

令和5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 令和5年10月5日(木) 午後3時00分から午後4時15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 …………… 荒尾委員、大石委員、望月和委員
保険医・保険薬剤師代表 …… 福地委員、望月篤委員、大村委員、河西委員
公益代表 …………… 石上委員、高木委員、栗田委員、大石委員
被用者保険等保険者代表 …… 田ノ下委員、永井委員
 - (事務局) 保健福祉長寿局 …………… 吉永保健福祉長寿局長
保険年金管理課 …………… 望月参与他
健康づくり推進課 …………… 宮崎課長
福祉債権収納対策課 ……… 内野課長
葵区役所保険年金課 ……… 高須課長
駿河区役所保険年金課 …… 坂田課長
清水区役所保険年金課 …… 小倉課長
 - 4 欠席者
 - (委員) 被保険者代表 …………… 小泉委員
 - 5 傍聴者 なし
 - 6 議事
 - (1) 諮問(令和6年度保険料率について)
 - (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骨子(案)について
 - (4) 報告事項 静岡県国民健康保険運営方針の改定について
 - 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、会長に石上委員、会長職務代理に栗田委員が就任
 - (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。

保健福祉長寿局長 静岡市国民健康保険運営協議会会長様、静岡市長 難波喬司、令和6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、下記のとおり諮問します。

国民健康保険制度は、平成30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。平成30年度の国保改革について、国は現在に至るまで、おおむね順調に実施されているとしつつ、法定外繰入等の着実な解消、保険料水準の統一に向けた取組、医療費適正化、人生100年時代を見据えた予防、健康づくり事業の更なる推進など、都道府県単位化の更なる深化を図るための取組を進める必要があるとしています。

都道府県単位化のもと、市町村は、都道府県が策定する国民健康保険運営方針を踏まえて事業を実施することとされており、現在、静岡県において県国民健康保険運営方針の改定作業が行われています。次期国民健康保険運営方針では、国の方針に合わせ、保険料水準の統一に向けた取組がより進められることが見込まれます。

令和6年度の本市国民健康保険料率については、次期国民健康保険運営方針の改定内容を踏まえながら、引き続き安定的な財政運営を図るため、適正に設定することが必要です。

そこで、令和6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、静岡市長から諮問を受けました。諮問事項につきましては、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、事務局から説明をお願いします。

保険年金管理課長 資料1、「答申書完成までのスケジュール」を御覧ください。

今年度の運営協議会は、御覧のと通りのスケジュールで、4回の開催を予定しています。皆様、御予定の程、よろしく申し上げます。

答申書のイメージですが、資料2としてA3で2つ折りの、昨年度の答申書を見本としてつけましたので、大体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。

資料1、2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 議事「(2) 静岡市国保の状況について」、資料3に基づいて説明いたします。

資料3の1ページを御覧ください。

被保険者数の推移ですが、平成30年度から令和5年度にかけての被保険者数を、

グラフに表しています。御覧のとおり、後期高齢者医療制度への移行者数の増大などの影響により、被保険者数は年々減少しています。平成30年度は15万4,743人だった被保険者数が、令和5年度8月末時点になりますが、12万8,030人と減少しています。

2ページを御覧ください。

平成30年度からの1人当たりの医療費の推移です。医療費の高度化などにより、1人当たりの医療費は増加しています。新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えにより、令和2年度は減少しましたが、3年度、4年度と反動により増加しています。

3ページを御覧ください。

1人当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掲載しています。平成30年度以降ですと、令和2年度のときに保険料率を上げたため、グラフでも上昇していますが、その他の年度は据え置きとしています。年度によって保険料調定額や被保険者数が違うため、据え置きでも1人当たりの保険料の金額に違いがあります。なお、5年度は現在進行形ですので、当初賦課時点の調定額ベースとなっています。

4ページを御覧ください。

所得段階別の世帯数及び年齢別の被保険者数です。上段のグラフが世帯数、下段のグラフが被保険者数となっていますが、世帯数、被保険者数ともに、構成割合は例年と同様です。低所得者の加入者が多いこと、被保険者の年齢構成が高いといった全国的な傾向は、本市の国民健康保険においても同様です。

5ページを御覧ください。

年度末基金保有額の推移です。グラフのとおり、平成30年度には61億円ほどあった基金ですが、令和元年度に18億円、2年度に8億7,000万円余と、国保財政の健全な運営のために基金を計画的に活用しています。4年度末の基金残高は34億円ほどになっています。

6ページを御覧ください。

令和4年度国保事業会計の収支です。左側が収入で、金額の大きいものとしては、1の保険料や、6の保険給付費や保険者努力支援制度の加点などにより交付される県支出金、また、8の低所得者の保険料軽減措置分の公費補填や低所得者が多いことに対する財政基盤への支援などの一般会計繰入金で、歳入合計は最下段③の金額、683億円ほどです。

右側が支出で、金額の大きいものとしては、2の保険給付費や3の県に納める事業費納付金で、歳出合計額は最下段④の金額、670億円ほどです。

歳入合計から歳出合計を引いたもの③－④は、これを実質収支といいます。13億1,000万円ほどの黒字となっています。しかし、これは収入でいうと、9の前年度からの繰越金19億3,000万円ほどと、支出でいうと、7の基金積立金、これは利息の積立ですが15万円、これらを含んだものですので、それらを除いた、左側の表の経常収入の合計①の663億8,000万円ほどから、右側の表の経常支出の合計②

の670億円ほどを引いたもの、これを実質単年度収支とありますが、マイナス6億2,000万円ほどの赤字、つまり、令和4年度の1年間で見ると、6億2,000万円ほどの赤字となっています。

議事2の説明は以上です。

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

福地委員 質問というか意見でもよろしいですか。
 2ページの1人当たりの医療費の推移のところ、令和2年度はコロナによる受診控えによって減ったが、その反動によって令和3年、令和4年増えたという説明がありましたが、平成30年から令和4年を直線的に引くと、平成30年、令和元年への伸び率とほぼ同じ伸び率を、令和3年、4年としていますので、これは反動ではなく、元の水準に戻ったという認識、表現が正しく、反動ではないということを確認していただきたいと思います。
 以上です。

保険年金管理課長 反動という説明は誤りでした。申し訳ありませんでした。

議長 他に御質問ありますか。
 続いて議事の「(3)第3期保健事業実施計画(骨子案)」について、事務局から説明をお願いします。

健康づくり推進課長 本日、差替えさせていただきました、資料4「第3期保健事業実施計画骨子(案)」、資料4-1「第3期国保保健事業実施計画データ分析資料」をお手元に御用意ください。それでは、骨子(案)について説明します。

 上段「計画の目的」を御覧ください。

 保健事業実施計画の目的は、国保レセプトデータや健診情報等のデータ分析に基づいて健康課題を明確にし、特定健診や生活習慣病重症化予防などの保健事業をPDCAに沿って実践することにより、健康寿命の延伸を図り、結果として医療費の適正化を目指すものです。

 次に、「国・県の動向」2段落目を御覧ください。

 令和2年の「経済財政運営と改革の基本方針2020」、いわゆる「骨太の方針」において、保険者共通の評価指標が設定されることとなり、国の計画策定の手引及び県のガイドラインにより、静岡県から「8つの共通評価指標」が示されました。

 下の表を御覧ください。

 8つの共通評価指標は、「特定健康診査受診率」、「特定保健指導実施率」、「特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率」、「HbA1c 8.0%以上の者の割合」、「平均自立期間」、「内臓脂肪症候群の該当者の割合」、「高血圧有病者の割合」、「高血圧予

備群の割合」です。共通評価指標に対する本市国保の現状値は、記載のとおりです。

下段中央の表を御覧ください。

現計画の、「主な評価指標に対する実績値」を御確認ください。現計画の評価についてですが、最終R5の欄に記載のとおり、特定健診受診率・特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者割合の減少は、目標に達していませんでしたが、中長期目標である新規人工透析患者数は横ばい、脳血管疾患や虚血性心疾患の死亡率は減少していました。

中央右側の、「次期計画に係る主な課題」を御覧ください。

現計画の評価と共通指標の現状値等を踏まえた主な健康課題を記載しています。資料4-1に根拠となるデータを掲載していますので、併せて御覧ください。主な内容について説明します。

まず、「特定健康診査・特定保健指導」についてです。

資料4-1の図1を御覧ください。

令和3年度の特定健康診査受診率は32.3%で、政令指定都市平均よりも高いものの、国の平均より低く、図2で示すとおり、特に40～50歳代男性の受診率が低い状況です。また、メタボリックシンドロームの該当者割合については、次のページの図4を御覧ください。県平均より高い水準で、年々増加していましたが、令和3年度はわずかに減少しています。

資料4骨子（案）に戻っていただき、「生活習慣病の発症・重症化予防」についてです。糖尿病については有病率が増加しており、受診勧奨判定値に当たるHbA1cが6.5%以上の高血糖者の割合は、50～54歳男性で高い状況です。

次に、「医療費の状況」についてです。

5ページの図13を御覧ください。1人当たりの年間医療費は、全国同様年々増加しています。また、医療費に占める生活習慣病の割合は、図14になりますが、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧の順に高くなっています。

資料4骨子（案）の右側を御覧ください。

以上のことから、次期計画において目指す方向性については、1つ目として特定健康診査受診率の向上、2つ目としてメタボリックシンドローム該当者等の減少、3つ目として生活習慣病予防に向けたポピュレーションアプローチ、4つ目として生活習慣病の発症・重症化予防です。

また、「課題解決に向けた保健事業」には、主なものを記載しています。特定健康診査・特定保健指導に係る取組を進めるとともに、引き続き糖尿病性腎症重症化予防、特定健康診査対象前の年代である30歳代の健康診査と保健指導等に取組むことにより、生活習慣病の発症及び重症化を予防し、健康寿命の延伸・医療費の適正化を目指していきます。

紙面の都合上、骨子案では詳細な記載ができていませんが、総務省の家計調査の結果から、市民の食品の購入傾向に特徴があり、特に、お米・じゃがいも・マグロ等が政令市の中でも、購入量・購入費が1位というデータも出ています。食生活における対策が必要であると考えます。また、年代が進むとともに、生活習慣病の有病

率が増加することから、生活習慣が固定する前の若い世代からの対策などが必要であると考えますので、次回示す計画の素案では、より具体的な分析結果や取組を報告させていただきたいと思います。

今後は、委員の皆様からいただく御意見を踏まえ、計画の素案を作成し、パブリックコメントを経て、3月に完成予定です。

以上です。

議長 事務局に申し上げますが、資料から資料への移動は、あなた方はすぐわかっているからいいのですが、見ている方は順番に探しながらいきますので、できるだけ分かりやすくゆっくり説明するように希望しますので、よろしくお願いします。

それでは、ただいまの質疑に対して質問がありましたら、挙手をお願いします。

荒尾委員 ポピュレーションアプローチの具体的なことについては、次回ですか。

健康づくり推進課長 具体的な内容については、次回、ポピュレーションアプローチの具体的な手法についても、素案の中で示させていただきたいと考えています。

福地委員 また、細かいことでうるさくて申し訳ないですが、実施計画骨子案の「計画の目的」のところ、健康寿命の延伸や医療費適正化につなげることを目的とする、これは国の表現ですが、医療費の適正化につなげるとなったら、今、医療費は適正ではないのかというツッコミがあるわけですし、これはもうはっきりと「医療費抑制化に向けて」でいいと思うのです。何でそれを言わないのかと。国に言ってみてください。

それから、もう1つ、骨子案の内容を素案にまとめるにあたって協議する場があると思うのですが、そこはどこですか。

健康づくり推進課長 協議する場については、特定健診の協議会がありまして、そちらで素案を見ていただくとともに、こちらの運営協議会の中でも御審議をいただきたいと考えています。

福地委員 この場が、骨子案について審議し、協議して意見を述べてもいい場所だということですね。その意見をもとに、次の協議会で、素案について各委員の先生の意見を聞いてまとめていくという話でよろしいですか。

健康づくり推進課長 はい。おっしゃるとおりです。

福地委員 わかりました。

それでは、発言させていただきますが、まず、特定健診の受診率に関してですが、特定健診受診率向上のためのターゲットというところがあると思えます。まず、も

う既に生活習慣病で治療を受けている方の特定健診受診率に関しては、何も力を入れる必要はないだろうと。もう既に医療が介入されていますので。ただ、その介入している医療が問題だということであれば、全てを受診していただき、そのデータを見て国保の方からその医療の内容について、介入していただければいいと思います。そのような医療をやっている医師はあまりいないと思いますので、生活習慣病で治療に入っている方への受診率向上の話は、あまりしなくてもいいのではないかと。国はそれも含めて言っているが、国にそこに関して介入するしかないと強く言えばいいと思う。

逆に、生活習慣病の治療を受けていない方に関しては、積極的に特定健診を受けて、早期に、本人が知らない、気づかない生活習慣病の元を知ってもらってそこに何らかの介入をする。一番いいのは、やっぱり特定保健指導だと思います。特定保健指導が入った方は確かに、医療介入する前の段階で戻りますので、そういう意味では是非、ターゲットをはっきりと絞ってやっていただいた方が、コストパフォーマンスがいいのではないかと思います。

それから、もう既に糖尿病とか医療介入されている方への重症化予防ですが、これは静岡医師会、清水医師会が病院の先生方と一緒にあって、既に糖腎防の会、糖尿病性腎症の会をやっていますが、実は、我々糖腎防の会の会員が、自らボランティアで会費を払って運営しているのです。そこに行政は何も予算措置をしないでやっているのです。もうちょっとそこに、力を入れていただきたいと思います。

それと、糖尿病の患者さんの治療に関しては、なかなか病診連携の枠組みができなかったのですが、難波市長が積極的に介入するようという意見を、田中保健所長に言明されまして、それを受けて静岡医師会も清水医師会もこれは逆にありがたい話なのですが、病院の先生方をもう一度巻き込んで、重症化する前の糖尿病治療に関して、病診連携の仕組みを作っていくつもりですので、是非、難波市長からのお声がけですので、静岡市も積極的に支援していただきたいと思っています。

以上です。

議長 当局は何かありますか。

健康づくり推進課長 まず、確かに先生のおっしゃるとおり、現在治療中の方に対しての健診については、不要ではないかということについては、国の方の指針に基づいて基本的には考えています。ただ、先生のおっしゃるとおり、健診も受けてない、医療機関にも受診してない方が、本当に健康に不安がある方と認識はしていますので、それについては積極的にターゲットを絞って、受診の勧奨をしていくことを考えています。

あと、糖腎防の会については、確かにボランティアで御協力いただいて大変ありがたいと思っています。これについても、こういった形で協力できるかについては、改めて検討をしていきたいと考えています。

それから、糖尿病の病診連携については、現在稼動しています「イーツーネット」を十分に活用する形で対応を考えていきたいと思っています。以上です。

議長 他に質問はありませんか。

望月篤委員 資料4-1のメタボの推移とか、 hypertension 所有者の割合とか、これって健診受けた人の変化を見ていると思うのですが、大体、健診受ける人って毎年決まっている人が受けているわけで、あまり変化が。とにかく健診受ける人、どうにか若い世代とか増やしていかない限り、あまり変わらないのではないかと思います。いかがなものでしょうか。

健康づくり推進課長 確かに、毎年決まったような方が受けているという御指摘のとおり、何とか当局としても、受診率向上のためにいろんな施策を打っているところですが、なかなか受診率も伸びてこないという現状があります。それについては、また、委員の皆様から御意見等をいただきながら、来年度に向けて受診率向上のための施策を考えていきたいと思えます。

以上です。

議長 よろしいですか。

他に質問はありませんか。

高木委員 資料版の5ページの図14ですが、疾患ごとの医療費の上位順に並べてあると思うのですが、上から見ると前回よりも減っているのですが、それぞれの疾患の医療費が減っているにもかかわらず、1人当たりの医療費が上がっているという理由は何でしょうか。

健康づくり推進課長 確かに、医療費の割合は減っているのですが、それよりも人口の減少が激しいというところがあり、全体としての医療費は下がっていますが、1人当たりの医療費としては上がっている状況です。

議長 よろしいですか。

健康づくり推進課長 ちょっと説明が足りなかったかもしれません。

図12の医療費の推移を御覧ください。平成30年度と令和4年度の比較をしたものですが、30年度時点で被保険者数15万2,018人に対して、令和4年度は13万1,862人で、傾向として人口は減少している状況です。総医療費も30年度は505億円余、令和4年度は478億円余で、やはり全体としての被保険者数、医療費そのものは下がっています。ただし、高齢化あるいは医療の高度化から、1人当たりの医療費が増えています。これを今後、いかに抑制していくのかが大きな課題だと認識しています。

以上です。

高木委員

ありがとうございます。

総医療費は減っているが、人口が減少しているので1人当たりは伸びているということですね。人口減少が原因だとすると、これはなかなか減らすのは難しいなどという感じがします。

以上です。

議長

よろしいですか。

分母と分子の問題もあろうと思いますし。

他に、質問はありませんか。

続いて議事の「(4) 報告事項について」事務局から説明してください。

保険年金管理課長

議事(4) 報告事項「静岡県国民健康保険運営方針の改定について」、資料5に沿って説明します。

初めに、県国保運営方針は、現在、県において改定作業中であり、まだ確定したものではありません。しかし、県国保運営方針は市の国保事業運営に関わるものであるため、現時点の情報にはなりますが、共有させていただくという趣旨で説明します。

そもそも、国保運営方針とは何かということですが、1ページを御覧ください。

現在の静岡県国保運営方針に記載されている趣旨等を記載しています。太字で強調してある箇所になりますが、国保運営方針は、「県が市町とともに行う国民健康保険の安定的な財政運営並びに国保事業の広域化及び効率化の推進を図るために、県が策定する国保事業の運営に関する方針」で、「国民健康保険法第82条の2」に基づくものです。そして、現在の県運営方針の対象期間は、2021年4月1日から2024年3月31日、つまり、今年度末までとされています。そのため、現在、県が次期運営方針を策定しているところです。

2ページを御覧ください。

こちらには、根拠条文である国保法第82条の2を記載しています。

都道府県に対し、第1項で運営方針の策定を、第6項で策定や変更の際、都道府県内の市町村に意見聴取を行うことを義務づけています。市町村に対しては、第8項で、運営方針を踏まえた事務の実施を求めています。

3ページを御覧ください。

静岡県における国保運営に当たっての連携体制ですが、図の左側に県、右側に市があり、間には県と市町の連携の場として設置されている、国保運営方針連携会議があります。この連携会議では、国保の安定的な財政運営、国保事業の運営の広域化・効率化の推進、運営方針の作成及び変更についての審議を行っており、市町国保担当課の課長、国保連合会、県国保課の課長が構成員となっています。連携会議での審議に際しては、図にあるとおり、県と市町はそれぞれ運営協議会からの答申や意見も参考としています。

4 ページを御覧ください。

運営方針策定の手順です。

①の「市町村との連携会議の開催」は、静岡県では、先ほどのページで見えていた国保運営方針連携会議が該当します。②には、「市町村への意見聴取」とありますが、これは、策定や変更をしようとするときは、市町村の意見を聴かなければならないとした、国保法の規定によるものです。その後、③「運営協議会での諮問・答申」、④「県知事による決定」、⑤「公表」と経て策定されます。また、その後も⑥「検証、見直し」を行うこととされています。

5 ページを御覧ください。

静岡県での改定スケジュールです。

表の右側に、市町との協議、国保運営方針連携会議のスケジュールを記載しています。連携会議の下部組織である作業部会やワーキンググループも含め、8月までに計5回協議が行われました。表の左側には、県及び県国保運営協議会のスケジュールを記載しています。6月にある「ガイドライン」というのは、国が策定した「都道府県国民健康保険運営方針策定要領」のことです。ガイドラインでは、記載事項やその趣旨、方向性などが示されており、県はこれを踏まえて改定案を策定しています。9月に県国保運協に諮問、これは9月4日に行われたと聞いています。10月のパブリックコメントは現在実施中で、11月に国保法に基づく市町への意見聴取、12月に連携会議で最終案が市町に示され、1月に市長会議、町長会議で報告、運協からの答申を経て、3月公表となる予定です。

6 ページを御覧ください。

上の色つきの箇所になりますが、国は今回の改定について、「財政運営の安定化を図りつつ、『財政運営の都道府県単位化』の更なる深化を図るため、令和6年度からの新たな国保運営方針に基づき、保険料水準の統一や医療費適正化等の取組をより一層進める」としています。具体的には、1つ目の○「対象期間の考え方や記載事項の見直し」、2つ目の○「保険料水準の統一に向けた取組の支援」を挙げています。

これらの具体的な変更点について、7 ページを御覧ください。

まず、対象期間についてこれまで特段の定めはありませんでしたが、国保法で規定されることとなりました。第82条の2第1項で6年と定められたほか、第6項では、おおむね3年ごと見直しを行うことについても規定されます。記載事項については、同じページの下「必須記載事項の追加等」に記載しています。改正前の国保法では、記載事項は全部で8項目、このうち必須記載事項と任意記載事項は、それぞれ4項目ずつとされていましたが、改正後の国保法では、4つの任意記載事項のうち2項目が必須記載事項となります。

必須の記載事項となるのは、1つ目が「医療費適正化の取組に関する事項」、もう1つが「市町村が担う国保事業の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項」です。また、四角で囲んだ中の3つ目の○、これまで「市町村の保険料の標準的な算定方法に関する事項」とされていた項目に、「水準の平準化に関する事項」も追記されました。静岡県でも、これらを踏まえた運営方針の改定が行われています。

8 ページを御覧ください。

表の2 段目、対象期間は2024 年からの6 年間とし、3 年を目途に中間見直しを行うとされました。記載事項については、その下の段にあるとおりです。太字になっている(1) から(6) が必須記載事項、(7)、(8) が任意記載事項です。静岡県ではこれまでも、任意記載事項を含めた全項目を記載していたため、項目の追加はありませんが、(2) 保険料の標準的な算定方法の後、「保険料水準の統一」を加えています。

9 ページを御覧ください。

令和2 年5 月に示された旧ガイドラインと今回のガイドラインを比較し、その変更点のうち主なものを記載しています。

まず、「国保の医療に要する費用及び財源の見通し」では、その趣旨に「国保財政の均衡を保つために必要な取組を定めることが重要である。」とあり、「赤字解消・削減の取組、目標年次等」において、「法定外繰入等を行っていない市町村の財政状況等も注視し、新たな法定外繰入が生じないよう」都道府県に求めています。また、「財政安定化基金の運用」について、県の財政安定化基金に、令和4 年度から財政調整機能が付与されたことが記載されています。

10 ページを御覧ください。

「保険料の標準的な算定方法及びその水準の平準化に関する事項」では、その趣旨に「保険料水準の完全統一を進めることは、国保財政の安定化や被保険者間の公平性の観点から重要である。」、「令和6 年度以降については、国保の財政運営の安定化を図りつつ、都道府県単位化の趣旨の更なる深化を図るため、次期国保運営方針では、保険料水準の統一の達成目標や達成年度、達成に向けた取組等を定め、保険料水準の平準化に向けた取組を一段と加速化させるための期間とする。」とあり、保険料水準の統一に向け、一層の取組が必要であることが明記されています。その上で、今回、保険料水準の統一の定義が整理されました。「保険料水準の統一に向けた検討」の、1 つ目の○「保険料水準の統一については、同一都道府県内において、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』と、各市町の納付金にそれぞれの医療費水準を反映させない『納付金ベースにおける統一』の大きく2 つの手法が考えられる」というものです。更に、その後には「各都道府県においては、市町村ごとの医療費水準や医療提供体制に差があることに留意しつつ、将来的に都道府県内の保険料水準の『完全統一』を目指すことが望ましい。」と明記されました。

11 ページを御覧ください。

「保険給付の適正な実施に関する事項」として、令和7 年度から県が市町村からの委託を受け、第三者求償事務を行うことが可能となったことが記載されています。第三者求償事務とは、被保険者が第三者の不法行為、例えば、交通事故によって負傷などした場合、保険給付と損害賠償請求権とを調整し、保険者が第三者に対し損害賠償請求する制度のことです。

12 ページを御覧ください。

ここまでは、国ガイドラインで示された改定の趣旨、方向性について説明しましたが、これを受けて実際に県の国保運営方針がどのように改定されるのか、現在示されている案を記載しています。

まず、「国保の医療に要する費用及び財政の見通し」では、国ガイドラインで示されたとおり、新たな赤字繰入を生じさせない取組や、財政安定化基金の財政調整事業について追記されています。

次に、「保険料の標準的な算定方法と保険料水準の統一」については、「納付金及び標準保険料率の算定方法」として「医療費指数反映係数（ α ）は、令和7年度納付金から段階的に引下げ、令和11年度納付金から各市町の医療費水準を反映しない『 $\alpha = 0$ 』とする。」と記載されています。現在、静岡県では、各市町の医療費水準を全て反映させる「 $\alpha = 1$ 」となっています。つまり、医療費水準が高い市町はそれだけ納付金が高く、医療費水準が低い市町はその分納付金が低くなっていますが、「 $\alpha = 0$ 」となると医療費による差はなくなります。これにより、納付金ベースでの保険料水準の統一が達成されます。

続いて、「保険料水準についての考え方」では、1つ目に「令和6年度以降は保険料水準の統一を加速化させるための期間として国に位置づけられたことから、統一の第一段階として、令和12年度に『納付金ベースの統一』を目標とする。」とあります。先ほどの令和11年度納付金から「 $\alpha = 0$ 」とするという目標とも合致したものです。そして、「将来的には、統一の第二段階『標準保険料率の統一（一本化）』を経て、最終段階の『完全統一』を目指す。」と、最終的に完全統一を目指すことが初めて明記されました。

3つ目の○には、「令和9年度までに負担方式を統一する。」とありますが、これは現在、所得割、均等割、平等割以外に資産割を設けている市町や、介護分で平等割を設けている市町がありますが、静岡県においては医療分と後期分については所得割、均等割、平等割の3方式、介護分については所得割と均等割の2方式、いわゆる3・3・2方式とするということです。静岡市は既に、3・3・2方式を採用しています。

13ページを御覧ください。

「保険給付の適正な実施」では、国ガイドラインに沿い、「第三者行為求償事務の強化に資する取組」に、県が第三者求償事務を行うことが可能となることが追記されています。また、「医療に要する費用の適正化の取組」では、「リフィル処方箋の普及促進」が新規の取組項目として追記されています。これは、保険者努力支援制度の成果指標を踏まえての追記とのことでした。

説明は以上です。

議長 ただいまの議事4、報告事項について質疑に入ります。
質問はありませんか。

福地委員 静岡県国民健康保険運営方針の改定にあたっては、市町の意見を聞いて改定する

ということですので、当然、静岡市はこれに対して何らかの意見をしているはずだ
と思うのですが、具体的にどんな意見をしているかというのは、教えていただけま
すか。

保険年金管理課長　　これまでに県に対して行った意見ですが、先ほども説明した中で、医療費水準の
高い市町、低い市町があります。ここで具体的に市町名は挙げませんが、医療費の
水準が低いところは、今は保険料が安いですが、保険料水準が統一されると高くな
る。逆に水準の高い市町は統一されれば低くなる。そういう説明を受けています。

そうした中で、静岡市については、医療費水準が県内では高い方になりますので、
保険料率の納付金ベースでの統一は、先送りすることなく進めてもらいたいとい
う意見を出しています。

福地委員　　去年か一昨年、県の統一に関して、県内の市町村の保険料の一覧を見せていた
だいたとき、静岡市は県全体の平均から見れば低いという情報をいただいた記憶があ
るのですが、そうではないのですか。

保険年金管理課長　　高いか低いかと水準の平均からいけば、その資料のとおり、低い部類に入ってい
ます。

福地委員　　改定について、静岡市は静岡市の有利になるような要望をすべきだと思います。

それから、静岡市民にとって有利になるような要望をすべきだと思います。

県がどのように統一するかわかりませんが、仮に県の平均に合わせるとなると、
静岡市の市民の国保料が上がりますので、それは絶対まかり通らないと。

それからもう1つ、お金を集めるのは県ですが、収支は市に任せるとなると市も
大変です。ですから、静岡市にとって大変にならないような要望を。静岡市にと
って都合の良い、市民にとって都合の良い要望を、データを基に意見を述べるのがよ
ろしいかと思っています。

それからもう1つ、最後のリフィルのところですが、リフィル処方箋の普及促進
は反対です。

具体的に言うと、病院に1か月処方で来ているのを、リフィルして3か月にしろ
ということだと思いますが、それなら3か月に1回受診すればいい、リフィルにす
る必要ないということです。

逆に、3か月処方をリフィルにしたら9か月です。1年に1回来るか来ないか、
それが正しいリフィルなのかと。だから、リフィルもある程度、2週間とかひと月
という単位のを3ヶ月、半年にするというのであれば、これはリフィルしなく
てその都度、受診回数減らせればいいと。どのみち、薬局に月に1回行くわけだから、
それはリフィル処方箋普及の意味がないと思うので、むしろ、リフィル処方しても
いいようなケースは、長期投与にしたらどうかということです。ただ、急性期病院、
地域医療支援病院というのは、長期処方をしてはいけないような感じ。それで仕方

なく急性期はリフィルにしていると。しかし、それならば、3か月処方でもいいような患者さんは急性期に行くなど。診療所に行けばいいという病診連携の形にした方が、非常に効率的だし医療費も抑制されるのではないかということで、それをやれば結果的にリフィルは普及させる必要ないと思います。

以上です。

保険年金管理課長　　今福地委員から御意見いただきまして、リフィル処方箋について、簡単に説明すると、症状が安定した方に対して3回まで同じ処方箋を出せるというものになるのですが、リフィル処方箋については、5ページのところでも説明したのですが、県の国保運営方針について県の国保運協に諮問され、今後、パブリックコメントも実施されます。リフィル処方箋について、県の国保運協でもいろんな意見が出ていると聞いています。それらの意見やパブコメの結果を踏まえて、何らかの改訂案が県から示されると思いますので、そこで発言していきたいと考えています。

議長　　よろしいですか。

御意見としてお伺いをさせていただきます。

他に質問ありますか。

それでは、他に質問がないようですので、これで本日の議事は全て終了しましたので、ここからの進行は事務局へお返しします。

事務局　　以上をもちまして令和5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。本日は誠にありがとうございました。

(閉会)