

令和5年度第1回東京都後期高齢者医療広域連合

運営会議議事概要

令和5年9月28日（木）18:00～19:18

東京区政会館 191 会議室

【出席者】：鳥羽会長・西村副会長・飯塚委員・井上委員・今泉委員
植竹委員・小村委員・佐川委員・島崎委員・荘司委員
末田委員・高橋委員・高原委員・高山委員・外山委員
鳥田委員・中野委員・並木委員・根本委員

【広域連合】：吉住広域連合長・大井副広域連合長・新井総務部長
佐藤保険部長・岩崎総務課長・大関企画調整課長
川田管理課長・大田債権管理課長（保険課長兼務）
原田会計管理者

【一般傍聴者】：1名

【議事内容】

1. 開会・運営会議の成立報告

委員の過半数以上の出席があり、運営会議が成立する旨を事務局から報告した。また、資料の確認及び会議の取扱いに関する説明を行った。

2. 広域連合長挨拶

広域連合長が挨拶を述べた。

3. 委員自己紹介・広域連合職員自己紹介

委員及び広域連合職員が自己紹介を行った。

4. 運営会議の概要について

事務局による説明<資料1>

運営会議の設置目的は、地方自治体法上の附属機関として、広域連合の適切な運営を行うためである。

所掌事務に関しては、広域連合が策定する計画や後期高齢者医療の保険料などについて、審議し、広域連合へ提言を行うことである。

組織に関しては（１）～（５）の区分から広域連合が委嘱する委員20名以内で組織する。

- （１）後期高齢者医療の被保険者等を代表する者
- （２）保険医その他の医療関係者を代表する者
- （３）学識経験を有する者
- （４）法第7条3項に規定する被用者保険等保険者その他の医療保険者を代表する者
- （５）別に定めるところにより実施する委員の公募に応募した者

従来の医療懇談会と比較すると公募委員が加わった。なお、現に委嘱している委員の数は19名である。

委員の任期は2年とされ、具体的な任期は令和5年7月1日から令和7年6月30日。

会長は委員の互選により選出され、副会長は会長が指名することとされている。

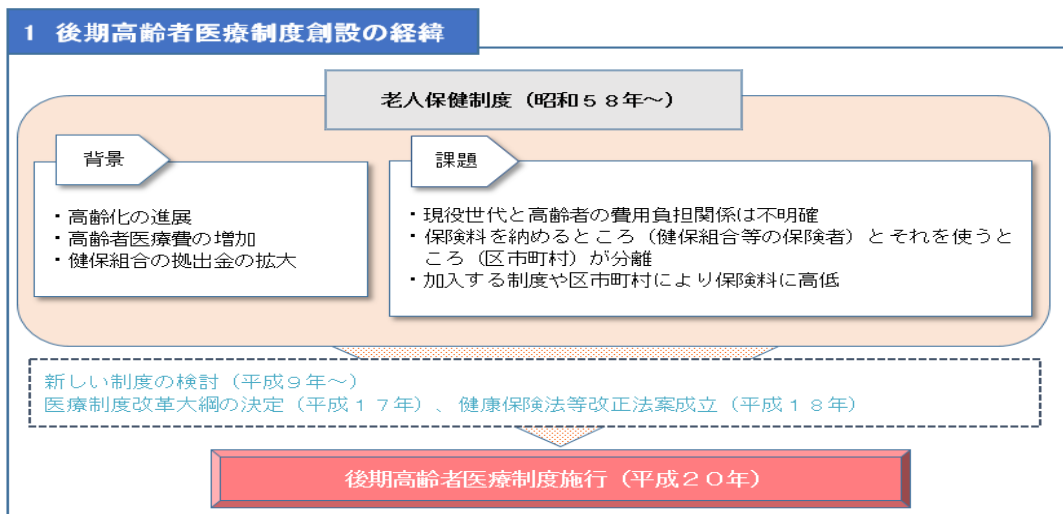
会議の運営等については、会議の議長は会長が務め、会議の定足数は委員の過半数である。また議事は、出席委員の過半数により決する。

なお、運営会議の設置根拠は、資料1別添の「運営会議条例」である。

5. 後期高齢者医療制度の概要について

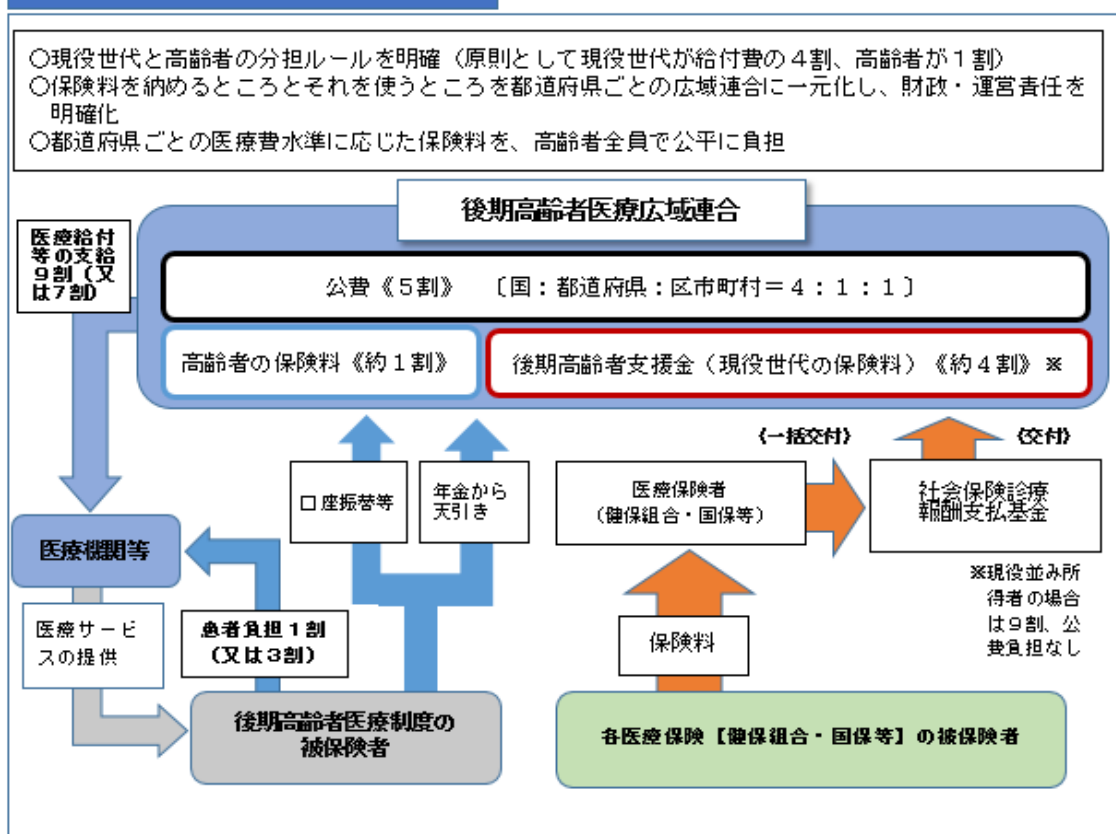
事務局による説明＜資料2＞

広域連合が運営しております後期高齢者医療制度は、原則的に75歳以上の方を対象とする医療保険制度で、平成20年に制度が開始され15年目に入った。



本制度の開始前は、老人保健制度が昭和58年から運用されていたが、当時老人保健制度は、課題にもあるとおり「現役世代と高齢者の費用負担関係が不明確」であること、「保険料を納める所が、例えば健保組合等の保険者であって、それを使う運営主体は区市町村であり分離している」こと、また「加入する制度や市区町村により保険料額に高低がある」といった、課題が指摘されていた。加えて、背景にあるとおり、「高齢化の進展」や「高齢者医療費の増加」、また「老人保健制度に拠出する健保組合の拠出金の拡大」といった状況も顕著になってきていたことから、国において新しい制度の検討が行われ、平成20年4月から、原則75歳以上の後期高齢者を被保険者とする後期高齢者医療制度が施行された。

2 後期高齢者医療制度の仕組み



老人保健制度の課題のうち、現役世代と高齢者の費用負担の関係については、医療給付費について、その費用負担を後期高齢者の保険料が1割、被用者保険からの支援金として現役世代が4割とすることにより、現役世代と高齢者の分担ルールを明確化した。また、保険料を納める所とそれを使う所を都道府県ごとの広域連合に一元化することにより、財政と運営責任を明確化した。さらに、都道府県ごとの医療費水準に応じた保険料を、高齢者全員で公平な負担となるよう、都道府県内一律の保険料が設定された。

図は財政運営上の仕組みを図式化したものである。医療機関等に支払うべき医療給付等の支給（一番左側の青ライン）に要する財源については、高齢者の保険料が約1割、また、国保や健保組合など各医療保険の被保険者からの後期高齢者支援金が約4割、公費での負担が約5割、その公費負担の内訳は、国、東京都、区市町村がそれぞれ4対1対1となっており、これらを広域連合で集約し、医療機関にお支払いしているところである。

医療機関等で支払う窓口負担については、令和4年10月から、窓口負担1割または3割に加え、3割負担の被保険者を除く一定所得以上の被保険者について、窓口負担が2割となり運用されている。

6. 議事

議事(1)「会長・副会長の選任について」

委員の互選により会長として鳥羽研二委員が選出され、その後、会長が副会長として西村ユミ委員を指名した。

その後、会長・副会長が挨拶を述べた。

議事(2)「令和5年度における審議依頼事項について」

<資料3>

広域連合長より依頼文書を会長へ手交。

以下のことに関して運営会議条例第2条の規定による提言を行うための審議を依頼した。

1 第4期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）について

【審議を依頼する理由】

少子高齢化、生産年齢人口の減少が加速する中で、後期高齢者医療制度の持続可能性を確保していくことは重要な課題である。

被保険者の健康の保持・増進とともに、医療費の適正化の取組を推し進めなければならない。

このような状況をふまえ、当広域連合では第4期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定する。

本計画策定について、提言をいただくよう審議を依頼するものである。

2 令和6・7年度保険料率の改定に係る考え方について

【審議を依頼する理由】

後期高齢者医療保険料は、療養の給付等に要する費用に充てるため、特定期間中の財政収支が均衡するよう、広域連合において2年に1度のサイクルで料率改定を実施しており、令和5年度は、令和6・7年度保険料率の改定作業年度である。

当広域連合においては保険料率の設定にあたり、制度発足以来、市区町村の一般財源を投入し保険料を抑制してきたが、被保険者数の増加に伴い、市区町村の負担が増加し続けている。

また、令和5年医療保険制度改革では、後期高齢者の医療給付費の負担を現役世代と公平にすること等が示され、後期高齢者にはこれまで以上の保険料負担が求められている。

このような状況を踏まえ、令和6・7年度保険料率の改定に係る考え方について、提言をいただくよう審議を依頼するものである。

議事(3)「第4期高齢者保健事業実施計画(データヘルス計画)」について

事務局による説明<資料4>

団塊の世代が後期高齢者に移行して被保険者数、医療費が増加することを見据え、健康診査の結果やレセプト情報等を活用した分析に基づき、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な高齢者保健事業等をPDCAサイクルにより推進すること、また、被保険者の健康の保持・増進と医療費の適正化を図ることにより、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間を延伸し、高齢者が安心して暮らせる地域社会を支えることを目的として第4期高齢者保健事業実施計画(データヘルス計画)を策定する。

計画期間は令和6年度から令和8年度までの3年間。

高齢者の医療の確保に関する法律第125条第6項の規定に基づく「高齢者保健事業の実施等に関する指針」により策定する計画であり、「東京都後期高齢者医療広域連合第2期広域計画」の実施計画に位置づけられている。

令和6年度は、健康日本21(第3次)」、「東京都健康推進プラン21(第3次)」、「第4期東京都医療費適正化計画」、「第9期東京都高齢者保健福祉計画」及び「市区町村の国民健康データヘルス計画」等が改定されますので、計画の策定においては、これらの関連する計画との整合性を図る必要がある。

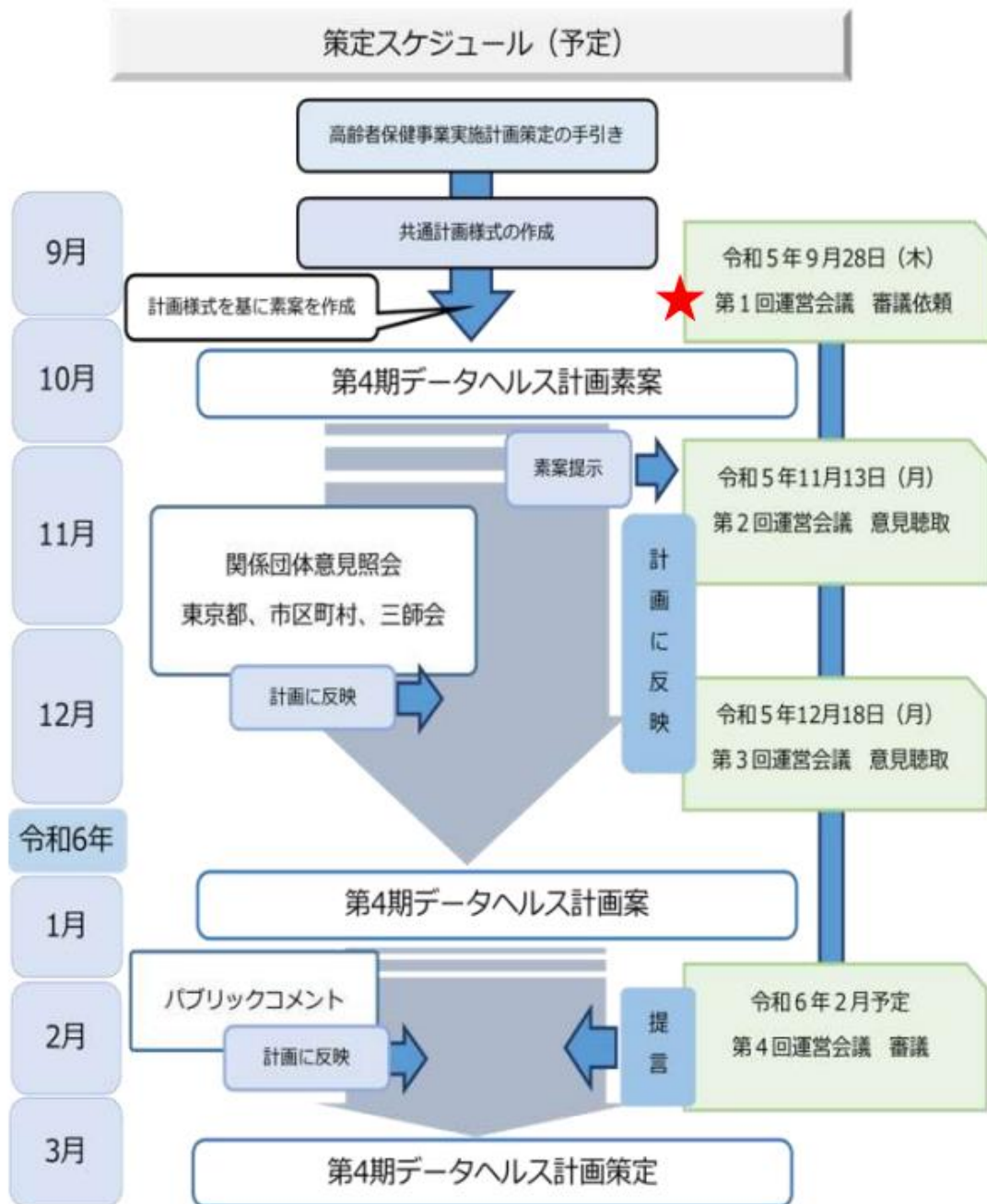
高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きが令和5年3月に改正され、データヘルス計画を標準化するために、国から全国共通の計画様式が示されたため、共通の項目に対し、KDB(国保データベース)、レセプトデータ等による分析結果から課題を抽出し、共通評価指標により評価することで、他の広域連合との比較が容易になる。基本的には定められた様式に基づいた分析から都広域連合が取り組む課題を抽出し、個別事業の実施計画を作成する流れになる。

今回の計画策定の方針を踏まえ、都広域連合では、フレイル・介護予防を意識した高齢者保健事業の実施、健康診査の推進、後期高齢者の質問票の有効な活用を中心に計画を策定する。

以下の図では、第4期データヘルス計画の概要を示している。



今後のスケジュールに関しては、次の図を予定している。



都広域連合は、被保険者数が10万人規模の区部から10人ほどの島しょ部まで様々な市区町村で構成されているため。計画様式は定められているが、データの分析や評価の際には、標準化に捉われず、この特性を考慮し計画を策定する必要がある。

質疑

- (会 長) 第2回の会議までに委員は素案を見ることができるのか。会議の場で見て考えて質問するということになるのか。
- (事務局) 第2回の運営会議の前には資料を送付する。
- (委 員) 第3期との違いも分かりやすく示されたのになるのか。
- (事務局) そのようにしたい。
- (委 員) 少し早く資料を示してもらい、質問事項を考えるプロセスをいただいたり、委員の中で質問事項を共有できるようにしていただくと2時間の会議時間にうまく収めることができると思う。
- (会 長) 事務局は大変だと思うがよろしくお願いしたい。
- (委 員) 計画を見ていると理想的なことが書いてある。理想としてはいいものであると思うが、医療現場から見ると現実離れしているように見える。保険者や医療機関が厳しい経営環境にある中で、そのことに関して具体的な提案提言がないと国民皆保険が維持できなくなるかもしれない時代においては、もう少し具体的なアプローチが必要なのではないか。
- (会 長) 医療機関だけではなく介護業界も経営状況が厳しいものがある。また、認知症薬をはじめとする薬価や検査の費用も不確定ということもある。こうした問題のほか、今後3年で、どのようなことが起こりうるのか委員の皆様からも問題点を出していただいて、この計画に盛り込んでいけたらと思う。
- (副会長) 同時に進行している計画の情報収集や比較は難しいかもしれないが、関連する計画の情報も適宜共有してほしい。また、他の計画も活かしてデータヘルス計画を改定していくということによいか。
- (事務局) 整合性を図りながら、計画を策定したいと考えている。
- (副会長) 矛盾のないことに重きをおいて策定するのではなく、他の計画も含めて良い方向にもっていけるような提言をしていけたらよいかと思う。
- (委 員) 健診の受診率が共通評価指標として適切かどうか考えた方がよいのではないか。大きな病院がある地域ではそちらで受診することがあるため、市の健診を受ける割合が低くなる一方で、病院が比較的少ない地域では健診率が高くなるといったデータがある。各地区の医療資源の状況や世帯の状況も加味して健診率というものを考えていく必要があるのではないか。

- (委員) 情報公開を積極的に行って、民間事業者の協力を得ながら事業を進めてもらえたらと思う。今後関係団体等に意見を照会することなので、民間事業者等の意見も共有をしていただきたい。
- (委員) この会議で出された意見を十分踏まえた計画を策定していただきたい。事務局では計画策定に当たり、コンサルタント業者に委託していると思われるが、こうした意見を踏まえた計画とすることができる委託内容となっているのか。
- (事務局) 広域連合でできないレセプトなどのデータ分析などを委託しているが、意見聴取に関しては広域連合が行い、それを検討し反映できる委託内容になっている。
- (会長) 事務局ではできるだけ早く、概要でもいいので委員に資料を配布してほしい。

議事(4)「後期高齢者医療制度における保険料率等の概要について」

事務局による説明<資料5>

後期高齢者医療制度における保険料は2年に1度のサイクルで改定を行うことになっており、今年度は令和6・7年度の保険料率を算定する年度である。

今回は令和4・5年度の保険料率算定時の数値等を使用し、保険料率算定の基本的な仕組みについて説明する。

財源構成は、枠外の患者負担(1割・2割)を除き、緑色・オレンジ色・ピンク色の公費約5割、黄色の現役世代からの支援金約4割、青色の被保険者から徴収する保険料1割となっている。

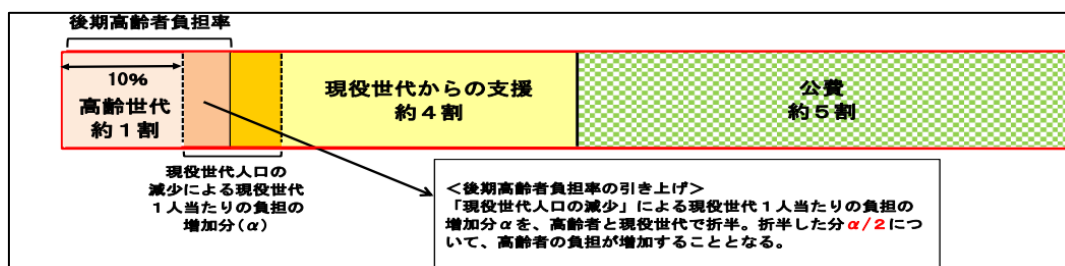
ただし、現役並所得(3割)については公費負担がなく、青色の保険料約1割と黄色の支援金分約9割によって賄われている。

【一般】 負担対象額 療養の給付等に要する費用 － 特定費用	保険料負担 負担対象額 × 後期高齢者負担率(※1)	支援金負担 (後期高齢者交付金) 負担対象額 × {1 - (後期高齢者負担率 + 50/100)}	国庫負担 負担対象額 × 3/12	国庫負担 調整交付金(※2) 負担対象額 × 1/12	都道府県負担 負担対象額 × 1/12	区市町村負担 負担対象額 × 1/12
	【現役並み所得者】 特定費用 現役並み所得者に対する療養の給付等に要する費用	特定費用 × 後期高齢者負担率(※1)	支援金負担 (後期高齢者交付金) 特定費用 × {1 - 後期高齢者負担率}			

※1 後期高齢者負担率(令和4・5年度は11.72%) ※2 普通調整交付金=9/10 特別調整交付金=1/10

次に後期高齢者負担率について説明する。後期高齢者負担率とは、医療給付費のうち、保険料で賄う割合のことをいう。

平成20年度の10%を起点として、人口が減少する現役世代一人当たりの負担増に配慮し、2年ごとに「現役世代人口の減少」による現役世代一人当たりの負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、段階的に引き上げる仕組みになっている。



下記の表のとおり、後期高齢者負担率は増加傾向にあり、令和4・5年度には11.72%まで上昇している。

さらに令和6・7年度の保険料率の算定に当たっては、医療制度改革の影響によりこれまで以上に高齢者の負担が求められており、数値の算定方法が変更となっていることから、更なる上昇が見込まれる。

〇支援金負担（後期高齢者交付金）の年度別推移

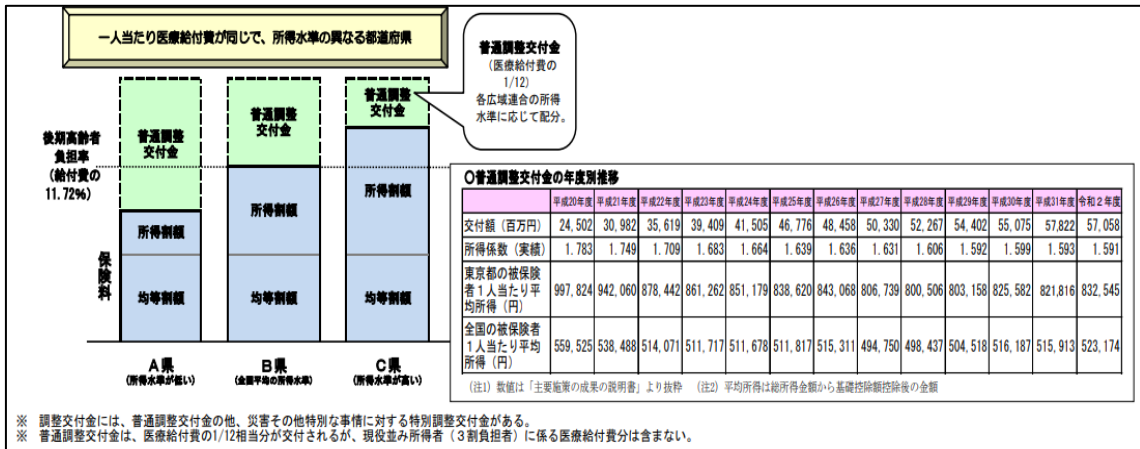
(単位:百万円)

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
後期高齢者交付金	355,342	410,389	435,223	459,171	479,905	500,440	511,126	533,701	541,980	563,987	577,408	612,914	609,221	616,256	643,293	671,348
後期高齢者負担率	10.00%		10.26%		10.51%		10.73%		10.99%		11.18%		11.41%		11.72%	

(注) 後期高齢者交付金は、平成20～令和2年度は決算値、令和3年度以降は計画値

後期高齢者医療制度では、都道府県（広域連合間）の所得水準の格差を是正するため、国が普通調整交付金を所得水準に応じて配分している。

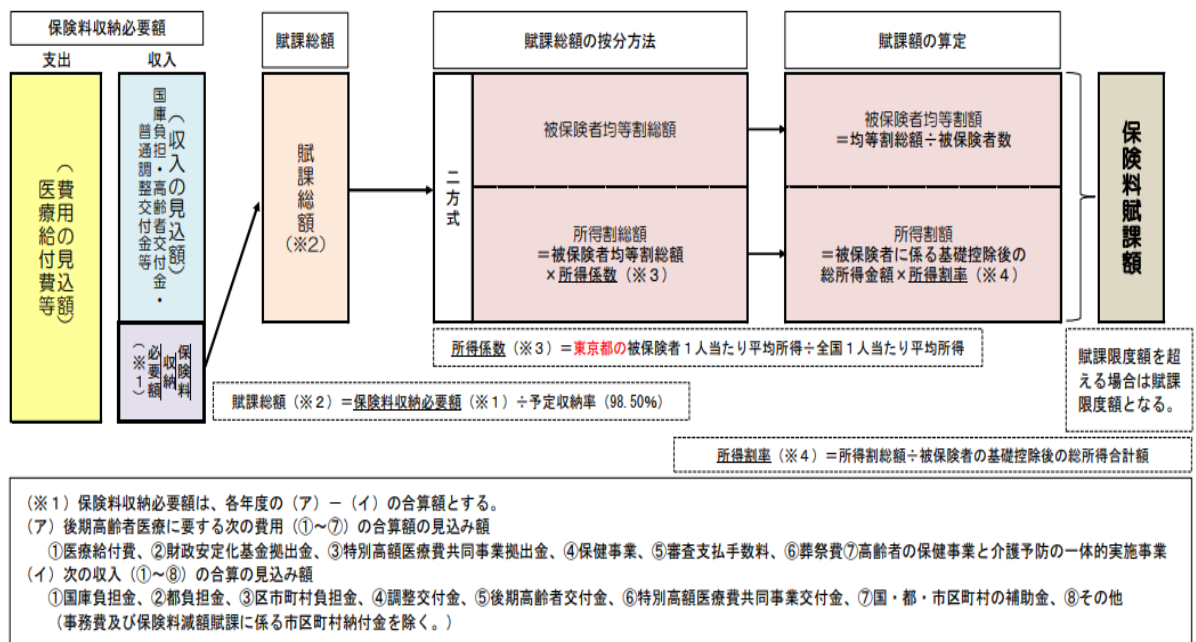
東京都の場合、被保険者の所得水準が全国で最も高いため、普通調整交付金が減額交付（令和4・5年度で▲約935億円）されており、次の図でいうとC県のようなイメージとなる。



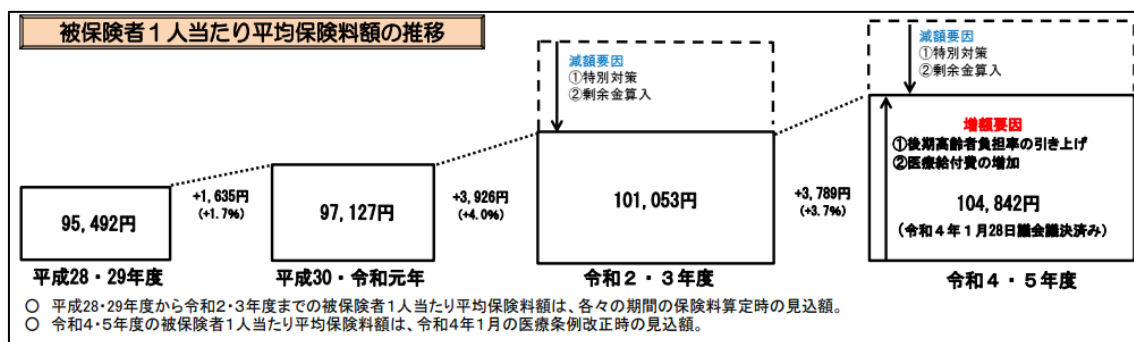
緑色の普通調整交付金が減額された分は、青色の保険料のうち所得割額で賄うこととなるため、所得の高い方の負担がより大きくなる傾向にある。

次に保険料の算定方法について説明する。

後期高齢者医療制度では、後期高齢者医療に要する費用にあてるため、被保険者一人一人に保険料を賦課し、徴収している。保険料は、被保険者の保険料負担能力に応じて賦課される「所得割額」と等しく被保険者に賦課される「均等割額」で構成され、個人単位で賦課され、市区町村で徴収し、広域連合に納付される。



図の一番左、黄色の「医療給付費等」から、その右、水色の「国庫負担その他」を引いて不足する紫色の部分、被保険者からの徴収が必要となる保険料の「賦課総額」となる。さらに、この賦課総額を、被保険者に等しく賦課する「均等割額」と、所得に応じて賦課する「所得割額」に分けることで、負担能力に応じた保険料を設定している。



次に令和4・5年度の保険料率の改定について説明する。

保険料率は、医療給付費の伸び、後期高齢者負担率の引き上げ、特別対策の実施、剰余金の見込み等を反映した結果、資料右下に記載のとおり、1人あたりの平均保険料額は10万4,842円となっている。

特別対策は東京広域独自の保険料増加抑制策で、4項目あるが、後程説明する。

さらに賦課限度額が66万円に引き上げられたため、保険料総額に影響はなかったが、その反映を行った。

なお、賦課限度額は、令和6年度に73万円、令和7年度に80万円に引上げられることとなっている。

保険者一人あたり平均保険料額は、増加の一途をたどっている。

次に令和4・5年度の被保険者数・医療給付費の推計について説明する。下記の図は、令和4・5年度の保険料率の算定にあたり、基礎数値となる被保険者数の見込みと医療給付費の見込みとそれぞれの推移を示しているのので、後程ご覧いただきたい。

令和4・5年度の被保険者数・医療給付費の推計

令和4・5年度の保険料率の算定に当たり、基礎数値となる被保険者数・医療給付費の推計を行った。

- ① 被保険者数の見込
令和4・5年度については、東京都が公表する1月1日現在の数値を基に75歳以上人口を推計し、そこから生活保護受給者数、障害認定者数、住所地特例者数、外国人被保険者数の推計値を増減し、被保険者数をそれぞれ「1,664千人」「1,730千人」と見込んだ。
- ② 医療給付費の見込み
一人あたり医療給付費は、新型コロナウイルス感染症の流行により減少した令和2年度の実績について補正した上で、平成29年度から令和2年度までの対前年度伸び率の平均値「0.78%」を令和4・5年度の対前年度伸び率とし、令和4年度「88万3,151円」、5年度「89万40円」と推計した。この推計値に、被保険者見込数を乗じ、令和4・5年度医療給付費をそれぞれ「1兆4,696億円」「1兆5,398億円」と見込んだ。
また、令和4年10月から導入される、窓口負担2割の影響による減少額を令和4年度「42億円」、5年度「105億円」と推計し、上記医療給付費から差し引き、最終的に医療給付費を令和4年度「1兆4,654億円」、令和5年度「1兆5,293億円」と見込んだ。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
被保険者数	1,525	1,567	1,584	1,594	1,664	1,730

○平成30～令和2年度は実績、令和3年度～5年度は保険料率算定時見込

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療給付費(千円)	1,260,735,315	1,294,375,831	1,353,728,564	1,378,880,605	1,396,847,704	1,465,359,893	1,529,266,924
1人あたり医療給付費(円)	853,258	848,741	863,747	870,484	876,316	880,625	883,969
1人あたり医療給付費伸び率(%)	1.10%	-0.53%	1.77%	0.78%	0.67%	0.49%	0.38%

○平成29～令和元年度は実績、令和2年度は補正值、令和3年度～5年度は保険料率算定時見込

次に令和4・5年度の保険財政収支について説明する。収支は下記の表のとおり。

令和4・5年度の保険財政収支

次に、2か年の被保険者数及び医療給付費の見込みに基づき、保険財政収支を見込んだ。

費用		収入	
医療給付費総額	2,994,627	国庫負担金	685,637
葬祭費支給金	8,747	普通調整交付金	115,820
審査支払手数料	7,081	特別調整交付金(一体的実施分)	1,882
財政安定化基金拠出金(0%)	0	都負担金	242,632
特別高額医療費共同事業拠出金	2,092	区市町村負担金	221,503
保健事業費(健康診査委託料)	11,315	審査支払手数料	7,081
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	2,823	財政安定化基金負担金(0%)	0
費用合計①	3,026,684	葬祭費負担金	8,747
保険料収納必要額③(①-②)	407,949	高齢者交付金	1,314,641
予定収納率④	98.50%	特別高額医療費共同事業交付金	2,092
保険料未収金補填分③-③×④	6,119	剰余金※	18,700
		収入合計②	2,618,735

市区町村負担による保険料抑制策(特別対策)

特別対策は全部で4項目あり、これらはいずれも保険料で賄うべき費用を、市区町村が負担することによって保険料の増加を抑制する対策である。

【4項目の特別対策】…本来、保険料で賄う費用を、市区町村が負担することによって保険料の増加を抑制する対策。

- (1) 保険料未収金補填分(約61億円/2年間)
保険料の未収金額(収納率100%と予定収納率98.50%との差額分)を、市区町村が負担している。
- (2) 審査支払手数料(約71億円/2年間)
医療機関からの診療報酬明細書を審査する審査支払手数料について、市区町村が負担している。
- (3) 財政安定化基金拠出金(0円)
財政安定化基金の残高が十分に確保できる見込みであったため、令和4・5年度料率算定時には拠出を見込まなかった。
- (4) 葬祭費(約87億円/2年間)
葬祭費については、平成22年度から実施主体が市区町村から広域連合に移行され、財源は市区町村が負担している。

次に令和4・5年度の保険料率について説明する。特別対策を実施することで、被保険者1人あたりの平均保険料は110,719円から104,842円となり、その差は5,877円となっている。

令和4・5年度の保険料率

◆政令(高齢者の医療の確保に関する法律施行令第18条)どおりに算出

	令和2・3年度	令和4・5年度	増減	増減率
均等割額	44,100円	48,900円	+4,800円	10.9%
所得割率	8.72%	10.20%	1.48ポイント	17.0%
被保険者1人当たり平均保険料額(年額)	101,053円	110,719円	+9,666円	9.6%

◆特別対策実施を盛り込み算出

	令和2・3年度	令和4・5年度	増減	増減率
均等割額	44,100円	46,400円	+2,300円	5.2%
所得割率	8.72%	9.49%	0.77ポイント	8.8%
被保険者1人当たり平均保険料額(年額)	101,053円	104,842円	+3,789円	3.7%

参考(令和4年4月厚生労働省公表)

○全国平均保険料率

	令和2・3年度	令和4・5年度	増減	増減率
均等割額	46,987円	47,777円	+790円	1.7%
所得割率	9.12%	9.34%	0.22ポイント	2.4%
被保険者1人当たり平均保険料額(年額)	76,764円	77,663円	+899円	1.2%

○均等割額が高い都道府県 上位3団体

順位	都道府県名	均等割額
1	鹿児島県	56,900円
2	福岡県	56,435円
3	徳島県	56,044円
27	東京都	46,400円

○所得割率が高い都道府県 上位3団体

順位	都道府県名	所得割率
1	大阪府	11.12%
2	北海道	10.98%
3	鹿児島県	10.88%
19	東京都	9.49%

東京都広域連合の保険料率は、特別対策の実施等により、均等割額については全国平均より低い数値となっている。

最後に今後のスケジュールについてお話する。冒頭でお伝えした通り、令和6・7年度の保険料率は現在改定作業を行っているところである。次回11月に開催される第2回運営会議の際には、その時点における保険料の算定案についてご説明させていただきたいと考えている。

その後、年末に厚生労働省から示される数値等により、最終案を作成し、2月の第4回運営会議の際に、最終決定した保険料率についてご説明させていただく予定。

- (会 長) 保険料算定のどの点について、この会議での意見を求めているのか。
- (事務局) 東京広域独自の特別対策をしているため保険料を抑えることができている一方で、市区町村の負担がふえている。こうしたことについて、委員の皆様からも忌憚ない意見をいただきたい。
- (委 員) 国から東京広域が特別対策を行っていることに対して意見を言われているということはあるのか。また、特別対策を行うことに対して市区町村の考えは足並みが揃っている状況なのか。
- (事務局) 東京広域が特別対策を行っていることについて、国には承知していただいていると理解している。一方、市区町村においては様々な意見があるため、市区町村とは特別対策の在り方について議論をしていく必要がある。
- (委 員) 運営会議でも保険料率改定に関して良いアイデアがあれば提案していければと思う。

議事(5)「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する法律の一部改正について」

事務局による説明<資料6>

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する「高齢者の医療の確保に関する法律」の一部改正を含む「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律案」が第 211 回国会で可決成立したことから、改正内容及び今後の周知広報について報告する。

本日お伝えする内容の詳細については、国から示されていないところであるが、現在示されている資料等に基づき法改正等について報告する。

1 高齢者の医療の確保に関する法律の改正内容

■改正内容

資格確認書の仕組みの整備

・被保険者証を廃止するとともに、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状況にある者が必要な保険診療等を受けられるよう、当該者からの求めに応じ、後期高齢者医療広域連合は、医療機関等を受診する際の資格確認のための「資格確認書」を、書面又は電磁的方法により提供することとする。

・発行済みの被保険者証は、改正法施行後1年間(先に有効期間の末日が到来する場合は有効期間まで)有効とみなす経過措置を設ける。

特別療養費の支給の通知の仕組みの整備

・被保険者証の廃止に伴い、短期被保険者証の仕組みは廃止する。

・長期にわたる保険料滞納者に対する保険料の納付を促す取組として、これまで行われてきた被保険者資格証明書(現物給付を特別療養費の支給(償還払い)に変更)の交付に代えて、特別療養費の支給に変更する旨の事前通知を行う規定を整備。

主な改正内容は、以上2点。

また、「施行期日」に関しては、改正法においては公布日である令和5年6月9日から1年6か月以内の政令で定める日となっている。

「令和5年度の周知広報」の予定については、マイナンバーカードを健康保険証として利用するメリット等について被保険者等に以下の方法で周知広報していく。

- ・広報紙「東京いきいき通信(令和6年3月号)」への掲載
- ・ホームページ「東京いきいきネット」への掲載
- ・国の作成したひな型を基に作成したリーフレットを新規資格取得者への被保険者証交付時等に配布(配布開始時期は調整中)

- (委員) マイナンバー自体に対する考え方が様々であり、マイナンバーカードを100%普及させることは難しい。保険証の廃止の時期は示されているが資格確認書についての情報が十分とはいえない状況である。今後、広域連合からも国に対して早く情報を示すよう意見を出していただくようお願いしたい。
- (事務局) 必要なタイミングで国に対して意見を伝えていきたい。
- (委員) マイナ保険証では暗証番号の管理などの問題があるが、認知症の方たちが取り残されることがないように国や都に働きかけてほしい。
- (委員) 高齢者の方で、マイナンバーカード作成の支援が必要な方が多くいることを知っていただきたい。また、マイナンバーカードに関する詐欺の問題などがあるため、併せてマイナ保険証を安心して利用できるような支援もお願いしたい。
- (会長) マイナ保険証の普及率はどれくらいか。
- (事務局) 東京広域におけるマイナ保険証の利用登録をしている方は、被保険者全体の約4割である。約21%（1月）、約33%（4月）と推移してきているが、9月末でマイナポイントの申請が9月末であることから、今後の推移に関しては注視していく必要があると認識している。
- (委員) 認知症に近い人が多くなってきていると思われる。そのような人は暗証番号を覚えられないのでサポートしていく方策を具体的にやっていただく必要があると思う。
- (委員) マイナンバーカード自体に情報が入っていると認識している人が依然として多いと思われる。その誤解を解く手立てを打っていった方がよい。
- (委員) ポスターを活用して、あくまでもマイナンバーカードは鍵であり、中に情報が入ってないことの周知は進められてきているが、さらに多くの方が目にする場所に掲示していただきたい。また、別の話になるが日本は電子処方箋があまり普及していない。電子処方箋のメリットを都民が受けられるよう皆で努めていきたい。
- (委員) 電子処方箋に関してはまだまだ普及するには難しいということを感じている。デジタル化に伴って、電子処方箋のほかオンライン服薬指導等ができることなどのメリットがあるため、関係団体等でタッグを組んで普及を進めるようにしていきたい。

- (委 員) マイナンバーカードは鍵と言われていることこそ怖いという意見もある。鍵だから安心だというのではなく、デジタル化が必要ということで普及啓発をしていく必要がある。
- (委 員) マイナ保険証の利用登録に関する調査に協力することはできる。実際マイナ保険証を利用しているが、顔認証により利用しているため、利用に関しては、暗証番号の問題は気にする必要がないのではないか。
- (会 長) 様々な組織の有識者が集まっているため、それぞれに共通することについての広報・啓発・調査などについても、運営会議を通じて意見を出せればと考える。事務局にはこのことについても検討していただきたい。

7. 今年度の運営会議の予定について

事務局による説明＜資料7＞

今年度の運営会議は、今回を含め4回を予定しており、いずれも東京区政会館で開催の予定。

各回の日程と主な議題は下記のとおり。

・第1回

日程：令和5年9月28日(木)

【主な議題】

- ・第4期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）について（報告）
- ・後期高齢者医療制度における保険料率等の概要について（報告）
- ・マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する法律の一部改正について（報告）

・第2回

日程：令和5年11月13日(月)（予定）

【主な議題】（予定）

- ・第4期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）について（報告・意見聴取）
- ・令和6・7年度保険料率の改定について（報告・意見聴取）

・第3回

日程：令和5年12月18日(月)（予定）

【主な議題】（予定）

- ・第4期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）について（報告・意見聴取）
- ・令和6・7年度保険料率の改定に係る提言について（審議）
- ・令和4年度決算の概要について（報告）

・第4回

日程：令和6年2月頃

【主な議題】（予定）

- ・第4期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）に係る提言について（審議）
- ・令和6・7年度保険料率について（報告）
- ・令和6年度予算について（報告）

8. 閉会

閉会に当たり、委員から会議の開催時間について、今回夜間開催となったが、昼間の時間での開催とするべきではないかとの意見が出された。事務局から、今後はそのように努めるが次回の運営会議は夜間開催を予定しており、内容が確定次第、開催通知を送付する旨を説明した。