

令和5年度第1回  
札幌市国民健康保険運営協議会

議 事 録

2023年7月5日（水）午後2時00分開会  
札幌市役所 12階 第1号～第2号会議室

## 札幌市国民健康保険運営協議会

### 1 日 時

2023年7月5日（水）午後2時～午後3時39分

### 2 場 所

札幌市役所 12階 第1号～第2号会議室  
中央区北1条西2丁目

### 3 出 席 者

(1) 運営協議会委員（14名のうち出席者10名）

ア 公益代表

阪 正寛、田中 かおり

イ 被保険者代表

高橋 則克、細矢 信晴、皆川 智司、吉田 正幸

ウ 保険医または保険薬剤師代表

大森 幹朗、山野 勝美

エ 被用者保険等保険者代表

中谷 慎也、小林 敬

(2) 市 側

保険医療部長、保険企画課長、保険事業担当課長、国保健康推進担当課長他

### 4 議事録署名委員

田中 かおり（公益代表）

大森 幹朗（保険医又は保険薬剤師代表）

### 5 議 事

議案第1号 次期保健事業プラン2024骨子案及び原案について

### 6 報告事項

報告第1号 令和5年度国民健康保険料について

報告第2号 国保加入時のマイナンバーの誤登録について

## 1. 開 会

●保険企画課長 定刻になりました。皆様、本日は、お忙しい中、ご出席をいただきまして、ありがとうございます。

保険企画課長の吉田と申します。

出席者の確認をさせていただきましたところ、10名のご出席をいただいております。芝木副会長、秦委員、濱松委員、林委員からは欠席の旨のご連絡をいただいております。10名がご出席ということで定足数に達しておりますので、本日の協議会は成立となります。

なお、本会終了時間は16時頃を予定しております。

本日の資料は、過日郵送させていただきました資料1から資料5と5月11日のEメールにて配付しました骨子案第3稿です。不足はございませんでしょうか。

## 2. 保険医療部長挨拶

●保険企画課長 それでは、開会に先立ちまして保険医療部長の毛利よりご挨拶申し上げます。

●保険医療部長 保険医療部長の毛利でございます。

本日は、大変暑い中、お集まりをいただきまして、ありがとうございます。

この建物は、地球環境に優しく、人に厳しく、自然風でもって冷風を取っております。私も挨拶が終わったら上着を取ろうと思っておりますので、どうか楽な格好で進めていただきたいと思っております。

新年度になりまして、人事異動がございました。名刺交換等々していただいたかと思いますが、事務局側の司会をしておりますのが保険企画課長でして、春田に代わって、吉田でございます。

そして、今日のメインディッシュを料理するのが国保健康推進担当課長で、山本に代わって、千葉でございます。

保険事業担当課長清水と私は引き続きとなります。どうぞよろしくお願いをいたします。

保健事業プランの審議は今日で3回目となりますが、前回の3月が終わってから、4月と5月にそれぞれ文書をお送りし、皆様方からご意見を頂戴しました。4月には骨子案の第2稿をお送りし、意見をいただいて、5月には第3稿をお送りして意見を頂戴いたしました。本日は、5月にいただいたご意見に対する私どもの見解をお示しし、骨子案を確定させたいと思っております。さらに、この骨子案に基づいて原案を作文いたしました。今日のメインは、この原案の第1稿についてご審議をいただきたいと思っております。

なお、原案を書くに当たって骨子案を忠実に作文いたしました。分かりやすさという点でやや難があったということから、順番を入れ替えたり、課題を二つに分けたりしてございます。ただ、骨子案の骨の部分はず、表現の仕方を変えたということです。お手元の資料2にまとめさせていただきます。これについて今日ご説明をいたしませんので、参考としていただければと思います。

今日いただいたご意見に基づき、8月末に予定しております次回の運営協議会にて保健事業プランを固めたいと思っております。我々としても一生懸命考えたものでございますので、いろいろなご意見をいただけますよう、どうぞよろしく願いをいたします。

●保険企画課長 それでは、議事に入ります前をお願いでございます。

マイクがお2人に1本のご用意となっているお席がございます。消毒用のウェットティッシュを併せてご用意しておりますので、ご発言の際はご活用ください。

それでは、ここからの議事進行は阪会長にお渡しいたします。

どうぞよろしく願いいたします。

### 3. 議事録署名委員の選出

●阪会長 皆さん、こんにちは。お久しぶりです。

毛利部長からお話もあったので、私も上着を脱がさせていただきます。

明日は雨のようですけれども、非常にいい天気が続いております。私の畑も水不足で心配していたのですけれども、明日の雨でちょっと回復するかなと期待しているところです。

それでは、議事に入りたいと思います。

まず、議事録署名委員の指名をさせていただきます。

慣例によりまして、会長指名ということでございますので、私から指名させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と発言する者あり)

●阪会長 ありがとうございます。

それでは、田中委員と大森委員をお願いします。

### 4. 議 事

●阪会長 それでは、議事に入ります。

本日は、会議次第にあるとおり、議案1件及び報告事項2件となっております。

まず、議案第1号次期保健事業プラン2024骨子案及び原案について協議を行いたいと思います。

事務局よりご説明をお願いします。

●国保健康推進担当課長 私から、まず、骨子案の第3稿に対するご意見と対応についてご説明をさせていただきたいと思います。

お手元の資料1をご覧ください。

こちらは、5月の22日にお送りしましたプランの骨子案第3稿に対する意見と事務局の回答をまとめたものです。今日お持ちいただいている骨子案第3稿も併せてご覧いただければと思います。

まず、1ページです。

表の構成ですが、左から、4月にお送りした骨子案第2稿に対する各委員からいただい

たご意見、その右はそのご意見に対する事務局の対応、その右は、その対応に関連し、今回、5月22日にお送りした骨子案第3稿に対して各委員からいただいたご意見、右端がそのご意見に対する事務局の対応となります。

それでは、それぞれの意見に対する対応についてご説明いたします。

まず、1番目です。

こちらは4月の骨子案第2稿ではなかったご意見ですが、保健事業は医療機関と連携して効果的な取組を行っていくかが重要なので、検討の余地があるということです。

これにつきましては、ご意見のとおり、医師会、歯科医師会、薬剤師会をはじめとした関係機関との連携は非常に重要と考え、これまでも連携を図ってきてはいますが、今後とも特定健診の受診勧奨などで引き続き協力をお願いしたいと考えております。

次に、2番目です。

骨子案の保健事業のコンセプトの表現ですが、これを実施の上、事業を展開していくという表現がダブっているというご意見がありました。

これにつきましては、該当部分の表現が計画、実行、評価、改善を表しているPDCAサイクルのうち、実行のDと改善のAを表しては重複していないと回答させていただきましたが、PDCAについては文章として書き込んだほうが分かりやすいというご意見があり、今回のご指摘を踏まえ、後ほどご説明いたします原案の該当箇所にPDCAサイクルの図を挿入させていただきました。

次に、3番目です。

骨子案の課題のうち、④から⑦について、課題として設定した全国並み、それから、全国比データはないのになぜ課題とするのか、その根拠を示す必要があるというご意見がありました。

また、課題設定方法が恣意的と捉えられないよう、理由はぜひ記載すべきというご意見がございましたことから、原案の課題の掲載部分にその理由を付記させていただいております。

めくっていただきまして、2ページをご覧ください。

4番目です。

前回、特定健診受診率、特定保健指導の実施率などの成果が上がっていない理由を記載すべきというご意見がありました。

これに対しましては、新型コロナウイルス感染症による影響、そのほか、データ分析、PDCA、優先度の認識が不足していたということが要因だということでお答えをさせていただきました。

その上で、成果が上がっていない理由の具体的な内容を現時点で分析・整理済みなのであれば、参考としても記載したほうがよいのではないかとご意見をいただいております。

そこで、新型コロナウイルス感染症の具体的な影響として、4行目以降にありますけれ

ども、緊急事態宣言期間中の特定健診、特定保健指導の休止、重症化予防事業の訪問から電話への切替えや事業自体の休止、公共施設の休館、区民センターがワクチン接種会場となったことなどに伴う住民集団健診の中止など、直接的に影響があったこと、さらに、不要不急の外出を自粛するよう国や自治体から要請があったことを要因として考えているところです。

ただ、仮に新型コロナウイルス感染症の影響がなかったとして、成果が上げられていたかについては、推計自体が難しいので、要因を原案に記載することは困難であると考えております。

また、取組の評価につきましては、毎年度の予算編成までに翌年度の具体的な取組内容を立案する際、その時点で取組を評価の上、改善につなげていきたいと考えているところです。

これらの内容は、原案の中で第5章の最後に設けたコラム⑤に載せさせていただいております。

次に、5番目です。

前回、課題⑦について、治療中の人になぜ保健指導が必要なのか、必要があれば医療機関が指導すべきというご意見がございました。

保険者としましては医療機関で指導を受けていただくことが好ましいと考えておりますけれども、食事指導を実施する管理栄養士がいないなど、医療機関で生活習慣改善の支援を行うことが難しい場合もありますので、医療機関と情報交換しながら重症化予防を目的とした保健指導を行っているという回答させていただいております。

その上で、今回、データ集のグラフにある投薬治療中の人へ保健指導事業で勧奨した人のうち、医療機関で指導が受けられない人はどれぐらいなのかというご質問がありました。

受診されている医療機関で栄養指導などを実施していただけるかの確認まではしておりませんが、指導を受けていることができない人の数は把握はできてございません。

次に、6番目です。

前回、併用禁忌服薬者への取組について、問題なのは医療機関や薬局で、アプローチの対象は、患者ではなく、医療機関や薬局ではないかというご意見がございました。

現行制度上、保険者は医療機関や薬局へ直接アプローチできない仕組みのため、被保険者にお知らせし、医療機関や薬局にご相談をいただき、医師や薬剤師により適切な服薬につなげていただくと回答しております。

その上で、併用禁忌服薬は重大な問題のため、医療機関等へ直接アプローチできない現行制度を改める必要はないかのご意見がありました。ただ、服薬情報は個人情報に該当しますので、法令により本人の同意なく医療機関や調剤薬局に直接アプローチすることはできません。

なお、併用禁忌や重複、多剤服薬の是正についてはご本人のQOLの維持・向上に大き

く寄与するもので、医療費の適正化にもつながるものですから、政令指定都市 20 市が共同で、著しく多量の投薬を受けているなど、必要な場合には被保険者の同意がなくても保険者から医療機関に情報提供できるよう、法整備や事務に伴う財政措置など、必要な体制整備を図りたい旨の要望を国に対して行っているところです。

最後に、7 番目です。

特定健診の受診勧奨に力点を置くという表現や、骨子案の第 2 稿では健康状態不明層の縮減に取り組むという表現があり、記述が異なるが、内容に変更があるのかというご質問がありました。

このご質問に対し、内容に変更はなく、健康状態不明層に対する特定健診の受診勧奨に力点を置くことによって健康状態不明層の縮減につなげると回答させていただいたところです。

ただ、この指標について、仮に、特定健診受診者の割合が増えると、医療受診者の症状が改善することによって医療受診なしの割合が増え、結果的に健康状態不明層の割合が増加するので、成果指標上は悪評価となるけれども、指標として適当なのかというご意見がございました。

生活習慣病にかかった際、これまでは医療機関の検査でご自身の健康状態を確認してきたのですけれども、治療の必要がなくなったことに伴って通院をしなくなった方については、その後、特定健診を受けていただかないと健康状態を確認できなくなるので、受けていただかない場合は結果的に健康状態不明層に含まれてしまうということになりますので、これにより健康状態不明層の割合が高くなったとしてもその評価は適切なものと考えております。

なお、これまで生活習慣病を治療し、医療機関の検査を受けてきた方が通院の必要なくなった場合には、かかりつけ医などから今後は特定健診を受診するように勧めいただくことなどを含め、健康状態不明層とならないよう、特定健診受診の勧奨方法等を検討してまいりたいと考えているところでございます。

骨子案第 3 稿に対するご意見とその対応については以上でございます。

- 阪会長 ただいまの説明についてご意見やご質問等がありますでしょうか。
- 皆川委員 文書でのやり取りのときには気づいていなかったもので、蒸し返しになってしまうような感じもあって非常に申し訳ない気持ちもあるのですが、ぜひお聞きをいただきたい点が何点かあります。

骨子案の 3 の 4 の課題①のところでは。

がん検診の受診勧奨の取組についてです。現行案と一緒に読んでみますと、そもそもの着眼点が全国に比べて医療費の平均が高いということが課題認識のきっかけになっているのですね。それに対する取組としてがん検診の受診勧奨というのはちょっと飛躍し過ぎなのではないかなという気がしております。というのも、果たして、がん検診の受診勧奨をすることによって医療費の平均が全国並みに下がっていくのかが疑問です。課題認識とそ

れを改善する取組の効果といたしますか、つながりが釈然としていません。

もしこのままがん検診の勧奨を行うのであれば、そこをもう少し丁寧に説明したものを書いていただきたいなと思います。もしくは、課題と取組がちょっとミスマッチなので、やめてしまってもいいのではないかなと思っています。

次に、成果指標の設定についてです。

保健指導改善率の数値目標は上昇させるとなっているのですがけれども、これも課題認識で事務局としては低いという評価をされているのです。これについてはどのレベルまで行ったら低いという評価をしないのだというレベルというのがお持ちなのではないかなという気がするのです。

現状と適切なレベルというのが物すごく乖離しているという状況があるのであれば、取りあえず、このプランの6年間ではこのレベルまで持っていかうという数値目標的なものを指標として置いたほうが分かりやすいのではないかなと思うのです。

つまり、上昇させるということではなく、例えば、毎年、1ポイントずつ、2ポイントずつ上げ、6年間でこのレベルまでは持っていきたいなど、そういう指標を置いてもらったほうが分かりやすい気がします。

次に、重症化予防関係についてです。

対象要件の見直しが見込まれているという説明がありましたが、対象要件の見直しはいつ頃にあるのでしょうか。これから予定されているのであれば、対象要件の見直しはいつまでにやりますと告知する、そして、対象要件が見直された時点で数値目標の設定をしますということを書き込めないものかなと思うのです。

つまり、3年後に対象要件を見直したら、その時点で適切な数値目標を設定しますというのを現時点でのプランに書き込んだほうがいいのではないかということです。

最後に、適正服薬の目標値についてです。

令和3年度に100%を達成されていますよね。その実績があるので、ぜひ100%にチャレンジすべきなのではないかなという気がします。何で80%にしてしまったのか、もったいないなと思いました。

これが骨子案についての希望というか、意見です。

●国保健康推進担当課長 まず、一つ目のがん検診の関係です。

今回、我々がプランをつくるに当たってはデータ分析を重視しているのですが、データからいきますとがんの医療費が高いということが課題として出てきております。そして、受診勧奨することががんの医療費が下がることにつながるのかというご意見かと思うのですがけれども、やはり受診によってがんが進むことを抑えると考えております。

受診勧奨をし、結果的に重症化を抑えることでQOLを向上させることが最大の目的ですので、できるだけ早めに掘り起こし、重症化し、医療費が高額にならないうちに治療を進めていっていただくという意味でがん検診の勧奨を取組として挙げさせていただいているということなのです。



続きまして、成果指標の改善率を上昇させるということについて、数値目標を置けるのではないかということについてです。

ご意見にもありましたとおり、高過ぎる目標を持つと問題があるということもございませぬけれども、原案の中にも記載をさせていただいているとおり、改善率について優先的に取り組んでいく際、1ポイントであればいいのか、2ポイントであればいいのか、あるいはもっと高ければいいのかというのは、改善率が上昇させられる取組を検討していく中で考えていかなければならないことでして、速やかに数値目標を求められる状況にはないと考えております。ただ、少なくとも改善をさせていくということのために優先的に取り組んでいきたいということです。

続きまして、重症化予防事業の要件見直しをいつやるのかについてです。

現在において重症化予防で取り組むべきその数値の基準について、いつどの項目を変えるのかはまだ決まっておられません。PDCAサイクルを回しながら有効な基準を設定してまいりたいと考えております。

続きまして、適正服薬事業の目標を100%にしないのはなぜかです。

おっしゃるとおり、100%を目指すのは非常に大事なことであり、それが一番望ましいと事務局も思っているところですが、指導しても100%にならないという方が少なからずあります。

偶然かもしれませんが、令和3年度は100%になりましたけれども、一般的には、改善を求めても医療機関に相談していただけない方がいらっしゃるものですから、あまり高い目標数値を求めず、現状から目標を設定し、80%ぐらいが妥当かなと考えました。

● 阪会長 ほかにございませぬか。

吉田委員、お願いします。

● 吉田委員 特定健診の受診率が低いという課題があり、それに対して取り組むということについては全く異論がなく、先ほどコラムで特定受診率が上がらない理由の説明もありましたが、政令指定都市についてホームページで見えていきますと、20都市のうち、11都市で特定健診の自己負担がゼロでした。札幌市は集団健診が600円、個別健診が1,200円にして、高いのです。というのも、自己負担がある政令都市でもほとんどのところが500円なのです。

今後に向けて取組の中で検討されるのだと思いますし、財政の長期的な安定も必要だと思うのですが、特定健診の受診率が伸びない、低いということについて、特定健診の自己負担がそこそこあるという目線で検討されたことはあるのでしょうか。

● 国保健康推進担当課長 特定健診の自己負担については、おっしゃっていただきましたとおり、政令指定都市の11都市で無料化しております。ただ、政令指定都市にお聞きしたところ、無償化した場合の受診率への直接的な影響は検証できていきぬ、はっきりした明確な理由となっていないとのことでした。

それから、札幌市の受診の方々を比較しますと、ご存じのとおり、基本健診の場合です

と1,200円や600円で、非課税の方は無償となっておりますけれども、受診率に大きな差がありません。

また、アンケート調査の結果でも、自己負担額を無償にした場合に受診をするという方より、健康状態に不安があるという場合に受診するのだという方のほうが圧倒的に多かったところです。

ですから、自己負担額を減らすことによって受診率が上がるかということについては明確な根拠がないといえますか、そうしたことから、現在のところ、見直す予定はないということです。

●阪会長 今のご回答について何かございますか。

●皆川委員 ご説明に対しては理解するところもあります。

ただ、今説明していただいたがん検診の受診勧奨についてです。丁寧な説明をいただいたわけですが、可能であれば原案にその旨を記載していただきたいことをお願いします。

●保険医療部長 がん検診の関係についてです。

がんが重症化になっているといいますか、がんという課題があるというところに効かないのではないかとのご意見というのは、今、がんの人には効かないのではないかとのご趣旨ですか。

●皆川委員 そういう趣旨ではなく、がん検診の受診勧奨という取組の課題認識としては医療費の平均が高いことが出発点となっていますよねということです。

医療費の平均値が高いということを改善するためにがん検診の受診勧奨というのが寄与するのかという疑問があったので、その考え方をお尋ねし、課長からその旨の説明をいただいたところです。それで半分ぐらいは納得できたところですが、今いただいた説明を原案に書き込んでいただければ多少分かりやすくなるかなということです。

●保険医療部長 がんという病気は、がん検診を受け、何か見つければ精密検査となり、悪いものが見つければ治療という3段階ですが、ファーストステップのがん検診でもって最初リスクを摘み取るのだということです。今がんで苦しんでいる、がんで痛い、苦しい、つらい、そういったQOLが下がっている状況にあるところ、将来的には全国並みにしていきたいということからがん検診をとということです、それについてはご理解をいただけたということでもよろしいですか。そして、そういったことをプランに書き込むべきではないかというご意見ですか。

●皆川委員 はい。

●保険医療部長 それでは、検討させていただきます。

次に、適正服薬について補足させていただきます。

令和3年度に100%になっておりますが、このときは22名の併用禁忌の方がいらっしゃいました。そのときも併用禁忌の対象となるものが国の基準としてあったのですけれども、令和4年度にその基準が拡大になっています。人数も3倍から4倍ぐらいになっていて、その結果として63.1%へと落ちているということでして、出発点としてはやっぱり令和4

年度なのだろうと私どもは考えたのです。

ですから、100%は目指すのですけれども、その間としてこの6年の間に8割を目指したいということでございます。

下線の部分について、誤った説明をしておりましたので訂正いたします。

そもそも併用禁忌は、国が基準を設けているものではなく、国の通知に基づいて薬剤の添付文書に記載されているもので、併用禁忌の対象拡大による添付文書の改訂は適宜行われているものの、国の基準が拡大になったという事実はありませんでした。

併用禁忌服薬者の人数が「3倍から4倍ぐらいになっ」たのは、令和4年度について、禁忌服薬者（疾病と薬について考慮し、現在治療中の疾病名から使用を控えるべきとされている薬を服用している方）を併用禁忌服薬者に含めたことによるものと考えています。

●皆川委員 大変よく分かりました。

●阪会長 ほかにございませんか。

●吉田委員 先ほど、健診の自己負担の無償化について、受診率が上がるかどうか、明確な根拠がないというご回答がありました。私もそのとおりでと思うのですけれども、インターネットで見ますと、大学の研究発表でしたが、健診無償化で受診促進の効果があるというようなことも発表されているので、一言で影響が確認できないというのではなく、そういう論文も出ているということは意識してもらったほうがいいのかなと思っています。だから無償化にしろということではないのですけれども、健診の受診率を上げるためにはいろいろなことを考えてもらったほうがいいのかなということです。

そして、ちょっと私もよく分からないのですけれども、厚労大臣が国保新聞か何かへのコメントで、健診受診率を向上させるため、がん検診との同時実施とする、電話やはがきによる個別の勧奨をするということを挙げられていたのですね。札幌市のお立場からいくと、厚労大臣が言われたことというのは、国もしくは都道府県から下りてきて、その中で実施していくというような位置づけになるのでしょうか。厚労大臣が受診率を上げるためにこういうことを考えているよとはっきりと言われていたわけですが、それが札幌市に下りてきたときにはそういう方向で進めることになるのでしょうか。

●保険医療部長 2点のお尋ねをいただきました。

無償化が健診受診率を上げるといった研究もあるのかもしれませんが、私どものデータとして、政令指定都市の自己負担のある市とない市の受診率の平均を比較しましたところ、ある市が30%、ない市が31%でございます、ほぼ差はありませんでした。

なお、札幌市でも自己負担のない世帯があります。これは、住民税非課税世帯、あるいは40歳の方となりますが、そうした自己負担のない方の受診率が16%、ある方の受診率

が17%となっております。国の報告数値の計算方法とは違うため、トータルでは16.5%と低くなっていますが、いずれにしても1ポイントの差になっていまして、そういった実態であるということもご理解をいただきたいと思います。

また、1,200円なり600円なりを無料にしたとき、財源をどこに求めるかということがありますし、他都市では保険料に求めているというところもございまして、我々としては、そこも検討のネックになっていることについてもご理解をいただきたいと思います。

次に、2点目の厚労大臣の発言についてです。

たしか、国保新聞に載っていたのは国会答弁だったかと思いますが、いろいろなやりようでもって健診の受診率を上げろといったようなことかと思いますが。ただ、各保険者でやり方はあります。我々としては、次の保健事業プランの中で健康状態不明層に力を入れていくといったようなことも書いておりますので、それぞれのやり方でやっていきたいと考えてございまして、電話やはがき、あるいは、がん検診とのセットなど、それは各保険者に任せられるものだと理解しております。

●阪会長 ほかにございませんか。

(「なし」と発言する者あり)

●阪会長 なければ、計画の骨子案については第3稿で確定したいと思いますが、よろしいですか。

(「異議なし」と発言する者あり)

●阪会長 それでは、そのようにいたします。

続きまして、原案初稿などについて事務局より説明をお願いします。

●国保健康推進担当課長 続きまして、保健事業プラン2024の原案についてご説明をさせていただきます。

右肩に初稿と書いてある資料3をご覧ください。

これまで検討してきました骨子案を、このたび、骨子として確定していただきましたけれども、この骨子をプランの原案としてまとめさせていただいたものです。原案を策定するに当たっては骨子案についていた仮称という文言を取り、保健事業プラン2024という名前にしております。

これまでの骨子案について何度かご議論をいただいておりますので、詳細な説明はこの場では割愛をさせていただきまして、今回は各章の構成などについて説明をさせていただきます。

それから、先ほど毛利から、原案策定に当たって構成を入れ替えたり、課題を分けたりしているというお話をさせていただきました。それについては後ほど原案の説明の中でご説明させていただきたいと思いますが、先ほど申しましたとおり、資料2としてまとめておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

それから、初稿の表紙の下のところ破線囲みで記載しておりますとおり、各図については第2稿で見やすく修正をいたします。今回は見づらいところもあろうかと思います。

大変恐縮ではございますけれども、ご了承をいただければと思います。

あわせて、プランの巻末には、本来、資料編ということで掲載するものをつける予定ですが、現在作成中なものですから掲載はしておりません。恐れ入りますけれども、ご了承をいただければと思います。

それでは、1枚めくっていただきまして、右のページをご覧ください。

骨子案にはなかったはじめにです。

ここには私たちがプランに込めた思いや各章の章構成などについて記載しております。

1枚めくっていただきまして、目次をご覧ください。

章立てについては基本的に骨子を踏襲しておりますけれども、課題を分けたり、一部順番を入れ替えたりしております。これについては後ほどご説明させていただきます。

また、先ほどもちょっと触れましたが、各章の末尾に、本文の文中への記載はなじまないものの、プランの記載内容をより深く理解していただくための必要な情報について、五つのコラムで掲載をさせていただいております。

それでは、1ページです。

第1章の保健事業プランとはです。

めくっていただきまして、2ページと3ページをご覧ください。

骨子のとおり、国の策定フレーム、札幌市における計画策定の経緯、計画の位置づけ、計画期間を掲載しております。

2ページの下欄外に注釈がありますけれども、全編を通じ、専門的な用語については注釈を掲載させていただいております。

めくっていただきまして、5ページをご覧ください。

ここから第2章の保健事業プラン2018の振り返りと保健事業プラン2024の方向性となります。

めくっていただきまして、6ページから8ページです。

こちらが保健事業プラン2018の振り返りとなっております。骨子のとおり、全プランの振り返りを(1)のデータ分析、(2)のPDCA、(3)の事業の優先度として、1ページずつにまとめて記載をしております。それから、振り返りだけではなく、それぞれの反省を踏まえまして、各項目の一番下に保健事業プラン2024の策定に向けて重視した内容について青色の囲みで記載しております。

続きまして、9ページをご覧ください。

こちらから保健事業プラン2024のコンセプトと取組の方向性として、骨子のとおり、保健事業のコンセプトと取組の方向性となっております。

先ほど骨子案第3稿へのご意見の対応のところでご説明しましたとおり、PDCAサイクルについての図を掲載しております。

ページをめくっていただきまして、11ページからが札幌市の国保の現状と課題です。

下段に破線の囲みで第3章の現状分析のための根拠となるデータのデータ要件について

記載しております。

めくっていただきまして、12 ページをご覧ください。

現状では、各ページに現状を一項目ごとになるように掲載を工夫しております。

少しめくっていただきまして、16 ページをご覧ください。

こちらにも現状と課題ですけれども、一番下に課題①とあります。骨子では現状と課題を別々に掲載しておりましたけれども、原案でも同じように、骨子と同様、現状と課題を別々に掲載してしまいますと、現状のページがしばらく続いた後に課題が掲載されることになり、現状とそこから導かれる課題の関連性が分かりづらくなってしまいますので、現状の下に課題を掲載させていただくことにいたしました。

後ほどご覧いただきますけれども、この課題については 27 ページで一覧として掲載しております。

続きまして、18 ページをご覧ください。

特定健診受診率についてです。こちらが骨子案と異なっているところですが、特定健診受診率については、骨子では、特定保健指導実施率と一つの現状と課題でまとめておりました。しかし、特定健診と特定保健指導を別々の現状として整理をした上で課題も別に掲載しております。

あわせて、18 ページの 7 の特定健診受診率、それに関連しました 19 ページの 8 の特定健診受診と医療機関受診の関係については順番を入れ替え、見開きで特定健診受診の内容として掲載しました。

20 ページと 21 ページをご覧ください。

先ほど申しましたとおり、特定健診と特定保健指導を分けて現状と課題を掲載したことから、特定保健指導の実施率、それから、21 ページの特定保健指導改善率についても併せてご覧いただけるようにしております。

以上のように、特定健診と特定保健指導という二つの課題に分けたことに伴い、骨子で七つの課題と言っていたものが八つに変更となります。

お戻りいただきまして、18 ページと 20 ページの下にある図 13 と図 16 です。骨子では、青色の折れ線グラフで特定健診の受診対象者と特定保健指導対象者としておりましたが、グラフの趣旨から、対象者を削除し、未受診者と未利用者のみへと修正しております。

続きまして、21 ページをご覧ください。

先ほどの骨子案第 3 稿へのご意見のところでは課題設定が恣意的と取られないように課題設定の理由を記載すべきというものがございました。

下段の課題⑤の枠の中の括弧書きのとおり、全国と同水準でも課題としたもの及び全国と比較できないが、課題としたものにつきましては、課題設定の理由を課題の中に記載をさせていただきました。

なお、1 点、修正のおおびです。

上段の本文の中の 3 段落目に令和 3 年度（2023 年度）と記載がありますが、令和 3 年度

(2021年度)の誤りですので、訂正させていただきます。

続きまして、ちょっとページが飛びまして、26ページと27ページをご覧ください。

26ページには、それまでのページで掲載した現状を図23として一覧で再掲しております。また、隣の27ページには、課題について、同様に、図24として一覧で再掲をさせていただきます。

26ページの図23ですが、一部修正がございます。

⑩は、現状の11重症化リスクのある未治療者への受診勧奨、12糖尿病治療中断者への受診勧奨となっておりますが、11しかございませんので、大変恐縮ですが、11の欄には11と12と記載していただければと思います。

それに伴いまして、その下の12番が13、13は14となります。おわびいたします。

続きまして、28ページのコラムの③です。後期高齢者の分析の中に黒丸がありますけれども、今後、巻末に掲載予定の資料編のページが記載されることとしておりまして、第2稿以降に記載させていただきたいと思っております。

続きまして、29ページ以降ですが、第4章の保健事業プラン2024における保健事業の取組となります。

1枚めくっていただきまして、30ページと31ページをご覧ください。

第4章では、このように、第3章で掲げた八つの課題に対する取組をできるだけ左右見開きで見られるように配置しました。また、ここからは課題ごとに取組を掲載しております。

少し飛びまして、38ページをご覧ください。

それまでのページで掲載しました各課題に対する取組を図27ということで一覧として再掲しております。

ここで再度の訂正で恐縮ですが、図27の⑥のうち、取り組むべきことのところですが、効果的な利用勧奨方法を検討のところは効果的な受診勧奨の誤りです。

また、その下の⑦の効果的な受診勧奨方法をと書いてあるところは、効果的な利用勧奨方法ということで、⑥と⑦の表現が逆になっておりましたので、訂正をお願いします。

続きまして、39ページの図28をご覧ください。

左端の取組の方向性の文字列がちょっと崩れておりまして、上がチェック、下がフォローです。

38ページで掲載しました取り組むべきことの取組の方向性であるチェックとフォローについて、取組項目ごとに分類整理をしております。

続きまして、41ページをご覧ください。

第5章保健事業プラン2024における成果指標となります。

1枚おめくりいただきまして、42ページの図29です。

各取組項目と成果指標及び数値目標を掲載しております。

なお、成果資料の一番上の健康状態不明層について、骨子では基準となる数値を令和元

年度の36%としておりましたけれども、36.8%に改めております。

また、上から4段目の特定保健指導の改善率、医療機関受診率、それから保健指導利用率の三つの数値目標の現状数値について、矢印以降の上昇させるとなっているところですが、空欄となっております。こちらには第2稿で令和3年度の数値を入れる予定としておりますので、ご了承をいただければと思います。

続きまして、43ページです。こちらもちよっと体裁が悪く、また、罫線が一部消えておりまして、申し訳ございません。

各成果指標の目標値の設定の考え方につきまして、図30として掲載をさせていただいております。

原案の説明につきましては以上ですが、本日、A4判で次期保健事業プラン策定スケジュール（訂正版）という資料をお配りしております。こちらは、今年の3月の本運営協議会でお配りした資料ですが、今後のスケジュールについても併せてご説明させていただきたいと思っております。

本日の運営協議会は、7月となってしまいましたが、6月のところにあるものです。その後、本日の審議結果を踏まえ、原案を改めて修正し、8月中旬に資料を事前に配付し、下旬の運営協議会にて、次期プラン原案の2回目の審議をお願いしたいと考えております。そして、その審議結果を踏まえ、9月中に修正案を皆様へ送付をさせていただき、プラン案を確定したいと思っております。その後、10月の市議会の厚生委員会で案を報告の上、11月には市民の皆様へ広く意見を募集するパブリックコメントを実施しようと考えております。そのパブリックコメントに寄せられた意見を参考に、必要に応じて修正を加えた上で、運営協議会での報告や議会での説明などを行った上で2月に確定、公表することを考えているところでございます。

●阪会長 ちょっと枚数がありますので、章ごとに分けてご意見をお聞きしたいと思います。

まずは、第1章と第2章についてです。

これは最初の運営協議会でも説明があった内容でもありますので、ご意見や質問等があれば併せてお聞きしたいと思います。

●皆川委員 情報量が多くて、まだ読み込めていない部分もあるのですが、第2章の7ページについて質問と意見が3点ほどございます。

まず、7ページの振り返りのPDCAのところですが、評価や改善をせずに続けているものも見られたという記載があるのですが、評価や改善を行ったものもあるのでしょうか。

●保険医療部長 ございます。

例えば、特定健診の受診勧奨について、令和3年度の状態を見て、令和4年度に仕方を変えたなど、PDCAを回したものもあります。

●皆川委員 ぜひ、それは振り返りに記載していただきたいことをお願いいたします。



それから、振り返りのところを見て、事業プラン 2018 の評価がないなと思っていたのですが、44 ページのコラムの⑤にそれが出ているのですね。今、気がつきました。コラム⑤は第 2 章のこのあたりに入れ込んだほうが分かりやすいと思います。

次に、7 ページのところでは要因として目標値が高過ぎたという分析があるのですが、これはまずいと思います。私は民間しか経験がないのですが、例えば、事業の実施報告書や何かで目標値が高過ぎましたと言った途端、その責任者は失格です。民間でも事業実施報告の取りまとめをやってきましたが、目標値が高過ぎましたという評価は見たことがありません。プランなどをつくって実施報告するとき、目標値が高過ぎましたと言われてしまうと、それに付随する次の計画は信頼を失いますので、目標値が高過ぎたという記載はやめていただきたいと思います。

担当者のオフレコのレベルでそういったこともあったよねということなら分かるのですが、公になる資料で目標値が高過ぎたと言うのは絶対にまずいと思いますので、やめてください。

●保険医療部長 まず、2 点目についてですが、目標値が適切ではなかったというような表現に改めたいと思います。

次に、1 点目についてです。

確かに、コラムの⑤はここにあってもいいのかもしれませんが。ただ、今回、通常の計画と違うのは、コロナという事態があって、我々がやってきたことがどうなのかをコロナなしでは評価できないということがあります。でも、そのことを、コラムではなく、本編の中に書くべきなのかどうかということもありますので、事務局で検討させていただきたいと思います。

●皆川委員 そちらのほうが分かりやすいと思いますので、ぜひ記載ページを変えてもらえればと思います。コロナのことはコロナのこと、また、プラン 2018 の中間評価もあったと思うのですが、その記載もここに盛り込んでいいと思っています。コロナも含めた振り返りということでこちらに入れていただいたほうがいいと思います。

それから、目標値が適切ではなかったというのも高過ぎたと一緒ですので、それもやめていただきたいと思います。

●保険医療部長 目標値については何がしかのコメントが必要だと考えてございます。それが無いと今回の目標値の設定の考え方が打てないと思ってございまして、何がしかのコメントさせていただきたいと思います。表現については考えたいと思います。

●皆川委員 ここが一番驚いたところでして、ほかの委員の意見もお聞きしたいです。

要因分析で目標が不適切だった、適切ではなかった、高過ぎたという記載について皆さんはどう思いますか。

●阪会長 高橋委員、お願いします。

●高橋委員 プラン全体の話にもわたりますが、今、皆川委員が言われたように、高過ぎたや不適正だという言葉は直接書いている行政文書はあまりないと思います。ただ、私と

してはプランの振り返りを真摯にかつ率直にやったのだなという好ましい印象を受けました。その上で、全般的に何とか丁寧に分かりやすく書こうという意欲が見え、前向きに評価したのです。

やっぱり高過ぎたのですよ。そのことが新たなプランにおいて目標値を下げたということに如実に表れたわけで、高過ぎたという反省がなければ新しいプランの目標値の設定はないのですよね。それは極めて率直で真摯な取組の仕方であると評価した次第です。

●阪会長 大森委員、お願いします。

●大森委員 民間企業の売上げなどであれば目標値は非常に大事ですが、保健事業プランというのは物を売っている営利企業ではないですよ。私たちの歯周病検診でも目標は持つのですけれども、高過ぎたというのは率直でよろしいのかなと私は思いました。

●阪会長 田中委員、お願いします。

●田中委員 いろいろなご意見はあろうかと思えますけれども、私たちの看護や医療の現場では、何で今回はうまくいかなかったのかを率直に示すとき、目標値の適切性について言及することが非常に多いなと思っています。

例えば、目標値は不適切であった、あるいは、目標値設定に関する要因が不足していたなど、そこをしっかりと見極めないと次の計画の策定に行かないものですから、あえて正直に申し上げることが私の関連する場面では非常に多いですね。

ですから、今回、資料を拝見させていただいたとき、正直に書かれていて、分かりやすいなと思いました。

●阪会長 小林委員、お願いします。

●小林委員 私どもは健保組合では禁煙の目標を掲げてもう5年になります。しかし、喫煙率は50%を超えているぐらいで、トラック運送業者が業界で一番高いのです。でも、理事長命令でこの3年で喫煙率を30%にしろということでもかなり必死になってやったのですけれども、なかなか成果が現れないということがありました。率直な話、目標値が高過ぎたという言葉はこのまま受け止めているわけです。それに向けて地道にやるという目標は持っていますし、目標値は下げないということで進めていますので、この表現でよろしいかと思いました。

●阪会長 皆川委員、よろしいですか。

●皆川委員 はい。

●阪会長 では、今のご意見を踏まえ、事務局で整理していただければと思います。

ほかに質問はございませんか。

(「なし」と発言する者あり)

●阪会長 それでは、第3章に移りたいと思います。

ご意見があればお願いします。

●細矢委員 初稿の各図については第2稿で見やすく修正するということでしたけれども、それを踏まえた上で申し上げます。

例えば、12 ページに年齢別の人口構成ということでパーセンテージが表示されているのですけれども、その欄外に国保加入者は9月末現在でありますので、具体的な実数をサンプル数として表記したほうがより見やすくなるのかなと思います。

ほかにもパーセンテージで表記されているところが何か所かありますけれども、ご検討をいただければと思います。

●阪会長 ほかにございませんか。

高橋委員、お願いします。

●高橋委員 文章になると随分と印象が違うなというのが率直な感想で、分かりやすくなっていると思います。40 ページにこのプラン自体がポピュレーション・アプローチなのだという解説がありましたけれども、それならばこれを分かりやすく市民にお示しすることが非常に大事ですし、その意味から、今まで出たいろいろな分かりやすくするための意見というのは、ぜひ検討していただきたいと思います。

その上で、私から2点ほどお願いしたいことがあります。

13 ページの年代別1人当たり医療費というのは札幌市の国保加入者の医療費ですよ。前のところに全国と札幌の比較が出てきていますので、ここでは札幌市と明確に書かれたほうが分かりやすいのかなという気がします。

それから、課題設定のところ、全国との比較の数値がない、それなのになぜ課題なのかという議論がありましたけれども、これは札幌市が独自に取り組んだ事業や取組についての数値ということで全国との比較がなかなか出てこなかったと私は理解しています。具体的には22 ページ以降の11から14というのは札幌市でやってきた事業ですよ。そうでしたら、それでこういう結果が得られ、こういう課題設定をしたのだということを知るような記述をどこかに入れたほうが良いと思うのです。

例えば、それぞれの頭に札幌市ではと書く手もないわけではないのですが、どうもそれでは芸がないですよ。そこで、11に入る前に、札幌市ではこういうような事業をやってきて、その結果、こういう課題設定をしているとするなど、二、三行のコメントを加えれば、札幌市の思いのあふれた部分なのだということが理解しやすくなるのではないかなという気がいたします。

それから、これは以前聞けばよかったのですけれども、今回見る中でちょっと疑問に思ったものですから、お聞きしようと思います。

21 ページの特定保健指導改善率のところ、令和2年度は札幌市も北海道も全国も落ち込んでいて、共通の流れなのです。これには何か理由があったのかなと見ながら思っていたのです。もし理由が分かっているならば、一時的に落ち込んでいるものという記載の前段にこういう事情で一時的に落ち込んでいるなど、何か解説を加えたほうが読んだ人は分かりやすいのかなと思います。

同じように、先ほど聞いて思ったことですが、服薬の関係で100%を達成したときがありましたね。先ほどの部長の説明では、令和4年度以降は状況が違うのだというようなこと

が話され、ああ、そうだったのかと思ったところですが、それをここに書き込んだほうが皆さん分かりいいのではないかと思います。どういうふうに書き込むかは別にしても、要するに、読む人に分かりやすくするということです。せっかくここまで丁寧に書き込んでいるのですから、もっと丁寧に徹し、読む方に正しい情報を提供するというところにさらにご努力をいただきたいと思います。

●保険医療部長 2点目と4点目のお話についてです。

2点目の課題の5から7の括弧書きについてですが、今気づきました。8も本来は括弧書きが必要ですね。失念していたのが分かりましたけれども、この括弧書きがあってもいいので、それぞれのところの頭に、あるいは、どこかにまとめてということでしょうか。

例えば、27 ページに1から3と課題を大きく分けていまして、2番目に全国並みだが、課題と言える、3番目に全国データとの比較はないがというのがあるのですが、その下のところに記載しても構わないものでしょうか。

●高橋委員 例えば、下のほうに注釈を付け加えているページがありますよね。それで十分なのかなという気がします。もし注釈をつけたくなければ、11から14まで、札幌市ではこのような取組をし、その結果という文言を付け加えれば明確になるのですが、それではちょっとうるさ過ぎますよね。

それでしたら、22ページの注釈のところをそういうコメントをつけると、11から14については札幌市においてこういう取組をしてきた、その中で課題を見いだしたと書いておけば理解しやすいのかなということですか。

●保険医療部長 そして、4点目の適正服薬の関係です。

25 ページに14として重複・多剤服薬者等の状況とございまして、グラフとグラフの間に4行ほどの文章がございまして、その2行目で、年度によって差異が見られますが、これは対象者の選定や勧奨の度合いが異なっているためでありとお断りをしているのですが、これでは弱いということでしょうか。先ほどお答えしたような具体的なものがあつたほうがいいのではないかとということでしょうか。

●高橋委員 多分、そのほうが分かりやすいと思います。

●保険医療部長 承知いたしました。

●阪会長 ほかにご意見等はございませんか。

田中委員、お願いします。

●田中委員 25ページの文章についてです。

14のタイトルの下の各年4月の重複服用者、多剤服用者の状況を見ると、年度によって増減はあるものの、一定程度確認されていますというのは何がと思ったのです。

年度によって増減はあるものの、重複服用者、多剤服用者は一定程度確認されていますということなのであれば、そのほうが分かりやすいかなと思います。

●阪会長 私も1点ちょっと気になったところがあるので、申し上げます。

12ページの一番上の国保加入者の人口構成のところですか。意味は分かるのですがけれども、

国保加入者数に 75 歳以上人口がないので、比較をするときには 75 歳以上を除いてこういう比較になると分かるよう、文章あるいはグラフを工夫されたほうがいいのではないかなと思います。

結論は変わらないのですが、比較したときにポイント数としては 75 歳以上を除いた全人口に占める割合は変わるかと思しますので、工夫されたほうがいいということです。

ほかにございませんか。

(「なし」と発言する者あり)

●阪会長 それでは、第 3 章について、今、いろいろとあったご指摘から修正や見直しをしていただければと思います。

続いて、第 4 章に移ります。

ご意見や質問等があればお願いします。

皆川委員、お願いします。

●皆川委員 第 4 章と第 5 章にまたがるのですけれども、39 ページから 43 ページまでの表に①から⑧の課題番号を振っていただきたいのです。課題番号との連携が分かるとより分かりやすくなるかと思ひます。

●阪会長 ほかにございませんか。

(「なし」と発言する者あり)

●阪会長 それでは、第 4 章は以上とします。

続きまして、第 5 章の成果指標についてご意見や質問等があればお願いします。

(「なし」と発言する者あり)

●阪会長 それでは、第 5 章については以上とします。

これまでいろいろとご意見やご質問等をお伺いしてきましたが、最後に、保健事業プラン 2024 全体の初稿に対し、何かご意見やご質問等があればお願いします。

皆川委員、お願いします。

●皆川委員 内容ではなく、体裁のことですけれども、図表のナンバリングについてです。例えば、図 27 や図 28 は図ではなくて表ですよ。

私の知識が古いのかもしれませんが、図と表はナンバリングを分けるというのがこの類いのレポート作成のルールだったのではないかと記憶しております。それから、本文の中に記載されているもの以外はナンバーを付与する必要がないというルールだったのではないかなと記憶しています。

そうしたルールがあると思ひますので、直すところは直していただきたいと思ひます。

●保険医療部長 すみませんが、二つ目の意味をもう少しちょっと詳しく教えていただけますか。

●皆川委員 本文で図何々のとおりと関連づけているものには番号を振る必要があるけれども、本文に全く触れられず、何々を次のとおりまとめたみたいな表についてはナンバリングが要らないと理解していたのです。

●阪会長 例えば、図表として通し番号にするというやり方もあります。それは、高橋委員あるいは皆さんからもご指摘があったように、分かりやすさということで、どちらがいいかなということかなと思います。

ほかに何かご意見等はございませんか。

●保険医療部長 皆川委員からいただいたご意見で、コラムの5番目を第2章にというお話についてです。

大変こそくな手段ですが、例えば、コラムの②と⑤をひっくり返すということではなく、第2章の中にコラムの⑤を入れ込めといったご趣旨でしょうか。文言の修正は必要になるのですが、コラムという位置づけではなく、本文の中に入れ込むというご趣旨かということですが、いかがでしょうか。

●皆川委員 私は、2018の振り返りということには全プランの数値目標に対する実績値の記載が必要だと思ったので、できれば本文の中に入れていただきたいと思っています。

●阪会長 それも含めて検討していただければと思います。

ほかにございませんか。

(「なし」と発言する者あり)

●阪会長 では、ほかに質問がなければ、原案の協議については以上とします。

本日出されたご意見を踏まえ、原案を修正するなりなんなりして、次回の運営協議会で意見を伺いたいと思います。それまでにご意見等やお気づきの点があれば事務局へご連絡をいただければと思います。

## 5. 報告事項・その他

●阪会長 続きまして、報告事項に移ります。

まず、報告第1号の令和5年度国民健康保険料について説明をお願いします。

●保険事業担当課長 私から令和5年度札幌市国民健康保険料についてご説明を申し上げます。

資料4をご覧ください。

令和5年度札幌市国民健康保険料の保険料決定についてです。

1にございますとおり、令和5年度の保険料率が決定しまして、6月1日に告示し公表を行い、去る6月13日に納付通知書を各区役所から発送させていただいております。

具体的な保険料の料率は、医療分、支援金分、介護分、平等割、均等割、所得割など、色々分かれておりますが、2に記載しておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

令和5年度の保険料のトピックですが、3をご覧ください。

令和5年2月に開催しました運営協議会でご説明させていただきましたが、今年度は、医療費の上昇などがありまして、保険料が上がるが見込まれたことから、物価高騰の緊急対策として、国保の基金を10億円活用させていただくということをご審議いただき、

ご了承をいただいたところです。これにより、基金を活用し、保険料の上昇を抑制いたしました。

具体的にどのように保険料が抑えられたのかです。

2枚ほどおめくりいただきました8分の4ページの表2をご覧ください。

保険料のモデルケースにより具体的なイメージでご説明させていただきます。

上の表ですが、世帯主の方に給与収入がある2人世帯の場合の保険料です。左側に年収区分があり、その中段をご覧ください。例えば、年収が400万円の世帯ですと、令和4年度の保険料は42万9,720円です。基金を活用しなければ、その右側ですが、47万1,950円となるところでしたが、今回、基金を活用することによって46万1,030円となります。一番右側に黒三角のとおり、基金の効果によって1万920円ほど保険料を抑えることができました。

下の表に年金収入の事例も書いておりますけれども、中段のところをご覧ください。例えば、月20万円ぐらいですと年間で250万円程度になりますが、基金の効果により5,430円抑えることができました。

お戻りいただきまして、8分の2ページをご覧ください。

5の令和5年度の主な制度の改正です。

こちら2月の運営協議会でご説明したのですが、一つが最高限度額の引上げということで、支援金分の保険料について、最高限度額が20万円から22万円へと2万円引き上げられました。もう一つが低所得世帯への保険料軽減基準の拡大ということで、所得の比較的低い方に軽減がより適用されるよう、基準額が拡大しました。これらを加味した上でこのたびの保険料の納付通知書を発送させていただいているところです。

最後に、6の保険料の決め方です。

昨年度にも同じようなご説明をしましたが、保険料率が決定するまでの流れです。北海道が北海道全体の医療費の支払総額などから国などの補助金を差し引き、市町村が負担する納付金の総額を定めます。次に、各市町村の所得や加入者数、加入世帯数に応じて案分し、各市町村が負担する納付金の金額を北海道から示されるのですが、令和5年度について、札幌市が負担する納付金は480億円と示されたところです。そして、それをスタート地点とし、そこから札幌市に直接交付される補助金などを差し引き、保険料として集めなければならない金額を算定し、保険料を決定しました。

具体的な計算方法は7分の8ページ、8分の8ページにございますので、後ほどご覧いただければと思います。

●阪会長 今の報告について何か質問等はありませんか。

(「なし」と発言する者あり)

●阪会長 引き続きまして、報告第2号の国保加入時のマイナンバーの誤登録について事務局から説明をお願いします。

●保険事業担当課長 資料5をご覧ください。

国民健康保険加入時におけるマイナンバーの誤登録についてです。

資料は5月29日に報道機関に提供したもので、5月30日の新聞などでも報道されたので、既にご承知になられているかもしれません。

1の事案の概要です。

区役所におきまして、A氏とB氏の2人世帯があり、この方々の国保の加入手続を行う際、A氏のマイナンバーを誤ってB氏に登録したというものです。

なぜこのような事象が起きたのかですが、4の原因をご覧ください。

札幌市の国民健康保険については、市内に住民登録のある方にご加入をいただくものとなります。住民登録の情報にはマイナンバーも含まれており、正しいマイナンバーがシステムで自動連携されますので、職員が直接マイナンバーを入力することはございません。

ただ、例外がございまして、札幌市外に住民登録のある方で、例えば、大学生のような方で、親が札幌市の国保に加入している場合、実質的には親と生計が同一と考えられますので、そういった場合は、その学生の方の住民登録地ではなく、親と同じ世帯とみなし、札幌市の国民健康保険に加入することができるという特例があります。

この事例はその特例に該当する世帯で、Bさんは他の都市に住民登録されておりましたが、札幌市のお母様のほうの国保に加入するとなりました。ただ、そうなりますと、札幌市には住民登録がなく、札幌市ではマイナンバーを保有しておりません。そうなりますと、職員が加入手続時に書類などを確認し、マイナンバーを入力することになります。ただ、このとき、書類の確認が不十分で、A氏のマイナンバーを誤ってB氏に登録してしまったということです。

続きまして、判明した経緯について、2をご覧ください。と思えます。

1年前の2022年2月2日にA氏とB氏の国保の加入手続を行って、このときに誤って登録をしました。その後、5月24日、保険料算定のためにデータシステムを確認したところ、マイナンバーの誤登録が判明し、26日に保険医療部に連絡があり、データの修正を行いました。

判明後、データの修正を速やかに行い、正しい状態に修正されております。また、この間、お2人ともマイナンバーカードを保険証として登録されておりましたので、情報漏えいなどは本事案では発生してございません。

最後に、裏面の5をご覧ください。

現在、全区において同様の事例がないかどうか、札幌市として全件調査を行っております。調査件数はおおよそ600件程度です。また、マイナンバーを手入力した場合は、国のシステムなどを使い、そのナンバーが正しいかどうかをチェックすることを徹底し、再発防止に努めております。

●阪会長 今回の報告についてご質問やご意見はございませんか。

(「なし」と発言する者あり)

●阪会長 これで、報告事項も含め、本日の予定議事は以上ですが、ほかに何かご意見が



あればお願いします。

●保険医療部長 保健事業プランに戻りまして、最後に確認しようと思っていてすっかり忘れていたことがあります。

皆川委員に確認をさせていただきたかったのですけれども、本編初稿の30ページをご覧くださいと思います。

最初にいただいたがんの質問についてです。

基本的な考え方を分かりやすく記載するということがあったのですが、アのがんの一部と書いてあるところを読ませていただくと、「がんについては、がん検診を受けていただいた上で、その結果に応じて、精密検査や治療を受けていただくことが大変重要となります。このうち札幌市の国保として取り組むことのできるものは、加入者の方々にがん検診を受けていただけるよう効果的な受診勧奨をすることです。」とありますが、もう少し膨らませてというご趣旨でよろしいでしょうか。

●皆川委員 私が疑問に思った趣旨は、受診勧奨をしていただくことは構わないのですが、それが最終的にQOLが低いと判断した、医療費の平均額が下回るような方向に作用するのかが分からなかったということで、多少なりとも作用するのですというロジックがあればそれを付記していただければありがたいということです。

●阪会長 ほかに何かございませんか。

(「なし」と発言する者あり)

●阪会長 特にないようでございますので、以上をもちまして本日予定されていた案件は終了となります。

皆様、どうも、ご協力ありがとうございました。

それでは、事務局に進行をお返します。

## 6. 閉 会

●保険企画課長 本日は、長時間にわたり詳細なご審議をいただきまして、ありがとうございました。

今後の予定ですが、次回は8月29日または30日を予定しております。詳細は、時期が近づきましたら改めてご連絡いたします。

主な議題といたしまして、令和4年度決算報告と本日の協議を踏まえた次期プラン原案についての意見照会を行いたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

以上をもちまして閉会とさせていただきます。

ありがとうございました。

お忘れものがないように、お気をつけてお帰りください。

以 上