

平成29年白老町議会産業厚生常任委員会会議録

平成29年 2月13日（火曜日）

開 会 午後 1時30分

閉 会 午後 3時42分

○会議に付した事件

1. 所管事務調査

1. 国民健康保険事業の広域化について

○出席議員（6名）

委員 長	広 地 紀 彰 君	副 委 員 長	本 間 広 朗 君
委 員	氏 家 裕 治 君	委 員	森 哲 也 君
委 員	山 田 和 子 君	委 員	松 田 謙 吾 君

○欠席議員（なし）

○説明のため出席した者の職氏名

町 民 課 長	畑 田 正 明 君
町 民 課 主 査	斉 藤 大 輔 君

○職務のため出席した事務局職員

主 査	増 田 宏 仁 君
書 記	葉 廣 照 美 君

○開会の宣言

○委員長（広地紀彰君） これより産業厚生常任委員会を開催いたします。

（午後 1時30分）

○委員長（広地紀彰君） まず、はじめにきょうの日程にかかわって事務局より説明があります。

○事務局主査（増田宏仁君） 皆さんお疲れさまです。きょう、産業厚生常任委員会所管事務調査、国民健康保険事業の広域化についてということで、常任委員会が終わった後に会議ちょっと続きますので、その流れを整理させていただきたいと思います。この常任委員会はおおむね3時半から4時くらいまでやらせていただいて、その終了後に委員会協議会、農林水産課のほうから町営牧野の管理条例の一部改正についてということで、町営牧場の集約等も含めた考え方と、それに伴っての条例改正についての説明がある予定です。それから、委員会協議会終わった後にちょっとお時間をいただきまして、建設課のほうから萩野の十二間道路にありますJRの跨線橋の関係で、そちらのほうの今後の方向性について、JRとの協議も含めた調査に入りたいということで、具体的な動きに入る前に委員会の皆様にお話だけはしておきたいということです。その話を協議会外ですけれども担当課のほうから話を聞く予定です。それが終わりましたら、その後分科会ということで、予定としては6時から白老牛銘柄推進協議会青年部会との懇談を行う予定であります。ちょっと長時間にわたりますけれども、一日よろしくお願ひしたいと思います。

○委員長（広地紀彰君） ご質問ありませんか。それでは、所管事務調査に移ります。国民健康保険事業の広域化についてということで、担当課より説明を求めます。

畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 皆さんお疲れさまです。きょうの調査につきましては、私と隣にいる国保年金グループの斉藤主査のほうで対応させていただきたいと思いますのでよろしくお願ひいたします。

まず、先日お配りしました資料についてご説明させていただきますが、3つの資料お手元にあると思いますが、1つ目がA4版の広域化についてという、まずこの資料が1つです。2つ目については、参考資料ということでA4版の縦になっていますけど、この市町村国民健康保険事業概況というものが1つ。最後にもう1つ、A4で一枚ものの特設健診、後期高齢者健診自己負担の無料化についてという一枚ものの資料が1つ。この3つの資料できょうは説明させていただきたいと思います。基本的には1番最初の資料の広域化について、これを基本に説明させていただきますが、その説明の中で参考資料等を見ていただくことがあると思います。そういう形で進めていきたいと思います。

それでは、国民健康保険事業の広域化、括弧して都道府県単位化についての資料から、最初のページの上から説明させていただきます。ここでは、本日のテーマであります広域化に入る前に、国民健康保険制度の沿革ということで、制度の創設から今回の国保制度の改革、いわゆ

る広域化までの国民健康保険制度の編成を大まかに振り返ってみたいと思っております。記載されたとおり、まず昭和33年の12月に国民健康保険法が公布されました。翌34年の1月に施行されまして、ここでは昭和36年4月までに市町村が国民健康保険事業を開始すること、それと、国保の加入者については、他の医療保険に加入していない人という規定がされたところです。このことによって、昭和36年4月に国民皆保険体制が確立したところであります。それ以降、さまざまな法改正が行われましたが、高度経済成長による豊かな国税収入の背景に医療保険制度は自己負担額の割合を引き下げ、昭和48年の1月には老人医療費支給制度を創設しました。この中で70歳以上の自己負担の無料化などサービスを拡大してまいりました。しかし、昭和48年、ご存じのように48年、54年のオイルショック以来、拡大したサービスが維持できなくなり始めまして、昭和58年の2月に老人保健制度が施行されまして、70歳以上の自己負担をまた復活させたというような経緯があります。ご存じのように、今よりもはるかに景気がよかった時代で若年世代も多かった時代でも、これを見ますと10年間しか70歳以上の自己負担の無料化は維持できなかったというようになっております。それ以降、医療保険制度につきましては、国民皆保険の維持、そのための患者負担の確保、老人医療を何とか維持するための財政調整制度の整備など、改正に追われていまして、そのたびに制度が複雑になってきたというようになっております。それで、老人医療につきましては、制度の部分的見直しだけではなくて医療費の財源問題に対処しきれなくなって、ついに平成20年の4月に後期高齢者医療制度が創設されました。国保と老人医療の両方を維持して、かつ老人の負担を可能な限り抑制するためには医療保険制度を抜本的に見直して、老人医療、いわゆる75歳以上の独立した保険として再整備せざるを得なくなったということでもあります。この後期高齢者医療制度の創設によりまして、国保財政につきましては65歳以上74歳までの前期高齢者の医療財源、この財源を社会保険側から負担してもらえる財政調整の仕組みが新たに整備されました。それによって、白老町の国保財政も単年度収支が黒字になったところです。一応ここは参考資料をちょっと見ていただきたいと思うのですが、参考資料の2ページ、4番目に収支状況というものを載せております。(2)に白老町の平成18年から27年までの収支状況ということで、過去10年間の収支状況を歳入、歳出、収支という形で数字で表したもののなのですが、今言ったように平成20年度に後期高齢者医療制度が創設された年度をちょっと見ていただきたいのですが、平成20年度につきましては歳入、歳出がありまして、収支についてはまだ赤字1億5,400万円の赤字だったのですが、単年度収支、20年度だけの収支を見ますと、今まで19年度までは単年度収支も赤字でございましたが、20年度については単年度収支約5,300万円の黒字化になってるというふうなことで、この20年度に後期高齢者医療制度が創設したことによって国保制度の仕組みが変わりまして、若干国保財政についても単年度収支が黒字にというような運びになってきたところであります。また前の資料に戻っていただきまして、しかしながら予想外の景気回復の遅れと前期高齢者の加入者数、要は65歳から74歳までの国民健康保険への加入者が増加する傾向にありまして、平成25年度からは先ほどの参考資料にも出ていますが、平成25年度からはまた単年度収支も赤字となって現在に至っているという状況であります。このような状況は白老町だけではなくて、全道、全国の市町村国保財政にも言えることであります。そういう状況で、参考資料の2ページ、先ほど言

った収支状況のところちょっとまた見ていただきたいのですが、(1) 全国、全道の単年度収支の状況ということで、これ一応数字的には26年度のものなのですが、26年度の収支でいくと全国的にも黒字、全国でいきますと213億円の収支赤字となっております。全道157保険者があるのですが、全道についても収支につきましては32億約4,000万円の赤字が出ているという状況であります。このような状況を国のほうはそのままにしておけないという事で、持続可能な医療保険制度を構築するために、国保を初めとする医療保険制度の財政基盤の安定化、あるいは負担の公平化、そして医療費適正化の推進などの措置を講ずるために、資料の1番、27年5月に持続可能な医療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を公布しまして、国保への財政支援の拡充により財政基盤を強化し、そして平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となって国保運営の中心的な役割を担って、国民健康制度を安定化させることとしたわけでありまして、これが、いわゆる今回の国民健康保険の広域化という形になっております。

それでは続きまして、次のページ開いていただきます。目次であります。ここでは、きょう説明する1から8の項目を載せてあります。

まず1ページ目、制度改革はなぜ必要なのかということで、現在の医療保険制度の背景と方向性ということについて説明していきたいと思います。まず改革の背景としましては、増大する医療費が挙げられます。24年に国民医療費は約40兆円となっております。毎年約1兆円の増加となっております、このうち国民健康保険の医療費につきましては、26年度数値で約11兆2,000億円、先ほどの参考資料のほうにも出ておりますが、約11兆2,000億円に上がっております。北海道全体では約5,183億円、これも参考資料のほうに載せております。あと、本町については約26億円の医療費が24年度かかっているというような状況にあります。

次に、改革の背景としましては後期高齢者の医療費が高く現役世代の加入者が少子高齢化で少ない中で負担増となっているということが背景にあります。

次に、国保の構造的な課題として、皆さんもご存じのとおり年齢層が高いということが背景にあります。年齢層が高いイコール医療水準が高いという傾向にあります。このような状況を右のほうの改革の方向性になりますけど、まず1点目としては、国保などの医療体制制度を安定化させるということがまず1番に来ております。その次に、世代間あるいは世代内の負担を公平化していくというのが2点目です。3点目に、予防や健康づくりの推進によって国民皆保険を将来にわたって堅持するため、国民健康保険を中心として医療保険制度の改革を進めていかなければならないというようになっております。

続きまして2ページをお開きください。ここでは市町村国保が抱える、一応国保に限った課題ということで、その課題をどのようにしていくかについて、ここでご説明しております。資料の左側に市町村の国保が抱える構造的な課題について掲載されていますけど、まず先ほども言いました年齢構成が1つあります。年齢構成が高くて医療費水準が高い。その次に、財政基盤としましては、加入されている方の所得水準が低くて保険税負担も重くなっているようなこととなります。4番目としては、保険税の収納率の低下、5番目としては一般会計の繰り入れ、繰上充用の負担です。6番目としましては、財政の安定性・市町村格差についてです。3,000

人未満の被保険者の存在、そういう小さな自治体があるというようなこと。7番目につきましては、1人当たり医療費、所得、保険料、これにつきまして都道府県内の格差が課題となっているというようなことが言えるところです。参考資料の2ページ目の上に(3)というところがありまして、1人当たりの保険料の地域格差ということで、26年なのですが、例えば道内で最高と最低の医療費の市町村をちょっと出して見たのですが、初山別村では年間1人の医療費が国保の加入者、64万5,000円かかっています。最低については羅臼町で23万5,000円。ここで約2.7倍の格差が生じているというようなことになっています。全国的に見ても、記載のとおり山口県では1年間で医療費は41万円になっているのですが、沖縄では28万7,000円と。ここでも約1.4倍の格差が生まれているということになっております。全国、全道平均、白老町というような数字を載せておりますが、26年度全国の平均ですが33万3,000円。全道でいきますと36万9,000円。白老町でいきますと42万5,000円というような形で、全国、全道各市町村それぞれ格差が出ているというような状況にあります。

それでは、続きまして3ページ目をお開きください。ここでは2ページで挙げました課題について、ではどういうふう具体的に施策をとっていくのかということの説明している資料であります。

まず、1番目の年齢構成が高く医療水準も高いということへの対策としては、矢印の右のほうにありますけど、前期高齢者交付金による調整が必要だということで、今現在交付金の対象が各市町村単位になっておりますけども、これを都道府県単位にすることによって負担の軽減が図られるというふうに考えております。2つ目には、納付金制度の導入とありますけど、この納付金制度では、また後段でご説明しますが、この制度を導入することによって市町村間の医療水準を勘案して、納付金を公平に配分するというような考え方であります。

②の所得水準が低い。このことへの対応策としましては、1つとしては普通調整交付金による調整として都道府県単位の所得水準を用いて、それを全国レベルで調整を考えているところです。2つ目としては、先ほど言いましたけど納付金制度の導入。

③の保険料負担が重いでは、この保険料負担の重いことへの対策についてはどうしていくのかということが右のほうに書いておりますけど、まず財政支援の拡充ということで、1つとしては保険者支援制度の拡充によって、低所得者が多い保険者へ27年度から公費、国のお金を1,700億円支援するというので、これはすでにもう始まっております。これによって白老町もこの低所得者への支援ということで、27年度に約4,500万円、国のほうから支援をいただいております。27年度から始まりまして、26年度はなかったということで、27年度に新たに4,500万円が白老町に低所得者の支援ということでお金が入っております。2つ目、自治体の責めによらない医療負担の増を調整交付金で強化するということです。3つ目、保険者努力支援制度の導入によって、医療費適正化等に積極的に取り組む保険者に対して支援金の交付をするということで、保険者努力支援制度につきましては、当初国のほうの予定では29年度、来年度からスタートするという考え方でいたのですが、28年度の途中で前倒しということで、28年度国のほうの予算では約150億円の努力支援制度を活用するとなっております。ここの保険者努力支援制度というのは、ちょっとわかりにくいかもしれませんが、各自治体の国保で、例えば特定健

診、先ほどちょっと資料の1枚もの、特定検診の無料化についてという部分でちょっとご紹介させていただきますけれど、要はこういう健診などをやることによって、国のほうの考え方としては医療費の抑制につながるというような考え方でおります。それで、よく耳にするとお思います。特定健診の受診率、これを例えば前年度より5%アップした市町村に対しては調整交付金ということで、額はちょっとまだ定かでないのですが、国のほうから支援をしていくという考えでおります。この努力支援制度につきましては、特定健診で今例を出しているのですが、それ以外でもいろいろな形で保険者が、市町村が医療費抑制等に努力した場合、こういう項目等について努力した場合については支援金を出しますというようなことで制度を活用していくようになります。今、特定健診だけをクローズアップしてお話ししていますが、この1枚ものの資料にも出ていますように、26年度の受診率については27.5%でした。それが27年度については33.2%と5%ちょっと伸びております。国のほうの平均的な受診率というのは30%ぐらいではないかというふうに記憶していますけれど、要はこういう受診率を上げることによって医療費の抑制につながるような考え方で、こういうことをしっかり受診率を高くしている市町村に対しては、それなりの支援をしていくというようになっておまして、そういう考え方がこれから努力支援制度という制度が続きますので、白老町においても現在受診の自己負担をとっているわけなのですが、国保であれば1,300円、後期は600円というような1人健診を受ける場合はいただいておりますが、一応29年度の予算については無料化していくというように考えておまして、より一層この27年度の33.2%の受診率をさらによくして医療費の抑制に努めていくとともに、先ほど言いましたとおり、国からの努力支援制度を活用しまして支援をいただいて、延いては国保会計の赤字をなくしていきたいというふうに考えているところであります。また横版のほうの説明資料に戻っていきます。

次に、④の保険料の収納率の低下、これに対してどのような対策をとるのかということが右のほうに書いてありますが、1つは都道府県ごとの標準保険料率の導入により目標を設定して収納率達成を調整すると。2つ目には都道府県で作成する国保運営方針の中で各保健者に収納率目標を設定し、収納対策強化につなげていくということになっております。

では、4ページ目をお開きください。⑤です。一般会計の繰り入れ、あるいは繰上充用の対策として、1つは市町村の保険給付に必要な費用を全額都道府県が保険給付費等交付金として支出する。これは後ほど詳しくご説明します。2つ目には、市町村の収支の財源不足に対して、都道府県が創設する財政安定化基金から貸付・交付を行い、年度中の財政運営の安定化を図る。3つ目が、都道府県の策定する国保運営方針の中で、市町村ごとの赤字解消削減の目標年次等に取り組む。また、支援の拡充として、先ほどもお話ししましたが保険者支援制度の拡充、財政調整の強化、そして保険者努力支援制度の導入を図るということになっております。

⑥財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者等の存在についての対策ということで、1つとしては都道府県単位の財政運営の導入によって高額医療費の発生など多様なリスクを都道府県全体で分散すると。2つ目が、保険給付費等交付金の導入。3つ目が、著しく高額な医療費に対する医療費共同事業の財政支援を拡充するとなっております。

最後の7番、市町村の格差にどう対応をしていくかということですが、1つについて

は先ほどもありましたが納付金制度の導入。2つには、保険者支援制度の導入によって格差をなくしていこうというふうな考えであります。

続きまして5ページ目であります。ここでは今回の国保制度改革によって市町村国保がどう変わるかについてで簡単に説明していきます。

平成30年度から国民健康保険制度につきましては、先ほどもちょっとお話ししましたが、都道府県が財政運営の責任主体となりまして、都道府県内の統一的な運営方針を作成することなど、国保運営について中心的な役割を担っていきます。

具体的には、1つ目としましては市町村の医療の給付に必要な額を道のほうから全額交付することになっております。市町村に対しては、給付に必要な国保事業納付金を算定するとともに、保険事業納付金を集めるのに必要な保険料率、ここでは標準保険料率というふうになっておりますが、この標準保険料率を算定して市町村ごとに示すことになっております。また、納付金、標準保険料率の算定方法や事務の広域化等について、都道府県内の統一的な考え方の運営方針を作成していきます。北海道のやることは今言ったようなことになってきます。一方、市町村は今もやっておりますけど、地域におけるきめ細かな事業として、資格の管理、資格の加入・喪失。あと先ほども言いましたが、特定検診などの保健事業です。それは引き続き従来どおり市町村が担うということになりますが、1番変わる点が保険料、白老町で言えば保険税です。保険料については、都道府県から示される国保事業納付金、あるいは標準保険料率を参考にして、最終的には白老町独自で保険料率を決定し、従来どおり市町村で賦課して徴収を行います。こういうように30年度からなる予定になっております。

続きまして6ページです。ここでは、先ほどのページで説明しましたが、都道府県と市町村の主な役割を項目別に表として区分したものです。先ほどもお話ししましたが、この中で2番目の財政運営、都道府県と市町村の役割がありますが、ここが1番大きく変わった点。それと、4番の保険料の決定賦課・徴収、ここも大きく変わった点という形になります。3番目の資格管理、従来市町村でやっていますが、先ほども言いましたように国保の加入とか喪失、あるいは保険の給付、こういうものは従来どおり市町村の窓口でやる形で継続していくということになります。

次に7ページです。ここでは国保財政や保険税の仕組みはどうかを説明した資料がございます。わかりにくい部分もあるかもしれませんが、まず資料の左下、現行となっています。今の従来の市町村のやり方ではありますが、現在は各市町村がそれぞれで国保特別会計を設置しまして、保険給付費、要は医療費を推計しまして、その支払いに必要な財源を、基本的には国保負担金等の公費を除いた額を保険料として加入者から徴収しているというような構図になっております。右側の制度改革後は、今度は都道府県、ここで言えば北海道です、北海道も新たに国保の特別会計を設置して都道府県全体に必要な医療費、保険給付費を推計して、市町村ごとの国保事業納付金額、市町村ごとに納める納付額を決定します。市町村はその決定された納付額を納めるために必要な保険料を徴収することになります。納付金は国保加入者からの、白老町で言えば保険税で徴収し、都道府県に納付することというような流れになっていきます。それで、北海道としてはその納付金をもらいます。それを今度は市町村の必要な医療費を、今

度は北海道が納付金を財源にして市町村に交付するというような仕組みに変わっていくこととなります。

続きまして8ページです。ここでは、改革後の国民健康保険税の賦課・徴収の流れを都道府県、市町村、国保加入者の三者でイメージしたものであります。先ほどの説明とちょっと重複しますが、まず都道府県が市町村ごとの納付金の決定と納付金を納めるために必要な標準保険料率を提示します。この納付金は市町村の医療水準や所得水準を考慮して決定されることとなります。次に、都道府県から納付金と標準保険料率の提示を受けた市町村は、都道府県から示された標準保険料率を参考に各市町村が保険料率を決定して、国保加入者から保険料を徴収することとなっていきます。徴収した保険料は国保事業納付金として都道府県に支払われることとなります。ここで保険料の賦課徴収の詳細につきましては後ほど10から13ページで再度ご説明いたします。

9ページ目であります。ここでは、現在までの国保制度改革の流れと、これからの大まかなスケジュールということで出しております。27年度から都道府県あるいは市町村が協議会の場を設置しまして、納付金の算定ルールや国保運営方針が検討されているところであります。まだ今現在もこれは続いております。そして、29年度には都道府県ごとの国保運営方針が決定されることになっております。この運営方針に基づきまして、30年度の市町村ごとの納付金の額と標準保険料率を検討、決定していくということになってございます。

続きまして10ページ目。今のおおまかな説明をもうちょっと細かくしたものが10ページ目ありますが、ここで都道府県とか市町村となっていますけど、北海道と白老町というふうに読みかえてお聞き願いたいと思います。今後の主な北海道及び白老町の予定がここに示しているものですが、この表にちょっと29年の1月からということが入っていない部分もありますが、これも後で説明いたしますが、昨年11月1日にすでに北海道のほうから30年度からの道内市町村の1回目の保険料試算を行いまして、その結果が公表されているところであります。その内容については後ほど説明させていただきます。この表に沿っていきますと、2回目の保険料試算を北海道のほうで行っております。その結果につきましては、これから市町村連絡会議を設けまして、北海道のほうで説明することとなっております。胆振日高管内につきましては、ここに記載のとおり2月の17日に苫小牧の市民会館で胆振日高管内の市町村を集めまして、北海道のほうで2回目の保険料の試算がどうなったかということの説明が予定されております。そして、29年の4月以降の北海道、白老町の予定につきましては記載のとおりでございますが、北海道から納付金及び標準保険料率が示される時期につきましては、29年の12月の下旬が予定されているということになっております。白老町は道から示された納付金及び保険料率を踏まえまして保険料を決定することとなりますが、ことしの6月頃から白老町に設置されています国民健康保険運営協議会の中で、30年度からの保険料率をどのようにするかということで議論を開始していきたいなというふうに思っております。30年の遅くとも2月上旬までには、この運営協議会のほうから保険税の保険料率につきまして答申をいただいて、それを受けまして30年の3月議会で皆様にご審議していただきたいというふうに考えているところでございます。

続きまして11ページです。ここでは、納付金や保険料の決定方法を説明したイメージとして

おります。これも先ほどの説明と重複するかもしれませんが、都道府県は都道府県ごとの全体の必要な保険給付費、医療費の見込みを立てます。その保険給付費に対して国などの財源、つまり公費を差し引いた額を保険料の収納必要額として算定します。その金額を市町村ごとの被保険者数あるいは世帯数あるいは医療費の水準、所得の水準を考慮して市町村に分配するということとなります。その際に、その納付金の保険料として徴収が可能であろう保険料率として、市町村ごとに設定された標準的な収納率を用いまして標準保険料率を算定して、これも市町村に示すこととなります。市町村は都道府県から提示された標準保険料率を参考に、納付金を納めるために必要な保険料収入を得られるように実際の保険料率を定めまして、保険料を賦課徴収することとなります。その際に、実際に期待できる収納率が道から示されます標準的な収納率より高ければ、当然ですが標準保険料率よりも低い保険料を設定できることとなりますので、その場合については加入者の負担が少なくなるというふうに考えてございます。ただ、なかなかこういうふうにはいかない市町村が多いのかなというふうには今の時点では考えております。なお、この標準保険料の水準なのですが、国のほうの考え方としては、将来的には都道府県内の保険料をどこのまちでも同じ保険料にするというのが最終的な目標としております。ただ、これについては何年先になるかちょっとまだ見当はつきませんが、例えば北海道に住んでいけば苫小牧市にいても白老町にいても稚内市にいても保険料はどこでも同じというような、最終的な国の目標ということを言っております。ただ、今の段階では、そういうように30年度からすぐできるかといったら、できる状態ではありませんので、今までの説明してきた地域ごとの保険料の設定となっております。将来的にはということでは都道府県内での保険料で統一するという考え方は持っているようです。

続きまして12ページ。ここでは、北海道で示される納付金の市町村への配分をイメージしたものであります。市町村への納付金は、納付金として集めるべき金額のうち、約半分を被保険者数、要は国保の加入者です。加入者に医療費水準を反映して配分して、残りの半分については各市町村の所得水準に医療費水準を反映して配分となっていきます。下のほうにちょっと所得水準が同じ場合と医療水準が同じ場合の例が出ていますが、所得水準が同じ市町村の場合は、医療水準が高い市町村のほうが納付金を納める額が多くなってきます。また医療費水準が同じ場合については、当たり前のことですが所得水準が高い市町村の交付が多くなってくるといような構図になっております。

続きまして13ページです。このページは国のほうで納付金算定ガイドラインというものを設けておりますが、それにおける納付金の算定方法から市町村の交付金額を求める場合を数式に表してイメージした表であります。ちょっとわかりにくいと思うのですが、アルファとかベータとかガンマとか、いろいろ出てくるのですが、ここで納付金に大きく影響してくるのが今言いましたアルファ、アルファというのは、イコール医療費指数。白老町であれば、白老町の医療費の水準でアルファ。全道でも同じですけど、北海道全体での医療費の水準を表すのがアルファとなります。これは一応原則としては、国のほうでは1と捉えておりますが、都道府県の裁量で、地域によって医療費水準の格差があると先ほどもお話ししましたが、原則としては国のほうでは1という考え方ではあります、ここについては都道府県の裁量でゼロから1の間

の数値を決めることができるということになっております。もう1つベータ、ベータにつきましては所得の水準ということになります。全国平均を1とした場合の都道府県の所得水準、これも都道府県の裁量で設定することができるような形になっています。13ページまでがこの度の国保改革、広域化の概要説明になります。

続きまして14ページをお開きください。ここからは、国保の広域化に伴う北海道内の各市町村の保険料の算定、あるいは納付金の算定結果が昨年の11月1日に北海道から公表されました。その結果について載せたものであります。ここは、去年の確か11月16日に一度説明しているかと思いますが再度説明させていただきます。初めに、この14ページにも書いてありますけれど、保険料試算の趣旨が書いてありますけど、記載のとおりなのですが、公表された数値は、これは多分皆さんもご存じのとおり、道新とか各新聞に大きく数字が載せられておりますが、ここで公表された数値については、北海道が今後議論、要は国との議論のための参考資料とするために出しております。あくまでも参考値であって、これがそのまま30年度に反映されていくというものではありません。先ほども言いましたけども、また2回目の試算も行われておりまして、その結果今月17日にある程度わかるのですが、そういうふうな形で1回、2回と試算をして、どのパターンが北海道の保険料率あるいは納付金を決めるために必要になってくるかということ、今後も協議していくということになっております。次に、2番目の白老町の保険税試算結果であります。今回の保険税試算のモデル世帯は年間所得が200万円、収入に直しますと約360万円になりますが、夫婦2人の世帯で試算しております。その結果、白老町の試算保険税は記載されたとおり39万7,200円となっております。夫婦2人で年間所得200万の世帯の現行の保険税は33万2,900円になりますので6万4,300円が1年間で増額となっております。率にして19.3%となっております。なお、保険税の積算の場合、所得割率とか均等割額と平等割とかいうものがありますが、これについては17ページ目で説明いたします。続いて3の道内市町村の保険料試算結果状況であります。各市町村の保険料モデル世帯と比較した場合、現行より増額となる市町村が177のうち93市町村、割合としては52.5%。そのうち30%以上の増額になるのが20町村。逆に現行より減額になる市町村は83市町村、割合にすると46.9%。そのうち30%以下の減額になる市町村は3市町村でした。これはたまたまだと思うのですが、まったく同額という町が1町ありました。現在と同じ試算の結果、現在と同じ結果になった地区が1つの町がありました。

続いて15ページに入ります。この1回目のときに北海道で試算した状況を15ページのほうでちょっと説明しております。上のほうは先ほど説明した部分と重複しますので説明は省略させていただきますと思いますが、下段の今回の仮算定における係数等の設定条件、ここを若干説明させていただきます。今回は、先ほどもちょっと説明した中に入っておりますが、医療費水準と所得水準というものがあまして、先ほどアルファとベータというふうなことでお話ししましたけど、ここでアルファとベータ、医療水準、所得水準については、それぞれ都道府県で決める裁量があるということをお伝えしましたが、今回の試算については医療費水準の反映ケースとしては0.5を使っております。そして、所得水準反映ケースについては0.75という形で試算しております。

続きまして16ページです。余りにも細かくてわかりづらいのですが、ゆっくり説明していきたいと思いますのでご了承願います。今回の納付金仮算定の流れをイメージしたものであります。まず、左上の四角で1がありますけど、これは29年度の全道総額の医療費を5,328億円と見込みまして、それから国・道の交付金あるいは前期高齢者の交付金を除いた、いわゆる全道の納付金必要額、ここで1,778億円となっておりますが、これだけかかりますと、試算では。これだけかかるというもとの試算をするという形になりました。この1,778億円を簡単に言えば全道の市町村で割り勘するという形になります。

右側の四角の2ですが、納付金必要額1,778億円を所得シェアと医療指数で市町村ごとに配分していくのですが、所得水準を反映させるベータという係数、国から示されている基準というのは0.873という数字が国からは示されています。原則、これを使用するということになっておりますけれど、今回公表した試算では、この0.873を0.75にして、要は所得水準の反映を少し緩和した試算となっております。これによって、ここでいう応益と応能という割合がありますが、この応益、応能割合というのは、本来は50対50というのが基本なのですが、先ほど言いましたように市町村の所得水準を考えて使える裁量がありますので、北海道の場合は応能分を43、応益分を57としております。ここで応能、応益とはわかりづらいかもしれませんが、単純に言えば応能は所得に対して掛ける保険税、応益というのは、加入者世帯数に対して掛ける保険税というふうに覚えていただければと思います。要は、なぜここで北海道は50対50でなくて応益を43にしたのかといいますと、やはり北海道は全国的に見ても国保の加入者の所得割合というのが低いというようなことで、その中で半分、50対50でやると加入者負担の保険税も高くなるということで、ベータを0.75、国のほうでは0.873というふうになっているのですが、北海道はそこまではちょっと無理だということで、0.75の数値を使って応益分を出しているということになっております。

続いて四角の3ですが、ここは医療費水準を示すこととなりますけれど、ここも先ほど言いましたけれど医療費水準、医療指数というのは基本的には1が原則であります。ここも北海道の市町村間の平準化を考慮して、1ではなくてその半分の0.5に緩和して計算するというように今回は試算しております。

左側の四角の4ですが、四角の3－3に市町村ごとの健康づくりなどの費用を加えたものが今回の納付金の1人当たりの比較のもとになる数字となっております。それと矢印で比較というところがあると思いますが、四角の4と右下の単年度大きいくくりで比較という矢印になっておりますけれども、これは現行保険料27年度実績ですが、法定外繰入とか、単年度赤字、本来保険料で集める額等を仮定しています。先ほどの1人当たりの数値と比較するために、こういうふうな形で記載しております。

左下の四角の5です。ここで四角の4を収納率で割り返して、標準保険料率を算出しお示ししております。条件を設定して算定したところですが、道内の地域差を踏まえて急激な保険料上昇を回避すべきと判断しまして、先ほど言いましたとおりに国から示された基準よりも小さな数値を用いて、現行保険との差が少なくなるように試算したところでありまして。今回の仮算定結果を踏まえまして、制度改正によって保険料が大きく変動することも判明しました。そうい

うことから、国の示した算定方法に改善すべきと考える点があることから、北海道のほうでも今後もまた国との協議を行って、最終的に納付金、保険料率を決定していきたいという考えを持っているところであります。

続きまして17ページです。この表一度見ていただいているとは思いますが、この1回目の試算結果をもとに、その数値を胆振管内11市町と類似している、国保の体制として類似している市町で現行保険料と試算保険料を比較するため、北海道の公表した数値を用いまして独自に作成したものでございますが、網掛けになっている試算保険料、現行保険料の増減比較を見ていただきたいと思います。例えば1番上の室蘭市の場合は、試算保険料が37万8,200円（A1）です。37万8,200円という数字が載っていると思います。今回の試算の結果、室蘭市は37万8,200円、これは一応先ほども言いましたけど、200万円の所得で2人世帯という試算の結果であります。結果として37万8,200円となりました。そのずっと横を走らせて、現行モデル保険料で（B1）とあると思いますけれど、ここで40万900円。これが現行の室蘭市の夫婦2人世帯、200万円の所得の人の保険料になります。また右のほうに行きまして、保険料の増減額増分を（A1－B1）というところもあると思いますが、室蘭市の場合は、試算の結果、現在より保険料が2万2,700円、率にして5.6%安くなるというような結果が1回目の試算では出ております。それぞれ先ほど言いましたけれど、所得割、均等割、平等割も網掛けになっておりませんが、それぞれ現行と試算の数値を載せております。例えば室蘭市の場合は、所得割ですと試算の結果は12.7%の率になりました。現行はと言いますと14.10%ですので2.03%、所得割の率が安くなったとか、低くなったということになっていきます。そういうような見方で、真ん中の白老町網掛けになっておりますが、見ていただきたいと思いますが、試算の結果が保険料（A1）39万7,200円という数字になっております。これが現行でいいますと（B1）ですが、白老町33万2,900円。増減がA1マイナスB1ということで6万4,300円、率にして19.3%の増となります。それで、それぞれ所得割率が試算では12.68%、現行は11.98%ですので、所得割が0.7%の増となっております。均等割イコール1人当たりの保険料です。試算では5万3,849円、現行が2万8,100円。ここは大分増額となりまして、2万5,749円の増額になっている。最後平等割です。試算の結果としましては3万5,991円、現在が3万7,100円。ここは逆に少なくなったと、1万1,109円減額になったというような白老町の試算結果となっております。1番最後の北海道という欄があると思いますが、ここは北海道の市町村全体の平均を数値化したものでございます。次の（2）の表です。ここでは胆振管内だけに絞ってそれぞれ順位をつけていったというふうになっております。1人当たりの所得金額につきましては、上位から順に載せておりますが、1番が厚真町で約103万7,936円。白老町が管内では8番目ということで、1人当たりの国保の加入者の所得金額については44万4,402円という数字が出ております。その次の医療指数ですが、これについての説明を簡単に言うと、どれだけ医療費がかかっているかという、単純にはそういうふうに理解していただければと思いますが、1番かかっているのは壮瞥町となって1.33、白老町が6番目で1.1338となっております。これはモデル世帯と同じ形で出したわけですが、200万円の取得で夫婦2人という保険料を比較した場合は、管内では白老町が1番高くなっていまして39万7,200円。1番低いのは苫小牧市で35万6,700円という数字が出ております。試

算のモデル保険料で所得割がどれぐらいになったのかといいますと、白老町が管内でも1番高い12.68、1番低いのが苫小牧市の11.38。均等割、1人当たりいくらかかるのかといいますと、またここも白老町がトップで5万3,849円、1番低いのが苫小牧市で4万8,447円。平等割についても同じで白老町がトップ、3万5,991円、1番低いのが苫小牧市で3万2,295円という形でこれが試算の結果です。現行で比較しますと、保険料については室蘭市が40万900円、白老が第9位、下から3番ということで33万2,900円。所得割の率については室蘭市が14.10でトップ、白老町が6番目で11.98。均等割、1人当たり、これについては室蘭市が4万6,310円、白老町は現行でいいますと第9位で2万8,100円。平等割、1世帯に係る割合ですが、トップがむかわ町の4万5,000円、白老町が6番目で3万7,100円というような結果が出ております。

続きまして18ページです。ここは、今回の1回目の試算で増加した保険料が現行より大幅に増加した割合のベスト5といいますか、上位5町村を出したものです。1番増加率が高かったのは幌加内町です。今回の試算では37万4,300円。今現在で積算しますと16万5,600円ということで、126%増加しているというような状況になっております。こういう市町村が、増加率はそれぞれ違いますけれど、一応ベスト5ということで5番目の大樹町でも50.4%も現行より上がっているというようになっております。1%でも増加したまちが下に書いてありますけれど、177保険者のうち93保険者、約半分以上がこのモデル世帯で積算した場合保険税が上がったというような状況になっておまして、白老町は率として19.3%ですけど、これはどれぐらいなのかというと、上から38番目の増加率という形になったものです。

(4)、これは逆に今より減ったという市町村のベスト5といいますか、上位5市町を出したものです。1番現行より下がったのは天塩町です。試算結果A1、38万900円、現行が56万9,600円ということで33.1%落ちたという形になりまして、2位以下が小樽市、浦臼町、仁木町、浜中町という形になっております。今回の試算では、減少した保険者数というのは83の保険者、46.9%の割合の保健者が今より安くなったという結果になったということでもあります。

(5)、これは単純に保険料がどのぐらいになったかということで、1番高くなった順に5番目まで載せております。保険額で1番高くなったのが増毛町ということで、試算の結果は43万5,600円、現行が35万6,200円ということです。2番から5番までは古平町、神恵内町、由仁町、蘭越町という形になっていまして、白老町が9番目というふうに位置されます。39万7,200円、19.3%の増と。

最後、19ページです。これは、逆に保険料額が低い5市町村ということで、1番がニセコ町です。今回の結果33万4,700円、現行では43万400円。9万5,700円の減額になっています。黒松内町、幌延町、湧別町、別海町というような順で保険料額の下位5市町村が出ております。

長い説明になりましたが、以上を持ちまして、本日の所管事務調査のテーマであります国民健康保険事業の広域化、都道府県単位化について、ご説明を終わらせていただきます。

○委員長（広地紀彰君） それでは、ここで暫時休憩いたします。

休憩 午後 2時35分

再開 午後 2時45分

○委員長（広地紀彰君） 休憩を閉じて所管事務調査を再開します。

それでは、各委員からご質問やご意見のほうをまず受け付けたいと思います。意見等がある委員は挙手をお願いします。

氏家委員。

○委員（氏家裕治君） 氏家です。数字だけおっていくと、なかなかちょっとわかりづらいものですから、若干ちょっとお伺いしたいのですけれども、端的に言うと、保険料が上がるというのが一つの前提というか、数字が出てきているのです。この大きな要因というのは、白老町の場合は個人所得が少なくて医療費が高いというのが一つの大きな原因、それから収納率が低いというのが一つの原因になっているのだと思うのです。ただ、そういった原因がもうわかってきているわけですから、要は、今回健診料の無料化だとか、そういったことを実施することによって、特定健診の利用率が33.2%です。例えば29年度で、これをもっと5%、10%上げていくことによって目標、例えば50%超えたときだとか、それからそのほかに胃がん検診とか、重症化を防ぐ、医療費を削減することが一番大事なことだと思うのです。ですから、そういったことを一つの目標に置いたときに、今現在の保険料を最低限維持するために必要な努力はしていかなければいけないと思うのです。だから、それに向けた努力というのを30年から実施ですから、その前に打てないものなのかどうか。これは国保会計でやるべきことではないと思いますし、医療の現場、それから3連携と言われる部分でしっかり取り組んでいかなければ、保健師さんたちも相当な努力はしているのだと思うのだけれども、こういった数字がもう見えいてるわけだから、これを何とか解消して、白老町だけではなくて、ほかの市町村だって真剣に考えます、きっと。このままいったら、それこそ貧困の格差を何とかしたいとか言っている、そういう問題ではなくなってくるでしょう。だから、白老町の場合1カ月5,000円上がるなどというのは死活問題になってくることだから、そう考えると、白老町もそうだし、北海道全体でこの辺を考えていったときに、今出てきているこの数字を最低でも今の現行に近づけていくような形にしていかないと、まず白老の場合は大変になってくると思うのですよ。ですから、その辺は国保会計だけではなくて、医療の現場そして保健の関係、そういったことで連携を深めながら、そして町民に周知していくと、もうそれしかないのだと思うのです。その辺についての考え方を伺いたいなと思うのです。

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 今、氏家委員がおっしゃったとおり、この数字だけを見ますと、白老町も、今言ったように月5,000円上がるというふうな数字が出ております。委員おっしゃったとおり、病院というのは、やはり白老町の場合、国保の加入者の所得については低いのですが、所得が低くなれば保険料も下がるというのが総体的になってくると思うのですが、逆に所得が低いのですけど、先ほどおっしゃったように1人当たり医療費は44万いくらということで、全道的にも高いといっような状況になっておりますので、これが今回の試算の結果、1回目の結果として白老町が今より19.何%を上げなければならないという数字が出たというふうには私どもも押さえております。それを、ではどうしていくのかというと、特定健診のお話もございました。受診率も、今現在、徐々にではありますけど、27年度については33.2となりまし

て、前年度よりは5%ちょっと上がっております。私たちも受診率を伸ばすということは意識してやってきた結果かなと、少しは成果が出てきているのかなというふうに思っておりますけど、ただ、まだまだ北海道の中では、受診率が70%、確か上富良野市、ということもありません。ですので、このまま30%になったからこれでいいということではなくて、先ほどもちょっとお話ししましたが、より受けやすい環境づくりということで、29年度からは特定健診の個人負担を無料にするということも考えております。それも一つの方策かなというふうには思っておりますが、それだけではなくて、やはり、重症化を防ぐというような意味合いもありますので、特定健診については重要な対策だというふうに私ども認識していますし、そのために、国のほうも先ほど言いました努力支援制度というものを設けて、受診率をアップすればそれなりに支援しますという対策もつくっております。白老町だけに限って言えることでなくて、全道・全国の国保加入者、国保の保険者については当然医療費がかかれば都道府県から示される納付金額も上がってくることとなりますので、それを抑えるために、やはりまず1番効果が出てくるのではないかとこの対策としては、特定健診の受診率を上げるというのはまず1番なのかというふうに思っています。よく言われますけれど、特定健診の受診率が40%を超えると各市町村の医療費に影響してくるというふうなお話も聞きますので、これからも今おっしゃったように病院、あと健康福祉課、国保もそうですが、町全体としてこの受診率の向上には今後も30年度だけを視野に入れるのではなくて、30年度以降もふやしていけるように努力していきたいというふうに考えております。

○委員長（広地紀彰君） 氏家委員。

○委員（氏家裕治君） 氏家です。わかりました。いずれにしても、例えば、今白老町の病院の問題でも人工透析の問題なんかも結構議論に出ていましたけども、生活習慣病によるそういう重症化が近年すごくふえてきているのだと思うのです。ですから、その生活習慣病を予防するということは、健診を受けないとわからないのです。自分自身もやはり40代までは何とか仕事の中で新陳代謝もいいのでしょうしある程度持つのだけでも、50を超えてくると急激に出てくるのです。結局は、今までは何とか持ちこたえていたものが、病院行って診察を受けて治療しないと、このままでは大変なことになるみたいなことを言われてしまうと、結局はそれからどんどんどんどん悪化してきてしまう。特に糖尿病というのは、あまり表面に出てこないでしょう。出たときにはもう遅いみたいな。ですから、そういうことでいうと、やはりそういう特定健診の問題、そして1番わかりやすいのは町民生活に直結する問題だということです。そこをしっかりと訴えていくプロジェクトみたいなものに取り組んでいかないと、多分難しくなるのだらうなと。これが逆に、そういった生活を脅かすことによって、子供たちの貧困、またそういったところにもつながってくる大きな問題になってくるかもしれないので、そこだけは先ほども言ったとおり、担当課だけではなく連携した中でしっかりと取り組んでいかなければいけない大きなものだと思いますので、これは今後もしっかりと取り組んでいっていただきたいと思っております。

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 今、委員おっしゃられたように健診に力を入れていきたいと。国

保だけでなく3連携の中で、要は白老町全体で受診率を伸ばすような努力をしていきたいというふうに考えております。その中で、今委員がおっしゃった糖尿病の件なのですが、確かに努力支援制度の中には糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況という項目がありまして、これについては今年度、28年度末に今ちょっと健康福祉課のほうの保健師のほうで重症化について取り組みをやっている最中でありまして、努力支援制度の中の項目にも載ってきているのです。これをやることによって、今ここでは点数で表現しているのですけれど、先ほど言いました特定健診の受診率、これ25年度と26年度の実績で5ポイント向上したら5点という点数がついているのです。今言った糖尿病の重症化予防の取り組みをやりますと40点という高い点数になっているのです。当然、今言ったように、これをやることによって糖尿病等の予防をすれば医療費も抑制できるだろうと、国のほうも、重点的にこういうことを重症化予防の中で糖尿病の予防対策をやった場合については40点あげますと、ちょっと大きいのかわかりませんが、点数的に先ほど言ったように特定健診を前年度5%以上上げた場合には5点なのです。それが糖尿病の重症化予防やった場合は40点と8倍の点数の差になっているのです。なぜこういうふうに項目ごとに点数をつけているかというのと、やはり糖尿病というのは、放っておけば、重症化すれば、いろいろ莫大にかかるということなのです。それを予防するために、糖尿病の重症化を予防する対策を講じなさいと、それをやったときには40点という高い点数を市町村に上げますよと、そういう考え方でいるようです。あとは高い点数でいうと、特定健診で60%を達成した場合は20点あげますよとか、そういうものもあります。胃がん検診とかの場合は13.3%達成すると10点あげますよとか、いろいろな項目がありますが、項目ごとによって点数は小さかったり大きかったりというようになっておりまして、やはり高い点数の項目をやると、それなりに医療費にどんとはね返ってきますというようなことだと思います。ですので、健康福祉課と一緒に、糖尿病の重症化予防の取り組みを28年度中に国のほうに提出するような予定で対応している最中でありまして。

○委員長（広地紀彰君） 氏家委員。

○委員（氏家裕治君） 最後にしますけれど、今課長言われたところ、現行の保険料に近づける、今の現行の保険料率より上げないという、一つの思いでちょっとお話しさせていただきたいのだけれども、その目標値、例えば特定健診50%、項目別に胃がん検診は今現状でこうだけでも何%、それから先ほど言ったその一番点数の高い糖尿病関係、そういったものをどこまで持っていけば今の現行の保険料に近づけるかということも含めて、1回ちょっと数値に出してみたらどうなのかなと。これは難しいのかもしれないけれども、健康福祉課ともいろいろちょっと連携とりながら。何も見えない中で、大体でいいのかもしれないけれども、そういうところに近づける目標値を持ったときに、例えば白老町でいくとどこまで近づける。それを全道的な展開になったときにもっと下がっていくということですが、はっきり言ったら。北海道全体で考える。でも、今の白老町の現状からいったら、これぐらいを目標に持っていかないとやはり厳しいというものを示すべきではないのかなと思うのだけれども、それについての考え方をお尋ねします。

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 氏家委員のおっしゃることはよくわかるのですが、30年度から広域化になった場合に、今までは市町村で保険税をいくらにするとか、市町村ごとに決めていたというようなことで、ご存じのとおりそれが現状です。30年度からは、北海道全体の国保に加入している市町村、全部の市町村の医療費、北海道全体の医療費をもとに、白老町はいくら納めなさい、苫小牧市はいくら納めなさいというふうに配分されるという形になります。基となる医療費、いくらかかるのだという部分は、北海道全体の中で、白老町も含めた中で、例えば平成30年度は、北海道全体の医療費としては先ほどもちょっと出ていましたけれど500何十億になりますというものが、これはいろいろな要素を含んで北海道では推計で出すと思うのです。そのときに、その推計の中に特定健診とか、糖尿病、努力支援制度の中に含まれている項目を加味して数字を出す。そこら辺はちょっとまだわからないのですけれど、多分加味されてくると思うのです。技術的には何%加味するとか、そこまでちょっとわかりませんが、北海道で出すわけですから、今言った努力支援制度の各項目を、多分30年度の医療費として出す場合には、特定健診も北海道全体でいったらある程度受診率も上がるだろうということで、そういうものを加味しなかったら全体としては100という数字になるけど、特定健診とか糖尿病の重症化予防という項目もこれから市町村手がけてくると、そうなれば100が例えば90という基数、この90を使って市町村に納付金を分配するというような形にはなってくると思うのです。ただ、白老町では何%の特定健診、当然目標は予算もつくっていますから目標数値としては一応押さえてはいるのです。29年度特定健診、ことしは27年度が33.2ですから、それよりも大きな数字での目標数値というのは当然持っているのですが、それを公表していく、こうだから27年度は33.2だけど、29年度はこれを例えば40%にするから、これによって医療費がこれだけ安くなるという、そこを求められるとなかなか難しいのかなという部分はあるのです。なので、今言えることは力を入れていくことは間違いなく力を入れていくのですが、それによって医療費がこれだけ減になる。その医療費も、白老町だけではそれだけ減になるのですけれど、ほかの市町村が逆に受診率が上がったという形になると、今度は北海道全体でプールして見られますから、それが逆に受診率が落ちた市町村が多くなると、それが逆に全道的にもはね返ってくるとか、そういうことはないと思いますけど考えられる。そういうことがありますので、なかなか数字的に来年度がん検診何%、特定検診何%というのはなかなかちょっと数値的には難しいのかなというふうには思っていますが、努力することは間違いなく努力していきますので、そういう形でご理解していただきたいというふうに思います。

○委員長（広地紀彰君） 氏家委員。

○委員（氏家裕治君） 課長が言われたはのもわかります。あくまで努力制度というものを導入することによって、どのぐらいの影響があるのかということが知りたい。ただ、いくら努力しても医療費が来年から一気に下がるかといったらそんなことないでしょう。あくまでこういったことを導入して5年後の数値を見たい。これが国の考え方だと思うのです。それは普通です。それをしっかり道だとか国に言っていかなければいけない。これを導入して5年後の数値を見てくださいますと。5年後この結果がどう反映されるかと、それを国に対して示していかなければいけないのがこの制度です、はっきり言ったら。だから、それをただパフォーマンスやる

のではなくて、しっかりこういったものを使って今の医療費を抑えたいのだと、1人当たりの負担を減らしたいのだと、だから、5年間継続するか見てくれというくらいの気持ちでやらないとだめなのではないかなと思うのです。これは、やはり国の求めているものだと思います。皆さん努力してくださいと、もうちょっと健診率を上げてくださいと。うち6万なんぼだからいいけど豊浦町は10何万上がったら生活できません。必死になります、きっと。必死になって医療費を下げようと努力するのだと思うのですよ。だから、そこは白老町だけではなくて、全道で一つ旗挙げて頑張っていかなければいけないだろうし、それを国にしっかり物申していかないと、それこそ急激にそんなことを言われても困るというぐらいのことで言っていけないと、国は国でそういった激変緩和措置みたいなものをある程度政策としてとってくるのかもしれないけれども、でもそういうものに甘えていてはしょうがない。しっかりその辺は、道とか国にそういった検討部会がもしあるとすれば、そこでしっかり言っていかなければいけないと思いますので、その辺だけちょっとお願いしたいと思います

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 今、氏家委員のおっしゃること、私ども肝に銘じてこれから道なり国なりに物申していきたいと思っておりますので、ご理解願います。

○委員長（広地紀彰君） それでは、ほかの委員から。森委員。

○委員（森 哲也君） 森です。11ページに書いている標準設定のところを詳しくお伺いしたかったのですが、白老町だったら1万人から5万人未満に入るので、この92%より上がれば保険料率が下がるということになると思うのですが、今白老町の収納率90.91%なのですが、率直に19.3%。この値段は変わると思うのですが、保険料が上がってしまったら収納率も下がると思うのですが、いかに92%に近づけるということも今後の保険料が下がる対策として必要だと思うのですが、この収納対策の強化に資する取り組みも、3ページで挙げられていますが、具体的な対策をお伺いします。

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 収納率を上げるための具体的対策の前に、11ページの資料の見方、内容を説明させてきていきますが、ここで、点線で四角く囲んだところに例として載せている部分です。ここでいったら国保の被保険者、加入者によって標準的な収納率のイメージということで、例えば1万人未満だったら、北海道で例を出しますが、白老町今6,000人を切っているのです、国保の加入者が。ここで言えば1万人未満に当てはまるのですけれど、それを参考にしていますと、白老町の場合は1万人未満なので94%を北海道は収納率の標準的な目標にしてくださいと、この例から言えばくると思うのです。ただ、ここも若干今変更が考えられていまして、こういう一律というか、被保険者別の人数によっての標準収納率を設定するのではなくて、今回の1回目の試算の結果ではなくて、過去3年間の平均の収納率を標準的な収納率にしてくださいというか、今そういうような方向で北海道の運営方針ができ上がってくるのかなと、そういう情報も入っていますし、例えば白老町ですと過去3年間といたら、今現年分の収納率が27年度は90.97、3年間で平均したら90.6。そのぐらいの率が最終的には白老町の標準的な収納率ですと国のほうから示されるのかと、予定では。そういう形で標準的な収納率は考えられてお

ります。

それで話は戻りますけれど、全体収納率を上げることによって保険税の税収も上がるということにしなければならぬと、それは国のほうもこれからの30年以降の目標の中にも掲げております。白老町も今いろいろな形での未納者対策というのはしているのですけれど、若干ずつではありますけど、ここ3年間でいいますとコンマいくらかずつは収納率、現年度分については上ってきている状態で、これも今後も収納率の強化対策で保険税については考えて対応していきたいというふうに思っております。

○委員長（広地紀彰君） 現段階においての具体的なその収納率向上の対策等ということは今のところはまだ具体化されていませんか。

畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 例年やっている対策を今現在やっているのが現状で、これという対策は今のところないというか、現状どおりやっていくという中で収納率を上げていきたいというふうには考えております。

○委員長（広地紀彰君） ほかの委員から。

山田委員。

○委員（山田和子君） 山田です。根本的には3連携を大切にすることと、今の収納率を上げていくとことが根本的には大切だと思うのですが、29年度から実施される予定の国保の健診の無料化なのですけれども、これは29年度だけでしょうか、それとも継続されていくのでしょうか。

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 健診の自己負担の無料化については、29年度予算で計上しております。それを単年度でやめるとか、2年でやめるかということは考えておりません。何らかの事情が出てきたときに、考えなければならない時期が来たときには考えていきたいと思っておりますけど、一度無料にしたものを再度上げるというとなかなか難しいというふうに私も経験しておりますので、私個人的な考え方でいけばずっと無料化していきたいというふうには考えております。

○委員長（広地紀彰君） 山田委員。

○委員（山田和子君） ちょっと資料がないのであれなのですけど、ピロリ菌検査のほうはご検討されたのでしょうか。

○委員長（広地紀彰君） 暫時休憩いたします。

休憩 午後 3時14分

再開 午後 3時15分

○委員長（広地紀彰君） 休憩を閉じて会議を再開いたします。

ピロリ菌の健診等のそれぞれのメニューの扱いについての答弁を求めたいと思います。

斉藤主査。

○町民課主査（斉藤大輔君） 集団検診を春と秋にやっています。その中で、国保の特定健診

と後期の特定健診、それから普通のがん検診等、それを一緒にやっけていまして、その中にピロリ菌の検査も含まれております。こちらにつきましましては、担当がちょっと健康福祉課になっておりまして金額は今ちょっとわからない状況になっています。

○委員長（広地紀彰君） 山田委員。

○委員（山田和子君） ぜひ、ピロリ菌も課が違うのですけども、検討されてはいかがかなという意見として述べさせていただいております。あと、糖尿病の重症化対策なのですけれど、これは具体的にどういう対策をとられるのでしょうか。

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） わかっている範囲の中でお答えさせていただきたいと思うのですが、28年3月までに取り組み状況ということで国のほうに出すと、先ほど言いましたように、努力支援制度の中でいくらか28年に国のほうから支援金が来るということにはなっているのですけど、具体的な中身は今健康福祉課の保健師を主体に取り組みを始めている中で、聞いた話ですけど、要はかかりつけ医との連携という部分が出てくるらしいのです、具体的にはちょっとわからないのですけど。あと、取り組みの実施に当たって都道府県単位にある糖尿病対策推進会議というのがあるらしいのですけど、そことの連携を図るとか、受診勧奨、保健指導等の取り組みの中で地域の実情に合わせて選択ができるとか、基本的にはある程度計画をつくった中で糖尿病をメインに予防対策を実施していくようになるのかというふうには思っております。

○委員長（広地紀彰君） 山田委員。

○委員（山田和子君） 課が違うので具体的なことをお聞きするのはちょっと大変だったと思うのですけど、先日テレビで見たのですけど、居酒屋さんとか全部の外食産業のところに行行政職員が回って、まず野菜からお通しで出すようにという、啓発をされていていっている番組があったのです。そういう取り組みというのは、畑田課長のところではないかもしれなのですけれど、生活習慣病を予防するという観点でも、そういう対策にももし支援していただければ、そういう取り組みもしてはいかがかなというふうに日頃感じているのですけども。全町的にそういう盛り上がりが出てきて、医療費が高いということを全職員も認識して考えていったらいかがかというふうな、ご意見だけで結構ですのでお願いします。

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 今のご意見は一応わかりました。それで、私もちょっと保健師のほうから聞いた中では、これ大変だなと思った、糖尿病の重症化予防に関して口頭で聞いたことの中で、これをやるのは大丈夫かなという部分が、かかりつけ医のお医者さんと保健師さんが連携しなければならないという部分があるのです。それは大変ではないのかなという、そういう記憶はあるのです。実際にお医者さんと保健師の中で、患者さんのことに対して、糖尿病の患者さんの話を、連携をとるという中で当然話さなければならない場面が出てくる。それはなかなか大変というお話をした記憶はあるのです。具体的にはちょっと今ここで言えないのですけど、今までも特定健診も各病院にお願いしますから、特定健診お願いしますと、そこで終わっていたのですけれど、今度糖尿病に対しては、それだけではなくて、もっと突っ込んでお

医者さんとの情報交換とか、そういうことが入ってくるようなお話をちょっと聞いております。これ参考までですけど。

○委員長（広地紀彰君） 山田委員。

○委員（山田和子君） 最後をお願いというか、医療費そのものが白老町の保険料を上げている原因であるということ、やはり広く町民の方にも知っていただいて、今回の改定に当たっては、そういう啓発というのをしっかりしていただきたいと思います。

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 例年、広報とかでも白老町の医療費ということで載せている部分もございます。ただ今後30年、もうすぐですけど、30年に向けてこういう改革が行われるということも、これから町民の方にも周知していかなければならないと思っていますし、当然今の保険税がどうなるかという部分も含めて、それについては随時、今回、北海道で試算が出されて、また2回目も今後出されるという状況の中で、余りにも、1回目もそうだったのですが、19.3%で今より上がりますというような情報、町民の方に周知するかどうかちょっと悩んだ部分もあって、最終的には周知はしていないのです。これを受けてショックというかこんなになるのかと。何回も言いますが、これはあくまでも試算であって決定ではないのですけど、経過として北海道は全面的に公表して、全道の市町村が今いくらかで今度こういうふうになりますよと、これは決定ではないですけど、というような情報は発信していますけど、各市町村単独で今回1回目の結果、こうなりましたということで発表しているというものは、私も調べましたけれどそんなにかないかなというふうには思っています。いずれにしろ最終的には30年度の保険税に影響してくることになりますので、今後そういう道からの情報とかが入りましたら、提示できる範囲では皆様と町民の方に情報提供していきたいというふうに考えております。

○委員長（広地紀彰君） 本間副委員長。

○副委員長（本間広朗君） 先ほどから国保の特定健診についていろいろ出ていました。先ほどちょっと気になったのが、まず1つ、収納率についてなかなか抜本的な対策がないというけれど、やはり上げるためにはどうしたらいいかということ、まちのほうもいろいろ努力してやってもらわないと、このままどうにもならないという答えにはならないと思うので、力を入れてやっていただきたいと思います。それと、この特定健診は先ほどから出ていますが、無料化になったのですが、このいわゆるオプションとは別に、これだけ例えば特定健診の受診率が上がるとポイントが大きくなると、ほかのものは関係ないのかといったら恐らく関係ないような雰囲気なのですが、そうなのかどうなのかというのがまず1つと、それから、75歳になったら後期高齢者になるからポイントに入らないと確かお聞きしたのですけど、今ここにも40歳から20歳とありますけど、年齢別というか割合とかそういうのは、この年代はちょっと検診率低いとか、そういう分析をされているかどうかというのは今後のやはり受診率向上というか、そういうところもいろいろ町として分析していると思いますので、その辺ところ今動きをしていくのかというのを、まずお聞きしたいと思います。

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 特定健診の受診者の年齢層につきまして、やはり多いのは前期高

齢者65歳から74歳の方がやはり圧倒的に多いです。一応、年齢対象は40歳以上という中で国保の特定健診は対象を40歳以上に行っているのですが、40歳から65歳未満までの方はどのくらいかと、数字はちょっと今ないのですが、やはり若くなることによって受診率は低下しているというのは事実であります。40歳代というのはやはり年代別40、50、60というふうに分けて対象者を調べますと、やはり40代の方は少ないということは結果としては出てきています。そういうように特定健診の受診者数というのは、今現在押さえているところでありまして、努力支援制度の特定健診の受診率の話以外に、努力支援制度の中でどういうものかということ、それは、先ほど言いましたように特定健診の受診率というのがあります。もう1つは、先ほど話題にも出しましたが、糖尿病の重症化予防。広く加入者に対して行う予防健康づくりの取り組みというのありまして、一般住民の予防健康づくりの取り組みや成果に対してポイントを与えますとか。歯科医院、歯です。歯の検診を実施した場合についても支援を与えますとか。収納率も当然そうなんですけど、そういうような項目がございます。あと、医療費通知を出しているか出してないかとか、うちはこれ出しています。あと第三者行為求償、交通事故とか、そういう部分をレセプトから見つけ出して、それについては保険で対応してもらえとか、そういうような項目は努力支援制度の中にはございます。

○委員長（広地紀彰君） 本間副委員長。

○副委員長（本間広朗君） ポイントというのは特定健診だけですか。例えばこれを無料化したことによってふえればそれだけ。ということは、先ほど言ったようにオプションは関係ないといっても必然的についてきます、これだけという人もいるけれど。だから、特定健診だけ例えば受けた人のポイントが加算される、そのほかのものはポイントに入らないということですか。

○委員長（広地紀彰君） 斉藤主査。

○町民課主査（斉藤大輔君） 努力支援制度の中に特定検診の受診率とまた別個に胃がん検診、大腸がん検診、そのパーセンテージも確かあるはずなのですが、うちのまちはちょっとまだそこまで全然到達していない状況です。なので、当然こちらのほうも健康福祉課と協力して上げて、最終的にはそこに含めていきたいというふうには考えております。

○委員長（広地紀彰君） 本間副委員長。

○副委員長（本間広朗君） 先ほどからやはり健康福祉課と連携というか、いろんな面で連携していく。先ほど特定健診は1,300円で済むのだけど、ほかのオプションがついてくるとすごく高くなるのです。男性と女性は違うかもしれないのですが、5,000円ぐらいかかるのです。いわゆる基本料金みたいなのが1,300円で、ほかにいろいろオプションつけたら、私も去年やったけど確か4,000円か5,000円近くかかるのです。だから、これだけで受診率を上げていくべきものなのか、やはり先ほど言ったように糖尿病とかいろいろな心臓病、胃がん、いろいろな病気というか、もちろん高齢になればそういうリスクは出てくるから、これだけで単純に受診率を上げるのだと予算の関係もあるからなかなか難しいかもしれませんが、もっともっと無料のものもありましたよね、何かのウイルスかエキノコックスか。そういうのを無料化にすればよかったらあれだけど、もっともっともちろんオプションをふやして、受診率を上げる

ためには、やはり自分の体が高齢になれば心配になってくると思いますので、そういうオプションを充実することによって行ってみようかということになると思うのです。もっともっとそういうことをするためには、先ほど言ったように健康福祉課と連携しなければならないので、後々の結果を見てどうのこうのというのはいいのだけれど、まず受診してもらおうというのが先決だと思うので、その辺のところをもっともっと努力しなければならないのではないかと思いますけども、今後連携してそういうふうに変診率を上げていくというのも、1つのそっちのほうの課の努力だと思うのだけれど、どうでしょうか。

○委員長（広地紀彰君） 畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 今、委員おっしゃったとおりだと思うのですが、まずは特定健診、今まで1,300円、後期だったら600円とっていたものを、まずは無料にして特定健診の受診率を上げることによって、何回も言いますけど、努力支援制度という制度の中で国から支援してただけという部分、そこからまずは第一歩、スタートというふうに私どもは考えています。今後もっとほかの特定健診以外の健診、今胃がん検診とか大腸がん検診は料金取っておりますけれど、こういうものにも将来的には無料化して行って、より受診率というかそういう健診を受けることによって、イコール医療費の抑制につながるというふうにしたいとは考えております。ただ、まずは来年度29年度スタートとしては特定健診の受診率を、まずは無料化にしてスタートしていこうと。段階を踏んだ中で、ほかの検診類、肺がん検診は無料、胃がん検診は有料、大腸がん検診も有料になっていますし、あといろいろなオプションについてのもも、委員がおっしゃっていたように、例えば腹部エコー検査だったら5,660円取っているとかそういうものもありますので、これについては今後検討した中で安くするとか将来的には無料になればいいのかなというふうに思いますけれど、検討していかなければいけない点かというふうには思っております。

○委員長（広地紀彰君） それでは各委員からほかにありませんか。1点だけちょっと端的に伺いますけども、試算保険料の関係で町民負担に対してどういった手当ができるかということだったのですが、今スタートの段階だというのは十分承知しているのですが、この段階で6万円ほど年間として上がっていくと。大部分の負担をそのまま町民に転嫁していくのか、それか、例えばいわゆる上乗せ横出しの考え方として、町側として一定の個々の事情に応じた賦課徴収の範囲の中で、財政支出をしながらその負担をある程度緩和していくという考え方になっていくのかどうか、町としての考え、ほかの町村も相当悩ましい問題だと思うのです。そのあたりの情報どのようになっていますか。

畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 1回目の試算では現行より上がる所が多い、そういうような状況が出ています。2回目ではどういうふうな数字が出てくるかちょっとまだ定かではないのですが、ちらっと耳にした情報では、1回目よりは上がる市町村が少なくなるような情報ではありますが、白老町がそこに該当するのかどうかというのはちょっとまだ17日にならないとわからないのですが、いずれにしても、今の段階では、今の現行の保険税を30年度には手法は別として上げざるを得ないのかなという、担当者としてはそういう考えは持っています。

その上げ幅はわかりませんが、上げなければならない。ただ、その考え方の中には国保財政の中で上げるのか、例えばわかりやすく言うと、今、北海道のほうから白老町さん例えば5億円、保険税の納付金として納めてくださいと言われた場合に、そのとおりに白老町が5億円を納める設定の中で税率を決めていくのか。それか、5億円は無理だと。4億円までだったら保険税で何とかできるけど、あとの1億円は例えば一般会計から繰り出してもらって対応するとか、そういう手法もあると思うのです。今の段階では何とも言えませんが、手法としては考えられるのではないかと。もう1つは先ほどちょっと話に出ましたが、北海道のほうでも基金を今回つくっているのです、30年度からスタートするために。財政調整基金という国保の基金を何百億か積み立てて、例えば赤字が出た場合はそれを活用して道から市町村が借りて、その赤字の部分を埋めなさいと。その借りたやつは3年間で返していくというものが基金として創設するというなこともあります。いずれにしても、今の段階では保険税だけで例えば上がるといった場合、上がる部分については保険税だけで対応する、あるいは一般会計からもいづれか負担してもらった中で対応する、いろいろあります。それと、そのまま赤字出た場合は道から基金で借りればいいのかというような方法もあるかと思いますが、今後の議論については、国保の運営協議会もありますので、その中で議論して行って、最終的には先ほどのスケジュールの中にもありましたけれど、来年の2月までには30年度からどのような保険税にするかについて協議会のほうから答申をいただいて、それを受けて3月の議会に上程して、もし保険税を変えとなれば条例改正という形で3月の議会に上程しなければならないと思っていますので、そういう部分を、今後庁舎内も含めて、運営協議会の中も含めて議論していかなければならないのかなと、常任委員会も含めて議論していかなければならないというふうには考えております。

○委員長（広地紀彰君） 現段階においては、今の答弁は十分に理解できます。他自治体の状況をこれから見据えて、ある程度政策的な考え方を持っていかないとだめだと思うのです。単純に6,000人弱です、被保険者。それで6万円の負担をもし全額町費で賄うとしたら単純計算で3億6,000万を超えます。当然そうならないと思います。だから、上げなければいけないという情勢的な部分は理解できました。ですから、今後の過度な負担をどうやって避けながらある程度応分の負担を求めていかなければならないという部分に政策的な考え方が必要になってくるのかと思います。

○委員長（広地紀彰君） 氏家委員。

○委員（氏家裕治君） 氏家です。1つだけ教えてください。努力支援制度の中には認知症対策というのは入らないのですか。これだけちょっと聞いておきたかったのです。医療とは関係ないというふうに捉えるのか。例えば白老町あたりも結構対策取ってやってきているのだけでも、それは点数的には入らないのですか。それだけちょっと教えてください。国としても大きな問題として捉えている部分なので。

○委員長（広地紀彰君） そうですね。ちょっと扱いとして。

畑田町民課長。

○町民課長（畑田正明君） 今資料を見ているのですが、認知症という項目自体はないので

すが、ただ地域包括ケアに資する地域ネットワークへの国保部局の参画とか、地域包括ケアの推進という項目はございます。在宅医療とか介護の連携等とか、そういう項目はあります。この中に含まれているのかもしれませんが、認知症というのは言葉だけの表示というのは特には載っておりませんが、今言った地域包括ケアの中の在宅医療介護とか介護連携という中にもしかしたら含まれているのかもしれませんが。今わかる情報としては、今の時点ではそういうような状況です。

○委員長（広地紀彰君） それでは、精緻な資料も用意していただきながら進めてきましたが、これでよろしいですね。

◎閉会の宣告

○委員長（広地紀彰君） これで、国民保険事業の広域化についての所管事務調査を終了したいと思います。ご苦勞様でした。

（午後 3時42分）