

全国健康保険協会運営委員会(第129回)

開催日時:令和6年3月21日(木)12:58~14:50

開催場所:全国健康保険協会本部大会議室(ハイブリッド開催)

出席者:飯野委員、小磯委員、後藤委員、小林委員、関戸委員、田中委員長、村上委員(五十音順)

- 〔議題〕
1. 第6期保険者機能強化アクションプラン(案)等について
 2. 令和6年度事業計画(案)及び予算(案)について【付議】
 3. 役員に対する報酬の見直しについて【付議】
 4. 協会けんぽにおける支部別医療費・検診結果の分析等について
 5. 外部有識者を活用した委託研究事業について
 6. その他

○内田統括役:本日はお忙しい中、第129回全国健康保険協会運営委員会にご出席いただきありがとうございます。本運営委員会の開催方法につきましてご説明いたします。

本日は、対面とオンラインのハイブリッド方式での開催といたします。このため、傍聴席は設けず、動画配信システムにて配信し、事前の傍聴のお申込みをいただいた方にのみ配信をさせていただきます。

また、本日の資料につきましては、委員の皆様におかれましては、事前にメール及び紙媒体でお送りしました資料をご覧くださいませようよろしくお願いいたします。

傍聴される方につきましては、恐れ入りますが協会けんぽのホームページから、本日の資料をご覧くださいませようよろしくお願いいたします。

次に、オンラインで参加されている委員の皆様のご発言方法について、ご説明をさせていただきます。まず、発言をされる時以外は音声をミュートに設定してください。ご発言をいただく際は、ご発言前にカメラに向かって挙手をお願いいたします。挙手をされた方から委員長が発言される方を指名されますので、指名された方はミュート設定を解除の上、ご発言いただきますようよろしくお願いいたします。ご発言終了後は、再度音声をミュートに設定いただきますようよろしくお願いいたします。開催方法等につきましては、以上でございます。以降の進行につきましては、田中委員長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○田中委員長:委員の皆さんこんにちは。本日もお忙しい中、ご参加いただきありがとうございます。

本日の出席状況ですが、松田委員と西委員がご欠席です。本日もオブザーバーとして厚生労働省にご出席いただいています。

早速議事に入ります。

まずは議題1の第6期保険者機能強化アクションプラン（案）等についてです。これについては前回までの議論において、各委員の意見はおおむね明らかにされたと考えております。

そのため本日は、それ以降に必要な修正を行った部分についてのみ、事務局から資料の説明をお願いします。

○内山部長：企画部長内山より資料の1-1と1-2について説明をいたします。

まず、資料1-1、第6期のアクションプランをご覧くださいませでしょうか。修正点のみにピックアップして申し上げます。

まず、資料1-1の6ページでございますけれども、4行目から①とございますが、ここは協議の過程で修正したということでございます。読み上げますと、「しかし、日本全体の課題である急速な少子高齢化や医療費の増加等による影響は、厳しいことが予想され、協会財政の先行き不透明である」という、これが修文後でございます。

当初の案は、「医療費の増加などにより、協会財政は非常に厳しくなることが見込まれる」ということでございましたけれども、今申し上げたとおり修正をさせていただきたいと思っております。

つまり、厳しいという言葉が、協会財政にはかからないという意図でございます。協会財政については先行きが不透明である、ということで置き換えたいというところでございます。

修正は今、申し上げたとおりでございますが、私どもの認識としましては、これまでも運営委員会で中長期の見通しを示したところでございます。中長期の見通しなどを踏まえると、私どもの財政が楽観を許さない状況と認識をしております。それについては改めて申し上げたいと思っております。

それが1点目でございます。

それから23ページでございますが、23ページの下の方、ローマ数字Ⅲのところがございます。

持続可能性の確保等に向けた意見発信というところでございますが、こちらと同じ趣旨の修正でございます。

1行目、「協会財政の先行きが不透明であることを踏まえ」と書いてありますが、これも原文は、「今後、厳しさを増すことが予想される協会財政」という趣旨でございましたけれども、こちら先ほど申し上げたとおり、協会財政については、先行きが不透明ということで置き換えさせていただきたいと思っております。

資料1-1については、以上でございます。

続きまして資料1-2の広報基本方針について、修正点を申し上げたいと思います。

資料1-2の3ページをご覧くださいませでしょうか。3ページの下の方の5の推進体制というところがございます。

この5の推進体制が今回、新たに追記したところでございます。

本方針を含め、広報に関する重要事項を審議するため、本部に広報委員会を置くというこ

とで、新たに追記させていただきたいということでございます。

この広報に関する重要事項を審議するための広報委員会でございますが、メンバーとして、今のところ想定しておりますのは、外部の委員の方ではなく、基本、本部の常勤の役員、準役員、部長級になるかと思っております。

そういった本部の幹部が一堂に会して、広報に関する重要事項について、意思決定をしていきたいところでございます。

それから外部委員については、含まないということを申し上げましたけれども、外部の有識者の皆様のご意見を聞くというのは、当然やるべきことと考えておまして、私どもとしましても、ここ何か月かで広報の専門家にお越しいただき、お話を伺って、勉強させていただくことをやらせていただいております。

以上、資料1-1、1-2の修正点は以上でございます。

○田中委員長：説明ありがとうございました。ただいまの説明についてご意見ご質問のある方はお願いします。

ともに今までの我々の意見を踏まえての修正でもありますので、特にございませんか。

村上委員お願いします。

○村上委員：はい、ありがとうございます。今のご説明に特段の異論ということではございません。

この保険者機能強化アクションプラン（案）全般について、要望でございます。

2024年度は、データヘルス計画や医療費適正化計画、また特定健康診査等実施計画がスタートする節目の年となりますので、協会けんぽ本部、都道府県支部が一丸となってさらなる保険者機能の発揮に向けて円滑な取組をお願いしたいと思っております。

その際、効率的な医療提供体制の構築というのは、地域医療構想の再検討など、道半ばでございます。

都道府県段階におかれても、被用者保険の関係団体の被保険者、経営者団体、けんぽ組合と強く連携いただきまして、引き続き、働きかけていただきたいと思います。

協会けんぽがリードする立場で、ぜひ引っ張っていただければと思います。

以上です。

○田中委員長：励ましの言葉をいただいた感じですね。ありがとうございます。

○内山部長：ご指摘も踏まえてしっかりやらさせていただきます。ありがとうございます。

○田中委員長：ほかによろしゅうございますか。

小林委員どうぞ。

○小林委員：ご説明ありがとうございます。第6期のアクションプランについては、基本的な方針、施策については異論ございません。

その上で、少子化や、それに伴う保険給付金の構造化等、その様々に医療保険制度が大きな変革の真ただ中にあるのかなと思います。

こうした変化のある中で、加入者の方々に深く理解していただくための、広報の在り方というものには、非常に期待しているところでございますので、ぜひ国民に分かりやすく、続けていただくようお願いいたします。

あとインセンティブの制度等、複雑な取組がたくさんありますので、こうした基本方針、基本計画に基づく今後の広報の取組を、注目したいと思っております。

また適宜、進捗報告いただければと思いますので、引き続きよろしく願いいたします。

○田中委員長：ありがとうございます。同じく激励の言葉と、広報進展を知らせてほしいといったことでした。

○内山部長：はい、ありがとうございます。しっかりやらせていただきます。

また進捗状況についても、この運営委員会場で報告をさせていただきたいと思っております。ありがとうございます。

○田中委員長：ほかによろしゅうございますか。

第6期保険者機能強化アクションプラン、それから広報の基本方針については、これまでの議論を踏まえると、大方の意見も出尽くしていると思われま。

そこで、運営委員会としては本日の案で了承することといたします。ありがとうございます。

次に、議題2の令和6年度事業計画（案）及び予算（案）を取り上げます。

こちら昨年12月から本委員会、委員の皆様からご意見を頂戴し、基本的には了承いただいておりますが、今回、改めて事業計画（案）及び予算（案）について、健康保険法及び船員保険法に基づく付議事項として提出されています。

事務局から説明を受ける前に確認ですが、定められた手順についてご紹介いたします。

協会は、毎事業年度、事業計画及び予算を作成し、当該事業年度作成開始前に、厚生労働大臣の認可を受けなければならないとされております。

理事長はあらかじめ本委員会の議を経ることとされています。

また船員保険事業に関わる事業計画及び予算については、理事長が船員保険協議会の意見を聞き、その意見を尊重しなければならないと、船員保険法によって定められています。

さらに理事長が協議会の意見を聞いた後、本委員会の議を経ることとされています。

では、資料2-1から2-6まで、事務局から資料の説明をお願いします。

○内田統括役:企画統括役内田でございます。私のほうから議題2、令和6年度事業計画(案)及び予算(案)についてご説明をさせていただきます。

資料2-1から資料2-6に沿いましてご説明をさせていただきます。

初めに資料2-1でございます。こちらは健康保険と船員保険の事業計画、それから予算の本体でございまして、このうち船員保険部分につきましては、委員長からもご説明いただきましたが、3月8日に船員保険協議会が開催されておりまして、その中でこちらを承認されてございます。

ご説明のほうは、健康保険の関係を主にご説明をさせていただきます。

こちら34ページまでが健康保険についての事業計画でございます。

事業計画におきましては、これまで2回運営委員会でご説明、ご議論いただいたところでございます。

本日は、前回ご議論いただいた12月20日以降、修正があった部分を中心にご説明をさせていただきます。

初めに、議題1のアクションプランと同様の修正からご説明をさせていただきます。

1か所目が、8ページでございます。健全な財政運営の二つ目の丸の部分でございます。

こちら案文では、今後、先行きが不透明なといった記述でございます。修正につきましては、先ほどのアクションプランと同様の趣旨でございます。

続いて26ページでございます。こちらローマ数字の小文字のiii、医療保険制度の持続可能性の確保等に向けた意見発信の2段目の一つ目の丸の部分でございます。ここは、協会財政の先行きが不透明といった表現にしております。

以上がアクションプランと同趣旨の修正でございまして、事業計画だけの修正につきましては、ページ戻りまして14ページになります。

14ページ一番下の部分のKPIの部分でございます。令和6年11月末時点のマイナ保険証の利用率を50%以上とするといった旨記載してございます。

この50%でございますが、国が目安として示されました目標値50%をKPIとしてございます。

また、目標設定の背景等につきましては、後ほど資料6の中でもご説明をさせていただきますが、こちらマイナ保険証の利用促進に向けたさらなる取組の一つということで、国のほうから目標値の設定が求められたところでございます。

以上が事業計画の修正でございまして、予算につきましては54ページ以降でございます。説明につきましては、資料の2-4でご説明をさせていただきます。

初めに上段の収入の部分でございます。まず収入欄、一番下の計のところでございます。

約12兆4,842億円の計上でございまして、令和5年度予算と比較いたしますと、約1,363億のプラス計上でございます。

こちらの主立った収入の増減について申し上げますと、一番上の保険料等交付金が約2,794億の増でございます。こちらは標準報酬月額、被保険者数の増加を見込んでございま

す。

その一方で、3段目の国庫補助等につきましては、約1,314億円の減でございます。この部分は、制度改正で前期高齢者納付金が3分の1総報酬割導入ということで、国庫補助が減っております。

一方で、支出の部分でございます。合計は、一番下の計の部分でございます。ここは収入計と同額の約12兆4,842億円の計上でございます。

ただ、この中には支出欄の下から3段目がございますが、実際の収支差となります約3,685億円、こちら支出に含んでございます。収支差を累積収支へ繰り入れるということで支出に計上し、これで収支を均衡させてございます。

続いて支出での主な増減をご説明いたします。

まず3段目の前期高齢者納付金。こちら約2,576億円の減となっております。こちらは先ほど国庫補助でもご説明しましたが、前期の財政調整の3分の1の総報酬制導入による減額でございます。

それと7段目になりますが、介護納付金こちら約440億円の減でございます。精算分が大きかったということで、減額となっております。

真ん中付近の8段目からは業務経費でございますが、このうち保健事業費が約55億円の減ということで、前回の運営委員会でもご説明をいたしましたが、6年度からの特定健康診査第4期計画の初年度ということで、健診・保健指導の目標値も一旦実績値に近い数値に設定して目標値を下げたということで予算のほうも減となっております。

それと内訳の下から7段目の一般管理費でございます。このうち一般事務費が、約305億円の増となっております。

こちらの主な要因でございますが、システム経費が増となっているところでございます。

6年度は、システム基盤のリース満了への対応や、マイナ保険証あるいは電子申請への対応がございます。

続きまして、資料の2-5でございます。こちらは業務経費と一般管理費の内訳でございます。こちら12月20日の運営委員会でお出ししたものでございます。前回からの変更部分でございますが、3ページの一番下の一般管理費と一般事務経費の合計の部分でございます。

こちらが約3,188億円となっておりますが、前回お示した金額と比べますと、合計で約62億円ほどの減額をしております。

主な減額の要因でございますが、マイナンバーカードと保険証の一体化に関する経費が主なものでございまして、12月時点では、不確定部分が多かったことから、少々幅広に予算計上してございましたが、経費精査いたしまして、減額をしております。

続きまして資料2-6でございます。こちらは業務経費の中の一つでございます。支部保険者機能強化予算でございます。

1ページの一つ目の黒丸の1行目でございますように、医療費適正化等の保険者機能をさ

らに発揮すべきと、これまでも運営委員会や支部評議会でご意見をいただいております、これを基に元年度に創設しているところでございます。

二つ目の黒丸の真ん中のところでございます、4年度からは本部、支部の連携強化の方策を開始してございまして、その一環として5年度からこの保険者機能強化予算、こちらを拡充したところでございます。

三つ目の黒丸にございますが、さらなる保健事業の充実を図るということで、来年6年度からは、被扶養者の集団健診の際のオプション検診として骨粗鬆症、歯科、眼底の検診の実施に係る予算を新たに創設したところでございます。

こちらの主な内容は2ページ以降になります。2ページが支部の医療費適正化等予算で、3、4ページが支部保健事業予算になります。

2ページの医療費適正化等予算につきましては、こちら上の点線の枠内でございますが、ジェネリック医薬品の使用促進や、上手な医療のかかり方に係る情報提供、広報に係る経費を計上してございます。

下の表でございますが、1段目には医療費適正化対策経費ということで、ジェネリック医薬品や、上手な医療のかかり方などの経費、2段目は広報意見発信経費ということで、納入告知書に同封するチラシや、複数の媒体を総合的に活用した医療費適正化対策広報などの経費を計上してございます。こちらの経費は、合計欄にございますとおり、7.9億円でございます。

3ページ、4ページが、こちら支部保健事業予算でございます。こちら3ページの点線の枠内でございますが、保健事業の基本としております特定健診、特定保健指導の推進、コラボヘルスの取組、重症化予防対策、この三本柱を推進していくということでございます。

下の表の部分の上段が、健診関係経費でございます。

特に、真ん中の主な取組の欄の3段目が6年度から予算化されたオプション健診でございますが、こちら40支部で予算が計上されてございます。2段目は、支部での保健指導推進経費や利用勧奨の経費を計上してございます。

続いて4ページ、こちらはコラボヘルスの事業、それから真ん中の辺には、重症化予防とその他の経費と計上してございますが、保健事業経費につきましては42億円の計上ということでございます。

合計が一番下の49.9億円計上ということで、これによって各支部が取り組んでいくことになってございます。

事業計画と予算に関する説明は、以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございました。ただいまの説明に対する質問、ご意見おありの方お願いいたします。小.磯委員お願いいたします。

○小磯委員：ありがとうございます。もしかしたら今さらなご質問なのかもしれないのです

が、今回、被扶養者の集団健診においてオプション健診として、骨粗鬆症検診と歯科検診、眼底検査の実施に向けた予算創設とありますが、こちらのほうは被扶養者のみであるということではなく、被保険者もオプションで同じように、既に準備されているものなのかどうかというところが1点でございます。

それからもう1点が、事業計画の中で電子申請した場合について、退職者の被保険者証の返還が難しいということが書いてあったと思いますが、マイナ保険証に移行し、12月2日以降、保険証をつくらないことになったときに、全員返還する必要はなくて、手元に置いておいて、まだ使うチャンスがあるという理解でよろしいでしょうかということです。2点です。

○田中委員長：2点質問にお答えください。

○池井部長：1点目のオプション健診ですけれども、今のところは被扶養者のみ実施することとしておりまして、被保険者につきましては生活習慣病健診を受けていただいており、特定健診にがん検診をプラスした健診となっております。被扶養者については、特定健診のみでありますので、オプション検診を拡充することを来年度から実施するところでございます。

○長田参与：2点目でございますが、質問のご趣旨は、令和6年12月2日の保険証発行停止以降、既に発行されている保険証の扱いという趣旨でよろしいでしょうか。

○小磯委員：そうです。

○長田参与：これにつきましては1年間の経過措置が設けられることになっておりまして、既に発行済みの保険証で、有効な資格を持たれている方については、その保険証が令和6年12月2日からの1年間は引き続き使用が可能との方針になっております。

○小磯委員：ありがとうございます。そうするとその後、返還するということになるのですか。

○長田参与：その点については、まだ厚生労働省から方針が示されておられません。

○小磯委員：はい、分かりました。いいですか、委員長。

先ほどの被扶養者に対しての骨粗鬆症検診と、追加があるということですが、私のこの委員会でお伺いした限りでは、骨粗鬆症になりやすいのは女性だというお話が松田委員からあって、加わったという理解でおりますが、そうすると被扶養者が女性で男性が被保険者のような印象になってしまう気がします。令和6年度はともかくとして、今後、女性も今、働いている人が多いので、できれば被保険者にも同じようなオプションをつけていただける

とありがたいと思います。

以上でございます。

○池井次長：女性のほうが骨粗鬆症になりやすいという認識は正しく、特に年齢の高い方は骨が弱くなるということから女性をターゲットにするということで、女性が多い被扶養者を対象にオプション健診を実施することとしております。

このオプション健診は、どこかの会場を用意して、そこで健診を実施する集合健診にオプション健診を行うという形にしております。

被保険者につきましては、先ほど申しましたとおり生活習慣病予防健診でございまして、健診機関の施設で受けていただく形がほとんどです。そこにオプション健診を入れられるかどうかという課題がありますが被保険者にも骨粗鬆症検診をオプションで入れられるかについては、少し考えさせていただきたいと思います。

○小磯委員：はい、ありがとうございます。

○田中委員長：大切なご指摘でした。ありがとうございます。

小林委員と関戸委員ですね。では、小林委員、先でよろしいですか。お願いします。

○小林委員：ありがとうございます。事業計画案の予算についてですが、資料2-4、資料2-5の予算や事業計画における国庫補助や、本部と支部の事業費の内訳などを、全体構成の中での位置づけ、仕組みが明確に分かるような説明、記載をもう少し工夫いただけるとありがたいと思います。

もう1点が、資料2-6の7ページ以降に、本委員会でも準備金の残高が増加していることを受けて、加入者への還元的意味合いを込めて実施を決定した、さらなる保健事業のうち付加健診の対象年齢の拡大について、今年4月より開始とあります。この対象年齢が大きく広がり、受診機会が増えることは、加入者の健康増進に寄与するものと思いますので、ぜひ今年度、さらにPRいただいて、受診率増加につなげていただきたいと思います。

2点、意見でございました。

○田中委員長：ご意見、ご要望です。何かお答えになりますか。

○内山部長：まず1点目について申し上げます。国庫補助の仕組みは、小林委員のご指摘を踏まえて、どこまで分かりやすくできるか考えてみたいと思います。

国庫補助、予算の積算はすごく複雑なところもありまして、どこまで皆様にお伝えすべきか、分かりやすくできるか考えてみたいと思います。ありがとうございます。

○小林委員：よろしく申し上げます。

○田中委員長：お待たせしました関戸委員申し上げます。

○関戸委員：令和6年度予算について、一言申し上げたいと思います。

前回示していただいた協会けんぽの令和5年度の決算見込みでは、単年度の収支が予算では2,500億円でしたが、決算見込みでは約4,000億円という大幅な黒字となっており、積立金も5兆円を超えることになりました。これは約15年前の発足当時には、積立金は約1,500億円でありましたし、単年度収支は赤字でした。平均すると年3,000億円超ぐらい増えたのではないかと思います。デモをやったときの平成25年当時も、まだまだ財政は厳しく、積立金は7千億円程度でしたけど、今はなんと5兆円になっています。

健全な運営は必要なことではありますが、令和6年度予算でも、累積収支への繰入額が3,600億円になっています。この数字は、昨年9月に示していただいた収支見通しの最もよいシナリオの試算が、2,200億円でありますから、それを大きく上回るのであります。協会けんぽは、とても財政的に潤っているという印象を受けます。

一方、保険料を負担する我々中小企業、小規模事業者の現況としては、世界的な物価高や、エネルギー価格の上昇、また人手不足などに伴う防衛的な賃上げをせざるを得ない、大変厳しい状況になっています。

また、中小企業、小規模事業者で働く労働者の方々についても、物価高の中、実質賃金が連続でマイナスになるなど、生活は決して楽なものではないわけであります。厳しい状況の中で、協会けんぽの保険料をはじめとする社会保障費の負担というのは、賃金の上昇も相まって、事業主・労働者にとっても大きな負担となっています。

当然、事業主・労働者からは、これほどの黒字を計上するのであれば、少しでもよいから保険料率を引き下げざるべきとの声が強くなってきます。

0.何%でもいいですから、そういったところのしっかりした数字を出していただきたいと思っております。

また、この財政状況について、事業主や労働者に対して丁寧に説明して、理解を求める必要があるのではないかと思います。

この数字やこの推移を見せたら、相当の反論の声が出てくると思います。

そういったこともありますので、声が上がってくることを想定して、しっかりした取組をやっていかなければいけないと思います。

それから予算の正確性を担保するための、機械的ではなく、実体経済の動きを反映したシミュレーションの実施を、ぜひお願いしたいと思います。

協会けんぽの予算規模は、令和6年度予算で12兆5,000億円となっております。平成25年度は8兆5,000億円でしたから、1.5倍程度になっています。とても大きな予算であるため、単年度の予算決算を見ていても、なかなか協会けんぽの実態に迫るのは難しいと思いま

す。

そういったときには重要な指標の比率の推移を見ていくと良いと思います。例えば、今回の予算では、前期高齢者納付金の総報酬割の導入によって、国庫補助が減っていると説明がありましたけれども、国庫補助率 16.4%というのは皆様の頭に入っていると思いますが、実際のところ財政規模の大きく異なる平成 25 年度と令和 4 年度を見ましても、1.2 兆円という補助金の額は変わらず、収入に占める割合は、平成 25 年が 16.2%に対して 14%、令和 4 年が 11%、と大きく下がっています。

国庫補助率を法定上限まで上げてほしいとの要望は、毎年多くの支部から寄せられておりますけれども、これだけ見ると補助率が年々下がっているように見えてしまいます。

これは制度の改正や積立金の存在などが影響していると考えますが、予算決算を見ているだけではよく分からないため、今後は、予算決算の説明と合わせて、このような重要な指標の推移について、併せてご説明いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

以上で終わります。

○田中委員長：ありがとうございます。加入者の納得を得なければならないのご指摘は、そのとおりですね。お答えください。

○内山部長：内山から申し上げます。関戸委員、ご発言ありがとうございます。関戸委員のご指摘も踏まえて、しっかり事業主、被保険者の皆様に少しでも私どもの状況、事業の内容、財政状況などご理解いただけるように、分かりやすい説明に努めてまいりたいと思っております。

その上で幾つか個別にコメントさせていただきたいと思います。

まず、今年度の収支が、大分上に振れているところでございますけれども、まず中小企業の事業主の皆様が厳しい状況の中で保険料をご負担いただいていることは、重々承知しております。その上で、黒字が上に振れた要因としましては、今、賃上げの状況が世の中全体で動いている中で、保険料収入が増えているところが一つの要素として挙げられます。

あともう一つとしましては、被扶養率の減少が挙げられます。配偶者の扶養から抜けて、自ら被保険者になられるという方も増えているかと思っております。そういったところを踏まえて、被扶養率というのが下がってきているといったところがあります。

そういった諸々の要素を踏まえて、大分黒字が積み上がっているのではないかと考えております。

そういったところも踏まえて、いろいろ考えるべきではありますが、まずはさらなる保健事業です。資料 2-6 の 7 ページ目にもございますが、加入者の皆様への還元といったところで、これで終わりというわけではないので、今後も加入者の皆様にどんな還元ができるかというのは考えてまいりたいと思っております。

もう一つが、中長期の財政見通しについて、これまでも 10 年先の見通しまでを示したとこ

ろですが、10年先も見据えた上で、保険者財政としても持続可能なものにしていくといったところも、非常に大事ではないかと思えます。そういったところを、持続可能性、あとは加入者の皆様にどこまで還元できるかといったところも考えつつ、やるべきことを考えてまいりたいと思っております。

それから国庫補助率につきましては、今16.4%で10年ぐらいきておりますけれども、最終的には国が行うことではありますが、私どもとしては、毎年度、制度改正要望の中で、国庫補助率の引上げについて要望を出しているところでありまして、私どもの財政状況についても厚労省には説明をしております。関戸委員のご指摘もございまして、私どもとしても、国庫補助率の引上げは、ぜひやっていただきたいということで、要望は出しているところでございますので、その点を申し上げておきたいと思えます。

私からは以上です。

○田中委員長：関戸委員いかがですか。

○関戸委員：ありがとうございます。平成20年の発足当時は、8.2%で、22年には9.34%、23年には9.50%、24年から10%になって、現在に至るわけです。保険料を1%動かすことによって、協会けんぽの収入は1兆円ぐらい増減すると思えます。このバランスを踏まえた上で、賃上げによって収入が増えている今、本当に0コンマ何%でもいいですから、引き下げていただければ、事業主・従業員の可処分所得が増え、国を発展させるということにつながっていくと思えます。

消費者や国民がお金を使って、企業の収益となり、経済を回しているわけです。

協会けんぽが、安定的に運営していくことは絶対大事です。大事ですけども、その辺のバランスが非常に重要だと思います。当初8.2%だった保険料率が、10%になって、16年が経過をしたら当初はゼロに近かった準備金が5兆円にもなってしまった。単年度収支が赤字だったところからここまで来たということも踏まえて、保険料率の見直しの検討を進める協会けんぽにしていきたいと思えます。よろしくをお願いします。

○田中委員長：ありがとうございました。いろいろと将来についてご意見頂戴しましたが、令和6年度事業計画及び予算については、本日事務局から説明のあった内容で了承することによろしゅうございますか。

(異議なし)

○田中委員長：ありがとうございます。では本委員会として了承することといたします。

事務局におかれては、事業計画及び予算について厚生労働省に対して、認可のため所要の手続を行ってください。

○北川理事長：はい、ありがとうございます。承知いたしました。

認可の手続を進めまして、令和6年度の事業に着実に取り組んでまいります。
改めまして本委員会における運営委員の皆様のご議論に感謝申し上げます。
今後ともご指導よろしくお願いいたします。

○田中委員長：理事長、ありがとうございます。今日出た意見もしっかり踏まえて、運営してまいります。

次の議題に移ります。次は役員に対する報酬の見直しについてです。

こちらは健康保険法に基づく付議事項となります。事務局から資料の説明をお願いします。

○稼農部長：総務部長の稼農でございます。資料3に沿いまして説明させていただきます。

役員報酬規定（賞与）の改正案についてでございます。

概要でございます。協会の役員の賞与につきましては、これまで国家公務員の指定職の賞与の支給水準を参考としてきております。

令和5年の人事院勧告におきまして、この国家公務員指定職の賞与の支給月数が、0.10月分引き上げられました。このため、協会の役員報酬の賞与の支給割合の見直しを行いたいというものでございます。

2. 改正案でございます。賞与の支給水準を、現行の年間3.30月分から0.10月分を引き上げて、年間3.40月分とさせていただきたいというものでございます。

3. 改正時期でございますが、令和6年6月1日の施行にさせていただければと思っております。

説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

○田中委員長：ただいまの説明について、ご質問ありましたらお願いいたします。

特にございませんか。国家公務員指定職に準じているということですので、妥当かと存じます。

では事務局から提案のあった役員報酬の見直しについて、本委員会として了承することによってよろしゅうございますね。

（異議なし）

○田中委員長：ありがとうございます。本委員会としてこれを了承することといたします。ありがとうございました。

次に協会けんぽの支部別医療費及び健診結果の分析等について、資料が提出されています。説明をお願いします。

○内山部長：では資料4-1、4-2について説明をさせていただきます。まず資料4-1をご覧くださいませでしょうか。

まず中身の説明に入る前に、少し申し上げたい点がございます。資料4-1につきまして

は、現状こうなっていますというような趣旨の内容が主なものでございますので、まだその先のなぜこれだけの支部間の差が出ているのかといったところの原因や背景、その地域の医療体制、介護の体制とどう絡んでいるのかといったところを踏まえた分析、検証はできておりません。本来であれば、そこをどういうふうに事業改善、実践していくのかといったところまで実施したうえで申し上げるべきですが、まだそこまで届いておりません。

私としても、これから説明するのは、非常に心苦しいところはありますが、現状こうなっているという資料でございますので、これで終わりとは全く思っておりません。今申し上げたとおり、まず事実関係を踏まえて、この差が生じている背景、原因を分析し解消するためには、どういった施策が求められるのか、やるべきなのかといったところも踏まえて、国や都道府県レベルの政策決定のプロセスにおける意見発信といったところまでつなげてこそ、意味があるだろうと考えております。

そういった意味で現状の説明ということでございますけれども、今、申し上げたところに、今後届かせていくために、この運営委員会の場はもちろんでございますけれども、外部有識者の皆様のご意見をしっかり聞きながら、分析検証して、事業の企画、事業の実施、意見発信といったところにつなげていきたいと思っております。

その上で、資料の中身の説明に入ります。事前の説明で一通り説明させていただいておりますので、簡潔に申し上げたいと思います。

まず大項目1と2がありまして、大項目の2はジェネリックでございます。大項目の1として、都道府県支部別の医療費・健診結果の分析でございます。大きく中項目四つございまして、(1)として地域差、(2)として年齢階級ごとの傾向、(3)として疾病ごとの傾向、4つ目として、健診問診期間の状況といったところでございます。

その上で中身に入りますが、まず一番基礎的な資料としまして6ページ、7ページをご覧くださいと思います。まず6ページです。これは各都道府県支部別の加入者一人当たりのトータルの医療費の都道府県別の比較でございます。

全国平均を真ん中ゼロとしまして、全国平均からどれだけ乖離があるかというところを表しております。6ページにつきましては、一人当たりの医療費をそのまま数値化したものでございまして、このまま比べると不公平になってしまうところでございます。6ページの上の枠内をご覧くださいなのですが、支部ごとで、かなり平均年齢が違っております。

当然のことながら平均年齢高くなるほど、一人当たりの医療費が高くなるということでございます。枠内にございまして、一番平均年齢の高い秋田支部が42.1歳、一番低い沖縄が36.2歳ということで、かなり差が出ているところでございますので、こういった年齢の格差を調整した上で比較すべきであろうというところでございます。

この6ページのを年齢調整して比べたものが、7ページでございます。7ページをご覧くださいますと、やはり一番保険料の高い佐賀が、地域差指数が1.116ということで全国平均よりも11%以上高くなっているというところでございます。

逆に一番左側、保険料率が一番低い新潟でございまして、0.907ということで全国平均よ

りも9%以上低くなっているといったところでございます。

この棒グラフの色でございますけれども、中身で大きく分けておりまして、白のところが入院の医療費がどれだけ乖離に寄与しているか、ドットのところが入院外の医療費がどれだけ乖離に寄与しているかといったところでございます。

そういったところを踏まえて申し上げますと、佐賀県は入院の医療費が医療費の増に寄与している、それ以上に入院外の医療費のほうも、医療費の増に寄与しているといったところが見て取れるといったところでございます。

それから少し飛びまして、8ページでございます。同じ県であれば傾向も似ているといったところを示しているのが8ページというところであります。

それから9ページでございますけれども、ここから個別の要素ごとに分析したものでございます。9ページですが、入院の一人当たりの医療費でございまして、全国平均からどれだけ乖離しているかというところでございます。

9ページの上の段をご覧くださいますと、例えば一人当たりの医療費が、入院の医療費は、西日本のほうが高いといったデータが出ております。

こういったところも踏まえて、背景、地域の医療提供体制がどう影響しているのか、受診の動向がどう影響しているのかといったところを、しっかり分析していくということが必要だと思っております。この関連のデータで、例えば10ページを見ていただきますと、10ページの上のほうは、1件当たりの入院の日数というところでございまして、平均在院日数には大分近いのですが、これはレセプト1枚当たりでございまして、入院が月をまたげば2件としてカウントされてしまうというところであります。しかし、条件は一緒でございますので、これで全国の平均との乖離を見ていただきますと、やはり一人当たりの入院費が高い西日本が、平均の在院日数が、アベレージと比べても約1日高くなっている県もあるといったところでございます。

その下の段が、今度は1日当たりの医療費ということでございまして、西日本の傾向を見ていただきますと、1日当たりの医療費の単価を見ていただくと、大分アベレージも低くなっているといったところでございます。つまり入院の医療費が高い西日本の傾向としましては、在院日数、平均が長いということと、1日当たりの単価が低いということです。恐らくこれは慢性期の病床に入院しているところが、かなり医療費の増に寄与しているのではないかといったところが、推測できるところでございます。

時間の関係もあり、一部割愛しますけれども、13ページでございますが、こちらが人口10万当たりの病院のベッド数と、一人当たりの入院医療費ということであります。

これはもう何十年も前から出ているということでございますが、一人当たりのベッド数が多いところのほうが、医療費が高くなっているといったところでございます。これは当たり前の結果でありますので、もう少し、深掘り分析をしてみたいと思っております。

例えば病床の区分別、急性期、回復期、慢性期といった病床の区分別の、病床機能別のデータもございまして、そういった病床の機能区分ごとに分析すると、どうトレンドが変わ

ってくるのかといったところがわかってくると思います。

いずれにしても、もう少し深掘りをしていきたいと思っております。

それから次、14 ページでございますけれども、今度は入院外の一人当たりの医療費というところでございます。14 ページの上の段をご覧くださいますと、例えば一番保険料率の高い、佐賀県が一番高いということで、14 万以上になっております。

その一方で一番低いところが沖縄で、11 万 2,000 円ということでございまして、一人当たりの医療費でいうと、3 万円近い差があるといったところでございます。

この辺のところも、受診動向や医療提供体制の動向を踏まえて、なぜこうなっているのかというところの背景や原因を探り、その上で医療費の高い要因、そこをどうやったら改善していけるのかといったところを、分析検証してまいりたいと思っております。

次、少し飛びまして 20 ページです。20 ページのところ、年齢階級別の医療費のウェートというところに出ております。

当たり前ですが、高齢者の人がかなり高くなっているといったところがございます。

20 ページをもう少し分析、深掘りしたのが 21 ページでございます。21 ページは、都道府県支部ごとの年齢階層別の一人当たりの入院医療費が、どうなっているかというところがございます。

上に行けば行くほど、年齢層の高いところでございます。

例えばこれを見ていただくと、一番下の若年者の医療費は、支部別の格差はそんなに大きくない。つまりこの凸凹が少ないという傾向が見て取れる一方で、上に行くほど高くなりまして、赤線の 70 歳以上になりますと、一人当たりの医療費が大分凸凹してくるといったところでございます。

例えばこれを個別に申し上げますと、一番医療費の高い佐賀県の一番高いこの赤いところを見ていただくと、全国でトップのように見えます。一方で、例えば石川、福井なんかは、相対的にトータルでいくと医療費は真ん中よりやや下ぐらいにくるにもかかわらず、70 歳以上の入院医療費だけを見ると、佐賀と遜色ないぐらい高くなっているといった傾向が見て取れます。

こういったところを踏まえてなぜ福井、石川の 70 歳以上の医療費が高くなっているのか、もしかしたら介護保険施設が十分でないがために、高齢者が入院している、そういった要素が影響しているのではないか、などの仮説が成り立つと思います。

そういったところに着目して、分析をしていきたいと思っております。

それから、少し飛びまして、加入者一人当たりの、各種データ、支部ごとのデータが出ております。

ちょっと飛びまして 33 ページからです。今度は健診、問診結果の状況というところで、健康のリスクが支部別に見てどうなっているかというところがございます。

例えば 34 ページで申し上げますと、メタボリックリスクの上段の男性で、相対的に両端の北海道、東北と九州が相対的に高いというのが見て取れます。このメタボであるリスクが高

い原因が何だろうということ、いろいろな関連のデータが出てくるのです。

例えば少し飛びまして、37 ページが血圧のリスクです。

38 ページの脂質のリスクをご覧くださいますと、メタボのリスクと同じような傾向があります。北海道、東北と九州で相対的にリスクが高いという傾向が見て取れます。

それからその次 39 ページ、40 ページ、代謝リスクや中性脂肪リスクをご覧くださいますが、何となく同じような傾向が見て取れるかと思えます。

その一方で、例えば私が面白いと思えたのは、46 ページをご覧くださいますと、メタボリスクが高い東北、北海道であります。食事習慣要改善者の割合のデータを見ると、逆に北海道、東北なんかは低くなっているといったところが、特徴かなと思えました。こういったところも単なるリスクの上下だけじゃなくて、背景、原因がどうなのかといったところをまず一つの取っかかりになると考えております。

今、申し上げたのは、本当に一つの一例でございますし、私どもとしましては、これから専門家の皆様のご意見を聞きながら、分析検証してまいりたいと思えます。私どものアクションプランの中でも、データ分析に基づく事業実施を大きなテーマにしておりますので、こういったところを分析検証して、原因背景は何かということの浮き彫りにした上で、それを解消するための事業として、どのような事業をしていけばいいのかといったところで、考えていきたいと思っております。

あとは、国、都道府県レベルにおける、策定プロセスでの意見発信といったところにつなげてまいりたいと思っております。

項目 1 については以上でございます。

それから、大きな項目 2 のジェネリックでございます。51 ページをご覧くださいと思います。

これまでジェネリックの使用割合につきましては、数量ベースでお示してきたところでございますが、今回、協会として初めて、金額ベースでもお示しするものでございます。

51 ページの、青線が数量ベースで、赤線が金額ベースというところでございます。直近の 11 月のデータですと、金額ベースで 54.6%というところでございます。

先日の厚労省の医療保険部会でも、金額ベースというのが出ましたので、今後は、数量ベースと金額ベースの両方でジェネリックの使用割合を高める取組を引き続き続けていきたいと思っております。

それから 55 ページをご覧くださいたいです。ジェネリックの今の使用割合を医薬品の単価別に分析したものが 55 ページでございます。横軸が数量ベース、縦軸が金額ベースということでございまして、右上ほど医薬品の単価の安いもの、左下にいくほど高いものというところでございます。見ていただくと本当に顕著ですが、単価の安い薬品は、数量ベースでも、金額ベースでも、極めて高くなっています。

その一方で、単価の高い医薬品につきましては、数量ベースでは低くなっている一方で、金額ベースだと、もっと低くなっているといった傾向が見て取れます。

例えば、この一番高い分類に入る医薬品をざっとリストで見てもみますと、バイオシミラーの医薬品と、抗がん剤が大きなウエートを占めているのが確認できております。そういったところも着目すると、これまでとアプローチも変わるのかなと思っておりますので、こういったデータも踏まえて、引き続きジェネリックの使用促進の取組を進めてまいりたいと思っております。資料4-1は以上でございます。

引き続き、資料4-2について説明をいたします。

○内田統括役：続きまして、資料4-2につきましては、私、内田のほうからご説明をさせていただきます。

こちら、保険者努力重点支援プロジェクトでございますが、これまでも運営委員会で何度かご説明をさせていただいております。

初めに1ページの1ポツのところでございます。本プロジェクトの概要でございますが、一つ目の○にございますが、保険料率が高い水準で推移しております3支部、具体的には北海道、徳島、佐賀支部でございます。こちらを対象といたしまして、保険料率上昇の抑制が期待できる事業を実施する。これについて本部と支部が連携して実施していくというものでございまして、①から④に書いてございますが、5年度は分析、課題の抽出、課題解決に向けた事業の企画まで行いまして、6年度で事業実施、7年度以降は効果検証を行ってまいります。

二つ目の○にございますが、本プロジェクトでございますが外部有識者の助言をいただくために有識者で構成されましたアドバイザリーボード、そのワーキンググループ、それと地域のアドバイザーにも参加をいただいているところでございます。

続いて2ポツのところでございますが、プロジェクトの進捗状況でございます。

一つ目の○にございますが、アドバイザリーボード等でございますが、こちらは計5回実施してまいりました。これまでの議論等も踏まえつつ、今回優先して解決すべき五つの課題、それと課題解決に向けて取り組む令和6年度事業について決定してございます。

二つ目の○のとおり6年度の事業実施、こちらは本部と3支部が連携して実施してまいりますが、ほかの44支部にも横展開を考えてございます。一番下の○にもございますが、分析の手法についても他の44支部で同様の分析ができるように、マニュアルの策定等も横展開を行ってまいりたいと考えてございます。

4ページと5ページでございます。こちらが優先して解決すべき五つの課題と、6年度に取り組むべき事業の概要でございます。

それぞれ3支部の課題もしくは共通の課題、こちら分析により見つけ出したところがございます。下に五つの枠囲いがございまして、課題を五つ挙げてございます。これらの課題について取り組んでまいります。

課題1を取り上げさせていただきますと、枠内にございまして、肺がんの医療費が高く、かつ喫煙習慣のある方の割合が高いという3支部の共通の課題がございます。さらに業態を見て、各支部の医療費に対して寄与度あるいは影響度が高い業態はどういう業種か、あ

るいは年齢層ではどうかということでターゲットを決めてまいります。

この分析で明らかになったターゲットが具体的には枠内の下の部分で、3支部ごとに主な事業対象を優先すべきターゲットということで、記載をさせていただいてございます。

具体的に課題解決に向けて取り組む事業は、枠の下の赤の矢印の先の部分でございます。肺がんの医療費が高く、かつ喫煙習慣のある者の割合が高いといったこの課題につきましては、一つ目のポツにございますように、喫煙習慣のある被保険者に対して個別の情報提供や禁煙勧奨を行ってまいります。令和6年度は3支部合計で約5万人の方を対象にして、実施をしていきたいと考えてございます。

それと二つ目のポツにございますとおり、胸部X線検査で要精密検査または要治療の判定を受けた被保険者であって、医療機関未受診である方に対しては医療機関受診勧奨を行ってまいります。3支部合計で約1,000人の方を対象に実施していくと、こういった取組を実施していくということでございます。

同様に課題2から課題5といったものは下にございます。こちらにつきましても、課題1と同様に様々な分析に基づきまして浮き彫りとなった課題、ターゲットを決めまして、同様に事業について6年度取り組んでまいりたいと考えてございます。

説明につきましては以上でございます。

○田中委員長：説明ありがとうございました。ただいまの説明についてご意見や質問があれば、お願いいたします。

資料4-2はなかなか面白そうですね。これは後藤委員も手伝ってらっしゃるのですね。

○後藤委員：ありがとうございます。こちらの資料4-2の保険者努力重点支援プロジェクトに関しては、アドバイザーボードに入れていただいて、皆さんと一緒に議論させていただきました。先ほど内山部長からご説明があった最初の都道府県ごとの分析では、部長ご本人もおっしゃっていましたが、現状というのを把握して、その後の深掘りにつなげるということでした。こちらの保険者努力重点支援プロジェクトのほうは、まさに深掘りがしっかり行われていまして、いわゆるこの協会の方々ではなくて、実際にデータ分析をされる研究者の方も加わり、さらにアドバイザーボードの先生方も一緒になって、本部だけではなく、地域ごとにアドバイザーボードもつくられて取り組んでおります。つまり、地域の特有の状況にも根差して処方箋を書くということがしっかり行われていて、非常に参加していて勉強になりました。

その中で出たこととしては、多分その次の外部有識者の委託研究に向けての話につながるのだと思うのですが、まずは保険者としてやっていくことをやりましょうということでした。医療提供体制に関することというのは、医療費の地域格差で非常に要因としては大きいけれども、そこは介入がなかなか難しいので、保険者としてできることを介入としてやりましょうということで、課題1から課題5が出てきたと理解しています。それも非常に

真つ当な話で、ただ次の話でも出てくるのですけれども、提供体制に関して何か要因をもつと深掘りしてできないかということについては、残念ですけれど、アドバイザーボードの中でも、また今後の課題というようなことになっていたと思います。

様々な事業に落とし込んで、その効果検証も6年度以降やるということは、素晴らしいことだと思いますが、いわゆる研究者の視点からすると、例えば、皆さんが一番大きく興味を持つのは医療費だと思いますが、単年度の医療費に本当に影響するかはよく分からなくて、累積医療費に影響するものもありますし、それが中期なのか長期なのかということについても課題によって結構変わると思います。情報提供のあり方などを含めて、ぜひ本部と地域、関係者の方々に、続的に議論させていただければよろしいかなと思っています。

私からは以上です。ありがとうございました。

○田中委員長：ありがとうございます。研究者の視点から、このプロジェクトの意味を語っていただきました。

ほかに4-1、4-2について質問、ご意見あればお願いいたします。村上委員どうぞ。

○村上委員：はい、ありがとうございます。

4-2についてです。今、先生からもございましたけれども、課題1から5まで整理をいただきまして、優先するターゲットなどを設け、取り組み内容を明らかにされているということですが、まず課題5のところでは、医療提供側についてどうなのかということが問題意識として残るところかと思っております。

つまり、患者側だけに働きかけるだけでは改善されない部分も残るのではないかとこのころがございまして、この辺りも要因を引き続き研究していただければと考えております。

それから、課題1、課題2の辺りになりますけれども、優先すべきターゲットとして幾つかの職種について挙げられておまして、なるほどと思うところもありますが、社会保険・社会福祉・介護事業で働く女性もかなり大きいターゲットになっているところで、その要因ももし分かれば教えていただければと思っております。

そういうことが分かってくると、この支部に限らず横展開もしやすくなるでしょうし、職域での働き方の問題なども含めて考えていくことができると思いました。

それから7ページの先ほどご説明いただいた課題1のところ、肺がんのところですが、胸部エックス線検査で要精密検査の判定を受けた方についての、受診勧奨の部分で、本人への受診勧奨を積極的にやることも大事ですけれども、なかなか職場に気兼ねして体をあけられないと思っている方もいらっしゃるかもしれないので、事業者団体などを通じた事業主への働きかけも考えられると思っておりますので、そういった点もご検討いただければと思います。

以上です。

○田中委員長：ご意見ありがとうございます。

○内山部長：まず私からお答えします。まず社会福祉介護の女性のリスクが高いところがございますが、大変恐縮ながら現時点では、要因というところまでは深掘りができておりません。ただ各種データで数値が高かったというところでピックアップしたというところがございます。

今後、6年度にかけて事業を実施してまいりますので、村上委員のご指摘のところもしっかり意識しながら、事業実施で効果検証をやらせていただきたいと思いますと思っております。

○田中委員長：事業対象別という考え方は、新しいですね。今までのアプローチの中でも大変結構で、我々も期待いたしましょう。

ほかにご質問、ご意見おありの方は。関戸委員、お願いいたします。

○関戸委員 はい。毎年、貴重なデータを活用して、都道府県別のデータをしっかりと分析していただいていると思います。

一歩進んで今後の医療費削減に向けた動きにしっかりと活用していくことが、重要であると考えています。その観点からしますと、アクションプランに掲げていただいている保険者協議会における、各保険者や医療関係団体との地域課題の共有など関係者の合意を得つつ、ガイドライン等の手法を活用して、都道府県の医療費適正化計画やフォーミュラの推進に、分析結果をご活用していただきたいと思いますと考えます。

また、保険者努力重点支援プロジェクトで今後実施していく内容についても、具体的にご説明をいただきました。来年度以降の課題解決に向けた事業の推進に、期待をしてまいります。

前回申し上げましたが、保険料率が高くなるには根の深い問題があると考えられます。また欠かすことのできない医療行為という点もあるわけであります。要因が分析できても、一朝一夕で解決するものではないと考えます。今回のプロジェクトでも、周知啓発をはかることによっては即効性があると考えられる取り組みを実施していただき、また効率や進め方についても PDCA を回しながら、着実に前進をしていただきたいと思います。

よろしく申し上げます。

○田中委員長：ありがとうございます。

○内山部長：はい、私よりお答えします。まず関戸委員からご指摘いただきました、医療費の適正化に向けたアクションということでございますが、しっかりやらせていただきたいと思いますと思っております。

これまでも申し上げたとおり、今年度末までに来年度から6か年の医療費適正化計画を各

都道府県がつくることになっております。都道府県の計画策定のプロセスの中で、私どもの各支部もしっかりデータを踏まえて意見発信するようにお願いしてきたところであります。本部からも医療費適正化の一つの要素となり得ます、抗菌薬の使用状況やがんの化学療法の外来・入院といった必要なデータを本部から昨年夏に提供したところでございます。そういったデータを基にして、各支部、都道府県の医療費適正化計画の策定プロセスの中で、意見発信等をしていただいていると認識をしております。

また来週、全国支部長会議がございますので、関戸委員のご指摘も踏まえて、各支部長のほうに改めて来年度から始まる医療費適正化計画をしっかりコミットしていくように、話をしていきたいと考えております。

それから重点支援プロジェクトにつきましては、ご指摘も踏まえて事業実施、効果検証をやらせていただいて、来年度以降になるかと思いますが、その効果検証、全国展開といったところまでやっていきたいと考えております。

私からは以上です。

○田中委員長：小林委員、お願いします。

○小林委員：ご説明ありがとうございました。各支部別で一定の特徴や傾向がありまして、非常に興味深くこの貴重なデータを拝見しております。

私はまだ委員になってから日が浅いものですので、このデータのすごさが、4-1のデータは特に包括的なデータになって、私たちが健康診断を受ける項目だとか質問を、こういったところに反映されているのだなというのを思うことがあります。

その中で、やはり県別にこのようなデータが見えておりますけれども、これをやはり健康増進やジェネリックという前に、いかに活かすかということが大事ですから、様々に賃金のことも踏まえて色々なデータを組み合わせ、AI分析だとか、深層学習やディープラーニングでもっともっと関連性を発展させて、よりダイナミックに分析し、その分析した結果が、先ほどおっしゃられていた次の政策に基づいて展開していくというのが、非常に望ましいなと思ってお聞きしていました。

そこで2点ほど、私は学校保健のことを研究しておりまして、12歳以下の児童の虫歯が圧倒的に少ないのは新潟県です。18年連続で虫歯が一番少ない。これはもう1970年代から新潟大学の歯学部が率先して、フッ素のうがいや何かをしたおかげで中部地区全体的に、新潟だけではなくて愛知だとか岐阜だとかあの辺りも、子供たちの虫歯が少ない地域になっています。

健康増進をしていくというときに医療費を減らすということと、運動だとか生活習慣を見直すということが、実際の行動に現れて実績がある事例なのかなと思います。そのため、このデータをデータのままだとせず、いかにこの政策に落とし込んで実際の成果を上げていくときには、今の子供たちの実際の虫歯がなくなる、少なくなったとかそういったことが目に見

えて数値化されていく、というのが非常に重要ななと思いました。

あともう一つ、このデータは私が運営委員なので見られるのか、インターネットで探すと見られるのか、この辺りのデータのセキュリティー上の、これを見ると食品工場がどう動くかとか製薬会社が何を考えるかとかいったことや、他国の人が見たらどうなるのだろうか、老婆心ながら非常に貴重なデータすぎて、そのデータのセキュリティーの担保というかその辺りをどう考えていらっしゃるのかというのが気になりました。

ちょっと取り留めない話になりますが2点、セキュリティーのことと今の健康増進につながる活動にこのデータを活かすということです。2点申し上げたかったのでお話をさせていただきました。

○田中委員長：ありがとうございます。お答えいただけますか。

○内山部長：はい。お答え申し上げます。まず冒頭で小林委員がおっしゃった、いかに活かしていくかというところでございますが、まさにそのとおりかと思っております、私どもが各種保健事業に取り組む一番の目的というのは、加入者の皆様が健康になっていただいて、それを通じて幸せになっていただくことです。これが、私どもがまず一番に目指すべきものだと思っております。

その上で分析結果をこのまま放っておかずしっかり政策に落とし込んでいく、活かしていくといったところは、先ほど申し上げたとおりでございますけれども、私どもだけではなかなか足りませんので、外部有識者の皆様の専門家のご意見も聞きながら、しっかり分析検証をやって政策、我々のアクションにつなげていきたいと思っております。

あと先ほどの学校保健の話です。非常に興味深い話として拝聴しておりました。

例えば、同じ歯であれば先ほど説明を割愛してしまいましたが、大阪府は一人当たりの歯科の医療費が高くなっているといったデータが出ております。歯科の医療費が高い分、もしかしたら、歯の状態も大阪府民の方はいいのかもしれないです。このデータを出しておしまいはなくて、その辺の背景や結果も、しっかり分析検証していきたいと思っております。

それから2点目のデータのセキュリティーについてですが、まず一般的に運営委員会の資料というのは、私どものウェブサイトにはアップをしておりますので、多少のタイムラグはあるかと思っておりますけれども、基本、皆様ご覧いただける状態ということでございます。

非常に貴重なデータと評価していただいたことはありがたいと思っておりますが、毎年度3月の運営委員会で同じようなデータを出しております。

この範囲であれば恐らく外に出してセキュリティー上問題になることはないと思っておりますけれども、小林委員のご指摘も踏まえて、幹部と相談をさせていただきたいと思っております。

私からは以上です。

○田中委員長：小林委員、いかがですか。

○小林委員：ありがとうございます。まず1点目に関してなのですが、有識者の方々ですとかそういった方で、このデータに基づいて医療の地域差があるということは、その地域、地域による食習慣の違いや風土などいろんなものが違って変化があると思いますから、その中央集権的な研究を1か所に集めるとかだけではなく、その地方の大学ですとかそういった有識者をもっと細分化しながら、地域、地域で責任を持ってその地域の方々の健康増進を図るなど、そうしたことを考えていかれるほうが、AIだとかそういうものが発展したとしても、中央だけでやるわけではなくて、地方の大学を活かしながら展開して分析されるのが望ましいのかなと、自分ごとでやれるのではないかなと思いました。

2点目のセキュリティーに関しては、本当に老婆心ながらということですが、それが国益を損なうとかそういうことにつながらなければ、特に問題ないのかなと思います。余計な不安になることを言って申し訳ありません。失礼しました。

○田中委員長：ありがとうございました。

○内山部長：今の1点目のところについてお答え申し上げます。

中央集権ではなくてというところでございまして、ごもっともかと思っております。

外部有識者の活用なども含めて、各支部においてそれぞれの自支部の相対的な立ち位置などをしっかり認識した上で、その自支部における課題などをまず認識した上で、それを解決するためにはどうすればいいのか、各支部がしっかり自発的に考えてもらえるようなということで、これはもう各支部に常々お願いしているところでございます。

有識者につきましても、例えば、先ほどの重点支援プロジェクトであれば、北海道、佐賀徳島、それぞれ地元の有識者の方にいろいろご協力いただいておりますし、ほかの支部でも多くの支部で地元の大学の公衆衛生や医療経済の専門家の方々と、ご協力をいただきながらやっているところもあると承知をしておりますので、小林委員のご指摘もある程度できているのではないかと思っております。

私からは以上です。

○小林委員：ありがとうございました。

○田中委員長：ほかにないようでしたら、次に移ります。

議題5、外部有識者を活用した委託研究事業について、資料5-1と5-2とあります。説明をお願いします。

○内山部長：引き続き内山より、資料5-1、5-2について説明をいたします。

まず資料5-1でございますけれども、外部有識者を活用した委託研究事業でございます。まず1ページ上の事業概要にもございますとおり4行目以下、私どもの協会けんぽ加入者約4,000万いらっしゃるの、こういったデータを使うと、大きな強みかと思っておりますので、私どもの加入者の皆様のビッグデータ、レセプトデータ、健診データなどをしっかり活用して分析などをやっていきます。外部の有識者の専門家のご知見をお借りしながら、データエビデンスの成果を出していただいて、それを私どもの事業などにつなげていくといったところでございます。

これまで、令和2年に第I期の研究課題を採択して以降、これまでに第IV期まで採択しております。直近の第IV期について1ページの下に書いておりますけれども、採択しております

研究のテーマはここに書いてあるとおりでございますが、1課題当たり研究費の上限が1,500万で、研究の上限が3年以内というところで公募させていただいて、たくさんご応募いただいたのは本当にありがたいと思っております。

その結果、第IV期、令和6、7、8の3か年を想定しておりますが、3か年で新たに採用させていただいたのが2ページ、3ページ、4ページというところでございます。詳細は割愛をいたしますけれども、2ページの慶応義塾大学の伊藤先生、3ページ東北医科薬科大学の目時先生、4ページ産業医科大学の村松先生といった先生方の課題を採択させていただきましたので、先生方の高いご見識を生かしてしっかり研究していただいて、その成果を私どもの事業に活かしていきたいと思っております。それが第IV期の研究についてです。

それから5ページ目以下が第I期の研究、令和2、3、4年ということで、昨年3月までで終わりましたので、その成果についての簡単な報告でございます。

こちら昨年6月の研究フォーラムで、代表の先生方には研究の成果を発表していただきましたけれども、6、7、8、9ページです。四つの課題をI期で採択させていただいて、先生方のご見識を生かして結果を出していただいたところでございます。

いただいた研究成果を踏まえて、私どもの事業に反映しているという一つの例が、5ページの二つの○でございます。一つ目の○のところは勝川先生の研究成果の活用ということですが、人工透析の要因となる糖尿病性腎症に対する受診勧奨について、高血糖者の受診勧奨では尿蛋白にプラス以上のものに対してしっかり受診を勧奨すべきであるといった研究成果を踏まえて、実践をしているところなどがございます。

こういった形で先生方の研究成果を、事業にしっかり反映できるところはしていきたいと考えております。これが資料5-1でございます。

それから資料5-2でございますが、これは毎年度やっております調査研究フォーラムでございます。来年度は5月30日にやらせていただきたいと思っております。第10回協会けんぽ調査研究フォーラムというところでございまして、東京の一橋講堂でやらせていただきます。リモートのYouTubeによるライブ配信などもやらせていただく予定でございます。

テーマとしては持続可能な医療保険制度を目指してということで、やらせていただきたい

と思っております

具体的な中身でございますが、1ページの下のほうにありますとおり、外部委託研究を受けてくださっている先生方から研究の中間報告といった形でご報告をいただくところもありますし、あとは2ページ目のほうで私どもの一部の支部で、独自の独創的な取組をやっているところもありますので、各支部にそういったところを発表してもらおうといったところも考えております。

そういったところで外部有識者の皆様の研究の成果と、私ども支部の活動の報告といった形で、オープンにさせていただければと思っております。

こういった形で世の中の皆様に知らしめることによりまして、私どものプレゼンスのアピールはもちろんでございますが、私どもの事業だけでなく世の中全体にもこの研究成果を活用していただけると、非常に幸いかなと思っております。

私からの説明は以上です。

○田中委員長：ありがとうございます。ただいまの説明について、ご意見、ご質問おありの方、お願いいたします。飯野委員どうぞ。

○飯野委員：飯野でございます。1点、意見を申し上げたいと思います。

ご案内のとおり、増加の一途をたどっていた医療費ですけれども、令和2年度、前年度比でマイナスとなりました。コロナということですが、その後、病状に変化が、通院が減少して医療費が少なくなったと、医療にかかる費用が少なくなったということですが、そういった受診行動の変化や過剰な医療、投薬の効率化など積極的に促進することで、医療費の適正化を後押しできるのではないかと考えるわけではありますが、他方、令和3年度には再び医療費が上昇に転じました。

このことから受診控えによって患者の病状が悪化したり、あるいは医療・介護保険制度にさらなる負荷がかかってしまった可能性もあるのかどうかというような、効率的かつ質の高い保健医療を実現し医療保険制度の持続可能性を確保するためにも、医療費適正化という観点からの研究を行うことも有益かと思われるので、そういったご検討をいただければと思った次第でございます。

以上でございます。

○田中委員長：研究テーマについての意見でした。

○内山部長：申し上げます。まずコロナの関係です。これで受診抑制があったというのは、先ほどの資料4-1でもございまして、説明は割愛してしまつて恐縮ですが、令和2年度が前年度比、医療費マイナスになっておりますが、その反動もあるのか、令和3年度、4年度はかなり高い率で推移をしているといったところがございます。

医療費の動向として、5年度はどう振れるかというところは、引き続きしっかり注視をしていくというのはもちろんですけれども、飯野委員のご指摘もございましたが、コロナによる受診抑制などで加入者の皆様の健康にどう影響したのかということも、見ていかなければならないと考えております。

あとは過剰な投薬ということでもご発言がございましたけれども、厚労省のほうで、今、ポリファーマシーといった形で、委員会が続いていると聞いておりますけれども、私どもは6年度の事業計画の中で、ポリファーマシーについても周知広報していくということは書かせていただきました。この辺の周知広報につきましても、外部有識者の皆様のご意見も聞きながら、6年度やっていきたいと考えております。

あとは先ほど申し上げたとおり、効率的かつ質の高い医療を実現しつつ、医療費適正化をやっていくというところなんです。そこもしっかりバランスを見ながら、加入者の皆様の健康づくりということを第一に念頭に置きながら、医療費適正化についても意識して取り組んでいきたいと考えております。

私からは以上です。

○田中委員長：飯野委員、よろしゅうございますか。

○飯野委員：はい、結構でございます。

○田中委員長：ほかにいかがでしょうか。後藤委員、お願いします。

○後藤委員：ありがとうございます。第I期から第IV期まで進んできて、協会の保健事業にも結果が反映されているということで、非常に素晴らしいと思います。

これが最初に始まった頃は日本最大の保険者である協会けんぽのデータが得られるというのは、研究者の間でも非常に話題になっていました。

ただ、今後データヘルス計画が進んでいくと、例えば、NDBもこれまでは申請してから1年ぐらいたってやっと使えるようになったみたいなのが、今後はより効率的に運用できるようになって、難病とかがん登録とかDPCなどのほかのデータとの連結というものがもし可能になったりすると、研究者は研究がやりやすいデータに流れてしまうろいうことがあると思います。したがって、協会けんぽの目指す方向性と研究者のやりたいこと、それから社会に貢献したいというモチベーションをマッチさせて行くという工夫が、今後必要なのではないかなと思います。例えば、先ほど小林委員がおっしゃった賃金ですとかそういうものは、絶対にNDB等では得られませんし、事業所の事業内容ですとかそういったものも協会けんぽのデータでは非常に強みになると思います。さらには、今回の提案でも二次医療圏単位の医療提供体制のデータというのは、これを研究者が別のデータベースをつくって、それと連結するようになるというのであれば、協会はあまり負担せずにいろんなことができるとい

うこととなります。難しいかもしれませんが、二次医療圏ができるのだったら医療機関はどうかとか、研究者がほかのデータとつなげて連結可能にできるような体制を整備するなど、NDB 等ではできなさそうなことを可能にすることでよりいろんなことが深掘りでき、かつ EBPM の進捗に非常に有益な研究ができるようにしていくとよいのではないかなと思いました。

以上です。

○田中委員長：ありがとうございました。

○内山部長：後藤委員、ありがとうございます。

ご指摘を踏まえて、ほかのデータとの連結等々をどこまでできるかというのは厚労省とも相談することになると思いますが、考えてみたいと思っております。

それから、先ほどの飯野委員のご質問のところでも1点補足させていただきたいのですが、コロナによる受診抑制で、どう加入者の皆様の受診、影響があったかというところがございますが、資料5-1で申し上げた外部有識者の委託研究の第Ⅲ期で、東大の井出先生が、今年度から始まっている3か年の研究で、コロナ前後における医療機関受診、医療費の変化に関する分析ということでお願いをしておりますので、井出先生のこの研究の成果も踏まえて、飯野委員がご指摘のところも見ながら対応していきたいと考えております。

私から以上です。

○田中委員長：後藤委員が言われたように、研究者が自分で工夫したデータを組み合わせて使っていいかどうかを考えたほうがいいですね。別に協会は外部のデータを提供しなくてもいいけれども、協会のデータに加えてほかのデータを使っていいとか、それからいわゆる医療のデータだけじゃなくても協会ならではのデータですね。働いている側の産業側とか賃金とか、そういうのも組み合わせられるといいとのご指摘は大変貴重な意見です。

ともすると医療と健康だけ、医療と健診だけで分析しようと思いますが、それでは足りないかもしれませんね。

協会ならではの、がキーワードです。ありがとうございました。

ほかによろしいですか。

それでは次にその他の報告事項について、事務局から資料が提出されています。説明をお願いします。

○長田参与：それではまずその他の1番目、「資料6 マイナ保険証への円滑な移行に向けた対応」につきましては、私、参与の長田からご説明をさせていただきます

マイナ保険証への円滑な移行に向けた対応につきまして、協会の取組の現状についてのご報告をさせていただきます。

まず資料1ページ目をご覧くださいと思いますが、健康保険証の新規発行が終了する日が、正式に令和6年12月2日ということで決定をいたしまして、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行することになります。そこに向けて円滑に対応していくためには、大きく3点のことが重要だと認識をしています。

まず1点は、マイナ保険証そのものをより使っていただくため、その利用促進をしていくということ。

2点目に資格確認書でございますとか資格情報のお知らせなどの制度改正に伴いまして、保険者として対応すべき事務が幾つかございます。こういった事務を円滑に実施していく基盤を整えていくということ。

それから3点目といたしまして、この間、昨年5月ぐらいからずっと取り組んでまいりましたけれども、私どもの資格情報とマイナンバーカードのひもづけを正確にしていくということについての確認点検作業を、この間もやってまいりましたが、そこをしっかりとやり切って不安払拭に向けた取組を進めていくということ、三位一体で取り組んでいるところでございます。

まず、そのうちの1点目、マイナ保険証の利用促進の関係でございますが、足元の数字はまだまだ低いということで、今年1月24日付で厚生労働省保険局長から取組についての通知が発出されております。こり通知において、資料2ページにもございますように、マイナ保険証利用率の目標設定、限度額適用認定証等を契機とした利用勧奨、あらゆる機会を通じた利用勧奨についての実施の協力依頼がございました。

これを受ける形で次、3ページでございます。1点目のマイナ保険証の利用率の目標設定につきまして、事業計画の変更の中でも触れさせていただきましたけれども、国から50%というのが一つの目安で示されておりましたので、それに準拠する形で50%という目標設定をしております。

それから、説明省略しますが2、3についてもここに記載のような形で、保険者として対応できるあらゆることに取り組んでいくということで、順次対応しているところでございます。

ちなみにマイナ保険証利用実績として4ページ、5ページの辺りに、厚生労働省が公表されている資料をおつけしております。

都道府県別の利用率については、大体協会各支部も全国の各都道府県の利用状況とおおむね相違ないというような感じになっております。

また5ページの被用者保険におけるマイナ保険証の利用率については大体3%から5%ぐらいの間に集中しておりますが、協会もおおむねこの辺りのラインに位置をしております。

次に2点目の円滑な施行に向けての事務体制も整えていくということに関してでございますが、一つは今年9月に「資格情報のお知らせ」というものを、国からの指示に基づきまして一斉に送付することを予定しております。

また先ほどもご質問にありましたけれども、令和6年12月2日に現行の健康保険証の新

規発行が廃止をされてから1年間は、経過措置という形で既存の保険証は有効でありますけれども、令和7年12月2日以降、既存の保険証も使えなくなることになりますので、マイナ保険証を何らかの理由で使えない状況にある方については、資格確認書を発行するという方針が国から示されております。

この保険証が使えなくなる前の段階で、言わばプッシュ型で資格確認書をお届けしようということで、令和7年9月ぐらいから、既加入者に対する必要な方への資格確認書の発行事務といったようなことも、予定をしているところでございます。

そういった対応スケジュールなども踏まえまして、当然この施行に向けては、様々お客様からの問合せというのが予想されるところでございます。そういったお客様のお問合せに適切に対応し、かつ支部も日々の業務を行っておりますので、支部の業務運営に支障を来さず、加入者サービスの低下を招かぬように、以前の運営委員会でもご指摘をいただきましたけれども、問合せ対応体制をしっかりと構築をするということで、専用のコールセンターを設置する方針としておりまして、設置期間としましてはこの資格情報のお知らせを送付すると、そこで問合せがかなり出てくるだろうということで、令和6年9月から保険証の使用期間が令和7年12月で終了しますが、それからさらに2か月ぐらいの余裕を見て、令和8年2月末までの期間、専用のコールセンターを設置するというところで準備を進めております。

また外国語対応ということで、多言語にも対応できるような形で体制を整えたいと考えております。

最後3点目、登録済みデータ全体のチェックでございます。こちらにつきましては国の方針に基づきまして、まず全ての資格情報につきまして、住基の情報と突合する作業を、支払基金でやっていただいた結果、一定の不一致があったものについては、その不一致内容のカテゴリに応じて保険者による点検、必要に応じて事業主を通じて加入者の方々に確認をお願いするというようなオペレーションを進めております。これにつきましては基本的に国から示されたスケジュールどおりに対応しているような状況でございます。

また先ほどの説明と重複をいたしますけれども、「資格情報のお知らせ」といって記号番号などの情報を、基本的には新規の加入者に通知をするのですが、今、現にいる既加入の方についても事前にお知らせをし、かつそのお知らせを送る際に、マイナンバーの下4桁をご提示して、念のために記録の確認をいただくということを進める必要がございます。これは先ほど言いましたが、9月に送付をできるように準備を進めているところでございます。

最後のページでございます。誤入力チェックシステムの改修というタイトルがついているものでございますが、先ほど支払基金のほうで全件、住基の情報と突合の作業をしているということを申し上げましたけれども、今後は入り口の段階で、要は中間サーバーに資格情報を登録する段階で、住基情報と突合してチェックをするシステムを稼働させるということで、6年5月からそのシステムが稼働するというところで予定されております。

私からの説明は以上でございます。

○内山部長：引き続き、資料7について申し上げます。

資料7、能登半島地震の協会の対応ということでございますけれども、1枚でございますが、前回1月29日の運営委員会で被災された加入者の皆様の自己負担の免除、4月末までやらせていただくということで申し上げたところでございますが、厚労省からの要請や被災状況などを踏まえ、9月末まで自己負担の免除ということを延長させていただきたいと思っております。これが震災への対応というところでございます。

それから資料8でございますけれども、こちら、前回令和6年度の保険料率広報、しっかりやりますということで申し上げましたが、こういうふうにやりましたというところでございます。1点だけ申し上げたいのですが、3ページ以下、具体的な広報の媒体をダイレクトに抜いたものでございます。この3ページは広報、この前ご確認いただいた後、早速広報の特設ページ、保険料率の特設ページをつくりまして、いっぽくんというキャラクターを前面に押し出しながら、ビジュアルも意識して広報したつもりでございます。

今後も広報は非常に重要なものでございますので、運営委員の皆様のご意見も聞きながら、しっかりやってまいりたいと思っております。

それから次、資料の9-1などは、これまでも説明しましたので割愛をさせていただきますが、資料11をご覧いただきたいのですけれども、これまで厚労省の各種審議会に私どもの役員が委員になっておりますが、そこでの発言を抜いたものでございますが、1点だけ紹介をさせていただきます。

資料11の4ページでございます。こちら、つい先日の3月14日の医療保険部会での、私どもの理事長の北川の発言の要旨でございます。

上のほう、ジェネリックに関する新目標ということで発言をしております。この線のところでございますが、特にバイオシミラーについては従来フォーミュラリの取組が進められてきたジェネリック医薬品に比べて、患者の選択よりも医療機関側の選択が大きく影響するところであるといったところも言及しながら、この場でも委員の皆様からフォーミュラリについても言及いただいておりますけれども、フォーミュラリについてもしっかり関係者、地域の医療関係者、都道府県、各保険者が連携して対応していくということで、国としてガイドラインの周知、データセットの提供などご支援をお願いしたいということで発言をしております。

それからその下でございますが、こちら好取組事例を展開すべきということで、委員の皆様からご指摘をいただいておりますが、この医療保険部会の場でも理事長のほうから発言をしているというところでございます。

運営委員会においても、委員から医療費適正化についてはベストプラクティスを集約し、モデル化して活用すべきではないかという意見が出ていると、こういったところをしっかりと発言をしているといったところでございます。

それから最後、資料10だけ説明させていただきます。

本日で今年度の運営委員会は最後でございます。来年度以降の運営委員会の大きなスケジ

ルールでございます。基本例年と変わりませんが、次回7月に開催させていただきたいと思っております。例年どおり7月、9月、11、12、1、3ということで年に6回、開催をさせていただきたいと思っております。

7月は主に5年度の決算や中長期見通しに向けての計数などをお諮りした上で、9月以降、中長期見通し、それを踏まえて7年度の保険料率といったところでステージを進めてまいりたいと思っております。どうぞよろしく願いをいたします。

私からは以上です。

○田中委員長:ありがとうございました。運営委員会の意見を紹介していただいたのですね。ありがとうございます。

ただいまの説明についてご意見、ご質問おありでしょうか。ございませんでしたら、本日の議題は以上となります。

次回の運営委員会の日程について、事務局から通達をお願いします。

○内田統括役:次回の運営委員会でございますが、令和6年7月25日木曜日13時から開催を予定しております。詳細が決まりましたら、またご連絡させていただきます。

○田中委員長:本日はこれにて閉会いたします。2023年度の運営委員会は、本日が最終日となります。

委員の皆様、どうもありがとうございました。

(14時50分閉会)