

全国健康保険協会運営委員会（第50回）

開催日時：平成25年11月26日（火）14：57～17：01

開催場所：全国町村議員会館 会議室

出席者：石谷委員、川端委員、高橋委員（花井氏が代理出席）

田中委員長、中村委員、野田委員、埴岡委員、森委員（五十音順）

- 議 事：
1. 平成26年度保険料率に関する論点について
 2. 平成25年度事業計画の実施状況について（平成25年11月現在）
 3. 平成26年度事業計画素案（重点事項）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
（山形支部、長野支部、高知支部）

○田中委員長：ただいまから第50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、9名中7名の委員の皆様が出席しておられます。

次に、11月22日付で運営委員に異動がありましたので御紹介いたします。お手元に委員名簿が配付されております。菅家委員が退任され、高橋睦子委員が新たに任命されております。また、中村節雄委員が新たに任命されております。御紹介いたします。どうぞ一言。

○中村委員：きょう初参加の中村節雄でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○田中委員長：積極的に御発言ください。

なお、城戸委員、高橋委員は、本日は都合により欠席です。

高橋委員の代理として、日本労働組合総連合会総合政策局花井局長に御出席いただいておりますが、この御出席について御承認をいただかなければなりません。皆様方、よろしゅうございますでしょうか。

（「異議なし」の声あり）

○田中委員長：では、よろしくお願いします。

次に、本日は後半で支部評議会議長に議論に参加していただくことになっています。冒頭よりお座りいただいておりますので御紹介いたします。

山形支部評議会の北野議長でいらっしゃいます。

○北野議長：山形支部の北野でございます。よろしくお願いいたします。

○田中委員長：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：長野支部の長瀬でございます。よろしくお願いいたします。

○田中委員長：高知支部評議会の横川議長でいらっしゃいます。

○横川議長：高知支部の横川です。よろしくお願いします。

○田中委員長：後半では、よろしくお願いいたします。

また、本日もオブザーバーとして厚生労働省より御出席いただいています。

議題1. 平成26年度保険料率に関する論点について

○田中委員長：では、議事に入りましょう。

初めに、平成26年度保険料率に関する論点について、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。議題1の保険料率の関係は、資料1－1から1－2、1－3をお願いします。

まず、資料1－1でございます。医療保険の平成26年度保険料率に関する論点についてということでございます。

平均保険料率ですけれども、平成26年度につきましても現在の平均保険料率10.00%を維持するという方向でよろしいかどうかというのが論点の最初でございます。先般の健康保険法改正によりまして協会けんぽに関する特例措置が2年延長されておりますが、平成25年度、26年度の2年間は平均保険料率10%を維持できる見込みであるということが議論の前提とされておりました。平成25年度に入りましてからこの9月まで、標準報酬あるいは医療費の動向を見ますと、9月の標準報酬月額が前年同月比0.2%のプラスとなっています。他方、8月までの加入者1人当たり医療費は1.9%の伸びにとどまっています。過去5年分の数字が出ておりますけれども、こういった状況でありますので10.00%を現状では維持できるのではないかなという数字が出てございます。

続きまして、裏側を御覧いただきたいんですけれども、平均保険料率10%を維持したとして、それでは都道府県単位の保険料率についてはどう考えるかということです。

平均保険料率を維持した上で、都道府県単位保険料率も現在47支部のそれぞれの率を維持するという方向でよろしいかどうかというのが論点でございます。都道府県単位保険料率を維持することであるとありますと、今年度、平成25年度も同じようにやっているんですけれども、まず平均保険料率が同じになる、維持される。それから、激変緩和率も同じ率で維持される。その上でですが、料率を凍結した場合に支部別での収入が足りなくなる部分について、取り崩した準備金を、それぞれの必要額を入れて支部の収支が均衡するようにして、保険料率を凍結する。そういうことをやったわけですが、それと同じようなやり方が必要になります。

2つ目の枠ですけれども、そういった前提でありますと、激変緩和率については平成26年度も現在の10分の2.5、これは厚生労働大臣の告示で決められておりますので、それを維持するように政府に要請するという方向でよろしいかどうかということでございます。ちなみ

に、この激変緩和も10年かけてなくしていくという方向なんですけれども、先般の健康保険法改正ではこの期限も2年延長されています。逆に考えれば、この2年間は変えないということが前提とされているのではないかと考えられます。

続きまして、資料1－2をお願いいたします。ちょっと技術的な話ですけれども、都道府県単位の保険料率は支部別のかかった医療費に年齢調整や所得調整をかけた上で料率を算定するという過程があります。年齢構成にかかわらず医療費が高くなった部分については、それが保険料率に反映されるという計算をするわけですが、被災地については特例的な取り扱いが必要ではないかというお話がございました。これは5月の運営委員会と前回の運営委員会で支部評議会との意見交換を行った際に、宮城支部あるいは福島支部からその辺について考えていただきたいという要望があった件でございます。

1枚めくっていただいて、1のところですが、東日本大震災に伴いまして、原発事故に伴って避難をされた方、あるいはお住まいが全壊、半壊という被害を受けられた方につきましては、窓口の3割負担が免除になるということが行われました。住居の全半壊は平成24年9月まで、原発の事故の関係は現在に至るまで続いているということでございます。

そういったことで、その下の2のところですが、被災された支部からは、減免措置の影響で医療費がふえる。医療費がふえると都道府県単位の保険料率がそれを反映することになりますので保険料率が上がってしまうということで、配慮を願いたいといった趣旨の御要望がございました。

実際、医療費の動向がどうかということで、3ページのグラフを御覧いただきたいんですが、このグラフはちょっとわかりにくいかもしれません。1人当たり医療費の被災3県とそれ以外の都道府県との医療費の比較をしております。1.00という線を入れればよかったんですが、ちょっと間に合いませんで、1.00が平均ということで、上から岩手、宮城、福島になっています。平成23年の医療費は震災のその年で一旦下がっているの、その以前の22年と比べて24年がどうであったかという比較をしております。

そういたしますと、岩手については実は22年と24年で大きな違いはないという状況が見てとれます。他方、宮城ですけれども、22年と24年を見ると、大きく伸びていることがわかります。それも、24年はさらに、住居の全半壊の方に対する一部負担免除が行われていた9月までの数字と、それがなくなった10月以降の数字を比べると、やはり9月までの数字が非常に大きくなっています。ここは一部負担免除の波及効果として医療費がふえたのではないかと考えられるということでございます。一番下は福島ですが、福島は原発事故で避難されている方の一部負担免除は現在に至るまで続いておりますので、その影響がやはり見てとれるということでございます。

こういった医療費が増加した分についてどう考えるかということで、次のページを御覧いただきたいんですが、窓口負担の減免は今回の未曾有の大震災のあくまで特例的なものでございまして、その減免を行おうというのは国あるいは協会全体で判断したことでございます。そういったことで、波及増の影響につきましてはやはり広く全支部で負担をするこ

とにしたほうがよろしいのではないかと考えてございます。

そういったことで、4ページの真ん中にありますとおり、東日本大震災に伴う波及増分は全支部で負担することといたしまして、医療費をベースに保険料率を計算するに当たって、その計算方法は健康保険法の施行規則あるいはその関係の告示で決まっておりますので、法令の改正を伴いますのでそこは国にお願いしなければいけないんですけれども、そういった形で進めていったらどうかと考えてございます。

なお、これは平成26年度の保険料率を一旦計算するときに使うものでございまして、先ほど申し上げましたとおり、26年度の保険料率を凍結するというのであれば、とりあえず計算はしておいて、実際の効果が出てくるのは凍結が解除される27年以降ということになります。

以上が医療保険の関係です。

もう1つは資料1－3で介護保険の平成26年度保険料率に関する論点についてということでございます。

介護保険の保険料率は、都道府県単位ではありませんで全国一律ということになります。その決め方ですけれども、健康保険法自体に規定がございまして、単年度で収支が均衡するように介護納付金——この介護納付金の額は国からこれだけというふうに数字を言ってくるんですけれども、その金額を総報酬額の合計額で割り算したものを基準として定めると法定されてございます。実際の条文と計算式は参考1にお示ししたとおりでございまして、国庫補助を含まない介護納付金の額を2号被保険者の総報酬額総額の見込みで割ったものを基準として定めるということになります。

一番下にこれまでの保険料率の推移を参考2でお示ししています。24年度と25年度は同じ数字になっていまして、25年度は何とか凍結をしたということなんです。

25年度は凍結をしたとしても、結局70億円程度の赤字で済むと見込まれたということです。それ以前に、実はお金が若干、270億円程度たまっておりまして、結果的にはそれで何とかなりそうだとということで凍結をしたんですけれども、26年度は、その下に※で書いてありますが、26年度概算要求の段階で26年度の介護納付金が8,953億円で前年度と比べて711億円、8.6%増加するというところでございまして、この数字は最終的に年末の予算編成の段階で確定していくもので、今の段階ではまだ仮置き数字ではありますが、これだけ増加するとなると、標準報酬が伸びたとしても、やはり数百億円程度の赤字を見込まざるを得ない。そういったことであれば、健康保険法の規定に従って、介護保険料率については引き上げる方向で考えざるを得ないのではないかと考えてございます。

御説明は以上です。

○田中委員長：ありがとうございました。では、ただいまの説明について御意見、御質問がありましたらどうぞお願いいたします。森委員、どうぞ。

○森委員：今の資料1－3から、国の概算要求の介護納付金が8,953億円と前年比で711億円

ふえたということで、この趨勢はこれからもやはり介護納付金は増高していくと捉えたほうがよろしいでしょうか。

○企画部長：高齢化が進んでいる、しかも後期高齢者がふえていくということであれば、今制度改正で何とかその伸びを少しでも抑制しようという話ではありますけれども、やはり伸びていくということについては今後ともそういう状況だろうと考えております。

○森委員：そうすると、先ほど711億円ということで、これが恐らく将来的にまだどんどんふえていく。ということは、介護保険料率は、先ほどの計算式でやると、当然さらに上がっていく可能性が大きいと解釈してよろしゅうございますか。

○企画部長：できるだけ、制度改正も議論されておりますので、効率化、重点化に努めていただきたいと願っておりますけれども、それにしても伸びを抑制する程度にとどまるのではないかと考えてございます。

○森委員：通常から考えましたら、いわゆる高齢者がふえていく。当然、介護費用もふえていく。そうすると、それは裏返せば負担のほうがふえていくと解釈したほうが。ということはこの介護保険料率はこれからも、今1.55%が将来的に高くなっていくというふうに捉えておっていいでしょうか。

○企画部長：そのとおりだと思います。

○森委員：では資料1－1で、これは支部の方ももちろんそうですけれども、全国的にやはり中長期的に安定してほしいということがかねてからの御要望、しかも20%、そしていわゆる総報酬割あるいは高齢者の負担割合が1割から2割ということで今進んでおるものですから、ぜひともこれは保険料率が、支部の皆さん方も含めてそうなんですけれども、安定的に行くことが望ましいということで、この保険料率はもちろんそうですけれども、都道府県単位のものでもやはりそういう考え方で安定していくほうが望まし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。資料1－1は何とかでよいかと私たちに問かける形になっていますので、意見ををお願いします。今、森委員からお話をいただきました。次、埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員：意見を述べる前に1つだけ質問したいです。少しおさらいになります。平均保険料率10%を維持するということですが、これまで財政状況とこの10%を維持できる見込みを議論してきました。10%にする場合には単年度均衡に比べて幾ら取り崩さなければいけないのかということ。単年度均衡にすると、逆に言うと10.何%になるのかということ。そして、全て準備金を取り崩すと9.何%になるのか。財政状況と10%の位置づけを一旦確認してから意見を述べられたらと思います。

○田中委員長：をお願いします。

○企画部長：細かい財政試算はまだ行っていないんですけれども、最終的に、まさに今、埴岡委員おっしゃったとおりの、収入はこれだけあって給付費がこれだけの見通しでということをお示しした上で、そういった議論ができるかと思います。まだ試算は行っていないの

で、今おさらいというお話もありましたけれども、25年、26年までは10%維持でも何とかなるけれども、27年度の途中で準備金が底をついて赤字になるというのがこれまでの5年試算でございました。そういう意味で、25年、26年は何とかなるというので、じゃ、特例措置も2年は延長しようと。その後については、27年に医療保険制度改正の法案の提出を目指すということになっておりますので、そこで議論がされるだろうと思っております。

それから、取り崩しの金額も、そういった意味でまた財政試算をきっちりやったときにお示ししたいと思っておりますけれども、ことしは診療報酬改定の年ですので、診療報酬の改定率等によってかなり変わってくると思われますので、政府予算の決定ぐあいを見ながら、それを盛り込んだ財政試算をまた後にお示ししたいと思っております。

○埴岡委員：ありがとうございます。位置づけがわかりました。幾つかそういう要素が入ってくるので、それを見てからの試算になるということで、現時点ではまだ取り崩しが必要か必要でないか、あるいはどれぐらいになるかもまだ確定はできないということですね。わかりました。

10%の維持ということですが、先ほど森委員もおっしゃいましたが、財政的に何とかこれができそうだという状況にあるということと、やはり余り頻度高く改定するのは影響が非常に大きいということで、これまで議論してきたとおり、維持できるのであれば維持することが適切ではないかと思っております。10%を維持するのであれば、各都道府県の調整もそれをしてしまいますと保険料率がまた変わってしまいますので、調整を見送っていくということで、この原案どおりで進めるのが適切ではないかと私も思います。

○田中委員長：ありがとうございます。野田委員、お願いします。

○野田委員：ただいまの平均保険料率、そして都道府県単位の保険料率につきましては、この案に同意いたします。ただし、これから先を考えますと、いろんな厳しい面が予測されますので、中小企業の経営にもぜひ御配慮いただきながら進めていただければと思います。以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございます。石谷委員、お願いします。

○石谷委員：私も現行の保険料率を維持する方向でよいことについては、少なくとも維持はしていただきたいというのが本心でございます。各都道府県の料率も現状と同率で、26年度も維持していただきたいと願います。ただ、現状は非常に高い料率ですから、これでいいというものではありません。先ほど森委員もおっしゃいましたように、抜本的なところで継続して働きかけを行っていただき、より安定的な料率を確立し、保険料率を下げる事が望ましいと思います。差し当たっては現在維持ということで了解させていただきます。

○田中委員長：ありがとうございます。川端委員、どうぞ。

○川端委員：私も同じく、現在のところ大きな変化はありませんので、異議ございません。ただ、先ほど介護保険について今後どんどんと上がるであろうということで、高齢者がふえてきますので、私もその高齢者の1人ですけれども、介護保険の使い方について——といいますのは、どうしても必要な方はぜひ使っていただきたい。でも、中には介護保険を使わな

損やで、使いなというて余り使う必要のない人まで使っているような状況もあるように伺います。そういうところのチェックをやはりしていかなかったら、どんどん上がっていく。ちょっと足が悪いから家に洗濯に来てもらえ、掃除に来てもらえと、自分でも、周りの人でもできるのに、そういうふうな使い方をされる人もあるやに聞きますので、そういうチェックを今後何とかできる方法があれば、まだまだ抑えられるのではないかと考えますけれども、以上です。

○田中委員長：自立支援になっていないプランは厳しくチェックする。その主張は当然ですね。ありがとうございます。

よろしゅうございますか。では、基本的に資料1に問われている問いかけについてはこの方向が現在の経済情勢から見て妥当であるというまとめでよろしいかと存じます。

議題2. 平成25年度事業計画の実施状況について（平成25年11月現在）

議題3. 平成26年度事業計画素案（重点事項）について

○田中委員長：では、次の議題に移ります。次は、平成25年度事業計画の実施状況及び平成26年度事業計画素案（重点事項）について、事務局から資料が提出されています。両者は関連しますので、一括して説明をお願いします。

○企画部長：それでは、平成25年度事業計画の実施状況及び平成26年度事業計画についてということでございます。

資料2が平成25年度事業計画の25年11月現在、途中の経過報告的なものでございます。これは時間の関係もございまして、適宜御参照いただきながら、おおむね順調に進んでいるというふうに考えてございしますが、この進みぐあいを御参照いただきながら、次の資料3-1の、では26年度はどうするんだという事業計画の素案について御議論を願えればと思います。

資料3-1ですけれども、前回は骨子、目次みたいな形でお伺いしたものを、今回は重点事項の部分を文書でお示ししてございます。平成25年度と26年度を対比したような形になっております。変わった部分についてはアンダーラインを引いてございまして、そこを中心に御説明したいと思います。

まず、重点事項の1の保険運営の企画、(1)保険者機能の発揮の部分でございまして。保険者機能強化アクションプランを作成したわけですが、26年度についてはさらに充実強化を図っていきたいということでございます。特に政府が成長戦略あるいは健康・医療戦略といったところでデータヘルス計画を推進するというところでございまして、協会としても全ての支部でデータヘルス計画を26年度中に作成して、支部の実情に応じて疾病予防、健康増進といったことに努めてまいりたいと記載したいということでございます。

1枚めくっていただいて、2ページ目のところで、25年の計画では国民会議の議論が行わ

れるということでございましたので、そういったことで協会の主張を、意見を発信していくんだということを25年度は書いてございました。26年度につきましては、そこに書いてあります名前の法律、社会保障プログラム法と言われていますけれども、その法案の中で、医療保険制度改革については27年1月から始まる通常国会に法案を提出することを目指すと書いてあります。その中には、協会けんぽの国庫補助率の見直しでございますとか後期高齢者医療制度における全面総報酬割の導入といったことが項目として入っているということでございますので、やはり協会けんぽの財政基盤の強化、安定化の実現を初めとして、次期制度改正に向けた提言を行うなどして協会の主張を強力に発信するとともに、国、関係機関への働きかけを進めるということを記載してございます。

続きまして、同じページの下の方の(2)ですけれども、医療費適正化につきましても、データヘルスはそういった観点もございまして、この観点からもデータヘルス計画を進めていきたいということです。

(3)のジェネリック医薬品のところですが、軽減効果の通知サービスの対象範囲の拡大をしたい。それから、ジェネリック医薬品希望シール、これは保険証に貼っていただくものですけれども、そういったものの配布に力を入れていきたいということが書いてございます。

その下の(4)の調査研究の推進等は、昨年と同様に進めるんですが、1枚めくっていただいて、4ページの上の方になりますが、運営委員会での議論も踏まえまして、医療費分析等の研究を行う専任職員の設置を視野に、医療に関する情報の収集、分析、提供への組織的対応の強化を図っていきたいと考えてございます。それから、その研究の成果といったことについては、それを発表するための報告会を開催し、また、研究誌といった形でそれを広く発信していきたいということを考えてございます。

次に、(5)広報の推進のところですが、これも前回骨子でお諮りしましたが、協会としてやることはしっかりやっていくというんですが、やることをやっているということに加えて、やっていることを一般に広く理解していただく、広く広報していく、発信していくことが重要であろうということで、その辺に力を入れていきたいということが真ん中辺に新たに記載しています。それから、協会けんぽの存在感といいますか、取り組みを示すという意味で、地方自治体を初め各団体等といろんな健康セミナー等を共同開催するといったことにも取り組んでまいりたいということでございます。

5ページに行っていただいて、(6)の財政運営ですが、ここのアンダーラインを引いたところは、先ほども申し上げましたように、制度改革の議論の年であるということで、協会の主張を強力に発信するという趣旨のことが書いてございます。

続きまして、6ページを御覧いただきたいと思いますが、6ページからは、2、健康保険給付等という業務の関係になります。アンダーラインを幾つか引いてありますけれども、基本的には、取り組みを強化するとか強めるといった趣旨のことが書いてございます。

(1)のサービス向上のための取組のところは、基本論が書いてあって、お客様の意見、ニ

ーズを適切に把握して、サービスの改善や向上に努めていくということを強調しております。真ん中辺にちょっと削っている部分がございますが、これはお客様満足度の関係で、調査結果によると97%が満足していただいている。そういったところまで来ておりますので、調査は継続しますけれども、目標指標を検証指標のほうにするという考え方で、このところの記載は削っているということでございます。

同じページの一番下、(2)高額療養費制度の周知ということですが、高額療養費制度は、現在見直し、所得に応じて3段階の区分をさらに細かい区分にしようという方向の議論が行われております。それが平成26年度中に実施されるということでございますので、ぜひしっかり使っていただくように、その改正内容の周知に努めていきたいということを記載してございます。

あとのアンダーライン部分は、表現を改めたり、あるいはしっかり強化していきたいといった趣旨で幾つか改正をしてございます。

めくっていただいて、8ページ目ですけれども、(6)傷病手当金・出産手当金不正請求の防止については、先般の健康保険法改正で給付に関する調査権が協会に与えられましたので、それをしっかり活用するということを記載してございます。

それからその下、(7)、昨今は海外療養費の不正受給が問題になっておりますので、この申請については重点的に審査を実施したいということでございます。

その下の(8)、レセプト点検につきましても強化をしてきたい。自動点検のシステムを活用して効率的な点検をする、あるいは点検業務の外部委託の実施支部を拡大するということを考えてございます。

それから(9)、資格喪失後受診等による債権の発生防止のための被保険者証の回収強化につきましても、しっかり強化をする。回収業務の外部委託の実施の拡大を図るということを記載してございます。

次に、めくっていただきまして、10ページになりますが、(11)の健康保険委員のところです。前回、骨子の段階では活動強化を前に出すんだというお話をしましたけれども、具体的な記載として、相談や助言に加えて、健康保険事業の運営やサービスへの意見の発信、協会が管掌する健康保険事業の推進等に御協力をいただいて、より一層結びつきを強めていきたいといったことを記載したいということでございます。

11ページからは、3、保健事業になります。

ここは最初のところに、しっかりデータを使って各支部でデータヘルス計画を作成して、効果的な保健事業を実施していきたいということでございます。

それから(2)のところですが、特定健康診査と特定保健指導の推進ということで事業所健康度診断、その事業所の状況をお示して、昨今、健康経営ということも言われておりますので、通称事業所カルテの活用によって、そういったことを進めていきたい。あるいは保健指導の受け入れをお願いしていきたいということでございます。12ページを御覧いただきたいと思いますが、特定健診の強化、市町村のがん検診との連携強化は当然今後

とも進めるとして、場合によっては協会主催の集団健診といったことの実施も考えたいということでございます。それから、データを使いながらということがその下のところに書いてございます。

13ページからは、4、組織運営及び業務改革です。

(1)業務・システムの刷新に関しては、ここは文章で書いてありますけれども、後ほど、資料3-2という別の資料を用意してございますので、そちらで御説明をさせていただきます。

14ページ、15ページは組織管理的なことが書いてございますけれども、ここのところは特段の変更はございません。

続きまして、資料3-2、業務・システムの刷新について御説明をさせていただきます。

めくっていただきまして、まず1の概略スケジュールでございますけれども、新しいシステムは平成27年1月、だから26年度中に稼働開始をするということございまして、それに向けて24年度から段階的に設計と構築を進めてきてございます。24年度、25年度で、その下に基盤導入業務とかアプリケーション設計・開発業務、そのアプリケーションも4つに分かれておりますけれども、それが順次基本設計から詳細設計、さらに製造へと移ってきているということです。26年度はいよいよ新システムの総仕上げということになりまして、各種テストを実施して、運用保守管理体制を整備するということです。さらに、サービスイン後は、新しく稼働した後は、早期定着を図るという段取りになります。

次のページですけれども、それを扱う職員についてどうするんだということを運営委員でも御指摘がございましたけれども、本部、支部、それぞれにプロジェクトチームをつくりまして、業務マニュアルをしっかりとつくるということで、新しいマニュアルの作成を開始してございます。それは本部だけでなく支部の意見も反映しながらマニュアルをつくっていくということにしてございます。それから、研修計画等を立てまして、机上研修、新しい端末を使つての研修ということを実施していった、サービスインに備えます。サービスイン後はヘルプデスクを設置して、一刻も早い定着を目指すということでございます。こういった内容を先ほど御覧いただいた事業計画素案の冊子の部分に記載しております。

御説明は以上です。

○田中委員長：ありがとうございました。では、同じく、今説明いただきました資料2、3について、御質問、御意見がありましたらお願いします。埴岡委員がかねてから言っておられた研究に取り組む、研究員を置いて研究誌を発行すると、ついに事業計画に書かれるところまで来ましたね。御感想を。

○埴岡委員：ここで感想を求められるとは、完全に予想していなかったです。

まず、感謝申し上げます。前回の議論を受けて、「専任職員の設置を視野に」と書いていただきました。ただ、「視野に」という表現で検討するという感じになっていますが、置くという意味での検討だというふうに理解しております。

それから、ここに関して、言外に含まれているのだと思うのですが、せっかくなので、これを設置していただいたらそれをどのように活用するのかということがあると思います。少しそのイメージを述べます。ここに「医療費分析等の研究を行う」と「等」とありますが、ここはやはり協会けんぽが考えている医療の質とアクセスとコスト全般であるということ。医療の質に関しても、いわゆるオーバークラス、アンダークラス、ミスクラス、つまり、ある医療行為が平均より乖離して余計に使われているとか、本来なされる医療がなされていないとか、あるいはその患者さんに使われるべきではないものが使われているといったようなことも、言えるようになるとイメージします。

もう1つは、協会けんぽが持っているレセプトデータ等のデータにプラスして、外にある医療資源の分布などと突き合わせて、最近ビッグデータ分析みたいなことを言いますけれども、そういう発想も含めて網羅的に何か意味が見出せるかどうかということがあるかと思っています。ステップ・バイ・ステップのところはあるかと思っていますけれども、だんだん高めていただければと思います。

そういう意味で言いますと、本年度の実施状況の資料を見ておりましたが少しそれに絡んだ動きが出ています。例えば胆管がんの研究に関してデータ抽出を行ったとか、不正受給があるかもしれないようなスポットを見るなどされていらっしゃると思います。こういうものを問題が認識されてから出すのではなくて、理念的には全体を定期検索して、そういうものが抽出されるようにできればいいと思いました。大きな一歩ですので、ぜひ前に進めていただければと思います。感謝をいたします。

マイクを持ちましたので、事業計画に関してそのほかのことも、意見を言ってしまうます。三、四点ありますが、今1つは述べました。

1 ページ目の保険者機能の発揮のところで、冒頭、アクションプランが書いてあって、それから代表的例としてデータヘルスへの対応というものが書いてあります。ここは先ほど言ったことと繰り返しくなりませんが、保険者機能といった場合、いわゆる予防とか早期介入だけではなくて、現に行われている医療についての質、アクセス、コストもありますので、もう少し前広な書き方があってから、幾つか例示として今書かれているようなことが書かれるという形になってもいいのかなと思いました。

2 点目の専任職員の設置に関しては述べましたので省きまして、もう1つお伺いしたいのがシステムのことです。13ページにシステムの刷新が書いてあります。巨大システムの移行ということで、大プロジェクトであり、これは滞りなくやるということ自体非常に大変で難しい業務だとは認識しております。ただ、何のためにやっているかというところが実は書いてありません。移行作業に対応するとは書いてありますが、効率化を狙っているのか、労力の軽減を狙っているのか、サービスの向上を狙っているのか、書かれていません。その辺も書き方を検討したらいいのかなと思いました。

最後に1つ。システムのところに何のためにというのが書いていないと指摘しましたが、全ての項目を読むと、ほとんどのところに何のためにということが書いていないということ

に今気がつきました。いわゆるそれぞれの業務には業務目的とか施策目的があると思います。書き方として、何々のために何をするというふうに書いておくと、おのずと目的達成型の動きになってくると思うんです。

そういう意味で言うと、この事業計画をつくる際に企画幹部の中でまずロジックモデルをつくってから文言に落とすというのがお勧めです。最初から、業務を洗い出して、その業務のやり方を活動として書いていくと、何をするかという手段中心の記載になると思うんです。そうではなく、まず基本のロジックモデルをつくっておいて、協会けんぽが医療の質に関しては何を指す、コストに関しては何を指す、それがどうつながっていったって、それぞれの書いてある事業がその中のどこを担っているのか組み立てるということです。背景にロジックモデルがあって、文章に起こす。文章に起こすときにそれぞれの段落のところで、何のために何をするというかたちで「何のために」を必ず入れる形にしておく。そうすると、その後、業務を追っかけるのが楽になりますし、組織全体に成果達成意識が高まっていくのではないかと。気づきがありましたので、それを申し上げておきます。

長くなりました。以上です。

○田中委員長：アドバイスをありがとうございました。また、急な指名にもかかわらず調査研究についてお答えいただきました。ほかの点で、どうぞアドバイスや御質問、御意見を。どうぞ、森委員。

○森委員：まずもって、11月までのそれぞれの今年度の事業概要をお聞きしまして、大変御苦労さまでございます。

まず最初に大野理事に、これまで進めてこられた業務刷新のいわゆる新しいシステムにつきまして、途中の段階でアプリケーションの問題がいろいろありましたけれども、しかし、ここまで来られてあと一歩、残すところ再来年の1月ということですので、ぜひとも最後まで十分きちとしたシステムになるようにお願いをしたい。

そして、あわせて、先ほども埴岡委員がおっしゃいましたように、やはりこれを使う人がどれだけきちとやれるか。当然研修の期間あるいは研修の人数等、それぞれ計画をしていらっしゃると思いますけれども、同じ情報をみんなが共通して使えるような仕組みにできないと、破綻があつては大変なことになりますので、その辺は大丈夫でしょうか。まずその辺のことをちょっとお聞きします。

○大野理事　ありがとうございます。同じ情報を共通して47の支部がきちと使えるようにという御指摘、全く私も同じ思いでございます。資料3-2の3ページに来年度の新しい業務のやり方、あるいはそのシステムの使い方の習熟度を高めていく取り組みの概要を御説明させていただきましたけれども、これが全体の大きな流れでございまして、この流れに沿ってそれぞれの研修がより実効性の上がるものになるようにしっかり取り組みを進めていきたいと考えております。

○森委員：それからもう1つ、済みませんが、理事長さんを初め国等のいろんな審議会等で御発言をして、先ほどの1ページと2ページのところ、それとあわせて5ページにもござい

ました。通常国会での法律に向けて、私は恐らく26年度に入ってからと思いますけれども、恐らく前半、いわゆる半期の間がある面でまた積極的な展開をしていって、あるいはそのときには、先般全国の各支部にお願いをした署名活動のようなことも含めて、やはり通常国会で、かねてからこちらのほうとして希望しておるそれぞれのことが実現可能な展開をしていくことが、最終的には各支部の皆さん方が長期的な、いわゆる保険の料率を含めたいろんなことができるのだという願いにかなうのではないかと思います。その辺のことをぜひ、来年度の計画の中でどういうように展開していく、そのためには支部の方にもお願いをしなければいけないことがいろいろあると思いますので、よろしくひとつ、そのことだけ特にお願いしたいと思います。

○田中委員長：花井代理、お願いします。

○花井代理：ありがとうございます。高橋の代理で出席させていただきました花井と申します。よろしくお願いいたします。

私のほうからは、意見ですが、2ページのところに関連いたしまして、真ん中より上ですが、「医療政策・介護政策の立案に積極的に参加し」とあります。プログラム法に盛り込まれております国民健康保険の保険者が今度都道府県になるという方向性が示されているということ。それから、医療提供体制の改革の中で、病床、病院機能の報告制度ができて、それを受けて地域医療ビジョンを策定する、医療計画を県が策定している等々、これから県の役割、権限が非常に重要になってくるのではないかと思います。その医療提供体制のさまざまなあり方に関しまして、私はずっと保険者がもっと積極的に参画すべきではないかと思っております。

そういう意味で、今、47の都道府県に医療審議会等々が設置されているかと思いますが、そこに保険者の参加が非常に少ない、あるいは被保険者の参加も少ないのではないかと見ておりまして、今後、ぜひとも協会けんぽとして積極的に参画していくようなメッセージを発信していただきたいと思います。意見でございます。

○田中委員長：ありがとうございました。野田委員、どうぞ。

○野田委員：先日、熊本支部主催の講演会で、「健康経営」というテーマで講演がありました。地元からも、中小企業の経営者、事業所の保険委員の人たちが参加して、人数も多く集まりました。そのときに思いましたのが、中小企業の場合は限られた人数の従業員でいかに生産性を高めるかということで経営しておりますので、例えば収益があがるところに目が向きがちで経営をしているところが結構あります。しかしながら、従業員の健康、経営者の健康があって初めてものづくりでもいろんなことが展開できるのだと思います。このように予防保健は経営の基盤をなす分野でありますから、講演会とかセミナーをどんどん展開していただければ、結果的に生産性の向上につながっていく部分もあるのではないかと感じたところ です。

それからもう1点は、26年度の計画あるいは25年度の進捗状況の説明がありました。単年度の数字も大事ですが、3年、5年の中長期的な計画の中で、25年度の進捗はどうかと

いうところも、数値化してある部分については非常にわかりやすいと思いますので、中長期的な視点から全体を俯瞰するようなわかりやすい資料も用意していただければ、非常にありがたいと思います。

以上でございます。

○田中委員長：いずれも貴重なアドバイスですね。ありがとうございます。中村委員、お願いします。

○中村委員：業務・システム刷新についての、意見か質問かちょっとわからないんですが、この2枚の資料で読み取れなかったところがあります。まず、コストのことで、費用対効果がどうなるのか。それから、このシステムを進めていって具体的な業務がどんなふうに変わっていくのかというのがちょっとよくわかりません。それから、最終的な被保険者にどんなメリットが出てくるのか。この導入システムを見ますと、27年までに相当なボリュームがありまして、システムを早く定着させるにも相当なコストもかかると思うんですが、最終目的がちょっとこの2枚では読み取れませんでしたので、教えていただければありがたいと思います。

○田中委員長：大野理事、お願いします。

○大野理事：ただいまの中村委員の御質問にお答えしたいと思います。実は今回のこの2枚の資料は26年度の事業計画を御説明させていただくことを目的に用意いたしました。ご指摘の費用対効果、あるいは業務・システムの刷新が何を目指していて、そのことによって支部の業務、協会の業務がどう変わるかにつきましては、これまで何回かこの運営委員会の場でも報告をさせていただいたことがございました。申しわけありませんが、本日はこちらの2枚だけを用意させていただきました。

○中村委員：申しわけありません。了解いたしました。

○田中委員長：新しい運営委員の方には、また別途、これまでの推移をお伝えするような機会をつくってください。

○大野理事：はい。今、委員長御指摘のとおり、別途御説明させていただければと思います。よろしく願いいたします。

○高橋理事：大枠のお話をさせていただけば、机上に今までの運営委員会の資料がありまして、大変分厚くて恐縮ですが、その第48回の中に平成24年度の事業報告書が入っています。これの123ページを御覧いただきますと、私どもの財政の支出の構造が載っています。支出構造というのは、要は協会としての活動です。8兆円の使い道、それと協会の職員2,100人がそれぞれの活動にどう張りついているかを示しています。円グラフが財政の支出で、上のほうの横棒が職員の張りつき状況です。端的に申し上げますと、私どもの協会は、全体では8兆円の支出で、自分たちの中で、加入者の中で使っている医療費は4.2兆円、高齢者医療制度への拠出金は3.2兆円で約4割です。

私どもの活動としては、この協会をつくった目的は、自分たちの医療費と、それから将来自分たちになるであろう高齢者の医療費を今からどうやってできるだけうまくやっていく

か、どうやってコントロールしていくか、そこがポイントです。

では、今いる職員の活動状況はどうかと言いますと、その上の横棒で御覧いただきますとわかるとおり、実際に2,100人いるうち半分が実は業務グループと言われるところにはりついていて、下の財政活動から見ますと、現金給付0.5兆円、支出で言いますと6.1%にこの半分の人間がとられています。これは、傷病手当金、出産手当金、高額療養費などの現金給付の審査、支払に人がとられているということです。加入者の方々から年間200万件、細かい給付はもっとありますけれども、重立った給付は200万件出てきますが、それを申請が出てきて処理する、つまり受け付けて審査して支払う、ある意味では待ちの業務ですね。その業務に半分の人間がとられています。実は今回の刷新は、この部分がかなり紙が中心になっていて、今持っているシステム自体も、どちらかというとシステムの中で自動的にどんどん処理をするというよりは、人間が全部動かしていて、紙で一旦出して、それからまた入力するというシステムなものですから、ここに物すごく手がとられている。

方向として、全体の支出の5割を占める自分たちの医療費、あるいは将来の医療費である拠出金をどうするか、そこの活動に本当はもっとエネルギーを使いたいんですけども、現実にはこの現金給付の5,000億円の部分に物すごく精力をとられている。ですから、ここのシステム刷新をやって、職員の持っている力をもっと別のところに持って行って、本来の私どもの発足した趣旨に沿った、医療費をどうするかといった活動にマンパワーを使いたいということが、今回の刷新の最終目的です。目の前の効率化とかそういう話はありませんけれども、最終目的は、今あるマンパワーをどうやって本来の保険者のこれからの活動に使っていくかが狙い目ですので、そこをひとつ御理解賜りたいと思います。

○中村委員：ありがとうございました。

○田中委員長：埴岡委員。

○埴岡委員：先ほどの花井代理の御意見に全面賛成と一言申し上げたいです。2025年の医療の姿がこの間の国民会議の報告書でも出されました。現状とあるべき姿がすごくギャップが大きくて、めり張りのある提供体制への改革をしていくのが、これまでのスピードだととても追いつかないと思われます。花井代理がおっしゃったとおり、保険者がそのあり方に関して意見を言って、また、加入者、医療消費者と連携できるところは連携して行って、意見が合わせられるところは合わせていく。各地で地域医療のビジョンを描いてもなかなか総論賛成各論反対となり、実際物事が動かない部分が出てくると思います。そこは保険者の機能を発揮して、言うべきことを言って、あるべき改革、やるべきことはやっていただく。そういう流れだと私も理解をしておりますので、花井代理のおっしゃったことは本当に大事だと思いました。

○田中委員長：貝谷理事、お願いします。

○貝谷理事：ありがとうございます。今、花井代理あるいは埴岡委員からの都道府県行政、これは医療行政に責任を持って進めている行政と協会けんぽとの関係をより深めていくことによって地域の医療そのものをよくしていこうという意味での御意見だったと思います。

資料３－１をもう１回確認しますと、２ページの中ほど、上から３段落目のところに都道府県の政策関係部局を初め地方公共団体に対して提言を行うという箇所がございます。先ほど引用されました３行目に医療政策なり介護政策の立案段階から参画していくという記載がありますが、これが大事だというふうに私も思っております。これは実は新規ではなくて、右のほうを御覧いただきますと、もう既に今年度の事業計画の中でもこういう取り組みをしております。これまでこの運営委員会でも、埴岡委員を初め再三御指摘をいただいております。この点はこのアクションプランの非常に重要な項目だと思っております。ただ、現状からいきますと、まだそこは不十分でありますので、ここは我々からも各支部を督励して、極力行政当局とのパートナーシップを深めるような方向で、様々な取り組みをやってほしいということを今お願いしています。

しかしながら、いきなり医療計画の策定のための委員会に入ということは、なかなか現実問題、とても難しい面もあります。国保の保険者さんに入っている中で、被用者保険としてどうやって入っていくかということ。やっぱりお互いに信頼関係を深めていくことも大事なので、そういう医療政策に直にということも大事ですが、あわせて周辺といいますか、健康づくりでありますとか、保健事業という面での連携を深めながら行く。具体的に申し上げますと、もう10を超える支部で地元の行政、これは県もありますし、地元の市町村もありますが、そこと健康づくりなどの包括的な協定を結ぶ動きが急速に高まってきておりますので、そういう包括的な協定を首長さんと支部長が結ぶことで信頼関係をつくって、それを基礎にさらにもう１つステップアップして、医療計画についての発言をしていく。こういう流れが現場のほうから見ると現実的だなと思っております。今、花井代理からもそういう、ある意味ではもっとやるようにということでございますので、埴岡委員からのこれまでの御指摘も踏まえて、ぜひこれは強力に進めていきたいと思っております。

○田中委員長：的確なルートとステップを踏んで、着実に進んでください。

議題4. その他

○田中委員長：資料４と５についてであります。時間の関係でこれは省略させていただきます。毎回出てきますそれぞれが非常に貴重な資料です。後で御覧ください。せっかく支部議長がおいでになっていきますので、後半の時間は議長の方々との討論に充てることにいたします。

ここからは支部の評議会での議論の状況などについて、山形、長野、高知の３つの評議会議長との意見交換を行います。

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：最初に各支部から、１支部当たり15分程度で御説明をお願いしたいと思います。お手元には３支部の概要をまとめ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：最初に、山形支部評議会議長より、説明をお願いいたします。

○北野議長：山形支部の北野でございます。時間も限られておりますので、早速説明に入りたいと思います。

一番最初の1ページを見ていただきますと、山形支部における評議会での主な意見を列挙したものでございます。

1番目から4番目は、本日の議題1になっておりました保険料率につきまして、これは支部評議会の大きな機能でありますので、ここで種々の意見が出てございます。見ていただければわかりますように、山形支部の総体の意見としましては、保険料率を各都道府県で異なっているということに対して一定の疑問が呈されております。そこで、そこに書いてあるような意見になるわけであります。

まず、保険料率につきましては、きょうも御議論いただきましたように、この10%を一つのデッドラインというふうな感覚で捉えておるところでございます。そしてまた、この保険料率につきましては、それぞれの支部がそれぞれ固有、特有の問題等を持っておりまして、そのような環境の違うところから出てくる数字をインセンティブとして用いることについてはいかがなものかという感覚で評議会のほうは見ておるところでございます。

さらに、国庫補助についてでありますけれども、加入者の負担は10%のところからデッドラインと考えているということは、限界であると考えておりますので、国庫補助の20%実現を強く求めていくものであるということでございます。

それから、準備金等につきましても、これはその年度年度の調整をしていかなければならない原資となるものでありますので、一定程度の確保は、継続的な事業という観点から見れば当然のことであろうと考えてございます。

そして、激変緩和措置につきましては、法律で決められておりまして、したがって、やっていくということになるかと思いますが、やはり穏やかな調整幅を適切に設定してほしいというのが希望でございます。ちなみに山形支部は、保険料率で言えば大体下から、低いほうから10数番目から4番目あたりをうろちょろしている支部でございますが、全国的に見てバランスのとれたものをお願いしたいということでもあります。

それから、評議会の運営についてでございますが、評議会につきましては、評議員の中ではほとんど裁量がないのではないかと、議論の意味はどこにあるのかというかなり批判的な意見も出てきておるわけではあります。もう少し支部の評議会に裁量があってもよいのではないかとこのところでもあります。もちろんその裁量は認められておるわけではあります。何か固有の事業をしようとした場合には保険料率にはね返るという面を見ますと、はね返ったものにつきましてはかなり即効的な効果が求められる面がございます。ちょっと縛られている部分が強いかなという感覚を持っているところでもあります。

それから、本部への要望でございますが、本部は支部に対してもっと積極的に問題提起をしてもらったほうがいいのではないかと、それに支部が応えていくような形での運営の面はあ

るのではないかと。さらに、本部のほうでも支部のレスポンスに対しまして一緒に考えていくような形をとっていただければどうかというのが意見でございます。

そしてまた、全体としましては、山形県は、きょうおいでの高知県も同じだと思いますが、年1%を超える人口減少に見舞われております。急速に社会の縮小が現実のものとなっております地域であります。そこで、いろんなことを議論する場合におきまして、例えば医療費全体が40兆円に迫っていかうとしておる。そしてGDPのほうはこれから人口縮小とともに落ちていく。こういう中で本当に国として医療費をどういうふうにコントロールし、適正化していくかといった大きな議論がなければ、先行きの見えない議論をしなければならないんじゃないかという不安があるということでございます。

そして、具体的な取り組みにつきましては、本部のほうから提出されております事業計画に従って行っておるという面が多いわけではあります。まず、この保険者機能の発揮というところで情報の収集、分析、提供につきましては日常的な業務として行っておると言えるところでございます。2番目の加入者との距離を縮める取り組みという点につきましても、これは後から説明いたしますが、積極的に推進しております。保険者機能の強化、アクションプランの具体化で種々のプラン、これも後から説明いたしますが、積極的に推進しておるところでございます。

特に最初に説明したいのは、保健事業の効果的な推進でございます。山形県におきましては、ジェネリック医薬品の使用促進を1つのポイントとして、この点を進めておるところであります。出てきた成果は全国的に見ますと、2ページに掲げられておりますように、4位、5位あたりでまずまずの成果は出ておるわけではあります。こういう取り組みは永続的に地道にやっていくことによってじりじりと成果は出てくるという性質のものでありますので、数字もそれをあらわしておるかと思っております。今後もう少し、特に高齢者医療の部分が多いので、ジェネリック医薬品の使用促進はもう少し進めるべき問題ということで、積極的に取り組んでいきたいと考えておるところであります。

3ページを御覧いただきますと、保健事業でございます。

健診の実施につきましては、非常に積極的に支部としても活動しておりまして、かなり高い数字を出しております。ただ、これは次に出てきます保健指導と結びつけて考えなければならないところでありまして、この数字を高めることは、次の保健指導へつなぐことによって医療費の抑制へとつないでいって、さらに健康な社会の構築につないでいけるものかどうかで、この面につきましても今後とも進めていきたいと考えております。

さらに、事業者健診のデータの提供につきましては、県と連名の文書を加えて、労働局名による協力文書を同封の上、この文書を発出するという形でデータ提供を促進しておるところでございます。さらに、事業所に対しまして同意書獲得のために訪問をして勧奨を実施しておりまして、その成果が出てきておるところかと考えております。

被扶養者の健診につきましては、山形県はかなり高い数字を出しておりますが、年度によって少しばらつきがあるのと、全体的には高まっておる傾向がやや伸び悩みという点もあり

ますので、今後もさらに積極的に進めていきたいと考えております。

次の保健指導実施状況でございますが、4ページを御覧いただきたいと思います。

被保険者の特定保健指導につきましては、初回面接は保健師が行って、継続支援と評価は支援業務を主とします栄養管理士が行うリレー方式で実施しております。そして、ITを活用した特定保健指導の利用を促進しておるところであります。さらに、トップセールスによりまして特定保健指導の利用勧奨を行っておりますが、この数字を見ていただきますと、被保険者のところでは徐々に順位を上げてきておりますが、まだまだこれから頑張らなければならない点があると考えてございます。

被扶養者につきましては、健診のところと同じように結構いい数字は出ておるわけですが、23年度につきましてはどちらもかなり順位を落としております。これは原因がはっきりしないんですが、震災のあった年だということも影響しているかと思っております。今後、健診機関と定期的に綿密な打ち合わせを行いまして、特定保健指導の実施にさらに結びつけていきたいと考えております。

そして、県との関連、先ほどからも議論は、先ほどからも議論に出ておりますように、県がこの健康保険事業につきまして非常に大きなウエートを占めてくるというところでございますが、山形県との間に健康づくり推進に向けた包括的連携に関する覚書を締結いたしました。その実施目的は、山形県と全国健康保険協会山形支部が書面による覚書を交わすことによりまして、県民の健康づくりの推進に向けた取り組みを通じて健康長寿やまがたの実現を図ることを目的とするというものでございます。

そして、連携内容は、そこに書いてありますように、特定健康診査及びがん検診の受診促進に関すること、健康づくり対策の推進に関すること、定期的な情報交換に関すること、その他、目的を達成するために必要な事項に関すること。今後特に重要になってくるのは、この4番目の項目をいかに充実させ、膨らませていくかというところにかかってくるかと思えます。

ただ、山形県のほうでは、ちょっとほかの県と違しまして、第6次山形県保健医療計画と、別個に健康やまがた安心プランという2つのプロジェクトが平行しており、支部といたしましても距離のとり方がちょっと難しいところがございますが、今後さらに積極的にコミットしていきたいと考えてございます。

それから、6ページを見ていただきますと、これは平成25年度より実施しておる連携事業でございます。

県との間で共同広報、これは協会広報誌への記事提供等あるいは協会提供ラジオへの出演等を行うことによって、これからも広報という形での保険者との距離を縮めるという点におきましても共同してやっていこうというところでございます。

それから、山形県で実施している禁煙ステッカー事業についての協力連携であります。これはきょう配られております各支部のデータを見ていただきますと、山形県はかなり喫煙率の高い県でございまして、ここも今後力を入れていきたいところでございます。

がんの予防啓発イベントの協力連携につきましては、特に山形県はがんにつきまして積極的に取り組んでいこうという姿勢を示しておりまして、また、山形大学医学部附属病院もその中核病院として積極的に関与しておるところでございますが、小児がんのチャリティーコンサート、あるいはやまがたピンクリボンフェスタ等につきましても協会支部が積極的に参加して、こちらのほうにもコミットしていこうと考えてございます。

それから、山形県の保健所で実施しております職員出向講座の協力連携ということで、こういった地域連携につきましても参加していくことによりまして、支部のオリエンテーションを高めていきたいと考えております。

事業所健診データ取得につきまして、先ほども申し上げましたように、県と連名で文書を発出いたしまして、データの取得を拡大していくことによって、より正確な実情把握と将来への展望をつくっていききたいと考えてございます。

さらに、健康経営セミナーの共同開催も連携して行うことになりまして、12月5日に予定しておるところでございます。

全体的に見まして山形支部は、非常に地味であります、堅実な運営をされておると評議会でも評価しておるところでございます。それは本部のほうでも把握されております数字の上にあらわれているものと認識をしております。

山形支部からは以上でございます。

○田中委員長：北野議長、ありがとうございました。

続きまして、長野支部評議会議長より、説明をお願いいたします。

○長瀬議長：長野支部の長瀬でございます。今回は、このような意見を表明する機会をいただきまして、どうもありがとうございます。感謝申し上げます。

先ほど山形県の議長様がおっしゃいましたけれども、時あたかも国民会議の報告を受けまして、長期的な医療制度と社会保障の改革が議論されておりますから、この点でも協会が積極的に役割を果たしていただくことを期待しております。

それから、準備金と国庫補助金でございますが、準備金はやはり一定程度あったほうが安心はできるということで、この2年以内に全部取り崩してしまうということに関しては、私どもの支部でもかなり慎重な意見が出ておりました。国庫補助率20%、これは政治的な問題ではございますけれども、ぜひ実現をしていただきたいと存じます。さて、協会けんぽの設立以降、私ども長野県の保険料率は全国47都道府県の中で最も低い値で推移してまいりました。このことは私どもの先輩方、長野県民がこれまで健康増進のために先進的な取り組みをしてきた地道な努力の成果だと認識しております。例えば、戦後間もなく旧八千穂村で地元医療機関と連携をとり開始しました村民の健康診断事業、不足している地域の保健師をサポートするために県内全町村で組織されました保健補導員の活躍、それから全県民を挙げて取り組んでまいりました減塩運動など、県民、自治体、医療機関が他の都道府県に先駆けて

取り組んできた努力の成果であろうと自負しております。したがって、長野支部評議会の前身でございます健康保険事業に関する懇談会においても、協会けんぽを設立する趣旨でありました、都道府県単位における健康保険料率を設定し、お互いに加入者の健康づくりについて積極的な努力を切磋琢磨するという、そういった基本的な発想に賛同していたと認識しております。

しかしながら、協会けんぽの設立以後、保険料改定のプロセスを見るにつけ、数理的な計算により算定される保険料率が比較的平均的に適用されることの結果、協会けんぽの発足時に全国一律で設定された保険料率を大きく上回ってしまう支部が発生することを理由に激変緩和が強力に推し進められております。この激変緩和措置も、先ほどのお話でありますと、さらに2年間延長されるということでございますから、それを考えますと、各支部の努力が必ずしも保険料率あるいは医療費を抑える方向に動いているかどうかということに関して甚だ深い疑問を感じます。この点は、先ほど委員の方々からお話がありましたけれども、医療機関や医療政策についても保険者として積極的に携わることで、改善が認められるかもしれません。

ただ、現状におきまして、激変緩和措置をそのまま適用するという点に関しては非常に懐疑的でございます。長野支部が拠出する金額は毎年約50億円になりますけれども、長野県の加入者の標準報酬月額が全国都道府県の中で決して高い位置にあるわけではございません。拠出金の額は極めて高額でございます。まして長野県は、中小企業が、特に製造業では大企業の下請が多くございます。こちらでも空洞化が進んでおります。中小企業の空洞化に健康保険の保険料率が、影響を及ぼすのではないかとということも危惧されます。

と申しましても、本来の保険料率を適用することで、保険料率が大幅に上昇する可能性のある支部が存在することも認識しておりますから、長野県だけがわがままを申すわけにはいきません。この点については認識しておりますが、ぜひとも御考慮いただきまして、医療費を実質的に下げるためにはある程度の格差があることを前提にして、高い保険料率のあるところはそれなりの努力をしてもらう、そういうことも必要になってくるのではないかと考えております。自助と共助、それから公助のバランスをどのように考えるかは難しいところでございますけれども、私ども長野県は実力以上に共助に取り組んで貢献しているのではないかと認識しております。

次に、長野支部の具体的な保健事業についてお話をさせていただきます。長野支部は、これまで本部の戦略に沿って、特定健康診査、それから特定保健指導を中心に保健事業を展開してまいりました。健康診断の受診率は全国平均を若干上回る程度でございますけれども、保健指導実績率は全国の上位に位置してございます。特保に関しては、協会けんぽの中心戦略として引き続き大きな力を入れていく予定でございます。今回は、長野支部が最近力を入れて今後も展開を予定しているものについて若干の紹介をさせていただきます。

先ほど山形支部のほうからもお話がありましたけれども、ジェネリック医療促進会議あるいはグレードアップなご21などといった、市町村、それから県が協力して、保険者が主催

する十数の会議に参加してございまして、そこで情報交換や意見具申を行っております。添付しました参考書類の中には、これらに出席する際に作成したものを入れてございます。個々の資料について説明いたしません、適宜御覧いただければと思います。

協会けんぽがさまざまなエビデンスを通じて収集したデータや分析結果をこれらの会議等で発言して積極的な役割を果たしていくということは、具体的な施策の面でも手応えを感じていることでございます。1つの例としては、長野県の10医療圏の1つに上伊那医療圏というものがございます。この医療圏に属する各市町村は、これまでも協会けんぽに対して好意的な対応をしていただいておりますし、評議員の方も積極的に発言して協力していただいているところでございます。ここでは、市町村における協会けんぽ加入者の状況を説明しながら連携の強化を訴える。その過程でメンタルヘルスセミナー開催への支援を快く承諾していただいただけではなく、1つの自治体からは、協会けんぽの被扶養者に対する特定保健指導実施も提案していただきました。これらについては、私どものデータや相互の情報交換が基本的には市町村や県の施策の中にも反映されたものだと考えています。

また、メンタルヘルスセミナーについて具体的に申し上げれば、10月以降、県内3カ所で実施しましたところでありますけれども、これらについては、各地の市町村について協賛をいただきましたし、合計して500名近い参加者を集めることができました。講演後に活発な意見交換も行うことができました。これらのことは保健、医療にかかわらず、住民の方々、特に被保険者の方々の意識を高めることについて、大きく貢献していることと思います。

加入者の健康増進や医療費の適正化の観点からも地域との連携は不可欠だと考えておりますけれども、長野県は平成の市町村合併を経験しても、まだ77の市町村が存在してございます。この77のうちには、1,000人に満たない住民規模から40万人近い住民規模まで大小さまざまな自治体で構成されております。ですが、総じて規模の小さい自治体が多うございます。これらの比較的小さい自治体は保険財政が極めて脆弱でありまして、危機感が強く、これらの市町村と協会けんぽが連携を強めることは必須の事業だと考えてございます。両方が実現可能なレベルでの具体的な事業を通じてウイン・ウインの関係を築くことが今後の鍵だと感じてございます。

先ほどから話にございましたけれども、国が時あたかもデータヘルス計画を打ち出してございます。データの分析に基づく事業展開により、加入者の健康増進や医療費の適正化が進み、説明力、説得力の強化につながるだけでなく、あるいは積極的に行政にかかわっていく、そういった道を開くものと期待されております。このような観点から見ましても、協会けんぽは宝の山を抱えているのではないかと考えてございます。今後、諸般の課題を解決するに当たり、協会けんぽの持っている膨大なデータが適切な医療政策あるいは社会保障に反映されることを期待しております。

先ほどお話を伺いましたところ、システム開発がこれらの研究あるいは分析に大いに寄与するということでございますので、今回、非常に意を強くいたし、大いなる期待をさせていただきます。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。以上でございます。

○田中委員長：長瀬議長、どうもありがとうございました。

では最後に、お待たせいたしました。高知支部評議会議長より説明をお願いいたします。

○横川議長：高知支部の議長の横川でございます。よろしくお願いします。本日は、このような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

それでは、高知支部の資料を御覧ください。まず、ちょっと飛ばしまして、高知支部の資料の後ろのほうです。6ページを御覧ください。一番見たくない数字でございますが、高知支部の保険料率が載っております。きょうは長野県と山形県の方と御一緒ということで、どういう因果の組み合わせなのかと。優等生と一緒に職員室に連れてこられたみたいな感じでございますが、この数字についてですが、まず高知支部の議論状況を見ますと、これ以上はとても無理ということが被保険者の生活の面からも、事業主のほうからも共通した認識としてあります。高知県の経済情勢は今非常に悪い、所得水準も非常に低いという状況の中で、これ以上保険料率が上がっていくということは、高知県の経済とか県民生活に与える影響というものが非常に高い。それと、県民の反発も実は非常に強いという状況にあります。保険料率についての議論は評議会でもかなり長時間やりました。やって、何の意味があったのかなという虚無感みたいなものもありますが、毎回大きな議論をしてきて、かいつまんで言えば、そういうことでございます。

そこで、資料を1ページから見ていきたいんですが、きょう話は3番目ということで、キーワードが2つの支部の方から出てきています。私が一番言いたかったのは、山形支部の評議会での主な意見の1で、環境が違うところで競争しているということが1つ。それから、長野県の支部の方から言われた、支部における努力ということについて、きょうは若干お話をしたいということで参りました。

まず、1ページを見ていただきまして、高知県の医療費は非常に高額であります。そのことが構造的要因がある、支部の特性によるというところにきょうは焦点を当ててお話をしたいと思います。

1ページのところを御覧になっていただきますと、加入者1人当たりの医療費が書いてありますけれども、これは全国平均を大きく上回っておりますが、入院の医療費が大きく上回っている。入院外はそれほど大きく上回っているということではない。それから、大きく異なるのは入院の平均在院、病院にいる日数ですが、これは全国第1位ということになっております。

先ほど構造的特性と申し上げましたけれども、その次、人口10万人当たりの数字を見ていきますと、病院数ですが、これは全国第1位でございます。それから、病院のベッド数も全国第1位です。看護師も全国第1位ということでありまして、医療機関が非常に多く、看護師が多い、ベッド数も多いという特徴を持った地域です。私は関東で生まれ育った人間で、初めて高知に行ったとき、何て病院だらけのまちなんだらうと思いました。非常に特徴的な

ところ。

これはさまざまな書籍等で紹介されているところではありますが、県内を見てみますと、もう1つ特徴があります。それは、そういった病院、医師、看護師が都市部に集中しているということで、高知県は人口80万人程度なんですけれども、高知市に30万人、隣に南国市というまちがありますけれども、南国市が人口当たり見ていきますと、医師数、病院数が日本一です。本によると、世界一の密度だと書いてありました。第2位が高知市です。そういう状況の中で、それと対照して、医者がいない地域の面積、割合が日本で1、2位を争っているという状況で、こういう言葉を使いたくないんですけれども、結局、医療過密と医療過疎の2つが併存しているという構造的特徴があります。したがって、県民の生活というものが非常に偏った医療機関の医療サービスの中で営まれているということがあります。

これは支部の仕事じゃなくて、私の興味で、昔、山間部の消費生活のアンケートをとったことがあるんですけれども、山間部の老人たちが月に一、二回、高知市に出ていく。何のためにと。第1位は病院に行く、第2位がパチンコだったんですけれども、パチンコができるような元気なうちに病院に通う。ですから、よその地域でもある冗談なんですけれども、あいつ、このごろ顔見ないな、どこかぐあい悪いんじゃないかということが病院で言われるというような状況にあります。

それが具体的にどういう影響を与えているということを見ていきます。次の2ページを御覧いただきますと、医療費の推移を見ていますが、これは常に上位にあります。医療費はどうやって削減していくかというのは支部でいろいろと議論を交わしているところですが、その次の3ページを御覧いただきますと、高知県が右のほうにありますけれども、加入者1人当たりの医療費の状況を見ていきますと、圧倒的に多いのが入院の医療費であると。これが医療費を上げているということでもあります。

4ページを見ていただくと、それが明らかにわかるんですけれども、1人当たりの入院外医療費で、これが縦軸のほうです。これは全国平均より若干高目ぐらいなんですけれども、1人当たりの入院医療費は大きく右に振れているという状況で、入院医療費がかさんでいるということでもあります。

先ほど病院の在院日数が多いということを申し上げましたけれども、5ページのグラフでございます。これは圧倒的に突出して平均在院日数が長いということでもあります。基本的に、要するにベッド数が多い状況、それから医療過疎の状態、高齢化が進んでお年寄りのひとり暮らしと面倒を見る人がいないという状況、あるいは介護施設等のおくれがある中で社会的入院の状況があるというのが高知県の特徴であろうと考えられます。要因はこれだけではないという話は後で申し上げますけれども、基本的にこういった構造の中で、先ほど見ました6ページの高知県の保険料率というものが決まってきたという状況にあります。

ですから、環境的に非常に特異な状況にある支部であるということと言えるだろう。ただ、私は専門じゃないんですけれども、研究者の意見を聞くと、ある意味特異とは言えるけれども、日本の将来を示しているだろうと。高齢化の進行、少子化の中で医療過密、医療過

疎、医療機関の偏在という問題点を非常によく示している地域で研究しがいがあるということ、よそから来た研究者が研究していきますという状況にあります。

我々はそういった構造的な状況の中で、次がキーワードでありますけれども、努力をどういうふうにしていったらいいのかをさまざまに試行錯誤しているという状況であります。医療費が上がっているんだから、ジェネリックの普及にどのくらい頑張っているとか、質問が出ると思ったので資料を用意しようと思ったんですが、落としております。意識的に落としたわけではありませんが、長野県さんの資料の2ページにちゃんと載っておりますので、済みません、勝手に資料を使わせていただきますが、恐るべき状況で、隠したではありません。ジェネリックの普及率は、この間までびりから4番だったんですが、また抜かれて、今、びりから3番目になっております。我々も手をこまねいているわけではなくて、関係諸機関にかなりの働きかけをしておりますし、県のジェネリックの普及の協議会も支部から委員を出してやっているんですが、県のジェネリック協議会のほうは、私に言わせれば、ちょっと休眠状態に近いというような状況で、支部でどこまでできるかということが今試されているという状況であろうと思います。

それから、疾病の予防健診率ですけれども、生活習慣病の予防健診に関しましては55.6%ということで、これは全国でも上位の成績を示していると思いますが、被扶養者の特定健診の受診率13.6%、こちらはまだまだ全国平均までいっておりません。そういったことの解消のために高知市などと協力をして、健診の受けやすい体制をつくっているところであります。そのほか、限られた時間ですが、疾病の特徴等の分析も支部で行ってきております。

高知県って、どんなところかと言われそうなんです、いろんな指数がありますが、例えば1人当たりの飲酒量は常に日本でトップ争いをしておるような状況の中で、これがどの程度疾病に影響しているかというようなことも議論をしております。なかなか結論は出ていません。

今、我々が考えている一番注目しているのが最終の見開きページになりますけれども、平成25年度高知支部の独自事業というところです。全部の年齢をもって高知市の疾病の特徴をまだ十分に捉え切れてはいないんですが、明らかな特徴としては、働き盛りの男性の死亡者数が高いということで、ここに注目した取り組みを始めたところであります。これは聞いた話ですけれども、労働局さんの地方労働審議会でも、去年ぐらいから、働き盛りの高知県の労働者の有所見率が非常に高いと。これが環境因子なのか、生活の問題なのか、労働環境の問題なのかというような議論がされているようであります。そういったところと今後情報の交換などをして有効な取り組みをしていきたいと考えているところです。

以上、申し述べてきたところで、まだまだ努力は足りないんですけれども、支部としてできることというのは今までもやってきたし、これからさまざまな取り組みをしたいと支部として考えているわけですが、自治体との協力関係ということですが、まだまだ不十分であると考えています。

地域の医療計画に支部がどの程度アプローチできるかという問いかけがあると予測されま

すので、あらかじめお答えしておきますと、地域の医療計画への参画は、アプローチはしておりますが、断られている状況です。保険者を入れるつもりはないというのが県のほうの答えで、パブリックコメントにも参画しておりません。そういった前提の中で、保健事業等で県との協力関係を強める中で発言をしていきたいと考えているところです。その中には、例えばジェネリックの協議会など、休眠状態でまた再開されるそうなので、そういうところでの存在感というものを示す必要があるかなと。それから、先ほど申し上げましたように、高知市等の自治体との健診等の協力などをして、自治体との協力関係を強めていきたいと考えております。

わかりにくい話をさせていただきましたが、環境、医療を取り巻く環境が特異な状況の中で、環境が違うところでの競争というものにどう対応していくかを考えているということです。

若干長くなりました。以上でございます。

○田中委員長：横川議長、ありがとうございました。

では、残りの時間は、ただいまいただいた御説明に対して運営委員のほうから質問をしていただいても結構ですし、議長の方々からも運営委員あるいは執行部に何か御質問があればどうぞ御自由に御発言ください。では、埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員：どうもありがとうございました。大変興味深いお話をいただきました。

これまで保険料率の話が多かったんですけども、今日は随分地域医療の特性の話が出てきたので、非常に大切なことと感じました。

まず総論で二、三点です。これまで支部評議会のやりがいがないという話がよく出てきました。しかし、まさに地域の医療の質とか医療体制の話がこういう形で出てくると、支部のやりがい、その地域の医療体制をどうしていくかということによって生まれてくるだろうと思います。先ほどありましたように、それがひいては保険料率にかかわってくるということなので、まさにそういう流れかと感じました。

次に、データのことで。先ほどの高知の話を聞いても、やはり協会けんぽが持っているデータと一般的に支部で集められたいろんな医療のアウトカムデータや医療体制の資源のデータなど、そういうものを組み合わせることでまさに意味が見えてきているというところが感じられました。そういう意味で、協会けんぽで各支部のお話を伺うときについている資料集も、内部データのレーダーチャートのみならず、そういう医療資源のデータ、例えば高橋泰先生たちが地域の医療資源のデータを出されていますし、今回の、地域医療計画では5疾病・5事業・在宅に関して、SPOセットのデータが各都道府県で出ていますので、そういうものを添えていただくと非常にわかりやすくなる。来年度から置いていただく専担者の仕事も、そのあたりも含めて行われるのかなと思いました。

3点目が、支部のメンバーとガバナンスに関する話です。資料6-2の最後に各支部の評議員の名簿が書かれています。三者構成になっていて3人ずつということだと思います。こ

ここで、繰り返し申し上げていることですが、支部がいわゆる加入者と医療消費者の意見を代表する形になっているかということ。ぜひ支部のほうで、生な医療体験を持ち、かつ自分の経験だけでなく患者さん全部の思いを代弁できるような方を入れていただくのが大事だと思います。

花井さんに御相談があります。基本的に労組の方が入られているわけですがけれども、労組の方プラス患者代表的な方にできないか、あるいは、時には労組の方の席をそういう方に連携していただくことができないのか。中医協のほうでは勝村委員、花井委員に関して連合さんのほうが配慮された経緯があると思います。例えば極端な例ですが、次期メンバー交代期には半分ぐらいは患者委員に代わっていただいて、組合の方が寄り添って一緒に議論をしていただくとか。そういう意味で加入者、患者の声を入れていくということが伴わないと、本当にその地域医療体制をよくしていくということは最終的に完結しないと思います。それが、支部のガバナンス、あるいは支部評議会のメンバー構成によって地域の声をどう集めていくかということと、連関するという指摘が3点目でございます。

各支部の話を聞いて非常に勉強になりました。

山形に関しては、去年、がん医療に関して地元に向ってお話をさせていただいたことがあって、大変勉強になりました。指標全体としてはいいんですけれども、胃がんの男性の死亡率が高かったかと思っています。一方で、胃がんの検診率は日本で最も高い部類なので、普通だと検診率が高いと死亡が減るはずなので、そもそも罹患が多いのか、治療に不備があるのかわからないんですけれども、そういう幾つかの指標がありました。また、看護師の資源が非常に少ないという記憶があります。

それから、一部、3年ぐらい前ですけれども、放射線の新しい強度変調治療というものに関して、まだ件数が立っていなかったです。今では改善されていると思いますけれども、地域の患者さんたちが日本で順次標準化されている治療の機会がない可能性があるというようなことも議論をしておりました。

一方でこれからの高齢化率が最も低いところで、そういう意味では医療体制の転換に関していいポジショニングであるという話もしていました。そのときに、先ほど述べました高橋先生たちがまとめられたデータを見ました。例えば村山地区は2010年から35年にかけて総医療需要は1%の増で、64歳以下だけ見ると医療需要が25%減る。であるからして、急性期病床を療養、亜急性期、回復期へ転換していくこと、それからまた、ほかの2次医療圏がもっと医療資源が不足しているので、そちらのほうへむしろ医療資源を分けてあげることも大事じゃないかというようなことが言われています。まさに県といっても一言で言えなくて、2次医療圏ごとに、あるいはもう少し細かく見ていかなければいけないと思ったところです。もし伺えれば、山形の将来像をどういうふうに見ていらっしゃるか、一言伺えればと思います。

長野県に関しては、非常に寿命も長くて優等生という感じがしています。ほかの都道府県がまねできるどういうところがあるのか。一部長寿県も少し崩れかかっているというような

ことも聞くのですけれども、その辺をどう感じていらっしゃるか。伺いたいと思います。

高知に関しては、大変興味深い分析を伺いました。いわゆる医療資源が多いので、それが需要を生んでいる、コストも高いということで、典型的な事例として伺うことが多いです。既にあります資源を再構築というか、構造改革していくのはそれぞれの立場があって非常に難しいと思います。例えばどんなことが地元で言われているのか、伺えればと思います。

1つ言い忘れたデータがありました。前回、地域医療計画を策定するときの審議会の検討メンバーについて。そのときに、3県で患者関係者が何人参加していたかですが、山形県は1人、長野県は2人、高知県は6人ということでした。地域住民参加に関する意識の一つのバロメーターとしてそういうデータがございます。一方で、がん計画づくりに関する委員は、山形県はゼロ人、長野県は2人、高知県は3人ということだったと思います。やはり保険者としては、加入者にも参加していただいて、保険者も参加して、ともに共通的に意見を述べられるところは述べていくということが必要かと思いますので、保険者の参加のみならず患者参加も関心を持って、都道府県等に意見を述べていくことが重要と思った次第です。

長くなって済みません。

○田中委員長：質問に答えられるようでしたら、それぞれお願いいたします。

○北野議長：御承知のように、山形県は置賜、村山、最上、庄内と4つの地域に大きく分かれております。それぞれの地域の状況はかなり異なった点がございます。それで、県全体としましては、将来的にはあと30年ぐらいで現在の人口の3分の2ぐらいまで減少するであろうと想定されております。特に最上地域は半減する。今でも過疎地域、少子高齢化が進んだ地域であります。それがさらに進んでいくだろうと。ただ、その中で、比率は高まるんですが、全体の人数が減っているために、65歳以上の高齢者の人口と実数で見ますと数千人の増加しかしない。したがって、65歳以上への対応はこれから質的に拡大する必要のない状況にある。ただ、生産年齢人口が急激にしばみますので、それへの対応をどうしていくかというのが問題になっているところであります。

それから、さらに県内で見ますと、先ほどもちょっと御指摘がありましたけれども、それぞれの地域で違うというところと、それぞれの地域の中でも急激な人口減少地帯を持っております。例えば村山なんかは比較的県内でも安定したところでありまして、朝日連峰の東側は年間今でも1.25%ぐらいの人口減少に見舞われております。そういったような県内でのアンバランスを今後どのように調整していくかというのが医療の面でも非常に大きな問題になっております。

もう1つは、医療資源の確保が山形県にとっては非常に大きな問題だろうと思います。特に看護師さんは、先ほども指摘がありましたけれども、そもそも県内での養成数がそれほど多くない。それから定着率も低いというところで難渋しておりますが、この点につきましても今後さらに、県立の医療大学の定員を拡充するといった形で対応していこうということで、来年度から実施に移されますが、それがどれぐらいの効果が出るかということもあります。

さらに、先ほど言われました胃がんの例のように、検診と実際の治療、そしてその効果をいかに結びつけていくか、なかなか悩ましいところでありまして、胃がん以外にもちょっとバランスの悪い症例はあるわけでありまして。この点につきましても、全体として、特に山形大学医学部を中心に蔵王協議会という形で医療資源の配分とか、それからまた、そういったような実際の医療計画等についても実質的な議論をしておりますので、そちらの成果を待つというところかなと思います。ただ、これからの変化が余りにも大きいものが想定されますので、それにいかに対応していくか苦慮しているところだろうと思います。

そして、県との関係につきましても、確かに先ほど言われましたように、なかなか支部のほうコミットする度合いが少ないわけでありまして、今、積極的にコミットする度合いを拡大すべく支部長を筆頭に努力していきまして、その成果を見守っているというところでありまして。

以上でございます。

○田中委員長：では、長野もお願いします。

○長瀬議長：長野県の場合、どこがよいかという議論を私どもの中でもするんですが、よくわかりません。ただ、感じるころは、従前、医療水準も含めて後進国でございましたので、その点が県民の皆さんの意識の中で、自分たちのことは自分たちで何とかやらなければというところに、強い思いがまだ続いているのかなと思います。

それから、これは私個人で感じたことですが、第6次長野県保健医療計画（信州保健医療総合計画）を立てるに当たって、長野県は財政経済面についても重きを置いて分析をされて計画を立てられたと、この委員会の委員長さんが特にそういう意図で1項目置かれたということもございます。そういう観点からすると、医療者自身が財政面でも非常に興味を持っている。それがずっと続いてきたのかなという気はいたします。

それから、一部長寿化が崩れかけている、これは御指摘のとおりでございますが、この点については支部長がかなり懸念をしております、従前からこれに対しての御意見をお持ちですので、よろしければ支部長に代わらせていただきたいと思います。

○上原支部長：私、長野の支部長の上原でございます。この場で私が発言するようになるとは思いませんでした。

長野県は、御承知のように、健康長寿県です。今、世界一の健康長寿県を目指すということで頑張っておりますが、平均寿命が一番高いということと健康長寿が必ずしも一致していない。そこにギャップがあることは長野県もつかんでおりまして、ここを何とかしようということで今年度取り組んでいることが有ります。健康寿命とは何かというところをシンクタンクを使って、どういう指標をつくったら解りやすいかということ調査しているところです。これがどういう形になるのか、うまく使えるとすれば、我々もこれを活用して健康づくりをやっていききたいなと思っています。

それから、なぜ長野県が長寿県か。これはいろいろ説がありまして、これまでも何回か、厚労省初め長野県も調べてきたんですが、ありていに申し上げれば結論は出なかった。いろ

いろな要素はある。就業年齢が非常に高いということや先ほど議長さんから御説明がありましたように、保健補導員制度、長野県には77市町村あるんですが、一万を超える数の保健補導員さんがいらっしゃる。

ただ、先ほど埴岡先生が御指摘なさいましたように、問題が出てきているというのは、長野県もコミュニティーが崩れかけてきている。昔は、要するに、保健補導員が保健師さんの手伝いということで町内会に呼びかけて、公民館でこういう会合をやりますよということになると、みんな出てきてくれたんですね。ところが、もうコミュニティーが崩れかけてきて、なかなか出てこない。それから、保健補導員自体もどっちかという、順番だからあなたやってよね、こんな調子になってきているという状況があります。

県もこのことに関してはかなり危惧を抱いていまして、実は来年度、事業計画をどうするかという中で、県から提案されていることがあります。協会けんぽの加入事業所に健康保険委員を設置させていただいているんですが、この人たちに保健補導員的な役割を担ってもらえないだろうかということで、事業化しようと頑張っているところです。県と力を携えてやっていけることかなと思っています。

御質問のお答えになっているかどうかわかりませんが、以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございました。では最後、高知、お願いします。

○横川議長：埴岡先生の御質問、要するに高知の状況を踏まえて展望があるかという御質問だと思うんですけども、非常に難しいと思います。

2つだけ例を挙げますと、1つは高知市への病院、医師の偏在の問題をどうするかということです。なぜ高知市周辺に医師が住むかというアンケートを若干したことがありますけれども、教育なんですね。高知市にいないと医学部へ行けないという高校までの教育の状況があって、一緒に住みたいから高知周辺にいますという回答が非常に多かった。我々がどこまでそんなのを変えられるかという問題があります。

それから、病院が、介護施設、療養施設化しているという問題は、意識を持っている病院もあって、ベッドを埋めることが必ずしもいいことではない、ベッドはあけておくものだという病院がありますけれども、そういう病院にいたお年寄りがどうなるかというと、別な病院に入る。医療施設の下請階層化みたいな状況が出てきているということで、非常に構造的なもので、難しい。県の医療計画を先生は御覧になっていると思いますけれども、そういったものに対する展望を出せるようなものにはなっていないです。

支部としては、このままでは保険がもちません。医療体制も将来的にはもたないだろうというようなことで、地道に提言をしていくしかないだろうなと考えています。答えになっていないかもしれませんが。

○埴岡委員：ありがとうございます。各地域の特性というか、現場の話が聞けて、大変興味深く、勉強になりましたし、他の地域へのヒントもたくさんあると思いました。

1つ感じたことを述べます。山形県ではがん医療に関して蔵王協議会というのがある。長野県でも、例えば諏訪地区ですとかなり医療が垂直水平統合されたような形でコミュニティー

一もできているようなことがある。いろんな形で、関係者が集まって、角突き合わせてどうすればいいのかと協議する、顔の見える関係で問題解決のために取り組んでいる場づくりがすごく大事だと思います。協会けんぽとしても各支部としても、そういう場づくりも応援することも含めて、関心を持ち続けたいと思いました。ありがとうございます。

○田中委員長：時間になってしまいましたが、もう一言どなたか質問があれば。どうぞ。

○花井代理：簡単に質問したいと思います。山形なのですが、被扶養者の健診の受診率が日本一ということですが、その理由が下に２点ほど挙げられていますが、これだけで本当に被扶養者がこんなに受診率が高まるのかと思ひまして、何かもっと工夫されたことがあれば教えていただきたいなと思ったことが１点。

それから、先ほど埴岡先生の御指摘がありましたように、委員を交代させることが可能かどうかは別として、患者あるいは被保険者の代表として意見を反映できるよう、そういう努力はしたいと思います。ありがとうございました。

○田中委員長：北野議長、一言お答えください。

○北野議長：山形のほうですが、これは特に特効薬のような施策をしたわけではないと思います。ただ、山形の場合には、被扶養者とされている方もパートタイムとかそういう形で社会に出ておられる割合が非常に高いというあたりが、その原因ではないかという感じはいたします。それ以外に特に何かしたかといいますと、ほかの支部と同じような働きかけだろうと思います。

○田中委員長：まだあるかもしれませんが、それぞれ次の会合とか新幹線とか予定があるといけませんので、ここで本日お互いに学び合ったことはまた本部を通じて、あるいは支部への質問、コンタクトをとって、共同してまいりたいと存じます。議長の方々、遠いところ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。感謝申し上げます。

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、事務局から説明してください。

○企画部長：次回の運営委員会は、12月12日木曜日午後３時より、麴町の全国都市会館で行います。

○田中委員長：また場所が変わりますので、皆さんお間違えなきように。

本日はこれにて閉会いたします。お忙し中、どうもありがとうございました。

(了)