

全国健康保険協会運営委員会（第83回）

開催日時：平成29年3月23日（木）14：55～16：55

開催場所：アルカディア市ヶ谷 大雪（5階）

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

議 事：1. 平成29年度の事業計画及び予算(案)について

〔資料1－1【付議】〕

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。定刻よりやや早いですが、委員がおそろいですので、ただいまから第83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、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、埴岡委員が都合によりご欠席です。

次に、3月1日付で協会の職員に異動があったと報告を受けております。事務局から紹介をお願いします。

○企画部長 それでは、私より紹介いたします。参与の春山でございます。

○参与 春山でございます。よろしくお願いたします。

○田中委員長 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おります。

早速議事に入ります。

まず、平成29年度の事業計画及び予算(案)については、健康保険法及び船員保険法の規定によって、本委員会に対する付議事項となります。事務局から資料の説明をお願いします。

議題1. 平成29年度の事業計画及び予算(案)について

〔資料1－1【付議】〕

○企画部長 企画部長の稼農です。ご説明をさせていただきます。

資料1－1をお手元にご用意ください。健康保険事業につきましては、昨年来、運営委員会におきまして事業計画の骨子の段階からご相談させていただいてまいりました。その内容に変更はございませんが、改めまして28年度との違いを中心にポイントのみご説明させてい

ただきたいと思います。また、後段には船員保険事業につきましても事業計画案がございますので、あわせてご説明いたします。

なお、船保につきましては、3月13日の船員保険協議会において了承いただいている内容となっております。

3ページをお開きください。29年度事業計画の案でございます。健康保険事業でございます。

まず、基本方針でございます。中ほどに「第一に」とございますが、29年度につきましては、保険者機能強化アクションプランの評価・検証結果を次期アクションプランに生かすことによるPDCAサイクルの強化を図りたいと思っております。同時に、26年度に策定いたしましたデータヘルス計画につきましては、その柱であります①特定健診・特定保健指導、②重症化予防対策、③事業主等の健康づくりの意識の醸成を目指した取組（コラボヘルス）を引き続き実施していくとともに、実施状況を検証しまして、30年度からの次期データヘルス計画の策定につなげていく年と考えております。

「第二」のところですが、医療費等の質や効率性の向上を図るための取り組みでございます。「特に」と3行後ぐらいにあります。29年度におきましては、ここにございますようなさまざまな計画の見直し、あるいは国保制度改革、報酬の同時改定など、30年度から開始される各種制度、計画の見直しに向けて、30年度以降のあるべき姿を見据えた効果的な意見発信、働きかけを行っていききたいと思っております。

第三の柱ですが、医療費等の適正化を図るため、効果的なレセプト点検の推進、不正請求の防止に向けた取り組みを強化してまいりたいと思っております。

おめくりください。4ページです。第四の柱ですが、このアクションプランの目標を達成するため、人材育成による組織力の強化、あるいは調査研究、加入者・事業主との双方向のコミュニケーション、外部有識者との協力連携など、基盤強化を図っていききたいと考えております。

具体的な事業につきましかいつまんでご説明いたします。6ページをお開きください。保険運営の企画の部分でございます。先ほどの繰り返しになりますが、(1)のところにつきましては、アクションプランに基づくPDCAサイクルの強化を図ること、加えてパイロット事業等の活用ということを考えております。

(2)でございますが、先ほども申しましたが、平成30年度に、ここに書いてあります種々の計画策定が予定されております。その中で意見発信、働きかけを行っていききたいと思っております。

次の7ページでございます。(4)のジェネリック医薬品の更なる使用促進でございます。冒頭に国が掲げています目標値を記述しております。平成29年央で70%以上、30年度から32年度末までのなるべく早い時期に80%以上を達成すべく頑張っていくということを記述しております。

続きまして、9ページをご覧ください。健康保険給付等でございます。(1)サービス向上

のための取組でございますが、引き続き取り組みを推進していきたいと考えております。

おめくりください。10ページでございます。(2)でございますが、限度額適用認定証の利用促進ということで、高額療養費制度の周知をずっと図ってまいりましたが、認定証の利用促進ということに力点を置いて取り組みを進めたいと思っております。そのほか(4)被扶養者資格の再確認、あるいは(5)柔道整復施術療養費の照会業務の強化など、引き続き取り組んでいきたいと考えております。

11ページでございます。(9)でございますが、資格喪失後受診等による債権の発生防止のための保険証の回収強化といったことにも引き続き取り組んでまいりたいと思っております。

12ページをご覧ください。3の保健事業でございます。保健事業につきましては、データヘルス計画の第一期の最終年度ということで取り組みを進めるとともに、検証を行ってまいります。具体的には、(1)特定健診の推進など、(2)特定保健指導の推進でございます。また、(3)に新たな項目を立てましたけれども、重症化予防対策の推進を図ってまいります。

また、次の14ページでございますが、(4)、これも新規の項目を立てましたが、事業主等の健康づくり意識の調整を目指した取組、いわゆるコラボヘルスの推進ということを項目を起こして明記したところでございます。

後段の4.の組織運営及び業務改革でございますが、特に一番下の③のところをご覧ください。協会の理念を実践できる組織風土・文化の更なる定着ということで、平成28年度に導入した新たな人事制度の運用・活用を通じまして、協会を支える人材を育成することによりまして、加入者本位、主体性と実行性の重視、自由闊達な気風と創意工夫に富んだ組織風土・文化のさらなる定着を図りたいと思っております。

具体的には、15ページの(2)人材育成の推進ということで、OJTや集合研修等を効果的に組み合わせて、「自ら育つ」という成長意欲、あるいは「現場で育てる」という組織風土の醸成を図りたいと思っております。

17ページをご覧ください。以前にご説明しましたが、ここでそれぞれの目標指標を定めております。これに向かって取り組んでいきたいと考えております。

続きまして、21ページをご覧ください。ここからが船員保険事業でございます。柱を簡単に説明いたします。

「第一」のところですが、船員労働の特殊性に応じた事業ニーズを十分踏まえた事業運営に努めるということが第一でございます。

第二でございますが、船保につきましても、データヘルス計画について第一期の最終年を迎えるということですので、着実な実施とP D C Aと第二期へ向けての検討というようなことを行ってまいります。

第三は、保険者としての健全な財政運営ということでございます。

そのほか、22、23ページのところに、それぞれの取り組みを着実に実施していくということで記述をいたしておるところでございます。

事業計画の案につきましては以上でございます。

続きまして、予算につきましてご説明をいたします。資料1－4をお手元にご用意ください。「収入支出予算（案）の前年度比較」を用いてご説明をしたいと思います。

まず、表面ですが、健康保険勘定でございます。これにつきましては収入の欄をご覧ください。平成28年度予算との対比で見ますと、保険料等交付金は、6,138億円ほど増となっております。これは昨今、被保険者の数が増えていることと標準報酬月額が伸びていることによるものでございます。

収入の上から3番目、国庫補助金につきましては約890億円の減となっております。この理由は、後期高齢者支援金につきまして、総報酬割が29年度から全面導入という形になりまます影響、それと介護納付金につきましても総報酬割につきまして実質的に3分の1の実施というのが始まりますので、その影響で国庫補助金が減となっております。

一方、支出でございますが、保険給付費につきましては、ご覧のとおり3,725億円の増となっております。加入者が増えておることと1人当たり医療費が増加しているという双方の要因で上がっております。

その下の段の拠出金等でございますが、ここにあります前期高齢者納付金、後期高齢者拠出金と合わせて1,100億円ほどの増加となっております。

主なところは以上でございますが、トータルで見ますと、計の下から3段目でございますが、累積収支への繰入ということで、平成29年度は5,100億円ということで、28年度予算と比べますと696億円ほどの減となっております。

裏面をお開きください。船員保険勘定でございます。収入のところにつきましては、ご覧のとおり、ほぼ横ばいというような状況でございます。

一方、支出につきましては、保険給付費、拠出金ともに伸びている状況でございます。下から3段目、累積収支への繰入につきましては、29年度は36億8,700万円という予算でございます。

もう1点ご説明いたします。資料1－5をご用意ください。協会の業務経費につきましてでございます。これにつきましては、12月6日に既にご説明をしてありますが、若干変更があった部分のみご説明させていただきます。

まず、1ページ目でございますが、例えば一番上の保険証等の発行及び回収・被扶養者資格の再確認経費のところですが、このあたりで1,600万円ほど増加しております。要因は、下のレセプト業務経費でも同様の理由があるんですが、郵便単価の見直しということで、定形外の郵便の単価が140円から220円に上がったことに伴いまして、単価を変えて積算をし直したということで、1ページ目が若干の増になっているということが1点でございます。

もう1点ございます。4ページをお開きください。4ページの一番上にシステム経費がございます。これにつきましては、12月6日時点と比べまして約15億円増となっております。理由は、備考欄の2つ目の内容ですが、医療費通知を活用した医療費控除簡素化のためのシステム開発ということでございます。これにつきましては、平成29年度の税制改正の大綱で

方針が決まったものでございますが、具体的に申しますと、平成30年1月以降、確定申告を提出して医療費控除を受ける際に、これまでは個々の領収証を保存しておいていただき、それを提出する、あるいは電子的に送るといったようなことで対応していたんですけども、30年1月から、我々医療保険者から紙で交付する医療費通知書、あるいはその電子媒体でもいいということに、確定申告の手続を簡素化するというような方針が年末に決まりました。それを受けて、国からの要請も受けまして、システム改修を行うものでございます。

なお、15億円ほどかかると見込んでおりますが、これにつきましては全額国庫負担ということですので、国庫で措置していただく予定となっております。

1－5の資料は以上でございます。

続きまして、資料1－6、このパートの最後の説明になります。各支部でも、積極的に保険者機能の強化に取り組んでおります。29年度のパイロット事業について若干ご紹介したいと思います。パイロット事業と申しますのは、保険者機能の発揮によって総合的な取り組みを推進していただき、支部において先導的に実施する事業として位置づけておりまして、効果が上がったものについては全国展開につなげるための事業でございます。ご覧のとおり、この4項目について、1、2、3、4とありますが、各支部から応募があり、平成29年度15支部20事業を取り組んでいただく予定となっております。申請の件数を見ていただきますと、28年度は54事業の申請だったのですが、29年度は102事業と積極的に申請がありました。

これらにつきましては、細かな説明は省略いたしますが、2ページ、3ページをご覧ください。例えば2ページ目でございますと、ジェネリック医薬品の更なる使用促進ということで、全国的に展開していることの上乗せだったり、横出しだったり、創意工夫をしてもっと効果的な取り組みができないかというようなことで各支部取り組むということ、あるいは3ページ目の下でありますと、糖尿病の重症化予防というような取り組みのために、薬局との連携を図って取り組みを進めていく。こういった事業を積極的に取り組むということになります。これらの事業につきましては、1年取り組んでいただき成果を見きわめながら、全国展開できるものについては取り組んでいきたいと考えております。

説明は以上です。よろしく願いいたします。

○田中委員長 ありがとうございます。では、ただいまの説明についてご質問等がありましたらお願いいたします。

○小林委員 2点ありますが、まず、意見を少し述べさせていただきたいと思います。

今ご説明いただいた資料1－6のパイロット事業の2ページ目でジェネリック医薬品の更なる使用促進に関連して、実は先日、私どもの会員組合の沖縄県の理事長と話をすることがございました。私が沖縄県はジェネリック医薬品の使用割合が高いですねという話をしました。その理事長は、「いや、これは当然です。沖縄県はジェネリック医薬品の使用割合が高

いというのは、調剤薬局に行くと、まず必ずジェネリック医薬品がありますよと言われる。安いですよ、そして効果は同じですよと繰り返し説明をされるとのことです。本人は、しつこいくらい言われますよ」と言っておりました。安くて効き目が同じという言葉は、結果として可処分所得を増加させる効果もあり、非常に訴求力のある言葉だと感じました。このようなことから、沖縄県では80%を超える数字にあらわれているのではないのかと実感をいたしました。

残念ながら、ジェネリック利用率の最下位にある徳島県でも、第2位の鹿児島県の事例を研究し始めたということが本日配付の資料の中に入っておりましたが、引き続きジェネリック利用の推進に努めていただきたいと思います。

そして、各支部においても、加入者への働きかけというのはもちろんですが、調剤薬局関係者への働きかけが一番重要で、効果があると思われれます。ですから、平成29年度のパイロット事業において、全国7支部でジェネリック関係の事業を実施することになっておりますが、これは本来であれば全国で実施してもよいくらいのことではないかと考えています。ですから、今後の事業計画策定に当たってはご検討をしていただきたいと思います。それが1点でございます。

もう1点は、議題の1の中のパイロット事業の4ページ目の適正受診の勧奨で質問をさせていただきますが、大阪府で「かかりつけ薬剤師・薬局利用促進通知」のパイロット事業を行うこととなっております。これは平成28年度から始まったかかりつけ薬剤師についてということでございますが、現在、かかりつけの薬剤師さんに対するデータ等があるのかどうか、それをお聞きしたかったのです。

○田中委員長 ご意見ありがとうございます。質問にお答えください。

○企画部長 パイロットにつきましてはご助言ありがとうございます。本部としても、支部と折々に連携しながらしっかり取り組んでまいりたいと思っております。

かかりつけ薬局のデータでございますが、今手元にはございませんが、かかりつけ薬局については、一定の要件を満たせば診療報酬上の体制加算がつくと伺っておりますので、そのあたりでどれぐらいの加算件数が伸びてきているのかどうか調べさせていただいて、またご報告させていただければと思います。

○小林委員 よろしくお願ひします。

○田中委員長 中村委員、お願ひします。

○中村委員 資料1-6についてなんです、応募数が54事業から102事業にふえた、大変素晴らしいと思うんです。採用数が23事業から20事業に減っているんですが、判定基準とい

うか判断基準、それから採用を受けた場合、どのようなメリットが受けられるのか、その点、教えてください。

○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。私どもで審査といいますか、どういった仕組みでやっているかといいますと、まず応募をいただいて、全事業に私どもの企画部、あるいは保健部など、関係部と協議しながら、中身をまず見せていただくということをやっております。中で合議をして、それを幹部に上げてみんなで判断しています。判断基準については、まず1つは、先ほど申しましたゴールが全国展開ということでございますので、この事業がうまくいって効果が出た場合に、全国展開になじむような事業であるかという点を1つ大きな論点として見ております。

もう1つは、パイロットですので、類似の事業が複数出てきた場合には、申請の時点でより効果が見込めそうなところを選んでいくところが特徴的でございます。各支部に聞いてみますと、これで採用に漏れた場合については、その理由を支部長さんから教えてくれという連絡があって、この点とこういうことですよということで、類似事業でこちらを採用しましたという連絡をとったりいたしております。ことしは102事業ということで、これまでの倍の申請をいただきましたので、若干審査が窮屈になったということもございました。来年度、募集に当たっては、若干前倒しでやっていきたい。具体的には、できれば全事業についてヒアリングをして点数化してやっていきたいと思っております。

また、どういうメリットがあるのかということでございますが、原則1事業500万円を年間用意いたしまして、本部経費の中から支出をするというようなことで取り組んでいる事業でございます。

○中村委員 ありがとうございます。

○田中委員長 森委員、お願いします。

○森委員 資料1-1で、とりわけ先ほど6ページのところで、その前段もありましたけれども、平成30年度に向けてというところは、先ほどもお話がございましたように、ここはいろんな改定が集中してきます。私は、30年度の改定に向けて、協会けんぽとしてどういうふうなスタンスというか、立場でやっていくかということがある面では、実は2025年に団塊の世代がそこへ突入していくわけです。そうすると、大変高齢者が多くなり、いわゆる疾病も含めて、あるいは介護も含めて大変大きなボリュームでお金が要るようになってくる。そうすると、私は、この30年度の改定というのは、いろんな意味で試金石になるのではないかと思います。

そのためには、先ほど申しましたように、どういう考え方でいくのかということをやはりじっくり考えていただければと。それがないと、どちらにしても、診療報酬の改定のように、介護報酬もそうですけれども、声の大きい人のところへどうしても流れていくというような傾向があると思うんです。その辺のことだけは十分お考えいただいてやっていただきたい、その辺の考え方がもしありましたら。それがまず第1点。

もう1つは、12ページの下段から「平成30年度からの第三期」というところがあります。「特定健診等の計画については、協会として特定健診の項目の見直しに対応するとともに、受診率向上のため、課題の洗い出し」と書いてあります。かねてから受診率の向上というのは、最終的に医療費の抑制にもつながるということの中で、その向上のために、例えば魅力ある健診のために、どういう項目があったほうがいいのかとか、恐らく内部でもいろいろご議論されていらっしゃると思うんです。

それで、これは私が気がつかなかったから本当に申しわけなかったんですけども、実は船員保険のほうで特に被扶養者には生活習慣病のそれをやっているんですね。こういうことによって実際に受診率が上がったのかどうか、それはフィードバックしていかないと、生活習慣病云々というのは、被保険者にはやっていますよね。だけれども、船員保険の場合は被扶養者にもやっている。それによって例えばトータルで医療費が抑制されたとか、あるいは受診率が向上したとか、そういうようなことが出ておるかどうか、その辺のことでわかる範囲で教えていただきたい。

以上です。

○田中委員長 では、2点質問がございましたので、お願いします。

○企画部長 1点目は私からお答えをさせていただきます。

30年度というのがさまざまな計画が動き出すスタートになるということでございまして、本部としてはいろいろ情報を集めております。例えば地域医療構想につきましては、29年2月末現在で既に39の都道府県で策定されていて、年度内に残りの8県ができると伺っております。これにつきましては本部で一通り既にできたものにつきましては、どういう病床の計画になっているのかというようなところを全て調べて一覧表にまとめたりという作業をして、それを支部に情報提供するというような取り組みをしております。

また、新たなところとしましては、国民健康保険が都道府県単位化されるということで、国保基本方針というのが都道府県で策定される動きになっておりまして、その策定の協議会に私ども保険者から、被用者保険から国にも要望した結果、被用者保険もメンバーに入ることになりまして、そういった場でも、全体の地域の医療ではございますが、医療費適正化トータルの立場で意見を申していく場ができたりしておりますので、そういった場面を通じて意見発信ができればと思っています。

本部といたしましては、理事長をはじめ各理事がさまざまな国の検討会、審議会等に委員

として入っております。そこでの意見発信。また、本部が支援しつつ、考え方、資料を提示しつつ、支部には支援をしていながら、本部、支部一体となって取り組んでいきたいと考えております。

○篠原理事 船員保険担当理事でございます。

今お話がありましたとおり、船員保険におきましては、被扶養者につきましても生活習慣病の予防健診が受けられるようになっております。もともと船員保険は、加入者は全体で13万人弱しかいないんですけれども、それが日本全国に散らばっているという状況で、もともとかなり状況が厳しいところがありまして、ここは何とか健診受診率、特に被扶養者の健診受診率を引き上げなければいけないということから、健康保険とは違うんですけれども、そういうことを始めたということで、それだけが理由かどうかわかりませんが、健診の受診率は上がってはおります。ただ、医療費までは、どこまで影響があるかというのはまだ何とも言えないところです。よろしいでしょうか。

○森委員 今、健診率は上がっておるということであれば、では、例えば組合健保、この協会健保で例えばこの検査項目をいろいろこれから検討されていくという中で、どういう項目を入れかえるとか、あるいは船員保険のように生活習慣病というもの、確かに金銭的なことはいろいろあるかもしれませんが、そういうことで受診率を上げるためにはどうしたらいいか。当然、検査項目に魅力があることが被扶養者にとっては、そのほうがいいということに、それが最終的に例えば医療費の問題を含めたいろんなことに対して効果が上がる。それは短期間ではなくて、長いスパンで考えたときにということができるかどうか、考え方としてあるのかどうか、その辺、お聞かせいただきたい。

済みません、もう1つ、この分厚い各支部の事業計画の中で、実は新潟と長野と島根と鳥取が検査指標とか目標指標というものの一覧をつけているんです。これがある面で物すごく見やすいわけですね。ほかのところはずっと文言が並べてあるものですから、こういうことは別に本部が指導するとかどうのこうのではなくて、やはり最終的に見やすいものにすることによって、皆さんに関心を持ってもらって、ではどうだというふうなことができるかどうか。これは支部のお考えでこうやっておられるかどうか。実際にその中で新潟と長野、それからたしか鳥取だったかどこか、実は保険料率が10を切っているんですね。そういうことも1つの考え方としてできるのかなと。要するに、結局、やはり皆さんに見てもらおうということ、見える化を図ることによってということが1つの考え方としてあるのかなと思いました。

○田中委員長 さらに質問がございましたので、お願いします。

○保健部長 保健部長でございます。

特定健診の項目についてのご質問なのですが、特定健診の項目については国のほうで今決められているということで、第3期の中で特定検査項目で変更になるものは、血糖の検査が今までは空腹時以外においてはHbA1c等々でしたが、随時血糖を可とすることが今回可能となりますので、これにつきましては事業主健診データとの整合性とか連動性が図られるということで取得促進につながると考えております。

あと、血清クレアチニン検査が詳細な検査項目に追加をされるということで、これは先ほどありました糖尿病性の腎症に対する重症化対策に活用ができるというふうに考えております。

○森委員 今のお話ですと、要するに国が決めてくるから、協会けんぽとしては、例えば新たな検査項目を検討するということには主体性があるのか、ないのかということです。要するに、国がこういう検査項目をやれということの中から出てきたというふうに私は今とったものですから、済みません。

○田中委員長 主体性に関するご質問です。

○保健部長 ここに書いてございますのは、特定健診の項目の見直しに対応するということですので、まず、国が決められた変更の健診に対して、協会としてそれをどう事業に活用していくかという観点で対応するというふうに書かせていただいております。受診率向上対策につきましては、特定健診は、扶養者の健診につきましては各支部でオプション健診でありましたり、今、船員さんでやられているような生活習慣と同等の有料で追加料金をいただいて検査をするというようなことを健診機関と組んで各支部ごとに対策を実施しております。

○企画部長 追加で資料1-6をご覧ください。パイロット事業でございます。

パイロット事業で説明はしなかったんですが、3ページ目をご覧くださいませでしょうか。埼玉県取り組みということで、今ご指摘いただいたような健診の受診率向上について支部として、こういった新たな取り組みをしてみたいということでございます。概要のところですが、特定健診の受診を促すために、28年度の健診受診者には健診結果値から健康年齢というのを算出して、健康年齢を記載した帳票を送付して関心を持っていただくということで、また、未受診者には受診により健康年齢を算出できるということの説明をする勧奨はがきをと、入り口のところで健診自体に興味を持っていただく取り組みにチャレンジしてみたいというのがことしのパイロットで挙がっておりまして、これはパイロットですが、こういった取り組みは、今、保健部長から話しましたように、それぞれの支部でもやっておりますので、そういったものを全体的に見ながら、向上策をやっていきたいと思っております。

○田中委員長 よろしいですか。

○森委員 はい。

○田中委員長 城戸委員、お願いいたします。

○城戸委員 これは私が常々言っていることでもありますが、資料1-1の事業運営の基本方針の第三に記載のある「不正請求の防止に向けた取組を強化する」とありますが、具体的にどのような事例があるのでしょうか。また、この不正請求は、今、マッサージとかが結構数がふえてきていると思うのですが、それに対する取り組み等、協会けんぽの考え方がありましたら教えてほしいのですが。

○参与 参与でございます。私のほうから回答をさせていただきます。

不正請求に対する取り組みでございますけれども、これは事業計画の中にも書かせていただいておりますけれども、やはり不正請求で多いのは傷病手当金とか出産手当金で、短期間のうちに報酬を高く改定して請求してくるというものが多うございました。一方で、昨年4月の制度改正で支給にあたっての報酬の算定方法に見直しがありましたので、そういう請求は減っておりますけれども、やはり高くないとはいっても、報酬を上げてから不正請求してくるというようなものが疑われますので、こういうものについては重点的に実際の就労実態とか審査を行っていきたいと思っております。

それから、後にごございましたあはきとか柔整の関係でございます。柔整につきましては3部位15日以上を中心に患者照会をしております。その影響で全体の多部位頻回受診というのは減ってきております。ところが、ストレートに申し上げると、それが今の部位転がしというふうに移ってしまっていて、長期受診となっております。首が痛いのが今度は肩に行くとか、肩から腕に行くとか、こういう傾向が見られますので、こういうものに対して中心的に患者照会を図っていきたい。必要に応じて施術者調査までやっ払いこうと考えております。あはきの関係につきましては、今、往療料が特に問題になっておりますので、往療料について重点的に審査を行っております。

以上でございます。

○城戸委員 保険者、いわゆる身内に対する調査というのは、たしか協会に権限が与えられたので、結構厳しくやられていると思いますが、施設基準を水増しして請求するとかの医療機関の不正請求に対しては、どのような取り組みをされているかについてお聞かせいただきたい。例えば、どこかの県がレセプトで不正請求を徹底的に調査するとか取り上げてくれれば、少しはプレッシャーになって抑止力が働くのではないかと思います。

もう一つ、今、有効求人倍率が1.43にふえていて、中小企業はどこも人材不足に陥ってい

るという問題があります。政府では、扶養控除の範囲を103万円から150万円に引き上げるという話がありますが、確かにこのことでパート社員が今より長時間働けるようになるとは思いますが、しかし一方で、労働者にとっては、収入が130万円になれば社会保険料を負担しなければならないといった壁がありますので、やはり今までどおり103万円程度の収入でよいと考える人が多いのではないのでしょうか。こうなると労働者の勤務実態は結局変わらないため、人手不足の解消にはなりません。せっかくどちらも同じ厚生労働省の施策なので、担当部門で調整してもらって、社会保険料の負担も150万円からにするといったことができないだろうかと考えます。現在、加入者がふえ、保険料収入も6,130億円ふえている状況もあるため、保険料徴収基準も見直してもらえたらと思います。今本当に人手不足で、特にサービス業、運送業、建設業などにとっては深刻な問題ですので、こうすることで、少しでも労働力不足解消につなげることができるのではないかと思います。

○田中委員長 それはご意見でよろしいですか。

○城戸委員 意見です。

○田中委員長 健康保険法をきちんと改正せよというご意見です。ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。何かお答えになりますか、いいですか。

○城戸委員 いや、最初の質問にお答えいただきたいのですが。

○田中委員長 最初のあはきのほうは……。

○城戸委員 2番目は意見だからいいのですが、最初の質問についての取り組みをお聞かせ下さい。

○田中委員長 不正請求の話ですね。

○参与 ありがとうございます。委員ご指摘のレセプトを分析して、これがいわゆる医療機関の不正請求とかではないかどうか分析して、厚生局に通報して取り締まるという趣旨のお話かと思えます。レセプトを見まして、これが不正請求かどうかというのは、正直レセプト単体を見てもわからないという状況がございます。実際に水増し請求がわかるのは、加入者の方からの通報というものによって判明するんですけれども、これについては、協会にいただいた分については速やかに取り締まり機関である厚生局に連絡しまして、調査をお願いしているところでございます。これはお叱りを受けますけれども、医療機関の調査権限は私どもにございませんので、そこは非常に悩ましいところで、厚生局にも早く調査をするよう

には依頼していますけれども、厚生局もいろいろ案件が多くて、なかなかそこまで伴っていないという話は聞いておるところでございます。ちょっとお答えになっているかどうかはございますけれども、実情はそういうことでございます。

○城戸委員 前から言っていることですが、抑止力を働かせるために協会けんぽに調査権をいただけないかと思います。私たちも事業者で税務申告しますが、税務調査があり、調査に入られたら重加算とか追徴が怖いから、適正な納税をするんですよね。しかしながら、調査がなかったらどれだけ適正な請求をするか疑問です。保険請求の場合、実際にはレセプトだけなので書類上のチェックにしかありませんが、チェック機能がなければ、ちょっと水増ししておこうかということになるんじゃないでしょうか。施設基準においても、先生の数を多く申請している病院が多いように感じます。私達は素人なので、先生の人数のカウントのしかたなど、詳しい仕組みは分かりませんが、週1回や半日勤務などの先生が多くて、先生の人数自体はたくさんいる病院が結構多く見受けられます。労働局の調査でも実際に調査員が会社に来て、賃金台帳を出しなさいと調べて調査されます。病院についても、実際に現地調査をして、本当にこの病院が正規の先生、看護師さんを抱えているかといったことを調査すれば、不正があるかどうかすぐに分かると思います。福岡の病院で、水増し請求を行って倒産した事例がありましたが、これは氷山の一角で、結構多いケースじゃないでしょうか。このような不正を摘発するといったことも協会けんぽとして大事な事業であり、ぜひとも力を入れて取り組んでもらいたいと思いますので、よろしくお願いします。

○田中委員長 ありがとうございます。医療法上の配置基準のようなところで、何か厚生労働省から説明はありますか。

○厚生労働省管理室長 施設基準の関係だと思いますけれども、基本的には地方厚生局で適時調査という形でやっております。結構手間がかかるのですが、その内容を若干見直しして、件数をたくさんできるような形で今取り組みをしております。現状は何年かに1回とか、そういう形なんです。病院、あるいは診療所にも入って行って、実際の施設基準が届け出どおりになっているかどうかということを確認させていただいているものでございます。

○城戸委員 最近、保育園とか幼稚園が40何人のところが22人も水増ししていたというニュースがありましたが、基準をオーバーして、職員の数は少なくしているにもかかわらず、正規のとおりに見せているような事例が最近多いですね。だから、素人ながら医療関係もそのようなケースが多いんじゃないかと思ってしまう。

○田中委員長 保険料を払う方々、働く人、そして経営者にとってみれば、不正に大事なお

金が使われてはいけませんので、それは健康保険協会のみならず、厚労省も挙げてきちんと医療法の配置基準などを守っているかどうかはチェックせよとのご意見です。

○城戸委員 なぜ私がこう言わせてもらうかという、中小企業は保険料の負担が本当にきついのが実状なのに、それを不正で懐を温める人がいるというのが許せないのです。私たちは中小企業の代表として意見を言わせてもらっている、中小企業は給料の1割を負担しなければならないというのは本当にきついということを分かってほしいのです。だから、真剣に取り組んでもらうようにお願いします。

○田中委員長 貴重な声として承ります。ありがとうございます。ほかにご質問、どうぞお願いします。

○森委員 1-4の資料で、先ほど収入のところ、28年度予算と29年度予算で892億円ほど減額になっておるといこと、実はここでもよく例の料率のことの議論の中で、最終的に剰余金というものが出来、それが逆に積み増しすると補助金を減らされるのではないかというような支部のいろんなご意見があったと記憶しています。この892億円というのが先ほどは総報酬割とか、いろんなことの原因だということをおっしゃったけれども、これはある面で先ほど申しましたように、補助金を減らされた、その原因の中に、そういうような準備金を積み増したことが影響しておるのかどうかということをおっしゃらないと、また同じような議論に、例えば料率改定とかいろんなことをやるときに出てくる可能性があるものですから、一遍これはそうではないよということ、先ほどの説明でいいんだよということ、それは私が懸念をただけのことだということなら、それで結構です。

○田中委員長 892億円の内訳にどんなものがあるか、説明できますか。

○企画部長 このトータルで890億円の減となっていて、大きなところで言いますと、そもそも医療給付費がふえていますので、その分の16.4%というのは増えている。一方で総報酬割の影響で減っている分がある。相殺すると、890億円の内訳で言いますと、500億円分がトータルで言うと医療関係ということで、介護が400億円ぐらいであります。その内訳の中で、先ほどご指摘の準備金が積み上がった分の16.4%の返納分というの、300億円ぐらいが29年度予算案の国庫補助の中に入っておるといこととでございます。

ですので、非常にわかりにくいんですが、そもそも医療費がふえると、それに応じて16.4%の補助の分がふえる。片方で介護にしても後期高齢者にしても、総報酬割の影響で補助金でなくなる分があるというのと、制度上の仕組みになっています準備金が積み上がった分の16.4%の返納する分があるということとでございます。

○田中委員長 プラスマイナス相殺で900億円だけれども、全ての減ではなくて、プラスから引いた分があるということですね。

○森委員 わからない。

○田中委員長 でも、それは被保険者にとっても知っておくべき情報ですので、今の説明でよろしいのではないですか。ありがとうございます。ご指摘ありがとうございます。

石谷委員、お願いします。

○石谷委員 いろいろご説明をお聞きしましたが、事業計画の中で私のお願いといいますか、意見としてお聞きいただきたいと思うんです。

保険料率の件で4ページの上から3段目です。平均料率は10.0%なので加入者等の理解をしてもらわないといけないと書かれています。また、4ページの一番最後では、保険料の負担をできるだけ上げないようにと書かれています。それはそうなのですが、先ほど城戸委員からもありましたように、加入者と事業主はこれで良い、10.0%が妥当であるとは決して思っているわけではないわけです。

また、これは協会さんだけの問題ではなく、厚労省、国の問題ではあるんですけども。お願いは、協会としては保険料率を下げられる場合は下げるという意識は常に根底に持っていた上で事業運営をして頂きたいということです。加入者、事業主からの切なる要望です。この文面を読んでいますと、10.0%が当たり前というふうにしかり読み取れないのです。これには非常に疑問を感じる方も多々いらっしゃるのではないかと思います。この点のお願いでございます。よろしくお願いします。

○田中委員長 ありがとうございます。

○企画部長 3月に入りまして、各地方の新聞等におきましても、保険料率の改定のお知らせという広報をさせていただいております。ご指摘、保険料を負担されている皆様にとって納得がいくような説明を心がけていくというのを昨年来申しておりますので、そういった点を十分頭に置いて広報、説明を続けていきたいと思っております。

○田中委員長 加入者、事業者の声をお聞きしている、この会はとても大切だと思いますので、しっかりと心にとめてください。

ほかによろしゅうございますか。ないようでしたら、事業計画及び予算（案）については、本日、事務局から説明のあった内容で了承することとしたいと存じますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○田中委員長 心構えとはまた別として、案としてはこれで了承いたします。事務局においては、国に対して所要の手続を行ってください。

○企画部長 はい、ありがとうございます。

○田中委員長 次の議題です。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2. インセンティブ制度について

○企画部長 インセンティブ制度（試行実施）案というものがございます。資料2でございます。その後ろに、1枚紙ですが、参考資料1というのをつけてございます。参考資料1、インセンティブ制度に関するこれまでの運営委員会における主な意見というものを1枚紙でつけさせていただいております。

インセンティブ制度につきましては、これまで昨年来、皆様に熱心なご議論、あるいはご指摘をいただいてまいりました。その中身の意見の概要をまとめさせていただいたのが参考資料1でございます。これを用意させていただきました。

繰り返しになりますが、制度の基本的な考え方、あるいは加入者の方の行動や意識が結びつくのがポイントであること、支部が納得できるような制度、あるいは制度として保険料に影響が出るものなので、公平感、納得感が重要であるというようなさまざまなご意見をいただけてきました。こうしたご意見も踏まえまして、ことしの1月の運営委員会の後、事務局で支部の意見等も聞きながら、インセンティブ制度試行実施案を詰めてまいりました。本日は、その案についてご議論いただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

では、具体的には資料2で説明させていただきます。お聞きください。

まず、インセンティブ制度の導入ということで、基本的な考え方をしっかりすることが大事だろうということで、これまでの議論、制度の仕組みも踏まえてまとめたものが1枚目でございます。最初の○でございますが、現行の加減算制度が既にあるんですが、これは協会けんぽも含めた全保険者を対象とした制度となっています。ただ、実際には、加算・減算となる保険者が限定されておりますことから、協会けんぽ自体は加算・減算がされていない。制度の枠には入っているけれども、加減算されていないということが現状であるということです。

2番目の○ですが、一方で医療保険制度改革骨子におきまして、この加減算制度について30年度から見直すということが言われております。具体的には、鍵括弧にありますとおり、「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ため、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す」とされております。

「また」でございますが、この加減算制度でございますが、医療保険それぞれ加入者の属性、保険者の規模などがさまざまでございます。保険者ごとに状況が異なります。こういった中で一律の土台で実績を比較することは不適切であるとの指摘も検討会等でなされてきておったようでございます。

このため、平成30年度から新たな加減算制度では、母体となる企業がその従業員を加入者として設立した保険者という点で、共通基盤を持つ健保組合と共済組合を対象とする制度とする。一方で私ども協会けんぽについては、事業所が協会に強制加入しているものであって、保険者としての性質が異なるということがあって対象外とされておるということでございます。

その上で、日本再興戦略改定2015におきまして、協会けんぽについては「新たなインセンティブ制度の創設に向けた検討を行う」とされておるということがこれまでの流れでございます。

一番最後に書きましたが、このように、今回の加減算制度の見直しというのは、保険者ごとの基盤や特性を踏まえて、それぞれの土台の上で行われるものであるということで、インセンティブ制度として実績、努力に報いる設計としたいということでございます。具体的には、後期高齢者医療制度への拠出金をベースにして、報奨制度とするという方針でこの全体の組み立てをしたものでございます。

2ページ目に行きます。制度の概要でございます。制度の趣旨を一番上に書いておりますが、上のような流れを受けまして、新たに協会けんぽ全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、インセンティブ制度の財源となる保険料率を設定するという仕組みにしてはどうか。その上で支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価して、その結果が上位過半数となる支部については、報奨金によるインセンティブを付与する形ということで、具体的には制度のイメージでございますが、47支部で共通に広く薄くインセンティブ制度の財源となる保険料率分をもって、この中で支部ごとに、後で説明しますが、数値でランキングしたものについて上位のものを報奨するという形で、報奨が得られた支部については保険料率が下がる方向に行くというような仕組みとしてはどうかということでございます。

箱の下に①②とありますが、評価指標についてでございます。最初の■ですが、特定健診・特定保健指導等の実施率、要治療者の医療機関受診割合、後発医薬品の使用割合などの評価指標に基づいて実績を評価する。評価方法というのは偏差値方式として、素点を50とした上でランキングづけをするというようなこと。

③の支部ごとのインセンティブの効かせ方についてでございますが、保険料の選定方法を見直してインセンティブ分の保険料率として新たに全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率、28年度は全支部一律で2.1%ですが、この中に一定の率を盛り込むということを考えております。

次のところですが、新たな制度導入となりますので、激変的な緩和措置、経過措置的な話として、3年間で段階的に導入していったらどうかということを書いてございます。

その上で評価指標に基づいて全支部をランキングづけして、ランキングで上位過半数に該当した支部については、支部ごとの得点数に応じた報奨金によって段階的な保険料率の引き下げを行うという制度設計でいかがでしょうかというような案でございます。

スケジュール的な話ですが、3ページをご覧ください。これまでご説明してきた中身と変わってございません。インセンティブ制度につきましては、一番上の箱ですが、導入スケジュールにつきましては、29年度から試行実施を行うということで、この試行実施の段階では保険料率に反映はしないということでございます。30年度から本格実施ということを始め、その結果につきましては32年度の都道府県単位保険料率に反映するというようなスケジューリングでございます。

4ページでございます。評価指標、評価指標ごとの重み付けについて、少し具体的なところですが、基本的な考え方でございます。これまでさまざまなご意見もいただきまして、評価指標の選定の基本的考え方をまとめました。一番上ですが、当然ながら、加入者の方々、事業主の皆さんの負担する保険料率に影響を及ぼす制度であるので、単に保険者が取り組みを実施しているか否かといった指標ではなく、加入者や事業主の行動も評価されるものを選定するという。また、制度の公平感、納得感を担保するため、可能な限り定量的な指標を選定する。あとは費用対効果やマンパワー等、支部における実施可能性といった点にも配慮するというような3点を基本方針としております。

また、次の○ですが、これらの評価指標の実績値につきましては、既に支部ごとに差が生じている状況ですが、仮に毎年度の実績値のみで評価を行った場合には、支部ごとの順位が固定化するおそれがございますので、単年度の実績値のみではなく、前年度からの実績値と伸び幅、伸び率なども評価指標として一定の割合で評価する必要があるという考え方でございます。

次の○でございますが、実績値の算出方法、例えば健診を受診する受診率について、どういった分子、分母でやるかというような話でございます。言葉で書いてあるのがわかりにくいので例でお話ししますと、例えば本社が東京にある会社で一括適用している場合には、東京支部の加入者に皆さんとなっております。その方が例えば札幌の支社で働いていらっしゃって、健診を札幌で受けた場合、要は北海道支部が実施している健診を受けた場合、どちらでカウントするかというようなことでございます。

そののところにありますように、支部の加入者のうち、健診受診者数で見ると、あるいは②は支部の都道府県内の健診機関による健診受信者数、他支部の加入者が含まれるという場所で見ると、加入単位で見るとかというようなことでございますが、考え方としましては、「今回のインセンティブ制度では」と書いてあるところですが、加入者の負担する保険料率にその結果を反映することになりますので、加入者自身のみずからの行動について、みずからが加入して保険料を負担する支部の実績として評価されるように、①加入支部単位で

の率のほうが適当であると考えております。

次の○のところは、実績値の算定時期は通年ベースのデータを用いようということでございます。

最後のところは考え方の整理でございますが、なお、支部ごとの医療費適正化の取り組みの成果については、医療給付費の抑制を通じて既に現在の保険料率に反映されております。一方で、今回のインセンティブ制度においては、現在の加入者が高齢者となった際の将来的な医療費の適正化に資するという点で、後期高齢者支援金に係る保険料率にインセンティブを働かせるということであり、対象が異なるものであるという考え方の整理として記述をいたしております。

続きまして、5ページ、6ページでございます。具体的な指標の実施案でございます。これらの指標で試行をさせていただければと思っておりますが、まず、冒頭に本格実施に向けた検討課題ということがありますが、支部ごとの地域的事情も実際に数値を出していきながら、指標の検証、見直しをしていく必要があるだろうと思っております。

その次のポツ、指標ごとの結果のばらつきです。この指標でやってみると、ばらつきぐあいが予想よりもちょっと違ったとか、そういったことがあったら、どこに持っていけばいいのかというようなことを検討する必要が出てくるかもしれませんという前提つきでございます。

その上で、1番の特定健診等の受診率ということでございますが、算出方法は先ほど言いました、その支部の被保険者数、被扶養者数分の実際に健診を受けた人の数というようなことで、①が健診の受診率そのものを6割ぐらい点数で見ようかと。②が対前年度の上昇幅を見るということ、③は受診件数の伸びを見るということでございます。例えば同じ5,000人が増したといった場合でも、都市部ではなかなか率に反映しない。分母が大きいというところもありますので、率と件数双方を20%、20%で見ようというようなことを想定しております。

2番目が特定保健指導の実施率でございまして、ご覧のとおり、1番と同じような計算方法でございます。

3番目が特定保健指導対象者の減少率ということで、分母が前年度特定保健指導該当者であって今年度も受けた人であります。分子は(A)のうち、特定保健指導の非該当となった者などの割合を見て減少率をはかろうというようなものでございます。

4番目が医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率でございます。これにつきましては、分母に自支部加入者のうち、本部からの受診勧奨の送付者数ということで、健診を受けられた方で受診が必要な方につきましては、本部から勧奨文書を送っておるということです。これを分母にしまして、実際にその通知を受けてから医療機関を受診した人の数を率であらわすというものでございます。これが4番でございます。

5番目につきましては、後発医薬品の使用割合ということで、使用割合を50%、対前年度からの上昇幅を50%ということで、この5つの指標で見たらどうだろうかという案にしてご

ざいます。

おめくりください。7ページです。支部ごとのインセンティブの効かせ方についてでございます。繰り返しになりますが、冒頭ありますとおり、この制度の趣旨として、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という趣旨を踏まえれば、全ての支部に今回のインセンティブ制度の効果を及ばせて、頑張った者が報われる仕組みとする必要があるだろうということを書いております。

また、協会けんぽにつきましては、新たな加減算制度の対象外となります。他の医療保険者との比較による新たな財源は見込まれません。言いかえれば、協会けんぽの中でのゼロサムの話であるということです。なので、まずは今回のインセンティブ制度の財源となる分について、支部間の公平性の担保にも配慮して、全支部が一律の割合で負担するように算定方法を見直すことが適当ではないかと考えております。

また、加えて、インセンティブ制度は保険料率に影響を与える新規制度であることに鑑みれば、先ほど申しましたが、段階実施という形が好ましいと思っております。

その上で、指標に基づいてランキングづけをして、上位過半数に該当した支部については、報奨金による保険料率の引き下げという形でのインセンティブを付与することが適当ではないかということでございます。

なお書きは、期間中に災害その他やむを得ない事情で適切な事業実施ができないような場合については、別途適用を外すというようなことを注意書きで書いてございます。

8ページの最後のところでございますが、8ページの下から2つ目の*のところでございます。インセンティブ分の保険料率や保険料率の引き下げ幅につきましては、試行実施をさせていただいて、その結果を踏まえて指標ごとの得点のばらつきとか、支部ごとに不合理な差が生じないかを確認しつつ、保険料を負担する加入者、事業主の納得性にも配慮して本格実施に向けて検討を続けていきたいと思っております。

なお、本格実施に向けて3年間は段階実施をできればと考えておりますので、段階実施の状況を踏まえて、3年やってみて改めて制度の検証・見直しができればと考えております。

案の説明は以上です。よろしく願いいたします。

○田中委員長 ありがとうございます。これについては今まで何回か議論して、委員から数々の質問がありまして、私も含めて疑問に思ったこと、問うた内容は参考資料1に載っています。これに答えている案なのですか。

○企画部長 これまで議論をいただいて、私ども、ご意見等を踏まえまして発想を少し改めて考えたのは、報奨制度にしたいということでございます。どちらかといいますと、いろいろとご意見をいただいたところでは、支部も含めてなんですけれども、インセンティブ制度がディスインセンティブ制度にならないようにというようなことで、どちらかという、ペナルティー的な感じを受ける制度と受け取られがちなところがございました。

それではいけないだろうということと、1 ページ目に書いてあるところにあるんですけれども、私どもの協会けんぽは47支部がございますが、1つの保険者でありますし、健保組合や共済はそれぞれ独立した会社単位のものでありまして、例えば健診の実施率とかについても、私どもと比べてばらつきがあるというような制度の基盤の違いがある。そのような中で私どもとして取り組むとすれば、報奨制度にしたらいいのではないかということが1つあります。そちらに重きを置こうということが1つ大前提になっております。

2点目は、先ほど申しましたように、他の制度と競争して財源を持つてくるという仕組みではございませんで、協会けんぽとして協会けんぽの中でインセンティブ制度を検討することになってございますので、その中ではみずから協会けんぽの中で財源を作るというようなことが必要となってまいります。この財源については、制度の趣旨を勘案して広く薄くみんなで持ち合って、それで過半の支部に報奨金という形で分けるというような仕組みが適当ではないだろうかということで考え方を整理したつもりでございます。

○田中委員長 では、まずは委員の皆様からのご意見、制度に関する質問でも結構ですし、そもそも論でも結構です。中村委員、どうぞ。

○中村委員 ただいま最後の説明にあった中で、インセンティブではなくて報奨制度ということは、頑張った人だけにとということなんですか。先ほどの事例がありました2ページの下イメージ図がございますね。これはゼロサムだと思うんですが、今、最後のご説明はプラスだけをする、加減ではなくて加える報奨制度という意味なんでしょうか、そういうふうに聞こえたんですが。

○企画部長 済みません、言い方が分かりにくかったかもしれませんが、まず、全体で共通で財源を出すという意味では負担をするという格好になります。薄く広くみんなで出し合って財源をつくる。そのつくった財源について、上位過半数に分けていくということになりますので、分けられた過半数については、保険料率が下がる方向に働くというようなイメージでございます。

○中村委員 逆のほうは保険料が多少は上がるということですね。

○企画部長 精算をしていくときに、そのところで計算をしたときに、過半数のところは下がる分と、あと持ち出した分について下がらないで若干プラスに働くところも出てく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 城戸委員、お願いします。

○城戸委員 大ざっぱな財源というのは、大体どれぐらいを考えられているのでしょうか。

○企画部長 本日の段階では、具体的な数字というのはまだ申し上げる段階でないかなと思っておりますが、趣旨としては、先ほどの閣議決定とか推進本部決定にもありますとおり、できるだけ薄く広く負担をすることというのがいいのではないかと考えております。各支部から、この間、意見をいただいたりしました。各支部の意見を見ていると、運営委員会でいただいたご意見と大体同じようなご意見でございまして、やるとした場合にあっても、やはり趣旨からして、なるだけ持ち合いは広く薄くやって、新しい制度なんだから段階的に入れていくほうがいいのではないかということでご意見がございました。

また、特徴的な意見としましては、もう1つありますが、例えば3ページ目をご覧ください。制度のスタートする時期が、激変緩和措置が31年度末までということになってきておりますので、ここで一旦これまでとられていました激変緩和措置が終わるということとございます。支部の皆様からしますと、ここで1つ制度の区切りがつくということで、この後にいきなり大きな上下が起きるような制度というのは好ましくないのではないかと。やるとすれば、全体の中で少しずつ持ち合って、少しずつ差が出る制度のほうがスムーズではないかというようなご意見もございました。

そういったことも踏まえながら、実際には、この指標でシミュレーションをしながら、率についてはまたご相談していきたいと思っております。

○城戸委員 あまり薄く薄くという考えだと、やる気がなくなるんじゃないですか。

○企画部長 そこはさまざまな意見があると思いますが、差をどれぐらいつけるのかという話も含めて、保険料率へのはね方というの、例えば1ページ目をご覧くださいますと、報奨が出る右側について、47のうち23ぐらい上に突き出ております。この幅が財源によってどれぐらい出てくるかというところも見ながら決めてい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 これまでの意見に基づいていろいろ工夫された内容かとは思いますが、やはりどう見ても支部の納得を得られるような制度にするのはかなり難しいと思います。そういった意味で、私としては、この制度導入そのものについては問題があるのではないかと考えていまして、納得していないということをもっと意見として言わせていただきたいと思っております。

その上で発言いたしますが、7ページに、基本的な考え方として「『頑張った者が報われ

る』仕組みとする必要がある」と書いてあります。この制度に納得できない根本は、頑張ったけれども報われないということがあつたし、もしくは大して頑張らなかつたけれども何となく報奨を受けられたということが起こり得る制度になる可能性もあり、どう考えても納得しがたいというのは、そこが一番大きな問題かと思つています。

なぜかというところ、この制度の導入による効果がよくわかりません。例えば国保では、保険料の収納率を引き上げるることによつて制度の安定性が高まる、という見える化された検討が行われていると思つていますし、実際、各国保の保険者は収納率を上げるためにかなり頑張つています。大都市の札幌市でも収納率はかなり向上しつゝあつて、かつて70%台だつたのがもはや90%に近くなるぐらいになつてきているなど、効果の見える化が明確になつている状況かと思つています。ところが、検討課題の5ページや6ページを見ても、制度の導入で具体的にどのような効果があるのか全然イメージできないと思つているところでもあります。

そこで、厚生労働省に質問ですが、この制度で具体的にどのような効果が想定されているのかというのをお聞きしたいと思つています。最初に質問です。厚生労働省からお願いしたいと思つています。

○田中委員長 いかなる成果が期待されているかについてお答えください。

○厚生労働省管理室長 効果については、具体的なものではありませんが、保険者機能の強化が図れるのではないかと思つています。

○平川委員 どういうことですか。

○田中委員長 要するに、明確でないということですね。平川委員が一本勝ちましたよ。

○平川委員 多分このインセンティブの議論は今日の運営委員会で終わりですよ。

○企画部長 試行実施を4月から始めるという意味でございますので、試行して、皆さん、イメージがという話がありますので、当然この試行実施につきまして、これからのイメージですけれども、29年度上半期ぐらいの結果をこの数値データに当てはめてみて、実際の結果がどう出るかというのを、来年度の下期になると思つていますが、それを実際に出してきて、それでイメージを持ちながら、ご議論いただく場を引き続き持っていきたいと思つております。それを経て、30年度からの本格実施の案を固めていくということと考えておりますので、きょうで終わるといふつもりはございません。試行の案についてきょうお諮りして、よろしければ、4月からこれをベースにして数値をとる作業をしていきたいと思つているということでございます。

○平川委員 私は、そもそもインセンティブ制度を導入すべきではないと思っていますが、試行するという事はほぼ既定路線みたいな形になっておりますので、納得はしませんが、それであれば何が問題なのかということを中心に意見として言わせていただきたいと思います。

先ほど述べたように頑張った者が報われる場合もあれば、頑張った者が報われない、もしくは大して頑張らなくても報奨が受けられるという可能性がある制度が導入されると、ある意味制度の矛盾がどこかにバイアスとしてかかるかということ、懸念しているのは支部が相当無駄な作業や無駄な努力を強いられることが想定されるのではないかと思います。ですから、やはり支部に対していたずらに業務負担にならないということが当然重要ではないかと思っています。

また、多分支部の評議会が納得するかどうかということについては相当な難しい話が出てくるのかなと思いますが、支部が納得するための最大限の努力を行うということに協会本部としての役割があるのではないかと思います。

それから、本格実施に向けた課題については3年間の段階的实施の状況を踏まえて本格実施していくという形になっているかと思いますが、これは質問ですけれども、本格実施に向けた検討課題で、5ページ、6ページで評価指標が書かれていますが、これは本格実施後も場合によっては状況変化があれば見直していくということもあり得るのでしょうか。

○田中委員長 どうぞお答えください。

○企画部長 まず、試行の段階で29年度ですので、料率に反映しない範囲で試行をやってみる。その段階で、この数値等について、例えば率が少し違ったほうがいいのではないかとかがあれば、もちろんそれを見直すことはできると思っています。その後、本格的に段階施行していこうと思っているんですけども、30年度からは実際に保険料率に反映する取り組みになりますので、その取り組みを進めていきながら、各年度、実際に検証していきながら進めていきたいということでございます。

最後に書いたのは、まず制度を試行して、30年度から段階的に率を少しずつ上げていければと思っているんですけども、その段階で3年やってみながら、その状況を見てインセンティブの効かせ方を含めて制度全体の検証・見直しと書いてございますので、その数値、設定の指標も含めて全体をどうしていったほうがいいのかというのは見直しをかけていければと思っています。

○平川委員 最後にお願ひですが、例えば後発医薬品の使用割合は、常に沖縄と徳島の状況が話題に上りますが、その使用割合の差がなぜ生じるのかということをしかりと解明して行って、明確にこうすれば改善されていくのだということが見える化されるようにしていかないと、支部の方も努力のしようがないと思います。特定健診の受診率であれば、どうい

改善をすれば受診率が向上していくのか、保健指導もそうですが、実施率の向上に向けてどういうことをすれば伸びていくのかということの見える化も早急に必要かと思っておりますので、その検討もご検討をお願いできればと思います。

以上です。

○企画部長 ありがとうございます。ご指摘は、ためにする指標であってはならないということだろうと思います。それぞれの指標につきまして、例えば特定健診・特定保健指導等につきましては、先ほどの事業計画で申しましたけれども、次期計画の中でも重要な指標にもちろんなっておりますし、後発医薬品の使用割合につきましても、冒頭で言いましたけれども、80%をできるだけ早い時期にという全体の目標がある中での取り組みとなっておりますので、それぞれの事業につきまして、本部、支部それぞれ取り組み課題を解決しながら進めていく。一方で、この指標がどういうふうな出方をするかということも検証しながらいくということで進めていければと思っております。

○田中委員長 ほかにはいかがでしょうか。では、小林委員、石谷委員の順でお願いします。

○小林委員 意見としてお聞きいただきたいのですが、私どもは全国中小企業団体中央会とともに、協会けんぽの平均保険料率10%を超えないということに関係方面に要望しております。激変緩和の措置も終わりに近づきますので、保険料率の変動というのは落ちついていくものかと思いますが、正直言って先行き不透明な経済情勢ですので、さらなる保険料率のアップが望ましいとはとても言えないと思います。

私は前回、インセンティブについてはプラスの分だけでいいのではとお話ししましたが、財源がないわけですので、そうすると、広く薄く負担をしていただいて、その財源を確保するということになるのかと思います。ただ、それも過度な負担にならない。実質的に保険料率が上がるわけですので、その部分の料率がどのくらいなのか、それが過度になってはならないということです。

もう1点は、評価指標の設定だと思うのですが、この辺の率であったり、そういったものを含めて試行するというものですから、当然数字は出てくると思います。これではあまり効果がないということも出てくるでしょうし、また数字がどのようになっていくのか。それから、当然保険料率の低いところが必ずしももっと低くなるのかということではなくて、高いところでも低くなっていく要素があるのだということを私は期待したいわけです。

例えば、先ほどお話がありましたジェネリックの利用促進についても、沖縄県は80%を超えています。一方で、徳島県は58%にとどまっています。そうすると、どちらの伸び率に可能性があるかということ、私は徳島県のほうがアップ率は数字としては出てくるのではないのかなと思うのです。そのときに、今まで頑張った都道府県はどうするのかということも含め

て、やはりさまざまな観点から検討していかなければいけないだろうと思います。これが最終的には被保険者の健康増進や将来的な部分で全体の保険料が引き下がるというところに結びつけていかないと何の意味もないのではないかと私は思います。まずは試行して数字を出していただき、それを我々に見せていただくということで進めていくしかないのかと思います。

○田中委員長 ありがとうございます。石谷委員、どうぞ。

○石谷委員 ご説明をお聞きして、非常に苦勞をされてここまでこられたというのはよく理解はできるんです。ただ、今、各委員がおっしゃったように、加入者、事業主の立場からいいますと、いろんな問題点があると思います。それも微修正はするということなんですけれども、端的に考えましても、やはり各支部により年齢構成ですとか所得構成、それから職業的な構成など色々な違いがあると思うんですね。そこをどう考えるのか、だと。最終的な目標は先ほど出なかったですが、医療費の軽減ということだと思います。

だから、その辺も踏まえ各支部の特徴を考えますと、私が懸念するのは、29年度試行1年だけの実施ということで、大丈夫なのかなというのが正直な気持ちです。いろんな細部の問題があると思います。これから非常に大変だと思います。そういうことを踏まえた上で進めていただかないと、支部単位といっても、各県によって要因が全く違うわけですから、幾ら微修正して偏差値をつけるといったところで、根本的なものが違っておりますので、非常に難しい問題があると私は思います。ぜひその点の検討をよろしくお願ひしたいと思います。

○田中委員長 試行実施というのは何を実施するんですか。

○企画部長 実際にこの5ページ、6ページの指標に基づいてランキングづけをしてみるということでございます。

○田中委員長 それを公表するわけですか。

○企画部長 そうですね。運営委員会において、途中経過も含めて議論を提供できればと思っております。

○田中委員長 私も一委員として感想を述べると、平川委員に近い立場で、まず本義、社会保険制度は自助の連帯の制度である、それを崩してしまっはいけないわけです。このインセンティブ制度を入れることによって当然マイナスもあります。プラスもあるでしょう。しかし、反対もあるでしょう。この制度に対する人々の気持ち、各支部におられる加入者並びに事業主の方々が、この制度に対してどういう反応をしたかを捉える統計もとらないと、単

に数値だけで、あなたの支部はこれだけ保険料がプラスになります、マイナスになりますよだけではなくて、こういう制度に対して支部ごとに、この制度がいいと思っているか、悪いと思っているか、満足しているか、していないか、そちらもとらないと、この制度はできるだけ広く薄くと言っていますから、広く薄くとした結果、連帯感が失われてしまってはいけません。

特に県同士よりも1つの支部の中で、例えば町が幾つかあって、ある町では非常に健診が進んでいるけれども、ある町では進んでいないときに、たくさん健診を受けているほうからすると、全体でどうせペナルティーをかけられるならば、余り健診をしない、余計なコストをかけるなどというディスインセンティブが働いてしまっては困ります。

それから、石谷委員の言われたことも大変大切で、制度間、支部間で何らかの財政按分を行うときには、普通、加入者の性質などに伴う調整を行います。例えば加入者の性、年齢、所得別調整を今の保険料率の差の算出の際は入れています。では、この健診制度を受けやすい、受けにくい、例えば企業規模の差、従業員5人のところと従業員100人のところでは、どちらが健診を受けやすいだろう。恐らく100人のところのほうが受けやすいはずですが、そうすると、企業規模の差とか、所得の差とか、いろいろなことを反映せずに、ダイレクトにそれだけでインセンティブと言われると、何か調整が足りない感じがします。

だから、どこまで制度設計を細かくするかは別ですが、少なくともこの制度が協会けんぽ全体の連帯感を壊さないように、しっかりと加入者の意見を聞くプロセスもあわせて試行しないと、私は危険だと感じています。

よろしいですか。委員長としての意見ではないですから、どう拾っていただくかは別として、インセンティブ制度は悪いほうに振れたときの穴、リスクを伴う制度だとの感じがどうしても否定し切れない。だから、そのために試行するのでしょうかけれども、試行の制度設計もまた大切です。

ほかにいかがですか。城戸委員、どうぞ。

○城戸委員 先ほど委員が言われたように、現在80%のところは伸び率の余地が100%までもう20%しかない。逆に50%のところはまだ50%伸び率があるので、目標に行っていないところに負担増をしてもらい、そこが頑張ったら負担が減りますよという仕組みが必要ではないかと思います。大分が健診率がものすごく上がった割には医療費が変わらなかった、ということがどうしても頭の中に残ってしまっていて、期待した成果が本当に出ているのかなという疑問もあります。ただし、不公平にならないような評価をされて、チャレンジしてみるのもいいのではないかなと思います。もし結果が出なかったらやめてもいいので、何も対策をしないよりやってみた方がいいのではないのでしょうか。

○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。

では、インセンティブ制度の試行実施については、事務局の原案をベースとしつつ、きよ

うの運営委員会で出た懸念や意見、応援する意見も含めて、それを適宜反映させて、事務局においては来年度、試行実施に向けた準備をしてください。その上で平成30年度からの本格実施に向けた検討材料をきちんと得るようお願いいたします。

では、その他についての資料が提出されていますので、事務局から説明をお願いします。

議題3. その他

○企画部長 熱心な議論ありがとうございました。いただいた意見をもとに、また相談しながら進めさせていただければと思っております。

最後に、その他の資料についてご説明をいたします。

まず、資料3でございます。29年度運営委員会の主な議題とスケジュールでございますが、例年のことでございますが、次回7月に決算を公表する時期がございますので、そのタイミングで次回は開かせていただければと思っております。

資料3の左側に議題等と書いてございますけれども、事業計画案の中でもご説明しましたが、第3期アクションプランの効果検証、あるいは第2期データヘルス計画の策定に係る検討などを控えてございます。それとインセンティブ制度の本格実施への検討というのが下から2番目の箱に書いてございますが、こういったことを7月以降順次ご相談させていただきながら、お諮りしていきたいと考えております。

資料3は以上でございます。

資料4でございますが、東日本大震災に係る一部負担金免除等の取り扱いということで、現状①にありますとおり、警戒区域等の被災者に係る一部負担金の免除の期限が29年2月末までとなっていたものにつきまして、30年2月末まで免除を延長するという措置をとっております。②は健診・保健指導の費用の還付につきましては、30年3月末までということで延長措置をとったというご報告でございます。

裏面は熊本関係でございます。熊本関係につきましては、29年2月28日までが住宅の全半壊等の方に対する一部負担金の免除ですが、これにつきましても9月30日までの延長ということで措置をとってございます。ご報告でございます。

最後に、2点ほど最近分析をしたものについて簡単にご紹介をさせていただければと思います。資料5-1でございます。協会けんぽの適用状況の分析ということで、最近、協会けんぽにつきまして被保険者、加入者が増加してきているということで、お聞きいただければ1ページにあるんですけども、右肩上がりに事業所数、被保険者数が伸びてきているということでございます。これについて分析を試みてみたものでございます。

具体的にどのような分析を行ったかといいますと、7ページをお開きください。上に矢印が3つございますが、冒頭、協会けんぽの被保険者が近年特に増加傾向にあります。この大きな要因としては、①日本年金機構で27年度から3カ年で厚生年金の未適用事業所の適用促進対策というのを実施しているということ、また、28年10月から厚生年金被保険者のパー

ト適用の拡大という措置がとられているということが大きな2つのポイントだろうと思われる。被保険者の増加というのは、当然ながら協会けんぽの財政にも影響を与えますので、これらの対策によって新規に加入した方の特性を見てみようということで分析をしたものでございます。

具体的には箱がございしますが、(1)がA、B、Cの期間の中で事業所自体が新規適用となって、それに伴って加入した被保険者というのがA、B、Cです。Cは特に28年10月からパート適用の拡大がございましたので、その時期を区切ったものでございます。(2)がまさにパート適用拡大の対象企業でございまして、501人以上の事業所に新規に28年10月から入られた方はどういった方だろうかというのをGという種別で見えています。(3)がその他です。この期間に新たな事業所としてではなくて、もともとあった事業所に、この期間それぞれに新規加入された方というような区分けで分類を試みたということでございます。

その結果が8ページでございます。8ページを見ていただきますと、(1)は事業所がこの期間に新規でできた、それに伴って加入した方でございます。A、B、Cそれぞれ見てみますと、平均標準報酬月額が29万円の後半ぐらいの方が平均であるということで、A、B、Cを見ていただきますと、平均年齢が44歳から45歳ぐらいの感じでございます。対して一番右の(3)の分類、その他の通常これまでであった事業所さんに新しくこの期間に加入された方の平均をとってみますと、平均標準報酬が21~22万円ぐらいになるということで、平均年齢も若いということでございます。

ということで、(1)と(3)を比べますと、この期間に新たな事業所が新規適用になって加入された方のほうが平均標準報酬が高目の方が多く、平均年齢が高い方が多いというのがわかったということでございます。真ん中の(2)でございしますが、これが501人以上で28年10月からどれぐらいの人が新規加入をされたかということで平均をとったものですが、この中にはパート適用拡大の方が入っているということでございます。平均標準報酬月額をとりますと16.2万円、平均年齢が45.2歳ということで、扶養率が0.34ということで、標準報酬月額が平均すると低くなるということで、かなりパート適用の方の影響が見てとれるということでございます。こういった分析をしております。

ちなみに、8ページの一番下ですが、厚生年金の新規適用事業所数を厚生労働省の審議会に出た資料を持ってきたんですが、27年度、厚生年金の新規適用事業所が15万7,000あったうち、加入指導によって本来被用者保険であるところが被用者保険ではなかった場合、例えば国保だった場合に、加入指導によって適用をされた事業所が9万2,000ということで、かなり多くのところが加入指導によって被用者保険に入っているという状況の中での数字でございします。

属性を見てみますと、9ページを見ていただきますと、期間中、新規適用と同時に新規加入された事業所と(3)、左と右を見ていただきますと、その他の新規加入を見ますと、新規適用と同時に新規加入された事業所は全体に比べると人数が少ないところが多いというような属性がわかりました。というようなことを、そのほかのものでも見たというのがこの資料

でございます。適用状況の分析ということで1つあります。

続きまして、説明は最後にしますが、資料5-2でございます。協会けんぽの特定健診・保健指導の経年効果を分析したものでございます。お開きください。2ページでございますが、分析方法というところをご覧ください。どういった分析をしたかといいますと、対象者については23年から27年度の5年間、継続して協会けんぽに加入した40歳から71歳の被保険者のうち、24年から27年、下の点線の枠囲みであるように、4年間連続して生活習慣病予防健診を受診した方です。かつ、24年度に特定保健指導に該当した方を追いかけて、同一対象者の追跡調査をやってみたということでございます。

3ページの冒頭に対象者数がありますが、男女それぞれご覧のとおりの数でございます。結果のところでございますが、積極的支援の対象の方では、特定保健指導の未利用者よりも保健指導を受けた方、利用者の1人当たり医療費のほうが低く出ましたということで、また、健診結果もおおむね利用者の方が改善する傾向が見られたということでございます。一番下のところですが、特定保健指導を利用することで、生活習慣が改善して、治療の必要性が低くなったことが推測はされるということで、医療費適正化に保健指導が効果があることが示唆されたのではないかとこのデータでございます。

具体的には、4ページ、5ページをお開きください。一番上ですが、メタボ傷病関係の入院外1人当たり医療費ですが、濃い線が特定保健指導を受けた方、薄い線が未利用者の方ですが、それぞれ1人当たり医療費をメタボ傷病関連で見ますと、利用された方のほうが低い傾向が見てとれたということです。その下が体重、腹囲でございますが、ご覧のとおり、24年に特定保健指導を受けた方を追いかけていますが、24年から25年にかけて太線の方のほうが体重、腹囲が下がっている傾向が出ているのがわかると思います。

さらに、特徴的なところで見ますと、7ページをご覧ください。7ページの真ん中、メタボリックシンドローム該当者の割合というのを見たものですが、男性、女性とも利用者のほうが未利用者よりも割合が低いというような結果のデータでございます。以上、協会けんぽの健診データを用いて本部でデータを集計して解析を試みたものでございまして、今回の機会に皆様にお知らせをしようと思ひまして資料を提出させていただきました。

残りの資料でございますが、ご紹介にとどめたいと思います。資料5-3、5-4は、例年お出ししておりますが、都道府県別、単位別の医療費の状況等をまとめた資料でございます。後ほどご覧いただければと思っております。

資料5-5でございますが、これにつきましては前回の運営委員会で埴岡委員からご指摘がありまして、都道府県単位保険料率の支部間のばらつきがこの協会発足後、縮んでいるのか、開いているのかというのが見られないだろうかとこのこととてってみました。結論から申しますと、標準偏差でばらつきを見てみたんですけれども、これは冒頭にありまして、医療給付費の年齢・所得調整後で激変緩和前の医療給付分の保険料率の推移をばらつきで見たものですが、結果で申しますと、ほぼばらつきについては変わっていないというよう

な状況でございましたので、ご報告をさせていただきたいと思えます。

あとは資料6、各種審議会の動き、資料7、保険財政に関する重要指標の動向ということで資料の配付をさせていただいております。今回は大部になりまして申しわけございませんが、説明は以上でございます。

さらに、ご紹介をしなければいけないものがありました。資料別冊1ということで、このテーブルにいらっしゃる方には29年度の各支部の事業計画が配付されております。

また、カラー刷りの資料でございますが、毎年、協会けんぽの調査研究につきましてフォーラム、来年度から調査研究フォーラムという名前でやりたいと思っておりますが、5月31日に、ここに記載されておりますとおり、「保険者機能のさらなる発揮に向けて」と題しまして、厚労省の宮本課長の基調講演、あるいはパネルディスカッション、各支部からの調査研究報告等のフォーラムを予定しております。ご案内でございます。

また、最後に「調査研究報告書」ということで、毎年度、調査研究についてまとめたものを出しておりますので、きょうは資料を配付させていただきました。

以上でございます。

○田中委員長 ありがとうございます。保険者機能の重要な要素は、こういうデータをきちんと分析して、さらに人々の意見を伺うことだと思えます。今いただいた資料5-1以下の統計はなかなかよくできた資料ですね。日ごろ運営委員だと、何となく文句ばかり言っているように聞こえるかもしれませんが、大変立派な資料をありがとうございます。

これらについてご質問、ご意見はございますでしょうか。お願いします。

○森委員 先ほどの資料3、今後のスケジュールの案のところ、実はここで議題等の中にインセンティブ制度の本格実施への検討と、きょうここでいろいろなご意見が出て懸念もある。先ほどインセンティブ制度のことの冒頭に、部長さんはこうおっしゃいましたね。資料4だったかな、要するに、ここでの議論とほぼ同じような意見が支部であったというふうに、そういう前置きをされましたよね。その中で、ほぼ同じかもしれませんが、しかし、逆に、先ほど平川委員もおっしゃったようないろんな懸念のそういうことが出ておったのかどうかということを1つ聞きたい。

もう1つ、ここで4月からスタート、いわゆる試行をやっていく。そうすると、ここで9月のところで本格云々とスタートしますね。そうすると、このところでその状況、あるいは支部の皆さん方のいろんな声が出てくるのかどうか知りません。そういうことをやはりきちんとフォローしていかないと、要するに、もう試行する。本格的云々なんていうことでダーっといってしまったらまた後で、要するに、社会保険制度が根本から基盤が衰えてしまったら、協会けんぽも大変なことになるのではないかと、その辺のことを考えていただきたいと思います。

○企画部長 ありがとうございます。支部からもさまざま意見をいただいております、懸念の声ももちろんいただいております。そういったことにつきまして、今後、運営委員会でどういう形でお示しするかということも含めて、支部等の現場での感覚の意見も聞きながら、それについても皆さんにご報告しながら議論が進めていければよいと思います。ありがとうございます。

○田中委員長 ほかはよろしゅうございますか。

では、本日用意されています議題は以上になります。本年度の運営委員会は本日が最後です。

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 本日も大変ありがとうございました。次回の運営委員会の日程につきましては、調整の上、追ってご連絡いたします。

なお、本日は資料が大部になっておりますので、どうぞ皆様におかれましては、お手元にあります封筒の上に置いていただいて残していただきましたら、後ほど郵送させていただきますので、ご活用ください。

本日はどうもありがとうございました。

○田中委員長 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)