

全国健康保険協会運営委員会（第100回）

開催日時：令和元年11月22日（金）14：58～16：47

開催場所：全国都市会館 第一会議室（3階）

出席者：石上委員、小磯委員、小林委員、菅原委員、関戸委員、田中委員長、中村委員、西委員、松田委員（五十音順）

議 事：1. 令和2年度保険料率について
2. インセンティブ制度について
3. 令和2年度事業計画について
4. その他

○田中委員長 定刻より少し早いですが、委員がおそろいですので、ただいまから第100回運営委員会を開催いたします。本日も議論をよろしく願いいたします。

委員の皆様におかれましては、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す。

運営委員の異動について報告いたします。

平川委員の後任として、11月22日付で石上千博委員が新たに任命されています。一言ご挨拶をお願いします。

○石上委員 連合本部の副事務局長の石上です。よろしく願いいたします。

○田中委員長 どうぞ積極的にご発言ください。

本日の出席状況ですが、全員出席でございます。

また、本日もオブザーバーとして厚生労働省よりご出席をいただいております。

ここから議事に入ります。

令和2年度保険料率について事務局から資料が提出されています。説明をお願いします。

議題1. 令和2年度保険料率について

○企画部次長 企画部の安田でございます。

私から令和2年度保険料率に関することについて、ご説明をさせていただきたいと思っております。

着座して説明をさせていただきます。

では、早速ではございますが、資料1-1をお願いします。

1ページおめくりいただけますでしょうか。

資料1-1につきましては、前回の運営委員会でお示しした資料とほぼ変わっておりません。

めくっていただいて、1、平均保険料率、2、都道府県単位保険料率を考える上での激変緩和措置の解消とインセンティブ制度の導入、3、保険料率の変更時期、これにつきましては各支部の評議会においてもお示ししまして、ご議論いただきました。そのご議論いただいた結果については次の資料1-2にまとめておりますので、1-2を見ていただけますでしょうか。

令和2年度の保険料率についてでございます。支部評議会における主な意見になっております。

令和元年10月に開催した各支部の評議会での意見については、昨年と同様、理事長の現時点における考え、状況に大きな変化がない限り、基本的には中長期的な視点で保険料率を考えていくことを評議会でも説明した上で、特段の意見があれば提出していただくことといたしました。

下の四角で囲ってあるところが提出状況でございます。特段の意見がなかったとして意見書の提出がなかった支部が13支部、括弧内は昨年度の実績でございます。意見書の提出があったのは34支部でございます。

その中の内訳でございますが、①として、平均保険料率10%を維持するべきという支部については21支部、②平均保険料率10%維持と引き下げるべきと、両方の意見がある支部につきましては7支部、③引き下げるべきという支部については2支部でございます。④その他については4支部となっております。

下の※印でございますが、激変緩和措置については計画的な解消以外の意見はほぼございませんでした。保険料率の変更時期についても、4月納付分以外の意見はほぼありませんでした。ただ、激変緩和措置については鹿児島支部から意見をいただいておりますので、後でご紹介をさせていただきたいと思っております。

では、具体的に各評議会からいただいた意見をご紹介させていただきたいと思っております。

まず、めくっていただきまして、1ページでございます。北海道支部については保険料維持ということをお願いしておりますが、学識経験者の2つ目のポツでございます。論点1、平均保険料率については短期的に余剰金分を下げるというようなやり方は率直に言うと好ましくないという意識が強い。次の2ページでございます。事業主代表の方から意見をいただいております。上のほうでございます。健康保険制度は相互扶助の制度であることを考えると、都道府県で支え合うのが本来のあり方。財政が厳しい都道府県に対して扶助をどうしていくかということを考えていくべきといただいております。

少し飛ばさせていただきます。5ページでございます。山形支部でございます。こちらについては評議会意見として上3つまとめていただいております。3つの論点についてはご了承いただいたと考えております。

下のほうで事業主代表の方からインセンティブ制度についてご意見をいただいております。

す。2つ目のポツでございますが、インセンティブ制度については、我々一般の人から見ると、財源とするため還元される料率もわずかなものにすぎない。制度においてわかりやすさという観点が非常に大事だと考えておるので、このような複雑怪奇な制度はやめていただきたい。もう1つ下でございます。下から2番目でございます。今後どのような状況になったら平均保険料率を変更する必要があるのか、それを判断する基準を示してほしいといただいております。

少し飛ばさせていただきます。9ページ埼玉支部でございます。埼玉支部は両論の意見をいただいております。学識経験者の方からは一番下のところです。保険料率を下げてもいいのではないかとこの考えは持つておくべきといただいております。事業主代表の方2つ目のポツでございます。2段目のあたりに、平均保険料率は10%を維持すべきというふうにいただいておりますが、その分、協会けんぽは加入者に還元する施策をしっかりと進めていく、協会けんぽの体制強化につなげていくことなどに準備金を有効に活用すべきであるというふうなご意見をいただいております。

次に11ページ、東京支部でございます。こちらは評議会としての意見は維持といただいております。学識経験者の方からはシミュレーションについて意見をいただいております。10年シミュレーションだと影響が出てくるが、状況は日々変わってくるので、余り長い見通しから判断することは疑問が残るところであるといいただいております。事業主代表の方からは、2つ目のポツで難しいとは思いますが、“一時的”ではなく“恒常的”に抑制できるよう、取り組みを進めていただきたいといただいております。

次に、13ページの新潟支部でございます。こちらの支部は、本年度、一番保険料率の低かった支部でございます。評議会の意見としては、中長期的に見て10%の維持は必要と考えられるといただいております。学識経験者の方は、甘く見積もって財政危機に陥るというよりは、将来のことを考えて余裕を持つておくことが必要、被保険者代表の方からは、保険料率は下がるにこしたことはないが、変動するほうのリスクのほうが大きい、安定的な維持を求めるといような意見をいただいております。

次に富山支部でございます。こちらは維持といただいております。学識経験者の方から、1カ月分を超えれば安定しているという根拠にはならない、安定した運営を続けるために保険料率を維持すべきといただいております。2つ目のポツでございます。湿布薬や花粉症を保険適用から除外すべきといった意見は、将来の見通しを踏まえ、医療費の抑制を図っていかなければならないというメッセージであるといいただいております。

次に石川支部でございます。こちらは両論いただいております。人数だけ紹介いたしますと、10%を維持すべきというのが1名、引き下げるべきという方が4名でいただいております。両論の中で一番引き下げるべきという割合が多い支部を、ご紹介させていただきました。ほかの両論のところは、おおむね同等あるいは維持が少し多いかなという形です。

次に20ページの愛知支部でございます。こちらは維持といただいております。学識経験者ですが、セーフティーネットの役割があることから、将来に備えて中長期で見ていく必要があ

るといただいております。こちらインセンティブについて言及いただいております。「インセンティブ制度の導入については」ですが、健康保険制度の維持を考えれば導入は妥当であり、ランキングが低い支部は評価指標における課題点を明確にして取り組むべきであるという意見をいただいております。

次は、三重支部ですが、こちらは両論いただいております。学識経験者は10%維持、被保険者代表からは引き下げられるときには引き下げるべきと考えるという意見をいただいております。

次に滋賀支部でございます。事業主代表の方から平均保険料率を引き下げる話になれば、当然、国庫補助率の引き下げの議論があると考えることがその理由であるという形で、10%維持が妥当であるという意見をいただいております。

次に26ページの大阪支部でございます。こちらは維持でいただいております。学識経験者から、保険料率を下げるため医療費適正化対策に資する内容の議論を深めてほしいという意見をいただいております。

27ページでございます。兵庫支部につきましては引き下げという意見をいただいております。評議会の意見として、医療保険は単年度で財政を考えていくべきである。準備金が積み上がっていく中で令和2年度における保険料率は引き下げるべきといただいております。学識経験者ですが、単年度で財政は考えるべきと、1つの保険者が中長期に考える必要はないという意見をいただいております。

次は、29ページの和歌山支部です。和歌山支部は両論の意見をいただいております。学識経験者からは、据え置きはやむを得ないという意見をいただいております。事業主代表の2つ目のポツですが、保険料率は8から9%まで下げるべき、その財源には国庫補助金を引き上げることで充てる。理由としては、消費税の増税、法人税の高どまりなど、国民の負担はふえているという意見をいただいております。

31ページ、鳥取支部も両論です。学識経験者からは、2025年を見据えて10%を維持していくことが必要だと思うという意見をいただいております。一方、被保険者ですが、今後一、二年、保険料率を引き下げるのもよいと思うという意見をいただいております。

37ページでございます。佐賀支部も引き下げという意見をいただいております。こちらは理事長と委員長宛てに意見書というような形でいただいております。

38ページ5項目を、ご紹介いたします。1、これ以上格差が広がるようであれば、全国一律の保険料を戻すことも含めた検討に着手すべき。2、健康保険法を遵守して収支見通し期間を5年とした単年度収支を原則とすべき。3、現在の準備金を維持できる程度の平均保険料率の設定にとめること、4、法定準備金を活用して都道府県単位保険料率の格差解消に資する制度を構築すること、5、都道府県単位保険料率設定に当たっては、支部評議会の意見が着実に反映される仕組みを構築していただきたいという形でいただいております。

40ページ、熊本支部です。こちらは維持でいただいております。事業主代表の意見を紹介させていただきます。2番目ですが、準備金は必要であると考え、保険料率を一旦下げて

しまうと、引き上げるときのエネルギーも大きくなってしまいます。保険料率が上がったたり下がったりと不安定になることはよくないという意見をいただいております。

43ページでございますが、宮崎支部でも同じように、学識経験者からは、一旦下げると上げるときの反対や抵抗が大きいという意見をいただいております。

鹿児島支部には、激変緩和措置について延長もしくはかわる方策を講じてほしいという意見をいただいております。

最後に沖縄支部については、まとめていただいておりますが、ご了承いただいたと考えております。

私からの説明は以上です。

○田中委員長 1-1については説明なしでいいのですね。

○企画部次長 はい。前回とほぼ一緒でしたので、省略させていただきました。

○田中委員長 今回新しいのは1-2ですか。

では、ただいまの説明をもとに、保険料率についてのご意見やご質問を伺います。

中村委員、お願いします。

○中村委員 今、次長の説明を伺いまして率直に感じましたのは、資料1-2の1ページにあります、保険料率10%を維持するべきという支部が21支部になって、両方の意見があるところが7支部、ざっくり言って50%以上が10%を維持するべきというお考えに支部が変わってきたということ、まず感じました。

昨年と比較しても大分変化が出ていますし、その前年のことをよく覚えているんですけども、ほとんどの支部が引き下げるべきであると。それから、両方の意見を持っている支部を含めると、約60%ぐらいは引き下げるべきという意見でした。このように2年間でこれだけ変わってきたのは、本部の中長期で考えるという立ち位置が、しっかり支部のほうに伝わってきたからではないかと考えます。それから、支部に対しましても丁寧に説明してきた結果が、こういうようなことになっているのではないかとというふうに思います。

それから、先ほど次長から説明いただきました、この資料の9ページにあります埼玉支部の事業主の方の意見なんですけれども、保険料率10%を維持した上で、2つの点、協会けんぽが加入者に還元する施策をしっかりと進めていくこと、それから、協会けんぽの体制強化につなげていくことなどについて、準備金を有効に活用し、将来的なコスト削減に結びつけていくことが大変重要であると。これは私も大変大事なことだと思いますので、本部におきましてはサポートの役割をしっかりと担っていただきたいと思います。

最後に、保険料率10%を維持すべきという意見がこれだけの支部になりましたので、保険料率を検討するに際しましては尊重していただきたいと思います。以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。

石上委員、どうぞ。

○石上委員 連合でも今月の中旬に各都道府県の支部評議員に参集いただきまして、ご意見を賜りました。この間の理事長の「中長期で考える立ち位置を明確にする」という発言や、この間の厚生労働省や協会けんぽが示すさまざまなデータによって中長期的な料率に対する理解が進んでいると感じました。例年と異なりまして出席者全員が料率を維持すべきという意見であったことを報告しておきたいと思います。

その上で、今後の健全な運営を将来にわたって継続することが求められておりますし、今後のさまざまな変動要因も想定をされる中ですので、この料率を維持する方向で検討をぜひお願いしたいと思います。

○田中委員長 連合の意見取りまとめの紹介、ありがとうございます。

小林委員、お願いします。

○小林委員 令和2年度の保険料率につきまして支部評議員からの意見を委員会に提出いただきまして、ありがとうございます。

意見書の提出なしが13支部、提出ありが34支部という報告であります。意見書の提出がない支部が増えてきているということは、本部からの懇切丁寧な説明によって理解をしていたのか、それとも、いろいろ意見を出してもだめなのかという諦めなのか、ちょっとわかりませんが、これは、引き続き本部、支部とのコミュニケーションをとりながら、保険料率については理解を求めていただきたいと思います。

それから、各支部からの意見を拝見いたしますと、おおむね10%以上はやむなしの意見となっていますが、多くの支部の意見は、やはり10%が限界であるということも受け取れるのではないのかなと思います。また、平均保険料率の引き下げについては国庫補助金の減額もあり得ると考えられ、そうなれば保険料率に多大な影響が生じて持続性を損なう可能性があるとも思われます。

また、後期高齢者の医療費自己負担率も今後の議論次第であるので、現状では拠出金が減少するとも考えられません。したがって、10%維持というのは賢明なところではないかと思えます。

また、同時に、保険料の料率については各支部における最大の関心事であると思われすが、同様に医療費の抑制を図るという重要な課題も、各支部において積極的に議論をしていただきたいと思います。以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。関戸委員、どうぞ。

○関戸委員 来年の保険料については、保険料は上げたくないのは、もうどなたも同じだと思います。しかし、これからのいろいろな社会保障費が増えていく状況で、どうしても上げざるを得ない日がくるといふ、その恐怖感を皆さん抱えて、協会けんぽの継続性を考えると、やっぱり、10%の維持でやむを得ないのかなという意見が多いのだと思いますが、保険料率を引き下げる努力をしていかなければいけないということだと思ふんです。

平成20年から約10年間で事業主の社会保障等の負担が、協会けんぽに加入する従業員の平均的な給与と賞与で試算をしますと、1人当たり10万円は増加していると。また、年金などの適用拡大をはじめ、事業主の負担が増加する議論が行われているわけですけれども、それに加えて消費税率の引き上げや軽減税率の導入、働き方改革、中小企業、小規模事業者が対応しなければならぬ課題が今、山積しています。このような状況の中で、事業者についても従業員についても、これ以上の負担をすることが困難であることをご認識いただいて、少しでも事業者、従業員の負担が軽減されるように来年度の保険料についてご議論いただきたい。

先ほど小林委員がおっしゃった医療費の適正化ですが、こういったことをもっと運営委員会で議論すべきだと思います。11月8日に加藤厚生労働大臣に、協会けんぽを含む5団体で医療保険制度の改革に向けた意見書を提出したわけですが、こういった取り組みは大変評価をしております。ただし、健保連と比べると、要望内容についてはホームページの露出が少ないように感じまして、もっと広報に力を入れていただきたい。

商工会としても昨日、全国商工会連合会の森会長が政府の全世代型社会保障検討会議において、商工会議所、中央会の代表とともに、医療給付の効率化等を通じて社会保険料負担の伸びを抑制することが必要という旨を主張いたしました。また、私も出席した全世代型社会保障検討会議担当の西村大臣と全国商工会連合会との懇談会の中でも、①社会保障のための企業の年金、健康保険、介護保険、子ども・子育て拠出金等の負担は年々重くなっているため負担はもう限界である。②このような中で年金の適用拡大や健康保険の財政見通しの悪化が報じられて、我々の負担がますます重くなることを懸念している。③全世代型の社会保障の検討の中で、地域の雇用を支える中小・小規模事業者の負担がこれ以上ふえないように、医療費削減等のさまざまな施策を検討してほしいという要望を行っております。

協会けんぽには、今後、財政の悪化見通しとその対応について多くの方に知っていただくために、保険者の代表として、今まで以上に団体などと連携をして、企業及び従業員の要望を強力に主張していただきたい。

それと、これは、もう以前から申し上げているんですけれども、何か具体的なアクションを、協会けんぽの年間支出額9兆円に対して3兆円も高齢者への支援金の負担があり、国からは補助金が1兆円入ってくるというふうなバランスであるわけですけれども、5団体での要望事項の中に医療費の適正化の話や、先ほど小林委員がおっしゃったような意見のようにこれから協会けんぽが持続的に発展していくためには、医療費の適正化が最も重要な課題で

あるわけで、同時に、最も実現が難しい課題でもあるわけです。

インセンティブ制度やレセプト点検、ジェネリックの促進等も重要であります。ですけれども、財政的なインパクトが少ないわけです。医療費の適正化に向けた取り組みこそが、協会けんぽが力を入れて取り組む分野であると考えています。しかし、保険者側からの要望事項をぶつけるだけでは進展をしないわけです。医師や薬剤師等も加えて医療費適正化に向けたガイドラインを作成して、関係者の理解を得ながら進めていくべきだと考えております。そのために協会けんぽ内にガイドライン策定のための専門委員会のような組織を設けていただいて、積極的に取り組んでいただきたいと考えるわけです。執行部としてはどのようにお考えか、ぜひお考えを伺いたいと思います。

○田中委員長 さまざまなご要望がありまして、最後のところは質問でしたけれども、どなたがお答えになりますか。

○企画部長 それでは、今の関戸委員のご提案につきまして考え方を述べたいと思います。

医療費適正化につきましては、先ほどご指摘をいただきましたとおり、レセプトの点検とか、あるいはジェネリック医薬品の使用の促進という形で、協会といたしましても取り組んでおるところでございます。それに加えて、一番最後にガイドラインの作成という話がございましたが、こちらにつきましては、医療の具体的な内容についてということになりますと、これはむしろ専門の学会等においてガイドラインを定めるのが通例かと思っておりますので、協会として独自に具体的なガイドラインをまとめるのは、なかなか難しいと思います。

ただ、協会といたしましても、先ほど申し上げましたとおり、これまでもレセプトの点検、ジェネリック医薬品の使用促進等を行っております。レセプト点検につきましては支払基金においても行っておりまして、レセプト全体の9割程度をコンピューターによるチェックのみで完結することを目指していると聞いております。

また、医療費につきましては、これは現状を把握することが非常に重要であると考えています。後ほどご説明をしますが、令和2年度の事業計画にもあります疾病別とか診療行為別の受診率や医療費について地域差の要因分析を、今後とも進めていくこととして、分析は、外部有識者のご意見も伺いながら進めてまいりたいと考えています。以上です。

○安藤理事長 今の説明につきまして不足している点があるかと思っておりますので、私から申し添えさせていただきます。

関戸委員から本当に貴重なご意見をいただきまして、ありがとうございます。最後の部分なのですが、こういうガイドラインの作成、いわゆる医療費の全体的な、日本が今抱えている問題として、医療費の適正化についてのガイドラインをつくることに資するような動きは、協会けんぽとしてもやっていくべきだと思っております。

逆に言うとも我々の仕事として、もうそういうことをやっていかないと協会けんぽとしての

役目を果たせないとも思っております。今後の事業計画などがありますが、遅々として進んでいないではないかと思われるかもしれませんが、この部分につきまして、我々は一生懸命、各支部と協力しながらやっていこうと思っております。

この部分につきましては我々だけではなし得ないことですので、当然のことながら、関係する医療保険者、そして医療提供側、そしてまた患者の皆さんのご協力を得ながらやっていかないと達成できないと思っております。それをいかにしてやっていくのか、そして、いかにしてやっていけるような組織をつかって具体的に動かしていくのかということが非常に大事だと思っております。その点をご理解いただければと思います。以上です。

○関戸委員 ありがとうございます。

ガイドラインをつくるに資するという表現をいただきましたから、理事長のおっしゃるような形なんだと私も思います。いわゆる医療の具体的な内容をやるわけにいかないというのはもっともだと私は思いますから、企画部長が懸念しているお話とは違います。保険者である我々、制度を作る国、医療を行う医者、そして患者という関係者がいるわけですが、その中で、やっぱり力関係ではないですけども、患者さんは非常に医者には言いにくいですよ。国もお医者さんには言いにくい。その中で、保険者はお金を払う側ですから、いろいろ言えると思っております。この間もいろいろ議論が今までありました、データをセカンドオピニオンのときにもらいにくいとか、でも、これはもうルールですから、モラルですから、当然言われればやりますよと言っているんですよ。そういった流れを、ガイドラインとか、そういうものもあれば。今、SDGsがいろんなところで脚光を浴びていますがあれも、こう決めて、やわらかくソフトにまとめていますよね。医療機関でも、私のところは、もうどんどんセカンドオピニオンはオーケーだし、データを積極的にお渡ししますよというようなことが進むように。環境問題やSDGsもそうだと思いますが、大きな目標を掲げて手を挙げて進めていこうとするわけです。

私は個人保証の委員会に出たときに、実は金融機関が、十数社の代表が来られて、我々のような経営者と学識経験者の方が集まったのですが。そのときに、金融機関が前向きだったり後ろ向きだったり、いろいろなお話がありました。例えば、うちの金融機関系統はお貸ししますよとか、保証します、いや、うちはやりませんとか、もう全然違うわけです。我々は借りる側なんですけれども、各金融機関がどういう対応をしてくれるかわからない、そこで、ぜひガイドラインをつくってくれと言ったんです。そうしたら委員長がすぐ、関戸委員のおっしゃるガイドラインをぜひつくりたい、皆さんいかがでしょうかとやってくださったんです。そのような経緯で、個人保証を事業者と金融機関が相談して外していくというガイドラインができたんです。金融機関の実施状況を、それを金融庁がモニタリングしていく仕組みで一定の成果をあげています。平成25年に制定され、今、事業承継を推進するために改定を進めています。昨日も安倍総理が我々の全国大会に来て、その話もしていただきました。

そういう意味で、具体的な動きをするのに法律で決めるわけには、なかなかいかない。ですけれども、そういうモラルみたいな、SDGs的なものを作成する、そのときには、ステークホルダーがいろいろいらっしゃるところをつくって議論を始めていただきたいと思います。もちろんそういう中でいろんな壁があると思いますけれども、始めていけば必ずそこに、いや、これはやり過ぎだ、これは云々というようなことが出てくると思うんです。具体的なことを、ぜひ来年から進めていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○田中委員長 ありがとうございます。

小磯委員、お願いします。

○小磯委員 ありがとうございます。

支部評議会のご意見を拝見して、愛知支部の学識経験者の方の発言、20ページにあるように、協会けんぽがセーフティーネットの役割があるということで、将来に備えて中長期で見ていく必要があるという、このセーフティーネットというところが非常に大きいなと思いついて、これが協会けんぽの置かれている非常に重要な役割かなと。健康保険組合が解散しても受け入れたりとか、そういったことがあるわけですから、被保険者にとっても事業主にとっても、セーフティーネットがあるというのは非常に大きいと思いますので、今後もしできる限り安定的な運営をする必要があるなと感じました。以上でございます。

○田中委員長 学識の方からも意見を聞きましょう。菅原委員、どうぞ。

○菅原委員 ありがとうございます。

私も全体としては、既に各委員の発言がありましたけれども、言いたいことは、各委員の発言と大体一致するところが多いです。まず、この意見書の提出なし、ありの部分の数字のあり方だとか、全体的な傾向とすると、平均保険料率のあり方に関しては、安藤理事長の中長期で考えるという考え方が、ある程度各支部の中でも浸透し、それなりの一定の理解を得られて支持をされてきているのではないかというような読み方に賛同をいたします。

とは言いつつも、一部剰余金の水準、適正な水準はどういうものなのかも客観的に示すべきだとか、そもそも医療保険は短期保険なので単年度収支でやるべきだということも、それなりの傾聴すべき理由もありますので、こういったところは真面目に、適正な水準というものについてきちんと議論を詰めていくことは大事なことだと思います。

その際に大事になってくるのは、今、セーフティーネットということもありましたけれども、協会けんぽが果たしている社会的な役割を踏まえた上で、これから先、協会の保険の運営上にどういったリスクがあるのかということ、きちんと切り分けて明確にしていくという点が大事だと思います。例えば、今、社会保険も適用拡大の問題でありますとか、これから先、外国人の雇用がふえるだとか、経済的に必ずしも盤石でないような方々が入ってく

る可能性もございますし、もちろん、健保の解散という形で比較的脆弱な基盤の方が入ってくる可能性もございます。一方で、良い方は健保を設立して出ていくということもありますから、そういったさまざまな、ほかの保険者とは違うような要因だとか、これから起こり得る将来的なリスクをきちんと明確にする。逆に言うと、これだけの剰余金を今、抱えていく必要があるというのは、それなりに理があるんだということを丁寧に各支部にさらに徹底して示していくことは、大事なことではないかと思っております。

さらに、適正な水準がどうなのか、中長期というのはどの程度なのかということは、やっぱりある程度決めておかないと、いつまでたっても支部の方が納得しないということもございます。今、現状ある程度、前提を置いてシミュレーションを立てているわけですがけれども、そのシミュレーションを立てた、例えばことしを基準年として、実際に5年たったときに、予定されていた剰余金がさらに積み上がった場合には、今このシミュレーションのもので了解をされているわけですから、その剰余分に関しては下げるとか、どこかで一種の固定をして、その条件から外れた部分に関しては上げたり下げたりするという仕組みは、きちんと考えておかなければいけないかなと思っております。

これが保険料に関する私の意見なんですけれども、もう1つ、関戸委員から、より本質的な問題として、これは保険者として、保険料率を設定するときには本体部分といいますか、医療費適正化にどういうふうに取り組んでいくかというのは非常に大事な問題だと私も思っております。

保険者として何がやれるかということを考えると、実は、私も今、中医協のある評価部会に委員で属しているので非常によくわかるんですけれども、根本的な問題は、診療報酬改定をやって、その改定の効果というのは大体翌年度以降、評価するんですけれども、診療状態がどういうふうに変わっただとか、要件を緩和したことによってどういうふうに変わったか、病院の経営がよくなったかということが出るんですけれども、基本的に、そこで何点点数が上がって、そこで算定回数が何回あって、幾らの保険投入がされたのか、増加したのかということにひもづけて政策評価が全くされていない。そういった意味では、今の医療保険の適正化政策というのは、要は、とりあえず政治で決まった改定率に応じて、実際に政策効果があるかどうかわからない点数が差配されて、最終的に何かが動いたけれども、その部分だけを見ているので、根本的に次の政策を考えるときに幾ら点数をつければ状況が改善するのかという議論にならないのです。

なので、基本的には、保険者としてやるべきこととして私自身が考えるのが、実際に保険の適用をして、診療状態がどういうふうに変動して、幾ら算定で、幾ら払ったかということは保険者自身が持っているわけですから、そのデータをきちんと意味づけて政策評価を行って世の中に問う姿勢が必要ではないかと思っております。ぜひやっていただきたいと思っております。以上です。

○田中委員長 経験からありがとうございます。

データ分析については松田委員が一番お詳しいと思います。

○松田委員 今のところで少しお話ししようと思ったのですが、基本的に保険料が上がるというのは、結局、医療費を使うからです。その医療費を使うというところに対して何らかのアクションを起こしていかないと、やはり適正化はできないだろうと思います。

例えば、この中で幾つか高い保険料率のところのデータを見てみると、非常に時間外受診が多い。その時間外受診を適正化することをやらないと、やはり下方圧力はかからないだろうと思います。

僕は、うちの大学病院の副院長をやっているんですけども、時間外受診はウオークインで、たくさんいらっしゃいます。ほとんどが昼間かかれる人です。なぜ来るかという、夜はすいているということです。でも、それではいけないのだろうと思います。何回も何回も繰り返して時間外受診をされる方がいらっしゃるんですけども、そのたびに時間外の診療費が加算されるわけですので。ですから、そういうものを明らかにして、それが多い保険者に関しては是正するというのを、被保険者の方にメッセージとして出していかないといけないのだろうと思います。

それから、同じように、抗生物質の使い方、例えば、タミフルの使い方はすごい地域差があります。例えば、タミフルみたいな薬は、実は西と東で使っている量が5倍ぐらい違います。それは、なぜそうなるかという、受診される方が要求するから出すわけですけども、医者として、やはり要求されれば出してしまおう。そうすると、保険者として正しい薬の使い方とか正しい受診の仕方を言っていないと、医療費、医療技術の進歩に比べると微々たる効果かもしれないんですけども、そういうものがないと、なかなかやっぱり適正化は難しいのではないかと思います。

協会けんぽさんは、そういうデータをお持ちになっておられるわけですし、それから、ほかにも同じように、国保中央会も同じデータをつくっていますし、もっと言ってしまうと、ナショナルデータベースで、今、薬レベルまで市町村単位でどのくらい使っているかということも多い、少ないで見えるようになっていきますので、そういうものと比較しながら、保険者の中でも、支部の中でも、特に高い地域はどこなのかということ进行分析して、そういう結果に基づいて、少し具体的に受診者の行動を変えるということをやっていないといけなと思いますし、僕はそれをインセンティブのほうで言おうと思っていたんですけども、インセンティブに入れていかないといけないのではないかと思います。

○田中委員長 ありがとうございます。適正な受診行動を促進することが保険者の役割であると、ありがとうございます。

ほかによろしゅうございますか。

令和2年度の保険料率については本日も意見をいただきました。支部からの意見もあわせて、どちらの側も議論は出尽くしたと判断します。したがって、次回の運営委員会において

意見の集約を図る方向で検討したいと考えております。その旨ご承知おきください。

今、松田委員が触れておられましたが、次の議題、インセンティブ制度に移ります。これに関して提出されている資料の説明をお願いします。

議題2. インセンティブ制度について

○企画部長 では、資料についてご説明を申し上げます。

まず、資料2-1をご参照ください。インセンティブ制度に係る平成30年度実績【確定値】及び平成30年度実施結果の検証についてです。

おめくりいただきまして、2ページでございます。前回の運営委員会におきましては速報値をお示しさせていただいたところですが、今回は平成30年度の確定値ということでお示しをさせていただきます。

3ページでございます。このインセンティブ制度について評価される指標は、3ページ及び4ページに記載されている5つの指標です。具体的には特定健診等の実施率、特定保健指導の実施率、特定保健指導対象者の減少率、医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率、後発医薬品の使用割合です。このうち指標1、2、4、5につきまして、実績値そのものが高いということで評価をすることもございますが、それに加えて一定の割合のものについては実施率の上昇幅と伸び率を評価する形になっています。それぞれの評価割合については、この資料3ページ、4ページに記載をされておりです。

5ページでございます。こちらに今の5つの指標の総得点が記載されたグラフがございます。一番上のグラフです。47支部の中で一番成績がよかった支部は佐賀支部です。2番目が沖縄支部、3番目が宮城支部です。

指標ごとに分解して見てまいりますと、指標1、特定健診等の実施率の得点でございます。1位が新潟支部、2位が山形支部で、3位が同率ですが、島根支部と徳島支部でございます。指標2、特定保健指導の実施率の特定について、1位が宮城支部、2位が同率で香川支部と沖縄支部です。指標3、特定保健指導対象者の減少率の得点について、1位が静岡支部、2位が奈良支部、3位が徳島支部となっています。7ページでございます。指標4、医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率の得点です。1位が福井支部、2位が佐賀支部、3位が岩手支部となっています。指標5、後発医薬品の使用割合の得点です。こちらは、1位が沖縄支部、2位が岩手支部、3位が鹿児島支部ですが、僅差で4位が佐賀支部です。先ほど佐賀支部については全国で一番点数が高かったとご説明いたしましたが、この指標4と指標5で得点が高かったことに基づくものであります。

8ページでございます。このインセンティブ制度につきましては、上位23支部について報奨金が支払われ、それによって保険料率が下がりますけれども、1位が佐賀です。2位が沖縄、3位が宮城、福井、新潟と続きまして、23位が静岡となっています。

ただ、こちらについて、実は9月の速報値と比べまして3支部ほど入れかわりがございま

す。速報値と実績値で数値が違っておる理由につきましてご説明を申し上げますと、速報値と確定値とでは得点の算出に使用する実績数値等の抽出時期が異なること等により、得点や順位に変動が生じる場合があるところです。その中で、指標4、医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率については、レセプト情報との突合等との関係から、速報値については4月から12月の9カ月分の実績によるものであるのに対し、確定値については4月から3月の12カ月分の実績によるものであることから、1月から3月の3カ月分の実績により、他の指標より大きく変動する場合がございます。

また、平成30年度実績に関しましては、指標3、特定保健指導対象者の減少率の速報値について、当該減少率を算出する際に使用すべき数値に一部誤りがあったことなどにより、確定値に変動が生じたところです。なお、指標3及び指標4の双方ともに得点が上昇した支部、逆に、双方ともに得点が減少した支部については、変動幅がより大きくなっているところです。こちらが変動した理由です。

9ページ以下について、それぞれの指標についての実施率、順位、さらに、11ページ、12ページにつきましては偏差値と順位を示しています。詳細な説明は省略させていただきます。

13ページです。インセンティブ制度に係る平成30年度実施結果の検証です。

14ページです。インセンティブ制度は令和元年度事業計画において平成30年度の実施結果を検証することとしております。平成30年度実績の集計が確定したことから、以下の視点に基づいて検証を行いました。検証結果を踏まえ、次回の運営委員会において令和2年度のインセンティブ制度に係る指標を決定したいと考えてございます。

検証の視点は3つございます。

まず、①として評価割合でございます。先ほど指標について、実績の高い低い、プラス実績の伸びを評価しているということでご説明申し上げましたが、指標ごとの実績と伸び率の評価割合について、事業主及び加入者の行動変容を促す観点から、伸び率をより重点的に評価するように見直す必要があるかということで検討しましたが、現行の評価割合は制度設計を行う際、一部の支部から既に、特定健診等の実施率が高い支部は今後の大幅な上昇は見込みづらいため、これまでの実績も考慮し、伸びの評価割合を高く設定し過ぎないでほしいという意見があり、インセンティブ制度の導入前までに実績を積み上げてきた支部及び加入者の取り組みを評価するという観点から設定をしております。このような経緯や、制度創設から間もないことも踏まえ、現行の評価割合を維持してはどうかと考えてございます。

検証の視点②です。指標の配点でございます。現在の評価方法は、平均偏差値の50を素点50とした上で指標ごとの素点を合計したものを支部の得点としランキングづけを行っていますが、5つの指標の中で特に重点的に取り組む指標の配点を高くするなどの重みづけを行う必要があるかということでございます。現在は5つの指標を平等に扱っていますが、これを特定の指標の配点を変更した場合、配点が高い指標に注力することとなり、その他の指標がおろそかになることが懸念されます。インセンティブ制度の5つの指標の事業は、いずれも

加入者の健康増進や医療費適正化の観点から欠かすことができないものであり、現状においては優劣をつけることは好ましくないことから、現行のままとしてはどうかと考えます。

15ページです。検証の視点③インセンティブ制度の導入による行動変容への影響ですが、今年度実施した理解度調査におきまして、インセンティブ制度に係る設問項目を見直し、インセンティブ制度の導入による加入者の健康意識の変化を確認いたしました。結果といたしまして、インセンティブ制度がスタートしていることについての理解度は約9%と、低いものでしたけれども、その中でもインセンティブ制度を知っていると回答した加入者につきましては、行動が変わった、今後行動を変えるつもりである、既に取り組んでいると回答した加入者は全体の71.5%と、約7割を超える結果となっております。この結果を踏まえ、引き続き理解度の向上を含め、関連事業の実績向上に取り組んでまいりたいと考えておるところでございます。

16ページ以降につきましては参考資料になりますので、説明につきましては省略をさせていただきます。

この後、資料2-2といたしまして、インセンティブ制度に係る支部の取り組みについてということで資料を出させていただきます。こちらにつきましては富山支部の取り組みでございます。

本日は富山支部から説明をお願いしたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○松井支部長 富山支部の松井でございます。本日、事例発表という貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。

本日はインセンティブ制度の対応ということで、手前どもでやっております取り組み、インセンティブレポートについて説明をさせていただきます。

着座にて失礼いたします。

まず、スクリーンをご覧ください。

初めに、取り組みを始めました経緯を説明させていただきます。

富山支部におきましては、戦略的保険者機能の発揮に努める中で、近年、コラボヘルスに着目いたしまして健康企業宣言事業を進めております。そして、事業所における健康づくりを支援してまいりました。昨年度はトップセールスなども含めまして約300社に訪問いたしまして、特定保健指導、要治療者の受診勧奨などの実施依頼にあわせましてインセンティブ制度の理解が深まるように事業主の皆様にご説明を行ってまいりました。その際、ご理解を賜るものの、支部単位の実績が公表されている一方、自社の実績がはっきりわからない、具体的な対策として何をすればいいのかというご意見がございました。

このような経緯から、職員の説明時にインセンティブ制度結果を事業所単位に細分化いたしました情報提供が必要ではなかろうかと考えまして、このレポートの発行を開始いたしました。

次に、レポートの概要についてご説明をさせていただきます。

レポートの目的は、下の図にありますように、事業主に、まず自分のところの会社の立ち位置を把握いただく。③、④のように従業員への周知、取り組みの推進を促しております。レポートの詳細な内容は次ページ以降に記載しております。これはレポートの表紙になります。評価指標別に実績を掲載いたしますとともに、エクセレントとグッド、ノットグッド、こういうふうな目標と比較したわかりやすい表記を付記することで、一目で自分の会社の課題を把握できるようにいたしました。

次のページでは、制度の概要、支部の順位、保険料率への反映結果を記載しております。制度の理解を深めることに加えまして、富山支部の順位というのは上位には位置するものの、保険料率への影響は限定的であるために、上位に入れば大きな報奨金が得られると。すなわち保険料率をもっと下がるんですよということを説明して、事業主の関与を促しております。

次のページでは、自社の課題をレーダーチャートによって理解しやすくするとともに、評価指標ごとの現状、対応策を示しております。現状と対応策の示し方におきましては、事業主の関与が促進されますよう記載内容を工夫しております。例えば、評価指標①特定健診、評価指標②の特定保健指導におきましては、被扶養者の実績も掲載しております。これは、被扶養者の受診促進に当たりましては事業主から直接ご家族に受診をお願いすることが効果的であると。そういった取り組みで理解が進むことを期待して記載したものでございます。被扶養者の受診率が低いことに関しましては、思いのほか経営者の関心が高いので、富山支部としても改善に注力しているところでございます。

次に、こちらはレポートの最後のページになります。評価指標③の特定保健指導対象者の減少率、これにおきましては中断率を掲載しております。特定保健指導は通常3カ月以上の継続的な支援を行いますけれども、どうしても途中で断念される方がいらっしゃいます。これは、そういった方を事業主の関与により防止できればと期待いたしまして、ここに記載したものでございます。

それから、評価指標④の要治療者の医療機関受診率、評価指標⑤のジェネリックの使用割合では、全国1位の支部の実績を掲載しており、加入事業所の支部の立ち位置、それと加入事業所の立ち位置を事業主に確認いただいております。

以上のようなレポートを作成いたしまして事業所訪問時の説明に活用しております。

次のスライドでございますけれども、これは協会内部への共有及び外部への展開状況をお示ししたものでございます。

内部への共有といたしまして、作成ツール、それから、マニュアル等につきまして情報提供を行いまして、ほかの支部でもこれらのレポートを作成することが可能となっております。また、外部への展開といたしまして、まずは発行を開始した、本年8月でございますけれども、地元のメディアに対してニュースリリースを行いまして、加入者、事業主の方々に広く周知を図ってまいりました。スクリーンをご覧くださいと思いますが、ニュースリ

リースに伴いまして県内の3紙に記事を掲載いただきました。この記事にはインセンティブ制度が始まったこと、事業所ごとにレポートを開始したこと、結果によって保険料率が変動することを丁寧に書いていただきました。

次に、実際の活用状況でございますけれども、8月以降、これまで約30社にレポートを持参いたしまして、制度の理解を求めてまいりました。私も事業所にお伺いして、レポートを用いた説明を行っておりますけれども、事業主からは、会社の課題が非常に明確になった、それから、保険料率を下げられるように今後取り組みを進めていきますといったような肯定的な意見を多くいただいております。一方、中には、今回のインセンティブの規模が小さくて、積極的に取り組む意欲がなかなか湧かないというふうなご意見もございました。

今回、平成30年度の実績が出ましたので、今後は一層のご理解をいただけるよう、レポートの配布を本格化させていきたいと考えております。

最後に、富山支部における今後の取り組みについて簡単に説明させていただきます。

このインセンティブ制度の周知に当たりましては、保険料率が変動する時期などを捉えて丁寧に説明していこうと考えております。そして、引き続き加入者、事業主の皆様のご理解をいただけるように、また、周知のあり方についても少し見直しをしながら進めていきたいと思っております。また、やはり支部におきましては、地域の実情に応じた保健事業の推進や医療費の適正化対策、戦略的な保険者機能の発揮を図ることが最重要と考えております。単なるインセンティブ制度の周知にとどまることなく、複層的に取り組むを進めまして、引き続き、この戦略的保険者機能の発揮に努めたいと考えております。

以上、簡単な説明ではございますが、富山支部の事例発表を終わらせていただきます。

○田中委員長 本部並びに支部からの発表、ありがとうございました。

両方に関するご意見、ご質問と、資料の14ページ、15ページに、検証の視点についてどうしたらいいかという問いかけがありました。どうぞ、回答というわけではないけれども、委員のお考えをお聞かせください。ご質問でも結構です。

小林委員、お願いします。

○小林委員 インセンティブ制度につきましては、まだ制度が始まったばかりということもありますので、指標の事業等の見直しについては、数年やってみてから、いろんな見直しをするというのが適当ではないか。ですから、当分はこのまま続けていくのがよろしいのではないのかなというふうに考えます。

それから、もう1点は、2-1の15ページの理解度調査の結果では、インセンティブ制度を知らない方が9割いるということでありまして、これについては、やはりさらなる周知の形が必要ではないのか。知っている方については、7割を超える方が知っていて、いろんなこと、行動が変わったとか、行動を変えるつもりであるとかという高い率が出ているわけです。これはやはり、今、富山支部の方にご報告をいただいたのですけれども、実は私も連合

会組織として、全国に44の協同組合が実はあります。それぞれの44の協同組合の取り組みというのは、我々から指示を出したときに非常に差があるのです。すぐやるところと、なかなかやらないところと、全然関係ないよというような態度をとるところとあるんですけれども、まさにそのとおりではないか。

ですから、今、発表していただいた部分が、全国の支部で、いろいろな形で進めていければいいのかなということがありますので、引き続き関係各所と連携した広報活動、これが一番大事ではないのかなと思います。まだ始まったばかりですから、それが一番成果が出てくるのではないのかなと思いますので、よろしくお願いいたします。

○田中委員長 ありがとうございます。

まだ1年目ですから、始まってもないところで変える必要は差し当たりはないのでしょうか……。

○小林委員 資料自体は変える必要はないと思います。ただ、配分は少し考えるべきことがあるかもしれませんけれども、大きな指標は変える必要はないと思います。

○田中委員長 ほかにいかがでしょうか。

松田委員、お願いします。

○松田委員 今、ちょっと分析してみたのですが、受診率が高いところで保健指導をやっている割合も高くなっています。この特定保健指導の実施率の計算式で考えてみると、健診をやっているけれども、その結果を事業者から返していただけていない場合、データに当該事業者のデータが入ってこないのですよね。実は、協会けんぽのデータはそれがすごく多いのです。特定健診制度が始まって、もう10年たっていて、本来であれば、そういうきちんと出せないところで健診を受けてはいけないと思います。もしかすると健診の結果をきちんと受け取れていない支部が、受けているけれども受診率が低いということになってしまうと、このインセンティブ制度の中で不利益をこうむってしまうことになってしまいます。これは何が言いたいのかというと、安衛法で必ず健診をやっているはずですが、だから、健診を受けているところは絶対返さないといけないはずですが、それをまだ返さない健診事業者があるというところが、このインセンティブ制度を公平なものにするためには問題になると思いますので、健診結果をちゃんと返していただくことを、このインセンティブ制度がきちんと走るためにも、やっていただきたいと思います。

○田中委員長 今の点、いかがですか。御指摘はございますか。

○保健部長 保健部でございます。

被保険者の健診に関しましては、協会では生活習慣病予防健診して実施しているところがございます。また、安衛法の事業者健診との関係ですけれども、事業者健診を受けた方の健診結果を協会にご提出いただけますと、協会での特定健診を受診したものとみなすといったような取り扱いが行われているところがございます。

法律上は、保険者から事業主に対して事業者健診のデータを求めることができる、また、事業主のほうに求められた場合は提出しなければならないといったようなところが高確法で定められているところがございますけれども、実際問題といたしまして、事業主から提出されている割合は、被保険者の受診対象者全体対しまして、まだ7%ぐらいといったようなところが実態でございます。また、生活習慣病予防健診で受診されている方が、今、51%ぐらいです。合計しますと60%弱といったところになりますので、確かに安衛法の事業者健診と生活習慣病予防健診を受けている方を含めると、ほぼ9割方、10割方、健診を受けていらっしゃる、30から40%ぐらいの方が事業者健診を受けているけれども協会にはデータをいただけていないといったようなところで、保健指導該当者であっても階層化ができないので保健指導のほうにつながっていないといったような事実はあるところがございます。

ということで、事業者健診のデータの提出の勧奨にも力を入れて、事業主の方にご理解をいただいた上で、ご提出いただけるように取り組んでいきたいと考えているところがございます。

○松田委員 もしデータが直接手に入れられるのであれば、受けているけれども上がっていない人たちを分母から抜かないと不公平になってしまうと思います。特定健診対象者数は全部入っていますよね。だから、その割合が都道府県によって違ったりかなり影響を受けてしまうので、やっぱりそれは抜くという作業が当面は補正として必要になると思います。

○田中委員長 どうぞ。お答えください。

○保健部長 確かに、受けていない方というか、保健指導の部分につきましては、健診受診者を……。

○松田委員 いやいや、言っているのは保健指導ではなくて健診受診のほう。

○保健部長 失礼しました。健診につきましては、対象者の中から生活習慣病健診を受けた方、また、事業者健診のデータをいただいた方が受診率になっているところがございます。生活習慣病予防健診、事業者健診を受けていない方の率が、今のところ事業者健診データの提出率が良くないところを把握ができないといったところで、ご指摘の点はあるかと思えますけれども、現時点ではちょっと把握ができない数値といったところがございます。

○田中委員長 藤井理事、どうぞ。

○藤井理事 先生ご指摘のところはインセンティブ制度以前の問題でもありまして、なかなか事業者健診のデータをいただけない。さらに言えば、事業者健診の仕組みとして、例えば問診の項目は、私どもの特定健診の項目と少し違っているから、もらっても使えないとか、そういった課題はもうずっと以前からありまして、私どもも厚生労働省にはいろんな形で要望もしておるんですが、なかなかそこから前に進まないというような課題はございます。今、データがきっちりいただけていないという前提に立ったときに、今、先生がおっしゃったような数値の補正みたいなものが、なかなか正直難しいところはございまして、そこは今、先生がおっしゃるような調整をしようとする、少し壁があつて、なかなか超えられないのが現実でございます。

そこは何とかクリアできるように、さらに事業者健診データをいただけるような努力、それから、厚生労働省にも、もう少し円滑に、そのデータがいただけるような仕組みにしていただけるように、引き続き働きかけていきたいと思っています。

○田中委員長 インセンティブ制度そのものが、データを提出するインセンティブになるわけですね。

○藤井理事 なってしかるべきと思いますが、そこもひとつ広報の問題かも知れません。

○田中委員長 データはあるはずなので、提出しないとインセンティブ制度上、損しますよということを伝えれば、提出するインセンティブになりますよね。

○藤井理事 そこもまだ広報が足りないところではないかと思っておりますので、そういったところも留意していきたいと思っております。

○田中委員長 松田委員、ありがとうございました。

○高橋理事 時々要望としては出てくるのですが、インセンティブ制度は事業所そのものに対するインセンティブではなくて、支部全体に対するインセンティブですから、先ほどの富山支部の紹介でもありましたが、インセンティブでは、どれぐらい保険料が下がるのかというと、やっぱりどうしても、制度はもともと限界がありますので、そこはわずかなもので、ちょっとやる気にならんなど。こういう声も実際にはかなり現場ではあるようでございます。

○田中委員長 西委員、どうぞ。

○西委員 今、事業者健診の受診の結果の報告というお話があったんですけども、実は、うちも初めて今回、受診後、健康診断の結果を提供というか、送ってくださいと、初めて直接電話をいただきました。従業員の理解を、インセンティブ制度が、こういうことがあって、そういう提出をするんだよということを、従業員と初めてインセンティブ制度のことについて話ができたんですね。電話がかかってきたので。それから提出をしまして、三、四カ月ぐらい後に、またお電話をいただきまして、今度は、うちの従業員の中から何人かが保健指導を受ける。受けてくださいよと。そういう電話をまたいただきました。それで、また、選ばれた従業員でインセンティブ制度というものを、また説明というか、そういう議論というか、そういう話をできる機会ではないけれども、いただきました。

なので、実際に何か、もうちょっと連絡というか、広報というか、こういうものをどんどんいただいて、理解度が低いというふうに書かれているんですけども、確かに低いと思うので、私たちは現場では、どんどんそういうことを強化していただいて、今、富山支部さんみたいに直接来ていただければ、もう、もっとどんどん私たち被保険者も理解できるのではないかなと。インセンティブ制度というものがもっと身近になるのではないかなと思いました。

○田中委員長 群馬支部は頑張ったわけですね。

○西委員 はい。頑張りました。

○田中委員長 藤井理事。

○藤井理事 ありがとうございます。

確かに、先ほどおっしゃっていただいたようなご意見で、ある意味では、これは事業主健診のデータをいただくということと、インセンティブ制度ということのPRと、いわば一石二鳥のような格好でPRできるのかなとも思いますので、いろいろな工夫をまた考えていきたいと思います。ありがとうございます。

○田中委員長 菅原委員、お願いします。

○菅原委員 ありがとうございます。

まず、そもそもの議題のインセンティブ制度の、この評価の割合と配点については、現状本当に始まったばかりの制度ですので、当面は、やはり制度自体の安定性といえますか、評価自体の整合性みたいなものを確認するという意味でも、しばらくはちょっと静観ということに私も賛成はいたします。

ただ、筋論として、それがあつた程度年数がたつてきたときに、やはりこれは、評価しているのが現状の水準と伸び率という組み合わせでやっていますので、多分、恐らく全体的にばらつきのあるものを、いいところに合わせて平準化していこうということが当初の目的だとすると、各指標、5つの中で、段階的にばらつきが小さくなつてきた指標については評価の全体の割合を下げてくださいとか、そういう段階的な入れかえとか、評価のウェートの差しかえ、弾力的な運用というのは考え方としては十分あり得るのかなと思います。

これがまず第1点目で、今、ご報告いただいた富山の取り組みに関しては、これは非常に素晴らしい取り組みだと思いますし、いろんな可能性を私自身は頭の中で感じました。私自身が、このインセンティブ制度を初めてというか、ここの委員になってお聞きしたときに、おもしろい制度ではあるんですけども、最大のネックは、いろいろ言いたいことはありますけれども、インセンティブそのものが小さ過ぎて、これは現場へ周知すればするほど逆に、先ほどから話になっていますけれども、この程度のインセンティブだったらやらなくていいよねという。だから言葉は悪いですけども、余り細かいことを言わないほうが逆にいかにもねというふうなぐらいのものなので、これを機能させるためには何をすればいいかということ、私もずっと考えていたのです。けれども、きょうこのお話を伺って、1つ可能性としてあるのは、そもそもこういうことを事業所として取り組んでいるということが、今、非常に社会的に関心がある健康経営に積極的に取り組んでいる企業だということなどところにつながっていけば、事業者としても基本的には物すごくやるメリットが生まれてくる。つまり、経済的なインセンティブということではなくて、こういうことをやっていることそのものが社会的にアピールする時代です。うまくやっているところを表彰する、本部できちんとやってくれていますねということで表彰をして、大々的に社会に周知することによって、インセンティブ自体は小さいけれども、物すごいメリットが企業側には生まれる可能性はあると思います。

各支部でやってもいいと思いますけれども、そういうことを考えていくと、要するに、単なるインセンティブ制度で、保険料が上がる、下がるという話ではなくて、実際に、こういう取り組みそのものが人々の健康、従業員の健康の改善に役立っていて、かつ、それが最終的には企業の繁栄につながりますよねというところを表彰する制度を、もう少し広いパースペクティブで考えられると、とても可能性のある制度につながるかなと思います。

このインセンティブレポートも、すごくセンスがよくて素晴らしいんですけども、これにプラス特定健診の実施率だとか、ここが前は低かったけれども上がったことによって、例えば、よくこれまで特定健診へ行っていなかったんだけど、行ったことによってがんが見つかって、早期発見、助かりましたみたいな、言い方は悪いですけども、非常によかったというちょっとした具体例が横に入っていたりすると、個別の人にとっては、やっぱり、じゃあやろうかなという。事業所全体のインセンティブも大事ですし、個人にとってもやろうという動機づけになるので、そこもちょっと1つ1つの例として加えてみたら、さらに上がるのではないかなという気がいたしました。以上です。

○田中委員長 いろいろな提案ありがとうございました。

議題2については、このぐらいでよろしいですか。

たくさんの意見を伺いました。また、富山支部からは大変すばらしい発表をありがとうございました。

今日の意見を踏まえて事務局でさらに検討し、次回の運営委員会で結論を得る予定でございます。また、引き続き周知、広報は頑張るようにとご意見をいただいたので、お願いいたします。

次に、議題3に移ります。令和2年度事業計画案についての資料を説明してください。

議題3. 令和2年度事業計画について

○企画部長 それでは、資料3-1、3-2、資料4-1、4-2についてまとめてご説明申し上げます。

資料3-1、令和2年度事業計画のコンセプトでございます。

平成30年度から保険者機能強化アクションプラン（第4期）がスタートいたしました。同プランでは3年後を見据えたKPIを定めており、各年度の事業計画では、それを単年度の進捗に置きかえることとしております。令和2年度は同プラン（第4期）の最終年度であることから、これまでの事業計画の実施状況等を検証し、各KPIを確実に達成することを目指します。また、検証結果を踏まえ、保険者機能強化アクションプラン（第5期）（仮称）や令和3年度の事業計画を策定いたします。

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）については、同計画の前半が終了することから、前半までの取り組みを評価する中間評価と、その後の計画の見直しなど、PDCAサイクルを常に意識し、同計画における各取り組みを着実に推進いたします。

また、令和元年度に実施した業務改革検討プロジェクトにおいて判明した課題への対策を推進いたします。

なお、新経済・財政再生計画 改革工程表2018における給付と負担の見直し等の社会保障関連の改革項目の具体化に向けた議論の状況や、国が定めるジェネリック医薬品使用割合の80%達成期限の最終年度であること等の背景事業に十分留意しつつ、取り組みを進める必要があると考えております。

事業計画の骨子でございます。

まず、基盤的保険者機能について記載をしております。

次に、3ページ以降、戦略的保険者機能について記載をしております。

さらに、最終ページの5ページでございますが、組織・運営体制の強化について事業計画案で記述しております。

具体的な記述内容につきましては資料3-2、令和2年度事業計画（案）に沿ってご説明

を申し上げます。主に令和元年度、今年度の事業計画との相違点についてご説明いたします。

まず、協会けんぽの事業計画について、基本的な内容を記述しております。

また、令和2年度の協会けんぽ運営の基本方針を書かせていただいております。こちらにつきましては、先ほどコンセプトということでご説明をさせていただきました内容と、ほぼ同じでございます。

2ページです。Ⅲ. 主な重点施策で、具体的な事業計画について記述しております。

まず、基盤的保険者機能関係でございます。こちらについて、大きく変わったところは、令和元年度の事業計画と項目の順番を入れかえております。令和元年度につきましては現金給付の適正化の推進から始まっておりましたが、令和2年度の事業計画案においては、サービス水準の向上から記述を始めております。

次に、業務改革の推進に向けた取り組み、さらに、現金給付の適正化の推進という順番で記述しています。その後、効果的なレセプト点検の推進、柔道整復施術療養費等の照会業務の強化、あんまマッサージ指圧・鍼灸施術療養費の適正化の推進、返納金債権の発生防止のための保険証回収強化、債権管理回収業務の推進等々について記述しております。

昨年と内容が異なっているところは、7ページです。被扶養者資格の再確認の徹底で、法律改正がございまして、被扶養者の国内居住要件が定められましたので、それに対応した被保険者資格再確認を確実に実施するというを記述しております。

9ページ以降が戦略的保険者機能関係でございます。こちらの中で昨年度と変わっているところは、9ページ下の特定健診受診率の向上に関して、健診・保健指導カルテ等の活用により受診率への影響が大きいと見込まれる事業所や業態等を選定し、重点的かつ優先的に働きかけることで、効果的・効率的な受診勧奨を行う。あわせてナッジ理論等を活用した受診勧奨を行うということでございます。

10ページの特定保健指導の実施率の向上につきましても、外部委託、さらには事業所等の選定、それから、ナッジ理論を活用した利用勧奨ということを記述しております。

11ページでございます。一番上のところで、広報に関して、ナッジ理論等を活用したリーフレットやチラシを作成し、特定健診等の効果的な受診勧奨を行うということでございます。

次のジェネリック医薬品の使用促進に関しては、他の保険者等と連携し、加入者に対する効果的な働きかけを行う。令和2年9月以降の新たな目標について、国の動向を踏まえつつ検討するということになっています。

それから、12ページです。調査研究の推進について、新たに項を起こしまして記述をしています。医療費分析プロジェクトチームによる分析、医療費適正化等に向けた情報発信を行うため、本部においてレセプトデータ等を活用し、加入者の受診行動や医療機関が提供する医療の内容等について、支部ごとの地域差を中心に医療費等の分析を行います。

13ページですが、外部有識者の意見を参考にテーマを選定するとともに、分析の中間段階

等においても外部有識者より分析方法に対する技術的助言等を得て、分析の精度を高める、さらに調査分析の推進に向けた各種施策の実施ということで、調査研究フォーラムの開催、調査研究報告書の発行等により情報発信をしていきたいと考えてございます。

14ページ以降が組織・運営体制関係でございます。こちらの中で新たな項目といたしましては、15ページの真ん中あたりですけれども、本部機能や内部統制の強化に向けた取り組みで、中長期的な視点から本部機能の強化や、本部支部間のさらなる連携の強化に向けた検討を行います。

それから、システム関連の取り組みにつきまして記述を充実させております。

また、16ページにペーパーレス化の推進につきまして項目を新設させていただいております。

17ページ以降につきましてはK P Iの一覧表でございます。令和元年度から2年度に向けてK P Iの数字につきましても改定をさせていただいております。

次に、資料4-1、令和元年度事業計画の上期の実施状況についてですが、この資料の見方のみをご説明を申し上げます。

令和元年度の事業計画の主な重点項目が左側にあり、実施状況が真ん中にあり、さらにK P Iが定められているものにつきましては、右側の欄でその実績について記述をしております。そのような形で令和元年度事業計画の上期の実施状況について記述をしている資料です。

それから、次の資料4-2ですが、令和元年度支部保険者機能強化予算に係る取り組みの実施状況でございます。前半部分につきましては取り組みの実施状況の概要につきましてまとめております。

4ページ以降が、実際の取り組み例の実施状況を記載しております。以下につきまして少しご説明を申し上げます。

取り組み例として、山形支部において湿布・軟膏の減量キャンペーンというものを行っております。レセプトデータにより、湿布・軟膏の処方を経営的に受けている方を抽出し、パンフレット等を配布、市販薬への切りかえをお願いしております。8月にパンフレットを作成し、今後、効果測定を予定しております。

次に、静岡支部ですが、薬剤耐性アクションプランに沿った抗菌薬適正使用に向けた地域分析を行い、意見発信を行っております。

次の3件は、いずれも健康経営に関するものでございます。北海道は、行政及び経済団体との連名による「健康経営（健康宣言事業所宣言）」の宣言勧奨を行っております。福島支部は、「健康事業所宣言」事業所とのコラボヘルスによる健康に関する複合的取組支援事業を行っております。また、秋田支部においては、テレビミニ番組等による健康経営の啓発事業を行っております。こちらは、ミニ番組を6話作成、テーマに沿って秋田県の健康福祉部長や秋田市の保健所管理栄養士に出演をいただいている等、県、市との連携を図っているところ です。

最後に、福岡支部ですが、特定保健指導該当者への健診前通知事業で、特定保健指導該当者が健診を受診する3カ月前に、生活習慣の改善を促す内容の文書を送付し、健診結果の改善を図るという取り組みを行っております。

資料の説明は以上とさせていただきます。

○田中委員長 ありがとうございます。

ただいまの説明に関するご質問、ご意見をお願いします。

委員長ではなくて委員としての発言ですが、報告書をつくるだけではなく学会等で発表することによって、はるかに広まると思いますので、それにも取り組んでみたらいかがでしょうか。医療経済学会など。せっかく研究できているのだから、そちらにもぜひぜひ取り組むようにお勧めします。

○松田委員 鈴木先生、喜びますね。

○企画部長 担当者も大変励みになると思いますので、ぜひ頑張ってまいりたいと考えてございます。

○田中委員長 石上委員、お願いします。

○石上委員 資料3-2の12ページの⑦に記載されている、地域の医療提供体制への働きかけについては、協会けんぽが調整会議の中でデータに基づいて意見を出していくことは非常に重要なことだと考えております。今後、この事業計画において、さらに記載がふえてきている中でこれが書かれていることはもう非常に大きな意義があると思っておりますので、さらに強化をお願いしたいと思います。

○田中委員長 松田委員、どうぞ。

○松田委員 ここで申し上げるようなことかどうか、わからないんですけども、被保険者の管理ですよ。特に被扶養者のところの管理で、多分、これから外国人労働者がふえてくると、その被扶養者をどうするかという問題が出てくると思うんですけども、その国レベルでのルール決めにきちんとやらないといけない時期に来ているのではないかと思います。

例えば、今、ちょっとケベックの制度を見ているんですけども、ケベックは外国人に関して、保険に入る人に関しては、年間に183日以上そこにいないということになると公的保険を使うことができない。保険から排除されるわけです。それから、主たる居住地がケベックの中にないとだめということで、いわゆる外国人で、自分の家族が母国に主たる住所を持

っている人は使えない。そういうことを一応レギュレーションしているわけですが、これは多分、国レベルで少し被扶養者の資格みたいなものを考えていかないと、例えば、がんの治療のためだけに被扶養者がこちらに来るといっても、実際もう起こっているわけですが、そういうことをやはり少し考えていかないといけない時期に来ているのではないかと思います。国際化が進んできていますので。

そういう意味で、今、きょうこの中には被扶養者の確認とございましたけれども、それはやはり国レベルで、協会けんぽのほうからも申し入れをされたほうがいいのではないかと思います。外国人労働者に関しては協会けんぽに加入している中小企業が主たる受け皿になる可能性が高いので、その資格管理をやっていないと、すごく上昇圧力がかかってしまうと思いますので、ぜひその確認に関するルールを協会けんぽから提案されたほうがいいのではないかと思います。

○田中委員長 その点はどなたかお答えになりますか。

○高橋理事 7ページの⑨のお話ですけれども、ここにも書きました被扶養者の国内居住要件等に対応した再確認ということで、法律もこの前、改正になりました。今までは被扶養者は、被保険者が日本の事業所で働いていれば、配偶者が世界中どこにいても適用になっていて、外国では海外療養費を使っても全部出ていたわけですが、法改正されて、国内居住が要件になりますので、日数の制限はありませんが、普通、住民の登録手続、国内居住ということになると一定のハードルがありますので、そこは今後、一応のハードルがきちんとできるということです。

あと、問題は管理の問題ですので、そこはまた、今、役所からもいろいろな通知が出ていますけれども、その辺はしっかりやってまいります。またもし何かあれば、私どもとしても、また問題提起していきたいと考えております。

○田中委員長 逆に、日本にちゃんと住んでいる配偶者で、日本語が余りできない人への支援、今度はプラスの応援もしないといけないですね。

○高橋理事 実は、非常に外国の方が多い支部では、母国の言葉を話せるような方を契約の形で雇ったり、嘱託で頼んだりしております。

○田中委員長 大変結構ですね。

ほかにいかがでしょうか。関戸委員、どうぞ。

○関戸委員 議題がちょっと前後しますけれども、インセンティブ制度を推進していくにあたって、いわゆる企業のステータス、そういったところをくすぐる企業PRとか、そういった

たことになる基盤といいますかあった方が良くと思います。例をあげるとSDGsの中の3番目に「すべての人に健康と福祉を」というものがありますよね。SDGsは多くの企業が関心をもっていますので、先ほどから、ガイドラインの話もしましたけれども、そういったものと寄り添った、何かそこを利用できないかなと思います。従業員の健康の増進をいったことはどの企業もやらなければいけない。これからはこの件についてどんどんいろんな報道機関も企業調査も始めると思うんですよ。その流れ、トレンドに乗っかっていく。理事長さんに私も言わせていただきましたけれども、まさにそういうことを利用しない手はないと思うんです。

先ほどのインセンティブ事例発表は非常によかったと思いますが、ただ、余りにもメリットが少ないとかということはあるじゃないですか。でも、企業のステータスとかそこをくすぐって、もっとこれからSDGsは必要ですよ、これはもう潮流ですからという感じで。そこにうまくタッチしていければいいと思います。

○田中委員長 菅原委員、関戸委員にも仰っていただきました、保険料は確かに具体的だけれども、もう少し広い視野を持つといいのではないかとのご意見ですね。ありがとうございます。

小磯委員、お願いします。

○小磯委員 今、事業計画のほうを見させていただいて、主な重点施策の(1)の③、4ページのところで、傷病手当金と障害年金等との併給調整を確実に実施するというところで、こちらは、要するに重複の受給があったのかなということ、どういった確認をされているのか、お伺いしようと思ったら、次の実施状況のところ、日本年金機構から年金の受給データを確認してやられているということで、こちらは今後、マイナンバーカードが保険証になると、かなり適正な把握がなされて問題なくなるのかと、それから、限度額認定証についても計画の中に入っていますけれども、こちらマイナンバーカードになると、ほとんど問題がなくなってしまうものなのか。もう来年度いっぱいの話なのかということをお伺いしたいと思います。

○業務部長 業務部長でございます。座って失礼いたします。

現金給付の関係につきましては、今、障害年金と傷病手当金の併給調整につきまして、傷病手当金をもらった方が、その後に、障害年金が裁定されることが多いものですから、そういった裁定になったデータを年金機構から提供いただきまして、傷病手当金との併給期間がないかどうかを確認して、併給がある場合には、その期間分を返還していただくという対応をしております。

これがマイナンバーによって必要なくなるかというところは、現状でこれが必要になるということは恐らくないというふうに、今のところは思っておりますけれども、今の時点では

そういう予定はない状況でございます。

あと、限度額適用認定証につきましては、今、政府のほうでオンライン資格確認を進めておりまして、こちらが実施されれば、オンライン資格確認のほうで、限度額適用認定証に該当するかどうかというところも確認していくように、今後変わっていく予定にはなっております。

ですから、そういったところが、どれだけきちんと今後整備されていくかというところで、これがきちんと整備されていくに当たっては、どんどん限度額適用認定証の発行の必要はなくなっていく予定にはなっておりますが、そういった状況をきちんと見た上で、協会としては対応を考えていくこととなります。

○高橋理事 今、小磯委員のお話があって、4ページの傷病手当金と障害年金などの併給調整は、これは今、業務部長から説明したように、傷病手当金がまず出ていて、障害が固定されて、大体3年ぐらいたつと障害年金が支給されますが、その調整は、実際には傷病手当金がもう払われているわけです。追っかけて障害年金を払います。障害年金は別に払うんです。だけれども、法律上はそれを調整しろと言うものですから、既に前払いで出ていった傷病手当金を回収しに行くわけです。ですから、必ず債権が発生するわけです。だけれども、相手の方は障害者、あるいはほかに老齢年金、高齢者の方とか、あるいは、労災もそうですけれども、大体障害者の方か高齢者の方なので、一回払ったら、もう大体使っていますので、調整しに行って、返してくださいと言ったって、もうないよという話が結構多いものですから、これは制度を直してくださいという話は、かなり強く申し上げておりまして、まだ実現していないところでございます。

○田中委員長 小磯委員、よろしいですか。

○小磯委員 ありがとうございます。マイナンバーでひもづいて、全てそういった受給のものがわかるのかなと思ったんですけれども、そこまではいかないということですか。

○高橋理事 マイナンバーを採用して、年金と連携すれば、全部紐づけられますから、障害年金を払おうとするときに、マイナンバーを持っている方について、傷病手当金をもらっていたかどうかわかりますので、それはすぐ、払う前に調整することは可能だと思います。

○小磯委員 ありがとうございます。

○田中委員長 ほかによろしいですか。

事業計画は引き続きの検討事項です。事務局においては次回に向けて、本日の議論を踏まえた資料の準備をお願いします。

最後に、その他、報告事項として一連の資料が提出されています。説明してください。

議題4. その他

○企画部次長 その他については企画部の安田から説明させていただきます。

まず、資料5を見ていただけますでしょうか。

令和元年11月21日というのは、昨日、社会保障審議医療保険部会に提出した日付でございます、別紙を見ていただけますでしょうか。

去る11月8日（金）、厚生労働大臣宛てに、医療保険制度の改革に向けた被用者保険関係5団体の意見ということで提出をしております。健康保険組合連合会、全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働連合総連合会との連名で出しております。

一点目、後期高齢者の窓口負担について、二点目、拠出金負担の軽減について、三点目、保険者機能の強化について、四点目、医療費の適正化等について、五点目、社会保障の持続性確保についてということで意見書を提出しております。

私ども協会けんぽといたしましては、1から4を実践した上で5につなげたいと考えております。

なお、今回の意見書については、この5団体で合意できたものであり、それぞれの団体には思いがあると思われませんが、私どもで言えば介護保険の一部負担金のことであるとか、あるいは、薬剤の保険給付の範囲、外来受診の際の定額負担のことなどの課題があると考えております。今後も協会けんぽといたしましては意見発信を積極的にしてまいりたいと考えております。

資料5の説明は以上になります。

資料6の説明になります。

これは、本年、台風19号に伴い災害救助法の適用市町村の被災者に対して、以下の費用の負担の措置を実施しているところでございます。医療機関における一部負担金の支払いの免除です。医療機関等の窓口の支払いの免除を令和2年1月31日まで行うということです。2点目は、任意継続保険料の納付猶予でございまして、1月分の保険料までは納付猶予を行うというふうになります。

対象となる市町村については裏面になります。今回、被害が大きな範囲になっておりますが、14都県の390市区町村です。

次に資料7、こちらの説明については割愛させていただきたいと思っております。

次に、資料8、保険財政に関する重要指標の動向でございまして、

被保険者1人当たり標準報酬月額の実績値です。9月に算定基礎がございまして、令和元年9月分の実績が出ました。29万2822円というのが現在の被保険者1人当たりの標準報酬の実績です。

4ページ、ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース）ですが、現在、協会けんぽが採用

しているのは一番下の折れ線グラフです。76.5%が本年の7月現在です。本年度のK P Iとしては、年度末までに2ポイント上の78.5、来年の9月までには国の目標の80%となっておりますので、引き続き取り組んでまいりたいと考えております。

次の5ページです。ジェネリック医薬品の使用割合、各支部の状況です。一番使用割合の高いのは沖縄支部でございます。87.1%となっております。一番低い割合が徳島支部の66.4%と、20ポイント以上の差がございます。ただ、上のほうの表を見ていただけますでしょうか。真ん中のあたりに点線が書いてあります。これが全国伸び率となります。山梨支部、高知支部、徳島支部は、全国を上回る伸び率を示しているところでございます。

次の6ページです。協会けんぽの適用状況です。9月分ですが、このような数字になっております。本年4月に大きな組合が解散して来ておりますので、少し高目に出ております。

その組合の解散がなかった場合の数字ですが、ご参考までに申し上げます。伸び率は、被保険者数で4.6%とありますけれども、ここが2.3%となります。被扶養者数については0.3%の伸びとなっておりますが、マイナス0.5%、加入者数につきましては2.9%の伸びが1.2%、標準報酬月額伸びにつきましては0.6%の伸びとなっておりますが、これだけは反対に0.9%の伸びとなっております。

資料8の説明は以上でございます。

最後に、本日お配りいたしました調査研究報告書について、少しでもご紹介をさせていただきます。先ほどありましたように、調査研究報告については、協会けんぽとしては力を入れているところでございます。

今回、調査研究報告書には15支部の調査報告が載っております。この調査研究報告書については、全支部には配付することはもちろん、厚労省保険局、国立国会図書館、衆議院の図書館、関係団体に配付することを考えております。ご紹介だけさせていただきました。

私から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。

では、ただいまの説明に関してご質問がありましたら、ご発言ください。

大規模組合が解散してこちらに来ると数値に影響がありますね。

○企画部次長 はい、ございました。

○田中委員長 特にございませんか。

ないようでしたら、本日の議題は以上でございます。

次回の運営委員会の日程について事務局から紹介してください。

○企画部長 次回の運営委員会は12月20日（金）15時よりアルカディア市ヶ谷で行います。場所が今回と異なりますので、お間違えのないようお願いいたします。

○田中委員長 本日はこれにて閉会いたします。ご議論ありがとうございました。

(了)