

全国健康保険協会運営委員会（第 59 回）

開催日時：平成 26 年 10 月 16 日（木）15：00～17：00

開催場所：アルカディア市ヶ谷 6 階（穂高）

出席者：石谷委員、古玉委員、高橋委員、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. 医療保険部会における議論の動向について
2. 平成 27 年度保険料率に関する論点について
3. 平成 27 年度事業計画（骨子案）について
4. その他

○企画部長：それでは、運営委員会の開会に当たりまして、事務局から一言ご報告がございます。運営委員の皆さまにおかれましては、健康保険法の規定に基づき、厚生労働大臣より 10 月 1 日付けで古玉隆子委員が新たに任命されているほか、石谷委員、城戸委員、高橋委員、田中委員、中村委員、野田委員、埴岡委員および森委員の 8 人が再任されていることをご報告いたします。なお、本運営委員会の委員長につきましては、引き続き田中委員にお願いしたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

それでは、以降の議事進行につきましては、委員長にお願いいたします。田中委員長、よろしくお願ひいたします。

○田中委員長：皆さん、こんにちは。ただ今から、第 59 回運営委員会を開催いたします。委員の皆さまにおかれては、お忙しい中お集まりいただきまして、どうもありがとうございます。

初めに本日の出欠状況ですが、城戸委員がご欠席です。先ほど事務局からもご紹介がありましたが、古玉委員が新たに任命されておられます。一言、ごあいさつをお願いいたします。

○古玉委員：初めまして、岩手県社会保険連合会の会長を仰せつかっております、古玉と申します。初めてのことで、ご指導よろしくお願ひいたします。

○田中委員長：どうぞ、積極的にご発言ください。この委員会の座席が、男と女が向かい合わせになったのは、たまたまですよね。昔の小学校の男子席・女子席のようで、好ましくないですが、アイウエオ順に並びましたらこうなっておりますので、別に協会としては男女差別の意識はありません。積極的にご発言ください。

よろしいですか。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員：委員の任期が新たに更新されたり、委員の顔ぶれが変わったということで、一言述べたいことがあります。発言よろしいでしょうか。

○田中委員長：結構ですよ。

○埴岡委員：協会けんぽが始まって数年たちます。私も数年来委員をさせていただいているんですけども、初心に帰らなきゃいけないなと思っているところがあります。

協会けんぽができた趣旨として、自主自立の運営でやっていこうということ、加入者主体でやっていこうということがあったと思います。本来、保険者というのは加入者主体の視点が中心だと思います。しかし、なかなか、これまでの歴史的経緯もあって、そういうバランスに十分にはなっていなかった部分もあると思います。これまで私が言わせていただいていた言い方で言うと、協会けんぽのガバナンスの在り方はどうか、そして誰が主体に経営しているのかということであり、また、加入者主体性が十分に組織の中に組み込まれているのかということです。それを実現する経路としての意味も、この運営委員会と支部評議会にはある、と考えています。

この運営委員会というのは三者構成になっています。加入者、それから経営者の方と有識者ということ。支部もそうになっています。しかし、ここまで数年の運営委員会の中では、恐らくこれまでの議事録をチェックしたり、支部からこの運営委員会に上がってくる意見が書かれた文書を眺めても、加入者主体のこと、加入者視線のこと、加入者が考えていらっしやること、加入者が困っていらっしやること、医療消費者が困難を受けているようなこと、そういうことを代弁するような意見が極めて少ないんじゃないかと思っております。日本の医療体制をこれからより強くして守っていくためにも、やっぱり医療消費者主体の医療を運営していくということは、欠かせないと思います。そういう意味で、協会けんぽは十分な役割を果たしているのだろうか。

協会けんぽが役割を果たすには、医療消費者主体の経営になっていかなくちゃいけない。自分が有識者委員として全く役割を十分に果たせていないことを棚に上げてなんですけれども、そういう課題を見ますと、やはり運営委員会として、評議会として、加入者代表の委員の方に、加入者の意見を重く拾い上げ、広く拾い上げ、強く言っていただくことが、今までにも増して、今、やらなくちゃいけないことの中で、非常に大きいことじゃないかと思っております。

ぜひ、医療消費者全体が今どういう環境に置かれているのか、医療の質においてどういう不均衡が生じているのか、医療を受けられない人がどういうふうに出てきているのか、医療費が払えなくて医療を断念する人がどうなっているのか、地域によってアクセスの非常に悪い地域がどのように発生しているのか、そういうことをぜひ忌憚なくたくさん発言

いただきたい。先般から話題になっておりますけれども、まさに都道府県等の地域医療体制に、協会けんぽが物申していかなきゃいけないというのは、そういう声と、情報を集めて伝えていくということなしにはあり得ない、と思っています。自分のことを棚に上げて恐縮なんですけれども、加入者代表の3人の先生はじめ、支部評議会の加入者の立場の方々にも、ぜひぜひ、ますます、その辺をご考慮いただきたい、と思っています。長くなりましたが、発言のお時間を頂きました。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。運営委員会は三者構成で、それぞれのお立場、保険料を払っている事業主代表、保険料を払い、時に医療を使う労働側代表、そしてそれを公益的な立場から見ている人の集まりです。こういうご意見があること自体が、意味がありますね。事務局が出した案を淡々と承認する会ではなくて、時に事務局に何かを言うこともあり得ます。

ただ今の発言に対して、何か付け加えることのある方はいらっしゃいますか。特に地域の医療の在り方は、運営委員会よりも支部の力でしょね。「この県では、これから医療ビジョンを作るに当たり、病床が実はこの地区はとても減っているとか、診療所がなくなっている。だから保険料を払っても医療を受けにくい」などは、われわれよりも、支部の方に言っていただいたほうがいいと思います。それを事務局が、声を吸い上げるようにしてください。たいへん大切な意見ありがとうございました。

次に、10月1日付で協会の役員に異動があった、とお聞きします。事務局から紹介をお願いいたします。

○企画部長：私のほうからご紹介させていただきます。小林理事長、再任でございます。

○小林理事長：小林でございます。引き続き、よろしくお願いいたします。今、埴岡委員がお話しになったこと、重要な点だと思います。これからもそうした趣旨を踏まえ、協会運営に努めていきたいと思っていますので、よろしくお願いします。

○企画部長：高橋理事、再任でございます。

○高橋理事：高橋です。引き続き、よろしくお願いいたします。

○企画部長：伊奈川理事、新任でございます。

○伊奈川理事：伊奈川でございます。よろしくお願いいたします。

○企画部長：吉森理事、新任でございます。

○吉森理事：吉森でございます。よろしくお願いいたします。

○企画部長：大野理事、再任でございます。

○大野理事：大野でございます。引き続き、よろしくお願いします。

○企画部長：岩永理事、再任でございます。

○岩永理事：岩永です。よろしくお願いいたします。

- 企画部長：天野監事、再任でございます。
- 天野監事：天野でございます。よろしくお願いいたします。
- 企画部長：福島監事、新任でございます。
- 福島監事：福島です。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した。本日も、オブザーバーとして、厚生労働省よりご出席いただいております。10月1日付で、そちらにも人事異動があったそうです。ご紹介いたします。後藤全国健康保険協会管理室長でいらっしゃいます。

○後藤協会管理室長：後藤でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○田中委員長：では、理事の方々もわれわれも、新しい任期ですが、心新たに臨みたいと存じます。

早速、議事に入ります。まず、「医療保険部会における議論の動向について」。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。

議事 1. 医療保険部会における議論の動向について

○企画部長：お手元、資料 1-1 から 1-3、ご説明させていただきます。

医療保険部会、9月19日、10月6日、それから昨日の10月15日の資料でございます。まず、お手元の資料 1-1、これを手に取っていただけますようお願いいたします。9月19日の医療保険部会の資料です。

この日は 2 巡目、医療保険部会の後半の議論の事実上のキックオフということで、スタートしました。この資料 1-1 のそのまま裏をめくっていただきますようお願いいたします。最後のページをお願いいたします。

「医療保険部会の検討スケジュール」ということで、説明がございました。10月に3回程度、各テーマのグループごとに議論いたしまして、被用者保険関係、高齢者医療関係、国保、患者負担、医療費適正化関係などをそれぞれ議論いたします。これを3回程度行いまして、11月に3回から4回程度かけまして、取りまとめた議論を進め、最終的には11月下旬をめどに、部会としての意見をとりまとめる、ということで議論を進めていくことにしております。

もう1度、申し訳ございません、ページを戻っていただきまして、1枚、お開きいただきますようお願いいたします。1ページです。この日は、この「医療保険改革制度の主な論点」という資料が配られました。これは、まさに今おっしゃった、2巡目の議論が始まるに当たりまして、8月8日にとりまとめられた社会医療保険部会の主な意見、これを基に事務局としては、こういう実際を同省保険局で整理したものでございます。

ここで記載されているものより、ちょっと簡単にご紹介させていただきます。もう1枚

おめくりいただきまして、3 ページをお願いいたします。例えば3 ページの(2)のところには、協会けんぽの国庫補助ということで、「協会けんぽについては、直近の収支はやや改善したが、依然として厳しい状況。国庫補助率を16.4%でなく20%にすること。暫定的ではなく恒久的にすることを含め、協会けんぽの財政見通しを踏まえながら、国庫補助の在り方を検討すべきではないか」といった論点が記載されています。

また、次の4 ページのところには、例えばこの(2)のところに、後期高齢者支援金の総報酬割について、「総報酬割の全面導入を実現すべきではないか」。また、この財源の使途については、国保に負担、財政基盤強化に関わる負担を肩代わりすることに反対といった被保険者側の主張も記載されています。

ただし、この論点メモにつきましては、必ずしもこの段階で方向性を明らかにしたのではなく、例えば今の3 ページの、1 ページ戻っていただきまして3 ページ目の一番最初のところで行きますと、国庫に対する財政支援の拡充という項目の最初の丸のところ、この後半部分で、後期高齢者支援金への全面総報酬割に使用する財源の優先的活用を含め、国の責任で財源確保を行うべきではないかということで、言うなれば、それぞれ委員からあった意見について、それぞれ検討すべきではないかという形になりますので、この段階で、まだ具体的な方向というのは、まだ示されていない状況です。

以下、もう1度5 ページに、めくっていただきますと、例えば高齢者の保険料特例軽減措置、あるいは6 ページのところへ来まして、紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方や、入院時食事療養費の在り方。7 ページに行っていただきまして、現金給付の見直し等、あるいは医療費適正化。こういったことを含めまして、論点をひとつおさらいしたものになります。

次に、資料1-2をお願いいたします。資料1-2は、10月6日の医療保険部会の資料でございます。この日の議題は、先ほどの医療保険部会の検討スケジュールで行きますと、被用者保険関係、それから高齢者医療関係のことを議論しています。また、この日は同時に現金給付についても議論をしております。

1枚、早速おめくりいただきますようお願いいたします。議題としては高齢者医療、被用者保険についてということで、2 ページ、3 ページと、ここにありまして、まず協会けんぽの財政状況は、この3 ページ、4 ページ以下からまず説明しています。ちょっと駆け足になりますが、この内容については省略させていただきます。

11 ページのところでは、めくっていただくと、健康保険組合の財政状況ということで、被用者保険の、協会けんぽと健保組合、それぞれ説明しています。この辺は現状の説明ですので、省略させていただきます。

実質的な内容としては、16 ページをお願いいたします。16 ページは「高齢者医療制度の現状と被用者保険者の課題について」ということで、この辺りから制度の具体的な検討に入っています。

21 ページをお願いいたします。21 ページで、この日に検討すべき課題ということで、こ

ここに3点挙げております。一つは、「被用者保険者間の財政力格差」ということで、まず後期高齢者支援金についての全面総報酬割の検討。それから、2として、「高齢者医療への拠出金負担」ということで、この、丸の、文章のところにもありますが、「個々の自助努力で解決が難しい課題を踏まえた軽減措置の検討。それから、3のところ、協会けんぽの財政基盤、国庫補助制度の検討。こうしたことが、今後対応として検討すべきものとして位置付けられております。

まず、この後期高齢者支援金の全面総報酬割について、ご説明させていただきます。時間が限られていますので、制度の詳細は省きまして、全面総報酬割拡大による影響はどうかということが、35ページの表をお願いいたします。この表は、厚労省のほうから現行の協会けんぽ、健保組合、共済の拠出金負担の現状と、それから、それを仮に今回、全面総報酬割を見直した場合の試算、これを示しております。現状におきまして、協会けんぽは2兆800億円の後期高齢者支援金を負担しています。ただ、うち公費が2400億円補助されている形となります。健保組合、共済につきましても同じように1兆9300億円、6100億円、それぞれ負担しています。

これを仮に、もし全面総報酬割を導入した場合の試算が、この下の2行になります。まず一つ目は、加入率調整。(1)加入率調整なし、という行がございます。ここは、今の3分の1の総報酬割の部分の計算方法を、基本的に全面的に拡大した、単純に拡大した場合の試算になります。これで行きますと、協会けんぽは、全面総報酬割によりまして、拠出金負担は1兆8700億円となります。名目上は2100億円の負担軽減、ただし公費の分を除きますと300億円の負担増となります。

これに、さらに後ほど、論点のところでもあらためて述べますが、前期高齢者、65歳～74歳の高齢者に掛かる後期高齢者支援金の計算方法を、総報酬に加えて加入率で調整する方法を導入しますと、こちらにありますように、協会けんぽの拠出金負担というのは1兆8400億円。つまり国庫を除きますと、ちょうど今の額と負担は同じということになる、という試算が示されております。

こうしたことを踏まえまして、36ページをお願いいたします。36ページでは、「後期高齢者支援金に係る全面総報酬割に係る論点」ということで、まず、丸の二つ目のところに、「全面総報酬割としてはどうか」ということでの論点提示がございます。それから前期高齢者、前期財政調整における後期高齢者支援金の扱いについては、現行の、今回、それで各保険者間の前期高齢者の偏在調整、それと制度本来の趣旨を踏まえて、被用者保険者間におきましても、全面総報酬割を導入した場合において、前期高齢者加入率の調整を加味した計算方法を検討してはどうかと。

この、前期高齢者加入率による調整を加味するというのは、言うなれば報酬水準が低く、かつ前期高齢者加入割合が高い保険者にとっては、負担減になる調整の仕組みとなります。そして、この全面総報酬割の影響を踏まえると、段階的な全面総報酬割の実施、それから負担軽減措置を検討する必要があるだろうか、ということの提示がございました。

これにつきまして、理事長のほうからは、この後期高齢者支援金、全面総報酬割については、被用者保険間の負担の公平を実現するために導入するものであり、そしてそれによって生ずる財源というのは、被用者保険の負担軽減措置を検討することが筋である、ということ意見を申し上げております。また、前期高齢者に係る後期高齢者支援金の算定においては、前期高齢者の比率を考慮する方向が必要ではないかと考えている、ということでの発言がございました。

次に、先ほどの「解決すべき課題」のところでありました、「被用者保険者の個々の自助努力では解決が難しい課題への対応について」でございます。これをちょっと簡単にご説明させていただきますと、38 ページを、1 枚おめくりいただきますと、これの一つ、課題としては、前期高齢者の数が今後 10 年間で、団塊の世代が前期高齢者になることによりまして、その数が増大するという問題点がございます。こうしたことを踏まえまして、43 ページをお願いいたします。

43 ページのところでは、厚労省のほうから、こうした状況を踏まえまして、「負担の特に重い被用者保険者の負担軽減を考えるべきではないか」と。上から四つ目の丸です、上から四つ目の丸のところ、負担軽減を考えるべきではないか。五つ目の丸では、「ただし、前期財政調整への公費負担については、高齢者医療制度に対する公費負担の考え方との整合性を考える必要がある」ということ、一応留保が付いた上での議論がされております。

44 ページをお願いいたします。「短時間労働者適用拡大に係る課題」もでございます。短時間労働者に対する適用につきましては、週、45 ページの表にありますように、現行 30 時間以上が、28 年 10 月から週 20 時間以上の方に、幾つか条件がありますが、そういった方に適用となります。

そうしますと、特に今の加入者割で後期高齢者支援金を算定している部分につきましては、これによりまして加入者が増えますので、負担が一部増えることとなります。この点につきまして、厚労省のほうから 51 ページのところの論点と、それから、50 ページの図のところでございますが、保険者間の制度的な調整で、こうした短時間労働者の適用拡大に伴う負担増を、広く薄く負担するというようにしてはどうか、という提案がございました。

次に、53 ページのところをお願いいたします。53 ページは「協会けんぽの財政対策」でございます。協会けんぽの財政収支見通しを、55 ページのところ、厚労省から示されました。これ、55 ページでは、協会けんぽの財政収支見通しとして、7 月 29 日の運営委員会に報告した 5 年収支見通しのうち、平均保険料率 10% で据え置き、かつ、国庫補助率 16.4%、1/3 総報酬割で、賃金上昇率については、低成長ケース 2 分の 1 の場合の試算が示されております。

このものを基に、この、55 ページの上の箱のところですが、現在のところ、措置は、財政特別措置を全体に、平均保険料率を 10% に据え置いた場合、賃金上昇率を低成長ケースの 1/2 で、29 年までは準備金残高が法定準備金を上回る見通し、という見通しを説明しました。

それを受けまして、56 ページの案のところにございますが、協会けんぽの財政に係る論点として、まず一つ目の丸では、今の法律の国庫補助に関する本則付則の関係を説明した上で、今、仮にもし「26 年度までの財政特例措置が切れて、何も措置しない場合」、国庫補助率が 16.4%から 13%に戻るほか、その結果を記載しています。その上で、四つ目の丸になります。三つ目の丸のところでは先ほどの、「29 年度までの間は、一定金額の準備金を確保をすることができる見通し」とした上で、四つ目の丸のところでは、「国庫補助、保険料の在り方について検討を行うことが必要」。

そして、最後の丸のところでは、「27 年度以降の国庫補助率について、どう考えるか」、という論点提示がございました。この点につきまして、ちょっとページが飛んで恐縮でございます、87 ページをお願いいたします。

87 ページのところでは、この、協会の財政の議論に併せて、小林理事長のほうから、「全国健康保険協会（協会けんぽ）の収支見通しについて」のご説明がございました。

1 枚おめくりいただきまして 88 ページ、それから 89 ページをお願いいたします。先ほど、厚労省のほうからは、協会けんぽの財政収支見通しを説明するに当たって、低成長ケースの 2 分の 1 のケースを、前提として用いました。ただし、こちらの 88 ページのグラフにありますように、このグラフで説明しますと、この太い実線は、25 年度までは協会けんぽの実際の標準報酬の推移です。そして、上から行きますと、一番上の線が 21 年財政検証、あるいは 26 年財政検証における低成長ケースそのものの賃金上昇率、その下の線が、それぞれに 0.5 を掛けたものになります。

ここで行きますと、上の箱にありますように、協会けんぽの賃金上昇率の実績というのは、低成長ケースの 2 分の 1 に相当する水準、それを下回る水準で推移している、というのがこれまでの実態でございます。つまり、この低成長ケース 2 分の 1 と、0%の間のところは実際の見通しと言えらると思います。

その上で、協会けんぽの財政収支見通しとしては、仮に現在の保険料率を 10%に据え置いて、賃金上昇率を 0%一定と仮定した場合には、29 年度には、先ほどの厚労省の試算では、29 年度にも法定準備金は確保できるという説明でしたが、この賃金上昇率 0%にしますと、29 年度には準備金残高が法定準備金を下回る見通しと。そして、2 分の 1 のケースでも、28 年度からは赤字ということで、あらためて、経済前提を含めて、理事長のほうから説明しました。

その上で、まさに協会としては、財政の赤字構造、それから被用者保険者との保険率の格差、こうした状況を踏まえまして、これ以上の引き上げは限界であるとした上で、国庫補助率 20%の引き上げをはじめとした恒久措置を、ぜひとも実現されるようお願いする、ということでの意見を申し上げております。

すみません、戻っていただきまして、お願いいたします。次に、67 ページをお願いいたします。海外療養費についても議論がありました。海外療養費につきましては、これは例えば海外に、その医療機関の実態がないのに請求するといった不正がございまして、今回、医

療養制度改正で、まさに不正受給対策という観点から、こういった見直しが必要か、というのが検討されていました。

これにつきましては、67 ページのところにありますように、運用面での改善というのが提案されています。不正請求対策としては、例えばパスポートの写し、あるいは海外の医療機関に対して照会を行うことの同意書を求めることを省令上規定する。それから、資格の適正化ということで、いわゆる健康保険で言えば、「海外に在住する被扶養者の扶養事実の認定に係る取り扱い」を通知で示す。これは具体的には、例えば仕送りの実態があるとか、それから定期的な音信があるといったことが資料として考えられますが、それを通知で示すことをしてはどうか、ということの提案がございました。

それから、次に現金給付につきましては、70 ページのところにありますが、傷病手当金、出産手当金についての議論がございまして、これにつきましては、時間もないので、提案のあった制度について、76 ページに飛んでいただきますようお願いいたします。

支給額につきまして、今の傷病手当金、出産手当金は、当該者の直近の月の標準報酬日額、これを算定の基礎としているわけですが、これを、例えば、直近 1 年間の標準報酬日額の平均に改めると。そして、その被保険者期間が 1 年に満たない方につきましては、その方の被保険者期間における標準報酬日額の平均か、あるいはその保険者の全保険者平均の、平均標準報酬日額、いずれかの低い額を算定の基礎とするという形での提案がございました。

これらの現金給付の見直しにつきまして、理事長のほうから、まず、海外医療費については、そもそも海外に在住する方を、我が国の制度である医療保険の給付等の対象とすべきかどうか、その被用者の保険の範囲についても含めて検討していくことが必要である、という意見を申し上げました。

あと、もう一つは、現金給付の関係では、特に傷病手当金、出産手当金につきましては、公的年金、障害年金、労災との併給調整、こうしたことについても検討していただきたいこと。それから、傷病手当金、出産手当金の見直しについては、直近 1 年間の標準報酬日額を算定の基礎とすることについては妥当であると思う、ということでの意見を述べております。以上が 10 月 6 日の資料になります。

次に、10 月 15 日の資料になります。10 月 15 日は、1 枚おめくりいただきまして、療養の範囲の適正化、それから負担の公平の確保について、ご議論を行いました。

その下の 1 ページのところに、目次ということで、検討された点がございまして、それぞれの点については簡単にご説明、簡単にご説明させていただきます。

まず、2 ページのところからの、「紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方」です。これにつきましては、検討すべき論点ということで、12 ページのところをお願いいたします。12 ページのところ、「紹介状なしに大病院を受診する場合の患者負担の在り方の論点」として、まず一つは、「定額負担を求める保険医療機関（大病院）」、この範囲をどうするか。それから、13 ページのところでは、「初診のみではなく、再診についても

対象とするか」。それから、「定額負担の額（初診・再診）をどうするか」。

14 ページ、15 ページをお願いいたします。「定額負担を求めない患者ケースはどういうものか」。これにつきましては、14 ページのところにありますように、初・再診につきましては、例えば救急の場合は求めない。あるいは再診につきましては、端的に言えば、逆紹介を行う旨の申し出を医師から受けていない場合の再診、これは定額負担を求めない、こういった事務局提案がございました。

また、15 ページのところでは、「紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方の論点」として、具体的に、じゃあどういうパターンで定額負担を求めるのか。パターン1の「初・再診料相当分を求める」。パターン2は、「保険給付の範囲内で、一定負担金相当額に加え、新たな定額負担を求める」。パターン3は、その外で「上乘せ」として求めるということです。これにつきまして、理事長のほうからは、特に最後のこの15 ページの4パターンのところを中心に、パターン2というのが適当ではないか、ということで意見を述べております。

次に、「入院時食事療養費」のところについてでございます。ページとしては、35 ページをお願いいたします。

入院時食事療養費につきまして、現状の仕組みは、この35 ページの左にあります。入院時食事療養費は、現在、自己負担食材費相当額ということで、1食当たり260円の負担をお願いしています。他方、療養病床、医療区分1の65歳以上の方の場合、入院生活療養費というのは、自己負担ということで、食材費と調理費相当ということで、460円の負担をお願いしています。参考までに、介護保険施設（多床室）の食費自己負担につきましては、基本的にはこれ、いずれも全額自己負担ということになっています。低所得者の方の場合、補足給付がございました。

こうしたことも受けまして、39 ページのところをお願いいたします。「入院時食事療養費・入院時生活療養費の見直しの論点」でございます。現行の入院時食事療養費は、食材費相当分を自己負担と。そして、在宅療養では、食材費の他、調理に係る費用も負担していると。それで、64歳の方でも、先ほどもありましたように、65歳以上の方ですと、食材費・調理費を負担していると。以上の点を踏まえて、三つ目の上のところですが、入院医療と在宅医療の公平、若年層と公平を図る観点から、入院時食事医療、それから在宅生活医療費を見直すことにしてはどうか、ということでの提案がございました。理事長のほうから、この点については調理費の自己負担を求めていくと、導入していくことが合理的である、と考えますという旨、意見を申し上げております。

次に、高齢者の負担の関係でございます。論点だけの説明、紹介にとどめさせていただきます。51 ページをお願いいたします。

51 ページは、「後期高齢者の保険料特例軽減に係る論点」ということです。今、後期高齢者につきましては、制度創設時に措置、特例的に実施され、また低所得者、あるいはもと被扶養者、健康保険の元被扶養者の保険料特例軽減が実施されていますが、これを見直す

べきではないか。それから、じゃあそれをどの範囲でやるか。それから、段階的な見直しをすべきではないか、という論点が示されております。

それから、自己負担のほうにつきましては、論点としては、66 ページのところをお願いいたします。高齢者の自己負担に係る論点としては、今、自己負担割合、これは例えば 75 歳以上は、現役並み所得以外の方は 1 割となっておりますほか、それから高額療養費につきましても、現役の方よりも低い負担額の負担が設定されています。それが丸の最初のところでございます。

そして、今後、医療費の増大が見込まれる中で、高齢者の負担をどう考えるか、といったことが論点として挙げられています。この点につきまして、理事長のほうから、この日の議論で、高齢者の負担能力を考慮していくことは必要と考える。一方で、現役世代との負担の公平性も併せて考えることが必要である、ということの旨の意見を述べております。

次に、標準報酬月額の上限についてでございます。84 ページをお願いいたします。

標準報酬月額については、社会保障国民会議報告書、あるいはプログラム法案におきましても検討課題の一つに挙げられておりました。今回、84 ページの資料でございますように、厚労省のほうからは、標準報酬月額の上限の引き上げとして、4 等級を追加して、最高等級は 121 万円から 145 万円とすることはどうか、ということの提案がございました。

これにつきましては、それぞれ委員から意見がございましたが、理事長のほうからは、こうした見直しを行うに当たっては、先ほどもご説明申し上げた傷病手当金、出産手当金との算定基準の見直し、セットで見直しを行うよう、あらためて要望する、ということでの意見を申し上げます。

それから、協会けんぽに係るものとしては、ここの資料 1 で行きますと、ページとしては 96 ページをお願いいたします。96 ページです。「健康保険・船員保険の保険料率の上下限引き上げについて」です。今の健康保険の一般の保険料率は、1000 分の 30～1000 分の 120 ということで設定するように規定されています。船員保険のほうは、規定は 1000 分の 40～1000 分の 110 の範囲内において、ということになっています。

これにつきましては、100 ページの論点のところでございますが、今の上限は、健康保険の場合 12% なんですけど、健康保険組合では、保険料率は既に 11% を超えているところもあるということで、少なくとも保険料率の上限を 1000 分の 130 としてはどうか、ということでの論点の提案がございました。資料 1-3①につきましては、以上です。

すみません、時間が長くなって申し訳ございません。次に資料 1-3②、10 月 15 日の資料 2 をお願いいたします。

この日はもう一つ、医療費適正化についても議論が行われました。医療費適正化、論点としては 1 ページ目のところがございますように、医療費適正化計画、それから個人保険者に対するインセンティブとして、個人に対するインセンティブ。それから後期高齢者支援金の加減算。こうしたものを論点として挙げられています。それぞれちょっと簡単に説明させていただきます。

まず、「医療費適正化計画」につきましては、3 ページのところに、今の概要がございます。これは、「高齢者の医療の確保に関する法律」を根拠に、国・都道府県が策定することになっていて、5 年を期間として、医療費の見通し、あるいは健康の保持・推進に関する目標、あるいは具体的な取り組みを、それぞれ記載することが定められております。

これにつきましては、今回、ちょっとページが飛んで申し訳ございません、23 ページのところをお願いいたします。こうした医療費適正化計画につきましては、こちらに、まず①のページにありますように、ここでは、医療費適正化に記載すべき事項、これを今、医療費の見通し、これが必須的な記載事項になっていて、それで健康の保持・増進に関する目標などは、任意記載事項になっていますが、その記載事項を見直して、ほかの指標を記載すべきではないか、ということが論点として挙げられています。

24 ページをお願いいたします。それから、医療計画策定プロセスについても、見直しが見直されています。一つは、今の計画期間を 5 年間とするのを、次の医療計画の期間に合わせて、平成 30 年から開始する医療計画の期間に整合性を図るために、その計画期間を 5 年から 6 に見直す。それから、24 ページの丸の二つ目でございますように、都道府県計画の策定や実施に当たりまして、保険者協議会を通じて保険者に協力を要請する仕組みを導入してはどうか、ということでの提案がございました。

この点につきまして、理事長のほうからは、都道府県から、対する協力というのが求められるので、逆にそこは保険者から都道府県に対しての協力を求めるというのが必要ではないか、ということの意見を述べております。

次に、25 ページからのところが、「個人・保険者に対するインセンティブ」です。このインセンティブと申しますのは、27 ページ、もう 1 枚めくっていただきまして、ありますように、例えばスポーツクラブの利用券などと、ウォーキング、ジョギングなどの活動をしたら、スポーツクラブの利用券に交換できる。あるいは、27 ページの左下のところですが、病院にかからなければ 1 万円支給するとか、こういったものをイメージされています。こうしたものを、29 ページのところの論点でございますが、こうした、一部、行っているような、こうした取り組みを推進するためにどのような方策が考えられるか、といったことが論点として挙げられております。

30 ページをお願いいたします。個人・保険者に対するインセンティブ、もう一つ、「後期高齢者支援金の加算・減算制度」でございます。現状では、加算・減算制度は 32 ページのところにございますが、今、例えば実質的に、特定健診または保健指導の実施率が 0%の保険者に対しまして、今、支援金の加算がされる一方、特定健診、特定保健指導の目標を達成した保険者には、それが、支援金が減算するという仕組みになっております。加算率は 0.23% という形になっております。

これにつきまして、例えばこのインセンティブとして必要とする意見、こういったものもある一方で、例えば 33 ページのところにありますように、特定健診や保健指導の効果のエビデンスがどうかといった意見が、この検討会の中ではございました。平成 24 年に設け

られた健診・保健指導に関する検討会のところで、加減算について意見が幾つか述べられています。

こうしたことも踏まえまして、35 ページのところをお願いいたします。「後期高齢者支援金の加算・減算制度に係る論点」ということで、例えば一部に、保険者にペナルティーを課す仕組みは納得が得られない、あるいは、地域、保険者の規模、地域職業別など、保険者ごとに異なる中で一律に実績を比較することは不適切、こういった課題が指摘されていることを踏まえまして、今後、保険者の努力が、よりインセンティブに働く仕組みとして、どのような見直しが必要か、ということでの論点が示されています。

この点につきまして、理事長のほうからは、こうした加減差につきましては、まさにこの35 ページの②の論点、あるいはその④の、単一指標の評価することが不適切といった課題があると思いますので、保険者が納得するような仕組みを慎重に検討していただきたいと思います、という旨の発言がございました。それから、36 ページ以下が保険者による医療費適正化の取り組みで、これは、こういった取り組みは、データヘルスほか、取り組みの現状が紹介されております。

資料1-3、最後です、資料1-3③をお願いいたします。昨日の医療保険部会の最後の時間におきまして、この、「参考資料」とはなっていますが、1枚おめくりいただきまして、医療介護改革推進本部が、厚生労働省に設置された旨、報告がありました。本部長は厚生労働大臣として、本部長代理を副大臣、政務官、そして構成員を各局長・審議官とする改革推進本部が設けられています。この設置の趣旨としては、まさにこの2 ページのところにありますが、「人口減少・超高齢社会に対応した国民生活の安心の基盤づくりとして、地域包括ケアシステムの構築を進めるために、医療保険制度の安定化を図るため、厚生労働省にこの本部を設置する」とあります。この本部につきましては、先日、厚生労働大臣のほうから、11月上旬をめどに医療保険制度改革についての厚生労働省の考え方を取りまとめたい、とする発言がございました。今後、こうした厚生労働省の考え方も踏まえて、部会の議論が進められていくものと考えています。

長くなりました。すみません、以上でございます。

○田中委員長：膨大な資料の説明をありがとうございました。この医療保険部会のみならず、介護給付費分科会、それから医療介護総合確保促進会議と、理事長、たくさん出られて本当に大変なことですが、それらにおいて加入者のために発言なさっています。

私ども運営委員としても、ここに書かれている事柄を、とてもテクニカルなことは別ですけれども、大枠は理解していないといけないと思います。それが運営委員の責務です。

われわれは、運営委員会は、国に対して何かを言う立場ではないけれども、執行部の方々が、こうした会議でどういうスタンスに立っていらっしゃるかを知り、それについてはコメントがあれば言うべきです。場合によってはもっと応援してもいいし、時にはそれでは足りないと言ってもいいし、その意見は賛成しがたいと言うのも、また、運営委員の役割

だと思います。

では、ただ今のご説明に関して、質問やご意見があればお願いいたします。どうぞ。森委員、お願いします。

○森委員：どうもありがとうございました。先ほどの説明の中で、いわゆる団塊の世代、これが今から10年、25年に向けて、そのボリュームが、ずっと行くわけですね。そうすると、当然それは、例えば医療費は増高していく。あるいは、介護のほうも当然そういうことになっていく。

そうすると、そういう中で、例えば今日、協会として、どういうように、例えば先ほどいろいろな項目ごとにお話がありまして、それと理事長さんのご意見というのを表明されたということで、そういう中で、いろんな、私はこの社会保障制度の、特に医療の分野というのは、例えば各保険というのは、やはり持続可能な制度にしていかなきゃいけない。そうすると、ある面で、例えば低所得者対策はきちっとやるけれども、例えば不合理な点は、やはりきちっと直していくというふうにして、それをしていかないと、前のものは皆、かさぶたを引きずったままで行って、そして、どんどんどん財政基盤が、ということを含めて、そうすると最後は、制度自体が持続可能な制度ではなくなってくるという、そういう懸念が、一番するものですから。

そうすると、いろんな表明をする場面で、やはりある面では、きちっと表明をさせていただいて、いけないものは直していく。例えば先ほど、出産とか傷病手当金の場合でも、いわゆる不合理な点が多々あった。それをきちっと直していくということ、これはきちっと表明をされる。そういうことを積み重ねていかないと、例えば全面総報酬割がいいとか、そういう、いいとこだけを取るわけではなくて、やはりいけないところはいけないというふうな、そういう仕方を、言っていただきたいということが、私のお願いでもあるんですけど、ひとつ、もしお考えがあればということでお願います。

○田中委員長：伊奈川理事、お答えください。

○伊奈川理事：ありがとうございます。まさに社会保障改革、その中における医療、あるいは介護の、実は一番重要な点を、今ご指摘いただいたんではないかと思えます。

大局的で見ますと、やはり医療保険制度のみならず社会保障というのは、2025年に向けてどうしていくか、というのが最大の課題だとわれわれも認識しております。その中で、今までの制度改革、振り返りますと、各医療保険者からの拠出金、これがどんどんどん膨らんで今まで来た、というような歴史だったんじゃないかと思うんですけども。

やはり、われわれもこれから力を入れていかなきゃいけないと思いますのは、保険者機能ということから言いますと、もちろんちゃんと医療保険の適用をし、給付をし、管理をしていく、ということもございますけれども、日本の医療保険というのは、現物給付で、

療養の給付を保障していくという考えでありますので、保険者としても医療の内容、そういった意味では、今回の改革の中で、医療介護総合確保法ということで、サプライサイドにも、われわれのほうからも、いろいろと意見を言う場もこれからは出てくるということでもあります。そういった点も含めて、われわれとしては、きちんと適正に管理をすると同時にいい医療にしていくという点でも、特にわれわれの強みとしては各県ごとに支部を持って、そして地域のこと、被保険者、そしてあるいは企業の生の声を反映できる立場だと考えておりますので、そういった支部のパイプも使いながら、やっていくというのが基本ではないかというふうには考えております。

○田中委員長：いかがですか。どうぞ、この膨大な資料に対する質問でもいいし、ご意見でも結構ですが、お願いします。中村委員、お願いします。

○中村委員：二つ、質問させていただきたいと思います。一つ目ですが、海外療養費についてです。この厚生労働省の不正受給対策を受けて、本部としては現在どのようなことを、対応を考えていらっしゃるのか、まず教えていただきたいと思います。

それから二つ目ですが、協会けんぽに対する国庫補助率については、この10月6日の医療保険部会の時点では、明確な方向が厚労省からは示されていないと思うんですが、現時点での展望がございましたら、事務局のほうからでも、教えていただけたらと思います。以上です。

○田中委員長：企画部長。

○企画部長：まず1点目、海外療養費の対応につきましては、まさに今回、厚労省のほうから、制度の見直し、案が示されましたので、施行期日がいつになるかということでは、まだはっきりしません、まずそうした見直しの内容を着実に実施するというのが、まず1点かと思います。

次に、それだけで果たして十分かというのはございますので、例えば協会としては、民間、具体的には保険会社の取り組みを参考にしながら、今後、運用面で見直すことができるかどうか、あるいはその対策が強化できるか、これは今後検討していきたいと考えております。

次に、2点目の国庫補助の展望の状況についてでございます。まさに今、中村委員のご指摘がありましたとおり、厚労省からは、この資料では、どこにするかという線は、当然どこも示されておりません。本日、後ほど「その他」の話題のところでございますように、財務省からは段階的に13%引き下げるという案が提示されていまして、まさに現在、当事者たる私ども協会けんぽは20%というところを主張して、他方、財政当局は13%を主張しているところで、現時点でまだどこに着地するというのは、はっきりと見通してはおりません。

ただし、私ども協会としてはまさに国庫補助率 20%実現に向けて最大限努力して、関係方面にもその必要性を訴えていきたいと考えております。以上です。

○中村委員：ありがとうございます。この海外療養費の不正がなくなるということで、私としては、この制度をなくしてもいいんじゃないかな、というふうに考えます。以上です。

○田中委員長：財政審はこの時期、さまざまな国庫負担を減らせと言ってくる時期です。介護給付についても、そのようなことを向こうは発言されておられます。こちらは淡々と 16%どころか 20%だとおっしゃっていただければいいのだと思いますが、どうぞ。いかがでしょう。石谷委員、お願いします。

○石谷委員：ご説明ありがとうございました。多くの課題があるという事をあらためて認識させていただきました。そのなかでも従来から懸案のやはり現金給付ですね。傷病手当金、それから出産手当金。不正事案はごく一部なんですけど、いっこうに改まっていない現状だと思います。調査権をお持ちになったとはいえ、やはり支給を申請する方がコンプライアンスにのっとって、適正にやってくれることです。制度自体を適正に運営するための基本です。先ほどの海外療養費も含めてです。

それに関しまして、ここまでの規定を見直すわけですので、徹底的にご意見を言っていたら、制度としてあらためていただくようぜひお願いしたいと思います。

標準報酬の上限を上げるという案も、上っておりますけれど、そうなった結果どうなるかということも踏まえて、総合的にコンプライアンスにのっとった制度運営が出来るようお願いしたいと思います。

○田中委員長：私からも質問を一つ、いいですか。これは委員長というよりも、単に一委員としての質問ですが。

先ほどのインセンティブの話ですね。病気にならなかつたら、受療するのを我慢したら、が正確かもしれませんが、すると 1 万円の給付があるといった案に健保連は反対しておられたですね。これについて、協会はどのようなスタンスをお持ちなんですか。企画部長、お願いします。

○企画部長：この制度につきまして、インセンティブを付与するかどうかにつきましては、今回、例に挙げられているのは、例えば企業単位の健保組合、あるいは市レベルの、国保ということで比較的目の前が、顔が見えるところで実施されている制度、ということが特徴としてあると思います。

つまり、例えば「医療機関にかからなくて 1 万円」というのは、あの家庭は、もう普段から元気だから大丈夫だとか、そういうのがちゃんと分かっているならば、まさに顔が見える

関係であれば、そういうことをやっても大丈夫なんです、協会けんぽというのは、各都道府県の支部に置かれていまして、例えば北海道ですと札幌にあって、加入者はそれこそ稚内とか、そういう非常に遠いところにいると。加入者の顔の見えない、なかなか一人一人の加入者の顔が、全て把握しづらい中で、こういったインセンティブあるいはポイントというのは、果たしてどこまで有効かということを考えると、そこは慎重に検討せざるを得ないと考えております。

○田中委員長：高橋理事、お願いします。

○高橋理事：後期高齢者制度への拠出金の加減算を最終的にどうするかという議論は、2年前でしたか、3年前だったか、あったと思いますけれども、そのときに——私も評議会をもう30近く回っていますけれども——評議会の中で出る意見は、私どもの場合中小の事業所が多いですから、やっぱり健診に人を出す、あるいは保健指導を受けるということで作業のラインが止まる、あるいは、少ない人数ですから1人抜けるとやっぱり困るんだよねという話は随分お聞きしています。

それでも、事業所では協会けんぽが進めている事業だし、従業員の健康も大事だから、それでもうちは健診を受けるんだと、あるいは保健指導、保健師さんに来てもらうんだと、一生懸命やっておられるところもあるんですが、評議会でお聞きしていると、「俺のところはこんなに真面目にやっているのに、全然しないところもあるね」と。それで、その加減算でペナルティーを、加算になってペナルティーを掛けられたら、「俺のところはこんなに真面目にやっているのに、他が真面目にやっていないから、それで協会全体が加算になったら、これは俺たち黙ってらんないよ」と、こういう議論は結構お聞きしています。

それから各事業所は同じ率で保険料を払っているんで、やっぱりそういう事業について前向きに取り組んでいるところと全然そうでないところは、少し分けてほしいというご意見はかなり聞いております。

一方、個人ごとにやりますと、医療機関に行くのを我慢するという話になりかねないですし、また事業所単位でそういうことをやった場合に、従業員に対して何か変な、妙なインセンティブ「病院に行くな」とかですね、そこまで言わないと思いますけれども、そういう話も出るやもしれません。

こういった意味で、現場、事業所の実態によって、非常にここは悩ましい部分だということではあります。

○田中委員長：解説ありがとうございました。こういった社会保障制度の本質に関わる話につながりますね。差し当たり、さらなる検討を、が正しい対応策だと思いますが。

ほかに、医療保険部会の議論について、いかがでしょうか。また来月はこれも毎週で、介護給付費分も毎週で、大変ですが、頑張りましょう。

次の議題に移らせていただきます。次は平成27年度保険料率に関する論点です。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。

議事2. 平成27年度保険料率に関する論点について

○企画部長：お手元、資料2をお願いいたします。資料2は「平成27年度保険料率に関する論点について」でございます。前回の運営委員会におきましても、「平成27年度保険料率に関する論点」という資料を提示いたしまして、ご意見をいただきました。今回の資料は、それに幾つか加筆したものを、お示しさせていただいています。加筆した部分については、1枚目と2枚目、ずれ込んで2枚目ですが、下線部分で加えています。まず改めて、1枚目から順番に説明させていただきます。

1番目としては、制度改正。まず論点としては、27年度医療保険制度改革に向けて、協会要望事項の実現を引き続き強く訴えていくとして、要望事項としては、20パーセントに引き上げ、それから高齢者医療制度の見直し、その他ということで、傷病手当金と出産手当金の見直し等でございます。

2つめの論点として、27年度保険料。27年度の保険料についてどう考えるか。直近の5年収支見通しも踏まえ、27年度保険料についてどう考えるかという論点は、前回、議論をお願いしました。次の2ページ目をお願いいたします。今回、激変緩和措置につきましても、同じく論点とさせていただいてございますが、幾つか加筆させていただいています。この加筆された論点を含めて、1度、激変緩和措置について、改めて資料に基づきご説明させていただきます。

まず3ページをお願いいたします。3ページが協会けんぽの都道府県単位保険料率のイメージです。もともと21年8月まで、協会けんぽは、政管健保についてもそうですが、全国1本の保険料率で運営していました。そして21年9月から、都道府県単位保険料率を導入しております。これは基本的には、医療費の差を各支部の保険料率に反映させるという仕組みですが、ただ、この場合に、例えば、この上の箱にあります、年齢構成の高い県ほど保険料率が高くなります。また、所得水準の低い県ほど、同じ医療費でも保険料率が高くなります。このため、年齢水準、それから所得水準、これにつきましては、3ページの真ん中の図にありますように、それぞれ調整を行った上で、その残った地域差が保険料率として反映されるような仕組みで、保険料率を算定しています。

ただ、実際の保険料率につきましては、次の4ページをお願いいたします。今の方法で算定した保険料率は、4ページの棒グラフの薄いピンクの棒になりますが、これでいきますと、保険料率の差が高いところでは、10.5以上、一気に差が、そのまま導入しますと、0.5パーセント以上の差がつく可能性が出てきます。このため、今回の都道府県単位保険料率を導入するに当たりまして、その平均との乖離幅、これを、例えば24年度以降につきましては、10分の2.5に調整するという形での、激変緩和措置が取られております。ちなみに

23年度は10分の2.0でございました。この結果、現在の都道府県単位保険料率は、最高が佐賀県の10.16パーセントで、最低は長野県の9.85パーセントということになっております。ただいまの数字は、その10分の2.5を調整した後の数字になります。

次に、6ページ目をお願いいたします。ただいま申し上げました10分の2.5という激変緩和率につきましては、これは厚生労働大臣が告知によりまして示すものではございますが、その設定につきましては、一定のルールがございます。そのルールを示したものが6ページでして、具体的には健康保険法の施行令の附則で定められています。端的に申し上げますと、上の箱の部分でございますように、激変緩和措置を講じたときの最高の都道府県単位保険料率と、全国平均との差が前年度以上であることが必要です。イメージとしては、発動基準のイメージになりますが、例えばN年度における激変緩和前の保険料率があって、これは白い部分です。緑の部分は、それに激変緩和率を掛けた後の、激変緩和後の保険料率になります。この上の矢印で示した線が平均との差になります。

例えば次の年度におきまして、この最高保険料率のところの医療費が下がるということが生じた場合、例えば下がったということが生じてしまいますと、そのままの激変緩和率では、激変緩和後の保険料率、最高の保険料率が前年度より下がってしまうこととなります。そうしたことが生じないように、この場合は激変緩和後の保険料率が同じ以上になるように、激変緩和率を変えなければならない、というルールが定められております。

それから、もう一つ、保険料率の算出に当たって留意すべき点としては、都道府県単位保険料率の精算というものがございます。今の協会の都道府県単位保険料率の設定に当たっては、医療費の、あるいは標準報酬の見込みによりまして、保険料率を設定しております。具体的には、こちらの1の精算内容の①のところでございますように、都道府県単位料率は、2年度前の医療給付費実績、つまり、例えば25年度であれば、その前の前、23年度の医療給付金の実績をもとに算定します。こうしていますのは、25年度の、例えば都道府県単位保険料を実際に設定するのは、25年の大体1月ごろでございます。25年1月というのは、まだ24年度の中です。その時点で分かっている決算値としては、23年度が、言うなれば直近の実績ということになります。なので、この実績をもとに、その年度の医療給付費等を推計して、算定しています。ただし、これは見込みをもとに設定した数字ですので、実際の25年度の決算を経ますと、その見込みと実績の差というのが生じます。その差につきましては、2年後、つまり25年度であれば、27年度の保険料率の算定時に、医療給付費の見込みと実績の差分を精算する、という仕組みになっております。

それから、ここ2年間の特例的に生じた事象としては、保険料率凍結に伴う精算分がございました。これは現在、25年、26年につきましては、都道府県単位料率を調整できるように、各支部の収益を見まして、協会の準備金を取り崩して充てております。これによりまして、収入分の支出では、都道府県単位保険料率が同じになるように調整して割り当てているわけですが、本来であれば、これは総報酬により按分すべきものであります。そのため、総報酬に按分して取り崩すべきものと、保険料率を凍結するために調整して当てはめ

たもの、これらを、その差額も同じく精算を行う必要があります。これも2年後に精算するとなっていますので、この結果、2のところにございますように、27年度都道府県単位保険料率を算定する際の精算として予定されているものとしては、25年度の支部別収支の実績に基づく精算。それから25年度の都道府県単位保険料率を凍結したことに伴う精算分。この部分が精算として必要なものと生じます。

その上で、ページを戻っていただきますようお願いいたします。2ページでございます。こうした、ただいま申し上げましたような制度的な状況を踏まえまして、今回、記述を加えさせていただいています。改めまして最初から、下線部以外のところも含めてご説明させていただきます。27年度の激変緩和措置についてどのように考えるべきか。27年度の激変緩和措置についてどう考えるかということで、まず1つめ、これは前回は記載しましたが、現行の激変緩和率は10分の2.5、前回、法改正に際しての特別措置は2年延長され、激変緩和措置期間も2年延長されて、32年3月までとなっています。激変緩和率は24年度から維持されてきております。政令の規定に従えば、27年度は激変緩和を行う必要が生じる可能性がございます。24年度までは、激変緩和率の拡大幅を10分の0.5から10分の1.0となっております。

次に、仮に平均保険料率が維持された場合の都道府県単位保険料率の扱いをどうするか、という点がございます。まず前回申し上げた事項としては、都道府県単位保険料率の算定方式というのは法令で規定されまして、仮に平均保険料率、及び激変緩和率が維持された場合でも、都道府県ごとの医療給付費の変動状況が異なるため、27年度の都道府県単位保険料率が現在のものと同一になるとは限らない、という点がございます。それから、今回、先ほどの精算のことを加えています。都道府県単位保険料率については、2年度前の見込みと実績の乖離分の精算を行っている。加えて25年度都道府県単位保険料率を凍結したことに伴う精算について。27年度都道府県単位保険料率の算定において精算を行うことになっております。こうした論点につきまして、今回、記載を追加させていただいています。

そして4点目としては、変更時期として、仮に保険料率を変更する場合は、変更時期は4月の3日からでよいかと。こういった論点がございます。こういった論点を踏まえまして、ご意見等をお願いしたいと思います。なお、各支部の評議会の意見につきましては、次回の運営委員会においてお示しする予定としております。以上です。

○田中委員長：説明ありがとうございました。先ほどの日本全体の医療保険制度の話と違って、これはまさに協会の中の話ですので、支部の意見は次回お聞きするとして、運営委員会としての意見をうかがいたいと思います。その前に質問があれば、質問でも結構です。森委員どうぞ。

○森委員：1つ教えて下さい。25年度が凍結して、26年度も凍結になるということですね。そうすると、この2カ年の凍結というのは、先ほどお話があったように、25年度のもの

27年度、26年度のものは、28年度にきちんと精算をしていく、ということになるわけですね。もし仮に、この激変緩和措置、どのように考えるかということで、私は今の凍結のお話をお聞きして、後年度に精算をするというのが、仮に27年度もまた凍結ということになってくると、これは29年度になってくるわけですね、また。そうすると、どんどん、どんどん、後ろに行くのが膨らんでくる。32年の3月までですね。それとも仮に、ずっと、いわゆる激変緩和ということが、この32年まで凍結のまま行ったら、その33年度以降の保険料率というのですか、これは、私は皆目分かりませんが、相当の積み残しがどつとくる、というふうに考えてよろしいのですか。

○田中委員長：企画部長。

○企画部長：32年度ということですので、時期的にはまだ7年先になりますが、もし仮に、この間ずっと凍結したということになりますと、1つはまず、精算の影響で、この間のたまった分が一気に吐き出される。もう一つは、激変緩和率、これは厚労省が決めることですが、もし仮に、今の2.5のまま維持した場合に、論理的には32年3月に1になりますので、要するに7.5引き上がると。そうすると相当の影響が恐らく出るだろうということは予想されます。

○田中委員長：衝撃を少しずつにするか、ためておいて爆発させるかの違いですよ。いい点をご指摘いただきました。ありがとうございます。

どちらにしても苦しい選択です。こちらにすると楽になるという選択があれば、それはみんなそっちへ行きたいけれども、どのように苦しさを取るかをめぐると、大変難しい点ですが、まずは理解のためのご質問、後にご意見をちょうだいしたいと存じます。

○森委員：済みません、もう一ついいですか。ということは、さっき極端な例で7.5とおっしゃいましたね。そうすると、そういうことになってくると、例えば若い世代の人たちのほうが、この負担は、逆に言うともろにかぶってくる、というふうに考えてよろしいのですか。ちょっとその辺が理解できないんですけど。いわゆる、こういうのを後ろ、後ろへ送っていくということは、どんとくる。そうするとどんときたときに、それを負担するのは誰かといったら。

○田中委員長：精算分がたまっていた場合ですね。

○森委員：ええ、ちょっとその辺が。

○高橋理事：2ページの激変緩和のところを書いてある2つのマルは、多少意味が違うんですけど、激変緩和は、4ページの図で言えば、例えば一番右が高いところで、佐賀ですけれ

ども、本来のレベル、10.58%くらいでしょうか、それに比べて現在は、全国平均の10%からの乖離を4分の1(2.5/10)に抑えて10.16%にしていると。ところが、6ページでいきますと、どうも10.58の部分の少し下がってくるみたいだと。今、佐賀で言えば、青い部分が10.6近く、58ぐらいまで行っていますけれども、これが6ページを見ますと、左側が10.58ぐらいで、激変緩和が赤い部分で10.16だと。けれども、27年度は本来の率(左側)が少し下がるかもしれない。下がると激変緩和の措置が4分の1のままですと、10.16は当然下がります。そうすると激変緩和をやっているのは結構だけれども、もともと本来のレベルに向けて上がるのを激変緩和だといって抑えたのに、下がるのではおかしいんじゃないか。まあせめて、佐賀は10.16のまま、同じにするのが普通じゃないのと。そうすると、同じ料率に据え置こうとすると激変緩和措置を少し解消しないといけない。こういうことで、激変緩和措置を解消する方向で対応するというのを今、法令上決めているということです。

もう一つは、2ページの論点の3、マルの2つ目の方。これは特に、今日つけ加えた※の2つ目というのは、もともと都道府県単位保険料率は、年末の予算で決めています。けれども、あくまで予算ですので、見通しですから、本当に1年動かしてみたら、少し数字は変わるわけです。そうすると見込みと実績の乖離をきちんと精算しないと、事後的にはおかしくなりますので、それが実は、25年度分について、今度27年度に精算が来ます。それを凍結するとたまっていけますので、これをずっと続けていくと、後で大きくなる可能性もあります。こういうことで、いつまでもこういうものを止めているわけにも、なかなかいかないわけです。それから凍結そのもののたまり分ですね。ですから、こういうものをどうするかということを、今決めないといけない。こういうことでございます。

○森委員：たびたび済みません。6ページ目のところに、かっこして健康保険法の施行令附則ということ。そうするとこれは、ある面では、ここではいじくれないということですね。ここの、要するにけんぽ協会では、というふうに考えてよろしいんですね。

○企画部長：当然、ここは健康保険法施行令附則は、内閣の閣議で決める事項になりますので、協会けんぽ自身が決めるものではございません。そのため、当然、各省と協議する必要もございまして、さらに政令ですので、内閣法制局の審査を経る必要もございまして。

○高橋理事：ただ、やっぱり直してほしいという要望は出せますんで・・・。

○田中委員長：当然、意見は求められるべきだし、言うべきです。決定権はないけれども、黙って従うわけではないですね。いかがでしょう、この話、大変難しいですが、もし理解できなければ、幾らでも聞いても結構ですし、一応理解できたら意見をどうぞ、石谷委員お願いします。

○石谷委員：済みません。全く理解が難しいので、例えば、事務作業が大変かと思いますが、例えば、一番料率の高い県と低い県で、一応2年間分を、数字を出してみたらこうなるという資料は作成出来ますか。精算分の2年繰り越すことや、例えば、激変緩和率がこうなればという資料です。

○田中委員長：企画部長、どうぞ。

○企画部長：数字面については、作業が今、間に合うかどうかの点は曖昧ですが、いずれお示しできるように作業したいと思います。

○高橋理事：イメージだけで申し上げれば、もう一回4ページに戻りますが、もともと基本的には、そもそも全国平均の料率をどのレベルにするか、という問題が最初にあるんですね。ここは、もしかすると、27年度は10%より下がる可能性はあるんですね。しかし、例えば本当に9.9%ぐらいで済みそうだったら、いったん9.9%に下げて、けどまた後で上げるというのは、しんどいよねというのであれば、そこは我慢して10%を維持しましょうと。仮に、こういう議論になったとして、そうすると、4ページの図で、まず真ん中のラインが、10%のラインが引けるわけです。しかし、平均10%を維持したとしても、都道府県料率の分布、佐賀から一番左端の長野までの分布が、本来の料率である青い部分が27年度は26年度のこの青のようになるかどうかは別の問題なんです。これは動きます。27年度の医療費の予想とか、標準報酬、賃金の予想で、この青い部分はまた変わります。

27年度の本来の料率（青）は変わるんですけれども、もし佐賀が下がるとすれば、4分の1という緩和の圧縮率をそのまま維持しますと、今の10.16%より佐賀は下がっちゃうわけです。それは法令上だめだと言われているわけです。確かにそれは、常識で考えたって、いずれ都道府県料率で本来の姿に行きましょうと言っているときに、激変緩和措置をそのまま維持して、佐賀が下がっちゃったら、全く逆方向ですから、それはないだろうなど。そういうふうを考えれば、そうすると、佐賀は10.16%で止めるしかないのかなと。止めるためには、激変緩和を多少解消しないといけないんです。10分の2.5よりも少し、例えば10分の2.7とか2.8とか、幾らなのか分かりませんが、そういう数字に変えないといけないと。こういうことになります。

そうすると、仮に佐賀が、10.16%という数字の、字面そのものは変わらなくても、緩和率が変わりますので、他の支部も青い部分がみんな少しずつ変わってきますが、それに今度は10分の2.7とか8とか、そんな数字を適用すると、また他の支部の赤い部分が動いていくんです。恐らく低い方のところは、赤はむしろ下の方に伸びていくのではないかと考えられます。それと、本来の青い部分を算定するとき、今までの凍結したたまり分と、それから25年度の予算と決算のずれを、もう一回全部入れ込んで、この青い部分を計算する

ということになります。いずれにしても、仮に、平均 10%を固定して、最高料率の佐賀のところを 10.16%に固定したとしても、他の支部は少しずつ動いていく。そうすると他の支部はどういう反応になるかと。そういうことだと思います。

○田中委員長：中村委員、お願いします。

○中村委員：この緩和措置を 32 年の 3 月に間に合わせようとして、緩和率を一気に引き上げた場合、事業主に、急激な大きな負担がかかってくるという問題が生じるんじゃないかと思うのですが、今ここにある、数字を見ますと、32 年 3 月までに、引き上げ幅が、仮に 10 分の 0.5、10 分の 1.0 というふう上げていくとしましても、残り 7 年で 10 分の 10 にはいかない。こうした場合に、緩和率を上げなければいけないという状況が出た場合に、協会としては、そのときに意見を言う必要があると思うんですけども、その点はどういうふうにお考えでしょうか。

○高橋理事：現時点では、平均 10%に凍結していますので、基本は平均 10%のラインで、佐賀から長野で傾斜がついているわけですけれども、それを来年度、27 年度のときに、平均 10%を維持しながら、けれども、やはり激変緩和は少し進めないといけないといって、例えば佐賀の部分で、がばっと上げるということは恐らくあり得ない。あり得ないと言ってはあれですけれども、選択として、非常にそれは難しいと思うんです。ですので、先ほどご説明申し上げましたように、もしかしたら全体が下がるかもしれないけれども、そうすると、今の激変緩和率 10 分の 2.5 を維持すると、佐賀は下がる可能性があるので、逆に今の 10.16%に止める、そしてそのために少し激変緩和の解消を進めるということだろうと思いますが、数字の上では、そんなに大きい数字になりません。

ただ、そうすると、今、中村委員がおっしゃったように、しかし最終目標として、全体を本来の都道府県料率である青い姿に、平成 32 年度までに持っていきましよう、というルールがあるんじゃないかと。それはそのとおりで、1 年遅ければ、だんだん、押せ押せになると思います。その部分は、お尻をどうするかという議論は当然あり得るんであろうと思いますし、ただ、1 年ぐらい様子を見ても、そう大幅に上げ幅の数字が変わることはないと思います。

それから先ほど、ちょっと森委員のご質問に対して正確にお答えしませんでしたけれども、もちろん、こういうものは、後にずらせばずらすほど、3,600 万人の加入者は、毎年一番上の集団は出て行きますし、下から新しい人が入って来ますから、後に送れば、当然、1 年違いですけども、後の方々に負担を回すということになります。

○田中委員長：それも大変重要な点ですよね。後世代に回していいかどうか。逆に、私は前回は申し上げたのですが、あまり進まない、せつかく医療費を低くする努力をしてい

る県が、インセンティブを失う恐れもあります。たくさんの事情を勘案して、毎年どのくらいずつ進めていくかでしょうね。高いほうあまり苦しまない程度に、しかし少しずつ進めるしかないのではないかと思います。どうぞ、高橋委員。

○高橋委員：今、田中委員長がおっしゃっていたこと、まさしく私もそういうふうに思っています。それぞれ都道府県単位の保険料率、支部単位で非常に努力をしているところも、健康増進とかに取り組んでいるところもあるので、そういった努力ということも、一方で考えなければいけないのかなと思っていますし、また、法制化されたんですけども、医療提供体制ですね。これについても、随分地域によって偏在化といいますか、そういったものがあるということも考えないといけない。そうした上でどうするのかという。今日は、ちょっと私は、結論めいたものじゃないんですが、非常に悩むなと思って、私たちも検討を考えているところです。ですから、同時並行して、各支部の評議会でも検討していただいているというか、ご意見等も集約されているということですので、その辺もしっかり受け止めながら、というか、聞きながら、さらに検討を深めるべきではないかな、というふうに思います。済みません。結論ではないんですけども。

○田中委員長：ありがとうございます。いずれ、最終的な保険料率の提案が、運営委員会に出されます。どうぞ森委員。

○森委員：先ほど来、インセンティブの話が出ていますけど、恐らくこういうことになると、例えば、長野はもともと低い。そうすると、都道府県によって、そういうことに対する、じゃあ自分のところは、こういうことをやって一生懸命やってきたんだという、そういう違いということに対して、各支部の評議委員会で、何でということが、もう一回、再燃されてくるような、もちろん、例えば地域医療の差がとか、年齢差とか、収入とか、いろいろにあるにしても、やはりこれだけの差が出てくる。しかも激変緩和というようなこと。ということになると、ある面では、じゃあ、何で私どもの県がというような、そういう違いということに対して議論が巻き起こってくる可能性があるのではないかと。そういう懸念をするものですから、その辺はもう何か、例えば理事者側のほうに、そういうような声が上がってくるようなことはあるんですか。

○高橋理事：まあ、いつも激変緩和の議論をやりますと、47の評議会は、大体、賛成と反対に分かれます。当然、ご自分たちの努力をその料率に反映させるんだというご主張もあれば、いや、もともと医療の状況が違うんだからしょうがないじゃないか、それを料率に反映させるのはどうかというご主張もありまして、そこは今、森委員おっしゃったことは、今までもずいぶんと議論は出ています。

○田中委員長：全体としての一体感を失わないように、しかし適切にと。相反することですが、ある程度は決断をせざるを得ない時期も来るでしょうね。この点は、支部の議論を伺ったり、委員の方々がそれぞれの団体などに帰って、中のご意見を伺って、ここでまた発言してください。ありがとうございました。

次に、平成 27 年度事業計画骨子案です。これについても資料が提出されています。説明をお願いします。

議事 3. 平成 27 年度事業計画（骨子案）

○企画部長：お手元資料 3 をお願いいたします。「27 年度協会けんぽ事業計画（重点事項）の骨子案について」という資料でございます。この骨子案につきましては、事業計画そのものは、来年 3 月の運営委員会に向けまして、今後、議論を重ねていくこととなりますが、今回は、その骨子ということで、項目立て、それから主な記載を改める事項につきまして、この箱の中に記載させていただいています。順次説明させていただきます。

まず 1、保険運営の企画です。この「改」としてはありますが、内容の修正が、それ相応にある部分になります。まず保険者機能の発揮による総合的な取組みの推進。ここににつきましては、今回、27 年度事業計画におきまして、まず 1 つは、保険者機能強化アクションプラン第 3 期、これはまだ仮称でございますが、これを策定する、ということに記載したいと考えております。

それからデータヘルス計画につきましては、現在、各支部で作成中でございますが、来年度はこれが作成された状態になりますので、各支部で作成したデータヘルス計画を確実に実施する、という内容です。

次に、地域の実情に応じた医療費適正化の総合的な対策でございます。再掲ではございますが、各支部で作成したデータヘルス計画を確実に実施する、という項目に記載したいと考えております。

それから次に、新たな項目を 1 つ設けたいと考えています。4 つ目のマル、地域医療への関与というところでございます。この内容は、地域医療ビジョンの協議の場等に、医療保険者の関与が法定化されたことを踏まえまして、被用者保険者の代表の一員として、地域医療のあり方に対して必要な意見発信を行う、という内容を記載したいと考えております。

次に 1 ページ目の 2 の健康保険給付等、2 つ目のマル、高額療養制度の周知、これについては、今回、削除を考えています。高額療養費の区分につきましては、来年 1 月に改正予定がございます。現在それに向けて周知活動を進めていますが、来年 1 月に制度が改まりますので、27 年度におきましては、この項目は、個別の項目としては、削除ということで考えております。

1枚おめくりいただきまして、2ページ目をお願いいたします。まずこの保険事業のところについては、それぞれ項目内容を見直しております。まず3、保健事業。1つ目は、保健事業の総合的かつ効果的な推進、ということで、これはまた再掲になりますが、各支部で作成した「データヘルス計画」を確実に実施する。それから地方自治体、事業所、関係団体と連携し、保健事業を効果的に推進する、という項目を記載したいと考えております。

次に2つ目のマルということで、特定健康診査及び特定保健指導の推進でございます。ここではデータを活用、具体的には医療費分析、あるいは事業者カルテといったものがございまして、これを活用して、地方自治体、事業所、関係団体と連携した受診勧奨、保健指導を推進するという項目でございます。

次に、地域の特性に応じた好事例の共有などにより、支部間格差の解消に努めるという項目も今回記載したいと考えております。

次に3つ目のマルです。各種業務の展開でございまして、業務・システムの刷新の効果を最大限に引き出し、意欲的な事業展開を図る、という記載を改めたいと思っております。

3ページ目をお願いいたします。4の組織運営及び業務改革の部分です。ここで項目を改めるとして業務・システムの刷新でございます。業務・システムの刷新そのものにつきましては、来年1月27日にサービスインいたしますが、サービスインした新しい業務・システムの着実な定着を図る、という旨の内容の、記載の見直しを行いたいと考えております。

その他、各項目におきまして、それぞれ記載の見直しがありますが、大きな記載の修正内容としては、ただいま申し上げたようなことで、今後、肉づけ作業を進めていき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。現時点で、このような項目で、これからつくっていくとの説明でした。これはまさに、協会けんぽの内側の努力、自己努力の予定表ですね。何かご意見があれば、お願いいたします。野田委員どうぞ。

○野田委員：1ページ目の新規項目で、「地域医療への関与」という項目が出ていますが、これは、すごくいいことだと思います。各県、いろいろと状況・背景も違いますし、それに応じて必要な意見発信を行うということは、各県の支部の機能強化という点でも、すごくいいことだと思います。ぜひよろしくお願いいたします。以上です。

○田中委員長：応援をいただきました。ありがとうございます。高橋委員どうぞ。

○高橋委員：ありがとうございます。私もこの地域医療の関与ということは、やはり法律がきちりできた上で、これからだというふうに思っておりますので、やっぱり全ての都道府県の支部が、積極的に関与していくというところが重要なポイントだろう、というふうに思いますし、法律上では、地域医療構想という、それを策定するときに、き

っちり保険者が、その協議会の場に出ていくと。協議会の場で意見を聞く、協議会の意見を聞くということもなっておりますので、被用者保険初め、ほかの保険者との連携といたしますか、そういったことも必要なのかな、というふうに思っております。

それと、それに関わってですけど、3 ページの人材育成の推進という、組織運営、ガバナンスのところにも関わってくるんだらうと思うんですけども、この新しい地域医療への関与というところでは、医療提供体制への働きかけということも、今後ますます必要になってくるだらうと思いますし、そういった意味での、そういうことをきちんと意見反映していく人材の育成と言いますか、そういった意味での人材の育成も必要だらうかな、というふうに思っておりますので、そういう積極的な人材育成も、併せて考え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：そのとおりです。各地域で参加する人材を育成する。すなわち本部だけではないですね。ありがとうございます。埴岡委員、お願いします。

○埴岡委員：ちょっとこの検討のアプローチ自体に、違和感を覚えます。いきなり目次立てから入るんじゃなくて、今、何を目指して、何をしなきゃいけないかという哲学というか、ビジョンというか、そこを検討するところから入る必要があるんじゃないかと思えます。例えば、平成 27 年度事業計画策定方針案みたいなのを、まずつくって、どういうふうな方向を目指して、どういう計画をつくっていくのかを、運営委員会で議論してもらえないかと思うんです。

その方針案にどういうことが書かれているべきかは、すぐには言えないんですけども、例えば、協会けんぽの事業計画の運営自体をいわゆる PDCA サイクルに乗せていきますよとか、今回の目次立てを見ても、何をするかは書いてあるけれども何のためにかが書いてないので、ゴール設定をしてアウトカムやあるべき姿を目指して活動を組み立てていきますよとか、重点項目と粛々と遂行する部門に分けて考えますよとか、事業計画全体と保険者機能とアクションプランと調査研究機能を切れ目なくつなぎますよとか、保険者機能の 6 つの分類の中で特に政策提言活動と患者への情報提供活動を強化しますよとか……。要するに方針、要項を立ててから作成に着手する。課題があるから、この課題を解決したい。こっちに行くべきだから、この事業をすべきだと。そういう組み立てですね。

もう一つは、最終的には編集されて、業務部門ごとに事業計画が整理されることは分かるんですけども、検討の過程においては、やはり医療の質をよくする、医療のコストを適正化する、アクセスを改善する、業務運営をスムーズに適正化して経費を削減するといったゴール設定をして、その個々のゴールのためにこの業務部門は何をする、管理部門は何をする、調査研究部門は何をする、日常運営では何をする、という組み立てをする必要があるんじゃないかと思っています。

いきなり、目次から入れません。現状認識と課題設定があって、それに対応すべきことと目指すべきゴールを考えて、何をしなきゃいけないかを見出すという、そういう思考経路をつくる必要があります。それが、PDCA サイクルをどうするか、ということにもかかってきます。いま業務評価指標も目指すべき姿からはやや宙に浮いているところがあるんですけども、それも、どんどんゴールと一体化していかなきゃいけないと思っています。計画の枠組み、建てつけ、方針から考えたいものです。この目次の背景にそれはあるけれども見えていないだけかもしれません。いずれにしても、そこを明示化して議論することを踏まえて計画案をつくっていただきたいと思います。いかがでしょうか。

○田中委員長：企画部長、お願いします。

○企画部長：事業計画の基本的な、例えば 27 年度を見て、どういった方向を目指すとか、そういうのは、本日ここには出ていませんが、通常、事業計画は「はじめに」ということで、総論部分が出てきます。そうした部分に、やはり一定の方向性というのを示していくと。さらに今の事業計画におきましては、本日ここには、まだ骨子案、項目の段階で示しておりませんが、別途、目標指標、それから研修指標もついておりますので、そうした意味で、そういった指標をどうしていくか、それから今、埴岡委員ご指摘のありました PDCA サイクルというのを、この計画の中で、どういった形で記載できるか。ちょっとそれは、今後、検討していきたいと考えています。

○田中委員長：埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員：ちょっと私の申し上げていることが通じていないのかもしれませんが。例えば医療の質を改善するというゴールがあるとする。そして、そのために医療の質を可視化するとする。そうすると、医療の質を可視化するために、人材育成はどうする、調査・研究はどうする、レセプト分析はどうする、というふうに、目的に合わせて活動が組み立てられていくと思うんです。今、縦割りの、アクションプランを強化します、データヘルスをします、レセプト点検を強化します、調査研究をします、人材を育成します、と書いてあるわけですが、何を目的に、どう組み立てられたのかがよく分からない。同様に、コストを適正化するためにも、それができる人材も必要だし、データ分析も必要だし、個別の医療行為において不適切なものに関しては特別に対応するとか、いろいろあると思います。そういうふうにゴール別に活動を組み立てないと、なかなか戦略的につながっていかないし、やっていることが本当に効果を生んでいるのか、やっているだけなのか、分からなくなるんじゃないか、と思うのですが。

いずれにしても、世の中には事業計画策定のプロセスやノウハウというものに関しては、多々、知見があると思います。今、企業などの事業計画のみならず、国のさまざまな計画

や施策でも、策定プロセスの重要性が言われています。現状を把握して、既存施策を評価して、当事者・専門家・一般・加入者の意見を踏まえ、仮案をつくり、想定される効果によって優先づけをし、評価指標を探し、決めたことを実行していくと。つまり、既存の評価指標とすでにある業務を合わせるという発想ではなくて、プロセスを経て活動と評価指標の体系をつくるということが大事だと、政策においても事業計画についても言われていると思います。それをやっておかないと、PDCAができるフレームワークができないと思います。そういう意味で申し上げております。

○伊奈川理事：ありがとうございます。今日お出した資料は、そういう点から言いますと、どういう項目が考えられるかということで出したものですから、必ずしもストーリーになっていない面はあったかと思います。我々の意図としては、我々、ここ1年、いろいろとあったわけですが、今後をにらんで、どんなことがあるのかということで、項目としてお出しさせていただいたものですから、今、埴岡委員が言われたような点というのは、非常に重要な点で、まさにそういったPDCAを進めていく上には、保険者としては、やはりエビデンスがないとなかなか進まない面もあります。

そういう面から言えば、保険者機能ということで、今の協会になってから、いろいろな取り組みをして、そして進めようということで来ておりますので、また、PDCA、特にアウトプットだけでなく、アウトカムのところという点が、非常に医療の場合は悩ましいところがあるんですけれども、少しでも近づけるようにやっていきたいと思います。今日は議論のまずスタートということでお出ししましたので、また引き続きご指導いただければと思います。

○田中委員長：今、伊奈川理事が言われましたように、今日は骨子で、その背景にある考え方なども含めて、次回以降、肉づけしたものをお示しいただきます。それに基づいてさらに議論を加えていきます。埴岡委員、その節はまたよろしく願います。今日は貴重なご指摘ありがとうございます。

次にその他の報告事項として、資料が提出されています。4、5、6、7です。特に4と7は重要な点ですので、説明をお願いします。

議事 4. その他

○企画部長：まず、お手元の資料4をお願いいたします。全国大会開催要領の予定でございます。まず順番に説明させていただきます。大会の呼称、11月18日に予定しています全国大会につきましては、「全国健康保険協会全国大会」ということで開催したいと考えております。開催日時は11月18日（火曜日）12時から14時半を予定しております。場所はニッショーホール、虎ノ門の日本消防会館内です。

今回、特にご説明申し上げたいのは、この大会次第でございます。まず1番目に、開会の辞、それから議長選出ということで、その選出された議長からご挨拶をいただきたいと考えております。次に基調報告ということで、理事長のほうから、協会の現状等につきましてご報告をいただきたいと考えています。次に、来賓挨拶として、予定としては厚生労働大臣、政党代表、関係団体からご挨拶を賜りたいと考えております。そして5番目ですが、事業主及び被保険者の代表と、有識者による意見交換。これはパネルディスカッションの形式で考えております。有識者、それから事業主、被保険者の代表、それから有識者をメンバーとしたパネルディスカッションを考えています。そして6番目で決議。そして最後、閉会の辞となります。

引き続きまして、先ほど委員長から、特に重要とご指摘のありました資料7について、ご説明させていただきたいと思いますが、その前にすみません、資料6を1枚おめくりいただきますようお願いいたします。資料7の説明をする際に、この資料6のデータが、1つ重要な点になりますので、よろしく申し上げます。3ページの関連する主な経済指標という資料の表をお願いいたします。これは毎月、勤労統計調査でございまして、8月分の速報を記載しています。これまで、この資料におきましては、5人から29人の事業所におきまして、決まって支給する給与、これを記載してございまして、22年平均の指数を記載しています。

例えば22年を100にいたしますと、26年4月でいきますと、この5人から29人、いわゆる中小企業に相当しますが、ここでいきますと101.6という指数になっています。しかしながら、これを今回新たに、常用雇用労働者数500人以上、いわゆる大企業に相当するところだと思いますが、こういった企業における水準はどうかということで見ますと、例えば平成26年4月を見ますと、指数でいきますと103.2ということで、先ほどの中小企業、101.6、明らかにこれは相当高い指数となっております。

こうしたデータも念頭に置いていただいて、改めて資料7をお願いいたします。資料7、これは協会けんぽの財政に関する財務省試算。10月8日の財政制度審議会財政制度分科会に提出された資料でございます。これにつきまして、協会としての考え方をまとめました資料でございます。1ページおめくりいただいて、2ページ目と3ページ目をお願いいたします。先ほど医療保険部会の議論の際の紹介で、10月6日の部会のほうに、小林理事長からご説明させていただきました資料と同じものを記載しています。協会けんぽの賃金上昇率につきましてですが、協会けんぽの賃金上昇率は、この箱にありますように、これまでの実績を見ますと、低成長ケース、この一番上の線ですが、その2分の1、次の線のそのさらに下、つまり21年財政検証における経済低位の賃金上昇率の2分の1を下回る水準で推移している、というのが実態でございます。

こうしたことも踏まえまして、3ページのところで、10月6日の部会も同じですが、協会といたしましては、賃金上昇率0%の場合と、それから賃金上昇率を低成長係数の2分の1とした場合、その上で保険料率は10%、国庫補助率については料率については16.4%を前提とした収支を示させていただいております。

4 ページをお願いします。10 月 8 日の財政制度審議会財政制度分科会に、この下の資料にありますような、4 ページにありますような資料の試算が、財務省から示されました。これは協会けんぽの財政状況とリーマンショック後の危機対応として、財務省において粗い試算を行ったものでございます。その試算の前提といたしましては、保険料率につきましては 10%、これは協会と同様でございます。ただ賃金上昇率のところを、ここにありますように、27 年度から 30 年度まで、低成長係数×1、つまりこれはどういった数字かといいますと、先ほど 1 ページ目にごさいました。例えば 29 年度は 2.9%、あるいは 30 年度は 2.8%、3% 近くの賃金上昇率で推移するということで見込んでおります。

4 ページのところに戻りまして、さらに改革要因としては、後期高齢者支援金の全面総報酬割などを導入すると。それから国庫補助率としては、リーマンショック前の水準に段階的に引き下げるということで、29 年度、13%に引き下げるということで試算しております。

まず財政収支の粗い見通しがグラフにあります。この箱の最初のマルのところにありますように、財務省で粗い試算は、数年後には準備金残高の法廷準備金の 2 倍となる結果が得られたということで、このグラフにありますように、30 年度に 1 兆円を超える準備金残高がある、というデータを示しています。以上を踏まえると、協会けんぽに対する国庫補助率について、リーマンショック後の財政特例措置を開始する前の水準、13 パーセントに戻すことを、早急に加筆する必要があるのではないかということをお示ししております。

ただし、この試算につきまして、5 ページのところにはありますが、財務省試算を前提にして、協会けんぽでは改めて試算を行いました。これは財務省試算に準じまして、国庫補助率を 13%へ段階的に引き下げて、さらに 27 年度から、後期高齢者支援金の全面総報酬割を導入した。そして平均保険料率を 10%に据え置いたケースです。仮にこの前提のもとで、賃金上昇率を 0%でいってと仮定しますと、5 ページの上のグラフにありますように、27 年度からは赤字に転落します。そして 30 年度には、7,700 億円の累積赤字となります。また、賃金上昇率を 2 分の 1 と仮定した場合でも、30 年度に 2,100 億円の累積赤字となる見通しと。

つまりここにありますように、経済前提如何によりまして、財務省は 30 年に 1 兆円の準備金がある。他方、協会試算いたしますと、例えば賃金上昇率 0%ですと、約 8,000 億円の累積赤字になる、という試算が得られております。

こうしたことを踏まえまして、6 ページと 7 ページ目をお願いいたします。財務省試算の問題点として考えられる論点、というのを事務局のほうでまとめました。まず 1 点目としては、中小・小規模企業の実態に合わない経済前提という問題があると思います。協会けんぽの賃金上昇率の実績は、先ほどのグラフで見ましたとおり、中小・小規模企業が事業所の大半を占めていることもありまして、低成長ケースの 2 分の 1 相当を下回る水準で推移しています。しかし財務省試算では、それよりさらに高い低成長ケースの賃金上昇率、

つまり3%近く、そのものを前提としていまして、中小・小規模企業の実態には余りにも乖離しているのではないかという問題点です。

2番目。国庫補助率13%は財政力格差を助長という点です。近年の協会けんぽの財政の改善は、保険料率の大幅な引き上げによるものであります。しかし財政の赤字構造は、依然として解消しておりません。賃金上昇率の伸びを、医療費の伸びが上回る状況は解消していません。また、被用者保険との財政力格差も解消していませんが、その解消をするために、あるいはその財政赤字構造を受けて、まさに国庫補助率20%を求めているところですが、これに逆行した国庫補助率の引き下げはあり得ないのではないかという点です。

それから3点目、財務省が主張するリーマンショック前に戻すというのは、バブル経済へ戻すのと、健康保険の場合は同義と考えられます。協会けんぽに対する国庫補助率原則というのは、健保法本則上、16.4%から20%の範囲で、政令で定める率でございます。財務省の主張する国庫補助率13%というのは、バブル経済時代に、平成4年に特例として例外的に設定されたものでございます。その後どう推移したかといいますと、次のところにありますように、政管健保、協会けんぽは、13%国庫補助率のもとで、2回、財政赤字に転落しています。これは9ページのところにグラフでつけておりますが、具体的には、例えば14、15のときに、この青のラインがゼロを下回って、累積赤字に転落しています。また21年度にも累積赤字に転落しています。13%のもとでこういった事態に至っている。さらに15年度の総報酬制の導入以降、健康保険組合との財政力の格差が顕在化して、保険力の格差の解消ができておりません。ふだん用いているグラフですが、10ページのところにございます。ように、協会けんぽと、それから健保組合、それから国共済の保険料率の差がありますが、15年度の総報酬制を導入して以降、財政力の格差というのは顕著になっております。

7ページ目に戻っていただきますようお願いします。4点目としては、国庫補助引き下げというのは、中小・小規模企業への負担の転嫁ではないかという問題でございます。協会けんぽの準備金が増加してきた主な要因というのは、累積赤字を解消するために保険料率の大幅な引き上げによるものでございまして、収入の低い中小・小規模企業の事業主、あるいはそこで働く従業員の皆様方の負担の限界まで保険料を支払っていただいた努力のたまものでございます。準備金残高を根拠に国庫補助率を引き下げるということは、事業主、加入者のこれまでの努力を国庫が召し上げ、中小・小規模企業事業主、加入者にさらなる負担を転嫁することに等しいのではないか、という問題点がございます。

そして5点目。国会の附帯決議の軽視でございます。国会の附帯決議につきましては、11ページのところにものをつけておりますが、この右のところでございますように、協会けんぽの参議院厚生労働委員会での附帯決議です。「政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである」として、「協会けんぽについては、中長期的な財政基盤の強化を図るため、国庫補助率について、健康保険法本則」これは16.4%から20%

の政令で定める率という国庫補助割合の規定ですが、「を踏まえて検討し、必要な措置を講ずること。右決議する」と、参議院厚生労働委員会で決議されています。

8 ページ目のところにまた戻っていただきますようお願いします。ただいま申し上げた付帯決議の内容が決議されて、その参議院厚生労働委員会の場で、厚生労働大臣もその趣旨を十分尊重する所存である旨の発言をしております。しかし今回の財務省の提案というのは、この付帯決議を無視するものではないかと考えております。

問題点としては、こうしたことがあるということで考えていまして、今回、こうした資料をまとめさせていただきました。以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございます。6 ページから 8 ページ、こちらとしての論点が書かれています。これについての質問、ご意見をお願いします。もしかしたら、まことにそのとおりに言っていただけでも、事務局は元気が出るかもしれませんが。いかがでしょう。石谷委員。

○石谷委員：ありがとうございました。今、委員長がおっしゃられたとおりの感想でございます。やはり、余りにも中小・零細規模の事業所の実態をご理解いただけていない結果ではないかと思えます。協会さんとしての問題点は、ここに書いておられるとおりで。あらゆる方法で、反対意見表明をずっとしていただかないと、これはもうどうにもならないことになると思いますので、ぜひよろしく願いいたします。

○田中委員長：ありがとうございました。森委員、お願いいたします。

○森委員：田中先生お見えですので、きのう恐らく、介護報酬の問題でもそうだと思うんですけど、いわゆるお金を貯め込んだということで、そういうことで、準備金ということの 1 点に目をつけて、そしてそれを突破口にして、いわゆる切り下げをしていこうというようなことではないかというふうに、これはまあ、勝手に思っているだけですけども、やはりある面では、前からここでも常に議論しておったことは、中長期的に安定した、いわゆる保険料率、こういうものができると、これがやはり、そこで働く従業員の方も、事業主にとっても、負担ということに対しての平準化ができるということだというふうに思いますので、先ほどの 1 から 5 番目のそれぞれの問題、こういうことに対しての考え方を、やはりきちんと表明をしていく。また特に 11 月 18 日にはこういう問題は、全国の皆様方の前で、やはりきちんとご表明いただくことが、私はある面では力にもなるし、また、皆様方にも信頼していただける協会けんぽになるというふうに思いますので、よろしく願いいたします。

○田中委員長：ありがとうございました。中村委員お願いします。

○中村委員：私も同様の意見で、特に6ページ、7ページの問題点はこのとおりだというふうに思いますし、それとこの内容については、世論にも広く知らせてもらいたいと思います。あと協会のほうで考えていることがあれば教えてもらいたいと思います。以上です。

○田中委員長：企画部長、どうぞ。

○企画部長：まず、この資料につきましては、本日、運営委員会でご報告させていただきましたので、早急に協会のホームページに掲載して、運営委員会資料として広く公開して、まず誰でも見れる状態にすると。当然それだけではなくて、今後、関係各方面に、この資料の内容を説明して、まさに協会の主張、あるいはここの運営委員会でご指摘いただいた事項に対する世の中の理解というのを進めていきたいと考えております。

○田中委員長：大会という大事なところでうまく使っていきましょうね。よろしゅうございますか。ではちょうど時間となってまいりましたので、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、事務局から説明をお願いします。

○企画部長：次回運営委員会でございますが、次回の運営委員会は11月7日、金曜日15時より、全国町村議員会館、半蔵門でございますが、こちらで行います。よろしくお願いたします。

○田中委員長：本日はこれにて閉会いたします。活発なご議論をどうもありがとうございました。