

令和5年度 第2回 岡崎市国民健康保険運営協議会議事録

1 日 時 令和5年11月24日(金) 13時30分～14時20分

2 場 所 岡崎市役所西庁舎7階701号室

3 出席者

(1) 委員

ア 被保険者代表

塩澤昭治 加藤智子 村井鈴江 牧野由紀子

イ 保険医・薬剤師代表

小出信澄 若山英雄 織田盛久 高村俊史 鶴田啓

ウ 公益代表

鈴木雅子 前田麗子 鈴木英樹 築瀬太

エ 被用者保険等保険者代表

永井立美

※ 定員の過半数以上出席のため、会議成立

(2) 理事者及び事務局

福祉部長 阿部田洋

国保年金課長 青山潤子

国保年金課副課長 酒井啓滋

主任主査 渡部幸子 鈴木理香

主査 中根優子 榎木貴子 藤井勇樹

4 会議傍聴者

3名

5 議事内容

(事務局)

本日は、お忙しい中 御出席を賜わり、誠にありがとうございます。

時間がまいりましたので、ただ今から会議を始めさせていただきます。

なお、本協議会につきましては公開扱いとなっております。傍聴申出を3名からいただいておりますので、入室していただいております。また、本日の会議の終了予定時刻は15時を予定しております。みなさま御協力のほどよろしくお願いいたします。始めに、福祉部長の阿部田より挨拶を申し上げます。

(福祉部長)

皆様こんにちは。福祉部長の阿部田でございます。

本日は、お忙しい中、国民健康保険運営協議会に御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

皆様方におかれましては、日頃から本市の福祉行政に対しまして、格別の御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、今年度につきましては第2期愛知県国民健康保険運営方針の満了となり、「次期運営方針」を策定しているところでございます。本日の議題ではございますが、運営方針の主要テーマでもあります、医療費適正化の更なる推進の元となる第3期データヘルス計画の策定についてと、産前産後保険料の軽減に関する条例改正、最後に議題を追加させていただき、保険料水準の統一に向けた独自制限制度の見直しについて、皆様に御審議いただきますのでよろしくお願いいたします。

委員の皆様から多くの意見を賜りますようお願い申し上げまして、簡単ではございますが、私からの挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

ありがとうございました。

本日追加の議題がございますので、席上に配布させていただいております。また、議題2の追加資料につきましても配布させていただいておりますので御確認ください。

続きまして、本協議会委員の交代がございましたので、紹介させていただきます。公益を代表する委員として鈴木雅子さま、前田麗子さま、畑尻宣長さま、本日欠席せれております。鈴木英樹さま、築瀬太さまに就任いただきました。

公益を代表する委員の選任により、会長及び会長職務代理者が空席となっております。ここで、臨時議長のもと、会長及び会長職務代理者の選出を行います。臨時議長の選出でございますが、地方自治法第107条の規定に準じて行います。この場合、公益委員の年長委員が臨時議長を務めることとなっておりますので、鈴木雅子委員に臨時議長をお願いいたします。

(臨時議長)

ただいま御指名をいただきました鈴木でございます。議事進行に御協力の程、よろしくお願いいたします。

議事に入ります前に、本日の会議に欠席の連絡がありました委員の報告をいたします。欠席の委員は、畑尻委員、川喜田委員と名波委員でございます。

岡崎市国民健康保険規則第3条第1項による定足数に達しますので、会議は成立します。

では、ただいまから「令和5年度第2回岡崎市国民健康保険運営協議会」を開催いたします。

本会議の議事録署名者の選出でございますが、前例により私から指名させていただきますのでよろしいでしょうか。

(委員)

異議なし

(臨時議長)

御異議ないようですので、議事録署名者は鈴木英樹委員と加藤委員をお願いいたします。

それでは、議題1の「会長及び会長職務代理者の選出について」を行います。この件につきましては、国民健康保険法施行令第5条の規定により「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」ことになっております。

公益を代表する委員の方々に、どなたか会長並びに職務代理者の御推薦をいただけないでしょうか。

(委員)

会長に築瀬委員、会長職務代理者に前田委員を推薦させていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

(臨時議長)

ただいま御推薦いただきましたが、会長には築瀬委員、会長職務代理者に前田委員を承認することに御異議はございませんか。

御異議もないようですので、会長に築瀬委員、会長職務代理者に前田委員と決定いたします。

ここで、会長の築瀬委員と交代いたします。

(事務局)

それでは会長、会長職務代理者を代表して、築瀬会長から御挨拶をお願いいたします。

(会長)

皆様こんにちは。ただいま会長職に御推挙いただきました築瀬太と申します。

併せて御選任いただきました前田会長職務代理者もお見えでございますけれども、代表いたしまして、私の方から一言御挨拶を申し上げます。

昨今は少子化などによります人口の減少、とりわけて保険事業を支えていただいております現役世代の減少により、保険者規模の縮小が懸念されているところでございます。併せまして、医療の高度化などによります医療費の増大など保険事業の運営は大変厳しい財政事情でございます。

国は平成 30 年度より都道府県を財政の責任主体となり、市町村と協力して保険事業を運営していく、いわゆる国保の広域化がすすめられ、本年度で6年目を迎えております。

現在の状況におきましても、「愛知県国民健康保険運営方針」の策定に向けて県下の保険料水準の統一、また医療の適正化などが主要テーマとなっております。このような進展、データヘルス計画の改定などによります更なる効率化、効果的な運営など改革に取り組んでおるところであります。

本市における国民健康保険運営協議会に課せられた役割も大変重要なものと認識しております。浅学非才の身でございますが、委員各位の御指導、御協力を賜りまして、会長職務代理者の前田委員と共に職責を果たしてまいる所存でございますので、よろしくお願い申し上げます。

(事務局)

ありがとうございました。

岡崎市国民健康保険運営協議会規程第4条により、議長を築瀬会長にお願いいたします。

(議長)

ただいまから議長を務めさせていただきますので、議事進行に御協力の程よろしくお願いいたします。

それでは、議題2「データヘルス計画について」、事務局より説明願います。

(事務局)

それでは、議題2の「データヘルス計画について」、ご説明いたします。

初めに、本日配布しました「議題2 データヘルス計画について」をご覧ください。

まず、データヘルス計画とは、レセプトと呼ばれる医療情報や健診情報などのデータ分析に基づく効率的・効果的な保健事業を PDCA サイクルで実施するための事業計画です。

計画策定の経緯ですが、平成 25 年度に日本再興戦略において、全ての健康保険組合に対してデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められ、市町村国保も同様の取組を行うことを推進されました。その結果、平成 27 年度に第 1 期計画を、平成 30 年度には第 2 期計画を 6 年間の計画として策定がすすめられてきました。さらに、令和 2 年度の骨太方針 2020 において、データヘルス計画の標準化等の取組を推進することが閣議決定されましたので、令和 6 年度からの第 3 期計画はその方針を受け、策定することとなります。

では、実際の本市の策定までの流れを簡単に説明します。

計画策定の手順としては、国が示した「計画策定の手引き」や「様式例」に基づき、健康課題の抽出、計画全体の目的・目標の設定、個別の保健事業の目的・目標の設定と順を追って作成しています。

策定のプロセスの節目ごとに、愛知県国保連合会の保健事業支援・評価委員会に計画案を提出し、委員から助言をいただき修正をしてきました。

本日の運営協議会では、計画全体の目的・目標までの計画骨子を議論いただきます。その後、2月の第3回運営協議会では、個別の保健事業も含めた計画全体の素案を議論いただき、令和 6 年 3 月末に策定を予定しております。

では、「第 3 期データヘルス計画の骨子」について説明させていただきます。事前に送付しました「データヘルス計画 骨子」をご覧ください。

この資料には、データ分析から見えた内容と健康課題、その健康課題を戦略的に解決するための計画全体の目的・目標までを記載しております。

まずはデータ分析の内容を上から順番に抜粋して説明させていただきます。

特定健診受診率は、コロナ禍前は47%台で推移していましたが、R4年度は46%と低下しました。年齢別にみると、40～64歳は28.2%であり、これは65～74歳の半分程度です。

次に、運動習慣についてですが、健診質問票から「1日1時間以上の身体活動あり」の割合は40%程度で推移し、県に比べて低い状態が続いています。

メタボ割合では、男性のメタボ該当者と予備群の割合の合計はR3年度50%、女性では24%で、いずれも年々増加しています。

高血圧症に関しては、太字部分ですが、要するに「健診時の血圧が医療受診レベルだが、医療受診していない者」が、健診受診者のうち男性で24.3%、女性で19.1%いる状況です。

糖尿病に関しては、「10万人当たり糖尿病患者数」は国保・後期高齢者ともに県よりも高く、健診結果を見ても、HbA1cの有所見者割合が国・県が約60%で推移しているところ、本市は70～80%と高い状況です。

糖尿病性腎症に関しては、腎機能低下が現れ始めた「腎症3期」の方に医療受診勧奨をしていますが、データ分析から医療受診していない者の人数がほぼ横ばいでした。

これらのことから、健康課題としては、上から、

- ・40～64歳の若い年代の特定健診受診率が低いこと
- ・身体活動・運動習慣の定着が向上しないこと
- ・メタボ該当者・予備群の合計が年々増加していることから、生活習慣病を発症する者の増加が危惧されること
- ・高血圧症に関しては、適切に医療に結びついていない者がいること
- ・HbA1cの有所見者割合が高く、4人に3人が高血糖状態であること

があります。

そこで、第3期の計画全体の目的を、資料右上に記載のとおり、「健康意識を高めるとともに、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図ることで、被保険者の健康寿命の延伸を目指す」とします。

この目的を達成するための計画全体の目標とその指標は、資料のとおりです。

「目標1 若年層から健康意識を高める」については、評価指標を、健康意識の高まりを、若い世代の健診受診率と健診時の質問票から把握する運動習慣の実施者の割合で評価し、直近値の1割増加を目標値とします。

「目標2 生活習慣病の発症を予防する」については、生活習慣病のリスクを抱えているメタボ該当者とその予備軍の割合を1割減少することとします。

「目標3 生活習慣病の重症化を予防する」は、高血圧症や糖尿病であっても生活習慣の改善や治療によって重症化させないことも大切です。そのため、評価指標に提示した2度高血圧症以上とHbA1c7.0以上は、受診勧奨レベルよりも1段悪い数値を指します。そういった方の1割減少を目標値としました。

また、糖尿病が重症化すると糖尿病性腎症、人工透析とステージが上がりますが、国保の新規透析患者数は、現在、良好な状態ですので、目標としては「維持」としました。

「目標4 平均自立期間を延伸する」に関しては、本市は平均余命・平均自立期間は国・県に比べて良好な状況で推移していますが、その差を縮めることが本来の最良な状態であるため、評価指標に盛り込みました。

これらの計画全体の目標達成のためには、個別の保健事業を展開していきますが、それが、資料右下に記載されている7つの事業であり、★マークは重点事業を指します。保健事業の詳細は、次回の運営協議会でお示しする予定でございます。

ここまでが、第3期データヘルス計画の骨子についてです。
よろしく願いいたします。

(議長)

説明は終わりました。

ただいまの説明について、御質問はございませんか。

(委員)

第3期データヘルス計画の骨子をご説明いただきましたが、第2期の評価を反映されていると思いますが、全体的な評価についてどのようなお考えかをお聞かせください。

(事務局)

第2期計画期間中の後半がコロナ禍であり、身体活動量の低下や受診控えなど健康的な生活習慣に変化をもたらした期間だと考えております。そのため、被保険者自らが健康的な生活習慣を取り戻せるよう、行動変容を促す必要があると思っております。

(委員)

データヘルス計画を標準化するお話がありましたが、もう少し詳しくお聞かせください。

(事務局)

第3期データヘルス計画における標準化には3つポイントがあり、①策定の一連の流れの共通化、②共通の様式例、③共通の評価指標があり、都道府県レベルで標準化されます。

健康課題の分析から策定までの一連の流れや計画様式の共通化の利点は、専門

職の配置状況に影響されず、県や国保連合会の支援を受けることで一定程度の成果ができる点です。実際に、本市でもデータ分析を愛知県国保連合会に委託することで業務負担の軽減につながっておりますし、計画様式に関しては愛知県が東京大学提供の標準化ツールを採用しましたので、同様の手順で準備している他市の状況も参考にしながら準備をしている状況です。

最後に共通の評価指標についてですが、第3期計画期間を通じて県内の保険者が同じ指標で経年的にモニタリングできるようになるほか、他の保険者と比較して自身の客観的な状況把握ができるようになると思われています。以上です。

(議長)

他に、質問はございませんでしょうか。

(委員)

健康保険組合の取組みは、国保の取組みに比べると格段にPDCAを明確に回すということを従来からやってきました。例えば一つ目の特定健診受診率一つとっても、PDCAを回すことを毎年やっています。今回骨子というレベルだから仕方ないかもしれませんが、あまりにも現状分析が単なる実施率の数字の羅列だけで、例えば令和2年の受診率が落ち込んだのはコロナの影響でしょうけど、令和3年、令和4年と上がってきてもいいところ令和4年は46%に低下したという事実のみが書いてあるだけで、なぜ低下したかという状況分析が詳細に書かれていません。例えば「40歳から64歳が28.2%でした」では、この年齢層のトレンドはどのように推移してきていて、なぜこの層は受診率が上がらないのか中身が分からないので、結果的にどういった手を今後打てばいいかあぶりだせない状況ではないかと、この資料だけだと見て取れます。40歳から64歳までをターゲットにすることは多分いいだろうと思っていますが、今までどういう手立てを打って、どのように受診してもらおうかと呼び掛けて、どれだけの手を尽くしたけれど目標には至らない、そのギャップはなぜ起きているかが分からない限り、次のアクションが計画できないと思います。資料に目標等を掲げてありますが、目標値一つとってみても、6年かけてたった2.9ポイントしかアップさせないというのは、我々民間が考えるPDCAの発想からすると、6年もかけるのであれば飛躍的に上昇させることをどう実現させるかというふうに本来考えるべきです。そのためにどういう手を打つかということが、アクション計画になってこなければならぬと思うので、今後具体的な実施計画が策定されるということですが、目標レベルも低すぎるし、この分析レベルでは不安を感じます。今あるデータをきちっと分析して、本当に実施率を上げるために何をやればいいのかという議論をもう少しやらないと、第3期データヘルス計画が短絡的な計画になってしまうな

いかと思います。

我々被用者保険は、基本的には全ての医療費は自分たちで賄い、国に納めています。国保は公費が投入されていますが、民間は民間のみで自力でやっています。しかも国保や後期高齢者の医療費を支える側にいますので、医療費の適正化という単語は飛び交っていますが、医療費を適正化させるためにはどういう手立てを本当に打てばいいかを真剣に考えないと。この計画のままでは、ちょっと駄目ではないかと個人的には思います。是非そこを今後の計画づくりに生かしていただければと思います。

(事務局)

貴重な御意見ありがとうございます。

健診受診率に関しては、令和2年度に対して令和3年度は回復した実績がございましたので、令和4年度はさらに回復すると見込んでおりましたが、実際には低下してしまい衝撃を受けた結果となりました。それを受けて分析をし、これが全てではありませんが、岡崎市の特定健診の受診者の動向といたしまして、65歳以上の年齢の方の受診率がかなり高く、全体の4分の3を占める割合で推移しています。65歳以上の方の多くが医療機関で受ける個別健診を利用されますが、6月から10月までが健診期間で、コロナが急速に感染拡大した時期と合致している点がございます。通常、健診が始まって2か月目から受診者数は増える傾向がありますが、令和4年度に限っては受診者数が伸びなかったという実績がありましたので、コロナが少しは影響していると考えています。

全体の目標設定につきましては、ただいまの御意見を参考にさせていただきたいと思います。

(議長)

他に、質問はございませんでしょうか。

続きまして、「議題3 岡崎市国民健康保険条例の一部改正について」です。事務局より説明をお願いします。

(事務局)

議題3、国民健康保険条例の一部改正について御説明させていただきます。

今回の条例の一部改正は出産被保険者に対する軽減制度の創設するものとなります。

(1)の改正内容につきましては、出産被保険者がある世帯を対象に保険料から出産被保険者に係る被保険者所得割額及び被保険者均等割額の減額対象月数相当額を減額するものです。減額対象月数は単胎出産の場合は出産月の前月から出産

月の翌々月の4ヶ月、多胎出産の場合は出産月の三月前から出産月の翌々月の6ヶ月です。

また、この軽減制度開始にともない、出産被保険者に係る届出規定も設け、軽減の適用を受けるためには原則届出が必要になりますが、届出がなくても出産被保険者の情報が確認できた場合には、軽減を適用できることとなっておりますので、出産育児一時金の申請情報等から出産被保険者の情報を確認し届出がない対象者に対しても軽減を適用していく予定となっております。

(2)の改正の影響についてですが、これは対象者の人数、対象者の前年所得にもよりますので、正確な数値がお示しできませんが、出産育児一時金の申請情報によると令和4年4月から令和4年10月の出産被保険者が102人となっております。これを1年間に換算すると174人相当となり、毎年これくらいの人数が軽減の対象となると見込まれます。仮にこの102人が軽減対象となった場合の軽減額は合計2,978,193円で、年間相当5,105,473円となり、こちらも今後毎年510万円くらいの軽減が見込まれます。

以上の改正点につきまして、国民健康保険法等の改正に併せて、速やかに条例改正を行う予定でございます。

説明は以上です。

(議長)

説明は終わりました。ただいまの説明について、御質問ございませんか。

(委員)

この軽減制度の財源についてお聞かせください。

また、届け出は不要と思いますが、保険料の通知前後に出産された方たちは、どのような保険料算定のお知らせになるのかお聞かせください。

(事務局)

財源ですが、国の法律改正によって出産被保険者に対して減額した金額については、一般会計から特別会計に繰り入れることとなっております。1/2を国、1/4を県が負担することとなっており、残りの1/4を岡崎市で負担することとなります。

次に、減額の計算ですが、7月に当初の保険料を計算し、通知をしております。当然、7月の計算をする際に把握しているものについては減額した結果の通知を送らせていただきます。通知後に減額対象となった場合には、月次で適宜保険料修正したものを送らせていただきます。届け出があって把握、もしくは、こちら

の調査によって把握でき次第、基本的には翌月に減額を反映させた保険料の通知を改めてお送りさせていただきます。

(委員)

先ほど被用者保険代表の委員からお話があったように、確かに国保は所得の少ない方が対象、あるいは企業を退職された方が対象で社保のように当然企業からの出資はないわけですから、国県市が負担するという事なんですね。今回保険料に反映しないということで安心します。

また、今子育て支援で子供や妊産婦さんたちが軽減されることは歓迎するところですが、やはり漏れのないようにお願いしたい。漏れている場合でも周知をして、ぜひ、適用をお願いします。

ついでですが、先ほどデータヘルス計画の時に若い人たちの受診率が低いと。でも、出産される方は若い人ですので、その辺りから健康診断に関する動機付けみたいものを、こういうことをきっかけにされていったらどうかと意見申し上げておきます。

(事務局)

ありがとうございます。

対象者の把握について予定していますことは、出産被保険者からの申請と、母子手帳の交付情報など、他の関係部局と協力して漏れのないようにやっていきたいと思っております。

(議長)

他に、質問はございませんでしょうか。

(委員)

出産被保険者に対する軽減制度創設ということですが、経緯が分かったら確認させてください。また、具体的にこの軽減制度でどれぐらいの金額が軽減されるのか教えてください。

(事務局)

令和5年5月に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」が公布され、子ども・子育て支援のための取組みの一つとして、子育て世帯のさらなる経済的負担の軽減を狙いとして、被用者保険同様に産前産後期間の保険料を減額することとなりました。

具体的な減額金額ですが、例えば出産される方が40歳未満の方で、仮に前年所

得が 100 万円の方の場合は、減額金額が年間で 3 万円強という試算になります。
40 歳以上で介護分の該当がある方だと、年間 3 万 9 千円弱の減額見込となります。

(議長)

他に、質問はございませんでしょうか。

(委員)

これは世帯が対象ですか。

(事務局)

はい。

(委員)

例えば仮に夫婦 2 人で子供が 1 人 2 人いたとしても、年間 100 万円の収入はあり得ないですか。

(事務局)

あくまでも対象となるのは、出産された方の所得割と均等割の 4 か月分を減額することになっております。

(委員)

世帯ではないですね。

(事務局)

はい、世帯ではないです。

(議長)

他に、質問はございませんでしょうか。

次に議題 4 に移ります。「議題 4 岡崎市独自軽減制度について」です。事務局より説明願います。

(事務局)

議題 4、岡崎市独自軽減制度について説明をさせていただきます。

現在、岡崎市が独自で行っている低所得世帯への所得割 2 割軽減制度について、国民健康保険制度をとりまく状況の変化などにより、見直す必要が生じたので、議題にあげさせていただきました。

まず初めに岡崎市の1 国民健康保険をとりまく動きについて説明させていただきます。

(1) 保険料水準の統一

平成30年度以降の国民健康保険の新制度において、都道府県とその県内の各市町村が一体となって財政運営、資格管理、保険給付、保険料率の決定、保険料の賦課・徴収、保険事業その他の保険者の事務を共通認識の下で実施をするとともに、各市町村が事業の広域化や効率化を推進できるよう、都道府県が県内の統一的な国民健康保険の運営方針を定める必要があるとされています。

令和6年度からは次期国保運営方針に基づいて財政運営を行うこととなっていますが、次期運営方針期間は保険料水準の統一に向けた取組を加速化させる期間と位置付けられました。

では、運営方針の保険料水準の統一について説明いたします。1 ページ中段の図をご覧ください。統一方式には二通りあります。県内の住所地に関わらず同じ所得水準・世帯構成であれば同じ保険料となる「完全統一」と、市が県に納付する保険料の基となる納付金に医療費水準を反映させない「納付金ベースの統一」です。

現状愛知県では、各市町村の一人当たり医療費の差、いわゆる医療費水準の差を納付金に反映させるために、全国医療費平均を1とした場合の医療費水準の高低を示す医療費指数反映係数 α があります(以下「医療費係数 α 」という。) $\alpha = 1$ として、納付金に年齢調整後の医療費指数(以下「医療費指数」という。)を反映させ、納付金の額を調整しています。「納付金ベースの統一」となると $\alpha = 0$ となり、医療費指数が反映されなくなります。

1 (1) 保険料水準の統一に向けた国県の動きとして、1 ページ上段の(1)より順に説明いたします。

ア 国は令和5年6月に都道府県が策定する「国保運営方針」の指針となる策定要領を改定し、その中で都道府県内の保険料水準を統一する目標年度の記載を求めました。さらに統一の定義について同じ所得水準・世帯構成であれば同じ保険料とする「完全統一」をめざすのが望ましいと記述しました。

イ また、令和5年10月に保険料水準の統一に向けた都道府県の取組を支援するため「保険料水準統一加速化プラン」を策定し、令和6年度から11年度までの次期国保運営方針期間で、12年度保険料算定ま

で「納付金ベース」での統一。その後なるべく早期に「完全統一」を達成するとのスケジュールを正式に発表しました。

ウ それを受けて愛知県では、次期愛知県運営方針（令和6年度から11年度）の中で、11年度までに「納付金ベースの統一」を行うことを記載する予定です。さらに、県内の住所地に関わらず、同じ世帯構成・同じ所得水準であれば同じ保険料となる「完全統一」に向けた検討を行って行くことも記載される予定です。

(2) 保険料の上昇について

2ページの、料率・均等割・平等割のグラフをご覧ください。令和3年から5年の岡崎市の医療分の保険料率はグラフのとおり上昇を続けています。

県が11月20日に開催した第1回市町村国民健康保険主管課長会議の資料によると、令和5年度における4月から11月の保険給付費の実績は、推計値に対し3.8%超過しています。県によると令和5年度の財源不足額は、年間で39億円となる見込みとなっています。この財源不足分について、今まで累積した剰余金を活用することになるため、令和6年度保険料の基となる納付金の抑制に剰余金の活用が出来ない見込みとなっています。

医療費が上昇傾向にあり、納付金の抑制に剰余金の活用ができない見込みであることから、来年度以降も保険料の上昇が想定されます。

(3) 医療費係数 α の引下げとその影響について

愛知県では、次期運営方針の中で保険料水準の統一に向けたロードマップを策定し、令和7年度から令和11年度までの5年間で医療費係数 α を0.2ずつ引下げ令和11年度には、「納付金ベースの統一」を行う予定です。

令和元年度から令和3年度の3年間平均の医療費指数は岡崎市が0.8693で、県平均が0.9073です。県平均より低いため、医療費係数 α が引下げられることで納付金は増額することになります。医療費係数 α の引下げによる影響は3億5千万円となります。令和7年度から5年間、医療費の増を加味せずに、7千万円ずつ納付金が上昇することになります。

3ページをお願いします。

2 岡崎市独自軽減について

(1) 岡崎市の保険料の軽減制度には、法で定められた法定軽減と岡崎市独自軽減があります。

法定軽減は前年の所得が一定所得以下の世帯に対して、均等割と平等割

を7割、5割、2割を軽減する制度で、すべての市町村が行っています。

岡崎市独自軽減は、前年の所得が一定所得以下の世帯に対して、所得割の2割を軽減する制度です。

この独自軽減は、平成25年度の保険料算定方式の変更に伴い保険料の大幅増の対応策として導入されました。保険者独自の軽減制度に要する費用は、当時の法改正により賦課総額に含めて調整することができるようになったため、その財源を保険料により集めることとしました。

保険料の算定過程において、はじめに県より示された納付金から歳入見込額を減算し、歳出見込額を加算して賦課総額を算出します。その後、独自軽減必要額を計算し賦課総額に加算して保険料率の算定を行っています。

(2) 次に国保世帯の状況の変化について説明します。

4ページのグラフをご覧ください。各年度の当初賦課時の納入通知書の発送件数と、発送件数に占めるそれぞれの制度に適用となっている世帯の割合を比較したグラフになります。

棒グラフは発送世帯数であり、年度ごとに減少しているのに対し、▲の折れ線グラフの軽減世帯数割合が増えているのが分かります。令和5年度には軽減対象世帯数が45%超となっており、制度導入時と比較し所得階層が変化したことが分かります。

また、●の折れ線グラフの独自軽減対象世帯の割合はやや減少していますが、■の折れ線グラフの所得割がないため独自軽減の対象とならない軽減世帯の割合が増加しています。

国保被保険者世帯に占める低所得者世帯の割合が増加していること、特に所得割がないような独自軽減対象世帯よりも所得が少ない世帯が増加していることがわかりました。

賦課総額に独自軽減必要額を加算することで、より低所得の世帯に負担が増える構造に変化していることがうかがえます。

「保険料水準の統一化」より保険料の上昇が見込まれる中、賦課総額に独自軽減必要額を加算することをやめることで、料率の上昇を少しでも抑えることができること、国保世帯構造の変化により低所得者に対しても負担増の原因となっていることから、岡崎市独自軽減を廃止したいと考えています。

(議長)

説明は終わりました。ただいまの説明について、御質問はございませんか。

(委員)

一度聞いただけでは理解できないくらい複雑な計算の仕方だと感じました。今回制度改正にも繋がるようことになるかと思いますが、一部の被保険者には不利益になるようなことなので、もう少し慎重に検討すべきではないかと感じます。その辺りについて御見解があればお聞かせください。

(事務局)

今回の制度改正については、一部の被保険者の保険料の負担が大きくなるもので、時間をかけて慎重に検討すべき制度改正であることは承知しております。しかしながら、国民健康保険が広域化され、次期愛知県の運営方針に保険料水準の統一が目標として設定されたこともあり、医療費係数の影響を受けない来年度に改正することが独自軽減対象者の方にとっては影響を少なくすることができると思います。

(委員)

保険料を県内で統一化するんですね。県が主体で金額設定すると、市独自の国保運営で軽減は認められないということですか。

(事務局)

認められないわけではなく、現在法定軽減がありますが、独自軽減は所得のない方により負担がかかるような軽減制度になっている状況ですので、見直しをさせていただきたいと考えております。

(委員)

そんなことは聞いていません。県が独自の軽減策を認めるんですか。

(事務局)

先ほど説明をさせていただいた、完全保険料統一になれば保険料はどの市町村でも同じように計算・・・

(委員)

令和 11 年度を目途に完全統一すると、岡崎市独自の軽減策が認められないということですよ。

(事務局)

令和 11 年度までは納付金ベースの統一という目標に県は予定をしていますの

で、それまでは市町村独自の軽減制度は適用できます。

(委員)

それ以降は、納付金の統一がかかるんですよ。

(事務局)

納付金の統一のあと、完全統一になりますとそういった斟酌ができなくなります。

(委員)

今からやるのが手だと思いますが、急に来年からやめまうと言われても困ります。具体的に一人当たりどのくらい負担が増えますか。

(事務局)

例えば夫婦2人世帯で妻が所得なしの場合、今現在独自軽減のみが対象世帯ですと年間18,600円。2割軽減対象世帯のうち独自軽減対象世帯は18,300円。5割軽減対象世帯のうち独自軽減対象世帯は9,800円、年間で増えます。また、独自軽減がきかない7割軽減対象世帯については、300円の減額となります。

(委員)

国保はその軽減策というよりも、払えない方に対して、市が独自の補助策をつくれればいいじゃないですか。保険料に充ててくださいって渡す補助金をつくれればいいじゃないですか。

(事務局)

今の時点でも申請による条例減免は制度としてあります。先ほど申し上げた軽減については、所得基準だけで一定の人に対して軽減を行うという行為です。先ほど担当が申し上げた通り、保険料の中で徴収するのであればやってもいいと認められたので、今まで保険料でやっていたものになります。

(委員)

今までを聞いているわけではなく、今後保険料はちゃんと払いましょう、独自軽減はやめましょうよ。ただし、本当に困っている人に関しては別名目で、市として手厚く補助してあげるのが筋じゃないですか。ここで国民健康保険料を減免させるのは姑息な手段ですよ。

(事務局)

低所得者の例えば非課税世帯であれば非課税減免、障がい者の方に対しての障がい者減免というように、本当に納付が困難な方については減免制度がございますし、納付相談等もお受けしていますので、前回お話させていただいたようなきめ細やかな政策は今の時点でもできていると考えております。

(委員)

独自の減免はもともと県で作ってあるので、その減免は今後も適用されるのでいいと思います。さらにそれ以上に困っている人に対して手厚く補助してますよという市の方針はそれで結構だと思います。でもそれは保険料の減免ではなく、一般会計から出すのが普通じゃないですか。

これはいくら市の人に言っても多分分かりませんので、市議会の先生たちに今話を理解していただくようお願いします。

(委員)

確認ですが、今まで減免された方は収入が多い方ですよ。収入の少ない方が減免にならなかった。その収入の少ない方が増えてきたので見直しをするという考えでよろしいでしょうか。

(事務局)

ある程度の所得がある方で所得割がある方に対して特別な・・・

(委員)

収入がある方に対して減免していたわけですよ。収入が少ない方は減免してなくて、ただ今収入の少ない方が増えてきた、なおかつ統一があるので、収入の多い方に対してはそれなりに払ってくださいということですよ。収入の少ない方を減免していたわけではないので、そこは勘違いされないようにお願いします。

(委員)

説明がおかしいですよ。低所得者と言っておきながら今更それは違うと言うのであれば、一から説明のし直しですよ。

(委員)

国民健康保険の財源が少なく、保険料を払わない人、払えない人がいる。それでどんどん財源が少なくなって市は補填をしているけど、病気になる人もいるの

で、どうしても保険料の納付金額が上がるというところで問題があると思っています。今度は低所得者の人たちを助けようということで、減免しようとか色々話が出ています。

こういう機会をいただいて、市でこんなことをやっているよということを友人に話をしていますが、税金を払えるのに払わない人がいる、岡崎市にお金がないことを知っているか聞いてもみんな何も知りません。今回議員の先生たちがお見えですが、市民の人たちに、先々みんなの生活が困ることになるということを訴えていただきたいと思います。健康保険が一番重要だと思いますのでよろしくお願いします。

(議長)

他に御質問はございませんか。

(委員)

広域化をしたからといって、この構造的な問題というか、保険料が払える限界を振り切っているくらい高く、医療の水準が高くなることによる医療費の増加というのはやはり止めることができません。何が変わったかという点、過去に国民健康保険に対して国が出していた補助金が最高で 58% ありましたが、今は 25% くらいです。その残りを県と市と保険者で補わなければならないので、保険料が上がっていくことは構造的にどうしようもない問題です。でも余りにも保険料が高すぎるわけですが、私は広域化することによって改善されるとは全然思いません。広域化するよりも、岡崎市が独自にやったことや他の市町村が独自にやる減免制度を大事にしていけないといけないし、広域化するべきじゃないと思っています。

先ほど所得のある人が軽減されると言っていましたが、莫大に所得がある人が 2 割軽減されるのではなく、低所得の中でも所得がある人達が 2 割軽減されているわけです。決してお金のある方が得をしているわけではありません。所得の低い方の 2 割軽減をやめてしまうという話なので、万が一保険料で補えないということであるならば、完全統一化されたときに岡崎市が独自に軽減策を作るべきで、それはできないのかをお聞きしたい。未来のことなので、愛知県がどう動くか分からないことなので答えられないかもしれませんが、岡崎市は給付と徴収の義務は事務としてあるので、そこで是非軽減策を考えてほしいことが一つ。納付金ベースでの統一は 11 年までに独自軽減は廃止しなければならないのですか。逆に言えば、11 年度まで延ばしてもいいかと思います。先ほど言われたように、だんだん負担は増えていくので、もう少し時期をみて 11 年まで待ってもいいかと思いますが、その点はいかがでしょうか。

(事務局)

納付金が増額傾向ですが被保険者の規模が小さくなってきており、また低所得者層が増えている状態になっております。独自軽減額として上乘せしている金額も増えていく傾向にありますので、できるだけ早めに解消しなくてはならないと考えております。医療費水準が低い岡崎市は、現在納付金が減額されている状況でございますが、割引率がどんどん下がっていけば納付金の額は上がり、独自軽減額も上がっていく形になります。今独自減免の対象者は全体の2割程度で、残りの8割の方の保険料も上がることを考えると、まだ割引率が100%の時に独自軽減をやめることで少しでも2割の方への影響が少なくなるようにということで来年やりたいと考えております。

(委員)

この軽減策は一生懸命考えてやってこられたことなので、是非継続してほしいし、例えば後期高齢者医療保険も広域化されていますけれども、その中で県民の皆様の運動とか市町村からの声で福祉医療は残っています。75歳以上の一人暮らしで非課税の方は無料という制度も市町村によっては残っているわけですから、負担のかかる人たち、本当に払えない人あるいは生活に関わる人たちには残してほしいと思います。

(事務局)

御意見ありがとうございます。条例減免である申請減免に関しては一般会計から繰入れております。

(委員)

国プラスで。

(事務局)

本当に納付ができない方は基本的には減免申請となっております。

(議長)

他に御質問はございませんか。

岡崎市の独自減免につきましては、この資料に記載されております平成25年に制度化された時のことを記憶しております。このとき大幅に上限額が引き上げられたため、中間層にも大きな負担が増えるということで25年に創設された減免部分だと理解しております。所得の分布が変わってきたことにより、低所得者の方にかえて負担が増えてしまうこともあるので改定しますよという理解をし

ております。ただ、今の説明ではなかなかそこが理解されていないように思います。様々な議論が出てまいりましたが、この内容を参酌いただき、来年度から進めるにあたってもう少し分かりやすい説明をいただけるように事務局の方でまた考えていただいて、市民の皆様の理解を得られるようにしていただきたいと思っております。

それでは議事につきましては、以上で終了させていただきました。

続きまして「3 その他」で事務局からの報告事項です。

事務局から説明願います。

(事務局)

前回の運営協議会において、保険料の料率を議題にしているが諮問事項ではなく報告事項ではないか、運営協議会の協議事項、開催時期について御意見をいただきました。

保険料の料率につきましては、本市は料方式を採用しているため、料率の算定については条例に基づいて行っております。条例のなかに料率の算定方式がうたっておりますので、それに当てはめて算定した結果となります。そのため報告的な議題であると考えます。

このような状況と御意見いただいたことを踏まえ、本協議会の協議事項や開催時期等について見直しをしていきたいと考えております。

現在、料率を採用している県内の3市（名古屋市・瀬戸市・豊川市）及び中核市を中心に、運営協議会の議題や開催時期、諮問について調査しております。

次回の本協議会で今後の運営について議題（報告）させていただく予定でありますので、よろしく願いいたします。

以上です。

(議長)

報告事項は終わりました。ただいまの報告事項に対して御質問等ございますか。

本日の議事はすべて終了いたしました。本日は、御多忙の中を岡崎市国民健康保険運営協議会の議事につきまして、慎重に御審議を賜わり、誠にありがとうございました。

以上をもちまして、「令和5年度 第2回岡崎市国民健康保険運営協議会」を閉会いたします。

6 閉会の日時

令和5年11月24日(金) 14時50分 閉会

令和5年 月 日

岡崎市国民健康保険運営協議会 会長 _____

委員 _____

委員 _____

令和5年度 第2回
岡崎市国民健康保険運営協議会
資料

令和5年11月24日
福祉部 国保年金課

議題2 データヘルス計画について

1 データヘルス計画

レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

2 経緯

平成 25 年 6 月	●日本再興戦略（閣議決定） 全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。
平成 27 年度～ 平成 29 年度	・第 1 期データヘルス計画
平成 30 年度～ 令和 5 年度	・第 2 期データヘルス計画
令和 2 年 7 月	・経済財政運営と改革の基本方針 2020 骨太方針 2020（閣議決定） 保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組を推進する
令和 6 年度～ 令和 11 年度	・第 3 期データヘルス計画

3 第 3 期データヘルス計画の策定までの流れ

令和 5 年 5 月 「データヘルス計画策定の手引き」及び「共通の様式例」が示される

令和 5 年 6～10 月 愛知県国保連合会 保健事業支援・評価委員会（3 回）
→ 委員から直接助言をいただく

令和 5 年 11 月 国保運営協議会にて、第 3 期データヘルス計画骨子提示
→ 委員から直接助言をいただく

令和 6 年 2 月 国保運営協議会にて、第 3 期データヘルス計画素案提示
→ 委員から直接助言をいただく

令和 6 年 3 月末 第 3 期データヘルス計画策定

議題2 第3期データヘルス計画 骨子

健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容		健康課題		計画全体の目的							
				健康意識を高めるとともに生活習慣病の発症予防・重症化予防を図ることと、被保険者の健康寿命の延伸を目指す							
				計画全体の目標		計画全体の評価指標 ★：県共通指標 【設定目標】		指標の定義		計画策定時実績	
										2022 (R4)	
1 特定健診受診率	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率は、コロナ禍前は47%台で推移し、R2年度に43.8%に落込み、R3年度は47.3%に回復したが、R4年度は46.0%に低下した。 H29～R3年度において、県より常に高い状況が続いている。（県平均は、コロナ禍前は40%台、R2年度に35.4%に落込み、R3は38.2%にやや回復したがコロナ禍前までは回復していない） 年齢別で見ると、65-74歳は56.1%で県（40%台）より高いが、40-64歳は28.2%で県と同等。 R4年度においてメタボ該当・予備群者割合は、40-64歳で23.5%、65-74歳で35.7%である。年代を細かく見ると40-44歳ですでに16.8%、45-49歳で20.1%である。 	<ul style="list-style-type: none"> やや低下した受診率を回復し、さらに向上させることが必要 →全年代に対し、啓発や勧奨が必要 40-64歳は受診率が65-74歳の半分であることから、健診に対する意識が年代で大きく違っており、若年に対する向上対策が必要。また、メタボ該当・予備群者割合もすでに20%に達していることから、生活習慣改善の介入が早期から必要。 →若年の健康意識を向上させる対策が必要 →若年に対象を絞った受診勧奨が必要 	i	若年層から健康意識を高める	特定健康診査受診率（40～64歳）【1割増加】	法定報告	29.0%	31.9%			
2 運動習慣（質問票）	<ul style="list-style-type: none"> 健診質問票から「1日1時間以上の身体活動あり」の割合は、H30年度以降40%台で推移しているが、微増微減を繰り返し、増加には至っていない。また、県（およそ47%で大きな変化なし）と比べて低い状態が続いている。 健診質問票から「歩行速度遅い」は、R1年度以降徐々に増加し、県（同じく年々増加）より高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診の質問票から、生活習慣の中でも身体活動・運動に関する項目が県より悪い。また、「1日1時間以上の身体活動あり」の割合が増加しておらず、身体活動が定着していないことが課題。 →身体活動や運動の定着に向けて、健康づくりの啓発が必要 			運動習慣：1日1時間以上の身体活動の実施者率【1割増加】	法定報告	43.0%	47.3%			
3 メタボ割合・特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> 男性「メタボ該当者割合」は県よりやや高く、「メタボ予備群割合」は県より低いが、ともに年々増加しており、その合計がH30年度は43.6%のものがR3年度には50.0%になった。 女性「メタボ該当者割合」は県より高く、「メタボ予備群割合」は県と同程度であるが、ともに年々増加しており、その合計がH30年度は17.9%のものがR3年度には24.0%になった。 令和3年度「特定保健指導実施率」は25.9%で、県より高い状況で年々上昇している。 「特定保健指導による減少率」は、コロナ禍前は22～24%と県よりやや高い水準で推移していたが、R2年度に13.9%と大きく落ち込んだ後R4年度は21.3%までしか回復しておらず、県より低くなった 	<ul style="list-style-type: none"> 「メタボ該当者割合」「メタボ予備群割合」の合計が年々増加しており、生活習慣病を発症する者が増加することが危惧される。 →全年代に対し、啓発が必要 特定保健指導実施率は年々上昇しているが、特定保健指導による（特定保健指導対象者）減少率が低迷している。 →特定保健指導による（特定保健指導対象者）減少率が低い原因を特定し、対策が必要 	ii	生活習慣病の発症を予防する	メタボ該当者・予備群割合【1割減少】	法定報告	男性49.5% 女性19.9%	男性44.6% 女性17.9%			
4 高血圧症	<ul style="list-style-type: none"> 死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値が100を超える死因に、男性では「大動脈瘤・解離」「脳梗塞」、女性では「脳梗塞」「脳内出血」がある。 1人当たり医療費（入院・入院外）において、「循環器系の疾患」が上位にある。循環器系疾患では、「脳梗塞」「虚血性心疾患」「脳内出血」の順に高い。 健診受診者の「収縮期血圧」有所見者割合が県・国より高い。また、男女ともR1年度から3年度まで増加していたがR4年度減少に転じ、R4年度男性で51.9%、女性で48.8%である。 「高血圧症」で医療にかかっていない者のうち、健診で「血圧受診勧奨値以上」の割合は、男性24.3%、女性19.1%である。 	<ul style="list-style-type: none"> 高血圧症で医療にかかっていない者のうち、健診で高血圧症の受診勧奨判定値を超える者が20%程度あり、適切に医療に結び付いていない者がいる。 →医療受診勧奨の継続が必要 			特定健康診査受診者のⅡ度高血圧以上の割合【1割減少】	特定健康診査受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上の割合（AI Cubeフローチャート）	3.74%	3.37%			
5 糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度「10万人当たり糖尿病患者数」は、国保、後期とも県より高い。また推移を見ても、国保・後期ともにR3年度まで増加していたがR4年度に減少に転じている。 健診受診者（男女とも）の「HbA1c」の有所見者割合が県・国が約60%で推移のところ、本市は70～80%と高い。またR1年度から3年度にかけて減少傾向にあったが、R4年度やや増加に転じた。 「糖尿病のレセプトが存在しない」者のうち、健診で「HbA1c受診勧奨値以上」の割合は、男性3.1%、女性1.3%である。 「糖尿病のレセプトが存在する」者のうち、「HbA1c7.0以上」の割合は、男性24.9%、女性18.1%である。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病患者数はコロナ禍後、減少に転じたが、元々患者数が多くかつ増加していたこと、健診受診者の有所見者割合が高い →患者数の推移の注視が必要 男女ともに健診結果からHbA1cの有所見者割合が県国より高く、4人に3人が高血糖状態 →高血糖者への早期介入が必要。 	iii	生活習慣病の重症化を予防する	特定健康診査受診者のHbA1c7.0%以上の割合【1割減少】	特定健康診査受診者のうち、HbA1c7.0%以上の人の割合（AI Cubeフローチャート：未治療者）	1.14%	1.03%			
6 糖尿病性腎症	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度「10万人当たり人工透析患者数」は、国保はR3年度増加しR4年度に減少に転じている。後期はR1、2年度やや増加し、その後年々減少している。 「10万人当たり新規人工透析患者数」は、国保・後期ともにR3年度に増加したが、R4年度は元の水準に戻っている。R4年度について、国保は県59人、本市54人、後期は県229人、本市217人と市のほうがやや低い。 「腎症3期」の「糖尿病治療なし」人数は、ほぼ横ばいで推移している。 「腎症2期以下」の「糖尿病治療なし」人数は、減少傾向にある。 「腎症4期」割合1.0%、「腎症3期」割合9.8%、「腎症2期以下」割合88.7%で、「腎症4期」が県より高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨等の介入をしているが、「腎症3期」の「糖尿病治療なし」人数は、ほぼ横ばいで減少していない。また「腎症4期」が県より高い。 →糖尿病性腎症等の重症化の予防対策が今後必要 			★国保新規人工透析患者数（被保険者10万人当たり）【維持】	図14（KDB（医療費分析（1）細小分類）	54人	54人			
7 平均余命・平均自立期間	<ul style="list-style-type: none"> 「平均余命」「平均自立期間」は、男女とも県・国を上回る。 「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男女とも県・国より短い。 「平均余命」「平均自立期間」とともに、R2年度に女性でやや短縮したが、その後は男女とも伸長している。その差は、男性では1.3年が続いていたがR4年度に1.2年となり、女性は2.8年で変化していない。（県は、男性1.5年から1.4年に短縮、女性は3.0～3.1年を歩き来している） 	<ul style="list-style-type: none"> 平均余命と平均自立期間はどちらも延伸し、県を上回っている。しかし平均余命と平均自立期間の差は県より短い、年々短縮するのではなく、ほぼ変化がない。 →健康的な生活の取り組み、健診受診、早期発見・早期治療などについて、啓発が必要 	iv	平均自立期間を延伸する	★平均自立期間（要介護2以上を除く期間）【県平均より長い状態を維持】	KDB「地域の全体像の把握」市町村単位	県より長い	県より長い			
8 がん検診	<ul style="list-style-type: none"> 死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値が100を超える死因に、男性では「胃がん」、女性では「大腸がん（結腸）」「大腸がん（直腸）」がある。 「大腸がん」「前立腺がん」の1人当たり医療費が、県・国より高く、増加しているものが多い。 令和2年度「胃がん」「大腸がん」「肺がん」検診受診率は県より高く、「子宮頸がん」検診受診率は県より低い、いずれも年々減少傾向にある。また、受診率はR2年度いずれも15%未満である。 	<ul style="list-style-type: none"> がん検診受診率は県より高いものもあるが、いずれも15%未満であり、かつ年々減少傾向にあるため、早期発見・早期治療が不十分。 →定期的ながん検診受診の啓発が必要 									
9 重複投薬	<ul style="list-style-type: none"> 4年度「重複投薬者数」は、「睡眠障害」22人、「高血圧症」5人、「脂質異常症」4人、「糖尿病」3人である。「睡眠障害」重複投薬者数は増加傾向にある。 	<ul style="list-style-type: none"> 睡眠障害による重複服薬者数が増加傾向にある →保健指導の継続が必要 									



- ★特定健康診査受診率向上事業
- ★特定保健指導利用率向上事業
- ★高血圧症重症化予防事業
- ★糖尿病性腎症重症化予防事業
- ★健康情報の普及啓発
- ・糖尿病重症化予防事業
- ・重複・頻回受診者、重複投薬者保健指導事業

議題3 岡崎市国民健康保険条例の一部改正について

出産被保険者に対する軽減制度の創設（国保法施行令の一部改正）

(1) 改正内容

出産被保険者がいる世帯を対象に保険料から出産被保険者に係る被保険者所得割額及び被保険者均等割額の減額対象月数相当額を減額します。減額対象月は単胎出産の場合は出産月の前月から出産月の翌々月、多胎出産の場合は出産月の三月前から出産月の翌々月です。

また、この軽減制度開始にともない、出産被保険者に係る届出規定も設けます。届出がない場合も、出産育児一時金の申請情報や母子手帳の情報等、他業務の担当と連携して出産被保険者を確認し減額を適用する予定です。

(2) 改正の影響

ア 参考出産被保険者数（令和4年4月から令和4年10月末時点）

102人（年間相当約174人）

イ 上記102人を出産被保険者に対する軽減制度の対象とした場合の軽減額

医療分 2,066,328円（年間相当約3,542,277円）

後期高齢者支援金等分 842,891円（年間相当約1,444,956円）

介護納付金分 68,974円（年間相当約118,240円）

以上の内容を令和5年12月議会にて審議予定

議題4 岡崎市独自軽減制度について

1 国民健康保険をとりまく動き

(1) 保険料水準の統一化

ア 都道府県国民健康保険運営方針策定要領 令和5年6月

- ・「保険料水準」を統一する目標年度の記載を求めた
- ・「完全統一」をめざすのが望ましいと記述された

イ 保険料水準加速化プラン 令和5年10月

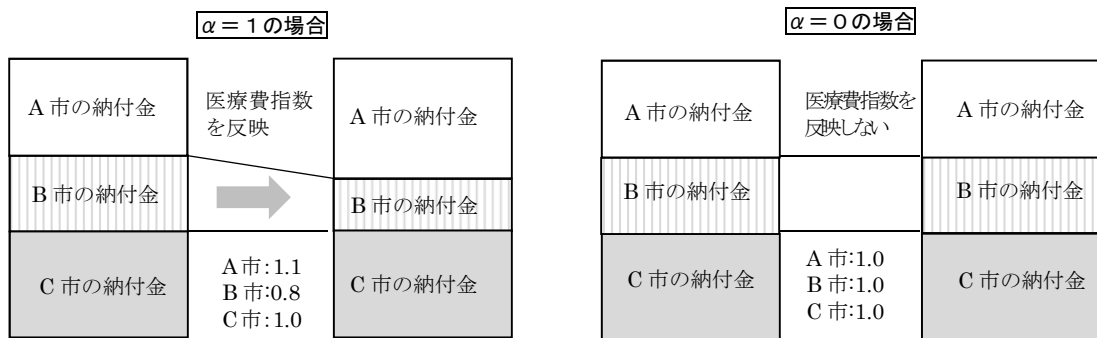
- ・令和12年度に納付金ベースで統一
- ・その後なるべく早期に「完全統一」を達成する

ウ 愛知県運営方針（令和6年度～令和11年度）

- ・令和11年度までに納付金ベースの統一
- ・「完全統一」に向けた検討を行う

保険料の統一方式

- ① 「完全統一」 同じ所得水準・世帯構成であれば同じ保険料とする（条例減免等の統一含む）
- ② 「納付金ベースの統一」 各市町村の納付金に医療費指数反映係数 α （以下「医療費係数 α 」という。）を反映させない

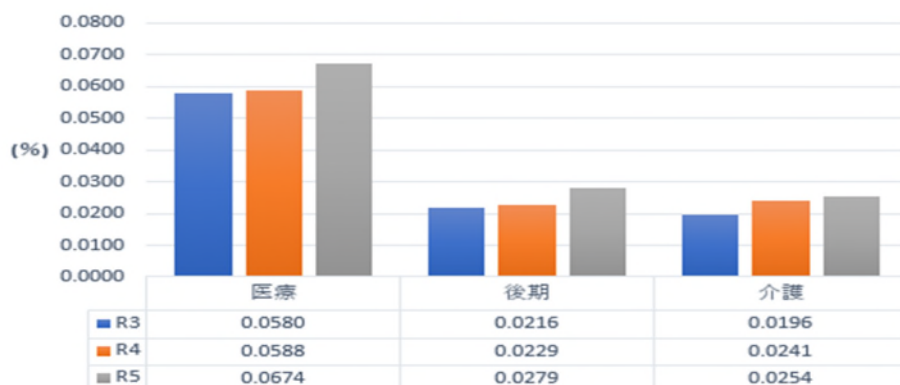


- ・年齢調整後の医療費指数（以下「医療費指数」という）は医療費係数 $\alpha = 1$ だと反映、 $\alpha = 0$ となると反映されない

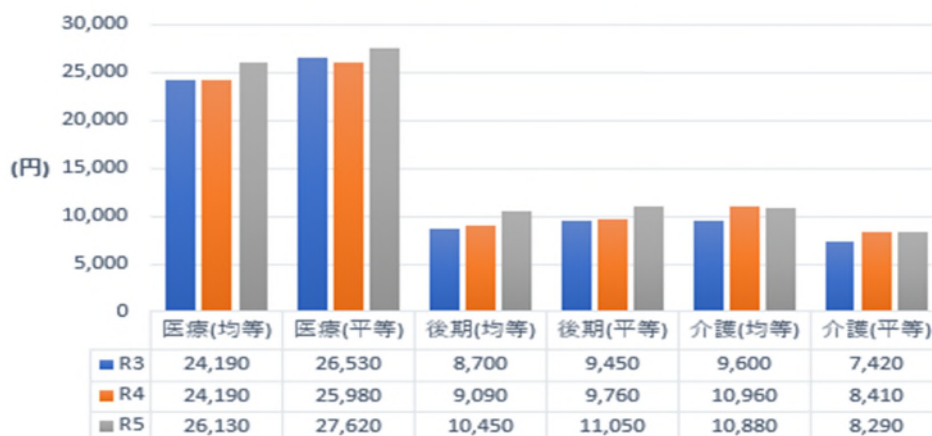
(2) 保険料の上昇

- ・令和3年度以降、保険料の料率は上昇傾向にある
- ・令和5年度の県が推計した保険給付費の実績は大きく上回り、財源不足となる見込

【料率】



【均等割・平等割】



(3) 医療費係数 α の引下げとその影響について

- 令和7年度から納付金から医療費係数 α を毎年度0.2ずつ段階的に引下げ、令和11年度以降 $\alpha = 0$ として納付金の算定を行う

	R6	R7	R8	R9	R10	R11	●	●	●
医療費水準の反映 α	$\alpha=1.0$	$\alpha=0.8$	$\alpha=0.6$	$\alpha=0.4$	$\alpha=0.2$	$\alpha=0$			
保険料水準の統一		完全統一	を目指した方向性の議論				保険水準の完全統一		

- 岡崎市の医療費指数 0.8693 (愛知県平均 0.9073)
- 岡崎市は医療費指数が県平均より低く医療費係数 α が引下げられることで納付金が増額となる
- 医療費係数を引下げることで岡崎市の納付金額は令和7年度より増額する
- 医療費の増を加味せず医療費係数の引下げによる影響は下記のとおり

令和6年度納付金	6,867,605,292 円
令和11年度納付金	7,220,868,713 円
納付金増加額	353,263,421 円

2 岡崎市独自軽減について

(1) 岡崎市独自軽減制度について

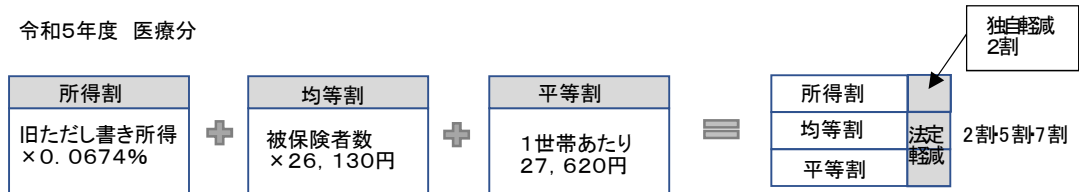
- ・法定軽減

前年の所得に応じて、均等割、平等割が 7 割・5 割・2 割軽減となる

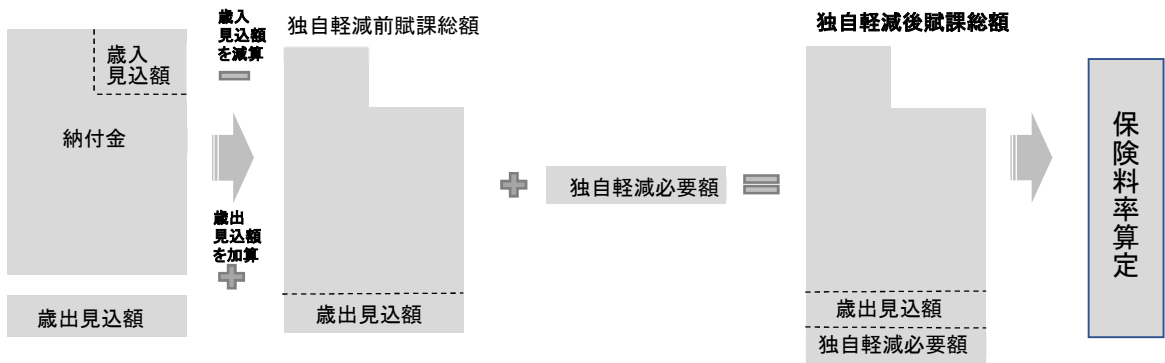
- ・岡崎市独自軽減

前年の所得に応じて、所得割が 2 割軽減される

令和5年度 医療分



- ・保険料の算定



- ・平成 25 年度の保険料の算定方式の変更に伴った、保険料の大幅負担増の対応策として導入された軽減措置

- ・法改正により、保険者独自の軽減に要する費用を賦課総額に含めて調整できるようになった

(2) 独自軽減制度の見直し

- ・制度導入時と比べ所得階層が変化し、独自軽減額を賦課総額に加えることで被保険者全体への負担が増加

- ・令和 7 年度以降、医療費の上昇を加味しなくても賦課総額は増加することになる

- ・次期愛知県運営方針にも「完全統一」が盛り込まれ、将来的には所得水準・世帯構成であれば同じ保険料となる

当初納入通知書発送件数と
低所得者制度の割合の推移

