

全国健康保険協会運営委員会（第77回）

開催日時：平成28年9月15日（木）14：55～16：16

開催場所：全国都市会館 第1会議室（3階）

出席者：石谷委員、城戸委員、古玉委員、田中委員長、中村委員、埴岡委員、
平川委員、森委員（五十音順）

議 事：1. 平成28年度～32年度の収支見通しについて
2. 平成29年度保険料率に関する論点について
3. その他

○田中委員長 皆さん、こんにちは。全員出席予定ですが、平川委員は少し遅れるとのことなので、まだ定刻になっていませんが、ただいまから第77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、お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

本日もオブザーバーとして厚生労働省より出席をいただいております。

ここから議事に入ります。

平成28年度～32年度にかけての収支見通しと来年度、平成29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。2つの資料は内容が関連していますので、一括して説明をお願いします。

議題1. 平成28年度～32年度の収支見通しについて

議題2. 平成29年度保険料率に関する論点について

○企画部長 企画部長の稼農です。それでは、一括してご説明させていただきます。

まず、28年度～32年度の収支見通しについてですが、その概要をまとめました資料1－1を使って説明をしたいと思います。1ページお開きください。

1. は決算の状況で、前回お諮りしたものでございます。

2. にありますように、27年度の決算を足元としまして機械的試算を行ったものでございます。被保険者数や、次のページになりますが、賃金上昇率については、前回、試算の前提としてご説明したとおりでございます。

2ページの真ん中あたりの丸ですが、医療給付費の見込みについては、平成27年度におきましては特徴的でありました高額新薬の影響に鑑みまして、従来ケースに加えて2つのケース、合わせて3つのケースの前提を置いております。

まず、（従来ケース）でございますが、これは、27年度の高額新薬の影響も含めまして、25年度から27年度の伸びの実績を勘案したケースでございます。伸び率は下の箱のようになってございます。

次の（追加ケース1）ですが、これは、27年度の実績から高額新薬の影響を除外した上で、平成25年度から27年度の医療費の伸びを勘案したものでございます。下の箱ですが、従来ケースよりも伸び率が小さくなっているのがご覧いただけるかと思えます。

1ページおめくりください。3ページ、（追加ケース2）でございます。これは、平成30年度以降は追加ケース1と同じでございますが、平成28年度、29年度の2年度分のみ、高額新薬の影響が27年度と同額であるものとして、その2カ年分だけ額を追加したケースを用意したものでございます。下の丸のところは、制度改正の影響なども織り込んでの試算という説明でございます。

4ページにまいります。【試算結果】でございます。保険料率を10%に据え置いた場合の試算でございます。上半分の従来ケースの場合をご覧ください。賃金上昇率がⅠからⅢのケースどれを見ましても、この真ん中の欄にそれぞれありますが、収支差をご覧いただきますと、どのケースも年を追うごとに少なくなっているのがわかります。また、Ⅱ、Ⅲのケースで見ますと、平成31年度から、双方とも単年度収支が赤字となって▲が出ております。

その下、②の均衡保険料率ですが、平成29年度にはⅠからⅢのケースで、どれも9.6%となりますが、徐々に上がっていく数字となっております。ⅡとⅢのケースでは、平成31年度から10%を超えていく試算となっております。

次に、下半分の部分です。医療費が追加ケース1の場合です。医療費の3つの前提の中では、この追加ケース1が最も低い推計となります。

①の表をご覧ください。ⅠからⅢのケースともに収支差は年々少なくなりますが、Ⅱ、Ⅲのケースで単年度収支が赤字になる年度が平成32年度からとなっております。

②の均衡保険料率ですが、平成29年度はどれも9.6%ですが、Ⅱのケースでは32年度から、Ⅲのケースでは31年度から10%を超えてくる結果となっております。

1ページおめくりください。5ページでございます。追加ケース2の場合です。これは、従来ケースと追加ケース1の間に入る数字でございますので、説明は省略させていただきます。

5ページの下をご覧ください。（参考）とありますが、これは、各年度の1カ月分の法定準備金を試算したものでございます。ご覧のように、平成32年度で見ますと7,500億円から7,600億円程度となっております。

6ページに移ります。ここからは均衡保険料率を踏まえて保険料率を変更した場合の試算となっております。ご覧のとおり、①から⑥、それぞれ9.9から9.6のパターンで示しております。例えば一番下のケース、9.6%とした場合ですが、医療費が従来ケースの場合、ご覧のようにⅠからⅢのどのケースにおきましても、平成29年度には単年度収支が赤字となる試算となっております。また、32年度の欄を見ていただきますと、Ⅱ、Ⅲの場合には、法定準備金の見込みの7,600億円を下回る結果となっております。

1枚おめくりください。これは、医療費が追加ケース1の場合に、同様に9.9%から9.6%、それぞれのケースについて試算したものでございます。これも例で、一番下の④で

見ていただきますと、9.6%のケースですが、ⅠからⅢのどのケースでも、平成30年度以降、単年度が赤字となります。平成32年度の準備金についてですが、Ⅱのケースで9,000億円、Ⅲのケースでは8,100億円程度となり、わずかに法定準備金を上回っている状況となります。

8ページは追加ケース2の場合です。これも先ほどと同様に2つの間のケースとなりますので、説明は省略させていただきます。

続きまして、お手元の資料2をご用意いただければと思います。横表の、表題が「平成29年度保険料率に関する論点」というものでございます。

論点は最後に説明させていただこうと思いますが、1ページおめくりください。昨年の議論の振り返りでございます。下の3ページの部分が運営委員会からいただいたご意見であります。ご案内のとおり、平均保険料率につきましては、維持と引き下げの意見が分かれた状況にありました。上の2ページですが、これは昨年12月25日の理事長発言の議事録の抜粋でございます。傍線が引いてありますが、中長期的な安定的な運営や、加入者や事業者の皆様にご理解いただけるような料率、あるいは可能な限り長期にわたり負担の限界である10%を超えないようにすることといったことなどを踏まえて、10%維持という判断をさせていただいたということでございます。

1ページおめくりください。これは、表題のところにあります。参考でお出ししたものでございます。「今後10年間（平成37年度まで）の準備金残高と法定準備金に対する残高の状況」を先ほどの5年収支の見通しに基づきまして、ごく粗く試算をしたものです。言ってみますと、先ほどの5年収支の試算結果に基づきまして、もう5年、同様の条件で機械的に延ばしてみてもつくれたものでございます。

下のグラフの見方ですが、折れ線グラフが5本ございます。一番上の折れ線のオレンジの部分が料率10%の場合、一番下の紫のものが9.6%の場合でございます。この折れ線グラフにつきましては、準備金残高と、その準備金残高が何カ月分相当に当たるかというのをあらわしたものになります。それぞれのグラフの右の縦軸をご覧ください。数字が0.0、1.0、2.0、3.0、▲1.0、▲2.0、▲3.0となっております。そこで、数字の1.0のところには黒丸があって、太い横棒が引いてあります。ここが1カ月分の法定準備金のラインとなります。これに基づきましてご説明します。説明はこの4ページの中ほどの黒枠で囲ったところでございます。

平均保険料率10%維持の場合の準備金残高は、①の低成長×0.5のケースでは、32年度をピークに準備金残高が積み上がります。②の0%のケースでは、平成30年度がピークになりまして、それから後は減少をし始めます。平成29年度以降に平均保険料率を引き下げたケースでは、準備金残高のピークがさらに左に来ることになります。

ポツの2つ目でございますが、法定準備金に対する準備金残高につきましては、①のケースでは、平均保険料率を平成29年度以降9.9%とした場合には、平成37年度には1カ月分を割り込むということでございます。この1.0の横棒のところより下回ってくるということ

ございます。②のケースでは、平均保険料率10%の維持の場合、オレンジのラインでも、平成34年度のところで1.0のラインを下回ってくるという結果となっております。

下の5ページですが、これは、医療費が追加ケース1の場合でございます。医療費のケースでいいますと、従来ケースのほうが医療費が高く見積もってございますので、全体的にグラフの柳みみたいな形が上になってきているのが見てとれると思います。これも黒枠の四角のところでございますが、最初のポツですが、平均保険料率10%維持の場合、準備金残高は、①のケースでは平成34年度がピークになります。②のケースでは31年度がピークになって、それぞれ減少し始めます。平成29年度以降に平均保険料率を引き下げたケースでは、そのピークが早まるということでございます。

2つ目の丸ですが、法定準備金に対する準備金残高でございますが、①のケースでは、平均保険料率を平成29年度以降9.8%とした場合には、平成37年度に1カ月分を割り込む、②の賃金上昇率0%のケースでは、平均保険料率10%維持の場合、オレンジのラインでも、平成35年度には1カ月分を割り込むということでございます。

もう1枚おめくりください。6ページでございます。保険料について、いろいろな仕組みがございますので、スケジュール観だけ整理したものでございます。1つ、我々のほうでも今後また運営委員会の皆様にお諮りしながら決めていくインセンティブ制度のお話でございますが、これは、28年度中に枠組みを決定して、29年度に試行的運用をする。30年度から実施しまして、31年度にその実施結果を評価して、保険料の精算をやって、翌年度、32年度の保険料率から反映されるという流れを想定しております。参考で下に書いてございますが、激変緩和措置につきましては、平成31年度末までが期限とされておりますので、この表で言いたかったのは、インセンティブ制度の保険料率への反映と激変緩和措置の終了時点は重ならないということをご説明したかった資料でございます。

1ページにお戻りください。論点でございます。1. 平均保険料率のところにつきまして、29年度の平均保険料についてどのように考えるかという論点でございます。丸の1つ目ですが、5年収支見直しにおきまして、今後の協会における医療費の伸びをどのように考えるかというのが1点目でございます。2点目でございますが、5年収支見直し等を踏まえ、29年度及びその後の平均保険料率のあるべき水準についてどのように考えるかというのを論点として挙げさせていただいております。

2. 都道府県単位保険料率を考える上での激変緩和措置についてでございます。先ほどスケジュールのところでもご説明しましたけれども、この丸のところですが、平成32年3月31日までとされております激変緩和措置の期限を踏まえて、29年度の激変緩和率についてどのように考えるかというのを論点として挙げさせていただいております。※のところですが、28年度の激変緩和率は4.4/10でございます。31年度末までに均等に引き上げていく場合の毎年の激変緩和率は1.4/10ずつの引き上げとなります。

3. 保険料率の変更時期につきましては、29年の年度当初、4月納付分でよいかというのを論点として挙げております。

最後に、資料3でございます。今後の議論のスケジュールを示したものでございます。本日、9月15日より、特に保険料率のところですが、平均保険料率の議論を始めさせていただいております。これを受けまして、真ん中ほどに支部評議会がございまして、支部の評議会においてもご議論をいただきまして、矢印は上に向いておりますが、その結果を、11月の運営委員会に評議会意見についてまとめて提出ができればと考えております。年内に平均保険料率について決定をした上で、年明けには都道府県単位保険料率の議論に移っていくということをスケジュールとして考えております。

私からの説明は以上です。よろしくお願いいたします。

○田中委員長 説明ありがとうございました。毎年恒例ですが、秋は保険料率を議論します。きょうは第1回ですので、まずは幅広に基本的なところからのご意見を伺いたいと存じます。ただいまの説明についてご意見、ご質問がありましたらお願いいたします。森委員、どうぞ。

○森委員 まず、昨年の12月25日の理事長さんのここでの発言の要旨が、いろんな意味で大きな意味を持って、今後の当協会の保険料率を含めた、こういうことに対しての1つの大きな考え方を示していただいておりますと同時に、例えば2015年度の医療費が41兆5,000億円ということを含めて大変な増高をしておるといのはゆるぎないことで、たまたまそこには、いわゆる高額医薬品の問題はあるかもしれませんが、体制としては、医薬品の新規の開発は、恐らくまだまだ進んでくると思います。そうすると、医療費の増高は、また相当大きいと。

それで、実はちょっとお聞きしたいんですけども、3ページの「維持」というところに「医療費の動向等について不確定な要素が多い。さらに加入者一人当たり医療費及び平均標準報酬月額の前年度比の推移（実績）をみると、例えばここ3ヶ年では、平成25年度は1.6%に対し0.3%、平成26年度は1.9%に対し0.7%」、ここに「平成27年4月～8月は2.9%に対し0.9%」となっておりますけど、このときは去年の12月ですので、実際にこの27年度は一体どういう数字になっているかということ、まずお知らせいただければと思います。

○田中委員長 ご質問にお答えください。

○企画部長 ご質問は27年度の数字ということでございますでしょうか。

○森委員 はい。

○企画部長 一番最後の資料に資料7をつけさせていただいております、その、まず医

療費の部分ですが、一番後ろ、7ページをご覧ください。資料7の7ページでございます。これが協会けんぽの医療費の動向を参考でつけさせていただいたものですが、27年度の1人当たり医療費でございますので、ここの左の上に23年度、24年度、25年度、26年度、27年度と年度が書いてございます。この欄の左から2つ目のところに「1人当たり医療費計」が書いてございます。これを見ますと、昨年度、26年度は先ほどの3ページで1.9となっておりまして、ここの数字でございまして、27年度は結果として4.3となっております。これが1つです。あとは、0.9については平均標準報酬月額ですので、もう1枚前のページ、資料7の6ページにつきましては、左から「事業所数」があって、「被保険者数」があって、「被扶養者数」、「加入者数」の次に「標準報酬月額の平均」というのがございまして、対前年同月比が0.5とか0.4とか書いてあります。これをご覧いただきますと、平成27年度は4月が1.0で、3月が0.8となっておりまして、平均しますと年度平均は0.9となります。数字は以上でございます。

○田中委員長 4.3と高い伸びを示している。

○森委員 今お知らせいただきましてありがとうございます。そうすると、本当に理事長さんがおっしゃったように、いわゆる医療費の伸びのほうが標準報酬よりも高いということ、これはある面では、理事長さんのご発言にもありますように、財政基盤が脆弱だということにもつながると思います。

もう1つ、これは5年ですけれども、先ほど10年スパンという1つの考え方を示させていただきました。これを見ると、先ほど準備金残高のお話をされましたけれども、例えば以前の1兆5,000億円とか1兆6,000億円の準備金残高と平成32年のときの準備金残高は、恐らく貨幣価値は相当違うわけです。そういうことからいっても、ある面では財政基盤を安定的に継続をしていくという考え方に、私はぜひこれからも長いスパンで考えた場合には、何としても10%は維持するんだという心構えでいろいろと施策をやっていただくことのほうが大事ではないかなと思います。

○田中委員長 ありがとうございます。きょうは何かを決定するわけではないですので、それぞれの基本的な考えをお知らせください。どうぞ、中村委員。

○中村委員 質問でありますけれども、先ほど企画部長の資料1-1の中で、1人当たりの医療費の伸びのパーセントが書いてありますが、高額新薬の影響を除外した上で計算されています。薬価の問題もあると思うのですが、27年度の中で高額新薬の数がどのくらいあるのか、また、全体に占める高額新薬の割合が何%ぐらいの率なのかを教えてくださいませんか。

○企画部長　ここで高額新薬と書きましたのは、前回、決算等のときに事業報告でご報告しましたC型肝炎のハーボニーとソバルディの2つの新薬のことを言っております。その2つについて、27年度は金額ベースで370～380億円程度でございます。事業報告書で載せてあるのですけれども、1人当たり医療費の伸びが4.2%ということでございましたけれども、伸び率の寄与度を計算しましたところ、このうち調剤に係る分が4.2%のうちの2.04%でございました。うち肝炎の今言った2つの薬の寄与度が0.82%という数字となっております。全体が4.2%に対して、肝炎新薬の伸びの寄与度が0.82%ということでございます。

○田中委員長　2割ぐらいですね。

○高橋理事　お手元の事業報告書、青い冊子の一番下です。一番下に分厚い事業報告書がついております。

○企画部長　冊子になっております。227ページでございます。

もう1度説明をさせていただきます。これは、対前年度比について1人当たり医療費の伸びが4.2%という状況が全体でございます。これが円グラフの100%になりますが、これについて、それぞれ入院、入院外、歯科と、調剤は取り分けて、それぞれに分解してその寄与度をあらわしたものでございます。見ていただきますと、1人当たり医療費の伸びのうち約半分、2.04%が調剤の伸びが影響しているということでございます。この調剤の中をさらに分解したのが右の四角い箱になります。調剤の中で技術料の分と薬の物の部分に箱を分けておりますが、薬剤料のうち特に肝炎新薬、ソバルディとハーボニーの分を見たのが0.82%ということでございます。初めからこれを示してご説明すればよろしかったのですが、すみませんでした。

○中村委員　ありがとうございます。

もう1点いいですか。高額新薬の数はもっとあると思うのですが、この2つを選んで除外して計算されたというのは何か定義があるのですか。

○企画部長　全体的に議論に新聞等も含めまして、特にこの2つの薬が新薬として承認されたということで、金額もかなりあるのではないかとということもありまして、特にこの2つについて分析したものです。

○中村委員　ありがとうございます。

○田中委員長　伊奈川理事。

○伊奈川理事 1点だけ補足しますと、高額新薬はほかにもあるんですけれども、ある程度期間を見ないと、影響がどのぐらいかというのはなかなかわからないということでありませう。そうしますと、昨年出ましたハーボニー、ソバルディの関係は、昨年の夏ごろに出ておりますので、ある程度その影響が見えてきたということで、こういった数字で計算をしてみましたということでございます。

○田中委員長 埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 今の説明のところまではわかるんですけれども、その先がまだわからないところがある方がいらっしゃるんじゃないかと思うし、私もわからないんです。そういう部分を影響と捉えたということはわかるんですけれども、次にわからないのが、除外という考えです。それがどのように発生して、どのように上乘せされていくのか、あるいは消えていくのか、入れ替わっていくのか、そこをどう見てシミュレーションしたかという説明がつけ加わらないと、まだ説明が完結してなくて、我々委員も傍聴されている方もわからないかもしれないので、そこもご説明いただけますでしょうか。

○田中委員長 企画部長。

○企画部長 まずは、ここ最近の医療費の動きを見たときに、先ほど昨年の議論のところでも触れていただきましたところをご覧になったとおりでございますけれども、27年度はここ最近に比べまして医療費がかなり伸びていたところが顕著にあったというのが1つでございます。この高額新薬の影響をどう見るかというのを1つのポイントにして考えたところでございますが、先のことは少しわからないというところもあるんですけれども、まずは単年度、ここ最近で見たら、27年度の医療費がこの1年だけ高いという状況があったということでございますので、その部分がなければどうだったんだろうかというようなことを考えようということで、除外というケースを1つのケースとして捉えたというのが追加ケース1でございます。

追加ケース2につきましては、明確な根拠と言われますとなかなか厳しいところはございますが、ソバルディ、ハーボニーにつきましては、基本的には治癒率がかなり高い薬でございますので、この新薬が使われ始めて、患者数の推計とかもあまり数字がないものですから、ちょっとわからないところはあるんですが、この影響がまだ続くとしたら、28年度、29年度、2年程度は続くこともあり得るのではないかというような想定をして、追加ケース2をつくってみたということでございます。

○田中委員長 城戸委員、お願いします。

○城戸委員 がんの免疫薬のオプジーボが1年間で5万人使えば1兆7,500億円に上るとい

う試算があるということですが、現実に先ほど、昨年の12月に引き下げるべきと、そうじゃないという意見もある中で、理事長の判断で10%維持という方針で推移していたと思います。せっかく何年もかかって努力してジェネリックの普及を行い、薬代を抑えてきた経緯があります。ただ、こういう新薬が出たからといって、これをどんどん認めたら、それこそ財政破綻するんじゃないでしょうか。やはり協会けんぽとしても、こういう新薬に対しては、自己負担を少し増やしてもらい、何らかの対策をしてもらうよう、意見を言ってもらいべきだと思います。中小企業としては10%が保険料率の上限じゃないかなと思っています。

また、これは医療とは関係ないのですが、今度2億8,000万円の新型のスポーツ車をスウェーデンの自動車メーカーが世界で3台販売するという記事が新聞に載っていました。そのうち2台は日本人の医師が買うらしいんですが、このことはいかに医療提供側が儲かっているかということの一例だともいえます。このようなことも頭の中に置いておいてください。

○田中委員長 中医協での議論も進んでいるので、少しご紹介いただけますか。企画部長。

○企画部長 オプジーボにつきましては、肺がんに対する効能追加が27年12月17日にされていたということで、昨年の終わりごろになります。詳しくは理事から説明していただこうと思いますが、中医協でも高額新薬の影響につきまして、特例的な薬価の引き下げやガイドラインの策定の動き等があると伺っております。

○田中委員長 吉森理事。

○吉森理事 吉森でございます。中医協に委員として参加しておりますので、現状の高額薬剤についての対応について多少ご説明させていただきたいと思っております。城戸委員がおっしゃいましたオプジーボ（ニボルマブ）は、今おっしゃったように、がんセンターでしたか、どこかの先生が1兆7,500億円になるというような発表がございまして、これは、日本の医療制度に懸念を及ぼすという内容でした。診療報酬上、この高額薬剤を認めたというのは、実は悪性黒色腫のメラノーマという皮膚がんの470人ぐらいの患者数に効くということで、高額薬剤ということで適用になった。ところが、それに効能追加、適用拡大がありまして、非小細胞肺がんにも効くということで、一気に1万5,000人ぐらいの患者数になり、その患者数の拡大によって1兆7,500億円ぐらいというような計算になったということです。これはこのままほっておけないんじゃないかということで、日本の薬価制度について見直すべきじゃないかという意見が各業界から出てきて中医協に上程されて見直し議論のキックオフが始まりました。28年度末までに、オプジーボ単独だけでなく、高額薬剤に対して対象薬の選定も含めて、どのような対応をしていくべきなのか。薬価は2年に1回診療報酬を改定しておりますが、それを期中に改定するべきじゃないかとか、更には使い方、ガイドラインをもう少し厳格にして、本当に効く人に対して使うべきじゃないかとか、そういう議論が今始まっ

ております。実は昨日も製薬業界や業界団体の皆さんのご意見も聞きながら、どうするのか検討をしているところでございます。

議論の方向性としては、オプジーボに対してどういう対応策がとれるのかを検討しているという状況でございます。

○城戸委員 先ほどの最後のページで、薬価に対して技術料を別途見えていますよね。医療に対してもそうなんですけど、どんな商売でも技術があるからその商いが成り立っているわけで、例えば、歯医者で技術がなかったら誰も歯医者に行きません。それをわざわざ技術料として示すのは、普通、私たち庶民的感觉からすると、お手盛りのようなものじゃないかなという印象も受けてしまうので、それは少し頭に入れておいてもらいたいと思います。車の修理は技術があるから車屋さんに行って修理してもらうのであって、わざわざ車さんが技術料を取りますと言ったらはたしてそのお店に行くのでしょうか。これが当たり前という慣習があるかもしれませんが、医療費を抑えていこうと思ったら、技術料を上げるんじゃなくて、もう技術料はなくしていくとかいうことも考える必要があるのではないのでしょうか。そもそも技術があるから薬局等に行くのであって、わざわざまたそれに技術料を払うというのは、庶民感覚でいったらちょっと違う気がします。

○高橋理事 先ほど227ページでご説明したときに、1人当たり医療費の伸びが調剤から発生するか、入院で発生するか、入院外の外来で発生するか、あるいは歯医者さんで発生するか、その図をご覧いただきましたが、その中で調剤は薬剤料と技術料に分けましたけれども、薬剤料は薬そのもの、「物」です。一方、技術料としましたけれども、これは特別な技術があるからという意味じゃなくて、整理としては人件費相当分だという理解でよろしいかと思えます。

○城戸委員 薬剤師になるための教育は前に4年制から6年制になりましたが、6年制になった時点で薬剤師がものすごく不足していますよね。このことによって、人件費、薬剤師の給与がかなり上がったと認識しています。だから、今、看護師でも准看と正看があるように、薬剤師も正、准をつくるなどの工夫をして、少し賃金総額を落とすべきではないですか。たしか内規で、今、処方箋40枚に薬剤師1人という基準がありますが、このような基準も少し見直して薬価を下げるべきじゃないかと考えます。そうしないと、今はもうほとんど調合しているような風景は見られないし、カプセルを割って袋へ入れているだけで、薬剤師以外でもできそうな作業もあるので、その点も少し見直しを検討してもらいたいですね。

○田中委員長 ありがとうございます。何かお答えになりますか。

○吉森理事 調剤料の中身ですけど、今、技術料は人件費と言いましたけれども、人件費の

中身として、実は薬をもらいに来た人の薬剤の服用歴を管理する指導料であるとか、薬を調剤するための基本的な調剤基本料を含めて技術料と言っていると理解いただければいいかと思えます。

○石谷委員 話がもとに戻るんですけども、29年度の保険料率に対する考え方ということの論点のお話で申しますと、先ほど森委員からのお話しにもございましたが、昨年度の議事録の委員長発言の抜粋に書かれている事で全部集約されていると思えます。現実としては、例えば被保険者の立場とすれば、現行の10.0の平均保険料率が上限限界なんです。やはりこれ以上上がるといことは考えられないというのが実状であるということをご認識頂いた上で、今後考えを進めていただきたいと思います。今いろいろお話しありましたように、高額新薬とかいろんな不確定な要素がありますから、確定するというのは非常に難しい話ですね。賃金上がるという前提がどうかということ、また、被保険者数が増えるという前提など全部が動いているわけですから、非常に難しいのですが、やはり加入者、被保険者が、保険料を拠出しているわけです。そして、よりよい医療を受けられるという保障があると思っているわけです。それに応えていくということをお願いしたい。前提としては、この平均保険料率10.0以上には絶対にしないという事を死守していただきたいというのが私の考えです。

以上でございます。

○田中委員長 ありがとうございます。埴岡委員、お願いします。

○埴岡委員 以前述べた意見とそんなに変わらないんですけども、私が懸念しますのは、去年も意見が半々に分かれて理事長裁定だったのでんですけども、この議論を今年するとまた半々に分かれて、理事長裁定を毎年繰り返すのかなということ。支部も含めて、例えば激変緩和措置についての議論などについても、いつも半々に分かれている組織という感じになる。これからインセンティブの話をする、また支部は必ず半々に分かれ、運営委員も半々に分かれるということになりかねない。外から見ると協会けんぽというのは、議論すると常に半々に分かれている組織だなということになりかねないんじゃないかと思えます。前回この議論をしたときに申し上げたことと同じ話の繰り返しで恐縮なんですけれど、こういうシミュレーションをたくさん示して数字を見ても、結局それぞれの委員の価値観とか一定の固定観念で意見を述べることになっている。そこをところを解明して行って、どういう意見を言っているかを明確にしていくのが必要かと思えます。むしろ議論をしていくときに、あり得る論点を例えば7つ示し、その論点のうちそれぞれの委員が何を優先して考えているのかということを示していったほうがいいのではないかと思います。例えば、①加入者主体に決めていく、②できるだけ合理的に決めていく、③単年度収支を一定の原則とする、④健全経営のため一定のリザーブは維持する、⑤さまざまな政治政策的な交渉事も勘案する

必要がある、⑥運用上の事務的負担及びその機動性のバランスを考えるとといった、6つか7つのことの順番で考えていくというふうにしないと、ランダムな意見の応酬になってしまふ。いったん、その論点の軽重をどの順番で考えていくんだということを合意してしまえば、決め方に合意していたので、その時々で状況でどういう結果に決まったかは異論ないよねというふうにして、組織の一体感を維持するというのが大事だと思っています。

まだそうした決め方が決まっていない環境の中で個人の意見を言うておきます。加入者主体の経営を掲げているのに、結構、加入者不在の議論になっていると思うので、例えば加入者アンケートなどをするのも大事だと思います。それから、基本的に、単年度収支の原則がすべてだけではないんですけれども、単年度収支はかなり重視すべきことだと思っています。健全経営に関しては1カ月のリザーブがめどであるということで、逆に言うと、2カ月を超える必要はないのかもしれないという考えがあると思います。それから、他の保険者との兼ね合いとかさまざまな補助金での交渉上で経営が苦しく見えたほうがいいのか、安定的に見えたほうがいいのかとか、そういうことを考える場合もあるかもしれないんですけれども、そういうことに関しては余り水面下の議論ではなく、どういうことが想定できるのかは、できるだけ水面上で説明していただいたほうが、どういうことで決まったかわかりやすいと思います。

それから、やはり事務的な負担は非常に大きいと思うので、料率をあまりしばしば変えないほうが良いとは言いつつも、ある程度このところの経験で切りかえにもなれているわけですから、事務負担は考慮しつつも、やはり機動的な運用の方が大事だということもあろうかと思っています。

きょう出していただいた数字を見ると、常に苦渋の決断ではあるんですけれども、10%を維持したときに、どのシミュレーションでも準備金が2兆円を大きく超えてくるというのは、やや大き過ぎるのではないかということと、9.8%にしたときのシミュレーションを見ましても、法定準備金の水準が単年度ではなく複数年度維持できるというシミュレーションになっているので、場合によっては一旦下げるということも選択肢の1つかもしれないというのが、きょうの私の感触でございます。

○田中委員長 ありがとうございます。意見が2つに分かれたとは私は思っておりません。お互いに相手の言っていることも十分に理解できるし、それでもいいのだけれども、相対的に今回はこちら、ぐらいの話で、相手を否定して自分の意見を押し通したい、とは去年のときもとりませんでした。お互いに理解しつつ、微妙な差の中で、こちらのほうがちょっといいぐらいの違いではなかったでしょうか。

○埴岡委員 すみません。言葉を間違えたかもしれないので、健全な意見交換だったと言い直したいと思います。

○田中委員長 もう二度と顔を見たくないといった意見対立はなかったように記憶しております。ありがとうございます。

それから、今言われたことで、特に外部環境への話は重要ですね。国庫補助金への影響とか総報酬割議論の流れとか、そういうことを水面下ではなくわかるように説明すべきだと、これは私もそう思います。昔はそういう事柄はしばしば水面下で行われていましたが、みんながわかるように理解した上で議論を進めるべきですね。それは大変いい点を言っていました。

平川委員、お願いします。

○平川委員 保険料率に関する論点で、この時期に保険料率について議論するというのはなかなか難しい状況にあるなと思います。示されているケースであっても10%に据え置いて準備金が2兆円に達するという状況の中で、これをどう見るのかというのがさまざまな議論があると思いますし、先ほど言った薬価に関してもさまざまな動向がこれから生じる可能性があるというふうなことを見れば、前提をどう考えていくのかをもう少し議論してもいいのではないかと思います。消費税率の引き上げが、本来であればもうとっくに10%になっているはずなんですけれども、第1弾の増税の引き延ばしで来年の4月となるところが、さらに2年半延長という状況の中で、財務省は何を考えているかということ、国庫補助をどう圧縮していくのかというのが、今、動きとして強まっているということもあります。そういうことをどう考えていくのかということ。

それから、先ほど言った薬剤の関係も、オプジーボだけではなくて、オプジーボの類似薬も開発されて、もう薬価収載もあるんじゃないかということ、それから、遺伝子組み換え技術を使って高額なバイオ医薬品も今後2年間で約10%の売上増が推計されているということもあり、吉森理事も私も中医協委員なので、この辺は中医協でいろいろ警戒をして対応していく必要があるんですけれども、一方でそういう状況もあるということもあり、将来予測をする上でいろいろな変動要素が本当に多くなっているということがあるのかなと思います。その全てを踏まえて保険料率を決定していくというのは、技術的には不可能ではあるんですけれども、とりあえずこういう前提というか、状況ということについては、お互い各委員の間で状況認識について一致をしていく。そのためのいろんな状況について、今後も事務局から情報提供なり議論の素材を提供していただくということが重要ではないかと思っております。具体的に10%をどうしていくかということについては、まだまだこれからいろんな議論があるかと思っておりますので、その中でまた意見表明をさせていただければと思います。

以上です。

○田中委員長 これから12月まで議論するに当たって必要な考えるべき統計なり論点をさらに示していただきたいとのご指摘ですね。ありがとうございます。古玉委員はいかがです

か。

○古玉委員 先週発売の文春にジェネリック医薬品を飲んじゃいけないという記事がありました。ここにメモをしてきたんですけれども、先発薬と成分は同じなんですけれども、効き方が違うということで、ジェネリック医薬品は溶け方が早かったり遅かったりというところで、効いてもらいたいところに効いていないんだよ、安いからといって安易に飲んではいけないという記事なんですけれども、よくよく読んでみますと、外国産のほうが多くて、それが余り衛生的なところでつくられていないとか、いろいろなことが書かれてあります。そして、今週もまた、これの続きを掲載するというので載っていました。週刊誌のネタで一々右往左往するのもおかしいかもしれませんが、週刊誌の影響も大きいので、そういうことも考えて、それに対応することも考えていかなければならないのではないかということで、ちょっと週刊誌を見ました。

○田中委員長 医薬品の安全性については、協会としては何かチェックをしたり声明を出したりなさっているのですか。

○伊奈川理事 保険者という範囲の中でございますので、薬に関してはきちんとした承認手続を経ているという前提で、医療保険サイドは、それを前提として薬価にも収載し、そして医師、薬剤師が適正にそれを処方して使用している、そういう前提だろうと考えております。

その上で、いろいろな報道がされているというのは、今回のことだけではなくて過去にもありましたけれども、重要な点は、よく理解をしていただいて、それでそれぞれの加入者の方の判断で選んでいただくということでもありますので、我々としてはいろいろな関係者のご協力もいただきながら、通知という中でもジェネリックのことについては説明をし、また、いろいろなセミナーなんかも開いておりますけれども、そういうところでも関係者にも入っていただいてきちんと説明をしている。地道ではあるんですけれども、そういうことの積み重ねを我々サイドとしてはやってきておりますし、今後もやっていこうと考えているところでございます。

○古玉委員 その記事によりますと、新薬なんですけれども、書類だけで受理されるということも書いてありましたので、今週の発売を楽しみにしているんですけれども、その辺のところも臨床結果とか実験とか、そういうのはなくて書類だけで薬が許可になっていることもあるというのが報道されていまして、それはどうなのかなということをやっと疑問に思っていますけれども、いかがなものでしょうか。

○高橋理事 新薬はペーパーだけで認められていることはあり得ないです。私は以前、その

仕事をやっていたのですが、新薬の場合には、動物実験から始めて健康人の臨床試験をやって、それからその病気を持っていらっしゃる方々に使うという手続を厳重に踏みますので、それはあり得ない。ジェネリックの場合には、既に薬の成分の有効性、安全性が新薬の臨床試験でも確認されておりますので、その成分について改めてもう1回試験する必要はないので、そこはペーパーでやる。ただ、人間の体の中に入ったときに、吸収されますと血管に入りますけれども、血液中の濃度がどれぐらいの時間でどういうふうに上下するかという動きをきちっと示したデータを持ってくるということで、それが先発薬とほぼ同じであればオーケーということでやっていますので、そこはそんなに変な話はないと思います。

それから、製造設備が劣悪なところというのは、私はちょっと考えられない。どういう記事なのか私も知りませんが、そういうものは、また当局からご説明を聞いてみたいと思います。

○古玉委員 すみません。週刊誌ネタで変なことを言って申しわけないんですけども、記事によれば、中国の廃油を流したのを拾ってきて、それを新薬に混ぜているとか、それを信じて読んでいるわけではないんですけども、私たちがこんなに真剣にいろいろ議論しているにもかかわらず、例えばそういう記事で一般の方が惑わされてはちょっと怖いなという感想を持ちましたので、低レベルで申しわけないのですが、感想をお話ししました。

○城戸委員 雑談みたいになるんですが、後発医薬品というようなネーミングは誰が考えるのでしょうか。最高の「高」の字を使って「高発医薬品」と言うなら、これはいいだろうと考えると思いますが、新薬というと新しい薬というイメージで、みんな飛びつくのに対して、後発と言ったら、何か効き目が悪いような印象も受けますので、ネーミングがまず悪いと思います。若いものはジェネリックという表現で良くても、お年寄りが薬をもらうときは、後発と言うことが多いと思うので、これは効かんのだろうというような感覚で受け取られる気がします。このため、後発医薬品を「よく効くよ、この薬は」というようなネーミングに変えることも考えたほうがいいんじゃないでしょうか。

○田中委員長 保険料を負担している方々から、そういう制度に対する不安感や疑惑が出るのは問題だと、協会幹部に言う話というよりも、厚労省に伝わるべく、運営委員の方々は思っている実態は意味がありますよね。直接この協会の関係者ではないですが、薬事を扱っている部局にも、事実としてどうこうというより、むしろイメージですね。不安感や信頼感に影響することは消えていないと伝えるべきでしょう。それは適宜お願いいたします。

森委員、どうぞ。

○森委員 古玉委員のご発言もそうですけれども、例えば城戸委員がよく言う柔整の問題、

それからジェネリックの問題、あるいは今いろんな医療の世界の中で、例えばがんの問題だとか、いろいろなようなことがマスメディアを通じてどんどん流れているわけです。そういう中で、加入者自体が賢い消費者というか、利用者にならないと、これはある面で幾らいろいろな事業を協会としてやっていかれてもなかなか大変だと思う。そういう賢い消費者というか、利用者をつくるいろんな講習を含めた機会を、加入者の方たちにネットを通じてでも何でもいいですけども、やはり地道な努力をしていくことをしないと、例えばネーミングで惑わされるとかいろいろなことが起こってくる。とりわけ柔整は城戸委員がいつもおっしゃるように、一部の地域でどんどん拡大していくという問題があるものですから、例えばそれは地域によって、こういうキャンペーンを張ったほうがいいのかいろいろあると思いますので、ぜひそういう賢い消費者をつくる、利用者をつくるということもある面では医療費の増高を少しでも緩和できるのではないかと思います。

○田中委員長 とても大切なご指摘です。ありがとうございます。中村委員、お願いします。

○中村委員 論点についてですけども、私の考えは、平均保険料率10%の維持をぜひ守っていきたい。それから、安定した運営を継続することをお願いしたいと思います。前回説明がありました医療費の伸びと給与の伸びで、ワニの口が開いたようなグラフを見て、あれが閉じていく方向にあるのかどうなのか自分なりに想定すると、もっと広がって、顎が外れるぐらいの形になっちゃう心配をしています。そういった中で、事業主の立場としては、きょうの資料2の中の4ページ、5ページのシミュレーションも拝見しまして、どのようにしたら安定した運営ができるのかということを考えるわけですけども、協会けんぽとしましては、先ほどから話に出ている、いわゆるジェネリックの普及を初め、加入事業者の健康診断など、1つ1つやれることを地道に進めていくことを考えることも重要なのかと思います。意見です。

○田中委員長 ありがとうございます。第1回は、ほかによろしゅうございますか。10月以降も引き続きこの議案は議論してまいります。事務局においては、本日の議論を踏まえて、議論の材料となるような新しい資料、考え方の基礎になるような資料をご準備ください。

○企画部長 了解いたしました。

○田中委員長 その他報告事項として、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3. その他

○企画部長 その他の報告事項を手短にご報告させていただきます。

まず、資料4でございます。これにつきましては、厚生労働省の平成29年度予算概算要求の主要事項につきまして、特に医療保険の関係分野について抜粋をしたものですので、皆様のご参考にとお思い、配付をさせていただいた次第でございます。

続きまして、資料5でございますが、横の1枚紙でございます。これは、前回、事業報告のときにもさせていただきましたが、熊本地震への対応についてでございます。上の欄にありますように、内容のところですが、住宅の全半壊などの被害を受けた加入者の一部負担金の免除につきまして、当初、平成28年7月31日までとしていたものを、状況に鑑みまして、平成29年2月28日まで延長をしたというご報告でございます。表の下の※にありますように、平成28年10月以降、免除を受けるためには、保険証のほかに、協会けんぽが発行します免除証明書を持参する必要がありますので、協会けんぽでは、8月からこの証明書発行事務を行っております。ご紹介でございます。

資料6-1でございます。中央社会保険医療協議会等の動きでございます。先ほど話がありましたけれども、中医協で議論が進められております。先ほど話が出ていましたが、9月14日、きのう、真ん中あたりに薬価専門部会があって、関係業界からの意見聴取があったというようなことでございます。下は社会保障審議会がありまして、介護保険部会では利用者負担、あるいは費用負担、支援金の総報酬割のあり方等、議論されております。めくっていただきまして、介護保険部会が続いております。また、柔道整復の関係の専門委員会、あん摩、はり・きゅうの関係等も開かれております。その他の会議として医療計画等の見直しに関する検討会、この下に設けられましたワーキンググループ、一番最後、保険者による健診・保健指導等に関する検討会等が開かれております。

これとの関連で、資料6-2でございますが、これにつきましては、28年8月9日に、右のほうにありますが、当協会と健康保険組合連合会の連名で、厚生労働省の保険局長に対しまして、平成28年度療養費改定に当たっての意見ということで要請をさせていただいたものでございます。

1ページおめくりください。詳しい中身は割愛させていただきますが、2ページの一番上のIでございますが、28年度の療養費の引き下げでございます。柔道整復等でございますが、引き下げ（マイナス改定）を要望したという内容となっております。II以下にありますように、例えば算定方法の定額給付化、施術回数の上限の設定などなど、多数項目にわたって要望をさせていただいたところでございます。

続きまして、資料6-3でございます。ちょっと厚い資料になって恐縮ですが、概要のみ説明させていただきます。これは、厚生労働省のここに書いてあります検討会の資料でございます。①が2ページからついておりますが、これは第三期の特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施についての議論の整理がされたということで、8月10日に公表されたものをつけております。新聞等に出ておりましたけれども、これは平成30年度

からの第三期の計画に向けたものでございまして、これまでの議論が整理されたものです。基本的には、現行の健診項目を維持する内容となっており、引き続き検討する部分については、引き続き検討となっております。例えばわかりやすいところでは、腹囲（ウエスト）のメタボの基準については、男性85cm以上、女性90cm以上の基準を維持するという内容になってございます。

表紙に戻っていただきまして、②保険者インセンティブの検討状況についてということでございますが、これについても資料はたくさんついておりますが、ポイントだけ口頭で説明させていただきます。インセンティブにつきましては、先ほどスケジュールのところでは激変緩和措置との関係について若干述べさせていただきましたけれども、今、健保組合、共済組合の間で保険者のインセンティブ、加・減算の検討が進められておまして、検討の内容としては、指標をどう設定するか、あるいは加・減算の幅をどうするかといった内容が検討されております。この②の資料につきましては、これまでのワーキンググループでの検討状況がまとめられておるのでございますので、ご参考として配付をさせていただきました。我々協会けんぽにおきましても、支部間でのインセンティブ制度を検討しておりますので、まだ事務局、我々の中で検討している段階ですが、追ってまたこの運営委員会の場でご意見をいただくことになろうかと思っておりますので、その際はまた、このほかのところの動きも含めて、動きを見ながら検討していきたいと思っております。

続きまして、資料6-4でございます。これは、右肩の上に「平成28年9月6日」と書いてありますが、日本ヘルスサポート学会の総会配付資料より抜粋させていただいたものですが、協会けんぽ大分支部と大分県が共同で第9回学会賞（実践部門）という賞をいただいたということでご紹介でございます。これは、大分県と連携して大分支部が取り組みました一社一健康宣言事業が実践部門として評価をいただいて受賞をさせていただいたということでございますので、この場をかりてご報告をさせていただきます。

最後になりますが、保険財政に関する重要指標の動向でございます。1ページおめくりいただきますと、被保険者1人当たり標準報酬月額の実績値でございます。ここ最近は少しずつ右肩に上がってきているという状況でございます。

2ページは関連する主な経済指標でございます。これは毎勤でございますが、平成22年の平均を100とした場合ですが、直近の数字を見ますと、上の5人から29人の事業所、一般労働者で28年の6月が102.4、下が500人以上の事業所で101.5という数字が出ております。

おめくりください。3ページ目ですけれども、中小企業月次景況観測（商工中金）です。8月31日発表分でございます。8月の判断指数が1.5ポイント低下と3カ月ぶりの低下になっておりますが、9月は上昇を見込むとなっております。

その下の月例経済報告（内閣府）ですが、「景気は、このところ弱さもみられるが、緩やかな回復基調が続いている」ということが書かれてございます。

その下は景気動向指数の動きでございます。

4ページでございますが、先ほど来、話が出ていますが、ジェネリック医薬品の数量ベ-

スでの取り組み状況でございます。一番上が協会けんぽの数字でございますが、28年5月の段階で67.1%というふうになってきているというのが現状でございます。

1ページおめくりいただきまして、5ページは、それを都道府県支部別にあらわしたものでございます。

6ページ、7ページは、先ほどご質問のときに使わせていただきましたが、協会けんぽの適用の状況と医療費の動向につきまして、最近の月次でのものをご参考としてつけさせていただきます。

説明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。それでは、資料4から7に関して何かご質問があればお願いいたします。城戸委員、どうぞ。

○城戸委員 資料6-2に理事長と健康保険組合連合会の専務理事との合同で療養費改定に当たっての意見が記載されています。これは従来から私が述べてきたことでもあります。ようやくと言ったら語弊がありますが、理事長にこのような文書を出してもらって大変ありがたいと思います。また、「将来的には不正請求に対する第三者機関等による審査体制の構築を検討したい」という意見も強く要望いたしたく、よろしく願い申し上げます。ありがとうございました。

○田中委員長 先ほど中村委員から、保険料の影響のためにも協会が加入者の方々の健康にいかん気を使うかが大事であると言っていただきました。この資料6-4はそれが大分ではひとつ効果のある程度生んで評価されたようです。こういう地道な取り組みも大切です。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。直接ではないのですが、今、健康経営という事で銀行さんとタイアップされたり色々やっておられますよね。非常に良いことだと思います。今の医療費の増大を抑えるというのは、やはり病気にならないようにするというのがまず原点だと思います。そういう意識というか認識がはっきりするということですね。今、委員長がおっしゃったように、地道な動きであるとは思いますが、やはりその入り口のところを少しでもそうやって抑えていかれるというのは、結果としては非常に効果があります。被保険者にとりましても良い事になると思いますので、ぜひもっと拡大して頂きたいというお願いでございます。

○田中委員長 ありがとうございます。加入者の健康がイコール健康経営につながる点ですね。

○城戸委員 一村一品運動みたいな、大分らしい取り組みですね。

○田中委員長 実際一村一品運動からヒントを得たようです。森委員、どうぞ。

○森委員 先ほどの資料6-3ですけれども、いつもここでも出るんですけども、保険給付費のざっと4割が高齢者のということで、ここにはその中の後期高齢者支援金をいかにして負担軽減ということで、このことについて、例えばこのインセンティブをやることですが、どのような目標値を持ってやっていかれるという何か考え方がおありになるのか、ちょっとその辺を。

○企画部長 インセンティブ制度につきましては、制度設計は今詰めているところでございます。私どもの部分については、この資料でいいますと、6-3の20ページになります。後期高齢者支援金の加・減算ということですが、まず、協会けんぽにおける保険者インセンティブにつきましては、協会けんぽ全体として支払う拠出金の総額は変わらないという前提となっております。その上で、その枠の中で各支部の取り組みに応じてインセンティブをどう働かせていくかという検討を始めているところでございます。1つには、もともとが後期高齢者のものがございますので、若い時分から健康関係の取り組みが将来の医療費の増加を抑えることに関係してくるということ、そもそも健診、健康づくり、あるいはジェネリックの取り組みと医療費適正化の部分についても効果があるということを考えております。制度の仕組みづくりのなかなか難しいところは指標の選び方とかがあると思うのですが、先ほど来、話がありますように、できるだけ、まずは加入者の皆様方にとって効果が得られるようなものに取り組みればインセンティブが働くということについて決めていければよいというふうに考えております。全体として、我々はアクションプラン等で保険者機能の発揮というところを目指しておりますので、その流れの中で、このインセンティブ制度につきましても考えていければと思っております。

○森委員 例えば例として、この資料1-1に後期高齢者支援金が1兆7,700億余ありますね。要するに、この数字は機械的に出てきちゃうから、なかなか減らすことはできないと思います。そうすると、今度はそれをそれぞれの支部がどういうふうにとめて、今おっしゃったようないろいろな健康増進を含めて、そういうことを考えていく。それが今度は支部の料率に反映してくると考えてよろしいんですか。

○企画部長 ご指摘のとおりでございます。最終的には都道府県別保険料率に反映されます。今の予定ですと32年度の料率から取り組みの結果が反映されるということを想定しております。

○田中委員長 ほかはよろしゅうございますか。

特にないようでしたら、少々時間が早いですが、秋の陣、第1回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 次回の運営委員会は10月17日（月曜日）でございます。14時より、アルカディア市ヶ谷で行います。開始時間と場所がまた異なりますので、ご留意をいただければと思います。

○田中委員長 本日はこれにて終了いたします。どうもありがとうございました。

（了）