

全国健康保険協会運営委員会(第 122 回)

開催日時：令和 5 年 3 月 23 日(木) 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、関戸委員、田中委員長、松田委員、村上委員(五十音順)

- 〔議題〕
1. 令和 5 年度事業計画（案）及び予算（案）について【付議】
 2. 役員に対する報酬の見直しについて【付議】
 3. 協会けんぽにおける支部別医療費・健診結果の分析について
 4. その他

○池井次長：本日はお忙しい中、第 122 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、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のみ配信しております。

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。

次に委員の皆様の発言方法について、ご説明させていただきます。まずご発言をされるとき以外は、音声ミュートを設定してくださいようお願いいたします。ご発言をいただく際には、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となります。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：運営委員の皆さんこんにちは、ただいまから第 122 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、ありがとうございます。本日の出席状況ですが、西委員がご欠席です。また、松田委員は途中退席されると伺っています。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。まずは令和 5 年度事業計画(案)および予算(案)を取り上げます。

昨年 11 月から本委員会で委員の皆様からご意見をいただき、基本的には既に了承をいただいているところです。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、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、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、船員保険事業に係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。では早速ですが、資料 1 から資料 6 まで事務局から資料の説明をお願いします。

〔議 題〕 1. 令和 5 年度事業計画（案）及び予算（案）について【付議】

○池井次長：企画部次長の池井です。よろしくお願いいたします。では、資料 1-1 から資料 1-6 に沿いまして、説明させていただきます。

まず、資料 1-1 でございますけれども、こちらは健康保険と船員保険の事業計画、それから予算、これを取りまとめたものでありまして、船員保険につきましても、先ほど委員長からもご紹介がありましたが、先週 16 日に船員保険協議会が開催されておりまして、その中で事業計画・予算については承認されているところでございます。資料 1-1 につきましても、全体の取りまとめたものということでございます。

資料 1-2 でございます。資料 1-2 は、この運営委員会でもご説明させていただいておりますが、事業計画の新旧対照表でございます。これにつきましても、変更点はございません。

資料 1-3 でございます。資料 1-3 につきましても、船員保険分の事業計画の新旧対照表でございます。

資料 1-4 をご覧ください。こちらは 5 年度予算、協会の法人としての会計分を取りまとめたものでございまして、健康保険と船員保険がございしますが、健康保険の方の説明をさせていただきます。

健康保険勘定の中には、健康保険と介護保険が入っております。こちらの表の中の上半分の収入の欄をご覧ください。収入の欄の下に、保険料等交付金と書いてございますが、左から 2 列目が 5 年度予算でございます。10 兆 9,851 億円でございます。一番右が 4 年度予算からの増減ということになります。増減としては 1,110 億円の増と、これは、介護保険料を 5 年度は引き上げてございますので、その分の増が大きな要因でございます。

それから、2つ下の国庫補助金でございます。こちら5年度予算が1兆2,695億円ございまして、4年度からは298億円の増でございます。こちらは、後ほど支出の中で保険給付費が増となっており、これに伴う増でございます。

収入の計の欄をご覧ください。12兆3,479億円ございまして、4年度からは1,362億円の増でございます。

下半分の支出の欄をご覧ください。支出の1つ目、保険給付費、5年度予算は6兆9,093億円ございまして、1,789億円の増でございます。こちらは一人当たり給付費の増というものが大きな要因となっております。

その下の拠出金等、こちらは前期高齢者納付金等々が入っておりますが、3兆7,735億円ということでして、1,403億円の増と、これは、その2つ下に後期高齢者支援金がございます。こちらの一番右を見ていただくと、1,470億円の増となっております、こちらがほとんどの要因でございます。

拠出金等の5つ下のところがございます介護納付金、こちらは先ほども保険料率を引き上げたと話しましたが、5年度予算は1兆1,134億円できて、654億円の増でございます。

その下に業務経費がございますが、こちらは2,234億円ございまして、361億円の増と、こちらにつきましては、この4つ下のところに保健事業経費がございます。一番右を見ていただきますと328億円の増と、こちらは、生活習慣病予防健診の自己負担額の軽減、補助額を引き上げているということで、そのことが大きな要因でございます。

その2つ下に一般管理費がございます。こちらは逆にマイナス310億円ということでございまして、その3つ下のところの一般事務経費、こちらはシステム経費が入ってございまして、1月から新しいシステムが稼働しておりますが、その分の開発経費というものが来年度、5年度はなくなるということでマイナスでございます。

支出の合計のところ、一番下でございます。12兆3,479億円、収入の合計と同額になりますけれども、そこから2つ上ですね。累積収支への繰入、こちらが収支差ということで、2,458億円でございます。4年度からは2,051億円のマイナス、約半減してございます。

資料1-5でございます。先ほど業務経費と一般管理費の説明を簡単にしましたが、12月に説明した以降変更はございませんので、説明の方は割愛させていただきます。

資料1-6でございます。こちらは業務経費の内訳の中の一つであります支部保険者機能強化予算というものでございます。こちらにつきましては、1ページの1つ目の黒丸の1行目の後ろの方に、医療費適正化等の保険者機能をさらに発揮すべきと運営委員会や支部評議会でご意見をいただきまして、これをもとに、元年度に創設しているところでございます。

2つ目の黒丸の真ん中の行に、今年度より、本部・支部間の連携強化の方策を開始しており、その一環として、5年度の保険者機能強化予算を拡充することとしております。

5年度は、第5期のアクションプランの最終年度であり、また、都道府県の医療費適正化計画が策定されますので、この予算を活用してKPIを達成すべく、取り組みを着実に進めることなどが求められているところでございます。

具体的な内容が 2 ページ以降になります。2 ページが支部医療費適正化等予算、3、4 ページが支部保健事業予算になりますけれども、2 ページの医療費適正化等予算の内容につきましては、上の点線の枠に黒丸が 2 つございます。上の黒丸の 1 行目の真ん中に、ジェネリック医薬品の使用促進、この取組が約半数を占めているところでございます。その後に具体的な内容も記載してございますが、もう一つがその下の黒丸、広報ですね、広報、意見発信、この委員会の中でも、広報はしっかり取り組むべきということもご意見をいただいておりますので、広報・意見発信経費にいろいろ記載していますが、SNS 等を行っていくということでございます。

3 ページ、4 ページが支部保健事業予算でございます。点線の枠の中に書いてございますが、保健事業の基本としているのが、特定健診・特定保健指導の推進、コラボヘルスの取り組み、重症化予防の対策、この 3 本柱を推進していくわけでありまして。3 ページの真ん中にあるのが健診関連経費、こちらは、先ほど説明しました自己負担の軽減も行いますので、5 年度は積極的に取り組んでいくところであります。下の方が保健指導に係る取り組みでございます。

4 ページをご覧ください。4 ページは、コラボヘルスの事業、それから真ん中辺には、重症化予防と、それからその他の経費ということでございます。医療費適正化予算につきましては 8 億円、それから保健事業経費につきましては、約 40 億円ということで、来年度は各支部が取り組んでいくことになってございます。資料の説明は以上となります。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した。ただいまの説明について、ご質問、ご意見のある方はお願いいたします。関戸委員、お願いいたします。

○関戸委員：令和 5 年度の予算について、累積収支への繰り入れが 2,500 億円と令和 4 年度から 2,000 億円減少して、いよいよ協会けんぽの財政が、積立金を取り崩して運営しているかざるを得なくなるのが見えてまいりました。

昨年 9 月に示していただいた 5 年収支見通しにおいても、一番悪いシナリオでは、2025 年度から赤字となるわけですから、早急に単年度収支が赤字となった際の準備を進める必要があります。

一方、医療費は、コロナ禍で一旦抑制されましたものの、年間 1 兆円ペースで増加しており、協会けんぽはこのことに正面から向き合っていかなければなりません。加えて運営委員会、支部評議会において、平均保険料率 10%以上の負担には事業主も被保険者も、もう耐えられないというのがほぼ共通見解となっています。このような状況下で、我々は何を考えればいいのか、というのが重要です。例えばジェネリック医薬品の普及なども国民にとってもメリットは大きく、もちろん大切なことではありますが、医療費の削減効果としては、これが 0 から 100%になったとしても、単年度で 3,000 億円と聞いておりますので、80%近く普

及している現状では、今後の削減効果は限定的なために、議論の優先度合いは低いと思います。根本的に医療費の抑制を図るアクションプランについて、運営委員会の最大の課題として議論を深めていく必要性を痛感しております。

また以前も申し上げましたが、協会けんぽの中だけで議論をしていてはだめでありまして、他の保険者も巻き込んで、保険者間の負担の押し付け合いではなく、協力して国に抜本的な解決を求める必要があると思います。そのためには、受益者である国民、つまり、各保険者の被保険者に対して、現状の健康保険の状況をしっかりと広報して、国民的な議論に発展させていく必要があるかと思っています。

いろいろ申し上げましたが、医療費削減への取り組みは、もはや待ったなしの状況でございます。それに対応するガイドラインの制定等についても、早急に、かつ最優先で取り組む必要があると思っております。よろしくお願い申し上げます。

○田中委員長：危機感に基づくご発言ありがとうございました。今、ご指摘のあった点について、協会幹部の方々は、中医協やさまざまな社会保障審議会の分科会等で、そういう発言をなさっておられることは我々も承知しております。引き続き、そういう行動が必要であるとのこと指摘でしたね。他によろしゅうございますか。

本件については、基本的に議論はだいぶ重ねてまいりましたので、特に本日の資料について意見が他にないようでしたら、令和 5 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、了承することとしたいと考えますが、よろしゅうございますか。ありがとうございます。

それでは、本委員会として、この案、事業計画及び予算を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、所要の手続きをとってください。ありがとうございました。

次に移ります。次に、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。

〔議 題〕 2. 役員に対する報酬の見直しについて【付議】

○稼農部長：総務部長の稼農でございます。よろしくお願いいたします。1 枚ペーパーの資料 2 でございます。役員報酬規程（賞与）の改正案についてご説明いたします。

最初の概要ですが、協会の役員の賞与につきましては、これまで国家公務員指定職の賞与の支給水準を参考としております。令和 4 年の人事院勧告におきまして、国家公務員指定職の賞与の支給月数が 0.05 月分引き上げられたため、賞与の支給割合の見直しを行うとい

うものでございます。

改正案の中身でございますが、賞与の支給水準を現行の年間 3.25 月分から 0.05 月分を引き上げ、年間 3.30 月分とするというものでございます。改正時期につきましては、令和 5 年の 6 月 1 日から改正したいと思っております。どうぞ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した。ただいまの説明について、ご質問、ご意見がありましたらお願いいたします。よろしいですか。これは国家公務員指定職に準じているので、特段に役員給与が高くなるわけではありません。特にないようでしたら、事務局から提案のありまし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といたしたいと存じますが、よろしゅうございますか。ご賛同いただきました。では、本委員会としてこれを了承することといたします。

3 番目、協会けんぽの医療費健診結果の分析等について資料が提出されています。関連する資料とあわせて説明をお願いします。

〔議 題〕 3. 協会けんぽにおける支部別医療費・健診結果の分析について

○池井次長：それでは、資料 3-1 から資料 3-4 を説明させていただきます。こちらの資料は、私どもが保有している医療費データ、健診データ、問診データ、これらを活用した取り組み等についての報告となります。

では、資料 3-1 をご覧ください。こちらは資料が分厚くなっております。概要について、目次 1 ページから説明をさせていただきます。

1 ページを見ていただきますと、まず協会けんぽの支部別の医療費・健診・問診結果の状況ということで、これが約 60 ページあります。まず、医療費の地域差、都道府県支部別でどうなっているかということ。3 要素分解も行っておりますので、そちらも簡単に説明をさせていただくと、今回、真ん中辺に新 3 要素分解というものも行ってまいりますので、こちらの方も説明させていただきます。その下に医療費の年齢階級ごとに見てみたら、2 年度 3 年度はどうなっているかというものでございます。

2 ページを見ていただきますと、今度は疾病別ですね。疾病ごとの医療費がどのような動きをしているかというのが上段でございます。下段の方は、健診、それから問診の結果の状況、支部別の状況を見ております。今回、下のボツ 5 つ、体重 10 キロ以上増加者の割合、それから下は追加させていただいております。

それから 3 ページをご覧ください。コロナウイルス感染症流行下で、行動変容がいろいろあったかと思うのですが、メタボリックのリスクについて、腹囲・血圧等とありますが、

それが経年で見たらどのように動いているかを今回行ってみたというものでございます。

それでは、資料の 6 ページをご覧ください。今回は令和 3 年度のデータの分析をしておりますけれども、支部別の医療費の状況でございます。グラフの方を見ていただくと、全国平均との差を示しているものでして、一番下の一番左でございます、こちらは新潟、それから一番右が佐賀と、今回左から 4 つ目の沖縄と、右から 2 つ目の秋田、ちょっと色をつけさせていただいておりますが、これは年齢の調整前の数字でございます。

7 ページをご覧ください。各都道府県支部の年齢構成を全国平均の年齢構成にあてはめて見たらどのようなになるか、というもののグラフでございます。先ほど沖縄と秋田についてお話ししましたが、沖縄が低い方から真ん中辺りに変化していると、これは年齢調整後ですので、沖縄は若い方が多いということであります。秋田は逆に高い方から真ん中辺りに変化しておりますので、年齢構成が高いことが示されているところでございます。

9 ページをご覧ください。どのような要因があるか、この 3 要素分解で見てみるというものでございます。9 ページを見ていただきますと、一番上に 1 人当たり医療費、これは入院分でございますが、1 人当たり医療費を分解するということでございます。9 ページの下には受診率、どれぐらい病院に雇われているかというものでございます。

10 ページを見ていただくと、上のグラフが 1 件当たり日数と、レセプトは 1 か月単位ですので、1 か月にどれぐらい入院しているかというものでございます。その下のグラフが 1 日当たりの医療費、1 日どれぐらい医療費がかかっているかということでして、先ほどの 9 ページの方に戻っていただいて、受診率、1 件当たり日数、1 日当たり医療費というものを乗じると、1 人当たり医療費になるというものでございます。

こちらで見ていただきたいのは、9 ページの 1 人当たり医療費と受診率、これをざっと眺めていただくと、ほぼほぼ同じような形になってございます。ですので、この受診率が、この 1 人当たり医療費に大きく影響していることが見られるということでございます。この後、入院外、それから歯科についても、17 ページまで同様の分析をさせていただいているところでございます。

18 ページをご覧ください。今回初めてやってみたものでございますが、新 3 要素分解というものでございます。こちらは、厚労省の方で 10 年前ぐらいにこのような手法を作ったとのことです。私どもは今回初めて行っておりまして、後ほど 3 要素分解と新 3 要素分解の相関についても説明させていただきます。

こちらは具体的にどこが違うか、というのが 18 ページの上から 2 行目のところ、赤字のところでございます。先ほど入院 1 人当たり医療費は、受診率等 3 つの数値を乗じたものという話をしましたが、左から 2 つ目のところ、新規入院発生率というのが先ほどの受診率に置きかえているものでございます。それから、真ん中の平均在院日数というのが 1 件当たり日数に変わるものでございます。1 番最後は、1 日当たり医療費、これは変わらないということでございます。

このように変えているのは、レセプトは 1 か月単位で作成されますので、従来の三要素

分解では、月をまたいだ場合にダブルカウントされるというデメリットがあるので、このように変えているところであります。入院外と歯科はもう少し分かりやすく、真ん中辺の下に、赤字で計算式が書いてございますが、推計新規通院発生率、それから平均通院日数、1日当たり医療費と、その計算式の下に計算式のところに、初診件数と書かれています。これにより再診分のレセプトは除かれるということです。

実際に分解したものが19ページ以降にあります。19ページ、20ページが入院医療費でございます。こちらは19ページ、先ほどと同じように1人当たり医療費と新規入院発生率、受診率に変わるものですが、これを見ていただくと若干ずれているところもあると思いますが、ほとんど同じような形をしている点を頭に入れておいていただきたいと思います。

逆に21ページ、こちらは入院外の分のものでございますが、こちらを見ていただくと、左の方、東北・北海道あたりを見ると逆方向を示しているというところがあります。これらの状況等を3要素分解と新3要素の相関で見ているものが、25ページと26ページにございます。

25ページをご覧ください。真ん中にあるのが入院分のグラフでございます。入院はほぼほぼ相関しているということですので、先ほどもグラフを比較して見てもらったときには、同じような形であったかと思えます。逆に下のグラフが、左が入院外で右が歯科でございます。こちらを見ていただくと、ばらつきが出ていると、先程申しましたが、こちらは各支部によって、再診の分が結構差があるというものがここで現われているかと思えます。

同じように26ページを見ていただくと、入院は相関係数が0.999なので、もうほぼ相関ということで、入院外と歯科は25Pと同じようにばらついているところが見られるということでございます。

ここまでが医療費の地域差の関係です。28ページを見ていただけますでしょうか。こちらは年齢階級ごとの内訳ですね、グラフを見ていただきますと、2年度に9歳以下の割合が下がったと、具体的には一番右下のところが元年度ですので、こちらは10.8%であったものが、2年度になりますと9.5%まで下がったと、割合が低くなったということでございます。3年度を見ていただきますと、9.4%で、ほぼ変わっていないということでございます。

30ページは入院外を見ているものでして、こちらと同じように、右下から左上と見ていただきますと、こちら2年度は約2%構成割合が低くなったものが、3年度は1%ほど戻しているというところで、先ほどの入院とは若干違うような形になってございます。

33ページをご覧ください。33ページからは疾病別にみたものでございます。疾病別入院のところは、ナンバーワンスリーというところは変わってございません。1番目が新生物、がん、それから2番目、循環器系の疾患と、3つ目が筋骨格系及び結合組織の疾患、ヘルニアとかもここには入っておりますが、そういう順番であまり変わってはいないということでございます。

ただ、入院外の方が特徴的でして、35ページをご覧ください。一番右下のところの1番目に来ているところが、呼吸器系の疾患、かぜ等々でありますけれども、これが2年度に

は、4 番目まで割合が下がったところでありまして、これが3 年度になると若干戻しきみと
いうことであります。これは受診控えとか、そういうものも考えられると思います。ここま
でが医療費に係る分析でございます。

44 ページをご覧ください。44 ページからは健診結果、問診結果、これを支部別に比較し
ているものでございます。44 ページがメタボリックリスクの保有率ということですが、後
ほどざっと見ていただくと、全般的な傾向としまして、北海道・東北あたりは高い方に出て
おりまして、あと沖縄ですね、こちらが結構目立っております。次の45 ページを見ていた
だくと、沖縄が高く出ていると、46 ページも腹囲リスクでございますけれども、こちらも
沖縄が高く出ているということでもあります。

47 ページになりますと、こちらは血压リスクでございますけれども、こちらは特に東北
ですね。東北は男女ともに高く出ているところでございます。

あと特徴的なのは49 ページ、代謝リスク、血糖でございます。こちらの高知ですね、高
知が高く出ています。

このような比較が52 ページまでは健診結果の方でございまして、53 ページからは問診
票の結果でございます。

53 ページ、喫煙者の割合。こちらは北海道・東北とそれから九州が高く出てございます。
この後、問診票の結果がございしますが、このように見ていただくと、各支部によってどうい
うリスクが高いとか低いとかございますので、これらを踏まえて各支部は取り組みを行っ
ているということでございます。

59 ページに、先ほどのリスク、問診票の判定基準ですね、これらを入れておりますので、
参考に見ていただければと思います。

61 ページをご覧ください。61 ページからはコロナウイルス感染症流行下の健診結果がど
うなっているかということでございますが、61 ページは、まずは医療費がどうであったか
でございます。医療費は下のグラフ、左半分が2 年度、月別に出ておりますが、右が3 年度
と、2 年度は真ん中辺の青いところに記載しておりますが、医療費総額約400 億円というこ
とでしたが、3 年度は上の方の赤い枠の中ですね、約1,700 億円ということで、約4 倍に上
昇したということでございます。

62 ページ以降が今回の本題になりますけれども、まずメタボリックリスクの保有率の動
向というところで、この後、いろいろなリスクを見ておりますが、総じて2020 年度のところ
が上がって、それが維持されているのか、そこから下がっているかという動きがほとんど
でございます。この62 ページを見ていただくと、男女とも、特に男性はぐいっと上がって
いるというところで、それが引き続いて今に至るという形でございます。

63 ページは、これはメタボリックリスク予備群ということになりますが、こちらは同じ
ようには上がっていないところでございます。

64 ページ、腹囲、腹囲につきましては、先ほどのメタボリックリスクと同じような動き
となります。

65 ページ、血圧リスクについては、これは 2019 年度少し下がって、その後急激に上がっているという形ではありますが、2 年度はさらに上がっているということで、脂質につきましても同じように上がっております。

67 ページが代謝リスク、こちらだけはほとんど上がってなくて、こちらは血糖ですけれども、血糖値は数値に反映されるのが遅いということを聞いております。

以上のように、コロナウイルス感染症流行下において、生活習慣の変化とか、食生活、運動習慣、こういうものも大きく変わったものが影響しているのではないかと考えてございます。資料 3-1 は以上となります。

資料 3-2 でございます。こちらは、昨年 9 月に運営委員会でもご説明しております。1 番最後のページはその説明資料でございますが、1 ページの上のところに 1 ポツですね、黒丸の 1 行目のところの後ろの方に書いていますが、保険料率が高い水準で推移している 3 支部、北海道、徳島、佐賀支部ですね、こちらを対象としまして、保険料率上昇の抑制が期待できる事業を実施しようと、これについては本部と支部が連携してやっていこうと。それに外部の方も入ってもらってというものでございます。

何を行うか、というのが真ん中、①、②に書いてございますが、まず今年度下期から来年度の上期にかけて分析ですね、分析、課題の抽出まで行おうと思っております。5 年度の下期には、今度は事業の企画まで行いたいと思っております。

進捗状況でございます。下の 2 ポツのところに書いてございます。1 つ目の黒丸のところに体制ですね。3 行目の後ろの方に外部有識者等で構成したアドバイザリーボード及びワーキンググループ、これらを設置するとともに、先ほどの 3 支部の地域で、地域アドバイザーを委嘱しているということでございます。2 つ目の黒丸のところですが、具体的に昨年 11 月に、まずアドバイザリーボードを開催させていただきまして、先月ですね、ワーキンググループを開催させていただいたということであります。何を行ったかというのが 2 ページ 3 ページでございます。

2 ページをご覧ください。まず私どもで分析をしまして、各 3 支部の課題、もしくは共通の課題というものをを見つけ出したところでございます。四角の枠が 8 つほどございますが、共通、または各支部の課題を示しております。まず一つ、例としまして、1 つ目の枠の中ですね、こちらは業態分類を見てみたものでございます。各支部の医療費に対して寄与度、影響度が高い業態はどのようなものがあるかというものをしております。この中で、ポツがあって、2 行目に対象 3 支部共通というのがございます。共通だったのが総合工事業、それから医療業、保健衛生及び、社会保険、社会福祉、介護事業というものが見られたというような形で、8 つの中にはそれぞれの特徴、傾向というものを記載しているところでございます。

それを踏まえまして、ワーキンググループを開催させていただきました。どういう事業ができるかどうかも含めて、どのような深掘り分析を行ったらいいかということを検討していただいて、実施方針を策定したというものが 3 ページから 5 ページにかけてでございます。3 ページが 3 支部共通、それから 4 ページ 5 ページが北海道、徳島、佐賀、こちらの深

掘り分析を今現在進めているというところであります。これらにつきまして、4月のボードの開催に向けて鋭意分析をした上で、5年度には事業の企画立案まで持っていきたいと考えてございます。

資料3-3でございます。こちらビッグデータを活用したものでございますが、外部有識者を活用した委託研究事業でございます。現在、第1期と第2期の研究が動いておりますが、第3期分を採択させていただきました。2ページからが採択したものでございます。

2ページ、採択1のところが東京大学の井出准教授が代表者になっておりますが、協会けんぽにおける今後の保健事業等の基盤整備を目指した調査分析を行うということでございます。

それから次の3ページに、秋田大学の野村教授、就労女性の性に関連する健康と労働生産性の実証研究、それから3つ目、上智大学中村教授と、中村教授については第1期も行っております。その深掘り分析も含めて、今回行っていただくと、患者供給者の行動変容と保険者機能強化による医療サービスの効率化という課題を研究していただきます。

4ページが京都大学福岡准教授。こちら第1期で行っていただいておりますが、その深掘り分析も含めて、保健事業による健康アウトカムを改善するための行動インサイト、因果探索の応用ということで行っていただくことにしております。

資料3-4でございます。調査研究フォーラム、私どもの取り組み等々を意見発信する場として、調査研究フォーラムを開催させていただいておりますが、来年度は6月6日に開催させていただきたいと思っております。今年度は午後だけでありましたが、来年度は外部有識者の委託研究、第1期の分が最終報告になりまして、第2期の分が中間報告となりますので、その分、1日かけて開催させていただきたいと思っております。ぜひともご参加いただければありがたいと思っております。説明は以上となります。

○田中委員長：ありがとうございました。いずれも研究の視点からも興味ある資料でした。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：飯野でございます。ビッグデータをもとに分析して課題を解消するというようなご説明をいただき、ありがとうございました。

私の発言は、資料の3-1で、都道府県別にまとめられている医療費・健診結果は、県別の比較によって各地域の課題等が可視化されていて、大変有用なものと思えました。総じて食生活や運動習慣が影響している状況が、地域ごとに浮き彫りになっているように見えます。そういったところで、そのデータをもとに、食生活などにはかなり地域ごとに、社会特性がありますので、それを一気に変えることは難しいことだと思いますけれども、こうした目に見えるデータを事業主や被保険者で共有しつつ、個々人の行動変容を後押しすることが協会けんぽの大きな役割の一つではないかと思えます。ぜひとも本部におかれては、各支部における健康経営や、適切な健康増進方策の推進の旗振り役を担っていただければと思いま

す。

少し具体的にお話をさせていただくと、協会けんぽの都道府県支部が主体となって、専門家の皆さんの力を借りて、被保険者の食生活であるとか、健診結果の関連性を見出して、食生活の改善モデル、そういったものを構築して被保険者にとってというか、この健診を受けている人だけではなくて県民、県の地域に対してですね、具体的に取り組めるような改善策を検討・推進していただければと思います。既にそういう活動はされていると思いますけれども、さらに強化していただければと思います。以上でございます。

○田中委員長：期待を言っていただきました。松田委員、どうぞ。

○松田委員：松田でございます。ご説明ありがとうございました。非常に興味深いデータで、結局、協会けんぽの結果と、それぞれの地域の地域保健のデータの結果もよく似ているということで、要するにその地域の課題は同じだろうと思います。

その上で、最初の方の資料でありましたけれども、介護保険とか、高齢者医療制度への拠出金の問題がすごく大きくなっているということを考えると、恐らく協会けんぽと国保と共同で何か地域の健康増進活動や予防活動をやっていかないと、なかなか効果が出にくいのかなと思います。都道府県単位では保険者協議会が結成されてはいるが、実は余り動いていません。協会けんぽの方でこういう分析をしているということを前提に、ぜひ国保連合会の方とも連携をしていただいて、共通の課題があると思いますので、そういう形で健康増進活動を進めていただくというようなことも今後、取り組んでいただいたらよいと思いました。以上です。

○田中委員長：戦略的な連携の話でした。関戸委員お願いいたします。

○関戸委員：資料3-2の保険者努力重点支援プロジェクトについて、でございます。昨年このプロジェクトについてご説明をいただく際に、支部に医療機関ごとの詳細なデータを提供することによって、各県で医療体制などを話し合う場で活用することで、行政、医療機関、保険者が理解を深めながら、適切な医療提供体制を構築する上での一助となると思いますので、とても期待をしていると申し上げました。今回、ある程度仮説やその証明に向けた課題の抽出までは実現できたと思いますので、北海道、徳島、佐賀の各県において、医療費削減のためのガイドラインのようなものができれば、この取り組みをさらに推し進めることにより、それが全国に横展開をしていって、中央での医療費の議論にも大きな影響を与えていくことになると思います。本格的な医療費削減に向けた事業の実施は令和6年度からになるということですが、協会本部が支部を全面的にバックアップしていただき、外部有識者の意見も踏まえ、早急な取り組みの推進をお願いするとともに、ぜひガイドライン化などの成果を得られるようお願いをしたいと思います。

それから資料 3-3、資料 3-4 について、でありますけれども、調査研究事業については、3 年目となりまして、第 1 期の深掘り分析を含めた案件が 2 件採択されたり、新たな切り口のテーマが出てきたりと、有益な研究が実施されることを期待しております。

一方、第 1 期については、そろそろ最終報告の時期ということもありまして、この研究結果を活用して、医療機関と保険者などが共有できる、医療費削減に向けたガイドラインの策定が行われることについても、大いに期待しているところであります。

先ほど申し上げたように、医療費削減は非常に大きなテーマですので、そのゴールに向けては、PDCA サイクルをきっちり回していくことが重要であります。最終報告の内容を活用して、医療費削減に向けた協会けんぽとしての計画づくりを進めていただきまして、PDCA サイクルを回し始めていただければと思います。

また、研究の成果について、調査研究フォーラムを発表されるわけですが、私も昨年出席させていただき、とても充実している内容だと感じました。特にデータ分析による医療費適正化に向けた、協会けんぽの取り組みの第 1 歩である、と誇りを持ってご挨拶される安藤理事長のお姿がとても好印象でありました。今回のフォーラムについては、特に長丁場であることも踏まえまして、研究内容を一般の方にもわかりやすく見せることも必要であります。

また、コロナも 5 類になった後での開催となりますので、会場やオンラインへの集客やマスコミへのプレスリリースなどにも力を入れていただきましてですね、研究の成果が広く知られるように工夫をしていただければと思いますので、よろしくお願い申し上げます。以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございます。いずれも期待を述べていただきました。当日行けなくても、オンラインで後から視聴できますよね。村上委員、お願いいたします。

○村上委員：ありがとうございます。資料 3-1 について、大変丁寧にご説明いただきました。ありがとうございます。また、医療費や健診結果を丁寧に分析していただいているということで、大変わかりやすく、様々な特徴が出ているということを感じたところです。

後はこれをどのようにして、医療費の適正化に向けて使っていくのかということが重要だと思っております。皆様方の発言と重なるところでございますけれども、ぜひこういったことをさらに活用していただいて、事業計画（案）でも「本部・支部による医療費等分析」とありますように、その本部支部間での連携も強化いただきながら、取り組みを進めていただきたいと思っております。

また資料 3-1 の後半でコロナ禍の健診結果の分析も大変興味深く拝見いたしました。生活習慣というものが、いかに人々の健康に対して働くのかということを実感できるデータだと思っております。この点、さきほど松田委員から、国保との協働というお話もございました。私どもからすると、労働災害と職域での健康増進ということとの関連も、ぜひコラボ

していただきたいと考えているところです。

この4月から、第14次労働災害防止計画がスタートいたしますが、その中では中高齢女性の転倒災害に関しても重点事項とされております。作業する中で足腰が弱まり、筋力が弱まって転倒し、また骨密度が低下し骨折に至ってしまっているということで休業災害が増えているというところもございます。

こういったところ、職場で転倒すれば労働災害ですけれども、私生活で転倒すれば、医療費の方に跳ね返ってくるということでありまして、「いかにして転倒しないようにするのか」ということでいうと、同じ課題であると思いますので、そういった運動習慣の働きかけなどは、ぜひ医療費の面からも、労働災害の面からも、両方の側面で協働して進めていただければと思っております。以上です。

○田中委員長：ありがとうございます。多面的なアプローチをお伝えいただきました。小磯委員お願いします。

○小磯委員：少し細かい問題なので、運営委員会にふさわしいかがわかりませんが、資料3-1の9ページと10ページ、この3要素分解が、非常に興味深い資料だなと思って拝見していました。これを拝見すると、例えば読み方ですけれども、佐賀と大分を比べたときに入院受診率は大分の方が高いということですよ。ただ、一人当たり医療費は佐賀の方が若干高くなっています。さらに10ページの方を見ると、1件当たりの入院日数については、佐賀は多くて、大分はすごく少ない。さらに1日当たりの医療費を見ると、全国平均のマイナスで大分よりも佐賀の方が、マイナスが大きいという結果になっています。こういうところを見ると、結局、入院日数は佐賀が長いので、医療費が高くなっている、という読み方でよろしいのかどうか。それだけの要素で決めることはできないと思いますけれども、そういった読み方でよろしいのかどうか、というところを教えてくださいたいと思います。以上です。

○田中委員長：お答えください。

○池井次長：小磯委員が言われたとおり、1件あたり日数が、大分がほぼ平均より下回っているが佐賀は高い方に飛び出ていることが影響して、大分よりも佐賀の医療費が高くなっている、ということになります。

○小磯委員：ありがとうございます。そうすると、この一つ一つ、これを詳しく見ていくと、いろいろなことがわかり、非常に興味深い資料だなと思いました。ありがとうございます。

○田中委員長：3要素分解は、昔から使われている技法です。おっしゃるとおり、大変いろ

いろな情報を得ることができます。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。小林です。やはり資料3-1のこのビッグデータは、非常に有益で、有用な情報であり、感心して拝見していました。このデータを都道府県別で見て、支部と連携しながら、健康増進の取組により医療費を削減したり、協会けんぽの事業活動とともに、厚生労働省が出されている平均寿命や健康寿命の都道府県別のデータと照らし合わせることで、例えば、必ずしも女性が健康寿命で一番ではなかったり、食習慣やデータのマトリックス等、県別の健康のバロメーターとなる医療費も、このビッグデータと日本人の天命を全うする平均寿命、結果的にその健康寿命が長ければ長いほど、医療費を使わないということを確認するのが健康増進に関わる活動になると思います。データを重ね合わせていくときに、この平均寿命や健康寿命と、この医療費のビッグデータを合わせると、また一つ、新たな結果が出てくるのかなと思います。これが各支部での広報や、協会に加入されている被保険者の方々への健康増進の働きかけとして、そういった広報をどのようにできるかによって、医療費をなるべく使わずに、日本人がずっと健康でいることがその本質になるかなと思います。そういったことに健康増進の輪が広がると、より良い国になるのではないか、と思って確認していました。私からは以上です。

○田中委員長：ありがとうございます。広い視点から眺めよということですね。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。資料3-1ですけれども、本当に協会けんぽのビッグデータを、存分に使った詳細な分析がなされているということを伺い知ることができて、大変貴重な分析結果だと思います。一つ一つの表にも、それぞれの項目について、非常に示唆的なものがあると思いますけれども、ただ1点、私が少し懸念しているのは、こういうデータが出て、地域差が出ると、あたかもその地域差で特に医療費がかかっている地域に、何らかの大きな問題があるのではないかというような、非常に短絡的な適正化の方策なり効率化の方策というのが指摘されやすいということでございます。

言うまでもないですけれども、このような地域差は、さまざまな複合的な要因によって生まれてきているものでございます。従いまして、地域の特性、患者の特性、あるいは今回も分析がありましたけれども、勤務先の状況や、ひいては医療提供体制、これらのものが複合的な要因として、医療費の地域差として生まれているわけです。保険者として、やはりやれること、やれないことというのをまずきちんと切り分けることが大事です。

今回の外部有識者の委託研究事業の中にも、そのようなことを切り分けられるようなアプローチをお願いしているわけですが、その部分をやはりきちんと切り分けて、保険者として効果的な施策を行うために、どこにアプローチすべきなのかということを考えていくことが大事だと思います。

医療費の地域差の資料の中の 5 スライド目だと思いますけれども、現在この地域差の状況を考えるに当たっては、当然、年齢構成の差は調整されております。逆にいうと、今言ったような、さまざまな、例えば医療提供体制の差による要因がどの程度なのかということがわかってきますと、こういった話と調整した上で、本当の意味での保険者としてアプローチできる地域差というのが見えてくるだろうと思います。

これはまさしく今やってもらおうところですし、今やるべきところなので、これから先の事業の展開に期待をするところであります。いずれにいたしましても、この地域差の情報が細かくつまびらかになる中で、その解釈については十分な配慮をしながら適正化の方策を考えていただきたい、という意見を一つ申し上げておきたいと思います。以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございます。研究者の視点から、どのようにデータを見たらいいかを指摘いただきましてありがとうございました。

私も、先ほど指摘のあった新型コロナウイルス感染症以降、健診で見つかるリスクの保有率が、メタボリックリスク予備群以外は大きく上がっている点、怖いものだな、が実感です。これをどうするかは今後の課題ですね。大変いろいろなことが読めるデータをありがとうございました。ほかによろしゅうございますか。さらにこれを持ち帰って検討して、何かあれば質問してください。また、研究にも活かせるようにしてまいりましょう。ありがとうございます。

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。

〔議 題〕 4. その他

○池井次長：資料 4 をご覧ください。今までも、さらなる保健事業の充実、それから保険料率に係る広報、これらを行っていくということは、前回までの運営委員会でもご説明しております。この資料 4 は実績を記載させていただいております。1 ページが本部で対応したもの、大きく 4 つございます。新聞広告による広報、委員の皆様には手元に 3 月 10 日の読売新聞全面広告で、健康保険委員 3 名と安藤理事長の座談会の記事をお配りしております。

それから 2 つ目の丸、WEB による広報でございます。ホームページや WEB では、ヤフー、グーグル等々、いろいろなところで広報をさせていただいているところでございます。

それから 3 つ目、紙媒体による広報物の作成です。こちらはチラシ、ポスター、それからリーフレットを作成して事業所様等に送っているということでございます。

それから 4 つ目、関係団体を通じた広報ということで、こちらにつきましては、今回さら

なる保健事業の充実と保険料率に係る広報があり、各団体様にはいろいろお願いさせていただきました。誠にありがとうございました。

2 ページをご覧ください。2 ページが支部における対応でございまして、支部の方でも新聞広告による広報、それから関係団体の方にもお願いして行っていたというところと、その他支部独自の広報を行っております。

3 ページ、4 ページが具体的な新聞記事、リーフレット、それから 4 ページがホームページ、それから WEB 広報になります。資料 4 につきましては以上となります。

資料 5 をご覧ください。来年度、令和 5 年度の運営委員会の主な議題、スケジュール案でございまして。例年と大きく違うのは、議題等が 6 つ並んでおりますが、この議題の 3 つ目のところに保険者機能強化アクションプラン（第 6 期）がございまして。第 5 期が来年度で終わりますので、第 6 期を策定するということでもあります。こちらについて 9 月から議論を開始させていただきたいということとございまして。それ以外の議題につきましては、例年どおりのスケジュールで行う予定としております。

資料 6 をご覧ください。意見発信の状況でございまして。2 ページをご覧ください。2 ページ、こちらは医療保険部会、1 月 16 日に開催されたものでございまして。議題としまして、ここに書いているオンライン資格確認等システム等についてでございまして、この中で 3 つ目の丸、マイナンバーカードと保険証の一体化について、理事長の方から意見を言っております。3 つ目の丸で 1 行目、マイナンバーカードと保険証の一体化については、6 年秋の導入に向けて制度設計を行っていく必要があると。協会についても、専門家ワーキンググループのオブザーバーとして加えていただいているところであります。下のボツ 2 つで検討事項がございまして。マイナンバーカード不所持の場合の資格確認の方法、それから発行済みの保険証の取り扱い、これについて議論を積み重ねていただくようお願いするという意見を意見発信しました。

4 ページをご覧ください。4 ページが、デジタル庁が検討会を設置してございまして、そこに厚労大臣も入っていると。そこで取りまとめられた内容でございまして。こちらは 2 月 17 日に取りまとめられて、2 月 24 日の医療保険部会に出されています。

6 ページをご覧ください。こちらに（4）マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない場合の取り扱いと、こういう形で行うことが示されております。1 つ目のボツでございまして。これの 2 行目の後に資格確認書を提供すると。これが新たに出てきたということと、2 つ目のボツ、今使われている保険証についてはどうか、発行済みの健康保険証については、1 年間有効とみなす経過措置を設けるということが取りまとめられております。

それを受けまして 8 ページ。1 つ目の丸で先ほどのところにありましたが、2 行目のところで資格確認書が迅速に届き、支障なく医療機関等の受診を行える仕組みの構築が重要と、こちらは中間取りまとめでありますので、2 つ目の丸のところに 6 月に取りまとめが行われる予定となっております。下から 2 行目のところに引き続き現場の意見にしっかりと耳

を傾けていただき、制度の詳細の検討を進めていただきたいと、意見発信をしてございます。

それから 9 ページが全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の概要です。これは医療保険部会に提出されておりますが、こちらの中、協会も関連します改正の概要が真ん中に 4 つほど書いてございますけれども、これがこのときの議題となっております。

10 ページ、医療保険部会に理事長の方から資料を提示して、意見発信したものでございます。具体的には傷病手当金の中で、精神及び行動の障害に係る件数、金額というものの推移です。下のグラフを見ていただくと、おわかりのように平成 10 年から令和 3 年まで右肩上がりとなっております。令和 3 年でいいますと、10 月、1 か月分の数字でありまして、3 年の 10 月では 100 億円ほど支払っているということでございます。

11 ページをご覧ください。法案に係る意見発信ということで、2 つ目の丸ですね。2 行目、現役世代が納得して、これからも医療保険制度を支えていくためには、世代間、世代内の給付と負担の在り方を公平に見直すことをはじめ、制度の見直しに向けた検討を継続して進めていくことが急務であると。今回の法案は、医療保険制度の持続可能性を高めるために必要な見直しのあくまでも第 1 歩であると考えていると。今後も本部会で不断の議論を続けていただきたい、と発信してございます。

それからメンタルの関係は、先ほどの資料をもとに 12 ページの 1 つ目の丸でございます。1 行目にメンタルヘルスのような各年代に幅広くまたがる課題については、その 3 つ下のところで、厚生労働省におかれては、そういった大局図を描いた上で、今後の政策の検討を進めていただきたいと強く要望するということを発信してございます。

13 ページからは中医協になりますけれども、こちらは高額医薬品に対する対応というのが、この後 18 ページまで続きます。内容の説明は割愛させていただきます。

それから 20 ページが介護保険部会です。こちらは吉森理事が出席しているものでありまして、こちらの中の 2 つ目の丸です。一行目の後半に介護分野でもオンライン資格確認等のシステムを活用し、ケアプランの内容や要介護度等の情報・データの活用や医療分野で共有が進んでいる個人の健康や医療に係る情報の連携を進めていくべきということを意見発信してございます。

最後に 25 ページ、先ほども松田委員が保険者協議会の関係でご発言されておりましたが、こちらは保険者協議会中央連絡会で、国民健康保険中央会の方でまとめているところでありますが、こちらの 25 ページの 1 つ目の丸です。まさに先ほど松田委員が言われていたところです。こちらのまず 2 行目の後半に、協会けんぽといった地域の関係者の間で顔の見える地域ネットワークを構築して、そしてネットワークの下で連携して共同分析を行い、当該地域の課題を共有し、ということで、今回の医療費適正化計画の策定と着実な実施に期待しているということで、こういう場で先ほどの意見を踏まえたような意見を発信しております。資料 6 については以上となります。

最後、資料 7 でございます。4 ページをご覧ください。医療費、医療給付費の動向でござ

います。こちら、赤が今年度の動きでありまして、3年度よりは低く見えますけれども、平均で約 3.8%の伸びとなっております。例年 2%ぐらいでありますから、今年度は高い水準で推移しているということでございます。

それから 5 ページ。こちらはジェネリックの使用割合でございます。昨年の 10 月時点のデータでありまして、一番右の一番下ですね。以下、DPC も含めた分では 81.3%まで上昇しております。

6 ページの下グラフが支部別に見たものでありまして、80%を下回っているところが右の赤いところでありまして、11 支部でございます。こちらにつきましては、来年度中には 80%を目指すということになります。説明は以上となります。

○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、ご質問おありの方はお願いいたします。よろしいですか。本日の議題は以上となります。

なお最後に、平成 30 年 10 月より運営委員として御尽力いただきました、菅原委員におかれましては、このたび運営委員を退任されることとなります。今回が最後の出席となりますので、一言ご挨拶をお願いします。

○菅原委員：ありがとうございます。ただいまご紹介にあずかりました運営委員の菅原でございます。大変恐縮でございますけれども、このたび一身上の都合によりまして、本運営委員会の委員を退任させていただくこととなりました。

恐らく、本委員会の委員としては 4 年半ぐらい籍を置かせていただいたことになるかと思います。この間、協会けんぽの安藤理事長並びに運営委員会の委員長でいらっしゃいます田中先生、並びに理事の各位や運営委員の先生方、並びに本当に毎回の運営委員会の準備において、資料の検討準備だけではなくて、スケジュールの調整、会場の設営初め、円滑な会議の運営のために、本当に見えないところで多大な御尽力を賜りました事務局や協会けんぽの職員の方々、各支部の方々を含めまして、本当に皆様方に心からの敬意と、それから感謝の念を、この場を借りてお伝えしたいと思います。

もとより本当に私自身がなぜこの運営委員会にアサインされたのかということも最初、本当にわからないぐらい浅学菲才を顧みず、このような期間、何とかこのような重要な会議のその末席の責を何とか塞ぐことができたのは、ひとえに皆様のご理解とご協力があったからでございます。本当に心から御礼を申し上げたいと思います。

各回の議論において、本当に学識経験者の端くれとして、自分の認識が正しいのかどうか、あるいは伝え方に問題がなかったのかどうか、などなど、実は会議が終わるたびに反省、それから自責の念に駆られて、実は眠れなかったことも一回や二回ではございません。若いのに色々とうるさいことを言うなと思われている方もいたかもしれませんが、それは本当に私の不徳の致すところでございますので、何とぞご海容をいただければと思っております。

今日のさまざまなご説明、本当に 1 年の締めくくりということで、さまざまなご説明が

ございましたけれども、事業計画、その中でも、重点的な基盤的保険者機能や戦略的保険者機能、それから組織運営体制に至るまで、個々の項目については、本当に重要なことが全て網羅されている、非常にいい案だなと思って資料を眺めておりました。

協会けんぽは言うまでもなく、本当に超巨大な組織だと思っております。予算規模、それから被保険者の数からいっても、本当に我が国における医療保険の基盤を支えている大変重要な組織であることは間違いなく言えるわけでございます。

ただ、これから先、社会や事業者の変化、あるいは人口構造の変化ということが急激に起こってまいりますので、当然、保険者に求められる役割・機能というのは、急激に変わってくるだろうことは、これは自明なわけでございます。

そういった意味では、協会けんぽは自ら、自身がこれから先の将来の、まさしく、これからゆっくりではなくて急変が起こると私は思っておるわけですが、それに対して必ず将来を見通しながら、絶えず新しい技術、あるいは人材や教育を行いながら、組織の変革を続けなければいけないという、そういう宿題も持っているのではないかなと思います。

一方で、これは非常に生意気な話ですが、医療政策の専門家として、医療はやはり文化やこれまでの歴史的な経緯、経路依存性が非常に大きいものであるから、急激な改革や変革はなかなか難しいと。その抜本的な改革が難しいから、小さな改革を積み重ねるしかない、ということは絶えず言われてきたわけでございます。それはそのとおりの部分もございすけれども、しかしながら、我々の今の社会保障のあり方というのは、人口のボーナスを得られたところから、一気に人口のオーナスを享受しなければいけないというような状況に陥っているわけですので、残念ながらある意味では方向を変えなくてはいけないという決断をしなきゃいけない。そういう厳しい局面にあるかと思えます。

抽象的な話になりますが、タイタニック号じゃないですけども、遠い先に冰山が見えていて、少しずつ進路を変えるために3度ずつ変えていくと。小さな変革を積み重ねていくと、180度転換するには60年かかるということになるかと思えます。恐らく60年後の日本に、反対の方向を向いた制度を残しても何の意味もないと思います。ですので、急激な変革は難しいにしても、少しそのスピードを上げるということは、必ず必要だと私自身は考えております。

長くなりましたけれども、これからも時代、社会の変化を見通した、安定的な事業運営を行っていただくことで、本当に事業者や被保険者、あるいは国民の負託に応えていくということが、何よりも協会けんぽの大事な役割だと思っております。その期待を、国民の一人として皆様にお伝えをして、最後の御挨拶とさせていただきたいと思えます。

本当に謙遜ではなく、至らない点が多々あって、それでも私なりには真摯に、真面目に取り組んできたつもりでございす。本当に至らない点、いろいろあったと思いますが、皆様のサポートで何とかここまで来ることができました。本当にありがとうございました。以上でございす。

○田中委員長：菅原委員ありがとうございました。経済学をベースとして、医療政策を語る、私にとって大変心強い委員でありました。決してこれでお別れではなく、また一層のご活躍を期待しております。本日はこれにて終了いたします。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。

○池井次長：次回の運営委員会は令和 5 年 7 月 21 日金曜日の 10 時から開催を予定しております。詳細が決まり次第ご連絡いたします。

○田中委員長：よろしくお願いいたします。本日はこれにて閉会いたします。ご議論をありがとうございました。

(了)