

議長	<p>会議資料1の会議の運営について、事務局より説明をお願いします。</p>
事務局	<p>会議資料1、「会議の運営について」説明をいたします。</p> <p>国民健康保険運営協議会の運営方法等につきまして、1番「会議の公開について」、2番「会議を公開する場合の傍聴について」、3番「会議の記録の作成、公表について」の3点について決定していただきます。</p> <p>まず、「会議の公開について」です。旭川市市民参加推進条例第13条に基づき、公開としています。</p> <p>この公開、非公開の決定については、附属機関で決定することになっておりますので、本日会議で決定し、次回会議からは本日の決定に従い、進めていきたいと考えております。</p> <p>会議の公開の考え方、理由につきましては、市が重要な施策を立案するに当たって、諮問機関として附属機関を設置しております。市民や専門家の意見を参考に、市政に反映させるため、その過程を市民が知ることができるように、原則、会議を公開し、会議録を公表するとしています。</p> <p>会議を公開した場合は、会議録も公開となりますが、会議を非公開にした場合でも、必要があると認めるときは、会議録を公開することも可能です。</p> <p>原則、公開ですが、会議の内容が、旭川市情報公開条例第7条各号及び第8条のいずれかに該当する場合は、非公開とすることができるとなっております。その具体的な内容については、資料1の3ページに記載をしています。</p> <p>次に、「会議を公開する場合の傍聴について」ですが、「定員」は、原則10人とする。「受付」は、開催20分前から開始時刻までとする。「定員を超えた場合」は、先着順とする。「傍聴者の遵守事項」は、読み上げは省略しますが、資料1の1ページに記載のとおりです。</p> <p>最後に、「会議の記録の作成、公表について」ですが、「発言内容の記載方法」は、要約記録方式として、皆様の発言を全て記録するのではなくて、要約という形で記録する。「発言者の記載」は、匿名とする。「会議の記録の作成方法」は、国保条例規則第9条の規定により、議長と議長が指名する2名の者、合計3名が署名することにより確定する。「会議の記録の公表」は、公開の場合、会議録確定後、速やかに公表し、会議終了後、事務局において会議録を作</p>

議長	<p>成し、議長と署名委員2名により、内容の確認を得た上で、発言者は、「委員1、委員2」といった記載により匿名で公開とします。</p> <p>公開場所については、市のホームページのほか、市総合庁舎1階の情報コーナーに設置します。</p> <p>3ページ以降は、具体的な資料となっていますので、参考にして下さい。</p> <p>以上、御審議のほど、よろしくお願いいたします。</p> <p>事務局から会議の運営について、説明がありました。</p> <p>この件について、委員の皆様から御意見、御質問等がありますか。特になければ、資料のとおり、これまでと同じ扱いでよろしいでしょうか。</p> <p>(異議なしの声)</p>
議長	<p>それでは、異議なしということで、そのように決定いたします。</p> <p>次に会議資料2の旭川市の国民健康保険について、事務局から説明をお願いします。</p>
事務局	<p>会議資料2、「旭川市国民健康保険について」説明致します。</p> <p>はじめに、資料2の3ページを御覧下さい。</p> <p>こちらは、平成30年度に国民健康保険が、都道府県単位化になる際に、北海道が道民向けに作成した、制度説明のチラシです。</p> <p>そのため、年度や数値は以前のものになりますが、御了承下さい。</p> <p>都道府県単位化とは、平成29年度までは、市町村毎に国や道からの交付金を活用しながら、必要な医療費を保険料で集めて運営をしていたものを平成30年度から、北海道全体で運営をしていくというものです。</p> <p>タイトルの下の囲みにありますように、平成30年4月から市町村に加え、北海道も国保の運営に加わり、同一所得、同一家族構成であれば、道内のどこに住んでも保険料が同じとなるよう、全道の保険料水準の平準化を目指しているところです。</p> <p>ただし、北海道国保の保険料水準の平準化には、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 国保の加入者は高齢者が多く、医療費水準が高い。</li> <li>(2) 1人当たりの医療費が年々増加しており、平成37年、令和7年には現在の約1.16倍になると予測される。</li> <li>(3) 所得の低い加入者が多く、保険料の負担が重い。</li> </ul> <p>以上の3点が大きな課題となっております。</p> <p>これは、国民健康保険の構造的問題と言われている部分でありま</p>

して、国保の加入者は自営業や農業の方は現役ですが、お勤めの方の多くは、勤務先の被用者保険に加入されていますので、国保に加入するのは、退職されてからとなるケースが、ほとんどです。

そのため、必然的に他の健康保険よりも、高齢の加入者が多くなります。

右下に道内の国保加入世帯の、職業の円グラフを記載しています。

無職の方、その他、不詳で半分以上を占めていますが、旭川市においても同じで、このグラフは平成27年の状況ですが、今も変わっていません。

続きまして、旭川市の国保の27ページを御覧ください。

図15に職業別世帯数として、加入世帯を職業別に、グラフ化しています。

令和3年度を見ると一番上のその他6.36%、無所得29.41%、年金28.22%となっており、無所得と年金の方で、半数以上の約58%を占めています。

旭川市の国保、3ページの一番下、図2を御覧ください。

こちらに、旭川市の加入者の年齢階層別のグラフ記載しております。平成28年度と令和2年度を比較したのですが、65歳以上の割合が、半数を超えることとなっています。

次に医療費ですが、資料2の3ページのチラシを御覧ください。

1人当たりの医療費とは、窓口で支払う自己負担分も含めた10割の額を被保険者数で割って算出したものです。

平成26年と平成30年を比べると、1人当たりで2万8千600円増加の39万4千700円となっております。平成31年以降は推計となりますが、年々増加する予定となっております。

これらは、医療の高度化や高額な薬剤の保険適用などの、影響が考えられます。

ただし、このチラシは新型コロナウイルス感染症が、流行する前に作成したものですので、その影響等は、考慮されておられません。コロナが流行りだした令和2年度は、受診控え等により、1人当たりの医療費は、やや減少しましたが、令和3年度においては、再び増加に転じております。

旭川市の国保28ページ、表31を御覧ください。

道内主要10市の1人当たりの、医療費の推移を表にしたものを記載しています。平成28年度以降は、ほとんどの市で上昇傾向にあります。

国保は、医療費などを加入者で支え合う制度なので、国の負担は一部ありますものの、医療費が高くなると、保険料も高くなります。

所得の低い加入者が多いと、1人当たりの保険料の負担が、重くなるといった構造的課題を抱えています。

資料2の3ページのチラシを御覧下さい。

北海道と市町村が、ともに保険者となりましたので、それぞれが役割を果たしていくことになります。

北海道の主な役割としましては、運営方針の策定、道内市町村への保険給付費の交付、市町村ごとで負担が公平になるような、納付金の配分の決定、納付金を納めるために必要な標準保険料率の算出などです。

一方、市町村の主な役割としましては、これまでどおり身近な窓口として、道から示される標準保険料率を参考にした保険料率の決定、保険料の徴収、北海道へ納付金を納めるほか、被保険者の資格管理、保険給付、特定健診などの保健事業など、各市町村の実情に応じた運営管理を行います。

このように役割分担をしながら、それぞれが保険者として、機能しております。

なぜ、このような制度改革があったかといいますと、市町村で大きな差がある保険料を平準化し、全道で公平な負担に近づけていく、市町村が抱える医療費増加リスクを全道で分散させていくというのが、目的となっております。

例えば、加入者の所得が1千万円のA市と、所得が500万円のB町があったとします。

医療費が100万円かかった場合、その医療費を保険料で集めるとすると、所得が1千万円のA市では、所得1千万の10%で100万円を集められますが、所得が500万円のB町では所得の20%を集めないと100万円にはならない計算になります。

このように住んでいる町の所得水準により、所得に対する保険料負担割合が変わってきます。

また、大きな市ではあまり影響は見えませんが、小さな町などでは、少ない加入者の中に、例えば、白血病治療薬のキムリアやがん治療薬のオプジーボのような高額薬剤の治療者が発生すると、翌年の保険料を上げざるを得ないといった状況も発生します。

このような市町村ごとの医療費増加のリスクをなくし、北海道全体で負担することで、公平な負担に近づけ、保険料を平準化しようというのが、都道府県単位化の目的となっております。

4ページには、Q&Aが載っておりますので、御覧下さい。

ここまでが、北海道全体の話です。

次に旭川市における状況等について、説明をさせていただきます。

資料2の1ページを御覧下さい。

国民健康保険の運営は、国民健康保険特別会計といった、国保だけの財布の中で、国の交付金や保険料を財源に、医療費の支出や保健事業を行っております。

平成29年度までは、旭川市は道内平均よりも医療費水準が高く、所得水準が低いため、保険料が高い状況にあり、保険料負担を軽減するため、市独自の政策的な取組として、一般会計から約16億円の財源を繰り入れまして、保険料の引き下げをしてきました。

平成30年度からは、都道府県単位化となり、これまで市町村ごとに推計していた医療費総額は、北海道が全体を推計し、それをもとに、各市町村は納付金として納める形に変更となりました。

これにより市町村は、医療費の動向等に左右されずに、保険料の算定ができるようになったほか、令和6年度を目途に、道内の保険料水準の統一を目指すという、明確な運営方針が示され、単に保険料を下げる目的での一般会計からの繰入は、制限されることとなっています。

本市においても、一般会計からの繰入は、大きく減少しています。

保険料水準の統一目標である令和6年度までには、残り2年ほどとなりましたが、本市におきましては、平成29年度以降の運営協議会におきまして、統一までの保険料の在り方や一般会計からの繰入金の見直しなどについてや、低所得者層の保険料が急激に上昇することがないように、激変緩和措置を講じることも検討していただきました。

本市の今後の課題といたしましては、令和6年度までに激変緩和措置や一般会計の繰入を段階的かつ、確実に解消していくとともに、昨年度、改定された運営方針に、令和12年度までに、保険料率を統一するという新たな目標が示されました。

これにより、令和7年度以降、本市においても新たな目標に向けて取り組んでいくことになります。

また、様々な課題が生じることになると思いますので、毎年度、市から運営協議会へお諮りし、答申いただいた御意見について、新年度に、反映していきたいと考えています。

最後の2ページに今後のスケジュールを示させていただきました。

<p>議長</p>	<p>1 2月中旬に来年度の保険料について第2回運営協議会を開催し、お諮りし、答申内容について決定していただきます。</p> <p>また、答申を受けたあとは、その内容を踏まえまして、来年度の予算案を決定し、条例改正が必要なものについては、2月から3月にかけて、開催される旭川市議会に条例案を提出し、議決後改正となります。</p> <p>その後、6月1日頃となりますが、保険料率を告示し、6月中旬に納入通知書を加入者へ、発送するといった流れになります。</p> <p>以上で、「旭川市の国民健康保険について」の説明を終わります。</p> <p>ただ今の説明について、御意見、御質問等はありませんか。</p> <p>次に、報告事項の「令和3年度旭川市国民健康保険事業特別会計決算」、「令和4年度旭川市国民健康保険事業特別会計予算」、「新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金及び、国民健康保険料の減免について」を事務局から一括して説明をお願いします。</p>
<p>事務局</p>	<p>「令和3年度旭川市国民健康保険事業特別会計決算について」、御説明いたします。</p> <p>資料3を御用意下さい。</p> <p>始めに、1ページの決算額についてです。</p> <p>表1は、上が歳入、下が歳出となっており、各項目別に一覧表としたものです。</p> <p>歳入決算額は、356億676万4千円、歳出決算額は、351億4千745万4千円、歳入歳出差引額が、4億5千931万円となっています。</p> <p>グラフ1につきましては、上段が歳入、下段が歳出となっており、各項目別の割合をグラフ化したものです。</p> <p>歳入歳出の主な項目の詳細は、資料3の3ページ以降に掲載しております。</p> <p>なお、令和3年度の剰余金は4億5千931万円は、全額を基金に積み立てしております。このうち、概算交付で超過交付を受けていました国からの交付金、国庫支出金766万8千円、北海道からの交付金、道支出金6千873万2千円や保険料の過誤納金還付未済額946万7千円などが含まれており、今年度内に返還等をするようになるため、実質的には、約3億7千344万3千円が剰余となっています。</p> <p>次に2ページ目、被保険者数及び世帯数についてです。グラフ2は、被保険者数の年代別の推移を示したものです。</p>

令和3年度の被保険者数は6万5千572人で、平成28年度の7万9千721人と比較しますと、1万4千149人減少しており、特に64歳以下の被保険者が、大幅に減少しています。

グラフ3は、旭川市全体の人口と世帯数に占める国保の加入割合となっており、3月から2月の平均で世帯数は全体の25.5%、約4分の1です。加入者数は全体の19.95%、約5分の1となっています。

次に3ページ、主な歳入項目についてです。

国民健康保険料は、窓口相談体制の強化やスマホ決済の導入などにより、収納率が向上しておりますことから、予算額よりも収入額が増えました。

グラフ4は、1人当たり保険料調定額を年度別に示したもので、全道、全国と比較しても、本市は低い状況にあります。

この要因としては、年金収入の世帯が多く、保険料軽減に該当する世帯が多いためです。

また、グラフ5では、保険料収納率の推移を年度別に示したもので、本市の現年度分保険料収納率は、体制強化やコンビニ収納など様々な納付方法の導入により、年々向上しています。

滞納繰越分保険料収納率は、前年度より減少していますが、納付相談や預貯金調査等によりまして、収納の向上に努めており、収入が多くなく、預貯金がないなどの納付困難なケースが滞納繰越分として残っています。

続きまして、4ページ、道支出金についてです。

道支出金のうち、保険者努力支援制度分は、健康づくりや医療費適正化などの取組や実績に応じて、国から交付金が交付される制度で、全国総額500億円を評価項目の獲得点数によって、交付金が配分される制度となっています。

表2が評価項目や配点、本市の獲得点を示したものです。

本市は、令和2年度は、995点中533点を獲得しております。令和3年度は1千点中585点となっております。得点は大きく伸びたことにより、交付金は前年より、約1千3百万増の約1億3千万円となっております。

この交付金は、今年度の保険料の引き下げ財源に活用しており、保険料に換算すると1人当たり2千66円の引下げ効果がありました。

保健事業については、保険料負担軽減の短期的な効果があるとと

もに、長期的には健康の維持増進や重症化予防の取組により、将来における医療費の増加抑制に繋がるものでございますので、今後も重点的に取り組んでまいります。

続きまして、5ページの繰入金についてです。

繰入金につきましては、一般会計からの繰入分と国民健康保険事業準備基金からの繰入分となっています。

一般会計繰入金は、法定負担分と政策的な保険料負担軽減分などの負担義務のない法定外繰入金があります。

グラフ6は、一般会計繰入金の推移を示しておりますけれども、平成30年度の都道府県単位化前後で、法定分繰入金と法定外繰入金が大きく変化しています。

令和3年度の繰入額につきましては、法定分が34.8億円、法定外分が2億円となっています。

国民健康保険事業準備基金は、償還金や保険料の激変緩和に活用するほか、予期せぬ保険料の収納不足に対応するための、貯金になります。

表3につきましては、基金残高の推移を示したものです。

平成28年度は保険料負担軽減などのために、5.1億円を取り崩した結果、基金残高が0円になりましたが、平成29年度以降毎年度の決算による剰余金の積立てにより、令和3年度の基金残高は7.6億円となっております。

今年度は返還金、保険料の激変緩和措置の財源に当てるために4.4億円を取り崩す予定ですが、令和4年度末の基金残高は、約7.8億円となる見込です。

次に6ページ、主な歳出項目についてです。

グラフ7は、保険給付費総額の推移を示したもので、減少傾向で推移しております。令和3年度においても、新型コロナウイルス感染症の影響による、医療機関の受診控えなどにより、減少しています。令和2年度と比較しますと、やや回復はしている状況にあります。

グラフ8は、1人当たりの医療費の推移を示したもので、医療費総額はここ数年減少しているものの、1人当たりの医療費は、増加傾向にあります。

また、全道、全国との比較におきましても、本市の1人当たり医療費は、非常に高い状況となっており、被保険者の高齢化、高額薬剤の保険適用、医療の高度化など、様々な要因により、今後も医療費の増加傾向は、続くものと推測しています。医療費の増加は、保険料の上昇にもつながることから、非常に大きな問題と考えてお



り、医療費の伸びを抑制する取組が、重要になってくるものと考えています。

次に7ページ、保健事業費の説明です。

保健事業につきましては、特定健診の受診により、健康状態を把握いたしまして、糖尿病などの生活習慣病の早期発見や、疾病の重症化を予防することで、結果として、健康の維持、増進に加え、医療費の増加が抑制されるとともに、保険料負担軽減にもつながっていきます。

令和3年度の特定健診受診率向上の取組といたしましては、ハガキや訪問などによる受診勧奨の実施、がん検診との同時実施のセット型健診のPRや土日の早朝、商業施設での健診の実施、企業とコラボした健診のPRなどにも、新規に取り組んでおります。

グラフ9は、特定健診受診率の推移を示したものでありまして、本市の受診率は増加傾向にあります。

コロナ禍の影響もありまして、全国、全道の平均値は大きく下がっておりますが、本市は受診率向上の取り組みが功を奏し、毎年度、着実に伸びています。

今後も、特定健診の受診率向上のための、取組の一層の強化を考えており、きめ細やかな受診勧奨の実施や、データ受領、みなし健診といわれるものの拡充に注力していきます。

以上で、「令和3年度旭川市国民健康保険事業特別会計決算について」の説明を終わります。

引き続き、「令和4年度旭川市国民健康保険事業特別会計予算について」、説明させていただきます。

資料4を御覧下さい。

始めに1ページ、表1となります。上段が歳入、下段が歳出となっており、各項目別に一覧表としたものです。

歳入、歳出とも予算額につきましては、359億885万5千円で、前年度予算額と比較すると、2億8千107万2千円の増となっております。

グラフ1は、上段が歳入、下段が歳出となっておりまして、各項目別の割合をグラフ化したものです。

特徴としては、歳出の2の保険給付費が、265億1千766万4千円と前年度から約4億147万8千円の増、同じく歳出の3の国民健康保険事業費納付金が、83億5千297万4千円と前年度から約1億1千万円の減となっております。

歳入の1の国民健康保険料が50億1千302万9千円と7千

262万2千円の減、歳入の3の道支出金が269億1千284万1千円で4億163万9千円の増で、それぞれ計上しています。

歳出の2の保険給付費は、新型コロナウイルス感染症の影響による医療機関への受診控えなどからの回復により、4億147万8千円増の265億1千766万4千円を計上し、保険給付費の支出の財源である歳入の道支出金も、ほぼ同額の4億163万9千円の増となっています。

歳出の6の保健事業費は、特定健診受診率向上の取組強化に伴い、4千770万5千円増の2億7千336万4千円を計上しております。

続きまして、2ページ、前年度と標準保険料との比較についてです。

この表は、40歳の夫婦と18歳未満の子ども1人の家族3人のモデル世帯で、令和3年度と令和4年度の実際に賦課した保険料と、北海道が示す令和4年度の標準保険料率で、それぞれ算出した保険料の比較を示したものです。

令和4年度の予算編成に当っては、標準保険料率を参考に、運営協議会の答申を踏まえて、保険料賦課限度額の引上げのほか、低所得世帯等への激変緩和措置などを講じました。

激変緩和措置につきましては、表の上段に記載しております。

この結果、所得金額が210万円の世帯で比較した場合、令和4年度は、前年比1千950円増となっておりますが、北海道が示す標準保険料率との比較では、市独自の保険料引下げ施策の効果もございまして、標準保険料では年間36万7千819円であるのに対し、令和4年度の本市保険料は36万4千500円となっており、標準保険料よりも3千319円少ない額となっております。

3ページ、保険者努力支援制度について、説明します。

保険者努力支援制度は、医療費適正化などの取組や実績に応じて交付金が交付される制度で、交付金は保険料の引下げ財源に活用できます。

医療費の増加が、保険料の増加にも直結するため、日頃からの健康づくりや重症化予防などの取組が、極めて重要です。

表3は、今年度の保険者努力支援制度の申請状況を示しています。本市は960点中560点の獲得見込みとなっており、来年度の交付金に反映されます。

満点を獲得している項目もあれば、獲得点が低い項目もあり、獲得点欄のアルファベットAからBの表示部分のうち、Aの特定健診

受診率などの向上と、Bの後発医薬品の使用促進の取組強化が、必要と考えています。

4ページ,取組強化についてです。保険者努力支援制度における、今年度の交付見込みでは、1点当たり23万7千761円となっています。

配点が高いけれども、獲得点が低い項目では、取組強化等により獲得点数を増やしていくことで、大きな財源確保が可能となります。

また、令和元年度申請分、令和2年度交付分から、評価基準に達しない場合のマイナス評価が加わっておりましたが、令和4年度申請分、3年度交付分においては、本市のマイナス評価は回避できました。

なお、特定保健指導の実施率は、令和2年度までは高い状態でありましたが、令和3年度以降につきましては、新型コロナウイルス感染症対応に、多くの保健師が従事していることから、マンパワー不足となり、実施率は大きく下がる見込みとなっています。

今後、受診率向上に向けて、受診勧奨ハガキに民間のノウハウを活用すること、土日、早朝、商業施設での健診等受診環境の整備を行うこと、データ受領の拡充を図っていくことなどに取り組んでいきます。特定保健指導については、コロナ流行前の、高い実施率を回復するよう取り組みを進めていきます。

Bの後発医薬品、ジェネリック医薬品の使用促進については、令和2年度の使用割合が、78.3%のため、僅かに80%に届かず得点獲得に至らなかったため、80%の早期達成を目指しています。

80%を達成できれば、70点の獲得となりまして、約1千664万円増額となりますし、ジェネリック医薬品への切替えは、交付金が増えるだけでなく、患者の自己負担も軽減し、医療費や保険料の減少にも繋がります。

使用率向上の取組としては、ジェネリックに切り替えた場合の差額通知の送付や薬剤師会との連携を考えています。

予算につきましては、以上の説明となります。

次に、「新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金及び、国民健康保険料の減免について」です。

国からの通知が9月30日までの間の期限でしたが、今日、道の方から、12月31日まで延びるだろうから準備をお願いするとい

う内容のメールがきていますので、期限が延長されるのは、ほぼ間違いないと考えています。

まず、「傷病手当金の支給について」、制度の概要です。国民健康保険の加入者で被用者である者が、新型コロナウイルス感染症に感染し、又は発熱等の症状があるなど、感染が疑われることにより会社等を休み、事業主から給与等の全部又は一部を受けることが出来ない場合に、支給されます。

この制度により、労働者が感染した場合や感染が疑われる場合に、所得保障することで、休みやすい環境を整備するもので、令和2年度から実施をしています。

申請の要件等につきましては、資料5の1ページに記載のとおりとなっています。

支給実績等については、令和2年度は支給件数は5件、支給額が14万8千261円でした。

令和3年度は、支給件数が22件、支給額が69万3千467円、令和4年度は、9月2日現在で支給件数が39件、支給額が114万1千218円となり、感染者の急増と制度の浸透などもあり、増えている状況です。

制度や期限延長の周知については、保険料納入通知書や保険証更新時にチラシを同封したほか、旭川市ホームページや広報誌あさひばしにも掲載するなど、周知に努めています。

資料5の2ページ、「新型コロナウイルス感染症の影響による保険料の減免について」です。

制度の概要については、新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の収入の減少（前年比30%以上の減少）が見込まれる世帯の対象保険料を、前年の合計所得区分に応じて減免する制度で、令和2年度から実施しています。

減免の状況については、表1に示してあり、令和元年度分の2月、3月納期分保険料で604件 1千801万1千円、令和2年度分保険料で737件 1億2千680万8千円を、令和3年度分保険料で411件 7千391万4千970円の減免を決定しています。

減免理由は、死亡または重篤な傷病を負ったことによるものが元年度は6件、2年度は14件、3年度は6件で、ほとんどは収入減少によるものとなっています。

支給決定数の推移について、グラフ1は、減免の支給決定数の推移を年度別に示したものです。

	<p>令和元年度から3年度までの3年間に加えてまして、令和4年度（8月末現在）の状況として、参考までに支給実績数を掲載しています。</p> <p>周知方法については、傷病手当金同様、保険料納入通知書や保険証更新時にチラシを同封したほか、旭川市ホームページや広報誌あさひばしにも掲載するなどしています。</p>
議長	<p>ただ今の説明に関しまして、御意見、御質問等はありませんか。</p>
委員 1	<p>資料3の3、令和3年度決算の歳入についてです。グラフ5の保険料収納率の推移で現年度分の収納率については向上しているという説明でしたが、令和3年度の滞納繰越分はわずかではあるが、減少している。旭川市では保険証の資格証や短期保険証は発行していますか。</p>
事務局	<p>資格証については、現在コロナの関係で医療機関にかかる方が多く、令和3年度につきましては発行していません。短期証については、1千200件くらいの発行があります。</p>
委員 1	<p>資格証や短期保険証を発行することは、保険料収納率の向上につながっていますか。</p>
事務局	<p>資格証は、コロナで発行していません。</p> <p>短期証については、本来1年間の保険証の有効期限が、6か月となっておりますので、保険料を滞納されている方との接触の機会を設けるということにおいて、多少なりとも保険料収納率の向上につながっていると思います。</p>
議長	<p>その他、ありますか。</p>
委員 2	<p>資料4の3、保険者努力支援制度に関して、表3にあります後発品の使用促進に関する取組の実績状況についてです。配点が130点と非常に高く、次の4の4を見ると、80%を超えると70点、80%を超えても、約半分の70点です。130点を取るためには、何%になればいいのですか。</p>
事務局	<p>後発医薬品の使用割合の政府目標である、目標値80%達成している場合で、その基準を達成した上で、かつ全自治体の上位1割に当たる割合を達成している場合ということになっています。</p>

	<p>そして、且つ、令和2年度の実績と比較して使用割合が向上している場合、又は、80%に達していなくても、使用割合が全自治体の上位7割に当たる割合を達成している場合となります。</p>
委員 2	<p>上位1割と7割では、全然、違う感じがしますが。 80%あって、北海道の中の上位1割であれば、130点もらえるということですか。</p>
事務局	<p>全国の人口規模によって得点基準が違ってきます。国が人口規模により区分をされていて、その区分の中でジェネリックの割合が80%以上、プラス80%以上の中でも、同じ人口規模のカテゴリーで上位1割だったらプラス20点というような加点制度となっています。 さらにジェネリックの使用割合が、前年度よりもプラス3ポイントと急に伸びるということだと加点される仕組みであります。</p>
委員 2	<p>もう1点ですが、その表の最後の、適正且つ健全な事業運営の実施状況、これも100点で得点が高いのですが、この具体的な評価ポイントというのはなんですか。</p>
事務局	<p>この件につきましては、整理をした上で、改めて各委員の皆様にお知らせしたいと思います。 適切且つ健全な事業運営の実施状況につきましても、併せて、回答させていただきます。</p>
議長	<p>その他、質問等ありませんか。</p>
委員 3	<p>資料4の3、ジェネリックの使用促進に関する取組の実施状況の獲得点は、130点中10点を申請中ということでしょうか。</p>
事務局	<p>よろしいです。10点しか獲得していません。</p>
委員 3	<p>令和2年で78.3%でも、10点しかとれないということですか。</p>
事務局	<p>はい。80%っていないので、10点しか獲得できていません。</p>
委員 3	<p>あと2ポイントぐらい上がれば、10点からいきなり、70点に</p>

	なれると理解してよろしいでしょうか。
事務局	あと2点取れて、80%になれば、10点から70点に変わります。ただ月ではなく、年間で80%です。
議長	その他、御質問等ありませんか。
委員4	説明用紙の5ページです。2つめの段落のところで、昨年度、改訂された運営方針に、令和12年度までに保険料率を統一するという新たな目標が示されたと、記載がありますが、私としては、令和6年度までに保険料率の統一という認識でいたのですが、教えてください。
事務局	令和6年度は、あくまで保険料水準の統一ということであり、各市町村それぞれの特定健診の受診率や収納率等で、水準は同じでも、各市町村で保険料が変わるという形になります。 令和12年度の保険料率の統一というのは、後期高齢者医療制度でもそうですが、全道どこに住んでいても同じ所得、同じ世帯構成であれば、同じ保険料というのが保険料の統一ということになります。 令和6年度は、あくまで保険料水準の統一でありまして、水準は同じでも各市町村の実情に応じて、保険料は若干変わってくるという形になります。
委員4	昨年度、改定された運営方針というのは、どこで、運営方針が変わったのですか。
事務局	運営方針は、北海道で作成しておりますので、北海道の運営方針が変わった、新たな目標に設定されたという形になったということです。
委員4	それについては、我々の方に示していただいていたか。
事務局	北海道の話であり、運営協議会で決定する事項ではありませんので、お送りはしていません。 今回の質問等には、後ほど資料として、併せて送らせていただきます。
委員4	了解しました。

議長	<p>その他，御質問等はありませんか。</p> <p>それでは，以上で本日の運営協議会を終了させていただきます。</p>
----	--