

平成 28 年度第 1 回

帯広市国民健康保険運営協議会議事録

日時 平成 28 年 5 月 30 日 (月)

午後 6 時 30 分～

場所 市役所 10 階第 6 会議室

出席委員（11名）

被保険者を代表する委員

神田 委員
鈴木 委員
山崎 委員

公益を代表する委員

正保 委員
嶋谷 会長
平田 委員
松田 委員

保険医又は保険薬剤師を代表する委員

小林 委員
宇野 委員

被用者保険等被保険者を代表する委員

岡田 委員
金澤 委員

帯広市（13名）

川端 市民環境部長
橋向 企画調整監
荒 国保課長
小関 収納対策担当課長
櫻田 課長補佐
森川 課長補佐
藤沼 管理係長

高坂 給付係長
梶 給付係主査
高木 収納対策主査
佐藤 管理係主任補
山川 管理係係員
八巻 管理係係員

傍聴者等（2名）

報道関係者 2名

事務局

皆さん、こんばんは。ただいまより、平成 28 年度第 1 回国民健康保険運営協議会を開催いたします。

これより先、議事進行につきましては、会長にお願いいたします。

会長

皆さん、お晩でございます。本日は、公私ともども、お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。

まず、はじめに部長からご挨拶をいただきます。

部長

皆さん、お晩でございます。

本日は、お忙しい中ご出席いただきまして、ありがとうございます。

委員の皆様には日頃から、私どもの保険・医療をはじめ、市政全般にわたり、ご支援・ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、昨今の国民健康保険を取り巻く状況でございますが、国民健康保険の都道府県単位化に係るガイドラインが 4 月 28 日に国から示され、制度の骨格が見えてまいりました。今後は、北海道内の市町村と北海道とで、その骨格に肉付けをしてゆく段階となり、平成 30 年度の広域化に向けて大きなステップを踏み出した状況にあります。

一方で、北海道内 179 市町村の間には、医療費水準や所得水準、医療体制などに大きな差異があるため、その調整にはかなりの労力を要するものと考えられますが、市としては可能な限り被保険者の皆さんに不利益が生じないように、力を尽くしてまいりたいと考えております。

さて、本日の議題は平成 28 年度の保険料率についての諮問と、都道府県単位化に向けた検討状況についての報告となります。

まず保険料率についてであります。後ほど詳しくご説明させていただきますが、被保険者の高齢化や医療技術の高度化などに伴いまして、被保険者一人当たりの医療費は確実に上昇し、後期高齢者支援金や介護納付金などの高齢者の医療や生活を支える各種制度に対する拠出金も増加し続けてございます。

その一方で、国保の被保険者の高齢化などから、保険料算定の基礎となります被保険者の所得は低迷が続いておりまして、国保会計も厳しいものとなっております。

このような中、私共といたしましては、一般会計からの軽減繰入、さらには平成 26 年度の黒字決算により生じた基金積立金の活用などを図ることで、保険料の改定幅を最大限、抑制しながら、保険

料率の案を取りまとめたところでございますので、よろしくご審議賜りますようお願いいたします。

また、国民健康保険の都道府県単位化につきましては、先ほど申し上げたとおり、道内での検討が始まっております。これまでの経緯から今後のスケジュール、現時点における検討課題などについて、ご報告させていただきますので、今後の国民健康保険の運営にあたっての参考としていただければと考えております。

委員の皆様には、本市の国保事業の、一層の健全な運営に向け、忌憚のないご意見やご論議を賜りますようお願い申し上げまして、開催にあたりましてのご挨拶とさせていただきます。

どうぞよろしくお願いいたします。

会長

ありがとうございました。

次に、4月1日付人事異動により事務局職員の異動がありましたので、紹介をお願いします。

(部長から職員紹介)

次に、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員から、本日の会議に欠席する旨通知がありましたので、報告いたします。

次に、議事録署名委員として、〇〇委員及び〇〇委員を指名いたしますので、よろしくお願いいたします。

それでは議事に入ります。

はじめに、諮問事項「平成28年度国民健康保険料率について」、事務局から説明をお願いいたします。

事務局

それでは、諮問事項であります、平成28年度の国民健康保険料率について説明をさせていただきます。

まず、議案書1ページをお開きください。

平成28年度の国民健康保険料率については、議案書の記載のとおり算定をしております。

国民健康保険料は最終的には一世帯毎に賦課されますが、その内訳は、医療費等の支払いに充てる「医療保険分」、75歳以上の後期高齢者の方の医療費のうち4割相当分を拠出するための「後期高齢者支援金分」、40歳以上65歳未満の「介護2号被保険者」を対象に、介護保険料相当分として国保で集めることになる「介護納付金分」、の3つの区分に分かれております。

また、それぞれの区分の保険料については、世帯の所得額に基づき賦課される「所得割」、被保険者一人毎に賦課される「均等割」、一世帯毎に賦課される「平等割」の合計により計算されます。

今年度の保険料率のうち、(a)の医療保険分については、所得割率を10.10%、均等割額を27,400円、平等割額を30,000円と算定しております。

(b)の後期支援金分は、所得割率が2.40%、均等割額が7,500円、平等割額が8,400円、(c)の介護納付金分については、所得割率が2.00%、均等割額8,600円、平等割額7,000円、と算定しております。

これらの保険料率の考え方につきましては、2ページ目以降に記載しております。

ページの順番がとびますが、3ページをご覧ください。

平成28年度の国民健康保険料率の算定にあたっての前提条件となる考え方を記載しております。

まず、制度改正の関係では、「低所得世帯の保険料負担軽減制度である法定軽減の軽減判定基準額の見直し」が行われております。これは、物価の上昇等を反映し、本来軽減の対象となるべき世帯が、物価の上昇等により軽減対象外となってしまうことがないよう、基準額を見直すものです。

次に、保険料の賦課限度額の引き上げが行われております。こちらについては、1月の運営協議会で諮問し同意をいただいたことから、3月議会において条例改正を行っております。

内容としては、医療保険分と後期高齢者支援金分の賦課限度額をそれぞれ2万円ずつ引き上げるもので、3つの区分を合わせた賦課限度額は89万円となるものです。賦課限度額の引き上げにより、所得のある方により保険料を負担していただくことで、中間所得者等の保険料負担の軽減を図ることを目的としたものです。

最後に、予算編成時における保険料改定と一般会計からの保険料軽

減繰入の考え方ではありますが、特に軽減措置を行わない場合、3つの区分を合わせた保険料額については、11.3%の引き上げとなってしまふことから、保険料負担の軽減を図ることとしました。

負担軽減の目途としては、一人当たり医療費の伸び率なども参考としながら、賦課限度額未満世帯の一人当たり保険料について2.1%増に抑制できるよう、基金から5千万円、一般会計から約2億5千万円の繰入を行うこととしました。

また、その際に3つの区分毎の改定率については、拠出金の伸び率などを勘案して、医療保険分を4.36%、後期高齢者支援金分を△6.7%、介護納付金分を3.4%、全体では2.1%の改定となるよう予算を編成しました。

このような考え方に基づいて算定したのが、冒頭でご説明した保険料率になります。

続いて、前年度との比較であります、2ページ目をご覧ください。

それぞれの区分毎に前年との比較を掲載しています。

医療保険分では、所得割率を0.9ポイント、均等割額を2,000円、平等割額を1,200円引き上げております。また、一人当たり保険料については、保険料改定の際に基準としている「賦課限度額未満世帯」の金額については、2,681円、4.32%の増としております。

一人当たり保険料の改定率4.32%は、予算編成時点で設定した4.36%を目途として設定したものです。

次に、後期高齢者支援金分では、所得割率を0.3ポイント、均等割額を400円、平等割を400円引き下げ、一人当たり保険料については、1,270円、6.69%の引き下げとしております。

今年度の後期高齢者支援金については、平成26年度の概算拠出分が3億円近く拠出超過、負担しすぎた状態となっていたことから、その精算額が平成28年度の概算拠出分から差し引かれたため、拠出額が前年度より大きく減少することになりました。

それに伴い、後期高齢者支援金分の保険料率は前年度より引き下げとなったものです。なお、予算編成時点での保険料改定率は△6.7%と見込んでいたものです。

次に、介護納付金分ではありますが、所得割率が0.3ポイント、均等割を200円、平等割を600円引き上げ、一人当たり保険料としては689円、3.36%の引き上げといたしました。これは、介護納付金の拠

出額の伸びに合わせた改定率としたもので、予算編成時点では3.4%引き上げとして見込んでおりました。

これら3つの区分の保険料を合算したものが一番下段の表の数値となり、「賦課限度額未満世帯の一人当たり保険料」については、103,605円と、前年度より2,100円、2.07%増の改定となったものです。

続きまして、議案書の4ページから6ページにかけて、保険料の各区分の積算内訳を掲載しております。まず、4ページ目の「医療保険分」の積算内訳をご覧いただきたいと思っております。

①の「被保険者の状況」ですが、これは、国保加入者のうち退職被保険者を除く、国保一般分の世帯数及び被保険者数となっております。世帯数は23,914世帯、被保険者数は38,651人となっております。世帯数については、昨年度より552世帯減少しており、被保険者数については1,414人減少しております。

次に、②の「被保険者の所得状況」ですが、区分の一番上の「基準総所得」は、個人毎の各所得から基礎控除額33万円を控除したものの総額で234億223万1千円となり、被保険者数の減もあり、前年度より10億円余り減少しております。

これらの所得状況につきましては市民税の賦課データをもとに把握しております。本日お手元に配布した資料のうち別紙1「国民健康保険 所得階層別の世帯数・所得額構成割合」をご覧ください。

この資料は、所得段階毎に世帯数や所得額の構成比をまとめた資料になります。

上段の世帯の構成比では、所得100万円以下の低所得世帯や所得600万円以上の世帯の構成割合が高まっている一方、所得が100万円から600万円までの中間層の割合が低下している状況にあります。また、所得の構成比では、世帯数では3%未満の所得600万円以上の世帯の所得が全体の1/3以上を占める中、600万円未満の世帯の所得割合は低下しております。

一人当たりの所得についても、被保険者全体では前年対比で2.12%増となっておりますが、所得額が600万円未満の世帯、言い換えると保険料の負担が賦課限度額未満となるような世帯の所得は、一人当た

り 1.48%減少している状況となっており、所得の分布の二極化が進んでいる状況です。

この要因ではありますが、税部門でも内容の分析はこれからとなるため国保課独自の推測にはなりません。昨年は十勝管内の農業生産額が3,233億円と過去最高を記録するなど、農業生産額が大きく伸びた年であったため、農業所得の世帯の収入・所得が伸びたことが、高額所得者や全体の所得が伸びた要因の一つとなっていると考えております。

一方で、所得600万円未満の世帯の所得が減少した要因については、一つとしては、これまで社会保険の事業主負担分の負担を嫌い、従業員を社会保険に加入させていなかった中小・零細な事業所が、国が強力に進めている社会保険加入の適正化の取り組みにより、従業員を社会保険に加入させたことにより、従来国保に加入していた従業員が国保を抜けることになり、その方々の所得分が減少したことが挙げられます。

また、別の要因としては、いわゆる団塊の世代が65歳以上となり、勤務先を退職し年金暮らしとなって国保へ加入する方が増加した影響が挙げられます。一般的に、年金の支給額は勤めていた際の給与よりも金額が少なくなることや、収入を所得に計算する際の控除額も年金収入は給与収入より大きいため所得額が小さくなりやすいこと、などによる影響が表れているものと考えております。

議案4ページに戻りますが、2段目の「限度超過所得」は、一定所得以上、つまり医療分では限度額の54万円を超えて賦課対象とならない所得であり61億620万2千円となっております。被保険者数は減少していますが、昨年度より4億円以上増加しています。

これは、先ほどの資料でご説明したとおり、所得600万円以上の世帯の所得が伸びているため、賦課対象にならない所得も伸びている状況にあるためです。

3段目の「賦課標準所得」ではありますが、これは「基準総所得」から「限度超過所得」を差し引いたもので、172億9,602万9千円であり、所得割率を算定する基礎となるものです。

次に、中段の、③の「基礎賦課総額の算定」と④の「基礎賦課額の保険料率の算定」につきましては、料率を決める際の基本的な仕組み

について記載しているのですが、これをそのまま言葉で説明いたしますと、かなりわかりづらくなると思いますので、この部分につきましては、別添資料としてお配りした「国民健康保険料算定のしくみ」により説明をさせていただきたいと思います。

本日配布した資料のうち別紙2をご覧くださいと思います。

「医療保険分」の保険料積算のしくみとなっています。

まず、左上に「歳出」と書いてある部分が、「医療保険分」つまり加入者の皆さまの医療費などの「支払いをしなければならない金額」であり164億4,581万7千円となります。

その下の②から⑥までがこの「歳出」を支える「歳入」ということになります。

②の「国の負担・補助」は、一定の割合で国から交付される負担金などで、31億2,595万7千円となります。

③の「一般会計繰入金」は、保険料の軽減などのために一般会計から繰り入れするもので12億6,996万1千円となります。

④の「保険料滞納繰越」は、平成27年度以前に未納となっている保険料が年度を越えて平成28年度に収入となる見込み額で、1億1,105万7千円となります。

⑤の「道費その他」は、北海道から交付される補助金や、社会保険診療報酬支払基金から交付される前期高齢者交付金、国保保険者の間で行う共同事業の交付金などで、92億9,471万4千円となります。

「歳出」から、②から⑤までの歳入を差し引いた額、⑥の26億4,412万8千円が、平成28年度に集めなければならない保険料ということになります。

収納率が100%であれば、この額が歳入として入ってくるわけですからこのままで良いことなのですが、残念ながら収納率は100%ではありません。そのため、この⑥の集めなければならない「保険料」を今年度目標としております収納率90.12%で割り返して、収納できない分を膨らませたものが⑦の調定額であり、29億3,400万8千円となります。これが実際に国保加入者の皆さんに掛けさせて頂く「医療保険分」の保険料の「調定額」となります。

この⑦の額に、⑧の「法定軽減」を加えます。「法定軽減」といいますのは、低所得世帯に対して保険料の「均等割」と「平等割」を2

割、5割、7割軽減するもので、その金額5億3,628万4千円となっています。更に、帯広市が独自に行っている減免の金額である⑨「独自減免」の2,156万3千円を加えた、⑩の34億9,185万5千円が保険料率を積算するための「元」になる「基礎賦課総額」となります。

ここで、なぜ⑦の保険料調定額を「基礎賦課総額」としないで、「法定軽減額」と「独自減免」を加えたものを「基礎賦課総額」とするのかといいますと、帯広市の場合は条例で、「基礎賦課総額」を所得割50%、均等割30%、平等割20%の割合で皆さんから保険料で頂くということになっていますので、「均等割」と「平等割」を軽減した額となる「法定軽減」や「独自減免」を加えないと、全体を正しく、50%、30%、20%に按分できないこととなりますので、一時的に軽減前の数値に戻してから、50%、30%、20%に按分するために「法定軽減」及び「独自減免」を加えることとなります。

そして、⑩の「基礎賦課総額」を50%に按分した「所得割額」を先ほど、議案書4ページの「被保険者の所得状況」で説明をいたしました、「賦課標準所得」で割り返したものが「所得割」の10.10%となり、30%に按分した「均等割額」を「被保険者数」で割り返したものが「被保険者均等割」27,400円となり、20%に按分した「平等割額」を世帯数で割り返したものが「世帯別平等割」の30,000円となります。

ただし、計算上、端数処理等の関係から、いま申し上げた計算をしても、ここに書いてある料率に一致するわけではありませんので、ご了承ください。

以上が医療保険分の「料率算定のしくみ」ということですが、その他「後期高齢者支援金分」と「介護納付金分」の積算のしくみも同様でございますので、説明は省略させていただきます。

料率改定についての説明は以上となりますが、ここで、本日お手元に配布しております資料のうち、別紙5「モデルケース別・所得金額別保険料」の資料があると思いますが、簡単にご説明いたします。

この表は、所得金額及び世帯構成の人数別に今年度の保険料が前年度と比較してどの程度改定されているかを表した資料となります。

なお、表の中で左側の部分で網掛けとなっている部分がありますが、これは、法定軽減が該当しているケースです。丸数字は、そ

れぞれ軽減割合を表しており、②が2割、⑤が5割、⑦が7割軽減ということですが。

今年度の一人当たり保険料の改定率は、前年比2.1%の増と説明いたしましたが、ご覧いただくとお判りかと思いますが、所得区分及び世帯構成人数により、それぞれ保険料の改定率が異なり、またほとんどのケースで2.1%以上の改定率となっております。

まず、保険料の改定率が異なるのは、介護保険分の有無や、所得割・均等割・平等割の割合などにより、世帯構成や所得額によって差異が生じてしまうためです。

また、ほとんどのモデルケースで2.1%以上の改定率となっている要因につきましては、所得の状況について先ほどご説明申し上げましたが、賦課限度額未満世帯となる所得600万円以下の世帯の所得が低下しております。このことにより、前年と所得額が同じであっても、被保険者全体の中では、前年より所得の高い世帯の位置付となってしまうため、その分保険料の負担も重たくなり、見た目上、2.1%を上回る改定率となってしまうものです。

以上、説明申し上げましたが、議案書3ページに記載いたしました料率改定の考え方のもと、「保険料率積算のしくみ」のとおり積算いたしまして、今年度の保険料率を1ページに記載したとおりとしたところでございますので、よろしくご審議賜りますようお願い申し上げます。

以上でございます。

会長

ありがとうございました。

ただいまの説明について、ご質問、ご意見を賜りたいと存じます。ご質問、ご意見のある方ございませんか。

委員

よろしいでしょうか。後期高齢者支援金の件ですが、昨年度に比べ大きく減少したとのことですが、その要因と、今後どのように推移していくかといった見込みについてお聞きしたいと思います。

事務局

今年度の後期高齢者支援金の拠出額については、2年前である平成26年度の拠出分の精算の結果、3億円余り減少したものです。その要

200万円を超えて300万円までの世帯で87.68%、300万円を超えて400万円までの世帯で91.11%、400万円を超えて450万円までの世帯で94.78%、所得が450万円を超える世帯で97.43%となっており、傾向としては、所得が高いほど収納率も高い状況となっております。

委員

ありがとうございます。所得が上がれば収納率も上がるということで、逆に所得が少ない世帯では法定軽減の対象となっているにも関わらず収納率が低いという状況であるわけです。

収納率は保険料の負担感を表す一つの指標だと思うのですが、説明のあった収納率であれば、中間から低所得世帯については、かなり負担感が高いのではないかと思います。

先ほど確認したように所得200万円以下の世帯が90%を占めている状況なので、それなりに高い保険料率を設定しないと財政運営が成り立たないということも分かるのですが、所得に占める保険料の割合を見た場合に、例えば所得200万円の世帯の場合、保険料の負担率は16%以上となっており、4人世帯では20%となっています。200万円の所得に対して2割の保険料を負担しなければならないという、非常に負担が重い状況だと思います。

このように負担感が非常に重い状況だとは思いますが、一人当たりの保険料負担率について、協会けんぽや共済組合と比較してどのくらい違うのか、分かれば教えてください。

事務局

別紙5のモデルケースで家族構成が4人世帯で介護保険該当者が2人で、所得が200万円の場合と300万円の場合で、協会けんぽと市の職員が加入する都市共済の料率で試算した額でお答えします。

所得200万円の場合、給与収入が311万円となりますが、国民健康保険の場合は1年間で403,800円、収入に対する割合が12.98%となります。協会けんぽの場合、本人負担額は177,000円、事業主負担まで含めると354,000円であり、負担率は本人負担分で5.865%、事業主負担分まで含めれば11.73%となります。都市共済の場合は、本人負担額が160,000円、事業主負担分を含めると320,000円、負担率はそれぞれ5.277%と10.554%となります。

次に所得300万円の場合、給与収入では443万円となりますが、国民健康保険の場合は589,200円、負担率では13.30%の負担となります。協会けんぽの場合は、本人負担分が263,000円、事業主負担分を

含めると 526,000 円となります。都市共済の場合は、本人負担分が 237,000 円、事業主負担分を含むと 474,000 円となります。

委員 もう一つ質問があるのですが、議案書の 4 ページの保険料の積算内訳の資料のうち、基礎賦課総額の算定の欄の①の保険者負担額についてですが、164 億 4,581 万 7 千円とありますが、前回 1 月の運営協議会の際に医療費の推計額として 142 億円程度とされていましたが、この①の 164 億円という数字は医療費推計額と整合しなければならないと思うのですが、どう考えたらよいのでしょうか。

事務局 保険者負担額の 164 億円という金額ですが、これには医療費の支払いに充てる保険給付費以外に、例えば北海道内の国保保険者で行っている再保険事業である「共同事業」の拠出金なども含んだ金額となります。また、特定健診などの保健事業の実施に係る経費なども含まれます。1 月の運営協議会の際にお知らせした医療費は、国保が負担する金額ではなく医療費の 10 割分の金額でありますので、そのため、この 2 つの数字は一致しないこととなります。

委員 平成 26 年度までは 1 月の運営協議会の際の医療費の金額と、保険料の基礎賦課総額の保険者負担額とが近い数字だったのですが、平成 27 年度以降、乖離が大きくなっているのです、その要因をお聞きしたいと思ったところです。

事務局 平成 27 年度以降、乖離が大きくなった主な要因としては、共同事業の 1 つである「保険財政共同安定化事業」の制度改正が挙げられます。平成 26 年度までは、レセプト 1 件当たり 30 万円以上 80 万円未満の医療費について再保険事業の対象としていたところですが、平成 27 年度から制度改正により 1 円以上 80 万円未満となり、全ての医療費の 80 万円未満の部分が再保険事業の対象となったことにより、対象となる医療費が増加いたしました。その結果、拠出額・交付額共に大きく増加し、保険者負担額に含まれる共同事業の拠出金の額が増加したため、単純な医療費とのかい離が大きくなったものであります。

委員 わかりました。ありがとうございます。

委員

よろしいでしょうか。私は共済の立場で委員として参加しているわけなのですが、先ほど所得に応じた負担の状況についての質問がありました。事務局から協会けんぽや共済組合の数字についてお答えがあったわけですが、確かに共済組合での負担額については、計算上そのような数字は算定されます。ただ、共済組合では給与所得全体で財源率を決めますので、単純に所得に応じた負担額や負担率だけで比較してしまうと、（共済組合の負担が低いという）誤解が生じるかと思えますので、ご理解いただきたいと思えます。

それと、公務員共済制度の場合は、保険料分は給与所得に基づく掛金が個人の負担となり、事業主負担分は市町村が負担することになります。1年間にかかる医療費の外、高齢者の医療費の負担や各種拠出金、休業や育児の際の補償などの経費を、基本的に本人と事業主である市町村とで折半する形で成り立っています。

また、その負担の全体を10とすると、4割、若しくは4割以上は後期高齢者の医療費を支える拠出金であったり、前期高齢者制度や退職者医療制度などの、最終的に国保へ交付されることになる拠出金の一部となっています。そのため、加入者の医療費などに充てる金額は全体の6割程度となっています。

共済組合の負担が低いというような評価等もあるわけですが、負担を支える加入者が減少傾向にあるなか、高齢者の医療を支えよう制度の中で相応の負担をしてきているところでもあり、今後も高齢者が増える傾向にあります。健康保険制度は社会全体で支えよう仕組みとなっているので、誤解のないようにご理解いただければと思います。

委員

基本的にそういうことなんですね。ただ、被用者保険では保険料を労使で折半して負担するわけですが、国保は被保険者が100%負担しなければならないという違いがあり、そのため負担は重いということが言えるのではないかと思います。以上です。

会長

他にご意見、ご質問等ございませんか。

ないようですので、この件については、諮問案どおりとすることによってよろしいでしょうか。

（一同、異議なし）

異議なしとのことでありましたので、諮問案どおり承認することに決定いたします。

続きまして、(2) 報告事項「国民健康保険の都道府県単位化に係る検討状況について」事務局より説明をお願いいたします。

事務局

それでは、国民健康保険の都道府県単位化に係る検討状況について説明をさせていただきます。

本日お手元に配布した、資料6「国民健康保険の都道府県単位化に係る検討状況について」をご覧ください。

この資料は、厚生労働省の資料や北海道の資料などからの抜粋等により作成した資料となりますので、全体的な体裁が整っていない点については、ご了承願います。

さて、国民健康保険の都道府県単位化については、前回1月の運営協議会の際に、質問にお答えする形で簡単に説明申し上げましたが、冒頭の部長からの挨拶にもありましたが、4月28日に国から都道府県単位化に係るガイドラインが示されております。本日は、国のガイドラインの概要と、それに基づく北海道内での検討の進め方についてご報告いたします。

まず、資料2ページ目をご覧ください。

国民健康保険の都道府県単位化に至る経緯でございますが、平成24年に自民党、公明党、民主党の3党合意に基づき、「社会保障制度改革推進法」が成立し、社会保障4分野の改革の方向性が整理され、それを具体化するための法律として、平成25年12月に「社会保障制度改革プログラム法」が成立しました。

それ以降、プログラム法の改革を実現するための個別の法律が順次成立しておりまして、医療保険制度関係については、平成27年5月に「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が成立したところであります。

次のページになりますが、この改正法で規定された改革の内容については、いわゆる「国と地方の協議の場」である「国保基盤強化協議会」での協議を経て整理されたものです。

その内容については、更にその次のページをご覧ください。このう

ち国保に関わる部分については、「1. 国民健康保険の安定化」として、財政支援策の拡充と、都道府県が財政運営の責任主体となり国保運営の中心的な役割を担うこととされております。

その他、国保への財政支援策の財源措置のため、「2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割」の導入や、「3. 負担の公平化」として、患者負担の引き上げなども規定されました。

このうち、国保への財政支援の拡充の内容をより詳細に示したものが、次のページになります。

まず、平成27年度から、低所得者対策の強化のために、消費税増税分を財源として、毎年度、全国で1,700億円分の財政支援措置の拡充が行われております。なお、帯広市では2億3千万円程度の追加支援となりました。

それに加えて平成30年度から、更に1,700億円の支援措置が追加されます。これは、被用者保険の後期高齢者支援金の拠出方法に全面総報酬割を導入することにより、従来国が協会けんぽに投入していた補助金2,400億円を引き上げ、そのうち1,700億円を国保の財政支援に振り向けるものです。

なお、消費税増税の延期という話も出ておりますが、仮に増税が延期されたとしても、平成30年度からの国保への財政支援措置の拡充に関しては、財源が確保されているため先送りされるなどの影響はないものと考えております。

次のページは、改正法に規定された国保の都道府県単位化による見直しの内容を説明した資料となります。

現在の国保は、制度発足当初の自営業者・農業者を中心とした健康保険制度から、年金生活者や非正規労働者が被保険者の多くを占める制度へ変質してきております。このことにより、年齢構成が高く医療費水準が高い、低所得者が多いといった課題を抱えており、これに対応するため、先ほどご説明した財政支援措置の拡充が図られました。

また、国保は市町村単位で運営していることから、被保険者数が3,000人未満の小規模保険者が多く存在します。それらの保険者では1件の高額な医療費の発生が、国保財政運営に与える影響が非常に大きく、安定的な財政運営が図りにくいといったリスクを抱えております。それを解決する手法の1つとして、財政運営の規模を都道府県単

位に拡大し、スケールメリットの中でそのようなリスクを吸収しようとするものが、国保の都道府県単位化となります。

制度改正後の国保の財政運営の仕組みは、次のページのとおりとなります。現在は、各市町村が保険料収入や国の負担金などを財源として医療費の支払いを行っております。

改革後は、市町村は保険料を集め都道府県に納付金として納めるほか、保険給付費の支払いを行います。都道府県は、市町村からの納付金や国の負担金などを財源として、市町村が支払った保険給付費の全額を市町村へ交付します。

そのうち、納付金や保険料の決定方法を説明した資料が次ページのイメージ図となります。

まず、都道府県は保険給付費の見込みを立て、その保険給付費に対する国などの財源、つまり公費等を差し引いた額を保険料収納必要額として算定します。その金額を、市町村毎の被保険者数、世帯数、医療費水準、所得水準を考慮して、市町村に配分します。

その際に、その納付金を保険料として集めることができるであろう保険料率として、市町村規模毎に設定された標準的な収納率を用いて標準保険料率を算定し、市町村に提示することとなります。

市町村は都道府県から提示された標準保険料率を参考に、納付金を納めるために必要な保険料収入を得られるように実際の保険料率を定め、保険料を賦課徴収することになります。その際に、実際に期待できる収納率が標準的な収納率より高ければ、標準保険料率よりも低い保険料率を設定できることになり、収納率を向上させるインセンティブが確保されることとなります。

このように、様々な調整を経て保険料率が決まっていくわけですが、その調整の「さじ加減」は、都道府県内での「あるべき保険料率の考え方」を整理したうえで整理することになります。

まず、医療費の適正化をより進めるため、市町村に医療費適正化のインセンティブを与えようとする場合、市町村毎に異なる医療費の水準を全面的に反映させることとなります。その場合、医療費の低い市町村は納付金・保険料の負担が小さくなることから、各市町村がより医療費の適正化に取り組むことが期待できます。

一方、都道府県内のどの市町村でも同じ負担となるように保険料率を統一した場合、市町村間の保険料の格差がなくなることから、国保料のみを見た場合、負担が公平になっているように感じられることとなります。

なお、国としては、医療費水準に格差がある場合は、当初は医療費水準を反映しながら、最終的には都道府県内の保険料水準を統一する方向を目指すこととしています。

どちらがより適切かという考え方は、都道府県・市町村の実情によって異なることから、それぞれの都道府県内で協議の上、決定するものとされております。

次のページになりますが、保険料率の諮問の中でもご説明いたしましたが、国保料には、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分の3つの区分がございます。納付金を算定する際には、医療費水準や所得水準による調整が行われますが、後期高齢者支援金分及び介護納付金分については、医療費の水準が直接的には関係しない項目であるため、所得水準のみの調整となります。

納付金の算定方法としては、先ほどの説明と重複しますが、医療給付費から国庫負担金等の公費を差し引くことで、当該都道府県全体で集めるべき納付金の総額を算定します。その金額を市町村に配分する際に医療費水準や所得水準による調整が行われることとなります。

次ページをご覧ください。医療費水準の調整については、医療費水準を納付金に反映させることが原則とされていますが、都道府県内で統一保険料率とする場合には、反映させないこととなります。なお、医療費水準を反映させるための係数 α を調整することにより、医療費水準の納付金額への影響度合いを調整できることとなります。

所得水準の反映については、納付金として集めるべき金額のうち約半分を各市町村の所得のシェアにより配分することとされています。残りの半分については、被保険者数に応じて配分することとなります。

なお、所得のシェアに基づき配分する額と被保険者数に応じて配分する額については、全国平均と当該都道府県の所得水準の状況により決定されることとなり、所得が高い都道府県ほど、所得に応じて配分する金額の割合が大きくなります。

納付金の算定方法の概略は以上となります。

次に、標準保険料率の算定方法であります。次のページをご覧ください。標準保険料率は3つの保険料率が示されます。

1つ目は、「都道府県標準保険料率」で、都道府県単位で保険料水準を比較できるように算定するものです。

2つ目が、「市町村標準保険料率」であり、都道府県内の統一的な算定基準、つまり賦課限度額や所得割・均等割・平等割の割合などを統一した状態で、市町村毎に算定されるものとなります。

3つ目が、「各市町村の算定基準にもとづく標準的な保険料率」で、各市町村の賦課限度額や賦課割合などに基づいて算定した保険料率となります。

このうち、3つ目の「各市町村の算定基準にもとづく標準的な保険料率」については、各市町村の実態に即した状態で算定される保険料率となるため、この保険料率を実際に賦課する際の保険料率とする市町村も出てくるのではないかと考えられます。

次のページになりますが、このような納付金及び標準保険料率の導入という制度改正に伴い、保険料負担が増加してしまう場合が想定されますが、その際に激減緩和のための仕組みも導入することができるかとされているほか、都道府県内の合意により、統一保険料率の導入や納付金の対象とする範囲の拡大も可能とされております。

このうち、激変緩和措置については次ページでより詳しく説明しております。

激変緩和措置には3つの手法が想定されています。

1つ目は、医療費水準や所得水準の調整を行う際に、市町村毎の保険料が激変しないような調整率を用いる方法が挙げられます。

2つ目としては、現在の都道府県調整交付金が制度改革後は、都道府県繰入金に置き換わりますが、この財源を激変緩和に活用する方法があります。イメージとしては資料にあるとおり、保険料上昇率を一定の範囲内に抑えるなどの手法が考えられます。

3つ目としては、国が財源を拠出して都道府県に設置する財政安定化基金のなかに、激変緩和のための特例基金分が国の負担により造成されます。それを財源として、上記2つの手法をもってしても調整しきれない保険料の増を緩和することが考えられております。

次のページになりますが、この保険料の激変緩和措置の対象ですが、あくまでも、今回の制度改正による保険料負担の増に限定されています。制度改正時には、一般会計からの決算補填目的での法定外繰入を解消することが求められていますが、この法定外繰入を解消したことによる保険料増については、激変緩和措置の対象としないこととされており、そのため、現在法定外繰入を行っている市町村では、法定外繰入の解消をどのように行うかといった対応策が求められることとなります。

納付金・保険料を中心とした財政運営についての説明は以上となります。

次ページ以降は、国保の様々な事務の標準化・効率化・広域化を図るため、都道府県が策定することとされている「国保運営方針」について、ご説明いたします。

まず、運営方針のねらいですが、現在は小規模保険者が多いことから、財政運営が不安定になりやすいといった財政運営面での問題の外、事務処理にバラつきがあるといった問題点も抱えております。各種事務処理を全ての市町村が共通認識の下で業務を実施できるようにするとともに、事業の広域化や効率化を推進できるように「運営方針」を定めることとされております。

この「運営方針」に定めるべき事項は次ページの「主な記載事項」にあるとおり、先ほどまで説明した納付金・標準保険料率の算定方法なども定めることとされております。また「保険料の徴収の適正な実施に関する事項」として収納率向上対策の取り組み、「保険給付の適正な実施に関する事項」として、海外療養費支給事務や不正請求事件の債権回収に関する事務などについても、必須事項として定めることとされております。

また、ジェネリック医薬品の利用促進、医療費通知の実施などの医療費適正化に関する事項のほか、事務の効率化・広域化の推進に係る事項なども規定し、効率化を進めることとされております。

なお、これらの事項については、都道府県が市町村と協議の上決定することとなります。

ここまでの、本年4月28日に国から示された都道府県単位化に係

るガイドラインの主な内容です。

今後は、このガイドラインが示した骨格に対して、都道府県が市町村と協議の上、都道府県内で決定するとされた各種事項について、具体的に定めていくこととなります。

北海道におけるこれらの検討については、資料の次ページをご覧ください。

まず、北海道に市町村の実務担当者をメンバーとした「ワーキンググループ」を設置し、そのワーキンググループで検討を進めることとなります。その検討結果を代表市町村の課長等で構成する「広域化等支援方針検討会議」や、振興局単位で開催する「市町村連携会議」において、審議・検討を行い、その内容をワーキンググループにフィードバックして更に検討を進めることとなります。

ワーキンググループは2つ設置されます。一つが「保険給付・システムワーキンググループ」で、保険給付に係る事務処理の円滑な実施や、事務処理に利用するシステム等の処理内容の統一などについて検討を行うこととされています。現時点で整理すべき論点としては、次ページにあるような項目が挙げられています。

1つ目が収納率目標の設定であり、設定の方法やその水準の検討を行います。

2つ目が保険給付に係る共同処理であり、専門性が求められる海外療養費の審査事務の国保連等への委託の是非や、レセプト点検をより効率的に行うための手法、不正請求事件の債権回収事務などを国保連であったり、道が担うべきかどうか、担うとすれば業務のどのような部分を担当するかなどについてを検討します。

3つ目として、交通事故など本来加害者が負担すべき医療費を国保が負担している場合、被保険者に代わって加害者（第三者）に請求する「第三者求償事務」の取り組みを進めるための計画策定が挙げられています。

また、広域化・効率化を進めるための項目として、被保険者証と70歳以上の方の自己負担割合を記載した高齢受給者証を併合できないか、また様式を道内で統一できないかといった検討が行われています。

その他、各種事務処理のマニュアルを作成し、市町村間での取り扱いの平準化を図る取り組みも検討中です。

もう一つの「納付金等算定ワーキンググループ」では、納付金や標準保険料率を算定する際に、医療費水準や所得水準をどの程度勘案するか、標準保険料率算定の際の賦課限度額や賦課割合などの算定基準をどのように設定するか、保険料の激変緩和措置の対象をどのように設定するか、などを検討することとなっています。

これらの検討の進め方、今後のスケジュールについては、本日配布した資料のうち別紙7「国民健康保険の都道府県単位化に向けた検討スケジュール」をご覧ください。これは、北海道の示したスケジュールの資料を基に帯広市で独自にまとめた資料になります。

まず、納付金・標準保険料率の算定については、6月中までに、算定にあたっての基本的な事項を決定する予定です。そのうえで、平成26年度実績ベースで算定方法を検討しつつ、10月には国から納付金等を算定するためのシステムが提供されるので、それを用いて納付金等の試算を行います。その後、年度末まで算定方法の調整を行うことになる見込みです。

この間、市町村では、納付金等を算定するための基礎データを北海道へ提供できるよう9月までにシステム改修等を行う必要があります。また、試算値が示された段階で、様々な影響の検討を行い、必要に応じて道やワーキンググループに対して意見を提出することになります。

それらの意見を踏まえ、最終的な算定方法は平成29年3月末までに取りまとめられ、運営方針の「素案」に反映させる予定です。

平成29年10月には、診療報酬の改定の影響を反映させる前の状態ではありますが、平成30年度の納付金と標準保険料率が示されることになり、各市町村はその数値に基づき平成30年度の予算編成や保険料率の算定を進めることとなります。

なお、平成30年度の実際の保険料率については、これまでと同様に、被保険者の所得情報が明らかになる平成30年5月に、本日諮問したのと同じような形で運営協議会に諮り、決定していくこととなる予定です。

次に、事務処理の標準化・効率化については、既に被保険者証と高齢受給者証の併合については、市町村の意向調査が行われている状態

です。その他の項目についても、最終的に目指すものと、当面、平成30年度に取り組めるものとの区分けをしながら、ワーキンググループで検討が進められている状況です。これらについては、年内に一通りの結論を得て、運営方針の「素案」に反映させることとなります。

標準化・効率化の方向性が示された各事務については、平成29年度中に各市町村の事務処理体制やシステムの改修等を行いながら、平成30年4月の新制度の開始に備えることとなります。

これら納付金等の算定方法や事務処理の標準化・効率化を規定する「国保運営方針」については、8月に「たたき台」、平成29年1月には「素案」が示され、代表市町村で構成する「広域化支援方針検討会議」や新たに北海道に設置される「北海道の国保運営協議会」などで、審議されることとなっております。また、「素案」については、道議会の委員会へも報告が予定されているほか、パブリックコメントを実施し、広く道民の意見を募集し、平成29年4月に策定する「原案」に反映することとなります。最終的には、平成29年7月頃に運営方針が決定されることとなる見込みです。

また、これらの制度改正に対応するため、国保条例なども全面的に改正する必要が生じます。このスケジュールでは平成30年3月の議会提案となっておりますが、遅くとも、その時点までには条例を含む関連規定の整備を行うこととなります。

以上、国保の都道府県単位化に係る国のガイドラインの骨格と、それを踏まえた北海道内における検討のスケジュールとなります。

現時点では、これらの検討が始まったばかりであり、「決まったこと」をお伝えできる状態にはありません。今後、検討が深まっていく中で、今後の運営協議会の中で、その時点時点における状況について、報告させていただく予定であります。

説明については、以上となります。

会長

ただいまの説明について、ご質問、ご意見ございませんか。

委員

納付金の原則的な考え方のところで、医療費分の納付金について、

年齢調整後の医療費水準により調整を行うこととされていますが、この年齢調整とは具体的にどのようなことなのでしょう。

事務局

年齢調整後の医療費水準ですが、各市町村によって被保険者の年齢構成が異なります。たとえば、前回1月の運営協議会で前期高齢者の割合などをお答えしましたが、室蘭市では65歳以上の前期高齢者の割合が50%を超えている一方、帯広市では約1/3程度といったように、大きな違いがあります。一般的に、年齢が高くなるほど医療費も掛かることから、単純に医療費総額を被保険者数で割って一人当たり医療費を求めると、室蘭市のような高齢者の割合が高い市町村は、医療費水準が高い状態となってしまいます。

被保険者の年齢構成は市町村ではコントロールできるものではないため、納付金算定に当たっては、その影響を排除して医療費水準を比較しようとするものです。

委員

わかりました。

次に、後期高齢者支援金分と介護納付金分については、所得水準による調整を行うこととされています。これまでは加入者数に基づいて拠出額が算定されていたと思うのですが、所得による調整も行うようになるということですか。

事務局

これまで、後期高齢者支援金分や介護納付金分については、市町村毎に被保険者数等を基に拠出額が算定されていました。それを被保険者皆さんに保険料として負担をお願いする際には、所得割という形で、所得水準に応じた負担になるように配分をしていたところです。

都道府県単位化後は、北海道全体の被保険者数で拠出金額が決定し、それを各市町村に割り振り、更に市町村が保険料という形で被保険者の方に負担をお願いする形になります。その際に、保険料の所得割分として集めるべき部分について、各市町村に配分する際には所得水準も加味して配分しようとするものです。

これまで市町村レベルで見たときには、行われていなかった所得水準による調整が加わる形になります。この調整が行われることにより、所得水準が高い市町村には、より多く負担が求められることとなります。帯広市も全道平均よりは所得が高い状態にありますので、若干負担が増える可能性があるのではないかと考えております。

委員

最後になりますが、激変緩和の関係ですが、一般会計からの繰入金により保険料を軽減している市町村については激変緩和の対象外という説明がありました。帯広市は保険料軽減のための繰入を行っているので、このような激変緩和の対象外とされることで、保険料が高くなる可能性があるのでしょうか。それとも、当面は繰入を継続して、保険料軽減を図る予定があるのか、どのような状況なのでしょうか。

事務局

具体的には今後の検討事項となりますが、国としては都道府県単位化にあたって合計で年間 3,400 億円の財政支援措置を講じているので、赤字補てんの要素のある法定外繰入については解消するように求めています。一方で、法定外繰入を行った場合にはペナルティを課すことはないとしてもおり、最終的には市町村判断によるとされています。

そのため、市町村の判断で法定外繰入を継続することもできます。しかし、標準保険料率を都道府県が算定し示すことで、標準保険料率と実際の保険料率を比較した際に、一般会計からの繰入を行っている場合には、実際の保険料率が低く算定されることになるため、繰入の実施状況が明らかになってきます。そのような仕組みを講じることによって、繰入をしづらい状況になってきます。

帯広市の現状としては、平成 28 年度で約 2 億 5 千万円の保険料軽減繰入を行っております。これを平成 30 年度までに解消するとなると、例えば平成 29 年度に 1 億 2,500 万円まで縮減し、平成 30 年度に解消するとした場合でも、それぞれの年度で保険料率を大きく引き上げる必要が生じます。これまで、政策的に保険料負担を軽減してきた調整とは逆の調整を行うこととなりますので、実際に繰入を削減し、保険料水準を引き上げるといった判断をしようかどうか、難しい問題だと考えています。

また、北海道全体で見た場合でも、法定外繰入を行っている市町村は数多くありますので、それらすべての市町村が平成 30 年度に法定外繰入を解消できるかという点、実際には難しいのではないかと思います。そのため、北海道全体で法定外繰入をどのように解消していくのかといった課題についても、今後北海道に設置されたワーキンググループの中で話し合われていくものではないかと考えています。

そのような、北海道全体での方向性なども見極めながら、可能な限

り被保険者の負担が急増することがないように、進めていきたいと考えております。

委員 わかりました。ありがとうございます。

会長 他にございますか。

ないようですので、国民健康保険の都道府県単位化に係る検討状況については、以上といたします。

次に、その他でございますが、委員の皆様から何かございますか。

ないようですので、事務局からの連絡事項をお願いいたします。

事務局 次回の運営協議会の日程であります。平成 28 年 9 月中旬を予定しております。8 月中旬ごろまでに開催のご案内を差し上げる予定でありますので、よろしくをお願いいたします。

会長 ほかにございませんか。
それでは、本日の会議はこれもちまして終了させていただきます。
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。