

第5回全国健康保険協会運営委員会議事録

第5回全国健康保険協会運営委員会

開催日時：平成21年1月30日（金）13:00～15:00

開催場所：全国町村議員会館

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 都道府県単位保険料率について
2 平成21年度の事業計画及び予算について
3 その他

田中委員長 それでは定刻となりましたので、ただいまから第5回の運営委員会を開催いたします。委員の皆様方におかれましては、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。山下委員がおくれていらっしゃいますが、全員出席の予定です。本日もオブザーバーとして、厚生労働省より田河保険課長、藤澤室長に御出席いただいております。

それでは議事に入らせていただきます。前回、厚生労働省から平成19年度実績に基づく都道府県単位保険料率の機械的試算について説明いただきました。それに応じて都道府県別の保険料率について議論をちょうだいしたところです。その後、平成21年度政府予算案を踏まえた都道府県単位保険料率の試算や、それから厚生労働省から激変緩和措置について複数の案が示されました。いろいろな新聞に載っていたので、皆さんごらんになったと思います。本日はまずこれからについて説明をお聞きした後、都道府県単位保険料率に関して御議論をいただきたいと存じます。それでは資料の説明をお願いいたします。

依田企画部長 それでは厚生労働省から激変緩和の案の説明の前に、協会の方から幾つか御説明させていただきたいと思っております。まず、お手元の資料ですが、前回、都道府県単位保険料率の設定ということで、激変緩和措置の内容、それから具体的な移行時期の件について、限られた中で御議論いただいたところでございます。

激変緩和措置につきましては、非常に有益な御意見をいただきましたし、また、時期につきましても、例えば実務的な面も考えますと、9月が一つベターな選択肢でないかというような御意見もいただいたところでございます。本日、さらに具体的ないろんな数字等も踏まえて、こうした点について御議論いただきたいということでございます。それでは資料1の前に資料2、資料3について御説明申し上げたいと思っております。

資料2でございますが、前回、平成19年度の実績に基づく機械的試算というものを説明させていただいたわけですが、今回、改めまして平成21年度の見込みの試算ということで、都道府県単位保険料率の試算を示させていただいております。前回の19年度実

績の料率につきましては、均衡料率ということで、収支が赤字になっておりますので、8.35%というのが最終的な全体的な平均保険料率になっておりましたが、今回、平成21年度予算を踏まえた数字ということで、例えば、準備金について所要の取り崩しをしていくと、約1,500億円の取り崩しなどを行い、8.2%の料率を維持していくという前提で試算をしているわけでございます。そこが一つ前回の試算との違いでございます。

それから、この年齢調整、所得調整について、あとで基礎データを説明させていただきますが、その算定の基礎になるデータにつきましては、19年度実績の機械的試算におきましては、一部抽出データに基づいて試算をしております。例えば年齢階級別の医療給付費のデータにつきましては、19年度の抽出データを用いていたわけでございますが、今回19年度の全数データをベースに試算をやりかえております。したがって若干数字が動いているところがあるわけでございます。ただ、全体的な傾向については変わっておりませんで、ごらんいただきますように、年齢調整、所得調整を経たあとの料率に、全国一律にプラスをしていきます拠出金などの料率も含めました最終的な料率でございますが、全体的な平均が8.2%でございます。一番高いところの支部でいいますと、北海道が8.75%でございます。それから一番低いところでは長野で7.68%ということでございます。

まだこれは今の段階での試算でございまして、今後激変緩和措置でございまして、それから保健事業などの経費につきまして一律に加算をしておりますので、これは各支部毎の取組みも反映させるということですので、最終的にはこれとは異なってくるということであろうかと思いますが、今後説明があります激変緩和措置の前提となる試算でございます。

それからこれらの基礎になるデータでございますが、資料3をごらんいただきたいと思っております。これもあとの説明とも関連がございまして、また前回この委員会でも御質問がございましたが、基礎データにどういう数字を使っているのかということでございます。算定の方法につきましては、後ほど厚生労働省から説明があるかと思いますが、都道府県単位保険料率の算定の年齢調整、所得調整をしていくに当たりましては、書いておりますような四つの基礎データが必要になってまいります。都道府県支部別の年齢階級別加入者数、都道府県支部別の医療給付費、年齢階級別加入者1人当たりの医療給付、都道府県支部別の総報酬額といったこととございまして、こうした基礎データを用いまして、先ほどの21年度の見込みを算出しているということでございます。

前提になりましたのは平成21年度の予算、これは全国の合計数でございますが、都道府県ごとでありますとか、年齢ごとのデータが必要となってまいりますので、これを平成21年度にどういうふうに折り込んでいくかといったところが出てくるわけでございますが、資料3の二つ目のポツに書いておりますように、19年度の全数データの実績を集計いたしまして、制度改正なんかもございまして、その影響を加味をして補正させていただいた上で、平成21年度の予算案において見込んでおります全国値との比率を乗じて21年度の県別のデータでありますとか、年齢別のデータを算出しているということでございます。

資料の一番最後のポツのところでございますが、したがいまして最終的には21年度の実績が出てくる、これは事後になります、その段階におきまして、こうした今回料率の算定に用いましたデータとの差額が生じてくるということが出てくるわけでございますが、こうした差額については、事後的に、例えば平成23年度の料率の算定において必要な調整を行っていくということが必要になってくるというふうに考えております。

実際に用いました基礎データを添付させていただいているのは3ページ以降で、支部別・年齢階級別の加入者数のデータ、それから支部別の医療給付費のデータでございます。それから年齢階級別加入者1人当たり医療給付費でございます。ごらんいただければわかりますように、やはり年齢が上がっていくにしたがいまして、この1人当たりの医療給付費というのは上がっているということで、5歳階級で示させていただいております。それから最後ですが、各支部別の総報酬額といったデータでございます、これらのデータを用いまして、先ほどの資料2のような試算をしているということでございます。協会の方からは以上でございます。

藤澤協会管理室長 続きまして資料1に戻っていただきまして、そちらを御説明させていただきます。資料は15ページまでございますが、大きく項目をメインである激変緩和措置の複数案の御説明と、あとは13ページからもう一つの項目として、給付についてどう仕分けするかという話について御説明させていただきます。まず1ページの激変緩和措置の複数案について申し上げたいと思います。

1ページ目は激変緩和措置、法律でどう書いてあるかということを示したものでございます。改めて申し上げるまでもございませんが、法律に基づいて算定した料率のうち、今の8.2%との差が政令で定める基準を上回るものがある場合に、協会の発足後5年間に限り政令で定めるところによって調整を行う、つまり激変緩和措置を行って、当初算定した率と異なる料率を定めるということになっております。

それを受けまして、具体的にどのようなことが考えられるかというのを、以下資料をつけておりますが、一番わかりやすく四つの案を並べてみたものが2ページでございます。以下、初年度ということで、21年度の激変緩和措置案を四つ今回お示ししておりますが、この激変緩和措置に関しましては、昨年末の運営委員会でも何人かの委員の方々から、最初は余り差をつけるべきではないのではないかというような御意見もいただきました。いずれにしても、上の方に書いておりますように、協会の中で財政収支を均衡していただくためには、保険料率が上昇する都道府県の激変緩和分と、下がる県の激変緩和分の総額が均衡する必要があります。

それを前提として、激変緩和措置の考え方としては、大きくいうと二つありまして、一定レベルの上限を設定して、その上限を超える県を調整するという一つの方法と、それからもう一律にすべての県に共通して引き上げ率とか引き下げ率を一定割合で調整していくという、二つのパターンがあるのではないかと思います。さらにその組み合わせというのも十分あると思います。その発想に立って、AからDまで四つ示しております。

Aというのは、上限を一律に設定するという案でございまして、ここでは具体的には0.1%を上限とする。料率が下がる県においても、一定の下限を設定するという案です。上限の0.1というのは、先ほどの協会で御説明いただいた資料2の試算の数値を見ていただいてもおわかりのように、北海道では全国平均から0.55%高くなっているということもあり、5年間の激変緩和措置を講ずるということもありまして、0.1というのを上限として置いております。

そうしますと、この場合下降県も一定の下限を設定するわけですが、その下限を何%にするかというのは、先ほども申し上げたとおり、その上昇県の激変緩和分と下がる県での負担分というのが均衡する必要があるので、この資料2の数値を使って計算すると0.07%が下限になるということになります。それがA案です。

B案は、今度は全部の都道府県で調整をする案で、5年間の激変緩和措置ということ踏まえて、初年度は全国平均からの乖離幅の5分の1に調整するということとあります。この下がる県も上がる県もその激変緩和措置前の乖離幅の5分の1を足したり減らしたりということとです。

C案というのは、A案を少し変えたものでございまして、同じように上限は0.1%おきますが、下がる県について、下限を一律に設定するというやり方ではなくて、全国平均のところからどのぐらい乖離しているかという、乖離度に応じて調整するものなので、Aでは都道府県料率が下がる県は、一番左の長野のように、本来激変緩和措置の前はかなり下がる県も0.07の下がり度でとめられてしまうのですが、Cの場合であると、乖離度に応じてなので、もともとかなり下がる県ではそれに依りてもう少し料率が下がるということと、下がる県でもばらつきが出てきます。

それからDというのは、C案をもとに、さらに料率上昇県にも変化をつけるという案でありまして、一たんA案のように上限を0.1%とまずおくのですが、さらにその0.1%を超える料率の部分について、5分の1プラスして最終的な料率を設定するという案です。料率が下がる県ではC案と同じように乖離度に応じてばらつかせる、調整するという案でございまして。主にこういう案が考えられるのではないかと四つをお示ししております。

次の3ページ以下は、その四つの案ごとに、資料2のデータをもとに各県の具体的な名前を入れさせていただいてグラフにしたものと、それから数値を入れ込んだ表を2枚おつけしているものです。A案は先ほど申し上げたように0.1%の上限、それから下降県は0.07マイナスにするというものでありまして、そうしますと一番右の北海道は8.2%から0.1プラスして8.30、長野はもともと7.68なんですけど、全国平均からマイナス0.07というところで抑えられますので8.13%になります。

ということで、一番高いところと低いところの差は0.17%になります。グラフの上の方に書いてありますように、その0.1%の上限、それから0.07%の下限に該当しない県、つまり大体真ん中に集まっている県、そこはそういう上限下限に該当しませんので、本来の県別料率が適用されることとなります。

次に5ページのB案についてのグラフを見ていただきたいと思います。これは全都道府県において本来の乖離幅の5分の1をプラスしたりマイナスしたりするというものなので、全県調整が行われます。北海道は平均としての乖離率がプラス0.55なので、その5分の1ということで、0.11になりますので、A案の上限0.1%の場合とそんなに変わらなくなるのですが、北海道はそうすると8.31%、長野は8.10%ということになります。

次に7ページがC案です。C案は0.1%上限にしつつ、下がる県で一律にA案のようにマイナス0.07というところで線を引くのではなくて、全国平均料率からの乖離度に応じて引き下げ幅を設定するものですので、北海道が8.3というのはA案と同じなのですが、長野は7.99%になります。先ほどのA案では長野は8.13%なのですが、それよりも0.14%下がるということになりますので、北海道と長野の差が0.31%まで広がります。

次がD案でございます。D案は上限について0.1を一たん引くのですが、さらにそこからはみ出る部分について5分の1を加えるという案でございますので、北海道は結果的に8.39%です。それに対して下降県では乖離度に応じて調整なので、長野は7.93となりまして、一番高いところと低いところの差は0.46ということで、一番大きく差が開く案でございます。

11、12ページは参考ということでおつけしておりますが、激変緩和措置ということではなくて、そもそも料率をどういうふうに算定するのかというのをここで補足的に御説明させていただくためにペーパーをつけております。御承知のとおり、都道府県保険料率は大きく分けて三つの四角を足すという形になっておりまして、一番大きな真ん中の四角ですが、支部療養の給付費、それから年齢調整額、所得調整額を足したものを支部総報酬で割るというものと、それから次の右の四角ですが、いろいろな拠出金というのでしょうか、後期高齢者支援金など全国一律に賦課される保険料率を足し、さらに各支部のさまざまな保健事業に要する保険料率、これを足したものが結果的に一番左の最終的な各県の保険料率になるわけです。

そしてその真ん中の支部療養の給付費に関するところは、年齢調整、所得調整がかかるわけですが、では具体的にどういうふうに算定するのかというのを下に文章で書きましたが、もう少しわかりやすくするために数字で御説明したいと思いますので、次のページをごらんいただけますでしょうか。

これは勝手に数字をおいた例でございますが、算定の考え方を見ていただくために、すごくシンプルにしていますので御了承ください。例えば全国全体の医療給付費をどういうふうにこの場合おいているかという、全国ではこの場合も単純化するために年齢階級を三つしか分けてないのですが、若い層から年齢階級別の1人当たりの給付費を30、50、100とおきます。

そして各年齢階級別の加入者数を同じ人数にたまたましていますが、1,000人ずつというふうにおきますと、この場合は30×1,000人と、それから50×1,000人、100×1,000人、そして合計円にしておくと180,000円が全国計の給付費ということになります。かつ、こ

ここで一応1人当たりの総報酬額が全国平均では800円、ここでは各年齢階級別に1,000人ずついますので3,000人、だから800円×3,000人で2,400,000円が全国計の総報酬額というふうに仮定しておきます。

次に複数県支部というのの医療給付費を仮置きしてみます。この県支部は年齢構成も高く、総報酬も全国平均より低いという県を想定しています。具体的には年齢階級別の加入者数がこのX支部では一番若い層から順に、80人、100人、120人と仮定します。つまり全国平均だと1,000人、1,000人、1,000人と同じ比率でいるのですが、このX県支部では高い年齢層ほど比率が高くなるという、そういう支部だというふうに想定しております。

そして年齢階級別の1人当たり給付費も全国平均は30、50、100円とおいているのですが、30円、50円、120円とおきます。そしてさらに1人当たりの総報酬額もこの県は報酬は低い県というふうに仮定して750円、そうしますとこの支部は120人と100人と80人を足して300人いらっしゃるのですが、総報酬は750×300で、225,000円というふうになります。

こういう考え方をお示しするために仮定をおいた上で、どういうふうに年齢調整額、あるいは所得調整額を出すかというのが下の式です。まず年齢調整額でございますが、給付費について、全国平均の30、50、100というのと、年齢階級ごとの人数を全国と同じようにX支部は300人いるのですが、それを全国平均は年齢階級ごとに同じ比率いるわけですから、100人100人100人と同じようにおきます。そうしますと平均給付費は100×100、それから50円×100に、30円×100人ということで18,000円となるわけです。

そこから今度は実際はこの支部は年齢階級別には80人、100人、120人となるので、同じ全国平均の給付費に本来のX支部の年齢階級別の人数を掛けると、標準給付費というところを書いてありますが、19,400円となるわけで、その差がマイナス1,400になります。それが年齢調整額ということになります。

次は所得調整額ですが、この県もそもそも1人当たりの総報酬額を全国に800円に対して750円というふうに仮定しておいているところなのですが、所得で見たこのX支部の本来的な負担能力というのがそこに書いてあるもので、全国計での給付費が180,000円でございます。これに対して全国計の総報酬額の中でこの支部が占める総報酬額、つまり2,400,000円分の225,000円というのを出しますと、16,875円ということで、つまり全国計給付費180,000を総報酬按分した額です。それがこの支部で本来的に負担する能力のある額ということになります。

ここから全国平均での年齢階級別の給付費と、それから人数についても300人を全国平均と同じ比率で見た場合の人数100、100、100とおきまして、先ほどの本来的な負担能力16,875円から18,000円を引いたもの、これが▲1,125円、これが所得調整額となります。

前に戻っていただいて、この県の場合、もともと年齢構成を高くおいて、総報酬額も平均よりも低くおいているわけですが、前のページの下の方の四角のところのところで困っておるところに書きましたように、要するに年齢調整額の場合は年齢構成の高い支部であれば、先ほど

見ていただいたように年齢調整額がマイナスの値になりますので、一番上の四角で囲った式にありますように、結果的に年齢調整額がマイナスということは、そこで計算する保険料率が下がるというふうに働くわけです。

所得調整額も同じように、総報酬額が低い支部であれば、その調整額が先ほどのX支部のようにマイナスになります。逆に高い支部ではプラスになるということで、仮にプラスをおけば、上の式で保険料率が上がる方向に働きますし、さっきのX支部のようにマイナスであれば保険料率が下がる方向に働くということになります。これは御参考までに説明いたしました。

続けて大きな項目の2番ですが、支部被保険者で負担する給付等と総報酬按分する給付等ということで御説明をさせていただきたいと思います。そもそも御説明する前に法律の条文を掲げさせていただきましたが、どういうことかと申し上げますと、これは法律の160条第3項でございますが、3項目には料率は支部被保険者を単位として、次に掲げる率に照らして毎事業年度財政均衡を保てるように政令の定めるところにより算定するとありまして、まず第1号で下線を引いておりますように、療養の給付その他省令で定める保険給付のうち、当該支部被保険者に係るものに要する費用の額に、先ほど申し上げた年齢調整、それから所得調整を行うことにより得られると見込まれる額、これが支部被保険者で負担する給付等です。

第2号に書いてあるのが総報酬按分する給付で、2号は保険給付（支部被保険者に係る療養の給付等を除く、つまり第1号で書いてありますように、省令で定める保険給付、これを除いた保険給付）、それから前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金等の額に総報酬按分率を乗じて得た額、これが第2号になります。今から申し上げるのはその第1号に該当するのか、あるいはそれ以外、第3号も総報酬の按分になりますが、第1号か第2号かということについてでございます。

14ページで具体的にお示ししておりますが、いろいろ給付関係がございます。①の療養の給付ですとか、入院時食事療養費、入院時生活療養費、そこに諸々書いてありますが、このように疾病に直接関係するような療養の給付は当たり前ののですが、そういうものを第1号というふうに位置づけ、逆に傷病手当金とか、埋葬料、出産育児一時金、出産手当金という、必ずしも直接疾病と関連しない給付については総報酬按分、むしろ報酬との関連性が高い給付と位置づけて、2号に位置づけております。

同じような発想で③から⑥までそれぞれ1号、2号というふうに整理をいたしております。家族療養費、家族訪問介護療養費、家族移送費は1号、④の家族埋葬料、家族出産育児一時金は2号、⑤の高額療養費、高額介護合算療養費は第1号、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、これは法律に書いてありますが、第2号という整理をさせていただきたいと思っています。

その下の※に書きましたように、1号に該当するというふうに考えております①③⑤のグループにつきましても、特別な事情による費用については、総報酬按分の対象としたい

と考えておりました、その特別の事情について、次の 15 ページに少しコメントをさせていただきました。これまでの政管健保時代の取り扱いですとか、国保における取り扱いなども踏まえまして、そこにあげたような費用につきましては、一定の要件を満たす場合には、一定範囲について総報酬按分の対象とすることを検討したいと思っております。

具体的には、災害などによって一部負担金について減免額があるような場合とか、それから原爆の被爆者に係る医療費が多額である場合とか、療養担当手当に係る額がある場合、その他特別な事情がある場合ということで、詳細は今後とも精査をしてみたいと思いますが、このような場合につきましては、総報酬按分の対象としたいというふうに今進めているところでございます。以上です。

田中委員長 ありがとうございます。それではただいまの都道府県単位保険料率の算定並びに激変緩和措置等について御質問や御意見がありましたら、お願いいたします。

五嶋委員 この A 案、B 案までは案外わかりやすいのですが、C 案、D 案になると本当に複雑になっていて、激変緩和措置とはいいいながら、5 年間とはいえ、これだけ複雑にしていいのかなということを感じますね。だからできるだけ明快な方がいいんじゃないかなと思ったりするのですが、保険庁としてはこうなんだというものをもっと高く掲げた方がいいんじゃないかと思うので、これは議論ばかりしてもなかなか進まないんじゃないかなとちょっと心配するんですが、いかがでしょうか。

田中委員長 ひと当たり御意見を伺ってからお答えいただいた方がいいでしょうね。ただ今のご意見は簡素な方がいいのではないかとということが一つですね。

森委員 今おっしゃいましたように、やっぱりシンプルな形にして、これは 5 年間という一つの幅があるものですから、そういう中で御理解をしていただいて、この料率がある面では御納得いただくためにも、そしてこういうふうになっていくというイメージをもつていただくためにもシンプルにした方がより御理解をいただけるのではないかと同時に、例えば激変緩和ですので、急速に幅ができればやはりその都道府県にとってはまた中でいろいろ大変だというふうに思いますので、段階的に上がっていくんだ、その間に、この前にもお話がございましたように、いかにして保健事業等、そういうことによってやはり医療費が抑制されていくということが見える形にした方がいいのではないかなというふうに思いました。

田中委員長 ありがとうございます。むしろ簡素さを重視した方が納得いただけるということですね。

埴岡委員 どういうふうに激変緩和をするかというスキームの問題と、均等にやるか後ろ倒しにやるかというタイミングの問題と、幾つかの要素が絡んでいます。まず確認させていただきたいのは、調整期間は 5 年間なのかそれとも 4 年間なのかです。5 年目が 100 になってなくてもよくて、4 年目に幾ばくかの数字になっており、調整期間が終わった後に 100 になればいいという考えなのですね。例えば平成 25 年 8 月に翌年度のものを 100 にすると決めればよくて、その期間内で調整が終わってなくてもいいわけですね。あるい

は、そうではないんですか。そこは大きな違いなので確認させていただきます。

田中委員長 その点確認をお願いいたします。

藤澤室長 資料の1ページの法律のところにも書いてございますように、5年間に限り激変緩和措置を講じるということは、5年間で最後25年9月なので、その10月からは本来のことになります。その時に来年度、つまり26年度からは本来なんだけれど、25年度は9月以降もいいというふうにするというのは認められないと思っています。

埴岡委員 21年9月から始めると、均等割りにすると4分の1ずつ調整していけばいいのか、5分の1ずつ調整していけばいいのか、どちらになるのでしょうか。

藤澤室長 例えば今度の21年9月からやっても、要するに5分の1ずつでやると最後ちょうど25年に最終的な姿になっていると思いますけれど。

埴岡委員 21年9月から25年9月までは4年間あるわけですね。5分の1ずつ調整していけば平均的な調整になるのですね。はい、わかりました。そうするとこのBモデルで示された5分の1調整するというのは、これは均等割りを頭に入れておられるということですね。そうすると一方で、Aモデルにおいてプラス0.1%というところはどこから出てきたんでしょうか。0.55のギャップがあるところに0.1ずつというのは、これは小数点を捨てたのか、今後かい離幅が変動することもあるのでおおよそこれぐらいということで、そうなっているのでしょうか。

藤澤室長 先ほど申し上げましたが、北海道は0.55プラスなので、それを5で割って大体0.1ということでございます。

埴岡委員 平成25年8月に平成25年10月以降に100にすると決めていけばいいわけですね。平成25年8月までは100%じゃなくて、緩和期間であってももちろん大丈夫なわけですね。当たり前のことを聞いているのですが、そういうことですね。

藤澤室長 8月というか、9月までです。

埴岡委員 9月までは調整期間でいいわけですね。そうするとその調整期間中は調整最終年度においても別に80%でなくて、50%とか40%でもいいわけですね。

藤澤室長 法律上は全然構わないと思います。

埴岡委員 構わないですね。極端に言えば100のうち1%しか平成25年9月まで調整しなくて、月を超えたら1%から100%に変わるということも理屈上問題はないわけですね。

藤澤室長 はい、そうです。

埴岡委員 以上、確認させていただきました。そこで私の意見ですが、やはりこの調整に関しては、前回申し上げましたように、相応の要因のところに相応の責任と、相応の責任のところにその数字を帰するのが正しいと思います。保険の加入者に関しては、100%責任を果たす立場ではありません。むしろ、地理的環境、医療体制の環境、診療内容などが大きいのです。一部は市民・患者の保健行動とかに帰せられるかもしれませんが、その割合は低いと思います。ですから、できるだけ激変緩和措置は丁重にやるべきだということ

とがいえます。

もう一つは、いわばゲームが始まってからゲームが始まったアナウンスをして、ゲームの結果が出てから、その成績を評価に反映させるべきだと思います。今これを開始するというアナウンスするわけですから、21年度の医療費実績が出てから、それを反映し、それを算入して保険料率の計算をするべきです。加入者、ある意味でゲームに参加している人に、ゲームをアナウンスする前の過去の成績をもって、それを使ってペナルティーというか、結果に反映させるのは理屈が合わない気がします。

つまり、平成21年度の47都道府県の医療費の結果が出るのが平成23年度だとしたら、平成23年度に平成21年度の数字を使って、それからこの算定を始めて、そしてさらに激変緩和を考えるべきだというのが筋論だと思います。かつ、ある程度後倒しという考えを入れると、平成21年と22年が引き上げ幅の0%調整、23、24年で25%ずつ50%まで調整して、調整期間が終わって100にするという形がいいと思いました。

田中委員長 ありがとうございます。きょうはここで結論を出す必要はないようなので、それぞれの方の御意見を伺って、あとまた考えていただくこととなります。どうぞ何かありましたら、逢見委員、お願いします。

逢見委員 埴岡委員の意見とほぼ同じなんですが、なぜ都道府県の料率に差をつけるかという、それはそれぞれの支部ごとの努力を保険料率に反映させるということで、そういう努力を促すということであって、スタートラインで差が出るというのは、高いところは過去に努力しなかったんだというふうに言われると、政管時代はそんなこととも求められていなかった、だからスタートラインで最初から差をつけられると、努力するインセンティブがなくなってしまうんじゃないかという感じがしまして、初年度についてはその5分の1のような考え方でいくべきなのかどうかというのがちょっと疑問なんです。

初年度は仮に差をつけるにしても、もっと極めて小さいものにしていくべきで、3年目、4年目とだんだんゴールが近づけば、そこはやっぱり努力したものが反映されるべきだろう。きょうのを見ると、A案とかB案については0.1ずつ、差が0.55だから、それを5年で0.1とか、あるいは5分の1とかということになると、何とか均等にもう既に初年度から差がつけられている感じがして、これだとどうもスタートラインでもう過去の成績を背中に背負ってスタートさせられるというイメージがあって、ちょっとこういう考え方はいかがかない感じがします。

あくまでもその主旨は、これをもってやっぱりやる気がおきるというか、よく人事査定なんかでも評価するのですが、その評価が本人が次の年に努力すればこうなるというものを促すからいいのであって、それが評価させられたことによって、もう仕事をやる気がなくなったというような人事査定であっては全くその意味がないわけですね。そうならないような料率の設定というふうにするべきではないかというふうに思います。

田中委員長 インセンティブを考えなければいけない、単なるペナルティではかえってマイナスであるとおっしゃるわけですね。

川端委員 今おっしゃったのとほぼ同じような意見です。といいますのは、御意見の中で、今まではそういう努力しろとか何とかということは、まあ庁内ではあったでしょうけれども、それが実際そういうことは行われてなかったようだと思います。ですから今後は一たんこういうことをやりますということで、皆さんにきちっと示してから、あとから決める方がいいんじゃないかなということと、もしできる場合は、先ほど御意見がありましたように、できるだけシンプルに、その方法をしていくというふうな方法でやればいいんじゃないかなというふうに思いました。そうしないと初めから差がワーとついてやっていますと、やる気がなくなるところも懸念されますので、同じような意見です。

石谷委員 今、委員の先生方がおっしゃったように、私も同じように思いますが、やはりこれを拝見して、例えばA案ですと同じ率でプラスもマイナスも上限が限られてしまっています。こうではなく、例えば長野と北海道のように差があるという実態をある程度反映させるというふうな方法も取り入れないと、説得力がないのではないかと思います。ですから確かにシンプルな方がいいとは思いますが、その中でかつ何らかの、府県別の実績を反映できる方法はないものかなと思います。

城戸委員 こういうふうには差があるということは、今後こういう情報開示して徹底的に各県にやっぱり抑制してもらう、頑張ってもらおうというような指導は今後徹底されるんですよね。そしたらもうシンプルな方法でやっていった方がいい。

埴岡委員 まず開始時期に関しては、平成 21 年度それを始めるとアナウンスをして、平成 21 年の結果が出た 3 年度目から調整開始ということが筋論としては正しいと思います。資料に出された図を見ると 4 年目には 8 割方調整を終えてなきゃいけないような錯覚に陥ります。しかし、激変緩和措置の間はせいぜい半分ぐらいの調整にしておいて、調整が終わってからフルに差が生まれるのがいいと考えます。また、やはり協会けんぽとしては保険者機能を発揮する、そして 1 人 1 人の加入者の方がそういうデータを見て保険者機能を発揮できる体制を提供していかなければならない。そうした情報開示をするために 1 年かかり、それを加入者の皆さんが見て意識がつけられるのが 2 年目で、そういうことと開始後の医療費のデータが出てくるのがあいまって、3 年目、4 年目から保険料の乖離の調整をしていくという考え方が、筋としては正しいと思います。

そういう情報提供があつてこそ、地域の医療や、自分の受診行動、回りの医療機関などに関心をもったり、地域医療計画にまで興味を抱くという、逢見さんが言われたような良い循環も生まれると思います。ところが、ボタンのかけ違いになると、ペナルティーが悪循環を生むという風になる恐れもあるので、その辺をよく注意する必要があると考えます。

田中委員長 激変緩和措置が終わった後、都道府県単位保険料率になると、0.01%単位で毎年どの県も変わり得るわけですか。1 年ごとに上がったり下がったりするようになるわけですか。何々県が、今年は 7.99 で、次の年は 8.01 で、その次の年はまた 7.97 になる、それはシステム上大した問題ではないのですか。その程度のことは簡単にできるという前提なのですね。法律の話ではなくて、保険料徴収のコンピューターシステム等の関係で、

その程度の変動は大した処理費もかからなくてできるということなののでしょうか。実務的にそれによってコストがかかるようなら、余り細かく変わるのはかえってマイナスですね。

藤澤室長 コンピューターシステムを組んでおけば、数字の変動はそんなにシステムに負荷をかけるというか、大変な作業ではないと思います。

田中委員長 あとは加入者の方々に何でこんなに毎年変わるとの説明することですね。単位はそうすると 0.01 で考えてらっしゃるわけですか。0.01%での変動を考えてらっしゃるのですね。

藤澤室長 はい。

田中委員長 それを 0.001 にするのか、0.05 にするのかによって動き方が違ってきますが、今のところ 0.01 で考えてらっしゃるのですか。どれにするとか、そういう意見はまだないと思うのですが、皆様からはいかがでしょう。シンプルさは皆さん強調してらっしゃいましたね。

田河課長 この激変緩和措置の案は、きょうも御意見をお伺いしているわけですが、また私ども 2月5日にも各県の方なども呼びしながら意見を聞いてみたいと思っておりますし、いろんな方の御意見等を聞きながらこの激変緩和の姿というのを具体的に定めていきたいというふうに思っております。確かに今までも聞いた中ではシンプルにしたらどうかというお声もいただいたこともございます。

もともとこの都道府県別料率の導入の趣旨でございますが、御承知のように政管健保時代は一律の保険料率でございました。既に国民健康保険などは地域ごとに違いがあるわけですが、そういう意味では予防活動などの地域の取り組みで医療費が低くなっても、それは逆に保険料率に反映されることはない、そういうふうな状況であったわけですが、私どもこれは都道府県ごとの地域の医療費を反映した保険料率、それが意味負担の公平という観点からも適切ではないか、またそのことによって地域の実情に応じた保険事業等が促進される、そういうふうに考えているわけですが、実際医療費が低いところの県と、高いところの県でやはりこの都道府県料率の受けとめ方というのにも違いがあるのではないかと。逆に高いところというのは、確かに猶予期間をいただきたいという声も強いですし、また、一方ではもともと医療費が低いところは、むしろ我々は医療費が低いことから、それをなるべく早く反映させてほしいという声も一方ではございます。

それとともに、あと仮に上がるところについても、テールアップ論というものもございます、この場合に最初は低いわけですが、あとは上がり方が上昇する、それをどういうふうにするのか、そういうことも今後お伺いしたいというふうに思っております。そういうことを踏まえながら、また私どもいろんな方々の御意見等も伺っていきなというふうに思っております。

実際、それぞれ県によって、多分お考えが結構違うんだらうなという気持ちももっております。本当に下がるところは早く下げてほしいという、何でうちが負担していきやあ

いけないんだという声を聞かされたこともございますし、また、確かに上がるところについていえば、もうちょっと待ってほしいという声もいただいています。保健事業等の、きょうも資料等が出ております、そういう取り組みとともに、実際医療費がかかっているかどうか、そこが本来保険医療に反映すべきでないか、受けるサービスの量に応じた度合い、そこもどう考えていくのか、二つのポイントがあるようにも考えております。

森委員 御案内のように、これは労使折半ですよ。そうするとある面で事業者の方の御理解、そして事業者の皆さん方が従業員に対するいわゆる保健事業という、そういうことも相当していかないと、今度は逆に言うと、いわゆる負担がえらくなってくれば、どちらかという今保険料を払わない事業所もあるとか、いろんなことが出てくるものですから、その辺の理解をどういうふうにしていくのかということが、これは大変で、例えば私どもはとられるということだけでアレですが、事業者は当然自分はそれをオンして払わなければいけないという、そういう理解というのは相当PRもしていかないと大変だというふうに思います。

田中委員長 これの最終決定は厚労省において行うわけですね。激変緩和措置の決め方は、いろいろな方の御意見を伺い、国会議員の御意見も伺い、最後の決定は厚労省が下すと理解してよろしいわけですね。

五嶋委員 やっぱりこうしたいんだという、そのあたりをはっきり打ち出しても私はいいのではないかと思うんですよ。これは議論をどれだけしてもエンドレスだと私は思いますよ。それから今ほど委員からも話がありましたが、中小企業者はしょっちゅう変わったら大変です。変わらないでほしい、だからシンプルでということもお願いしたいし、それとどんどん変わったんじゃあとてもじゃないが、いろいろ難しいです。

田中委員長 さっき言った企業の中で引き去る率を計算したりするのは、中小企業でどのくらい大変かなと思ってお聞きしたのですけどね。毎年毎年0.01単位で変わるということは、役所ではなくて企業にとってきっと結構負担ですよ。

田河課長 たまたまですが、政府管掌健康保険などは変わっておりませんが、例えば介護保険料率とかは毎年毎年変わってはおるわけでございます。それであとこの手続面でございますが、これは私どもは意見を聞いた上、さらにこれは激変緩和措置、資料の中にも出ておりますが、政令で定めるようになっております。パブリックコメントの手続を踏みながら最終的に政令で定めていくという形になろうと思っております。

田中委員長 五嶋委員の言われた、理念がはっきりしないと、何かよくわからないけれど、単に5分の1ずつじゃなくて、こうするという上位目標があるから最初は5分の1という結論が出たという説明が必要であるとおっしゃっておられましたが、それは大変大切な点だと感じます。

石谷委員 さきほど委員長がおっしゃいました、企業の中での負担についてですが、これは非常に大変です。例えばコンピューターを使ってもいちいち料率を変えないといけない。中小企業の場合、コンピューターで計算するより手で計算しておりますから、毎

回保険料額一覧表を見て、変わった時期に変えていく、それから賞与を支払う時には、賞与の総額に関して率を掛けますから、賞与額に対して 1,000 分の 41.いくつというふうに掛けて、計算しますので、被保険者とか事業主の立場からいきますと、変動というのは大変な負担がふえるという事になると思います。

田中委員長 制度論とは別にそういう実務面も配慮すべきだということになりますね。一通り意見を聞きましたが、シンプルさを重視し、それから理念が上にあって、だからこうしたということ、それから今石谷委員が言ってくださったように、実務面の大変さも勘案した上で、単にパラメーターを一個変えると自動的に解が出る世界ではなさそうなので、そこも御配慮いただく、などなど、幾つかの意見が出ましたので、これを参考の上厚生労働省及び協会においてさらにお互いの間で議論をしっかりと詰めてくださるようお願いいたします。

では重要な話が一つ終わりました、ちょうど時間が半分たちました。次は平成 21 年度の本協会の予算及び事業計画について御議論をちょうだいいたします。では事務局より説明をお願いいたします。

依田企画部長 それでは予算、事業計画ということでございまして、資料 4 から御説明させていただきたいと思います。まず資料 4 でございますが、これは年末の政府の予算編成も踏まえまして、まだ集計の途上でございますので、全体的なイメージということで作成させていただいております。全体の約 8 兆の収入支出の予算になっております。こうしたものを前提に料率を算定していくわけですが、本日は業務経費、それから一般管理費という、給付だとか拠出金以外の事業経費についてまず御議論を賜りたいと思います。

業務経費、一般管理費でございますが、支出の方をごらんいただければと思います。大きな項目で保険給付費、拠出金等、それから介護納付金と続いておりまして、業務経費 945 億円、それから一般管理費 279 億円ということで、約 1,224 億円ということでお示しさせていただいております。昨年末、予算編成等の関係で、大体 1,234 億円というのを示させていただいておりますので、約 10 億円減ということでお示しさせていただいているところでございます。詳細内訳等は後ほど御説明申し上げたいと思いますが、その前にこの予算と関連する、どういう方向で 21 年度の事業を進めていくかといったところの話でございますので、資料 6 を先に御説明させていただきたいと思います。

事業計画につきましても、この第 3 回の運営委員会で、これは短冊の資料で御説明させていただきまして御議論いただきました、今回、その後いただいたご意見も織り込ませていただきながら肉付けさせて、文章化したものを「検討のための素材」ということでお示しさせていただいております。ポイントの部分は、平成 20 年度の事業計画との違いのところにつきましてアンダーラインを引かせていただいております。そこを中心に御説明申し上げたいと思います。

1 番の事業運営の基本方針といたしまして、まず理念でございます。これは加入者本位、それから加入者、事業主の皆様方の利益の実現を図るということを基本使命としてという

ところから書かせていただいております。従来から御指摘いただいているように、被保険者という表現はできるだけ使わないように、加入者及び事業主といったような表現で統一させていただいております。

その上で、中ほどですが、平成 21 年度の事業運営の基本方針ということでございます。まず、都道府県単位保険料率へ移行するというところで、そうした移行についての本日はご議論を賜っておりますが、加入者、事業主の皆様方の御理解を得られるような周知広報、それからやはり保健事業をはじめまして地域に密着した保険運営を進めていくといったところが大事になってくるというふうに考えております。

それから前回御意見をいただいておりますが、また本日との議論の絡みで、やはりこうした 25 年 9 月までの激変緩和措置ということも含めまして、平成 21 年度から概ね 2～3 年程度保険者機能の強化のための集中的な取り組み期間と位置づけまして、予防であるとか健康増進、医療の質の向上、医療の適正化等の総合的な推進を図っていくということを考えていく必要があるというふうに考えております。

また、保険者機能強化アクションプランということで御議論いただいておりますが、そうしたものにつきましては、直ちに実行できるものから実施に移していき、また調査研究を平成 20 年度から開始をするということでございますが、こうしたものの成果も踏まえてプランの充実も図りながら実施に移していくといったことでございます。

次のページですが、これも前回重要な御指摘をいただいたところです。やはりこれだけ地域間で医療費の差がある状況ということでございますので、例えば長野ですとか、そうした医療費の低い支部に関する情報を収集いたしまして、他の支部に参考にできるものは積極的に取り入れていくといったことの取り組みを考えていく必要があるといったことでございます。

それから他方、組織面でございますが、実質、協会は 2 年目でございますが、この 1 年は組織基盤づくりの非常に重要な年になってまいります。意識改革、それから新たな組織文化風土を形成をしていく必要があるといったことでございます。

それからこうした全体的な協会の運営につきましては、PDCA サイクルということが言われておりまして、そうしたためにもできる限り指標化できるものは指標化をして、公表していくといったことで考えていきたいといったことでございます。

それで各項目でございますが、3 ページ以降でございます。今の基本的な方針を踏まえまして、まず保険運営の企画ということでございますが、都道府県単位保険料率の円滑な移行というのをあげさせていただいております。それから (2) といたしまして、保険者機能発揮による総合的な取り組みの推進ということで、医療に関する情報提供、いろんな発信、保健事業、後発品の使用促進、それからレセプトの効果的な点検の推進といったことで、こうした取り組みを総合的に進めていくということでございます。

それから先ほど申しましたように、医療費の低い支部の情報を収集して、それ以外のところにどういうふうに展開していくかということで、例えば本部と支部でパイロット事業

などを実施をして他に広げていくといったことを考えていきたいと思っております。

それから後発品使用促進の具体的な取り組みといたしまして、広報、お願いカード、それから後発医薬品に切りかえた場合の自己負担額の削減効果を通知するサービスなどについても順次実施するといったことを具体的に組み組んでいきたいということでございます。また関係方面への発信という意味で、中医協を初め各方面に積極的な発信ということでございます。

それから4ページでございますが、調査研究の推進ということでございまして、平成21年度はさらに保険者機能をいかに強化していくかといった観点から戦略的な調査研究を進め、また具体的な取り組みに生かしていくということでございます。

その際にやっぱり重要になってくるのはデータベース、それからデータ活用をどうしていくかということでございまして、こうした点につきましても、いろんな先進的な取り組み事例もよく分析をして、そうしたものを踏まえながら研究を重ねて、何とか平成22年度に実用化できるようなことを視野において21年度は検討を進めていきたいというふうに考えております。

それから加入者に響く広報、これはかねてから御指摘いただいておりますが、ホームページに加えまして、やはり支部ごとに地域に即応した情報をお知らせするような取り組み、また携帯サイトなども活用しながら加入者の視点から積極的に情報提供をやっていくといったことも進めてまいりたいということを盛りこんでおります。

それから5ページですが、健康保険給付関係の業務です。こちらにつきましてはさらにサービス改善等をお客様の御意見もお聴きしながら進めていくといったこと、それからインターネットを活用した医療費の情報提供サービス、これは1月21日から開始をさせていただいておりますが、こうしたものをさらに促進していくといったこと、それから窓口サービスをいかに効果的、効率的に提供していくかといったことを考えていく必要があると考えております。

次は6ページですが、これは前回御説明させていただきましたが、被保険者証の一括更新については、平成21年度6月以降順次更新をしていくということで、これを確実に実施をしていく。また、被保険者証の被扶養者の方々に対する検認などもあわせて実施をしていくということです。

7ページは保健事業の推進でございます。協会けんぽになりまして、これは一つの大きな事業の柱でございまして、まず地域の実情を踏まえて、また、保健事業全体のグランドデザインと書いておりますが、健診、それから保健指導、その他の保健事業を組み合わせた総合的な推進を考えていくということでございます。

また後ほど長野県の医療費の状況等についても私どもでわかる範囲で情報収集をさせていただきましたが、長野県では例えば先駆的な取り組みといたしまして、地域住民の方々を巻き込んで保健補導員といったような非常に保健活動が活発に行われているといったことも医療費が低い背景にあるのではないかというふうに考えてございまして、例えばそうい

うものを協会におきまして、社会保険委員の方々に健康保険委員ということで委嘱を進めていきたいというふうに思っておりますが、そうした方々に御協力をいただいて意識啓発、健診受診率の向上などの取り組み、こうしたことをパイロット事業などの形で実施をして、また広めていくといったことも考えられないのかというふうに思っております。

それから事業主健診につきましても、事業所にもよく御理解、御協力をいただきまして、実施を促していく。また、保健指導につきましてもより効果的な推進を図っていく、その他の保健事業、地域の創意工夫を生かしながら推進を図っていくということをさせていただいております。

次は8ページですが、組織運営、業務改革ということでして、組織基盤の定着関係、それから新たな組織風土、文化の形成ということで、仕事を通じた職員の意識改革を進め、また加入者本位、主体性と実行性の重視などの新たな組織風土・文化の形成を図るといったことを目標に掲げさせていただいております。また人材育成ですが、こうした重点分野を定めまして人材育成を推進していくということを考えていきたいと思っております。

次は9ページですが、業務改革、いろんな現場の創意工夫、発想を生かしながら改善をしていくということをさらに進めていきたいと思っておりますし、また、アウトソーシングを推進いたしまして、職員につきましてはコア業務、企画的な業務への重点化を進めていくといったことを考えております。また、システムについても、業務の処理状況なども点検して改善を進めていきたいといったことでございます。

それから先ほど申しましたいろんな運営についての指標の関係でございますが、10ページ、11ページはまだ検討中でございますが、各支部の御意見もお聞きしながら今検討させていただいているところでございますが、現時点でこうしたことが一つ考えられるのではないかと考えております。10ページは目標指標ということで、21年度の目標を掲げさせていただいております。

サービススタンダード、これは給付関係の申請の受付から給付金のお振込までの日数の目標でございますが、こうしたものの達成率ですとか、それからお客様満足度、これは平成20年度はまだ実施できておりませんが、年度内にお客様満足度の調査をしたいと思っておりますが、こうしたものをさらに今後改善していくといったようなサービス関係の指標、それから保健事業関係ですが、かねてからのいろんな健診、保健指導、事業主健診を含めましたこうしたものの実施率、それから効果につきましても、一応考え得るものをあげさせていただいております。

それから医療費適正化関係ですが、レセプト点検の効果額、また後発医薬品の使用促進の関係でございますが、実際自己負担額の通知なども実施をいたしますので、そうしたものとあわせて効果測定をしていくということで、そうしたものを目標に掲げられないかというふうに考えております。

それから11ページですが、こちらの方は目標というよりは、なかなか21年度の具体的な数値目標が設定が困難でありましたり、また目標そのものの設定がなじまないといった

ところもございまして、検証指標ということであげさせていただいております。各種サービスの利用状況でありますとか、お客様の苦情、御意見の件数でありますとか、郵送化の状況ですとか、それからまた業務の効率化、経費の節減、こうしたものも指標化していきたいというふうに思っておりますが、ここはまだ検討中ございまして、今の検討の中であがっているものをあげさせていただいております。

こうした取組みを総合的に進めていきたいということでございまして、関連する予算の関係ですが、少し戻りまして、資料5で御説明申し上げたいと思います。平成21年度の予算につきましては、20年度の予算、これは6カ月の予算ということでございますので、満年度化していくということでございますが、さらにそれに加わる増減要素につきましては、各項目ごとに備考ということで附記させていただいております。

保険給付等の業務経費が約103億円ということでございます。増減要素といたしましては、今の普通郵便を簡易書留などに見直していくような経費、それから減要素といたしましては一括更新、これは21年度の実施でございますが、保険証の一括更新のカード自体は20年度予算で措置できるということで、その分が削減要素としてあげさせていただいております。それから被保険者証の検認の費用といったところでございます。

それから関係届入力送付の経費につきましては、アウトソーシングの推進をする費用、それから窓口関係経費、これは後ほど申し上げますが、今は検討中でございますが、どのような体制をとるにせよ、委託を推進をしていくということで、仮置きでございますが、委託の推進に当たる経費の増ということで記述させていただいております。

それから給付等補助員ということで、常勤職員のコア業務へのシフトを図っていくといったこともございまして、増員ということで計上させていただいております。

それからレセプト業務関係でございますが、レセプトオンライン化に伴う減といったこともございまして、若干満年度ベースでいいますと減ということで計上させていただいているところでございます。

それから保健事業でございますが、全体で748億円ということで、これは業務経費の高いウエイトを占めるわけでございます。健診の推進、保健指導の推進、その他の保健事業経費、これは各支部の実情に応じていろんな取り組みを積み上げていくといったことでございまして、まだ積み上げの途上でございまして、5億円というのを計上させていただいております。この点につきましては後ほどまた御説明申し上げたいと思います。

それから福祉事業費、これは貸付事業でございまして、20年度と同等の水準でというふうに考えております。

それから、その他の業務経費、これは名前がわかりにくいですが、企画関係経費でございまして、広報経費、これは支部ごとに地域の実情に応じたいろんな情報提供をさらに進めていくということで、支部広報経費ということで盛り込ませていただいているところでございます。それから調査研究費、これは保険者機能強化のための各調査研究ということで盛り込ませていただいております。

それから先ほど申しました保険者機能を総合的に推進を図っていくということで、一つの大きな事業といたしまして、後発医薬品の使用促進のための広報、お願いカードの送付、それから事後負担額の削減通知の実施といった関係の経費。それからいろんな事業をパイロット事業として実施をしていくといったこともあろうかと考えておりますが、そうした経費として1億円ということも盛り込ませていただいております。

それから業務改革、サービス向上経費、これも支部での取り組みを今積み上げ途中でございますが、独自サービスの事業、それから業務改革・お客様満足度に関する調査の経費を盛り込ませていただいております。

その他ですが、先ほど申しましたように、健康保険委員の方々に御協力をいただきまして、さらにいろんな保健事業といったことも推進してまいりたいというふうに考えておりまして、そうした方々への各支部単位での研修、また委員の方々への情報提供といったことも盛り込ませていただいております。そうしたことで業務経費としては約944億円といったことで盛り込ませていただいております。

一般管理費でございますが、まず人件費ですが、欠員補充、人事評価に基づく昇給、地域手当の改定等所要の見直しを盛り込ませていただいております。それから福利厚生費でございますが、事業主健診の対象者の増等も盛り込ませていただいております。

それから一般事務経費でございますが、全体で128億円ということです。ウエイトとしてシステム経費が大きいわけですが、特にシステム開発費、これは前回も御指摘いただいておりますけれども、さらに精査を加えまして、約14億6,700万円ということで盛り込んでおります。それから会議費、研修費ということで、研修についても各支部単位でももう少し充実をしていきたいというふうなことで所要の経費を計上させていただいております。以下、各事項ごとにあげておりまして、一般管理費としては279億円ということでございまして、業務経費、一般管理費合わせまして約1,224億円といったことでございまして、昨年の全体的な枠組みの数字としては1,234億円ということで計上させていただいておりますが、全体で約10億円ぐらい縮減を図っているところでございます。

それから関連いたしまして、あとは資料7-1、7-2をごらんいただきたいと思えます。資料7-1でございますが、協会の予算といたしまして全体的に全国ベースの予算を事業計画を作成していくわけですが、各支部でもいろんな取組みを事業計画としてまとめ、また、独自事業などの積み上げ、それをさらに協会全体の予算として積み上げていくといった作業を進めていくわけでございます。そうしたものの全体的な取扱いをどうしていくか、またそうした経費をどういうふうに保険料率に反映させていくかといったところの資料でございます。

資料7-1の準備金ですが、これは昨年末に御議論いただいておりますが、8.2%維持するというので、所要の積立金には取り崩しをし、また予備費を計上して、残りを準備金で積立をするということでございまして、準備金の取り崩しについては総報酬額に応じて計上していくということで、一律の保険料率として反映していくといったことでござい

す。

今申しあげました事業経費の絡みでございますが、これは今各支部ごとに、また評議会でも御議論いただいております、いろんな事業の積み上げの途上でございます、そうした現時点での状況を踏まえた考え方の整理でございます。

ここでは私どもが以前御説明申しあげたところとの違いのところをアンダーラインで引かせていただいております。まず健診・保健指導でございますが、実はこれまで協会全体の目標水準までは、全体的な総報酬額に応じまして経費を支部ごとに按分していく、それを越えたものは各支部の特別計上分で負担として反映させていくといったことを考えていたわけでございますが、今回、そこは見直しをしております、目標を超える分につきましては、その2分の1を支部でもつ分といたしまして計上し、2分の1につきましては総報酬額に応じた按分ということで、共通経費として全体でみていってはどうかといった見直しをしております。これはやはり保健事業、特に健診・保健指導を伸ばしていく必要があるといった観点でございます、目標を超えればすべて負担というのは、推進していくという面では改めた方がいいのではないかといたしまして、支部からもそうした意見もあるということも踏まえまして、見直しをさせていただいております。

それから資料7-2をごらんいただきたいのですが、今、健診について、来年度、各支部でどういう目標で取り組んでいくかというのも現時点での集計をしております。全体的な今の状況でいいますと、協会全体の目標にやや達していないといったところでございます。例えば被保険者でいいますと、42.5%というのが全体的な目標になっておりますが、今の積み上げ状況でいいますと、被保険者で40.2%ということで目標を下回っているところでございます。また被扶養者についても47.5%が33.4%といったこともございます。

他方、これは各支部間で相当取り組みの差もございまして、実は15支部では協会の目標はもう上回っているということでございます。また、9支部では19年度の実績が既に21年度目標を超過をしているといったこともございまして、そういう中で今申しあげましたように、伸ばしていくといったところの対応をしていってはどうかといったことでございます。また、既に目標を超過しているところにつきましては、やはり今あるベースのところまでは共通で負担をしていくということで、総報酬按分ということで計上していってはどうかということで考えているところでございます。

その他の保健事業でございますが、これは平均的な事業量までは全体でもち、それを越える分は支部の独自経費として計上していく。これは前回と同様でございます。また支部独自のサービス向上の取り組みについても、特別計上として計上していく、これも前回同様でございます。

その辺りの取り組みは資料7-2でございます。これは今時点での取り組みでございますが、三つ目のその他保健事業でございます。今あがっている例といたしましては、いろんな健康相談事業、健康教育講座、一時予防を中心とした健康づくり事業、メタボチャレンジコンテストの意識啓発等が今あがっているというようなことでございます。

それから支部独自サービスといたしましては、いろんなアンケート調査だとか、ITを活用した窓口の試験的導入、育児専門図書の配布などがあがっているところがございます、こうした地域の創意工夫を生かしたような取り組みもぜひ進めてまいりたいということになっております。

それから2ページは先ほどの話と関連いたしますが、医療費適正化対策でございます。これは協会全体で後発医薬品の使用促進でございますとか、レセプト点検の強化など、総合的に進めていくものも当然でございます。それ以外の支部独自の取り組み、これも推進をしていかなければいけないところがございますが、このところにつきましてはできればパイロット事業ということで、先ほど申しましたように、いい事例をできるだけ取り入れて、それを他に広めていくということで、本部、支部が一緒になって検討していくということで、こうした経費については総報酬按分ということで全体的に見ていってはどうかというふうに考えているところでございます。

それから一般管理費でございますが、事務経費については、全体的な総報酬額に応じた経費の按分ということで、一律の料率として反映していくといったことで考えているところでございまして、こうした各支部の取組みもさらに集約した上で、次回またお示しをさせていただきたいと思っております。

それから資料8でございますが、窓口関係の予算が仮置きになっておりますが、その関連の説明でございます。協会の窓口ですが、各支部の窓口に加えまして、昨年10月の発足当初、これは円滑な移行を図っていくという観点から、すべての社会保険事務所に職員が巡回、または社会保険労務士さんに行っていただきながら、常時窓口を開設をしているといった状況でございます。

時間の関係で細かい説明は省かせていただきますが、現在の状況といたしましては、支部間で受付件数、来所されて手続され、申請書等の提出がある件数で見ても、相当差があるといった状況がございまして、こうした状況を踏まえましてどうしていくか、各支部からも意見はいろいろございますが、常時開設していくべきという意見もございまして、他方やはり見直しを考えていくべきだという意見もいただいているところでございます。

検討の方向でございますが、例えば受付件数が少ない窓口については開設する曜日とか時間を決めて開設するだとか、それから支部の事務所に近接するようなところは廃止を含めて検討をしてはどうか、それから社会保険労務士さんへの委託の推進、また契約職員の有効活用、それから社会保険事務所以外の場所での窓口の開設を検討するといったことも考えてはどうかということでございまして、これは地域性もございまして、各支部、各評議会でも御議論いただきまして、またそうしたものを全体的に取りまとめをして、最終的に予算、事業計画に反映をさせていきたいということで考えておりまして、この点については本日は経過の報告でございます。事業計画、予算の関係は以上でございます。

田中委員長 ありがとうございます。委員の意見をうかがうことが目的であるせっかくの2時間の枠の中で今の説明の30分は少しもったいないなと思います。少し長すぎです

ね。15分で済ませていただくように次回から工夫をお願いします。御意見、御質問があればお願いいたします。

埴岡委員 事業計画の一つ入っていればいいと考えることがあるので、委員の皆様にお尋ねします。インターネットで医療費通知ができるようにすることが盛り込まれているのですが、通知だけでなく、診療報酬明細的な情報が出せるようになればすごくいいと思います。

保険者機能強化のところで、レセプト点検がありますが、多くのレセプトの中から不適切なものを見つけ出すというのはすごく難しいことだと思うのですが、加入者の方が1人1人で自分の診療報酬明細を意識していただいて、1人1人でいわば「セルフ・レセ点」をしていただくというような考えがありえます。事業計画の中に事業者のためのサービス、加入者のためのサービスということも書かれていますが、そういう趣旨にもマッチしたことになります。

現在でも協会けんぽではレセプト請求を提供していますが、仕組みとしていささか複雑な仕組みとなっています。今の世の中の流れを見ますと、ナショナルセンターや国立病院機構の病院などは、すべての患者さんに診療報酬明細並みの情報を全員漏れなくお出しするということになっています。そういうことですので、協会けんぽもレセプトデータを保険者としても持っているということですから、窓口でもそうですが、インターネットにおいても診療報酬明細が取り出せるようになればよいと思います。ただし、病名を入れるかどうかは医療機関の意向を聞くのが現在のルールだったかと思いますが、それならば、病名を抜いた診療報酬明細に関しては自動的にインターネットから取り出せるようにすることが考えられます。そして、病名を含むものに関しては、今までと同様に医療機関に聞いていただいてから出していただくということにすればいいと思うのですね。

これは協会けんぽの理念、あるいは保険者機能強化という観点からしても非常にいいことです。また、包括払いになっている場合もDPCデータの総額だけでなく、個別の診療行為の内訳も含めて出すというふうになっているようですので、それもインターネットからでも取り出せるし、窓口でも得られるというふうになれば、これほどいいことはないのではないのでしょうか。

保険者機能を協会けんぽが発揮していくということを掲げているわけですが、1人1人の加入者さんが賢い患者さん、賢い加入者になっていただくための基礎として、むしろ「診療報酬明細を取りましょう」「診療報酬明細を見ましょう」というキャンペーンを実施する。そして、何%の人がそれを請求して読むかを常に計測して発表していく、そんなことをやっていただきたい。また、診療報酬の制度は複雑で難しいところがありますから、分かりやすく解説したガイドブック的なものをウェブサイトに掲載する。医療費はこういう仕組みで、明細はこう読みましょう、こういう疑問への答えはこういうことですなどと書いてあるようにする。こういうことが、1人1人で医療の質とコストを考えてもらうことの第一歩になるのではないかと思います。

こういう仕組みとキャンペーンがあって初めて、その後に、保険料の格差もつけることができるのではないかと思います。現状でも、診療報酬明細書の請求に関してホームページで案内はしてあります。しかし、そのサービスのための入口のボタンがどこにあるかすぐにはわからない感じです。むしろ積極的にそういうものを取りましょうというキャンペーンをしましょう。保険者機能を高めるといふ協会けんぽの理念からして、多少の障壁があっても何とか解決をして、さきほど申し上げたような直接インターネットで診療報酬明細がとれるような仕組みを作っていくという方向を、この委員会の委員の方々に考えていただければと思います。以上です。

森委員 この事業計画というのは、いかにして、特に2年目に入るといふことは、スピードをもってやはりやらないと、せっかくミッションを掲げてそれが絵に描いた餅になってしまう。そうするとこれはぜひ小林理事長さんのリーダーシップの元に、そういうことが見えると各支部の支部長さんも、やはりそういうことで支部としてどうしていかなければいけないかという、そういう大きな方向性もできるのではないかというふうに思います。

例えば先ほど来お話がございましたように、パイロット事業とか、いろんなことで支部にある面では切磋琢磨してもらおうような仕掛けをつくったんですから、それがやっぱり実行に移せるような、そういうことも含めて自主性を発揮できるような仕組み、それが私は将来に向かってのそれぞれの支部で最終的に、例えば保険料率の問題、そういうことでもやっぱり納得してもらえようような仕組みになると思いますので、ひとつよろしくお願ひしたいと思います。

山下委員 資料8のところでお話がありましたが、効率化ということで、窓口が余り見えないところは割と効率化を図っていくというお話でしたが、やはり知らないから来ないというケースもありますし、その窓口が開いていけば見える、手前みそで恐縮なんですけど、私どもも365日店を開けているのですが、最初土日は閉めていたんですが、時々試験的に土曜日開けているけど来ないから、土曜日は閉めた方がいいんじゃないかという幹部と申したんですが、結局開けてないだろうとお客さんも思っているわけですね。だから来ない。

知ってないから来ないというだけで、そこがやはり窓口があるということであればかなり行ってみたい、日曜日は頭からもう休みだと思込んでいる利用者の方もいらっしゃいますので、そういう意味で窓口がそこにあるということを知れば、来る場合もあるんじゃないかなというふうに思いますので、特に新しいサービスということで、利用者の方を向いたサービスということで新しく始めるわけですから、ぜひそういうところは効率だけではなくて、そのリサーチもちゃんとしていただいた上でやっていただきたいなと思います。

逢見委員 まず予算のところ、人件費につきまして、欠員の補充とか、あるいは超勤手当の時間の拡大とか、移行時はかなり業務が積もって大変だったというふうに聞いてい

ますが、徐々に平時の業務に移行しつつあると思いますが、設立当初は結構大変だという話を聞いたもので、こういう欠員の補充と、超過勤務の予算で大体いけるのかどうか、その見通しを伺いたいということが一つ。

それから窓口については、一律というよりは、それぞれやっぱり地域の事情もあると思いますが、貴重な職員をどういうふうに使うかという点でいくと、窓口に置いておくのがいいのか、そちらは委託の方にどんどんもって行って、できるだけ本体の方に集中していった方がいいのかという、そういう判断をそろそろしていかなきゃいけないんだろーと思しますので、限られた人員をいかにうまく回すかという視点で、アウトソースすべきところはアウトソースして、メリ張りを付けた業務体制ということにしていけばいいんじゃないか。

ただ、そのことが利用者にとって不便になったとか、サービスが悪くなったということがあってはいけませんので、そういう加入者のサービスの質を維持しつつということは当然の前提ですが、そういうふうに窓口業務は考えていけばいいんじゃないかと思います。

それからあとはそのパイロット事業というのは、いわば政管健保時代とは変わって、協会になってそういう取り組みがなされるというのは非常に期待できるのではないかと思います。ただ、これは例えば後発医薬品の促進とか、あるいはレセプト点検機能の強化とか、そういう協会全体の目標に資するものですから、パイロット事業の成果が共有されて、いわゆる競争心を煽るということではなくて、先行してやったところでいいものはすぐに全体の取り組みにいけるような、まさにPDCAも使って、できるだけ共有化されたものとしていいものはどんどん全体が進んでいけるということでぜひそのパイロット事業の位置づけをつけていただきたいというふうに思います。

田中委員長 最初に一つ御質問がありましたね。

高橋理事 最初欠員の補充と、それから超過勤務の予算の計上についてお話がございましたが、欠員というのは枠に対しての不足ということですが、では今現在いる人員でうまく事業が回っているかという、やはりそういうふうな感じはまだもっておりません。特に当面は業務の処理が中心になっていますが、やはり設立当初の引き継いだものを完全にまだ消化しきっているわけではありません。それから今後3月4月には特に時期的なものですが、会社をお辞めになって任意継続で入る方がかなりいらっしゃいますので、年間にならずとやっぱりもともともっていた枠に近づけないとちょっと業務は難しいな、と考えております。

それから率直に申し上げますと、今、当協会の業務は、全体は正直申し上げまして、現金給付の処理機関という形になっています。きょう事業計画の中にあげているいろんな今後の取り組み、保健事業の展開など、ここはそこそこ保健師を雇っていますが、まだまだ不足しておりますし、それから特に今後保険者としての機能の発揮で、一般的には組合健保でやられているような医療費の適正化についての取り組み、あるいは私は医療との対話ということで考えていますが、その医療の質を考えながらの医療の適正化、そういうもの

についての取り組みをできる人員は今おりません。非常に少ないです。

そこを何とか補って行って、あるいは業務処理にかかわっている人員をできるだけシステム投資をやりながら、ある程度浮いてきた人員をより企画の方面に回していく、こういうことをやっていかないとしようお話ししている事業計画の展開は非常に難しいと考えておりますので、そこはこういうまだ枠はいるんだなということで御理解を賜りたいと思います。

それからもう一つの超過勤務の方は、月 12 時間として昨年設定しましたが、これは全然現実とあっていけませんので、まあ 20 時間はやっぱりいるなという現実を踏まえた時間の設定をしているということでございます。

田中委員長 他はよろしゅうございますか。ではどうぞお願いします。

石谷委員 要望が二点ございまして、まず窓口体制なんですけど、やはり委員の先生方がおっしゃっているように、加入者及び事業者のサービスということを前提に考えていただきたいのと、もう一つは、御案内のとおり、平成 22 年 1 月から日本年金機構に組織変更になります。民間型ということで、私どもが聞いておりますので、やっぱりいろんな部分でかなり変わると推測されます。平成 21 年度内の話でございますから、やはりその辺を踏まえた上で窓口体制に関しましても御計画をお願いしたいというのが一点です。

もう一点、以前にもお話があったのですが、保険証を協会から送付されるときに普通郵便だと不安だとか、ちゃんとしてほしいという意見があるということでございます。ただ、それは、もっともだと思いますが、予算案を見ていますと、これだけの経費がかかるということですね。企業でも今は逆に郵便からメール便に変えているというような傾向が非常に強いわけです。メール便はコンピューター入力するのでトレースができるということ、親書は扱えないとか、メリット、デメリットはあります。だからと言って単純に簡易書留しかないのかなというのが私の疑問です。やはりこれだけの経費を有効に活用し、かつ加入者及び事業主にサービスが向上したと思ってもらえるより良い方法というのはないのかなと思います。もし御検討いただければ、よろしくお願ひしたいと思います。以上です。

貝谷理事 一点目の特に加入者のサービスという観点でのお話がございましたが、まさにそのとおりだと思っています。また、来年度 21 年度のおしまいは社会保険庁の組織については年金機構という形で移行します。移行した後も保険料の収納ですとか、いろんな適用業務は今度は年金機構とうまく連携をとりながら運営していかなければいけませんので、石谷委員がおっしゃるように、年金機構とよく連絡をとり合いながら、トータルとしてサービスが維持、あるいはよくなるような方向でよく相談していきたいというふうに考えております。

それからメール便も含めて選択肢にということでございましたが、基本的に被保険者証のやりとりということでの取り扱いは十分慎重にということでございますので、今の御指摘を生かせるかどうか、一応検討してみたいと思います。

田中委員長 ありがとうございます。

城戸委員 組織運営及び業務改革ということで、新たな組織風土と文化の形成、その中に仕事を通じて職員の意識改革をする、そういう文章がありますよね。要は社保庁が解体になったというのは、やっぱり問題があったから解体になったと思うんですよね。だからこういう人材育成というのが特に大切ではないかな。

それと12月の某番組のゴールデンタイムで、要するに懲戒解雇を受けた職員800ウン十名がすべてこの協会が丸抱えしたというテレビのテロップまで流れて、団体名が出て、そういう放送があったんですよね。すべて処分を受けたのはこの団体が800ウン十名を雇用したんですかね。設立準備委員会の中で承認を得たんでしょうがね。

貝谷理事 御指摘のように、協会の設立委員会においてもこの点が大きな問題になりまして、社会保険庁からの移行職員のうちで、過去処分歴がある者についてどうするかという取り扱いを、ここは大変慎重に数度にわたって議論したところでございます。それで国家公務員法による懲戒処分の有無につきましては、処分を受けた者が全体で71人ございます。ただ、一方で残りの1,729人、これは国家公務員法の処分を受けていないものでございますが、この中で国家公務員法の懲戒処分ではございませんが、社会保険庁の中の内部規定といいますか、いわゆる矯正措置とっておりますが、そういう矯正措置を受けているものにつきましては317人という状況でございます。

ただ、これにつきましても設立委員会の中で設けられました基準に則りまして、複数回処分を受けている等々かなり重いものにつきましては移行させないという一定の縛りを設けた上で、それをクリアするものを受け入れたという結果でございます。

城戸委員 ちょっと調べたんですが、71名のうち減給が9名と、戒告が62名、確か雇っておるんじゃないかなと思っておりますので、その点、やっぱり個々の人材育成、それは今後徹底してやってもらいたいと思うので、よろしくお願いします。

田中委員長 これからの人材育成にはかってほしいということですね。それから窓口については3人の委員が意見をおっしゃいましたので、それも参考にして必要な修正などを行って、また支部からも意見を伺うのですね。その上で次回の運営委員会に改めて資料を提出してください。その時に引き続き議論をしていきたいと思っております。よろしく願いいたします。

それでは次の議題です。次は定款変更で、これはここで議決しなければなりませんので、説明をお願いします。

依田企画部長 資料9-1と9-2でございます。資料9-2からごらんいただきたいのですが、前回介護保険料率の関係、それから日々雇用される被保険者の方々の保険料額の件を御説明させていただきましたが、加えまして本日は特定保険料率でございます。これは政府管掌健康保険の時代からございました。8.2%でございますが、その内訳といたしまして、高齢者医療制度なんかに係ります、それに充てます保険料率を区分をいたしまして、表示をすることになっております。

今回、21年度の予算、全体の政府の予算が固まってまいりましたが、そういうものを踏

まえまして、特定保険料率につきまして算式が定まっております、こうした前期高齢者の納付金、または後期高齢者の支援金などの額、それから国庫補助額を差し引きまして、総報酬額の見込額で除した率でございます。それを全体の 8.2%から引いて基本保険料率ということで区分をすることになっております。

平成 21 年度予算に基づきまして、参考のところに数値を書かせていただいておりますが、特定保険料率が現行の 3.3%から 3.2%、それに伴いまして基本保険料率では 5.0%ということで、ここが若干動きますので、所要の定款変更という形で改正させていただきたいということでございます。

それで戻っていただきまして資料 9-1 でございますが、前回御審議いただきましたものも含めまして、定款の一部変更ということで案を提出させていただいております。別表 2 と書いておりますが、今申し上げた率でございます、一般保険料率 8.2%に対しまして、特定保険料率 3.2%、その残りの基本保険料率で 5.0%ということでございます。

それから別表 3 でございますが、介護保険料率につきましては 1.19%ということで、従来の 1.13%から 1.19%ということで改定をさせていただきたいということでございます。それから日雇特例被保険者の保険料額、これは 2 ページ目の新旧をごらんいただかないと違いがわからないかと思いますが、前回お示しさせていただきましたように、介護保険料率の変更に伴いまして、2 号被保険者の日々雇用される特例被保険者の適用を受ける方の等級ごとの日額が若干改定になっておりまして、合わせまして変更させていただきたいということでお諮りをさせていただきたいと思っております。以上でございます。

田中委員長 ありがとうございます。特定保険料率が変わるから、合計は変わらないけれど、基本保険料率との内訳が変わる点と、介護保険料率が多少上昇する、この二つについてこの委員会の私たちがここは承認することになりますが、何か御質問はございますか。これは割と実務的な話ですので、いいとかいけないという話ではなくて、理解できればよろしいかと思っております。ではこの委員会として承認することよろしゅうございますか。

委員各位 はい。

田中委員長 では定款の変更案については原案どおり承認いたしますので、この後協会において準備を進めていくようお願いいたします。それでは医療費の細かいチャートは次回延ばしにさせていただいて、長野県のことだけ簡単に説明いただけますか。

依田企画部長 参考 1、参考 2 は本委員会の宿題でございます。できる範囲でやらせていただきまして、各支部でこういう分析をさらに進めていきたいということで、御参照いただければと思います。資料 3 でございますが、長野県の医療費の状況、これもいろんな統計、文献によりまして、いろんな指摘がございます。後ろに詳しい資料はつけさせていただいておりますが、病床数の要因、それから在院日数、それから入院、外来での受診率が低いといったこと、それから在宅での死亡率が低い、また高齢者の就業率が非常に高うございまして、これは農業に従事されている割合が高いといったこと、それから健診受診

率、これはものすごく高いわけではございませんが、比較的高いといったことがあげられております。

それから保健補導員という、7ページに厚生白書の抜粋を載せさせていただいておりますが、地域の住民の方も参画をして、約13,000人ぐらい委嘱されているようでございますが、こうした住民を巻き込んでいろんな健診の受診の促進だとか、そうした取り組みを行っていらっしゃるということでございまして、こうした取り入れられるものはどんどん取り入れてやっていきたいということで、御参考でございます。以上です。

田中委員長 大変申しわけありませんが、時間の都合上参考資料1、2、3については委員の方々がごらんになって、何か質問等があれば後で事務局に直接お問い合わせください。また意見があればお伝えいただいて結構だと思います。

埴岡委員 参考資料1「都道府県支部別医療費の状況」、参考資料2「都道府県別の医療費に関するレーダーチャート等」を出していただいております。一つだけお願いです。参考資料1と2の元のデータ表がウェブサイトからダウンロードできるようにしていただくようにお願いします。

田中委員長 これは決して無視したわけじゃないので、各自勉強いたしましょうね。一応今の点を除きまして一通り御議論いただきました。最後に資料10の今後の審議の進め方について私たちは確認しておきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

依田企画部長 資料10でございますが、今後の進め方ということで、2月、3月、継続して事業計画、予算、保険料率につきまして御議論を賜りたいと思っております。先ほど厚生労働省の方からございましたように、2月5日に厚生労働省と支部評議会の座長との意見交換が行われるというふう聞いております。

その上で政省令のパブリックコメントが示され、こうしたものを踏まえまして、算定基準、基礎データなんかも提示をして、県ごとの料率が算定できるということで、各支部の評議会でも並行して御議論いただき、運営委員会でも2月に御議論いただきまして、最終的には3月はじめ頃だと思いますが、評議会でも意見をおまとめいただきまして、それを踏まえて最終的に運営委員会にお諮りをさせていただくということで、上旬から中旬と書いておりますが、これは政省令等も踏まえまして開催をさせていただき、取りまとめということで、当初2月めどの取りまとめということを申し上げておりましたが、若干時期がずれて3月半ばまでをめどに考えていくといったことで引き続き御審議いただきたいと思います。

田中委員長 はい、3月に事業計画予算、それから都道府県単位保険料率をここで議決することになります。よろしく願いいたします。それでは最後に理事長から一言ありましたらお願いいたします。

小林理事長 本日は長時間にわたって御審議いただきましてありがとうございました。先ほど森委員から、事業計画はスピードをもって実行するよというお話がございました。協会の現在の状況については、先ほど高橋理事の方から御説明申し上げた通りでござ

いますが、まさに、本年度については協会の基盤をつくる大事な年、正念場の年だという認識でおりまして、新年の私の職員に対する訓示の中にもその事について触れており、この1年間そういった心構えで、取り組んでまいりたいと考えております。

本日については、都道府県単位保険料率について、それに21年度の事業計画及び予算について、御審議いただいたわけであります。都道府県単位の保険料率については、厚生労働省の方から激変緩和についての幾つかの選択肢が示され、それについて御議論いただきました。今後の進め方については、先ほど御説明させていただいたようなスケジュールでこれからやってまいりたいと存じます。

それから21年度の事業計画及び予算については、きょういろいろと御指摘いただいた点を踏まえて、さらに修正いたしまして、次回また御審議いただきたいと考えております。よろしくお願ひしたいと思います。どうもありがとうございました。

田中委員長 ではお忙しい中をありがとうございました。これにて第5回を終了いたします。ありがとうございました。

(終了)