

全国健康保険協会運営委員会（第82回）

開催日時：平成29年1月31日（火）14：52～16：34

開催場所：全国町村議員会館 会議室（2階）

出席者：石谷委員、古玉委員、小林委員、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. 健康保険の平成29年度都道府県単位保険料率について【付議】

2. 船員保険の平成29年度保険料率について【付議】

3. 定款変更について【付議】

4. 平成29年度保険料率に関する広報について

5. 平成29年度事業計画（案）について

6. インセンティブ制度について

7. その他

○田中委員長 定刻より早いようですが、委員の皆様、おそろいですので、ただいまから第82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した。

本日の出席状況ですが、城戸委員が急遽都合によりご欠席だそうです。

また、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います。

では、ここから議事に入ります。

議題1から3は、健康保険法及び船員保険法に基づく本委員会の付議事項となります。本日は、これらの議題を一括して説明と質疑応答をお願いいたします。

協会が都道府県単位保険料率を変更しようとする場合は、健康保険法によってあらかじめ支部長が支部評議会の意見を聞き、それを踏まえて理事長に対して意見の申し入れを行った後、理事長が本委員会の議を経ることとされております。また、船員保険の保険料率の変更手続については、理事長が船員保険協議会の意見を聞き、その意見を尊重しなければならないと船員保険法によって定められています。さらに、理事長が協議会の意見を聞いた後、本委員会の議を経ることが同じく定められています。さらに、これらの保険料率の決定に伴う定款の変更についても、健康保険法により理事長は本委員会の議を経ることとされています。これらの議題1から3までについて、事務局よりまとめて資料の説明をお願いします。

議題1. 健康保険の平成29年度都道府県単位保険料率について【付議】

議題2. 船員保険の平成29年度保険料率について【付議】

議題3. 定款変更について【付議】

○企画部長 企画部長の稼農でございます。本日もよろしくお願いたします。では、私のほうから資料について説明をいたします。

まず資料1-1でございます。平成29年度都道府県単位保険料率の決定について（案）でございます。先ほど委員長からお話のあったとおりでございます、議を経る案件となっております。

昨年の後半以来、平均保険料率の議論、あるいは激変緩和率の話をご議論いただきまして、その結果を踏まえて、都道府県別の保険料率を定めるものでございます。ご覧のとおりでございます。全国47支部の保険料率が表になってございます。一番高いところ、佐賀県でございますが、10.47%、一番低いところ、新潟県でございます。9.69%となっております。平均が10%でございますが、10%を超えている支部が21支部、ちょうど10%が1支部、10%未満が25支部となっております。

2.の適用時期でございますが、29年3月分の保険料額から適用とさせていただければと思っております。案でございます。

続きまして、資料1-2をお手元にご用意ください。平成29年度都道府県単位保険料率の変更についての支部長意見（概要）でございます。

1枚目に概要をまとめてございます。まず、当該支部の保険料率について『妥当』、『容認』とする趣旨の記載がある支部でございますが、18支部ございました。内訳ですが、引き上げとなる支部の中でも3支部、引き下げとなる支部で14支部、変更がない支部で1支部という内訳でございます。

2番目でございます。当該支部の保険料率について『やむを得ない』という趣旨の記載がある支部でございますが、全体17支部、内訳はごらんのとおりでございます。

また、当該支部の保険料率について『反対』とする趣旨がある支部が7支部ございました。引き上げとなる支部の7支部でございます。

一番下ですが、当該支部の保険料率についての直接の記載はないけれども、平均保険料率10%を維持することや、激変緩和率を10分の5.8とすることについて『反対』とする趣旨の記載がある支部が5支部でございます。

時間の制約もありますが、幾つか特徴的なご意見をご紹介したいと思います。1枚おめくりください。

まず北海道でございます。一番上の欄にあります、括弧書きが本年度の料率ですので、上がる支部でございます。

下の2ページのところ、当職の意見というところがございます。平均保険料率についてというところがございますが、3行目に、当支部としては、平均保険料率を引き下げることによって都道府県単位保険料率にも反映させ、加入者の負担を軽減していただきたいと考えている。しかしながら、協会けんぽの今後5年間の収支見通しを踏まえた場合、一時的に下げたとしても、将来的に再び引き上げざるを得ない事態になることは明らかであり、可能な限り平均保険料率が10%を超えないようにするため、中長期的な視点に立って検討する必要があると

というのがまずご意見としてあります。

3 ページ目でございます。支部の保険料率についてでございます。10.22%とすることについて、やむを得ないものと考えするというご意見でございます。現在の仕組みの中で、将来にわたって加入者及び事業主の保険料負担が耐えられるか懸念を抱いている。したがって、都道府県単位保険料率について、毎年同様の議論をするだけでなく、算定方法の検証、加入者、事業主が客観的に納得できる仕組みの整備、拠出金負担を含めた公的医療保険制度の見直し等について、関係方面に意見発信していただけるようご検討をお願いしたいというご意見でございます。

続きまして、4 ページのところ、下の段、岩手がございます。ご紹介します。ここにつきましては9.93%が9.8%になるということで、妥当であるというご意見をいただいております。

2 パラグラフの2 行目からですが、いまだに景気回復を実感できる状況にはない。そのような状況下において、29年度の保険料率が前年度比マイナス0.11%の9.82%に引き下げるとは、望ましいものと感じておりますということでございます。協会けんぽの財政構造は、脆弱性が依然として解消されておられませんという記述、また一番下の段ですが、16.4%ということで、期限の定めのない補助とされたことは、協会けんぽが置かれた厳しい財政状況を考慮した措置であったと思料しますというご意見です。

「また」のところですが、支部評議会の意見がまとめてございます。10%維持と引き下げの意見が拮抗ということで、運営委員会における意見についても両論併記されている状況だった。これらは主に単年度収支均衡と中長期的財政の安定化のどちらを重視するかという考えの相違によるものであり、いずれかの一方の意見が正しいというものではないため、両意見について十分尊重されるものと感じます。理事長が上記意見等を総合的に勘案した結果、平均料率を10%に据え置きと判断されたことについて、当職としても苦渋の決断と理解しておりますということでございます。

次に宮城でございます。ここは9.96%が9.97%に上がるところで、ご意見としては反対の意見をいただいております。

1. の都道府県料率についての2 行目からですが、28年10月、本部へ提出した29年度料率に関する意見においても、黒字基調で、かつ準備金残高が法定準備金をはるかに上回っている現状等を踏まえ、平均保険料率の引き下げを訴えてきたところではありますが、結果として、全国平均保険料率10%が維持され、宮城支部の保険料率は現状の保険料率を維持するどころか、引き上げに至った点については受け入れがたいと考えますということです。

6 ページ目の第2 パラグラフですが、どのような状況下であれば平均保険料率の引き下げがなされるのか、準備金を取り崩すのかの判断基準も明確ではなく、また、それに対する議論もされておらず、協会財政の脆弱性、医療費の動向に係る不確定要素、過去の準備金の状況等を示すのみでは、説明責任を十分果たしているとは言えないのではないかと思料いたしますということでございます。

2. の都道府県単位保険料率の支部間格差についてでございます。2行目からですが、29年度の保険料率においては、既に21の支部において10%を超過し、最も高い保険料率の支部と低い支部の差が28年度と比較して、0.24%も拡大しているということで書いてございます。協会の財政運営の持続可能性は十分に考慮しなければなりません、約半分に当たる都道府県支部で10%を超過している現状は、加入者全体を支える「共助」という医療保険の性質から乖離しているのではないかと考えますということが記載されております。

続きまして、14ページをお開きください。14ページの下でございますが、山形でございます。10%から9.9%に下がるところでございます。

ご意見が書いてあります。15ページのほうでご説明いたします。15ページの5行目、準備金残高が積み上がっていく中で、引き下げが妥当であるという意見がある一方、山形支部評議会意見の総括としては、中長期的に制度の安定が図られることが第一であるとの意見であり、単年度での収支均衡が原則としてはあるものの、安定的な制度運営のためには、単年度収支均衡を基本とした議論ではなく、ある程度中長期的な視点で料率を検討していく必要があるものと思料いたします。山形の保険料率は9.99%となりますが、激変緩和措置がなければ、さらに保険料率は下がっていた状況です。平成27年度の精算部分が料率の上昇に影響している結果は受けとめるとしても、山形支部においては、激変緩和措置の恩恵を受けられないことから、激変緩和措置については31年度末をもって終了するよう、計画的な解消を進めていきたいと存じますというご意見をいただいております。

続きまして、21ページをお開きください。千葉でございます。9.93%が9.89%になるところでございまして、ご意見としては妥当、容認でございます。

22ページのところでご説明します。まず冒頭のところでは、国庫補助率が16.4%が期限なく実現されることとなりましたが、国家財政が厳しい状況にあるにもかかわらず、このような措置が講じられたのは、協会けんぽの財政を中長期的に安定させていくという国の判断があったからであると理解しておりますということが述べられています。

中段で「また」というところがございますが、他の被用者保険の状況に目を向けてみれば、後期高齢者支援金の全面総報酬割導入により、医療保険者の多くはその負担がふえることとなります。当然ながら、多額の国費が投入されている協会けんぽの動向を、財政当局はもちろん、多くの関係者が注視しています。さらに、医療費の伸びが賃金の伸びを上回る協会財政の脆弱性をすぐには改善できない状況を考えれば、将来的には国庫補助率20%への引き上げを求めざるを得ない事態も想定される場所です。このような状況を鑑みれば、協会けんぽの料率設定に当たっては、協会に関連する外部環境に対し十分配慮する必要があると考えますというご意見をいただいております。

続きまして、少し飛びますが、60ページをお開きください。広島のご意見でございます。広島につきましては10.04%が10.04%ということで、維持、据え置きでございます。ご意見としてはやむを得ないというご意見でございます。

1. のところですが、都道府県単位保険料率等につきまして、不本意ながら了承しますとい

うご意見です。しかし、運営委員会で準備金の活用方法や準備金積み上げ限度額を設定するなどの議論は深まっておらず、ただ単に「将来不安があるから引き下げない。」という論理は、到底加入者・事業主の理解を得ることはできないと考えます。健康保険財政は単年度収支均衡が基本であり、それをベースに今後の議論を進めていただくよう要望しますというご意見でございます。

続きまして、おめくりいただきまして、70ページをごらんいただければと思います。佐賀支部長のご意見です。10.33%から10.47%に上がるということで、ご意見としては反対のご意見でございます。

4行目、「佐賀支部では」とありますが、加入事業所等への啓発活動などを通じ医療費適正化に向けて努力していますが、一保険者では解消できない大きな壁が存在していることも事実です。このたびの保険料率については2期連続で大幅に準備金が積み上がる中、10%を維持する本部方針が示されたことについてはまことに遺憾であり、佐賀支部の保険料率が10.47%へ引き上げられることについては容認できません。

次のページでございますが、これまでの平均保険料率の議論の中で「10.00%が負担の限界である」とのフレーズをよく目にしますが、当支部においては、既に24年度からその限界を超えており、今後も伸び幅の鈍化が見通せないことから、評議会ではやり場のない怒りと無力感が満ちあふれておりました。昨年から意見を申し上げておりますが、ますます拡大している支部間格差を縮めるためにも、せめて黒字基調の財政状況のときは、健康保険料率を維持する方向で検討していただけなかったことが残念でなりません。評議会においても、支部間格差はどこまで広がっていくのかという疑問と、大きな不安の声が上がったことを付記しますというご意見をいただいております。

続きまして、76ページでございます。宮崎でございます。宮崎は9.95%から9.97%に上がりますが、ご意見としては容認でございます。

「しかしながら」のところですが、引き上げとなりましたが、小職は、協会けんぽの財政状況は、医療費の伸びが賃金の伸びを上回る赤字構造に変わりはなく、ましてや不透明な経済情勢の中、今後の被保険者数の伸び及び賃金の動向の予測が正確に見定められない状況において、準備金残高が積み上がっている状況を捉えて、引き下げの判断をすべきではなく、中長期的に安定した財政基盤の実現をしていくためには、現在の平均保険料を維持すべきだとの考えに及びました。よって、宮崎支部の保険料率が9.97%となることは妥当なものと考えます。なお、激変緩和につきましては、全国一律の保険料率から都道府県ごとの保険料率へ移行する趣旨により、計画的に解消すべきであると考えますということでございます。

当支部における医療費は、高齢化、医療の高度化により想像以上のスピードで増加しているということで、今後、この状況を受けとめて、加入者、事業主の利益を実現するために、データヘルス計画に基づいた事業等に取り組んでいく所存であるというご意見です。

最後に沖縄でございます。78ページです。9.87%から9.95%に上がる支部でございますが、意見としましては、支部保険料率は妥当であると考えます。なお、準備金について、積み

上がっているこれまでの経過を鑑みれば、システムの抜本的な改修、協会の将来を見据えた人材育成、健診費用の助成など、加入者サービスへの充実などに活用して、医療保険事業等に効果的に投資していただきたい。当支部としても、インセンティブ制度を意識した取り組み、地域医療構想への積極的なかわりなどによって、加入者の健康増進、医療費適正化を図る所存であるというご意見をいただいております。

時間の関係で幾つかになりましたけれども、このような意見をいただいております。

続きまして、資料1-3でございます。資料1-3につきましては、例年激変緩和の率につきまして、私どもから要請をして、それを受けて、厚生労働大臣のほうで告示をされるということで、30日に告示されましたのでご報告申し上げます。

続きまして、資料2をごらんください。船員保険の保険料率でございます。

船員保険につきましては、船員保険協議会での議論を経ております。一般保険料率につきましては、1ページでございますとおり、変更がございません。40歳以上の介護保険の料率につきましては、現行の1.68%から1.59%へ下がるということがございまして、これに伴いまして、2号被保険者該当の方の保険料率の改正があるということでございます。この資料は以上でございます。

資料3に参ります。資料3でございますが、私どもの定款では、保険料率について、毎年度変更があった場合に改正をすることでやっております、これまでご説明しました内容につきまして、定款の形で一覧表にしたものを定款の改正案としてお示ししたものでございます。説明は省略させていただきます。

以上が資料の説明でございます。

○田中委員長 詳細な説明ありがとうございました。では、ただいまの説明についてご質問等ありましたらお願いいたします。小林委員、どうぞ。

○小林委員 まず意見ですけれども、今回の運営委員会において、平成29年度の保険料率を決定し、厚生労働大臣の認可を受けることとなります。資料1-2では、各支部の意見を、事務局において簡潔にまとめていただいたことを感謝申し上げたいと思います。

保険料率の高い県の支部長の意見を見ますと、大変厳しい指摘がなされているということだと思います。まず、いただいた意見を、現場からの貴重な声でありますので、我々の次の議論に生かせるよう、事務局としてデータの分類等をしていただければと思います。

もう1点、事前に送付されました保険料率の変更についての支部長の意見を拝見しております、保険料率の高い佐賀県と低い新潟県から、これはたまたまなのか、意識をされているのかわかりませんが、激変緩和措置がなされない数字が実は記されているのです。佐賀県が10.70、これはご自分のところで計算をされたのだらうと思います。新潟県は、実際には9.48だと書かれていまして、ここで実質の料率差が1.2、激変緩和措置をした後、0.78まで緩和をされているということで、佐賀県が1.70、新潟県は9.48ということでおさまっている

んですけれども、この料率差については、来年度になりますと、激変緩和の数値が、今のところでいくと10.58から多分10.72になると思いますが、かなり広がっていくのではないのでしょうか。1%を超えるところ近くまでいくのではないかとちょっと思っているのですが、その辺の協会のお考えをお聞きできればと思いますので、よろしく願いいたします。

○田中委員長 お答えください。

○企画部長 ありがとうございます。支部からいただいた意見は、代表で支部長のご意見を説明しましたが、その背景には支部評議会でも議論された結果、それを踏まえて支部長からの意見という形で集約されたような格好になっておりまして、まさに現場の取り組みをされている方、あるいは事業主、加入者の方々のご意見も入っているということでもありますので、貴重なご意見として受けとめさせていただきまして、来年度の保険料率の設定の議論を進めていく際の参考にさせていただければと思っております。

また、激変緩和につきましては、これまで31年度末ということで、今申されたように、この2年、1.4ずつ上げてきております。そのままいくとすれば、10.72ということで、これもこれからの議論になりますが、実際の開きにつきましては、医療費の伸びと報酬の伸び、加入者数の増など、順を追って慎重に見込んでいきたいと思っておりますので、またご議論の際、よろしく願いしたいと思っております。

○田中委員長 よろしいですか。

○小林委員 はい。

○田中委員長 埴岡委員、お願いします。

○埴岡委員 期せずして小林さんの意見とほぼ同じ2点です。

1つ目は、各支部からの意見を拝見しまして、維持してよかったというところ、下げてほしかったというところ、それぞれの立場で賛否を言っている部分もあるんですけれども、私が注目したのは、それとは別に協会けんぽとしてのあり方、物事の考え方や順序を深めてほしいという意見が、印象ですが、去年、おとしよりふえているような気がしたのです。そういう意味で言うと、支部での議論が深まっていることと同時に、運営委員会及び執行部にもうちょっとしっかりしてほしいという意見にもとれるので、そういう物事の考え方を協会けんぽ全体として深めていかなければいけないと思えました。

それから、最終的に決まった都道府県別の保険料率という結果の数字があるんですけれども、その前のさまざまな段階の数字があると思います。1つ大事なものは、調整して仕上がる前の数字の、そもそもの各都道府県で使われている医療費、医療給付費の生の数字の格差が

収れんしていつているのか、拡大していつているのかというところを、押さえておくことだと思います。きょう出ております参考資料1の10ページでしょうか。

一番左に給付費ベースというか、かかっているコストベースのものがあって、多分この最も低い数字と最も高い数字があって、この差はかなり大きいと考えられる。また、年齢調整と所得調整だけをしたその段階での保険料率の欄を見ても、もちろん差がある。その後、激変緩和されて仕上がっているんですけども、それぞれの段階で見えていく必要があります。特に一番左端のところについて、地域別の医療提供体制及び医療の質とコストを保険者機能として見えていく協会けんぽとしては、この数字が収れんしていつているのか、安定していつているのか、拡大していつているのか、急速に上がっているのか、などを見えていく必要があると思います。そのあたりの情報提供も、また、よろしく願いいたします。

○田中委員長 10ページの左端の列の扱いが時系列で見られるといいということですね。

○埴岡委員 そうですね。協会けんぽが設立した年と真ん中ぐらいと今と、例えば3点ぐらいで、あるいは各年の経年変化で、広がっていつているのか、拡大していつているのか、それを見ておかなければいけないと思いました。

○田中委員長 いかがですか。部長、お答えください。

○企画部長 ありがとうございます。10ページでございます。このそもそもの生の医療費と、次の所得調整と年齢調整をした後の医療費、全体的にそれが発足当時と今とで開きとかばらつきがどのような分散になっているかを、見てみたらどうだろうかというご指摘だと思います。少し過去の数字にさかのぼりまして、ばらつきを標準偏差といいますか、ちょっと出して、また運営委員会に提出できればと思っています。その際に、年齢と所得の部分を行ならした後の数字のほうが比較しやすいのかなとも思っておりますが、いずれにしても、いろいろな形を出してみたいと思いますので、またご提出したいと思います。

○田中委員長 作業をよろしく願いします。

森委員、お願いします。

○森委員 どうもありがとうございます。実は、支部評議会の意見の中で、大変気になっているのは、引き上げ支部と引き下げ支部の間の格差がだんだん広がっていくというその懸念、これが例えば先ほど来お話がございましたように、地域の医療状況、それだけが一番大きな要因かもしれません。あと、当然所得だとかいろいろなことがあると思います。今の10ページのこういう問題が惹起されてきたということで、ぜひともこの格差が拡大しない方法、何かあるのか。そういうことを含めて、前からお話がございましたように、今回、この何

年間、常に議論されてきた、支部にとっては、本部はどういうふうを考えているかということがなかなか伝わっていかない。そういうことがあるのではないかと思います。

そのことが1つと、それから実は、ここでもございましたけれども、一体法定準備金をどのぐらいまで本部は積んだら、脆弱な財政構造を立て直すことができるかどうかという問題がある。

もう1つ気になったのは、実はこの前も私も質問させていただきましたけれども、過去のいろいろな調整をするときに、3年から5年のスパンでやったら、今回、10年というそのことに対する支部からの意見も出ておったと思います。だから、結局、今後10年というものを、そういうものの視点で物事を考えていくというんだったら、またそのようにやはり支部も考え方を持たないと、大体3年から5年が中長期的など、これだけ環境が変化をしていくときに、10年は本当に大変だと思います。

もう1つ気になったのは、附帯意見というのがありましたね。こういうことが、それだけ今、支部がいろいろな意味で、今回この問題を含めて、準備金があるのに、何でということをお聞きになって、こういう問題を出されたのではないかと思いますので、その辺の考え方がもしあったらお知らせください。

○田中委員長 企画部長、お答えください。

○企画部長 ありがとうございます。まず、支部評議会も含めまして支部との関係でございます。私も各理事も、支部評議会やブロック評議会に出席させていただきまして、これまでももちろん意思の疎通を図ってきたところですが、ますますこれから地域地域との連携を強めて、意見交換をしながらやっていかなければいけないなというのを私は思っているところでございます。それがまず大前提でございます。

森委員からご指摘がされましたけれども、準備金の話でございます。支部の意見の中に、例えばこれぐらいあったら、別のことを考えようとか、そういったものもあってもいいのではないかとこのところがありますけれども、以前、この運営委員会でも議論をさせていただきましたが、過去には4カ月分程度の準備金があつて、景気の動向もあつたりしまして、下がってきたという過去の歴史の事実もある。これも踏まえすと、どれぐらいというのがなかなか難しい面はございます。いずれにしましても、収支見込みを毎年出していく中で、その準備金も的確に見込みながら、この程度で来年はいくよというところを見込みながら、情報提供をやりつつ議論を進めたいと思っております。

また、10年収支の話でございますが、これも今回の議論のポイントになったところだと思っております。先ほどご紹介した支部の意見の中にもございましたけれども、中長期で見ると、短期的に見ると違ってくるというところで、まさに今回は5年収支をお諮りさせていただいたところ、後半のほうで単年度赤字が出てくるような状況があったので、少し先をお示ししようということを出してきたところでございます。これにつきましてもさまざま

な意見がありましたので、もちろん今年の秋にまた見込む際に、その見込みの状況に応じて、早目早目の情報提供を心がけたいと思っております。現時点ではそういうことを考えております。

○田中委員長 高橋理事、どうぞ。

○高橋理事 今、小林委員から、森委員からもお話が出ました。財政の運営の仕方をどういうふうにやっていくかというのは、支部からもいろいろな意見が出ていますけれども、たとえば、船のかじ取りですので、これはいろいろな見方があると思いますが、余りがちがちにルールをつくって、こういうことが満たされれば、上げだ、下げだとやっていて、それでやって赤字が近づいたら、本当にそれでいいのかという話だと思うんです。

今までもかつての政管時代のやり方に倣って、5年での視野でやってきましたけれども、実際の過去の財政の動きを見ていますと、平成に入ってから、バブルの直後は非常に積立レベールが高く、額的には今と同じですけれども、月額に対しての比率ははるかに良かったわけですね。しかし、その後を見ていますと、坂を転げるように5年でもう赤字に転落しているわけですから、悪くなったときのスピードは速いので、ルールをつくっても、では、それを下げたら5年もつのかといったら、それはちょっと無理だろうと。実際、今回計算しても、いろいろなケースの中で5年以内に赤になるケースがあって、10年で見るとほとんど赤になってしまっているということになりますので、それが見えているところで下げるのかということだと思うんです。

もう1つは、今の財政の好調さは、これまで何度かお話ししてはいますが、厚生年金の適用拡大の影響を受けている関係で、かなり人為的な部分があります。基本のところは、収支のベースは、医療費の伸びと、保険料率が一定だったら賃金の伸びで決まりますので、医療費のほうが速く伸びていますから、どう見たって、財政赤字の方向に行っているんです。それを無視して下げますというのは、これはちょっと常識的ではないとは思いますが。たまたまいろいろな偶然の要素があって、たまたま積み上がっているけれども、基本的なトレンドとしては赤字の方向に向かっていますので、それを無視して下げますというのはちょっと無理だろうと思えます。そこは支部のほうでも、こう言うのは何ですけれども、気持ちをちょっとわかってほしい部分はあるんです。そこはいろいろな見方があるんだとは思いますが。

もう1つは支部間での料率の開きに関係しての激変緩和ですが、ここの議論が難しいのは、ここは立法の意思があるわけですね。いつも私も感じますけれども、この運営委員会自体、あるいは執行部の意思決定は完全な自由裁量ではありません。というのは、そもそも保険料の算定のやり方は法律で全部決められています。法律上は、もともと各支部別にきちんと所得調整と年齢調整をやった上で決まった医療費を、賃金収入で割って料率を決めるとルールで決まっているわけですね。ただ、当初発足してから11年間は、旧政管健保の8.2%から

一遍で完全な支部別料率にすると、それは大変なショックになりますので、そこは11年の期間でなだらかにやっていこうと。これも法律で決めているわけです。これは国会の意思です。この法律の趣旨からすれば、激変緩和はいずれ終わらなければならない。これまで激変緩和の期間を延ばしてはいますけれども、基本的には、激変緩和はいずれ消すのは明快な国会の意思ですので、私ども、特に執行部はそれを無視することは非常に難しいんです。

ただ、では、制度は変えられないのか。これまでも、例えば傷病手当金のように、前の算定基礎ですと、これではもう不正が防げない。ちょっと言い方は悪いですが、どうぞ、詐欺をやってくださいみたいな制度に設計がなってしまうわけですね。そこは直してもらいました。では、都道府県支部料率のこの制度自体をこの場、あるいは協会の意思として、やはりこれはまずい、一律かあるいはある程度の幅の中で抑えるべきだと言って、立法府に対する意見を我々としても強く言うかどうかというのは、制度の根幹に関わるので微妙なところだと思います。この点は、運営委員会は、私はある程度自由だと思うんですけども、私ども執行部はちょうどその真ん中に立っているのだと思います。このところはひとつご理解いただきたいと思います。

○田中委員長 かなり本音でのきちんとした説明ありがとうございました。

○森委員 ありがとうございました。

○田中委員長 石谷委員、お願いします。

○石谷委員 御説明ありがとうございました。また、いろいろ本音の部分もお聞きできました。29年度の料率はもう決定されているわけですからおいておきますが、支部からのご意見を拝見しますと、随分中身が濃くなっているといったら失礼ですが、充実してきておられると感じます。

ただ、その中で、先ほどのご意見にもありましたが、非常に本部と支部の間にへだたりがあると感じます。例えば北海道支部の意見では、算定方法の検証だとか、いろいろな仕組みに関して非常に不透明だと感じておられる。このような点は、理事からのご説明があったように、本当に立法府の中で決まっていることですから当然ですが、やはりそこを理解してもらって説明責任が本部にあると思います。他も、読んでいますと、運営委員会が何をしておられますかという部分もあったように感じます。本部と支部の間のパイプが重要です。一番大事なのは加入者と事業主の気持ちだと思います。そこに対する説明責任が、私は非常に1つの責務として存在しているという印象を受けました。ぜひ次年度に関しましては、重点的に力を入れていただきたいです。やはり理解がないと、制度としては成長していかないと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。ほかはよろしゅうございますか。

昔、社会保険制度の勉強を50年近く前に初めてしたころから、社会保険が民間保険と違う点は被保険者同士の連帯感である、と理解しています。民間保険の場合には、単にリスクプールした仲間で、仲間のことを知らなくてもいいわけですが、社会保険制度は、社会を維持する装置として連帯感も機能発揮の理由になっている。そのためのツールが負担の公平、給付の平等と言われるコンセプトであるなどと、大昔勉強しました。きょうの支部の言葉を読んでいると、連帯に対する危惧もちょっと書いてありました。現実の中身は、高橋理事が言われたことで納得できますが、保険料について説明責任を果たして、連帯感を崩さないようにする。これは執行部の仕事だと思います。運営委員会も同じように考えていますので、そこを大切にしながら作業を進めていっていただきたい。

ほかによろしゅうございますか。なければ、健康保険の平成29年度都道府県単位保険料率、船員保険の平成29年度保険料率及び定款変更について、提示された案のとおり了承することとしたいと存じますが、よろしゅうございますでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○田中委員長 ありがとうございます。それでは、本委員会として了承することとします。事務局においては、速やかに国に対して認可のための所要の手続を行ってください。

次は、ただいまの保険料率に関する広報についてです。資料の説明をお願いします。

議題4. 平成29年度保険料率に関する広報について

○企画部長 ありがとうございます。

資料4をご用意ください。平成29年度保険料率に関する広報についてでございます。

広報の方針といたしましては、先ほどご説明したとおりでございますが、都道府県単位保険料率については、支部によって、上がる、下がる、据え置き、の3パターンが混在することになります。ですので、昨年度と同様、このことを加入者・事業主の皆様にご正確に周知することが重要だと思っております。

2番目の丸ですが、保険者機能を発揮する観点からも、保険料を支払う加入者・事業主の皆様にご保険料率の変更となる理由をご理解いただくことと、加えて医療費適正化等に係る協会けんぽの取り組み状況につきましても、あわせて積極的な周知を行えればと思っております。

具体的には下の表に書いてございますが、全体的には、ホームページ、あるいはメールマガジンの発行で料率についてわかりやすく説明をすること、次は関係団体等でございますが、事業主様の団体、あるいは健康保険委員の方々の研修の機会とか、そういった集まる機

会を活用した説明をさせていただく、2番目のところで書いていますが、商工会団体、中小企業団体中央会等の広報誌へ掲載を依頼して載せていただく等を予定しております。

また、加入者・事業主の皆様への全体的なお知らせとしましては、保険料の納入告知書、2月の納入告知書、3月の納入告知書に保険料額表の同封をする、あるいはチラシの同封をすることを考えております。また、事業所の皆様へリーフレットを直送する、あるいはポスターの掲示等を考えております。また、新聞広告につきましては昨年も行いましたが、全国紙、あるいは地方ごとの地方紙に掲載を考えてございます。

このようなことを通じまして、正確に情報が伝わるようにしていきたいと考えております。

以上でございます。

○田中委員長 ありがとうございます。ただいまの説明についてご質問やご意見がありましたらお願いします。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 保険料率が変わることに関する広報は、こういう形で粛々と進めていただければと思うんですけども、関連したこととしまして、保険料率が支部によって変わったり、年によって変わるのなぜだろうということをみんなで考えていく必要があると思います。前から懸案になっております、地域ごとの診断データも積極的に提供することをしていただければと思うんです。先ほど話題になりましたように県ごとに使っている医療費が違うんだとか、医療資源として配置されている資源が違うんだとか、地域によって行われている医療行為がかなり違うのだとか、必ずしも医療資源と行われている医療の質は関連しないんだとか、あるいは使われている医療費と置かれている医療資源と、医療の結果のアウトカムも必ずしも関連しないとか、それ以前に地域によって医療のアウトカムが大きく違うんだとか、罹患率も違うんだとか。そういう大きな格差があって、その中で医療費も違って、保険料も違ってくるんだな、と。自分たちは何ができて、地域をどう見ていけばいいんだろうな、と。それが本当の広報ですので、その辺もつなげていただければと思います。

○田中委員長 ご意見ありがとうございます。

小林委員、お願いします。

○小林委員 広報についてのご説明ありがとうございます。私どもの全国赤帽連合会でも、当然各種会議やメール等での連絡の際、29年度の保険料率についての広報を可能な限り協力していきたいと思っております。

また、私どもの上部団体の全国中央会の事務局の方々とお話をするのですが、各支部から、47都道府県の中小企業団体中央会の広報誌に、保険料率を始めとする協会けんぽからのお知らせの周知に協力をしているということでございますので、これは引き続きやっていき

たいと思います。

いずれにしても、商工会議所とか商工会、中央会、労働組合、そして業界団体等を通じて、幅広く積極的な周知による加入者に理解いただくよう事務局にはお願いしたいと思えます。

加入者・事業主へのお知らせでは新聞広告がございませけれども、この前も事前にお話をお聞きしました。私どももいろいろな形で自分のところのことを広告しているのですが、現在、新聞広告が非常に有用な媒体だということはわかるのですが、かなり講読者が減少しているのも事実です。ですから、その辺も考えて、例えば今、若い方は特にニュース等をみずからのスマートフォン等から見たりしております。そういった方に対しての、インターネット等を使った広告も積極的にするのも1つの手段だと思います。ただ、コストとの兼ね合いがありますので、この辺は検討していただければという意見でございませるので、よろしくお願ひいたします。

○田中委員長 ありがとうございます。媒体の変化について、企画部長、説明してください。

○企画部長 意見ありがとうございます。例えばでございませけれども、最近ではバナー広告が、インターネットの画面上の広告等が結構あるということもございませるので、もちろん紙ベースの、事業主さんが例えば新聞を読まれる。そういったツールも活用はもちろん重要だと考えておりますが、これからネット時代でございませるので、今後の課題としましては、ウェブのバナー広告を活用した広報なども検討していきたいと考えています。

○田中委員長 ありがとうございます。小林委員ご指摘のように、時代の変化に合わせた工夫は常に必要でしょうね。

ほかによろしゅうございませるか。中村委員、お願ひします。

○中村委員 資料4とちょっと外れるかもしれないんですけども、先日、グーグルを見ていまして、どこかの支部で健康診断率を上げると、銀行の借入率が緩和されるというか、優遇措置があるというのを見たんです。そういうのは支部単位のことなのか、そういう広報はされているのかどうか、そこら辺を教えてください。

○田中委員長 お願ひします。

○企画部長 本部のほうで全体のホームページも持っておりますが、各支部でも各支部の取り組みをホームページ、あるいは広報しているということで、もちろん連携してですが、それぞれでやっております。特に支部の独自の取り組み等につきましては、支部のほうで積

極的な広報に取り組んでいるということでございます。

○中村委員 ありがとうございます。

○田中委員長 それがほかの支部の方も見られるから、考えるきっかけになるでしょうね。

○中村委員 そうですね、本当に。

○田中委員長 ありがとうございます。ほかによろしゅうございますか。

それでは、本日の皆様の意見を踏まえて、引き続きしっかりと広報活動を行っていただくようお願いします。

次は、平成29年度事業計画（案）を取り上げます。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。

議題5. 平成29年度事業計画(案)について

○企画部長 引き続き説明させていただきます。資料5、平成29年度全国健康保険協会事業計画案でございます。

これにつきましては、これまでも数回案を提示させていただきまして、ご議論いただきました。本日は31ページでございます。前回お出ししたときまでにまだ数値目標が入っていない2つの項目がございまして、それを入れ込みましたので、ご説明させていただきます。

31ページのレセプト点検効果額とジェネリックの使用促進の目標値でございます。右側が現在の28年度の目標値ですが、レセプト点検につきましては、1人当たり診療内容等査定効果額（医療費ベース）で123円以上が今年度の目標でございます。これにつきましては、今年度の取り組み実績を踏まえて、来年度を見据えた場合には、もう少し目標を上げて取り組もうということで、左の欄で143円以上で目標を掲げたいということで考えております。

また、ジェネリックにつきましても同様でございます。年度平均で65.1%を本年度の目標としておりました。毎回御報告しておりますが、現在68.3%までできておまして、この伸びを来年度まで伸ばしていった場合の数値として、72.1%を目標として掲げたいと考えておまして、数字を入れました。

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。ただいまの説明に対してご質問やご意見があればお願いします。

ジェネリック目標値はすごいですね。7%ポイントも一気に上がるのですね。なお前回以来の事業計画修正は今説明のあった数字が入ったところだけです。全体についてはかなり

我々で議論してまいりました。この案は次回以降の運営委員会において、平成29年度予算と一緒に付議されます。事務局は準備を行ってください。

次に、インセンティブ制度について、事務局から資料の説明をお願いします。

議題6. インセンティブ制度について

○企画部長 資料6でございます。インセンティブ制度につきましては、前回もさまざまなご意見、宿題をいただきました。ありがとうございます。

現在の検討状況ですが、前回提出いたしました資料をもとにしまして、今年1月初旬の全国支部長会議で説明をさせていただきまして、現在、各支部長のご意見を伺っているところでございます。したがって、まだ制度案、シミュレーション等につきましては、本日提示できる段階ではございません。申しわけございません。本日は、前回お示ししました評価項目として考えられる項目につきまして、各支部の実績をまとめた資料を用意させていただきました。それが資料6でございます。本日もご意見を伺って、2月から3月にかけて制度の試行案の作業を詰めていきたいと考えております。

資料6でございます。インセンティブ制度において考えられる評価項目の実績をまとめたものでございます。

最初のところが健診受診率の被保険者の合計でございます。見方ですが、横棒が入っておりますが、横の棒が全国平均の値を示しております。右肩のほうに全国平均：52.6%とありますので、ここが平均値でございます。ごらんになっていただきますと、山形が79.9%で高いということございまして、大阪が38.5%となっておりますが、これは発足当時から見ますと、それぞれに右肩上がりに健診実施率が伸びてきているという状況でございます。

1ページの下と2ページの上はその内訳でございます。

2ページに参ります。特定健診実施率の被扶養者の割合でございます。特定健診の被扶養者は全国平均が21%で、ここも山形が高いという状況になってございます。

3ページが特定保健指導の実施率です。保健指導対象者のうち、特定保健指導を実施した者の割合で、全国平均が12.5%でございますが、高いところ、香川が29.7%でございます。やはり母数が大きいことから、都市部のところが低い率となっております。

続きまして、4ページでは、メタボ該当者予備軍の減少率ですが、全国平均で18%でございます。これは、先ほどの2つに比べますと、ばらつきは少ないかなということでございます。

5ページ目でございますが、受診勧奨を受けた方の要治療者の受診率です。受診勧奨は、健診の結果、医療機関を受診したほうがよいとされた方についてはお手紙を送っております。その方が実際受診されたかどうかということでございます。全国平均：7.7%ということで、全国の状況、27年度の実績を示したものでございます。

その下が特定保健指導実施者の翌年度の健診結果の改善率でございます。これにつきまして

ては、全国で26.7%が平均ですが、ごらんのようになってございます。

一番後ろ、6ページですが、いつもお示ししているジェネリック医薬品の使用割合でございます。これは昨年の数字ですので62%ですが、毎回お示ししているものを27年度2月の実績でそろえて出したものでございます。

資料の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。前回の運営委員会でもインセンティブ制度について議論いたしました。その際、制度を創設するための法令上の根拠や制度創設の必要性、また指標の妥当性について、委員からさまざまな意見が出されました。本日は、厚生労働省の保険課長にも出席いただいておりますので、改めて保険課長からの説明をお願いいたします。

○厚生労働省保険課長 保険局保険課長でございます。参考資料4をごらんいただきたいと思っております。

初めに、1ページ、2ページ、3ページは既存の資料でございますので、4ページをご覧をいただきたいと思っております。

もともとインセンティブ制度につきましては、平成18年の制度改正におきまして、高齢者医療確保法の中で後期高齢者の支援金につきまして、加算・減算の仕組みをつくる。それというのは、特定健診と、それに基づく特定保健指導が保険者の義務となされましたので、その義務を実行たらしめるために、よくやっている保険者に減算をし、やっていない保険者の高齢者支援金を加算することで始まったものでございます。

この制度につきましては、全ての保険者を横並びでずっと扱ってきたということで、国保も被用者保険も、協会けんぽもその中に入っているわけですけれども、全て横並びでやってきたことについては、保険者の性質等が非常に異なっているものを同様に扱うのは、おかしいのではないかとという意見があったところでございます。

それに基づきまして、前回の国保法改正のときに、国保制度を見直したわけですが、その国保制度の中に保険者努力支援制度というのを盛り込んだわけでございます。その保険者努力支援制度というのは、まさに保険者の健康の保持増進や医療費適正化に向けた保険者努力を促す観点から、特定健診や特定保健指導の実施状況を積極的に評価する仕組みということですが、それをまた国保だけではなくて、協会けんぽや後期高齢者医療制度についても、新たなインセンティブ制度に向けた仕組みの検討を行うべきであるという閣議決定が、その際になされております。それが1ページに並べられておりますが、2つ目の日本再興戦略等の閣議決定でなされております。最後の下線のところだけを読みますと、「協会けんぽ、後期高齢者医療制度についても、新たなインセンティブ制度の創設に向けた検討を行う。」ということが閣議決定で行われております。

2ページをご覧いただきますと、現行、平成29年度と書いてありますが、これまでは全て

の保険者を横並びで、特定健診、特定保健指導の実施率で後期高齢者支援金の加算・減算を全ての保険者を通してやってきたということでございます。

その見直し後に当たりましては、それぞれ健康保険組合・共済組合、協会けんぽ、国保、国保組合、後期高齢者医療広域連合というその性質の、同じ保険者の中でそういったインセンティブ制度をつくるのが閣議決定をされて、現在検討いただいているところでございます。

3ページでございまして、そういったインセンティブ制度において、どのような指標でやるかということにつきまして、保険者による健診・保健指導に関する検討会でご議論をいただきました。各種保険者の皆さんとか関係の団体の方にご議論をいただきまして、指標①から⑥を共通指標としていったらどうかということが議論されてきたところでございます。

協会けんぽにおいても、今回、協会けんぽの中で、予防とか健康づくりの取り組みのインセンティブとなる制度の創設の検討をお願いしたいということでございます。もともと協会けんぽは被用者保険の仲間でございますが、健保組合と共済でそういった制度を共通で今考えているところでございまして、協会は非常に規模が大きいので、もしその中に協会が入ったとすると、加算となったとしても、減算となったとしても、かなり大きな影響を与えてしましまして、健保組合のほうの仕組みがうまく働きませんので、協会けんぽにおいては、協会けんぽの中でそういったインセンティブを検討していただきたいということで、そういう仕組みになっているものでございます。

4ページ目の3つ目の丸をご覧いただきたいと思います。新たなインセンティブ制度は、他の保険者種別と類似のものといったものを、他の保険者種別がやっている取り組みを踏まえる必要がありますが、他の保険者種別では、その保険者の内部で競争する形でインセンティブ制度を設けていること、また、後期高齢者支援金の加算・減算は、最終的に健保組合等の保険料率に反映されるものであること、また、協会けんぽでは、もともと支部というものを設定し、その中で医療の地域差等を反映させて医療費適正化努力等を促す都道府県保険料率を採用していることから、協会けんぽにおいては、各支部の取り組み等を都道府県保険料率に反映させる仕組みがいいのではないかと考えているところでございます。

協会の支部の保険料率は健保法の160条で、1つは、その支部の給付費を、先ほど見ていただいたように、年齢調整と所得調整をし、地域の医療費の格差を反映させる形で保険料が決まっております。

もう1つは拠出金、高齢者医療制度等への拠出金といったもの、それから保健事業といったものに照らして、保険料を政令で定めるという形になっておりますので、今回のインセンティブ制度は、2番目の高齢者制度への拠出金に、予防、健康づくりの取り組みに応じて一定の加算・減算をすることによって、最終的に保険料に反映をされるという形でつくったらどうかということでございます。

なお、法令上の手当てでございませけれども、その手当てにつきましては、現在具体的な制度設計が決まり次第、平成29年度末までに、我々は政令改正でそれはできるのではないと

考えているところですが、政令改正等によって行う予定としているところがございます。

とりあえず私からの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。ただいま事務局及び厚生労働省から説明のあった資料について、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 ありがとうございます。教えていただきたいんです。インセンティブ制度を活用することは、今のお話がございますように、高齢者の支援金の加算・減算ということの一面、当然これは大きなあれかもしれませんけれども、実は支部の保険料率、地域によっての、例えば医療の差に大きな焦点を当てられていますが、例えば特定健診とか特定保健指導とか、実際にいろいろなことをずっと長い期間積み重ねていくことによって、結局は支部のトータルの医療給付費が減るとか、それはとりもなおさず保険料率に反映してくるんだと考えてよろしいのでしょうか。ちょっとその辺が。

○田中委員長 どちらがお答えになりますか。課長、お願いします。

○厚生労働省保険課長 今おっしゃったとおりでございます。インセンティブ制度の指標は、当年にどれぐらい特定保健健診をやったかとか指導をやっているかとか、その他いろいろな健康づくり、予防づくりの取り組みが指標になります。それをずっと取り組んでいけば、その結果として、前回も指摘されたように、本当にその保健指導で医療費がすごく減るかどうかは、まだエビデンスを集めているところですが、我々としては、そういうことをやっていけば、医療費も減っていくし、何より被保険者の皆さんが健康になっていくだろうと考えておまして、そういう取り組みを進めることが、最終的には医療費の適正化であるとか健康寿命を延ばすこととか、そういうことにつながっていくんだと考えているわけでございます。反映されるものがそれぞれ違って、まず医療給付費のところは、年齢調整をやって医療費の格差みたいに反映される部分と、そういった保険者の予防事業への取り組みみたいなものをインセンティブという形で加算・減算をして、保険料に反映をされている部分と、そういうふうなものを分けて、それぞれ反映していくことを考えているということでございます。

○田中委員長 どうぞ。

○森委員 実は、先ほど資料6の説明で、例えば新潟と佐賀、要するに料率にえらく差がありましたね。そういうことで見ていくと、では、佐賀はそんなにやっていないかということを見たら、結構やっているわけです。そうすると、では、これを指標としてずっとやっていくことによって、差はそんなにつかないのではないかと思ったものです。これは

結構たくさんいろいろな指標があった中で、佐賀と新潟はそんなに大きな違いが出ていなかったものですから、例えばもっとドラスティックにこれが出てくれば、ああ、なるほど、これはやらなければいけないなと思ったものですから、ちょっと一遍その辺のことを。

○田中委員長 企画部長。

○企画部長 前回の宿題でも、実際のシミュレーションをしてみて、どういう形で出てくるかが見えないと議論しにくいということで、まさにそのとおりだと思います。今回の資料は、27年度の単年のみの指標でございますので、実はこれから計算方法とか指標を決めていく中で、あわせて点数のつけ方を検討していかなければならないと思っております。具体的には恐らく偏差値方式でやっていく形になるんですが、そうした場合に、例えば、既に高いところと低いところと、昨年1年の頑張りのところとどう評価するかということで、同じ数値の中でも、評価を幾つかに内訳を分けて、その合計点でやるような形になるかと。それも含めて今検討しておりますが、そういったところを少し詰めさせていただきまして、またご提示できればと思っております。きょうは単年度のみの数字でちょっとわかりにくかったかもしれませんが、そういったことを想定しております。

○森委員 わかりました。

○田中委員長 ほかにございますか。埴岡委員、お願いします。

○埴岡委員 ご説明ありがとうございました。少し前回出た議論に関連してお尋ねしたいです。前回、ここでの議論で、もちろん納得性とか公平性が大事だなという話もありました。また、指標を選ぶ際には、後期高齢者の健康に絡んだ指標でなければいけないのではないかと、ほかのインセンティブ制度の指標と重複しないほうがいいのではないかという議論もあったと今思い出しております。

お尋ねですけれども、後期高齢者支援金の加算・減算にかかわるということで、指標を決めるときは、後期高齢者の、健康アウトカムや医療費に直接、間接的に絡むものから選ぶべきで、そこに関連性が薄いものは選ばないという考え方になるのでしょうか。また、既にあるほかの保険料率の調整の仕組みとはオーバーラップしない考えが基本的である。そういう考えでよろしいのでしょうか。

○田中委員長 これは保険課長のほうがよろしいでしょう。お願いします。

○厚生労働省保険課長 基本的には、もともとこの制度のでき上がった経緯を考えますと、後期高齢者医療の医療費を減らすというところで、特定保健指導、特定健診を義務化して、

それを一生懸命取り組むことによって、将来の高齢者医療の拠出金を減らしていこう。高確法にその根拠があるということで、そういったことになっております。

ただし、今回はもうちょっとそれを幅広くして、保険者の特性を踏まえた独自のものを入れ込んでいくことができるようにもしております。共通指標の中で見ていただければわかるように、例えばジェネリック薬品とかそういったものにつきましては、今の医療費を減らすことはありますけれども、必ずしも高齢者医療へのかかわりは低いのではないかと。実際健保組合と共済グループでもそういう議論がされていて、かなりそういう意見も実際には出てきております。

ただ、若干苦しい説明ですけれども、ジェネリックとかを使うような被保険者になっていけば、将来、後期高齢者医療になったときも、やはりジェネリックを使う可能性は高まるということで、全くそういうことは無関係ではないねと。ただし、そこはその議論だけでみんな納得が得られているわけではなくて、例えば健保組合等では、やはり義務になっている特定保健指導と特定健診のところは重みづけが多いから、こちら側は加算のほうに使おう。いろいろなことをやっているところは、そういった取り組みを著しくよくやっているようなところに減算するという形で使おうとか、保険者によっていろいろ重みづけをしておりますし、例えば総合健保と単一健保でも事情が違いますので、そういった事情も考慮しながら考えるとか、いろいろ保険者グループの中で工夫をしながらいろいろ決めているのが実情でございます。

○田中委員長 埴岡委員が言われたもう1つの質問は、他のインセンティブ制度との関係です。協会けんぽはもともと医療費の差に基づいて、先ほど来議論した比較的大きな保険料率の差がついています。そこにはきっとジェネリックの使い方は既に反映されているはずなので、ダブルカウントにならないかという質問がありましたが、その点はいかがですか。

○厚生労働省保険課長 そういう点を踏まえて、被用者保険の協会けんぽとして、それをどういうふうアレンジしていくかというのは、いろいろあってしかるべきなのではないかというふうには考えております。そういう部分に反映されている部分もあるので、そこをどう捉えるかとか、あるいは健保組合は非常にたくさんありまして、ものすごく一生懸命やっているところとそうでないところの、語弊がありますが、格差がかなり大きいものですから、協会の場合、47都道府県の支部という形でやっております、ジェネリックでいうと、その大きさみたいなもの、その差みたいなものは、健保組合みたいなものと全く同じということではないようにも思います。そういうことを踏まえながら、総合的に検討いただければと考えております。

○田中委員長 だから、指標は各保険者が最終的にある程度は選んでいいわけですね。全ての保険者が同じ指標を使うとは限らない。特定健診のほうは全国共通でしょうけれども、そ

れ以外がいろいろとあるといった感じのご説明でしょうか。

○厚生労働省保険課長 各保険者に入っていたいただいた健診の検討会で共通項目をまとめていますので、このご報告にご配慮いただいて、ただ、重みづけとかはまたいろいろと変えていただくことが可能であると考えています。

○田中委員長 ありがとうございます。

平川委員、お願いします。

○平川委員 最初に、現在の健康保険法の保険料率を決めている条文の中で、さっき少しわからなかったのが160条のところだと思いますが、150条？

○厚生労働省保険課長 160条。

○平川委員 160条ですね。160条のところ、都道府県単位の保険料を決めるための3つの要素があって、その2つ目のところで、インセンティブ制度を導入することについて、そこに根拠があるとご説明がありましたが、その辺がよく理解できなかったのもう1回説明をお願いしたいと思っています。

○田中委員長 お願いいたします。

○厚生労働省保険課長 現在の条文では、そこに差をつけることは書いていないわけでごさいます。160条は、1つは、それぞれの支部の給付費でやります。それは年齢調整と所得調整をした上で、各地域の医療費の差というものを反映させるような形になっています。

2つ目の拠出金というのは、それぞれの支部の総報酬割で決めるとなっていて、そこに加算・減算をさせる根拠はないわけですが、それと保健事業に基づいて保険料、その3つの種類に照らして政令で定めるのが160条の条文の構造になっております。政令の中で2つ目のところの拠出金の項目について、加算・減算をできるという政令改正をやることで、根拠になるのではないかと考えているところですが、これは法制局とよく今後相談をすることになります。

○平川委員 基本的に、なぜ健康保険法の本則で保険料の明確をしているかということ、都道府県ごとで保険料の差をつけることに関しては、相当慎重にならざるを得ないということ、前提に、政令ではなく本則で明確にされているということだったと思います。最初、高橋理事が説明されたのも、これまでの議論というか、なぜ都道府県ごとで保険料が違うのかということに対しての説明が極めて重要だから、法律の本則で明確にされているところでありま

して、それを政令で定めるところについては、少し趣旨が違うのではないかという意見をまずはお聞かせいただけます。

もう1つの質問は、インセンティブという中身ですけれども、都道府県の支部に対してインセンティブを働かせるということになるかと思えます。その場合、健保組合であれば、健康保険組合ごとにそれぞれ頑張っていきましょうという話になるのでしょうかけれども、支部に対してインセンティブを働かせるのは具体的にどういう意味なのか、これもいまひとつ理解ができないなと思っています。協会の支部に対してということになると、支部の職員に対して、もっと働きなさいという話になるのか、それとも、もしかしたら、事業主の方に対して、もっと頑張ってくださいという話なのか、その辺の区分けというか、具体的な動きはどういうことになっていくのか、お聞きしたいと思えます。

○田中委員長 これは協会の内部の方に答えていただいたほうがいいですかね。支部へのインセンティブの意味は何かというお尋ねがありました。

○企画部長 議論をしていく中で、保険料に直接影響するところもありますので、具体的には、支部単位の保険料率への影響ということでございますので、支部のもちろん取り組みと、それと加入者、事業主の方々の取り組みが一緒になって保険料率に影響するというところで、総体ということになるかと思っています。ですので、今いろいろ支部の皆さんの意見を聞いていたりしますけれども、その際、支部長さんのご意見を聞いておりますと、やはり保険料率に影響を及ぼす仕組みだから、支部の職員だけの頑張り頑張りでないところだけで評価されるのは、仕組みとしてはどうなんだろうかというご意見も出ております。

例えば健診であれば、健診の受診率の向上を支部の職員と事業主、加入者の皆さん一緒になって目標を持って上げれば、その支部の保険料率にマイナスの影響が出るような、そういったような仕組みづくりが好ましいのではないかという意見もいただいております、そこは大事にして検討していきたいなと思っています。

○田中委員長 どうぞ。

○平川委員 一体なものだという話でございましたけれども、やはり評価指標が支部にとって実現不可能なものであったり、比較方法に問題があったりすると、支部の運営に大きな問題が出てくるのではないかと懸念をしています。インセンティブ制度が逆のインセンティブを働かせるような形にもなりかねないと考えておりますので、もしやるのであれば、本当に慎重な検討が必要かと思えます。

法律にも書いてありますが、支部評議会と書いていますけれども、これは、法律上は支部被保険者とか、その被扶養者という概念しかなくて、支部というのは保険者ではないんですね。支部というのは、要するに、私の考えでいえば、都道府県単位の保険料率を法律上の

っとして定める概念であって、あくまでも保険者ではないということから言うと、みんなで頑張っていきましょうという努力を促すくらいならいいのですが、それが保険料率に大幅に差が出るようなことになるのは、かなり問題ではないのかなと思います。

言いたいことはいろいろありますけれども、以上、考え方と私の意見として言わせていただきたいと思います。

○田中委員長 インセンティブ制度はよくわからないところもあるし、学問的に見て疑問が残るところもないわけではないので、この際、皆さん意見を言っておいて、最後まとめていくしかない。ほかにいかがでしょうか。では、石谷委員、先にお願います。

○石谷委員 ご説明を聞いて、はっきり申し上げて、私自身、まだ余り理解ができないという段階が正直なところでございます。ご意見にもありましたように、各支部というか、各府県で料率が違っているということは、形の上ではインセンティブがついているわけですね。そこにまたつけるのは何かダブルカウントになるという意見も聞いておりますし、私自身もそのように思います。

ですから今の厚生労働省のお話でいくと、幾つかの選択肢の中から協会が選んだらいいということだったと思います。最終的にはそこでまた慎重な議論をお願いしたいとは思いますが。先ほど資料6で拝見しますと、例えば健診の受診率では、私ごとで恐縮ですが、私は大阪なものですから、いつでも最低なんです。先ほどお聞きすると、母数が多いと、どうしても数字が下がってくると思うんですが、東京都に比べますとまだ悪いと。母数は東京都のほうが多いと思うんです。先ほどお話があった、偏差値で相当慎重に考えないと、一概に単純に偏差値をつけただけでは成果は出ないと思います。やはり各府県によりまして、特徴とか健康に対する歴史的な考え方が違っております。2月、3月に慎重に本部で検討されるということでもございましたけれども、細部にわたり、各要因を加味した上で、ご提案を頂戴したいというお願いでございます。

以上です。

○田中委員長 ほっておくと、大阪は加算がたくさん来そうですね。

埴岡委員、お願いします。

○埴岡委員 インセンティブ制度が必ずしもモチベーションにつながらないというご指摘が何人かからありましたけれども、インセンティブ制度がちゃんとプラスのモチベーションにつながって、白けにつながらないようにするためには、全体の立てつけの設計がうまくいつているかを見るのが大事だと思うんです。枠組みで見ると、2つある。1つは、協会けんぽの支部及び加入者が頑張っているいろいろなことの全体性を捉えているかということ、2つ目は、協会けんぽの47支部の間の戦いにならずに、協会けんぽ全体がよくなったら、協会け

んぽ全体が褒められるかということ。その2つの観点の外枠としてはあると思うんです。

手元の机上のファイルの昨年度事業報告書の一番後ろに、保険者機能強化プランがついています。258ページ、259ページです。保険者機能強化プランの柱立てが1本、2本、3本とあります。1本目に医療の質があつて、2本目に健康増進があつて、3本目に医療費の適正化がある。考えてみると、3本目の医療費の適正化については医療費が保険料率の一部はねているので、今の都道府県別料率のところに少し反映されている。今回のインセンティブ制度は、健康に関して、特に後期高齢者に関連しそうなところに関して、保険者機能強化の指標から関連するものを選択しなさいということも考えられ、2本目の柱に一部絡んでいるといえる。

そういう意味で言うと、1本目の柱に関して頑張った支部とか頑張る協会けんぽに関しては、ある意味で言うと、インセンティブ制度がないかもしれないなということになります。協会けんぽ自体としては、保険者機能強化プランを3本柱でやっているのですが、3本柱全てに関して頑張ったことに対して、やった手柄のある人にインセンティブがある対応をしなければいけないという全体像があります。その中でコスト部分に関しては、既存の制度、新規制度でどういうものがあるのか。健康増進、予防、健康に関してはどういうものがあるのか。政府の決めた案と、ほかの保険制度の決めた案と、協会けんぽの考えと、調和がどうなるのか。この辺は全体像として見ていく必要がありますし、インセンティブの観点が漏れなく、重複なく、かつ適正で、公平であることが大事だと思います。

それから、協会けんぽ全体がよくなった場合は、協会けんぽ内抗争ではなくて、協会けんぽ全体へのインセンティブ付与や支援強化があるといいと思いました。

以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。全体を考えて、別々の健保組合だと、お互いに他人だけれども、協会の支部は他人ではなく仲間内なので、その連帯感を崩すようなところを間違えて入れてはいけませんよね。

ほかにいかがでしょうか。お願いいたします。

○小林委員 今、大阪の話が出ましたけれども、評価項目のところの実績を見ますと、やはり東京とか神奈川、埼玉も低いです。もちろんこれは分母が多いということからくることもあると思いますが、当然都市部と地方部の違いといった部分が出てくるのだろうと思います。

私ども協同組合連合会もいろいろなインセンティブ制度をやっていますが、インセンティブはプラスしかなく、マイナスはありません。

インセンティブをつけた場合には、保険料率に最大で100分の2くらい反映されるのではないかということはお聞きしているのですが、その辺のところの考え方が果たしてどうなのかということなんです。

それから、この指標づくりは、どこを指標にしていくのかということで、協会けんぽでも独自の指標という話がありましたけれども、その辺については、慎重に各支部の意見も聞きながら、やっていかないとはいけません。確かに先ほどお話があったように、既に料率の差はあるわけですから、料率がどんどん上がっていったところと低くなる場所が出てくると思います。ですから、先ほど私が最初に言った料率を下げるだけで、上がるのはどうなのかと思います。そのようなところもかなり慎重に、やはり試算をしていただくことが一番であり、その結果を見てやっていかないと正確な判断が出来ないので、慎重にお願いしたいと思います。

○田中委員長 ありがとうございます。会社運営上も、学生を伸ばす上でもプラスのインセンティブはきくけれども、マイナスのインセンティブは、実はかえって逆の効果を生むことはしばしばありますね。いい点をご指摘いただきました。

ほかにいかがですか。何かここまでお答えになりますか。特にないですか。藤井理事、お願いします。

○藤井理事 企画担当理事の藤井でございます。本日は、いろいろなご意見を本当にありがとうございました。私どもインセンティブ制度につきましては、厚生労働省の考え方は、先ほど宮本課長がご説明されたとおりでございますし、また、国としてのスタンスも、これは日本再興戦略等々で明確になっております。もちろん私どもも理解もしていますし、むしろ理解せざるを得ないところではあります。ただ、さはさりながら、きょうも先生の皆様方からいろいろなご指摘をいただいたことも含めまして、本当にこれはなかなか論点山積で悩ましいなと率直に思っております。

少しお時間をいただきまして、私ども本部としても、支部の意見も聞きながら、中にはワーキングもつくりまして、少し詰めた議論をしていきたいと思っておりますので、少しお時間をいただければと思います。きょうもご指摘いただいたとおりで、何よりも適正で公平で、委員長からも社会保険の仕組みの原則だと教えていただきましたけれども、連帯といったものを崩さないような格好になるように、慎重に検討させていただきたいと思っております。きょうは本当にありがとうございました。

○田中委員長 きょうは結論を出す会ではございませんので、さまざまな意見を踏まえて、引き続き検討して下さるようお願いいたします。

この議題、これでよろしゅうございますか。貴重なご意見ありがとうございました。

その他の報告事項として、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7. その他

○企画部長 簡潔にご説明させていただきます。資料7でございますが、毎回お示ししております中央社会保険医療協議会等、各種審議会等の動きでございます。ご覧のとおり、年明けからまた議論がされております。

2ページ目をご覧ください。2ページ目の一番下でございますが、保険者による健診・保健指導に関する検討会について、1月19日に開かれまして、そこで別添で3ページにつけておりますが、特定健診・保健指導の運用の見直しについての議論のまとめがされておりますので、参考でおつけしました。

趣旨は、4ページの冒頭だけご説明させていただきます。「本検討会では」というところが冒頭でございますが、第3期特定健診等実施計画が平成30年度から始まるので、それにおける制度運用の見直しについて検討した結果を取りまとめたということでありまして、健診の枠組み、項目から始まりまして、特定健診の実際の運用を柔軟に取り組むこともできるようにしたらどうか、幅広いところにわたって議論が取りまとめられておりますので、ご参考に配付させていただきました。

資料7は以上でございます。

資料8でございますが、保険財政に関する重要指標の動向でございます。毎回お示ししているものでございます。

先ほどもご説明しましたが、4ページのジェネリックのところでございます。来年度の年度平均で72.1%を目標とするということで、先ほど掲げさせていただきましたが、直近のところでは68.3%までできておりまして、この傾きを来年度まで続けていきたいという目標とさせていただいているところでございます。

そのほか、適用、給付費の資料を更新できるところは更新してご配付させていただいております。

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、ご意見はございますか。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 資料7に列挙されたもの以外に少し幾つか関連トピックがあったかと思いません。前回の会議より前のタイミングだったかもしれないんですけども、「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会における議論の整理」が出ています。そこでまさにビッグデータの活用と保険者機能の強化が重視され、将来構想、方向性が書かれていると感じます。協会けんぽとしても大いに関与することですし、こうした政府の動きに、お任せ姿勢ではなくて、協会けんぽとしてもしっかりついていったり、推進していくべき事項であるとの印象を受けております。このあたりに関してどのように捉えていらっしゃるか、もし何かございましたら教えていただけますでしょうか。

○田中委員長 藤井理事、お答えください。

○藤井理事 私、何回か参考人として参加もいたしましたけれども、基本的には、社会保険診療報酬支払基金を中心にしたさまざまな論点が議論をされておりまして、今後の報告書が出て、両論併記のようなところもございましたこともありまして、今後、厚生労働省と支払基金のほうで今後の改革の工程表のようなものをつくることになっております。その際に、その中にも記されていたと思いますが、保険者の意見もしっかり聞きながら検討を進めていくということになってございますので、そういう意味で、私どもも必要なことを申し上げながら、しっかりとフォローしていきたいと思っております。

○埴岡委員 意見を言っていて、この仕組み自体をよくしていただくと同時に、協会けんぽとしてやれることからどんどんやっていくことも大事だと思っております。

もう1つ、前回もお尋ねしたんですけれども、ナショナルデータベースのオープンデータが出ました。これに関しては、協会けんぽの方では分析をされたり、あるいは支部、加入者へのわかりやすい提供など考えていらっしゃるのでしょうか。あるいは、もう既にされていますでしょうか。

○企画部長 オープンデータが出たところで入手はしておりますが、済みません、今それを拝見しているところでございます。ただ、今回のオープンデータは、都道府県単位までのデータとなっておりますので、必要に応じて各支部にも展開はしてまいりたいと思っております。一方、今のオープンデータは外からも取れますので、掲示板に張るなど、できることはしていきたいと思っております。NDBのほうも、今後さらなる詳細な項目の公表についても、引き続き検討されるという流れになっていると思っておりますので、その動向も注視しながら、必要な情報入手等に努めたいと思っております。

○埴岡委員 きょうの話題で、保険料率が県によって違っていると、その背景にある医療費構造が違うとか、あるいは私のほうから指摘しましたさまざまな医療の質ですとか、行われている行為とか、資源配分が違うということが出ておりました。そこをつなげて理解していくのがすごく大事だと思っております。NDBのデータも、私も少ししか見ておりませんが、やはり都道府県ごとに請求された診療報酬、行われている医療行為に関して、都道府県単位で、人口割調整をしてみても随分格差があります。そのあたりを見て、支部において、地域医療構想、あるいは医療計画の検討会に出られる方にデータを提供するのはすごく大事だと思っております。ひいては加入者にお知らせするのも、大事だと思っております。

NDBは医療行為の内容、プロセス指標を示すデータが膨大にありますけれども、ただ、その範囲だけにとどまります。協会けんぽとしては、地域の医療のアウトカムを示すデータと、こういう今急速に出てきているプロセスすなわち医療行為の内容を示すデータと、す

でたくさん出ている医療資源に関するデータと、自分でもお持ちのコストのデータを、つなげてお出しすることが地域の議論を高めることになると思います。今、県単位でしか出ていないデータを医療圏単位で出るようお願いをしていくのも、協会けんぽの仕事かなと思っています。そのあたり実務的な作業を進めていくこともよろしく願いいたします。また、それに対して必要な人員配置等も手当てをしていただければと思っています。

○企画部長 今お話がありましたが、私ども限られた人数の中でも一生懸命やっておりますので、まずはできる範囲で取り組んでいきたいと思っています。

○田中委員長 ありがとうございます。

ほかにご意見がなければ、本日の議題は以上で終了いたします。

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 本日も長時間にわたりありがとうございます。次回ですが、予備日としておりました2月21日（火曜日）につきましては開催しないことといたします。次回の運営委員会は3月23日（木曜日）15時よりアルカディア市ヶ谷で行います。場所が異なりますので、よろしく願いいたします。

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

(了)