

平成29年度 第1回国民健康保険運営協議会

- 1 日 時：平成29年7月21日（金）13:30～15:00
- 2 場 所：ラッセホール5階 サンフラワー
- 3 出席者：足立委員、臼井委員、太田委員、笠井（秀）委員、笠井（利）委員、
守殿委員、衣笠委員、木村委員、澤田委員、空地委員、高委員、細川委員、
山中委員（14名中13名出席）
- 4 議 事：(1)会長選出及び職務代理者等の指名
(2)国民健康保険運営協議会運営規程等の制定
→事務局(案)のとおり制定された。
(3)国民健康保険制度改革及び国民健康保険運営方針（諮問）について
→別添（写）のとおり諮問された。
- 5 質 疑：以下のとおり

(A委員) 今回の改革は、将来的に県内で保険料率の統一を目指すという理想的な改革だと思うが、保険料が上がるのか下がるのかということを含めて、実際に被保険者からするとどう変わるのか。また、今後、どのように知らせていくつもりなのか。

(事務局) 保険料については、高齢化に伴い医療費が上昇するので、それとともに上がっていくことが想定される。一方、今回の制度改革によって保険料が上がるか下がるかというのは、公費の入り方や医療費水準など様々な要因が複雑に影響するため、何か一つに特定することは難しい。公費については、これまでは所得が低く、医療費の高い市町に多く配分されていたが、今後は、県全体で均される一方で、各市町間の所得水準の差は、納付金の仕組みの中で調整される。また、医療費水準に応じた保険料率になるので、41市町の保険料がどう変わるかは納付金を算定してみなければわからない。この点については、次回以降に説明させていただきたい。

また、納付金が出たとしても、現実の保険料率は各市町が決定することになる。政策的に支援されている市町もあるので、個々の被保険者の保険料は来年の賦課の時までわからない。

広報については、制度改革に伴い、ホームページやリーフレットを活用してすでに実施している市町もある。

(B委員) 各市町の医療費水準に応じた保険料と説明があったが、各市町の医療費水準は保険料の算定のどの段階で反映されるのか。資料2-2ではどこに書いてあるのか。

- (事務局) 医療費水準については、資料2-2の右側の納付金の割り付けの際に反映される。この資料は算定方法の概要を記載したもので、具体的にここでは医療費水準という記載はないが、納付金の割り付けの段階で医療費水準を反映させることになっており、次回資料をお示ししたい。
- (B委員) 医療費水準というのは医療の質ではなく、医療費としてかかった費用のことか。
- (事務局) 各市町の年齢構成調整後の被保険者一人当たりの医療費を指数化したものである。
- (C委員) 兵庫県は大都会から山間、離島まで様々な地域があり、資料3-3を見ても、市町間でかなり医療費の額が異なっているのがわかる。医療資源や地域毎の考え方を反映しているからだと思うが、これらを平準化することが、地域の医療にとって正しいことなのか、ということはどうやって検証していくかが難しい課題だと思っている。
- 第三期の医療費適正化計画には、地域差を半減させるという話も出てきているが、兵庫県において、なぜ地域差があるのかということ、また、それを改善していくことが地域の医療にとっていいことなのか、どうやって判断するのか。
- (B委員) 県内でも医療レベルに差があるので、統一化されて同じ保険料率になると、同じ保険料ならば質の高い医療が受けられるところに人が集まり、ますます過疎化を進めることになりはしないか危惧している。
- (事務局) 医療の提供体制の差というのは、今後、地域医療構想なり、県全体として取り組んでいく問題ではないかと考えている。
- ご指摘のとおり、地域差をすべて否定し、医療費の格差を無くすというのは現実的ではない。基本的な考え方としては、保健事業等の取組を進めることにより、被保険者の方に健康になっていただいた結果として、医療費の適正化や市町間の平準化が図られるということだと認識している。例えば資料3-2の第5章に記載しているような保健事業等の取組を進めていくことにより格差が縮小し、将来的に医療費水準等が平準化された際には、同一所得・同一保険料としていこうというのが全市町の総意である。
- 後期高齢者医療制度も同様の問題を抱えているが、同一保険料を設定している。国保の場合も、医療費格差がすべて解消し同一になることはないが、格差が縮小した段階で、全市町の合意のもと、統一保険料を目指していこうということである。
- (会長) 後期高齢者医療制度の場合は、医療費が低い保険者に配慮して、経過措置が設けられた。医療費が低い地域は医療提供体制が不十分で、医療機関にかかる機会も少ないため医療費は低くなるが、一律の保険料を負担しなければならない。そのため、数年間は経過措置として均一保険料よりも低い保険料率を設定したが、医療費に応じて保険料を決めるというのは、そういうことを加味した決め方だと理解できる。

(D委員) 資料3-1のP1「3 保険料の算定」のところに、22 市町は資産割のない3方式で、郡部等の19 市町は資産割のある4方式とあるが、今後も各市町はこれに準じるということか。

(事務局) 市町が保険料として集める総額自体は3方式も4方式も変わらない。例えば所得割を40、資産割を10、均等割を35、平等割を15とすると、全体は100になる。3方式の場合でも資産割で集める分を所得割で集めることになるので、全体は100で変わらない。つまり、集める総額は変わらず、どの賦課方式で集めるかの違いである。

30年度以降どうなるかということだが、賦課方式を急に変わってしまうと、市町の中で、被保険者の保険料に大きな変化が生じてしまうので、当面の間は、おそらく各市町とも現行の賦課方式によって賦課されると思うが、将来的には段階を踏まえて3方式に移行していくのではないかと考えている。

(会長) 3方式というのは国が決めている方式なのか。

(事務局) 国が示しているものではない。保険の理想は所得割と均等割の2方式だと言われているが、そうすると、国保の場合、所得のない子どもにも均等割がかかるので、世帯の人数が多いほど負担が重くなってしまう。そこで考えられたのが平等割である。平等割は1人世帯であろうが5人世帯であろうが同額が賦課される。この平等割を加味したのが3方式である。

一方、郡部は所得が低い傾向にあるため、応能分として所得だけに賦課すると、必要な保険料を集めることが難しいため、資産に賦課する形を取っており、4方式が多くなっている。

(会長) 政令指定都市の中でも、横浜市など2方式を採用しているところもある。

3方式がいいのか、2方式がいいのかということも議論する余地があるのではないか。

(事務局) 世帯割を外して2方式にしてしまうと、若年層で子どもの多い世帯の負担が増えてしまうので、1人世帯でも5人世帯でも同じ世帯割を賦課する3方式で統一しようということで41市町とは合意している。

(D委員) そうすると、郡部でも当面は4方式ということになると思うが、郡部では何の利益にもならない資産であっても、固定資産税を支払っているにも関わらず、別途国保の方で資産割を賦課されることになる。資産に対する負担が徐々に緩和されれば、郡部の方も住みやすくなって若者も定着してくるのではないかと思う。

また、同じように保険料を払っていても、郡部の場合は夜間に病気になっても受け入れ体制が整っておらず、都会で受け入れてもらうこともある。こういうことも考慮して、みなさんが納得いくような算定方式を考えていただければと思う。

(事務局) 郡部を中心とした4方式の市町については、計画的・段階的に3方式に移行していただくようお願いしており、全市町合意のもと、将来的には3方式に統一していくこととしている。

医療提供体制の問題については、ご指摘のとおり本県は郡部と都市部に差があるが、県としては二次医療圏毎に協議を行っており、地域医療構想に基

づいて格差の縮減を図っていきたいと考えている。

(E委員) 資料2-1に記載されている公費拡充による財政基盤の強化について、毎年3,400億円という多大な支援がされるようだが、その財源は何か。

(事務局) 27年度からの1,700億円は、5%から8%への消費税増税分が財源となっている。30年度からの1,700億円は、後期高齢者医療制度に対する支援金について、被用者保険間における算定方法が総報酬割に変わることによって、これまで協会けんぽに補助されていた国費が不要になるため、その不要分が財源となっている。財政安定化基金についてもこれと同じ財源で、32年度末までに全国で最終2,000億円が造成されることとなっている。

(C委員) 市町間で医療費の差があるが、その要因をどのように分析しているのか。

資料3-3のP35、36を見ると、年度によってもかなり金額が違うが、その原因に加え、医療費適正化の取組やレセプト点検がどれぐらい寄与しているかということや、地域によって医療自体にどのような特徴があるのかということも、評価・分析しているのか。

(事務局) 医療費の格差については様々な研究がされているが、これが地域の医療費の格差の原因であるという答えはない。当然、医療提供体制の影響もあるだろうし、気候も関係していると言う学識者もいる。ご指摘に対して、これが原因だと特定し示すことは難しいが、ベッド数や医科・歯科の数などの関連データについては、調査した上で、次回お示ししたい。

また、全国的に見ると、一般的に医療費は西高東低の傾向があるが、これも何が原因なのかは特定されていない。

(C委員) 長野県は医療費が低いと言われていたが、介護保険の費用が高く、医療費と合わせて見ると、結局他と同じぐらいであった。医療費関連だけでなく、介護保険に関してもデータを提供してもらえればと思う。

(事務局) 了解した。

(会長) 各市町がデータヘルス計画を策定しているが、県全体のとりまとめはしているのか。

(事務局) 現在、データヘルス計画は41市町中40市町で策定済みである。県としても国保連合会と協力して地域の医療費分析の支援はしているが、保健事業の主体は市町であり、データヘルス計画は各市町が地域の実情や課題に応じて定めるものであるため、県でとりまとめることはしていない。県としては、全市町が目指す方向性や取組として、資料3-2の第5章「医療費の適正化」に記載しているような特定健診の充実や生活習慣病予防、口腔のケア等の取組を、全市町総意のもとでとりまとめている。

(A委員) 資料2-1の右下にある県と市町の主な役割分担の表を見ると、変更点は県が財政運営を担うということのようだが、他の資料を見ると、レセプトの点検などの項目も県の役割として挙げられている。このような事務に関し

て、県で一括してやるという考えはあるのか。

(事務局) 資料2-1で言うと、県の直接的な役割は財政運営ということになっているが、都道府県の役割として、県内の統一的な国保の運営方針を策定することになっており、この運営方針に基づき、各市町は取組可能なものから順次取組を進め、将来的には平準化が図られることとなる。

ご指摘のあった市町事務の共同化については、資料3-1の第6章の2点目に記載しており、現在、各市町で取り組んでいる第三者行為求償事務や医療費通知等について将来的には県で一括してできないかといったことを記載している。ただし、国保には、これまで市町ごとに取組が進められてきた50年を超える歴史があるので、41市町が歩み寄れるものから順次記載していき、将来的に取組を広げていくことが重要であると考えている。

(F委員) 国保という会計は生き物であると思う。長年、統一できないか、という議論がされており、非常に難しい課題だが、避けて通れない時期に来ている。課題はこれからも続いていくと思うが、具体的なものがかなり見えてきているのではないかと。これからも貴重な意見をもとに議論していただき、ぜひ軌道に乗せることができると思う。

言葉だけでなく、あらゆる機会をとらえて健康づくりに取り組むことが結局、みんなの幸せにつながり、最終的に医療費関係の数字に表れるのではないかと。

(B委員) 同一所得・同一保険料を目指して、これから各市町間のバランスなどを検討して、合意点を見つけていくというのが方法として挙げられており、その過程において具体的に問題となっているのが賦課方式の問題だと思うが、3方式で折り合いをつけていこうという考えなのか。

(事務局) 将来的に同一所得・同一保険料を目指すには、賦課方式が同じでなければならないので、その点は全市町合意のもと、計画的・段階的に3方式に移行してもらおうこととしている。また、医療費格差がすべて解消することはないので、市町毎に見ると損得が出るが、これぐらいだったら一本化してもいいのではないかと全市町が合意をした時に、一本化することになると考えている。収納率にしても、現時点において県内では7ポイント程度差があるが、その差が縮まって全市町が合意すれば、一本化に向かうことになると考えている。この数値がいくらになれば統一するというような基準は、おそらく各都道府県とも決めていないのではないかと。

大阪府や奈良県のように、本県よりも市町間の医療費格差はあるが、新制度施行後、数年の間に統一保険料にしようとして動いている府県もある。

(G委員) 今、収納率等について説明いただいたが、各市町のインセンティブにあたるのが資料2-1の保険者努力支援制度なのか。

(事務局) そのとおりである。保険者努力支援制度は、医療費の適正化や収納率の向上等に努力した保険者に手厚く交付金が交付される制度である。例えば、特定健診・特定保健指導の受診率や糖尿病性腎症の重症化予防の取組、収納率

などが評価指標となっている。全国で総額 800 億円のうち 300 億円が市町分で、残りの 500 億円が都道府県分となっている。保険者の取組の度合いに応じて交付金が交付されるため、各市町間で交付金額に差がある間は、同一所得・同一保険料にすることは難しいが、これについても各市町間で一定程度平準化が図られ、県で収納し全体の費用から差し引くことについて合意ができれば、同一所得・同一保険料の方向に進むことになる。

インセンティブという考え方自体は重要なので、制度開始当初は保険者努力支援制度によって、各保険者の取組を活性化させていくというのが国の狙いである。

(G委員) データを見ると、確かに規模が小さい保険者の方が収納率は高いようだが、それは規模の問題なのか、それとも規模の小さい保険者が保険税の形式を取っているからなのか。

(事務局) 税か料かという違いもあるかもしれないが、なぜ規模の大きい保険者の方が収納率が低いかというと、国保が地域保険であることに起因している。都市部の方が郡部よりも人の出入りが多く、賦課したとしても市外へ転居していることもあり、その分収納率は下がってしまう。

ただし、これらは一般的な傾向であり、大都市でも収納率の高いところはある。県内で一番規模の大きい神戸市は、収納率が政令市の中で全国 2 位と非常に高く、県内でも平均を上回っている。

(G委員) 資料 3-3 の P13、14 を見ると、県内の市町は全国と比べ全体的に収納率が高い状況にある。資料 3-1 の基本的な考え方の 2 つ目の囲みに収納率向上対策の推進とあるが、これは結果的に収納率が高めに揃わなくても、取組を推進すればいいということなのか。

(事務局) 収納率は一定程度高まってくると、なかなかそれ以上伸びにくくなる一方で、低い市町はまだ伸び代があるので、収納率向上対策を推進し、取組を揃えていくことにより、徐々に高い水準で平準化が図られるようにしていくことが目指すべき方向であると考えている。

(H委員) 41 市町はそれぞれが独立した自治体で、それぞれ事情があり、それらを踏まえて今後、意見を統一していかなければならない。その過程で、県の方で意見をとりまとめる時の決め方は多数決になるのか、それとも知事の命令という形になるのか。各市町が自分の主張を引っ込めなければ延々と議論が続く、何の結果も出ないというリスクもある。

(事務局) これまで市町とは、20 数回にわたり協議を重ねてきており、この運営方針(案)についても概ね合意を得ている。法律上、この運営方針の決定権限は知事にあるが、知事が上下の関係で決めるということではなく、あくまで 41 市町と共同しながら、これまでも合意を得る方式でやってきたし、今後も合意を得られたものを運営方針に記載していきたいと考えている。

以上