

令和5年度 第2回 犬山市国民健康保険運営協議会 議事録

日 時 令和5年8月24日（木）午後2時～3時25分
場 所 犬山市役所 2階204会議室
出席者 鈴木委員、日比野委員、舟橋委員、河村委員、
板津委員、山本委員、石原委員、原委員、
久世委員、岡村委員、
山西委員
(欠席) 玉置委員、諏訪委員
事務局 高木健康福祉部長、舟橋保険年金課長、
梅田保険年金課課長補佐、神林保険年金課主任主査
河合保険年金課職員
河村健康推進課統括主査

◆議事

久世代行

本日出席している委員は10名です。犬山市国民健康保険運営協議会規則第5条の定足数を満たしておりますので直ちに会議を進めます。議事に入る前に本日の議事録署名人を私から指名させていただきます。被保険者代表の舟橋委員さん、保険医・薬剤師代表の石原委員さんのお二人にお願いします。では議題に入りたいと思います。

まず議題1「諮問について」、さる8月3日に行われましたが、私は欠席でしたので、事務局から当日の様子をお伝えしていただきたいと思います。

舟橋課長

8月3日に原市長から玉置会長に諮問がありました。経過を会長に代わりまして事務局から報告をさせていただきます。お手元の諮問書の写しをご覧ください。内容としましては、来年度の税率改定及び賦課限度額の改定について協議会に意見を求めるとなっています。その後の懇談で、市長の方からは、「国保について、市民目線で国や県へ要望を出していきます。7月7日の西尾張ブロックの市長会議では、国からの負担金・補助金の増額等について提案して賛同を得ました。次回にはもう少し突っ込んだ提案をしていくつもりです」といったお話がございました。また、それを受けまして、会長からは、「市民生活が逼迫していて、県の事情をそのまま市に持ち込むわけにはいかない状況となっている。協議会としては、保険税負担の激変を緩和しながら、段階的に負担増を目指していく。そのためには一般財源の投入も視野に入れていく必要がある」と意見がありました。以上、報告させていただきます。

久世代行

では、ただいまの説明に何かご質問はありませんか。

(質問なし)

では議題1を終わります。

それでは次に議題2「国に対する国民健康保険制度の要望について」、事務局から説明をお願いします。

舟橋課長

それでは、先ほど諮問報告でもありましたけれども、7月7日に愛知県市長

会西尾張ブロック会議において、国民健康保険事業への国庫負担の引き上げや、新たな補助制度創設についての議案を提出いたしました。内容としては、一つ目は、市町村に課される国民健康保険事業費納付金の負担を軽減するため、都道府県への国庫負担・補助の拡充、二つ目としましては、市町村に急激な負担増が生じた場合にそれを緩和するような新たな補助制度の創設、この2点を要望させていただいております。西尾張ブロックの9市長の同意を得まして、先日県の添削も受けまして、10月6日に愛知県市長会で議案を提出させていただき、採決をいただく予定となっております。今回の犬山市からの提案は、当たり障りないと言っては語弊がありますが、多くの市町村が納得、同意していただける要望ではないかというふうに思っております。もう一度、年度内に議案を提出するチャンスがございまして、その時は犬山市の特性を反映させた、もう少し踏み込んだ要望を出そうと考えています。

資料1をご覧ください。現行の基盤安定制度という補助制度がありますが、その基盤安定制度の保険者支援分について、国の係数を各市町村の所得水準によって変えることにより、所得水準の差が保険税負担の差とならないような配慮措置を求めるといえるものです。国や県から国民健康保険基盤安定負担金という補助金が来ますが、この保険者支援分では、各市町村の1人当たりの平均保険税額に軽減対象者数を掛けまして、さらに国で定めた係数を掛けるということによって算出されております。所得水準が低い市町村について、この国の係数を上げることによって、所得水準の高低を是正して、保険税の格差を解消できるのではないかと考えております。所得水準の低い市町村は、この国係数が上がることによって、保険基盤安定負担金が増額されて、国保特別会計に繰り入れるお金も多くなるために、保険税以外の財源が増えるということによりまして、税負担が軽くなる。そういう構図になります。裏面の要望事項の下の表について、これは極端な例ですが、国の係数を倍にすることで、これまで例えば1億だった補助金が2倍多く入っているような例示になっております。こういう形で、国の係数の部分を所得水準の高低に合わせて決めていただくのはどうかという提案で、所得水準の低いところにとっては補助金が増額となるということになります。今後、2月に市長会に提案する機会がありますので、犬山市の所得水準が県下平均よりも低いという点に着目して、このような提案をしていきたいというふうに考えています。説明は以上です。

久世代行

ただいまの説明に、ご質問はありませんか。

岡村委員

この国の係数についてのことですが、今までに、こういった係数の改定とかそういったことについては、要望してその通りになったことはあるのでしょうか。

事務局（河合）

残念ながら、我々が要望してなったわけではありませんが、平成30年度からの改革は、皆さんご存知の通りだと思いますが、それに先立つ3年前ぐらいから、改革のために国が国費を投入するという約束を当時いたしました。それで、毎年1,700億円ずつ市町村のために使うということとなり、この時この係数が、従来よりも非常に上がりました。そのため、当初から比べると、現在は多分倍ぐらいになっていて、当時の議論では「国は何もやらないのはひどい」という話がありましたが、これを見ると、国も何もやってないわけではな

だと思います。当時もお話したように、市長会も、県知事会も国庫負担の増額を目指しました。そういう意味では、要望の結果で、このようになっていると思います。

久世代行

他に質問はありませんか。

(質問なし)

久世代行

仮にこの係数が倍になったという仮定ならば、数字が大分変わります。これは法定内繰入になる。法定外繰入をするべきじゃないかという議論があったんですけど、これは、もうすでに国が繰り入れてもいいよということが法的に決まっている枠内での話になります。まずは今法律で決まっていればその部分を増やしていく要望をしていこうということで、それを市長はやろうとしているという状況だということです。

では次の議題に移ります。議題3「一般会計からの財源補填による保険税負担の抑制案について」事務局より説明を受けたいと思います。

事務局

資料2をご用意ください。

これまでも税率改定シミュレーションの資料として、このような表をお示してきました。これまでは税率を決めるためのシミュレーションとして、本来必要な課税額を決めて、それに追いつくために基金を投入しながら段階的に増税していくという課税額ベースでのシミュレーションをしていました。今年度、税率だけでなく一般会計からの繰入を考えていくにあたって、実際には課税額全額を納めていただけるわけではないので、課税額ではなく、実際の収納額で見ても足りない部分を一般会計から繰り入れをしていくこととなります。シミュレーションも、課税額だけではなく、収納額をベースにしたもので、税率改定と、併せて基金補填額、一般会計繰入額のシミュレーションをしました。それから、これまでは納付金は増えないという前提で、必要な課税額を固定してシミュレーションをしてきましたが、令和5年度に納付金が初めて前年度より増加したこと、また、今後の医療費の伸びを考慮して、必要な課税総額が増えていくという前提でシミュレーションをしています。

表の①は、県に納付金を払って市国保事業を行うのに必要な課税総額で、医療費の伸びを考慮して3.4%ずつ増えると想定しています。この部分が今までは固定した数字でした。⑤は、前回説明した今年度の実際の課税総額を基に①の本来必要な課税総額に追いつくように増やしていったものです。このシミュレーションでは、令和10年度で①の本来必要な課税総額に追いつくように6%ずつ増やしていっています。しかし、実際には課税額全てが収入させるわけではないので、これまでの実績から収納率を94%として、①⑤にそれぞれ94%をかけます。その結果が③⑥で、③が本来必要な収納総額、⑥が各年度に実際に入ってくると想定される収納総額となります。そして、③本来必要な収納総額から⑥各年度の収納総額を引いたものが⑨収納不足額となり、令和6年度から9年度で3億7,788万円です。それに対して基金からの補填として、令和6年度から8年度までで1億5千万円補填し、残りを一般会計から繰り入れることにすると、一般会計繰入金額は、4年間で2億2,788万円

となります。

それを図示したものが資料2の2の図になります。(1)は課税額ベースの図で、本来必要な課税総額に追いつくための段階的な増税のイメージです。

(2)は収納額ベースで、財源補填のイメージ図です。本来必要な収納総額と各年度の収納総額の差を基金と一般会計繰入金で補填したもののイメージ図です。

今後の税率改定についての基本的な考え方としては、

「1. 期限を決めて、本来必要な課税総額まで追いつくよう、計画的に増税する。」「2. 1年度当たりの保険税負担の上限を定める(事務局案は6%程度)」「3. これまでと異なり、本来必要な課税総額に医療費の自然増等の上昇を見込む。」「4. これまでどおり、加入者の減少は考慮しない。1人当たりの負担が明確化できるため。」「5. ただし、総額については、加入者の減により、想定値より下がる可能性がある。」このような考え方を基本とします。

説明は以上になりますが、まずは、資料2、2の2でお示した仕組み、考え方をしってよいかご協議をお願いします。最終的には、いつまでに追いつくか、1年度当たりの保険税率の上限を何%にするかを決めていただきたいと思います。

久世代行

まずはしっかり見ていただいて、理解を深めていきたいところですが、今の説明に質問がありましたらお願いします。

要するに、被保険者の負担が、何もこういうことを講じなければ、この概念図(1)の④の11.4%になってしまうということです。それが、市民生活の負担を考えて、6%程度の増税に抑えるためには、こういう段階的な計画が必要だということです。この表が、国の方で求めている財政再建計画のベースになるということです。赤字補填は、国の役人は完全には否定はしてないけれど、ただそれがずっと恒常化していけないということで、財政再建計画を作って、計画的にそれを解消してくださいということを要求しています。おそらくこれがそのベースになるのではないかなというふうに思いますが、そういう必要性があるということでこの表ができているというものがまず一つです。

6%というのは、今までの議論の中でも、6%ぐらいならしょうがないかというようなところがあったんで、多分そこが数字として出ていて、これが妥当かどうかということも議論をしていただきたいと思います。だんだん基金がなくなっていくので、基金を取り崩しながらこれを進めていくけども、最後の方は基金もなくなってくるので、上がり幅6%を続けていくことで、6か年で追いつくのではないかというシミュレーションということです。この数字そのものに全部裏付けがあるわけではないので、シミュレーションとしてはちょっとザクツとしてるんですけど、ただある程度こういう指標が必要だということで、今たたき台として出てきていると思います。ご意見があるとなれば、例えば6%でも高いとか、もう今も我慢できなくなっているから何とか据え置きできないかというのも意見としてはあると思います。そうなると、補填額が大きくなっていくので、国保加入者以外の市民の方に負担が伴うというところで、そこはちょっとまた議会でも議論になりそうだなという感触もあります。両者痛み分けという形では、概ねこれが妥当なところなのかなと個人的には思いますが、皆さんのご意見をここでお聞かせいただければと思います。どうです

か。

岡村委員

イメージとして私も6%はどうなんだろうと思います。やはり今、生活自体が大変な状況ですので。今の段階で伺いたいこととして、収納の状況はどうでしょうか。続けて9.5%上げていますが、収納率は分かりますか。

事務局（河合）

シミュレーションは収納率を94%にしていますが、収納率は大体それくらいであったと思います。年によっては若干下回るときもあったかと記憶しています。これまでコロナ禍の影響ということを皆さん心配されていましたが、2年度、3年度はそういう懸念はあまりありませんでした。94%を少し上回っていたかと思います。ただ回収不能な人がたくさんいるという部分も一部ありまして、3年度は不納欠損額がものすごく4,000万円ぐらいありました。不納欠損の評価もさまざまで、しっかり滞納整理をしても払えない方の債務はなくすという考え方もありますし、やっぱり収納サイドとしては、収入を上げていかななくてはならないという側面も一方ではあります。

岡村委員

新聞などでも報じられてますが、来月からインボイス制度も始まるということで、中小企業が結構バタバタと倒れてきているんですね。そういったこともありますし、私としては、上げざるをえないのは分かるのですが、6%というのは厳しい。納める立場になれば、6%は厳しいと思います。できれば据え置きを時々入れながら、6%以下になるのが望ましいと思います。

舟橋課長

6%以下にならないのかという意見を岡村委員の方からいただきました。実は玉置会長からもお休みされる前にちょっと言われておまして、6%でなくて5%にしたらどうかというようなことで試算をしてみました。5%にすることによって、追いつく年度が、今こちらの資料2の方ですと令和10年度に追いつくという想定でやっていますけども、5%にする、6%から1%減らすだけで追いつく時期が令和14年度になります。そして、収納不足分のうち、一般会計繰入金の部分で、こちらの方も資料2の6%の試算ですと2億2,788万円ということになっておりますが、5%にすると5億4,000万円ということになります。1%下げただけで期間が4年延びて、さらに一般会計からの繰入額が倍かかるというような試算となります。それから据え置きということですと、今まで平成30年度制度改正以降、一番最初6.5%、そのあと据え置いて、また少し上げて、また据え置いてというような形でやってきましたけれども、結果として、国保の被保険者数がどんどん減ってきてる状況の中で、やはり据え置いた時には課税総額が大幅に減ってしまいます。そうすると、もともと上げていかなければいけなかった部分が逆にマイナスになってしまう。やはり据え置きというと、どうしても加入者の数の影響を受けてしまうところが大きいです。

久世代行

かつては据え置きをする余裕があったけども、今は潤沢な基金がないというように前提が変わってきていると思います。

岡村委員

私が言いたいのは、やはり皆さんが無理なく納めてもらえる額というものにしてほしいということです。

久世代行

他に質問、意見はありませんか。気軽に質問していただければ大丈夫です。率直な疑問で構いませんが。

(質問・意見なし)

シミュレーションに関しては今の意見もあったので、ある程度、次回あたりでいろんなパターンもお示しできればと思います。それでもっと具体的に詰めていければと思います。

では、次に議題4「国民健康保険税における応益応能応益割合について」協議します。事務局より説明をお願いします。

事務局

資料3をご覧ください。まず、「応能応益(割合)とは」ということですが、昨年度も説明させていただきましたが、応能割は負担能力に応じて課税する部分、応益割は利益を受ける人に一律に課す部分です。国保税では、所得割が応能割、均等割、平等割が応益割にあたります。次に「当市国民健康保険税の応能応益割合の状況」ですが、⑩応能割合、⑪応益割合の合計欄を見ていただきますと、応能53.5%、応益46.5%となっています。続いて「どのような率が良いのか」ということですが、犬山市はこれまで、運営協議会での協議を経て、県の運営方針に準拠して「応益：応能」は概ね「1：1.2」、「45%：55%」となるよう、税率を設定してきました。結果的には、上の表で説明しましたが、実際の数字は、応益46.5%、応能53.5%で、ぴったり45%、55%ではないですが、応能が大きい状況になっています。そして、応益部分が大きいと低所得世帯への負担増となり、犬山市や愛知県のように応能部分が大きいと中間所得者層の負担が大きくなります。ここまでは昨年度も説明してきたことです。

「今回の論点」ですが、①について、資料1にもあるように、犬山市は所得水準が愛知県内で非常に低いです。県内54市町村中46位と下のほうに属します。このため、応能55%、保険税のうち55%を所得割で徴収するというのは、応能部分に傾きすぎているのではないかと考えられます。所得水準が低いのに、所得割の比率を55%としているため、所得割の税率を上げてもらったより税収が増えないと分析しています。そこで、資料1で示したとおり、県の所得水準を1とした場合、犬山市は0.93しかないので、例えば55%×0.93=51.2%程度を応能割とするのが妥当なのではないかと考えます。②ですが、もしこの考えに基づいて、応能部分の比率を抑えて、応益部分の比率を上げるために、均等割・平等割を増税した場合、増税とはなりますが、低所得者には軽減制度が適用されますので、低所得者の負担増はかなり抑制できます。また、その軽減した額は全額、法定繰入で賄うことができますので、均等割・平等割を増税することは、被保険者の保険税負担増の影響は少なく、結果的に法定繰入の増額にもなります。

資料3参考は、県が示している犬山市の標準保険税率と今の犬山市の実際の税率を比較したものです。所得割は、既に標準保険税率に追いついています。これに対して、均等割はかなり不足しています。平等割については、県が計算した標準保険税率は、応益割課税額全体の30%となるように平等割が計算されています。犬山市は、平等割と均等割の比率が50：50となるように設定

してきたため、犬山市の今の平等割が、標準保険税率の平等割と比べて高くなっています。将来的に、標準保険税率を目指すのであれば、均等割の見直しと合わせて、平等割についても見直す必要があると考えます。

説明は以上となりますが、これまでは県の方針にそって、応能55%、応益45%としてきましたが、犬山市の所得水準が低く、中間所得者層の負担になっていることと、将来的に標準保険税率に近づけていくという面から、応能、応益割合をどうするか協議をお願いします。

久世代行

かなりややこしい説明なんですけど、サクッとというと、これまで議論してきた方針は犬山市の所得水準を反映してなかったということです。県下一律の標準保険税率というところで、(応益：応能)45%：55%に合わせてやってきて、増税するといって(所得割を)増やしてきたんですが、結果としては、所得割の部分、応能部分ですね、比較的所得の高い人の負担が大きくなってきていたということです。所得水準をこれから反映させていこうとすると、愛知県が一律に出している標準保険税率ではなく、県が市ごとに出している標準保険税率が妥当なのではないか。県が出している標準保険税率に近づけようとする、これからは所得割でなくて、応益部分の、1人当たりにかかる均等割や世帯ごとの平等割、そこの部分を増やしていく方が県の所得水準を反映した標準税率に近づいていくということが分かってきたということです。これからも増税するとすれば、均等割、平等割の部分を中心に上げていく方が所得水準を反映した標準税率に近づいていくだろうということです。方針を転換するべきではないかという提案なわけですね。岡村委員、どうでしょうか。

岡村委員

資料の中の②にもあるように、増税した場合でも、低所得世帯には軽減制度が適用されますので、それはそれでよいことではないかと思えます。

久世代行

ご意見、ご質問いかがでしょうか。今決めるというよりは、今回は情報共有というところですけども、方針は早いうちに決まっていた方がシミュレーションしやすくなるということもある。概ね反対がなければ、この方針でどうかなとは思いますが。今決めるわけではありませんけども、皆さんご異論は特に今はないということでもよろしいでしょうか。こういった方向性ではありますので、もし、強い異論があれば、次回ぜひご意見をお出しただければと思いますので、よろしくをお願いします。

では、次は議題5「賦課限度額について」協議をしたいと思えます。事務局より説明をお願いします。

事務局

資料4をご覧ください。賦課限度額については、昨年度も説明させていただきましたが、国保の制度では、所得がどんなに高い人でも課税するのはここまでという賦課限度額があります。賦課限度額は、地方税法で規定し、その範囲内で各市で条例により定めるということになります。法定限度額と犬山市国民健康保険の2つの表を見ていただきますと、R5現在で、後期高齢者支援分に2万円の差があります。そこで、これまでのように法で決められた限度額に追いついていくということでもよいか協議をお願いします。それから、昨年度までは、法で賦課限度額が上がった場合、運営協議会で協議してから1年遅れで犬山市の賦課限度額を上げていましたが、今年度は、一般会計の繰入を検討して

いかなければならない状況ですので、あらためて、法改正があったら即時に国に合わせていくか、これまでどおり1年遅れで追いついていくかということについても協議をお願いします。

久世代行

主に論点は2つあります。まず、法定の賦課限度額に上げるかどうかということ、2つ目は、これまで1年遅れでやってきたんですけど、その都度すぐに法定に合わせていいじゃないかというご意見もあったんですけど、主にどちらかというとならと議会の都合でして、手続き的に急に議会を開いたり、市長が議会に諮らずに決める専決というものでやるという方法もあるけども、できればきちんと議会でやりましょうというような方向で、1年遅れで、手続きに余裕を持たしてやってきたということがありました。これを、もう議会の方も通年議会でやっていますので、結構頻りに臨時会もやっていて、そういうところも整備されてきてるので、1年遅れにしなくてもいいんじゃないかという状況です。それについてもいかがでしょうかということです。ご質問ありましたらお願いします。

岡村委員

これまでにはしっかりと議会でも議論をした上でということでしたが、今年度は一般財源の繰り入れを検討していかなければいけないというところで、(限度額改定を)すぐ決めた場合のメリットはどのようなものがあるのでしょうか。

舟橋課長

その年の賦課が6月頃に決まりますので、それに間に合うように賦課限度額が上がっていれば、試算では100万円ぐらいですけども、その分がその年の課税として収入することができるというメリットがあります。賦課限度額というのは、高所得者層についていくらくさん所得があったとしても頭打ちで、今は犬山市は102万円ですけど、それが国はもう104万円になっていますので、2万円分の差額を高所得者が納めることになります。

久世代行

これまでもできるのではないかという話がよくあったのですが、そこまで急激な改革ということではなくて、こう(国に合わせて即時に改定)できたらいいなということが、だんだんできるようになってきたという感じです。ご質問、ご意見はいかがでしょうか。これも概ねそういった方針でよろしいでしょうか。おそらくこれまでの議論の流れからして、そういう方針として、事務局の提案でいいかなと思います。

では次に、議題6「過去のデータヘルス計画の総括について」、報告を求めます。

事務局

保険年金課の国民健康保険担当の神林と申します。初めに資料の確認をさせていただきます。資料5の1「第1期データヘルス計画後の課題のまとめ」、本日お配りさせていただきました資料として、資料5の2「第2期データヘルス計画 分析結果」及びA3用紙で詳細の資料を用意しました。説明といたしましては、資料5-1と資料5-2についてご説明させていただきます。A3の資料につきましては、令和5年7月3日に愛知県国民健康保険団体連合会の保健事業評価支援委員会というものがございまして、私と本日出席しています保健師の河村、それから国保の担当者もう一人が出席し、ウェブ会議で、国保

連の委員さんの支援評価をいただきました。その結果がこちらのA3のものですが、なかなか厳しいご意見等もありました。未達成に繋がる部分については、8月10日、健康推進課と保険年金課国保担当で、どういう原因で未達成につながったか、もしくは発生要因、どういうふうに行ったことによって良い結果が導きだせたのかということをお互い分析評価して、さらに少し付け加えた形で、このA3の資料ができ上がっております。ただし、こちらは非常に細かい評価になってますので、本日1件1件ご説明するのは控えさせていただきますと思います。

それでは資料5-1についてご説明させていただきます。もともとデータヘルス計画というのはどういうものかということですが、各保険者の健康課題をまず抽出いたしまして、全体的な課題を何個か挙げていきます。それに対して、保健事業として、第2期だと10個の個別事業を挙げていますが、健康課題を解決していく上でどのような保健事業をやっていくと解決していきそうかということで計画を立てたものになります。(1)第1期については、策定が平成29年、30年、2年間の計画となっています。事業といたしまして、個別事業としては、①特定健康診査 ②その健診の受診勧奨 ③国保の加入者の方への脳検診 ④39歳以下の市民向けの健診であるミニ健診、こちらは健康推進課で実施しています。⑤がん検診、健康推進課で実施しています。国保加入者の方については半額の助成があります。⑥最初に説明しました特定健康診査でメタボリックシンドロームで抽出された方に対して行う保健指導。⑦糖尿病対策。⑧その他健康推進部門における事業の、8つの柱があります。

(2)ですが、計画終了後に評価しまして、いくつか課題が抽出されました。①特定健診受診率は、平成30年度で終了した段階では県平均を上回っていますが、若い世代、特定健診は40歳以上が対象となりますが、若い世代の受診率が非常に低いという課題が挙げられました。保健指導についても19.5%で県平均を上回っていますが、対象者の抽出をするためには、特定健診の受診率を上げるというのが大事になります。②は特定健診未受診の方の4割近くが、生活習慣病で病院にかかっているにも関わらず特定健診未受診であったということです。その他、健康課題として、悪性新生物を含む生活習慣病関連の死因が5割を占めていたとか、病名により課題が高くなってきていることなど、第1期が終了した段階でいろいろ健康課題をあげまして、令和元年度から令和5年度まで、5年計画で策定されたのが、資料5の2の第2期データヘルス計画というものになります。

では資料5-2をご覧ください。概要としては、冒頭にも少し説明させていただきましたが、第2期データヘルス計画、令和元年度から今年度までの計画となっていて、この目的を達成するため当時の医療情報や特定健診の情報から健康課題を抽出いたしまして、4つの重点施策を当時打ち出しました。今回、ご説明させていただきますのは、今年度が最終年度に当たりますが、令和4年度までの結果に基づいて、第2期の計画について、保健師と国保の担当で振り返りを行いまして、分析した結果を説明させていただきます。A3の資料にも4つの健康課題が上がっていますが、これらが重点課題となります。

1点目「健康管理意識の向上」ですが、当時目標設定をした理由といたしまして、生活習慣病の医療費が高いという医療費分析が行われました。そのため、生活習慣病の予防や早期発見のために、特定健康診査や特定保健指導の受診率や終了率を向上させるという目標の設定がされました。A3の資料には率

が記載されておりますが、まず達成状況について、特定健康診査受診率を説明させていただきます。こちらは令和2年度から令和4年度まで、委託業者によりAIを分析に使うということで3年間の契約をし、受診勧奨に取り組んだ結果、受診率が令和2年と3年で40%を超えるという結果になりました。ただし、目標値が50%に設定をしておりますので、その目標値の達成には少し至らなかったという結果でした。特定保健指導の実施率ですが、令和2年度についてはコロナにより集団指導を中止し、個別指導のみとなりました。それが逆に対象者に合わせた保健指導を行えたということで、その結果、実施率22.7%と上昇した結果となりました。全体としては目標33.5%は達成できなかったのですが、やり方を変えたことによって実施率向上につながったという結果が出ております。分析結果といたしましては、第1期の計画の分析と似たような結果になりますが、特定健康診査については、40代、50代の受診率がいまだに低迷しております。受診勧奨の方法として、令和2年からAIの分析に基づいているいろいろ試行錯誤いたしました。今後もどのように行うのか、時期など含めて検討する必要があるという結果になりました。保健指導については、実際に担当してる職員からの意見として、特定健診を行ってから実際に保健指導の対象者に通知を行うまでに期間がどうしてもあいてしまう。そうすると本人が健診した時に医師からメタボリックシンドロームに該当してるなどと聞いたとしても、実際に保健師が動き始めて指導するまでに期間がかかってしまって、危機感や興味がどうしても低くなってしまいます。そのことによって実施率の向上ができていないのではないかと断言していました。それから、これは課題なのかどうかということはあると思いますが、電話や訪問による受診勧奨など、どうしてもマンパワーの問題から困難な状況にあるとのことでした。

続いて、重点課題2「メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少」ですが、当時の目標設定といたしましては、保健指導を通じて、リスク保有者、メタボ該当者、予備群該当者を減少させるという目標を設定しました。達成状況としては、各年度ほぼ横ばいの状況が続いています。分析結果ですが、A3の2ページ目以降、個別事業評価の特定保健指導の参加者の生活習慣の改善率というのをご覧いただきますと、どれも高い数値となっております。実際、対象者の方が保健指導に参加していただくと、改善率としては非常に高い結果ができていますが、実際の実施率をご覧いただきますと、来ていただく方自体が少ないために、全体の計画の評価といたしましては横ばいとなってしまいます。当初の目標設定として保健指導を通じてメタボ該当者などを減少させるというのがあったのですが、全体の評価の向上にはつながっていないということになります。また先ほど申し上げましたが、特定健診の受診率の向上によって、早期にメタボの予備群を把握するという目標がありますが、特定健診受診率を向上させると中長期的にはメタボ該当率を下げることに繋げることができるという分析結果です。

続きまして、重点課題3「生活習慣病の重症化予防の強化」です。目標設定といたしましては、糖尿病性腎症の重症化を予防することによって、人工透析治療への移行を遅らせるという目標を設定しました。また、糖尿病の慢性合併症の一つである糖尿病網膜症の早期発見、早期治療につなげるため、糖尿病眼科検診の受診の促進を図るという目標を設定しました。達成状況といたしましては、腎症重症化予防対象者が翌年度の特定健診を受診していただけるかということを目指しました。令和3年度は目標値70%を達成できたのですが、

その他の年度については、未達成となっています。糖尿病眼科検診の受診率についても、目標値を達成することができていません。分析結果といたしましては、糖尿病性腎症重症化予防について、個別事業評価ではアウトカム指標というのがあり、実際、事業を評価する指標として4つ設定していますが、もともとの事業に該当する方、未治療者というのが該当になりますが、現在治療中という方が非常に多くて、この事業の対象者となる方が少ないために、一人の増減が各年度の変動に大きな影響を与えてしまうということが分析結果として挙がっています。続きまして、3ページに実際の令和4年度までの人工透析の患者数のグラフを載せました。人工透析の患者数についてどのような結果が令和4年度は出てるかということなのですが、令和4年度の人工透析の患者数20人います。そのうち、この保健事業として目的としているのは、新規の人工透析の患者数を減らしていくことですが、新規の患者は9人ということですが、平成30年度からグラフ化されてますけれども、各年度を通じて人工透析の患者数が減少していますが、このうちの新規の人工透析患者数の割合は減少してはいないという結果になっています。人工透析の患者数が減少しているという結果はありますが、国民健康保険の被保険者数の方も減少してますので、この事業がうまくいったから減ったという結果ではないということになります。それから、糖尿病眼科健診について、よくお問い合わせがあるケースなんですけれども、こちらから抽出して5月に対象者の方に「無料で検診を受けられます」という通知を差し上げてるんですが、「もともと糖尿病で病院に行っているんで、もう眼科健診は必要ない」ということでお断りされるような事例が今年度何件かございました。ですので、対象者の抽出なども今後考えていかないといけないと思います。次に眼科健診を実際に受けていただいた方が、レセプトを分析して通院につながっているかということですが、現状として、なかなか病院に通院していただけているという結果が出ていない状況でございます。健診してそれで終わってしまうという現状がありますので、無料で受ける健診なんですけれども、ご本人様に対して、きっかけづくりになれていない可能性があります。どういうふう印象づけていけばいいかという分析がさらに必要になっていきます。

最後に重点課題4「医療費適正化の推進」についてです。目標設定としては、医療費を縮小するために、ジェネリック医薬品の利用を促す、もしくは、適正受診・適正服薬への取組を行うということです。達成状況といたしまして、後発医薬品の数量シェアを指標として、令和2年度以降は目標値80%を達成できています。ジェネリック医薬品についてはかなり普及してきています。目標も達成してますので、判定としてはAとなっています。分析結果としては、後発医薬品差額通知書、これは一般的な薬剤と比べてどのぐらい金額に差が生まれるのかというものですが、これを年3回発行しています。簡単に「できている」という分析結果となっていますが、A3の資料はかなり細かく保健師と積み上げながらやらせていただきました。

委員の皆様からご意見等をいただければと思います。よろしく願いいたします。

久世代行

説明、報告は終わりましたので、ご意見、ご質問をお願いします。

岡村委員

重点項目の1、2、3の評価がCなどとなっていてなかなか難しいなと思

ますが、特に特定保健指導で、健診から通知を行うまでの期間が空いてしまうということですが、どのぐらいの期間かかっていますか。

事務局

健康推進課の河村です。特定健診を受診されてから、大体2～3ヶ月経ってから通知ということになっております。と言いますのも、特定健診を受診をされまして、その後、医療機関から結果が市の方に戻ってきます。市でそれを入力しまして、1ヶ月単位ぐらいで入力が終わった時点で発送となります。医療機関から結果が返ってくる、入力する、抽出する、発送するという事務的な作業がありまして、時間的な差が出てしまいます。

久世代行

他にご意見、ご質問ございませんか。

率直な質問で、資料5-1、課題のまとめの最後の方にある医療費の部分なんですけど、この辺りの理由というのは分かっているのですか。例えば、循環器系疾患の医療費が高くなっているというのは、これはコロナ禍が影響してるのかなとか、肺癌とか、肺炎でももっと重篤になっているとか。中分類のところの細かい分析は、これ以上は踏み込んでやっていませんか。

事務局（河合）

こちら第1期の範囲は、平成29年、30年ですので、コロナ禍の影響はありません。レセプトに、大分類、中分類、小分類がありまして、細かくなると「この病気が多い」とか言えますが、大きく循環器系というくくりですと、高血圧の方が全部入っていたかと思しますので、医療費が高くなっているのかなと思います。高血圧の方は、薬を飲みだすと一生飲まないといけなくなり、医療費がかかる。さらに高血圧の方が多いので、それに伴う疾病である、脳出血や心筋梗塞など、結構高額な手術で、医療費が大きくなっているという分析がされています。中分類あたりだともう少しその辺りの病名が見えてきて、医療費がかかっているかが分かると思うのですが……。1人当たりの医療費が高くなっているというのは、当時から一貫していて、先ほどもお話がありました、大体2～3%は毎年必ず上がっていく状況にあります。特に数年前ぐらいから、抗がん剤など非常に高価な薬が、かなり種類も出て、処方されて、利用されるようになってきたというの、ますます医療費が高くなっている原因だと思います。厚生労働省は、保険者に医療費を下げるように言いますが、高度医療が進展する中で、医療機関の皆さんは適正な医療をやっていただいているし、皆さんの幸せにも繋がっています。厚生労働省が医療費を下げるというのは少し短絡的かと思えます。

久世代行

そうなる前に予防しましょうという話です。第1期の結果を踏まえ、原因がある程度わかって対策をとって作ったのが第2期となります。その第2期の評価としてもちょっと微妙だという現状ということですね、一言というと。それを踏まえて第3期はどうしましょうかという計画になると思うんですが、今のところ、どういうことをすればいいとか、案はありますか。

事務局

7月3日に国保連合会が開催しました評価支援委員会に参加させていただきました。保険者では犬山市、岩倉市、大口町がそれぞれこちらと同じ表を作成して参加しました。そこで見えてきたのが、まず全体の計画の立て方が各保険者で全く違うということが分かりました。例えば大口町ですと、がん検診の受

診率に重点を置いていました。我々は、がん検診だけの受診率を全体の評価にあらわしていないですが、大口町は、第1期が終わって、健康課題を抽出した時にがん検診の受診率向上を目指すというふうにシフトしていて、「どうしてこの当時このようにしたのですか」という議論をしたりしました。あとは、特定健康診査の受診率はどこの保険者も目標達成ができてない状況です。委員の方は大学の先生やお医者様や保健所職員が参加されていて、お聞きしたのですが、「夜間受診や休日受診を増やしたらいい」とか「集団健診を積極的にやったほうがいい」などということをおっしゃるんですけども、犬山市は夜間も個別医療機関で対応していただいているところございますし、土曜日の受診もご協力いただいているところがございます。集団健診に取り組んで受診率が改善するのかなと言いますと、実は受診率は40～50代が非常に低いという結果が出ていて、60代、70代になると3年連続ですべて特定健診に行っているという人が多い。つまり健康意識がある方々が多いです。実現できるかは別として、「デジタルの予約方法を取り入れたらどうですか」とおっしゃる委員さんがいました。例えばアプリで予約できるとか、犬山市はあいち電子申請システムを使えますので、そういうものを使って集団健診だったら予約ができます。それを行っている自治体もあるようです。40代、50代の方は病院に電話をかけるとか、病院に行ったついでに特定健診を予約するという機会がない。病院に行かれています方がいないですね。受診券が届いても放置される方が多いので、若年層に対する受診勧奨の呼びかけをもう少し印象づけるとか手段を確立してやるという方が効率がいいと思います。通知の回数を増やすとか、そういう問題ではもうどこの自治体もなくなってきている。もう少し第3期に向けて、実際どういう方をターゲットにすると受診率を底上げできるのかという分析は、評価支援委員会で課題だなと思いました。

久世代行

40代、50代で健診を受けてない方が、例えばすごく重篤な病気になってしまうケースとか、そういうのがあると受けると思うんですね。

事務局

かかりつけ医があるとか、毎回薬をもらうために受診されてみえるような方はやはり60歳以降の方が多く、ついでに受診の予約をするとか、病院によっては直接、受診票を持ってきてくださいとか、そういう病院もあつたりします。それを40代、50代の方にやってくださいというのは、お仕事や子育てとか忙しい中でなかなかできません。AIの分析の評価も業者の方からいただいている、いろいろ読んでみたのですが、やはりそのとっかかりとして、今はデジタルの時代なので。ただ40代、50代は実際に受診されてる方がすごく少なくなくて300人ぐらいしかいないですね。60代、70代になってくるとたくさんいて、1,000人を超えたりして、意識に大きく違いがあります。病気をまだしていないけどメタボになりかけているとか、脂質異常症になりかけているというのが40～50代なので、そこにターゲットを当てて保健指導に移らないように健診を受けていただくのが特定健診の本来の目的です。受診率が低いというのはどこの保険者も頭を抱えています。

事務局（河合）

推測になってしまいますが、健康まちづくり推進委員会で言われたのが、今の60代、70代は若いときは会社に勤めていて、それで国保に入る人々が多い。彼らは職場で健診に行くことを徹底されていて、長年1年に1回の健康診

査や人間ドックを義務づけられてきて、健診は絶対行かなきゃいけないというふうな頭があります。40代から多分60歳まで20年間それが刷り込まれていっちゃうので、急になくなると不安だからちゃんと健診を受けるということがあります。一方で、今の40代、50代の国保の方は、最初からの自営業者ですから、いきなり健診を受けなさいと言われても、これまでの健診に対する教育ができていないので、なかなかその動機づけは難しいんだろうねというようなことでした。

久世代行

僕ら議員は健診に行かなければいけないが、なかなか時間がなくて行けないので、ネットで自分で血をとってやる健診でやっていますが、いつも異常がないからたまにやるぐらいでいいやとなってくる。近い人が病気になると不安になってやるという感じなんです。そういう方法でいろいろと広げていって、そこで悪いデータが出ると健診に行かなきゃとなる。最初の入口を広げていった方がいいのかなと思います。

ご意見、ご質問いかがでしょう。

まずそこに目が向き始めてるのはいいことだなと思います。データヘルスについては、今はそういう流れだということですね。

事務局

今後は健康課題の抽出をしていきます。医療費分析の方がまだとりかかれていないですが、8月30日に保険年金課と健康推進課の職員が集まって行う予定です。国保連からデータ提供を受けているのですが、こちらに先ほど言った大分類、中分類というのがありますし、受診率などにコメントを入れていただいているものがあります。これをもとに、もう一度健康課題について、どういう病名が多いのかというのもより細かく見ていきます。国保連に計画策定の支援委託をしまして、東京大学の標準化ツールというものを使って、今回は計画策定をしていきますが、東京大学の先生なども加わって、もう一度ヒアリングを9月下旬に受けます。そこでご指摘いただいた内容をまた運営協議会で皆さんにフィードバックできると思います。今回は私たちの感覚で書いてしまってる部分がありますが、もう少し詳しく、ヒアリングを受けてきて分析した結果をご提供できると思います。

久世代行

では、次回、資料を用意していただいて、計画策定について、またご報告をいただきたいと思います。よろしくをお願いします。

では、本日の議題は全て終了しました。その他、事務局から次回の日程調整の依頼がありますので、事務局にお返しします。

(閉 会)

犬山市国民健康保険運営協議会規則第7条に基づき、この議事録を作成し、署名する。

署名

（原本に 玉置 幸哉 署名）

署名

（原本に 舟橋 尚女 署名）

署名

（原本に 石原 朗 署名）