

財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告

平成 20 年 12 月 4 日

 **健康保険組合連合会**

www.kenporen.com

目 次

財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告	1
別添 1 財政調整・一元化に対する健保連の考え方	3
はじめに	3
1. 一元化の問題点	4
2. 財政調整の問題点	6
3. 望ましい制度運営と財源政策	9
おわりに	11
参考資料 1. 一本化、一元化、財政調整に関する概念整理	12
参考資料 2-1. 財政調整・一元化に対する団体等の考え方	13
参考資料 2-2. 財政調整・一元化に関する国会答弁	14
参考資料 3. 医療保険制度における財政移転	15
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	16
参考資料 5. 制度別医療費実績	17
参考資料 6. 健保組合数の年次推移	18
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	18
参考資料 8. 高齢者医療制度に関する健保連の考え方	19
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	20
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	20
参考資料 11. 国保の所得階級別保険料負担率	21
参考資料 12. 国保財政の現状	22
参考資料 13. 諸外国の医療制度改革	23
付属資料 健保組合の活動事例	27
別添 2 今後の課題として他の委員会等に検討を求める事項	36
別添 3 特別委員会の審議経過	37
別添 4 財政調整・一元化阻止特別委員会委員名簿	39

財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告

1. 審議経過

本特別委員会は、政管健保（現協会けんぽ）への支援措置を受け入れる条件とした「20年度限りの措置とすること」を実現するために本年2月に設置され、6月に財政調整・一元化を阻止するためのアクションプラン、社会保障予算等に関する健保連の考え方を含む中間報告をまとめた。

その後、6回の会合を開いて、財政調整・一元化に反論するための理論構築と今後の課題として関係委員会等に検討を求める事項を整理し、ここに最終報告をまとめた。

またこの間、健保連は、21年度政府予算の概算要求基準が決定したのを受けて、7月30日に「平成21年度政府予算編成に関する見解」を公表し、8月には本部と都道府県連合会を中心に国会議員への要請活動を行い、政管健保への支援措置は21年度以降、絶対に認めないことなどについて理解を求めた。11月17日に開催した健保組合全国大会でも、「制度間の財政調整・一元化構想の断固阻止」をスローガンの一つに掲げた。

2. 審議結果

1) 「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」について

財政調整・一元化を阻止するためには、健保連として明確な理論を構築し提示する必要があるとの認識から、これまで健保連が提言等で示した財政調整・一元化に関する考え方を基本に、最近の制度改革の動向等を踏まえた検討を行った。

その結果、医療保険は同質な集団をベースに加入者が連帯感をもって運営に参加することが望ましく、制度の合理性、実現可能性から考えても、一元化・一本化は行うべきではないこと、また、加入者の所得水準の違いによる負担の不均衡是正は税により行うべきであり、制度間の財政調整は、健保組合の自主性・自立性を失わせるとともに、現在でも過大な健保組合の高齢者医療費負担をさらに増加させ、健保組合制度の崩壊、ひいては皆保険体制の破綻を招く恐れがあるという結論に達した。

理論構築の結果は、別添1の「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」としてまとめた。

2) 「今後の課題として他の委員会等に検討を求める事項」について

理論構築に関する審議を進めるなかで、反対活動や理論構築をあわせて、財政調整・一元化を阻止するために検討が必要な課題が明確になった。別添2に示した①高齢者医療制度の見直し、②組合方式推進のための方策、③健保組合間の共同事業のあり方、④健保組合の設立・解散基準のあり方、⑤非正規雇用に対する医療保険適用のあり方の5項目である。

なかでも、高齢者医療制度の見直しは最も重要である。前期高齢者への公費投入、さらには65歳以上を対象とする別建ての制度の実現により、健保組合の将来展望を開く必要がある。また、健保組合に集う加入者を拡大し、その事業や活動を通じて優位性を示すことは、財政調整・一元化に対する大きな歯止めとなる。健保組合間の共同事業は、健保組合の基盤強化のみならず、「いいとこ取り」といった批判への対抗措置としても重要である。

今後、関係委員会、事務局において検討いただきたい。

3. 現状と今後の対応

政管健保支援特例措置法案は、2月に国会に提出されて以降、一度も審議されないまま継続審議となり、臨時国会においても審議開始の見通しが立っていない。現在の情勢では、同法案が成立する可能性は低いと考えられる。

社会保障費の一律削減については、野党にとどまらず与党内でも批判が強く、社会保障国民会議が社会保障の機能強化を内容とする最終報告をまとめ、社会保障に対する安定的財源確保のための改革を求めるなど、見直しの気運が高まっている。

しかし、政府は歳出・歳入一体改革路線を維持しており、財政制度等審議会が11月26日にまとめた「平成21年度予算の編成等に関する建議」でも、21年度以降も被用者保険制度間の財政調整を行うよう求めている。年末の政府予算案の決定に向けて、財政調整案が再浮上する可能性がまったくないとは言えない。また、高齢者医療制度の見直し論議に関連して、財政調整・一元化論が勢いを増すことも考えられる。

したがって、今後は、政府の予算編成、税制改革論議、高齢者医療制度に関する議論等の動向を注視し、中間報告のアクションプランにもとづいて、時機を逸しない行動を展開するとともに、最終報告でまとめた「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」を健保組合の共通認識とし、主張を展開することが重要である。

平成20年12月4日

財政調整・一元化阻止特別委員会
委員長 東芝健康保険組合理事長
白川 修二

財政調整・一元化に対する健保連の考え方

はじめに

1) 財政調整・一元化論の現状

政府は、平成 15 年 3 月に閣議決定した医療制度改革の基本方針のなかで、「保険者の自立性・自主性を尊重した上で、医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す」とした。

給付については、これまでの改革で給付率が 7 割（70 歳以上の高齢者等を除く）に統一され、また負担については、18 年の制度改革にもとづいて 20 年から高齢者医療制度が実施されたことにより、われわれの主張とは合致しないが、政府の狙いは実現されたとも言える。

しかし、医療保険制度間の負担には依然として不公平があるとして、制度の一本化や制度間の財政調整を求める意見がある。最近の議論は、国の財政事情や格差論を背景にしているのが特徴で、地域保険への一元化といった主張もある。

厚生労働省が 20 年度予算編成に際して提案した財政調整案は、格差解消を名目としながら、その実態は社会保障費 2200 億円を削減するために、健保組合等に拠出させた財源の大半を政管健保に対する国庫補助の削減に充てる「肩代わり」であった。

2) 皆保険体制の破綻を招く財政調整・一元化

健保組合・健保連は、従来から老人保健制度のような拠出金による負担方式や、昨年、政府が提案したような所得にもとづく財政調整、制度そのもの一元化・一本化に反対してきたが、本年 2 月以降、特別委員会を設けて改めてその問題点を検討してきた。

その結果、以下の結論に達した。

- ① 医療保険は同質な集団をベースに加入者が連帯感をもって運営に参加することが望ましく、制度の合理性、実現可能性から考えても、一元化・一本化は行うべきではない。
- ② 加入者の所得水準の違いによる負担の不均衡の是正は税により行うべきであり、制度間の財政調整は、健保組合の自主性・自立性を失わせるとともに、現在でも過大な健保組合の高齢者医療費負担をさらに増加させ、健保組合制度の崩壊、ひいては皆保険体制の破綻を招く恐れがある。

〔参考資料 1. 一本化、一元化、財政調整に関する概念整理〕

〔参考資料 2-1. 財政調整・一元化に対する団体等の考え方〕

〔参考資料 2-2. 財政調整・一元化に関する国会答弁〕

1. 一元化の問題点

1) 医療保険の特質への不適合

一元化は、制度の基本にかかわる重要な問題である。制度のあり方に関する本質的な議論を行わないまま、国の財政事情や格差問題に対する批判の高まりに安易に同調して制度の基本を変更するようなことは、絶対にあってはならない。

医療保険は、人口構成や賃金・物価、保険料収入等にもとづく財政計算が主体の年金保険とは異なり、医療をめぐる保険者、患者・被保険者、医療提供者等がかかわる複雑な制度である。

このため、医療保険制度は、望ましい医療・保健サービスの実現に向けて、保険料を負担する加入者が連帯感を持って運営に参加することが重要である。加入者・患者の声を代弁するために、また疾病予防、医療費適正化等のために、保険者が果たすべき役割も大きい。

医療保険のこうした特質から考えると、制度体系は、その多くが退職者とその配偶者で地域のなかで生活することが多い高齢者の制度を別建てとしつつ、会社で働く現役世代の被用者は健保組合、協会けんぽ（旧政管健保）等の被用者保険に、地域とのつながりが強い自営業者や法人以外の小規模事業所で働く被用者は国保（国民健康保険）に加入する多元的な体系とし、それぞれの保険者が運営に努力する体制をとるべきである。

2) 欠落している健保組合の実績評価

また、医療保険の運営方式は、同質的な集団をベースとし、加入者が参加する民主的で自主的な組織が担う組合方式が最も適している。一元化の主張には、健保組合の実績に対する評価が欠落している。

健保組合は、生活習慣病予防などの保健事業を積極的に展開してきたほか、他制度に先駆けてレセプト点検、医療費通知に取り組むなど、医療保険のリーダー的な存在となっている。健保組合には以下のような優れた点がある。

- ① 小集団による行き届いた管理運営が可能であり、職域における疾病発生の状況・特徴などに対応した予防対策、被保険者・家族への適切な健康教育・相談などの活動を、事業主との協力のもとで効率的かつ効果的に進め、加入者の健康を支援すると同時に、医療費の適正化に向けた様々な活動を行うことができる。とくに、急速に高齢化が進むわが国において

ては、生活習慣病に積極的に対応することが重要であり、健保組合の疾病予防の先駆的取組みを他の保険者にも広げていくことが求められる。

- ② 同一企業あるいは同種同業の集団という構造から、連帯感や共同意識が強く、運営における責任体制が確保される。
- ③ 事業主、被保険者が積極的に事業運営に参加し、自分の健康は自分たちで守るという意識のもとに、経営感覚を活かした運営が実現できる。

健保組合のなかには、大企業の組合だけではなく、協会けんぽに加入しているような中小規模の企業が複数集まって組織する総合組合も多数存在する。総合組合には、健保組合加入者の約3分の1にあたる1000万人が加入しており、給付費に対する国庫補助を受けずに、事業主・被保険者が一体となって効率的な運営を行っている。

3) 一元化の非合理性と非現実性

国や都道府県を運営主体として一元化（一本化を含む）した制度は、実質的には税を財源として医療保障を行うに等しい。医療保険制度とは言いがたく、財政規律や経営努力へのインセンティブを喪失する恐れがある。

また、制度の一元化には以下のような問題があり、実現可能性は極めて小さい。

- ① 運営を国や都道府県が担うとすれば、健保組合は解散することになり、これまで培ってきたノウハウや人材は失われる。今以上に効率的な運営が行われる保証はなく、むしろ医療費の増大や、疾病予防・健康増進活動でのサービスの低下が懸念される。民営化、「官から民へ」という公的サービス提供の流れにも逆行する。
- ② 被用者、退職者、自営業者等が加入する一元化された制度のなかで、公平で統一的な保険料賦課方法を確立することは極めて困難である。一元化した制度では、所得把握や保険料収納率の違いから、総じて被用者が不合理かつ多額な負担を強いられる可能性が高い。
- ③ この他に、事業主負担が法定化できるのか、国庫負担をどのように投入するのかといった問題もある。

制度を一元化すれば全ての問題が解決し、合理的な制度が実現できるような主張がみられるが、問題は解決するどころか新たな矛盾や不合理が生じ、加入者の不満が高まることは明らかである。

一元化には、制度間に存在する所得把握や保険料収納率、経営努力の違い等を隠蔽する面があり、高齢社会において求められる保険者機能の強化の方向に逆行することも大きな問題である。

〔付属資料. 健保組合の活動事例〕

2. 財政調整の問題点

1) 意識されていない税と保険料の違い

多角的な制度体系のもとでは、加入者の所得、年齢等の違いによって、制度間の負担に不均衡が生じるが、行政が運営する市町村国保と公法人が運営する被用者保険、また同じ被用者保険でも、企業や業種を単位に平均 2 万人が加入する 1500 の健保組合と、3600 万人が加入する単一組織の協会けんぽでは、制度の存立基盤や運営組織、加入者の就労・稼得の実態等が異なることから、原則的に制度間の財政移転は行うべきではない。

しかし、負担の不均衡が、高齢者の加入割合の違いなど、多角的な制度体系から生じるものであって、社会通念が許容する範囲を超えるほど大きい場合は、何らかの方法で調整することはやむを得ない。

わが国の医療保険制度においては、所得水準の違いによる負担の不均衡は国庫負担・国庫補助、高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡は医療費の共同負担で調整する体制が整えられてきた。

これは、拠出金方式等の問題を残しつつも、先に述べたような医療保険の特質のほか、給付と負担の対応関係の確保、制度の効率的運営、被用者保険における組合方式の推進、制度間の財政力格差の是正、医療保障に対する国の責任といった理念と制度を現実的に調和させる方法として構築され、法制化されたものである。

所得水準の違いによる負担の不均衡を是正するための制度間の財政調整は、実質的に所得と負担に着目した所得の再分配にはかならないが、医療保険制度は所得再分配を主要な目的とするものではない。所得再分配は、税によって行うのが本来のあり方である。

また、医療保険制度間において所得再分配を行うことは、高齢化にともなって急増する医療費の負担を、主に賃金によって生計を立て、所得が相対的に高く税負担が多い健保組合の加入者により重く課す結果となる。この点からも、所得再分配は保険料ではなく、賦課ベースの広い税によって行うべきである。

医療と並ぶ社会保障の大きな柱である年金制度においては、基本的に保険料負担額に対応した年金額が支給され、保険料による所得再分配は低所得者への給付等に限定されている。税と保険料は、公的な負担という点では類似しているが、その目的や機能は異なることを銘記すべきである。

2) 負担の不均衡是正の現状と健保組合の過大な負担

医療保険制度の財源をみると、健保組合は収入のほぼ全額が保険料である。一方、健保連の試算では、20 年度は国保に 4 兆 1100 億円の国庫負担等と被用

者保険からの納付金等を財源とする 3 兆 3600 億円の前期高齢者交付金等が、協会けんぽには 9400 億円の国庫補助が投入される。

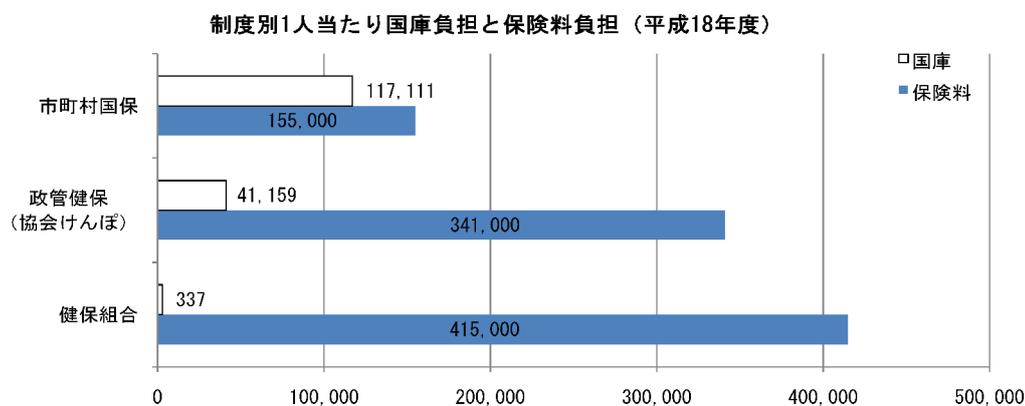
負担については、政府が財政制度等審議会などに提出した資料によると、18 年度における 1 世帯当たり保険料（被用者保険は事業主負担を含む被保険者 1 人当たり保険料）は、国保が 15.5 万円、政管健保が 34.1 万円、健保組合が 41.5 万円で、健保組合が最も多い。

また、20 年度は、高齢者医療制度が実施されたことにより、支援金等の額は 19 年度と比べ国保が 4500 億円の大幅減、協会けんぽが 300 億円の微増となっている一方で、健保組合は 4100 億円も増加しており、健保組合の負担は単純計算でも被保険者 1 人当たり 2.6 万円増加する。

こうした各制度の財政移転と負担の現状から、以下のようなことが言える。

- ① 高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡は、健保組合、協会けんぽなどの被用者保険が拠出した前期高齢者納付金等を国保に投入することによって是正されている。
- ② 所得水準の違いによる負担の不均衡は、国保については給付費と後期高齢者支援金に対する国庫負担によって是正されている。協会けんぽについては、給付費と前期・後期高齢者医療制度の支援金等に対する国庫補助によって一定程度まで是正されている。
- ③ 一方で、国庫補助をほとんど受けずに自立的な財政運営を行っている健保組合が、多額かつ過大な負担を強いられている。

われわれ健保組合は、制度間における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ことにやぶさかではない。しかし、現状においても健保組合の前期高齢者納付金等の負担は過大であり、それが高齢者医療を支えている健保組合の存立に危機的な状況をもたらしているのである。



注 1) 市町村国保は 1 世帯当たり、被用者保険は被保険者 1 人当たり額である。

被用者保険の保険料には、事業主負担分を含む。

注 2) 国庫負担は、厚生労働省資料に基づく平成18年度予算ベース。

注 3) 保険料負担は、「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)に基づく。

保険料額には介護分が含まれている。

なお、上記の政府の資料によると、所得に対する保険料の割合（負担率）は、国保 11.83%、政管健保 14.89%、健保組合 11.22%（保険料率は、政管健保 8.2%、健保組合 7.32%）となり、健保組合が最も低い。しかし、ここに示されているのは税法上の「所得」であり、「収入」ではない。この数値が負担能力の実態を正しく示しているのか、また、他制度との比較に耐えうるかについては、以下の点から問題が多い。

- ① 国保に加入する世帯の 18.5%は自営業者世帯であるが、自営業者については「クロヨン」等といわれるように、従来から所得把握が十分でないとの指摘がある。自営業者は減少しており、所得把握が不十分だとしても大きな影響はないとして、財政調整の実施を求める主張があるが、被用者側の不公平感は依然として強く、無視していい問題ではない。
- ② 国保に多数加入している退職者が受給する公的年金には、給与所得控除の約 2 倍の公的年金等控除が適用されており、資料は同一の条件で比較したものとはいえない。
- ③ 協会けんぽには、いわゆる「法人成り」の事業所が加入している。「法人成り」には節税等の様々なメリットがあるとされることから、協会けんぽに加入する被保険者の標準報酬の把握に疑問なしとしない。

〔参考資料 3. 医療保険制度における財政移転〕

〔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〕

3) 限界に達している保険料による不均衡是正

以上のように、健保組合は高齢者の加入割合の違いによる制度間の負担の不均衡を是正するために多額の負担をしており、保険料による不均衡是正はすでに限界に達している。また、以下の理由からも、拠出金による負担方式や所得にもとづく財政調整は行うべきではない。

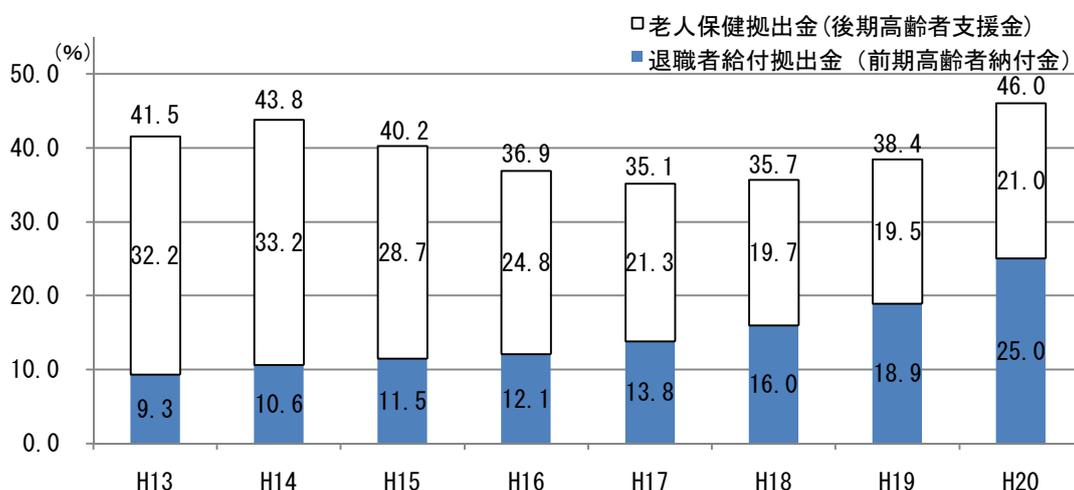
- ① 健保組合は、加入者 1 人当たり医療費が他制度より低いにもかかわらず保険料負担が多い。負担と給付の対応関係から、過大な負担は加入者の納得を得られない。
- ② 負担が増えれば、さらに多くの健保組合が解散に追い込まれ、医療保険を支えてきた健保組合制度自体が崩壊する。
- ③ 負担増によって健保組合の財政が悪化し、解散組合が増えれば、協会けんぽへの国庫補助が増えるという悪循環が生じる。
- ④ 経営努力やその他の要素を考慮せず、負担だけに着目して調整を行うことは過剰な調整であり、公平とはいえない。保険者の経営意欲も減退させる。また、所得にもとづく財政調整はもとより、拠出金による負担方

式は、健保組合の財産権を侵害するのではないかとの疑いもある。

- ⑤ 健保組合の支援金等の負担は、すでに保険料収入の45%を超えている。本来、加入者への給付に使われるべき保険料の多くを他制度に拠出することは、保険制度の意義や保険者の自主性・自立性を損ねる。
- ⑥ 拠出金による負担方式は、保険者が制度の運営や負担額の決定に関与できないなど、透明性を欠く面がある。

従って、政府は、財政調整によって健保組合の負担を増やすのではなく、高齢者医療に対する国庫負担等の拡大により、医療保障に対する国の責任を果たし、医療保険制度の安定的運営を確保すべきである。

健保組合の保険料収入に占める拠出金割合の推移



注1) 平成13～18年度は決算、19年度は決算見込み、20年度は予算

注2) 20年度の後期高齢者支援金には20年3月分の老人保健拠出金の負担分を、前期高齢者納付金には20年3月および4月以降の経過措置に伴う退職者拠出金の負担分を含む。

〔参考資料5. 制度別医療費実績〕

〔参考資料6. 健保組合数の年次推移〕

〔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〕

3. 望ましい制度運営と財源政策

1) 組合方式の推進

高齢化による医療費の増加が不可避なかで、医療保険はこれまで以上に効率的かつ効果的に運営し、医療費を合理化・適正化する必要がある。

このため、今後の制度運営は、多元的な制度体系のもとで、自主的・民主的な組織形態による運営を推進すべきであり、それによって保険者としての本来の機能や役割を果たすことが可能となる。とくに、被用者保険においては、組合方式を推進し、健保組合の設立や協会けんぽから健保組合への事業

所編入を進めることが重要である。健保組合の設立等を促進することで、協会けんぽへの国庫補助も削減できる。

また、国保についても、行政から分離した独立の組織形態による運営を導入すべきである。

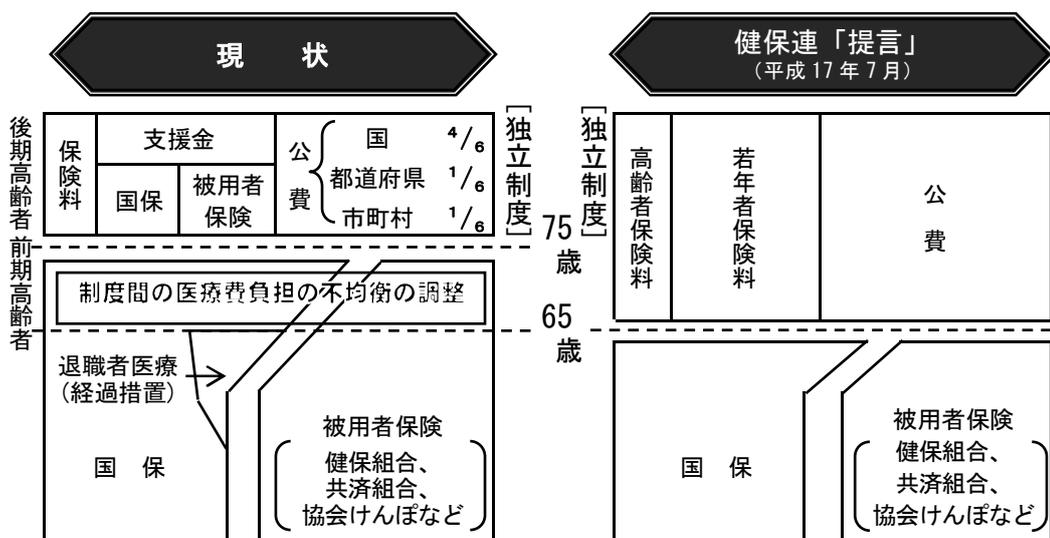
2) 高齢者医療制度の改革

健保組合の過大な負担を是正し適正なものとするためには、高齢者医療制度の見直しが必要である。健保連は、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、高齢者医療制度は65歳以上を対象とする別建ての制度とするよう求めている。

現在の定年制度や雇用制度から考えると、被用者の多くが65歳までに退職し、収入が給与所得から年金所得へ移行するなど、65歳を境に生活の態様が大きく変化すること、今後、団塊世代を中心に65歳以上人口が増加すること等から、現在、前期と後期に区分されている高齢者医療制度は、前期高齢者への公費投入を行うとともに、後期高齢者医療制度の対象年齢を65歳以上とすることにより、ひとつの制度に統合すべきである。

この場合、保険料、支援金、公費負担、給付率等について、基本的な見直しを行うことが必要になる。その際には、現役世代と高齢者の負担の公平をはかる観点から、高齢者世帯は現役世代に比べ所得や資産の格差が大きいことに配慮しつつ、高齢者の1人当たり再分配所得や資産保有額が現役世代より多いことを踏まえた検討が必要である。

運営主体については、財源を負担する医療保険者や被保険者である住民が直接、運営に参加する仕組みをつくるべきである。



〔参考資料 8. 高齢者医療制度に関する健保連の考え方〕

〔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〕

〔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〕

3) 国保と協会けんぽの改革

国保については、同一保険者のなかで保険料負担率が低所得者ほど高く高所得者ほど低い、一般会計からの多額な法定外繰入れを行っているなどの問題がある。少なくとも賦課限度額の引上げを直ちに実施し、問題解決をはかるべきである。

また、国保組合についても、そのあり方や国庫負担について見直す必要がある。

協会けんぽは、公法人化の目的に沿って、まずは自主的・自立的な運営が行われるよう、最大限の努力をする必要がある。

また、財政状況、事業計画とその執行状況、運営上の諸規定等の情報公開を徹底し、運営を透明化すべきである。

〔参考資料 11. 国保の所得階級別保険料負担率〕

〔参考資料 12. 国保財政の現状〕

4) 社会保障のための安定的財源の確保

政府は、国民が安心して納得できる医療を受けられるようにするため、診療報酬体系の簡素・合理化、医療機関の機能分化と連携強化、療養病床の再編、生活習慣病予防対策の推進等に努めるべきである。

また、高齢化による医療費の増加が確実ななかで、公費の果たす役割はますます大きくなる。消費税やたばこ税の引上げ等の税制改革により、社会保障のための安定的な財源を早急に確保すべきである。

おわりに

財政調整・一元化に対する健保組合・健保連の考え方は以上のおりであり、断固として反対する。

これをもとに、今後、関係者はもとより広く国民の間で活発な議論が行われることを期待したい。

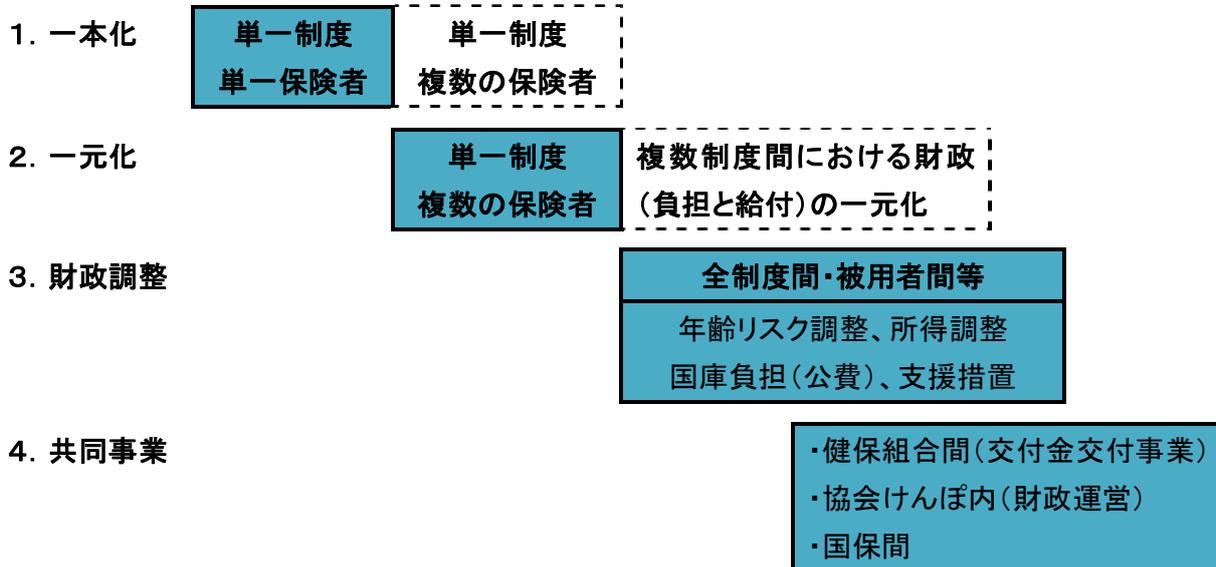
なお、その際の参考として諸外国の医療制度改革の動向をまとめたので、活用いただきたい。

〔参考資料 13. 諸外国の医療制度改革〕

参考資料1. 一本化、一元化、財政調整に関する概念整理

←＜保険者の一本化＞

＜保険者の分立・財政等自己責任＞→



1. 一本化

一本化は、その言葉どおり典型的な形としては、「単一の制度、単一の保険者(例えば国が保険者)」を意味する。ただし、論者によっては、「単一の制度のもと、保険者が複数存在(例えば国が統括し、地方公共団体が保険者)」を含めて一本化という場合がある。

2. 一元化

一元化とは、その言葉どおり大もとが一つであることを意味し、二元論、多元論に対峙する概念である。典型的な形としては、「地域保険による一元化」にみられるように、単一の制度、複数保険者を意味する。ただし、論者によっては複数制度間において負担・給付が概ね同一の場合を含めて(財政の)一元化という場合がある。

3. 財政調整

財政調整とは、その言葉どおり複数の制度間において財政の不均衡を調整する仕組み、概念である。その形態は様々であるが概ね次のとおり。

○制度、保険者の視点からみれば、全保険者間、被用者保険間でのケース(支援金等)があり、また、国庫負担による調整もある。

○調整対象の視点からは、①年齢リスク、②所得の大きく2つの要素に区分される。

○また、財政調整を一定限度に限定せず踏み込んで行くと、結果的に財政の一元化とあまり変わらないことになる。

4. 共同事業

多面的な制度体系のもとでは、各制度内の保険者間で財政調整的な事業が実施されており、これは「共同事業」として位置付けられる。

また、老人保健制度(当時)については創設時の政府説明として、財政調整ではなく、保険者による共同事業とされたが、実質的には財政調整と位置付けられる。

参考資料2-1. 財政調整・一元化に対する団体等の考え方

<p>日本経団連 国民が納得して支える 医療制度の実現 (平成17年10月)</p>	<p>一般医療保険者の間での財政調整は行うべきではない。各保険者ごとに保険者機能発揮への取り組み度合いが異なる状況下では、新たな財政調整の仕組みを設けても真に公平な負担は達成されず、むしろ保険財政の運営に対するモラルハザードを招くだけである。</p>
<p>連合 2008～2009年度 政策・制度要求と提言 (平成19年5月)</p>	<p>広域連合による運営が、財政面の見直しを行っても、十分な保険者機能を発揮できない場合は、退職高齢者が被用者健保の被保険者として引き続き継続加入する「退職者健康保険制度」(仮称)を創設し、国民健康保険と被用者保険が自立性を発揮できる仕組みとする。制度間の財政調整は行わない。</p>
<p>日本医師会 「高齢者のための医療 制度」の提案 (平成20年10月)</p>	<p>75歳以上を独立させた高齢者医療制度とし、75歳未満に投入している現行の公費を75歳以上に移管。医療費の9割に公費を投入し、残り1割は高齢者の保険料と自己負担で賄う。 公費の移管により75歳未満で不足する財源については、標準報酬、賦課額の上限の引き上げ、健保組合、共済組合の保険料率を協会けんぽと同水準まで引き上げる、保険者間の財政調整の強化等により対応する。</p>
<p>全国市長会 医療保険制度改革及 び医師確保対策等 に関する決議 (平成20年11月)</p>	<p>国の責任において、給付の平等、負担の公平化を図り、安定的で持続可能な制度を構築するため、国を保険者とし、すべての国民を対象とする医療保険制度への一本化を図ること。</p>
<p>財政制度等審議会 平成20年度予算の編 成等に関する建議 (平成19年11月)</p>	<p>健保組合と政管健保の保険料率の格差は拡大しており、健保組合の間でも大きな格差がある状況の中、厳しい国の財政状況を踏まえれば、国庫補助による調整には限度がある。所得などの保険者努力が及ばない要因については、各保険者の自主性・自立性には配慮しつつ、保険料によって調整を行うことが適切である。</p>
<p>財政制度等審議会 平成21年度予算の編 成等に関する建議 (平成20年11月)</p>	<p>平成20年度においては、財政状況の良好な健保組合等により政管健保を支援する措置等を定める法案が国会に提出されたが、平成21年度においても、被用者保険全体として、負担の公平化を図る取組みを行うことが適当。国保組合についても組合間の財政状況に格差があることを踏まえ、更なる負担の公平化にも取り組むべき。</p>
<p>厚生労働省 健保法等一部改正法 附則第2条第2項の規 定に基づく基本方針 (15年3月閣議決定)</p>	<p>保険者の自立性・自主性を尊重した上で、医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す。</p>
<p>政府・与党医療改革 協議会 医療制度改革大綱 (平成17年12月)</p>	<p>都道府県単位を軸とする保険者の再編・統合を進め、保険財政の基盤の安定を図り、医療保険制度の一元化を目指す。</p>
<p>舛添厚生労働大臣 長寿医療制度と国民 健康保険の一体化に 関する私案 (平成20年10月)</p>	<p>長寿医療制度と国民健康保険を一体化し、都道府県単位の運営に再編する(制度の一体化に伴い被用者保険からの財政調整の仕組みも今後の課題としている)。</p>
<p>民主党 民主党政策 INDEX2008 (平成20年10月)</p>	<p>後期高齢者医療制度を廃止。廃止後は、老人保健制度にいったん戻し、被用者保険と国民健康保険を順次統合しつつ、将来的には、「医療保険の一元化」を実現する。</p>

参考資料2-2. 財政調整・一元化に関する国会答弁

参院厚生労働委員会(平成 20 年 6 月 3 日)

津田弥太郎氏(民主) 老人保健制度はベストな制度とは思っていない。抜本的な解決策は、年齢にかかわらず、同一の保険制度を作っていくことだ。極めて大きな問題となっている世代間のリスク構造調整の問題が根本的に解決するのではないか。保険制度が分かれていて、さらに後期高齢者医療制度を作ったからこのような問題が生じていると思う。

舛添厚生労働大臣 医療保険の一元化は一つの考え方として十分検討に値するが、問題点もある。例えば、所得の捕捉。サラリーマンのように100%捕捉できる人もいるが、一方で自営業者の捕捉率の問題もある。また、事業主の負担をどうするのかという問題もある。

一元化されることのプラスの面もあるが、逆に、企業が保険を運営し、福利厚生の面で被保険者に対してキメの細かい還元ができていたところもある。(一元化により)それができなくなれば、優秀な保険者からみて、優秀でない保険者に対してどうして持ち出ししなくてはいけないのかという不満も出ると思う。このようなことについて、国民的な議論をしていかななくてはならない。

参院厚生労働委員会(平成 18 年 6 月 1 日)

森ゆうこ氏(民主) 政管は都道府県単位にするとということだが、再編統合を進める中で、健保組合についても同一業種間だけではなく、異業種も含めた地域単位での再編を進めるべきではないか。

川崎厚生労働大臣 健康保険制度の中で、健保組合は自主的かつ効率的な運営を行い、組合の財政状況やサービス向上の観点から被保険者及び事業主が参加する組合会の議決を経て組合の判断により自主財源を用いて付加給付や保健事業を行っている。この制度全体では効率的にやっていると知っている。これを他のものと全部地域ごとに一元化しろというのは議論としてあることは承知しているが、組合健保が効率的にやっているだけに、これを地域健保に全部入れてしまえというのは現段階では様々な議論がある。また、政管健保については、健保組合と比べて財政基盤が脆弱なことから、保険給付費の13%、老健拠出金の16.4%の国庫補助が行われているので、こういった面からも制度を一緒にするのは様々な議論が出てくる。一方で今、財政が逼迫している組合については、地域型健保組合小規模財政組合の再編統合として、地域型健保組合を創設して健保組合の再編統合を考えている。

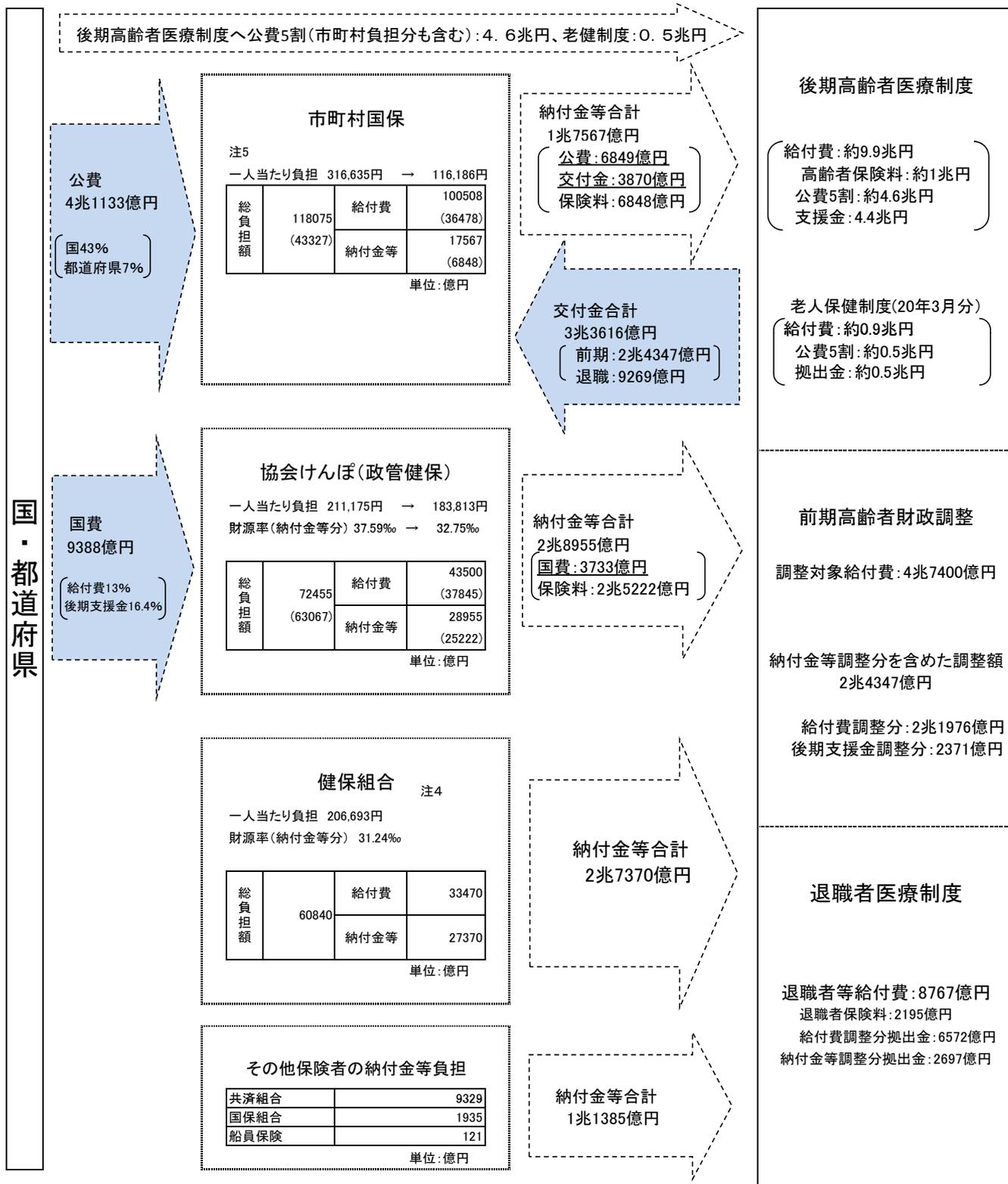
衆院本会議代表質疑(平成 18 年 4 月 6 日)

仙谷由人氏(民主) 民主党は、全ての国民が同一の制度に加入し、公平な負担のもと、全国で標準的な治療が受けられることが理にかなうと考え、10年後をメドに医療保険制度の一元化を目指すことにした。政府・与党は、医療制度改革大綱で、医療保険制度の将来の一元化を唱っているが、改革法案では一元化のプロセスについて明らかにしていない。政府・与党の「一元化」とは何を意味するのか。

小泉首相 具体的な姿は様々な考え方があるが、給付の平等を図り、公平な負担、財政運営の安定化を図る必要があることは共通しており、都道府県単位を軸に国保、被用者保険双方で再編・統合を行い、新たな高齢者医療制度を創設することとしている。なお、被用者保険と国保を完全に統合する医療保険制度の一元化は、サラリーマンと自営業者の所得把握等の違いや事業主負担の扱いをどうするかといった課題があり、国民的な議論が必要と考えている。

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)

○現状でも、健保組合等から、交付金によって市町村国保への多額の財政移転が行われている。
○しかも、健保組合は、協会けんぽや国保のように公費に頼らず、ほぼ保険料のみで運営されている。



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・組管掌健康保険の比較

	市 町 村 国 保	政 管 健 保	組 合 健 保
被 保 険 者	自営業者・無職等	主として中小企業の サラリーマン	主として大企業の サラリーマン
加 入 者 数 (2007[19]年3月末) ※6	4, 7 3 8 万人	3, 5 9 4 万人 本人 1,950 万人 家族 1,644 万人	3, 0 4 1 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, 8 1 8	1	1, 5 4 1
加入者平均年齢 (2006[18]年度) ※1	5 5 . 2 歳 (4 4 . 0 歳)	3 7 . 4 歳 (3 4 . 3 歳)	3 5 . 0 歳 (3 3 . 1 歳)
老人加入割合 (2007[19]年3月末) ※2	2 2 . 5 %	3 . 9 %	1 . 8 %
平均標準報酬月額 (2006[18]年度)	-----	2 8 . 3 万円	3 7 . 0 万円
1世帯当たり年間所得 (2006[18]年度推計) ※3	1 3 1 万円	2 2 9 万円	3 7 0 万円
1世帯当たり保険料 調定額(2006[18]年度) ※4	1 5 . 5 万円	1 7 . 0 万円 (3 4 . 1 万円)	1 8 . 7 万円 (4 1 . 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, 0 9 6 億円	8, 2 5 4 億円	5 3 億円
1人当たり診療費 (2005[17]年度) ※5	1 7 . 4 万円	1 1 . 7 万円	1 0 . 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、組管健保は標準報酬をもとに賞与月数、給与所得控除等を見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、組管健保は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 老人保健対象者を(国保は退職被保険者等も)除いた数値である。

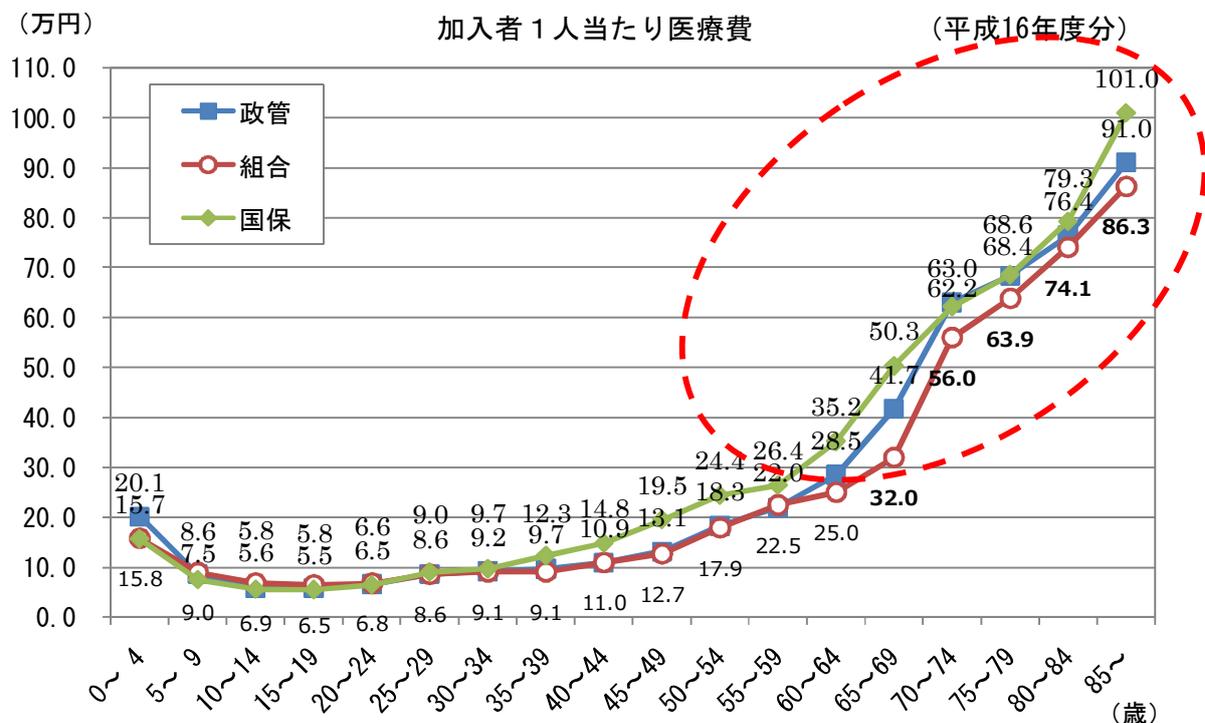
※6 各数値は速報値である。

※7 組管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人あたり医療費は、政管健保、国保に比べて低い。
- 35歳以降、国保の加入者 1人あたり医療費は、健保組合、政管健保に比べて高い。



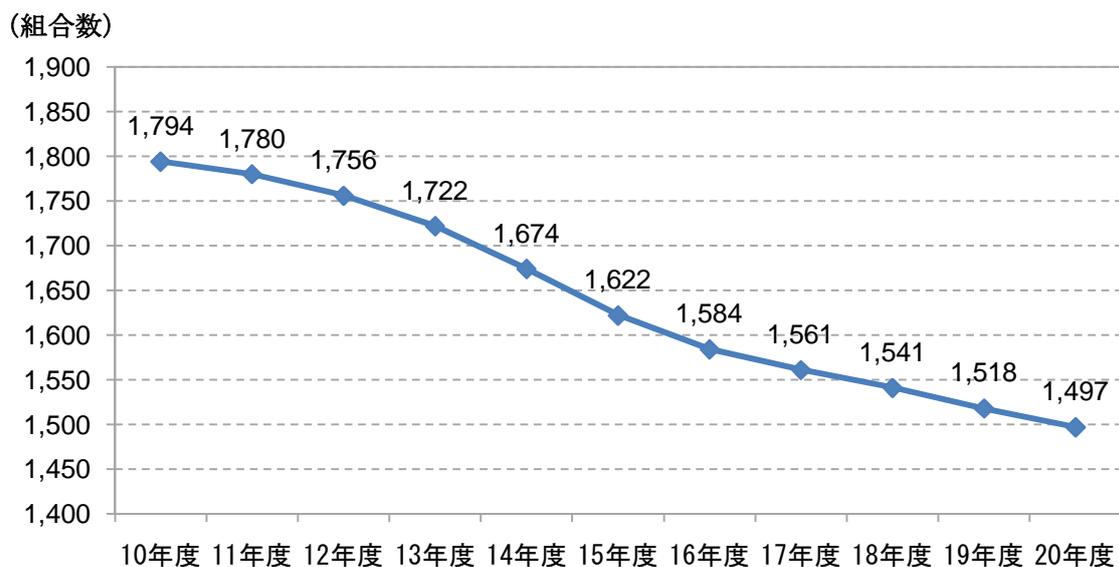
(注) 1人あたり医療費は、診療費(入院、入院外、歯科)、調剤、食事療養、訪問看護に係る分である。
 (資料) 厚生労働省『社会保障審議会 医療保険部会』資料より抜粋

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

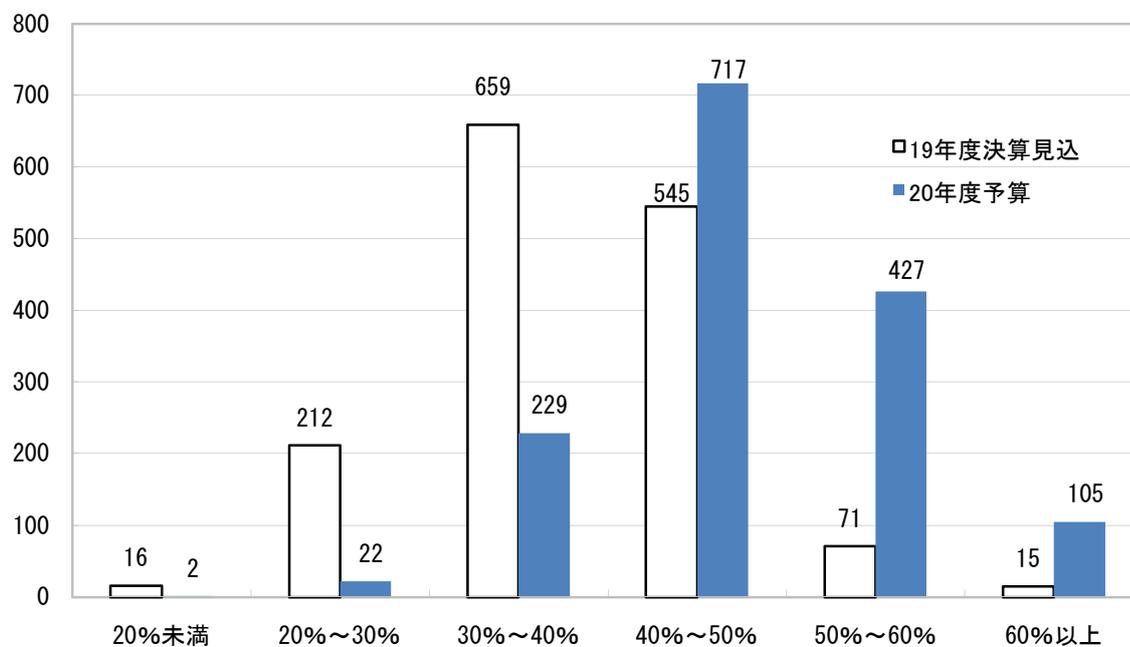
年齢階級	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
組合	25.0	32.0	56.0	63.9	74.1	86.3
政管	28.5	41.7	63.0	68.4	76.4	91.0
国保	35.2	50.3	62.2	68.6	79.3	101.0

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

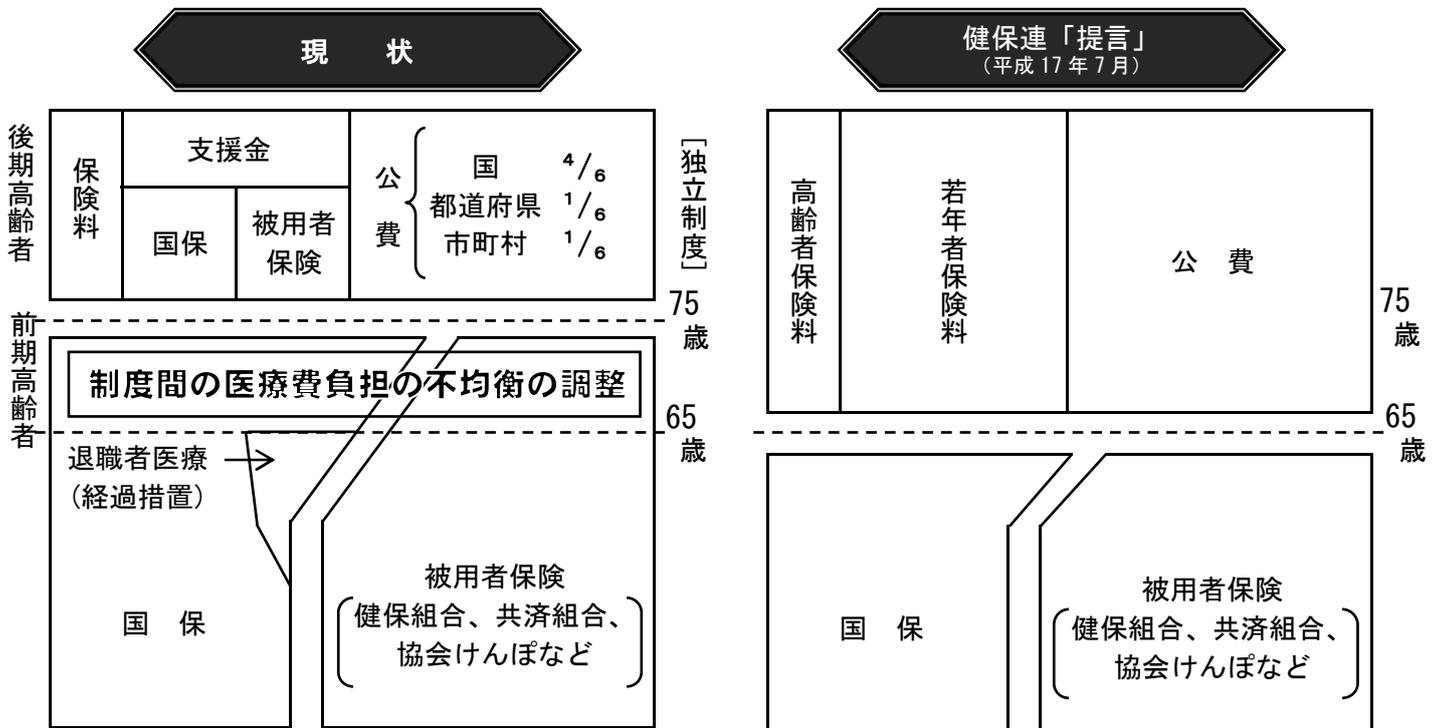
参考資料 7. 保険料収入に対する支援金・納付金の割合別組合数



(注) 20 年度欄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

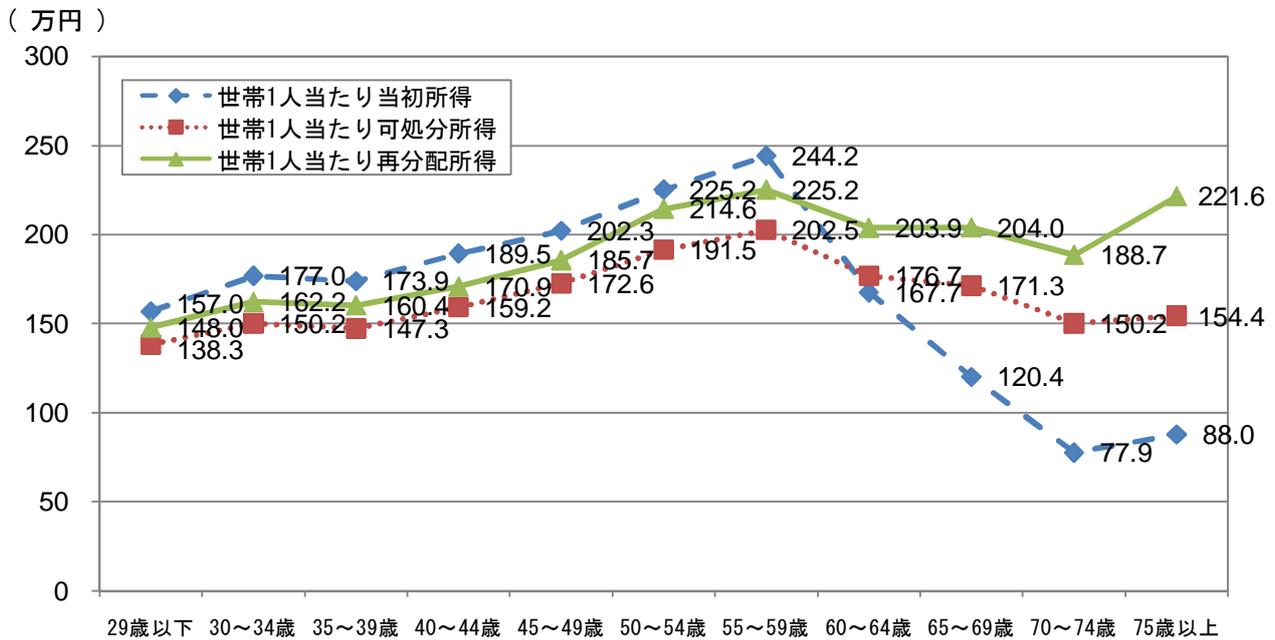
- 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）
 - 75歳以上の人と65歳から74歳の一定の障害のある人を被保険者とする独立した医療制度。
 - 後期高齢者の医療費全体から、患者が窓口で支払う一部負担金を差し引いた額を、概ね公費5、各保険者が拠出する後期高齢者支援金4、後期高齢者の保険料1の割合で賄う。
- 前期高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡を是正するしくみ
 - 65歳から74歳までの前期高齢者の医療費を各保険者が共同で負担するしくみ。
 - 各保険者の前期高齢者の医療費をベースに、どの保険者も前期高齢者が同じ割合で加入していると仮定して調整が行われる。

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層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割を目標。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：雇用者所得、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・全世界)

(万円)

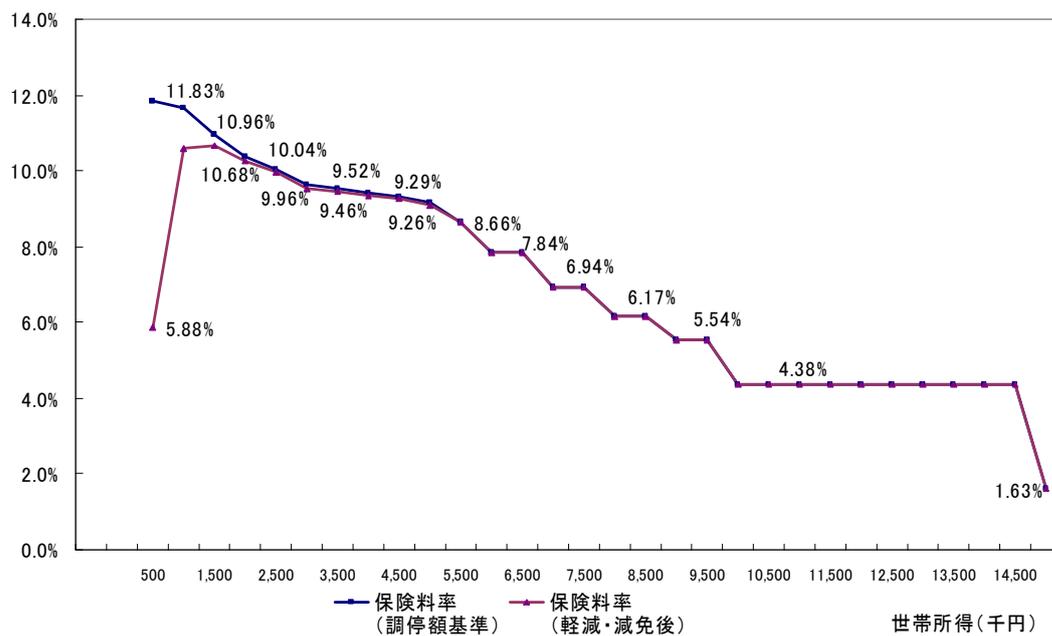
世帯主の年齢階級	資産合計	金融資産	住宅・宅地資産			耐久消費財等資産			年間収入
			宅地	住宅	耐久消費財	ゴルフ会員券等			
平均	3900	950	2786	2180	606	164	150	14	696
資産額 (万円)									
30歳未満	817	-8	679	426	253	146	144	2	469
30歳台	1459	-212	1514	955	559	158	156	2	597
40歳台	2712	148	2393	1708	685	171	164	7	777
50歳台	4160	1020	2955	2325	630	186	170	16	878
60歳台	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	— ¹⁾	-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)〈全世界帯〉

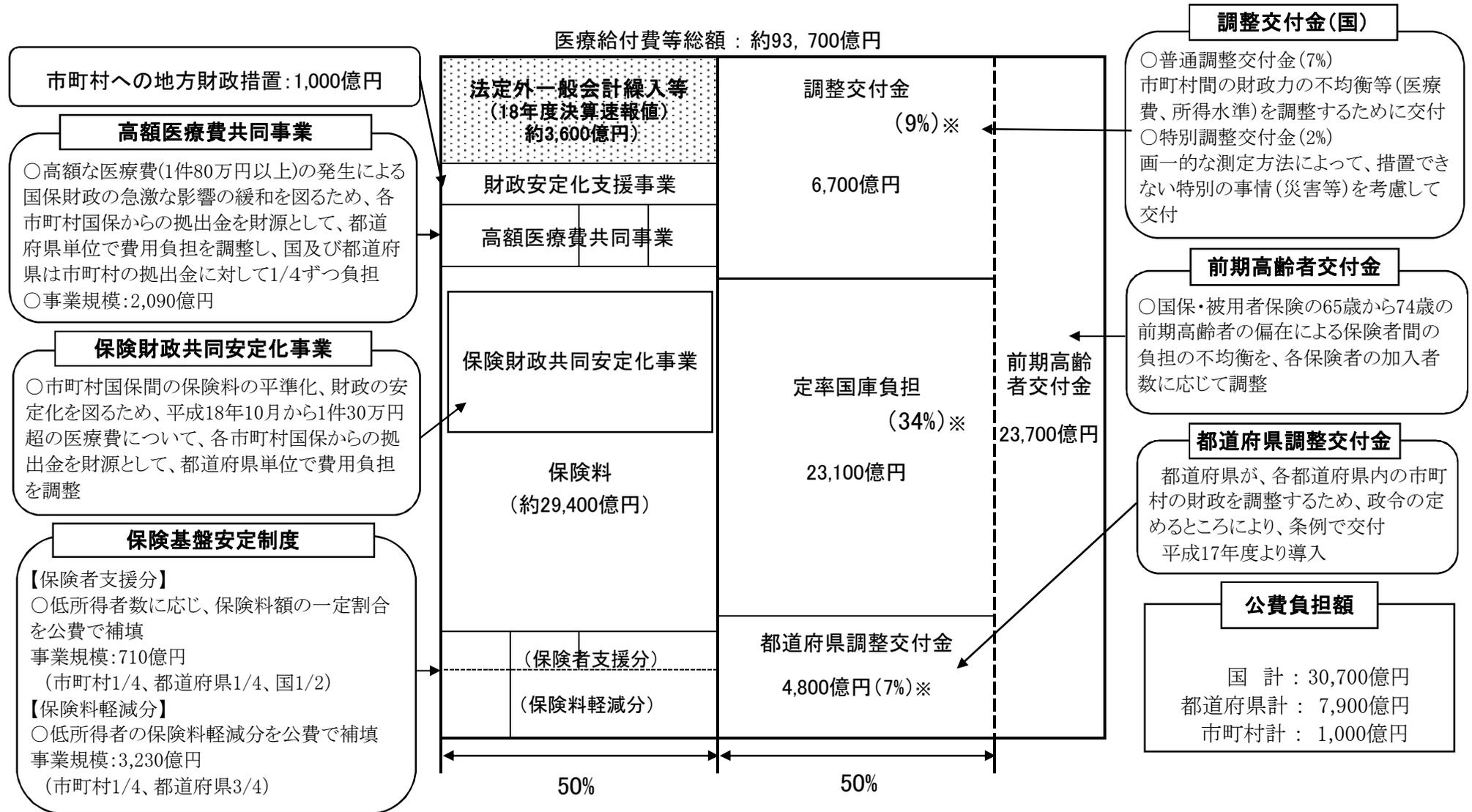
保険料負担率



(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樣でないため、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—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]

(財政力)

* 標準化された保険料総額

全疾病金庫の給付を賄う
ために必要な保険料率
(計算上の平均保険料率)
×
当該疾病金庫の基礎収入総額

(所要保険料)

* 標準化された給付費総額

性・年齢階級別平均給付費
×
当該疾病金庫の対応する
性・年齢階級別被保険者数



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 社会保障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）と呼ばれる社会保障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)				
	事業主負担	被用者負担		
保険料率	13.10%	0.75%		
一般社会拠出金(CSG)の税率と医療保険への充当				
				医療保険への充当
稼働所得	賃金		7.50%	5.29%
	非賃金		7.50%	5.25%
代替所得	所得税課税者	失業手当	6.20%	3.95%
		日額手当		
		退職年金	6.20%	4.35%
		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%

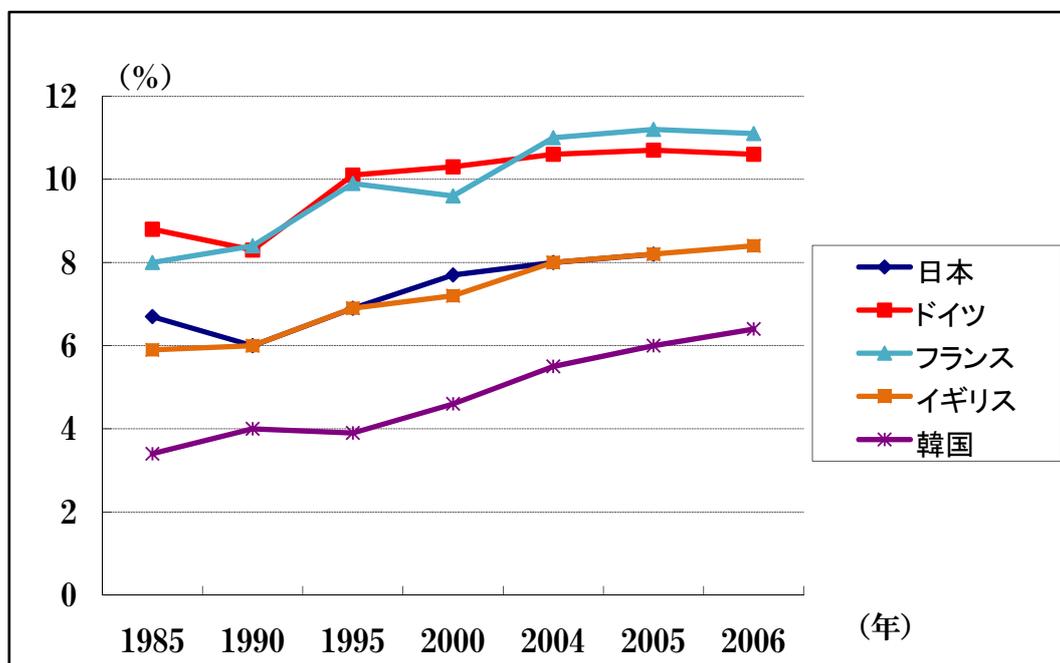
3. イギリス：税方式による医療保障（NHS：国民保健サービス）

○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、国民の大きな不満の的となった。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

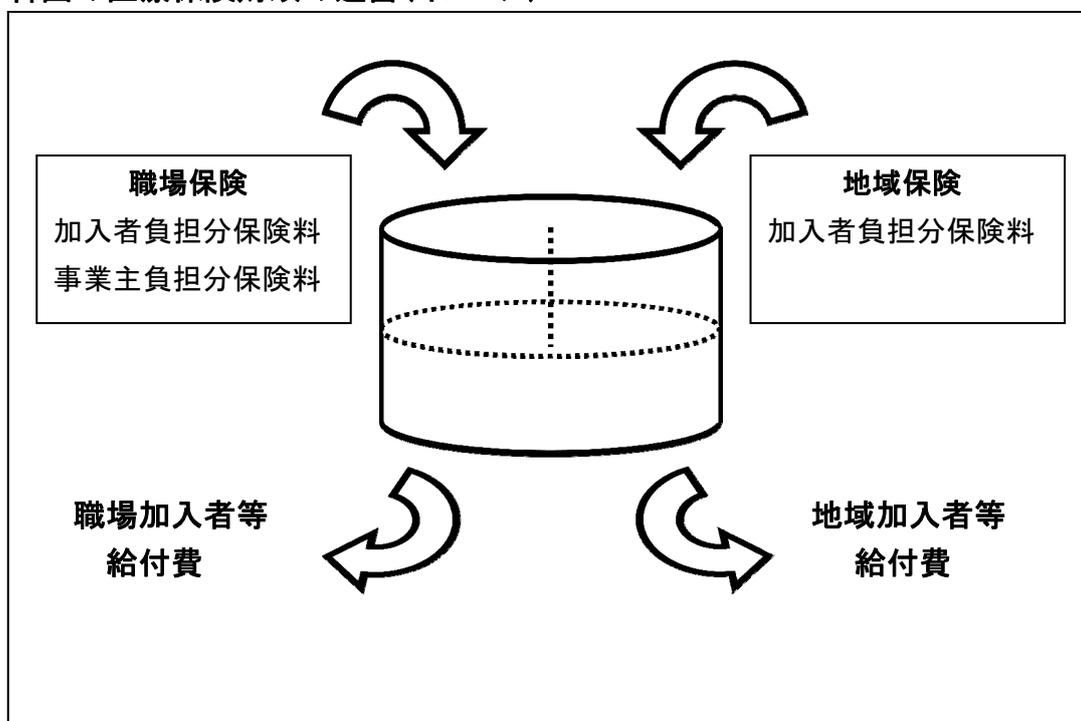
○二元的な保険料賦課体系のもとでの財政システムの統合

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、「減る脂ー（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。

東京薬業健康保険組合

【 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ー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・ウェルポ」（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・るぷる」（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的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ヵ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ヵ月後に個別相談を実施。さらに禁煙開始日から約3ヵ月後に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ヵ月間に教室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ヵ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ヵ年計画の「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で、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)

◆ 「体力づくり優秀組織表彰」について ◆

(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。

「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。

今後の課題として他の委員会等に検討を求める事項

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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・「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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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

<p>第7回 (H20. 8. 5)</p>	<p>1. 当面の対応について</p> <p>2. 財政調整と制度改正の歴史的展開について</p> <p>3. 理論構築に向けた論点整理について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
<p>第8回 (H20. 9. 11)</p>	<p>1. 当面の対応について</p> <p>2. 財政調整・一元化阻止のための理論構築について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
<p>第9回 (H20. 10. 7)</p>	<p>1. 当面の対応について</p> <p>2. 財政調整・一元化阻止のための理論構築について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
<p>第10回 (H20. 11. 13)</p>	<p>1. 財政調整・一元化阻止のための理論構築について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
<p>第11回 (H20. 11. 28)</p>	<p>1. 最終報告のとりまとめについて</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。