

三重県国民健康保険運営方針(案)に対する意見募集結果について

【県の対応】

- ①文書の修正、記述の追加等により、反映するもの ②既に反映されているもの  
 ③施策や事業の実施にあたって参考とするもの ④反映することが難しいもの ⑤ その他(本運営方針以外の国保制度に関する質問への回答を含む)

表現をよりわかりやすくするため、以下のように表現を簡素化しております。

- ※ 国民健康保険 → 国保  
 ※ 三重県国民健康保険運営方針 → 本運営方針  
 ※ 三重県国民健康保険運営協議会 → 県運営協議会

番号	項目	項目	ご意見概要	県の対応	ご意見に対する県の考え方
1	全体	全体	三重県国民健康保険運営方針(案)は、憲法25条が「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」「国はすべての生活部面において、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上および増進に努めなければならない」と規定し、国民健康保険法第1条は、「この法律は国民健康保険事業の健全な運営を持って確保し、もって社会保障および国民健康保険の向上に寄与することを目的とする」を定めている。その具体化として、三重県民の生活・健康保障・維持・向上・増進を図るためにその責務を具体化し推進するものであると明記するべきである。	②	本運営方針は、憲法や国民健康保険法の下、憲法第25条や国保法第1条の理念に基づき策定するものです。この「第1章第1節の目的」においては、本運営方針を策定する目的について記載する箇所であるため、憲法や国保法における目的を前提としたうえで、「三重県と県内各市町が一体となって国民健康保険財政を安定的に運営するため、共通認識の下で、国保制度を運営するとともに、国保事業を効率的、効果的に運営できるように三重県国民健康保険運営方針を策定します。」という運営方針の策定目的を記載しています。
2	全体	全体	県民生活のなかに貧困と格差が広がるなかで、今回の「財政一元化」に当って、県民の命と健康をなによりも大切にしたい。保険制度となるよう、強く希望して、意見とします。	②	ご意見のとおり、県民のみなさまの命と健康をなによりも大切にしたい。国民皆保険の礎である国保制度を安定的に運営していきたいと考えております。
3	全体	全体	社会保障なのだから、国からもっとお金を(予算)多くするように強く働きかけて欲しい。	②	国保制度は、「社会保障」を構成する4つの大きな柱「社会保険」「公的扶助」「社会福祉」「公衆衛生」の一つである社会保険制度を採用しており、「社会保険」は、他の3つの大きな柱と合わさってその目的が果たされるものです。国民皆保険制度の最後の礎である国保制度を維持するため、国保加入者の経済状況等を踏まうえて、国保非加入者の負担のバランスを勘案し、一定程度の公費の投入をする必要性は認められ、国民のコンセンサスを獲得していると考えられます。これが現行制度において必要な経費の50%以上に公費が投入されている理由であり、税と社会保障制度の一体改革において、さらに平成27年度からの低所得者対策1,700億円、財政運営の都道府県一元化への対応1,700億円の国費が国と知事会をはじめとする地方6団体との間で話し合われた結果、追加で投入されているところです。法制度として国保制度が成り立っている以上、保険料(税)を徴収して、それを財源として医療給付費を支払うという原則は守りつつ、公費の投入についてはバランスを考えて行われるべきであり、ここを大きく変更するのであれば、国保に加入していない納税者も含めた国民の信を問う必要があると思われます。
4	全体	全体	まず、前提として、今回の国民健康保険運営方針(案)は、厚労省の「都道府県国民健康保険運営方針策定要領」(以下、「策定要領」)に沿ったものと考えられるが、「策定要領」は、「地方自治法(昭和22年法律第67号)第24条の4第1項に基づく技術的助言である」と述べられており、県の主体的な判断を否定するものではなく、本運営方針(案)において、被保険者の健康を守るために、高騰する保険料が、生活に及ぼす影響を考慮しながら、誰もが安心して払える保険料・国保制度となるよう、最大の配慮をしていただくことを求めます。	②	本運営方針は、憲法や国保法の下、憲法第25条や国保法第1条の理念に基づき策定するものであり、策定にあたっては、策定要領を参考にしながら、県内各市町や県運営協議会での意見を基に作成しております。高騰する保険料(税)の要因である、増大する医療費への対応として、受診の抑制ではなく、疾病の早期発見のきっかけとなる特定健康診査等の受診勧奨など医療費適正化の取組を重視しております。さらに、保険者努力支援制度による交付金の獲得を目指すことなどにより、さらなる負担軽減を図るよう最大限努力することとしています。
5	全体	全体	高すぎる保険料を解決する方法を共に考えていただきたい。激変緩和措置後には独自で頑張りなさいなんてひどい。	②	本運営方針は、憲法や国保法の下、憲法第25条や国保法第1条の理念に基づき策定するものであり、策定にあたっては、策定要領を参考にしながら、県内各市町や県運営協議会での意見を基に作成しております。高騰する保険料(税)の要因である、増大する医療費への対応として、受診の抑制ではなく、疾病の早期発見のきっかけとなる特定健康診査等の受診勧奨など医療費適正化の取組を重視しております。さらに、保険者努力支援制度による交付金の獲得を目指すことなどにより、さらなる負担軽減を図るよう最大限努力することとしています。また、一般的に激変緩和措置とは、体制移行による影響を緩和するための、一時的な対応であり、恒久的に実施するものではないと考えております。そのため、平成30年度からの6年間で、新体制に対応できるよう、財政の健全化を促進し、三重県と県内各市町が一体となって、国保制度の安定的な運営を目指します。
6	全体	全体	市民への制度変更に関する説明が不十分で、ほとんどの被保険者は制度変更の中身についてはご存じありません。まずは、計画の確定にあたり、県として周知と合意形成を得るためのいねいな説明会を取り急ぎ開催されることを希望します。	②	本運営方針は、三重県と県内各市町が一体となって、国保財政を安定的に運営するため、共通認識の下で国保制度を運営するとともに、国保事業を効率的、効果的に運営できるようにするために定める方針であり、この度の制度変更が被保険者のみなさまに与える影響は、各市町と協議し、各市町における運営協議会においても協議・周知していただいているところです。制度変更にかかる周知広報に関して、市町担当者とは、連携会議等により情報共有を行っており、医師会をはじめとする関係者のみなさまに対しては県運営協議会にて、情報の共有を随時行っております。加えて、県の広報媒体でも、みなさまに制度変更についてお知らせする予定です。
7	第1章第4節 第1章第5節 第4章第2節 第6章第2節	複数箇所	(該当部分:第1章 第4節 1行目) 「県や市町の努力だけでなく、」 (該当部分:第1章 第5節 1取組状況等の確認 5行目) 県が行う支援、取組 (該当部分:第4章 第2節2 (3)県の支援) ①研修支援、②財政支援 (該当部分:第6章 第2節 1保険者努力支援制度への対応) 2~3行目 県は、・・・支援を行います。 県と市町は、保険者である。第1章第4節以降を読み進めても、県の努力が具体的にみえない。 「支援」という用語の使い方は、主体性が欠けている印象を受ける。市町だけが運営をすすめるのではない。自ら行動をおこされるよう、「実践」などの意義の言葉を用いるべきである。 また、研修支援、財政支援とあれば、県と市町の人事交流や、県から市町への人材派遣を記載してはどうか。 県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営の中心的な役割を担い、制度の安定化を図るのですから。	③	今回の制度変更により、都道府県が財政運営の責任主体となりますが、市町村は、従来と変わらず、被保険者の皆様に近い関係のなか、保険給付の決定、保険料(税)の賦課徴収や保健事業等を行うこととなります。三重県は、市町の国保事業における課題等について、第9章規定の連携会議や各作業部会にて、共に検討・支援し、健全な国保財政運営のため、約1600億円規模の国保特別会計を創設し、県の財源より約150億円の財政支援も実施していきます。なお、運営方針は、県の国保制度運営にかかる方針を定めるものですので、人材交流等の個別具体的な事業については、県及び市町における各年度の事業計画に基づき決定することとなります。

第1章 基本的事項

8	第1章 第1節	策定の 目的	<p>「三重県と県内各市町が一体となって、国保財政を安定的に運営するため」と書いてあるが、過去に三重県は安定的に市町村に手厚い財政援助をしてきたのか。今回保険者となって県民のために有効な手立てができるのか。</p> <p>過去も(今後も)赤字になれば、市町が財政に始末をつけてきただけで、今後は赤字になれば機械的に保険料の値上げする事になるだろう。</p> <p>従来行ってきた市町の繰り入れをさせない行事役になるだけではないか。従来行ってきた市町の繰り入れをさせない行事役になるだけではないか。特別会計制度は赤字を悪のように見せつける欠陥がある。赤字は自治体として全体で判断し重要性の可否で他から繰り入れて当然なのだ。それ故、哲学が重要で、哲学を曖昧にするのは詐欺的手法だ。</p> <p>県民の幸せのために、何をするのか哲学もなく「効率的に、効果的に運営する」経理課の役目を果たすだけになる恐れがある。</p> <p>憲法や国民保険法の哲学にそって、哲学をはっきりさせ、県が加わって県民にこういう事を新たにやりますよと明示する必要があります。</p> <p>新制度につき三重県はすべての予算に優先して、健康優先のシステムで保険料は一切あげません。またはH町のよう、無料にします。とかしてはいかががでしょうか。世界の流れは医療費の無料化ですよ。</p>	<p>⑤ 国保制度は、「社会保障」を構成する4つの大きな柱「社会保険」「公的扶助」「社会福祉」「公衆衛生」の一つである社会保険制度を採用しており、「社会保障」は、他の3つの大きな柱と合わさってその目的が果たされるものです。</p> <p>国民皆保険制度の最後の砦である国保制度を維持するため、国保加入者の経済状況等を踏まうえて、国保非加入者の負担のバランスを勘案し、一定程度の公費の投入をする必要性は認められ、国民のコンセンサスを得ていると考えられます。</p> <p>これが現行制度において医療給付費の50%以上に公費が投入されている理由であり、税と社会保障制度の一体改革において、さらに平成27年度からの低所得者対策1,700億円、財政運営の都道府県一元化への対応1,700億円の国費が国と知事会をはじめとする地方6団体との間で話し合われた結果、追加で投入されているところです。</p> <p>法制度として国保が成り立っている以上、保険料(税)を徴収して、それを財源として医療給付費を支払うという原則は守りつつ、公費の投入についてはバランスや財政状況を考えで行われるべきであり、ここを大きく変更するのであれば、国保に加入していない納税者も含めた国民の信を問う必要があると思われます。</p> <p>これは、自治体においても同様であり、現在の枠組みを超えた仕組みを作るのであれば、住民の信を問うべきであると考えます。</p> <p>三重県においては、市町の国保事業における課題等について、第9章規定の連携会議や各作業部会にて、共に課題の検討や支援を行い、また、健全な国保財政運営のため、約1600億円規模の国保特別会計を創設し、県の財源において、約150億円の財政支援も実施していきます。</p> <p>これまでも、各市町に対し、三重県国民健康保険調整交付金、高額医療費共同事業負担金、保険財政基盤安定負担金や特定健康診査・特定保健指導費負担金により、毎年度約150億円の財政支援を実施しており、制度改正後も同程度の財政支援を見込んでおります。</p> <p>【参考：平成28年度 三重県 各交付金等実績】</p> <table border="1"> <tr> <td>三重県国民健康保険調整交付金</td> <td>8,653,501千円</td> </tr> <tr> <td>高額医療費共同事業負担金</td> <td>1,206,216千円</td> </tr> <tr> <td>保険基盤安定負担金</td> <td>5,630,865千円</td> </tr> <tr> <td>特定健康診査・特定保健指導費負担金</td> <td>288,826千円</td> </tr> <tr> <td>(合計)</td> <td>15,779,408千円</td> </tr> </table>	三重県国民健康保険調整交付金	8,653,501千円	高額医療費共同事業負担金	1,206,216千円	保険基盤安定負担金	5,630,865千円	特定健康診査・特定保健指導費負担金	288,826千円	(合計)	15,779,408千円
三重県国民健康保険調整交付金	8,653,501千円													
高額医療費共同事業負担金	1,206,216千円													
保険基盤安定負担金	5,630,865千円													
特定健康診査・特定保健指導費負担金	288,826千円													
(合計)	15,779,408千円													
9	第1章 第1節	策定の 目的	<p>国民健康保険は、国の制度である。次の一文を冒頭に加えてはどうか。</p> <p>国民健康保険は、国が創設した社会保障制度である。この制度を将来にわたり堅持していくためには、三重県と県内各市町が一体となって、……(略)……「三重県国民健康保険運営方針」を策定する。</p>	<p>② 本運営方針は、憲法や国保法の下、憲法第25条や国保法第1条の理念に基づき策定するものであり、策定にあたっては、策定要領を参考にしながら、健全な国保財政運営のため、約1600億円規模の国保特別会計を創設し、県の財源において、約150億円の財政支援も実施していきます。</p> <p>国保制度は、「社会保障」を構成する4つの大きな柱「社会保険」「公的扶助」「社会福祉」「公衆衛生」の一つである社会保険制度を採用しており、国保法にも、「国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もって社会保障及び国民保健の向上に寄与する」と記載されています。本運営方針は、これらの考えの下で策定されるものですので、このままの記載とさせていただきます。</p>										
10	第1章 第1節	策定の 目的	<p>目的に「財政安定」と「国保事業」とあるが、「国保事業」についてほとんど無いのは、徴収強化が主目的だからですか。</p>	<p>⑤ 本運営方針は、財政収支の改善等の財政安定化について記載するとともに、第4章保険料(税)の徴収のみならず、第6章医療費の適正化の取組や第7章事務の広域的・効率的な運営等の国保事業運営についても記載しております。</p> <p>財政の安定的な運営や、国保事業の効率的・効果的な運営により、社会保障及び被保険者の健康の向上を目指します。</p>										
11	第1章 第1節	策定の 目的	<p>「(国保)財政を安定的に運営するため、共通認識の下で、国保制度を運営するとともに」について</p> <p>国保財政が不安定な赤字であるのは、国保加入者(被保険者)が高齢者や低所得者の割合が高いために、①保険料支払能力が低く、②病気がちで医療費がかかる層が大半を占めていることにあります。</p> <p>国保は、社会保障として、もともと50%の国庫負担があり、知事会が言うように1兆円程度の国庫負担をしなければ、持続できないということが明らかです。</p> <p>この共通認識の下で、国保制度を運営していただきたいと思います。</p>	<p>③ 国保制度は、「社会保障」を構成する4つの大きな柱「社会保険」「公的扶助」「社会福祉」「公衆衛生」の一つである社会保険制度を採用しており、「社会保障」は、他の3つの大きな柱と合わさってその目的が果たされるものです。</p> <p>しかし、国民皆保険制度の最後の砦である国保制度を維持するため、国保加入者の経済状況等を踏まうえて、国保非加入者の負担のバランスを勘案し、一定程度の公費の投入をする必要性は認められ、国民のコンセンサスを得ていると考えられます。</p> <p>これが現行制度において必要な経費の50%以上に公費が投入されている理由であり、税と社会保障制度の一体改革において、さらに平成27年度からの低所得者対策1,700億円、財政運営の都道府県一元化への対応1,700億円の国費が国と知事会をはじめとする地方6団体との間で話し合われた結果、追加で投入されているところです。</p> <p>市町をはじめとした関係者と、国保の抱える課題について共有し、解決に向けて検討を進め、国民皆保険の砦である国保制度を安定的に運営していきたいと考えております。</p>										
12	第1章 第2節	策定の 根拠	<p>世界の流れで医療費を無料化にすれば不要です。</p>	<p>④ 本運営方針は、国保法に基づき策定するものです。医療費を全額を公費でまかなうということは、現行の保険制度の在り方を大きく変えることとなります。そこまでの政策変更は、国民の同意を得たうえで行う必要があると考えます。</p>										
13	第1章 第2節	策定の 根拠	<p>策定の根拠となる法(82条2)は、「保健事業」ですが、方針案は、この内容に乏しいのではないですか。</p>	<p>① 本運営方針は、平成27年5月27日に成立した「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」により改正された国民健康保険法の第82条の2(都道府県国民健康保険運営方針)に基づき策定するものです。</p> <p>策定根拠をより明確にするため、「改正国民健康保険法」という記載に改めます。</p>										

14	第1章 第4節	<p>関係者、関係団体等の協力</p> <p>第1章基本的事項第4節に、被保険者は、相互扶助の精神の下で、とあるが、国保は相互扶助ではなく、国保第1条の法律の目的には、もって社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とあるように、社会保障であると思います。戦前の法律ではありません。(他9件)</p> <p>(以下、同趣旨の意見を一部掲載します)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 国民健康保険が社会保障であることをきちんと前面に謳っていただきたい。</li> <li>● 国保は、「相互扶助」と書かれています。大きな誤りです。時代錯誤です。法律をちゃんと読んで下さい。国保は「社会保障」です。この誤った考えで方針案が出されるなら全面撤回すべきです。</li> <li>● 「被保険者は、わが国の保険制度が相互扶助の精神の下で支えあう仕組みであることを十分理解し」の文言を変更してください。日本の医療保険は、公的な社会保険制度として、①保険原理及び②社会原理(扶助原理)から成り立っています。「相互扶助の精神の下で支えあう仕組み」という表現は、①の原理のみを指しているように受け取れます。②の原理に基づき取り組みを文言として加えてください。</li> <li>● 「被保険者はわが国の保険制度が相互扶助の精神の下で支え合う仕組みである」憲法第25条第2項「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」としています。国民健康保険法第1条「この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もって社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする」となっています。方針案では、「我が国の保険制度が相互扶助の精神の下で支え合う仕組み」としているのは、誤りで国・県・市町が制度を維持する目的で社会保障として事業を実施していくことが求められています。この部分の表記については国民健康保険法第1条に則した記載に改めると同時に運営方針として再度認識を新たにする必要がありますと考える。</li> <li>● 「被保険者は、わが国の保険制度が相互扶助の精神の下で支え合う仕組みであることを、」について。国民健康保険法第1条に違反する文言です。「被保険者、」の部分は削除してください。</li> <li>● 第4節関係者・関係団体の協力</li> <li>● 「相互扶助の精神の下で」を削除し、「被保険者は、わが国の国民健康保険制度が、社会保障にもとづく保険制度として支え合う仕組みであることを十分理解し、健康の維持・向上に努めるものとします」以上のような修正をご検討いただくよう、求めます。</li> </ul>	<p>④ 「いわゆる社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいうのである。」(昭和25年社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」)</p> <p>社会保障は、4つの柱からなる→ 社会保険(医療保険、年金保険、雇用保険など) 公的扶助(生活保護など) 社会福祉(児童福祉、高齢者福祉、障がい者福祉など) 公衆衛生(予防接種、伝染病予防、公害対策など)</p> <p>社会保障＝公的扶助ではなく、 社会保障＝社会保険＋公的扶助＋社会福祉＋公衆衛生となります。</p> <p>社会保険とは、人々が病気がけが、出産、死亡、老齢、障害、失業など生活の困難をもたらすいろいろな事故に遭遇した場合に一定の給付を行い、人々の生活の安定を図ることを目的とした、強制加入の保険制度です。</p> <p>国保制度は、「社会保障」を構成する4つの大きな柱「社会保険」「公的扶助」「社会福祉」「公衆衛生」の一つである社会保険制度を採用しており、「社会保険」は、他の3つの大きな柱と合わさってその目的が果たされるものです。 国民皆保険制度の最後の砦である国保制度を維持するため、国保加入者の経済状況等を踏まうえで、国保非加入者の負担のバランスを勘案し、一定程度の公費の投入をする必要性は認められ、国民のコンセンサスを獲得していると考えられます。 これが現行制度において医療給付費の50%以上に公費が投入されている理由であり、税と社会保障制度の一体改革において、さらに平成27年度からの低所得者対策1,700億円、財政運営の都道府県一元化への対応1,700億円の国費が国と地方公共団体との間で話し合われた結果、追加で投入されているところです。 法制度として国保が成り立っている以上、保険料(税)を徴収して、それを財源として医療給付費を支払うという原則は守りつつ、公費の投入についてはバランスを考えて行われるべきであり、これを大きく変更するのであれば、国保に加入していない納税者も含めた国民の信を問う必要があると思われます。 これは、自治体においても同様であり、現在の枠組みを超えた仕組みを作るのであれば、住民の信を問うべきであると考えます。</p> <p>保険制度とは、「一人の災難を大勢が分かち、わずかの金を捨てて大難を逃れる制度」(福沢諭吉による)であり、相互扶助の考えから成り立っており、西暦100年頃のローマで生まれた遺族の生活を助け合う組織「コルレギア・テヌイオラム」が生命保険の起源と言われています。</p> <p>平成16年1月15日には最高裁判決として、「社会保障制度を外国人に適用する場合には、そのよって立つ社会連帯と相互扶助の理念から、国民健康保険は、国民の税負担に由来する補助金や一般会計からの繰入金等によって費用の一部が賄われているとはいえず、基本的には、被保険者の属する世帯の世帯主が納付する保険料又は国民保険税によって保険給付を行う保険制度の一種であるから。」と言われており、さらに裁判官意見として、「国民健康保険制度は、(略)住民の相扶共済の精神に立脚した地域保険である(最高裁昭和30年(オ)第478号同33年2月12日大法廷判決・民集12巻2号190頁参照)。この地域保険としての性格は、制度発足以来変わることがなく、」とも記載されています。</p> <p>平成11年12月21日札幌高等裁判所の判決によれば、「裁判所の判断」として、「国民健康保険制度について」の項目の中で「社会保険制度の一環をなす社会保険は、保険技術を利用して、社会政策的見地から目的に合致する一定の事故を取り上げ、これを保険事故として給付を行う制度であり、相扶共済の精神に基づき、一定の地域あるいは職域からなる一定の集団内において必要とされる保険給付を、当該集団に属する多くの人々(被保険者)から徴収される拠出金(保険料等)によってまかなおうとするものである。もともと、現在の社会保険制度においては、保険給付については一部国庫負担(補助)が行われているが、これによって、自己責任によって経費の負担に応じるといふ社会保険としての基本原則が否定されるものではない。しかして、社会保険の一つである国民健康保険における被保険者の保険料納付義務は、保険給付に係る受益の権利に対応するものであり、保険料は、保険給付との対価関係に基づく費用負担としての性質を有するものということができる。」また、「国民健康保険は、相扶共済の精神に基づき、国民の疾病、負傷、出産又は死亡に関し保険給付を行うことを目的とするものであって、その目的とするところは、国民の健康を保持、増進し、その生活を安定せしめ、もって公共の福祉に資せんとするものであるから、」さらには、「国民健康保険制度は、相扶共済の精神に基づく社会保険としての性質上、保険事故により生ずる個人の経済的負担を加入者相互において分担すべきものであることを制度の前提としていること、」とされています。</p> <p>国民健康保険法第1条を読んでも、「この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もって社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする。」とあります。 旧国保法第1条の「国民健康保険ハ相扶共済ノ精神ニ則リ疾病、負傷、分娩又ハ死亡ニ関シ保険給付ヲ為スヲ目的トスルモノトス」の「相扶共済ノ精神ニ則リ」が無くなったことから、「共に支えあう」といったものではなくなくなったという意見もありますが、「保険事業の健全な運営を確保し、」とある以上、国民健康保険制度が相互扶助(相扶共済)の制度であることを明文化している最高裁、高等裁判所の判決文からも、国民健康保険制度は、「共に支えあう」要素は失われていないと思われます。 社会保障が社会保険、公的扶助、社会福祉、公衆衛生の4つから成り立っていることと、保険制度そのものが相互扶助の考え方によるものである限り、「三重県国民健康保険運営方針(案)第1章・基本的事項」中の文章、「被保険者は、わが国の保険制度が相互扶助の精神の下で支え合う仕組みであることを十分理解し、健康の維持・向上に努めるものとします。」を修正、削除する必要はないと考えます。</p>
----	------------	---	---

【参考】平成2年5月24日第118回衆議院社会労働委員会議録の抜粋

石田祝稔委員 国民健康保険制度は(略)社会保障か相互扶助か。

厚生省保険局長 社会保障か相互扶助かというお尋ねであつたかと思ひますけれども、この国民健康保険も広い意味での社会保障制度の中の重要な柱であります、それは社会保険方式を基本としておりますから、いわば相互扶助的な要素を非常に強く持っている。しかし、民間の私保険のように単純に相互扶助とか、あるいは単なる保険方式だけで成り立っているものではなくて、そこにいろいろな別途の配慮も同時に行われているというものでございます。

石田祝稔委員 (略)今保険局長は社会保障か相互扶助か、両方とも混じっているようなことを言っておられましたけれども、明確に1958年、昭和33年に国民健康保険法が改正されたときに、今までの相互扶助ではなくて、これはもう国の責任において団体委任事務としてやっていくんだ、こういうことで私は発足をしたわけだと思います。しかしながら、最近におきましてなんとなくこれは市町村の事務だ、それを国が補助してやるんだ、こういうふうなニュアンスがだんだん強くなってきているのじゃないか、私はそういうふうに思ひますけれども、この点についてはいかがでしょうか。

厚生省保険局長 社会保障制度というのは国が責任を持ってこれを運営するということをご指摘のとおりでありますから、これは国民健康保険も健康保険もそういう意味においては同じであろうと思ひます。(略)社会保障と相互扶助と、これは必ずしも対立する概念じゃございませんで、社会保障の中に社会保険という相互扶助によるものもあるし、それから社会福祉的なものもあるということになりますから、国民健康保険というのはまた基本は社会保険方式、つまり相互扶助という基本的理念に基づいて、そして、それに別のいろいろな配慮も加つた姿として社会保障制度の中の一つの大きな柱になっている。こういうことであろうかと思ひます。

15	第1章第4節	関係者、関係団体等の協力	関係者、関係団体等とは、被保険者・国保連合会・三師会・各種被用者保険団体のことですか。積極的協力をどう担保しますか。	⑤	関係者、関係団体等とは、本運営方針に記載のある各団体等です。(第1章第4節) これらの関係者、関係団体等のみなさまは、県運営協議会の委員・事務局であることから、県運営協議会にて課題を共有し、様々な助言をいただくとともに、各事業における積極的な連携を図っていくこととします。										
16	第1章第5節	検証・見直し	法的な団体としての運営が見えてきません。議会の監視システムとの関係はどうなるのでしょうか。行政組織法上のかたちはどうなるのか。運営に各自治体固有の権利侵害があってはなりません。注意どころです。	⑤	県運営協議会は、国保法第11条に基づき設置される附属機関であり、連携会議は、県と市町が連絡調整を行う担当者の会議です。また、県、市町ともに、国保事業の運営について、それぞれの議会に対し、予算案や条例案等の議決を求め、その他説明を行う必要があります。										
17	第1章第5節	検証・見直し	運営協議会・連携会議は、公開で、内容も公開されますか。	⑤	県運営協議会は、三重県情報公開条例(平成11年条例第42号)第43条の規定に基づき、県民等に対し、附属機関等の会議を公開することにより、県政への県民参画を推進するとともに、県政の透明性、公平性を向上させるため、公開で行う会議ですが、連携会議は、行政組織である県と市町が連絡調整を行う担当者会議であるため、公開はしていません。										
18	第1章第5節	検証・見直し	「県全体で進める取組(赤字の削減・解消、保険料(税)収納率)の向上、医療費の適正化等」 県が全体で進める取組で示しているものは、被保険者からの保険料に大きなウエイトを占めていることが如実に表れている。財政運営の県一元化に向けて、県が国保運営協議会準備会で「制度を維持することが目的」と発言していることから、被保険者の負担だけではなく、国、県、市町も財政支援をすることが求められていると考える。平成30年度からすぐに実施できるものについては実施していくことが求められている。	②	財政運営の健全な運営、保険料(税)の収納率向上等の取組等、重要な取組が数多くありますが、そのなかでも、特定健康診査の受診勧奨等により、疾病等を早期発見・早期治療し、全体的な医療費の適正化を図ることがとりわけ重要であると考えております。このような取組について、その効果を検証し、改善を行いながら取組を進めていきます。 なお、三重県においては、市町の国保事業における課題等について、第9章規定の連携会議や各作業部会にて、共に課題の検討や支援を行い、また、健全な国保財政運営のため、約1600億円規模の国保特別会計を創設し、県の財源において、約150億円の財政支援も実施していきます。 これまでも、各市町に対し、三重県国民健康保険調整交付金、高額医療費共同事業負担金、保険財政基盤安定負担金や特定健康診査・特定保健指導費負担金により、毎年度約150億円の財政支援を実施しており、制度改正後も同程度の財政支援を見込んでおります。 【参考：平成28年度 三重県 各交付金等実績】 <table border="1"> <tr> <td>三重県国民健康保険調整交付金</td> <td>8,653,501千円</td> </tr> <tr> <td>高額医療費共同事業負担金</td> <td>1,206,216千円</td> </tr> <tr> <td>保険基盤安定負担金</td> <td>5,630,865千円</td> </tr> <tr> <td>特定健康診査・特定保健指導費負担金</td> <td>288,826千円</td> </tr> <tr> <td>(合計)</td> <td>15,779,408千円</td> </tr> </table>	三重県国民健康保険調整交付金	8,653,501千円	高額医療費共同事業負担金	1,206,216千円	保険基盤安定負担金	5,630,865千円	特定健康診査・特定保健指導費負担金	288,826千円	(合計)	15,779,408千円
三重県国民健康保険調整交付金	8,653,501千円														
高額医療費共同事業負担金	1,206,216千円														
保険基盤安定負担金	5,630,865千円														
特定健康診査・特定保健指導費負担金	288,826千円														
(合計)	15,779,408千円														
19	第1章第5節	検証・見直し	「新制度移行後3年目となる平成32年度において新制度において適切な運営がなされているか確認し、見直しを検討します」 のちに触れる医療費指数反映係数の見直しも含め、被保険者が世帯の家計状況に十分配慮した払える保険料とすることが、滞納件数の減少、制度維持につながることは明確であり、制度の維持を考える場合に被保険者の視点に重きを置いて見直しをする必要がある。	②	国保特別会計に対しては、国民皆保険制度の最後の砦である国保制度を維持するため、国保加入者の経済状況等を踏まううえで、国保非加入者の負担のバランスを勘案し、一定程度の公費が投入されております。 保険料(税)の算定については、医療にかかる費用等から、上記の公費等を除いた分を、各世帯の所得や人数等により分配し、みなさまからお納めいただくこととなります。 そのため、医療にかかる費用については、必要な医療を抑制することなく、特定健康診査の受診勧奨等により疾病等を早期発見・早期治療し、全体的な医療費の適正化を図ることが重要であると考えております。 こういった取組について、その効果を検証し、改善を行いながら進めていきます。										

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

20	第2章第1節	医療費動向と将来の見通し	「将来の見通し」の記述がない。 また、被保険者数が減っているのに、医療費は増加している。この説明書きがほしい。	①	第2章第1節の記載にあるように、被保険者数は、減少傾向であるにもかかわらず、医療費総額は減少していません。このような傾向の要因は、高齢化の進展・医療の高度化や高額薬剤の使用等により、一人当たり医療費が増加していることなど様々な要因が考えられます。そして、こういった傾向は、今後数年間変わらないものと考えていますので、その旨を本運営方針に記載することとします。
21	第2章第1節	医療費動向と将来の見通し	赤字の11保険者は何処ですか。29保険者の決算書の一覧表を公開してください。	⑤	第2章第1節の3財政状況には、「赤字(決算補填等目的の一般会計繰入)」と記載されておりますが、ここでは、同章第3節に記載の「赤字」と区別するため、単に「決算補填等目的の一般会計繰入」と記載します。 ここで、決算補填等目的の一般会計繰入を実施している保険者数を記載した趣旨は、国保財政が、保険料(税)および公費だけで運営できていないという現状を共有するためであり、また11保険者については、市町において公開していないデータ等も含まれておりますので、公開は控えております。 各保険者の決算情報については、厚生労働省webページにおいて、国民健康保険事業年報の資料が公表されておりますので、そちらをご確認ください。
22	第2章第2節	財政収支の改善に係る基本的な考え方	「納付金支払と国保事業実施に必要な適正な保険料(税)負担を設定するとともに、医療費適正化等に取り組み、財政運営の健全化を図ります」 県が12月4日に公表した平成30年度国民健康保険事業費納付金の推計の保険料の推計では「法定外繰入等は助成していない」としている。この推計を県が公表することで現在法定外繰入等を実施している自治体で取りやめを行うところが出てくると一人当たりの保険料が負担増となることは目に見えている。国保新聞平成29年9月20日の記事には厚生労働省が保険料水準の激変回避へ法定外繰入「維持」も、と掲載されている。また記事には激変緩和の財源として県2号繰入金(医療分)も活用できるよう政令を設ける構えと記載がある。このように法定外繰入等を活用できることを方針案に盛り込まないと市町が実施に躊躇することになるので、法定外繰入等の活用について現状通り実施できる記載が必要である。(他4件)	③	平成29年12月4日に公表した平成30年度国保事業費納付金の推計の保険料の推計は、平成30年度における、法定外繰入等を加味していない数値となっております。 これは、平成28年度決算と平成30年度予算における比較を行うためであり、確定した数値のみを使用して算定することにより、より正確な推計を算出するものです。 ③ 社会保険制度を採用する国保制度において、その運営等にかかる費用は、保険料(税)および公費により賄い、一般会計からの法定外繰入れについては、原則として望ましくないことは従来と変わりありませんが、一般会計からの法定外繰り入れすべてを禁止することはなく、「決算補填等目的の法定外一般会計繰入額」と「繰上充用金(決算補填等目的のものに限る)」のみを削減・解消すべきものとしております。それ以外の保健事業や基金積立に充てるもの等は、削減・解消すべき赤字とはしません。 対象となった保険者は、収納率向上や医療費適正化等を図ったうえで計画的、段階的に削減・解消に向けた取組を行うこととしています。
23	第2章第3節	赤字削減・解消の取組、目標年次等	赤字削減・解消の取組開始時期について 平成27、28年度決算において続けて赤字となった市町は、平成29年度に赤字解消計画を作成するとなっておりますが、これは保険者努力支援制度の都道府県分の配分【指標③】があることから、赤字削減・解消の取組を1年前倒しして、30年度から開始していくことと理解しますが、27年度はご存知のようにC型肝炎の特効薬等が保険適用された影響で医療費が急激に高くなった年でもあり、また広域化に伴う財政支援が入っていない中で27年度決算(赤字)を対象とするのはいかがなものでしょうか。 赤字解消計画の策定を平成29年度から取り組むことに異議ありませんが、赤字決算の対象とする年度は、当初28年度単年度とし、それ以降、2か年(28・29年度)連続赤字となった場合を対象として取り扱われてははいかがでしょうか。 なお、国の資料で赤字の削減・解消についての国保運営方針における赤字解消・削減の取り組みや目標年次に関する留意点等の中では、「赤字市町村」とは、平成28年度決算で「解消・削減すべき赤字」が発生した市町村であって、翌々年度に赤字の解消・削減が見込まれない市町村とするとあります。	①	平成30年1月29日付厚生労働省保険局国民健康保険課長通知において、赤字解消計画の対象とは、「決算において赤字が生じ、赤字が生じた年度の翌々年度までに予算ベースで赤字の解消が見込まれない市町村とする。なお、赤字の発生年度から翌々年度までに赤字の解消が確実に見込まれる場合には、計画の策定は不要とする。」と示されました。 このため、本運営方針においても厚生労働省の考え方をふまえ、平成29年度における赤字解消計画の策定対象は、平成28年度の決算および平成30年度の予算において判断することとします。
24	第2章第4節	財政安定化基金の運用	財政安定化基金・特例基金の財源は何処から持てきますか。まさか余った保険料(税)の積立ではないですね。	⑤	財政安定化基金・特例基金は、平成29年度末までに、約34億円を積み立てる予定であり、本基金の造成および積立ては、全額国庫補助により行っております。加えて、平成30年度においても、国庫補助金による積立てを行う予定です。 なお、平成30年度以降、県の特別会計において決算剰余金が発生した場合には適切に対応します。

第3章 市町における保険料(税)の標準的な算定方法

25	第3章第2節	保険料(税)水準の統一に向けた考え方	保険制度の根幹は、給付の平等と負担の公平である。 保険料水準の統一について記載するのであれば、県内における地域間の医療費格差について、原因分析と課題解消を県がどのようにすすめていくのかを、あわせて記載すべきである。(他8件)	② 医療費格差の原因については、地域における疾病動向、医療資源、医療資源への移手段、健康づくりへの取組及び医療費適正化の取組など、多くの要素が影響します。これらの課題については、医療計画や介護保険事業支援計画を所管する部署において、最大限の努力を行うこととしています。 県運営協議会においては、地域間の医療費各差が拡大していないか検討を行い、医療費水準の納付金への反映度合い(いわゆる $\alpha$ )を審議します。
26	第3章第2節	保険料(税)水準の統一に向けた考え方	第3章第2節保険料の統一に向けた。当面は統一しませんとあるが、当面とはいつまでなのかわからない。統一は難しいと思う。	③ 本運営方針は、毎年取組状況等の確認を行うこととしております。取組状況を確認するなかで、将来、本県における医療費水準や所得水準等の差が縮小するなど、安定的な国保財政の運営が可能であると認められた場合には、賦課方式等の保険料(税)水準統一の検討を開始します。
27	第3章第3節	納付金の算定方法	$\alpha$ 、 $\beta$ の概念を被保険者に分かる様に、ちゃんと説明して下さい。	⑤ 【医療費水準の反映度合い( $\alpha$ )の決定】 市町ごとの納付金額は、県全体で必要となる納付金(医療給付費から公費等を差し引いた額)を、市町ごとの所得水準、被保険者数、世帯数で按分し、市町ごとの医療費水準等を反映して決定します。 $\alpha$ は、納付金を按分する際に医療費水準をどの程度反映させるかを調整するもので、県内市町間で医療費水準を勘案せず、所得水準、世帯構成が同じであれば、基本的には同じ保険料となるよう各市町の納付金を算定するという状態を、医療費水準( $\alpha$ )を勘案しない状態、すなわち「 $\alpha = 0$ 」といいます。一方で、医療費水準をすべて勘案する状態を「 $\alpha = 1$ 」といいます。 【所得係数( $\beta$ )の決定】 所得係数( $\beta$ )とは、納付金の按分をする際に、所得の高い人に多く負担を求めるか、人数割で負担を求める分を増やすかの割合を調整するものです。
28	第3章第3節	納付金の算定方法	これまで説明会でもお聞きしていますが、6年間は国保制度の維持に重点を置くとした説明がされています。 本計画には、保険料水準の統一の計画が明記されていますが、平成27年5月26日の参議院厚生労働委員会付帯決議において、「都道府県内の保険料負担の平準化をすすめるにあたっては、医療サービスの水準に地域格差がある現状に鑑み、受けられる医療サービスに見合わない保険料負担とならないよう配慮すること」と決議しています。 三重県内の各地域で、医療を利用する機会が公平でなければ保険料の統一はむつかしく、三重県においては、平成35年度に $\alpha$ を0とする計画ですが、はたして6年後県内のどこに住んでいても医療サービスを公平に受けられることが可能となるでしょうか。 その上で、数値目標を掲げることは不適切だと考えます。実情に見合った $\alpha$ とした計画が適切と考えます。	④ 医療費格差の原因については、地域における疾病動向、医療資源、医療資源への移手段、健康づくりへの取組及び医療費適正化の取組など、多くの要素が影響します。これらの課題については、医療計画や介護保険事業支援計画等を所管する部署において、最大限の努力を行うこととしています。 県運営協議会においては、地域間の医療費各差が拡大していないか検討を行い、医療費水準の納付金への反映度合い(いわゆる $\alpha$ )を審議します。 保険料(税)水準の統一については、ご意見のとおり、医療費水準、収納率や賦課方式が現状異なっているため、医療費水準等の状況を確認しながら、将来的な統一を目指して段階的に進めることとします。 また、納付金算定における医療費水準の反映について、県としては、財政運営を県で一元化するという事は、県内での医療費水準の大小により差をつけない状態を目指すべきと考えており、県で策定する他の計画等の実施期間に合わせて、医療費指数反映係数( $\alpha$ )を6年間で0とすることを記載しております。ただし、毎年、医療費水準を丁寧に確認し、県運営協議会で協議したうえで、 $\alpha$ を設定します。 なお、各市町における実情を的確に反映するため、平成30年度の $\alpha$ については、従来の保険財政共同安定化事業が、 $\alpha = 0.3$ 程度、各保険者間の医療費調整を行っていたと考え、実態を反映した $\alpha = 0.7$ を採用しております。
29	第3章第3節	納付金の算定方法	「将来的な保険料(税)水準の統一に向け、医療費指数反映係数( $\alpha$ )を6年間で0に近づけていきます」 「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案に対する附帯決議」(平成27年5月26日・参議院厚生労働委員会)に記載のあるように医療費指数反映係数( $\alpha$ )については、激変緩和措置と同様に6年後と云わず長期的展望をもっと長い期間で検討していくことを求める。 また附帯決議にあるように「受けられる医療サービスに見合わない保険料負担とならないように配慮する」と記載すべきである。	④ 納付金算定における医療費水準の反映について、県としては、財政運営を県で一元化するという事は、県内での医療費水準の大小により差をつけない状態を目指すべきと考えており、県で策定する他の計画等の実施期間に合わせて、医療費指数反映係数( $\alpha$ )を6年間で0とすることを記載しております。ただし、毎年、医療費水準を丁寧に確認し、県運営協議会で協議したうえで、 $\alpha$ を設定します。 なお、各市町における実情を的確に反映するため、平成30年度の $\alpha$ については、従来の保険財政共同安定化事業が、 $\alpha = 0.3$ 程度、各保険者間の医療費調整を行っていたと考え、実態を反映した $\alpha = 0.7$ を採用しております。
30	第3章第3節	納付金の算定方法	将来的な保険料(税)の統一について、平成35年度「医療費反映係数0」としているが、もっと穏やかな文言を加えるべきだと思います。 参議院厚生労働委員会附帯決議(平成27年5月26日)の「都道府県内の保険料負担の平準化を進めるに当たっては、医療サービス水準に地域格差がある現状に鑑み、受けられる医療サービスに見合わない保険料負担とならないよう配慮すること。」を踏まえ、6年後に三重県のどこに住んでいても医療を利用する機会が公平になるとは考え難いように思います。 また、「不測の事態」とは、どのような事態を想定されているのか、お示しください。	④ 医療費格差の原因については、地域における疾病動向、医療資源、医療資源への移手段、健康づくりへの取組及び医療費適正化の取組など、多くの要素が影響します。これらの課題については、医療計画や介護保険事業支援計画等を所管する部署において、最大限の努力を行うこととしています。 県運営協議会においては、地域間の医療費各差が拡大していないか検討を行い、医療費水準の納付金への反映度合い(いわゆる $\alpha$ )を審議します。 保険料(税)水準の統一については、ご意見のとおり、医療費水準、収納率や賦課方式が現状異なっているため、医療費水準等の状況を確認しながら、将来的な統一を目指して段階的に進めることとします。 また、納付金算定における医療費水準の反映について、県としては、財政運営を県で一元化するという事は、県内での医療費水準の大小により差をつけない状態を目指すべきと考えており、県で策定する他の計画等の実施期間に合わせて、医療費指数反映係数( $\alpha$ )を6年間で0とすることを記載しております。ただし、毎年、医療費水準を丁寧に確認し、県運営協議会で協議したうえで、 $\alpha$ を設定します。 なお、各市町における実情を的確に反映するため、平成30年度の $\alpha$ については、従来の保険財政共同安定化事業が、 $\alpha = 0.3$ 程度、各保険者間の医療費調整を行っていたと考え、実態を反映した $\alpha = 0.7$ を採用しております。 「不測の事態」とは、特定の地域において、特殊な感染症が蔓延するなど、医療費水準の格差が、当然に拡大するような事態などを想定しています。
31	第3章第3節	納付金の算定方法	保険料の負担は応能負担を原則に、払いたくても払えない高い保険料を引き下げて下さい。(他1件)	⑤ 保険料(税)の賦課徴収は、従来と変わらず、市町にて行うこととなりますが、国保法施行令第29条の7第2項等により、保険料(税)の標準割合(市町村が保険料を賦課する場合に通常よるべき割合)は、応能割(所得や資産に応じて算定されるもの)と応益割(被保険者数や世帯に応じて算定されるもの)は50対50と規定されています。 応益負担については、受益者である被保険者の多い世帯の方が、被保険者の少ない世帯よりも受益が大きいと考えられることから、合理性があると考えられます。 なお、納付金算定にかかる応能割と応益割の割合は、県内の所得格差は全国的に見ても平均的な位置にあることから、特別に所得の高い人や低い人に負担をかけることはせず、全国平均値と変わらない国の提示する係数としています。
32	第3章第4節	標準的な保険料(税)の算定方法	何故、現在でも県内で高いところにある保険料(税)が、今回の県からの納付金算定により、更に上げられるのか、誰にでも分かるように説明して下さい。	⑤ 制度改正の影響による各市町の負担増については、すべて補てんを行うため、制度改正を理由とした負担の増加は発生しませんが、制度改正に関係なく、医療の高度化や高齢化の進展、被保険者数の減少に加えて、法定外繰入、過年度分収入および保健事業の実施状況等により、一人当たり保険料(税)負担が増大する可能性があります。
33	第3章第5節	激変緩和措置	「被保険者の負担が急激に増加しないよう、平成30年度から35年度までの6年間は激変緩和措置を講じます」 激変緩和措置対象の市町には計画的に段階的な保険料(税)率の改定を行うことを求めているが、市町単位で運営できていたことを財政運営の県の一元化によって激変緩和措置の導入にいたるから、方針案に記載があるように「県全体の納付金総額を圧縮し、6年後には激変緩和必要額が少なくなるよう取り組んでいきます」ではなく、納付金総額を圧縮することなく激変緩和措置の期間を長期間にすると、市町に対して法定外繰入等の柔軟な運用を認めることで対応することを求める。	④ 医療費総額の減少により、納付金総額が圧縮されることで、保険料(税)負担が減ることになるため、各市町間における医療費水準の差によって生じる激変は減少することとなります。 そのため、増大する医療費への対応として、受診の抑制ではなく、疾病の早期発見のきっかけとなる特定健康診査等の受診勧奨など医療費適正化の取組や、保険者努力支援制度による交付金の獲得を目指すことなどを特に重視しております。

第4章 市町における保険料(税)の徴収の適正な実施に関する事項

34	第4章	保険料(税)の徴収の適正な実施	<p>第4章 市町における保険料(税)の徴収の適正な実施に関する事項について                  保険料徴収に努力するも未納が解決できない場合は、被保険者の経済的実情により、医療扶助の手続きを勧め、医療の供給を必要とする被保険者の命と暮らしを守る道へ誘うべきであると考えます。文章中にそのことを明記して頂きたい。</p>	④ ご意見のように、被保険者の経済的事情等を聞き取り、納付にむけて納付相談等を行ったうえで、公的扶助が必要とされる方には、関係機関と連携をとり、その手続きを確実に行うことはとても大切ですが、本章は、多くの納付者と一部の未納者との公平性の確保に加えて、財政運営の安定化、保険料(税)の抑制のため、取納率の向上を目指すことについて記載するものです。
35	第4章第2節	収納対策	<p>目標取納率を設定するのに反対です。何故、小さな保険者ほど取納率が高くなっているのか分析してください。</p>	④ 取納率の向上は、多くの納付者と一部の未納者との公平性の確保に加えて、財政運営の安定化、保険料(税)の抑制にもつながります。そのため、目標を定めようとして、取納率向上に取り組むことは重要であると考えていますので、目標取納率を設定することとしています。小規模保険者ほど、取納率が高くなる要因には様々ものが考えられます。その一因として、まず挙げられるのが、収納事務は多くの手続きをより正確に行う必要がありますが、大規模保険者ほど相対的に未納者が多くなり、小規模保険者は未納者が大規模保険者より少ないため、滞納者一人当たりに対する人員が比較的多くなり、効果が上げやすくなるなどが考えられます。
36	第3章第4節 第4章第2節	収納対策	<p>「4 標準的な取納率」中、「前年度の目標取納率(※)」に対応する脚注には「※ 平成30、31年度の標準保険料率算定にあたっては、広域化等支援方針における目標取納率」とありますが、これは、三重県国民健康保険広域化等支援方針(平成28年3月改正版)の22ページの別表のことと思われるが、ここに記載されている規模別グループ(各市町)の被保険者数と今回示された運営方針の規模別被保険者グループの規模(被保険者数)の設定は、被保険者数が減少傾向にある中、変更になっています。                  従来の支援方針ではAグループの被保険者数は3万人以上、Bグループは1万人以上～3万人未満、Cグループは5千人以上～1万人未満、Dグループは5千人未満となっていたものが、運営方針では支援方針のAグループに新たに3万人以上の被保険者数の規模を設けて運営方針AとBとしています。                  また、支援方針のCとDグループは、二つを合わせて1万人未満のDグループとして集約しています。                  グループの被保険者数の規模を分割したグループと集約したグループがあり、これまでの支援方針規模との考え方に変更があったのでしょうか。</p>	⑤ ご意見のとおり、目標取納率の設定にかかるグループ分けの基準は、従来の三重県国民健康保険広域化等支援方針のものから変更しております。 本運営方針におけるグループ分けの基準についての考え方としては、国の保険者努力支援制度の取納率の評価指標におけるグループ分けを参考としています。保険者努力支援制度におけるグループは、①10万人以上②5万人～10万人③1万人～5万人④1万人未満となっております。しかしながら、三重県では、被保険者数10万人の保険者がいないため、3万人を区切りとして、3万人～5万人、3万人～1万人のグループを設定しました。
37	第3章第4節 第4章第2節	収納対策	<p>グループAのH30の目標取納率91.97%とグループBの92.16%との差は0.19ポイント、グループBとグループCの94.12%との差は1.96ポイント、グループCとグループDの95.44%との差は1.32ポイントでありグループ間の差に違いがあり過ぎると思われまます。                  Aグループを細分化するのであれば、新Aグループの目標取納率は92.16%とし、新Bグループの目標取納率を新たに93.14%↑程度に設定すべきではないでしょうか。                  逆に、旧グループ分けのAとBとの目標取納率の差(1.96%)が大きすぎると思われまます。                  よって、新Cの目標取納率を93.80%程度に下げると、新Aの目標取納率を92.16%程度、新Bを93.14%程度に上げるかではないでしょうか。                  また、被保険者数の減少によりグループの変更があった場合は、激変緩和として1年目は移動グループ間の中間値の目標取納率とすることで緩和されたいと思われまます。</p>	④ ご意見のとおり、新グループBと新グループCとの間には、1.96ポイントの差があり、グループAとグループBとの差0.19と比べて、差が大きくなっておりまます。 この取納率目標を設定するにあたっては、三重県全体の目標取納率達成を目標として、現状の取納率からの年間上昇率等を勘案したうえで設定しております。 そのため、このような状況から、新グループBの目標取納率を92.16と設定しております。
38	第4章第2節	収納対策	<p>●(4)その他の取組 滞納繰越分の取納率向上対策として、共同実施可能な収納対策及び三重地方税管理回収機構との連携について検討を進めます。について。                  社会保障にもとづく命と健康に関わる保険制度であることに鑑み、滞納者への丁寧な対応が必要と考え、「収納事務の共同実施」にはその旨の記載を求め、「三重地方税管理回収機構」への委託は本制度にはなじまない(現状では国保のみの滞納は対象となっていない)と考え、削除を求めまます。                  ●各市町が持っているノウハウでの滞納対策と県が実施予定の収納事務の共同実施で対応できると思われることから、三重県地方税管理回収機構との連携を模索する必要はない。(他1件)</p>	④ 取納率の低下は、保険料(税)負担の増加要因の1つとなり、多くの納付者と未納者との公平性を保つ必要があります。そのため、三重県では、目標を定めようとして、第4章第2節に記載の様々な取組を行うことにより、取納率の向上を目指します。 収納対策の取組は、関係法令等に基づき実施するものであり、収納事務の実施主体がどこであっても、その基本的な手続きは変わりません。 三重県地方税管理回収機構は、徴収専門職員の不足(不在)や人事異動等により徴収の専門知識・ノウハウが蓄積されないといった背景から設立された専門的な機関です。県内において当該機構との連携を希望している市町が複数あるため、ノウハウの共有や収納対策の共同実施等の連携について、引き続き検討を進めていきたいと考えております。



第5章 ～ 第9章

39	第5章 第2節	レセプト点 検の充実強 化に関する 事項	「不正利得徴収の仕組みを構築します。」について、構築まででは実行性がない。 「不正利得徴収の仕組みを構築し、返還請求を行います。」とし、さらに「特に、柔道整備等については、重点的に行います。」を加え、県民のために積極的な医療費適正化を進められたい。	①	「不正利得徴収の仕組みを構築し、返還請求を行います。」として表現をより明確にします。 しかしながら、柔道整備等以外の案件においても、その重要性は変わらないため、「特に、柔道整備等については、重点的に行います」という記述は加えずこのままとさせていただきます。
40	第5章 第5節	高額療養費 の多数回該 当の取扱い に関する事 項	高額療養費の支給に対しては、かかった医療費総額に対して返還できるよう検討して下さい。複数の医療機関にかかっていたり、月をまたぐと適用されないケースもあります。安心して医療機関にかかり、早期に完治できるよう配慮して下さい。	⑤	高額療養費の算定は、国保法施行令第29条の2などにより、保険者ごと、暦月単位、病院ごとに算定されることとなっております。 なお、平成30年度からは、国保の被保険者資格が都道府県単位となるため、県内市町間で転居した場合でも、世帯の継続性が認められれば高額療養費の多数回該当の回数を引き継がれることとなります。
41	第6章 第1節	医療費適正 化 現状	特定健診、特定保健指導が、何故、この章に出てくるのか理解できません。	⑤	医療費適正化の取組は、後発医薬品の使用促進など、様々なものがありますが、とりわけ、様々な疾患に派生しうる生活習慣病を早期に発見し、早期治療を開始することが、特に重要であると考えております。そして、それを具体的にを行うのが、特定健康診査と特定保健指導であるため、第6章 医療費適正化の取組に関する事項に記載しております。
42	第6章 第2節	医療費適正 化に向けた 取組	「医療費適正化への取組を積極的に進めることとします」 県の説明では市町で保険者努力支援制度を活用することで一人当たりの保険料が下がることが期待できる、としているが現状で保険者努力支援制度の対象となる事業で一人当たりの保険料が下がるものに疑問がある。今後市町で取り組めていないことがペナルティーとなることはないのか、市町に対して県の姿勢を記載すべきである。	②	保険者努力支援制度では、様々な疾患に派生しうる生活習慣病を早期に発見し、早期治療を開始することなどを目的として、特定健康診査受診率の向上、特定保健指導実施率の向上や糖尿病等の重症化予防の取組等、多岐にわたる取組が評価されます。 これらの評価指標は、全国での先行優良事例等も参考にして作成されていることから、評価対象となる取組を実施することは、医療費適正化や保険料(税)収率率の向上等に資するものと考えております。 また、保険者努力支援制度の評価指標の取組を行うことにより、交付金が市町や県に交付されますので、保険料(税)の負担軽減にもつながるものです。 ご意見にあるようなペナルティーの仕組みではありません。ただし、こういった取組を行わなければ、交付金は交付されないため、三重県では、各市町の取組を積極的に支援し、「医療費適正化への取組を積極的に進めることとします」と記載しています。
43	第6章 第2節	医療費適正 化に向けた 取組	「県は、保険者努力支援制度での取組を補完するものとして、市町の取組や実情に応じた」 これは国保新聞平成29年9月20日の記事に厚生労働省が激変緩和の財源として県2号繰入金(医療分)も活用できるよう政令に規定を設ける構え、と掲載されている県2号繰入金を活用することだと考えているが、保険者取組支援事業交付金(仮称)ではなく、市町の県納付金への資金投入をすることが求められている。	④	三重県では、いわゆる1号繰入金を、市町から徴収する納付金に充て、2号繰入金は、保険者の取組支援事業等に活用することで、市町の負担軽減を行うこととしています。
44	第7章 第2節	各事務処理 における基 準の標準化	保険料(税)を納められない家庭にはそれぞれの複雑な事情があります。一律的な短期証・資格証発行基準の標準化はすべきではないです。	③	平成30年度以降においても、市町は、従来と変わらず、被保険者の皆様に近い関係のなか、保険給付の決定、保険料(税)の賦課徴収や保健事業等を行うこととなります。 第7章第2節に記載している、基準の標準化については、平成30年度より被保険者資格が県単位化されることから、事務の取扱についても今後事務標準化部会にて、必要性を検討したうえで、その必要性が認められれば、県としての標準的な基準の作成を目指すこととしています。 これは、県内市町における国保事務において、判断が困難な基準等にかかる標準的な基準を作成・共有するものであり、一律的な基準を押しつけるものではありません。
45	第7章 第2節	各事務処理 における基 準の標準化	「各市町で判断することとされている様々な基準について、事務標準化部会にて、必要性を検討したうえで基準の標準化を目指します」 「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案に対する附帯決議」(平成27年5月26日・参議院厚生労働委員会)に「国民健康保険の保険料負担については、低所得者対策として介護保険には境界層措置があることも参考に、その在り方について検討するとともに、子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、地方創生の観点や地方からの提案も踏まえ、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論すること」と記載がある。世帯の家計状況に十分配慮した払える保険料とするためにも子どもに係る均等割保険料の軽減措置を導入することを求める。 また京都府国民健康保険運営方針(中間案)には、「保険料及び一部負担金の減免基準」について記載があり、生活困難者の医療機会の確保の観点から「標準的な国民健康保険料(税)・一部負担金の減免基準について」(平成24年3月19日付け4医企第153号京都府健康福祉部部長通知)を京都府が標準的な減免基準を定めている。方針案のように実施されれば被保険者の保険料の負担増がみえてくる。県が言っているように制度の維持が目的とするならば、現状の制度の中で収率向上が期待できることは、市町の法定外繰入等に対して県が削減・解消すべき赤字としてとらえるのではなく活用について柔軟に対応すること、市町で基準が統一できていない減免基準を県が統一して市町に柔軟に運用させることが必要と考える。ぜひ京都府国民健康保険運営方針(中間案)のように方針案にも記載を求める。	③	平成30年度以降においても、市町は、従来と変わらず、被保険者の皆様に近い関係のなか、保険給付の決定、保険料(税)の賦課徴収や保健事業等を行うこととなります。 第7章第2節に記載している、基準の標準化については、平成30年度より被保険者資格が県単位化されることから、事務の取扱についても今後事務標準化部会にて、必要性を検討したうえで、その必要性が認められれば、県としての標準的な基準の作成を目指すこととしています。 これは、県内市町における国保事務において、判断が困難な基準等にかかる標準的な基準を作成・共有する趣旨であり、一部負担金・保険料(税)の減免基準についても、標準化の検討を行います。 なお、子どもの均等割軽減制度の導入については、引き続き厚生労働省等において、議論されるものと考えております。
46	第8章 第3節	他計画との 整合性	「策定要領」に明記されている「医療法(昭和23年法律第205号)に基づき定める今後の医療需要と病床の必要量の見通しや目指すべき医療提供体制を実現するための施策が盛り込まれた『地域医療構想』」との整合性を加えるべきと考えます。	①	整合をとり、関係各課と連携をとるべき計画については、「策定要領」記載のものだけでなく、様々な計画があります。これらの計画の策定会議等に国保担当者が出席するなど、各所管部署との連携を図っているところですが、これらの計画すべてを記載することは紙面上できませんので、いくつかの計画を列挙し、その他は「等」という記載にさせていただいております。 「地域医療構想」についてもこの「等」に含まれているという理解ですが、ご意見をいただきましたので、追加して記載します。
47	第9章	市町相互間 の連絡調整 に関する事 項	国保財政運営部会、収率向上部会、医療費適正化部会、事務標準化部会のメンバーは。	⑤	これらの作業部会は、県と市町で連絡調整を行う連携会議の下部組織として位置づけられる行政担当者の会議です。各作業部会は、広域化の準備や国保事業における様々な課題を共有・検討し、実務の調整等を行うため、三重県、県内各29市町および国保連合会の担当職員がメンバーとなっています。