平成30年度第３回北海道国民健康保険運営協議会　【会議録】

■日時：平成31年３月15日（金）18：00～20：00

■場所：道庁７階　共用Ｂ会議室

■出席者：加藤委員（会長）、山下委員、石亀委員、沖田委員、髙田委員、笹本委員、井谷委員、

有澤委員、中村委員、白石委員、大場委員、道端委員、佐藤委員

■事務局：澁谷国保担当局長、古郡国保医療課長、今泉国保広域化担当課長、

佐々木国保医療課主幹、髙橋国保医療課主幹、大橋国保医療課主幹

１　開会

【福地主査】

　皆様お疲れさまです。

定刻になりましたので、ただ今から平成30年度第３回北海道国民健康保険運営協議会を開会いたします。

私、司会を務めさせていただく国保医療課の福地です。よろしくお願いいたします。

本日の出席状況でありますが、委員15名中13名の委員の方に御出席いただいております。

本運営協議会の会議の成立要件としましては、北海道国民健康保険条例施行規則第２条及び運営要綱第３条により、委員の２分の１以上が出席していること、かつ、被保険者代表、保険医及び保険薬剤師代表、公益代表、被用者保険代表のそれぞれから１名以上が出席していることとなっておりますが、本日の会議は、そのいずれも満たしており、会議が成立しておりますことを御報告いたします。

それでは早速議事に入りますが、その前に、事務局から会議録について確認させていただきます。

会議録については、発言した方のお名前と内容について記録させていただいており、これをホームページ等で公開させていただきます。公開前に、委員の皆様に内容確認をお願いしますので、誤りや言い間違いがありましたら、その際に申し出ていただければと思います。

それでは、ここからの進行につきましては、加藤会長にお願いします。

２　議事

【加藤会長】

ただいま御紹介いただきました、北海道大学の加藤です。

　円滑な議事の進行について、皆様方の御協力をよろしくお願いいたします。

早速ですが、議事に入ってまいります。

まずは、北海道国民健康保険運営協議会運営要綱第５条第２項により、会議録署名委員を指名いたします。

白石委員と大場委員の２名を指名させていただきたいと存じますが、よろしいでしょうか。

【委員一同】

（異議なし）

【加藤会長】

　ありがとうございます。

それでは、お二人の委員には、後日会議録の署名についてお願いいたします。

まず、協議事項の一つ目であります「北海道国民健康保険運営方針に基づく取組について」事務局から説明をお願いいたします。

【林主事】

　事務局の林です。

　私の方からは、協議事項①「北海道国民健康保険運営方針に基づく取組について」説明いたします。

　まず、資料１－１【総括表】「北海道国民健康保険運営方針に基づく取組」をご覧ください。

総括表については、おさらいになりますが、１番左側の「項目」欄に、運営方針の中からＰＤＣＡサイクルで管理すべき項目を抜き出し、その中で「Ｐｌａｎ（計画）」となるものを「目標」と「内容」に分けて記載しております。

　「目標」には、該当する章節ごとの目標を記載し、「内容」には、目標達成のために必要な手法等（＝道の推進事項）を記載しております。

　「Ｄｏ（実施）」欄には、平成30年度の取組（予定）内容と実施（予定）年月を記載し、１番右の欄「評価基準及び進捗管理方法の設定」に「※」がついている項目は、ＰＤＣＡサイクルの中で評価基準が設定できるもの（主に数値目標が設定できるもの）と考え、【個表】に評価基準及び進捗管理方法を記載しております。

　１番右の欄「評価基準及び進捗管理方法の設定」に「※」がついていない項目は、取組の有無のみで評価する項目、または時系列で進捗管理が必要な項目となっております。

今回は、平成31年２月末現在の取組内容を報告し、前回の運営協議会後に皆様からいただいた意見をもとに見直した各項目の評価基準及び進捗管理方法の設定について説明いたします。

　前回から変更した箇所は、細かな言い回しの変更も含め色付けで表記しておりますが、今回は内容変更した部分のみ説明させていただきます。

　それでは、次の資料１－２【個表】に沿って説明いたします。

　【個表１】「財政収支の改善と均衡」の項目ですが、まず、変更箇所は取組内容の欄になります。前回は「毎月、歳入・歳出額を適切に把握し管理」ということのみを記載しておりましたが、年度毎の具体的な取組内容に記載を変更しております。

平成30年度については、各市町村の毎月の医療費の所要額を把握し、道から保険給付費等交付金の支払いを行い、併せて、国庫支出金や納付金等の受入を実施しました。

　また、保険給付費の支払に不足が生じないよう、最終補正予算案で財政安定化基金からの取り崩しを計上しております。

平成31年度については、平成30年度決算を分析し、平成32年度の予算編成に反映させることとしております。

次に進捗管理方法の内容を変更しております。

　前回の運営協議会では、「歳入・歳出額について月ごとに執行状況を管理する」と記載しておりましたが、委員の皆様からも「具体的な執行状況の把握が必要ではないか」との意見をいただき、記載を見直しております。

当年度は、毎月の歳入（公費・納付金等）・歳出（保険給付費等）を財務会計システムで確認し、次年度は、前年度の決算における収支不足又は剰余金の要因を分析することとします。

　なお、基金保有の適正規模については、運営方針の見直しに向けて市町村と協議してまいります。

以上を踏まえ、評価基準は、前回と同じく「必要最低限の繰越金額となる予算・決算とすること」「年度間の財政調整が可能となる程度の基金の保有をすること」としております。

　次に【個表２】「赤字の解消・削減」の項目になります。

こちらも取組内容を変更しており、前回の運営協議会では「技術的助言の内容を具体的に記載すべき」との意見をいただきましたので、具体的に「赤字解消計画の策定が必要な市町村に対して、計画策定に向けた取組や目標年次の設定方法の助言を実施するもの」であることを記載しました。

 また、実際に赤字解消計画を策定した市町村がどれだけあって、道がどれだけ助言をしているかの数値が明確に記載されていなかったため、市町村数について追加をしております。

　現在は、赤字解消計画の策定が必要な23市町村全てが計画を策定しており、今年度はそのうち11市町村の赤字解消に向けた取組の進捗状況などを把握しております。また、今年度新たに赤字解消計画の策定予定である９市町村のうち、７市町村に対して、実現可能な計画策定等の助言を実施しました。

評価基準については、「決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている全ての市町村における「削減の目標年次及び削減予定額を定めた個別の計画作成」に加え、委員の皆様から「計画の作成だけではなく、実施の有無についても評価基準に盛り込むべきではないか」という意見もいただいたことから、「個別計画に係る年次別の実施状況報告書（赤字削減額・削減割合等の実施状況の詳細や今後の取組を記載）の作成」を評価基準として追加しております。

 進捗管理方法については、前回は「市町村の国保特別会計決算」としておりましたが、委員の皆様から「年度途中の進捗管理や年度毎の計画達成状況等の把握も必要ではないか」との意見もいただいたことから、赤字の状況については実施状況報告書により把握し、年度途中の進捗についても、個別の助言の機会などを通じて計画に対する取組状況などを把握したいと考えております。

　次に【個表３】「保険料（税）収納率の向上」の項目についてです。

　こちらは取組内容を変更しておりまして、前回は、道の推進事項に対してそれぞれ取組内容を記載しておりましたが、具体的内容が明確でなかったため、このように記載を変更しております。

まず、取組内容の①収納率向上対策チームは、道の推進事項１・２・３・６に関連するものであり、具体的には、収納率向上に実績を有する10市町村の収納担当課長等で構成し、その下に箇条書きとなっている少額分納の廃止・縮減や口座振替納付の促進方法、滞納処分の確実な実施のための標準的なスケジュール、滞納者との接触の機会の確保に向けた短期被保険者証の活用等、収納事務の標準的なあり方を検討・協議しております。

また、収納率向上に向け、対策チームメンバーが、平均的な収納率に達していない市町村に赴き、具体的な収納率向上対策を助言する収納率向上アドバイザー事業を実施しております。

 道の推進事項５に対する取組としては、管理監督者向け研修会や実務担当者向け研修会を開催しております。

道の推進事項４に対する取組としては、コンビニ収納等に新たに取り組む市町村に対し、都道府県繰入金により財政支援をすることとしております。

評価基準については、全国平均に対する上位５割未到達市町村（41市町村）をなくすこととしております。下に保険者規模別内訳を記載しておりますので、参考としてください。

進捗管理方法については、前回は「年度ごとに上位３割又は５割に当たる収納率を達成する市町村数を定めて管理する」としておりましたが、委員の皆様からも「それぞれの実施にあたっては、期限を区切ってきめ細やかな取組をしてほしい」という意見もいただいたことから、毎年８月に、国民健康保険事業状況報告により、各市町村の前年度の保険料（税）収納率を把握し、収納率向上に向けた取組を進めていきたいと考えております。

　次に【個表４】「特定健康診査受診率、特定保健指導実施率向上」の項目になります。

ここでは、取組内容の「４　個人の予防・健康づくりに向けた自主的な取組、インセンティブの提供」に対する取組を変更しております。

具体的には、住民の健康づくりの取組にポイントを付与し、特典を交付する健康マイレージ事業とそれに対する道調整交付金による支援を行っておりますので、それを記載に変えさせていただきました。

評価基準は前回と同じく、全道における特定健康診査と特定保健指導の実施率を平成35年度までに60％とすることを評価基準としておりますが、分かりやすいよう現状数値を追加しております。

 進捗管理方法については、前回は「厚生労働省においてＮＤＢから抽出される保険者ごとのデータを用いて管理する」と記載しておりましたが、このデータが前年度分のものとなり、当該年度の取組内容と照らし合わせができないため、直近データを確認できる「国保連合会から情報提供される保険者別のデータを用いて管理する」と変更しております。

 また、市町村が行う健康マイレージ事業の取組は、保険者努力支援制度の申請状況により把握していきたいと思います。

　次に【個表５】「保健事業実施計画の策定及び推進」の項目になります。

　こちらも取組内容を変更しております。前回は、データヘルス計画の策定状況が平成30年６月21日現在となっておりましたが、直近の調査結果として平成31年２月27日現在の策定状況に変更しております。

　現在、策定済み市町村は155市町村あり、平成30年度中の策定予定は17市町村、平成31年度中の策定予定は７市町村となっております。

評価基準については、前回同様、データヘルス計画の策定市町村数を全市町村としておりますが、分かりやすいよう現状の数値を追加しております。

進捗管理方法の方は変更ありません。

　次に【個表６】「生活習慣病対策の充実」の項目になります。

　取組内容の中の「市町村の生活習慣病の重症化予防への取組内容」に現状数値を記載していなかったため、現在124市町村が取り組んでいる旨を追加しております。

　評価基準については、前回同様、糖尿病性腎症重症化予防の取組実施市町村の割合を80％以上としておりますが、分かりやすいよう現状の数値を追加しております。

　最後に【個表７】「後発医薬品の使用促進」の項目です。

　取組内容は、１の国保連合会から市町村への数量シェアについては、具体的な情報提供の方法が記載されていなかったため、179市町村に対し、毎月メールにより情報提供していることを追加しております。

 差額通知の実施状況については、具体的に未実施の市町村が34市町村あり、145市町村が実施に至っていることを追加しております。

２については、後発医薬品採用リストの取りまとめの公表の仕方としてホームページ公表であること、道立病院（５箇所）における採用数量の割合が平成30年９月現在で80％以上であることを追加しております。

さらに、国保直営診療施設10機関には、採用数量を高めるよう助言を行っておりますので、こちらも取組内容として追加をさせていただきました。

評価基準については、前回と基準値は変更しておりませんが、分かりやすいようそれぞれ現状の数値を追加しております。

 後発医薬品の市町村の数量シェアについては、「経済財政運営と改革の基本方針2017」（国の骨太方針）にて平成32年９月までに80％以上とする目標が設定されておりますので、それと同じ数値としております。

 道立病院における後発医薬品の採用数量の割合はすでに80％に到達はしていますが、それ以上を目指していこうということで、80％以上と設定させていただいております。

委員の皆様からは、「道立病院だけではなく、道内の公立病院すべての合計を目標値に設定してはどうか」との意見もいただきましたが、道に公立病院の指導権限がないことと、厚生局でも公立病院における後発医薬品の採用数量の割合を公表しておらず、把握方法がないことを理由に評価基準を設けておりませんので、よろしくお願いします。

 進捗管理方法については、前回は「毎年度、国のデータにより進捗を把握」としており、把握方法が具体的に記載されていなかったことから、市町村の数量シェアは、国保連から提供されるデータで定期的に進捗把握すること、道立病院については、毎年度、決算で把握すること、後発医薬品差額通知は、毎年度、保険者努力支援制度の申請状況により把握することに変更をしております。

【個表】の説明は以上です。

 評価基準と進捗管理方法については、この後皆様から意見をいただきたいと思いますので、お願いいたします。

なお、【総括表】に記載の取組内容については、今回はあくまで平成31年２月末現在を報告させていただいておりますので、平成31年第１回運営協議会では、平成31年度３月末までの取組内容の報告させていただきます。その上で、今回確定させた「評価基準」により評価を行い、今後の方向性を検討していきたいと思いますので、よろしくお願いします。

私からの説明は、以上です。

【加藤会長】

　ありがとうございました。

　前回の運営協議会以降、皆様から出された意見を踏まえ、一定の修正を加えたものということで説明がありました。特に【個表１～７】に記載されている評価基準及び進捗管理方法についてご意見がありましたら、よろしくお願いいたします。

【佐藤委員】

　資料１－２の個表３になりますが、評価基準の＜保険者規模別内訳＞の平成29年度の数字は、38と４と１を足すと合計43になる気がするのですが、どうでしょうか。

　また、評価基準で全ての【個表】に関連してきますが、例えば【個表３】で言えば、平成35年度には該当市町村０にするという数値目標になっていますけれども、平成32、33年度など中間年度に評価する際の考え方は、その年次の経過的な目標の設定があるのか、もしくは平成35年度を最終目標として、中間年度についても最終目標年度の数値が目標数値ということになるのか、質問させていただきます。

【佐々木主幹】

国保医療課の佐々木と申します。

ただいまのご質問をいただいた部分についてご回答したいと思います。

また、資料で一部訂正をお願いしたいんですが、今ご指摘ありましたように、最初に書いてある保険者規模別収納率で平成29年度179市町村のうち41市町村というふうになっておりますが、正しくは43が正しいものです。お詫びをしてここで訂正させていただきます。

これは179市町村ということで広域連合の構成市町村を全て１と数えて集計をいたしまして、下の内訳としては、そういった意味では正しい数字になっておりますので、合計は43に訂正させていただきます。

もう１点、目標年度は35年度としておりますが、現在の運営方針が６年後に保険料水準の統一を目指しているということの関係上、保険料収納率の上位５割未到達市町村を無くすということについても、まず35年度を現在の目標時期としているところでございます。

毎年度ごとの管理方法について、進捗管理方法のところで毎年度これは前年度の収納率を確認するということを前提としておりますが、評価基準としては、全国平均に対する上位５割未到達市町村を無くすという形で実際全国平均の収納率自体も毎年毎年少しずつ改善してきております。これは保険者規模によっても違うんですけれども、0.2ポイントから0.6ポイント程度は毎年毎年上昇してきております。ですから、それと同じ程度には改善していかなければ、上位未到達市町村は減っていかないという形でありますので、そこの上位５割未到達市町村の状況というのは毎年毎年見ていきながらこれを平成35年度までに無くしていきたいというのが現時点での目標ということでございます。よろしくお願いします。

※当日の資料１の【個表３】保険料（税）関係について、運営協議会終了後に内容を精査した結果、次のとおり修正があり、各委員に通知済み。

【評価基準】

・保険者規模別収納率　：　Ｈ29年度　 41／179市町村　⇒　Ｈ35年度 ０／179市町村

　　全国平均に対する上位５割未到達市町村数をなくす

　 ＜保険者規模別内訳＞

　・被保険者数１万人未満　　　：　Ｈ29年度 　　36／ 162市町村 　⇒ Ｈ35年度　０

　・被保険者数１万人～５万人　：　Ｈ29年度 　　４／ 14 市町村 　⇒　 Ｈ35年度　０

　・被保険者数５万人～１０万人：　Ｈ29年度　　 １／ ２ 市町村　⇒ 　Ｈ35年度　０

　・被保険者数１０万人以上　 ：　Ｈ29年度　　 ０／ １ 市町村　⇒　 Ｈ35年度　０

【佐藤委員】

　ありがとうございます。

【山下委員】

　【個表２】「赤字の解消・削減」の項目ですが、取組内容に赤字解消計画の策定が必要な23市町村と記載がありますが、これは23市町村しかないということなのでしょうか。また、今年度策定予定９市町村というのは、それを足して32市町村だけが計画策定が必要ということで、他の市町村は策定する必要がないということなのか、参考に教えていただきたきたいと思います。

【髙橋主幹】

　国保医療課の髙橋です。

赤字解消計画の策定については、そもそも赤字の市町村は、決算補填等の目的で法定外一般会計繰入を行っている市町村ですので、その繰入等を行っていない市町村は赤字がなく、計画を作成する必要はありません。

繰入を行っていても、赤字解消計画をその全てが作らなければならないかというとそうではなくて、翌々年度までに赤字を解消できる見込みのある市町村については、計画を作る必要がないとなっておりますので、一般会計の法定外繰入を行っている市町村のうち、赤字解消計画を策定する必要がある市町村は、この平成28年度決算に基づいて計画を策定する段階では23の市町村、29年度決算に基づいて赤字解消計画を策定する必要がある市町村は９市町村となっております。

【山下委員】

昨年か一昨年、今おっしゃったような中身で補填しているところの赤字については、道の方で各市町村に５年計画をたててあげるようにとまとめましたよね。それが23ヶ所だけとの解釈でよろしいんでしょうか。

【髙橋主幹】

この23市町村は、平成28年度決算に基づいて赤字解消計画を策定することが必要な市町村で、計画策定したのは、平成30年度に入ってからです。

【山下委員】

文章的には別にこだわりはないんですけども、要するに平成35年度で赤字は解消されるということでよろしかったでしょうか。

【髙橋主幹】

35年といいますか、赤字解消計画はできるだけ早く解消してもらうのが良いんですけれども、原則６年間で解消をしてもらうような計画を策定するということになってます。

【山下委員】

それで解消できるような計画にはなってるってことですね。

【髙橋主幹】

全ての市町村が６年以内というわけではなく、もう少し長い計画になっているところもあります。

【山下委員】

分かりました。

【石亀委員】

　赤字とも関係があるのかもしれませんが、収納率の関係で、滞納の収納率とその年度の収納率は全然違うものなのですね。町の方に出してもらいましたら、大分違いまして、この収納率というのは、別々に考えるものなのでしょうか。合算すると最後の数字は帳簿面では一緒なので、それで収納率が全然違うのはどういう理由になるんでしょうか。

【佐々木主幹】

事務局の方からご説明いたします。

おそらく委員おっしゃってるのは、現年度に保険料を賦課したその保険料についての収納率（現年度分）を、それに関する収納率とどうしても現年度中に保険料を納めきれなくて、保険料を納められずに滞納として繰り越してしまう分（滞納繰越分）があるということかと思います。収納率も集計するときに、現年度分と滞納繰越分はそれぞれで率を出す形になっております。ですから今、この資料の中でお出ししているのは、現年度分の収納率になるんですけれども、滞納繰越分になりますと、収納率としてはもっと悪くなってしまうことになります。例えば、20数％ですとか30数％という形で悪くなってしまい、その合計が現年度滞納繰越分と合わせた収納率という形で集計する形になっております。

滞納繰越分の方については、やはり何らかの事情があって納めきれないものが滞納繰越分という形になりますので、繰越されてやはりどうしても財産がないですとか生活困窮の状態が著しいということで、実質的は滞納処分が執行停止されるような方もおられますので、どうしても滞納繰越分は、収納率は低くなってしまうという形になっているところです。

【石亀委員】

滞納処分なんですが、それは道内では統一してるんですか。何年か経って、欠損処分にするというのを耳にしたんですけれども、それは全道で同じ方針なのでしょうか。

【佐々木主幹】

道内といいますか、今委員がおっしゃった滞納が一定期間続きますと、例えば滞納処分ができる預貯金ですとか、給与収入がある場合には差し押さえをして滞納処分をするということでこれは全国共通といいますか、地方税法ですとか、それに基づく通達ですとか、行う時期ですとか、手続きですとか、定められておりまして、国民健康保険料につきましても、そういった強制徴収・差し押さえ等の手続きができるような法制度になっておりますので、そこは共通の法律をもとに、各市町村が必要な場合にはそういった差し押さえ滞納処分を行っているという形であります。

【石亀委員】

それでは、しつこいようですけど、収納率を100％にということは見込めないですよね。いろいろな事情もありますし。そうしますと、年々その滞納を出してもらったときに、結局、赤字になりますよね。そうなると、一般会計から結局入れてもらうわけですけれども、それがなかなか国保だけでは難しくなってくるかと思います。赤字どころか、先ほどの処理と関連すると今後どうなってしまうのかと感じてしまいます。

【佐々木主幹】

委員のおっしゃるとおりでありまして、私どももそこが収納率向上対策にとって最も重要かつ難しいところと感じております。

先ほど現年度分と滞納繰越分のお話をご説明申し上げましたけれども、やはり公的な医療保険ですので、低所得の方には制度上、７割軽減する制度がございます。そういった保険料は現年度の内に様々な事情がありながらも、現年度のものは現年度中に納めていただくという形をとっていただければと考えております。そうしなければ、どうしても収納率が低下して滞納繰越になってしまうと、それだけ収納率も落ちてしまいます。ですから、現年度分の収納率をどのように上げていくか、そういったことで、一般会計からの繰り入れを、将来減少させていくかが課題となっております。もちろん一般会計からの繰り入れがない市町村もありますので、ない場合は逆にその他の例えば収納率が95％しか収納率が見込めなければ、その残り５％分を他の加入者の保険料率に反映させなければならないところもありますので、この収納率をなんとか平準化させていきたいというのが我々と今市町村で取り組んでいるところであります。

【石亀委員】

ありがとうございます。

【沖田委員】

収納率の話です。全道の平均が93.75％、全国よりもだいぶ高いので嬉しいと思いますが、この全道の平均収納率というのは、札幌市とか他町村も全部１単位として、合算して割った数字か、それとも総額の規模の中で収納の金額で割ったものか、そこはどうなんでしょうか。

【佐々木主幹】

ここは、単純に全体の平均ということであり、被保険者数の規模に応じたウエイト付けといいますか、そこそこで行われた収納率ではないという形になります。

【沖田委員】

ということは、各市町村１単位ということですね。

【佐々木主幹】

１市町村が１単位というか、全道の賦課総額・調定額に対しての収納額ということですので、それが全道の平均になります。単純な全道の総額を収納額で割っているということです。

【加藤会長】

北海道全体の国保の被保険者の何割が納めているかということですね。

【沖田委員】

　例えば、市町村ごとの％（Ａ市は80％、Ｂ市は90％）で割った数字ではないということですね。

【佐々木主幹】

　そうなります。

【中村委員】

収納率は金額で計算してる訳ですよね。例えば、人数で計算しているものはないんでしょうか。

　ようするに100人中90何人が払っているとか。

【古郡課長】

　普通の健康保険は１人１人が加入者になるのですが、国保は世帯単位の加入になっているものですから、何人滞納しているというような統計はあまり意味がないものになるんですよね。

【中村委員】

それでは、世帯別のデータはありますか。

【古郡課長】

　ございます。

【中村委員】

それは高いのか低いのか教えていただけるんでしょうか。

【古郡課長】

滞納している世帯数がどのぐらいあるかということですね。

すいません。統計はとってあるのですが、調べて後日お知らせする形でよろしいでしょうか。

【中村委員】

お願いします。

【髙田委員】

収納の関係でコンビニ収納に新たに取り組む市町村に対して書かれているのですが、現状でコンビニの収納をやっているところと、平成30年中に実施を予定している所があれば、教えていただければと思います。

【佐々木主幹】

今年度に新たに取り組む予定というところは、現在、交付金の申請を取りまとめておりますので、その申請をもって把握する形となります。道内の実施割合で申し上げますと、少し古いデータになりますが、平成27年度末現在ではコンビニ収納が32.5％ですので、約３分の１の市町村でコンビニ収納に取り組まれているという状況でございます。

【髙田委員】

分かりました。

【加藤会長】

ただいまいただいたご意見等につきましては、来年度の第１回運営協議会にて確認させていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

続きまして、協議事項の２つ目「国民健康保険事業費納付金等の算定について」事務局から説明をお願いいたします。

【佐々木主幹】

国保医療課の佐々木と申します。私からは「国民健康保険事業費納付金等の算定について」説明させていただきます。

お手元の資料２－１をご覧ください。

この資料は平成31年度の納付金の算定結果及び標準保険料率をまとめたものでございます。資料１ページの１のところに記載しておりますように、新たな国保制度におきまして、道内の医療費を全市町村で負担をする納付金の仕組みが導入されております。

また、市町村標準保険料率は、各市町村が保険料率を決定するための参考として、納付金額を基に算定しているものであります。各市町村は、実際に加入者に課す保険料（税）の31年度の保険料（税）率を今後、決定をしていくものでございます。

次に２の納付金の算定額のところをご覧いただきたいと思います。納付金の算定方法については、後程別な資料で詳しく説明をさせていただきます。納付金の算定は、平成30年度が最初の算定でありまして、今回の31年度が２回目の算定でございます。納付金の総額を表でご覧いただきますと、30年度、真ん中のＢ欄でありますけれども、1,535億円から31年度は1,520億円と15億円、１％減少しております。下の※印のところにその要因として、被用者保険の適用拡大による加入者数の減少に伴い、医療費が減少と記載をしております。国保加入者数は近年減少傾向にありますが、被用者保険の適用拡大というところを若干ご説明させていただきますと、平成28年以降、被用者保険の適用となる労働時間の要件の引き下げ、つまり労働時間が短い方も被用者保険に加入できるように制度改正が行われておりますことから、この改正によりまして、被用者保険に移行される影響があるということを記載しているところでございます。

次に３の標準保険料率をご覧いただきたいと思います。（１）の都道府県標準保険料率でありますが、これは全国統一の方式、所得割と被保険者１人当たりの均等割という２方式でありますけれども、この方式によって、道内の保険料の水準を表す理論値であります。これで見ましたら、所得割率が30年度11.51％から31年度は11.71％と0.2％増加、被保険者均等割の額につきましては、30年度6万8,650円から31年度は7万666円と2,016円増加する結果となっております。この要因につきまして、下の※印にありますように、納付金算定上、医療費総額が対前年度で0.6％減少する見込みであるのに対し、加入者の減少割合が4.3％とそれ以上に大きいということが見込まれまして、１人当たりの医療費が増加をして、このことが1人当たりの納付金を基に算定する標準保険料率に影響しているものであります。

次に（２）市町村標準保険料率とあります。こちらも道が算定した理論値でありまして、これを参考に市町村が実際に決定をする保険料率とは異なるものでございます。資料に３方式と記載をしておりますが、先ほどの都道府県標準保険料率とは異なり、道内統一の方式は、先ほどの２方式に加えて、世帯あたりの世帯別平等割を加えた３方式という形で算定をしております。

次の２ページから３ページにかけまして、各市町村の納付金算定額を記載しております。

例えば（１）札幌市では、31年度の算定金額（Ａ欄）が約486億9千万円、30年度（Ｂ欄）が493億8千万円で、増減率（Ｃ欄）が1.4％の減少となっております。納付金額が増加する市町村、減少する市町村それぞれございますが、資料の上段のところの枠で囲ったところをご覧ください。ご留意いただきたい点を２点記載しております。

１点目、納付金は後程算定方法を詳しくご説明いたしますが、各市町村の加入者数・世帯数シェアや所得シェアを基に算定するため、この加入者数・世帯数シェアや所得シェアは年度間で変動いたしますので、この増減がある関係上、市町村ごとに見ると、納付金が全体としては減少しておりますけれども、市町村ごとでは増加する場合がございます。

また、２点目でありますが、市町村が決定する保険料率には納付金額のほかに、加入者数の増減にも影響いたします。従いまして、納付金額の増減と保険料率の増減は必ずしも一致しないということであり、例えば納付金の額が減少する場合でも、加入者数の減少の状況によっては保険料率が減少しない場合もあるということを記載しているものです。

続きまして、４ページから５ページにかけまして、市町村標準保険料率を一覧にしております。これについて、後程ご説明をいたしますけれども、激変緩和措置の関係や先ほど来ご意見等出ておりますが、各市町村の保険料収納率の違いといったものも影響しておりますので、各市町村の標準保険料率には差があるという現象に至っております。

続きまして資料２－２をご覧いただきたいと思います。

この資料は、国保運営方針に定める納付金の算定方法を図に表したものでございます。上段には将来目指すこととしている算定方法、下段には今年度からの新制度施行時における算定方法を説明する資料となっております。上段の将来目指すこととしている算定方法について、ご説明をいたします。まず、この図に入る前に若干ご説明をさせていただきますと、納付金を算定する上では、まず、医療費が全道でいくらかかるかという推計を行い、それに対して国・道の公費負担あるいは前期高齢者交付金などがありますので、そういったものを差し引いて、全道で市町村から納付金として集める必要な額を算定いたします。その上でこの図は、ただいまご説明をした納付金の総額をもとに市町村ごとの納付金を算定するイメージ図となっております。真ん中ほど加入者数・世帯数シェアによる算定額と所得シェアによる算定額とありますが、これを合算したものがその市町村の納付金の額になるというのが基本となります。こうした算定を行うことによって、それぞれの市町村の所得水準に見合う形で納付金が配分され、それが加入者の負担の公平化につながるという考え方であります。

なお、少し混み入った話になりますが、加入者数・世帯数シェアによる算定額の下に矢印で１と記載し、所得シェアによる算定額の下に矢印でβと記載しているところについてご説明します。全道の納付金額総額を加入者数・世帯数シェアによる算定額と所得シェアによる算定額とに分けますが、これをどのような比率にするかについては国の基準があり、具体的にはその都道府県の加入者所得の全国平均に対する水準で設定することが原則とされております。現在の本道の所得水準からいたしますと、全国を１とすると0.89であり、その場合は、加入者数・世帯数シェアによる算定額を１として、所得シェアによる算定額が0.89となります。１：0.89を百分率で表しますと53：47という比率になります。したがって、全道の納付金総額を加入者数・世帯数シェアによる算定額、100分の53と、所得シェアによる算定額100分の47に分けた上で、それぞれの市町村のシェアに応じて算定するものであります。

その右側の医療費水準の関係を説明いたします。後程詳しく説明いたしますが、現在は市町村の医療費推水準に応じて納付金の額を一定程度増額又は減額するという調整を行っているという形でありますけれども、資料に医療費水準反映係数α＝0とありますように、運営方針では、将来は医療費水準が高いこと、あるいは低いことによって納付金額の増減の調整を行わない算定方法に移行することを目指すこととしております。

枠囲いのところにありますが、この考え方として、運営方針では小規模市町村のリスク軽減と負担の公平化を上げております。

道内では、加入者数が３千人未満、最も少ないところでは200人台といった小規模な市町村が半分以上を占めます。この医療費水準は、その市町村の加入者１人当たりの医療費で判断しますが、小規模な市町村では、わずかな数の加入者の医療費のかかり方がその市町村全体の医療費水準、さらに納付金の額に影響し、財政運営が不安定化します。

また、加入者の保険料水準が異なるという国保が抱える課題に対応し、負担の公平化を進めていくために、このような算定方法とすることを運営方針では規定しております。

次に、下段の新制度施行時における算定方法についてご説明をいたします。

まず、アのところですけれども、ただいまご説明した医療費水準の反映の関係です。

考え方を資料に記載しておりますが、保険料の激変緩和と市町村の医療費適正化の取組を促す観点から、医療費水準反映係数を0.5、すなわち医療費水準の半分程度を納付金の額に反映させております。

表で調整のイメージをお示ししておりますが、Ａ市、Ｂ町それぞれ医療費水準を見ますと、Ａ市の医療費指数は1.2ですので、平均よりも医療費水準が1.2倍高いということになります。

この場合、Ａ市の納付金の額を1.1倍する、つまり、納付金の額に、医療費水準を半分程度反映するという形になります。逆に、Ｂ町は医療費水準が平均の0.8倍ですので、納付金の額は0.9倍するという形になりますが、※印にありますように、納付金の額を0.8倍した場合との差額を道交付金により補填し、実質的には納付金が0.8倍された形となっております。

次にイのところですが、先ほど、上の図の中で所得水準反映係数βの説明をいたしましたが、保険料の激変を緩和する観点から、所得水準の反映割合を国の基準0.89よりも低くしており、0.75という係数であり、百分比では応益分57対応能分43という比率になります。このことにより、上の図で見ますと、加入者数・世帯数シェアによる算定額が国の基準で算定したときよりも多くなり、逆に所得シェアによる算定額が少なくなるということになり、所得水準が高い市町村の保険料の激変を緩和しているものになります。

最後にウのところですが、これまで説明いたしました納付金の算定を行った上で、個々の市町村の納付金額を見たときに、制度改正前よりも１人当たりの保険料収納必要額が一定基準以上増加する場合、その市町村の納付金を減額するという激変緩和措置も行っております。一番下のところに記載しておりますが、この措置の基準は、運営方針におきまして、医療費の自然増分を除き、対前年度増加率が２％を超えないことととしており、平成31年度は制度改正前の１人当たりの保険料収納必要額から４％を超えて増加しないよう、措置を講じているところであります。説明は以上でございます。

【加藤会長】

ただいま説明のありました協議事項２について、ご意見・ご質問のある方はいらっしゃいますか。

【井谷委員】

資料の２－１の１ページの下から５行目のところ、医療費の減少が0.6％、加入者数の減少が4.3％となってるんですが、この数字の出所というか、平成31年度の予測値なのか平成30年度の予想なのか、或いは終わってる平成29年度なのか、唐突に数字が出てきたような感じがしましたので、教えていただきたいと思います。よろしくお願いします。

【佐々木主幹】

説明が不足しておりまして申し訳ありません。

ここでの医療費の減少0.6％、加入者数の減少4.3％は、平成30年度に対しての平成31年度の見込みが前年と比べて医療費が0.6％減少する見込みであるということに対して、平成31年度は被保険者数の減少割合の方が大きいと見込んでるというところでございます。

【加藤会長】

それに関連して私の方から質問なんですが、医療費の減少0.6％で納付金の増減率が1.0％ですよね。この0.4％の間は、どういうことを意味してるんでしょうか。

【佐々木主幹】

ここが医療費総額に対応して納付金の総額としても減少していて、その率が異なっているというところなんですが、医療費に対して公費負担や前期高齢者交付金を差し引いた上で納付金としての必要な額を算定するということがございます。

そういった公費や前期高齢者交付金の入る見込み方は様々で、要因を考慮した上で納付金の額を出しておりますので、厳密にこれというふうに特定することはなかなか難しいんですけれども、率として異なっているいうところです。

【加藤会長】

分かりました。ありがとうございます。

【笹本委員】

　市町村から全道に移行するときに、小さい市町村では、高額医療費がかかった場合には、負担が大きいというリスクを減らすという話があり、こういう形にしていると思います。その上で、実際にリスクは減少する傾向にあったのでしょうか。特に高い薬が増えてきますから、高額な医療費負担になるところは実際に市町村の時に比べると、役立ったという言い方はおかしいかもしれませんけども、今回全道に移行して非常に良かったのではないかということ、個々のことは出せないかと思いますが、具体的に、分かりやすくメリットが形に見えたらよろしいんじゃないかと思います。いかがでしょうか。

【佐々木主幹】

確かに委員がおっしゃるとおり、個々のこの市町村のこの額がというところの説明はなかなか難しい部分ではあるんですけれども、今までの制度ですと、そういった医療費が急激に増加した場合は、その市町村の財政運営上、総医療費の不足によって一般会計からの繰り入れを余儀なくされるというような形がございました。ただ、新制度においては、今申し上げているような算定方法をとることによって、市町村から納めていただく納付金の額というのは、前年度のうちに確定させる形になっておりまして、その年度中に、医療費がその市町村で増加した場合ということでもそこの医療費の支払いは、私ども道から確実に行うという形でその市町村の財政運営の安定化を図っているということであります。

【古郡課長】

少し補足させていただきます。

具体的な名前で出しますと、例えば初山別村ですが、お２人の方が遺伝子治療をされていて、そのせいで全道の約２倍近い医療費がかかっていた状況になります。この村の場合は、もう基金もなくなって保険料上げざるを得ないという段階で平成30年度を迎えました。その結果、次の説明になってしまうのですが、資料３－１見ていただいて、４ページの中段ぐらい107番目に初山別村があり、平成29年度と平成30年度の保険料は変わっておりません。

つまり、本来であれば、ここの保険料が上がる予定だったのが、制度移行によって医療費は全部道が払うことになったので、保険料を上げずに済んだという状況になっております。

【笹本委員】

分かりました。

【中村委員】

別紙１の納付金算定額一覧なんですが、様々な要因があるとは思うのですが、分かりやすく１年間で１％以上増えるところもあれば、そうでないところもあります。こんなにも差がつく大きな理由はなんでしょうか。

【古郡課長】

　例えば、資料２－１の２ページを見ていただくと、目につくのが67番の神恵内村みたいなところだと思われます。神恵内村は積丹半島ですけれども、こういうところですとか、あと左側のやや下の方37番の新篠津村のような約10％上がるようなところもあります。

見ていただくと大体お気づきかと思いますが、１次産業中心の町が多く、所得が年によって増減するということが大きな要因の１つであり、特に水産業の町は、水揚げの量が年によって変わりますので、大きく変動します。それから、新篠津村のように農業中心のところは年々お米の価格が上がっていきますので、常に上がり傾向にあるというような見方になります。

【中村委員】

　分かりました。

【加藤会長】

それでは、他にご質問がなければ、次の議題に移らせていただきます。

協議事項３「保険料の平準化について」事務局の方からお願いいたします。

【佐々木主幹】

では、お手元の資料３－１をご覧いただきたいと思います。

この資料は、今年度第１回のこの運営協議会でも出させていただきましたが、今年度の各市町村が決定した保険料の状況をまとめた資料でございます。

「１　保険料率の増減」のところは、各市町村が決定した本年度の保険料率を調査し、前年度からの増減の状況をまとめたものでございます。

次に、「２　保険料水準等の状況」の欄は、所得などの条件を同じにしたモデル世帯にあてはめた保険料額を試算し、加入者が実際に負担する保険料の増減の傾向を見るとともに、市町村間の比較を行っているものであります。

次に、「１　保険料率の増減」をご覧ください。

各市町村の本年度の保険料率を前年度と比較をいたしますと、所得金額に応じて課される所得割で、増加が27市町村、減少が65市町村、増減なしが85市町村となっております。

また、加入者一人ひとりに課される被保険者均等割や、世帯ごとに課される世帯別平等割は、資料に記載のとおりとなっており、全体を通じて、増減なし、つまり、保険料を据え置いた市町村が半分程度になっているというところでございます。

次に、「２　保険料水準等の状況」のところでありますけれども、先ほどご説明をした所得などの条件を同一にしたモデル世帯を設定し、各市町村の保険料率をモデル世帯に当てはめて試算した保険料により、保険料率が増減することの世帯への影響を把握するとともに、市町村間の比較を行うためのものであります。モデル世帯は、収入額により保険料の軽減を受ける世帯と軽減を受けない世帯それぞれで、最も多い所得階層の世帯という条件で設定しており、軽減世帯は、年金収入が150万円の高齢単身世帯、軽減を受けない世帯は、給与収入が150万円の高齢単身世帯、軽減を受けない世帯については、給与収入が300万円、40歳代の夫婦２人世帯としております。

「（１）保険料の動向」ですが、モデル世帯の保険料試算額で見ると、軽減世帯では増加が35市町村、減少が46市町村、１％未満の増減を含めてでありますが、増減なしが96市町村となっております。また、軽減を受けない世帯では、傾向としてはほぼ同様で、両方を通じて、増減なしという市町村が約半数という形になっております。

次に、「（２）保険料水準の市町村対比」ですが、市町村間の保険料の差をモデル世帯で見ると、軽減世帯については、最大の市町村と最小の市町村の差が昨年度は2.7倍（最大30,600円と最小11,200円）であったものが、本年度はその差は2.4倍に縮小しております。

また、軽減を受けない世帯についても、最大と最小の差が縮小する傾向は同様であり、昨年度は3.0倍であったものが、本年度はその差は2.7倍に縮小しております。

なお、２ページから５ページが、各市町村の保険料率を一覧にしたもの、６ページから９ページが、先ほどご説明したモデル世帯の保険料を一覧にしたものになります。こちらの保険料率あるいはモデル世帯の保険料額についても市町村間で差があるという状況でありますけれども、その関係についての説明資料となりますのが、別にお配りした資料３－２になります。

ただ今見ていただきましたように、市町村間の保険料水準の差は一定程度縮小してきておりますが、この差がどのような要因で生じているかをまとめたのがこの資料になります。

上の方に、「納付金算定方法によるもの」、下の方に、「市町村固有の要因によるもの」と大別しております。

「納付金算定方法によるもの」は、１番上の医療費水準反映係数αを0.5としている関係ですが、これにより、差異のないように記載しておりますように、医療費水準の高い市町村は、平均よりも保険料を高く設定しなければならない現状にあります。

その右側、運営方針では、α＝０を目指すこととしており、その具体的な進め方は、運営方針の見直しの中で検討することとしております。次に所得水準反映係数β＝0.75と設定している関係ですが、これにより、所得水準が高い市町村が、国の基準による本来の水準よりも低く保険料を設定できている現状にあります。

運営方針では、右にありますように、国の基準である0.89に近づけていくという形にしておりまして、この具体的な進め方についても今後検討していくこととしております。また、先ほどご説明した個別市町村への激変緩和措置についてでありますが、この措置によりまして、当然のことでありますが、対象市町村は、当分の間、納付金の額が減額されることによって、本来の保険料よりも低く設定できるという形になっているところであります。

この激変緩和措置の期間は、運営方針では平成35年度までの６年間を基本としており、その必要な対策についても、運営方針の見直しの中で検討することとしております。

なお、運営方針において医療費水準反映係数αを０にする目標時期につきましても、激変緩和措置終了時を目標としているということでありますから、これも平成35年度というところが目標時期というところでございます。

次に、市町村固有の要因であります。

先ほど、赤字解消計画の部分で出てきましたが、法定外一般会計繰入の関係であります。

これらの保険料の急激な上昇を避けるため、保険料の負担緩和のための繰入を行っている市町村がございます。運営方針では、決算補填等を目的とした法定外一般会計繰入は赤字とみなされまして、その市町村は赤字解消計画を作成の上で、その解消に取り組むこととしているところであります。

次に、保険料収納率であります。

納付金額というのが保険料を決定する基礎となるわけでありますけれども、それとともに保険料収納率が低い市町村は、資料にありますように、必要な保険料収入を確保するために、保険料率を高く設定をする必要があるということでございます。

現在の運営方針では、こうした収納率による保険料の差異への対応方策というのは特に記載をしていないというところでございます。

次の、市町村個別の歳入・歳出についてでありますが、資料に医療費適正化の努力を客観的な指標で評価をして交付金を配分する保険者努力支援制度がございますので、こういった交付金を多額に受けることによって、保険料率を低く設定できるといったような面もございます。

運営方針では、保険料水準統一時、すなわち、納付金算定に医療費水準を反映させない（α＝０）こととした時点におきましても、こういったインセンティブを確保することとしております。

最後に、保険料の賦課方式、賦課割合についてであります。

これもやや専門的な部分となってしまいますが、下にありますように、保険料の賦課方式も、２方式、３方式、４方式か市町村が選択できることとなっており、道内では３方式と４方式が併存しているという形であります。

また、保険料を集める額を応能割と応益割にどの割合で割り振るか、応益割の中でも、均等割と平等割をどの割合にするかは各市町村が決定できるという形になっております。

表になっておりますのは、国民健康保険法施行令、政令が改正される前に標準的な割合として国から示されていたものですが、現在は、この標準的な割合も廃止されております。

納付算定の算定方法については、先ほど資料２－２のところで説明をさせていただきましたが、運営方針では将来目指す納期金の算定方法を定めますとともに、新制度施行時における算定方法を定めて、将来は目指す姿に変えていくという形を現在の運営方針では定めております。

私ども事務局としましては、現時点では、現在の運営方針が定めるこうした考え方を維持しつつ、その具体的な進め方について、今後さらにご協議をいただきたいというふうに考えております。

また、市町村固有の要因によるものといたしまして、主な４項目についてご説明させていただきましたが、こういった課題につきましても、私どもも市町村と今後のあり方について協議を深めながら、この協議会におきましても、今後ご議論いただきたいというふうに考えております。

私からの説明は以上です。

【加藤会長】

ありがとうございました。

要するに、全道一本化したことによる、平成29年度と平成30年度の移行によるメリットデメリットという話でもありました。何かご質問ありますでしょうか。

【石亀委員】

４方式を採用している市町村の資産割についてですが、今回、町の会議でも質問したところ、後期高齢者75歳以上になると国保から変わり、今みんな75歳現役なんですよね。一次産業の方も多いのですが、固定資産税はその世帯主にかかり、その方が後期高齢になると資産割には引っかからないとの回答なんですよね。そうしますと、すごく不公平な感じがします。市町村での計算に道は入れないとのことですが、この公平感に欠ける部分についてはどうお考えですか。

【古郡課長】

国保の場合は、全道同じ保険料率となっておりますので、都会の方もいらっしゃるということもあって、資産割は取っておりません。そうでないと、札幌の人ばかりものすごく高い保険料になってしまいます。国保の場合は、市町村がそれぞれどういう形の方式を取るのかを決めることが自由になっています。ただ、今回、委員がおっしゃったように、所得割の部分については、20ヶ所の市町村で資産割をやめております。それはやはり国保に加入されてる方が１次産業のような、特に農業の方のように土地をたくさん持ってる方ばかりではなく、昔は商店をやっていたが、今は廃業して年金だけで暮らしてるけど資産だけは大きいものを持っているというような方の場合、実際には収入がないのに、資産割だけかかってしまうということが起きてしまいますから、これは現状の国保に合わせると、時代に合わないということもあります。これから北海道としても、各市町村の皆さんと協議していこうと思っておりますが、そういった実態を考えると、資産割は解消することも検討したらどうかということで、今協議を始めようと思っております。

【石亀委員】

お願いします。

【大場委員】

市町村間の保険料の差を統一するためにある激変緩和措置の期間なんですが、先ほどの説明で最長でも６年を超える市町村が少しあるということでした。激変緩和は、全市町村統一というか、例えば、６年でやるところは毎年100分の16ずつ解消していく。しかし、６年を超えるところはそれをするのは難しいと思いますので、どうされる考えなんでしょうか。赤字の大きさによって、その辺の割合も違うのでしょうか。

【古郡課長】

そうですね、赤字の大きさということもさることながら、市町村で自主的に入れる財源をどのくらい持っているかにかかってきます。具体的に申し上げますと、ずっと積み立てていた基金がどのぐらいあるか、平成29年度にどのぐらいの繰越金を持ってたかというような、納付金の算定上、計算できない部分の市町村それぞれの財源がありますから、それをどのぐらいの期間使えるのか、もしくは使わないのかということによって年数が変わってきてしまうので、こういう差が出るということになります。

【大場委員】

６年間と選んでるところは100分の16くらいで毎年解消していくというイメージで計画が出ているというイメージでしたよね。

もっと短いところもあると思いますが、６年超えるところで、７・８年となっているところはどんな計算になりますか。この100分の16でもできない赤字なんでしょうか。

【古郡課長】

どうしてもその年数では急に上がりすぎるので、少し期間を長くとっているということです。

【大場委員】

　分かりました。

【加藤会長】

　確認させていただきたいのですが、β＝0.89というのは、６年間固定の数字って考えて良いですか。

【佐々木主幹】

今は0.75に緩和をしていて、直近の道の所得水準からいきますと、0.89が今の最終的な目指す姿の数値というところです。

ただ、この0.89というのは、全国平均に対する道の所得水準によって毎年数字自体は変わるものです。道の所得が上がれば、0.90にもなり得るということです。

【加藤会長】

とりあえず６年間固定ではなくて、平成30年度は0.89であるという理解で良いのですね。

　それを現在は0.75にしているということでしょうか。

【佐々木主幹】

そうですね。平成30年度でいきますと、0.89を0.75にしているということでございます。

【加藤会長】

0.75という数字は、運営方針の６年間それでいくという理解で良いですか。

【佐々木主幹】

運営方針では、0.75を今の直近の数字でいうと、0.89に近づけていくと規定をしており、ただ、何年度に0.89にするかということは、運営方針には規定していないということです。ようするに、方向性としては、国の基準に近づけていくということを記載しております。

【山下委員】

　３年ごとに見直しはしますよね。

【佐々木主幹】

はい。３年ごとに見直しをしまして、αもそうですけれども、そういった目指すところに近づけていく近づけ方を、運営方針の見直しの中で検討していくという記載になっております。

【加藤会長】

　ありがとうございます。

　それでは、次に報告事項に移らせていただきます。

報告事項の１番目「北海道国民健康保険市町村連携会議（市町村長協議会）の報告について」事務局から説明をお願いします。

【佐々木主幹】

　資料４をご覧いただきたいと思います。

前回の運営協議会の中で市町村長からの国保運営に関してご意見をお聞きして、その結果をこの協議会で報告をさせていただくということをご説明しておりましたが、その開催結果の報告でございます。

この資料が本年１月28日に開催をいたしました市町村長協議会の結果をまとめた資料であります。

私どもで北海道市長会や町村会と協議をいたしまして、地域バランスなどを考慮して、全道26人の市町村長にメンバーになっていただいておりますが、その中11人の市町村長にご出席をいただいてご意見をいただいたところであります。

市町村長から出された代表的な意見は、３の（１）のところに記載をしております。

ご意見の趣旨といたしましては、全市町村が予防・保健事業を十分行った上で、医療費を分担するということでなければ、保険料が上がることへの理解が得られにくいであろうということです。

また、市町村への医療費適正化や収納率向上のインセンティブはしっかり確保していく必要があるというものであり、こういったことを十分吟味して今後に臨んでいただきたいというご意見でございます。

なお、これ以外に本日の説明とも関連しますが、当日出された質問と私どもでそれに対しての回答申し上げた部分がありますので、それは下の（２）にまとめておりますが、これについては説明を省略させていただきます。私からの説明は以上であります。

【有澤委員】

　ここの意見の中にもあるんですが、予防・保健事業を十分やった上でとありますし、例えば糖尿病性腎症重症化予防については、糖尿病対策推進会議にて糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定して、情報共有をするというだけの実施にとどまってるんですけども、特に糖尿病性腎症に関しては、かなりそれなりの年度のスパンをかけないと、結果は見えてきませんので、そういったしっかり数値的な指標を定め、現状で新たな導入がどれぐらいあって、それは年次的にどれくらいにしていくかを検討するべきかと思います。今年やったからと言って来年すぐ下がる訳ではないと思います。また、４・５年の中で、全体的に下がっていくって姿もあると思います。

それと、これらの事業を実施する市町村、特に小さいところは、やはり人材がなかなかいないということもありますので、その辺のところは、例えば道が介入して広域化、隣接する市町村と一体的な取り組みをしていくことが必要だと思います。

医療費は、現在インセンティブに関して努力支援金制度が拡充されていると来年度予算にも出ておりますので、そういうことも含めて具体的な取組を明記していただきたいです。ただの情報共有で会議を開いても決して数値に出てきませんので、その辺はよくご検討していただきたいです。

【古郡課長】

ありがとうございます。

委員がおっしゃるとおりで、やはり小さい町はマンパワー不足のため、こういう町に対してどのぐらい北海道が支援をできるのかということにかかっております。私どもとしては、いろいろな医療費の分析などを行う中で、具体的にポイントを絞って対策・対応ができるような仕組みを考えていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

【加藤会長】

【個表】にも関係するような問題だと思います。ありがとうございます。

他になければ、次に報告事項の２つ目「運営方針見直しに係るスケジュールについて」事務局から説明をお願いします。

【林主事】

私の方からは資料５「運営方針見直しに係るスケジュールについて」説明いたします。

運営方針については、３年ごとに検証して見直しを行うことになっておりますので、平成32年度に向けて、見直しを進めていく形となります。

見直しに向けては、まず平成31年７月頃を目処に第１回運営協議会を開催しまして、先ほど確認させていただいた運営方針に基づく取組の平成31年3月末時点の状況を報告させていただきます。

その上で今回確認させていただいた評価基準により、取組状況の評価案とその評価を踏まえた今後の方向性を事務局から提案させていただき、委員の皆様に意見を伺いたいと思います。

第１回目の運営協議会後につきましては、年３・４回を目安に市町村等との連携会議を開催し、事務の実施状況の検証や意見交換などを実施しながら、運営方針の見直し案の作成を進めていきたいと思います。

ここに書いてある９月～11月の第２回目の運営協議会については、開催自体をまだ検討している段階ではありますが、最終的には平成32年２月の第３回運営協議会の方で運営方針の見直し案を委員の皆様に提示いたしまして、審議していただこうと思っております。

その上で市町村へ意見聴取を行いまして、平成32年度５月頃の第１回目の運営協議会にて、見直し後の運営方針の審議、６月に見直し後の運営方針の決定、７月に公表、８月から実際に見直し後の運営方針に基づく国保の運営という流れで進めていきたいと考えております。

今回は大まかなスケジュールをこの資料５で示しておりますが、予定の変更等がありましたら随時お知らせしていきますので、よろしくお願いいたします。

私からの説明は以上です。

【加藤会長】

ただいまの説明についてご質問等はございませんでしょうか。

（なし）

なければ以上で議事を終了いたしますので、事務局に進行をお返しいたします。

【福地主査】

皆様大変お疲れ様でした。事務局から２点連絡をさせていただきます。

まず、本日の資料についてですが、会議資料はお持ち帰りいただいて結構でございますが、備え置いておりました運営方針及び関係法令につきましては、持ち帰らずにそのまま机上に置いてお帰りくださいますようご協力の方よろしくお願いいたします。

２点目です。次回の協議会でありますが、平成30年度の取組状況の報告及び評価の協議を行う予定としております。開催時期につきましては、７月をめどに開催したいと考えております。後日、委員の皆様のご都合を確認させていただきますので、来年度もどうぞよろしくお願いいたします。

以上をもちまして、本日の運営協議会を終了いたします。長時間にわたりご審議いただきありがとうございました。

（以上）