2万円増額し16万円に、合計で81万円を4万円増額し85万円といたします。

改定の理由につきましては、右側上段に「平成27年度の国民健康保険料賦課限度額の見直し案」という囲みの部分があります。一つ目の○の部分ですが、「国保料の賦課限度額については、被用者保険におけるルールとのバランスを考慮し、当面は超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に賦課限度額を引き上げていく」ということで、被用者保険においては、一番高い保険料を負担する被保険者の割合を1.0%～1.5%とする、ということが法で定められています。

囲みの下にグラフと表を記載しておりますが、これまで国保の場合、限度額に達している世帯の割合が国全体では2.46%であったものが、改定により2.25%にまで減少することとなります。それでもまだまだ被用者保険に比べると、限度額に達している世帯の割合が多いという状況です。

帯広市における賦課限度額に達している世帯の状況ですが、平成26年度の料率試算における数値となりますが、医療保険分が973世帯で3.87%、後期高齢者支援金分が934世帯で3.72%、介護納付金分が462世帯で3.63%となっており、これが賦課限度額の改定により、表には記載しておりませんが、医療分が950世帯に、後期分が860世帯に、介護分が359世帯に減少いたします。

この改定による影響・効果としては、限度額未満世帯の保険料を1,105円軽減することができる、保険料の改定率で言うと1.11%低減することができるということになります。

この仕組みのイメージは、右側のグラフになりますが、点線の部分が改定前の賦課限度額の場合で、実線が改定後となります。グラフの横軸は所得を表しており、縦軸は保険料額を表しています。つまり、右側に行く、所得が高くなるほど保険料が上がるという図です。

この表は、介護納付金分を除いた場合を例にしていますが、すなわち限度額でいうと81万円ではなく67万円の場合ですが、限度額があがることで、グラフの傾斜が緩やかになっていることがわかります。これが中間所得者世帯の負担軽減につながっていることを表しているイメージ図となります。

次に、下段の表ですが、世帯人数別にどのくらいの収入・所得で保険料が限度額に達するかということを一覧表にしてありますので、ご覧ください。改定前の平成 26 年度と改定後の平成 27 年度の比較です。ただし、平成 27 年度については、平成 26 年度の保険料率で試算しています。

表の見方ですが、例えば一番左側の 1 人世帯で介護 2 号被保険者がいない場合、つまり 40 才から 64 才までの方がいない場合ですが、これまでは年間の所得額が 587 万円、給与収入で言えば年収 786 万円で賦課限度額に達していましたが、改定後は、所得が 625 万円、給与収入の場合 828 万円で限度額に到達することになります。

右隣の欄は、同じ 1 人世帯ですが、介護 2 号被保険者である場合ということで、介護納付金分の負担がある場合となります。同様に、2 人世帯から 4 人世帯まで、それぞれ介護 2 号該当者の人数別に記載しております。

次に道内主要都市の賦課限度額の状況を一番下に記載しております。

ご覧のとおり、大多数が法定限度額と同額となっていますが、ゴシック体の部分が法定限度額と異なる市です。ただし、小樽市と江別市については、これまで 1 年遅れで法定限度額に合わせている状況です。また、管内の町村については全て法定限度額と同額となっております。

最後に、帯広市における法定限度額と賦課限度額の推移について、下段右側に記載しております。医療保険分、後期高齢者支援金分、介護納付金分毎に上段が帯広市、下段が法定の限度額となっております。平成 23 年度までは帯広市の賦課限度額と法定限度額に差異がありましたが、平成 24 年度以降、同額となっております。説明は以上です。よろしくご審議くださいますようお願いいたします。

会長 ただいまの説明について、ご質問、ご意見等ございませんか。

委員 この A 3 の資料で、賦課限度額改定に伴う保険料の変化について、ご説明していただいたグラフがあります。中間層の負担が軽減される一方、上位所得者層では矢印が上に上がっていますが、こういった理由で上がるのか教えていただきたいと思います。

事務局 このグラフのとおり、上位所得の方については賦課限度額の引き上げに伴い

保険料負担が上がるわけですが、その理由としては、先ほども申しあげましたが、限度額を引き上げないということは、その分、所得が高くない方がそれ相応の負担を強いられるということになります。

保険料として集めなければならない額が変わらないとすると、賦課限度額を引き上げた場合、上位所得の方から新たに保険料としていただける金額があるわけですが、引き上げない場合、その額を限度額に到達していない所得が高くない方で負担することになります。

このグラフで申しあげますと、点線の部分が改定前ですけれども、このような負担になっているところ、賦課限度額を引き上げることにより、実線のような状況となり、中間所得者層の負担を緩和することができることとなります。今回の改定は、中間所得者層の負担を引き下げするために、賦課限度額が改定されたというところであります。

委員 分かりました。ありがとうございます。

会長 よろしいですか？
ほかにございませんか？

ないようですから、国民健康保険料の賦課限度額の諮問につきましては、諮問案どおり答申することとしてよろしいでしょうか？

(「はい」と声)

会長 では、諮問案どおりといたします。

次に、平成 27 年度国民健康保険会計予算（案）について、事務局から説明をお願いいたします。

事務局 それでは平成 27 年度の国民健康保険会計予算（案）について説明いたします。議案書 2 ページ目をご覧ください。

国保会計の予算編成の基本的な考え方ですが、大きく 3 項目、収納率の向上、医療費の適正化、被保険者の保険料負担の軽減を図る、これらを基本として予算編成にあたりました。

「収納率の向上」については、コールセンター機能を充実するとともに、資力のある滞納者に対する財産調査を徹底し、滞納処分を強化するなどによ

り、更なる保険料収納率の向上に努めます。

次に「医療費の適正化」については、現在策定中であるデータヘルス計画に基づき、特定健診などの健診結果データの有効利用を図りながら、地域組織等との協働による保健事業を進めるとともに、引き続き柔道整復療養費を含めたレセプト点検を実施いたします。

次に「保険料負担の軽減」については、平成 27 年度から拡充される国の保険者支援制度の財源を活用するほか、積み立てした平成 25 年度決算黒字額の繰入や、一般会計からの独自軽減策としての繰入などにより、保険料改定幅を抑制し、被保険者の負担軽減を図ります。

つづきまして、3 ページをご覧ください。

制度改正についてでございますが、主なものとして 4 点記載しております。

まず、先ほど審議いただきました保険料賦課限度額の引き上げということでございます。内容は先ほど説明いたしましたので省略いたします。

次に、②の保険料法定軽減基準額の見直しについてであります。国保の保険料については、低所得世帯の保険料を軽減するという国の措置が設けられており、所得に応じて保険料の応益部分を 7 割、5 割、2 割の軽減を行っております。今回、経済動向を踏まえた見直しが行われ、5 割軽減と 2 割軽減の対象世帯の所得基準が改正されます。

改正の内容ですが、表に記載してあるとおりですが、太字の部分が改正された部分で、5 割軽減については、245,000 円から 260,000 円に、2 割軽減については 450,000 円から 470,000 円に拡大されました。この改正により、新たに 525 世帯、999 人が軽減の対象として増え、経費的には 1,340 万円ほど国保の負担が増える見込んでおります。

3 つ目といたしまして、基盤安定負担金、保険者支援金の拡充についてです。

これは先ほど説明いたしました低所得者に対する軽減措置と関連いたしますが、国の保険者支援制度として、保険料の軽減対象者数に応じた財政支援措置があり、この支援内容を見直すというもので、国費及び地方負担併せて新たに約 1,700 億円の公費の国保への投入が決まりました。

見直しの主な内容については、これまで 5 割、7 割軽減対象者のみ支援の対象となっていたものが、2 割軽減対象者も対象に含めることとされたこと、既存の 7 割、5 割軽減対象者に対する補助率を引き上げるというものであります。この見直しによる帯広市への影響としては、一般会計からの繰入額が約 2 億 3 千万円増となり、国保会計の財政基盤が強化されております。

4つ目といたしまして、保険財政共同安定化事業の拡大です。この保険財政共同安定化事業については、都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化および小規模保険者の財政運営の安定化を図ることなどを目的として、市町村国保がお金を出し合う再保険事業ですが、これまで1件30万円以上80万円未満の医療費を対象としていたものを、1円以上80万円未満、つまり全ての医療費を対象とすることにより、拠出額、交付額ともに増える形になります。

平成26年度においては、拠出額が予算で約18億4千万円であったものが、平成27年度は約44億1千万円となり、約25億7千万円が膨らむこととなりますが、交付額も増えるため、これがそのまま負担増になるということではありません。

以上、平成27年度において予定されている主な制度改正の概要でした。

続いて、議案書4ページ目でございますが、収納率、所得の推移等でございます。簡単に説明をさせていただきます。

最初に左上の収納率についてであります。平成20年度に現年度収納率が85.05%と大きく低下して以降、徴収体制の強化を図るなどの対策によりまして、平成22年度は87.20%と収納率を戻す結果となり、それ以降、僅かずつですが向上してきております。平成25年度においては88.28%となっており、今年度においても、前年を上回るべく、努力しているところであります。

次に右上の図ですが、所得から国保の基礎控除33万円を差し引いた1世帯当たりの基準総所得の推移を表しています。平成24年度に大きく減少しましたが、平成25年度はほんの少し回復し、それ以降ほぼ横ばい状態が続くと思われれます。

右下のグラフは、道内主要10市の1人当たりの保険料を表しています。都市によりばらつきが見られますが、帯広市は高い順で、平成24年度・平成25年度ともに2位となっており、残念ながら、保険料は高い位置にいることがわかるかと思えます。帯広市の保険料が高い理由ですが、様々な要因が考えられますが、被保険者の1人当たりの所得が高いことや、前期高齢者の人数割合が少ないことなども影響していると考えられます。

左下の加入者数の推移ですが、グラフを見ると減少傾向となっているのがわかるかと思えます。詳細については、次の5ページ目をご覧いただきたいと思いますが、被保険者数については平成27年度の見込みですが、41,764人で、前年度対比で678人、1.6%減少するものと見込んでおります。

なお、今回から被保険者数の内訳を記載しております。全体としては減少しておりますが、実は65歳以上の高齢者が増えていることがわかると思えます。

例えば、平成26年度ですが、世帯数・被保険者数ともに前年比で96.54%、96.38%と減少しています。一般被保険者のうち65歳未満までは前年比でマイナスとなっていますが、65歳から69歳が前年比104.22%、70歳以上も前年比100%を超えています。なお、70歳以上の現役並みというのは、所得が高い方で医療費負担が3割となっている方です。

また、人口に占める国保加入者割合も減少傾向にあります。高齢者が増加している中であって、国保加入者全体が減っているということは、稼働年齢層の国保加入率が減っているということになります。この要因としては、経済状況の変化と、社会保険適用事業所が増えていることなども影響しているのではないかと考えられます。

次に、6ページ目の医療費についてですが、平成27年度の医療費については、被保険者の区分ごとの1人当たりの医療費の伸びを、国が概算要求時に示した3.4%増として計算したところ、全体での1人当たりの医療費の伸びが3.86%増となりました。医療費の10割分である費用額については、前年度対比2.2%増の148億6,400万円あまりを見込んでおります。表の下段になりますが、1人当たりの医療費としては35万5,905円と見込んでおります。

続いて7ページ目をご覧ください。保険料は、この7ページの「医療保険分」と、8ページの「後期高齢者支援金分」と、9ページの「介護納付金分」の合計となります。

まず、7ページの「医療保険分保険料」についてですが、「保険料の試算」をした表と、その下に「賦課限度額の推移」の表があります。

「保険料の試算」の表の上に記載した数字を見ていただきたいのですが、一番上の「医療費等歳出見積額」は、医療費の支払いなどに必要な金額で、168億3,712万1千円となります。

なお、前頁の医療費は本人負担分も含んだ医療費の10割分ですが、7ページの「医療費等歳出見積額」については医療費の保険者負担分加え、その他、保健事業費や共同事業拠出金なども含んでいることから、数値は一致いたしません。

その下の「国庫支出金等見積額」は、国や北海道からの支出金など財源として見込める金額であり、127億8,618万7千円となります。差し引き40億5,093万4千円が「被保険者の皆さまからの保険料収入」と「一般会計からの繰入金」で賄わなければならない金額ということになります。

保険料の改定率をいろいろなケースで設定して、40億5,093万4千円を、「一般会計繰入金」と「保険料収入」に配分してみたのが、このページの「保険料の試算」の表ということになります。

表の見方ですが、例えば平成27年度の一番上の段ですと、保険料改定率が116.65%とありますので、前年比で16.65%の値上げとなります。これは、一般会計繰入金を保険料軽減には一切入れない場合で、なおかつ平成25年度決算黒字分の基金も一切繰入れしない場合ということになります。つまり、保険料軽減のための繰入れを一切しない場合、保険料を16.65%値上げしなければならない、ということになります。

また、この場合の1人当たりの調定額、つまり保険料は、限度額未満の世帯で70,002円となり限度額到達者も含めると79,583円ということで、平成26年度と比較すると約1万円の値上げが必要ということになります。

同様に一番下の段の場合ですと、保険料改定率が100%ということですから、前年と同額、値上げしない場合となります。この場合、一般会計から保険料軽減のために2億5,208万9千円を繰入れする、なおかつ平成25年度の黒字分1億8,000万円も繰入れする、ということになります。

先ほど制度改正の中で説明いたしましたが、平成27年度は国による保険者支援措置の拡充が全国で約1,700億円、帯広市への影響額が約2億3千万円ございます。本来であれば、この増額分が保険料軽減に繋がるところですが、前期高齢者交付金の交付見込額が減少したことなどの影響があり、保険者支援制度拡充分のメリットが相殺されてしまいました。そのため、一般会計からの繰入がなければ保険料が上がってしまうという状況にあります。

以降、8ページ目の後期高齢者支援金分保険料、9ページ目の介護納付金分保険料についても同様の作りとなっております。

以上、雑駁ではありますが、平成27年度の予算について説明させていただきました。

国保の運営を預かる者にとっては、少しでも被保険者の負担の軽減に繋がるようにと考えておりますが、本日の運営協議会のご審議の結果を踏まえまして、明日に予定されております市長査定の中で明年度の保険料に係る一般会計繰入金と保険料改定率について判断を仰ぎ、3月議会に予算案を提案しようとするものであります。以上で説明を終わります。

会長 予算案についての事務局から説明がございましたけれども、ただいまの説明について、ご質問又はご意見などありましたら発言をお願いいたします。

委員 3点ばかり質問いたします。
まず、3ページの②の法定軽減基準の見直しですが、今回基準額を引き上げるということで、新たに525世帯が対象になるとのことですが、全体では何世帯ぐらいになる見込みなのでしょうか。

会長 事務局で数値を確認していますので、後ほどの回答ということでよろしいでしょうか。

委員 分かりました。
今回の拡大で、年間所得で表すと、どのあたりまで対象世帯が拡大されるのか教えていただきたいと思います。モデルケースとして、3人世帯で、介護保険料賦課される方が2人という場合、どの程度まで対象が広がるのでしょうか？

事務局 ただいまのご質問ですが、法定軽減基準額の見直しによって、3人世帯で介護保険料該当が2人というモデルケースの世帯で、どのくらいの所得の世帯までが対象になるのかという質問であります。5割軽減では、改正前で106万5千円以下の世帯が対象であったものが、制度改正により基準額が4万5千円引き上げられ、111万円以下の世帯が対象となるということになります。2割軽減の場合、改正前では168万円以下の世帯が対象であったものが、6万円引き上げられ、174万円以下の世帯が対象となるという形で拡大されます。
なお、介護保険料分につきましては、2人世帯の扱いとなるため、5割軽減では82万円が85万円となり、3万円引き上げられます。2割軽減では、123万円であったものが127万円に4万円引き上げられるということでございます。

委員 応益部分の軽減拡大というのは、特に低所得者の方にとって負担軽減につながるものですから、今回の改正は良かったと思います。
次の質問ですが、④の共同安定化事業の拡大で、抛出超過額のうち、交付金の1%を超えた額について、北海道調整交付金により補填と記載されていますが、分かりやすいように具体的な数値で説明していただきたいと思います。

事務局

保険財政共同安定化事業の改正についてであります。拠出超過額のうち交付金の1%を越えた部分が北海道調整交付金による補填の対象となるわけですが、本日配布いたしましたA3版2枚組みの制度改正についての説明資料をご覧くださいと思います。

この資料は今年度の主な制度改正の概要について説明した資料であります。左側に○数字で番号が振ってありますが、2枚目の下段、④保険財政共同安定化事業の拡大について解説してございます。

その真ん中あたりにイメージ図があります。まず制度の概要についてイメージ図により説明させていただきますが、この共同安定化事業、先ほども説明させていただきましたが、これまで1件の医療費が30万円を超えて80万円以下が対象とされておりました。イメージ図の左側の部分になります。制度改正により対象となる医療費が1円以上80万円以下に拡大され、全ての医療費が対象となるようにされました。イメージ図の右側の部分になります。

資料右側に制度改正の影響を記載してございますが、その下段の○拠出額・交付額の推移と記載された表をご覧ください。平成23年度から平成27年度までの拠出額と交付額の推移を記載してございます。

例えば、平成23年度の拠出額、支払う額でございますが、17億1,435万円であり、これに対して交付された額は16億3,777万8千円でありました。この結果、拠出額の方が7,657万2千円多い拠出超過の状態となっております。

一方、平成27年度の欄をご覧くださいなのですが、拠出額が44億953万9千円、交付額が43億2,134万8千円となっており、その差額は8,819万1千円であり拠出超過額となります。この拠出超過額のうち交付金の額43億2,134万8千円の1%を超える額、つまり4,497万8千円が北海道調整交付金により補填される額となります。その結果、実質的な拠出超過額については、交付額の1%である4,321万3千円となり、従前と比較いたしますと、帯広市の拠出超過額については減少するということになるものです。

委員

そうすると、平成26年度では拠出超過額が1億3,722万1千円あり、その額が国保会計の負担となっていたわけですが、平成27年度においては8,819万1千円の拠出超過額のうち、4,497万8千円が補填されるので、差額の4,321万3千円の負担で済むことになり、負担がかなり圧縮されるということですのでよろしいですね。

共同事業という再保険制度は、帯広市にとってはあまり歓迎できない制度であると思っておりますが、今回の改正によりかなり改善されるので、良か

ったと思います。

それから3点目ですけれども、医療費の適正化に関してですが、ジェネリック医薬品について、昨年の運営協議会で配布された『帯広市の国保』によると、平成26年3月時点では数量ベースで35.2%の普及率となっています。普及率について、国の目標値というのはあるのでしょうか？

事務局

ジェネリック医薬品の普及促進の目標については、平成29年度末、平成30年3月となりますが、それまでに新指標方式による普及率で60%とするものが国の目標値であります。

通常ジェネリック医薬品の普及率は医薬品の全数のうちジェネリック医薬品の占める数量ベースで表していますが、ジェネリック医薬品のない薬というものがございます。ジェネリック医薬品に転換できない医薬品を含めた指標では、どの程度ジェネリック医薬品への転換が進んでいるか把握できないこととなります。そのため、新指標方式は、ジェネリック医薬品のある医薬品について、どの程度ジェネリック医薬品が使用されているのかを表す指標となっています。そのため、ジェネリック医薬品に転換可能な医薬品が全てジェネリック医薬品で処方された場合には、この指標は100%となります。

先ほど申し上げました、国の平成29年度末で60%という数値は、新指標方式による目標値であります。

なお、帯広市での新指標方式での普及率は平成26年9月時点で57.8%であり、既に国の目標である60%に近い状態となっております。

委員

かなり国の目標値に近いところまで、普及しているということですね。素人考えですが、効果が同じであれば価格の安い薬を選ぶことが自然だと思うのですが、思うように普及しない理由・原因等はどこにあるのでしょうか？

事務局

現在、国内で最もジェネリック医薬品の使用率が高いのは新潟県湯沢町で、新指標方式で80%を超える利用率となっています。また、海外との比較では、海外の方が利用率は高くなっており、欧米に比べ日本では余り普及していない状況となっています。

普及が進まない要因については、平成25年4月に厚生労働省が示したジェネリック医薬品利用促進に係るロードマップの中で、利用促進のための課題がまとめられております。その中では、医療関係者のジェネリック医薬品に対する信頼の向上、安定供給体勢、医療従事者の方への情報提供体制、保険制度上の問題などの課題が示されており、これらの課題を解決することが利

用促進に繋がるとされています。

その中でも最も重要な課題としては、薬を処方する医師の先生方から、いかにして協力をいただくかということになるかと思えます。現在、医師会においては、あまり積極的に使用するというような方針は示されていないと認識しております。そのようなこともあって、なかなか現場では切り替えが進まないのではないかと考えております。

委員 医師会では積極的にジェネリック医薬品の利用促進をしていないということなのでしょうか。

事務局 ジェネリック医薬品の出始めの頃は、品質に問題があったり、副作用の心配があったりということが事実としてあったようです。そのような状況下で、薬を処方する以上、信頼の置ける、安心して使える薬を使う必要があり、ジェネリック医薬品の利用に二の足を踏むような状況がありました。そのような経過があり、現場の先生方のジェネリック医薬品に対する信頼性は、まだまだ低い状態になっているのだろうと考えております。

委員 ジェネリック医薬品は、信頼性が低いのでしょうか。

委員 よろしいですか、以前の運営協議会で、ジェネリック医薬品の話題になったときに、小児科の先生が「ジェネリック医薬品は使いません」と仰っていました。「先発医薬品と同じ効果が認められるかどうかは分からないので、小児科としては使えません」というお話でした。さらに別のときに、内科の先生は、患者さんの要望があれば使うけれども、積極的に使うという言い方はしていませんでした。

その後、ジェネリック医薬品が話題になることはなかったのですが、そういうお話があったので、医師会が一丸となってジェネリック医薬品の利用促進をするという状況ではないと認識していました。そのため、なかなか普及しないだろう、と思っていました。実態としては、どのような状況なのでしょう。医師の先生方や薬剤師さんもいらっしゃるので、状況をお聞かせいただければと思うのですが。

会長 事務局からの答弁にもありましたが、国では利用促進に向けて旗を振っている状況ですが、実際に医薬品を使う側では信頼性などの問題を感じているなど、溝があるわけです。患者さんが選ぶといっても、そこまでジェネリック

医薬品に対する情報を持っているわけではなく、的確な判断できるわけではない状況かと思えます。実際に医療に携わっている医師、薬剤師の立場から、ご意見等ありましたらお願いできないでしょうか。

委員

医薬品の関係ですので、私から説明させていただきます。ジェネリック医薬品ですけれども、皆さん勘違いされているところがありまして、先発医薬品と全てが同じだと思われていると思います。主成分は同じですけれども、添加物がまるで違います。そのため、若干溶け方も違うこともありますし、添加物によっては、アレルギーを起こす方の場合は使えないということになります。

また、ジェネリック医薬品というのは特許が切れて作るわけなのですが、その薬に対する適応とって、「この病気には使えます」というものがあります。先発医薬品には適応はあるけれども、ジェネリック医薬品にはないものがあり、そういう場合は使えないということになり、切り替えできないことがあります。

あと、小児科の先生が言われた件については、先発医薬品とジェネリック医薬品とでは、投薬した場合、最終的には同じ量が入るけれども、体の中に入ってゆくスピードが違うなどの、効き方の違いがあります。その違いは、国が容認する範囲内ではあるのですが、そのあたりの違いや信用性という部分で使えない、というお薬もあるということです。なので、一概に嫌がっているわけではないと思います。積極的に変えていらっしゃる先生もいらっしゃいますし、それぞれの患者さんの状態に合わせた選択をされている、という状況になるかと思えます。

また、ジェネリック医薬品の普及率は、現状では新しい新指標で60%以上に達していると思います。どんどん増えている状況であります。ただ、安定供給という問題もあります。ジェネリック医薬品を以前は『ゼロ』と言っていたことがあります。雨後のキノコのようにゼロゼロ生えてくるという意味なのですが、いろいろなメーカーがジェネリック医薬品を製造しています。また、新たなジェネリック医薬品を製造しても、すぐ製造を止めてしまうメーカーさんとかもあります。また、ジェネリック医薬品ごとに添加物も違いますので、このジェネリックは良かったのだけれども、製造中止になったら、また別の薬に変えざるを得ない場合も出てくる状況です。

安定供給があって、なおかつ、添加物等の同一性もあって、薬の溶け方とかも国の定めている範囲ではなく、実際の使用に耐えうる範囲にあるかなど、それぞれの先生の使い方やこだわりがあって選んでいるところだと思います。

ので、徐々に進んではきていますが、爆発的に普及すると言うわけには行かないものだと思います。

委員

いまの説明を補足すると、私の勤務する病院ではジェネリック医薬品に転換していますが、ジェネリックと言っても様々な製薬会社があります。テレビに出てくるような有名な、例えば沢井製薬など、コマーシャルを流している製薬会社から、名前を知らない会社まである状態です。それぞれ値段も違います。

そのなかで、一番の問題は、今、おっしゃたように原材料は同じものを使っていると思うのですが、その原材料の供給元が、例えば日本だけではなくて海外で製造されているものがあることです。私たち医師がジェネリックに転換するときには、そのジェネリック医薬品に対する信頼性を判断するのに、その製薬会社がどの程度知名度があるか、原材料がどこで作られているかを参考にしています。また、そのジェネリック医薬品がどこで採用されているか、例えば大学病院で既に採用されているのなら、そちらに転換しても良いのではないかと判断する等、そのようなやり方でジェネリック医薬品への転換を進めている状況です。

そのため、いっぺんに全部転換するとはなりません、今言われたように数量ベースで 60%ぐらいにはなっていると思います。私の病院ではその程度になっています。

それから、あとは医師会の意見ですが、個人で開業している先生の意見を尊重するという基調があるように思うので、なかなか全面的にジェネリック医薬品を推進するという状況にはなっていない、と私は了解しています。

委員

医師会では各医院であるとか先生に任せてある、ということなのですか。

委員

そういう状況です。

委員

薬剤師会は積極的に進めていく立場なのですか。

委員

薬剤師には、保険薬剤師療養担当規則と言うものがあります。保険を使う場合に守る規則があって、その中にジェネリック医薬品を推奨するというものがあります。ただ、先ほど申し上げましたが、何かの理由があってお医者さんが変更を認めない場合とか、転換するのを戸惑うとか、本人が希望されない場合は転換できないわけですが、一応、積極的に使用するというこ

とになっています。薬局行かれると「ジェネリック医薬品に変えますか」と聞かれるかと思いますが、そういうことです。

委員

基本的には、処方箋に薬品名が記載してあってもジェネリック医薬品がある場合には、ジェネリック医薬品に転換しても良いとなっています。医師が転換したらまずいという場合には、処方箋にジェネリック医薬品への転換不可のチェックをしなければなりません。

チェックがなければ、薬局でフリーにジェネリック医薬品に変えても良いという制度になっています。

会長

ジェネリックに関係して、いろいろご意見をいただきました。現状としてはそのような状況にあるということです。

委員

歯科のほうですと、抜歯と外科手術と急性症状の場合に薬を出すだけなので、そんなに使用する薬の量は多くない状況です。また、仮にジェネリック医薬品を使った場合に、十分に効かない場合も考えられます。そうした場合、投与量と日数が増えてしまうことがあり、トータルでは医薬品代がかかってしまうケースも出てきます。そのあたりも、単純にジェネリックに転換すれば良いという問題ではないと考えています。当会といたしましても、各員の判断により、ケースバイケースで使用することになるので、患者さんによっては違いが出てくることもあるのだろうと思っています。

委員

いままでお話で出なかったところをお話させていただきますが、ジェネリック医薬品を国が容認する発売条件についてですが、薬として薬価収載できる薬として認める場合に、今まで使われていた先発品と言われるものは、全てある一定の固体数、1,000 あるいは 5,000、ものによっては 10,000 以上の患者さんあるいは健常人に投与して、どのように効くか、何%薬が吸収されて、何%どこの臓器に分布して、何日後に何%排泄されるとか、そういうデータを全部付けた結果、許可されています。一方、ジェネリック医薬品と一般に言われているものは、ジェネリック医薬品を発売したメーカーが、その様なデータを添付する必要はありません。

それと、国はもともと、ジェネリック医薬品と先発品とが同等だとは言っておりません。一般的な話として、国はジェネリック医薬品を普及促進したいという状況だとは思いますが。一方、実際にジェネリック医薬品を使う医師の立場としては、まあ一般的に先発品の 6 割 5 分ぐらいの効果があればいいん

じゃないか、というような感じですよ。ですから、先生方はみんな嫌だと言っているわけでもなく、自分で実際に使ってみて、これなら使えると思うものは使っている状態だと思います。先ほど話にでた小児科の先生のように、効き方の違いが不安で転換できないということもあるでしょうし、それは、個々が考えて転換するというようにやっています。

医師会といっても帯広市医師会のことではなくて、日本医師会でもジェネリック医薬品の普及について、協力はどうぞしてくださいとは言っていますが、なんら医師会としてこういう方針で対応する、というものではありません。

それからは、最初にジェネリック医薬品が出たところから、厚生省はデータのない薬ということに目つぶって、そのような薬を垂れ流ししています。ひとつの先発医薬品に関して多いものは、70社から80社がジェネリック医薬品を出していますね。これを全部判断して選べといわれても、私たちも不可能です。それぞれの先生方が、いろんな選択の仕方に対処しているのだと思います。基本的にジェネリック医薬品は、データが必要ない状態で許可された薬ということなのです。

会長 ありがとうございます。

委員 国がジェネリック医薬品の普及促進を図る目的は、医療費抑制のためだけなのでしょうか。

委員 そのとおりです。

会長 皆さんの意見をいただきまして、ジェネリック医薬品を取り巻く環境について、深く理解させていただきました。

 時間の関係もあるので、先に進めてよろしいでしょうか。

 それでは、さきほど〇〇委員から質問のあった、法定軽減拡大後の世帯数について事務局より答弁願います。

事務局 すぐにお答えできず、申し訳ありませんでした。

 軽減判定基準額の見直しによる影響の世帯数ということで、新たに増える人数・世帯数については、説明させていただきましたが、全体でというお話でございました。全体で申しますと、14,200世帯ということになります。

委員 もっと増えるような気もするのですが、分かりました。

会長 よろしいですか。そのほかございませんか？

委員 よろしいですか。平成 27 年度予算保険料賦課限度額の引き上げ、制度改正の概要の資料①の関係なのですが、突然の質問ですから、お答えができないようであれば別の機会でも結構です。

今回の限度額引き上げ額ということで表が記載されており、平成 27 年に給与収入の 1,010 万円、年金収入の 1,000 万円というレベルまで限度額を引き上げるとされています。その図の中の小さな表では、見直し後の限度額超過世帯の割合が医療分の 2.64%から始まって合計で 2.25%となっています。この 2.25%という数字は、先ほどの説明にもありましたが、このページの左側にもありますが、最終的に 1.5%程度にするという、手前の数字であるという理解でよろしいのですね。そうすると、あと 1 ポイントぐらい、まだ伸びしろがあると考えてよろしいのですね。

課長 社会保険のルールに倣い、限度額超過世帯数の割合を 1%から 1.5%程度にするということになります。

委員 給与収入が 1,010 万円だとすると、月額収入に換算すると 83 万円から 88 万円ぐらいになります。ご存知だとは思いますが、協会けんぽの場合、報酬月額最高 120 万円ぐらいまでを想定して保険料額表を定めています。

今回の国保の場合、目標とする世帯の割合との乖離が僅か 1%なので、その伸びしろを思い切って伸ばした結果、どの程度保険料が増収となり、国保の財政負担の軽減に貢献するかという、展望を持った方が良いのではないかと思います。

どういうことか、1 例を申し上げますと、逆選択というのが現実起きています。1,200 万ぐらいの年収がある方にとっては、社会保健に加入するよりは国保の方が保険料負担は少ないことになります。そういう事例を私は見聞しておりますので申し上げているのですが、有限会社なり株式会社なり法人化をしても、従業員数が家族ぐらいの規模でやっておられるところは、社会保険に切り替えないほうが所得上有利であるため、そのような選択をしている方も現実にはいらっしゃいます。

したがって、激変緩和で段階を踏んで引き上げていくというのは良く分かるのですが、今後の財政運営の見通しを立てるためにも、限度額超過世帯数が 1.5%程度になるように賦課限度額を引き上げた場合の影響額を、発表するか

しないかとはともかく、展望を持たれた方が良いのではないかと思います。

帯広市の場合には三十数名に 1 人が生活保護受給者という非常に厳しい状況にあることは存じておりますけれども、一方では、相当な高額所得者がいることも事実であります。高額所得の方がそれなりにいるわけなので、それを踏まえて今後の展望として限度額超過世帯の割合が 1.5%となるまで、賦課限度額を改定した場合に、財政的にどの程度潤うのか、見通しを持っていただいた上で、仮にその貢献度が低い場合には、例えば健康診断等で予防に力を入れるといった、発想も出てくるのではないのでしょうか。数年後には国民健康保険が北海道でひとつになるという展望もあるので、そういう努力が水の泡になってしまう可能性もあるわけですが、一応、今後の見通しとしては展望を持っておかれた方が良いと思っていますが、いかがなものでしょう。

突然の質問でありますから、即答いただけなければ、今後の検討課題としていただだけでも結構でございます。

会長

例えば、協会けんぽが適用されない方であって、高額所得の方で賦課限度額を超える方がどの程度いるのかということが影響すると思います。一般的には法人に勤めている従業員は、社会保険が適用されます。そのため、その方がどのような形で収入を得ているのか、高額な所得の方の所得の種類等を把握する必要があるのではないのでしょうか。

委員

市民税の課税状況を見ると、かなりのことが分かるのではないかと思います。非常にバラつきが出てきている、という印象です。社会保険の標準報酬月額を国が引き上げたら、そのまま引き上げられてしまいます。以前は厚生年金と健康保険の標準報酬月額の上限は一律だったわけですが、健康保険の方が、医療費の増加等により財政運営が厳しくなり、高額所得者用の標準報酬月額の段階を作った結果、現在では上限に差が生じています。国民健康保険も、当然そういう高額所得者の部分を把握しておくべきだと思います。限度額超過世帯の割合が現在 2.25%で、あと 1.5%まで、0.75 ポイントの差があるわけです。対象となる世帯数は僅かかもしれませんが、賦課限度額を引き上げたらどうなるか、というシミュレーションをしながら、先のことを考えていった方が良いのではないかと思います。

会長

中長期的な財政運営の視点として、5 年先、10 年先と一定のシミュレーションを作ってみるということは必要かと思っています。一方で、被保険者の所得状況などは、経済動向にかなり左右されている部分もあるので、なかなか難し

いところもあるのかも知れませんが、事務局の考え方はどうでしょうか。

事務局

国の考え方は、今現在、社会保険では最も高い標準報酬月額に属する被保険者数を1%から1.5%にするとされている一方、国保では最も高い保険料を支払っている世帯が2.25%であり、社会保険と国保と制度間で開きがあるため、徐々に社会保険の1.5%に向かって近づけていこうというものです。

その背景には、上限を上げることにより、中間所得の方の負担が減るという実態があります。医療費が上がると、その医療費を賄うために保険料の総額を増額させなければならないわけですが、賦課限度額を引き上げないとすると、その増額分が中間所得の方たちにしわ寄せが行くという状況があるので、その辺を勘案しながら、賦課限度額を少しずつ上げていくことになったのだと思います。

また、賦課限度額引き上げの影響がどのように出てくるのかというのは、なかなか予測は難しい状況にあります。委員がおっしゃられたように、社会保険に加入している所得が高額な方が、社会保険に入らない方が良い、というお話もあるわけでございますけれども、制度的には、加入する保険を自由に選択できるというものではありません。法人にお勤めの方でしたら、社会保険に加入し、給料から社会保険料が天引きされることになるので、自分で保険料を比較して選択することはできないと思います。

委員

建前上は選択できないけれども、現実としては、そういうこともあり得るわけです。今後の財政状況等を考えるときに、数年後に賦課限度額を引き上げたときにどのような影響があるのか、という部分を見ていかないといけないのではないかと思います。

昨年の運営協議会で私がお指摘したと思うのですが、低所得者の保険料負担が減っていない状況があります。保険料の応能割と応益割の賦課割合が法律で定められているため、これ以上軽減できないというお話しでした。これは法律の壁がある以上、やむを得ないことだと思います。賦課限度額については引き上げる余地があるのであれば、検討していくべきではないでしょうか。そのようにして、財政状況の改善につなげていくべきと考えています。

社会保険に加入せず国保に加入する逆選択をする方は少数かもしれないけれども、そのような状況を踏まえて検討を進めることにより、財政運営の健全化に向けた選択の幅がたぶん広がると思います。所得については、市民税でかなり正確に補足できているはずなので、所得の種類や金額を踏まえて、検討していただくことが必要ではないかと思っております。ここでの答弁を

求めるものではありません。一応、問題提起として受け止めていただければ結構です。事務方としては大変ご苦勞な話だと思いますが、それを承知で申し上げます。

会長 制度上の問題もあると思いますので、なかなか大変だとは思いますが、事務局のほうで研究させてください。
皆さんからほかにありませんか？

委員 もう一点よろしいですか。
脳ドック事業について質問します。前回は質問したのですが、前回の運営協議会で配布された『帯広市の国保』によると、脳ドック1人当たりの費用が2万円で、国保会計から1万5千円助成し自己負担は5千円となり、定員は700人で実施しているとあります。脳ドックは人気があり、毎回1,000人以上の応募があるため、抽選で300人が落とされている状況です。

定員を1,000人にした場合、残り300人分の実施にかかる費用は、1万5千円かける300人で450万円となります。国保会計は、ここ数年黒字が続いており、平成25年度が1億8千万円、平成24年度が1億9千万円、平成23年度が1億5千万円と黒字が続いています。この1億8千万円とか1億9千万円と比較すると450万円というのは、それほど高いハードルではないような気がしますが、定員を増やせない事情又は理由があれば、教えていただきたいと思います。

事務局 脳ドックの定員に関するご質問ですが、まずドック事業のこれまでの経過をご説明いたしますと、市で実施しているドック事業は、人間ドック、脳ドック、歯科ドックの3つのドック事業があります。そのうち脳ドックについては、平成13年度に当初定員100人で開始いたしました。その後、徐々に希望される方が増加することもあり、平成20年度まで定員800人として実施してまいりました。平成20年度から75歳以上の方が後期高齢者医療制度に移行されましたので、平成21年度以降は、国保700人、後期高齢者100人、合計800人という定員枠を設けて実施しております。委員お話のとおり、定員を超える申し込みがあり、毎年抽選により受診者を決定している状態になっております。

確かに、定員枠を300人増やすことができれば、全員受診できるようになるわけです。この間、市議会でも定員枠拡大の要望もございましたし、検討もして参りました。しかし結論としては、現状維持となっております。その要

因としては、実施医療機関との調整もございませぬ。また、最もネックとなるのが費用負担になります。黒字額に比べれば僅か 450 万円かもしれませんが、この経費を増やした場合、保険料負担の増加に繋がります。そのため希望者が多いから増やすということではなく、慎重に検討しなければならない状態であります。

なお、現在、抽選により受診者を決定しておりますが、抽選の方法を工夫いたしまして、なるべく初めて希望される方が受診できるような抽選としており、現在 3 年に一回程度の頻度で受診可能な状態となっております。

脳ドックについては先生にもよりますが、毎年受診する必要はなく、数年に 1 回程度受診すれば良いのではないかというお話もあるところです。毎年受診できる状況を作るのが理想かもしれませんが、経費の面も考え合わせると、現在の 3 年に 1 回程度受診可能な状況も、必要十分な状況ではないかと考え、国保分の定員を 700 人ということで実施しているところです。ただ、定員枠を今後一切増やさないということではなく、希望する方の状況や、費用負担、受診頻度のあり方など考慮しながら、検討していきたいと考えております。

委員

ドック事業については、医療費の抑制に繋がることだと思いますので、今後も検討をよろしくお願ひしたいと思ひます。

会長

ほかに質問される方は、いらっしやいますか。

ほかになければ、平成 27 年度国民健康保険会計予算（案）については、以上といたします。

次に、その他についてでございますが、事務局より『データヘルス計画の策定状況について』の説明があります。

事務局

それでは、お手元に配布させていただきました『データヘルス計画（素案）』という冊子状の資料と、『データヘルス計画（素案）概要版』という A 3 版の資料により説明させていただきます。

まず、「データヘルス計画」とは何かということですが、保険者がレセプト情報や健診結果の情報などから様々な分析を行うことが可能なデータベースシステムの活用を図り、被保険者の疾病等の課題を明らかにし、その改善に向け保健事業実施計画を策定することとされているものです。国保の場合ですと、国保中央会が構築した国保データベースシステム、通称「KDB システム」というものがあり、これを有効に活用し、健康課題を明確にして保健

事業を、計画・実行・評価・改善と言う、いわゆるP D C Aサイクルで効率的・効果的に行うための実施計画ということでもあります。

このような計画の策定が求められる背景であります。平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、すべての保険者においてこの「データヘルス計画」に取り組む方針が盛り込まれたことを受け、厚労省は「保健事業の実施等に関する指針」を改正し、可能な限り平成26年度中に「データヘルス計画」を策定するようにと定めたところでございます。

帯広市においては、昨年後半から作業を開始いたしまして、年度内に策定を終えるべく作業を進めているところで、今回、素案がまとまりましたので、委員の皆様にお示しするものでございます。なお、内容につきましては、担当より説明申し上げます。

事務局

『帯広市国民健康保険保健事業実施計画 データヘルス計画（素案）』について説明させていただきます。

本計画につきましては、お手元の冊子52ページに渡りまとめておりますが、説明にあたりましてはA3版の概要版に基づいて説明させていただきます。

計画の策定につきましては、厚生労働省通知に基づく「作成の手引き」に沿って、序章から第10章まで項目立てをしております。

まず、概要版の左上枠内の「序章」になりますが、ここでは、計画策定の背景、及び計画の位置付けについて記載しております。国の示す保健事業指針において、他の計画と一体的に策定することが望ましいとされていることから、帯広市におきましても第二期特定健康診査等実施計画や、帯広市の健康増進計画である第二期けんこう帯広21との整合性を図りながら策定し、事業を実施することとしております。

計画期間につきましては、平成27年度から平成29年度までの3年間としております。

次に、その右側の枠内の第1章になります。ここでは、医療保険者の背景が書かれております。帯広市国保加入者の年齢層や、住んでいる住区別の加入率、これまでの保健事業の取り組みなどを帯広市国保の特性として整理し記載しております。

帯広市国保加入者の特性として、40歳未満の層、40歳～64歳の層、65歳以上の層の3つの区分の中で40～64歳の層が最も多く、全国の国保加入者構成割合とほぼ同等の構成割合となっています。また国保の特性として農業等の自営業や高齢者の加入率が高いという構造上、住区別加入率については大正・川西の農村地域が高いほか、市の全住民における高齢化率が高い広陽・

緑栄住区が、国保加入者についても高齢化率が高くなっています。

また、これまでの既存の保健事業の取り組みと課題についてですが、集団全体に働きかけるポピュレーションアプローチの効果が、ジェネリック医薬品利用促進などの個別アプローチに比べると、一人ひとりの効果が分かりにくいということや、生活習慣病のリスクを保有している者への対策が、帯広市で健診結果を把握できている健診受診者に限られていることなどがあげられます。

次に、下の大きい枠内の第2章になります。ここではKDBシステムから抽出された医療・健康・介護の情報について述べています。

『1 医療の状況』では、社会保険表章用121項目疾病分類に基づく「大分類」「中分類」を用いてレセプト情報を分析した結果について記載しております。

分析結果であります。生活習慣病が医療費の36%であり、3割以上を占めていること、医療費の上位に「循環器系の疾患」、がん・腫瘍などの「新生物」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」があげられること、帯広市の特徴として「内分泌、栄養及び代謝疾患」の点数及び1人あたり医療費が高くなっていること、「循環器系の疾患」や「内分泌、栄養及び代謝疾患」では、前年度比の一人あたりあたり医療費の伸び率が高くなってきていることが結果として明らかになりました。また、中分類の疾患別でみた場合に「糖尿病」が6億6千万円と最も医療費が多く投入されている状況が判明いたしました。

また200万円以上の高額なレセプトの分析では、脳や心臓などの血管性疾患の占める割合が高いこと分かったほか、人工透析の治療が長期化することによってレセプト件数が増える影響を受けて「腎不全」の額が最も大きく、帯広市国保の人工透析の新規患者数も年々増加していることが分かりました。

つづいて特定健診の情報から、『2 健診の状況』、『3 質問票の状況』、『4 有所見者の状況』についてまとめています。

次に、『2 健診の状況』についてです。特定健診の受診率についてですが、平成25年度受診率は28.1%となり、平成20年度の特定健診開始から微増傾向にありますが、受診率が30%未満と全国平均を下回っていること、40歳代・50歳代の受診率が特に低迷していること、健診を継続して受診するリピーター率が平均約65%となっていること、人間ドックにおいて、はじめて特定健診を受診した人の翌年度の受診率が極端に低いこと、特定健診において受診

者と未受診者の一人当たり医療費に差が生じていること、などが分析結果として分かりました。

次に、『3 健診の質問票』の状況では、「朝食の欠食率」、「食べる速度が速い割合」などの割合が、全国の結果と比較して多いことが特徴となっています。

次に、『4 健診受診結果における有所見状況』では、すべての検査項目で基準値範囲内であった人の割合は5%未満で、それ以外の95%は有所見者であること、資料の裏面になりますが、検査項目別では糖尿病の指標となるHbA1cの有所見率が最も高く6割以上が基準値を超えていること、そしてその割合が年々増加傾向にあること、また、男性の受診者では50%が腹囲の基準値を超えていることなどが現在の状況として明らかになっています。

次に『5 介護保険に関する状況』については、国保加入者における要介護認定者の認定状況と医療レセプト情報とを突合した結果を記載しています。

要介護認定者における医療の状況については、糖尿病をはじめとした生活習慣病や、要介護の原因となりうる筋・骨格系疾患などのレセプトがある率が全国の平均と比較して高いことが分かったほか、要介護4,5という重度な介護が必要な状況に至る原因として、新生物、脳血管疾患が原因となっている者が多いことや、そのような者は、過去の特定健診やがん検診の受診率が非常に低いという状況も明らかになっています。

次に、第3章『分析結果に基づく健康課題の把握』です。ここからが、データヘルス計画のメインとなる内容となります。医療・健診・介護のデータから、糖尿病や高血圧疾患等、その疾病が直接の死因になりづらい疾病や、急性の症状により重篤な状態や要介護状態にはなりにくい疾病を発端として、多くの医療費がかかっております。医療費や介護給付費の適正化のためだけでなく、被保険者が健康な生活を維持するためにも、現在の健康状況の把握し、生活習慣病の予防を行うことが帯広市国保の役割であると捉えております。

そのためには、より多くの被保険者の検査結果を把握するほか、特定保健指導の利用者を増加させ、生活習慣を改善するために、特定健診受診者数を増加させることが優先課題であると捉えております。また、帯広市国保の医療費における疾病構造上、「糖尿病」に関する発症予防と重症化予防に取り組むことが重要であるとの認識の下、課題を整理いたしました。課題1として『生活習慣病にかかる医療費の増大』、課題2『糖尿病の有所見率、人工透析患者の増加』、課題3『健診受診率が低く、7割の未受診者を含めた被保険者全体の健康状態の把握が不十分』として、3つの課題に整理いたしました。

この課題に沿って次の第4章において、帯広市国保の目指す方向性を目標として設定しています。

中長期的な目標の設定にあたっては、帯広市健康増進計画の重点課題と関連づけて「年間新規人工透析患者の減少」を成果指標として設定し、そしてそれを達成するための短期的な目標として、健診の受診者・保健指導の利用者を増やし、糖尿病有病者の増加抑制を目指すといった内容を設定しています。

数値目標としては、第二期特定健康診査等実施計画や、第二期けんこう帯広21との一体的な目標とするため、特定健診における受診率や健診結果をデータソースとして、特定健診受診率60%、特定保健指導実施率60%、糖尿病治療薬内服中の被保険者またはHbA1c6.5以上の被保険者の割合を男性17.0%、女性9.7%以下に抑制するものとして設定しております。

次に第5章では、第4章の目標達成のために実施する、保健事業の内容を掲載しております。概要版の表が見つらいたため、冊子の50ページをご覧くださいと思います。

この表は第3章の課題に対応した保健事業となっております。表の一番左側の項目に縦書きで「受診率向上対策」と「糖尿病予防対策」とありますが、それぞれの個別事業について評価指標を設定しております。

この中には既存で行っている事業と新規で行う事業が混在しておりますが、受診率向上対策としては、未受診者に健診への関心を高めてもらうことを目的とした「普及啓発」と、未受診者に対し受診勧奨を行い、毎年でも隔年でも継続して受診していただくための取り組みを実施いたします。平成27年度より新規で実施する事業としては、上から2番目の受診勧奨モデル事業となっております。

糖尿病予防対策としては、健康教育の場面でデータ分析から明らかとなったレセプト状況や生活習慣状況を、被保険者に伝える取り組みなどを行います。

医療連携体制の構築については、平成27年度から新規に取り組む予定であり、服薬治療中の人に対する重症化予防の取り組みとして、「将来的に医療機関とどのような連携ができるか」を検討するため、まずは現状把握の実施を考えております。

また、次の51ページでは、生活習慣病予防、医療費適正化に準ずる保健事業を掲載しています。こちらはすべて既存で実施している事業となっております。

概要版に戻りまして、次に第6章～第10章までまとめて、ご説明させていただきます。

データヘルス計画の策定と具体的な事業は、PDCA サイクルで実施することを求められております。医療データや健診データ等を用いて継続的な効果検証を行うことで、単年度ごとの見直しが可能となることから、課題に対応した保健事業の実施状況などを踏まえて、毎年度評価を行ってまいります。

また、策定に際しては、個人情報の保護として適正な管理に努めます。また、事業運営にあたっては、市役所内関係課及び健康問題の解決に欠かせない医療機関や、地域住民のインフォーマルサービスの資源を活用するなど、他機関との連携を図りながら進めていくものとします。また、保健事業の実施にあたっては、ホームページ等で公表・周知を行うほか、加入者への情報提供を行うことで、加入者の健康づくりにつながる計画推進をしていきたいと考えております。

概要版に基づく説明は以上となりますが、最後に、これまでも特定健診や生活習慣病予防が重要であることが言われていますが、保健事業を実施しても、その効果が現れるまでには、長い時間がかかるものとされています。

そうしたさまざまな課題がある中で、業務量や予算の限りもあることから、より優先的な課題の設定を行い、より効果的で効率的な保健事業を実施することを目的としています。

簡単に説明させていただきましたが、この計画は、平成27年3月末の策定を予定しております。素案の段階でありますので、委員の皆様から忌憚のないご意見を戴き、本計画に反映させて参りたいと考えております。

また、本日この場でのご意見がない場合でも、後日でもかまいませんので、ご意見をいただければと考えております。

説明は以上です。

会長

ありがとうございます。

ただいま、『データヘルス計画の策定状況』について説明がありました。この説明について、ご質問又はご意見などありましたらお願いしたいと思えます。〇〇委員、いかがでしょうか。

委員

このA3の資料は市民向けですね。一言で言うと言葉が難しいと感じます。事務方の皆さんは、文言の意味はお分かりだと思えますが、例えばポピュレーションアプローチという表現、市民の方が聞いて分かるでしょうか。それ

から、町内会でのインフォーマルサービスも分かるでしょうか。難しいと思います。HbA1cについては、私も糖尿病の患者ですからHbA1cが6.4とか言われると、なんとなく分かります。だけれど、もっと具体例を出すべきではないでしょうか。例えば循環器系の病気・疾病とありますが、循環器科に通院している患者さんは分かるかもしれませんが、それ以外の方はどのような病気だか分かるでしょうか。総じて、全部表現を見直すべきだと思います。

ポピュレーションアプローチに対して、ハイリスクアプローチという言葉もあるようですが、先ほどタブレットで調べて意味が分かりました。特定の方が分かるだけではなく、もっと平易な表現を使って多くの方が分かるようにすべきです。それから、もっと図式を使ってはどうでしょうか。今、国が計画等の『概要版』を出すときには、いろいろな図式を使うなど、カラフルな分かりやすいものを作っています。大変だと思いますが、まだ時間があるので、もう一度見直していただきたいと思います。

委員 中学生レベルで分かるような表現が必要なのではないのでしょうか。

委員 ○○委員、良いこと仰いました。中学生が分かるような表現だと良いですね。

会長 そのような意見が出ましたけれども、事務局からいかがですか。

事務局 この計画ですが、まだ『素案』とし本日提示させていただいたものです。表現を含めていろいろな意見等あろうかと思しますので、いただいた意見を踏まえまして、なるべく分かりやすい言葉を使いながら、見直しを進めたいと思います。

委員 表現を言い換えるというのは、非常に大変だと思います。せっかくビックデータを分析して策定されると思いますので、先ほど○○委員がおっしゃるように、中学生でもなんとなく分かるような表現にしたほうがよろしいと思います。

事務局 なるべく、そのようになるように、見直したいと思います。

委員 大変ご苦勞だとは思いますが、がんばっていただきたいと思います。

会長 そのほかにございますか？

この『データヘルス計画の策定状況』の関連について、ほかになければ、この件については、以上としてよろしいですか。

(「はい」という声あり)

会長

はい、ありがとうございます。

次に、先ほど部長のご挨拶の中にもありましたが、明日、新年度の予算の市長査定が予定されているとのことです。市長査定に当たり、特に皆様からご要望等ありましたら、部長にお伝えして、市長査定の場で市長にお伝えいただくことにしたいと思いますが、いかがでしょうか？

委員

市長査定の件では、毎回お願いしていることですが、保険料軽減のための一般会計繰入金について、帯広市は北海道全体で見た場合、非常に努力されている市の1つだと思います。しかし、それでも1人当たりの保険料は北見市について高い状態です。そのような状況がありますので、平成27年度も一般会計からの保険料軽減のための繰入について、配慮していただきたいと思いますが、よろしく願いいたします。

会長

ただいま、〇〇委員から、新年度においても一般会計からの繰入により、保険料の値上がりに繋がらないように努力して欲しいとのご意見がありましたけれども、よろしいでしょうか？

(「はい」と言う声あり)

会長

それでは、保険料軽減のための一般会計繰入金の確保について、本日の運営協議会の全体の意見として、強い要望があったということ、部長から明日、査定の場で市長にお伝えいただきたいと思います。

部長

はい、承りました。

会長

それではですね、本日の会議全体を通して、委員の皆様の方から何かございますか。

(特になし)

会長 特にないようですから、事務局から連絡事項をお願いいたします。

事務局 次回、平成 27 年度第 1 回の運営協議会の日程についてでございます。平成 27 年 5 月下旬の開催を予定しております。皆さんの任期が 6 月末までとなっておりますので、次回までこのメンバーでの開催となります。ぜひご出席いただきますようお願いいたします。なお、4 月中旬に開催のご案内を差し上げる予定でございますので、よろしくをお願いいたします。

会長 本日の会議全体を通して特に皆さんから何かございますか。

(特になし)

会長 なければ、本日の会議はこれをもちまして終了とさせていただきます。どうも、ありがとうございました。