



## 6 議事録

### ○竹内治彦会長

それでは、第4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、お待ちください。

本日、1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。

本日は、お忙しいところ御出席いただき誠にありがとうございます。

本日ですけれども、国民健康保険事業費納付金の算定に関する答申ですけれども、前回岐阜市を含め意見表明がありましたので、引き続き審議いただきたいと考えております。

また、岐阜県国民健康保険運営方針(案)でございますけれども、第2回の運営協議会開催時にいただきました御意見も踏まえまして、追加記載しております。これも併せて御審議いただければと思っております。

以上二つについて忌憚のない御意見をいただければと思っております。どうぞよろしく申し上げます。それでは、議題につきまして、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

前回お配りしました資料について変更がございましたので、それについて御報告させていただきたいと思っております。

お手元にある第3回資料2の1を御覧ください。「納付金算定に係る各市町村意見一覧」でございます。会議開催後、御嵩町から $\alpha$ の設定に関する意見について、 $\alpha=0$ から $\alpha=1$ に変更したい、羽島市から配分方式に関する意見について、4方式から3方式に変更したいとの連絡があり、太枠で囲いましたとおり、変更しましたのでお知らせします。

なお、これに合わせ、第3回資料の2の2及び2の3について変更しましたので、御報告させていただきます。

それでは、諮問事項であります国民健康保険事業費納付金の算定方法につきましてですが、お手元の第4回資料1を御覧いただきたいと思っております。

納付金の算定方式について、前回岐阜市さん、大垣市さん、大野町さんから御意見いただきましたけ

ども、改めてこの算定式について御説明させていただきたいと思います。

資料の一番上に四角で囲んだ算定式を表示しております。第1回及び第2回の運営協議会でも御説明しましたが、改めて御説明申し上げます。まず、医療給付費分の算定式でございますが、二行目の岐阜県での必要総額は、県全体で必要となる保険給付費を見込んだ上で、国から県に交付される療養給付費負担金や財政調整交付金等の公費を除いた額が、市町村から国保事業費納付金として納めていただく総額ということになります。その必要総額を各市町村の医療費水準や所得水準、被保険者数等により、按分していくこととなりますが、三行目の $\alpha$ の含まれた式が、かねてから論点になっておりますけれども、医療費水準をどのように反映させるかを表した式でございます。 $\alpha$ は0から1の範囲で設定することになっておりまして、 $\alpha = 1$ の場合は、各市町村の年齢調整後の医療費指数を完全に反映することになり、 $\alpha = 0$ の場合は、全く反映させないこととなります。この $\alpha$ をどうするかということについて、これまでも最も大きな論点として、御審議いただいてきました。四行目の $\beta$ の含まれた式は、県全体で必要となる納付金総額の応能・応益の配分割合をどのようにするかを表した式です。 $\beta$ は、岐阜県の一人当たり所得が全国の一人当たり所得と比較してどの程度の水準にあるかに応じて算出され、全国平均値であれば1となり、応能応益割合は1対1となります。第3回試算における数値は、約1.07というところでした。激変緩和のために $\beta$ 以外の数値、 $\beta'$ を使用することも可能とされております。最後の $\gamma$ は、市町村ごとの納付金の額の合計を、県での必要総額に合わせるための調整係数でございます。

次の四角で囲んだ後期高齢者支援金分及び介護納付金分でございますけれども、「後期高齢者医療制度」への支援金と介護保険の第二号保険料であり、これまで市町村の被保険者数等に応じて市町村から社会保険診療報酬支払基金に納付されてきました。国保制度改革後は、市町村から国保事業費納付金に含めて県に納めていただき、県からまとめて支払基金に納付することになります。その按分方法を表した算定式でございますが、県の国保特別会計の保険給付費に充てるものではありませんので、医療給付費分の算定式から、医療費指数反映係数 $\alpha$ が含まれた行を除いた式となっております。

本来ですと、この会議で事務局として、具体的な算定方法案について、お示ししたいと思っておりましたが、前回、岐阜市副市長さんが出席され、異なる意見、論点等も示されたということで、ここで、前回の資料、黄色のファイルになるんですが、岐阜市さんから配付していただいた、「平成30年度の国保の県単位化の問題点について」ということで、四つの問題点が示されているので、見ていただきたいと思います。

前回この部分について、あまり御審議いただけなかったということで、私ども事務局として、少しこれについて、一つずつ見解をお示しさせていただきたいと思います。

#### ○竹内治彦会長

算定方法案ということなんですけど議題としては、前段の説明をということになりますね。前回御異論があったことも踏まえて、少し慎重に議論したいので、岐阜市さんも非常に時間も少なかったのも、それについて御説明をされるということですね。

#### ○勝野医療整備課国民健康保険室長

わかりました。これに対する事務局としての見解を申し上げたいと思います。

1つ目が、国保制度改革の目的の一つである「保険料の市町村格差の解消」に反するとのことでございます。国のガイドラインでは、「市町村間で医療費水準に差異がある」場合には、「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」とされておりまして、医療費水準に起因する格差を保険料に反

映させることには合理性があると考えております。市町村間の保険料格差の是正に向けては、まずは医療費水準の格差を是正していくことが重要であると考えています。

2つ目の後期高齢者医療制度は、県内統一保険料であるため、異なる保険料算定方式となることとでございます。後期高齢者医療制度は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、県内すべての市町村が加入する岐阜県後期高齢者医療広域連合を単一の保険者として、運営されているものでございます。一方、国民健康保険制度は、「改正国民健康保険法」に基づき、平成30年度以降は、県も保険者に加わるものの、保険料率の決定、保険料の賦課・徴収については各市町村が引き続き保険者として担っていくこととされています。このように後期高齢者医療制度と国保は、それぞれ独立した別個の医療保険制度として、根拠法令、制度の仕組みそのものが異なっており、保険料の算定方式について同列に論じることは、必ずしも適切ではないと考えております。

3つ目の他県の動向でございます。資料をお付けしておりますので、参考資料1を御覧ください。本年6月に共同通信社が行った少子高齢化対策「全自治体首長アンケート」の結果として、8月27日に新聞報道されたものでございます。これによれば、問いにありますように、「将来的な課題」としての保険料水準の一本化に関する考え方を問うたものであり、これに対して22の道府県が「一本化する方針」または「一本化に向け検討している」と回答されたものです。一方、国は、来年度の方針について各都道府県にヒアリングを実施し、その結果を9月にとりまとめたところ、8割を超える都道府県が、来年度については医療費水準を完全に反映させる方向で検討しているという状況であったとの説明を聞いております。

4つ目の医療費の格差は、医療機関の偏在が原因であることとでございます。医療費水準の格差が生じる要因には、医療需要サイドとして、疾病構造の違いや受診意識、医療供給サイドとして、医療機関や医師数、病床数など様々な要因があると考えているところです。医療費水準の格差の是正に向けては、特定健康診査の受診率向上をはじめとする保健事業の一層の推進、適正受診の取組みなども重要であると考えており、県としましても、市町村とともに、これらの取組みが積極的に行われるよう、支援していきたいと考えております。

#### ○竹内治彦会長

いかかですかというところなんですけど、正直私もわかんなくなっていて、一つ一つまず確認ですけど、要は、第4回資料1のところの、案が案の形になっていないので、今日は案という形で出されていない。この場でオープンで議論するか、あるいはまとまりきらない形もあり得るという形での今日の出発点なのかなというふうに理解しました。その上で今日の議論としましては、前回、各首長さんに御出席いただいて、意見を述べていただけてますけど、そのなかで $\alpha = 0$ にするか、1にするかで異なる意見がある。これまでの事務局の御説明の中では、比較的 $\alpha = 1$ の御説明の方が比重があるのかなと思うんですけど、 $\alpha = 0$ の議論に対して、もう一度再度検討しておきたいということで、前回岐阜市さんから提出のあった問題点ということについて、ここでお答えしたいということが今日の出発点ということかと思えます。そのなかで今の御説明がいまいち私わからなかったのですが、まず問題点1についてなのですが、市町村格差の解消に反するということについて、格差の解消に反していないというその論点、もう一度すっきりと御説明してください。

#### ○勝野医療整備課国民健康保険室長

格差の問題なんですけど、結局その部分で、合理的な格差と申し上げると少し語弊があるかもしれま

せんが、医療費に見合った保険料負担ということを考えていくと、それによる格差というのは認められるといたら言い過ぎかもしれませんが、そういった部分があるのではないかという意味で説明したつもりでございます。ガイドラインでも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、市町村間で医療費水準に差異があると、そういった格差のあったなかで、それに見合った保険料負担という面での合理性という部分もあるのではないかということでお答えさせていただきました。

○竹内治彦会長

数的にはさきほどの御説明によると、42市町村のうち0を主張されているのが岐阜市さん1市ということで、41対1になりますが、しっかりとした論拠があるのかということなのかと思います。ただいまの問題点1の、要するに合理的な是認すべき格差があるという御趣旨ですね、端的に言うと。そういうことでよろしいでしょうかということなのですが。

○名知清仁委員

それを言い出すと格差はゼロにならないので、永久に一本化できないのかという話になっちゃうんで、格差は認めつつ、でも一本化するのが望ましいけどすぐっていうのはちょっと、それはやめてよねということをお前副市長はおっしゃったのではないかと理解しております。

○竹内治彦会長

副市長さんもそうでしたし、小川市長さんもそういうニュアンスだったのかなと。ゼロが望ましいけどすぐゼロにはできないというような論点でおっしゃられたかなという理解をしているんですけど。ですから、合理的な格差であると言い切ってしまうのではなくて、格差解消は望ましいんだと。 $\alpha = 0$ にすることが望ましいけれども、国のガイドラインに示しているとおおり、すぐに $\alpha = 0$ にすると、特に小さな自治体さんには、急激に大きな御負担をお願いすることになるかもしれないので、ちょっとシミュレーションのところもあります。そういう点で住民のみなさんにも御納得いただくのは難しいでしょう、41市町村の方に御納得いただくのが難しいだろうから、 $\alpha = 1$ でスタートして、 $\alpha = 0$ を目指すという考え方の方が理解が得やすいのかなというふうに思うのですが。御意見御発言があれば。

○新藤俊之委員

第3回は欠席しましたので承知していませんが、第1回か2回のときかな、これと同じ話が出たと思うのですが、その際にも今お話しがあった0が望ましいけども今早急に0とすることではなくて、状況見ながら0に近づけていける方法とかいいやり方というのを考えながら進めていくべきではないかと、そのような意見が出たと思っておりますので、私もその意見に賛成でしたし、今ちょっとふと思ったんですけど、委員のみなさんもその形でいいのではないかと、思います。

○竹内治彦会長

問題点1に対する考え方としては、保険料の市町村格差の解消に反するという岐阜市さんからの御意見ですね、それはある意味もつともであると。ただし、 $\alpha = 0$ をいきなりしてしまうと、岐阜市さんもこのあいだ認めていらっしゃったんですけど、来年度からいきなり0というようなことは、現実的でないということをおわかっていらっしゃるといふふうにおっしゃってました。おそらくそういうことだと思いますので、原則としての考え方は $\alpha = 0$ なんだけども、現実に医療費指数の差があって、それが保険料の負担に反映されていく以上、それを踏まえて1からスタートして行って、徐々に0に近づけるということをお論理の主軸に据えと。そういう答申案のまとめ方にしていくという御議論でよろしいでしょうか。

○高松秀進委員

今話があった0か1かという話で、1がいいんじゃないかというふうな形で、この会議の委員がまとまりそうなんですけど、0が望ましいとこの間大垣市長さんも言っていたと思いますし、他の自治体も0に向かうのが望ましいと書いてあるんですけど、これは、例えば激変緩和が終わったら0にするとか、いつまでに0にするとかいう方針でやっていくというふうに考えたら、いいと思うんですが。いかに考えているかちょっとお聞きしたいと思うんですが。期限的なことですね、タイムスケジュール的にそれを提示できればいいかなと思うんですけど。

○竹内治彦会長

何か事務局としてのお考えがあれば。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

激変緩和の期限の話は、前回阿部委員の方からもあったと思うんですが、参考資料の2を御覧ください。前回委員の皆様方からいただいた意見に対する運営方針への反映についてということで、ここに反映状況ということで、阿部委員さんから激変緩和措置の期限の設定についてということで御意見をいただいておりますね、今高松委員が言われた $\alpha = 0$ が望ましいという意見もあることから、ガイドラインのこの線を引いたただし書きのところですけども、「ただし、制度移行後一定の期間が経過した後に $\alpha = 1$ から $\alpha = 0$ に変更するなど時間をおいて納付金の算定方式を変更する都道府県も見込まれることから、特例基金の繰り入れによる激変緩和措置を除いて、特定の期間を設けないこととする。」とガイドライン上はこういうふうになっておりまして、すぐに具体的に何年以内とか正直難しいのではないかなと思ってはいますが、ただ将来的に医療費等の平準化を進めていってそのうえで平準化がなった段階で $\alpha = 0$ という方向に向かっていくという分には、あり得るのではないかなというふうに思っております。

○竹内治彦会長

期限を定める云々というところは、答申のメインのところでは、 $\alpha$ が1か0かというところで、その基本的な考え方を $\alpha = 1$ でスタートして0にするという考え方をとった場合に、それをいつまでにするんですかというところを答申にそこまで書き込むのかどうかというところだと思います。運営方針にもう少し具体的なものが、もうちょっと期間をかけて決めていくというのがあるので、運営方針のところ書き込む可能性もあるかもしれませんが、今回なるべく近々に決めていかなければならぬこの答申のところ、期間まで書くのは難しいじゃないかというふうに私も思いますけど。

○高松秀進委員

期間を書くということもなんですが、ある意味そういう方向で努力するというをここで、この会議でみなさんの意見を整えて、努力しましょうねということを一言書くだけでもやっぱり違うんじゃないかと思うんです。何年とは言わず、極力早くとかそのような文言を入れていってはどうかというような感じです。案としてです。

○竹内治彦会長

極力早くという表現はともかくとして、ただの $\alpha = 1$ 、 $\beta$ は $\beta$ 、3方式を書いた答申ではなくて、それを附帯的にこういうことを検討してまいりたいというような附帯の意見の付いた答申になるのかなと思いますので、そのなかでこういう方向で努力してくださいというようなことを書き込むということはあると思いますし、今の御意見が、 $\alpha = 1$ でスタートして、0が本来望ましいではないですかとい

う御意見なので、それは当然そちらに向かって努力してくださいという意見になると思うんです。そうでないと、0が望ましいけど1でスタートして、そのまま構いませんということでは成立しないので、おそらくそういう文言になると思います。

#### ○阿部義和委員

0が望ましいとは思うんですね。ただ、問題は医療費の今後の給付費が、どんな状況になっていくかというそういうところを観点にしないと、ただ単に0にしますよという話ではいけないので、今後の医療費の動向だとかそういったものを見据えながらとかね。生き物だから。一定額で医療費がずっといくわけではなくて、例えば画期的な高額薬品が、オプシーボだとかあいつたものが出たときに、医療費がぼんと上がっていくんで、そういったものをそのままいってしまうと、相当負担になる市町村も出てくるということを考えないといけないので。もう一点は、医療費適正化計画。あれの進捗だとか動向がどうなっていくのかというのが大きなウェイトになるんで、ただ単に3年後に5年後にずっとやりましょうという形だけでは、いけないかもしれないなと思っております。

#### ○竹内治彦会長

医療費適正化の観点もありますし、今後の医療費がどう動くかというところも重要なポイントかと思えます。各自治体さんの状況を拝見すると、岐阜市さんが大きく膨らむんじゃないかという部分と東白川村さんとか大きく膨らむ可能性があって、人口比からいってそれはおかしいので、おそらく医療費の大変かかる治療を受けていらっしゃる方が、少ない人口の構成のなかではおそらく多くて、そういう御負担になってるんじゃないかということが想像できるんですね。だからそういう課題があって、おそらく本筋の制度設計の部分と、制度設計の筋を決めたうえで調整すべき課題とあって、おそらく調整すべき課題のところとして、おっしゃられるような高額医療の問題であるとか、対応が必要なのかなというふうに思います。今後の見通しで前に若干お示しいただいている運営方針の素案みたいなのところのなかでは、医療費の適正化を進めていくと、格差がなくなるので、 $\alpha = 0$ になるんだという書き方なんですね。これはちょっと理想論にすぎるんじゃないかと思っていて、それはおそらく現実にはそうならないので、そうすると $\alpha = 0$ にもっていくには、何らかのタイミングで0に政治的にもっていかざるを得ないというところは感じておりました。それはどういった形で表現するかはこれからの課題ではあるのかなと思っておりますので、委員のおっしゃっている課題は当然そうなるということで、それをどのようにするか、今後の運営方針にかかる書き込みとして、ただ根本的なところとして、0を一つの望ましいものとして置きつつ、現段階今の格差というものを踏まえた1でスタートしていくといった形の答申のまとめ方で、進めさせていただければと思います。論理として、岐阜市さんから、こういう形で意見をちょうだいして、加入者さんでいくと5分の1でしたっけ。県の人口としても5分の1ですか。というところになると思います。岐阜市民のみなさんに御納得いただけるような論理的な説明ができないといけないと思いますので。今のところはそういう進め方というところでよろしいでしょうか。そういう議論を進めていきたいと思っております。

問題点の2ですが、これ私わからなかったです。二つの制度が違うものだから違うと言ってしまえば身もふたもないんで、そういうことでいいんでしょうか。もちろん制度は違いますから、違うけれども、違うということについての考え方について、もう少しちょっと丁寧な論理が必要なんじゃないかなという感じをしたんですけど。後期高齢者の制度と国民健康保険の制度は違う制度ですから、違うっていう御説明ですよね。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

これにつきましては、また考えを整理し直して、御報告させていただければと思いますが。

○竹内治彦会長

そうですね、75歳までと、その前後で制度が変わるということについてどうか。ただこれはひょっとしたら、問題点1の答えが0が望ましいというのを、現状格差があるのをいきなり0にすると、大きな混乱があるから、1でスタートするんですという論理であれば、この問題点2についても同じ論理になるようなところがあると思うんですね。それは確かに統一しておいたほうがいいんですけど、現状が二つの制度であって、いきなりひとつ筋を通してしまうと、課題が生まれてくるので、1でスタートするという問題点1と問題点2は同じ説明があり得るのかなと感じはいたしますけども。結局同じことなんじゃないかなと。要するに0にするのかと1にするのかと。御検討いただくということでしてください。

問題点3についての御説明なんですけど、これは参考資料1の状況を御説明いただいたということで、22の自治体が一本化の方向に向け検討しているのに、なぜ岐阜県は一本化しない方針なのかいうことを説明する必要があると思いますけど。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

6月に岐阜県にも照会がありまして、回答させていただいたんですけど、この時点では、運営協議会での審議も市町村との議論もまだ十分に熟していないという段階で、未定もしくはわからないと県として回答させていただいたところです。この22道府県でございますけれども、ここに書いてありますとおり将来的な保険料の一本化と申しますか、将来的な平準化を目指す方向でいくということで、ただちに来年度 $\alpha=0$ で一本化していくかといいますが、決してそういうことではないと思っています。ガイドラインにも、さきほど御紹介させていただきましたけれども、将来的な医療費水準、保険料水準の平準化を目指していくというのは、そういう方向で進めていくというのは出ておりますし、県としても将来的な保険料の平準化を進めていくというのは決して否定するものではありませんし、委員の皆様がおっしゃるとおり、むしろそちらの方向で進めていくというふうに考えているところです。

○竹内治彦会長

そうすると今日の議論を整理するなかでは、「一本化する方針」、「一本化に向け検討」、「一本化しない方向で検討」、「一本化しない方針」という白黒ははっきりつける形での分けでいえば、どちらかといえば「一本化に向け検討」のなかに入るというそういう理解だということよろしいでしょうか。そういう形でのこれに対するお答えとしては、「一本化に向け検討」の自治体の方に入りますよというお答えになると思います。

問題点4は本当に大きな質問で、これについても一度御説明いただけますか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

医療費の格差の要因ですね、どこにあるかと申し上げますと、岐阜市さんがおっしゃるとおりですね、医療機関の偏在も原因の一つではございますけども、医療サイド、患者側と申しますか、疾病構造、地域によってですねいろいろ疾病構造が違うとかですね、また、受診に対する意識といったことも医療費の格差の原因になってくる。それから供給側サイドとしてですね、岐阜市さんもおっしゃっているように医療機関や医師数、病床数と、一口に医療費の格差と申しましても様々な要因があると思います。そういったいろんな要因があるなかで、行政として本当にできることと言いますと、やはり住民の健康

づくりですね。そもそも医療費を必要としないような地域づくり、そういったものに取り組んでいくと。さきほど例示しました特定健診の受診率向上でありますとか、がん検診の受診率の向上でありますとかの保健事業、その他諸々の健康づくり事業等ありますので、そういったことを通じてですね、とにかく住民の健康づくり、医療費のいらぬような体制づくりというものに一生懸命取り組んでいくと。それから適正受診の取組というの、必要かなと思っております。そういった啓発ですね、国保の制度のなかでは、医療費通知とかそういったものをやるようにしております。県としてもそうした取組を市町村だけでなく、県も含めて取り組んでいく。そういった健康づくりのほうに力を入れて本当に保険給付のいらぬような体制づくりの方向にもっていくしかないのではないかという思いで言いました。

#### ○河合直樹委員

そうはいってもなかなか高齢化社会どんどんみなさん高齢化してますので、やはり疾患は出てきやすいというのは否めないですので、結局最終的には医療機関のお世話になることが多いと思うのですが、実際問題岐阜市は医療機関かなり充実していますし、いろんな医療機器も充実していますし、そういう点では岐阜市民は非常に恩恵を被っているわけですけどね。何かあれば心筋梗塞になればすぐにカテーテル治療が受けられるとか、あるいはがんの早期発見してもらえとか、いろんなことがありますので、そういう点では非常に恩恵を受けてると、ある程度現状では高い保険料を負担してもらっても致し方ないかなという気がします。逆に全く医療機関がないような地域の方も同じように高い保険料を全県均一で負担しようというのは、不公平になるような気がしますので、当面は仕方ないのかなという気がいたします。ただ、将来的にはもっと医療機関の偏在が解消して、全県同じように高度な医療を受けられて、同じように負担するというのももちろん将来的には理想だとは思いますが、なかなかすぐにはいかないの当面仕方ないのかなと思います。

#### ○竹内治彦会長

結局年齢構成は反映するわけですから、おそらく年齢構成によって疾病のパターンはある程度同じパターンになるはずですから、医療費といっても様々ありますよということは、基本的には年齢構成を配慮することによって解消されているはずだというふうに解釈していくのが、基本的な考え方かななど。100%それで言い切れるとかはともかくとして、そういうことは、ある程度みるのかなと思うのです。その上で医療費水準の格差がある最大の理由が、やはり医療機関の偏在ということで、医療機関が偏在していることによって医療にアクセスしやすい方が医療費を使いやすく、アクセスしにくい方はあまり使えないと。御指摘のとおりということはあると、それはひとつあると思うんです。それと、もうひとつの論点は、ずっとこの会議で、第1回の会議で御意見がいくつかあったと思うんですけども、適正化ということですね。やはりこの国の保険制度、このまま高齢化していったら、いまの形での支出構造でいくと、相当財政負担が大きくなるということで、いかにこう健康長寿というものを作っていくのかということが課題だということで、前回の会議でも宇佐美町長さん、盛んに実際のところの根拠はともかくとして、大野町ではすごい取組をやって、それで医療費水準は低く抑えられているというふうにおっしゃられておりました。今回のこれを決めていくなかでも、その適正化への努力というのはしっかりと、どこでどういうふうに書き込むのは、それはしっかり入れていかないということは思っております。

今、岐阜市さんからの論点で議論をしてきているわけですが、全体的に岐阜市さんからいただいたペーパーについて何か御発言があれば。

○杉野 緑委員

岐阜市さんからのペーパーについてではないんですが、今出た医療費の適正化の場合、もっぱら地域住民に対する健康のことが求められているように今聞こえてしまったんですけども、実は、診療報酬とか薬価と連動するものなので、医療提供側にもそれを求めていくということも必要なのではないかなというふうには私は考えます。ないと思うんですけども、過剰な投薬とか過剰な検査とか、過剰な診療というようなことも含めての適正化ではないかなというふうにも考えることも望ましいのではないかなと思います。

○竹内治彦会長

それは、例えば薬に関しては、複数の受診をしている場合に、重複のないとかあるとかというところの取組は徐々に進んできているところなのかなというふうにも思います。そういう事柄も進めていただいと、御意見のとおりかなと思います。

前回、統一化についての御議論、岐阜市さんからは統一してほしいということで、それぞれ市の立場、町の立場でそれぞれの御意見がございました。財政規模等の理由もあるんでしょう、どちらかという町としては、なかなかすぐに統一化されると困るという御意見だったのかなと、それはそれでやはり重たい意見だとは思いますが、その辺の財政的な部分、統一化した場合と、統一化しない場合の個人のところでなくて、自治体に及ぼす財政の影響というところについてのまとめというところをもう一度確認できますでしょうか。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

これについても、前回資料の中で、納付金の変化、 $\alpha = 1$ とした場合、 $\alpha = 0$ とした場合の納付金の変化を示しておりますので、御覧いただきたいと思えます。

第3回資料1-1になります。ここに、第3回試算時の納付金基礎額における医療費水準の反映結果ということで、具体的には、例えば岐阜市さんですと $\alpha = 1$ の場合で、95億8千万円あまり、 $\alpha = 0$ の場合は、90億7千万円ということで、5億ほどの差が生じております。これが、医療費水準を反映させた影響ということになります。反対に、例えば坂祝町さんは、医療費水準が非常に低いんですけども、 $\alpha = 1$ にした場合で、1億5千400万円、 $\alpha = 0$ の場合で、1億7千万円ということで、 $\alpha = 0$ の方が増額となるといった影響がでてきているということになります。

市町村名の右側に矢印がありますけれども、矢印があるのは $\alpha = 1$ にした場合に納付金基礎額が上がっている市町村を示しております、その数は、20市町村となっております。残り、22市町村は、 $\alpha = 1$ にした場合、医療費水準が低いということで、納付金基礎額が下がることになるということでございます。

○竹内治彦会長

これはこれでわかるんですが、この表だけだと、1にする場合と0とする場合と、言い方はあれですけど、どっちの支払いが多くなりますか、ということですよ。負担の在り方とかいう論点として、要は定義されている問題点というのは、一つの説明はこういうことだったんだと思うんですね、もし $\alpha = 0$ にいきなりしてしまうと、医療費水準の高い自治体の負担を、医療費水準の低い自治体がすることになるんじゃないか、だから0にすべきではない、という論点だったと思うんですね。それに対して、例えば岐阜市さんなりであればこうやって統一化することによって、財政基盤の弱い自治体に対して岐阜市民が負担をすることになるんじゃないですかという懸念を持たれるというところなんだと思う

んです。そういう懸念を払しょくするような、説明でどういうふうにできるでしょうかというそういう問いなんですけれども、ちょっと難しいですかね。

○森岡健康福祉部長

すみません。確認なんですけれども、財政基盤が弱いというところに着目してよろしいでしょうか。医療費水準というところに着目してよろしいでしょうか。

○竹内治彦会長

医療費水準一本に絞るのであれば、論点として有り得るのは、医療費水準の高い自治体と低い自治体間でどういう負担になっているのかということのシミュレーションだけであって、そもそも統一化というのは、おそらく国民健康保険制度を支え切れるかという課題もあってというところがあるんでしょうけれども、それはまた別の論点であって、今回の統一化に向けての $\alpha = 1$ か $0$ かという議論をしていく場合に、この問題というのはそれはまた別の課題であって、 $0$ か $1$ かの議論のなかに差し挟む事柄ではないということによろしいでしょうか。

○森岡健康福祉部長

厳密にいうと、会長さんがおっしゃるとおりなんですけれども、そうは言いつつ、財政基盤の大小と医療費水準との相関というのは、少しはあるのかなという感覚ではあるんですけれども、厳密には会長のおっしゃるとおりです。しかも、町村会とかが、 $\alpha = 1$ を支持しているというそういう現象をみても、少しは相関があるかもしれませんけれども、そういう感じです。

○高松秀進委員

今のこの資料1の1ですよね、データが出ていて、上がる自治体と下がる自治体で、上向きに矢印が付いている表があるんですけれども、これは基本的には、ある意味市町村の表であって、市町村の数でいえば20上がって、22は下がるというような表現を、今、されたかと思うんですけれども、これをみると比較的大きい市町村があがる傾向にあると思うんです。そういう意味では、人口比率的には、上がる方が多いのではないかなと思うんですね。保険者としては、保険料に影響が出る人数が多いのではないかなと思うんですけれど、どうかと思います。

○森岡健康福祉部長

人口比率的にはですね、同じということになると思うんですけれども、標準保険料率の場合ですけれども、自治体ごとに平均をとるとですね、自治体でみると下がる方が多いという、そういう計算になっております。

○高松秀進委員

人口比率的にも同じ結果ということですか。

○森岡健康福祉部長

基本的に、 $\alpha = 1$ にしようが、 $\alpha = 0$ にしようが、財政的には、どうしようが同じということで、市町村別に、市町村一つでカウントすると、 $\alpha = 1$ の方が下がるという結果になっております。

○杉野 緑委員

ここで、医療費水準というのは、国民健康保険の医療保険の給付分の話をしているじゃないですか、それを考えるためには、個々の市町村国保の財政がどうなっているのかということをも踏まえたうえで、もし今回のように $\alpha = 1$ 、 $\alpha = 0$ とした場合に、個々の保険者の財政がどう変わるのかということがわかるとイメージしやすくなるのかなと思うんですけれども、それは難しいことでしょうか。

分けて考えるべきというのか、今部長さんのお考えだったと思うんですけども、どうしても財政全体の中で、給付分もあるということなので、理解しやすくな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長

基本的には、委員より第1回の時に御質問を受けたことかなと思いついて聞いていたんですが、まず、今回の国保制度改正の目的の一つに国保の財政基盤の強化というのがあります、基本的には公費が拡充されるということで、既に平成27年度から1,700億円全国で拡充されていて、そして来年度からは、さらに1,700億円ということで、3,400億円入るということになります。今回の制度改正に伴っての公費拡充によって、各市町村の国保財政も安定化の方向にいくと思います。今回、トータルでは、そういうベースで、先ほどからの議論にあります、 $\alpha$ の関係ですね、医療費水準をどう反映するかによって、配分の仕方ですね、県全体で必要となる納付金の総額は変わらないんですけども、その配分の仕方、各市町村さんへの負担の持って行き方の議論なんですね。この $\alpha$ をどうするかというのは、その在り方によって、ひょっとすると今までよりも厳しくなる市町村もあれば、逆に保険料が下がる方向に、負担が減る方向になる市町村もあるということも事実です。

そうなった場合に、もし上がるような市町村がでた場合は、前回説明させていただきました激変緩和という形で、別途県の繰入金を活用してですね、保険料が急に上がらないような、簡単に言えば、市町村国保財政を改善する方向に繰入金を入れるという仕組み、制度になっております。

○竹内治彦会長

あんまり私詳しくないので、もっとざっくりとした話で、私なんかは私学共済なんですけれども、私学共済は結構豊かでして、まあまあいい水準ですけども、これが、なんか別の共済と一緒にになりなさいということになりますと、私学共済の組合員としては、不利益を被るとするのは、多分私学共済の組合員であればだいたいそういうふうにいるだろうということなんです。今ここで問題なのは、岐阜市さんとほかの自治体さんということで、5億円負担が増えますよというような、その負担が増えるという部分は、あくまでもそれは、基本的には、医療費水準のところの反映によって生まれてくるものであって、統一化したことによって、統一化のためのコストとして岐阜市さんの負担が増えるんじゃないということがしっかりと説明されればいいことかなというふうに思うんですが、今、私学共済の場合ですと統一化のコストということになるわけですが、そうではないですよ、あくまで医療費水準が反映されて、ここの5億円の積み上げが出てくるだけであって、ほかの自治体さんの負担というものが将来的に転嫁されていくようなことはないですよということがしっかりと説明されるのであれば、それは、説明として誤解を招く、岐阜市さんが、岐阜の加入者の皆さんだったり、あるいは市民の皆さんに対して説明していくうえで、しっかりと説明できることかなというふうに思うので、そういう理解を、だいたい今少し分かってきたところですけども、説明できればいいのかなというところですけども。

○阿部義和委員

制度改正をするという前提として、今の5億円という話が出てきているんですけども、一番加入者が問題なのは、保険料がどう変わるのかというのが、やっぱり一番大きい。今の国保の状態、例えば岐阜市の1人当たりの平均的な保険料は、これくらいなんだと、それがこういうふうになった時、 $\alpha = 1$ になった時に、どう変わるのかといった時に、運営方針素案の12ページで、岐阜市さんは医療費水準が高いんですよ、一番高いのは笠松町ですか、1よりも上だということは、現在も大きなお金を払っ

ているというところじゃないんですかこれ。逆に、制度でフラットにすることによって、5億出すように見えるんだけど、逆に減るかもしれない、今と比べたら、そこはちょっとわかんないんだけど。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

第3回資料1-2ということで、前回少し御説明させていただいた、制度移行後の1人当たり保険料の試算結果となります。平成30年度の保険料の試算の結果ではないんですけれども、仮に平成29年度に制度を導入した場合に、1人当たりの保険料がどうなるか試算とした表でございまして、例えばケースAで、岐阜市さんの欄を見ていただきますと、 $\alpha = 1$ の場合でも、 $\alpha = 0$ の場合でも、▲のマークがついていると思いますけれども…。

○阿部義和委員

下がるんでしょ。ゼロベースしてやれば、岐阜市は5億出さなあかんよという話ですけれども、現行のままでいっているのに比べたら、これ1人当たりの保険料で下がっているわけでしょ。そのところは、説明の中では、ウエイトが高くないかなあとと思います。

○竹内治彦会長

そうなんですけれども、岐阜市さんの負担が増えるというところの課題なんですけれども、1人ずつに関して言うと、多くの自治体さんで下がるはずだと、ただ、下がり幅が違うということなんです。

○勝野医療整備課国民健康保険室長

結局、この納付金の算定、最終的には各市町村の被保険者の方の保険料の算定ですが、いろんな公費ですとか、複雑な入り方がありまして、先ほどお示しした納付金の基礎額というのは途中の段階の、ある面、いろいろな要素を抜いた一番端的に分かりやすい、激変緩和とか、いろんな公費とかを除いた、端的に分かりやすい部分で、比較するための表でございまして。また、最終的に納付金の後に、いろんな市町村別の補助金、交付金とかですね、さらには、市町村ごとに行っている保健事業ですとか、そういったものを勘案して、最終的に先ほどの保険料の額が出てくるものですから、その結果は、マイナスになるということでございます。 $\alpha = 1$ と $\alpha = 0$ で納付金がどう変わるかと、もっとも端的で分かりやすい部分として省略した形での資料、変化の分かりやすい資料として提出させていただいたという資料となっております。

○河合直樹委員

岐阜市さん、ほかの市町村のために余分に5億円払わないかんという話になると、ちょっといかななものかと思うんですけれども、現状やはり高い医療レベルを保っているわけですから、その高い医療レベルを維持するために多少コストがかかるというふうに考えれば、それほど岐阜市さんも、岐阜市民も納得できないわけではなんではないと思うんですよね。

○西垣健康福祉部次長

先ほど、竹内会長からお話のあった財政基盤の弱いところを広域化によって、例えば岐阜市さんがその分を負担するのではないかという論点から議論が展開されているのではないかと承知しております。

そのことについては、先ほど部長が申しあげたとおり、医療費水準を反映させるということと、個々の市町村の財政基盤、あるいは広域化することによっての財政基盤は、ちょっと直接論点をつなげることは難しいかなと思っております。さきほど来お話のある岐阜市の $\alpha = 1$ と $\alpha = 0$ の対比の中の約5億円をどう評価するかということだと思っておりますが、逆の方から見ますと、 $\alpha = 0$ にするということになりますと、岐阜市で減る約5億円の額を他の市町村が負担をするという形になるわけですね、そこは

はっきりしています。そのように理解していただければ、医療費水準の低い市町村が、統一保険料になれば、その受けている医療サービスに見合わないだけの納付金を支払うことになる、それは岐阜市さんだけではありませんけれども、その中には、岐阜市さんの5億円も含まれていて、それが他の市町村に配分されるという計算構造となっております。

○竹内治彦会長

その論点がしっかり明確であれば、説明しやすいというか、できますね。岐阜市さんの5億円だけとりに上げていますけれども他のところでも、医療費が上向いているところの部分というのは、基本的には、医療費水準が高いんだと、その分に対する応分の負担としての「1」にした場合の増額分ということなのであって、これを「0」にした場合は、それは具体的には、医療費水準の低い自治体が、高い自治体の負担をすることになってしまうということですね。現状として、医療費水準に差があるのでそういうことになりますということで、財政基盤のうんぬんの議論とこれとは分けて考えるべきであるということですね。そう言い切るんだということなんですね。

○河合直樹委員

医療費水準が高いということは、イコール医療サービスが手厚いということですよ。そういうふう言い換えれば納得していただけたと思いますけど。

○竹内治彦会長

岐阜市さんに納得していただくには、岐阜市には、高い医療サービスが県域では集中しているので、岐阜市民は、そういう機会に恵まれているからそれに見合った負担をお願いすることになりますという形で御理解いただくという形ですね。

○竹内治彦会長

本日答申の予定でしたが、今後の進行について事務局からなにかありますか。

○森岡健康福祉部長

次回、これまでの審議を踏まえ、答申の案と論点をいくつか整理しまして、事務局にて考え方の案を示させていただきます、それで次回まとめていただければと思っております。

○竹内治彦会長

次回というのは、どれくらいを想定されていますか。

○森岡健康福祉部長

11月初旬を予定しておりますが、日程調整を至急させていただきたいと思っております。

○竹内治彦会長

非常に大きな規模のお金がかかわってくる話でもありますし、重いことだということで、ちょっと慎重に議論をいただいて、多数決という話だけではなくて、しっかりとした論理、それはこれが正しいんだというだけじゃなくて、比較的、今日具体的に上がってきていますので、一番大きな保険者さんである岐阜市さんがこの制度改正を、岐阜市議会だったり、岐阜市民の皆さんに御説明いただくだけの十分な根拠というものをこの会議としてしっかりとまとめきってそれを出すということでひと手間かけさせていただいたということなんでしょうか。今日はそういう会議だということで、お許しいただければと思います。

次に(2)岐阜県国民健康保険運営方針(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、岐阜県国民健康保険運営方針（案）について、御説明いたします。

資料は、2の1から2の3及び参考資料となります。

資料2の3を御覧いただきたいと思います。

運営方針（素案）からの主な変更箇所をお示ししております。今回、変更内容は、追加記載が主となってございます。

それでは、主な変更箇所について、御説明いたします。

「第1章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し」に係る部分でございますが、素案では、記載がありませんでした「3赤字解消・削減の取組」を記載しております。

運営方針（案）は、6ページから7ページという部分になります。

運営方針（案）の中で、今回変更いたしました主な箇所につきましては、下線を引いてございますので、御確認いただきたいと思います。赤字の解消・削減につきましては、国の方針に沿った内容としており、解消・削減を図る赤字の定義、赤字市町村の取組についての県の考え方を記載しているところがございます。

次に、今回大きく変更いたしましたのが、第2章「市町村における保険料（税）の標準的な算定に関する事項」に係る部分でございます。

運営方針（案）は、10ページを御覧いただきたいと思います。

保険料の平準化について、ここで「P」となっておりますけれども、ペンディングということで、これについては後日議論いただきたいということで、事務局の方で整理させていただいて、お示しさせていただきたいと思います。

資料2の3にお戻りください。

第5章「医療費の適正化の取組に関する事項」に係る部分では、変更内容でございますとおり、主に県の取組を追加して記載しているものでございます。

次に、参考資料2を御覧いただきたいと思います。

第2回運営協議会において、各委員よりいただいた御意見の運営方針（案）への反映についてでございます。

はじめに、阿部委員より、激変緩和措置の期限の設定について、期限を設定してはどうかとの御意見をいただきました。このことについて、検討した結果が、右の欄の反映状況となります。

本県における検討でも、将来的には、「 $\alpha = 0$ が望ましい」との意見もあることから、今回の運営方針の対象期間である3年以内での期限の設定は難しいのではないかと考えております。

次に、山田前委員より、後発医薬品の使用促進について、2点、追加してはどうかとの御意見をいただきました。

1点目の国民健康保険における後発医薬品の岐阜県の使用割合と全国の比較でございますけれども、各都道府県の後発医薬品の使用割合の資料がないため、比較の記載が困難な状況でございます。

参考といたしまして、参考資料2の2ページに国が公表している「薬局所在地」の都道府県を基準とした資料を添付しております。これは、注意書き「1」にもございますように保険薬局ということで、国民健康保険のみではなく、全医療保険が対象となっているものでございます。

また、「薬局の所在地」となっておりますので、例えば、愛知県の方が岐阜県内の薬局を利用して、後発医薬品を使用された場合は、岐阜県での使用実績となっておりますし、逆に岐阜県の方が、他県

の薬局にて、後発医薬品を使用された場合は、他県での使用実績となっているものでございます。

そのため、国民健康保険の被保険者である岐阜県の方の使用実績とは異なるものとなっております。

2点目の県内各市町村の後発医薬品の使用割合につきましては、運営方針（案）の22ページになります。岐阜県国民健康保険団体連合会による調査結果を記載したところでございます。

次に、河合委員より、御意見をいただきましたがん検診の受診率向上のための追加記載についてでございますけれども、運営方針（案）24ページになりますけれども、岐阜県医療費適正化計画における取組の推進の項目といたしまして、「がん検診の推進」について、記載しているところでございます。

次に、もうひとつ阿部委員より御意見をいただきました岐阜県保健医療計画、医療費適正化計画などの他の関連する計画との連携についてでございますけれども、運営方針（案）27ページ及び28ページにおいて、関連する諸計画の名称と図表25として「県と市町村の連携体制」を記載してございます。

参考資料2の3ページを御覧いただきたいと思っております。

阿部委員御指摘の連携については、平成30年度より、県は市町村とともに国保の運営を担っていくこととなりますので、市町村との情報共有、連携強化を図ってまいりたいと考えております。

最後に、今後のスケジュールということでございますが、先ほど部長の方からお願いいたしましたけれども、日程調整をさせていただいたうえで、11月初旬に開催をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

以上で、説明を終わります。

○竹内治彦会長

運営方針案について、御質問・御意見はございませんか。

○名知清仁委員

前任の山田から後発医薬品の使用状況について、第2回の協議会で御質問させていただいて、それに御回答いただきまして、ありがとうございます。それと、第1回だったと思っておりますけれども、保険料の徴収状況についての質問というよりも、意見を述べさせていただいたかと思っております。その御回答が14ページ、15ページの収納率のグラフ化と思っておりますけれども、これは、率ということですが他県あるいは、県内の市町村ごとの比較にはなりませんけれども、インパクトの大きさがなかなか率だけでは、イメージできないのかなと思っております。例えば、足元で何件でいくらかあるのかというような情報を共有させていただくことも大事なかなというふうには思っております。これは、意見ということでお聞きいただければと思っております。

○竹内治彦会長

その点御検討いただければと思っております。他にございませんか。

○若野 明委員

7ページですけれども、前ページから赤字の解消の記述がございまして、7ページの上の方に、赤字市町村は、赤字の解消に向けて計画を立てると、市町村から提出された場合は、包括的に取りまとめた県の赤字解消削減計画を策定するとの記述がございまして、包括的というのがどういう意味であるかということと、市町村が削減計画を作るんですが、県がなんらかそこで、たとえば支援をした上で、県の計画として策定するという意味なのか、赤字解消に向けて県がどのようにかかわるかということとを少しお尋ねしたい。支援策は、どこまで書くかということもありますけれども。

○松山医療整備課国民健康保険室国保改革準備係長

ここにつきましては、つい先般国の方から赤字解消の計画についての考え方がひとつ示されております。それについて、踏まえて書き込もうかと考えているところでございます。まずは、各市町村の赤字の解消の計画につきましては、その作成にあたりましては当然ながら、県としてどのような記載が適切なのか、あるいはどのように解消を進めいただくと効果的に進むのかというようなことなどにつきましては、助言しながら、作成につなげていきたいかなとは思っております。また、それを取りまとめた県の計画と言いますのは、国の考え方が詳細なところが掴みきれていないものですから、どのようなものを作成すべきかということについては、まだイメージが掴めていないところでございます。

ただ、基本的には、国の考え方の一端としましては、各市町村から出していただいたものを取りまとめるような格好で県全体のものをつくるということではなかろうかなと思っております。当然ながら、現時点で県が特別会計として赤字を抱えているわけではございませんので、そもそも現在、そういう会計そのものはありませんので、県としての赤字というよりも、県内市町村の赤字という計画でしかやはりないのかなといったところから、県の赤字解消削減計画というのはイコール県内市町村の赤字解消削減計画をとりまとめたものという格好になるのではないかなと思っております。

○竹内治彦会長

他にございますでしょうか。

それでは、御議論も尽きたということで、では次回 11 月初旬に成案、おそらくその方向としては、 $\alpha = 0$  が理想だけれども、 $\alpha = 1$  でスタートせざるを得ないだろうということ、でなぜその「1」でスタートするのかということ、激変緩和であったりということ、統一を急に行った場合には、医療費水準の高い自治体から、医療費水準の低い自治体への転嫁が行われる可能性があるというようなことを踏まえて「1」でスタートする。解決策としては、医療費水準の適正化に努めつつ、ある一定期間の中で、答申の方には書き込まないと思うんですが、なんらかの期間の中で、統一化に向けた手続きというか、アクションをしていくというような、運営方針案の中に調整されていくんだと思いますけれども、そういう考え方で、 $\alpha$  については、それで、 $\beta$  については、ほぼ議論はないということで、それから 3 方式というところも議論はないというふうに思いますので、それらについての成案、調整された成案をお示しいただくということと、それからその案にしていくことが正しいということ、今日でいねいに御議論いただきました論点を整理いただいてそれもあわせて、お示しいただくということで、ぜひお願いしたいと思います。

以上をもって、本日の会議を閉会いたします。ありがとうございました。

岐阜県国民健康保険運営協議会

会 長