

全国健康保険協会運営委員会(第 121 回)

開催日時：令和 5 年 1 月 30 日(月) 13：00～14：30

開催場所：全国健康保険協会本部大会議室（オンライン開催）

出席者：飯野委員、小磯委員、小林委員、菅原委員、田中委員長、西委員、松田委員、村上委員(五十音順)

- 〔議題〕 1. 健康保険の令和 5 年度都道府県単位保険料率について【付議】
2. 船員保険の令和 5 年度保険料率について【付議】
3. 定款変更について【付議】
4. その他

○増井企画部長：お忙しい中、第 121 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いてご説明いたします。本日は新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、オンラインでの開催といたします。このため傍聴席を設けず、動画配信システムにて配信し、事前に傍聴の申し込みをいただいた方にのみ配信しています。また本日の資料につい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すようお願いいたします。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すようお願いいたします。

次に、委員の皆様が発言方法についてご説明させていただきます。まず、ご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していただきますようお願いいたします。開催方法等についての説明は以上です。以降の進行は田中委員長をお願いいたします。

○田中委員長：ただいまから第 121 回全国健康保険協会運営委員会を開催いたします。委員の皆様におかれましては、お忙しい中お集まりいただき、誠にありがとうございます。本日の出席状況ですが、関戸委員がご欠席です。なお、本日もオブザーバーとして厚生労働省よりご出席いただいています。

早速議事に入ります。はじめに議題 1 から 3 を取り上げます。議題 1 から 3 は、健康保険法及び船員保険法に基づく付議事項となっています。事務局から説明を受ける前に、定められた手順についてご紹介いたします。協会が都道府県単位保険料率を変更しようとする場合は、健康保険法により、あらかじめ支部長が支部評議会の意見を聞き、それを踏ま

えて理事長に対して意見の申し入れを行った後、理事長は本委員会の議を経ることとなっています。また、船員保険の保険料率の変更については、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。そして、これらの保険料率の決定に伴う定款の変更についても、健康保険法及び船員保険法により、理事長は本委員会の議を経ることとされています。

では、これらの議題 1 から 3 までについて、まとめて事務局より説明をお願いいたします。

- 〔議題〕 1. 健康保険の令和 5 年度都道府県単位保険料率について【付議】
2. 船員保険の令和 5 年度保険料率について【付議】
3. 定款変更について【付議】

○増井企画部長：事務局より資料 1-1 から資料 5 までご説明申し上げます。まず資料 1-1 でございます。

資料 1-1 ですが、年末に資料としてお送りしたものと同じでございます。令和 5 年度につきまして、直近のデータが出たこと、令和 5 年度の政府予算がまとまったということ、それを踏まえて、令和 5 年度政府予算案を踏まえた見込みを立てたものでございます。令和 5 年度政府予算案を踏まえた見込みで、収入の計は 11 兆 2,466 億ということでございます。対前年度は 859 億でございます。その理由につきましては、短時間労働の公務員が、協会けんぽから共済組合に移ったということで、保険料収入としては減少しております。支出の計は 11 兆 333 億でございます。前年度より 1,384 億増額しております。その理由ですが、後期高齢者支援金が 1,704 億増えたということでございます。それは団塊の世代が後期高齢者になり始めであることと併せて、令和 4 年度につきましては、令和 2 年度の戻り分があったために、支援金については増額したということでございます。

一方、保険給付費については、ほぼ前年度と変わらないということですが、その中身としましては、出産育児一時金の増ということが増加要因でございまして、一方で、薬価改定に伴いまして減少ということもあって、両方合わせてほぼ前年度と同額になっているということでございます。単年度収支差ですが、2,133 億で、準備金残高については 4 兆 9,602 億ということでございます。

その次が資料 1-2 でございます。資料 1-2 の 1 ページ目でございますが、都道府県単位保険料率につきましては、先ほどの趣旨を踏まえて計算しておりますが、新潟県が 9.33% ということで一番低くなっております。佐賀県が 10.51% ということで、一番高い支部となっております。上下の幅については 1.18% ということでございます。

2 ページ目が令和 5 年度都道府県単位保険料率の令和 4 年度からの変化ということで

ざいまして、2 ページの一番右にありますのが、現在からの変化分でございます。この 41 番から下の九州の各支部では、減少傾向でございます。

一方で、東京、神奈川、京都、福岡といった大都市部については、軒並み上昇しているという状況でございます。その理由でございますが、令和 4 年度の保険料率については、令和 2 年度の医療費をベースとして料率が決まっております。令和 2 年度の医療費につきましては、コロナで受診控えが起こったことで、都市部については相対的に医療費が下がったことで料率が下がり、九州については上がったということがございました。

その反対に 5 年度の料率については、3 年度の医療費をベースとしているということで、その反対で都市部については料率が上がり、九州については料率が下がるという動きであったということでございます。

3 ページ目が分散の状況でございます。この下にあります、分散というところの令和 3 年度、4 年度、5 年度をご覧くださいと、令和 3 年度につきましては 0.061 で、令和 4 年度については 0.092、令和 5 年度については 0.063 ということでございまして、令和 3 年度と令和 5 年度の料率の分散についてはほぼ同じになっているという状況でございます。令和 4 年度が高いのは、コロナの影響ということで、分散が高くなったと分析しております。

その次が資料 1-3 でございます。資料 1-3 は 1 月の先週まで支部評議会が開かれておりまして、それに基づいて各支部から都道府県単位保険料率の変更について意見の提出があったものでございます。

資料 1-3 の一番はじめの黒丸の、右へ行っていて、引き上げとなる支部、引き下げとなる支部、変更がない支部ということでございますが、全体で言いますと、引き上げとなったのは 13 支部、引き下げが 33 支部、変更なしが 1 支部だったということでございます。

一番右の括弧の中にあるのが昨年度で、引き上げが 29 支部、引き下げが 18 支部、変更がなかったのが 0 支部ですので、引き上げとなった支部が減って引き下げとなった支部が増えたというのが全体の状況でございます。その中でどういう意見が出たかということでございますが、この一番はじめの黒丸の、妥当、あるいは容認という意見のあった支部が 31 支部でございました。昨年度よりも 9 支部増えたということでございます。真ん中にあります、やむを得ないという趣旨の記載があった支部につきましては、15 支部でございます。これについては 6 支部減っております。反対という意見があったのは 1 支部ということで、前年度よりも 3 支部減ったということでございます。具体的に特徴のある意見が提出された支部と、反対の意見が提出された支部についてご紹介を申し上げます。

まず 11 ページの埼玉支部でございます。埼玉支部については引き上げとなったということで、それについてやむを得ないという意見でございました。11 ページの左の支部長意見の理由等というところの一番下の段落でございます。一方で、埼玉支部保険料率について、令和 4 年度の 0.09% の引き下げ、令和 5 年度の 0.11% の引き上げと、変動幅がかなり大きなものとなっているということで、都道府県保険料率については変動幅が少ない方が

望ましい、そのためには毎年の収支差の精算を複数年に分散して実施していくなど、何らかの仕組みの見直しを検討していく必要があるものと考えます、というご意見でございます。

その次が28ページの兵庫支部でございます。兵庫支部については引き上げということでございますが、やむを得ないというご意見でございます。理由等というところの2つ目の段落でございます。まず収支見通しについては、試算より実績が上振れする状況が続いており、結果として4兆円を超える準備金が積み上がっていること、さらに来年度は近年にない賃金上昇が想定されるところでもあり、評議会においても料率議論の基礎資料として制度を疑問視する意見が上がっていると、社会情勢経済情勢をより反映した試算方法への見直しが必要であると考えるというご意見でございます。

29ページの兵庫支部の支部長意見の3段落目でございます。またというところですが、また今後収支が赤字となり、料率10%維持が困難になった際の対応についての議論を今から始める必要があるということでございます。平均料率が10%を超える状況を極力避けるためにも、国庫補助率20%への引き上げ、さらに拠出金負担を含めた医療保険制度の抜本的な見直しと国に対しての働きかけをお願いするということでございます。

その次が32ページの島根支部でございます。島根支部につきましては10.35%から10.26%への引き下げということではございましたが、意見としては10.26%とすることについて容認できず、保険料率をより引き下げるべきというご意見でございます。その理由でございますが、35ページでございます。35ページの左の支部長意見のところの1つ目の段落でございますが、島根支部評議会において、事業主の評議員から厳しい現実を訴え、支援目的での一時的な平均保険料率引き下げ要望も出ていると、今、このコロナ禍で起きている事業主、被保険者の現実の苦境に手を差し伸べることも重要であり、保険料を納めている事業主、被保険者の心情をご理解いただきたいということで、保険料率をより引き下げるべきというご意見だったということでございます。

最後に42ページの佐賀支部でございます。佐賀支部の支部長意見ですが、11%だったものが10.51%と引き下げられたということで、これについてやむを得ないというご意見でございます。理由ですが、42ページの一番下のパラグラフですが、佐賀支部の加入者一人当たり医療費は全国一高いことから、医療費を反映した保険料率は高くなることは理解できる部分もあるものの、一方で地域の医療費は医療提供体制など多くの要因が関係しており、単純に医療給付費が高いことをもって、佐賀支部の事業主、加入者に全国一高い保険料負担を求めることは、相互扶助の観点からは是正する余地があるのではないかとということでございます。

具体的には43ページのところでございますが、3行目のところで、都道府県単位保険料率の格差を1%以内に作る、あるいは保険料率の上限下限を設定するなど、支部間保険料率の格差是正に向けた、制度設計に着手していただくことを強く要望いたしますというご意見でございます。以上が資料1-3でございます。

資料2につきましては、令和5年度の介護保険の保険料率でございまして、介護保険の

保険料率については、単年度収支均衡ということで、ここの下にありますとおり、介護納付金の額を総報酬額で除したものを基準として保険者が定めると、健康保険法で法定されているということでございます。単年度で収支が均衡ということで、1.82%とするということでございます。

具体的には2ページ目の備考というところで、納付金の対前年度比がプラス641億ということでございましたので、それを反映して、令和5年度保険料率については1.82%に引き上がるということでございます。

資料3につきましては、船員保険の保険料率ということでございます。これにつきましては、1月26日の船員保険協議会で、理事長が意見を聞いたもので、了承をいただいたということでございます。

1ページ目の実際の保険料率というのが、令和4年度、令和5年度というのがありますが、一番下の合計というところで、10.75%が10.85%に引き上がるということでございます。その理由としましては、この左にあります経過的な控除率が0.4から0.3に下がったということでございまして、実際の保険料率が引き上がるということでございます。

4ページ目が船員保険の介護保険料率でございまして、介護保険料率については健保と同じような形で、収支均衡ということでございますので、1.54%が1.69%に引き上がるという状況でございます。

資料4がこれまで申し上げました、都道府県単位保険料率、船員保険の保険料率について、定款に落として施行時期を記載したもの、全国健康保険協会の定款を変更するものでございます。

最後が資料5でございます。資料5につきましては、更なる保健事業の充実、令和5年度保険料率に係る広報ということで、先日、各団体の事務局に広報のご協力をお願いに上がらせていただき、どの団体の皆様も非常に心よくお引き受けいただきました。早速、都道府県の支部に周知していただく、あるいは広報誌にも掲載をしていただけるということをおっしゃっていただいて、本当にありがたく感じております。御礼申し上げます。内容ですが、本部による対応ということで、新聞広告による広報、ウェブによる広報、紙媒体による広報物の作成等で、支部でも引き続き地方第一紙に広告を順次載せていくという状況でございます。本日の読売新聞の朝刊に、ちょうど全国での支部の広報については、全面広告ということで掲載しております。委員の皆様には、追ってどのような広報を実施したのか、お知らせしたいと考えております。以上になります。

○田中委員長：説明ありがとうございました。ただ今伺った資料1から資料5の説明について、ご意見ご質問のある方はお願いいたします。質問がなければコメントでも結構です。いかがですか。では、小林委員お願いします。

○小林委員：ご説明いただきありがとうございました。今資料の方を拝見させていただき、現行制度に基づいて算出された都道府県の料率ということで、基本的にお示しいただ

いた内容で異論はございませんし、今までの議論の積み重ねという部分では、尊重すべきだと思っています。

その中でちょっと気になった点と言いますと、先ほどの説明では、コロナ禍において、都市部は少し保険料率が上がり、またそれ以外の都市に関しては少し下がって、全体的に西高東低の傾向であるというような印象を受けました。この資料 1-3 の支部の意見にも幾つか寄せられていますけれども、私もここの委員になって、全国的に保険料率が違うことは認識しておりますが、このロジック自体が、例えば県の世帯の年収が、東京が高くて沖縄が低い、一人頭の医療費は高知県が高いなど、そういうわかりやすい指標の前に、佐賀県の保険料率が高いという仕組みが正直よくわからない。複雑すぎてわからないと、そこで公平感がある説明が国民にできるのか、というのがなかなか難しく、一部の支部からは一律で 10% でいいのではないかという意見がありました。これも乱暴なのかもしれませんが、本当の意味で公平、平等ではなくて、公平な料率が 1.8% 以内で上下するということの決まりがどういったところから来るのか。先ほどの支部の意見では、1% の中で動かしてはどうかとか、いろんな意見がありましたけれども、そこがちょっと、私が聞いていて少し疑問に思うことがあります。今までの議論の中で積算されたということですので、特に異論はございませんが、ちょっとした疑問が残るというコメントでございました。特に触れていただかなくても大丈夫なぐらいのご意見だと思って、ご放念いただければと思います。失礼しました。

○田中委員長：ありがとうございます。保険料の公平とは、社会保険制度の根幹にかかわるポイントですね。コメントで疑問を抱いたのは的確な視点だと思いますが、何か簡潔な説明がございますか。中島理事お願いします。

○中島理事：中島でございます。ありがとうございます。小林委員のご指摘はごもっともな点もございますけれども、改めて説明をさせていただきます。

まず、小林委員からご指摘のあった 1 つ目、所得、年齢構成については、いわゆる所得水準が低いところ、平均年齢が高いところがハンディにならないような形で是正をしています。所得調整、年齢調整をした上での保険料率の設定ということでございます。

それから 2 つ目は、一部の支部から全国一律の保険料率を望む声も出ていますが、かつての政府管掌健康保険のときには、全国一律の保険料率でした。それが協会けんぽになって、都道府県単位保険料率という都道府県の一人当たりの医療費水準に連動する形で保険料率が決まる仕組みにしているわけですが、この方向性については、我が国における医療政策の大きな方向性に沿ったものでございます。すなわち、医療というものは基本的には都道府県単位で考えていくべきものとして、都道府県が医療供給の整備の責任を負うとともに、その財政上の責任も負うということで、都道府県単位で医療供給と医療財政といった 2 つの両輪を回していくという大きな方向性です。

国民健康保険という自営業者等の方々を被保険者とする保険についても、市町村単位か

ら都道府県単位の保険料率という方向性での制度改革が行われてきていますので、都道府県単位で医療を考えていく方向性については、なかなか時代の針を戻すわけにはいかないだろうということでございます。

ただ、医療費が何によって決まるのかという点においては、今、小林委員から西高東低の傾向が見られるとのご発言がありましたが、やはり一番大きな要因はベッド数であり、病床数の多いところは、どうしても医療費が高くなります。すなわち、医療については、需要が供給を生むという原則だけが当てはまるのではなく、供給が需要を喚起するという側面がございます。そういう観点からは医療供給のあり方が医療費水準に影響を及ぼすということになります。

では、保険者が医療供給のあり方についてどれだけ関与できるのか、その権限がないのに、結果として増える医療費の財政負担だけを負わされているのではないか、という不満が支部評議会にはあるわけです。都道府県の医療供給のあり方というのは、基本的には知事の権限でございまして、都道府県の中でいろいろな審議会、さらには地域医療構想等の中で決められるわけですが、必ずしも保険者として発言の場が与えられているわけではない、または発言する機会に乏しいということもございますから、そういう意味でなかなか納得できないというお話であるのかなと思っています。

その結果として、それなら全国一律に戻すべきだ、または保険料率格差を一定の幅にとどめるべきだ、というご意見が出てくるわけです。全国一律に戻すべきだということについては、先ほど申し上げたように大きな医療政策の針を戻すという点において、果たして妥当なのかと思いますし、一定の幅に都道府県の保険料率の格差をとどめるべきだということになりますと、結果としてその幅を超えた分の調整をどう行うのかということで、やり方によっては不公平感が生じてくる。すなわち、幅を超えたところの高い保険料率が一定の幅の中に抑えられますと、その差額というのは他の都道府県支部が背負うことになりますから、そこで他の都道府県支部のご納得が得られるのかという点もあって、なかなか難しい問題がございます。

そうした中で、もう一つの選択肢としては国庫補助率を上げていただくことがあります。支部からも出ていますけれども、国庫補助率を20%に上げていただくことによって、その分保険料率を全体として下げていくべきじゃないか、というご意見があるわけです。ただ、これについてもなかなか国の厳しい財政状況のもとでは難しいと考えます。

そのような今のところ制度としては医療供給に対する権限がない中で、医療財政の責任を保険料率として負担せざるを得ないところのご不満はあるわけですが、公平性という点においては、現行の制度は、不公平な要素を極力排除した形で整備されてきているのではないかという認識の下で運営させていただいているということでございます。

○田中委員長：極めて要領のよい説明をありがとうございました。小林委員いかがですか。

○小林委員：非常に詳しいご説明をいただけて、過去の経緯といたしますか、過去からの流れというのも今理解ができましたし、またその不公平感が解消するような制度として、現時点まで来ているということも理解しました。

恐らくただ、支部の方々からあれだけの意見が出て、それぞれ言わんとすることが一個人としては理解できるところの制度設計というのは、非常に難儀なことだと改めて感じました。中島様のお話で非常に理解ができましたので、ありがとうございます。

○田中委員長：他にいかがでしょう、村上委員、それから 2 番目に飯野委員にお願いします。まず村上委員どうぞ。

○村上委員：ありがとうございます。今ほどのお話にもかかわる点ですけれども、都道府県単位の保険料率について 1 点意見を申し上げたいと思います。

料率については賛同いたします、その上で、この間も保険料率の格差について拡大しないようにすることは重要だということを申し上げてまいりました。2023 年度の料率を見ますと、昨年度より料率の差は縮まっておりますけれども、2021 年度と同程度の分散の状況になっているというところでございます。

先ほど来、何が公平なのかという議論もありましたけれども、私どもの都道府県支部の評議員に出ているメンバーからも、なるべく格差をなくしてほしいという声は多く出されているところでございます。こういった差を縮小していくということに向けましては、保険者努力重点支援プロジェクトをはじめ、さまざま取り組みを進めていただいているものと認識しております。

今回、そのプロジェクトの対象となる、北海道、徳島、佐賀以外の支部で保険料率が上がったところがあるため、本部支部間での連携を強化いただきたいと思います。また、その医療費の格差について、何が格差を広げたり、格差が生じさせたりするのかという要因分析も進めていただいて、適宜、その結果を共有することで全体的に平準化していくような方向になるようにぜひお願いしたいと思います、以上です。

○田中委員長：ありがとうございます。ご要望ですね、事務局はしっかり検討してください。お待たせしました、飯野委員、お願いします。

○飯野委員：ご説明ありがとうございます。資料 1-1、令和 5 年度の収支見込み（医療分）の関連について 1 点意見を申し述べたいと思います。

2023 年度の単年度収支は約 2,100 億円の黒字となり、準備金の残高が連続して増加する見通しとなっています。この点については、これまでの運営委員会で議論になり、その結果も踏まえて、現在協会として保健事業をさらに充実させることで、加入者への還元に務められているものと理解しております。

今後も引き続き協会の事業、財政基盤の持続性確保につながり、かつ加入者や事業者が

協会けんぽに入っているメリットを感じる取り組みに対して、準備金を有効活用していくという視点での事業運営を行うよう改めてお願いしたいと思います。以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございます。今年度、先ほど示されたように、協会として、保険給付以外に何に使うか、今回だいぶ新しい工夫がありましたけれども、それにとどまらずに一層工夫せよとのことですね。ありがとうございます。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。先ほどの中島理事のお話は非常に説明がわかりやすかったと思います。その中でベッド数が多く医療費がかかっているところが保険料率に反映して高くなるというお話だったと思いますが、その理由だと、結局あまり病院にかかってしまうと、やはりどうしても医療費が高くなるということだと思います。医療を非常にアクセスよく受けてしまうことが悪いことのように感じてしまうのではないかという気がします。問題は、やはり医療資源を無駄に使ってはいけないというところだと思いますので、その方向性がある程度示されていて、例えば海外のように簡単な風邪ではお医者様にかからないとか、そういった方向性が示されているわけではないので、ちょっとやっぱり医療費よっての保険料率が決まるのが、公平性が欠くかなという印象を受けております。

ただ、今回、都道府県単位に決まっている保険料率については議論を重ねてまいりましたので、こちらでよいとは思っておりますが、やはりちょっとすっきりしない点は残るなと思っているところでございます。以上です。

○田中委員長：ありがとうございます。みんなが納得する形の公平感は難しいですね。相対的にこの案が公平であって、それ以外よりはいいという次善の選択しか、一般に政策ではありえない。だから何らかの不満が残ることは理解いたします。菅原委員お願いいたします。

○菅原委員：ありがとうございます。ただ今事務局の方からご説明がありましたとおり、令和 5 年度の都道府県の単位保険料率の変更につきましては、妥当、容認、あるいはやむを得ないというご意見の表明が圧倒的多数であることを鑑みまして、私はこの案でいいのではないかとということで賛意を表するものであります。

その上で、私もお話を伺いながら、2 点ほどコメントさせていただきたい。まず 1 点目は、これから先の広報のあり方についてですけれども、やはりご理解いただくための広報活動は非常に大事だと思っておりますが、現状を見ますと紙媒体の周知広告、チラシや新聞が主体になっているようでございます。もちろん、それがいけないというわけではないのですが、大きな時代の流れを考えますと、もう少し SNS の利用など、若い方々も当然たくさん加入されている方がいらっしゃいますので、そういった方に効果的に訴求ができる

ような媒体を活用していくということも考えていただくのがいいのかなと思いました。

それから 2 点目は、これも先ほど中島理事の方から詳細なご説明がありましたけれども、要は一つの大きな問題は都道府県間の所得や年齢構成といった、一応構造調整された形での保険料率になっているわけですが、保険料率に対するおのおの都道府県の方々の所得というのは当然違うわけですから、同じ 10%でも実質的に自分の懐から出ていくお金の額は、各々受け止め方が違うということだと思います。やはり所得の低い地域にとってみると、保険料率の上げ下げというのが実質額のアウトオブポケットの点から、そのインパクトの捉え方が違うということはある。この辺をどうご理解いただくかということとは結構難しいことなのかなと思いました。

もう一つ、より本質的な問題は、格差が何に起因するのか、そして協会けんぽとしてできることというのが格差是正の中でどこまであるのかというところで、一つの大きなポイントだと思います。これは非常に大事な問題で、保険者努力による部分と、そうでない部分がどれだけ医療費の格差に影響しているかという要因分解を進める必要がある。筋論からすれば、それができるのであれば保険者努力による部分をより適切に反映するという形に、将来的には制度設計を考えていくということだと思います。これについては、外部有識者を活用した研究事業の中にも、そういった提案、研究プランがあると思うので、その研究の進展を見ながら、より今後議論を深めていく必要があると思っております。以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございます。まずはきちんとデータを取って分析しないとだめですね。今の、広報媒体については何か事務局は考えていらっしゃいますか。

○増井企画部長：今年につきましても、ウェブページ等で広報するということでございますが、ご意見いただきましたので、SNS 等を活用してどういう形で訴求できるかということは、より追求してまいりたいと思っております。

○田中委員長：新聞読者の平均年齢は上がる一方のようですからね。菅原委員ありがとうございました。他にいかがでしょうか、ございませんでしたら、お諮りいたします。健康保険の令和 5 年度都道府県単位保険料率、船員保険の令和 5 年度保険料率及び定款変更の 3 つについて、提示された案のとおり了承してよろしゅうございますか。ありがとうございます。では、本委員会として 3 つの提案に対して了承することといたします。事務局においては、速やかに厚生労働省に対して認可のための所要の手続を行ってください。

議題 4 はその他です。その他、報告事項として、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。

〔議題〕 4. その他

○増井企画部長：資料 6 でございます。医療保険者を取り巻く最近の動向でございます。まず、2 ページ目でございます。画面が横で恐縮ですが、大臣折衝事項に薬価改定というのが、3 つ目の丸、真ん中より下の大臣折衝事項というところがありますが、その 2、薬価改定の (1)、薬価の 2 行目のところでございます。改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点から平均乖離率 7.0%の 0.625 倍を超える品目を対象とするということで、薬価改定が定まったということでございます。

7 ページ目が都道府県医療費適正化計画で、令和 5 年度の事業計画において、その策定段階から、都道府県の医療費適正化計画に参画することというのを書いておりますが、国で年度内に指針が策定される予定の、その骨子でございます。

第 4 期医療費適正化計画で、一つは計画の目標施策の見直しというところで、①で、新たな目標を設定するということがございます。2 つ目にありますが、医療資源の効果的効率的な活用ということを目指して設定しているということでございます。下にありますが、実効性向上のための体制構築ということで、この③の保険者、医療関係者との方向性の共有連携ということで、保険者協議会が必置化されることを明記しているということでございます。

その次が 11 ページでございます。マイナンバーカードと健康保険証の一体化でございます。2 つ目のポツですが、マイナンバーカードと健康保険証の一体化を進めるため、令和 6 年秋に保険証の廃止を目指すということで、政府からうたわれているということでございます。

12 ページにありますのが、政府の中で行われている検討会において検討事項とされたものでございます。実際にこの検討会については、デジタル庁、厚生労働省、総務省で行われる検討会と、専門家ワーキングというのが開催されているということで、専門家ワーキングについては安藤理事長がオブザーバーとして参加しているというところでございます。

13 ページが実際のオンライン資格確認の導入状況でございます。1 の顔認証付きカードリーダー申込数で、※のところは義務化対象施設に対する割合としては 97.7%が申し込んでいる状況であると、下の点々の枠囲いの中ですけれども、健康保険証の利用登録については、カード交付枚数に対しては 55.9%、マイナンバーカード自体の申請交付状況ということで、申請は人口比で 64.8%申し込んでいる状況だということでございます。

その次は少し飛んでいただきまして 18 ページのところでございます。18 ページは電子処方箋についてということでございます。1 月 26 日に電子処方箋、電子的に処方箋の運用を行って、複数の医療機関や薬局で直近に処方された処方調剤情報が参照できると、それをもとに重複投薬のチェックが行えるようになるという仕組みでございます。実際には 30 都道府県の 154 の医療機関薬局で運用が行われているところでございます。

その次が 24 ページでございます。医療保険部会で、今度の医療保険制度改革の項目が何かということでございます。

1 としては、出産育児一時金の引き上げということで、42 万円のが 50 万円に引き上げるということで、後期高齢者、2 つ目の丸のところですけども、後期高齢者医療制度が出産育児一時金にかかる費用の一部を支援する仕組みを導入するということでございます。

2 が高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う仕組みということで、この丸のところですけども、現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合を見直すということで、賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げるということをするということでございます。

3 つ目が被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化ということで、この②で前期高齢者の給付費の調整において報酬水準に応じた調整を導入するということでございます。あとは関係審議会でどのような意見を述べたかということをいくつかご紹介いたします。

まず 34 ページでございます。34 ページの下の方の、194 回中医協の薬価専門部会で安藤理事長が述べた発言でございますが、1 つ目の丸のところでは薬価改定、先ほどご紹介しましたが、その対象品目の範囲については国民負担の軽減の視点からできる限り広くすることが妥当であるとの方針に沿った検討することが本来のあるべき姿ではないかということでございます。

35 ページの 195 回の中医協の薬価専門部会の 3 つ目の丸のところですけども、本骨子案にもあるとおり、令和 6 年度診療報酬改定においては有識者検討会の議論も踏まえ、後発医薬品企業のビジネスモデル上の課題であるとか、新薬と後発品等の取引条件や商品特性が異なる製品を全て同じ薬価改定ルールで扱うことの是非と本質的な問題を議論して、医薬品の安定供給をめぐる問題の根本的な解決に向けた議論を進めていければと考えているという発言をしております。

37 ページが中医協で医療 DX 対応について安藤理事長が発言したものでございます。1 つ目の丸のところですけども、オンライン資格確認システムは日本の医療 DX の基盤となる仕組みであって、一層の導入促進に取り組んでいただきたいということで、3 つ目の丸のところですが、保険証の原則廃止に当たっては全ての国民がマイナンバーを取得し、保険証として利用できる環境が整っていることはもちろんのこと、柔整やあはき、健診機関でオンライン資格確認とシステムが導入されていることが必須であると、その下の丸ですけども、診療報酬上の評価について、それをするのであれば、オンライン資格確認システムを活用した診療を受けた患者が対価を支払うのにふさわしいメリットを感じる必要がある、重要であるということ述べております。

その次が 39 ページの下から 2 つ目ですが、医療保険部会での安藤理事長の発言ですが、出産育児一時金や後期高齢者医療について、後期高齢者の方に医療保険を支える集団の一員として能力に応じた負担をお願いすることについては賛成であるということ述べてお

ります。

40 ページでは同じく医療保険部会で、医療費適正化計画のことについて述べていると、この下線部でございますが、今回の第4期医療費適正化計画は2025年をまたぐということなので、国民がより健康的な生活を送り、医療費の適正化を図っていく必要性が高まる中での計画であると認識している。このため、協会けんぽなど被用者保険者と地方公共団体、国保連、経団連、経済団体等が連携して行う地域の医療費データ等の共同分析や、日本健康会議を初めとする民間主導の取り組みとの連携など、都道府県において医療費適正化計画を実施していく上で、実効性のある連携体制を組んでいくことが重要ということを述べております。

最後に46ページでございます。介護保険部会で吉森理事が発言した内容でございます。今後65歳以上の高齢者の急増から、現役世代の急増に人口構造の局面が変化していく中で、介護保険の規模は膨らみ、一方で財源にはおのずと限界が出てくると、世代間、制度内での給付と負担のバランスについて公平性を担保しつつ、介護や特定疾病のリスクの大小や被保険者の応能応益等の観点で見直し、合わせて保険料、公費の適切なあり方についても早急に議論を深めることが極めて重要と発言をしているところでございます。

その次が資料7でございます。資料7は業績評価検討会の評価結果でございまして、12月23日に厚生労働大臣から、令和3年度の健康保険事業と船員保険事業の業績評価をいただいたところでございます。

具体的にどうだったかというものが、1枚目からご説明をいたします。1ページ目2ページ目につきましては、健康保険の基盤的保険者機能、戦略的保険者機能でございまして全体としていいますと昨年度と数の違いについては、Bであったものが一つ減っただけということで、数としてはほとんど変わらなかったということでございます。

昨年から変わったものにつきましては、この1ページ目の1の(3)の限度額適用認定証の利用促進についてはCがBになったと、これについては、認定証の使用割合が上昇したことから上がったということでございます。(5)の効果的なレセプト点検の推進についてはA評価をいただいたということでございます。これについてはKPIについて十分に達成したということでございます。

(9)の被扶養者資格の再確認の徹底については、昨年に引き続きCであったということでございます。これは被扶養者資格の確認書の提出率のKPIが未達成だったということでございます。これにつきましては、広報あるいは事業所への働きかけを今後強化していくこととしております。

2ページ目については戦略的保険者機能でございまして、(1)のローマ数字の3については、重症化予防対策の推進については、昨年に引き続きCだったということでございます。これについてはパンフレットを見直したり、更なる保健事業で一層広報していくなど、受診率の向上に取り組んでいくということでございます。

(6)の地域の医療提供体制等への働きかけや医療保険制度に係る意見発信についても、KPIが低かったということで、Cという評価でございました。これについては意見発信が

できていない支部に対して、重点的に支援すると今後取り組むこととしております。

(7) の調査研究の推進については、昨年に引き続き A をいただいております。これについては業績評価検討会の中で、地域格差拡大について、本部と支部で連携してその分析を行うようをしてほしいという意見が 9 月の検討会の中でありました。これに対しては保険者努力重点支援プロジェクトについて、令和 5 年度の事業計画にも書き込んで実施していくことにしております。

3 ページ目、4 ページ目が船員保険の結果でございます。船員保険で昨年度から変わったところをざっと説明申し上げますと、(4) から (6) まだが C だったということでございます。これはなぜかと申し上げますと、KPI がいずれも達成できなかったということで、C でございますが、対象者を拡大して、呼びかけのチラシを工夫するなど、働きかけを強化して何とか KPI 達成できるように努力していくというところでございます。

船員保険、4 ページ目でございますが、戦略的保険者機能関係の (1)、(6) については C であったということでございます。健診の推進、あるいは広報の充実等ですが、これについてはいずれも働きかけ、あるいは関係機関と連携して認知度を向上するというところで、広報に努めていくというところでございます。一方で (3)、(4) については昨年度 C だったものが、今回は A 評価をいただいたということでございます。

最後に 5 ページ目でございます。昨年度とその評価については変わらなかったんですが、一点、業績評価検討会で、このⅡ-③のコンプライアンスの徹底について、特に管理職の意識改革、あるいはコンプラの意識徹底というのを十分してほしいという意見が業績評価検討会でございました。令和 5 年度事業計画にはさまざまな研修を充実させて、コンプライアンス意識の徹底を図っていくということを書いているところでございます。

その次は資料 8 の 4 ページ目でございます。一人当たり医療給付費の動きですが、2022 年 10 月、11 月というところで、やはり依然として高い水準、11 月ですと稼働日補正後でも、2.8%補正しないと、3.8%という高い水準だということでございます。

5 ページ目がジェネリック医薬品使用割合でございます。8 月は 81.1%ということで、これだけ高い水準を達成できた理由として、6 月に新規収載された痛風治療剤の後発医薬品が市場に出回ってきたことの影響で、前月に比べてプラス 0.3 という状況であったと、6 ページ目は支部の数ということでございますが、12 支部が 80%に到達していない状況で、その数はこの前の月に比べて減った状況でございます。以上になります。

○田中委員長：説明ありがとうございました。ただ今の説明について、ご意見ご質問のある方はお願いいたします。飯野委員どうぞ。

○飯野委員：ご説明ありがとうございました。先ほど菅原委員がおっしゃっていたように、私も協会けんぽのデジタル化のさらなる推進をぜひお願いしたいと思っております。やはり紙媒体が中心になっているように感じます。インターネット広告の活用などデジタル化を進めていくということで、ターゲットの絞り込みだとか、PR 方法の検討につなげ

ていくということができるのではないかと考えております。

そして、またデジタル化という観点ではですね、私どもも協会けんぽに加入しているわけでありすけれども、被保険者や事業主にとっても各種手続きが紙ベースである点もまだ多くあるわけでありすので、できればそういったものも電子化を早く進めていただければ大変ありがたいと思っております。

さらにもう一点、意見を述べさせていただきますが、資料6の10ページ以降に記載されているマイナンバーカードと健康保険証の一体化について、でございます。政府は来年2024年秋の健康保険証廃止を目指しており、その成否は約4,000万人の加入者を抱える協会の取り組みが大きな鍵を握っていると思われす。前回も申し上げましたが、マイナンバーカードの交付率と健康保険証利用登録率のギャップの縮小を目指して、協会としても加入者の理解促進、周知強化など利用登録の拡大に取り組んでいただくことが不可欠であると考えております。この周知方法やスケジュール等につきまして、決まっておりますがございましたら、教えていただきたいと思います。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：ありがとうございます。両方とも重要ですね。DX化それからマイナンバー保険証についてお答えください。

○増井企画部長：納入告知書や医療費通知に、政府からの健康保険証の利用登録に関するチラシについて同封しておりますが、それ以上に、どう進めていくかということは、少し厚生労働省とまた相談させていただきたいと考えております。

○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、ありがとうございました。

○田中委員長：小磯委員、お願いします。

○小磯委員：ありがとうございます。今のマイナンバーカードのお話と共通するので、ご質問させていただきたいのですが、資料6の12ページに、マイナンバーカードと健康保険証の一体化の話が載っていると思いますが、こちらの方は（1）は要するにマイナンバーカードの発行時期が、申請時や海外からの入国のときは特急発行ということで、本来1、2カ月マイナンバーの発行に係るところ、10日で済むというお話だと思います。それとあわせて（5）の方は、今、マイナンバーカードをすでに持っている方が、会社の転職などをしたときに、会社や社労士が手続をするというところで、どれぐらいその時間が、マイナンバーカードが健康保険として使えるのか、時間がどのくらい必要なのかというところは、これは見えていないような気がしますが、今の健康保険証を発行していただいている

よりは早く使えるようになるかと理解してもよろしいのでしょうか。すみません、実務的な問題で。

○田中委員長：どなたかお答えになりますか。

○増井企画部長：まだ、具体的な期間は不明ですが、少なくとも政府で考えられているのは、タイムラグがかなりかかりそうなので、そこをどうやったら縮小していけるかというところだと思います。また、何か検討状況がわかりましたら、お知らせしたいと思っています。

○田中委員長：実務的には心配ですよ、タイムラグを縮めるために。

○小磯委員：今、結構必死ですぐに皆さんのお手元に健康保険者が行くことを熱心にやっているのですが、時間がかかるのはちょっと困るなと思っています。よろしくお願いします。

○田中委員長：また情報がわかったらお伝えしてください。松田委員お願いします。

○松田委員：医療費の適正化に対する、いわゆる保険者の介入の方法ですけれども、僕はジェネリックだけというのは多分もう限界があるだろうと思っています。これだけ新薬が出てきていて、特に協会けんぽの対象者である現役層の場合には、いわゆる後期高齢者と違って、例えばがんになった場合は分子標的薬が使われることが一般的だろうと思います。ジェネリックの使用を進めていっても結局新薬の導入で効果は相殺されてしまう。これはもうフランスとかドイツで既にそういうデータが出ております。それに対してフランスとかドイツは何をやっているかというと、定期的に保険で給付すべき医薬品の見直しをしています。OTCに移行してずいぶん期間が経つものについては、処方によって出されている薬もかなりあるわけですので、フランスとかドイツはそのような医薬品について保険給付の対象から外しています。そうやって、新薬の採用と、OTC薬を中心として保険から外していくというバランスをとることをやっています。こういうものは多分保険者が提案していかないといけないだろうと思います。この数年の、10年ぐらい20年ぐらいの医療費の伸びのかなり大きな部分が医薬品です。そうするとこの医薬品のコントロールをきちんとしていかないと、医療費の適正化は難しいと思っています。OTCの中には当然、使用にあたっていろいろな注意事項があるものが存在しますが、これは薬剤師さんができることです。そういう意味で少し保険収載薬をOTCとクロスさせて、分析して、どのくらい使われているのかということ进行分析していただいて、保険者として保険で見るべき薬、そうでない薬というものを少し提案していただくということも必要ではないでしょうか。諸外国の例を見ていると、このような活動を保険者の責務として考えるべきではないかと思

っています。以上です。

○田中委員長：ご提案ありがとうございます。村上委員をお願いします。

○村上委員：ありがとうございます。私も資料 6、今ほど先生方からお話があった医療費適正化計画について、でございます。医療保険部会などでもご意見を申し上げてきているところではありますが、持続可能な医療制度、提供体制の確保のためには、医療費の適正化が不可欠だと考えております。協会けんぽでもさまざま取り組まれておりますが、今ほどの医薬品の問題だけではなく、保険者の保健事業のさらなる充実ですとか、加入者の健康づくり、重症化予防などの保健事業について、ぜひ今後とも引き続き積極的に取り組んでいただきたいということをお願い申し上げます。以上です。

○田中委員長：応援のお言葉ですね、ありがとうございます。西委員をお願いします。

○西委員：私の方は、資料 7 の方の業績評価結果一覧表のことで、報告になってしまうのですけれども、1 ページの (3) の限度額適用認定証の利用促進というところで、C が B になって、良くなったという報告でした。実際に今、うちの従業員が入院をしまして、入院をする前に、やはり医療機関の方で、限度額認定証がありますので、会社の方に聞いて出してくださいという説明を受けたらしく、医療機関の方で周知していただいて、そのように教えていただけるということで、利用促進がアップになったのかなと思います。従業員の方から報告を受けまして、どのぐらいで認定証が届くかということで、ホームページの方で調べて、一週間程度で届くという説明が書いてあったので、入院をする前に認定証をいただいて、入院しようということで、すぐに提出をしたらしいですけれども、一週間じゃなくて、二週間かかったという報告を私は受けました。これからそういう人の参考のために私に報告しましたとメールの方でいただいたんですが、そちらの方も、一週間という説明をしていただいていますので、もう少し早く認定証を出していただけたらいいのではないかなと思います。以上になります。よろしくお願いします。

○田中委員長：本部よりも、具体的などこかの支部の話かもしれませんが、何かお答えになりますか、それともきちんと指導しますとしておきますか。どうぞ。

○松下業務部長：業務部の松下でございます。二週間かかったということで申し訳ございません。限度額適用認定証につきましては、できるだけ早く交付するようになっているところでございます。こちらは加入者の方に対して発行するものであり、特段何かが支障になって遅延することはないと思いますので、できるだけ早く発行してお手元に届くよう今後も努めさせていただきたいと思います。

○田中委員長：よろしいですか。菅原委員お願いします。

○菅原委員：ありがとうございます。私は資料 8 の 5 枚目のスライド、ジェネリック医薬品の使用割合のところの一つだけ質問というか確認です。先ほどもご説明がありましたけれども、基本的にはこのジェネリック医薬品の使用割合というのは、8 月までのデータの中では特に大きく下がっている状況にはないということが見て取れるかと思います。

ただ、足元の状況を見ますと、いろいろな現場の声として、後発医薬品を含めて医薬品の安定供給がなかなかうまくいっていない、特に後発医薬品の出荷調整や供給停止が相次いでいて、なかなか後発医薬品の利用が進まない、という現場の声があります。なかなかうまくいっていないという声が上がってきているわけですが、それとあわせて考えると、先ほど少し補足説明がありましたけれども、ちょっと何か実感とかなり違う状況が見えていたと思いました。注記のところにも書いてありますが、もちろん毎年 6 月にちょっと下がるというのは、先発医薬品に対して新しい後発医薬品が入ってくるから変化するというのは、これは式的にわかります。が、先ほどの説明だと、後発品に大きな新しいものが出た影響で、後発品利用率は下がっていませんというご説明だったと思います。そもそも恐らく今、出荷調整や供給停止になっている品目については、この式の値から除かれているという、そういう扱いだと私自身は理解をしていますけれども、そのような理解でいいのかどうか。

もしそういう形で式を出されているのであれば、全体の中でどのぐらいの供給停止の品目が今あって、その情報を併せて書いていただかないと、ミスリーディングというか、世の中に対してすごくバイアスのかかった情報を出している気がします。またこれはインセンティブだとか、今回の業績評価の中にも後発医薬品の使用率の話が入っていましたけれども、この式のところは結構大事な話だと思います。正式に確認したわけではありませんが、役所の担当課に聞いた話だと、出荷調整や調整品目に関してはちょっとタイムラグがあるけれども、そういうものは除いてやっているというような話があったような気がしています。ちょっとそこだけ確認させてください。以上です。

○田中委員長：ご質問にお答えください。

○増井企画部長：協会の中の計算をしている段階では、特に除いていないということですので、もう一度きちんと確認をして、それで、もしそういうものが除いているのなら、どういうものかということはきちんと説明できるように、と考えております。

○菅原委員：わかりました、すみません。大変大事なところだと思いますが、国のデータの方は何かやっぱり同じようにあまり下がってなくて、その点を聞いたときにはそういうものは一応 3 カ月程度ラグがあるみたいですけれども、除いて計算をするので、下がってこないという説明があったように記憶をしています。それに関しましても、ちょっと

あやふやなので、いずれにしても協会のデータの作り方、それから国のデータの作り方、きちんと中身を明らかにして実態に合った形での情報公開をした方がいいのではないかというのが私の意見でございます。以上です。

○田中委員長：そのとおりですね。確かに、社会問題になっていますからね。それがどう反映されているか確認をお願いします。ひとあたりよろしゅうございますか。では、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、事務局から説明をお願いします。

○増井企画部長：予備日としておりました2月20日については開催しないことといたします。次回の運営委員会は3月23日木曜日13時よりオンラインにて開催いたします。

○田中委員長：まだオンラインが続くようですね。それでは本日はこれにて閉会いたします。御議論ありがとうございました。

(了)