

令和7年度第1回静岡県国民健康保険運営協議会 会議録

1 日時

令和7年11月18日（火）午後1時30分から午後3時まで

2 場所

県庁別館20階 第一会議室B・C

3 出席者

(1) 委員 10名（欠席1名：被保険者代表 塩崎 敬子）

ア 被保険者代表委員

大石 泰子、大里 恵美子

イ 保険医又は保険薬剤師代表委員

小野 宏志（オンライン）、鎌田 大輔、鈴木 孝一郎

ウ 公益代表委員

藤本 健太郎、溝田 友里、小宮山 麗子

エ 被用者保険等被保険者代表委員

安田 剛、富永 伸彦

(2) 事務局（県職員）

宮田 英和 健康局長、大森 康弘 国民健康保険課長、青島 純 国民健康保険課課長代理 ほか

4 会議に付した事項

(1) 開会

(2) 議事

①会長の選出

②静岡県国民健康保険運営方針の2024年度取組状況評価

(3) 報告

①保険料水準の統一に向けた取組

②子ども・子育て支援金制度の導入に向けた対応

(4) 今後のスケジュール

(5) 閉会

5 配付資料

資料1 静岡県国民健康保険運営協議会委員名簿

資料2 関係法令、条例

資料3 会長の選出

資料4-1 静岡県国民健康保険運営方針の2024年度取組状況評価

資料4-2 静岡県国民健康保険運営方針2024年度取組状況評価（別紙）

資料5 保険料水準の統一に向けた取組

資料6 子ども・子育て支援金制度の導入に向けた対応

資料7 今後のスケジュール

参考資料1 静岡県国民健康保険運営協議会関連諸規程

参考資料2 静岡県国民健康保険運営に当たっての連携体制

6 議事等

(1) 開会

【青島国民健康保険課課長代理（司会）】

皆様、本日は、お忙しいところ御出席いただき誠にありがとうございます。

ただいまから、令和7年度第1回静岡県国民健康保険運営協議会を開会いたします。

私は、静岡県健康福祉部健康局国民健康保険課 課長代理の青島でございます。よろしくをお願いいたします。

開会に当たりまして、静岡県健康福祉部健康局長の宮田から御挨拶申し上げます。

【宮田健康局長】

皆様、こんにちは。ただいま紹介いただきました、健康局長宮田でございます。

本日は、皆様お忙しい中、令和7年度第1回静岡県国民健康保険運営協議会に御出席いただきまして誠にありがとうございます。

また、日頃から、県福祉行政をはじめ、県行政の各分野において、御理解、御協力を賜り、厚くお礼を申し上げます。

今回の運営協議会につきましては、本来9月5日に開催を予定していましたが、台風の影響により、急きょ延期を決定し、本日、改めて開催させていただくものです。

委員の皆様には、延期の決定、また、本日の開催までの日程調整等に御対応いただき、重ねてお礼申し上げます。

さて、静岡県では、県民一人ひとりの「暮らしやすさ」と「幸福感・ウェルビーイング」に見える化し、本県の強みを伸ばし、弱みを強みに変えていくことにより、「県民幸福度日本一の実現」を目指しております。

本県の強みの一つは、全国トップクラスの健康寿命であります。県民幸福度を高める

ためには、県民の皆様が生き生きと生活できる環境づくりが重要と考えております。

県におきましては、科学的知見に基づく健康増進施策を推進する中で、健康長寿の3要素「運動」「食生活」「社会参加」に着目し、医療保険者の皆様等と連携した健康づくりに取り組んでおるところでございます。

県といたしましては、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境の整備やその質の向上、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりと、これらの効果・効率を高めるための研究や人材育成等の取組を通じ、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を実現していきたいと考えております。

本日の議題であります、国民健康保険関係につきましては、昨年度から令和11年度の6年間を対象とした第3期静岡県国民健康保険運営方針に基づき、市町における保険料税の収納率向上や医療費適正化などの取組を進めているところでございます。

また、国保財政は、被保険者数の減少や1人当たり医療費の増加などの構造的な課題を抱えていることから、県では国の方針に沿い、将来的な県内保険料水準の統一を目指し、市町の皆様との協議を重ねるとともに、各市町における取組の差異解消に向けた働きかけを行っているところでございます。

本日お諮りいたしますのは、静岡県国民健康保険運営方針の2024年度取組状況の評価案でございます。

昨年度から開始した第3期運営方針について、今回初めて評価をいただくこととなります。

このほか、保険料水準の統一に向けた取組や、来年度新たに創設される「子ども・子育て支援金制度」の導入に向けた対応についても御報告させていただきます。

委員の皆様におかれましては、それぞれのお立場から取組に対する忌憚のない御意見を賜りますように、お願い申し上げます。

それでは、本日はよろしく願いいたします。

【青島国民健康保険課課長代理】

続きまして、本日は現在の運営協議会委員の任期最初の会議となりますので、議事に先立ちまして、委員の御紹介をいたします。

「資料2」の2ページを御覧ください。

運営協議会の委員につきましては、「静岡県国民健康保険運営協議会の委員の定数等を定める条例」の第2条により、委員の区分に応じ、定数が定められており、これに基づき、令和7年2月16日に委員の委嘱をお願いしております。

具体的には、「資料1」の運営協議会委員名簿を御覧ください。

委員区分の順番に、私から委員の皆様を御紹介申し上げます。お名前をお呼びしますの
で、その場で御起立をお願いいたします。

「被保険者代表」の静岡市 大石 泰子委員です。

同じく、浜松市 大里 恵美子委員です。

なお、函南町 塩崎 敬子委員ですが、本日は欠席でございます。

続きまして、「保険医・保険薬剤師代表」の 小野 宏志委員です。オンラインにて御参加されています。

同じく、鎌田 大輔委員です。

同じく、鈴木 孝一郎委員です。

続きまして、「公益代表」の藤本 健太郎委員です。藤本委員は、社会保障政策を御専門とされています。

同じく、溝田 友里委員です。溝田委員は、行動科学や健康教育学を御専門とされています。

同じく、小宮山 麗子委員です。小宮山委員は、税理士をされていらっしゃいます。

最後に、「被用者保険等保険者代表」の安田 剛委員です。

同じく、富永 伸彦委員です。

以上であります。

令和10年2月15日の委員任期終了までの間、よろしくお願い申し上げます。

続きまして、定足数について御報告いたします。

本日は、11名中10名の委員に御出席いただいておりますので、「資料2」2ページに掲載しております、「静岡県国民健康保険運営協議会の委員の定数等を定める条例」第4条第2項の規定により、本日の協議会が成立しておりますことを御報告いたします。

それでは、議事に入ります。

最初に会議次第の2(1)、会長の選出についてお諮りします。

資料3を御覧ください。国民健康保険法施行令第4条第1項において、会長は「公益を代表する委員のうちから、全委員がこれを選挙する。」と定められております。

これまでの経緯から、社会保障制度全般に精通している委員が適任かと考えますが、公益代表の委員から立候補される方、又は委員の皆様から御推薦はありますでしょうか。

【安田委員】

安田でございます。

会長には、静岡県立大学の藤本委員が適任かと思いますが、いかがでしょうか。

【全委員】

(異議なし)

【青島国民健康保険課課長代理】

ありがとうございました。御異議はないようですが、皆様に再度お諮りさせていただきます。

藤本委員に会長をお願いすることについて、御賛同の方は挙手をお願いします。

【全委員】

(挙手)

【青島国民健康保険課課長代理】

ありがとうございます。

皆様に御賛同いただきましたので、会長には藤本委員を選出いたします。

藤本会長には、会長席に移動していただいた上で、この後の進行は、「静岡県国民健康保険運営協議会の委員の定数等を定める条例」第4条第1項の規定により、藤本会長に議長をお願いいたします。

それでは、会長、よろしくをお願いいたします。

(2) 議事

【藤本会長】

ただいま静岡県国民健康保険運営協議会会長に御選出いただきました、藤本でございます。

この協議会は、国保運営に関する重要事項を審議することとなっております。少子高齢化、人口減少、医師・看護師の不足など、問題が山積しておりますけれども、静岡県の国保が将来にわたって持続可能で、よりよいものとなりますように、委員の皆様方におかれ

ましては、活発な御議論と御協力をいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。着席させていただきます。

それでは、議事(2)に移ります前に、静岡県国民健康保険運営協議会運営要綱第4条第1項による会議録署名委員に、大石委員を指名させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

【大石委員】

承知いたしました。

【藤本会長】

ありがとうございます。後日、会議録の署名について、大石委員よろしくお願いたします。

事務局から、補足説明はありますか。

【山本事業運営班長】

会議録につきましては、発言者のお名前と内容について記録をし、ホームページ等で公開いたします。

公開する前に、委員の皆様にご誤り等がないか確認をいたしますので、御了承ください。

【藤本会長】

それでは議事に入ります。

会議次第の2(2)「静岡県国民健康保険運営方針の2024年度取組状況評価」について、皆様にお諮りいたします。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

【大森国民健康保険課長】

事務局の国民健康保険課長 大森でございます。今年度から3年間、皆様どうぞよろしくをお願いいたします。それでは着座にて御説明申し上げます。

資料4-1をお開きください。「静岡県国民健康保険運営方針の2024年度取組状況評価」でございます。

最初に「1 取組状況評価の実施」です。国民健康保険の運営方針は、国民健康保険事業の安定的な財政運営や広域化、効率化のために県が策定するものです。県と市町が連携して取り組むものとなっております。

また、運営方針に定めた事項につきましては、毎年度の取組内容や実績評価を運営協議会に報告しまして、継続的な改善を図ることとされております。

本日評価をいただきます2024年度の取組ですが、現行の運営方針6年間の初年度となります。

なお、本評価に対しまして、いただいた御意見を踏まえて、評価に反映させるなどして、第2回の運営協議会において改めて報告をいたします。

続きまして「2 取組状況評価<総括>」です。「(1)指標の達成状況」について御説明いたします。

運営方針に定める28の評価指標中、目標値を達成した項目は14、目標値が改善された項目は9と、合せて23指標、82%が目標を達成又は改善することができました。

なお、目標達成の二重丸、改善の白丸は、次の2ページ以降に、評価指標と達成状況の一覧表において使用しております。

「(2)財政運営」及び「(3)保険料水準の統一」につきましては、この後の資料4-2で

御説明申し上げます。

続きまして「3 取組の改善」についてですが、各目標のうち、未達成事項の改善、取組のほか、達成済み事項の維持も含めまして、継続して進行管理をしております。

また、本運営方針の計画期間は6年間ですが、中間年である2027年度に向けて見直しの検討を行い、必要に応じて目標の見直しに取り組んでまいります。

それでは改めまして、2ページをお開きください。「4 取組項目に係る評価指標等一覧」です。2ページから5ページにかけて、一覧としてお示ししております。

また、主要な取組は、改めて「資料4-2」としてまとめております。

なお、この資料の一番右端にあります別紙として掲げたローマ数字、I～Vにつきましては、この後、資料4-2にて御説明申し上げます。ただし、この中の収納対策と特定保健指導は、資料4-2にて詳細を御説明いたしますので、これ以外の項目を先に御紹介申し上げます。

まず未改善となっているのが黒丸ですので、黒丸について御確認をお願いします。

4ページを御覧ください。「6 糖尿病性腎症重症化予防の取組」についてです。

評価指標の欄を御覧いただきますと、「県版の予防プログラムに沿った取組を行う」ということと、「保険者努力支援制度「重症化予防の取組の実施状況」の全ての項目で加点のある」ということのいずれも満たすことが目標とされております。クリアした市町は、昨年度14から大きく減りまして2となりました。この大きく減った要因としましては、先ほど申しました「保険者努力支援制度における加点要件」、これが、要件が変わって厳しくなったためでございます。

具体的には、DX、デジタルトランスフォーメーションを活用した取組に関する事項が要件に追加されまして、情報通信技術を活用した遠隔面接、あるいは、対象者が自ら日々測定をすることで血圧や心拍数等の健康状態に関するデータ、いわゆるPHRといわれて

いるものですが、こうした形のデジタル活用を求められるようになりました。

こうしたことから、目標を達成しているところが大きく減ったわけですが、上にございます「県版予防プログラムに沿った取組を行う」という項目は、35市町全て満たしておりますので、今後は充足している2市町の取組を他の市町でも実施できるようなサポートを検討することで、進捗管理に努めてまいります。

次に、5ページ、「5 標準準拠システムの導入」についてです。

標準準拠システムとは、自治体ごとに異なる情報管理を標準化・省力化するために、国保を含む地方公共団体の基幹業務について、2025年度までに導入することが求められておる、国が定めた基準に適合するシステムのことをいいます。

県内の市町におきましては、システム導入に向けた計画を定めて、これに基づきまして、システム業者、ベンダーとの契約を行い、導入に向けた作業を順次進めているところでございます。

このため、この目標にあるように2025年度には、全ての市町で移行が完了する予定となっております。

一方で、全国一斉に導入するため、業者が確保できない等によって作業に遅れが生じる市町も想定されますことから、目標達成に向けた取組状況については今後とも進行管理をしていく必要があると認識しております。

続きまして、1ページおめくりいただきましてA3の資料4-2で主要事業の取組を御説明いたします。

こちらの資料のつくりですが、資料4-2のA3版の資料が3枚ついております。その下に参考というものが1~4までついておりまして、こちらの参考に関連するデータを掲載しておりますので、併せて御確認を提示させていただきます。

最初に、A3資料の1枚目「2 財政収支の改善に係る基本的な考え方」についてで

す。

2024年度の県の国保特別会計は、被保険者数の減少に伴いまして、歳入総額では前年度から減少し、約3,170億円となりました。

一方、歳出の大半ですが、市町の皆様が保険医療機関にお支払するために交付する保険給付費になります。こちらの方は、総額では減少しているものの、1人当たりでみた場合には、一貫して増加傾向となっており、当初予算での所要見込額を上回るという状況になっていることから、前年度の剰余金等を充当して何とかやりくりしてるという形となっており、厳しい財政状況の運営が続いております。

今後とも、将来にわたって持続可能な財政運営を継続していくために必要な所要額の確保が課題となっております。

なお、県では、不測の事態に備えるとともに、納付金の急激な変動を抑制するために財政安定化基金というものを持っております。

将来の保険給付費の増加を背景といたしまして、持続可能な財政運営に有効活用できるように一定の基金残高を維持するべく、基金の活用方針について市町の皆様と協議を進めているところでございます。

今後の取組ということで、右側の欄にあります改善の欄を御覧ください。

冒頭の局長の挨拶にもございましたが、国保財政を安定的に運営していくためには、必要な支出を保険料や国庫負担金などで賄うことにより、毎年度の国保特別会計において収支均衡を図ることが重要です。

この国保財政の歳入ですが、国等からいただきます公費、税金のほか、被用者保険の皆様、現役世代の働いている皆様から支援金という形でいただいているものもございます。

ほかには市町からの納付金ということです。

公費や支援金といった支援をいただく皆様の御理解を得るためにも、納付金、ひいては

納付金の原資である保険料の収納対策の強化が極めて重要になります。

また、歳入には保険者の取組努力に応じて国から交付される保険者努力支援制度といったものがございます。こういったものの積極活用が歳入確保には重要となっております。

一方、歳出ですが、先ほど申し上げました保険給付費、こちらの方をできる限り、少しでも抑えるという意味で、歳出の中心であります医療費の適正化に向けまして、特定健診、特定保健指導等の健康づくりの取組が非常に重要となっております。

今申し上げました収納対策、特定健診、特定保健指導の状況については、この後、それぞれの項目として御説明申し上げます。

なお、8月の下旬には、国から令和5年度分の全国の都道府県と市町村を合わせた特別会計の決算状況が公表されましたが、本県を含む32の県で実質収支が赤字となっております。

本県に限らず国保財政は厳しい状況であることが改めて明らかになったことから、制度設計を担う国に対しまして、必要となる財源である公費の支援を全国知事会等とも連携して要望しているところです。

続きましてⅡ「3 赤字解消・削減の取組」について御紹介いたします。

保険料の負担軽減のために決算補填などを目的として、一般会計から赤字繰入を行うということは、いわゆる公費として国が定めた国の税金だけでなく、保険者自らが独自の判断で国保以外の納税者からいただく税金を国保の保険料軽減に充てるという観点から、受益と負担のバランスが崩れているということを国の方から指摘されており、この解消に向けた取組を要請されているところです。

また、後ほど説明いたしますが、保険料水準の統一が課題となっております。一部の市町の皆様が独自に軽減措置を講ずるということは、市町の中で負担バランスが崩れているということからも問題となります。

県内で赤字繰入を行っている市町は、これまでの取組の成果に伴いまして、2021年度以降1市のみとなっております。

この該当する磐田市さんにつきましては、解消に向けた取組努力を継続して行っていたことで、保険料の改定あるいは市の財政安定化基金の活用等を通じまして、昨年度、令和6年度末に解消ができたという報告をいただいております。このため、35全市町において赤字繰入がなされなくなったという状況で、大きな目標が一つ達成されましたということをお報告申し上げます。

ただ、今後急激な保険財政の悪化により、一般会計により支援が必要となる状況が考えられますことから、この状況が継続できるような形で、今後とも市町の皆様とともに努力をしてまいりたいと考えております。

続きましてⅢ「2 保険料水準の統一に向けた取組」について御説明いたします。

こちらにつきましては、資料があちこち飛んで恐縮ですが、この資料4-2のほか、報告事項として資料5として御紹介をしておりますので、こちらを使って一部御説明申し上げます。

まず、資料4-2の一番上に書いてあるとおりですが、国は、財政安定化や被保険者間の公平性の観点から、将来的には各都道府県内において、保険料水準を統一することを求めています。

県では、国の要請を踏まえまして、現在の運営方針の計画期間内に、統一の第一段階として、市町の医療費を賄うために、市町が県に納付する事業費納付金について、市町ごとに異なる医療費水準、医療費の違いを反映させない、「納付金ベースの統一」を目標に掲げました。

また、将来的には保険料の完全統一、これは国の定義では、どこに住んでいても同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料、現状、今例えば静岡市と浜松市でルールが違

うわけですが、これを県内どこに住んでいても、条件が同じなら同じ保険料にするということを目指しております。

市町の皆様との協議の結果、保険料水準の統一に向けた取組のうち、国が求める第一段階であります、納付金ベースの統一の本計画期間内、令和11年度までの完了を目指すということ由市町の皆様と合意形成できました。

具体的には、市町ごとの納付金算定において、市町で異なる医療費水準をどの程度納付金に反映させるかという指標として医療費指数反映係数というものがございます。 α といわれていますが、こちらをゼロとし、市町ごとの医療費水準を反映しない算定方法へ移行することといたしました。

また、急激な負担変化を避けるため、 α の引下げを段階的に実施するとともに、財政負担増となる市町へ時限的に財政支援することも併せて合意いたしました。

少し内容が専門的な話になるものですから、資料5にて補足で御説明いたしますので資料5を御覧ください。

1枚おめくりいただきまして、2ページ目「4 令和6年度の取組状況」というものを掲げてございます。

医療費指数反映係数 α の引下げの年次計画ですが、先ほど御説明しましたとおり、医療費指数反映係数 α が1となる場合100%、0の場合は0%ということで、医療費の市町ごとの差異をどの程度納付金へ反映させるかを示す指数となっております。

(1)にありますとおり、令和7年度の納付金から $\alpha = 1$ から0.8ということで、引下げを徐々に進めていくということで、11年度には0にするということを定めて市町の皆様と合意形成いたしました。0にいくまでの間に一気にやるといろいろ影響が大きいので、段階的に進めましょうという形で、0.2ずつ減らしていくという合意がされました。

続きまして(2)の財政支援についてです。

市町の医療費水準を反映させない算定方法にいたしますと、「市町への影響」にありますとおり、医療費水準の低い市町の納付金が増加します。

逆に、高い市町の納付金は減るということですので、市町の負担のバランスが急激に崩れてしまうような心配があります。そのため、市町の負担、ひいては保険料の負担が急激に変動することのないよう、 α を引下げる間、令和7年から11年までの期間限定にて、激変緩和のための財政支援を行うこととしました。財政支援のイメージはここに書いてあるとおりです。負担増を抑えるために行うもので、このカーブを緩やかにするという趣旨です。

なお、このための財源ですが、県から市町へ交付する既存の交付金の総額を変えないで、市町間の配分割合を変更することで対応します。県の新たな財政負担を伴わないような形で制度設計をいたしました。市町ごと異なるものを、市町の枠を越えて県民で負担を支え合うという考えのもと統一を進めておりますので、負担の割合を総額を変えずに市町間で賄いましょうという形での、統一の制度理念に沿った運用と改めました。

資料4-2、A3版の資料にお戻りください。次に真ん中にございます、完全統一に向けた取組についてです。

完全統一のために不可欠な保険料の賦課方式でございますが、2027年度までに、医療給付費及び後期高齢者支援金分は3方式、介護納付金分は2方式に統一することを目標として掲げております。この統一賦課方式は3・3・2という方式としているのは2024年度末時点では27市町となっております。

A3の資料を3枚おめくりいただきまして、参考資料を御覧ください。

まず参考1でございます。

令和6年度の市町ごとの保険料率を表にしたものですが、網掛け表記をしている所を御覧いただければお分かりかと思いますが、医療分ですと3方式ではない方式をとっている

のが、この網掛けしている3つの市町になります。それから、真ん中の後期分ですが、ここも同じく3つの市町がいわゆる統一ルールと違って平等割をとっていないという形になっていて、3方式という共通ルールから外れた2方式をとっているということになります。介護分につきましては、4つの市町が、2方式でない方式をとっているということで、合わせますと市町名で網掛けをいたしました合計8つの市町が、統一賦課方式にしていないという形になります。

ただ、この賦課方式を変更いたしますと、住民負担の変更を伴いますので、急に変更するのはなかなか難しいと思います。市町間の差異解消に向けて、取組の必要はあるという認識は得られていますが、進め方についてはそれぞれの市町の皆様の御事情もあると思いますので、その辺りの状況について丁寧に把握していく必要があると考えております。

再度A3版の資料に戻っていただきまして、下段にある課題について御説明いたします。

完全統一のためには、ほかにも様々な市町間の差異の解消が必要となります。

ここでは、各市町で異なる事業として減免の基準と保健事業、各市町で差異が大きいものとして、保険料の収納率と特定健診受診率等を挙げております。

このうち、収納率・特定健診等はこの後、御説明いたしますが、総括した取組を、もう一度資料5に戻っていただきまして、資料5の3ページをお開きください。

資料5の「5 完全統一に向けた取組」として、各項目を掲げております。患者が医療機関の窓口で支払います一部負担金、こちらについては様々な理由に当てはまる場合には、減免ということで納めなくてよいというルールがあります。このルールが市町ごと異なるため、この差異について統一しなくてはならないということが課題となっており、一部の市町の皆様の御協力をいただいたワーキンググループを設置した上で、本年度中に統一基準の合意形成を目指しております。これが終わりましたら、今度は保険料の減免基

準、こちらの方も納めていただく保険料について、一部の皆様には減免というものがありますので、このルールを調整していく必要があるという課題認識を持っております。

その下の保健事業についてですが、保険料を充当して行うものについては、市町間で現時点では異なる内容となっております。この内容を統一するためのワーキンググループも設置した上で、協議を開始しております。保健事業については、それぞれ市町ごとの独自のサービスというような部分もございます。

一方で、納めていただく保険料を統一するのに、受ける保健サービスが違うという形は解消する必要がありますので、受益と負担の公平性を図るための検討を、今後とも市町の皆様としてまいります。

2つ飛ばして最後に医療費水準の格差縮小についてです。保険者である市町が担う医療費適正化の取組を、これまで以上に重視する必要があるがございます。市町の医療費水準の格差縮小を通じて、県全体で医療費水準の適正化が図れるように、インセンティブ制度の導入について、市町と検討を重ねているところでございます。

続きまして、資料4-2の2ページを御覧ください。IV「2 収納対策の取組」についてです。

保険料の収納率目標を達成した市町は、昨年度から9減少して14となりました。大きく減少した要因としましては、昨年度より目標そのものを上げたということが背景にあります。

ここで、参考にこのA3の資料をおめくりいただいた次のページから、参考1から4までありますが、参考2をお開きください。

市町の平均収納率につきましては、表の一番下の中ほどにありますとおり、94.79%となっております。右から二つめにあります昨年度実績が94.87%ということで、これを下回る結果となっております。

要因につきましては、市町の皆様からいろいろ背景等について聴取しております。昨今の物価上昇等の経済的な要因があるということですか、新しく国保に加入された方の口座振替の手続がなかなか進まないといった課題を御報告いただいております。

なお、最近では、いわゆる75歳以上の後期高齢者に団塊の世代の皆様が移行する、あるいはピークであるということから、比較的収納率が高い、いわゆる73、74歳位の方たちが後期高齢者へ移行したということもあって、そういったことが全体の収納率の低下に影響しているということも背景にあると考えられております。

一方、表の右端にあります、収納率の上がった、下がったという形で市町ごとに表を整理しておりますが、16の市町が前年度に比べて改善をしているということでございます。市町ごとの差が大きいということが課題となっておりますが、収納率の低い市町も改善している、改善につながっているところもありますので、こうしたことから、市町間の差異は徐々にですが縮小しているという形となっております。

再び、資料A3の2ページにお戻りください。今後の取組といたしまして、表の右側の改善の欄を御説明申し上げます。

改善の項目で、保険料水準の統一もこの項目で触れましたが、保険料収入の確保及び市町間の差異の解消ということが、今後の国保運営においては極めて重要な課題となっております。

このため、県では、これまでも実施しておりますが、全ての市町の皆様を対象とした全体の集合研修、これを毎年度継続しておりますが、これに加えまして、市町ごとの課題や現状を把握した上で、個別市町に実際に出向きまして実態把握をする機会がありますので、こういった機会を通じまして、市町ごとの課題の抽出及び支援等をしております。収納率が高いところは、それなりに工夫した取組をしているという成果にほかなりません。

これらの市町の取組を、苦戦している市町の皆様に御紹介するような形をこれまで以上

に強化をしていく必要があると考えております。

また、保険料水準の統一には、格差解消の加速化が必要となることから、市町の収納率向上の取組努力に応じた交付金等の制度がありますので、この支援の強化も必要なのかなと考えております。

また一方、今申し上げたように、優良事例、具体的には納付方法の利便性の拡大や、平日夜間、祝日の納付相談のような形で、忙しい国保の被保険者の皆様に対して寄り添った対策を講じたことで効果が上がったという取組事例もありますので、こうした取組の紹介等を図ってまいりたいと考えております。

続きまして、資料A 3の3ページ目をお開きください。

「2 特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の向上」について、御説明いたします。

特定健診については、評価指標である受診率は、2023年度が直近の公表値になりますが37.9%、保険者努力支援制度で加点があった市町は20と、いずれも改善をしております。

一方、特定保健指導については、実施率が36.3%、同制度で加点があった市町が26と、いずれも減少いたしました。

1枚おめくりいただいて、参考資料の3と4を御覧いただきたいのですが、まず参考の3を御覧ください。

こちらが特定健診で、参考4は特定保健指導の市町別の実施状況となっております。いずれも国の目標は60%ですが、県の平均値ではいずれも目標を達成していないということになります。

ただ、市町別で御覧いただきますと、参考3の特定健診の方では、一番高いところが14番の御殿場市51.4%で、一番低いところが29番の函南町で29.6%ということで、20ポイント程度の開きが特定健診ではございます。

一方、参考4でお示ししている特定保健指導につきましては、60%の目標を達成している市町を太枠で囲っておりますが、比較的達成している市町があるという反面、10%にも達していない市町もあるということで、特定保健指導においては市町間の格差が非常に大きいということが特徴として掲げられております。

この落ちてしまったあるいは低い市町の皆様にいろいろ実情を尋ねると、これは2023年度の実績ということで、この年の5月以降に新型コロナウイルス感染症が5類に移行しまして、経済活動が通常に戻ったというようなこともあります。これまでお休みをされていたりで、なかなか仕事がなかったというようなことが、やっと経済が動き始めたということで、国保の皆さんが忙しくなったというようなことで、市町の皆様が特定保健指導の御案内を差し上げても、なかなか電話につながらないというような事情もあるとのお話を伺っているところであります。

こうしたことから、効果的な接触方法や、支援が継続するための対策につきまして様々な取組、これに成功しているところは高い実績を誇っているものですから、こうした取組をいろいろ丁寧に教えていただきながら、なかなか苦戦している市町の皆様にお伝えするような相談会、あるいは研修会等を積極的に図っているところです。

A3の資料にお戻りください。改善に向けた取組ですが、これまで実施してまいりました、県全体による広報や集合研修などの全市町に対する支援に加えまして、個別の市町、今御覧いただいたとおり、市町ごとの課題は全然違うものですから、個別の市町の課題に対する支援の強化が必要であると考えております。

保険者ごとに保健事業の取組を掲げましたデータヘルス計画というものがございます。こちらのデータヘルス計画の策定期間も、国保の運営方針と同じ6年間、令和6年度か6年間とされていることから、個別市町の支援に当たりましては、このデータヘルス計画の策定や進捗に対し、これまで御支援をいただいております静岡社会健康医学大学院大学や

国保連合会さんとも連携しながら、きめ細かな市町支援を展開していこうと考えております。

また、市町の取組にあります。先ほどの例と同じように、休日や夜間健診、あるいはがん検診との連携といった、住民が利用しやすい環境の構築といった個々の市町の課題に応じた取組の強化を進めていく必要があると思っております。

なお、県の役割として、この資料の下に付けましたが、特定健診受診のPRの動画を作成し公開しております。啓発キャラクターとして、レスリングで御活躍されました吉田沙保里さんをお願いしまして、テレビコマーシャルやSNS、ポスター、特設サイトなどを通じまして、特定健診の受診を促す取組を展開しております。

健診がきっかけで様々な病気の早期発見あるいは健康チェックという観点から、この健康づくりへの関心を高める第一歩として、特定健診の受診率向上と合わせまして、特定保健指導の実施率向上への一助となればと考えております。

長くなりましたが、取組状況についての御説明は以上となります。

よろしく御審議をお願いいたします。

【藤本会長】

はい。御説明ありがとうございました。

それでは、各委員から御質問、御意見はございますでしょうか。

【富永委員】

資料4-2のI、財政収支の関係ですが、県では財政安定化基金を積立っていますが、これは例えば、健康保険組合では準備金というものが法律で定められており、一定額を持ちなさいという決まりがあるのですが、県の財政安定化基金の適正な残高に決まりはある

のでしょうか。

現状、これを取崩すことが厳しいのかどうか、その辺りもお聞きします。

【大森国民健康保険課長】

国保では、県が財政運営の責任主体となってから、国の出資による本体基金というものを設置しています。全額国の出資のため、ルールも厳密に定められており、不測の事態に応じて取崩すことになっています。

このほか、財政安定化基金には財政調整分というものがございます。こちらは基金として積立てる前は特会の剰余金、毎年度、ふたを開けたら残ったというもので、これをどうしましょうかということはルールはありません。たまたまコロナ禍における受診控え等によって、思っていたより納付金を使わなかったという状況の中で積み上がった基金を、後年度に活用しているものです。

財政調整分がない都道府県もあります。全くなくて、当年度かかった費用は来年度の納付金で100%賄うという形で行っているところもあります。

本県のようにそこそこ積立てているところは、来年度の納付金があまり上がらないよう、多少抑えるために運用を行うところもございます。

いずれにしても基金の使い方については、市町の皆様と協議して決めており、国等にも確認しましたがルールは特にないようで、我々としましては余ったお金をどのように使うかということは、市町の皆様との話合いの中で進めているところです。

ただ最近の動向で申し上げますと、医療の高度化が非常に進んでいることもあり、思ったより医療費がかかるという状況が常態化していますので、一気に使ってしまいますと来年度以降困るのではないかということから、基金の計画的な活用について、様々な御意見をいただきながら協議をしているところでございます。

【藤本会長】

よろしいでしょうか。では小野委員どうぞ。

【小野委員】

2点、述べさせていただきます。

まず、特定健診について、受診率を6割まで上げたいということですが、高市総理からは健診の充実の話も出ています。

今3割少しくらいの健診受診率を6割までもっていくということです。健診受診率向上のための御意見をお聞かせいただきたいです。

もう一つは、非常に高額な医薬品が入ってきていまして、医師国保でもそういったお薬を使っておられる方がいると財政上厳しくなるということを聞いていますが、その辺りをどのように考えておられるか、高額な医薬品をたくさん使われてしまった場合の財政的な影響について、県の考えをお聞かせいただければと思います。

【大森国民健康保険課長】

特定健診についてですが、両面あるのかなと思います。

健診を積極的に受けていただくことで健康予防につながり、最終的にはかかる医療費がトータルでは減っていくだろうということと、健診を実施するには費用がかかりますので、これを保険料で出さなければなりませんので、健診を受ける人が増えれば増えるほど費用がかかる、ということもあるのかと思います。

ただ実際、特定健診の受診料につきましては、国と県が3分の1ずつ、市町が3分の1、かかる費用の3分の1だけ市町の皆様をお願いする形、公費支援が入っていますので、トータルで見れば受診率を上げた方が、最終的にはかかる医療費や、健康づくりとい

う本質的な目的に資するということから、受診率の向上を進めた方がよいと、県としては考えております。

それから、高額医療費のお話ですが、おっしゃるとおり、薬剤や様々な面から非常に医療のコストがかかっています。人口の減少と医療の高度化が、国がいう市町村の単位から県の単位にすべきだという、保険者規模の拡大、人口規模の少ない市町村の単位では運営がなかなか厳しいという話の根拠となっています。

かかる医療費はある意味仕方がない、かかるものだという前提で、みなさんで支え合う構造をできる限り進めるという意味で、県による統一という形をこれまで以上に進めていくことになるのではないかと認識しております。

なお、高額な医療に対しての様々な支援制度が国のレベルで議論されていますので、この辺りを注視しながら、我々として保険財政をいかにして支えていくかという観点で検討していく必要があると認識しています。

【小野委員】

特定健診受診率だけではなく、健康づくりということもおっしゃいました。健康寿命の延伸ということもいわれています。そのことも指標にできると、より充実した特定健診になるのではないかと思います。

【藤本会長】

ほかにはよろしいでしょうか。

【安田委員】

保険料水準の統一に向けた取組の中で、2ページに財政支援のイメージというのがあります。

ます。そもそも α を0.2ずつ引下げるということ自体が激変緩和措置ととらえています
が、それにプラスして財政支援を行う、負担の大きいところにはダブルで5年間かけて激
変緩和措置を行うということは、最後の方が相当きつくなるのではないのでしょうか。

しかも財政支援は7年度から11年度の時限措置となると、12年度に向けて、5年間かけ
て行うところを6年間かけて行うというイメージでよいのか、ということをお聞きしま
す。

先ほどの資料4-2、収納対策の取組の所で、規模別収納率を見ると、対前年度比が落
ちているところがあります。目標値と比較しても、2024年度において、2023年度までの収
納率目標を達成したかどうかをみると、まだ達成していないところもあります。そうなる
と、将来的に相当、財政が厳しいというか、本人の負担が増えてくればなかなか保険料を
納めることも厳しくなってくるということがあるので、その辺りをどのように考えている
かを教えていただきたいです。

【大森国民健康保険課長】

まず、収納の関係からお答えさせていただきます。

収納率が一番高いところが99%台、一番低いところが91%台ということで、8ポイント
ほど市町間で差があります。平均が94~95%といっても、届いていない市町もあるわけ
です。

現在は市町の単位で見えており、同じ市町の中で納めていただけの方といただけない方と
で差があるということが問題です。

今後、保険料水準を統一することによって、A市で納めていない方の保険料をB市の方
の保険料で賄うという形になりますので、市町間の差異を解消し収納率の向上に向けての
対策は加速化していくことが必要だと思っています。

保険者努力支援制度などで、目標を達成した市町へ御褒美として交付金が交付されるものがあるのですが、達成していない市町に対するディスインセンティブ、マイナスのインセンティブも考えないとなかなか進まないのではないかと考えています。

一方、市町の皆様によると、例えば県の東部地域などでは、県外から転入してきてすぐに転出してしまうなど、資格の取得と喪失の頻度が非常に激しいため、滞納対策になかなか苦戦されているという話も聞いていますので、市町ごとの課題に寄り添う形で最終的には収納率を上げていく努力を、これまで以上に加速しないと保険料水準の統一にも支障があるという認識を持っています。

収納率が落ちているというのはおっしゃるとおりですので、この分析について深掘りする中で、効果的な対策について検討途上でございます。

前半の方の、 α の引下げに伴う支援について、 α を段階的に下げることと財政支援はセットになっていますが、市町の皆様との協議、調整の中で、 α が下がることで納付金が自動的に下がるという市町もございまして、一方で納付金上がることで非常に苦しいという市町もあるものですから、最終的に5年間で令和11年度までに $\alpha = 0$ にたどり着くという目標があるのですが、たどり着き方についてはみなさんで支え合いましょうと、市町からの財政支援の要望に対して、これくらいなら自分たちの交付金をそちらの市町に充ててもよいという調整がなされました。

市町間の話合いの中で財政支援措置も講じられることとなったということでございます。

それからもう一つ、1から0.8、0.6云々にみえますが、実際は財政支援を行うことで負担増のカーブが若干変わります。最終的に $\alpha = 0$ となるためには、どこかの段階で大きく下げなければならないのですが、0.8、0.6という機械的な削減措置よりも、1年目は0.8に財政支援を合わせると0.9いくつになる、3年目は0.4プラス0.2位で0.6位になるといっ

た形の中で、後半にいくに連れて大変にはなるのですが、最終的にこういった形にすることが市町の皆様との協議の中で合意されたということでございます。

【山本事業運営班長】

補足をさせていただきます。

御指摘のとおり、 α が引下がって後半にいくに連れ、特に医療費水準が低い市町の納付金が上がっていくわけですが、一方で医療費水準が高い市町の納付金は逆に下がっていくということが起こります。

そのため、医療費水準を評価するためのインセンティブ制度の導入を現在、市町とともに検討しているところです。

医療費水準が低いところに対しては、財政支援のほかに、医療費水準が低いことを評価して交付金を交付します。その交付金は、医療費水準の高いところにも改善がみられれば交付するというので、県全体の医療費水準が引下がって適正化が図られるよう、インセンティブ制度の導入を検討しているところです。

そこで医療費水準の低い市町、 α の引下げによって苦しくなってくる市町にも別の側面で支援ができればよいのかなと、現在、全市町で話し合いを進めているところです。

【安田委員】

正直なところ、同じ保険者として、医療費水準はどういうふうにしたら短期的に下がるというのはよく分かりません。

協会けんぽも実をいうと西高東低で、西の方は医療費水準が高く、平均保険料率でいうと10パーセントを超えているのは西の方が多いです。そうすると、かなり長期的に下げる努力が必要で、我々も保険者努力支援制度を取り入れています。少なくともなかなか短

期的には難しいだろうなということは認識していて、そのためには何をやるのかという
と、特定健診、特定保健指導、最終的には特定保健指導や重症化予防をしっかりやらない
と健康度が上がりませんので医療費水準は下がらない、と思っ行ってはいますが、市町側
からみると、そういわれてもなかなか難しいのではないのかな、というのが申し訳ないの
ですが正直な感想です。

あともう1点だけよろしいでしょうか。

特定保健指導ですが、多分対策の取り方が二つあって、先ほどコロナがあって下がった
などという話があるのですが、そういうところは持ち直してがんばりなさいよ、というと
ころもあるかもしれませんが、3年間ずっと落ちっぱなしのところもありますね、特に東
部の方が多いのかなというところがありますので、そこには別の対策を立てることが必要
ではないかと思います。

できれば、我々としても東部の方が若干苦戦しているのは事実ですので、そこはお互い
に、被用者保険と共同して何かをやるということがあれば、やっていきたいなというのが
あります。よろしくお願いします。

【大森国民健康保険課長】

特定保健指導ですが、実際の取組として今年度から、低い市町の皆様をターゲット、あ
るいは落ちている、苦戦をされている市町の皆様をターゲットにして、個別市町支援の業
務を国保連合会さんと連携しながら進めております。

特定健診、特定保健指導とも市町間の差がある、特に特定保健指導は低いところはずっ
と低い、なかなか上がらないという課題があるものですから、様々な取組を皆様としてい
く中で、そういったところにターゲットを絞って、市町の実情に降りていったサポートを
しましょうという形を進めているところです。

今日御出席の溝田先生にもいろいろと御協力をいただきまして、市町の実情に応じた効果的なサポートの形について、県からお願いをしているところです。

被用者保険との連携につきましても、同じ住民ですから、当然ですが市町の皆様が住民の健康づくりをどのようにとらえているかということの中で、連携して進めていくというお話は、我々も都度都度お願いしていることですので、課題認識を持って何らかの対応という形の中で、我々としてお手伝いできることがありましたら、というアプローチを続けているところでございます。

【藤本会長】

少し時間が押しておりますので、次の溝田委員で最後にしたいと思います。

溝田委員、どうぞ。

【溝田委員】

先ほど特定健診の受診勧奨等のお話もあったかと思いますが、静岡県のみなさんは個別の支援、市町へのきめ細やかなサポートを普段からされているとされていて、すごくがんばっていらっしゃるなという印象があります。

特定健診を受けない理由の中でよく聞くのは、自分は医療機関を受診しているから大丈夫だというのがありますので、やはりかかりつけ医から、健診だけでは項目が足りない場合は特定健診を受けた方がいいよというのを伝えていただく、そしてもし項目が足りているのであれば、みなし健診にできるようにサポートしていただくということが必要です。

ですが、市町単位だと複数の市町が同じ医師会にお願いしている場合などは、個別の交渉が難しかったりすることもあります。そのようなこともあって、医師会との交渉がなか

なか進まない市町もあるのですが、県の方で医師会へのお願いだったり、市町のサポートをしてあげるようなことを何かされていれば教えてください。

【大森国民健康保険課長】

今日は国保の運営協議会ですが、健康局として、特定健診、特定保健指導の協議会ですとか、様々な健康づくりに資するような関係機関の皆様との組織体がございます。

そうした中では、保険者の立場で発言できる機会もございますし、受診に関して御協力いただける医師会さんなど、また様々な形で指導を賜れるような皆様と協議する場面はたくさんございますので、本日いただいた御意見を踏まえまして、皆様とどのように進めていこうかという議論の中に活かしてまいりたいと考えております。

【溝田委員】

市町の担当者は、医師会の先生の顔が見えすぎていて、逆に言いづらいというところもあると伺うので、ぜひお願いします。

【藤本会長】

それではよろしいでしょうか。

では事務局は、各委員からの御意見について今後の取組の参考とし、取組状況評価に反映させた上で、次回の協議会に2024年度の取組状況評価として改めて諮ってください。

続きまして、会議次第の3 報告(1)「保険料水準の統一に向けた取組」について、事務局から説明をお願いします。

【大森国民健康保険課長】

それでは、「保険料水準の統一に向けた取組」について、先ほども御覧いただきました資料5をお開きください。説明が重複する部分は一部省略いたします。

最初に「1 概要」及び「2 国の考え方」について御説明します。

人口減少が進む中、国では、国保財政の安定化や被保険者間の公平性の観点から、将来的には各都道府県内において、市町村間の差異を解消した保険料水準の解消を求めているところです。

具体的には、令和5年6月に統一の目標として、県内において同じ所得水準と同じ世帯構成であれば同じ保険料、先ほども御説明しました「完全統一」という考え方を提示された上で、納付金に市町ごとの医療費水準を反映させない「納付金ベースの統一」という2種類があるということで、まずは「納付金ベースの統一」を目指し、将来は「完全統一」を目指しましょう、という方針が示されたところです。

令和5年10月には、統一の第一段階である納付金ベースの統一を、本運営方針の計画期間内、令和11年度までに目指しなさいという形が示されたところです。

さらに、この方針を策定後の令和6年6月には、完全統一を令和17年、あと10年位ですが、令和17年度までに目指しなさいということが国の考え方として示されました。

これらにつきましては、この資料の一番最後のページに付けましたので、後ほど御覧いただければと思います。

「3 本県の考え方」ですが、国の要請を受けまして、県では、現行の運営方針の計画期間内に、納付金ベースの統一を実現するという国の要請に応えるとともに、将来的には完全統一を目指すということまでは現行の運営方針に記載しております。

ただ、目標年次の設定は、この運営方針を作った後、国から要請を受けた話ですので、6年間のうちの中間見直しという形が令和9年度にありますので、この中間見直しの段階で、完全統一の目標年度をどうしましょうかということをして市町の皆様と協議をしていき

いと考えております。

ただ、現状の取組では、先ほど申し上げたとおり、納付金ベースの統一に向けた着実な実施ということで、安田委員から御質問いただきましたが、段階的に進めるという取組、合わせまして、完全統一に向けた市町間の差異の解消を進めているところです。

2枚飛ばしていただいて資料の4ページをお開きください。

参考としまして、全国における統一の進捗状況について、厚生労働省の資料を抜粋して記載しております。

納付金ベースの統一につきましては、「納付金算定における医療費指数反映係数（ α ）の設定状況」という上の表を御覧いただきたいのですが、表の一番左側、 α 値の欄のR6のところを見ていただきますと、 α 値が1というところが20ということになっております。これは、令和6年の段階では α を1としている県が20県あるということでございます。本県もここに入っております。

ところが一つ下がってR7になりますと、 α が1のところは11県に減りまして、0.8というところが9に増えているということです。

本県も令和6年度は α が1で、7年度は0.8にしておりますので、この20とか9の中の一部が静岡県になるわけですが、こうしたことから、静岡県のような取組を比較的多くの県が同じようなペースでやっているという形が見てとれます。

また、下の図の「運営方針における目標年度の記載状況」の資料ですが、本県を含む37の県が、納付金ベースの統一を実施、又は目標予定としているところです。

表の $\alpha = 0$ となっているところの下に37道府県、12は実施済み、25は予定となっております。このグループに静岡県がいるという形になります。

なお、上の表ですと、右側の端に α が0という欄がありますが、令和7年度では13の県がもう0になっているということです。さらに下の表ですと、少し分かりづらいですが、

納付金の統一の下の「②完全統一」のところですが、右側に19道府県、2実施済とありまして、完全統一を既に達成している県も中にはあるということです。

ここからいえることは、都道府県による差異、取組のスピードや差異は比較的大きくなっておりますが、多くの県が進めている取組とおおむね静岡県は同様の進捗であるということが見てとれます。

静岡県ですが、これまで地域の多様性を重視して、市町村の自主性を尊重してきている県です。東西に長くて、文化も違う、考え方もなかなか一枚岩ではないような部分が、逆に県の強みでもありましたが、長年、市町村を単位として運営されてきた国保制度を県で統一するということを進めるのは、よその県よりも非常に困難であるというように担当課長としては考えております。

しかしながら、人口減少が進む中、持続可能な国保運営を進めていくためには、避けて通れない課題でありますことから、今後とも、市町の皆様との丁寧な協議を重ねてまいりたいと考えております。

説明は以上です。

【藤本会長】

説明ありがとうございました。

それでは、各委員からの御質問、御意見はございますか。

先ほども質疑応答がございましたし、時間も押していますのでよろしいでしょうか。

続きまして、報告(2)「子ども・子育て支援金制度の導入に向けた対応」について、事務局から説明をお願いします。

【大森国民健康保険課長】

それでは、「3 報告」事項の(2)「子ども・子育て支援金制度」についてです。

資料6をお開きください。

まず、「1 概要」です。

「子ども・子育て支援金制度」とは、少子化対策強化のための児童手当の拡充ですとか、様々な少子化にかかる経費を、令和8年度から、国保を含めました全ての医療保険の保険者からいただいで進めるというものでございます。

「2 子ども・子育て支援納付金」を御覧ください。

国では、国保を含む全ての医療保険者から、子育て支援に必要なお金を「子ども・子育て支援納付金」として徴収します。

保険者である県の立場ですが、国へ納付する必要がありますので、市町の皆様からこれまで納付金としていただいたものに「子ども・子育て支援納付金分」を上乗せして徴収することになります。

市町の皆様からいたしますと県へ納付金を納める必要があることから、保険料に上乗せした「子ども・子育て支援金」を、被保険者の皆様から徴収するという仕組みになります。

こうしたことから、使う国の立場に立てば、子ども・子育て対策を進めるための経費を税金以外の保険料という方法で徴収するということになります。納める国民の側からしますと、医療サービスを受ける対価である保険料のほかに、税金以外の方法で子ども・子育て対策分を納めるという仕組みとなっております。

県では、新たな「子ども・子育て支援納付金」の算定に向けまして、3にありますとおり、具体的な対応について市町と協議の上、決定をしております。

賦課方式となりますが、先ほど御覧いただきました、資料4-2の参考として先ほど御説明いたしました資料をもう一度お開きいただきたいと思います。現在、市町の保険料

は、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分の3区分がございますが、これに加えて、子ども・子育て分が加わるという形になります。

なお、この子ども・子育て支援納付金は、右側にあります介護納付金分と同じように、所得割と均等割の2方式とするということ由市町の皆様と決定をいたしました。

もう一度資料6にお戻りいただきまして、もう一つ「②令和9年度の間見直しにおいて改定」ということでございます。

保険料の賦課方式を変えるといいですか、新しく設けるということですので、本来でしたら国保の運営方針に盛り込まなければならないのですが、令和9年度の間見直し時に反映させるということで、国の了解が得られていることから、令和9年度の見直しにおいて反映させる見込みでございます。

委員の皆様との関係におきましては、2月に開催を予定をしております第2回の運営協議会において、この、子ども・子育て支援納付金分も含めた納付金の算定結果を御報告し、審議をいただくこととなっております。

被保険者への保険料の影響ですが、1枚おめくりいただきまして次のページの別紙1として掲げた表ですが、国の試算では、国保の場合、令和8年度における国保被保険者1人当たりの負担は月250円ということで、令和9年度は300円、令和10年度以降は400円というような形で、3年間で段々上がってくるという試算が資料として示されておりますが、これはあくまで平均的な額であるということから、それぞれの市町の納付金及び保険料がどの程度なのか、これを計算をするために必要な情報が、現時点で国から示されていないということでもあります。

全国共通の制度である以上、先ほど触れましたとおり、政府が重視する政策である少子化対策に対し、被保険者の保険料に上乗せするということにより、我々は国民として協力するということになっていきます。このため国民への周知や理解、協力を得ることは国の責

務であり、先月、その次のページにお示したような広報チラシの提供が国の方からありました。

国では、ホームページでこういった資料を御紹介しているというお話のほか、我々や市町をはじめとした保険者が被保険者の皆様に周知をする際にかかる経費の財政支援をしますよというお話をいただいているところです。

しかしながら、非常に大きな制度の改正、あるいは負担を伴うようなことに関して周知が十分されているとは思えないということで、今年行いました国勢調査などでは、国が自らポスターを作ったり、広報タレントなどを採用しましてテレビでコマーシャル流したりという形で、国民の皆様への積極的な協力を求める広報をしているところですが、現時点でこうしたことが十分されているとは考えておりません。

一方、保険者である市町の皆様は、この今回の広報チラシを活用したきめ細かな広報の取組を実施しているところでございます。

国民への周知が浸透してるとはいいい難い状況ですので、県としてもできることはやりましょうということで、この国の広報を補完して、市町の広報を支援するための取組として、県のホームページでの御紹介をしています。

このほか、保険者相互の連携を図るために保険者協議会というものが組織されておりますが、こちらの方で保険者共通の周知という意味で、情報の共有を進めているところでございます。

この国保の運営協議会は、公開の会議として皆様との議論の状況ですとか、この資料についても全てホームページ等で公開することになっておりますが、この公開である本日の会議で御紹介するのも、広報活動の一助としたいという思いから御紹介をさせていただいたものでございます。

説明は以上です。

【藤本会長】

それでは、各委員からの御質問、御意見はございますか。よろしいですか。

では、御意見、御質問はこの点についてはないということで進めさせていただきます。

全体を通して、改めて御意見、御質問はございませんでしょうか。

今日、御発言のなかった方など、御意見、御質問ございましたらお願いします。よろしいですか。

それでは以上で、予定の議事は終了いたしました。

委員の皆様方には、進行につきまして、御協力をいただきありがとうございました。

それでは、進行を事務局にお返しします。

【青島国民健康保険課課長代理】

藤本会長、今日は本当にありがとうございました。本日いただきました御意見は、今後の取組の参考としてまいります。

次に、今後のスケジュールについて、事務局から御説明いたします。

【大森国民健康保険課長】

御審議ありがとうございました。

資料7として今後のスケジュールを付けましたので、こちらを御覧ください。

本日、皆様からいただきました御意見も踏まえまして、11月になりますが、市町の皆様と随時協議する機会がございます。いただいた意見を踏まえた取組の状況について市町と共有することで、進捗管理を図ってまいりたいと思っています。

また、各市町に納めていただきます令和8年度の事業費納付金の算定に係る確定係数が12月末、年末に国から提示されます。

この係数に基づいて、また、令和8年度は先ほど申し上げましたとおり、医療費指数反映係数 α をさらに0.2引下げて、0.6で算定することがございます。

また、最後に御紹介いたしました子ども・子育て支援納付金分も上乘せした形が必要になるということがございます。

こうした様々な情報を加味した算定結果を、市町の皆様に提示をした後、2月の月上旬に開催を予定しております第2回の運営協議会において、御審議をいただきたいと思っております。

また、この第2回協議会では、本日いただきましたこの運営方針の取組状況についての評価について、いただいた御意見を踏まえて改めて御報告をしたいと思っております。

その後、県議会の2月定例会に、令和8年度事業費納付金を含む県の国民健康保険事業特別会計の予算をお諮りし、議会の決定後に公表という形を考えております。

こうしたことからこの運営協議会におきましては、様々な県の取組の大きな方向性について御意見をいただくということと、県や市町、その先にいらっしゃいます住民の皆様の保険料をどうしましょうかという重要な決定や、御意見をいただく機関となりますので、2月の会議におきましても引き続き御協力をよろしくお願いいたします。

説明は以上です。

【山本事業運営班長】

最後になりまして申し訳ございませんが、1点だけ資料の修正をお願いいたします。

「資料4-2」A3の資料の1ページ目真ん中から下、「2 保険料水準の統一に向けた取組」のページの真ん中辺りの下の所に「※統一賦課方式」がございます。

こちらに、「医療分：3方式、後期分：3方式、介護分：3方式」と記載しておりますが、「介護分：2方式」の誤りです。ここは非常に重要な所なので訂正させていただきます。

す。申し訳ございませんでした。

【青島国民健康保険課課長代理】

それでは、本日はお忙しいところ、長時間にわたり熱心な御協議をいただき、誠にありがとうございました。今後とも、御指導、御助言のほどよろしくお願い申し上げます。

以上をもちまして、令和7年度第1回静岡県国民健康保険運営協議会を終了いたします。

ありがとうございました。