

全国健康保険協会運営委員会（第94回）

開催日時：平成30年11月21日（木）13：30～15：24

開催場所：アルカディア市ヶ谷 富士（西）（3階）

出席者：小磯委員、小林委員、菅原委員、関戸委員、田中委員長、中村委員、西委員、
平川委員、松田委員（五十音順）

議 事：1. 平成31年度保険料率について
2. 平成31年度事業計画について
3. インセンティブ制度について
4. その他

○企画部長 ちょうど定刻になりましたので、これから第94回運営委員会を始めたいと思います。

まず事務局より一言ご報告させていただきます。健康保険法の規定に基づきまして、厚生労働大臣より10月1日付で、小磯委員、菅原委員、関戸委員、松田委員の4名が新たに運営委員として任命されたほか、小林委員、田中委員、中村委員、西委員、平川委員の5名が再選されたことをご報告いたします。

続きまして、本運営委員会の委員長につきましては互選によることとされてございます。引き続き田中委員にお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

（「異議なし」の声あり）

○企画部長 それでは、引き続き、田中委員に委員長をお願いいたしたいと思います。

それでは、以降の議事進行につきましては委員長をお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

○田中委員長 引き続き委員長を務めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

ただいまから第94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、どうもありがとうございます。

本日の出席状況ですが、ただいま紹介があった9名が全員出席しております。また、本日もオブザーバーとして厚労省よりご出席いただいています。

先ほど事務局からご紹介がありましたように、新たに小磯委員、菅原委員、関戸委員、松田委員が任命されております。

一言ずつ簡単にご挨拶をお願いします。小磯委員からどうぞ。

○小磯委員 このたび新たに委員に任命されました小磯でございます。何分不慣れではございますけれども、皆様と一緒に勉強させていただきながらお役に立ちたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○田中委員長 ありがとうございます。菅原委員、お願いします。

○菅原委員 このたび運営委員会委員の拝命を受けました、法政大学経済学部の菅原と申します。どうぞよろしくお願いいたします。私は専門は、社会政策、社会保障政策と医療経済学ということになっております。安藤理事長とは、今、社会保障審議会の医療保険部会でもご一緒させていただいております。身の引き締まる思いでございますけれども、健全かつ適切な保険運営のために尽力したいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○田中委員長 ありがとうございます。関戸委員、お願いします。

○関戸委員 関戸と申します。商売は印刷業を営んでいまして、全国商工会連合会の副会長と神奈川県商工会連合会の会長をやっております。今回運営委員にご指名いただいたわけですが、なにぶん不慣れでありますから、皆さま方から勉強をさせていただきながら発言をしていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○田中委員長 ありがとうございます。松田委員、お願いします。

○松田委員 産業医科大学の松田でございます。この度はこの委員会の委員になったということで、身が引き締まる思いでございます。専門領域は医療とか介護の、主にレセプト分析を通して政策研究などをやっております。よろしくお願いいたします。

○田中委員長 ありがとうございます。初めての方も遠慮せずに発言ください。運営委員会には、執行部に対する健全な味方であると同時にチェック機関でもあります。企業の不祥事が続いているときには外部取締役の役割が問われます。まさに外部の目で執行部を広い意味で応援しつつ、しかし個別の案件についてはクールに発言をお願いいたします。

早速議事に入ります。

議題1の平成31年度保険料率につい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1. 平成31年度保険料率について

○企画部長 それでは、ご説明いたします。改めまして、企画部長の池上でございます。

議題1につきましては、資料1-1と1-2をご用意させていただきました。まず私の方から資料1-1についてご説明を申し上げます。

こちらの資料は、9月に開催しました運営委員会の資料とほぼ同じ内容になっておりますので、できるだけ重複のないようにご説明したいと思います。

1ページと2ページが平均保険料率に関する論点です。1ページが1つ目の論点です。平均保険料率について、30年度、それからそれ以降の保険料水準のあるべき水準についてどのように考えるかということでご提示しています。それから2ページですが、2番目の都道府県単位保険料率を考える上での激変緩和措置についてですが、論点としては、緩和措置の解消期限を踏まえまして、平成31年度の激変緩和率についてどのように考えるかということでご挙げていただいています。それから3番目が保険料率の変更時期です。これにつきましては、平成31年4月納付分からでよいかということでご論点を挙げていただいております。

それ以降は基本的には前回と同じ資料になりますが、追加資料がございます。52ページをお開きください。熊本地震に伴う都道府県単位保険料率の特例的取扱いについて資料をご用意させていただきました。平成28年4月に発生した熊本地震に伴いまして、被災地域において甚大な被害を受けた加入者に対しまして、協会の判断によりまして、医療機関の窓口負担を減免する措置が行われたところでございます。これについては平成29年9月まで実施しておりました。

窓口負担の減免により医療機関にかかりやすくなったこと等から、特に熊本支部において医療費の伸びが大きくなったところです。これを波及増と呼んでおります。現行の取り扱いですが、給付が10割になった分は、ルール上全加入者で案分することになってはいますが、医療費の波及増分については、被災支部でそれぞれ負担する仕組みとなっています。

先行事例として、東日本大震災の波及増にかかる取扱いについてご紹介をしております。2つ目の丸ですが、平成24年度においては宮城及び福島支部、25年度以降は福島支部の波及増分を全国一律に賦課しているところでございます。

続きまして、53ページは、熊本支部における医療費の状況です。真ん中の棒グラフが平成29年3月から9月までの1人当たり医療費の全国との比率です。1.067となっておりますので、全国と比べまして6.7%医療費が多くかかっていたという実績です。減免措置が終わりました29年10月から30年2月までがどうだったかというのが右側の棒グラフで、これをご覧いただきますと1.048となっておりますので、全国平均より4.8%高くなっていたということです。これから考えますと、1.048より上の部分については波及増の効果によるものと考えられるところでございます。

その取り扱いについて54ページでご提案させていただいております。これらにつきましては、東日本大震災と同様、熊本地震に伴う波及増分ということで全支部で負担することとしたいと考えているところです。

なお、熊本地震に伴う窓口負担の減免措置は平成29年9月までの措置でございますので、平成30年度以降は発生しないものです。

続きまして、資料1-2について、次長の安田からご説明いたします。

○企画部次長 次長の安田でございます。10月1日付で企画部に配属されました。今後ともよろしく願いいたします。

では、私のほうからは、1-2についてご説明を差し上げたいと思います。

平成31年度の保険料率について、各支部での協議会の主な意見でございます。昨年度までについては、この意見については全支部から提出を義務づけておりましたが、今年度につきましては、理事長の現時点での考え、状況に大きな変化がない限り、基本的には中長期的な視点で保険料率を考えていくことを評議会で説明した上で任意とさせていただきます。

この中で意見書の提出がなかったのが9支部でございます。意見書の提出があった支部は38支部でございます。①平均保険料率10%を維持すべきという支部については18支部、②、①と③、③というのは引き下げるべきという支部でございますが、両方の意見がある支部が13支部、引き下げるべきという支部が6支部でございます。その他といたしまして、特別に保険料率云々に言及されていなかった支部が1支部でございます。

下の米印に書いてございますが、激変緩和措置については、計画的な解消以外の意見はほぼありませんでした。北海道において、延長すべきというような意見がございましたが、それ以外はなかったということでございます。保険料率の変更時期については、4月納付分から意見はございませんでした。

では、具体的に各支部からの意見について私のほうから少しピックアップして報告させていただきます。

まず1ページ目でございます。北海道支部でございます。北海道支部の学識経験者の一番下の4つ目のぼつでございます。「平均保険料率の議論については、医療費の増大が継続的に見込まれるというような状況であり、短期的な視点で下げるといったような状況ではないと感じている。」ということでございます。ただ、この方については、一番最後の2行にございますが、「全国一律の保険料率を模索することは、意味がある一つの考え方ではないか。」といただいております。

次の2ページでございます。被保険者代表の方からは、1つ目のぼつでございます。「社会保障制度全体をどう考えるかという議論が国の中でされていないのではないか。後期高齢者医療制度への拠出金負担が、今後もっと大きくなると、協会けんぽだけではなく、被用者保険全体、現役世代の負担も、そろそろ限界という気がする。理事長発言の『中長期で考える立ち位置を明確にしたい』ということは、全くそのとおりだと思うが、中長期の間に一体何をするのかということが重要だと思う。」という意見をいただいております。

次のページを見ていただけますでしょうか。2つ目のぼつでございます。後段の3行目からでございます。「結果として1年だけになったとしても、0.1%でも下げられる状況のと

きは下げるべきではないかというのが率直な意見。」といただいております。

次の4ページ、青森支部でございます。先ほどの北海道支部は両論ということです。青森支部については維持でいただいております。一番上のぼつでございます。「平成31年度の平均保険料率については、基本的に現状では10%は仕方がない。ただし、不確定要素もあるし、改善する余地もあり得るので、硬直的に10%を維持するということではなく、毎年見直す際に柔軟に検討していかなければならない。」といただいております。

3つ目でございます。「2025年問題に対する政府の考え方は、かなり甘い見積もりであると感じている。健康寿命を伸ばして、定年を延長して働く人を増やしてクリアしていこうという考え方であるが、健康寿命はそう簡単に伸びないし、高齢者の状態によっては就業者は簡単に増えていかない。そういう意味で考えると、現在の平均保険料率10%というのは下げるべきではない。一度下げると上がった時の負担感はかなり大きいというのが一般人の感覚である。下げることについては慎重にあるべきだと思う。」、学識経験者の方からいただいております。

少し飛ばしていきます。9ページ、福島支部でございます。福島支部はどちらかという引き下げのほうの意見をいただいております。1つ目のぼつの2段目からでございます。

「しかしながら、現状、国庫補助がある状態でも協会けんぽの平均保険料率は健康保険組合の平均保険料率よりも高い水準にある。現在の財政的に余裕がある状態ならば、保険料の負担の公平性という観点から、健康保険組合の平均保険料率程度まで下げても問題ないのではないか。」といただいております。被保険者代表のところでございます。「財政的に余裕があり、下げられるとき下げるべきであるという考えではあるが、一方で中小企業の立場から見れば、保険料率は10%が限界であり、将来的に10%を超えて欲しくない。」という風にいただいております。

次でございます。群馬支部でございます。群馬支部からは学識経験者の方からいただいております。ここでは「保険者として有益な協会データを分析、提供し、保険給付費について抑えるような対策をとるべきである。」。事業主代表の方からは、「ジェネリック医薬品の推進等の適正化に努めて頂きたい。」というような形で、維持ということでございます。

次の13ページ、埼玉支部でございますが、学識経験者の方から2段目でございますけれども、「早期に平均保険料率が10%以上になる可能性があることを情報発信すべき。」であるというような意見をいただいております。事業主代表の方からは、その下の2つ目でございますけれども、「事業主の保険料負担は非常に大きいため、保険料率の軽減を望む。また、国庫補助率について、健康保険法で定められている上限20%までの引き上げを国へ要望すべきと考える。」といただいております。

少し飛びまして、東京支部でございます。17ページでございます。被保険者代表の1つ目のぼつでございます。「『中長期で考えるという立ち位置を明確にしたい』とのことだが、“単年度で利益ができれば加入者に還元する”という考え方をなくすべきではない。ただ、現

時点では、収支や法定準備金の残高見込の推移などのシミュレーションを見る限り、引き下げとは言えない状況である。」といただいております。

神奈川支部でございます。ここは事業主代表の方から真ん中のところでいただいておりますが、「社会保険制度等の大きな改革があれば別だが、そうで無いならば今年も保険料率は据え置いたほうが良い。」といただいております。

次の19ページ、新潟支部でございますけれども、こちらについては「平均保険料率について、中長期的にみて10%以上の維持は必要と考えられる。ただし、準備金が積み上がっていることや、他の都道府県ではすでに10%以上の保険料率となっている背景を踏まえて考えなければならない。」といただいております。その下、事業主代表の2つ目のところでございます。「最近の黒字要因の診療報酬のマイナス改定や、標準報酬の引き上げは毎年できることではないとすると、最低10%維持は考えていかなければならない。」といただいております。

次の22ページ、石川支部でございますけれども、5つ目のぼつになります。真ん中あたりです。「過剰に反応し将来予測が悲観的過ぎるのではないか。財政状況を悪くなる方へ持っていこうという感じがする。」という意見をいただいております。

次、飛びまして24ページ、山梨支部でございます。学識経験者の方の上から2行目です。「負担割合が毎年変動していくというのは恐ろしい。できれば平均保険料率10%を可能な限り維持していただきたい。」というような意見をいただいております。その下の被保険者代表の方からは「労働者の立場から言えば、保険料率は年度の収支差に鑑みて、上げる時には上げる、下げられる時には下げるという方が良い。近年は所得格差が開いて中間所得層が少なくなり、5～10年先を考えてもいられなくなってきた。」というようなことをいただいております。

少し飛ばしていただきまして27ページ、愛知支部でございます。一番下の学識経験者の方からは「保険料率を下げると、健康保険組合が解散する流れを加速するのは明らかなので、保険料率10%維持はやむを得ない。」という風にいただいております。

少し飛ばしていただきまして、奈良支部、36ページでございます。学識経験者の2番目のところでございます。「私は零細企業の経営者でもあるので、その立場からも保険料率10%というのはやはり限界であると感じる。また、医療機関を受診した際の自己負担が3割というのも、これもまた限界である。自己負担がこれ以上増えると何のための保険かと思う。一方で、年に一度送られてくる医療費通知を見ると、こんなにも医療費がかかっているのかと思うし、一定の自己負担で医療が受けられるこの制度が本当にありがたいとも思う。」といただいております。あと最後のほうで「全体の小さな努力を積み重ねるしかないと考える。」といただいております。事業主代表の1つ目のぼつでございます。「事務局の説明にあったシミュレーションを見るとかなり厳しい状況にあることは間違いない。保険料率の議論であれば収入の話となるが、気になるのはむしろ支出の方。ジェネリック医薬品の推進やレセプト点検など支出を抑える努力をされていることは理解できるが、予防の観点にも力を入

れるべき。保険料率をいくらにするのかという議論よりも、そういった議論の方が大切ではないか。」

次に行きまして41ページでございます。島根支部でございますが、最後のところで、「10%維持は賛成せざるを得ない。次世代を考えて、つけの先送りにならないようにしていかなければならない。」といただいております。

次に45ページまで、高知支部からは引き下げの意見をいただいております。「評議会の意見としては、保険料率は下げるべきである。事業主の負担を考えてほしい。理由は準備金の多さと、事業主の現状です。しかも、積み上がった準備金のうち16.4%が返還されているのはおかしい。」といただいております。

次に参ります。48ページ、佐賀支部でございます。こちらについては、こういう形で意見をいただいております。1つ目は「都道府県単位保険料率の目的は、保険者機能を発揮し医療費の地域間格差を是正するという前提に基づいて設置されたと承知している。しかし、協会発足後そのような動きは見られず、当初の前提は既に崩れている。これ以上の格差が広がるようであれば全国一律の保険料に戻すことも含めた検討に着手すること。」といただいております。2番目といたしましては「健康保険法を遵守して、収支見通し期間を5年とした単年度収支を原則とすること。」といただいております。3つ目としましては「準備金の上限額の規定はなく、今後も益々積み上がる状況は到底納得できるものではない。せめて現在の準備金を維持できる平均保険料率の設定が最大の妥協点である。」といただいております。

大分支部でございます。51ページでございます。大分支部からは「一度保険料率を下げる、上がった時の負担は大きいことから、10%を維持するという線で問題はないと思われる。ただし、医療費を抑制し、それをできるだけ保険料に反映させていくという考え方を、もう少しはっきりと出し、医療費の抑制に向けて」取り組んでいただきたいということであります。

次の52ページ、鹿児島支部でございます。これについては「準備基金残高について、平成4年度は3.9カ月分の準備金残高があり、保険料率を8.4%から8.2%に下げているが、この時、国庫補助率が減らされている。準備金が積み上がって保険料率を下げても、国庫補助率を減らさないという担保が国からほしい。」といただいております。

最後、沖縄支部でございます。一番最後のところです。これからは新しい医療の技術があるということもありますので、「それに備えるためにも平均保険料率10%を維持した方がよい。それを12%とか13%に上げるというのは先に延ばしていただきたい。」というような意見をいただいております。

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。では、ただいまの説明について意見、ご質問をお願いします。先ほど申しましたように、初めての方もご遠慮なくどうぞ。特に仕組みや経緯

について、ここがわからないというご質問でも結構です。またご意見でも承ります。どなたからでもお願いします。平川委員。

○平川委員 ありがとうございます。実は連合のほうで11月5日に、全国の協会けんぽの支部評議員をやっている方を集めまして会議を行っております。30県の方が参加されまして、今回の保険料率の改定に関して少し意見交換させていただいていますので、報告をさせていただきたいと思います。

まず保険料率についてでありますけれども、やはりこの間、安藤理事長からご発言がありましたとおり、中長期で考える立ち位置を明確にしたいという発言の影響が大きく、それとともに、この間の厚労省や協会けんぽのさまざまなデータの中で、中長期的な料率や協会けんぽの運営の方向ということに対しての理解が進んでいるという影響もあったかと思えます。このことから、料率維持というのが例年に比べてかなり多かったという状況です。ただし、下げるべきだという意見も4カ所ほどございました。

ただし、それを前提として保険者機能をどうしていくのかというのが大きな議論となっているところであります。保険者機能の観点で言うと、1つは医師、医療の偏在の関係でありまして、地域によってはドクターがなかなか来てくれないで十分な医療を受けられないという状況の中で、保険あって医療なしという状況をどうやって是正をしていくのか。そのために協会けんぽはどのような役割を果たしていけるのかということが議論となり、やはり医療提供体制のあり方について粘り強く発言をしていくべきではないのかという議論がありました。

また、健康増進という観点から見ても、一定程度協会けんぽの運営が以前よりは状況はよくなっているというこの時期を逃すことなく、これを機会に例えば健康増進であるとか、例えばメンタルヘルスについての相談支援体制についてどうすればより効果的な体制が発揮でき、それは中長期的には医療費の削減につながっていくということも考えて運営をしていくべきではないかという議論もあったところであります。

また、広報に関しても、協会けんぽの運営についてより被保険者の理解を得る必要があり、かなり重要なポイントではないかという意見が出されてきたということでもあります。

ただ一方で、将来の医療費の見通しということと言うと、本当に悲観的な見通しや楽観的な見通し、いろいろありますけれども、今後、例えば短時間労働者の適用拡大がさらに進むということや、雇用情勢についても女性の就業率はさらに上がることが見込まれるということからしても、新たな状況についても要素として検討していくべきではないのかという話がされているところであります。

簡単ではありますが、大体以上のような意見があったということで報告をさせていただきたいと思えます。

○田中委員長 紹介ありがとうございました。小林委員、お願いします。

○小林委員 短期間にもかかわらず各支部の意見をまとめていただきまして、まことにありがとうございます。平均保険料率10%維持の意見の支部は、昨年よりは増えておりますということが事務局から説明をいただきました。支部の意見の中には、単年度黒字が続いているということで、3.1カ月分の積み立てが果たして必要なかどうかという意見もちろんありました。ですから、積立金を何かに活用できないかなというような意見も指摘もあります。また、準備金の増加で、補助金の引き下げが無いようにやはり考えていかなければならないというようなことがあるのではないかと思います。

こうした現場の生の声をもとに、支部評議会においてさまざまな意見がありましたので、例えばこの中で、制度改正がどうしても必要なものが出てくることあるかと思えますけれども、そういった場合については項目ごとに取りまとめていただいて、政府に提案をしていただくというようなことも非常に重要かと思えます。

それから、ずっと読ませていただきましたけれども、支部の評議会の意見はいろんな意見があります。だから、これに対して対応できるものは協会としても真摯に、どういった方法であればできるかということ真剣に考えていただきたいなということ、これも改めて意見として申し上げたいと思えます。

あと、激変緩和措置と保険料率の変更時期等については特に意見はございません。以上です。

○田中委員長 ご意見をありがとうございました。関戸委員、お願いします。

○関戸委員 関戸と申します。小規模事業者振興基本法という法律が平成26年にできて、現在、国では小規模企業の持続的発展を図っているわけですが、この経緯を遡ると、平成9年に消費税が2%上がって以降、15年の間に520万社が420万社と100万社が倒産、廃業している。消費税を2%上げると、およそ歳入が5兆円増える計算です。これはもちろん入ってきたと思われませんが、実際には企業の倒産・廃業や利益の減少などによる減収で、12.5兆円歳入は減ってしまった。また、直後の3年間で、35万社が倒産・廃業をしているわけです。例えば15年で倒産・廃業をした100万を割りますと年間で7万社になり、35万社を3年間で割ると年間で約12万社ぐらいになっており、非常に厳しい状況となっていたことがわかります。

現在は、企業数が385万社になって、その85%が小規模事業所になっており、大企業は全体の1%に過ぎません。小規模事業者は、非製造で従業員5人、製造で従業員20人以下という定義となっています。平成26年当時、減り続ける事業者数への危機感から、商工会の会員が80万社であるのに対し、100万人の署名をして、それを国に要望したわけです。その甲斐もあり、平成26年6月20日に参議院を通過して、経産省70年の歴史の中の2法目の基本法が制定されました。法律ができたことにより、小規模事業者持続化補助金という支援策ができ、

販管費の75万に対して50万、3分の2を出すようなことをやりました。過去5年間で、15万社が申請をしまして約7割が採択をされるなど、国全体で支援の充実を図っておりますが、そういう中でも企業数がどんどん減っているという事実があります。倒産、廃業が増加すれば、雇用が失われるとともに、社会保険料の担い手であり事業者が減少します。特に個人事業主の廃業などにより生活保護の受給者が増加しております。これまで稼いできた方が社会保険料の受給側に回る訳ですから、事業者の減少が社会保険料の膨張の一因になっているかと思えます。

社会保険料を考える際に、歳入の約100兆円のうちの4割が国債で、残りが税収であり、消費税の17兆円、所得税、法人税で31兆円と40兆円にいかないような状況で、社会保険料の歳入が33兆円になっており、医療費は40兆円になってしまっています。このような状況で、私はこの協会けんぽの委員になるに当たって、協会けんぽなどの健康保険制度はどの国にもない皆保険であることを貴重な資産だと考え、これを維持していくためには、協会けんぽあるいは健康保険制度の中だけでなく、国全体の問題として、国等に対してしっかり働きかけを行うことが重要であると思えます。

また、最低賃金の引上げにより、バブルが崩壊した平成3年から現在までの間で従業員1人辺り年間で約72万円の給与負担が増えています。給与の支払いが増えれば、自動的に事業者の社会保険料の支払いも増えるわけです。事業者の厳しい状況や社会保障の現状を考えますと、また後ほど意見を申しますけれども、何かと国に対しての圧力団体と機能していく必要があるということを感じています。以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。中村委員、どうぞお願いします。

○中村委員 安田さんから各支部の意見の説明を聞いておりました、感想です。昨年12月の安藤理事長が保険料についての考え方のご発言が大分、各支部に浸透したんだなという印象を受けましたのと、その中で特に感じたことは、引き下げるべきという支部が、全支部から出ているわけではありませんが、かなり減ったというのが印象的なところでした。

1点質問ですが、48ページの佐賀支部なんですけれども、ほかの支部とは違ったフォーマットで出されてきていますが、この意見書に対してはどのような対応をされるのかを教えてくださいませんか。

○田中委員長 お答えください。

○企画部長 各支部から何かあれば意見をいただくということでしたが、また改めてこういう形で出てまいりましたので、本部としてどのようにお答えするかというのはよく考えていきたいと思えます。佐賀評議会は私自身も10月に出席してまいりました。そこでは、やはりずっと保険料率が上がってきておりますので、それに対する強い思いというのは切実に感じ

たところでございます。

○田中委員長 小磯委員、どうぞ。

○小磯委員 この意見を拝見しておりまして、準備金が法定準備金の金額を大きく超えるということが非常によくわかりました。このご意見の中で、これほど積み上がってよいのかというような懸念が何点か見受けられたと思うんですけれども、ただ、中長期的に考えるというお考えには非常に安心感もあるなどは思っておりまして、そういった意味で、中長期的な考え方ということについては納得できるものはあると思うんですけれども、単年度収支を積み上げていって、準備金が上限になったらそれを料率に反映するというようなお考えというのはお持ちなのかどうかをちょっとお伺いしたいなと思いました。

○田中委員長 どなたがお答えになりますか。部長でよろしいですか。お願いします。

○企画部長 現在のところでは、今後の医療を取り巻く環境がどういうふうになっていくかということは、正直申しましてなかなか見通しが立たないところがあります。高額薬剤の開発なども進んでいる状況がありますので、今時点でここが上限ですというようなことを示すのはなかなか難しいかなと思っているのが率直なところです。

○田中委員長 菅原委員、お願いします。

○菅原委員 ありがとうございます。私は一応3点考えを申し上げたいと思っております、まず中長期的な保険運営というのは、非常に公的な保険で大事だと思うわけですが、まず中長期というものの具体的な年数といえますか、イメージをきちんと明確にするということが恐らく大事なんだろうと思います。今の現状のシミュレーションですと大体2025から28年までの準備金が残るのかという話になっているわけです。今から大体10年ぐらいのスパンでとりあえず今、準備金の状況というのを考えられているわけですが、そういった意味では、実は私は団塊ジュニアの世代なんですけれども、2040年になるとこれから毎年200数十万人が高齢化を迎えて参りますし、2025年以降、皆さんご周知のとおり、高齢者はもちろん増えていくんですけれども、それよりも生産年齢人口の急減というのが大きな問題になって参ります。

そういった意味では、今仮にここから先10年を中期だという風に考えさせていただくと、2040年、それから先の世代まで恐らくこの協会けんぽというのは存続を考えていかなければいけない。短期的な今の準備金の準備状況だけを見て保険料率を下げっていくということは、これは社会保障政策上で言いますと、世代間の負担の公平性だとか、あるいは所得の再分配という観点から、将来世代にそのツケを回してしまう側面がありはしないかというところを

1つ懸念をいたします。その辺についても少し慎重に検討しなければいけないかなと思います。

それから2番目ですけれども、社保審でも出てくる資料で、資料1-1の29ですが、基本的に保険料率というのは、経済成長やそれに伴う賃金上昇を勘案しながら決められるものだろうと理解します。長期の推計を立てるということは本当にこれは難しい作業でありまして、いろんな制約があるんですけれども、それにしても、経済前提で置かれているのがかなり前向きなものだと理解をしています。そのかなり前向きな経済前提であっても、オリンピック後の2020年以降はかなりの経済成長の低下を織り込んでいるわけです。そうしますと、やっぱり2020年以降、2025年以降に、皆さんご周知のとおり75歳以上、後期高齢者に団塊の世代が入りますから、そういった意味では、成長鈍化をした上で後期高齢者が増えるという段階の中、どう考えても、はっきり言うと、今の段階では保険料率の引き上げというのはもう不可避なんですね。経済の低下局面の中で保険料を上げることの難しさということを推量いたしますと、今の段階で保険料を引き下げておくということがどうなのかということに関しては、私は一定の疑問を呈したいと思います。

それから3つ目になりますけれども、先ほど企画部長が申し上げたとおり、今、高額薬剤、オブジーボとかソバルディだとかが大変な話題になりましたけれども、医療保険部会でも本当に負担のあり方については大変な議論がございました。今後こういった高額薬剤がますます市場に出てくるという状況がほぼ確実視される中で、1カ月の準備金が本当に十分なのかという議論は本当に必要で、恐らく今後どれだけあればいいのかということはきちんと検証しなければいけませんけれども、これまでと同じように1カ月あれば十分なんだという考え方は、今の技術革新のあり方からすると、少し余裕を持たせて考えておく必要があるのではないかなということをつけ加えたいと思います。以上でございます。

○田中委員長 分析を伴った意見をありがとうございました。よろしいですか。では、松田委員、お願いします。

○松田委員 今の菅原委員の意見とほぼ同様ですけれども、近年の医療費増を分解すると、利用者がふえるという要素と、1人当たり医療費がふえるという要素に分けられるのですが、最近では1人当たり医療費の増加というのがかなり大きな要因になってきています。一つはやはり医療の高度化が大きいし、もう一つは、患者さん自体が非常に高額な医療を要求するというようなことが指摘できます。それを考えると、現時点で保険料率を下げるということは、中期的には少し危険ではないかなと思います。そういうことを具体的に議論するためにも、協会けんぽとしてはデータをお持ちになっていますので、Nの効果とそれから1人当たり医療費の効果を見ていって、どういうものがどういう風になっているのかということ分解して見ていただくと、根拠を持ったより説得力がある議論ができるのではないかなと思います。

○田中委員長 西委員はいかがですか。

○西委員 私の意見もそうなんですけれども、私、被保険者としては、引き下げられるものであれば引き下げていただくというのが一番喜ばしいことなんですけれども、今までこういったご意見を拝見してまして、限度が10%という限定で維持をしていくのが一番なのかなというのが私の意見でして、それからあとは、ちょっと話が飛ぶかもしれませんが、維持をしていただいてその中で、これからの後期高齢者制度と、あと社会保険関係費も資料1に書かれているんですけれども、私も社会保険関係費、社会保険の保障のほうがとても興味がありまして、資料1-1の改正等検討項目と50ページとかにもあるんですけれども、既に対応済みのものとか、一部対応したが、引き続き対応が必要なもの、これから対応していくものと書かれているところがあるんですけれども、とてもたくさんあって、具体的に細かく知りたいなという考えであるんですけれども、たくさんあって時間があれだと思うので、今後対応していくものの中で、まずどれをどうしていくようなことを考えているのかなと思いついて、ちょっと質問したいんですけれども、よろしくお願ひします。

○田中委員長 どなたに対する質問ですか。財政制度等審議会が厚労省に対して投げている質問ですよ。これは厚労省に答えろとのご主旨ですか。

○西委員 これはどなたに質問したらいいですか。

○田中委員長 協会けんぽも解説はできると思いますが、協会がこれに回答する立場ではない。

○西委員 済みません、ありがとうございます。ここの資料の中に入っていたものですか。

○田中委員長 はい、どうぞ。理事長、お願いします。

○安藤理事長 この中にあるものの中で、国のいろんな審議会がございます。その審議会の中で、例えば51ページの一番上のぽつに後期高齢者の窓口負担の在り方とあるんですけれども、これは協会けんぽとしては支払い側に回っていますので、ここについては今現在、前期高齢者の方が74歳になったときに2割負担という風に今年からなっているんですね。それで、その方が来年後期高齢者になります。そのときに同じように2割そのまま負担していただけるようにしてくださいということを、いろんな審議会の場で私も言っていますし、あと理事も言っていますので、そういう形でやっていくという風になっています。ですから、こ

の中で我々に非常に関わりがあるところはいっぱいあるんですけども、非常に長くなってしまいます。そういう関係で、我々が言うべきことを国に対してこういう風にやってくださいというのは間違いなく伝えております。

○田中委員長 対応すべきだと言われたことは、医療保険部会、介護保険部会、介護給付費分科会、中医協等々のそれぞれ受け持つ審議会に割り当てられて、そこで議論していきます。そのときに保険者側の意見も、提供者側の意見も、利用者側の意見も。ぶつかって決まっていくプロセスをたどります。

○西委員 ありがとうございます。

○田中委員長 来年度の保険料率については、各委員から短期的に考えるべきではないとの声が強かったですね。それに、いつも言っています国庫負担額維持との関係と、組合健保解散への影響を考えると、単に我々だけで決められる、財政だけで考えるべきではないと支部の意見に載っていました。それらを尊重してまいりましょう。

他によろしいですか。どうぞお願いします。

○関戸委員 先ほどの意見の結論としては、引き下げができる時は、とにかく保険料率を下げしてほしいということです。財政を考える際にも、まずは事業者の数を持続化させることが重要かと思えます。現在、法律により小規模事業者にも目が向けられておりますが、今のよう負担が増えている現状があるため、経営環境を良くしていかないと事業者数を維持していくということも非常に難しいと考えています。事業者数が減少することがひいては保険料の減収になっていくかと思えますので、その根っこを何とか止める方向にベクトルを向けていかない限り、悪循環になっていくように思われます。これは協会けんぽだけで解決はできませんから必要に応じて国に要望を行う、協会けんぽはそのための機関ではないかと考えております。その点は、一般の事業者は国に対して直接意見をいうことはできませんし、労働者も同様ですので、協会けんぽが事業者・労働者の意見を集約して強力に要望していくのが協会けんぽに期待される役割であると私は思います。

○田中委員長 下げる方向の意見もありました。

本日はこれでよろしゅうございますか。一渡り伺いましたし、支部の意見も伺いました。時間的な予定もありますので、今までの議論を踏まえて、次回の運営委員会において意見の集約を図らなければなりません。多分そういう原案が出ると思えます。どうぞその旨をご了承ください。ありがとうございました。

次に、議題2に移ります。議題2の平成31年度事業計画について、同じく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2. 平成31年度事業計画について

○企画部長 それでは、議題2でございます。平成31年度事業計画についてです。資料は2-1、2-2、それから資料3、あと必要があれば参考資料1もご覧いただこうと思っております。

まず資料2-1についてご説明申し上げます。こちらは31年度事業計画の概要の案でございます。お聞きいただきまして、1ページのところをご覧ください。平成31年度事業計画のコンセプトということで記載させていただいております。以前に運営委員会でご議論いただきまして決めました保険者機能強化アクションプラン（第4期）が平成30年度からスタートしてございます。これは30年度、31年度、32年度の3カ年の計画です。そこでは、3年後を見据えたKPIを定めておりまして、各年度の事業計画では、それを毎年毎年の進捗に置きかえることとしているところですので、それを踏まえまして、31年度事業計画につきましては、31年度の目標を定めまして、アクションプランの最終年度である32年度に確実にKPIを達成できるよう、取り組みを着実に進めていきたいと考えてございます。

2つ目の矢印のところですので、31年度に今後の現金給付等に係る業務処理体制全般の見直しを行う業務改革検討プロジェクトを推進したいと考えてございます。背景といたしまして、平成34年度をめどに新しい業務システムの導入も考えておりますので、そこに向けて業務の見直しもきちっとやっていきたいと考えているところですので。

3番目の矢印は、外的要因ですけれども、国のほうでは、社会保障制度改革の具体策などを盛り込んだ行程表が策定されるということです。それから、国が定めますジェネリック使用割合80%達成期限、これは32年9月ですけれども、その前年度であるといったことの背景事情に留意をしていきたいと思っております。

以下、2ページから4ページにかけて、構成についてご紹介しております。まず2ページ、(1)ですけれども、基盤的保険者機能について定めたいと思います。3ページですが、(2)として戦略的保険者機能について定めたいと考えております。それから4ページ、(3)といたしまして組織・運営体制の強化について定めたいと思います。具体的な事業計画案の内容につきましては、今年度、30年度の事業計画と照らし合わせてご覧いただいたほうがわかりやすいかと思っておりますので、資料2-2でご説明したいと思っております。

資料2-2をご覧ください。まず見方ですけれども、左側でございますのが31年度事業計画の案です。右側でございますのが30年度の事業計画です。

それでは、1ページですけれども、IとIIがございまして、Iは先ほど申し上げたような内容です。IIのところは、協会けんぽ運営の基本方針ということで、これも先ほどの内容にちょっと重なりますけれども、若干ご説明いたします。2ページの(1)をご覧ください。赤字で2行最後に追加してございますけれども、業務処理体制の見直しのプロジェクトを推進したいと考えております。(2)は文言の修正でございまして、昨年と大きな変更はございません。

(3)についても1行追加を行っております。「内部統制の強化を行うとともに、システム運営の強化を行う。」ということで、これは後ほど出てまいりますので、そこでご紹介いたします。

以下、Ⅲのところ、主だった変更点についてご紹介したいと思います。3ページをご覧ください。一番上の②効果的なレセプト点検の推進のところでございます。今年度の事業計画におきましては、レセプト点検について外注化を進めるということで記載させていただいておりました。これは現実に行っているところですが、現在のところ、一定程度のノウハウの習得が進んでいるということ、それから査定効果について協会内で行った場合よりも劣るという実績も出てまいりました。費用対効果を勘案しても下回るということもありますので、31年度の事業計画におきましては、外注化の部分は削除した記載とさせていただきます。

それから、1つ飛びまして④あんまマッサージ、はりきゅうでございます。本日の報告事項にも入っておりますけれども、国のほうで受領委任制度を取り入れてございます。協会としてもそれにのっとって進めていきたいと考えておまして、審査の強化、それから行政との連携を進めてまいりたいと思っております。記載を追加しております。

それから、ページが少し進みまして5ページをご覧ください。⑩といたしまして業務改革の推進に向けた取組の項目でございます。先ほど来申しております業務改革検討プロジェクトについてここで記載を入れております。

それから⑪的確な財政運営のところでございます。こちらにつきましては、30年の事業計画にはないんですけれども、29年度には入れておりました。30年度は、基本的な役割なのであえて書かなくてもいいかということで1回削除しましたけれども、やはり基本的な機能としてしっかり明記するほうがよいと考えまして、改めて掲載させていただいております。

以降は戦略的保険者機能関係になります。

同じく5ページの一番下のところでございます。個人単位の健康・医療データの提供についてです。これは国のほうで検討がかなり進んで参りました。平成32年度中の本格稼働を予定しているというふうに聞いております。30年度の事業計画におきましては、保険者として先行実施が可能か検討しようということで記載させていただいておりますけれども、31年度におきましては、二重投資になる部分もございますので、国の仕組みをベースとして協会としての取り組みを進めていきたいと考えてございます。

それから6ページは保健事業についての記載です。いろいろなところで文言の修正はありますけれども、内容面については大きな変更はございません。

それから7ページをご覧ください。下のほうの④ジェネリック医薬品の使用促進です。ぽつを1つ追加いたしました。2番目のぽつですが、個別の医療機関・調剤薬局に対する、医療機関、薬局の状況がわかる「見える化ツール」というものを活用して取り組みを進めていきたいと思っております。こちらは今でも取り組んでいる内容ではございますけれども、事業計画にしっかり位置づけて力を入れていきたいと考えてございます。

それから8ページ、⑦のところでは、地域の医療提供体制への働きかけや医療保険制度改正等に向けた意見発信でございます。これは若干項目立てを整理いたしましたのと、あと内容の追加も行っております。まずiですが、意見発信のための体制の確保ということで、自治体における検討の場に参画を進めていこうということで記載を追加しております。こちらは、K P Iにはもともと参画を進めようということで入っているんですけども、文章の記載がありませんでしたので、改めて記載をさせていただきました。

iiの医療費データ等の分析のところでございます。ぽつを1つ追加しました。2番目のぽつですが、外部有識者の意見を取り入れることにより、分析の質の向上を図りたいと考えてございます。

それから、iiiの外部への意見発信や情報提供です。これも1つぽつを追加しています。一番下ですが、「社会保障制度改革の『行程表』が策定された場合には、その具体化に向けた議論の中で必要な意見発信を行う。」。これは、先ほど来、協会としてしっかり制度に物申していかなければいけないというご意見も頂戴しているところでございますけれども、そのような取り組みをしっかりと行って参りたいと考えています。

それから10ページをご覧ください。⑧内部統制の強化に向けた取組です。こちらは、協会としての業務の多様化が進んで参りました。それから、独立行政法人でも内部統制の取り組みが進められているということもございまして、内部統制の強化に向けて体制整備の検討に着手したいということで入れています。

それから⑨システム関連の取組です。こちら項目は立っていませんけれども、協会としてしっかりシステム開発についても検討、実施を行っていく必要があるということで入れました。1つ目の項目は「次期システム構想の検討に着手する。」としています。先ほど少し触れましたが、平成34年度をめどに次期システムの導入を考えておりますので、いい形で導入できるように検討を進めて参りたいと思います。それから2項目めは、オンライン資格確認など、制度改革に対応するためのシステム開発を適切に実施するという事で書かせていただきました。

そこから先、11ページから13ページまでは、各項目のK P Iについて、一覧表として掲載させていただいております。先ほど来ご説明しておりますけれども、3カ年の計画の2年目ということになりますので、基本的には3カ年目の目標が達成できるように2年目の目標値を定めているという形になってございます。

1点少しご説明したい事項がございます。13ページをご覧ください。ジェネリック医薬品の関係でございます。④のところ項目がありまして、K P Iといたしまして、31年度は使用割合78.5%以上とするとさせていただきます。米印が欄外のところに少し解説で入れておりますけれども、「医科、D P C、調剤、歯科における使用割合」としてこの目標を掲げるという姿にしています。従来、協会のほうで、あるいは国もそうですけれども、毎月毎月のジェネリック使用割合のデータは調剤分のみ公表となっております。したがって、協会としても調剤分を目標に取り組みを進めておりましたけれども、32年9月に80%

という国の目標自体は、調剤に限らず、全体の医薬品の中でのジェネリックの使用割合と位置づけられておりますので、31年度の事業計画におきましては、調剤よりも範囲を広げて、全体としての使用割合を目標にしたいと思っております。粗い試算を行ったところ、調剤だけで見ると、実際の今の状況は数%下がってしまいますけれども、その下がったところから80%に到達するように取り組みを進めていきたいと考えてございます。

資料2-2のご説明は以上です。

続きまして、資料3のご説明をいたします。時間の関係で詳しい説明は省略させていただきますけれども、資料の見方をご紹介します。1ページをご覧ください。こちらは一番左側に30年度の事業計画を掲載しています。真ん中の欄が実施状況についてのご説明です。あわせて、KPIの現在の中間的な状況については右側に実績ということを入れてあります。逐一ご説明はできないんですけれども、これらの項目の中では、ジェネリックの使用促進など、取り組みが成果に結びついているものもあれば、健診受診率など、取り組みは進めておりますけれども、なかなか成果に結びついていない項目もございますが、事業計画に則りましてKPIが達成できるよう、引き続き取り組みを進めていきたいと考えてございます。

説明は以上になります。

○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意見、ご質問があればお願いいたします。小林委員、どうぞ。

○小林委員 ご説明ありがとうございました。資料2-2の事業計画の中で、5ページの⑪的確な財政運営として、「中長期的には楽観視できない協会の保険財政等について、加入者や事業主に対して情報発信を行う。」と、新たな実施をすることがつけ加わっておりますけれども、議題1での保険料率に関する論点につきましても、各支部からの意見において、協会の保険財政等について不安を持つという意見も実質はございました。そういった観点から、事業主や被保険者の代表の意見でもそのような不安の声があったわけですから、現場の中小企業事業主や被保険者はそれ以上に不安があるのではないのかなと思いますから、ここを丁寧な説明と周知をお願いしたいということ、これは意見でございます。

それからもう1点、事業計画(案)のまずジェネリックについては7ページにありまして、これは私も2年前からジェネリックということについては力を入れるべきだということで、非常に数値は上がってきたのではないのかなと思います。それに対して、6ページの特定健診受診率・事業者健診データ取得率の向上ということで、現行が49.6%、それから、被扶養者については23.25%、生活習慣病予防健診受診率を53.4%にする、被扶養者については27.6%以上にするという計画になってはおりますけれども、どちらかという、ジェネリックについては、協会一体となって非常に数字が上がってきたことが現実なのですね。

ところが、特定健診については、これを私はなぜお話をするかというのは、健康保険組合

の解散というようなことが発表になりまして、報道を見ていますと、必ずそこに健康保険組合については特定健診をしっかりとやっている。これは正確ではありませんが、たしか75%ぐらいの健診率ということになっていたと思います。それに対して、協会けんぽは約50%という数字で、そうすると、協会けんぽにその人たちが移るとすると、医療費がふえるのではないかというような、必ずそういう書き方をされているのです。ですから、そういうことを考えたら、我々も逆に、協会けんぽとしても特定健診については力を入れていくということをもっと外に出して、力強く宣言してもいいのではないかと思いますので、その辺をお願いしたいと思います。

○田中委員長 そうですね。特定健診について何かお答えになりますか。では、藤井理事、どうぞ。

○藤井理事 ご指摘ありがとうございます。確かにこれまでの進捗状況を改めて見てみましても、委員のおっしゃるとおり、特定健診、あるいは特定保健指導もなかなか苦戦をしておるところでございます。若干言いわけがましくなりますが、健保組合と比べたときに、特に単一型の健保組合と比べましたときに、事業主と保険者との距離が、どうしても開いているというようなこともあります。なかなか事業主の協力を得るのが大きな課題だということもありますが、ただ、仰るとおり解散した健保組合からこちらへ来られる方々のこともございますし、これまで以上に、健診率を上げるような努力をしていかなければいけないと、ここは強く思っているところでございます。

○小林委員 ありがとうございます。私も事業主の代表ですから、やはりこの辺は我々も力を入れて協力していかなければいけないという風に思いますので、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。平川委員、どうぞ。

○平川委員 8ページのところです。地域の医療提供体制への働きかけでございます。先ほど報告したとおり、連合の中でもこの辺の関心というのは、支部評議員もしくは地方連合会の関心が高いところでありまして、ここに書いてあるとおり、データに基づいて調整会議の中で、どのような提供体制が必要であるかということをしかりと発信していくというのが大変重要なのではないかなと思っているところでありますが、ただ、調整会議の中でおけます議論状況を見てみますと、民間病院がほとんど議論の対象になっていないというのが実態であります。

社会保障審議会医療部会の資料を見ても、民間病院は5,694あるんですが、議論が開始されているのは517病院でしかない。また一方で、公立・公的病院は、病床数でいうと9割近

くがこのプランの対象になっているという、大変いびつな状況になっているということです。そうなるとどういことが起きるかという、結局、高度急性期や急性期の病床ばかりが議論になり、回復期や慢性期の病床のあり方についての議論がほとんど進まないという形になっておまして、そうなると、これから今後さらに高齢化が進んでいく状況の中で、地域でも疾病構造が大きく変わる中で、その提供体制のあり方の議論がこれから本当に進むのかどうなのかということであると、かなり不安を持っていると思います。やはり協会けんぽとしても、調整会議の中でしっかりと意見発信をしていくことが重要です。そのためにも、データに基づいた発言というのは大変重要ではないのかなと思っているところでありますので、ぜひともこの辺、しっかりと書かれているというのは大変いいことでありますし、それをさらに強化していくべきだと考えているところであります。以上です。

○田中委員長 書いてあることへの応援でしたね。

○平川委員 そうです。

○田中委員長 ありがとうございます。松田委員、どうぞ。

○松田委員 特定健診受診率・事業者健診データ取得率の向上のところですが、基本的には、労働安全衛生法で必ず毎年定期健診を受けているわけでありまして、これを受けていないと法律違反になります。恐らく受けていらっしゃるのだらうと思うのですが、受けている場合、恐らく多くの場合は企業外労働衛生機関に任せているはずで、企業外労働衛生機関は多くの場合、国保の保険者の被保険者の健診もやっています。そちらには多分電子データを渡していますので、そうすると、これは恐らくシステム的な問題だけではないかなと思います。電子的にすでに作られているデータを吸い上げるという、何かそういう集合契約みたいなものを結んでいただければ、これはすぐ上がる話ではないかなと思います。

その上で、もう1つ考えなければいけないのは特定保健指導です。特定保健指導に関しては佐賀県の方も書かれているように、僕も幾つか分析をしているんですが、思っているような効果が上がっていない。BMIは若干下がるのですが、それが生活習慣の改善とか、医療費には実はつながっていない例がほとんどです。そうすると、ここの中身を少し詳しく検証して、より効果のあるやり方を提案するというのが、日本で一番大きな保険者である協会けんぽの役割なのではないかなと思います。

それから、非常に細かいことなのですが、ジェネリックですけれども、ジェネリックはDPCのデータでは完全にはわかりません。いわゆるDPC調査のほうで上がってくるデータは、Fファイルという一番細かいやつをもらっているのわかるのですが、レセプトのDPCレセプトは丸められているので、CDファイルはあるのですが、包括されている薬のことが完全にはわからないんですね。ただ、DPC病院はジェネリック係数が導

入されたことで、入院患者に対するジェネリック使用割合はほとんどもう8割を超えているので、そういう意味で、DPCデータを除いて分析しても多分よろしいだろうと思います。

もう1つは、いろいろと今回個人単位の分析をされるということですがけれども、非常に重要な視点で、例えば糖尿病のHbA1cは、大体ガイドラインでは年に4回ぐらい調べればいいんですけれども、実際には10回、12回と調べている方がたくさんいらっしゃいます。同じように画像診断も物すごい数写真を撮られている方がいらっしゃいます。これはレセプトを繋がないとわからないのですけれども、いわゆるオーバーユーズの問題というのをやはり保険者として取り上げていく必要があると思います。オーバーユーズというのは患者さんの健康状態にも非常によくない話です。不必要な検査もかなりありますので、そういうことを少し明らかにしていられるといいのではないかなと思います。

薬の重複受診なんかでも、重複何%という話よりも、何が重複されているのかという分析をこのデータはできるはずですので、そういうものは地域の薬剤師会とか、あるいは個人に返していくということが医療安全の面からも必要ではないかなと思います。僕らの分析でやると、一番多く重なっているのは胃薬です。いろんなところに通うと、その度にいわゆる整腸剤のたぐいをもって、それがすごい重なって、恐らく余り飲まれていないだろうと思いますけれども、そういうオーバーユーズの問題はやっぱり少し分析をして、それを対象者の方に返していくという視点のことをこの中でやっていただけたらいいのではないかと思います。以上です。

○田中委員長 健診について、労働安全衛生法に基づく健診とのデータの話はいかがでしょうか。

○藤井理事 ご指摘ありがとうございます。確かに委員が仰るように、システム的にできる部分もあるのですが、1つは事業主の同意をとらなければいけないというところ、あるいは、健診の項目が問診の中で少し違って、こちらの特定健診の項目と合わないので数字にはめていけない、そんな幾つかのネックがあっとうまく進んでいないという面もございます。そこも、1つずつクリアしながら進めていきたいと、思っております。

最後にご指摘いただいたオーバーユーズの関係です。まさに私どももこれから医療費を分析していくに当たりまして、そういった視点というのは本当に大事なところだと思っておりますので、先ほどいただいたご提案も含めまして、また改めていろんなご提案をいただきながら進めていければと思っております。よろしくお願いたします。

○田中委員長 貴重なご意見をありがとうございました。あと、DPCデータと薬剤費についてはどうしますか。検討しますか。

○企画部長 今我々のほうでどこまで把握できるか、以前に確認した範囲では、DPCも含めてジェネリック使用割合が出せるように私自身は理解していたんですけども、そのあたりはよく確認して取り組みを進めたいと思います。

○田中委員長 貴重なご意見、ご指摘ありがとうございます。お願いいたします。

○関戸委員 説明の中でありましたレセプトのデータ化ということは非常に大事であると考えます。既に計画の中にあるかもしれませんが、画像等を含む質の高いビッグデータとするためにガイドライン等でビッグデータ化を進めていくことで、例えば日頃通っている診療所の先生に対して、患者側からは治療や投薬の必要性をなかなか先生に言いにくい状態であったところをセカンドオピニオンや第三者がビッグデータの中にある画像等を活用して検査することでオーバーユース等の問題も防ぐといったことが将来的に可能になるのではないかなと思います。

○田中委員長 データの分析について、お答えください。どうぞ、企画部長。

○企画部長 レセプトのデータ化に関しましては、レセプトの電子請求を行うという取り組みがかなり進んで参りました。したがって、保険者としては、データとして大部分については現在保有している状況です。ですので、それをうまく活用して医療費の効率化に繋がるような分析、提案をしていければという風に考えています。

あと、セカンドオピニオンで医療機関間の画像データの共有みたいなお話がありました。これはなかなか保険者が間に入るというのは難しいんですけども、国のほうでは医療機関連携ということで、そういった視点の議論も進んでいるかと承知してございます。

○関戸委員 その画像にも保険が出ている訳ですね。

○企画部長 そうですね。画像診断をすること自体は保険の対象になってございます。ただ、画像データ自体を保険者がもらうというところまではないです。

○田中委員長 小磯委員、どうぞ。

○小磯委員 3ページの上のほうの②番にあります効果的なレセプト点検の推進のところで、昨年度で「新たな点検ノウハウの習得等を目的とした内容点検の外注化を進める。」ということで、今年度はもう外注化で、大体ノウハウは把握できたのでということで理解したんですけども、もともとそういった目的が単年度で習得をするというような目的で、どのような点がノウハウとして獲得されたのかなとちょっと興味があります。

2点目で、10ページのシステム関連の取組みというところの⑨にオンライン資格確認という言葉が出てくるんですけども、こちらはこういったものなのかというところをちょっと教えていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○田中委員長 質問の2点をお答えください。

○企画部長 ではまず私のほうからは、後段のオンライン資格確認についてご説明いたします。現在ですと、医療機関に患者さんがかかるときに保険証を提示します。保険証を提示されたら医療機関としては、基本的には保険者に正当に加入している方だと推定して治療を行います。ですが、場合によっては保険証を資格喪失後も持ち続けて利用されるようなケースもあつたりします。オンライン資格確認と申しますのは、窓口を持ってこられた保険証が今でも保険者のほうできちんと登録されているかどうかをオンラインで確認するという仕組みでございます、これにつきましては国のほうで平成32年度に向けて整備の準備を進めているところでございます。

レセプトについてはまた別の者から。

○業務部次長 業務部次長の三浦と申します。レセプト点検につきまして、私から回答させていただきたいと思います。外部委託につきましては、もともと単年度ということで決まっていたわけではございませんけれども、点検の状況等を踏まえて、12月末、今年度の契約をもって終了させるということを協会として決定したものでございます。また、内容のノウハウにつきましては、具体的にこれだということは今ご説明できませんけれども、協会の査定事例、また、外部委託での査定事例等を共有させていただいて、各支部の点検員等もそういったものを吸収しながらやっておりますので、そういった状況の中で、今、外部委託の査定事例等を改めてノウハウとして吸収していく必要性は薄れたという判断をしたものでございます。

○小磯委員 ありがとうございます。

○田中委員長 菅原委員、どうぞ。

○菅原委員 ありがとうございます。私は1点だけ質問なんですけれども、資料2-2の6ページです。重症化予防対策の推進というところで、特に糖尿病の重症化予防に関して書かれておまして、これは医療費へのインパクトが大きいという意味で、人工透析の移行を防ぐというのは非常に大きな問題だと認識しております。それを踏まえて、前年度と今年度の計画案を比べますと、前年度は「糖尿病の重症化予防については、かかりつけ医との連携等による取組を全支部で実施しており」と書かれていて、今回のものは、後半部の「糖尿病の

専門医と連携した生活指導プログラム」の部分が削除されていて、前年度、既に全支部で実施しているものが「糖尿病の重症化予防に取り組む。」と書かれておりまして、一見すると、目標自体が後退しているようなイメージがあるんですけども、これについて少しご説明いただければと思います。

○田中委員長 どうぞ、お答えください。

○保健部長 保健部でございます。糖尿病の重症化予防にかかる取り組みにつきましては、各支部で、国保と医師会等が既に連携しているような地区を中心といたしまして取り組んでいるところでございます。また、事業計画の記載といたしまして、専門医との連携に関する文言等を削除しておりますが、こちらにつきましては、取り組みを消極化するといった趣旨ではございませんが、かかりつけ医との連携の延長線上が専門医との連携といったようなところになってくるのかなというところでございます。厚労省の方が重症化予防プログラムとして市町村等に配付しているプログラムにつきましても、保険者とかかりつけ医との連携、また、かかりつけ医と専門医との連携等が要望されており、そういったところも進めていこうというところですので、保険者と専門医との連携を切り分けるのではなくて、かかりつけ医を通して専門医とも連携しながらこの事業を進めていきたいと考えているところでございます。

○田中委員長 他はよろしゅうございますか。中村委員、お願いします。

○中村委員 10ページですけども、内部統制のところ、これは新設されるというのは大事なことだと思います。内容なんですけれども、「事故等が発生しない仕組みを構築することを目指して」と、それから「内部統制を強化するための体制整備の検討に着手する。」とあるんですけども、今年が2年目だからこういう内容の文章なのか、やる内容がわからないと、事故に関係することであればもう少し早急な作業が必要なのかなというふうにも思うんですが、内容を教えていただきたいと思います。

○田中委員長 お願いします。

○高橋理事 普通、企業における内部統制は役員レベル、会社法の方ですと、監査役が取締役をチェックすると、それが普通の内部統制ですけども、独立行政法人の場合には法人の業務が法律で限定されていますから、内部統制は、役員そのものというよりも、全体として組織の中で、事故というのはちょっとオーバーな表現かもしれませんが、いろんな問題やミスなどが発生しにくいようなチェック体制をつくるということが主眼になっております。では、今まで協会の中で事故なんていうものはあったのかと。

そんな大きなものは無いのですが、例えば書類を無くしたなどはよくあるんですけども、それは手作業でやっている部分もかなりありますので、もうちょっと手順を整備していくということをやっ、て、問題の発生をできるだけ少なくしていく。組織の方は、今までもそういう仕組みはありましたが、もう少しきちとした体制整備をやっ、て進めていきたいということでございます。

○中村委員 いわゆるガバナンスの強化をさらに進めるというようなイメージなんですか。

○高橋理事 会社におけるガバナンスだとちょっと意味合いが違うと思いますが、全体にリスクの、どちらかというリスク管理のほうですけども、問題が生じないような仕組みに持っていくということが主眼でございます。

○中村委員 ありがとうございます。

○田中委員長 よろしいですか。

他にないようでしたら、事業計画については引き続きの検討事項です。事務局においては、本日いただいた議論を踏まえて、次回に向けた資料の準備をお願いします。

続いて、議題3に移ります。インセンティブ制度について、事務局から資料が提出されています。説明をお願いします。

議題3. インセンティブ制度について

○企画部長 資料4でございます。インセンティブ制度についてのご説明です。時間が少し押してまいりましたので、かいつまんでのご説明をさせていただきます点、ご容赦いただければと思います。

1枚目でございます。インセンティブ制度については、1つ目の丸ですが、30年度から本格実施、その実績を32年度の都道府県単位保険料率に反映するということでございます。ですので、今現在進んでいる実績が、32年度の保険料率に反映されることになります。今後の制度のあり方についても検討の必要がありますので、今回、試行の年の29年度の実績と、それから、本格実施の年の30年度、これは4月から8月までの暫定値ですが、データを準備させていただきましたのでご説明いたします。後の方では、広報の状況についても資料をつけております。

3ページ、4ページのところでは、どのような指標に基づいて得点をカウントしているかということを書いております。1番目が特定健診受診率、2番目が保健指導実施率、3番目が特定保健指導対象者の減少率、これは健診を受けて保健指導を受けた後、翌年の健診結果がよくなったかどうかというところ。4番目は、健診のデータが芳しくなくて受診勧奨

を受けた方がどれだけ実際に医療機関を受診したかという率です。5番目は、ジェネリック薬品の使用割合です。

時間の関係がありますので、29年度については割愛させていただきます。10ページから30年度の方でございます。1枚めくっていただきまして、11ページがデータです。データの見方ですけども、折れ線グラフが各支部の得点でございます。それ以外にカラフルな棒グラフが上と下に飛び出ていますけれども、これは各要素ごとに見たときにプラスだったものは、一番上でいうと250点より上側、マイナスだったものは250点よりも下側に出ています。したがって、総得点そのものと、あとは各要素がよかったのか悪かったのかわかるような資料構成とさせていただきます。

全体をご覧くださいますと、この5つの総得点のところですが、関東は低目になっています。その隣の富山、石川、福井の北陸3県は高目になっています。あと四国は、高知が一番低くなっていて、他も余り高くはないなという状況です。九州については、佐賀が一番高く305点ですけども、その他の県も比較的高い得点をしているところです。

それらを、今度は保険料率に反映させるということになります。それが14ページでございます。こちらはあくまでも暫定的な数値ですので、実際に32年度の保険料率がこうなるかは全く別問題となってしまいますが、現時点の状況で算定いたしますと、1位の佐賀支部につきましてはマイナス0.049%、保険料を圧縮する効果が生じるところでございます。これは仮置きで、お1人の平均標準報酬28万円に当てはめて考えますと、毎月当たり労使折半前で137円の圧縮効果となります。

それから15ページをご覧ください。こちらはインセンティブ制度の広報の実施状況でございます。運営委員会の委員の皆さんからは、このインセンティブについてしっかり周知をするようにというご指示をいただいておりますので、本部としても、それから各支部としても取り組みを進めておりますので、その状況を取りまとめさせていただきました。

ご説明は以上になります。

○田中委員長 まだ途中ですが、現時点での報告でした。何かご質問、ご意見があればお願いいたします。

○小林委員 まさに始まったばかりですから、まだこれからということだろうという風に思います。これについてはまた進捗状況を報告いただければと思います。特に今回の地方議案の中で各支部からの意見の中にも、インセンティブに対しても少し意見が出ていましたけれども、やはり指標があるわけですから、1から5ですか。この辺の部分について、こういったことが指標の中でやっているのですよということをしつかりと説明をしていくことが非常に大事ではないのかなと思います。ですから、評議員の方はそのことを知らなくて言うておられるのはわかりませんが、そういったことについては、広報も非常に大事ですけども、しっかりと各支部に説明をしていくということをお願いしたいなと思いますか

ら、よろしく申し上げます。

○田中委員長 ありがとうございます。そのとおりですね。よろしゅうございますか。今回は4月から8月までの実施状況の説明でした。31年度のインセンティブ制度の方針については、さらに検討を重ねて事務局で、また運営委員会に伝えてください。

議題4のその他に移ります。こちらは報告事項ですが、事務局から資料が提出されていますので説明をお願いします。

議題4. その他

○企画部長 それでは、その他の事項でございます。資料5から資料8までと、参考資料についてはどんなものかということだけご紹介いたします。

まず資料5でございます。あんまマッサージ指圧・鍼灸施術療養費にかかる受領委任制度導入についてのご報告です。

こちらにつきましては、見開きの上のほうのページにご説明がございます。あんま、はりきゅうにつきましては、原則は償還払いですが、協会は前身の社会保険庁の時代から代理受領という仕組みを認めてまいりました。これは施術者が加入者にかわりまして保険者に7割の保険給付分を請求し、受領する方式です。

下の図でご覧いただきますと、真ん中にありますのが代理受領です。これは加入者、施術者、保険者の3者の関係のみで、行政が絡むような形にはなっていません。これにつきまして、今般、厚生労働省のほうで、図の右側にあります受領委任方式を導入するということが検討が進められてまいりました。受領委任方式と申しますのは、保険医療機関と似たようなシステムです。図の下のところで文章を書いておりますが、施術者は、受領委任の登録を行政に対して行う、それから、不正請求等が判明した場合登録が取り消される、3つ目ですが、悪質な事例があれば法律に基づく行政処分に連携しやすいというメリットがございます。

この受領委任制度を導入するかどうかは各保険者の判断ということになってはいますが、協会といたしましては、請求ルールが明確になる、それから、医師の同意書の様式について詳細なものとなる、それから、施術者への行政による指導監督が強化されるというメリットがございますので、受領委任方式の導入をしたいと考えてございます。

以上、ご報告です。

続きまして、資料6で、こちらは、国の会計検査院からのご指摘を頂戴したので、そのご報告でございます。内容といたしましては、健康保険から給付されます傷病手当金と労災保険から給付されます休業補償給付の併給調整についての指摘です。

労災からの休業補償給付を受給できる場合には、傷病手当金のほうが併給調整されるというような決まりになってはいますが、それが不十分な事例がございました。具体的には、1の

③のところがございますが、傷病手当金の申請者が、労災の方の受給がある、あるいは、請求中であるという風におっしゃられていたにも関わらず、その後の処理が十分にできておらずに併給調整が適正に実施されていない事例がございました。会計検査院から指摘されたのは、5支部10件の事案でございまして、適正な支給額との差額は約1,500万円となっております。協会としては、きちっと対応できるように取り扱いについての徹底、適正な事務処理を指示してございます。

それから資料7については、関係審議会の動向と意見発信の状況でございます。この中には、国に対して制度改正要求などもしておりますが、本日は時間の関係でご説明は割愛いたします。

続きまして、資料8をご覧ください。保険財政に関する重要指標の動向ということで、1ページ、上側のほうですけれども、被保険者1人当たり標準報酬月額の実績値を掲載しています。最新の値が30年9月の実績の速報値ですが、これまでの間、28万円台で推移しておりましたけれども、今回の9月の定時改定におきまして29万円台になりましたので、ご報告いたします。

続きまして、ジェネリックの利用状況でございます。5ページをご覧ください。直近のデータですと、ジェネリックの使用割合、これは調剤分ということになりますが、76.2%でございます。6月から若干落ちておりますが、これは抗てんかん剤など、新たにジェネリックが収載されましたので、分母が広がった効果によるものでありまして、この後また上がっていくものと考えています。

それから6ページは、各支部の状況を使用割合順に掲げております。従来、一番低いのが徳島で、そこは変わらないんですけれども、2番目に低かった山梨支部が近年高い伸びを示しておりまして、高知支部よりも上位に来たという状況でございます。

それから7ページ、小さい図表で大変恐縮でございます。被保険者数の伸びが、右から2番目の項目で書いてございますが、前回の委員会でも、被保険者数の伸びがやや鈍ってきたというご報告は申し上げましたけれども、その傾向は続いておりまして、直近では、30年9月になりますが、被保険者数の伸びは2.5%まで下がってきている状況です。

参考資料について簡単に触れます。参考資料1は、事業計画のもととなりました3カ年のアクションプランでございます。

それから参考資料2は冊子になっております。調査研究報告書となっておりますが、協会の本部、それから各支部でそれぞれテーマを設けて調査研究をやっておりまして、その報告書として毎年まとめさせていただいております。今年度の分ができ上がりましたので、今回配付させていただきました。

それから参考資料3です。制度改正については、協会けんぽも重要な保険者として、いろいろところで審議会などに参加して意見を申し上げておりますが、参考資料3は、それとはまた改めて、被用者保険の関係5団体として厚生労働省に対して意見を申し上げた事例がございまして、参考としてお配りさせていただいております。めくっていただきますとおわ

かりかと思いますが、厚生労働大臣に対して、関係団体と連帯して意見を提出してまいります。その中の項目といたしましては、後期高齢者の窓口負担でありますとか、あるいは、高齢者の医療費に係る拠出金負担の軽減について、社会保障の持続性確保についてなどなど、意見を要望として上げさせていただいているところでございます。

報告は以上になります。

○田中委員長 ただいまの報告についてご質問、ご意見があればお願いいたします。小林委員、どうぞ。

○小林委員 時間もありませんので、簡単に。今資料8を見させていただきまして、7ページのところで加入者数の件なのですが、報道によると、健保組合の解散がもう決定されている。日生協健康保険組合と人材派遣の健保組合がもう解散を決定したということはお聞きしているのですが、かなりの数になるのではないのかなと思います。4月1日というようなことで、3月31日で解散と決定をしていると聞いておりますけれども、こういったことに対して、たまたま4月、3月というのは非常に忙しいです。そうでなくても協会けんぽさんも。ただ、非常に多くの方々が入会されるということですから、いろんなところと連携をさせていただいて、十分な調整をお願いしたいなという風に思いますので、よろしくお願いいたします。以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。どうぞ、次長。

○企画部次長 その件に関しましては、私どもも、プロジェクトチームではないのですが、少し対応を本部としてきちっと、各支部と連携してやりたいということで対応してまいりたいという風に考えております。

○田中委員長 ほかにご質問、ご意見はございませんか。無いようでしたら、本日の議論は以上となります。

次回の運営委員会の日程について事務局から説明をお願いします。

○企画部長 次回の運営委員会ですが、12月19日水曜日15時より、ここと同じアルカディア市ヶ谷で行う予定でございます。開始時刻は今回と異なりまして15時からとなりますので、お間違えのないようよろしくお願いいたします。

○田中委員長 では、これにて運営委員会を閉会いたします。ご議論ありがとうございました。

(了)