

令和 6 年度 第 2 回
全国健康保険協会福岡支部評議会 議事概要

日 時：令和 6 年 1 0 月 2 1 日（月） 1 5：00～17：00
場 所：全国健康保険協会福岡支部 会議室

出席評議員：鬼崎評議員・木塚評議員・桑野評議員・谷評議員
馬場園評議員・山田評議員・吉岡評議員・米田評議員
(五十音順)

1. 議題

- (1) 令和 7 年度 協会けんぽ保険料率について
- (2) 令和 7 年度 福岡支部事業計画・保険者機能強化予算の策定について
- (3) その他

2. 議事概要

(1) 令和 7 年度 協会けんぽ保険料率について

事務局より、資料 1、資料 2、当日配付資料 1 に沿って説明。

《主な意見と回答》

【事業主代表】

資料 1 について、3 点発言させていただきたい。

1 点目は被用者保険の適用拡大により、人数が少ない企業も加入できるが、そういった企業ほど短時間労働者の収入は少ない。人数が増える分の収入が安定して確保できるかが心配である。

2 点目は賃金上昇率について、来年度の賃上げに対して、今ものすごく中小企業に対してのプレッシャーが強い。資料では 2024 年度 1.5%、2025 年度 1%になっているが、今の段階で推測できるものなのか。

3 点目が賃金の伸び率が高くなれば、医療費の伸び率も高くなる、あるいはその逆ということがきれいな分布として出てくるのか、高所得者ほど医療費を使われているのか、はっきりしていれば教えていただきたい。

【学識経験者】

3 点目の質問について、所得弾力性といって、所得が増えたら消費は増えるが、所得が増えたからといって、がんの患者が 100 万人から 130 万人に増えることはない。だからこういう推計の仕方は、本当はあまりよくない。

診療報酬は国際的にどういう計算をするかという、診療報酬・医薬品の項目が大体 7000 項目あり、来年どれくらいの医療費になるか大体予想できる。タバコを吸わなくなると、脳卒中が減っている等、そういうのを鑑みて、どれだけの請求が出るか予想する。そして、保険料収入や税金の収入等を予想して、それを診療報酬に割当てと合算を行い、医療費を設計している。

先進国はどれも総額予算制で、アメリカは大体 GDP の約 18%、ドイツであれば、約 14.3%、日本でも大体 10%くらいで医療費が収まっている。

国は診療報酬というツールで医療費をコントロールしており、それができなかつたら高齢者の負担割合を上げるなど、色々な方法がある。

また、可処分所得が高い人の方が病院にはよく行っているが、全体的に高所得でない人たちの賃金がやや上がっても、可処分所得はそんなに増えないので、今までの受診の習慣というのは継続するので、そんなに心配する必要はない。

【事務局】

1 点目の適用拡大による収支について、元々協会けんぽの被扶養者の方が適用拡大によって被保険者になられた場合は保険料を納付することとなり、保険料収入的にはプラスとなる。逆に協会けんぽ以外の保険に加入している方が適用拡大で被保険者になると、相対的に報酬が低い方と想定され、おそらく保険料収入よりも、医療費の給付で支出が増える分が少し多くなり、財政的にマイナスになる。

2 点目の賃金上昇率について、2025 年度の賃金上昇率の伸び 1.0%は、今年 10 月の適用拡大によるマイナスの影響度を 0.2 ポイントほど見込んでおり、2025 年度の概算要求で用いられている協会けんぽの伸び率が、3 年間の平均で 1.2%であることをベースに組み立てているので、低い伸び率になっている。

また、連合が示している賃上げ目標について、連合による調査は、労働組合のある企業の組合員を対象としていること、更に退職や採用といった雇用変化を反映したものではないことが留意事項としてあげられる。実際に今年の春闘の結果が、協会けんぽの標準報酬にどういった反映をされるのかは、今年度 9 月の定時決定で確認できるものと考えているので、注視してまいりたい。

【被保険者代表】

賃金上昇率の話は私もまったく同感で、そんなに世間とのずれがあるのかと

感じた。

また、医療保険制度を守るため、保険料率 10%を堅持するため、医療費をどうやって下げていくかの議論が必要である。それが議題2の保健事業の話と思うが、これを行ってどれだけ効果があるものか。

【事務局】

春闘の結果は基本的に、元々いた方が1年間で自分の賃金がどれくらい上がったかの計算だと思われる。協会けんぽの場合は、全加入者の平均標準報酬月額となるので、定年退職などで給料の高い方が抜けられて新しく給料の低い方が入られてくる、といったところで、若干平均賃金の取り方が変わっている。過去の春闘の賃上げ率を見ると、2022年度は中小企業の賃上げが大体2%弱、2023年度は3.2%であり、1.2ポイントほど春闘の結果は伸びている。一方で協会けんぽの定時決定の前年度との伸び率を見ると、2022年度が前年度比で1.6%、2023年度が1.5%と、協会けんぽ加入者の平均標準報酬月額は大きく伸びている実績がない。

また、協会けんぽの支出を大きく分けると、後期高齢者の支援金 約33%、医療費・保険給付費 約65%の2つになる。支出の過半数以上を占める、医療費・保険給付費の伸びを抑えていくために、加入者の方の無駄な医療費を削減する等、保健事業の推進とあわせて医療費適正化に取り組む必要があることをご理解いただきたい。

【被保険者代表】

おっしゃる通りだと思う。

では、どれに力を入れていくのかという話で、私は重症化予防だと考えていたが、無駄な医療費の削減にはどう取り組んでいくのか。

【学識経験者】

昔は50代で心筋梗塞、脳卒中になった人は沢山いたが、今は少なくなっている。病気になり始めるのは大体60代から。日本人は明らかに健康になっている。また、30年位前に糖尿病がどんどん増えて、透析の人もどんどん増えるといった論調があったが、そうはならなかった。糖尿病の重症者もそんなに増えなかった。

医療費で一番難しいのは、腎臓が老衰すると透析を行う。心臓も老衰するとペースメーカーを入れて延命する。それを無駄な医療費と今のところいえない。風邪で受診は無駄な医療費と言えるが、母親に熱のある子供を受診させちゃいけないとは言えない。無駄な医療費はそういう明確でないところが難しい。

【被保険者代表】

入口を制するしかないのか。

【学識経験者】

入口を制するというか、医療費のアプローチはデマンドサイドとサプライサイドしかない。日本の場合、デマンドサイドへは行っているが、サプライサイドへは全然行っていない。医療費が削減できない原因はデマンドサイドじゃなくてサプライサイドである。団塊の世代では大体毎年270万人くらい子供が生まれていたが、今年は70万人を切ると予想されている。20年前倒しで少子化が進んでおり、団塊の世代が過ぎたら楽になると思っていたがそんなことはない。今後はサプライサイドにも切り込んでいただきたい。例えば、睡眠薬で死ぬのと思ったら、2か月分必要になるので、マイナ保険証を使い、医療機関や調剤薬局で処方できないようにするなど、コントロールできるようにしないといけない。

また、医療機関も私たちはこういう医療をやっています、というのを見られる可視化をある程度行っていないと、サプライサイドのコントロールはできない。

【事業主代表】

私の場合は一番小規模のコンビニ業界だが、一番小さな事業者としては暗い予測しかたない。毎年最低時給が50円台上がっており、1コンビニ大体20人前後くらい従業員がいるため、非常に負担が重い。それに対して国はそれを半分負担しましょうかとかいう政策もなければ、フランチャイズチェーンの本部もなにもしない。小規模事業者は潰れるか、身を削るしかないっていうのが実際のところ。大企業の話聞けば相当な余力があり、体力が違うなと感じる。

保険料率も過去に下げられた時に、国庫補助率も下げられて、何やっているかわからない状況になったというのを聞いた。保険料率を下げてもらいたいのが正直なところだが、下げてもすぐに戻る、短期的な下げであれば意味が無い。少なくとも営業努力で保険料率を下げたところ、余裕あるから国庫補助率も下げますと国がなるのを防いでもらわないと、下げるかどうかの議論はできない。我々が一番痛いのは一旦下がったのがまたすぐに上がること。それだったら我慢して維持の方がいいと一番小さな事業者として思う。

【事務局】

過去に保険料率を下げたときに、実際国庫補助率も下がった経緯がある。1992年度に準備金が大体5.1か月分あり、この時に保険料率を8.4%から

8.2%に引き下げを行ったところ、国庫補助率も 16.4%から 13.0%に引き下げられている。準備金が積みあがっている中で、保険料率を下げた方がいいのでは、とのご意見もあるかと思うが、引き下げを行った場合に、過去の経緯を踏まえると、財政が安定していると国から見られ、国庫補助率が引き下げられる可能性がある。この点も踏まえて、平均保険料率 10%をどうしていくことがいいのかご意見をいただきたい。

【学識経験者】

なかなか難しい議題である。

医療保険制度を維持していくためには、支出と収入のバランスをとっていくことが、本当の 1 丁目 1 番地というところで、保険料率 10%をいかに維持していくのかということが大命題である。後期高齢者が増え支援金が増えていくということもある、モラルハザードの問題もある、医療機関のサービスを提供する側のモラルの問題もあるだろう。

保険料率の様々なケースを想定したうえで、検討すべき部分であり、準備金も当然備えのため持つべき。制度が維持でき、そして被保険者が安心でき、また保険者も支えあっていくことができるようにしていく必要があるだろう。

【本部オブザーバー】

資料 1 について補足。機械的試算の「機械的」という意味は、将来の予想を立てるのはなかなか難しいため、これまでのトレンドを基本にして、医療費や賃金上昇率の様々なパターンの収支見通しを機械的にお示しし、このパターンの中に現実に近いものがあるだろうというように見ていただくということ。様々なグラフを見ていただいたと思うが、少し楽観的なものから、悲観的なものまで、様々なケースを試算しているが、どのケースも今後 5 年～10 年のタームでみれば単年度収支は赤字になり、準備金を取り崩していかなければいけなくなることを前提に考える必要がある。

また、平成 4 年の時、積立金が 3.92 か月、国庫補助が繰りのべられているお金も含めると 5.1 か月分の準備金があったが、保険料率を下げたところ、国庫補助率も下がり、その後 5 年のうちに準備金は底を尽くような状況に陥った。更に平成 14 年と、協会が発足した平成 20 年の単年度の収支が何千億という赤字となるなど、5 年ごとに繰り返した歴史がある。私共はそこから教訓を学ばなければいけないと思っている。

これまで協会けんぽができるまでは、政府管掌健康保険という国営の保険だったので、様々な制度改革を国が行ってきた。患者負担が平成 9 年に 1 割から 2 割となり、平成 15 年には 2 割から 3 割へと制度改革が行われた。また、度

重なる診療報酬のマイナス改定も行われ、この時期は医療崩壊だという話も出たくらいの厳しい制度改正を行ってきた。今、協会は自主自立の財政運営が基本であり、国営ではない。我々協会が最後まで責任をもって財政運営していかないといけないという状況で、国がなんとかしてくれるというわけではない。そうした中で準備金が積みあがってきているが、新型コロナウイルス感染症で一時的に減少した医療費と、若干賃金を持ち直してきた影響もあって今の状況がある。また、過去の経験からみれば保険料率と国庫補助率は連動しているので、そこは非常に注意をしなければいけない。そのようなことを踏まえ、中長期的な視点で考えて何がベストなのかを各支部からの意見も参考に議論しながら模索していかなければならないと考えている。

(2) 令和7年度 福岡支部事業計画・保険者機能強化予算の策定について 事務局より、資料3、参考資料1に沿って説明。

【被保険者代表】

業態別で小売業のリスク保有率が高い。当社は正に百貨店で小売業となるが、帰宅は9時、10過ぎでそれからご飯を食べる、また、食べた後、寝るまでの時間が比較的短い、こういったことが生活習慣病の要因なのではないか、という指摘を受けている。会社の健康づくりへの姿勢が大事で、経営者の方々にも健康づくりの意識をもってもらうのが大事だと思うし、部下の健康管理を上司の責任において行っていく必要があると思う。

また、喫煙対策で今喫煙している人に、止めろと言ってもなかなか止めない。受動喫煙は今厳しく言われていて、吸っている本人より周りの方に害を与えている。あなたは人を殺していますよと、面談の際によく話しているがそれでもやめない。そこに力やお金を掛けるよりも、現在吸っていない子供などに喫煙させない取り組みを、ぜひ頑張ってください。

【事務局】

会社で過ごす時間は1日8時間以上あり、職場での健康づくりをより進めていく必要がある。コラボヘルスに取り組む事業所を増やし、引き続き加入者の健康づくりを進めていきたいと考えている。

また、福岡支部被保険者の喫煙率は約3割。年々タバコを吸う場所も少なくなり、たばこ代も高くなってきていることもあって喫煙率は減少傾向ではあるが、今吸っている方はなかなかやめない可能性が高い。ご意見の通り、若年層やこれから吸い始める20歳前の方、特に子供への健康教育等に力を入れ、タ

バコを始めさせない、といった取り組みも実施・検討をしていきたい。

【学識経験者】

保健事業で医療費に一番効いてくるのは喫煙。日本で一番喫煙率が高かったのは昭和 40 年の 83%で今は 20%である。教育、医療、公務員など、タバコが吸えない業種は喫煙率が非常に低いですが、運輸、飲食、建設土木など、外で吸える人たちの喫煙率がなかなか下がらない。吸える環境があると禁煙指導してもなかなかうまくいかないが、吸えなくなると減る。

また、同じ業種でも年齢が高ければ高いほど代謝が悪くなるので、年齢別に見ないと本当のところは分からない。生活習慣病は代謝、血圧、高脂血症が関連する。ずっと会社において運動もできない、夜遅く食べてしまうと動脈硬化に関する病気が増えてくる。日本の栄養摂取量、エネルギー量を見てみると昔からあんまり変わってない。長い目で見て変わったのは身体活動量で昔ほど動かなくなっている。男性がようやく動き始めるのは 65 歳過ぎてからで、やっぱり忙しいのかなと思う。糖尿病は多少動くだけで全然違う、また夜に炭水化物を取ると糖尿病になりやすい。そういう指導を効果的に分かり易く行っていく必要があると思う。

ただ、血圧は変動するため、健診時に血圧が高いため受診勧奨の対象になっても、病院へ行った際に低ければもう来なくていいといわれる。血糖でもヘモグロビン A1c が基準を超えて受診勧奨になっても、数値が 7 を超えないと薬は出ないため、摂取エネルギーを控えて、運動しなさいと言われるだけ。こういった方に受診勧奨を毎年送っても受診しなくなるので、無駄にならない工夫が必要である。

【被保険者代表】

リスクに対してのアプローチの仕方は、度を越してはいけませんが、動機づけになるくらい、ちょっとセンセーショナルな表現を使っていく必要があると思う。ゴミ箱にすぐ捨てられてしまう内容ではもったいない。

また、この分析データは医療者に伝わっているのか。

【事務局】

医療者に個別に分析結果を示してはいない。分析した結果は広報等で活用している。

【被保険者代表】

折角のデータなので、福岡県の医療費情報を集めるとこんな結果になっていきますっていうのを、病院や薬局など、医療従事者の方にも伝えていく必要があると思う。こういう事実があるということをしっかり伝えていくことが大事。

また、マイナ保険証の共有できる５年という期間、生活習慣病は長い目で見ていかないと分からないこともあると思うので、もっと長い期間を見ていくべきか考えていく必要があるのかなと。

【学識経験者】

2040年に向かってどんどん年を取っていき、今のままそこまで頑張ると介護でベッドが埋まり、支える若い世代が細ってしまう。医療機関は診断と治療するところであり、介護するところではない。良くしていこうと思ったら、情報システムを使い、プライバシーを担保したうえで、診療内容や処方内容が見えるようにならないと、いい方向に向かっていくのは難しい。医者だって他の医者にこうしなさいっていうのは難しい。

また、高齢者の薬剤も多すぎる。約４割は睡眠薬を常用している。そういったところも公開していく必要がある。

(3) その他

事務局より、当日配付資料２に沿って説明。

質問・意見なし。

(以 上)