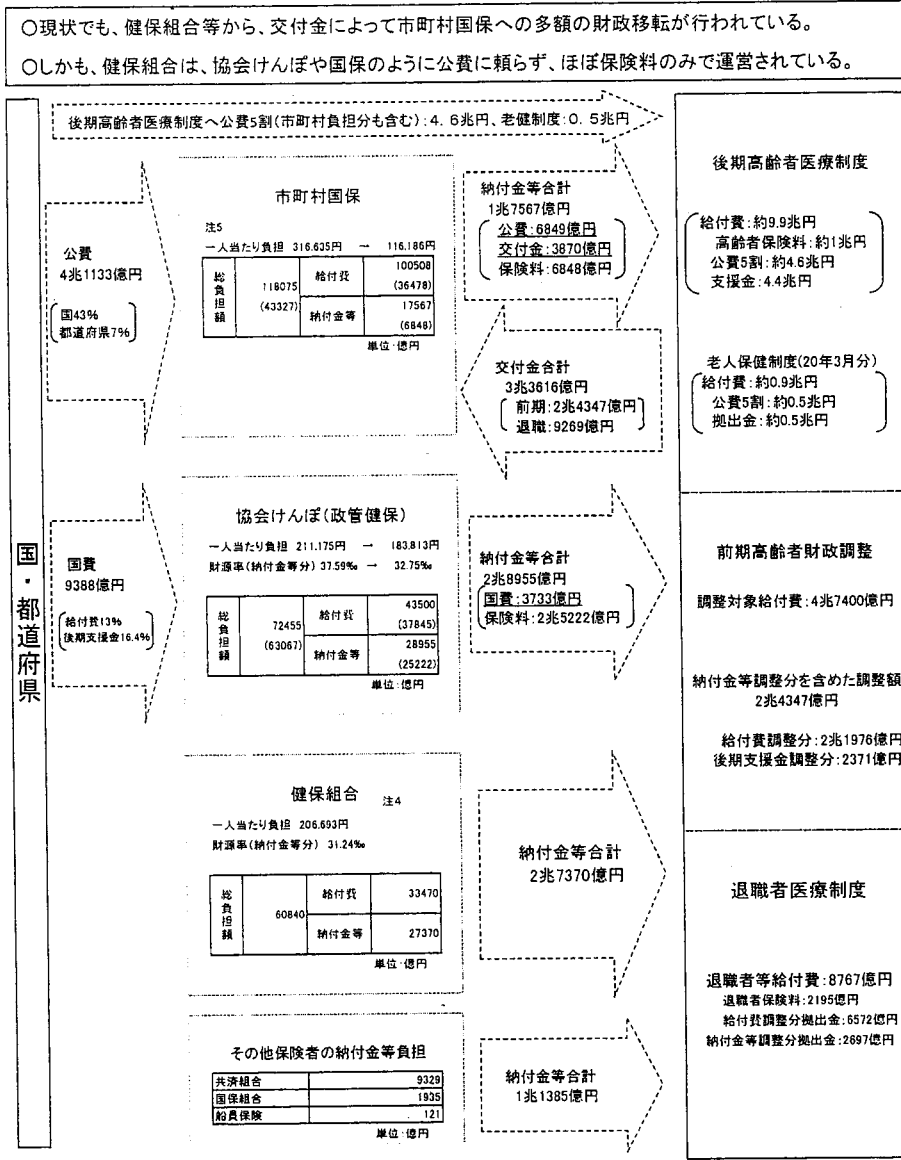


参考資料 3. 医療保険制度における財政移転(20年度)  
(公表数値にもとづいて健保連が試算)



注1. かつこ内は国費または公費、退職者交付金、前期高齢者交付金を控除した後の金額。  
注2. 市町村国保、協会けんぽ(政管健保にかかる分も含む)、健保組合の給付費は20年度予算の数値、納付金等は20年度賦課額を用いた。  
注3. 表中の納付金等の他、各保険者は病床転換支援金を負担する(全保険者合計29億円)  
注4. 給付費等臨時補助金による補助(53億円)は、計上していない。  
注5. 一人当たり負担は、加入者一人当たり負担金額。矢印の右側は国費または公費、退職者交付金、前期高齢者交付金を控除した後の金額、数値を示した。

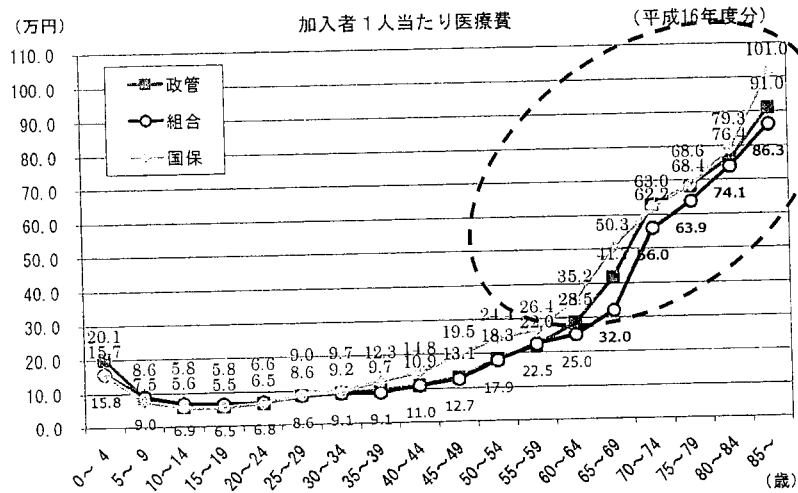
参考資料 4. 国民健康保険(市町村)・政府管掌健康保険・組合管掌健康保険の比較

被保険者	市町村国保	政管健保	組合健保
加入者数 (2007[19]年3月末) ※6	4,738万人	3,594万人 本人 1,950万人 家族 1,644万人	3,041万人 本人 1,543万人 家族 1,498万人
保険者数 (2007[19]年3月末)	1,818	1	1,541
加入者平均年齢 (2006[18]年度) ※1	55.2歳 (44.0歳)	37.4歳 (34.3歳)	35.0歳 (33.1歳)
老人加入割合 (2007[19]年3月末) ※2	2.5%	3.9%	1.8%
平均標準報酬月額 (2006[18]年度)	—	28.3万円	37.0万円
1世帯当たり年間所得 (2006[18]年度推計) ※3	131万円	22.9万円	37.0万円
1世帯当たり保険料 調定額(2006[18]年度) ※4	15.5万円	17.0万円 (34.1万円)	18.7万円 (41.5万円)
国庫負担	給付費等の43%	給付費等の13.0% (後期高齢者支援金は16.4%)	定額(予算補助)
2008[20]年度予算	2兆8,096億円	8,254億円	53億円
1人当たり診療費 (2005[17]年度) ※5	17.4万円	11.7万円	10.1万円

※1 ( )内は70歳以上の者を除いた場合  
※2 65歳以上の寝たきり老人を含む。  
※3 国保は旧ただし書き方式による課税標準額であり、政管健保、組合健保は標準報酬をもとに費与月数、給与所得控除等を足込んで推計したもの。  
※4 保険料額には介護分が含まれており、政管健保、組合健保は1被保険者当たりの額である。( )内は事業者負担分を含む。  
※5 老人保健対象者(国保は退職被保険者等)を除いた数値である。 ※6 各数値は速報値である。  
※7 組合健保の設立に必要な被保険者数 単一組合: 700人以上、総合組合: 3,000人以上  
(資料) 財務省『財政制度等審議会 財政構造改革部会 資料(平成20年5月13日)

参考資料5. 制度別医療費実績

- 60歳以降、健保組合の加入者1人当たりの医療費は、政管健保、国保に比べて低い。
- 35歳以降、国保の加入者1人当たり医療費は、健保組合、政管健保に比べて高い。



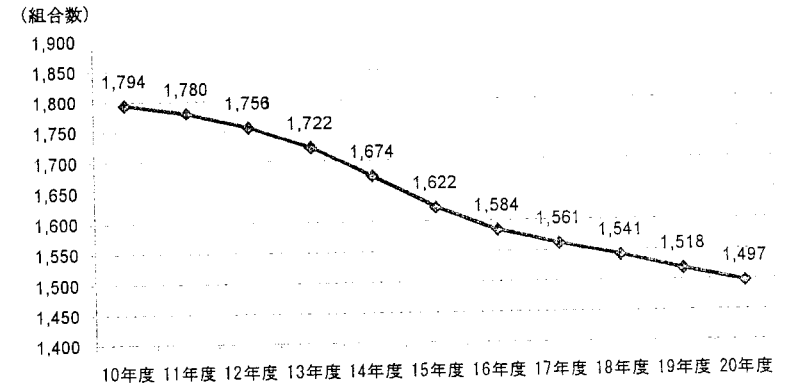
(注) 1人当たり医療費は、診療費(入院、入院外、歯科)、調剤、食事療養、訪問看護に係る分である。  
 (資料) 厚生労働省『社会保障審議会 医療保険部会』資料より抜粋

年齢階級	0~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29
組合	15.8	9.0	6.9	6.5	6.8	8.6
政管	20.1	8.6	5.8	5.8	6.6	8.6
国保	15.7	7.5	5.6	5.5	6.5	9.0

年齢階級	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59
組合	9.1	9.1	11.0	12.7	17.9	22.5
政管	9.2	9.7	10.9	13.1	18.3	22.0
国保	9.7	12.3	14.8	19.5	24.4	26.4

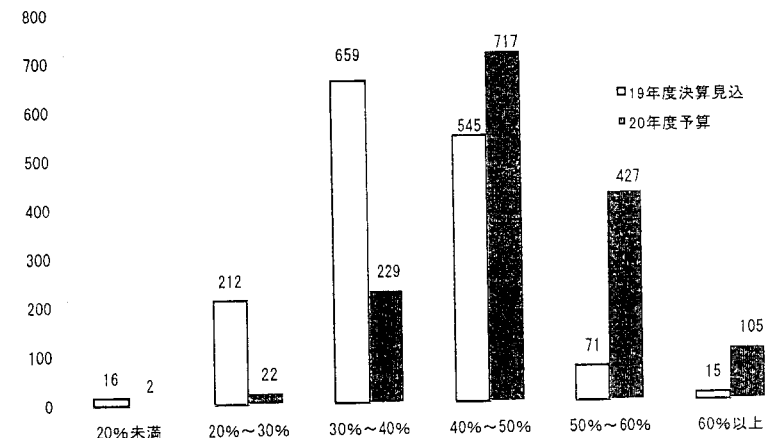
年齢階級	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85~
組合	25.0	32.0	56.0	63.9	74.1	86.3
政管	28.5	41.7	63.0	68.4	76.4	91.0
国保	35.2	50.3	62.2	68.6	79.3	101.0

参考資料6. 健保組合数の年次推移



平成19年度以前は年度末、20年度は12月1日現在  
 ピークは平成4年5月1日時点の1827組合

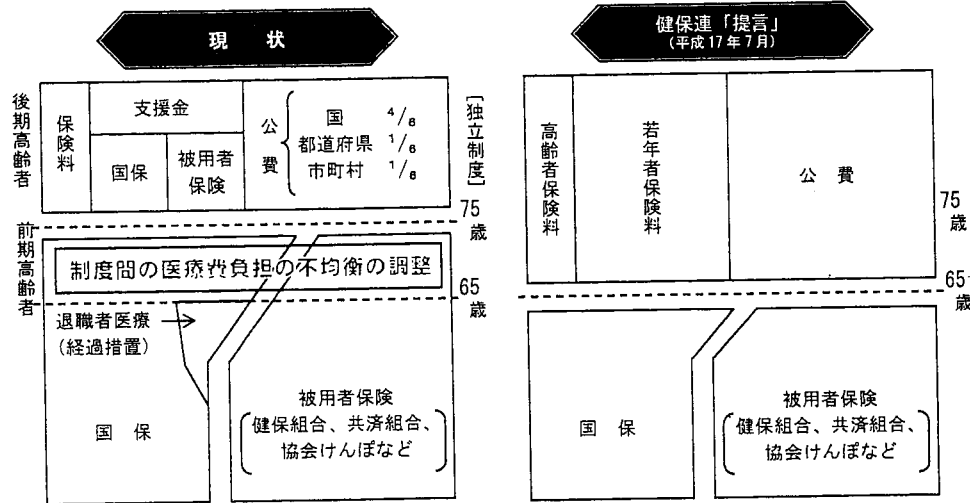
参考資料7. 保険料収入に対する支援金・納付金の割合別組合数



(注) 20年度摺の後期高齢者支援金については、20年3月分の老人保健拠出金の負担分を含めて算出した値。  
 また、前期高齢者納付金については、20年3月分および20年4月以降における経過措置に伴う、退職者  
 給付拠出金の負担分を含めて算出した値。

(資料) 『20年度予算概要表』より集計

参考資料 8. 高齢者医療制度に関する健保連の考え方



制度の特徴

■ 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）

- 75歳以上の人と65歳から74歳の一定の障害のある人を被保険者とする独立した医療制度。
- 後期高齢者の医療費全体から、患者が窓口で支払う一部負担金を差し引いた額を、概ね公費5、各保険者が拠出する後期高齢者支援金4、後期高齢者の保険料1の割合で賄う。

■ 前期高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡を是正するしくみ

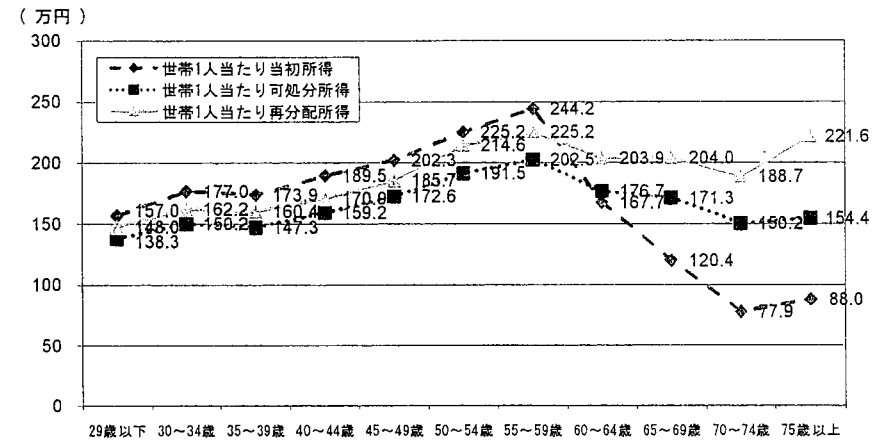
- 65歳から74歳までの前期高齢者の医療費を各保険者が共同で負担するしくみ。
- 各保険者の前期高齢者の医療費をベースに、どの保険者も前期高齢者が同じ割合で加入していると仮定して調整が行われる。

制度の特徴

- 65歳以上の高齢者を対象とした独立型の制度。
  - 現行の後期高齢者医療制度を前期高齢者の圏に拡大するイメージ
- 運営責任主体となる保険者は、都道府県単位で行政から独立した公法人。費用負担者が運営に参画するしくみ。
- 患者一部負担をのぞく医療給付費について、公費負担5割を目的。それ以外の部分を、高齢被保険者と若年被保険者の人数比で按分し、それぞれ保険料として負担。
- 若年者の負担は、被用者保険と国保の若年者数で按分し、被用者保険では報酬（負担能力）に見合ったものとする（上限を設ける）。

参考資料 9. 世帯主の年齢階級別 1人当たり所得再分配状況

- 再分配所得が当初所得を上回るのは世帯主が60歳以上の世帯。
- 60歳以上の再分配所得は、49歳未満のそれを上回る。



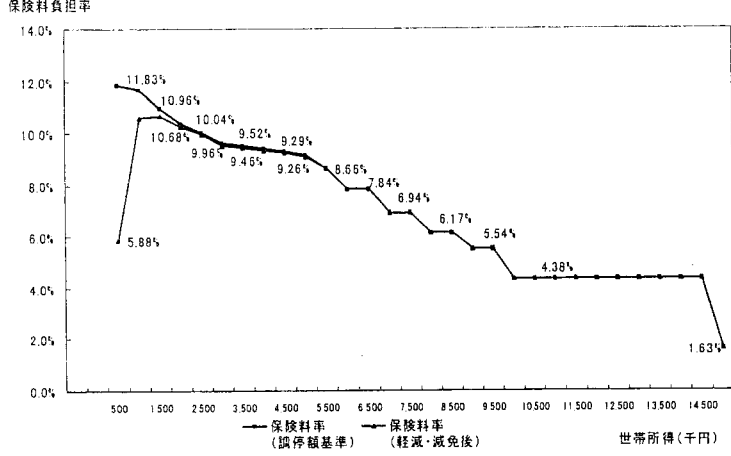
※1 当初所得：雇業者所得、事業所得、農耕所得、畜産所得、財産所得、家内労働所得及び雑収入並びに私的給付（仕送り、企業年金、生命保険金等の合計額）の合計額。  
 ※2 再分配所得：当初所得から税金、社会保険料を控除し、社会保障給付を加えたもの。  
 （資料）厚生労働省『所得再分配調査（平成17年）』より作成

参考資料 10. 世帯主の年齢階級別 1世帯当たり家計資産額（2人以上の世帯・全世帯）

世帯主の年齢階級	資産合計	金融資産	住宅・宅地資産		耐久消費財等資産			年間収入		
			宅地	住宅	耐久消費財	ゴルフ会員券等				
							平均		30歳未満	30歳台
平均	3900	950	2786	2180	606	164	150	14	696	
30歳未満	817	-8	679	426	253	146	144	2	469	
30歳台	1459	-212	1514	955	559	158	156	2	597	
40歳台	2712	148	2393	1708	685	171	164	7	777	
50歳台	4160	1020	2955	2325	630	186	170	16	878	
60歳台	5556	1884	3499	2877	622	173	145	28	624	
70歳以上	5961	2026	3817	3261	556	117	99	18	542	
対前回増減率（%）	平均	-11.1	6.1	-15.5	-18.6	-2.3	-15.3	-10.5	-45.6	-8.5
30歳未満	-21.2	-113.4	-16.6	-25.3	3.7	-9.8	-10.8	250.0	-2.2	
30歳台	-28.6	-	-21.3	-30.5	1.6	-12.1	-10.3	-67.9	-7.8	
40歳台	-20.7	-47.0	-18.7	-24.2	-0.7	-13.8	-9.7	-57.9	-7.6	
50歳台	-16.7	-2.9	-20.6	-23.7	-6.4	-17.2	-10.2	-55.1	-9.2	
60歳台	-12.6	-1.9	-17.4	-20.3	-0.2	-15.2	-4.6	-46.6	-7.4	
70歳以上	-14.2	-1.2	-19.9	-21.7	-7.4	-10.2	-5.3	-30.0	-2.0	

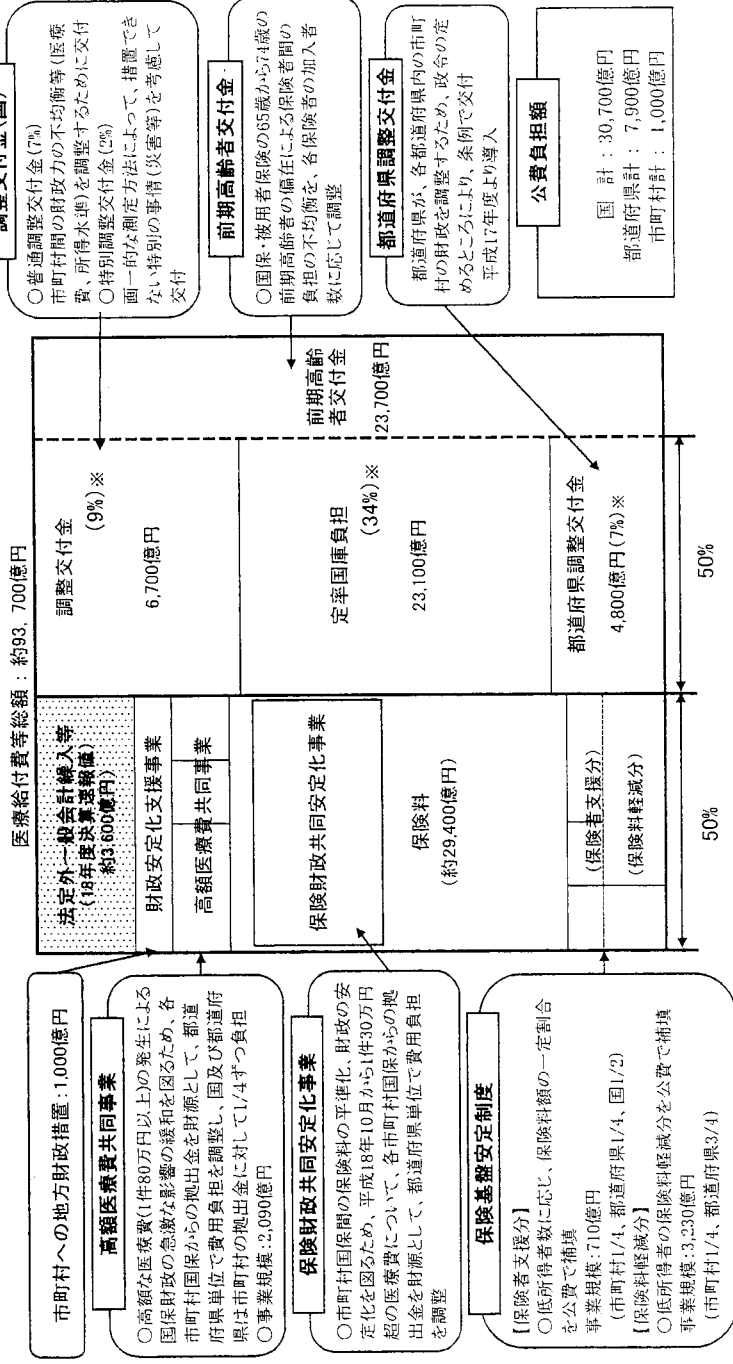
1) 平成11年度は-59万円  
 （資料）総務省『平成16年度全国消費実態調査 家計資産に関する結果（速報）』

参考資料11. 国保の所得階級別保険料負担率(平成18年度)〈金世帯〉



(注)『国民健康保険実態調査報告』における所得階級の区分が一律でないため、世帯所得が500万円以上の場合は、複数の所得階級での保険料負担率が等しくなっている。  
 (資料)厚生労働省『国民健康保険実態調査報告』より作成

参考資料12. 国保財政の現状(20年度予算ベース)



※ それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットや、保険基盤安定制度繰入金の一部に相当する額を調整交付金としていること等から、実際の割合はこれと異なる。

(資料)厚生労働省『全国老人医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局局長会議』資料より抜粋

参考資料 13. 諸外国の医療制度改革  
—財源調達、財政システムの事例(ドイツ、フランス、イギリス、韓国)

1. ドイツ：リスク構造調整 (RSA)

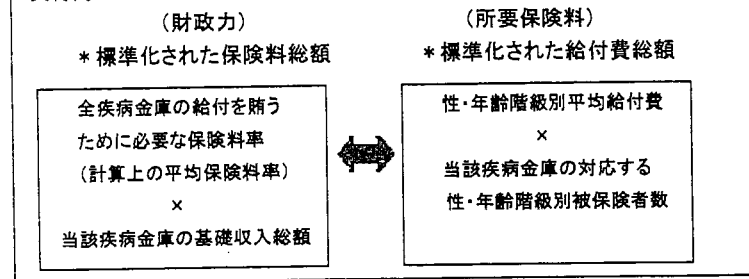
○競争と保険者選択を条件とした、同一の存立基盤を持つ保険者間の財政調整システム

ドイツでは、被保険者に医療保険者（疾病金庫）の選択を認め、保険者間の競争を促す条件整備として「リスク構造調整 (RSA)」と呼ばれる、財政調整が行われている。リスク構造調整は、保険者間における、①基礎収入、②家族被保険者数、③性別、④年齢階級、⑤障害年金受給の有無一によって区分した、被保険者の割合が異なることによって生じる財政的な影響を調整する仕組みである。

ドイツの公的医療保険制度は、被用者保険制度であり、日本と異なり皆保険とはなっていない（\*2007年改革法により09年から皆保険化へ）。リスク構造調整は、「疾病金庫」という存立基盤が同一の医療保険者間の財政移転システムであることに留意する必要がある。存立基盤が同一という前提から、同じ疾病金庫でも「農業疾病金庫」は財政調整の対象とはなっていない。その理由は、農業疾病金庫に対してのみ大規模な公的補助による財政負担の調整が行われていることによる。

リスク構造調整の概要（\*簡素化したイメージ）

すべての疾病金庫がそれぞれの基礎収入総額から同じ割合で拠出し、その拠出総額から、各疾病金庫はそれぞれの性別、年齢階級、障害年金受給の有無で区分した被保険者数に応じて標準的に必要となる給付費を受け取る（\*実際には「財政力」と「所要保険料」との差額を拠出・交付）。  
[松本勝明, 2003, pp190-191 より]



2. フランス：一般社会拠出金 (CSG) の導入

○制度の持続性、機能強化を高める観点から、広範な賦課ベースを持つ社会保険目的税による財源代替化

フランスでは、公的医療保険制度の持続性・機能強化を高める観点から、社会保険料と同等の性格を持つ「一般社会拠出金」(CSG) と呼ばれる社会保険目的税への財源代替化が行われている。一般社会拠出金は、給与所得者のみに負担が偏重しないよう、賃金等の稼働所得のほか、株式譲渡益などの資産所得や投資益、賭博益など広く賦課されている。

社会保険料から目的税による財源代替化の背景には、給付水準と受給者数の拡大により給付費が増加するなかで、企業の保険料負担が労働コストとして把握されるようになり、保険料の引き上げが難しい状況がある。現在、医療財源のうち保険料の比率は42%、税の比率は40%となっている。

社会保険料と一般社会拠出金 (CSG)

社会保険料(医療)			
所得種別	課税対象	保険料率	給付率
稼働所得	賃金	13.10%	0.75%
	非賃金		
代替所得	所得税課税者	6.20%	3.95%
	失業手当		
	日額手当	6.20%	4.35%
	退職年金		
	障害年金		
	所得税非課税・居住税課税者	3.80%	3.80%
資産所得		8.20%	5.95%
投資益		8.20%	5.95%
賭博益		8.20%	7.25%

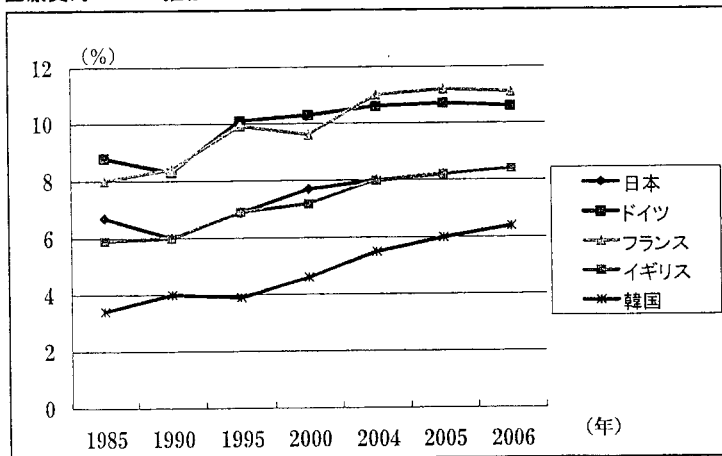
### 3. イギリス：税方式による医療保障（NHS:国民保健サービス）

#### ○税方式によるマクロ的抑制と医療サービスに対する影響

イギリスの国民保健サービス（NHS）の主な財源は、租税（国税）であり、他の公共サービスと同様、予算枠が決まっている。予算枠が増えない限り、原則として支出の増加が認められないため、マクロ的な抑制作用が働きやすく、国民保健サービスに関しても、総予算の伸びを抑制する形で総支出を抑制することが可能となる。

しかし一方で、総枠予算の伸びを抑制し続けた影響、弊害など問題点も多い。事実、2003年までイギリスのGDPに占める医療費の割合は7%台とOECD諸国のなかで最低水準にあったが、その影響は、医療サービスの量・質の両面に大きな弊害—①病棟閉鎖、医療従事者の雇用調整、②深刻な待機問題（数ヶ月におよぶ入院待機リスト、平均3時間以上の救急医療における待機時間など）、③医療施設・設備の老朽化、④低賃金、長時間労働による医療従事者の士気の低下—をもたらし、国民の大きな不満的となった。なお、2001年誕生のブレア政権は、選挙公約で医療費を1.5%引き上げることを掲げ、政策転換を図っている。

医療費対GDPの推移



### 4. 韓国：制度統合・一本化

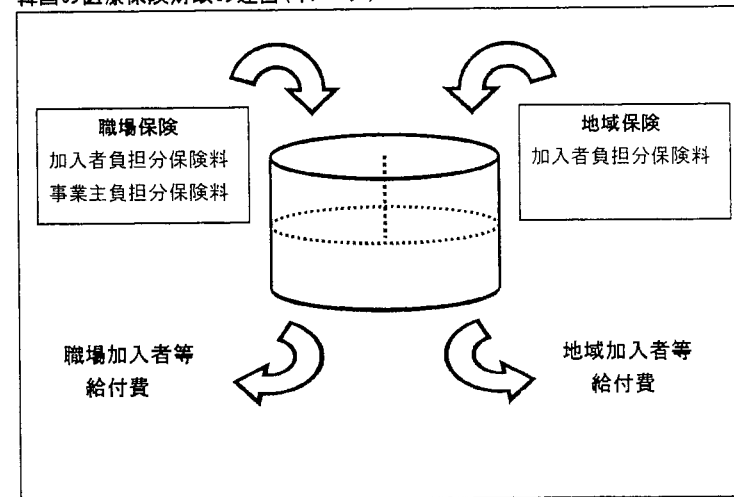
#### ○二元的な保険料賦課体系のもとでの財政システムの統合

韓国の医療保険制度は、かつて職場保険（被用者）と地域保険（自営業者等）の二元体系のもとで運営されていたが、2000年の「組織統合」、2003年の「財政統合」による改革を経て、単一の制度：「国民健康保険」、単一の保険：「国民健康保険公団」へと統合・一本化を図った。

しかし、統合の条件であった「被用者」と「自営業者」間の異なる保険料賦課体系の統一化は実現不可能と判断され、現在も保険料賦課体系は従来のままの二元体系となっている。保険料賦課体系の統一化が行えないことから、見かけ上、単一の財政システムとなっているにすぎず、実質的には二元体系のまま単に勘定を一つにただけである。

保険料賦課体系が「職場」と「地域」の二元体系に分離されているにも関わらず勘定を一つとしているため、不透明感を強く意識させる財政システムとなっており、保険料引き上げに際して、公平性についての納得感、コンセンサスが得られにくい。また、財政運営上、両者の資金融通、資金補填の可能性があるなど、財政節度の維持や財政規律に関して多くの課題・問題を残している。

韓国の医療保険財政の運営(イメージ)



◆ 健診・保健指導等 ◆

**北海道農業団体健康保険組合**

【取組内容】

生活習慣改善プログラムが7種類あり、参加費用は全て無料。参加者には問診表を送り、保健師や管理栄養士、トレーナーが回答を回収後、所定期間プログラムを実施してもらう。期間中も必要に応じて電話や手紙、Eメールを使ってアドバイスするなどきめ細かな対応をする。参加者には、終了後に意識調査を行って、生活習慣の改善や行動変容につながったかどうかを確認している。

【効果】

生活習慣改善プログラムの一つ、「減る脂一（ヘルシー）プログラム」の参加者における医療費削減効果は、高脂血症治療の年間医療費を1人当たり11万5,000円と試算すると、年間で1,058万0,000円に上る。なお実績としては、5年後の総コレステロールが基準値におさまっていた人は184人中92人、50%に達した。

**東京農業健康保険組合**

【取組内容】

昭和60年に健康開発センターを開設し、同センターを拠点に健康管理事業に取り組んでいる。センター内の組織は部署ごとに役割が明確化され、制度の改正やニーズに応じて担当部署の新設など組織編成を行い、より充実した事業の展開に取り組んでいる。

○各種健診の実施

健康開発センターや全国の契約医療機関において、総合健診（定期健診、生活習慣病健診、家族健診、人間ドック等）、単科健診（胃健診や大腸健診等）及び二次健診を実施している。

○ヘルシーライフ教室

高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満等の経過観察者の希望者に、3ヵ月の実践的な保健指導を行っている。開会式に始まり、メディカルチェック後、運動療法の専門医師が一人ひとりに合わせた運動処方を行う。その後、概ね2週に1回健康開発センターに来所し、保健師等による保健指導を受け、3ヵ月後、効果判定を行う。

○健康づくりの自己啓発

毎年10月を健康づくり強調月間とし、健康開発センターにおいて歯科健診やヨガ体験教室等を行う参加型の「健康フェスタ」を実施している。また、ポスター、機関紙、携帯サイト、ホームページ等多彩な広報手段を用いて、加入者への健康づくり事業の普

及および自己啓発に努めている。

○事業所との連携

事業所ごとに健康管理委員を配置し、同委員を対象に健康管理研修会を開催するほか、専門スタッフが事業所訪問指導を通じて各事業所における各種健診の受診勧奨の促進と各種大会への参加など健康への意識高揚に努めるとともに、事業の推進に向けた職場のリーダー養成に取り組んでいる。

【効果】

18年には32名がヘルシーライフ教室に参加し、数値改善に至っているほか、事業所との連携による広報活動により健康フェスタ参加者も年々増加しており、健康づくり活動の普及が進んでいる。

**森永健康保険組合**

【取組内容】

健康日本21運動にあわせ、健保独自に「個人の健康づくり」「保健活動の推進」を事業計画として掲げ「健康モリナガ21」運動（22年までの8年計画）を実施している。主な内容は以下のとおり。

○生活習慣改善プラン「健康モリナガ21—ハビット」（ハビットの意味は「生活習慣」）

参加者：エントリー制であり、被保険者及び配偶者（扶養如何を問わず）が参加資格を持つ。

実施方法：自己の生活習慣を振り返り、改善目標を最低2つ設定しチャレンジを行う。

2ヵ月間達成度を記録し、達成状況によって達成賞、努力賞が授与される。

○普及・啓発活動の推進

健診やセルフケア情報満載の「けんぽモリナガ21」の発行や、社内報、労働組合の機関紙等による広報活動の強化を行っているほか、ハビットに関する冊子の作成や事業所訪問による参加の呼びかけを行っている。

【効果】

第1回ハビット参加率は24%（本人）であったが、広報活動等を強化した結果、近年では50%にまで上昇した。達成率についても、34%から76%にまで上昇するなど効果をあげており、個人の健康づくりへの意識も高まってきている。

**トヨタ自動車健康保険組合**

【取組内容】

治療から予防へとシフトする今後の環境変化を見据えて、「TOYOTA KENPO VISION 2015」を策定。

その「中期計画」は、健康づくりの基盤を構築する18～20年度、健康づくり支援実践・評価をする21～24年度、そして25～27年度でトップレベルの健康水準を実現する—の3

段階。具体的施策として、「健康支援センター・ウェルボ」（健康づくりの拠点）、「健康支援プログラム」（データに基づいた健康PDCAサイクルの実施）、「健康応援プログラム・るぶる」（やる気を起こさせるシステム）—の3大戦略がある。

レセプト情報や健診データに加えて、日常の運動や勤務中・通勤の歩行、睡眠、食事など個人の生活実態が把握できる問診データも活用し、リスクに応じた個別指導を実施する。

### パナソニック健康保険組合

#### 【取組内容】

19年で検診開始から50周年を迎える伝統と実績をもつ。病院、老人保健施設、看護専門学校等を運営し、被保険者・被扶養者の健康、医療に関することを一手に引き受けている。特定健診、特定保健指導の実施に先立ち、19年度からモデル事業を実施。事業所、労働組合、健保組合が三位一体となり、そこに産業医や保健師などの専門職も加わって推進体制を築いている。

その他、母体事業所の強みを活かし、定期健診の結果を各自が閲覧できるシステムや喫煙と肥満の状態を事業所単位で比較できるシステム、1日の活動量を時系列に計測するシステムなどを開発し保健事業に活用している。

### 川崎重工業健康保険組合

#### 【取組内容】

被保険者・被扶養者の健康維持・増進を図るため、事業所と連携しつつ様々な保健事業を実施している。具体的には、PR広報宣伝の「インフォメーション・サービス」、指導者の養成・配置等の「リーダーサービス」、フィットネスプログラム、高血糖改善プログラム、健康教室等の「プログラムサービス」、歯科検診、人間ドック等の「ヘルスチェック・システム」の4つの事業を展開している。

#### ○家庭用情報誌「健やかな明日へ」配布

季刊の広報誌に加え、3年に1回、各家庭に健保組合のしくみや保険給付の受け方、また新しい制度の説明等の情報誌を発行し、健保組合の取り組みの周知や、健診制度の周知等を行っている。

#### ○保健指導協議会

特定健診・特定保健指導制度の開始に備え、保健衛生スタッフのいる事業所と健保組合との調整を図る場として、19年11月に「保健指導協議会」を立ち上げた。同協議会では、両者の有機的な連携のもと、特定健診等の効率的な事業実施に向け協議を重ねるとともに、保健事業全体について情報交換、検討の場としている。

#### 【効果】

健康への関心を高めるための広報活動等や受診しやすい環境づくりによって、各種検診受診者や健康教室参加者が増加しており、被保険者、被扶養者の健康の保持・増進につな

がっている。

### ワールド健康保険組合

#### 【取組内容】

「事業所と一緒に取り組む」ことが成功の哲学と考え、役割分担を明確化し、労働安全衛生法関連は事業所、その他の健診・保健指導等は健保組合が責務を負うことを前提とし、事業所と健保組合が協力・連携しながら種々の事業を実施している。また、『最少の費用で最高のサービス』を実現するために、性差と世代別に分析するなどマーケティング発想で健保組合マネジメントに取り組んでいる。

#### ○健康管理事業推進委員会の設置

事業所の健康管理委員及び健保組合の職員・保健師等で構成され、委員自らが健保組合がまとめた健診結果などのデータを基に、事業所の特性やニーズによる健康づくり活動を企画・立案・推進し、健保組合は企画の段階から、健康管理委員を全面的にサポートしていく。これらの健康づくり活動は、年2回開催される委員会で全委員の投票によって、優秀事業所を選出することで評価を行っている。

#### ○健康を大切にす風土づくり（ポピュレーションアプローチ）

明るいデザインのホームページや広報誌づくり、食堂の机上ポップスタンドへの「食情報」の提示など、事業所と連携しながら多彩な広報活動を行っている他、インセンティブ制度を実施し、被保険者や家族の健康づくり活動への自主的な参加を促すなど、健康づくりの大切さを理解してもらうための普及啓発活動に力をいれている。

#### 【効果】

事業所と健保組合で役割を明確化し、それぞれの事業に集中することで、被保険者の健診受診率・保健指導実施率において100%に近い成果につながっている他、健康管理事業推進委員会における各事業所の健康づくり活動の発表を全委員で評価することにより、事業所間の競争意識喚起につながり、各事業所の自主的な取組姿勢を引き出している。

また、配偶者向け広報活動や巡回健診など受診環境の拡大に力をいれたことにより、被扶養者の健診受診率も25%（13年度）から40%（15年度）に改善した。

### 健保連 愛媛連合会

#### 【取組内容】

国の補助金を活用して「効果的な保健事業の手法等の開発事業」を17～18年度の2カ年にわたって実施。県内健保組合の被保険者・被扶養者を対象に8組合が事業に参加した。17年度は実態調査を実施。参加組合の被保険者・被扶養者のレセプト、健診結果、アンケート結果を集計・分析した。対象者はレセプトで約6万人、健診結果とアンケートで各々約2万人分。18年度は、参加者個々の目標設定から「健康づくり」実践段階へ移行。継続的に参加者を支援し、最後、再度のアセスメントで効果を測った。



【 効 果 】

レセプトの分析結果から、医療費を押し上げている疾病は、▽高血圧性疾患、▽その他の内分泌・栄養及び代謝疾患、▽糖尿病などで、これらを予防することが医療費適正化のポイントであることが明らかになった。また、○メタボリックシンドローム該当者の5割近くが健康リスクを改善するといった成果があった。

**東京都総合組合保健施設振興協会（東振協）**

【 取組内容 】

東振協は44都道府県の約1,800の医療（健診）機関と契約を結んでいる。会員となっている健保組合を通じて、その組合の加入者（被保険者・被扶養者）は健診・保健指導を受けることができ、約100万人が利用している。健診データをすべて共通のフォーマットで過去データを含めて管理。健診データをもとに階層化された保健指導対象者をリストアップし、健保組合に義務づけられた特定保健指導を実施する。19年度は10,600人余りの加入者が保健指導を受けた。

【 効 果 】

健診・保健指導の共同事業化により会員組合の事務の効率化、経費削減に加えて、加入者の利便性が向上する。

【参考：東振協の設立経緯（HP抜粋）】

総合健保にあっては同種同業の多数の中小企業事業所によって構成されていることから、諸事業の実施には多くの困難が伴う。特に、被保険者やその家族に対する疾病予防事業の実施面で非効率적であるばかりでなく実施が困難な場合も多い。そのため、都内に所在する総合健保関係者の協力により、保健施設事業の共同化が図られた。

◆ 歯科保健事業 ◆

**東海ゴム工業健康保険組合**

【 取組内容 】

歯科保健事業は、財団法人ライオン歯科衛生研究所に依頼し7年度から実施。1事業所から始めて19年度は7事業所で実施している。被保険者のうち希望者には事前に歯についてのアンケートを実施する。検診は、口腔チェック、ブラッシング指導、歯科医師による全般指導の順で実施。費用は1人当たり3,900円かかるが全額健保組合が負担している。希望者が増加したため19年度から日数を増やし実施している。

【 効 果 】

検診が始まった7年度から歯科医療費は減少しており、7年度8,666万7,000円が19年度では4,729万2,000円と45.4%減少した。また1件当たり金額も7年度1万4,387円が19年度には8,977円へと37.6%減少している。

◆ 禁煙支援 ◆

**三洋電機連合健康保険組合**

【 取組内容 】

独自の「禁煙支援プログラム」を、毎年異なる事業所単位で実施している。全事業所の中から、希望のあった優先度の高い2事業所を選んでいる。定期健康診断日を禁煙開始日とし、健診の約1カ月前に禁煙がスムーズに実施できるよう禁煙の準備をするための教室を開催。禁煙開始日とその約1.5カ月後に個別相談を実施。さらに禁煙開始日から約3カ月後に2回目の教室を開催し、禁煙継続者を職場での禁煙支援者として認定したり、プログラム終了後も禁煙を継続、あるいは再挑戦できるようグループワークを実施している。（約5カ月間に教室2回、個別相談2回の合計4回のフォローを実施。）

【 効 果 】

過去3年（15年度～17年度）実施したプログラムを通じて、3カ月以上禁煙を継続した人の割合は15年度28.6%から17年度44.4%（15.8%増）と上昇した。

◆ メンタルヘルス ◆

**日立国際電気健康保険組合**

【 取組内容 】

事業主、健保組合、産業医の所属する大学の共同事業として、18年から3カ年計画の「メンタル疾病半減対策」を実施している。1年目は、①メンタルヘルス研修、②職場復帰プログラムに基づいたケースマネジメント（個別面談[1回/月]）—を実施。2年目は、保健師を配置して個別面談から次の個別面談までの期間のサポート体制を構築した。3年目（20年度）は、これまでの傾向分析から予防につなげること、継続的な取り組みとして定着させることとしている。

【 効 果 】

傷病手当金のうちメンタル疾病が占める割合が対策を実施する前年度から大幅に下がっ

た（17年度69%→18年度57%、19年度62%）。また、傷病手当金の給付期間が短縮。付加給付を加えた2年間支給するケースはほとんどなくなった。

## ◆ 医療費削減 ◆

### パレット健康保険組合

#### 【取組内容】

年2回、6ヵ月分まとめて医療費通知を実施。診療月ごとの通院日数、医療費の総額、健保組合で支払った額、窓口負担、診療を受けた医療機関名が記載されている。また、その裏面は「問合せシート」になっており、加入者が健保組合と連絡を取りやすいよう配慮されている。そのほか、受診についてのアンケートを実施し、医療費通知や加入者向けの啓発文書と一緒に結果を送っている。

#### 【効果】

医療費通知に対するリアクションは毎回20件程度。そのなかには不正請求発見につながったケースもある。

【参考：協会けんぽ（政管けんぽ）の医療費通知実施状況】（20年10月時点）

①年間発送回数 ⇒ 年2回、②対象月 ⇒ 全月、③対象金額 ⇒ 全て

### 石油製品販売健康保険組合

#### 【取組内容】

ジェネリックに対応できる薬局をアンケート調査し、広報誌・ホームページに掲載している。対象は利用者数の多さで上位1～80位までの調剤薬局。アンケートは3ヵ月ごとに実施している。このほか、レセプトをベースとした医療機関検索やジェネリック調剤実績のある調剤薬局検索といったサービスをホームページ上で提供している。

#### 【効果】

薬局アンケートは18年から2年間で200件の回答があった。回答率は当初5%程度だったが、ジェネリックの認知度の上昇に併せて上昇傾向にある。直近の調査では25%の回答率だった。まだ、薬剤費減少効果は表れていない。

### 富士通健康保険組合

#### 【取組内容】

生活習慣病など慢性疾患に特化して、ジェネリック医薬品に切替えた場合の医療費抑制額を記載したジェネリック医薬品使用促進のお知らせを加入者に通知している。通知は、①医科と調剤のレセプト画像を電子化、②医科と調剤を突合一といった分析を経て、ジェネリックに切替えたら効果的と考えられる患者に送っている。また、電子化したレセプトデータと健診データとを組み合わせることで保健指導に役立てている。

#### 【効果】

19年5月から20年2月の診療分のレセプトに対して、通知書を送付した方々は、49,717人。送付した方のうち25,903人（50.9%）がジェネリック医薬品に切替えていた（一部切替えの方を含む）。また、20年2月診療分において通知書を送付した方の中で、ジェネリック医薬品に切替えていた方々のジェネリック医薬品の金額シェアを見ると3.3%から15.3%に上昇している。（全国平均6.4%、厚労省調査[19年9月]より）

## ◆ ITによる効率化 ◆

### 日本航空健康保険組合

#### 【取組内容】

19年7月にレセプト情報管理システムをCSV情報に対応した拡張版にバージョンアップ。支払基金からのレセプトデータ受け取りをオンライン化し、データを直接システムに取り込んでいる。このシステムを活用してレセプトの資格点検や重複請求のチェック等を行っており、20年度以降は特定健診・特定保健指導に対応するため、医療費の統計・分析機能を保健事業等に活用することを目指している。

#### 【効果】

レセプト点検の処理が早くなり、審査業務が大幅に効率化された。また、紙レセプトのパンチ費用、保管費用が67%削減され、レセプト点検の外部委託料等を含む19年度の雑役務費も前年度より50%減少した。オンライン化によりデータの登録にかかる時間も半減した。

【参考：レセプト情報管理システムについて】

健保組合がレセプトの電子データの管理や分析等に活用するために、健保連を中心に開発したシステム。テキストデータ対応のシステムとCSV情報に対応した拡張版がある。

導入状況 = テキストデータ対応：682組合 / CSV情報対応：423組合（20年9月末現在）

(財)健康・体力づくり事業財団が主催し、地域、職域で健康・体力づくりを組織的に推進し、顕著な成果を挙げている組織を顕彰している。

## 今後の課題として他の委員会等に検討を求める事項

「体力づくり優秀組織表彰」を受賞した健保組合一覧

年度	内閣総理大臣賞 (職域組織の部)	文部科学大臣賞 (職域組織の部)	体力づくり国民会議議長賞 (職域組織の部)
平成 5	松下電器	北海道農業団体	広島信用金庫
6		出版	トヨタ自動車
7		広島東友、日本ケミコン	東京都管工業
8	東京都設計事務所	リクルート	
9		協和発酵	寿屋
10	埼玉機械工業	東京都管工業	広島ガス電鉄
11	出版	広島信用金庫	ヤマコー、日立造船
12			東京薬業、リケン
13			千葉県医業
14			東京都信用金庫
15	管工業		森永
16		東京薬業	明治製菓
17			全国印刷工業
18		千葉県医業	ワールド
19		東京都信用金庫	三菱電機
20	東京薬業	森永	川崎重工業

\* 健康・体力づくり事業財団ホームページより作成。

\* 組合名は当時。

### 1. 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度については、当面、制度の定着に努めなければならないが、厚生労働省に「高齢者医療制度に関する検討会」が設けられるなど、施行 5 年後における見直しが前倒しで行われる状況となっている。

平成 17 年 7 月に公表した「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」のなかで示した考え方を踏まえつつ、見直しの検討を進めていただきたい。

### 2. 組合方式推進のための方策

組合方式の推進は健保連の最大の目的であり、財政調整・一元化を阻止するためにも重要である。健保組合の設立等のための支援策を、従来以上に充実・強化する方向で検討いただきたい。

### 3. 健保組合間の共同事業のあり方

健保組合制度の維持・発展のためには、健保組合の財政基盤の安定化と事業運営の効率化をはかることが重要である。共同事業として実施している交付金交付事業、健康開発共同事業等のあり方について検討を深めていただきたい。

### 4. 健保組合の設立・解散基準のあり方

協会けんぽは、健保組合の被保険者でない被用者の保険を管掌する一方、解散組合の財産等を継承することとされている。また、協会けんぽの保険料率が健保組合の解散にも影響を与えることが予想される。

協会けんぽの今後の運営や健保組合の設立・解散の状況をみながら、設立・解散の基準について検討いただきたい。

### 5. 非正規雇用に対する医療保険適用のあり方

制度間における負担の不均衡の一因として、非正規雇用の問題がある。これは基本的には安定的雇用の確保等の雇用政策により解決すべきだが、適用拡大が盛り込まれている被用者年金一元化法案の行方や非正規雇用の実態等を踏まえ、状況に応じ医療保険の適用のあり方について検討いただきたい。

特別委員会の審議経過

回次	主な審議項目	概要
第1回 (H20.2.28)	1. 特別委員会の運営について 2. 特別委員会における検討課題及び議論の方向性について	・特別委員会の目的、位置づけ等の確認 ・特別委員会の検討課題に関する論点を示し、フリーディスカッションを実施
第2回 (H20.3.28)	1. 諸団体等の財政調整・一元化の考え方について 2. 国家財政の現状について	・日本経団連、連合、日本医師会等11団体の財政調整・一元化に関する考え方について共通認識を得る ・財務省の「日本の財政を考える」抜粋資料により国家財政の現状について共通認識を得る
第3回 (H20.4.21)	1. 社会保障費・医療費の現状について 2. 財政調整・一元化阻止に関する問題点の所在と当面の対応について 3. 財政調整・一元化阻止のためのアクションプラン（たたき台）について	・財政制度等審議会財政構造改革部会抜粋資料により、社会保障費・医療費の現状について共通認識を得る ・これまでの議論を踏まえ、財政調整・一元化阻止に関する問題点の所在、今後の活動の基本スタンス、当面の対応について再確認 あわせて、本件に関する健保連の考え方を整理したものについて共通認識を得る ・アクションプラン（たたき台）をもとに、次回のアクションプラン策定議論に向けた意見交換を行う
第4回 (H20.5.15)	1. 社会保障予算に関する健保連の考え方（メモ）について 2. 活動用媒体（パンフレット）の骨子（案）について 3. アクションプラン（案）について	・「考え方（メモ）」は今後の活動のベースであるとの共通認識を得る。さらに「考え方」の項目・内容を整理・修文し次回委員会で再度検討 ・媒体は6～8面のパンフレット（4色刷り）とし、作成は事務局に一任することを了承 ・情勢が不透明かつ流動的であることから、スケジュールは固定せず、状況の変化に対応し、実施の是非等を判断していくことを確認
第5回 (H20.6.10)	1. 中間報告（案）について 2. 中間報告以降の対応について	・前回の意見を踏まえて整理した「中間報告（案）」を検討。同日の意見をもとにさらに修正を加え、常任理事会（6/12）に提案することを了承、修文は事務局に一任 ・本年12月までに想定される国会、審議会等の動きとその対応策を提示。情勢が流動的で不透明なため、同日は委員の共通認識に留め、今後の動向を見極めて対応することを確認
第6回 (H20.7.10)	1. 当面の対応について 2. 理論構築に向けた論点整理について	・総会（7/18）の会長挨拶で、財政調整・一元化反対を改めて表明するとともに、21年度予算の概算要求基準が閣議決定された後に、予算編成に関する健保連の見解を公表することを確認 ・これまで出された意見をもとにまとめた「論点（メモ）」をもとに議論。理論構築に関する議論を深め、その結果を最終報告に盛り込むことを確認

第7回 (H20.8.5)	1. 当面の対応について 2. 財政調整と制度改正の歴史的展開について 3. 理論構築に向けた論点整理について	・国会議員に対する要請活動を都道府県連合会を通じ実施し、前期高齢者に公費投入すること、政管健保支援措置を20年度限りとするについて理解を求めることを了承 ・財政調整・一元化の歴史的経緯を整理した資料により、共通認識を得る ・「論点（メモ）」の修正版をもとに議論。主張すべき点について意見交換
第8回 (H20.9.11)	1. 当面の対応について 2. 財政調整・一元化阻止のための理論構築について	・本部及び各都道府県連合会による国会議員への要請活動の状況を報告 ・医療保険制度における財政移転について、共通認識を得る ・「財政調整・一元化に対する健保連の考え方（骨子素案）」について議論 ・11月中に最終報告をまとめ、12月の常任理事会で了承を得ることを確認
第9回 (H20.10.7)	1. 当面の対応について 2. 財政調整・一元化阻止のための理論構築について	・報告書に盛り込む「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」を分かりやすくまとめたリーフレットを作成し、健保組合等に配布することを含め最終報告の取りまとめに向けた審議の進め方（案）を了承 ・非正規雇用の増加と社会保険の適用、協会けんぽにおける都道府県別保険料率の決定方法、健保組合の解散の実態について、共通認識を得る ・「財政調整・一元化に対する健保連の考え方（骨子素案・修正版）」について議論
第10回 (H20.11.13)	1. 財政調整・一元化阻止のための理論構築について	・財政システムを視点とした諸外国（独、仏、英、韓）の医療制度改革状況について共通認識を得る ・前回までの議論を盛り込んだ「財政調整・一元化に対する健保連の考え方（案）」について議論 ・検討の経緯や現状認識、「今後の課題として他の委員会等に検討を求める事項」を含めた最終報告のとりまとめ、公表の方法など報告書の取り扱いについては引き続き検討することを確認
第11回 (H20.11.28)	1. 最終報告のとりまとめについて	・最終報告案は、財政審の建議を踏まえ、21年度予算に政管支援措置の継続が盛り込まれる可能性が否定できない旨の指摘を受け、表現を一部修正することを確認。その他必要な修正を行った上で、常任理事会（12/4）に報告することを了承 ・リーフレット案は、組合の意思統一や国会議員への要請に用いることを想定し、遅くとも来年1月中旬までに完成させることを確認

## 財政調整・一元化阻止特別委員会委員名簿

健保組合名	役職名	氏名
北海道農業団体	常務理事	鈴木 篤
新日本製鐵	常務理事	稲垣 恵正
管工業	専務理事	○星 常夫
東 芝	理事長	◎白川 修二
新潟県農業団体	常務理事	吉岡 政利
トヨタ自動車	常務理事	青砥 伸治
パナソニック	専務理事	平野 保生
兼松連合	常務理事	山本 吉平
川崎重工業	副理事長	早苗 壽男
九州電力	副理事長	脇山 哲郎 (H20. 7. 1~) 土屋 茂 (~H20. 6. 30)

\*◎は委員長。○は副委員長。