

全国健康保険協会運営委員会（第49回）

開催日時：平成25年10月7日（月）15：00～17：00

開催場所：アルカディア市ヶ谷 会議室

出席者：石谷委員、川端委員、城戸委員、菅家委員、
田中委員長、野田委員、埴岡委員、森委員、（五十音順）

- 議 事：
1. 社会保障制度改革国民会議等について
 2. 平成26年度概算要求の状況について
 3. 平成26年度事業計画（骨子案）について
 4. その他
- 支部評議会議長との意見交換について
（福島支部、神奈川支部、岡山支部）

○田中委員長：ただいまから第49回運営委員会を開催いたします。委員の皆様におかれましては、お忙しい中をお集まりいただきまして、どうもありがとうございました。

本日の出席状況ですが、現在8名の委員の皆様は全て御出席です。

なお、五嶋委員が10月1日付で退任され、同日付で野田三郎委員が新たに任命されておりますので、御紹介いたします。

○野田委員：ただいま紹介いただきました熊本県中小企業団体中央会会長の野田でございます。今回からの参加になりますが、どうぞよろしく願いいたします。

○田中委員長：どうぞ御遠慮なく御発言ください。

なお、五嶋委員の退任に関して事務局から伝達事項があるとのことですので、願います。

○企画部長：五嶋委員は10月1日付で退任されましたけれども、退任前日に小林理事長より五嶋委員に御連絡させていただいて、これまでの御礼を申し上げました。その際には、五嶋委員から、田中委員長初め委員の皆様によくお伝え願いたいということでございますので、ここでお伝えをいたします。

○田中委員長：次に、本日は後半では、いつものようにとても大切な会合ですが、支部評議会議長との議論の機会をつくっております。後半から御参加いただくことにしておりますが、冒頭よりお座りいただいておりますので紹介させていただきます。

福島支部評議会の藤原議長でいらっしゃいます。

○藤原議長：藤原です。よろしく願います。

○田中委員長：神奈川支部評議会の関議長でいらっしゃいます。

○関議長：関です。よろしく願います。

○田中委員長：岡山支部評議会の増田議長でいらっしゃいます。

○増田議長：増田です。よろしくお願いします。

○田中委員長：なお、本日は、小林理事長と菅家委員が社会保障審議会医療保険部会に御出席のため途中で退席されますので、御了承ください。

本日も、オブザーバーとして厚生労働省より御出席をいただいております。10月1日付で厚生労働省に人事異動があったとのことですので、御紹介申し上げます。末原全国健康保険協会管理室長です。

○末原全国健康保険協会管理室長：末原でございます。よろしくお願いいたします。

議題1. 社会保障制度改革国民会議等について

○田中委員長：それでは、前半の議事に入ります。

まず、社会保障制度改革国民会議等について、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。

○企画部長：それでは、御説明申し上げます。資料1—1から資料1—5までを使いまして、最初の議題、国民会議について御説明いたします。

まず、資料1—1が国民会議報告書の抜粋でございます。8月6日に報告がなされておりまして、全体のうち総論部分と医療・介護の部分の関係を抜粋させていただいております。非常に全体がありますけれども、ちょっとかいつまんで内容を御紹介させていただきます。

まず、総論部分ですけれども、7ページをお開きいただきたいと思います。アンダーラインを引いてございますけれども、「税と社会保険料の役割分担」の関係で、日本の医療保険制度、年金制度、被用者保険と自営業者等を対象にして、特に医療保険制度はさらに細かく保険者が分立をしているということ。あるいは、無職者、低所得者も制度に加入している皆保険、皆年金だということが特色となっていると。

その公費投入の理由がその下のアンダーラインですけれども、1つ目は、そういった無職者、低所得者も保険に加入できるように保険料の負担水準を引き下げる。もう1つは、制度分立による給付と負担の不均衡を是正するというところでございます。その2つ目のほうについて、その下のアンダーラインですけれども、制度分立は保険者の仕組み方の問題なので、基本的には保険制度の中の調整が求められて、原則として公費投入に頼るべきではないけれども、保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合とすべきだということが記載されてございます。

総論で目指すところは、大きな数字の13ページをごらんいただきたいんですけども、真ん中辺のアンダーラインで、今後の「地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て」ということで、ここで地域包括ケアシステムの構築が不可欠であるということが記載してございます。これからあちこちに地域包括ケアシステムという言葉が出てまいります。

総論の関係は以上でございまして、18ページから「医療・介護分野の改革」についての部分を抜粋してございます。

最初のうちはその背景とか日本の特徴の話をしていて、「改革の方向性」は大きな数字の21ページからになります。下のほうにアンダーラインが引いてありますけれども、「いつでも、好きなところで」というフリーアクセスを「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解をしていく必要がある。フリーアクセスを守るためには、穏やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医の普及が必須である。そのためには、国民の協力と国民の意識の変化が必要となるということが書いてございます。

次に、22ページをごらんいただきたいと思います。「機能分化とネットワークの構築」ということございまして、上のほうにアンダーラインを引いた部分がありますけれども、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるように、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中的に投入して、入院期間を減らして早期の家庭復帰、社会復帰を実現する。それで受け皿となる地域の病床、在宅医療、在宅介護を充実させていく必要があるといった記載がございまして。

続いて23ページに参りまして、③で「健康の維持増進等」とあります。医療関連情報の電子化・利活用のインセンティブを医療提供者に持たせるように取り組む。そして、医療保険者がICTを活用してデータを分析して健康づくりを行うなど疾病予防の促進等を図ることで、国民の健康寿命を延ばし、平均寿命との差の短縮を目指していくということが書いてございます。

続きまして24ページをごらんいただきたいんですけども、「都道府県の役割強化」ということございまして、アンダーラインを真ん中辺に引いてあります。国民健康保険に係る財政の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、さらに地域における医療提供体制に係る責任の主体と国保の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて検討を進める。都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。国民健康保険の保険者の都道府県移行というものが大きく出てきております。

ちょっと飛んで27ページをごらんいただきたいと思います。真ん中辺に（5）で「医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援」とありまして、下のほうにアンダーラインを引いた部分がございます。地域ごとのさまざまな実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという趣旨から、診療報酬、介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠だ、それを報酬と組み合わせていくんだということが出てきています。

28ページに参りまして、ここは（6）で「医療の在り方」というものがあります。真ん中辺にアンダーラインを引きましたけれども、総合診療医が地域医療の核となり得る存在で、専門性を評価する総合診療専門医を支援していく。さらに国民への周知を図るということがあります。さらにその下に、医療従事者の確保と有効活用の観点からは、医療機関の勤務環境を改善する支援体制の構築、医療従事者の定着・離職防止を図ることが記載してご

ざいます。

29ページをごらんいただきたいと思います。上のほうに、ここも何か所かに出てきますけれども、病院完結型の医療から地域完結型の医療へと転換させるといったことがあります。その中で、人生の最終段階の医療の在り方について国民的な合意を形成していくことが必要だと。そのためにも病院の外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要があるということです。その下のアンダーラインは、データ収集の必要性ということがあります。その次に、国が保有するレセプト等のデータの利活用の促進も不可欠であるとなっております。

医療保険制度改革の関係は、30ページからになります。3で「医療保険制度改革」というところがございます、ここは国民会議の議論でもかなり国保の議論が中心になっております。最初のアンダーラインの部分ですが、国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となるとしています。

ちょっとその下に行ってください、国民皆保険制度を守るためには、いろいろの運営の課題を分析した上で、国保の財政構造問題、保険者の在り方に関する課題を解決する。そのためには、従来の対応を超えて財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠だ。国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となるということでございます。

さらにその下のアンダーラインですけれども、国保の財政的な構造問題の解決を図ることは、国保の保険者を都道府県に移行する前提条件になる。その財源については、後期高齢者支援金に対する負担方法の全面総報酬割によって生ずる財源を考慮に入れるべきであるということが書かれています。

31ページに行ってください、31ページは保険料の負担の問題が記載されていまして、真ん中辺に、保険料の負担については負担能力に応じて応分の負担を求めると通じて保険料負担の格差是正に取り組むということで、それに続いて、国保、それから被用者保険それぞれ、賦課限度額を引き上げるべき、あるいは標準報酬月額上限の引き上げを検討するべきと書いてございます。

その下が、後期高齢者支援金に対する負担方法で、全面的に総報酬割をする。被用者保険者間の負担の案分方法を全面的に総報酬割にして、被用者保険者間、協会けんぽと健保組合、共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきであるとされています。

その関連で32ページをごらんいただきたいんですが、上には、全面総報酬割で不要となる協会けんぽの支援金負担の関係ですけれども、この使い方は国民に広く還元すべきで、国保の重要な問題を、国保の財政的な問題を解決した上での保険者の都道府県への円滑な移行を実現するためには不可欠だという表現になっています。

その次の健康保険法等の一部改正法の附則、これだけでは何のことかわからないかもしれませんが、本日たくさん資料がある中で、机上配付だけなんですけれども、一番下に1枚紙の横書きで健康保険法等の一部を改正する法律、附則2条の抜粋があろうかと思えます。よろしいでしょうか。この附則において、協会けんぽの国庫補助率について、高齢者の医療

に要する費用の負担の在り方についての検討といったことを勘案して、26年までの間に検討を行って、必要があると認めるときは所要の措置を講ずると。法律の規定がありますが、それを確認した文章がこの32ページにあります。この健康保険法等の一部を改正する法律にある、要するに協会の国庫補助率の問題が一体改革と言われる改革の中の1つのパーツであるということがここに入っているということで、明らかにはなっているということになります。その際には、フランスやドイツに比べたら保険料率が低いのではないかとということ、あるいは、被用者保険における共同事業の拡大に取り組む検討が必要であろうということがあわせて記載されています。

32ページの真ん中で高齢者医療制度については、十分定着していると考えられるので、必要な改善を図っていくことが適当と、現行制度を基本としながら必要な改善ということがございます。

続いて、(2)で「医療給付」の関係で、フリーアクセスの基本は守りつつ、緩やかなゲートキーパー機能の導入が必要になるだろうと。紹介状のない患者が大きな病院に行った場合には、一定の定額自己負担を求めるような仕組みの検討ということがあります。

33ページに行ってください、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方についての見直しの検討、それから、70歳代前半は、現在法律上2割のものを暫定的に1割にしているものは、段階的に法律どおり2割に持っていくということがあります。その下は高額療養費で、所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるように細分化をすべきだということが記載してございます。

概略、国民会議の報告は以上でございまして、それを受ける形で、法律上で言いますと、国民会議の意見を踏まえて政府が法制上の措置を講ずるとされていたんですけども、国会が閉会中でしたので、法制上の措置の骨子の閣議決定を8月21日にしたということになります。資料の1-2ですが、その骨子に基づいて、臨時国会の冒頭にこの法律が出る。いわゆるプログラム法と言われておりますけれども、社会保障改革のプログラム法が出ていくということです。

内容をごらんいただきたいんですけども、2ページ目の2から「医療制度」が入っています。(1)は個人の主体的な健康の維持増進への取り組み奨励。(2)に保健事業の推進、医療費適正化の関係のことが書いてあって、(3)が医療提供体制、医療法関係のことが書いてありまして、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するというので、①から③で病院の機能分化でございましてか従事者の確保といったことが書いてあります。この医療法関係は、(5)にありますとおり、26年の通常国会に提出することを目指すとされております。

医療保険の関係は(6)に記載がございまして、持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるということで、次のページに、①としては財政基盤の安定化について国保の財政支援、それから、国保の都道府県移管とはっきりは書いていないんですね。財政運営を初めとして、都道府県

が担うことを基本としつつ、市町村の積極的な役割が果たされるように役割分担をする。ハの部分、先ほど申し上げた協会けんぽの国庫補助率に関する検討の部分です。それから、②が保険料の関係で、イが低所得者の負担軽減、ロが全面総報酬割、ハが国保組合の国庫補助の関係で、ニが標準報酬月額の上限額の引き上げとあります。③には範囲の適正化等ということで、イは70歳代前半の本人負担2割、それから高額療養費の見直し、ロに外来・入院の公平の関係からの給付の見直しということがあります。

この医療保険の関係は、(7)にありますように、29年までをめどに順次講ずるんですけども、法律については平成27年の通常国会提出を目指すというふうにされております。

このスケジュールを1枚の紙に整理したものが資料1—3ですので、ごらんいただければと思います。

引き続きまして、資料1—4ですけども、国民会議の報告書が公開されたときに協会の理事長がコメントを出しております。そのものでございます。

国民会議に出席していろいろ主張をしたんですけども、協会けんぽに関しては法律に既に書いてある検討規定の確認なので残念だということと、それから、国保の全面総報酬割の財源について、国保に回すという考え方については反対だということ。協会の状況は非常に厳しいので、国庫負担20%を初め財政基盤の強化を改めて要請するという内容になっております。

資料1—5は、理事長から厚生労働大臣に面会して手渡した要望書でございまして、趣旨は今申し上げたコメントとほぼ同じということでございます。

国民会議の関係についての御報告は以上でございます。

○田中委員長：報告ありがとうございました。では、ただいまの説明について御質問がございましたらお願いします。森委員、どうぞ。

○森委員：今の資料1—4の小林理事長の「しかし、同報告書は既に法律に規定されている検討規定を確認したに過ぎず、具体性の乏しい不十分な内容であり、極めて残念です」というコメントで、このことに関して例えば協会けんぽとしてどういう行動を起こすかということ、それがないとやはり次の展開ができないのではないかと。

ただ書面で残念ですということだけで終わってしまったら、せっかく、例えば総報酬割については、国民会議の報告書にも載って1つの方向性は出たというふうに、またこれから検討しなければいかんことがあるかもしれないけれども、しかし、実際私どもが、この協会けんぽがずうっと要求をしておる原則20%とか、いろんなようなことを含めて、しかも前の段階から協会けんぽのことがほとんど載っていなかった。それが、たまたま一部は載ったかもしれないけれども、まだまだ不十分だと、そんなことも含めて、理事長さんとして、ぜひ、ある面で全国展開をしていく。そうでないと、恐らく26年の通常国会にいろんなものが出てきたときには、ほぼ、いろんな意味で、固まってしまった段階になってしまう可能性があるのではないかと懸念がしましたものですから、その辺のお考えがもしございましたら

からお聞かせいただければと思います。

○田中委員長：理事長、お願いします。

○小林理事長：私どもの財政問題については2年間の特例措置の延長が行なわれました。その後については協会けんぽの財政状況等を勘案し、平成26年度までの間に検討を行なって、平成27年通常国会に必要な法律案の提出を目指すとされております。私どもは今年、更に議論が本格化する来年に向けて国庫補助率20%への引き上げ、後期高齢者支援金の全面総報酬割等の実現に向け、引き続き強力に要望、活動を行なっていきたいと思っております。

○田中委員長：埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員：社会保障制度改革国民会議報告書を読んだ感想・コメントと、協会けんぽとしての状況認識ということなんですけれども、高齢化社会と財政難がある中で、2025年の医療・介護提供体制をイメージして、かなりの危機感があって、大転換していかなければいけないというのが、基本的にはあると思うんです。

その中で、保険制度のことも書いてありますし、医療提供体制も随分転換していかなければいけないということが書いてあると思います。そういう意味で言うと、ここに書いてあることを実現するには協会けんぽが大きな役割を果たすというか、主役というか、すごく大きな役割があるんじゃないかと。これだけ大きな転換をしなければいけなくて、質とコストの最適化をしていくときに、保険者機能への期待というか役割は、いや増してくるんじゃないかという感じがいたしました。

それで、では、協会けんぽとしてどういうレスポンスをしていくか、反応するかということなんですけれども、大きく言うと2つあるんじゃないかと思うんです。

1つは、かねてからあります協会けんぽビジョン検討会というような形です。ビジョンが出されたものに関しては、ビジョンで返すというのがすごく大事だと思います。それがより必要になっているし、ある意味で言うと、ここで1つのビジョンが出されたので、それがしやすくなる環境が整ったとも言えるのではないかと思います。先ほど、そういう意味で言うと、理事長から要望書というのでしょうか、コメントが出されておりましたけれども、これは報告書全体からみると、基本的にお金の部分の各論だけのレスポンスだと思います。ビジョンという面でのレスポンスも必要ではないかというのが、1つ思うことです。

それからもう1つは、医療・介護がどういう状況になっているかが可視化されていくべきで、地域医療に関して保険者として政策提言していくということも、随所により色濃く出てきていると思いました。そのためには、やはり協会けんぽとしても体制を整えなければいけないんじゃないかという気がします。これまでも保険者機能強化プランがあったんですけれども、いよいよいろいろなデータ分析をしたり、調査、解析をして、このビジョンに資するようなことをやっていく。そういう意味では、ビジョン検討会と、データ解析をして意味のあるデータをつくっていく調査研究機能を企画と組み合わせてしっかりつくっていくということを、後に議論されます来年度事業において、しっかり人員や予算として実効が担保できる形で入れるというのが、この報告書への協会けんぽのあるべきレスポンスなのかなと思

ました。

理事長、いかがでしょうか。その辺ぜひ、ビジョン検討会とか本格的にデータ活用プランのマップをつくるようなプロジェクト、以前から話題には出ているんですけども、いよいよ開始するタイミングに来たんじゃないかと思うんですけども、いかがでしょうか。

○田中委員長：貝谷理事、どうぞ。

○貝谷理事：ありがとうございます。今、埴岡委員御指摘の諸点、また、これまでの運営委員会でも御提言いただいております。後ほどのテーマですので、またその際に御議論いただければいいと思いますが、私ども協会としてもそういうデータの活用、あるいは調査分析機能の強化については十分認識しております。具体的にどうやっていくかというところが多分、埴岡委員からはいろんな意味で御指導いただいている点かと思っておりますが、そこはまた後ほど具体的に御議論いただきたいと思っています。基本的には委員御指摘のような方向性を向きつつ、ただ、具体的にどこまで行けるかというのは、私ども現実的な足元の状況がありますので、そこは両方勘案しながら検討を進めていくということかと思っておりますが、そこはそういうことで御理解いただきたいと思っています。

○埴岡委員：では、また事業計画の議論のときにコメントさせていただくかもしれません。

○田中委員長：そうですね。国民会議報告には、財政のことだけではなく将来のビジョンが出ているのだから、そのレベルでの対応も考えなければならぬと、まことに的確な御指摘でした。ありがとうございます。では、城戸委員、お願いします。

○城戸委員：さきの3党合意で消費税を導入するというので、消費税を導入することによって、協会けんぽの財政を見直すというのもその3党合意の中にあつたんじゃないかなと。だから、今、国民会議で理事長が極めて残念というような内容で締めくくられているけれども、やっぱりもう少し、森委員が言われるように、行動を起こすべきじゃないかなと思っていますので、ぜひその点をよろしくお願いします。

○田中委員長：励ましの言葉と理解します。

ほかはよろしゅうございますか。

議題2. 平成26年度概算要求の状況について

○田中委員長：次に平成26年度概算要求の状況について、事務局から資料が提出されています。こちらの説明をお願いします。

○企画部長：それでは、資料2をごらんいただきたいと思います。平成26年度予算概算要求の主要事項、協会の関係の部分をお紹介させていただきます。

1枚めくっていただきまして、厚労省の概算要求の3ページですけれども、「厚生労働省概算要求のフレーム」というものがあります。自然増9,700億円というのは、これはこれで認めるということと、その他の経費のところを10%削減して、その分で優先課題推進枠とい

うものを設けて要求しているということになっています。

その優先枠の中でどんなことが要求されているかということですが、また1枚めくっていただきますと「平成26年度予算概算要求のポイント」、これは全体が厚労省の予算説明資料ですが、健康長寿社会の実現、予防・健康管理の推進等ということで、データヘルスですね。前回、健康戦略にもあると御説明いたしましたけれども、そのデータヘルス、健康づくりに取り組む企業の支援、糖尿病性腎症の重症化予防といったことが書いてございます。

さらにもう1枚めくっていただきますと、その部分が細かく記載されておりまして、健康長寿社会の実現については「予防・健康管理の推進等」「推進枠」というところで214億円が要求されているということでございます。1に予防・健康管理の推進があつて、データヘルスの推進ということで、データを活用して意識づけ、保健指導、受診勧奨といったことを実施していく。「健康保険組合等」と書いてありますが、協会けんぽも対象になっております。協会けんぽとしてもデータヘルス計画を作成していくというつもりでございまして、そういう予算が載っています。

それから、(2)には生活習慣病予防ということで、特に受診率が低い被扶養者のところを何とか工夫しようとか、スマート ライフ プロジェクトの推進といったことがございます。

それから(3)糖尿病性腎症の重症化予防事業等の好事例、これは広島県呉市の事例で、協会けんぽの広島支部も参加をしているものでございますが、その横展開ということが大きく記載してございます。

それから、全体としては、一番最後、12ページをごらんいただきたいんですけども、4番目にはまとめて記載しておりますが、協会けんぽに対する国庫補助はの中で要求されております。法律どおり、国庫補助率16.4%ということになっております。

御説明は以上です。

○田中委員長：ありがとうございました。概算要求について、何か御質問はありますか。

では、私から、データヘルスに対応する協会の取り組みというの、後ほど説明が何かあるのでしょうか。

○企画部長：データヘルスの関係は、データヘルス計画を作成するというところでございます。来年度の事業計画の議論の中でまた御説明をさせていただこうと思っておりますけれども、全支部でやはりデータヘルス計画というものを作成していかなければいけないのではないかと考えております。

○田中委員長：既に考え始めているということですね。

議題3. 平成26年度事業計画（骨子案）について

○田中委員長：関連しますので、平成26年度事業計画（骨子案）についての説明をお願いします。

○企画部長：それでは、資料3をごらんいただきたいと思います。26年度協会けんぽ事業計画（重点事項）の骨子案についてでございます。本日は、来年度の事業計画についての最初、第1回目の議論ということでございまして、重点事項の骨子の案ということで示させていただきます。

まず、「保険運営の企画」につきましては、「保険者機能の発揮による総合的な取組みの推進」ということで、これは内容を書き改めるといふか、書き加えるといふか、そういった必要があると考えてございます。まず、保険者機能強化アクションプランの第2期に記載した事項についてはさらなる充実強化を図っていかなければいけないだろうということ。それから、先ほども出ましたデータヘルス計画を全ての支部で作成して、積極的に対応していこうということが26年度必要になってくると考えてございます。

その次の項目の「地域の実情に応じた医療費適正化の総合的対策」ですが、ここはその下については同じことを繰り返して記載してございます。

それから、「広報の推進」のところ、こういったアクションプランでありますとかデータヘルスでありますとか、さまざまな取り組みを強化していかなければいけないんですけれども、取り組むことそれ自体に加えて、実際に取り組んでいるということについて広く理解をしていただくために、積極的に情報発信をしていく必要があるのではないかと考えております。

その下の「的確な財政運営」の項目については、25年、26年の2年間、特例措置が延長されたわけでございますけれども、27年という年はその措置も切れますし、また、先ほど来申し上げておりますように、医療保険の改革のための法律が27年に出ていくということで、26年は非常に重要な年にまたしてもなりますので、協会けんぽの財政基盤の強化、安定化の実現に向けて協会の主張を強力に発信する、国、関係機関への働きかけを進めるといったことが必要になるのではないかと考えてございます。

続きまして、2ページをごらんいただきたいと思いますけれども、「健康保険給付等」ということで業務の関係でございます。

上から2つ目の「高額療養費制度の周知」につきましては、先ほど申し上げましたように、現在、高額療養費制度についての細分化ということが議論されております。これが26年度に制度改正が行われるであろうということで、その制度改正に関する加入者への周知、あるいはシステム改修等を含めて円滑な施行といった準備をしていく必要があるということでございます。

それから、真ん中辺の「傷病手当金・出産手当金の不正請求の防止」がございまして、さきの健康保険法の改正で協会に調査権限が付与されまして、疑わしい保険給付の請求につき

ましては徹底的に調査を行って、保険給付の適正化に努めていく必要があるということでございます。

それから、一番下の健康保険委員の関係ですけれども、従来「委嘱者数拡大と活動強化」と書いてあったんですけれども、「活動強化と委嘱者数拡大」というふうに順序を改めたいという考え方でございます。

3 ページ目をごらんいただきたいと思いますが、「保健事業」の関係です。

「保健事業の総合的かつ効果的な推進」ということで、その下の枠の中はデータヘルスの関係の再掲ということでございます。

その次の「特定健康診査及び保健指導の推進」につきましては、事業所健康度診断、事業所カルテと呼んでおりますけれども、その事業所の従業員の健診結果の状況ですとかそういったことをその都道府県ないしは全国と比較するといったものを用意して、保健指導の利用勧奨を行うということ。あるいは、各支部のいろんな健診結果とか行動変容の状況等を検証して、それぞれより効果的な保健指導を実施することをやっていきたいということでございます。

4 の「組織運営及び業務改革」のところで、「業務・システムの刷新」、27年1月です。26年度はいよいよ新システムのサービスインということになりますので、そこに向けてしっかり工程を確実に実施することと、事務処理体制の整備、各種研修等もしっかり実施して、新しい業務・システムの早期定着を推進する必要があるということでございます。

御説明は以上です。

○田中委員長：ありがとうございました。

概算要求のほうは承っておくしかありませんが、こちらの事業計画は当協会そのものの案です。きょうに限らずこれから何回か討議することになるはずで、第1回で重点事項（骨子案）が出ましたので、これについては御質問というよりも意見をお願いいたします。川端委員、よろしく申し上げます。

○川端委員：私のほうから、立場上、2 ページの健康保険委員の件についてちょっとお話をしたいと思います。

今回、「健康保険委員の活動強化と委嘱者数拡大」ということで、活動強化が委嘱者より前に来ました。ということは、委員の活動をもっとしっかりせいということでこういうふうな文言に変えたと思いますが、去年もちょうどこの時期に年金委員と健康保険委員の委嘱者数のことでちょっとお話しいたしました。去年が、年金委員が11万9,502名、健康保険委員が6万7,577名ということで、ことしの7月では、年金委員が11万8,166名でマイナス1,336名、健康保険委員が7万4,815名で7,238名増員しておりますけれども、これを見ますと、年金委員が11万8,000名で健康保険委員が7万4,000名ということで、まだまだ健康保険委員をもっともっと委嘱していかなければならない。

滋賀県の場合ですけれども、今回、協会けんぽといろいろと協力をお願いいたしまして、

社会保険委員会独自でこういうふうな行事を今回は立てました。といいますのは、なかなか委員の委嘱数が進まないのので、社会保険委員会に入っただけであればこういうことをやっているんですよということをどんどんPRしていきたい、実績をつくっていなかったらよその企業にもお話しはできないということで、今回、滋賀県の場合は、従業員の家族に対して、従業員の被扶養者の特定保健指導、これは協会けんぽさんのところの保健師さんとか栄養士さんをお願いいたしまして、これをしていこうということ。

それから、社会保険の事務の担当者が、前は、社会保険事務所のときは、4月、5月に新任担当者に勉強会をしていたんですけども、今はちょっとそれがありませんので、それを委員会のほうでもやっていこうじゃないかということで、それを今計画しております。

それから、26年、来年になりますけれども、7月、8月に被保険者の被扶養者、自己負担なしで特定健診をしていこうじゃないかと。これは社会保険委員会のほうの費用を充ててそれをするというので、800名を一応来年予定しております。こうすることによって社会保険委員会もどんどん活動をやっているんだということをもっとPRしていきたいということなんです。これには追加検査で心電図とか貧血検査とかいろいろしていきたいなということで、今計画しております。それに特保の食品業者といろいろコラボしまして、サプリメント等の無料配布をしたりとか、去年は協会けんぽのほうでやりましたけれども、それに合わせてこういうものもしていきたいなと計画しております。

健診結果に基づいて確実な特定保健指導を今後どんどんしていって、社会保険委員会も、それから協会けんぽも、こういうことをやっているんですよということをもっともっとPRしていきたいなと思ってやっております。これは滋賀県だけでなしによその都道府県社会保険委員会でも恐らくいろいろと計画をされていると思いますので、今回この活動強化を前面に持ってきていただいたということで、できるだけまた支援のほうをよろしく願いたいと思います。

以上です。

○田中委員長：滋賀県の事例をありがとうございます。大変素晴らしいです。何かコメントを。御礼ですか。

○貝谷理事：ありがとうございます。健康保険委員については、数はさすがにまだ年金委員には及びませんが、中身で勝負という今の滋賀の取り組みも参考にいたしまして、きょうのテーマは事業計画ということなんですが、中身の充実について、やっぱりこれからそちらのほうをも重点的に対応していきたいと考えております。

○田中委員長：ありがとうございます。石谷委員、お願いします。

○石谷委員：ただいま事業計画の骨子案について御説明いただいた中で、個人的な意見ですが、「広報の推進」の件です。日常感じることですが、年金機構からの封書に同封されている協会のパンフレットとかは、非常にわかりやすくなったと思います。しかし、加入者全員に理解してもらうには、送付というのは単なる一方通行です。ですから、本部から支部にお願いしてという形になると思うんですが、何かある折、出向いて行って直接話しをし、協会

けんぽの実態というものを加入者にも理解してもらうことは非常に重要なことだと思います。ぜひ、26年度には、何か今にプラスして新たな方法を加えて頂きたいと要望します。関心のある人はホームページもよく見ていると思いますが、やはり一部に限られているというのが私の実感です。

それからもう1点、保健事業の中で「事業所カルテ」と書かれております。これは、それなりに効果が出ると思います。一般的に、事業所では、健康診断へ行ってくださいというところで終わってしまいます。今は個人情報保護法の件もあって、具体的に従業員がどういう健康状態であるかということはなかなか把握しにくくなっています。その事業所の従業員の健康状態がどんなレベルであるかということは、やはり事業主としては当然知る必要もありますし、知って管理をする義務があります。これは労働安全衛生法上も絡めて思いますので、その辺を事業主に徹底するという意味でも効果のあることではないかと思います。ぜひよろしくお願いします。

以上です。

○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：従来から申している調査権の件ですけれども、「傷病手当・出産手当の不正請求の防止」ということで、この調査権が認められる方向であるのでいいことかなと思いますけれども、これは保険者側の問題であって、従来から申し上げているように、不正請求に対する調査権、支払い者側のほうに調査権がないのはいかななものかと。

今回も大阪で起きた鍼灸師の不正請求、これは1人のお医者さんが数十カ所の鍼灸院の同意書を捏造して保険請求があったと。こういうのがたまたまレセプトの点検か何かで診療を受けていない患者さんが、こんなものが来たというので届け出があつて初めて発覚した。外部からの情報で発覚したというような問題ですよね。去年、豊岡会が施設基準の不正をして、50億円の不正請求がありましたよね。それで、今回はこういう。

特に大阪は、前回の報告で、柔道整復師の開業医がうなぎ登りで、特出して柔道整復師が多いんですね。お医者さんの同意がなくても保険請求できる病名があると思うんですけれども、これには本人がサインすれば、本人請求ではなくて、本人同意書があつたら保険請求を病院のほうができる。だから、サインだけして本人からはワンコインぐらいしかもらわない。幾ら保険請求があるかというのは、7割ならまだいいのですけれども、それ以上の保険請求をしている可能性はあるんじゃないですか。

だから、そういう調査なんかというのは、やっぱり支払い者側が当然調査権を持たないといけない。医者には悪いことをしないというような見地から物事を考えるのではなくて——私たち商売人は税務調査がありますよ。だから適正な納税に努めるんです。これがなかったら適正納税は進まないですよ。だから、やっぱりここは強く保険請求に調査権を持てるようにしないと、私たち負担するほうが傷病手当を余計にもらったとか出産手当を余計にもらったと、自分を調査する権限を認めてもらって、払う相手先の調査権がないのはどうも片手落ちのような気がするので、ここらは強く、理事長、お願いします。それと、国民会議も320万

人の署名が集まっているのだから、1人の意見ではないので、ぜひとも強く発言してください。お願いします。

○田中委員長：貝谷理事、お答えください。

○貝谷理事：ありがとうございます。城戸委員からは、これまでも何度かにわたって同様の御指摘をいただいております。

まず、現状を申し上げます。現状は、今御指摘のように、医療機関が不正請求を我々保険者のほうにしてくる、こういうケースに対しては、我々保険者というよりは、むしろそれは不正そのものですから、行政が公的医療保険の中でこんなことをやってはいけないという行政権の発動として強制的に立ち入り、強制的に調査を行っています。いわゆる医療Gメンと言われて、これは医療の専門家そのものです。厚生労働省の中で医師免許を持っている者が事前の準備を周到にやり、医療行為を確認した上で医療の中身そのものを調べていく、あるいは中には架空のものもありますけれども、医療の中身まで踏み込んで、これはどうかというやりとりをかなりやってきています。

それで私ども保険者においても同様の取り組みをやるべしという御意見は十分我々もわかりますが、現状を見ますと、それと同じような体制を私ども保険者で対応をとっていくというのは、その点はなかなかハードルが高いかと思います。やっぱり現状から申し上げますと、我々が知り得るいろんな情報、患者さんなり、あるいは架空の請求をされたという通知が医療費通知などでわかった方々からの情報を我々が受け取って、それを厚生労働省の出先機関の厚生局に、例えば大阪でしたら近畿厚生局に、実はこういう不正がありそうだという情報を渡した上で、行政権がきちんと執行される、調査がされる、そして不正があれば行政権として追及していく。恐らくこれが今一番強力な体制だと思います。

ただ、そうはいつでも行政権が本当にちゃんと発動されているかというのは、我々歯がゆい思いをしているのも事実なので、城戸委員おっしゃるように、もう少しそれがちゃんと働くように保険者としても努力すべしと、これは全くそのとおりだと思っております、そういう制度的な仕組みの前に私どもがやるべきことはちゃんとやっていきたい。

特に医療機関とは別に、柔道整復師に関する御指摘がございました。これは医療機関よりも少しまた問題が難しく、柔道整復師のいわゆる施術の取扱いについても法律に直接その根拠規定があつてということではなくて、また必ずしも現物払いとかそういったものが法令の中できちっと決まっている状況には今ないと思います。したがって、それに対する監督権限というのもの、法令上の権限ということにはなかなかない。こういう難しさが医療そのものと比べてありまして、我々保険者としても問題視をしております。その権限関係をきちんと位置づけるべしという意見も各保険者から出ておりますが、ここは引き続き行政と我々、各保険者のほうで、どういうことが柔道整復師療養費の適正な執行に、よりつながるのかということは議論を重ねていく必要があると思っております。そのための公的な検討会の場に協会けんぽもメンバーとして参加しておりますので、引き続き城戸委員の御指摘については問題認識を持って対応していきたいと思っております。

○城戸委員：大阪であれぐらいの柔道整復師の伸びがあって、それがこのまうまく大阪でいけば、東京にも同じことが起こるのではないですか。東京、大都市にどんどん同じ状況がこれからも想定できるのじゃないですか。

また、先ほどの数十カ所の鍼灸院の同意書を捏造した先生にはどんなペナルティーが科せられるのでしょうか。普通、意外とお医者さんには甘い処分が下されるのですよね。お医者さんとか弁護士とか、免許剥奪とかそんなのはなかなかできない。こういうところには協会が保険医取り消しとか、ここに対してうちは支払いをしませんよというような処置は協会でも可能ですか、どうなんですか。

○貝谷理事：今の個別のケースということではなくて、一般的に考えますと、保険者の側から給付そのものが違法だと我々が認定した場合は給付制限できる仕組みになっておりますけれども、我々が公的な保険の取り扱いを停止する、あるいは柔道整復師なりの場合には、療養費払いの取り扱いを停止するというのは、現状ではなかなか難しい課題があるんじゃないかと正直思っております。そこは、それでよしということではなくて、問題であるという認識で考えております。

○城戸委員：そうしたら、見つからなければよし、見つかったら、まあ、しょうがないかというぐらいのことでいいんですか。

○貝谷理事：今の御指摘の点については、決してそういうことではもちろんないわけです。また、特に、たしか昨年の運営委員会の席でも柔道整復師のそういう取り扱いについての大きな疑問が投げかけられております。特に大阪は柔道整復師関係の療養費が大変多いという問題もありましたので、大阪支部その他の特に関係の強いところでは適正化に努めておりますが、今の制度のままで、城戸委員がおっしゃるような点が解決できるような体制に今あるかと言われれば、まだ不十分だと、こういうふうには言わざるを得ないと思っております。

○城戸委員：何でしつこく言うかといったら、今、中小企業はこの社会保障料の負担が大変なんです。その大変な中、納めてきているのが、そういう不正でどんどん請求されて、ぬれ手にアワミたいな感じでそういうところにお金が出ることに對し、中小企業は耐えられないんです。これ以上負担が上がったときには、社会保険の負担で企業が大変なんです。だから、しつこく言うんです。まじめにしていたらそういう制度ができて何ら怖いことはないですよ、ちゃんとしていたら。ちゃんとしていない人が恐ろしいだけの話でね。だから、これに反対する人の意見というのは、大体そういう不正をする人の意見ではないですか。だから、やっぱり強く言っていくべきじゃないかなと思うんです。

○田中委員長：そうですね。では、引き続き検討会等では強く言うことにしましょう。お願いしますね。

ほかにいかがでしょうか。では、野田委員、どうぞ。

○野田委員：予防保健に対しての充実をさらに進めていければという意見でございます。予防保健は、地域の実態に合わせたやり方というものもちろんあると思いますし、そのような地域の背景に合わせてやり方を進めながらやっていくということで、予防保健をさらに充実

させていくことによって、働く人たちにとってもすごくいいことだし、また、企業側の経営者にとってもそれはまた非常に素晴らしいことになってくると思います。そういうことを積み重ねていくことによって、この協会けんぽの構造的な収支のバランスに少しでも貢献できればと考えております。よろしく申し上げます。

○田中委員長：御要望に応えるようお願いいたします。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員：先ほどの続きです。国民会議報告書のときに述べたことの続きなんですが、事業計画でぜひ、やはり保険者機能強化のペースアップをできる体制を整える必要があるんじゃないかと。これまでも取り組んできてはいるんですけども、やはり2025年に向けてペースアップが必要ではないかと思えます。そのときにマネジメントとしては、やはりこれだけ大きなテーマですから、専任チームをつくる必要があるんじゃないかなと思うんです。

やはり案件が多々ある中でどうしても目先の喫緊のものの対応を優先してしまうということがあると思います。けれども、8兆円の医療を見ている組織としては、こういうところに関して、何人かの専任者を置く予算化をするというのは十分に正当化できると思います。今わかっていることはまだ少ないかも知れませんが、このあたりでとにかく専任チームに、1年間使って、3年計画で一体何ができるのかできるだけ徹底的に洗い出しをしてみてください、というようなアプローチが有効じゃないかと思えます。

国の計画に書かれたことですか、あるいは内部でよい芽生えが出たものを広げて増幅していくというのも大事ですけども、ここは並行して、1度、国際的にどういようなことが保険者機能として実施されているのかというところをがっちり見ていく必要があると思います。今すぐにはできないことがあっても、どういう制度改革とどういうデータ結合があればできるのかなど、そういう中長期的に制度改革も伴ったならば実施できるものも視野に入れてやっていく必要があるかと思っております。

先ほども医療のいろんなばらつきの話が出ていましたけれども、恐らくいろんな形での格差があって、医療の発生頻度・コスト・質の面でそういうものが見えるようになれば、医療の質も20%、30%上がるでしょうし、コストも20%、30%節約できるようなことが出てくると思います。また、割と保健・健康指導的なことは話題には上るんですけども、車の両輪としては、現に行われている医療そのものもしっかりと見ていくということが必要だと思えます。ぜひ議論だけで終わらないように、マネジメントとしてはやっぱり実効を担保するために、専任者とそのための予算をつけるということに、ぜひ踏み込んでいただきたいと思っております。

○田中委員長：この運営委員会から前回出した意見でも、来年度は保険料上昇を余り議論しなくてもよさそうなので、中期的なことを考えるべきだと書きました。埴岡委員はそれを受けた発言だと思いますが、何か計画はおありでしょうか。

○貝谷理事：私ども、事務局体制にてこ入れ、具体的にはもう少しペースアップできるための専任チームを整備すべしという御指摘について、我々も方向としては十分認識しておりますが、具体的にどういう形が対応可能なのかということも、足元の状況を踏まえながら、ま

たこれから御議論いただきながら、我々もそれに並行して検討を進めていきたいと思っております。

○田中委員長：菅家委員、どうぞ。

○菅家委員：国民会議の報告書のときには発言しませんでしたけれども、私、医療保険部会でも申し上げてきたんですが、国民会議の報告書の1つの特徴は、市町村国保の財政基盤を強化するということがあるわけでありまして、1つは国費を投入するということと、それから市町村単位ではなくて、より広域的な都道府県単位にすべきだということが打ち出されているわけですが、それはそれとして、ただ現状を放置しておけば、例えば保険者の単位を広域化したとしても、今の市町村国保の財政赤字の構造は変わらないでしょうということを申し上げました。それは、例えば退職高齢者が市町村国保に加入をしているという現状の制度の問題点、あるいは本来ならば被用者保険制度できちんと抱えなければいけないようなフルタイムの労働者がいたり、あるいは短時間の労働者が市町村国保に入っていたりといった構造的な要因にメスを入れない限り、たとえ広域化したとしても市町村国保の赤字構造は解消されないのではないのでしょうかということを申し上げたわけでありまして。

同様に、それでは協会けんぽの慢性的な赤字構造をどういうふうにしていくかという議論が先ほど埴岡委員からもあったと思いますけれども、今回示されている事業計画の骨子案ではなかなかその辺についてはちょっとわからないわけでありまして、現行計画を先ほどからつらつら眺めていたんですが、7ページの(6)に「的確な財政運営」があって、被用者保険のセーフティネットである協会けんぽの財政基盤強化のために、検討し、発信していくということがまず書いてあって、これは大変いいことと思うんですけども、要するに、こういう被用者保険のセーフティネットとしての協会けんぽの役割といったものについて具体的にどういう方向であるべきだということについてどの場で検討するのかというようなこと。さらには、現状の厳しい財政状況を的確に広く国民に発信していくというふうに書いてある、これもこれでいいんですけども、それではこの厳しい財政状況を解決していくための中長期的な展望なり制度改正の方向性について、協会けんぽとしてどういうふうにか考えるのかということについて、あわせて国民に発信しなければ、こういったことも理解されないと思うわけです。

したがって、先ほど市町村国保の赤字構造の話と同様に、やはり日本の医療保険制度のさまざまな根本的な問題点があるわけでありまして、それについて協会けんぽとしてどういうふうにか考えて、どういうふうにしていくべきだということについて、どういった場で検討するのかと。私は、この運営委員会の中でこれまでもそういった趣旨の発言をしまいたけれども、埴岡委員の発言ではありませんけれども、それはきちんとその何らかの検討する場を設けて、きちんと検討していただきたいと思っております。

多分、協会けんぽの前身が政府管掌健康保険であったということで、少し遠慮をされるようなところもあるのかもしれませんが、そんなことはないわけでありまして、いわゆる健康保険組合のどでかい存在という以上の、まさにここに書いてあるように、被用者保険

のセーフティネットとしての役割ということを感じられているのであれば、やはり制度についてきちんと検討し、発信をしていくことも協会けんぽとして当然求められているのではないのかなと思っております。その辺について、ぜひ前向きな検討をしていただければと思っております。

それと、もう1点は保険者機能の強化のところでありましてけれども、これもこれまで申し上げたことはありますけれども、協会けんぽとして独立する過程において、保険料の徴収を年金機構に委託するというふうになってしまったわけでありまして。そういう意味では、保険者としての重要な役割である保険料を徴収するという機能は今持っていないわけです。そのことに伴って、さまざまな弱点といえましょうか——を抱えていると思っておりますので、やはり保険料を徴収しろということではありませんけれども、保険料を徴収することの意味とか、具体的な問題点、課題などについて、常にそういう意識を持ち続けながら、具体的な現場に対応する。先ほどの事業主に対する法的な立入検査権というものが今回付与されたわけでありまして、そのことも踏まえて、自覚的に対応していただきたいと思っております。

以上です。

○田中委員長：ありがとうございました。きょう、皆さんからさまざまな意見が出ました。この議論を踏まえて、次回以降、事務局は肉づけをした、より膨らませた案をまたこの運営委員会に提示してください。それをもとに、さらに議論を重ねていきたいと思っております。

議題4. その他

○田中委員長：その他の報告事項は時間の都合で飛ばします。これらの内容はいつものことですので、目を通しておいってください。

お待たせいたしました。支部評議会議長の方々との意見交換会に入ります。

初めに、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：それでは、まず最初に1支部当たり10分から15分程度で冒頭の御説明をお願いしたいと思います。なお、お手元には3支部の概要をまとめました資料もお配りしておりますので、あわせて御参照いただければと思います。

○田中委員長：早速ですが、福島支部評議会議長からの説明をお願いいたします。

○藤原議長：私は福島支部評議会議長の藤原でございます。このような意見交換の場を設けていただきましてありがとうございます。

限られた時間でございますので、私からは、一昨年3月11日に発生いたしました東日本大震災前後で大きく変化した福島の姿、また、評議会の中で危惧されてきた内容につきまして、お手元の資料6-1の最初の部分が福島でございますが、資料をもとにポイントを絞りながらお話しさせていただきます。資料が全部で9枚ございまして、右下に1/9とページ数

がございますので、そのページ数で言いますので、よろしく申し上げます。

まず、資料の1ページでございますが、福島県の地図がございます。

東日本大震災からはや2年7カ月を迎えようとしておりますが、被災地では今なおさまざまな問題を多く抱えており、被災された事業所加入者の方々は、いまだ復旧復興の途上にあります。特に福島県は、原発事故によりほかの被災地とは違った問題を抱えております。

資料の地図でございますが、私は福島市から来ましたが、原発が爆発したのは3月14日だったと思います。ちょうど春でございますが、風向きが西北西向きで吹いておりまして、放射能の数値が高いところが避難区域となっています。福島県内の主要都市と原発の位置関係が地図にございます。東京電力第一、第二原発は、福島県の東部、太平洋に面した地区に設置されております。原発から北西に伸びるグレーに塗ってあるところが政府から避難等の指示を受けた地域でございます。以前は90市町村ありましたが、合併しまして59市町村になりました。この避難区域とされたところは余り合併されていないので11市町村がそのまま残っており、原発事故による避難区域となりました。

原発事故がもたらした福島の課題を大きく3点申し上げます。

まず第1点目は、1ページ目の右側に書いていますが、県民人口の減少と避難者が多数いるという問題です。本年8月時点で福島県民の人口は、震災以前と比べまして7万7,000人減少しております。また、避難者は14万4,000人。そのうち、県外に避難し、いまだ福島県に帰ることができない避難者が5万人と、全体の3分の1を占めております。原発事故による不安から、特に子どもと若い母親の県外避難者が多くなっております。ちなみに、以前に運営委員会で報告された宮城支部でございますが、宮城県にも10万人の避難者の方がいらしますが、県外への避難者は宮城県の場合は7,500人と全体の1割弱となっております。福島県との違いが明らかだと思えます。

2つ目の点は、やっぱり今もどうなっているかわからない原子炉を4つも抱えていることです。原子炉の冷却に使用した汚染水と申しますか、地下水が豊富でございますが、地下水が原子炉建屋の方にも流れて汚染されることにより、それがそのまま汚染水となってしまいます。汚染水が日々たまり続け、保管する場所もない状況となっております。本年7月には高濃度汚染水の漏れが発覚いたしまして、東京オリンピック招致の最大の懸案事項としても指摘されていたことは記憶に新しいところです。安倍総理は国が責任を持って対処することをお約束されましたが、福島県では今なお毎日のように汚染水拡散に関するニュースが報道されております。また、福島県は、除染対象地域に住んでいる県民が約100万人おります。県民人口の約半数が除染対象地域に住んでいるということでございます。

3点目は、そういう現状を踏まえまして、やはり健康不安の問題があります。長期間にわたる低線量放射線被曝が健康にどのような影響を与えるかは専門家の中でも意見が分かれています。しかしながら、長期間の避難生活により、やはり精神面とか、生活習慣病と申しますか、生活習慣の変化に起因した健康被害の増加は多くの専門家から指摘されております。福島県は、他の被災県と異なり、避難生活の長期化に伴う生活疲労、ストレスなどが原

因の震災関連死者が本年9月時点で1,523名に上っております。この人数は震災直接死とほぼ同数でございまして、今後これを上回るという見通しになっております。本年4月から8月までの福島県の震災関連死者は76人にもなりまして、宮城県の約8倍、岩手県の約3倍となっております。これらの問題につきまして、いまだ解決の糸口が見えないまま時間ばかりが過ぎ去ろうとしております。そういう姿が今の福島県の現状です。

続きまして、大震災が福島支部にどのような影響をもたらしたかについてお話しさせていただきます。資料の2ページと3ページが関連するものでございます。

震災発生後、国や自治体を先頭にさまざまな団体により被災者への支援が行われました。福島県では、県民の県内定着と県外避難者の帰還促進を目指し、18歳以下の県民の医療費無料化制度を平成24年10月から導入しております。ちょうど1年たったわけでございます。それが2ページ目の一番下の福島県のところです。

3ページ目をご覧ください。2ページと3ページが重なっていますが、協会けんぽにおいても医療費の一部負担金等免除証明書の発行や一部負担金等の還付、そのほか健診や保健指導に伴う費用還付の取り扱いが行われました。これらに係わる業務は平成23年6月、震災の年ですけれども、本格的に始まりました。当初は想定できないほど多くの相談や申請書の受付が続き、福島支部の職員だけでは事務処理がこなせず、本部を初め13の支部から延べ382名の職員の支援をいただきました。また、このほかにも臨時職員や派遣職員の雇用、証明書発送業務の外部委託等、本部を通して多方面での御支援をいただいたと報告を受けております。想定できない事態を乗り越えられてきたのは、協会全体の御支援のおかげでありまして、この場をお借りして感謝申し上げます。

さて、住居の全半壊等を理由とする一部負担金等の免除を昨年9月30日で終了しましたが、福島支部には、避難地域の方の原発事故にかかわる免除対象者が3万人もおります。この方々に対する免除、還付業務は今なお続いております。

続いて、資料4ページでございますが、福島支部の加入者の平成21年度と24年度の比較でございますが、被保険者では20代、被扶養者では19歳以下の減少が著しくなっております。これは原発事故による健康被害が特に不安視される子どもやその保護者、また、出産を控えた年代が県外に避難した影響と推測されます。被保険者は、震災前の水準に戻りつつあるのでございますが、被扶養者は依然としてやはり約1万人減少したままです。被保険者の増加は、建設業が主体でありまして、復興事業と除染事業によるものと思われれます。震災特需でありますこういう建設業、除染事業ですけれども、今後の被保険者数の推移については注視していく必要があります。

続いて、医療費について御説明申し上げます。5ページでございますが、全国と福島支部、宮城支部の1人当たりの医療費を比べたものであります。全国を1とした場合に福島支部と宮城支部がどこに位置しているかをグラフ化いたしました。全国平均が水平線でございますが、太い折れ線が福島支部、細い折れ線が宮城支部となっております。福島支部と宮城支部が全国と同様の上昇率を示せばともに水平線となるところでございますが、福島、宮城

の両被災支部は、震災以降、全国平均を上回る上昇を見せております。福島支部では、震災以前は全国平均よりも低かった1人当たり医療費が、平成24年度、昨年度には全国平均を超えております。

続いて6ページでございますが、全国と福島支部の1人当たり医療費の伸びを診療種別ごとにグラフ化したものでございます。ご覧頂いた通り、福島支部の入院外医療費と歯科医療費が大きな伸びを見せております。一方で、全国と福島支部の入院医療費の伸びには大きな差が見られませんでした。医療機関のベッド数等、いわゆる医療供給側のハード面の条件から、入院医療費の伸びには一定の制限がかかっているものと推測されます。医療供給と申しますと人口当たりの医師の数で比べるわけでございますが、震災前から福島県はかなり全国低位でございまして、震災後医師が更に減少してしまいました。現在は少しずつ回復をしておりますが、まだ体制の問題がございました。

特に伸びの大きな入院外医療費について、もう少し掘り下げてお話しさせていただきます。7ページでございますが、全国と福島支部の平成21年度と24年度の1人当たり入院外医療費の伸びを比較したものでございます。太線が福島支部を示しますが、20代男性を除く全ての年代で福島支部の医療費の伸びが全国を上回っております。

8ページでは、特に差が大きい10代の入院外医療費を3要素に分解してみました。太線で強調した1人当たり医療費と受診率が同じようなカーブを描いていることがわかります。その他の年代でも同様に福島支部の受診率は、震災以降大きな上昇を見せております。一部負担金等免除を契機に、「無料ならば受診しよう」といった行動意識が構築され、受診率が向上したことが福島支部の医療費を引き上げたものと推測されます。

最後に9ページでございます。仮に福島支部の受診率が全国平均の受診率であったと仮定いたしますと、福島支部の平成24年度の医療費は約21億円少なかったと試算されております。年齢・所得調整等の調整を考慮せず機械的な試算でございますが、この金額は福島県支部の保険料率に0.25%の影響を及ぼします。福島支部には現在も一部負担金等免除対象者が約3万人いると先ほども申し上げましたが、また、福島県独自に18歳以下の医療費無料化事業も実施されております。福島支部では、このような国や県が進める復興事業や施策の目的を尊重しながら、適正受診を推進していくバランス感覚が求められております。

こういった福島の現状を踏まえまして、支部評議会から1点最後に意見を述べさせていただきます。

東日本大震災のような大規模地震の発生につきまして、今や日本全国どこの地域においても想定されていることは皆様御承知のとおりでございます。このような大規模災害が発生した場合、一部負担金等の免除措置が導入されることは、被災者支援としては大変意義のあるものであると思います。これらの一部負担金減免額に対しまして、健康保険法施行規則に基づきまして、協会けんぽ全体で調整がされると報告を受けております。被災支部に対して御配慮いただき、福島支部評議会といたしましてもほっとしているところでございます。この場をお借り致しまして御礼申し上げます。

しかしながら、医療費免除措置に起因されたであろう医療費の伸びについては調整の対象外となっております、当該支部がそれぞれ負担することとなっております。医療費免除は被災者救済の立場から国や協会けんぽが決定した制度でございます。医療費減免措置は福島支部でも一部の加入者のみが対象でございます、多くの加入者は震災による医療費減免措置を講じられておりません。この方々には震災による救済はなく、負担ばかりを強いることになってしまいます。こういった状況の中で、今後、免除制度が何年継続して、医療費がどのくらい増加するかもわからないまま、当該支部が単独で医療費の増加分を負担しなければならない構造につきまして、加入者は理解されるでしょうか。なかなか難しいのではないかと思います。

平成25年度、26年度の保険料率は据え置きとなる見通しでございます。しかしながら、27年度保険料率改定の際には、この2年間の医療費が精算されます。全国と比較いたしまして福島支部が突出して保険料率の大幅アップとまらないかと今から戦々恐々としております。震災が発生した場合に被災支部の保険料率が上昇するといった現象は、協会けんぽや健康保険制度への不信感、ひいては制度そのものの崩壊につながる危険性があるものと危惧しております。

今後、受診率の問題だけではなく、健康被害の可能性も否定できません。これまでいろいろな公害病とかございましたが、その事例を見ましても、発症や因果関係の解明には長い時間を要する問題と捉えております。これらの事案は、いまだゴールの見えない、過去に例のない事態に直面している福島支部として大変大きな問題となっております。

福島支部を含む被災支部の医療費の伸びに対しては、国からの財政支援と協会けんぽ内部での調整規定がないということですが、被災支部の現状を御理解いただきまして、特段の調整に向けた議論を進めていただきますよう、福島支部評議会を代表してお願い申し上げます。

以上でございます。ありがとうございました。

○田中委員長：重い問題提起を頂戴しました。ありがとうございました。

議論は後でまとめて行うことにいたしまして、次に神奈川支部評議会議長からの説明をお願いいたします。

○関議長：神奈川支部評議会議長の関でございます。

神奈川支部評議会における意見につきまして、資料の1ページをごらんください。昨年10月、12月の評議会における25年度の保険料率等の議論において、神奈川支部といたしましては次のような意見が出ております。

1つ目は、国庫補助金の20%の引き上げを要求している中で、準備金がこれだけあると国が補助金の引き上げを了承するとは考えにくい。そして、現状の保険料率は、加入者、事業主にとってかなり厳しい負担となっており、今後できるだけ保険料率を据え置き、準備金を

ゼロにしていき、その上で国へ補助金の20%の引き上げを要望しないと厳しいのではないか。このような意見が出ております。私見について後でもう少し追加してコメントをしたいと思っておりますが、神奈川支部としましては、準備金がある中で国庫補助率の引き上げは困難であると考えております。

また、保険料率の引き上げについては、③や④にございますように、負担者のことを一番大切に考えて、準備金は保険料率の据え置きまたは引き上げの抑制のために使用すべきという意見が多く、これ以上の保険料率の引き上げには反対の立場でございます。本日の資料にはございませんが、これだけ保険料率の上昇が続くと、中小企業の中では社会保険を脱退したいと思うところも多くなると思うというような意見も出ております。これ以上の保険料率の引き上げは、健康保険制度そのものの存続が危ぶまれます。

それから、準備金残高の状況から、協会の厳しい財政状況が伝わりにくく、厳しい状況であることをマスコミによく理解してもらえる方法も必要ではないかという意見も出ております。

評議会の意見を集約しますと、神奈川支部といたしましては、加入者は保険料負担を強いられており、これ以上の保険料率の上昇は容認できず、準備金は保険料率の維持または引き下げに使い、国に対しては高齢者医療制度の見直しを訴え続けていくべきということでございます。支部としては、今回の国庫補助率16.4%の延長措置についてはある程度の成果として認められますが、安定的な医療制度を持続可能とするために協会けんぽの財政基盤の確保が必要ではないかと考えております。

以上が神奈川支部評議会における意見でございますが、せっかくここで機会を与えていただいておりますので、私の意見も少し述べさせていただきたいと思っております。

実際、現場の方々とお話をしていると、マスコミの印象といったことから、準備金について、先ほど意見にあったように、今後できるだけ保険料率を据え置き、準備金をゼロとして、その上で国補助金の20%の引き上げを要望するという意見にまとまらざるを得なかったわけですけれども、そもそも論から考えますと、準備金はゼロとしていくべきではないと考えております。

準備金というのは、皆様よく御存じのとおり、例えばインフルエンザの蔓延など予測し得ない事態に対応するためのいざというときのために必要な積立金でありまして、法律上も、健康保険法施行令46条において、事業年度当たりの平均額の1カ月分は積み立てていなければならないということになっております。しかし、23年度ですと10日分、24年度末では22日から23日分の準備資金しかありませんので、現在においても法律上の規定に足りない状況にあるわけです。

そこで、協会けんぽが置かれている状況をやはり世の中に広く認知してもらおう。先ほど広報が重要だという点がありましたが、準備金はなぜ必要なのかということ、具体例を挙げながら、いろいろと説明していく工夫をより強く行っていく必要があるのではないかと思います。やはり額だけ、これだけ準備金があるというふうに申しますと、どうしても、世の中

の一般のイメージとしてはまずそれを使えばいいのではないかということになりますけれども、いや、そうではなくて、なぜ必要か、それがないと困るんだという状況を説明した上で、でも補助が必要なんだということをちゃんとそもそも論からもっとアピールする必要があるのではないかと考えております。

次に、国民会議において、先ほども話に出ましたが、後期高齢者支援金の負担方法を総報酬制にして国庫補助の協会けんぽへの負担軽減分を国民健康保険の財政安定化のための財源に充てると報告されております。先ほど理事の御意見にもありましたとおり、私自身も、協会けんぽの財政安定化というのは重要でありまして、総報酬制にした上で、国民健康保険の財政安定化措置は別途行っていくべきであると考えております。

ある意味、次の議論と同様なんですけれども、激変緩和措置についても、支部間の保険料率の大きな格差を生まないようにするための措置として激変緩和措置は設けられているわけですが、これは逆に自助努力への弊害になるのではないかと考えております。医療保険制度というのは、年金制度などと異なって、都道府県単位など、単位が小さいほど自助努力をして医療費の抑制に結びつけやすい、不正受給の防止とかに結びつけやすい仕組みです。しかし、激変緩和措置という形で数字を見て緩和する形にしてしまいますと、自助努力をすると保険料率が引き下げられるんだということを認識しづらく、インセンティブも下がってしまいますので、自助努力を行わなくなってしまうということが懸念されます。

先ほどの国民会議の総報酬制の議論もそうなんですけれども、必要なところに財源の分配をするというのは医療保険の基本ですので、そういった形でお金のあるところからないところ、被災したところへとか、いろいろなところで分配すべきだとは思いますが、どれぐらいの額を分配しているのかというのをより見える形で、つまり、ちょっとした数字をいじって、余り外にはわからない形で調整するのではなくて、共助の仕組みをはっきり明確にして、例えば保険料の格差が大きい支部に対しては別途補助金を支給するといった形で格差を是正していくべきではないかと考えております。このようにお金の流れを見える形で透明化したほうが、補助金を受けるほうの支部もより別の形での自助努力の必要性を認識するのではないかと考えております。

以上、済みません、私見でございました。

次に、神奈川支部の概況について、これは4ページ目からをごらんください。神奈川支部の1人当たりの医療費は、ほぼ全国平均となっております。1件当たりの入院日数は全国的に低い傾向となりますが、1日当たりの入院医療費は高い傾向にありまして、短期間に集中的に治療を行っているため医療費が高くなる傾向にあると考えられます。

5ページ、平成23年度健診データに基づく生活習慣病のリスク保有率は全国に比べて高く、特に女性の喫煙や脂質について健診結果が悪く、今後、特に喫煙、脂質を中心とした女性の保健指導が重要と考えております。

6から8ページ目については、平成23年度における医療提供体制の状況となります。神奈川県は人口10万人に対する病院数は全国最下位、診療所数も低く、病床数も全国下位の状況

であり、医療体制は充実しているのではないかと考えられます。

神奈川支部の事業運営状況ですが、9ページ、平成24年度の支部における現金給付状況は、柔道整復施術療養費の件数、金額の増加が目覚ましく、先ほど問題にもなりましたが、厚生局神奈川事務所と連携を密にして、患者照会を実施し、医療費適正化に努めております。

11ページ目に保健事業の状況を記載しておりますが、神奈川支部といたしまして、健康増進、健診受診勧奨の事業として、ピンクリボンかながわの協力を得て、自治体などが主催する地域におけるがん検診の受診啓発事業に協力、参加し、特定健診、特定保健指導の啓発を含めた加入者の健康増進の推進を図っております。また、神奈川支部独自の取り組みとしましては、それまでの食生活や運動など、生活習慣の改善努力の効果を測定することにより、その比較から健康度を確認し、生活習慣改善意識の高揚を図ることを目的として、ステップアップ検査と銘打ち、積極的支援該当者の特定保健指導3カ月修了者に対して血圧測定、生化学検査、尿検査を実施しております。

次に、平成25年度保健事業により力を入れております。

取り組みといたしましては、13ページに記載がございますが、被扶養者の生活習慣病予防健診の実施、被保険者と同レベルの健康診断を、医療機関の協力をもとに健診費用を割いていただいて、特別価格1万1,682円にて実施しております。また、特定保健指導対象者に対して料理教室、ヘルシークッキングセミナーやストレッチイベントを開催しています。また、受診勧奨保健指導実施推奨として、事業者訪問を実施しています。そのほか、各種啓発チラシの作成をして、事業主のみならず加入者に直接医療費適正化、受診奨励を働きかけております。

広報活動といたしましては、今年度医療費適正化など、支部として伝えたいことを盛り込んだ健康保険給付に係る支部独自の冊子を作成し、算定基礎説明会における講習会の資料として活用し、新規適用事業所には受診勧奨チラシとともに配付し、健康保険の周知を図っております。このようなガイドなどがあります。

また、14ページ、⑤にございますとおり、健康保険委員の委嘱数の拡大を図るとともに、健康保険委員等の活動を強化するため健康づくりアンケートを実施して、特筆すべき事業所に対し取材を行い、広報などで紹介することにしております。この点は、先ほどほかのところでも問題になりましたが、神奈川支部においても、電話勧奨などを実施しているものの、健康保険委員の委嘱数が伸びない傾向にあります。健康保険委員の委嘱数を伸ばすためには、やはり先ほどもあったように、健康保険委員になりたいと思えるような工夫、なったことで何か得をするなどという魅力的な健康保険委員の活動をどういうふうに行うかという工夫を検討する必要があると考えております。

例えば、協会ホームページに健康保険委員の方だけが質問、閲覧、情報収集をできるような健康保険委員コミュニティといった掲示板をつくるか、そういったことも有用なのではないかと思っています。メール等でいろいろと情報はあっても、それをなくして

しまったりするので、そこにアクセスすればいろんな情報がある、健康保険委員になるとそこにアクセスできるんだよみたいな、ちょっとお得感のつくものを協会としてもし考えていただければと考えております。

また、今年度、神奈川県においてかながわ保健指導モデル事業委員会が開催され、当支部からも委員として参画しております。今後、当協会における医療数のデータの提供などを行い、県への意見発信を行い、より連携強化を図りたいと考えております。

以上です。

○田中委員長：ありがとうございました。

お待たせしました。岡山支部評議会議長よりの説明をお願いします。

○増田議長：岡山支部評議会議長の増田でございます。どうぞよろしくお願いたします。

本日、岡山支部の概況、岡山支部が行っている独自事業として、けんぽ体操「スマトレ」の話とジェネリック医薬品使用割合通知事業の話、最後に評議会の審議を振り返っての感想を申し上げたいと思います。

まず、岡山支部の概況ですけれども、資料6-2のほうがよろしいようですね。この2ページにありますけれども、事業所数が約3万1,000事業所、被保険者が約40万人、被扶養者が約30万人で、協会けんぽの中では中規模の支部であります。

それから、8ページに岡山県の医療費に関するレーダーチャートがありますけれども、入院外の1日当たり医療費と入院の1件当たり日数以外、すなわち、入院、入院外の1人当たり医療費、入院、入院外の受診率など、ほとんどの項目で全国平均を上回っておりますので、全国平均よりも医療費が高い支部となっています。これは医療機関数が多いことによる受診しやすさ、また、大学病院、岡山大学病院あるいは川崎医科大学附属病院、それから国立病院機構岡山医療センターなど、高度な医療が受けられるという医療供給体制の充実によるものと考えられます。このことは2011年11月に法政大学の坂本光司教授のグループが発表して話題を呼んだ都道府県別幸福度ランキングで、岡山県が医療・健康部門で幸福度全国1位になったことにもあらわれています。

こうした恵まれた医療環境のために、医療費が高いことに加えて、平均標準報酬月額が全国平均よりも低いことから、支部保険料率は全国平均よりも高い10.06%、これは10ページにありますけれども、協会けんぽ全体では上位8位となっています。

それから、健診データに関するレーダーチャート、これはまた先ほどの8ページです。男女とも喫煙者割合が低い反面、男性で代謝リスク保有率、女性で脂質と代謝のリスク保有率が全国平均と比較してかなり高い状況となっているという現状にあります。

続きまして、このような状況を踏まえて岡山支部で行っている独自事業について御紹介します。これは資料6-1で、先ほどの神奈川県の次のページ、岡山支部の独自事業というところですよ。

1つ目はけんぽ体操「スマトレ」です。スマトレというのはスマートストレッチの略です。きょう、別途パンフレットをお配りしてはいますが、『けんぽ体操「スマトレ」(スマートストレッチ)のすすめ!』です。これは事業所単位で行っていただくように作成した体操です。

スマトレを作成した背景としましては、資料6—1で説明していますように、岡山支部の健診結果の分析から加入者に運動不足の傾向が見られて、運動習慣の定着を図ることが必要と判断したことによります。そこで、岡山支部健康づくり事業推進協議会に諮り、岡山県立大学の辻名誉教授の指導のもとに作成したのがけんぽ体操「スマトレ」であります。

特徴としては、メタボ対策といった健康づくりだけではなくて、労災予防効果もある動作を取り入れた体操となっています。また、就業時間で行ってもらうことを想定して、短時間で手軽に場所をとらずにできる体操ともしています。体操を行う補助として音楽CDも作成しました。それから、ロコモティブシンドローム予防の効果もあり、寝たきり防止や健康寿命延伸にもつながる体操となっており、厚生労働省のスマート ライフ プロジェクトにも登録をしています。

岡山支部の適用事業所で、業種、地域、規模の違う事業所で実際にスマトレを実施できる事業所にモデル事業所をお願いしました。平成22年から24年にかけてスマトレを1日2回実施してもらい、これは資料の3ページに書いてありますけれども、スタート時、6カ月後、2年後の3回、安全体力評価ツー・ステップテストとアンケート調査を実施して、スマトレの定着度とその効果を検証しました。この調査結果につきましては、日本公衆衛生学会でも発表を行っております。先ほどのパンフレットの中に学会発表の資料を添付しています。運動習慣の定着度につきましては、事業所単位で行うことが有効だということが確認できました。また、ツー・ステップテストにおいても歩幅の伸びを確認できましたので、広く普及させ、長く続けることで健診結果にもよい影響が出ることを期待しています。25年度においては、スカートをはいた女性や運転手の方でも行える体操を加えて、さらなる普及を図っております。

次に、2つ目として薬局へのジェネリック医薬品使用割合通知事業があります。これについて御説明します。

これはジェネリック医薬品の使用促進について、岡山市薬剤師会の協力を得て、まず岡山市の薬剤師会会員である調剤薬局に対してジェネリック医薬品の薬効別使用割合のデータを提供し、同時にアンケート調査によって薬剤師の意識調査も行いました。その後、県薬剤師会の協力を得て、全県下の薬局に事業展開したものであります。

アンケートの結果としては、積極的にジェネリックへの切りかえに取り組んでいるなどの肯定的なものが多い反面、後発メーカーの情報提供体制や在庫管理の問題、病院の目の前にあるいわゆる門前薬局は病院の方針に左右されやすいなどの意見がありました。ちなみに、平成25年4月の岡山支部のジェネリック医薬品の使用割合は30%で、ほぼ全国平均と同率で推移しておりますが、加入者の方々と接する機会の多い薬局関係者に積極的に情報発信を行

うことで協会けんぽに対する理解やジェネリック使用に対する意識の向上を促し、使用率向上につながるものと考えています。

このような独自事業を実施しながら支部の医療費適正化に取り組んでいる状況です。

最後に、今回の意見交換会のテーマであります評議会でのこれまでの審議を振り返って、支部評議会の意見も踏まえて、私の意見を述べたいと思います。

この支部評議会の1年を振り返ると、昨年11月6日に協会けんぽの全国大会が開催され、私は参加できませんでしたが、協会けんぽの皆様の団結力を感じました。その後、衆議院の解散総選挙があり、協会けんぽの予算編成が1カ月ほどおくれましたが、特例措置の継続により25年度の保険料率を引き上げずに済んだことも大変よかったと思います。また、24年度決算の黒字額が予算編成時の見込みよりふえて、国庫補助などの2年の経過措置の問題がありますけれども、27年度の保険料率までは現在の保険料率が維持できる見通しとなったことも評価できると思います。

評議会の運営ですけれども、評議員の方々の意見を聞きますと、最大のテーマの保険料率について支部で決定できる部分がほとんどない、支部で議論する意味が乏しい、支部の事務局の提案事項を追認するばかりで審議が形式的であるという意見があります。こうした意見について、本部あるいは他の支部ではどのように考えておられるのか関心があります。

それからまた、全国一律の保険料率にしたらどうかという意見もあります。個人的な見解ですけれども、都道府県別単位の保険料率あるいは激変緩和措置というのは、現在の仕組みは2006年、平成18年の医療制度改革により導入されたものですけれども、既に数年を経ていますから、このあたりで客観的な行政評価などを行って、もし改善すべき点があれば改善したらどうかというふうに思います。

それから、保険料率に関しまして、その対策として、国庫補助率の20%への引き上げと高齢者医療制度の抜本見直しへの要望を上げられていますが、いずれもなかなか難しいテーマですが、これらとあわせて高齢者医療費の抑制への要望、70歳から74歳の高齢者の自己負担の2割実現など、被用者保険として強く関係方面に働きかけるべきだと思います。

きょういただいた資料で、すごく興味深いものとして、参考資料2、モニターアンケート調査があります。これを先ほど見ていましたら、15ページ、問17で、「協会けんぽの支出のうち約4割は高齢者医療制度への支援金ですが、これを知っていますか」という質問に対して、知らなかった人が5割いるわけですね。逆に、協会けんぽ被保険者の保険料収入等による支出の約4割が自分たちの医療費のためでなくて高齢者医療費の支援金に回っているということは、これは客観的にはちょっと異常な事態でありまして、中小企業事業者にとっても納得がいかないのではないかと思います。この支援金の部分は保険料というよりは目的税のようなものですね。したがって、この割合がどんどんふえてくると被保険者や事業主の保険料負担の意欲を阻害するおそれがあると言えます。

次のアンケート調査の16ページ、問18で、「支出を見直すためには協会としても取り組みを進めていますが、加入者としてはどのような取組が必要ですか」という質問があります。

この中で医療費の適正化対策を挙げられていますが、当然協会としても取り組むべきですけれども、この中の意見を見ますと、高齢者医療費の支援金を減らしてほしいとか、高齢者の医療受診にかかる支出が多いということがたくさん挙げられています。したがって、やはり高齢者医療費の適正化ということをもっと強く協会としても主張していくべきだということだと思います。

あと、支援金のあり方ですけれども、これは私の個人的な意見なんですけど、やはり保険料に占める支援金の割合に一定の歯どめをかける必要があるのではないかと思います。そうしないと、これは高齢者医療制度のほうから要求されたものをそのまま支援金で出していくという格好になりますので、したがって、例えば保険料部分のうちの支援金は35%というふうにして、もし給料が下がって保険料が低下した場合には支援金の額も低下するといったような仕組みを設けることによって、逆に高齢者医療制度のほうにもプレッシャーを与えて、高齢者医療費の適正化を促すといった方策を考える必要があるのではないかと思います。

個人的な意見も交えたものですが、以上でございます。

○田中委員長：整理された意見をありがとうございました。

ただいま3人の支部評議会議長から説明いただきました。各委員から御質問いただいても結構ですし、支部議長の方々から理事あるいは我々への質問でも結構です。どうぞよろしくお願いたします。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員：丁寧な御説明ありがとうございました。日ごろの熱心な活動に敬意を表します。

私からは、1つ御質問があるんですけども、手元にきょう配られています平成25年度の事業計画5ページを見ますと、下から2段落目のところに「都道府県の政策関係部局をはじめ、地方公共団体に対して提言を行うとともに、各種協議会に参加するなど、都道府県・市町村の医療政策・介護政策の立案に積極的に参加し、協会の意見を発信していく」ということが記載されておりまして、これは各支部にとっても大きなテーマだと思います。ただ、これは平成25年度の計画ですので、各都道府県で地域医療計画が策定された昨年度の時点ではここまで明確に書かれていなかったかもしれません。

私が御質問したいのは、今回の4月から動いております都道府県の地域医療計画に関して審議に各支部で参加をされたかどうかということと、パブコメ等に参加されたかどうかということ。また、もし医療計画を読まれておったら感想を伺いたいということ。それから、このように平成25年度の事業計画に書いておるんですけども、こういうことをやっていく際に各支部としてはリソースや情報などが不足すると思われそうですが、都道府県でこれをやるに当たって、本部やこの会議に要請されるようなことがあれば教えていただきたいと思います。各県、簡単に教えていただければと思います。

○田中委員長：地域医療計画との関連での質問でした。

○藤原議長：私、昨年から評議会に入りまして、まだ新米でございます、県の医療計画等

につきましてはつい最近その存在を知った状況でございまして、私としては余りよく知りませんが、福島支部全体としては、支部長がかなりフットワークの軽い人でございまして、様々な場所に行って現状を訴えていることはよく聞くのでございますが、その程度でござい
ます。

○関議長：私も1月からなんですけれども、支部の会議で医療計画について紹介していただいて、議論をしたといったようなことはまだございません。

○増田議長：岡山県では、岡山県医療費適正化計画と、あと、第2次健康おかやま21というものを策定しているんですが、一応この策定委員会へそれぞれ支部から担当部長が参画をしているという状況にあります。

○埴岡委員：今、実際に岡山県のほうでは医療費適正化計画に参画されたと聞いて、やはり協会けんぽの47都道府県支部間でそういう事例も情報共有していく必要があるのかなと思われました。

たまたま私は、47都道府県の医療計画の地域医療連携体制のところを全部通して読む機会がありました。やはり協会けんぽとしても関心を持たなければいけないと思うのは、全体になべて、計画としてはかなり低調な感じがあるということと、しっかり書かれているところと書かれていないところは随分と格差があるということです。逆に言うと、創意工夫があって好事例が出てきている部分もあるので、1つの県でたくさん好事例があるところはないんですけれども、47都道府県の好事例を全部集めると、いろんなテーマでの好事例がそろって1つのモデル計画みたいなものができるという感じになっています。

そういう意味では、各支部での関心事だと思えますし、これから協会けんぽ全体としては医療計画の第三者評価とかスコアリングとか、そうしたこともする必要があると思えます。また、次期計画の策定のときには、また計画が切れる直前の1年でぱっとつくるというようなことにならないように、毎年PDCAサイクルで指標がちゃんと管理されているかを見ていく必要があると思えます。各支部と本部のそれぞれ調査部的なところとみんなで一緒になって、事業計画に書かれたことを進めていかなければいけないんじゃないかと、改めて思ったところです。

○田中委員長：次回の医療計画の前に地域医療ビジョンが入りますので、今度は大分変わります。その段階で支部の意見が何らかの形で通るように私も期待いたします。ありがとうございます。

○埴岡委員：3年後ですか。

○田中委員長：そうですね。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ、城戸委員。

○城戸委員：今、岡山の議長が言われたように、後期高齢者の負担金とかいうのは一定の割合で線を引くことが必要かと。そうしないと毎年3,000億ぐらいの割り当てがぼんぼん来るというようなことは、やっぱりこれはちょっといかがなものかなと。だから、ある程度の線を引いて、そうすれば後期高齢者のほうの予算の見直しとかそういう施策に組織で努力する

んじゃないかな。協会がぼんと出してくれるからということで、いきなり負担金を、今の状態だったらほとんどこっちが異議を言えないじゃないですか。ただ負担金をぽっと協会に割り当ててくる、こういう制度の見直しは当然するべきじゃないですかね。

○田中委員長：議長と同じ意見だと表明されました。

ほかはいかがでしょう。議長の方々、せっかくですから、我々や理事に対する質問でも結構ですよ。また、委員の方からもお願いします。

○森委員：ちょっと神奈川の関さんをお願いしたいんです。11ページのところの保健事業の状況と、そして13ページの保健事業関係の一番上のところで、特にどのところでもそうだと思うんですけども、被扶養者の健診率が大変低いというのが現状で、これは協会けんぽ全体でも同じようなことで、少しでも上げようということです。そういう点で神奈川が、ある面では受診券の利用で受診者の負担額を抑えて、特別価格で提供しているというふうになっているんですが、これによって相当効果が、前の11ページのところでも、いわゆる着実にふえているような数字が出ているんですけども、そのようなことをどういうふうに評価していらっしゃるか、ちょっと済みませんが、これは参考になるのではないかと思いますので。

○関議長：私が答えては不適正になるかと思しますので。

○大瀧支部長：1月からでございますので、支部長が代わって御説明させていただきます。

被扶養者に関しては、メニューの魅力がないということで、被保険者と同じレベルで受診してもらおうと考え、またコストも安くなければいけないということで、その両方をやり始めました。最近やり始めたばかりですが、徐々に成果が出てきているようでございます。よろしいでしょうか。

○森委員：ぜひそういうことを参考にさせていただいて、やはり将来的にはこれは大きな課題だと思っていますので、その辺のこともまたぜひ。

○貝谷理事：ありがとうございました。この問題は、今たまたま神奈川支部の取り組みが議論されましたが、実は森委員からは前回か前々回の運営委員会において同様の御指摘をいただいています。家族、被扶養者の方々の受診率アップということが、今回神奈川支部が行っているような、メニューを充実して多少はその分、費用負担がふえるけれども、それでも単独でそれぞれ別の、例えば胃とか大腸の検診を受けるよりははるかに安い、協会けんぽの中でセットでやったほうが安いんだという取り組みは、実は神奈川支部のほかの支部でも、25年度からですが、試みようという取り組みがあります。

そういう意味では、これは別に本部からどうのこうののではない形で、各支部のそれぞれ工夫の中でやっていただいている、あるいは25年度これからというところもあります、私も支部としても考えられているなと思っています。幾つかの支部でそういう取り組みは神奈川を含めてやっておりますので、今、森委員が再三御指摘のような、それで結局協会全体として受診率が上がることになるのかどうか、もし上がるのであれば、これを横に展開していくということは当然必要になってくると思いますので、十分注目していきたいと思っております。

○田中委員長：被災3県、とりわけ福島については、今までもいろいろな配慮がありましたけれども、これについて本部では何らかの検討は現在も継続しておられるのでしょうか。

○貝谷理事：先ほど福島支部評議会の議長さんから、地元で減免をやって、減免された部分の3割部分なり何割部分というのは国のほうから、あるいは協会けんぽ全支部での支え合いがある、こういうことでありましたが、一方で、それによって医療費全体が少し膨らんでいる部分があって、その部分が結局どういう負担になるのか不明だと、今のまま放っておくと福島支部単独の負担になるので、そこは何らかの支援策を協会全体で考えてほしいという御指摘がありました。

資料6-1でいきますと9ページですか、この点については、御要望は我々も、そうだなというふうに思っております。したがって、今、議長さん御指摘のような方向で、このふえた部分の医療費、すなわちこれまでの福島支部の伸びを勘案して、これは明らかに震災による減免分に伴ってふえているというところについては、福島支部のみの負担ではなくて協会全体の負担という方向で対応しようということで検討を進めております。ただ、これは先ほどおっしゃられたように法令の改正が伴いますので、厚生労働省とも相談しながら、御要望のような方向で対応していくことにしたいと考えております。

○藤原議長：ありがとうございました。

○田中委員長：まだあるかもしれませんが、ちょうど時間となりました。支部評議会議長との意見交換はこれにて終了いたします。本日は、各地からお越しいただきまして、どうもありがとうございました。

では、次回の運営委員会の日程について、事務局から説明してください。

○企画部長：済みません、1点だけ、その前に報告事項なんですけれども、24年度決算、前回の運営委員会で御承認いただいたものなんですけれども、そのときに合算ベースについては国庫の分がまだ確定していないので見込みですということを申し上げておりましたけれども、その後、国庫の部分が確定いたしましたので、数字は変わっておりませんので、見込みがとれたということだけ御報告させていただきます。

それでは、次回の運営委員会でございますけれども、11月26日火曜日の15時より全国町村議員会館、半蔵門ですけれども、そこで行う予定でございます。よろしく願いいたします。

○田中委員長：いつもと会場が違いますので、何も考えずにアルカディアに来てしまわないようにお気をつけくださいませ。

では、本日はこれにて終了いたします。どうもありがとうございました。

(了)