2026年度　第１回静岡市国民健康保険運営協議会会議録

１　日時　　2026年10月16日（金）午後７時00分から午後８時00分まで

２　会場　　静岡市役所静岡庁舎本館３階　第１委員会室

３　出席者

（委員）

被保険者代表 ……	大石委員、川島委員、平岡委員
保険医・保険薬剤師代表 ……	鈴木委員、大蝶委員、清水委員、長田委員
公益代表 ……	畑田委員、髙木委員、加藤委員、寺尾委員
被用者保険等保険者代表 ……	清田委員

（事務局）

保健福祉長寿局 ……	千須和保健福祉長寿局長
	内舘保健福祉長寿局次長
保健福祉長寿局健康福祉部……	石上参与
保険年金管理課 ……	池田課長他
健康づくり推進課 ……	寺田課長、中野担当課長他
福祉債権滞納対策課 ……	小倉課長
葵区役所保険年金課 ……	窪田課長
駿河区役所保険年金課 ……	加藤課長
清水区役所保険年金課 ……	山本課長

４　欠席者

（委員）　２名

５　傍聴者　　８名

６　議事

（１）諮問

（２）静岡市国保の状況について

（３）第３期保健事業実施計画中間評価について

（４）県国保運営方針中間見直しについて

７　会議内容

（１）開会

（２）保健福祉長寿局長挨拶

（３）会長及び会長職務代理者の選任

事務局提案への委員の賛成により、会長に畑田委員、会長職務代理に加藤委員が就任

（４）議事

議長　　それでは、議事に入ります。「諮問」について、事務局からお願いします。

事務局　　恐れ入ります。準備がありますので、少々おまちください。

―　委員及び傍聴者に諮問書コピーを配布　―

事務局　　準備が整いましたので、市長からの諮問書を交付します。

局長　　2027年度静岡市国民健康保険料率について諮問。
静岡市国民健康保険運営協議会規則第4条第2号に基づき、下記の通り諮問します。
国民健康保険制度は、2018年度に都道府県単位化がなされ、都道府県が財政運営の責任主体となりました。
こうした中、静岡県国民健康保険運営方針では、県内において、同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料とする完全統一を目指すことが明示されており、今年度予定されている同方針の中間見直しにおいて、その目標年度が定められる予定です。
このような状況を踏まえ、本市においては、国民健康保険制度を将来にわたり持続可能なものとするため、収納率の向上や保健事業の推進等に取り組むとともに、保険料水準の統一を見据えた適正な保険料率を設定し、安定的な財政運営を確保していくことが求められています。ついては、これらを踏まえた2027年度国民健康保険料率の設定について諮問します。

議長　　ただいま、国民健康保険運営協議会を代表して、静岡市長から諮問を受けました。
諮問事項については、当協議会で慎重な審議を行い、その結果を答申します。
答申までの流れについて、事務局から説明してください。

保険年金管理課長　　資料１－１「答申書完成までのスケジュール」をご覧ください。
今年度の運営協議会は、御覧のとおりのスケジュールで、全４回の開催を予定しています。皆様、ご予定のほど、よろしくお願いします。
次に、答申書のイメージですが、資料１－２として昨年度の答申書を見本として付けさせていただきましたので、このような答申書が出来上がってくるとイメージしていただければと思います。
議事（１）の説明は以上です。

議長　　続いて、議事の「（２）静岡市国保の状況」について、事務局から説明をお願いします。

保険年金管理課長　　それでは、議事（２）「静岡市国保の状況について」、資料２に沿って説明いたします。
資料２の１ページ、左上①のグラフをご覧ください。
まず、被保険者数の推移です。2018年度から2026年度までの被保険者数をグラフに表しています。なお、2026年度は、８月末時点の被保険者数になります。ご覧のとおり、2018年度には15万４千人ほどいた被保険者が、2026年度には11万４千人ほどとなっております。団塊の世代は、

2025年度までにすべて後期高齢者医療制度へ移行しています。今後も、人口減少や被用者保険の適用拡大などの影響により、被保険者数は減少傾向が見込まれます。

続いて、左下②のグラフをご覧ください。
１人あたりの医療費の推移です。医療の高度化や、高齢化に伴う医療機会の増加などにより、１人当たりの医療費は増加傾向にあります。被保険者数は減少する一方で、１人あたりの医療費は増加しているという状況が、本市においても見られます。なお、2020年度に一時的に減少しているのは、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う受診控えの影響によるものです。

続いて、右上③のグラフをご覧ください。
１人あたりの保険料の推移です。グラフの下に、緑の矢印で保険料率の改定の動きを示しています。2018年度以降では、2020年度、2024年度、そして2026年度に保険料率を引き上げており、それに伴って、１人あたりの保険料も上昇しています。なお、2026年度については、現在進行中でありますので、当初賦課時点の調定額を基にした数値となっています。
また、年度によって保険料の調定額や被保険者数が異なるため、保険料率を据え置いている場合でも、一人当たり保険料の金額には違いが生じます。

続いて、右下④のグラフをご覧ください。
年度末における基金保有額の推移です。ご覧のとおり、2018年度には61億円ほどあった基金については、国保財政の健全な運営のため、これまで取崩しを行ってきました。具体的には、2019年度に18億円、2020年度に８億７千万円、2024年度に２億６千万円ほどを取り崩しています。その結果、2025年度末の基金残高は、３１億７千万円ほどとなっています。
なお、2026年度末の基金残高については、当初予算額を基にした見込みとなっています。

続いて、２ページをご覧ください。
上のグラフが所得段階別の世帯数、下のグラフが年齢別の被保険者数となっています。どちらも、構成割合は例年と大きく変わっていません。低所得世帯が多いこと、また、被保険者の年齢構成が高いことなど、全国的に見られる国民健康保険の特徴は、本市においても同様となっています。

続いて、３ページをご覧ください。
2025年度国保事業会計の収支について、ご説明します。まず、左側が収入です。金額の大きいものとしては、国民健康保険料、県支出金、一般会計繰入金などがあります。県支出金は、主に保険給付費に充てられるほか、保険者努力支援制度における取組の評価などに応じて交付されるものです。
また、一般会計繰入金については、一般会計を通じて、低所得者に対する保険料軽減措置分の公費補填や、低所得者が多いことによる国保の財政基盤への支援金などが行われています。歳入合計は、650億円となっています。
続いて、右側が支出です。金額の大きいものとしては、保険給付費と、県に納める事業費納付金

があります。歳出合計は、640億円となっています。

ここで、収支についてご説明します。歳入合計から歳出合計を差し引いた金額、３ページの表でいうと、水色の部分「③―④」は、約13億円の黒字となっております。これを「実質収支」といいます。ただし、この13億円の中には、前年度から繰り越した約13億円の繰越金が含まれています。また、支出側では、基金積立金として、利息分の約800万円が含まれています。
そこで、これらの前年度からの繰越金などを除いて、令和７年度の１年間の収支を見ると、表のピンク色の部分、「①―②」は、約1,800万円のマイナスとなっています。これを「実質単年度収支」といいます。
つまり、2025年度については、前年度からの繰越金などを含めた最終的な収支では、約13億円の黒字となっています。一方で、これらの影響を除いて2025年度の１年間だけでみると、約1,800万円の赤字となっています。
「議事２」の説明は以上になります。

議長　それでは、これより質疑に入ります。ただいまの説明について、質問はありますか。

平岡委員　資料２の１ページ目で「１人あたりの保険料は増加傾向」となっていますが、保険料の支払いが困難となっている世帯があるように思います。滞納世帯はどのぐらいか教えてください。
また、所得段階別の滞納世帯数を教えてください。
続いて、資料２の３ページ目、2025年度の収支についてですが、保険給付費が昨年2024年度は444億119万円ですが、2025年度は437億3,315万円に減っています。これは被保険者数の減少が理由ですか。または、何らかの受診を控える理由があると考えますか。

福祉保健課納税係長　１人あたりの保険料は増加傾向であることについて、これはお示ししたとおりです。これと滞納世帯との関係ですが、本日追加でお配りしたお手元の資料をご覧ください。
表の見方ですが、上段に賦課世帯数、中段に滞納世帯数、下段に賦課世帯中の滞納世帯数の割合について、令和５年度から令和７年度の各現年度の決算数字で示しています。
先ほどの１人当たりの保険料は増加傾向というものについては、今年度の当初賦課の数字でしたが、決算の数字をご覧いただければ、おおよそ傾向はわかると思います。
表の一番右側の合計欄をご覧ください。令和７年度の賦課世帯は85,606世帯、このうち滞納世帯は8,821世帯、滞納世帯の割合は10.3%です。令和５年度から令和７年度を見ていただくと、概ね横ばいです。保険料が上がり、納めるのが大変だということは事実でしょうが、必ずしも滞納世帯数が増加するということではないです。
２つ目の所得段階別の滞納世帯数につきましては、資料の下段にお示ししておりますので、よろしくお願いいたします。

保険年金管理課長　続いて収支の件ですが、被用者保険の適用拡大や少子化、後期高齢者医療制度への移行者増加等の理由により、毎年被保険者数が減少しています。被保険者数の減少に比例する形で、保険給付

費は減少していると認識しています。

平岡委員　今の答えですが、被保険者数の減少が理由ということでいいでしょうか。それとも受診控え等は特にないということでいいのかどうかという質問だったのですが、それをもう一度お答えください。
また、本日追加でいただいた資料についてですが、所得段階別の滞納世帯数が示されていますが、所得段階が低いほど滞納率が高いという傾向があります。ただ、一番低いところよりも、2番目の100万円から200万円、3番目の200万円から300万円の方がやや滞納率が高いです。これは何か理由がありますか。推測するに、0から100万円の世帯というのは、恐らく年金だけで生活をされている方かと思いますが、それより少し高いこの辺も年金生活世帯が多いと思います。それ以外は、働いているけど中々収入が増えないという世帯が多いから、滞納世帯が多いのではないかと考えます。そのあたりについて、もしわかるようでしたら教えていただけたらと思います。

保険年金管理課長　先ほどの受診控えがないかというご質問に関してですが、私どもとしては、受診控えが原因ではなく、被保険者数の減少が保険給付費の減少に繋がっていると認識しております。

[illegible]　先程の所得が100万円から200万円の滞納世帯について、全体の10%程度ですが、やはり納付がきついのかなということはあります。0から100万円の世帯は、軽減措置が働くので逆に納めやすくなっていることは事実です。そうしますと、やはり所得が100万円から300万ぐらいの方々は大変かと思われます。ただ、これは推測です。

平岡委員　推測でしかわからないということですね。具体的な数字はわかりませんか。

[illegible]　現段階では、滞納世帯に対してどのくらい軽減が働いているかという数字は持ち合わせておりません。

寺尾委員　昨年の答申書の要望事項の（1）にある「国保は被保険者に高齢者や低所得者が多く、医療費に見合う保険料収入の確保が困難という構造的課題があり…」について、事務局の見解を教えてください。

保険年金管理課長　要望事項について、全国市長会及び大都市民生主管局長会議を通じて要望をいたしました。全国市長会では、令和8年6月30日に国会議員及び国に対して要望活動を行いました。
また、大都市民生主管局長会議では、令和8年7月15日に国に対して要望活動を行いました。
加えて、指定都市市長会と中核市市長会で構成する二市長会連携事業においても、「二市長会共同提言」として、11月13日の会長・連携担当市長会議を経て、要望活動を行う予定です。

寺尾委員　様々な要望活動をやられたということですね。実際に要望活動をやられて、国なりの回答を教えてください。

保険年金管理課長　申し訳ありませんが、本日は持ち合わせておりませんので、次回の協議会で回答させていただきます。

寺尾委員　わかりました。もう一つ、この答申書の（4）についてお伺いします。今年度保険料が引き上げられたわけですが、被保険者の負担感に配慮するとともに、被保険者の理解が得られるように十分な周知をするということや、丁寧な納付相談や適切な滞納整理事務について、具体的な内容をお示しいただければと思います。

保険年金管理課長　保険料率の見直しにあたっては、被保険者の負担感にも配慮して、保険料の軽減対象者の範囲の拡充や最高限度額の見直し等を適宜行い、所得の少ない被保険者だけでなく、中間所得者層にも理解が得られるような保険料負担となるよう努めています。
また、保険料率については、各区役所の窓口での説明のほか、市ホームページや「国保のしおり」等の冊子を活用しつつ、被保険者への周知に努めています。
また、保険料率の引き上げに伴う滞納者の増加が予想されていましたが、前年同月の督促状の発送件数を比較しますと、令和7年9月は13,190件でしたが、令和8年9月は12,740件となり、若干減少している状況でした。
被保険者世帯数自体が減少していることを考慮しますと、ほぼ同程度で推移しているものと考えております。

議長　他に質問はありますか。
続いて議事（3）第3期保健事業実施計画の中間評価につきまして、事務局から説明お願いします。

健康づくり推進課長　健康づくり推進課長の寺田です。資料3「静岡市国民健康保険第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）中間評価について」、説明いたします。
2ページをご覧ください。
静岡市国保では、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）と第4期特定健康診査等実施計画に基づき、保健事業を実施しています。
この計画は、データ分析によって健康課題を明らかにし、特定健診や生活習慣病の発症・重症化予防などの保健事業を、PDCAサイクルに沿って実施することで、健康寿命の延伸と医療費の適正化を図るものであり、計画期間は、令和6年度から令和11年度までとなっております。
令和8年度は、計画策定から3年が経過するため、中間評価を行う年度となります。これまでの事業を振り返るとともに、健診・医療情報やレセプトデータを分析して課題を明らかにし、事業の改善を図ります。
本日の第1回協議会では概要を説明し、12月の第3回協議会で、分析結果を含む素案を提示する予定です。

3ページをご覧ください。

計画策定時の主な健康課題です。特定健診の受診率が低く、特に40歳代、50歳代では健康状態を把握できていない人が多いこと、メタボリックシンドローム該当者が増加していること、糖尿病有病率が特に30歳代から50歳代で上昇していることなどが挙げられます。
下の図は、生活習慣病の発症から重症化までの一般的な流れです。不適切な食生活や運動不足などの生活習慣が、肥満や血糖・血圧の上昇に繋がり、生活習慣病を発症します。さらに重症化すると、心疾患や脳血管疾患、人工透析などに至り、要介護状態や死亡の要因にもなります。
この流れの各段階に応じて、①から⑤の健診や保健指導、重症化予防、発症予防など、取組が必要となります。

４ページをご覧ください。
課題解決に向けた取組に対する、主な評価指標です。国や県が示す共通評価指標の中から、静岡市の健康課題に合ったものを採用しています。令和４年度の数値を初期値とし、静岡市の令和４年度までの推移を踏まえて、令和11年度の目標値を設定しています。
特定健診受診率は、令和４年度の 33.0%に対し、令和 11 年度 40.7%、特定保健指導実施率は、23.9%に対し35.1%を目標としています。

続いて、５ページをご覧ください。計画に基づく主な取組です。
①特定健診受診率向上策についてですが、特定健診は、当該年度４月１日時点の静岡市国保加入者に受診券を送付し、委託先にて受診するものです。未受診者対策として、未受診者に送付する勧奨ハガキにナッジ理論を活用したり、年代別のアプローチ勧奨を実施しました。
②特定保健指導実施率向上策についてですが、特定保健指導は、健診結果の階層化にて保健指導の対象となった者に対して、利用券を送付し、直営または委託にて生活習慣改善の指導を実施するものです。未利用者対策として、令和６年度から夜間や祝日に指導を受けられる体制を整えました。また、委託先との連携において、令和８年度に４箇所の診療所で特定保健指導を開始しています。
③糖尿病性腎症重症化予防事業については、医療機関の未受診・治療中断者への介入として、令和６年度から健診も未受診である者に対して訪問や電話による状況把握と医療機関受診勧奨を新たに開始しました。
④生活習慣病重症化予防・受診勧奨事業として、受診勧奨値保有かつ未治療者に対して、面接・電話・文書による指導を行っています。
⑤生活習慣病発症予防・普及啓発事業についてですが、新たな取組として、九州大学が取り組んでいる大規模コホート研究（LIFE Study）へ、令和５年度末からの参加による、KDB（国保データベース）システム等のデータ分析のほか、令和７年度からはデジタルデバイスを活用した保健指導も開始しています。

６ページをご覧ください。こちらは、評価指標に対する実績と評価です。
本計画では、国や県から示されている共通の評価指標と、市が設定した個別事業の評価指標があります。

こちらの表ですが、本ページから次ページ中段までの共通評価指標については、令和７年度の数値が暫定値であるため、６年度の実績値を中心に説明します。なお、令和７年度の実績と評価は、12月初旬の法定報告値の公表後、第３回協議会で報告します。
表の見方ですが、中央の列の「初期値」は、計画策定時の最新値である令和４年度の実績値で、この数値がベースラインとなります。
また、達成状況は、目標値を達成したものを○、初期値より改善したものの目標に届いていないものを△、初期値よりも悪化したものを×としています。
共通評価指標のうち、１番目の特定健診受診率は目標を達成しました。また、３番目の特定保健指導による対象者の減少率も目標を達成しています。一方、２番目の特定保健指導実施率は初期値より改善したものの、目標には届きませんでした。
また、アウトカム指標のうち、メタボリックシンドローム該当者の割合も、目標には届いていません。

続いて、７ページをご覧ください。こちらは、血糖や血圧に関する評価指標と、個別事業の評価です。
アウトカム指標の上から３項目は高血糖に関する指標で、特に３点目のHbA1c8.0%以上の者とは、医療機関への受診を強く勧める対象ですが、目標達成が難しい状況となっています。
アウトカム指標のうち４点目、５点目は高血圧に関する指標で、特に５点目の「健診受診者の高血圧症該当者」については、収縮期血圧140以上または拡張期血圧90以上もしくは血圧を下げる薬を内服している人が該当します。対象となる範囲が広く、達成状況が見えにくい指標となっています。
スライド下部は、個別事業の評価指標を抜粋したものです。
これらの実績値は、確定している値ですので、一番右の列に評価を付しています。
糖尿病性腎症重症化予防事業の保健指導は、99%以上実施、また指導後の医療機関への受診率は94%以上となっています。さらに、介入前後の維持改善状況として、翌年度の健診結果を確認したところ、翌年度も健診を受診した人のうち80%以上はHbA1cが維持改善しており、目標達成のA評価となりました。
生活習慣病重症化予防事業については、保健指導実施率、医療機関への受診率ともに目標を達成しA評価、介入前後の血圧・脂質・尿酸の維持改善率は目標である75%に到達せずD評価となりました。

８ページをご覧ください。実績値についての考察です。
アウトプット指標はおおむね改善しており、現在の取組みが一定の効果を上げておりますが、目標に達していない項目が残っています。
アウトカム指標については、１、２年という短期間で改善していないのは、生活習慣の変化が定着するまで時間を要すること、毎年、健診受診者に新規参入者が含まれるため、事業効果がすぐに表れにくいことが、主因と考えられます。
また、対象者が行動変容を起こすことで効果につながったり、対象者の生活改善に対する意識や

意欲に依るところが大きいという点も、要因の一つと考えられます。
これらの評価を踏まえ、委託事業者によるレセプトや健診データの分析、各取組の評価を行い、５つの取組の課題を改めて整理し、計画の後期３年間の見直し案の方向性を検討しました。

９ページをご覧ください。
まず、①特定健診受診率向上事業です。
令和５年度から令和７年度までの健診受診歴を分析したところ、３年間のうち１回または２回受診した不定期受診者は19.4%でした。不定期受診者は、全く受診していない人に比べ、受診につながりやすいと考えられるため、毎年の受診を促し、受診率の向上と健康状態の把握につなげます。
また、未受診者へのアンケートでは、人間ドックや職場健診を受けていることが、未受診理由として最も多く挙げられました。このため、職場健診や人間ドックなどの健診結果を収集する仕組みの構築を検討します。
②特定保健指導実施率向上事業です。
特定保健指導の対象者の約47%は、初めて対象となった人です。初年度に利用しないと、その後も利用に繋がりにくい傾向があるため、新規対象者への利用勧奨を強化するとともに、特定保健指導の利便性向上を検討します。現在、未利用者へのアンケートを実施しており、その結果も踏まえて対応策を検討します。

10ページをご覧ください。
③糖尿病性腎症重症化予防事業、④生活習慣病重症化予防事業、⑤生活習慣病発症予防・普及啓発事業についてです。
令和５年度から令和７年度までの分析で、糖尿病の治療が必要な人のうち、治療中断者や未治療者が9.6%いることが分かりました。合併症を防ぐため、こうした人への個別支援を強化し、医療機関での治療につなげる必要があります。また、治療中断者や未治療者の支援等に関し、医療機関と連携方法を検討します。
次に受診勧奨事業については、受診勧奨により受診したか否かに注目しがちですが、受診後に治療開始となってもならなくても、重症化予防のためには生活改善など自身で健康管理をすることが重要です。そのため、見直しの方向性としては、受診勧奨に加え食事や運動習慣などの生活改善や、経過観察の必要性についても保健指導を強化します。
さらに、メタボリックシンドローム該当者が増加傾向にあることから、民間企業など、市民に身近な地域資源を活用し、これまで働きかけが届きにくかった健康への関心が低い人や、働き盛りの40歳代・50歳代への普及啓発を検討します。
今後、これらの方向性を基に具体的な取組案を検討し、第３回協議会で報告します。その後、パブリックコメントを実施し、今年度中に計画の中間評価としてまとめる予定です。
説明は以上です、よろしくお願いいたします。

平岡委員　　資料の３ページのところに、根本的には不適切な生活習慣が原因になっているということですが、

所得との関係が密接にあるのではないかと思っています。先ほど所得段階別の滞納世帯数を出していただいたが、所得階層別の肥満や糖尿病等の有病率はわかりますか。

健康づくり推進課（佐藤）　現時点では、所得階層別のデータとレセプトデータを突合した分析ができておりませんので、12月の第３回協議会で報告できるよう分析を進めます。しばらくお待ちください。

議長　他に質問はありますか。
続いて議事（４）県の運営方針中間見直しにつきまして、事務局から説明をお願いいたします。

保険年金管理課長　議事（４）報告事項「静岡県国民健康保険運営方針の中間見直しについて」、資料４に沿って説明いたします。

１ページをご覧ください。
はじめに、国保運営方針について簡単にご説明します。国保運営方針とは、県が市町とともに国保を運営してくための基本的な方針です。国保財政、保険料、保険給付、医療費適正化、保健事業等について定められています。現在の国保運営方針の対象期間は、2024年、令和６年４月１日から2030年、令和12年３月31日までの６年間となっています。３年を目途に中間見直しを行うこととされており、今年度に、その見直し内容を決定することになっています。
今回の中間見直しでは、策定後の状況変化や国の方針を反映するとともに、各種評価指標や県の関連計画との整合を図ることとされています。

続いて、２ページをご覧ください。
ここからは、現在、県から示されている見直し案について、ご説明します。今回の主な改定項目は３点あります。まず１つ目、今回の中間見直しの中でも、特に重要なポイントとなる「保険料水準の統一について」です。国の「保険料水準加速化プラン」が今年８月に改定され、保険料水準の統一について、次の２点が明記されました。
１つ目は、完全統一の目標年度が未設定の都道府県では、今回の中間見直しにおいて目標年度を設定することです。ここでいう「完全統一」とは、県内において、同じ所得水準、同じ世帯構成であれば、同じ保険料となる状態を指します。
２つ目は、完全統一について、原則として、次期国保運営方針期間である2030年度から2035年度の中間年度にあたる2032年度、2033年度保険料算定までに達成することです。
なお、市町村間の保険料水準の乖離が著しいなど、実現が困難な場合であっても、2035年度（2036年度保険料算定）までに確実に達成することとされています。現在の運営方針では、将来的に「完全統一」を目指すこととしていますが、その目標年度については定めてられていません。
今回、県は、国の方針に基づき、2032年度、2033年度保険料算定までに、「完全統一」への移行を目指すことを、運営方針に追加する改定案を示しています。つまり、これまでは「将来的に完全　統一を目指す」という方針でしたが、今回の見直しでは、その目標年度を具体的に示すことになります。今回の中間見直しにおける、特に大きなポイントとなります。

次に３ページをご覧ください。
中間見直し改定項目の２つ目、「赤字削減・解消の取組」についてです。2026 年度以降は、赤字繰入を行う市町が生じないことを「原則」とする旨が、新たに追加されました。ここでいう赤字繰入とは、保険料の負担緩和や決算補填等を目的として、一般会計から国保特別会計へ繰入を行うことです。なお、当市では、2019 年度以降、赤字繰入は行っていません。
最後に３つ目、「財政収支の改善に係る基本的な考え方」についてです。安定的な財政運営や、将来的な保険料水準の統一に向けて必要となる事項について、検討・協議を行うため、「財政運営特別部会」を設置することが、新たに追加されています。
今回の主な改定項目についての説明は、以上となります。最後に、見直し後の運営方針が公表されるまでのスケジュールを、ページ下段にお示ししています。今後、市町への法定意見聴取などを経て、2027 年３月に見直し後の運営方針が公表される予定となっていますので、参考にご覧ください。
「議事４」の説明は以上になります。

寺尾委員　今赤字繰入のお話がありました。法定外の繰り入れはだめだということかと思います。なぜ赤字繰入は駄目なのかを聞かせてください。

保険年金管理課長　一般会計から国保特別会計に繰入を行うことがありますが、このうち国保制度を安定化させるためのもの、いわゆる保険基盤安定や出産育児一時金、職員給与費など法律で定められたものが法定内繰入です。赤字繰入とは、それ以外のもので法定外繰入となってしまいます。赤字繰入をやってしまうと、今県内で保険料水準の統一を目指している時に特定の市町だけが違う負担のかけ方をしてしまうと、非常にマイナスの影響が出てしまうと考えます。やってはいけないとはっきり言ってしまうと語弊がありますが、県の運営方針では赤字繰入を行わない方針となっています。

寺尾委員　今の答弁では理解がしがたいです。保険料を少しでも下げるためには、いくつか方法があるかと思います。法定外繰入というのは、どうしても考えざるを得ない状況があるかと私は思います。もっと明確になぜ駄目なのか教えてほしいと思います。
それと、もう１つ質問をしますが、市独自でいろいろと減免制度をやっていますよね。これから県下統一というところへ進めていくわけですが、市が独自にやっている様々な減免制度というのは、統一に向けて堅持していくという考え方でいいのかどうか、確認させてください。

保険年金管理課長　国保料の減免については、将来的にはやはり保険料率と同様、県で統一されているものと考えています。現状、保険料の減免の基準というのは、県から示されている基準に沿って静岡市が実施しています。他市町も同様に実施しています。どちらかと言えば、実施してない市町が実施する方向に変わるのではないかと思います。

寺尾委員　ありがとうございます。継続していくということを確認させてもらっていいですね。
あと１つ、医療と福祉をよくする会という、いろいろ請願なんかをやっている団体があります。

その資料とアンケート結果を当局の方にもお渡ししていると聞きました。この内容について、感想などあったらお聞かせいただけるとありがたいです。

保険年金管理課長　直接ご説明をいただいたりして、生々しいご意見をいただきました。会の皆様が努力されてアンケートを実施いただいたのは十分理解できるのですが、アンケートをとられた対象の方が、全てが全て国保の方ではないと聞きました。一般的な市民の皆さんの国保に対するイメージあるいは生活環境での訴えは真摯に受け止めなければいけないと感じています。具体的に何ができるというのは明言できませんけれども、状況を知ることができるというのは、こちらとしても非常にありがたいと考えています。

髙木委員　完全統一された後の本市の保険料というのはどのようになるか教えてください。現在の保険料よりも高くなるのか低くなるのか教えてください。

保険年金管理課長　静岡市の保険料水準は、県内でちょうど真ん中あたりですから統一した場合でもあまり変わらないという認識です。

平岡委員　確認になりますが、静岡市でやっていて、市町でやっていない減免制度は、完全統一した際にやっている方に合わせるということでしょうか。具体的には、就学援助を受けている場合の減免制度について、統一化した後も残りますか。

保険年金管理課長　今のところ、我々は残ると考えています。

鈴木委員　先ほど資料３でご説明いただいたデータヘルス計画等で静岡市がやっている保健事業というのは、どうなっていくのでしょうか。そのまま継続できるのでしょうか。例えば、糖尿性腎症の重症化予防プログラムは全ての市町でやっているわけではないです。ですので、県下統一までにこの事業の内容まで県下統一になっていくのかお聞きしたい。例えば、各市町の特定健診受診率の目標値がありますが、これも県下統一した時に県全体の目標値に合わせてやっていくような形になって、これは市独自として残していきますなど教えてください。

健康づくり推進課（佐塚）　現在はお答えができない、わからない状況です。

鈴木委員　静岡市としては、県の基準にあわせていくメージとして捉えていいのか、市独自の事業に関する振り幅がどのくらい残るのか、そのあたりが気になっています。よろしくお願いします。

平岡委員　統一化の問題ですが、もし静岡市の運営委員会でこれは危ないですよというふうになったら、やらないという選択肢もあるんでしょうか。

保険年金管理課長　協議会のご意見は、尊重します。ただ、現状県の会議に参加して協議を進めている中では、静岡

保険年金管理課長　協議会のご意見は、尊重します。ただ、現状県の会議に参加して協議を進めている中では、静岡市としても統一化をした方がメリットはあるという認識でおります。

事務局　皆様どうもありがとうございました。
これで、2026年度第1回静岡市国民健康保険運営協議会を終了します。
なお、次回の協議会は11月13日です。本日は誠にどうもありがとうございました。

会　長　畑田 繕

議事録署名人　髙木 強

議事録署名人　大石泰子