

全国健康保険協会運営委員会（第 69 回）

開催日時：平成 27 年 10 月 14 日（水）15：00～17：00

開催場所：全国都市会館 会議室（2 階）

出席者：石谷委員、城戸委員、古玉委員、高橋委員、田中委員長、野田委員、埴岡委員
森委員（五十音順）

議 事：1. 平成 28 年度保険料率に関する論点について
2. 平成 28 年度事業計画（骨子案）について
3. その他

○支部評議会議長との意見交換会について
（長野支部、兵庫支部、佐賀支部）

○田中委員長 皆さん、こんにちは。

少し時間に早いですが、委員おそろいですので、ただいまから第 69 回運営委員会を開催いたします。委員の皆様におかれては、お忙しい中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。

本日の出席状況ですが、中村委員がご欠席です。次に、協会の役員に異動があったとお聞きしました。事務局から紹介をお願いいたします。

○企画部長 はい。まず、長門理事の後任の篠原理事です。

○篠原理事 篠原でございます。企画部長、総務部長とお世話になりました。このたびは、理事として船員保険を担当させていただくことになりました。引き続き、よろしくお願いいたします。

○企画部長 続きまして、篠原の後任の総務部長の野口です。

○総務部長 どうぞよろしくお願いいたします。

○企画部長 また、業務システム刷新を機に、10 月 1 日付で組織の見直しを行い、新たに、保健部とシステム部を設置しましたので、お知らせします。

保健部長の守殿です。

○保健部長 よろしくお願ひいたします。

○企画部長 システム部長の槇沢です。

○システム部長 よろしくお願ひいたします。

○田中委員長 ありがとうございます。本日も、オブザーバーとして厚生労働省よりご出席いただいています。厚生労働省のほうも、10月1日付で人事異動があったそうなので、ご紹介いたします。宮本保険課長でいらっしゃいます。

○厚生労働省保険課長 保険課長の宮本でございます。よろしくお願ひいたします。

○田中委員長 友田全国健康保険協会管理室長でいらっしゃいます。

○管理室長 友田でございます。よろしくお願ひいたします。

○田中委員長 本日は、後半に支部評議会議長をお招きして、意見交換を行うこととしております。ご出席の皆様には、円滑な議事進行に協力のほど、よろしくお願ひいたします。

早速ですが、議事に入ります。初めに、平成28年度保険料率に関する論点が事務局から提出されています。説明をお願いします。

議題1. 平成28年度保険料率に関する論点について

○企画部長 では、お手元の資料1をお願ひいたします。「平成28年度保険料率に関する論点について」でございます。こちらの資料につきましては、1枚目が、前回と、基本的に論点3つにつきましては、同じものとさせていただいております。料率について、どのように考えるべきか。激変緩和措置について、どのように考えればいいのか。それから、料率変更時期は4月納付分から、とさせていただいております。

なお、こちらの※印の下線部のところがございますように、前回ございました意見を、こちらの下線部に記載させていただいております。「単年度収支均衡が原則であり、引き下げられるときは引き下げて、引き上げる必要があるときは引き上げる、ということでもよいのではないか」という意見と、「長いスパンで安定的に運営できる水準としたほうがよいのではないか」という意見があったという記述を加えさせていただいております。

なお、この2枚目以降に、今回、資料を加えさせていただきました。まず1枚めくっていただきまして、2ページ目をお願ひいたします。

2 ページ目は、単年度収支差と準備金残高の推移でございます。こちらには、準備金残高と単年度収支差を、それぞれ棒グラフ、それから、保険給付費に要する費用の1カ月分相当を、こちらの点線から実線の折れ線グラフで記載しております。その上で、直近の26年度決算の数字、1兆647億円という準備金の水準が、保険給付費の1カ月分の相当する額としては1.6カ月分である、というものの数字を加えています。参考として、平成4年と平成6年が、それぞれ1カ月分に対して何カ月分だったかということ、それぞれ3.9カ月分、2.5カ月分という記述を加えております。下のほうには、主な制度改正の推移。それから、料率の推移を記載しております。

次に、3 ページ目をお願いいたします。3 ページは、協会けんぽの都道府県単位保険料率です。協会けんぽでは、年齢構成や所得の調整を行った後の「医療費の地域差」を反映した都道府県単位保険料率を設定しております。全国平均は、27年度は平均10%でして、最高は佐賀の10.21%、最低は新潟県の9.86%です。各支部の料率につきましては、表に記載のとおりでございます。

1枚おめくりいただきますよう、お願いします。4 ページと5 ページです。「協会けんぽの都道府県単位保険料率の設定のイメージ」という資料でございます。先ほどの説明にありましたように、年齢構成と所得差を調整した上で、最後、残った差を、都道府県単位保険料率にするということでございます。

こちらの資料にございますように、20年9月までは全国1本の保険料率であったものが、20年10月から、各都道府県の医療費の差を反映した料率に変えております。その際、一般には年齢構成が高いほど医療費が高く、また、所得水準が低いほど、同じ医療費でも保険料率が高くなります。そのため、その年齢と所得については、調整した上で、その調整した後の差が、都道府県単位保険料率の差となり、それに、さらに各都道府県の保険事業に要する保険料分を合算し、また、後期高齢者支援金など、全国一律に課される保険料分を合算して、最終的な保険料率が算出されることとなります。

5 ページ目をお願いいたします。「28年度都道府県単位保険料率のごく粗い試算」でございます。こちらの資料は、平均保険料率10%の場合に、最高料率になる支部、それから最低料率になる支部につきまして、激変緩和率を現行の10分の3、それから、32年までに解除しなければならないとする場合の、平均の引き上げ幅であります1.14を足しました10分4.4、それから10分の10、それぞれについて算出しております。

10分の3、これはつまり、現行と同じ激変緩和率の場合でも、最高料率の支部、最低料率の支部、いずれも+0.03、または-0.01引き下がるということで、激変緩和率を同じにした場合でも、料率は、医療給付費が変わることになりますので、変化することになります。さらに、激変緩和率を上げますと、その分、料率が平均より高い所は上がって行って、逆に、料率が低い所は、一般的には引き下げ幅が大きくなるという関係になります。

その詳細の内訳を示したものが6ページの資料となります。こちらは、料率のごく粗い試算の先ほどの内訳を示したものととなります。

料率の変化する要素といたしましては、まず、医療給付費分の都道府県単位保険料率がどうなるか。それから、こちらの最高となる支部の保険料率の所をちょっとご覧になっていただきますが、医療給付費分の都道府県単位保険料率がどのように変化するか。それから、共通料率、つまり、現金給付費、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金などの共通料率分がどう変化するか。それから、26年精算分、これらを全て足し合わせた上で、各都道府県単位保険料率が変わってきます。

で、激変緩和率は、医療給付費分の都道府県単位保険料率の所に、記載が変わってきますので、結果としては、こちらの資料のような形で、先ほどの、例えば料率が最高になる所では10分3、10分4.4、10分の10で、それぞれ、+0.03、+0.13、+0.53ということで、料率がそれぞれ変化することになってきます。

なお、こちらの資料は、平均保険料率や政府で予算セット時の計数で算出すると、異なる結果があります。それから、現在からの変化分の金額は、標準報酬月額28万の被保険者に係る保険料負担の月額27年度からの増減で示しております。

引き続きまして、7ページをお願いいたします。こちらは、今回の議論を直接お願いするというのではなく、次回以降議論をお願いするものの紹介という位置付けでございます。今回の医療保険制度改革におきまして、「個人や保険者による予防・健康づくりの促進」ということで、予防健康づくりのインセンティブの強化が盛り込まれました。

個人については、ヘルスケアポイントの付与や保険料の支援により、保険者が、加入者の予防・健康づくりに向けた取り組みを支援する。それから、保険者に対しましては、後期高齢者支援金の加算・減算制度について、予防・健康づくり等の取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するため、多くの保険者に広く薄く加算するという仕組みが導入されました。これは、平成30年度から開始する予定になっています。

そして、評価指標につきましては、特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等の指標を追加する。それから、協会けんぽにつきましては、別のインセンティブ制度を設けるということになっております。

1枚めくっていただいて、8ページ目をお願いいたします。「保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直しについて」は、どうするかということにつきましては、先ほどの後期高齢者支援金の加算・減算見直しは、健保組合、共済組合に対して、主に適用されるものとなります。協会けんぽにつきましては、各支部の取り組み等を都道府県単位保険料率に反映するというのを検討されることになりまして、これは、この協会けんぽ、具体的には運営委員会の場で検討をお願いすることになります。

なお、こちらの検討につきましては、国の検討状況を見ながら、並行して運営委員会での議論をお願いすることになりますので、次回以降、改めてお願いしたいと考えております。

資料1の説明は、以上でございます。

○田中委員長 ありがとうございます。最後のほうは、新しい事柄が触れられていました。今日は何かを決めるわけではありませんが、これについて、皆様方のご意見やご質問をお願いいたします。どうぞ。森委員、お願いします。

○森委員 最後の7ページ、8ページ。特に8ページの所で、ある意味では、今後は各支部、今までも取り組んできたいろんな、例えばジェネリックの問題もそうですし、いわゆる健診、あるいは保健指導、そういうものを全て勘案した上で、それに評価をされて、例えば各支部に対してインセンティブを与えていくという、そういうようなことでよろしいんですか。

要するに、今までとは違って、これからは各支部間での、ある意味では、これは平成30年度以降だと思えるんですけども、そういうことになってくる、というふうに理解してよろしいんでしょうか。ちょっとその辺……。

○田中委員長 お答えください。

○企画部長 はい。まず、今の都道府県単位保険料率というものを考えますと、これは、医療費の所得連動後の調整後の差を、保険料率に反映するという仕組みですので。例えば、健診・保健指導、あるいはジェネリック医薬品の効果が医療費に表れれば、その結果、それが地域ごとの都道府県単位保険料率に効いてくるということで、一定のインセンティブ制度は、この中にあると思います。

ただ、今回のこの違いというのは、最終的に医療費に出た段階で、その取り組みの違いを反映することになるのか、それとも、より早い段階、つまり取り組みが行われた段階で、その結果を反映するのか、その違いがあると考えております。

○森委員 よろしいですか。

○田中委員長 どうぞ。

○森委員 先ほどのところにもありましたけども、要するに支部によって、特に高齢化率が当然違ってくる、あるいは、当然若年の方たちの就労の、そういうことの状況も変わってくる。そうすると、そこでの所得を中心とした、いわゆる料率の問題と、それから、当然高齢化率が高くなれば、医療費は相当、特に医療機関というのは、ある面では、いろんな意味で広域で動きますので、そういう点では、逆に言うと、各支部の間で高齢化が高く、所得が、当然、そうするとなかなか厳しい。そういう所の方たちに対しては、このインセンティブっていうのは、どういうように働いていったらいいんですか。ちょっとその辺が、

私も——高齢化になればなるほど、この今回のインセンティブの見直してというのは、ある意味では相当大きなハードルになってくるのではないかな、というふうに思ったものですから。

○田中委員長 企画部長、お願いします。

○企画部長 これは、今後の、恐らく制度の組み方によってどうなるかと思いますが。今の都道府県単位保険料率も、例えば高齢化比率は、これは各支部が、同じ高齢比率だったらどうなるかという、いわば仮定した数字を算出して、都道府県単位保険料率をつくっていますし、それからまた、標準報酬月額も、各支部とも同じ水準だったらどうなるかということで、保険料率を算定しています。

この先、例えば、健診・保健指導、あるいはジェネリック医薬品、こういうのが、今、指標として検討されることになっていますが、こういうものについて、高齢化なり所得の状況が影響するのであれば、その差をどういうふうに調整していくかは、今後の制度設計になると考えております。

そういう意味では、いずれにしても、これは今後の具体的議論によるということ、まだ現時点で、今、委員がおっしゃったことについて、具体的な方向が出ているということではない、というふうに考えております。

○田中委員長 よろしいですか。伊奈川理事。

○伊奈川理事 1点だけ補足しますと、何分、この話自体が、今回の医療保険制度改革の中で出てきていまして、協会けんぽだけじゃなくて、ほかの保険者も含めて、どうするのかっていうのが、まだ見えてない状況です。私どもとしては、ほかの保険者の手法がどうなのかというのを横目で見ながら、一緒に走って、それでこれから考えていく、ということではないかというふうに考えております。

いずれにしても、今、部長から話がありましたように、これ自体、従来から医療保険がかじを取っています予防とか健康づくり、これを進めていこうという基本的なところは、揺るぎはないと思いますので、そういうことが促進されて、ひいては、加入者の方の健康、あるいは、願わくば、保険料とか、そういうところにプラスの効果があるように、今後、政府のほうでも考えていく、ということではないかというふうに思っております。

○田中委員長 来年度の保険料率激変緩和措置についてのご意見も伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。高橋委員。

○高橋委員 ありがとうございます。保険料率について、意見といたしますか、要望も含め

て述べさせていただきます。

保険料率について、これから議論を深めていくということになるんですけども、重視すべきポイントは、私たちとしては2点あるのではないかな、というふうに思っております。1点目は、加入者の納得を得られる説明ができるかどうか、ということが1つと、もう1つは、被用者保険の最後のセーフティネットとしての安定的な保険運営が確保されなければならないという、この2つが非常に重要なんですね。議論のポイントではないかな、というふうに思っております。

その上で、前回、運営委員会でこの2つの意見が上げられましたということで、先ほど言われましたけども、この2つの意見は、両方とも理解をしているところですけども、保険制度として収支均衡を図る原則からは、保険料率を下げるという選択肢もあれば、今後、将来的に上げる必要がある場合には、保険料率を上げるという選択についても、たとえそれが加入者にとって負担が重くても、受け入れていかななくてはならないというふうに思っております。

その上で、前回、収支見直しをお示しをしていただきましたが、例えば、保険料率が9.9%にしても、平成31年まで準備金残高が法定額を上回るという、そういった試算結果だったと思いますが、しかし、これは、国からの支援、国庫補助があるということが前提での試算だ、ということ踏まえる必要があると思います。

一方で、やっぱり赤字構造は変わっていない。雇用情勢というものや、あるいは賃金、物価動向ということによっては、保険料収入が大きくマイナスに変動する、ということも考えられます。こうした場合に、やっぱり国庫補助というのは不可欠だろう、というふうに思っております。

今も、準備金があるとはいえ、本当に、これで将来にわたって安定的な保険運営が可能なのかどうかという、その安定的な運営確保という観点からは、やっぱりしっかり踏まえなければならないと思いますので、赤字構造の中身も分析しながら、今後、ほかに議論をするための参考になる素材等があれば、できれば、その資料等も示していただきながら、議論を深めていく必要があるのではないかなと思います。

以上、意見と要望とございますか、お願いしたいと思っております。

○田中委員長 ありがとうございます。城戸委員、どうぞ。

○城戸委員 資料1の保険料率の考え方の中に、「保険料率は引き下げられるときは、引き下げて」という表現があります。今日の資料によると、法定準備金が、現時点で1兆円超、28年度予測では1兆3,000億円、29年度予測では1兆9,000億円という想定になっています。そうすると、最初の時点では6,000億円が基準になっていたもので、これを超えた現時点では、保険料率を一度下げても良いのではと思います。

新型インフルエンザやリーマン・ショックの影響で保険料率を上げざるを得なかったわ

けですが、昔は8.2%だったこともあり、今年度は法定準備金に余裕があるのだから、一度10%未満に下げても必要ではないかと思えます。中小零細企業の70%は赤字経営なのですから。

そんな赤字経営の状態でも、給料の中から天引きされる、容赦なく払わされる保険料なので、ここは一度そういうチャレンジをすべきじゃないかと。このように、法定準備金に余裕がある現在、国の方針も少し下げようか、という風になるのではないかと推察します。ここは一番、次年度は下げる方向で進めていただくと助かります。

前回、鍼・灸・マッサージについてのお話をしました。医療費全体の伸び率が2%ちょっとなのに対して、マッサージについては、18年度17.6%、19年度15.3%、20年度10.3%、21年度22.7%、22年度12.4%、23年度8.5%、24年は9.0%となっています。10月8日頃に、昨年度の実績が発表されると期待していましたが、まだ発表内容の情報が入っていないのですが、いずれにしても、非常に高い伸び率でびっくりしています。

今日は、宮本保険課長が出席しておられるので、コメントをいただくと助かるのです。今のうちに、何らかの適切な対処を考えておかねばと思います。柔道整復師については、不正請求その他の問題がこの委員会で議論された結果、前年比マイナス2.5%とか、0.4%とか著しく是正されています。マッサージ関係についても、今のうちに手を打たないと大変なことになると思いますので、是非宜しくお願いします。

○田中委員長 厚生労働省、お答えになりますか？ それともパスしますか？

○保険課長 すみません。まだ就任しまして間もないので、よく勉強させていただいて。今日はパスさせていただいて、またコメントさせていただきたいと思えます。

○田中委員長 そうですか。では、次回までに、何か考えてきてくださるようですので。石谷委員、お願いします。

○石谷委員 はい。保険料率に関する論点ということで、ご説明ありがとうございました。

私として、保険料率の件でお願い申し上げたいんです。先ほど各委員からご意見がありましたように、確かに安定した経営で、安定した運営をするということが原則であると思えます。ですが、私がお願いしたいのは、10.0ありきではないという事です。これだけ準備金もたまっています。これはやはり保険料を上げてきて、各加入者および被保険者にご負担を頂いた、その結果です。協会としても、経営に関して大変な努力をされた結果です。先ほど城戸委員からのお話もありましたように、現在も中小企業の経営は、非常に厳しい状況下に置かれております。その中で、何とかやりくりして保険料を納めておられるというのが大半であると、私は認識しております。ぜひとも、下げられる状況であれば下げさせていただきたいというのが、私の切なる要望です。

財政は確かに長いスパンで安定的に見るということが、一番原点であるとは思いますが、できる限りぎりぎりの線で、それを踏まえた中で条件を設定していただきたいと思います。

以上です。

○田中委員長 野田委員、どうぞ。

○野田委員 中小企業の今の経営状況についての発言がありましたが、これまでも、中小企業あるいは小規模事業者にとりましては、現行の平均 10%という保険料率が限界でございませうということも伝えておったかと思えます。その一方で、協会けんぽの財政が、長期的に安定して運営をしていくということも、必要なことだと思えます。

この保険料率の引き上げ、引き下げ、いろいろ検討される場合は、企業の存続自体にも非常に影響が出てくることであり、現行の 10%という保険料率以上にならないということが、絶対必要だと思えます。

前回の資料を見てみましたら、28年度から 31年度までの協会けんぽの収支試算額が載っております。それを見ますと、その中に法定準備金という、最低限必要な準備金の記載があります。その試算の条件としては、賃金の水準がどのようになるかという要因が 1 つありますが、これは協会けんぽの外の要因で決まってくる内容でございます。

試算結果を見ていきますと、9.9%であれば長期的に見ても、法定準備金から見ても運営が可能ではないでしょうか。そうであれば、その保険料率まで、ぜひご検討いただければと思っております。要するに、10%以上には、絶対にならないようにということは、強く要望させていただきたいと思えます。

以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。森委員、お願いします。

○森委員 ちょっと皆さんと相反すると、大変申し訳ございません。

実は私は、首長として国民健康保険の保険者をやっていたときに、とりわけ国民健康保険の加入者っていうのは、大変幅広くて、所得水準も当然低い。そういうような中で、資産割だとか均等割、いろんなようなものを駆使してやっていく中で、どうしたら、ある面では——特に保険料を上げるときの問題で、どれだけ長い期間、安定的に保険料率ができるか、保険料を安定したものにすることができるかということに、そこに一番、やっぱり腐心をしました。

そういうことから言っても、確かに下げられるときは下げ、上げるときには上げる。しかし、実は、医療費の動向っていうのは、ある面では予測しがたいことが結構あると、そういうことを加味した場合、ある面では、加入者も、あるいは事業主にとっても、長い期間

の中で安定した保険料を、例えば事業主からも徴収する、あるいは加入者からも、というようなことをしたほうが、やはりいいのではないかと。

当然、市町村国保の場合でも、先ほど来お話がございましたように、一定の、いわゆる保険料、ひと月にどれだけの保険料が要するというようなことを含めて、そういうことの準備金的なものは持っておるんですけども、最終的に、国民健康保険の場合、いわゆる一般会計からお金を繰り入れるという、そういうことってというのは、法定分以外は、なかなかできない。そんなようなことを加味した場合、やはり、ここの協会けんぽについても、準備金というのは、確かに、今は1兆600億、1.6カ月分あるかもしれませんが、私は、医療費の動向を踏まえて、やはり安定的に保険料率があると。

そしてもう1つ、この激変緩和の問題でも、これはここにもございますように、「36年3月31日までの間」というふうになっていますので、今年度と同じように、10分の3.0ということで。やはり、これはある面ではきちっとやっていくということ。

それから、最後に、実は先般、「保険者機能強化アクションプラン」というものを送っていただきました。その中で、やはり、この第3期というのは、いろんな意味で、私は協会けんぽが試されるというか、将来に向かって、どのような保険者機能をきちっと発揮できるかどうか、これが試される時だというふうに思いますので。そういう中でいろんな事業をやっていく上では、長期的な、安定的なスパンでやっていくことが、大事ではないかというふうに思います。

○田中委員長 両方の意見があって、当然ですね。どうぞ、城戸委員。

○城戸委員 先程も申し上げたのですが、当初、協会けんぽが設立された際、1,500億円の持参金を持って民間に移行したのですが、その年に、リーマン・ショックと新型インフルエンザ、いわば協会とは無関係の激甚災害に見舞われたわけです。中小企業の経営が大変苦しい中、保険者が3年がかりで保険料率を上げる事によって、これを返済してきたわけです。

従って、こういった想定外の事態が生じた場合、厚労省でしっかりと支援体制を講じていただかないと大変な事態に立ち至ります。保険課長、何卒よろしくお願い致します。保険者が全てを決定できるような制度ならいいのですが。この運営委員会で種々議論してもその辺の所がしっかりしていないと単なるガス抜きのような議論で終わりかねません。

厚労省の管轄下にある協会けんぽなので、そのへんの所は勘案して頂き、保険料率を下げる事が出来る時は下げていただくとか、ご支援をお願い致します。

新型インフルエンザなどは、本来、激甚災害ととらえるべきであり、私見ですが。こうした緊急事態では、国の支援なしには、協会けんぽの健全な運営は出来ないと思います。

私の意見です。ちょっと……。

○田中委員長 ほかにいかがですか。埴岡委員、お願いします。

○埴岡委員 私も、前回、引き下げられるときは引き下げて、引き上げる必要があるときは引き上げるということで、「現時点では引き下げるべきと考える」と申し上げました。今時点でも変わっておりません。引き下げられるなら引き下げる、引き上げる必要があるなら引き上げるということだと思います。

先ほどの、加入者の納得と財政的な安定の両方が大切だという話は、そのとおりだなというふうに思いました。その納得の中には、保険という仕組み自体がみんなで財源を出しているのです、そもそも引き下げられるときは引き下げて、引き上げる必要があるときは引き上げなきゃいけないものなのだという理解も含めて、納得していただくということだというふうに思いました。

まず、引き上げる必要があるときは引き上げる、ということを申し上げておきますと、今回、仮に引き下げるとしましても、引き上げる必要があるときは引き上げるということも、同時に理解いただくことが、とても大事ではないかと思えます。

もちろん、医療費の効率化あるいは削減は、やらなきゃいけない、それが前提でございます。ただ、たぶん中長期的に見ると、1兆円単位で、1兆円、2兆円、3兆円と削減しても、ベース自体は10兆円規模で膨らんでいくものだと思います。効率化することは前提ではありますけど、財源の確保っていうことが基本的に大事で、医療・介護と、国民皆保険を守っていくかということが大事になると思います。そういう意味で言うと、国民の負担を納得して上げていくという方向が、中期的にあり得ると思います。それに関しては、保険料を中心に担っていく形になるんだと思います。それでは、まさに引き下げられるときは引き下げて、引き上げる必要があるときは引き上げる、ということなんです。そういう理解を得た上で、公正な立場を重視するというのであれば、今は、引き下げられるときは引き下げていく、ということも大事だと思います。

で、安定を確保しつつ、なんですけれども、安定は何をもって、ということになると思います。やはり法定準備金ですとか、1カ月のリザーブということ为原则にするとしますと、それを超えてくるということであれば、やはり総合的に勘案して、引き上げる必要があるときは引き上げる、という理解を得た上で、引き下げられるときは引き下げる、ということが必要ではないかというのが、現時点での考え方です。

○田中委員長 私から、質問1つ、いいですか。 激変緩和の数値は、いずれ、数年間の間に10分の10まで、しなくてはならないわけですが、これをいじることと、保険料率との関係は、何か、テクニカルにあり得ますか。 例えば、保険料率を下げたほうが激変緩和を緩めていくとか、10分の10に近づけやすいとか、そういう、何となく考え方があるか、ないかを教えていただけますか。

どうぞ、企画部長。

○企画部長 激変緩和と、この平均保険料率について、直接関係するかということで、もし、制度的に関係するかということについてであれば、これは制度的には、直接は……

○田中委員長 制度的には関係していませんね。

○企画部長 関係ないと思います。

○田中委員長 あくまで、実行しやすいか、どうかについてです。

○企画部長 はい。実行しやすいか、どうかということにつきましてですと、これもちょっと検討する必要があるかと思しますので、ちょっと今のご質問につきましては、改めて整理して、次回、何らかの資料が出せるのであれば、その際に改めて整理してみたい、と思います。

○田中委員長 パスでしたので。

ほかにいかがですか。古玉委員、お願いします。

○古玉委員 前々回、私は安定的運営ということで——個人的には財務を担当しておりますので、安定的運営ということに力を置いて発言をさせていただきましたけれども。今、いろいろ考えますところ、今、現在、保険料を払っている方たち、苦勞して払っている方たちがいらっしゃるわけで、その方たちにやっぱり、下げられるときは下げる、上げられるときは上げるということも、きちっとした形でやっていったほうがいいのではないか、という考えに変わってきました。

以上です。

○田中委員長 高橋委員、どうぞ。

○高橋委員 先ほど言いましたけど、確かに加入者の納得を、きちっと理解を得られるというのも、それは大前提だということで、先ほども言いましたけども。

下げるときは、案外、皆さんは納得、すんなり、理解も早いと思うんですけど、ひとたび下げれば、今度、上げるとなったとき、また、なかなか難しい問題も出てくるのではないかな、というふうに思っております。やっぱり赤字構造ということ、どう分析するのかということ、今後やっぱり労働人口が減っていくわけですね。そしてまた、短時間労働者の適用拡大といったような、さまざまな課題があるわけですから、そういった賃金の動向とか、先ほども言いましたけど、そういったあらゆる指標といたしますか、そうい

うことをやっぱり議論のベースに載せた上で、安定的な運営ということを確認していくためには、こういったところで、「これぐらいだった下げられるんじゃないか」というような、そういう十分な議論をやっぱりしていかなくちやいけないかな、というふうに思います。

やっぱり準備金が 1.6 カ月分ということで、ちょっと今はいいから、というので、安易な下げっていうのは、なかなか次に上げるっていうときに、皆さん、やっぱり加入者もかなりの覚悟が要るだろうと思いますので、その辺は慎重に議論していく必要があるというふうに、重ねて申し上げておきます。

○田中委員長 ひとわたり、意見、ありがとうございました。

空中戦で、数字を伴わなければ、どちらも成り立つわけですが、実際に、準備金がどのぐらいあるかとか、保険料率が、パーセントが変わると、保険料ベースでいうと月に幾ら変わるかとか、数字をもとに議論をさらに進めてまいりましょう。今月はここまでといたします。

今日、支部の評議会の議長さんたちのお話も控えていますので、議題 1 はここまでとさせていただきます。

はい、どうぞ。

○埴岡委員 インセンティブ体系のことで。

○田中委員長 いいですよ。

○埴岡委員 すみません。先ほどは保険料率のことについて述べたんですが、最後に、今日話題になっておりました健康づくりのインセンティブの見直しに関して、一言だけ。

前回、保険者機能強化アクションプランの中で、第 2 分野の、「加入者健康度を高める」ということと、第 3 分野の「医療費の適正化」ということで、協会けんぽとして目指すべき姿、アウトカム指標、それから関連指標も決めております。将来的には、内部評価と外部評価の、尺度が一致してきたほうがいいと思います。できるだけ、協会けんぽとしてもアウトカム指標等を整備しつつ、外部から評価されるされ方と、自分たちが評価する仕方が一致していくような方向で、検討を進めていただければと思いました。それだけです。

○田中委員長 正しいですね。国から、こういう指標で、インセンティブシステムをつくった、じゃなくて、自分たちで、指標で分析してきたものが生きるほうが、はるかに意味がありますね。ありがとうございます。

議題 2. 平成 28 年度事業計画（骨子案）について

○田中委員長 次に、平成28年度事業計画（骨子案）について、事務局から資料を出されています。説明をお願いします。

○企画部長 次、引き続きまして、資料2「平成28年度協会けんぽ事業計画（重点事項）の骨子案について」をお願いします。

今回は、事業計画の構成と、それから、内容が大きく異なる点につきまして、記載させていただきます。資料2でございます。

まず、「保険運営の企画」でございます。保険運営の企画の分でございます。まず最初、「保険者機能の発揮による総合的な取り組みの推進」につきましては、アクションプラン第3期に基づきまして、協会の目指すべき保険者としての目標3点の実現に向けて、協会から直接的に働きかける業務をさらに強化するという内容で、内容を検討しております。

それから、1つ飛んで、「ジェネリック医薬品のさらなる使用促進」、これにつきましては、もう先日のアクションプランを踏まえまして、都道府県格差の是正ということ盛り込んでおります。次に、「地域医療への関与」につきましては、今年度の計画では、地域医療構想への策定の関与になりますが、来年度は、多くの支部あるいは都道府県で構想が策定された状態になります。そのことを踏まえまして、策定された地域医療構想やその実施に向けて、関係者への働きかけや意見発信を行い、地域医療に貢献する、としています。「調査研究の推進等」につきましても、アクションプランを踏まえまして、外部有識者との協力連携を図り、情報の収集・分析・提供に向けた組織的対応の強化を図るとしております。

引き続きまして、2ページ目と3ページ目をおめくりいただきますよう、お願いします。2ページ目、「健康保険給付等」につきまして、こちらは、構成は本年度の計画と一応同じもので、現在検討している状況でございます。

それから、次に3ページ目をお願いします。「保険事業」につきましては、2つ目の「特定健康診査および特定保健指導の推進」ということで、2つ、見直しの点を記載しております。1つは、「データヘルス計画」による協働業務や健康宣言などを通じ、事業主への積極的な働きかけを行うなど、事業主の主体的な取り組みを促し、健診・保健指導の効果を最大限に引き出す。それから、がん検診等、検査の実施方法の多様化や加入者ニーズに応えるため、生活習慣病予防健診の検査項目について、見直しに向けた検討を行う、という内容を検討しております。

引き続きまして、4ページ目をお願いいたします。4ページ目、4.「組織運営および業務改革」の分です。まず、冒頭の「新しい業務・システムの定着」につきましては、先般、業務システムの刷新に伴います新しいシステム刷新につきまして、業務の方法もかなり大幅に変わりました。このことも踏まえまして、項目としては削除させていただいております。

それから、次に「組織や人事制度の適切な運営と改革」につきましては、大きく2点、1つは、新しい人事評価制度の適切な運用、それから、人事制度全般の改定の実施、この2点を盛り込んでおります。

それから、次の「人材育成の推進」につきましては、「On the Job Training」「集合研修」「自己啓発」を効果的に組みました新たな人材育成制度の定着を図る、ということ盛り込んでおります。

事業計画の骨子につきましては、以上でございます。

○田中委員長 ありがとうございます。ただいまの説明について、何かご質問・ご意見はありますか。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 はい。「事業計画と保険者機能アクションプランの調和と整合」というテーマが出てくると思います。前回の「保険者機能強化アクションプラン」の目次構成と、今回考えていらっしゃる目次構成と見ますと、縦横が違う関係の形だと思います。

従来の目次立て、章立てを尊重するという考えもあると思うんですけども、この際、2つの組み立てがあるのもわかりにくくなる可能性がありますので、むしろ、今回の計画は前回の「保険者機能強化アクションプラン」の1、2、3、4という構成、つまり医療等の質、加入者の健康を高めるということ、医療費等の適正化基盤的な機能の形に整理をして、かつ、それぞれの目指すべき姿と活動、そして活動の目標としての指標という形の構成にすれば、2つのものを参照しなくても、1つのものを見ながら目的に向かって邁進していける、というふうになる可能性があります。また、先ほどありましたような外部評価と、内部評価や、業務指標などが統一できていく可能性もあります。一度、そここのところの、そもそも構造・構成をどうするかも、検討事項に含めていただければと思いました。

○田中委員長 検討できますか。いかがですか。

○企画部長 事業計画につきましては、次回以降、その構成を順次検討していくことになりますので、ただいまの埴岡委員のご指摘につきましても、検討させていただきたいと考えております。

○田中委員長 そうですね。

○企画部長 はい。なお、事業計画は、一方で法定事項でございますので、各項ごとの整合性も必要となりますので、アクションプランは任意の事項であることに対して、今回の事業計画は法定の事項であるということを踏まえまして、ただいまの指摘も含めて、検討させていただきたいと思います。

○田中委員長 そうですね。法律に合った形の構成という制約があり得るので、それとを勘案しながら、検討していただくことにしましょうか。

○森委員 委員長、ちょっと……。

○田中委員長 森委員、お願いします。

○森委員 先般、これのアクションプランの中で、支部・本部という、そういうような、ある意味で役割も含めた、そういう書きっぷりで来ていますけれども。

今回のこの28年度の事業計画についても、やはりそういう考え方をきちっと落とし込んで、やっていかれるとは思いますが、その辺のお考え、もし何かありましたら……。

それから、もう1つは、とりわけ、今、協会けんぽは、職員の能力を高めていく、そういうことに、すごく、ある面では力を入れていらっしゃる。そうすると、この4ページ目のところで、特に、人事評価制度の見直しということというのは、ある面では、ものすごく、やはり職員にとって、モラルを含めた、すごく高まる、そういうことにつながるような、そういうお考えだと思えます。もし——まだ、これから具体的なことをお考えだと思えますが、何か、「今、このようなことを考えている」というようなことがありましたら、お教えいただきたいというふうに思います。

○田中委員長 企画部長、いかがですか。伊奈川理事、お答えになりますか。

○企画部長 失礼しました。前半部分の本部・支部の事業計画の位置付けについて、お答えさせていただきます。

事業計画におきましては、これまでも、まず本部の活動につきまして、事業計画では記載しまして。その後、後ろのほうに、各支部の活動も「別冊」ということで、事業計画に盛り込んで、国に認可申請を行う際には本部・支部の計画、両方を国に提出して、認可申請を行っている状況でございます。

確かに、今回のアクションプランでは、支部を前面に出して、それから、基盤的な活動分野については本部を先にするという構成にしていますが、事業計画の場合はアクションプランと若干性格が異なる部分がありますので、基本的には本部・支部という構成になると思いますが、アクションプランの整合性をどういうふうに考えるか、これは今後の事業計画の具体化の中で考えていきたいと考えています。

○高橋理事 人事評価制度をどういうふうにしていくのかという点ですが、7年運営してきた、前の組織から引き継いで、仕事をやってきたわけですが、もちろん、新しい保険者の保険者像を探るといいますか、そういうことを、ずっと私どもも試行錯誤してきたんですが、現実には、一方で200万円の現金給付が厳然たる事実として、あるわけで、それを無視できないわけです。

200万件の処理で、ほとんどの、職員のほぼ半数——強といてもいいと思いますけども——は、その200万件の現金給付の処理に毎日忙殺されているという現状です。

この現金給付の処理は加入者から申請が出てきたら処理をすると、これは受け身の仕事です。それから、支払基金を通して行っていますけれども、医療機関から医療費の請求が出てきて、それを処理すると。これも、受け身の仕事です。

しかしそうした受け身の仕事にとどまらず、医療費が発生する根っこである、加入者の受診行動、あるいは、昨年の医療法の改正で入りましたけども、地域の医療機関、そのベースになっている医療体制について、保険者として何らかの働きかけをやっていって、医療費のほうの根元について、いろんな働きかけをしていく。そういった活動をこれからさらにやっていかなければいけないわけですけども、それについて、まだ、やはり職員の意識がまだついて来ていきません。保険者像としては、私ども、提示できたつもりですけども、まだ中身は十分ついていないということですから、こうした新たな保険者像に則するような評価体系を早くつくっていかないといけない、ということで、現在考えているところです。

○田中委員長 ほかに、よろしいですか。では、本日の議題2は、ここまでといたします。

議題3. その他

○田中委員長 あと、資料3から5が提示されていますが、これは、今日は、特段にポイントで触れるところだけにとどめてください。

○企画部長 はい。それでは、資料3から資料5のところまでございます。まず、資料3、資料4につきましては、中医協等の開催状況で、資料3は中医協、それから社会保障審議会の開催状況を記載しております。

資料4につきましては、10月2日に開催されました医療保険部会の資料でございます。中には、議題になったもののうち、1ページ目から37ページは、短時間労働者への社会保険適用課題、それから、38ページからはマイナンバーの部分でございます。詳細につきましては、時間の都合上、省略させていただきます。

それから、次に資料5をお願いいたします。保険財政に関する事業指標の統計でございます。1点、ご報告がございます。1ページおめくりいただきまして、被保険者1人当たりの標準報酬月額の実績値の推移がございますが、これが、25年5月実績で実績がとどまっております。これにつきましては、現在、東京システムの障害によりまして、数字の更新が滞っている状況でございます。現在、11月中の復旧を目指して、今、取り組んでいる状況でございます。

それと同じような状況になっていますのが、こちらの5ページと6ページのジェネリック医薬品につきましても、こちらも、統計システムの障害の影響により、今のところ、今年3月が最新の数字となっている状況でございます。あとは、経済指標につきましては、2ページから4ページ目に記載しています。

賃金の動向については、今、ここが欠けている6月、7月、8月を見ますと、2ページの「毎月勤労統計調査」、5人から29人の事業所を見ますと、前年同月に比べて、27年は6、7、8で、いずれも、前年度の実績を上回っているという状況が見てとれます。ただ、1枚おめくりいただきまして、3ページ、4ページ目で、日銀短観の例えば景況動向ですと、中小企業に限っては、先行きがよくない。ところが、あるいはほとんど——先ほどの「よくない」の割合が若干多い状況になっているという状況でございます。資料3から5については以上でございます。

○田中委員長 はい。統計システムが早く直るように、頑張ってください。11月ですか、予定は。

○企画部長 はい。ただいま、11月中の復旧を目指して取り組んでいるところでございます。

○田中委員長 はい。資料3、4、5について、特段に質問があれば結構ですが、よろしいですか。ご覧いただき、もしテクニカルに、何かお尋ねなりたいことがあれば、後に事務局をお願いします。

それでは、ここから支部評議会の議長の方々との意見交換に移りましょう。どうぞ席をお移りください。

<支部評議会議長との意見交換について>

○田中委員長 議長の方々、支部長の方々、遠くからお越しいただきまして、ありがとうございました。ここからは支部評議会での議論の状況について、長野、兵庫および佐賀の3支部の評議会議長との意見交換を行います。ご出席の支部評議会議長をご紹介いたします。また、オブザーバーとして支部長の方々も同席しておられますので、併せて紹介いたします。

長野支部評議会の長瀬議長でいらっしゃいます。

○長瀬議長（長野支部評議会） 長瀬でございます。

○田中委員長 長野支部の上原支部長でいらっしゃいます。

○上原支部長（長野支部） 上原です。よろしくお願いします

○田中委員長 兵庫支部評議会の足立議長でいらっしゃいます。

○足立議長（兵庫支部評議会） 足立でございます。

○田中委員長 兵庫支部の笠井支部長でいらっしゃいます。

○笠井支部長（兵庫支部） 笠井です。

○田中委員長 佐賀支部評議会の馬場議長でいらっしゃいます。

○馬場議長（佐賀支部評議会） 馬場でございます。

○田中委員長 佐賀支部の久米支部長でいらっしゃいます。

意見交換の進め方について、事務局から説明をお願いします。

○企画部長 はい。1支部あたり、本日10分以内で説明をいただく予定としております。なお、お手元には、3支部の概要をまとめた資料も配付していますので、ご覧ください。こちらの資料は資料7となります。

それではよろしくお願いします。

○田中委員長 早速ですが、長野支部評議会議長から説明をお願いいたします。

○長瀬議長（長野支部評議会） 長野支部の長瀬でございます。本日、このような意見表明の機会を与えていただきまして、どうもありがとうございます。

それでは、早速、長野県の見解を述べさせていただきます。お手元の資料6の2ページから10ページまでに、これから申し述べることの数字的な根拠を、挙げてございますので適宜ご覧ください。

まず第一に、長野県の健康に関わる状況と支部の事業運営について、簡単にご説明いたします。3ページの表にございますように、長野県は全国の一位の、言い換えますと世界一の長寿県でございます。これは、戦後一貫して、県民、行政、医療機関が、一体となって取り組んできた、その結果でございます。具体的には、県民の健康診断を早期から普及させるとともに、健康補導員活動を実践してまいりました。各家庭においては、減塩運動を全県的に展開してまいりました。これによって、一時期、高血圧で死亡する方々がたくさ

んいらしたのですけれども、これが激減してまいりました。このように、比較的早くから、県民挙げて、長寿を目指して頑張ってきたわけです。これらの活動は、現在では、健康長寿世界一を目指して、地域と職域が一体となって取り組んでいる「ACEプロジェクト」等に継承されています。

協会けんぽ長野支部は、長野県の動きに連動した活動を推進するとともに、県内最大の医療保険者として、被保険者の健康、医療体制について積極的に意見の発信を行っています。幸い私どもの発信したことを、県の施策等でも尊重していただくことがございまして、実質的に実りある活動をさせていただいているところです。

なお、4 ページ、5 ページは医療費の概要についての表でございます。先ほど高齢者率と、所得比率が保険料に反映しているのではないかと、というご指摘がございました。長野県の高齢者率はかなり高いですし、沖縄県の所得比率は、それほど高くないですが、加入者一人あたりの医療費はかなり低いです。これらの点は、先のご指摘を検討するうえで何らかの示唆になるのではないかと、という気がいたしました。

第二に、支部単位の保険料率について長野支部の意見を述べさせていただきたいと存じます。支部の評議会が発足してから一貫して申し上げていることは、協会けんぽ設立の趣旨のとおり、数理計算に基づく本来の保険料に着地させること、すなわち、激変措置を早期に、または期限内に終了していただきたいということでございます。

これを求める最大の理由は、協会けんぽが医療費を抑制するための保険者機能をより発揮できるようするためでございます。在職中協会けんぽの被保険者である県民のほとんどは、退職後は国民健康保険に移っていきます。高齢者の健康を考えますと、在職中のライフスタイルが退職後の高齢者として生活に影響を与えます。長野県の場合高齢者の就業率が高く働くことが社会との関わりの中で、健康維持に役立っているように思います。

また、お働きになっらっしゃるときから、生活を健康維持に合わせていく仕組みを作っていくように、県民全体が取り組んでいることが、高齢者の健康維持に役立っていると思われまます。このように、協会けんぽの保険者機能が高齢者医療費の抑制にも、重要な役割を果たしていると考えられます。

各支部の医療費が、医療提供体制に影響されることが指摘されております。地域医療構想策定が動き出し、地域の医療の提供体制の改革が始まろうとしております。この取組の成果を上げるためには、国民一人一人が、それぞれの地域において、医療体制に対する関心と、健康管理・医療費削減に対するインセンティブを高めることが大切だと思います。この観点からも、激変緩和を、ぜひ、廃止ないしは縮小していく方向で検討していただきたいと考えております。

長野支部の提出した資料の 8 ページをご覧ください。激変緩和額と年度別の地域の差額の合計額は、激変緩和割合の縮小にも関わらず、毎年ほぼ、50 億円程度の支出になっています。27 年の予想分も含めて、6 年間で 310 億円近い拠出をしております。一方で、年齢・所得調整における支出緩和額の合計額（これはいただいている分ですが）は、160 億円です。

差し引きで 150 億円の出超になってございます。「自助・共助・公助」ということを理念に掲げています健康保険からしますと、標準報酬額では全国のほぼ真ん中ぐらいにしか過ぎない長野県の負担額が適切かどうか、疑問は、ぬぐえません。被保険者地震の自助努力により、医療費を削減するという視点からみると、激変緩和措置があることが、必ずしも、そういうふうにつながっていない、と考えられますので、ぜひ、これは早急に是正していただきたいと思います。

加えて、長野県では、製造業に就労する方が最も多く、その大多数が、中小企業で働いています。これらの企業が国際競争に打ち勝つためには、少しでも、経済的負担が少ないほうが望ましい。この観点からも、事業主、被保険者と被扶養者の医療費を抑える努力が、保険料率に反映する仕組みを実現していただければと思っています。

三番目に、平成 28 年度の保険料率に関しては、下げられるときは、ぜひ下げてくださいというのが、本評議員のほとんどの方々の意見でございました。確かに、長期的な財政基盤の安定は、それ自体重要な問題だと存じます。けれども、これには兼ね合いがあるかと思えます。どの辺りで折り合いをつけるか、ということだと思います。努力すれば保険料率は下がるのだということを印象づける意味でも、下げる方向で検討を始めることの意義は大きいように思います。

それから、委員長が奇しくもご指摘いただきましたけれども、保険料率を下げると激変緩和がしやすくなるか、ということですが、これはたぶんに、どこかでどなたかが試算を既にやっていたらと思えますが、これはしやすくなるのではないのでしょうか。10%よりは 9.6%のほうが、上下の幅が狭くなるのですから、激変緩和はしやすくなるように思いますが、併せてご検討いただければと思います。

問題は、当面 16.4%に固定されています国庫補助率と保険料率の関係でございます。

各支部の努力により保険者機能を発揮することが、長期的には医療費全体を引き下げることに繋がると存じます。また、協会けんぽは退職後の高齢者の健康維持に一定の貢献をしていると存じます。これらのことから、国庫補助には重要な意義があると存じます。本部の方におかれましては、国庫補助率を下げずに、保険料率を下げる方向で努力をして頂きますよう、お願い申し上げます。

簡単ですが、以上でございます。

○田中委員長 ありがとうございます。続きまして、兵庫支部評議会議長から説明をお願いいたします。

○足立議長（兵庫支部評議会） 兵庫支部評議会議長の足立でございます。本日は、時間も限られておりますので、兵庫支部データヘルス計画に関する取り組みを中心に説明させていただきます。

本題に入る前に、一番大事な兵庫支部の保険料率の状況ですが、平成24年度から3年間、全国平均と同じ料率でありましたが、今年度から0.04%引き上げられ、平均よりは高い支部という位置付けとなっております。ただ、私自身は、支部の健康への取り組みデータが数値に反映されるような都道府県別保険料率には、賛成でありまして、現在、支部の評価におきましても、データヘルス計画に沿い、支部の課題に対してどう効果的な保健事業を打っていき、加入者の皆様にフィードバックしていくかを議論しているところでございます。

それでは、具体的な取り組み内容になりますが、まず、資料の3ページ目をご覧ください。兵庫支部の健康課題ですが、左の図の「厚生労働省統計」を見ていただくとわかりますように、がんの死亡率が高いことがわかります。それと、ここには載せておりませんが、全国の傾向と同様に、生活習慣病である高血圧、糖尿病が、医療費の上位を占めており、課題となっております。また、右の図の「協会けんぽZスコア」から、喫煙率が高いということがわかります。

そこで、兵庫支部としては、悪性新生物に代表される生活習慣病の予防・対策が必要不可欠と考えました。そして、対策として、健康受診率を向上することで疾病の早期発見に努め、疾病の重症化を予防するとともに、各種疾病の重症化リスクが高まる喫煙率の低下が必要不可欠であると考えました。

そこで、4ページ目、「兵庫支部データヘルス計画の概要」ですが、重要目標として3つ掲げることにしました。1点目として、悪性新生物に代表される生活習慣病の医療費適正化のため、特定健診の受診率を向上させる。2点目として、糖尿病腎症等の重症化の予防。3点目として、喫煙率の低下。この3つを重要目標として決定いたしました。下段は、今、掲げた重要目標を達成するための行動指針となります。具体的には、特定健診、特定保健指導の推進、コラボヘルス、重症化予防、その他の4つの主軸に各種事業を実施していく形になります。

5ページ以降は、主軸となる4つの取り組みの具体的な紹介になりますが、7ページまで、個々のご説明は省略させていただきます。

次の8ページからは、26年度パイロット事業であるGISを活用した受診勧奨の紹介になります。GISとは地理情報システムの略であり、各種データを電子地図上に配置し、分析する技術であります。活用例を挙げますと、企業の新規出店のマーケティングや災害時の防災管理などに、一般企業から行政まで、広く活用されているソフトとなっております。

災害のメリットは、データを可視化できることにあります。それを兵庫支部では受診勧奨に応用いたしました。具体的には、まず、未受診者住所情報をソフトに取り込み、地図上に配置いたしました。さらに、分布をわかりやすくするために、兵庫県全体を1km×1kmの正方形に分割し、どのブロックに未受診者が多いか、可視化できるようにしました。そうして抽出した未受診者密集地上位22カ所の公民館やショッピングセンターに、検診車を配車し、該当者に受診勧奨文書を送付しました。同集団検診は無料で、さらに血管年齢測

定を追加測定として実施しましたが、休憩時の受診率アンケートのとおり、会場への距離が受診者の受診動機となっており、加入者から好評価を得ることができました。また、それ以外に、健診未受診者データと健診機関のデータを取り込み、未受診者の最も身近な健診機関を抽出し、最寄りの健康機関を表記した受診勧奨文書の送付事業も行いました。

10 ページに移りまして、その結果になりますが、26 年度の特定健診受診率が 20.1%で、全体の受診順位が 25 年度の 36 位から 18 位へと躍進いたしました。また、25 年度から 26 年度の受診率の伸び幅が協会全体で 3 位の伸びを示し、パイロット事業にふさわしい有効な取り組みであったと思われます。

続いて、11 ページ、「コラボヘルスの取り組み」ですが、兵庫支部では、全職員による事業者訪問を実施しております。具体的には、過去の健診結果を活用し、従業員のリスク保有者割合を可視化した事業者カルテを活用し、事業者健康経営の考え方や健診・保健指導の重要性などをお伝えしています。また、連携協定を提携している兵庫県が実施している健康づくりチャレンジ企業制度の各種助成制度を紹介しながら、健康づくりに関する取り組みの実施を推進しております。現在は神戸市の事業所を訪問していますが、今後はエリアを拡大するとともに、健診受診率が悪い、喫煙率が高いなど、特定の課題を抱えている事業所を選定し、訪問することも検討しております。

続いて、12 ページには「重症化予防に関する取り組み」、13 ページには「糖尿病性腎症等重症化予防事業」等を説明して、14 ページには「重症化予防の最後の取り組み」として、包括協定を提携している神戸市と、昨年度から糖尿病対策を共催し、糖尿病リスクの啓発に努めていることを掲げております。

15 ページに移りまして、禁煙に関する取り組みですが、兵庫支部では、喫煙者と直接向き合うことができる「健診会場」での喫煙啓発を協力いただける健診機関で、今年度 10 月より実施しております。また、受付や待合スペースに専用什器を設け、禁煙を啓発するような小冊子等を配置し、健診の流れの中で喫煙リスク等を啓発できるようにしております。また、診察の場で、喫煙者に対し、医師から禁煙するよう声掛けを実施してもらい、さらに、補足として、喫煙リスクや禁煙外来等を紹介したチラシを渡し、直接喫煙者に働きかけをすることで、禁煙に導きやすい環境形成をつくり、喫煙率の低下を図っております。

最後に、18 ページの分析ですが、兵庫支部では、過去掲載のとおり、レセプトや健診データを活用した医療費分析を実施してきました。また、GIS を活用した分析に関しましては、本年 5 月の産業衛生学会や本部の調査研究会で発表し、11 月の公衆衛生学会でも発表予定となっております。さらに、27 年度もパイロット事業として疾病情報を活用した調査研究を実施することにしております。

以上が、兵庫支部の「データヘルス計画」の取り組み概要となります。今後も、兵庫支部では、「データヘルス計画」に沿って効果的な保健事業を実施するとともに、昨年度から支部長が参画している医療審議会保健医療計画部会において、地域医療構想についての発信を強化することによって、より保険者機能の強化に努めていきたいと考えております。

以上、簡単でございますが、発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。

○田中委員長 どうもありがとうございました。お待たせいたしました。最後に、佐賀支部評議会議長から説明をお願いします。

○馬場議長（佐賀支部評議会） 佐賀支部の馬場でございます。今日は、こういう機会を与えていただきまして、ありがとうございます。時間の関係もございますので、なるべく簡潔に、私どもの悩みというか、本部にお願いしたいことを申し上げたい、というふうに思います。

まず、佐賀支部の医療費ですが、私どもが今日、提出させていただいている資料、この1ページを見ていただきたいというふうに思います。いろんな比較をそこに書いておりますが、ご案内のとおり、ここに書いてあるとおりに、佐賀支部の医療費、あるいは保険料率が全国一高いと、こういう状況が続いておりまして、加入者あるいは事業者の皆様方に多大なご負担をお願いいたしている、そういう状況でございます。

佐賀支部の医療費、これは1人当たり医療費ですが、全国一高いということについて、少しお話をさせていただきたいと思います。資料の1ページですが、この1ページに書いておりますように、1人当たりの医療費は1位である、ということでございます。ワースト1ということですが、これは入院の医療費と入院外の医療費ということですが、入院の医療費は全国で一番高いと、入院外は2番目に高いということでございます。

それから、もう1つは、1件当たりの医療費という、この下に書いております1件当たりの日数と、1日当たりの医療費、この2つが、合わせて1件当たりの医療費ということになるんですが、これに受診率を掛け合わせたものが、1人当たりの医療費ということになるんですが、1件当たりの日数、これは病院で入院する日数も、あるいは通院というものも、これも全国一長いという状況になっております。そして、逆に1日当たりの医療費は、全国46位、あるいは47位と、最下位におるということでございます。

入院日数が長いということは、1日当たりの今の保険の点数制度でいきますと、当然、医療費は下がってくると、そういうことになっておって、これは両方相打ち消し合うというか、相殺するということで、1件当たりの医療費は、佐賀県の場合は平均並みか、平均より若干低いということになっております。そうすると、1人当たりの医療費が一番高いということは、何から来ているかという、受診率が高いということになるわけでございます。

このことから、この受診率と——後でちょっと説明しますが、受診率と医療費という関係は、密接な関係がございまして、受診率の高い県は、全て1人当たりの医療費が比例して高くなっておる、ということでございます。受診率の高い県、上位10県を見てみますと、佐賀を筆頭に、北海道、大分、長崎、山口、島根、福岡、秋田、高知、そのいずれも10県は全て、この受診率が高くなっている、ということでございます。

では、なぜこの受診率が高いのかと。その原因でございますが、その1つに、佐賀は病床数が非常に多い、という状況になっております。次のページをご覧くださいと思います。人口10万当たりの病床数、病院の病床数と一般診療所の病床数ですけども、病院の病床数は、佐賀は7位——高いほうからですね。それから、診療所については4位ということになります。でも、1番ではないということですが、こういうふうになくなっておる、ということでございます。

それから、もう1つの原因というふうに考えておるのが、その次のページの3ページをご覧くださいと思いますが。病床数は多く抱えておるんですけども、病床をどういうふうにご利用しておるか、医療提供側といいますか、そういう側がどれだけ稼働率を高めているか、ということにもなると思うんですけど、この病床利用率ということを見ますと、佐賀は全国で第2位と、沖縄県さんは、いろんな特殊のご事情がおりますんですけど、それを勘案しますと、全国一高いと。この病床数の多さということと、それから、病床利用率の高さと、その2つが相乗してと言いますか、相まって、受診率を大きく上げている、というふうには私も考えておるところでございます。

結論として、この病床数と入院受診率、入院受診率と1人当たりの医療費、これには強い相関関係があるのではないかと、思っております。次のページですけども、4ページをご覧くださいと思います。この左のほうの表ですが、縦軸に人口10万当たりの病院病床数、これを書いております。それから、横軸に入院の受診率ということですが、10万当たりの病床数がずっと増えていくにしたがって、全く正比例して、病院の受診率が高くなっているということでございます。逆に言えば、病床数が多くなれば、受診率が下がってくるのかなということもあるんですけど、逆に、こういうふうになっておるということですね。

右のほうの表ですけども、それじゃあ、その入院受診率が高くなってくると。縦軸を見て、ずっと上がってくると、先ほど申し上げましたように、1人当たりの医療費がずっと上がってくると、全く正比例しておるという、こういう状況になっております。そういうことで、入院の受診率と病床数の多寡というのは、強い相関関係がある、ということになるわけでございます。そういうことから見て、私どもなりの分析でございますけども、これは協会本部において、これはちょっとお願いしたいことでもあるんですけども。かねて、調査研究室をおつくりになっておる、ということであつたんですけども、そこで医療費の分析を積極的に取り組んで来られているということで、お願いをしておったわけでございますが、その結果、どういうふうになっておるのだろうか、ということでございますが。

本部において、いろんな、データ数も膨大なものがあると思います。それらを分析して、今、私が申し上げたような医療費と受診率とか病床数とか、そういったものとの関係をもっと掘り下げていただきたいと。そして、私ども支部が医療費を下げるために、具体的にどういう取り組みをしたらいいのかと、何をしたらいいのかと、何がわれわれのところは不十分だから、こう医療費が高くなっているんだと、こういうことをちゃんと指摘し

てもらおうと、ご指導をお願いできないかということでございます。具体的に、「これだけ医療費が下がる」という、「これをやればこれだけ医療費が下がる」というような具体的な取り組みというもの、手法、手立てということ、できれば数値目標などを示して、われわれにご指導いただければありがたい、というふうに思っております。

後で、これも申し上げますけども、健診とか、いろんなことで取り組みで、先進でやられていることはいっぱいあるんですね。それはそれで、大変ご苦労いただいているというふうに思うんですけども、この保険料率がそういうことで決まるのではなくて、要するに、病床数の多寡とか、病床利用率だとか、こういったことによつて、その保険料率の前提となる医療費が決まっておる、という現在の仕組みですね。これは、国も協会本部も、具体的な是正方法を示して、われわれにご指導いただければありがたいな、というふうに思っております。このことについては、私ども支部単位での努力というものの外にあるようなことでございますので、お願いするしかないのかな、というふうに思っております。

それから、このことに関してですけども、現在の保険料を決める、各県単位で決めるようになっておるんですけども、その前提になる中で、調整項目がありますね。それは、現在は所得調整と年齢調整というふうになっておるわけですけども、これに、今ほど、実際に医療費の多寡に大きな影響を、一番大きな影響を与えておる病床数であるとか、病院数であるとか、あるいは医師の数とか、病床利用率とか受診率とか、こういったことを、その中に織り込んでもらえないかと。そういうふうに織り込んでもらおうと、また、今のような結果としての医療費の高さということは、また違った数字が出てくるんじゃないか、というふうに思っております。ぜひ、これもこの委員会の中でご議論をいただいて、そして、それを取り上げていただけないか、というふうに思っております。

この医療費の高騰の原因となっております病院数とか病床数の増加、これは、長い間、これまで国が進めてこられた医療政策の結果でもあるんですね。これを支部単位で見直しを図ることは困難である、ということでございます。病院数とか病床数の増加が決して悪いことではない、というふうに思うんですね。これは、しかし、無駄な医療や過剰医療の更新料、こういった過剰医療や過剰の治療と、こういったことを招いて、これが結果的に医療費の高騰につながっていると。そして、逆に、医療の質の向上や充実といったことには必ずしも結び付いていないんじゃないかと、こういう指摘もあるということでございます。こういうことを、ぜひ、本部のほうでご議論いただければなというふうに思っております。

それから、もう1点ですけども、健診ですね。健康診査のことですけども、健康診査の実施率の向上と、これが医療費の低下に結び付いていないのではないかと。無関係とまでは言いませんけども、少なくとも、医療費、あるいは保険料というのは現在の問題なんですね。健康診査をして、長い目で、長期的なスパンでもって、将来的にはこれが医療費の

低下につながってくるのではないかと、ということであるんですけども、現在、これを今、われわれは非常に高い医療費を払わざるを得ない状況になっております。

だから、将来、しかも、本当に健診が下がってくるということで、例えば10年後にそうなるということであれば、先ほどからのいろんな、激変緩和でも、「10年後でこうなるんですよ」ということの、きちっとした数値が示されれば、「ああ、なるほどな」と納得できれば、激変緩和をその間までに終わらせると。あるいは、それまで激変緩和措置するよりも、この医療費そのものを、最初のその各県単位の今の保険料率の制定と——決め方ということ、そのものをもう少し見直してもらえんか、というふうな、率直な気持ちでございます。このことは、今日ですかね、本部のほうから資料を——本部の資料ですかね、出していただいております。これの3ページをご覧くださいれば、ありがたいんですけども。

これで見まして、例えば、ここに書いております3ページの「健診」というところですね、1の項目ですけども。これを見て、生活習慣病予防健診の実施率と、これは佐賀の場合には51.3%ですね。全国平均は46.7%となっております。長野県さんは、これで見ると45.6%、こういうふうになっております。健診というのは、生活習慣病の健診はかなり頑張っておるんですね。それからもう1つは、被扶養者特定健診と、3ページの一番下の表ですけどね。これを見てみても、佐賀は全国平均が19.3%ということに対して、佐賀は21.3%、長野は21.2%と。それなりに頑張っているんじゃないかというふうには思っておりますが、医療費ということになって、これを捉えてみると、長野県さんと佐賀県では、もう天と地ほどの違いがあるんですね。

これはやっぱり、これを見ますと、医療費と——この数値から見たのでいけば、健診を勧めるということと実施率を上げるということ、医療費とは何の関係もないのではないかと、いうふうに、現時点ではですね。先ほど申し上げましたように、医療費は、今、払わんといかん。しかし、健診の効果が仮に出るとしても、それは10年も先の話なんです。そういうふうになってくるんじゃないか、というふうに思っております。

そういうことで、その辺のことも、健診の在り方ということ、あるいは、どういうふうにしてそれを本当の医療費の低下につなげていくかということについて、もう一度最初から議論をしていただければな、というふうに思っております。そう言いながらも、われわれも、本部に、あるいは国にと、お願いばかりしておるわけじゃなくて、やることはやらなきゃいけないというふうに思っております。健診はこれだけやっておるんですけども、われわれ、まだ不十分かなと思えることは、やはりその健診の結果、そのデータを十分に生かしてないと。そういう意味で、今後は、そういう健康づくりでありますとか、そういったことに取り組んで、疾病の予防をしていくとか、あるいは重症化を予防するとか、健康づくりを積極的につくっていくとか、そういった取り組みをしていく必要があるのかな、というふうに思っております。

どういうことに現在取り組んでいるかというのは、6 ページ以降に書いておりますけど、現在、重点として今後しようと考えていることについては、健康相談や糖尿病予防キャンペーンの実施と、あるいは重症化予防の取り組みと、あるいはメタボリスク保有者およびその予備軍の該当割合を減少させる取り組みでありますとか、健診データを活用したスポーツの推奨とか、あるいは食事指導の充実、こういったことによる健康づくりを進めていこうと。

それからもう1つ、企業の経営者ですね。こういった方に、もっと健康経営ということに関心を持ってもらおうと。そういった取り組みを進めていこうと。今、現在、支部長が先頭に立って各企業をずっと回っておりまして、かなりいろんなご意見をいただくとか、関心もかなり強まってきておるかな、というふうに思っております。

企業自身も、ここ、従業員の医療費、保険料の上がり方っていうのは、そんなに多くはないんですね、上がり方そのものは。だけど、企業ベースで見るとかなりの額になる、負担も大きいということでございますので、説明をすれば、かなり関心を持って聞いてもらっておるといふふうに、私どもも伺っておりまして。そういったことも積極的に進めていこうと。要は、健康づくりとか疾病の重症化の予防をしていくとか、そういった意味で、それならば、長期的なことではなくて、現在でも少しずつ医療費の低下につながってくる取り組みになるんじゃないか、というふうにも思っております。

そういったものの一環として、もう1つ申し上げれば、数値的なものですが、これも今日の資料でいただいていたですか。ジェネリックの関係です。ジェネリックも、これ、私、申し上げたいんですけど、現時点で、全国平均でジェネリック医薬品の使用割合ですけど、数量ベースで見て、全国平均で61.3%。これに対して、佐賀は63.4%、全国9位。長野県さんは64.6%、6位と、だいぶ進んでおられます。

それから、増加率ですね。これは過去6年ぐらいの間の増加率ですけども、佐賀支部は6位と——増加している率が、使用率が上がっておる。長野県さんは4位ということで、長野県さんまでは頑張っていないけども、それに準じて、それぞれ頑張っておるんでないか、というふうに思っております。

いろいろ申し上げましたけども、今の医療費が、健診とかそういうものの結果が、こういう医療費の多寡につながっていることではなくて、もっと別のところにあると。病床数、病床利用率と、そういったことにあるということで、そういったことを、ぜひ調整項目の中に入れていただきたい。10年も、20年も、この健診の結果が健康づくりにつながってくるということは、待てないんですね。今の問題でもあるんで、ぜひそれをお考えいただきたい、というふうに思います。

それから、長野県さん、私は、個人的に、30年ちょっと前ぐらいに、佐久の病院ですかね。中央病院ですかね。見学をさせていただきまして。そのとき、びっくりしましてね。ああ、こんなに取り組みをされておるのかな、というふうに思いまして。ぜひ、見習いを——われわれも取り込んで見習いたいなというふうにも思っておりました。十分な取り組

みもできなかつたんですけど、今後とも、いろいろご指導いただければありがたい、というふうに。長い間……。

○田中委員長 ありがとうございます。ただいま3つの支部から、ご説明いただきました。運営委員の側からの質問でも結構ですし、支部のほうからの運営委員会に対する質問でも、運営委員会あるいは理事に対する質問でも結構です。どなたからでも、お願いいたします。

野田委員、高橋委員、どうぞ。

○野田委員 質問になりますが、資料7の9ページに都道府県単位保険料率が載っております。平成26年度と平成27年度を比較した表です。

その中で、今日ご発表いただいた3支部においては、保険料率の増減について3支部とも、いろいろなアクションを取られて、努力されていますが、保険料率が上がっています。一方で、ほかの所を見ると、同じ分ぐらい、0.04、05%上がっている所、また下がっている所もあります。これはアクションを起こされる内容以外の要因が強く入っているのだろうか、あるいは何が違うのか、というのが質問の1点目です。

○田中委員長 本部に対する質問ですか。 それとも、支部の方に……

○野田委員 いえ。本部のほうに。

○田中委員長 本部のほうに。

○野田委員 はい。もう1点、保険料率そのものを表で見ますと、やはり高い所、低い所、ありますが、いろいろなアクションを起こされる以外に、例えば所得や年齢、あるいは病床数など、それ以外の要因が相当大きいのではないかと考えますが、そこについて認識を深めたいと思ひまして伺いたいです。

○田中委員長 本部のほうからお答えください。

○企画部長 まず、この資料7の9ページ、都道府県単位保険料率の、26年度と27年度の差がなぜ生じるかという要因です。個々の3支部についての数字はございませんので、一般的な傾向で申し上げさせていただきます。

大きく分けて3つの要素がございます。1つは、各支部の医療給付費の動向でございます。これによりまして、まず変化が出ます。それから、もう1つ、これは各支部ごとに異なってきますが、精算の影響が出てきます。27年度であれば、25年度の医療費を、概算で保険

料率を設定しまして、25年度の際に、概算で医療費を設定しまして、その実績値に合わせて、その精算分は2年後に精算することになりますので、その25年度の概算値と実績値の違いが、この料率まで反映されてくることになります。それから、3点目は激変緩和率でございます。激変緩和率につきましては、26年度は25年度より2.5から3.0に引き上げていきますので、このことによりまして、その3つの要素によりまして、保険料率の変動してくることになります。なので、そういう意味では、一般的に平均保険料率が高いところが必ず上がる、というわけではございませんし、また、逆に平均保険料率が低いところが、必ず激変緩和率を引き上げれば下がる、ということでは必ずしもないということに、結果としてはなります。

一応、今の考え方につきましては、先ほどの資料1の6ページのところに、激変緩和率を変えた場合の試算ということで載っていますが。概ね、ここにありますように、各支部の医療給付費分の、都道府県単位保険料率の変動して、さらに共通部分、それから医療費料率凍結、この辺にも影響するということになります。

それから、現在の都道府県単位保険料率の設定の考え方につきましては、こちらの資料1の、改めて4ページをお願いいたします。資料1の4ページのところで、今の都道府県単位保険料率で何を調整されているかということで見ますと、年齢構成と、それから所得、こちらの2つの要素につきましては、今、調整されている形となります。

一般には、この資料1の4ページの冒頭にありますように、年齢構成の高い県ほど医療費が高く、かつ所得水準の低い県ほど、同じ医療費でも保険料率が高くなりますため、実際の都道府県単位保険料率を試算する際は、この差を調整した上で、その残った差を都道府県単位保険料率に反映する、ということになります。このため、ただいま野田委員からご質問がありました医療提供体制の部分につきましては、現在の都道府県単位保険料率の設定には、これは一切入れていない、という状況になります。

○田中委員長 野田委員、よろしゅうございますか。

高橋委員、どうぞ。

○高橋委員 はい。ありがとうございます。長野、兵庫、佐賀の3支部の支部評議会議長の皆様方、大変丁寧なご説明、ありがとうございます。ちょっと、感想も含めてですけども、長野の場合は、見ますと、先ほど評議会議長も言われましたけども、やっぱり、これまでのずっと地道な、と言いますか、県民全体としての運動ですかね。ここを見ますと、高齢者の就業率が高いということや、野菜の摂取量がやっぱり高いということ。また、減塩運動に取り組んでいるとか、健康づくりということでの保健指導ですかね。保健指導員の方の努力と貢献というような、こういったものがやっぱり積み重ねて、そういった結果として、医療費が低く抑えられることができているというんじゃないかなというふうにも思っておりますので。こういった地道な努力というようなものを、やっぱり後押しする

ような取り組みを、支部のほうでも、ぜひ続けていただきたい、ということが1点でございます。

それから、兵庫についてですけれども、非常にわかりやすさと言いますか、データの可視化、特にGIS、パイロット事業のGISを活用した取り組みというのは、非常にわかりやすいというところと、それから、私たち、やっぱり健診を受けるにも、身近であると受診しやすいというというのは、非常に大きいと思いますので、こういう取り組みが、ほかの支部にも参考になるように、そういったことをぜひ広めていただきたい、ということでございます。

それから、佐賀のほうについても、確かに、受療率が高い、それから病床数が多いというようなところで、課題というのが非常によくわかりました。その結果として医療費が高いということで、非常に努力をされているということも思いました。

1点、ちょっと質問なんですけれども、資料7の5ページに、始まりました「地域医療構想調整会議等への参画」というところでは、特に、今ほど支部評議会議長のご説明の中で、その医療提供体制にどう働きかけをしていくのかということ、非常に重要であろうというふうに思うんですけども。見ますと、参画が、今の2カ所というところになっておりますが、これについて、今後、医療提供体制への働きかけをどうしていくのかということでは、何か具体的な動きがあるのか、どうかということぜひ教えていただきたい、ということと、やっぱりその医療提供体制への働きかけも、非常に重要じゃないかなというふうに思います。

以上でございます。

○田中委員長 佐賀への質問ですね。

○高橋委員 はい、そうです。

○田中委員長 お願いいたします。

○久米支部長（佐賀支部） はい。佐賀支部の久米でございます。先ほどのご質問について、わかる範囲でお答えをさせていただきます。

地域医療構想の関係でございますけれども、私ども、地域医療構想の本会議と申しますか、県単位の会議には、保険者協議会の会長が参加しております。会長は嬉野市の市長さんでございます。現在、2回開催をされているんですけども、2回とも会長は欠席でございます。私どもの部長が代理出席ということで、2回参加をさせていただいています。

あと、そのほかの分会と申しますか、5つの医療圏ごとの分会がございます。その中には、保険者協議会の代表として、2カ所、中部と、それから南部、この2カ所は、私どもが代表として参画をさせていただいています。

以上でございます。

○馬場議長（佐賀支部評議会） 医療の提供体制のことなんですけど、これは私どもの資料の4ページをもう一度ご覧いただきたいんですけど。この病床数とその受診率、受診率と医療というもの、完全にこれはリンクしているんですね。都道府県は、これに書いておりませんが、都道府県の県名の入ったものも、こういうものを作っておられますので。私が申し上げたのは、健診ということ、これはそれで進めていいんですよ。だから、その結果を生かしていくということも大事だろうと思うんです。

しかし、医療費が高くなっていると、あるいは低くなっているということは、こういう、この病床数とか、病床利用数が、こういうこととリンクしていると。ここのことをもっと取り上げていただけないか、というふうなことを申し上げている。

○田中委員長 質問ですか？

○高橋委員 いいですか。すみません。そのことは承知した上で、だからこそ、この地域医療構想の中で、医療提供体制と、どうやっばり、参画しながら、その協議会、地域での医療構想をどうするのかというところで、ぜひ今のような話も含めて、意見反映をしてくれなくちゃいけないと思うんですけれども。それも方法の1つだろうというふうに思うんですが。

先ほど言いました佐賀の場合は、2つのところで、今、分科会ですか？ 参加されているというところなので、ほかの3つについても、ぜひ参画をしていただきたいというような思いもありまして。その辺の動きはどうなっていますでしょうかという、そういう質問でした。

○久米支部長（佐賀支部） はい。申し訳ございません。医療圏ごとに、保険者協議会から、1名だけ参加ということになっております。

私、4月の当初に、保険者協議会から本会議について、1名、という県からの通知がございましたので、そこについて、「複数できないか」ということで、県のほうに申し入れをしましたが、そこはもう「駄目だ」という結論に達しました。ですから、分会についても1名限りということで、定数を割り振ったような状況でございます。

今後、委員として私のほうも入っていきますので、その現在のデータ等につきまして、保険者協議会の中で情報交換をしながら、ほかの3地区ですか、ここについても情報交換をしながら、それぞれの分会の中で議論を深めていきたい、というふうに考えております。

以上でございます。

○高橋委員 ありがとうございます。

○田中委員長 城戸委員。どうぞお願いします。

○城戸委員 今日は、長野と佐賀、両極端の支部に出席いただいて、大変参考になりました。馬場議長がおっしゃるように、健診率の高さと医療費がリンクしていないことがあるのですよね。大分かどこか、健診率が非常に高いけれど医療費には反映されていない、やはり問題はどこか他のところにあるのではないかと思います。ベッドの稼働率を高く維持することが、医療費の上昇につながります。それに、高知や徳島のように、人口あたりのベッド数が非常に多いところでは、もともとベッド数が多い上に、さらに稼働率を上げる経営努力をする結果、医療費も上昇することになります。おそらく、佐賀も同様な状況かと推察します。

長野の良い所は、高齢者の就業率が非常に高いということで、病院に来る暇がないということ。この辺のところを突き詰めていったら、医療費もだいぶ変わるのではないかと感じます。佐賀も、高齢者の就業率を上げるような運動を展開される方が、医療費の低下に繋がるのではないかと思います。

○田中委員長 石谷委員、どうぞ。

○石谷委員 はい。3支部におかれましては、本当に素晴らしいご説明を頂きまして、ありがとうございます。

お聞きした結果の個人的感想ですが、兵庫支部におかれまして、GISを活用されたということは、非常に画期的なことであると思えました。兵庫県は、瀬戸内海から日本海までわたっているという、独特な地形でいらっしゃいます。やはり、かなり地域差っていうものがあるであろうと思えます。この方法ですと、効果のある活動がおできになると思いました。非常に画期的なことだと感心いたしました。

もう1点、佐賀支部様が先ほどおっしゃいました件です。受診率は非常に高くていらっしゃるのですよね。ですから、おっしゃるとおり、調整項目がこれでいいのかっていうご意見は、もともとだと思います。以前の運営委員会で、そのような話もあったかと思いますが。でも、全国的に見ますとこの点は難しい課題であると思えます。

以上でございます。

○田中委員長 お答えになりますか。

○馬場議長（佐賀支部評議会） ありがとうございます。それから、城戸委員さんですね。本当にありがとうございます。それで、おっしゃるとおり、病院側、診療所からすれば稼働率を上げて、稼ぐようにしなきゃいけないと。それは、医療機器も検査機器も、

ものすごい高い、高額が医療機器をどんどん、どこでも据え付けておるんですね。これを採算をペイさせるためには、それを上げんといかんのですよね。そのことが、医療の、潤沢な医療と申しますか、充実した医療につながっておれば、それは当然、その対価として、高い保険料を払うというのは、それは当たり前なのではないか、というふうに思う。必ずしも、そうはなっていないと。どうしても、その医療提供側のほうに、やっぱり、どうしても稼働率を上げようというような、そういうことになっていっておるんですね。どこでも、つぶれるわけにはいかないということだと思ふんです。そのところが、今まで国が長い間進めてきた政策でもあるんですね。

私も、県の関わりをずっと持ってきておりましたので、それなりに、県にも全く責任がないとは言わないんですけども。それなりの、県でやれる、あるいは市町村を含めて、やれる範囲というのは、あると、限定的には、あるというふうに思ふんです。だけど、ほとんどの部分は、医療の提供側に、やっぱりこの医療費の高騰に関しては問題があるのかな、というふうに思っております。そこは支部としては、どうしようもないということがあって、何とか、本部なり、国のほうで、そこにもう少しメスを入れてくれないか、ということでございます。そう言いながらも、国にばかりお願いしているわけじゃなくて、われわれもできることはしなきゃいけないと。さっき高橋委員さんがおっしゃったように、あと、足りない、全部に行き渡っていないとか、当然、それはしなきゃいけないことでもある、というふうに思っておりますし。

それからもう1つ、この問題は、受診する側に問題があるというような、1つの風潮みたいなものがあるんですね。どんどん、ああいう病院を駆け回って、重複受診をしておるとか、何かそういうことを言うのは——それもないと言えないんですね。長い間の歴史があって、そういうふうになってきていると、県民の意識にも、そういう部分があるかというふうに思っております。だけど、それはわずかな部分であろうというふうに思っております。その部分を、われわれも、そういう意識がもしあるならば、そこは、それを払拭するために、本当に必要な医療を、必要な対価によって、ちゃんと賄ってもらうというような、そういうことで、われわれの意識改革みたいなことに取り組んでいくと、そのことも非常に重要だなというふうに思っております。

以上です。

○田中委員長 埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 今後「保険者機能強化プラン」を、協会けんぽ挙げてやるっていうことは、ひいては各支部全てが進めるということになると思います。そうすると、各県単位で「保険者機能強化プラン」を進めていく、ということになるろうかと思ひます。その際、例えば佐賀県としては、どういうふうを考えていけばいいのか。

これは、コストの面から見ていくだけでなく、医療の質、健康活動、医療費と3つの観点から見ていくことが必要と思います。そうすると、佐賀県の場合、医療費のコストのことも大変問題だと思うんですけど、その健康アウトカムである指標、健康寿命、あるいは主な疾病の死亡率等、その辺をまず押さえることが必要と思います。

例えば、一例として、佐賀県のがんのことを取り上げると、死亡統計を見ると、佐賀県は幾つかのがんで死亡率が47都道府県でも大変高い中に入るところがあります。がんにおいては、罹患と治療成績と死亡率という3点を把握して、死亡率が高いということであればさらに、罹患が多いから死亡率が高いのか、治療成績が低いから死亡率が高いのかと考えて、治療体制の問題なのか、予防・早期発見の問題なのか、その辺を体系的に押さえていく必要があると思います。

何といたしまして、「保険者機能強化プラン」のアウトカム目標に沿った形で、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標を押さえて、戦略を練る必要があるというのが、1つの感想です。

それから、もう1つ、佐賀県の特性としては、地域の患者さんの流出入の問題があると思います。2025年の医療体制を再構築する中では、佐賀県は隣接する県との患者さんの流出入という問題がある。現状を所存のものとして考えて、体系を考えていくのか地域完結型に持っていくのか、というところが課題でしょう。先ほど来話題になっています医療審議会や地域医療構想調整会議でも、その辺りについて、どのような意見を述べていくか、ということがカギになってくると思います。その辺りは、他県との調整の仕組みがあるのか、あるいは、そういう流出入の問題をどう考えるか、などに関して、もし何かお考えがあるのでしたら、聞かせていただければと思います。はい。

○久米支部長（佐賀支部） 他県との調整というのは、一応、本会のほうで調整をやるというふうになっているんですが、そこは、まだ未定の状況です。

流出入に関しては、東部地区があって、福岡の久留米——筑後地区ですかね。それから、南部は流入のほうが多かったと思うんですが、長崎のほうからの。で、流出について、他県との問題なんですけども、調整会議の本会のほうで、そこはやるというふうに聞いております。そこについてどういうふうにするのかというのは、まだ決まっていないというふうな報告を受けております。これからの問題というふうに考えています。

○田中委員長 森委員、お願いします。

○馬場議長（佐賀支部評議会） それから——ああ、すみません。

いいですか。最初に言われたがんですね。がんは、特に肝がんが非常に高く、全国一をずっと続けているのも、そういうふうになっております。これも、もう30数年前から、1人の保健所長さんが、自分の地域ではそういう問題が多いということに、あんまり、

誰も気づいていなかったころから、そういう——もう 40 年近くなりますかね、取り組んでおられまして。で、ずーっと、その肝がん対策をどうするかとか、何が原因なのだろうかとか、いろんなことにずっと取り組んでいっておるんですね。

で、ほかのがんにも、かなり高い部分があると。ただ、医療費のことに関して言うと、そんなにウェートの、これが下がれば下がるという——全く違うわけじゃないんですよ。そういうことでもないんで。ただ、がんについては、非常に取り組んでおるといのは取り組む。それから、今ご指摘いただいた医療費のコストの問題だけではなくて、寿命だとか死亡率だとか、これが大切だなということは、そうだというふうに思っております。ありがとうございました。

○田中委員長 森委員をお願いします。

○森委員 長野県の場合は、長い歴史、いわゆる健康ということに対してお取り組みがあるということで、これは十分理解させていただきました。そういうふうになるというのは、空気と水が大変おいしいということが根っこにあるということも、よく言われますので。これから、ますます……。

そして、実は、佐賀の受診率が高い、うんぬんということの問題の中で、私は、実は、かかりつけ医ということを含めた、地域包括ケアという、そういう取り組みを、やはり地道にやっていく。それから、もう 1 つは、ぜひこれは本部のほうとご相談されて、例えば、神戸市さんが GIS でやっていらっしゃるように——兵庫県が。そういうパイロット事業を何か、例えば、「こういう問題点があるから、こういうパイロット事業」という、一緒にお考えになってやられる、そういう 1 つずつ、着実にやっていくこと。それからもう 1 つは、健診は、やはりこれは長い結果です。今、現在がいいというわけではないものですから、その辺の地道な努力、これを、ぜひこれからもお続けいただければ、きっと、そのうち長野県と互角になれるんじゃないかと思っております。

○田中委員長 ありがとうございます。以上にいたしましょうか。よろしいですか。

では、支部評議会議長との意見交換はここまで、とさせていただきます。本日は、遠方よりお越しいただきまして、どうもありがとうございました。

なお、最後に、ごあいさつが 1 つあります。2 年前から運営委員としてご尽力いただいた高橋委員が、このたび運営委員を退任されることになったそうです。今回は最後の出席となられるので、一言ごあいさつをちょうだいいたします。

○高橋委員 どうも、2 年間大変お世話になりました。

連合のほうで、組織で、役員交代がございまして、退任をすることになりました。2年間、田中委員長初め、運営委員の皆様方、そしてまた、小林理事長初め、協会けんぽの皆様方には、大変いろいろとお世話になりました。非常に勉強になりました。

やっぱり、自分も加入者の一人なんですけれども、こういうふうに、本当にいろんな側面から、保険料率1つを決めるにしても、知恵を出し合って、何とか、この協会けんぽを持続可能なそういった制度にしていくのかということ、皆様方から、本当に議論を深めていただいている、というような場にも接しましたし。加入者の一人として、これはやっぱり健康をずっと続けたいといけないなと思って、また、個人的には健康寿命を延ばせるように、個人的に頑張っていきたいと思います。

今後、ますますの協会けんぽの安定的な運営、そしてまた、アクションプランですね。前進・発展・充実強化ということでの保険者機能の強化を祈念いたしまして、そしてまた、皆様方の今後のご健勝を祈念いたしまして、お礼の言葉とさせていただきます。どうもありがとうございました。(拍手)

○田中委員長 ありがとうございました。

では、本日はこれにて終了いたします。

次回の運営委員会の日程について、説明をお願いします。

○企画部長 次回の運営員会は11月25日、水曜日午前10時より、全国都市会館で行います。開催の時間帯が午前10時からと、今回とは異なりますので、お間違えのないようお願いいたします。

○田中委員長 これにて閉会いたします。どうもありがとうございました。(了)