

協会けんぽ対話集会議事録

開催日：平成 21 年 11 月 16 日（月）

場 所：主婦会館プラザエフ スイセン 8 階

木庭グループ長 定刻となりましたので、ただいまから協会けんぽ対話集会を開催いたします。

皆様におかれましては、本日大変お忙しい中、お越しいただきましてありがとうございます。協会けんぽでは、協会けんぽの事業やサービスの充実をはかるために、これまでもさまざまなアンケート調査、モニター制度、理事長あてのメールの受け付けなど、加入者の皆様の御意見を伺う機会を設けてまいりました。

このような取り組みの一環として、本日は広く、協会けんぽの加入者の皆様に協会の現状やサービスの内容について直接説明を行いますとともに、加入者の方々から御意見を伺うために、初めての取り組みですが、対話集会といったものを開催させていただくことにいたしました。

初めに、資料の確認からいたしますので、お手元の資料をごらんいただければと思います。

最初に、協会けんぽ対話集会議事次第です。

次に、協会けんぽの概要

次に、協会けんぽ対話集会

次に、平成 20 年度 医療機関の部門別収支に関する調査報告

次に、医療と健康保険に関する意識等調査 報告書概要

次に、少し厚めになりますが、同じ医療と健康保険に関する意識等調査 報告書

最後に、保険者としてのデータの活用等のあり方について（概要）

残りは、ジェネリック医薬品カード、リーフレットをクリップでとめたものが入っているかと思えます。

次に、本日の進め方につきまして説明させていただきます。議事次第をごらんください。最初に議題 1 の、協会けんぽからの説明ということで、先ほど御紹介した資料に基づきまして協会けんぽから説明をさせていただきます。

その次に、加入者の方々からの意見発表ということで、事前に応募いただきました 4 名の方から意見発表を行う予定にしております。

最後に、会場にお越しいただいた皆様方と意見交換を行うという 3 つの柱で行う予定にしております。時間としては、全体で 2 時間程度予定しております。

次に、本日皆様と意見交換を行います協会けんぽからの出席者について御紹介いたします。

協会けんぽ企画担当理事の貝谷でございます。

協会けんぽ東京支部長の矢内でございます。

協会けんぽ栃木支部長の栗田でございます。

私、本日、司会を務めさせていただきます、協会けんぽ企画部企画グループ長の木庭と申します。よろしくお願いいたします。

また、先ほど御紹介しましたように、意見発表者として4名の方に参加をいただいています。向かって左側の方から順番に御紹介いたします。

社会保険労務士法人人事A I Dにお勤めの柏瀬延大様です。

株式会社メディカル・インサイトにお勤めの鈴木英介様です。

横浜市立みなと赤十字病院にお勤めの田淵典之様です。

最後に、シンクタンクにお勤めの湯澤敦子グレイス様です。

それでは、協会けんぽからの説明に移ります。現在の協会けんぽの財政状況や保険給付サービスの内容などについて説明いたします。

貝谷理事 これから先はお手元に、横長の「協会けんぽの概要」の資料、協会けんぽの全体の概要でございます。それと先ほどごらんいただきましたように、少し厚めの、「医療と健康保険に関する意識等調査」というもの、先般、秋に私ども協会の方で行いました、この説明を後半の方で簡単に触れさせていただきたいと思います。それでは、座って御説明をいたしたいと思います。

「協会けんぽ」と言っておりますが、私どもの正式名称「全国健康保険協会」でございます。1ページをごらんください、一番上の箱にございますが、昨年の10月に私ども協会けんぽが設立をされました。従来、社会保険庁が行ってございました「政管健保」と呼ばれております部分を国から引き継ぎまして、私ども全国健康保険協会、協会けんぽが引き続き保険者として運営をしております。

協会の全体でございます。社会保険庁から承継をしておりますが、私ども自身はすべて非公務員ということで行っております。職員は当然ながら民間ということでございます。協会の理事長、きょうは二人の支部長が来ておりますが、いずれも採用は民間で活躍された方ということです。

真ん中に簡単な絵がございます。本部はもちろんでございますが、全国の47都道府県にそれぞれ支部を設けて、各地域の実状を踏まえながら運営をするということで新しい組織が立ち上がっております。本部の方は、全体の保険運営、財政問題ということで本部の横にございます運営委員会が法律上設けられております。保険料の拠出側でございます事業主の方、加入者である被保険者の代表、学識経験者の三者、合計9人で運営委員会が設けられて、この運営委員会で大きな方針を決めまして協会の運営を行っております。

また47支部には、同様の観点から三者構成で評議会が設けられております。これもこの評議会での議論をもとに、いろいろな業務運営を行ってきているということでございます。

2ページは、協会けんぽのアウトラインでございます。参考までに主に大企業の方が入っておられます健保組合の全体と比較をしております。私ども協会けんぽは、主に健保組合に入っておられない中小企業の方々を対象とした保険者として運営されております。合

計で3,470万人の加入者がいらっしゃるという状況でございます。

中ほどに、それぞれ加入者の方々の平均的な状況が書いてございます。平均の標準報酬月額、平均の賃金ということでございますが、この中から保険料を御負担いただいております。協会けんぽで見ますと、加入者の方の平均的な報酬は28万円強ということでございます。右側の健保組合は、主に大企業を中心とした組合でございますので、平均しますと37万円ということで、この点で大きく保険料あるいは財政力が異なって、そういう意味で私ども協会けんぽは、財政力がやや脆弱な構造を持っているということが言えようかと思っております。

私ども保険者ということでございますが、今現在の協会けんぽの保険料82パーミル、パーセントに直しますと8.2%の保険料率で保険料をちょうだいしております。片や、健保組合全体平均、報酬そのものが全体的に高いということもございまして、率そのものは私どもよりも低い7.4%程度ということになっております。ここで格差があるということでございます。こういった財政力の格差を埋めるために、国庫負担というものがなされております。私ども協会けんぽの方には、給付費全体のうちの13%が国費で給付されている、補助されているという状況でございます。

3ページをごらんください。今申し上げました協会けんぽの加入者は、中小の方と申し上げました。上の全国の事業所の全体で見ますと事業所別、規模別の事業所の数がございます。黒いところ、従業員でいきますと9人未満の事業所が4分の3を占めるという状況になっております。下の被保険者数別でございまして、半分以上、約3分の2のところまで、従業員のベースでいきますと99人以下の方々が実際にこういったところを占めるという状況だということでございます。

4ページ以降は医療保険制度ということで、きょう来られました皆様方にそれぞれわかりやすくということで、少しわかりやす過ぎるくらいがございまして大変恐縮でございますが、4ページは医療保険制度の基本的なイメージ図ということで。加入者・事業主の方から保険料をちょうだいし、国からの補助金も合わせて保険給付のための財源をプールする。それを医療の必要なときに、加入者の方に給付をするという事業でございます。

5ページ、6ページは、今申し上げました保険給付の簡単な説明がございまして。ここは皆様すでに御案内かと思っておりますが、5ページでは、保険給付は全体の原則7割を保険が給付する。残り3割につきましては窓口で御負担いただくというのが、今の日本の医療保険制度全体の構造になっております。ただし、一番下に参考の表がございまして。就学前の子供さんにつきましては窓口が2割に軽減されております。残り8割が保険。逆に高年齢の方、70歳以上75歳未満の方については、本来であれば法律上は2割ということですが、予算で1割に軽減をするということで窓口負担は1割ということになっております。保険給付が9割ということでございますが、財源は保険料が8割、公費が1割といった負担割合で行っているところでございます。

6ページは、医療費が非常に高額になった場合、入院をし、手術をしたようなケースは

高額療養費ということで、一定の限度額を超えますと、超えた額の支給を保険の方からするというごさいます。例として100万円の医療費が書いてございすが、窓口払いは一応87,000円をお支払いいただくということで、残りは保険が給付をするということでございす。先ほどの原則3割負担ということからいたしますと、もっと低い負担で実際は高額の場合には済んでいるということでございす。ここら辺は制度によって、所得によって取り扱いが少し錯綜しておりましてわかりづらい点がございすが、一応一定の限度を超えたものは高額療養費ということで支給をされているという御説明でございす。

7ページは、医療費が大半でございすが、ほかに現金給付というものも私ども保険者から行ってあります。病気で仕事ができない、働くことができない場合には働けなくなった4日目から賃金の3分の2を保険の方から手当金として出す。傷病手当金と呼んであります。最長1年半までの範囲でお休みの間、支払いをするという仕組みになってあります。このほか、出産のための一時金、これは分娩の際に支給をされています。それからその出産の前後の休業がございす。これも出産前後働けないということで、出産のための手当が制度上認められてあります。仕事を休んでいる間には原則3分の2が支払われるということになってあります。埋葬料もあるということです。

こういった現金給付のほかに、8ページに保健サービスというものもございす。これは現金給付ではございせん。各保険者、私ども協会けんぽの加入者の方々の健康づくりのために予防という観点で、健診あるいは健診の結果、保健指導が必要な方には保健指導ということで保健師さん、その他の者から保健指導を行っているということでございす。健診のところに書いてございすが、生活習慣病の予防ということでメタボリックシンドロームに着目した健診が、平成20年4月から義務化をされてあります。私どももその義務化に伴いまして、全国の何千万という方々を対象として健診事業を現在行っているところございす。後ほど、実施状況が出てまいります。それから必要な方に対する保健指導ということも行っているということでございす。

次に協会けんぽの財政状況について少しお話を申し上げます。細かい資料で見づらいかもしれません、9ページでございす。一番左の欄で20年度決算とございす。上段は収入、下段は支出ということでございす。ただ20年度でございす、支出の方が収入を上回っております。したがって単年度収支では2,290億円の赤字決算になってあります。21年度、22年度が横に書いてございすが、いずれも単年度収支でございす、赤字が見込まれてあります。

特に21年度は、赤字の幅を最初見積もりましたのが横のaという縦でございす。年度を通しまして下から2つ目3,100億円の赤字が出るであろうと思っておりましたが、賃金の低下等の状況を受けまして、これが拡大する見込みになってあります。支出面もさることながら、特に保険料収入が当初の見込みよりも大変低い。賃金が低下をする中で保険料がなかなかいただけないということで、こういうことでの悪化が大半でございす。年度

を終わりにして4,600億円の単年度の赤字ということでございます。

22年度もしたがいまして、大変な状況が見込まれております。10ページをごらんください。今申し上げました20年度、21年度いろいろ書いてありますが、棒グラフをごらんください。色の濃い棒グラフが、いわば単年度で収支がどうであったのかということです。真ん中ほどに年度で15、16、17、18とあります。このころは大変財政もよく、いろいろな対策も行いまして単年度黒字でございました。しかしながら19、20それぞれ単年度で赤字幅が広がってきております。保険料率をずっと据え置いたままという状況の中で運営されてきておりますので、こういう形で赤字が広がってきている。先ほど申しましたように、一番右の21年度は3,100億円の赤字が見込まれると。

白い棒グラフが横にございます。これがその年度末の準備金、簡単に言いますと積立金、貯金でございます。そういうものがずっと減っておりまして、20年度末まではあったわけですが、21年度末でこの準備金残高もマイナスに転じるということで、いわば貯金もなくなって大変な状況になるということでございます。

11ページをごらんください。今申しましたことの細かい話でございますが、賃金の動向がそれぞれ書いてございます。加入者の方々の賃金がどのように経過してきているかという実績でございます。太い実線までは私どもの方で把握しています実績でございます。年度がずっと右に行きますと、点線になるところが現在の21年度の状況でございます。通例ですと、毎年ごらんいただきますように春先から少しずつ賃金は下がりにまして、9月以降は春先の賃金改定の結果を反映しまして、平均的な賃金は保険の方で標準にいたします賃金は9月から上がります。そして年度末に向けて少しずつ下がって行くという経過を毎年たどっております。が、昨年秋以降の不況の影響が大変厳しいものがございまして、21年度をごらんいただきますと、秋以降高くなるという想定はしておりません。むしろこのまま賃金が上がらずに下がっていくのではないかと、恐らくそうなるだろうと見ております。賃金が下がりますと、同じ保険料率ですといただく保険料の額がその分小さくなるということで、先ほどのような財政の悪化要因になるということでございます。

こういう状況の中で、12ページでございます。それでは来年度はどうなるかということで、保険料率の今試算をして議論をしております。一番左側が国庫補助、13%と書いてあります。これは現行の保険料率をそのまま据え置いた場合に、来年はどのぐらいなるのだろうかということを単純に試算したものでございます。年度当初からの引き上げということをご想定しますと、3月改定というところが真ん中にごございます。現行8.2%の保険料率が9.5%までの引き上げが必要となるというのがこの絵でございます。仮に半年間引き上げ時期をずらして9月までいきますと、上にごございますが10.8%という大変な数字になるということでございます。国庫補助が右の棒グラフでございますが16.4%ないし20%ということで、国庫負担の増額がはかられますと、その分保険料負担は低くて済むという構造になっております。

13ページをごらんください。これは近時の大変厳しい状況の中で、先ほど申しました春

先から少しずつ下がり、夏場から少しずつ上がって秋に上がるという構造が9月まで来ましたが、21年度は下の棒グラフですが、9月も上がらずに下がるということで、ここが今までにない賃金動向だということでございます。

14ページは、ボーナスということで下が上半期、上が各年度の下半期ということでございます。21年度の上半期でございますが、報道されておりますように中小企業のボーナスは大変厳しい面がございます。総額で12.7%、昨年同時期から比べますと、これは実績で減っております。ボーナスをもらった方の数も4.7%のマイナスということで人数も減っているということで、ボーナスからも保険料をちょうどいしておりますがベースになっているものが減っているということでございます。

15ページ、16ページ、私ども全国で47の支部、常勤職員約2,000名、非常勤2,000名の体制でやっております。普通の業務の執行の中で、お客様からどういう評価をいただいているのかということをごし冬の冬に調査をいたしました。お客様満足度調査というものでございます。待ち時間はどうか、職員の応接態度はどうか、最後にそれぞれ支部の建物なり施設の利用についてはどうかということ、それぞれ来られたお客様にアンケートをお願いしまして取りまとめたものが16ページでございます。

全体で見ますと黒いところが「満足」、その左側の薄いところが「やや満足」ということで、全体的には御満足いただいている点が多いと思います。ただ下の四角で囲んでおりますが、特に施設面、いろいろなところで「わかりづらい」とか「施設が分かれていて、待合室スペースがない」といった点について評価が下がっているという点で、これは今後の私どもも大事な点だろうと思っております。

17ページ、私どもは新しく立ち上がりました保険者ということで、従来社会保険庁がやっていた場合には、なかなかできなかった保険者としての機能を強化していきたいということで、アクションプランの策定をしております。左の方に6つほど書いております。それぞれ項目を挙げて取り組んでいるところでございます。

以下、18ページ、地域医療の医療費の分析ということで、各支部それぞれ分析を行う態勢をとっております。北海道・長野。北海道は全国的に医療費が一番高い都道府県であるということを書いております。反対に長野が一番低いところで、そういう全体の状況がわかるわけですが、これはレーダーチャートとして非常にプリミティブですが、医療費の分析ということで、右半分が入院の医療費。一人当たりどのぐらい医療費を使っているのか。北海道では、時計で行きますと1時か2時のあたり、2時から3時にかけて受診率あるいは1件あたりということで医療費を分解しております。左側が外来です。端的に言いますと、北海道で見ますと全国平均が100という数字でございますので、一人当たり医療費は全体として125というのが状況になっております。入院が全国平均よりもかなり高いということが医療費の状況である。一方、外来については、11時ぐらいのところですが一人当たり外来医療費、これもそう大きくはないけれども全国平均よりも高いということです。入院・外来それぞれ3要素で分解してみますと、右側の入院ですと、隣の2時から3時の

ところに受診率というのがあります。これが大変高い。これが入院医療費を押し上げている要因ではないか。外来は、7時ぐらいのところに1日当たりの外来の医療費が、1日に使う医療費が外来でやはり高い。これは北海道の地理的な要因も影響しているのではないかと考えています。長野は、そういう意味で逆に平均的なものよりいろいろな要素で低くなっているという状況がわかるということで、こういったものを各支部でようやく取り組み始めております。

19ページをごらんください。いきなり後発品ということで来ておりますが、いわゆるジェネリックの使用です。医療面からは、お医者さんの中には後発品はどうかという御議論があると思いますが、保険者としては比較的安価なジェネリック医薬品を積極的に推進していこうと、これは一つ国の政策になっておりますので、私どもも取り組んでいるところでございます。仮にここでは希望カード、きょうも同封しておりますが、お医者さんなり薬剤師さんにジェネリックを希望するといったときにカードを使う。これは全国展開する予定ですが、それぞれ使っていらっしゃる先発品を仮にジェネリックに切りかえた場合にどのぐらいの費用が軽減できるかということの通知もこれからやっていきたいと思っております。

20ページは、インターネットを通じました医療費通知です。12,000件というアクセスがございました。各人、見ようと思えばID、パスワード等を活用しまして利用が行われているということでございます。まだ利用度合いは低調だと思っています。

21ページの保健指導も先ほど申しました、国民の方々の健康と医療費の伸びを抑えたいという趣旨から制度化されたものと受けとめています。下に目標、目標を踏まえた実績がございました。70%という24年度目標はまだ到達できません。足元、実績では健診では30%程度ということでまだまだこれからという状況でございます。

22ページ、関係方面への積極的な発信ということで、保険者として言うべきことはちゃんと発言していくということが大変大事だと思っています。取り組みとしては、国の審議会、例えば報道など出ていますが中医協というのがございます。そういった場での発言、発信それから制度を議論いたします医療保険部会、これは社会保障審議会の医療保険部会でございます。そういったところに私ども協会としてのポジションがございましたので、そこで理事長が発言を行っているということで今審議を進めているところでございます。

ポイントとしては、患者・加入者の視点からの発言ということを中心にかけているところでございます。

最後の23ページは、調査研究ということで、保険者機能の一番私どもとしてはおこなっているところだと認識しておりますが、真ん中ほどに取り組みがございました。医療サービスの意識に関するアンケート調査、後ほど簡単に御紹介します。それから2つ目が、医療費のデータ分析等と保険者の役割につきましての調査研究ということで、医療分野の先生方、特に保険者機能ということで研究されている方々、あるいは先進的な取り組みを行っている健保組合等について勉強をさせていただいているということでございます。

22年度以降は、次々回の診療報酬の改定、たまたま介護保険の改定と重なりますのでそういったことを念頭に調査研究をやっていきたいと考えております。時間が超過しておりますが、本年秋ですが医療と健康保険に関する意識調査というものを行いました。薄い概要版の方で、簡単にポイントだけごらんいただければと思います。

調査概要ですが2ページをごらんください。1.3に調査手法とございます。インターネット調査を行いました。その上に客体数が載っております、約3,000の調査をかけまして有効回答が2,454のサンプルが得られたということでございます。ことしの9月にインターネットで行ったということです。調査項目につきましては列記のとおりでございます。

4ページをごらんください。私ども協会けんぽの加入者の方に直接お聞きするという形をとりました。第1回ということで不十分な点ございますが、調査項目の1つ目が最近1年間の医療機関の受診状況です。簡単に言いますと、右の棒グラフ、これは1年間医療機関にかかっていないという方が20%、それ以外の方は何らかの形で医療機関にかかっていらっしゃるということでございます。

下は、それぞれの方が特に外来を受診する際に、どういう点を重視して医療機関にかかっているかという重視をする項目です。実際にかかってみてどうだったのかという「満足度」といいますか、そういった反応を見ております。折れ線グラフをごらんいただきますと、左側から2番目、3番目、4番目に「評判のよい医療機関か」、あるいは「ていねいな説明があるか」、「経験豊富な医師がおられるか」ということについては、大変重要視されていますが実際のところの満足度は、少しそれとはギャップがあるという結果になっております。左の円グラフをごらんいただきますように、全体としては「満足」ないし「まあ満足」を加えますと、4分の3の方が「満足」を感じていらっしゃるという状況でございます。

以下、5ページではかかりつけ医の有無、健康維持・生活習慣予防に関する取り組みを聞いております。

6ページでは、日本の医療全般に関しての満足度、あるいはどういう項目に不安を感じておられるのかということについての意識を聞いております。どういう点に不安があるのか、特に非常に不安があるという項目についてピックアップしたのが下の棒グラフでございます。左から3番目、4番目、「小児科・産科、医師が不足している診療科がある」、「救急の場にすぐに受け入れ先が見つからない」といった不安です。これは医療に対する不安。それから右から3つ、これはむしろ制度論なり費用負担面での不安がやはり4割近くあるという状況でございます。「自己負担が大変ではないか」、「保険料が上がるのではないか」、「大きな病気になったときに払えなくなるのではないか」、「健康保険制度そのものが維持できるか」ということについて非常に不安を持っていらっしゃる方が相当いらっしゃるということがわかりました。

7ページでは、医療について今どういう情報が欲しいのかという調査も行っています。記載のとおりでございます。

8ページ、上はジェネリックの関係でございます。下は医療の負担とサービスの関係に

ついでにお聞きいたしました。右の円グラフをごらんいただきますと、公的医療保険だけで十分なのか、あるいは私的保障が必要なのかということにつきましてですが、「公的保障で十分だ」という方が 12.1%、私どもとしては意外に少ないかと思われました。一方、「私的保障も両方必要だ」という方が 18.6%、この方々は実際には入っていらっしやらない。「両方必要で実際に入っている」という方が 67.8%、大変多くの方が私的な保障に入っていらっしやる。想像ですが、生命保険の付加的な医療保障契約に入っていらっしやる方ではないかと思われます。

9 ページ、医療費がふえ続けるわけですが、今後の対応についてはということで複数回答でございます。「必要以上の検査や過剰な投薬をしない」、文言から言っても、そういうものは節約できるのではないかということかと思えます。「病気の予防、早期発見」等々が上がっております。下の右の円グラフをごらんいただきますと、ふえ続ける医療費に対してどういう対策が考えられるのでしょうかということと、負担する際の負担の方法ということで聞いております。約半分、49.2%の方は、「現在のサービス水準が維持できるのであれば、多少の負担増はやむを得ないと考える」という方が半分近くいらっしやる。また、左上の方にございますが、「サービス水準が向上するなら負担はふえても仕方ない」という方もいらっしやって、両方合わせますと 8 割ぐらいの方は負担ということに対する意識は寛容とまではいきませんが、そういう意識もうかがえるというふうに思います。

それから左の棒グラフで、どの面の負担を考えていらっしやるのかということですが、これは全体のトータルですので、4 割の方が「医療機関の受診の際の負担、窓口負担をふやしたらどうか」、それから「税金での対応」、この辺が多いと思えます。それから「私たちが払っております健康保険料を引き上げてはどうか」という意見も 22%強ございました。

最後に 10 ページでございますが、今後の医療政策についてお伺いしました。日本の医療に対して望むことは何でしょうかということですが、これも複数回答でございました。前のページでごらんいただきましたように、日本の医療制度に不安を感じていることの裏返しかと思えますが、非常に強かったのは「医師の養成・確保」あるいは「小児・周産期の体制整備」、「専門医の確保」、「休日・夜間の救急医療」です。このベスト 4 は、医療現場のさまざまに報じられているような実態、こういったものに対する強化が必要ではないかという声になっております。

以上の調査結果でございましたので、ごらんいただければと思えます。厚い方がございますので、後ほどまた御参照いただければと思えます。少し時間が長くなって恐縮でございましたが、協会けんぽは以上のような状況でございます。

木庭グループ長 次に、加入者の方々からの意見発表に移らせていただきたいと思います。先ほど御紹介いたしましたとおり 4 名の方に御参加いただいております。最初に柏瀬さんからお願いいたします。

柏瀬さん 社会保険労務士の柏瀬と申します。本日は、このような機会に発言するチャンスを与えていただきありがとうございます。

今回、私の方から質問させていただくことは電子申請についてです。今、協会けんぽさんのホームページでは電子申請ができるようになっていますが、実際にどの程度進んでいますでしょうか。まずお聞きしたいと思います。

貝谷理事 客観的な事実だけ申しますと大変低調でございます。今お話のとおり、電子申請ということも制度上認められております。私ども、システム上対応しておりますが、今回の御質問がございまして確認いたしましたところ、ことしの春から9月までの半年間で、トータルで100件でした。私どもの総体からしますと極めて低い利用状況だと考えております。

柏瀬さん それに関しての質問です。現状、物すごく電子申請をされている方が少ないという事実があります。なぜそのように低いかと思われていますか。

貝谷理事 一問一答型式になってはいますが、今の点、事実関係ですので私から説明いたします。私ども、きょうの御議論があるということで、協会けんぽ対話集会という参考資料をおつけしております。電子申請ということで1ページ、2ページに資料を用意いたしました。なぜ少ないのかということでございますが、一言で言って電子申請そのものが手続の簡素化ということでやっておりますが、その手続が恐らく実際には使いづらい実態があると思います。ここに書いていますように、いろいろな電子証明やほかの面でも例えばID、パスワードといったものが必要になってくるという手続が、ある意味では障害になっている面があるのではないかと考えております。

柏瀬さん なるほど、それに関してですが、そういう現状、いろいろな手続、電子証明書が必要がとなってますが、今後これを緩和化する。例えば労働保険、雇用保険、健康保険の被扶養者移動統計などでは、被扶養者の電子署名のかわりに例えば委任状をPDFか何かで落としていただいて、それを添付して被保険者の電子署名のかわりにすることが21年4月1日から可能になりました。協会けんぽさんでは、そのような行動はされないのでしょうか。

木庭グループ長 進め方の都合で、御質問に対してまとめて回答するというような形にしたいと思います。ほかに御質問がありましたら、続けてお願いいたします。

柏瀬さん 別の質問ですが、一部の健康保険組合では例えば保健事業として民間のフィットネスクラブ等と手を結んで被保険者の健康の維持・増進を努めています。今のところ協会けんぽさんでは健診と保健指導だけをやられています。今後、そういうことのお考えはいかがでしょうか。

もう一つ。今、ジェネリック医薬品のカードを配っていらっしゃるとのことですが、例えばこれを被保険者証に記載するということは不可能なのでしょうか。多分、このように出されても実際にこれを持ち歩くかといいますと、持ち歩かないと思うのです。そうであれば、被保険者証に記載をしてもらった方が便利だと思いますし負担も少ないと思います。いかがでしょうか。

木庭グループ長 それでは電子申請のお話と健康増進の取り組み、それからジェネリッ

ク医薬品についての3つの御意見についてお願いいたします。

貝谷理事 ありがとうございます。1点目の電子申請の際の手続、特に今御指摘のとおり、一部手続が緩和されている例があることを私ども調べてわかりました。ただ、保険証の再交付申請、なくしたから再交付してほしいというケースについては、現行の法令上は御本人からの申請ということが決まっております。ほかの手続についてはほとんどクリアされていますが、この点だけはやはり察するに被保険者証の申請をするということは非常に重要なことなので、御本人からの申請を原則としているということのようです。その点につきまして、今お話のとおり現行の取り扱いは御本人の電子署名も必要になってきているということがわかりました。この点については、協会でもそうやっておりますので、現行ではそういうことになってはいますが、御指摘のとおり手続をできるだけ簡素化できないかという要請が一方であります。反対側に、これまで保険証をできるだけ正しくといったら語弊がありますが、真に申請した方にきちんと渡すようにというもう一方の要請もございます。この両方がうまくバランスがとれるような方向で、なおかつ協会けんぽの判断でどこまでできるか、ひょっとしたら可能などころがあるかもしれませんので、現行の法令の枠内で簡素化できる点については今後検討をして、御本人の電子署名でなければだめではなく、例えば御本人の委任状がPDFでちゃんと添付されているという場合もそれに準ずる形でできないか、これは少し協会けんぽの立場で検討をしてみたいと思います。

2点目に、保健事業で健診と保健指導ということで取り組みを行っておりますが、御意見のようにフィットネスクラブ等々についても、協会けんぽの方で支援できないか助成できないかということがございます。参考資料の3ページをごらんいただきたいと思います。ここでは47の支部が、法律で枠組みが定められております保健事業以外に独自の事業をやっております。ただ多くないです。保険料負担が伴いますので、各支部の独自の負担というものも一部入るものもありますのでなかなか進んでおりません。ごらんいただきますと、保健指導的なもので、生活習慣改善セミナーですとか、3番目にはいろいろな相談、一番下の新潟は夜間・救急の地域の情報を記載した育児専門書などを配布する形で加入者サービスということでやっております。したがって全国的な取り組みは、先ほどごらんいただきました財政状況の中では、協会全体でやるというのは今の状況では難しいと思っています。ただ全くやる余地がないかと言いますと、各支部の中でその議論は制度上あり得ることだろうと思います。各支部の立場からいたしますと、ただでさえ保険料の負担がこれから上がるというときにプラス都道府県ごとの負担の追加をして、こういった保健事業をどこまでやるかというのは、評議会がでございますので評議会の方々の御意見を聞くということに当然なると思いますが、少しこの状況の中では難しい面があるかなという気持ちはしています。ただ、制度的にできないということではないだろうと思っています。

3点目、ジェネリックの関係がございました。これは試行錯誤でして、ジェネリックそのものに対するいろいろな見方がございます。きょうはご説明しませんでした。広島でジェネリックの推進のためのいろいろな取り組みをやりました中で、アンケートをとりま

した。あるいは中央社会保険医療協議会という場でもジェネリックに対する医療機関側、薬局などいろいろなところの意識調査をしました。一言でいいますと、後発医薬品に対する確固たる共通した信頼性なりといったものがそれぞれの意識としてはまだまだ十分ではないという状況でございます。そういうものを一方で抱えながら、さはさりながら財政の状況なりあるいは御本人の薬剤費負担が少しでも安くなるという選択肢はあるわけで、そういうものはやっていこうということです。御指摘のようにカードではなく被保険者証に何か記載をできないかという点は今まで頭になかったのですが、今改めて考えますとプラスチックの小さいカードの中にどこまで書けるかというのがあります。場合によってはそこに張れるようなやり方ができるかどうか、ただそれもよく考えますと、表は必要事項がかなり書いてございます。裏面は臓器移植の意思表示のスペースということが社会の要請で、そういう取り組みを協会でも行っております。そういったところにかぶさる形でやるのが本当にいいのかという気が少しあります。物理的なスペースの問題というのも保険証の活用を考えますとちょっとネックになるのかという気がいたします。

木庭グループ長 他に柏瀬さんからございますでしょうか。

柏瀬さん 質問した事項ではありませんがよろしいですか。協会けんぽさんのホームページを見ましたら、運営委員会で現金給付に関する論点が出されておりました。ざっと見ますと給付を制限するような内容のものが多いたと思いますが、これに関して例えば被保険者のパブリックコメントなり意思を反映させるという予定はありますか。

貝谷理事 今の御指摘もっともだと思います。これは加入者の方からすると今までもらっていた現金給付が制度改正で、場合によっては減額されるとか少なくなるという議論を実は運営委員会でやっております。なぜかということをお簡単に御説明しますと、1つは財政問題がございます。先ほどごらんいただきましたような加入者の方に御負担いただいている保険料をできるだけ重点的に使いたいということで、医療費全体のウエートと比較しますと現金給付はそれほど大きくはないのですが、それでも3、4千億円の支出をします。少しでも効率化できるところはないか、重点化ができないかということで見えております。2つ目は、運用面での問題意識がございます。きょうはそれぞれ支部長が来ておりますが、各支部から相談がありました。特に病気になったときに出す傷病手当ですが不正で申請をされたケースがございました。刑事事件になりまして裁判もやっております。すなわち自分はこの会社に入って100万円を超える賃金をもらうことになりました。働いた途端にメンタルの病気になって就労ができなくなりました。したがって傷病手当金を申請しますということでした。全部が全部ではございませんが、中には実は病気でないのに偽って申請をするという不正事案が入っていて、一つ私どもこの問題を考えるきっかけになりました。もう少しモラルハザードを防ぎつつ、本当に必要としている方に給付を重点化できないかという観点から議論をやっております。

傷病手当金については、支給額はその方の賃金の3分の2ということですから平均的な方は28万円の3分の2ということになりますが、先ほど言いましたように、私は

120万円、上限の賃金をもらうことになりましたという話になりますと、その3分の2ということでございますので、極端に言いますと傷病手当金を申請されると80万円ぐらいの月額になるケースもあります。今も制度上認められております。それはできるだけその方の生活を反映させるという趣旨かと思えます。ただ一方で今の財政状況を考えますと、本当に社会保障の給付としてそれでいいのだろうか、みんなが出し合った保険料で80万円というのは恐らく高いのではないかと思うのです。そういうことはいいのか、そういう面での御議論をやっていただいているところです。この2点です。

それから被保険者の御意見はということでしたが、直接きょうの場合も含めてですがいろいろ声は寄せられるのだらうと思えます。実は運営委員会の御議論の中にも、被保険者の代表の方ということで、連合の方、社会保険労務士の方もメンバーに入っています。今のところ少し意見が分かれています。先ほど言いました120万円の賃金の方が3分の2もらえるという上限が高いのは少し見直してもいいのではないかという声は検討の中で出されております。それは被保険者の側といえますか、それを代表する連合の方の御意見でした。またさまざまな点でまだ意見が集約されておりませんが、私どももきょうの場合あるいはいろいろな場を通じていただいた御意見については検討に当たっての参考にさせていきたいと思っております。

柏瀬さん ありがとうございます。

木庭グループ長 ありがとうございます。それでは次から申しわけございませんが、御意見をいただいた後にまとめて協会けんぽの方から回答意見を述べるという形で進めさせていただきます。次に鈴木さん、お願いいたします。

鈴木さん よろしく願いいたします。私はつい先日起業をいたしました。今までは組合健保に入っていました。生まれて初めて協会けんぽさんに入りました。そういう立場ですので、きょうの御説明の資料は非常に興味深く拝見していました。以前には経営コンサルタントをやっていた時期もありましたので、この収支を拝見すると4千億といった赤字がすぐにも出てしまうという状況は相当厳しい状況です。なおかつ国の補助金入りですが補助金がふえるかもしれないという試算をされていましたが、むしろ民間になったということは減ることはあってもふえることはないのではないかと客観的にそう思います。そうだとするとますます大変です。

そうすると恐らく収入をふやすか支出を減らすかどちらかしかないわけです。その意味で、こんなアイデアはいかがでしょうかという質問といえますかサジェスチョンをさせていただきます。と思います。

1点目は、収入面で保険料が当然メインの収入になると思いますが、保険料以外の収入とか事業を考えられていますでしょうかという質問でございます。単純に保険料を上げるという回答にたどりつかない、ほかのことはできればやっていただきたいという気持ちからです。例えば非常にデータを豊富にお持ちでいらっしゃいます。私、昔製薬会社に勤めていたこともありますが、製薬会社は社保さんとか国保さんのデータを結構いい額

で買っているのです。そういったデータを例えば売っていくといった事業を少しされると、それでもこの赤字を埋めるような額にはとてもとてもならないと思いますが、そういうような話は考えられませんかということなのです。

2点目は逆にコストを考えるということなのです。これは書かせていただきましたが、先ほど少しありましたが、健康増進のためのものもそうだと思いますが予防医療です。例えばワクチン、今インフルエンザワクチンが議論たけなわでございます。そのインフルエンザワクチン、もうすぐ子宮頸がんのワクチンを出される会社さんがありますが、今の国の行政では、ワクチンは基本的に患者さんの負担ということになっています。よくよく考えましたらワクチンによって節約される医療費は結構ばかにならないと思うのです。多分、計算式で言いますと疾病にかかる罹患率かと思いますが、それと疾病にかかったときにかかるコストと、ではそれが今現在皆さんにワクチンを例えば打ってもらったらどうですかという、今現在のコストの見合いになると思うのです。そういった計算をきちんとされて、もしそこで予防にお金をかける意味があるということであれば、ぜひやっていただければいいのではないかと考えています。これは私が以前に組合健保に入っていたときに、インフルエンザのワクチンに関しては、ほぼ全額補助をいただいていたので積極的に受けていました。必ずしも保険者側にとっても悪い話ではないと思いますので、ぜひ検討いただきたいと思います。

3点目、これは本当にコストを削るという話です。患者さんのアンケートにもあったと思いますが、医療機関で、投薬でむだと思われるような出し方をされるところがあるということが事実だと思います。良心的な出し方をされるところも当然ありますが、ただの風邪なのにこんなに出していいのか、抗生物質もたくさん出していいのかというケースが結構あると思います。そういったところをある意味言葉は悪いのですが、ブラックリスト化して相手に対してある程度警告を発するとか、逆にいい治療をしているとおぼしきところに関してはお勧めリストをつくってみるとか、結構ハードルは高いと思いますが、そういったことを考えられてはいかがでしょうかということ意見で述べさせていただきました。

木庭グループ長 ありがとうございます。御質問は、収入面で保険料収入以外の事業収入が考えられないかということで、御提案としては加入者データの話がございました。次に支出面ということで、ワクチンを補助するようなことで医療費の削減につながらないかというものです。最後にコスト削減のところ、医療機関に無駄な投薬があるのではないかとということで、こういった医療機関に対して警告できないか、逆によい医療を提供しているところに対してお勧めするようなことができないかという3点の御意見がございました。

貝谷理事 ありがとうございます。1点目の収入をふやすという点は、実はこれは法律上のネックが多分あるだろうと思います。私ども公務員組織ではありませんが、どのような事業をやるかというのが法律で規定されていて、制約されている点がございます。そういう点でどこまでそこがクリアできるのかという点があると思いますが、データはた

しかに多く持っています。それを収益源にできないかという御提案は示唆に富むものだと思いますが、今考えますと、制約があるのは事業そのものが法律に制約されている可能性が高い点だろうと思っています。仮にそこがクリアされたときにデータそのものもどういう形で提供できるのか、もともと加入者のデータということでございまして健保組合もそうですが私どもの一番の強みはおっしゃるように大量のデータです。これは3,500万人の加入者のデータということになります。したがって国民の3分の1ぐらいの個別情報、個人情報、非常にセンシティブな情報を私どもお預かりしております。そういう中でどこまで今の御提案が生かされるかというのは検討を要する点だと思っております。

2点目、これはあらかじめ御連絡をちょうだいした点でございます。先ほど言いましたように、やはり予防にコストをかけるというのが、ある種急がば回れではありませんが効果があるのだという御指摘だと思います。特にワクチンということで、ここは少し悩ましいのですが、中で議論した際には、一つは制約要件としては財政状況があるので目先の財政問題からして、なかなか新規事業といえますか拡張的なところに費用がつき込めないといったネックがあると思うのです。それからもう一つは、特にワクチンの場合は御本人負担ということもかなりあると聞いています。それから市町村が一定の予防接種、ワクチンまでどこまでやっているかわかりませんが、一定の事業をやっている中で、健保組合さんの場合にはやっているところもあると思いますが、私どもの協会けんぽとしてどこまでやるか、役割分担がどうなのかというのが難しい点かと考えております。先ほど申しましたように、健診といった医療費そのものでないところへの資源投入というのが、保険者のある程度中長期的な財源にプラスになるのではないかとといった視点は、今回の制度改正でも随分出ております。ワクチンにとどまらず、支部のいろいろな取り組みがありましたが、私どもとしてはいろいろな観点から、そこは少し目先のコストとのバランスがあるのでどうしても躊躇する面があります。そこは十分考えていかなければいけないと思っています。

また医療機関での投薬、広い意味で検査などもあるかもしれません。いわゆる医療での簡単に言いますとむだ的な要素があれば、そのところをできるだけ節約して資源をもう少し別の、最近で言いますと勤務医の問題など、病院の原資にできないかという点があるかと思えます。後ほど出ますが、日本の医療資源のうち薬剤費は2割ぐらいです。医療費全体が34兆円弱ありますが、薬剤比率が大体20%まで低下しております。かつては30%という時代がありましたが、長年のいろいろな努力の中で相対的に薬剤比率が下がってきてきてずっと下がってきております。現場の個別のケースの中では合理化できる、節約できる余地がないかというところはまだ残っているのではないかと保険者としては思っています。ただ御指摘のように、ハードルが高いとおっしゃっていますからあれですが、特定の医療機関の状況をとらえて「あなたの医療機関ではこれだけのむだがある」というところまでの材料が、特に医療行為との関係でそこが本当にどこまで言えるかというのは、今お話を聞いていてそこがちょっとわからないというように個人的に思います。そこがある程度合

理的なエビデンスと言いますか、そういうものが私ども保険者の方であって、例えば端的に言いますと重複で請求されているということであれば明白ですが、そうでない部分で一つ一つの妥当性を求めていくというのはかなりハードルが高いという感じがしております。個別の医療行為そのものあるいは投薬行為そのものの適否を問うということも有効だと思いますが、先ほどいいましたような全体としての薬剤費をどうやって合理化していくのかという方が、投入する力の割には結構全体の枠組みを議論して、そこを少しずつ変えていくことの方が効率的に、結果的には薬剤比率を下げっていく近道かもしれないという感じを持っています。

最近ですと、病院の支払い方を御案内のとおりDPCということで一日当たり定額性の導入ですとか、いろいろな形でできるだけ現場の薬剤というものも減らすことにつながる仕組みをとっているわけです。できるだけ節約できるインセンティブが働く方向に支払い方式を変えていくという取り組みの中で、現場の先生方なり薬剤師の方で少しそこが節約できるような方向で、何と言いますか「北風政策」と「太陽政策」ではありませんが、太陽政策の中でしっかり薬剤というものを必要なものに重点化していくという取り組みが始まっていますので、かける労力を考えますとそういう取り組みの方が効果が上がるのかなという感じを持っています。

ちょっとお答えになっているかわかりませんが、そんなふうに思っております。

鈴木さん 大体事情はわかりました。申し上げたいことは、個別のデータまで全部つかめているというのは最大の財産だと思います。当然個人情報保護法については、きちっとした上で、とはいえそれを最大限ぜひ生かしていただきたいというところでございます。

貝谷理事 今言われたことはすごく大事で、私ども処理しきれないような大量なデータがこれから入ってきます。現に少し入ってきています。今のお話の関係でいきますと、つまり病院の医療費のレセプトデータが入ってきます。一方で保健事業ということで健診データも入ってきます。必要があれば健診結果に基づいて保健指導を個別の加入者の方にしていくということも考えているわけです。中には、健診の結果、かつて医療機関にかかっていたけれど最近のレセプトを見ると医療が中断していると、そこは保険者として中断したままでそのままずっと悪くならないならいいのですが、やはりどうしても中断しますと慢性期の方で治療中断の場合はもっと大変な結果になって、結果として保険財政と言いますか、これは御本人のQOLが一番大事でしょうが、「お互いによくないよね」ということになる心配もあるわけです。それでレセプトデータをこの保健健診と結びつけることによって、御本人のQOLも高まるし保険者側としてもそちらの方がより合理的だというそういう選択が今度できるようになるだろうと思いますので、今はまだまだそこにはいいませんが、今御指摘のような大量のデータを死蔵することなく活用できる方向で考えていくのが我々の務めだと思っています。

木庭グループ長 鈴木さんよろしいでしょうか。ありがとうございました。それでは次に田淵さん、お願いいたします。

田淵さん よろしく申し上げます。私は横浜市立みなと赤十字病院の外科医です。また同時に給料の中から保険を払う被保険者でもあります。両方の立場から、日頃この保険協会の赤字、財政問題をもどかしく思っていることがあります。これはすぐに実現するわけではありませんが、遠い将来を見据えてぜひやっていただきたいという要望みたいなもので、2点あります。

1つは、非常に大きな要望で、もう1つは小さな要望です。大きな要望は、医療費がどう使われているかの情報開示を徹底的にやる方向を示して頂きたいということです。こう言いますと、厚労省の方とかは、全部情報開示出来ているのでホームページを見て下さいと言われます。しかし、欧米の状況から比べますと、必要な情報開示が全くできていないのです。欲しい情報としては、例えば私の専門に関連した循環器の狭心症という病気に対して、国内でどれだけ投薬費、検査費、治療費、手術費が払われているかというデータです。これを国際的に比較しようと思うと、欧米各国のデータは直ぐに集まります。日本での情報は全くの空白です。そういうふうに疾病別に、日本での医療費がどれだけ払われているかという概要がさっぱり把握できないのです。DPCというのは非常に良い試みで大きな一歩だと評価していますが、DPCに加入していない医療機関の部分がいまだにブラックボックスになっています。そのような情報収集は保険協会の仕事ではないと言われるかもしれませんが、国際的に見ますと保険協会は、国民から保険金を集めるには医療のこの部分にこれだけ金がかかるのですという説明する立場にあるわけです。また、医療機関に対しても医療費の支払いに際して、何でここにこんなにお金がかかるのだとクレームができる立場にあると思うのです。諸外国での保険協会や保険会社はその見通しの良い立場をうまく利用して医療費の増大と戦っています。それで、被保険者が費用対効果の高い保険会社を選ぶことが出来るシステムを持つ国もあります。そういう方向性が、国民の選択の自由度があり、国民の声が医療費あるいは医療制度改革に届きやすいというしくみへの早道だと思うのです。今までの長い日本の歴史では、厚労省あるいは中医協が決めたシステムで全国一律で払うという方式でやってきました。それは国民皆保険ということで今迄は良かったと思います。しかしこれからは、これだけ国民の要望が多様化している先進医療が出てきた中で、経済は停滞して、収入が減っているのが現状です。では改めてどう医療改革しようかというときに、その医療支出の内訳を示すデータが無いものですから、日本の現状がどういう位置にあるかということが、我々医者自身もさっぱり把握できないのです。どういう位置と言うのは、長い歴史の中で10年、20年、医療費のどの部分が伸びて来たのか判りませんし、諸外国と比べてどの部分が日本は医療費が多いのか、どの部分が少ないのかというのが把握出来無いということです。情報収集のシステム作りは、本当に大変な作業だと思います。でも、これだけ経済的に苦しいということを逆にステップにやっていただきたい。過去1年間の民営化の流れで良い方向の提案が沢山あり、これは非常に喜ばしいことだと思います。さらに、経済的の苦しい状況を追い風にして、医療情報開示のシステム作りを進めていただきたいと思います。

ついでに海外事例をご紹介しますと、海外ではIHNの成功例が多くあります。IHNとはインテグレートド・ヘルスケア・ネットワークの略で、小さな地域の保険協会、或いは全国単位の保険協会のガバナンス機能を強大にした試みであります。保険協会が、病院の診療や医療費請求に具体的要望を出す、こういう医療をしてほしい、こういう医療ネットワークを作ってほしい、ここにお金を出しますと言います。同時にその高い費用対効果で被保険者からの信頼も高くなります。保険加入者が増加し経営が安定化します。そういう形で、地域社会で出来るだけコストを安く、しかも良い医療を育てる。そういう成功例が海外では沢山あると思います。日本の全国規模の保険協会が、海外成功例をそのまま追従することは困難な現状が多くあると思います。しかし、医療費が増大してきて全体の医療費をどうするか、収入が減ってくるというこの苦しいこの機会に、新しい保険者機能への一歩踏み出していただきたい。簡単なお答えにはならないと思いますが、強い要望です。

2つ目は、比較的小さな話です。私が理解するには、今後は各都道府県レベルでそれぞれ収入と支出を見て保険率を都道府県別にアップダウンさせることとなります。その単位を市町村などもっと小さい単位で出来ないかと思えます。その理由は、現在保険料は大きな国単位の健保の財布に入ってその大きな財布から医療費が出て行くから、個々の細かい医療のむだ遣いということに国民の頓着が無くなる傾向にあります。ところが、例えば市とか町の小さな財布になってしまうと、自分たちのコミュニティでできるだけ医療費を抑えようと、そういう儉約意識がもっと働きやすくなると思うのです。地域で医療費を研儉約すればするほど次の年に払う保険料がうちの町は安いですよということになると、お互いに競争で知恵を絞って儉約になります。そういう形で目に見える儉約意識が働きやすいと思うのです。それが県ですと財布が大きすぎる、できればもっと小さい単位で目に見える儉約意識を植えつけられるようなシステムを考えられたらどうかと思えます。それが2番目の質問です。

木庭グループ長 ありがとうございます。保険者として医療費の内訳、先ほど例示がありました。狭心症といった病気に対して医療費、薬や手術、検査といったものがどのくらい使われているのかという内訳を提供する。またさらに病院ですとか、医療機関に何らかの働きかけを行うということができないのかという御質問。次に、保険料負担の話ですがこちらは市町村のように、もう少し都道府県よりも小さな単位で設定することによって、医療費の無駄をなくしていくような意識づけができないかという2点でございます。お願いいたします。

貝谷理事 ありがとうございます。現場のお医者さんの立場から、非常に核心をつく御意見だと思います。

最初のご提案が私も非常に重い話だと思っています。現状から言いますと、これまでは今お話の点は全くできなかった。少なくとも保険者ベースでは私どもが努力しようと思ってもできなかったと思います。これはレセプトがそもそも紙ベースというアイテムの時代

の中では媒体が限定されていたということがあります。そういう中でなおかつ傷病とのリンクというのも主傷病、多少それ以外のものもございませうがそこのリンクということもシステム的にはできなかつたということがございませう。今御指摘のとおり1つはDPCという試みによって、それぞれの病院の医療の中身がある程度データ化され、透明化されるという取り組みが始まっています。それからこれは全体的な話ですが、レセプト請求の際の電子データでの請求です。オンライン請求ということもあります。そういったそもそもの電子データでのやりとりが普及されて、協会でも相当電子データが入ってきています。電子データで来れば、我々受け手の方でどういう処理ができるかという選択肢が非常に広がります。傷病との関係でも、やろうと思えば無尽蔵に多分できると思います。ただ、ここはおっしゃるとおり現状では私どもも十分できておりませう。先ほどレーダーチャート等をごらんいただきましたが、そのぐらいしかまだできておりませう。データはございませうので、それをうまくピックアップをして処理をするシステムを構築することで、ある種データベース化して引っ張り出すことによって、今おっしゃったような疾病別も恐らくできると思います。主傷病かもしれませうが、限定つきながら多分いろいろなひもづけで一つの疾病について投薬なり、検査なり、手術なりいろいろな医療行為についての分析が可能になるだろうと思つています。

これは恐らく行政当局もそういう意識のもとにDPCという試みをやり、私どもも電子データでもらう、方向としては先生おっしゃったような私どももそういう方向に向かうべきだと思つています。では今、何をやっているのかと言われませうと、システム化ということで取り組む必要がありませうが、その前の段階のどういうシステムをやり、どういう分析をすることが優先順位から考えて求められているかというところの研究をやっている段階でございませう。おっしゃるようなところまではなかなか現状では行つてないのが実状でございませう。方向としてはおっしゃる方向で、まずデータベース化といひませうかそういうものが保険者としてできるようにしていきたい。できれば多分ほかの保険者も含めて日本全体のデータベースということが、本来であれば行政当局の中でできた方がいひと思つています。

話は余談になりますが、特定健診の方は、各保険者が得るデータを国に報告しろという形で国へ全部行きます。全国の健診データなり、あるいは保健指導のデータをデータベース化できる道がようやくできておりませう。国は恐らくそういう方向に少し時間がかかるかもしれませうが向かつておりませう。私どももそういうふうに向かうべきだろうと思つています。

医療の点についても、今御指摘のようなお話の方向で進めていければいいなと思つておりませう。

それから保険者がきちんと医療機関に対してものを言う。そういう姿勢が大事であると。特に諸外国との比較で、日本の場合は保険者がものを言わないということで長年言われてきた点が多かつたと思つています。そういう意味で保険者機能の強化ということを先ほど御説明いたしましたが、全くおっしゃる点はそういう点があると思つています。これもスピー

ド感がどこまでできるかというのがありますが、方向性としてはそういう分析をやり、個々の医療機関に対してどうやっていくかというのはハードルが高いかもしれませんが、私どもが今認められているような、例えば先ほど若干御批判があったかもしれませんが中医協においては既に与えられているポジションがありますので、そういう場を使って現実的にものを言っていくということは私どものデータの分析の中で可能ではないかと思っています。

その関連でIHNというお話がございました。ここはすみません、私ども十分知見がないというところがございます。お話を伺いますと、単独の保険者でなく保険者が集まることによってコストを下げ、あるいは医療の質を上げていく、そういうことを保険者同士が連携をとることによってできないか。あるいは地区、地区でできないかということだったと思います。そこまでは率直に言ってまだできていませんが、実は前回の制度改正の中で、保険者の協議会を都道府県ごとにつくっていこうという取り組みが始まっております。都道府県単位で協会けんぽなり健保組合、共済、市町村の国民健康保険などの保険者が集まって地域の医療を考え、できればその医療提供体制なりについて行政に提言していこうという試みが始まっております。そういう取り組みを今後進めていければいいと考えております。

2点目の都道府県ごとの保険料率の調整というのは制度的にできたけれども、市町村ごとに、つまりもう少し身近なところで見える形にすることによって、コスト意識を持ってもらってはどうかという点は非常に示唆に富むものだと思います。ただそうは言いつつも、医療の実態からすると都道府県は若干大きいのではないかという御意見ですが、私どもは市町村ですとやや小さいところがどうしてもあって、本当はその中間がいいのかもしれませんがそういう点があるかと思います。都道府県ごとの保険料率がことしの9月から、つい2カ月前から始まったばかりでございます。なお、都道府県ごとの料率の差も余り広がらないように、全国なるべく差が出ないような形でスタートをした方がいいだろうということで、余り差をつけないでスタートをしています。今、御指摘のような地域で、自分たちの医療費がこれだけかかっているのだから、もっと効率できる方向で考えようという一つのアイデアではありますが、市町村まで直ちに行くのがいいのかどうかというのは、今お話を伺っていてややそこは議論の余地があるかと率直に思ったところでございます。以上でございます。

木庭グループ長 田淵さん、よろしいでしょうか。

田淵さん はい、1番目の要望の繰り返しになります。非常に高いハードルですが、今の日本の経済状況、医療状況を考えますと待たなしの問題だと思います。私の理解ではレセプト制度は戦後に出来たもので、大きなフレームワークはほとんど変わらないで微修正のままで今に至ったものです。これは乱暴な比較ですが、20年前にできた高速道路の建設計画、ダム为建设計画をそのまま引きずっているのと同じぐらいの大きな問題だと思います。それを改革しようというので、事は大変です。これは医療問題の特異的な点だと私

は常々思いますが、それぞれ千差万別の病気を抱えていてそれぞれ自分の命に係わることで、譲れない領域があり、ここのコストをカットするとかいうと必ず不平、不満が発生し、全員が満足な改革案に到達するのは不可能だと思うのです。ある程度どこか妥協しても各々が納得という形の改革案にするには、全体が見わたせる見通しの良い環境をつくるのが必須条件だと思います。大変なことはわかっておりますが、ぜひ頑張ってくださいと思います。

貝谷理事 おっしゃる点全くそう思います。実はお手元に参考資料として、今の議論からすると全く遠い資料ですが、13ページ、14ページをごらんください。医療費の分析に関して今一体どんな資料があるのかということです。要するに13ページみたいな国民医療費全体のマクロベースになるのですが、これで見るといろいろな構造を分解することはできているわけです。でもせいぜいこれぐらいの資料です。本当にマクロベースです。それから医療の現場という点から見てもいろいろな分析がなされていますが、疾病ということになると必ずしも今おっしゃるとおり把握されてなくて、そこは非常にウイークな点であるという認識は私どもも持っています。

それから行政当局もあるいは中医協といわれる組織もその問題意識を持っていて、DPCの取り組みプラス医療費のコスト分析という取組みがなされており、本日、参考資料で平成20年度医療機関の部門別収支に関する調査報告をお示ししております。中医協の中で簡単に言いますと病院と診療所の比率、これは医療費全体でのシェアはこのところほとんど変わっていないという議論があるのです。この10年ぐらいとると、ほとんど変わっていません。6対4ぐらいだったと思います。病院と診療所の議論が大変盛んですが、もう少し議論を進めて、病院の中でもいろいろな部門があると、循環器の部門はじめ各診療科の部門がありますが、どういうところがどういう構造になっていてどこにウエートをかけて配分していくのが日本の医療にとって必要なかというところの基礎的なデータが、実は細かいデータがなかったという反省のもとに取組まれているのです。きょうお持ちしたのは医療機関の部門別収支に関する調査報告という、これは中医協の資料でことしの7月のデータです。慶應大学の田中滋先生がやっている中医協の中の専門の分科会です。病院ですといろいろな部門が組み合わさっておりますので、単純に配分できないというネックがあっただけで分析ができなかったのですが、そこをある程度切り込むことによって、例えば最近言われている外科系ですとか周産期、小児というところが本当に大変なのだということがエビデンスとして浮かび上がってこないかという問題意識だと思うのです。まだサンプル数が少なく、この調査そのものは限定的な意味しかないというのが今のところの結論ですが、こういう取り組みを、今回は成果に結びついていませんが、次の診療報酬改定に向けて継続して行こうということで取り組みが進められております。

恐らくいろいろな日本の医療資源が、比較的ウエートづけが従来意識されずに全体の枠をどうと、医療費を何パーセント上げるのだ、下げるのだというところの議論は政治的な意味もあって議論されてきておりましたが、部門別に見たもう少しきめ細かな分析なり判

断というものが求められています。私どもも同じような問題認識のもとでこれから仕事を進めていきたいと思っています。

木庭グループ長 それでは次に湯澤さん、お願いいたします。

湯澤さん 湯澤敦子 그레이スと申します。よろしくお願ひいたします。私は今まで、単一・総合健保組合に所属したことがございますが、一度もこのような保険者・事業主・加入者が一堂に介す場がなかったので、今回のような取り組みは素晴らしいことと思っております。また今日この場で意見を述べさせていただくことをとても嬉しく思います。ありがとうございます。

貝谷様と田淵様のお話の中にもありました、保険者機能について意見を述べさせていただきたいと思ひます。昨年の10月に政府管掌保険から協会けんぽ(全国健康保険協会)へ大きな転換があったと思ひます。以前の47都道府県1組織から都道府県別の47支部体制になり、保険料も全国統一から都道府県別に変更しました。従来の政府管掌保険時代は保険者機能という言葉が多く語られてこなかったと思ひます。保険者機能は、健保組合がメインだったと思ひます。しかし、協会けんぽのホームページを拝見させていただきましても「保険者機能強化のアクションプラン」が掲載されているなど、非常に画期的な取り組みを感じます。

アクションプランを拝見にしますと、本日の資料の中にもありましたが、6つのプランが明示されています。

質問ですが、具体的にこの6つのアクションプランはいつまでにどれぐらいの目標で行う予定かお教えてください。また、加入者に詳細が伝わるように明確に示して頂ければと思ひます。

6つのアクションプランを仮に優先順位付けをするならば、私からご提案させていただきたいと思ひます。

この6つのプランの中で特に注目しているのは、「関係方面への積極的な発信」です。その最大の理由は、協会けんぽには、日本国民の3分の1から4分の1の方が加入されていると思ひますが、その意見を集約できるというところが一番の大きな発言するパワーの源になるからです。被保険者・被扶養者数では健保組合もほぼ同数ですが、健保組合はいくつもの集合体の総数であり、協会けんぽのように一枚岩の団体ではないと思ひます。この巨大な団体の意見は非常に影響力があると思ひます。

その影響力を有効にするためには、有用な内容と足元を固めることが必要かと思ひます。具体的にどのような内容を発信していくかということ、データドリブンの発信と加入者の声を集約して発信することが重要と思ひます。

データドリブンとは、何かができないと語るのではなく、状況を数的に説明し、その数値をどれくらい改善したいから、何をしたいと言うように、具体的な数値目標を示し提案・発信をしていくことです。

加入者の声の集約とは、加入者3,500万人、国民の3分の1から4分の1の声をいかに

生かすかということです。そのためには、例えば大きな会議の前に、このような意見交換会等を開催していただき、それぞれの加入者がどのように思っているか、どの部分を改善してほしいか要望を届けていただければと思います。

また、足元を固めることは、例えば、本日いただいた資料の中にあります、協会けんぽの概要に健保組合と比較されている部分があります。鈴木様のお話にもありましたが、財政状況が芳しくないことが解読できます。この状況を改善すると考えたときに、インプットをふやす、アウトプットを抑えるという方法の2つがあります。インプットは、所得格差の問題があるとの説明がございましたので、すぐに改善することは難しいかもしれません。一方で一人当たりの診療費、アウトプットも健保組合と比べ格差があります。この格差の部分は、医療費抑制の努力の余地があったのではないかと疑問があります。このような疑問を多くの方が持つことが考えられます。まず、協会けんぽの財政状況を健保組合と同等レベルまで改善し、その状態で発言や発信をすることを勧めます。つまり、発言・発信される際には、足元をすくわれることのないように、改良の努力は最大限必要と思います。

現在の中医協や国の審議会などの既得の場での議論に、データドリブンでの提案や加入者の代表として声を届けていただければと思っています。

最後に、保険者機能の強化ですぐに成果が現れるものは少なく、例えば医療費抑制は単年で結果を出すことが難しいと思います。長期目標を提示しつつ、単年ごとの小さな目標を加入者に示していただけたらと思っています。

質問と意見を一緒に申し上げましたが、以上です。

木庭グループ長 ありがとうございます。アクションプランが6つありますが、目標といつまでにやるかといった点について加入者に伝えていく取り組みについての御質問がございました。次に関係方面への発信、アクションプランの最後に書いてありますが、審議会などで協会けんぽの意見を伝えていくということになります。こちらを発信するためにデータベース、医療費の情報といったものを整備していくというお話。今回の対話集会のように事業主さん、加入者さんの集まる機会を設けて、そういった意見を集約して審議会の場で発信してはどうかという御意見と御質問でございました。貝谷理事からお願いいたします。

貝谷理事 ありがとうございます。今の御指摘の1点目にございました特にアクションプランです。私ども昨年10月以降、1年少しやっておりますがやはりこういうプランをつくってみて、初めてこれはやらなければいけないのだというのが出ました。実は運営委員会である委員から、きちんと目標を掲げてそれに向かってやっていくのだという手法をとるべしということがございました。今のお話で、それはいいけれどいつまでにどういうことをやっていくのかということがなかなか加入者レベルまで届いていないぞという御意見でした。私どもアクションプラン、ここには書いてありませんが、ことしで行きますと21年度のアクションプランということになると思います。したがって、これは例えば来

年度を迎えるにあたっては見直していく、そしてできるだけ目標年次をそのような形でアクションプランの中に明示できるものについては、明示していきたいと思っています。

ここには概略しか書いてありませんが、例えばジェネリックのケースですと、20年度はここまでやる。21年度はここまでやるということが実はアクションプランの中に入っています。お読みかと思いますが、できるものはできるだけそのようにしていきたいと思っています。これでいきますと医療費分析にいたしましても、健診と保健指導、保健事業の関係あるいは関係方面への積極的な話、いずれも単年度で終わるというよりは、年度、年度で実績を積み上げていく中身ですので、もう少し具体的に、今年度はここまで行くぞということができるだけわかりやすいように今後やっていきたいと思っています。

それから2点目の、特にその中でも関係方面への積極的な発信が大変重要であるという点については、私どもそうと思っています。従来、発信機能といいますが、ものを言っていくというのが不足していたと思います。中医協に出るにしてもあるいは社会保障審議会の場に行って発言するにしても、ものを言う以上は考え方をまとめて立場をつくった上でものを言う必要があります。今お話のありましたようなデータドリブンでやっていかなければいけないと思っています。既に情報については膨大過ぎるぐらいなものが制度的には保有することになるわけですので全部は無理ですが、そこをうまく、できるだけ効率的に優先度合いの高いところから取り出していくものをまずシステムとして構築をしていくことが必要だと思っています。

それから、加入者の声あるいは事業主の声を聞いて、それをもとに中医協等での議論をやってほしいと。これもそのとおりだと思っています。きょうのような場、少し専門的になるかもしれませんが、研究事業で先ほど言いました第一線の研究者の方々のいろいろな成果も私ども参考にさせてもらっていますので、いろいろなものを私どもとして吸収した上でやっていきたいと、こういった小さな会合なりいろいろなところでの加入者の方々の声をそういう場で生かしていきたいと思っています。ただ、中医協や社会保障審議会は大変頻度が高いのです。週に2回ないし場合によっては3回の開催になっています。個別の対応というのは難しいと思いますが、大きな方針、データに基づく発言、例えばジェネリックであればそれをできるだけ普及させるとか、質を高くする、透明化をはかるといった基本方針のようなものについては運営委員会というところで御意見を伺っていますので、そこで出されました方針、方向に沿って個別の発言をしていきたいと思っています。

要領を得ない話になりましたが、できるだけデータに基づく発言、発信ということを中心にしていきたいというのが1つです。それから直接生の声も聞きながら方針についても、できるだけそういう声をベースにやっていきたいという点は、私どももそう思っているということをお話し申し上げたいと思います。

木庭グループ長 湯澤さんよろしいでしょうか。どうもありがとうございました。4名の方には御意見をいただきましてありがとうございました。

それでは会場にお越しいただいた方との意見交換に移りたいと思います。御意見、御質問がいらっしゃる方につきましては手を挙げていただきますようお願いいたします。

今までのやりとりの中で非常に幅広いお話がありました。医療サービスと現金給付、保健サービスとやっているわけですが、どういったところからでも結構です。先ほど御説明いたしました医療に関するアンケート調査といったものもお配りしております。また、出された意見と違う点ですとか、違う視点などございましたらいただければと思います。

特に御意見がないようでしたら、本日、栃木支部長と東京支部長にお越しいただいております。栃木支部長から本日の感想など御意見いただければと思います。よろしくお願いいたします。

栗田栃木支部長 それでは一言感想を述べさせていただきたいと思います。柏瀬様、鈴木様、田淵様、湯澤様から、非常に幅広く奥深いお話、御意見を承りました。それについて貝谷理事からすべて御回答していただきました。我々現場を預かる者として、そちらの観点から感想を述べさせていただきたいと思います。

御意見の中で、非常に協会けんぽに対して御期待をいただいております。そういう点において我々は地域の保険者として、地域に合った、身の丈に合った保険事業をしっかりとすることを求められております。東京支部の大支部においては東京支部として、我々栃木支部においては栃木支部らしい保険事業を行うことを求められております。例えば保険者機能の強化アクションプランについてのお話に、何となく集約されていくと、やはり我々は民営化したこと、公法人化したことで保険者機能を強化することに、一つ一つ、一日一日努力しているのではないかと考えています。

地域の医療費等の分析の推進にいたしましては、まさにこれからデータをいただきながら、しっかりと着実に深度をましていきたいと現場でも思っておりますし、後発医薬品の使用促進についてはまだまだ広報が足りないというのが現場での率直な印象です。医師会の方々とお話をしても、やはり「これでと」国が決めたからそのまま行けるといふところまで至っておりません。しっかりとした広報活動をこれからも続けてまいりたいと思います。

インターネットを通じた医療費通知についても、なかなか進捗していないという状況でございます。これは例えば新しい保険証が数字の記番号に変わりました。この保険証の切りかえが7月以降9月までかけてやっております。インターネットで登録しようとしますと、新しい番号が必要でございます。そういった若干高いハードルがございまして、これからこういう便利なものがあるということで広報活動を支部の方でまた進めてまいりたいと思っております。

保健指導もしかし、環境方面の積極的な発信についても保険者協議会というお話が理事からありましたが、保険者協議会で我々がやはり大きな加入者を抱えた保険者としてリーダーシップをはかっていくことが今必要だと思っております。したがって、いろいろ保険事業を進めていく上では国民健康保険の連合会様、健保組合様と相談をさせていただ

きながら、一致団結するような形での保険者としての保険事業を進めてまいりたいと意識して動いているところでございます。

調査研究のデータ化で、しっかりしたものをきちんと数字としてあらわせるようになれば本当に鬼に金棒でございます。そういう中で一つ一つ御期待にこたえるようにしてまいりたいという思いを強く持ちました。これから1年、2年、3年と保険者機能の強化期間がございしますが、その間にしっかりと本部の方の示す道標に外れないように、支部としても追隨して期待にこたえてまいりたいと思います。本当に貴重な御意見をありがとうございました。

木庭グループ長 最後に、東京支部の矢内支部長からお願いします。

矢内東京支部長 一言ごあいさつを申し上げたいと思います。ごあいさつと本日締めくくりだということですので、締めくくりのお礼も含めまして少しお話をさせていただきたいと思います。

きょうのお話の中で、つくづく感じましたことは本部が頭脳だとしますと、本部がいろいろ基本的な考え方を議論してその考えをまとめていただきますと、支部はそれを実践しなければいけない、実践する立場にある。そういう意味で、東京に350万人の加入者がおられますが、その方々と直接向かい合って、今栗田栃木支部長さんもおっしゃっていましたが、支部というのは実際にその方々と直面してそれをやっという実践部隊であるということです。それはそれなりに悩みもあるところでございしますが、本部と一緒に連携プレーをとって、この協会をさらによくしていこうという気持ちで、支部として努力をしていこうと思っております。

本日は夕方皆さんお忙しいところ、このようにたくさんお集まりいただきまして、御意見を発表していただく方には、本当に貴重なざっくばらんな御意見をお伺いしました。私ども日ごろ余り難しいことを考えていないと言っては変ですが、そういうところできょうは非常に刺激を受けたお話をお伺いしました。ある意味では目からうろこが落ちたようなところがございします。きょうの御意見、非常に我々貴重なものとしてこれから本部、支部の運営に役立てていけたらいいと思っております。

貝谷理事からお話がありましたが、協会は非常に財政状況が厳しく来年度の保険料率をどうするかといった難しい局面を迎えているわけでございしますが、きょうのような被保険者の皆様、事業主の皆様、有識者の皆様、こういった方々から貴重な意見をお伺いすることによってこの難局を何とか切り抜けて、さらに一皮むけた協会になっていきたいといった意欲を感じております。これからもぜひ御支援を賜りたいと思います。

御出席の皆様には、本当に真摯にといえますか真剣になって耳を傾けていただいたそのことをもう一度お礼を申し上げまして、あいさつといえますかお礼といえますか変なことになりましたが、ごあいさつといたしたいと思っております。どうもありがとうございました。

木庭グループ長 本日は、第1回目の協会けんぽ対話集会ということで開催いたしました。今後もできるだけ多くの方々から意見を伺う機会を設けていきたいと思っております。

今回、初めての試みということで広報の方法ですとか開催時期、時間帯、開催場所などもさらに検討して、より多くの方から意見を聞ける機会を設けていきたいと思っております。本日は大変お忙しい中、お集まりいただき、また貴重な御意見をいただきましてありがとうございました。

以上で、第1回協会けんぽ対話集会を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

(了)