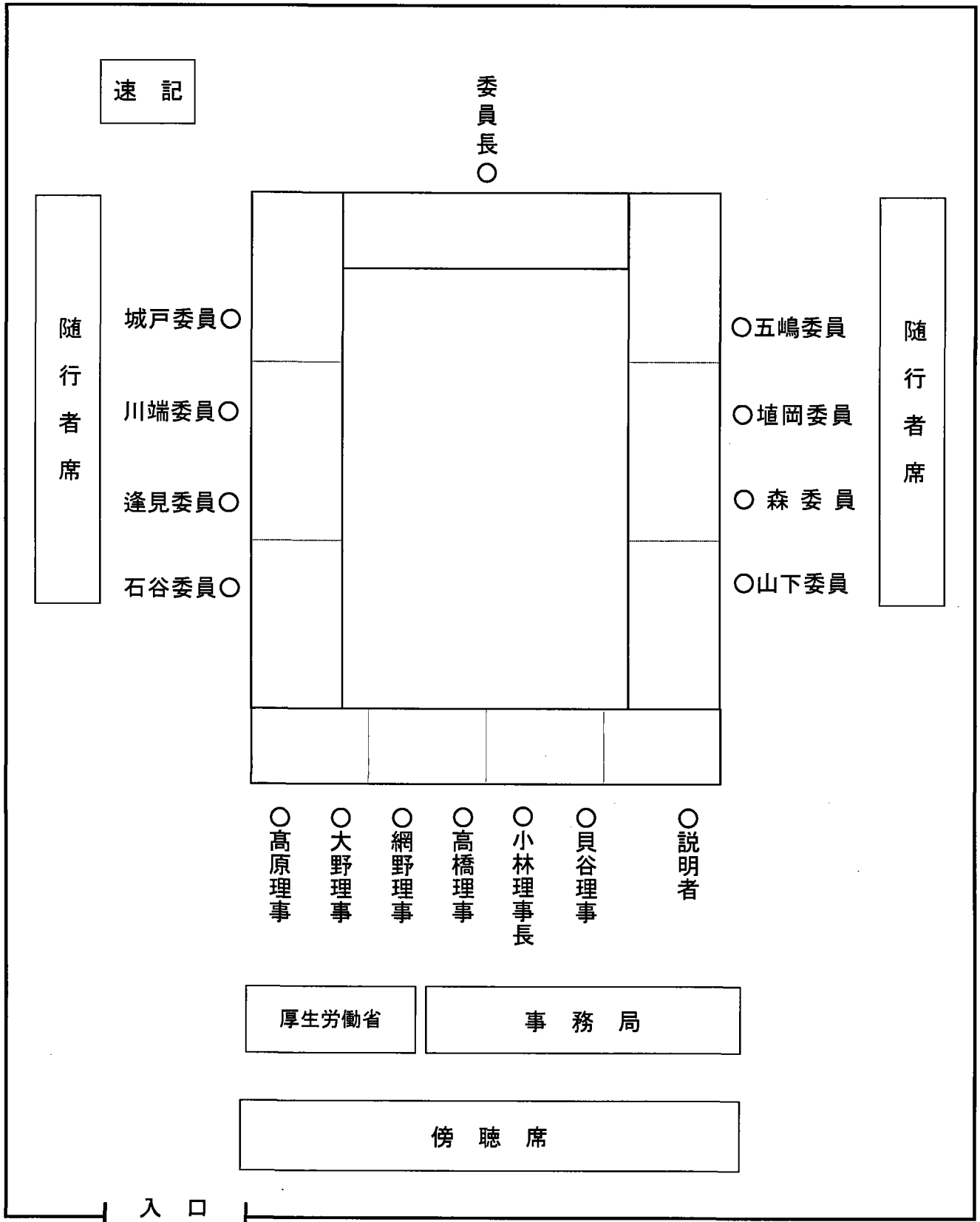


「第25回全国健康保険協会運営委員会」座席図

平成22年12月1日（水）15:00～17:00

於：グランドアーク半蔵門



全国健康保険協会運営委員会（第25回）議事次第

平成22年12月1日（水）15:00～

グランドアーク半蔵門 会議室

〔議 題〕

1. 役員報酬規程の改定について
2. 保険料率について
3. 23年度予算案・事業計画案について
4. その他

〔資 料〕

- 資料1 役員報酬規程の改定について
- 資料2 23年度保険料率について<支部評議会における主な意見>
- 資料3 保険料率に関する論点について
 - 参考資料1 保険料率に関する試算について
- 資料4 23年度健康保険勘定予算案（業務経費及び一般管理費の内訳）
 - 参考資料2 事務経費削減計画の23年度予算案に係る実施状況
 - 参考資料3 実施率目標の5年計画と23年度予算案の関係
- 資料5 23年度事業計画素案（重点事項）について
 - 参考資料4 レセプト情報等の提供に関する有識者会議
- 資料6 ジェネリック医薬品軽減額通知サービスの結果について
- 資料7 中央社会保険医療協議会等について
- 資料8 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」
- 資料9 高齢者医療制度の再構築と被用者保険の維持・発展に向けた緊急集会について

役員報酬規程の改定について

国内景気の低迷に伴う民間給与の落ち込みや国家公務員における給与の減額改正等の社会一般情勢を踏まえ、全国健康保険協会役員報酬規程の改定を行う。

1. 役員基本給

基本給を△0.5%引き下げる。

	報酬月額		差額	
	【現行】	【改定後】	月額	年額
理事長	1,066,000	1,060,000	△6,000	△72,000
理事	922,000	917,000	△5,000	△60,000
	843,000	838,000	△5,000	△60,000
監事	728,000	724,000	△4,000	△48,000

※ 改定後の報酬は、千円未満切捨て

2. 役員賞与（ボーナス）

賞与基礎額に乗じる割合を、6月期について160/100→140/100、12月期について175/100→155/100へ引き下げる。

	賞与額（年額）		差額（年額）
	【現行】	【改定後】	
理事長	5,863,746	5,134,534	△729,212
理事	5,071,645	4,441,856	△629,789
	4,637,090	4,059,188	△577,902
監事	4,004,509	3,506,983	△497,526

3. 改定時期

平成22年12月1日

全国健康保険協会役員報酬規程 新旧対照表（改正部分のみ）

新	旧
<p>(基本給)</p> <p>第4条 役員の基本給の月額は、次のとおりとする。</p> <p>(1) 理事長 <u>1,060,000 円</u></p> <p>(2) 理事 <u>838,000 円</u> (ただし、理事長が特に必要と認める場合には、<u>917,000 円</u>とすることができる。)</p> <p>(3) 監事 <u>724,000 円</u> (ただし、理事長が特に必要と認める場合には、<u>780,000 円</u>とすることができる。)</p> <p>(賞与)</p> <p>第9条 賞与は、6月1日及び12月1日（以下「基準日」という。）にそれぞれ在職する役員に対して支給する。</p> <p>2 賞与の額は、賞与基礎額に、6月に支給する場合には100分の<u>140</u>、12月に支給する場合には100分の<u>155</u>を乗じて得た額に、基準日以前6箇月以内の期間におけるその役員の在職期間の次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める割合を乗じて得た額とする。</p> <p>(1)～(8) (略)</p> <p>3・4 (略)</p> <p>附 則</p> <p><u>この規程は、平成22年12月1日から施行する。</u></p>	<p>(基本給)</p> <p>第4条 役員の基本給の月額は、次のとおりとする。</p> <p>(1) 理事長 <u>1,066,000 円</u></p> <p>(2) 理事 <u>843,000 円</u> (ただし、理事長が特に必要と認める場合には、<u>922,000 円</u>とすることができる。)</p> <p>(3) 監事 <u>728,000 円</u> (ただし、理事長が特に必要と認める場合には、<u>784,000 円</u>とすることができる。)</p> <p>(賞与)</p> <p>第9条 賞与は、6月1日及び12月1日（以下「基準日」という。）にそれぞれ在職する役員に対して支給する。</p> <p>2 賞与の額は、賞与基礎額に、6月に支給する場合には100分の<u>160</u>、12月に支給する場合には100分の<u>175</u>を乗じて得た額に、基準日以前6箇月以内の期間におけるその役員の在職期間の次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める割合を乗じて得た額とする。</p> <p>(1)～(8) (略)</p> <p>3・4 (略)</p>

23年度の保険料率について

《 支部評議会における主な意見 》

意見の概要

- ① 保険料率と国庫補助について
- 国庫補助率増加(20%)を強く要望すべき … 32 (21)
 - 現在の平均保険料率(9.34%)を維持するための国庫補助を要望すべき … 30 (22)
 - その他 … 48 (14)
- ② 22年度末の準備金残高赤字の返済方法等
- 23年度は半額返済とすべき … 11 (7)
 - 23年度は返済を行わないこととすべき … 5 (3)
 - 23年度は全額返済すべき … 1 (0)
 - 23年度も返済する方向とすべき … 5 (1)
 - 保険料率が上がらない返済額とすべき … 4 (2)
 - 長期的な返済を検討すべき … 8 (2)
 - 利息負担を考慮して早期に返済すべき … 2 (2)
 - その他 … 16 (10)
- ③ 激変緩和措置
- 緩和率は据置き、または必要最小限に留めるべき … 19 (15)
 - 緩和率は一定の引き上げをすべき … 2 (1)
 - 早期に激変緩和措置を終了(本来の所要保険料率を適用)させるべき … 5 (4)
 - その他 … 20 (11)
- ④ 保険料率の変更時期
- 4月納付分からの改定が望ましい … 36 (25)
 - 9月納付分からの改定が望ましい … 1 (1)
 - その他 … 5 (3)
- ⑤ その他
- 経済情勢や中小企業を取り巻く環境等を十分に考慮すべき … 14 (6)
 - 単年度ごとではなく、中期的に保険料率を検討すべき … 23 (11)
 - 23年度保険給付費に対する政策増があった場合の扱いについて … 14 (7)
 - 都道府県単位保険料率の仕組みを(全国一律の保険料率等へ)改めるべき … 11 (8)
 - その他 … 107 (63)

※ 項目毎の数字は、評議会における意見数を表す(項目毎に複数意見や意見なしというケースが混在するため、累計が支部数とは一致しない)。

※ 数字は11月26日現在の累計を示す。()内は第23回運営委員会で報告した意見数である<再掲>。

※ 第24回運営委員会(22.11.22)開催以降に6支部で評議会を開催、新たな意見の報告があった支部は3支部。

保険料率と国庫補助について

● 国庫補助率増加 (20%) を強く要望すべき

- 日本の企業の 9 割以上を占める中小企業において保険料率はあげるべきでないため、国庫補助は 20% を希望する。
- 医療費が上がり負担が増している現状においては、法律の上限である 20% にとらわれず、20% 以上の要求を行ってもいいのではないか。
- 国庫補助率を 20% にして頂きたい。現状の保険料率 9.34% は容認せざるを得ないと思うが、これ以上保険料率を上げないことと、赤字を増やさないことを前提にして国庫補助率を増やしていただきたい。
- 協会けんぽの財政状況は厳しく、今後も赤字が予想されるので、重点的に本則上限の 20% まで引き上げて行くべき。
- 国庫補助率 20% を強く要望していただきたい。
- 現在の政府の景気浮揚策はすべて時限立法のため、景気は今後もっと厳しくなる。企業だけでなく、残業代カットなど従業員の生活自体が苦しい時代である。20% が適当なのかどうかは分からないが、保険料率をなるべく低くしてほしいので、国庫補助率は 20% に上げてほしい。
- 組合健保の様に保険者間の財政調整ができないので、国庫補助は本則上限まで引き上げるべき。
- 国庫補助率 20% 引き上げが前提である。
- 国庫補助は 20% に引き上げる方向で全力を尽くし、保険料率の引き上げは避けるべきである。
- 国庫補助率 20% を強く要望すべきである。
- 国庫補助の更なる引き上げ (本則上の上限 20%) を引き続き要望していくこと。

● 最低でも現在の平均保険料率 (9.34%) を維持するための国庫補助を要望すべき

- 協会けんぽの加入者は、中小企業の従業員である。中小企業と大企業では、経済の回復力は全く異なり、地方の中小企業の状況は依然厳しい。その中で保険料収入の試算がプラスの方向と言われても実感し難く、この状況下で保険料率を上げ、加入者に負担を求めることは困難である。それを踏まえ、最新の試算のとおり、最低でも国庫補助を 2 ポイント上げ、18.4% とし、現状の保険料率を死守すべきである。
- 国庫補助率については、資料の「23 年度平均保険料率に係る粗い試算 (試算Ⅱ) の (参考)」に示されているように、平成 23 年度は保険料率を据え置き、国庫補助率を、限りなく 20% に近い 19.3% ^(※) に設定するのが望ましい。【※第 22 回運営委員会 (22. 10. 15) 資料を元にした発言】
- 政策を維持する以上は国庫補助率をあげてもらうのが筋だと思う。国庫補助率を 19.3%

にしてもらい、赤字を半額返済・保険料率を据置く。20%が無理でもこれだけはやってもらいたい。

- 地方の中小企業や加入者の負担は限界にあり、現在の保険料率を維持するための国庫補助を強く要望する。
- 最低でも現在の料率は維持すべきである。そのための必要な国庫補助率の引き上げを。
- 回復の兆しがあるとはいえ、賃金水準は落ち込んでおり、そういうことを踏まえて現在の9.34%の保険料率を維持できるよう国庫補助の増額に向け努力していただきたい。
- 平均保険料率9.34%は堅持すること。(最低でもこれを維持できるだけ、国庫補助を強く要望する。)
- 保険料率は、現在のままで国庫補助率を上げてほしい。保険料率は毎年上げるのではなく、2年とか複数年での数字を示してほしい。

● その他

<保険料率の引上げに反対>

- 今年度の大幅引き上げに続き、来年度も保険料率を引き上げることは容認できない。来年度は据え置いてもらいたい。
- 協会けんぽは、保険料率が上がり続けないようにする方法を考えなければならない。会社であれば、従業員の給与を下げるなどの措置を取る。目に見えることを行わなければ、加入者には伝わらない。
- 前提として、保険料率を上げることに反対であるため、国庫補助、赤字の返済方法及び激変緩和措置の取扱いに対する考え方は同じである。個々に議論するのではなく、3つの項目を合せて考え、23年度の保険料率が上がらないよう強く要望する。
- 事業主の立場からは、保険料を上げるということは考えられない。医療費適正化の対策も考えなくてはいけない。
- 現在の景気状況は非常に厳しい。どこまで耐えられるのかという問題になってくる。国の財政が厳しいことはわかるが、保険料率が上がらないようにしてほしい。
- 経営者としては1銭も上げてほしくない。加入者としても厚生年金の改定もあり出来る限り2年連続の改定は避けてもらいたい。
- (保険料率の)引上げはしないでいただきたいというただその一点であり、それ以上付け加えるものはない。むしろ、それをさらに強調して訴えたい。

<保険料率の引上げは止むを得ない>

- 国庫補助率、返済額などいくつかのパターンがあって議論が難しいが、まず暫定措置は継続するという見通しであれば、国庫補助率16.4%、暫定措置は継続という条件になると思う。いずれ、加入者(収入)が増えて負債が返せるという見込みがあれば、保険料率据置きという選択肢もあるが、その見込みがないということであれば、半額返済又は最悪でも保険料率は据置くことはせず若干の保険料率アップは仕方がないと考える。
- 次の保険料率をもっと上がるということであれば、必然的に、たとえ少しでも上げていかないといけないが、どんどん上がる厚生年金や、雇用保険も負担しているので、きるだ

上げ幅は抑えてほしい。

- 23年度の保険料率の変更を見送ることにより再来年度以降に大きな影響があるならばソフトランディングが必要。

<その他>

- 報酬が増えない、むしろマイナス基調にある状況下において、保険料負担が増加するとすると、当然、診療報酬の引き下げや、患者の負担割合引き上げというような声が出てくると考える。来年度も保険料率引き上げとなると、2年連続ということになるので、今後、国庫補助率の引き上げ、患者の負担割合の引き上げ、診療報酬の引き下げなど、国として力を尽くしていただくと共に、「協会けんぽ」は国へその実情を訴えていただきたい。
- 国庫補助率は、20%が理想だが、保険給付費に対する政策増の部分は補助率に反映するなど、現実的な率とすべきである。
- 仮に国庫補助率を20%にしても、総医療費が毎年上がっている状況であれば、保険料率も自然増になると思われる。制度自体に無理があるのではないか。
- 年々、保険料率が上がるのはどうかと思われる。国自体の負担を上げるべきである。
- 医療費が毎年上がっている状況において、毎年保険料が上がるのはどうかと思われる。
- 国庫補助率は13%という特例で抑えられ、今回上げたと言いつつも本則の最下限。景気動向やインフルエンザ流行など、災害的な非常時であるという認識で、いろいろな特例が認められてしかるべきである。
- 健康保険制度は世界に冠たるいい制度だが、医療費の保険料率が9.7%、約10%なんていうのは納得できない。
- 企業の収益も伸び悩んでいる中で、被保険者の給与改定も厳しい状況から、保険料負担はかなり限界にきている。国庫補助率については、引き上げを最優先して政府に働きかけていただきたい。
- 国庫補助を受けても、後期高齢者支援金の負担が増えている。本来、後期高齢者支援金は国の役割であるので、この負担が増えているのは構造的に矛盾があると思う。この点を踏まえると、国庫補助率の引き上げを働きかけていくべきである。
- 国庫補助率は最終的には国が決定することであり、20%まで上がることは難しいとは思いますが、ギリギリのところまで引き上げていただきたい。
- 生活者、経営者の視点からも、これ以上の保険料率の引上げは厳しい状況である。協会けんぽの財政は、健保組合や共済組合に比べて脆弱であるので、国には、健保組合や共済組合とは違う支援をしてもらいたい。
- 国庫補助をどの程度上げてもらえるかが見えない中で、負担をどの位するか議論は難しい。国庫補助をこれ位上げるから、負担もこれ位お願いするというのが筋。景気の問題はある程度国の責任と考えるので、もう少し明確な数字を出して欲しい。
- これ以上被用者に負担を強いるという考え方がおかしい。
- 来年度から扶養控除も廃止になり、保険料も上がると、加入者の収入における手取り額が少なくなってしまう。
- もし23年度の保険料率を9.34%に据え置いた場合、増加した準備金残高赤字額の返済計画はできているのか？

- 国庫補助率を段階的に引き上げていくこともあるのではないかと。
- 価格が下がり続け、逆にコストは上がり続けている中でどうするかを民間では考え苦しんでいる。国庫補助率を毎年上げてくれという議論はすでに民間的ではない。民間はあるお金の中でどうするかを議論するが、「足りないから国庫補助率を上げてくれ」との公務員的な発想の議論にはギャップがある。人のお金であることを前提とした議論であり、無責任に感じる。自分のお金であったらもっとシビアに物事を考えると思う。
- 国庫補助率を上げてもらう前に、医療費などの国の支援対策の中から無駄がないかをもう少し調べてみてほしい。
- 次の保険料率はもっと上がるということであれば、必然的に、たとえ少しでも上げていかなければいけないが、どんどん上がる厚生年金や、雇用保険も負担しているので、できるだけ上げ幅を抑えてほしい。
- 子供の育成を社会全体で見ると子ども手当が税金の支出なら、国を支える中小企業の命を支える保障の国庫補助率も上げられるはずである。
- 標準報酬が下がっているということはすなわち加入者の収入が低くなっているということである。そのような状態の時に、協会の収入が足りないからと言って保険料を上げて加入者からさらに徴収しようとするのは、考え方として間違っている。
- 事業主、被保険者、協会けんぽにとっては、経済状況、少子高齢化、雇用の問題、事業所数・被保険者数の減少などいかんともしがたい状況がある。そのような状況の中、協会の財政問題については、国、政治が、主となり国庫補助率を上げていただかないと健康保険制度自体もたない。それは、年金制度についても同じことである。ただ、国庫補助率を上げ、健康保険料を減らしたとしても、介護保険料が大幅に上がれば、事業主、被保険者の負担は増える。そういうことも含めて総合的に考えていただきたい。
- 健全な健康保険制度を維持しようとした場合、保険料率がだんだん上がっていくという流れは大変危険である。周辺のいろんな問題があるが、毎年保険料がどうかという議論ばかりをしている。そういう状態においては、やはり国庫補助率を上げていただかないとどうしようもない状況である。中小企業の多い当地域において加入者の立場から言うと、毎年負担が、上がっていくというのは、不信感、不安感そのもの。保険料率を下げなくとも、同じレベルで行くとか、上げ幅を極力少なくなるように努力していくべきであり、国庫補助率を上げていただくことに最大のエネルギーをかけていただきたい。
- 経済指標は大企業も含まれたものであり、中小企業は経済指標どおりにはいかない。もっと政府に国庫補助についての要望を上げていかなければ非常に厳しい。政府は中小企業の状況を十分把握していない。引き続き現状を認識いただくように説明していただきたい。

22年度末の準備金残高赤字の返済方法等

● 23年度は半額返済とすべき

- 22年度の保険料率を決める際に「3年間で返済する」と決めたのだから、借入金も半額返済しかない。
- 経済情勢を考え、半額返済とすべきである。

- 赤字は織り込み済みで考えるべきで、半額返済とすべきである。
- 準備金残高の返済については、やはり半額の返済というのが妥当。

● 23年度は返済を行わないこととすべき

- 保険料率を据え置きできるのであれば、23年度は返済せず、24年度以降に返済を延期して貰いたい。但し、現行法の下で24年度以降に大幅な保険料負担の増加につながる可能性もあることから、今後の情勢を慎重に見ながら検討して貰いたい。
- 半額返すことで保険料率が上がるのでは返済しない方がいいのではないかな。

● 23年度は全額返済すべき

- 将来への負担を考えると、やむを得ない判断として全額返済すべきである。

● 23年度も返済する方向とすべき

- 保険料率に跳ね返ってくることになるのと、赤字を留めておくのはリスクがあるので、どのように返済していくかということを中心に計画を練って取り組むべきである。
- 今後の経済回復が不安定なため、できるだけ返済するべきである。
- 負債をそのまま放置することは危険であり、半額返済なのか全額返済なのかということは選択の仕方だと思うが、いずれにしても返済を行わないという選択肢は難しいという印象がある。
- 借入の金利は低いということであるが、いつまでも低金利が続くことは想定するべきではないと思う。一挙に返済することは難しいと思うが、経営的に考えればこのまま赤字を据え置くことはリスクが大きいので、削減の方向で取り組むべきである。

● 保険料率が上がらない返済額とすべき

- 国庫補助引上げの結果にもよるが、料率が上がらないような返済方法とすべきである。
- 来年度については、現在の保険料率を引き継げるような形での国庫補助や返済方法を検討してほしい。

● 長期的な返済を検討すべき

- そもそも単年度収支という制度がどうかとも思うが、できるだけ長期間で返済すべきである。なお、金利等については、別途交渉が必要である。
- 単年度で返済をするのではなく、3～5年の返済期間としたらどうか。
- 条件変更、借り換え、政府の保証をつける等、返済を減らす努力や返さなくてもよい方法等も検討すべき。
- 普通お金を借りる場合には、利息を払うがどのくらいの利率なのか。低い利息ならば今年度について無理に返さなくて、長期的にしたほうがいいのか。
- 借入金の利率が高利であれば早期返済した方が良くとも考えるが、低利であれば借入金の返済を早める必要はないのではないかな。
- 赤字の解消は計画的に進める必要がある。一挙に繰り上げての返済は難しいと思うので段階的に減らしていくことにならざるを得ない。

● その他

- 政策増の延長や準備金残高赤字の半額返済が事実上の選択肢になりうるかどうかということも含めて、今後はある程度絞った議論が必要であり、それをどう納得出来るものとして共通化するかである。
- 保険料率を上げないことを前提とし、さらに余剰があればこれに充てる。
- 現在の議論はあくまでも収支の見込みに基づいたものであり、返済に関しては実際の収支の状況を見て対応するということがよいのではないか。
- 返済しないと24年度に大幅に上がるのでは既に結果が見えているのではないか。議論すること自体が虚しく感じる。
- 返済せずに料率を据え置くと、24年度大幅に料率上がるとのことなのか。
- 返済しない場合には、24年度10%になるのではないか。

激変緩和措置

● 緩和率は据置き、または必要最小限に留めるべき

- 基本（平均）料率が上がる時に、さらに激変緩和措置にて上がるようなことは非常に困る。当然「上げ幅は最小限にすべき」で、1.5/10（据え置き）でお願いしたい。
- 緩やかに移行すべきで、あまり早く上げなくてもよい。
- 状況が厳しい中においては、あまり差が開かない方向で考えていただきたい。最小限度に留めていただきたい。
- 住んでいる所が同じなのに、会社所在地より保険料率が違うのでは議論するのは難しいが現在の景気状況では必要最小限に留めるべきである。

● 緩和率は一定の引き上げをすべき

- 緩和率を上げなくてはならないのであれば粛々と上げるべきである。

● 早期に激変緩和措置を終了（本来の所要保険料率を適用）させるべき

- インセンティブを考えると早急に本来の姿に戻すべきである。

● その他

- 今の仕組みでどのようにしたら医療費を下げるができるのか。「都道府県単位保険料率の仕組みを（全国一律の保険料率へ）改めるべき」という意見も有力と思う。協会になって保険料率が毎年上昇し、少しも良いことがない。
- 支部毎で保険料率を変えて競争させるという意味は十分わかるが、ゼロの状態からスタートしていない。各地の医療の状況や企業の業種等の産業構造で、かなり差がある段階でスタートしている。新たに見直して、それ以降どれだけががんばったというような指標を作り、何かのペナルティーなり恩恵を与えるという制度を別につくっても良いと思う。
- 当県の気候風土などを考慮し、当面は激変緩和措置を手厚くして貰いたい。

- 従来どおりの変動幅の考え方で進めて良いと思う。
- 現状のような形でよいと思う。
- 現在、国保などは運営主体を市町村単位から県単位に小から大へとスケールメリットを活かす方向で検討されているが協会けんぽでは反対に大から小へと移行している。協会けんぽが当初描いていた制度設計では、今後、社会情勢等の急激な変化に対応できなくなるのではないかと危惧する。
- 支部の努力だけでは、保険料軽減にはならない部分もあると思われ、ある程度の緩和措置は必要である。また、保険者の経営努力についても、数値的なものを示すべきである。
- 医療機関の質や量などによっても、都道府県毎に相違があるため一律に差をつけるのは抵抗がある。
- 都道府県により収入格差は4倍もある。保険者の経営努力だけでは補えない部分もあると思われるため、緩和措置は必要である。

保険料率の変更時期

● 4月納付分からの改定が望ましい

- 変更時期は、従来どおり（4月納付分）が望ましい。
- 今年が4月納付分から実施されたことにより、事業所から不都合という意見があまり出なかったという解釈でよければ、保険料率の変更時期は同じで良いと思う。
- 広報等で、今年度問題がなかったようであれば、4月納付分からとしたほうが混乱が少ないのではないかと。
- 先延ばしにし、結局上げ幅が大きくなるのであれば、4月からのほうがよい。
- 新年度で4月改定が妥当である。
- 保険料率への影響が最も少ない4月改定が妥当である。
- 今まで大きな混乱がなければ、協会の考えている形で進めても良いと思う。
- 事務を行う立場としては9月を希望するが、料率への影響を考えると4月でやむを得ない。
- 事務処理の面では4月改定が可能なら、なだらかにというのであれば4月改定が望ましい。
- 現状では、4月が望ましいが2年連続で料率が上がる広報等について問題が起きないのか。今年度影響はなかったのか。
- 「上がる、上がる」と先に周知していたため、事業所内では従業員等から特段の問題は無かったので4月で問題はないと思う。もし、2年連続で上がるようだと今年よりは不満が多くなるのではないかと。

● その他

- 事務担当の立場からは、厚生年金の変更時期とそろえるなど、事務負担が増えないようにしてほしい。
- 4月改定の意見が多く出されていたが、変更時期だけに焦点を合わせた意見なら理解し

がたい。(保険料率と国庫補助とのセットで考えるべき)

その他

● 経済情勢や中小企業を取り巻く環境等を十分に考慮すべき

- 景気が悪い状態での保険料率の引上げは、中小企業にとって負担が大きい。保険料の労使折半による事業主負担が耐えられない。
- 今の社会情勢の下では保険料率を上げるべきでない。現在、中小零細企業の置かれている状況を考えたとき、保険料率の上昇は実質賃金の減少となる。生存権ということも考え合わせ、保険料率を据え置きとできるよう財政支援を積極的に働きかけるべき。
- 保険料率を引き上げることは、中小企業の事業主や被保険者に負担を押し付けているだけである。
- 8割の企業が赤字。保険料率の引き上げは更なる赤字企業、倒産を増やすことになる。
- 経済の現状や先行きを考えれば、今年度は保険料率を据え置いて欲しい。
- 現実として中小企業は景気が良くなったとの実感がなく、保険料率の大幅な引き上げは避けるべき。
- 大企業とは別に、中小企業に配慮する制度や政策的なことを別枠で補助してもらいたい。
- 経済状況など、現状が制度設計時の前提条件と大きく異なっているにもかかわらず、当初の制度設計どおり進めるのは、非常に納得しがたい。現在の厳しい経済状況の中でも負担が急激に上昇しないようなしくみを取り入れた制度へ見直しをするべき。

● 単年度ごとではなく、中期的に保険料率を検討すべき

- 単年度収支というしくみ自体について、今後検討すべきと考える。
- 保険料率に関して、平成 23 年度向けのこうした問いかけでは問題を縮小化している。確かに来年度を現行のしぼりの中でどうしていくかということも必要だが、社会保障制度全体で中長期的にどうするのが問題の本質だ。
- 単年度の議論に終始するだけでなく、中長期のビジョンや財政政策や社会保障政策、新たな高齢者医療制度等の将来像を見据えた議論が必要。
- 中長期的な見通しを明確にした上で議論すべきである。
- 国庫補助率や保険料率については、毎年議論するのではなく、中長期的に安定した仕組みにしていきたい。
- 毎年、保険料を上げるのはどうかと思う。1~2年は上げずに頑張っ景気の動向を見るというのも重要ではないか。中小企業の標準報酬は実際には下がっている。従業員は、毎年、厚生年金保険料や健康保険料が上がる中でさらに手取りが低くなっている。できるだけ、1~2年位は保険料率を上げずに休ませていただきたい。
- 単年度収支による試算ではなく、中長期的に試算すべきである。
- 中長期的な骨子をはっきりしていないと、制度に対する不安が増す。
- 保険料率を毎年変更するのは避けたい。中期的な対応とした方が安定的に制度運営ができるのではないかと。

- 財政が単年度収支均衡の場合、保険料は、保険給付費と収入で決まる。従って標準報酬月額が下がれば保険料率は上がることになり、加入者からすると非常に厳しい。その対策としては①国庫負担を投入する。②財政を単年度収支均衡から長期収支均衡にして、複数年で財政が均衡するようにする、のいずれしかない。「単年度ごとではなく中期的に保険料率を検討すべき」という意見はそのとおりではないかと思う。ほかに伝染疾患の発生等、想定外の事項も考えると「単年度収支均衡」は制度として無理ではないか。
- 現行法では単年度収支が原則だが、国庫補助の見直しも含め、単年度収支など制度設計を抜本的に見直すべきである。
- 毎年このような議論を行うがもっと中期的な考えが必要である。方向性を示していただかないと議論にならないし、健康保険制度そのものが駄目になっていく。

● 23 年度保険給付費に対する政策増があった場合の扱いについて

- 長寿社会を踏まえて、70歳から74歳までの自己負担額を抑えるという大事な政策は尊重するが、その負担については、協会に負担させるのではなく国で負担をして欲しい。
- 政策増の費用については別枠で全て国庫負担とすべきである。
- 政策増の部分は、保険料に跳ね返るのではなく政府に持ってもらいたい。
- 政策増が国の施策に基づき行われるのであれば、保険者（事業主・被保険者）に、その負担を一方的に押し付けるのはおかしい。国の責任において財源措置をすべきである。
- 70歳以上75歳未満の患者負担引上げ凍結等の政策経費は、保険料ではなく別の歳入を使用すべきである。
- 政策増（70歳～74歳の負担減）については、通常65歳以上は年金を受給しており、またある程度は老後の蓄えもあるものと思われる。年金も貰う、医療費負担も少なくする等々、すべて国に依存する考えがおかしい。
- 政策増について、国の方策で継続されるのであれば、国がその費用は負担すべき。保険料にのせるべきではない。

● 都道府県単位保険料率の仕組みを（全国一律の保険料率等へ）改めるべき

- 都道府県単位の保険料率は、全国一本にすべきである。
- 相互扶助の原点に立ちかえり、全国統一の保険料率にすべきではないか。
- 都道府県単位保険料率は、様々な施策の結果として医療費の削減効果が表れていれば有効だと思われるが、具体的な効果については何も示されていない。従って、現状では都道府県単位保険料率にしておく必要もないのではないか。

● その他

<国への要望や医療保険制度全般を見直しすべきとする意見>

- 高齢化による医療費の増加と保険料率引き上げとの関連については、高齢者医療制度への支援金等、国の施策にも関連してくる問題であり、今後の医療保険制度のあり方をどうするのかという問題とセットで議論していかなければならないと考える。将来の医療保険制度改革も見据えた、「協会けんぽ」としての考え方を明示していく必要がある。

- 社会保障制度全体で、国はどの分野に重点配分していくのか見直ししていくことが重要と考える。
- 厳しい財政状況の中では、いくら評議会で意見を述べても何も変わらない仕組みとなっている。政府は加入者の声が含まれた評議会の意見をもっと受け止めてほしい。
- 今は給付と収入（国庫補助、保険料）のバランスをとり、しのいでいくしかない。ただし、実際に負担する側の理解を得るためにも、できるだけ早い時期に政府が健康保険制度の中長期的な展望を示す必要がある。
- 国の政策の中で健康保険政策の優先順位を上げてもらわなければならないのではないか。
- 健康保険制度は、平等性の面から、税金的な保険料の取り方で全体の医療費を賄っていくのを基本とすべき。それに対して現状は、同じ被用者保険の中でも協会管掌と組合管掌とが区分され、さらに都道府県ごとにも区分されて保険料率が区々になっているという不平等な状態。その不平等を解消するための議論を都道府県支部ごとに個々別々に行っても埒があかない。

＜評議会の在り方について＞

- 支部で結論が出せないことに意見を述べて、評議会の意味があるのか。
- 支部で国庫補助率の議論を行っているが、最終の決定は毎年国の予算次第の話になるのではないか。
- 評議会では、いつも財政赤字の議論ばかりである。国庫補助率を 13%から 16.4%に引上げたことは、急場の措置であったのか。5年、10年先の見通しができていないので、毎年、保険料率引上げの議論を行うことになる。評議会での意見は、保険料率を引上げるための踏み台なのかと思える。
- 現行制度における保険料率算定のしくみは、支部評議会でも議論できる余地が非常に乏しく、支部評議会そのものが意味をなさなくなっている。

＜自己負担の引上げに関するもの＞

- 受益者負担を進めるべきであり、加入者の意識を高めるためにも、保険自己負担については年齢に関係なく平等に3割負担にすべきである。
- 自己負担の引き上げに関する議論も出てきているが、現在の経済情勢においては、これ以上の負担増は被保険者にとって非常に厳しい。自己負担引き上げは、避けていただきたい。そのためには、評議会において、ジェネリック医薬品や特定健診等について、如何に加入者が協力していくかという議論も必要であると考えます。
- 病院へ多くかかる人の負担（窓口負担）を増やすことも考える必要があるのではないか。

＜その他＞

- 不適切な医療費の増加を容認しないよう、是非とも「協会けんぽ」として、医療費適正化の推進に努めていただきたい。
- 高齢者がピークに達する時期まで等の中長期的なしくみを問題に提起すべき。
- 保険料率の議論は、加入者が様々な医療の恩恵を受けた結果であることも踏まえて、必要な負担の在り方を考える必要がある。

- 赤字になったから保険料率を上げるということを毎年繰り返していると、現在の健康保険制度自体に不安感や不信感を持たれてしまう。これが協会けんぽの一番恐れることではないか。
- 保険料率の引き上げを前提とした議論には、応じられない。
- 試算を踏まえた議論はいずれも制約が多く、実現可能な選択肢は限られている。
- 保険料率変更の理解を得るためにも、現在の3ヶ月平均ではなく実報酬額が正確に反映するような合理的で公平な標準報酬月額算定方法にすべきである。
- 協会設立時に長期的なビジョンなど目標を設定していたのか疑問である。国は、組織を変え、都道府県別保険料率に変えたが、毎年単年度収支で赤字が発生し、その赤字を民間が負担することは容認できない。
- このままでは皆保険制度の崩壊や、加入者の協会けんぽに対する不信につながる。
- 料率を維持するためには国庫補助が約1,600億円必要とのことだが、この金額が政府の他の政策に比べて、無理な要望とは思えない。
- 単独で協会けんぽのことだけを考えていいのかということもある。健康保険組合、国民健康保険とのバランスからして主張が通るのかということが頭にある。
- 給与は減少、負担は増加することに、働く者は疲弊している。あとにつけを回さない手法を講じてもらいたい。
- 医療費の伸びの見通しが甘く、今年度の企業の業績回復による保険料収入の増加も加味していないデータでは、保険料率を議論するには不十分である。見通しが甘いデータで、評議員に意見を求められても困る。
- 中期的に保険料率を検討するという意見もあるが、保険料率が毎年上がり続ける現状においては、単年度で検討する方が良いのではないか。中期的な検討は、財政状況が安定しているときに行う方法ではないか。
- 保険料率を算定する際の調整項目については、年齢調整と所得調整だけではなく、医療費に影響を与える他の調整項目も早急に検討していただきたい。
- 国庫補助を増額する場合の財源はどうするか。消費税引き上げも必要。
- 何としても保険料率を上げることに反対という気はない。理解を得ることが必要。現段階では、その理解を得るというひとつ前の段階がなされてないと感じる。
- 健康保険制度は世界に類を見ないいい制度だと思うので、収支のバランスを毎年プラスマイナスゼロで取っていただきたいが、現状では難しいと思うので、(国の方で)数々の手当をし、やむを得ない場合に保険料率を上げていただきたい。給付の面も採算ベースが取れるよう考えていただきたい。
- 当初国庫補助率を20%とした算出根拠のファクターは何か。当時の状況と今の状況と異なっておれば、そこは見直すべき。
- 国庫補助と保険料負担と窓口負担で成り立っている中で、まだまだ保険料上げて我々に余裕があると国に思われても困る。協会も政府の感触を確かめながら交渉してもらいたい。
- 中長期ビジョンが見えない中での議論は難しい。1次予防としての健康づくり、2次予防としての健診の受診率アップを努力することも必要。
- 国庫補助について、概算要求ベースで16.4%、健康保険法附則も「当分の間～千分の百

六十四」と定められている以上、「お願い」や「陳情」では国庫補助引き上げは難しいと考える。保険料・税金を支払っている国民の納得・了解のもと、法律を変える論議・努力が必要ではないか。

- 医療費の増加で保険料率が上昇していくのであれば、これ以上の保険料の負担増は無理であり、受診の抑制等の制約を設けることも含め、支出面について考える必要があるのではないか。
- 高齢者の拠出金について、サラリーマンは国税も源泉徴収されている。さらに健康保険料の中から我々加入者の健康保険事業以外の目的に拠出されるのは納得がいかない。国が面倒を見るべきなのに、低賃金の被用者の保険料から支払うのか。
- 結果的には国主導により料率が決定されており、分割民営化の意味が理解出来ない。
- 健康保険法の国庫補助率について根拠を示してほしい。決定された根拠や基準があるのか。また、国庫補助率 20%上限の改定は、本部では議論されていないのか。厚生労働大臣の裁量なのか。協会けんぽの健康保険運営にどれだけ必要なのかではなく国の予算からくるのか。根拠や基準を示していただけないとそもそも議論にならないのではないか。
- 標準報酬月額は改善しているが、まだ平成 18 年度の水準にも達していない。今後さらに保険料率の上昇が避けられないのではと心配である。
- 国民健康保険、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の一本化というところを踏まえて、一元化を早急に進めるべき。
- 最終的に全国の話だからとあきらめず、支部としてもレセプト点検や適正化など、徹底的に経費削減して、保険料は上げないと言えるような体質となってほしい。
- 保険料未納対策などの制度の基盤整備を置き去りにして、きちんと納付しているところばかりに負担増を強いている現状は、極めて遺憾である。
- 極めて制度不振が強くなっているなか、今年度より負担増にならないようにすることが、信頼回復のための最低限の第一歩ではないか。

平成22年12月1日

23年度の保険料率について

1. 引上げ幅

23年度概算要求ベースのとおり国庫補助率が16.4%であれば、平均保険料率について、22年度の大幅引上げに続き、23年度も一定の引上げが避けられないと見込まれるが、これについてどう考えるか。

- 国庫補助率について、健保法本則上限の20%に向けた財政支援などの対策が講じられるよう国及び関係方面に要望を続ける。
- その上で平均保険料率の引上げが避けられない場合、22年度末の準備金赤字に係る23年度の返済額について、概算要求通り半額返済という方法もあるが、23年度の引上げ幅をできるだけ圧縮する観点から、23年度は返済を行わず、24年度に全額返済するという方法も考えられる。この点、どう考えるか。

※23年度分の返済額は、法令上、政府が決めることと規定されており、年末の予算セットに合わせて決定される見込み。

23年度返済額	23年度平均保険料率※	23年度末準備金残高 (=24年度返済額)	24年度平均保険料率 の粗い試算
A 半額返済(558億円)の場合	9.50% (月収28万円の場合、労使計で月約450円増)	▲558億円	9.8~9.9%
B 返済を行わない場合	9.42% (同、月約220円増)	▲1,116億円	9.9~10.0%

※参考資料「協会けんぽの収支イメージ(22年11月22日)」における前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、退職者給付拠出金等は、概算要求における額を前提としており、今後の予算編成過程において各保険者の総報酬額等の係数の変動に伴い変更があり得る。したがって、変更があった場合には、料率の変更があり得る。

○ 2年連続の平均保険料率の引上げは避け、9.34%に据置くべきとの意見があるが、どう考えるか。

※ 23年度平均保険料率を9.34%に据置いた場合、国庫補助率が16.4%の場合には単年度収支は均衡せず、単年度収支差は▲約400億円ないし▲500億円となる。これは、現行法を前提とすると、単年度収支均衡原則に反し、この場合、国は協会に対して料率変更の申請を行うよう命じることができる仕組みになっている。

※ 現在の経済状況の下では、24年度の標準報酬月額推移を楽観視することは難しい。

○ 健康保険法改正により30年3月末までに期限が延長された激変緩和措置について、23年度はどうするか。

○ この点、23年度の保険料率は据置くべきとの意見が強いことから、激変緩和率の変更による都道府県単位保険料率の引上げは、できるだけ小さい方向又は避ける方向で考えるべきではないか。

※ なお、23年度激変緩和率については、23年度の平均料率からの変動幅が、22年度の変動幅(+0.08%)を下回らないように定めなければならない、と法令上規定されている。よって、この規定によれば、23年度における47支部中最高激変緩和前保険料率と全国平均の激変緩和前保険料率の差が、22年度における差(0.5%)より縮小した場合、23年度の変動幅を+0.08%に据置くことは可能だが、23年度激変緩和率の値は1.5/10より大きくなる。

22年度（激変緩和率1.5/10）における平均保険料率からの変動幅	-0.08%	～	+0.08%
22年度の激変緩和率を1.5/10ではなく、2/10としていた場合における平均保険料率からの変動幅	-0.11%	～	+0.10%

↓
変動幅拡大

平均保険料率9.42%とすると、9.31%～9.52%※

平均保険料率9.50%とすると、9.39%～9.60%※

※ 23年度の平均保険料率の見込みと22年度の変動幅から粗く試算した参考値。国庫補助率16.4%の場合で、特別計上分を除く。

2. 変更時期

22年度は、4月納付分から改定したが、23年度は引上げざるを得ない場合、どうするか。

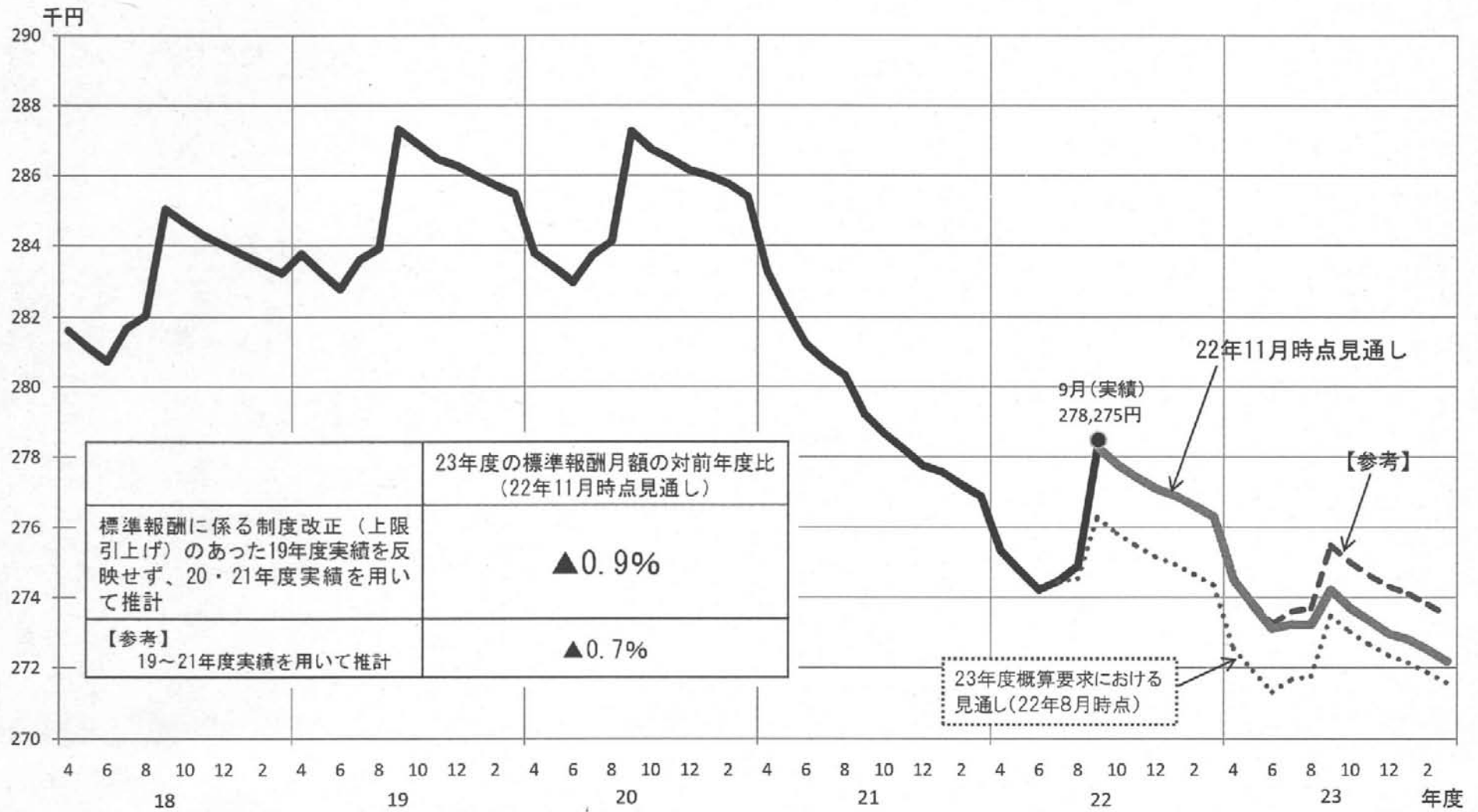
- 23年度の平均保険料率を引上げざるを得ない場合、保険料負担の平準化を図るため、周知広報に万全を図りながら、4月納付分から改定してはどうか。

第 24 回全国健康保険協会運営委員会
(平成 22 年 11 月 22 日) 提出資料 2

保険料率に関する試算について

平成22年11月22日

被保険者1人当たり標準報酬月額の実績値と推計



平成22年11月22日

協会けんぽの収支イメージ(医療分)

(70～74歳の患者負担引上げ凍結、出産育児一時金の増額の継続)

(単位:億円)

		21年度	22年度			23年度			備考
		決算	概算要求時点での 見直し(22年8月) (a)	直近での見直し (b)	(b)-(a)	概算要求時点 (22年8月) (c)	直近での見直し (d)	(d)-(c)	
収 入	保険料収入	59,555	66,675	67,220	545	67,407	67,706	299	左の23年度(d)の保険料収入を確保するための保険料率を機械的に試算した場合(4月納付から改定) 9.50%
	国庫補助等	9,678	10,537	10,545	8	11,039	11,123	84	
	その他	501	298	298	0	194	199	5	
	計	69,735	77,510	78,064	554	78,640	79,028	388	
支 出	保険給付費	44,513	45,800	46,103	303	46,610	47,270	660	
	老人保健拠出金	1	1	1	0	1	1	0	
	前期高齢者納付金	10,961	12,100	12,100	0	12,252	12,252	0	
	後期高齢者支援金	15,057	14,213	14,214	1	14,639	14,639	0	
	退職者給付拠出金	2,742	1,968	1,968	0	2,730	2,730	0	
	病床転換支援金	12	0	0	0	0	0	0	
	その他	1,342	1,611	1,615	4	1,728	1,579	▲ 149	
計	74,628	75,692	76,001	309	77,960	78,470	510		
単年度収支差		▲ 4,893	1,818	2,063	245	680	558	▲ 122	
準備金残高		▲ 3,179	▲ 1,361	▲ 1,116	245	▲ 680	▲ 558	122	

- (注) 1. 従来の政府管掌健康保険の単年度収支と同様の手法で作成したもの。
 2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。
 3. 23年度の直近での見直しにおける保険給付費は、70歳以上75歳未満の方に係る患者負担引上げ(1割→2割)凍結の暫定措置継続による影響、出産育児一時金の増額(38万円→42万円)の暫定措置継続による影響を含め算出している。
 4. 23年度の収支差は、22年度末に見込まれる準備金残高の赤字の半分を返済するための所要額が計上されている。

23 年度平均保険料率に係る粗い試算（試算Ⅰ）

(23 年度保険給付費に対する政策増^(注1)がなく、国庫補助率が 16.4%の場合)

23 年度の扱い		保険料率 (22 年度料率との差)	23 年度末の 準備金残高	備考
準備金残高赤字に係る扱い	半額返済（558 億円）の場合	9.48%(+0.14%)	▲558 億円	・24 年度保険料率は、粗い試算では、9.8～9.9% (注2)
	全額返済（1,116 億円）の場合	9.56%(+0.22%)	0 円	・24 年度保険料率は、粗い試算では、9.7～9.8% (注2)
	返済を行わない場合	9.40%(+0.06%)	▲1,116 億円	・単年度収支は均衡 ・24 年度保険料率は、粗い試算では、9.9～10.0% (注2)
保険料率を 9.34%に据置いた場合		9.34%	▲1,493 億円	・単年度収支は均衡せず、 ▲377 億円

(注1) 「23 年度保険給付費に対する政策増」とは、「出産育児一時金増額」の継続による保険給付費の増で、影響額 172 億円。
なお、「70 歳以上 75 歳未満の患者負担引上げ（1 割→2 割）凍結」の継続について、概算要求時の検討事項であったが、国の補正予算案（10 月 26 日閣議決定）に計上されたことから、その影響額 160 億円は、23 年度保険給付費に含めた。

(注2) 24 年度の賃金上昇率は、「平成 22 年度～24 年度の収支見通しについて（5 月 26 日運営委員会資料）」により、0.75%～▲0.6%（ケース A～D）を使用。24 年度の保険給付費は、「出産育児一時金増額」及び「70 歳以上 75 歳未満の患者負担引上げ（1 割→2 割）凍結」の継続は含めている。

(参考)

	所要国庫補助額	左の額を追加する場合の国庫補助率
9.34%に据置き、かつ準備金残高赤字を半額返済するため国庫補助を追加する場合	935 億円	18.1%

23 年度平均保険料率に係る粗い試算（試算Ⅱ）

(23 年度保険給付費に対する政策増^(注1)があり、かつ国庫補助率が 16.4%の場合)

23 年度の扱い		保険料率 (22 年度料率との差)	23 年度末の 準備金残高	備考
準備金残高赤字に係る扱い	半額返済 (558 億円) の場合	9.50%(+0.16%)	▲558 億円	・24 年度保険料率は、粗い試算では、9.8~9.9% (注2)
	全額返済 (1,116 億円) の場合	9.58%(+0.24%)	0 円	・24 年度保険料率は、粗い試算では、9.7~9.8% (注2)
	返済を行わない場合	9.42%(+0.08%)	▲1,116 億円	・単年度収支は均衡 ・24 年度保険料率は、粗い試算では、9.9~10.0% (注2)
保険料率を 9.34% に据置いた場合		9.34%	▲1,665 億円	・単年度収支は均衡せず、▲549 億円

(注1) 「23 年度保険給付費に対する政策増」とは、「出産育児一時金増額」の継続による保険給付費の増で、影響額 172 億円。

なお、「70 歳以上 75 歳未満の患者負担引上げ (1 割→2 割) 凍結」の継続について、概算要求時の検討事項であったが、国の補正予算案 (10 月 26 日閣議決定) に計上されたことから、影響額 160 億円は、23 年度保険給付費に含めた。

(注2) 24 年度の賃金上昇率は、「平成 22 年度~24 年度の収支見通しについて (22 年 5 月 26 日運営委員会資料)」により、0.75%~▲0.6% (ケース A~D) を使用。

24 年度の保険給付費は、「出産育児一時金増額」及び「70 歳以上 75 歳未満の患者負担引上げ (1 割→2 割) 凍結」の継続は含めている。

(参考)

	所要国庫補助額	左の額を追加する場合の国庫補助率
9.34% に据置き、かつ準備金残高赤字を半額返済するため国庫補助を追加する場合	1,107 億円	18.4%

平成 22 年 11 月 22 日

23 年度平均保険料率に係る粗い試算（試算Ⅲ） （国庫補助率が 20%の場合）

23 年度の扱い	政策増 ^(注) がなかった場合の保険料率 (22 年度料率との差)	政策増があった場合の保険料率 (22 年度料率との差)
半額返済（558 億円）の場合	9.19%(▲0.15%)	9.22%(▲0.12%)
全額返済（1,116 億円）の場合	9.27%(▲0.07%)	9.30%(▲0.04%)
返済を行わない場合	9.12%(▲0.22%)	9.14%(▲0.20%)

(注)「政策増」とは、「出産育児一時金増額」の継続による保険給付費の増で、影響額 172 億円。

なお、「70 歳以上 75 歳未満の患者負担引上げ（1 割→2 割）凍結」の継続についても、概算要求時の検討事項となっていたが、国の補正予算案（10 月 26 日閣議決定）に計上されたことから、影響額 160 億円は、23 年度保険給付費に含めた。

第24回全国健康保険協会運営委員会
(平成22年11月22日) 提出資料5

23年度 健康保険勘定予算(業務経費及び一般管理費の内訳)(案)

【業務経費】

(単位:百万円)

区分	23年度予算	22年度予算	増減	備考
保険給付等業務経費	8,706 (8,706)	9,477 (9,477)	▲ 771	
被保険者証の発行・更新・被扶養者資格の再確認経費	1,986 (1,986)	2,307 (2,307)	▲ 321	・被扶養者資格再確認業務経費(▲307百万円)
健康保険給付関係届等の入力・送付等経費	2,298 (2,298)	4,003 (4,003)	▲ 1,704	・届書の入力委託費(▲870百万円)、共同処理委託費(▲348百万円)→補助員に振替
窓口開設経費	557 (557)	653 (653)	▲ 96	・社労士への委託費(▲112百万円)
返納金等債権管理回収経費	46 (46)	150 (150)	▲ 104	・委託費の削減(▲127百万円)→補助員に振替
ファームバンキング・マルチペイメント手数料	626 (626)	512 (512)	114	・直近の実績を踏まえ計上(22年度予算は21年度予算を据置き)
健康保険給付等補助員経費	2,562 (2,562)	1,268 (1,268)	1,295	・派遣職員からの振替(+680人)、補助員▲2%減員
その他	630 (630)	584 (584)	46	・柔整請求書のデータ化(+77百万円)
レセプト業務経費	4,243 (1,942)	5,437 (3,130)	▲ 1,194	
レセプト磁気媒体化経費	943 (943)	1,314 (1,314)	▲ 370	・電子レセ受取割合の増(紙レセ、電算単票の減)
医療費通知経費等	962 (962)	1,805 (1,805)	▲ 843	・2回実施を1回に見直し
レセプト点検員及び業務補助員経費	2,206 (0)	2,212 (0)	▲ 6	・補助員 ▲2%減員
その他	131 (37)	106 (12)	25	・一般事務経費より研修経費を振替
保健事業経費	92,613 (3,005)	85,345 (3,293)	7,269	
健診経費	83,353 (0)	75,377 (0)	7,976	・被保険者 健診率42.5%(支部計画値)→47.5%(23年度目標) ・被扶養者 健診率47.5%(21年度目標)→31.25%(23年度目標の1/2)
保健指導経費	5,575 (0)	5,494 (0)	81	・被保険者実施率 20.6%、被扶養者実施率 19.3%、保健指導委託費(+191百万円)

区分	23年度予算	22年度予算	増減	備考
健診及び保健指導に係る事務経費	2,409 (1,787)	3,140 (2,018)	▲ 731	・事務経費削減(帳票、パンフレット、リーフレット等の印刷、郵送費、通信費で▲388百万円)、事業者健診等情報提供手数料 20%→10%(▲155百万円)
その他の保健事業経費	581 (522)	590 (531)	▲ 8	・パンフレット作成経費等削減、特別計上経費は22年度予算(59百万円)を仮置き
保健事業補助員経費	696 (696)	744 (744)	▲ 48	・補助員及び臨時職員の削減
福祉事業経費	4 (4)	6 (6)	▲ 2	
高額医療費等の貸付事業費	4 (4)	6 (6)	▲ 2	・納付勧奨旅費を実績に応じ削減
その他業務経費 (企画・サービス向上関係経費)	2,299 (2,117)	2,037 (1,854)	263	
広報経費	334 (334)	313 (313)	21	・高額療養費制度周知カード、任経・高療・限度額適用認定証に関する案内を作成
調査研究経費	50 (50)	110 (110)	▲ 60	・統計データベースは22年度限りの経費
保険者機能の総合的な推進経費	758 (758)	790 (790)	▲ 32	・ジェネリックの軽減額通知について通知件数の減
業務改革・サービス向上経費	653 (471)	361 (179)	292	・問合せ電話不通状態を解消するための措置 東京等の大都市部で一部実施(+292百万円) ・特別計上経費は22年度予算を仮置き(183百万円)
保険者協議会経費	19 (19)	19 (19)	0	
業務補助員経費	318 (318)	321 (321)	▲ 3	・補助員▲2%減員
その他	167 (167)	123 (123)	44	・健康保険委員研修、連絡に係る経費(+49百万円)
業務経費合計	107,866 (15,774)	102,301 (17,761)	5,564	※事務経費削減計画における対22年度予算削減率11.2%

(注) 括弧内の金額は「事務経費削減計画」の対象金額を計上したものである。

※「事務経費削減計画」において「業務経費については、22年度予算を基準とし24年度までに4%以上の予算を削減する」としている。

【一般管理費】

(単位:百万円)

区分	23年度予算		22年度予算		増減	備考
人件費	15,811	(0)	15,319	(0)	491	
職員給与	13,087	(0)	13,041	(0)	47	・人事評価に基づく昇給等
役員報酬	102	(0)	105	(0)	▲ 3	
退職手当	645	(0)	227	(0)	417	・退職者の増(役員・支部長の任期満了、定年退職者の増※)
法定福利費	1,977	(0)	1,947	(0)	30	・厚生年金保険料の増 ※退職手当のうち国在職中の期間については国庫負担金において措置
福利厚生費	81	(81)	89	(89)	▲ 8	
職員健診	73	(73)	61	(61)	11	・受診対象者増(4,677人→5,487人)
その他	8	(8)	28	(28)	▲ 19	・育児休業手当金対象者の減(21.9以前に育休取得した者を対象)
一般事務経費	11,468	(11,004)	11,956	(11,512)	▲ 487	
システム経費	6,594	(6,130)	6,823	(6,380)	▲ 229	・システム開発経費(▲321百万円)→必要最小限の内容に限定して実施 ・業務システム刷新計画・調達支援業務 264百万円
会議費	157	(157)	159	(159)	▲ 2	・全国会議の開催回数見直し(9回→6回)
研修費	94	(94)	96	(96)	▲ 2	・初任者に係る研修、新任支部長研修を新たに実施、レセプトに係る研修は業務経費に振替
賃借料	2,419	(2,419)	2,370	(2,370)	49	・事務室、外部保管庫(▲51百万円) ・職員宿舍(+103百万円) 広域異動者増に伴う借上げ件数の増
光熱費	228	(228)	237	(237)	▲ 9	
リース費用	291	(291)	426	(426)	▲ 134	
消耗品費・事務用品費	645	(645)	825	(825)	▲ 180	
通信費	56	(56)	106	(106)	▲ 50	

区分	23年度予算	22年度予算	増減	備考
旅費・交通費	223 (223)	209 (209)	14	・赴任旅費(+11百万円)広域異動者増に伴う増
委託費	205 (205)	306 (306)	▲ 101	
その他	555 (555)	398 (398)	157	・支部統合経費 317百万円(+179百万円) 東京支部を除く未実施支部分を一括計上
一般管理費合計	27,360 (11,085)	27,364 (11,601)	▲ 4	※事務経費削減計画における対22年度予算削減率4.5%

業務経費と一般管理費の合計	135,225 (26,859)	129,665 (29,362)	5,560	
---------------	------------------	------------------	-------	--

(注)括弧内の金額は「事務経費削減計画」の対象金額を計上したものである。

※「事務経費削減計画」において「一般管理費については、22年度予算を基準とし24年度までに8%以上の予算を削減する」としている。

全国健康保険協会事務経費削減計画の 23 年度予算案に係る実施状況

業務経費

削減目標 24 年度までの 2 年間で、22 年度予算比 4% (約 8 億円) 以上23 年度予算案の削減 22 年度予算比 11.2% (約 20 億円)

一般管理費

削減目標 24 年度までの 2 年間で、22 年度予算比 8% (約 10 億円) 以上23 年度予算案の削減 22 年度予算比 4.5% (約 5 億円)

業務経費・一般管理費全体では、前年比 56 億円増の 1,352 億円

【健診・保健指導経費が前年比 81 億円増。削減計画により 25 億円削減】

実施率目標の5年計画（20年4月策定）と23年度予算の関係

		20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	
被保険者	特定健診	生活習慣病予防健診 （一般健診）	40%	42.5% 【実績は38.3%】	45% 519億円	47.5%【予算上も同じ】 590億円	50%
		事業者健診相当	20%	20% 【実績は0.2%】	20% 5億円	20%【予算上はその1/2】 3億円	20%
	特定保健指導	28.2%	32.7% 【実績は4.8%】	37.1% 31億円	41.2%【予算上はその1/2】 25億円	45%	
被扶養者	特定健康診査	40%	47.5% 【実績は12.5%】	55% 108億円	62.5%【予算上はその1/2】 78億円	70%	
	特定保健指導	20%	26.2% 【実績は集計中】	32.4% 6.5億円	38.6%【予算上はその1/2】 2.4億円	45%	

第24回全国健康保険協会運営委員会
(平成22年11月22日)提出資料6

協会けんぽ事業計画素案（重点事項）

新（平成23年度（素案））	現（平成22年度）
<p>II. 重点事項</p> <p>1. 保険運営の企画</p> <p>(1) 保険者機能の発揮による総合的な取組みの推進 地域の医療費や健診データを分析するとともに、地域の実情を踏まえ、加入者の疾病の予防や健康増進、医療の質の確保、医療費適正化のため、以下のような取組みを総合的に推進していく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療に関する情報提供 ○関係方面への積極的な発信 ○保健事業の効果的な推進 ○ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進 ○効果的なレセプト点検の推進 ○<u>傷病手当金、出産手当金、柔道整復施術療養費等健康保険給付の審査強化</u> 等 <p>医療費適正化に向け、パイロット事業等の成果を全国的に普及する。</p> <p>(2) <u>地域の実情に応じた医療費適正化の総合的対策</u> レセプト点検、ジェネリック医薬品の使用促進、現金給付の審査強化等の医療費適正化対策を、<u>財政再建期間の2年目である23年度において、強力に実施する。</u></p> <p>また、支部の実情に応じ、医療費の適正化のための総合的な対</p>	<p>II. 重点事項</p> <p>1. 保険運営の企画</p> <p>(1) 保険者機能の発揮による総合的な取組みの推進 地域の医療費や健診データを分析するとともに、地域の実情を踏まえ、加入者の疾病の予防や健康増進、医療の質の確保、医療費適正化のため、以下のような取組みを総合的に推進していく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療に関する情報提供 ○関係方面への積極的な発信 ○保健事業の効果的な推進 ○ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進 ○効果的なレセプト点検の推進 等 <p>医療費適正化に向け、パイロット事業等の成果を全国的に普及する。</p>

策を都道府県や他の保険者と連携しつつ、立案・実施していく。

(3) ジェネリック医薬品の更なる使用促進

22年度診療報酬改定によるジェネリック医薬品の選択をより容易にする仕組み、ジェネリック医薬品に切替えた場合の自己負担額の軽減効果等を通知するサービスの実施等による使用促進効果を更に着実なものとするよう、地域の実情に応じてきめ細かな方策を進める。

(4) 国、都道府県等関係方面への積極的な発信

保険者間の連携のもと、医療費や健診データの分析結果を活かし、中央社会保険医療協議会をはじめ関係方面に対して、加入者・事業主の立場に立った保険者としての意見を積極的に発信していく。

(5) 調査研究の推進等

これまでの調査研究の成果を踏まえ、次期の医療・介護の報酬改定に向けた調査研究を行う。調査研究に当たっては、医療の質の向上、効率化等の観点から、医療費等に関するデータベースの充実を図るとともに、加入者に対して、レセプト情報等に関してさらに詳細な情報が提供できるよう、検討する。また、医療費分析マニュアル等を拡充し、支部等における活用を推進する。また、支部と本部が連携した調査研究に着手する。

(2) ジェネリック医薬品の更なる使用促進

22年度診療報酬改定によるジェネリック医薬品の選択をより容易にする仕組みの導入を踏まえつつ、加入者の視点から、ジェネリック医薬品の使用を促進するための各般の方策を進める。また、生活習慣病に重点を置き、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額の削減効果等を通知するサービスの全国展開の定着を図る。あわせて、ジェネリック医薬品の在庫の確保など、使用促進のための環境整備を関係方面に働きかけていく。

(3) 関係方面への積極的な発信

保険者間の連携のもと、医療費や健診データの分析結果を活かし、中央社会保険医療協議会をはじめ関係方面に対して、加入者・事業主の立場に立った保険者としての意見を積極的に発信していく。

(4) 調査研究の推進等

これまでの調査研究の成果を踏まえ、次期の医療・介護の報酬改定に向けた調査研究を行う。調査研究に当たっては、医療の質の向上、効率化等の観点から、医療費等に関するデータベースの充実を図るとともに、加入者に対して、レセプト情報等に関してさらに詳細な情報が提供できるよう、先進的な取組み事例も踏まえ、検討する。また、医療費分析マニュアル等を拡充し、支部等における活用を推進する。

(6) 加入者・事業主に響く広報の推進

加入者及び事業主に対する情報提供や広報については、ホームページのほか、支部ごとに定期的なお知らせを実施するとともに、メルマガや携帯サイトを活用し、加入者の視点から積極的な情報提供を行う。また、都道府県、市町村、関係団体との連携による広報、テレビ・ラジオ、新聞・雑誌などメディアへの発信力を強化する。

モニター制度や対話集会をはじめ加入者から直接意見を聞く取組みを進め、これらの方々の意見を踏まえ、創意工夫を活かし、わかりやすく、迅速に加入者・事業主に響く広報を実施する。

救急医療をはじめ地域の医療資源が公共性を有するものであり、また、有限でもあることについて、医療の受け手であり支え手でもある加入者の意識が高まるよう、都道府県、医療関係者等とともに広報に努める。

(7) 的確な財政運営

健康保険財政については、財政運営の状況を日次・月次で適切に把握・検証するとともに、直近の経済情勢や医療費の動向を踏まえ、財政運営を図る。各支部の自主性が発揮され、地域の医療費の適正化のための取組などのインセンティブが適切に働くような都道府県単位の財政運営を行う。

2. 健康保険給付等

(1) サービス向上のための取組

加入者等のご意見や苦情等を迅速に、また、正確に現場にフィ

(5) 加入者に響く広報の推進

加入者及び事業主に対する情報提供や広報については、ホームページのほか、支部ごとに定期的なお知らせを実施するとともに、携帯サイトを活用し、加入者の視点から積極的な情報提供を行う。また、テレビ・ラジオ、新聞・雑誌などメディアへの発信力を強化する。

モニター制度や対話集会をはじめ加入者から直接意見を聞く取組みを進め、これらの方々の意見を踏まえ、創意工夫を活かし、わかりやすく、迅速に加入者・事業主に響く広報を実施する。

救急医療をはじめ地域の医療資源が公共性を有するものであり、また、有限でもあることについて、加入者の意識が高まるよう広報に努める。

(6) 的確な財政運営

健康保険財政については、財政運営の状況を日次・月次で適切に把握・検証するとともに、直近の経済情勢や医療費の動向を踏まえ、財政運営を図る。各支部の自主性が発揮され、地域の医療費の適正化のための取組などのインセンティブが適切に働くような都道府県単位の財政運営を行う。

2. 健康保険給付等

(1) サービス向上のための取組

加入者等のご意見や苦情等を迅速に、また、正確に現場にフィ

ードバックし、サービスの改善に結びつける。さらに、お客様満足度調査等を実施し、加入者等の意見やニーズを適切に把握しサービスの改善や向上に努める。その際、各支部の創意工夫を活かしていく。

健康保険給付については、不正が疑われ、厳格な審査が必要な請求等の返戻・照会分を除き、「申請の受付けから給付金の振込みまでの期間を10営業日以内」を目標とするサービススタンダードの状況を適切に管理し、着実に実施する。

教育研修の実施等を通じて、加入者本位の理念について職員への一層の徹底を図るとともに、お客様に対する接遇の向上を図るなど、お客様の満足度を高める。

年金事務所の協力・連携や公募により、健康保険委員（健康保険サポーター）の委嘱を進め、各支部の健康保険事業に関する広報、相談、各種事業を推進していく。

申請書等の様式や記載要領、パンフレット等については、加入者等の立場からみてわかりやすく改善するとともに、手続きの簡素化を進める。

各種広報や健康保険委員による相談対応、申請書類の配備場所の拡大、わかりやすい記載要領の作成等を通じて、郵送による申請や電子申請の促進のための環境整備を進める。

インターネットを活用した医療費の情報提供サービスや、任意継続被保険者保険料の口座振替の利用の促進を図る。

(2) 高額療養費制度の周知

医療機関の協力を得つつ、限度額適用認定証を申請すれば高額

ードバックし、サービスの改善に結びつける。さらに、お客様満足度調査等を実施し、加入者等の意見やニーズを適切に把握しサービスの改善や向上に努める。その際、各支部の創意工夫を活かしていく。

健康保険給付については、申請の受付けから給付金の振込みまでの期間をサービススタンダードとして定め、その状況を適切に管理し、着実に実施する。

教育研修の実施等を通じて、加入者本位の理念について職員への一層の徹底を図るとともに、お客様に対する接遇の向上を図るなど、お客様の満足度を高める。

年金事務所の協力・連携や公募により、健康保険委員（健康保険サポーター）の委嘱を進め、各支部の健康保険事業に関する広報、相談、各種事業を推進していく。

申請書等の様式や記載要領、パンフレット等については、加入者等の立場からみてわかりやすく改善するとともに、手続きの簡素化を進める。

各種広報や健康保険委員による相談対応、申請書類の配備場所の拡大、わかりやすい記載要領の作成等を通じて、郵送による申請や電子申請の促進のための環境整備を進める。

インターネットを活用した医療費の情報提供サービスや、任意継続被保険者保険料の口座振替の利用の促進を図る。

療養費が現物化されることなど高額療養費制度について周知を図る。また、高額療養費の未申請者に対する支給申請手続きを簡素化するサービスを行う。

(3) 窓口サービスの展開

各種申請等の受付や相談等の窓口サービスについては、地域の実情を踏まえ、創意工夫を活かして、年金事務所等への職員の巡回や外部委託を適切に組み合わせ、効率的かつ効果的にサービスを提供する。

また、届書の郵送化の進捗状況や窓口の利用状況を踏まえ、支部窓口のサービスの充実を図りつつ、年金事務所等の窓口のあり方を検討する。

(4) 被扶養者資格の再確認

被扶養者資格の再確認について、被扶養者に該当しなくなった者による無資格受診の防止や、加入者数に応じて負担することとなっている高齢者医療費に係る拠出金等を適正なものとするため、日本年金機構との連携の下、事業主の協力を得て、的確に行っていく。

(5) 傷病手当金、出産手当金、柔道整復施術療養費等に係る適正な給付業務の推進

傷病手当金、出産手当金、柔道整復施術療養費等に係る不適切な申請事例へ厳格に対処するため、本部、支部に設置している「保険給付適正化プロジェクトチーム」を活用し、効果的な審査・調査手法を全国的に実施していく。また、不適切な申請がなされな

(2) 窓口サービスの展開

各種申請等の受付や相談等の窓口サービスについては、地域の実情を踏まえ、創意工夫を活かして、年金事務所等への職員の巡回や外部委託を適切に組み合わせ、効率的かつ効果的にサービスを提供する。

また、届書の郵送化の進捗状況や窓口の利用状況を踏まえ、支部窓口のサービスの充実を図りつつ、年金事務所等の窓口のあり方を検討する。

(3) 被扶養者資格の再確認

被扶養者資格の再確認について、被扶養者に該当しなくなった者による無資格受診の防止や、加入者数に応じて負担することとなっている高齢者医療費に係る拠出金等を適正なものとするため、日本年金機構との連携の下、的確に行っていく。

(4) 適正な給付業務の推進

パイロット事業の成果を踏まえ、不適切な申請事例へ対処するため、効果的な審査・調査手法を全国的に実施していく。

いよう加入者及び事業主等への周知を図る。

(6) レセプト点検の効果的な推進

コンピューターシステムにより点検できるレセプトの範囲や項目を大幅に拡充し、点検業務を充実強化する。

また、各支部の点検効果向上に向けた改善、査定事例の共有化、査定事例の集約、自動点検機能の効果的活用、研修の充実、点検員の勤務成績に応じた評価等により、点検技術の全国的な底上げを図るとともに、点検効果額を更に上げる。

(6) 債権の発生抑制及び早期回収

債権の発生を抑制するため、加入資格を喪失した方からの保険証回収などを強化するとともに、発生した債権の早期回収に努める。

3. 保健事業

(1) 保健事業の総合的かつ効果的な推進

加入者の疾病の予防や健康の増進を目指し、22年9月に協会内でとりまとめた当面の間、特定健診及び特定保健指導を最大限に推進するとの基本的方向性に沿って、保健事業の総合的かつ効果的な推進を図る。その際、支部ごとの「健康づくり推進協議会」などにおいて、保健事業に関する全体像などを描く。

保健事業の効果的な推進を図るため、本部と支部の共同で実施

(5) レセプト点検の効果的な推進

~~23年4月からのレセプトの電子化に向け~~システムにより点検できるレセプトの範囲や項目を大幅に拡充し、点検業務を充実強化する。

また、各支部の点検効果向上に向けた改善、査定事例の共有化、研修の充実、点検員の勤務成績に応じた評価の導入等により、点検技術の全国的な底上げを図るとともに、点検効果額を大幅に上げる。

3. 保健事業

(1) 保健事業の総合的かつ効果的な推進

加入者の疾病の予防や健康の増進を目指し、健診及び保健指導を中核として、その他の保健事業を適切に組み合わせ、保健事業の総合的かつ効果的な推進を図る。その際、支部ごとの「健康づくり推進協議会」などにおいて、保健事業に関する全体像などを描く。

保健事業の効果的な推進を図るため、本部と支部の共同で実施

したパイロット事業の成果を広めていく。

(2) 特定健康診査及び特定保健指導の推進

特定健康診査及び特定保健指導については、適切な広報等とともに、引き続き、加入者の家族の受診券を簡素な手続きにより交付する、市町村が行うがん検診との連携を進める、保健指導の外部委託を活用するなどして、健診受診率や保健指導の実施率の向上を図る。

事業主健診については、事業所に対する意識啓発及び、特定健康診査との共通検査データを保険者として取得する方法を工夫するなどにより、その特定健康診査実施目標の到達に努めていく。

保健指導については、生活習慣病のリスクに応じた行動変容の状況や予防の効果を把握、評価、検証し、より効果的な保健指導に向けた取組みを進める。また、保健指導や生活習慣の改善が継続されるよう、事業の実施方法を工夫する。

(3) 各種事業の展開

保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等の場を通じて自治体や他の保険者と連携し、特定健康診査や特定保健指導の推進を図るとともに、健康づくりや生活習慣改善に関する教育や相談、普及啓発など、地域の実情に応じて、創意工夫を活かし、保健事業を推進する。

国の施策との連携のもと、肝炎やエイズに対する正しい理解や予防のための普及啓発を推進する。

したパイロット事業の成果を広めていく。

(2) 特定健康診査及び特定保健指導の推進

特定健康診査及び特定保健指導については、適切な広報等とともに、加入者の家族の受診券の交付手続きを簡素化する取組みを全国展開するなどして、加入者への定着を進めるなど、健診受診率や保健指導の実施率の向上を図る。

事業主健診については、事業所に対する意識啓発及び、特定健康診査との共通検査データを保険者として取得する方法を工夫するなどにより、その特定健康診査実施目標の到達に努めていく。

保健指導については、生活習慣病のリスクに応じた行動変容の状況や予防の効果を把握、評価、検証し、より効果的な保健指導に向けた取組みを進める。また、保健指導や生活習慣の改善が継続されるよう、事業の実施方法を工夫する。

(3) 各種事業の展開

保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等の場を通じて自治体や他の保険者との連携を推進し、健康づくりや生活習慣改善に関する教育や相談、普及啓発など、地域の実情に応じて、創意工夫を活かし、保健事業を推進する。

国の施策との連携のもと、肝炎やエイズに対する正しい理解や予防のための普及啓発を推進する。

4. 組織運営及び業務改革

(1) 組織や人事制度の適切な運営

◇ 組織運営体制の強化

本部と支部の適切な支援・協力関係、本部と支部を通じた内部統制（ガバナンス）、支部内の部門間連携を強化するとともに、必要に応じて組織体制を見直し、組織運営体制の強化を図る。

◇ 実績や能力本位の人事の推進

目標管理制度を活用した人事評価制度を適切に実施するとともに、必要に応じて制度の見直しを行い、実績や能力本位の人事を推進する。

◇ 新たな組織風土・文化の定着

協会のミッションや目標の徹底、職場におけるコミュニケーションの強化、人材育成、働きがいを実感できる職場づくりを行うとともに、仕事を通じて職員の意識改革を更に進め、加入者本位や、主体性と実行性の重視、自由闊達な気風と創意工夫に富んだ組織風土・文化の定着を図る。

◇ コンプライアンス・個人情報保護等の徹底

法令等規律の遵守（コンプライアンス）については、内部・外部の通報制度を実施するとともに、研修等を通じて、その遵守を徹底する。また、個人情報保護やセキュリティについては、各種規程の順守やアクセス権限、パスワードの適切な管理等を常時点検し、徹底する。

4. 組織運営及び業務改革

(1) 組織や人事制度の適切な運営

◇ 組織運営体制の強化

本部と支部の適切な支援・協力関係、本部と支部を通じた内部統制（ガバナンス）、支部内の部門間連携を強化するとともに、必要に応じて組織体制を見直し、組織運営体制の強化を図る。

◇ 実績や能力本位の人事の推進

目標管理制度を活用した人事評価制度を適切に実施するとともに、必要に応じて制度の見直しを行い、実績や能力本位の人事を推進する。

◇ 新たな組織風土・文化の定着

協会のミッションや目標の徹底、職場におけるコミュニケーションの強化、人材育成、働きがいを実感できる職場づくりを行うとともに、仕事を通じて職員の意識改革を更に進め、加入者本位や、主体性と実行性の重視、自由闊達な気風と創意工夫に富んだ組織風土・文化の定着を図る。

◇ コンプライアンス・個人情報保護等の徹底

法令等規律の遵守（コンプライアンス）については、内部・外部の通報制度を実施するとともに、研修等を通じて、その遵守を徹底する。また、個人情報保護やセキュリティについては、各種規程の順守やアクセス権限、パスワードの適切な管理等を常時点検し、徹底する。

◇ リスク管理

リスク管理については、適切な運営を脅かす様々なリスクの点検や分析、リスク管理能力の向上のための研修の実施、平時からの訓練やリスク管理委員会の開催など、リスク管理体制を整備する。

(2) 人材育成の推進

新卒採用者の研修を始めとした若年層に対する研修体系を整備し、協会の将来を担う人材育成を推進するとともに、昇格等に合
わせて行う各階層別研修について一層の充実を図る。

また、e-ラーニングの実施や通信教育講座の斡旋など多様な研修機会の確保を図るとともに、引き続き、企画、サービス向上、
コンプライアンス・個人情報保護、レセプト点検、保健事業等の
重点的な分野に関する研修等を実施する。

(3) 業務改革の推進

よりよいサービスの標準化を目指し地域の実情を踏まえて、複数の支部単位で設置された業務改革会議等により、各支部の創意工夫を提案・検討できる機会を作り具体的な改善を実現していく。

入力業務等の定型的な業務や繁忙期の業務については、アウトソーシングを一層推進するとともに、業務及びそのプロセスや職員の配置等の
不断の点検等を通じて、職員のコア業務や企画業務（医療費適正化のための総合的対策やパイロット的な対策の立案・試行、保険者協議会等と連携した行政への意見発信等）への
重点化を進める。

◇ リスク管理

リスク管理については、適切な運営を脅かす様々なリスクの点検や分析、リスク管理能力の向上のための研修の実施、平時からの訓練やリスク管理委員会の開催など、リスク管理体制を整備する。

(2) 人材育成の推進

職員として各階層に求められる能力や知識の習得に併せ、企画、サービス向上、コンプライアンス・個人情報保護、レセプト点検、保健事業等の重点的な分野を定め、研修等を通じて人材育成を推進する。

(3) 業務改革の推進

よりよいサービスの標準化を目指し地域の実情を踏まえて、複数の支部単位で設置された業務改革会議等により、各支部の創意工夫を提案・検討できる機会を作り具体的な改善を実現していく。

入力業務等の定型的な業務や繁忙期の業務については、アウトソーシングを一層推進するとともに、業務プロセスや職員の配置等の
不断の点検等を通じて、職員のコア業務や企画業務への重点化を進める。

ITガバナンスのもと、レセプトの原則オンライン化などの医

療のIT化に適切に対応するとともに、業務処理の状況等を踏まえたシステムの改善を推進する。さらに効果的なIT活用の在り方を検討する。

(4) システムの刷新

現行システムについては、システムの安定的な稼働を確保し、劣化に伴うトラブルを回避するために、稼働から5年程度でサーバ等の機器を更新することを検討していく必要がある。また、大量の紙を使用する業務プロセスを前提に構築され、大量データ処理に対応しきれていない。23年度においては、22年度における調査結果を受けて、新しい業務プロセスを踏まえたシステムの機能を定め、24年度以降、段階的にシステムを開発していく。

(5) 経費の節減等の推進

事務経費削減計画を踏まえ、任継保険料の口座振替や通知書の圧着ハガキへの変更を進めるなど業務の実施方法の見直しを行うとともに、引き続き競争入札や全国一括入札、適切な在庫管理等により、経費の節減に努める。

調達や執行については、調達審査委員会のもと、これらを適切に管理するとともに、ホームページにより調達結果等を公表することにより、透明性の確保に努める。

(4) 経費の節減等の推進

職員のコスト意識を高め、競争入札や全国一括入札、適切な在庫管理等により、経費の節減に努める。

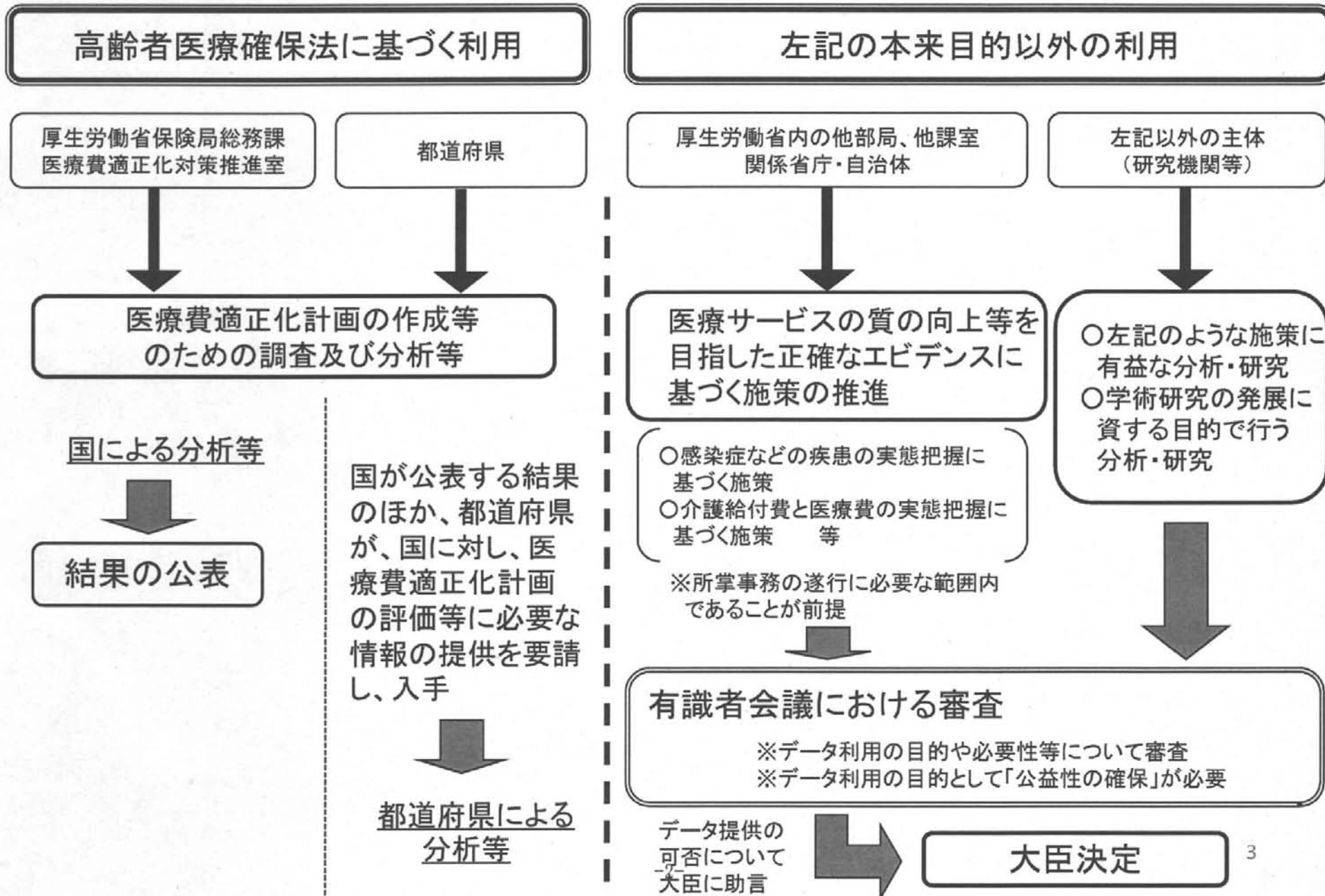
調達や執行については、調達審査委員会のもと、これらを適切に管理するとともに、ホームページにより調達結果等を公表することにより、透明性の確保に努める。

本部及び支部に帰属する経費の明確化等により、支部別の財務状況の適時・的確な把握に努める。

レセプト情報等の提供に関する有識者会議 (抄)

レセプト情報・特定健診等情報データベースの利用

(平成20年検討会報告を踏まえた仕組み)



「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」開催要綱

1 目的

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 16 条の規定に基づき、厚生労働省が構築するレセプト情報・特定健診情報等データベースのデータ（以下、単に「データ」という。）について、医療費適正化計画の作成等に資する調査・分析を行う以外の用途で、データの利用申請があった場合に、データ利用の公益性等について検討・意見交換を行い、厚生労働大臣が申請者に対するデータ提供の可否を決定するにあたり、助言することを目的とする。

2 検討項目

レセプト情報等の提供に関する有識者会議（以下「有識者会議」という。）は、申請のあったデータ利用の公益性等について、次の①から⑥までに掲げる事項についてそれぞれ評価し、総合的に勘案した上で、助言する。

- ①データの利用目的
- ②データ利用の必要性
- ③データ利用の緊急性
- ④データ利用申請に関連する分野での過去の研究実績、データ分析に係る人的体制
- ⑤データの利用場所並びに保管場所及び管理方法
- ⑥データ分析の結果の公表の有無

3 構成

- 有識者会議は、別紙のとおり、医療経済、生活習慣病対策、統計分析、臨床研究倫理、医薬安全対策、個人情報保護等の分野の有識者のほか、関係団体の代表者で構成する。
- 座長は、有識者会議の構成員の中から互選により選出することとする。座長は、有識者会議の事務を総理し、有識者会議を代表することとする。
座長に事故があるときは、あらかじめ座長の指名する構成員が、その職務を代行することとする。
- 有識者会議は、案件の内容に応じ、補充的に専門家による意見陳述、関係資料や意見書の提出等を求めるほか、必要に応じ、有識者会議の議決を経た上で臨時構成員を委嘱する。

4 運営

- 有識者会議は、申請状況を考慮した上で、随時開催する。
- 有識者会議は、利用申請の対象となる情報について、個人情報の保護の観点から特別な配慮が必要と認める場合を除き、公開で行う。
- 有識者会議の庶務は、厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室において処理する。
- 1 から 4 までに定めるもののほか、有識者会議の運営に関し必要な事項は、座長が有識者会議に諮って定めることとする。

レセプト・特定健診等情報データベースの 個票情報の提供に関するガイドラインのポイント（案）

手数料の設定や法的罰則等の仕組みの整備、事務局の体制等については、実施状況を勘案して今後検討することとし、平成23年度から24年度のデータ提供については、試行的に行うもの、という位置づけとしてはどうか。

○ガイドラインの目的

上記の試行期間における医療費適正化計画の作成、実施及び評価のために行う調査・分析以外の目的で国又は国以外の者がレセプト・特定健診等情報データベースのデータを利用する際のデータ提供の審査基準、事務処理手続き等を定めるもの。

○提供先

国の行政機関、都道府県、研究開発独立行政法人、大学（大学院含む）、医療保険各法に定める医療保険者の中央団体（全国健康保険協会含む）、医療サービスの質の向上をその設立目的の趣旨に含む国所管の公益法人及び提供されるデータを用いた研究の実施に要する費用の全部又は一部を公的機関から補助されている者に限定してはどうか。

論点1：営利企業及び外国に所在地を有する機関に所属する者は、対象外としてはどうか。

論点2：公益法人については、旧民法の規定において公益法人及び公益法人認定法における公益社団・財団法人を含め、一般社団・財団法人は含めないこととしてはどうか。

論点3：利用にあたっては、利用者が所属する機関が、その利用者が当該研究を行うことを承認していることを要件としてはどうか。

○利用目的

国の行政機関等及び都道府県の利用については、各主体がその所掌事務の範囲内で医療サービスの質の向上等を目指した正確なエビデンスに基づく施策を推進することを目的とした利用を行う場合に提供することとしてはどうか。

国及び都道府県以外の者の利用については、医療サービスの質の向上等に資するものであり、その研究成果を広く一般に公表することを目的としている学術研究に利用する場合に提供することとして、仮に純粋な研究目的であっても成果物の公表が予定されないものは対象外としてはどうか。

また、学生向けの教育目的への利用についても当面は対象外としてはどうか。

○事務手続き

利用者は申請にあたって、あらかじめ申請内容等について事務局と事前相談を行い、必要書類を整えた上で申請を行うこととしてはどうか（事前相談については、大学等を協力機関とすることも検討）。

一定の募集期間（年4回各10日程度）を設けた上で、その募集期間内に応募のあったものを受け付け、当有識者会議で審査することとしてはどうか。

○提供するデータの類型

申請内容に応じて、事務局が集計した集計表を提供する場合と実際のデータベースにおける個票情報を提供する場合の2パターンの提供類型としてはどうか。

○審査基準

ガイドラインに則り、年4回の各募集期間後（3月に1回程度）、有識者会議において審査してはどうか。

有識者会議としての意見のとりまとめを行い、各委員からあった意見を所定の様式を以て公表し、公表の適否は厚生労働大臣の責任において決定することとしてはどうか。

なお、データ提供の申請者又は提供されたデータの利用者と同一の機関に所属する構成員がいる場合は、その申請に対する審査に当該構成員は参加しないこととしてはどうか。

申請者は以下の項目を証明する書類を提出し、有識者会議の審査を受けることとしてはどうか。

なお、データベースにある情報を他の情報と照合することは認めないこととし、その他の特定個人を識別する可能性がある分析方法、手法も認めないこととしてはどうか。

①利用目的

医療サービスの質の向上等に資するもので広く一般に公表を予定されるもの。

②利用の必要性等

利用する情報の範囲、情報から調査する事項が研究内容から判断して必要最小限であること。また、データの分析方法等が特定個人を識別する内容でないこと。

データベースの情報の性格に鑑みて情報の利用に合理性があり、他の情報では研究目的が達成できないこと。

医療機関・薬局コード及び保険者番号を利用するものではないこと。ただし、以下の場合にはこの限りではない。

- ・提供されるデータが地域性の分析・調査にのみ用いる目的であり、その目的に照らして最小限の範囲内で利用されること。
- ・医療機関等の個別の同意がある場合等、有識者会議が特に認める場合を除き公表される成果物の中に特定の医療機関・薬局及び保険者を識別できる資料・データ等は盛り込まないこと。
- ・上記2点に違反した場合には、利用者の氏名及び所属機関名の公表が行われることを利用者が承認していること。

データの利用期間と研究の計画・公表時期が整合的であること。

③データ利用の緊急性

申請されている研究内容を現時点で行うことに合理的な理由があること。

④データ利用申請に関連する分野での過去の実績、データ分析に係る人的体制

申請された研究内容が、申請する者の過去の研究実績及び申請者の所属する機関の過去の実績や人的体制を勘案して実行可能であると考えられること。

⑤データの利用場所、保管場所、管理方法（個票情報にのみ適用としてはどうか）

利用は日本国内に限定し、かつ施錠可能な物理的な場所に限定され持ち出されないこと。

実際にデータを使用する者が限定されていること。

限定された媒体に格納され、施錠可能なキャビネット等で保管されること。保管場所と利用場所は同一が好ましい。

利用時のコンピューターがインターネット等の外部と接続していないこと。利用するコンピューターに、ウィルス対策が施されていること。

データの利用・保管・管理は全て申請した際に登録された者のみが行うこととし、登録されていない第三者に対する作業等の委託を行わないものであること。

⑥データ分析の結果の公表の有無

研究成果が公表される時期、公表される内容が適切であること。

○データ利用後の措置

①成果物の評価等

提供後1年を目途に、利用者は研究成果・途中経過を有識者会議に報告することとし、有識者会議は報告が事前申請と整合的であるかを確認することとしてはどうか。

また、結果的に研究成果が公表されなかった場合には、その理由を利用者から有識者会議へ報告することとしてはどうか。

②データの廃棄等

利用者はあらかじめ定められた利用期間終了後速やかに提供されたデータ及び中間集計表を廃棄することとしてはどうか。

※ 再検証等が必要となった場合には、その都度、データ提供の申請を行うこととしてはどうか。

○不適切利用に対する措置

内容に応じて一定期間のデータ提供の禁止及び成果物の公表の禁止をしてはどうか。

個票情報の漏洩等の重大な事案の場合は、弁明の機会を付与した上で、所属する機関・研究者名の公表を行うこととしてはどうか。

また、契約により課徴金を徴収することも考えられる。

○有識者会議での検討を省略できる利用

以下に該当する場合は、有識者会議での審査を省略することとし、その利用について有識者会議に報告した上で、その利用実績を公表することとしてはどうか。

- ・厚生労働省の各部局が、その所掌する事務の範囲内で政府が開催する審議会等に提出する資料の作成のために利用する場合。
- ・厚生労働省の各部局が、その所掌する事務の範囲内で作成し、公表する統計資料の作成のために利用する場合。
- ・過去に同様の類型の審査を行っている等、有識者会議が審査の省略を特に認めた場合。

レセプト・特定健診等情報データベースの 集計表情報の提供に関するガイドラインのポイント（案）

○集計情報の提供

データベースにおける個票情報を、国において一定の集計を加えた上で提供することとしてはどうか。

○提供する集計情報の内容

地域性に関する情報に配慮し、個票情報を都道府県ベースで単純集計したものを提供することとしてはどうか。都道府県未満の地域性情報は個別機関コードとなるため、提供はしない。

○試行期間における位置づけ

集計情報についても、集計単位によっては、特定個人・機関の識別性の問題が生じる可能性もあることから、試行期間（平成23～24年度）においては、提供先は個票情報と同様とし、実際の提供にあたっては、個票情報と同様の期間で募集を行い、有識者会議の確認を得ることとしてはどうか。

○利用目的等

上記の識別性に関する問題が生じる可能性もあることから、利用目的は個票情報と同様の限定を加えた上で、申請様式等についてはより簡易なものとする^{こと}としてはどうか。

○データの利用・保管・管理場所について

集計情報については、個票情報を提供するものではないことから統計法のオーダーメイド集計の例を勘案し、データの利用・保管・管理場所についての規定を設けない^{こと}としてはどうか。

○不適切利用への措置

利用者が事前に登録した目的以外の目的でデータを利用した場合については、データ提供の一定期間の禁止や成果物の公表の禁止を行う^{こと}としてはどうか。

（注）統計法のオーダーメイド集計には法的罰則（懲役、罰金）なし。

ジェネリック医薬品軽減額通知サービスの結果について

平成22年1月～6月にかけて、以下の条件を満たす加入者（約145.3万人）に対し、ジェネリック医薬品に切替えた場合の自己負担の軽減効果額等を通知するサービスを実施。

【通知対象条件】

- ▶ 40歳以上の加入者の方
- ▶ 自己負担の軽減可能額が月200円以上ある方
- ▶ 慢性疾患等の先発医薬品を長期服用している方

通知時期	実施支部	通知対象者数
平成22年1月	北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島、栃木	約26.9万人
3月	新潟	約4.0万人
4月	山梨、長野、岐阜、三重、兵庫、和歌山、岡山、広島、山口、徳島、香川	約27.5万人
5月	富山、石川、福井、愛知、滋賀、京都、大阪、奈良、鳥取、島根、愛媛、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄	約52.8万人
6月	茨城、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、静岡	約34.1万人
	計	約145.3万人

医療費の軽減効果額の合計

- 通知した約 145.3 万人のうち、通知者全体の 26.2%に当たる約 38 万人がジェネリック医薬品に切り替え、軽減可能額が上がるほど切替率は高く、年齢が高くなるほど切替率は高くなる傾向となった。
- 軽減効果額の合計は、1 月当たり約 5 億 8,000 万円となり、単純に 1 年間に推計すると約 69 億 6,000 万円となった。

通知人数	切替人数	切替割合	切替者 1 人当たりの軽減効果額/月	1 月当たりの軽減効果額①	年間軽減効果額 (①×12月)
約 145.3 万人	約 38 万人	26.2%	1,525 円	約 5 億 8,000 万円	約 69 億 6,000 万円

※軽減額通知サービスに係るコスト 約 7.5 億円

支部ごとの軽減効果額

支部	加入者 人数	通知 人数	切替え 割合	切替者1 人当りの 軽減額/ 月(円)	軽減額/月 (千円)	支部	加入者 人数	通知 人数	切替え 割合	切替者1 人当りの 軽減額/ 月(円)	軽減額/月 (千円)
北海道	1,756,852	93,754	21.4%	1,682	33,692	滋賀	333,058	13,449	26.2%	1,599	5,635
青森	421,695	22,058	24.0%	1,572	8,337	京都	833,137	30,850	26.2%	1,539	12,447
岩手	405,414	20,892	23.5%	1,628	8,000	大阪	3,000,027	113,026	27.0%	1,570	47,985
宮城	655,663	33,833	22.6%	1,383	10,563	兵庫	1,391,318	57,106	27.1%	1,542	23,821
秋田	350,517	23,423	19.5%	1,402	6,401	奈良	296,179	12,360	24.3%	1,477	4,441
山形	381,348	18,922	24.9%	1,457	6,876	和歌山	286,283	12,710	24.1%	1,383	4,236
福島	630,240	31,541	22.0%	1,345	9,331	鳥取	199,144	7,106	26.2%	1,454	2,711
茨城	584,534	25,488	26.2%	1,655	11,033	島根	264,945	10,111	28.4%	1,661	4,773
栃木	476,959	24,772	20.8%	1,236	6,362	岡山	708,871	29,267	26.5%	1,392	10,778
群馬	559,746	20,436	28.2%	1,534	8,850	広島	1,013,849	39,911	27.6%	1,527	16,824
埼玉	1,044,749	42,013	27.8%	1,634	19,098	山口	423,185	19,897	27.6%	1,541	8,462
千葉	713,066	30,708	26.6%	1,595	13,031	徳島	260,327	12,817	23.0%	1,307	3,862
東京	3,543,256	134,878	26.1%	1,636	57,527	香川	373,569	17,101	24.4%	1,314	5,490
神奈川	1,217,261	48,020	27.3%	1,660	21,728	愛媛	517,681	19,240	24.6%	1,341	6,340
新潟	809,957	39,763	27.5%	1,581	17,308	高知	252,601	11,264	25.5%	1,632	4,689
富山	400,346	14,701	27.1%	1,622	6,463	福岡	1,751,815	68,310	29.1%	1,377	27,376
石川	426,339	17,114	25.7%	1,580	6,950	佐賀	289,005	11,536	29.0%	1,370	4,586
福井	294,591	11,498	26.9%	1,378	4,265	長崎	453,494	17,846	29.6%	1,324	6,990
山梨	234,789	10,577	23.5%	1,529	3,796	熊本	574,373	22,900	28.9%	1,316	8,703
長野	620,723	27,068	26.1%	1,577	11,150	大分	408,541	17,988	27.6%	1,436	7,122
岐阜	702,899	28,850	26.3%	1,499	11,372	宮崎	382,037	14,404	29.0%	1,493	6,226
静岡	949,791	39,069	28.5%	1,581	17,590	鹿児島	590,510	21,097	32.0%	1,473	9,936
愛知	2,195,712	82,060	27.5%	1,463	33,025	沖縄	482,257	10,898	33.9%	1,832	6,768
三重	475,323	19,500	26.3%	1,361	6,980	合計	34,937,976	1,452,132	26.2%	1,525	579,932

軽減可能額、年齢階層別の切り替え割合

	200～299 円	300～399 円	400～499 円	500～999 円	1000 円以上	計
40～49 歳	19.5% 10,390 人	20.6% 8,224 人	22.0% 6,166 人	23.6% 14,788 人	25.2% 9,318 人	22.1% 48,886 人
50～59 歳	22.8% 24,631 人	23.6% 19,992 人	24.5% 14,730 人	26.2% 38,960 人	27.9% 27,798 人	25.1% 126,111 人
60～69 歳	24.9% 28,538 人	25.9% 24,353 人	26.7% 18,590 人	28.1% 52,428 人	30.0% 43,848 人	27.5% 167,757 人
70～74 歳	30.2% 9,145 人	31.7% 6,838 人	31.4% 4,663 人	32.0% 10,371 人	33.2% 6,530 人	31.6% 37,547 人
計	23.7% 72,704 人	24.7% 59,407 人	25.6% 44,149 人	27.1% 116,547 人	29.0% 87,494 人	26.2% 380,301 人

平成 22 年度ジェネリック医薬品軽減額通知サービスについて

平成 22 年度については、以下の条件を満たす加入者（約 61.8 万人）に対し、ジェネリック医薬品に切替えた場合の自己負担の軽減効果額等を通知するサービスを実施予定。

【通知対象は次のいずれの条件を満たす加入者】 ※前回（1月～6月）に通知した加入者を除く。

- ▶ 35 歳以上の加入者の方
- ▶ 自己負担の軽減可能額が月 300 円以上ある方
- ▶ 慢性疾患等の先発医薬品を長期服用している方

通知予定時期	実施支部	通知対象者数
22 年 11 月下旬	北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、東京	約 20.1 万人
23 年 1 月初旬	千葉、神奈川、新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、大阪	約 21.0 万人
23 年 1 月下旬	京都、兵庫、奈良、和歌山、鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄	約 20.7 万人
計		約 61.8 万人

※軽減額通知サービスに係るコスト(予定) 約 4.4 億円

中央社会保険医療協議会等（平成 22 年度）について

■中央社会保険医療協議会

○総会（11月26日）

- ▶ 医療品の薬価収載について
- ▶ 医療機器の保険適用について
- ▶ 臨床検査の保険適用について
- ▶ 検証に係る調査票の検討について（その 2）
- ▶ 医療保険における革新的な医療技術の取扱いに関する考え方（その 4）

○調査実施小委員会（11月26日）

- ▶ 第 18 回医療経済実態調査について

■その他の審議会等

○社会保障審議会／介護保険部会（11月25日）

- ▶ 報告の取りまとめについて

※前回運営委員会（11月22日）～本運営委員会の前日迄について記載

介護保険制度の見直しに関する意見

平成 22 年 1 1 月 3 0 日

社会保障審議会介護保険部会

目次

はじめに

I 介護保険制度の現状と課題

II 見直しの基本的考え方

III 介護保険制度の見直しについて

1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備

(地域包括ケアシステムの構築)

- (1) 単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備
- (2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス
- (3) 地域支援事業
- (4) 住まいの整備
- (5) 施設サービス
- (6) 認知症を有する人への対応
- (7) 家族支援のあり方
- (8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

2 サービスの質の確保・向上

- (1) ケアマネジメントについて
- (2) 要介護認定について
- (3) 情報公表制度と指導監督

3 介護人材の確保と資質の向上

4 給付と負担のバランス

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

6 低所得者への配慮

IV 今後に向けて

はじめに

- 本部会は、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）附則第2条の規定等を踏まえ、介護保険制度全般に関して検討を行うため、本年5月以来13回にわたって審議を行った。
はじめに介護保険制度の施行後の10年間の経過、現在の施行状況等について議論を行い、その後、給付、負担などの論点ごとに審議を重ねてきた。
- 介護が必要になっても、①住み慣れた地域や住まいで、②自らサービスを選択し、③自らの能力を最大限発揮して、尊厳ある自立した生活をおくりたい。介護保険制度は、このような高齢者の希望を叶える制度として、2000年に創設された。
- 介護サービスを受ける高齢者の数も着実に増加し、また、平成17年に行われた改正などを経てきたところである。しかし、高齢化の急速な進展や、地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくためには、さらに制度の見直し等が必要なことが明らかになってきた。
- 以下、これまでの当部会における審議を整理し、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けて、当面必要となる法改正事項を中心に、意見書としてとりまとめる。

I 介護保険制度の現状と課題

（介護保険制度の定着）

- 介護サービスを受ける高齢者の数は、2000年の制度創設当初と比較して、149万人から2009年の384万人へと約2.6倍となった。この間、訪問介護事業所が2000年の9,833事業所から2008年は20,885事業所に、介護老人福祉施設が2000年の4,463施設から2008年には6,015施設に増加するなど介護サービスの基盤の整備も進んでいる。
- 本年2月から3月に厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集」に寄せられた意見によれば、60%の者が介護保険を「大いに評価している」「多少は評価している」と回答している。また、本年11月に内閣府が公表した「介護保険制度に関する世論調査」で

は、制度導入による効果として、「良くなったと思わない」者が29%だったのに対し、「良くなったと思う」者が51%であった。

介護保険制度は高齢期の暮らしを支える社会保障制度の中核として着実に機能しており、少子高齢社会の日本において必要不可欠な制度となっているといえる。

(前回の改正)

- 平成17年に行われた介護保険制度の改正においては、市町村単位でサービスの充実とコーディネートが図られるよう、地域密着型サービスと地域包括支援センターが創設された。これにより地域包括ケアシステムの確立に向け第一歩を踏み出したといえる。
- また、介護保険制度においては、高齢者自らが要介護状態とならないよう、自発的に健康の保持増進に努め、できる限り自立した生活を送れるよう高齢者を支援することを目指して、その体制を整備することを、制度創設当初より保険者に求めてきた。前回の改正においては、このような「自立支援」の視点に立って、新予防給付が創設された。

(介護保険制度の課題)

- このように、介護保険は制度が始まって10年が経過し、都市部を中心とする急速な高齢化が進展し、単身・高齢者のみの世帯の急増など地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくための課題が明らかになってきた。

(地域における介護の課題)

- 現在直面している大きな課題の1つは、地域全体で介護を支える体制がなお不十分であるということである。介護保険制度の導入により、介護の負担は確実に軽減されてきているが、特に、医療ニーズの高い者や重度の要介護者を地域で介護しようとする場合、専門的なケアや夜間を含めた頻回のケアなどが必要となることから、単身・高齢者のみ世帯では自宅での生活をあきらめざるを得ない、或いは介護する家族の負担が重くなっている状況がみられる。
- 現在、在宅生活を望む多くの要介護高齢者及びその家族が、施設への入所を選択せざるを得ないというケースの背景には、このような重度の要介護者を地域で適切に支えられないという事情があると考えられる。高齢者本人及びその家族にとって、何かあった時に対応してくれる人がいないこ

とへの不安は大きい。

- 昨今、介護を苦にした介護殺人や介護自殺といった事件など、家庭内で介護の問題を抱え込み、介護のリスクを地域で支えられていないと考えられる事例が報道されている。さらに介護者自身が高齢である「老老介護」、介護者も認知症を患っている「認認介護」や高齢者が一人で亡くなる「孤独死」等の問題も生じており、単身・高齢者のみの世帯に対する地域の支援の必要性も高まっている。
- また、市町村（保険者）が地域における介護ニーズを的確に把握できていないことに起因するサービスの需給のミスマッチも指摘されている。市町村（保険者）は地域におけるニーズを把握し、介護サービスを適切に提供しなければならない。さらに、当該地域の特性にあった見守り・配食等の生活支援サービスを提供したり、認知症の人や虐待を受けている人への体制の整備や、様々な主体により提供される介護保険制度外のサービスを含めた包括的な地域づくりが必要である。
- さらには、高齢者が要介護状態になった場合に、住居の中にバリアー（障壁）があったり、適切な在宅サービスや緊急時の見守りサービスが提供されていないといった理由から、自宅に住み続けることが困難なケースがみられる。介護や医療が必要になった時や要介護度が進んだ場合でも住み続けることができる、高齢者に配慮された住宅の整備は喫緊の課題である。

（地域包括ケアシステムの必要性）

- これらの状況を解決するため、介護保険制度のさらなる改革を進め、前回の改正でその一歩を踏み出した地域包括ケアシステムの確立を目指していかなければならない。
- いくつかの調査でも明らかのように、人は年をとって介護が必要な状態になったとしても、自分が住み慣れた地域で生活を続けたいという希望を持っている。また、認知症を有する人については、急激な環境の変化はその症状に負の影響を与えるおそれがある。
- 要介護度が重くなっていったとしても、できる限り生活の場を変えることなく、高齢者が自ら選択した場所で介護サービスを受け続けることができるようにすることが求められている。
- そのため、日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活

支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制の整備、すなわち地域包括ケアシステムを確立していくことが急務である。

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。（「地域包括ケア研究会報告書」より）

（介護職員の人材確保と処遇の向上）

- 制度創設以来、サービス供給が大幅に増加し、今後も着実に増大していく中で、サービスを支える質の高い介護職員の確保が大きな課題である。2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となるとの見込みも示されている。しかし現状では、介護人材の不足が指摘されており、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を積極的に講じていくことが必要である。
- 平成 21 年度の介護報酬改定では、介護職員の処遇を改善するため、3% のプラス改定が行われた。さらに、平成 21 年度補正予算では、介護職員一人当たり月額平均 1.5 万円の賃上げに相当する支援を行うため、介護職員処遇改善交付金が創設された。この処遇改善交付金に基づく取組は平成 23 年度末で終了するため、処遇改善の実態を検証しつつ、平成 24 年度以降も必要な財源を確保し、処遇改善の取組を継続していくことが求められている。

（給付と負担のバランス）

- 介護保険制度が直面するもう一つの大きな課題が、高齢化が急速に進展する中であっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、給付と負担のバランスを確保していくことである。
- 団塊の世代が 65 歳以上の高齢者世代にさしかかっている現状において、平成 12 年度には 3.6 兆円であった介護費用は平成 22 年度には 7.9 兆円と 2 倍以上の水準になっており、介護費用は今後も上昇が見込まれている。
- このような介護費用の増大とともに、介護保険料も上昇を続けており、全国平均の高齢者一人当たりの月額の保険料は、第 4 期介護保険事業計画（平成 21～23 年度）で 4,160 円であるのに対し、第 5 期（平成 24～

26年度)には月額5,000円を超える見込みも示されている。

さらにこのまま高齢化が進展し、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、介護費用は19~23兆円に膨張すると推計(平成20年社会保障国民会議推計)されており、高齢者が負担する介護保険料は名目値で現在の倍程度からそれ以上になる見込みである。

- 給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量が拡大することに伴い、保険料が一定程度上昇することは当然であるとも言える。サービス量の拡大に応じて保険料を引上げなければ、その分は公費負担を増やすなどしなければ、給付の拡充は困難となる。さらには、公費負担割合が増えれば、社会保険方式とする現行制度の当初の姿から大きく乖離してゆくことともなる。

また、月額5,000円の介護保険料は、あくまでも全国の平均額であって、市町村によって差があるところであるが、仮にその額が5,000円を超えることになっても、低所得者の負担を抑えつつ、高所得者の負担を引き上げることにより対応することができることに留意すべきだとする意見もある。

しかし、高齢者の所得は公的年金が中心であり、高齢者の医療保険料についても同様に上昇が見込まれることから、介護保険料の水準が過重なものにならないよう配慮するという観点も必要である。

- このような状況を踏まえると、地域包括ケアシステムの確立など介護保険制度の充実や介護職員の処遇改善に取り組む一方で、現在の保険給付の内容について、必要性、優先性や自立支援の観点から見直しを行い、限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要である。そうすることにより初めて、介護保険制度を将来にわたって持続可能で安定的なものとするのが可能となる。

なお、その際、現行制度の当初の姿から大きく乖離しないよう配慮する必要があるとの意見があった。

II 見直しの基本的考え方

- 上記のような介護保険制度の現状と課題を踏まえ、第5期介護保険事業計画に向けた制度の見直しに当たっては、

- ① 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めること、

- ② 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ること
とで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築すること
を基本的考え方とすべきである。

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

（1）単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

（24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設）

- 現在の訪問介護は、受給者一人、一日当たりの平均訪問回数が 0.6 回（要介護 5 でも 1.1 回）、訪問一回当たりのサービス提供時間は 30 分以上が 7 割を占めている。

しかしながら、要介護度が高くなった場合、夜間・早朝の時間帯を含め、水分補給や排泄介助等の介護が複数回必要となる。このようなニーズに應えるため、前回改正においては夜間対応型訪問介護事業が創設されたが、夜間のみのサービス類型であることなどが支障となって普及が進んでおらず、現在の訪問介護サービスでは、このようなニーズに十分
応えることができていない状況にある。

- また、特に、医療ニーズが高い要介護者については、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの問題から、緊急時の対応を含め、安心して在宅生活を送ることが困難な状況にあるとの指摘もある。

- 単身・重度の要介護者などが、できる限り在宅生活を継続できるよう、訪問介護と訪問看護の連携の下で、適切なアセスメントとマネジメントに基づき、短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時の対応等を適宜・適切に組み合わせて提供する 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスを新たに創設すべきである。

一方、要介護度 1 を含めた様々な状態の要介護者に対応できるよう、既存のサービスの連携・組合せで対応すべきではないかとの意見があった。

- この 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスにより、看護と介護の

一体的な提供が可能となることで、医療・看護ニーズの高い者や看取りといった対応も可能となることが期待される。

なお、認知症を有する人については、その症状によっては、必ずしも有効なサービスとはいえないのではないかと指摘があった。

(複合型のサービス)

○ 小規模多機能型サービスは、平成 18 年度に創設されて以来、日々状態が変化する認知症を有する人に対応して、多様なサービスを柔軟に提供できるサービス類型として評価されている。

○ 一方で、その整備量は全国約 2300 箇所（2009 年 3 月時点）であり、さらなる整備を推進するためには、在宅サービスをより柔軟な形態で提供できる仕組みを設けるべきとの要望もある。特に、重度になるほど看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まっていることから、例えば小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど複数のサービスを一体的に提供する複合型のサービスを導入していく必要がある。なお、関連して、グループホーム等への訪問看護サービスの提供のあり方や、訪問看護ステーションの規模拡大のための支援についても検討していく必要がある。特に、訪問看護ステーションについては、小規模な事業所ほど経営状況が悪く、夜間・緊急時等の対応ができない、サービスを安定的に提供できないなど、課題が多いため、規模拡大に向けた取組を推進するべきである。

○ また、有床診療所や老人保健施設（以下「老健施設」という）を活用し、訪問、通所などのサービスとの組合せについて、今後推進していくべきであるとの意見があった。

(介護福祉士等によるたんの吸引などの実施)

○ 特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）や居宅において、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とする者については、これまで当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、介護職員が一定の行為を実施することを運用によって認めてきたところである。

今後、さらに医療ニーズが高い者が増加すると見込まれることや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法整備を行うべきである。

(リハビリテーションの推進)

- リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。
- しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。
そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。
- さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

(2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス

- 医療ニーズの高い要介護者など重度の要介護者向けのサービスの充実を図る一方で、要支援者・軽度の要介護者に対する介護サービスについては、その状態等を踏まえた検証が必要である。
平成 18 年度より、要支援 1、2 の要支援者には予防給付が提供されているが、本人の能力をできる限り活用して自立を目指すという制度の趣旨が必ずしも徹底されていない状況も見られる。そのため、予防給付の効果を更に高めるプログラムが求められている。
また、軽度の要介護者に対するサービスについて、例えば訪問介護をみると、多くの時間が生活援助に割かれている現状が指摘されている。
- 今後さらなる高齢化の進展とともに、介護給付が大幅に増加していくことが見込まれており、重度者や医療ニーズの高い高齢者に対して給付を重点的に行い、要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図ることが適当か否かを検討する必要がある。
- 要支援者・軽度の要介護者にかかる給付については、次のような二つの意見があった。
 - ・ 生活援助などは要支援者・軽度の要介護者の生活に必要なものであ

り、加齢に伴う重度化を予防する観点からも、その給付を削減することは反対である。

- ・ 介護保険制度の給付の対象外とすることや、その保険給付割合を引き下げ、利用者負担を、例えば2割に引き上げるなどの方策を考えるべきである。
- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス提供のあり方については、保険給付の効率化・重点化の観点のみならず、重度化の防止、本人の自立を支援するという観点から、その状態にあった保険給付のあり方について、今後、さらに検討することが必要である。

(3) 地域支援事業

- 地域支援事業については、平成 17 年の改正で創設され、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業の三種類の事業がある。このうち、介護予防事業については、本年 8 月に、対象者の選定方法の効率化や事業内容の充実等を内容とする介護予防事業の見直しが行われたところであるが、昨年及び今年の行政刷新会議の事業仕分けにおける指摘も踏まえ、事業の効果の検証等に引き続き取り組むべきである。

積極的に取り組んでいる自治体においては、要介護認定率の低下などの効果が報告されており、今後、さらに介護予防事業の効果的実施を図っていくことが必要である。なお、地域支援事業における介護予防事業は、多くの参加が見込める弾力的な事業展開が求められるとの意見があった。

- また、地域支援事業については、第 2 号被保険者が活用できるサービスメニューを増やして、現行の介護予防事業と包括的支援事業及び任意事業の財源構成を一括し、保険料のあり方を見直すべきという意見があった一方、事業目的を踏まえて第 2 号保険料の縮減など財源構成を見直す必要があるのではないかとこの意見があった。

- 単身・高齢者のみの世帯など地域で孤立するおそれのある高齢者にとっては、介護保険サービスのみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要である。これらのサービスと介護保険サービスを組み合わせれば自宅で生活を継続することが可能となる。

特に、要支援 1、2 と非該当を行き来する人については、これらのサービスを切れ目なく提供するという観点から、予防給付と生活支援サービスを一体化し、利用者の視点に立って市町村がサービスをコーディネート

ートすることが効果的なのではないかと考えられる。このため、保険者の判断により、サービスを総合化した介護予防・生活支援サービスを地域支援事業に導入し、配食サービス、在宅の高齢者への特養等の食堂での食事の提供等が効率的に実施されるような仕組みを検討する必要がある。

なお、この場合、十分な財源確保と一定のサービス水準が維持されるよう留意すべきであるとの指摘があった。

- また、後述するように、地域支援事業を活用して、市町村が地域で暮らす認知症を有する人やその家族を積極的に支援していくことができる仕組みを検討すべきである。

(4) 住まいの整備

- 緊急時の見守りがないことやバリアフリーでないために自宅で介護を受けることが困難なケースに対応するために、これまで述べたような在宅を支えるサービスの充実と併せて、住まいの確保が大きな課題となっている。我が国は諸外国と比較して、要介護者に対する施設(介護保険3施設)の割合は同程度であるが、高齢者に配慮された住宅の割合は少ない。(なお、国際比較にあたっては、平均在所日数の長さも勘案すべきである。)
- 国土交通省が本年5月17日に公表した「国土交通省成長戦略」においても、「急速に少子高齢化が進展する我が国において、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいを確保する」としている。さらに2020年度を目途に、「高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を欧米並み(3~5%)とする」とされている。
- このような住まいが足りないために、高齢者が安心して生活できる場としての全てのニーズが施設、特に特養に集中している現状があることから、国土交通省と連携しながら、高齢者向けの住宅を計画的に整備し、介護サービスや生活支援サービスと連携を図っていくことが必要である。具体的には、高齢者住宅について、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、訪問看護、デイサービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みを広く普及することで、中重度の要介護者であっても、特養などの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とし、居宅介護の限界点を高めていくことが望ましい。
- 高齢者の住まいについては、老人福祉法と高齢者の居住の安定確保に

関する法律（以下「高齢者住まい法」という。）という 2 本の法律が存在している状況であるが、利用者にとって分かりやすい体系とすることが望ましい。一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置付け、これらの住宅について、サービス内容の情報開示や入居一時金の保全強化等を図っていく必要がある。

一方、老人福祉法における有料老人ホームに対する規制については、この新たなサービス付高齢者住宅の基準等との整合性も考慮しつつ、さらに、近年発生した火災事故の教訓や高齢者虐待に対する懸念を指摘する声を踏まえ、防火対策・虐待防止等を徹底していくべきである。

- 養護老人ホーム及び軽費老人ホームについては、平成 16 年度以降に、地方分権推進の観点から、三位一体改革により運営費や施設整備費の税源移譲による一般財源化が行われたところであり、各自治体が計画的な整備を含めた事業の実施を行う必要がある。国においても各自治体に対し、適切な事業の実施を継続的に呼びかけていく必要がある。
- 特養等の介護基盤の整備をさらに一層進めるとともに、以上述べた取り組みを進めることにより、高齢期においても安心して住み続けることができる住宅が整備され、施設に入所しなくとも必要なサービスが外部（住宅の近隣又は住宅との合築）から提供される形態の選択肢を増やしていく方向を目指すべきである。

（5）施設サービス

（介護基盤の整備）

- 特養の入所申込者は 42.1 万人（平成 21 年 12 月現在、都道府県からの報告を集計したもの）となっている。そのうち要介護 4、5 で在宅にいる者は 6.7 万人である。まずは特養をはじめとする介護基盤について平成 21 年度～平成 23 年度の 3 年間で 16 万床を目標に整備を推進するとともに、高齢者の住まいの確保についても推進していくことが求められる。
- また、特養の入所申込者の 42.1 万人という調査については、その調査の意義、実態把握のあり方について議論があったところである。今後の施設の整備のあり方など、政策判断に資するよう、実際の待機者数（優先入所申込者数）及び施設における判断基準等について調査を実施する必要がある。

- 現在、特養の設置者は社会福祉法人に限られているところであるが、社会福祉法人と同等の公益性を有する社会医療法人については、特養を開設することを可能とするべきである。
- また、入所者の高齢化が進んできている。このため、老健施設については、在宅復帰支援を担っている老健施設がある一方、入所期間が長期化している老健施設もあり、十分にその機能が発揮されていない状況もある。
- そのため、次期介護報酬改定においては、終の棲家としての機能や在宅復帰支援機能などといった施設の機能に着目した評価を検討する必要がある。
- 将来的には、施設サービスについては、状態の変化によって、入所している施設を移ることのないよう、利用者の状態に応じた適切なサービスが提供される体系を目指すべきであるとの意見があった。

(介護療養病床の取扱い)

- 介護療養病床については、本年9月に公表された調査によれば、医療ニーズの低い者（医療区分1）の割合が7割を超えており、5年前の調査と比較しても、医療療養病床との機能分化が着実に進んでいる。さらに人工呼吸器、中心静脈栄養など、一定の危険性を伴った医療処置を必要とする者の割合は低い。
- 一方で、医療療養病床または介護療養病床から老健施設等への転換は7000床にとどまっており、平成24年3月末までに介護療養病床を廃止することとなっているが、再編は進んでいないのが実態である。社会的入院という課題に対し、医療と介護の機能分化をより進め、利用者に相応しいサービスを提供する観点から、現在、介護療養病床を有する施設における円滑な転換を支援しているが、現在の転換の状況を踏まえ、新規の指定は行わず、一定の期間に限って猶予することが必要である。
- なお、この点について、介護療養病床の廃止方針を撤回すべきではないかとの意見があった。
- 一方、現在ある介護療養病床については、長期的に運営を継続し、新規の介護療養病床の指定を行わず、療養型老健施設の増設や、介護施設

における医療的ケアを伴う要介護者の受入体制を強化・整備していくべきとの意見があった。

(6) 認知症を有する人への対応

(現状とこれまでの対応)

- 平成 20 年の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、認知症施策については、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とすることとされた。
- 認知症を早期に発見し、早期の診断と早期の対応につなげることで、認知症の中核症状の進行を抑え、行動・心理症状の予防や緩和を図っていくことができるようになってきている。
- 認知症医療の分野に関しては、診療技術の向上、根本的治療薬等についての研究・開発が進められており、その一方において、認知症疾患医療センターの整備や、地域における認知症医療体制構築の中核となる認知症サポート医養成研修・かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修が進められている。また、地域における認知症ケアと医療との連携体制の強化を図るため、地域包括支援センターへの認知症連携担当者の配置が進められている。
- 地域においては、認知症に関する正しい理解と知識の普及を図り、認知症を有する人や家族を見守る認知症サポーターの養成をはじめ、認知症を有する人や家族に対する相談支援体制の充実や地域支援体制の構築のための事業が展開されている。
- さらに、平成 21 年度の介護報酬改定においては、認知症ケアの向上を図るため、専門的なケア提供体制に対する評価、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受入への評価等が行われてきたところである。
- 若年性認知症については、相談から医療・福祉・就労にかかる総合的な支援を図るため、若年性認知症相談コールセンターの設置、若年性認知症就労支援ネットワークの構築及び若年性認知症ケアのモデル事業の実施が行われているところである。
- 高齢者の権利擁護に関しては、家族や介護サービス従事者等による虐

待防止等の取組の推進、地域包括支援センターによる権利擁護事業の推進、都道府県による権利擁護相談・支援体制の構築が図られるとともに、成年後見制度の利用に関する支援の実施が行われてきたところである。

- 認知症を有する人を支援するための国の補助金事業に関しては、自治体が可能な限り裁量をもちつつ事業を実施できるようにすべきとの意見がある一方、自治体間で取組の差が大きいとの指摘がある。

(今後の対応)

- 認知症を有する人は、今後高齢化のさらなる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。住み慣れた地域で、介護、医療及び地域（行政）が緊密に連携していく重要性は一層高まっていく。
- 当事者の意見を聞きつつ、認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパス（認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋）の作成を進めていくことが重要である。また、認知症のBPSDの症状に薬剤も影響を与えている面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。
- 認知症に関する研修を受けたかかりつけ医、認知症サポート医を生活圏域で確保し、より一層の活用を図るとともに、認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要である。その際、認知症サポート医について、適切に評価すべきとの意見があった。
- 具体的な認知症ケアのニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るため、介護保険事業計画において認知症に関する事項を盛り込むことが必要である。
- また、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させ、認知症に対応できる人材を確保するための方策について検討すべきである。
- こうして整備された様々な関係機関の調整役として認知症ケアのサポートをするために、必要に応じて地域包括支援センター等に専門的な知識を有するコーディネーター（連携担当者）を配置し、認知症サポート

医等との連携を図りつつ、医療と介護の切れ目ない支援体制を構築していくことについて検討すべきである。

- 若年性認知症を有する人への支援については、まずは市町村における実態の把握を行うとともに、社会参加への意欲に応えるための対策について、介護報酬上の評価を含め、検討することが望ましいと考える。さらに、就労サービスを促進している障害者施策との連携も重要である。
- 認知症高齢者や独居高齢者の増加を踏まえると、日常生活に関わりの深い身上監護（介護サービスの利用契約の手助け等）に係る成年後見の必要性が高まることが予想されるが、平成 21 年における成年後見関係事件の申立件数は約 27,000 件にとどまっている。今後は弁護士などの専門職後見、社会福祉協議会などの法人後見、日常生活自立支援事業に加え、身上監護を中心に、研修を受けた市民後見人が高齢者を支援できるよう、総合的な権利擁護の体制整備を支援していくことが必要である。
- 上記のとおり、地域で暮らす認知症を有する人やその家族に対する支援は、これまでも多岐にわたり、取り組まれてきたところであるが、認知症を有する人が急速に増加する中で、地域での暮らしを適切に支えていく施策の重要性を考えれば、市町村が地域支援事業を活用して積極的に取組を進めることができる仕組みを検討すべきである。

(7) 家族支援のあり方

- 介護保険制度の導入の目的の一つは、介護の社会化である。家族介護を当てにせず在宅介護が遂行できる支援体制を整えることが望ましいが、家族によって介護が行われる場合であっても、介護保険により提供される様々なサービス、地域における支援などを組み合わせて、家族の負担を少しでも軽減し、仕事と介護の両立ができるよう支援を行っていく必要がある。
- 現行の介護休業制度の取得率は平成 20 年度で 0.06%に過ぎない。また、本年 6 月より、育児・介護休業法の改正により、新たに介護休暇制度が創設されたばかりである。このため、これらの制度の利用促進を図っていくことが求められる。
- 家族介護者支援（レスパイト）などの観点から、緊急時に迅速に対応

できるような仕組みを含めて、ショートステイの活用を図るとともに、デイサービス利用者の緊急的・短期間の宿泊ニーズへの対応のあり方については、利用者の処遇や安全面に配慮しつつ、認知症の要介護者等を対象とした先行事例なども参考にして、慎重に検討を行うべきである。

- 地域支援事業における家族支援事業については、現在911市町村で実施されている。今後、モデル的な市町村の取組について、他の市町村においても情報を共有する仕組みを設けることなどにより、さらに事業を推進していくことが必要である。

(8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

- 地域包括支援センターは、4056箇所設置され、ランチ等を合わせると7003箇所が整備されているが、今後、全中学校区（1万箇所）を目指して拠点整備を進めていくことが必要である。
- 地域包括支援センターの総合相談、包括的・継続的ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能が最大限に発揮できるような機能強化が求められている。
- 地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。
- このため、当該市町村(保険者)が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。
- このような地域包括支援センターの機能強化と併せて、要支援者に対するケアプラン作成業務については、居宅介護支援事業所に移管すべきとの意見があったが、一方、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにした上で、利用者の状態変更（要支援・要介護）に対応した連携方策を工夫することにより対応すべきであるとの意見があった。

2 サービスの質の確保・向上

(1) ケアマネジメントについて

(ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上)

- 地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険のサービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に、重度者については、医療サービスを適切に組み込むことが重要となっている。さらに、利用者の意向を踏まえつつ、そのニーズを的確に反映した、より自立促進型、機能向上型のケアプランの推進が求められている。
- また、ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある。
- こうした状況において、まずは、ケアプランの様式変更やケアプランチェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、さらに、より良質で効果的なケアマネジメントができるケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等の課題について、別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である。
- なお、複雑なサービスをコーディネートする必要がない場合などは、要介護者及び要支援者が各種の介護サービスを自ら選択・調整する居宅サービス計画（セルフケアプラン）の活用支援なども検討することが必要である。

(利用者負担の導入)

- 居宅におけるケアプランの作成等のケアマネジメントについては、現在、全て介護保険給付で賄われており、利用者負担が求められていない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。
- 利用者負担の導入については、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスは介護保険制度の根幹であり、制度の基本を揺るがしかねないこと、必要なサービス利用の抑制により、重度化につながりかねないことなど、利用者や事業者への影響を危惧する強い反対意見があった。さらに、セルフケアプランが増加すれば、市町村の事務処理負担が

増大することなどから、慎重に対応すべきであるとの指摘があった。

- 一方、制度創設から 10 年を経過し、ケアマネジメント制度がすでに普及・定着していると考えられること、小規模多機能サービスや施設サービスなどケアマネジメントが包含されているサービスでは利用者が必要な負担をしていること等も考慮し、居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスに利用者負担を導入することを検討すべきであるとの意見があった。これにより、利用者自身のケアプランの内容に対する関心を高め、自立支援型のケアマネジメントが推進されるのではないかとの考え方もある。

なお、その際には、適切なサービスの利用を阻害しないよう配慮することが必要である。

(施設のケアマネジャーの役割)

- 施設におけるケアマネジャーについては、支援相談員等との役割分担が不明確であることから、その位置づけを明確化すべきであるとの意見があった。

(2) 要介護認定について

- 要介護認定は、介護保険制度において、客観的にサービス供給量を決定し、介護サービスの受給者の公平性を確保するために不可欠な仕組みである。利用者が必要とするサービスが提供されるよう、要介護度区分の見直しや要介護認定を廃止し、利用者に必要なサービス量については、ケアマネジャー、利用者、家族、主治医、事業者、保険者による会議において決定すべきとの意見もある。

- しかしながら、要介護認定の廃止は、
 - ・ 要介護度区分を減らすような見直しは要介護度の改善により突然支給限度額が大きく減少することとなる
 - ・ また、一次判定から二次判定に至る要介護認定のプロセスに変更がなければ、保険者の要介護認定に係る事務の簡素化にはつながらない
 - ・ 要介護認定の廃止は、介護が必要な度合いが同程度であっても、提供されるサービスに大きな差が生じるなど、ばらつきの大きい仕組みとなる
 - ・ 要介護認定を廃止すれば、給付を受けない健常な被保険者からみれば、節度なく給付を行っているかのように誤解されるおそれがあるといった問題があり、却って受給者間の不公平を生み出すおそれもある。

- 当面、要介護認定に係る市町村の事務負担が大きいとの指摘があることから、要介護、要支援をまたぐ際などの認定の有効期間の延長を求める保険者の意見などを踏まえて、事務の簡素化を速やかに実施すべきである。
- 要介護認定については、認知症の要介護度を適切に評価できているかなど、引き続き適切な仕組みとなるよう継続的に評価・検討していくべきであり、これについては、必要に応じて介護給付費分科会などにおいて十分議論されることが望ましいと考える。なお、この点について、要介護認定制度そのものについて、別途議論の場を設けるべきとの意見があった。

(区分支給限度基準額)

- 区分支給限度基準額については、その引き上げ等を求める意見があり、まず、現在、限度額を超えてサービスを利用している人の状態や利用の状況等の実態を把握、分析することが必要である。
- その上で、区分支給限度基準額を超えているケースについては、
 - ・ ケアプランの見直しにより対応が可能なのか
 - ・ 加算等の仕組みがあることによるものか
 - ・ 今後の新たなサービスの導入等による影響をどう考えるか
 などについて、次期介護報酬改定に向け検証を行い、介護給付費分科会において必要な対応を図ることが望ましい。
- なお、現行の制度では、要介護度が軽度の場合も重度の場合も、区分支給限度基準額やケアプランなどの関連で、特に訪問看護やリハビリテーションについて利用抑制が働き、本来訪問看護やリハビリテーションの必要な利用者にサービスが提供できないケースがあるとの指摘があった。

(3) 情報公表制度と指導監督

- 介護保険制度は、様々な事業主体の参入を認め、利用者の適切な選択と事業者間の競争によりサービスの質を確保する仕組みである。このような仕組みの下では、各事業者が提供する介護サービスの内容・質に関して客観的で適切な情報が、サービスを選択する利用者や家族に提供されることが不可欠である。現行の情報公表制度は、このような観点から、利用者によるサービスの選択を実効あるものとするために設けられてい

る。

○ 情報公表制度については、都道府県知事又は指定調査機関による介護サービス事業者・施設に対する調査が義務付けられているが、事業者にとってこうした調査等の負担が大きいという指摘がある。このため、利用者にとって活用しやすいものとなるよう、検索機能や画面表示などを工夫するとともに、調査については、都道府県知事が必要と認める場合に、適切に実施することとするなど、事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度へと変更するべきである。その際は、費用負担を含めて、都道府県の負担等に配慮すべきとの意見があった。

○ また、公表される情報については、都道府県の判断により、事業者が任意でサービスの質や雇用等に関するデータを追加できることとし、公表される情報の充実を図っていくべきである。

○ 平成 17 年の改正により、市町村は、①介護サービス事業所に対する文書の提出の依頼、質問、照会等、②要介護認定等の認定調査（新規、更新）の 2 つの事務について、当該事務を適正に実施することができることと認められるものとして、都道府県知事が指定する法人に事務の一部を委託することが可能とされたところである。これに加え、今後、都道府県においても、公平性の確保に留意しつつ、指導監督体制を整備する観点から、指導の一部を指定法人に委託できるようにするべきである。

事業者への実地指導や監査については、制度や現場に精通した担当者があたることなどとし、不正が疑われる事業者に対しては厳しいチェック機能が求められる。一方で、一部の自治体において、必ずしも実地指導や監査が十分な効果を上げていなかったり、自治体間で指導内容に不整合があったりするとの意見があり、サービスの質の確保・向上につながるよう、その標準化や、公正性を確保するとともに、事業者を育む姿勢が必要である。

3 介護人材の確保と資質の向上

○ 2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となることを考えると、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を講じていく必要がある。

(処遇改善の取組について)

○ 現在実施している介護職員処遇改善交付金は平成 23 年度末で終了す

ることから、継続して処遇改善を行うためには、当該交付金を継続するか、平成 24 年度の介護報酬改定において当該交付金に相当する規模のプラス改定が必要となってくる。しかしながら、当該交付金については、

- ・ 給与等の労働条件については労使が自律的に決定していくことが適当であること
- ・ 交付金の対象者が介護職員に限定されていること
- ・ 現在の国の財政が厳しい状況にあること

などを考えれば、本来的には、介護職員の処遇改善が継続できるよう、介護報酬改定により対応する方向で検討していくべきである。

- この点に関し、処遇改善交付金を廃止し、介護報酬改定により対応する場合には、保険料の引き上げとなることから、介護職員処遇改善の趣旨の理解を進めるため、事業所の管理者を含め、その給与水準の公表制度を設けるべきであるとの意見があった。
- なお、平成 24 年度以降については、当該交付金を継続すべきであるとの意見や、すべて介護報酬改定で対応するのではなく、公費財源も活用しながら、徐々に制度内に取り込んでいくべきとの意見があった。
- また、介護労働市場をみると、
 - ・ 有効求人倍率や離職率といった指標は改善しつつある一方、
 - ・ 事業所やその経営主体によって離職率や賃金が大きく異なっていることから、処遇の改善や人材確保のための施策として、どのような対策が相応しいか、介護給付費分科会における議論も含め、さらに検討が必要である。
- 特に、介護職員の処遇改善は単に賃金水準のみならず、労働者の能力に基づく評価、働きやすい職場環境の整備などの対策を総合的に講じる必要がある。
- また、潜在的な介護福祉士等が、再度、介護現場で働いてもらえるような環境整備も重要である。

(雇用管理)

- 労働基準法違反事業者比率は、全産業平均が 68.5%であるのに対し、社会福祉は 77.5%と高い水準にあり、介護サービス事業者による雇用管理の取組を促進するという観点から、その労働法規遵守のための具体的な取組を検討する必要がある。

- 労働法規に違反して罰金刑を受けている事業者や労働保険料を滞納している事業者については介護保険法上の指定拒否を行うようにするとともに、指定事業者が労働法規に違反して罰金刑を受けた場合は指定を取り消すことができるようにすることを検討すべきである。その際、介護サービスの提供方法が夜間を通じて行われたり、利用者宅を移動して行われたりする形態であるために、労働基準法等の遵守が強く求められている事業であることや、他の制度との関係に十分留意して、介護保険法にこのような規定を設ける理由について、十分な説明が必要である。

また、介護職員等の多様な働き方に対応する労働法規等のあり方も検討する必要があるとの意見があった。

(キャリアアップの取組)

- 事業者による介護職員のキャリアアップの取組の充実・強化を推進する必要がある。まずは、本年 10 月に始めた介護職員処遇改善交付金のキャリアパス要件を定着させることが必要であるが、さらに将来において介護人材の不足が見込まれる中で、より質の高い介護人材を育成するために、ホームヘルパーの研修体系と介護福祉士の養成課程との整合性の確保を図っていくべきである。

(医療的ケア)

- 前述のとおり、今後、さらに医療ニーズが高い者が増加することや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法整備を行うべきである。

- こうした医療的ケアが実現可能となれば、たんの吸引等が必要な要介護者が在宅、特養、グループホーム等で生活を継続することが可能となり、効率的なサービス提供体制の構築にも資すると考えられる。

なお、これによって、介護職員の処遇の改善にもつなげていくことが期待されるとの意見があった。

4 給付と負担のバランス

(給付と負担の見直し)

- 現在 65 歳以上の介護保険料は一人当たり平均月 4,160 円であるが、これは保険料上昇を抑制するための特例交付金や市町村準備基金の取崩によって約 400 円程度抑制された結果であり、さらに介護職員処遇改善

交付金や 16 万床の緊急基盤整備の効果、高齢化に伴う給付費の増加を踏まえると、平成 24 年度には全国平均で 5,000 円を超えることが見込まれている。

サービスの提供に伴う必要な負担については被保険者に求めざるを得ないとしても、保険料は月 5,000 円が限界との意見もあり、次期介護保険事業計画が始まる平成 24 年度において、介護保険料の伸びをできる限り抑制するよう配慮することも必要である。

- 将来にわたって安定的に制度を運営し、また、高齢者の暮らしを支えるために必要な給付の拡充をする際には、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された「財政運営戦略」に記されたペイアズユーゴー（pay as you go）原則に則って、必要な負担増に見合った財源を確保することが求められる。

※「ペイアズユーゴー原則」とは、歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な財源を確保するものとする考え方。

- なお、ペイアズユーゴー原則の下では、現場ニーズに見合った給付の議論が難しい等の意見もあった。
- このように、今後も給付の充実やそれに伴う保険料の上昇が見込まれることに加えて、とりわけ、第 5 期介護保険事業計画期間に向け、介護職員の処遇改善の継続と地域包括ケアシステムの確立等のための給付の充実等を図る要請に応えるためには、介護保険制度の中で、給付の効率化・重点化及び財源の確保を進めていくことが必要である。その際、今後とも給付の増加に対応したさらなる負担を、制度を支えるそれぞれの方においてお願いせざるを得ない以上、より公平、公正な負担制度の下で、第 1 号被保険者、第 2 号被保険者それぞれが応分の負担を行っていくことが必要である。

（総報酬割）

- 現在の 40～64 歳が負担する第 2 号保険料は、その加入する医療保険の加入者数に応じて負担金が決められている。このため、総所得の高い医療保険者は低い保険者と比較して、総所得に対する介護保険料の割合が低率となっている。
- 介護保険制度において、被用者保険の第 2 号被保険者の保険料について、被用者保険間の負担の公平性を図る観点から総報酬割を導入する必要があるとの意見があった。

また、現在の介護報酬における地域係数は、都市部の賃金水準を反映していないという意見もあり、比較的所得の高い都市部の第2号被保険者に負担能力に応じた保険料負担を求めることにより、地域係数を見直し、都市部の介護従事者の賃金引き上げに充当することが必要であるとの意見があった。

一方で、総報酬割の導入については、従来の保険料負担の基本的な考え方と仕組みを大きく変更するものであり、十分な議論なく、財源捻出の手段として導入しようとするものに対して、強い反対意見があった。また、利用者負担の見直し等の必要な見直しを行うことなく、これを導入することについて慎重な対応を求める意見があった。

(財政安定化基金)

- 都道府県に設置されている財政安定化基金については、都道府県が基金の一部を拠出者に返還することが適切と判断した場合に、基金規模を縮小できるような見直しを行うよう会計検査院から平成20年に指摘されている。制度創設当初においては、介護給付費の推移を予測することが困難であったが、昨今給付費の推移が安定していることを踏まえ、本来の基金の目的に支障を来すことのないよう、必要な額を確保した上で、基金の取り崩しを行い、保険料の軽減に活用できるようにするなどの法整備を検討すべきとの意見があった。一方、財政安定化基金を保険料の軽減に活用することに対し、慎重に対応すべきとの意見があった。

(公費負担のあり方)

- 介護保険制度は、その半分を保険料により賄い、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用してきた。介護保険料収入はこの10年間で約120%上昇しており、これは住民が地域の介護サービスの拡大のために給付に相応する保険料を負担することを選択してきた結果である。
- 今回の部会の議論においては、今後の保険料の上昇を懸念して、公費負担割合を増加させるべきであるとの意見や調整交付金を国庫負担25%と別のものとして外枠化すべきとの意見があった。
- しかし、一方では、
 - ・ 公費負担割合が増えれば増えるほど、財政事情の影響を制度が受けやすくなり、住民の納得の下で、必要なサービスを整備し、またそれに見合った負担を行うという社会保険制度の利点を失うのではないか、
 - ・ 公費負担を引き上げることで一時的に保険料の上昇を抑制できても、今後要介護者のさらなる増加等によって給付が増加すれば、やはり保

除料の上昇は避けることはできないので根本的な問題の解決にならないのではないかと、
との意見もあった。

- 今回の改正においては、安定した財源が確保されない以上、公費負担割合を見直すことは困難であるが、今後、公費負担のあり方を議論するに当たっては、こうした社会保険方式によるメリットや被保険者の負担能力といった点を考慮して検討を行うべきである。さらに、

- ・ 単に公費負担割合を増加させるべきなのか、低所得者への負担軽減策として活用すべきなのか、さらに、保険給付の範囲を限定した上で福祉施策として公費によるサービスを拡充すべきか
- ・ より一層地方が主体的に介護保険制度を運営するために、その権限と財政負担の分担をどのように考えるのか

といった視点からも議論を行うべきである。いずれにしても、こうした議論は単に介護保険制度にとどまらず、社会保障と財政のあり方全体の中でも議論していくべき課題である。

社会保障と財政のあり方全体の検討を行う際には、社会保障制度における給付と負担のあり方を総合的に考える視点が必要であり、年金・医療等においてもさらなる負担が求められる中で、介護保険においても現役世代の社会保険料負担が過重になれば、その働く意欲・活力を削ぐ上、雇用にも悪影響を及ぼすとの意見があった。

- なお、公費負担割合の見直しに際しては、施設、居宅・地域密着型の類型による国と都道府県の負担割合を同じ扱いとすべきであるという意見があった。

(給付の見直し)

- 医療保険においては、現役並み所得の高齢者については利用者負担が3割となっている。介護保険制度においても、限られた財源の中で、高齢者の負担能力を勘案し、所得に応じた負担を求めることが適当であり、一定以上の所得がある者については利用者負担を、例えば2割に引き上げることを検討すべきである。

一方、介護保険は区分支給限度基準額が設けられているなど、医療保険とは異なる仕組みであり、負担増を求めることには慎重であるべきとの意見があった。

※ 居宅介護支援・介護予防支援(ケアプランの作成等)及び要支援者・軽度の要介護者にかかる給付の利用者負担については既述のとおり。

※ 補足給付については後述のとおり。

(被保険者範囲)

- 被保険者範囲については、今後被保険者の保険料負担が重くなる中で、被保険者年齢を引き下げ、一人当たり保険料の負担を軽減すべきではないかとの意見があった。

一方で、被保険者範囲の拡大は、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要との意見もあった。

被保険者範囲のあり方については、これまでも介護保険制度の骨格を維持した上で被保険者の年齢を引き下げる方法と、介護を必要とするすべての人にサービスを給付する制度の普遍化の観点から若年障害者に対する給付も統合して行う方法について検討が行われてきたところである。

現在、障害者施策については、内閣府の「障がい者制度改革推進本部」において、議論が行われているところであり、今後は、介護保険制度の骨格を維持した上で、被保険者年齢を引き下げることにについて、十分な議論を行い結論を得るべきである。

なお、現行の第2号被保険者に対する給付に関し、特定疾病による条件の緩和を検討すべきとの意見があった。

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

(介護保険事業計画)

- 従来、介護保険事業計画を策定する際は、主として、当該市町村における高齢者数の伸び等を考慮して将来のサービス量を見込んでいたところである。地域包括ケアの実現のためには、各地域における介護サービスやこれに付随するサービスのニーズを的確に把握し、介護保険事業計画を策定することが求められる。

- 今後、保険者(市町村)は、日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、必要となるサービスごとの見込みを積み上げて、より精緻な事業計画を作成することが求められている。

- 次期介護保険事業計画を策定する際には、喫緊の課題である認知症について対策の充実を図るため、地域における的確なニーズの把握と対応、サポート体制の整備などについて、地域の実情を踏まえ記載していくこととすべきである。また、医療サービスや高齢者の住まいに関する計画と調和の取れたものとし、在宅医療の推進や高齢者に相応しい住まいの計画的な整備に関する事項等について、地域の実情に応じ記載していくことが求められている。

- また、介護保険制度は、国民の理解と納得があってはじめて成り立つものであり、介護保険制度の理念とルールについて、利用者やその家族だけでなく、広く住民に周知・定着されるよう国や自治体が積極的な取組を進めていくべきである。

(地域ニーズに応じた事業者の指定)

- 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型居宅介護は、夜間における対応が必要となることや、事業規模がある程度限られていることから、経営基盤が不安定となるおそれがある。地域に根ざして安定的にサービス提供を行うことを促進する観点から、その普及促進策を積極的に講じる必要がある。
- このため、市町村の日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、当該圏域内で必要なサービス量を踏まえた事業者の指定を行う裁量を保険者に付与し、事業者にとっても安定的にサービス提供できる体制を構築するべきである。
- このような観点に立って、地域密着型サービスについては、市町村が安定的なサービスの提供を確保できるよう、サービスの質の確保など一定の条件を課した上で、申請に基づく指定に代えて、公募を通じた選考により、事業者の指定を行えるよう検討する必要がある。
- また、都道府県指定の居宅サービス等と市町村指定の地域密着型サービスが、地域でそれぞれ整備され、サービスを提供することとなるため、市町村が希望する場合には、居宅サービス等の指定に際し、都道府県が関係市町村に協議を行うこととし、都道府県は、市町村との協議内容を踏まえて、指定の是非を判断し、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に当たり支障があると判断した場合は、指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべきである。
こうした制度を導入する際、事業者の指定にあたっての調整事項や事務負担の増大も見込まれることから、事業者の指定事務を含め、都道府県と市町村の権限の見直しも併せて検討していく必要があるとの意見があった。
- なお、現行の施設・居住系サービスの定員設定と指定拒否の仕組み(いわゆる「総量規制」)については、保険者が地域の高齢者のニーズを踏まえて施設・居住系サービスの基盤を一体的かつ計画的に整備するために

有効に機能している重要な制度であり、今後も現行制度の規制の内容や対象をそのまま維持する必要がある。

また、地域密着型サービスについて、市町村の境界付近にある事業所を、隣接する市町村の住民も活用できるよう、指定事務の簡素化等近隣市町村の協力・連携を図る方策を推進すべきである。

(保険者独自の介護報酬の設定)

- 平成 18 年度より、地域密着型サービスについては、介護報酬を減額する仕組みが導入されるとともに、平成 19 年 10 月から、厚生労働大臣の許可を得て報酬を増額できる仕組みが導入されたところである。市町村の独自の取組をさらに推進するため、独自報酬の設定について、一定の範囲内で厚生労働大臣の許可を得ることなく、増額報酬を認めるなど、財源負担に配慮しつつ、保険者の裁量をより拡大することを検討すべきである。

(地域主権)

- 介護保険制度については、制度創設以来「地方分権の試金石」として市町村自ら保険者となり保険制度を運営するなど地方が主体的な役割を果たしてきた。また、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された地域主権戦略大綱に基づき、指定都市及び中核市に介護保険事業者の指定権限を移譲することとしている。さらに、今回の改正においても、上述のとおり地域密着型サービスに係る市町村の権限を拡大する方向で検討するよう提言している。地方分権改革推進委員会第一次勧告（平成 20 年 5 月 28 日）において指摘されたすべての介護保険サービスの事業者の指定の市への移譲については、提言を踏まえた見直しの実施状況を踏まえつつ、引き続き検討すべきである。

6 低所得者への配慮

(補足給付)

- 前回改正において、施設と在宅の間の利用者負担の不均衡是正の観点から、施設における食費・居住費は介護保険給付の対象外としたところである。上記の見直しに当たっては、補足給付が導入され、低所得者の負担が軽減されている。
- 補足給付については、低所得者に対する食費・居住費の補助は、要介護・要支援状態の発生という保険事故に対する給付ではなく、あくまで低所得者対策であるとの観点から、全額公費負担の福祉的な制度とすべきと

の意見があった。現在の国及び地方の財政状況を踏まえると、ただちに全額公費により補足給付を賄うことは困難であるが、将来的な補足給付のあり方について、社会保障と財政のあり方全体の議論と併せて、引き続き検討することが必要である。

- こうした中、今回の介護保険制度改革においては、前回改正の趣旨や低所得者対策としての補足給付の趣旨に即した見直しを行っていくべきである。

(家族の負担能力の勘案)

- 特養の入所者については、現在、入所者の約4分の3が補足給付を受給している。しかし、これらの者の中には、入所前に同居していた家族に負担能力がある場合や、入所者自身が資産を保有しているケースがある。このため、補足給付の低所得者対策としての趣旨を徹底する観点から、保険者の判断により、施設入所者について可能な範囲で家族の負担能力等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断することができる仕組みとすべきである。

一方、保険者によって取扱いに違いが生じることが想定されることや、正確な資産把握が困難と考えられることから、慎重な検討が必要であるとの意見があった。

(ユニット型個室の負担軽減等)

- ユニット型個室については、低所得者の負担が大きく入所が困難であるとの指摘があることから、社会福祉法人による利用者負担軽減や補足給付の拡充により、その一部を軽減すべきである。その際、生活保護受給者もユニット型個室へ入所が可能となるよう検討すべきである。

養護老人ホームについても、個室化の推進のため、自治体の状況を踏まえて検討を行う必要がある。

- グループホームについては、補足給付の対象ではないが、地域によっては利用者負担が著しく高く、低所得者の利用を妨げていることから、地域で暮らす認知症を有する人を支援する視点に立って、何らかの利用者負担軽減措置を検討すべきではないかとの意見があった。

なお、介護保険施設と同様に介護保険給付としてグループホーム利用者に対する補足給付を行うべきとの意見もあった。

(多床室の給付範囲の見直し)

- 一方、前回の改正において、個室については、居住部分の減価償却費

相当額と光熱水費が保険給付の対象外となったが、多床室については光熱水費のみが保険給付の対象外とされた。この結果、多床室の介護報酬が、従来型個室の報酬よりも高い設定となっている。今後、利用者負担について、さらなる在宅との均衡を図るため、多床室についても、低所得者の利用に配慮しつつ、減価償却費相当額を保険給付対象外とする見直しが必要である。

- 多床室の減価償却費相当額を利用者負担とすることについては、その居住環境を考慮し、居住費については現状の光熱水費相当を維持すべきであるとの意見があった。

(高齢者の保険料負担の軽減)

- 65歳以上の第1号保険料については、これまで課税対象者については、保険者の判断により、被保険者の所得状況に応じ、きめ細かな保険料段階を設定することが可能となっている。一方、住民税世帯非課税の低所得者に対する保険料については、段階設定が固定されているところである。これを地域の実情に応じ低所得者に対するきめ細やかな配慮を行う観点から、弾力的に段階設定を行うことができるよう見直しを行う必要がある。
- 今後、介護基盤の整備や介護職員の処遇改善により、保険料の急激な上昇が見込まれるところである。市町村においては、第4期介護保険事業計画の策定の際と同様に、準備基金の取り崩しなどの取組も講じることとなると想定されるが、これらに加え、保険料の急激な上昇に対応するため、財政安定化基金の取り崩しにより、財源の範囲内で保険料の軽減を図ることを検討すべきとの意見があった。一方、財政安定化基金の適正規模や保険料の軽減に活用することについて、慎重に検討すべきとの意見があった。

IV 今後に向けて

- 今回の介護保険制度改革においては、第5期に向けて、
 - ・ 訪問介護と訪問看護の連携の下で行う24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設、
 - ・ 介護保険事業計画における医療サービスや住まいに関する計画とのさらなる連携
 - ・ 利用者負担や保険料の見直し

などを盛り込んだところである。これらの施策に加え、医療と介護の連携を一層実行あるものにしていくためには、平成 24 年度施行の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けてさらにそれぞれの役割分担や関係職種との連携、サービスの調整などについて、今後さらに議論を進める必要がある。

- 公費負担割合の見直し、地域支援事業の財源構成、補足給付の公費化など介護保険制度と公費のあり方については、社会保障と財政のあり方全体の中での課題として、引き続き検討を行っていく必要がある。
- さらに、本部会では、主として当面の法改正事項を中心に議論が進められてきたことから、今後、「社会保険」「保健制度」「福祉制度」といった視点で、介護保険制度の機能・役割について議論するべきとの指摘があった。
- また、介護保険制度が創設されて 10 年が過ぎ、制度自体が複雑化され、利用者や家族にとって分かりにくいシステムとなっているとの指摘もあり、今後、制度改正を進めていく際は、できるだけ利用者や家族に分かりやすく、利用しやすい制度となるよう、配慮していくべきである。

**高齢者医療制度の再構築と被用者保険の維持・発展に向けた
緊急集会**

開催趣旨 政府の「高齢者医療制度改革会議」は、後期高齢者医療制度を廃止し、高齢者を国民健康保険と被用者保険に戻すことを柱とした新たな高齢者医療制度についての「中間とりまとめ」を今夏に公表。費用負担や国民健康保険を含めた運営主体の在り方等について、年内に「最終とりまとめ」を行う予定となっています。

被用者保険をはじめとする各保険者は、急激な高齢化による医療費の高騰と高齢者医療に対する支援金・拠出金の急増、国の財政制約から、軒並み厳しい財政状況に陥っています。そのため、被用者保険関係4団体は一致して、被用者保険と地域保険の維持・発展と公費負担の拡充を求めてきました。

本年5月に成立した国民健康保険等の一部改正法案の国会審議でも、政府に公費の拡充を求める附帯決議が行われました。これら公費拡充の2011年度政府予算編成への反映をはじめとする4団体の要望の実現に向けて、緊急集会を開催します。

- | | | |
|------------|--|---|
| 主 催 | 健康保険組合連合会、日本経済団体連合会、全国健康保険協会、
日本労働組合総連合会 | |
| 日 時 | 2010年12月6日(月) 18:30~19:30 | |
| 場 所 | 星陵会館ホール(東京都千代田区永田町2-16-2) | |
| 規 模 | 400人 | |
| 内 容 | 主催者あいさつ
日本労働組合総連合会 会長
報告(高齢者医療制度改革会議の検討状況と課題)
高齢者医療制度改革会議 委員
意見表明
日本経済団体連合会 社会保障委員会企画部会長
全国健康保険協会 理事長
日本労働組合総連合会 総合政策局長
健康保険組合連合会 専務理事
集会アピール採択 | 古賀 伸明

宮武 剛

浅野 友靖
小林 剛
小島 茂
白川 修二 |



協発第101201-01号

平成22年12月1日

民主党陳情要請対応本部
本部長 枝野幸男 殿

全国健康保険協会
理事長 小林 剛

保険財政に対する国庫補助等に関する要望について

日頃より当協会の制度運営に当たり、ご高配を賜り厚く御礼申し上げます。
また、当協会の保険料率の引上げ幅を抑えるための特例措置を講じて頂いて
おり、重ねて御礼申し上げます。

協会けんぽは、健康保険組合に加入していない、主に中小企業の被用者・家
族3500万人の加入する健康保険を運営しております。

本年度の当協会の保険料率については、本年4月納付分よりかつてない大幅
な引上げ（全国平均8.20%→9.34%）を実施いたしました。しかしながら、厳
しい経済状況が続く中、現状のままでは平成23年度においても2年連続しての
保険料率の引上げが不可避であり、23年度の保険料率は9.5%台という極めて
高い水準になる見通しです。

当協会においても、レセプト点検やジェネリック医薬品の使用促進などの医
療費の適正化や経費の節減等を強力に推進しているところですが、2年連続と
なる保険料率の引上げについては、現下の中小企業の経営環境や家計の状況、
さらに事業主代表や被保険者代表などの意見を踏まえると大変困難なことと
考えております。

また、今般の保険料率の引上げによって、同じ被用者保険である健康保険組
合の保険料率(22年度予算早期集計平均7.62%)との格差は一層拡大しており、
国民皆保険の下での負担の公平を図る観点からはこれを是正していく必要が
あると考えています。

これらの状況を踏まえ、協会けんぽに対する国庫補助率について、現行の
16.4%から法律上の上限である20%に向けた財政支援などの対策を厚生労働
省に要望しています。与党におかれましても、特段のご理解とご配慮をよろし
くお願い申し上げます。

平成22年12月1日

中小企業向け健康保険制度に対する国庫補助の引上げについて（要望）

日本商工会議所
会頭 岡村 正

全国中小企業団体中央会
会長 鶴田 欣也

全国商工会連合会
会長 石澤 義文

一昨年が発足した全国健康保険協会は、中小企業向けの健康保険制度として、現在3,500万人の加入者を擁し大きな役割を担っている。しかし、同協会の財政は、景気低迷や医療費の増加等の影響を受け、今年の春に、保険料率が8.2%から9.34%に大幅に引上げられた（平均的な被保険者（月収28万円）の場合、月額保険料は労使合計で約3,200円の増で約26,200円）。

景気の現状は急激かつ大幅な悪化から持ち直しつつあるものの、中小企業を取り巻く状況は依然として厳しく、先行きの不透明感も増している。このため、平成23年度においても、今年の春に続き2年連続しての保険料率引上げが不可避であり、9.5%台という極めて高い水準になる見通しになっている。このような保険料率の引上げが毎年続けば、中小企業の経営や雇用の悪化等をもたらすことが懸念される。

全国健康保険協会の財政状況を一刻も早く改善し、持続可能な中小企業向け健康保険制度とするため、国庫補助率について、現行の16.4%から健康保険法上の上限である20%へ引上げられたい。

以上