

全国健康保険協会運営委員会（第99回）

開催日時：令和元年9月10日（火）16：00～17：45

開催場所：アルカディア市ヶ谷 富士（東）（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（五十音順）

議 事：1. 2020年度～2024年度の収支見通しについて
2. 令和2年度保険料率に関する論点について
3. インセンティブ制度に係る平成30年度実績【速報値】について
4. 医療費分析結果について
5. その他

○田中委員長 皆さん、こんにちは。定刻となりましたので、ただいまから第99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、ありがとうございます。

本日の出席状況ですが、松田委員が都合によりご欠席でございます。

次に、協会の職員に異動があったと報告を受けました。事務局より紹介をお願いいたします。

○企画部長 まず、9月2日付で着任いたしました総務部長の渡辺でございます。

○総務部長 渡辺でございます。よろしくお願いいたします。

○企画部長 私、8月28日付で着任いたしました企画部長の榎本でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○田中委員長 よろしくお祈いします。

また、本日もオブザーバーとして厚生労働省よりご出席いただいております。

早速、議事に入ります。

2020年度～2024年度の収支見通しと令和2年度保険料率に関する論点について事務局から資料が提出されています。2つの議題は内容が関連していますので、一括して説明をお願いします。

議題1. 2020年度～2024年度の収支見通しについて

議題2. 令和2年度保険料率に関する論点について

○企画部長 それでは、私、企画部長の榎本から資料1と資料2についてご説明をさせていただきます。

まず資料1でございますが、こちらは協会けんぽの医療分の今後5年間の収支見通しについて試算したものでございます。

試算の趣旨ですが、協会けんぽ（医療分）の平成30年度決算を足元として、一定の前提のもとに機械的に試算した2020年度から2024年度までの5年間の収支見通しを議論の材料としてお示しさせていただくものでございます。

1ページでございますけれども、こちらは平成30年度の協会けんぽの決算についてお示ししています。こちらは7月の運営委員会でご報告させていただきました時点では見込みの数値でございましたけれども、国の決算が確定いたしましたので、数値の変更なく協会けんぽの決算としても確定いたしましたのでご報告申し上げます。

2ページ、3ページは、このたび行いました5年収支の見通しの前提についてご説明したものでございます。こちらについても7月の運営委員会でのどのような形で推計するかということをお示ししております。今回少し詳しく書き込んでおりますけれども、内容は変わっておりませんので説明は割愛させていただきます。

続きまして、4ページが試算を行った結果の概要です。幾つかの場合についての試算を行っておりますけれども、4ページの上のほうの表は、まず現在の平均保険料率10%を据え置いた場合についての試算でございます。賃金上昇率については3つのパターンを設けて試算を行いました。Ⅰが賃金上昇率を1.2%で一定と見たものです。それで試算を行いますと、2020年には収支差が4,700億円、準備金については3兆8,500億円となります。2024年度になりますと、収支差は1,600億円、準備金につきましては4兆8,200億円ということで推定されてございます。

Ⅱは賃金上昇率を0.6%で一定と見たものです。こちらは協会けんぽのこれまでの状況がある程度反映させたもので、中間的な推計になっています。2020年度をご覧くださいますと、収支差は上と同じく4,700億円、準備金につきましては、3兆8,500億円となっております。これが2024年になりますと、単年度で収支差が赤字になります。赤字が400億円、準備金につきましては4兆3,100億円になると推計してございます。

Ⅲのケースは賃金上昇率について一番厳しく見たケースです。伸び率を0%と見て、賃金が今の水準で横ばいになるという推計です。2020年度は収支差についてはほかのケースと同様です。2023年度に単年度の収支差が赤字になるという見込みになっています。2024年度には赤字額が2,500億円になりまして、準備金については3兆8,000億円になると推計しております。

それから下のほうは均衡保険料率です。これは単年度の収支が均衡する保険料率が幾らになるかを集計したものです。3つのケースとも一旦2020年度には9.5%に下がります。それがじわじわ上がっていくという試算結果でございます。

5 ページをご覧くださいと思います。こちらは保険料率を引き下げた場合についての試算です。①が9.9%に引き下げた場合、②が9.8%に引き下げた場合、③が9.7%に引き下げた場合、④が9.6%に引き下げた場合、⑤が9.5%に引き下げた場合です。

Ⅱの中間的ケースでご説明を申し上げますと、保険料率を9.9%に下げた場合、2023年度に単年度の収支が赤字になります。2024年度には赤字額が1,400億円に拡大するという見通しです。②の9.8%に引き下げたケースで申しますと、Ⅱの0.6%で一定の中間のケースでございますけれども、この場合ですと2022年度に単年度で収支が赤字になるという見通しになっております。それから③の9.7%に引き下げた場合、赤字になる年は2021年度でございます。赤字額については300億円になると見込まれております。④の9.6%のケースについては、収支差が赤字になりますのは2021年度でございます、賃金上昇率0.6%で一定とした場合について赤字幅は1,300億円ということになります。9.5%に引き下げた場合については、2020年度に収支差が赤字になりまして、中間的なケースですと赤字幅は300億円ということになってございます。

6 ページから12ページまでは、ただいま申し上げました試算のより詳しい結果となっております。収入の各項目、支出の各項目について詳しい数字を記載しておりますけれども、本日は時間の都合がございますので説明は省略させていただきます。

13ページをご覧ください。こちらは試算の前提となりました今後5年間の被保険者数、総報酬額についての見込みをお示ししたものでございます。被保険者数についてご覧いただきますと、一番上の表でございますけれども、2020年度は足元の被保険者数の増加の傾向を踏まえまして増加が続くと見込んでおるところでございます。ただ、その傾向につきましては一時的な要因がたまたま重なったということで考えてございまして、2021年度からは日本全体の人口が減少するという傾向を踏まえまして、被保険者数についても減少すると見込んでおるところでございます。

総報酬については、こちらに記載のとおりでございます。

一番最後が法定準備金です。協会けんぽは保険給付費や高齢者拠出金等の1カ月分の準備金を積み立てなければならないということになっております。その法定準備金として保有すべき額の粗い見通しについてここでお示しをしております。2024年度になりますと8,700億円から8,800億円になるという見通しでございます。

資料1につきましては以上でございます。

続きまして、資料2のご説明に入りたいと思います。こちらは令和2年度保険料率に関する論点についてということで、1ページから2ページに具体的な論点、それ以降について参考となる資料を用意させていただきました。

1ページが平均保険料率に関する論点でございます。まず現状と課題を4点ほど記載させていただきました。1つ目のチェックですけれども、協会けんぽの平成30年度決算について記載させていただいております。収入が10兆3,461億円、支出が9兆7,513億円、収支差は5,948億円となり、準備金残高は2兆8,521億円で給付費等の3.8カ月分となっております。

す。

次のチェックですけれども、これについては、協会においてジェネリック医薬品の使用促進、レセプト点検の強化など医療費適正化のための取組を着実に進めてきたことの効果に加え、診療報酬のマイナス改定や制度改正の影響等により一時的に支出が抑制されたことなどによるものと考えてございます。

一方、協会けんぽの財政は、医療費の伸びが賃金の伸びを上回るという財政の赤字構造が解消されていないことに加え、以下の観点などから、今後も予断を許さない状況にございます。まず、高齢化の進展により、高齢者に係る医療費が今後も増大する見込みであり、特に令和4年度以降、後期高齢者が急増するため、後期高齢者支援金の大幅な増加が見込まれること、次に、高額な医薬品や再生医療等製品の薬価収載が増加していくと見込まれること、平成29年度半ばから被保険者数の伸びが急激に鈍化しており、賃金の動向も不透明であることというような状況がございます。

こうした状況も踏まえながら、今後の財政状況を見通す観点から、今回も5年収支見通し等の財政状況に関するシミュレーションを行いましたところ、保険料率10%を維持した場合であっても、数年後には準備金を取り崩さなければならない見通しとなっております。

こうした現状・課題を踏まえまして、論点として、協会の財政構造に大きな変化がない中、今後の5年収支見通しのほか、人口構成の変化や医療費の動向、後期高齢者支援金の増加などを考慮した中長期的な視点を踏まえつつ、令和2年度及びそれ以降の保険料率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示させていただいております。

それから※印で書かせていただいておりますけれども、一昨年12月の運営委員会で安藤理事長から発言した抜粋でございます。今後の保険料率の議論のあり方については、中長期で考えるという立ち位置を明確にしたいということで発言をさせていただいたところでございます。詳細については後ろのほうについております。

以上が平均保険料率に関する論点でございます。

それから2ページに行きまして、こちらでも2番目、3番目の論点を挙げてございます。

2番目の論点が、都道府県単位保険料率を考える上での激変緩和措置の解消とインセンティブ制度の導入でございます。

現状と課題ですが、激変緩和措置の解消期限は令和元年度末とされています。これまで段階的に激変緩和措置の解消を図っておりまして、今は10分の8.6で緩和措置率が上がってきているところでございます。令和2年度の拡大率は1.4となり、解消期限どおりに激変緩和が終了することとなります。これにより、令和2年度以降の都道府県単位保険料率には激変緩和措置が適用されないこととなります。一方、平成30年度から本格実施しているインセンティブ制度については、平成30年度の実施結果が令和2年度の都道府県単位保険料率に反映されることとなります。

そこで論点でございますけれども、激変緩和措置について、政令で定められた解消期限（令和元年度末）までに終了できるよう、計画的に解消を進めてきたところであり、解消期

限どおりに終了し、令和2年度は激変緩和措置を講じないこととしてよいか。それから、インセンティブ制度について、本年11月に開催する運営委員会において平成30年度実績の確定値を示し、当該実績に基づく評価が上位23位に該当する支部に対して、支部ごとの評価に応じた報奨金を付与することにより、保険料率の引き下げを行うことでよいかということが論点としてございます。

続いてでございますけれども、3番目として、保険料率の変更時期についてでございます。論点でございますけれども、これまでと同様、令和2年度保険料率の変更時期について、令和2年4月納付分からよいかということで挙げさせていただきました。

続いての資料でございますけれども、3ページ、4ページにかけましては運営委員会でご議論いただきました平成31年度の保険料率についてのご議論をまとめさせていただいて、昨年12月の運営委員会にお出しした資料でございます。

それから5ページ、6ページは、一昨年12月の運営委員会で理事長より発言させていただきました内容の要旨でございます。最後のあたりで「中長期で考えるという立ち位置を明確にしたいと考えている」と発言をしております。

それから7ページでございますけれども、こちらは昨年9月の運営委員会における理事長の発言要旨でございます。こちらにおきましても、「この料率に関しましては、中長期的に考えていきたいという基本は変わっておりません」と発言をしております。

8ページから今後10年間の試算を行っておりますので、それについてご紹介したいと思っております。8ページ、9ページでございますけれども、試算の前提が書いてございますが、基本的には5年収支見通しを算定する方法と同じ方法で期間を10年に延ばしたという内容でございます。試算の結果が10ページ、11ページ、12ページでございます。

まず10ページは、一番上のタイトルにございますけれども、賃金上昇率について楽観的に見た場合の試算です。棒グラフが準備金残高の推移をあらわしております。各年度ごとに6本ありますけれども、一番左側の棒グラフが平均保険料率を10%に維持した場合、2番目が9.9%、3番目、4番目、5番目、6番目とさらに保険料率を引き下げた場合の準備金の残高です。

それから折れ線グラフが上のほうにさまざまな色で入ってございますけれども、こちらは保険料率をどうしたかという場合ごとに、準備金が何カ月分積み上がっているかということについて数字をお示したものでございます。平均保険料率を10%で維持した場合、オレンジ色の折れ線グラフをご覧いただきたいと思っておりますけれども、2025年度、26年度に準備金がピークになりまして、5.6カ月分となります。その後、単年度の収支が赤字になり、準備金を取り崩してまいりまして、2029年度には5.3カ月分となるという試算でございます。

11ページは賃金上昇率について中位の推計を行ったものです。0.6%の伸びの前提でございます。この場合ですと、10%の保険料率を維持した場合には2022年度から2023年度にかけて準備金が5カ月分ということでピークを迎えます。その後取り崩しが続いていきまして、2029年度には2.6カ月分ということでございます。なお、保険料率を引き下げた場合には、

例えばピンク色の9.8%に引き下げた場合ですけれども、2029年度に準備金が1カ月を下回るという試算結果になっております。

続きまして12ページですが、賃金上昇率が0%の場合の試算です。この場合ですと、平均保険料率10%のオレンジ色のカーブをご覧くださいますと、2021年度と22年度にピークが参りまして、そのときが4.8カ月。その後、かなり早いテンポで取り崩しが進んでまいります。2029年度には0カ月となりまして、1カ月を割り込む数値となっております。保険料率を9.8%に下げたピンク色のケースでご説明をしますと、2027年度に1カ月分の準備金を下回るという結果になっています。

続きまして、13ページからの資料をご紹介します。こちらもたった今ご説明した試算と同じ結果について違う形でグラフにさせていただきました。15ページ、16ページ、17ページをご紹介します。

15ページは賃金上昇率が高いケースです。この場合には保険料率を9.8%にした場合に、2029年度であっても準備金が1カ月分を上回りますので、9.8%の保険料率が維持されるという結果になっております。

一方で、16ページをご覧くださいますと、こちらは保険料率を9.8%に下げた場合が赤い折れ線グラフで描いてありますけれども、2029年度には準備金が足りなくなりまして、保険料率の引き上げに入りまして、2029年度には10.3%の保険料水準とする必要が出てくるという試算でございます。これについては、保険料率を下げ準備金を早目に取り崩すことで保険料率を早く上げる必要が出てくるという試算でございます。

17ページについてはより厳しいケースですけれども、もっと厳しい推計結果となっております。

19ページ以降につきましては、ポイントとなる資料だけご紹介したいと思います。医療保険制度をめぐる動向ということでございますけれども、20ページは今後の日本の人口の推移が示されております。ブルーの15歳から64歳の現役世代が早いピッチで減少していく。支え手が細っていくという状況が見てとれるかと思えます。

27ページをご覧くださいませと思います。27ページの資料は内閣官房、内閣府、財務省、厚生労働省が2040年に向けての社会保障の将来見通しを昨年5月に公表したものでございます。ここでは医療費が将来的にどのくらいの規模になるかということが示されております。左側のほうをご覧くださいますと、ピンクの部分で医療でございますけれども、2018年度は国全体で約40兆円、それが2025年度には50兆円近くに上昇するとなっております。2040年度には70兆円近くになるという数字でございます。右側のほうはさまざまな改革をした場合にどうなるかという試算でございますが、額としては左側の現状投影のケースと余り大きな変化はございません。

33ページでございますけれども、こちらに最近薬価収載された高額な医薬品や再生医療等製品の例を挙げさせていただいております。

35ページからは協会けんぽに関する動向ということで、関連の数値などについてご紹介を

させていただきます。36ページは単年度収支差と準備金残高等の推移です。

38ページはいつもご覧いただいております資料ですけれども、賃金の伸びが余り見られない中で、医療費については増加しているという状況をご説明させていただきます。

42ページは対前年同月比被保険者数の伸び率の推移でございますが、最近、伸び率が急激に鈍化をしているという状況がございます。

43ページは、平成31年度（令和元年度）の都道府県単位保険料率についてお示しをしております。

続きまして、45ページでございます。こちらは令和2年度都道府県単位保険料率のごく粗い試算をお示ししております。前提といたしましては、平均保険料率10%のケースでございます。インセンティブを反映する前の最高料率は10.77%、最低料率は9.59%でございますけれども、インセンティブ分について平成30年度の実績速報値を用いて計算いたしますと、最高料率の支部につきましては10.74%、最低料率の支部につきましては9.57%となる試算が出てございます。

その他の資料につきましては、時間の都合もございませぬので説明は省略させていただきます。

事務局からの説明は以上でございます。

○田中委員長 説明ありがとうございました。本日は何かを決める段階ではありませんが、ただいまの説明に関してご意見やご質問がありましたらご自由にご発言ください。関戸委員。

○関戸委員 関戸と申します。協会けんぽの財政状況についての説明だったわけですが、今後の財政状況は賃金上昇率にもよりますが、高齢化がますます進展している、これは全くの事実でありますし、どなたも疑いがないことでもあります。10月からの消費税率の引き上げなどで、保険料を負担する事業主や従業員の負担増になってまいります。したがって、この先10年にはかなり厳しい状況に陥るといふご判断も変わらないのではないかと思います。いずれは、保険料率の引き上げの検討が迫られるという可能性が非常に強い、これも変わらない事実ではないかと想定ができてまいります。しかし、平成30年度の保険料率を決定する際の理事長のコメントにもありますように、労使が負担できる保険料率は10%が限界だというお話がありましたが、私もそのとおりだと思うわけでございます。

協会けんぽの支出の35%が後期高齢者支援のための拠出金であります。高齢化の進展とともにますます割合が増加をするのではないかと考えられます。財政的な自由度は極めて小さい状況だと思います。協会けんぽとしてはレセプトの点検とかジェネリック医薬品の推奨を推進していますが、そういった協会けんぽが力を入れている施策については継続していくべきだと思うわけですが、全ての取り組みを100%実施したとしても財政に関するインパクトが極めて小さくて、抜本的な対応策にはなり得ないのではないかと思います。後期高齢者

への支援金についても、総報酬制の導入によって一息ついている状況ではありますが、被用者保険のもう一方の保険者である健康保険組合に負担を寄せているだけであって、健康保険組合の財政も厳しいと聞いておりますので、もはや健康保険制度の枠組みの中だけで協会けんぽの財政問題を議論していても解決策は見出せないと思うわけです。

このような状況を踏まえて、協会けんぽとしては、事業者や被保険者に対して現在の状況や今後の見通しについて広く知らしめる。これは協会けんぽの中で幾ら議論をしても解決がつかない問題なのではないか。もっとオープンにして、財政状況が厳しくなることは確たることですから一緒に議論をやっていかなければいけないと思います。そういう意味では、政府を初め、マスコミ、国民に対して幅広く提言を行っていただきたいと思うわけです。

これは余談になりますけれども、私の妻が膵臓に腫瘍ができて、それががんではなかったわけですが、膵臓の真ん中にできたものですから、腹腔鏡でも無理で開腹せざるをえないという中で、王貞治選手の手術をした名医の宇山先生がロボット支援手術をされている。健康保険適用外ですが、輸血もなく手術後2週間で退院ができる。私どもは有明病院に最初行ったのですが、そこで開腹だということで、豊明市の藤田医科大学病院という1,500床ある日本で一番大きな病院でダヴィンチの手術を受けました。術後が非常に軽くて助かりました。しかし、膵臓の手術となるとそうでない方がほとんどなのですね。私にやらせてくださいとお医者さんは言いますから、なかなかそういう新しい技術と活用した治療を受けられない。また健康保険適用外ということでできないわけですが、私もそういう体験をこの1年間でして、ロボット手術が健康保険適用になるためには、それだけの献体といえますか時間がかかるわけです。私の妻も献体の登録をして手術をしましたが、その後、有明病院でも私のところが断った直後、1月に2台入れて、東海大学病院も2台入れて、北里大学病院も2台入れた。ここで明らかにダヴィンチというロボット手術に変わろうとしています。前立腺とか一部は保険適用になっていますけれども、保険適用を早くやる方法はないか。これは術後の入院費用とかあらゆることが非常に安価に済むという確証を私は得たのです。

個人的な体験ですが、二、三カ月入院する方がほとんどの中で、私どもは2週間ですからね。開腹しますと、術後にたんが詰まったりしてせきをする、それすらできないから、たんが肺に入ってしまう。患部以上にほかがどんどん悪くなってしまうことがあるそうです。そんなことを体験できたわけですが、保険制度の中にそういう経費節減できるようなことは、これから大きく変化する、私たちの知らないことがあるなというところをもっと協会けんぽは訴えていくとどう思いますか、そういう情報をどんどん入れられるようなものをつくっていく必要があるのではないかと。

それから、これも全く協会けんぽが直接はできないことですが、我が国のGDPを上げていくような政策提言をしていくこともあると思います。我々事業者はこれを命題として抱えています。問題は社会保障の給付とそれを支える生産年齢人口の差です。20年前から生活保護受給者は100万人もふえて、60万人が160万人になっているわけです。企業数はこの20年で

140万社、倒産、廃業しているんです。社長の年齢も20年前は40代だった。20年たった今は平均年齢は66歳になった。間違いなく高齢化が起きているわけです。これは協会けんぽの中だけで議論することではなくて、表に出さなければいけない時期を逸してはいけないと思った次第です。以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。見通しに関するご意見というか解説ですね。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。ご質問、ご意見をお願いいたします。小林委員、どうぞ。

○小林委員 令和2年度保険料率に関する論点なのですが、意見としてお聞きをいただきたいと思います。

1 ページのところに、決算が確定をしたということですが、収支差は5,948億円のプラス、準備金残高も2兆8,521億円と協会けんぽ発足以来の高い数値になっていると思います。ただし、事務局の分析にあるとおり、この現象は一時的なもので、保険財政が皆さんの共通認識である、医療費の伸びが賃金の伸びを上回る赤字構造であることから、今後の財政状況については予断を許さない状況にあるとの現状認識があります。中小企業の経営者から見れば、保険料率を下げただけなのは歓迎されると思いますが、本日の配付資料にありますように、保険料率は一度下げると、引き上げる際の上げ幅が大きくなることが考えられます。雇用主も、そしてまた被保険者もこの10%というのが多分限界ではないかと思いますが、ここまでであれば何とかできるのではないかと考えております。慎重な検討が必要になるのではないかと思います。

それから、平成31年度の保険料率の議論にもありましたように、安藤理事長から中長期的に考えていきたいというメッセージ、それから現在議論がされている短時間労働者への社会保険適用拡大、他の保険者の動向、例えば昨年末に日生協や派遣の健保組合が解散をして、その多くが協会けんぽに加入をしたということがありましたので、社会的な情勢を見ながら議論をしていくべきであると思います。

それから、都道府県単位の健康保険料率を考える上での激変緩和措置の解消についてですが、これについては資料2の4ページにありますように、計画的な解消以外の意見がないということですから異論はありません。

それからインセンティブ制度については、平成30年度の結果が令和2年度から導入される点はわかりやすく説明をする必要があると思います。また、保険料率の変更時期については、4月納付分からでよろしいのではないかと思います。ただし、料率の変更に当たっては、インセンティブ制度の導入を含めて、本部、支部だけでなく、経済団体であるとか労働団体などを通じて幅広く周知をしていただきたいと思いますので、お願いいたします。

○田中委員長 論点に沿って意見を言っていました。ありがとうございます。

できるだけ皆さんからもこの論点に沿った意見を伺わせていただきたいと思います。お願いします。平川委員、どうぞ。

○平川委員 保険料率に関する論点ですが、適用拡大などの効果ということもあって、足元の財政は堅調に推移をしているようには見えますが、医療費の動向を見ますと、伸び率はGDPの伸びを上回っている状況にあります。特に後期高齢者がこれから一気にふえていくという状況の中で、急激な今後の医療費の増加に対してどう対応していくのかということが大変重要かと思えます。そういった意味で、毎回、保険料率の問題等をどういうふうに考えていくのかというのが大きな課題になっているわけでありますけれども、足元の数字を見た場合、単年度でこの問題を考えていくのか、中長期でこの問題を考えていくのかというのは、1つの考える場合の指標になり得るのかと思えます。

資料にもありますが、理事長からは中長期的に考えるというスタンスが表明されておりまして、これはこの間の議論の大きな柱になってきておりますし、支部評議会でもこれに基づいてさまざまな議論もされてきているということで、定着をしてきているのではないかと思います。そういった意味で、この保険料率については、将来的には料率をどうしていくのか、引き上げを検討せざるを得ないということもあるかと思えますが、当面は上げ下げというのは慎重に検討していくというのが大変重要だと思います。

さらに加えて言うと、世の中が、医療費が上がっていくからしょうがないとか、経済状況があるからしょうがないということではなくて、協会けんぽという保険者としての機能をどうやって高めていくかというのが大変重要だと思います。それらをジェネリックの使用であったり、地域医療構想への参加もそうですし、国保の保険者となった都道府県とのかかわりとかということも含め、どうやって保険者機能を高めていくかという検討も同時に行い、それを議論の中に組み込んでいくことによって、さらにあるべき保険料率の議論の仕方も見えてくるのではないかと思っているところであります。

今回はそういう考え方ということで言わせていただきました。ありがとうございます。

○田中委員長 ありがとうございます。小磯委員、お願いいたします。

○小磯委員 ご説明ありがとうございました。まず、保険料率の10%据え置きのことについては、4ページの試算を拝見すると、均衡保険料率で行った場合は翌年からもう既に上がることになるということで、保険料率の変動することについては被保険者にとっても制度に対しての信頼度に影響することではないかと思うので、この会議でも柱になっていて、今お話がありましたけれども、中長期で見て安定した保険料率をまず確保するということは非常に大事だと思っております。

それから、激変緩和措置についてなのですが、こちらは私が委員をさせていただく前からずっとやっていらっしゃるもので、調べますと、46ページにあるのかと思うのですが、最初

は5年をめどにということであったように前の資料を見ると思うのですが、リーマンショックのときに据え置いたということで、10年間かけて堅調に激変緩和措置を実行してこられたのかと思いますが、きちっとそういった10年をかけた激変緩和措置の解消を図ってこられたので、このままそれを実行されていくのがよろしいかと思えます。

それからもう1点、33ページの高額な医療費についてなのですが、こちらを見ると、今回、薬価収載された高額な医薬品の額が非常に高いという気がしております。これは収載時ということなので、もうちょっと広がれば低くなるのかと思うのですが、こちらの薬価を使う場合については高額療養費の適用はあるということで考えてよろしいのですよね。そうしますと、高額療養費の一番標準報酬月額が高い方の例を見ても、計算しますと56万円弱ぐらいで例えばキムリア、3,350万円のお薬を受けることができるということは非常に大きなことだと思っております、そこを被保険者にもっと認識していただくことと、近年ここがどれぐらい増加傾向にあるのか、高額薬価についての情報をもう少しご説明いただくとありがたいと思えます。以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。分析、注文もありました。

ほかの委員からいかがでしょうか。菅原委員、どうぞ。

○菅原委員 ありがとうございます。事務局には大変詳細な資料をご準備いただきましてありがとうございます。きょうは意見陳述ということで、いろいろなシミュレーションも出していただいたのですが、経済環境の変化が非常に激しい時代でありますので、5年収支の見通しと、さらに資料として10年先の長期試算も出ていたと思えますが、率直に言って10年先を今予想するのは精度的にもかなり難しいことだと思えますので、当面は5年程度の試算の中で現実的な対応を考えていくというのが妥当なのではないかと私は考えております。

それを前提に、今お話にありましたけれども、高額な医療技術が非常にふえてきているということは事実ですし、さらに高齢化への対応という現実的な環境変化がある。2番目に、適用拡大の話も先ほどございましたけれども、適用拡大をすると相対的に財政基盤の脆弱な方々が被保険者として加入されたり、あるいは財政状況の悪い健康保険組合の解散健保の引き受け先になったりと、逆に財政状況にいい保険者はむしろ健康保険組合を設立して外へ出ていくという構造的な協会けんぽの枠組みがあるわけですから、そういった意味ではある程度そういう状況の変化も踏まえながら財政基盤を確立しておく必要性は非常に高いのだろうと思っております。

資料2の4ページ目ですが、中長期的な運営ということを理事長が申されていて、それに対する支部評議会の意見を見ますと、現状では10%を維持するべきという支部が18支部あって多数になっている。これまでの議論の変化、支部の支持状況の変化を見ましても、今の考え方をある程度支部の中でも評価をされ支持をされてきているのではないかと思いま

す。

さらに長い目で中長期という観点で見ますと、世代間の不均衡ということ、今、負担の均衡、不均衡という問題がありますけれども、一定程度の準備金を準備しておくことは、将来世代に対してツケを回さないという側面もなきにしもあらずということもございます。先ほど小林委員からもありましたけれども、一時的な引き下げということは、今の準備金の状況を見ればできなくはないのかもしれませんが、結局、その後に必ず引き上げということがあるわけですから、その引き上げの負担、事務負担を含めて、心理的負担や事業者さんへのご負担を考えますと、むしろそれは多大な困難をさらに先延ばしするということになりますから、トータルで考えますと、今、保険料率の決定に関しては個人的には10%、現状維持でやっていくのが妥当ではないかというのが私の意見でございます。

最後に、高額医療に関してのご意見がございましたけれども、確かに薬剤単価で言いますと非常に高い薬剤がふえてはいるのですが、ここにピークの患者数だとかということも一緒に出ていますが、一方で高額に見えても患者数が非常に限られていたり、あるいはその薬を適用することによって、肝炎の治療薬はまさしくそうなのですけれども、ある一定期間の後には患者そのものが大幅に減少する、あるいはほとんどいなくなるといった非常に著効をもたらす薬もいっぱい出てきております。そういった意味では、こういった高額薬剤などは高く大変だという単純な議論ではなくて、中長期的な節減効果というのは相当大きいわけですから、そのあたりのインパクトもきちんと考えた上での保険対応というのを考えていく必要があるかと考えております。以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。小林委員、どうぞ。

○小林委員 今、高額医療等の話が出ておりますので、資料2の34ページを見させていただきまして、保険給付範囲の見直しということで、5月に健康保険組合連合会と我々協会けんぽが意見を出しております。今、話が出ましたようなキムリア、以前ですとハーボニーとかオプジーボとか、高い効果が期待されている高額新薬の扱いが焦点であると思います。このキムリアは3,350万円と高額で、ただ、年間対象はよく見ると216名くらいということで、総額でいくと72億円くらいとなっているのです。

前も一度お話をしたのですが、一方で、市販薬があるのに病院で処方されている薬で、いろいろ調べましたら年間で5,000億円くらいの金額が出ているのだということもわかりました。そうしますと、72億円、それから病院で処方される薬に5,000億円ということで見ると、キムリアの1患者当たりの金額だけがひとり歩きをしてしまうような、中身が見えなくなってしまふような形ではないのかなと思います。一方で湿布薬の一部とかビタミン剤とか、皮膚保湿剤のヒルドイド、それからこの前、健保連から提案があった花粉症の薬、こういったものは市販薬があるからということもありますが、本当に困っている患者を助けることは医療保険制度の責務であると思いますので、市販薬があるからといって、全ての患者に

適用する必要はないと思います。アトピーなどは本当に必要な患者には処方ができるようにすべきであると思います。

なお、早速日本医師会が強く反発をしているという報道もありますけれども、このことは将来を見据えての議論をすべきだと私は思いますし、最近では、健保連の後期高齢者の窓口負担1割を2割という提言についても、2025年問題を含めて議論を活発にして方針を出すべきではないのかなと思われまます。以上です。

○田中委員長 議論をすべき時期であると。西委員、どうぞ。

○西委員 西です。私も保険料率の10%維持という意見に賛成というか、妥当だと考えるのですが、私たちが被保険者にとってはこれからの賃金の上昇というのが果たしてどうなのだろうか、まだ不透明な部分があると思うのです。私は製造業に勤めているのですが、特に輸出取引が多い会社でありまして、一時的に回復傾向にあったのですが、今、世界情勢がいろいろなことがある中、これから先どうなるのかは不透明になって、また聞く話によりますと、建設業では災害が多かったということと、小売業では今年の夏の異常な暑さで電化製品が売れたということで一時的に回復傾向にあったそうです。けれども、10月からまた消費税の引き上げがあることによって、景気がどうなるか、不透明になったようなんです。

それなので、賃金の上昇率のことを考えると、まだまだわからない部分がたくさんあるので、今の現状では10%を維持していただけるとよいのではないかと思います。そして、法定準備金がまだあるということで、あと何年かはこの10%を維持していただければ、私たち被保険者も納得というか、いいのではないかと思います。

○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 先ほど意見が出ていました34ページの保険給付範囲の見直しのところの意見ですが、確かにOTCを推進して、その医薬品に対しては保険給付範囲からの除外というのは考え方の1つかもしれませんが、それによって何が起きるかというのも一方で考えなければならぬと思います。本来、保険給付されるはずであったものが保険給付がされなくなることに対しての被保険者からの信頼性がどうなのかということや、これによって体の弱い方、病弱な方の負担が、金額は小さくてもそれが続くことによって負担が大きくなるということも含めて、今、総合的に考えていかなければならないのではないかと思います。

ふえ続ける医療給付をどうしていくかというのは、一気に保険給付を切ってしまうというのは1つの手段としてあるのかもしれませんが、それによるいろいろな反作用というか、リスクも考えていかなければならないと思います。また、医療提供体制の効率化ということも同時に積極的に協会けんぽとして考えていく必要があると思います。さらに、データをさま

ざまな形で協会けんぽは出しております。そのデータを活用して、どうやって効率的な医療提供や、病院のかかり方、さらに言えば病院の診療の行為とその地域差というのともわかつて思いますので、それをしっかりと見きわめて、協会けんぽとしてできることを考えていくことが、少し遠回りになるかもしれませんが、基本的に医療費の適正化や保険への信頼につながるのではないかと思います。特に地域によっては医療提供体制が大幅に違って、東京にいればどんな病院でもかかれるような状況はありますけれども、同じ保険料を払っている、例えば北海道の地方のほうだと、特定の病院にしか行けない。しかも耳鼻科に行ったり眼科に行ったりするのは、場合によっては2時間ぐらいかけて行くという被保険者もいる。一方で、東京みたいに気軽に病院に行ける、診療所に行けるという状況もあります。その差を一気に埋めるとするのは無理なのですけれども、その差を少しでも縮めていくということも大変重要なのかと思いますので、保険料率をめぐる論点というのはさまざまありますが、そういうことも頭に入れながら考えていく必要があるのではないかと思います。以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。収支見通しと保険料率についての論点に関して、きょうは意見を頂戴しました。幾らでも話はできますが、時間もありますので、ここまでいたします。料率については引き続き検討事項となります。事務局においては本日、委員の皆様からいただいた貴重なご意見を踏まえて、次回以降の資料準備をお願いします。

次の議題に移ります。インセンティブ制度に係る平成30年度実績【速報値】について、報告事項として事務局から資料が提出されています。説明をお願いします。

議題3. インセンティブ制度に係る平成30年度実績【速報値】について

○企画部次長 企画部の安田でございます。資料3、インセンティブ制度に係る平成30年度実績【速報値】についてご説明を差し上げたいと思います。

資料をめくっていただきまして、復習のような形になるのですが、1ページ目の下のところで指標が5つございます。この指標をご案内させていただきたいと思います。指標1が特定健診等の実施率、指標2が特定保健指導の実施率、指標3が特定保健指導対象者の減少率、指標4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、指標5が後発医薬品の使用割合となっております。この5つの指標を使ってインセンティブ制度の点数化をしたものでございます。

中身については一度説明を差し上げておりますので飛ばさせていただきます、めくっていただきまして5ページでございます。平成30年度（4月～3月速報値）のデータを用いた実績でございます。これで250点と真ん中に書いてございますが、これは各項目ごと50点ずつでございます。掛ける5で250点、ここが平均点となります。棒グラフがございまして、平均点よりも上に出ている部分、下に出ている部分がございますが、これは各指標ごとに平

均よりも下のところと上のところに分かれております。

見ていただければよろしいのは、折れ線グラフのところでございます。折れ線グラフで一番点数の高いところでございますが、佐賀支部の289点となっております。次に点数の高いところでは285点の沖縄、次に高いところでは282点の福井、次に新潟、山形と続けております。

少し飛びまして、その結果でございますが、紹介をさせていただきたいと思っております。8ページでございます。これがインセンティブ、先ほどのものを右から順番に成績のいいものを並べたところでございます。右の上のほうに書いてある加算率というのが、全支部で平均して保険料をこれだけ加算して資金を拠出するということでございます。この結果を見ますと、1位の佐賀支部についてはマイナス0.040%が保険料から報奨金として引かれるということになります。左のほうに沖縄、福井、新潟とあります。先ほどの部長からの説明がありましたとおり、23地域についてインセンティブのプラスの効果が働くところでございます。

佐賀支部と沖縄支部のご紹介をさせていただきたいと思っております。佐賀支部はどのような要因で今回の1位になったかということ、その1ページ前の7ページでございますが、指標4. 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の得点及び当該評価指標に係る各項目の全国平均との差となっております。このところで指標として高いのが福井支部の88点、佐賀支部の84点となっております。あともう1つ、佐賀支部で指標の高いところが、その下の後発医薬品の使用割合のところでございます。これで62点でございます。おおむねこの2つの指標が高かったことにより、佐賀支部が1位となっております。

続きまして、沖縄については、皆様ご存じのとおり沖縄はジェネリックの使用割合が非常に高いところで、指標5の沖縄は77点になります。あともう1つ高いところがございます、1ページ戻っていただきまして、6ページの指標2. 特定保健指導実施率でございます。これが香川支部と並んで高く64ポイント。この2つが高うございまして、この2つの支部が1位と2位という形になっております。

先ほど加算率0.004と申し上げましたが、これは激変緩和措置になっておりまして、これについては順次上げていくことになっております。ページをめくっていただきますと11ページでございます。インセンティブ制度の概要というところがございますが、①、②は飛ばさせていただきまして、③の支部ごとのインセンティブの効かせ方の2つ目の項目でございます。制度導入に伴う激変緩和措置として、この新たな負担分については3年間で段階的に導入するとなっております。平成30年度の実績については令和2年度に反映しますが、0.004%、令和元年度の実績については令和3年度の保険料率に反映しますが、0.007%、令和2年度の実績については令和4年度の保険料率に反映させますが、0.01%、ここがインセンティブ制度の保険料の加算率の最終形でございます。ちなみに、この加算率を令和2年度のところに当てはめると、佐賀支部は減算が0.1となっているところがございます。

次のページでございます。今後のスケジュールでございます。12ページを見ていただければでしょうか。現在は令和元年度の下のところというか、30年度の実績評価を今やっている

最中でございます。先ほどご案内申し上げたとおり、11月の運営委員会には確定値をお示しして、その後、令和2年度の都道府県単位保険料率の決定に反映する形になり、令和2年度には30年度の実績評価によりインセンティブ制度の結果を反映するとなっております。

先ほどの資料2のところ、インセンティブ制度導入後、佐賀支部はマイナス0.01%になっておりましたが、それはこの結果を総合的に勘案したところでございます。

インセンティブ制度についての説明は以上になります。

○田中委員長 説明ありがとうございました。では、委員の皆様からのご質問、ご意見を承ります。菅原委員、お願いします。

○菅原委員 ありがとうございます。報告された内容については特に異論はないのですが、私が勉強不足なのかもしれませんが、インセンティブ制度の評価指標は今幾つか確定して使われているわけですが、これはこれから先、評価内容の変更だとか追加だとか、そういうことというのはあり得るのかどうか。そういう評価のフレキシビリティというのでしょうか、そういうものがどういう仕組みになっているのか少しご説明いただければ大変ありがたいのですが。

○企画部次長 インセンティブ制度を導入した際に、評価指標については重みづけも含めて毎年検証するということになっておりますので、今年度の11月の運営委員会の際に確定値をお示しするのですが、そのときにも検証をお願いすることにはなると思います。そのときには幾つかの試算をこちらのほうで出ささせていただくような形をとりたいと思っております。

○田中委員長 そこは柔軟に考えていこうという趣旨ですが、もう1つ、どうぞ。

○菅原委員 もう1つ、お聞きしたいのですが、資料3の例えば2ページ、3ページに指標が書かれているのですが、例えば4番目、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を指標として出すということになっています。実績算出方法の自支部加入者のうち、本部からの受診勧奨送付者数で実際に医療機関の受診をした人の割合を出すことになっているわけですが、支部の取り組みを評価するという意味においては、本部から受診勧奨を送付された人がいて、実際に地域の中で医療機関を受診した人は何人いるかという割合を出しているわけですが、ここは支部の中で医療機関を受診するように積極的な働きかけがなされていることを前提にこの指標を出されているのか、非常に微妙な言い方なのですが、要は受診勧奨自体は本部から出ているわけですね。それを受け取ったときに、受診をしなければということで認知するのはそうだと思うのですが、そこからワンアクション各支部で行っているということで受診に結びついていけば、それは支部の努力という話だと思うので

すが、そこがきちんと評価できているのかなど。つまり、もう一回言いますが、本部からの受診勧奨送付者数というのが分母に入ってしまったので、これを受け取った人たちが地域の取り組みの中でちゃんとプラスで受診されているのかということの評価指標になっているのかどうかについて、きちんと説明をしていただいたほうが良いような気がするのです。

○田中委員長 お答えになれますか。

○保健部長 保健部でございます。分母につきまして、自支部加入者のうち本部からの受診勧奨送付者数としておりますけれども、この受診勧奨につきましては1次勧奨と2次勧奨を行っております。まず1次勧奨として全国の加入者の方に本部から文書で勧奨通知をお送りしているところでございます。その後に支部のほうから2次勧奨ということで文書や電話、また訪問によりまして勧奨を行っております。支部のほうの取り組みが行われているところでございますので、分母につきましては、1次勧奨対象者という趣旨で、本部のほうからの送付者数との表記とさせていただいているところでございます。取り組みとしましては支部のほうでも2次勧奨としてきちんと実施しているところでございます。

○田中委員長 よろしいですか。

○菅原委員 ありがとうございます。よくわかりました。そうすると、2次勧奨のやり方に関しては各支部の裁量が割とあると考えてよろしいわけですね。つまりベースラインとしてはみんな全国で1次勧奨は本部でやっています。その上に2次勧奨は各支部でやっているのです。2次勧奨である程度いろいろな取り組みが工夫されていけば差が出るはずだという理解でよろしいですか。

○保健部長 おっしゃるとおりです。

○菅原委員 わかりました。

○田中委員長 この制度については11月の運営委員会で確定値が出ます。それに基づいて平成30年度の検証を行うとともに、今後の制度のあり方について改めて議論いただくことになっています。本日はこれでよろしいですか。

では、事務局においては引き続き準備をお願いします。

次は、協会が行った医療費分析結果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4. 医療費分析結果について

○企画部長 それでは、事務局から資料についてご説明をさせていただきたいと思います。使用いたします資料は資料4でございます。資料4は、本年の9月2日にプレスリリースした資料の一式でございます。協会けんぽのレセプトデータを用いて3つのテーマで分析を行ってまいりました。1番目として、協会けんぽにおける抗菌薬の使用状況の地域差、2番目といたしまして、協会けんぽにおける診療時間外受診の地域差、3番目といたしまして、協会けんぽにおける人工透析の地域差でございます。

これから、各テーマの担当より主なポイントについて発表をさせていただきます。

なお、この資料4の後半でございますけれども、医療費分析を進めるに当たり、今回新たに医療費構成表を作成いたしましたので、そちらを添付しておりますのでご紹介いたします。これは協会けんぽ全体及び支部別の年間の1人当たり医療費を診療行為群と疾患群の2つの要素に分解して、医療費がどこから発生しているかを見ようとするものでございます。資料の29ページ以降に全支部の数値を掲載しておりますので、ご参照いただければ幸いです。また、今後、協会のホームページでも公表する予定にしております。

それでは、各担当から分析結果についてご説明を申し上げます。

○研究室主任 1つ目の抗菌薬の分析を担当しました研究室の長谷川でございます。早速資料の説明に入らせていただきます。

ページ数は資料の一番下の中央の大きいページ番号でございます。まず4ページをご覧ください。下半分のスライドが今回の分析の目的と背景となっております。

背景の部分を簡単に申し上げます。風邪には多くの場合で抗菌薬は有効でないとされております。また、本来、有効なはずの細菌に薬が効かなくなる耐性を持つてしまうというのが大きな問題となっております。国や厚生労働省も抗菌薬の適正な使用のため医師向けの「適正使用の手引き」を作成するなどさまざまな取り組みを行っております。その中で協会けんぽとして抗菌薬の使用状況について、協会の強みである支部ごとの分析を行いまして、地域差が見られるかを確認、その状況を情報提供するために行うというような形になっております。

5ページの上半分、こちらのスライドが分析方法となっております。詳細は割愛させていただきますが、医療機関が我々医療保険者のほうへ診療費の請求を行う際の請求書に当たるレセプトを用いまして、風邪の症状が出た際につけられる急性上気道炎という病名に絞って分析を行っております。急性上気道炎の患者に対してどのくらいの割合で抗菌薬が処方されたのかを見たものになります。

下半分のスライドからは分析結果になります。大きな流れとして、2015年度から4年間の全国平均の推移を見たものになります。43.6%から2018年度、31.4%とこちらはかなり減少

しておりました。背景として、2016年から17年にかけて国のほうで啓発活動や「適正使用の手引き」の作成といった取り組みを行っているのが影響しているのではと考えております。

次の6ページ以降が詳細分析となっております。上半分のスライドの折れ線グラフになります。こちらは2017年度の支部別の使用割合となっております。最も高い奈良の48.9%と、最も低い福井の26.6%で約20ポイントの差が見られたような形となっております。

以降の資料は、こちらの差の要因の深掘りをするために分析をしたものとなります。興味深い結果となりましたのが、次の7ページの下、④と表題のついたスライドになります。こちらが抗菌薬の使用割合の高い3支部と低い3支部をピックアップしたものでございます。レセプトには1枚に複数の傷病名が記載されることが多くございまして、上気道炎のほかに、抗菌薬を処方すべき病名が記載されておりますと、実際どの病名に対して抗菌薬を処方したのかが判別ができない形となります。ただ、逆にレセプトのほうに急性上気道炎のみ記載されているのであれば、それが明確になるということで、レセプトに記載された傷病名数で分けて抗菌薬の使用状況を見たものになります。

このグラフの一番左側が急性上気道炎のみのケースでございます。一番上の赤色が宮崎で39.9%、一番下のオレンジ色が福井で1.9%で、こちらでは38%と大きな差が出たような結果となっております。この部分についてが一番特徴の出た結果なのではないかと考えておるところでございます。

ここまでが抗菌薬が使用される割合を見た分析になりますが、次の8ページの上のスライドが使用されている抗菌薬の種類を見たものとなっております。抗菌薬にもいろいろな種類がございまして、厚生労働省の手引きでは、抗菌薬の使用を検討する際については、昔から使われているペニシリン系を推奨すると記載がされております。ほかの薬については耐性化しないように切り札として残しておくという意味もございまして。

では、実際に薬の使用状況を見てみますと、グラフの一番下のピンクの部分が推奨のペニシリン系でございます。こちらにも大きな差が地域で見られているような形になっておりますし、また、推奨されてはいるのですが、使用割合自体は多くはないような状況でございました。こちらは今後どうなっていくか、動向を見ていきたいと考えております。

同じページの下半分がまとめとなっております。前半のポツのついた4つがこれまでの分析の要点、その後は総括的な内容となっております。最後の部分に、今後必要に応じて抗菌薬の使用動向を注視してまいりたいという形で結んでおります。

抗菌薬の使用状況の報告については以上でございます。

○研究室長補佐 では続きまして、診療時間外受診の地域差について研究室の佐井よりご報告いたします。

この分析の背景と目的を10ページの下のスライドに記載しております。まず背景ですが、診療時間外受診を控えることは患者と医療機関双方のメリットになると言われておりました。国の「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」においても、夜間・休日よりも、

できるだけ日中に受診するということを推奨しております。そこで、この分析の目的としましては、診療時間外受診の地域差について確認することとしております。

次に、11ページの上のスライドをご覧ください。こちらは時間外加算等の区分を示した図でございます。上から下に平日、土曜日、休日の3つに分かれておりまして、この図の肌色で示したところが医療機関が開けている診療時間です。今回分析したのは、それ以外の色のところございまして、薄い紫の時間外加算、そしてその隣の夜10時から朝6時までの深夜加算、薄い緑色の休日加算、これらの医療機関が開いていない時間帯の受診について分析を行わせていただきました。

続いて結果ですが、まずは初診の分析です。少し飛びまして13ページの下のスライドをご覧ください。こちらは支部別のSCRとなっております。SCRの詳しい説明は割愛いたしますが、全国平均が100となっております、SCRが100より大きい場合、その診療行為が相対的に全国より多くなされているということを表しております。初診の診療時間外受診のSCRを見てみますと、徳島を除く四国と九州地方で高く、特に熊本、大分、宮崎、鹿児島で高い傾向ということがわかりました。

次に、14ページの上のスライドをご覧ください。ここからは診療時間外の受診が多い支部と少ない支部の差の要因について確認しております。このスライドは、どのような年齢層の方が診療時間外受診でかかっているかを示したものでございます。左のグラフが被保険者、右のグラフが被扶養者で、時間外受診が多い熊本、鹿児島と、少ない島根、埼玉で比較しております。その結果、多くかかっている支部は総じて受診率が高いという結果でして、グラフの形自体は変わらず、多くかかっている年齢層は同じという傾向でございました。

次に、14ページの下のスライドをご覧ください。こちらは診療時間外でかかるときに救急搬送されている割合を確認したものでございます。グラフは縦軸が診療時間外受診時の救急搬送の割合、横軸が診療時間外受診のSCRとなっております。相関を見ますと、グラフが右に行くと診療時間外受診が多くなるほど縦の診療時間外受診時の救急搬送の割合は低いという傾向でございました。これは診療時間外受診が多い支部ほど救急ではない診療で時間外に多くかかっている傾向があるということを表していると考えられます。

次に、15ページの上のスライドをご覧ください。こちらは診療時間外受診時にどのような主傷病でかかっていたかについて、上位の10疾病を集計したものです。上が診療時間外受診の多い熊本支部、下が少ない島根支部です。緑で色をつけた部分が呼吸器系の疾患ですが、診療時間外受診が多い熊本は呼吸器系の疾患でかかっている割合が高いという傾向でございました。

次に、15ページの下のスライドは、働いている人の割合と診療時間外受診の多さの関係を見ましたが、こちらは特に関係は見られず、有業率が高いことと診療時間外受診が多いことは相関が見られないという結果でございました。

次の16ページ以降は、再診について同様の分析をしております。時間の関係で割愛いたしますが、再診の診療時間外受診においても地域差はございましたので、後ほどご確認いただければと思います。

最後に、19ページの上のスライドがまとめとなっております。一番下の行ですが、協会けんぽとしては引き続き加入者に対して、不要不急の場合は時間外受診を控えることなどを呼びかけていくこととしたいと考えております。

19ページの下のスライド以降はSCRを細かく分解したものとなっておりますので、ご参照ください。

時間外受診については以上でございます。

○研究室主任 それでは最後でございますが、私、研究室の飯地から協会けんぽにおける人工透析に関する地域差についてご説明いたします。

まず、この分析の目的について23ページの下をご覧くださいませでしょうか。こちらに背景と目的を記載しております。人工透析に関しましては、保健事業における健診や保健指導並びに重症化を予防するために病院への受診を促すなどの取り組み等をこれまでも行っております。ですから、地域差を明らかにすることにより、さらなる推進を図ることを目的に今回分析を行いました。

スライドの下段からは分析の方法、条件を説明しており、内容としてはやや細かいものになりますので、この場での説明は割愛させていただきます。24ページの下のスライドをご覧くださいませでしょうか。先ほど企画部長からも説明がございましたが、別添5の参考資料「医療費構成表」というデータをもとに、主に人工透析に関する医療費が関連すると思われる項目である腎尿路系の疾患の処置という項目についての医療費における平均からの乖離を見たグラフが、下のグラフでございます。こちらの乖離を見ましたところ、支部によってはプラス1%からマイナス1%まで大きく異なる状況が見られたとともに、さらに福岡を除く九州、沖縄地方などが平均から高いという地理的な傾向も見られた状態でございます。

25ページの上のスライドをご覧ください。こちらは先ほどの医療費ではなく、2017年度末における支部別の人工透析の患者数を見たものでございます。男性と女性では水準が異なりますので、性別に分けて記載しておりますけれども、上の青い線が男性を示しており、下の緑色の線が女性を示しております。医療費で見られた傾向と同様ではございますけれども、患者数についても福岡を除く九州、沖縄地方の患者数が多く、その他、栃木や群馬など関東地方の一部でも患者数が多い状態でございます。なお、最も多いのは沖縄支部で、加入者100万人当たり約1,391人、最も少ないのは富山支部で約669人と2倍以上の開きがあった状態でございます。

では、下のスライドをご覧くださいませでしょうか。先ほどご覧いただいたものは協会における患者数でございますけれども、協会の加入者以外の患者さんにつきましても地域差という形で、日本透析医学会という学会が毎年、透析の調査を行っております。その直近の結

果と比較したグラフが下のグラフでございます。青い線が先ほどお示しさせていただいた協会の地域差の状況で、赤い線が学会の調査状況でございます。集計単位の違いなどはございますけれども、地域間での関連は見られた状態でございますので、上のスライドで見られた地域差の傾向は協会の加入者に限定されたものではないと捉えることができるのではないかと考えております。

では、次の26ページをご覧くださいませでしょうか。これまで人工透析の地域差をお示しましたけれども、ここからはその要因となるものを見ていきたいと考えております。通常、人工透析は継続して実施されるものではございますが、協会では加入資格を失った場合は捕捉できませんので減少という形になります。そのため、上のスライドで新規発生による増加を見て、下のスライドで退職等による減少を確認して、それぞれが地域の支部別の患者数と関連がないかというものをこのページでは見ております。

まず上のスライドをご覧ください。お示ししているグラフの赤い線は支部別の新規の発生状況を示しております。青い線は既存のこれまで示した患者数を示しております。この新規発生と現在の患者数については関連が見られた状態でございます。

一方、下のスライドをご覧くださいませと、こちらが退職の状況を示したものでございます。こちらは表示上のため、47支部ではなく、支部をブロック別に統合して表示させていただいておりますけれども、退職の状況を確認いたしましたところ、これらは地域差との関連は見られない状態でございます。そのため、このページで言わんとしていることは、人工透析の地域差については新規患者の発生によるものが要因となっている可能性があるところをお示ししていると捉えていただければと思います。

27ページの下のスライドをご覧ください。ここからは地域差の要因を探るということで、人工透析の主な原因疾患の1つである糖尿病との関連を見ております。まずは糖尿病患者数の支部別の割合と人工透析患者数の関連を見たものが下のグラフでございます。縦軸に人工透析の患者数をとり、横軸に糖尿病の患者数をとっております。人工透析の地域差と糖尿病患者数はやや関連が見られたという状態でございます。

次に、ページの上のスライドをご覧ください。こちらは糖尿病の関連について、地域別の糖尿病専門医数との関連を見ております。グラフは縦軸に同じく透析患者数、横軸に専門医の数をとっております。透析患者数の多い15支部と少ない15支部に限定した場合でやや関連が見られたという状態でございます。そちらのグラフについては2つあるグラフのうちの右のグラフがその状況を示しております。

以上から、下のスライドが最後のまとめでございますけれども、人工透析に対する取り組みというのは、これまで行ってきたように大きな意義があるものであると考えております。特に糖尿病に関しましては、従来行ってきましたが、特定健診や特定保健指導の取り組みを継続して行っていくとともに、重症化予防について関係機関と連携し、引き続き取り組みを行っていききたいという形で結びを行っております。

資料4についての説明は以上でございます。

○田中委員長 発表いただいたお三方、どうもありがとうございました。詳細な分析を伺いましたが、どうぞご意見、ご質問があればお願いいたします。平川委員、どうぞ。

○平川委員 詳細な分析をありがとうございました。先ほど言いましたけれども、都道府県ごとの地域差が見えたというのは大変意義深いと思えました。問題は、この先、このデータをどう生かしていくかというのが大きな課題かと思えます。先ほど言いましたように、この問題は世論に対して公表していくということもそうですけれども、どう対策をしていくかということが大変大きな課題かと思っています。その対応の仕方は、都道府県や、もしくは関係の医療団体への働きかけということにつながっていくかと思えますし、もっと言えば、支部の取り組みとして事業主の皆さんや被保険者に対する働きかけというさまざまなことが考えられるかと思えますが、この分析がさらにもう一步、具体的な保険者機能の発揮への第一歩になるようにぜひともお願いをしたいと思います。

感想として言わせていただきます。以上です。

○田中委員長 期待を表明していただきました。ありがとうございます。菅原委員、お願いします。

○菅原委員 ありがとうございます。分析の途中で私もいろいろ関わったので、分析結果についてはかなり明確に各地域差が出たとは思いますが。ただ一方で、地域差があってはいけないというところに行ってもいけないで、全ての地域でそれぞれ多様な医療提供体制もあれば、疾患構造、気候だとかさまざまな要因があるわけですから、多いところをもって何かそこでおかしいことが行われているだとかということにも恐らくならないのだろう。そういった意味では、こういうデータできちんとその原因を探っていくことが大事だと思うのです。例えば抗菌薬の利用に関しては、これはまさしく利用の状況になっているので、医師の処方行動だとかそういう部分が恐らく一番大きくこういう現象につながっているのだろうと思います。糖尿病だとかそれ以外のところに関しては、食生活だとか患者さん側の要因も恐らく大きく影響しているのだろうということで、同じ地域差がいっぱい出てきましたといっても、その背景にある要因というのは相当いろいろなものがあるので、そこは慎重にかつ丁寧に掘り下げていくことが大事ですし、ある程度その要因がわかったときには、協会けんぽとして診療側といいますか、そういうサイドにどういうふうにアプローチしていくのか、あるいは逆に被保険者側にどういうふうにアプローチしていくのか、それぞれ多様なアプローチを考えなければいけないのだろうと考えております。以上です。

○田中委員長 ありがとうございます。今の菅原委員のご意見にもありましたように、今発表いただいた3つについてさらに深掘りしていくことと、別なテーマでさらに分析を行うことと、両方、方向としてはあり得るのですが、どちらを重視しますか。

○研究室室長補佐 両方ともに進めていきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○田中委員長 両方と、大変心強い答えですね。研究室がこういう研究に取り組んでいただくのは大変結構なことです。中村委員、お願いします。

○中村委員 調査分析ありがとうございます。この中で特に抗菌薬についてなのですが、私もかぜで病院へ行きますと、抗菌薬が出されたことがあり、3日間連続飲まなければならないので、なかなか飲めないのですが、実際、国として使わないようにという方針が目的のところを示されている中で、実際はこれが使用されて更に地域差がかなりあるという分析結果です。研究室で調査された後、協会けんぽで実際にアクションを起こして改善するとなると部門が違うのか、そこら辺のことを教えていただきたいのですが。

○企画部長 ご質問ありがとうございます。こちらにつきましては、とにかくまず各方面の方に結果を知っていただくことが重要だと我々は考えております。先ほども申し上げましたけれども、こちらにつきましてはプレスリリースを行っておりまして、毎日新聞、朝日新聞の紙面で取り上げられたほか、共同通信を通じて中日新聞など10紙を超える新聞のデジタル版で取り上げられているところでございまして、さらにこの運営委員会後、当協会のホームページにも掲載する予定にしております。まずはこういう結果があるということを知っていただくというところから始まるのかと考えてございます。

○中村委員 ありがとうございます。ということは、プレスリリースが先行して徐々に浸透させるということだと思うのですが、協会けんぽの各支部を通じて地域の医師会とか薬剤師会等に対してのアクションというのはどのようにお考えになっていらっしゃいますでしょうか。

○企画部長 具体的な周知の方法につきましては、ご意見も踏まえて今後考えていきたいと思っております。

○中村委員 ありがとうございます。

○田中委員長 関戸委員、どうぞ。

○関戸委員 今ご説明のように、各方面に知っていただくということをどう具体的にやっていくか、これはすごく大事だと思います。生きた数字になると思いますし、私も勉強不足ですけれども、長野県は塩分摂取量が高い県で平均寿命に係る。それを行政が主導で地域の名誉のために対策を実施したわけです。本当は、これは名誉のためではなく、命のためのことですから、動き出したわけですね。ですから、いろいろな諸事情はもちろんありますし地域差はありますので、どう捉えるかは行政次第でしょうけれども、これはできることだと行政が判断して動き出すかもしれません。これはなかなか大変な数字を導き出したわけですが、それを生かすことをどうやるかは議論してもいいような、非常に重要な内容だと感じました。

○田中委員長 将来の方向をありがとうございます。ほかによろしゅうございますか。

では、これは第一弾として伺ったけれども、今後の発展に期待いたします。お三方、どうもありがとうございました。

次に、その他報告事項として事務局から資料が提出されています。説明をお願いします。

議題5. その他

○企画部次長 引き続き、安田のほうで説明をさせていただきたいと思います。資料5でございます。被扶養者認定における国内居住要件の新設についてということでございます。

本年の5月に、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律が公布されました。これについては、被扶養者認定における国内居住要件が新設されて、基本的には国内でないことなわけだということなのですが、例外規定として国外居住を認める場合がございます。これに関する証明書類については、全部ではないのですが、こういうものを用意してつけていただくことになるというところのご紹介でございます。これにつきましては、認定日以後は協会が毎年実施する再確認で確認をしたり、施行日以前に認定を受けたものについては一度は確認をするようなことがここに記載されておりますので、ご紹介させていただきました。

続きまして、資料6でございます。オンライン資格確認の円滑な実施に向けたマイナンバーカードの取得促進についてでございますが、これについては、1枚めくっていただきまして、令和元年6月4日のデジタル・ガバメント閣僚会議の中の資料で、2番でマイナンバーカードの健康保険証利用となっております。これにかかわりまして、保険者としての普及促進についての努力義務が書かれております。

4ページを見ていただけますでしょうか、ついせんだってですが、9月3日に閣僚会議で出された資料で、公開資料となっております。協会けんぽに対する促進策等が記載されております。主には広報事業とか周知事業が中心になりますけれども、こういうことが今後、協

会けんぼとして求められる。ただ、まだ出されたばかりの資料でございますので、詳細については追ってお話があると聞いておりますので、今回はこの面のご紹介だけとさせていただきますと思います。

続きまして、資料7でございますが、これは今後の運営委員会と評議会のスケジュールでございます。11月22日、12月20日と運営委員会を予定しておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

資料8でございますけれども、これは国の予算概算要求の主要事項ということで厚生労働省の抜粋版でございます。中で下線が引いてあるところが協会けんぽに関するところでございます。ここまでのご紹介で終了させていただきたいと思ひます。

資料9につきましては、関係審議会の動向と意見発信の状況でございますが、これについては今回、説明を省かせていただきたいと思います。

資料10でございます。保険財政に関する重要指標の動向でございます。1ページ目でございます。令和元年6月の標準報酬月額の実績値でございますが、協会けんぽは28万7,702円となっております。

4ページでございます。来年の5月までにジェネリック使用割合80%ということが目標で掲げられておりますが、協会けんぽの現状でございます。平成31年4月分でございますが、下の実線のほうでございます。これはD P Cも全て含んだもので76.1%となっております。

次のページでございます。各都道府県別のジェネリックの使用割合の対前年同月差でございます。先ほどのインセンティブでもご紹介させていただきましたが、1位は沖縄県となっております。最下位は徳島県となっております。ただ、上のほうの表を見ていただきますとわかりますとおり、山梨県、高知県、徳島県は全国の平均よりもポイントが上がっておりますので、これからも数字が伸びていくものと考えております。

次の適用状況でございます。6ページでございますが、最後、令和元年の6月分でございます。これも前回のときにもご紹介させていただきましたが、解散健保の関係があつて非常に数字が高く記載されております。解散健保がない場合の数字の紹介だけさせていただきたいと思ひます。被保険者数は伸び率4.5%となっておりますけれども、これは解散健保がなければ2.3%の伸びと、30年度と同じような動きをしております。被扶養者についてはマイナス0.8%となつていまして、減少傾向が続いております。加入者につきましては2.7%が1.1%の増加となつておりますので、これも30年度と同じような傾向になっております。標準報酬でございますが、現在0.9%になっておりますが、これは1.2%まで上がる。これについても昨年度と同じような動きをしているということのご紹介だけさせていただきたいと思ひます。

最後でございます。参考資料としてつけさせていただきました。先日の8月23日、日本健康会議の中で当協会の理事長が講演を行った資料でございます。これを参考資料としてつけさせていただきました。

私からの説明は以上でございます。

○田中委員長 紹介ありがとうございました。ただいまの一連の説明についてご質問があればお願いいたします。平川委員、どうぞ。

○平川委員 これはお願いなのですがけれども、先ほどのデータもそうですが、「保険財政に関する重要指標の動向」はホームページ上でPDFでしか公表されていない状況でありまして、エクセルで公表していただくと助かります。我々もさまざまな勉強会とか学習会とかやっています、それに活用できますので、お手数ですがけれども、ぜひともそういう公表の仕方をご検討いただければと思います。以上です。

○田中委員長 ご要望ですね。厚労省のデータベースはエクセルになっている場合が結構多いです。よろしゅうございますか。せっきくのデータをいろいろな方が活用できるようなことも考えていく必要があります。難しい点もあるかもしれませんので、検討してください。

本日、用意されている議題はここまでとなります。ほかにご意見、ご発言がないようでしたらここまでといたします。次回の運営委員会の日程について事務局から説明をお願いします。

○企画部長 次回の運営委員会は、11月22日（金）15時より全国都市会館で行います。場所が今回と異なりますので、お間違いのないようお願いいたします。以上でございます。

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

(了)