

令和5年度 第1回 奈良県国民健康保険運営協議会 議事録

日時：令和6年1月12日（金）14：00～16：00

場所：奈良県経済倶楽部 5階 大会議室

○事務局（糸谷課長補佐）

ただいまより、令和5年度第1回奈良県国民健康保険運営協議会を開催いたします。

本日はご多忙の中、ご出席賜り誠にありがとうございます。

私は、司会を務めさせていただきます、奈良県福祉医療部医療・介護保険局医療保険課の糸谷でございます。よろしくお願いいたします。

まず、開会にあたりまして、森川福祉医療部医療・介護保険局長よりご挨拶申し上げます。

○事務局（森川局長）

奈良県福祉医療部医療・介護保険局長の森川です。

本日はお忙しい中、ご出席賜り重ねてお礼申し上げます。

この国民健康保険運営協議会は、国民健康保険法に基づき奈良県の国保運営に関する重要事項について審議いただくため、ご議論を賜っているところです。

今年度はその重要事項の一つとして、国保運営の基本となる国保運営方針の策定があり、現在は、平成29年度に策定した第1期の国保運営方針に基づき、平成30年度から令和5年度までの6カ年にわたって国保運営を行ってきました。

平成30年度から国保の財政運営が市町村単位から県単位へと移行したのは全国一律ですが、本県では特徴的な取組として被保険者負担の公平化を実現するため、「同じ所得・世帯構成であれば、県内のどこに住んでも保険料水準が同じ」となる県内保険料水準の統一を打ち出し、市町村とともに進めてきました。

この県内保険料水準の統一が、令和6年度の完成を迎える段階にきています。これは、全国に先駆けて進めてきた取組ということもあって、国保改革の先進事例として評価されています。現在では全国的にも保険料水準の統一へ向かう動きとなっているため、本県の令和5年度までの第1期国保運営方針は、極めて意義のあるものであったと思います。

またこれは、本協議会でご議論賜り着実に進めることができた結果ですので、改めて感謝申し上げます。

さて、本日の議題は、来年度からの第2期国保運営方針につきまして、その内容をご説明させていただきます。

県内保険料水準の統一が完成しようとしています。完成後にも国保運営について検討し深めていくべきテーマがありますので、この次期国保運営方針に反映して進めていく

いと考えています。

報道等でもご紹介されていますが、高齢化が進む中で、社会保障全般の持続性を担保するためには様々な課題に対応していく必要があります、国保制度を取り巻く環境もますます厳しさを増していくことが予想されます。

国においても議論を重ね制度改正を進められていますが、県としても国保の持続的安定化を如何に図っていくかを考え、地方の立場から国とも議論していく所存です。

本日はこのような内容にも触れながら、情報・課題認識の共有のもと、皆様の知見から忌憚のないご意見を賜り、今後の国保運営に活かしたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局（糸谷課長補佐）

それでは、私から本日ご出席の各委員のご紹介をさせていただきます。

公益代表、奈良県立大学名誉教授の伊藤忠通会長です。

同じく公益代表、幾中央大学教授の根津智子委員です。

同じく公益代表、弁護士の石黒良彦委員です。

被保険者代表、川西町の椿井勇司委員です。

同じく被保険者代表、天川村の奥田智子委員です。

保険医代表、奈良県医師会副会長の友岡俊夫委員です。

同じく保険医代表、奈良県歯科医師会副会長の南島正和委員です。

保険薬剤師代表、奈良県薬剤師会副会長の堀本佳世子委員です。

被用者保険代表、全国健康保険協会奈良支部企画総務部長の松井収委員です。

なお、本日は被保険者代表の廣岡委員、被用者保険代表の大西委員、三宅委員はご都合により欠席となっています。

会議の定足数については、奈良県国民健康保険運営協議会規則第3条第2項により、委員の過半数となっています。本日は委員12名中9名の委員にご出席いただいております、定足数を満たし協議会は成立していますので、ご報告申し上げます。

それでは、以降の議事の進行については、伊藤会長にお願いいたします。

○伊藤委員

それでは、議長を務めさせていただきます。

本協議会の会議については、奈良県国民健康保険運営協議会運営要領第4条のとおり、原則公開となっています。本日の会議についても公開することをご了承頂きたいと思っております。

(異議なし)

ありがとうございます。

また、本日の会議の議事録については、運営要領第5条により事務局で作成し、委員2名の署名をいただくこととなっています。今回は、南島委員と松井委員にお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

ありがとうございます。

それでは、議事に入っていきたいと思います。

次第に記載のとおり、本日の資料の1から7について、事務局から説明願います。

○事務局（辰巳課長）

奈良県福祉医療部医療・介護保険局医療保険課長の辰巳と申します。

それでは本日の議題について、お手元の「令和5年度 第1回奈良県国民健康保険運営協議会 資料」の1頁から4頁を私からご説明いたします。

1頁をお開きください。「第2期奈良県国民健康保険運営方針 策定」についてです。

上段の薄黄色の箱をご覧ください。これからご説明いたします国民健康保険運営方針は、国民健康法第82条の2の規定に基づき、国保の安定的な財政運営並びに国保事業の広域的及び効率的な運営の推進を図るため、県及び市町村の国保運営に関する方針を定めるものです。

本県では、平成30年度からの国保の県単位化に伴い、県内保険料水準の統一化を目標とする第1期運営方針を平成29年度に策定し、これまで市町村等とともに、県内保険料水準の統一化に向けた取組を進めてまいりました。その結果、令和6年度には県内保険料水準の統一化が完成する見込となっています。

本日は、第1期運営方針の次の段階を見据え、統一後となる令和6年度以降の制度設計等を定めた第2期運営方針（案）につきまして、委員の皆様それぞれの立場から忌憚のないご意見を頂戴できればと存じますので、よろしく願いいたします。

それでは、第2期運営方針（案）について、中段以降の表に沿ってご説明をさせていただきますが、本編資料と別にお配りしている別添資料の「第2期奈良県国民健康保険運営方針（案）概要」もご一緒にご確認いただければと思います。

まず、「第1 策定の趣旨」では、奈良県が目指す国保運営の姿として、受益（医療）と負担（保険料）の量的・質的均衡と県民負担の増加抑制の最大化を掲げており、これらの実現に向けた新たな仕組みや取組について、第4以降で定めています。

「第2 基本的事項」では、第2期運営方針の対象期間を令和6年4月1日から令和12年3月31日までの6年間とし、3年ごとに見直す旨を定めています。

「第3 国民健康保険の医療に関する費用及び財政の見通し」では、直近の被保険者状況を基に算出した令和11年度までの被保険者数や、国の推計ツールを活用して算出した令和11年度までの1人当たり医療費の将来推計などを記載しています。これらの推計結果については、別添概要の右上にあるグラフをご覧ください。

被保険者数については、令和4年度の約28万2千人から令和11年度には約20万4千人と、この7年間で約3割程度減少する見込です。一方、1人当たり医療費については、医療の高度化等の影響によって年々増加する見込です。また、県単位化前の平成29年度以前に生じていた市町村国保の赤字に相当する法定外の一般会計繰入及び繰上充用については、市町村の取組努力もあり、令和4年度末には概ね解消されていますが、まだ完全解消には至っていない状況となっています。

本編資料に戻りまして、資料の2頁をお願いします。1頁の続きとなっています。

「第4 標準的な保険料（税）の算定方法」では、県内保険料水準の統一化を前提とした県内統一基準による保険料（税）の算定方法を定めています。

赤字で記している標準的な収納率の設定や、新たに導入する県内統一保険料水準の抑制措置、納付金の補正制度につきましては、第2期運営方針の中でも特に重要な要素となっていますので、次頁で改めてご説明させていただきます。

また、令和6年度以降の県内統一保険料（税）につきましては、国保法第82条の3第1項の規定により、県が毎年度算定する市町村標準保険料率を参考に、改定の可否を含めて算定した結果を市町村へ提示し、必要となる手続を進めていきます。

なお、令和6年度の県内統一保険料（税）率につきましては、後ほど12頁で改めてご説明させていただきます。

「第5 保険料（税）の徴収の適正な実施」では、各市町村の収納状況を踏まえた収納対策の取組と新たな収納率目標を記載しています。

収納率目標については、次頁でご説明する標準的な収納率の県内統一化を視野に入れ、全市町村で達成すべき共通目標として現年分96%を設定しており、更なる収納率の向上を図るため、収納コールセンターの設置・運営や市町村ごとの地域特性等に応じた収納対策支援などに取り組むこととしています。

「第6 保険給付の適正な実施」では、第三者行為求償、不正請求に係る返還請求における広域的・専門的事案への対応など、保険給付の適正化に向けた取組を記載しています。

「第7 医療費の適正化に関する取組」については、後ほど17頁以降でご説明いたします第4期医療費適正化計画に基づく医療費適正化の取組を記載しています。

「第8 事務の広域的及び効率的な運営の推進」では、国保連合会内に設置した国保事務支援センターによる事務の共同化・標準化の取組に加え、マイナンバーカードと健康保険証の一体化への対応などについて記載しています。

「第9 医療・介護分野一体の取組」では、第2期運営方針に関連する他の県計画との連

携などを記載しています。

「第 10 関係団体との連携」では、県・市町村・国保連合会が連携し、第 2 期運営方針に掲げる施策等を円滑に実施するための奈良県国民健康保険市町村連携会議や国保財政・事務運営部会、医療費適正化・保健事業部会の設置について定めています。

続きまして、資料 3 頁をお願いします。「県内保険料水準の統一に伴う制度変更の要点」として、標準的な収納率の設定、県内統一保険料水準の抑制措置、納付金の補正制度の導入の 3 点について、ご説明いたします。

まず、標準的な収納率の設定についてですが、これは、市町村標準保険料率の算定に当たり基礎となる値の一つで、年度内に必要となる保険料額に対する収納の程度を表すものです。この標準的な収納率がもたらす効果を端的に申せば、設定する率が高いほど保険料率は低くなり、被保険者の負担は軽減されることとなります。

そのため、奈良県では保険料の上昇を抑制し、被保険者の負担軽減に繋げる観点から、市 98%・町村 99%に設定を引き上げることとしています。

次に、県内統一保険料水準の抑制措置について、中段にあるオレンジ色の箱をご覧ください。ここに 3 つの財源があります。このうち 2 つは交付金として、県の取組等により国から確保しているものです。もう 1 つは基金で、これまでの県による財政マネジメントにより確保しているものです。

これら 3 つの財源については、県単位化後の平成 30 年度から令和 5 年度までは、県内統一保険料水準への移行に伴う激変緩和措置の財源に活用していましたが、統一完成後の令和 6 年度以降は、統一保険料率への改定を行う市町村の納付金を減算し、県内統一保険料水準を抑制するための財源として活用することとしています。

最後に、納付金の補正制度の導入についてですが、市町村がそれぞれの被保険者から納付される保険料収入を主な財源として県に納付する市町村納付金額は原則、県が納付金算定の際に見込んだ市町村ごとの所得水準、被保険者数、世帯数に基づいて配分された額で固定されるため、所得水準等が県算定値と実績値で乖離した場合、各市町村国保に納付金財源の過不足が生じることとなります。このことは、奈良県を除く 46 都道府県においても同様の取扱いとなっています。

このような課題に対応し、奈良県で令和 6 年度から全国に先駆けて県内保険料水準を統一するため、市町村の責めによらない保険料収入、納付金財源の過不足を生じさせない財政運営上の仕組みとして、市町村ごとに実際の保険料調定額等に基づいて納付金額を補正する制度を導入することとしています。

なお、本日の運営協議会に先立ち、県内市町村への意見照会を実施しておりますので、寄せられた主な首長意見について、ご紹介させていただきます。

主な首長意見としては 2 つありまして、まず 1 つ目が、統一保険料の改定周期を複数年としてはどうかというご意見です。この点については、事前に改定周期を決めることなく、

毎年の財政マネジメントの中で判断するものと考えています。

2つ目が、全市町村で達成すべき共通の収納率目標 96%に対して、100%というご意見と、市町村規模に応じた率というご意見がありました。県全体の状況を踏まえた上で、実現可能性も含めた達成すべき目標として、96%は妥当であると考えています。

続きまして、資料4頁をお願いします。「今後の国保運営に係る主な国制度改正」についてです。

今後の国保運営に影響を及ぼす国の制度改正等の動向について、第2期運営方針に織り込まれていないものも含め、ご説明させていただきます。

表の左側にある資格、負担、保険給付、財政の4カテゴリーに分けて、項目と内容を記載していますが、赤字は既に国が実施を決めているもの、黒字は国で検討が進められているものとなっています。

まず、マイナンバーカードと健康保険証の一体化について、国は、現在発行されている健康保険証の新規発行を令和6年12月2日以降廃止し、マイナンバーカードを健康保険証として使用することを決定しました。

次に、生活保護の医療扶助の適正化について、現在、生活保護受給者は国保等の被保険者から除外され、負担なく医療費を受けていますが、国は生活保護受給者を国保等に加入させることで、生活保護受給者へのガバナンスを強化したいと考えています。そうなった場合、国保財政は悪化し、他の被保険者の負担増につながる懸念があります。

被用者保険の更なる適用拡大については、既に段階的な企業規模要件の縮小が進められていますが、国は更なる適用拡大に向けた企業規模の撤廃などを検討しており、国保の被保険者数の減少につながる懸念があります。

負担に関する項目として、こども・子育て支援金制度の創設を国は行う予定です。これは、国が少子化対策の財源を確保するため、令和8年度から医療保険制度を介した新たな負担として、国保を含む全ての医療保険者に徴収を求めるもので、その総額は国が行った実質的な社会保険負担軽減の効果の範囲内としていますが、その算出方法は不明瞭な点もあり、今後の国保財政への影響が懸念されるようです。

この下2つ、医療保険における金融資産等の取扱いと3割負担の判断基準設定等では、負担能力に応じた保険料や一部負担金の在り方を検討するとしています。

保険給付の面では、出産費用の保険適用の導入について、令和8年度を目処に保険適用の対象とする検討が進められている一方で、高額医療費自己負担限度額の見直しでは、制度の在り方を見直す検討が必要とされています。

最後に、財政については、国保の普通調整交付金における医療費勘案や高額療養費負担金の縮小・廃止が検討されていますが、特に後者の高額療養費負担金の縮小・廃止が行われた場合には、保険給付財源となる国費が減少するため、国保財政は悪化し、国保被保険者の負担増につながる事となります。

これらは、国が進めようとしている全世代型社会保障構築に向けた改革工程の一部であり、今後も国保を取り巻く環境は厳しさを増していくことが予想されますが、引き続き、県と市町村が協力しながら、国保の持続的安定化に向けた取組を着実に進めて行く所存であることをお伝えして、私からの説明を終わらせていただきます。

○事務局（船本係長）

医療保険課国保運営係長の船本と申します。ここからは辰巳に代わりまして、私から資料の5頁から15頁をご説明させていただきます。

5頁をお願いします。「令和6年度 国民健康保険事業費納付金 算定」についてです。

最初に、算定スキームの概要をご説明いたしますので、中段の図をご覧ください。ここにあるように、納付金算定には3つのステップがあります。

まず、ステップ1で県全体の費用、医療給付費等総額と収入である公費等を算出し、必要となる①保険料総額を算定します。この内容については、資料7頁でご説明します。

次に、ステップ2では、ステップ1で算定した県全体の①保険料収納必要総額を市町村ごとに割り振り、②各市町村の保険料収納必要額（納付金額）を算定します。この結果は資料9頁でご説明します。

最後に、ステップ3で、ステップ2で算定した②各市町村の保険料収納必要額に応じた保険料率となる③市町村標準保険料率を算定することとなります。こちらについては、資料12頁でご説明します。

更に、納付金算定に関わる国の制度改正があった場合は、その影響も組み込んでいくこととなります。

6頁をお願いします。「R6 国保財政に係る主な国制度改正」についてご説明します。

まず1つ目、診療報酬・薬価等改定です。これは2年に1度行われる保険医療価格の見直しで、国は今回の診療報酬改定率を0.9988とし、改定前に比べ0.12%減の医療費抑制効果があるとしています。

2つ目の保険料（税）の軽減判定所得について、国保では所得が基準値より低い被保険者に対して保険料を軽減する制度が設けられています。今回の改正では、所得の基準値を引き上げる見直しが行われます。

3つ目は国庫減額調整措置の廃止です。これまでは、市町村が福祉事業として医療機関等で支払う窓口負担の軽減・無償化を行った場合に、ペナルティとして、交付される国費が減額されていましたが、少子化対策の観点から、高校生世代まではペナルティの対象外とする見直しが行われます。

最後は、出産育児交付金の導入です。これは出産育児一時金の給付に係る負担を全世代で支え合うために、出産育児一時金の一部を75歳以上の方が加入する後期高齢者医療にも負担いただくものです。

7 頁をお願いします。「R6 国保事業費納付金の算定結果」についてご説明します。

この資料の上 4 分の 1 の範囲には、歳出に関する情報を記載しており、その下 4 分の 3 の範囲には、歳出の財源構成となる歳入の情報を記載しています。また、各項目の金額については、百万円単で総額を、括弧書きで 1 人当たり金額を記載しています。伸び率とあるのは、前年度算定値に対する増減率となっています。

それでは、上の青色、歳出の箱をご覧ください。歳出には、①保険給付費等、②後期高齢者支援金等、③介護納付金の 3 つがあり、これらの計 1,201 億 13 百万円を基に、歳入となる国費や県費、市町村納付金を算定しています。

下の歳入の箱をご覧ください。白文字で納付金と書いている赤色の小さい箱が①から④まであるかと思えます。このうち①が、市町村が保険料として徴収する被保険者負担分となります。②から④は制度上、市町村が負担する市町村費となります。

ここでは、赤枠で囲んでいる黄色と薄黄色の範囲を中心にご説明させていただきます。

まず、お伝えしておきたいことは、この赤枠の範囲が本来は保険料として被保険者の方々にご負担いただきたい額であるということです。

しかし、先ほど辰巳からの説明でもあったように、本県では、県民負担の増加抑制の最大化を図り、統一保険料水準の抑制措置を講じていることから、薄黄色の範囲に青字で書いている県抑制措置分として、県が確保した財源 8 億 52 百万円と 4 億 42 百万円の計 12 億 94 百万円を投入し、黄色の範囲の納付金①の保険料（税）額を 306 億 8 百万円まで抑制しています。

なお、保険料（税）の横に「構成割合 25.5%」とあるのは、財源全体に占める割合を表しており、これは歳出のうち約 4 分の 1 を被保険者が負担しているということです。

この保険料（税）額を確保するために必要と見込まれる保険料率が、左端にある市町村標準保険料率であり、県内統一保険料（税）率の参考となる指標となります。

続きまして、8 頁をお願いします。先ほどの資料に括弧書きで示していた「納付金算定における 1 人当たり諸数値」の昨年度からの増減を整理した資料となります。

ポイントとなるのは、まず、上の白い部分にある被保険者数ですが、前年度から 7.10% 減、19,211 人の減少となる 251,378 人と見込んでおり、団塊の世代の後期高齢者医療への移行や被用者保険適用拡大の影響により大きく減少しています。

一方で、赤字で表記しています医療費については、8.28%増、33,777 円の増加となる 441,534 円と見込んでおり、新型コロナ前に比べ医療費の増加率は高まっています。この医療費の動向については、資料 10 頁と 11 頁で改めてご説明いたします。

そして、青色の範囲にある歳出の 3 項目全てが増加しているため、一番下、黄色の保険料（税）は、県確保財源による抑制を行ったとしても、増加することとなります。

9 頁をお願いします。「令和 6 年度 市町村別 国民健康保険事業費納付金(保険料相当分)」についてです。ここまですべて見ていただいた県全体の納付金総額を、県内 39 の市町村ごとに

割り振ったもので、納付金額と1人当たり納付金額を並べています。

被保険者数が大幅に減少する影響で、ほとんどの団体に納付金額は減少していますが、一方で、1人当たりの保険コストは増加しているため、1人当たり納付金額については、ほとんどの団体に増加しています。

10頁をお願いします。「R6 医療費推計」についてです。ここでは、先ほど改めてご説明するとしていた医療費の動向等について、ご説明いたします。

まず、一番上に1人当たり医療費の推計方法とありますが、令和6年度の医療費は、令和5年度の医療費見込に、令和3年度から令和5年度までの平均伸び率と診療報酬改定率を乗じて、未就学、70歳未満、70歳以上一般、70歳以上現役の区分ごとに算出しています。

その下の1人当たり医療費のR6推計値に、全体と区分ごとの医療費推移を示していますが、ポイントとなるのが、奈良県国保の被保険者数の約7割を構成する70歳未満の動向です。70歳未満の医療費が、新型コロナ以降、大きく伸びてきており、全体を押し上げる結果となっています。

また、先ほど、資料8頁で「医療費については、8.28%増、33,777円の増加」とご説明したかと思いますが、その要因について下のグラフ、1人当たり医療費の推計値と実績値の推移をご覧ください。

R5とR6の間に青色の線①と黄色の線②、赤色の線③があるかと思いますが。この3本の線について、グラフの右側グレーの部分で解説しています。

まず、①R5推計値・R5見込値を見ていただくと、前年度の納付金算定時に推計したR5推計値407,757円に対して、この1月に算出したR5見込値は、3.58%増、14,582円上振れし、422,339円となっています。これは、前年度に見込んだ医療費の伸び率を大幅に上回るペースで医療費が増加していることを表しています。

次に、今回の納付金算定で算出した②R5見込値・R6推計値を見ていただくと、上の表のとおり、4.54%増の伸びとなっています。

このように①と②の2段階で、高い医療費の伸びが生じたため、③R5推計値・R6推計値における医療費の伸び率が、8.28%増と大きくなっています。

11頁をお願いします。こちらは令和3年3月から令和5年10月までの「奈良県国保の1人当たり医療費の動向」に関する資料です。赤い折れ線は、前年同月比の伸び率となっており、非常に高い伸びが生じているのが見て取れるかと思いますが。

参考までに、令和5年度分の伸び率の内訳を、入院、入院外、歯科、調剤の別で表にしていますが、調剤がコンスタントに高い伸びを示しており、入院、入院外についても、月によって大きく伸びている状態です。

12頁をお願いします。これまでご説明してきました納付金及び市町村標準保険料率を踏まえ、採用する「令和6年度 奈良県国民健康保険 統一保険料(税)率」についてご説明いたします。

先の医療・介護保険局長の森川からのご挨拶や、医療保険課長の辰巳からのご説明でもお伝えしたとおり、奈良県ではこれまで市町村ごとに異なっていた保険料（税）率を令和6年度に改定し、県内39市町村が同一の保険料（税）率で統一されることとなります。

この統一保険料率については、既に令和4年度の時点で算定しており、前回の運営協議会においてお示したところですが、その際にR5年度に算出するR6標準保険料率が上方乖離した場合は、県基金等の活用によりR6統一保険料率（R4再推計値）まで抑制すると条件付けをし、統一暫定率としていたところでした。そこで、今回の算定結果と令和4年度に提示しました統一暫定率を比較検討したものが、こちらの資料になります。

まず、上段の県抑制措置前の表をご覧ください。赤枠で囲んでいる市町村標準保険料率①が、先ほど資料7頁の説明で、「本来、保険料として被保険者の方々にご負担いただきたい」と申した保険料収納必要総額に要する保険料率となります。

差（統一標）とある行に、統一暫定率との乖離状況を示していますが、ここでマイナスとなっているものは、統一暫定率では設定が不足しているということになります。

そのため、赤字で書いていますように、R4年度に提示・合意したR6統一保険料（税）暫定率とするために必要な抑制措置を実施することとし、保険料が不足する医療分に、県抑制財源12億94百万円を投入しています。

その結果が、中段の県抑制措置後の表となります。医療分と後期分については、保険料収納必要総額と同水準の保険料が確保できる見込みですが、一方で、介護分の差を見ていただくと、所得割で0.50ポイント増、均等割で3,439円高い設定になっています。

これらを踏まえ、下段に示しているR6統一保険料（税）率については、医療分及び後期分は、R4年度に提示・合意したR6統一保険料暫定率を、介護分については、市町村標準保険料率を採用することとし、ピンク色の表に示している統一保険料（税）率により、県内保険料水準の統一を令和6年度に実施いたします。

13頁をお願いします。今回の納付金算定結果を含む「令和6年度 奈良県国民健康保険事業費特別会計 歳入歳出予算（要求）」の概要となっています。

令和6年度の予算要求総額は1,222億6千万円で、前年度予算額から4.7%の減、60億4千万円の減少となっています。

前年度より予算額が減少している最たる要因は、令和6年度の県内保険料水準の統一完成に伴い、令和5年度までの移行期間に限り市町村へ交付していた交付金約60億円が不要となったことです。

なお、ここでお示ししている令和6年度の予算額は、現時点での要求額であり、今後の予算編成過程において、変更となる可能性があることについてご留意願います。

14頁をお願いします。「令和4年度 奈良県国民健康保険事業費特別会計 歳入歳出決算」の概要について、ご報告させていただきます。

令和4年度決算上の収支差は10億5千万円の黒字となっておりますが、この中には国庫

の概算交付に伴う超過交付額 7 億 3 千万円が含まれているため、これを返還した後に残る正味の収支差は 3 億 2 千万円の黒字となります。

国庫返還後の黒字分 3 億 2 千万円については、右下の薄黄色の吹き出しにあるように、基金に積み立て、医療費等の増加に伴う保険料負担の抑制などに活用することとしており、令和 6 年度には基金から 4 億 4 千万円を取り崩す予定です。この基金の運用状況については、次の資料でご説明いたします。

15 頁をお願いします。「奈良県国民健康保険財政調整基金」の運用状況についてです。

下段の奈良県国民健康保険財政調整基金の推移をご覧ください。黄色の部分、令和 5 年度末時点での残高見込みは約 35 億円です。ここから、令和 6 年度に 4 億 4 千万円を県内統一保険料水準の抑制措置財源として取り崩すこととなりますので、予算ベースでは令和 6 年度末時点における基金残高は、30 億円程度となる見込みです。

令和 7 年度以降も医療費等の保険コストの増加が見込まれることや、今後の国制度改正によってはネガティブな影響が生じる可能性があることなどを踏まえると、これからも基金の活用需要は高まることになるかと思しますので、基金運用を含め、引き続き、国保財政の安定的なマネジメントに努めてまいりたいと思います。

私からの説明は、以上となります。ありがとうございました。

○事務局（田仲補佐）

医療保険課課長補佐の田仲と申します。よろしくをお願いします。

私からは、資料 16 頁から 19 頁の奈良県医療費適正化計画につきまして、引き続きご説明させていただきたいと思えます。この医療費適正化計画ですが、冒頭で説明のあった運営方針の「第 7 医療費の適正化に関する取組」と連動するもので、県全体に係る内容となっています。

まず、16 頁をご覧ください。こちらは、平成 30 年度から令和 5 年度までの 6 年間取り組んできた第 3 期計画に関する結果・状況の分析です。

上段のグラフをご覧ください。現在の医療費の状況を示しております。一番左につきましては、各年度の県全体の医療費の推移です。右に令和元年度から令和 4 年度まで棒グラフがありますが、新型コロナの影響を受けた令和 2 年度を除き、右肩上がりとなっています。赤の破線で医療費目標 4,813 億というラインがありますが、これが第 3 期計画の医療費の目標ラインです。現在はこれを超えて、医療費が推移している状況です。

本県の医療費の全国の中での状況が、次の真ん中のグラフになります。奈良県は、色が緑色になっています。これは全国との地域差の状況を見たところ、本県が全国のほぼ中央に位置することを示しています。

右側の棒グラフをご覧ください。令和 3 年度の 1 人当たりの年齢調整後の医療費とあります。これは高齢化などの影響を除いたものになります。本県は中央の赤枠に位置しており、

概ね全国の平均値となっています。

この第3期計画の取組ですが、目標に基づき取組を定めており、それが下半分になります。オレンジ色になっているところが、取組の柱の項目です。柱は3つ、1つ目は「医療の効率的な提供の推進」、2つ目は「県民の健康の保持の推進」、3つ目は「介護給付の適正化」です。

それぞれ中央に、この第3期計画期間中の取組実績の動きと令和4年度の状況を記載させていただきます。目標となる水準に達したものの、また、なかなか達しづらい状況にあるものなど、様々です。

例えば、1つ目の「医療の効率的な提供の推進」の2をご覧くださいますと、後発医薬品の使用促進は全国の目標が80%となっています。本県も全国と同様に取り組んでまいりましたが、ご覧くださいますと令和4年度は74%、全国順位は46位となっています。ただし、平成29年からの伸びをみてみますと約10ポイント伸びており、この伸び率は全国平均以上となっています。これは、各保険者や医療関係者の皆様にご協力いただいた結果であると考えています。

取組の柱の2つ目の1、特定健診などの取組状況ですが、全国の目標と同様に、県の目標を特定健診は70%、特定保健指導は45%と定めて取り組んでまいりました。中段にありますように、特定健診は県全体で49.4%、特定保健指導は23.6%というところまでできています。こちら、新型コロナの影響を受けていましたが、右肩上がりに転じてきました。国保に関してはなかなか実施率が伸び悩む保険者もいらっしゃいますが、それぞれに取組を進めていただいているところです。

また、第3期計画につきましては今年度末に終了し、来年度に改めて実績評価を行うというところです。今ご覧いただいたのは、中間の評価状況になります。

続きまして、17頁をご覧ください。こちらは来年度からはじまる第4期計画の概要です。この計画は、令和6年度から令和11年度までの6年計画となっています。

主旨については、抜粋して2つお示ししていますのでご覧いただけたらと思います。

1つ目は、人口構造が大きく変化していく中で、本県は他県より特に高齢化が大きく進んでおり、国民皆保険を将来にわたり維持し続けていくためにも、医療費が過度に増大しないよう医療費適正化にしっかり取り組んでいく必要があるという認識を持っています。

2つ目は、その認識のもと、2つの視点を持って取組を進めるということです。1つ目が、エビデンスを踏まえた県民の健康増進を促進すること、2つ目は、医療提供のさらなる効率化を患者側・医療提供側の両面から促進すること、これらを軸として医療費適正化に取り組んでまいりたいと考えております。

下の基本事項ですが、4つ目の項目、位置付けをご覧ください。

この計画の位置付けですが、県民の受益と負担の均衡を図るよう、医療費適正化、そして国保の県単化、並びに地域医療構想、これらを県が総合的にマネジメントすることで国民皆

保険の持続可能性の向上を目指します。

右側のカラーの部分でご覧いただけますが、これまでの第3期計画で取り組んできた考えを引き継ぎ、第4期適正化計画においても、それぞれ協力・連携しながら取り組んでまいりたいと考えています。

次の18頁をご覧ください。医療費適正化計画は、医療費の状況を見ながら課題認識を持ち、取組を進めるという構成になっています。

3番目、医療費の状況ですが、2つ項目を挙げています。

1つ目は、先ほども申し上げましたように、人口構造が大きく変化し、高齢者世帯の割合が増えて医療を必要とする世代が増加しているということです。

今後、現役世代の割合が減る中で、県民1人当たりの負担が増加していくことを踏まえると、適正化の取組の一層の強化がさらに重要になっていくという認識を強く持っています。

2つ目ですが、このようなことから特に生活習慣の影響が大きい疾病に関する医療費が高齢期に増えていくことが予想されるため、医療提供体制のさらなる効率化を図り、若年期からの生活習慣の改善、疾病の発症予防、早期発見・早期治療等がさらに重要になります。

真ん中左側をご覧ください。ここでは人口構造の変化をお示ししております。赤字で書いておられますとおり、奈良県の生産年齢人口割合は全国の10年後の値と同じ、つまり全国より10年早く人口構造が変化していくことがわかります。

真ん中の医療費と負担額の違いは、上側に伸びる青の棒グラフは年代別の医療費の規模、下側に伸びる緑の棒グラフは年代別の負担の規模です。当然のことながら負担額は若年期、医療費は高齢期に伸びていく構造です。

右側の疾病分類別の医療費ですが、これは1人あたり医療費の高いものから順番に並べており、赤色の項目は生活習慣の影響が大きいと考えられる疾病です。こういったところは特に、中年期から高齢期にかけて医療需要が高まります。

4番目の医療費目標の設定という項目です。この医療費適正化計画に定めるものは大きく2つあります。まずは、医療費目標の設定です。そして次に、それを達成するために、分野を分けてそれぞれの目標と取組施策を定めています。この度、第4期計画の目標に関しては、国から提供される医療費の推計ツールに基づき、赤字で書いておられますように、6年後の令和11年度は、5,451億円を目標設定としています。

下にグラフがいくつかありますが、自然体に進めると5,500億円あたりというところですが、こちらにありますように、医療費適正化の取組の結果、約59億円の医療費適正化効果額が差し引かれ、目指す医療費は5,451億円となっています。右側をご覧ください。この59億円は後発医薬品使用促進の他、様々な取組効果を想定するものです。

19頁をご覧ください。今申し上げたような医療費目標を達成するために取り組む、それぞれの施策別の目標などです。

この取組は大きく柱が2つあります。1つ目が一番左、県民の健康の保持の推進。その隣

にグレーの箱がありますが、1つ目の柱に基づき、生活習慣病の予防などに取り組んでいくという考え方です。

2つ目は、医療の効率的な提供の推進です。これにつきましては、右側にいくつか箱が伸びていますが、2つ目の青色の枠を見ていただくと、医薬品の使用の適正化などに取り組んでいくという考え方で、第3期計画で取り組んできたものは第4期計画においてもすべて引き続き取り組んでいきます。

加えて、新たなテーマにも取り組んでいきます。それぞれの柱に8つずつ、施策の項目を示しています。資料中央、カラーの枠のところがそれぞれの項目のテーマです。右側に、分野別の項目に基づく目標をお示ししています。これらは、国保運営方針において「第7 医療費適正化に関する取組」というものを掲げており、各保険者がそれぞれ作るデータヘルス計画を軸に、保険者、県、国保連合会が連携・協力して、実行性を高めていくというものです。

下に計画の推進体制とありますが、1つ目は県の役割で、医療費適正化計画の中心的な役割を果たしていくものと認識しております。2つ目は保険者の役割で、保険の運営主体であり、医療適正化に向けた保健事業の実施主体として保険者機能を発揮していくものと位置付けており、それぞれが取り組んでいくという整理になっています。

先ほど申し上げましたように、運営方針やデータヘルス計画等に基づきいろいろな適正化に取り組んでまいります。

簡単ではありますが、医療費適正化計画に関しまして私からの説明は以上になります。ありがとうございました。

○伊藤会長

ただいまご説明がありましたが、ここからは委員の皆様よりご意見あるいはご質問を賜りたいと思います。

○松井委員

協会けんぽ奈良県支部の松井と申します。ご説明ありがとうございました。

私どもは中小企業の医療保険者ですが、国保と同様にやはり医療費が増加しています。高齢化社会のため後期高齢者支援金等が年々増加し、医療技術の進歩から長生きする時代にもなってきています。

このようなことから、現役世代にも医療にかかる前に検診を受けていただくという基本的なことから、健康で長生きするための準備をしてもらえるよう進めている状況です。健診の実施などできることから保険者間で連携してやっていけたらよいのではないかと思います。

そして、国保ではこの令和6年度から県内保険料水準の統一をスタートするということ

ですが、できるだけ同じ水準を維持するために中長期的な視野で考えておられるのでしょうか。なかなか保険料率を維持するのは難しい部分もあると思いますが、協会けんぽでは10%としています。ただ、これもいつまで維持できるかはわかりません。

国保で保険料水準の統一をせつかくスタートさせるのであれば、できるだけ長く同じ保険料を維持できるような状況を作っていたらと考えています。

最後に、資料15頁の財政調整基金について、これは調整していく中で最終的にはなくなるのでしょうか。以上です。

○事務局（船本係長）

ご質問ありがとうございます。財政調整基金につきましては、なくなるかどうかは結果論になると思います。毎年度算定する際に、翌年度にどれくらい費用がかかるかを見込んだ上で、基金をどの程度活用していくか、その判断において使わないということもできますが、できるだけ抑制していきたいところです。先ほどご意見いただきましたように、保険料を毎年変えないように基金を活用していくとなると、徐々に減っていくと思います。

○松井委員

わかりました。毎年の判断になるわけですね。ありがとうございます。

○伊藤会長

ありがとうございます。補足などはございますか。

○事務局（辰巳課長）

お尋ねいただきましてありがとうございます。先ほど船本からご説明させていただきましたように、国保は毎年度、標準保険料を算定し、それに基づいて保険料率の改定をどうするか検討していきます。そこで保険料の抑制に際し、県・国の公費等と、今お尋ねいただきました財政調整基金を活用してまいります。財政調整基金というのは、年度間の財政収支の調整機能です。そういった趣旨のもとで、決算で剰余金が出た場合は積み立て、有効活用しています。

市町村の皆様方と協議しながら、できるだけ変動のないようにとは思っていますが、医療費の増加等々により保険料も変動する部分は一定ありますので、都度ご意見を賜りながら検討していきたいと考えています。以上です。

○伊藤会長

ありがとうございます。その他、ご意見やご質問はございませんか。

○根津委員

根津です。奈良県では全国に先駆けて保険料水準統一の取組を粛々と進めてこられたとのお話が局長からもありました。また、2025年に向けてかなり人口構造が変わり、様々な国の制度も変わっています。

そこで1点目、今回の国保運営方針は、期間が6年間あるとのことですが、それを途中で評価・改定する予定はあるのでしょうか。

2点目、国保の保険料がやはり少しずつ上がってくるということで、高齢化の影響によりやむをえない部分もあるかもしれないですが、やはり今、国が力を入れている少子化対策も関連していると思います。保険料が増えることについて、国保被保険者の高齢者割合は非常に高いので、直接的には関係ないのかもしれないですが、少子化対策に貢献していることを周知されてもいいのではないかと考えています。

3点目、国保のデータヘルス計画についてです。KDBデータの分析や介護とのデータの連結等をいろいろされていると思うのですが、医療費適正化に関する取組があまりアップデートされてないように見受けられます。ずっと同じ内容になっているので、進めてきた分析による、さらなる別の取組項目が出てこないのかどうかをお尋ねしたいです。

4点目です。医療費適正化計画のところで、どれも数値が改善傾向にあるように思うのですが、要介護認定率の市町村格差が非常に大きい点が少し気になります。コロナ禍を経て、都道府県間でも方針の格差が広がっているということもありますけれども、県内で一体何が起きているのか、認定基準の違いによる事務的な問題なのか、それとも本当に要介護者に地域差があるのかどうか、もしわかるようでしたら教えていただきたいです。

最後に5点目、これからおそらく国では外国人の方をかなり受け入れていく方向性になると思うのですが、国保に関しては外国籍の方に関係する問題は、特になのでしょうか。そもそも、あまり被保険者として対象にならないのでしょうか。

○事務局（辰巳課長）

まず1つ目です。運営方針の改定につきまして、A3横の別添資料をご覧ください。左上、第2の基本的事項の下3行目、括弧書きにありますように、3年ごとに見直しを行うこととしています。

2点目、少子化対策への貢献について周知してはどうかということで、貴重なご意見をいただきありがとうございます。そういったことも含め、周知していきたいと考えています。

3点目、データヘルス計画に基づくKDB等の分析について、何か新たに見えてきたことはないかということでした。資料18頁をご覧ください。真ん中のグラフの右側の疾病分類別医療費のところ、やはり生活習慣病に関係するものが非常に多くなっています。こちら実は年代別もありまして、医療費適正化計画中ではそういった観点も含めて分析しております。生活習慣病について、国保は特に高齢者も全体的に多いです。その対策としましては、

やはり若年期のうちに何か対策ができないかと考えているところです。先ほど松井委員からもご助言いただきましたが、まずは健診の受診率を上げていくことも大切ですし、若い世代の健康向上と、そのあり方を検討していかなければならないと思いますので、県の健康長寿基本計画とも調和・連携しながら進めてまいります。

一旦、1つ飛ばしまして5点目、外国人の受け入れについてです。基本的に住基登録されている方は、国保の適用対象となります。保険料の収納等々で言語の問題からご理解が進むかどうかという課題があるものの、国保では外国人の方に向けてパンフレットを共同事業で作成しており、それを用いて各種手続きをご紹介・ご案内いただいているところです。

○事務局（森川局長）

根津委員からご質問いただいた5点のうち3点目について、課長からの説明を補足させていただきます。また、4点目の要介護認定率については、介護保険課が所管となっておりますので、あわせて私から回答させていただきたいと思います。

まず、3点目の適正化の取組があまり代わり映えない現状、ご指摘のとおり医療費分析の中で有効な取組を引き出していく必要があります。第3期計画、今年度までの6年間で、医療費分析を1つ重要なテーマとして位置づけてこれまで取り組んできました。

医療費分析は全国的にも広く一般的に行われています。ただ、それについての我々の認識・評価としては、それは果たして分析といえるのか、単にその集計に留まっているか、結局その分析は、役に立たないといけないわけです。

その役に立つというのは、医療費の構造を分析することで具体的にどのような取組をしたら医療費を抑制することができるのか、ひいては県民の方の健康に繋げることができるのかを見出すことができるような、そういう性格があって初めて医療費分析が意味のあるものになります。我々もそのような分析を目的として取り組んでいく必要があるということ引き続き今後6年間も進めてまいります。

ただ、そのためには、世の医療費分析でどういうことをされているのか等を広く情報収集し、評価し、その上で我々としてどういうものを構築していくべきなのかを検討しなければならないわけですが、これがなかなか難しいものです。

研究機関等の成果も全てみていく中でも、我々が活用できるものなのかどうか、そして、そういったものを自ら構築していこう、見いだしていこうとすることに対して非常に意欲的ではあっても現実には難しいところです。

当然、我々だけの手には負えませんから、厚労省の研究機関として国立保健医療科学院というのが埼玉県にあります。県内には県立医科大学があり、近畿では京都大学があります。こういった医療費分析を専門分野として取り組んでおられるところがありますので、知恵をいただき、連携して、有効な分析手法を生み出していこうとこれまで進めてまいりました。

その中で成果というのは一定出てきているわけですが、最終のアウトカムとして、こうい

う分析からこういう取り組みが有効だと即繋げられるような状態、そこまでにはなかなか辿りついていません。引き続き来年度からの第4期計画期間においても、専門的な研究機関と連携し、その結果を県内市町村等と共有しながら、県全体の底上げに繋がるように進めていきたいと考えています。

4点目、要介護認定率の差についてです。実際、要介護認定につきましては市町村ごとに実施しておりますので、市町村ごとに生じる差は現実にあると思います。

それは何によるものなのか、要因は2つ考えられます。1つは合理的な理由があって、この市町村の認定率が高い、この市町村の認定率は低いという場合と、もう1つはただ単に、認定にあたる職員のスキルの差によって、やたらと認定してしまう、あるいは、なかなか認定に至らないという差が生じてしまう場合です。この考えられる2つの要因について、客観的に分析するのは非常に難しいのですが、諸々の情報から総合的に判断すると、1つ目よりもむしろ2つ目の原因により認定率に差が生じていることが多いです。

しかしこれは当然、本来あってはならない差です。その差を解消していくために、そもそも今現状の要介護認定に当たっていただく方々のスキルにどれだけ差があるのかをまず調査していただく、その上で客観的に現場の状況を把握します。やはりそこに差があり、適切な認定ができてない場合については、そのスキルを高めてもらうために、各種研修を受けていただくことが必要であると思います。それは、市町村レベルで行うのはなかなか難しい面もありますので、県は県全体としてレベルの底上げをするために研修を実施する取組を進めているところです。

ただ、そういうスキルの差だけではなく、厳密に言えばその市町村差で正しい、要は正確に認定していたとしても一定差が出てくるということも考えられます。

これは次のテーマとして、問題意識を持って詳しく調査し、明らかにして、課題があるならば解消していきたいと考えております。以上です。

○伊藤委員

他にご意見ありますでしょうか。ないようでしたら、私からも1つお伺いします。

根津委員からもご質問があった医療費適正化について、今、局長からも関連していろいろご説明いただきました。

資料18頁、医療費目標の設定の説明冒頭に、国の推計ツールを使っていらっしゃるのですが、これは奈良県の場合、国の推計ツールの結果にぴったり合うのでしょうか。

これはおそらく県の医療費構造の問題があって、医療費分析を通じてそこが明らかになってくると、奈良県バージョンの医療費推計ができるのではないのでしょうか。

要は、保険に関していうと、背景にあるのは被保険者間の構造的な問題による不平等から起こってくる課題なので、そのところを解消しながら保険料水準や医療費適正化を考える必要がある、これがこれからの課題だと思うのですが、このあたりはどうでしょうか。

○事務局（辰巳課長）

ご意見ありがとうございます。医療費目標については、国から提供いただいた推計ツールを用いています。これについての評価は、費用を入院・入院外に分け、年代ごとや病床機能ごとなどに精緻な積み上げになっています。適正化効果額につきましても、国が基本方針で示す目標の考え方に沿って設定し、これまでの基本となる年度の医療費をもとにして、それが達成された場合はということで計算されるようになっていきます。

これが奈良県にマッチしているかどうかを考えたときに、足元の医療費は奈良県のものを使うのが外来の考え方です。入院については、地域医療構想に掲げられている必要病床数に基づき、単価や人数をかけ合わせて算出しているというところだと思います。これらの評価については、今後明らかになってくるものと認識しています。

ご存じのように地域医療構想は2025年までの構想です。次の改定のタイミングがありますので、今後、この医療費適正化計画についてもそのタイミングで医療費目標を再推計・再計算し設定するというのが国の考えでもありますので、県としても同様の取扱いとしています。以上です。

○椿井委員

椿井です。資料を見せていただき、本当に日々苦勞されているということを感じました。

まずは、本当に心から感謝申し上げたいと思います。全くの素人での的外れた質問をすることもかもしれませんがご容赦ください。

1つ目は、本町の国保運営協議会においても話題となっていたのですが、後発医薬品についてです。数値を見ますと、本県は平成29年には64.6%で46位、それが令和4年には74.2%で依然として46位となっています。これはどのように分析されているのでしょうか。

この分析ができないことには、目標とされている行動目標の80%に使用割合を高めていく、全国1位の水準へと持っていくというようなことは難しいのではないのでしょうか。

目標としては素晴らしいことですが、このあたりについては私素人からすれば、テレビで情報を得るような中ではいい面はなかなか耳に入らず悪い面ばかりが入ってくる印象です。

その中で後発医薬品の善し悪し、そういう極めて専門的な内容を素人が勝手に判断し選択してしまうのは、奇妙な現象であると感じています。

これから後発医薬品の使用促進をしていく中で、どのように考えておられるのかを教えてくださいただけたらありがたいです。教えていただいたことについては、市町村に持ち帰って話もさせていただきたいと思います。

2つ目は、収納対策についてです。資料14、15頁にありますように、第2期運営方針の中でこちらもいろいろと工夫し、努力されているところだと思います。

収納率を上げていこうとしておられることはよくわかるのですが、徴収方法、滞納処分といったいわゆる収納体制の強化、このあたりについては市町村ごとにばらつきが見られる

ということですが、平準化・標準化を図るご予定はあるのでしょうか。

初歩的な質問で申し訳ないですが、よろしくお願いします。

○事務局（辰巳課長）

2点ご質問ありがとうございます。

1点目、後発医薬品の取組についてです。後発医薬品につきましては、第3期医療費適正化計画の中で委員お述べのとおり目標を80%に設定して取り組んでまいりました。このことについての評価が、全国46位の水準ということです。

先ほどと少し重なりますが、伸び率としては9.5ポイントということで、全国平均を上回っているところですが、本当にいろいろな条件の中で各保険者や医療関係者の方々の取組のおかげだと思っています。その中で、奈良県が全国に比べて今46位、数ポイントの差ではありますが低くなっています。この低位である要因として考えられることについて触れさせていただきます。

まず、奈良県は院内処方、つまり調剤薬局で薬をもらうのではなく受診した病院で薬をもらっている割合が高いということが挙げられます。数値としては、奈良県の院内処方割合は31%強、全国で7番目に高くなっています。これがなぜ要因といえるかと申しますと、院内処方の医療機関の後発医薬品の使用割合が、院外処方の医療機関に比べて、15ポイント以上少ないというデータがあり、院内処方の割合が高くなると後発医薬品の使用割合が低くなる傾向にあることが一定わかってきています。様々な要因があるうちの1つの傾向ということでご紹介させていただきます。

また、一概には言えないですが、奈良県は所得水準が高く、これも1つの要因であると考えています。所得水準が高いと使用割合が低いというのが、統計上、全国的な傾向としてあります。奈良県の1人当たりの課税所得が全国で9番目に高く、これも地域の特性ではないかと思えます。近畿地方全体としても全国比較すると使用割合が低い県が多い傾向にあります。

そうした中で、後発医薬品の安定供給の問題もあります。医療現場で薬が十分に供給されていない状況下でどのように取り組んでいくかが課題となっています。

また、国の制度改正も検討されています。先発医薬品を処方される場合には、後発医薬品と先発医薬品との差額について一部自己負担を設け保険の適用から外すことが議論されています。

第4期医療費適正化計画においては、目標は当然、使用促進することですが、こういった状況を踏まえた上で、定性的に使用促進していこうという考えです。

国でも様々なことを検討されておりますし、先ほど運営方針の見直しという話もありましたが、医療費適正化計画の中でも今後の制度の変更に応じて目標の見直しをする予定です。

2つ目、収納対策についてです。収納体制の市町村のばらつきをなくしてはどうかというご意見をいただきました。

今の状況をご紹介しますと、今年度はまだ収納率の確定値が出ていませんので、令和4年度の収納率でいうと県平均が95%ぐらいです。市町村別の差ですが、最高で100%のところもあれば低いところで91%強となっており、8%強の差が生じています。これも地域の特性の差がありますし、努力されてもなかなか結果がでないということもあろうかと思えます。

県から市町村への協力としましては、収納対策の取組の標準化に向けて収納対策マニュアルを令和2年3月に策定しています。このマニュアルに沿って、各市町村で収納対策に取り組んでいただいています。

また、国保連合会という診療報酬の審査支払い等を行う組織の中に市町村事務の共同化を行う、国保事務支援センターを設置しています。効果の高い収納対策の取組みを共同化し、収納率の向上に取り組んでいるところです。

具体例としては、コールセンターを設置し、滞納の初期段階での声かけをする事業の共同化や国税OBなど専門的な知識を有する徴収アドバイザーの派遣、市町村職員に対する収納対策研修等を行っています。

今後は、個々の取組の好事例を集めて横展開するようなことも考えています。収納率を向上させて保険料抑制に繋げることは非常に重要だと考えておりますので、引き続き取組を積極的に進めてまいりたいと思います。よろしく申し上げます。以上です。

○伊藤会長

ご意見等ありがとうございます。他にご意見、ご質問はないでしょうか。

ないようですので、本日の議題については以上です。ありがとうございました。

それでは、事務局お願いします。

○事務局（糸谷課長補佐）

本日は長時間にわたり、貴重なご意見、ご質問をいただきありがとうございました。

これをもちまして、本日の協議会を終了させていただきます。

委員署名

南島正示

松井 収