

平成29年度 第2回東京都国民健康保険運営協議会

1 日時 平成29年11月21日（火曜日）午後5時55分～午後7時42分

2 場所 東京都庁第二本庁舎31階特別会議室27

3 議題 東京都国民健康保険運営方針（案）について

4 出席者（五十音順）

和泉なおみ委員、うすい浩一委員、岡田幸男委員、加島保路委員、
須崎眞委員、土田 武史委員、鳥居こうすけ委員、那須隆委員、蓮沼剛委員、
長谷川初枝委員、羽村富男委員、細谷しょうこ委員、松本博恭委員、
元田勝人委員、矢口道博委員、山崎一男委員

5 議事

○梶野国民健康保険課長 大変お待たせいたしました。少々時間より早いですが、委員の皆様全てご到着でございますので、ただいまから第2回東京都国民健康保険運営協議会を開催いたします。

本日はお忙しい中、ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。私は本協議会の事務局を務めております、福祉保健局保健政策部国民健康保険課長、梶野と申します。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

まず、委員の出欠状況でございますが、保険医・保険薬剤師代表の平川委員、目々澤委員、新井委員、石垣委員、そして被用者保険等保険者代表の毛利委員の5名の皆様については、ご都合により欠席される旨のご連絡をいただいております。東京都国民健康保険運営協議会条例第7条の規定によりまして、本協議会の成立には過半数の委員のご出席が必要でございますが、本日は、委員21名のうち16名の方にご出席をいただいておりますので、協議会が有効に成立していることをご報告いたします。

次に、机上に配付しております資料の確認をさせていただきます。まず次第、それから本協議会の委員名簿、座席表、A4横長の平成29年度第2回運営協議会資料という表題

があるもの、それから別紙がございまして、まず別紙1として、30年度仮係数に基づく納付金額、別紙2としまして、30年度仮係数に基づく1人当たり保険料額、そして別紙3、30年度仮係数に基づく標準保険料率、さらに、A4縦の東京都国民健康保険運営方針（案）、さらに第1回協議会の議事概要でございます。お手元の資料に不足がございませんでしょうか。もしもございましたら事務局にお申しつけください。

続きまして、会議の公開についてですが、本協議会は公開となっており、本日も多くの傍聴のお申し込みがございまして、既に入室いただいているところでございます。

また、本日配付いたしました会議資料、議事録につきましては、後日ホームページで公開する予定でございます。

なお、各委員の皆様、ご発言の際には、机上にございますこのマイクの手前のボタンを一度押していただき、赤いランプがついた状態で、着席のままご発言いただきますようお願いいたします。

続きまして、お手元に本協議会の名簿をお配りしてございますが、前回ご欠席だった委員、また前回協議会后に、所属団体の人事異動によりまして新たに委員にご就任いただいた委員のご紹介をさせていただきます。

まず、被保険者代表の岡田幸男委員でいらっしゃいます。

○岡田委員 岡田でございます。よろしくどうぞお願いいたします。

○梶野国民健康保険課長 続きまして、被用者保険等保険者代表、元田勝人委員でいらっしゃいます。

○元田委員 元田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○梶野国民健康保険課長 それでは、これ以降の進行につきましては土田会長にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○土田会長 土田です。どうぞよろしくお願ひします。

今日は諮問から答申まで予定しておりまして、一応2時間ですが、多少時間が長引くかもしれません。できるだけ時間どおり終えたいと思います。どうぞご協力をお願いしたいと思います。

それでは最初に、諮問を受けたいと思います。諮問文につきましては、既に皆様にご配付いただいていると思いますが、東京都のほうから諮問内容について、趣旨説明をお願いいたします。

○梶原福祉保健局長 東京都福祉保健局長の梶原でございます。委員の皆様方におかれま

しては、ご多用のところ本協議会にご出席を賜り、心より感謝申し上げます。また、日ごろから国民健康保険事業をはじめ東京都の福祉保健医療行政に多大なるご支援、ご協力をいただいておりますことに、改めて御礼を申し上げます。

早速でございますが、本日の諮問の趣旨につきまして、ご説明をさせていただきます。本日は、東京都国民健康保険運営方針の策定についてお諮りをいたします。制度改革により、平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となって、区市町村とともに国民健康保険制度の運営を担うこととされました。東京都国民健康保険運営方針は、都と都内区市町村とが一体となって、国民健康保険に関する事務を共通認識のもとで実施し、安定的な財政運営及び区市町村が担う国民健康保険事業の広域化・効率化を推進するため、都内の統一的な方針として、改正後の国民健康保険法第82条の2の規定に基づき、都が策定するものでございます。本日の協議会では、これまで都と区市町村との協議及び改正国保法に基づく意見聴取の結果を反映した運営方針案につきまして、ご意見を賜りたいと存じます。委員の皆様におかれましては、幅広い見地からご審議いただき、答申を賜りますようお願いを申し上げます。

○土田会長 ありがとうございます。

ただいま話がありましたように、今日の諮問事項は、東京都国民健康保険運営方針の策定でございます。これから審議に入りたいと思います。最初に、本案件に対する資料の説明を事務局からお願いいたします。

○梶野国民健康保険課長 それでは、お手元に、A4横長の資料をご用意いただけますでしょうか。運営方針につきましては、前回、第1回協議会におきまして、素案の概要をご説明したところでございます。今回、最終的に取りまとめた案について諮問させていただき、ご意見をいただくということでございますが、まず初めに、運営方針策定の流れについて簡単にご説明をいたします。

資料の2ページをごらんください。運営方針につきましては、改正国保法及び国が示しております策定要領において、区市町村との連携会議で意見交換を行い、また法に基づく区市町村への意見聴取を行った上で、都道府県の国保運営協議会での審議を経て決定するとされております。都におきましても、昨年度から区市町村との連携会議で検討を重ねました結果、取りまとめた素案を前回9月の協議会でご説明し、その後10月には法に基づく意見聴取を行い、寄せられた意見を踏まえて修正を加えました案を本日お示しするものでございます。

今後は、いただきました答申を踏まえて、年内に運営方針を策定するという流れでございます。

法に基づく意見聴取の結果は、資料の3ページから5ページまででございます。区市町村からは、表記の修正等細かい意見を除きまして、延べ80項目近くの意見が寄せられました。ここでは、主な意見と意見を踏まえた方針案の反映状況、または意見に対する都の考え方等を記載してございます。

ここでは複数の区市町村から同様の意見が出されたもの等を中心にご説明いたしますが、右側に【運営方針案に反映】と記載している項目につきましては、方針案への加筆修正等を行っておりますので、後ほど方針案の本文とあわせてごらんいただきたいと思います。

では、まず3ページの3つ目、赤字解消・削減、法定外繰入の解消・削減につきましては幅広い意見がございまして、解消計画の策定に当たって区市町村の実情を踏まえた対応が必要というご意見の一方で、各区市町村の取り組みの進捗に差が生じかねないため何らかの目安、年次等を定めるべきという意見もございました。運営方針の素案でも、法定外繰入の解消・削減の方向性等については記載しているところでございますが、それぞれの区市町村によって法定外繰入の規模・要因等は異なりますので、一律の目標年次を定めることは難しいと考えております。都としては、区市町村とともに要因分析や対応策の整理等を行うことを通じて、その取り組みを支援していくこととしております。

続きまして、4ページの1点目、こちらは保険料水準の平準化を図る時期や計画を運営方針に記載すべきではないかという意見でございます。今回の制度改革では、医療費水準や収納率等が同じであれば保険料水準も同じになるというのが基本的な仕組みでございます。ただ、都内区市町村の状況を見ますと、現状では差が大きく、直ちに保険料の水準の平準化、統一を図ることが難しいため、今後これらの差を縮めていく取り組みを進める中で、運営方針改定等の際に引き続き協議・検討していくこととしたいと考えております。

続きまして、右の5ページの1点目、ヘルスケアポイント事業や、糖尿病の重症化予防、後発医薬品、いわゆるジェネリックの使用促進等につきまして、都としてより積極的に取り組むべきというご意見もございました。意見を踏まえまして、医療費適正化に資する取り組みについては、医師会等をはじめ関係機関の皆様ともさらに連携を図り推進していきたいと考えております。

そして一番下の3点目、都の財政支援、具体的な内容としては低所得者や多子世帯の負

担軽減等を行うべきという意見でございます。多子世帯の負担軽減、いわゆる子供の均等割保険料の軽減につきましては、都はこれまでも全国知事会を通じて国に要望しているところでございます。ただ、現行の国保法で規定されております保険料の軽減制度は、低所得者に対する7、5、2割等の軽減のみでございますので、こういった制度上の課題につきましては、まず国が責任を持って対応を検討するべきものと考えておきまして、引き続き必要な提案要求等をしていくこととしております。

続きまして、6ページから13ページまでは、前回もお示しした方針全体の概要に、今回、区市町村の意見等を踏まえて修正をした箇所に下線を付しまして、修正内容を簡潔に追記したものでございます。全体的な記載内容を改めてご確認いただくとともに、別添の運営方針の本文をあわせてごらんいただきながら、主な変更点をご説明いたします。

まず第1章、A4横長のほうの6ページ、第1章は、方針策定の目的等、基本的な事項を定めておきまして、前回から特段の変更はございません。

続きまして第2章、本文では1ページ目の下段のところになりますけれども、こちらでは国保制度の意義、また保険者の役割等について記載をしております。こちらにつきましては、前回の協議会で「相扶共済の精神にのっとり」という文言について見直すべきというご意見をいただきました。それを踏まえまして「相互扶助を基本とした」という表記に改めております。

続きまして、A4横の資料の7ページでございますが、第3章、国保の医療費及び財政の見通し、ここでは都内の被保険者の状況、また医療費の動向、財政の状況、医療費と財政の見通し、赤字解消・削減の取り組み等について記載をしております。まず法定外一般会計繰入の状況、本文の7ページの下段でございますが、区市町村から、所得に対する保険料負担の全国と都の対比に加えて、区市町村ごとに算出できる、比較できる数値も示すべきという意見があったことを踏まえて、区市町村ごとの保険料比較が可能な数値としまして、国が公表している標準化指数の記載を加えております。

また、その次、医療費の将来の見通しにつきましても、国保財政収支の基礎となる医療費等の見通しを示すべきという意見がございました。これを踏まえて本文の10ページから11ページにかけまして、一定の前提条件をもとに推計を行いまして、この方針の計画期間である30年度から32年度、また団塊の世代が後期高齢者に全て移行する37年度の推計医療費等の記載を追加いたしました。

財政収支の改善、赤字解消・削減の取り組みにつきましては、計画的・段階的な削減の

必要性や、区市町村の事情を勘案した上で取り組みを進めていくといった旨を記載してございますが、ここは一部文言を整理した程度で、前回ご説明したものと大きな変更はございません。

続きまして、第4章、区市町村における保険料（税）の標準的な算定方法について、では、現在の保険料（税）の状況や、制度改革に伴って導入される納付金、標準保険料率の基本的な考え方、算定方法、また激変緩和措置等について記載をしております。

素案からの変更点としましては、本文で言いますと、まず15ページから16ページにかけての、保険料（税）の現況のうち、保険料（税）の区市町村間の比較、16ページの上段のモデル世帯の保険料を比較している部分につきまして、モデル世帯の所得の設定をより実態に近いものにしたほうがいいのではないかという区市町村からの意見を踏まえまして、所得の設定を変更しております。

また、納付金、標準保険料率算定の基本的考え方につきましては、先ほど区市町村からの主な意見でもご紹介しました、将来的な保険料の平準化の方向性について従来から記載しており、変更はございません。

また、納付金の算定につきましては、それぞれの区市町村の医療費水準と所得水準を反映して算定するというのが基本的なルールでございますけれども、前回会議でもご説明しましたとおり、都内の医療費水準、医療サービスの状況には地域差がございまして、例えば島嶼町村等も含めまして一律の負担とならないようにということで、年齢調整後の医療費指数を全て反映する。また所得水準についても、仮に同じ保険料率を設定したとしても、所得水準が高い区市町村は多くの保険料が集まることになり、所得水準によって集められる保険料総額に違いが生じますので、所得水準に応じて納付金を配分することを基本的な考え方としております。

続きまして、激変緩和措置でございます。本文では19ページ以降でございますけれども、納付金の仕組みの導入により、医療費水準、所得水準が高い区市町村が納付金を多く負担することになるため、被保険者の保険料が上昇する可能性がありますので、増加幅が一定割合、具体的には都の平均の伸びにプラス1%、それを超える部分につきまして、国の公費や都の繰入金を活用して激変緩和措置を行い、保険料負担の急激な増加を回避するものでございます。

さらに、仮に区市町村が都道府県に納付する納付金を全て保険料で賄った場合の料率ということで、都道府県が示すこととされております標準保険料率の算定に当たり、区市町

村ごとに一律の算定方式で算定する際の方式としては、都内の区市町村で最も多く用いられております所得割と均等割、いわゆる二方式をとるということを記載しております。

これらにつきましても、これまでの区市町村との協議の結果を踏まえた記載内容となっており、素案から特に記載の変更はございません。

続きまして、A4横の資料9ページ、第5章、区市町村における保険料（税）の徴収に関する事項でございます。ここでは現状の各区市町村の保険料（税）の収納の状況等を記載した上で、各区市町村が目指すべき目標収納率について記載をしております。本文では24ページから29ページになります。目標収納率につきましては、従来から被保険者数の規模別に4つの区分に分けて設定することを基本としておりまして、都の収納率は全国平均を下回っておりますので、まずは全国市町村の平均を目指すという考え方をとってまいりました。通常、より大規模な自治体ほど、転出入等の異動率が多いというようなこともありまして、収納の確保に課題を抱えているというところがございます。したがって規模が小さい自治体よりもどうしても収納率が低目になる傾向がございます。ただ、前回お示しした素案では、直近の実績を反映した結果、一部の区分で目標収納率の逆転が生じておりまして、見直しを図るべきではないかという意見がございました。そこで、目指すべき収納率を全国の区市町村規模別の収納率とする、という見直しを加えております。そのほか、例えば区市町村職員向けの研修の実施等を通じて、収納率向上の取り組みを支援するといったことを記載しております。

続きまして、第6章でございます。A4横の資料の10ページ、本文のほうでは28ページの中段以降でございます。ここではレセプトの点検、療養費の支給、交通事故等の第三者行為により治療を受けた場合の求償事務、こういったものについて現在の取り組み状況を記載するとともに、都が専門指導員による助言や講習会の実施を通じて区市町村の支援をしていくことを記載しております。

また、少し実務的なお話でございますが、高額療養費の多数回該当、これはいわゆる高額療養費について、直近1年間で3回以上支給を受けた場合に、4回目以降の月の自己負担上限額が引き下げられるという仕組みでございますけれども、今回、国保の運営が都道府県単位になることに伴い、都内で転居された場合、適用回数が転居前後で引き継がれるという扱いが新たに始まります。この取り扱いを行うに当たっての基本的なルール等も運営方針に定めることとされておりますので、その記載をしております。また、この基本的なルールだけでは判断が難しいケースについては、都が個別に区市町村からの相談に応じ、

必要な助言等をしていくということも追記しております。

第7章、こちらはA4横の資料ですと11ページ、本文では33ページの下段になります。この章では、特定健診・特定保健指導の実施やデータヘルス計画の策定、糖尿病性腎症の重症化予防、適正な受診、後発医薬品の使用促進といった事項につきまして、現在の実施状況を踏まえた今後の取り組みについて、例えばデータヘルス計画の策定等であれば、国保連合会等と連携して区市町村への助言を行っていくなど、関係機関と連携しながら取り組みを推進していくことをそれぞれの項目について記載しております。

続きまして、A4横の12ページ、本文では38ページの下段から、第8章、事務の広域的・効率的な推進でございます。この章では、今回、国保事業の運営が都道府県単位となることを踏まえて、これまで区市町村ごとに差がありました事務処理の標準化や、事務を一括して行うことによる効率化等を順次進めていくということを記載しております。当面、30年度当初から事務処理の標準化を図っていくことを予定しております事務は、本文の39ページ下段の表のとおりでございますが、これ以外の事務につきましても、今後とも区市町村との検討・協議を継続していきたいと考えております。

また、事務の効率化につきましては、本文の40ページの上段にございますとおり、国保の手引きの外国語版の作成や、医療費通知の統一的な実施について、実務的な検討を進めております。ほかにも効率化を図れるような事務があるか、区市町村の意見も踏まえながら引き続き検討していく予定でございます。

第9章では、保健医療・福祉等の施策との連携ということで、都及び区市町村それぞれにおいて保健医療部門や介護福祉部門との連携を図っていくことを記載しております。

最後の第10章、都と区市町村との連絡調整等についてでございますが、ここでは、制度改革に向けてこれまで区市町村等との検討調整を行ってまいりました国保の連携会議について、制度改革後も引き続き協議の場として明確に位置づけるべきという意見を踏まえて、30年度以降も納付金算定や本運営方針に関する事項等につきまして、連携会議を活用して協議を行っていくという記載を加えております。

長くなりましたが、説明は以上でございます。

○土田会長 どうもありがとうございました。

区市町村との協議を経て、幾つか修正点がございました。これから皆様のご意見、ご質問等を受けてまいりたいと思っておりますが、この協議会は委員が4つの区分に分かれておりますので、それぞれ意見を出していただいくことにしましょう。そのほかの委員からも

出していただいてももちろん結構ですが、最初に公益代表のほうはいかがでしょう。

うすい委員、どうぞ。

○うすい委員 今回、第2回の国保運営協議会ということでございますけれども、今般の国保制度改革の概要について、前回の運営協議会でも説明がございました。本日、諮問を受けて、審議をするに当たりまして、改めて制度改革の意義、目的を確認のためにお伺いしたいと思います。

○土田会長 どうぞ。

○梶野国民健康保険課長 今般の制度改革でございますが国保の構造的な課題、財政上の課題について国が公費の拡充を行って、財政基盤の強化を図るということがまず1点としてございます。また、全国を見ますと小規模な保険者も相当数ありまして、そういった保険者では、例えば被保険者の方で高額な医療費が必要となったような場合など、財政運営が不安定になりやすいという現状を踏まえ、都道府県単位で運営することで財政運営の安定化を図ることがポイントかと存じます。

○うすい委員 今、財政運営を安定化させるという制度改革の目的を回答いただきましたけれども、これまでそれぞれ国民健康保険を運用してきた区市町村にとっては大きな変化だと思います。先ほど運営方針案については、区市町村との協議、そして法に基づく意見聴取を行ったとの説明がございましたけれども、今回の制度改革の全般について、これまで区市町村とどのように話し合い、協議を進めてきたのかお伺いをいたします。

○梶野国民健康保険課長 区市町村とは、国保連携会議を通じて意見交換を行ってまいりました。改正法が公布された平成27年度から連携会議を設置し、これまでに12回ほど開催しております。会議の場で意見をいただくことに加え、各回の会議終了後には、全区市町村に対して意見照会を行い、寄せられた意見を踏まえて、また次回の会議に提案し、議論を行うことを繰り返して現在に至っております。

○うすい委員 区市町村との協議を積み重ねてきた結果として、運営方針案がこのようにまとまったということでございますけれども、これまでの議論の中で、区市町村にとっては、特にどのようなことがポイントとなっていたのかお伺いします。

○梶野国民健康保険課長 先ほど法に基づく意見聴取のところでご紹介したのものとも重なりますが、法定外繰入の解消・削減の取り組みについて、どのような形で進めていくか、また保険料水準の平準化、さらに納付金の仕組みの導入に伴い保険料負担の増加が生じる場合の激変緩和措置等について特に多くのご意見をいただいて検討をしてきた経過がござ

います。それぞれ各回の連携会議での検討、意見照会の結果を踏まえまして、取りまとめたものが本日ご説明した内容でございます。

○うすい委員 今回の制度改革の目的の中の1つには、1人当たり保険料の都道府県内格差の解消があると思います。新制度においては、保険料水準の平準化という形で仕組みに組み込まれていると思いますけれども、島嶼を含めた医療費水準の比較には多少無理があるということも事実だと思えます。ですが、例えば23区を一くくりにすれば、医療費水準はそれほど差がないとも考えられます。東京都では、将来的に平準化を目指していくと思えますけれども、実際に全国では、既に平準化を目指して保険料率の算定を行っている道府県もございます。東京都としては今後どのように平準化を目指していくのかお伺いいたします。

○梶野国民健康保険課長 確かに今回の制度改革では、年齢調整後の医療費水準や収納率が同じであれば同じ保険料水準になるというのが基本的な仕組みでございます。したがって今、委員からご意見がありましたように、将来的には平準化を目指していくという方向性だと考えております。ただ、現状では医療費の水準や保険料（税）の収納率の差がだいぶ大きいので、仮に今のままで平準化しますと、医療費水準の低い区市町村に、その水準に見合わない保険料負担を課すことになってしまう、あるいは現状の収納率を考慮せずに一律の標準保険料率を算定することになってしまうため、現時点でそろえるのは難しい状況にあるというところでございます。まずは収納率の向上や、医療費の伸びの抑制医療費の適正化等の取り組みを進めまして、区市町村間の差異を減らしていく中で、引き続き区市町村のご意見も十分伺いながら検討を進めていきたいと考えております。

○うすい委員 よく区市町村の意見を聞いていただきたいと思えます。

来年度からは都と区市町村がともに保険者として国保を運営していくことになりまされども、住民の方にとっての直接の窓口は、引き続き区市町村であるわけでございます。先ほど説明のあった医療費適正化についてでございますけれども、例えば特定健診や特定保健指導の実施率の向上、それから例えば先ほどありましたが糖尿病の重症化予防などでは、都が区市町村とともに取り組んでいくことによって、より効果が上がることがあると思えます。そうしたことをしっかりと都が上手にリーダーシップを発揮していただいで進めていくべきと思えますけれども、この点はいかがでしょうか。

○梶野国民健康保険課長 被保険者の方の健康を維持・増進していくこと、また、医療費の適正化を図っていくことは、国保に限らず保険者の非常に大きな役割でございます。都

は現在も、例えば特定健診等の実施率の実績等に応じて区市町村に調整交付金を交付するなどインセンティブ的な支援をしているところでございますが、今後も、他の自治体での取り組みの好事例を紹介する、また都の調整交付金が都の繰入金になりますが、そういったものも活用しながら、引き続き取り組みの支援を図っていきたいと思います。また糖尿病の重症化予防につきましても、医師会の先生方をはじめ関係団体と連携しながら、区市町村の取り組みが円滑に、また効果的に進められるよう取り組んでまいりたいと考えております。

○うすい委員 ぜひ東京都としても頑張ってくださいと思います。

政府の試算によると、2015年度の120兆円ほどだった社会保障給付費というのが、2025年度、8年後ですけれども、約149兆円に膨らむともいわれております。医療費だけでも約15兆円増えることとなります。そうした意味では、持続可能な国保制度をしっかりと構築していかなければならないと思います。単に税の投入ということだけではなくて、これも大事なんですけれども、これだけではなくて、生活習慣病を抑えて、医療費の関係からも健康寿命を延ばしていくということをしっかり行わなければならないと思っています。都としてもしっかりこの点、取り組んでいただくことを要望しまして、私の質問を終わります。

○土田会長 どうもありがとうございました。

どうぞ。

○和泉委員 すみません、もう既に、審議が始まっているんですけれども、私からちょっと1つお願いしたいことがございます。前回配付された資料では、納付金標準保険料の算定方法、30年度仮係数による算定結果も諮問事項というふうになっていたと思うんです。今回の第2回の運協に当たって事前に都から説明を受けた中身では、方針案の内容に連動して試算結果も決まるので、試算結果についてだけ取り出して、わざわざ諮問する必要がないということでした。当然、私は方針案とともに、この試算結果についても報告があるものだと思っていたんですが、次第を見てもみると、答申後の報告というふうになっているんです。これですとね、当然、方針案が、方針案とともに連動するものである以上、都の提案どおりに答申が出るということを前提としているということになるんじゃないかと思うんです。方針案によって区市町村の納付金がどうなるのか。保険料はどうなるのか。あるべき保険料率を実際の保険料とした場合にはどんな影響が出るのか。運営方針案と一体のものとして議論する必要があると私は思うんです。諮問事項である運営方針

と算定結果をあわせて審議した後に、方針案の答申という形にするのが、私は筋だと思えます。報告と答申の次第順序、この次第を見ますと、答申が出た後で報告ということになっていますが、4と5の次第順序を入れかえていただきたいということを改めてお願いしたいと思うんですけれども、いかがでしょうか。

○土田会長 ただいまの点について、都のほうはいかがでしょう。

○梶野国民健康保険課長 基本的に、全国で決められている納付金の算定ルール等を踏まえて算定をした結果ということでございますので、ご報告事項と考えております。

○土田会長 和泉委員のおっしゃる意義は、算定結果を示すようにと。それでその算定結果も踏まえて、ここで決定すべきだと、そういうことでしょうか。しかし、保険料の算定というのは、今年は多分、診療報酬がかなり変わるわけですけれども、その診療報酬が出てこないと言定が難しいということが1つあります。それから、実際の保険料率を決定するのは各区市町村なんですね。試算のための指針を出すということが都道府県の役割ですので、したがって区市町村の行うべき領域に対してまで、ここが関与するということが果たして望ましいかどうかということも検討しなければいけない。

○和泉委員 いいですか。

○土田会長 何か。

○和泉委員 私が申し上げたのは、今回別紙1から3まで、皆さんのお手元に資料が配付されていると思うんですけれども、細かな診療報酬が出てこないと言定の保険料がわかりません。もちろん区市町村が条例で決めることですから、30年度の保険料そのものが、実際の保険料そのものが今の段階でまだわかりません。それは私も承知しているんですけれども、少なくともこの方針案に基づいて、区市町村の30年度の、国の仮係数が出た段階で、区市町村の納付金額、それから1人当たりの保険料額、それと標準保険料率、料額、これはもう既に資料1から3までということを出されているわけですから、これを答申が出た後の報告事項としてではなくて、方針案とともに報告をしていただけないだろうか。当然その後に答申が出るのが、本来の議事の進め方として適切なんではないでしょうかということなんです。

○土田会長 それはつまり算定をしたことに対して、異義を申し立てるということも含まれますよね。

○和泉委員 算定そのものは、おそらくこの方針案に基づいて計算をすれば当然こういう数字になりますよということなんだと思うんです。ですから方針案と連動し、一体のもの

ということになってくるんだと思うんですね。方針案の中に、当然その計算方法に基づいて計算すればこういう数字になるんだから、わざわざこれだけを取り出して答申にかける必要がないというお話でしたので、私もそれは理解をいたしました。ただ、この方針案に基づいて計算方法をとると、国の仮係数で置くところから数字が出てきますと。それは答申が出た後に報告するものではなくって、運営方針案を審議するときに当然、報告事項として報告されるべきものではないでしょうかということなんです。

○土田会長 審議事項と報告事項、一緒にやったほうがいいということですか。

○和泉委員 はい。

○土田会長 それは審議の仕方ですので、プラスマイナスあります。論理から言えば、ここに出てくる数値はあくまでも方針に基づいて推計した結果ですから、これはまた変わっていきます。ですからそれをここで審議するよりも、むしろ報告として聞いて、実際に各区市町村で決めたものが実際どうなるかということを見ていくほうが、むしろ分析としては望ましいと私は考えております。

○和泉委員 報告でいいんです。報告でいいんですが。

○土田会長 報告は後でやりますから、なぜそれを審議に含める必要があるかということです。内容としては、実際の保険料じゃないことになるわけですよ。それをここで審議しても、それほど意味はないというふうに私は思います。むしろ各区市町村の権限ですから、ここでは、あくまでも方針を示せばいいわけです。したがって審議内容には該当しないと私は考えますけれども、いかがでしょうか。都のほうはいかがですか。

○本多地域保健担当部長 今回お示ししました標準保険料率等は、あくまでも、運営方針に書かれております、医療費水準をどの程度反映するか、所得水準をどのように反映するか、割り返す収納率はどのような数字をとるのか、こういった運営方針に書かれていることに基づいて試算した結果でございますので、諮問事項の中身と分けるために、諮問と報告事項ということで分けさせていただきました。

○土田会長 私もそのように理解しております。ここは和泉委員と意見が違うかもしれませんが、それほど大きな差はないですね。つまり区市町村がこの後、これを踏まえて決定していくわけですので、したがって区市町村では、このとおり決定するとは限らないわけですし、診療報酬が変わってくれば、またこの数値も変わっていきます。したがってここで大事なことは、基本的な考え方はどうかということです。それを審議するのがこの都道府県の役割なんです。ですから、あえて言えば、区市町村と都道府県が共同の保

険者という言い方をしますよね。だから混乱するんですよ。都道府県だけであればそういうことは出てこないんですが、そこは区市町村のさまざまな状況がありますから、そういう区市町村の主体性というものを考えてみた場合には、やはりどうしても差異が出てくる。そこを区市町村自体が当事者自治として、関与していくということが当分の間は必要であろうと私は考えております。どうぞご理解ください。

○和泉委員 わかりました。

○土田会長 どうもありがとうございます。

○土田会長 よろしいですか。ほかにご質問ございますか。

○和泉委員 方針案そのものについての私の意見を述べさせていただいてもいいでしょうか。

○土田会長 はい、どうぞ。

○和泉委員 全般にわたってということになりますので、ちょっと長くなりますが。

○土田会長 ただ、時間の制限がありますので、時間に配慮してください。ほかの皆さんからもご意見を聞きますから。

○和泉委員 わかりました。

全般を通してということで、意見を述べさせていただきたいと思います。その上で、少しでも私どもの意見が皆さんにご議論いただくたたき台になればというふうにも思います。今回、諮問されています国民健康保険運営方針（案）ですけれども、私は大きく分けて3つ問題点があると思っています。

1つは、第2章にあります相互扶助、この概念です。前回、運営協議会で、私は「国民健康保険を被保険者間の相扶共済にのっとり」、この記載について異議を唱えさせていただきました。今回は相扶共済ではなく相互扶助という表現に変わっていますが、国民健康保険が被保険者間の相互扶助であるという概念は、国民健康保険法上どこにも規定がないと思うんです。前回の会議でも言いましたけれども、もともとの国民健康保険法、いわゆる旧法といわれているものは、1958年に全部改正が行われています。全部改正によって、制度の本質そのものも皆保険制度へと大きく変わりました。国の責任のない保険者同士の助け合いの任意加入の制度から、社会保障の重要な一環として国が責任を持つ制度へと変わったわけです。そのときに削除されたのが相扶共済という文言であり、被保険者間の助け合いの制度という概念だったと思います。運営方針案に、法律上何の根拠もない「被保険者間の相互扶助を基本とした」という文言が入ることは、私は適切ではない

と思います。

2つ目ですけれども、第3章にあります区市町村の法定外一般会計繰入、これを削減・解消すべき赤字としている点です。例えば収入500万円の世帯で夫婦と子供2人、こういったところであれば、保険料は今年度49万3,000円です。けれども平成20年度には27万3,000円でした。この9年間に22万円も値上がりしているんです。これほど保険料が上がれば払えない人が増えるのは当然ではないかと私は思います。国民健康保険は国が負担を減らしてきた、そのために住民の保険料の負担があまりにも重くなっている。そのために区市町村は一般会計というお財布からお金を移して、住民が払う保険料を極力増やさないように努力をしています。その状態でもこれだけ値上がりしているというのが現状です。ところがこの運営方針案では、一般会計からの繰り入れを解消していくことが打ち出されています。これではこれから先も保険料が上がり続けるということになってしまうと思うんです。では、法定外繰入をしない場合の標準保険料率で計算をすると、保険料はどういうふうになるのか。それが標準保険料率として別紙1から3までで今回示されているわけですけれども、あくまで法定外繰入をしない場合にどうなるか。これを本来あるべき保険料として見える化する。この標準保険料率を示す、1人当たり保険料額を示すということは、そういう役割を持っているんだと国ははっきりとガイドラインで言っていますから、そういうものとして試算がされているはずだと思うんですね。東京都に、この試算を出してほしいというふうに、私、事前に求めましたが、一切出さないとと言われてしまいました。仕方がないので、会派で、私どものほうで独自に試算をしました。数字がかなり並びますので、今、私が口頭で申し上げている数字だけでは、ちょっと皆さんにイメージしていただきづらいただろう。できれば私が試算した資料を皆さんにお配りしたいと思うんですが、許可していただけますでしょうか。

○土田会長 どうぞ。

(資料配付)

○和泉委員 皆さんのお手元に回りましたでしょうか。

○土田会長 はい。

○和泉委員 新宿区、板橋区、羽村市、あきる野市、奥多摩町、こういったところで本来あるべき保険料を見える化すると、平成30年度保険料はどうなるのかということを経験したのがそれぞれの表です。新宿区は新宿区で1枚、それぞれの区市町村ごとに1枚ずつおつけしてあります。新宿区で見えていただきたいんですが、40代の夫婦と子供2人世帯、

収入を100万刻みで100万円から500万円までで計算しました。2017年度の保険料は、例えば300万のところで見ていただきますと、35万6,511円だったものが、見える化された保険料で計算をすると46万4,059円。当然、端数処理はありますけれども、端数処理はしない数字で出しています。3割上がるということになるんです。70歳の年金受給者の1人世帯もどうかといいますと、年金受給者ですから、例えば200万のところで見ていただくと、やはり2万4,083円上がるということになるんです。これが見える化された保険料の結果ということになるんです。区市町村がこの標準保険料率を目指して保険料を上げていけば、これほど高い保険料となるということなんです。保険料の値上げを抑えようとすれば、法定外繰入はどうしても必要になってくるだろう。法定外繰入をするから、実際の保険料はこういう数字にはなりませんということになってくるんだろうと思うんです。ですから、このままで行ったらここを目指しなさいと。本来あるべき保険料はここですよということが示されるということになりますから、私、この点はほんとうに非常に問題だと思います。ある区の国保の課長も、やはりどうやってこの標準保険料率に近づけていったらいいのかということで、今、大変頭を悩ませているというお話でした。

3つ目なんですけれども、第5章、収納率の問題です。保険料を上げていきますよ、少しずつ上げていって法定外繰入を減らしますよということなんです。今でさえ東京都の収納率は全国平均を大きく下回っているような状態です。世帯数で見れば、5軒に1軒が滞納の状態ということです。それで26ページ、目標収納率も今度は設定をして、収納率を上げていってくださいねということになるわけですが、保険料を上げれば払えない人は増えるし、収納率は逆に下がるんじゃないかと思います。収納率を上げようと思ったら、やはり払える保険料にするということが非常に重要になってくるだろう。区長会、市長会からも保険料負担軽減のための都の財政支援を求める、そういう要望が上がっているはず。国の言うまま保険料の値上げを区市町村に求めるのではなくて、保険料引き下げのための財政投入を行って、区市町村と荷を分かすべきだと私は思います。しかし、この運営方針案は、保険料を抑制するための一般会計からの繰り入れを解消・削減すべき赤字として保険料の引き上げを区市町村に迫る。なおかつ収納率の目標まで設定して、区市町村に重い荷を背負わせるものになっています。区市町村がこの運営方針案どおりにやろうとすれば、その荷は、今度は国保に加入する住民にそっくりそのまま背負わせるということになります。少なくとも東京都が区市町村とともに保険料の抑制のために具体的な対策を

とる、そのことを明確にこの方針案の中で打ち出すべきだというのが私の意見です。

○土田会長 ここでそれを議論すべきだという意見ですか。

○和泉委員 本来であれば、私はもう1日審議日程を増やして。

○土田会長 それは難しいという話を聞いております。

○和泉委員 きちんと議論をするべきだったと思っています。

○土田会長 ここで言うのが適切かどうかわかりませんが、時間が限られておりますので、僕の意見を申し上げておきたいと思います。

1つ目の相互扶助、相扶共済から変えたわけですが、この相扶共済といったときは、まだ国民皆保険の強制加入ではなかった時代ですよ。

○和泉委員 そうです。任意加入です。

○土田会長 その前は隣保共済という語や、相互扶助とか共済という言葉が、日本ではお互いに助け合いなさいという形で使われてきました。隣保というのは隣近所ですよ。そういうことをやってきた、それが残ったわけですよ、旧国民健康保険法の中に。ところが新国民健康保険法ができたときには強制加入ですね。

○和泉委員 そうです。

○土田会長 そうなった段階においては、相互扶助の内容が変わるんですよ。つまり、例えば社会保険の国、ドイツの場合は、連帯と自己責任というのが社会保険の原則なんです。つまり市民である以上は、連帯、つまり相互扶助、お互い助け合いましょうということですね。それから自己責任というのは、市民である以上、保険料を可能な限り払っていくと。それをもって病気の人に、そのお金を回していく。国庫負担を前提としての社会保険ではないんですね。それに対して日本の場合は、国民健康保険の半分は国庫負担という形でスタートしましたから、そこに国庫が入っていくという形の相互扶助になりました。

したがって、相扶共済という言葉は、古い国民健康保険の場合は、確かに国民皆保険ではないし、強制加入ではなかったという意味で自分たちが先にやりなさいというのが前提になっておりますが、今、東京都で言う相互扶助というのは、国民皆保険で、強制加入で、しかも保険料の強制徴収ということを前提にしたうえでの相互扶助という概念ですから、廃止した国民健康保険法の概念とは違っているというのが僕の解釈です。

それから2つ目の、一般会計の法定外繰入。僕は、個人的に言いますと、市町村から都道府県に国民健康保険を移管することにずっと反対してきたんですよ。市町村では維持していけないということから来ていた話であることはわかりますけれども、僕は医療保険と

いうのは被保険者の範囲を大きくしないほうがいいと思っています。実態の患者の姿が見えるというほうが望ましいと思っています。ただ、それは決まってしまったんです、国会で。都道府県に移管と。都道府県に移管するということに、何を市町村が求めていたかという、法定外繰入をやめてくれということが一番大きな要求として出てきたのは確かなんです。法定外繰入をやめていくというのは、市町村がもっと財政にフレキシビリティを持ちたいと。国民健康保険に法定外繰入が使われていくということに対して、市町村は困るという意見が出てきたから、そういう形になったわけなんです。決まった後でこれはよくない、いい悪いというのは、国会の議論としてはともかく、都道府県のレベルでそこを議論しても、難しいんです。それはもう過ぎた議論といいますか、それを前提として、じゃあどうするかというのが今求められている議論だということだと思います。

そういうことと言えば、今、和泉委員がおっしゃったように、法定外繰入をなしにして、全て保険料が被保険者にかかっていくことは決してありません。これは断言できます。そんなに急速に被保険者に保険料を全部転嫁するということは、およそ現実の政治であり得ない話です。そこは何らかの形で財政的な支援が当然出ていきますし、あるいは医療費そのものを削減していくという方向で対応していくはずですから、今のままの形で法定外繰入が、全て被保険者にかかっていくというのは、言い過ぎです。ただし、今後、医療費がどんどん上がっていくのはほぼ間違いないわけで、そういう上がっていく保険料、医療費に対して負担を考えない議論というのは、もうだめなんです。日本ほど医療費が安い国は、今、世界中どこを探してもありません。ですからもし議論するとすれば、先ほどの話にちょっと触れますけれども、国民健康保険における保険税あるいは保険料の賦課対象の見直しや、あるいは医療費における保険者負担をどうすべきだとか、そういう形で別の議論をしていかなければならないと思います。したがって、いきなり法定外繰入が全て被保険者にかかっていくというのは、むしろ誤解を招く議論だろうと思います。

それから、あるべき姿としての保険料を推計したときに、全て被保険者の負担とすることがあるべき姿と言っているわけではありません。これは推計としてそうなるということを示したもので、一定程度、激変緩和を講じていきますし、それから今の法定外繰入の額はここに入っていないですね。当分の間は法定外繰入を行いながら、対応していく。そこは各区市町村のさばきようですが、そういうことだと理解しております。

以上、意見だけ申し上げておきます。

それでは、被保険者のほうからどうぞご意見をお示しください。

○松本委員 被保険者の松本と申します。よろしく願いいたします。被保険者の立場から意見を述べさせていただきます。今、自己責任という話が出てきましたけれども、資料の17ページの保険者努力支援制度について意見を、述べさせていただきます。

この保険者努力支援制度というのは、区市町村の収納率のアップだとか、特定健診の受診率の向上の評価として、インセンティブとしての支援がなされるとお伺いいたしました。私たち被保険者も、先ほどの自己責任ではありませんけれども、病院や薬の世話にならないようにさまざまな方法で体力づくりだとか健康推進を行っております。そして結果的に医療費の低減に努めているわけでございます。さまざまな地域の運動だとかそういう形で、行政に協力をしているわけでございますが、これを保険者努力支援制度に評価していただけるように、被保険者としての評価をしていただけるようにご検討をお願いしたいということが1つです。

そしてこれらの活動に熱心な人もいれば何にもしない人、それからしたくてもできない人などさまざまな事情がありますが、このたびマイナンバー制度ができましたので、将来的には個別に低減率などを設けるようにご検討をお願いしたいなど。これはできるかどうかわかりませんので、将来的ということできたいと思います。一人一人の努力に対し、保険者支援制度で評価をいただければ、結果的には我々の保険料の低減になりまして、健康推進の活動が活発になって、健康になった結果、保険料も健全に納付できるということになりまして、保険料納付の向上につながるのではないかとということなので、これもご検討願いたいと思います。

あともう一つは、自分もそろそろ保険料を納付する子供がいるわけですがけれども、保険税の制度がよく理解できていないということで、大人になってから、保険料を払うというのが、非常に違和感を持つわけですね。やはりこれは知識不足というふうに感じますので、できれば小学校の高学年ぐらい、理解できるような年齢になったら、何らかの形で保険制度の、ほかにも税はいろいろありますけれども、こういったことを教育でレクチャーしていただくということでインプットしておけば、やがて大人になった時点で、支払う立場になったときに、嫌かもしれないけれども理解はいただけると。結果的に収納率が上がるのではないかなと考えていますので、この教育の仕方についてもご検討をしていただきたいというのが私の意見ですが、いかがでしょうか。よろしく願いします。

○土田会長 都のほうで何かございますか。よろしいですか。

○梶野国民健康保険課長 非常に幅広いご意見をいただきました。将来的なものも含めて

ということかと思えます。

先ほどご紹介いただきました国の保険者努力支援制度にはいろいろな評価項目がございまして、特定健診等の取り組みの成果等に応じた交付に加えて、例えば都道府県の1人当たり医療費に応じた交付もございます。医療費水準が引き下がれば、それに伴って都道府県への交付があるということになりますので、今ご意見のありましたPR等も含めまして、区市町村の取り組みが進むように都としても一緒に取り組んでまいりたいと思えます。

○松本委員 ありがとうございます。やはり医療費が増えるというのはそれぞれの問題ですので、病院に行かない体づくりとか、薬に頼らない体づくりがあれば、結果的には医療費が下がるということで、被保険者としてはそのような努力しかできませんので、これを評価していただきたいというのが意見でございます。ありがとうございました。

○土田会長 どうもありがとうございました。

どうぞ。

○長谷川委員 私は国保に加入している者として、意見を述べさせていただきます。誰でも高度な医療を平等に受けられるという制度を継続し、ずっとつなげていくためには、まず医療費を抑えなければいけないということ。保険料・医療費負担は、当然のことと思います。ただ、その中で、低所得者の方が健康なうちは保険料は払っても、職を失って病気になってしまったら、払いたくても払えなくなってしまう。それでもどうしても病院には行かなければいけない。そういうときに短期の保険証を利用して、不安を抱えながら生活をされているということを伺ったことがあります。

反対に、患者である私たちが、ドクターショッピングといって同じ病気なのに何か所もかかって、自分の意見に沿ったお医者さんを選ぶような方もいらっしゃる。病院によっては患者さんの希望通りにお薬を大量に出すところがある。そういうお話も伺います。

マイナンバーを活用し、どの病院でもカルテを共有できるような仕組みにして、無駄な医療費を抑えたり、あとは不必要なことがあるかどうかのチェックを厳しくできるようにしたらと思えます。

それから、健康診断の受診率を上げることですが、これが一番病気を防ぐためにも大事だと思いますので、若いうち、病気にならないから大丈夫と健康診断を受けないというのではなく、必ず受診するようにし、病気にならないように予防学として、体の調子を整えたりするにはこういう方法があるとか、リーフレットを作成して、みんなで病気にならないような、心身ともに健康でいられるような、そういう生活ができるようにというアナウ

ンスをされたらと思います。

ほんとうにみんなが平等で、世界に誇れるこの制度を、いつまでも続けていただきたい
と思います。所得によって保険料の納める金額も違いますが、これはやはりお互いに助け
合いの気持ちがなければできないと思います。

以上です。

○土田会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○羽村委員 被保険者の代表の1人として意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、運営方針の12ページと13ページですけれども、12ページの一番上から2行
目に、「国保加入者以外の住民にも負担を強いる」という言葉があるんですが、この「負
担を強いる」というのはちょっと過度に過ぎるのではないか。なぜならば、国保加入者と
一般健康組合とでは医療リスクの違いとか所得のリスクの違いがあるわけです。加入者そ
のものの特性が違うのに、それを抜きにして一般会計繰出だけを批判的に見ている。この
「負担を強いる」という言葉じゃなくて、「租税が使われることになる」。結果として国
保加入者以外の租税が使われることは事実でございますので、そういう表現に改めていた
だけたらなと思います。

それから12ページの下から3行目です。「原則的に早期に解消」、これは一般会計か
らの繰り出しを意味しているんですが、市町村にはさまざまな事情がございます。今回の
試算では、区市町村平均で一般会計繰出をしない場合には、約30%の改定になってしま
います。私の市ですと40%の改定でございます。前回の資料では47%の改定でありま
す。これはやっぱり激変になってしまいます。それから激変緩和措置は、運営協議会資料、
A4横の資料を見ますと、6年で終了という表現がございます。これもやはり保険料に大
きな影響を与えますので、12ページの下から3行目の「早期」という言葉を入れなくて
も、13ページには「計画的に保険料率の見直しを図る必要がある」、それから「計画的
に赤字を解消するものとする」と書いてあるわけですから、もうこれで十分かなと。さら
に「早期に」というのは、やはり市町村の特性からすれば、過度に被保険者に負担を強い
ることにもつながりますので、その辺は段階的に解消を図る、こういう方向で収束されれ
ばありがたいという意見です。

以上です。

○土田会長 ありがとうございます。

これは都のほうで検討していただきましょう。今ここですぐ回答できない話ですよ。○梶野国民健康保険課長 ほかの区分の委員の皆様のご意見もあろうかと思っておりますので、それも踏まえてと考えております。

○土田会長 検討してみてください。

それでは、続きまして、被用者保険の代表から、ご意見ございましたらどうぞ。

○元田委員 協会健保の元田でございます。3点ほど意見を述べさせていただきたいと思っております。

まず、議論になっておりました法定外の繰り入れですけれども、これはやはり計画的に解消していただきたいと改めてお願いをしたいと思います。期間をどうするかというのは、今ご意見があったかと思っておりますけれども、一方であまり日本の財政に余裕がないというのも事実でございますので、ここは計画的になるべく早期にというのがやはり本筋かなと思っております。見える化することによりまして、保険財政の収支が明らかになってきますので、どこを改善できるのか、どこが負担として仕方がないのかと、そういう分析と対策を講じることができると思っておりますので、法定外繰入につきましては、方針に述べてあるように、解消を計画的にお願いしたいと考えております。

それから2点目ですけれども、保険者努力支援制度というのがございます。これは今回の方針の中で、保険給付の適正な実施ですとか、あるいは医療費の適正な取り組みに関する促進を図ろうということで、このことについては全く異論はないんですけれども、なかなか事業のPDCAを回すのが難しいところがありますので、こういった取り組みがどういった成果を生むかという、そこのところもしっかり視野に入れて実施をしていただきたいと思っております。

3点目ですけれども、最初に公益の方からもご意見がありましたが、いろいろな保険者がばらばらにやっているところがございます。例えばジェネリックの促進というのも、我々協会けんぽもやっておりますし、組合健保もやっておられる。おそらく国保さんもやられる。調剤薬局からするといろいろなところから同じような話が来るということにもなりますので、こういったところはやはり都がなるべく主導権をとっていただきたい。国保の保険者としての都と、それから地域を所管しておられる自治体の責任者としての都と、両方の面があると思っておりますので、先ほどから出ています生活習慣病健診の推進といったこともいろいろなところが協力しないとなかなか進まないところもありますので、ぜひそこは都のリーダーシップをとっていただき、我々保険者もいろいろな形でご協力をさせていただ

きたいと思っております。

以上3点でございます。

○土田会長 ありがとうございます。

よろしいですね。

それでは、最後になりますが、保険医・保険薬剤師代表として、蓮沼さん、どうぞ。

○蓮沼委員 主に2つ意見を述べさせていただきます。33ページの第6章の7番の都道府県による保険給付の点検、事後調整とあるんですが、区市町村が一義的には実施すべきものであるが、新たに都も点検をすると書いてあるんですけども、現在は審査支払機関である国保連合会が審査したものを区市町村が点検して、再審査、再々審査をまた連合会に戻したりするんですけども、この文面を見ると、都が2次審査の次の3次審査も行って、非常に複雑になるんじゃないかと心配しておりますが、実際はどうなんでしょうか。

○梶野国民健康保険課長 こちらにつきましては、今回、都道府県が保険者になり、例えば都内の区市町村間で異動があった場合に、その前後をあわせて確認するような立場になるということで、そういった広域的な観点等から点検を行うことが、都道府県の取り組むべき内容として国から示されたところでございます。ただ、具体的な内容は実務的な検討を進めているところでございますので、今後、連合会はじめ関係機関とも協議をしながら、検討をしていきたいと考えてございます。

○蓮沼委員 じゃあ、また決まり次第教えてください。

今一つは、特定健康診査の受診率を上げようとか、先ほど来話題が出ていますが、大変結構だと思いますが、ほかに最近フレイル予防とか、あとはたばこ対策、禁煙、そういったことも非常に医療費を下げるのに有用ですので、そういった文言もぜひ入れていただくとうれしいと思います。要望です。

以上です。

○土田会長 都のほうはいかがですか。要望として。

○梶野国民健康保険課長 わかりました。

○土田会長 ここにご出席の各区分の委員の方たちからご意見を承りました。それにつきましては、都のほうで検討していただいて、必要であれば修正をしていくということで進めたいと思います。

先ほど被保険者代表の方からご意見がございましたけれども、おそらくこれからの保険者の活動というのは、被保険者への確認や、法定給付の支給ということに加えて、予防や

健康づくりということに対するかかわり方が非常に重要視されてくる。あるいは医師会のほうではかかりつけ医の機能を強くして、病院との機能分化と連携の強化を図っていく、それがまた医療費削減にもつながってくるということになりますので、そういう施策に保険者もかかわっていくことが重要な機能として出てくるだろうと思っております。そういうことを踏まえながら今後の活動を進めていただきたいと思います。

ただ、もう一方で、どうしても言っておきたいことは、病気というのは人が好きでなるものではありません。したがって、かかってしまったものに対しては、できるだけ公平な医療給付を行う。今まで日本ではそうした公平性を維持してきました。保険料や患者負担の格差を設けながら、医療給付は必ず平等に、しかもできるだけ患者負担を少なくして対応していくというシステムを維持していく方向で検討を進めていただきたいと思います。申し上げておきたいと思えます。

それでは、今まで意見がございましたが、東京都が示した諮問案、具体的にはA4の、先ほど国保課長から説明いただきました内容になりますけれども、若干の文言の修正は検討課題として含んでおりますが、原則、大枠として、これをご承認していただくということについていかがでしょうか。

○和泉委員 私は先ほど意見で申し述べたとおり、法定外繰入をなくしていく、区市町村の負担を減らしていくということは、それはそれで必要ですし、ただ、その分、保険料が上がらないようにする取り組みも必要だと思うんです。払えないものになってしまったら、必要な給付が受けられないということにもなりかねないわけですから、いかに保険料を抑制していくのかということでの都の役割が求められていると思うんです。ですから、法定外繰入を一遍になくすものではないということであれば、運営方針案の中に、東京都も区市町村といかに荷を分かつかつのかという部分をきちんと盛り込んでいただきたい。それがないまま、この方針案を答申してしまうということには、私は反対です。

○土田会長 わかりました。反対意見ということで承っておきましょう。

ほかにございますか。

それでは、反対意見として、議事録に残したいと思えます。その上で、ここでこの東京都の諮問をご承認いただくということにしたいと思えますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○土田会長 よろしいですか。どうもありがとうございます。

○梶野国民健康保険課長 答申案を作成するまでの間、少し休憩の時間をいただい

しいでしょうか。

○土田会長 わかりました。それでは、答申の文言を作成するということですので、10分休憩しましょう。25分から再開したいと思います。

○梶野国民健康保険課長 ありがとうございます。

(午後7時15分 休憩)

(午後7時23分 再開)

○土田会長 ちょっと早いですが、答申案ができましたので、文案を今お配りしていただいております。

(答申案配付)

それでは、ただいまから協議会を再開したいと思います。答申案が、お手元にございますが、先ほどご了解いただきましたように、都から説明のありました原案を適当と認めるということにしたいと思います。よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

土田会長 どうもありがとうございます。

それでは、局長にお渡しします。

(答申手交)

○梶原福祉保健局長 ただいま東京都国民健康保険運営方針の策定について、答申を頂戴いたしました。委員の皆様方におかれましては、熱心にご審議をいただき、心より御礼を申し上げます。本日いただいた答申を十分に尊重いたしまして、今後、運営方針を策定するとともに、必要な条例案を議会に提出させていただきます。

平成30年4月からの新制度への移行に向けまして、都は引き続き、区市町村や関係団体等と連携を図りながら着実に準備を進めてまいります。また新制度移行後は、策定した運営方針に基づき、区市町村と一体となって国保に関する事務を実施していくとともに、安定的な財政運用及び区市町村が担う国保事業の広域化・効率化の推進に取り組んでまいります。

委員の皆様におかれましては、国保事業はもとより東京都の福祉保健医療行政の一層の推進に向け、今後ともお力添えを賜りますようお願い申し上げます。簡単ではございますがお礼の挨拶とさせていただきます。まことにありがとうございました。

○土田会長 ありがとうございました。

梶原局長は所用のため、これで退席されると聞いております。どうもありがとうございます。

ました。

(梶原局長、退席)

○土田会長 それでは、報告事項に入ります。平成30年度仮係数に基づく納付金等の算定結果につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○吉川医療費適正化担当課長 医療費適正化担当課長の吉川と申します。

A4横の資料の15ページをお開きください。平成30年度仮係数に基づく納付金等の算定結果についてご報告させていただきます。16ページをお開きいただきまして、納付金の算定結果ということでございます。今回の算定に当たりましては、10月中旬に国から仮係数と算定方針が示されまして、それに基づいて算定しております。また、先ほどご答申をいただきました運営方針にも算定方法の考え方については記載しておりますが、それに基づき算定しているものでございます。

また区市町村との連携会議で、先日、この算定結果について報告をさせていただいたところでございます。

また今後、年末に国から診療報酬改定などを踏まえた本係数が提示されますので、本日も報告をさせていただきます算定結果については、あくまでも仮係数による算定ということでご留意いただければと思います。

16ページの下段を見ていただきますと、前回の運営協議会でご報告しました前回試算と今回算定における変更点として主なものを2つ挙げております。1つは、前回は29年度ベースで試算したものでしたが、今回は30年度の算定に変更になっております。2つ目としては、公費拡充の変更でございます。前回試算では全国で1,200億円、都分としては109億円の反映でしたが、今回の算定では全国で1,500億円、都分としては154億円の反映となり、増額となっております。

算定結果は上段の記載のとおりでございますが、納付金算定においては医療給付費、後期支援金、介護納付金を算定し、そこから国・都の補助金、負担金、前期高齢者交付金を控除したものが納付金の必要額となります。今回の算定では納付金必要額は4,684億円ということになります。

続きまして17ページをおめくりください。国の公費拡充について記載したものでございますが、国は今回の制度改正に伴いまして、現行の定率の国庫負担金等に加えて1,700億円を拡充することとしております。今回算定では、国から都分として154億円を反映額として提示されております。前回と比べて保険者努力支援制度分が増額となっております。

まして、都分としては106億円となっております。

続きまして、18ページをおめくりください。こちらは激変緩和措置についてでございます。新たな仕組みにおいては、医療費水準、所得水準が高い区市町村が納付金を多く負担することとなりますので、一部の区市町村においては被保険者の保険料が上昇する可能性があります。このため被保険者の保険料負担が急激に増加することを回避するため、被保険者1人当たりの納付金の伸び率が、都の平均を1%以上上回る区市町村に対して国の公費等の繰入金を活用して激変緩和を行います。なお、法定外繰入分は、法定外繰入を実施していない区市町村との公平性の観点から、激変緩和の対象外としております。

左の図は前回の運営協議会でもご説明いたしました激変緩和のイメージを図にしたものでございますが、一定割合を超えた、図の網かけ部分に対して激変緩和を行うということになります。前回の運営協議会では、激変緩和の仕組みと激変緩和の対象とする一定割合を自然増プラス1%とすることについてご説明をさせていただきましたが、本日は右側の図のとおり、激変緩和の規模感もあわせてお示しさせていただきました。今回算定で激変緩和を行います6年間の激変緩和措置額の推移の見込みでございます。初年度の30年度は総額72.5億円の見込みとなりまして、このうち国からの暫定措置の27.1億円を活用して、残りの都繰入金を45.4億円活用するという見込みになります。

激変緩和の基本的な考え方としましては、こちらの記載のとおり、納付金の仕組みの導入により保険料が増加する場合に保険者の負担増をできるだけ緩やかにさせていくこと、また激変緩和の財源のうち、特例基金の活用が6年で終了すること、激変緩和措置のための国からの暫定措置も逡減されていくことから、これらの措置終了後に激変が生じないように配慮して、激変緩和の期間を6年間としております。

特例基金については米印の1にございますとおり、国が全国で300億円、都分の見込みとして国の1割の30億円を見込んでおりまして、都繰入金の補填に活用します。

また、国からの暫定措置についてですが、米印の2にございますとおり、27.1億円が6年間で逡減していくと仮定しております。

19ページをお開きください。1人当たりの保険料の算定結果でございます。国の公費拡充を反映した、30年度仮係数に基づいた1人当たり保険料の算定結果でございます。前回の試算では、27年度と29年度の比較で算定しておりましたが、今回は28年度と30年度の比較で算定しております。その結果、28年度収納すべき保険料額との比較、法定外繰入による軽減を行っていない保険料額との比較ですと、30年度算定額は15万

2,511円、28年度は14万4,936円となりまして、伸び率は、2年分ですと5.2%、単年度ですと、その約半分の2.58%となります。

表の下に、参考として、28年度、現行の保険料相当額、つまり法定外繰入による軽減を行っている保険料との比較をしておりますが、それによりまして、2年分では29.1%、単年度ですと13.6%となります。

また、別紙として区市町村ごとの算定結果をお示しているところでございます。

別紙1をごらんください。こちらは区市町村ごとの納付金となります。表の下のほうに注意書きをしておりますが、各区市町村納付金額の算定に当たっては、区市町村ごとに配分される国の特別調整交付金を加減算しておりますので、区市町村の一般分の納付金の合計額と、先ほど16ページでご説明しました納付金必要額とは一致しませんので、補足をさせていただきます。

別紙2をおめくりいただきまして、こちらは区市町村ごとの1人当たり保険料でございます。(A)は30年度の法定外繰入前の1人当たり保険料、(B)は比較対象である28年度の法定外繰入前の保険料、そして(C)については28年度の法定外繰入後の保険料でございます。それぞれB分のAとC分のAの伸び率について、2年分の伸び率と単年度の伸び率を記載しております。

続きまして、別紙3をおめくりください。こちらは標準保険料率でございます。一番左側の①については、都一律の算定基準によって算定した都全体の標準保険料率でございます。真ん中の②は、都一律で、統一の算定基準の2方式により算定した区市町村ごとの標準保険料率でございます。右側の③は、区市町村ごとの実際の算定基準、3方式、4方式、また実際の応益・応能分の割合に応じて算定した標準保険料率でございます。

説明は以上でございます。

○土田会長 ありがとうございます。

ただいまの説明につきまして、質問、ご意見等ございましたらどうぞお願いします。よろしいですか。

どうもありがとうございました。

本日、予定している議事は以上ですよね。

○梶野国民健康保険課長 今後のスケジュールについて、簡単に、ご説明させていただきます。

○土田会長 どうぞ。

○梶野国民健康保険課長

それでは、お手元の資料の最後、22ページをごらんください。既に今までのご説明の中で触れているところもございますが、今後のスケジュールについて簡単にご説明いたします。

まず、本日の第2回運営協議会がちょうど中央でございますけれども、先ほどいただきましたご答申を踏まえまして、12月の都議会第4回定例会におきまして、今ご説明しました納付金の算定方法等の基本的な枠組みを規定します納付金の条例、また都が保険給付に必要な経費として区市町村に交付する交付金の種類や枠組み等について決めました交付金条例等を提案する予定でございます。

また、いただいたご答申を踏まえまして、運営方針につきましても年末までに決定をさせていただきたいと思っております。

なお、納付金につきまして、本日ご報告しましたのは30年度の仮係数による算定結果でございますが、年末、今のところ多分12月28日ごろに国から本係数が示されまして、再度、区市町村ごとの納付金の額と標準保険料率等を算定しまして、年明け1月に区市町村にお示しするとともに、標準保険料率等について公表する予定でございます。

各市区町村におきましては、この確定額等も踏まえて、それぞれの運営協議会に諮り、また議会でのご審議を経て実際の30年度の保険料（税）率を決定しまして、30年4月の新制度移行を迎えるというスケジュールでございます。

ご説明は以上でございます。

○土田会長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

ということですので、運営協議会の今年度の役割はこれで終了ということになります。最後に、2点申し上げておきたいと思えます。

1つは、国民健康保険の難しさということを改めて申し上げたいんですが、国民健康保険は高齢者や病気がちの人が多く、そういうリスクが大きいのに加えて、所得の低い人が多いということですから、二重、三重の意味で非常に難しい制度です。しかも日本の国民皆保険の基盤をなしていますから、被用者保険に入らない人、あるいは適用除外の人は、全て国保に入ってくるという構造になっておりますので、非常に運営が難しい。しかしながら国民皆保険を守っていく以上は、この国民健康保険というものをどうしても維持していかなければいけないということをぜひとも認識していただきたい。したがって国民健康

保険が保険料だけで賄えるということは絶対あり得ない話ですし、当初から半額は国庫負担という形でスタートしました。

もう一つ申し上げたいのは、医療費が非常に増大してきているということでもあります。医療費の増大要因としてはいろいろありますけれども、今一番大きいのは医療技術の高度化です。特に薬剤を中心として急速に医療技術が高度化し、その費用が急速に上がってきており、その医療費を誰がどのようにして負担するのかという問題です。これは日本だけではなくて、各国が全て突き当たっている非常に難しい問題であります。そういう中で国際比較をした場合に、日本は医療費が非常に安い国です。先進国で最も安いと言っていいかもしれません。それだけに、その維持が非常に難しいということを踏まえた場合に、これからの議論を進めていくときは負担のあり方というものを考えない議論というものは現実性を帯びないということになります。医療費とその負担について考えてみた場合に、医療保険制度としては、今回の都道府県化をめぐる一連の動きが、おそらく最後の改革であり、抜本的な改革はここで一応の終焉ではないか。つまり、医療保険制度をこれ以上いじっても医療費の削減にはなかなか結びついてこないということなんです。

これから向かうのは、おそらく、医療供給体制の改革であろうと思います。病院と診療所の機能区分、あるいは医療と介護の連携、さらにはかかりつけ医ということが課題になると思います。高齢者になれば必ず2つ、3つの病気を持っていますから、各診療科ごとにめぐり歩かないで、最初の医者のところに行って、そこで診てもらおう。それで振り分けが必要であれば振り分けするし、病院診療が必要であれば病院に行くという、そういう形のかかりつけ医を基盤とした医療提供システムに変わっていかざるを得ない。そういうものを踏まえながら、医療保険制度のあり方はどうあるべきかということ全体として考えていって、どうすれば維持できるか、負担のあり方はどうしたらいいのかということを考えていくこととなります。非常に難しい問題です。簡単には解決できない問題ですから、少なくとも5年、10年という先を見つめながら、この制度改革というものを考えていかなければいけないと私は思っております。

先ほども申し上げましたように、私としては都道府県化というのは決して抜本的な解決策にはならないとずっと申し上げてきたんですが、その考え方は今でも変わりません。しかしながら法律としてこうなってしまった以上、それをもっと悪くはしたくないということで、こういう席に歳を考えずに出てきたわけですが、ぜひともこの国民健康保険制度というものを維持して、国民皆保険、しかも医療提供については全て平等というシス

テムをぜひとも維持していくということで、皆様のご理解をいただきたいと思います。

以上です。どうもありがとうございました。

○梶野国民健康保険課長 ありがとうございます。

今、会長からお話をいただきましたように、今年度の運営協議会としては本日が終了ということになります。委員の皆様におかれましては、お忙しい中ご出席いただきまして、また幅広いご意見をいただきまして、まことにありがとうございました。

(了)