

令和5年度第1回鳥取県国民健康保険運営協議会議事録

- 日 時 令和5年7月3日(月) 午後2時00分～3時30分
- 場 所 鳥取県庁第2庁舎4階 第32会議室
- 出席者 鳥取県国民健康保険運営協議会委員(別添名簿参照)
(事務局) 福祉保健部健康医療局長、医療・保険課長他3名

1 開会

事務局が被保険者代表、保険医又は保険薬剤師代表、公益代表及び被用者保険代表の委員11名のうち過半数以上の11名の出席を確認し、会議が成立した。

2 挨拶(坂本健康医療局長)

3 挨拶(石川会長)

4 議事

【議事録署名委員指名】

会長が被用者保険代表 森委員を指名した。

【協議事項1】第3期鳥取県国民健康保険運営方針の骨子(案)について

事務局が資料1から資料3までにより説明を行い、次のとおり質疑応答があった。

《会長》

第3期国保運営方針と県データヘルス計画は最終的に統合して一本の運営方針になるということですが、どの段階で一本になるかはまだ分からないけれども、当面は議題としては二本立てで進んでいくというふうに理解しておけばよろしいですか。

《事務局》

おっしゃるとおりです。当面の間は、最終的には一つにまとめますけれども、当面の間は、運営方針と県データヘルス計画という形で、別々に検討をお願いしたいと思っております。

《会長》

保険料水準の統一について従前から記載していると思いますが、第3期国保運営方針では記載が必須となったということで、今期の運営方針の中で既に市町村といろいろと積み上げてこられた部分ですが、どの程度まで書けそうですか。

《事務局》

去年、今年と何回か市町村を訪問して意向を伺ったところです。様々な意見があり、19市町村の意見を整理しているところです。共通して保険料は統一しないといけないという認識は持っておられて、反対という意見はありませんでしたが、どのくらいの年数をかけて統一するかという点について、いろいろご意見がありました。スタートを切って、統一に向かっていくこと自体は了解をいただいておりますので、現行の運営方針よりはもう一歩進められるのではないかという感触は持っていますが、具体的にどのように記載するかについては、再度また市町村と調整をさせていただきたいと考えております。

【協議事項2】第2期鳥取県国民健康保険保健事業実施計画(県データヘルス計画)骨子(案)について

事務局が資料4及び資料5により説明を行い、次のとおり質疑応答があった。

《委員》

福祉保健部で計画を一体的に策定するということですが、どんな計画があってどのように統合されるのでしょうか。

《事務局》

医療、介護、健康づくりなど、大体20本ぐらいの計画を、福祉保健部内で見直す予定になっています。その中で、当課では、この国保運営方針と県データヘルス計画が、改定の年度になっております。

今までは国も別々に定めなさいというふうになっていたので、別々に定めていましたが、例えば今回国保のデータヘルス計画も、健康づくりのプランですでにその基準や目標値が定まっていますので、整合性を取ってきました。

ですので、お互いが今までも関係性は持っていて、整合性を取って策定をしていましたが、今回は同じような目標や目的の計画は一緒にしていきましょうということになりました。

例えば県の保健医療計画ですが、今まではがん、肝炎、循環器などのいろんな病気ごとの計画を持っていたものを、疾病と医療というところで、保健医療計画一本で計画を作って対策をしていくということになりまして、国保の関係は、今のこの運営方針とデータヘルスプランを一緒にさせていただくというようなことになります。

《委員》

P D C Aサイクルについてですが、実施した事業について評価をして、それをどう活かしていくかという視点が必要だと思いますが、令和4年度の実績等はまだ出てこないという状況もあって、スケジュールを立てるのはいいんですが、改善まで繋がるのかという懸念があります。

また、例えば若年層に向けて啓発するというのであれば、教育委員会と連携して行ったりか、他の課や他の計画と一緒に実施していく必要があることもあるのではないかと思います。

そうすると、生活習慣病の予防というような観点から、他の計画とあわせて総合的に実施していくような取組も必要じゃないかと思います。

《事務局》

先ほど申し上げましたとおり、他の計画で、例えば健康づくりですと健康づくり文化創造プランと当然整合性をとっており、全県を対象とした計画ということではそちらの方が対象になってくるのかなと思います。

その中で、市町村国保の健康づくり等が、この運営方針やデータヘルス計画になってこようかと思えます。具体的な取り組みは、また考えていかないといけないのかなと思います。

実績のP D C Aのところについては、どうしてもデータが集計してまとまって出てくるのが、どんなに早くても1年とか、物によっては2年ぐらいかかったりしますので、そのデータが最新ということで、それを見てどう考えていくかということになりますが、伸びているかどうか、いい方に向かっているかどうかといったトレンドについて、大きな判断材料になると思えます。

《会長》

鳥取の場合は令和4年度から県のデータヘルス計画が始まったばかりなのでP D C AのDに入ったばかりで、正直、C Aの部分を次の計画に反映させるっていうのは難しい段階なのかなと思います。

ただ一方で3年周期や6年周期にすることで、P D C Aサイクルが現実的にまわしやすくなる印象はございますし、いろんな関連分野の計画と同じ周期で合わせることによって、それぞれの計画同士で影響するところを反映させやすくするという意図もあるのではないかと思います。周期がずれていると、どうしても変えようと思ったときに、前に決めた別の計画に引きずられることが多いかなと思いますので、その辺は、多分、P D C Aサイクルをよく活かすような方向での変更なのかなと私は受けとめています。

《委員》

骨子案で着色してあるところがあって、共通の評価指標の設定等という部分ですが、今までもこういう指標はあったと思うんですけども、その下に括弧で、地域の実情に応じて都道府県が設定する指標というのがあります。今思い当たる指標は、お持ちなんですか。

《会長》

この後の議題で共通の評価指標の設定について協議いただくことになっています。

今、この骨子についてご意見等なければ、よろしければ先に市町村共通指標に関してご説明いただこうかと思えます。

【協議事項3】市町村の国民健康保険保健事業の実施計画（市町村データヘルス計画）策定に係る共通の評価指標の項目について

事務局が資料6により説明を行い、次のとおり質疑応答があった。

《委員》

特定健診受診者の高血圧者の割合などは、すべての都道府県が設定することが望ましい指標の特定健診実施率という大枠の中に含まれているのかと思っていました。地域の実情に応じた指標というのは似たような項目になるんですか。

というのが、特定健診を受けて、それに該当した場合には、保健指導を実施する、あるいはメタボリックシンドロームの予備軍の減少という取組をすることになります。最終的には予備軍が減少することを目的として、事業を実施するので枝葉の関係になるので、もっと別の項目になると思っていました。

《委員》

この項目を作成し、策定したわけではないんですけど、多分、健診を受けてない、健診の受ける率が低い地域が鳥取県の中で違うので、ちょっと悪いところを見つけるためにまず健診を受けてもらわないといけないので、受診率というのがまず大事かなと思います。低かったら、ちょっと健診を受けてもらうように、何か手だてを立てないといけないので。

また、健診を受けたはいいいけど受けっ放しではダメなので、保健指導の率も重要だということだと思います。

保健指導を受けただけではダメなので予備軍の減少率などの項目も必要になってくるということだと思います。

私は薬剤師をしていますけど、どうしても来られてからの話になるので、来られるまでに何とか取っ掛かりを見つけるためにということでこの項目が策定してあるんじゃないかなと思います。

《事務局》

まさしくその通りでございます。まずは健診を受けていただくところで、次に、健診を受けていただいた人の中で、病気の予備軍がどれぐらいいるかっていう状況を、減らしていきましょうっていう指標になります。

共通指標なので、県と19の市町村が全部この指標を、データヘルスプランに書いてください。同じように評価していきましょうという項目で、19の市町村の皆さんとこの項目でいきましょうということで合意をしたものでございますので、ご了解いただければと思います。

《委員》

家で測るのも一つの病院で測るのも、同じ条件であれば、病院でもいいんです。

ずっと病院に来ている人の患者さんの血圧をずっと測っていけば、さっき言われたように、数が多くなれば、傾向が出るし、その患者さんにとっても高いときがありますよと

低い方がいいとは限りませんから、だから、検査する人や検査場所をなるべく統一するようにして、数をたくさんすれば傾向が見えてくるのではないかと思います。

《委員》

厚労省の基準が、実は大分下がりました、130ぐらいで高血圧かって皆さん今思われるんですが、厚労省は100、今まで140を超えなかったらいいですよと言っていたのが、130の85と国の基準が変わりましたので、すごく違和感を覚えられます。

来られた時にちょっと高い場合、急いで来たとか言われるので、15分ほどベッドに行っていたいで、測り直したりしてます。

《会長》

本質的なところは、血圧の測り方ではなく、健康上、危ない人を早く見つけ出すっていうことが健診の一番の目的なのかなと思います。

リスクのある人を早く拾い出して、次に重症化予防の対策を打っていくっていうところが一番健診の目的なのかなと思いますので、例えば基準値1回超えたからというわけではなく、平準値が比較的高いっていう患者さんであれば医療に繋いで治療していただくということが大事なのかなと思います。

《委員》

運営方針と県のデータヘルス計画を統合して一つの計画にするということについてですが、実情に応じて設定する指標について、説明がありましたけど、そういうものを入れるということになると、見直す部分はあるとしても、二つの計画の方が、そのままガッチャンされるみたいな感じで、一つの計画にすることで内容が簡素化されるというイメージではなく、どちらかという今ある二つの項目をそれぞれ直したものが、合わさった形のものになるというふうに考えてよろしいですか。

《事務局》

最終的には、これからの検討の部分もありますけど、今委員さんがおっしゃられた通り、二つが一緒になるっていうイメージです。必須で定めないといけない項目ありますので、そういったイメージになるのかなと思います。

運営方針の中にデータヘルスプランで、医療費適正化の取り組みというところで申し上げますと、骨子案、資料の3で言うと、第7章のあたりに入ってくるイメージになるのかなと、今のところは思っておりますが、そこに溶け込んでいくのか、そこにデータヘルスプランが入るのか、その辺りはちょっとまた今後考えさせていただければと思います。

4 その他について

【報告事項】「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」の概要

事務局が資料7により説明を行った。