

平成29年度第7回岐阜県国民健康保険運営協議会 開催結果

1 会議日時	平成30年 2月 5日 (月) 開 会 午前 9時55分 閉 会 午前11時35分
2 会議場所	OKBふれあい会館14階 展望レセプションルーム
3 出席委員 (12名)	<p>(被保険者代表) 高 松 秀 進 大 橋 まり子 藤 田 智 子</p> <p>(保険医又は保険薬剤師代表) 河 合 直 樹 阿 部 義 和 (日比野 靖)</p> <p>(公益代表) 竹 内 治 彦 杉 野 緑 栗 本 直 美</p> <p>(被用者保険等保険者代表) 新 藤 俊 之 名 知 清 仁 若 野 明</p> <p>()内は、欠席された委員</p>
4 事務局職員	<p>森岡久尚健康福祉部長 西垣功朗健康福祉部次長</p> <p>勝野富雄医療整備課国民健康保険室長</p> <p>松山克巳医療整備課国民健康保険室国保改革準備係長</p>
5 会議に付した案件	
<p>1 議事</p> <p>岐阜県国民健康保険運営方針(案)について</p> <p>(1) 運営方針(案)について</p> <p>(2) 市町村意見聴取</p> <p>2 その他</p>	

6 議事録

○竹内治彦会長

それでは、第7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11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御報告いたします。

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いたします。

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、御報告いたします。

それでは、次第に入ります。「(1)岐阜県国民健康保険運営方針(案)について」の①運営方針(案)について、事務局より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。

はじめに、昨年末より作業を進めておりました平成30年度の国保事業費納付金の算定ですけれども、無事終わることができました。ありがとうございます。御連絡いたしましたとおり、1月末に、算定における各係数の告示を行っており、今後、各市町村には、本月中に算定結果に基づいた納付金額を事前に通知いたしまして、7月から納付金を徴収する予定としております。

さて、本日の議題でございますけれども、運営方針(案)の「将来的な保険料水準の統一化」に係る項目が主な論点となっております。前回の第6回運営協議会におきまして市町村との協議結果の意見とりまとめを報告させていただき、御審議いただいたところでございます。

これらを踏まえまして、事務局にて考え方を整理いたしまして、運営方針(案)を作成しております。

本日御審議をいただいたのち、県民からのこの方針(案)に対するパブリック・コメントを募集いたしまして、また、市町村への法定の意見聴取も実施したいと考えておりますので、忌憚のない御意見をいただければと思っております。

それでは、運営方針(案)につきまして、勝野国民健康保険室長より御説明いたします。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

12月の第6回運営協議会におきまして、運営方針(案)全般については、おおむねの了承はいただいたと考えておりますが、本日は前回、ペンディングにし、文案を記載していなかった「将来的な保険料水準の統一化」について、御審議をいただきたいと考えております。

その前に、資料1-2をお開き願いたいのですが、前回の運営協議会において、市町村からの御意見を紹介させていただきましたが、その中で保険料水準を統一する前提として医療費水準の平準化に向けた保健事業の推進、格差是正に向けた取組、具体的な対応が必要であるという趣旨の御意見を多くい

ただいております。また、前回の運営協議会において、委員の皆様から、医療費水準の格差を是正するといっても、おそらく非常に難しいとか、あまり6年で医療費水準の格差を是正しますよと言い切ると、その段階でどうなんだという話にならないかという御意見をいただきました。ほかにも、県と市町村が同席するいろんな会議があるのですが、毎回必ずといってよいほど、医療費の適正化に向けて、県が具体的に何をやろうとしているのかわからないとかですね、県がリーダーシップを発揮して医療費の平準化に向けてしっかり取り組んでほしいという御意見をいただいておりますので、将来的な保険料水準の統一化の前に、県として医療費水準の平準化に向けた考え方についてまとめさせていただきましたので、まずは、それについて御説明させていただきたいと思っております。

はじめに、「1の基本的な考え方」でございます。平成29年11月10日の第5回運営協議会での「国民健康保険事業費納付金の算定について」の答申において、「今後の国民健康保険運営に当たっては、県内市町村間の医療費水準の平準化を図りつつ、県単位化という今般の制度改正の趣旨に鑑み、将来的には保険料水準の県内での統一を図っていくことが望ましい」とされています。

「2医療費水準の格差の現状等」でございます。平成30年度分の納付金算定における年齢調整後医療費指数でございますけれども、平成26年度から平成28年度の平均で、最大値が東白川村の1.17295、最小値が白川町の0.91126となっております。格差が約1.29倍となっております。全国平均である1を14市町村が上回っているという状況でございます。医療費の地域差の要因といたしまして、一般的には、人口の年齢構成のほか、医療需要サイドでは、疾病構造の違い、受診行動、健康に対する意識、住民の生活習慣など、医療供給サイドでは、医療機関及び医師数・病床数等供給体制、医療機関の診療パターンなどの様々な要因が指摘されております。ただ、県内市町村間における医療費水準の格差の要因については、必ずしも十分に分析されていないのが現状でございます。

<参考>とあります、表を御覧ください。

県内各市町村の医療費指数と被保険者千人当たり医師・歯科医師数、病床数及び診療所数との関連の度合いは決して強いものではなく、必ずしも医療提供体制のみによって医療費水準が高くなるものではないと考察できるのではないかと考えております。

裏面を御覧ください。「3医療費平準化に向けた取組方針」でございます。

国においては、「経済財政運営と改革の基本方針」いわゆる骨太の方針において、2023年度(H35年)までに「都道府県別の1人当たり医療費の差を半減させること」を成果指標として掲げまして、医療・介護提供体制の適正化及び医療費適正化を推進することとしております。県も、これを受け、平成30年度から35年度を計画年度とする「第7期岐阜県保健医療計画」及び「第3期岐阜県医療費適正化計画」を策定することとしておりまして、これらの計画による取組を通じ、平成35年度を目標年次として、医療費の適正化、医療費水準の平準化を図っていくこととしております。

本日委員の皆様のお手元には、「第7期岐阜県保健医療計画」及び「第3期医療費適正化計画」の現時点での案のものも御用意させていただいておりますので、追って御一読いただければと思っております。

また、市町村においては、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業の実施計画を策定し、特定健康診査及び特定保健指導実施率の向上に努めるなど、健康増進及び疾病予防の観点から医療費適正化に取り組むこととされております。

これらを踏まえまして、県と市町村が一体となって医療費の適正化に取り組んでいくことが重要で

あると考えております。

医療費の適正化に向けた取組でございますが、運営方針第5章の前の取組内容から少し変更して記載してございます。

一つ目「◆医療費水準格差の分析（「見える化」）と効果的な施策の推進」でございます。

医療費水準の格差の縮減のための取組として、まず、国保データベースシステム及びレセプト情報・特定健診等情報データベースを活用した医療費水準の地域差に関する要因分析を実施することとしております。先ほど東白川村の医療費指数が一番高いということを御説明しましたが、すぐ隣の白川町は、一番低くなっております。市町村ごとの年齢調整後の医療費指数は、このたびの国保制度改革に伴う国保事業費納付金の算定に伴って、初めて明らかになりました。そのため、このようなことがなぜ発生するのか現在分かっておりません。来年度から県も保険者になり、国保データベースシステムをいつでも利用することができるようになりますので、これらのシステムを活用することにより、例えば医療費水準が高い市町村について、脳卒中などの特定の疾患の医療費が、当該市町村の年齢構成を補正した後においても高いということが判明した場合には、その再発予防・重症化予防対策を県と当該市町村、さらには地域の医療関係者が一体となって取り組んでいくということも考えられますし、反対に医療費水準が低い市町村について、県内の他市町村とくらべてなぜ低いのか。そこに他市町村のモデルとなるような保健事業などの取組があるかも知れません。それを優良事例として、県内の他市町村に横展開していくということも考えられます。

次にビッグデータを活用したデータヘルス構想の推進であります。

これは、保健、医療、介護などの健康福祉分野のデータに基づいて効果的な健康づくり施策を県と市町村が連携して推進することを目指すものでございます。

次に、保健事業の実施計画です。県内の市町村はほとんど策定済みだと思っておりますが、平成30年度からの第2期のデータヘルス計画等に基づき保健事業を推進していくこととしております。

二つ目「◆具体的な取組の内容」でございます。

一つ目は、特定健康診査、特定保健指導実施率の向上に向けた取組でございます。具体的には、市町村において、コールセンターの活用でありますとか、個別訪問等による受診勧奨の強化などに取り組んでまいります。この効果につきましては、参考資料1の「国における1人当たり医療費の差の半減」の取組について」の最後のページになりますが、専門的な有識者によりワーキンググループが設置され、科学的な検証が行われています。それによりますと、積極的支援参加者と不参加者を比較すると、1年後の1人当たり入院外医療費について、男性でマイナス8,100円、女性でマイナス7,870円の差異が見られたと報告されております。さらに、1年後の外来受診率については、男性で1人当たりマイナス0.28件、女性で1人当たりマイナス0.35件の差異が見られたと報告されております。

次に後発医薬品の使用促進でございますが、国において、平成35年度までに数量シェアを80%にする目標を掲げておきまして、県の医療費適正化計画案におきましても、同様の目標を掲げ使用促進に取り組んでいくこととしております。参考資料1の3ページ厚生労働大臣提出資料にもありますが、この目標が達成された場合、全国で約4,000億円の医療費削減効果があると説明されております。

二つ飛びまして糖尿病重症化予防の取組でございます。これにつきましては、昨年12月に、県におきまして、県医師会、県糖尿病対策推進協議会の協力のもと、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定するとともに、このプログラムに基づいて、各地域で糖尿病重症化予防対策に取り組んでいただ

くため、三者による連携協定を締結しました。人工透析の医療費は、1人あたり年間約500万円ということでございまして、国全体で年間約1.4兆円と報告されております。新規透析患者数は、1983年に約1万1千人であったものが、2013年には、その3倍以上の約3万8千人となっております。

そのうち、糖尿病を原疾患とする患者が約44%ということで、人工透析の最大の原因疾患となっております。これを防止するために、糖尿病性腎症重症化のリスクの高い者に対して医療保険者が医療機関と連携して保健指導を行ったり、さらには、糖尿病の治療が必要でありながら、医療機関を受診されていなかったり、治療を中断している被保険者に対し、受診勧奨を行えるように、医療保険者と医療機関等が協力し、地域で連携体制を構築して取り組んでいくというプログラムでございまして、この糖尿病重症化予防対策は、後程御説明いたします保険者努力支援制度においても、重要な評価指標となっております。これを県下全域で展開していきたいと考えております。

三つ目「◆医療費水準格差縮減のためのインセンティブ強化策の検討」でございまして、県として、今後市町村における医療費適正化の取組を促進するため、財源的な支援を検討したいということでございまして、そのうち県繰入金2号分とありますが、これは地域の実情に応じたきめ細かい調整を行う役割を有する市町村への交付金でございまして、保険者として医療費適正化等に向けた取組に対する財政援助として、都道府県ごとに基準を定めて交付を行うことが認められています。

保険者努力支援交付金ですが、これについてもものちほど御説明しますが、平成30年度に保険者努力支援制度として創設されたものございまして、今般の制度改正に当たって、都道府県、市町村に対して交付金が交付される新たな制度です。都道府県分としては全国総額で500億円、市町村分としては同じく300億円が用意されてございまして、医療費適正化などへの取組などについて、客観的な指標に基づいて各都道府県・市町村の努力の度合いを点数化して、配分するというものです。都道府県に配分されるお金は、納付金の算定時に全市町村に均等に配分がされるように使用することが基本となっておりますけれども、インセンティブ強化のために、特定の市町村に重点的（優先的）に配分することも可能となっておりますので、そのような取扱いを検討していきたいということでございまして。

続きまして、先週の1月30日に中日新聞、岐阜新聞に「医療費抑制に地域差」といった記事が掲載されておりましたので御覧になった委員もいらっしゃると思います。ただいま御説明しました医療費平準化に向けた取組にも関連すると思われるので、その状況について御報告させていただきたいと思っております。

参考資料2「平成30年度保険者努力支援制度都道府県分における本県の評価結果」と題された資料を御覧いただきたいと思っております。

1の全体の評価結果でございまして、合計欄を御覧ください。210点が満点となっておりますが、本県の獲得点は、114点であり、全国39位ということになっております。この制度は、一番上の表にありますとおり、市町村の取組の主要指標について、都道府県平均値に基づく評価を行う「①主な市町村指標の都道府県単位評価」、「②医療費適正化のアウトカム評価」がございまして、これは、国保被保険者に係る年齢調整後1人当たり医療費に着目して、その水準が低い場合、前年度より一定程度改善した場合に評価を行うというものでございまして、③の各都道府県の取り組み状況については、医療費の適正化等に関する都道府県の取組の実施状況について評価を行うものであり、このように大きく三つに区分されて、評価を行っているというものでございまして。

岐阜県のそれぞれの獲得点の状況については、一番上の表のとおりでございまして。

「2指標別の評価結果」でございますが、これら三つの指標ごとに評価結果をまとめたものでございます。①の主な市町村指標の都道府県単位評価については、100点満点に対し、53点の獲得点であり、全国平均を下回っています。この表の指標覧を見ていただきますと、先ほど医療費平準化の取組について御説明しました「特定健診・特定保健指導の受診率の状況」「糖尿病等の重症化予防の取組状況」「後発医薬品の使用割合」がいずれも評価項目として取り上げられていることがわかつて思います。

次に、②の医療費適正化のアウトカム指標につきましては、50点満点に対し10点の獲得点に留まっております。三つの大区分のなかで、相対的に最も点が獲得できていない指標となっております。また、この指標は、年齢調整後1人当たり医療費が全国上位にあるか、また、年齢調整後1人当たり医療費が前年度より改善しているかの二つの指標のみで構成されておまして、それぞれ満点が20点または30点と配点が非常に大きくなっております。仮に平成27年度実績で、年齢調整後1人あたり医療費が平成26年度より少しでも改善していた場合は、20点獲得できたということで、その場合、岐阜県の総合計は134点となって、全国で24位まで上がるということになります。県全体で、医療費適正化に努力し、年齢調整後の医療費指数の数値を下げるのが、保険者努力支援制度の獲得点にも大きく影響することがわかつて思います。

次に、③の各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況でございますが、60点満点に対し51点を獲得し、全国平均並みの点数が獲得できています。指標覧を見ていただきますと、指標①にも出てきた糖尿病重症化予防の取組が、ここでも指標項目になっておまして、いかに糖尿病重症化予防対策が重視されているかということがわかるかと思っております。保険者努力支援制度は、最終的には、その獲得点に応じ交付金として各都道府県に配分されます。今回の結果は、39位という結果であるため、今後は、点数を獲得できなかった指標項目を中心に、獲得に向け県と市町村が一体となって医療費適正化に向け努力する必要があると考えております。

それでは、資料1-1の運営方針（案）の13ページを御覧いただきたいと思っております。

市町村への「将来的な保険料水準の統一化について」に係る意見調査結果及び前回の運営協議会での審議を踏まえまして、事務局において考え方を整理し記載したものでございます。

「(1) 基本的な考え方」及び「(2) 統一の方法」につきましては、前回の運営協議会において、御提示した文言と同じでございます。

「(3) 統一に向けた手順及びスケジュール」につきましては、多くの御意見がございました。

市町村の主な御意見といたしまして、「医療費水準を反映させない $\alpha = 0$ は、早期とされたい。一般的な記載ではなく、目標年限を持った記載とすべき。」といった御意見。「保険料水準を統一する前提として医療費水準の平準化に向けた保健事業等の推進、医療水準の地域格差の平準化に向けた具体的な対応、医療費水準以外の項目への取組の検討など課題も多く、そのため今回の運営方針に具体的なスケジュールや手順を記載するのは時期尚早ではないか。基本的な考え方のみを記載することが望ましい。」といった御意見をいただいております。

また、「運営方針に単純に「将来的な保険料水準の統一を目指す」と言及するのではなくて、「将来的な保険料水準の統一」に向けては医療費格差が是正されていることが大前提であること、どのように県内市町村の医療費適正化等の取組を進めていくかを言及すべきである。」といった御意見がございました。

また、前回の運営協議会における委員の主な御意見といたしましては、「保険料収納率を統一すると、低い市町村で取りはぐれた分を他の市町村が負担することになるので、慎重に議論していくべきである。」といった御意見、「保険料水準の統一とか6年というところがあまりにも走りすぎて、保健事業については今まであった市町村国保の地域の特性や保険者機能を弱めるようなことは、あってはならない。」といった御意見をいただきました。これらの御意見、さらには先に御説明いたしました「医療費水準の平準化」に向けた考え方を踏まえまして、「(3) 統一に向けた手順及びスケジュール」に記載しております。

一つ目の○「医療費水準の格差の反映」については、保険料水準のうち医療費水準については、その格差を反映させない（「医療費指数反映係数」 $(\alpha) = 0$ ）にするには、医療費水準の平準化に取り組み、格差の縮減を図っていくことが不可欠としております。そのため、県では「第7期岐阜県保健医療計画」及び「第3期岐阜県医療費適正化計画」、また市町村においては保健事業の実施計画に定めた取組を着実に推進するとともに、医療費水準が全国平均を上回っている市町村についてその特性や要因を分析したうえで効果的な取組を検討し、県及び市町村が一体となって格差の縮減を図っていくとしております。この二つの県計画が、いずれも平成30年度から平成35年度までを取組期間としていることを踏まえ、平成35年度までは医療費水準の格差を全て反映させることとし、平成36年度から保険料水準の統一に向け医療費水準の格差にとらわれない保険料算定方法を導入していく方向で検討するとしております。その際には、医療費水準の平準化の進捗状況を見極めたうえで、激変緩和のため「医療費指数反映係数 (α) 」を徐々に0に近づけていくなどの手順を踏むことを含めて検討することとしております。その間においても、毎年度、医療費水準の推移及び平準化の取組の成果を検証していくとともに、この考え方についても3年ごとに行う当方針の改定に合わせ市町村と十分に協議を行い、必要に応じ見直しを行っていくと記載しております。

また、二つ目の○「保健事業、保険料（税）収納率等の統一化」については、保健事業や各種給付事業等は、これまで各市町村の実情等を踏まえ政策的に実施されてきた経緯があり、新制度施行後も各市町村の自主性や独自性が発揮できるような方策を検討していく必要があるとしております。また、市町村間において保険料（税）収納率に格差がある現状において、これを統一すると、市町村間の負担の公平性が損なわれるとともに、徴収インセンティブが働かなくなるのではないかという課題もあります。今後、新制度施行後の事業運営の状況なども踏まえつつ、市町村と丁寧かつ慎重に協議を重ね、統一に向け検討していくと記載しております。

運営方針（案）については、以上でございます。

○竹内治彦会長

ありがとうございました。前回の議論を思い起こしていたんですけれども、ここで目標年次のようなものを書き込むのかどうかということ、それからどう書き込めるかということで、医療費水準の平準化という議論になりました。それで、前回のところでは、医療費水準に格差があるということでは、病院の偏在というのが背景にあるからなかなか解決しませんねという私ども委員の意見が多かったんですけれども、それについて疑問もありますという県の方の御答弁で、今日示していただいた資料の一つ目のポイントは、病院の偏在、医療機関の偏在ということだけが医療費水準の格差をつくっているわけではないんですよということがまずひとつ。それから医療費水準の格差ということについて、岐阜県の努力は全国の中で必ずしも高い方ではない、まだ余地が相当にある。このところはまだ努力してい

かないといけない。そういうことを踏まえたうえで、今日の方針（案）としては、医療費水準の平準化ということと保険料水準の統一というのをあくまでもリンクさせていく、5年間の計画実行期間の中で医療費水準の平準化を進めていって、平成36年度のところでの統一を目指す。これが県としてのビジョンであると、そういうような御説明だったと思いますけれども、そういうまとめでよろしいですか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

はい。

○竹内治彦会長

では、そういう論点ということで、御質問、御意見等ございましたらお願いいたします。

○阿部義和委員

6年後に医療費水準を平準化するという部分は、医療費水準は固定化されないので、今後状況の変化も相当あると思うので、努力目標的な情勢を考えた表現にさせていただきたいというのと、それから医療費水準というのが一番大きな問題になる。医院の数や病院の数が多いからと一面的に言えない。また今日の資料の中でも「県内市町村間における医療費水準の格差の要因については、必ずしも十分に分析されていない」というのがあり、それでこれからNDBやKDBでいろいろと分析をされて、そのうえでどういうものがファクターとしてあるのかということを見たいというので、医療費水準のことについても検討したうえで、やるべきだと私は思います。

○竹内治彦会長

おそらく今の御意見に沿った形での今日の方針（案）ということかなと思います。

他にございませんか。

○高松秀進委員

今、県の方から説明を受けたんですけども、これからの県の平準化に向けての取組というのは、やっぱり今までもかなり市町村でやってきたことじゃないかなと思うんですね。また、新たにいろんなビッグデータを使って分析して、どんな傾向があつてと調べて5年間をかけて検討していくという話もありましたけど、やはり努力してもそれが埋まらないということもあるんじゃないかなと思うんですね。検討した、考えた、議論しただけでは、やはりだめなもんですからもっと具体的な実行計画等が県から出されるということを期待すると、目標を掲げただけでなく、やはり期限をきちんと決めてそれまでにやりますよとやっていかなくてはいけないんじゃないかなと思います。

これ以外にまだ他に策があるのかどうか、その辺を県にお伺いしたいと思います。

○竹内治彦会長

後段のところ、平準化の話と統一化の話がたぶんごっちゃになっていたような感じはするんですけども、平準化に向けての努力ということと、統一化というのは別に努力云々ではなくてやると言ってしまうと統一化になるということだと思ってしまうんですが、基本的には平準化に向けてということよろしいでしょうか。県の考えは、平準化と統一化はリンクするというそういう観点ですので、あくまでも平準化に向けてということだと思いますが、いかがでしょうか。

○森岡健康福祉部長

平準化に向けてなんですけれど、お手元に医療費適正化計画というものがございます。

こちらの方の30頁から見ていただきたいんですけども、達成すべき政策目標ということで、ここ

で特定健診の受診率ですとか、保健指導の実施率、それからメタボの目標ですとか、たばこ、後発医薬品等のこういう取組を県としては適正化の取組としてまとめております。33 頁を見ていただきたいんですけども、岐阜県の医療費の将来見通しと対策の効果というところで、医療費の伸びですけども、ここの前半部分の文章に 121 億円抑制されるということで、われわれ県としては、121 億円程度の適正化というのも目標に入れながら、こうした具体的な取組に市町村とともに取り組んでいくということで考えているわけでございます。

○竹内治彦会長

平準化についてのお考えはいかがですか。

○森岡健康福祉部長

平準化につきましては、適正化とリンクしてくるんですけども、おおむねこの 6 年くらい、少し中期的な観点で医療費適正化というものを取り組んでいく必要があるのではないかと考えております。なお書きでありますけれども、その中期的な取組の途中でも平準化が進みまして、市町村の理解が得られれば、絶対 6 年でないとだめだというわけではありませんけれども、おおむね 6 年程度市町村とともに医療費の適正化に取り組んでいけば、平準化の評価ができるのではないかと事務局としては考えております。

○竹内治彦会長

高松委員の御質問というのは、これまでも努力はしてきている。それで、これだけの格差がある。だから、これから努力だけでは埋まらないのではないかと、5 年経っても、6 年経っても変わらないであろうという趣旨の御質問だったと思うんですが、それに対するお考えはいかがでしょうか。

○森岡健康福祉部長

医療費適正化の取組なんですけど、全国で 39 位ということで、かなり全国的にも低調な取組だということで認識しておりまして、まだ改善の余地があるということで医療費適正化計画の中でも、具体的に書かせていただいて強力に取り組んでまいりたいと考えております。

○高松秀進委員

今回市の方から、県も保険者になったという形だと思っておりますが、県の方では一般会計から予算を組んで健康促進とか、その辺を手厚くされるという形にはなったのでしょうか。なにか変化があったのかお尋ねしたいんですが。

○森岡健康福祉部長

先ほど、室長から御説明させていただいたとおり、県繰入金 2 号分を活用して今後このような取組とリンクさせるようなことを検討してまいりたいと考えております。

○竹内治彦会長

今のは、保険料の話の部分になってしまっていて最初と論点がずれているところがあるかと思うんですが、最初の御質問の中では、医療費の平準化ができるのか、できないのかということだと思っておりますね。それで、前回の議論でも、「なかなか病院の偏在というのは」という形の議論が多かったんですけども、今回資料で出していただいたところでは、医療機関の偏在だけが原因ではない。それから、医療費適正化に向けての岐阜県の努力というのが残念ながら、それほど全国の中で進んでいるわけではない。だからまず、ここのところをやっていないと、当初のところから御意見としてあるんですけども、医療費適正化といいますか、医療費を抑制するというのをなによりも大前提としてないと、今

日も後で御説明いただきますけれども、その分医療費が伸びていくことを前提とした保険料ということにならざるを得ない状況なわけですけれども、いかに医療費を抑えていくための努力をしていくのか、その努力によって平準化も進めていく。今岐阜県の中で全国水準を上回っている自治体が存在するというような状況でもありますので、そういう努力をしていくことによって、平準化を進めていくんだというそういう御説明なんですね。私、今回はこの御説明についてはそれなりに納得できて、こういうストーリー、ビジョンなんだなという、平準化を進めることによって統一化をするとそういう流れが、今回の制度改革に当たってそういうビジョンをもって進められるということで、とても理解はできたところなんですけれども。平準化と統一化というところについては、そういうふうに理解しております。

その点については、よろしいですか。

○森岡健康福祉部長

6年後を目指して県として取り組んでいくということでございます。

○河合直樹委員

先ほど病院が多いことだけではないということで、例として東白川村とか挙げられてたんですけども、今後検討するという話ですけれども、早急にここはどういう理由かというのを把握しないと、ほんとに5年でできるかということにもなってくると思うんですけども、医療機関がそんなに密ではないと思われるところでの医療費水準が高いという理由ですが、具体的にどういうことなんでしょうか。単に高齢化ということでしょうか。

○森岡健康福祉部長

実のところ、白川町と東白川村は隣接しておりますけれども、そこで医療費が異なってくるということは、なかなかはっきりとしたことがこちらでも見いだせていないというのが現状です。ただ、ヒアリングをする中では、東白川村の方に、医療費のかかる重症の方が多数発生しているのではないかということが言われていますので、少しそういうことも頭の中に置きながらレセプトの分析等を行っていく必要があると考えております。

○河合直樹委員

資料を見ますと第3位が関ヶ原町ですよ。関ヶ原町は、今度病院から有床診療所になりましたよね。これいろんな意味で、人件費とかそういう削減が進みますし、医療機関の費用というのはかなり抑えられるかなという気がしますので、その辺はある程度改善の目途が立ったと思うんですね。それ以外にもまだいくつか高い市町村、北方町とか、養老町とかいろいろあるんですけども、なんかその辺も、東白川村は確かに疾病構造ということは分かりましたけれど、それ以外の市町村も解析していただいて、できるだけ早急にやらないと、本当に5年とか6年で目途が立つかなということに直結してまいりますので、よろしく申し上げます。

○竹内治彦会長

この点は、相関係数が0.2前半くらいだとほぼほぼ相関はないというところですが、ただ、なぜ相関がないのかということと、いくつかの変数が働いていて、それが相関を消しているということが考えられて、実は医療機関というのは一つの説明変数にはなるんだと思いますけれども、錯乱要因になっているのは、小さい自治体なんですね。小さい自治体のところで、重症の方が多かったりといった場合が錯乱要因になっていて、それが構造的な要因なのか、偶然的な要因なのかわからない。ひょっとしたら偶然的

な要因なのかもしれないということなんで、それについては、相関がないというのは、もう少しいくつかの変数に分けて、しっかり見ていく必要があって、全部が解決可能な課題なのかということについては、確かに難しいんだろうなということは想像される場所だと思うんですが、その上で何に向かっていくのかというところで、それを踏まえたうえでもやはり適正化、平準化という路線で進むべきだというそういう基本方針という考え方として理解するのがいいのかなというふうに思っています、これをいろいろと分析していった結果、やはり医療機関の偏在というのがファクターとしては効いているんだとなっていて、それはなかなか調整できませんねというところではなくて、分析していくとそういうことも見えてくるかもしれないけれども現状としてこうであるから、平成36年度のところまでの考え方としてはとにかく平準化を進めよう、全国の中で今比較的中間までにいない状況にありますから、これをしっかりと適正化していくなかで平準化を図る、それによって統一化ができるようになるという、そういう基本的な考え方として、この会として認めていくというそういうスタンスで考えていければいいのかなというふうに思っています。

○杉野 緑委員

議論を戻すようで恐縮なんですけれども、今日御提出いただきました資料1の2で先ほど来根拠になっている医療機関の偏在が必ずしも医療費水準の格差において関係がなかったという係数があるんですけれども、これは今の会長の御発言にもあって、どうやって計算したのかその概要を教えてくださいませんか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

各市町村の年齢構成調整後の医療費指数とそれぞれの区分の数値、例えば各市町村の医師・歯科医師数との相関係数を計算したものでございます。

○杉野 緑委員

単純に医療費と医師の数で計算したという理解であっていますか。

○西垣健康福祉部次長

全く統計的な処理をしたということだけなので、XとYがどのように関係しているか統計ソフトで計算したもので、年齢構成調整後の医療費指数と医療提供体制に関する数値は平成26年度の数値で、統計処理をするとこういう数値が出るということになります。

○竹内治彦会長

年齢構成だけは調整されているんですね。

○西垣健康福祉部次長

年齢構成調整後の医療費指数になります。

○高松秀進委員

また、お話を戻して申し訳ないんですけれども、ここの会議が始まりまして、話し合いの中で医療機関が多い市町村、少ない市町村があるという話から始まったと思うんですね。医療機関が多いところは医療費が高いから、医療機関の多いところの負担率が高くては仕方ないじゃないか、地方の方で医師が少ないから、医療に係る機会が少ないから保険料を「1」「0」で考えた時には、格差は当然つけるべきだというふうに説明を受けたんですね。今回この医療費指数と医療機関の偏在はあまり関係ないですよ。そちらはあまり影響がないように載っているものですから、私、今どういう意味にとっていいのか分からないんですけれども、医療機関が多いところの方が当然医療費がかかるというふうに理解

して今回この議論に参加していたものですから、その辺もう一度説明していただけるとありがたいんですが。

○西垣健康福祉部次長

医療提供体制で、医療機関が多い少ない、医療資源があるという議論と今の医療費水準を反映させるというのは別の議論だと思います。医療費水準というのは、今の医療機関との関係ではなく、現実に当該市町村の被保険者が使っている医療費ですので、それを反映させる考え方になります。今の医療提供体制の話は、医療費水準を説明する要因として、従来その医療提供体制が大きいのではないかと議論いただいていたので、その点について、データ分析をした結果ということになります。

ですから、医療提供体制によって、 α を「1」にしたとか、「0」にしたという議論ではありません。

○河合直樹委員

推測するに、例えば医療機関が少ないところは、逆に医者にかかる機会が少ないので知らないうちに重症化してしまっている。糖尿があってもほったらかしにされて、透析しなければいけないような状態になってはじめて気が付かれる場合もあるので、今までの考え方と違うんですけども医療機関が少ないところが必ずしも医療費が少ないのではなくて、医療機関が少ないところは逆に医療を受ける機会が少なくて重症化してしまって医療費が結果的にかかったという可能性もあるわけですよ。そういう考えはないですか。

○森岡健康福祉部長

先ほど次長が申し上げたとおりなんですけれども、委員のおっしゃるとおりです。東白川村と白川町の違いですとかですね、そういうところももしかしたら委員のおっしゃるような要因もあるのかなというふうに考えておりますので、もともと α を「1」にするか「0」にするかの議論とこれまで別に議論させていただいたということでございます。

○竹内治彦会長

医療提供体制の状況が医療費の格差というものとどういうふうに結びついてくるのかというのは簡単に説明できない。一義的に医療機関が多いから使っているという話だけではないということが、今回明らかになっている話であるのと、それと統一化にむけて、医療提供体制に差があるから統一できませんねというような議論はしてきていないんじゃないかなと思います。

○阿部義和委員

いわゆる医療費水準の要因が、いろいろあると思うんですよ。その中に医療機関の偏在だとか、そういうファクターもある。大きさが、例えば各市町村が独自に行う保健事業だとか、そういうものの充実性の問題だとか、アクセスができるかできにくいとかいうようないろんなファクターがある。ND Bでもまだその辺はないですよ。そういう意味で、これからレセプトの考察をしたりなんかして、いろいろ進めていくんで、ただ単純に医療機関の偏在だけで、 α を決めたわけではない。もし、それだけということになると、適正化計画そのものが根本から崩れてしまう、保健事業が必要なくなってくる話になるんで、総合的な検討のうえでやるべきだと私は思います。

○竹内治彦会長

だいぶ時間も経ってきておりますので、御意見としてはおおむね県の方から示されている方針（案）について、御了承いただけるということでよろしいでしょうか。

それでは、前回までの議論を踏まえまして基本的なビジョンといたしましては、平準化を進めていく

ということですね。平準化を進めることによって、統一化を図る。それが、平準化を進めるための今回の計画に従って平成 36 年度を目標に進めていって、平成 36 年度には統一化ができることを期待するということで、平準化を進めていくという趣旨での書きぶりであって、もちろん平準化が先に進めば、事実上統一になっていくので、統一化されていくでしょうし、ということで、また、平準化が万が一進まない場合は、その原因を分析しながら次の手を打つというそういう考え方、平準化と統一化はあくまでリンクした形でこの時間の設定などもされていくというそういう提案として御了承いただいでよろしいでしょうか。

(反対意見なし)

ではそういう形の提案、文言をこういう形で御了承いただきました。

こういう形で、協議会としての案はひとつまとまってくわけですが、また今日は市町村の御意見をお伺いするというのもありますので、これについて事務局から御説明をお願いします。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

将来的な保険料水準の統一化について、市町村の御意見をお伺いする機会を設けさせていただきました。本日は2名の方に御臨席いただきましたので、御紹介させていただきます。

委員の皆さんから向かって、右側から順に島塚英之岐阜市市民生活部長様でございます。それから、矢嶋弘治高山市市民保健部長様でございます。

それでは、順に御意見を陳述していただきます。岐阜市島塚部長様、お願いいたします。

○島塚岐阜市市民生活部長

よろしくお願ひいたします。今日は大変貴重なお時間をいただきまして、岐阜市民 41 万人、岐阜市議会全会派の思いを代表して意見を申し上げる機会を作っていただいたことに、心より感謝申し上げたいと思います。

今日は、カラー刷りの資料をお配りいたしました。これを参考にいただきながら、御説明したいと思います。先ほどから議論になっておりますように、医療費の適正化というのはこれは当然誰もが分かっていることで、さきの厚生労働省の発表では、2015 年度に国民総医療費が 42 兆円、それが 10 年後の 2025 年度には 54 兆円ということで 12 兆円も増えれば当然保険制度はすべて破たんすると、それはもちろん分かっておりますので、医療費適正化は大変重要なことですが、まず結論から申し上げますと、そもそも、医療費水準の格差解消による平準化と保険料水準の統一化は切り離して考えるべき別々の課題であるということ踏まえまして、資料の上の赤字で書いてありますように医療費水準の平準化を基準としない保険料水準の統一時期を明記していただきたいということでございます。その理由でございますが、そもそも今回の都道府県単位化のねらいは、平成 15 年以降、国におきまして、閣議決定を経まして検討されてきた、最終的には国への医療保険制度の一元化のステップとしまして、まずは、国保を都道府県単位に広域化しまして保険料水準の統一化を図ること、さらに、都道府県が主体となり、医療機関・医師の偏在を解消した効率的な医療体制に見直すことにより、医療費の抑制・適正化を進めるための仕組みを作り上げることであったと私どもは承知しております。

もちろん、医療費の抑制・適正化は、冒頭に申し上げましたように大変重要なこととございまして、我々も岐阜市におきましても、保健事業や健康増進事業を通して努力しております。

岐阜市におきましても、県内でも先駆けましてデータヘルス計画、現在第 2 期を作っておりますけれども、策定しまして、特定健診やがん検診、特定保健指導、あるいは健康づくりポイントを付与する受診

率向上のインセンティブ事業など様々な検診や保健指導などのほか、市が全庁横断的に健康施策とまちづくり施策をハード、ソフトと一体的に進める岐阜市の名前ですが「スマートウェルネスぎふ」を推進するなど、他の市町村と比べても決して劣ることはないと思っておりますが、様々な生活習慣病予防対策や重症化予防対策などにより健康寿命の延伸に努めているというところでございます。

しかしながら、少なくとも、いろいろ御議論はございますが、市町村には権限がない医療提供体制の見直しが行われない限り、医療費水準の格差、平準化は、現実的には、永遠に解決できるものではないと考えられることから、付け加えますと、例えば岐阜市内においても、地域ごとに区域を割れば、医療費水準の格差は必ずある。岐阜市の場合ですと、50の自治会連合会がございまして、50の自治会連合会の水準を比べたら当然ばらばらです。格差がございまして、それと同様に、県内42市町村ごとに区切れば、当然格差はありまして、それぞれが医療費の抑制・適正化に今後努力したとしましても、その格差は必ず残ると思っております。ですから、42市町村が横並びの医療費水準となることはありえない。平準化は絶対にありえないと、数値的にはそういうことは絶対にないといわれわれは確信しております。

そういうことで、医療費水準が高い市町村に負担を求めるのではなく、医療費水準の平準化と保険料水準の統一化は切り離して、重要なことではございますが、切り離して、別々の課題として取り組むべきであることを申しあげたいと思っております。

よって、岐阜県で一つの国保として、県内全体で負担を分かち合う仕組みになることを踏まえ、今回の制度改正の趣旨に反することなく、県内統一の保険料率である後期高齢者医療制度と同様に、後期高齢者も県さんは同じ健康福祉部でやっておられるんですけど、それと同様に県内のどこに住んでいても同じ所得、同じ世帯構成であれば、被保険者の負担の公平さの観点から、早期に、同じ保険料水準にすべきであると考えております。

参考までに、2枚目資料1でございまして、中核市47市、だいたい岐阜市と同レベルの都市でございまして、人口10万人当たりの医師数が多い上位10市と下位10市の医療費水準に基づく医療費指数の平均値を、表の一番右に示したもので、やはり傾向としましては、医師が多い都市ほど医療費指数の平均値は高く、少ないほど医療費指数は低くなる傾向が出ております。次に、3枚目の資料2でございまして、これは新聞の記事でございまして、昨年10月に、医師の偏在是正計画の策定を都道府県に義務付けるという日経新聞の記事でございまして、それで4枚目は、実は昨年11月に岐阜市議会定例会におきまして各会派の全会一致で決議されました国保における保険料水準の統一を求める決議文でございまして、知事さんあてに提出されていると思っております。まとめでございまして、委員の皆様におかれましては、論点としまして、保険料の市町村格差の解消が今回の制度改革の目的の一つであることはもとより、ふたつ目の75歳以上が加入する後期高齢者医療制度は制度創設時から統一保険料率であり、同じ地域に住みながら、国保とは相矛盾するダブル・スタンダードの算定方式であること、さらに医療費水準の平準化は、県が主体となった医療提供体制の再構築が必要であること、よって医療費水準の平準化と保険料水準の統一化はそれぞれ重要なことではございますが、切り離して、別々の検討する課題であるということを勘案していただきまして、一番下の赤枠の中にありますように、一つ目が、医療費水準の平準化を保険料水準の統一の基準としないこと、ふたつ目が、運営方針の見直し時期に合わせて、平成33年度からは段階的に α 、医療費指数の反映係数でございまして、 α を「0」に近づけ、平成36年度からは医療費水準を反映しない事業費納付金の算定方法とする運営方針の決定に向けて、合意形成を図っていただきたいということを要望したいと思います。

最後に、資料には書いてございませんが、もう一つ付け加えさせていただければでございますが、今回の議論とは直接関係ないことでございますが、前回、ここに出席させていただいた時に、同じく出席していらっしゃいました自治体の長の方が意見で言われました「医療機関の偏在があるなかで、医療費指数を反映しないことは到底住民の皆さんに納得していただけない」というお話がございました。そこで、ちょっと私たち勝手ですが、岐阜市民病院の話をさせていただきますと、医師、医療機関には応召義務という制度がございます。断れません。ですから、岐阜市民病院には、市内、市外の患者大勢いらっしゃいまして、実はちょっと調べましたら、岐阜市民、平成 28 年に外来・入院で 55 万 3 千人、受診・入院治療をされております。そのうち、市外の方が 4 割弱の 20 万 7 千人でございます。40%近くは岐阜市外の方であるにもかかわらず、岐阜市民病院は、市民の税金から毎年 22 億円の補助金を入れております。これをお聞きになれば、このことも市民が到底納得できないことということも、これ余分な話でございますが、申し上げたいということでございます。説明は以上でございます。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

続きまして、高山市矢嶋部長様、お願いいたします。

○矢嶋高山市市民保健部長

おはようございます。本日は、大変貴重な会議の時間に発言の機会をいただきまして誠にありがとうございます。また委員の皆様におかれましては、来年度からスタートいたします新たな国民健康保険制度が、県民ですとか被保険者の皆様にとって適切に運営されるよう、それぞれのお立場で熱心に御議論いただいておりますことを、岐阜県とともに共同保険者となる市町村のひとつとして厚くお礼申し上げます。申し遅れました、私は高山市市民保健部長の矢嶋でございます。どうぞよろしく願い申し上げます。

それでは、早速、私どもの考えを述べさせていただきたいと思っております。岐阜市さんのように資料は準備しておりませんので、口頭でのみお話をさせていただきたいと思っております。まずもって、高山市といたしましても、将来的に保険料を統一することについて、反対するものではございません。しかしながら、先ほどより御議論になっております、岐阜県内の年齢調整後の医療費指数が最も高い市町村と最も低い市町村では 1.29 倍あるとなっている現状です。この差を放置したままでの統一化の議論については時期尚早と考えるものでございます。この医療費指数に差が生じる原因といたしましては、例えば、今ほど御議論のございました健康診査等をはじめとする住民の健康意識・予防意識の違いですとか、社会的入院など家庭環境、在宅での生活環境の違い、気候・風土、食習慣など地域の独自性の違い、地域における医療の利用のしやすさの違い、また、介護など医療以外のサービス提供環境の違いなどが思い浮かぶわけでございますが、確かにこれらが複合的に絡んでいた結果でないかと思っております。これまで、それぞれの市町村の保険者では、被保険者の構造が変化する中で、保険料の負担を少しでも軽減をしていきたいということで、医療費の適正化策について創意工夫して取り組まれてまいりました。本市におきましても、特に健診ですとか、その後の保健指導に力を入れてまいり、早期発見と早期治療、そして治療の継続の啓発に努めてまいったところでございます。また近年では、大学の高い知見を活用した保健事業の充実に取り組んでいるところでもございます。先ほど来御議論がございまして、一般的に医療体制が整った都市部ほど医療費水準が高くなることが想像されるわけでございますが、全国的には東京をはじめとする関東圏、中京圏などは全国平均の医療費を下回っており、必ずしもそうとは言いきれない結果となっております。それぞれの市町村が医療費の分析をしっかりと行い、有効な方法を研

究し、実行することが必要であると考えています。中には、市町村単独では解決できない課題や県全体で取り組んだ方が効果的な施策もあると思います。県が医療費適正化、医療体制の充実にむけて、積極的にイニシアティブをとっていただき、県全体の医療費の適正化と医療の提供体制の平準化を目指すことをお願いするものでございます。

とは言え、現状といたしまして各市町村の医療費水準に大きな差があることは事実でございます。それぞれの市町村の被保険者が、傷病等により通院や入院の医療サービスを利用された結果でございます。国民健康保険運営を県単位化するのだから、保険料は統一すべきとの御意見もでございます。確かに県単位になるので、そういった考えも当然のことだと思われま。しかしながら、国の制度が変わったからと言って、現時点では、他の市町村の、医療費の高い部分を、被保険者が被ると、自分のところの保険料が上がるということについて、被保険者の理解を得られる状況ではございません。本運営協議会におかれましては、こうした現状を十分に考慮いただき、医療費指数反映係数を1とすることを答申されるとともに、将来的な統一化については、県に対し市町村の意見聴取を十分に行うよう求められたものと受け止めております。

後期高齢者医療制度は保険料が統一されているから、国民健康保険についても同様にすべきとの考え方もございますが、後期高齢者医療と国民健康保険の制度の違いを考慮する必要がございます。国民健康保険では、給付費の約5割を保険料で負担していただくことになっていますが、後期高齢者医療制度では約1割となっており、医療費水準の保険料への影響は国民健康保険と比べ、後期高齢者医療制度の方が少なくなっております。もちろん、負担が少ないからと言って、医療費の適正化を目指すことは国民健康保険と同様のことでございますが、岐阜県の後期高齢者医療制度の1人当たりの医療費の状況を見ますと、制度開始の平成20年度における県内21市の1人当たり医療費の比較をしますと、最も多い市と最も少ない市では1.45倍の差がございました。それが、平成28年度では若干、差は縮まったものの1.34倍と、依然として大きな差が生じております。さらに、平成20年度における1人当たりの医療費が高い上位5市のうち平成28年度も上位5市に入っている市が3市、逆に平成20年度に低い方のうち、平成28年度も低い方の5市に入っている市が4市あり、医療費の傾向は変わっておらず、統一化によってかえって医療費適正化のインセンティブが働いていないのではないかとということがうかがえ、保険料の統一化は、かえって医療費適正化の取組を阻害する要因になることも懸念されます。以上のことから、県や市町村が連携して、医療費水準の差を各市町村が了承できる範囲に収まるように努力すべきであり、保険料の統一化の議論はその結果を踏まえながら行うべきと考えております。したがって、今回の運営方針案に記載されています、平成35年度までの取組の成果を期待するとともに、その成果を踏まえた協議や見直しについて、基本的な部分では了承できるものでございます。仮に保険料統一の時期を明記するのであれば、その時点までに医療費水準の差をどの程度まで縮めるといった目標値と、またそれが達成できなかった場合の取扱いについても合わせて明記をすべきと考えております。

また、保険料の設定には各市町村の保健事業を無視することはできないと考えております。保健事業は医療費と密接な関係がございます。例えば、特定健診の受診率が向上すれば費用がかさみ、保険料の負担は増加しますし、特定保健指導を充実させれば、同様に負担増につながります。しかし、こうした結果、疾病の早期発見、重症化予防に繋がれば、結果として医療費の抑制につながります。保険料の統一化については、医療費のみでなく、医療費の抑制効果が期待できる保健事業の経費も考慮に入れる必

要があると考えております。高山市といたしましては、引き続き、医療費の適正化に向けて、健診や保健指導による、早期発見、早期治療、治療の継続に努めるとともに、各種保健事業の充実を図ってまいりたいと考えております。

今回の議論とは、蛇足になりますが、高山市では、昨年度まで保険料の設定に当たり、福祉医療の波及分を除く法定外の繰入を一切行っておりませんでした。しかしながら、今回の制度改正により被保険者1人当たりの保険料負担が増えるという見込みでございます。県単位化の本来目指すところに逆行することになりますが、新しい制度が安定したスタートが切れるように、被保険者の負担軽減についてのどういった方法があるか検討をしているところでございます。以上、高山市の考えを述べさせていただきました。委員の皆様にはぜひお汲み取りいただき御議論いただきますようお願いいたします。ありがとうございました。

○竹内治彦会長

ありがとうございました。ひとつだけ、岐阜市さんの最後のところ、岐阜市さんの発言が誤解ということではなくで、この会議で前からそういう誤解があるんじゃないかというところで、岐阜市民病院を他の自治体の方が受診されても、医療費・保険料の計算としては、それぞれの自治体の方に戻って計算されております。ですから、他の自治体の方が、岐阜市民病院等、岐阜市内の病院を受診された分が岐阜市に多く加算されているというようなことではありません。ただ、岐阜市さんの思いとしては、そもそも岐阜市民病院を維持、運営するための経費を岐阜市さんの方で負担されている部分があるのでとそういうことでの御発言だったと思いますので、その点ひょっとして誤解される方があってはというところです。また、高山市さんの最後のところの負担云々については、今度の制度改革による負担増なのか、そもそも医療費が上がっていることによる負担増なのかというところがあるかと思いますが、今日の最後のところで御説明していただくことになっておりますので、それをまたつぶさに見ていきたいと思っております。ということを踏まえさせていただいて、委員の皆様から御質問等ありますでしょうか。

○大橋まり子委員

岐阜市さんに御質問をさせていただきます。保険料水準の統一にあたって、これまでの協議会でも市町村間の医療費水準の格差が問題となっていたと思いますが、そのため、先般の納付金の算定に関する答申では、医療費水準の平準化を図りつつ、統一を目指すということになっております。岐阜市さんは、早期に医療費水準を反映させないことを言われていますが、医療費水準の低い市町村さんはそれで納得されるのでしょうか。他の医療費水準が低い市町村さんが納得できるような数値・目標、取組等を何かお考えでしょうか。

○島塚岐阜市市民生活部長

それは岐阜市からお答えするようなことではないかと思いますが。

○竹内治彦会長

岐阜市さんとしては、このように主張されるということですね。それが県庁所在地でもあり、県内の人口の5分の1を占める自治体ですので、その御意見が岐阜市の県内でのお立場としてそれでいいんですかという御質問はあり得るかと思いますがけれども、御担当としてはその答えようがないというのもそれはそれでごもつともだと思っております。

○島塚岐阜市市民生活部長

答えにはならないかと思いますが、今世の中というのは大きく高齢化少子化と動いている中で、厚労省だけではなく、いろんな省庁で大きな制度改革が行われていると、まして先ほど申し上げましたように日本の保険医療制度はずいぶん前から将来破たんすることがわかっておりましたので、それで平成15年に厚労省の何か提案された内容で閣議決定がありまして、医療保険制度の一元化に向けて議論が始まったというふうに認識しております。ですから、やはり制度を変えていくときは、何か痛みを絶対伴うんですね。過去に小泉さんが総理大臣をやっておられたときも、公から民間にということで、郵政民営化とかいろんな制度改革があったんですが、我々大事なことは、今日先の損得じゃなくて、将来何十年先の子もたちのことを考えて、本来国が目指す制度改革のゴールを見失うことなく、目先の損得でやるような制度改革であったら、そもそも制度改革の意味がないという言い方もできるかと思えますので、これは逆の立場の方、高山市さんもそうですけれども、大変それは納得できんということかと思えますけれども、私ども岐阜市では41万人の市民、被保険者10万人おりますので、本来の制度改革の趣旨を忘れることなく、痛みを分かち合う、県内で分かち合うこの仕組みが完成されることに向けて、明確な数値目標をもって進めていくことだという認識でございます。

○若野 明委員

私も岐阜市さんに御質問させていただきます。本日の御説明ですと、医療費の水準と保険料の統一は別だという考え方で議論していくべきだというお話がございまして、もちろんそれもひとつのお考えではあると思うんですけれども、今日の議論でもございましたけれども、やっぱり統一化に当たりましては、市町村の方からも、市町村の保健事業の独自性であるとか、医療費適正化のインセンティブ、市町村もそういう意欲をもって取り組まれているところがございまして、もし保険料の統一ですね、今回ですと、切り分けるということで県の案からすると比較的早期に保険料の統一をという形で御提案があるんですけれども、やはりその辺りの確保というのが問題となってくると思いますので、仮に医療費水準が保険料に影響しないということになりますと、市町村のそういった各種の取組ですね、そういったものが停滞することも懸念されるのではないかということもあろうかと思えます。これ、県全体ということでお考えいただきたいということなんですけれども、医療費水準をある程度、一定期間は反映をさせて、その間に県も取組を進めるということでもございましたし、各市町村も取組を進めるということでもございましたので、私もやはり一定期間そういった医療費水準の適正化に関する取組を進めたうえで、保険料の統一について検討していくというのが、考え方ではないかというふうに思っておりますけれども、仮に医療費水準を比較的早い時期に反映させないということにした後、こういった課題が市町村間共通の問題としてあるかと思うんですが、そういったことについてどういうふうにお考えでしょうか。

○島塚岐阜市市民生活部長

どこからお話したらいいのか、よくわかりませんが、私ども前回の、去年の暮れの御答申のように、当面は、反映係数「1」というのは了解しております、ですから運営方針を見直す3年間は、医療費指数反映係数「1」ですか、30、31、32、これは岐阜市の方も了解しておるということです。ですから、運営方針見直し後の平成33年度から、段階的と言いますか、激変緩和的に「0」に近づけるということでもございます。それと先ほどの委員の皆さんで御議論のあったように、数値目標と言いますか、年度が明記されていないような計画と言いますか、方針というのは結局やらないということなんです。そこにまたあるのは、医療費水準の平準化って絶対にできないと思えます。42市町村が別々のリーダー

の下で別々の取組をして、別々の予算を組んで、同じ横一線で、運動会の競争ではないですが、一齐にゴールすることなんて絶対にありませんよね。皆さんが努力すれば全体として下がることはありますけれど、平準化は絶対にないということを申し上げたいということで、例えばですね、これはちょっと私の、上司の意見ではございませんが、医療費適正化を測る一つの基準として、県内市町村の競争ではなく全国の都道府県と比較して岐阜市の医療費水準がどこにあるのかと、例えば平均を上回っているなら平均以下にもってこようとそういうところにゴールを決めて取り組むべき適正化は課題だと思っております。ただ、ありがたいことに岐阜県の医療費水準は、全国の平均を下回っています。決して高いわけではございませんので、そのことも申し上げたいと思いますが、答えになっておりましたでしょうか。

○若野 明委員

もう一点のこれまでの議論の中でも、各市町村の方から保険料が統一された場合、各市町村の保健事業等の取組が少し停滞する恐れがあるという御懸念もあったということで、県全体の問題としてとらえた時にどうでしょうか。

○島塚岐阜市市民生活部長

すみません。お答えを漏らしました。皆さん御存知かと思いますが、今回の国保制度改革では、県内単位ではなくて全国の制度として保険者努力支援制度というのが、前倒しで行われておりますけれども、今回設けられまして、金額がわかりませんが、全国で数百億円、要は医療費適正化に取り組んだ県、そして市町村に配分すると、それがひとつのインセンティブになって、今回医療費水準を反映しなくても保険者努力支援制度で別の財源がいただけるということで、決してインセンティブは劣るものではございませんし、我々岐阜市も実は、議会前で予算は決定しておりませんが、来年度からは保険者努力支援制度の点数が高くなるような保健事業、新規事業、拡大事業を相当盛り込みましたので、多分来年は県内の上位に位置するような保険者努力支援制度の予算の配分があるということですので、インセンティブは決して劣ることがないというふうに認識しております。

○栗本直美委員

岐阜市さんに御質問なんですけれども、今日の話題とあまり関係していない事かもしれないんですけど、なかなか御質問を岐阜市の方にする機会もないかもしれないので、あえて伺わせていただくんなんですけれど、岐阜市さんの保険料の収納率が42市町村の中で一番低くて88.7%という状況になっているということが、資料に書いてあって確認させていただいたところですけど、岐阜市さんが主張で統一化を急がれるということも資料でよく分かったんですけど、この収納率が低い状態で統一化してしまうとまた他の市町村に負担が行くということがちょっとあるのではないかなということがあって、収納率についてはどのようにお考えでしょうか。

○島塚岐阜市市民生活部長

今ちょっと間違えていらっしゃるんですけど、岐阜市の収納率の未納の部分は岐阜市民が払いますので、他の市町村にはいきません。例えば、岐阜市ですと年間保険料が90億円くらいなんですけど、収納率が至らない10%につきましては、保険料を払っていらっしゃる方に上乘せして徴収しておりますので、他の市町村の方にいくことは絶対にございません。これは、日本全国共通の理屈でございますので、そこだけ訂正させてください。

○竹内治彦会長

今日お伺いするということろで、先ほどこの会議としては県の案の方を承認させていただいておりますので、そういう形で進めようかなとは思いますが、この会も7回ですかだいぶ進んできたなかで、最初から $\alpha = 0$ をすぐに進めるという議論は、多分したことはなくて、岐阜市さんであっても最初からそうだったと思います。中間でいくのはやめましょうというのが入り口で、 $\alpha = 1$ でスタートするというところについてのコンセンサスはもうとれていることであって、問題は期間ですね、見直しをしていく期間です。これについて、将来的には $\alpha = 0$ にしなければいけないということについても、これもコンセンサスがとれていて、制度を統一化するのであるから保険料がいつまでも違っているのもおかしいものである、統一しないといけないということも共通です。ですから、これは純粋に期間の問題なんだというふうに考えることができるんだと思います。その期間の問題についての考え方なんですけれども、今日の県の御提案にてこの会議で了承しているものというのが、医療費水準の平準化と統一化というのはリンクするんだと、平準化ということを進めるということは今重要なことであって、平準化を進めて統一化するということが、この会議で了承した基本的な考え方です。これに対しまして、今日、岐阜市さんがおっしゃられている内容というのは、平準化と統一化は切り離しますということなんです。比較的これ論点としては新しいのかなという感じはします。若干唐突な感は持っております。それと平成33年度から見直しの3年というところが、かなり早い、これは今回初めて見る数字のかなというふうに思います。私なんか前回の会議でも10年くらいというふうに申し上げているくらいでして、それに対して県の方が今春の計画で平成35年度までの計画があるから、平成35年度までの計画を進めていって、平成36年度からを目標にすることであげられているというのが、県の方としては相当踏み込んだ形での数字の出しかなと思ったんですけれども、それよりもさらに早く、統一化の見直しが3年後ということなので、そこの段階から段階的に α を「0」に近づけるということで、相当踏み込んだ御意見ということですね。それが、他の市町村、それから他の被保険者さんの理解を得られるかということについては、多分委員の皆さんもお感じになられているのは、だいぶクエスチョンじゃないかなということ、岐阜市さんがそういうふうに主張されるのは、いろんなデータから見てわかりますけれども、それが県全体として「そうですね。」というふうに了解し得るものかというのは、ちょっとなかなか今説得されてこないところ。見直しのタイミングとしてもですね、たしかにこの運営方針の見直しが3年後されるとして、それがこの α についての見直しのタイミングなのかということですね。それがやはり実効的な根拠がなくてですね、それはなぜかという平準化の議論と統一化の議論は別だというふうに切ってしまうので、ですから統一化はこれ政治判断としてやりきるというお話ですね。それしかないということがでておまして、ここでの議論としては平準化を進めることによって統一化をするんだというそういう議論になっております。なかなか政治判断としてやりきるんだということというのはちょっとつらいなあというふうに感じるころですけれども。でもお話を聞いている限りにおいて、統一化は政治判断として改革であるから期限を区切ってやっていくしかないということが岐阜市さんの御意見として了解させていただいてよろしいでしょうか。

高山市さんにつきましては、基本的には県に従った形で、平準化を進めていってもらいたいということで、かなり慎重な御意見なんだとは思いますが、平準化を進めていくことによって統一化をするということで今の県の計画等について御理解をいただいたうえで今日御意見を頂戴しているところなのかなというふうに理解させていただいております。この会議としては、先ほどの案として、それを次のステップに進めていただくというようにして、また、岐阜市さんとしても議論を進めていた

だきたい。ちょっと、岐阜市さんの今日のこのペーパーと市議会の決議との間でもちょっともう一段踏み込んでいる気がするんです。決議の段階では、医療費水準を反映させない統一水準にすることを求めますということですね。今日のペーパーでは、平準化と統一化は別で、それで平成33年というところが、これ決議より踏み込んだ内容じゃないかというふうに思います。この踏込を今後もされていくのか、また慎重に御検討いただいた方がいいんじゃないかなと私個人的には思いますけれど、そのような状況です。ということで、今後様々な手続、この後説明いただきますけれども、パブリック・コメント、そして、最終的には議会等にも諮られてということにもなるでしょう。進めていくことになると思いますので、今日の御議論については、以上で締めさせていただきます。

この後、事務局において今後の進め方等につきまして、御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、まず「岐阜県国民健康保険運営方針(案)に対するパブリック・コメントの実施について」御説明いたします。先ほど御審議いただきました運営方針(案)につきまして、この後、広く県民から御意見をいただきたいとします。参考資料3を御覧ください。

意見募集の期間は今週木曜日の2月8日から3月2日金曜日までの間、運営方針(案)は県のホームページに掲載するなどして閲覧していただけるようにし、所定の様式によりまして意見をいただくことにしたいと考えております。

先ほど会長からお話がありましたとおり、パブリック・コメントとは別に、この運営方針(案)につきまして、国民健康保険法に基づきます県内全市町村からの意見聴取も行います。パブリック・コメントで県民からお寄せいただいた意見、それからこの法定意見聴取で市町村からいただいた意見を踏まえて、再度運営方針(案)について整理させていただいたうえで、次回の運営協議会で御審議いただきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

○竹内治彦会長

この案がパブリック・コメントにかかるということ、それから各自自治体へ意見聴取が行われるということ、それらをまとめて最終的な運営方針のとりまとめが行われるということでございます。

そうしましたら、(2)その他について、事務局から何かありましたらお願いいたします。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

続きまして、「平成30年度分納付金算定結果について」御説明いたします。

冒頭の健康福祉部長からのあいさつでも述べましたとおり、12月に県議会で議決いただきました「岐阜県国民健康保険法施行条例」でありますとか、1月末に告示しました各係数などによりまして、平成30年度に各市町村から県に納めていただくこととなります納付金などの算定を行ったところです。県では、現在、この算定結果を踏まえて平成30年度当初予算額の編成を行っているところですが、市町村においても同様に予算編成作業が進められ所要のデータを市町村にもお示ししているところでございます。

参考資料4を御覧いただきたいとします。

納付金算定額が確定いたしますと、それを基本にして、市町村ごとに被保険者1人当たりの保険料額がいくらになるのかが算出できますので、それを報告させていただくものでございます。ただし、【留意事項】の2つ目のボツにありますように、ここでお示しする数値は、様々な条件設定のもとで算定した理論値でしかありませんので、実際に各市町村で賦課される額とは全く異なるものですので、よろし

くお願いいたします。

3 ページ目をお開きください。

市町村ごとに、平成 30 年度と平成 29 年度の被保険者 1 人当たりの保険料額、その増減額と増減率を一覧にしております。特に表の右から 2 列目の「オ÷ウ」を御覧いただきたいと思います。全市町村で▲が付いておりますが、これは、平成 29 年度と平成 30 年度の間で 1 人当たり医療費の伸びがないと仮定した場合、全市町村において、平成 29 年度より保険料額が下がることになる、という結果になったということです。その主な理由としましては、今般の制度改正によりまして国庫補助金などの公費が拡充されますので、それによって被保険者から集める必要がある保険料の総額を抑えることができたためということが考えられます。

続きまして、参考資料 5 の「都道府県標準保険料率及び市町村標準保険料率の算定結果の公表について」御説明いたします。

参考資料 3 は、1 人当たり保険料額をお示したものでしたが、実際に各市町村が被保険者から保険料を納めていただく際には、保険料率・保険税率という形で示すことになります。国民健康保険法によりまして、県は保険料率の標準的な値を算定して公表することとされております。この標準保険料率というのものにも 2 種類ありまして、一つは、県平均の数値を用いて全国統一の算定基準で算定する「都道府県標準保険料率」というもの、もう一つは、市町村ごとの数値を用いて県内統一の算定基準で算定する「市町村標準保険料率」というもので、これによって、他の自治体との比較が可能になるものでございます。なお、いずれも一定の仮定のもとで算定した理論値でしかありませんので、実際に各市町村で賦課される率とは異なるものですので、よろしくお願いいたします。

市町村標準保険料率の算定方法は、以下の表で示しましたとおりです。

算定結果は、裏面になりまして、都道府県標準保険料率は、他の都道府県の数値は現時点では分かっておりませんので、比較はできないということになっております。各市町村の標準保険料率の状況は御覧のとおりとなっております。説明は、以上でございます。

○竹内治彦会長

ありがとうございました。

ただ今の御説明について、御質問等ございませんでしょうか。

それでは、意見等もないようですので、以上をもって、本日の会議を閉会させていただきます。

次回の運営協議会でございますが、3 月の中下旬くらいを想定しておりますが、まだ日時、場所など確定しておりませんので、追って御連絡させていただきますので、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。