

6 議事録

○竹内治彦会長

それでは、第2回岐阜県国民健康保険運営協議会を開会いたします。

本日の出席状況でございますが、全委員12名中、本日12名の御出席をいただいております。

また、各区分の委員1名以上の御出席をいただいております。よって、岐阜県国民健康保険運営協議会条例第5条第2項及び岐阜県国民健康保険運営協議会運営要綱第3条の規定数に達しており、当会議は成立しておりますことを報告いたします。

それでは、はじめに、運営要綱第5条に従い、会議を公開することについてお諮りします。

本日の会議を公開とすることに御異議はございませんか。

(「異議なし」の声あり)

○竹内治彦会長

御異議がないものと認めます。よって、本日の会議を公開とすることと決定いたしました。

一般傍聴者の入場が終了するまで、暫くお待ちください。

本日、4名の傍聴希望者がありましたので、報告いたします。

それでは、次第に入ります。(1)国民健康保険事業費納付金の算定方法について、事務局の説明をお願いします。

○森岡健康福祉部長

健康福祉部長の森岡でございます。平素は、国民健康保険事業に、御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

本日の会議におきましては、国民健康保険事業費納付金の算定方法と岐阜県国民健康保険運営方針(素案)についての御審議をいただきたいと思っております。

国保事業費納付金の算定に関しましては、国の通知に従いまして、この8月初旬より、平成29年度において仮に新制度を当てはめた場合を想定して、第3回目の試算作業を進めているところです。

試算にあたりましては、市町村の了解のもと、医療費水準の反映の程度、のちほど御説明申し上げます。激変緩和措置の設定などで、複数のパターンでの試算を行っているところでございます。

結果につきましては、少しお時間をいただきますけれども、今後まとまり次第、委員の皆様にも御提供させていただく予定としております。

国保事業費納付金の算定方法につきましては、次回の第3回運営協議会で、中間答申をいただくというようになっておりますので、それに向けまして、本日御審議いただければと思っております。

また、岐阜県国民健康保険運営方針(素案)につきましては、詳細について検討中の箇所がございますけれども、全体的な構成について御意見賜われればと思っております。

それでは、議題につきまして、国民健康保険室長より御説明申し上げます。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

それでは、本日一つ目の議題であります「国民健康保険事業費納付金の算定方法について」、御説明いたします。お手元の資料は、資料1の1と1の2になります。

前回の第1回運営協議会では、国民健康保険制度改革の概要について御説明いたしました。

平成30年度から、県が国民健康保険の財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等、国保運営の中心的な役割を担うとされております。この制度改革において、市町村が保険

給付費に必要な費用は、全額県から市町村に交付するという仕組みが導入されます。この交付金の財源にあてるため、県は、市町村に納付金を納めていただくということになります。

資料1の2の、2頁を御覧ください。

納付金と市町村標準保険料率の算定イメージとなりますが、県は、県全体で必要となる納付金総額を、市町村ごとの所得や被保険者数などにより按分し、納付金として納めていただくこととなります。

そのため、県が各市町村にいくらを納付金として納めていただくかを算出する必要が生じます。その算定の部分で大きく三つの論点があり、さきほど部長からもお伝えしましたとおり、次回の運営協議会において、主にこの三つの論点について答申をいただきたいと考えております。事務局といたしましては、本日はこの三つの論点について御意見をいただき、議論を深めていただければと考えております。

資料1の1の1頁を御覧ください。

論点の1つ目は、医療費水準の格差を反映させるかという点でございます。

ここで、この論点1に関係するものとして、資料1の2の1頁を御覧いただきたいと思っております。

これは、改革後の国保の保険料の考え方について、どうあるべきか、二つの考え方を説明した資料です。現在、国民健康保険の保険料は、市町村ごとにそれぞれ個別の事情に応じて決定していますので、異なった状態となっています。この市町村ごとの保険料について、国保制度改革を契機に、一気に統一できないかという考え方と、市町村ごとに医療費水準に格差がある現状を考慮し、医療費適正化等の取組により統一化に向けた環境を整えたいという二つの考え方を説明した資料となっています。

次に、資料1の2の3頁を御覧いただきたいと思っております。

前回の運営協議会でも説明いたしましたが、この資料は、納付金算定の仕組みを数式にした場合のイメージです。

保険料水準を統一するか否かは、結局のところこの数式の一行目の α の数値をどのように設定するかということでございます。

※1に記載されていますとおり、 $\alpha = 1$ の時、市町村ごとの医療費水準を納付金額に全て反映しますので、最終的に医療費水準の差が保険料に反映されることとなります。 $\alpha = 0$ の時、医療費水準を納付金額に全く反映させないこととなり、県内どこの市町村においても、所得水準が同じであれば、保険料水準が同じになります。

資料1の2の6頁を御覧ください。

折れ線グラフが、各市町村の医療費指数となりますが、 $\alpha = 1$ として医療費水準をすべて反映させるとなると、基本となる納付金に、例えば笠松であれば、約1.1を乗じるということになり、坂祝町であれば、約0.88を乗じるということになります。

それでは、資料1の1の1頁にお戻り願います。

本県の市町村間の医療費水準の格差の現状については、約1.24倍となっています。

この論点に対する考え方のポイントとして、まず国会での考え方ですが、1つ目の○、国保法改正にあたっての参議院厚生労働委員会において、「医療サービスの水準に地域格差がある現状に鑑み、受けられる医療サービスに見合わない保険料負担とならないよう配慮すること。」と決議されております。そのため、国においては、「都道府県内市町村間で医療費水準に差異がある都道府県においては、年齢調整後の医療費指数を各市町村の納付金に反映させることが原則となる。」すなわち $\alpha = 1$ であると、

ガイドラインにより示しております。

3つ目の○「医療費水準を全て反映させる ($\alpha = 1$)」場合の考え方としては、医療費水準について市町村間の格差が生じている現状において、医療費水準を反映しない場合、医療費水準の低い市町村の被保険者にとって不公平感が生じることとなり、特に、被保険者がアクセス可能な医療資源に格差が生じている場合に顕著となります。これは、結局のところ、医療費をあまり使っていない市町村の被保険者が、医療費の高い市町村の医療費について、保険料として負担させられているのではないかとの不満が生じる可能性があるということです。

2つ目の黒ポツ「各市町村における医療費適正化のインセンティブを確保することに有効である。」というのは、市町村が住民の健康づくりなど医療費適正化に努力して医療費水準を下げれば、納付金を下げ、最終的には保険料を下げることに繋がりますので、そうした意味でのインセンティブが働きやすくなるということです。

4つ目の○「医療費水準を全く反映させない ($\alpha = 0$)」場合の考え方としては、同一県内において市町村間を被保険者が住所変更しても保険料率に変化がなく、被保険者にとって公平に感じられるという面があります。また、県も保険者に加わる制度改革の趣旨からすると、統一保険料率の方が分かりやすいということがあげられます。

資料1の1の2頁を御覧ください。

論点の2つ目、県が各市町村に納付金を按分する際に、その配分方式はいずれを採用するかという点でございます。

現在、多くの市町村は、実際に保険料を賦課する際の算定方式に、世帯の所得に応じた所得割、世帯の固定資産税額に応じた資産割、世帯の被保険者数に応じた均等割、世帯数である平等割の4つを使用した、4方式を採用しております。

ただここで、念のため申し上げますと、ここであげている論点は、各市町村の納付金の配分にあたって、どの要素を用いた算定方式とするかということであり、市町村ごとに算出する標準保険料率での算定方式や、各市町村が実際に保険料を賦課する際の算定方式とは、異なるものであるということについて、あらかじめ御理解いただきたいと思っております。

この論点に対する考え方のポイントとして、1つ目の○資産割についてですが、固定資産に対する賦課であるため、景気の動向に左右されにくい。被用者保険の被保険者に比べ不確実である所得捕捉の不備を補完する。という趣旨で使用されてきました。

しかし、問題点として土地及び建物に着目した固定資産に賦課しているが、預貯金、有価証券等の金融資産には賦課されていないため、保有資産の種類による不平等感がある。居住用の土地家屋など非営利性の固定資産であっても賦課されており、必ずしも保険料負担能力を反映しているとは言い難い。居住する自治体の固定資産のみが資産割の賦課対象となるため、居住する市町村以外の他の自治体、例えば隣の市町村内でどれだけ資産を持っていても、その分は対象外となるという不平等感があります。後期高齢者医療保険料、介護保険料、協会けんぽ保険料は、資産割を採用しておらず、国保特有の制度となっている。また、4方式以外を採用している市町村においては、国保の被保険者に係る固定資産税額、その中でも償却資産を除き土地と建物だけを抜き出したデータを保有しておらず、実務上納付金の配分方式を4方式で算定することが困難である。ということが挙げられます。

2つ目の○平等割についてですが、被保険者数が多い世帯の負担が過重になるのを緩和する。という

趣旨で使用されてきましたが、1世帯当たりの被保険者数が減少していくと、負担緩和の効果が低下するという問題点が挙げられます。

資料1の1の3頁と資料1の2の7頁を御覧ください。論点の3つ目、激変が生じにくい α や β' を用いるかという点です。このたびの国保制度改革に伴い、全ての市町村に御負担いただく納付金の総額、最終的には保険料総額が増えるわけではありません。総額が変わらず県内の市町村間で、負担の持ち合い方を変えるものですが、これにより市町村によって、保険料が改革前と比較して、どうしても上がる市町村と下がる市町村が出てきてしまいます。このたびの国保制度改革においては、この保険料が上がってしまう市町村に対し、急激な保険料の上昇を緩和する激変緩和の仕組みが制度化されています。具体的な激変緩和措置の適用市町村や規模については、現在行っている第3回試算の結果を踏まえ、今後市町村との協議を進めていくこととしているところですが、激変緩和の方法として、国からは3つの方法が示されております。

そのうちの一つに、市町村ごとの納付金の額を決定する際の配慮があります。これは、県が決定した $\alpha = 1$ もしくは $\alpha = 0$ 、 β 使用の原則から、激変を生じにくい α や β' を一時的に用いることが可能とされているものとなります。

ここで、関連する資料として、資料1の2の5頁をお開き願います。これは、医療費指数反映係数 α による調整について、被保険者数が同じ二つの市町村しか存在しない県を例に上げ、 α の設定により納付金額がどのように変化するかシミュレーションした資料になっています。

ここで、パターン1及び3については、A市、B市とも医療費指数に差がないため、 α の数値をどのように変化させても、最終的な納付金額が変化しておりません。パターン2については、A市とB市との医療費指数の間に1.5倍の開きがありますので、 α を1にした場合は、納付金額も1.5倍の差が生じています。 α を0.5にしますと、A市とB市との間の納付金額の差が80から40に変化し、結果的に医療費水準の差の影響が半分になっています。そして、 α を0にした場合は、納付金額に差がなくなり、医療費水準の差が反映されないことが御理解いただけると思います。

次に、資料1の2の9頁をお開き願います。

これも所得係数 β による調整について、5頁の資料と同様にシミュレーションした資料です。

パターン1及び2については、A市、B市とも所得指数に差がないため、 β の数値をどのように変化させても、最終的な納付金額に変化はありません。

パターン3については、A市とB市との所得指数の間に1.5倍の開きがありますので、 β を1にした場合は、納付金額のうち応能割分について、A市は120、B市は180となり、1.5倍の差が生じています。これを $\beta' = 2$ とすると、応能割と応益割の配分割合が2:1となり、600のうち400について、A市とB市の所得シェアの割合1:1.5で按分することになります。 $\beta' = 0.5$ とすると、応能割と応益割の配分割合が1:2となり、600のうち200について、A市とB市の所得シェアの割合1:1.5で按分することになります。このように、 β の設定は、県内の市町村の所得シェアは固定したまま、県全体の応能応益の配分割合を変化させることにより、納付金額の調整を行うものです。

資料1の1の3頁にお戻り願います。

この論点に対する考え方のポイントでございますが、国が示したガイドラインにおいて、「激変が生じにくい α や β の値を用いることを可能とする。（ β を…変更した場合 β' と呼ぶ。）」とされています。

なお、同ガイドラインでは、「ただし、あくまで一時的な激変緩和措置であることから、施行後、 α については、各都道府県が定める値、 β については、都道府県の所得水準に応じた値にそれぞれ近づけていく必要がある。」とされており。

この方法の問題点となりますのが、 α や β について、医療費水準や所得水準を考慮し、あるべき姿として一定の数値を設定しておきながら、激変緩和のためとはいえ、それらとは別の数値を設定することは、理解が得られにくいのではないかと考えられます。

また、 α や β の数値は、すべての市町村に影響が及ぶこととなりますので、激変緩和措置を必要とする市町村に対し、その必要の程度に応じて個別に対応することが困難である。ということが挙げられます。

2つ目の○、激変緩和の必要な市町村に対し、個別に都道府県繰入金等を繰り入れる方法であれば、個別の市町村の状況に応じてきめ細かな激変緩和措置を講ずることが可能であるとされており。

資料1の2の10頁を御覧ください。

β として、影響を大きく見せるために「5」と設定した場合の納付金のイメージを作成しております。各市町村2段となっており、上段が β 、下段が β の場合となります。納付金算定における所得分シェアと人数分シェアに応じて、各市町村で増減が生じる結果となります。 β を1より大きくした場合、所得シェアが大きい市町村の納付金が一律に上昇しますが、さきほど申し上げましたとおり、これにより、個別の市町村の状況に応じた、激変緩和措置を行えるものではございません。

最後に、参考資料を御覧いただきたいと思っております。

岐阜県国民健康保険改革対策検討会における主な市町村意見ということでございます。

県では、市町村との国保改革対策検討会を開いておりまして、この3つの論点について、さまざまな意見をいただいております。

まず、論点1の医療費水準の格差を反映させるかについては、「 $\alpha = 1$ 以外では住民の了解が得られない。」でありますとか、2つ目の「医療費水準に格差がある現状では、それに応じた納付金の額になるのが適切ではないか。」とか、「 $\alpha = 1$ 以外とすることによって、医療費水準が低い市町村が、医療費水準が高い市町村の医療費を負担することにつながることは、被保険者へ説明が困難」でありますとか、「長期的にはともかく、当分の間は保険料水準の統一は難しいのではないか。」また、その他の意見として、「データを基にした検討の結果、 $\alpha = 1$ の方がよいとのことであれば、 $\alpha = 1$ でよい。」という意見をいただいております。それからこの医療費水準の反映に関して、ここには記載できなかったんですけども、ある市から個別に御意見をいただいております。少し紹介させていただきますと、「医療機関が多く、受診機会が多いということは、病気の重症化を予防し、医療費抑制に寄与しているという側面もあるということで、重症化予防の効果を考慮すると医療費指数の完全反映は不合理ではないか。」とかですね。「医療費格差は、医療機関の偏在が原因の一つであって、この偏在は市町村が医療費指数の仕組みで解消できるものではない」という考えとかですね、「保険料の平準化を進める必要があるが、県としてどのように進めていくのか。保険料の統一を目指さないのか。」といったような意見をいただいております。

それから、論点2につきましては、ここにありますとおり、「現在4方式の市町村でも、3方式にしたいと望んでいる市町村が多いのではないか。」とか、「現状で資産割を採用していない市町村にとって、新たに資産割を採用することは現実的には不可能である。」とかいったような意見をいただいております。

ります。

論点3として、「原則どおりの α 、 β とすべきで、激変緩和は、県繰入金等により激変を生じた市町村に個別に実施するのがよいのではないか。」とか、「医療費指数反映係数 α の値について、全市町村における影響が一番少ない値とすることを検討してはどうか。」という意見をいただいております。

以上で、私からの説明を終わらせていただきます。

○竹内治彦会長

ありがとうございました。論点は、3つですね。資料1-1にある、医療費水準の反映、納付金の配分方法、激変緩和措置について、御説明いただきましたが、御質問はございませんか。

○高松秀進委員

今難しい話がたくさん出てきたものですから、 α や β の試算も出ていますが非常に分かりにくい。

β のグラフを見る限りでは、こういうことなんだろうなという想像はつくんですが、まず、人口構成ですが、若者がおれば医療費は少ないだろうし、高齢者がたくさんいれば、もちろん人数のパーセンテージによっては、医療費がかかるのは仕方がない。ある意味、数字的に決めてしまうことは、できるのでしょうけれど、いろんな条件があるということで、難しい問題なのではないかと思います。

○竹内治彦会長

年齢構成につきまして、事務局どうですか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

高齢化が進んで高齢者が多い市町村は、医療費が高くなることは当然ですので、ここで申し上げた1.24倍の格差のあるという医療費指数は、年齢構成を考慮した年齢調整後の医療費指数となっております。

○高松秀進委員

岐阜市でも、笠松町でもある意味ほとんど市町の境界なんてないんですね。笠松町の隣の岐南町だとか、大垣市と瑞穂市とか隣り合ったところ同士だったら、別にその市町の医者しか行ったらいけないというルールはないわけですよ。でも、使っている医療費はその市が使ったという形になりませんか。

○竹内治彦会長

医療機関がどこにあらうと被保険者は、どこにでも行くよということですね。被保険者はそこに住んでいるだけの話であって、どこの医療機関にも掛かれる。ひょっとしたら、他県だったりするということもあり得ますので、そのこと自体は本件の問題としてはどうかと思います。

○高松秀進委員

どこに住んでも、どこの医者に掛かっても問題はない。場所によって格差をつけること自体が、あまり日本では見られないシステムみたいな感じがするんですね。郡部に住んでいる国家公務員さんや県庁の職員さんが、この場所は田舎の方だから、物価が安いから給料安いよということはないですよ。今聞いていると、 α が、0か1という形で、反映させるという意見もあるんですけども、平等感の方が庶民的には大事なんじゃないかなと思います。

○竹内治彦会長

御意見をおっしゃっていただいたようですが、もう少し理解が進むように説明をお願いするようなことがありましたら、よろしいでしょうか。

それでは、この3つの論点について御意見を頂戴したいと思います。今お話の出ました医療費水準

の格差の反映ということについて、御意見はありますでしょうか。

○河合直樹委員

当初は、 $\alpha = 1$ ということで、医療費水準をそのまま反映させる方がいいということになるんでしょうけれども、今御意見が出ましたように、岐阜県の場合ある程度5つの圏域に分かれていて、中濃圏域にひとつ基幹病院、西濃圏域だったら大垣市民病院が基幹病院となって、ある程度以上の重症の方を受け入れる形になっていますよね。そうしますと、当然市町村をまたいで患者さんが動くことになりますので、いつまでも $\alpha = 1$ にこだわるのがいいかどうかというやはりある程度平準化に向かっているかざるを得ないかなと思っていますし、極端なことを言いますと、三次医療で、最後の砦は、岐阜大学病院で岐阜市にあるわけで、そういうところで患者さんを引き受けるということもあるわけですので、身近な診療に関しては、 $\alpha = 1$ に近い反映というのは当然だろうと思いますけれども、最終的にいろんなことがあった場合に、高額医療で掛かってくる方については、市町村を超えて病院に掛かるわけですので、その辺も考慮して、いずれは平準化に向かっているかざるを得ないのかなという気がいたします。

○阿部義和委員

先ほどの冒頭からのお話を聞いて、この3つの諮問というのは相当重い答申になるだろうと思います。

その中で、医療費水準だとか、納付金、あるいは激変緩和という3つのところは、直接被保険者に跳ね返ってくる。 $\alpha = 0$ だとか1だとかは激変緩和に向けていって、最終的には同じになるわけだから、0か1とかではなくて、 $\alpha = 0.8$ だとかに下げていくということは考えていいことですか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

その考え方が論点3のところでございまして、保険料が急に上がってしまうのを抑えるための方法として、 α を0.8とか0.5とかにするということも可能になります。

○阿部義和委員

平成30年に始まった時に $\alpha = 1$ として、何年かで0.9にして、0.8にして、0.5にしてという形で激変緩和と絡めて α の数値を考えていくということですか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

その考え方は可能ですが、論点3でも掲示させていただきましたけれども、ある市町村を下げようとして α を設定した場合に、他の市町村の保険料を下げたいのに上がってしまったり、逆にすごく下がっていたところをさらに下げてしまったり、効率的に激変緩和を講じにくいというところがあります。

○竹内治彦会長

激変緩和のところの数字のいじり方で、ある自治体の納付金がぐんと増えたり、減ったりというのはそんなに起こらないんじゃないかなという気がします。ある程度、揺れはあるかと思いますが、考え方としては、論点1のところは、筋論というか、そもそも地域間格差はどうあるべきかというところで考えていって、論点3のところは、個々の被保険者の保険料にどれだけ反映されるかはともかくとして、納付金のところの自治体間の金額が大きく変わる場合にどういう調整をするかということなんで、論点1と3のところは、あるべきものを考えるということと現実に対する対応策ということで、分けて考えていかないと、最初から論点3を想定して、論点1の話というのでは、0.7になったとして、なんで0.7なんですかと、これを説明するのはなかなか難しく、現状どおりにするのに一番近い値がこれだったんですという説明で制度設計をしてしまっているのかということになります。

○阿部義和委員

この会議では、医療費水準を反映させるかどうかということ論点にして答申すればよいということですか。反映させるとか、させないとか。そのなかにも、例えば医療費水準なんかの場合だと、医療費適正化計画とか、保健事業とかと絡む話だよ。そこのところを具体的に何か入れて答申案を出すという形になるんですか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

事務局の考えている答申イメージとしては、この論点それぞれに答えを出すようなイメージで考えております。例えば、論点1であれば、 α を1とすることが、医療費水準を反映させることが適当であるとかですね、論点2であれば、納付金の配分方式は、4方式が適当とか、3方式を適当とするとかですね、激変緩和措置の論点としては、激変が生じにくい α や β を用いないとかですね。端的に答申いただければと思っております。

○日比野靖委員

医療費水準の格差というものにおいて、そんなに大した差になっているのかという思いではありません。2倍とか3倍とかいう差ではないので、あまりこの辺についてはいいのかなというように感じてしまうところが若干あります。

○竹内治彦会長

具体として1.24倍差があつて、大きな自治体ですと納付金に対して、0.何倍でもあつたとしても、やはり大きいと思いますけれども。

○日比野靖委員

金額ということでみてしまうと0.何倍ということであっても相当な金額の水準が変動すると思うんですが、選挙の1.何倍であるとか、2.何倍であるとか選挙権の部分とかで比べると、上限下限の0.いくつということ、1倍以上はないという形で考えれば、医療費水準をいじくるといのはどうかという気がしないでもないです。多分、医療費水準の高いところというのは、固定資産とかを高く払っている場所ではないですか。手厚く医療がかかっているところというのは、市町村税が高かったりとかいうことはないですか。原因が何にあるかというのが少し理解できないんで。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

国民健康保険の仕組みというのが、かかった医療費の7割を保険給付して、3割を自己負担にする。住民が医療にアクセスできるように保障する国民皆保険の仕組みになりますので、市町村税などは違ったものとなります。

○日比野靖委員

私が考え違いをしていたのかもしれませんが、この医療費の水準というのは、私が医療機関に掛かりました。大垣市の市民です。医者に掛かりました。笠松町の町民です。この1人の平均する医療費が違うということですか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

笠松町の被保険者の方がどのくらい医療費を使っているか。大垣市の被保険者の方が、病院に掛かってどのくらい医療費を使っているかということになります。

○日比野靖委員

ちょっと考えていたのが違つていまして、私が思つていたのが、大垣市の医療機関がこれくらいあつ

て、大垣市の医療水準というのはこれくらいなんですよというニュアンスで考えていたんですが、各個人にあたるものということですか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

そのとおりで、医療提供体制がどうであるかということは、加味されておられません。

単純に病院に掛かって、診療所に掛かって、医療費がどれだけ掛かっているか。被保険者の方がどれだけ医療費を使っているのか、それだけが現れた数値です。

○日比野靖委員

それであれば、市町村にとっても指導という部分、医療費の使い方に関する指導というのが足りないのであれば、やはりこの医療費水準の格差というものを少し反映させた方が私はいいと思います。

○新藤俊之委員

考え方からすると $\alpha=1$ 、いわゆる医療費の格差を反映させるべきではないか、ただ、これがすべてではなくて、将来的にというか、これが1年後、2年後、3年後、いつになるのかというのはわかりませんが、最終的には一律にしていく形、 $\alpha=0$ というのは、段階的に踏んでいって、できればいい環境になる。そのために、あと何が必要なのかというのが肉付けとして必要になってくるんじゃないかなとそんなふうに考えられます。今、現状はそうです。

○山田鉄一委員

資料にありますように、現実的に市町村間の格差というのは、1.24倍ということになっているわけですので、この格差を無視するというのは、低い水準にある市町村の方が、高い市町村の分を負担しているということになって、納得性に欠けるんじゃないかと、こういうふうに思います。

それから、医療費水準を反映させるということになれば、特に現在医療費水準の高い市町村には、これからインセンティブとか、いろいろ問題がでてきますので、そういったことに働くということになりますので、やはり格差を反映していくべきじゃないかと思っております。将来的には、今新藤委員が言われたように県下統一の保険料を目指すべきではあると思いますが、現状はそういった形がいいのではないかなと思います。従って、 α は1ということでもいいのではないかと思っております。

○若野 明委員

私も論点をいろいろお聞きしたんですけれども、論点が3つあるなかで、やはりまずひとつ目で医療費水準をどうするかということにつきましては、市町村さんの意見もいくつかでていると思うんですけれども、県境を越えて掛かれる方とかあるのかもしれませんが、医療費水準の格差があるという部分で捉えるとすれば、現段階では医療費水準というのはやはり考慮して、定めていくべきではないかなあというふうに思います。

ただ将来的に、やはり平準化の方向に向けていくという方向性を持ったうえでの当面の対応としてであって、いかにして平準化を進めていくかというのが今後の論点ではないかなというふうに思っております。医療費水準の格差は、反映すべきではないかというふうに思います。

○栗本直美委員

私も皆さんがおっしゃったように、まず、1.24倍を大きいと考えるのか、小さいと考えるのか、今お話を伺うと結構な金額、額にすると大きいということで、この現状なら反映させた方がいいと思うんですけれども、ただ、なぜ市町村にそれだけの差があるというのが、ただ差があるから反映させようというだけじゃなくて、今後適正化に向けてとか、原因を検討していくべきだと思います。そのうえで、医

療費水準を反映させない、平準化というか、0にしていくという方向にするのが望ましいというふうに思います。

○藤田智子委員

昨日新聞に発表されていまして、それを読んだときに7、8年後には統一されて0になるんだなというふうに私は認識したんですが、そうではないんですか。

○勝野医療整備課国民健康保険室

資料1の2の1頁をお開きください。ここに改革後ということで、仮に最初に $\alpha = 1$ として医療費水準を反映した保険料率になったとしても、地域の医療提供体制に差があるなかで、住民の健康づくりでありますとか、効率的な医療の提供でありますとか、そういった医療費適正化の取組によって、県内で医療費の差がなくなる。別の観点から医療費の差をなくしていく。平準化すれば、究極は $\alpha = 1$ でも差がなくなる。そういう方向での平準化、医療費適正化等に取り組むことによって県内市町村で差がなくなってしまうと、 $\alpha = 1$ にしようが、0にしようが、その差はなくなるということになります。そうすれば、保険料水準も平準化されてくるということになります。

○藤田智子委員

もう一点よろしいでしょうか。市町村に意見を伺われたときに正直市町村のなかで、医療費水準の反映をしたほうが良いという市町村と、 $\alpha = 0$ の方がいいんだよという市町村とその数とかはわかるのでしょうか。

○勝野医療整備課国民健康保険室

まだ、正式に照会して意見をいただいている段階ではありません。ただ、さきほど参考資料ということで検討会での市町村の意見を御紹介させていただきましたが、私の感触としては、 $\alpha = 1$ つまり医療費水準を反映させた方が望ましいのではないかと意見が多いのではないかと受け取っております。

○藤田智子委員

ありがとうございました。私の個人的にいいますと、私はちょっと田舎の方なんですけど、多分この医療費水準のことで聞いていただければと思うんですが、私がある皮膚科を受診したときに、隣の方々のお話が耳に入ったんです。その方はなぜ受診されたかというところとブヨにかまれて受診した、でも私みたいな田舎に住んでいたらブヨにかまれても皮膚科がどうかと言われたら絶対に掛からないですね。虫刺されで終わってしまう。そういうところに、やっぱり医療費水準の差って、近くに医療機関があるかないかって差があると、私は感じているんです。一人の庶民としましては、ある程度医療費水準については、考慮していただいた方が、納得がいきやすいなという気はします。ただ、将来的に今言われたように、いずれ0になるためには、いろんな努力やなんかが必要だとは思いますが、それには、段階を追って、昨日の新聞では、7、8年後に0にすると出ていましたが、それまでの間にその辺の数値が変わっていきなり、なんなりしながら、それだけ影響しているということを私たち住民は知らないんで、そういうところの公表とかを考慮していただいたうえで、努力していかないといけないなと感じました。

今の段階は、市町村の御意見が医療費水準を反映させた方がよいという方が多いということで、現場の声を踏まえるとやっぱり反映させた方がいいのかなと思いました。

○大橋まり子委員

私も昨日の新聞を見まして、こういう難しい会議に参加させてもらっているんだなとつくづく思っています。私は大垣市在住なんですけど、大垣市は黒字なんだなあとあって、それはどうやって黒字にしてい

るのかなというのと、私も国保の保険料たくさん納めているんですけどどのようになっているか勉強させていただこうと思っています。

○高松秀進委員

私は、どこに住んでいても同じというのが普通なんじゃないかと思うんですね。隣の町に行ったら突然、保険料が次の年から高くなったとかいうのはなんかこうちょっと違うような気もしますし、日本に住んでいる以上は、岐阜に住んでいる以上はというふうには考えています。いままでをなるべく変えないようにした方がいいんじゃないかなというふうには感じます。

○杉野緑委員

論点1に関して、少し整理した方がいいのかなと個人的には思うんですが、ここでお示しくださっている医療費と言っているのは、いわゆる毎年国が推計値を報告している国民医療費のことを言っているんじゃないですかね。つまり、保険診療のなかで、私たちが受けた診察とかを国民医療費として推計値を出しているんですけども、そのことを医療費として示していただいているということでしょうか。

○勝野医療整備課国民健康保険室

医療費であることには間違いはありませんが、具体的には国保の医療給付費ということになります。

○杉野緑委員

次に、国保も社会保険なので、被保険者の側からすると大きなルールとして保険料を納めているので、国のルールに従って、どこに住んでいても3割負担を原則として、医療は受けられるという話で進められているんですね。この医療費に関しては、診療報酬が点数化されているので、自分の受けた医療行為が点数化されていて、原則1点10円として、医療費に反映しているという大きなルールをまず共有するというのがいいのかなというふうに思いました。

私としては、当面は医療費水準の格差を反映させた方がいいんじゃないかなと考えます。理由としては、ひとつは今現在の国保加入者の実態、収入とか、年齢とかを考えると急激に保険料が上がるというのは避けた方がいい。国のコメントにもあるように、受けている医療サービスに見合わない保険料負担はなかなか納得が得られないであろうということと、社会保険のルールである、保険料を納めて同じ医療給付を受けられるという原則。それから、河合委員から御話があった、残念ながら岐阜県内圏域ごとに医療機関の偏在が大きいのが実際ですので、やはり保険料に見合った医療サービスということが望ましいのではないかなというふうに考えます。

○竹内治彦会長

この論点は、今日結論するわけではなくて次回に結論を出すということで、皆さんから意見を出し合っていたらいいと思っています。私も、 $\alpha = 1$ で、最初は、県単位でやれば統一でしょと思いましたが、現実問題格差があるということと、自治体間での努力ですね、医療費の適正化など、現状ありということなんで、 $\alpha = 1$ からスタートするのが出発点なのかなと、そのうえで、医療費の適正化が進んでいって、 $\alpha = 1$ と $\alpha = 0$ の差がなくなるというのが理想で、その理想になるのがなかなか難しいんじゃないでしょうか。その方向で考えていかないといけないのかなと。国のガイドラインもそのようになっているということですし、また、実際に被保険者の方が支払う保険料に直接100パーセント反映されるかはまた別問題であって、そこで自治体の方で努力されたり、最後は、国の方でも手当ていただいている予算を使いながら、激変緩和を講じることもできるということですので、筋論で、理想として

は $\alpha = 1$ でスタートしていくのが路線ではないかなと思っております。

全体的には、 $\alpha = 1$ が多いのかなというところでしたけれども、皆さんの御意見を頂戴したところで、あらためて御意見があればと思いますが、いかがでしょうか。

○阿部義和委員

医療費水準を加味するという事は、妥当だと思われるんですが、この資料1の2の6頁、医療費水準のグラフに記載のある納付金イメージというのは総額ですよ。例えば、一番左だと、岐阜市の総額が納付金イメージのこういう数値になる。次回までに、1人当たりの保険料がどれくらいになるかという資料を出していただければ、参考になるのではないかなと思います。

財政主体は、県だけでも、事業主体は、各市町村ということになると、なにかも一律したら適正化とかインセンティブが働かなくなる、保健事業をどんどんやればというインセンティブが働かなくなるので、そのところも考慮すべきことだというふうに思いました。

○竹内治彦会長

被保険者の方の実際の調定額に直接関係するわけではないといっても、自治体も反映させないわけにはいかないということもあるでしょうから、その点では1人当たりどのくらいかは重要な数値かなとも思います。

○高松秀進委員

この会議で決めた数字ですね。例えば $\alpha = 1$ だとか、0.5だとか、0という形で、結論を出さなければいけない感じなんですけれども、この数字というのは決めてしまうとずっとなんですか。

○勝野医療整備課国民健康保険室

全体のスケジュールを示させていただきましたけれども、協議会から答申をいただいたら、それを参考に県が決定するということになります。県の決定は、条例を受けた告示という形で決定されます。

また、この後御審議いただく運営方針が3年間の期間となっておりますが、その中でも納付金の算定方式、標準保険料率の算定方式など記載する事項としておりますので、未来永劫、この数字を変えられないとかいったことではありません。

○高松秀進委員

一度決めたとしますよね。それが条例になって、方針になって、それが県民の合意なんですという形になるということですか。

○勝野医療整備課国民健康保険室

最終的には、そうなります。

○高松秀進委員

心配しているのは、今岐阜県下で格差が1.24倍ということで、これから人口が減って、岐阜県内でも地方の人口がどんどん集中してくると思うんですね。そうすると、2倍、3倍となった場合に、ある市町村は保険料が多いところの半額ということになると思うんですね。だから今決めたことが、見直しというようなことができれば、周りに近いということが言えるんですけども、それが3倍、4倍の格差がとなったときには、非常に大変なことになるんじゃないか、医療費を使っているところは、非常に高額な保険料を支払わなければならないようなところが出てくるんじゃないかと心配がありますし、それと、これを決めたところで、医療機関の格差というのは、そんなに変わるわけではないですよ。

例えば、行政が、病院がいっぱいあるところには、病院を建てさせませんというようなことはしない

ですよ。非常にその辺が心配ではあります。

○竹内治彦会長

格差というのは、今 1.24 倍で、人口の偏在が進んだ場合に、どういうふうに格差が進むのかと、過疎地域の方が大きくなるのではないかと御心配だと思うんですが、そういうふうにはおそらくならなくてですね、過疎地域は、人口が高齢化して、人口が少なくなって、病院もある程度減るでしょう、というところで、医療費水準が上がるかというとなんかには上がらない。今高いのは、岐阜市の方が高い、病院数が多くて、病院に行く機会が多いから高いのであって、過疎地域が高いわけではない。

1人当たりの単純な医療費ですと冊子に出ているんですけども、比較的中山間地が高くないんですが、これに年齢調整した値で、基準にすることなので、そういう意味では、御心配されているような、今後、少子高齢化、人口集中が進むことで、格差がぐんと広がるということは描きにくいです。

○竹内治彦会長

ほかには、よろしいでしょうか。

基本的には、私としては、0か1かなので、0.5とか、0.7とか、また何か調整したような数字になるんじゃないかと、そもそも筋論としては、1なのか0なのかというところなんじゃないかなというふうにも思っております。次回には、議論を詰めたということなので、今日御発言いただいたことを踏まえながら、事務局の方でも必要な資料など整えていただければと思います。

○竹内治彦会長

続いて、納付金の配分方式ですけれども、これについては、今実際の保険料を賦課する方式が、4方式のところと、3方式のところと、2方式のところとあるんですが、実は、納付金の配分方式を4方式にするためのデータをお持ちでない自治体があって、県全体で4方式にするというのは、実務的には、非常に難しいというか到底できないという状況であるんです。そういったことを踏まえて、3方式なり、2方式なりというところが、妥当なところなんではないかといったところでの御提案ではあるんですけれども、これについて、御意見はございますでしょうか。

○河合直樹委員

実際に徴収されている市町村の方の事情を考慮せざるを得ないので、今おっしゃったように資産割に対応することが現実的には不可能な市町村が多いとのことですので、結果的には3方式が多いようですし、そちらの方に向かわざるを得ないのではないかと思います。

○竹内治彦会長

次に、激変緩和措置について、激変が生じにくい α や β を用いるかということです。

α については、私は、今あまり用いないでということをお願いしたんですが、さきほどのいくつかの御意見のなかには、 α を最初から少し調整した値にしたらどうかという御発言もございました。

激変緩和措置は、とるわけですがそのとり方として、 α や β そのものを調節するか、筋論として α や β を設定しておいて、そのうえで、細かな調整をするのかということになります。

○杉野緑委員

個人的な意見になるんですけども、何らかの激変緩和措置は取るべきだと思うんですけども、今具体的な方法としては、資料の3頁の下の丸のところにあるように、県の繰入金等を使うという方法が提案されているんですけど、現実的なところでは、この方法が好ましいのではないかなと、現時点での御議論を踏まえると簡便だと思います。

○高松秀進委員

激変を緩和する措置があるなら、措置を取った方が市民の理解を得られやすいのではないかなと思います。

○大橋まり子委員

私も激変緩和を考えておいた方がいいかと思います。

○藤田智子委員

私もどのくらいの市町村が劇的に変わるのか想像がつかないので、何とも言えませんけれども、急に上がるということには、何らかの措置が講じられるべきじゃないかなと思います。

○栗本直美委員

私も激変緩和措置は必要かなと思います。ただ、具体的に今自分のなかで、じゃ α を使うといいとか、 β がどうか、こういうことまではちょっと今結論が申しあげられません。

○若野 明委員

私も激変緩和措置は必要だと思いますけれども、ここにも論点として整理してありますように、論点1のほうで、 α の位置づけなどが明確に決められるということだと思いますので、 α 、 β は原則どおり通すべきであって、それによらない一部の激変緩和措置、激変するところに対してなんらか別の形で、個別に対応するというほうが、全体の論点を通した時には、明確になるのではないかなと思います。

○山田鉄一委員

現在、試算を行っていただいているということですから、どの程度の激変が生じるかというのは、これからでないとはわからないと思うんですが、仮に看過できないような激変が生じたということであれば、それは当然調整していく必要があるというふうに思いますけれども、その際に、 α とか β とかいうのですと、説明がございましたように調整をしなくてもいいところまで、調整をしていってしまうということになるということでございますので、都道府県繰入金等による方法で、個別の市町村を対象として、調整をしていくことができれば、その方がいいのではないかなというふうに思っております。

○新藤俊之委員

私も他の委員と一緒に意見なんですけれども、激変緩和をもちろんやらざるを得ないし、やるべきだというふうには考えます。またこの激変緩和のやり方について、ここでこういうやり方でやりますよというよりは、実際に必要だから激変緩和をするということに考え方を絞って、そういったシミュレーションの中でどこまでどうやるのか、そういったところを議論するなかで激変緩和の対応を煮詰めていただければというふうに思います。

○日比野靖委員

私もそのように思っていて、やはり激変緩和におきましては、絶対に必要なことであろうとは思いますが、それで、クッションになる部分というのは、やはり県になるわけですので、県にある程度の采配、個別対応のできるようなものが必要になるのかなと思います。

○阿部義和委員

資料1の2の7頁。平成29年度から平成30年度にかけては、1,700億円規模の公費が投入されるので、そんなに影響はないというのが1行目にありますよね。で、問題は今回変わったことによって従来からの保険料から相当伸びてくる。じゃ、どこを基準にして伸びるかどうかというのが大きな問題で、フラットなところに同じように激変緩和する必要はなくて、例えば差が何パーセント以上のところに

は、激変のパーセンテージを出して、段階的に緩やかにやるというような形で、基準値をしっかりともうける。何年後にはこれがなくなるというようなことを明確にすべきだろうというふうに思っています。

○河合直樹委員

私も阿部委員と同じ意見で、 α 、 β は原則でやっていただいて、あと激変緩和を取るところについては、個別に対応するということがいいと思います。

○竹内治彦会長

ありがとうございました。ほぼ同じような御意見で、資料1の2の7頁ですか、さきほど国の方の作成資料の線に沿った形で、激変緩和措置は取るんだらうと、ただそれは、 α 、 β をいじることではなくて、個別に対応して、どのくらいの規模に対して、何年間行うかというところは明確にしておかないと、ずっとやり続けることになっては、おかしなことになりますので、期限については明確にしておく必要があるとの貴重な御意見をいただきました。

それでは、御提示いただきました論点の1から3については、以上でよろしいでしょうか。

次に(2)岐阜県国民健康保険運営方針(素案)について、事務局の説明をお願いします。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

それでは、本日二つ目の議題、岐阜県国民健康保険運営方針(素案)について、御説明いたします。

お手元の資料は、A3の一枚紙である資料2の1と表紙に岐阜県国民健康保険運営方針(素案)と書かれている資料2の2になります。

資料2の1の運営方針(素案)の概要を使って、御説明いたします。

運営方針の全体構成として、第1章から第4章までが必須事項となっており、第5章から第8章までは、任意項目とされております。

左側、一番上になります。「はじめに」でございます。素案では、1頁の記載になります。

国民健康保険運営方針でございますが、国民健康保険の安定的な財政運営と効率的な事業運営の確保に向けて県と市町村が共通認識の下で取り組むための統一的な方針として、国民健康保険法第82条の2に基づき、知事が定めるものとされております。

今回策定する運営方針につきましては、対象期間を平成30年4月1日から平成33年3月31日までの3年間としております。

その下、第1章 医療に要する費用及び財政の見通しでございます。素案では、2頁から7頁の記載になります。

この章での主な記載として、○医療費の将来の見通し、○財政収支の改善に係る基本的な考え方を記載しております。(1)医療費の見通しにおいては、県内市町村国保における平成32年度、平成37年度の医療費の推計を行っております。推計の方法ですが、大まかに申し上げますと、岐阜県の5歳ごとの年齢階級別の将来人口推計を基に、過去の国民健康保険の加入率から、5歳ごとの年齢階級別の被保険者数を推計しております。そこに、県内の5歳ごとの年齢階級別の1人当たり医療費を、将来の伸びを加味しながら、5歳ごとの年齢階級別の被保険者数に乗じることで、医療費総額を推計しております。その結果、被保険者数は、減少が見込まれますが、1人当たり医療費は増加すると見込まれます。

(2)財政収支の改善に係る基本的な考え方では、国保財政の収支の均衡を、会計年度単位ごとで図ることを基本として考えております。その中で、安定的な財政運営を確保するため、「赤字」の解消・削減を図るということになるかと思いますが、その「赤字」の定義、「赤字市町村」、「赤字額」などの考

え方については、国の方針に沿う形で、市町村と協議を行っているところがございます。これにつきましては、考え方を整理したうえで記載することとしております。

真ん中の囲いになります。第2章 市町村における保険料(税)の標準的な算定方法に関する事項でございます。素案では、8頁から12頁の記載になります。

この章での主な記載として、○標準的な保険料(税)の算定方法、○納付金の算定方法、○激変緩和措置を記載しております。先ほどは、納付金の算定方法について御審議いただきましたが、運営方針では、市町村における保険料(税)の標準的な算定方法について記載することとされており、これは、県が市町村標準保険料率を示すことにより、住民負担の「見える化」を図るためとなっております。

先ほども申し上げましたが、市町村標準保険料率は、市町村の保険料(税)賦課の参考となるものですが、実際に市町村が保険料を賦課する際の算定方式とは、必ずしも一致するものではありません。

(1) 保険料の標準的な算定方法につきましては、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分の算定方式、標準的な収納率、賦課限度額など、市町村と協議した検討結果を記載することとしております。

また、(2) 納付金の算定方法につきましても、第3回試算結果を踏まえた検討を行い、記載したいと考えております。

左側、一番下の細長い囲いになります。第3章 市町村における保険料(税)の徴収の適正な実施に関する事項でございます。素案では、13頁から17頁の記載になります。

この章での主な記載として、○収納率目標の設定・公表、○収納対策の強化を記載しております。

国保財政運営を安定的に運営していくため、収入となる保険料(税)の確保も必要な取組となります。

そこで、保険料(税)収納率の向上を目指すための市町村の目標の設定や、収納対策についての考え方を記載しています。

右側一番上の囲いとなります。第4章 市町村における保険給付の適正な実施に関する事項でございます。素案では、18頁から20頁の記載になります。

この章での主な記載として、○レセプト点検の充実強化、○柔道整復、はり・きゅうなどの療養費及び海外療養費の支給の適正化、○第三者求償の取組強化、○県単位等の大規模な不正請求事案等における効率的、効果的な事務処理の仕組みの構築、○高額療養費の多数回該当の取扱いの基準を記載しております。先ほどの保険料(税)は、国保財政での収入の面ですが、保険給付は、国保財政の支出面での管理となります。また、これまでの市町村単位であった高額療養費の多数回該当の取扱いについて、県が保険者となるため、県内市町村間で住所異動があった場合に通算されるどうかの判定基準となる「世帯の継続性」について記載しております。

その下、第5章 医療費の適正化の取組に関する事項でございます。素案では、21頁と22頁の記載になります。

この章での主な記載として、○特定健康診査等の実施率の向上、○後発医薬品の使用促進、○適正受診の促進、○医療費通知の充実、○データヘルス計画の推進、○糖尿病等の重症化予防の取組の推進、○第3期岐阜県医療費適正化計画の取組の推進を記載しております。

これからの国保運営においては、医療費のファイナンスに加え、自庁内の横断的な連携の下で、被保険者の健康づくりや地域づくりなど、そもそも医療費を必要としないような体質を作っていくことに注力し、医療費の効率化・適正化を進めることが必要であるとの考えから、その取組を記載しております。なお、第3期岐阜県医療費適正化計画は、現在策定中ということでございますので、今後内容を追

加して記載したいと考えております。

第6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でございます。

素案では、23頁と24頁の記載になります。この章での主な記載として、〇市町村が担う事務の標準化、共同化に向けた取組の検討状況を記載しております。

第7章 保険医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項でございます。素案の25頁の記載になります。

この章での主な記載として、〇国民健康保険担当部局の地域包括ケアなど保健・介護・福祉分野等の諸施策との連携について記載しております。

第8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等に関する事項でございます。

素案の26頁の記載になります。

この章での主な記載として、〇県と市町村などの連携会議の設置、〇取組の実施状況の運営協議会への報告について記載しております。

今回運営方針の素案を御提示させていただきましたが、今後の予定といたしましては、10月の第3回運営協議会では、改めて案として御提示し、県内市町村への意見聴取を実施したうえで、12月の第4回運営協議会での答申に向け、運営方針の策定を進めていきたいと考えております。

以上、私からの説明を終わります。

〇竹内治彦会長

ありがとうございました。今の説明に対し、御意見等はございませんか。

〇山田鉄一委員

第5章の医療費の適正化についてですけれども、医療費の適正化への取組をいくつか検討していただいているんですが、その中で特に、後発医薬品の使用促進ということについて、お願いしたいところがございますけれども、現在、市町村でやられているところでは、自己負担差額通知の実施とか後発医薬品希望カードの配布ということですが、実際、後発医薬品の使用割合が岐阜県全体でどのくらいになっているのか、全国と比べてどのくらいの位置にあるのか、できれば各市町村の使用割合というのを載せていただきたいと思います。と思っております。

〇河合直樹委員

私も同じ5章で、最初に特定健康診査・特定保健指導の実施率向上があるんで、これはこれでいいんですが、やはりがん検診が今落ち込んでいるように思いますので、重症化予防も今段々取組が始まっておりますけれども、悪性腫瘍等の早期発見も一生懸命やらないと抗がん剤とかは、医療費を押し上げる要因となっておりますので、その辺も御配慮いただけるとありがたいです。

〇勝野医療整備課国民健康保険室

検討させていただきます。

〇阿部義和委員

第5章についていろいろあるんですが、県で策定されている医療費適正化計画や健康増進法のヘルスプラン、保健医療計画を含めて、主体者が、市町村国保にしっかり伝えて、こういった適正化の取組をやっていくという連携の在り方というみたいなのが今どうなっているか、次回に教えていただきたい。県で策定されている計画が、圏域には降りてくるんですが、その先の市町村国保にどう降りていくか、連携のとり方というのがどうなっているのかについて、お願いします。

○竹内治彦会長

今回の制度改革の大事なところかなと思いますね。おそらく、運営方針には、国のひな形としてある程度こういう内容というのがあると思うんですけども、それに触れていない、今の状況を踏まえて、こういうところをしっかりとやっていこうという形で方針に書き込まれていくところがあってもいいのかなとは思いますが、貴重な意見を頂戴しましたので、反映させていただければというふうに思います。他にいかがでしょうか。

○竹内治彦会長

御意見等も尽きたようですので、審議を終了いたします。

次に（３）その他について、事務局から何かありますか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

ございません。

○竹内治彦会長

委員の方からは、何かございませんか。

（「なし」の声あり）

○竹内治彦会長

それでは、意見等もないようですので、以上をもって、本日の会議を閉会いたします。

次回の運営協議会は、10月27日（金）午後1時30分から予定しております。

場所などは、追って御連絡いたしますので、よろしくお願いいたします。

本日は、ありがとうございました。