

全国健康保険協会運営委員会（第66回）

開催日時：平成27年5月25日（月）14：59～17：15

開催場所：全国都市会館 第2会議室（3階）

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

議 事：1.保険者機能強化アクションプラン（第3期）（仮称）策定について
2.医療保険制度改革法案の国会審議について
3.その他

○支部評議会議長との意見交換について
（秋田支部、鳥取支部、大分支部）

○田中委員長 皆さんこんにちは。

定刻1、2分前ですが、委員おそろいですので、ただいまから第66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す。

本日の出席状況ですが、中村委員及び野田委員がご欠席です。

次に、本日は、後半で支部評議会議長に、ご参加いただくことになっております。冒頭よりお座りいただいておりますので、ご紹介いたします。また、オブザーバーとして、各支部の支部長にもお座りいただいております。あわせて紹介いたします。

秋田支部評議会の三浦議長でいらっしゃいます。

○三浦議長（秋田支部評議会） 三浦でございます。よろしくお願いいたします。

○田中委員長 秋田支部、中田支部長でいらっしゃいます。

○中田支部長（秋田支部） 中田でございます。よろしくお願いいたします。

○田中委員長 鳥取支部評議会の山田議長でいらっしゃいます。

○山田議長（鳥取支部評議会） どうぞよろしくお願いいたします。

○田中委員長 鳥取支部の石本支部長でいらっしゃいます。

○石本支部長（鳥取支部） 石本です。よろしくお願いいたします。

○田中委員長 大分支部評議会の高橋議長でいらっしゃいます。

○高橋議長（大分支部評議会） 高橋でございます。よろしくお願いします。

○田中委員長 大分支部の北川支部長でいらっしゃいます。

○北川支部長（大分支部） 北川でございます。よろしくお願い申し上げます。

○田中委員長 後ほど討論にご参加ください。

また、本日の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。

まず、議事に先立って、前回、3月18日の運営委員会に付議された平成27年度事業計画について、国からの指示により修正があったとのことですので、事務局から報告をお願いします。

○小澤企画部長 企画部長でございます。本日はよろしくお願いします。

お手元、資料1をお願いいたします。「平成27年度事業計画の修正について」という資料でございます。

平成27年度事業計画につきましては、3月18日の第65回運営委員会におきまして、ご了解いただきまして、国への認可手続に入りました。その段階におきまして、国からの指示により、27年度の事業計画の一部が、修正がありましたので、そのご報告をさせていただきますと思います。

修正があった事項としては、この資料1の表面にあります、1、重点事項、保険運営の企画、(6)、広報の推進、それから裏面にまいりまして3、保健事業、各種業務の展開の部分でございます。

3月18日の運営委員会におきましては、こちらの広報の部分に、医療資源が有限であることを踏まえ、加入者の適切な受診行動を促すように努める。これは、主に頻回受診あるいは重複投薬等、これを念頭に、広報の取り組みを通じて、加入者の適切な受診行動を促す、ということでの趣旨の記述を入れておりました。

これにつきまして、18日のご了解をいただいた後、国のほうから、それより具体的に保健事業の部分に書くようにという指示がございましたので、こちらの資料1の裏面の左側のところがございます、3、保健事業、(3)各種業務の展開の一番最後のところに、「また、重複・頻回受診者、重複投薬者への対応など、加入者の適切な受診行動を促す取り組みを進める。」という記述を加えております。

この修正したもので、認可手続を国に申請いたしまして、3月31日付で、国より事業計画の認可をいただいております。

主要説明としては、以上でございます。

○田中委員長 説明ありがとうございました。

早速、では議事に入りましょう。

初めに、保険者機能にかかわる新たなアクションプランの策定について、事務局から資料が提出されています。説明をお願いします。

議題 1. 保険者機能にかかわる新たなアクションプラン（第 3 期）の策定について

○小澤企画部長 では、お手元資料 2 をお願いいたします。「保険者機能強化アクションプラン（第 3 期）について」という資料でございます。

この資料の構成としては、1 枚目が「協会の基本理念」、「保険者機能実施」、それから「アクションプランを通じて実現すべき目標」を記載しています。2 ページ目をめくっていただきまして、「アクションプラン（第 3 期）の骨子」、それから 3 ページ目に「保険者機能強化アクションプラン（第 2 期）の実施状況」、それと 4 ページ目に「今後のスケジュール」ということで記載しております。

「今後のスケジュール」、この 4 ページ目を、最初に説明させていただきたいと思えます。保険者機能強化アクションプランにつきましては、今年度の事業計画におきまして、第 3 期を策定することとしております。これを踏まえまして、5 月 25 日、本日でございますが、保険者機能強化アクションプラン、まず骨子を、ご議論をお願いしたいと思っております。そして、次回、7 月 28 日の運営委員会におきましては、保険者機能強化アクションプラン（第 3 期）に盛り込むべき具体的な施策や、目標指標につきまして、ご議論をお願いしたいと考えております。そして、9 月に開催されます運営委員会におきまして、保険者機能強化アクションプラン（第 3 期）の案文についてのご議論をお願いしたいと思います。アクションプランの今後のスケジュールについては、以上でございます。

早速戻りまして、1 ページ目に戻っていただきますようお願いいたします。「保険者機能強化アクションプラン（第 3 期）について」というページでございます。こちらでは、協会の基本理念、保険者機能、それから目標を記載しております。まず基本理念の部分につきましては、こちら、ご案内のとおり、「保険者として、健康保険及び船員保険事業を行い、加入者の皆様の健康増進を図るとともに、良質かつ効率的な医療が享受できるようにし、もって加入者及び事業主の皆様の利益の実現を図ることを基本使命としています。」という理念としています。そして、基本コンセプトとしては、自主自律の運営を含め 4 つの基本コンセプトをこちらに掲げております。

また、その右側にいきまして、27 年度からの環境の変化、これにつきましても記載しております。1 つは、これまで暫定措置の繰り返しであった国庫補助率につきましては、今般の医療保険制度改革によりまして、国庫補助率 16.4%が原則恒久化されるというこ

とで、財政基盤強化の取り組みが恒久化されることとなります。また、これまで紙ベースの業務が中心だったものが、業務・システムが刷新されることによりまして、その内容が大幅に見直されることとなります。そういった意味では、今回、この27年度は、これまで協会設立以来の懸案であった、この2つの事項について、一定のめどが立つ、という状況となります。こうした中、保険者機能の実施ということで、今般、第3期のアクションプランを策定したいと考えております。

では、その保険者機能として、アクションプランの中で定めていくのは何か、ということを書いたものが、この基本理念の下の箱になります。これは、保険者が果たすべき役割・機能の実現ということで、その機能を2つに分けてみました。

1つは、今度、右側の部分でございますが、〈基盤的な機能〉ということで、こちらは医療保険者が当然果たすべき機能ということで、3つを挙げてみました。「加入者の加入手続と資格管理・加入者サービス、保険給付額に見合った保険料の設定・徴収、レセプトと現金給付の審査及び支払」。これら、保険者では当然になすべき業務あるいは機能となります。

そして、こうした機能を果たされることを前提に、さらに戦略的な機能ということで、3つの機能を掲げております。戦略的な機能ということで、「医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ、保健事業等を通じた加入者の健康管理、健康増進、広報活動による加入者への医療情報の提供、疾病予防」。これらの機能につきまして、今回、アクションプランで、具体的に記載していきたいと考えております。

そして、この保険者機能の実施にあたっては、その右側でございますように、運営に対するPDCAサイクルということで、「計画の策定」、「施策の実施」、「実施情報の分析・課題把握」、そして「解決に向けた検討・見直し」というPDCAサイクルを回す、ということを進めていきたいと考えています。

そして、こうした保険者機能を通じて、アクションプランを通じて実現すべき目標としては、今回3点掲げさせていただきました。「医療の質や効率性の向上」、「加入者の健康度を高めること」、それから3点目として、「医療費の適正化」でございます。

めくって2ページ目をお願いいたします。「保険者機能強化アクションプラン(第3期)の骨子」でございます。今回、アクションプランの骨子ということで、先ほど1ページ目の中で、アクションプランを通じて実現すべき目標ということで特定した3点につきまして、それぞれ今回、目標、その目標実現のためには、どういうことに着目していくかという着目点、それから協会として講じていくべき施策、それから、そのそれぞれの施策についてどういった取り組みをしていくか、という具体的な取り組み、これらを1枚の図にしてみました。

これらの関係としては、政策評価的な視点で見れば、一番右側の具体的な取り組み等がインプットのなものになりますし、その講じていくべき施策というのは、例えば、標題の中にありますように、情報の収集強化ということで、一種、アウトプットのなもの

と位置づけることができるかと思えます。さらに、アクションプランを通じて実現すべき目標、あるいは着目点、こうしたものは、アウトカムのものに位置づけられるかと考えております。

まず、先ほど3つの目標については、ご説明いたしました。

それぞれの目標について、どういった点に着目していくかという点が、その目標の右側の部分です。まず、例えば医療の質や効率性の向上ということについて言いますと、今回、地域医療構想の議論が行われることなどを念頭に、医療提供に対する効率化、という着目点を挙げています。

それからまた、加入者から見た場合には、加入者、患者、加入者の満足度の向上、それから、当然、加入者自身に賢明な選択をしていただくということが、医療の質の向上につながりますので、加入者の医療の選択の質の向上。それから効率性、質が高く、かつ効率性の高い医療サービスの前提としては、必要な医療サービスが確保されていることが必要ですので、必要な医療サービスの確保、こういった形でそれぞれが着目点を並べております。

それから、2番目の加入者の健康度を高めること。これにつきましても、例えば、健康状態を把握していただくこと。これは、まずその健康度を高めること的前提になりますし、その把握された状態のもとで、加入者の健康向上の位置づけを行っていただく、あるいは被用者保険という、協会けんぽの被用者保険という特性がございますし、また近年の動向も踏まえまして、健康経営等を通じた健康増進といったことも挙げますし、それから、当然、問題が見つかったなら早期に治療していただく、そうしたことで健康度を高めていただくということで、早期治療の促進、こういったものを着目点として挙げております。

3点目の医療費の適正化につきましては、まず、再掲的な位置づけにはなりますが、医療を扱わなくても、生活の質を高めてもらうということで考えれば、加入者の健康増進ということがございます。

それから、効率性を高めるということが、医療費の適正化にもつながるということから考えれば、医療提供に対する効率化、それから、例えばジェネリック医薬品に代表されます、同質ならばより安価な手段の選択、それから本来不要なもの、あるいは過剰に使うことがないように、不適正な利用や不正行為の防止、こうしたことも着目点に挙げました。

そして、このそれぞれの着目点に応じて、施策としてどういったものが関係してくるかというのを、こちらの線で表示しています。実線が質や効率性の向上、それから破線が健康度を高めること、それから網かけの線が医療費の適正化、それぞれに対応しています。

そして、この協会として講じていく施策ということで、この1から6のそれぞれの施策を掲げてみました。それらの6つの施策に応じて、具体的な取り組み例ということを

掲げております。この具体的な取り組み例につきましては、3 ページ目のところにあります、「保険者機能強化アクションプラン（第 2 期）の実施状況」の改善すべき点というのも踏まえて、今回記載してみました。例えば、この保険者機能強化アクションプラン（第 2 期）の実施状況、3 ページの資料でいきますと、例えば 1 番目の医療に関する情報の収集と分析ということであれば、研究室を設置し、あるいは「分析ツールの開発・配布」といったことの実施状況を記載しています。

ただ、改善すべき点としては、「着実に前進しているが、さらなる強化」、あるいは「支部間格差の解消」といったことを記載しまして、それを踏まえて、例えばこの、2 ページ目のところに戻りまして、1 番目の医療に関する情報の収集と調査・研究の強化ということを行いますと、先ほどの強化あるいは支部間格差の解消を念頭に、データ分析手法の開発、支部への助言、成果の事業活動への活用による PDCA の実施、こうしたものを取り組み例として挙げております。

こうしたものは、例えば、3 ページ目の 6 番目のジェネリック医薬品の使用促進のところでも、地域差の解消が今後の課題ということで、2 ページ目の 6 番目の医療費の適正化のところにも、ジェネリック医薬品の使用割合の地域間格差縮小のための取り組み、こうしたものを取り組み例として挙げていますと、こういう状況でございます。

で、今回のこのアクションプランにつきましては、2 ページ目の一番下の□のところにご覧のように、期間については、平成 29 年度までの 3 年間で想定し、定期的の実施状況の確認を行いたいと思っております。

以上でございます。

○田中委員長 説明ありがとうございました。

アクションプランはとても大切な事柄ですね、これらの第 3 期にとって。

ただいまのご説明に対して、ご質問やご意見ありましたらお願いいたします。

森委員、どうぞ。

○森委員 1 ページ目の基本理念の箱の中で、私は最初これの審議をするときに、私は見落としたというか、かもしれませんけれども、この 2 行目に、「良質かつ効率的な医療が享受できるように」というふうに。享受ができるというのは、私は効率的な医療、加入者が効率的な医療を享受する、受けるという、なんとなく、いわゆる適切な医療とかそういうのなら分かるんですけど、「効率的」という文言というのは、果たしてなじむかどうか、というのが私は疑問に思っています。

例えば、効率的な、例えば後のところの戦略的な機能のところ、医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけというのは、これは、こういう意味の効率的なことならば十分理解できるんですけども、この前の箱のところ、いわゆる加入者が享受ということだと、効率的な医療を享受ということが、言葉としてなじむかどうか

というの、ちょっと。それが1つと

もう1つは、3枚目のところに、今後改善すべき点の云々で、ここに実は支部間格差というのと、もう1つ、さっき一番最後の6番目のところは、ジェネリックということで、地域差ということがありますね。実は、毎回、毎回、ジェネリックについては、各都道府県の支部の使用状況がどうだという、そういう表現がされていると思うんですが、地域間格差と支部間格差という、こういう文言の使い方というのは、どういうふうに使っているのでしょうか。

例えば、もう1つここで、2ページ目の「想定される具体的な取組例」のところの4番の保健事業のところ、3つ目の丸のところ「保健事業の地域間格差」、これは、例えば福祉医療圏なら福祉医療圏の中での地域格差というのは、当然あるんじゃないか。でも、そういうふう地域間格差という言葉と、支部間格差と、この辺の使い方というのは、どういうふう考えたらいいか、この2点をすみませんが。表現の仕方というもので、やはり感じが違ってくるものですから。お願いします。

○田中委員長 ありがとうございます。

第1点は、ほかの委員の意見もあるかもしれませんが、まずは事務局からお答えください。

○小澤企画部長 まず1点目の効率的な医療ということで、この言葉の意図といたしましては、一般に「効率性」と申しますのは、特に同じ費用に対して、質がより高いもの、あるいは、同じ質であれば、より費用が低いもの、そういった医療が受けられるということ念頭に、あえてここでは効率的、適切というよりも、むしろ効率的という意味で、言葉を用いております。

それからあと、2ページ目、3ページ目の地域間と支部間ということでございます。ここは、言葉としては、支部の直接の取り組み内容等を主に念頭に置く場合には、「支部間格差」、それから、むしろ地域の結果として出てくるものについては、「地域間格差」といった言葉で、言葉遣いを一応そこは分けております。

ただ、確かに、森委員のご指摘のとおり、その辺の言葉遣い、よく気をつけて、今後、アクションプランの具体化の中で、ただいまのご指摘を踏まえて、言葉遣いにも気をつけていきたい、と思っております。

以上です。

○田中委員長 森委員のご指摘になった「効率的な医療の享受」という言葉については、いかがですか、ほかの委員は。

埴岡委員、いかがですか。「効率的な医療の享受」という日本語は。

○埴岡委員 考え中です。

○田中委員長 地域間と支部間は、多分、事務的に調整できると思いますが、効率性は、学問的にも定義がきちんとしている重要な言葉なので、これが妥当かどうかは、ほかの意見も踏まえて考えましょう。今日、結論を出さなくてもいいですけども、ほかの委員のご意見も伺っておきましょうか。

○森委員 いわゆる患者、利用者からすると、どういう医療が効率的なものかとか、そういうことってのは、なかなか理解ができない。要するに、利用者にとっては、治療行為が適切だとか、そういう何か、そういうことでならまだ。効率的というのは、何か、いかにも自分の体がというか。何となく分かりにくいなあという、そんなふうに思いましたので、それで今、質問させていただきました。

○田中委員長 いかがですか。納得できるという意見でもいいですよ。

即答が難しければ、次回までに、また少し事務方と詰めることにいたしましょうか。確かに大切な文言ですし、誤解を招いたりしてはいけませんので、検討する。

支部間と地域間は、これはテクニカルに直せると思いますので、事務局にお願いします。「効率的」については、私も後で事務局に意見を言って、少し調整を、個々に試みます。ありがとうございます。

ほかの点は、いかがでしょうか。アクションプランの内容、骨子について。

高橋委員、どうぞ。

○高橋委員 失礼します。ここの1ページ目のところの「戦略的な機能」というところでの、効率性というところについては、またこれからも議論になるかと思うんですが、ただ、医療提供側への働きかけということについては、私も意見等で発言させていただいたところなんですが、これはやっぱり、医療提供側へしっかり働きかけるということ、この戦略の中に挙げていただいたということは、非常に期待をしているところでございます。

今、ちょうど国会でも、医療保険制度改革が、審議をされていまして、その中でも、後期高齢者支援金が全面総報酬割になるというところで、連合には、健保組合の組合員もいますし、協会けんぽ、国保、共済、さまざまな保険者の被保険者がいるわけですけども、健保組合に加入者から、負担が増えるというようなことを、随分この間も聞いておりました。

そこで、どうしても、ほかの保険者との比較といったところで、協会けんぽは保健事業をしっかりとやっているのか、といった厳しい見方もありまして。

私たちは、全面総報酬割ということについては、容認はしましたが、実際に連合の組

会員からも、そうした声も出ております。

ですので、ぜひその点を念頭におきながら、今後このことについての、具体的にどんな働きかけをしていくのかということも、もう少し具体的なことを詰めながら、アクションプランの策定を進めていただきたいなど、そういった思いでございます。それと、その他事項でもいいかもしれませんが、一番最初に、この事業計画ですか、平成27年度の事業計画、修正ということでは、もう承知をしたんですけど、ちょっと要望がございましたので。これはどこかの場面で、また言わせていただけたらと思います。

○田中委員長　　そうですね。後ほどよろしいですか。

○高橋委員　　後ほどでいいです。

○田中委員長　　分かりました。どうぞ企画部長。

○小澤企画部長　　今回、医療提供側への働きかけということで言いますと、資料の2ページ目のところがございますが、「都道府県など関係方面への積極的な発言」という2の項目の具体的な取り組みの中で、「調査・研究の結果等を活用した地域医療構想調整会議や中医協等での意見表明」というのがございます。

今回、まさに高橋委員ご発言にありますように、この地域医療構想調整会議あるいは中医協というのは、まさに診療側とも意見を直接交わす場になりますので、こうした場で、協会として、例えば医師会あるいは病院団体等、あるいはさらには都道府県、こうしたところに対して、みずからのデータ分析あるいは保険者としての考えを、意見発信をしていくと、こうしたことでの取り組みをしていきたいと考えております。

○田中委員長　　どうぞ、埴岡委員。

○埴岡委員　　ご説明いただきました資料2について、1ページ目のところですか。このように、全体のフレームを示していただいたのは、分かりやすく、大変いいというふうに思いました。

内容について2点あります。1つは、〈戦略的な機能〉の丸1の、「医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ」のところ。まさに今、話題になりました「医療提供側への働きかけ」という言葉があります。一方で、2ページ目の左側の箱を見ますと、1番のところが、「医療の質や効率性の向上」となっていますが、その目標実現のための着目点のところには、この「医療提供側への働きかけ」という言葉がありません。右側の2番の関係各方面への積極的な発言に、あるとさえあるんですけども、このポイントはこの左側2番目の箱のところに入れたほうがいいのかも思いました。

それから、同じく戦略的な機能の3番目、丸3について。こちらに、「疾病予防」という言葉が入っています。キーワードの1つだと思います。一方、この2ページ目の3番目に、医療費の適正化があり、その右の着目点のところに「健康増進」という言葉はあるんですけども「疾病予防」という言葉はありません。検討事項になりますが、そういうキーワードは着目点のところにに入れる、という考えもあろうかと思いました。

あるいは、そのアクションプランを通じて実現すべき目標のローマ数字Ⅰ、Ⅱ、Ⅲのところを、少し言葉を増やす手もあるのかもしれませんが。

1ページ目に関して2点目が、この「運営に対するPDCAサイクル」のところです。Plan、Do、Action、Checkと、この全体図の中に入っているのは、意識づけのために素晴らしいことだと思いました。

その上で、このCheck、「実施状況の分析・課題把握」については、言うは易く行うは難し、の部分はかなりあります。どのように行うのかということ、決めておいたほうがいいと思います。一言で言うと、アウトカム評価をするんだよ、ということです。それから、その方法論に関しては、評価シートのようなものを事前につくっておいて、アウトプットとアウトカムを突き合わせて吟味するんですよ、というようなことを決めておいていただければと思います。

関連して、3ページ目のところに、第2期という足元のプランに関して、「実施状況」と「改善すべき点」とあります。これからのアクションプランでは、現況をちゃんとデータに基づいて見て、アウトカム指標、アウトプット指標と突き合わせて、改善すべき点を導き出すというところが大事だと思います。その導き出し方、誰が、どのように導き出すのかということですね、そこを少し事前に検討しておく必要があると思いました。

2ページ目です。2ページ目も、基本的にロジックモデルと言いますか、活動モデルと言いますか、が図示されていて非常に分かりやすくなっていますし、議論のベースがつかれると思いました。

個別に左側から見ていきますと、このローマ数字Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの3つを目標として設定したのは、枠組みとして妥当だ、というふうに感じております。

それから、この1つ1つの、医療の質や効率性の向上など3つの項目に関して、少し言葉で書き下して、どんなことを目指すのか、目指すべき姿を、共通認識が持てるような言葉にしておくのもあり得ることかと思いました。

それから、私の今の発言で最も大きなポイントはここなんですけれど、目標実現のための着目点を、入れ替え、吟味する必要があるというふうに感じております。

例えば、ローマ数字1番目の医療の質や効率性の向上に関して、今ポツで4つ暫定的に着眼点が入っているわけですけども、イの1番に医療の質の向上、あるいは医療の質の格差を解消して均てん化していくなど、そういう言葉が、まず必要ではないかなというふうに思います。

それから、ローマ数字Ⅱ番目の目標に関する着眼点のところ、加入者の健康状態の把握が1番目に来ています。ローマ数字1番も3番も、医療の質に関しても医療費に関しても、現状把握は、前提となるベースの作業なので、いずれにも入れてもいいかな、というふうに思いました。

一方で、Ⅱ番の健康度を高めることに関しても、やはり健康度に関してばらつきがあって、改善余地がすごくあると考えられていること。また、それをやるとよい結果につながるということ。そうした、イの1番的なことが抜けていて、個別の因数分解した施策に入っているような感じがしますので、吟味をしていただきたい。代案を出せと言われれば、ちょっと考えてみたいと思います。

それから、この表の左側は、先ほどアウトカムなんです、というご説明がありましたけども、その認識は非常に正しいと思いました。

次に、アウトカムの指標を作る必要があると思います。ローマ数字Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの、3つに関する4つの柱が決まった際には、それが何をもちょうできたかという指標を設定していくことが、ステップとして必要ではないかと思いました。

最後に、この右半分のところですけども、アウトプットの部分であり、「個別の活動施策という位置づけです」というご説明がありました。ここの右側のところは、ある意味で、白地で考えるのがすごく大事だと思っております。左側に目指すべき姿あって、右側の施策との間に矢印があるんですけど、それが本当につながっているのかどうか、効果が強いと思われるものを拾い上げていくことが重要だと思います。

そういう意味で言うと、この3ページ目にある既存施策を拾って、2ページ目の右側にはめ込んでいくということとしますと、既存の施策に縛られます。2ページ目の右側は、いったん白紙にしておいて、苦闘して考えていくと。実現すべき目標に基づいて大幅に既存の政策を入れ替えたり、新しい斬新な施策を盛り込んでいったりというアプローチ、それが大事ではないかな、というふうに思った次第です。

私から以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。今日は1個1個決めていく場ではないので、こういうご意見があったと承って、今後、調整することによろしいですね。参考とさせていただきます、いろいろと吟味してまいりたいと存じます。

石谷委員、お願いします。

○石谷委員 すみません、ちょっとお伺いしたいんですけども、1ページ目の「保険者機能の実施」というところの〈基盤的な機能〉というところの1番目ですが、「加入者の加入手続きと資格管理、加入者サービス」ということをお書きになっていますけれども、恐らく、加入自体は、年金機構のほうをやっていますので、被扶養者のことをおっしゃっているのではないかと思うのですが、それが質問で。

ですから、今、表現の方法としましては、書くとするならば、「加入者の資格の適正管理」であるとか、それから、先ほどおっしゃっておられましたところの「適正受診」とかっていうような形のほうが、けんぼさんとしては、当てはまるのではないかな、というふうな意見を思いますので、ご検討いただきたいと思います。

○田中委員長 ご意見ですか。今、何か答えを求めますか。

○石谷委員 お考えをお聞きしたいんですけど。

○田中委員長 企画部長、お答えください。

○小澤企画部長 「加入者の加入手続きと資格管理・加入者サービス」といったときに、むしろ私は念頭に置いてましたのは、まず、保険証が発行されてお手元に届くことをまず考えた上で、そういう意味では、それはまさに被保険者本人あるいは被扶養者にも共通する話になります。

また、確かに今、委員おっしゃったとおり、加入者、特に協会において行うものとしては、被扶養者資格確認に代表されますように、被扶養者の関係の事務と、これはまあ、年金機構が、あまり、何と言いますか、の中では一応これませんが、協会にとつては非常に比重が大きい事務ということで、そういう意味で、ここで言う「加入者」というのは、当然、被保険者本人も含みますし、被扶養者本人も含む。そういうことも重要ですし、またさらにサービスという面では、例えば、サービスということは、まず、ちゃんと保険証がお手元に早く届くこと。こうしたことを含めて、資格管理、加入者サービスといった記述にさせていただいております。

今のご意見も踏まえまして、ちょっとこの辺の文言については、またご検討させていただきたいと思います。

○石谷委員 ちょっと資格管理という、この意味が分からないので。

○田中委員長 伊奈川理事。

○伊奈川理事 資格、ここは「基盤的な機能」と書いておりますのは、保険者として当然やらなければいけないもの、つまり保険の適用から始まって、そして給付までの一連の過程、こういうものを列挙させていただいております。確かに、年金機構のほうに委ねている部分が、非常に大きいのは事実なんですけれども、実際、資格管理の関係ってのは、かなり業務としては、大きな比重を占めております。今、少しありましたような任継の関係もありますけれども、実は資格がなくなると、そういうことも含めると、

かなり重要な点がございまして、やはり我々としては、資格管理、表現ぶりは今後また考えさしていただきたいと思いますが、重要だということは、ご理解いただければと思います。

○石谷委員 分かりました。ですから、そういう意味合いが分かるように、ちょっと表現を変えていただいたらよろしいかと。

○田中委員長 ありがとうございます。ほかは、
古玉委員、どうぞ。

○古玉委員 2 ページ目なんですけれども、1 番が医療費の質の向上、2 番が加入者の健康度を高めること、3 が医療費の適正化ということで、この順番は、1 番目が一番重要で、2 番と、この順番で力を入れてやられていく、ということなんでしょうか。

○田中委員長 企画部長。

○小澤企画部長 これは、順番ということではなくて、この 3 つのいずれも重要ということで、挙げておまして、どれが、例えばどれに優位する、あるいは劣後するという意図はございません。当然、医療の質も重要ですし、加入者の健康度を高めていくことも重要ですし、また医療費の適正化も重要ということで、それらを列挙して、便宜的にⅠ、Ⅱ、Ⅲとつけさせていただいたところでございます。

○古玉委員 分かりました。そうすると、1 番、2 番ということの順番でいきましたら、一番最初に来るのが、加入者の健康度を高めることが一番の目的で、それに対して医療の質の効率性とか、医療費の適正ということにつながるのではないかとあって、この 2 番目に来ているのが、少し違和感を持ちましたので、質問させていただきました。分かりました。

○田中委員長 よろしゅうございますか。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 今日は個別施策の話までする段階じゃないのかもしれませんが、2 ページ目のところで、一番右端に「想定される具体的な取組例」と書いてあり、こちらに挙げているものを少し読みますと、「データ分析手法の開発、支部への助言」、あるいは「調査・研究の結果等活用した地域医療構想調整会議や中医協等での意見表明」とあります。これは非常に重要ですので、進めていただきたいというふうに思っております。

と同時に、このデータを協会けんぽ内部の支部や関係者だけに提供するのではなくて、

今、厚生労働省が都道府県あてにデータブックということでデータを提供しておりますけれども、それは、公表と閲覧の制限がございますので、これからは協会けんぽが加入者あるいは住民あるいは国民全般に医療データブックを提供して、オープンに皆さんがデータによる可視化を得られていくようにする。そういう広いとらえ方をされて、みずから持っているデータを、自分で使うだけじゃなくて公表をしていく。また、同時に、自分がつくったデータじゃなくて、データブックのような既存のデータも編集して、地域の状況が分かりやすくする。今日、後ほど支部の活動紹介のところでも出てくるかと思うんですけども、そういうデータを広く一般に提供するという発想も入れていくといいのではないかと思います。

一例ですけど、忘れないうちに申し上げておきます。

○田中委員長 とても大切な点ですね。よろしければ、時間の都合がありますので、次に移ります。

医療保険制度改革法案の国会審議について、事務局から資料が提出されています。説明をお願いします。

議題 2. 医療保険制度改革法案の国会審議について

○小澤企画部長 お手元の資料 3、「医療保険制度改革法案の審議経過について」という資料をお願いいたします。医療保険制度改革法案につきましては、今年 3 月 3 日に、こちらの資料でございますように閣議決定され、国会へ提出されました。そして、翌 4 月より審議に入りまして、まず 4 月 8 日、衆議院本会議におきます趣旨説明、質疑、それから 4 月 15 日からの衆議院厚生労働委員会において審議を行いまして、24 日、同委員会で修正の上、可決。それから 28 日に衆議院本会議において可決されました。

そして、この法案につきましては、その後、参議院に回付されまして、5 月 13 日、参議院本会議において趣旨説明、質疑、5 月 8 日以降、参議院厚生労働委員会において審議が行われまして、本時点で、まだ参議院厚生労働委員会で審議が継続中でございます。

1 枚おめくりいただきますようお願いいたします。主な質疑内容につきまして、協会関連を中心に、議事録より抜粋させていただいたものを作成しております。

まず、この 2 ページ目のところですが、平成 27 年 4 月 14 日、衆議院本会議におきましては、岡本充功議員のほうから、主にこちらの最初の項目でございますように、国庫補助を減額して実質的に国庫に返納させる仕組みをつくった理由、あるいは、本来では、国庫補助を維持して、労使の保険料を引き下げることが検討すべきではなかったか、という質問がなされております。

これに対して大臣からは、保険料の、中長期的に見れば、高齢者医療の拠出金の増加等により、逼迫した状況になることが予想され、保険料の引き下げを行うことは適切ではない。それから、今回の、いわゆる国庫補助の特例措置の導入理由、これについて回

答しております。

次に共産党の高橋千鶴子議員のほうからは、協会けんぽにつきましては、上限 20%の国庫負担にすべきではありませんか、ということに対しましては、大臣のほうから、国庫補助率をこれまで期限を区切ったものを、期限の定めをなくしたと、補助の安定化を図ったという上で、20%を引き上げるような状態にはない、ということで回答されています。

3 ページ目、失礼しました。今 3 ページ目のところに入っております。4 月 17 日の衆議院厚生労働委員会では、公明党の伊佐議員のほうから、1 枚めくっていただきまして、4 ページの上のところでございますが、準備金が落ち込んでいくことになったとき、厚生労働省がどう対応されますかということに対しまして、唐澤保険局長から、法定準備金を下回って、平均保険料率を 10%引き上げなければならなくなった場合には、協会の国庫補助率について検討するという規定を設けて、それに、その規定に従って検討してまいりたい、ということで回答されています。

西村智奈美議員のほうからは、全面総報酬割によって生じる国費を、国保に優先活用することについて、どういうふうに関係者に納得してもらったのか、それについての質問がございまして、大臣のほうから、社会保障審議会医療保険部会において議論を行ってきたと。それから被用者保険の関係者とも、丁寧な議論を行ってきた、ということで答弁がございまして。

また、1 つ飛びまして、西村智奈美議員から、協会けんぽの国庫補助率下限 13%への引き下げ、これについて、なぜこうしたことをするのか、ということにつきましては、大臣のほうから、過去、この 13%が規定されていて、平成 4 年以降、効力を持っていたということを踏まえまして、本則では、6 ページのところになりますが、13%とか 20%の範囲内に規定して、その上で、当分の間は 16.4%とすることで、協会の国庫補助率を安定化させるということで答弁をされています。

それから、西村智奈美議員から、同じく、今回の協会けんぽに対する国庫補助の特例措置、これを導入した理由、それから協会けんぽの保険料率についてどう考えるか、ということでの質問がございました。特例措置につきましての答弁は、先ほどご説明を申し上げましたので、協会けんぽの保険料率については、まず大臣のほうから、6 ページの一番下の発言のところがございますように、10%という水準は、被用者保険の中でも高いほうでありまして、これ以上の引き上げは厳しい、というご意見と承知しているということで、答弁がなされております。

7 ページ目をお願いいたします。4 月 23 日の衆議院厚生労働委員会におきましては、参考人意見聴取が行われました。こちらでは、連合の花井参考人のほうから、まずこちらの下線部の上の部分がございますように、いわゆる国保に対する国の財政責任の被用者保険の今回の全面総報酬割に伴って生ずる財源の国保への優先投入、これは、被用者保険の負担増を転嫁するものであり、国保の肩代わり以外にないということで、この肩代

わりの撤回を強く求める、という意見がございました。

協会けんぽについても、ご意見をいただいております。8 ページ目をお願いいたします。協会けんぽにつきまして、まず国庫補助率の下限、これを 13%に引き下げることには合理的な理由が見当たりません。それから、法定準備金を超過する準備金残高において、国庫補助を削減することにつきましては、保険者機能発揮を阻害するものです。

そして最後に、高齢者医療制度の改革、抜本改革が必要というご意見を、参考人意見聴取により意見をいただいております。

国会審議の状況につきましては、以上でございます。

○田中委員長 ありがとうございます。

何か質問、おありでしょうか。どうぞ。

○高橋委員 細かいことが、審議の 4 ページから 5 ページにかけて、塩崎厚生労働大臣が答弁されている、5 ページの一番上のところの日程ですけど、医療保険部会では、約 1 年といいますか、10 カ月ぐらいかけて、たしか議論したと思うんですけど、この 4 月の 21 日から 5 月の 19 日までずっとやっておりますというの、これ何かミスじゃないかなと思ったんですけど、議事録のミスなのか、答弁のミスなのかちょっと分かりませんが、ちょっと疑問に思いました。

○田中委員長 わかりますか。企画部長。

○小澤企画部長 この点については、事実関係を確認いたしておりました。まずこの文章そのものは、議事録そのまま抜粋してきてますものですので、これについてはちょっと、間違いかどうかというのは、現時点で、今後、議事録修正がなされるかもしれませんが、まだ現時点は分かりませんが、一応これで掲載されております。

その後、実はこの 21 日と 19 日というのは、確認してまして。4 月 21 日というのは、医療保険部会の今後の、今年の 4 月 21 日ですが、医療保険部会の今後の議論の進め方について、議論を行った日となります。そして 5 月 19 日というのは、国保、被用者保険、高齢者医療制度について議論を行った日となります。

ただ、確かに委員ご指摘のとおり、事実関係から申し上げますと、その被用者保険、国保、高齢者医療について議論を行ったのは、この 5 月 19 日と 5 月 28 日の日になりますので、ちょっとこの点については、ひょっとすると、若干そこは発言の中で、多少、事実関係あるいはその発言の意図に、若干あったかと思いますが、一応、こちらで把握している事実関係としては、ただいまのような医療保険部会の審議日程状況となります。以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。

これは、こちらから何か意見を言うタイプの議題ではないので、質問しかできないと思います。

ほかに、よろしければ、残りの資料、資料 4 の 1 から 6 まで、説明をお願いします。これは報告事項です。

○小澤企画部長 報告事項となります。

まず資料の 4 の 1 をお願いいたします。

ご案内のとおり、今年度、地域医療構想に関する議論が本格化していくこととなります。お手元ございますように、資料 4 の 2 がございますが、地域医療構想策定ガイドラインにつきましては、前回の運営委員会でもご報告させていただきましたが、先月末に、このガイドラインが正式にとりまとまりまして、今年度いよいよこの地域医療構想策定のための議論が、各都道府県において開始されることとなります。

それにあたりまして、27 年、今年 5 月 7 日付で、厚生労働省の二川医政局長に対して、小林理事長、それから健保連の白川副会長、この両名の連名によりまして、「医療提供体制改革に関する要請」という要望書を提出させていただきました。こちらの内容としては、幾つかの点に分かれますが、まず丸の 1 つ目のところがございますものは、これは地域医療構想のあり方について、あるべき姿を議論するということ。

それから丸の 2 つ目から 4 つ目にかけては、地域医療構想の調整会議、地域医療構想が策定された後、具体的に各構想区域の医療提供体制のあり方を調整していく会議のことでございますが、こちらの参加者あるいはその参加者の中に、被用者保険の代表者として、健保組合、協会けんぽの各 1 名が参加されること、こうしたことを、それぞれ要望しております。

それから、下から 2 つ目の丸のところでは、データの扱い、それから最後の丸のところについては、保険者協議会の意見に関する扱いについて、それぞれ要望しています。裏面をお願いいたします。

裏面では、都道府県医療審議会に保険者委員が代表として参画できるように、参画機会を拡大することとあわせ、委員構成の是正を行うということで、既にある会議体についても、その見直し等を要望しています。5 月 7 日に、こちらの要望書につきましては、理事長、それから白川副会長と、直接、二川医政局長にお持ちいたしまして要望しております。

引き続きまして、資料の 5 をお願いいたします。資料の 5 は、中央社会保険医療協議会等の開催状況でございます。中央社会保険医療協議会の開催状況につきましては、こちらの記載のとおりでございます。

裏面にまいりまして、社会保障審議会、主にこちらにつきましては、介護給付費分科会がちょうど開催されていますので、こちらの開催状況を記載しております。それから、

参考ということで、ちょうど前回の運営委員会と同日に開催されていましたが第9回の地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会、こちらの開催状況も記載しております。

資料5につきましては、以上です。

次に、資料6をお願いいたします。資料6は、「保険財政に関する重要指標の動向」でございます。被保険者1人当たりの標準報酬月額の実績値が、1枚めくっていただきまして、2ページのところがございます。27年3月の実績は27万9,789円、これは対前年同月で1.0%の上昇となります。3カ月前ではプラス0.9%ということで、その伸び率が若干上回っております。

3ページ目のところは、関連する主な経済指標ということで、それぞれ載せています。なお、今回、毎月勤労統計調査におきましては、いわゆる常用雇用労働者500人以上の企業につきましては、調査対象事務所の抽出がありましたので、一応その旨、注として記載しております。

4ページ目と5ページ目をお願いいたします。4ページ目と5ページ目は、景況動向指数に関するものでございます。日銀短観につきましては、大企業は比較的良好な企業が多いのに対して、中小企業は、先行きがゼロまたはマイナス1、そして中小企業月次景況観測につきましては、47.4ということで、こちらも悪化を示しております。月例経済報告につきましては、緩やかな回復基調ということですが、景気動向指数、これは一致は下降、先行は上昇、遅行は下降ということで、それぞれ指数の状況が、こちらのとおり、5月20日に内閣府が報告されてます。

めくっていただきまして、6ページ目をお願いいたします。6ページ目と7ページ目は、ジェネリック医薬品の使用割合でございます。ジェネリック医薬品の使用割合につきましては、前回の、失礼しました、12月に、いったん、ジェネリック医薬品の対象品目の見直しにより、いったん下がりましたが、再び上昇基調へ戻りまして、1月のジェネリック医薬品の使用割合は61.3%と、再び6割を上昇した形となりました。

7ページをお願いいたします。ジェネリック医薬品の使用割合でございます。こちらにつきましては、沖縄が最高で75.3%、一番低いのは徳島で49.5%ということになっております。

8ページ目は、これはいわゆる旧指標での、各県の、各支部の使用割合でございます。報告事項につきましては、以上でございます。

○田中委員長 ただいまのご説明に対して、ご質問おありでしょうか。

城戸委員、どうぞ。

○城戸委員 前回は発言したのですが、このワーストのほうに、四国4県が入っています。地域性かどうか分かりませんが、なぜジェネリックの普及率が低いのか、協会として調査をして、何らかの形で是正してもらおうとか、ジェネリックの普及率が上がるように方

向づけをお願いしたいと思います。

それと、もう 1 つ発言したいのですが、前々から、医薬分業がなぜなされたのかについて、この委員会の中で、私、発言してきた経緯があります。この度、政府の規制改革会議が、5 日に厚労省との間でなされたと聞いています。この中で、医薬分業で院内処方、要は院内薬局の一病院、一薬局が、同じ敷地内の中にあるのですが、分筆か何かで地番変えるとかして、1 病院に 1 軒薬局がついている。その結果、これもちよっと資料があるのですが、健康保険組合連合会の試算では、花粉症の患者が、治療費を 14 日分処方された場合、院外処方との調剤報酬は、基本料金 410 円までを含めて 3,550 円。院内処方では 1,500 円。同じ薬にもかかわらず、院内処方の 2 倍超となるそうです、院内処方では半値以下、院外処方では倍以上。

以前から申し上げているように、院外につくれば、建物の維持管理、諸々のことで、薬代が高くなる点は分かりきったことで、やはり規制を緩くして、院内処方の方向にまとめるように発言する必要があるのではないのでしょうか。ジェネリックの普及をいくら努力しても、こんな大きな価格差になったのでは意味がないと思います。ここにも手をつけていくべきじゃないかなと思いますので、ぜひよろしくお願いします。

○田中委員長 ご意見ですね。

○城戸委員 はい。

○田中委員長 ご意見で、答えは求めなくてよろしいですね。

○小澤企画部長 最初にご指摘いただきました、特に四国 4 県、限らず、今年度におきましては、この地域差がなぜ生じているのか、ということにつきましては、改めて、協会としても、何らかの形で調査、あるいは分析といったものは、かけてみたいと思います。こうした調査、分析などを踏まえて、その結果を、今後のジェネリック医薬品の普及促進策にも役に立てていくということで記載、しております。

こうした取り組みにつきましては、今回のアクションプランの中でも、先ほどの資料 2 の 2 ページのところにあります。ジェネリック医薬品、使用割合の地域間格差の縮小取り組み、ということで考えておまして、ぜひそうした取り組みを進めていきたいと考えております。

それから、ただいまございました、院内処方、院外処方のことにつきましては、もちろん、院外処方が導入された理由というの、その辺もございまして、この辺は、よく検討しまして、どういった形で意見発信していくか、これはよく検討していきたいと考えております。

○田中委員長 城戸委員ご指摘の、このグラフの右のほうの件については、特別に調査をするようですので。

○城戸委員 はい。

○田中委員長 埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 資料4の1に関して、2つコメントあるいは質問があります。保険者がこのような文書を出すのは、非常にいいことだと思います。地域医療計画に関して積極的に関与する、その環境整備を求めたということで、評価できると思います。

質問の1つ目は、地域医療構想をつくる主体は、県であるわけですが、これは厚生労働省医政局長への要請になっています。都道府県への要請はどのようにお考えかということが、1つ質問です。

2つ目は、保険者というのは、医療を受ける立場の陣営の代表というか、有力なプレイヤーという位置づけだと思います。そうしますと、保険者のみならず、患者・住民を代表する立場の者が、ある意味で仲間です。そこへの配慮ということも、今後考えられるんじゃないかと思います。

例えば、2 ページ目の最後の丸、ポツのところ。「全ての都道府県医療審議会に保険者代表が委員として参画できるよう」ということを言いつつ、私は、患者・住民代表もさらに必須として入っていけるようにすべきということを、あわせて言うような幅の広がりがあったらいいのかな、というふうに感じました。以上2点です。

それから、こちらの参考資料でついている、資料4の2の「地域医療構想策定ガイドライン」ですが、50 ページを見ていただくと、「公表しなければならない項目の整理について」とあります。47 都道府県で、こういう地域の医療機関の機能のデータがつまびらかに開示されるということです。こういうところでも、協会けんぽで大きな役割を果たす場面があるんじゃないかと思います。

先ほど、保険者機能強化アクションプランのデータに関連して、述べたこととつながります。47 都道府県で別々の表現で、ばらばらにウェブサイトに出ることになります。その47 都道府県を束ねて見ることができる仕組みが、できない可能性があります。協会けんぽが、例えば47 県のデータを収集して、一括して一望に見られるようにする。例えば、隣の県だけど、横にならんだ二次医療圏を比較して、機能を見ることができるといようなことは、非常に役割があります。これに限らないですけども、今後いろんな形でデータが公表される際に、それを分かりやすく、全国統一的に読み解きやすく編集して公表していったら、広くいろんな人が見ることができるようになる。それも保険者機能のどまん中の機能であるということも、ぜひ考えていただきたい。

○田中委員長 最初の点だけ、ご質問だったので答えてください。企画部長。

○小澤企画部長 今回、この要望書を5月7日に提出いたしまして、この要望書につきましては、同日、各支部にも情報提供してます。

その情報提供の際には、この要望書を出していることを前提に、県にいろいろ働きかけをしてほしいということで、支部に対しては要請していますので、今回、この要請に先だって、各支部に対しては、例えば地域医療構想調整会議、あるいは医療審議会の委員に、協会の代表が入れるようにと、働きかけるようにということを要請してますが、そうした、これまでの要請、それから、今回この要請を前提にした要請ということで、各都道府県においても、それぞれ要請が行えるように取り組んでいます。

また、今回この要請書の文面におきましても、上から、これ表面の○の始まる、その3行上ぐらいのところですが、「地域医療構想策定に向けて、保険者が役割を十分に発揮できるよう、今後、都道府県知事あてに発出される通知等では、都道府県が以下の対応を図ることが示されるよう要請いたします。」ということで、各県に対しても、国のほうから何らかの働きかけがなされるように、今回、要請したという状況でございます。

以上です。

○田中委員長 ちゃんと配慮されているようでした。どうぞ。

○城戸委員 先ほどの意見に続くのですが、院内処方と院外処方で薬の単価が倍以上違う、ということで、第3期のアクションプランに、この院内処方薬を出した場合と、院外処方薬で処方してもらった場合と、協会としてここからどれぐらい出るかというのを調査していただき、その差の理由を明らかにして頂きたいと思います。薬代が半値になったらすごい効果が出ますよ。

○田中委員長 ほかはよろしゅうございますか。

では、まだあるかもしれませんが、とても大切な、支部評議会議長との意見交換の時間に移ることにいたします。

運営委員会としても本部としても、支部評議会との意見交換を、とても大切にしてみました。本日は、支部の評議会の議論の状況等について、秋田、鳥取、大分、3つの支部の評議会議長と、意見交換を行ってまいります。

進め方について、事務局から説明してください。

○小澤企画部長 本日は、1支部あたり10分程度で、ご説明いただく予定としております。なお、お手元には、3支部の概要をまとめた資料をお配りしてますので、ご参照ください。資料番号としては、お手元資料7の1と7の2、それが資料となります。よろしくお願

します。

○田中委員長 最初に、秋田支部評議会議長から、説明をお願いいたします。

○三浦議長 秋田支部評議会議長の三浦でございます。

平成 22 年 11 月、5 年前でございますけれども、本運営委員会に出席いたしまして、意見を申し上げる機会がございました。以来、2 回目の出席となります。どうぞよろしくをお願いいたします。

まず初めに、評議会の議事の中で、最も重要である保険料率についてお話しいたします。平成 27 年度保険料率は、3 年ぶりの改定となり、資料集 7 の 2 の一番最後のページ、19 ページをご覧くださいと思います。秋田には上から 5 番目ですね。0.04%引き上げられまして、10.06%と、全国でも 10 番目に高い料率となっております。大都市圏と違いまして、景気の回復感に乏しい秋田県内中小の零細企業の経営環境や、低い賃金水準にある県の実情を踏まえると、大変厳しいものであります。

評議会において、さまざまな議論を重ねまして、今回の税率決定につきまして、支部を通じて要望書を出しております。あえて読み上げさせていただきますと、所定の方法により算出された数字であること、また、医療費の適正化に取り組むことの重要性は理解しつつも、賃金水準の低い支部にとって、これ以上の高い保険料率負担は耐えられず、限界であると、保険料率のさらなる引き上げを回避するために、何らかの方策が必要であるという要望を、支部を通じて出させていただいております。

支部として、いろいろな意見が出されておりますけれども、ここで 4 つほどご紹介しておきます。まず最初でございますが、保険料率の引き上げは、被保険者である事業主にとっても重い負担であると。相互扶助の観点から、さらなる調整余地の検討を望んでおります。

2 番目に、大会を通じて、引き続き国庫補助率 20%を国に求めてほしいと。これは、今日、いろいろご説明がございましたけれども、16.4%で恒久化するというような方向でございますけれども、これは秋田県として 20%を求めてほしいということ、一応申し上げます。

3 番目として、都道府県単位保険料率導入時の趣旨は理解していると。料率の高いところ、低いところと立場が違えば、主張が違うことは十分に承知しているけれども、地方創生が叫ばれている中、地域格差の拡大を助長するような策はどうであろうかと。激変緩和率の現状維持、激変緩和措置のさらなる延長を望むということで、我々は、恒久的な延長というのを望んでおります。

4 番目として、年齢、所得調整が加味されているとはいえ、医療提供体制等による地域差もあり、純粋に医療費の地域差が反映されているわけではないと。社会保障の観点からも、これらの地域差を調整する何らかの仕組みを構築する必要があるのではないか、

といった声があります。料率の高い県ですので、どうしてもこういった意見が強くなるを得ないわけですが、料率を引き下げていくために、支部としても努力していくべきこと、国の施策に反映させていくために情報、意見を発信していくことの両方ともに、非常に重要なことと考えております。

支部評議会の運営においては、かかる観点で、支部が実施するさまざまな内容を見させていただいております。支部として可能な、料率引き下げに直結する施策、また即効性のある施策、あるいは事業というのが、なかなか見当たらない中、秋田支部が取り組んできた内容を、幾つかご紹介申し上げます。

資料の 7 の 2 をご覧いただきたいと思います。7 の 2 の 3 ページでございます。ここは、先ほどからたびたびご指摘がありましたけれども、1 の健診、2 の保健指導の、2 つが挙げられております。

健診の事業者健診結果取得でございますが、全国値が 4.4%。これ、一番下でございますね。それに対して秋田は、8.5%となっております。これは、健診結果データ提供の徹底を図るために、平成 26 年 3 月、秋田支部から秋田県及び労働局に働きかけ、三者連名による依頼文を作成し、対象事業所に発送したことによる効果、と思っております。ちなみに、23 年度は 5.1%、24 年度は 5.6%であります。

また、下段の保健指導でございますけれども、実施率も全国を大幅に上回っております。全国が 21.7%で、秋田が 39.1%でございます。これは、特定保健指導に特化して行ったこと、あるいは保健師への研修や指導を、きめ細かく実施したことによるものと考えております。

次に、資料集の 12 ページをご覧いただきたいと思います。これは、秋田というと、血圧ということになるんですけども、3 番目をご覧いただきたいと思います。12 ページ、健診データについての全国値との比較でございますが、血圧のリスク保有率が、全体で非常に高いと。全体で 45.5%、それに対して全国は 39.6%と、飛びぬけて高くなっております。また、下から 4 番目の喫煙者の割合、たばこですね、これも全国に比して高い数字でございます。

そういったことから、高血圧対策として、受動喫煙防止事業、たばこを吸わない人への影響ですね、それから減塩運動を、関係団体とタイアップして実施しております。

受動喫煙防止事業では、学校訪問の機会をつくり、幼少期から健康教育、及び子どもを介した親世代の意識向上を、PTA あるいは授業参観等で、職員が赴いて講演を行っております。子どもさんたちからのアンケート内容を見ると、たばこを吸ったりする方、あるいはたばこへの嫌悪感を抱いたとか、親にやめてほしい、といった感想が述べられており、こうした若年層への活動の大切さを感じており、実施数の拡大を図りたい、と考えております。

また、5 月 31 日は、世界禁煙デーとなっております。これに関して、毎年、秋田県とタイアップして、啓発活動を行っております。今年はこれからですが、5 月 28 日、早朝

の街頭キャンペーン、6月7日にフォーラムを開催いたしますが、いずれも職員が参加いたします。

減塩運動も、同様に各種事業を行っていますが、今シーズンは、地元テレビ局の情報番組の協力を得て、協会けんぽの冠コーナーを設けまして、減塩レシピを紹介する、という取り組みを始めております。今後の反響を期待しております。

次に、保険者機能を発揮するための取り組みでございます。

まず、地方自治体との連携ですが、資料集の4ページをご覧いただきたいと思います。

ここに地方自治体等との協定等の締結状況が載っておりますが、26年2月の秋田県と秋田市、いずれも、昨年の2月に協定を結んでおります。それから、それを皮切りに、記載のとおりの実績となっておりますけれども、具体的には、医療費データ等の提供や、イベントの共同開催などに取り組んでおりますが、今後も、被保険者と地域住民にとって、有益な事業を展開していく予定であります。

なお、ここでその右側のほう、これ、かなり特殊な取り上げ方と思えますけれども、バス協会と昨年の12月、それから今年の1月にトラック協会との締結を行っておりますが、これは後に説明するデータヘルス計画を意識したものであります。

次に、次のページで、秋田県薬剤師会との共同による、ジェネリック医薬品使用促進事業がございます。5ページでございます。

包括的連携協定に基づいたイベントの共同開催、広報の連携を通じ、使用促進の啓発に努めております。今年3月には、薬剤師向けのジェネリック医薬品に関する研修会を共催し、支部長も講師として、支部の状況、取り組みについて講演しております。

ジェネリック医薬品の27年1月分の使用状況は59.2%で、全国36位。使用割合の伸び率では12%。伸び率から言いますと、1年近く、全国1位の伸びが続いております。もともと、県全体の使用割合の低かった秋田県ですけれども、今後も国保運営協議会とか、保険者協議会との協議を通じて、軽減額通知の実施拡大、希望シールの配布などを実施して、他の保険者にも要請していきたいと考えております。

次の6ページでございますが、昨年度策定したデータヘルス計画です。医薬品や健診結果データの解析から、秋田県健康課題としては、先ほど申し上げたとおり、男性の高血圧リスクの高さに注目いたしました。これに関して12ページをご覧いただきたいと思えます。この「秋田県」と最初でございます。その中で、原因となっている脳心血管イベントの予防のため、高血圧リスクを改善することに取り組まれました。具体的には、平成27年度から29年度の男性の血圧リスク保有率の上昇を、3%未満に抑制する、というものであります。これは今、実行中のものがございますけれども、運輸業界におけるリスク保有率が高いところに注目しまして、業界団体と一緒に取り組むということで、秋田県バス協会、秋田県トラック協会と協定を結びました。これは先ほど申し上げたとおりで、今年度は、まず運転手向けに、禁煙、減塩を主とした健康講演会、営業所単位での保健指導を実施しております。今後もこれらの活動を拡大させていく予定でございます。

ます。

最後に、国や県の施策に反映させていくための、意見発信をしていくということで、今年度から、県の地域医療構想策定事業において、調整会議などへ参画するなど、保険者も重要な場面に関与していくことになりました。

秋田県では、来年 3 月の策定に向けて議論を進めていく予定であります。6 月から 7 月に見込まれる第 1 回の調整会議の開催を皮切りに、これから議論が進むということになります。評議会としても、秋田支部の積極的な関与を期待するとともに、支部が有益な意見を発信できるよう、秋田県の実情を踏まえた本部からの支援をお願いしたいと思っております。

現時点の秋田県の状況、支部の関わり等については、事務局から補足説明いたします。

○中田支部長（秋田支部） では、私から、地域医療構想に関する県の状況等につきまして、補足の説明をさせていただきます。

初めに、お手元の資料 7 の 1 の 5 ページを、開けていただけますでしょうか。この 5 ページ以降 16 ページまで、このデータを分析した資料を載せてございますけれども、これにつきましては、昨年、26 年 10 月に、医療費の情報に基づいて支部で作成した資料でございます。

5 ページ目を簡単に説明させていただきますけれども、これは、今回の調整会議の参加ということで、いろいろ支部として動く中で、県の担当部署にこういったデータがございますということで、お示した資料とほぼ同じものでございます。この 5 ページのデータの読み方につきましては、右下に表示をさせていただきました。

ちなみに、ここは、入院について、患者の流出割合を示したものでございますけれども、このページは、その地域、その地域というのは、秋田県の場合、8 つの二次医療圏がございますけれども、その医療圏、その地域に居住している加入者の方々が、どの地域の医療機関を受診しているかというものを、左側のグラフと右側の地図上に示している、というものでございます。

緑色の枠で囲んでございますように、医療圏の中の北秋田地区について、例として読み方を出させていただきました。

北秋田の場合、左側のグラフでいきますと、グレーの部分、35%と書いてございますけれども、これは、35%の患者さんが、自分の圏内で受診していると。右側の 65%という数字は、それ以外の医療圏に流出して、受診していると、こういった読み方でございます。

あと、右側の地図につきましては、その流出割合を矢印化したもの、ということでございますし、矢印の太さが、太いほど多くの方が他の医療圏に流出している、と解釈していただければ、と思います。資料の説明は、これだけにさせていただきますけれども、支部としてこういう資料をつくったと、こういうことでございます。

地域医療構想にかかる、これまでの対応につきましては、これからの概略をご報告いたしますけれども、その中で二次医療圏に触れる部分もございますので、この 5 ページを、開いたままにしていいただければ、と思います。

これまでの動きですけれども、秋田県では、3月30日に医療審議会が開催されました。その医療審議会において、現在ある 8 つの二次医療圏を構想区域として調整会議を設置し、議論を進めると、こういうことになったわけでございます。

その際に示されましたスケジュールでは、4月中には、もう委員を選定する、それから、5月から6月にかけては第1回の調整会議を開催する、というようなことでございましたので、これはもう動きを急がなければいけないということで、早速、保険者協議会の会長を務めておられ、事務局を担当しておられる国保連を訪ねて、まずは協議会としての対応について意見交換を行った、ということがございます。

それから同時に、今ご覧いただいているような資料を含む、支部の医療費の分析に関する資料を持ちまして、県の担当部署を訪問して、医療構想策定に向けて積極的に協力していきたい、ということをお願いしましたし、それから医療保険者の委員枠については、できるだけ複数が見たいというような考えも、その場で表明してきたというところでございます。

その後も、おかげさまで県の担当部署とは、スムーズに意見交換ができています、ということでございます。なお、先ほど申し上げましたスケジュールにつきましては、今、1ヶ月程度遅れごみという状況でございます。

続きまして、調整会議に参加する医療保険者の委員選定に関する動きについて、簡単にご説明をいたします。私どもも県の担当部署と積極的に意見交換を重ねておりましたが、その結果、最終的に、8つの構想区域のうちで、最も規模の大きい、この秋田周辺区域というのが、地図上、ほぼ真ん中にごございます。ここだけが2名、あとの区域は、1名が医療保険者の委員枠と、合計9名ということになりました。

さらに、医療保険者につきましては、被用者保険とすること、それからその被用者保険間の意見調整については、協会けんぽに依頼すると、こういう意向が示されましたので、早速、健保連や県内4共催と協議したところでございます。

その結果、最終的には、協会けんぽが7区域、7区域と申しますのは、地図上でいきますと、左下の「由利本荘・にかほ」というところがございまして、これ以外の7カ所でございます。健保連が「秋田周辺」と、その「由利本荘・にかほ」、ここの2カ所に参加するということになった、という経緯がございます。

先週のことですけれども、20日付で、県のほうから医療保険者を含む調整会議の委員を決定したということで、委嘱状が交付されております。私どもも、それを受領したところでございますし、それから秋田県の場合、調整会議に先立つ事前説明会というものを、6月中に開催するというので、通知を受けたというところでございます。本番はこれからですけれども、さまざまな情報収集に努めまして、これから取り組んで

まいりたいと思っております。

なお、秋田支部では、先月、伊奈川理事をはじめ、企画部の方々と情報交換させていただく機会をいただきましたけれども、引き続きこうした形で、本部からの支援を得ながら、調整会議などの場で有益な意見が発信できるように、取り組んでいきたいということでございます。

事務局からの説明として、以上でございます。

○田中委員長 はい、ありがとうございました。

次は鳥取支部、評議会議長からお願いいたします。

○山田議長（鳥取支部評議会）鳥取支部評議会議長の山田です。よろしく申し上げます。

私のほうからは、4点。

1つ、鳥取県の状況、それから私、平成20年から支部評議会にかかわってきたのですが、その評議会の議論の傾向3つ目に、現在の事業の特徴的な取組み、4つ目に、協会についての私見を述べさせていただきたいと思えます。

まず一番初めの鳥取県の特徴として、人口57万8,000人で47都道府県のうちで一番人口が少ないということがあります。老年人口は28.2%、全国よりも3ポイント上、13位くらいかなと。協会けんぽにかかわっている企業が圧倒的に多くて、被用者保険の約80%、被保険者の34%から5%ぐらいが、協会けんぽの加入者ということです。

このような中で、鳥取県の健康状態どうなんだろうという話ですが、資料7の2の13ページの上のグラフをご覧ください。真ん中が男性で、右側が女性で、ほとんど平均値と同じか、ちょっとましなほうかなと。ただ、血圧やたばこを吸う割合が、男性の場合は全国並み、女性の場合も血圧が少し高いが喫煙者は少なく、全国よりは、ましなほうかなという感じです。ただ、ここには出ていませんが、がんで亡くなる率が、全国でワースト7位ということは、特定健診の受診率があまりよくないということです。

17ページを見てください。鳥取県の医療関係の指数と全国平均です。また、お医者さんの数とか病院の数など、やはり全国よりも恵まれており、人口比率にしたら、いい状況であると。

次に、平成20年からかかわってきた議論なのですが、毎年のように保険料率が上がってきましたので、この制度に対する不満とか不平とか、問題点などが議論の大半だったことが実際のところですが、ただ、正直、それを続けていても、支部の立場としても、どうしようもないということで、無駄をなくし、効率的なもっといい制度にする、そして何より大切なのは、当支部は加入者に近く、予防とか健康づくりに力を入れた議論をしようじゃないか、という方向に変わってきたと思えます。

そういうことを踏まえて現在何をめざしているのかということも18ページにあげています。我々は、やっぱり県民の利益の視点で、一生懸命考えよう、小さな県のよさを生

かそうということで、県とか市町村とか、職域と地域でネットワークを組みながら、健康づくりや予防に取り組んでまいりました。

19 ページです。鳥取県と包括協定を結び、健康経営マイレージ事業を行っています。また、鳥取県に 19 市町村がありますが、このうちの 14 市町村と、包括協定を結び、具体的な取り組みを行っています。その内容を少しご説明します。

21 ページをご覧ください。鳥取県と連携して健康マイレージ事業を行っています。県からは財政的支援や、ロゴの提供を受けていますが、まず、それぞれの企業に、健康づくり宣言認定証を発行しています。

次の 22 ページをご覧ください。「企業の健康度カルテ」を発行しています。事業所ごとにレーダーチャートを作成し、血圧リスクなどのリスクについて、県何事業所の平均や同業種と比べ、こういう課題であるから頑張ってくれと取り組みを促しています。

また、21 ページの「健康経営通信」の発行や「健康づくりメニュー」の提案、よく頑張っている事業所を表彰する制度を入れています。

「健康づくりメニュー」については、24 ページをご覧ください。事業所は、健康保険委員の登録や生活習慣病の予防健診の受診などでポイントを取得し、ポイントの高い事業所を表彰する。このなかで模範となる事業所の事例発表を健康経営のトップセミナー等を通して行います。

それから市町村との取り組みですが、28 ページをご覧ください。先ほど言いましたように、19 のうちの 14 の市町村と連携しています。そのなかでは、集団検診との同時受診への案内チラシの作成配布や無料のオプション健診の実施、また、国保と協会けんぽの健診受診データを合算集計し、それぞれの市町村の健康課題や対策を鳥取大学医学部も絡みながら取り組んでいます。小さな県のネットワークを思い切り使って、やっているということでもあります。

最後ですが、私の見解も兼ねてなのですが、先ほど、医療制度の改革のお話がありました。制度間格差を解消しなければならないということですが、その場合、一方が良ければ一方に悪いということもあるので、やはり大きな問題は、高齢者医療制度の抜本的な改革だと思います。補助率を 16%、20%、また総報酬制と言っているだけでは、どうも片がつかない。抜本的な改革への発信力をぜひ持っていただきたい。これが 1 点です。

それから、地域医療構想の話があります。時間があれば、支部長のほうから、鳥取県の状況と思いますが、私はこれから、地域包括医療とか、地域包括ケアという、在宅や福祉と一体化した仕組みをどのように構築していくのか。その中で、協会けんぽが役に立つことは何なんだろう、という視点も必要ではないかと思っております。

以上、終わります。

○田中委員長 ありがとうございました。

それでは、お待たせしました。大分支部評議会議長から、説明をお願いします。

○高橋議長（大分支部評議会） こんにちは、大分支部評議会議長の高橋でございます。

私、前職は、大分県の福祉保健部長をいたしておりまして、現在は大分県社会福祉協議会の会長をいたしておりますが、特に福祉保健時代、医療行政が長くて、医療計画は策定する立場で、随分やっけてまいりました。福祉保健部長の時代には、国保が抱える悩みについて、とりわけ、現在問題になってございます、国保の都道府県化について、十分議論をした記憶がございます。それでは、大分支部の状況について、着席をして説明させていただきます。

まず資料の7の2でございます。2ページをご覧ください。大分支部の状況をごく簡単に、ということでございまして、最上段のところですけども、まず丸1の被保険者数約23万人、それから被扶養者数約18万人で41万人ということでございますけれども、県人口は現在117万人でございますので、3人に1人が協会けんぽの加入者ということでございます。類似団体と言いますか、同じ規模の団体、山形、石川、宮崎といったようなところと、大体同じぐらいかなというふうに思っております。

ただ、資料は、とくに出ておりませんが、高齢化率が28.6%ということで、全国11番目ということでございます。高齢化率が高いというのは、例えば高齢化率28.6%とかいう話につきましては、県の高齢化率が28.6%ということでございまして、各市町村に分かれてまいりますと、40%を超えるところがざらにございます。

その資料の表の一番上でございますが、適用事業所数は1万7,000事業所ということでございます。1万7,000事業所ございまして、大分県内に約5万7,000の事業所があるんですけども、従業員10人未満の事業所が4万2,000という状況の中で、非常に中小零細が多い、という状況が見てとれます。

資料の中ほど、次の保健事業のところを、ちょっと見ていただきますと、健診という欄でございますけれども、平成25年度の生活習慣病予防健診受診率が57%で全国第9位、それから被扶養者の特定健診受診率が22.2%で全国第8位、ということでございまして、まあ全国的に見れば高い数字でございますけれども、私も県庁にいまして、大分県の健診率なぜ高いのかという話については、議論をしたことがございますけれども、大分県は、ご案内のとおり、結核の死亡率が全国で一番高かった時期がございまして、結核予防のための健診に力を入れたというところが、今日に少しはつながっているんだろうというふうには思いますけれども、引き続き、まだ全国9、8位という状況でございますので、実施率の向上に努力してまいりたいと、かように考えてございます。

次に、保健事業を推進するための具体的な取組でございますけれども、全国的にも、NHKでもご紹介いただきましたけど、「一社一健康宣言」というようなことございまして。これは、こういったものは、皆さまがた、さまざまな取り組みを行っておりますけれども、「一社一健康宣言」につきましては、後ほどもう一度、少し詳しい説明をさせていただこうかなと思います。

その下でございますけれども、保険者機能の発揮のための具体的な取り組みということでございまして、支部の医療費適正化総合対策について取り組んでございますけれども、先ほど、ジェネリック医薬品のお話が、出ましたけど、ジェネリック医薬品の使用割合は、残念ながら全国的にも低い状況でございました。27年度は36.7%と、全国第39位でございまして、大分支部の大きな課題であると認識をしております。

私は、ジェネリック医薬品に対する、さまざまな取り組みは、全国どこでも同じようにやってるんですけど、私見として申し上げますと、ジェネリック医薬品と新薬は、どこが違うのかという説明が、きちつとなされていないというふうに考えております。とりわけ、医療費適正化協議会の私は議長をしておりますが、ドクターサイドから、そういう話がたくさん出てまいります。精神科医療などのドクターなどは、新薬と、それからジェネリックの薬品については、本当にその効果が出るか出ないかという話については、使えない薬があると。ジェネリックがないのは、もちろんしょうがありません。

そういう意味では、これから、厚生労働省さんも含めて、ジェネリックがいいです、ジェネリックに変えてくださいという話の前に、ジェネリックはどこが違うのか、なぜジェネリックなのか、ということきちつと説明して、医療費が下がりますということ、きちつと行っていただくのであれば、広がると思うんですけども、大元の理屈を言っていないような気がいたします。いずれにしても、全国39位でございます。

時間が余りないようでございますから、少し急ぎまして、1ページおめくりいただきまして4ページでございます。地方自治体との連携状況ということで、ご説明させていただきまして、大分支部におきましては、昨年度2市、2関係団体と協定を締結いたしました。協定の締結に関しまして、特徴的なことといたしましては、健康経営事業所認定制度というようなのを設けまして、これを共同でできる事業という中で協定を進めたということと、大分県の県立看護科学大学という、大学院まである大学がございましてけれども、そこと連携いたしまして、データヘルス計画の分析、検証、あるいは支部保険者のスキルアップにかかる事業提携をしているところでございます。

続きまして5ページでございます。各支部の取組み予定(27年度)でございますけれども、大分支部、一番右でございますけれども。ジェネリック医薬品の使用促進というお話でございますけれども、先ほども少し申し上げましたけれども、いろいろと取り組みをしてきたわけでございますけれども、皆様がやっておられるようなカードであるとか、いろんな推奨のためのグッズは使って、やってみたんですけども、少しずつ数字は上がってはまいりました。22年度は23.2、23年度は23で、24年度は28、25年度は30、直近が36ということで、使用割合は徐々に上がっておりますけれども、なお全国平均に比べると低い、ということで。

で、先ほど申し上げましたけれども、その乖離幅の特例部分については、これは、特定の、例えば医薬品業界、薬剤師、薬局が反対しているとか、そういうようなことではなくて、一般の方々のジェネリック医薬品に対する認識が、きちつとできていない、と

いうふうに思っております。そういう意味では、広報グッズを含めたものを、しっかりと、それはべつに協会けんぽさんの責任ではございませんけれども、全体でやらなきゃいけないんだらうな、というふうに思っておりますけれども、いずれにしても医師、薬剤師に、申し出のしやすい環境を整えることによりまして、効果的に率を上げていきたいと考えております。

それから 2 段下でございます。調査研究でございますけれども、調査研究の取り組みにおける医療費の状況につきましては、後ほど少し説明させていただきますけれども、本県の 1 人当たり医療費が高いというのは、大変残念なことではございますけれども、保険者の集まりである保険者協議会、とりわけ医療費の高い国保連との連携を密にして、共同分析を行っているところでございます。その一番下の支部独自の取り組みにつきましては、別の資料で「一社一健康宣言」とデータヘルズ計画と、あわせて説明をさせていただきます。

資料、もう 1 ページおめくりをいただきまして、ただいま話に出ました医療費の状況でございます。7 ページでございます。右のほうから見たほうが早いんですが、大分県ということで、大分支部の医療費でございます。大分県の加入者 1 人当たりの医療費というのは、平成 25 年度が 17 万 2,808 円ということで、全国平均より約 9,000 円近く高く、全国で、これこのグラフのとおり、8 番目に高い数字でございます。加入者 1 人当たりの医療費は、なぜ高いかというのが、ずっとその懸案でございます。結果、そのグラフだけを見ていただきますと、その白抜きのところ、入院医療費のところが高いわけでございます。

そのことを別の角度から分析するために、おめくりいただきまして、9 ページに、加入者 1 人当たりの入院医療費と平均在院日数という、この縦軸に入院医療費を、横軸に平均在院日数を取った資料でございますけれども、1 人当たりの入院医療費そのものは、大分県は全国 3 位でございます。それからさらに横軸のほうを見てみますと、平均在院日数も、全国平均より高いという、現実としては、こういうことではございます。

こんなことが医療費を押し上げている要因であるということは、ほぼはっきりしているわけでありましてけれども、これをさらに詳しく分析するために、15 ページにレーダーチャートがついておりましたので、15 ページをご覧くださいまして、3 つのレーダーチャートで、一番左のレーダーチャートが、大分県の医療費に関するレーダーチャートでございますけれども。

そのレーダーチャートの、時計で言うと 2 時から 3 時のあたりですけれども、入院受療率、受診率も書いてありますが、これが突出して高いというのが、原因でございます。1,000 人当たりの入院受療率が 127.2 件で全国 1 位でございます。人口に比例している部分もございまして、1,000 人当たりということでもありますから、一概に言えませんが、先ほどのような類似団体と比べますと、大分県の入院医療費が高いというのが、はっきりしております。

原因究明が、だんだん細かくなってまいりますけれども、17 ページにまいりますと、その右のほうのグラフですけれども、大分県というところで、医療施設に関するレーダーチャートがございますけれども、人口 10 万単位の病院数、あるいは人口 10 万単位の病床数が、これはいずれも全国平均より多いというのが、はっきり見てとれます。もちろん、大分県は、大分市、別府市に集中いたしております、他のところには手薄いところもあるんですけれども、それにしても多いということでございまして。

私も、職業柄、いつでも、どこでも、適正な医療を受けられる、という形の行政を進めてまいりましたけれども、そういう意味では、身近なところに医療機関が多いということは、それはそれでいいわけですけれども、入院受療率に影響を与え、ひいては医療費が高くなるという部分について、しっかりこれを考えていかなければいけない、ということであろうと思います。

地域に開業医の先生方がおられて、プライマリーケアから、二次医療、三次医療というふうな形で、面倒を見ていただくというのは、大変ありがたいことで、日本独自のことでございますから、結構なことであるんですけれども、医療全体が 38 兆円というようなオーダーになってまいりますと、その部分は、本当にそれでいいか、という議論が出てくるんだろうというように思います。

一応、資料の 7 の 2 につきましては、そのようなことでございます。大分県の入院受療率が高い、1 人当たり医療費が高いということが分かった、というお話でございます。

それから資料の 7 の 1 を、ちょっとだけ説明させていただきます。38 ページでございますが、「一社一健康宣言」について、少し説明させていただきます。

この事業、昨年の研究報告会でも、報告をさせていただいておりますので、事業内容等ご案内だとは思いますが、26 年度の取り組みにつきまして、簡潔にご報告をさせていただきます。

39 ページをご覧くださいと、左上にございますようなこの事業は、小さい会社ほど、生活習慣病予防健診受診率が低い、ということがございまして、先ほど申し上げましたように、大分県では、ほとんどが従業員 9 名以下の企業ということでございますので、また健康増進にかかる余裕がないといったご現状ございまして、協会と事業主のコラボレーションによる事業所主体の健康増進を図る、ということが趣旨でございます。

具体的なものといたしましては、その右側の、本事業の実施内容というところをご覧くださいと、まずは事業主のところ、健康推進宣言による健康増進の職場環境づくりに取り組んでいただく。健康推進宣言ということで、健康診断の実施。中身は、健康診断の実施、検査・治療の推奨、生活習慣改善といったことを盛り込んだ、宣言をさせていただきます。そして、あとは協会の支部の皆さん方が、従業員には、インターネットを活用しまして、個人ごとの「見える化」をした健診結果を配布いたしまして、従業員自身の健康状態、改善方法をウェブ、「クピオ」というもので提供することで、健康状

態の意識づけを行っております。

次に、事業主の方には、健診データ、「見える化」した事業所健康診断シートを提供しまして、自分の会社の健康状態、職員の健康状態を把握していただいて、従業員、加入者の双方が、健康意識の改善、健康構造の変容、そして健康重視の職場環境づくりを図っていただきます。

結果的に、生活習慣病予防健診の受診率向上に加えまして、早期治療を促し、重症化を防ぐということで、医療費適正化につながっていくという効果がある、というふうに考えてございます。企業にとりましても、従業員を大切にすることということで、社会的評価も上がるものと考えてございます。

また、26年度は、この宣言事業の追加サポート、一番右下のほうでございますけども、従業員向けインセンティブとして、ポイント順位や、抽選で景品を差し上げる、ポイントプログラム事業、「わくわく健康プラス」、こういうのを実施しました。また事業主には、そのインセンティブとして、大分県が行います健康経営事業所認定制度というのがありまして、その制度を創設に向け、大分支部が働きかけを行ってまいりました。大分県の健康経営事業所認定制度、昨年9月に、当支部と連携してスタートしまして、企業の頑張りを大分県知事が認定、表彰、という形になってございます。

続いて40ページをご覧くださいませでしょうか。これまでのサポートに加えまして、26年度は、データヘルス計画に基づきまして、「一社一健康宣言事業所」に対しまして、健診結果に応じた支援サービスを行っております。中でも、健診異常値放置者に対しては、重症化を防ぐために、冊子「クピオ」を送りまして、早期の医療機関の受診を促したところでございます。

次に、市町村、41ページですけれども、市町村との連携に関してのデータヘルス計画でございます。お時間が余りないようですから、少し飛ばして話をしますが。大分県臼杵市という、県の南のほうにありますけれども、そこは糖尿病にかかる医療費が高くて、透析患者の割合が高いというところから、そこに集中的に入りまして、健診結果に応じた生活習慣病治療中断者や、健診異常値放置者を抽出しまして、その重症化を防ぐために、早期の医療機関受診勧奨を行っております。

また、糖尿病重症化のリスクを持ちまして、透析につながる可能性が高い方に対しては、医師会、地元医師会、あるいは健康管理センターと協力をして、重症化プログラムを作成しています。

この事業の発展性ですけど、今後は、これをモデル事業として、今年度は市町村国保とも共同して、同様の事業が実施できないか、というふうに考えてございます。そのことが医療費の適正化につながるのではないかと考えてございます。

以上で資料の説明終わりますが、先ほど来、地域医療構想について、お話が出ておりますので、一言私見を申し上げますけれども、地域医療構想につきましては、国民皆保険制度を堅守するために、医療金額の一部として、適正な医療を提供する体制を2025年

に向けてということで、皆様方よくご存じのことですが、大変、私は昨今危惧をいたしておりますのは、今年が戦後 70 年目の節目に当たりますが、昭和 33 年以降にお生まれになった方というのは、保険証のない時代を知らない方が、ものすごく多いのであります。私は昭和 20 年代の生まれでございますから、当時、医療費が払えずに、そのまんまお医者さんにかかれずに、病気が悪化して亡くなったという例が、多々あったわけでございますが、それをこの国が、そういうことがあってはならないという、厚生労働省さんも一生懸命頑張って、そして昭和 33 年から、国民皆保険制度というものを、きっちりつくっていく、その道は必ずしも平坦ではなかったと思いますけれども、やってきた。

今日の皆様方のご意見、ここは協会けんぽの会議でございますから、協会けんぽの率がなんぼであればいいかという 3,500 万人の話をすればよろしいんですが、あれこれ申しましても、協会けんぽというのは、現役世代の健康保険でございますから、払わない人はいないわけでありまして、国民健康保険、国民皆保険制度を維持するためには、大事なことは、共済組合、健保組合、それから協会けんぽ、そして国保連、こういった全ての保険者が一緒になって、この国の、世界でたった 1 つしかない国民皆保険制度を、どうやって維持するのかということ、しっかり考えていく必要があるんだろうと思います。そのために皆さん方は、ご議論をいただく必要があるんじゃないか、というように思っております。

協会けんぽさんの 1 つ 1 つの頑張りについては、十分敬意を表しますけれども、協会けんぽを卒業した後は、国保に入る方が多いわけでありまして、その意味では、全ての保険は連動しているわけでありまして。

私は、知事にも申し上げたことがございますが、国の予算が 92 兆円という時代に、国民医療費が 36 兆円というようなオーダーになっていることについて、我々は税と社会保障の一体改革で、しっかりここは考えていかなきゃいけない、というようなことは申し上げました。

たった 1 つ危惧すること、この国では、保険証 1 枚あれば、北海道から沖縄まで、いつでも、どこでも、同じレベルの医療を受けられるという錯覚を、みんなは起こしているんじゃないか、という気がいたします。それを支えているのは、皆さん方保険者が一生懸命払ってるわけなんです、そこをきっちり、国民の皆さんにもう一度、訴える必要があるんだろうと思います。

そのためには、今回の地域医療構想は、地域医療計画というのは、もともと医療提供体制をつくるために、つくった計画でございますから、そういう意味では、地域医療構想の中で言わなければならないのは、地域医療構想に参画をして、何を主張するかということ、きっちりまとめる必要があるんじゃないか、というふうに考えてございます。

大変長くなりましたが、以上でございます。ありがとうございました。

○田中委員長 ありがとうございます。皆さん、熱心に話された結果、時間がなくなっ

てしまいましたけど、1つ2つ何かご質問ありますか。おありですか。

どうぞ。

○埴岡委員 各支部に伺いたいのは、まさに最後におっしゃった、このような今日の分析を踏まえて、地域医療構想に関して、どのようなご意見を述べられる予定なのかということ、一言ずつ伺いたいと思います。

それから、本部へのお願いとして、今回、秋田県の出された流出入データは、大変有益だと思いますので、できれば47都道府県のデータがあるといいと思いました。まとめて公表のご検討お願いしたいと思います。作業が大変だと思いますけれども。

それから、共通資料として、資料7の2のところ、2025年との受給ギャップのデータを、今後入れていただくと助かると思います。これは、本部へのお願いです。支部へのお願いは先ほど申し上げたことです。

○田中委員長 では質問、1つしか時間ないと思いますが、ただいまの地域医療構想会議で、何かおっしゃる予定の事柄が決まっていれば、手短にお願いいたします。

順番にいきましょうか。

○中田支部長（秋田支部）私のほうから一言だけ。これからいろんなデータが示されまして、医療需要が、実際これから2025年に向けて、どの程度になっていくのかと。それに対しては、提供体制はどうかと。そういった議論が、これから具体的に始まるということですので、データを見てからということにはなりますけれども、基本的には、医療の需要と供給を、できるだけマッチングさせていくというような視点を1つ忘れずに持ちながら、地域にとってどんな医療が、提供体制が適切なのかということ、議論してまいりたいと、こういうふう考えているところです。以上です。

○石本支部長（鳥取支部）現在、14市町村との、国保と合算した医療分析を行っております。健康課題を抽出しようとしています。ですので、その分析した結果を、1つのデータとして示せばいいのかなと、そう考えております。

○高橋議長（大分支部評議会）地域医療計画は、地域に適正な病床がないと、乱診乱療が起こる、ということから始まったということから考えますと、私どもは、保険者として、その中に入って申し上げることは、医療費の適正化という面から考えたら、早期受診をした方に対して、地域包括ケアと同じ仕組みですけれども、保険者と医療機関側が連携して、この方は引き続きの治療を、きちっとしてくださいというようなシステムをつくって、重症化を防ぐ。重症化することが一番医療費、大変医療費だけで申し上げるのはあれですけれども、招くことなんで、そういうシステムをしっかりとつくってほしいかと。

この地域にこの病院をつくってもらっては困るという議論については、非常に医療計画、地域医療構想とかいうものの中身では、議論のありようは難しかりょうというふうに思っています。そういう意味では、保険者として、むしろ重症化をさせない仕組みを、ドクターと一緒に、あるいはナースと一緒に考えたい、そういう仕組みを、私どもは提案をいたしたいというふうに考えてございます。

○田中委員長 いずれも心強いご発言をいただきました。本当はまだ討議を続けたいのですが、それぞれ皆様予定があると思いますので、これにて意見交換の場は終了いたします。本日は、それぞれ遠いところからお越しいただきまして、ありがとうございました。

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。

質問ですか。先ほどの。ごめんなさい、忘れました。

○高橋委員 すみません、時間のない中で。1点なんです、最初にお話しいただいた「平成27年度の事業計画の修正」ということで、修正の内容については理解できるんですけど、一言、要望ということで。

これを読みますと、国民の受診行動、「加入者の適切な受診行動を促す取り組みを進める」というふうに書いてございまして、昨年の医療法改正で、国民の責任が明確にされたということもあって、私たちとしては、もちろんそういったところも、ぜひ取り組みを進めてもらいたい、というふうに思うんですけども、先ほどから言ってますように、医療提供体制に対しての問いかけ、こういった取り組みを促すようなことを、やっぱりしっかりやっていかないといけないんじゃないかと。特に、例えば、先ほど報道の中でも問題になってました残薬の量ですか、年間500億円というようなことも、ちょっと報道であったりしてましたけども、やはり多剤投与の手法の仕方はどうなのかということとか、服薬管理がちゃんとできているのかといったような、診療側や医療体制側への働きかけも、さまざまな機会をとらえて行っていただきたい、という要望でございまして、すみません。

○田中委員長 どうぞ。

○城戸委員 大分の支部長のお話をお伺いしまして、健診率は全国でも2位ですが、その割に医療費が高い。前々から、健診率は支部で努力して、健診率を上げるということで、大分の数値を注目していましたが、健診率が上がっても医療費のほうは改善されていない。協会けんぽも健診率を上げろという方向で運動していますが、大分の例を見たら、あまり参考にならないなという感触をもっています。ぜひ、その辺の事情をご説明下さい。

○高橋議長（大分支部評議会）結果、身近なところに医療機関がある、そして入院に結びつく事例が多いということは、もっと早期に受診をして、そして外来で済んで、そして軽くすませる必要があったと思うんですけれども、入院に結びつく受療率が高いということ、もうお医者さんに行ったときは、即入院してくださいという状態にある。

大分県は、健康寿命が全国 39 位ぐらいで平均寿命との乖離が 10 歳以上ございます。そういう意味で、健診で見つかったら、早く行って、早く治療を受けていただいて、軽く済ましていただく。結果的には一時的に医療費を押し上げることになっても、健診事業は徹底して、やっていかなければならないと思います。

○北川支部長（大分支部）大変、いつも厳しいご指摘なんですけど、向かう方法としては健診率を上げていく、引き続き上げていく。その中で、結果として、医療費が少しずつ下がりがつつあるというのも、現実あります。決して、どんどんどんどん上がっているわけではなくて、そういう部分もありますので、そのところの状況を見ながら、その率がどのくらい跛行しているかということも含めて、今後、十分検討してまいりたいと思っております。

○田中委員長 ありがとうございます。
事務局、次回の説明、お願いします。

○小澤企画部長 すみません。次回の運営委員会でございますが、次回は 7 月 28 日火曜日、15 時より、全国町村議員会館、半蔵門にて行います。

○田中委員長 では本日はここまででございます。
どうもご議論ありがとうございました。（了）