

## 全国健康保険協会運営委員会（第91回）

開催日時：平成30年3月20日（火）15：00～16：39

開催場所：アルカディア市ヶ谷 富士（東）（3階）

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

- 議 事：1. 保険者機能強化アクションプラン（第4期）（案）について  
2. 平成30年度事業計画及び予算（案）について【付議】  
3. 健康保険法施行令及び健康保険法施行規則の改正について  
（インセンティブ制度関係）  
4. 協会けんぽの適用状況等の分析について  
5. その他

○田中委員長 皆様、こんにちは。定刻となりましたので、ただいまから第91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、中村委員が都合によりご欠席です。埴岡委員は特に連絡がないとのことなので、いずれご到着になるでしょう。

本日もオブザーバーとして厚生労働省より出席いただいております。

早速議事に入ります。

まずは第4期保険者機能強化アクションプランについてです。アクションプランについては、昨年末の運営委員会においておおむね皆様の意見を集約したところであります。本日は、それ以降に必要な修正を行った部分について、事務局から資料の説明をお願いします。

### 議題1. 保険者機能強化アクションプラン（第4期）（案）について

○企画部長 ご説明いたします。資料1でございます。

昨年来、第4期のアクションプランにつきましては、骨格の段階から運営委員会におきましてご意見をいただきながら進めてまいりました。昨年12月の段階で内容はほぼ固まっておりますけれども、本日は、その後数値を新しくしたところが若干ありますので、変更点をご説明させていただきます。

4ページをお開きください。加入者数のところですが、とれる直近の数字、事業所数につきましても同様に置きかえております。

続きまして23ページでございます。④のジェネリックのところでございますが、29年11月時点での72%に更新しております。

最後に、32ページ、参考指標のところでございます。関連する指標で、国の報告数値等を載せておりましたが、32ページのところでは、DPCに関する国の調査がございます。これにつきまして、28年度の数値が新しく出ましたので、それに置きかえてございます。

最終ページでございます。33ページでございますが、これも国のほうで健康寿命につきまして、報道等もございましたが、新しい数字が出ましたので、それに置きかえてございます。

修正は以上でございます。よろしく願いいたします。

○田中委員長 修正はおおむね新しい時点の数字に変わったことのようにですね。皆様、何かご質問はありますか。どうぞ、森委員。

○森委員 ありがとうございます。このアクションプランで、今回またきちんとしたものを送っていただいて、読み返してみたときに、これは私の感想も含めてですけれども、実は5ページのところで、「また」というところから、いろいろな意味で30年度から大きな変革と申しますか、こういうことの中で、ちょうど協会けんぽが発足をして10年を迎えた。そういう中で、ある面では、またページ数を申し上げますと、11ページの一番上の段に「地域間格差について、どのような要因が」と書いてあります。それから、23ページの上から2つ目のぼつ、「また、医療提供体制や医療費の状況については都道府県ごと」となっております。もう1つ、最後に26ページの「組織体制関係」①の2つ目のぼつ、「支部ごとに業務量に応じた」と。

私は、実は10年たったところで、大きな制度改革を含めた変革の中で、今までずっと本部がいろいろな意味であれしてきたけれども、支部が自分たちの力を発揮しなければいけないんだということ、それにはもちろん人的な配置も含めて、あるいはこちらの協会本部が持っているらっしゃる、後ほどいろいろなデータが、これを最大限展開して、例えばパイロット事業も含めて、あるいはこのパイロット事業は、今まで支部が自分たちで考えてやれよといったが、今度は本部も、そこにどういうものをやったらいいかということを含めた、いろいろな意味で、私は支部に力を発揮させないといけないんだと、ある面では、支部自体の自立を含めたそういうふうな展開になっていくのではないかなと。

昨年末のときもそうだったんですけれども、保険料率が約1ポイントの開きが出てきてしまった。こういうことを解消していくには、確かに医療資源がいろいろ偏在していることはあるかもしれないけれども、しかし、支部として何か考えてやらなければいけないこと、こういう力を発揮させるような、そういう仕組みを今回のアクションプランはつくったのではないか。それに基づいて、恐らく平成30年度の事業計画も、その3年をどういうふうに分割してやっていくか。そういう考え方になっておったのではないか。これは私が勝手に思っ

いるだけかもしれませんが、お考えがあったらお聞かせいただければと思います。

○田中委員長 お答えください。

○企画部長 ご指摘ありがとうございます。今回のアクションプランを作成するに当たりまして、委員、今ご指摘があったように、まず4ページの「2. 近年の協会けんぽをめぐる動向」ということで、第4期のアクションプランですので、本来であれば、ここから3年間を書けばいい話ではあるんですけども、ご指摘のとおり、協会けんぽ発足からちょうど10年ということと、30年が重要な年であることと、10年たってきました、私どもの取り組みということで、支部、本部との関係もあり、かつ保険者機能をさらに強化していく時期に来ていることを大きな節目と考えておりまして、ここを協会の中でも理事長以下で整理させていただいたところがございます。5ページのところにありますが、先ほど触れていただきましたが、冒頭「また」というところ、ここで「保険者としての意見発信を集中的に行うべきタイミングともなった」、まさにそういったタイミングであろうと思っております。

データに基づく事業というところが非常に重要になってきて、ビッグデータの時代と言われておりますが、私どもとして、まず本部で地域における、例えばジェネリックの率であったり、医療の動向であったり、その辺のところと、あとは健診実施率についても、地域での状況の違いがあるかということについても、30年度以降取り組もうかと思っております。そうした調査分析等も通じまして、本部と支部で役割分担をしながら、全体の調査分析に係る部分のところは本部で担いつつ、それに基づいて支部でさらに深掘りをしていく。それで実行に移していくところは支部という関係で、保険者機能強化アクションプランでございますので、機能強化ができるように取り組んでいければと思いつつながら、協会内部でも議論を重ねて作成したところです。

○田中委員長 埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 今のやりとりに触発されて、そういう大きなピクチャーを考えにやあかんなど改めて思いました。従来はアクションプランと事業計画がやや泣き別れになっていて統合感が少なかったので、課題としてそれを統合することと、アクションプランが牽引していたような前に進む力を合わせていくことがあったと思います。今回は、統合ということに関しては、事業計画とアクションプランがとても一体感がある、親和性のあるものになったのでよかったです。例えで言うと、アイススケートのパシュートで、アクションプランがちょっと前に行っていたので、ちょっと待って一緒になって、空気抵抗を少なくして、これからまた引っ張っていこうというところ。一体になれたので、またアクションプランで考えていたような日本全体をよくしていくというアウトカムに向けてやっていく感じを、また推進していくのだと理解していいかなと。

そのパシュートのやり方としては今日も話題になってくる調査研究事業もあり、様々なデータも出てきていて、それに基づいた理事長の各委員会での発言もあり、そして各支部がやっているパイロット事業とか好事例とか、ルーティンものを含めて、全部がアウトカムへ向かって推進されていく。そのときに柱立てとしては、「医療の質の改善」と「健康状況の改善」と「費用を効率的に使うこと」の3本柱が、全部一体になってパシュートしていくというイメージになるというのを今聞いていて思いました。そういう節目かなと認識したんですけども、そんな感じで捉えてよろしいでしょうか。

○企画部長 ありがとうございます。パシュート、私もオリンピックを必死で応援しておりましたが、本部と支部との関係はまさに両輪だとつくづく感じております。究極の目的に向かって、何よりもここに掲げておりますが、私どもの使命としましては、7ページにございます「基本使命」がでございます。保険者として、健康保険に入っていて、それぞれの皆様が利益の実現、幸せ、幸福度が上がるようにというのが我々の使命だと思っております。そこに向かっていくためには、やはりプランに沿って、我々事業体として、みんなで同じ目標を持って、47支部と本部でいこうということで、第4期の節目に当たりまして、埴岡先生が今おっしゃったとおり、データも使いながら、意見発信やチャレンジングなパイロットとかも絡みながら、1つ1つ前に進めていきたい。そういうプランを作成いたしましたという思いでございます。

○田中委員長 埴岡委員に褒められると、かえって事務局は何を叱られるのかと思っていたはずなので、よい方向に進んでいるとのコメントでした。ありがたいことです。

基本的に数字の修正ですので、これでよろしいですね。本日の提案内容で今後も進めていく扱いでよろしゅうございますね。

事務局は新たなアクションプランに基づいてさらなる保険者機能の強化に向けて着実な取り組みを進めてください。

次に、平成30年度事業計画及び予算（案）を取り上げます。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に基づく付議事項となります。最後に我々は決議しなくてはなりません。事務局から資料の説明をお願いします。

## 議題2. 平成30年度事業計画及び予算(案)について【付議】

○企画部長 説明いたします。資料2-1をお手元にご用意ください。

平成30年度事業計画、予算（案）でございます。法律上の運営委員会の議を経る事項となっております。これは協会全体での事業計画、予算でございますので、ご覧になってわかりますが、船員保険部分もついております。船員保険の部分につきましては、3月12日月曜

日に船員保険協議会において了承をいただいております。

まず事業計画につきましては、昨年来、運営委員会におきまして骨子のレベルからご相談をさせていただいてきたものでございまして、1月の運営委員会の時点から内容の変更はございませんので、ポイントのみご説明をさせていただきます。

お聞きいただいて、5ページの下の段ですが、30年度から新たに4期目のアクションプランがスタートし、このプランでアクションプランと事業計画の関係性を明確化するというところで、埴岡先生が今ご説明いただいたとおりです。3年後を見据えた重要業績評価指標、KPIをまずアクションプランで3年後を見据えたものをつくり、それとともに事業計画では、それを単年に置きかえて設定するというつくりで事業計画をつくっております。

6ページ目でございますが、協会けんぽの30年度の運営の基本方針を書いてございます。30年度、先ほど森委員からありましたとおり、地域医療構想を盛り込んだ新たな医療計画、あるいは医療費適正化計画、国保の都道府県化と一斉にスタートする年でございます。また、協会けんぽでは第4期のアクションプラン、あるいは第3期保健事業実施計画、データヘルス計画をスタートさせる大きな節目の年という認識のもとに、基本方針を3つ定めております。

1つ目が、基盤的な保険者機能を盤石なものとするということで、現金給付等の業務の効率化、簡素化、効率化を徹底する。あわせて、日々の業務量の多寡、優先度に応じて柔軟な業務処理体制を構築する。生産性の向上を目指すというのが1つです。

2つ目が、戦略的保険者機能の発揮をより確実なものとしていくということでございまして、客観的なデータに基づく効果的な意見発信、あるいはアクションプラン、データヘルス計画に基づく取り組みの着実な実施、先ほども話がありました、ビッグデータの活用やPHRなどの導入に向けて、将来を見据えた戦略的な対応をやっていくということでございます。

それらの対応をやっていく上で鍵となるのが組織体制、基盤となる人材でございます。人的資源の最適配分を行うとともに、人材育成を頑張っていくということを柱にしております。

この柱のもとに、7ページからはそれぞれの施策につきまして、今の3つの柱に基づいて重点施策と、なるだけ数値化できるものは数値化できるKPIを定めているということでございます。これは昨年来ご説明してきたものと内容は変わっておりませんので、省略させていただきます。

事業計画につきましては以上でございます。

予算のほうでございますが、31、32ページが予算になります。これは30年度だけの予算です。参考資料1、29年度予算との対比がありますので、これを見ながらご説明させていただきます。

予算につきましては昨年末の政府予算案の決定を受けて策定したものでございます。中身の骨格につきましては、昨年末にホームページにて公表し、1月の運営委員会において報告

をさせていただきました平成30年度の収支見込みと変わりません。

収支見込みのときには医療分と介護分とに分けてそれぞれお出ししておりましたが、留意点としましては、この予算案のつくり方としまして、医療分と介護分をあわせたものとなっているのが1つでございます。また、収入の部分で保険料等交付金というのがございますが、この中に29年度分の保険料で29年度中には未交付となっているもの、1,300億円ほどあるんですが、これがこの予算の中には入っているということ。そこが違いでございます。それ以外はこれまでのご説明と変わりませんが、ポイントを説明させていただきます。

参考資料1でございます。保険料等交付金でございますが、ご覧のとおり、29年度予算と比べまして3,342億円ほどふえて、約10兆6,000億円でございます。

国庫補助金でございますが、主には保険給付費の16.4%の補助でございます。これにつきましては、増減で見ますと、171億円ほどふえまして約1兆2,659億円となっております。医療給付費の増に伴うものでございます。

収入の増減で主なところは以上でございます。

トータルで30年度予算の収入が11兆4,177億円となっております。

一方、支出でございます。保険給付費につきましては約2,560億円の増ということで、主には、加入者がふえておりますことと1人当たり医療給付費の増の要因でございます。

拠出金等とありますが、下に並んでおります高齢者関係の支援金等でございます。これは347億円ほどの増にとどまっております。トータルで3兆5,216億円となっております。

次の段が介護納付金でございます。これは年末から年明けにかけてご報告をいたしましたけれども、昨年の予算と比べまして185億円ほど下がってきております。2号被保険者の持ち分が下がったことなどによりまして、持ち分が減っているということでございます。

下が業務経費でございますが、業務経費は185億円ほど下がっております。内訳で主なところを言いますと、4つ目、保健事業経費が168億円ほど下がっております。これは12月に説明しましたが、昨年度は第2期特定健診等実施計画の最終年度で、最終的な健診実施率65%を目指すということで、かなり高い目標のものと予算を積んでおりました。30年から第3期の計画が新たに始まるんですが、これは65%をまだ達成できていないものですから、6年後に65%を目指すというのが目標となりましたので、改めまして、6年の1年目ということで刻んであるということでございます。それが主な要因でございます。

また、一般管理費のところマイナスになっておりますが、これは12月に同じように説明しましたが、システム経費の減が大きいです。システム刷新後の安定稼働に伴う開発とか保守の減が要因でございます。

トータルで見ますと、計の2つ上、累積収支への繰入というところがありますが、5,800億円になります。先ほど申しましたこの予算のつくり込み上、1,300億円程度が29年度保険料の未交付分でございますので、これを差し引きますと、1月に報告しました30年度の医療分の累積収支への繰入で見ますと、4,500億円とご報告しておりましたが、それと合うということでございます。

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がありましたらお願いします。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 特に修正要望ではなくてコメントです。

先ほどの続きになるんですけども、このような形で事業計画が、これまでの流れからくると、かなり大幅に刷新されて、立てつけも変わってきて、一言で言うと、縦割りのから目的達成型の横軸が通ったものになったのが、改めて大きな変化だなと感じました。

これができた以上、今後の課題もそれに続いて出てくることになって、恐らく横軸のテーマ型になっているので、それに紐付けたこれからの事業の遂行を、みんなでどう意識していかなくちゃいけないかということだと思えます。そういう意味では、端的に言うと、戦略的なところの3つの柱、医療の質、加入者の健康度、医療費等の適正化に、自分たちの日々の活動がどこにどうつながっているかの紐付け感をしながら、日々の業務を運営するということ。

それから残課題としては、3本柱としたときに、1番の医療の質に紐付けられるものが、研究においても、パイロット事業についても、日々の事業でも、広報・情報提供活動でも少ない部分があるので、そこのところをしっかりとコンテンツを補充していく、活動を補充していく形が必要だということ。

それから、前回申し上げたことの繰り返しになりますけれども、予算立てについても、従来の費目別の予算だけじゃなくて、戦略機能強化に充当する費用対効果的な発想も考えていくことが、残課題としてある。たくさんある中の、今、私が思い出したものにすぎませんが、そういう残課題があったことを思いつつ遂行していただければと思いました。

○田中委員長 的確なコメントをありがとうございます。

森委員、お願いします。

○森委員 2～3質問をさせていただきたいと思います。

まず、10ページのところで、ビッグデータを活用したというところの最初のぽつのところ、これはまた後にも出てきますけれども、「ヘルスケア通信簿などの見える化ツールの標準化のため検討を行うとともに、健康宣言事業の基準の標準化に向けて、有識者を交えた検討会」、これが同じように、12ページの一番上のぽつのところにも再掲で出ておるとのこと。これはどういうことを行われるのかということをお願いしたい。

それから、11ページの2番目のところの最初のぽつ、「平成へ30年度からの特定保健指導の実施方法の見直しを契機として、新たな特定保健指導の手法の検討など、これまでの延長線上にない対策」、これは私は理解できなかったものですから、教えていただきたいという

こと。

もう1つが、12ページのジェネリックのところ、今までジェネリックは本当にいろいろな意味で取り組んでこられた。こここのところの最後の段落のところ「各支部の取組によるジェネリック医薬品の使用割合の変化を経年で分析することにより、改善の弱い部分に着目してマンパワーを重点配分する」、今までいろいろ取り組んで、まだ改善の弱い部分が私は理解できなかったものですから、その3つのことをお願いします。

○田中委員長 3つの質問にお答えください。

○企画部長 ありがとうございます。保健の部分は保健部長から後で説明させてもらおうかと思いますが、10ページの部分の「健康宣言事業の基準の標準化」のところは、今、各支部でそれぞれコラボヘルスということで、事業主の皆様とタイアップして、この事業所の方には健康宣言をしてもらうという、その事業所の健康状況、健診等の結果について、事業所分をまとめたものをお持ちして、一緒に取り組んでいくという取り組みをやっていることがございます。

大きく言いますと、その取り組みが日本健康会議で言うところのコラボヘルスの部分につながってきております。それが大前提でございます。古くは大分でまず健康宣言事業が始まって、それが全国に広がってきたんですけれども、これまでそれぞれの地域の特色に応じて、宣言のレベル感といいますか、これとこれとこれを宣言してくれば、宣言事業所になりましょうというのをやっております。大分から始まって、ここ最近、全国的には今度はいろいろな市役所とか県庁もこういうところに力を入れてきて、かなりいろいろな要素が出てきておるということで、全国的な今の状況をまず把握して、協会けんぽ全体としたら、こういったことは全国共通の取り組みとしたらどうだろうか、標準化がどういったことができるかを検討してみようじゃないかという話が10ページでございます。これまでそれぞれが立ち上げてきたのは非常に重要ですが、ここに来て、少し全国的にレベル観を合わせるとしたらどこのあたりがいいかみたいなども含めて、考えていこうということでございます。

11ページの2番のところは後ほど答えてもらいます。

ジェネリックのところでございます。ジェネリックにつきましては、12ページの④のところでございますが、今年度に入りまして、支部ごとの阻害要因を、院内処方の高いか低いかとか地域ごとに分析して、あるいはご本人のジェネリック拒否度、私は断りますというのが多い地区、少ないとか、それを分析したジェネリックカルテという47支部ごとにつくったものをつくりました。それを見ると、ほかの支部に比べて、うちの支部管内では、例えば薬局における説明の受けたところがちょっと少ないのかなとか見える化しました。それに応じて、各支部において、うちは、では、ここを頑張れば伸びるんだなというのが、少し当たりがつけられるようになったところまでできました。

それが今年度からスタートしまして、今度2年目に入るものですから、経年変化をみるこ



とができます。47支部、1年でどこまで見られるかというのはありますが、経年変化を追ってみて、例えばこの分野は、複数の支部で力を入れたら、伸び率の幅が大きかったとか、そういったことがわかってきましたら、改善がまだ低いけれども、伸び代がかなりあるというところについて着目して、マンパワーを重点配分しようという取り組みをやってみたらどうだろうかということでございます。ある種、分析結果に基づいて各支部が、今、我々はここが弱いところを重点的に取り組んだ結果を持ち寄って、再度全国展開をして進めていこうという取り組みでございます。

○保健部長 保健部でございます。特定保健指導に関する「これまでの延長線上にない対策を検討する。」についてでございます。

特定保健指導の実施方法につきましては、30年度から運用の部分でかなり弾力化されるといったところが国の基準で決まっております、例えば、特定保健指導に該当する方の初回面談につきまして、これまで検査結果が出ないとできなかったといったところですが、健診当日に、血圧や問診内容等その段階でわかっている範囲で初回面談の一部を行いまして、検査結果が出た後に、その検査結果等に基づいて行動目標を設定するといった、いわゆる初回面談の分割実施が可能となるのですとか、これまで保健指導実施後の評価につきまして、6カ月後に評価を行ってきたところでございますけれども、モデル事業といたしまして、3カ月後に一定の効果が出ている場合、保健指導の実績となるといった弾力化が行われるところです。また、支援ポイント数に捉われずに体重2キロ腹囲2センチ減少といった終了要件を満たすのに、例えばトレーニングジムを活用した保健指導を行ってみるなどといった新たな取り組みを届け出ることによって実験的に認めるといった弾力化が行われるところですので、できることが何かあるかといったところを含めまして検討させていただいて、実施に結びつけていければと考えているところでございます。

○森委員 ありがとうございます。これは当然当協会でもP D C Aをきちっと回して、もう1つ、いいことは横展開をしていく。それはせつかくこういう計画を立てて進めていращやるものですから、ぜひそうしていただければと思います。

以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。

石谷委員、小林委員の順で。石谷委員、どうぞ。

○石谷委員 ちょっとお教え願いたいので、以前にお聞きしたような記憶があるんですが、予算の分で、任意継続の保険料がマイナスになっておりますね。これは何か大きな要因がございましたか。収入のことなのでお聞きしたいと思いました。

○企画部長 数字的には数が減ということで、数字でどの分がというのはちょっとわかりませんが、加入者が増えておりますので、その分で任継というのは、1回やめて外に出られた方が任意継続なので、その分が減っているところがあるかもしれないなという感触でございます。

○石谷委員 ということは就職しているということですね。

○企画部長 加入者の分析をしてみますと、最近、私どもの加入の中で高年齢層の部分の方がふえてきているところがございますので、世の中的な動きの中で、あるいは一旦やめられたけれども、そのまま再雇用とか、そういった動きもあるのではないかと現時点では推察しております。

○田中委員長 なるほど。その数ですね。

○石谷委員 そうですね。国は65歳、70歳まで雇用って言っていますから、その影響が大きく出ているということで。

○企画部長 先ほど予算のところ、前期高齢者納付金がマイナスが立っております。これは、前期高齢者、65歳から74歳の方について、放っておくと、国民健康保険は医療費が高くなった退職後の方がいっぱい入るということで、大変なことになるということで、被用者保険との間で調整をしているというお金でございます。言ってみれば、被用者保険のほうがその割合が低いので、お金を出し合って調整しているということですが、これがマイナスになった要因を見ても、1つは、診療報酬のマイナス改定の影響が1つと、それと、65から74の部分の協会けんぽの加入者が総体的にふえてきているということがありますものから、自分で抱えている。国保を支援する側の部分が総体的に少なくなっているということもあって、若干ですが、ここが微減しているということもありました。

○石谷委員 ありがとうございます。

○企画部長 関連しまして、資料4-1の13ページをお開きください。特に下の図表のほうのわかりやすいと思うんですけども、これは、25年度時点と27年度時点でそれぞれの年齢階級ごとに、それぞれの医療保険で増減がどうであったかを見たものでございます。

ブルーが協会けんぽでございまして、緑が組合でございまして、赤が市町村国保加入者でございまして。これを見ていただくと、25年度から27年度の人数の割合の変化、総人口に占める割合がふえたのか、減ったのかを見たもので、ゼロから上がプラスになった。総人口に占める割合が、その年代でその医療保険の加入者の分はふえたのが上に出ているところです。こ

れで見ていただきますと、ほとんど全年齢層で赤い部分の帯が下に出ているのがわかると思います。この2年間でほぼ全ての年代層で、市町村国保の加入者数の割合が全年齢で低下したことがわかると思います。翻ってみますと、その分が上のブルーとか緑でございますので、特に青、協会けんぽの被保険者、薄い空色が被扶養者でございますので、協会けんぽの各年代層でのプラスに出ているところが幅が大きいのが見てとれるかなと思います。

○田中委員長 よろしいですか。城戸委員、小林委員の順にお願いいたします。

○城戸委員 最近民間企業からヘルスケアサービスの案内が届いたのですが、資料12ページのヘルスケア通信簿は各支部の事業の一環で行われているものですか。

○田中委員長 お答えください。

○企画部長 ヘルスケア通信簿とか、あと事業所カルテとかいう言い方をしております、基本的には、作成の一部を民間に委託したりしている支部もございますが、自分たちでつくっております。どういうことかといいますと、各事業所さんがこれから健康づくりに取り組みたい、健診実施率の上昇に協会けんぽと一緒に取り組んでいきたいと思いますという宣言をしていただくのが宣言事業になりまして、その宣言をいただいたところに、例えば、その会社の従業員の方の経年での健診結果の結果表、それとか、よく、これがあるとわかりやすいなどおっしゃるのは、同業他社との比較とか、あるいはその地域における平均との比較などを通信簿とか呼んで、見える化して、お持ちして、今こういう状況ですよというのをお話ししながら一緒に取り組んでいる、そういった事業でございます。

○田中委員長 お待たせしました。小林委員、どうぞ。

○小林委員 先ほどのアクションプランの中の18ページに、⑧の「オンライン資格確認の導入に向けた対応」というのがありまして、これを読んでみますと、もちろんことしの計画の中にもあるんですが、これ、ちょっと教えていただきたいんです。「USBトークンを配布し」ということで、下のほうに行きますと、一番下のところに「USBを配布した医療機関における利用率を50%」ということは、これは全医療機関ではないということですね。

これはなかなか普及がしないということがあるのかということと、3年間で50%以上にするという目標を立てているんですが、30年度の事業計画及び予算の9ページのところに、⑧で「オンライン資格確認の導入に向けた対応」というところがあるんですが、今年度は36.5%以上とするという目標があつて、なおかつ、16ページのところに、これはKPIのあれですけども、現実は今23.6%。数字的に低いか高いか、私はわかりませんが、これが今後改善をしていくという物すごく余地があるのか。それから、国でも32年ですか、そういうことを予定している、本格的導入ということですけども、これによってかなり事務

的なものが軽減されるようなことの計画なんでしょうか、ちょっと教えていただきたいと思  
います。

○企画部長 では、アクションプランの18ページのところが全体を書いておりますので、こ  
れに沿って説明します。

今、最後に小林委員からご指摘があったとおり、⑧の3つ目のぼつのところにありますと  
おり、国全体で32年度にオンライン資格確認制度を本格的に導入する予定で、今検討がまさ  
にされている状況でございますので、協会では、今これはモデル的に実施しているものであ  
ります。

もともと、前から話題になっておりますが、資格を喪失された方が喪失直後に保険証を持  
っていらっしゃって、そのまま医療機関にかかった場合には、資格喪失後受診となり、債権  
が発生してしまいます。それを後に債権回収をせねばならぬという状況になってございま  
す。なので、資格が切れた方が仮に保険証を持っていかれた場合には、それが資格が切れて  
いるよというのがわかれば、請求行為が行われぬということで、未然に債権が発生するの  
を防ぐことができます。資格確認がオンラインでできれば、非常に効率的であるというこ  
とで事業に取り組んでいるところです。

今、この事業に取り組んでいただいているところは、協力してくれる医療機関にU S Bを  
配付して、資格確認に特別な鍵が必要になってきますので、それでこの人は資格があるかを  
通信して確認していただく仕組みになっております。そのためには、U S Bトークンを利用  
してもらう必要がまずございます。それをお預けして、それで資格情報等を打ち込んでいた  
だかなくてはいけないものですから、手間も少しかかりますので、そこをご理解いただいて  
やっていただいております。現在、約2,600個のUSBトークンの事業規模でやっておると  
ころでございます。

これについては、18ページの2つ目のぼつですけれども、「利用率の低迷が課題となっ  
ているが、まずは」、医療機関にこういうのをやっておりますという周知とともに、利用率向  
上に向けて、好事例だったり使い勝手をよく説明して、利用していただくのをまずはやろう  
ということで、50%以上を目指そうということでございます。

○小林委員 わかりました。ありがとうございます。

○田中委員長 事業計画及び予算についてはよろしゅうございますか。

それでは、平成30年度事業計画及び予算（案）について、本日事務局から説明のあった内  
容で了承する決定でよろしいでしょうか

（「異議なし」の声あり）

○田中委員長 本委員会として了承することといたします。事務局においては、事業計画及び予算について、国に対し所要の進めを進めてください。

次に、インセンティブ制度の実施にかかわる健康保険法施行令及び健康保険法施行規則の改正について、報告事項がございます。事務局から説明をお願いします。

### 議題3. 健康保険法施行令及び健康保険法施行規則の改正について

(インセンティブ制度関係)

○企画部長 まず、事業計画、予算のご承認ありがとうございました。法律に基づきまして、これから厚生労働大臣への認可申請の進めさせていただきます。

続きまして、資料3をご用意ください。インセンティブ制度関係の政令と省令の改正についてでございます。

まず、これまでの流れですが、インセンティブ制度につきましては、平成30年度の取り組み実績をもとに、32年度の保険料率に反映する仕組みということでスタートすることになります。協会の保険料率の計算につきましては、健康保険法施行令とその下位の法令であります施行規則、省令でございます。これで規定されています。今般、この現状の規定にインセンティブ制度にかかわる部分を追加する必要があるということで、厚生労働省のほうで政令と省令を改正する予定になっておりますので、その概要をご説明いたします。いわば、政令、省令の改正により、インセンティブ制度が国の制度の中に位置づけられることとなります。

お聞きください。まず政令のほうでございます。健康保険法施行令の一部を改正する政令でございますが、まず政令のほうで制度、仕組みの大枠を定める格好になります。

「趣旨」のところにありますとおり、協会けんぽにおいて「保険料率の算定方法について、健康づくりを促すためのインセンティブ制度を設けるべく、協会の保険料率の算定方法に関して見直しを行うもの」ということでございます。

では、具体的に何が改正されるかというところでございます。協会の保険料率の算定方法におきまして、インセンティブ制度の財源として、支部被保険者の総報酬額に0.01%を、共通財源としてみんなで持ち合うという説明をしておりましたが、これを乗じて得た額をまず設定することともに、一方で、特定健診や特定保健指導の実施状況といった取り組みの状況に応じて、この財源から分配される額、政令上は報奨金と書いてございますが、これを保険料率に反映させるための規定の整備でございます。これまで説明してきましたとおり、32年度分の評価からは0.01ですが、それまでは段階的な実施で、0.004からスタートするというつくりになっております。

今まさに政令案が出ようとしているところでございまして、平成30年3月下旬、早ければ今週中ぐらいにこの政令が官報に載るといふ形と伺っております。

以上が政令の概要でございます。

めくっていただきまして、8ページでございます。政令のほうでは大枠が書いてありまして、計算のもっと細かいところについては厚生労働省令に書くと書いてありまして、それを受けた省令の案でございます。

「趣旨」のところですが、3行目のところ、政令の改正を受けて省令、施行規則について改正を行うものであるというつくりでございます。

2の「改正内容」でございますが、先ほど説明した政令の改正によりまして、「都道府県単位保険料率の算定にあたって、新たに、厚生労働省令で定めるところにより算定される報奨金の額」、取り組みに応じて報奨する額でございます。これが計算の要素となった。この省令の改正はその報奨金額の算定方法を定めるものであり、具体的には、評価項目としてこれまで5項目をご説明させていただきましたが、その5項目、健診の実施率、保健指導の実施率、対象者の減少率、勧奨を受けた方の医療機関の受診率、ジェネリックの使用割合の5項目で評価しますということをお願いしていました。この5項目を用いて計算することが省令に書かれるということでございます。

これも同様に3月下旬、早ければ今週中に公布予定でございます。

いずれも32年度分の保険料の計算から適用がされることになっております。いずれも厚生労働省のほうで作成されている改正資料ですけれども、経過のご報告ということでご説明させていただきました。

○田中委員長 ありがとうございます。こちらは報告事項ですが、説明について質問がございましたらどうぞ。平川委員、どうぞ。

○平川委員 この制度は、何回も言っていますけれども、制度として成り立つかどうかというのがどうもまだわからないところがありまして、これを単純に進めれば、率直に言って、支部が意味のない競争に巻き込まれてしまうのではないかという懸念がいまだにあります。その辺、どういうふうにこのインセンティブを導入していくか。制度はこういうふうにしやすくなっているのですけれども、導入の方法についての説明が今まで余りされていなかったような気がいたします。

質問です。制度はしましたけれども、これをどのように効果的に運用しようとしているのかをもう1回説明していただきたいと思います。特定健診実施率や特定保健指導の実施率等を含めて5点あったんですけれども、これをどういう形で支部単位で取り組んでいくのかということをお願いしたいと思います。もしかしら、これは支部にお任せです、丸投げですという形にもなっても困ると思いますけれども、その辺、説明をお願いできればと思います。

○田中委員長 説明をお願いします。

○企画部長 それぞれの事業につきまして、例えば健診の実施率等につきましてはK P I も定めておりますので、当然各支部が本来的に取り組む事業であります。その事業を各支部が取り組んだ結果を、30年度の結果が出ましたら計算することになりますので、いわばこういうインセンティブ制度が始まるのが、支部にとっても業務を行う上での1つ大きなものになるのは間違いございません。各支部におきまして、支部評議会でのご説明等していただいておりますが、本部のほうでも、今回、3月末に保険料率の広報を事業主様に送るんですが、そこでも1段目として、インセンティブ（報奨金制度）と少しわかりやすい形で広報するなどの取り組みをしながら、これから本部、支部一緒になって取り組んでいきたいと思っております。

○平川委員 導入するにしても、これは前にも言いましたけれども、支部間の競争条件が余りにも違い過ぎることもありますので、導入に当たっては、もう1回これは懸念を申し上げておきたいと思えます。

あと、これも以前、厚労省から説明を受けましたが、政省令で健康保険法160条第3項を根拠条項にしつつ、0.01%の保険料を上げるということですね。本当にこれが根拠法令として制度的に整合性があるものになっているのかどうなのかということ、これは厚生労働省のほうで説明していただければと思えます。

○田中委員長 厚生労働省、説明をお願いします。

○厚生労働省保険課課長補佐 保険課でございます。根拠法令は、根拠規定でございますように、健康保険法160条第3項という中で保険料率の算定方法が記載されておりますので、その中に今回のインセンティブ制度にかかる保険料を入れまして、それで制度設計をしているものでございます。ですので、160条第3項が根拠規定になるんですが、そういった中で、今回の事項等も、どういう事項にするかについては省令になるんですが、そういった中に定めた上で、それぞれ取り組みをしていただいた上で、報奨金と呼んでおりますが、そういった制度をなしているものでございます。

○平川委員 意見として言わせていただきますけれども、根拠法令には、保険料率の算定方法について本文に明確に書いてあって、今回のインセンティブ制度の導入に伴って0.01%という額については、どう見ても、私は読めないと思っております。これは意見として言わせていただきます。もしやるのであれば法律改正をすべきだと思います。

以上です。

○田中委員長 事務局、お願いします。

○企画部長 私が余り申し上げることではないかもしれませんが、4ページを見ていただきますと、これは政令の本文でございます。政令の本文「理由」のところに「被保険者及びその被扶養者の健康の保持増進並びに医療に要する費用の適正化に係る全国健康保険協会の支部における取組の状況を勘案したものにする必要があるからである」。この理由をもって政令が改正されているということでございます。この条文について、これは政令でございますので、内閣法制局の審査がされて、これによしとなった上で閣議決定という流れになっているものと思います。補足でございます。

○田中委員長 西委員、どうぞ。

○西委員 改正内容の中の④の「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」というところですけども、私が勤務しております会社も毎年健康診断を近所の医療機関で実施しておりますが、要治療だとか要精密検査と診断結果が出る者が何人かいます。会社側は検査へ行きなさいと被保険者に対して指導をしています。しかしながら、私たち被保険者は忙しくてなかなか行けないのが現状です。受診率を上げるために、会社側はそういう言葉をかけるようにしておりますが、どういうふうに受診率を上げようとしているのか教えてください。

○田中委員長 企画部長、お願いします。

○企画部長 ありがとうございます。この指標については運営委員会にお示ししてご議論いただきましたが、ここの受診率の向上については今どういうことをやっているかといいますと、協会けんぽの健診を受けていただいた皆様等について、要受診という方については、こちらから受診勧奨のお手紙を送らせていただいております。データをもとに、この方は医療機関に行ったほうがよいというのがわかりますので、その方々に受けてくださいねという受診勧奨のお手紙を出していることをやっております。この取り組みをやって、そうしますと、指標で言いますと、分母がそれを送った方々になります。分子がそれをいただいた方のうちで実際に行ってくれた方がわかりますので、そこの取り組みを指標にしているということでございます。加入者の皆様方にとっても、一人一人の行動が、インセンティブのもとになっていくことを十分周知しながらやっていくことが必要かなと思っております。

○田中委員長 森委員、どうぞ。

○森委員 このインセンティブ制度のことですけども、先ほどの委員のご発言とは、私はちょっと違うふうにとったんです。このインセンティブ制度について、ここで議論もし、どういう要因を入れるかどうかということはずっと積み上げてきて、その結果として、



0.004、0.007、0.01ですか、そういうふうに来てきた。そして、それぞれ5つの項目についても、当然支部間によって違うこと、そういう中で不協和音があっても、最終的にそれがコンセンサスを得られて、それに基づいて、この政省令は、ある面ではオーソライズされたものだとは理解したんですけども、違うんですか。

○企画部長 ありがとうございます。議論の経過をちょっとおさらいします。振り返って考えますと、インセンティブ制度自体は、最終的に政令と省令が変わったということですので、これは国の制度でございます。いわば、国の制度をつくるに当たって、初めての取り組みでもあるということもありますものですから、私どもとして、どういった制度で組んでいけば、加入者の皆様も含めてよりよい制度にしていきたいということでこれまで、去年の3月から運営委員会で議論をスタートして、その後、シミュレーション等をさせていただきまして、ご意見をいただいたのが経過だと思っています。

それぞれさまざまな意見がありましたので、29年12月に運営委員会の皆様から、これについての本格実施についてのご意見ということでおまとめをいただきました。

まとめとしては第89回の資料の2ページでございますが、本制度は、事業主、加入者の保険料率に直接影響を及ぼすものであり、慎重な対応が求められるが、事務局から提示された制度実施案においては、公平性等に一定の配慮を行いつつ、かつ段階的に導入することとしており、まずは別紙の制度設計案、先ほど申しました0.01を最終年で刻んでいくということ、あと、項目ごとに一定の率で計算することについて、本格実施を行うことについてはいいのではないかとということをごいただきました。一方で、本格実施後は、毎年度終了後、速やかに実績評価を行うとともに、その結果を踏まえ、上記の意見も参考に制度の見直しについて柔軟に検討していくべきであるということで、制度実施に当たっては、行動にもつながるように制度を十分周知してやってくれというご意見をいただきました。

私どもとしましては、かなり長い間ご意見を伺ってきて組み立てた、ここで言う制度実施案がそのままの形で政令と省令に制度化されていることだと認識しております。一方で、おまとめいただいたときにも、柔軟に見直しもやりつつ進めてくれというご意見をいただいておりますので、この趣旨に沿って取り組みを進めていきたいと思っております。

○田中委員長 インセンティブ制度についてはほかによろしゅうございますか。

では、この制度は来月から実施が始まります。引き続き加入者、事業者への丁寧な周知、広報、また必要なら支部に対する支援を行っていくようお願いします。

次に、協会けんぽの適用状況等の分析について、先ほどもちょっと触れていただきましたが、事務局から説明をお願いします。

#### 議題4. 協会けんぽの適用状況等の分析について

○企画部長 協会けんぽの適用状況の分析等、データ系の話を少しさせていただきます。資料4関係です。

まずは資料4-1でございます。1枚おめくりください。

適用の状況ですが、2ページの上の図を見ていただきますと、事業所数がブルーの破線です。被保険者数も制度発足以来かなり伸びてきている状況でございます。それに比べて被扶養者数が横ばいでもございまして、扶養率は下がっているのが大きな動きでございます。下が平均標準報酬月額動きでございますが、4月に新入社員の方が入られて、3月に退職者が出ると、1回その時点で平均標準報酬は下がります。それがまた年度途中に上がっていくということで、全体的には右肩上がりにきているという状況でございます。これがよく話している話ですが、今回は特に、時間の関係もありますので、7ページをお開きください。

短時間労働者への厚生年金適用拡大という制度改正がございましたので、この前後で短時間労働の方がどのような数の動きをしたかをちょっと追ってみました。

1枚おめくりいただいて、8ページでございます。これは制度改正が28年10月ですので、その前の1年が上の図表です。下の図表が28年10月1日直後の1年でございます。それを比較したものです。何をとったかといいますと、枠囲みで書いておりますが、標準報酬月額11万8,000円以下の方を拾ってみたということです。短時間労働者とみなして数字を拾ってみたということでございます。その心はといいますか、時給が1,000円で、週30時間の4週で大体12万円ですので、適用拡大が前の状況が4分の3以上の労働時間ということですので、週30時間以上。それより下の労働時間の方がどれぐらい動いたかを調べたものでございます。

まず上でございますが、制度改正前は、各年代層とも27年9月の時点と1年後の9月で単純に数を比較したんですが、赤点で囲んであるように、各年代層でむしろ減っていたということでございます。なので、実数として11万8,000円以下の被保険者の人は減っていたということでございます。

これに対しまして、下が28年9月から29年9月ですので、制度改正後どう伸びたかということ、ご覧のとおり、各年代層で上に出ていますので、実数としても11万8,000円以下の被保険者の方がふえたということでございまして、数で見ましても、全てが適用拡大の影響とは、そこまでは言い切れませんが、傾向としては制度改正の影響が顕著に出たということがわかりました。

平均標準報酬が11万8,000円以下の方がふえるということは、平均標準報酬に与える影響もあるだろうということで、次はその寄与度を分析してみました。9ページは細かい計算ですので省きますが、10ページと11ページをご覧ください。

10ページが先ほどの左上の図に相当するところでございまして、制度改正前1年の変化でございます。赤い四角で折れ線みたいになっているのが各支部の対前年の27年9月からの標

準報酬月額平均の伸びでございます。ご覧いただきますと、全ての支部において、対前年の平均標準報酬月額を上回っていたのが制度改正前の1年ということがわかります。

これに対しまして右側、11ページが、制度改正が10月ですので、それを挟んだところでございます。ご覧のとおり、かなりばらつきが生じております。顕著なのは、例えば赤い四角がマイナスになっているところは、1年間の標準報酬月額の伸びがマイナスだったということでございます。ご覧のとおり、東京、神奈川、あとは岐阜、愛知、滋賀、大阪、和歌山あたりで1年間の標準報酬全体の平均の伸びがマイナスに出ているということでございます。

その要因、寄与度を分析したのが緑と青です。小豆色もあるんですが、ほとんど見えません。例えば東京で言いますと、上のほうの緑の帯がちょっとプラスに出ています。これは何をあらわすかという、平均標準報酬11万8,000円を超えた方の変化分です。11万8,000円を超えた人の標準報酬はプラスに振れているんだけど、ブルーのほうのマイナスが大きかった影響で、全体としてはマイナスになったということです。ブルーは何かと申しますと、短時間労働の被保険者数割合の変化分、都市部において、特に短時間労働者の割合がふえたことによって、全体の平均標準報酬を押し下げよう働いたということでございます。この寄与度を分解すると、こういうことになるということでございます。

大きな制度改正があった年でございますので、このような変化は多分この1回で、次の年からベースが合ってきますので、こうはならないかもしれませんが、こういった影響があるんだろうかということも分析した結果でございます。

13ページが、先ほどご紹介しましたここ数年の動き、特に最近では、国民健康保険の加入者の割合が減って、被用者保険、特に協会けんぽの加入者がふえているのがわかるということでございます。

参考で14ページでございますが、見ていただきますと、協会けんぽの被保険者数の総人口に占める各年代別の割合の折れ線グラフです。点線になっているのが過去で、実線が直近でございます。ご覧のとおり、当然ながら各年代層で上に上がってきていますので、人口に占める協会けんぽの各世代の加入割合がふえてきているのが見てとれるかと思えます。

資料4-1は以上でございます。

続きまして、資料4-2につきましては、協会けんぽの都道府県支部別の医療費の状況につきましてグラフ化したものでございます。時間の関係もありますので、これにつきましては、数字がそろいましたので、また事業報告に向けてその特徴を分析するとか、そういったことにつなげていきたいと思っております。時間があればまたご説明しますが、4-2と4-3は、説明はとりあえず割愛します。

資料4-4を見ていただきたいと思います。前回の運営委員会的时候、昨年もそうだったんですが、埴岡委員から、保険料率が支部間でかなり開いてきている印象もあるけれども、実際のところ、平成21年から追ってみて、各支部の保険料率のばらつきはおさまっているのか、広がっているのか、横ばいなのかをちょっと見てみたらどうだろうかというお話がございまして、見てみたものでございます。

表面の1ページの下でございますが、ブルーの点々点々となっているのが各支部の医療分の料率の激変緩和前のものでございます。真ん中あたりにそれぞれにひし形のピンクがありますが、これが平均というか、真ん中でございます。見ていただきますと、幅的には、見た目にも大体横ばいかなということでございますが、それを数値であらわしたのがその下の箱に標準偏差というのがあります。中心からのばらつきの度合いがどれぐらいかを見たものですが、これで見てみますと、ここ5年ぐらいを見てみましても、0.25、0.24ということで、全体のばらつきにつきましては、標準偏差で見ますと、ほぼ変わらない状況が続いているのが数値で見てとれたということでございます。

これだけ見ると見にくいので、裏面を見ていただきますと、今のものを偏差値化してみました。上位4つと保険料率が低い4つのところをとって見たものですけれども、真ん中が偏差値ですので50です。これで見てみますと、佐賀支部の料率についてはブルーですので、だんだん右肩に上がってきて、30年度で見ますと82.2、これも激変緩和前でございます。北海道、徳島、香川あたりにつきましては、ご覧のとおり、集まってきているような印象でございます。新潟、長野、静岡につきましても、ここ数年、横ばいみたいな状況でございます。

これが協会けんぽの料率ですけれども、では、国保はどうだろうかということで、その下に参考でつけておりますのは、市町村国民健康保険の年齢調整後の医療費の指数でございます。全国平均を1とした場合の各都道府県単位の国保の医療費の指数でございます。これで見ますと、平均が1.0ですが、やはり佐賀が一番高くて、1.201ということでございます。上にある7道県について同じものを下で拾ってみたということでございますが、ご覧のとおりとなっております。国民健康保険の部分と動向的には似ているのかなというのが見てとれるかなと思います。

説明は以上でございます。

○田中委員長 資料4-1から4-4、いずれも極めて興味深い統計データをつくっていただきましてありがとうございます。ただいまの説明についてご質問がありましたらお願いします。平川委員、どうぞ。

○平川委員 貴重なデータをありがとうございます。今後、地域医療構想も含めて調整会議への参加もこれから頻繁に出てくると思いますし、そういうときに、こういうデータがあると、本当にいいのではないかなと思っています。

2つの側面があるかと思いますが、医療提供体制の都道府県格差が1つは要因として病院・病床数の違いなど、いろいろなことがあるのかもしれませんが、もう1つは、生活習慣病なり食生活を含めた健康増進に対する対応の違いということがあるのかもしれませんが、その辺で、さまざまなデータを活用して、協会けんぽ自身の健康増進に対する取り組み、また、地域医療調整会議に対しての意見反映という形で、役立てるようなものにしていただければと思っています。

ただ、協会けんぽの場合、住所データがないので、なかなか難しい面はあるかと思っておりますけれども、その場合は、国保データも参考にしつつ対応していただければと思っているところでもあります。

以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 早速の興味深いデータ作成、ありがとうございました。

まず4-4の保険料率といいますか、医療費コストの経年変化の部分ですけれども、改めてこれを見ると、地域によって違いがあるんだなということを感じた次第です。裏側の2ページの上側のグラフを見ますと、このような変化がまず観察されるということで、平川委員からもありましたように、これは一体どこからきているのであろうということで、アウトカムが原因なのか、プロセスが原因なのか、どっちが原因で結果なのかを解明していただきたいということがあります。

まず、このデータを見て、ちょっと注意しなきゃいけないのは、佐賀県が水準が高いだけではなくて、動向が上がる方向にあるということで、かつ独走態勢的な形で格差が拡大傾向にあるというので、少し驚いた次第です。また一方で、北海道も割とワースト県的なところと思っていたんですけども、下がる傾向にあったのは少し不勉強だったところの新しい気づきです。一方、北海道はどういう要因が働いているのかというと、何らかが改善した結果なのか、それとも医療の提供が不十分なことが要因かもしれないので、その辺も含めて検討していただきたい。

一方、つけていただいてよかったのは、図の下の方にある低いところの動向も入れていただいたんですけども、ここからもいろいろなものが読み取れると思うんです。1つ、あれっと思ったのが、長野県が非常に急速に上がっているということで、長野県は、医療、健康、アウトカムもよくて、コストも優等生というイメージで見られてきていたんですけども、この動向が続くのであれば、そういうイメージのところではなくなってくるのかな。長野県の中でなべてこういう動向なのか、医療圏別に違う動向があるのか含めて興味があるところです。こういうことも、こういう資料をつくっていただいたから見えてきたところもありますので、このようなデータの作成を続けていただければと思います。また、研究事業との連結などもお願いしたいと思います。

あと、資料4-2と4-3でしょうか、こちらも地域対策などに活用できそうなデータがさまざまありますけれども、特に今流れとしては、先ほどご指摘もありましたように、医療圏ごとに、かつ5疾病、5事業、在宅、その他、骨折、肺炎、フレイルとか、そういうもののテーマごとに見ていく流れがあります。例えば糖尿病に関して、リスクファクターをお持ちの方からハイリスクの方、罹患された方、重症化した方、その後の転帰という形で、医療圏別にできるだけ並べていただいて、患者さんのライフコースというか、流れに応じて地

域比較ができるような、そんなふうに仕上げていただくと、恐らく地域医療構想に参加される支部の方々も発言しやすくなり、また、加入者への情報提供の際も大変有益になると思います。資料を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 本当に興味深い有意義なデータをつくっていただきましてありがとうございます。10年という経緯があった結果、こういうすばらしいデータができたと思うんですが、これを拝見しているだけでも、この中にいろいろな問題点が浮き上がっていると思いますし、今後の方針としまして、例えば保険料率に関しましても、どういう方向で考えるかという非常に貴重なデータになると思うので、非常によかったと思います。例えば、先ほどおっしゃいました短時間労働者の適用拡大でも、今501人ということになっていますが、これは徐々にその制限がなくなります。それなりのまた影響が出てくることも、こういうふうにデータをつくっていただければ読めますね。それから、今おっしゃったように、国保と協会けんぽでも同じような傾向が見られるようですから、地域医療体制を踏まえたと、今まで協会だけとお考えになっていた部分も、全体的としてお考えになることができると思うので、よかったですと思っています。本当にありがとうございました。

○田中委員長 よろしゅうございますか。

データは、皆さんおっしゃったように、つくることだけが目的ではなくて、これを十分に生かしてPDCAサイクルを回していくあり方が主目的です。そのための資料をつくっていただきました。この分析の体制強化を含め、分析が進化していくように期待いたします。引き続き事務局が努力するとともに、関係者にも、研究者などにもこういうデータをぜひ使っていただきたいですね。ありがとうございました。

その他の資料が提出されています。説明をお願いします。

## 議題5. その他

○企画部長 手短に説明させていただきます。

まず資料5でございます。先ほど来ご説明しておりますが、おめくりいただきますと、1ページ、2ページが概要でございます。特定健康診査及び特定保健指導の実施については、各保険者が、中ほどに枠組みで高齢者の医療の確保に関する法律がありまして、19条に、保険者は6年ごとに、6年を1期とした計画を定めるとなっております。これが資料5の1ページのところですけれども、これに従いまして、各特定健診と保健指導の計画を定めたものでございます。

第1章と書いてある下に吹き出しで書いておりますが、これがまずありまして、先ほど予

算のところでお話ししましたが、例えば特定健診で言いますと、35年度に65%が協会けんぽの目標になっております。これがありますので、これに沿って、第4期アクションプランでは3年後の56.3という目標を置き、30年度のK P Iでは1年分の50.7を置いたという全体のつくりとなっております、これを健康保険の部分と船員保険の部分とあわせて作成したものがこの計画でございます。内容の趣旨は既にアクションプラン、事業計画それぞれに入っているということでございます。これが資料5でございます。

資料6、横紙1枚でございます。毎年この時期にご報告をしておりますが、東日本大震災に係る一部負担金の免除の取り扱いでございます。これにつきましては、一部を除き平成31年2月末まで免除を延長するという事で、国の施策にあわせて1年間延長するという事でございます。これはご報告でございます。

資料7でございます。パイロット事業・支部調査研究事業でございます。昨年からことしにかけても、かなり各支部のほうで取り組みが多くなってきております。応募数、採用数をご覧くださいますと、応募数が134事業（46支部）、ほぼ全ての支部で応募がありました。採用については26事業ということで、それぞれ30年度もパイロット事業や支部調査研究事業に取り組むということでございます。

時間の関係もありますが、おめくりいただきますと、例えば2ページの上でございます。薬局と連携したジェネリックの取り組み、連携した薬局では、その場でジェネリックに切りかえた場合の費用の負担の簡易な計算を示していただいて、こうなりますよと目の前でやってもらおうとか、そういうのを薬剤師会さんとかと連携して、この薬局だったらそれをやれますよみたいところを取り組んでいくという静岡の取組であったり、あとは3ページで言いますと、宮城の取り組みでございます。さっき健診の話がありましたが、3年以上健診を受診していない被扶養者に健診結果提供依頼文書を送付して、例えば、パート勤務者で事業主の定期健診を受けていらっしゃるかもしれないので、そういった場合には、その結果を送ってもらってということに取り組んでみようかということでございます。滋賀では、過去の健診データと実際に健診を受けた、受けない人のデータが蓄積していますので、それと健診実施場所を絡めて、G I S、A Iで最適な日程とかが何かはじき出せないか、これもチャレンジでございますが、やってみるというお話もございます。

4ページ、5ページでは、支部の調査研究事業で、例えば、4ページの真ん中の新潟でございますと、地域別、業態別、年代別にメタボの新規発症に関連ある生活習慣が何か探れないかという話であったり、5ページの一番下、広島ですけれども、広島はこれまで糖尿病の重症化予防に先駆けて取り組んできた実績があるものですから、データも持っているということで、重症化予防の参加者と不参加者の経年的な比較で何か調査研究ができないかということをやるということで、ご紹介でございます。

続きまして資料8でございます。関係審議会の動向と意見発信の状況でございます。これにつきましては、これまで中医協等の動向という表題で縦の紙で各会議の議題を中心に並べた資料を出しておりましたが、前回の城戸委員のご指摘も踏まえまして、中身が少しわかる

ようにしたということでございます。今回からこういった形式で報告をできればと思います。

まず、資料8の冒頭の2ページは、診療報酬改定と介護の改定の中身をわかりやすく整理させていただいた資料をつけさせていただいたものです。

次から、今までは会議名と議題のみ羅列をしておったんですけれども、3ページから「協会の主な発言」ということで、それぞれの審議会、検討会、例えば2段目の107回医療保険部会であれば、安藤理事長が出席して、次期診療報酬改定に向けた基本認識という議題の中で、限られた財源、医療資源をどのように効率的に配分するかを常に念頭に置いて、持続可能性を高めるのが重要であるというご発言されたりということ、めくっていただきますと、4ページのところです。一番上、140回中医協薬価専門部会、吉森理事、政府としてジェネリックの80%を目標に立てるということで明確にしている。その時間軸から勘案しても、長期収載品を後発薬品に置きかえる期間にはよりスピード感が重要であるということ、中医協の総会でも、入院医療の評価体系についての発言ということで、各理事、理事長がそれぞれ出席した会議につきまして、発言のポイントをまとめさせていただいた資料でございます。こういう形で今後ご報告ができればと思っております。

資料9でございますが、重要指標の動向でございます。これはジェネリックをいつも報告していますが、4ページを見ていただきますと、72.0まできましたということでございます。11月の数字でございます。

おめくりいただいて、各支部の取り組みですが、ここ最近のところ、数字自体は下の棒グラフにありますように、一番高いのは81%を超えている沖縄、低いのは、徳島、山梨が低うございますけれども、対前年からの同月差をとってみますと、上のグラフで、山梨、徳島が、点線で示している全国平均の伸び幅を大きく上回って伸びてきているということで、かなり取り組みを進めてきている状況でございます。そういった資料でございます。

参考資料2、毎年、協会けんぽ調査研究フォーラムを年1回、有識者を招いたパネルディスカッション形式と、それと第2部では、各支部が調査研究に取り組んでおるので、その成果発表の場ということで、半日を使ってやっております。ことしは5月23日、一橋大学一橋講堂におきまして、テーマはジェネリックの80%達成に向けて、ご覧のようなことを予定しておりますので、ご報告でございます。

最後に、皆さんのお手元に冊子がついておると思いますが、調査研究報告書でございます。これは各支部で地元の大学の先生とかと連携をしたりしながらですけれども、いろいろな調査研究をやって、それぞれの学会に報告したりしております。それについて年に1回、冊子としてまとめたものがございますので、これをご報告いたします。

最後ではございますが、本日、事業計画、予算を承認いただきまして、これから手続に入ります。各支部もそれぞれ支部の事業計画を立てております。それを全部合わせますと400ページぐらいになりますので、それにつきましては、今回の運営委員会の資料をアップする際に、あわせて別冊の資料としてホームページに掲載をし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。資料5から資料9について何かご質問があればお願いいたします。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員 先ほどの資料を見させていただいて、今回の資料全体も見て、協会けんぽのいろいろな経営を考えていくに当たって、さまざまな資料がまとまってそろってきたなという印象を受けるんですけども、さらなるまとめということで言うと、今ご紹介がありました調査研究報告書とか、調査研究フォーラムとか、パイロット事業などあるんですが、一覧表をつくっていただくとわかりやすいなというのが感想です。

まず縦軸を、保険者機能強化で狙っている3本柱、1医療の質、2健康度の向上、3医療費等の適正化としていただいて、横軸を初期的研究、次に実用的研究、次にパイロット的先行事業、次に広めるための普及啓発、そして検証フォローアップ事業みたいに、3掛ける5ぐらいの表にしてもらって、それぞれがどこにあるのかという風にしていただくとどうでしょう。おっ、このところは結構詰まっていて、だんだん左から右に攻めてきていけているとか、このところは空白だとか、ここをやっとうまくいったから次につながらないとその先の実用に続かないとか、わかると思います。そういう3掛ける5表的な表をつくっていただいて攻めていただくと、取り組んでいらっしゃる方々も、私は初期研究で成果を上げたけれども次は実用研究に移りたいとか、そのような効果があるかもしれないので、そんな工夫はいかがでしょうか。

資料8は初めてつくっていただいて、私も全然議事録まで見られていなかったもので、なるほどということで把握できて大変ありがたかったです。いきなり中医協での医療側委員や健保組合委員の発言集のように分厚い資料にはならないかとは思いますが、こういうのをモニターしながら、だんだん発言が多くなったり、影響力が高まったり、資料が分厚くなっていくのをみんなで見られたら、支部とか加入者の方、我々委員も大変勉強になると思います。大変だと思えますけれども、よろしくお願いいたします。

○田中委員長 サポートありがとうございます。

調査研究報告書のそれぞれの報告の終わりに、必ず何々学会で発表と書いてあるのは大変結構です。協会内部だけではなくて、ほかの大学、ほかの組織の方々の前で発表なさっているわけです。大変結構だと感じました。

ほかによろしゅうございますか。

用意された議題は以上でございます。29年度の運営委員会は本日が最終回です。1年度間、ご議論ありがとうございました。

次回の運営委員会の日程について、事務局から説明をお願いします。

○企画部長 本日も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、決まり次第、ご連絡をさせていただきます。

なお、本日、資料が大部になっておりますので、皆様におかれては、お手元の封筒の中に入れていただければ、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 これにて閉会いたします。ありがとうございました。

(了)