

6 議事録

○下田国保制度対策監

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。

私は本日の司会進行を務めさせていただきます、県国民健康保険課国保制度対策監の下田と申します。よろしくお願いいたします。着座にて失礼いたします。

運営協議会の開会に先立ちまして、健康福祉部長の丹藤よりご挨拶申し上げます。

○丹藤健康福祉部長

岐阜県健康福祉部長の丹藤でございます。

本日は、大変お忙しい中、本年度第2回の岐阜県国民健康保険運営協議会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

また平素は、県の健康福祉行政全般に対し、ご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

国民健康保険を取り巻く状況としましては、かねてより、加入者の年齢構成の高さや小規模保険者が多く財政が不安定になりやすいといった構造的な課題が指摘されてきましたが、今年2025年は、全ての「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となり、国保の被保険者の更なる減少や年齢構成の変化による影響も懸念されるところです。

このような社会環境のなか、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、国においては、全世代型社会保障制度の構築に向けた、医療DXの推進による効率化・質の向上、被用者保険の適用拡大の検討、といった様々な改革に取り組んでいます。

本日ご審議いただく保険料水準の県下統一についても、この改革工程の取組みに位置付けられるものとなっております。

県としましては、保険者として、今後更に市町村と連携しながら、これらの改革に、着実に対応していくことで、国保の安定運営の持続に取り組むことは、大変重要であると認識しております。

本日は、市町村との協議を経て取りまとめました保険料水準の統一に向けた詳細な工程表と、それに基づく令和7年度以降の統一に向けた取組方針について、ご審議いただきます。

また、県の国保財政運営状況及び国保運営方針に基づく取組状況につきましても、ご報告させていただきます。

委員の皆様からの忌憚のないご意見をお伺いできれば幸いです。本日は、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○下田国保制度対策監

なお、丹藤は所用のため、本日はここで退席させていただきます。

続きまして、本日ご出席の委員の皆様のご紹介でございますが、時間の都合上、お手元の出席者名簿、配席図により、ご紹介に代えさせていただきます。

当協議会の進行は、岐阜県国民健康保険運営協議会運営要綱第2条の規定に基づき、竹内会長にお願いいたします。

○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法施行細則第3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ご報告いたします。

続きまして、会議の公開と傍聴についてですが、本日、傍聴希望者はいらっしゃいません。この会議は公開ということで、会議録は公開されますので、よろしくお願いいたします。

それでは、次第2の議事「(1) 保険料水準の統一について」、事務局から説明をお願いします。

○佐藤国民健康保険課長

資料1をご覧ください。保険料水準の統一についてご説明させていただきます。

まず前回の運営協議会以降の取組みについてご説明いたします。

第1回運営協議会以降の取組みとしましては、令和6年6月に国が完全統一の目標年度を令和15年度と示したことを受けて、保険料水準統一の手順・工程表を修正しました。

2ページの資料2をご覧ください。

保険料水準統一の手順・工程表に、完全統一に向けた作業を整理した上で、第4段階として、完全統一の実現の項目を追加しました。赤い枠で囲った箇所です。

次に、同表の中ほど、令和6年度の取組みとして、工程表詳細版の作成を予定しておりましたが、こちらについては市町村との協議を経て、資料2-2のとおり作成しました。なお、工程表詳細版を作成する過程で、「標準的な収納率」に関する検討時期を令和7年度からとしたため、手順・工程表の第3段階についても一部修正をしています。手順・工程表は見直しを適宜行いながら進めております。

そのほか、第1回運営協議会で令和7年度から統一すると報告しました5項目について、令和7年度の納付金算定に反映しています。

続きまして、工程表詳細版についてですが、3ページ、資料2-2をご覧ください。

工程表詳細版は統一に必要な検討項目を列記したうえで、検討の方向性や県との開始時期及び統一の達成時期が一目でわかるようにしています。3ページから6ページまでが詳細版となっております。

なお、資料2-3は各統一項目の解説を記載した補足資料となっております。説明は省略させていただきます。

資料2-2をそのままご覧いただきながら、資料1にお戻りください。

令和7年度以降の統一に向けた取組みについてですが、今後は今回作成した資料2-2の工程表詳細版に基づいて検討を進めてまいります。そのため、令和7年度は15項目に関する検討を開始し、令和7年度内に難易度小とした7項目の合意実現を目指します。残りの8項目は複数年かけての検討ということになります。

このうち、納付金に影響する項目は9月までに合意形成をする必要があるため、事務局としましてはスケジュール感をもって取り組んでまいります。

「保険料水準の統一について」の説明は以上となります。

○竹内治彦会長

ありがとうございました。

それではただいま説明のありました「(1) 保険料水準の統一について」ご質問・ご意見等はございませんか。

(委員からの発言なし)

○竹内治彦会長

この議事が一番の検討項目ですが、すぐにご意見等は難しいかと思しますので、先に報告事項を進めていただき、最後に統括的にご意見をいただきたいと思います。

今、様々な項目の話をしていただきましたが、医療費指数の反映が大きなところで、着々と進めているわけですが、それに見合った形で医療費水準の差が縮まっているかどうか大きなポイントになってきます。これらについても障りのところを確認できればと思います。

ひとまず、保険料水準の統一については、このような形で進めていくということで、ご理解をいただきたいと思います。

次に次第の3報告事項にまいります。「(1) 令和6年度県国保財政の運営状況等について」、「(2) 令和7年度 県国保財政の見通し等について」「(3) 令和7年度 標準保険料率の算定について」、一括して事務局から説明をお願いします。

○佐藤国民健康保険課長

報告事項の(1)から(3)について、一括してご報告させていただきます。

令和6年度県国保財政の運営状況等につきまして、資料の11ページ、「資料3」をご覧ください。

今年度の国保財政の運営状況についてです。1の令和6年度県国保特別会計の予算総額ですが、当初予算の予算総額1,695億2千万円に、今後の増減見込等を勘案して補正を行い、3月補正後の予算案は1,755億7千万円と、約60億5千万円の増額を予定しています。

増額の主な要因としましては、直近の医療費の見込みを踏まえまして、また、不測の医療費の急増にも一定程度備えるため、保険給付費予算額の増額を行うものです。財源には療養給付費負担金や過年度の決算剰余金である繰越金を充当することとしています。

歳入、歳出のそれぞれの内訳は下の表のとおりです。

主な増額項目としまして、まず、2の歳入の表では上から2段目の療養給付費負担金(医療費に対して国からもらえるお金)の増減欄ですが、20.6億円の増となっています。これは、医療給付費が増加の見込みとなったことに伴う増加となっています。

また、上から6段目の、調整交付金の増減欄ですが、8.1億円の増となっています。これは、医療給付費の実績見込みが増加したこと、その他特別な事情に係る交付見込み額が増加したことによるものです。

その下の保険者努力支援制度交付金の増減欄ですが、5.1億円の増となっています。主に、県及び市町村が行う、予防・健康づくり事業の事業費に連動して交付される事業費連動分の交付決定があったため、増加となっています。後ほど、報告事項(4)の国保運営方針に基づく取組みのところでご説明させていただきます。

また下から3段目、財政安定化基金繰入金につきまして、1.1億円を取り崩し、決算剰余金の一部とともに保険給付費が不足した場合に備えて充当する予定です。現在、県の国保財政安定化基金の残高は、資料にはございませんが約73億円あります。そのうち、保険給付費が不足する場合に活用可能な額は32億円程度である状況です。

その下の繰越金につきましては、令和5年度決算が確定したため、剰余金額を追加計上するものです。なお、令和5年度の剰余金として今回最終的に27.0億円を計上しますが、この金額には前年度分の国庫負担金の精算の財源なども含んでおりますので、昨年度分の実質的な剰余金はこの金額の内数となり、約16.8億円程度となっております。

3の歳出につきましては、表の2段目、保険給付費交付金（普通交付金）、これは国保医療費のうち保険者が負担する分ですが、今年度の医療費増への対応と、今後の不測の変動増にも対応できるよう、療養給付費負担金や過年度の剰余金である繰越金の一部を充て、49.7億円の増としています。

3段目の特別交付金につきましては、歳入でもご説明しました、非自発的失業者に係る保険料（税）軽減に要する費用などの特別な事情に係る交付見込み額が増加したことによるものです。

12ページをご覧ください。4の保険給付費交付金（普通交付金）の執行状況です。これは、国保医療費の保険者負担分の金額になります。今年度の執行見込額は1,324億円で、昨年度比4.27%減、59億円減の見込みとなっています。この執行見込額は過去の実績の伸び率等を基に見込んだ実質の見込み額であり、医療給付費の想定外の状況にも一定程度備えた予算額とは異なっておりますので、ご承知おきください。

総じて見ますと、コロナの影響の特異な年を除きましては、傾向として、医療費の総額は年々減っているという状況でございます。

続きまして、資料の13ページ、「資料4」「令和7年度 県国保財政の見通し等について」をご覧ください。

県国保特別会計の令和7年度当初予算案は現在議会に上程しているところでありますが、令和6年度当初予算と比べ約47億円減の約1,648億円となっております。主な減少要因は、保険給付費の減です。一人当たり医療費は引き続き増加する見込みですが、被保険者数の減少に伴い医療費総額が大きく減少するため、保険給付費は減少する見込みです。

その下に歳入、歳出の内訳がございます。まず、2歳入の主な増減ですが、一番上の市町村納付金は今年度と比べ、約4.8億円の増、その下の療養給付費負担金は約4千万円の増となっております。これは、被保険者数は減少するものの、被保険者数の減少や制度改正等の影響により県に交付される交付金等が大きく減少することから、納付金や療養給付費負担金が増加するものです。

また、同じ表の下から6行目にあります前期高齢者交付金については、約33億円の減ですが、これは、被保険者数の減少により前期高齢者に係る医療給付費が減少する見込みであることから、交付金が減少するものです。

3歳出につきましては、上から2行目の保険給付費交付金（普通交付金）について、11.6億円の減少を見込んでいます。これは被保険者数の減少（対前年約1万3千人の減）に伴い保険給付費が減少すると見込んでいるものです。

その2つ下の後期高齢者支援金については、15.1億円の減を見込んでおります。これも同様に、被保険者数の減少に伴い支援金の負担額が減少すると見込んでいるものです。

14ページをご覧ください。県国保特別会計予算の8割弱を占める、保険給付費交付金（普通交付金）の予算の状況です。被保険者数は、少子化や前期高齢者が後期高齢者医療制度に移行することを踏まえ、前年度マイナス13,200人、3.9%の減少を見込んでいます。一人当たり診療費につきましては、過去の実績に基づく診療費の伸び率を考慮して算出し、対前年比2.6%の増を見込んでいます。増加幅は例年と同水準となります。

こうした各項目の推計をもとに、一番下の段の保険給付費総額を算出しており、前年度比でマイナス13.5%の1,281.5億円を見込んだところです。一人当たり診療費は伸びていますが、被保険者数の減少により診療費総額が大きく減少するため、総額ではこのような結果となっております。

その下、5の市町村納付金の状況につきましては、令和7年度の市町村納付金総額は、約530.7億

円と、今年度に比べて約4.8億円、0.9%の増となりました。これに対し、一人当たり納付金額の平均は、今年度と比べ4.9%の増の157,107円となっています。

先ほどご説明しましたが、被保険者数は減少するものの、被保険者数の減少や制度改正等の影響により県に交付される交付金等が大きく減少することから、納付金が増加する結果となっています。

続きまして、15ページ、資料5をご覧ください。令和7年度標準保険料率の増減についてになります。

標準保険料率は国民健康保険法第82条の3の規定に基づき、県が算定することとされているものです。

平成30年度の国保制度改革、都道府県単位化に伴って導入されたもので、県が算定し、示すことで、標準的な住民負担の見える化を図るものです。なお、標準保険料率は、法令で定められた統一のルールに基づき算定した理論上の数値で、実際に被保険者の方へ賦課される保険料(税)率ではございません。

各市町村は、この市町村標準保険料率を参考に、それぞれの国民健康保険の加入者の所得、世帯構成の状況等を総合的に勘案して、実際の保険料(税)率を決定します。

標準保険料率には、「都道府県標準保険料率」と「市町村標準保険料率」の2つがあり、都道府県標準保険料率は、全国統一の算定基準によって、都道府県の保険料の標準的な水準を表す数値で、所得割と均等割の2方式により算定しております。

市町村標準保険料率は、県内統一の算定基準によって、市町村ごとの保険料(税)率の標準的な水準を表す数値で、所得割、均等割及び平等割の3方式により算定しております。

裏面の16ページには、令和7年度の各市町村の標準保険料率を記載しております。

17ページ、資料5-2をご覧ください。標準保険料率の前年度との比較です。数値は、年間の金額等になりますが、上段は県の標準保険料率、下段は市町村の標準保険料率、こちらは42市町村の標準保険料率の平均となりますが、被保険者数の減少に伴い医療費分は今年度より増加する一方、後期分と介護分は今年度とほぼ同程度という結果となりました。

報告事項(1)から(3)についての説明は以上です。

○竹内治彦会長

ありがとうございました。

それでは、ただいま説明のありました、「(1)令和6年度県国保財政の運営状況等について」、「(2)令和7年度 県国保財政の見通し等について」、「(3)令和7年度 標準保険料率の算定について」、ご質問・ご意見等はございませんか。

○豊田正康委員

この1、2ヶ月の間に、各市町村の運営協議会に5カ所ほど出席してきました。

各市町村からも話がありましたが、国が令和15年度に完全統一を目指すということですが、2月の段階では、岐阜県からはまだ通知はないということでした。都道府県によっては、もっと早くやるところもあるかと思いますが、岐阜県は、令和15年度という国の最終の基準に合わせるという方針でしょうか。

○佐藤国民健康保険課長

2ページの資料2にお示ししております工程表をご覧いただきながら、お答えさせていただきたいと思えます。現時点で市町村の合意が取れておりますのは、令和11年度までに納付金ベースの統一をする、医療費にとられない納付金の算定を行うところまででございます。完全統一については、達成を求められておりますので、まずは工程表の中では、国が掲げる完全統一の目標達成年度ということで、15年度までに検討すべき項目という形で書かせていただきました。

今後はこれに沿って統一を進めていく中で、市町村と、完全統一の目標年度の設定ということについても協議をして参りたいと考えております。

○豊田正康委員

運営協議会で、私も質問しましたが、市町村の方は、令和7年度の保険料率に対して、まだ繰越金がある市町村は繰入れをして、何とか保険料を上げないようにしている市町村もあります。また、繰越金がなく、県の出された数字に近いところで決めざるを得なかった市町村もあり、難しい問題だと思っております。

市町村に丁寧に寄り添ってやっていただきたいと思いますと思っております。

○佐藤国民健康保険課長

県としましても、県の国保の特別会計の中にあります剰余金であるとか、基金であるとか、そういったものの使い方につきましても、今後市町村と十分に協議をしながら、毎年丁寧に決めていきたいと思います。

○阿部義和委員

15ページの標準保険料率の算定について、都道府県は所得割と均等割の2方式、市町村は所得割と均等割と平等割の3方式でいくということですが、例えば来年度の、岐阜県の療養給付費からすべてのところが総額約1500億あります。その負担をお願いしないといけない場合に、(1)のところですが、所得割と均等割を50%ずつにするということは、国が決めてきたものなのでしょうか。6対4や4.5対5.5にしても良いのだろうけれど、そういった自由性が、県にはあるのかどうかを教えてください。

その下の均等割を7対3にするというのも、国が決めてしまっているということなのか、岐阜県の中で協議をして、8対2にしても良いのでしょうか。どこに負担を減らすかという考え方になりますが、その点をお伺いしたいです。この計算方式でいくと、人口の多い市町村と少ない市町村とでどういった影響があると考えられているのか、この2点について教えてください。

○佐藤国民健康保険課長

こちらの標準保険料率は国で標準的な、ということで示されているルールに従ってはいいたものがございます。あくまでも統一を目指すわけでございますので、方式、割合は今後の検討事項になってくると思えます。

○阿部義和委員

50対50とか7対3というのは、例えば愛知県はこうします、岐阜県はこうしますというように、自由性を持てるのかどうかをお尋ねしました。そういった自由性はなく、国がこうですよと決めてきているのですか。

○佐藤国民健康保険課長

この標準保険料率の算定方法については、国が示した計算式ではこれですよということです。今後の方針についてまでは、そこまでは決めていないので、そこは各県の判断が今後どのようになっていくかも見ながら検討していくことだと考えています。

○阿部義和委員

ありがとうございました。

○竹内治彦会長

冒頭の資料2のところの、まだ踏み込んでいない令和12年度からの矢印のところ、市町村標準保険料率を統一という言葉の中に入っているということですか。そうすると、この段階では統一することですか。

○佐藤国民健康保険課長

少なくとも完全統一までの間には決める必要のある項目です。

○竹内治彦会長

国の方で出された数字は、参考として出ますが、参考ではないなという傾向はあると思いますけれども、現実的にはご負担いただく金額にも影響してくるところです。ご意見にもありましたとおり、丁寧に検討していく部分だと思います。

このように統一していくことについては、国の方がこういった工程表をどんどん出してくるようになっていきます。各自治体の皆さんにしても、これは、やっていくものなのだと、議論の余地があり、話し合っただけで変えていけるという認識では多分なくなってきていると思います。それはそれで良いですけども、それに安心してしまい、国が決めているのだからこうですよと、やっていって良いかという、それはそれで納得度という点では、大きな違いが出てくると思います。納得度が得られるような努力をしていかないといけないと思います。

打ち合わせの時に、各自治体によって、1人当たりに直接反映させていくと、どれくらい差が出るのか伺うと、結構な金額が変わってきますので、そのご負担をお願いするのに十分な納得度が得られる取組みをしていかないといけないと思います。ただ、なかなか取組みの成果がすぐに出る状況ではないと思います。

古参の方にはもう良いと思いますけれども、念のため補足します。人が減っていくというのは、国保

の人が減るということであって、高齢者の数が減っているわけではありません。まず後期高齢者に大きなボリュームが移り始めたということがあると思います。あとは、ひょっとしたら定年年齢の引上げです。人手不足の状況で、60歳を過ぎてから65歳、ひょっとしたら66、67歳まで働いて、そちらの方で何らかの保険に加入されている方も増えてきているだろうと思います。ですから、国民健康保険という制度に入られている方は、減ってきているということです。

今、国会で議論している、日本の医療制度をどう維持するのかという本質的な問題が解決されているわけでは全然ありません。国民健康保険に関して言うと、そういう現象がみられるという状況です。

その割に30何万という被保険者数の数字が大きいなど、びっくりするほど多いです。その人口の幅のところ、岐阜県全体で194万人のうち、30万というのはかなりの比率を占めているところだと思います。

次に報告事項の(4)にまいります。

「(4) 県国民健康保険運営方針に基づく取組みについて」、事務局から説明をお願いします。

○佐藤国民健康保険課長

資料の18ページ、資料6をご覧ください。

国民健康保険運営方針に基づく取組みの状況についてご説明させていただきます。

資料の構成としましては、資料6に一覧を、24ページ以降に資料6-2から6-6として主なものの詳細をお付けしています。

①番の保険料税収納率の目標等についてです。運営方針では本県の平均収納率を毎年度0.4ポイント上昇させることを目標としており、今年度も市町村と調整を行いました。24ページ、資料6-2に記載のとおり、令和6年度の県平均と県内市町村の目標収納率について、11月に県ホームページにて公表しました。収納率には差がある状況が見て取れます。

18ページ、資料6の②番、医療費等分析(見える化)ツールの活用支援事業の推進についてです。運営方針の内容としては、KDBシステム等の医療、健診等データを解析し、医療費水準の地域差要因の分析・見える化を進め、国保連合会と連携して、市町村に効果的・効率的な取組みについて技術的助言を行うものです。

「取組状況」の欄ですが、今年度は例年同様、見える化ツールのデータ更新等を継続するとともに、市町村等に対する説明会、意見交換会を圏域ごとに分けて開催したほか、市町村の皆様へのツールの活用を促すために、新たに活用事例集を作成し、今後、配布する予定としております。

次に、19ページ③をご覧ください。

③番の県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進については、県医師会様のご協力をいただきまして、県糖尿病対策推進協議会と連携して取組みを進めております。

資料の27ページ、資料6-4の1も併せてご覧ください。県糖尿病性重症化予防プログラムの推進についてはプログラム改定を行いました。今年度は、国のプログラム改定を受け、県版のプログラム改定について糖尿病性腎症重症化予防対策ワーキンググループを中心に協議を重ね、令和6年12月1日に改定後のプログラムが施行されました。改定の主なポイントとしては、プログラムの名称の中に「慢性腎臓病(CKD)」を入れまして、「岐阜県糖尿病性腎症・慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム」に変更しました。それから、糖尿病ではないが腎機能の低下がみられる者をプログラムの対象者として追加したことや慢性腎臓病重症化予防に係る対象者の抽出条件なども明記されました。その

他、例年同様に、2に記載のとおり、12月に推進協議会総会及び特別講演、3に記載のとおり1月には地域医師会担当理事及び行政担当者等を対象としたプログラム伝達講習会を開催したほか、4に記載のとおり、3月には予防プログラムの推進セミナーなどを実施する予定となっております。

また、28ページの6のプログラム連携会議の開催として、糖尿病の担当理事や専門医、かかりつけ医と行政担当者が参加し、地域医師会単位で具体的な課題の抽出や検討、成功事例の共有をし、地域での連携を進めてまいりました。引き続き、地域での連携を進めるなど、プログラムの実践を広げ、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいくこととしております。

資料6に戻ります。20ページをご覧ください。

⑤番の後発医薬品の使用促進についてです。後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものとなっております。

詳細につきまして、資料の30ページ、資料6-5をご覧ください。現状としまして、2の保険者別の使用割合の公表で、後発医薬品の使用割合の推移を表にしております。直近の公表データの令和6年3月使用分では、全国82.7%、岐阜県の国保平均は81.5%となっております。岐阜県の国保平均では、使用割合自体は年々上昇しているものの、全国との比較では35位と順位的には低い状況にあります。

32ページ、別紙1-1に全国比較及び県内比較を、目標の80%に点線を引いて整理しています。また別紙1-2では国保の県内市町村ごとの経年推移を一覧にしています。今年度の取組みとしては、資料6-5の3に記載のとおり、安全使用セミナー等の開催に加え、引き続き県保険者協議会として、協会けんぽ様と連携し、使用率の低い医療機関等への個別訪問を実施しているところです。この個別訪問の実施に当たりましては、関係する市町村とも一緒になって実施し、後発医薬品の使用促進の働きかけを行ってまいります。

資料6に戻ります。20ページをご覧ください。⑥事務の標準化・統一化ですが、今年度は12月からマイナ保険証を基本とする仕組みへの移行が行われるにあたり、資格確認書基本様式の提示、資格確認書の取扱い等に係る暫定マニュアルの作成を行い市町村に提示を行いました。

また、例年同様に、標準事務処理マニュアルの作成等を進めました。

21ページをご覧ください。

⑦番の保険者努力支援制度です。この制度は、保険者の取組みに応じて国から交付金が交付される、いわゆるインセンティブの交付金でございます。今年度も、国保連合会と連携して、市町村提出書類のチェック及びアドバイス等の支援を継続して行い、市町村での積極的な取組みを促してまいりました。今年度採点された令和7年度取組評価分については、国の予算の減額などにより、市町村分は昨年度より減額となったものの、県分は大幅な増額となり、合計で17億8千万円余の交付見込みとなりました。

詳細につきまして、資料の34ページ、資料6-6をご覧ください。

2の取組評価分の取組みの(1)の評価結果の表をご覧くださいとしますと、平成30年度の制度開始以降、一番左の「獲得年度」欄の各年度の記載の右側にある○数字が全国順位となりますが、年度によって順位の上下はあるものの、当初の30年度39位と比べますと向上しております。

県分では、令和7年度分の得点率が向上しました。この主な要因としては、市町村事務の広域的及び効率的な運営の推進のための取組項目や保険料水準の完全統一に向けた取組みの合意状況に応じて評価される指標の追加に伴う加点などによるものです。

35ページの3の事業費連動分の取組みにつきましては、令和2年度に制度が抜本的に強化され、国の予算が増額されましたものでございます。

県・市町村の予防・健康づくり事業の取組成果に連動して交付金が配分されるものですが、今年度は、昨年度の約4億7百万円から約3億6千万円に減少しましたが、今年度実施された評価結果の速報値では、4年連続で得点が全国1位となっております。

保険者努力支援のインセンティブにつきましては、国においては、メリハリの強化や評価基準について毎年度見直しが行われており、そういった点にも対応しながら、今後も市町村、国保連合会と連携し、取組みを進めていきたいと考えています。

資料6に戻ります。22ページをご覧ください。

⑧番の後期高齢者医療制度又は介護保険制度と連携した保健事業の実施ですが、「取組状況」欄に記載のように、令和6年度も高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に向け、市町村との意見交換や個別ヒアリング等を実施主体である後期高齢者医療広域連合と連携して行い、全市町村で実施することができました。

県としましても、「高齢者の皆様ができる限りいつまでも元気で暮らせる社会」の実現に向けまして、広域連合と引き続き連携、協力して、より効果的な一体的実施の取組みに向けた支援に努めてまいります。

23ページをご覧ください。

今年度は保険料水準の統一についていろいろと動きがありましたので、⑩として報告項目を追加しております。

そのほかの取組状況につきましては、資料6をお読みいただければと思います。

県国民健康保険運営方針に基づく取組みについてのご報告は以上となります。

○竹内治彦会長

ありがとうございました。

それでは、ただいま説明のありました「(4) 県国民健康保険運営方針に基づく取組みについて」、ご質問・ご意見等はございませんか。

○有賀妥子委員

18ページ、資料6の②医療費等分析ツールの活用支援事業の推進についてですが、見える形で、医療費の水準や、ツールを使った地域差が見える状態にさせていただいて、5年度、6年度と、データを更新しながら提示いただいていると思います。これは、ホームページか何かで見ることが可能かどうかということと、2年連続で実施をされていますが、見える化について、研修会や意見交換会、説明会でやられていますが、各市町村の反応等はどうでしょうか。提示されて指導されることによって動きがあったのか等、市町村の動きを具体的に教えていただけると、イメージがしやすいかなと思いましたので、教えてください。

○佐藤国民健康保険課長

こちらの分析につきましては、分析結果を公表しているということは、現時点ではございません。

各市町村で使えるツールを市町村にご紹介して、市町村で分析を進めていただくという支援事業になっております。個々の市町村においては、保健事業に生かすためにツールを使って、こういった保健事業をやりましたという事例が少しずつ出始めております。

そうした先進事例を踏まえ、活用事例集を今年度作成しましたので、それを踏まえて、各市町村の保健事業等に活用いただければと考えております。引き続き活用を進めて、様々な場面でデータを活用していければと考えております。

○有賀妥子委員

承知しました。

○竹内治彦会長

なかなか難しく、それほど分かり易くまとまっている段階ではないと理解しています。

当初の説明会等に私も参加しましたが、正直難しかったです。段々と洗練されていくと思います。現段階では、例えばホームページで公表し、皆さんにご覧になってもらうところまでにはなっていません。

○豊田正康委員

令和7年度の標準保険料率の増減についてもお示しいただき、参考にはなりますが、協会けんぽの保険料率も、今月発表しまして、令和7年度の保険料率は、協会けんぽの全国平均が10.0%、岐阜支部は9.93%となり、0.02%上がることになりました。

やはり大きな要因は、国保の今日の資料でもそうですが、医療費総額が増えていることです。

岐阜県で令和5年度に見積もった金額より、協会けんぽの中で、1,350億円、余分に使ったということで保険料率が上がります。一方、保健事業等では皆さんに色々と協力していただき頑張った結果、インセンティブ制度が全国4位になったことで、0.079%減算され、9.93%にはなっています。全国平均よりは安いですが、少し危惧しております。保険給付の総額が増えていますので、岐阜県さんが今日発表したとおり、後発医薬品推進等やれることは限られていますが、引き続き注力していただきたいです。

○棚瀬友啓委員

後発医薬品に関しまして、資料6-5で、データは令和6年3月までという状況でございますが、大きく動いた項目の1つで、令和6年10月1日から、「後発医薬品のある先発医薬品の選定療養」が開始になりました。簡単に言いますと先発と後発の差額の4分の1を患者さんが負担することになりました。現場としては、10月1日から後発品の比率は、100%に近いような数字が出るのではないかと感じています。

来年度の事業に、選定療養の差額の話、一般市民の方によく理解していただけるような項目を足していただけると、この後発医薬品は、すごく進捗すると個人的には思っております。

もう1点、先ほど、有賀委員がおっしゃいましたKDBシステムですが、これは、見える化という

のは、地域差ということだけでしょうか。可能であれば、せつかくレセプトデータがありますので、豊田委員もおっしゃってみえますが、マイナンバーカードになりましたので、3つの医療機関にかかっていますとそのデータが確実に取れます。重複で多いのは胃の薬や鎮痛剤ですが、データがわかればそれを1つにしましょうと提案できます。

CKDを伊在井先生の医師会さんと一緒にやっておりますが、eGFR（推算糸球体濾過量）という値で、薬が多過ぎませんかということをお医者さんの方へご提案申し上げて、減薬に繋がり、保険給付の減に繋がると思います。

糖尿病も然りだと思えます。私も去年までおりましたが、糖尿病推進協議会でも力を入れて取り組んでいます。県も力が入っていますよね。そうすると、このレセプトデータでどれだけ現実に下がったのか、糖尿病の薬を2、3種類飲んでいた人が、本当は種類ではなく額なのでしょうが、下がったことが可視化できると活動が盛り上がるのではないかと思います。地域も行政も健康相談等してみえますが、レセプトデータで実際数字として、これだけ下がったということが見えてくると、やっている側も力が入ると思います。また、市町村に順番をつけると競争力が増すのではないかと思います。

○佐藤国民健康保険課長

せつかく貴重なKDBデータを持っておりますので、分析をして、事業の成果の検証に使うと良いというご意見をいただきまして、ありがとうございます。竹内会長もおっしゃったとおり、今のツールで、ポンと入れたらポンと出るようにはなっていないものの、成果の検証は重要だと思っておりますので、データの活用について、引き続き研究して参ります。

○豊田正康委員

今、棚橋委員がおっしゃられたので、これも参考ですが、協会けんぽの方は、今日の資料では去年の3月までのジェネリックの数字しか会議資料で出ていませんが、協会けんぽの集計は、10月まで出ておりまして、協会けんぽ加入者のジェネリックの使用率の全国順位は、以前も言っていたのですが、大体国保と同じで30番台後半でしたが、昨年7月に全国平均を超えまして、直近の令和6年10月末は88.8%まで上がり、全国平均を上回っています。

国保と協会けんぽでは、多少違いはありますが、ジェネリック使用率の県の流れは上がってきていますので、来年以降は金額の削減をしないといけないので、ご協力よろしくお願いします。

○伊在井みどり委員

医師会といたしましても、今の糖尿病重症化等につきましても、毎年色々な会議をやっていますが、その時までにはデータが手に入るようになると良いです。糖尿病性腎症に関しての、最終的な目標は、透析患者さんを減らすことであり、医療費を減らすことではありますが、そのデータ自体が、現状はすぐに入ってきません。

市町村も、KDBデータをどのように使ったら良いのか、集積のやり方すら分からないということ、初めの糖尿病の時も言われました。是非その辺を県から、各市町村が使い易いように、こうすればこのようなデータが出るということ、もう少し明らかにしていただければ、おそらく1年以内に

結果が出ながら行くのではないかと思います。データをもう少し使えるようにしていただきたいと思っています。

もう1点お願いですが、今、薬の重複というお話がありましたが、例えば、痩せ薬や睡眠薬が特に該当しますが、1人の方があちこちのクリニックでもらってみえることがかなりあるようです。私たちはそういったデータを今の時点ではいただけないできました。開業医の先生から「こういった例があるのでそのような方をどうしたらいいのか」と相談を受けることが多いです。

こういったデータがあり、見ていらっしやるのであれば、それを私たちに伝えていただければ、注意することができます。そうできないことが腎機能を悪くし、肝機能を悪くし、医療費を上げている可能性があるかもしれないので、その辺に関しましても、もう少し透明感があってすぐに教えていただけるようなシステム作りをしていただけると嬉しいと思います。今後よろしく願いいたします。

○佐藤国民健康保険課長

重要な課題だと思いますので、引き続き研究させていただきます。

○竹内治彦会長

おそらく個人についてどうなっているかを、県の方で把握できないということですね。

誰のために、何のためにデータを集めているのかよく分からない状況です。日本全体で何が起きているのか等を分析するには良いのですが、実際ここで少しでも、医療費水準を下げたり、そういった兆候を避けるために、すぐに使えるようにしてほしいというところまでは、今のところなっていません。その辺、もう少し簡単にできないのかというところだと思います。

単純におそらく今はまだ、こんな努力をしたからこれぐらい減ったということが分かるような感じではなく、せめてどのくらい使っているのかについて、はっきり分からないものかと思います。

都市伝説のような話がたくさんあります。例えば透析患者が1人出ると、小さな自治体では、一気に保険料が上がると言われていますが、それが本当にどれくらいなのかはよく分かりません。ただ、何年もデータを見ていくと確かに、そのような偶発的な要素によって、ある小規模な自治体で医療費水準が大きく動いているので、多分そのようなことがあるのだろうと想像はできますが、実際にはどうなのでしょう。

それから薬の重複があるのではないかとということですが、重複がこの中でいったいどれくらいの金額でどれくらい占めているのかということが分かると、それはすごくインセンティブになります。こんな金額になっているから何とかしなければならぬと思えます。

また、これもずっと言われていますが、例えば岐阜市は、病院が多く気楽に病院に行けるから、どうしても医療費が高くなると言われていますが、私はずっと、本当に病院がたくさんあるから病院に行くものなのかと疑問に思っています。

病院に行く必要がある方は、たくさん病院がなくても行くでしょうし、非常に軽い症状で病院に行かれる方がある程度みえたとしても、保険点数が低い、その人たちの部分によって市町村の医療費水準の違いが生まれるのでしょうか。それで本当に影響が出ているのならば、そこをしっかりと進めてやらないといけないと思いますが、本当にそうなのかという気がしています。今思っているのは、結

局、大きな病院のあるところに病気のある人が集まってくるのではないのでしょうか。

例えば、高山の知り合いもいて、癌の方もみえます。癌の方ですと、大体の方が、大きな治療を終えた後は、自宅から数か月に1度病院に通うくらいです。

場合によっては、ある程度定期的な通院が必要になり、自宅を新たに換えられるくらい流動性を持つ方であれば、やはり大きい都市に住まれた方がいいわけです。

実際問題、田舎に暮らしていた方がだんだん年を取ってくると都市部に住む傾向はあり、都市部のマンションに移られる方もみえるので、ひょっとしたらそういう人口移動も考えられます。これは、ものすごく金額の違う話で、点数の低い病院がサロン化しているという話ではなく、極めて高額な医療を行う人ほど、都市部に住むとしたら、大きな都市の医療費は上がると思います。

その辺を、一体何が原因になっているのかを、やはり調べていきたいですし、知りたいというところで、すごいシステムを使わなくとも、ある程度積算して分からないものかと思います。

今の形ですと、とにかくできることは全部取組み、少しでも下げようということで、それはやっていかないといけないことですが、先ほど申し上げた通り、あと数年の中で統一していかなければならないといった時に納得度が必要です。例えばなぜ岐阜市が高いのか、数年のうちに納得いただけるための結果を作っていくならば、なぜ高くなっているのかを明らかにしていく努力が必要になります。

また、徴収率が岐阜市は低いですが、私が選挙の方の仕事もしていますので、極端な例を出しますと、岐阜市の県知事選の投票率は、30%程度、40%を切っていました。それが、白川町や白川村では80%までいきます。そのくらい、地域のコミュニティの形が違うので、岐阜市に、郡部と同じ徴収率を求めることは、現実的には無理だろうということでご理解をいただかざるを得ないと思います。まともな大人の判断として、どんなに努力しても、岐阜市の人口構成であり保険者の構成では、これ以上の努力は無理だという理解を得るしかないと思います。ご納得いただけるような形で、情報が明らかになり、それを説明し、今後のプロセスで負担が増えている自治体もありますから、その皆さんにきちっと説明していただき、本当に腹に入るかどうかは分かりませんが、こういう事情でこうなっているので、県全体で支えるという意味で、これについてご理解くださいということだと思えます。データについて、このシステムに頼らないと一切出ないのかは分かりませんが、もう少し分かりやすい簡潔な取りまとめのデータを積み上げてほしいと思います。

○阿部義和委員

25ページの2医療費等分析ツールのデータ更新について、今、会長からもありましたが、見える化ということで、KDBデータは、訳が分からないデータで、ポンと出てきても分かりません。ここの中で、2の令和5年度の医療、健康診査及び介護に関するデータを追加し、見える化ツールのデータ更新（解析）を医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構及び東京大学生産技術研究所の協力というのは、もう3、4年やってみえますよね。

○佐藤国民健康保険課長

7年目です。

○阿部義和委員

これからこれをどう活用していくかということを知りたいです。

もっと市町村の方をオープン化できるようなことがあるのではないのでしょうか。実を言うと、岐阜県歯科医師会と県、国保連合会、東京大学で11月1日にプレスリリースした「医療・介護・健診に関するビッグデータの統合解析による オーラルフレイル対策推進事業の取組み」において、後期高齢者とか国保連合会の一部の市町村のデータを集めて、どれぐらいの問題があるかを分析しているということを、医療費ではないが広げていきたいので、今の東京大学等のツールが使えるとありがたいです。

もう1点はインセンティブのことで、35ページの3に、県・市町村の予防・健康づくりに関する取組成果に連動して、交付金が配分される「事業費連動分」が創設されたということがありますが、どういう運動をするとインセンティブになるのかということ、県として公表し、市町村に情報提供していただくと、市町村のインセンティブが動くのではないかと思います。

自分も保険者の立場がありますが、保険者というのは、今、本当にお金がないので、少しでもインセンティブか何かでお金が欲しいというところがあります。どのような運動をしていくと良いのかということ、公表していただくとありがたいです。そして、東京大学等のツール分析は、前向きにどんどん進めていってもらいたいということをお願いしたいです。これは要望ですが、よろしくお願ひします。

○佐藤国民健康保険課長

東京大学のシステムは、毎年ブラッシュアップし、より高度なものになってきております。

それをどのように使うか、それだけに頼らず、竹内会長がおっしゃったように、もう少し高度な分析システムでなくとも、説明を果たせるようなところを大切にしたいと思ひます。

また、事業費連動分につきましては、交付金はすべて県に入ってきて、結果的には国保財政の財源となるものですので、県として高得点をとるために、毎年市町村の方に働きかけをしております。結果的に得点としては高得点を獲得できている状況ですので、引き続き努力して参ります。

○竹内治彦会長

今の意見は以前にもいただひいて、どういったところが得点に繋がるのかは、担当者レベルの説明会では説明し、周知しているということによろしいか。

○佐藤国民健康保険課長

そのとおりです。

○松永健司委員

被用者保険の立場から少しお話をさせていただきます。今回の歳入の状況を見ていますと、やはり前期高齢者の交付金が歳入の中で一番多く占めています。

13ページの前期高齢者の交付金につきましては、例えば健康保険組合ですと、健保単独の給付費

は約0.3兆円ですけれども交付金を賄うための納付金としては約1.2兆円負担をしているということで、いかにこの前期高齢者の医療費に係る部分を抑えていくかだと思います。

医療費は、こちらの分析の中にも、高齢化、医療の高度化、そういったもので、1人当たりの医療費がどうしても増えていくという予想が立てられています。健保組合も同じです。

何とか前期高齢者の交付金を減らしていくという方向が、我々としても非常にありがたいところです。いかに病気にかからないか、病気にかかっても、早期にとどめることができるかというところを、我々も見ています。特に、特定健診や特定保健指導の運営方針については、19ページにお書きになっていますが、状況を把握し、阻害する要因があればそれについて、どのように対応するかということを書かれています。これは各市町村かもしれませんが、特定健診の実施率、特定保健指導の実施率をしっかりと把握いただいて、そこに該当される方のアフターフォロー、重症化予防も含めた健診データを元に、どのように被保険者一人一人に向き合うかが大切だと思います。

人もお金もかかるかもしれませんが、そこまでやらないと医療費というのは、抑えられないのではないかと思います。我々健保組合としても、健診、特定保健指導の実施率というのを上げることにこだわっています。それを踏まえた、重症化予防ということも個別に対応しています。そういった保健事業をいかに充実させるかが、医療費抑制に繋がるものだという取組みをしています。国保さんにおかれましても、我々のノウハウやデータがあればご提供しますので、ぜひ一緒にそうした取組みを進めていきましょう。よろしく願いいたします。ご意見としてお話をさせていただきました。

○竹内治彦会長

特に特定健診の重要性についてご意見をいただきました。

他によろしいでしょうか。

○各委員

(意見なし)

○竹内治彦会長

その他に、事務局から何かありますか。

○佐藤国民健康保険課長

来年度の運営協議会についてですが、事務局としましては、9月に第1回目の開催を考えております。新年度に入ってから日程調整をさせていただきますので、よろしく願いいたします。

○竹内治彦会長

以上をもって、本日の会議を閉会いたします。

本日は、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