

全国健康保険協会運営委員会（第81回）

開催日時：平成28年12月27日（火）13：58～15：18

開催場所：アルカディア市ヶ谷 大雪（5階）

出席者：城戸委員、古玉委員、小林委員、田中委員長、埴岡委員、平川委員、森委員
（五十音順）

議 事：1. 平成29年度保険料率について
2. インセンティブ制度について
3. その他

○田中委員長 皆さん、こんにちは。ほぼ定刻となりましたので、ただいまから第81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どうもありがとうございます。

本日の出席状況ですが、石谷委員と中村委員が急遽ご都合により欠席です。

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います。

早速議事に入ります。

平成29年度保険料率については、前回までの運営委員会において、これまでの各委員からの意見が整理され、さらに理事長から協会の方針にかかわるご発言をいただきました。本日は、それらをまとめた資料と、協会の収支見込みや平成29年度の介護保険料率に関する資料が事務局から提出されています。説明をお願いします。

議題1. 平成29年度保険料率について

○企画部長 企画部長でございます。説明させていただきます。

まず、資料1-1でございます。今、委員長からお話がありましたが、前回、案という形で平成29年度保険料率についての議論の経過と内容等についてご議論をいただき、おまとめいただきました。ありがとうございました。それについて、まず表紙は12月6日という日付を入れました。あわせて5ページから6ページにかけては、当日、協会の考え方について理事長より発言しましたので、そこについて議事録という形で抜粋して載せてございます。ご確認いただければと思います。これをもって平成29年度保険料率についての議論とその経過についてのまとめた紙とさせていただければと思っております。この資料については以上でございます。

資料1-2に参りたいと思います。12月6日の運営委員会でのそれまでの4回の議論を受けて、例年12月に厚生労働省保険局長宛てに激変緩和措置についての要請を出しております、ここにあるように、記の下ですが、平成29年度の激変緩和率については、現時点におけ

る激変緩和措置の期限が平成31年度末とされていることを踏まえ、その期限までに均等に引き上げていくことができるよう10分の5.8とすることを要請しております。厚生労働省からは、追ってこれについて内示という形でいただけるものと聞いております。この資料については以上でございます。

続いて資料1-3、協会けんぽの収支見込（医療分）という横長の資料でございます。先週の予算の政府原案の決定を受け、それをもとに協会の政府予算案を踏まえた見込みということで平成29年度の見込みを作成したものでございます。上から見ていきます。まず収入の保険料収入については、真ん中の欄が平成28年度、今年度の直近の見込みで、来年、年度が明けると決算になりますが、その見込みでございます。これとの比較で書いてございますが、まず保険料収入については、加入者数の増加等によって2,600億円ほど増加いたします。

その下の国庫補助等については500億円ほどの減となっております。これは給付費がふえることによって16.4%分の国庫補助が増加する要素はもちろんでございますが、総報酬割の拡大ということで、平成28年度が3分の2分の総報酬、平成29年度は3分の3、つまり全部となりますので、それに伴う16.4%分の国庫補助がなくなるというようなこともございまして、差し引き減となっております。

収入のトータルでいくと平成28年度の見込みと比べるとプラスの2,100億円程度となっております。

支出で、保険給付費等については、やはり増がございまして2,400億円ほどの増となります。また、高齢者関係の前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、退職者給付拠出金等、この3つですが、右のほうにあるとおりトータルで約1,200億円増加するというところでございます。これについても、逆に総報酬割の拡大等があるので、制度改正によって減ずる影響はあるものの、総額自体が増加するというので、トータルとして増ということでございます。

これらの全体を踏まえると、下から2段目の単年度収支差はプラスの2,419億円と見込まれます。これに伴って準備金残高、平成29年度末の見込みですが、2兆113億円となります。これは2.9カ月相当分でございます。

備考にございますが、この平成29年度政府予算を踏まえた見込みに基づきますと、平成29年度の均衡保険料率は9.72%となります。5年収支を9月に立ててご議論いただきましたが、あのと時の見込みが9.64%ぐらいでしたので、若干上がるというような状況でございます。

資料1-3の説明は以上でございます。

続いて資料1-4について御説明したいと思います。介護保険の平成29年度の保険料率でございます。仕組みですが、一番上の箱でございます。介護保険の保険料率、いわゆる第2号被保険者、40歳から64歳までの方の保険料については、医療保険者が徴収を代行するような仕組みになってございます。これについては単年度で収支が均衡するように、介護納付金の額を総報酬額で除したものを基準として保険者が定めると法律で定められてございます。

平成29年度については、平成28年度末に見込まれる剰余分202億円ほどあるのですが、これも含めて単年度で収支が均衡するように計算すると1.65%を4月納付分から変更というこ

とになります。下の※印にあります。介護納付金が前年度比で411億円の増加の見込みと
なっております。1.65%ということになります。

現在の介護保険料の料率分は1.58%ですので、これから比べると0.07ポイント引き上がる
という状況でございます。

裏面をお開きください。介護分の収支見込みでございます。先ほど申し述べたように、備
考の欄で平成28年度が1.58%ですが、平成29年度が1.65%ということで、納付金の対前年度
比がごらんのとおり411億円の増となっております。やはり介護給付の自然増とか介護人
材の処遇改善などの増要因があるということでございます。それで計算すると、平成28年度
末の準備金残高202億円も用いて全体で計算した結果、1.65%ということとなりますので、
ご報告いたしたいと思っております。

続いて資料1－5は平成29年度の厚生労働省の予算案の主要事項ということで、関係部分
を抜粋したものでございます。例えば4ページ、4の(1)各医療保険制度などに関する医療
費国庫負担については、昨年度は11兆2,231億円が全体の予算だったものが11兆4,458億円と
なるというような全体の予算の姿で、協会に関係があるところに下線を引いたものですので、
ご参照いただければと思います。

私からの説明は以上でございます。よろしくお願いたします。

○田中委員長 ありがとうございます。ただいまの説明を踏まえて、ご質問やご意見があ
ればお願いたします。森委員、どうぞ。

○森委員 ありがとうございます。最初の資料1－1の2ページに、今回いろいろとこ
で議論をさせていただきました。そういう中で特に2ページの一番最後のポツでこのよう
な表現がされております。「保険料は加入者及び事業主が負担していることから、保険料率の
決定においては、その趣旨が十分に加入者及び事業主に理解いただけるよう、丁寧かつ分
かりやすい説明を行う必要がある。」そして、とりわけ、例えば今部長からご説明があつた平
成29年度の見込みとかいろいろなことで、例えば準備金残高が、この平成28年度のことにつ
いては1.9カ月分だったと。それが平成29年度は今2.9カ月とおっしゃいましたよね。とい
うことは、いわゆる準備金がふえていくということは、またいろいろな意味の議論が、要す
るに料率の問題は必ず返ってくると思っております。そういう点で、とりわけ医療給付費は、やはり
どんどん伸びていく、あるいはまた介護納付金のほうは、恐らく次は1兆円を超えるのでは
ないかというようなことを考えると、大変厳しいということを含めて、それにはやはり丁寧
な説明をぜひしていただくようお願いをしたいと思います。

○田中委員長 企画部長、どうぞ。

○企画部長 ありがとうございます。毎年度ご議論をいただいておりますが、私ども決算を

打つとき、あるいは次の見込みを立てるときについて、今いただいたようなご意見、あるいは今年度いただいた運営委員会のご議論を踏まえて、丁寧にわかりやすい説明に努めていきたいと考えております。よろしくお願いいたします。

○田中委員長 小林委員、どうぞ。

○小林委員 今説明をしていただいて、非常にわかりました。私からちょっとお話ししたいことは、平成29年度の予算等において準備金残高が2兆円を超えるという見込みになっておるわけですが、我々運営委員は、これまで事務局の資料などで、協会けんぽの財政状況の説明を受け、決して楽観ができないという認識をしております。先ほども森委員が申されたように、この準備金の残高だけがひとり歩きをしてしまうようなことがないように、事務局の皆様方、そして財政当局等について、加入者などへの説明も含めて丁寧に報告をいただきたいなと思いますので、よろしくお願いいたします。

以上です。

○田中委員長 先ほどの森委員もそうですが、とても大切な点ですね。部長、どうぞ。

○企画部長 ありがとうございます。私どもとしては、この議論の経過等については、もちろん所管官庁である厚生労働省に運営委員会があるたびに、ご出席もいただいておりますが、報告するとともに、それを通じて財政当局へもお話が届くようにお願いしてまいりたいと思っておりますので、引き続きよろしくお願いいたします。

○森委員 ちょっと1つだけ、済みませんが……。

○田中委員長 どうぞ。

○森委員 資料1－3で、平成28年度直近の見込みで、保険料収入が8兆4,100億円となっていますね。そうすると、この伸びは先ほどおっしゃったように、加入者数とか、あるいは事業所を含めて数がふえてきたことによって、あるいは多少ともいわゆる報酬が上がっているということを含めた、そういうことで約3,700億円ぐらいですか。そして、それが伸び率からいくと4.2%ぐらい伸びているわけです。片一方の保険給付費は、これは不思議なことに、実は5兆3,961億円から5兆5,900億円という3.7%と、今まではどちらかという収入の伸びが医療給付費の伸びよりも少なかったということで、実はこの平成28年度については、まだ最終的にはわかりませんが、このようになっています。

そして次の平成29年度については、平成28年度よりも保険料収入は3.1%の伸びなのだけれども、保険給付費は4.3%の伸びで、これは今までお話のとおりだと思います。この特に

平成28年度は特異な現象なのかどうか、ちょっとこれが計算してみてわからなかったもの
ですから、何かあるのかと思ひまして。

○田中委員長 お答えになれますか。

○企画部長 済みません、今いただいたところですが、ちょっとまだそこまでの分析が
できてございませんが、平成29年度については予算の積算上は直近の数字も織りまぜて見込んで
いるということですので、そのあたりについては決算までに全体の動きを見ながら、ご説明
ができるような形になればと思ひておりますので、よろしくお願ひいたします。

○田中委員長 では、しばしお待ちください。

ほかに資料1-1から資料1-5にかけてご質問はございませんか。ないようでしたら、
今後、都道府県単位保険料率の決定に向けて、事務局は支部長の方々からの意見聴取など必
要な調整を進めていってください。

よろしければ、次にインセンティブ制度についてに移ります。資料が提出されていますの
で、説明をお願いします。

議題2. インセンティブ制度について

○企画部長 資料2-1と資料2-2を用いてご説明したいと思ひます。インセンティブ制
度の検討状況についてお話をさせていただきます。

まず資料2-1の1ページから5ページは前回ご説明した資料を経過とともに載せている
ということでございます。6ページからが今回の新しい資料となっておりますので、6ページ
からご説明させていただければと思ひます。

前回もご説明しましたが、一番上の丸で、平成30年度以降、協会けんぽは後期高齢者支援
金の加算・減算制度の対象からは外れますが、新たなインセンティブ制度の創設に向けた検
討を行うとされております。

また、現行の加減算の制度については、医療費適正化に向けた保険者のインセンティブを
より強化する観点から、多くの保険者に広く薄く加算して、指標の達成状況に応じて段階的
に減算する仕組みへと見直して、平成30年度から開始するとされております。

現在、この加減算制度見直しの対象は健康保険組合と共済組合ですが、この見直しについ
ては厚生労働省において検討がなされておひまして、つい先ごろ、12月19日に開催された保
険者による健診・保健指導等に関する検討会において資料2-2のとおり現時点の検討状況
が示されたということで、後で資料2-2をご説明いたします。

協会における新たなインセンティブ制度についても、こうした加減算制度の見直しの検討
状況を踏まえながら、平成30年度からの本格実施に向けて検討を行っていくこととしたいと

考えております。

インセンティブ制度の検討に当たっての主な論点は、前々回にご説明したこの①から④で、こういったことを意識しながら検討を進めていかなければと思っております。

一番下の段で、現時点における検討状況を次ページ以降にお示ししておりますが、引き続き検討を進め、年度内を目途に運営委員会においても制度設計案についてご議論をいただきたいと思っております。

次のページに行く前に、まず資料2-2で、後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直しの検討状況が示されましたので、そちらのポイントをご説明したいと思います。この対象は、繰り返しになりますが、健康保険組合と共済組合でございます。

これについては、主な見直しの内容は8ページをごらんください。後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し（検討中）でございます。一番上の箱が趣旨ですが、先ほど申しましたとおり加算・減算制度について、特定健診・保健指導や予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視する仕組みに見直すというのが趣旨でございます。

左側の箱が現行の仕組みで、これについては1. 目標の達成状況ですが、特定健診・保健指導の実施率のみによる評価となっております。2. 支援金の加減算の方法（H26年度の例）ですが、まず加算される保険者については、健診等の実施率がゼロ（0.1%以下）の保険者のみが対象となっております。加算率は支援金総額の0.23%、金額にして、一番下にある7,600万円ほどが全国でのトータルの加算額となっております。

②で、逆に実施率が相対的に高い保険者（183保険者）については支援金負担を減算するというような仕組みが現行の仕組みでございます。

これについて見直しの検討がされておまして、見直しを平成30年度からするというところで、※印にあるように、加減算の対象は、健保組合・共済組合となっております。

まず1. の加算のほうですが、今は実施率がゼロ（0.1%以下）の保険者だけだったのですが、これに加えて実施率が著しく低い保険者に対象範囲を拡大するという方向のようでございます。実施率に応じて3段階で加算率を設定しようということであるようです。

2. 支援金を減算するほうについては、最初のポツにあるように、特定健診・保健指導の実施率に加え、がん検診・歯科健診、糖尿病等の重症化予防、予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取り組み、事業主との連携などの複数の指標で総合評価をしてインセンティブを与えようということでございます。2. の横に※印がありますが、減算の規模と加算の規模はイコールということでございます。

下半分にイメージ図が載っておりますが、現在は実施率がゼロのところを加算して、その部分で減算対象者の部分を減算するというような仕組みが、平成30年度からは3段階でやろうというような階段の絵になっていることがわかると思います。

次の9ページですが、特定健診・保健指導の実施率向上を促すための加算率の段階的な引上げ（検討中）というものでございます。

一番上の箱を読みますと、「後期高齢者支援金の加算は、ペナルティを課すだけが目的で

はなく、実施率の向上の取組を促すための措置であるので、段階的に対象範囲を広げながら、加算率を上げていくことで、実施率の低い保険者の取組の底上げを図っていく」ということで、段階実施を現在予定して検討されているということのようでございます。

真ん中ほどに平成26年度から平成29年度の加算率【現行】とございますが、先ほど申したように支援金総額の0.23%となっております。これについて平成30年から3年かけて段階的に加算率を上げていくということが考えられているようで、最終的には、平成32年度以降は、特定健診の実施率の部分については加算が1%です。特定保健指導については、それぞれの実施状況に応じて加算を0.25%から1%ということやっていくというような取り組みの方向性が示されたところでございます。

減算のほうですが、13ページで、表題は後期高齢者支援金の減算方法の見直し（検討中）でございます。これについては(1)減算の方法で、最初のポツにあるように、保険者の取り組みを複数の指標で評価し、その配点を積み上げて総合評価をするということと、減算率は3段階で設定するということが次のポツにあります。

3つ目のポツに、事業の実施の有無だけではなく、事業実施の成果を評価する指標も盛り込むというようなことが書いてございます。

こういことで減算していくということで、14ページ以降に減算の指標についての検討中の案が示されてございます。一番上の箱にあるように、この指標については、保険者種別で共通に設定する指標を踏まえつつ、事業主との連携など被用者保険独自の指標を追加すると。現在、以下のような項目を検討しており、今後、総合評価に算定する配点や計算方法を検討していくということで、現時点では項目の案が示されておまして、ごらんのとおり、どのような計算方法かは、〇%とか〇ポイントという形でイメージが示されているものが14、15ページに並んでいるというような状況でございます。

これが資料2-2のポイントで、12月19日に検討会で検討状況が示されたということでございます。

私どもの検討のペーパー、資料2-1に戻らせていただければと思います。

こういった後期高齢者支援金の加算・減算制度見直しの検討状況も踏まえながら、私どもとしては検討をしていかなければならないと考えております。7ページをお開きください。論点の4つについて現時点での考え方を書いてございます。

まず①評価指標の選定については、最初の丸ですが、インセンティブ制度では、その結果によって都道府県単位保険料率に差が生じ、加入者・事業主の負担に直接的に影響を与える可能性があることから、その前提となる評価指標の選定に当たっては、例えば特定健診の受診率など、保険料の負担者である加入者・事業主の行動が評価されるものを中心に選定することが考えられるだろうと思っております。

また、次の丸ですが、加えて、評価になりますので、制度の公平性・納得性の担保が大事になってまいります。したがって、可能な限り定量的な指標を用いることとして、その評価方法についても支部ごとに不合理な偏りが生じないような方法で設定することが重要ではな

いかと考えております。

検討中ですが、評価指標として考えられる事項について、特定健診・保健指導の実施率などをここに挙げておりました、これを今後詰めていきたいと思っております。

また②指標ごとの重みづけでございます。配点の重みづけと言いますか、そういったものですが、まず最初の丸ですが、指標ごとに偏差値方式で評価を行って、指標ごとの偏差値をそれぞれの素点とした上で、全指標の素点を合計したものを総合点とすることが考えられるだろうと思っております。

指標ごとの重みづけについては、平成29年度の試行的実施、これは保険料率に反映はしない試行の実施ですが、これの結果等も踏まえつつ検討していったらどうかと考えております。

また③加算・減算の方法についてですが、加減算制度の見直しにおいて、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みという趣旨が言われております。これを踏まえれば、より多くの支部に加算・減算の効果が及ぶような仕組みが考えられるだろうと思っております。

その際、インセンティブ制度では、協会全体で負担する後期高齢者支援金の総額は変わりませんので、加算対象支部の加算額の合計と、減算対象支部の減算額の合計は等しくする必要がありますということでございます。

最後④加算率・減算率の幅でございます。先ほどご説明したように、健保・共済が対象となる加減算制度の見直しにおいては、段階実施が予定されておりますが、最終的には最大の場合の加算率を1%プラス1%で2%とする検討案が示されております。そうした検討状況も踏まえながら引き続き検討していきたいと考えております。

なお、加減算制度の見直しにおいては、見直し後の制度開始後2年間は段階的实施ということが提示されておりますので、私どもで検討するインセンティブ制度においても、新たに導入する制度であることですので、そうした段階的实施の必要性も検討していきたいと考えてございます。

現状での検討状況については以上でございます。よろしく御審議お願いいたします。

○田中委員長 社会保障制度の本義にかかわる側面もある重要な変化で、これを協会としてどのように扱うかというレベルの高い話と、評価指標に何を选ぶかという少し実務的な話は分けたほうがよいかもしれませんね。評価指標の具体論に入る前に、協会としてこれをどのように扱っていくか、ご質問やご意見があればお願いいたします。どうぞお願いいたします。

○小林委員 資料2-1の3ページに記載がある医療保険制度改革骨子で、特に「多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みへと見直し」、これは6ページの丸の2番目にも同じようなことが書かれております。そして8ページの④では、最大の加算率を2%とする検討案と、段階的な実施の必要性についても触れられております。これらのことを基本として、このインセンティブ制度を、まず実効性のあるものにす

るために、今も説明がありましたが、都市部とか地方部といった地域性の違いによる影響とか、これまでに先進的に非常に取り組まれてきた支部というような地域があると思いますが、そういったところの実績に対する評価、それから各支部の考え方などをよく勘案していただいて、これは進めていくには非常に検討が必要ではないかと思えます。

それから、7ページの②評価指標ごとの重みづけの丸の2つ目に「指標ごとの重み付けについては、平成29年度の試行的実施(保険料率への反映はしない)の結果等も踏まえつつ検討していく。」と、これはイメージを見ていると、この図だけですと非常にわかりにくい部分があります。ですから、例えば平成28年度とか平成29年度における数字を当てはめてみて、どんな形になっていくのかも、やはり数字を見ていくと、ああ、こういう形になるのだなということが非常にわかりやすくなるのではないかと思いますので、その辺の資料等もこれからの検討の中で出していただきたいと思いますが、よろしく願いをいたします。

以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。部長、どうぞ。

○企画部長 ありがとうございます。支部の意見はもちろん重要でございます。それぞれの支部単位の保険料率に影響が出てくる話でございます。また、支部の規模によって総報酬の総額が違うということもございますので、規模によって、どの支部がどこに入るかで加減差の幅に影響が出たりといったことも想定されますので、その辺も考えながら制度設計をしていかなければならないと思っております。

本日ご相談しているこのインセンティブ制度の検討状況については、年明けに私どもの支部長会議を予定しておりますので、その場でご説明申し上げて、その場でのご意見、あるいは支部に持ち帰っていただいて支部評議会等も含めたご意見も伺いながら、制度の中身を詰めていきたいと考えております。

いつまでにどうということは、現時点ではちょっとなかなか難しいですが、数字を当てはめての、こういった計算をするとこうなるみたいなところが、検討を進めるに当たってできてきた段階では示せればと、そのほうが具体的な意見が言えるということだと思っておりますので、そういうところも意識しながら検討を進めさせていただければと思っております。

○田中委員長 平川委員、お願いします。

○平川委員 最初に基本的な考え方だけについて発言したいと思います。基本的には公的医療保険制度は強制加入ですし、疾病リスクをそれぞれ分散する仕組みという性格を持っているということから言いますと、このインセンティブを導入して保険料に反映させていくことについては、社会保険制度としての性格からして問題があるのではないかという疑問を呈さざるを得ないかと思っております。

前に運営委員会でも意見として述べましたが、インセンティブの指標設定によっては支部間の料率の格差がさらに拡大することも考えられますし、加入者の納得感や公平感についても損なわれてしまう懸念もあると思っていますところでもあります。

それで質問ですが、主な閣議決定ということで、この間の経過が3ページに記載されていますが、このインセンティブの制度はどのような制度に基づいて導入していくのかということが1つあります。2つ目は、これは保険料に反映されますので、この評価指標が合理的とは思えないというようなことになれば、場合によっては訴訟リスクにも耐えられないということもあるかと思いますが、そういう懸念も考えられるのかどうか、この2点についてお聞きしたいと思います。

○田中委員長 2点ご質問がありました。

○企画部長 1点目ですが、3ページでございます。全体として医療保険制度改革骨子等と言われておるところもございまして、それに基づいた制度でやるということで、制度の根幹の部分については、厚生労働省さんも来ていただいていますので、後ほど少し言っただけならばということもございしますが、あとは、その公平感などについては、保険料に直接影響を与えるところですので、そういったことを十分認識しながら、やはり加入者、事業主の皆様の納得感とか支部ごとの公平感が高まるような仕組みとなるように留意して、丁寧に検討を進めていくということが今の段階かなと思っています。

○友田室長 協会管理室です。ご質問は協会インセンティブをなぜ入れるかというご趣旨と思いますが、今までご説明ございましたように、ここの閣議決定の日本再興戦略にもありましたように、医療費適正化等に向けた努力を促すために、協会けんぽについてもこういった新たなインセンティブ制度の創設について検討していくということが言われておまして、当然他保険者においてもそういった趣旨で検討が行われているということがございます。

協会については、どういう形でこういったインセンティブというものに取り組んだらよいかについては、やはり保険者としては規模が大きいということもございしますので、後期高齢者支援金の加減算と言うよりも、他の保険者と一律に比較するよりは、協会けんぽの独自性も考慮しつつ、都道府県単位保険料率によって各支部での取り組みを評価するほうが適切であるというようなことから、このような検討をお願いしているということでございます。

○田中委員長 どうぞ、平川委員。

○平川委員 済みません、このインセンティブを導入する制度的な根拠を説明していただきたかったのですが、それが1つです。

もう1つは、さっき言ったように保険料が変わるということは、評価指標が不適切な場合

は、訴訟リスクにたえられないのではないかとということもありますので、それについての考え方がありましたら説明をお願いできないかと思ったのですけれども。

○田中委員長 協会はトータルとしての加減算は外れたわけですね。しかし、その間で支部間に本インセンティブを導入することの法的根拠は何かというご質問ですね。お願いします。

○友田室長 済みません、今、委員長がおっしゃったように、今、加算・減算制度については全保険者を対象としていますが、結果として協会は対象となっていないということが実態でございまして、訴訟リスクというようなお話がございましたが、今後その法令的な手当てについても、その辺についてはこちらでも検討していきたいと考えております。

○田中委員長 では、現在はないということですね。

○友田室長 具体的には、済みません、今つまびらかにできることはございません。

○田中委員長 いかがですか。

○平川委員 いや、最初にそれを整理してから議論すべきではないかと思えます。それについては指摘をさせていただきたいと思えます。

以上です。

○田中委員長 こういう根本にさかのぼった議論は必要ですので、ありがとうございます。また答えられるようにご準備をお願いします。

どうぞ、森委員。

○森委員 1つ、これは大変素人考えで、いけないですが、支部間の保険料率に反映するということが1つありますね。それから、今度は減算ならまだわかりませんが、加算ということになると、結局ダブルで支部は影響を受けてくると考えられるわけですか。

○田中委員長 企画部長、どうぞ。

○企画部長 そもそも料率への加算・減算の話でございます。まず都道府県単位保険料率の算定に当たっては、支部ごとの加入者の年齢とか所得構成を調整した上で、各支部の医療給付費等をもとに算定しており、各支部で医療費適正化の取り組みをいただいて、医療費が抑制された場合には、それが支部の医療給付費に影響を与えて、結果として保険料率に反映されることとなるということが1つ、もちろんございます。

一方で、今回のインセンティブ制度については、現時点の医療費適正化の取り組みによって、高齢となった際の将来的な医療費の適正化に資すると、支援金の加減算の観点から、後期高齢者の支援金に差を設けるということとなりまして、それが翻って保険料率に反映することになるということで、このように両者は、基本的な考え方はその2つですので、ダブルと言うよりは、その違いがあるとは考えております。ただ、いずれにしてもインセンティブ制度について保険料ご負担者である加入者、事業主の皆さんの納得感とか支部ごとの公平感が重要ですので、丁寧に検討を進めていきたいと考えております。

○森委員 7ページの2番目の丸の最後のほうに、「その評価方法についても支部ごとに不合理な偏りが生じないような方法」と、この「不合理な偏りが生じないような方法」というのは、そんなうまい方法があるのですか。素人考えで、あったら教えてください。

○田中委員長 どうぞ、企画部長。

○企画部長 ありがとうございます。これも数字を実際に出していきながらというところもございますが、先ほど小林委員からもお話がありましたが、例えば取り組みが既に高いところを、高さをどの程度見るかと、今は低いけれども、1年間の頑張りの伸び率が、実施率にしても上がっているところ、それを双方見ていかなければならないと考えておまして、逆に既に実施率等が高いところは、やはり伸び幅的にはどうしても少なくなってくるので、その辺のバランスなども考えることができないと、なかなか片方だけで見るといような意味で偏りが生じないようなところも、例えばですが、あると考えておまして、その辺をうまく組み合わせた仕組みとなっていけるような検討が必要だと考えております。

○森委員 もう1つ済みません。

○田中委員長 どうぞ。

○森委員 例えば7ページの①の【評価指標として考えられる事項（検討中）】にずっと羅列してございますね。オールジャパンでそういう指標がやられる場合と、それから地域によって結構、例えばいろいろなデータ的には、保険の上がってくる、結構違うところもあると思うのです。そういうものは、例えばオールジャパンでないものを指標として、今おっしゃったように、例えばいろいろなことで上昇幅が、これだけのものがこれだけというような、そういうことも加味できるような、要するに支部のそういう手法も入るかどうかは、やはりそれによって違ってくると思うのですが、ちょっとその辺のことでお考えがあれば……。

○企画部長 私の理解が不十分でしたらもう1回お願いします、私の今お聞きしたところ

で、各データについては、それぞれやはり支部単位の数値を見て評価をしていくということを考えてございます。支部の特定健診・特定保健指導の実施率、各支部ごとですね。そして各支部の対前年度の伸び幅とか、それが全部同じ計算となるかどうかは別として、基本的には各支部の取り組み実績がなるだけ、この7ページの上の「加えて」という文章のところにあります。可能な限り定量的な指標、客観数字がよいただろうと思っておりますので、それぞれ支部の取り組みにおける実施状況を計算の根拠にして、それで総合点という形にできたらと考えております。

○田中委員長 学者としての質問ですが、特定健診・特定保健指導を実施すると、後期高齢者になってからの医療費が減るというエビデンスはどこから来るのですか。

○企画部長 済みません、そのところについては、具体的な今これだということは、ちょっと私自身持ち合わせておりませんので、ちょっと勉強をいたしたいと思います。

○田中委員長 何か世界の学術論文で、そういう40代の健康診断が75歳以上の医療費に影響するというエビデンスがあれば意味があるのですが、ないと、ひたすら健診・保健指導を実施することだけで言っていると、根拠が弱い感じがします。せっかくするならば確実な根拠に基づいていないと意味がないのではとの、これは研究者としての視点からの質問ですが、何かそういう検討はされているのですか。

○高橋理事 ちょっと今、担当者がいないので、わかりませんが、たしか厚労省の研究会では、特定健診・保健指導が5年間終わった時点でデータを見て、やはりこういうものをやると健康度は増すようだと示されているということは議論されていると聞いております。

○田中委員長 さきほどのロジックが、後期高齢者支援金のもとになるとの説明だったからで、もし健診を一生懸命すると、例えば5年後の心臓発作の人が減るなどが明らかなら、それは別に後期高齢者支援の話ではなく、支部に与える影響としては、現在の被保険者に対するプラス・マイナスですよね。それと、先ほど説明されたロジックでは、後期高齢者の支援金に与える影響とされているから、20年、30年先の成果がないとおかしいなと思ったから聞いたのですが……。

○高橋理事 そうですね、現時点では、まあ、やれば効くから、きちっと現役からやっていたら、いずれ効くでしょうというロジックだと思いますけれども。

○田中委員長 どうぞ、城戸委員。

○城戸委員 以前の資料では、大分では健診率が高くても、それがほとんど医療費に反映されていなかったのではないのでしょうか。後期高齢者支援金ではなかったかもしれませんが、健診率が上がっても医療費の減額にはあまり効果がなかったような資料が出たことがありますよね。

○企画部長 現役のほうですね。

○田中委員長 支部長の発表ですね。

○城戸委員 それ以降の大分の状況は分かりませんが、健診の率は上がったけれども、成果が出ていなかった印象があります。

○田中委員長 いや、現在の医療費に反映するのだったら、先ほど平川委員が示されたように、現在の都道府県別保険料率とダブルカウントになる。では、そうではない理由として、別に現在には影響しないけれども、将来の話だから別途導入しても問題ないとの説明があったので、では、その証拠は何だとの問いは、当然ロジックとして続きますよね。余り問い詰めてはいけないかもしれないけれども……。

続けて言うと、この指標で後発医薬品の使用割合がどういうわけで後期高齢者になってからの医療費に影響するのですか。これは影響はないのではないですか。何でこれが指標候補になるのかは説明できますか。

○企画部長 共通指標という全保険者に共通で指標を検討しようというものがございまして、資料2-2がございまして。これの2ページをごらんください。これが検討状況の資料ですが、保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの共通の指標ということで、全保険者に共通してこういったことがインセンティブの指標としては考えられるだろうということが平成28年1月に検討会で取りまとめられた資料がございまして。

各資料、アが予防・健康づくりに係る指標と、イが医療の効率的な提供への働きかけに係る指標で、その【指標⑥】に後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況ということが具体例として掲げられております。この共通指標の中で、私どもとしても取り組んでおいて、評価指標としても適当ではないかということで例として挙げさせていただいたというところがございます。

○田中委員長 先ほど論じたのと全く同じ根拠になって、これは来年度の医療費に影響しますよね。後発品、ジェネリックを多くすれば来年度の財政がよくなりますよね。ということは、都道府県別保険料率とダブルカウントになり得る。後期高齢者になってからの医療費には無関係ですからね。

だから、先ほど平川委員がご指摘になったことは非常に重要で、今の医療費にかかわることを指標にすると、都道府県別保険料率とダブルカウントになるおそれがある。当然、理由として、後期高齢者になってからの医療費を下げる努力をしていたところは褒めてあげることには絞るならば、この後発品などを入れてはいけないのではないですか。

余り委員長がこういうことを言っははいけないのかもしれない。

○企画部長　そういう全体の制度の考え方については、いただいた意見を十分踏まえ、制度設計に当たって、説明が納得のいく制度になるように検討してまいりたいと考えております。

○田中委員長　今のは委員長ではなく、一研究者としてのロジックを追求した上での意見と御理解ください。

ほかにいかがでしょうか。埴岡委員。

○埴岡委員　やや複雑な制度なので、まだ頭が十分整理されていないのですが、既に事務局案にもそういう考え方は入っているのかもしれないのですが、大事なチェックポイントとしていただきたいと思うことを、幾つか述べておきたいと思います。

この制度が実施されますと、保険料にはねて、加入者が負担する部分が出てきますので、やはりその際、その起こったことに関する責任がとり得る当事者が責任をとるという形式になっていることが、大事だと思います。加入者の保険料が月々幾ばくかふえる可能性がある。では、それは加入者の行動なり意識で変え得ることだったのかどうか。それが大事なことになると思います。その観点を入れていただきたいということが1つです。

それから、先ほどの議論を伺っていて、そのとおりだと思いました。今までその地域の医療費水準がかかわっているところに関しては都道府県保険料率にはねさせようという部分が入ってきていた。今後さらにプロセス指標、すなわちやっている活動とか、その結果出たアウトカムを保険料率にはねさせていこうという、2階建て、3階建て部分をつくっていくという論理もあり得るとは思います。ただ、今回は後期高齢者の負担金に関する分担率を変えようという考えなので、そうすると、やはり従来の保険料率差を付けた評価項目とダブらないようにするという考え方は、大事だと思いました。

それから、1つ目に言った、その正しい当事者が責任をとるということに関して言いますと、ちょっと私の中で頭の整理がつかないのは、ある県内の、個々の企業で、例えば自分のところが特定健診率が10人いて10分の10でも、隣の企業が10分のゼロだったり、自分は県内でベストでも県全体がワーストだったりする、ということが出てきます。そのときの主体として、一加入者なのか、一企業なのか、県なのか、そのズームのどこに責務が発生するのか。そして、責務が発生するところにしかインセンティブ、ペナルティーが問えないような気がする。その交通整理も必要ではないか。私が理解したいと思ったところです。

○田中委員長 前回、小林委員もご指摘になった点ですね。今の点はいかがですか、支部内の個別組織の違いはどのように考えられるかですね。

○企画部長 そのところが違いとしては、健康保険組合、例えば単一組合と、私ども協会けんぽ、加入者、事業主さんがたくさん協力して入っていただいているところの違いが非常にあるのだらうなと思っています。なおさらその辺のところもございますものですから、ここは繰り返しになりますが、やはり理解、納得の得られるような仕掛けを、どこまでどうできるのかを慎重に検討していかなければいけないなと考えております。

それともう1つは、いろいろ議論をしていくに当たって、今、埴岡委員がおっしゃった、加入者に影響がある話であるのだから、どれぐらいの影響額が実際に起こり得るのかも示しながらいかないといかんのではないかというお話もありましたので、まず1つ本日いただいたお話として、制度の趣旨の部分を、議論を詰めていきつつ、片や指標、計算方法を検討していきながら、どういった形がよいか、幅をどれぐらいに設定するかとか、その幅を協会で置き直すとは何%ぐらいの影響になるのかとか、そういったシミュレートの数字なども少し検討とあわせてお示しできればと考えておりますので、その辺はあわせて検討を進めていきたいと思っております。

○田中委員長 先ほども小林委員から、指標がなければ議論ができないとご指摘がありましたので、ご準備ください。

この仕組み、なかなか複雑ですので、理解にかかわる質問でも結構ですが、いかがですか。お願いします。

○埴岡委員 そもそも論の質問で恐縮ですが、この制度の目的が何か、この制度を入れるとどうやってみんなが高まっていくというメカニズムが発生すると考えられているのか、そのシナリオを教えてくださいたいのです。

○田中委員長 企画部長、どうぞ。

○企画部長 狙いとしては、繰り返しになりますが、3ページですが、やはり予防・健康づくりに取り組む保険者に対してインセンティブを重視するというのが目的でございます。そして、指標の達成状況に応じて減算するというところで、言葉で減算を置きかえますと、その分で、幅はいろいろ考え方がありますが、取り組みがよいという保険者については、自分のところの保険料率が若干下がるというところで取り組みの意欲を持っていただけないかというようなことでインセンティブ制度ということであろうと思っております。

片や先ほどからご指摘があるとおり、協会けんぽの中でこの制度を組み立てていくということですので、トータルの高齢者の支援金は変わらない中で、減算の仕組みは裏返せば加算

の仕組みとセットで、トータルでプラス・マイナスをゼロにするということですので、逆を言えば、取り組みが進んでいないというようなことになれば、保険料率が上がってしまうということになります。そうすると、なるだけ保険料率が上がらないようにというところについても、インセンティブという意味では取り組みを進めていくところになるのかなと、全体としてはそういう考え方かなと思っております。

○埴岡委員 基本的な想定フレームはわかったのですが、それがうまくいくかいかないかがすごく大事なところですよ。世の中には失敗しているインセンティブシステムはたくさんあって、みんながやる気を出すのではなくて、みんなが白けてしまうということはよくあることです。先ほどの形で言うと、そのインセンティブをつけられたところが、もっとインセンティブをつけようとするときの、ペナルティーを課せられたところが、それを脱しようとするときの条件は、既に考えられていると思いますが、それが合理的で、納得できて、自分がそれをさらに頑張る手段が見えており、あるいはそれを脱する手段が見えていて、かつ実現可能性があると考えられるとかいうことが重なって、初めてよい回転ができることになります。自分にはどうにもしがたいことで自分が成績をつけられて、ペナルティーをつけられているといったことになると、全体がやる気をなくすという逆回転になります。どっちにもなりえることだと思うので、もう少しメカニズムをしっかりと詰めていただくことも必要かと思いました。一般論で、済みません。

○田中委員長 ありがとうございます。

企業の人事制度で、これがよいインセンティブになると思って入れた結果、失敗した事例は、確かにたくさんありますから、「インセンティブがあるだろう」ではだめです。

この取り組みは、まずは先ほど言われたようにデータをつくり、さらに支部の方々とお話をして、また運営委員会でももんでと、しばらく行ったり来たりしていくわけですか。お願いします。

○企画部長 重要な制度であり、影響も大きい制度ですので、年明けにまず支部長会議で本日お話ししているこの資料を用いて、現在の検討状況を説明の上、支部長さんから、その場での意見、あるいは地元を持って帰っていただいてからの意見を1月にいただいて、その上で、それも踏まえつつ、並行で検討を進めていきたいと思っております。

それで、年明け、最終的には、形的には3月にフレームの案ができればと思っておりますので、それまでの間に検討状況を見ながら、運営委員会のこの場の皆さんにも示しながら、ご意見をいただきながら進めていきたいと、このように思っております。

その上で、平成29年度は試行的実施ですので、また試行で実際に当てはめて計算をして、順位づけをしていったら、この辺に例えば不具合があるとか、この辺はちょっと直したほうがよいといったことも出てくるかもしれません。そういったことも順次検討、あるいはこの

場でご報告しながら進めていければと、このように現時点で考えております。

○田中委員長 平川委員、どうぞ。

○平川委員 特に特定健診・特定保健指導の実施率の支部間のデータはありますよね。次回あたりに示していただきたいと思います。

もう1つ、各健康保険の保険者の間でも、特定健康診査と特定保健指導の実施率はかなり違うと思うのです。資料によると、協会けんぽの特定健康診査実施率は大体43.4%となっていますが、市町村国保でも、市町村の規模によってやや差があったりする。健康保険組合でも、実施率はかなり高いのですが、差が出ているということもあるのかなと思います。

先ほど意見があったように協会けんぽの特性としては、どうしても被保険者に直接働きかけるといことがなかなか厳しくて、事業主を介してやらざるを得ないという特性もあるということも含めて、この実施率の差の要因はどういうものがあるのかが、もし考え方がありましたらお聞かせ願いたいと思います。

○田中委員長 企画部長。

○企画部長 済みません、また改めて検討の際に資料はあれだと思いましたが、これですね。

○高橋理事 お手元の、テーブルの上の青いファイルの一番後ろに……。

○企画部長 ちょっと見にくいですが、一番後ろ、一番右端になります。

○高橋理事 一番下のほうに平成27年度の事業報告書が載っていますが、その106ページをごらんいただきたいです。これは平成27年度の各支部における健診などの実施状況で、いろいろな数字が並んでいます。基本的には被保険者本人と被扶養者、被保険者本人の場合は、私ども協会が独自で実施しております生活習慣病予防健診、これは特定健診にプラスアルファでいろいろな健診項目が入っているものですが、それから労働安全衛生法でやっている事業主健診のデータをこちらがいただいて、特定健診のデータで扱うもの。それが事業者健診結果データ取得という数字です。それから被扶養者の場合は特定健診で、合計が一番右側の欄に書いてございますが、その合計の欄の率を見ると、一番下に合計値で、全国平均は44.9%、一番高いところで山形は70.6%でした。大阪が一番低かったと思いますが、33.4%。基本的に全体を眺めると、やはり都市部が低い、地方のほうは比較的高い。これは国保も皆大体同じです。大都市の国保はやはり苦戦していて、小規模、小さいところはよいと。

それから保健指導のほうは109ページで、これは被保険者と被扶養者がございいますが、被保険者の指導分ですと、6カ月後評価まで到達というのを見ると、ちょっと字が細かくて

申しわけございませんが、109ページが一番右のほうに、外部委託機関の左ですが、その6カ月後評価まで到達した方々の率が全体で13.0%、高いところで大体4分の1ぐらいです。南ですと熊本、大分とか、北のほうですと秋田とか山形とか、その辺がありますが、低いところが神奈川の4.9%とか、こういう数字で、やはり大体似たような傾向が出ているということでございます。

○田中委員長 本日の資料から言えることは、よろしゅうございますか。

では、引き続きさらにデータ及び支部の方々の意見をもとに、運営委員会でも議論してまいります。また、執行部においてもより精緻な案になるように、また進めたところで示してください。ありがとうございます。

そのほかの報告事項として、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 簡潔に説明させていただきます。資料3ですが、中央社会保険医療協議会等の審議状況でございます。ごらんのとおり、12月はそれぞれの検討会の意見の取りまとめ、あるいは整理ということで数々の検討会が実施されたところでございます。裏面にもありますが、医療計画等の見直し等に関する検討会や、先ほどご説明した保険者による健診・保健指導等に関する検討会等々が開かれております。

資料4ですが、毎回お示ししている保険財政に関する重要指標の動向の資料でございます。関連する主な指標ということで、1ページ目は標準報酬月額の実績値、2ページ目は経済指標でございます。

3ページ目ですが、一番新しい状況報告で言いますと、3ページの下の月例経済報告（内閣府）で、12月21日発表、「景気は、一部に改善の遅れもみられるが、緩やかな回復基調が続いている」ということ、雇用情勢、「賃金をみると、定期給与は横ばい圏内で推移している。現金給与総額は緩やかに増加している。先行きについては、改善していくことが期待される」となっております。

おめくりいただきまして、ジェネリックの割合の状況ですが、直近の平成28年8月診療分の数字で、下のグラフの右上に全国計を数字で載せていますが、67.9%で、各支部の取り組みによって大分、70%がもう少しというところまで来ております。

6ページ、7ページは適用の状況と医療費の動向の資料をつけさせていただきますので、ご参照いただければと思います。

説明は以上でございます。

○田中委員長 ありがとうございます。ただいまの説明についてご質問、ご意見おありでしょうか。

どうぞ平川委員、お願いします。

○平川委員 資料4の協会けんぽの適用状況のところ、10月から短時間労働者への適用が一部拡大されておりますが、実質的にどのくらい被保険者がふえて、標準報酬にどのくらい影響を与えているのか、解説をお願いできればと思います。

○田中委員長 企画部長、どうぞ。

○企画部長 ご説明いたします。6ページで適用状況の一番下の欄、10月をごらんください。一番左、事業所数ですが、194万2,000事業所で、隣の数字が対前年同月比です。ここを見ますと、本年度に入って大体6.4%から6.6%、6.7%のあたりで推移してきているので、ここは状況としては大体変わらないということですが、その隣の被保険者数をごらんください。対前年同月比が3.8%という伸びを示しております。その前の月などを見ると、大体3.2%から3.3%、3.4%ぐらいですが、10月は3.8%と人数ベースで増が出ております。これは今ご指摘がありましたように、10月からパートタイム労働者の適用拡大が施行されましたので、その影響がここの中に入っているのだろうと見込んでおります。

標準報酬への影響ですが、中ほどに標準報酬月額平均という欄がございます。この欄の一番下を見ますと、10月が28万5,146円で、対前年同月比が0.9%になっておりますが、これも今年度に入ってほかの月は1.3%から1.4%の伸びでしたので、ここの伸びが下がっている。伸びてはおりますが、伸び率が抑えられているということで、これはパート適用の拡大の影響で標準報酬月額が、低いほうの方の加入がふえたというようなことで、全体の平均が若干そこで伸びを抑えたというところがあるのではないかと推測をしております。

きっちりと全体、何人とはっきりはつかめないところはありますが、おおよそ見てみると、大体7万人程度の方が新規適用の影響で10月に加入されたのではないかと見込んでおります。制度改正の当時ご説明したときに、厚労省の制度設計時に5万人というイメージでしたので、若干プラスの数字ではないかと現時点では捉えております。

以上です。

○田中委員長 よろしいですか。

○平川委員 はい。

○田中委員長 ほかにございませんでしたら、本日の議題は以上になりますが、どうぞ。

○高橋理事 先ほど森委員からお話ございました資料1-3で、保険料収入の伸びに比べて保険給付費の方が伸びが小さいので、これは普段の動きとちょっと違うけれども、どうい

うことかというお話がございました。詳しくはちょっと後日またお示ししたいと思いますが、これはたまたまこの平成27年度、平成28年度、平成29年度と並べますと、この3カ年の医療費の動向の中で、平成28年度は診療報酬の改定がございました。これは全体ではマイナス1.03%と近年ではちょっと大きい幅のもので、これが平成28年度の医療費、保険給付費の動きに影響を与えたということでございます。平成27年度、平成29年度は普段の診療報酬改定のない年ですので、そういった意味で平成27年度、平成29年度の動きに比べると、平成28年度がちょっとへこんだということでございます。

○田中委員長　ご説明ありがとうございました。

それでは、本日はここまでといたしましょうか。

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　本日は年末のお忙しい中ありがとうございました。

次回の運営委員会は来年1月31日（火曜日）15時より、全国町村議員会館で行うこととしております。場所と場所が異なりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○田中委員長　それでは、これにて閉会いたします。ありがとうございました。本年の運営委員会は本日が最後になります。皆様、よいお年をお迎えくださいませ。

（了）