

平成29年度第2回福島県国民健康保険運営協議会 議事録

- 1 日 時 平成29年9月4日（月） 13:30～15:30
- 2 場 所 福島テルサ 3階 あぶくま
- 3 出席者 志田タリ子委員、高橋富美子委員、西尾ツネ委員、矢吹孝志委員、海野仁委員、長谷川祐一委員、藤原一哉委員（会長）、鈴木千賀子委員（会長職務代理者）、赤間啓太委員、齋藤博典委員
- 4 議事等
 - (1) 福島県国民健康保険運営方針素案（案）について
 - (2) 国民健康保険事業費納付金の算定方法について
 - (3) 今後のスケジュールについて
 - (4) 第三期福島県医療費適正化計画（仮称）について

【滝本主幹】

定刻となりましたので、只今から平成29年度第2回福島県国民健康保険運営協議会を開催します。

始めに、保健福祉部政策監よりあいさつ申し上げます。

【安達政策監】

委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、出席を賜りありがとうございます。

また、日頃より、本県における国民健康保険事業の推進に多大なる御尽力をいただいております。厚く御礼申し上げます。

本日は、福島県国民健康保険運営方針素案（案）をお示ししたいと考えています。第1回運営協議会において委員の皆様からいただきました御意見や市町村への法定の意見照会結果などについて市町村国保広域化等連携会議等において協議した内容を盛り込み、素案（案）を作成しました。この運営方針は、今後、市町村と県がともに国保制度を持続可能な制度として運営していく上で大変重要な指針となるものですので、さらに幅広く御議論いただきたいと思いますと考えております。

また、国保事業費納付金の算定方法につきましては、7月に国から新たに追加投入される公費の考え方が示されたのを受けまして、県におきましては、平成29年度に納付金制度が導入されたと仮定した試算を行ってきたところです。第1回の運営協議会でご説明した前回の試算結果とは異なった結果となっています。納付金の算定方法につきましては、被保険者の保険料に影響する重要な事項ですので、新制度への円滑な移行に向け議論いただきたいと思いますと考えております。

なお、本日は、医療費適正化の推進に向け国民健康保険運営方針との連携が求められる第三期福島県医療費適正化計画につきましても、今年度改訂作業中ですので説明いたします。

新制度が始まるまで7ヶ月を切りましたが、委員の皆様には、それぞれのお立場から忌憚のない御意見をいただきますようお願いして、あいさついたします。

【滝本主幹】

次に、新たに就任された委員を紹介いたします。

保険医又は保険薬剤師代表の福島県歯科医師会会長海野仁委員です。

【海野委員】

よろしく申し上げます。

【滝本主幹】

新任委員の任期は前任者の任期までであり、他の委員の方々と同様、平成30年3月31日までとなっておりますので御承知願います。

次に、定数の確認をいたします。

本日は、協議会委員11名のうち10名の委員が出席されており、条例第6条第3項に規定する「過半数の出席」を満たしておりますので、本会議は有効に成立しておりますことを報告いたします。

それでは、これからの進行につきましては、条例第6条第2項に基づき、藤原会長に議長をお願いいたします。

【藤原会長】

第1回目終了後、県では市町村と協議を重ね、本日は、運営方針素案（案）が提出されておりますので皆様よろしく申し上げます。

初めに、議事録署名人の指名ですが、福島県国民健康保険運営協議会設置規程第4条第2項により、鈴木委員と赤間委員を指名いたします。

それでは、議事に入ります。

まず初めに、「（1）福島県国民健康保険運営方針素案（案）について」です。

運営方針は、素案（案）についての本日の議論を踏まえ、9月にパブリックコメントを実施して、住民の方々の意見をいただくこととしております。また、あわせて、市町村からの法定の意見聴取の実施を予定しております。

それでは、事務局より運営方針素案（案）について説明をお願いします。

【菅野課長】

資料1をご覧ください。

前回説明しました運営方針の柱立てについては、前回との大きな変更点はありません。第1章から第9章までの構成となっております。

第1章は基本的事項を記載しています。第2章から第5章につきましては、必須事項でありまして、第6章から第9章は、任意事項として様々な事項について記載しています。

次に、資料2をご覧ください。

前回皆様に示しました運営方針（たたき台）から運営方針素案（案）の修正点をまとめたものです。

大きく4つにまとめました。

①は、第1回福島県国民健康保険運営協議会における委員の皆様からの意見、市町村への法定意見聴取による意見、庁内関係各課への意見照会に係る検討結果を反映させています。

②は、前回の運営方針（たたき台）には協議中の項目が多くありましたが、市町村の代表である連携会議ワーキンググループにおける協議でまとまった項目については、「協議中」を削除しています。見直し等があったところは修正しております。

③は、掲載データについては、できるだけ平成27、28年度の最新データへと更新しました。

④は、掲載データの内容の精査による見直しとして、多数の資料、グラフ等については本編から資料編での掲載に変更し、重複して掲載していたデータについては削除しました。全市町村のデータにつきましては、本県は市町村数が多いということもあり、資料編に移すことにしました。

以上が大きな修正点です。

次に別紙1をご覧ください。

これは、第1回福島県国民健康保険運営協議会で皆様からいただいた主な意見をまとめたものです。

主なものを説明しますと、第2章第3節「(2)赤字の解消・削減の取組み」について法定外一般会計繰入金を記載してほしいという意見がありました。これにつきましては、赤字市町村の現状について追加しました。

「(3)収納率の低下」につきましても意見をいただきました。年々国保の収納率が低下している本県の現状につきまして掲載しました。

次に、2国保事業費納付金等の算定の第3章第5節「(3)統一保険料率」についてですが、現実的には厳しい問題もありますが、記載すべきではないかとの意見がありました。これにつきましては、後ほど説明いたしますが、将来の課題等として記載しております。

次に、別紙2につきましては、市町村への法定意見聴取結果を取りまとめたものです。

別紙3につきましては、県庁内関係各課からの意見です。

資料3をご覧ください。国民健康保険運営方針の素案(案)の概要について説明します。

前回のたたき台からの変更点を中心に説明いたします。

「第1章 国民健康保険運営方針作成に当たっての基本的事項」については、大きな変更点はありません。目的、策定年月日を記載しています。

「第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し」ですが、「1 国保財政の将来の見通し」については、平成37年度までの医療費の推計、被保険者数、一人当たりの医療費の推計を記載することになりますが、後ほど説明があります第三期福島県医療費適正化計画との整合性を図ることになっており、当計画を勘案し推計することから、保留の扱いとします。

次に、「3 赤字解消削減の取組み、目標年次等」につきましては、国保の特別会計において、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村については、赤字解消計画を作成し、計画的に解消・削減を図ることとなります。解消・削減すべき赤字の

定義は、決算補填等目的の法定外一般会計繰入金額及び繰上充用金の増加額です。赤字市町村は、赤字解消計画を作成し自己評価を行い、県は、赤字市町村の取組状況を評価します。計画策定の対象となる赤字は、保険者の判断により行われる国保税の負担緩和、任意給付及び過年度赤字によるものを対象にします。

次に、赤字解消計画期間については、6年以内を基本とすることに修正しました。

これにつきましては、たたき台では3年間としていましたが、確実な赤字解消と保険料の急激な上昇に伴う被保険者の負担の緩和の観点から6年以内を基本とすることと修正いたしました。

「第3章 市町村における保険料の標準的な算定方法に関する事項」につきましては、次の議題で協議しますので、後ほど説明します。

次に、「第4章 市町村における保険料の徴収の適正な実施に関する事項」の「3 収納対策」です。県と市町村が重点的に取り組み、引き続き収納率低下の要因分析を行い、効果的な取組について検討していくことになっており、短期被保険者証、資格証明書の交付基準作成に関する協議が終了しましたので、交付基準の作成を進めていきます。

短期被保険者証、資格証明書は、収納対策の取組の一つです。短期被保険者証、資格証明書は、国保の保険料を滞納している方々に発行するもので、短期被保険者証については、本来の被保険者証の有効期限は1年間ですが、3か月、6か月という短い有効期限の被保険者証を発行し、その更新のタイミングに合わせて保険料の徴収等の対策の一つとして滞納者と交渉しています。資格証明書につきましても、同じく収納対策の一つであり、国保の資格があることを証明し、通常、病院等での窓口負担は2～3割ですが、資格証明書の場合は、一旦10割を支払っていただき、後日保険者負担分が還付されるものです。これらの2つの取扱いにつきましては、市町村によってそれぞれ交付基準が違っているところもあるため、今回を機に交付基準を県で作成することになりましたので、順次、作成を進めていきます。

次に、「第5章 市町村における保険給付の適正な実施に関する事項」の「1 県による保険給付の点検、事後調整」についてですが、レセプト点検については、たたき台では協議中でしたが市町村との協議が終了しました。特に大きな内容の修正はありません。レセプトの点検については、県の専門性や広域性を発揮した点検方法の構築に向けて市町村と連携して取り組んでいきます。県の専門性としては、病院等の医療監視の情報の活用を、広域性としては、県内の他の市町村に転居した方のレセプトの情報の活用が可能となりますので、そのような専門性、広域性を生かして市町村と連携して点検事務に取り組んでいきたいと考えています。

次に、「3 レセプト点検の充実強化」についても市町村との協議がまとまりました。これについては、現在、県に医療費給付専門指導員がおりますので、市町村に雇用されているレセプト点検員の研修の機会の充実を図るとともに県から情報提供、助言指導を行い、現在市町村が行っているレセプト点検の充実強化を図りたいと考えています。

次に、「4 第三者求償や過誤調整等の取組強化」につきましても、市町村と協議が終了しました。大きな内容変更はありません。これについては、評価目標、数値目標を設定し、県、市町村それぞれ底上げに努め、取組の強化を図ることになっています。

次に、「5 高額療養費の多数回該当」につきましては、世帯の継続性の判定について下線の部分の表現を修正しました。これは、国の要領の変更に合わせて修正したものです。

次に「第6章 医療費の適正化に関する事項」の「1 医療費適正化対策の充実強化」につきましても市町村との協議が終了しました。基本的な考え方として、保険者努力支援制度に定められる取組内容を勘案しながら、医療費適正化に資する取組を推進するもので、データヘルス計画の策定、特定健診等様々な有効な取組事項を記載しています。

データヘルス計画の策定につきましては、平成31年3月末までに59市町村全ての市町村が策定することを目指します。現在は4市町村が未策定ですので、平成31年3月までに策定していただきます。

特定健診、特定保健指導、後発医薬品の使用割合にはそれぞれ目標値を設定しました。できるだけ国の目標値と合わせてそれぞれ数値を設定しました。例えば、特定健診や特定保健指導については、平成35年度までに実施率60%以上の目標値を設定しています。

「2 医療費適正化計画との関係」につきましては、後ほど説明する医療費適正化計画に定められた内容を踏まえ、医療費適正化対策に取り組むこととしています。

次に、「第7章 市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項」、「第8章 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項」、「第9章 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他県が必要と認める事項」ですが、たたき台との大きな変更点はありません。

以上が前回のたたき台から素案（案）への変更点についての説明です。資料4は全体をまとめた福島県国民健康保険運営方針素案（案）、資料5は、たたき台から素案（案）の修正箇所を取りまとめたものです。

【藤原会長】

「第3章 市町村における保険料の標準的な算定方法に関する事項」以外について説明がありましたが、何か御意見、御質問はありませんか。

【長谷川委員】

収納率の問題は悩ましい問題だと思いますが、収納額の割合も個票に入れていく必要があると思います。被災している現状では、その月ごとに保険料を払えない方々が相当増えていると思います。様々な所得状況において、収納できる状況、できない状況があり、徴収できるところから徴収するというので、ある程度、収入の高いところで徴収していれば収納率は85%ぐらいだとしても収納額で言えば90%を超えているものもあると思いますので、多方面からの評価を要望したいと思います。記載しなくてもよいのですが、いずれは検討していただきたいと思います。

【菅野課長】

承知しました。その辺りも検討させていただきます。

【齋藤委員】

国民健康保険運営方針素案（案）の概要の第5章の「2 療養費支給の適正化」、「3 レセプト点検の充実強化」、「4 第三者求償や過誤調整等の取組強化」に共通するのですが、市町村から県に変わるが、こうした部分については今まで同様市町村が行うということで、例えば集中して合理化を図るなどについての考えはないか。

【菅野課長】

基本的には市町村が行う事務ですが、県も保険者になるので、市町村と共に広域的に取り組んで、県の専門性が発揮できるところについては、県も市町村と医療費の適正化、第三者行為求償の取組についても連携していきたいと考えています。

【齋藤委員】

市町村によっては、大きいところも小さいところもあって事務レベルについてはかなり開きがあるのではないかと思います、集中して行うことにより効果が見込まれると思うのですが、当面はそういったところを行わないということになるのですか。

【菅野課長】

今まで市町村でやっていただいております、県の専門性もまだまだな部分もありますので、市町村と一緒に徐々に取り組んでいきたいと考えています。

【齋藤委員】

できましたら、その辺の方向性などを書いていただいたらよいかと思います。
また、海外療養費については、現在はどのようになっていますか。

【菅野課長】

その辺の議論については、進んでおりません。

【齋藤委員】

第6章の医療費の適正化の取組に関する事項のところ、後発医薬品の使用割合の取組として目標の年次が平成35年度までに80%以上と記載されているのですが、骨太の方針では、平成32年9月までに81%を達成するという目標が出ています。それとの整合性はいかがですか。

【菅野課長】

これについては、平成32年9月までに81%達成という閣議決定がなされましたが、パブリックコメントや市町村への意見照会も含めて修正すべきかどうか検討していきたいと考えています。

【赤間委員】

同じく、特定健診、特定保健指導の目標は60%ですが、先日福島市の国保運営協議会

に行きましたが、福島市の特定保健指導率は平成 27 年度が 13% ぐらいということです。私達被用者保険でもこの率を上げるのに本当に大変で、国保もパイが大きいので本当に大変だと思います。福島県内でばらつきが結構大きいので、福島市の保健指導率が 13% で、あと 6 年間で 60% というのは大変だと思うのですが、やはり目標を掲げた上は、市町村の格差を何とか平準化していくしかないと思いますので、その辺の徹底についてよろしくお願ひしたいと思います。

【菅野課長】

貴重な御意見ありがとうございました。

【藤原会長】

ほかに何かありますか。

【長谷川委員】

市町村への法定意見聴取結果 17 番についてですが、保険給付費は、交付金として「県→市町村」となっているが、「県→国保連合会」への支払いで検討したいとのことですが、この文言についてどう違うのでしょうか。詳しく分からないのですが、交付金として払われる場合と国保連合会へ 1 回納める形で国保連合会から給付費が払われる場合の違い、これは全国的に統一したものなのか、あるいは交付金にしなければならない理由があるのでしょうか。

【菅野課長】

平成 30 年 4 月から県が財政運営の責任主体となることからお金の流れが変わります。

現在は、各被保険者が医療機関にかかった場合、診療報酬相当分の 7 割分につきましては、各医療機関から国保連合会を通して市町村に請求が来ます。それを市町村は、国保連合会を通して各医療機関に支払うという流れになっています。県が財政運営の責任主体となった場合その中に県が入りますので、各医療機関からの診療報酬相当分の 7 割分の請求につきましては、国保連合会を通して市町村に請求が上がり、市町村がそれを県に請求することになります。県は請求分を交付金という形で市町村に支払い、市町村は連合会を通して各医療機関に支払うことになります。そうすると、そこに、市町村から国保連合会にというお金の流れに県から市町村という流れが一つ加わることになりますので、県から市町村への手順を省略し、県から連合会に直接交付金が支払えないか検討して欲しいということです。国の資料にもありまして、直接県から連合会へ支払いすることになれば、市町村の事務手続きが一つ簡略化できるという意味です。本県の場合は、地方単独事業の公費化という課題等もあり困難であるため、当面は、県から市町村に交付金を支払い、市町村が国保連合会を通じて医療機関に支払う流れについて協議しているところです。

【藤原会長】

ほかに何かありませんか。

【矢吹委員】

ただいまの質問と関連しますが、審査を各市町村ではなく県で統一して行うという方法は将来あるのですか。今各市町村でやっていることを県で一括して行うことは考えていますか。

【菅野課長】

今のところはその考えはありません、あくまでもレセプト点検は一次的には市町村が行うものとの整理がされています。

【矢吹委員】

前回は、最終的に保険料は各市町村まちまちにするとういう言い方だったと思うが、新聞では、福島県は統一するとなっています。将来的には全県の市町村の保険料は統一するのですか。

【菅野課長】

後ほど説明しますが、将来的には統一する方向にあると考えています。

【矢吹委員】

後で説明があるのであれば、統一することによる違い、メリット、デメリットを教えてください。

赤字市町村の赤字解消計画についてですが、元々収入源は保険料とたかが知れています。支出は市町村それぞれに支出したということですか。要するに赤字であるということは、収納率が悪かったからなのか、赤字という点では余計なことは言いませんが、過剰にやって赤字になったのか、原因になったことをそういうことをやめて返す計画を立てるのですよね。収納率を上げれば赤字が解消するのか、その赤字を解消するのは、簡単なのか、簡単ではないのか。

【菅野課長】

赤字市町村にもいろいろな状況があります。

やはり、収納率が思った以上に上がらないため、その部分に対して一般会計から繰入をすることもありますが、そもそも保険料をある程度押さえるために一般会計から法定外の繰入をしているところもあります。基本的に収納率によって赤字になるというところは、平成 30 年度以降は納付金制度、交付金制度が導入されるので、保険料を抑えるために一般会計から繰入をしている市町村は本県の場合にはありませんので、それについては解消していく計画です。

【矢吹委員】

そうするとうまくいくのですね。難しいとは思いますが、わかりました、以上です。

【藤原会長】

第1の議題について、そのほか何かありませんか。

今の話と関連するのですが、資料3の「3 赤字解消・削減の取組」、資料4の素案(案)11ページになりますが、現在は市町村が国民健康保険の保険者ですが先ほどの話では県も保険者になるということです。そうすると、資料3の計画の対象となる赤字は、保険者の判断によるものであれば、県も保険者になるということは県の判断で政策的な市町村の赤字をもたらすような軽減措置についても県の判断でやめさせるというか、政策的に保険料を安くしないという方向であるということか。

【菅野課長】

この保険者の判断によるものは、あくまで市町村という意味です。この中に県は含まれません。

【藤原会長】

新しい制度においては、市町村の政策的な判断で軽減措置をしないと市町村との協議において納得されたのか。

【菅野課長】

赤字市町村につきましては、一般会計からの法定外繰入を徐々に縮小し赤字を少なくしていくことで、協議の中では納得いただきました。

【藤原会長】

それでは、第1の議題についてはほかにありませんか。よろしいですか。

(なしとの声)

【藤原会長】

それでは、続きまして、「議題(2)の国民健康保険事業費納付金の算定方法」について事務局から説明をお願いします。

【菅野課長】

国保事業費納付金等算定について説明いたします。

前回、国保事業費納付金の制度、算定方法、試算結果等につきまして説明しました。

今回、国から追加の条件等が示されましたので、それらを追加して2回目の算定を行ったところです。まず、算定結果から説明いたします。

国民健康保険事業費納付金の試算結果(8月試算)を御覧ください。

まず、「1 今回納付金の試算」についての①試算の目的でございますが、前回と同様に平成29年度に納付金制度が導入されたと仮定して、新制度を前提に一定の条件の下で市町村ごとの納付金額等を試算したものです。

この試算の結果については、平成30年度の納付金の算定方法や激変緩和のあり方等に

ついて市町村と協議し、合意形成を進める基礎資料の一つとしたいと考えています。

②前回の試算の前提との主な相違点です。一つ目としては、追加公費 1,700 億円です。国保財政の責任主体の県への移行に伴いまして、国では、平成 30 年度から全国ベースで 1,700 億円の追加公費を投入することになっています。今回はその 1,700 億円のうち 1,200 億円であり、本県分は、約 17.6 億円入っていますので、その分が収入として増えたこととなります。医療給付費等の推計値、これは各市町村が医療機関に支払う医療費ですが、前回の試算に比べ約 96 億円減少しています。これは、直近のデータを取り込んだことによる減額です。平成 27 年度につきましては、高額医薬品の影響もあり、医療費が伸びたところもありますが、平成 28 年度は全体的に減少しています。医療費の総額につきましては、本県全体では減少傾向にありますので、直近のデータを取り込んでこのような額を推計しました。前期高齢者交付金の交付額、いわゆる被用者保険、社会保険から前期高齢者の人数に応じて各県市町村に交付されている交付金ですが、これは国から示されました直近の情報から推計したものです。これにつきましては、約 35 億円の増となっております。次に医療費指数ですが、全国平均を 1 とした場合のその市町村がどの程度医療費がかかっているかを表す指数です。前回の試算では、最大が 1.66、最小が 0.852 と約 2 倍の格差がありましたが、医療費指数に係る国の算定方法に少し誤りがありまして修正が行われました。その結果、最大が 1.21、最小が 0.8519 と、その差が約 1.4 倍に縮小しました。これらの条件の下で試算をしたものが「2 試算の結果」です。今回の試算では、増加した市町村が 5 市町村で、最大の増加率が 39.7%です。減少した市町村は 54 市町村で最大の減少率が 47.8%となっています。これを県平均の一人当たりの保険料に直しますと 108,860 円です。平成 28 年度の各市町村の決算ベースの一人当たりの保険料 134,026 円と比較いたしますと 18.8%の減少となっています。

「② 一人当たりの保険料減少の理由等」ですが、(ア)としまして、先ほど申し上げました全国ベースで 1,200 億円の追加の公費のうち本県には 13.8 億円が投入されたことから、一人当たりの保険料を約 3,200 円引き下げる効果がありました。(イ)としまして、医療費が全体で約 96 億円減少したことから、一人当たり保険料が 21,000 円を引き下げる効果がありました。(ウ)としまして、前期高齢者交付金の増加により、一人当たり約 7,800 円引き下げられ、(ア)、(イ)、(ウ)を合計しますと一人当たり保険料を約 3,200 円引き下げる効果となっています。※部分の「上記(ア)～(ウ)がなければ、一人当たり保険料は、約 141,000 円と試算される」とありますが、今回試算の一人当たりの保険料を 108,860 円と比較して(ア)、(イ)、(ウ)の効果が大きいものと考えています。

次に、「③ 試算結果の留意点」ですが、今回の試算結果は、今後実施される平成 30 年度の本算定において各市町村が実際に賦課する保険料額を表すものではないということです。もう一点は、前期高齢者交付金等の経過措置に伴う市町村ごとの精算額の影響が大きく、これにより平成 31 年度までは保険料額が大きく増減する可能性があります。これは後ほど市町村一覧表で詳しく説明いたします。今後保険料が大幅に増加する市町村への対応につきましては、急激な上昇を押さえるために国で定められました激変緩和措置を活用して、この上昇を抑えたいと考えています。

次に、各市町村の一覧が載っております福島県平成 29 年度納付金等試算結果をご覧ください

ださい。

比較Aが国で定められました算定方法、いわゆるガイドラインに基づき試算したものです。各市町村の対 28 年度の伸び率で上昇した 5 つの市町村を申し上げますと、21 番の檜枝岐村、25 番磐梯町、30 番三島町、32 昭和村、55 番葛尾村です。

次に、比較Bです。先ほど、試算結果の留意点において、前期高齢者交付金の精算額の影響により保険料額が大きく増加する可能性があることを申し上げましたが、前期高齢者交付金は、被用者保険から前期高齢者の人数に応じて各市町村に交付される交付金です。これは、市町村ごとに概算払いで交付され、2 年後に精算する仕組みとなっているため、多く交付された市町村は 2 年後返還し、少なく交付された市町村は 2 年後に追加交付されることとなります。これまでは、前期高齢者交付金は市町村ごとに交付されていましたが、平成 30 年度以降は県に一括して交付され、県が精算する仕組みに変わります。30 年度以降は市町村での精算行為はなくなりますが、平成 28、29 年度に市町村に交付された前期高齢者交付金については、2 年後の平成 30、31 年度に市町村ごとの精算が必要となります。この 2 年度については、追加交付される金額、返還する金額により市町村によっては大きくプラスマイナスの影響が出てくるものです。

比較Bについては、この前期高齢者交付金の精算額を平成 29 年度の試算額から控除した金額です。そうしますと、例えば 21 番檜枝岐村では、比較Aでは 22.0%プラスになっていましたが、比較Bではマイナスとなります。これは、檜枝岐村は前期高齢者交付金を平成 27 年度に多く交付されていたため平成 29 年度に精算で返還しなければならない。その返還額が平成 29 年度の試算額ではプラス（加算）されていたため、その分 22%が増額になりました。それを除くとマイナス 9%ぐらいの保険料額になります。つまり、比較Bは、前期高齢者交付金の影響を取り除いた平成 32 年度以降の本来の算定方法による試算と考えられます。

次に、比較Cですが、先ほど、留意点として、今回の試算結果は今後実施される平成 30 年度の本算定において市町村が実際に賦課する保険料額を表すものではないと説明しました。平成 28 年度の決算額は、市町村によっては保険料を引き下げるために財政調整基金や前年度繰越金を保険料に充当したり、法定外の一般会計繰入を行っている場合があります。また、各市町村の収納率が 80%だったり 90%だったりまちまちですので、収納率を反映させて実際の賦課に近い保険料を試算したものが比較Cです。平成 28 年度の決算②が実際の各市町村の賦課に近い金額を表したものです。

また、平成 29 年度の試算結果を比べますと、このように市町村の中でもプラスやマイナスの違いが出てきます。比較Aは、ほとんどの市町村がマイナスになりますので、実際に皆さんの保険料が 20%なり 30%なり下がるのかと思われがちですが、実際に各市町村が賦課している保険料は、財政調整基金、法定外繰入金などを充当しているところもありますので、実際の賦課に近い形は比較Cの試算かと思われます。これが 8 月に国から新たに示された算定方法を勘案しまして試算を行った結果です。

それでは、資料 6 をご覧ください。算定試算の結果を基に、運営方針に記載します案について説明します。10 頁をご覧ください。納付金等にかかる算定方法について、今般の第 3 回試算に基づいて課題対応の方針を協議し、運営方針素案に盛り込むとともに、平成 30

年度の本算定に向けた準備を進めて行くために、1番から9番までの協議事項がありますので順次説明をさせていただきます。

11頁をご覧ください。課題対応の方針について「(1)医療費の格差」の医療費指数反応係数 α が0に近づくほど、医療費指数が低い市町村は医療費水準の高い市町村分の納付金を負担することになり負担が大きくなるため $\alpha = 1$ を基本としますが、次の事項に配慮しつつ、市町村と協議して設定します。

お手元の別添資料の医療費指数見直し【一部負担金減免分控除】をご覧ください。この表の真ん中の医療費指数見直し後と記載してある数字が各市町村の医療費指数を表したものです。それぞれ0.8から1.2までバラつきがあります。全国平均を1にした場合の各市町村の医療費指数でありまして、1.2と書いてあるところは1.2倍、0.8とあるところは0.8倍になっているということをごさいます、納付金を算定するに当たりまして、この医療費指数を各市町村の納付金に乗じることになります、その際にこの医療費指数をそのまま掛けるか、それとも、もっと小さくして掛けるかというのは、医療費指数反応係数 α により調整します。 $\alpha = 1$ は、この医療費指数をそのまま見ますということです。 $\alpha = 0.5$ は、医療費指数の1より大きい部分を半分にしますということをごさいます、基本としては医療費指数が高いほど市町村が納付金を負担するという形になりますので、 $\alpha = 1$ を基本として市町村の医療費単価、医療費の適正化の取り組み、保険料の激変、将来的な保険料の水準などを勘案して、基本的には $\alpha = 1$ としてはどうかということをごさいます。

次に「(2)所得の格差」をごさいます。所得係数 β は、所得が多いところほど多く負担してもらうことになります。別添資料の所得水準をご覧ください。これが市町村ごとの所得の水準であり、平成26、27、28年の3ヵ年平均の所得水準を表しています。表の一番右側の所得水準は県の平均所得を1とした場合に、各市町村の所得の多い、少ないを表しています。一番高いところで2を超えているところもごさいますし、低いところで0.8というところもごさいます、各市町村所得のバラつきをごさいます。

納付金を各市町村に配分する時に所得係数 β を使います。これは、まず納付金配分のための β ですが、次の事項に配慮しつつ、 β の検討を行うという考え方を示しております。 β は、本県に係る国から示された数字をごさいます、全国ベースを1とした時に、本県の場合は0.961という数値です。この数値を納付金を配分する時に使いたうことをごさいます。実際に市町村の標準保険料率を算出する場合の β につきましては、各市町村は出来るだけ低所得者の負担に配慮して標準保険料率を決定して欲しいというところから、市町村標準保険料率の賦課割合には、 β として1.164という数値を使いたうかという考え方でごさいます。将来的には、この2つの β について同じ値とすることで保険料水準の統一を目指していきたくて考えております。

続いて12頁をご覧ください。「(3)納付金に含める保険給付の範囲」をごさいます。これは事務の標準化において、納付金に含めた際の事務的な整理を十分に行いながら、将来的な保険料水準の統一を目指し、市町村と協議して範囲拡大を進めていくことをごさいます。現在、各市町村とさまざまな事務の標準化の議論を進めております。例えば、各市町村で被保険者が亡くなった時に葬祭費を給付していますが、本県の場合、3万円、

5万円、6万円と各市町村バラバラの葬祭費を支給しております。これを5万円に統一するというので協議を進めておまして、5万円で標準化しましょうという形になっております。それ以外の給付についても納付金に含めてはどうかというところもございまして、それは現在協議して進めております。

次に「(4) 高額医療費のリスク」でございます。高額医療費には、一人当たり1件のレセプト金額が80万以上の高額医療費、また一人当たり1件のレセプト金額が420万円以上の特別高額医療費がございます。こういう高額医療費が突発的に発生しますと、各市町村の医療費が、保険料が急激に上がるというようなこともございますが、今回、納付金が導入されるということで、医療費指数を各市町村の納付金に反映をさせます。この医療費指数は3年間平均になりますので、一時的に高額な医療費が発生しても急激な上昇は緩和されますし、年度途中で高額な医療費が発生しても、保険給付費につきましても、県が交付金という形で全額各市町村に支払いますので、突発的な高額医療費については一時的には対応されます。そのため、基本的には、本県におきましては、高額医療費の共同負担を行わないこととします。しかし、小規模市町村については、著しく高額な医療費が発生いたしますとリスクが発生するため、これにつきましては、県全体で共同負担する仕組みや激変緩和措置等も必要に応じて今後対応を協議していきたいと考えてございます。

次に、「(5) 保険料の算定方式」でございます。現在、各市町村の保険料の算定方式は3方式、4方式の2種類がございます。3方式は、所得割、均等割、平等割という3つの方式でございまして、4方式は、これに資産割が加わります。県が市町村の標準的な保険料を示す場合の算定方式は、3方式を基本としておりますので、平成35年度までには全市町村が3方式になることを目指したいと考えております。平成29年度現在3方式の市町村は30ございます。4方式が29市町村ありまして、3方式を採用している市町村が少しずつ増えてきておりますので、平成35年度までには全ての市町村が3方式となることを目指したいと考えております。

続いて13頁をご覧ください。「(6) 標準的な収納率」です。納付金を計算するに当たりまして、各市町村の収納率を勘案する必要がございます。この収納率につきましては、各市町村の実態を踏まえた実現可能な水準としつつ、かつ、低い収納率に合わせることなく、例えば、保険者規模別や市町村別などにより適切に設定することとガイドライン等に記載されております。本県の場合には、規模別に分けまして、直近の3か年の平均を毎年度設定したいと考えております。

前回のたたき台では、一番左側の「見直し前」の区分で設定しておりましたが、これによりますと7千人未満のところに多くの市町村が集中してしまい、偏りが大きいので「見直し後」の保険者規模別に見直しをいたしました。7万人以上というところが大規模な市、3万人以上7万人未満が中規模な市、7千人以上3万人未満が小規模な市という区分になります。3千人以上7千人未満が町村になりまして、3千人未満が小規模な町村という形で再度区分したものです。算出方法としましては、それぞれ直近3か年の平均値を毎年度設定するという形にさせていただいたところでございます。

続きまして14頁でございます。「(7) 公費の配分等」ですが、先ほど国から1,700億円の追加の公費があると説明させていただきましたが、そのうち都道府県に配分される

公費というのがございます。「特別調整交付金（県分）」と「保険者努力支援制度（県分）」でございます。

まず、特別調整交付金の県分ですが、これが今回の公費拡充によりまして全国規模で約 200 億円規模、各都道府県に配分されるところでございます。本県分は約 2 億 6 千万円でございます。これにつきましては、子どもの数に着目して交付されるものでございます。まずは県に交付されますが、各市町村の子どもの数等に合わせて県から市町村に再配分したいと考えております。

次に保険者努力支援制度の県分というのがございます。これにつきましては、下の表に①、②、③を合計して 500 億円規模で都道府県に交付されます。そのうち①、②につきましては、各市町村の取り組みが評価され、それが最終的には県の評価につながって県にお金が交付される仕組みですので、全額各市町村に重点的に再配分をしたいと考えております。③につきましては、県の取り組み自体に対して交付される交付金でございますので、これについては県の取り組み経費や県全体の公費として差し引くという形にしたいと考えてございます。

続いて 15 頁をご覧ください。「（8）激変緩和」についてでございます。まず「激変緩和措置の実施期間の設定」についてですが、当初 6 年間と期限を定めていたところがございますが、現段階で将来的な保険料負担の推移が不透明でありますので、期限は定めないとしたいと考えております。

「納付金の算定方法の設定」ですが、いわゆる α とか β の設定を用いて出来るだけ激変が生じにくい数値にしていこうとこれまでも説明して参りましたとおりです。「県の繰入金」は、個別に市町村に公費充当して、負担感を一定程度まで緩和する方法でございます。

「特例基金の活用」は、国から激変緩和分として公費が入って参りますので、それを特例基金という形で平成 30 年度から 35 年度まで活用する方法でございます。激変緩和についてはこれらの措置を十分に活用しながら考えていきたいと思っております。

16 頁をご覧ください。「（9）保険料水準の統一」です。現在各市町村におきまして医療費の水準や保険料の水準に格差がございます。保険料の算定方式についても 3 方式、4 方式と差異がございます。このような状況におきましては、平成 30 年度からすぐに保険料水準の統一を実施するには多くの課題が残っておりまして、急激に統一いたしますと保険料負担の急変も招きますので、医療サービスの均一化や医療費適正化の取組みを推進いたしまして、負担能力に応じた負担を考慮していく必要があるかと考えてございます。

17 頁をご覧ください。保険料率のあり方につきましては、県内どこに居住していても、所得や年齢が同じであれば同じ保険料率とすべきというのが市町村との共通認識の下であります。将来的には県統一保険料率を目指したいと考えております。実現に向けた方向性といたしまして、まずは賦課方式を 3 方式に統一したいと考えておりまして、「実現に向けた方向性」に記載の事項の状況を見ながら、保険料水準の統一に向けた取組みを推進していきたいと考えてございます。

取組みの期間と目標時期につきましては、まずは、今回の運営方針の対象期間が平成 35 年度まででございますので、平成 36 年度には先ほど説明いたしました、医療費指数反応係数 $\alpha = 0$ にしまして、所得係数 β 値を統一するということを目指したいと思っております。

$\alpha = 0$ にするということは、医療費の格差を保険料に反映させないということになります。市町村間の保険料の収納率については最後まで格差が残ってしまいますので、その均質化を経まして最終的に将来的には県の統一保険料の実現を目指したいと考えてございます。

以上が、国保事業費納付金の算定方法について、国保運営方針に定めたいと考えているところでございます。

説明は以上でございます。

【藤原会長】

国保運営方針素案の第3章について今説明がありました。素案の第3章を含めまして今の資料について何かご意見ご質問等ございますか。

【高橋委員】

素朴な質問で申し訳ございませんが、保険料の算定方式で私の町は4方式を採っているんですが、それが3方式になるということは、今まで4方式でやっていたところと、3方式をそのまま移行した場合に、どのような違いが出てくるのか教えていただきたいと思えます。

【菅野課長】

4方式のところでは所得割と資産割、均等割、平等割であったものが、資産割がなくなるということですので、その分の税率が所得割に移行してくるものと考えております。急激に移行させてしまうと、保険料の急激な上昇を招いたりしてしまうので、各市町村さんのほうでは資産割を徐々に減らしていったり所得割、均等割、平等割に徐々に上乗せしていったり、少しずつ税率を変えていくところです。

【高橋委員】

算定方式が統一されるのが平成35年度までということで、各町村等で条例等で率を決めていくということですか。

【菅野課長】

出来るだけ平成35年度までに全市町村が3方式になることを目指していくという、これはお願いですので、平成35年度まで全市町村がピタッと揃うかどうかは不透明なところではございますが、市町村には是非お願いしたいと考えてございます。

【高橋委員】

わかりました。

【齋藤委員】

最後のところで、平成35年度からは統一保険料率にしたいということですが、その際

は $\alpha = 0$ ということで医療費の水準を保険料に反映させないということになっています。それは理想の状態であって、それを満たすために医療費適正化計画そういったことをやっていくわけですが、そうならば本当にいいと思いますけど、そこまでにそういったことを目指していくということですね。

【菅野課長】

医療費の格差がありますので、平成 36 年までに必ずできるかと言うと被災地の復興状況とか医療費適正化計画の進捗状況とか、さまざまな条件がありますので、平成 36 年度に $\alpha = 0$ 、医療費格差を反映させないようにしたいという、一つの目標という数値と捉えていただけたらと思います。

【齋藤委員】

それともう 1 点ですが、先ほどの別添資料で市町村ごとの一人当たり所得と所得水準の率が出された資料ですが、これは β が 1.164 にした時の数字ですか。

【菅野課長】

これは、単純に県の平均を 1 とした場合に各市町村がどのくらいの所得水準かを算定したものです。

【齋藤委員】

実際に保険料率に反映させる時には、この数字を使うわけではないということですか。

【菅野課長】

納付金を配分する際に県全体の納付金額を出しまして、各市町村に按分する時に医療費の指数とこの所得の水準で按分しますので、所得水準が高いところは納付金の金額が大きくなるという仕組みになってございます。

【齋藤委員】

そうすると 1.164 というのはどこで使うのかですか。

【菅野課長】

1.164 というのは、標準保険料率を計算する時に使うことになります。

【齋藤委員】

それとですね、国のほうから保険者努力支援制度で全体で 500 億円の交付金が各市町村、それから県に対して交付されると、14 頁ですけども。これは最終的には市町村は保険料率を下げられるということですよ。

【菅野課長】

頑張っている市町村には頑張っている分だけインセンティブが働くことになります。それだけ収入が大きくなりますので、保険料を下げるができるという形になると思います。

【齋藤委員】

ありがとうございます。

【藤原会長】

この議題に対してこの他に何かございますか。

【齋藤委員】

今、相双、いわきを中心に被災地等で医療費がすごくかかっているところがあるかと思いますが、そういったものはこちらのほうにはストレートに反映されているわけではないのですか。それは何か調整するものはあるのでしょうかね。

【菅野課長】

被災市町村はどうしても医療費が高いということで、別添資料の医療費指数をご覧いただくと、どうしてもこの地域は高くなっておりますので、これについては納付金の按分の中では特にこの数字で反映しているところであります。

【齋藤委員】

見直し後のところか。

【菅野課長】

はい。国のほうの算定方法の中に誤りがありまして、この算定方法の誤りというのは、見直し前と見直し後の違いでございます。詳しく説明いたしますと、現在被災市町村につきましては一部負担金が減免措置になってございます。減免措置の部分が、この医療費指数の計算方法の中に含まれておりましたので、一部負担金の減免額を医療費指数の計算の額から除きまして計算いたしました。本来の医療費指数になったというところでございます。

【齋藤委員】

わかりました。ありがとうございます。

【矢吹委員】

先ほど質問した続きになりますが、保険料を統一するというのは平等のように見えて不平等である。何で不平等かと言いますと、医療費がかかるところが多く払って済むと。所得が多いところのほうが多く払って済むと。それは福島県においては、うまく相殺される

と理解してよろしいですか。

【菅野課長】

そうですね。各市町村相互の助け合いの中で国保を運営していくという形に最終的にはなりますということです。

【矢吹委員】

助け合うという感情的なものではなくて、実際医療費がかかるところは収入が少ないところが多い。所得が多いところは、病気が少ないと。うまいことそれを相殺すると、いくんだと言うのが、福島県の統計的な結果から出したんですかという質問です。

皆さんで平等にやりましょうというのはいいですよね。誰も。ただ多くなった人は多く出さない、いっぱい病気を抱えている人は出さないですよね。

【菅野課長】

医療費の格差をできるだけ縮めていった時に最終的に統一保険料が実現するのかなと、格差があまりに多い段階ではなかなか統一保険料までの実現は難しいと考えています。

【矢吹委員】

今私が言った所得と病気のやつが相殺されるわけではないということか。

【菅野課長】

そうですね。そこは相殺されるわけではないです。

【矢吹委員】

わかりました。

【長谷川委員】

資料6の14頁の上のほうに、特別調整交付金のところ、子どもの被保険者についての医療費ですが、この項目は今盛んに18歳未満の一部負担金を減免するという市町村が一所懸命積極的にお話しされている項目の財源になっているのでしょうか。それともこれは全く別のものと考えてよろしいでしょうか。

【菅野課長】

これは別のものです。これは20歳未満の子どもの被保険者数に着目して国から財政支援という形でくるものです。

【長谷川委員】

18歳で学生の時、減免する仕組みということか。

【菅野課長】

それとは違います。

【長谷川委員】

財政、県で言えば、18歳未満一部減免措置を取っている市町村においては、今後国ベースの話で、我々の情報としてあったのは、そういったところは勝手にやっているからその分は医療費が高くなるから、何かしらの皺寄せがかかりますよとか、研修会とかで聞く時があるのですが、そういった影響等はこの交付金と言うんですか、給付金額の減少の施策のみに組み入れることは今のところは福島県では考えていないということか。

【菅野課長】

はい。

【齋藤委員】

基本的なところで申し訳ないが、今回こういう数字で検討された標準保険料率や市町村ごとの保険料率が出るわけですけども、それを実際に各市町村で実施に移す際についての制約と申しますか、実際に課する保険料率というものについては、これは市町村内の議会とかで決めるのでしょうか、制約とかそういったものは特になのでしょうか。

【菅野課長】

特にありません。県は標準保険料率という形で市町村にお示ししますので、市町村はそれを参考に実際の保険料を課税することになります。特に制約というものはありません。最終的な保険料の賦課決定権は市町村にありますので。

【齋藤委員】

そうすると、財政的に余裕があるところは、もっと安くするとかということも可能となってくるわけですか。

【菅野課長】

そうですね。可能かと思います。

【齋藤委員】

それは先ほど出てきた赤字解消計画がありますけれども、あの赤字の対象にはならないということでしょうか。

【菅野課長】

はい。そこはなりません。

【齋藤委員】

そうすると、標準化しても実際に課される保険料率というのは各市町村によって考え方

によって違ってくる可能性もあるということですね。

【菅野課長】

そうですね。実際のところは。統一保険料率に持っていくまでには、それぞれ各市町村で医療費の格差とか所得の格差とかいろいろございますので、当初は各市町村によっては開きは出てくるかと思えます。

【齋藤委員】

それを集約していきますとかそういう考えもないですかね。統一保険料率となったとしても、それは決めたから、それはあくまでも標準的なものであって、実際に各市町村でどのような保険料率にするのかというのは、各市町村で、平成 36 年度以降になったとしても、それは考え方は今と同じということでしょうかね。各市町村が決めると。

【菅野課長】

そうですね。基本的には各市町村が保険料率を決めるというところは変わりません。将来的には、医療費の格差とか被災地の復興状況とか、医療費適正化の状況とか進捗状況とか見ながら将来的には福島県として統一した保険料に持っていきたいということが最終的な目標となります。

【齋藤委員】

それは標準保険料率を統一したいということか。

【菅野課長】

そういう意味です。

【齋藤委員】

実際適用するのは市町村の考え方で、いつからその統一保険料率になるのか。その何%を取るのかは市町村が決めることだよということになるわけですか。

【菅野課長】

そうですね、はい。

【矢吹委員】

猪苗代町は猪苗代町いくらと全部金額を決めて、あと中身はなんでもいいというのが齋藤さんの質問だと思うが、個人の保険料率はその市町村で決めて、標準保険料に人数を掛けて全部をよこせと、そういうことですか。個人の保険料率はバラバラでいいんだというのが今の菅野さんの回答はね。

最初の質問は、市町村が議会で決めるわけですから、勝手に、県の言うことを聞かなく

ていいんだと。それでいいか。

【菅野課長】

あくまでも県の示す標準保険料率は参考となる数字なので、最終的な賦課決定権は市町村にあるので、そこは市町村バラバラにはなってくる。

【齋藤委員】

平成 36 年までにそうするという事ではないということか。

【菅野課長】

平成 36 年度までにそうするという事ではないです。将来的にはという話なので。

【齋藤委員】

その県が決める標準保険料率は、県が同じレベルにしても、その決めますけども、実際に適用される保険料率というのは各市町村が決めるということなのですか。

【矢吹委員】

いや、将来は違うと思う。

【齋藤委員】

いつまでにするとか、そういうのはないんですか。

【菅野課長】

将来的にはということで、いつまでに統一保険料率にするとかは、今の段階では、いろいろな課題があって困難ですので、様々な課題をクリアしてからでないと出来ないと思います。

【矢吹委員】

先ほど $\alpha = 0$ にするという話ですね。 $\alpha = 0$ にするという事は、医療費適正化の中で、医療費を阻害するという事ですよね。所得の応能がないわけですよね。応能がなくなるわけですよね。要するに、所得が多い人はいっぱい払わなくていい。標準率になりますから。将来、標準保険料に統一されますよね。そうすると、所得の多い少ないにかかわらず一定にすると。所得の多い市町村がいっぱい払うわけではなくて、所得に関係なくなりますよね。

【菅野課長】

所得の多い市町村はたくさん払うようになります。

【矢吹委員】

将来ですよ。

【菅野課長】

将来、保険料を統一した時のことですか。

【矢吹委員】

$\alpha = 0$ にするということは、例えば会津の檜枝岐とかの方々、高齢者の方が多いところで、医療費がいっぱいかかると。極端に言うとかかりますよね。高齢者がいればかかると。そういうところだけ縮めようというのがこの標準率になっちゃいますよね、理屈は。所得は限りなく重要視しない。病気のほうだけ、医療指数だけ0に近づける、こういう理論ですよ。将来、標準一定化するとですよ。統一保険料率は、そうですね。

【菅野課長】

所得の多いところは多く払うという、そこは残ります。

【矢吹委員】

残るんですか。

【菅野課長】

はい、所得に応じてのところは。

【矢吹委員】

最終ですよ、統一した場合ですよ。

【菅野課長】

所得に掛ける率ですので。

【矢吹委員】

そうですね。残るんですか。はい、わかりました。

【海野委員】

もう一度そこだけ。県下では所得割の率は決めるんですね。それは市町村に当てはめるという意味ではなくて、所得の多い人に対してという意味ですか。それとも所得の多い都市が何%賦課ですよということですか。

【滝本主幹】

統一した時には人になります。世帯主ですが。それぞれの世帯の所得に応じて、市町村によって所得の精密さは違いますが、県内で統一の率になりますので。

【海野委員】

今示されている β という数値は、都市ごとの0.8倍とかということなので、統一した時に使う数字がこの β という数字ではありませんよってという意味ですか。今ほどの話では、統一した時に所得に掛ける率を決めるのは、個人の率を決めるとおっしゃったので。

【菅野課長】

資料6の11頁の「(2)所得の格差」の、納付金のための β がありますが、これは納付金を各市町村に按分するための率を表すところですね。0.961という数字を説明いたしました、いわゆる、応能と応益の割合を示したもので、所得割と均等割と言ったらいでしょうか。各市町村に納付金を按分するための所得係数と、その下の標準保険料率の賦課割合に使用する β というのがありますが、これは実際に各市町村の標準保険料率を出す時の応能と応益の割合を示す数字になります。本県の場合は、納付金を配分するための β として0.961を使いまして、応能と応益の割合を49対51で按分することとしています。しかし、実際に市町村が標準保険料率を賦課する割合は、54対46を使用し所得割の方を多く賦課しておりまして、低所得者の負担に配慮した割合を使っています。将来的にはこの2つの係数が同じになるというところで、保険料水準の統一を目指して行きたいと考えております。

【滝本主幹】

ちょっとわかりづらいところで申し訳ないですけども、 β の数字がそのまま所得の税率と言いますか、1.165を掛けてそれぞれ被保険者の所得に β の値を掛けて税額を決めるというものではありません。 β は算定の上で所得に課税する部分と、人数、世帯数に応じて一律に分ける時の割合、所得に重きを置くか、人数等に重きを置くかという時の、その割合を示す比率として使っているのがこの β です。

これとは別に実際に各市町村で課税する時のいわゆる保険税率は、今それぞれに異なって算定しておりますが、今後は標準的な市町村ごとの税率は計算してお示ししますが、それを参考にして各市町村のいわゆる所得割の税率を決めていただくとなっております、 β と所得の数字は別な数字と捉えていただければと思います。

【藤原会長】

この議題について他にございませんか。全体的なこと、最初に8月の試算のところで、結局、公費が含まれたものが今回試算されましたので、試算はほとんどが減額になったということですが、今後はずっと現在より低い数字の方向なんでしょうか。公費は永遠に入る保障と言うか。

【菅野課長】

国の追加の1,700億円の公費は、平成30年度以降はずっと交付するという、今のところ約束されているものでございます。

【藤原会長】

わかりました。もう1点だけ。結局、各市町村の試算をされましたが、所得水準と医療費水準の α 、 β 算定方式を前提として試算されたので、結果的に今回ほとんど減額だったんですが、試算の結果増額になったという理由はそれぞれの市町村が医療費の水準が高かったとか所得水準が高いという、そういった原因で少数の例になったということか。

【菅野課長】

医療費水準が高かった、所得水準が高くてプラスになったというところもありますし、今回の試算の結果で見ると先ほど説明しました通り、前期高齢者交付金の精算額のプラス、マイナスが大きかったというふうに私どもは考えてございます。

【藤原会長】

それではこの議題についてはよろしいですか。

続きまして、議題等の「(3)今後のスケジュール」について事務局から説明をお願いいたします。

【菅野課長】

それでは資料の7をご覧くださいと思います。今後のスケジュールについてご説明いたします。

本日第2回目の運営協議会、国保運営方針につきましては、この後皆様のご意見等踏まえまして9月中旬から来月10月にかけて約1か月間パブリックコメントを行いまして県民の方々から意見を募集させていただきたいと思っております。また、同様に、県内59市町村に法定の意見聴取を行います。それら意見を取りまとめまして、10月中旬くらいに第3回目の運営協議会を開催したいと考えてございます。パブリックコメント、市町村の意見調査させていただきましたものを取り入れまして、運営方針の成案という形でご審議をしていただきたいと思います。

同様に納付金の算定方法につきましてもご審議いただきたいと思います。これら3回目の運営協議会で審議をいたしまして、10月末になるかと思いますが、知事への答申をいただきまして、最終的に運営方針を決定したいという流れで考えてございます。よろしくお願ひいたします。

【藤原会長】

このスケジュールにつきまして、何かその他ございますか。

(意見等なし)

【藤原会長】

それでは、よろしくお願ひいたします。

続きまして、議題ではございませんが、現在策定作業を行っておりますので、県の第三期医療費適正化計画につきまして、情報提供がございますので、事務局のほうから説明お願いいたします。

【星課長】

保健福祉総務課の星でございます。時間が押しておりますけれども、この場をお借りいたしまして策定しております、第三期福島県医療費適正化計画についてご説明申し上げたいと思います。着座にて失礼いたします。

まず資料の8をご覧ください。この医療費適正化の提起趣旨でございますが、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化に関する施策について定めるものでございまして、現行の計画につきましては、平成25年度から平成29年度の第2期計画となっております。今年度が最終年度となりまして、今年度中に第3期の計画の策定をするべく現在作業を進めているところでございます。なお、現行計画につきましては、参考資料1としまして概要版をお配りしてございますので後ほどご覧いただければと思います。

次に、主な改正点でございますが、第2期計画からの改正となります。計画期間につきましては、これまで第2期までは1期5年でしたが、第3期からは6年、1期6年ということで、平成30年度から35年度までの計画となります。本日ご審議いただきました、国民健康保険運営方針と今策定中の県医療計画と同じ計画期間となります。また、取組目標につきましては、現行計画の特定健診等の実施率の向上に加えまして、新たに糖尿病の重症化予防の取組、医薬品の適正使用等の国の方針に盛り込まれたところでございます。

他計画との関係ということでございますが、本計画につきましては、福島県保健医療福祉復興ビジョンで策定される個別計画ということになります。本県の医療費適正化の基本指針となるものでありまして、計画策定に当たっては、県の医療計画、介護保険事業支援計画等との調和を図ることとされております。具体的には住民の健康保持の推進に関する目標策定につきましては、健康増進計画と医療の効率的な推進に関しましては、医療計画及び介護保険事業支援計画等との目標取り組みと整合性、調整をはかるようになっております。さらに平成30年度から国民健康保険の財政運営の責任者となるため、国民健康保険運営方針との整合もはかっていくことになるということでございます。

資料の8の1をご覧いただきたいと思います。第三期福島県医療費適正化計画の基本的事項についてでございますが、「1 名称」につきましては、現行の名称を継承したいと考えております。「4 基本理念」につきましては、上位計画であります、福島県保健医療福祉復興ビジョンとの整合を図っていくことから、他の現行計画と同じ、すこやかでともにいきいき新生ふくしまとしたいと考えております。本県では全国に誇れる健康長寿県としまして積極的な取り組みを展開したいと考えており、囲みの三つ目の丸の健康寿命の延伸を新たな視点として加えております。

資料の8の2をご覧ください。第三期の基本構成の案ということでありますが、全体の

構成につきましては、健康計画と同様に第1章から第5章までの構成となっております。記載事項につきましては、国の基本方針となっております。先月8月7日に開催されました医療審議会の保健調査部会において了承されたということでございます。以下、現行計画と変更となる点を中心にご説明させていただきたいと思っております。第1章と第2章の変更につきましては、先ほどご説明したとおりでありますので、省略いたします。第3章の医療費を取り巻く現状と課題、2頁の第4章の達成すべき政策目標と施策及び医療費に及ぼす影響の見通しの中では、国の基本方針に予防接種、生活習慣病等の重症化予防の推進、予防健康づくりの推進、医薬品の適正使用が取組目標として新たに盛り込まれたことを踏まえまして、それぞれの項目に関して現状と課題、目標と施策について記載していくこととしております。また、第4章の中、2頁をご覧くださいなのですが、特定健康診査実施率の数値目標を設定するということとなりますが、資料中の括弧書きは国の目標値となっておりますので、現行計画における達成状況や他の計画と整合を図りながら現在数値目標については検討していくということとなります。

4頁の第5章計画の推進。PDCAサイクルに基づく計画の推進の中では毎年進捗状況の把握がございまして、医療費適正化計画策定に資するため、最終年度の平成35年度に暫定評価として進捗状況に関する調査のほうを行うよう記載しております。

また、2の計画の推進体制では第3期計画、計画の策定に当たりまして保険者協議会との協議が義務付けられました。さらに計画の取り組みを推進するために、保険者協議会を通じて各保険者に必要な協力を求めることができたことから、保険者等との連携について記載していきたいと思っております。

今現在医療審議会や保険者協議会からのご意見をいただきながら計画の策定を進めているところでありますので、皆様には策定の情報提供する機会を考えております。説明は以上です。

【藤原会長】

これは説明を受けるだけですので、議論するというものではございません。それぞれの委員会でしっかり議論していただけたらと思います。それでは以上をもちまして本日の議事は以上となります。

他に何かございませんか。よろしいですか。

それでは本日の議事の進行にご協力をいただきましてありがとうございました。

【滝本主幹】

以上をもちまして、平成29年度第2回福島県国民健康保険運営協議会を閉会させていただきます。長時間にわたるご審議、誠にありがとうございました。

この記録が正確であることを認め署名する。