

第4回全国健康保険協会運営委員会議事録

第4回全国健康保険協会運営委員会

開催日時：平成20年12月26日（金）10:00～12:00

開催場所：ベルサール九段

出席者：石谷委員、逢見委員、川端委員、城戸委員、五嶋委員、田中委員、埴岡委員、森委員、山下委員（五十音順）

議 題：1 平成21年度の予算について
2 都道府県単位保険料率について
3 その他

田中委員長 ただいまから第4回運営委員会を開催いたします。委員の皆様におかれましては、年末のお忙しい中をお集まりいただきましてどうもありがとうございました。本日はオブザーバーとして厚生労働省より田河保険課長と藤澤管理室長がお見えでございます。

それでは早速議事に入ります。前回は平成20年度の政府の予算編成との関係で、まだ準備金の取り扱い等について決まっておらず、それについての事前の意見の聴取をお願いいたしました。本日はその後国の予算も固まったので、その状況について説明をお願いいたします。

依田企画部長 それでは資料1をごらんいただければと思います。全国健康保険協会の全体収支の見込みというところでございます。今、座長の方からお話をいただいたところでございますが、前回は政府予算編成前ということでございまして、概算要求のベースでの準備金の取り扱い等について御議論をいただいたところでございます。今回は政府の予算案も固まりまして、直近の足元の状況も踏まえまして、保険給付等の係数も固まっておりますので、その状況について御説明申し上げたいと存じます。

資料1は厚生労働省の方で作成された資料でございますが、「平成20年度（見直し）」と書いてある欄でございますが、これまで概算要求ベースということで、平成20年度末での積立金の残高が、約1,800億円というような見通しが示されていたわけでございますが、ここからはまず2,300億円ということでございまして、約500億円よくなっているというような状況でございます。

これは支出といたしまして保険給付費のところでございますが、4兆3,100億円ということでございまして、当初見込んでいた額から約700億円ぐらい下がっているというようなこともございまして、単年度収支の欄でございますが、これが当初▲1,900億円というところでございましたが、ここが▲1,400億円ということになっているということでございまして、まず足元といたしまして平成20年度末での積立金残高が2,300億円ということ

で、当初よりよくなっているということでございます。

それから平成 21 年度でございますが、これも予算編成を踏まえまして、直近の足元の状況で全体的に見直しをなされているわけでございます。こちらの方も保険給付費の方がやや下がっている、それから退職金給付拠出金の欄でございますが、こちらの方もやや当初の見込みよりは下がっているということもございまして、こちらの方も単年度収支差で見ましても、当初想定しておりましたところから、当初は▲2,100 億円というような見通しがなされていたわけでございますが、▲1,500 億円ということで、約 600 億円改善しているというような見通しでございまして、先ほど申しました 20 年度の足元と合わせまして最終的に積立金の残高は 800 億円ということになっているところでございます。

概算要求のベースでは、保険料率を引き上げないと積立金の方を取り崩しても収支の均衡が難しいような状況を見込んでいたわけでございますが、今回の平成 21 年度予算のベースの見通しで申し上げますと、保険料率の全国的な平均水準につきましては、現行の 8.2%におきまして、800 億円の積立金の残ということが見込まれる状況になっているということでございます。

前回のこの委員会におきまして、この政府の予算編成の前提といたしまして、安定的な財政運営を確保するという観点から、予備費の他に数百億円程度は確保される水準でお願いしたいといったことを申し上げたわけでございますが、この 800 億円というのはこの予備費を見込んでいない水準でございますので、したがって予備費約 400 億円プラス約 400 億円が見込まれる水準にあるというような見通しになっているということでございます。これが全体的な収支の状況でございます。

この前提となります国の予算の関係でございますが、資料 2 をごらんいただきたいと思います。今、全体の収支の見込みの中で、収入の欄で国庫補助等というところがございしますが、その欄が 9,700 億円となっておりますが、その内訳になっているわけでございます。給付費、13%の補助でございますとか、拠出金に対する、こちら 16.4%になりますが、そちらの補助なんかが計上されているわけでございます。

それから新しいものとしたしましては、四つ目のポツでございますが、高齢者医療運営円滑化補助金ということで、4 億円新たに計上されておりますが、これは国の方でジェネリックの促進のための経費ということで新たな補助が設けられているところでございます。それから全国健康保険協会事務負担金に 122 億円の事務費の補助というものも計上されているところでございます。その他、保険料等交付金ということで、国の方で徴収した保険料が交付金ということで交付されるといったことでございます。

それからこうした国庫補助の前提となる給付費等の見込みが示されておまして、これらをまとめて全体収支の見込みということで、資料 1 で説明申し上げたとおりでございます。

それからこの中に入っていないのですが、前回の議論等の関係もございまして、参考資料 1、第 31 回社会保障審議会医療保険部会といった表題の資料でございますが、出産育児

一時金につきまして、予算編成等の関係もありまして、議論がなされてきております。前回、厚生労働大臣との意見交換の状況について御説明させていただいたところでございますが、その後、12月12日に社会保障審議会の医療保険部会が開催されまして、この出産育児一時金について議論がなされているところでございます。今回、この医療保険部会に新たに小林理事長が委員として選任されているところでございます。

3枚目でございますが、出産育児一時金はどうしていくかということで、前回、都道府県ごとに額を設定するという点については、非常に反対意見があつて、全国一律に引き上げていくという方向でということをお願いしましたが、この時点ではその新しい見直し案につきまして、一つは緊急の少子化対策の実施という、当面2年間の暫定措置ということで、それから全国一律の額の引き上げということで、この時点では引き上げ額は検討中ということでございましたが、その次のページでございますように、最終的に出産育児一時金を4万円引き上げるということで、最終的な結論を見るに至っております。したがって、この1月から38万円に出産育児一時金の方は上がりますが、さらに4万円ということで、42万円への引き上げということでございます。

この場でも、小林理事長の方からは、協会の財政状況は厳しく、また財政基盤も弱いということもございまして、ぜひこうした引き上げについては国庫補助にて適切に対応いただきたいということを要望申し上げた次第でございますが、保険者に対する国庫補助については、保険者への影響度合いに応じた重点的な補助を検討するという点でございますが、先ほどごらんいただいたように全体で約79億でございますが、国の方で措置をされているということでございます。各保険者にどういった補助がなされるかというのは、まだ最終的には今検討中であるというふう聞いておりますが、国の方で予算が計上されている次第でございます。以上が平成21年度予算の関係の状況の御報告でございます。

それに関連いたしまして、資料3をごらんいただきたいと思いますが、これまで医療保険の関係の御説明をさせていただいたわけでございますが、介護保険の関係でございます。介護保険につきましては市町村が保険者でございますが、医療者保険におきましては、2号被保険者ということで、40歳以上の方の保険料を集めるという役割を担っているわけでございます。この介護保険料率でございますが、法律上書いておりますような算定式で計算するようなことになっております。介護納付金というのが各保険者が負担をする額でございます。それから国庫補助額を引きまして、それに2号被保険者、40歳以上の方の総報酬額の総額の見込み額で割り算して料率を算定するという点でございます。現在、1.13%というふうになっているわけでございますが、参考でございますように、今回の予算との関係で納付金の額、それから国庫補助額、それから総報酬額等の見込み額でございまして、こういうものを踏まえて新たに算定して、平成21年度における料率を算定させていただいている次第でございます。

この際、例えば過年度保険料の収入の見込み額、これは前年度に滞納等があつて、21年度に新たに見込まれる収納見込額でございますとか、それから平成20年度の収支の状況に

ついて申しますと、次のポツにも書いてございますように、20年度の収支といたしましては、介護保険分については収支は赤字になっておりまして、その分をまかなうということも勘案いたしまして、計算いたしまして、新たに1.19%というのを新たに計上させていただいているところでございます。したがって、この介護保険料率については新たに3月から適用していくということでございます、新たに1.19%を適用していくといったことでございます。

それとの関連もあるわけでございますが、次に資料4でございますが、日雇特例被保険者の保険料額についても見直しをしていく必要があるということでございます。日雇特例被保険者につきましては、日々雇い入れられる方等が対象になっておりまして、事業所を転々とされるということもありまして、こういう就業形態を踏まえた保険料納付の仕組みがとられているわけでございます。

下の方に図が書いてございますが、事業主の方で健康保険の収入印紙を御購入いただきまして、この印紙を、日雇特例被保険者の方が社会保険庁からまず手帳の交付を受けるという手続があるわけですが、この手帳にこの印紙を貼る。これが保険料の収納の仕組みになっているわけでございます。最終的にこの印紙の収入が社会保険庁に入るというふうなことになっているわけでございます。この印紙を貼った手帳を協会の方に提示をして、それを踏まえて受給資格者票、これは保険証に相当するものでございますが、これを交付をする。それを医療機関の方に提示をして、保険診療を受けるといったことでございます。現在、この対象になっていらっしゃる方は約1万人という状況でございます。

1枚目にお戻りいただきたいと存じますが、こういう日雇特例被保険者の方の保険料額でございますが、日額で印紙の額になってくるわけでございますが、これも計算式が法律上定まっております、標準賃金日額に平均保険料率、これは健康保険の平均保険料率ということでございます。それから介護の保険料率を足して掛け合わせ、それから1.31を掛けるといった算式で算定することになっているわけでございます。等級としては1級から11級までございまして、それぞれに日額があつて、この率を掛けて納めるべき印紙の額が決まっているということでございます。そして被保険者の方と事業者でその印紙の額を0.5対0.81で負担をするといった仕組みになっているわけでございます。

先ほど、健康保険の8.2%が現行のまま、平均的には同水準のまま維持といったことで、平均保険料率が8.2%ということであれば変更がないわけでございますが、介護保険料率の方が1.13から1.19ということで、若干引き上がるということの関係上、2号被保険者の日雇特例被保険者の方の保険料額が若干改定になるということでございます。現行、変更後ということで、若干ではございますが、額の引き上げがなされる必要があるといったこととお示しさせていただいております。

これらにつきましては正式には今後定款の変更の手続ということを経る必要があるわけでございますが、これら保険料の徴収に当たっている社会保険庁におきましていろんな周知広報等の準備もございまして、こうした形におきまして準備を進めさせていただければ

というふうに考えている次第でございます。予算の関連は以上でございます。

田中委員長 ありがとうございます。予算及び定款の変更は来年年が明けてからここで決めていくわけですね。そして保険料率は定款で定められる以上、最終的に運営委員会で決めることとなります。きょうは決めるというよりは、ただいまの予算のもとになる政府の提出された資料について質問して、考え方を確かめることとなります。大きな点は8.2%で来年度予備費を含めると1,200億円ぐらい残る予算を立てられそうですね。

依田企画部長 今1,200億円というお話がございましたが、予備費込みで積立金全体で800億円ということです。予備費を400億円と見込めば、この400億円プラス400億円という、そんなイメージでございます。

田中委員長 失礼いたしました。400億円プラス400億円で800億円の予算を組めそうですね。介護保険とか日雇保険は、この全体収支の見通しとは別な会計になるわけですね。健康保険会計と介護保険会計と日雇の会計がある、ここに載っているのは健康保険会計ですね。私から一つ質問させていただきたいと思います。資料1の保険料収入6兆3,400億円と、この資料2の保険料等交付金6兆7,500億円のこの差は何ですか。

依田企画部長 説明が不十分で申しわけございません。実は1枚目の全体収支の見込みについて、いわゆる医療保険の関係をまとめておまして、この予算の関係がちょっとややこしいのですが、実は介護保険料を一緒に集めて交付しているということで、約5,000億円程度の介護保険料が入っているということで、ちょっとそこは説明不足でございました。

田中委員長 別会計である介護保険への交付金を含むと6兆7,500億円になるわけですね。ありがとうございます。他にも皆さん方からいろいろと質問をして、この予算の組み立て方の考え方を確認してください。

森委員 この予算の大宗をなすのが保険料収入なんですが、この6兆3,400億円というんですか、介護の方も入れると6兆7,500億円ということですが、これだけのものというのがはたして今の状況からいって、ある面では先ほど保険の給付の方はいろんな意味で少し減りかけておられるかもしれないけれども、大宗をなす保険料収入がはたしてこれが見込めるかどうかということが、ある面では一番根本だと思うのですが、その辺のお考え、まあこれは厚生労働省の作成資料ということですが、その辺が私どもある面で一番やはり心配だというふうに思うのですが。

田中委員長 総報酬が減ってしまったら、これは確保できなくなるわけですが、そこはどういうふうに想定されてらっしゃるのでしょうか。

藤澤協会管理室長 ただいま御質問いただいた件でございますが、21年度の部分でございますが、これは直近3年間のデータに基づいて賃金の伸びを平均して見ていったもの、それから被保険者数の伸びも直近3年間の平均を踏まえて計算しているもので、この考え方は従来から収支見込みを立てる時と同じようになっています。つまり政管健保時代のやり方を踏襲して計算しているものです。

確かにおっしゃるとおり、今は非常に経済情勢が悪化しているところではございますが、最近 20 年ぐらい振り返ってみた場合、例えば平均報酬月額ですとか、賞与月数の対前年度比がかなり悪かった年の数値に仮に置きかえて計算してみても、積立金を取り崩すことにはなるのですが、若干 100 億円程度残るといような試算結果もありますので、実際どうなるかというのはありますが、残高がマイナスになってしまうというのは余り想定できないのではないかとこのように思っております。

森委員 実はこの 1 枚目の注 4 のところに、最終的な予算は協会が作成するとあるのですが、そうするとその辺の協会としてどういうふうなスタンスでお取り組みになるか、これはぜひお考えをお示しいただければと思います。

依田企画部長 今、厚生労働省の方からも説明がありましたが、当然、収支は、見通しでございますので、変動の幅はあろうかと思えます。したがって、前回以来お願いしておりますが、いろんな変動要素はございますので、予備費でございますとか、それからプラス準備金ということで、若干の余裕を見ていただいているところというのはそういうこともあるということございまして、若干堅めの見通しにはなっているかとは思いますが、いろんな要素があると思えますので、そういうところでひとつ見ていくのかなというふうに思っております。最終的にはまた予算ということで御審議いただきたいと思っております。

貝谷理事 若干補足しますが、やはり景気のこういう悪化を受けまして、先ほど厚生労働省の方から御説明がございましたが、今回の予算案では、夏の概算要求時の数字をかなり見直した数字で積算されているというふうに聞いております。夏の段階では、標準報酬月額は大体トントンぐらいでいくんじゃないかということ厚生労働省の方で考えておられたようなんですが、今回はそこはやっぱり減るという方向で最終的な予算案はセットされております。

それから一番大きな影響を受けると思われるのがボーナス、賞与ですが、やはり夏場と状況は大きく変わっています。夏場は実は少し上がるという前提で積算されておりましたが、そこは逆に減るという前提で今回の予算案もつくられているというふうに私も承知していますので、そういう状況は反映されているのかなと思えますが、ただ、そうは言ってもどの程度になるかはわかりませんので、ある程度のバッファーを持ちながら協会の予算編成はしていきたいというふうに考えております。

田中委員長 他にいかがですが。どうぞ逢見委員。

逢見委員 関連ですが、やっぱり 10 月以降雇用の環境がかなり悪くなっておりまして、きょうも雇用統計が発表になっておりますが、有効求人倍率が 0.78、失業率も 0.2 ポイント上がっているということで、特に 10 月以降急速に足元の雇用状況が悪化していますね。だからそこはやっぱり見通しですから、なかなか正確に見通せないところはありますが、そういう特に下期以降の足元経済の悪化ということは十分留意しておいた方がいいんじゃないかと思えます。

田中委員長 そうですね。どのようにするか、積立金がマイナスになってしまっは大変です。借り入れ手続を組むことは、また大事ですので、そこがバッファとしてどのぐらい生きるかだと思うのですが。景気についてはこの見通し、他にいかがですか。

城戸委員 100年に一度というようなこういう事態で、過去の統計があてになるかどうかですよね。今の状態でいったらおそらく収入が減ってくるんじゃないかな、これが不足した時に800億の枠を超えるような状態だったら、これはどのような体制への予算の組み直しとか、補正か何かするんですかね。

依田企画部長 まず一つは、この保険料率は最終的にどう設定するかという議論がまずあるかと思います。都道府県別保険料率ということで、これから設定をしていくわけですが、まず、これの最終的な置き方をどうしていくかといったところはあるかと思います。最終的に予算を組みまして、その途中で、その状況に応じてですが、仮に積立金で取り崩してもということであれば、一時的に借り入れということもあるかと思いますが、なかなか収入というのが、いわゆる国庫補助とそれから保険料収入ということでございますので急にその点で収入をふやすということはなかなか難しいので、仮にそういうことであれば借り入れということになります。そういうところがないようにということで、最終的な予算編成に当たっていくということではなかろうかというふうに思っております。

埴岡委員 借り入れに関してはそういうことが起こらないようにということが原則だと思うのですが、万が一借り入れになった場合はどういうふうな手続になるのかを教えてください。既にクレジットラインなどが確保されているのかどうか、メインバンクがどこになるのか、政府保証とか承認手続はどうなのか、金利はどのぐらいかかるのか、その辺りのことを知りたいのですが。

依田企画部長 法律上の位置づけというか、手続といたしましては、一つは借り入れというのは通常でない事態でございますので、厚生労働大臣の認可を受けるといったようなことが手続上必要になってくるということでございます。それから法律上の取り扱いといたしまして、政府保証をつけることができるというような取り扱いになっているところでございます。それから、取引金融機関とはそういういろんな資金繰りでありますとか、そういうところについては機動的に対応できるような体制を整えていくといったことで、運用面ではそういうことになろうかというふうに考えております。

田中委員長 介護保険や日雇についてでも結構でございますが、特にございませんか。

逢見委員 平成20年度のところで、国庫補助について、政管健保の国庫補助について健保からの肩代わりという法案が出て、あれがたしか廃案になったと思うのですが、そのあとの措置とここの見込みの中にはどういうふうになっているのか、そこを教えてください。

依田企画部長 まず平成20年度につきましては、一応補正予算が組まれるということをお前提に、国庫補助の中に1,000億の措置が入っているといったことになっております。平成21年度予算につきましては、国庫補助ということで、この9,700億円の中に国庫補助と

いうことに入っているということでございます。

逢見委員 二次補正が成立すれば、この数字になるということでしょうか。

依田企画部長 そういうことでございます。

田中委員長 今のお答えは財源がどうなろうと国庫補助はあるとの説明ですね。その財源を組合健保に求めるか求めないかを協会けんぽとしては知らない、関知しない、国庫から来る、そういう前提ですね。わかりました。

依田企画部長 特例法の前提が、まず健康保険法で国庫補助が規定をされていて、その特例ルールを定めるという法案になっておりますので、その法案が制定されないということになりますと、もとの法律に戻って、そういう扱いになって、現在国の方で第二次補正予算が組まれているということでございますので、それを前提にということ考えております。

田中委員長 だそうです。よろしゅうございますか。他はいかがですか。ではこれから予算をつくるに当たって、景気が年を越してどうなるかこれはわからない。厚生労働省にマクロ経済の予測をせよと言っても、厚労省がマクロ経済運営について責任があるわけではない以上、何とも言いがたいですが、それを踏まえて今日の段階ではこういう前提をもとに予算を組んでいくけれども、多少は臨機応変にせざるを得ないでしょうね。それに基づいて来年の予算を決めていく、それから定款につながる保険料率の話も来年になるとまとまって出てくる、そういう理解でございます。

きょうの段階では、確認であります。今現在のデータで言えば、都道府県単位保険料率のベースとなる全体の平均値は 8.2%で考えていく、それから今御説明のありました介護保険料率及び日雇特例被保険者の、日雇の中の 2号被保険者の方々の保険料額については、これは法律上のルールで決まってしまうので、これは了承するしかありません。今後協会において保険料を徴収する社会保険庁と連携し広報などに務めていただきます。そして来年以降定款については所要の変更の手続を行って、こちらで諮ることになります。

その 2点、全体の保険料率をさしあたり 8.2%で計算していくことと、介護保険料率、日雇特例被保険者については定款の変更の手続を今後進めていくことで、きょうは確認という言い方をしますが、よろしゅうございますでしょうか。ではその方向でお進めください。今の介護保険料、日雇特例被保険者の保険料額の改定については、間違いないように準備を進めてください。

次に都道府県単位保険料率という言い方をしますが、都道府県別の保険料率の議論に移ります。資料の説明をお願いいたします。

藤澤協会管理室長 資料 5 を国の方でつくりましたので、御説明させていただきます。3枚ございまして、後ろ 2枚は試算の関係でございます。その前提として、皆様御承知のこととは思いますが、一番最初のページに県別の料率の設定のイメージをおつけしておりますので、簡単に御説明させていただきます。

これは法律上の枠組みを図で示したものでございますが、一番左の図にございますように、これまで全国一本の保険料率ということで、県ごとの医療費の違いがありますが、保険料率は一律に定めてございます。これを今後都道府県別に定めることとなりますが、医療費はその県ごとにいろいろ差があるのですが、その中の要因として年齢、所得に関しては、一般的に年齢構成が高い県ほど医療費が高くなる、それから所得水準が低い県ほど料率が高くなるということですので、その年齢の部分と所得の部分に関しては調整をまず行うことにしております。

ここでは年齢構成が協会全体の平均よりも高く、それから平均よりも所得水準が低いという、A県の例ということで図をお書きしていますが、年齢構成を協会の平均とした場合の医療費との差額をまず調整しまして、調整前の保険料率よりその分年齢調整分を下げます。それからさらにこの県の場合、所得が低いということなので、所得水準を協会の平均とした場合の差を見まして、所得調整を行って、保険料率をまた下げます、その結果が最後は地域差ということで、その地域差を反映した保険料率になります。これが法律上も調整するというふうになっておりまして、調整後のこれで保険料率になるわけです。

これプラス右の方に点線で囲っております部分ですが、各都道府県の保健事業などに要する保険料分、それから全国一律で賦課される後期高齢者支援金などの保険料分、この三つを合わせまして最後に最終的な保険料率が定まるという形になります。

この考え方を前提に試算したものが次の2枚でございまして、2枚目のものは表でお示ししたものです。今申し上げた発想を左から並べているのですが、aというところで書いてありますのが調整前の保険料率です。それにさらに調整bで示しているところですが、年齢調整と所得調整をして、その結果、調整後の保険料率、a + bという部分の数字が出ます。それから各都道府県ごとの保健事業ですとか、支援金関係の料率を足しまして、最後一番右のa + b + 39%と書いてある部分の数字が出ます。

この39というのは、下の※1のところに書いてありますように、老健拠出分を19、それから退職拠出金分14、現金給付分4、保健事業1ということでおいて、39としております。この数字自体は右上の注のところに書いてございますように、19年度の政管健保の医療給付受給者状況調査などによりまして機械的に試算したものでございます。まず全国平均の数字を見ていただきますと、調整前が44.3で、それに39を足すので83.5というのが最終的な保険料率の平均ということになります。

実際は82%で保険料率を設定していますが、その差は何かというと、積立金をこれは崩さない場合で計算したものの、実際は取り崩しているもので82になっているということになります。各都道府県を北から順番にずっと並べておりますが、一番平均より超えているのが北海道の88.8です。それから逆に一番低いのが左の欄の下から4番目の長野県で78.4でございます。北海道は平均から5.3%、長野は平均と5.1%違うということになりますので、北海道と長野を見ると10%違うということになるかと思えます。

もう少し見やすくしたものが次のページでグラフ化したものです。真ん中の0という線

がここでいうと 83.5 と考えていただければいいのですが、それとの乖離を左の長野の一番平均に比べて低い県からずっと右に向かって北海道まで並べているものでございまして、各都道府県かなりのばらつきがあるという結果になっております。

ただ、御承知のとおり、協会の設立後 5 年間は保険料率が大幅にこの結果上昇する場合には、激変緩和措置を講ずることができるということになっておりますので、この自然の結果、機械的試算の結果ではありますが、こういう状態からさらにどう激変緩和措置を講じてならしていくかという、また御議論をいただくことになると思っております。以上です。

依田企画部長 続きまして資料 6 でございますが、ただいまの都道府県単位保険料率についての平成 19 年度の試算等の話がございましたが、この協会けんぽの保険料率でございますが、現在全国一律ということで、8.2%というわけでございますが、法律の定めといたしましては、協会の設立後 1 年以内に都道府県単位保険料率に移行する必要があるということになっているわけでございます。こうした保険料率算定に当たりましての前提となる国の方の定める政省令、算定基準や激変緩和措置がまだ出ていないわけでございますが、こうしたものが示されれば、それに基づいて料率を設定していくということでございますけれども、現時点ではこれが示されていないといった状況でございます。

本日御議論いただきたいと考えておりますのは、特に①②に書いておりますが、一つは激変緩和措置について、これは国の方で定めていくということであろうかと思いますが、これについてどう考えていくかというところ、それからもう一つが、1 年以内に移行ということございまして、21 年 9 月までに移行するというところでございますが、具体的に移行時期をどう考えていくかといったところでございます。

この移行時期につきましては、下の※の 2 番目でございますように、今、県別料率の平均保険料率が今と変わらない 8.2%ということであれば、この移行時期ということに関しましては、協会全体の収支につきましては、財政的に中立であるといったことございまして、非常に簡単で恐縮でございますが、この 2 点について御意見を賜ればということでございます。

田中委員長 そして手続として都道府県単位保険料率を最終決定するのはどこになるのですか。

依田企画部長 最終的には国の方の政省令に基づきまして、協会が評議会で御意見をいただき、またこの運営委員会の議を経て決め、そして最終的には厚生労働大臣の認可を受ける、そういう手続でございます。

田中委員長 これから各県の評議会の御意見も伺っていくのですね。ではこれについて質問がありましたらお願いいたします。

埴岡委員 きょうの議論のポイントに移る前に、今日出していただいた資料 5 の 3 ページ「都道府県単位保険料率の試算」についてお伺いします。こういう計算をしている時に、整理されてしまったのを見ると何かわかったような気がしてしまうのですが、本当にわ

かっているのかどうかの確認をさせてください。こういう計算をする時のデータや方法等に関する限界や議論が幾つかあると思います。既にわかっているもの、想定されているもので、そういう限界などを一たんすべて列挙していただきたいのですが、どういうものがございませうか。基礎的データの問題ですとか、調整の方法論に関する問題ですとか、制度の問題、タイムラグの問題とか、いろんな限界があり得ると思うのですが。

田河課長 少しピントがずれているかもしれませんが、この試算前提資料をごらんいただきますと、例えばこの資料5の2枚目をめくっていただきますと、この機械的試算は注が表の上を書いてあります。平成19年度医療給付費受給者状況調査等により試算、これは実はたしか入院については5分の1とか、そういう抽出データでございます。そういう意味においては若干ずれが生じ得る危険性というのは全くないわけではない、そのように考えております。そこについてはさらに精度を高めたものをベースにしたい、そのようなふう聞いております。

埴岡委員 それぐらいだけなのではいせんか。限界とか議論の余地というのは、一つのポイントしかないということではいせんか。今認識されているものとして、サンプリングの限界という議論はあり得るということをおっしゃいましたが、サンプリングの限界以外には限界や議論の余地や検討事項というのではなく、計算の仕方として磐石のものであるという認識をお持ちという理解でよろしいのでしょうか。

田河課長 細かく見ていくとまたいろいろ出てくる可能性はあるかと思っておりますが、今気がついた点を申し上げれば、例えばそういうサンプリングの問題があろうと思っております。

埴岡委員 追加でお尋ねしますが、年齢調整の方法や所得調整の方法に関しては方法論的には確立しており、他の仕組みは特に考えられず、このやり方ということに関して議論の余地はないのでしょうか。

田中委員長 まあ年齢の方はまだわかるけど、所得は何を指標として格差をとってらっしゃるのでいせんか。

田河課長 例えば年齢調整等について言うと、先ほどもちょっとお話がありました、国保の安定化計画の例とか、そういうものなども参考にしながら、年齢調整、あるいは所得調整の方法等を考えたわけでございますが、年齢調整は確か5歳刻みをベースに構成していたかというふうに出ております。そして基本的に所得については、総報酬をもとに調整しています。ちょっと何かこれだけ見るとなかなかわかりにくくて、むしろ数式で御説明した方がわかりやすくなるのかもしれない。

埴岡委員 すべて整理された上で示されると、我々も少し注意力が散漫になってしまうところがあります。計算の仕方の一つ一つのプロセスが議論の余地がないのかということに関しては、我々もよく見る必要があると思っております。

私がお他のことで議論の余地があるのかなと思うのは、エリアに関する問題です。ピントはずれだったら失礼いたしますが、確認の質問をさせてください。保険に関しては、

例えば加入者がA県に住んでいて、勤務地がB県にあって、健保の支部がC県にあって、加入者がD県で医療にかかるということが理論上あるわけですね。そうすると、地域がまたがっているのに、その負担と給付に関しての県別で考えることの妥当性を検証する必要があると思います。その加入者の所在地、勤務地、支部、支出されている場所のズレが現在どの程度あるかということに関するデータはお持ちでしょうか。

田河課長 ちょっと手元には持っておりませんが、そういう検証もやっていたような話を聞いております。その時だと、東京都は若干ズレが大きいわけですが、全国的にいうと8割以上が大体一致しているような話を聞いておりました。

それとその点についてちょっと申し上げますと、この県別料率については健康保険法上どういうふうに規定されているのかといいますと、これは支部の被保険者を単位として協会が決定するというふうになっております。では何が支部の被保険者なのか、じゃあ住所地で見るのかどうなのかという御質問なんだろうと思うのですが、その支部の被保険者というのは法律上どう定義されているのかというと、各支部の都道府県に所在する適用事業所に使用される被保険者という形になりますので、これは地域保険である国保ですと住所地を基準にするというふうになるわけですが、被用者保険である協会けんぽの場合についていうと、事業所の所在地をベースに押さえてある、それは今も協会けんぽの被保険者に対する事務連絡であるとか、あるいは保健活動であるとか、さまざまな活動が事業所を通じて行われております。そうした性格を反映したものだろうというふうに思っております。

埴岡委員 ちょっと驚きなのは、その精度についてのデータがないことです。また80%ぐらい一致しているということで一致している認識するところも結構驚きです。99.8%一致というなら驚かないのですが、80%の一致ということは20%ずれているということで、それはどのようにとらえればいいのかわかりません。それは問題にならないのですか。

47都道府県ほとんどのところは問題が比較的少ないのかもしれませんが、しかし、例えば東京、名古屋、大阪あたりでは、東京都と埼玉県の関係、愛知県と岐阜県の関係、大阪府と奈良県の関係等で、何か不一致が起こっているような部分が多くないのでしょうか。そして、そうしたことがあっても、県単位で負担と給付を考えて計算することに関して、妥当性が十分確保できるのか、私は保険の仕組みに関して不勉強で少し心配なので、そこを確認させてください。支出される部分と、負担者の地理的場所がずれている場合に、示された計算でやるのが正しいといえるのかどうか、質問させてください。

田中委員長 説明をお願いいたします。

田河課長 例えば会社が東京にあって、そして家が神奈川にあるという場合だって考えられるわけです。そして実際会社の近くで風邪を引いたとって診療を受ける場合もあるし、あるいは自宅の近くで受ける場合もあります。それらの場合、結局、今のこの県別料率についても、これは事業所としては東京にありますから、神奈川の受けたものも、それは東京の事業所の医療費としてカウントされるわけです。またある意味、保健活動等は、

それは事業所等を通じて行われ、サラリーマンですから、例えば成人病対策はどうしましょうとか、あるいは慢性病、メタボはどうしましょう、そうした行為というのは事業所を通じて行われます。

実際診療所で受ける場合、住所地で受けることもありますが、ここの県別料率の時にはこれは事業所を単位として結果論的には集計され、それをもとに試算をしたものでございます。それは被用者保険として事業所を単位に計算していくということはそれほどおかしくはないのではないかと考えてはおりますが。

田中委員長 被用者保険の底にある考え方では、社会的連帯の基盤が事業所であることから、住所地が違ったり、治療を受ける場所が違うことはきっと折り込み済みなんだと思います。

埴岡委員 もともとそういう約束事でできてきたということですが、それを県別で保険料率を計算する時に、問題視しなくていいのですね。それは、負担者と費用の発生がずれるというようなことは起こってないということですか。それとも、そういうことは起こっているけれども、もともとそういう考えでやってきたから、気にすることはないということでしょうか。どちらでしょうか。

依田企画部長 埴岡委員の御質問に答えているかどうかわからないのですが、事業所ベースで医療費をとらえるか、医療機関の所在地か居住地かという議論はあるわけですが、まずその前提といたしまして、負担と給付の関係は連動しているということとございまして、事業所単位でございまして、その事業所の方の保険料でいわばその給付をまかなっているところの1対1の関係はございます。そこだけちょっと補足でございまして。

埴岡委員 その事業所の労働者、勤務者が使っている医療費が発生する場所とはもちろん必ずしも一致しないわけですよね。それは気にすることではないということになるのですか。

高橋理事 それは社会保険のつくり方の問題だと思うのですが、まずその事業所を通してつくるということですが、その負担をしている根っこは、これはサラリーマンの保険ですので、その御本人が稼いでいるすべての所得をベースにして保険料を賦課しているのではなくて、ある特定の事業所に勤務することによって得られている、その給与から、そこに負担をしているわけです。そうするとその保険料をもって医療費を払っていますから、どこの医療機関でもいいのですが、その企業の中から当然いろんなところへの医療機関の医療費を払っているということで、当然その事業所で発生している給与所得をベースにしてすべてものを考えているという、そういう構成になるんだと思います。

埴岡委員 私は特別に理解が遅いのだと思うのですが、この辺りのことに関して、以前、石谷委員がそういうズレが少しあるとおっしゃっていたので、こうした疑問が生じたわけです。このような疑問を抱く方もいらっしゃるかもしれないので、わかりやすく説明していただきたいということと、そのズレに関する基礎データも整備して示されるといいなと思いました。80%ぐらいは一致しているといった程度にしかわかっていないよりは、やは

り説明可能なデータが整備されるといいかなと思いました。すみません、長時間かかってしまって失礼いたしました。

田中委員長 理解をしていくプロセスではかまわないと思います。他にはいかがですか。

城戸委員 この3ページのグラフで長野と北海道の違いですよね。単純に最初に年齢構成が高い県ほど医療費が高く、保険料率が高くなる、また所得水準の低い県ほど保険料が高くなる、比べたら長野と北海道がそんなに所得が違うのか。私はどっちかという所得は長野は物すごいかな、年齢構成もどうか、だからこのグラフを見ていたら、やっぱり何か理念的に予防医療か何かそういう県の指導で事前にそういう手を打って医療機関にかからないとか、そういうようなちょっと的はずれた質問なのかもわかりませんが、そういう長野にいい例があれば、長野を見習って各県が取り入れられるところがあれば取り入れてやったら、ただ、どんどん上げていくのではなくて、そこらの点のちょっと質問なんですけどね。そういう点の回答があればお願いします。

田中委員長 このグラフは年齢、所得、調整後ですね。調整してなおかつこれだけ下がる理由は、医療のかかり方です。今の長野や北海道の取り組みについて、何かデータをお持ちかとの質問だと思いますが。

依田企画部長 これは県別料率を導入する時から長野は非常に医療費が低いということで、いろんな場面で指摘されているところがございます。やはりいろんな予防への取り組みだとか、そういうところがやはり学ぶべき点はたくさんあると思います。したがって今回協会におきましても、まさに県別に料率を算定していくというのは、医療費適正化、特に保健事業、予防のところは、地域単位でやはり地域の実情に応じて力を入れていこう、いい取り組みがあればどんどん取り入れてということであろうかと思えます。今、城戸委員が御指摘いただいたように、やはりそこはこういう形で出ているということがございますので、まず予防をしっかりやっていく。あとは北海道で特に言われておりますのは、やはり医療提供体制だとか、そういうファクターも言われているようなところがございますので、そういうところもよく見て保険者としてどう取り組んでいけるかということをややはり地域単位で考えていかなければいけないというふうに思っております。

田中委員長 よろしゅうございますか。

城戸委員 私は福岡県なんですけど、福岡県が87という数字になっていますが、単純にしたら企業が今1,000分の82ですかね、1,000万所得があるのだったら5万円負担がふえる、従業員も5万円ふえる、やっぱり10万円ふえるということはすごい、まあ1,000万も所得はないですけど、その半分にしても、やっぱり5万負担がふえるというふうな数字になるので、できるだけ長野に近づくような指導をやっぱりするべきではないかなと思っておりますので、よろしく。

田中委員長 ありがとうございます。それでは川端委員お願いします。

川端委員 埴岡委員の御質問にも関連するのですが、以前ですと政管健保の時には本社一括適用であれば料率が8.2で一緒でしたから、東京の本社で一括しようと、どこでしよ

うと一緒になるということでしたが、今回の場合は特に都道府県ごとに料率が変わっておりますので、それですできるだけ低いところというふうな考え方も起こり得るというような懸念からそういう質問をされたと思うのですが、今度、支部の方で評議会でこの料率を決めるのですが、ここに出てきた分の数字の基礎となる資料、それをどこまでいただくかどうか。ただ、これだけですと何の検討のしようもないし、この数字だけでうちの県はこれでしょうかということに陥りかねないと思いますので、その資料をどこら辺までいただけるかということが一点。

ぜひ全国平均で82%どこの県も余り高くしたくないというのが心情ですので、私どももこれから評議会でそれを検討するのですが、これが80%とか、すごく全国平均で低くなった場合に、そういう場合はどういうふうな措置をとられるかということをちょっとお尋ねしたいのですが。

田中委員長 先ほどの埴岡委員と同じで、データをどこまで出せるかと、それから低くなったところについてはどういう対応をするかですが、どうぞお答えください。その前に関連の質問ですか、それでは山下委員お願いします。

山下委員 私も同じ意見で、川端委員が最初に言われた点と、埴岡委員の意見にも関係するのですが、月曜日に東京都の評議会があったのですが、その席でもやはりそれぞれ支部は結構張り切って同一の責任もあるので、やはりデータがほしい、いろいろ論じてくださいという割にはデータが全くないというお話が出まして、特に学識経験者の方からそういう意見が強く出されまして、今後はやっぱりそういう傾向がふえるんじゃないかと思えますので、事務局の方へ質問されると、本部の方からそれだけしか来ていませんというお話で、もうほとんど回答ができないような状況だったので、ぜひその辺も配慮していただきたいなと思います。

田中委員長 お三方から同じ御意見が出ていますので、データについて御説明ください。

依田企画部長 支部の方には必要なできる限りデータは提供してまいりたいというふうに考えております。ただ、これはあくまで平成19年度の機械的な試算ということでございまして、これは一つの議論としての素材でございまして、最終的に保険料率を算定する場合には、先ほどの抽出データをどうするかとか、そういうお話もございましたが、やはり算定する基礎係数、例えば年齢階級別の医療費でありますとか、標準報酬だとか、そういう係数の出典も示して、それはまずはその率を算定する前提の数字についてはきっちりお示しをさせていただかなければその段階ではいけないというふうに思っております。したがって、今この19年度のデータ自身、これはきっちりしたそれぞれデータがあるわけですが、それをこの機械的計算がどうかということをそれ自身はどうこうなるわけではございませんので、最終的な算定に当たりましては、そうした基礎データをきっちり示していきたいと思えますし、その前提となる考え方なり、基準がどこまで政省令で示されるかということも関連するかと思いますので、そういうものも示されない段階で数字がひとり歩きするということも困りますので、そういうものも踏まえてきっちりやっ

てまいりたいと思っております。いずれにいたしましても支部からのいろんなお求めに対してはできる限り対応してまいりたいというふうに思っております。

田中委員長 後段の激変緩和措置の、いわば低い方についてはどうなるのだという御質問ですが。

依田企画部長 激変緩和措置の内容であると思しますので、私の方で答えるのが適切かどうかというのがございますが、この激変緩和措置については、当然高いところを下げていくということであれば、全体的に調整するというところでございますので、低いところは、その分、その下げた分の負担をシェアしていくということで、全体で負担をしていくというような全体構造になっているといったことであるというふうに考えております。

田中委員長 川端委員、今のお答えでよろしゅうございますか。では石谷委員どうぞ。

石谷委員 お教え願いたいのですが、さっき埴岡委員がおっしゃっていた件に関係しています。例えば大阪の適用事業所に所属する被保険者がいれば、総報酬の額は大阪にカウントされますよね。今度その人が例えば滋賀県で診療を受けたとすれば、滋賀県で給付が出ていますね。そうした場合に、この統計を出される場合、総報酬額というのは府県別に出てくると思うんですね。給付の額は滋賀県で出た給付の額としてカウントされているという解釈でよろしいのでしょうか。

依田企画部長 その点でございますが、被保険者単位、加入者単位で見ておりますので、例えば大阪でまず総報酬がカウントされまして、それからその方が滋賀で受けても京都で受けても、その大阪のこの方の医療費ということで、いわゆる負担と給付は一致するような形で計上されております。

石谷委員 そうしますと事業所の記号番号とかでトータルして、大阪府ということでカウントされているということですか？そうであれば了解いたしました。

田中委員長 では逢見委員、どうぞ。

逢見委員 この都道府県単位の保険料率というのは、これは入れた時の議論というのはそれぞれの保険者機能の発揮によって、支部ごとにそれぞれ努力してもらって、そういう努力の結果が保険料率に反映される、そういう趣旨でこういうものが入ったんだろう、そういう意味で保険者機能の発揮というのが、この協会けんぽの設立された大きな目的でありますから、そういう考え方そのものは否定はしませんが、ただ、その初年度に一番高いところと一番低いところというところと10%くらいの差があって、それがいきなりこういう形でもし激変緩和がなくて、そのままこれが導入されると、いわば政管時代は一律でやってきて、それで協会になった途端に違ってくる、その結果は高いところはいわばこれまでの努力が足りなかったんだというふうに言われても、多分その高いところはなかなか納得しないんだろう。ただ、スタートラインという点で言えば、なるべく余り差をつけずに、徐々にそれぞれの支部間の保険者努力が反映されていくというのが望ましいと思います。

ただ、その激変緩和の考え方というのは、本来あるべき保険料率に向けて、それが急激な変化にならないように徐々にならしながらそこへ向かっていくということなんで、そこ

をどうバランスさせるかということだと思っんですね。ですからここでいう機械的試算で出てきた数字をもう固めてしまっ、それに向けて調整していくということではなくて、ローリングしながら、そこにおける毎年の給付なり、保険料の収入のバランスの中で調整していく、そういうローリング型でやっていくということではどうか、要するになるべく最初は差をつけずにスタートするということではないかなというふうに思っています。

それから前回の議論で、保険料率が低くなっところについては、それを特別計上して積み増す、プールするというのがちょっとあったんじゃないかと思いますが、これをやると最初から豊かな支部とそうでない支部というのが出てくるような感じがして、スタート段階から何かそういう格差が出てくるようなことがちょっとどうかというふうに思っていますので、特別計上する考え方についてはより吟味して慎重な対応をすべきではないかというふうに思っています。

田中委員長 支部が自律性、ある程度責任を持つ姿は今年からだから、その前の段階の数値をいきなり反映させるのは厳しすぎるとの御趣旨ですね。ありがとうございます。他に激変緩和措置について、今逢見委員から一つ意見をいただきましたが、他の方はいかがでしょうか。

森委員 資料6の※のところにも5年間というのが一つの、これはある面では目安のかなというふうに私は読み取ったんですが、こちら辺の考え方というのはやはりある面では協会自身もこの料率が軟着陸していくためにいろいろ御議論していただいているような激変緩和というのは、なだらかにいきたい、しかしそういう中で先ほど来お話がございましたように、従来から例えば長野と北海道の例を出されたと同じように、そういう大変過去にある面では成果を上げておっ、そういうものをどのように評価をして、そしてそれを広くまた広めていくというようなことと合わせていかないと、この激変緩和というのはある面ではすごい毒薬にもなってしまっ、大変厳しいところも出てくる、それを何とかやはり緩やかに。

それともう一つ、一番心配しておりますのは、おそらくこの県別に出てきますと、高齢化の進行というのが県別によって相当違っと思っんです。そうすると先ほど来この資料5のところに書いてございますように、年齢構成の高い県ほど医療費は高くつく、そうするとある面では追いつかなくなっくる、そういう可能性もあるという、そういう心配も片一方であるのではないか。そうすると心配するのはたちごっこではないかなというふうに、常にやはり料率が、どちらかというと上がっていくことしか考えられないのではないかな、そんなようなことのも心配もしますので、どうしても激変緩和というのは、これは私はある面ではこの5年間というのが私は一つの目安ではないかなというふうに思っているのですが、その辺の考え方を教えていただけますか。

田河課長 やはり先ほども逢見委員からございましたように、全国一律の料率からこういうふうな各都道府県に移行する、それがやはり一気にというのではやはり難しいのではないか、そのようなことから法律の附則の中で25年9月まで激変緩和をするという形にな

っております。

それと一応年齢構成が高い県は料率が上がっていくのではないかと御質問もございましたが、先ほども御説明しましたように、もともと都道府県単位料率を設定する時は、これは県別の年齢の違いというのは補正した形になりますので、そこは補正された形を前提に議論を行うという形になろうかと思えます。確かにこの激変緩和措置をどのようにしていくのか、最初は上がるどころと、下がるどころで、例えば長野、どのぐらいの差をもっていくのかというのが大きな論点になるのではないかと、上がるどころとしては余り好ましくない話でございますが、逆にいうと下がるどころは本来我々が努力してきたんだから、そこを反映してほしいという思いもあるかというふうに思えます。そこがポイントになってくるんだろうとは思っております。

埴岡委員 いろいろ懸念が想起されるのですが、まず具体的な激変緩和措置の方法論や技術論に入る前に、考え方を確認しておきたいのです。まず、こういう都道府県別の医療費構造の違いを把握するというのはとても大事なことで、それはどんどんやるべきだと思います。しかし、それが起こっている原因と当事者と責任者の問題を考えずに、負担の問題にすぐに結びつけるのはいささか困難というふうに考えます。ここはもっと精密な議論が必要だと思います。おおまかな構造を考えてみましょう。この医療費コストの差が出ている責任は何かというと、まず、かなりの部分が医療機関や医療体制の責任が大きいということになります。次に、行政の責任もかなりあるでしょう。そして、協会けんぽの各支部の責任という、おそらく相対的にかなり小さいということになる。そして、そこに住んでいたり、働いていたり、医療を受けている人の責任は、一部、健康行動や生活習慣、受診行動に関する責任としてあるのですが、いきなりそれを問うわけにはいかないと思います。同様に、やはりその事業主の責任ということも本来あまり大きくは問えないものだと思います。ところがそこに負担を転嫁するというのですから、それは筋論としてかなり疑問があります。

そうすると、やはり相当の激変緩和措置が必要です。相応の責任に対して相応の負担と考えるということだと思います。それで、本来保険者として考えなければいけないのは、保険者機能を強化して、医療の質とコスト構造を明確にして、その最も当事者であるセクターに保険者機能によって働きかけて、医療の質と構造が全体に向上したり、悪いところを是正するようにしむけることです。それが保険者機能ではないでしょうか。

保険者機能の最初の発揮として、みずからの加入者あるいは事業主に対してそれを行使して、そこから差をつけるというのは順序としてはおかしい。本来医療機関に対して差をつけたり、行政に対して提案をするなどの差をつけるのが保険者機能だと思います。そういう意味では5年間というタームで考えるならば、3年間は自らの保険者機能を強化して、医療の質と費用の構造の是正、あるいはそれを全体的に向上することにベストを尽くす。そして、そのあとの4年目、5年目で、事業主や加入者に対する差を考えていくというのが本来あるべき姿かと感じます。

先ほどから出ていますように、悪い循環になるとよくないと思います。悪いところにペナルティがあって、ペナルティで力が衰え、資源が不足し、さらにパフォーマンスが悪くなっていくというふうにならないように、いいところがなぜなのか、そしていいところのまねができるように、できないところは支援をして、そしてさらにいいところにみんながそろっていきけるようにという、そういうトータルなコンセプトを考えていただきたいと思いました。

それから質問ですが、激変緩和措置をする時の考え方として、事務局としては、例えば5年間で激変緩和するとして、5年均一で階段を上っていくといったイメージをもたれているのかどうかという、時間的な経過の考え方について聞かせてください。また、激変緩和の圧縮の仕方としては、全体を圧縮、つまり下も圧縮、上も圧縮するような考え方をもたれているのか、あるいは一定以上の負担増になる分についてキャップ的に考えて、そのキャップを回ませた分に関して全体で相応の負担をしようというスキームなのか、どういうパターンを考えていらっしゃるのか、うかがいたと思います。以上です。

田中委員長 前段は大変いい理論的なの確なまとめをしていただきました。ありがとうございました。激変緩和は一定率で行うのか、あるいは最初の2年はなしでとか、そういう話と、それは全部について考えるのか、特別に出っ張ったところだけの話なのかと、二つ御質問がございました。

田河課長 まさにそういうことを御議論していただきたいと思うのですが、ただ、法律上、協会の設立後1年以内に都道府県別料率に移行するという形になりますので、来年9月以降はなにがしかの都道府県別に料率の違いが出るということが想定はされているんだろうというふうに思っております。

その際に、全体的な収支を均衡させる必要がありますから、上がるところを抑えれば、逆に言えば下がる場所もその分抑えられる傾向にあるわけですが、その激変緩和措置をどういうふうにつくっていくのか、キャップをはめるような発想をとった方がいいのか、この資料5の3ページの最後の図に料率のカーブがあるわけですが、これをどのようにならしていくのか、それが議論になるわけですが、キャップをはめた方がいいのか、あるいはそれぞれの各県別の医療費を若干でも反映させた方がいいのか、そういう点が議論にはなってくるかというふうには思っております。

田中委員長 埴岡委員がいつも言ってらっしゃるように、これは医療費のデータであって、医療の質のデータではない。長野は一般に医療はいいと言われていますが、すべての医療費の低い県が全部いい医療かどうかはわかりません。理論的には医療費が低くて質が悪いところもあり得ますからね。それをモデルにして単に下げたらいいと言われてたら困るといつも言ってらっしゃるので、そういうことも考えながら進めないといけませんね。5年ありますので、研究を重ねながらだと思っております。無理やりに進める話ではないと思っております。

森委員 きょうまた後ほど資料8で保険者機能強化ということが基本プランが出ておる

のですが、今埴岡委員がおっしゃいましたように、やはり保険者機能強化ということは、いい医療をコストを安くしながら、そしてある面ではいかに継続していくか、そういうことを、保険者機能を強化をするというのは、もちろん本部もそうですが、支部それぞれがそういうような機能をきちっとやはり果たす、そういう意識をもつていただけるような、ある面ではスタート段階はそういう考え方をぜひ徹底していただくことが、それが長い時間続けていくことによって、トータルでやはり料率が維持できれば、その方がいいのではないかというふうに思いますので、ぜひある面ではそれを何年というふうに協会の方はお考えになってらっしゃるかどうかわかりませんが、やはりそういう協会自身もそういうお考えを、せつかく保険者機能強化と、これは今回のいろんなところでこの機能強化のお話が必ず出てくるものですから、ぜひそれを実行していただければというふうに思います。

田中委員長 ありがとうございます。保険者機能についてしっかり支部の方々とも共有していくことですね。

石谷委員 資料6の保険料率の移行時期ということで、要望でございますが、実務的な面でいきますと、7月に算定基礎届けがありまして、毎年9月から標準報酬の等級が変わるわけなんです。それと厚生年金保険料率が毎年自動的に9月から上がっております。ですから激変緩和措置がいかなるものになるかとか、保険収入等の関係もあるのですが、実務面例えば給与計算とか、加入者に標準報酬の等級を通知するとか、そういうことから考えますと、9月を移行時期としていただくのがベターではないかなと考えますので、よろしくお願ひしたいと思います。

埴岡委員 くだくてすみませんが、もうひとつコメントさせてください。5年間で調整するような考え方があった場合、私はぜひ最初の3年間で保険者機能特別強化期間というふうにしていただきたい。特に、そこで地域の医療機関と医療体制構造に関して保険者機能を発揮し、もちろん医療の質を優先して働きかけていただき、また行政に対しても地域医療計画のためにデータを提示するなどし、その構造改革を進めていただきたい。そして、その後4年目5年目に、こうした保険料率の調整ということに進むのが正論ではないかなと思います。もし100という数字を5年間で調整しなければならないのであれば、それを前倒しで調整したり、20ずつ均等に調整するというのではなくて、やはりまだ保険者機能が十分発揮できていないという咎めがありますので、そういう調整というのは後ろ倒しにしなければ、その負担がかかる人の納得というのは得にくいのではないかなというのが私の感覚です。

田中委員長 ありがとうございます。高い方が下げたい余りに地元の医療機関と支部とけんかしてしまうこともよくないですね。そういういろいろな関係を取りながらだと思えます。さまざまな御意見が出ました。ありがとうございます。それでは事務局及び厚生労働省とも本日の議論を踏まえて、またお考えください。よろしくお願ひいたします。

最後にその他として事務局から何点か資料が提出されていますので、説明をお願いいたします。

依田企画部長 資料7から御説明を申し上げたいと思います。まず資料7でございますが、これは健康保険の被保険者証の切り替え時期の変更についてでございます。この被保険者証につきましては、本年10月に協会設立に当たりまして、従前の政府管掌健康保険の被保険者証を引き続き使用できるというような形で進めてまいっておりまして、それで新たな被保険者証への一斉の切り替えにつきましては、当初、平成21年3月末をめどに進めていくということで予定させていただいたところでございますが、この資料に書いてございますように、いろんな事情がございまして、やむを得ず延期をさせていただきたいということでございまして、御理解をいただきたいということと、当初の計画を変更させていただくということにつきましておわびを申し上げさせていただくという次第でございます。

この間の事情でございますが、まず設立直後の10月の初旬でございますが、これまでも一度御報告させていただいたところでございますが、被保険者証の印字の不具合がございまして、その後、カード自身の問題といたしまして、その原因の究明でありますとか、解消のための調査、それから所要の仕様の見直し等も行っておりまして、ようやく印字の鮮明なカードが確実に作成できるめどが立ってきたというところでございます。こうしたことでカードを一斉に切り替えていくということが必要になるわけでございますが、そのためのその調達手続が大幅に遅れておりまして、来年3月末までに切り替えを完了するということにつきましては、なかなか困難な状況になっているところでございます。他方、また、こうした年度末、それから年度当初の時期につきましては、この健康保険の世界におきましては、退職、就職を伴ういろんな資格喪失届出でございますとか、取得の届出等の手続のピーク時に当たっておりまして、またカード業者の方においても生産のピークに重なっているということもございまして、やはりその時期を避けて進めていく必要があるのではないかとございまして、したがってカードの作成時期等もずらしまして、この被保険者証の一斉の切り替えの時期につきましては、6月以降から順次やらせていただきまして、9月、10月ごろの完了ということで、当初の計画を変更させてやらせていただきたいということでございます。

なお、新しく協会けんぽに加入された方につきましては、新たな被保険者証は発行させていただきます。また、従来からお持ちの政府管掌健康保険の被保険者証でございますが、こちらについては引き続きこの切り替えが完了するまで有効でございます。

この影響でございますが、来年3月ごろに医療費通知をお送りする予定にさせていただいておりますが、これは新しいシステムで対応するというところでございまして、このシステム上新たな被保険者番号がこの医療費通知に印字をされる、番号体系がひらがなだとか、そういうところが数字化しておりますので、そういう番号体系は異なるということでございますが、新たな番号が印字されるということで、従来の被保険者証をお持ちの方については、この医療費通知に記載されている番号とお手持ちの被保険者番号は異なるということで、御迷惑をかけるわけでございますが、重ねておわび申し上げる次第でございまして、こういう取扱いで進めさせていただければというふうに考えている次第でございます。

それから資料8でございますが、前回、前々回に御議論いただいておりますアクションプラン、前回の御意見も踏まえまして、修正をさせていただいております。加入者という表現に合わせるとか等々、御意見に基づいて修正をさせていただいております。こちらの方はまさに本日もご議論がございましたが、保険者機能強化のために取組みを主として進めていくということが大事でございます。後発医薬品の促進の関係、これももう具体的な検討に着手をさせていただいております。それからインターネットを通じた医療費通知、これも後ほど御説明させていただきますが、実施の運びにさせていただきたいと思っております。それから調査研究についても、具体的に着手を進めていきたいというふうに考えている次第でございます。

それでその関連の資料9でございますが、インターネットを通じた医療費の情報提供サービスということで、この場でも以前セキュリティの問題等、御指摘をいただいたところでございます。現在、年に2回でございますが、紙ベースでこの医療機関での受診にかかる医療費をお知らせをする医療費通知を実施をさせていただいたところでございます。1月中旬から御希望者につきましては、ユーザーIDとパスワードを設定させていただきまして、インターネットを通じて毎月の医療費の情報を照会できるといったサービスを開始させていただくといったことでございます。

利用の流れでございますが、ホームページを通じて御登録をいただきまして、それを協会の方で審査をさせていただきまして、御本人様に通知をさせていただく。加入者の方はそれをユーザーID、パスワードを利用いたしまして、システムを通じてログインをして御自身の医療費の情報を照会をするといったことでございます。

照会できる医療費の情報でございますが、これは現行の紙ベースでやっております医療費通知と同じ内容でございます。診療年月、受診者、それから医療機関名でございます。それから医療費、保険の額、自己負担の額等の内容となっているわけでございます。これは遡って2年分までということでございます。これからサービスが始まりますので、これからこのパスワード等々の通知を受けたところにかかる医療費の情報から始まりまして、2年分蓄積をされて、その2年分が見れるということでございます。

セキュリティ対策でございますが、パスワード、それからユーザーIDを設定いたしまして、誤入力の場合には利用停止するでございますとか、それから情報につきましてもSSLという技術を採用いたしまして、情報を暗号化して対応する。またファイアウォールでございますとか、不正アクセスの監視体制ということで、ハード面、ソフト面でのきちんとした対応をしてまいりたいということでございます。こちらの方は新たな協会のサービスとして開始をさせていただきたいというふうに考えております。

次は資料10でございますが、中医協の動向でございます。この間に12月17日に総会が開催されておまして、書いておりますような医療機器の保険適用でございますとか、こうした案件についての議事がございます。定例的な案件でございますので、特に小林理事の方からこれについての特に発言はしておりません。

それからあとは参考資料を幾つか用意させていただいておりました、御説明させていただきたいと思っております。参考資料2でございます。これはこの運営委員会の中で何回か御質問、御指摘をいただいているところでございます。現在、まず把握している状況の中で御報告させていただきたいと思っておりますが、各支部におきましては、各支部の事務所に窓口を設け、また各社会保険事務所に職員が巡回をして、また社会保険労務士さんなんかに委託をさせていただき、窓口を開設させていただいている状況でございます。この表は、その1日当たりの窓口での受付件数を整理させていただいたものでございまして、青色のところが支部の窓口になっておりました、平均で31件ということでございますが、やはり大都市部におきましては相当支部の窓口の件数が多くなっているという状況でございます。それから一方、赤い方が社会保険事務所に設けた窓口でございまして、平均的に27件ということでございまして、やや大都市部なんかは支部の窓口に集中をして、むしろ社会保険事務所の方が少ないようなところも一部見受けられるような状況でございまして、やはり各支部ごとに相当状況が異なっているといったことでございます。今回、こういう形で件数のみ報告させていただきますが、このあり方につきましては、来年、平成21年度以降のあり方としてまた改めまして、この場で御議論をさせていただきたいと考えております。今の現状の御報告というところでございます。

それから参考資料3でございますが、これもこれまで御指摘ございましたが、どのような基準で協会においては調達を進めているのかということでございます。基本的な考え方といたしましては、100万円を超えない少額のものについては随契によることができる、ただ、随契であっても見積もり合わせ等により競争性を確保するようなことを努めているところでございます。100万円を超えるものについては一般競争入札を原則としておりました、ただ、いろんな契約の性質等に個別に応じまして、随契によらざるを得ない場合については個別に審査をしていくということでございます、書いてございますように調達審査委員会で個別に案件の審査を経て決定をしているといったことでございます。2ページ目に調達審査委員会の概要等を書いておりましたが、理事長、理事、それから各部長等が参画し、またシステム関係もございまして、システムのアドバイザーにも必要に応じて参画をいただきまして、審議をしているといったことでございます。

それから最後でございますが、参考資料4でございます。前回、船員保険の関係が22年1月に協会けんぽに、船員保険の一部でございます、職務外の疾病部分でございますが、その部分が協会に移管をしてくるというふうな御説明をさせていただいたかと思っております。これに関連いたしまして、日本年金機構が22年1月に発足ということでございまして、職員の募集を開始したところでございます。あわせまして、協会におきましても、昨日でございますが、この船員保険の関係の職員の募集を開始をしたといった関連の資料でございます。

この募集につきましては、法律上、下の※にございますが、手続が定まっております、社会保険庁長官を通じまして、協会の方で採用基準、労働条件を定めて、社会保険庁の職

員を募集するといった手続が定められております。社会保険庁の方で候補者の名簿を作成をして、それを協会で審査をして採用決定をするといった手順でございます。今回、この募集を開始したということございまして、2月16日までに名簿を提出いただきたいということで、社会保険庁に依頼をしております。採用予定者数としては約40名ということを考えております。

次のページが採用基準というものでございまして、これも法律の定めに基づきまして協会が策定したものでございますが、これは協会設立時の採用基準をベースに、また日本年金機構につきましても採用基準についての議論がございまして、4番ですが、懲戒処分取り扱いについては、それを踏襲して同様の内容とさせていただきます。懲戒処分を受けた方については採用しない、また、採用内定後に懲戒処分対象となる行為が明らかになった場合には内容を取り消す等の内容でございます。それからあとは7番でございますが、今回は船員保険の関係ということもございまして、原則として船員保険、または健康保険業務の経験を有するといったことを採用の基準として盛り込んでいただいております。こうしたことでこれから22年1月に向けて採用手続の方も開始をするといったことでございます。以上でございます。

田中委員長 ありがとうございます。ただいまの事務局の説明について御質問はおありでしょうか。

五嶋委員 参考資料3の中の100万円を超える場合の一般競争入札なんですが、この1のところの最後のところに、不利と認められる場合とありますが、これをちょっと説明がほしいなと思います。

依田企画部長 実はこの規定はいわゆる国の会計法だとか、そういう法令の規定に則った記述になっておりまして、一般的に競争入札が原則でございますので、随契の場合として法令等に定めがあるようなことでございます。具体的な事例としては、余り想定されていないのかなというふうに思っておりますが、例えばほとんど業務の遂行が終わっているような場合で、追加して何か契約するようなケースがあろうかと思いますが、そういう場合に、今契約している以外のところにやっただくというような場合には非常に競争条件として不利となるような、そういった場合が言われているというふうに解釈をしております。

田中委員長 他に何か質問はおありでしょうか。

埴岡委員 加入者という言葉を使うことに関して、いろんな書類で被保険者から加入者になっているのを今回確認いたしました。好ましく思いました。機会があれば、しばらくしてから本部や支部にもサイトビジットということで、どれぐらい加入者の文言が普及しているか、委員みんなで拝見に行くというのもよいかと思いました。

次に中医協の資料を出していただきありがとうございます。それから先ほど社会保障審議会医療保険部会の委員にも小林理事長がなられたということ伺いました。この中医協の委員と社会保障審議会医療保険部会の委員という両面で発言をたくさんしていただい

て、指導力を発揮していただければと思います。

また、社会保障審議会医療保険部会におきましては、いわゆる国民、市民、患者等の視点を持っていらっしゃる委員の方が見当たりにくいということがございますので、小林理事長は保険者の立場でありますけれども、加入者ひいては患者の立場という視点も一部代理的にお持ちいただいて、発言していただければというのが私の気持ちでございます。

それから先ほどございました参考資料3の調達基準のことですが、やむを得ない場合随意契約として、内部委員会で審査をして決定するというのも、やむを得ない場合も一部あるかと思うのですが、やはりモニターは必要で、例えば毎年の推移とか半年の推移、件数及び金額等に関して、例えばこの運営委員会に出していただくとか、何らかの仕組みがあることが望ましいかもしれないと思いました。

参考資料2ですが、この資料を出していただいた意味は何なのでしょう。聞き落としたかもしれませんが、この窓口受付というのは、訪問でしょうか電話でしょうか、郵便等も含めてなんなのでしょう。それをお尋ねできますでしょうか。

田中委員長 最後の質問です。お願いします。

依田企画部長 説明が不十分でございました。これは実際に来訪されて申請書だとか届け出を受けつけたその件数でございます。

埴岡委員 ありがとうございます。以上です。

川端委員 現場サイドのことでお願いとか質問なんです。先ほどの健康保険証の切りかえの時期の件につきまして、この前支部の方へ行きましたらなかなかできないということで、心配をされておりました。こういうふうなことで理由がわかりましたので、それと加入企業の方からもまだかまだかという声がしょっちゅう聞かれますので、企業の方にも早急にまたその連絡をお願いしたいということと、関連しまして、任意継続保険の件ですが、退職者の現在の傾向としまして、若年者の人はなかなか入らないけれども、やっぱり50歳以上の方は大部分が任意継続保険の方に入られるということです。

滋賀県の実情ですが、現在保険証の発行能力が一日大体20人から30人ということです。ところが来年の3月4月に滋賀県では退職者が大体500人程度見込まれるということで、これが全員が任意継続保険に入るとは決まってないのですが、これからいきますと相当数の方が任意継続保険の方に入られるということで、なかなか処理能力が間に合わない、これは継続の保険ですので、即保険証がほしいという方が非常に多うございます。そのことでどれだけ対応できるかわからないということで、この件についても非常に心配しておりましたので、その点もちょっと対処をお願いしたいということが一点です。

それともう一点は、任意継続保険の保険料の納入ですが、身近なコンビニでできるということで非常に便利になった反面、その支部のデータが協会の方に來るのが非常に遅いということで、まだ保険料を納入されていませんよということを保険者が加入者の方に連絡すると、いやもう納めた、それで調べてみたらまだコンビニの方からデータが來てないという事態が起こっているということです。その点についてもまた今後対処をしていた

だきたいな、この二点についてお願いします。

田中委員長 現場からの声ですので、対応をお願いいたします。ありがとうございました。埴岡委員の言われた加入者に変えようとの提案はこの合意になりましたが、変わりつつあるようで、結構ですね。他はよろしゅうございますか。本日あらかじめ議題として用意されたものは一通り御議論いただきました。他に何かございせんか。では本日はここで審議は終了したいと存じます。最後に理事長あるいは事務局から何かございましたらお願いいたします。

小林理事長 本日は年末の大変お忙しい中をお集まりいただきまして、大変ありがとうございました。協会設立後3カ月がたちまして、当初の膨大な事務処理等に追われ、本部支部等大変混乱いたしまして、カードの不具合だとか、事務処理の誤り等で加入者の皆さんには大変御迷惑をおかけしてきたわけでありまして、先ほどもお話申し上げましたように、被保険者証の一括更新につきましては、当初、私どもの事業計画には、現行の被保険者証については本年10月以降も引き続き使用できるようにした上で、平成21年3月末をめどに新たに被保険者証への切りかえを順次行うというふうにしております。

それから、ちょうど1年前の協会の設立委員会で、協会の理事長になるべき者ということで、私の方から協会の執行に当たってということで執行方針について申し述べまして、その中でも設立当初の円滑な業務実施は今後の協会の円滑な業務、サービス提供の試金石になると考えているということで、この中に被保険者証の切りかえを円滑かつ着実に行うということをお願いしたわけでありまして、先ほど申し上げたように、幾つかの理由によりまして延期せざるを得なかったということで大変御迷惑をおかけしてお詫びしたいと考えております。

新しい加入者の方については、新しい被保険者証の交付を行い、これまでの加入者の方については、3月以降も引き続き今の被保険者証で利用が可能ということで、加入者の皆さんにはご迷惑をおかけしないように引き続き対応してまいります。一日も早く切りかえを完了するというので進めていくのが、私の務めだと考えております。本当に心からお詫びを申し上げます。

それから、支部については、3カ月たちまして、通常の状態というまでには至りませんが、ようやく落ち着いてまいりました。厳しい状況にある支部については、このところ私も幾つかの支部に出向いて、支部の実状を実際に見ながら、それぞれ個別に支部の幹部の皆さんと問題解決のため議論しております。

支部長以下、職員の皆も非常に頑張っており、通常状態に近い状態には来ておりますけれども、年を越して業務改革とかサービス向上にさらにスピードを上げて、本来の協会の理念、基本使命であります加入者の皆さんの利益実現に向けてよりよいものにしていくよう取り組んでいきたいと考えております。引き続き御支援をよろしくお願ひしたいと思ひます。

来年に入りまして、きょう御議論いただきました都道府県単位の保険料率の問題、それ

から激変緩和の問題、これについてまた御審議いただくことになるわけですが、ぜひよろしくお願ひしたいと存じます。最後になりましたが、委員の皆様におかれましても、よいお年をお迎えくださるようお祈り申し上げて、ごあいさつとさせていただきます。本当に本日はありがとうございました。

田中委員長 最初の3カ月、執行部及び事務局の皆さん大変な御苦勞だったと思いますが、順調に動き始めました。それについては委員の皆様方の御協力ありがとうございました。皆様よいお年をお迎えください。以上にて終了いたします。ありがとうございました。

(終了)