

[(図表4-33) 各支部における点検効果額 (内容点検)]

単位:百万円 ※()内は加入者一人あたりの効果額 単位:円

支部		内容点検				診療内容等査定効果額			
		2024年		2025年		2024年		2025年	
01	北海道	1,083	(647)	994	(597)	848	(507)	840	(505)
02	青森	188	(463)	205	(514)	102	(251)	138	(347)
03	岩手	355	(968)	319	(887)	150	(407)	176	(489)
04	宮城	305	(445)	443	(653)	193	(282)	319	(470)
05	秋田	101	(350)	98	(348)	55	(191)	65	(230)
06	山形	123	(343)	86	(245)	102	(284)	94	(267)
07	福島	361	(587)	272	(451)	323	(525)	240	(398)
08	茨城	236	(337)	284	(406)	154	(219)	182	(260)
09	栃木	231	(441)	163	(313)	152	(291)	142	(272)
10	群馬	195	(319)	216	(357)	67	(110)	81	(133)
11	埼玉	685	(479)	641	(445)	317	(222)	279	(193)
12	千葉	501	(486)	412	(393)	253	(245)	225	(215)
13	東京	1,256	(205)	1,145	(182)	738	(121)	711	(113)
14	神奈川	386	(229)	399	(234)	322	(191)	313	(184)
15	新潟	201	(269)	228	(307)	131	(175)	142	(191)
16	富山	81	(212)	78	(205)	64	(168)	66	(172)
17	石川	132	(311)	130	(305)	94	(223)	92	(217)
18	福井	141	(513)	158	(580)	100	(361)	100	(365)
19	山梨	92	(377)	102	(418)	28	(116)	28	(116)
20	長野	257	(413)	222	(359)	180	(290)	154	(248)
21	岐阜	221	(301)	175	(239)	135	(184)	122	(166)
22	静岡	272	(274)	288	(288)	202	(203)	235	(235)
23	愛知	714	(287)	628	(251)	449	(181)	472	(189)
24	三重	112	(227)	126	(257)	92	(186)	86	(175)
25	滋賀	103	(300)	61	(177)	45	(131)	42	(121)
26	京都	269	(311)	353	(407)	166	(192)	189	(218)
27	大阪	1,039	(296)	911	(257)	744	(212)	695	(196)
28	兵庫	725	(496)	650	(445)	269	(184)	246	(168)
29	奈良	80	(257)	96	(307)	43	(137)	65	(208)
30	和歌山	112	(397)	121	(431)	70	(249)	55	(196)
31	鳥取	58	(309)	60	(320)	35	(185)	27	(143)
32	島根	66	(301)	74	(343)	55	(251)	42	(195)
33	岡山	201	(292)	228	(331)	151	(219)	154	(224)
34	広島	275	(266)	269	(261)	244	(236)	206	(199)
35	山口	195	(493)	193	(492)	135	(341)	147	(375)
36	徳島	101	(405)	74	(299)	42	(170)	44	(178)
37	香川	102	(284)	108	(301)	49	(136)	68	(189)
38	愛媛	154	(322)	172	(364)	96	(200)	95	(201)
39	高知	49	(216)	48	(215)	53	(232)	49	(217)
40	福岡	643	(342)	577	(306)	447	(238)	464	(246)
41	佐賀	97	(351)	84	(307)	52	(187)	50	(182)
42	長崎	180	(424)	158	(377)	80	(189)	85	(202)
43	熊本	196	(326)	194	(322)	159	(264)	174	(289)
44	大分	162	(418)	140	(363)	106	(273)	78	(202)
45	宮崎	154	(395)	155	(403)	86	(221)	103	(266)
46	鹿児島	144	(243)	148	(252)	106	(180)	104	(177)
47	沖縄	256	(443)	212	(367)	144	(249)	113	(196)
全 国		13,594	(343)	12,901	(324)	8,627	(218)	8,593	(216)

v) 債権管理・回収と返納金債権発生防止の強化

協会が発生する債権の大半は、加入者が勤務先を退職する等して健康保険の資格を喪失した後、医療機関等を受診することで発生する資格喪失後受診による返納金債権と、交通事故等第三者の行為に起因する傷病への保険給付で発生する損害賠償金債権です。

返納金債権が発生した場合は、速やかな回収を図るため、文書や電話、訪問による催告を実施するとともに、納付のない債務者には支払督促や訴訟等の法的手続きを速やかに行い債権の回収に努めています。

また、資格喪失後に国民健康保険に加入している債務者には、国民健康保険の保険給付（療養費等）を返納金に充当することで調整（相殺）する保険者間調整を積極的に活用し、効果的に返納金債権を回収しています。

併せて、交通事故等、負傷原因が第三者の行為に起因する場合には、当該第三者（加害者）や損害保険会社等に対し損害賠償請求（求償）を行っています。損害賠償金債権については、求償額が高額となるケースが多いため、損害保険会社との迅速・確実な折衝に努めています。

なお、資格喪失後受診に係る返納金債権の発生を防止するためには、オンライン資格確認やレセプト振替による無資格受診の発生抑止が効果的であることから、事業所から早期かつ適正な届出が行われるよう、日本年金機構と連携し、加入者資格の届出の適正化について周知広報を実施しています。

①発生した返納金債権の早期回収等

返納金債権回収においては、回収までの期間が長期化するほど回収が困難になる傾向にあり、債権発生から6ヶ月以内の早期回収が重要です。そのため、債権調定処理のシステム化や納付書発送作業のアウトソース化を図り、納付書を早期に送付するとともに、システムを活用した債権管理の徹底を行い、催告を確実に実施することで、迅速な債権回収に努めています。

なお、債権回収の効果的な手段として実施している、弁護士による返納催告等業務委託について、本部で統一の仕様書を作成し支部へ示すことにより、業務の効率化及び標準化を図りました。

ア) 国民健康保険との保険者間調整

保険者間調整は、返納金債権を確実に回収でき、債務者の一時的な金銭負担も軽減されます。そのため、納付書送付時に案内文書を同封し、保険者間調整による回収を促進しています。その結果、2025年度の保険者間調整による債権回収件数は33,518件（前年度38,134件）、債権回収金額は33.3億円（前年度31.2億円）となりました（図表4-34参照）。

〔図表4-34〕 保険者間調整による債権回収状況

	2023年度	2024年度	2025年度
保険者間調整による債権回収件数	30,223件	38,134件	33,518件
保険者間調整による債権回収金額	24.0億円	31.2億円	33.3億円

イ) 支払督促等の法的手続きの実施

返納金債権等の納付拒否者に対しては、支払督促や訴訟等の法的手続きを実施しています。2025年度は支払督促等の法的手続きを461件（前年度520件）実施しました（図表4-35参照）。引き続き、債権の確実な回収を徹底するため、法的手続きの強化に努めます。

〔(図表4-35) 支払督促等の法的手続き実施件数〕

	2023年度	2024年度	2025年度
支払督促	515件	488件	356件
通常訴訟	21件	31件	95件
少額訴訟 ¹⁰	7件	1件	10件
合計	543件	520件	461件

ウ) 債権管理回収業務担当者研修の実施

特殊性、専門性を有する債権管理回収業務を担う中核的な人材を育成するため、支部職員を対象とした研修を実施しました。

債権回収業務をより円滑に実施するため、今後も定期的に研修を実施し、債権担当職員の知識やスキルの向上を図ります。

債権回収の取組を積極的に推進した結果、2025年度の返納金債権（診療報酬返還金（不当）を除く）の発生件数・発生金額については、292,843件（前年度284,554件）、147.7億円（前年度127.3億円）といずれも増加している中で、回収件数は199,019件（前年度198,842件）と横ばいながら、回収金額は94.1億円（前年度84.3億円）と増加しました。しかしながら、回収率は63.70%（前年度66.20%）となり、KPI（対前年度以上）を達成できませんでした（図表4-36参照）。

返納金債権の大部分を占める資格喪失後受診による債権については、オンライン資格確認や支払基金のレセプト振替により、発生が抑制される環境にあるものの、被保険者資格が6ヶ月以上遡及して喪失した際に発生した債権額が前年度比約2割増と大幅に増加しています。

遡及喪失による債権は高額になるケースが多く、特に2年以上遡及する場合は療養費の請求権消滅時効（2年）が完成されるため保険者間調整もできない等、債権回収が非常に困難となりますが、被保険者資格の喪失処理を行う日本年金機構と連携し、事業主等へチラシを交付のうえ説明を行い、返納に係る周知徹底を図っています。

¹⁰ 少額訴訟とは、通常訴訟より簡単な手続きで処理するために設けられた訴訟手続きであり、60万円以下の支払いを求める場合に限り利用できます。

〔(図表4-36) 現年度発生分の返納金債権回収率（金額ベース）〕

	2023年度	2024年度	2025年度
資格喪失後の受診	53.29%	55.81%	52.80%
傷病手当金と諸年金の調整によるもの	76.57%	79.31%	80.50%
その他	73.84%	78.66%	77.44%
診療報酬返還金（不当）を除く	63.35%	66.20%	63.70%
（参考：前年度以前の残額を含めた債権回収率）	(36.41%)	(36.93%)	(35.84%)

〔(図表4-37) 資格喪失後受診による債権の発生件数・発生金額〕

	2023年度	2024年度	2025年度
資格喪失後受診による債権発生件数	258,642件	228,344件	242,914件
資格喪失後受診による債権発生金額	71.1億円	69.5億円	85.5億円

(3) DX(デジタルトランスフォーメーション)の推進

i) オンライン資格確認等システムの周知徹底

2025（令和7）年12月2日以降、保険証の利用登録がされたマイナンバーカード（以下、「マイナ保険証」という。）によるオンライン資格確認が原則となっている中、マイナンバーが登録されていない場合や、資格情報とマイナンバー情報に相違等がある場合は、保険医療機関等の受診時においてオンライン資格確認をすることができません。

そうした中、オンライン資格確認等システムへの迅速かつ正確なデータ登録のため、新規で登録された資格情報と住民基本台帳情報との突合の結果、マイナンバーの確認が必要となった加入者（約56,000人）に対し、2025年4月から2026（令和8）年3月にかけて、照会文書を送付しました。

また、マイナンバーが未収録となっている加入者（約14,000人）に対して、2025年12月から2026年3月にかけて提出勧奨を行った結果、約3,200人のマイナンバーを収録し、収録率は99.84%となりました。

なお、両事業においては、多様な言語背景を持つ加入者が増加していることを踏まえ、照会文書や回答書等に翻訳二次元コード（22言語）を貼付し、スマホ等で二次元コードを読み取ると、加入者が常用する言語での翻訳版が画面に表示される仕組みを導入しました。

マイナ保険証は、これを医療機関受診の際に利用することで、過去の診療情報や投薬情報、健診結果を踏まえたより良い医療を受けられる等多くのメリットがあるほか、現在、国が推進している医療DXのパスポートとなることから、マイナ保険証制度全般やマイナ保険証の安全性、

利便性について周知広報を行いました（詳細については、次のii）マイナンバーカードと健康保険証の一体化への対応を参照）。

加えて、医療DXの柱の一つである電子処方せんについても、重複投薬の防止など、良質かつ効率的な医療の提供につながることから、加入者及び事業主にその意義を理解いただけるよう、厚生労働省と連携して作成した電子処方せん利用拡大のための配信記事を利用し、2025年12月以降、LINEやメールマガジンの配信を行いました。

ii) マイナンバーカードと健康保険証の一体化への対応

2025年12月2日に保険証の経過措置期間が終了し、保険診療の受診の際に保険証が使用できなくなることから、加入者が円滑にマイナ保険証に切り替えていただけるよう、本部・支部において、あらゆる機会を利用し、周知広報を行いました。

（本部）

・ Web広報の実施（2025年10月～2026年3月）

協会ホームページにマイナ保険証の特設ページを作成するとともに、従来の保険証が使えなくなることに係るWebバナー広告（10月～1月）及びマイナ保険証の利用促進に係るWebバナー広告（2月～3月）を段階的に展開し、特設ページへの誘導を行いました。

・ 統一的な広報資材の作成

マイナ保険証の利用促進に係るチラシ・リーフレットを作成し、日本年金機構から加入事業所へ送付する納入告知書（2025年6月、10月）、被扶養者資格の再確認のお知らせ（2025年10月）及び医療費のお知らせ（2026年1月）にチラシを同封しました。

（支部）

・ 新聞広告（2025年7月～9月）

全支部において、地方第一紙へマイナ保険証の利用促進のための広告を掲載しました。

・ 広報資材を活用した広報

本部において作成したチラシ・リーフレットの支部窓口（サテライト含む。）への設置や関係団体・健康保険委員・事業所等への配布を行いました。

マイナ保険証の利用について周知・広報を実施した結果、2026年3月末時点での協会加入者のマイナ保険証利用率は71.61%※でした。

※利用率＝外来におけるマイナ保険証利用人数／外来レセプト件数

また、マイナ保険証移行の制度改正（2024（令和6）年12月2日）以前から加入している方のうち、マイナ保険証を保有していない方（約1,200万人）へ、2025年7月から10月にかけて、資格確認書を送付しました。

一方で、制度改正以降に加入した方のうち、マイナ保険証を保有していないため、資格取得（扶養認定）時に資格確認書が必要であるとの申出があった方に向けては、日本年金機構から

更に、加入者から寄せられたマイナンバーや健康保険等に関する約30万件の問い合わせとFAQ（よくある質問）について生成AIを活用して照合・分析を行い、FAQの更新や新規作成を行いました。今後、コールセンターやチャットボットにおいてFAQを活用し、加入者から寄せられる多様な問い合わせに対応できるよう進めていきます。

これから 医療を受けるなら マイナンバーカード。

保険証は、マイ保険証へ。

マイナンバーカードをお持ちでない方でも、国民健康保険証があればこれまでどおりの医療が受けられます。
詳しくは協会けんぽ154-015-369までお問い合わせ。

これから、
マイナンバーカードを持っていけば、
「**マイナ保険証**」として使用いただけます。

全国健康保険協会 ○○○支部
協会けんぽ

〒154-8540 中野区中野4-9-2 中野セントラルパークサウスA館

お問い合わせはこちらまで
協会けんぽマイナンバー専用ダイヤル

TEL 0570-015-369
8:30～17:00(土・日・祝日・年末年始を除く)

全国健康保険協会 ○○○支部
協会けんぽ

〒154-8540 中野区中野4-9-2 中野セントラルパークサウスA館

お問い合わせはこちらまで
協会けんぽマイナンバー専用ダイヤル

TEL 0570-015-369
8:30～17:00(土・日・祝日・年末年始を除く)

協会けんぽ 加入者のみなさまへ

いよいよ、

医療を受けるならマイナ保険証。

健康保険証は、マイナ保険証へ。



2025年12月2日以降、
従来の健康保険証はお使いいただけなくなります。



マイナンバーカードを持って病院へ。



受付のカードリーダーにマイナンバーカードを置く。
カードリーダーでマイナ保険証が読み取れます。



保険証などで本人確認。
マイナ保険証として受診できます。

全国健康保険協会 協会けんぽ

マイナ保険証とは？

国民健康保険として登録したマイナンバーカード。
今までより便利な保険証としてご利用いただけます。



スマホでもマイナ保険証が使えるようになります

登録の申請が完了した国民健康証で有効になります。
ご利用時には、マイナンバーカードの顔写真と生体認証とスマホ画面の承認が必要となります。



マイナ保険証の4つのメリット

- ✓ 過去の受診情報検索が速くなった
- ✓ 健康情報の活用が診療に活用できる
- ✓ 手続きなしで医療機関に受診が可能
- ✓ 保険料、保険給付額・保険料率に差が出ない

マイナ保険証の安全性

Q. マイナンバーカードでそもそも安全？

A. マイナンバーカードのICチップには暗号化された個人情報や顔写真などのバイオメトリック情報は入っていません。また、ICチップを使うための暗号化が必要となるため、盗みかたはできません。

Q. マイナバーを知られると悪用される？

A. マイナバーを知られてしまっても、マイナバーを使うには必ず本人確認とセオリーで行うことになるため、悪用される心配はほとんどありません。

マイナ保険証以外の受診方法

マイナ保険証を所持していない方で、「受診時医療」を医療機関等に提示することで、これまで通りの診療を受けられます。

医療機関等 受診時の使い方	診療報酬等へ表示
入手法	資格取得後、決まった医療機関の資格取得認定の受付欄で「印」チェックをされた方または医師、歯科医師会が申請をした方に交付します。
有効期限	最大5年

※マイナ保険証は有効期限があります。有効期限の満了と、マイナバーのICチップが使用期限が満了が重なると、申請しなくても1週間程度無効になります。

マイナ保険証に関するお問い合わせ先

※マイナ保険証、オンライン資格確認
※マイナバーのICチップ、医療機関等

0570-015-369

※受付時間：午前9時～午後5時

マイナ保険証についての最新サイトはこちら <https://www.kyushokenpo.or.jp/PrMyNahokashu/>

(リーフレット)

事業主の皆様

ご協力をお願いします！

資格取得届・継続発着員動着届を提出する際はマイナンバーを記載して、
提出後5日以内に日本年金機構にご提出ください。

※提出、送付先が誤りな場合は返戻していただき、返戻後は記載でマイナンバーが読み取れない場合があります。
マイナンバーの記載がない場合、マイナンバーが記載されているように記載して再提出を要する場合があります。

マイナンバーを記載してください

マイナンバーをお持ちでない方で、資格取得届の提出を希望される方は、こちらにチェックをお願いします。

従業員の管理に対し、医療機関や薬局での受診の際は、
ぜひマイナ保険証で受診するよう、積極的に呼びかけてください。

マイナ保険証についての特設サイトはこちら

お問い合わせ先

マイナンバー総合フリーダイヤル（デジタル庁運営）

0120-95-0178

平日9:30～20:00 / 土日・祝日9:30～17:30

※マイナンバーカードの紛失・盗用に関するお問い合わせは、お住まいの自治体の窓口へお問い合わせください。

資料内容

- マイナンバーカード、個人カードに関すること
- マイナンバーカードの電子証明書の活用、スマートフォンの活用、盗難に関すること
- マイナンバーカード、マイナンバーカードに関すること

全国健康保険協会 組合けんぽ

組合けんぽマイナンバー専用ダイヤル

TEL 0570-015-369

9:30～17:15（土日・祝日・年末年始を除く）

資料内容

- マイナ保険証、オンライン資格確認、資格情報のお知らせ、資格情報の更新に関すること

事業主のみなさまへ

いよいよ、
保険証のルールが変わります。

健康保険証は、マイナ保険証へ。

2025年12月2日以降、
従来の健康保険証はお使いいただけなくなります。
「マイナ保険証」での受診をお願いします。

※約8割の事業主が既にマイナ保険証を利用しています。

マイナ保険証とは？

マイナンバーカードを健康保険証として
最長・ご利用いただくことで、
従来の健康保険証よりも便利で、
よりよい医療を受けられるようになります。

新たに従業員やそのご家族が協会けんぽに加入された際に 事業主の皆様へお送りするものは以下のとおりです。

1 資格情報のお知らせ

新規加入者全員の「資格情報のお知らせ」を交付します。
資格取得届の申請に必要な記号・番号等の確認にご利用ください。

医療機関等 受診時の使い方	オンライン資格確認が利用できない医療機関を受診する際、資格情報の お知らせとマイナ保険証の両方を提示。 （資格情報のお知らせのみでは受診できません）
入手方法	協会けんぽに新規加入された方全員に自動的に交付します。 紛失、盗難された場合は再交付の申請をお願いします。

2 資格確認書

マイナ保険証をお持ちでない方で、加入時に「資格確認書」の発行を必要と
する届出表示をされた方等に「資格確認書」を交付します。マイナ保険証を
利用することができない方が医療機関等に受診する際にご利用ください。

医療機関等 受診時の使い方	医療機関等へ提示
入手方法	資格取得届や継続発着員動着届の資格確認書交付欄等に「チェック」をされた方 または別途、資格確認書交付申請をした方に交付します。 チェックをされていない方のうち、マイナ保険証を交付できない方には 資格取得から1か月～1か月程度で交付します。
有効期限	最大1年間

※マイナ保険証を利用できない方も、資格情報のお知らせとマイナ保険証の両方を提示することで、マイナ保険証の交付を必要とする方には、マイナ保険証の交付が受けられません。

3 高齢受給者証

70歳以上の方には引き続き高齢受給者証を交付します。
（マイナ保険証の交付される場合は、高齢受給者証の交付・廃止の目的の交付は不要ですが、
オンライン資格確認が利用できない医療機関を受診する場合は必要となります。）

2025年12月2日以降の受診方法

受診方法	2025年												2026年											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
健康保険証	従来の健康保険証の有効期限満了 （12月1日） ※有効期限満了後は使用不可																							
マイナ保険証	有効																							
マイナポータル +マイナ保険証	有効																							
医療機関等 でオンライン 資格確認が 利用できない 場合	有効																							
資格情報のお知らせ +マイナ保険証	有効																							
資格確認書	有効																							

※資格情報のお知らせとマイナ保険証の両方を提示することで、マイナ保険証の交付を必要とする方には、マイナ保険証の交付が受けられません。

詳しい受診方法はこちらの動画をご覧ください

従業員の方が通属された際の 健康保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書の返却について

健康保険証	2025年12月1日までの通属の場合、資格取得届に健康保険証を添付して 返却してください。 2025年12月2日以後の通属の場合、健康保険証の返却は不要です。 （返却を希望する場合はご自身で返却をお願いします。）
資格情報のお知らせ	返却は不要です。
資格確認書	有効期限内の通属であれば、資格取得届に添付して返却してください。 有効期限が切れた資格確認書の返却は不要です。

iii) 電子申請等の導入

電子申請の利用拡大に向けて、電子申請の概要やメリット等を掲載したチラシを作成し、日本年金機構より加入事業所に対して送付する納入告知書（2026年1月）へ同封しました。その他にもLINEやメールマガジン等の各種媒体を活用し、加入者及び事業主に対する周知広報を実施しました。また、ホームページでの案内に加えて、各種給付金や申請書等を検索した際に、電子申請へスムーズにつながるよう導線を整理しました。

加えて、商工会議所、商工会、中小企業団体中央会等の経済団体や社会保険労務士会に対し、事前周知の協力依頼を行いました。

これらの取組の結果、導入から約3ヶ月で電子申請の利用率は約6.5%まで拡大しました。引き続き、利用拡大に向け、周知・広報等の継続した取組を進めていきます。

〔図表4-39〕 電子申請広報

(チラシ)

協会けんぽ 加入者のみなさまへ

電子申請の仕組み詳細については、電子申請特設ページをご覧ください。

各種申請手続きが
オンラインでもっと手軽に

2026年1月13日スタート

これからは、**電子申請**がおすすめです。

「安心」

- システムチェックにより、誤入力などのミスが防げます。
- 画面の誘導やよくある質問を画面上で確認しながら入力できるため、間違いが少なくなります。

「便利」

- 郵便などにかかっていた手配、印刷、集計が削減できます。
- スマホやPCから申請書の印刷などが可能です。

電子申請対象書類

オンラインで申請すべての申請が可能です。

- 傷病手当金支給申請書
- 労務費支給申請書(自営・専業)
- 特定扶養家族認定書(パート・アルバイト)
- 労務費支給申請書(自営・専業)
- 労務費支給申請書(パート・アルバイト)
- 特定扶養家族認定書(パート・アルバイト)
- 労務費支給申請書(自営・専業)
- 労務費支給申請書(パート・アルバイト)
- 特定扶養家族認定書(パート・アルバイト)

ご利用方法詳細ページへ

4ステップでカンタン申請

ご利用のメールアドレス B-21

STEP 1: ウェブサイトまたはアプリからのログインして申請したい申請書を選択

STEP 2: マイナンバーカードを利用して協会けんぽの資格情報を登録

STEP 3: 入力フォーマットに必要な事項を入力し、必要書類をアップロード

STEP 4: 申請手続き完了です!

* 電子申請の利用は画面の二次元コードから、もしくは「協会けんぽ 電子申請」で検索してください。

協会けんぽ 電子申請 検索

2026年1月13日スタート予定

けんぽアプリをぜひご利用ください!

協会けんぽでは、すべての加入者向けにスマートフォンアプリ「けんぽアプリ」をリリース予定です。けんぽアプリから電子申請を利用できるほか、あなたの健康に役立つ情報も提供します。申請書類の印刷も可能です。この機会にけんぽアプリをぜひご利用ください!

全国健康保険協会 協会けんぽ

iv) DXを活用した事業の推進

①被扶養者資格の再確認

被扶養者資格の再確認については、2025年度は、マイナンバーを活用し、被保険者との同居・別居や、前年分の課税収入額、健康保険の資格取得情報を取得したうえで、扶養解除となる可能性が高い被扶養者に絞って資格の再確認を行いました。

2024年度は約134万事業所（再確認対象者約600万人）に被扶養者状況リストを送付しましたが、対象者を絞った結果、2025年度においては、対象事業所は約36万事業所、再確認対象者は約62万人と大きく削減されました。

約30万事業所より確認結果が提出され、188,085人分（対前年度+124,687人）の被扶養者資格解除の届出漏れを確認しました。2024年度に比べ、効率的・効果的に再確認業務を実施することができました。

再確認を行う加入事業所側の作業負担・コストが削減でき、事業主からも評価する主旨の声もいただいています。なお、保険者のコスト（印刷・郵送・作業）は、2.3億円（前年度比▲40.5%）の削減を実現することができました。

②「医療費のお知らせ」の送付

医療機関等を受診した加入者への「医療費のお知らせ」について、毎年1月に約2,100万通を送付しておりましたが、マイナポータル等のデジタル化の進展に伴い、2025年度（2026年1月送付分）をもって送付を終了しました。

今後、e-Tax等の利便性の向上を図るため、マイナポータルの医療費情報の閲覧の定着について広報を実施します。

2. 戦略的保険者機能の一層の発揮

(1) データ分析に基づく事業実施

i) 本部・支部における医療費・健診データ等の分析結果の活用及び分析能力の向上

①本部・支部による医療費等分析

協会では、保有するレセプトデータや健診データ等を活用し、支部毎の医療費や各種リスクの保有状況等の地域差を把握し、医療費適正化等の取組を推進しています。本部においては、全国や他支部の動向との比較や時系列で分析することで各支部において自支部の医療費の特徴を把握できるよう、支部毎の診療種別や疾病分類毎の医療費の動向を展開しています。また、健診結果を用いた各種リスクの保有状況や、質問票を用いた生活習慣の地域差についても同様に分析・展開しています。

支部においては、医療費適正化やデータヘルス計画の達成を目指した効果的かつ効率的な健康づくり事業に活用するため、全国との比較等で明らかになった医療費の特徴を踏まえ、加入者の居住地・勤務先の業態といった協会に保有するデータの特徴を活かした分析を実施しています。

また、地域の医療費や健康度に関する分析を推進するため、匿名化した協会保有のレセプトデータや健診データ等を保険者協議会や地方自治体等に提供する等、連携して分析を実施しています。その際、必要に応じて地元の大学や、協会事業に知見を持つ外部有識者から分析デザインや分析手法に関する助言を受けながら実施しています。

②調査分析の成果の発信

協会けんぽ加入者の健康増進・医療費適正化等の取組やその取組の基礎となる調査研究で得られた知見を支部間で共有し、事業の企画・改善に繋げ、広く関係者・加入者等に発信することを目的として、2014（平成26）年度から「調査研究フォーラム」を開催しています。2025（令和7）年度の調査研究フォーラムは、支部における3件の分析成果の発表に加え、外部有識者を活用した委託研究の成果報告を行いました。2021（令和3）年度に採択した5件については、3年間の分析結果をもとに事業活用に向けた最終報告及び各研究者による総合討論を行いました。2022（令和4）年度に採択した4件と2023（令和5）年度に採択した2件については、進捗状況とこれまでに得られている成果の概要を報告しました。また、より多くの方に向けて協会における調査研究の成果を発信していくため、YouTubeでのライブ配信及びアーカイブ配信を行うとともに、学術研究機関や医療・健診関係の学会等への案内を行っています。

〔(図表4-40) 2025年度 調査研究フォーラム チラシ〕



また、各支部で行っている分析に関して、10件の分析成果を掲載した「令和7年度協会けんぽ調査研究報告書」を11月に作成、協会ホームページに公開し、加入者及び事業主の皆様へ情報提供を行いました。

加えて、分析成果を広く発信するため、日本産業衛生学会や日本公衆衛生学会等の学会での医療費・健診等データを活用した分析成果や特定保健指導・コラボヘルスの取組等の発表を推進してきました。2025年度の支部職員による学会発表は7件でした。

〔(図表4-41) 2025年度 学会発表の実施状況〕

支部名	学会名	演題
鹿児島	第98回日本産業衛生学会	協会けんぽ鹿児島支部加入者の喫煙状況と10年間のコホート分析
京都	第98回日本産業衛生学会	受診勧奨域該当者に対するデータ分析に基づく受診勧奨事業の推進
宮城	第61回宮城県公衆衛生学会	プレゼンティーズムと医療費の関連について
静岡	第84回日本公衆衛生学会	協会けんぽの被保険者における新規人工腎臓導入者の背景について
静岡	第84回日本公衆衛生学会	協会けんぽ加入者における咀嚼状態と生活習慣の関連性について
奈良	第84回日本公衆衛生学会	特定保健指導対象者減少率の要因分析
福井	第14回日本公衆衛生看護学会学術集会	未治療者受診勧奨結果の分析

③ 職員の分析能力の向上

協会では、データ分析に基づく事業実施を推進していくため、新規採用者から主任までの階層別研修のカリキュラムに統計分析に係る基本的知識の習得、レセプトデータ及び健診データ等の分析手法の学習を目的とした内容を取り入れ、職員の統計分析能力の底上げを図っています。また、協会が保有するビッグデータを職員が効率的に分析できるように統計解析ソフト「SPSS」の基本操作に関する研修、データ分析結果に基づく効果的な健診受診勧奨等を行うために「GIS（地理情報システム）」の操作研修を、それぞれ通信教育形式で実施しました。

6月には臨床やデータ分析分野の専門家である外部有識者を招き、本部・支部とも傍聴できるようオンライン形式による講演会を開催しました。

更に、支部分析担当者の能力向上に向けて、2026（令和8）年度より複数の近隣支部の分析担当者による「支部分析担当者の能力向上のためのブロック別分析体制」（以下、「ブロック別分析体制」という。）を構築することとしています。ブロック別分析体制では、各ブロック内において、支部の分析担当者同士が互いの状況を理解し合い、調査分析業務をより良いものとするために協力してアドバイスや支援を行う等、積極的に互いを補完し合う関係を構築しながらブロック全体としてのレベルを維持・向上させることを目的としています。

2025年度は、その実現に向けて2026年3月にキックオフミーティングを開催し、ブロック別分析体制の全体像を示すとともに、分析業務における留意点の説明、ブロック内支部同士のディスカッションを実施しました。今後、ブロックごとにPDCAサイクルを回し、支部分析担当者の能力向上を目指します。

ii) 外部有識者を活用した調査研究成果の活用

現役世代の急減と高齢者人口のピークが同時に訪れる2040年代前半、更にその先を見据え、協会の加入者をはじめとした国民の健康を守るとともに、医療保険制度の持続性を確保するため、中長期的な視点に立ち、制度論を含めた医療費適正化の施策についての提言を行うことや、協会が実施する取組の改善を図ることを目的に、2020（令和2）年度から、外部有識者を活用した調査研究を実施しています。2025年度中に実施した研究の概要等については、以下のとおりです。

【(図表4-42) 2025年度中に実施した外部有識者を活用した調査研究事業】

採択年（期）	研究期間	研究件数
2022年（第3期）	2023年4月1日～2026年3月31日	4件
2023年（第4期）	2024年4月1日～2027年4月1日（予定）	2件
2024年（第5期）	2025年4月1日～2028年3月31日（予定）	2件

※事業の実施方法等の見直しに伴い、2025年度は新規採択した研究はありません。

2022年度に採択した4件については2026年3月に研究期間が満了となり、2026年5月に開催した調査研究フォーラムにおいて、当該研究の最終報告を行うとともに、協会事業への活用方法

について議論しました。

2023年度に採択した2件及び2024（令和6）年度に採択した2件については、随時、研究者とのミーティング等で研究状況の報告を受け、進捗確認を行っています。2026年3月末の中間報告に基づき、研究継続の審査を行い、2026年度については4件すべての研究を継続することとしました。また、2026年5月の調査研究フォーラムにおいて、中間報告の発表を行いました。

〔(図表4-43) 外部有識者を活用した調査研究 第3期 採択案件①～④の最終報告〕

研究課題名 第3期 ①	『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』
研究代表者	東京大学 未来ビジョン研究センター 客員教授 井出 博生
成果の概要 (最終報告)	本調査研究では、①効果的な特定保健指導内容の分析、②特定保健指導リピーター対策に関する分析、③禁煙の成功に関連する要因の分析を行った。また、自由提案型の課題として、④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、⑤加入者の傷病と離職に関する分析、⑥不妊治療制度の導入の影響の分析を行った。 ①効果的な特定保健指導内容の分析では、初回面接時に対象者の健診結果や生活習慣改善意欲に応じた高い目標値を設定することは、対象者の指導完遂や検査値の改善に寄与することから、対象者の体重・腹囲のリスク度合いに応じた目標設定の有用性が示唆された。また、②特定保健指導リピーター対策に関する分析では、特定保健指導実施者における積極的支援者の改善有無は性別、年齢、積極的支援の終了・中断、生活習慣の改善意欲等との関連が確認された。さらに③禁煙の成功に関連する要因としては、禁煙外来の受診及び完了が禁煙成功と最も強く関連していた。また、動機付け支援や行動変容ステージも有意な関連因子であった。 ④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では、医療費については、新生物の場合、第一次緊急事態宣言下ではどの層においても平均医療費の減少が認められたが、第二次以降では、外来診療では男女ともに、入院診療では男性において平均医療費の増加がみられた。一方で呼吸器系疾患では緊急事態宣言の実施期間にかかわらず、外来診療では全期間を通して男女ともに平均医療費の減少が持続していたことなどがわかった。⑤加入者の傷病と離職に関する分析では、性別や年齢だけではなく、離職に対して被扶養者数、標準報酬月額、決定点数等の効果が存在し、業態別の違いも大きいことが示された。生活習慣病のうち糖尿病が離職リスクを高くする一方で、脂質異常症では離職リスクを低くすることを確認した。⑥不妊治療制度の導入の影響の分析では、制度変更によって適用される年齢層において不妊治療の実績が大きく増加したが、短期的に見て出産増加は確認されなかった。 これまでに得られた成果については学会発表、論文として公表してきた。研究成果の一部は、学術研究としてだけではなく、協会けんぽが実施する保健事業に直接関連しており、保健事業の成果や質を高めるための知見としてフィードバックしたい。

研究課題名 第3期 ②	『就労女性の性に関連する健康と労働生産性の実証研究』
研究代表者	秋田大学大学院 医学系研究科 衛生学・公衆衛生学講座 教授 野村 恭子
成果の概要 (最終報告)	【目的】 本研究は、就労女性の健康課題に関する次の4テーマで3年間、実施した。 ① 女性特有の疾患の受療率推定および併存する疾患について ② 月経困難症・月経前症候群・更年期障害が労働生産性に与える影響について ③ 乳がんと子宮がんの診断を受けた女性の離職率について ④ (③の発展型として) 大腸がん罹患後の就労継続率の男女差について ※①③の概要については、昨年度の事業報告書を参照。 【方法】 本研究は、協会けんぽ秋田支部に登録されている被保険者女性を対象とした記述研究及び後ろ向きコホート研究である。 ②では、更年期障害についてICD-10コードに基づく疾患定義を用いて新規発症者を抽出し、(労働生産性の低下の最終的な状態として) 離職との関連を解析した。 ④では、働く世代の大腸がん患者における離職の男女差の実態を明らかにするため、2015年4月～2022年3月の協会けんぽ医科レセプト及び資格情報データを用いた後ろ向きコホート研究を実施した。2016年4月1日～2020年3月31日に大腸がん(ICD-10:C18-C20)と診断され、診断後4ヶ月以内に大腸がんの特異的な外科治療を受けた56歳以下の被保険者を対象とした。治療開始日をIndex dateと定義し、最大36ヶ月追跡した。離職を主アウトカム、死亡を競合アウトカムとし、Fine-Grayモデルにより解析した。 【結果】 ②の更年期障害に関する解析では、ICD-10コードのみで疾患定義を行った場合、離職リスクのオッズ比は1未満となり、年齢とコホートエントリ一日のみを用いた単純なマッチングでは不十分であること、併存症や重症度を含む背景因子を調整する必要性、うつなど精神症状を伴う更年期障害で離職リスクが高まる可能性が示唆された。 ④の大腸がん術後患者における予備解析では、術後3年累積離職割合は男性18.9%、女性24.7%と女性で高値であった。しかし、年齢、標準報酬月額、従業員数を調整したFine-Grayモデルでは性差は消失した。一方、標準報酬月額が低いほど離職リスクは有意に高かった。 【結論】 更年期障害における離職リスクの評価には、併存症や精神症状を含む精緻な疾患定義と交絡調整が不可欠である。大腸がん術後患者においては、表面的には女性で離職率が高いものの、性別そのものは独立した離職予測因子ではなく、収入水準が主要な規定因子である可能性が示された。今後、さらなる分析が必要である。

研究課題名 第3期 ③	『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』
研究代表者	上智大学 経済学部 経済学科 教授 中村 さやか
成果の概要 (最終報告)	【目的】 本研究は、医療における非効率性の解消に向けて、問題を需要側、すなわち患者の行動と、供給側、すなわち医療供給者の行動の両面から分析し、保険者機能強化に向けた提案や政策提言を行うことを目指している。特に（１）患者の行動によって生じる非効率性の解消、（２）医療利用の要因分解、（３）診療報酬改定が医療供給者の行動に及ぼす影響解明を目的に分析を行った。 【方法】 目的（１）では、①紹介状のない大病院受診に対する選定療養費徴収義務化が受診行動に与えた影響、②地域の剥夺指数および僻地度と腎機能低下（CKD）の関連、③所得と腎機能低下の関連における媒介要因、④居住地域の僻地度と心血管疾患発症（CVD）リスクの関連を分析した。 目的（２）では、⑤都道府県別一人あたり医療費の計算方法を居住地vs加入支部で比較検討した上で、⑥転居者を利用して二次医療圏や都道府県の一人あたり年間総医療費の地域差を患者特性の違いによる差と地域固有の効果による差に分解し、また、⑦処方せん発行元としての特定の医療機関や特定の患者グループへの依存度と後発品選択の関連を分析した。 目的（３）では、⑧急性期病床と亜急性期病床利用への診療報酬の変化が病床数や病床利用に与えた影響を分析した。 【結果】 ①制度改定前後で初診患者の大病院受診が減少した一方で、再診や大規模病院受診の変化は限定的であった。②急速なCKD進行は都市部でリスクが高いが、腎代替療法開始には地域特性による明確な差を認めなかった。③生活習慣病発症が所得とCKD進行を媒介する明確な経路は確認されなかった。④都市部居住者はCVD入院発症リスクが高かった。⑤算出方法による差異は限定的であった。⑥性・年齢調整済み平均総医療費の地域差における地域固有の効果の重要性が示された。⑦調剤薬局の後発医薬品使用割合の決定要因として、処方せん発行元の特定の病院への集中度・特定の患者への集中度・薬局規模とこれらの要因間の相互作用が重要である。⑧改定前後で7対1病床を含む急性期機能を有する病院数と急性期病床のある病院での患者数と総医療費が不連続に減少した。 【結論】 ①⑧から患者の受療行動と供給者の行動両方に価格が及ぼす影響の重要性が示唆される。②④は現役世代の都市部住民の健康リスクの高さを示している。⑥から医療費の地域差の要因として供給側の特性の差の重要性が示唆される。⑦は特定の病院との関係性が強い門前薬局では後発品利用が促進され、小規模薬局ほどその傾向が強いが、特定の病院との強い関係を持たない小規模なかかりつけ薬局では後発品利用が少ないことを示唆している。

研究課題名 第3期 ④	『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』
研究代表者	京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻 特定教授 福岡 真悟
成果の概要 (最終報告)	本研究は、協会けんぽの健診・レセプトデータを活用し、保健事業による健康アウトカム改善に資する「行動インサイト」を明らかにすることを目的として実施した。就労世代の健康リスク評価、医療受療行動及び生活習慣行動と健康アウトカムの関連の整理、さらに統計的因果探索の応用による保健事業の改善可能性の検討を主要課題として研究を進めた。 健診で把握される所見や診断情報を活用し、将来の健康アウトカム及び保健事業への応用可能性を検討する研究を実施した。まず、健診で偶然発見される心房細動（AF）について約950万人の協会けんぽ被保険者データを解析した結果、就労世代の健診では約2,400件の心電図検査に1例の割合でAFが発見され、非AF例と比較して虚血性脳卒中リスクが約5倍、心不全リスクが約18倍高いことが明らかとなった。また、新規発症AFはその後の腎機能低下とも関連し、eGFR30%低下のリスクが約2～3倍高いことが示された。これらの結果は、健診で偶然発見される無症候性AFが心血管疾患のみならず腎機能低下の重要な早期リスク指標となることを示しており、健診後の受診勧奨や専門医受診への導線設計など、保健事業における行動変容支援の重要性を示す知見となる。 さらに、健診で取得される尿糖や尿沈渣所見に着目した研究では、糖尿病既往のない者においても尿糖陽性や尿沈渣軽微異常が将来の腎機能低下や心血管疾患と関連する可能性が示唆され、健診段階での早期リスク抽出の有用性が示された。また、希少疾患であるファブリー病についてレセプトデータを用いた疫学評価及び家族内集積の可能性を検討し、診断遅延の改善や受診行動促進につながる知見の整理を進めた。これらの研究は、健診データと医療情報を組み合わせることで、将来の疾病リスクを早期に把握し、適切な受診行動につなげる保健事業の可能性を示すものである。 加えて、特定保健指導が心血管リスクに与える影響について、多時点・多項目の縦断データを用いた因果探索アルゴリズム（Longitudinal LiNGAM）により、BMI、血圧、HbA1c、LDLコレステロールなど複数の健康指標間の因果構造を推定した。さらに、この因果構造を基に、介入による将来の健康指標の変化を予測できるシミュレーションツールを作成した。本ツールにより、特定保健指導などの介入がどの健康指標を通じて心血管リスク改善につながるかを可視化し、保健事業担当者が介入目標や支援内容の優先順位を検討する際の意思決定支援に活用できる可能性が示された。 以上の研究成果は、健診データを基盤として疾病リスクを早期に把握し、受診行動や生活習慣改善を促す保健事業の高度化に資するものである。特に、健診結果のフィードバック方法や受診勧奨の設計に科学的根拠を提供するとともに、因果探索とシミュレーションを組み合わせた分析手法は、今後の保健事業の企画・評価における新たなエビデンス創出の枠組みとして活用されることが期待される。

〔(図表4-44) 外部有識者を活用した調査研究 第4期 採択案件①～②の中間報告〕

研究課題名 第4期 ①	『協会けんぽ加入者の高額医療費集団に特徴的な疾患群に対する効率的医療費適正化を目指した多元統括的研究』
研究代表者	慶應義塾大学 予防医療センター 特任教授 伊藤 裕
成果の概要 (2年目の 中間報告)	【目的】 本研究では、協会けんぽ加入者の高額医療費集団に特徴的な疾患群に着目し、効率的医療費適正化に資するエビデンスを得ることを目的とする。 1. 高額医療費に関連するハブ疾患の検証 高額医療費につながるマルチモビディティ（2つ以上の慢性疾患の併存）の進展過程において、中心的な役割を担うハブ疾患をネットワーク分析により検証した。代謝関連疾患（高血圧症、脂質異常症、糖尿病）、筋骨格系疾患（脊椎・椎間板障害）、消化管疾患（逆流性食道炎、胃炎、腸疾患）、歯周疾患、睡眠障害は、医療費の増加に中心的な役割を担う可能性が示された。特に50代以降で認められる代謝関連疾患・消化管疾患・筋骨格系疾患の連関は、肥満により増強されることを縦断的に確認した。 2. 就労世代におけるフレイルティ予防の意義 病名から層別化したフレイルティリスクが高いほど、年間医療費や休職率、退職率、死亡率が上昇する結果が得られた。これにより、就労世代におけるフレイルティ対策は健康リスクの低減のみならず、労働生産性向上や医療費適正化の観点でも重要である可能性が示唆された。 3. 特定保健指導の目標達成につながる要因に関する検討 特定保健指導の第4期で導入された体重2kg・腹囲2cm減少のアウトカム達成要因を検討した。2018～2023年度の特定保健指導対象者27万人を解析した結果、若年、BMI・腹囲高値、初回指導、検査値異常の多さが達成と関連した。運動・身体活動や間食改善など生活習慣の行動変容も達成率上昇に寄与し、初回指導での確実な行動変容の重要性が示された。 4. 専門医の地理的分布が2型糖尿病患者の予後に及ぼす影響 人口あたりの腎臓病・糖尿病専門医数が多い地域では、CKD早期（G2～G3a）の腎機能悪化リスクが低く、進行期CKD（G4）では心不全入院リスクも低下する傾向が認められた。早期段階での専門医アクセスの確保は、将来的な透析予防及び医療費適正化に資する可能性がある。 【結語】 日本ではメタボリックシンドロームに着目した特定健診が導入されているが、本研究により、代謝関連疾患だけでなく、それに共起する筋骨格系疾患や消化管疾患を包括的に管理することや、就労期からのフレイルティ対策も重要である可能性が示された。また特定保健指導では、効率的な介入の観点から、生活習慣の行動変容の組み合わせにより、初回指導時に確実な体重減少を達成することが重要であることが明らかとなった。さらに、高額医療費の一因となる透析導入に関しては、早期からの専門医介入が有効である可能性が示され、効率的な医療費適正化には保健事業と医

	療施策からの総合的対応が重要であると考えられる。
--	--------------------------

研究課題名 第4期 ②	『高血圧治療開始前から治療期までの血圧コントロール不良要因とその地域差の解明』
研究代表者	東北医科薬科大学 医学部 教授 目時 弘仁
成果の概要 (2年目の 中間報告)	【目的】 今年度（3年計画の2年目）は標記の要因の一つとして収入格差に着目し、収入格差と血圧コントロール及びその地域差を検討した。また、受診勧奨レベルに該当するⅡ度以上高血圧〔健診時収縮期（SBP）／拡張期血圧（DBP）$\geq 160 / \geq 100$mmHg〕の健診受診者を対象に、追跡健診時の降圧薬治療開始割合とその地域差を分析し、医療機関未受診の状況を明らかにした。 【方法】 2015年度から2024年度に実施された事業者健診及び生活習慣病予防健診データを用いた後ろ向きコホート研究を実施し、次の2点を明らかにした。 検討①：収入格差として、標準報酬月額を12倍した推定年収を基に、収入ランクであるRII（Relative Index of Inequality）を男女別に算出し、RIIと血圧コントロール不良の関連を多重ロジスティック回帰分析で解析した。 検討②：ベースライン健診（1年目）で初めてⅡ度以上高血圧を呈した未治療者788,065名を解析対象とした。主要評価項目は追跡健診（2年目以降）での降圧薬治療開始割合、副次評価項目は追跡健診時の血圧$\geq 160 / \geq 100$mmHg持続割合とし、都道府県別の割合を各種因子調整後の修正ポアソン回帰分析にて算出した。 【結果】 検討①：年齢調整後のRII 20%低値毎の治療後血圧$\geq 130 / 80$mmHgオッズ比は、男性で1.053（95%信頼区間：1.049－1.056）、女性で1.099（95%信頼区間：1.094－1.105）であった。この関連は、治療前SBPの追加調整により大きく減弱した。 検討②：Ⅱ度以上高血圧を呈した未治療者788,065名（平均年齢51.4歳、男性74.3%）のうち、追跡健診時に降圧薬治療を開始していた割合は19.4%であり、この割合の都道府県間差は未調整で9.02%、共変量調整後で8.03%であった。追跡健診時に血圧$\geq 160 / \geq 100$mmHgが持続した割合は35.9%であり、都道府県間の差は未調整で6.07%、共変量調整後も5.87%残存した。 【結論】 検討①から、収入格差が血圧コントロール不良の要因であることが示唆された。しかし、治療前血圧調整で減弱したことから、この関連の背景には、血圧がまだ低いうちに治療を開始しないことがある可能性がある。 検討②からは、Ⅱ度以上高血圧に新規到達した未治療者でも降圧薬治療開始する者は限定的であり、血圧高値が持続している実態が明らかとなった。

〔(図表4-45) 外部有識者を活用した調査研究 第5期 採択案件①～②の中間報告〕

研究課題名 第5期 ①	『抗菌薬適正使用促進政策の長期的効果と家族・地域社会への波及の評価』
研究代表者	国立成育医療研究センター 社会医学研究部 臨床疫学・ヘルスサービス研究室長 大久保 祐輔
研究の概要 (1年目の 中間報告)	【目的】 薬剤耐性菌を増やさない為の抗菌薬適正使用を目的とした政策介入は各国で進められているが、その長期的効果、年齢層別の不均一性、さらに診療科横断的な使用実態や波及効果については十分に解明されていない。本研究（3年計画の1年目）は、日本における小児抗菌薬使用の長期トレンドを明らかにするとともに、思春期における特異な処方パターンの要因を解明し、さらに新規医療政策の効果を因果推論手法により評価することで、今後の抗菌薬適正使用戦略の最適化に資する知見を得ることを目的とした。 【方法】 本研究（3年計画の1年目）は3つの解析から構成した。第一に、2011～2022年度の0～19歳における外来経口抗菌薬使用の長期推移を時系列解析により評価した。主要指標はDOTs per 1,000 pediatric inhabitants/dayとした。第二に、2015～2023年度のテトラサイクリン系抗菌薬使用の推移を年齢別、薬剤別、診断別、診療科別に分解し、増加要因を検討した。さらに尋常性ざ瘡患者における処方前後の治療歴を追跡した。第三に、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の効果を差分の差法により推定した。2016～2019年度を介入前、2022～2023年度を介入後とし、主要解析は6歳未満で実施した。 【結果】 2011～2022年度において小児の抗菌薬使用量は約59%減少し、特に10歳以下で顕著であった。一方、15～19歳では減少幅は限定的であり、テトラサイクリン系抗菌薬は増加していた。この増加は主に11歳以降におけるドキシサイクリン及びミノサイクリンの使用増加によるものであり、診断名としては尋常性ざ瘡が最多であった。呼吸器感染症に関連する処方は減少していた一方で、ざ瘡に対する長期処方が全体の増加を牽引していた。さらに、耳鼻咽喉科加算の評価では、導入後に全抗菌薬及び広域抗菌薬の処方率が約20%低下し、再受診率及び入院率の上昇は認めなかった。 【結論】 日本における小児抗菌薬使用は長期的に大幅な減少を示し、政策介入の効果が示唆された。一方で、その効果は年齢層や診療領域によって不均一であり、思春期では皮膚科領域を中心とした長期抗菌薬使用が新たな課題として浮上した。また、耳鼻咽喉科領域においても経済的インセンティブは有効に機能することが示された。今後は、感染症領域に加えて慢性皮膚疾患を含む診療科横断的な抗菌薬適正使用戦略の構築が必要である。

研究課題名 第5期 ②	『治療と仕事の両立支援と健康経営の取組みに関連する指標の検討』
研究代表者	産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授 永田 昌子
研究の概要 (1年目の 中間報告)	【目的】 医療の進歩により、「治らない病気」が「長く付き合う病気」へと変化している。企業側は深刻な人手不足に直面しており、労働者が病気や怪我で休業し無給の場合には医療保険者も傷病手当金の支払いが必要となる。そのため、病気を抱える労働者の雇用の継続や早期の復職を促す支援の必要性が高まっている。 本研究の目的は、1) 治療と仕事の両立支援の現状を把握し、支援を効果的かつ効率的に実施するために、2) 疾病別の職場復帰までの標準期間の推定、及び中小企業における実行可能性の高い職場復帰支援策を検討することである。また、3) 協会保有データから「プレゼンティーズム」の把握が可能となるような指標の作成及び当該指標の活用方法の提言を行う。 【方法】 1) 協力を得た3支部にインタビュー調査を行った。インタビュー項目は、傷病手当金給付業務の現状、健康宣言・保健指導における両立支援の立ち位置等である。 2) 協会けんぽが保有するレセプトデータ及び傷病手当金データを使用し、子宮頸がんの標準治療に基づき①手術群、②CCRT（同時化学放射線療法）群、③化学療法群ごとに、休業期間の推計を行い、事業所規模（被保険者数）ごとに比較を行った。 3) 協会けんぽの過去10年分のレセプトデータより、対象者を抽出して解析を行った。対象疾患を気分障害、腰痛、乳がんとし、経過に基づき「5年以内に資格喪失」「5年以上治療継続」「5年以内に治療終了」の3群に分類。それぞれの「平均罹病期間」を算出した。 【結果】 1) 支部は傷病手当金の給付を通じて加入者との接点を持つが、産業保健総合支援センターの紹介といった個別支援の実施は困難であった。一方で、健康宣言事業等を目的とした事業者に接触する貴重な介入機会を有していた。 2) 東京支部のデータで病名と傷病手当金が突合可能であった470名を解析した。職場復帰割合は33.4%であり、そのうち約8割が復帰するまでの休業期間は、約130日であった。復帰割合は30－49人規模の事業所は51.7%と最も高かったが、10人未満の規模の事業所は18.4%と低かった。 3) 「中期的な平均罹病期間」を算出し、気分障害は、5年以内に治療が終了する群の平均は約6～8か月であった。一方、5年以内に資格喪失する群は17～19ヶ月と長かった。 【結論】 1) 支部は、事業者に接触する機会を通じて、事業者の両立支援の取組を促進できる可能性がある。 2) 事業所規模別に子宮頸がんの職場復帰割合に差があることが明らかとなった。他

	疾患においても算出する予定である。 3) レセプトデータから疾患ごとの「中期的な平均罹病期間」を算出する基盤を構築した。先行研究に基づく「疾患別の生産性低下率」を重み付けとして乗じること、損失の金額換算や、より精緻な労働生産性損失指標としての確立を目指す。
--	--

iii) 好事例の横展開

①本部主導型パイロット事業

2024年度に本部主導型パイロット事業として、バイオ後続品¹¹（以下、「バイオシミラー」という。）の使用促進に向けて10支部で取り組んだ「バイオシミラー情報提供ツールを活用した医療機関へのアプローチ事業」を、2025年度は全国展開し、全国47支部において実施しました。都道府県等の地域別・医療機関別にバイオシミラーの成分ごとの使用状況を見える化したツールの作成を行うとともに、当該ツールを使用したバイオシミラーの使用状況の分析結果をもとに医療機関へ訪問し、意見交換等を行いました（詳細は159頁参照）。

また、第4期医療費適正化基本方針に地域フォーミュラリ¹²の取組の記載が追加されたことも踏まえ、2026年度から地域フォーミュラリ推進事業を全国47支部で実施することとしています。2025年度は、協会のレセプトデータを用いて、モデルフォーミュラリが策定されている薬効群¹³の成分別の使用状況や掲載薬への集約状況等について市区町村や二次医療圏単位で分析を行いました。今後、各支部で分析結果を活用し地域フォーミュラリの普及を働きかけていきます（詳細は159頁参照）。

¹¹ 先行バイオ医薬品の特許が切れた後に、異なる製造販売業者により開発される医薬品で、先行バイオ医薬品と同等・同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品のこと。バイオシミラーともいう。

¹² 地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協同により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針のこと。

¹³ 医薬品を症状や用途ごとに分類したグループのこと。現在、モデルフォーミュラリには31種類の薬効群が登録されている。

〔(図表4-46) 第4期医療費適正化計画基本方針(地域フォーミュラリ追記箇所)〕

地域フォーミュラリの取組の記載の追加①

(第4期医療費適正化計画への追加(都道府県の取組))

- ・「地域フォーミュラリ」(「医薬品のリスト・使用指針」)の導入について、令和7年5月の調査では限定的となっている状況を踏まえ、その普及に向けて、後発医薬品の更なる使用促進や患者の自己負担抑制等の観点から、**都道府県・国の必要な取組**を具体的に第4期医療費適正化基本方針に追記する。
- ・また令和8年度中に各都道府県において策定に向けて検討する場が設けられ、**都道府県内の地域フォーミュラリの取組が進むよう**に、都道府県の必要な取組だけでなく、保険者努力支援制度において保険者による地域フォーミュラリへの参画を促すインセンティブ設定、国による全国の地域フォーミュラリを分析し参考となる薬効群の成分リストの作成・公表をはじめとした必要な取組を推進する。

適正化計画基本方針への追記事項

※赤字が主な追記事項

第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

二 計画の内容に関する基本的事項

3 目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項

(2) 医療の効率的な提供の推進

② 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

(略) 医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリについて、**各都道府県において策定に向けて検討する場が設けられるよう、医療関係者との合意形成促進、会議運営、都道府県域内の医療関係者に対する「フォーミュラリの運用について」(令和5年7月)の周知、好事例の展開や都道府県域内の地域フォーミュラリの周知による理解促進、生活習慣病等々の後発医薬品の成分別使用割合データ等の活用等の必要な取組を進めることが考えられる。**また、「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」(令和6年9月。以下「ロードマップ」という。)を踏まえた取組を進めることも考えられる。

適正化計画基本方針への追記事項

※赤字が主な追記事項

第4 医療費適正化に関するその他の事項

二 国の取組

2 医療の効率的な提供の推進に係る施策

また、後発医薬品の使用促進については、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、医療関係者等に対する啓発資料の提供や情報提供を進めるとともに、安定供給体制の確保について、医薬品の製造販売業者への指導等を行う。バイオ後続品への移行状況については成分ごとにばらつきがあり、全体では後発医薬品ほどは使用が進んでいない。このことを踏まえて、バイオ後続品の普及促進に向けてロードマップの別添「バイオ後続品の使用促進のための取組方針」(令和6年9月)を示した。また、**地域フォーミュラリの取組について、各都道府県において策定に向けて検討する場が設けられるよう、都道府県単位での医療関係者との合意形成の促進、会議運営支援、「フォーミュラリの運用について」の周知や好事例の展開による理解促進、生活習慣病等々の後発医薬品の成分別使用割合データ等の都道府県への提供、保険者による地域フォーミュラリへの参画を促すインセンティブの設定、全国の地域フォーミュラリを分析し参考となる薬効群の成分リストの作成・公表をはじめとした必要な取組を推進する。**これにより後発医薬品の数量ベースでの使用割合の地域差縮減や、有効性、安全性に加えて経済性を踏まえた先発医薬品を含む医薬品の推奨される選択順位の決定を進める。残薬、重複投薬、不適切な複数種類の医薬品の投与及び長期投薬を減らすための取組などの医薬品の適正使用の推進については、医療関係者や保険者等と連携し、国民に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の必要性の周知や、処方医との連携を通じたかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化のための支援等を行っていく。

②保険者努力重点支援プロジェクト

保険者努力重点支援プロジェクト(以下、「本プロジェクト」という。)は、都道府県単位保険料率が高い水準で推移している北海道、徳島、佐賀支部(以下、「対象3支部」という。)において、保険料率上昇の抑制が期待できる事業を実施すること、併せて、本プロジェクトの実施を通じて蓄積した分析・事業企画の手法について、全支部に横展開していくことを目的として、2022年度下期より開始しています。

本プロジェクトでは、その検討段階から医療・公衆衛生・健康づくり等に精通した外部有識者等の助言を受けるため、それぞれ複数名の外部有識者等で構成した「アドバイザリーボード」及び「アドバイザリーボードワーキンググループ」を設置するとともに、医療・公衆衛生・健康づくり等に加え、対象3支部それぞれの地域医療にも精通された外部有識者3名を「地域アドバイザー」として委嘱しています。

これまでに、アドバイザリーボード等を計5回開催し、その議論等を踏まえ、データ分析結果から明らかになった課題の中から「優先して解決すべき5つの課題」と「課題の解決に向けて取り組む事業」を決定しました。その後、詳細設計等の準備期間を経て、2024年8月より順次事業を開始しました。2025年度においては、対象3支部と同じ健康課題のある支部への横展開を見据え、2024年度に開始した事業を継続的に実施しました。

また、2024年度に実施した事業の事後評価として、アドバイザリーボード等構成員からのご協力も得ながら、中間的な評価を行いました。その結果、「加入者の属性に応じた通知」や「業態や地域を絞ったイベント・広報」のアプローチは、より訴求力が高まる可能性が示唆されました。

なお、本プロジェクトの中間的な評価では、これまでに主なものとして以下の3点が把握できました。

- ・ 喫煙習慣のある被保険者（喫煙者）へ禁煙勧奨の通知を送付する際には、データ分析に基づき中学生以下の被扶養者有無等の属性に応じた個別化した情報提供が効果的なのではないか。
- ・ 胸部エックス線検査で「要精密検査（又は要治療）」の判定を受けた後も医療機関を受診しない者が一定数存在するが、受診勧奨を行うことにより、早期受診につながる可能性がある。
- ・ 生活習慣の改善（発症予防）に向けた運動及び食事に関する情報提供により、健診結果では血圧、問診結果では食事習慣に影響する可能性が示唆された。特定保健指導の際に血圧と食事習慣は本人が自覚して取り組みやすい項目となる可能性がある。

本プロジェクトで実施した事業の最終的な評価は、事業実施の翌年度（2025年度）の健診結果等のデータが揃う2026年度を目途にあらためて実施する予定です。その結果を踏まえ、効果を更に高めるための事業内容の再検討・改善を図るとともに、これまでの本プロジェクトの実施を通じ蓄積した分析手法や事業企画、効果検証方法等のノウハウの全支部への横展開を進めることとします。

〔(図表4-47) 保険者努力重点支援プロジェクト アドバイザリーボード等構成員名簿(2026年4月時点)〕

【アドバイザリーボード委員】

岡村 智教	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学 教授・全国健康保険協会 理事
後藤 励	慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授
津下 一代	日本栄養大学 教授
野口 緑	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻看護実践開発科学講座 特任准教授

(敬称略・五十音順)

【アドバイザリーボードワーキンググループ委員】

井出 博生	順天堂大学健康データサイエンス研究科 准教授
岡村 智教	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学 教授・全国健康保険協会 理事
鈴木 悟子	富山大学学術研究部医学系(地域看護学) 准教授
村木 功	筑波大学医学医療系 教授

(敬称略・五十音順)

【地域アドバイザー(北海道)】

大西 浩文	札幌医科大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野 教授
-------	---------------------------

(敬称略)

【地域アドバイザー(徳島県)】

森岡 久尚	徳島大学大学院医歯薬学研究部公衆衛生学分野 教授
-------	--------------------------

(敬称略)

【地域アドバイザー(佐賀県)】

村松 圭司	千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター 特任教授
-------	-----------------------------

(敬称略)

[(図表4-48) 保険者努力重点支援プロジェクトの実施事業に係る中間評価について (2026年1月29日運営委員会提出資料5)]

保険者努力重点支援プロジェクトの実施事業に係る中間評価について

資料5

1. 本プロジェクトの目的

第118回運営委員会（令和4年9月14日開催）で報告した本プロジェクトは、都道府県単位保険料率が高い水準で推移している北海道・徳島・佐賀支部において、令和6年度中に保険料率上昇の抑制が期待できる事業を実施することを目的としている。

2. 本プロジェクトの取組

- 具体的取組は以下の4点であり、本プロジェクトの運用に当たっては本部と対象3支部が連携し検討・実施している。
 - ① 医療費・健診データ等を用いた医療費の地域間格差等の要因分析（課題の抽出）【令和5年度上期実施】
 - ② ①により洗い出された課題の解決に向けた事業の企画【令和5年度下期実施】
 - ③ 事業の実施【令和6年度上期より開始】
 - ④ 定量的な効果検証（事業評価）【令和7年度開始】
- 本プロジェクトについては、その検討段階から医療・公衆衛生・健康づくり等に精通された外部有識者の助言を受けている。構成としては、それぞれ複数名の外部有識者で組織した「アドバイザリーボード」及び「アドバイザリーボードワーキンググループ」を設置。また、医療・公衆衛生・健康づくり等に加え、対象3支部それぞれの地域医療（実情）にも精通された外部有識者3名に「地域アドバイザー」として本プロジェクトに参画いただいている。
- これまでに、アドバイザリーボード等を計5回開催し、「優先して解決すべき5つの課題」と、「課題の解決に向けて取り組む令和6年度事業」について決定した。令和6年8月より順次事業を実施している。

3. 中間評価

- 本プロジェクトで課題解決に向けて令和6年度に実施した事業について、令和7年度より事業評価を開始し、中間的な評価を行った結果、「加入者の属性に応じた通知」や「業態や地域を絞ったイベント・広報」のアプローチは、より訴求力を高めることにより、さらに効果が高まる可能性が示唆された。
- 本プロジェクトの事業評価により、今後のデータ分析に基づく事業企画に向けた知見として、以下の3点を把握できた。
 - 1. データ分析に基づき禁煙勧奨の通知を送付する際には、中学生以下の被扶養者がいる喫煙習慣のある被保険者（喫煙者）へ個別化した情報提供を行うとよいのではないか。
 - 2. 胸部エックス線検査で「要精密検査（又は要治療）」の判定を受けた後も医療機関を受診しない者が一定数存在するが、受診勧奨を行うことにより、早期受診につながる可能性がある。
 - 3. 生活習慣の改善（発症予防）に向けた運動及び食事に関する情報提供により、健診結果では血圧、問診結果では食事習慣に影響する可能性が示唆された。特定保健指導の際に血圧と食事習慣は本人が自覚して取り組みやすい項目となる可能性がある。
- 最終的な評価は、事業実施の翌年度（令和7年度）の健診結果等のデータが揃う令和8年度を目途に改めて実施する予定。
- なお、本プロジェクトは、将来的に保険料率上昇の抑制が期待できる事業に取り組んでいるが、保険料率への影響は中長期的に見ていく必要があり、事業評価に限界がある。また、今回お示しする中間評価は、年度途中のデータ（健診結果及びレセプトデータ）による検証であることに留意が必要。

① 3 支部共通事業：喫煙習慣のある被保険者に対する個別の情報提供（禁煙勧奨）

事業概要

課題 1：「肺がん」医療費が高く、かつ喫煙習慣のある者の割合が高い

実施内容：○ 喫煙習慣のある被保険者に対する情報提供を行う。

○ 通知については被保険者の属性に合わせて、以下の 2 パターンを作成・送付。

【A パターン】 中学生以下の被扶養者が確認できる喫煙者に対する通知

【B パターン】 A パターン以外の喫煙者に対する通知

効果検証方法

- 通知送付後の健診時の問診（「現在、たばこを習慣的に吸っていますか。」）において、「以前は吸っていたが、最近 1 か月間は吸っていない」もしくは「いいえ」と回答した者を禁煙者とし、禁煙率を集計。
- 送付対象者は「総数」のほか、「通知内容」、「居住地」で集計・比較。
- 非送付対象者の禁煙率（自然減）との比較も行った。
- ただし、事業実施時（令和 5 年度健診時）と効果検証時（令和 6 年度以降）で問診内容に変更があること（下記参照）から定量的な効果検証には限界があることに留意が必要。

参考：標準的な質問票

	質問項目	回答
令和 6 年度以降	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件 1 と条件 2 を両方満たす者である。 条件 1：最近 1 か月間吸っている 条件 2：生涯で 6 か月間以上は吸っている、または合計 100 本以上吸っている）	① はい （条件 1 と条件 2 を両方満たす） ② 以前は吸っていたが、最近 1 か月間は吸っていない（条件 2 のみ満たす） ③ いいえ（①②以外）
令和 5 年度以前	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は 6 か月以上吸っている者」であり、最近 1 か月間も吸っている者）	① はい ② いいえ

効果検証結果（概要）

- 送付対象者全体における禁煙率は対象 3 支部の送付対象者で 5.8% であった。
- 送付対象者のうち、通知内容別でみると、A パターン（中学生以下の被扶養者がいる送付対象者）（6.5%）の方が、B パターン（A パターン以外の送付対象者）（5.2%）よりも禁煙率が高かった（+1.3%P）。
- 送付対象者と比較対照（非送付対象者）の通知内容別でみると、A パターン（6.5%）の方が他の群よりも禁煙率が高かった（+1.3～0.7%P）。
- 自治体別では共同実施を行った対象 3 市町（函館市、苫小牧市、新ひだか町）（7.3%）の方が対象 3 市町以外（5.9%）よりも禁煙率が高かった（+1.4%P）。

	送付対象者	比較対照（非送付対象者）
送付対象者全体の禁煙率	5.8%	5.8%
	送付対象者	比較対照（非送付対象者）
A パターンの禁煙率	6.5%	5.6%
B パターンの禁煙率	5.2%	5.8%
北海道支部の対象 3 市町の禁煙率	7.3%	
北海道支部の対象 3 市町以外の禁煙率	5.9%	

- 禁煙率 = 健診時の問診における禁煙者 / 送付対象者（または非送付対象者）
- 全支部における禁煙率 令和 6 年度…5.1% 令和 5 年度…4.8% 令和 4 年度…5.2%
- 本事業の送付対象者は喫煙者であり、かつ各支部以下の条件を満たすものとしている（各支部の分析結果に応じた条件付け）。
北海道支部 ① 被扶養者[中学生以下]がいる被保険者
② 50 歳未満かつ該当業態（総合工事業、職別工事業、設備工事業、道路貨物運送業、その他運送業）の被保険者
③ 50 歳未満かつ連携 3 市町居住の被扶養者
④ 50 歳未満かつ連携 3 市町居住の非該当業態被保険者
⑤ 連携 3 市町以外居住の該当外業態被保険者の年齢の若い順（～約 39 歳）
徳島支部 他の条件なし
佐賀支部 総合工事業の男性
- 比較対照は喫煙者であり、非送付対象者であるものを選定している。

効果検証結果（詳細）

		合計			合計
送付対象者数		46,802人	比較対照（非送付対象者）全体の禁煙者数等		合計
送付対象者全体の禁煙者数等		合計	非送付対象者かつ健診受診者数 … ⑨		82,901人
送付対象者かつ健診受診者数 … ①	20,664人		うち禁煙者数 … ⑩	4,820人	
うち禁煙者数 … ②	1,190人		非送付対象者かつ健診受診者の禁煙率 … ⑩/⑨	5.8%	
送付対象者かつ健診受診者の禁煙率 … ②/①	5.8%		比較対照（非送付対象者）の通知パターン別の禁煙者数等		
送付対象者の通知パターン別の禁煙者数等			Aパターン該当群の健診受診者数 … ⑪		10,161人
Aパターン群の健診受診者数 … ③	8,878人		うち禁煙者数 … ⑫	568人	
うち禁煙者数 … ④	573人		Aパターン該当群の健診受診者数の禁煙率 … ⑫/⑪	5.6%	
Aパターン群の健診受診者数の禁煙率 … ④/③	6.5%		Bパターン該当群の健診受診者数 … ⑬		72,740人
Bパターン群の健診受診者 … ⑤		11,786人	うち禁煙者数 … ⑭	4,252人	
うち禁煙者数 … ⑥	617人		Bパターン該当群の健診受診者数の禁煙率 … ⑭/⑬	5.8%	
Bパターン群の健診受診者数の禁煙率 … ⑥/⑤	5.2%		北海道支部の比較対照（その他市町村※）の禁煙者数等		
北海道支部の送付対象者のうち、対象3市町※における禁煙者数等			その他市町村の健診受診者 … ⑮		12,276人
送付対象者かつ対象3市町居住の健診受診者 … ⑦	2,827人		うち禁煙者数 … ⑯	720人	
うち禁煙者数 … ⑧	206人		その他市町村の健診受診者の禁煙率 … ⑯/⑮	5.9%	
送付対象者かつ対象3市町居住の健診受診者の禁煙率 … ⑧/⑦	7.3%		※共同実施を行った3市町（函館市、苫小牧市、新ひだか町）以外の市町村		
※共同実施を行った函館市、苫小牧市、新ひだか町					

評価等

- 当該結果から、データ分析に基づき、通知内容（パターン）を加入者の属性（子どもの有無）に合わせて個別化して送付することで、より訴求力が高まる可能性がある。
- 自治体と共同で事業を実施することで、より訴求力が高まる可能性がある。

②3支部共通事業：胸部エックス線検査で「要精密検査（又は要治療）」の判定を受けた被保険者であって、医療機関未受診者に対する医療機関受診勧奨

事業概要

課題1：「肺がん」医療費が高く、かつ喫煙習慣のある者の割合が高い

実施内容：胸部エックス線検査で「要精密検査（又は要治療）」の判定を受けた後も医療機関に受診していない者を対象に、疾病の早期治療により重症化を防ぐことができる等、早期受診によるメリット等を記載したリーフレットを送付。

※対象3支部の胸部エックス線検査受診者数：令和5年度：574,213人（うち、要精密検査又は要治療者数：13,512人（2.35%））
令和6年度：594,695人（うち、要精密検査又は要治療者数：14,347人（2.42%））

効果検証方法

受診勧奨通知送付後1～3か月間及び4～6か月間の受診状況（レセプト）を確認。

効果検証結果

受診勧奨通知送付後、6か月以内に受診した者は75名（送付対象者の6.3%）となった。

通知送付後	1～3か月以内の受診者数	42人
	4～6か月以内の受診者数	33人
合計		75人
送付対象者		1,196人
受診割合（合計/送付対象者）		6.3%

評価等

- 通知送付後6か月以内に受診した者は6.3%に留まったが、受診勧奨による早期受診に一定の成果が認められた。
- 本事業は令和7年度下期より同様の事業を全国で実施している。
- 今後は本プロジェクトの効果検証結果等を踏まえながら、早期発見・早期治療につながるような効果的な受診勧奨方法等を模索していく。

③ 3支部共通事業：35～39歳の被保険者に対する個別の情報提供 (生活習慣の改善（発症予防）に向けた運動及び食事に関する情報提供)

事業概要

課題2：「糖尿病」の外來医療費が高く、かつ代謝リスクのある者の割合が高い

課題3：「高血圧性疾患」の外來医療費が高く、かつ血圧リスクのある者の割合が高い

- 実施内容：○ 血糖値又は血圧値が特定保健指導基準値に該当する35～39歳の被保険者を対象に、将来的な生活習慣病の発症予防に向けた情報提供として生活改善（運動、食事）を促す通知を送付するもの。
- 運動に関する情報は、支部において作成した動画を活用。食事に関する情報（マンガ形式）は、対象者の生活習慣が自炊、中食、外食中心のいずれにも対応できるよう複数の素材を新たに作成。
- 運動及び食事に関する情報は、協会ホームページに掲載（当該通知には二次元コードを掲載）。

効果検証方法

- ① 特設ページへのアクセス件数等を集計
- ② 通知送付後の健診結果（体重、血圧、血糖及び問診の一部）の改善を集計

効果検証結果

効果検証方法① 特設ページへのアクセス件数等を集計

○特設ページのアクセス割合は下表のとおり。 ※アクセス割合＝累計表示回数/累計発送件数（5,504件）

	累計表示回数	アクセス割合
① カロリー編	849回	15.4%
② 外食・テイクアウト編	645回	11.7%
③ 自炊編	575回	10.4%
④ 不規則勤務編	512回	9.3%

効果検証結果

効果検証方法② 通知送付後の健診結果（一部項目及び問診）の改善を集計

○ 通知発送後の健診結果について、対象3支部合計で体重、血圧、血糖の数値が前年度以下となった者は下表のとおり。

表1：対象3支部	体重	血圧	血糖
令和7年度健診結果がある送付対象者	2,101人	2,101人	1,946人
うち前年度以下の数値の者	939人（44.7%）	1,498人（71.3%）	1,125人（57.8%）

表2：他支部※	体重	血圧	血糖
令和7年度健診結果があり、本事業の送付条件に該当する者	2,732人	2,732人	2,617人
うち前年度以下の数値の者	1,039人（38.0%）	1,913人（70.0%）	1,276人（48.8%）

※対象3支部それぞれで規模が同程度の支部（北海道は神奈川、徳島は香川、佐賀は宮崎）を他支部として集計。

表3：対象3支部	体重	血圧	血糖
令和5年度健診結果があり、本事業の送付条件に該当する者	5,436人	4,895人	4,451人
うち令和6年度結果が令和5年度以下の者	2,240人（41.2%）	3,464人（70.8%）	2,675人（60.1%）

効果検証結果

効果検証方法② 通知送付後の健診結果（一部項目及び問診）の改善を集計

- 回答者※¹のうち、「改善者※²及び維持者※³（以下「改善者等」という。）」と「それ以外」は下表のとおり。
※¹…送付対象者のうち問診結果がある者 ※²…前回の問診時より習慣を改善する意思がある者 ※³…前回の問診時と同様の良い習慣を継続する意思がある者
- 食事習慣に関して、間食があると回答した者の25.7%、就寝前2時間以内に夕食をとる者、朝食を抜く者の半数以上が前年度より改善傾向が見られた。

区分	設問	回答者数	うち改善者等（割合）		うち左記以外（割合）	
			うち改善者等（割合）	うち左記以外（割合）	うち改善者等（割合）	うち左記以外（割合）
生活習慣	21. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか	1,961人	548人（27.9%）	1,413人（72.1%）		
運動習慣	10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	1,969人	500人（25.4%）	1,469人（74.6%）		
食事習慣	15. 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	1,960人	1,262人（64.4%）	698人（35.6%）		
	16. 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1,958人	504人（25.7%）	1,454人（74.3%）		
	17. 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	1,965人	1,172人（59.6%）	793人（40.4%）		

評価等

- 35歳～39歳の若年層の被保険者を対象とした個別の情報提供は、生活習慣改善への意識付けによる行動変容が促され、各種健診結果にも影響する可能性が示唆された。
- 問診結果によると、食事習慣は運動習慣よりも改善に向けて取り組みやすいと考えられる。
- 運動習慣の改善に向けて、行動変容につながる効果的なアプローチを引き続き模索していく。

④北海道支部事業：関係団体と連携した業界団体、事業主及び被保険者への情報提供

事業概要

課題4：「脊椎障害（脊椎症を含む）」の入院医療費が高い

- 実施内容：○ 北海道産業保健総合支援センターをはじめとした関係機関と連携し、事業主及び健康保険委員等を対象とした健康づくり講演会を開催。
- 講演会では、医師より「骨と筋肉を守る知識と予防治療法」、北海道労働局より「脊椎疾患の労災事故発生防止」をテーマとした講演を実施いただく等、即実践できる学びを提供。
- また、「脊椎障害（脊椎症）」の入院医療費が全国の同業態平均と比較して有意に高い「道路貨物運送業」の事業主及び健康保険委員の参加者数の最大化を図るべく、北海道トラック協会と連携した広報を実施。

効果検証方法

- 講演会の参加者数と、アンケート結果を集計。

効果検証結果

- 350人参加（現地参加者とオンライン視聴者の合計）
- 講演について「参考になった」と回答した参加者の割合は8割強

評価等

- 業態の特性に応じたテーマを設定し、関係機関・業界団体と連携して取り組むことが訴求力を高める可能性が示唆された。



▲ 講演会のリーフレット

⑤徳島支部事業：関係団体と連携した「上手な医療のかかり方」及び「子ども医療電話相談（#8000）」の普及啓発を目的とした集中的かつ複合的な広報

事業概要

課題5：「時間外等受診」（時間外、休日、夜間・早朝等）の割合が高い

実施内容：○ 徳島市を中心に「上手な医療のかかり方」及び「子ども医療電話相談#8000」の広報を実施。
○ 広報媒体はテレビCM、動画コンテンツ（Youtube等）、Web広告、新聞折込広告、商業施設内やファミリーマートの電子広告

効果検証方法

○ 徳島県内居住者を対象に事前/事後のインターネット調査を実施。
事前：令和6年9月26日～10月3日
事後：令和6年12月25日～12月31日
※事業実施期間：令和6年9月～12月

効果検証結果

「上手な医療のかかり方」等、全般的に認知度が向上した。

認知度	事前	事後	差
上手な医療のかかり方	22.0%	32.6%	10.6%
子ども医療電話相談 #8000	30.7%	39.3%	8.6%
救急安心センター#7119	34.3%	41.4%	7.1%

評価等

○ 短期間で集中的かつ複合的な広報を実施したことにより、「上手な医療のかかり方」等の認知度が1割程度向上した。
○ 様々な広報媒体（電子・紙）で同一のキャラクター（「カンガルー」）を活用したアプローチが効果的と考えられる。



▲ ランディングページ

▼ 新聞折り込み広告（表）



③地域保険等と協働した事業（地域・職域連携）の推進

協会けんぽと地域保険との協働により、地域全体の健康増進、更には健康寿命の延伸に繋げることを目指して、保健事業等に関する地域保険と連携したモデル事業（以下、「本モデル事業」という。）を実施しています。具体的には、協会けんぽと市町村国保が協働して地域住民を対象とする生涯を通じた生活習慣病の発症予防・健康づくりの取組を推進し、特定健診・特定保健指導の実施率の向上等に取り組むこととしており、協会けんぽ（本部、支部）と本モデル事業を展開する市町村のほか、公益社団法人国民健康保険中央会、市町村の国民健康保険事業を支援する都道府県国民健康保険団体連合会が相互に連携し、2023年度から実施しています。

協会けんぽと市町村国保が協働して健康づくりに取り組むことにより、協会けんぽとしては被保険者及び被扶養者の生活習慣病の発症予防・健康づくりへの相乗的な効果が期待され、市町村としては地域住民の大部分をカバーすることによる地域全体の健康度向上が期待されます。

2025年度は、従前から本モデル事業に取り組む2県2市町（鳥取県東伯郡湯梨浜町及び佐賀県鳥栖市）に加え、佐賀県の2町（佐賀県三養基郡基山町、佐賀県三養基郡上峰町）と関係者間の協議を開始し、取組を拡大しました。また、新たに5都道県6市町村（北海道日高郡新ひだか町、千葉県富津市、東京都八王子市、長野県千曲市他1村、大分県竹田市）において関係者間の協議を開始し、地域の実情に応じて取組を進めました（図表4-49参照）。

本モデル事業では、以下の2点を中心に取り組んでいます。

・ ハイリスクアプローチ¹⁴

協会けんぽの被扶養者（家族）を対象とした、市町村の保健師等による「特定保健指導（利用勧奨含む）」と「未治療者に対する医療機関受診勧奨」を実施しました。

・ ポピュレーションアプローチ¹⁴

市町村に居住する国民健康保険加入者及び協会けんぽ加入者それぞれの健診データ等を用いた共同分析結果の利活用に関する検討を実施したほか、佐賀支部と佐賀県鳥栖市においては、鳥栖市の小学生を対象とした健康教室（図表4-50参照）や、佐賀支部主催の集団健診会場において鳥栖市保健師による健康相談を実施しました。

〔（図表4-49）2025年度に実施した自治体との取組例〕

自治体	取組内容
北海道日高郡新ひだか町	・町主催の健康フェアに参画（健康チェックと栄養相談担当） ・健診結果説明会を活用した特定保健指導勧奨（指導実施は協会保健師が遠隔面談）、未治療者受診勧奨の実施
千葉県富津市	・訪問による特定保健指導、未治療者受診勧奨の実施
東京都八王子市	・健康相談会（協会加入者を対象とした八王子市保健師による「その他の保健指導」）の開催
長野県千曲市	・訪問による特定保健指導、未治療者受診勧奨の実施
鳥取県東伯郡湯梨浜町	・訪問による特定保健指導の実施
大分県竹田市	・健診結果説明会における特定保健指導、未治療者受診勧奨の実施
佐賀県鳥栖市	・訪問による特定保健指導、未治療者受診勧奨の実施 ・鳥栖市小学生を対象とした健康教育の実施 ・協会主催の集団健診会場に鳥栖市保健師の健康相談ブースを開設
佐賀県三養基郡基山町	・訪問による特定保健指導、未治療者受診勧奨の実施
佐賀県三養基郡上峰町	・訪問による特定保健指導、未治療者受診勧奨の実施

¹⁴ 集団の中で、ある疾患の発症・死亡リスクが高い者をスクリーニングし、何らかの介入を行うことによって、その疾患の発症・死亡リスクを下げることを「ハイリスクアプローチ」といい、集団全体に何らかの介入を行うことによって、集団全体のリスクの程度を低い方へシフトさせることを「ポピュレーションアプローチ」といいます。

〔(図表4-50) 佐賀支部と佐賀県鳥栖市の協働事業「鳥栖市小学生を対象とした健康教室」〕



本モデル事業の全国的な拡大に向けて、本モデル事業に先行的に取り組んでいる支部、市町村で得られた知見をもとに具体的な実施手順を①取組の連携体制づくり、②地域の健康課題の把握と共有、③協会けんぽと市町村等が協働したポピュレーションアプローチ、④市町村保健師等による協会けんぽ加入者へのハイリスクアプローチ、の4点に整理しました。

今後は、地域全体の保健事業の推進に向けた意見交換を通じて関係団体との更なる関係強化を図り、地域・職域連携に熱心な市町村の情報収集、都道府県の国民健康保険団体連合会と連携した該当市町村への働きかけ等の取組を積極的に実施していきます。取組の実施にあたっては、市町村等と十分に協議したうえで、市町村の実情に応じて対応可能な取組から順次実施することとしています。

(2) 健康づくり

i) 保健事業の一層の推進

①第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく取組

保健事業の推進に当たっては、健診データやレセプトデータ等の分析に基づいて取り組むことが重要であり、協会においても国の方針を踏まえ、データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルを回しながら取り組んでいます。データヘルス計画は、地域・職域の健康課題のほか、各地域における自治体や関係団体との健康づくりに関する連携等の実情を踏まえて策定する必要があるため、独自性を発揮できるよう、地域・職域の健康特性を把握した上で支部ごとに策定しています。

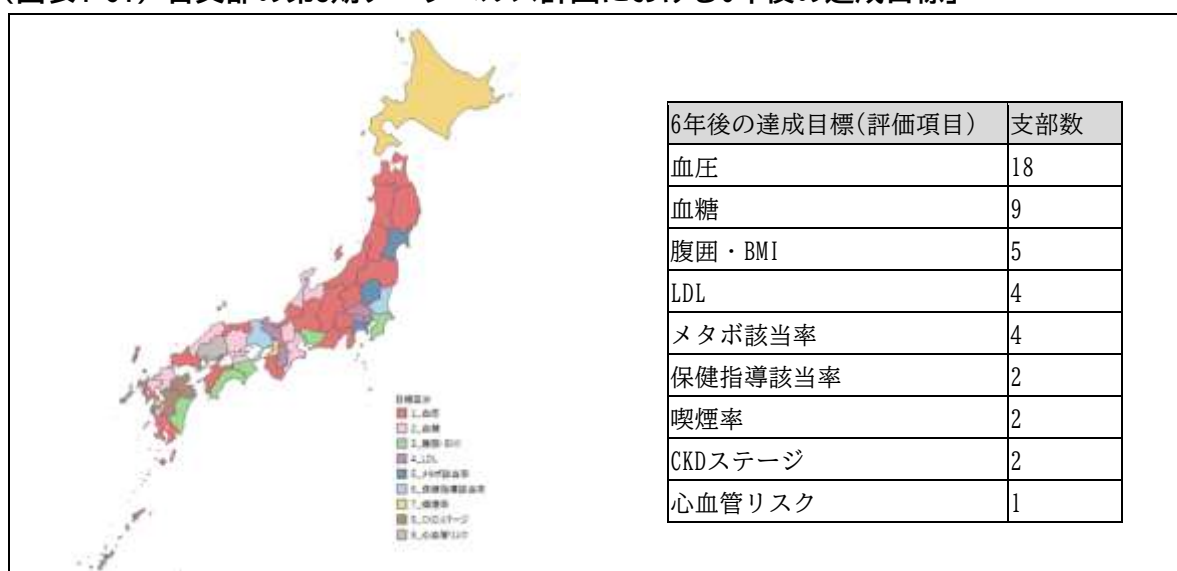
第3期データヘルス計画は、2024（令和6）年度から2029（令和11）年度までの計画であり、健診データやレセプトデータ等の分析に基づき、対策を進めるべき重大な疾患を整理した上で、地域・職域の健康課題を踏まえた検査値の改善等を「6年後の達成目標」に設定し、「特定健診・

特定保健指導の推進」、「重症化予防の対策」、「コラボヘルスの取組」を柱としつつ、ハイリスクアプローチに加え、「データ分析に基づく地域・職域の特性を踏まえたポピュレーションアプローチ」に取り組むものとししました（図表4-51参照）。

2025（令和7）年度は、第3期データヘルス計画の2年目であり、計画に基づく取組を着実に実施するとともに、2025年度上期の実績に基づき2026（令和8）年度に向けて一部計画の見直しを行い、より実効性の高い取組を行うこととしました。

データヘルス計画に基づく取組の実施に当たっては、他保険者のデータヘルス計画、都道府県健康増進計画、医療費適正化計画等に基づく取組との調和を図り、地域・職域の健康課題の解消に向けて関係者が一体となって取り組むことが重要であるため、支部においては、都道府県、国民健康保険団体連合会、健康保険組合連合会・健康保険組合等への訪問時や保険者協議会等の場で機会を捉えて情報共有を図りました。

〔（図表4-51）各支部の第3期データヘルス計画における6年後の達成目標〕



（実績の進捗管理におけるPDCAサイクルの推進）

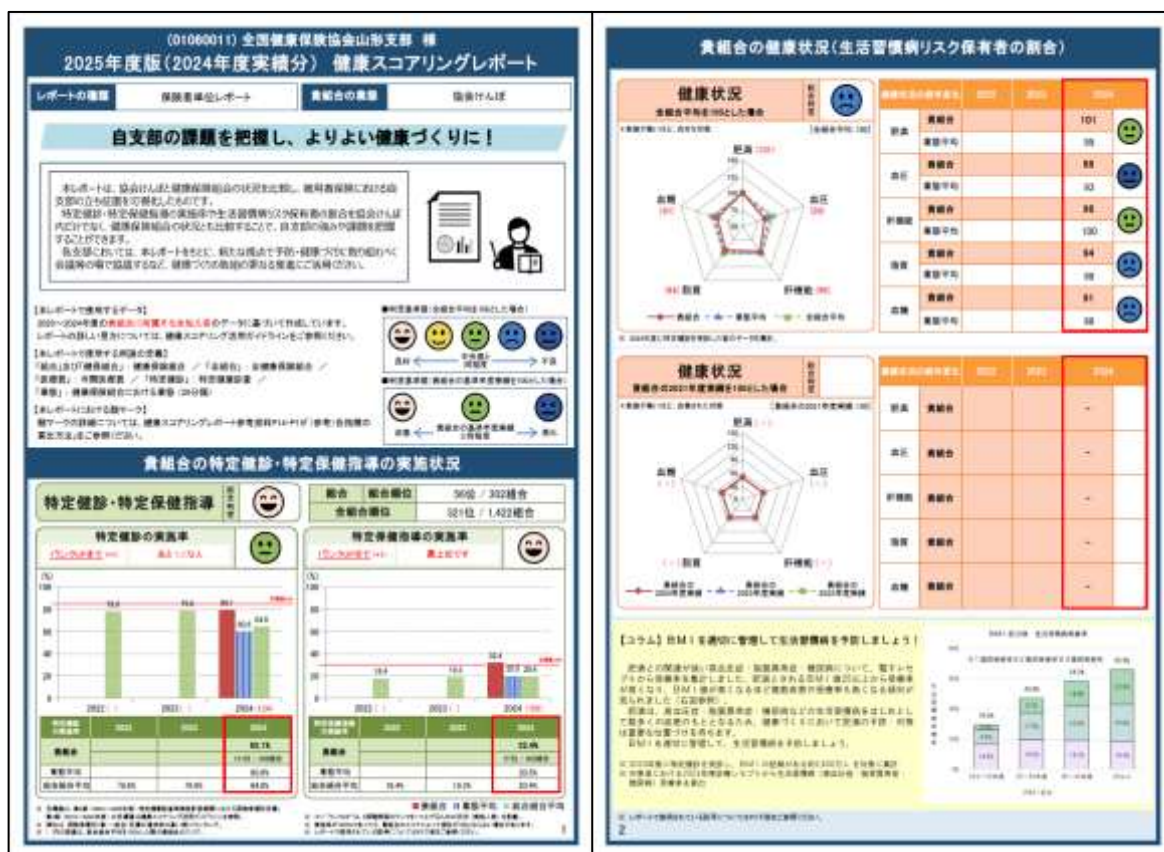
支部においては、保健事業の重点施策（特定健診・特定保健指導、重症化予防対策、コラボヘルス）の実績について、情報系システムを活用して定期的に進捗管理を行うとともに、必要に応じて実施結果に係る要因分析等を行いました。

また、業態別や事業所規模別、市区町村規模別の傾向等についての本部・支部間での定期的な情報共有をする際には、本部において具体的な取組事例や今後の取り組むべき方向性等を整理して示し、支部においてはそれらと前述の要因分析結果も活用する等、PDCAサイクルの推進を図りました。

（支部別スコアリングレポート等の活用）

各支部における健診項目のリスクの保有状況等を明らかにし、支部の特徴把握に資するよう「特定健診・特定保健指導データ分析報告書」¹⁵及び「質問票データ分析報告書」¹⁶を作成し、支部におけるデータヘルス計画の策定・見直しや実施結果の検証等に活用しました。また、これらの報告書の主な項目に健診実施率、特定保健指導実施率及び医療費を加え、項目ごとの経年変化や全国での支部の順位等をレーダーチャートやグラフにより「見える化」した「支部別スコアリングレポート」を作成しました。更に、2025年度からは国が提供する「健康スコアリングレポート」¹⁷（図表4-52参照）について、国の委託を受けている支払基金へ、協会からも委託し、提供を受けることとしました。本レポートは、支部別に他の被用者保険と加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりの取組状況等の比較ができるものであり、支部においては、本レポート等に基づき、自支部の健康課題について、保険者協議会等での意見発信やホームページ等での広報を行いました。

〔図表4-52）健康スコアリングレポート〕※一部抜粋



¹⁵ 生活習慣病予防健診受診者及び事業者健診受診者の健診データ及び特定保健指導データを活用し、支部別、業態別に健診結果の年齢調整後の平均値やリスク該当者の割合を計算したものです。

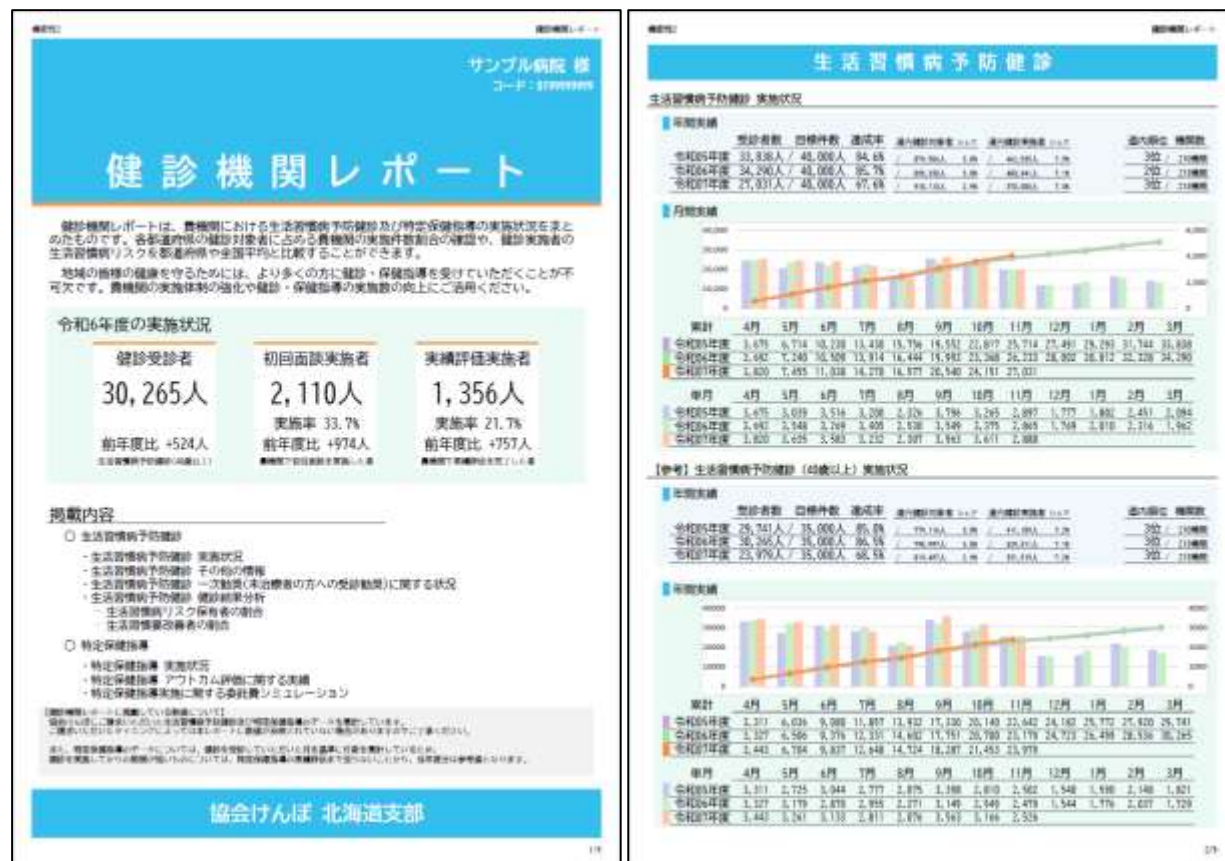
¹⁶ 生活習慣病予防健診受診者及び事業者健診受診者の質問票データを活用し、支部別、業態別に年齢調整後の問診結果の回答割合を計算したものです。

¹⁷ 厚生労働省・経済産業省・日本健康会議の三者が、各健保組合の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりの取組状況等について、全国平均や業態平均と比較し課題を可視化するなどして、健康経営の推進を支援するために作成したものです。

（健診機関との良好な関係の構築及び強化を図るツールの作成）

健診機関との良好な関係性を構築しつつ、健診受入人数の拡大、健診当日の特定保健指導初回面談の実施の拡充及び生活習慣病リスク保有者の減少に向けた働きかけを一層推進するため、2025年12月に、生活習慣病予防健診や特定保健指導等の実施件数、生活習慣病リスク保有者の割合等について、健診機関の直近の状況や経年での傾向を把握できる「健診機関レポート」（図表4-53参照）を作成し、健診機関との打ち合わせ等に活用しました。

〔図表4-53）健診機関レポート〕※一部抜粋



②保健事業の充実・強化に向けた基盤整備

(保健師の複数名体制の構築・維持)

戦略的保険者機能の更なる強化を図るためには、専門職たる保健師の採用と育成強化が重要であり、全支部において正職員である支部保健師2名以上を配置する体制を構築・維持することを目的に、支部保健師が不足している支部で採用活動を実施しました。その結果、2025年度においては12名の支部保健師を新たに採用することができました。

(育成体制の強化)

支部保健師及び契約保健師・管理栄養士の育成強化を図るため、2025年10月に本部に保健指導室を、保健指導室に保健指導グループと育成支援グループを新設し、組織的な育成支援体制の構築を行いました。

2025年度の保健師全国研修では、2024年度に実施した地域別研修の検討内容について、ブロックごとに発表を行いました。その結果、好事例や取組内容の共有が図られ、各支部における取組の見直しや実践への展開を促進する機会となりました。

(研修の充実)

専門職以外の保健事業に携わる職員の育成及び研修の充実を図ることを目的に、直近1年間で初めて保健グループ長となった者に対する研修を実施しました。

(学齢期を対象とした健康教育の推進)

SDGsの達成に資するとともに、加入者のヘルスリテラシーを向上させ、保健事業を推進するという観点から、支部保健師による健康教室や健康をテーマにしたポスターコンクール等の学齢期を対象とした健康教育を実施しました。

本部においては、2024年度より作成している共通教材と支部における取組事例のノウハウを取りまとめたナレッジ集を拡充させ、支部における学齢期を対象とした健康教育の取組の推進を図りました。

〔(図表4-54) 2025年度における主な取組事例〕

	概要
宮城	●イベント型健康教室 自治体が主催するイベントの中で支部所属保健師・管理栄養士による小学生向けの健康教室や支部長・小学校校長・栄養士による健康づくりトークライブを開催した。
佐賀	●市内小学校での健康教室 鳥栖市と連携して学童期における子どもの肥満及び将来の生活習慣病予防に向けて健康教育を実施。鳥栖市内の2小学校において、教材を使用し、小学校5、6年生約200名を対象に生活習慣病、糖尿病予防に関する体験型授業を実施した。
宮崎	●市内公立小学校への教材の配布 県内の全公立小学校6年生及び教職員に対して教材を配布。健康教育に関する授業や父母向けの講演に興味があるとした小学校と授業、講義実施に向けた調整を行った。

[(图表4-55) 健康教育教材]

健康保険って何？

「協会けんぽ（全国健康保険協会）」は、健康保険に関するお仕事をしているよ。



1 安心して病院にかかれるようにする



マイナンバーカードを
保険証として利用する
ことができます。
みんなはマイナンバーカード
を知っていますか？



2 生活を守る（健康のことで困ったときの給付金）

次のようなときに、お金を払ってもらえるよ。

病気がケガで
働けないとき



赤ちゃんを出産
するために会社
を休むとき



病院代が高額
になったとき



せいじくしょうがんとひびく
生活習慣病・メタボって知ってる？

メタボとは？

メタボリックシンドロームのことで生活習慣病になる前の段階。
内臓脂肪が増えすぎると、血圧や血糖の状態を悪くする物質が出て、血管が傷ついていき、生活習慣病になる危険性が高まります。

原因？

- カロリーオーバー
- 運動不足
- おやつ・ジュースのとりすぎ
- 蓄積的脂肪

+

高血圧

=

メタボ

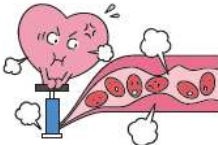
肥満

脂質異常

高血糖

● 高血圧とは？

血管（ホース）がせまくなったり、かたくなったりすることで、心臓（ポンプ）から血液を送り出すための圧力が一定より高くなった状態のこと。



● 脂質異常とは？

血液の中にある、コレステロールや中性脂肪（＝脂質）が一定の量よりも多かったり少なかったりする状態のこと。



脂質 脂質 血管

脂質がたまり始めた血管



脂質 脂質 血管

脂質によりつまりしまった血管

● 高血糖とは？

食べ物や飲み物を消化して作られたブドウ糖（体を動かすエネルギー源）が、血液中に必要以上に多い状態のこと。

食塩摂取量、自分が住んでいるところとほかの都道府県を比べてみよう！

食塩摂取量

- ワースト10位
- ワースト11～19位
- ワースト20～28位
- ワースト29～37位
- ベスト10位！ けどとどろは最悪

北海道 1日平均で約12g*を摂取して13位！
（※2006～2010年）

東北
ワースト1位
宮城県 11.2g

関東
ワースト1位
千葉県 9.5g

九州
ベスト1位
福岡県 8.3g

「国民健康・栄養調査 食塩摂取量の平均値」より作成（2006～2010）

●●県の1日の平均摂取量は・・・ g

みんなの大好きなおやつにも食塩がこんなに入っているんだ！

- ポテトチップス 約1.0g
- せんべい 約1.2g
- ポップコーン 約2.29g
- クッキー 約0.3g

※100g中の食塩量です

うまい

スマホ・ゲームとのつきあいかた いっしょに考えてみよう

お友達とSNS上で話したり、動画を見たり、
ゲームをしたりするのはとても楽しいよね！
でも長時間休まずに見つけちゃうと・・・

- し力が落ちる。
- 夜おそくまで見ていると、眠れなくなる。
- スマホ・ゲームを使っていないとイライラする。



うまく付き合うコツ

- 時間を決めてつかう。
- やること（宿題・一人勉強とか）をすませてからつかう、勉強中は近くにおかない。
- 寝る2時間前には使うのをやめる、ベッドの上では使わない。

ミニワードゲーム

A	を	B	C	D	E	に
---	---	---	---	---	---	---

オキストに決まっているワードだよ。
思ってみようか

① 括弧内は単語の頭文字。

② 縦読みで読む単語は、横読みで読む単語のこと。

③ 縦読みで読む単語は、横読みで読む単語のこと。

④ 縦読みで読む単語は、横読みで読む単語のこと。

⑤ 縦読みで読む単語は、横読みで読む単語のこと。



ii) 特定健診実施率・事業者健診データ取得率等の向上

(特定健康診査等実施計画について)

協会では、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条に基づき、特定健康診査等実施計画¹⁸を定め、特定健康診査及び特定保健指導の取組を進めています。同法第18条に基づく特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（令和5年3月31日厚生労働省告示第144号）においては、2029年度の協会の実施率目標は特定健康診査70%、特定保健指導35%とされており、当該実施計画においても、当該告示で示された目標値を達成するよう、2024年度から2029年度までの各年度の実施率目標を設定しています（概要は図表4-56参照）。

〔図表4-56〕第4期特定健康診査等実施計画の概要〕

第4期特定健康診査等実施計画（概要）

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条に基づき、2024年度から2029年度までの間の特定健康診査等実施計画を定め、本部と支部が連携し、協会けんぽの中期計画である保険者機能強化アクションプランのもと、特定健康診査及び特定保健指導に取り組む旨を記載しています。

第1章 実施率目標及び対象者数

厚生労働大臣が定めた特定健康診査等基本指針で示された2029年度の協会けんぽの実施率目標（特定健康診査70%、特定保健指導35%）を達成するため、各年度の実施率目標を設定し、対象者数及び実施者数と併せて記載しています。

区 分		2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
特定健康診査	対象者数	20,318,000人	20,215,000人	20,081,000人	19,956,000人	19,821,000人	19,675,000人
	実施者数	12,672,000人	12,995,000人	13,203,000人	13,394,000人	13,589,000人	13,773,000人
	実施率	62.4%	64.3%	65.7%	67.1%	68.6%	70.0%
特定保健指導	対象者数	2,380,817人	2,440,800人	2,477,446人	2,510,257人	2,543,864人	2,575,169人
	実施者数	509,309人	588,569人	664,831人	741,954人	821,120人	901,309人
	実施率	21.4%	24.1%	26.8%	29.6%	32.3%	35.0%

第2章～第5章

特定健康診査等の実施方法や個人情報の保護、実施計画の公表・周知及び評価・見直しについて記載しています。

①被保険者の健診

【生活習慣病予防健診等の実施】

被保険者の健診については、健康の保持増進や生活習慣病の発症予防等を目的として、メタボリックシンドロームに着目した特定健診項目に加え、胃部エックス線検査等のがん検診の検査項目等を含む生活習慣病予防健診（一般健診）を実施しています。また、その他の健診とし

¹⁸ 協会では、特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査（特定健診）として、被保険者に対する生活習慣病予防健診の実施及び事業者健診データの取得、被扶養者に対する特定健診を実施することとしています。

生活習慣病予防健診：被保険者を対象とし、特定健康診査（特定健診）の検査項目に加え、がん検診の検査項目等を含む健診を実施するもの

事業者健診データの取得：生活習慣病予防健診を利用していない被保険者を対象とし、事業者健診データ（定期健康診断の結果）を取得するもの

被扶養者の特定健診：被扶養者を対象とし、特定健康診査（特定健診）の項目の健診を実施するもの

て、一定の年齢要件等を満たしている方で希望される方には、付加健診¹⁹、乳がん・子宮頸がん検診、肝炎ウイルス検査を実施しています（図表4-57参照）。

なお、健診費用の一部を協会が負担しています。

〔(図表4-57) 被保険者の生活習慣病予防健診等の概要（2025年度）〕

	検査内容	対象者	自己負担	手続き
一般健診	診察等、問診、触診、身体計測、視力検査、聴力検査、血圧測定、尿検査、便潜血反応検査、血液一般検査、血糖検査、尿酸検査、血液脂質検査、肝機能検査、胸部・胃部エックス線検査、心電図検査等	35歳～74歳の方	最高5,282円	事業所又は受診者本人が健診機関に申し込みます
付加健診	尿沈渣顕微鏡検査、血液学的検査、生化学的検査、眼底検査、肺機能検査、腹部超音波検査	一般健診を受診される40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳及び70歳の方	最高2,689円	
乳がん・子宮頸がん検診	〔乳がん検診〕 問診、乳房エックス線検査 ※ 視診・触診は医師が必要と認めた場合のみ実施 〔子宮頸がん検診〕 問診、細胞診	・一般健診を受診される40歳～74歳の偶数年齢の女性の方 ・36歳、38歳の一般健診を受診される女性の方は子宮頸がん検診が追加できます ・20歳～38歳の偶数年齢の女性の方は子宮頸がん検診単独で受診できます	・50歳以上 最高1,983円 ・40歳～48歳 最高2,544円 （年齢により乳がん検査の撮影方法が異なるため負担額が異なります） 〔乳がん検診のみ〕 上記金額から最高970円を引いた金額 〔子宮頸がん検診のみ〕 最高970円	
肝炎検査	HCV抗体検査、HBs抗原検査	一般健診を受診される方（過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことがある方を除きます）	最高582円	受診者本人が健診機関に直接申し込みます

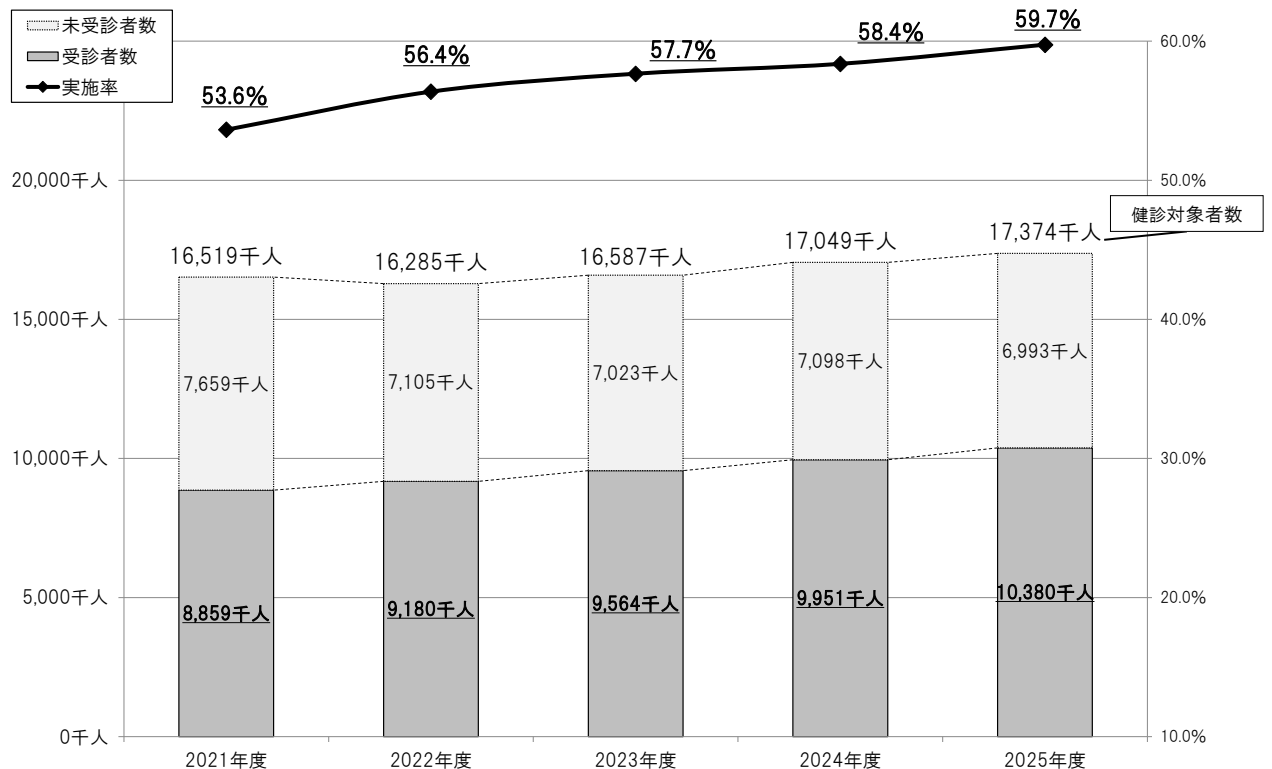
ア) 2025年度の実績について

2025年度の40歳以上の生活習慣病予防健診の実施率は、2024年度の実施率58.4%から1.3%ポイント増加し、59.7%となりました²⁰。また、受診者数は1,038万人となっており、2024年度の受診者数から43万人（4.3%）増加しました。2025年度KPI（63.5%）は達成できませんでしたが、実施率、受診者数ともに過去最高となりました（図表4-58参照）。

¹⁹ 節目の年齢において、肝臓、胆のう、腎臓といった腹部の臓器の様子を調べるための腹部超音波検査や、高血圧や動脈硬化等を見つける手がかりとなる眼底検査等、生活習慣病予防健診の一般健診に追加できる健診です。なお、2026年度より名称を「節目健診」へ変更しました。

²⁰ 協会の場合、健診、保健指導等の保健事業を進める上で、1事業所当たりの特定健診対象者が少なく、山間部や島しょ部を含め広い地域に事業所が点在していることに加え、健康保険組合等と異なり保険者と加入者及び事業主との距離が大きく、特定健診の受診に理解が得られにくいこと等から効率的な事業の実施が難しいことが実績を上げるネックとなっています。

〔(図表4-58) 生活習慣病予防健診の受診者数等の推移（被保険者）〕



イ) 2025年度の実施率向上に向けた主な取組

協会では、健診実施率の向上を図るため、加入者及び事業主の方々への健診の受診勧奨や健診を受診しやすくするための環境面の整備を行っています。

受診勧奨については、2023（令和5）年度に実施した自己負担額の引下げや2024年度に実施した付加健診の対象年齢拡大について、引き続き健診6団体²¹や業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）に対して団体会員等へ積極的に周知していただくよう、広報等の協力依頼を行いました。

支部においても、生活習慣病予防健診未受診事業所、新規適用事業所や新規加入者に対しては、文書や電話、訪問による受診勧奨を行うとともに、都道府県トラック協会等の運輸団体や商工会議所等の経済団体等に対しては、広報の協力依頼を行いました。

また、付加健診や乳がん・子宮頸がん検診の受診対象年齢となる被保険者の自宅に受診案内を送付した支部があるほか、過去に受診歴がない被保険者の方や集団健診会場の近隣に居住する被保険者の方に直接受診勧奨を行いました。併せて、被保険者が利用しやすい土日祝日に健診を実施し、当該健診の受診勧奨も行いました。

更に、健診機関を訪問し、受診者の受け入れ枠拡大等について意見交換を行う等、受診環境の整備に取り組みました。

²¹ 健診6団体とは、「公益社団法人 全国労働衛生団体連合会」、「公益社団法人 日本人間ドック・予防医療学会/一般社団法人 日本病院会」、「公益財団法人 結核予防会」、「一般社団法人 日本総合健診医学会」、「公益社団法人 全日本病院協会」、「公益財団法人 予防医学事業中央会」です。

なお、生活習慣病予防健診に係る契約が未締結の健診機関への働きかけや巡回健診の実施等、受診機会の拡充にも努めており、2025年度における生活習慣病予防健診の委託機関は、2024年度から34機関増加し、3,716機関となりました。

ウ) 健診体系の見直しに向けた準備

協会けんぽが実施する健診の選択肢の拡大、一層の健康意識の醸成及び健診実施率の向上を図ることを目的に、2026年度から、35歳以上の被保険者を対象に人間ドック健診を実施し、受診者には最高25,000円の補助を行うこととしました。人間ドック健診の実施に向けて、各支部において実施機関を公募した結果、全国で1,167機関と契約締結することとなりました（2026年3月5日時点）。

また、就労等により生活習慣が大きく変化する若年層に対して、早期に生活習慣病対策を行うことや健康意識の向上等を目的に、新たに20歳、25歳、30歳の被保険者も生活習慣病予防健診の対象とすることとしました。更に、健康日本21（第三次）の内容等も踏まえ、40歳以上の偶数年齢の女性を対象に骨粗鬆症検診をオプションで受診できることとしました。

これらの拡充について、2026年3月中旬より、全国の事業所に順次配付するリーフレット等を通じて対象者への案内を行いました。加えて、新聞広告やポスター、協会けんぽホームページ等の様々な媒体を通じた広報の強化に努めました。

【事業者健診データの取得】

生活習慣病予防健診を利用していない40歳以上の被保険者については、高齢者の医療の確保に関する法律の規定により、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づき行われた事業者健診データ（定期健康診断の結果）を取得することによって、特定健診を実施したものと見なされることから、データの取得を進めるとともに、当該データをもとに特定保健指導を行う等、被保険者の健康づくりに活用しています。なお、事業者健診データは、事業主から直接提供していただく方法のほか、事業主の同意を得たうえで、健診を実施した健診機関から提供を受ける方法でも取得しています。

ア) 2025年度の実績について

2025年度の事業者健診データ取得率は2024年度の取得率7.2%から0.6%ポイント増加し、7.8%となりました。取得件数は136万件となっており、2024年度の取得件数から14万件（11.5%）増加しました。2025年度KPI（9.0%）は達成できませんでしたが、取得率、取得件数ともに前年度を上回る結果となりました。

イ) 2025年度の取得率向上に向けた主な取組

事業者健診データ取得率の向上に向けて、支部と都道府県労働局との連名や自治体を含めた3者連名での勧奨通知の発出、職員による事業所訪問や電話等による勧奨のほか、外部委託による勧奨も実施しました。

事業者健診データの取得をより一層進めるため、国に対して、特定健診と問診項目や検査項目を一致させることを要望し、2020（令和2）年12月に、国から事業者健診と特定健診の問診項目や検査項目を一致させることとする通知²²が発出されました。併せて、国の通知において、事業者健診の結果が健診機関から保険者へ迅速かつ確実に提供されるための対応が取られ、事業主と健診機関との間における契約書（ひな形）が示されました。その後、2023年3月に発出された国の通知²³において、40歳未満の事業者健診データの取得に向けた対応と併せて、事業者健診結果の保険者への提供について事業主と健診機関の間であらかじめ契約で取り決めていない場合の対応として「健康診断結果提供依頼書」が示されました。

支部においては、事業者健診データの円滑な提供を推進するため、健診機関や事業主等に対する働きかけを行うとともに、本部においては業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）や健診団体に対して、事業者健診データの取得をはじめ、特定健診・特定保健指導の実施率等の向上に向けた広報等の協力依頼を行う等、関係団体との連携強化を進めました。

なお、健康保険法の改正²⁴により40歳未満の事業者健診データの取得が可能となったことから、2024年度から取得を開始し、2025年度は25万件の事業者健診データを取得しました。

また、国においては、全国医療情報プラットフォームとして、電子カルテ情報共有サービス（図表4-59）の構築が進められているところであり、健診結果データが健診機関から直接登録され、そのデータを保険者が活用できることとなる予定です。2025年12月5日、電子カルテ情報共有サービスの運用等の医療DX推進を盛り込んだ改正医療法等が可決、成立しました。国においては、全国での運用開始に向けて、関係政省令の整備モデル事業で確認されている課題への対応を進めており、共有予定の3文書6情報²⁵のうち臨床現場で支障なく運用が可能な文書・情報から、2026年の冬頃を目途に全国で利用可能な状態にすることを目指すこととされています。協会においても同サービスの運用開始に向けた国の動向を注視し、国の普及計画を踏まえた対応の検討を進める予定です。

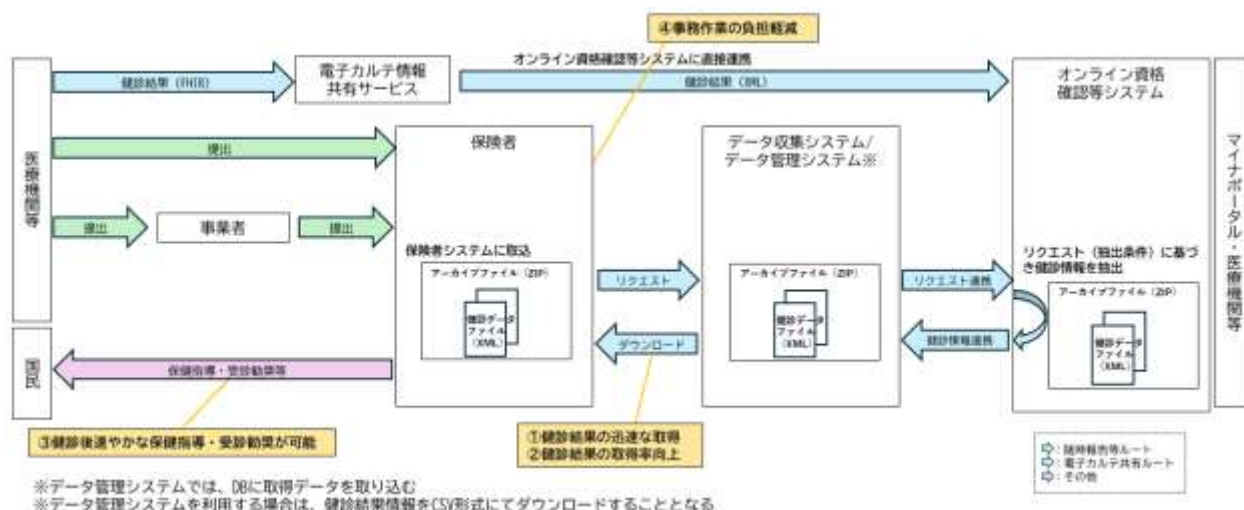
²² 厚生労働省労働基準局長通知「定期健康診断等における血糖検査の取扱いについて」（基発第1223第7号）及び厚生労働省労働基準局長・保険局長通知「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について」（基発1223第5号・保発1223第1号）。

²³ 厚生労働省労働基準局長・保険局長通知「「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に係る事業者と保険者の連携・協力事項について」の一部改正について」（基発0331第10号・保発0331第5号）。

²⁴ 全世代対応型の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（令和3年法律第66号）。

²⁵ 3文書6情報は、3文書「診療情報提供書」、「キー画像等を含む退院時サマリー」、「健康診断結果報告書」、6情報「傷病名」、「アレルギー情報」、「感染症情報」、「薬剤禁忌情報」、「検査情報」、「処方情報」です。

〔(図表4-59) 電子カルテ情報共有サービスの概要〕



(厚生労働省医政局「電子カルテ情報共有サービスの導入に関する保険者向け運用手引き」(令和8年1月 1.2版)を参考に、協会にて作成。)

〔(図表4-60) 健診の実績（被保険者）〕

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	前年度比 (増減)
年度末対象者数	16,518,519人	16,285,170人	16,587,290人	17,049,169人	17,373,723人	324,554人
一般健診(40歳～74歳)	8,859,458人	9,179,843人	9,563,937人	9,951,444人	10,380,227人	428,783人
実施率	53.6%	56.4%	57.7%	58.4%	59.7%	1.3%
一般健診(35歳～39歳)	1,336,904人	1,338,724人	1,360,338人	1,368,371人	1,384,093人	15,722人
事業者健診データの取得	1,401,407人	1,437,801人	1,180,723人	1,220,007人	1,360,462人	140,455人
実施率	8.5%	8.8%	7.1%	7.2%	7.8%	0.6%
付加健診	281,812人	292,614人	322,935人	916,423人	960,514人	44,091人
乳がん検診	754,706人	770,130人	809,124人	836,384人	875,148人	38,764人
子宮頸がん検診	950,860人	958,914人	1,005,538人	1,038,412人	1,074,042人	35,630人
肝炎ウイルス検査	147,384人	127,498人	134,946人	128,631人	239,711人	111,080人
健診実施機関	3,522機関	3,543機関	3,622機関	3,682機関	3,716機関	34機関

②被扶養者の特定健診

被扶養者の健診については、健康の保持増進や生活習慣病の発症予防等を目的として、40歳以上を対象に特定健診を実施しています。

なお、健診費用の全部又は一部を協会が負担しています(図表4-61参照)。

〔(図表4-61) 被扶養者の特定健診の概要（2025年度）〕

検査内容	対象者	自己負担	手続き
〔基本的な健診〕 診察等、問診、身体計測、血圧測定、尿検査、肝機能検査、血液脂質検査、血糖検査 〔詳細な健診〕 基本的な健診を受診された方で、医師の判断により貧血検査、眼底検査、心電図検査、血清クレアチニン検査を実施	40歳～74歳の方	〔基本的な健診〕 健診費用総額のうち、7,150円を超える額が受診者の負担となります 〔詳細な健診〕 健診費用総額のうち、10,550円を超える額が受診者の負担となります	受診希望の健診機関に直接申し込みます

ア) 2025年度の実績について

2025年度の被扶養者の特定健診の実施率は、2024年度の実施率と横ばいの29.4%となりました。受診者数は105万4千人となっており、2024年度の受診者数から3万2千人（2.9%）減少しました。2025年度KPI（31.6%）は達成できませんでしたが、過去最高となった2024年度の実施率と同率となりました（図表4-62参照）。

〔(図表4-62) 特定健診の実績（被扶養者）〕

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	前年度比 (増減)
年度末対象者数	4,201,228人	3,944,026人	3,822,190人	3,695,634人	3,581,932人	▲113,702人
受診者数	1,102,470人	1,093,269人	1,082,509人	1,086,163人	1,054,208人	▲31,955人
実施率	26.2%	27.7%	28.3%	29.4%	29.4%	0.0%

イ) 2025年度の実施率向上に向けた主な取組

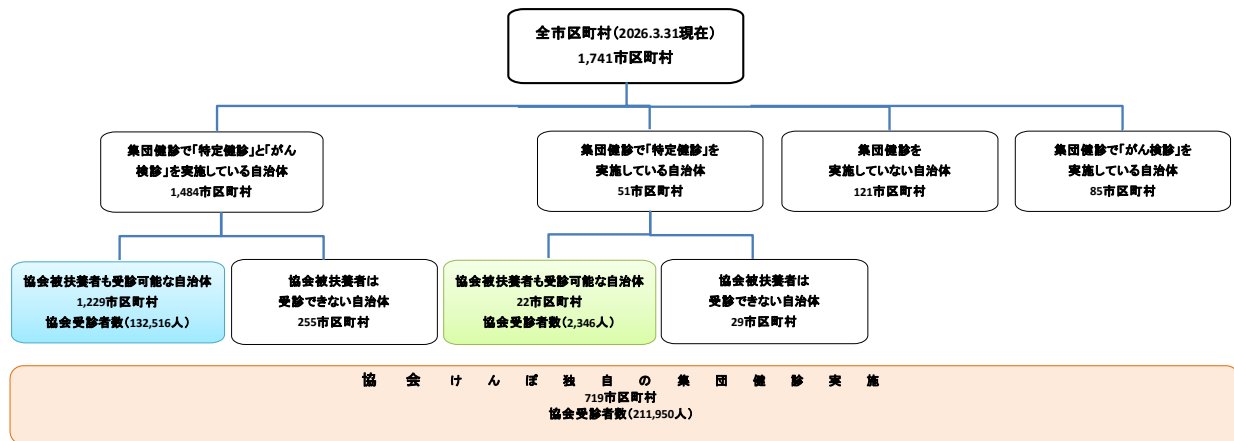
被扶養者の特定健診については、2024年度から、「骨粗鬆症検診」、「歯科検診」、「眼底検査」を集団健診（協会主催）のオプション健診として実施しています。これらは、女性特有の健康課題、歯科疾患対策等に着眼したものであり、支部においては、集団健診の受診案内の際にオプション健診のメリットを周知するほか、協会主催の集団健診の実施回数も拡大し、受診者数の増加に努めた結果、全国で、骨粗鬆症検診は2,633回（123,675人）、歯科検診は98回（2,530人）、眼底検査は3,142回（143,488人）実施しました。

他方で、自治体との協定等により、特定健診と自治体の集団健診やがん検診との同時実施を進めました。協定の締結は、自治体との継続的な連携協力につながるため、積極的に進めており、2025年度末時点では、420の市区町村と協定等を締結しています。2025年度は、1,251市区町村の集団健診で協会の被扶養者も特定健診を受診できることとなっており、そのうち1,229市区町村ではがん検診との同時実施が可能となっています（図表4-63参照）。

また、自治体の集団健診等との同時実施が困難な地域や健診機関が少ない地域等を中心に、協会が主催する集団健診を実施しています。2025年度は、協会主催の集団健診を719市区町村で実施し、211,950の方が受診しました。

なお、加入者の方々には、自治体の集団健診やがん検診との同時実施に関する情報及び協会主催の集団健診の実施予定に関する情報を、受診勧奨案内時やホームページでご案内しました。

〔(図表4-63) 特定健診とがん検診の同時実施状況 (2025年度)〕



③健診実施率の推移

図表4-64は、2008（平成20）年度以降の生活習慣病予防健診（被保険者）と特定健診（被扶養者）の支部ごとの実施率の最大値及び最小値並びに全国の実施率の推移を示したものです。

2025年度の生活習慣病予防健診実施率は、最大は山形支部の81.4%、最小は鹿児島支部の49.5%、全国では59.7%です。また、特定健診実施率は、最大は山形支部の44.7%、最小は北海道支部の22.9%、全国では29.4%です。健診実施率については、2019（令和元）年度までは、適用拡大や健康保険組合の解散等により、分母となる健診対象者が大幅に増加する中で、各種取組の推進により、着実に上昇（増加）していました。2020年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、健診を一時中止したこと等から下降（減少）に転じましたが、2021（令和3）年度以降は新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえつつ、受診環境の確保・拡大に向けた取組等を進めたことから、2020年度の落ち込みから回復し、2024年度に引き続き、2025年度も過去最高の実施率となりました。

〔(図表4-64) 健診実施率の推移〕



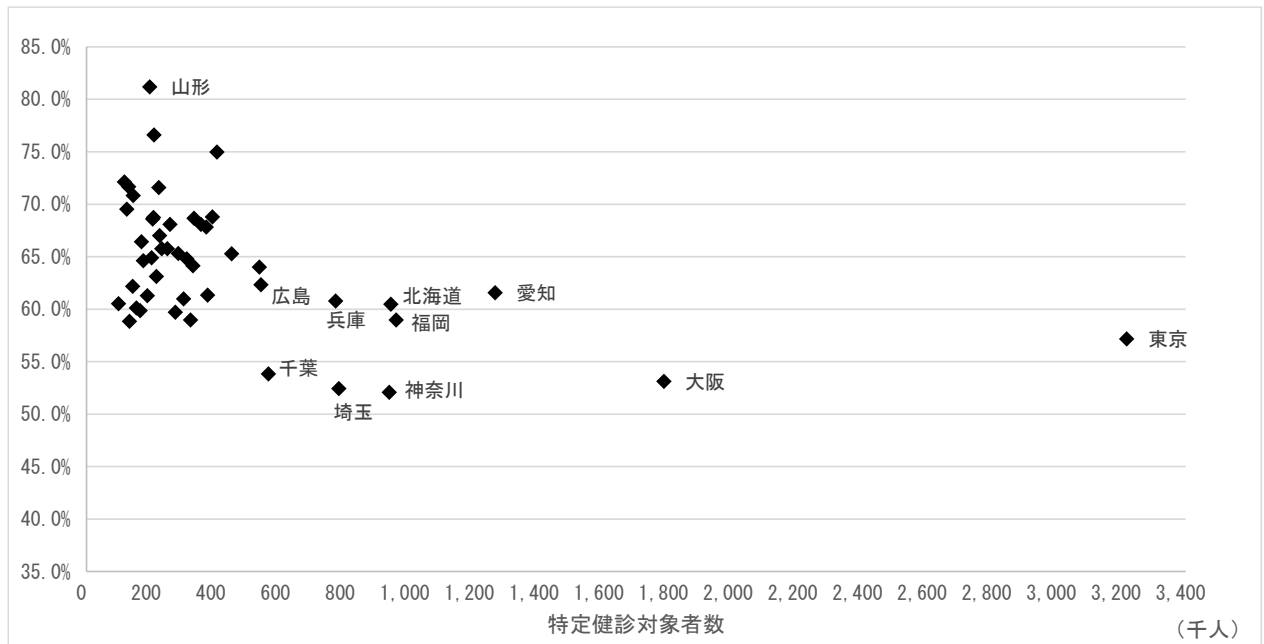
（地域間差異の解消に向けた課題の抽出）

健診実施率については、協会の設立当初から支部間で大きな開きが見られ、中・小規模支部に比べ、大規模支部において健診実施率が低い傾向にあります（図表4-65参照）。このことから、2018（平成30）年度に実施した地域間差異が生じている要素等の整理に基づき、2019年度より、支部ごとの事業所規模別・業態別等の実施率、それらが実施率に与えている影響度等を見える化した「健診・保健指導カルテ」を作成し、直近の状況と併せて経年での傾向等を把握できるようにしています。この健診・保健指導カルテは、事業所等への効率的かつ効果的な受診勧奨や自治体及び関係団体との連携事業等、健診実施率等の向上に活用することとしています。

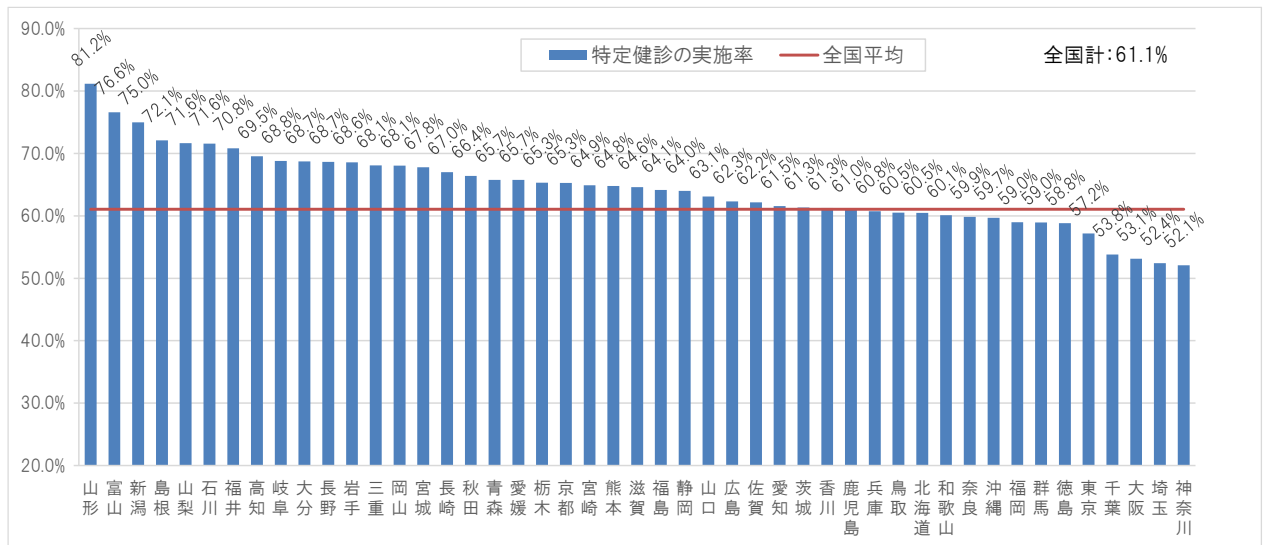
事業所等への効率的かつ効果的な受診勧奨の実施に当たっては、実施率への影響が大きいと見込まれる事業所等の選定・抽出に加え、経年的に未受診の事業所等を選定・抽出できるよう、抽出機能の改善を図り、重点的・優先的な受診勧奨の実施を推進しました。

また、本部から支部に対して、実施率の向上に向けた対策の検討等に資するよう、四半期ごとの実績や傾向分析の結果等を提供する際に支部における取組の好事例を共有する等、本部・支部間の連携強化を図りました。

〔(図表4-65) 特定健診対象者数と特定健診実施率（加入者）〕



〔(図表4-66) 特定健診の実施率（加入者）〕



〔(図表4-67) 各支部における健診等の実施状況 (2025年度)〕

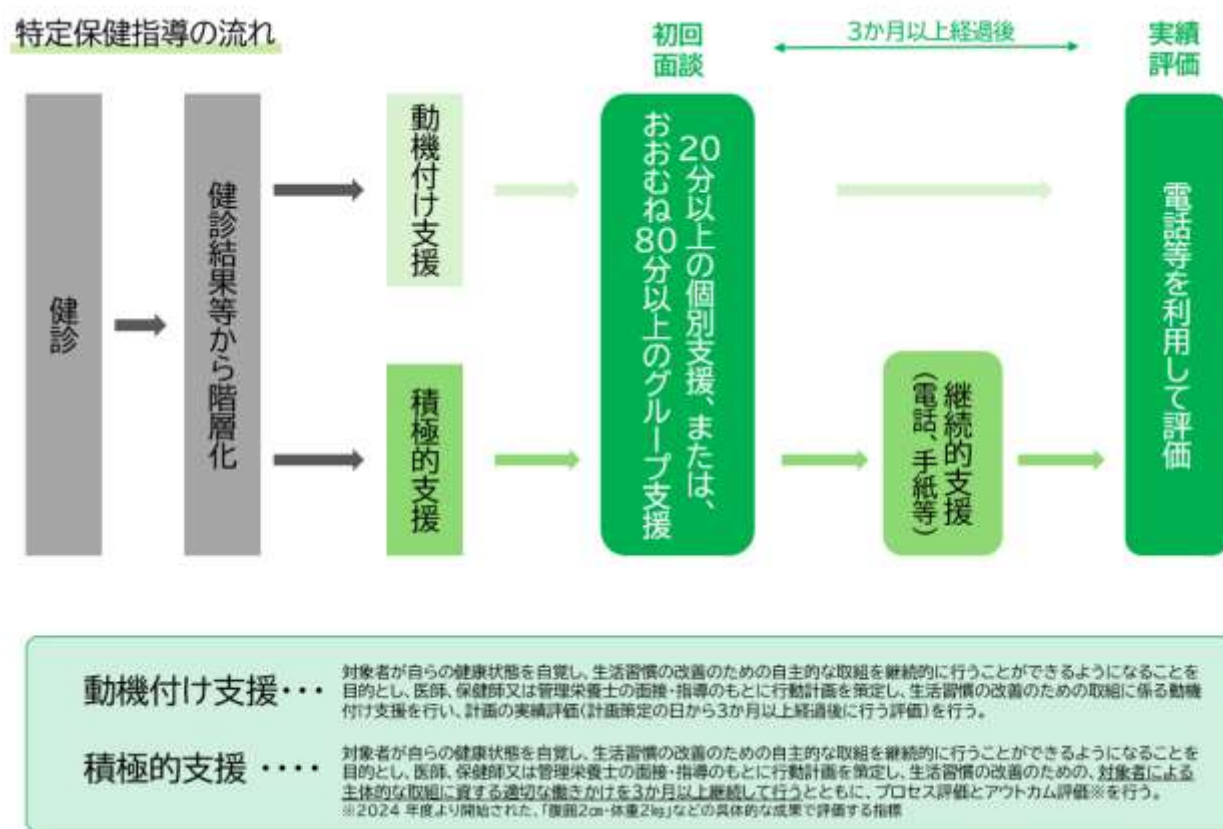
	被保険者				被扶養者		合計	
	生活習慣病予防健診 (一般健診:40～74歳)		事業者健診 データ取得		特定健診			
	人数	実施率	人数	実施率	人数	実施率	人数	実施率
北海道	423,907	55.9%	103,444	13.6%	41,798	22.9%	569,149	60.5%
青森	117,402	60.1%	25,001	12.8%	10,561	28.3%	152,964	65.7%
岩手	109,093	62.6%	21,919	12.6%	9,516	31.1%	140,528	68.6%
宮城	214,599	70.2%	14,690	4.8%	22,097	34.0%	251,386	67.8%
秋田	77,368	54.6%	26,936	19.0%	8,489	30.1%	112,793	66.4%
山形	135,180	81.4%	10,227	6.2%	13,056	44.7%	158,463	81.2%
福島	175,833	63.7%	19,502	7.1%	15,807	29.6%	211,142	64.1%
茨城	183,054	58.8%	28,810	9.3%	17,834	28.2%	229,698	61.3%
栃木	149,038	62.9%	21,007	8.9%	15,547	33.0%	185,592	65.3%
群馬	155,523	58.4%	18,272	6.9%	16,156	28.8%	189,951	59.0%
埼玉	326,068	50.6%	45,045	7.0%	37,926	28.0%	409,039	52.4%
千葉	246,725	52.9%	30,096	6.4%	25,855	27.0%	302,676	53.8%
東京	1,595,060	58.5%	90,784	3.3%	153,352	31.4%	1,839,196	57.2%
神奈川	403,823	51.9%	40,984	5.3%	43,015	27.1%	487,822	52.1%
新潟	251,412	74.1%	27,544	8.1%	23,337	36.6%	302,293	75.0%
富山	136,483	76.4%	13,543	7.6%	9,588	32.2%	159,614	76.6%
石川	129,053	67.6%	20,362	10.7%	10,825	32.9%	160,240	71.6%
福井	83,949	68.0%	12,040	9.8%	6,477	30.4%	102,466	70.8%
山梨	81,255	74.9%	2,795	2.6%	9,367	42.8%	93,417	71.6%
長野	175,029	62.1%	34,826	12.4%	18,615	36.5%	228,470	68.7%
岐阜	207,627	65.0%	39,060	12.2%	20,982	30.1%	267,669	68.8%
静岡	297,967	66.5%	18,334	4.1%	25,872	29.9%	342,173	64.0%
愛知	569,047	55.1%	140,196	13.6%	68,670	29.7%	777,913	61.5%
三重	143,971	67.6%	16,285	7.6%	15,439	34.2%	175,695	68.1%
滋賀	91,436	63.5%	10,572	7.3%	11,778	36.7%	113,786	64.6%
京都	246,625	67.3%	20,048	5.5%	26,458	32.1%	293,131	65.3%
大阪	766,847	53.2%	90,079	6.3%	91,748	26.6%	948,674	53.1%
兵庫	373,495	59.8%	53,997	8.6%	40,899	28.0%	468,391	60.8%
奈良	70,975	53.8%	16,163	12.3%	12,068	35.6%	99,206	59.9%
和歌山	68,617	55.2%	15,651	12.6%	8,561	28.4%	92,829	60.1%
鳥取	51,282	60.6%	5,138	6.1%	3,672	25.1%	60,092	60.5%
島根	70,630	70.3%	8,375	8.3%	5,323	32.3%	84,328	72.1%
岡山	183,503	62.3%	38,772	13.2%	18,436	31.1%	240,711	68.1%
広島	277,637	62.1%	30,753	6.9%	28,035	30.2%	336,425	62.3%
山口	102,926	57.4%	21,667	12.1%	11,947	32.1%	136,540	63.1%
徳島	63,637	57.3%	8,813	7.9%	5,803	26.5%	78,253	58.8%
香川	85,630	54.7%	20,345	13.0%	9,429	29.6%	115,404	61.3%
愛媛	137,925	67.4%	12,735	6.2%	13,568	30.0%	164,228	65.7%
高知	73,317	68.9%	7,707	7.2%	5,452	30.3%	86,476	69.5%
福岡	472,940	60.1%	47,407	6.0%	44,318	26.0%	564,665	59.0%
佐賀	75,363	63.4%	6,821	5.7%	6,654	27.8%	88,838	62.2%
長崎	113,635	60.8%	26,599	14.2%	11,070	28.5%	151,304	67.0%
熊本	174,284	66.9%	13,874	5.3%	12,874	25.9%	201,032	64.8%
大分	117,155	68.4%	13,472	7.9%	11,948	33.1%	142,575	68.7%
宮崎	109,861	64.6%	13,228	7.8%	7,486	24.0%	130,575	64.9%
鹿児島	123,262	49.5%	47,059	18.9%	12,742	24.8%	183,063	61.0%
沖縄	140,779	62.0%	9,485	4.2%	13,758	28.9%	164,022	59.7%
合計	10,380,227	59.7%	1,360,462	7.8%	1,054,208	29.4%	12,794,897	61.1%

iii) 特定保健指導実施率及び質の向上

①被保険者の特定保健指導実施率の向上

生活習慣病予防健診（特定健診）や事業者健診の結果において、メタボリックシンドロームのリスクがあり、生活習慣の改善が必要な40歳以上の被保険者には、高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく特定保健指導を行っています。また、40歳以上の非肥満者であって高血圧や高血糖、脂質異常等のリスクがある方や、40歳未満でメタボリックシンドロームのリスクがある方等、特定保健指導に該当しない方にも保健指導²⁶を実施しています（図表4-68、4-69参照）。

〔(図表4-68) 特定保健指導の流れ〕



²⁶ 医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識していただく他、医療機関への受診の必要性はないものの検査値に異常が見られる対象者には、検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣のアドバイスや、健診結果に基づき自らの病気のリスクを自分自身の問題として認識してもらえよう、必要な情報提供を実施しています。

〔(図表4-69) 特定保健指導 対象者の選定基準〕



ア) 2025年度の実績について

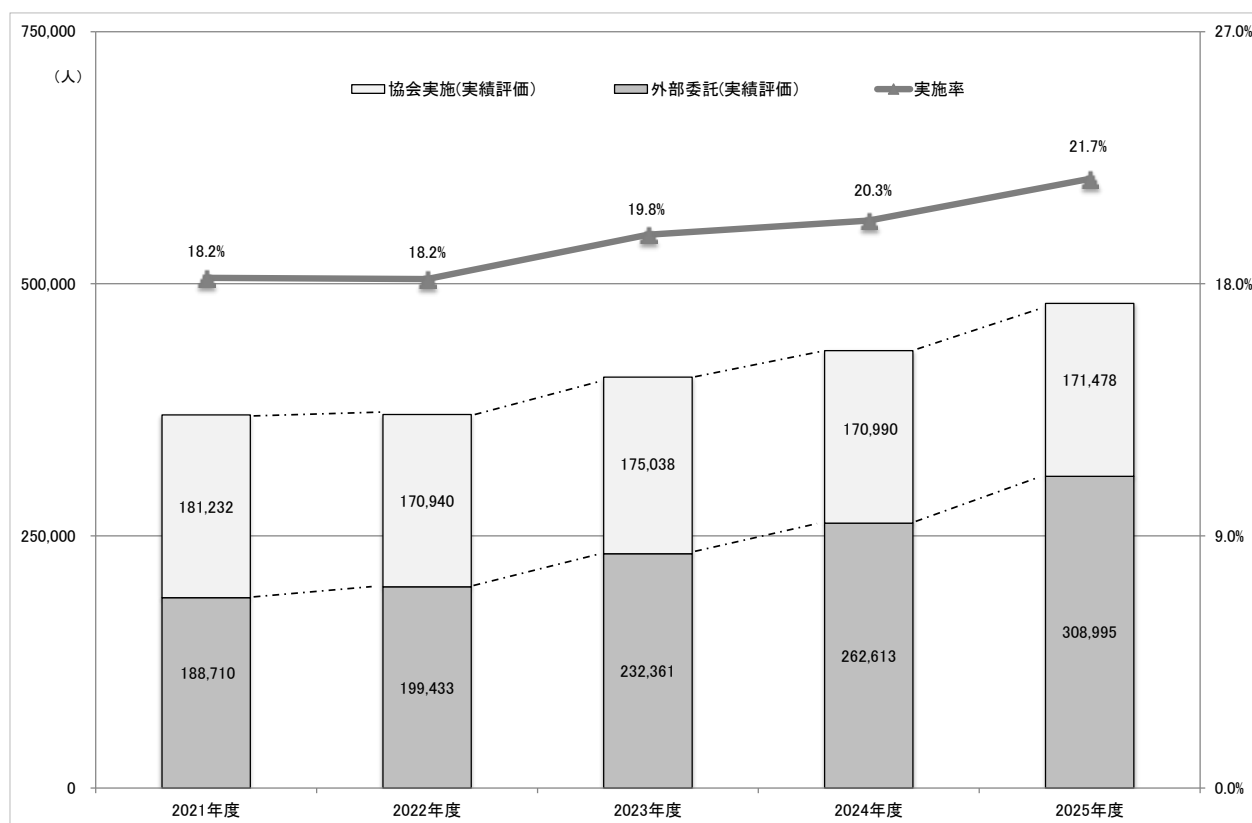
2025年度の被保険者の特定保健指導実施率は、2024年度の実施率20.3%から1.4%ポイント増加し、21.7%となりました。また、初回面談実施者数は632,131人、実績評価者数は480,473人となっており、それぞれ2024年度から、60,745人（10.6%）、46,870人（10.8%）増加しました。2025年度KPI（24.3%）は達成できませんでしたが、実施率、実施者数ともに過去最高となりました（図表4-70、4-71参照）。

〔(図表4-70) 特定保健指導の実績（被保険者）〕

			2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	前年度比 (増減)
保健指導対象者数			2,031,511人	2,038,259人	2,062,646人	2,140,330人	2,209,229人	68,899人
特定保健指導	初回面談	協会実施	214,931人	211,944人	218,012人	216,491人	210,895人	▲ 5,596人
		外部委託	242,679人	264,131人	317,490人	354,895人	421,236人	66,341人
		計	457,610人	476,075人	535,502人	571,386人	632,131人	60,745人
	実績評価	協会実施	181,232人	170,940人	175,038人	170,990人	171,478人	488人
		外部委託	188,710人	199,433人	232,361人	262,613人	308,995人	46,382人
		計	369,942人	370,373人	407,399人	433,603人	480,473人	46,870人
	実施率		18.2%	18.2%	19.8%	20.3%	21.7%	1.4%
その他保健指導※			140,657人	133,186人	111,267人	90,908人	83,023人	▲ 7,885人
保健指導 人員体制		保健師	426人	418人	419人	414人	386人	▲ 28人
		管理栄養士	246人	240人	223人	206人	204人	▲ 2人
		計	672人	658人	642人	620人	590人	▲ 30人

※ 「その他保健指導」とは、特定保健指導対象者以外の方への保健指導です。

〔(図表4-71) 特定保健指導の実績評価者数等の推移（被保険者）〕



イ) 2025年度の実施率向上に向けた主な取組

特定健診は、特定保健指導対象者や受診勧奨対象者を抽出するためのスクリーニングであり、特定保健指導によって生活習慣の改善を促すことは一連の取組において極めて重要な目的です。協会では、特定保健指導実施率の向上を図るため、利用案内の徹底や各種ツールを活用した利用勧奨を行うとともに、2024年度からの特定保健指導の制度見直しを契機とした外部委託の更なる推進、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔面談の実施、健診実施機関における好事例の展開等の取組を行いました。

（特定保健指導の利用案内の徹底）

被保険者が生活習慣病に移行しないよう、特定保健指導の対象となった旨をあまねく通知し、指導機会を確保するため、特定保健指導対象者全員への利用案内（指導機会の確保を含む。）を段階的に目指すこととし、2025年度は引き続き各支部において実情に応じた取組を進めました。

（各種ツールを活用した特定保健指導の利用勧奨）

協会では、事業所との距離をできるだけ縮め、健康づくりや医療費に対する認識を深めていただくため、支部の幹部職員を中心に勧奨体制を作り、事業所への訪問を実施しています。その際には、前述の「健診・保健指導カルテ」や、事業主の方々に自社の健診受診率や健診結果、医療費の相対的な位置付けについて認識していただくために作成している、後述の「事業所カ

ルテ」を活用して、特定保健指導の利用勧奨を進めています。これらのツールについては、特定保健指導の利用勧奨のほか、事業所単位での健康づくりの取組の動機付けにも活用しています。

（外部委託の推進）

特定保健指導の更なる推進を図るため、協会の保健師及び管理栄養士による特定保健指導と並行して、健診機関や保健指導専門機関への外部委託による特定保健指導を推進しています。

協会では、健診機関において健診当日に初回面談を実施することにより、受診者の利便性を高めつつ、健康意識が高い状態で効果的かつ効率的に特定保健指導を実施することができるため、健診当日の初回面談実施を推進するよう健診機関へ積極的に働きかけを行っています。

2025年度においても、健診機関に対する説明会や実地調査の際に働きかけを行うとともに、支部の幹部職員等による健診機関への訪問を実施し、積極的な働きかけを行いました。

本部においては、特定保健指導に係る契約が未締結の健診機関や特定保健指導実施率が低い健診機関に対する支部からのアプローチを円滑にするため、健診団体に協力依頼を行い、健診団体から健診当日の特定保健指導の推進についてご協力いただくよう、会員の健診機関に周知を行っていただきました。また、特定保健指導を実施する健診機関の拡充と、健診機関における特定保健指導実施数の向上を目的に、特定保健指導実施率が高い健診機関の創意工夫ある実施事例をまとめた事例集を2025年度も継続して作成しました。この事例集は、支部において健診機関への新規契約勧奨等を行う際に活用するとともに、既存の健診機関に対しても、事務説明会や研修会の機会に配付する等して掲載事例の共有等を行うことにより、実施率の更なる向上を図っています（図表4-72参照）。

こうした取組の効果もあり、2025年度の健診機関における特定保健指導の委託機関は2024年度から42機関増加し、1,575機関となりました。このうち、健診当日に初回面談を完了（一括実施）できる委託機関は1,238機関（対前年度64機関増）となり、委託機関の約78%を占めています（図表4-73参照）。なお、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔面談を実施している委託機関は、2024年度から38機関増加し、742機関となりました。

健診機関や保健指導専門機関への委託による初回面談実施者数は421,236人、実績評価者数は308,995人となり、それぞれ前年度から、66,341人（18.7%）、46,382人（17.7%）増加しました。今後においても、外部委託による特定保健指導を推進し、特定保健指導実施率の向上を図ります。

〔(図表4-72) 特定保健指導の推進に向けた事例集〕

**Case 8 「特定保健指導までが健診」を、共通認識に
断られない工夫を凝らすことで継続した支援を実現**



菊池養生園保健組合 菊池広域保健センター

健診受診者数：4,491人
特定保健指導対象者数：955人
初回面談実施率：86.6%

職員体制

保健予防課 管理栄養士 田中 裕子 さん(49)
保健予防課 管理栄養士 中村 允慶 さん(42)
保健予防課 保健師 荒川 礼佳 さん(26)

03 多職種による協力体制

初回面談を実施するためには、特定保健指導を直接担当する保健師や管理栄養士だけでなく、検査技師や看護士といったスタッフの協力も欠かせません。そのため、特定保健指導が吸収につながることや、各職種が果たす役割や貢献の大きさを具体的に伝えるよう努めています。また、多職種でチームを編成し、互いの専門性を生かしながら特定保健指導に取り組むことで、対象者により質の高い支援が提供できる体制を整えています。さらに、保健師や管理栄養士は健診業務そのもののマネジメントにも積極的に関わり、「保健指導までが健診である」という共通認識のもと、施設全体の連携体制が一層強化されたと感じています。



▲チームの誰もが業務しているからこそ、さまざまな立場での視点で意見交換が可能です。

01 昨年までの健診データを事前に準備し確認

受診当日に効率よく指導ができるように、昨年までの健診データや過去の保健指導内容を確認する仕組みを整えています。使用する「経年結果一覧表」は、対象者の過去10回分の血圧や体重、血糖値などのデータを一覧で確認することができます。

また、経年的に特定保健指導の対象となっている方については、特定保健指導システムから過去の指導記録を確認し、どのような動きを行ったのか、どのような反応があったかを把握します。こうした準備を行うことで、継続的で個別性のある指導が実施できています。



▲過去のデータを参照し、特定保健指導の効率アップ。

04 支援者の負担を減らすことを心掛ける

特定保健指導において中断率を下げるために、電話支援の仕組みを工夫しています。初回面談を担当した職員だけに継続支援を任せのではなく、複数の職員が関わる形を取り、毎日12時30分と16時からの1時間を電話支援に充てるようにしています。つながらない時は、翌日に再度電話、6回電話してもつながらない場合、初回担当者に戻すなどのルールを決めることで、前向きな関わりが続けられています。

また、支援では大きな成果を出すことを目標にせず、長い目で見て少しずつの変化を読み重ねることに重きを置いています。「プログラムシート」を利用し、対象者に寄り添いステップアップ。結果を急ぎすぎではなく、小さな改善を一緒に喜び合うことを心掛けています。毎年の健診と特定保健指導を通じて一歩ずつという姿勢が、継続的な健康づくりにつながっていると実感しています。



▲システムを導入し、支援スケジュールなどが記載されたプログラムシートの作成も容易に、対象者が簡単に目標を書き込むことができます。

02 健診結果が当日に出る体制づくり

当施設では、血液の検査結果が当日の健診終了時までに届くよう工夫をしています。受付が済んだ方から採血のご案内、日々の健診実施においては、特定健診だけでなく、労安法健診や特殊健診も実施しているため、全員を一度に採血へ誘導すると流れが滞ってしまいます。そこで、特定健診の対象者には受診時に「50番マーク」を付け、優先的に採血へ案内する方法を取っています。看護師が血圧測定を行う際、体重や腹囲、血圧が基準値以上かで判定し振り分けます。血圧を含め基準値を超えれば、脂質や血糖を測定、腹囲や体重は基準値以上だが、血圧は基準内という方は「血液検査待ち」として扱います。

特定保健指導は、来てもらうことよりも、いかに健診当日に断られず受けてもらうかがポイント。「本日の健診の結果がもう出ています。お伝えしたいことがあるので、問診票をご記入の上、少しお待ちください」とご案内し、自然と流れで初回面談へ誘導ができています。



▲特定保健指導対象者(50番マーク)は必ず血圧室へ来る仕組みを導入

特定保健指導の流れ

受付 → 振り分け → 身体計測・血圧測定 → 身体・腹囲は基準、体重・腹囲、血圧は基準以上 → 血液検査待ち → 血液検査待ちに振り分け → 特定保健指導実施

身体・腹囲は基準、体重・腹囲、血圧は基準以上 → その場で脂質判定

05 まずは初回面談を健診当日に実施できる体制を整えることが大切です。血液検査結果を迅速に返す体制づくりが必須で、そのためには検査技師の協力が欠かせません。健診フロア全体の中に特定保健指導を組み合わせる意識を持つことが大切です。

✓ 健診支援は複数の担当者で行うことがおすすめです。同じ人だけで支援すると単調になりやすくなります。複数人が関わることで新しい視点からの声掛けができ、利用者の反応に柔軟に対応できます。結果的に中断率の低下につながります。

菊池養生園保健組合 菊池広域保健センター

〒800-0001 広島県広島市東区水町2193-1
http://www.yjcom.or.jp/

設立：1992年4月
事業内容：法定検診、組合けんぽ生活習慣病予防検診、菊池市市民検診、合宿市民検診、人間ドック(1日)ドック検診コース・1日ドック検診コース・1日ドック検診コース



〔(図表4-73) 特定保健指導の外部委託機関数〕

		(単位: 機関)									
		2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
委託契約機関数	委託契約機関数	910	980	1,178	1,192	1,263	1,311	1,378	1,464	1,533	1,575
	健診当日に、初回面談を実施する機関数	517	586	834	1,079	1,144	1,195	1,271	1,362	1,285	1,349
	一括実施	517	586	715	892	930	971	1,040	1,110	1,174	1,238
	分割実施	-	-	480	737	779	812	899	977	853	892

※分割実施は、制度見直しにより2018年度から実施可能とされた。

※一括実施と分割実施の合計は特定保健指導の一括実施と分割実施の両方を実施する機関(2018年度:361機関、2019年度:550機関、2020年度:565機関、2021年度:588機関、2022年度:668機関、2023年度:725機関、2024年度:742機関、2025年度:781機関)があるため、健診当日に、初回面談を実施する機関数と一致しない。

②被扶養者の特定保健指導

特定健診の結果において、メタボリックシンドロームのリスクがあり、生活習慣の改善が必要な40歳以上の被扶養者には特定保健指導を行っています。

ア) 2025年度の実績について

2025年度の被扶養者の特定保健指導実施率は2024年度の実施率17.1%から2.8%ポイント増加し、19.9%となりました。初回面談実施者数は21,741人、実績評価者数は16,855人となり、

それぞれ前年度から、4,156人(23.6%)、1,626人(10.7%)増加しました。2025年度KPI(19.4%)を達成し、実施率、実施者数ともに過去最高となりました(図表4-74参照)。

[(図表4-74) 特定保健指導の実績(被扶養者)]

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	前年度比 (増減)
対象者数	95,352人	90,079人	87,084人	88,871人	84,596人	▲ 4,275人
初回面談	15,295人	16,226人	16,281人	17,585人	21,741人	4,156人
実績評価	12,236人	13,939人	13,555人	15,229人	16,855人	1,626人
実施率	12.8%	15.5%	15.6%	17.1%	19.9%	2.8%

イ) 2025年度の実施率向上に向けた主な取組

被扶養者の特定保健指導については、健診当日に初回面談を実施することができるよう、特定保健指導の利用券を兼ねた特定健診の受診券(セット券)を発行しています。

また、2018年度から、健診当日に一部の健診結果が揃わない場合であっても初回面談の分割実施が可能とされたことを踏まえ、健診機関への委託による実施に加え、協会主催の集団健診や自治体との協定等による集団健診の実施会場で特定保健指導を同時に実施する取組を進めています。

2025年度の協会主催の集団健診における初回面談実施者数は20,328人(前年度比26.2%増)となりました。これは、被扶養者における2025年度の初回面談実施者数の93.5%を占めています。

③特定保健指導実施率の推移

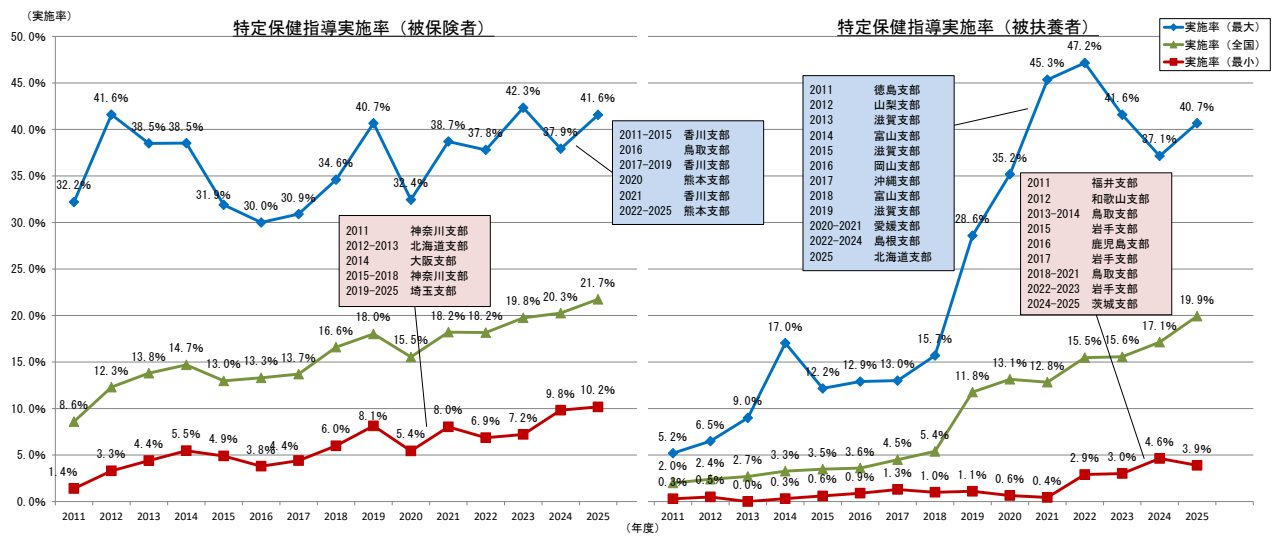
図表4-75は、2011(平成23)年度以降の特定保健指導の支部ごとの実施率の最大値及び最小値並びに全国の実施率の推移を示したものです。

2025年度の被保険者の特定保健指導実施率は、最大は熊本支部の41.6%、最小は埼玉支部の10.2%、全国では21.7%です。また、被扶養者の特定保健指導実施率は、最大は北海道支部の40.7%、最小は茨城支部の3.9%、全国では19.9%です。なお、特定保健指導実施率は、中・小規模支部に比べ、大規模支部が低い傾向にあります(図表4-76参照)。

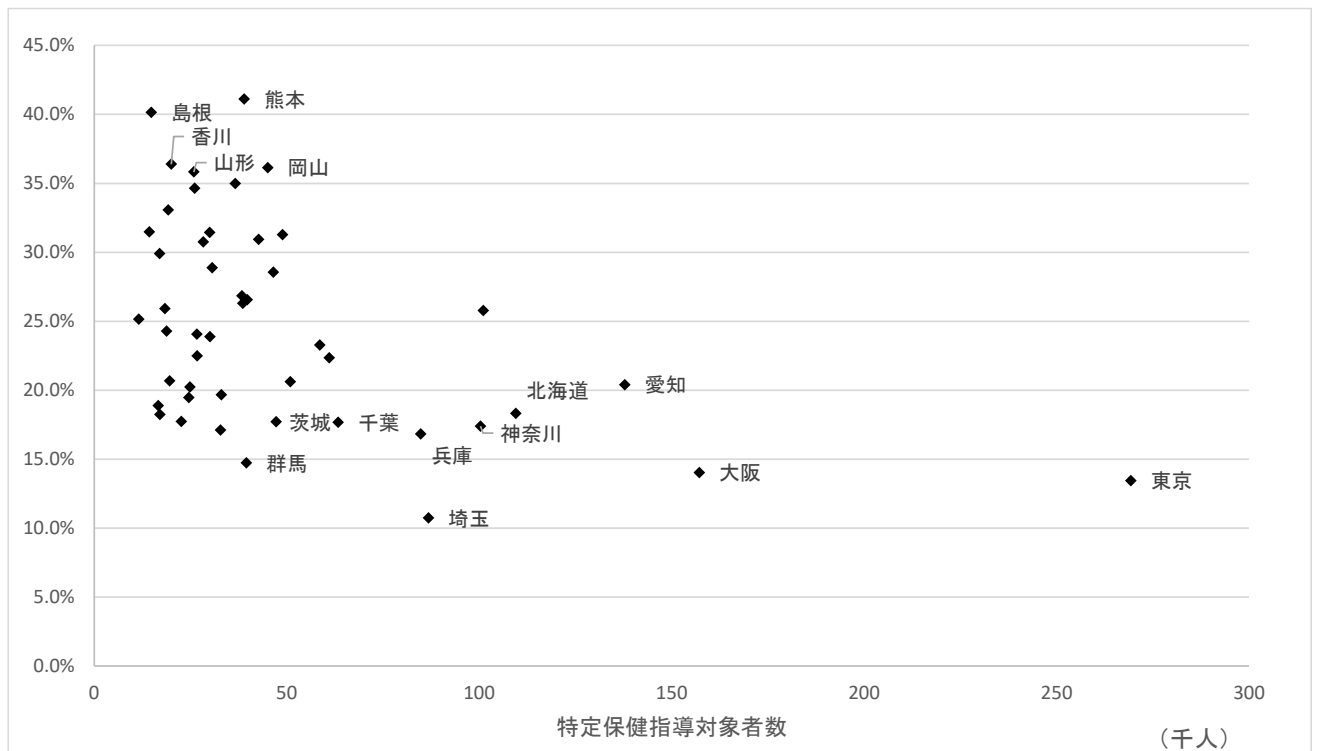
被保険者の特定保健指導実施率は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、特定保健指導を一時中止したこと等により、2020年度の実施率は全国的に低下しましたが、2021年度以降、健診当日の初回面談を推進すること等により実施率が回復し、2024年度に引き続き、2025年度も過去最高の実施率となりました。

被扶養者の特定保健指導実施率は、特定保健指導を同時に実施可能な集団健診の日程やエリアを拡充すること等により、着実に増加しています。

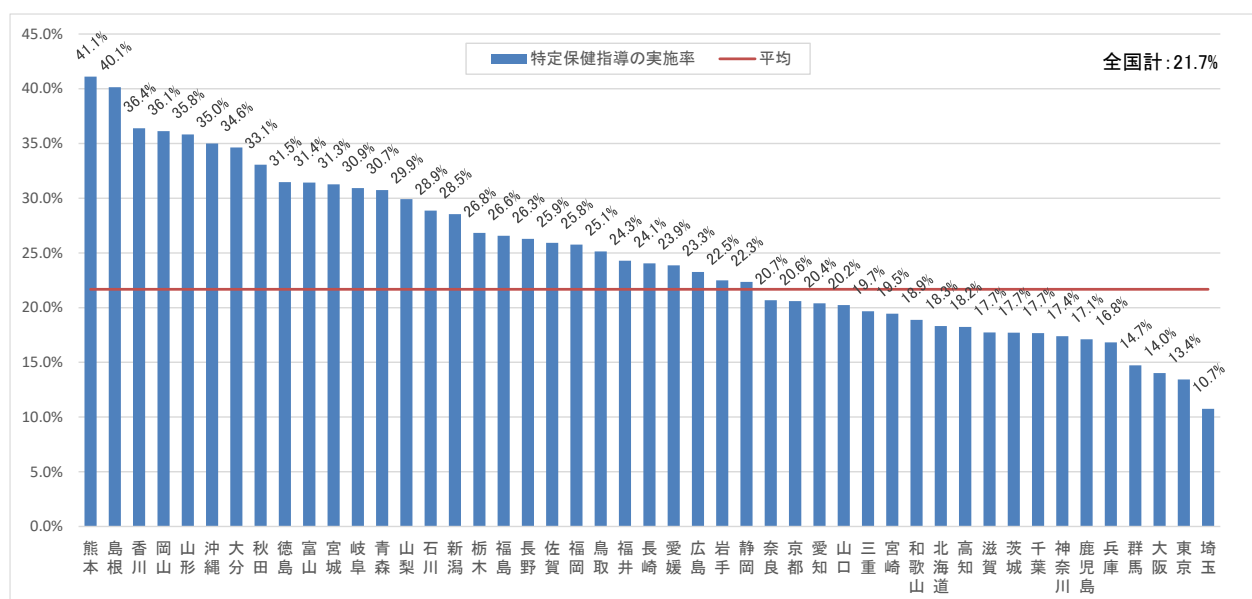
〔(図表4-75) 特定保健指導実施率の推移〕



〔(図表4-76) 特定保健指導対象者数と特定保健指導実施率（加入者）〕



[(図表4-77) 特定保健指導の実施率(加入者)]



〔(図表4-78) 各支部における特定保健指導の実績 (2025年度)〕

	被保険者						被扶養者				合計				外部委託機関		
	初回面談			実績評価			初回面談		実績評価		初回面談		実績評価				
	実施人数	外部委託 (再掲)	実施率	実施人数	外部委託 (再掲)	実施率	実施人数	実施率	実施人数	実施率	実施人数	実施率	実施人数	実施率	契約 機関数	健診当日実施 一括	分割
北海道	23,902	(18,909)	22.6%	18,599	(14,155)	17.6%	2,330	64.5%	1,468	40.7%	26,232	24.0%	20,067	18.3%	46	35	28
青森	11,081	(5,785)	40.5%	8,477	(4,379)	31.0%	153	15.5%	245	24.8%	11,234	39.6%	8,722	30.7%	11	7	9
岩手	8,603	(3,696)	33.6%	5,931	(2,521)	23.1%	118	10.5%	82	7.3%	8,721	32.6%	6,013	22.5%	12	10	10
宮城	20,016	(14,009)	42.7%	14,965	(9,537)	31.9%	364	17.5%	334	16.0%	20,380	41.6%	15,299	31.3%	28	25	23
秋田	8,054	(1,449)	43.5%	6,226	(1,259)	33.6%	151	21.4%	132	18.8%	8,205	42.7%	6,358	33.1%	12	7	5
山形	13,096	(7,880)	52.9%	9,032	(5,434)	36.5%	295	26.4%	235	21.0%	13,391	51.8%	9,267	35.8%	16	13	2
福島	12,977	(4,617)	34.0%	10,415	(3,512)	27.3%	243	15.1%	153	9.5%	13,220	33.2%	10,568	26.6%	45	35	23
茨城	10,364	(5,818)	23.2%	8,277	(4,272)	18.5%	156	6.1%	99	3.9%	10,520	22.2%	8,376	17.7%	30	26	16
栃木	12,401	(8,069)	33.5%	10,044	(6,584)	27.2%	312	21.4%	265	18.2%	12,713	33.1%	10,309	26.8%	16	14	9
群馬	7,167	(5,226)	18.8%	5,708	(3,919)	15.0%	139	9.6%	115	8.0%	7,306	18.5%	5,823	14.7%	23	17	14
埼玉	9,476	(6,186)	11.6%	8,333	(5,683)	10.2%	1,179	23.9%	994	20.1%	10,655	12.3%	9,327	10.7%	44	22	20
千葉	13,474	(9,885)	22.6%	10,860	(7,442)	18.2%	539	14.8%	346	9.5%	14,013	22.1%	11,206	17.7%	26	23	19
東京	50,272	(45,371)	19.1%	35,187	(29,976)	13.3%	1,324	24.0%	1,006	18.2%	51,596	19.2%	36,193	13.4%	132	88	75
神奈川	22,396	(18,159)	23.2%	16,796	(13,645)	17.4%	1,080	27.0%	659	16.5%	23,476	23.4%	17,455	17.4%	64	55	41
新潟	15,288	(10,052)	34.2%	13,077	(8,660)	29.2%	255	13.8%	214	11.6%	15,543	33.4%	13,291	28.5%	24	23	13
富山	11,788	(8,043)	40.3%	9,309	(5,739)	31.8%	163	21.1%	129	16.7%	11,951	39.8%	9,438	31.4%	28	28	23
石川	10,116	(7,664)	34.0%	8,736	(6,432)	29.3%	174	20.4%	108	12.6%	10,290	33.6%	8,844	28.9%	27	22	5
福井	5,476	(1,239)	29.9%	4,447	(969)	24.3%	101	18.7%	129	23.9%	5,577	29.6%	4,576	24.3%	12	9	2
山梨	6,538	(3,327)	40.5%	5,036	(2,688)	31.2%	87	10.0%	47	5.4%	6,625	39.0%	5,083	29.9%	13	13	7
長野	13,864	(6,484)	37.4%	9,876	(4,478)	26.6%	476	32.7%	264	18.1%	14,340	37.2%	10,140	26.3%	42	39	12
岐阜	15,952	(9,923)	38.9%	12,767	(7,628)	31.2%	595	33.9%	445	25.4%	16,547	38.7%	13,212	30.9%	32	24	19
静岡	16,798	(12,955)	28.3%	13,157	(10,260)	22.2%	550	31.5%	483	27.7%	17,348	28.4%	13,640	22.3%	46	39	35
愛知	37,247	(29,800)	28.0%	27,424	(21,296)	20.6%	936	18.9%	702	14.2%	38,183	27.7%	28,126	20.4%	135	93	83
三重	8,849	(7,112)	28.1%	5,985	(4,602)	19.0%	717	44.8%	517	32.3%	9,566	28.9%	6,502	19.7%	25	23	21
滋賀	5,171	(2,193)	24.3%	3,556	(1,151)	16.7%	574	41.7%	457	33.2%	5,745	25.4%	4,013	17.7%	19	14	14
京都	14,778	(9,230)	29.9%	10,230	(5,817)	20.7%	413	25.4%	274	16.9%	15,191	29.8%	10,504	20.6%	38	29	14
大阪	28,104	(22,478)	18.5%	21,055	(16,293)	13.9%	1,153	21.7%	986	18.6%	29,257	18.6%	22,041	14.0%	86	67	68
兵庫	19,038	(12,308)	23.3%	13,748	(8,630)	16.8%	728	23.4%	532	17.1%	19,766	23.3%	14,280	16.8%	64	49	46
奈良	4,279	(909)	23.3%	3,801	(687)	20.7%	325	26.5%	251	20.5%	4,604	23.5%	4,052	20.7%	13	8	10
和歌山	3,731	(1,233)	23.5%	2,916	(822)	18.3%	267	35.1%	230	30.2%	3,998	24.0%	3,146	18.9%	12	8	7
鳥取	3,948	(1,264)	35.1%	2,895	(1,165)	25.7%	28	8.4%	20	6.0%	3,976	34.3%	2,915	25.1%	8	7	5
島根	6,479	(2,195)	45.0%	5,811	(2,085)	40.4%	108	26.2%	135	32.8%	6,587	44.5%	5,946	40.1%	13	8	3
岡山	19,402	(13,625)	44.8%	15,592	(10,998)	36.0%	760	41.3%	700	38.1%	20,162	44.7%	16,292	36.1%	56	47	26
広島	16,560	(12,523)	29.4%	13,017	(9,451)	23.1%	759	33.3%	621	27.2%	17,319	29.5%	13,638	23.3%	50	38	22
山口	5,950	(2,612)	24.9%	4,862	(2,119)	20.4%	218	20.6%	180	17.0%	6,168	24.8%	5,042	20.2%	20	15	4
徳島	5,671	(1,862)	41.0%	4,426	(1,396)	32.0%	103	20.9%	87	17.6%	5,774	40.3%	4,513	31.5%	9	8	7
香川	8,544	(4,407)	44.6%	7,027	(3,586)	36.7%	279	31.8%	260	29.6%	8,823	44.1%	7,287	36.4%	19	17	10
愛媛	8,856	(3,754)	30.7%	6,849	(2,687)	23.8%	349	27.4%	332	26.1%	9,205	30.6%	7,181	23.9%	19	13	10
高知	4,458	(1,942)	27.0%	3,021	(1,465)	18.3%	117	19.2%	99	16.3%	4,575	26.7%	3,120	18.2%	10	8	2
福岡	36,413	(29,623)	37.3%	24,853	(19,046)	25.5%	1,478	42.6%	1,191	34.3%	37,891	37.5%	26,044	25.8%	87	78	53
佐賀	6,285	(3,256)	35.5%	4,668	(2,385)	26.4%	93	13.8%	91	13.5%	6,378	34.7%	4,759	25.9%	17	12	9
長崎	10,298	(5,353)	40.1%	6,239	(3,684)	24.3%	174	17.6%	177	18.0%	10,472	39.3%	6,416	24.1%	30	24	8
熊本	19,828	(16,778)	52.5%	15,703	(13,000)	41.6%	350	29.3%	318	26.6%	20,178	51.8%	16,021	41.1%	38	35	20
大分	10,805	(6,841)	43.2%	8,820	(5,486)	35.3%	301	27.4%	217	19.7%	11,106	42.6%	9,037	34.6%	24	21	16
宮崎	6,357	(1,285)	26.6%	4,681	(793)	19.6%	221	30.4%	108	14.8%	6,578	26.7%	4,789	19.5%	11	8	8
鹿児島	6,634	(2,829)	20.9%	5,521	(2,307)	17.4%	105	8.9%	99	8.4%	6,739	20.5%	5,620	17.1%	25	18	10
沖縄	15,347	(11,078)	43.6%	12,518	(8,872)	35.6%	401	26.4%	319	21.0%	15,748	42.9%	12,837	35.0%	18	16	6
合計	632,131	(421,236)	28.6%	480,473	(308,995)	21.7%	21,741	25.7%	16,855	19.9%	653,872	28.5%	497,328	21.7%	1,575	1,238	892

④特定保健指導の質の向上

第4期の特定保健指導から、従来のプロセス評価に加えて、成果に着目したアウトカム評価が導入され、特定保健指導の質の向上が、より一層求められています。

支部保健師を対象とした保健師全国研修において、自分たちが行った特定保健指導のなかで、腹囲2cmかつ体重2kg減以上を達成した行動目標が、アウトカム評価につながる目標となっていたか、検討を行いました。

また、腹囲2cm体重2kg減のアウトカム評価の見える化の一環として、2024年度に特定保健指導の実績評価まで完了した167,023人のうち、2025年度の健診結果がある者112,593人について分析を行いました。分析対象者のうち、実績評価時に腹囲2cmかつ体重2kg減のアウトカム評価を達成した者の割合は31.9%、2025年度の健診受診時まで同評価を維持していた者の割合は14.1%でした。

更に、契約保健師及び管理栄養士を対象とした保健師等ブロック研修において、2025年に改訂のあった「高血圧治療・診療ガイドライン2025」の特定保健指導への応用について、講義・ロールプレイを行い、高血圧に関する最新の知識の習得を行いました。また、協会で定める契約保健師・管理栄養士の役割に、2026年度から専門職の知見と能力を活かした特定保健指導以外の業務としてコラボヘルス等を新たに追加したことから、コラボヘルスをテーマに講義や各支部の取組についてのグループワーク・情報交換を行いました。

iv) 重症化予防対策の推進

高血圧や高血糖、脂質異常等の生活習慣病のリスクがある方への特定保健指導だけでなく、治療が必要な方への重症化予防対策は、保健事業における重要な取組の一つであり、協会では未治療者への受診勧奨と糖尿病性腎症患者への重症化予防に取り組んでいます。

①未治療者への受診勧奨

健診の結果、治療が必要と判断されながら医療機関を受診していない方に対して受診勧奨（一次勧奨、二次勧奨）を行っています。

一次勧奨は、血圧、血糖、脂質に関する数値が一定基準以上（受診勧奨対象域²⁷⁾であった方で、健診受診月の前月から健診受診月の2ヶ月後までの4ヶ月内に医療機関を未受診かつ健診時の問診で服薬なしと回答した方を対象に、健診受診月から概ね6ヶ月後に医療機関への受診を勧奨する文書を本部から送付しています（図表4-79参照）。

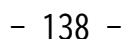
二次勧奨は、一次勧奨実施後に、より重症域²⁸⁾の方を対象として、各支部において地域の実情を踏まえ、電話・文書等によって実施しています。

更に、2025年度より胸部エックス線検査の結果に基づく受診勧奨を開始しました。2024年度より保険者努力重点支援プロジェクトにおいて、外部有識者の助言を得ながら、胸部エックス

²⁷⁾ ①収縮期血圧160mmHg以上、②拡張期血圧100mmHg以上、③空腹時血糖126mg/dl以上、④HbA1c6.5%以上、⑤LDLコレステロール180mg/dl以上のいずれかに該当する方

²⁸⁾ 一次勧奨基準値の血圧・血糖・脂質のうち、2つ以上に該当する方。又は、①収縮期血圧180mmHg以上、②拡張期血圧110mmHg以上、③空腹時血糖160mg/dl以上、④HbA1c8.4%以上のいずれかに該当する方

〔(図表4-79) 未治療者受診勧奨通知 (一次勧奨)〕



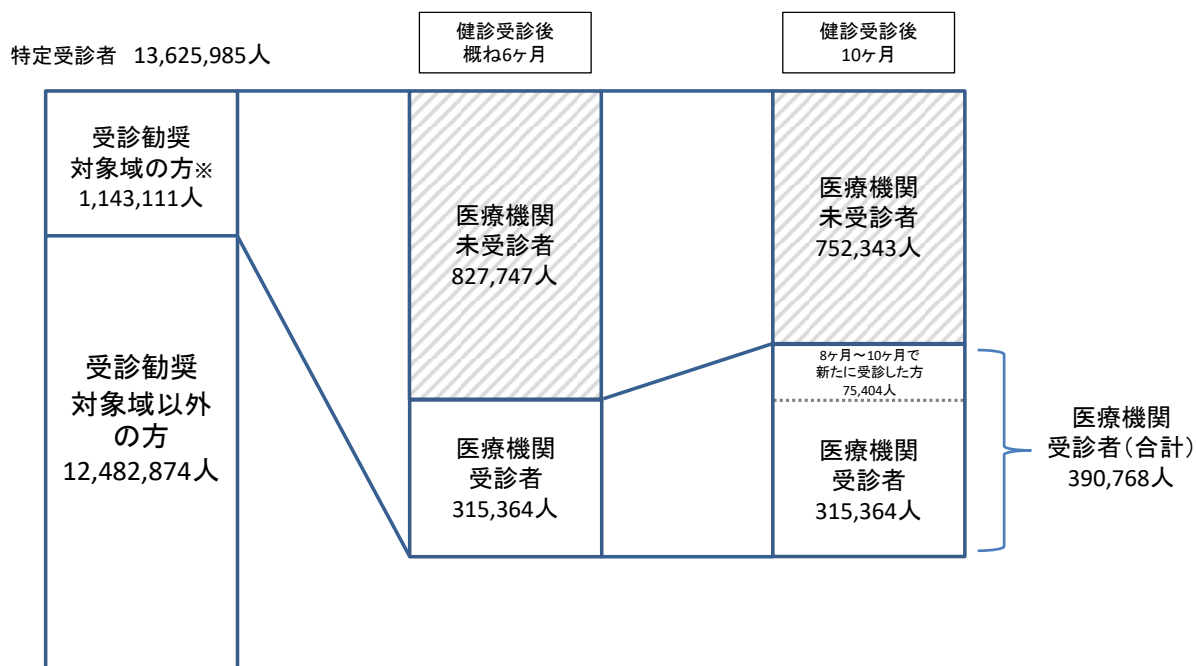
ア) 2025年度の実績について

2024年度に特定健診（被保険者の生活習慣病予防健診・事業者健診、被扶養者の特定健診。以下イ）において同じ。）を受けた約1,360万人のうち、受診勧奨対象者（胸部エックス線検査結果に基づく受診勧奨対象者は除く。）は1,143,111人、うち390,768人（34.2%）の方が健診受診月から10ヶ月以内に医療機関を受診しました。前年度の同受診率（33.8%）と比較した結果、2025年度KPIである「健診受診月から10ヶ月以内に医療機関を受診した者の割合を対前年度以上とする」を達成しました（図表4-81、4-82参照）。

更に、この実績から新規該当者と連続該当者の受診率を比較すると、新規該当者の受診率は36.8%、連続該当者の受診率は30.1%であり、新規該当者の受診率の方が6.7%ポイント高い結果となりました（図表4-83参照）。

また、胸部エックス線検査に基づく受診勧奨は、59,304人（2026年3月末現在）の方に行いました。医療機関への受診結果は、今後、検証等を進めることとしています。

〔(図表4-81) 健診受診月10ヶ月間の医療機関受診状況（2024年度健診受診者）①〕



※「受診勧奨対象域の方」とは、受診勧奨の基準（血圧、血糖、脂質）に該当する者（問診表で「服薬あり」の者、健診受診月の前月に医療機関への受診履歴がある者を除く）の人数です。

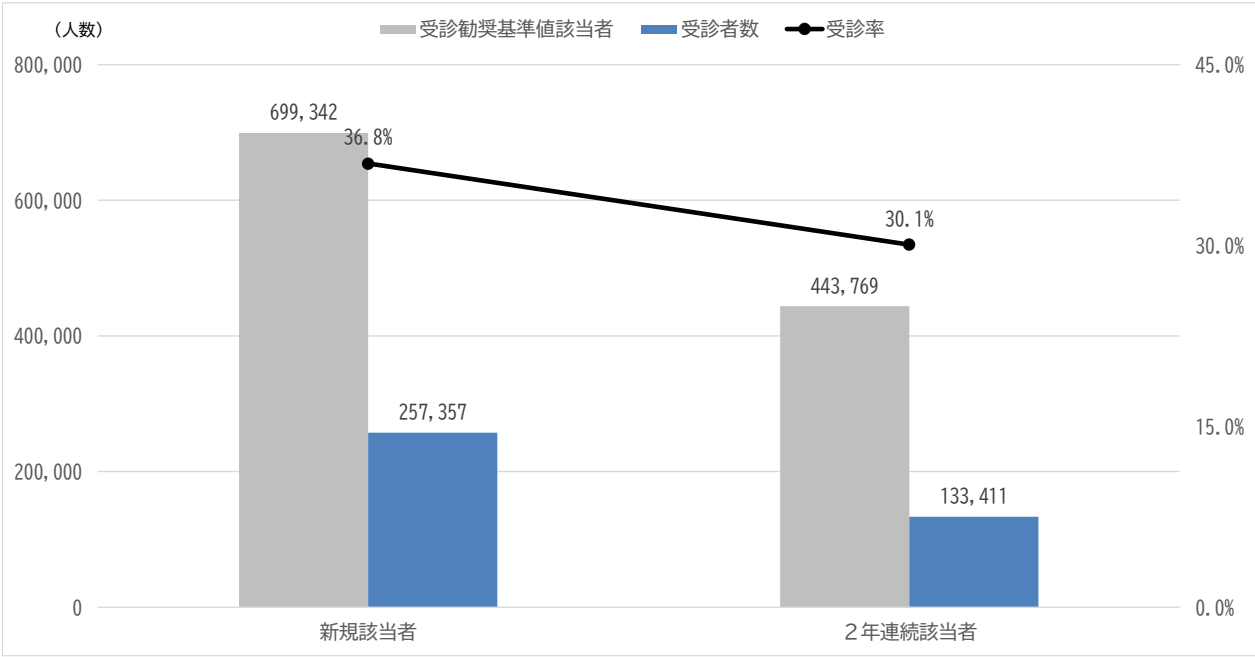
〔(図表4-82) 健診受診月10ヶ月間の医療機関受診状況(対前年度比較)(2024年度健診受診者)〕

②]

	2024年度			2023年度				2024年度			2023年度		
	受診勧奨通知基準値該当者数	健診受診月から10ヵ月後		受診勧奨通知基準値該当者数	健診受診月から10ヵ月後			受診勧奨通知基準値該当者数	健診受診月から10ヵ月後		受診勧奨通知基準値該当者数	健診受診月から10ヵ月後	
		受診者数	受診率		受診者数	受診率			受診者数	受診率		受診者数	受診率
北海道	55,112	18,538	33.6%	54,215	17,850	32.9%	滋賀	12,216	3,898	31.9%	12,299	3,888	31.6%
青森	15,466	5,226	33.8%	14,637	4,933	33.7%	京都	25,490	7,960	31.2%	24,617	7,838	31.8%
岩手	13,708	4,546	33.2%	13,068	4,122	31.5%	大阪	79,995	26,656	33.3%	74,980	24,274	32.4%
宮城	25,884	8,784	33.9%	25,557	8,451	33.1%	兵庫	43,181	14,448	33.5%	43,270	14,625	33.8%
秋田	9,667	3,530	36.5%	9,767	3,556	36.4%	奈良	9,201	3,501	38.1%	9,683	3,549	36.7%
山形	13,787	5,023	36.4%	13,792	4,991	36.2%	和歌山	8,371	2,933	35.0%	8,452	2,948	34.9%
福島	19,385	6,226	32.1%	19,283	6,153	31.9%	鳥取	6,511	2,084	32.0%	6,161	1,974	32.0%
茨城	23,050	7,614	33.0%	22,389	7,275	32.5%	島根	8,359	2,969	35.5%	8,114	2,930	36.1%
栃木	20,276	7,277	35.9%	19,297	7,002	36.3%	岡山	21,877	8,475	38.7%	21,644	8,509	39.3%
群馬	20,797	6,587	31.7%	20,075	6,490	32.3%	広島	29,165	10,323	35.4%	29,523	10,532	35.7%
埼玉	45,297	14,888	32.9%	43,129	13,704	31.8%	山口	14,486	4,666	32.2%	13,892	4,513	32.5%
千葉	36,073	12,261	34.0%	35,261	11,800	33.5%	徳島	6,563	2,109	32.1%	6,392	2,084	32.6%
東京	113,872	37,470	32.9%	107,397	34,847	32.4%	香川	10,206	3,488	34.2%	9,690	3,209	33.1%
神奈川	53,118	18,071	34.0%	51,842	17,278	33.3%	愛媛	15,184	5,237	34.5%	15,681	5,168	33.0%
新潟	24,431	8,874	36.3%	24,972	9,095	36.4%	高知	7,885	2,663	33.8%	8,075	2,695	33.4%
富山	14,328	5,730	40.0%	13,688	5,136	37.5%	福岡	52,130	18,276	35.1%	51,491	17,587	34.2%
石川	13,658	4,613	33.8%	13,065	4,299	32.9%	佐賀	8,124	3,001	36.9%	7,954	2,993	37.6%
福井	9,454	3,173	33.6%	9,533	3,170	33.3%	長崎	12,658	4,691	37.1%	12,793	4,518	35.3%
山梨	9,704	3,433	35.4%	9,993	3,501	35.0%	熊本	16,701	6,380	38.2%	16,341	6,383	39.1%
長野	20,062	7,189	35.8%	19,250	6,854	35.6%	大分	12,821	4,927	38.4%	13,120	4,876	37.2%
岐阜	23,092	7,890	34.2%	22,892	7,913	34.6%	宮崎	10,603	3,652	34.4%	10,783	3,662	34.0%
静岡	33,092	11,561	34.9%	32,492	11,623	35.8%	鹿児島	15,010	5,835	38.9%	14,310	5,544	38.7%
愛知	70,184	22,413	31.9%	67,133	21,050	31.4%	沖縄	15,497	5,761	37.2%	15,629	5,492	35.1%
三重	17,380	5,918	34.1%	17,230	5,779	33.5%	合計	1,143,111	390,768	34.2%	1,114,851	376,663	33.8%

※2024年度の健診受診者から、新たに被扶養者及び事業者健診データ取得者並びに任意継続被保険者を受診勧奨の対象に追加しています。

〔(図表4-83) 新規・連続該当者の受診率(2024年度健診受診者)〕



イ) 2025年度の受診率向上に向けた主な取組

2024年度に特定健診を受けられた約1,360万人のうち、一次勧奨対象者（胸部エックス線検査結果に基づく受診勧奨対象者は除く。）846,159人の方に本部から一次勧奨として、受診を促す文書を送付しました。二次勧奨は、各支部において地域の実情を踏まえ、外部委託を活用しつつ、電話（72,102件）、文書（628,982件）、面談（643件）等による受診勧奨を実施しました（図表4-84、4-85参照）。

なお、2024年度の健診受診者から、新たに被扶養者及び事業者健診データ取得者等を受診勧奨の対象に追加するとともに、一次勧奨通知に尿蛋白の検査結果を追加する等、引き続きより多くの加入者の重症化予防及び加入者の生活の質（QOL）の維持に資する取組を推進しています。

〔図表4-84）未治療者への受診勧奨（一次勧奨文書発送状況）〕

健診受診年度	通知時期	一次勧奨件数		抽出割合 (発送件数/ 健診受診者数)
			二次対象 (再掲)	
2019年度	初回通知 (2019年10月末) ～ 12回通知 (2020年9月末)	382,406	96,354	約3.9%
2020年度	初回通知 (2020年10月末) ～ 12回通知 (2021年9月末)	407,490	103,730	約4.3%
2021年度	初回通知 (2021年10月末) ～ 12回通知 (2022年9月末)	414,656	103,236	約4.1%
2022年度	初回通知 (2022年10月末) ～ 12回通知 (2023年9月末)	686,444	139,517	約6.5%
2023年度	初回通知 (2023年10月末) ～ 12回通知 (2024年9月末)	706,758	146,149	約6.5%
2024年度	初回通知 (2024年10月末) ～ 12回通知 (2025年9月末)	846,159	175,457	約6.2%

※2024年度の健診受診者から、新たに被扶養者及び事業者健診データ取得者並びに任意継続被保険者を受診勧奨の対象に追加しています。

〔(図表4-85) 支部別の二次勧奨実施方法〕

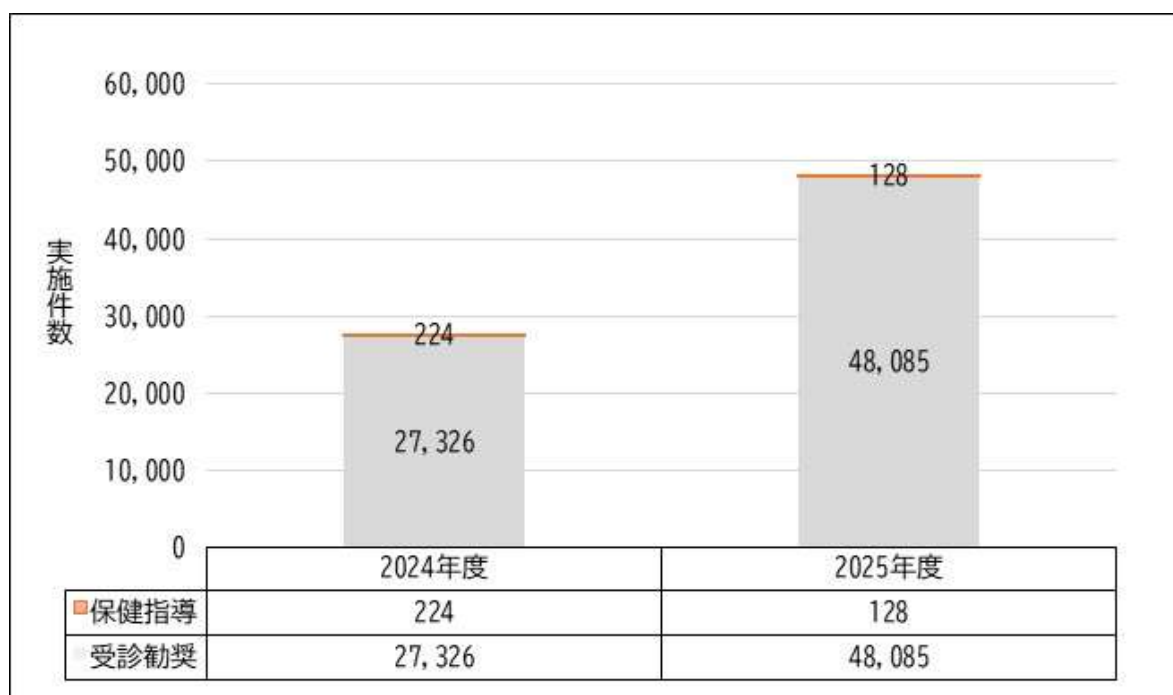
実施方法			実施支部									
電話	文書	訪問等										
●	●	●	6支部	福島	長野	和歌山	香川	宮崎	沖縄			
●	●		31支部	青森	岩手	秋田	茨城	栃木	埼玉	千葉	神奈川	新潟
				富山	石川	山梨	岐阜	静岡	愛知	三重	滋賀	京都
				大阪	奈良	岡山	山口	徳島	愛媛	高知	福岡	佐賀
				長崎	熊本	大分	鹿児島					
●			1支部	島根								
	●		9支部	北海道	宮城	山形	群馬	東京	福井	兵庫	鳥取	広島

②糖尿病性腎症患者等の重症化予防

治療中の糖尿病性腎症患者に対し、生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病）の重症化を防ぐため、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、医療機関への受診勧奨やかかりつけ医等と連携した保健指導を実施することにより、加入者の生活の質（QOL）の維持を図るほか、人工透析への移行を防止することによる医療費適正化を図っています。

2025年度も引き続き、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等の実施に向けて、県や市区町村、国民健康保険団体連合会等とも情報を共有し取組を進めた結果、協会全体で48,085件（対前年度20,759件増）の受診勧奨を行いました（図表4-86参照）。また、糖尿病性腎症に関する保健指導を128件（対前年度96件減）実施しました。

〔(図表4-86) 糖尿病性腎症患者等の重症化予防の取組状況〕



v) コラボヘルスの推進

保健事業の基盤となる「コラボヘルス」は、事業主における従業員の健康増進に果たす役割が大きくなる中で、保険者と事業主が協働することで、従業員の健康の維持・増進を最大限に推進するものです。健康保険組合等の他の医療保険者と比較して、加入者及び事業主との距離がある協会においては、コラボヘルスの推進が極めて重要な取組となっています。

これを踏まえ、協会では、コラボヘルスの代表的な取組である「健康宣言事業」を全支部で積極的に推進しています。具体的には、事業主に職場の健康づくりに取り組むことを宣言していただき、従業員の健診の受診や特定保健指導の利用に向けた働きかけ、食習慣や運動習慣の改善に資する取組等を行っていただくものです。

支部においては、その取組を支援するため、事業所における健康講座の実施や取組の好事例をまとめた事例集の提供等のフォローアップに努めています。また、健康宣言事業所における取組を一層推進するため、自治体と共同で健康宣言事業所の表彰を行う等、各支部が地域の自治体や関係団体と連携して取り組んでいます。

(健康宣言のプロセス及びコンテンツの標準化)

健康宣言事業については、健康宣言からフォローアップまでの「プロセス（どのような手順で行うか）」及び「コンテンツ（何を行うか）」の観点から、宣言項目として必ず盛り込む内容について、全支部の健康宣言に共通する（いわゆる核となる）取組を取りまとめた「基本モデル」を策定し、健康宣言における健康づくりの取組の質の向上（標準化）を図っています（図表4-87参照）。

支部においては、基本モデルを踏まえ、健康宣言事業所における健診・保健指導実施率の向上等に向けて、健康宣言の事業所支援（フォローアップ）のスキームの見直しを行う等、新たに健康宣言した事業所を中心に、標準化に向けた取組を進めており、2026年度末までに、すべての健康宣言事業所が基本モデルに沿って取り組むことができるよう、健康宣言の標準化を進めることとしています。

【(図表4-87) 健康宣言の基本モデル】

【事業所カルテの提供(プロセスの標準化)】

- 事業所カルテを、状況分析及び課題の抽出など、フォローアップ(事業所支援)における基本とする
- 宣言項目を選定する際の前提とすべく、宣言前に提供する
- PDCAサイクルによる取組を推進するために“経年変化”を把握できるよう、宣言後より概ね1年後も事業所へ事業所カルテを提供し、必要に応じ宣言項目を見直す

【宣言項目(コンテンツの標準化)】

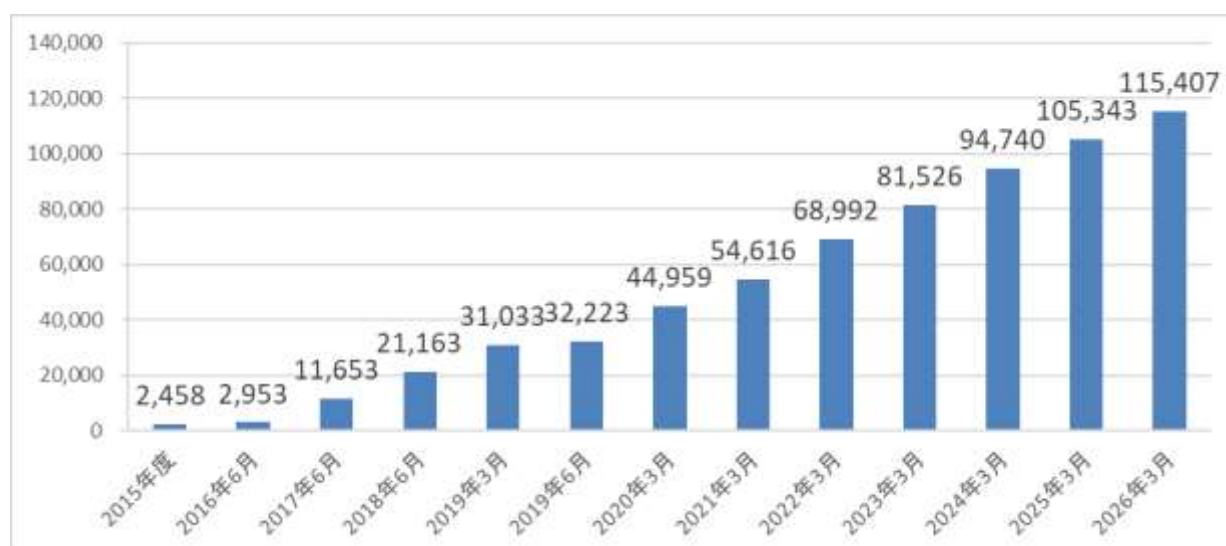
- 宣言項目については、できる限り重点的かつ定量的な(数値を含んだ)宣言項目とする
- 「健診の受診率」及び「保健指導の実施率」を宣言項目とすることを必須とする
- 「身体活動・運動」、「食生活・栄養」、「こころの健康づくり・休養」、「たばこ」、「アルコール」等の分野の取組であって、当該事業所の現状を踏まえ、達成できるという満足感を得られながら、継続的に実践が可能な現実的な項目を1つは選定する

（健康宣言事業所数の推移）

健康宣言事業所は、2025年度末時点において115,407事業所（対前年度10,064事業所増）となっており（図表4-88参照）、KPI（106,000事業所²⁹）を達成しました。また、健康宣言の基本モデルに沿って標準化された健康宣言事業所は111,295事業所となっており、健康宣言事業所全体に占める割合は前年度（90.1%）から6.3%ポイント増加し、96.4%となりました。

なお、2016年11月に運用が始まった経済産業省の「健康経営優良法人認定制度³⁰」については、2026年3月に「健康経営優良法人2026」として、協会加入の事業所から大規模法人部門は785事業所（うち、ホワイト500³¹認定は33事業所）、中小規模法人部門では18,685事業所（うち、2020年度から創設されたブライト500³¹認定は370事業所、2024年度から創設されたネクストブライト1000³¹認定は717事業所）、合計19,470事業所が認定されています（図表4-89参照）。

〔（図表4-88）健康宣言事業所数の推移〕

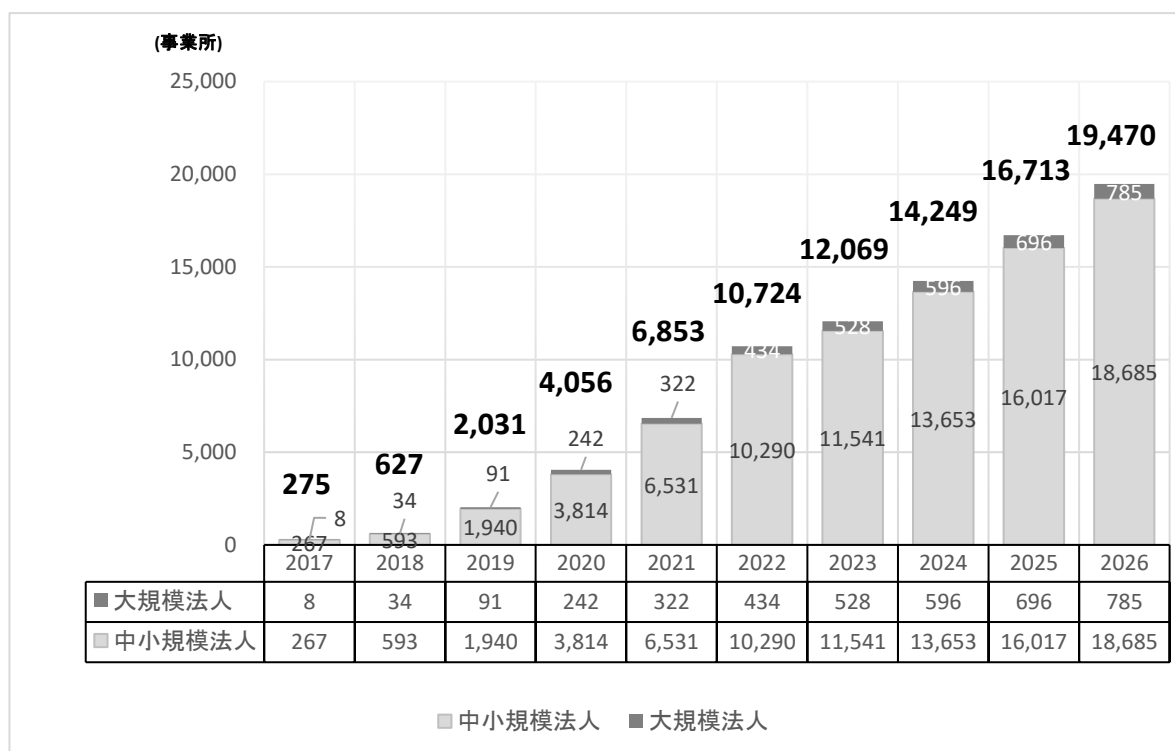


²⁹ 既宣言事業所においても健康宣言の標準化が進むことを想定した目標値です。

³⁰ 地域の健康課題に即した取組や日本健康会議が進める健康増進の取組をもとに、特に優良な健康経営を実践している大企業や中小企業等の法人を顕彰する制度です。この制度では、「大規模法人部門」と「中小規模法人部門」の2つの部門により、それぞれ「健康経営優良法人」を認定しており、「中小規模法人部門」においては、加入している保険者が実施している健康宣言事業に参加していることが、認定に当たっての必須要件とされています。

³¹ 大規模法人部門の上位500法人には「ホワイト500」、中小規模法人部門の上位500法人には「ブライト500」、中小規模法人の上位501～1500法人には「ネクストブライト1000」の冠が付加されます。

〔(図表4-89) 健康経営優良法人認定事業所数の推移〕



(事業所単位の健康・医療データの提供：見える化ツールの標準化)

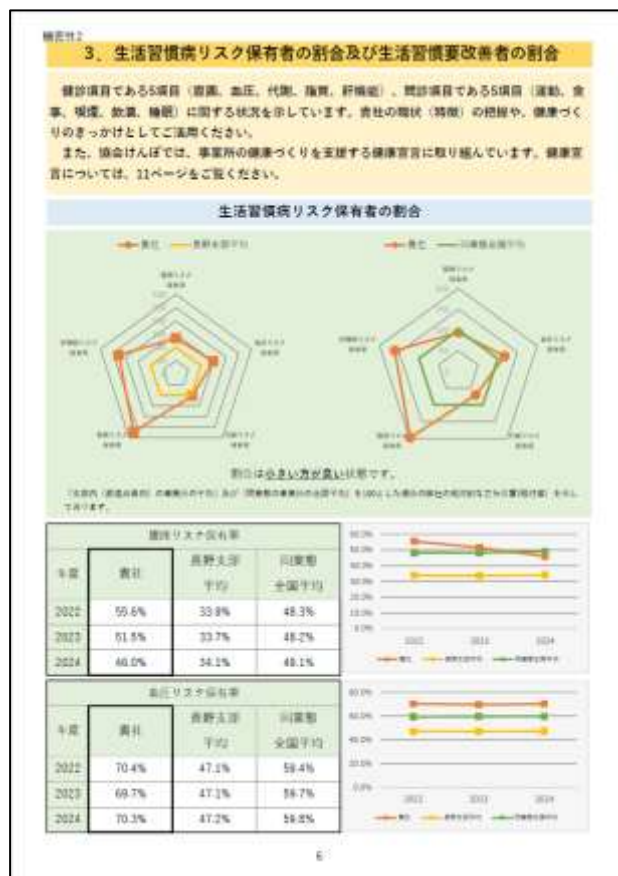
事業所特有の健康課題等を事業主と共有できるよう事業所カルテを健康宣言事業所等に提供しました（図表4-90参照）。

事業所カルテは、事業所単位で、健診受診率や健診結果だけでなく、加入者の日常の食生活や運動習慣についても、数値やグラフ、レーダーチャート等で経年的に示す等、各支部が工夫を凝らして「見える化」しています。また、国の健康スコアリングレポートの掲載項目等を参考に、全支部の事業所カルテに共通して掲載する項目を定めています。

なお、小規模事業所に対しては、その事業所の属する業態における、健診結果に基づく健康度等を経年的に示した「健康度カルテ[業態別]」を提供しました。

一部の支部においては、健康宣言事業の促進を図るため、データに基づいた業態別の健康課題や健康宣言の有無による医療機関受診率の差を示したリーフレットを独自に作成し、事業所に提供する等の取組を行いました。

〔(図表4-90) 事業所カルテ〕 ※一部抜粋



（事業主等と連携した受診勧奨等）

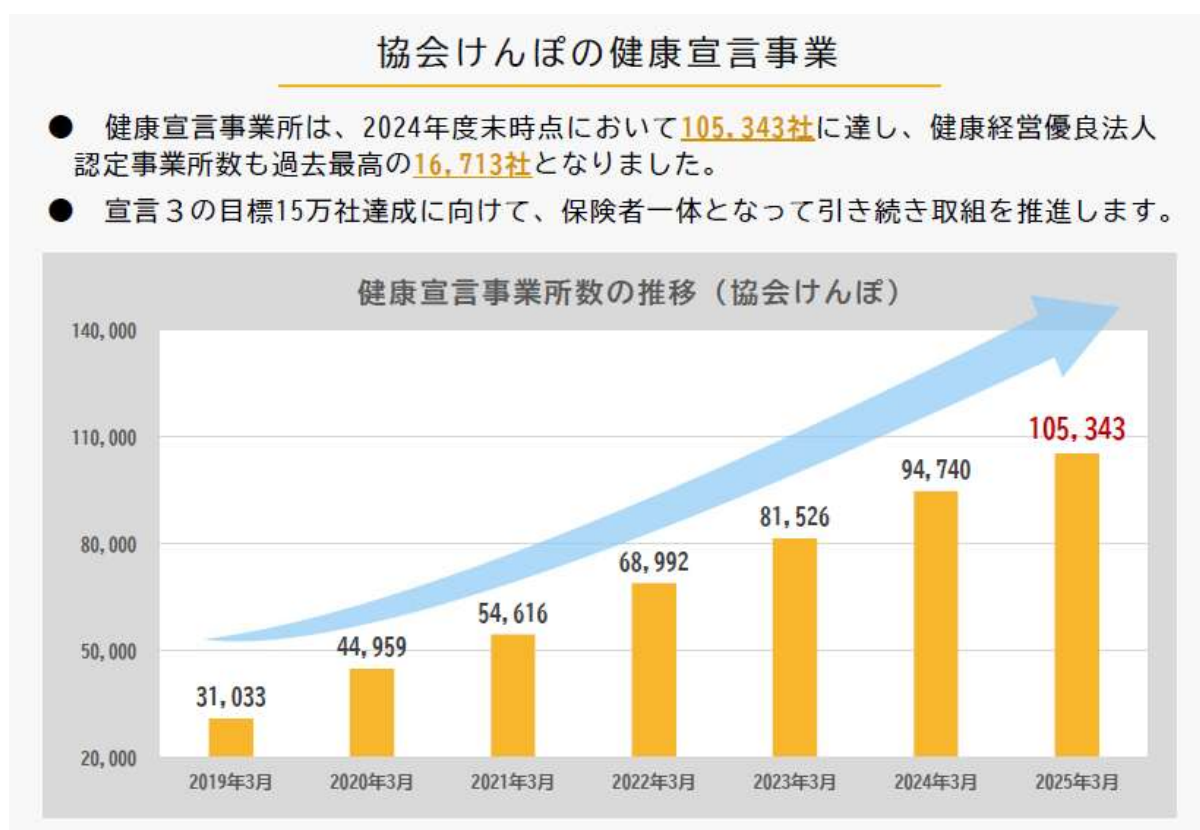
健康保険組合等の他の医療保険者と比較して、加入者及び事業主との距離がある協会においては、事業主等との連携が健康づくりを大きく推進させるための鍵になります。各支部においては、事業主を通じて、被保険者の生活習慣病予防健診の受診や特定保健指導の利用促進等に取り組みました。また、事業主と支部長との連名による特定健診の受診勧奨文書を発送したほか、新たに地方自治体と連携し、自治体の首長、事業主及び支部長の連名による特定健診の受診勧奨文書を配付する等、従業員のご家族に当たる被扶養者の健診受診等を促す取組も行っています。

（日本商工会議所との連携）

2023年10月4日に開催された「日本健康会議2023」において、協会と日本商工会議所は、コラボヘルスの一層の普及・拡大を目指し、既存の連携協定や取組を土台として、今後事業所に対する更なる取組の推進を協働して行うことを発表しました。同発表を踏まえ、2024年度には7つの地域（茨城、東京、静岡、大阪、岡山、香川、沖縄）をモデル地域として選定のうえ、各地域の商工会議所と連携し、共同によるセミナーの開催、双方の広報チャネルを活用した普及啓発等に取り組みました。また、2025年10月14日に開催された「日本健康会議2025」において、これらモデル地域の取組状況を発表するとともに、今後は、各地の事例を全国に横展開し、更なるコラボヘルスの普及啓発に取り組んでいくことを報告しました。

また、各支部において連携強化に努めた結果、2025年度は、39支部において、商工会議所または商工会議所連合会と連携し、健康経営セミナーの共催や各種広報等の取組を実施しました。

〔図表4-91〕「日本健康会議2025」発表資料※一部抜粋



日本商工会議所との連携①

- 日本商工会議所と協会けんぽは、「日本健康会議2023」において、事業所に対する更なる取組を協働して行うことを発表しました。
- 健康経営の更なる普及啓発に向けて、モデル地域（茨城、東京、静岡、大阪、岡山、香川、沖縄）にて具体的な連携事業を精力的に実施しました。

茨城支部

（連携先）県内8商工会議所
（主な取組）

- ✓ オンラインセミナーの開催
- ✓ 商工会議所の部会において健康経営の周知啓発
- ✓ 商工会議所の広報誌やHPを活用した広報
- ✓ 社労士会も交えた3者協定の締結
- ✓ 商工会議所主催の催事へのブース出展

東京支部

（連携先）東京商工会議所
（主な取組）

- ✓ 「健康経営エキスパートアドバイザー派遣制度」の周知協力
- ✓ オンラインセミナーの開催
- ✓ 商工会議所のメルマガを活用した広報

静岡支部

（連携先）袋井商工会議所
（主な取組）

- ✓ 連携協定の締結
- ✓ 商工会議所総会において健康経営の説明
- ✓ 健康経営に関する連名リーフレットの作成
- ✓ 連名リーフレットを活用した健康経営の勧奨
- ✓ メンタルヘルス支援事業の実施

大阪支部

（連携先）大阪、東大阪、北大阪、茨木商工会議所
（主な取組）

- ✓ 各商工会議所と連携したセミナーの開催
- ✓ 協会けんぽの「生活習慣病予防健診」を会員向けに周知（大阪商工会議所）

日本商工会議所との連携②

岡山支部

（連携先）倉敷商工会議所
（主な取組）

- ✓ 連携協定の締結
- ✓ 健康経営セミナーの共催
- ✓ 商工会議所の広報誌やHPを活用した広報
- ✓ 商工会議所主催の集団健診において健康宣言事業所に対し健診費用の割引を実施

香川支部

（連携先）丸亀商工会議所
（主な取組）

- ✓ 商工会議所の広報誌やHPを活用した広報
- ✓ 商工会議所経営指導員からの健康経営勧奨
- ✓ 商工会議所会頭と協会けんぽ支部長連名文書による健康宣言勧奨

沖縄支部

（連携先）沖縄県商工会議所連合会
（主な取組）

- ✓ 覚書の締結及びキックオフイベントの開催
- ✓ 健康経営セミナーの開催
- ✓ 健康経営優良法人 認定祝賀フォーラムの開催
- ✓ 商工会議所の広報誌やHPを活用した広報

今後は各地の取組事例を全国に展開し、更なるコラボヘルスの普及啓発に取り組めます。

（業界団体への協力依頼）

事業所における特定健診・特定保健指導の実施率等の向上やコラボヘルスの推進に向けて、2024年度に引き続き、業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）に対して協力依頼を行いました。2025年度については、2026年度から始まる人間ドック健診及び若年者を対象とした健診の周知並びに健康宣言事業への積極的な参画等に関する協力依頼を行いました。

また、業界団体の各地域に設置された地方組織に対して、協会の支部から協力依頼を行う等、本部と支部が連携して取り組みました。

各団体の本部又は地方組織において、ホームページや会報誌等に健診・保健指導の実施率向上に向けた記事を掲載していただく等、広報等で連携した取組が進んでいます（図表4-92参照）。

〔（図表4-92）業界団体と連携した取組の実施例〕

業界団体と連携した取組の実施例
本部・支部と業界団体が連携し、特定健診・特定保健指導の実施率向上、事業者健診データの取得率向上、健康宣言による協会と事業所が連携した健康づくり(コラボヘルス)の推進に向けた周知・広報等に取り組んだ。 【協会本部と業界団体の本部が連携した取組】 ・日本バス協会、全日本トラック協会、全国ハイヤー・タクシー連合会への広報等の協力依頼 【協会支部と業界団体の地方組織が連携した取組】 ・都道府県バス協会の事故防止委員会における健康づくりに関する講演の実施 ・都道府県タクシー協会から会員事業所に対し協会の保健事業に関する協力依頼通知を発出 ・各団体の会員事業所向け会報誌やホームページに健康づくり関連記事の定期掲載

（全日本トラック協会との連携）

道路貨物運送業は、協会、健康保険組合ともにメタボ該当者割合、喫煙率等に共通の課題があり、業界団体である全日本トラック協会においても、トラックドライバーの健康づくりに積極的に取り組まれている背景があるため、2023年度から、全日本トラック協会、健康保険組合連合会、厚生労働省労働基準局安全衛生部の4者で連携した健康づくり事業について議論を進めてきました。

2025年度は、2024年度に全日本トラック協会及び健康保険組合連合会と連名で作成した健診・特定保健指導、コラボヘルスの周知や業界特有の健康課題（禁煙、メンタルヘルス、睡眠、腰痛対策）に関するリーフレット（図表4-93参照）を、2025年7月から全日本トラック協会の広報誌「広報とらっく」に3号連続で同封し、会員事業所内における啓発を実施しました。

また、2024年度に北海道、愛知、大阪をモデル地域として選定のうえ、地域の健康保険組合とも連携して実施した3つの取組（①健康経営・健康起因事故防止等に関するセミナーの共催、②全日本トラック協会の会報誌を活用した周知・啓発、③事業者健診結果データ取得促進）について、2025年度に全国に横展開を図りました。

〔(図表4-93) リーフレット〕



（メンタルヘルス対策の推進）

2024年度末時点の傷病手当金の受給原因について、傷病別に件数の構成割合を見ると、精神及び行動の障害は39.15%と最も高くなっており（図表4-94参照）、2010（平成22）年の調査と比較し、約13%増加しています。こころの不調の要因は様々であるため、関係機関や自治体等地域の関係者と連携した取組が重要となります。そのため、第6期保険者機能強化アクションプランでは、特に産業保健における取組と連携しつつ、メンタルヘルス対策を積極的に推進することとしており、2025年度はすべての支部において、セミナーや出前講座などを実施しました。

2025年6月11日には、各都道府県に設置されている産業保健総合支援センターを所管する労働者健康安全機構と協会本部の間で、労働者の健康づくりの推進に向けた今後の連携・協力を一層加速させることについて、トップ間で確認を行いました（図表4-95参照）。また、2024年度から引き続き、協会支部と産業保健総合支援センターとの連携協定の締結を推進し、2025年度末時点で産業保健総合支援センターと連携協定を有する支部は38支部となりました。引き続き、労働者の健康づくりの推進を目的に、地域における協力・連携の更なる発展に向けて、地域の実情に応じて、情報共有や広報啓発、セミナー・研修の実施等、連携・協力をより一層推進していきます。

〔(図表4-94) 傷病手当金の傷病別件数の構成割合（令和6年度現金給付受給者状況調査報告）〕

表3 傷病別・性別 件数の構成割合

(%)

	総 数	男 性	女 性
総数	100.00	100.00	100.00
感染症及び寄生虫症	1.32	1.24	1.39
新生物	14.49	14.86	14.11
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.27	0.25	0.29
内分泌、栄養及び代謝疾患	1.19	1.50	0.86
精神及び行動の障害	39.15	35.69	42.68
神経系の疾患	3.18	3.59	2.76
眼及び付属器の疾患	0.93	1.18	0.67
耳及び乳様突起の疾患	0.59	0.49	0.69
循環器系の疾患	7.32	11.48	3.06
呼吸器系の疾患	2.30	2.57	2.01
消化器系の疾患	3.00	3.71	2.27
皮膚及び皮下組織の疾患	0.59	0.73	0.45
筋骨格系及び結合組織の疾患	8.76	9.66	7.84
腎尿路生殖器系の疾患	1.62	1.50	1.75
妊娠、分娩及び産じょく	3.56	－	7.20
周産期に発生した病態	－	－	－
先天奇形、変形及び染色体異常	0.18	0.15	0.21
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0.87	0.83	0.90
損傷、中毒及びその他の外因の影響	6.54	7.26	5.79
特殊目的用コード	4.17	3.30	5.05

〔(図表4-95) 労働者の健康づくりの推進に向けた今後の連携・協力について〕

令和7年6月11日
独立行政法人 労働者健康安全機構
全国健康保険協会

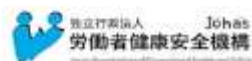
労働者の健康づくりの推進に向けた今後の連携・協力について

独立行政法人 労働者健康安全機構は全国に産業保健総合支援センター及び地域産業保健センターを、全国健康保険協会は全国に支部を有しており、これまでも22の都道府県で連携協定を締結し、メンタルヘルス対策や治療と仕事の両立支援の促進等に向けて協力・連携を行ってきた。

引き続き、労働者の健康づくりの推進を目的に、地域における協力・連携の更なる発展に向けて、独立行政法人 労働者健康安全機構と全国健康保険協会は、以下の事項について、地域の実情に応じて、情報共有や広報啓発、セミナー・研修の実施等、連携・協力をより一層推進していくこととする。

記

- (1) 産業保健総合支援センター及び地域産業保健センターが実施するメンタルヘルス対策に係る支援の活用促進に関すること
- (2) 産業保健総合支援センターが実施する治療と仕事の両立支援に係る支援の活用促進に関すること
- (3) 全国健康保険協会が実施する健康宣言事業の普及促進に関すること
- (4) 全国健康保険協会が実施する特定健診・特定保健指導並びに地域産業保健センターが実施する保健指導等に関すること
- (5) その他、労働者の健康づくりに関すること



労働者健康安全機構 大西理事長 北川理事長

(メンタルヘルスとも関連した睡眠対策)

睡眠はメンタルヘルス対策とも深くかわり、健康日本21（第三次）において新たに睡眠に関する目標が設定される等、加入者の健康づくりを考えるうえで対策が必要な健康課題となっています。

本部においては、各支部で実施している睡眠に対する取組を推進するため、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の監修のもと、リーフレット（加入者向け・事業主向け）を作成しました。支部においては、健康宣言事業所や特定保健指導対象者に当該リーフレットを配付する等、啓発物として活用しました。

〔(図表4-96) 睡眠に関するリーフレット〕

その悩み、睡眠が原因かも

知っておきたい睡眠の役割と良い睡眠のコツ

「寝れが寝れない」「日中眠気が多くて仕事に集中できない」「なんてことはありませんか。その不眠は、睡眠不足や睡眠の質低下によるものかもしれません。睡眠は、心と体を健康に保つために欠かせないものです。睡眠にまつわる基礎知識や今日からできるポイントを知って、睡眠習慣を改善してみませんか。

睡眠に関する基礎知識

睡眠の役割とは？

- 記憶の定着・整理
- 自律神経のバランスの調整

良い睡眠とは？

- 睡眠の質は健康を司る
- 睡眠の質は睡眠の時間だけでなく、睡眠の深さ、睡眠のサイクルによって決まる

睡眠不足によるリスクは？

1. 注意力・集中力の低下を招く！
睡眠不足は、注意力・集中力の低下を招く。交通事故や労働災害のリスクも増加する。
2. メンタルヘルスの不調が増加！
睡眠不足は、ストレス耐性を低下させる。イライラ・落ち込みやすさなどを引き起こす。
3. 肥満や生活習慣病のリスクが増加！
睡眠不足は、食欲を増進させるホルモンの分泌を増加させる。太りやすくなる。糖尿病や高血圧のリスクも増加する。

睡眠不足のサインは？

- 起床時の目覚めが悪い
- 日中眠気を感じる
- 集中力が持続しない
- イライラや落ち込みやすさを感じる
- 体重が増える
- 疲れがなかなか取れない

睡眠不足を改善するためのポイント

- 睡眠の時間と質を高める工夫が必要
- 睡眠の時間と質を高める工夫が必要

睡眠のチェックリスト

自分の睡眠について振り返ってみよう

良い睡眠には睡眠の時間と質を高める工夫が必要。睡眠の時間と質を高める工夫が必要。睡眠の時間と質を高める工夫が必要。

睡眠の時間と質を高める工夫

睡眠の時間と質を高める工夫が必要。睡眠の時間と質を高める工夫が必要。睡眠の時間と質を高める工夫が必要。

睡眠の時間と質を高める工夫

睡眠の時間と質を高める工夫が必要。睡眠の時間と質を高める工夫が必要。睡眠の時間と質を高める工夫が必要。

生産性向上は従業員の眠りから

会社における睡眠対策BOOK

睡眠は、生きていくうえで欠かせない日常行動です。働く人においては、睡眠が健康や生産性に大きな影響を与えます。睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。

睡眠不足になるとどんな影響があるの？

睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。

睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます

睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。

データで見る睡眠

睡眠不足による経済損失は約30兆円！

睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。

睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます

睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。睡眠不足は、健康や生産性に大きな影響を与えます。

(3) 医療費適正化

i) 医療資源の適正使用

①ジェネリック医薬品の使用促進

ジェネリック医薬品（後発医薬品）は、新薬（先発医薬品）の特許が切れた後に製造発売される、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含み、効き目が同等である医薬品のことです。

ジェネリック医薬品の使用促進の取組は、加入者の窓口負担の軽減、ひいては保険料負担の軽減につながり、保険者の負担も軽減されることから、将来にわたって医療保険制度の持続可能性を高めることにつながります。このため、協会はジェネリック医薬品の使用促進に積極的に取り組んでいます。

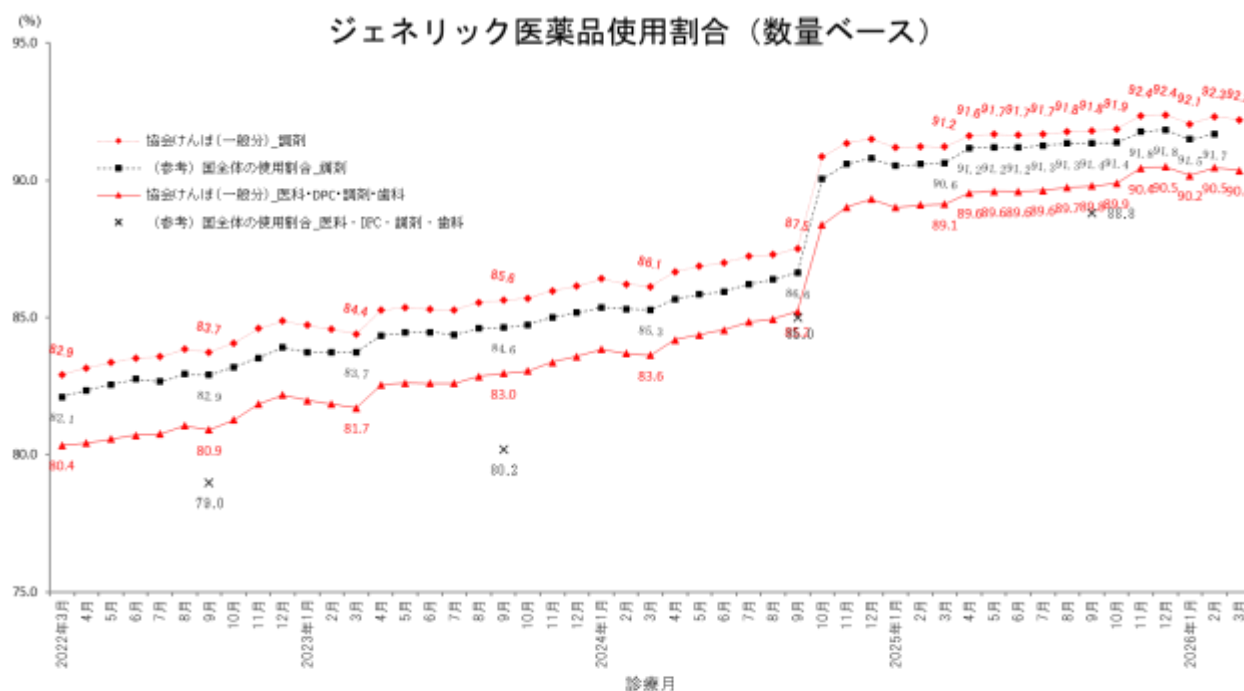
【ジェネリック医薬品の使用割合について】

国の後発医薬品に係る新目標（2029（令和11）年度）において、主目標として「医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上」、副次目標として「2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上」と「後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上」が設定されたことを踏まえ、後述するバイオシミラー使用促進事業の推進や、ジェネリック医薬品については数量シェアに加え、金額シェアについてもデータ分析や医療機関への働きかけ等の取組を実施しています。

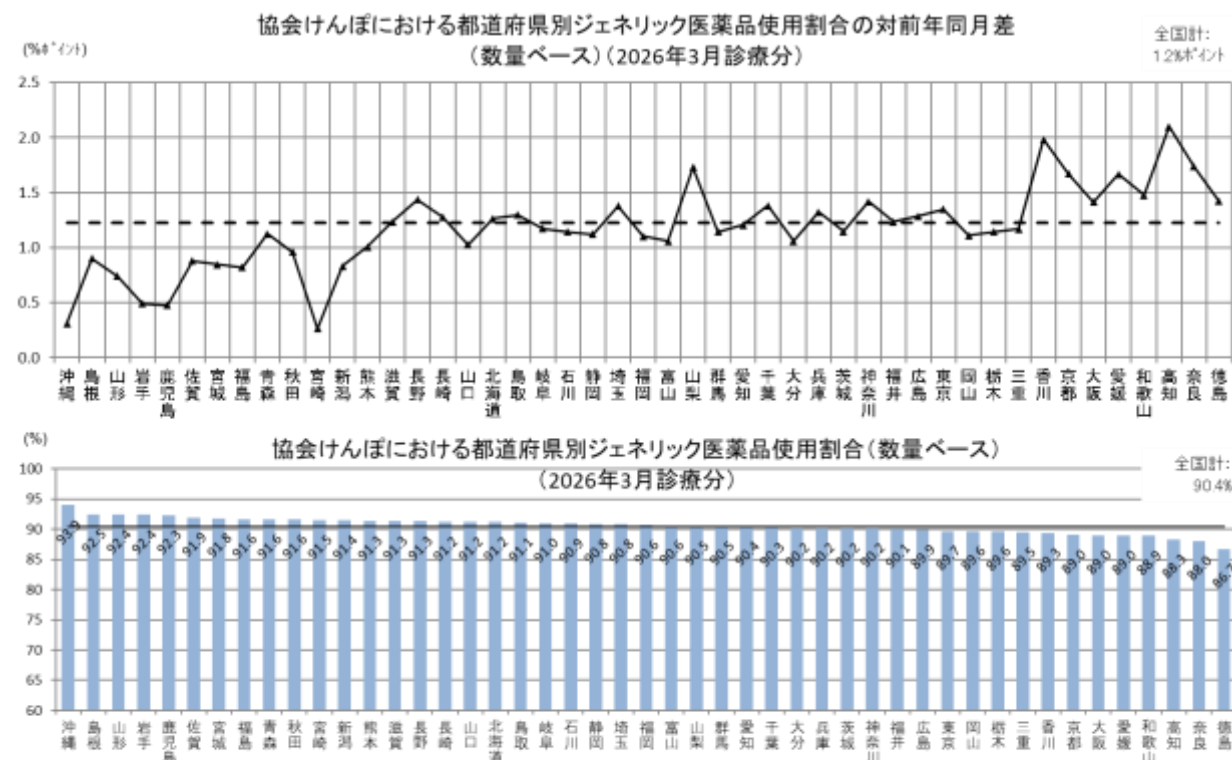
2025（令和7）年度においても、引き続きジェネリック医薬品の使用促進に取り組んだ結果、2024（令和6）年9月診療分から継続して全支部において80%以上（数量ベース）を達成し、また、前年度比についても全支部において前年度以上の使用割合となりました。2026年（令和8）年3月診療分では全国平均90.4%となりました（図表4-97、4-98参照）。

また、協会のジェネリック医薬品（金額ベース）は、2026年3月診療分では全国平均67.2%（2025年3月診療分の全国平均66.3%）であり、対前年度以上となりました。

〔(図表4-97) ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース）（全国平均の月別遷移）〕



〔(図表4-98) ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース）（2026年3月）〕



注1. 協会けんぽ（一般分）の医療、DPC、歯科、調剤レセプトについて集計したものである。（ただし、電子レセプトに限る。）
 なお、DPCレセプトについては、2025年9月診療分までは出未開示、部分および包括払い部分が集計対象であり、2025年10月診療分からは出未開示、部分のみが集計対象である。
 注2. 「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えたものを用いる。
 注3. 都道府県別は、加入者が適用されている事業所所在地別に集計したものである。
 注4. 「後発医薬品の数量」/（「後発医薬品の数量」+「先発医薬品の数量」+「後発医薬品の数量」）で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。

【協会におけるジェネリック医薬品の使用促進に向けた取組】

ジェネリック医薬品の使用促進は協会の取組のみで完結するものではなく、都道府県を中心とした多くの関係団体や医療機関・薬局と連携し、地域全体で協力して行う必要があります。引き続き、一部のジェネリック医薬品を中心に供給不安が生じている状況ではありますが、ジェネリック医薬品の安全性確保の取組や供給状況等を注視しつつ、各関係団体と連携し、ジェネリック医薬品の使用促進に努めました。

【各支部におけるジェネリック医薬品使用促進ツールの活用】

ジェネリック医薬品の使用割合については、特に2024年10月から長期収載品の選定療養制度が開始されてから、更に高い水準で推移しています。また、金額シェアについては更に向上を図っていく必要があります。協会では、以下のア) からエ) の使用促進ツールを効果的に活用することで、各支部におけるジェネリック医薬品使用促進の取組を推進しています。

ア) ジェネリックカルテ

レセプトデータを分析し、診療種別、医療機関の設置主体別、年代別、業種別、薬効別等の分析観点から、各都道府県の偏差値と都道府県内の分析観点ごとの影響度を示し、強みや弱みを「見える化」し、どのような分野に重点を置く必要があるかを明らかにしたものです。

〔(図表4-99) 都道府県別ジェネリックカルテ（診療種別・令和7年4月診療分）〕※一部抜粋

都道府県別ジェネリックカルテ 選定療養版 数量ベース(診療種別)【令和7年4月診療分】																				
都道府県コード	都道府県名(※1)	ジェネリック医薬品使用割合(全体)(※2、3、4、5)	【医療機関の視点】																	
			院内処方																	
			院内処方ジェネリック医薬品使用割合																	
			入院			外来			病院			診療所			院内処方率(※6)					
			基準値(※11)	指標数値	影響度(※12)	基準値	指標数値	影響度	基準値	指標数値	影響度	基準値	指標数値	影響度	基準値	指標数値	影響度	基準値	指標数値	
01	北海道	57	95.7	59	98.0	+0.1	56	97.0	+0.0	58	95.9	+0.1	59	95.8	+0.1	56	95.9	+0.0	53	13.7
02	青森県	62	96.1	66	96.7	+0.2	37	95.4	-0.0	67	98.8	+0.2	62	96.4	+0.0	65	98.9	+0.1	55	12.8
03	岩手県	67	96.6	59	98.1	+0.1	59	97.5	+0.0	59	95.9	+0.1	64	96.8	+0.0	55	95.8	+0.0	58	11.1
04	宮城県	59	95.9	58	95.9	+0.1	54	96.9	+0.0	58	95.8	+0.1	55	95.1	+0.0	57	98.0	+0.1	57	11.8
05	秋田県	62	96.2	55	95.6	+0.0	56	97.1	+0.0	54	95.4	+0.0	68	97.5	+0.0	48	95.0	-0.0	59	11.1
06	山形県	64	96.4	49	95.0	-0.0	28	94.7	-0.0	51	95.1	+0.0	51	94.4	+0.0	49	95.2	-0.0	50	15.2
07	福島県	62	96.1	63	96.4	+0.2	53	96.8	+0.0	63	98.4	+0.2	58	95.7	+0.0	62	98.5	+0.2	49	15.8
08	茨城県	50	95.0	52	95.3	+0.0	48	96.4	-0.0	52	95.2	+0.0	57	95.5	+0.0	49	95.1	-0.0	54	13.2
09	栃木県	54	95.5	50	95.1	-0.0	51	96.6	+0.0	50	95.0	-0.0	44	93.2	-0.0	52	95.5	+0.0	41	19.4
10	群馬県	58	95.8	55	95.7	+0.1	35	95.3	-0.0	56	95.7	+0.1	63	96.6	+0.1	52	95.5	+0.0	31	23.8
11	埼玉県	54	95.4	52	95.3	+0.0	34	95.1	-0.0	53	95.3	+0.0	52	94.7	+0.0	52	95.4	+0.0	58	11.5
12	千葉県	51	95.1	46	94.7	-0.0	61	97.5	+0.0	45	94.4	-0.1	47	93.7	-0.0	45	94.6	-0.0	57	11.9
13	東京都	26	92.8	26	92.7	-0.2	56	97.1	+0.0	23	92.1	-0.2	24	89.8	-0.1	29	92.9	-0.1	59	10.9

2025年度は、選定療養に対応するジェネリックカルテも作成し、「医療上の必要なし（特別の料金あり）」で処方された後発品のある先発品の使用状況を可視化し、ジェネリック医薬品への切替えの余地がどの程度あるのかを把握できるようにしました。また、都道府県内の市町村別・二次医療圏別の比較を様々な分析軸で実施するとともに、薬効3桁別の情報を追加する等、各支

部において、当カルテをもとに優先的に取り組むべき事項を判断し、必要な対策を講じています。

イ) データブック

ジェネリックカルテ等で分析したデータを踏まえ、支部それぞれの課題を深掘りできるよう二次医療圏別や個別医療機関・薬局別まで分析観点別のデータを必要な粒度で可視化したもので、意見発信や課題分析、使用促進に向けた事業立案に活用しています。

2025年度は、ジェネリックカルテ同様、選定療養に対応した情報を追加するとともに、都道府県内の医療機関別金額シェアの状況を表すものを作成し、実態に即したものに改良しました。

ウ) 医療機関及び薬局向け「見える化」ツール

個別医療機関・薬局ごとのジェネリック医薬品の使用割合や地域での立ち位置、ジェネリック医薬品使用割合の向上に寄与する上位10医薬品等を可視化したものです。

2025年度は、ジェネリックカルテ同様、選定療養に対応した情報を追加したことに加え、金額ベースやバイオシミラーの使用割合に関するコンテンツを追加しました。

各支部では当該ツールを活用し、2025年度は約13,190医療機関、28,410薬局へ働きかけを実施しました。

〔(図表4-100) ジェネリック医薬品情報提供ツール（院内版・2025年4月診療分）〕



エ) 医薬品実績リスト

医療機関及び薬局でのジェネリック医薬品に係る採用品目の選定をサポートするため、処方実績が多いジェネリック医薬品やその一般名、薬価等の情報を掲載したものです。

2025年度は、新たに二次医療圏ごとの実績リストを作成したことに加え、各支部において分析に活用できるよう選定療養やモデルフォーミュラリ、バイオシミラーに対応する情報も追加しました。

各支部において、都道府県のデータをホームページに掲載するとともに、都道府県、関係団体、医療機関及び薬局への情報発信に活用しています。

〔(図表4-101) 医薬品実績リスト（全国版・2025年4月診療分）〕※一部抜粋

五十番	No.	医薬品名	メーカー名	薬価基準収載 医薬品コード	薬効分 類 コード	一般名地方の 標準的な記載	薬価	数量
ア	1	先発 アーテシト錠10mg (通)	---	2149032F1021	214	【通】カルベジロール錠10mg	15.1	113,875
		後発 アーテシト錠10mg	---	2149032F1021			16.6	196,271
		カルベジロール錠10mg「DSEP」(AG)	第一三井エスプア	2149032F1013			10.4	1,810,778
		カルベジロール錠10mg「トーワ」	東和薬品	2149032F1013			10.4	1,592,752
		カルベジロール錠10mg「サワイ」	沢井製薬	2149032F1013			10.4	465,358
		カルベジロール錠10mg「Me」	Melij (Saito) ファルマ	2149032F1013			10.4	220,270
	2	その他			214	【通】イルベサルタン・アムロジピン10mg配合錠	~10.4	220,971
		先発 アイミクス配合錠HD (通)	住友ファーマ	2149118F2026			41.4	76,077
		後発 アイミクス配合錠HD	住友ファーマ	2149118F2026			48.5	84,647
		イルアミクス配合錠HD「DSEP」(AG)	住友ファーマプロモ	2149118F2034			20.0	1,861,294
		イルアミクス配合錠HD「オーハラ」	大原薬品工業	2149118F2085			20.0	525,577
		イルアミクス配合錠HD「トーワ」	東和薬品	2149118F2158			20.0	438,339
	3	先発 アジルバ錠20mg (通)	武田薬品	2149048F1022	214	【通】アジルサルタン錠20mg	64.8	187,353
		後発 アジルバ錠20mg	武田薬品	2149048F1022			76.3	273,787
		アジルサルタン錠20mg「武田テバ」(AG)	武田テバファーマ	2149048F1065			30.2	2,704,139
		アジルサルタン錠20mg「トーワ」	東和薬品	2149048F1073			27.4	1,627,411
		アジルサルタン錠20mg「ニプロ」	ニプロ	2149048F1081			27.4	565,932
		アジルサルタン錠20mg「サワイ」	沢井製薬	2149048F1049			27.4	513,862
	4	先発 アタラートCR錠20mg (通)	バイエル	2171014G4029	217	【通】ニフェジピン徐放錠20mg (24時間持続)	13.2	232,347
		後発 アタラートCR錠20mg	バイエル	2171014G4029			13.2	479,419
		ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	東和薬品	2171014G4010			6.9	2,801,107
		ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	沢井製薬	2171014G4061			9.1	2,659,450
		ニフェジピンCR錠20mg「日医工」	日医工	2171014G4100			9.1	1,312,937
		ニフェジピンCR錠20mg「N.P」	ニプロ	2171014G4088			9.1	764,568
		ニフェジピンCR錠20mg「三和」	三和化学	2171014G4010			6.9	670,345
		その他					~6.9	319,088

【ジェネリック医薬品軽減額通知サービスの実施】

協会では、加入者が服用している先発医薬品をジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額の軽減可能額をお知らせする取組(ジェネリック医薬品軽減額通知サービス)を2009(平成21)年度から実施しています。

2025年度は、各支部や年代に応じてジェネリック医薬品への置き換え率が異なることから、効果的に本事業を実施するため、各支部の使用割合や課題を踏まえて通知すべき年代や軽減額の範囲を各支部で検討の上、実施することとし、6支部が当事業を実施し、約2万6千件(6支部合計)の通知を行いました。

通知を送付する際には、マイナンバーカードを活用することによって、マイナポータル内で先発医薬品からジェネリック医薬品へ切り替えた場合の軽減額が確認できることを、あわせて広報しました。

【地域フォーミュラリの策定に向けた取組】

「地域フォーミュラリ」とは、「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針」です。政府では、「経済財政運営と改革の基本方針2025」（2025年6月13日閣議決定）において、「地域フォーミュラリの全国展開」（普及推進策を検討し、各地域において地域フォーミュラリが策定されるよう取組を推進する）が盛り込まれたところです。

地域フォーミュラリは、患者に良質な薬物療法を提供することを目的として、最新の科学的なエビデンスに基づき、医学的・薬学的な観点のほか経済性等も踏まえて、地域における関係者の協働の下で作成・運用されるものであり、医療の質を確保しつつ、医療費の適正化に取り組むという保険者の運営理念にも合致するものです。

2025年11月に開催された第4回日本フォーミュラリ学会学術総会のシンポジウム「政策的観点からみた地域フォーミュラリ」に演者として参画しました。「協会けんぽにおける地域フォーミュラリへの取組について」をテーマとして、医療関係者が地域フォーミュラリの導入・運用に取り組む際に、協会としてできる貢献を行っていくことや、今後進めていくフォーミュラリ検討にあたって参考となる協会のレセプトデータの分析イメージについて説明しました。2026年3月に、厚生労働省から都道府県等に対して、2026年度中に各都道府県における「地域フォーミュラリ策定に向けて検討する場」の設置や策定支援等の協力依頼の通知が発出されたことも踏まえ、2026年度にはレセプトデータ分析結果をもとに、全支部において都道府県や関係団体に働きかけを行うこととしています。その実現に向けて、2025年度は地域フォーミュラリ導入・運用に向けた政府や地域の動向を踏まえ、厚生労働省や関係団体と相談し、今後の進め方について検討を重ねました。併せて、レセプトデータの分析を進める等、各支部の取組を円滑に行うための準備を進めました。

②バイオシミラー（バイオ後続品）の使用促進

バイオ医薬品は、生物由来のタンパク質を利用して製造される医薬品であり、遺伝子組換え技術や細胞培養等の最先端技術を用いて製造されるため、化学合成によって製造される医薬品と比べて薬価が高額であるものが多いです。近年、がんや難病の領域を中心に、それまで化学合成品を中心とした薬物療法等において有効な治療法がなかった疾患に対して、革新的な治療効果をもたらすようになり、医療現場で広く使用されるようになっていきます。バイオシミラーとは、バイオ医薬品の特許が切れた後に製造され、先行バイオ医薬品の5～7割程度の薬価でありながら同等・同質の品質、安全性、有効性を有することが認められた医薬品です。

バイオ医薬品の市場規模は年々拡大しており、薬剤費増加の一因となっています。市場拡大するバイオ医薬品の薬剤費を抑制する手段としてバイオシミラーが注目されており、第四期医療費適正化基本方針や国の後発医薬品に係る新目標において、2029年度末までに「バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上」という目標が設定されています。

こうした状況を踏まえ、協会としてもバイオシミラーの使用促進を図るため、2025年度KPIとして「バイオシミラーに80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の21%以上」を掲げ、2025

年度から47支部で、協会のレセプトデータのバイオシミラーの使用状況分析の結果に基づき、医療機関や関係団体への働きかけを実施したところ、2026年1月時点でバイオシミラーに80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の約33%（18成分中6成分）と目標を達成しました。

その他、外部有識者と北川理事長の鼎談を実施し、その内容を広く情報発信したことに加え、医療機関等に従事する薬剤師、その他関係者を対象に協会けんぽ主催のオンラインセミナーを開催する等、バイオシミラーの使用促進に取り組みました。

〔(図表4-102) バイオシミラー使用状況（2026年1月診療分）〕

	バイオシミラー	先行品販売名	バイオシミラー置換率(%)
1	ソマトロビンBS（先天性の低身長症の治療）	ジェノトロピンTC注	46.2
2	エポエチンアルファBS注（透析施行中の腎性貧血の改善）	エスポー注射液	61.7
3	フィルグラスチムBS注（がん化学療法による好中球減少症）	グラン注射液	95.6
4	インフリキシマブBS点滴静注（関節リウマチの治療）	レミケード点滴静注用	49.9
5	インスリングルガリンBS注（糖尿病の治療）	ランタス注	83.4
6	リツキシマブBS点滴静注（B細胞性非ホジキンリンパ腫の治療）	リツキサン点滴静注	77.6
7	エタネルセプトBS皮下注（関節リウマチの治療）	エンブレル皮下注	77.6
8	トラスツマブBS点滴静注（胃がんの治療）	ハーセプチン注射用	86.2
9	アガルシダーゼベータBS点滴静注用（ファブリー病（先天性代謝異常）の治療）	ファブラザイム点滴静注用	34.8
10	ベシズマブBS点滴静注（悪性腫瘍の治療）	アバスチン点滴静注用	67.5
11	ダルベポエチンアルファBS注（貧血の治療）	ネスブ注射液	92.9
12	テリバラチドBS皮下注（骨粗しょう症の治療）	フォルテオ皮下注	84.7
13	インスリンリスプロBS注（糖尿病の治療）	ヒューマログ注	30.1
14	アダリマブBS皮下注（関節リウマチの治療）	ヒュミラ皮下注	43.2
15	インスリンアスパルトBS注（糖尿病の治療）	ノボラビッド注	26.9
16	ラニビズマブBS（眼科用製剤）	ルセンティス硝子体内注射用キット	89.4
17	ベグフィルグラスチムBS皮下注（がん化学療法による好中球減少症）	ジーラスタ皮下注	35.5
18	ウスティヌマブBS皮下注（尋常性乾癬の治療）	ステラーラ皮下注	2.2
19	アフリベルセプトBS（眼科用製剤）	アイリーア硝子体内注射	4.3
20	トシリズマブBS（関節リウマチの治療）	アクテムラ点滴静注 アクテムラ皮下注	0.0

注1 括弧内は主な効能です。

注2 バイオシミラー置換率は、(バイオシミラーの数量)÷(対応する先行品の数量+バイオシミラーの数量)で算出(「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えたものをいいます。また、先行品とバイオシミラーで剤形や規格が同一でない場合やバイオシミラーの薬価が先行品と同額または薬価が高いものを含んでいます)。

注3 協会けんぽ(一般分)の医科、DPC、歯科、調剤レセプトについて集計したものです(ただし、電子レセプトに限ります)。なお、DPCレセプトについては、出来高高い部分および包括払い部分が集計対象です。

注4 アフリベルセプトBS及びトシリズマブBSは2025年11月に最初のBS品目が薬価基準収載されました。

本事業の主な取組は以下のとおりです。

ア) 情報系システムを活用したバイオシミラー使用状況の見える化

協会の情報系システムを活用し、都道府県等の地域別・医療機関別にバイオシミラーの成分ごとの使用状況やバイオシミラーに置き換えた場合の削減効果額が見える化したツールを作成しました。昨年度のパイロット事業における医療機関との意見交換を踏まえ、同規模医療機関の全国平均や特定機能病院の全国平均との比較を示すとともに、可能な限り直近のデータをもとに意見交換が行えるよう、約半年前の3ヶ月分のレセプトデータを分析する方針としました。当該ツールを活用し、医療機関の全国や県内における立ち位置や成分ごとの使用割合を分析し、使用状況の多寡に応じたアプローチ方針の検討や分析結果の医療機関への説明やヒアリング事項の整理を行いました。

イ) 医療機関薬剤部向けオンラインセミナーの開催

バイオシミラーの使用促進には、医療関係者、特に病院薬剤師の方の理解を得ることが重要であると考え、外部有識者を講師に据えて、病院に勤務する薬剤師をはじめとした関係者向けのオンラインセミナーを開催しました。セミナーでは、協会けんぽのバイオシミラー使用促進の取組説明を行うとともに、バイオシミラー普及に関して先進的な取組を行っている先生方をお招きし、実践的な取組紹介を行いました。医師や薬剤師を中心とした193名の方にご参加いただきました。セミナー開催後、参加者にアンケート（回答者112名）を実施したところ、「参考になった」「非常に参考になった」と回答した方が98%となりました。

ウ) 分析結果の説明やバイオシミラー使用に関するヒアリングのための医療機関等訪問

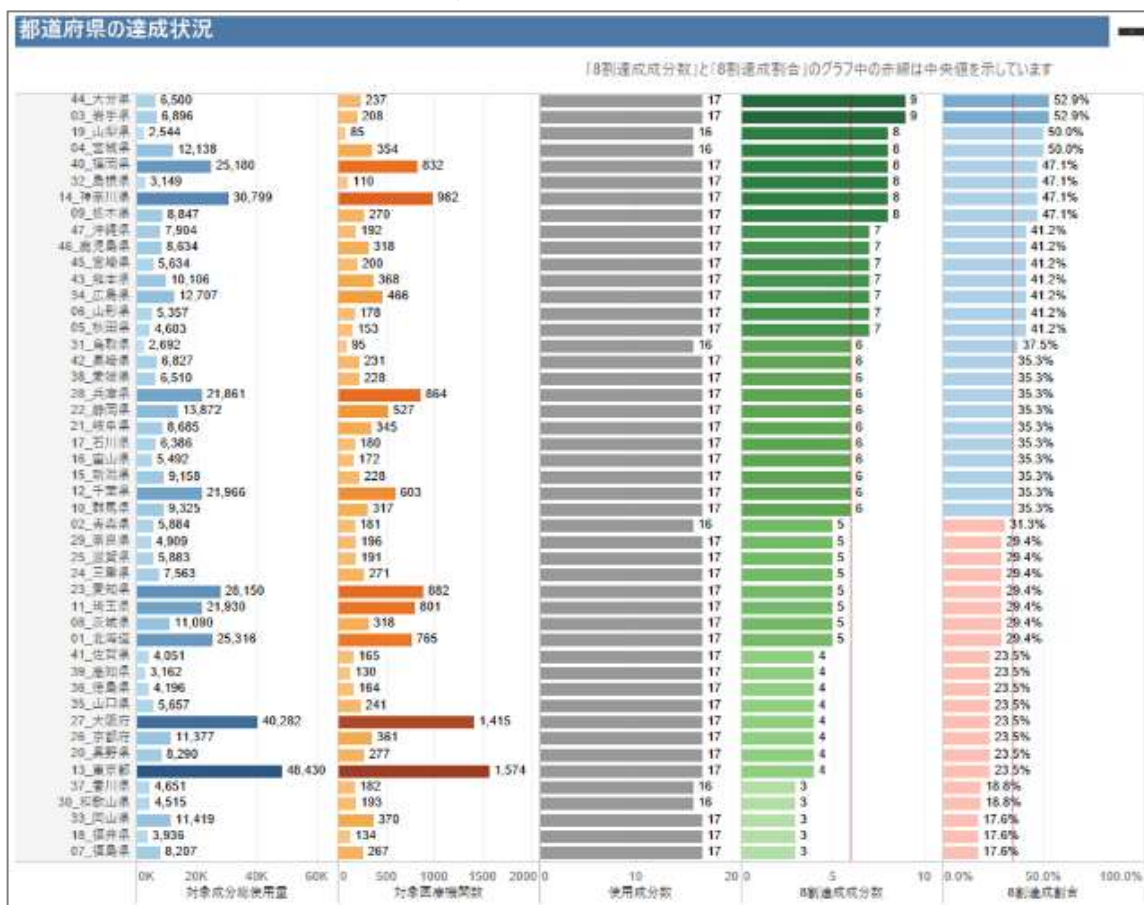
医療機関への直接的なアプローチ方法として、レセプトデータ分析結果を踏まえて、47支部で計227か所の医療機関へ訪問しました（公的・公立病院139か所、大学病院53か所、民間病院35か所）。訪問に当たっては上記ア)のツールを使用したバイオシミラーの使用状況の分析結果をまとめた資料を持参し、バイオシミラー使用にあたっての医療機関の方針や課題等のヒアリングを行いました。

訪問した多くの医療機関から、県平均や地域の医療機関、同規模の病床を持つ医療機関と自施設の比較情報は、「自施設の立ち位置がわかり参考になる」、「経営層向けにもアピールしやすい」と有意義な情報であるとの評価を受け、協会のデータを活用した分析結果の提供がバイオシミラーの使用促進の一助となり得るとの意見や定期的・継続的なデータ提供を求める意見をいただいた一方、バイオシミラーの採用にあたっては、「医薬品の供給不安や適応症の不一致等が課題になる」との意見がありました。

併せて、関係団体と連携して取組を推進していくため、都道府県や都道府県病院薬剤師会等を訪問し、協会の取組について説明しました。（都道府県：46支部、都道府県薬剤師会：44支部、都道府県病院薬剤師会：46支部、その他：18支部（都道府県医師会、都道府県病院協会、地方厚生局、国民健康保険団体連合会等）

2025年度の事業を通じて得られた知見を47支部で共有し、診療報酬改定等、今後のバイオシミラーを取り巻く環境の変化を踏まえながら、2026年度も引き続きバイオシミラー使用促進事業に取り組めます。

〔(図表4-103) 医療機関等訪問時の資料 (サンプル) 〕



バイオシミラー使用割合 全国平均と都道府県の比較 (数量ベース)

13_東京都





バイオシミラー使用割合 特定機能病院の全国平均と医療機関の比較 (数量ベース)

〇〇病院



③上手な医療のかかり方

厚生労働省では、受診の必要性や医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかることができ、患者・国民にとって、必要なときに適切な医療機関にかかることができ、また、医療提供側の過度な負担が軽減されることで、医療の質・安全確保につながるという観点から、「上手な医療のかかり方」の周知・広報活動を実施しています。

協会では、地域医療を守る観点から、医療データの分析結果等を活用しつつ、不要不急の時間外受診や休日受診を控える等の「上手な医療のかかり方」について、関係団体とも連携しながら加入者や事業主に対する働きかけを行っています。先述の厚生労働省の観点に加え、医療費適正化にもつながる重要な広報と捉えています。

本部では、「上手な医療のかかり方」について、LINE配信用広報コンテンツの作成、ホームページやアプリ配信等で周知・広報を図りました。

各支部では、図表4-104のとおり、かかりつけ医・かかりつけ薬局を持つことの啓発や重複受診を控えること、平日の時間内受診の啓発、緊急電話相談（＃8000、＃7119）の活用、紹介状なしの大病院受診を控えること、お薬手帳の活用、セルフメディケーションやジェネリック医薬品の活用に関する広報を行う等、上手な医療のかかり方に係る働きかけを加入者や事業主へ行いました。複数の支部では都道府県の医師会、薬剤師会、歯科医師会等と連携した働きかけも行っています。

〔(図表4-104) 上手な医療のかかり方に係る広報の実施状況（2025年度）〕

広報の種類	納入告知書 同封チラシ	メルマガ LINE	健康保険 委員(※1)	事務説明会 等(※2)	関係団体 (※3)	新聞	テレビ ラジオ	支部ホーム ページ	その他 (※4)
実施支部数	44	43	32	15	24	12	8	30	32

※1 「健康保険委員」に対しては、健康保険委員研修会やリーフレットの送付等を実施。

※2 「事務説明会」は、社会保険事務説明会、新規適用事業所説明会等で事務担当者等に対して説明。

※3 「関係団体」は、都道府県、市区町村、薬剤師会、教育委員会などの団体に対してのリーフレット等の送付及び広報誌への記事掲載の依頼等。

※4 「その他」は、SNS広告の配信、公共交通機関や医療機関・薬局における広告等。

〔(図表4-105) 上手な医療のかかり方に係る広報の実施 (LINE配信用広報)〕
(マンガ・広島支部)



ii) 地域の医療提供体制等へのデータを活用した意見発信

①医療計画及び医療費適正化計画に係る意見発信

医療計画とは、医療法（昭和23年法律第205号）に基づいて、各都道府県が国の定める基本方針に則し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するものです。

医療費適正化計画とは、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、制度の持続可能な運営を確保するため、国と都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるため、6年を1期として、国において医療費適正化基本方針を定めるとともに、都道府県において医療費適正化計画を策定し、目標達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得て、取組を進めることとしているものです。

2025年度は、第8次医療計画（2024年～2029年）及び第4期医療費適正化計画（2024年～2029年）に基づき、都道府県において各計画に基づいた取組が進められました。

協会では、地域医療構想調整会議（以下、「調整会議」という。）や保険者協議会等において都道府県の取組の進捗状況を把握しつつ、データ等を活用した意欲的な意見発信を行っています。詳細については、次の②医療提供体制等に係る意見発信をご覧ください。

②医療提供体制等に係る意見発信

【地域医療構想の実現に向けたこれまでの議論】

これまで、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年を目途に、病床の機能の分化及び連携に向けて、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、地域医療構想の取組が進められてきました。

今後、2040（令和22）年ごろにかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と生産年齢人口の減少が一層見込まれ、医療従事者の確保がますます困難となることや、急性期医療の需要の減少、高齢者救急・在宅医療のニーズの増加が進むことが想定されることから、国は2024年3月から「新たな地域医療構想等に関する検討会」において「新たな地域医療構想」の検討を進め、2040年頃の医療をとりまく状況と課題、新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療提供体制、新たな地域医療構想に関する制度改正の内容等を取りまとめました。具体的には、「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化するとともに、地域完結型の医療・介護提供体制を構築するために、外来・在来、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とすることなどが示されました。

また、2025年7月から「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において、今後、都道府県が具体的に地域医療構想を策定・推進するにあたり必要となる「地域医療構想策定ガイドライン」の策定に向けて検討が進められました。

【意見発信のための体制確保】

加入者及び事業主が良質な医療を過不足なく受けられるようにするためには、保険者が各構想区域の調整会議等に参加し、意見発信を行うことが重要です。2025年7月からの「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」では、理事が構成員として検討会に参画し、都道府県で行われる新たな地域医療構想調整会議において保険者の参画等について意見を発信してきました。その結果、検討会のとりまとめでは、医療保険者に期待される役割等として、「健康保険組合や全国健康保険協会等の医療保険者は、都道府県単位での地域医療構想調整会議に参画すること」等が明記されました。

また、協会では、意見発信の機会を確保するため、調整会議等への参加が進むよう都道府県に働きかけを行っており、その結果、2025年度末で、346ある調整会議のうち223区域（被用者保険者全体では301区域）に参加しています（図表4-106参照）。

未参加の区域については、保険者協議会で意見を調整し、市町村国保等を通じて被用者保険者の意見を届ける等、実質的に意見発信の機会を確保できるよう取り組んでいます。また、図表4-106のとおり、保険者協議会のほか、医療費適正化に関する都道府県の会議や都道府県国民健康保険運営協議会等に参加し、意見発信を行っています。

〔(図表4-106) 都道府県の各種審議会等への参画状況について (2025年度末時点)〕

内容	参画支部数	設置数
都道府県の医療計画策定に関する場への参画支部	35支部	47都道府県
都道府県全域の地域医療構想の議論の場への参画	36支部 (38都道府県)	47都道府県
構想区域ごとの調整会議への参画	47支部、223区域 (301区域)	346区域
都道府県医療費適正化計画に係る検討会への参画支部	38支部	38都道府県
都道府県国民健康保険運営協議会	47支部	47都道府県

【調整会議における医療データ等を活用した意見発信】

調整会議等においてデータを活用した意見発信を行った支部は、2025年度は34支部であり、各都道府県の医療提供体制や医療費等の状況に関する課題を捉え、データ分析を行った結果を会議に提供する等、データに基づく議論を積極的に促す支部もありました。

調整会議等の支部におけるデータに基づく意見発信の主な例は、図表4-107のとおりです。

〔(図表4-107) 調整会議等の支部におけるデータに基づく意見発信の主な例 (抜粋)〕

支部名	会議名	発言内容	活用したデータ
青森支部	令和7年度青森県医療費適正化計画に係る懇話会	資料3-2のP4「後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進について」、新たな目標であるバイオ後続品の使用割合に関する協会けんぽの直近での取組状況、データについてご報告させていただく。 資料の取組項目を見ていただくと、保険者等の4つ目のボツに「県内の大規模医療機関を訪問し、使用促進に関する意見交換を実施」とあり、令和6年度に引き続いて、本年度も2、3月に県内7医療機関を訪問し主に薬剤部長の皆様からご意見を伺った。 資料3-3のP8－図15に「令和5年度の全国と青森県のバイオ後続品数量シェアの状況」として、がん、糖尿病、リウマチ等のバイオ医薬品の17成分のバイオ後続品への置き換え状況が記載されている。 当時は、②エポエチンアルファほか計2成分が80%の達成状況だった。そこで、協会加入者の令和7年7月から9月のレセプトデータを基に算出してみると、青森県内では17成分中8成分が80%を達成しており、8割達成率が47.1%と患者、医療関係者の皆様のご理解、ご協力により一層のバイオ後続品使用が進んできている。 二次医療圏別で使用数量の多い津軽、青森、八戸地域で見ると成分数80%達成数が一番多い地域は、八戸地域の16成分中9成分の8割達成率が56.3%となっている。 この間の医療機関訪問で関係者様の意見では、バイオ後続品の阻害要因として、「適応症の違い」、「病院薬剤師の不足」、使用が進んでいる理由では病院経営が赤字となっ	バイオシミラー使用促進アプローチツール(Tableau)、青森県医療費適正化計画の進捗状況_バイオ後続品数量シェア(厚生労働省提供データ)

支部名	会議名	発言内容	活用したデータ
		ていることにより、薬剤部だけでなく、病院全体でバイオ後続品使用を進めていかなければいけないとの意識醸成がより高まっているとのことであった。 最後に、バイオ後続品使用促進において、保険者として実施できることは限られているが、引き続き、県にもご相談しながら医療関係者の皆様との連携した取組が重要であると考えており、ご理解、ご協力をお願いしたい。	
岩手支部	令和7年度第2回久慈構想区域地域医療構想調整会議	新たな地域医療構想では外来や精神医療も加わってくるということで、私ども協会けんぽのデータでは、令和6年度における久慈圏域の推計新規入院発生率は0.064%と二次医療圏では最も低い数値となっているが、精神に限ってみると、推計新規入院発生率は0.002%と逆に最も高くなっている。これを入院日数という側面で見ると、久慈圏域の推計平均在院日数19.48日は二次医療圏で最も長い日数となっており、精神に限ってみても推計平均在院日数は二次医療圏で最も長く、また外来においても同様の傾向にある。特に精神関係の入院日数（170.95日）については、他の医療圏と比較しても非常に長く、一人当たりの医療費の側面で見てもそこが大きく影響しているように見えるので、新たな地域医療構想を考えるうえでは久慈圏域のそういった状況を加味したうえで、病床機能を検討する必要があると考えている。併せて、久慈圏域における入院受療動向は、県外への流出が20%を超えていることから、隣接する区域の医療機関機能の確保やアクセスの確保などに関して、都道府県間での協議を是非実現していただきたいと思う。	郵便番号別加入者基本情報（令和6年度）、郵便番号別医療費基本情報、岩手県保健医療計画（2024-2029）、新たな地域医療構想の策定・保健医療計画の中間見直しについて、加入者基本情報（令和6年度）、医療費基本情報（令和6年度）
山形支部	令和7年度山形県保健医療推進協議会	「医療従事者確保対策」に関連して、協会けんぽ山形支部の分析データでは、特に循環器系疾患について全国平均と比較して、外来受診率が高い一方、入院一人当たり医療費が抑えられているという特徴がある。外来の早期受診で入院に至る重症化が抑制されているのではないかと推測しているところ。 しかし、地域の医療従事者不足で早期の治療や服薬コントロールができない状況になると重症化予防の大きな阻害要因になる。医師偏在状況の定期的なモニタリングが重要と考える。これに加えて、「重点医師偏在対策」の医師への特別手当支給事業について保険者からの拠出で賄う（保険料を充てる）こととなっている。医療保険者として保険料の負担者である事業主や被保険者に対して説明責任が果たせるように、事業運営を行っていただきたい。 また、「保険者協議会」として偏在対象区域内における医療機関や医師の人数、予算配分の考え方を確認する必要があるため、事務局から「保険者協議会」に対して根拠となるデータの提供をお願いする。	疾病分類別1人当たり医療費の地域差指数-1の寄与度（Tableau）
群馬支部	第1回群馬県保健医療計画会議	(1)県内10圏域の二次保健医療圏（構想区域）において、構想区域の広域化の必要性を認識し、利便性向上に向けたアクセス手段の改善策の検討も必要。2024年度の群馬支部における加入者住所と受診医療機関住所が二次医療圏ごとに異なるかをレセプトを用いて流入率を抽出したデータによると、「前橋」「高崎・安中」を除く全ての医療圏で流出率が流入率を上回っており、特に「吾妻」では流出率は45.7%(流入率5.9%)。流出率が20%を超えている人口20万	協会が保有するデータを活用した分析結果（Tableau、二次医療圏ごと流出率）

支部名	会議名	発言内容	活用したデータ
		人未満の「渋川」「藤岡」「富岡」以外にも、人口20万人超の「伊勢崎」も流出率20%を超えている。 また、2024年度の時間外受診の集計結果では、群馬支部加入者の1人当たり算定回数では、初診は0.188、再診は0.244と初診・再診ともに年齢調整した指数では全支部平均より下回っていた。 (2)「ロジックモデルにおける予防」「取組状況における令和6年度の主な取組」の脳卒中、心疾患、糖尿病について、群馬支部加入者の2024年度生活習慣病予防健診(35-75歳未満)の結果では、メタボ該当、メタボの予備群、腹囲、血圧、脂質、代謝、BMI、中性脂肪、HDLコレステロールのリスク、喫煙者の割合が全支部平均よりも高い。 二次医療圏別(県内在住加入者)の集計データでは、課題である血圧リスク該当割合は「桐生53.7%」「吾妻56.2%」「渋川52.1%」「沼田54.9%」「藤岡52.5%」と50%以上(年齢未調整)。年齢調整後の地域差でも、同様に「吾妻」「沼田」「桐生」「藤岡」で高く出ている。降圧薬コントロールがしっかりできていると、将来的な循環器疾患に関連した入院のリスクを下げる可以考虑。 また、収縮期血圧(平均)、拡張期血圧(平均)はリスク割合(年齢未調整)の地域差が見られる。収縮期血圧(平均)では、高い地域「吾妻」と低い地域「富岡」の差は3.75mm、拡張期血圧の高い地域「伊勢崎」と低い地域「富岡」の差は2.32mmHgと、収縮期血圧の差は4mmHgと差が顕著。	
兵庫支部	令和7年度 兵庫県地域・職域連携推進協議会	協会けんぽとして、令和6年度のデータをもとに二次医療圏・兵庫県内市区町別の1人当たり医療費、被扶養者の市区町別特定健診受診率について説明した。また、今回は社会保険診療報酬支払基金近畿審査事務センターから、厚労省や市町村国保のデータをもとに同様の分析結果について話題提供が行われた。 それらを踏まえ、協会けんぽからは「1人当たり医療費については淡路、播磨姫路、北播磨、丹波圏域で県内平均より高めに推移しており、これは支払基金の分析結果とも一致している。また、1人当たり医療費の高い市区町では被扶養者の特定健診の受診率が高く、これは疾病の早期発見・治療に繋がっているのではないかと。協会けんぽとして被扶養者の特定健診受診率向上のために集団健診を実施しているが、十分とは言えない。より多くの受診機会を確保するため、自治体の健診と合同で実施できないかご相談させていただいているが、受け入れ人数や実施する健診機関の問題で一部に限定されているのが実態である。特に特定健診の実施率の低い市区町については、協会けんぽとの健診の合同実施や健康づくりの取組について検討を願いたい」旨の発言を行った。	兵庫県内市区町・二次医療圏別1人当たり医療費地域差指数(診療別)、兵庫県内市区町・二次医療圏別1人当たり医療費地域差指数(生活習慣病とそれ以外)、兵庫県内市区町別被扶養者の特定健診受診率
熊本支部	令和7年度地域・職域連携推進会議(各二次医療圏ごとに8回すべて対面開催)	(8回の会議すべてにおいて、Tableau等から抽出データを基に、二次医療圏ごと・市町村ごとの協会加入者の現状/健康課題等を資料に整理し、事務局に特に依頼して時間枠をもらった上で説明した。) 一般的にメタボリスク者が多いと言われる本県だが、二次医療圏(圏域)ごとに、また協会データと国保データ(KDB)との比較の観点で詳細に分析してみると、圏域ごとの健康課題が一樣ではないことが見えてくる。このよう	Tableauから抽出した健診結果データ、郵便番号データ、「熊本県の二次医療圏及び全市町村の健診データ集計表」

支部名	会議名	発言内容	活用したデータ
		に、圏域ごとに特有の健康課題をターゲットに、地域・職域で連携した対策事業を組み立てることが、地域の健康度合いの増進や医療費の適正化にも有効だと考える。 また、地域・職域の連携の今後の形は、これまでの保健所・自治体・保険者を中心とした取組の輪をさらに広げて、医師会等の医療提供側や、地場の大学、経済団体（商工会）、健康づくりに先進的な企業なども含めたコンソーシアムを組んで進めることが、県民の健康寿命の延伸に加え、医療費適正化にも有効だと考える。 この会議（地域・職域連携推進会議）は、県の健康増進計画（＝くまもと21ヘルスプラン）上の建付けであると理解しているが、会議で発言・提起される意見の中には、地域の医療提供体制や県民医療費の適正化に資するものも多いため、ぜひ「医療費適正化計画（＝『熊本県における医療費の見通しに関する計画』）」にも反映できるよう、県の関係部署内で調整を図ってほしい。法令上も、県の医療費適正化計画は健康増進計画と調和が保たれるべき、との規定となっている。	

③医療保険制度の持続可能性の確保等に向けた意見発信

医療保険制度の持続可能性の確保等に向けて、協会役職員が委員を務める国の各種審議会等で積極的に意見発信を行いました。

ア）社会保障審議会医療保険部会

協会役員が委員を務める「社会保障審議会医療保険部会」では、

- ・ 医療保険制度改革について
- ・ 医療保険制度における出産に対する支援の強化について
- ・ 高額療養費制度について
- ・ マイナ保険証の利用促進等について
- ・ 診療報酬改定の基本方針について
- ・ 健康保険法等の一部を改正する法律案について
- ・ 医療法等の一部を改正する法律案の閣議決定について
- ・ 被用者保険の適用拡大について
- ・ 第3期医療費適正化計画の実績評価及び第4期全国医療費適正化計画について
- ・ 被用者保険における予防・健康づくりの推進について
- ・ 病床転換助成事業について
- ・ 電子処方せん・電子カルテの目標設定等について
- ・ 特定健康診査に相当する健康診査に係る結果送付の電子化
- ・ 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブについて

等について議論を重ねました。協会の主な発言は次のとおりです。

● 医療保険制度改革について

- ・長期収載品の選定療養については、制度を導入して1年が経過し、一定の成果が出ているのではないかと考えている。また、今回の選定療養制度はソフトランディングの観点から自己負担を一定額に抑える目的で4分の1の負担を導入したと理解している。制度導入後1年が経過し、国民に制度が徐々に浸透していると考えており、ゴールであるこの差額の全額を適用するという方向性をもって制度の見直しをお願いできればと考えている。
- ・選定療養対象の先発品を使っている方の約8割が医療上必要であるため、特別な料金の負担がない状況である。協会けんぽの分析では、医療上必要があるケースのうち、8割で在庫状況を踏まえ後発品提供が困難という理由がレセプトに記載されている。こうした実態について、国において詳細に分析いただくとともに、後発品の供給不足解消に向けた着実な取組をお願いしたい。また、医療上の必要性の精査についてもぜひ検討を進めていただきたい。
- ・バイオシミラーの使用促進については、協会においても、ジェネリックの次の大きなテーマとして、今、全国において取組を進めているところである。更なる使用促進という観点から、バイオシミラーのある先行バイオ医薬品の選定療養制度の導入について検討を進めていただきたい。また、一般名処方を可能とすることや、診療報酬上の加算要件の見直し等、医療機関がバイオシミラーを使用する環境整備も進めていただきたい。
- ・OTC類似薬については、厳しい医療保険財政を踏まえ、OTC医薬品の保険適用除外について検討していただきたい。完全な適用除外に向けての課題は多いと考えるが、一部保険適用除外による自己負担の導入について前向きに検討をお願いしたい。論点にもある配慮すべきケースについて丁寧な議論の整理を行う必要があると考えている。
- ・高齢者の現役並み所得の見直しについて、全世代型社会保障の実現に向けて、年齢に関わらず所得に応じた自己負担をお願いする観点から、高齢者の就業率や所得状況あるいは健康状態を踏まえて、3割負担の対象となる高齢者の範囲を広げていくべきだと考えている。
- ・一方で、現在の現役並み所得の対象者の医療給付費は現役世代の拠出金負担で9割が賄われている。公費負担が一切入っていないことから、現役世代の負担が重く、制度に矛盾が生じているように感じている。3割負担の対象となる方の拡大と後期高齢者の医療費給付における公費負担のあり方をセットにして、見直しを進めていただきたい。
- ・高齢者の3割負担、2割負担といった対象者の拡大、年齢区分の引上げについて、更に議論を深めていただきたい。また、金融所得の勘案について、総論としては、現役世代に負担が偏りがちな社会保険構造を見直すために、負担能力に応じた負担と給付のバランスを確保していくという観点は極めて重要だと思っている。その際、金融所得を勘案するには、所得情報の把握、事務フローといった実務面の課題が非常に多く、被用者保険においては、保険者が金融所得を把握していくことは実態上極めて難しいと考えている。
- ・金融所得の勘案は、現役世代に負担が偏りがちな社会保険構造を見直すという目的を踏まえて検討を進めていただきたい。特に、金融所得に関しては、それを社会保険料に反映するプロセスが極めて煩雑であるということも踏まえると、税と社会保障の一体改革において、税に反映する方向で勘案する方が合理性は高いのではないかと考えている。
- ・高額療養費制度については、見直し後の上限額、ケースごとの患者負担の変化等も示されて

いる。低所得者や長期療養者への配慮、年間所得区分の細分化等、高額療養費制度のセーフティネット機能に配慮した見直し案になっていると受け止めている。外来特例については、限度額の引上げについて将来的な廃止に向けた第一歩と受け止めており、今後も継続して議論が必要と考えている。

● 医療保険制度における出産に対する支援の強化について

- ・これまでの出産一時金による現金給付から標準的な出産費用を現物給付としていくことは、考え方として必要な対応であると考えている。一方で、標準的な出産費用とは何かという点は、今後更に議論を深めていく必要がある非常に重要な観点と考えている。保険診療の考え方や保険料を負担する方の納得性も念頭に置き、議論を深めていくべきと考えている。また、自己負担の無償化に関しては、公費と保険料の負担のあり方についても議論いただきたい。
- ・出産育児一時金の増額後、直ちに出産費用が増額された一方で、出産費用の内訳がブラックボックスとなっており、当事者である妊婦が納得感を得づらいという現状があることから、これまでの現金給付から現物給付に変更していくことは一つの考え方として保険者としても支持したい。
- ・給付内容については、医療保険の保険適用の現物給付とする以上、全国一律で取り扱う必要があると考えている。保険給付の対象については、保険料を負担する方の納得感や保険診療との整合性も踏まえ、出産や母子の健康のために必要な範囲に限るべきというのが原則だと考えている。
- ・出産に伴う医療行為が行われている事例が多いことが協会のデータを分析して判明したと紹介されたが、出産費用の負担軽減の観点から、念頭に置く必要があると考えている。その範囲については、出産に係る標準的な医療行為とは何かという観点からよく整理していただく必要がある。
- ・当然ながら、アメニティに関しては保険の対象外とすべきだと考えている。出産の保険適用の議論が始まった経緯の一つに、出産費用とサービスの対応関係が分からない、出産費用の予見可能性がないというような問題意識があると認識している。現在、厚労省でも取組を進めていただいているが、費用とサービスの対応関係が分かるように、出産費用の内訳の見える化を更に進めていくべきである。現物給付で進めるということであれば、保険給付の対象とならないサービスについては、妊婦本人が選択できるよう、十分な情報提供が前提となると考えている。
- ・基本単価を設定し、分娩数に応じて支給するという手法については、これまでの出産育児一時金の支給を現物給付化するということで、現在の保険給付と連続性があることから、一定理解できる整理と受け止めている。
- ・ハイリスク妊婦の受入れを行う施設を継続して確保するために経費を確保できるような評価が必要であると考えている。
- ・現物給付とは別に、妊婦本人に対する現金給付を創設することは、出産に関する費用負担の軽減やこれまでも差額を受け取っていたケースへの配慮を考えると、一定やむを得ないものと受け止めている。他方、これまで議論してきた出産育児一時金を現物給付化するという方

針を踏まえると、別途、現金給付を新たに創設することは、本来であればなじまないものである。そうした観点から、保険料を負担する方々の理解も得づらいと考えているので、経緯に関しては一定理解するが、仮に現金給付を創設する場合には、その給付額について、保険財政への影響等を十分に配慮した上で設定していただく必要がある。

- ・移行時期については、医療保険の現物給付とする以上、全国一律の扱いであることが望まれる。新制度への一律移行を原則とするとともに、対応できない施設においても、早期の移行を促進する方向で進めていただきたい。

● 高額療養費制度について

- ・専門委員会の設置に関しては、異論はない。これまでも繰り返し申し上げてきたが、医療保険制度の持続可能性と高額療養費制度のセーフティネットとしての機能とのバランスに配慮しつつ、関係者が納得できるよう、丁寧に議論を進めていただきたい。
- ・専門委員会に協会けんぽも委員として参加できるのであれば、中小企業で働く方やその家族を加入者とする保険者の立場から、意見を申し述べたい。
- ・専門委員会での議論を経て、医療保険部会で、制度全体のあり方として議論するというところで、今後、丁寧な議論が進められることを期待している。制度全体の中でどういうウエイトづけをしていくのか考えざるを得ない。
- ・他方で、専門委員会においても発言したが、利用者の方々にとっての見える化について引き続き検討していただきたい。大変素晴らしい制度であるにも関わらずきちんと伝わっていないのではないかと、問題意識を持っているところである。

● マイナ保険証の利用促進等について

- ・マイナ保険証の円滑な移行に向けた取組を更に進めるという観点からは、スマホへのマイナ保険証搭載が非常に大きな鍵だと考えている。国においても、国民への周知広報や、インフラの整備にも更に加速して取り組んでいただきたい。
- ・マイナンバーカード自体の有効期限の到来が、今後、多く始まるが、保険者は加入者の個々の有効期限の情報を有していない。協会の動きとしては、一般論としての注意喚起は加入者の皆様にお伝えできるが、個別での対応は難しいと考える。このことに関しては、医療現場等における混乱を避けるためにも、国において加入者の皆様に対して、期限切れ前に更新を行っていただけるよう、十分な周知広報をお願いしたい。
- ・マイナンバーカード、スマホ保険証も含めて活用していくことは医療DXの根幹になると考えている。様々な利便性向上のための施策をよりきめ細かく推進していただきたい。これから、いよいよ経過措置期間の終了が迫っている。協会としても保険証の期限を12月としているので、その切替えに向けて、改めて集中的な広報を実施する予定である。ぜひ国、医療機関、保険者とも一丸となってマイナ保険証利用の促進に向けて、この12月を一つのタイミングとして活用していきたいと考えている。
- ・マイナ保険証については、協会けんぽは他保険者と比べて低い利用率となっているため、この12月に加入者や事業主に対してチラシやパンフレットを郵送するとともに、Web広報を集

中的に取り組む等、更なる対応に努めていきたい。

- ・他方で、こうした12月の経過措置期間が終了した後も、加入者の方に混乱なく保険診療を受けていただくことが極めて重要だという認識の下で、特に資格確認書を加入者のお手元への行き渡らせることにも、大変腐心をして進めている。今後一層マイナ保険証の利用率を向上させるべく、協会としても全力を尽くしていきたい。また、スマホ保険証については、利便性の向上といった点で非常に大きなアドバンテージがあるので、その促進に向けてもぜひ進めていただきたい。

● 診療報酬改定の基本方針について

- ・次期診療報酬改定の基本方針に向けて、人口構造が大きく変化する一方、現役世代の社会保険料負担が限界を迎えている中で、国民皆保険制度の持続可能性を確保していくためには地域医療構想の実現や医療DXの推進等の効率化・適正化の取組を着実に推進していくことが必要だと考えている。
- ・また、昨今、物価や賃金についても状況が大きく変化しているところであり、前回の改定の検証を行うとともに、病院をはじめ医療の現場の状況について詳細な実態を把握した上で、今後、きめ細やかな議論を行っていただくようお願いしたい。
- ・基本認識について特段異論はない。私どもは被保険者や事業主が保険料負担に納得感を持っていたけりような報酬改定としていただきたい。
- ・我々が堅持すべき国民皆保険制度も、診療報酬体系、薬価制度がきちんとされることが第一歩だと考えており、そうした点も踏まえた議論が進められることを期待している。また、医療DXに関しては進めるべきだと考えており、これによって様々な情報連携がされ、患者にとって明らかに質の高い医療が実現するというゴールがあるので、できる限り早いタイミングで、逆にこのDXを利用されないのであればマイナスになるという時代が来ることを大変期待している。

● 健康保険法等の一部を改正する法律案について

- ・今回の法律案には、現役世代の予防・健康づくりの強化、そして、協会が取り組む保健事業に関する責務の明確化が盛り込まれている。協会では、予防・健康づくりの一層の推進として、2026年度から人間ドックに関する補助や、若年層を対象とした健診の開始を計画している。また、2027（令和9）年度からは被扶養者に対しても、健診を被保険者並みの水準に拡充するということも進めているところである。加えて、今年の1月にリリースしたけんぽアプリの発展を図り、4,000万人と直接つながるけんぽDXの実現を進めているところである。これにより、加入者の一人一人に寄り添いながら、その健康づくりを強力に支援していくことを継続していきたい。
- ・保健事業にしっかりと取り組むとともに、加入者が安心して医療を受けるためには、長期的に安定した財政運営が重要である。必要な国庫補助の確保についても、引き続きお願いしたい。

● **医療法等の一部を改正する法律案の閣議決定について**

- ・医療DXの推進について、医療の質の向上や効率化に資するものであり、大変重要な取組と認識している。その中で、特に電子カルテ情報共有サービスは、加入者にとっても、緊急搬送時等の医療機関における検査情報や薬剤情報が把握できる、迅速に的確な医療を受ける等、非常にメリットが大きいと考えている。保険者にとっても、事業者健診データとの連携において極めてメリットの大きいサービスだと認識している。ぜひ国においても医療機関への働きかけと推進に当たっての一層の取組をお願いしたい。なお、この費用負担は法律の条文に書かれているが、今後、費用負担のあり方を議論する際には、国においてまず全体像を示していただき、利活用場面、あるいは医療機関における事務効率化等の受益者負担の観点等も踏まえた上で、関係者間で十分な協議を行っていただきたい。

● **被用者保険の適用拡大について**

- ・被用者保険の適用拡大については、働き方や勤め先に関わらずふさわしい保障を得られるようにするとともに、雇用のあり方に中立的な制度としていく観点から非常に重要な取組だと考えている。
- ・保険料負担割合の変更については、今後、国から事業主、被保険者に対して丁寧な説明をいただくとともに、関係者に対する特に実務面、また、財源等といったサポートに関しても検討を進めていただきたい。

● **第3期医療費適正化計画の実績評価及び第4期全国医療費適正化計画について**

- ・医療費適正化計画の進捗は協会も全力で取り組んでいるところである。特に、地域フォーミュラの策定支援やバイオシミラーの使用促進は、今後、適正化への非常に大きな成果が期待できるものと考えている。協会は、保険者としてできる限りの取組を進めていきたい。
- ・地域フォーミュラへの取組については、都道府県によって取組に濃淡があると感じている。国においては、ぜひ各地域の取組状況を把握した上で、特に取組が薄い地域に関しては、都道府県等の関係者への働きかけをお願いしたい。

● **被用者保険における予防・健康づくりの推進について**

- ・データヘルス計画に基づく取組の実施に当たり、市町村国保をはじめとする他保険者のデータヘルス計画や、都道府県健康増進計画、医療費適正化計画等に基づく取組との調和を図り、地域と職域が連携して健康課題の解決に取り組むことが極めて重要である。協会の各支部においては、都道府県や国民健康保険団体連合会等に対して、各支部のデータヘルス計画の目標及び取組等についても情報提供をしているところである。
- ・協会においては、各支部での地域の健康課題を踏まえたデータヘルス計画を作成して取り組んでいるところであるが、働く人へのサポートの観点はもちろんだが、地域、職域という広がりと併せて、世代を超えて、次世代を担う若年者、これは被扶養者でもあるが、若年者を対象にした健康教育にも取り組んでいるところである。

- **病床転換助成事業について**

- ・本事業については事業延長を繰り返しているが、前回延長の際にも事業の活用実績が芳しくない点を指摘した。今般の調査研究の結果としても、今後、病床転換の予定があると回答する医療機関が限定的となっている。病床の再編や介護保険施設の創設について既存の支援制度が存在する以上、今後の事業のあり方として、前回同様に単純に延長ということにはならないのではないか。制度としては適時適切にスクラップアンドビルドも考えていくことがより求められるのではないかと考えている。

- **電子処方せん・電子カルテの目標設定等について**

- ・医療DXに関して、全面的に推進をお願いしたい。その中で、マイナ保険証はプラットフォームとしての役割がある中で、電子カルテ・電子処方せんは非常に大きなコアコンテンツで、これが実現すると医療の質的な変化や利便性において非常に大きな役割を発揮すると期待している。
- ・協会けんぽとしても、電子カルテ・電子処方せん、また、もう一つの大きな医療費適正化の観点では地域フォーミュラリとバイオシミラーについて、全支部に向けて可能な限りそれぞれの立場で推進に協力するようというのを今年の大きな目標として掲げている。ぜひこれが着実に2030（令和12）年には完成形になるように期待したい。また、我々としても支援したいと考えている。

- **特定健康診査に相当する健康診査に係る結果送付の電子化**

- ・特定健康診査に相当する健康診査に係る結果送付の電子化については、DXを進める中でぜひ積極的に進めていただきたい。漏れのないように、また、私どもとしても、具体的に電子化を更に進めていただきたいような事例があった場合には報告したい。
- ・健診結果に関しては、実務の中においては健診結果の誤記載が一定数発生している。これは我々のチェックで分かる範囲のものであるが、その際、訂正、修正というのを地道に取り組んでいるが、この健診結果の精度管理というテーマについて何らかの形で国全体としても取組を進めていただきたい。

- **個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブについて**

- ・個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブについては、加入者や事業者の行動努力を支部ごとの保険料率に反映させる仕組みを運用しているところである。ヘルスケアポイントを個人単位で、というような取組は協会として取り組んでいないが、現状の形を更に精緻化させていくという方向性ととも、今後、けんぽアプリが定着する中で、個人単位の健康づくりについても関与ができるようなインフラが整った際には、こうしたことも議論を進めたいと考えている。その際、金銭的な還元というよりは、健康づくり、予防というような形での還元、インセンティブというのを考えるべきではないかと考えている。

イ) 中央社会保険医療協議会

協会役員が委員を務める「中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」という。）」では、2026年度診療報酬改定に向けて議論を重ねました。

2025年11月28日に「令和8年度診療報酬改定に関する要請」として、健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、全日本海員組合、日本経済団体連合会、日本労働組合総連合会との連名で、「現役世代を中心とした保険料負担の抑制と物価上昇局面での保険給付の両立を図り、将来にわたり国民皆保険制度と医療提供体制を維持するために、医療のあり方を着実に改革して医療機関・薬局の経営を健全化し、確実に医療従事者の賃上げを担保すること。充実すべき部分についても、税制や補助金との明確な役割分担を前提として優先順位を意識し、確実な適正化とセットで真にメリハリの効いた診療報酬改定を行うこと。その際には、診療所・薬局から病院へ財源を再配分する等、硬直化している医科・歯科・調剤の財源配分を柔軟に見直すこと。医薬品・医療財源について、ライフサイクルに応じた市場の棲み分け、根拠に基づく適切な価格設定と適切な使用方法、費用対効果評価制度のより一層の活用を追求すること。」といった旨の要請書を厚生労働大臣宛てに提出しました。

2025年12月24日には、2026年度診療報酬改定率が決定され、診療報酬本体の改定率はプラス3.09%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度+2.41%、令和9年度+3.77%）、薬価等の改定率はマイナス0.87%となり、全体ではプラス2.22%となりました。

2026年2月13日には、中医協会長から厚生労働大臣に対して答申が行われました。この答申に対しては1号側（支払側）より、「賃上げ対応では、より幅広い職種がベースアップ評価量の対象となり、実態を正確に把握できるようになる。医療機関の経営者には、手続きの簡素化や法人単位のマネジメントを踏まえ、確実な賃上げにつなげていただきたい。物価対応では、病院と診療所の経営状況や、病院の中でも機能による費用の違いを反映したきめ細かい配分となった。物価上昇による経営悪化を乗り越えて、地域で求められる役割をしっかりと果たすことに期待する。2040年頃を見据えて、医療機能の分化、強化、連携を更に進めることは極めて重要である。支払側は、新たな地域医療構想の方向性や、かかりつけ医機能報告制度を念頭に置き、メリハ리를強く意識して今回の議論に臨んだ。入院医療については、病院としての機能をより重視したことが最大の特徴である。高度急性期や急性期の入院料について、救急搬送の受入れや、手術の実態に応じた評価体系に見直すことや、急性期と包括期のケアミックスのあり方に一定の方向性が示されたことにより、急性期機能の集約化や包括期機能の充実につながるものと認識している。外来医療については、大病院とかかりつけ医機能を担う医療機関による役割分担や救急外来への対応をより一層進め、患者に身近な地域の医療を強化すべきである。また、生活習慣病の管理については、データに基づく実績評価を導入することは、今後の試金石になるものとする。在宅医療については、適正化と充実とセットで対応することにより、質を担保しつつ、限られた医療資源で、今後更に増加する医療ニーズを過不足なく充足することが重要である。歯科医療については、一般的な歯科疾患の計画的かつ継続的な管理を徹底しつつ、専門的な口腔機能の管理を充実することにより、ライフステージを通じて患者の状態に応じた適切な歯科医療を実施していただきたい。また、デジタル化による業務の効率化や歯科用金属

の価格変動に影響されない材料の拡大にも期待する。調剤については、患者のための薬局ビジョンの実現に向けた対応を図った。門前や敷地内等の立地に依存せず、真に患者本位のかかりつけ薬剤師機能を発揮すべきである。医療保険制度の持続可能性と、医療の質を担保する観点からは、薬剤の適正使用が重要である。後発医薬品だけでなく、バイオ後続品を積極的に使用することやポリファーマシー対策について着実に成果を上げていただきたい。医療DXについては、マイナ保険証の利用促進を中心とした評価から、電子処方せんや電子カルテに着目した新たな評価体系に見直すことになる。これまで以上に質が高く、効率的な医療を実現し、患者がメリットを実感できることに期待する。また、医療アクセスがしにくい患者が必要な時に適切な医療を受けられるよう、オンライン診療や遠隔診療を健全に普及させることも重要である。とりわけ、賃上げや物価上昇への対応に関し、大臣折衝において必要な足元の情報を正確に把握するため調査するとされている点には、しっかり取り組んでいくことが重要である。患者中心の医療を推進する観点からは、電子カルテの保存期間の延長等、今回議論できなかった課題についても、次回改定に向けて議論を尽くしたい。また、薬価制度、材料価格制度、費用対効果評価制度については、引き続き医療保険財政の持続可能性を考慮しつつ、イノベーションの推進と安定供給の確保に向けた対応を進めるべきである。」と総括しました。

協会からは、各論点について以下のような発言を行いました。

● 賃上げ対応について

- ・賃上げについて、報酬上の評価で対応する場合、被保険者や事業主の保険料負担や患者の自己負担の増加につながる事となる。そうした方々の納得が得られるように、医療機関や薬局の特性や状況に応じて、可能な限りきめ細やかに、公平かつ確実に、賃上げにつながる対応を検討していくことが必要と考える。
- ・前回のベースアップ評価料については、基本的には、届け出ていた医療機関では、賃上げが着実になされていたと受け止めている。診療所や診療行為別に算定回数に差がある点等、改善を図る必要がないか、更なる実態の分析を行う必要があると思う。
- ・一方、届出の簡素化については、可能な範囲で対応する必要があると考える。
- ・他業種で賃上げが進む中、医療従事者を確保するため、医療の分野でも処遇改善を確実に行うことが重要である。
- ・今般の外来・在宅ベースアップ評価料と入院ベースアップ評価料の設計は、2024年度改定のベースアップ評価料の算定状況を踏まえたものであり、妥当と考えている。
- ・届出の負担軽減も行うことから、人材確保のため、より多くの医療機関でこのベースアップ評価料を算定していただきたい。

● 物価対応について

- ・MCBDや医療経済実態調査の分析結果として示されたとおり、施設類型や病院の特性によって、物価高騰の影響度合いが異なることを踏まえた案とすべきである。入院料に関して、病院の機能や各病床で提供される医療の内容に応じた配分については、地域で果たす役割も踏まえながら、メリハリのついた対応となるようにしていくべきと考える。

● 入院医療について

- ・入院については、新たな地域医療構想を念頭に議論していくべきであり、急性期入院医療については、地域で必要な手術や救急医療等を担えることを適切に評価していくべきと考えている。
- ・急性期一般入院基本料について、同じ基本料であっても救急搬送受入件数や、全身麻酔手術件数に違いがある点について、医療資源の投入量も異なることから、メリハリのついた評価を行っていくべきと考える。
- ・総合入院体制加算と急性期充実体制加算について共通する基準がある中で、地域で必要な急性期医療を集中的に担う医療機関を分かりやすく評価するためにも、一方の加算のみにある施設基準を組み合わせた評価を確立する等、見直す必要があると考える。
- ・高度急性期入院医療について、手厚い医療資源の投入が必要である患者を対象とするためにも、重症度、医療・看護必要度のあり方については、見直す必要があると考えている。
- ・地域包括医療病棟について、年齢や要介護状況、認知症の有無等がアウトカム指標の結果に影響を及ぼすのであれば、その評価について柔軟な対応を行っていくことは、一定の合理性があると考ええる。
- ・看護職員の業務について、ICTの活用により業務を効率化していくことは非常に重要であり、取組を更に推進するために、患者へのケア等に支障なく配置の柔軟化が可能であれば、積極的に行っていくべきと考えている。
- ・多職種連携について、多様な職種の方が、専門性を活かして患者へ効果的な医療を提供していくことは重要であり、特にリハビリ病棟は多くの専門職の方が配置されていることがわかる。そうした中で、各専門職の病棟業務への関わりを深め、多職種による協力を促すことで、柔軟な対応を可能としていくことは重要なことと考えている。
- ・特定機能病院について、その果たすべき役割や機能を適切に評価することで、評価に差をつけていくべきである。一方、診療報酬で評価するものと、税財源で整備するものについては、その役割や機能、特定機能病院で診療を受けた患者にメリットがあったか、といった観点を踏まえて整理すべきと考えている。
- ・急性期医療について、新たな地域医療構想も踏まえ、病床のみならず、地域においてその病院が果たしている機能も考慮して、評価を適正化していくべきと考えている。

● 外来医療について

- ・かかりつけ医機能報告制度が始まり、かかりつけ医機能の具体的な内容が整理されたことを踏まえ、診療報酬上のかかりつけ医の評価について、報告制度と整合をとっていくことが重要だと考える。
- ・かかりつけ医機能の各項目と診療報酬上の評価の対応関係の整理について、機能項目ごとに評価している加算が異なっている点を整理していくべきであり、1号機能のすべてを満たす医療機関の評価を新たに創設するといった一本化も含め、全体の見直しを検討していくべきだと考える。
- ・患者にとっても分かりやすい評価体系とすることが重要であり、根本的な見直しも視野に議

論していくべきだと考える。

- ・生活習慣病対策については、ガイドライン等で定期的な検査や治療継続の重要性が指摘されている一方、算定頻度や継続率、検査の実施頻度にばらつきがあることが判明している。患者の健康のためにも、適切な頻度での診療や検査が行われるようにしていく必要があると考える。
- ・コントロールできている患者に対する適切な受診頻度と、それに対応した評価という点も検討していく必要があると考える。
- ・外来の機能分化について、逆紹介が可能なケースで適切に逆紹介が行われているかという点が課題であり、機能分化が推進されるように要件の見直しを進めていくべきと考える。
- ・オンライン診療については、人口減少地域での医療を維持する観点から一定の確保が必要になっている一方、患者にとって適切な医療を提供できているかという観点も非常に重要と考える。
- ・対面診療を行える体制整備や医療広告についての事例が紹介されているが、患者にとって利便性があるからと言って、際限なく十分な体制がとれていないオンライン診療が広がっていくのではなく、まずは医療を提供する側で、適切な診察や対面診療への切り替えが可能な体制を確保していくことが重要だと考える。

● 歯科医療について

- ・口腔機能低下症について、学会の診断基準と管理料の対象患者基準がずれている点について、是正が必要なのは理解できる。一方、算定しない理由として、診断に必要な機器を持っていないという回答も多くなっているが、管理に必要な機器であれば、きちんと整備されている医療機関で管理がなされるようにしていくべきだと考える。
- ・歯科衛生士や歯科技工士の確保について、加算を算定しない理由として人材不足や多忙、必要性を感じないという理由が多くなっている。そうした際に、本体に取り組む対応や要件の緩和をすることが人材定着や、なにより患者の適切な治療につながるか少し疑問がある。
- ・全体的に、更なる評価を行っていく方向の論点が多い印象。患者の口腔環境改善のために必要なことだとは思いますが、歯科医療全体としての効率化や適正化も重要な視点であり、例えば、評価体系や算定単位の見直し、要件の統合といった評価のあり方を見直す場合等、そういった視点も忘れずにお願いしたい。

● 調剤について

- ・安定供給にいまだに課題があるものの、長期収載品の選定療養制度の導入により、後発医薬品の使用割合が更に上昇しており、後発医薬品調剤体制加算1の算定回数が減り、3の算定が増えている。この点について、実態を踏まえて、今後のあり方を議論していく必要があると考える。
- ・ポリファーマシー対策について、算定数は伸びている一方、患者にどのような効果が出ているか、重複投薬が減っているか、必要な減薬ができているかについて、実態を確認する必要があると考える。

- ・ 門前薬局ではなく、患者の服薬情報を一元的かつ継続的に管理し、薬物治療をしっかりとサポートする「かかりつけ薬局」への移行がなかなか進んでいない、むしろ門前薬局がいまだに増加している状況が見て取れる。
- ・ 診療報酬においても、大規模化して効率的に、かかりつけ機能や地域の拠点薬局としての機能を果たす薬局を評価し、門前薬局とはしっかりとメリハリをつけていくことが重要と考える。
- ・ 処方せん集中率が高い調剤基本料1を算定している薬局の実態や、処方せん集中率等の要件を潜り抜けている事例等が紹介されており、抜本的な対応にはならないものの、実態を踏まえた要件の見直しも着実にやっていく必要があると考える。
- ・ 服薬指導等で、かかりつけ薬局のメリットを患者が実感できることが、納得のある負担につながると考える。指摘の通り、かかりつけ薬剤師指導料は、かかりつけとしての役割を果たしていることを評価するべき。

● 医療DXについて

- ・ 医療DXに関して、今年の12月にマイナ保険証を基本とする仕組みに完全移行したところである。そのため、マイナ保険証の利用を促進する医療DX推進体制整備加算については、その役割を終えたものと受け止めており、廃止すべきと考える。今後は、マイナ保険証の利用やオンライン資格確認の体制整備は前提条件として、医療DXの取組を評価していく必要があると考える。一方で、電子処方せんについては、薬局以外の施設では普及が不十分であり、電子カルテについては、病院や診療所における導入促進に加えて、情報共有サービスの運用が待たれるところである。

これらについては、システム運営費が被保険者の保険料により賄われていることを踏まえつつ、電子処方せんや電子カルテによる他施設の受診状況や服薬状況の確認や情報提供により、患者がメリットを享受できることに対しての評価のあり方を検討すべきと考える。

● 薬価について

- ・ 市場拡大再算定の特例について、年間販売額が極めて大きい品目のみを対象としているものであり、国民皆保険の持続可能性を確保するに当たって、薬剤費の適切な配分メカニズムとして維持が妥当であると考えている。
- ・ 新薬創出等加算のあり方について、論点が示されているが、こういった方策がとられるにしても、現行制度の要件を満たすもののみが対象であり、また、特許期間が終われば、後発品に市場を譲るという考え方のもと、現行制度と同様に、加算の累積分相当の控除が行われることを前提とすべきと考えている。
- ・ 長期収載品の価格引下げルールについては、特許期間が終われば後発品に市場を譲るという考え方のもと、特定療養制度の導入により後発医薬品の使用割合が更に増加している状況を踏まえ、価格引下げを前倒しして、例外なく進めていけるように見直しを進めていくべき。
- ・ オーソライズド・ジェネリック（AG）やバイオAGについて、後発医薬品やバイオシミラーの市場における健全な競争を守ることは、最終的に患者の自己負担の軽減につながることから、

特別な対応を検討していくべきと考える。

- ・高額医薬品に対する対応について、ゾコーバやレケンビ・ケサランのように、高額かつ市場規模が一定以上の医薬品については、保険財政への影響を鑑み、四半期で使用量の把握を行い、再算定の適否を確認すべきと考える。その際、引下げ幅の上限値を引き上げていくべきである。
- ・逆ザヤの問題について、原材料の高騰や製造・流通のコスト増により原価計算の結果が薬価を上回ってしまう場合には、今回の改定で適切に対応していく必要があると考える。一方、例えば、これまで安売りをする企業があったからこそ、薬価がどんどん引き下がり、薬価を上回る納入価格を付けざるを得なくなっているケース等も想定され得るところである。逆ザヤが生じているからと言って、一律かつ統一的に対応すべきではなく、まずは、なぜ逆ザヤが生じているか、何が原因か実態をお伺いしたうえで対応を議論すべきと考える。
- ・オーソライズド・ジェネリック（AG）やバイオAGについて、先発品の薬価と同額とする方針に加えて、AGか否かについては客観的な判断を可能とできるよう、今後も継続的に検討いただきたい。なお、AG・バイオAGについては、長期収載品と同様に扱っていくという方針と受け止めており、長期収載品の選定療養制度や各種加算等の後発品使用状況の要件においても、整理し直す必要があると考えている。
- ・不採算品再算定について、該当類似薬のシェアが一定割合以上の場合に対象とする点について、少数多品目構造を解消し、安定供給を確保する方針を後押しする観点から重要であると考えている。供給改善に寄与するもののみを対象とするべきであり、市場から撤退する予定の品目については対象外とする必要があるとともに、例えば、数量シェアが極端に低い品目について、今後、安定供給に寄与するほどの供給増が見込まれないと想定されるため、対象外とすることもあり得るのではないかと考える。
- ・市場を撤退予定や数量シェアが極端に低い品目への不採算品再算の適用には慎重にならざるを得ない。全品が通常出荷になるのがゴールではなく、我々が見たいのは、需要に対してどれだけ供給を満たせるかということである。
- ・企業指標については、個別企業の評価結果の公表を行ってこそ、その目的が果たされると思う。価格帯集約で企業指標の更なる活用を行うのであれば、個別企業の公表もセットで検討いただければと思う。
- ・最低薬価の引上げは、物価高騰を踏まえたものであり、価格の調整弁とならないよう、販売価格に適切に反映されることを、今後、確認していきたい。

● 費用対効果について

- ・価格調整の論点のうち、最後の追加的有効性が示されず、費用増加となった品目の取り扱いについて、専門組織から指摘されている「費用対効果評価の結果を十分に反映できていない」という指摘は同感であり、現役世代の保険料負担への配慮や国民皆保険の持続可能性の観点から、費用対効果評価結果を十分に反映できるよう、価格調整のあり方について見直していくべきだと考える。
- ・費用対効果評価制度の更なる活用として、価格調整の対象範囲の拡大に向けて、議論の道筋

が示されたことは一定評価したいと思う。既存の比較対象技術と比べて追加的な有用性がなく、単に費用増加となる医薬品について、案は合理性があると考え、ぜひとも検討を進めていただきたい。

ウ) 社会保険審議会介護保険部会・介護給付費分科会

協会役員が委員を務める「社会保険審議会介護保険部会」及び「社会保険審議会介護給付費分科会」では、

- ・ 人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築
- ・ 地域包括ケアシステムの深化
- ・ 介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援
- ・ 多様なニーズに対応した介護基盤の整備、制度の持続可能性の確保

等について議論を重ねました。協会の主な発言は以下のとおりです。

● 人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築

- ・ 現役世代の保険料負担が限界を迎えている中、2040年を見据え、特に人口減少地域において、より効率的な提供体制を構築していくために、地域の実情に応じて配置基準等の弾力化やサービス間の連携・柔軟化に対応できるようにしていくことが必要である。すでに、人口減少が始まっている地域も多い中、質を確保しつつ、今よりもう一步進んで柔軟な取組ができる環境を早急に整えることが重要だと考える。
- ・ また、地域の5年後、10年後の姿を関係者で共有し、先を見据えて、前もって準備を行っていくことも重要である。そうした対応ができるよう、国において必要な情報や目安を示すとともに、必要な基準の見直しや実態を踏まえた地域区分が行われるよう議論を進めていただきたい。
- ・ 人口減少が進む地域がある中、需要に応じて必要なサービスを提供できるようにするためには、中山間・人口減少地域において柔軟な提供体制の整備を可能とする必要があると考えている。一方、介護保険サービスである以上、「保険料負担や利用者負担をする方が納得できる仕組み」であること、「対象地域に住んでいる方やサービスを提供する方と、そうではない地域の方、いずれにとっても理解される仕組み」であることが重要であると考えている。一定の柔軟性の確保も重要である一方、例えば、基準の特例の対象となる地域の妥当性をどう確保するか、包括的な評価について要件をどう設定するか、評価が適切かどうか、事業化するサービスは介護保険を財源としている事業として何がふさわしいか等の観点も踏まえた上で、今後、議論を進めていく必要があると考える。

● 地域包括ケアシステムの深化

- ・ 地域における介護需要と必要整備量を事前に見込んで、計画的に体制整備を進めていくことが重要である。市町村・都道府県をはじめとした関係者間で共通認識を得て、地域の特性に応じた整備を進める基礎となるとともに、医療介護連携について、地域医療構想と合わせて地域で議論を進めていくにあたって必要と考えている。

- ・一方、正確に見込むことが難しいことから、数字を作ることに注力してしまったり、机上の空論となってしまったりすることが往々にしてあると思う。そのため、検討の方向性で記載されているに加えて、推計に当たって、必要なデータや計算手法について国の方で提示していく必要があると考える。

● 介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援

- ・介護人材の確保に向けて賃上げを担保していくことは非常に重要であると考えている。一方で、賃上げを確保しながら、保険料の上昇を抑制するためには、介護保険部会で議論しているようなサービス提供体制の効率化や給付と負担のバランスの見直しも合わせて行っていくことが必要不可欠であり、そちらの議論も次期介護保険計画に向けて、しっかりと結論を得ていくことが重要と考える。
- ・介護人材の確保に向けて、昨今の他産業の状況を踏まえ、介護従事者の処遇改善の必要性については、理解できる。一方、介護報酬で対応する場合、被保険者や事業主の保険料負担につながる事となる。
- ・介護職員等処遇改善加算の拡充については、期中での対応になることを踏まえ、保険料負担や保険財政への影響にも十分配慮した上で、検討をしていただくようお願いする。
- ・また、人材確保においては、職場環境の改善も重要であり、各事業所における生産性向上や協働化の取組についても更なる推進を期待したい。

● 多様なニーズに対応した介護基盤の整備、制度の持続可能性の確保

- ・今後、介護保険部会での議論を進めていくとのことであるが、2040年は、高齢者数がピークを迎える一方、現役世代の生産年齢人口の減少が急速に進んでいくことが見込まれている。そうした中、今でさえ、現役世代の保険料負担が限界を迎えている中、2040年を見据え、質を維持した上で、より効率的な提供体制を構築していくとともに、限られた財源で効果的な支援を行っていくことが重要である。そうした観点から、自治体が地域の実情に応じた適切な提供体制を構築できるよう環境を整えていくとともに、事業所の多機能化や大規模化、事業所間や他分野との連携を進めていく方向で議論を進めていくことになる。財源や人材の確保には限界があることも念頭に、今後の議論を進めていきたい。
- ・第9期計画の議論の中で、2割負担の一定所得以上の判断基準のあり方について、介護保険制度の持続可能性を高めていくため、世代間・制度間・制度内での給付と負担のバランスを図るべきと主張していた。第10期計画の開始前までに確実に結論を得られるよう、検討を進めていきたい。そのほかにも、多床室の室料負担の議論の中で、次期計画までに結論を得る、検討を進めるとされた論点がある。現役世代の保険料負担が限界を迎える中、必要な介護サービスを確保するため、検討を着実に進めていけるよう、事務局におかれては準備をお願いする。
- ・「一定所得以上」、「現役並み所得」の判断基準については、高齢者の健康状態の改善や、所得状況の変化を踏まえて見直していく必要がある。先日の医療保険部会において医療側の議論も始まったものと認識しており、介護においても同時に、そうしたデータをお示しいただき、

議論を進めていくべきだと考える。

- ・「ケアマネジメントへの利用者負担の導入」、「軽度者の生活援助サービス等の総合事業への移行」について、制度の持続可能性を確保するためには、これ以上先延ばしできない課題であり、改革工程に記載のとおり、次期介護保険計画の開始に間に合うように議論を進める必要がある。
- ・現役世代の保険料負担が限界を迎えている中、介護保険制度の持続可能性を確保するためには、能力に応じた負担により給付と負担のバランスを図るという全世代型社会保障の実現に向けて、スピード感をもって制度の見直しを進めていかなければならない。
- ・高齢者の収入と消費の関係や、貯蓄の状況について分析した資料があり、現行の2割負担の世帯よりも年収が低い世帯の方について、2割負担対象世帯と支出のモデルや貯蓄額の分布が、そこまで大きく変わらない世帯もあることが見て取れる。そうした実態を踏まえて、制度の持続可能性に加えて、利用者間の公平性の観点からも、2割負担の対象範囲を広げていくべきと考える。その際には、医療・介護連携が深まる中で両サービスの間の平仄は可能な限り合わせるべきと考えており、医療制度における判断基準のあり方を踏まえて対象範囲を検討すべきである。これまで何度も先送りされてきた経緯を踏まえ、今回は確実に見直しの方針を得るべき論点と考える。
- ・負担増への配慮が必要と、様々な場で指摘がされていることを踏まえると、医療保険で、後期高齢者への2割負担を導入した際の対応を参考に経過措置を導入することは、一つの考え方だと思う。一方、医療と比べて介護では、継続的なサービス利用が考えられる中、能力に応じた負担をお願いするという見直しの趣旨に立ち返って、上限額やその期間について設定していくべきだと考える。
- ・補足給付について、現行、収入と支出の差に、違いがある制度となっていることを踏まえると負担の公平性の観点からも、見直しの余地があると考ええる。
- ・ケアマネジメントの給付のあり方についても今回の見直しで一定の結論を得るべきと考えている。すでに介護保険制度においてケアマネージャー制度が利用者や他の事業者にとって十分に普及し、ケアマネの果たす役割が関係者の中で確立されている。他のサービスでは利用者負担があることから、制度内での整合性の確保や利用者がケアマネのサービスに関心を高めていくためにも、基本的な考え方として一律に利用者負担を求めていくべきである。
- ・ケアマネについて、制度の持続可能性に加えて、ほかのサービスとの整合性や利用者がケアマネのサービスに関心を高めるためにも、一律に広く利用者負担を求めていくべきであり、第11期の計画期間に向けて議論を進めていくべき課題である。一方、有料老人ホーム入居者への新たな相談支援の累計については、同様のほかのサービス利用者との公平性の観点からも、利用者負担を求めるべきである。

工) 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

協会役員が委員を務める「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」では、

- ・ 新たな地域医療構想策定ガイドライン（構想の策定、取組の進め方、医療需要の見込み、医療機関機能、構想区域等）

・ 医師偏在対策や医師確保計画の見直し
等について議論を重ねました。協会の主な発言は以下のとおりです。

● **新たな地域医療構想策定ガイドライン（構想の策定、取組の進め方、医療需要の見込み、医療機関機能、構想区域等）**

・ 医療機関機能については、地域の実情に応じて医療機関の連携・再編・集約化の取組を加速させていただければと思う。他方、地域の実情は非常に大事だが、ここを強調し過ぎると、今回の構想の目指す基本的な方向性がぼやけてしまうおそれもある。その意味で、最低限の基本的な指標、事項についてはできる限り基準あるいは参酌標準を定量的なものとして提示すること等、国のガイドラインにおいて担保していくことが望ましいのではないかと考えている。

・ 地域医療構想の策定の手続きや会議について、地域医療構想調整会議等の検討事項と参加者が整理されており、医療保険者の位置づけは一番下の※の1つ目のところである。前回のガイドラインでは医療保険者は「必要に応じ」という位置づけであり、若干曖昧な位置づけであったという印象である。

これまでの実績として、多くの地域医療構想調整会議等で医療保険者は参画させていただいているところであり、地域における効果的・効率的な医療提供体制の構築については、今後とも引き続き関係者としての医療保険者が進捗状況を把握し、医療サービスの効率化、適正化、患者側の視点といった加入者の立場に立った意見発信をしていくことが重要だと考える。そうしたメンバーが委員として参画していることは非常に重要なことと考えているため、ガイドラインにおける位置づけ等を工夫いただきたい。この点については保険者としても貢献していきたい。

・ 必要病床数に関しては、5病床機能報告の病床機能区分と入院料の種類を対応できるよう目安として整理することについては、地域医療構想の進捗を適切に、また分かりやすく管理していくという観点、及び医療機能を適切に評価するという観点からも重要な視点ではないかと考える。

● **医師偏在対策や医師確保計画の見直し**

・ 医師確保計画の見直しにおいて、事業評価や効果検証が可能となるように、医師確保計画に係る定量的な評価指標を設定することは必要であると考ええる。

・ 医師偏在指標に加えてへき地尺度等、きめ細かく地理的要素を勘案していく方向性は賛同できるところではあるが、できるだけ客観的な判断基準としていただきたい。

・ 重点医師偏在対策支援区域については、厚労省において候補区域を示し、それを参考に都道府県内でメリハリのある対応ができるよう設定をお願いしたい。候補区域内の医療機関の整備状況に差がある中で、優先して支援を行う対象医療機関の決定についても、なるべく明確な考え方を示していただく必要があると考える。

・ 医師偏在是正プランについては、医師確保計画策定ガイドラインに新たに項目として位置付けるということであるが、都道府県が具体的な医師偏在対策を推進する政策を検討あるいは

実施する際には、保険者協議会が適切に関与できるよう、ガイドラインに記載いただきたい。

- ・ 外来医師過多地域における新規開業希望者への要請、勧告、公表というような措置や、保険医療機関の指定期間の短縮措置であるが、基本的に細かな部分は示された方向性で進めていただきたいが、いずれにしても、真に実効性のある取組、形骸化して機能しない（制度はあるが使われない）ということがないように、運用をお願いしたい。
- ・ 医療法の修正の中身にも一部記載があったが、効果が上がっていないと考えられる地域においては、再検討する規定も盛り込まれたと承知しているため、施行後の効果検証及び必要な見直しは継続的に進めていただきたい。
- ・ 重点医師偏在対策支援区域において、支援を行う対象医療機関の選定に関して、基本的に都道府県のほうで選定が行われることになるが、合理的な説明ができるような選定方法になるようお願いする。論点に記載のとおり、経済的インセンティブに係る事業ごとに精査をしながら設定いただきたい。地域医療対策協議会と保険者協議会で合意を得ていくという方針で進めていただきたい。
- ・ 医師手当事業に関して、実施時期が令和10年度になるということであり、具体的な医師の要件や、手当の基準額、支援期間の詳細については今後検討ということであるが、この事業に要する費用は保険料財源である。総額がどうなるか気になるところ。また、関係者での議論の時間を確保する観点からも後れをとることなく議論を進めていただきたい。
- ・ 保険者協議会を含む保険者が、その実施状況について確認や検証を行い、意見を述べる等、関与できる体制の確保が課題になると思うので、その具体的な方法を含めて早めに検討をお願いしたい。私ども保険者としても、よく相談をさせていただきたいと思っている。

iii) インセンティブ制度の実施及び検証

①インセンティブ制度導入の経過及び趣旨

2006（平成18）年の医療保険制度改正において、協会も含めた全保険者を対象とした後期高齢者支援金の加算・減算制度が創設され、2013（平成25）年度から実施されました。その結果、加算・減算対象となる保険者が限定的（加算は単一健保、減算は小規模国保等）であり、インセンティブが十分に働かず、規模や属性の異なる保険者間での比較が困難であるという問題が顕在化しました。このため、2018（平成30）年度から保険者の特性に応じてそれぞれにインセンティブ制度を設けることとされました（図表4-108参照）。

〔(図表4-108) インセンティブ制度導入に係る経緯〕



②制度の概要

協会のインセンティブ制度は、支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価し、その結果に基づきインセンティブ（報奨金）を付与し、翌々年度の都道府県単位保険料率に反映させるものです。

（評価指標）

インセンティブ制度では、以下の5つの評価指標に基づき、各支部の加入者及び事業主の行動を評価します。

- 指標1 特定健診等の実施率
- 指標2 特定保健指導の実施率
- 指標3 特定保健指導対象者の減少率
- 指標4 医療機関への受診勧奨基準において速やかに受診を要する者の医療機関受診率
- 指標5 後発医薬品の使用割合

この結果を支部単位でランキング付けし、上位15支部に該当した支部については、その得点に応じた報奨金を付与し、保険料率の引下げを行います。

（制度の財源）

健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）及び健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）において、インセンティブ制度の財源となるインセンティブ分保険料率として、全支部の保険料率の中に0.01%を盛り込んで計算することとされています。この0.01%については、段階的に導入し、2020（令和2）年度保険料率に盛り込む率は0.004%、2021（令和3）年度から2022（令和4）年度³²までの保険料率に盛り込む率は0.007%、2023（令和5）年度以降の保険料率に盛り込む率は0.01%と定められました。

（成長戦略フォローアップを踏まえたインセンティブ制度の見直し）

インセンティブ制度については、「成長戦略フォローアップ」（2020年7月17日閣議決定）において、「全国健康保険協会における予防・健康事業の取組状況に応じた都道府県支部毎の保険料率のインセンティブ措置について、成果指標拡大や配分基準のメリハリ強化等を検討、2021年度中に一定の結論を得る」とされました。

これを踏まえ、健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金加算・減算制度についても議論が行われたことや、運営委員会及び支部評議会から制度の見直しに関する意見もいただいていたことから、インセンティブ制度の具体的な見直しを行いました。

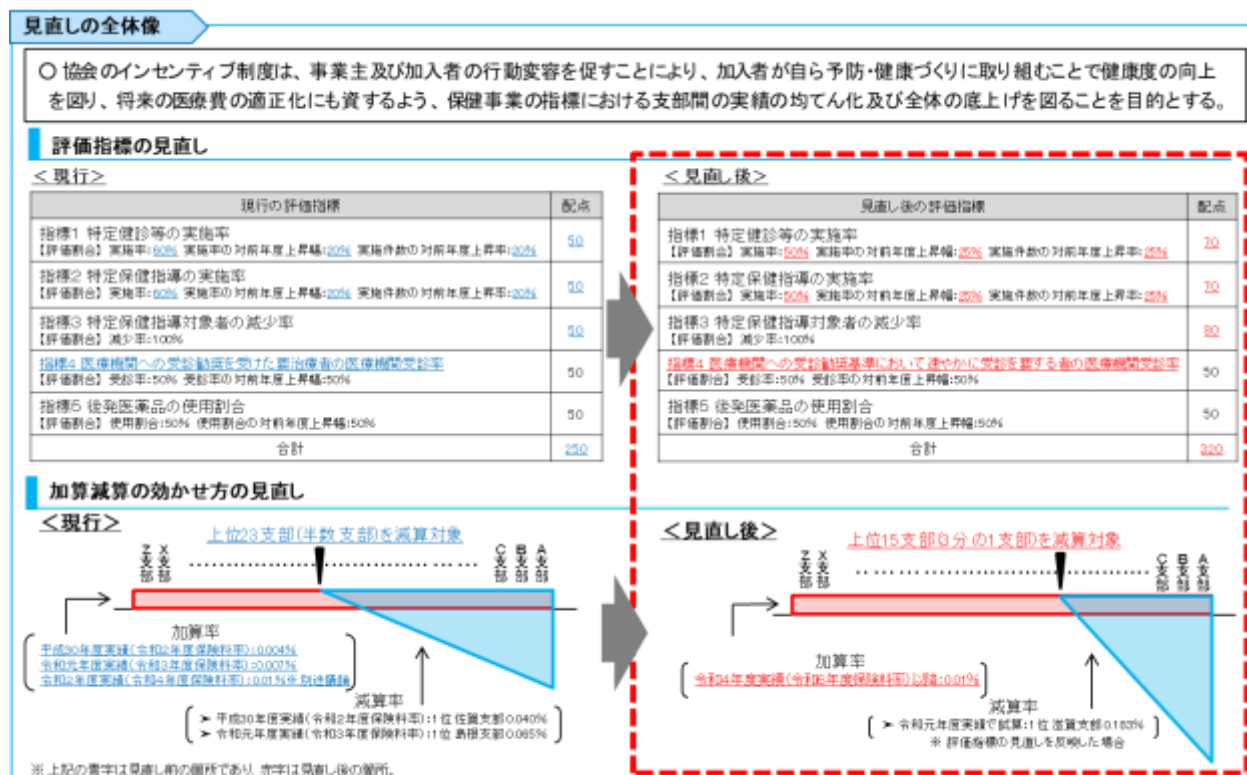
見直しの内容については、支部評議会での議論を踏まえた支部の意見を聴取し、運営委員会において意見集約を行ったほか、厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において報告（2022年1月19日）し、了承されました。

見直しの全体像は、図表4-109のとおりであり、2022年度以降の実績の評価に適用し、その結果を2024年度以降の都道府県単位保険料率に適用しています。

現行制度の枠組みのあり方に関する見直しについては、今回の見直し後の制度運営状況、特定健診・特定保健指導の効果に係る研究成果、今後の政府による保険者インセンティブ制度に対する方針、健康保険組合・共済組合における後期高齢者支援金加算・減算制度の実施状況等を勘案し、改めて検討を行うこととしています。

³² 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた対応として、2022年度に適用する保険料率は0.007%に据え置くこととし、健康保険法施行令等に所要の改正が行われました。

〔(図表4-109) インセンティブ制度の見直しの全体像〕



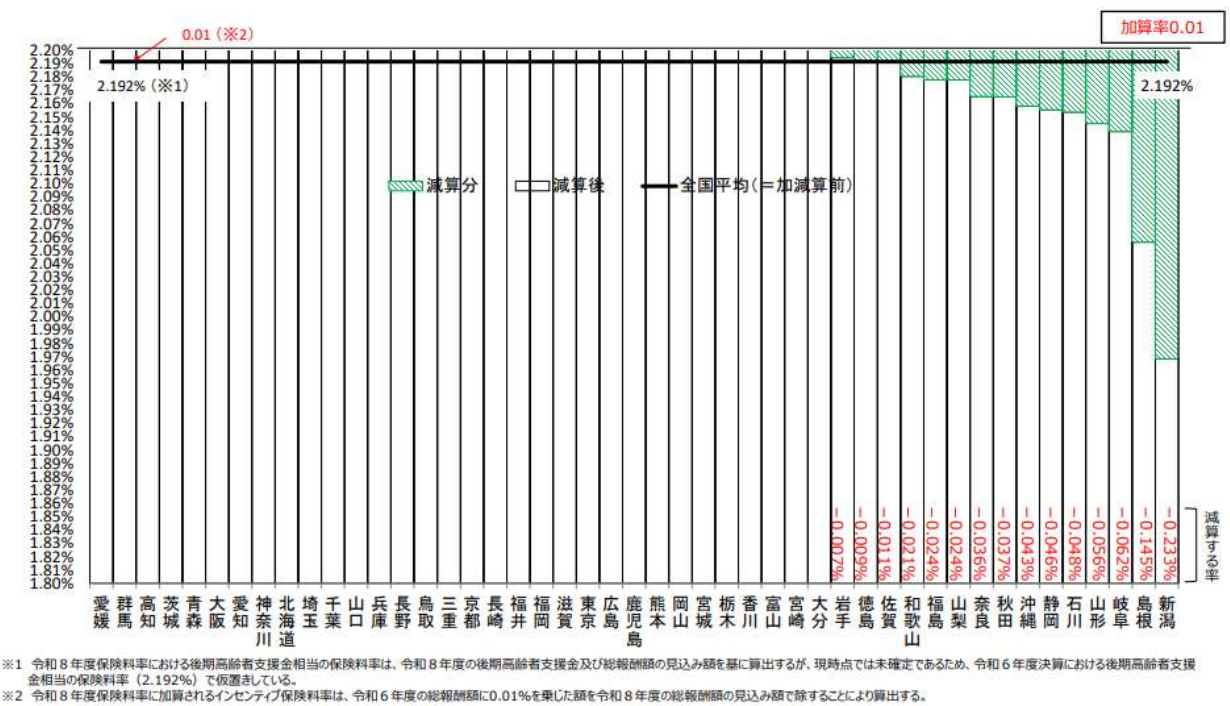
③2024年度実績の評価方法等

2024年度実績の評価は、第138回運営委員会（2025年11月28日開催）において報告しました。2024年度実績は図表4-110のとおりであり、ランキング上位の15支部については、インセンティブ制度の報奨金による試算として、2026年度の都道府県単位保険料率について最大で0.233%の減算率が見込まれました。（実際の保険料率への反映においては、47支部共通の0.01%加算との相殺や諸係数の精査の結果、最大0.21%（新潟支部）の引下げ効果となりました。）

〔(図表4-110) 2024年度各評価指標の総得点及び各評価指標の全国平均との差〕



〔(図表4-111)2024年度インセンティブ制度の評価結果〕



④インセンティブ制度の広報

インセンティブ制度の実効性を高めるためには、加入者及び事業主に制度の仕組みや意義を理解していただくことが重要であり、2025年度においても、図表4-112のとおり広報を実施しました。

インセンティブ制度の仕組みや見直し後の制度周知を図るため、引き続き、制度の丁寧な広報に取り組みます。

〔(図表4-112) インセンティブ制度に係る広報の実施状況（2025年度）〕

広報の種類	納入告知書	メルマガ	健康保険	事務説明会	関係団体	新聞	テレビ	支部ホーム	その他
	同封チラシ	LINE	委員(※1)	等(※2)	(※3)		ラジオ	ページ	(※4)
実施支部数	44	39	37	20	30	26	4	41	15

- ※1 「健康保険委員」に対しては、健康保険委員研修会やリーフレットの送付等を実施。
- ※2 「事務説明会」は、社会保険事務説明会、新規適用事業所説明会等で事務担当者等に対して説明。
- ※3 「関係団体」は、都道府県、市区町村、経済団体（商工会等）に対しての訪問説明及び広報誌への記事の掲載依頼等。
- ※4 「その他」は、支部職員による事業所訪問時に事務担当者等への説明、健診・保健指導案内時のリーフレット同封等。

（4）広報活動や「顔の見える地域ネットワーク」を通じた加入者等の理解促進

協会の事業を円滑に運営するためには、協会の財政状況や健康づくり等の取組の内容・意義について、加入者及び事業主に一層の理解を求めていく必要があります。また、協会における広報の対象は、約4,000万人の加入者、約280万事業所の事業主と多岐にわたることから、効果的に情報を提供する必要があります。

2025（令和7）年度は、保険料率、財政状況、健康保険給付、健康づくりや医療費適正化の取組等について、ホームページやメールマガジン、LINE、けんぽアプリ、加入事業所に毎月送付する納入告知書に同封する広報チラシ等を活用し、正確かつタイムリーな情報発信に努めました。

また、都道府県や市区町村等の関係団体と連携した広報、Web広告、新聞、テレビ及びラジオ等の多様なメディアを活用した広報により、発信力の強化を図りました。

加えて、協会のホームページについては、ページの体系や構成をゼロベースで再構築し、全面刷新を行うとともに、アクセシビリティ（誰にとっても使いやすい）及びユーザビリティ（簡単・快適に使える）を意識した設計に見直し、2026（令和8）年3月18日に全面リニューアルを実施しました。

更に、加入者及び事業主とのコミュニケーションを一層深めていく上での新たな「接点」として、「コミュニケーションログ」及び「タグライン」を制作し、2026年1月13日より広報において使用を開始しました。

このほか、加入者及び事業主の協力により協会の健康保険事業の推進を図るため、広報・相談・保健事業（健診、コラボヘルス事業等）の推進・モニター等で協力いただく健康保険サポーターとして、被保険者の方々の中から各支部の支部長が、事業所ごとに「健康保険委員」³³を委嘱しています。特に職場の従業員（被保険者）の健診の受診勧奨をはじめとした健康経営の推進に尽力いただいております。「健康保険委員」の未設置事業所と比較すると、健診の実施率が24.8%ポイント高くなっています（図表4-113参照）。

〔図表4-113〕健康保険委員を委嘱している事業所の特定健診実施率

	2024年度	2025年度
健保委員のいる事業所	77.0%	78.9%
健保委員のいない事業所	52.6%	54.1%

※生活習慣病予防健診（40～74歳の一般健診）の実施率及び事業者健診データの取得率

³³ 「健康保険委員」は、健康保険法施行規則第2条の2において、「協会が管掌する健康保険事業の運営に協力して、協会が管掌する健康保険事業に関する国民の理解を高めるための啓発を行い、並びに協会が管掌する健康保険事業に関する事項につき被保険者からの相談に応じ、及び被保険者に対する助言その他の活動を行う者をいう」とされており、加入者及び事業主と協会の距離を縮める橋渡しの役割を担っていただいております。

i) 広報計画に沿った広報の実施

厳しさを増す財政状況の中で、協会の運営を将来にわたって円滑に実施していくためには、協会財政の状況や健康づくり等の取組の内容・意義について、加入者及び事業主により一層の理解を求めている必要があります。また、各種制度改正に対応した周知広報への積極的な取組も求められているところです。そうした状況を踏まえ、協会において戦略的で効果的な広報の充実に向けて、2024（令和6）年度より広報基本方針及び広報計画を策定し、各計画に沿った広報を実施しています。広報計画では、加入者や事業主の視点に立ったわかりやすい広報を広報テーマや対象に応じた多様な手法を組み合わせながら、本部・支部間の一層の連携と役割分担に基づき、統一的、計画的及び効果的に広報を実施することとしています。

2025年度の最重点広報テーマ（協会が最も周知に力を入れる広報テーマ）は「2026年度保険料率改定」、「健診体系の見直し」としました。また、特別広報テーマ（制度改正などにより集中的に周知すべき広報テーマ）は「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」としました。最重点・特別広報テーマでは、本部において作成した広報資材を活用し、全支部で地域の実情に合わせた広報を実施しました。

また、重点広報テーマ（協会が周知に力を入れる広報テーマ）として、支部が医療費情報や健診情報のデータを分析することによって自支部の課題を把握した上で、本部が複数設定したテーマの中から課題に応じたテーマを選定し、広報を実施しました。

〔(図表4-114) 支部の重点広報テーマに関する広報〕

	財政状況	医療費適正化 (ジェネリック医薬品・バイオシミラーの使用促進)	医療費適正化 (上手な医療のかかり方)	健診	特定保健指導	重症化予防	コラボヘルス	申請書の分かりやすい記入方法	電子申請の利用促進	チャットボット・LINE等の利用促進	SDGsに資する協会の取組	その他 (※)
実施支部数	11	27	41	30	19	23	38	15	26	20	5	20

※その他の広報事例

レセプトデータ等の分析結果を用いた生活習慣改善の呼び掛け、受動喫煙防止、健康教育（ヘルスリテラシー向上）

ii) コミュニケーションロゴ・タグライン

人口減少・少子高齢化という社会構造や医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、健康保険の運営を安定的に行い、加入者の健康増進を図るという保険者が果たすべき役割は大きくなっています。協会がその役割を果たしていくためには、協会の取組の内容や意義について一層の関心・共感を持っていただけるよう、加入者及び事業主とのコミュニケーションを深めていく必要があります。また、協会の加入者及び加入事業所は、住んでいる地域や会社の業種、規模等が様々であり、他の保険者と比べて多様な加入者同士が支え合っているという特徴を持っています。

そうした中、マイナ保険証の導入によって、2024年12月より健康保険証の新規発行が停止され、象徴的な存在となっていた水色の健康保険証の配付が終了しました。水色の健康保険証は、

加入者及び事業主と協会を繋ぐ「接点」となっていたため、加入者及び事業主とのコミュニケーションを深めていくための新たな「接点」が必要と考え、全国健康保険協会管掌健康保険の愛称である「協会けんぽ」をモチーフに、新たな「接点」として「コミュニケーションロゴ」及び「タグライン」を制作しました。なお、「コミュニケーションロゴ」及び「タグライン」は、本部及び47支部を代表した職員によるワークショップを開催する等、協会職員が主体となって制作しました。

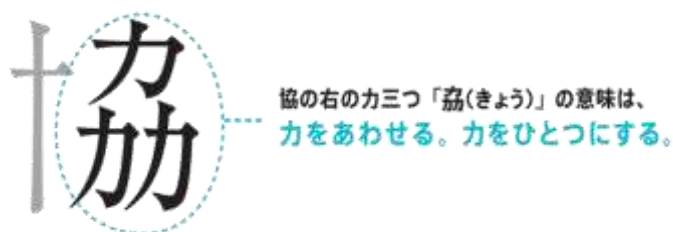
[(図表4-115) コミュニケーションロゴ・タグライン]



(コミュニケーションロゴ)

協会の「協」のつくりの力三つは「𪛗(きょう)」と言い、力をあわせる、力をひとつにするという意味があります。「𪛗(きょう)」をモチーフに、幸福の象徴である三羽の「青い鳥」が力を合わせ、健やかで安心な生活を築き、輝く明日へと羽ばたく様を表現しています。また、青色は誠実さや冷静さを象徴する色であり、公共性の高い制度としての「確かな信頼感」や「安心して任せられる存在感」を表現するとともに、わずかに緑みを帯びた水色に近いトーンとすることで、清潔感や安心感を与えると同時に健やかさや制度の透明性を想起させる色としました。また、水色は協会けんぽの保険証の色でもあり、広く親しまれていました。

[(図表4-116) モチーフ]

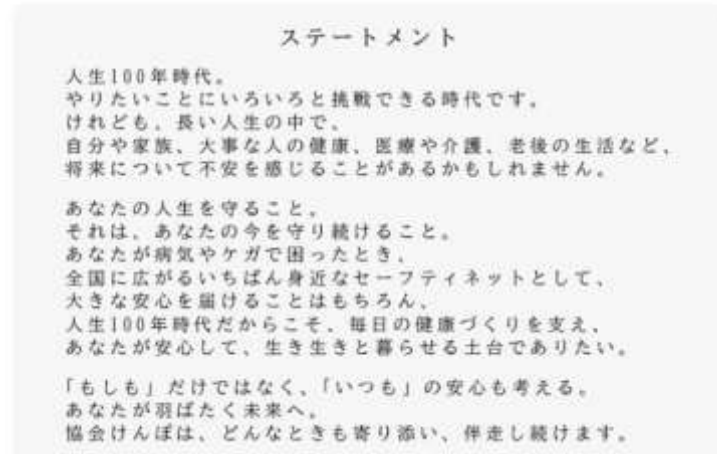


(タグライン)

協会の2つの機能である「保険」と「保健」を、一般の方にもわかりやすい「もしも」と「いつも」という言葉に置き換えて表現しました。また、タグラインに込めた想いを紐解くステートメントを定めました。

[(図表4-117) ステートメント]

「もしも」と「いつも」に安心を。



iii) 2026年度都道府県単位保険料率改定に係る広報

保険料率改定の広報は、加入者及び事業主に対して次年度の保険料率をお知らせするのみならず、中長期的に楽観視できない協会の財政状況や保険料率の上昇を抑えるための取組等をお伝えする好機であり、きめ細かな広報を行いました。

2025年度は、2026年度保険料率改定を最重点広報テーマに設定し、2026年度都道府県単位保険料率とその設定の仕組みを周知し、加入者及び事業主の取組で保険料率が下がる仕組みであることを理解いただくことを目的に広報を実施しました。

また、協会ではインセンティブ制度により加入者及び事業主の行動変容を促していますが、制度が複雑かつ認知度が低いという課題を有していることからインセンティブ制度についても改めて周知しました。

本部においては、特設ページを開設し、Web広告を配信するとともに、LINEやけんぽアプリ等を通じて特設ページを案内しました。支部においては、各都道府県の商工会議所連合会、商工会連合会及び中小企業団体中央会等の関係団体が発行する会報誌への掲載等を通じて、自支部の都道府県単位保険料率の周知や本部作成の特設ページの案内を行ったほか、地域の実情を踏まえ、各種メディアを通じた広報を実施しました。

〔(図表4-118) 2026年度都道府県単位保険料率改定に係る広報〕

1. 広報の目的

- 令和8年度都道府県単位保険料率と保険料率設定の仕組みを周知し、加入者・事業主の取組で保険料率が下がる仕組みであることを理解いただく。
- また、協会ではインセンティブ制度により加入者・事業主の行動変容を促しているが、制度の認知度が低い、制度が複雑という課題を有していることからインセンティブ制度についても改めて周知する。

2. 本部における対応

- Webによる広報
特設ページを開設し、Web広告を配信するとともに、けんぽアプリを通じて特設ページを案内する。
- 納入告知書による周知
保険料額表及び子ども・子育て支援金に関するリーフレット（こども家庭庁作成）を2月発送分の納入告知書に同封し、事業所へ送付する。

3. 支部における対応

- 関係団体（商工会議所、商工会、中小企業団体中央会、日本年金機構等）を通じた広報
関係団体が発行する会報誌への掲載や窓口へのポスターの掲示等を通じて、自支部の都道府県単位保険料率の周知や特設ページの案内を行う。
- LINE公式アカウント・メールマガジン
LINE公式アカウントやメールマガジンを通じて、自支部の都道府県単位保険料率の周知や特設ページの案内を行う。
- 新聞広告
地方第一紙（電子版を含む）等への広告を通じて、自支部の都道府県単位保険料率の周知や特設ページの案内を行う。

(特設サイト及びWebバナー)

協会けんぽ

令和8年度の保険料率に関わるお知らせ

皆さまの健康を未来につなぐために。

いよいよと驚き続けるためには、日々の健康が大切。また、健康を保つことは、医療費や保険料率を抑えることにもつながります。あなたの健康も未来につなぐため、日々の健康づくりに取り組まましょう。

協会けんぽとは ① 令和8年度保険料率の引下げについて ②

保険料率の仕組み インセンティブ制度 子ども・子育て支援金制度

各支部の保険料率をチェック

令和8年度の各都道府県支部の保険料率

都道府県名をクリックすると、各都道府県支部の保険料率が表示されます。

保険料率

東京支部 **9.85%** 全国平均 9.90%

協会けんぽ加入者・事業主の皆さまへ

令和8年3月分(4月納付分)からの**保険料率のお知らせ**です

協会けんぽ

あなたの保険料率も、いまずか減ります！

協会けんぽ加入者・事業主の皆さまへ

保険料率の引下げにつながる**インセンティブ制度**をご存じですか？

協会けんぽ

詳しくはこちら

(新聞広告)

加入者・事業主の皆さまへ

けんぽともっと！健康ともっと！

令和8年3月分(4月納付分)からの**保険料率のお知らせ**

東京支部の健康保険料率

9.91% → **9.85%**

介護保険料率

1.59% → **1.62%**

子ども・子育て支援金率

0.23%

実は！保険料率は都道府県支部ごとに決まっています。毎年度改定されます！

「保険料率」の仕組みをご存知ですか？

保険料率は都道府県支部ごとの医療費や標準に基づいて決定しています。つまり医療費を抑えることなどで、保険料率を引き下げることができます。

さらに、「インセンティブ制度」によっても保険料率を引き下げられます。

協会けんぽでは、加入者・事業主の皆さまの行動が保険料率の引下げにつながる「インセンティブ制度」を取り入れています。5つの指標について、各支部の指標のランク付けが行われ、上位13支部に入ると保険料率が引き下げられます。

皆さまにご協力いただきたい**5つの指標**

- 1 健康診断率
- 2 がん検診率
- 3 がん予防検診率
- 4 がん検診率
- 5 ジェンジェラ健康商品の利用状況

保険料率とインセンティブ制度について詳しくは 協会けんぽ 保険料率

協会けんぽ 全国健康保険協会 東京支部

TEL 03-6853-6111

令和8年4月より「子ども・子育て支援金」が始まります。

「電子申請サービス」が始まりました！

加入者・事業主の皆さまへ
事業所内で設置をお願いします。

けんぽももっと! 健康ももっと!

東京
支部

令和8年3月分(4月納付分)からの
保険料率のお知らせです

雇用

9.91%

令和8年2月分

9.85%

(全国平均保険料率0.77%より1.7%引き)

介護保険料率

業引

1.59%

令和8年2月分

1.62%

子ども子育て支援金率

令和8年2月分(事業主のみ)

0.23%

※保険料率の引き下げは、令和8年10月1日より実施される予定です。また、令和8年10月1日より、介護保険料率の引き下げが実施されます。

※介護保険料率の引き下げは、令和8年10月1日より実施される予定です。また、令和8年10月1日より、介護保険料率の引き下げが実施されます。

保険料率の引き下げ
確認してください



健康保険料率は、令和8年10月1日より引き下げが実施されます。また、令和8年10月1日より、介護保険料率の引き下げが実施されます。

※保険料率の引き下げは、令和8年10月1日より実施される予定です。また、令和8年10月1日より、介護保険料率の引き下げが実施されます。

TEL 03-6853-6111

[illegible]

皆さまの健康を 未来につなぐために。

いきいきと働き続けるためには、日々の健康が大切。
また、健康を保つことは、医療費や保険料率を抑えることにもつながります。
あなたの健康を未来につなぐため、日々の健康づくりに取り組みましょう。



「保険料率」の仕組みってどんなもの？

貴は！**保険料率は都道府県支部ごとに決まっています。年齢も加算されます！**

保険料率は都道府県支部ごとの**医療費水準率**に基づいて決定しています。
つまり医療費を抑えることで、**保険料率を引き下げることが出来ます。**

都道府県単位で保険料率は、都道府県支部ごとや年齢構成や医療水準の変動を勘案した上で、当該都道府県支部の加入者（人口）の医療費に基いて毎年算出され、設定されています。

この考え方での低減活動、その成果を取りまとめるといはいわゆる社会保険増徴率が生まれます。これが都道府県の平均保険料率を下げていきます。

インセンティブ制度をご存じですか？

皆さまの健康への取組が、**保険料率の引下げにつながります！**

毎年の入会では、加入者・事業主の皆様へ保険料率の引下げにつながる『インセンティブ制度』を取り入れています。
その内容について、各年度の秋頃のイベントで行われます。
>なお2年度以上入会し保険料率が引き下がる場合があります。

皆さまにご協力いただきたい**5つの指標**！

1	2	3	4	5
労務管理上の取組み	特定保健指導の実施	特定保健指導実施者の育成	企業内健康診断の実施	ヘルスチェックの実施等の活用
就業時間外に行われるための支援があり、就業中によりよく取り組めるようにする。	定期的に実施することによって相互に学習の機会を受けられるようにする。	従業員に対して研修などを行い、知識や技術を向上させるようにする。	年健診だけでなく、季節病予防などの企画を実施できるようにする。	ヘルスチェックを実施した場合に限り適用される。

まずは健診！

加入者・事業主の皆様より健康的な生活習慣の確立を図ることにつながれば**保険料率の引き下げを実現することが出来ます。**
保険料率の伸び縮みに応じたものは、皆さまの健康づくりに取り組んでいただくことが重要です。

加入者・経営幹部の皆様からも賛同して、「みんなで健康づくり」を目指しましょう！




「子ども子育て支援金制度」が始まります。

令和4年4月より、子育て世代を支える新しい世代型といふ運営体制とし、子ども子育て支援金制度が始まります。詳しくはこちらページをご覧ください。

→こちらページ
をクリック



事業主・ご担当者の方さまへのお話し

従業員の方々に、保険料率の仕組みや健康づくりについてご理解いただけるよう、積極的なお声がけをお願いいたします。



「電子申請サービス」が始まりました！



iv) 健診体系の見直しに係る広報

協会では、医療費の適正化及び加入者の健康の保持増進をより一層推進するため、更なる健診・保健指導の実施率向上と重症化予防対策の充実を図るとともに、就労等により生活習慣が変化する20代から健康意識の醸成を図っています。現役世代への取組をより一層推進する観点から2026年度に行うこととした被保険者の健診体系の見直し（人間ドック健診の補助、若年者（20歳、25歳、30歳）を対象とした健診の実施、40歳以上の偶数年齢の女性を対象とした生活習慣病予防健診の項目への骨粗鬆症検診（オプション）の追加）に係る広報を2025年度の最重点広報テーマに設定し、全支部において共通のコンテンツを使用し、加入者及び事業主に対して周知・広報を行いました。

本部においては、特設ページを開設し、Web広告を配信するとともに、LINEやけんぽアプリ等を通じて特設ページを案内しました。また、YouTubeやTVerでの動画広告、車両サイネージ広告、新聞への広告出稿等を行いました。

支部においては、地域の実情を踏まえ、各種メディアを通じた広報を実施しました。

〔(図表4-119) 健診体系の見直しに係る広報における支部の実施事項〕

	Web広告	新聞広告	関係団体	テレビラジオ	健康保険委員	健康宣言事業所	LINEメールマガジン	その他(※)
実施支部数	7	41	28	4	21	4	40	44

※その他の広報事例

交通広告、屋外広告（デジタルサイネージ含む）、納入告知書同封チラシへの掲載、説明会（研修会）資料として配付・説明

〔(図表 4-120) 健診体系の見直しに係る広報〕

(特設サイト及びWebバナー)

令和8年度 協会けんぽの健診がさらに手厚く、新しく!

より良い健康を形づくる新たなピース! 現役世代の皆さまをより力強くサポートする新しい健診が始まります。

けんぽもっと! 健康ももっと!

あなたが受けられる健診はこちら

家族健康情報は初期には盲点が多く、健診が離れたときにはすでに進行しているケースが少なくありません。健診を受けることは、自身の生活習慣を見直し、健康に寄り添ってまいります。まれ、早期に病気を発見できれば、より早く治療につなげることができます。

あなたの協会けんぽ加入状況・年齢・性別を選択すると、令和8年度に受けられる健診メニューを表示します。

協会けんぽ 被保険者(本人) / 協会けんぽ 被扶養者(家族)

年齢を選択する / 性別: ☐ 男性 ☐ 女性

健診メニューを表示する

協会けんぽの健診がさらに手厚く、新しく!

35歳以上の方は人間ドック健診に最大25,000円の補助!

協会けんぽ 特設サイト公開中。

協会けんぽの健診がさらに手厚く、新しく!

20・25・30歳の方も生活習慣病予防健診の対象に!

協会けんぽ 特設サイト公開中。

協会けんぽの健診がさらに手厚く、新しく!

40歳以上の女性に骨粗しょう症検診を開始!

協会けんぽ 特設サイト公開中。

(新聞広告)

加入者・事業主の皆さまへ

令和8年度 協会けんぽの健診がさらに手厚く、新しく!

より良い健康を形づくる新たなピース! 現役世代の皆さまをより力強くサポートする新しい健診が始まります。

けんぽもっと! 健康ももっと!

1 35歳以上の方は人間ドック健診に最大25,000円の補助!

対象: 35歳～74歳の被保険者

協会けんぽが最高25,000円補助します

2 35歳以上の方に加え20・25・30歳の方も生活習慣病予防健診の対象に!

対象: 20歳、25歳、30歳の被保険者

最大2,500円

3 40歳以上の女性に骨粗しょう症検診を開始!

対象: 40歳～74歳の現役年齢の女性被保険者

最大1,300円

令和8年4月スタート!

協会けんぽ 特設サイト公開中。

(チラシ)



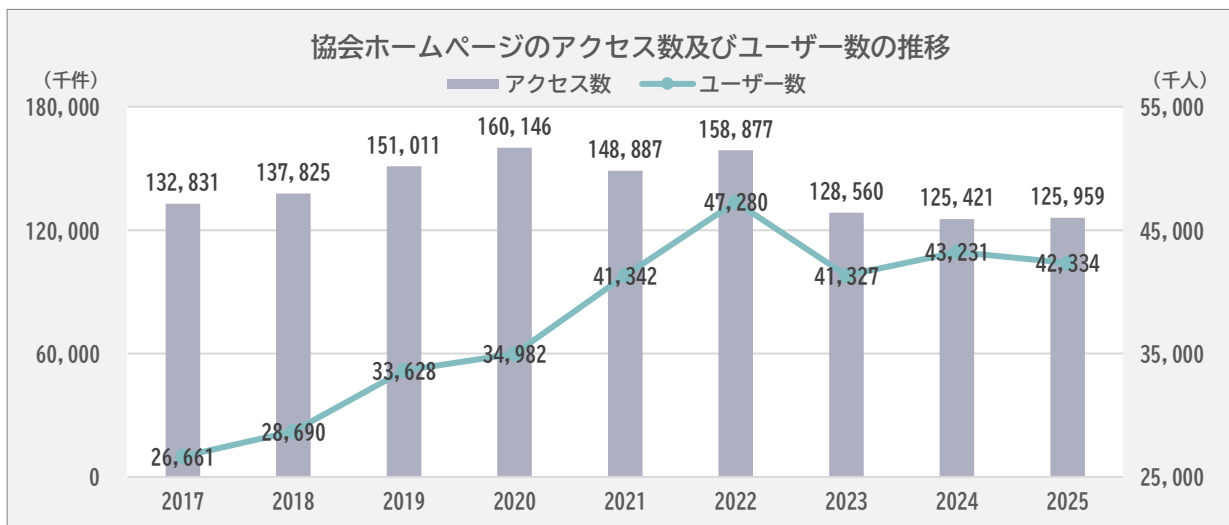
v) その他

①ホームページ

ア) ホームページの利用状況

2025年度のホームページアクセス数は、2024年度の125,420,641件から538,441件微増し、125,959,082件となり、2025年度KPI（137,000,000件）は達成できませんでした。

〔図表4-121〕 協会ホームページの利用状況



※ アクセス数は、協会ホームページを訪れた者が閲覧したページ数を計上。

※ ユーザー数は、協会ホームページを訪れた人数を1日当たりで計上（同一人が同日に複数のページを閲覧した場合のユーザー数は「1」としてカウントする）。

※ 2023（令和5）年度以降、ホームページアクセス数及びユーザー数集計ツールの仕様変更され、2022（令和4）年度以前のアクセス数及びユーザー数よりも少なく集計される仕様となっている。

イ) ホームページリニューアル

協会のホームページは、本部と47支部合わせて約42,000ページ、約80,000個の画像・PDFファイル等を使用する等、膨大な情報量となっており、利用者への調査において「協会視点の『ガイドブック的サイト』となっており、わかりにくい」「情報が多く必要な情報にたどりつけない」等の指摘を受けていました。

また、本部と47支部が自由にページを作成できる仕様であったため、ページの体系や見出し等の使用方法が揃っておらず、統一感が無い状況でした。

そこで、2024年8月からリニューアルプロジェクトを始動し、すべてのページの体系や構成をゼロベースで再構築するとともに、多言語機械翻訳変換機能（131言語）や閲覧支援ツール（読み上げ、色の調整機能）を追加する等、アクセシビリティ（誰にとっても使いやすい）及びユーザビリティ（簡単・快適に使える）を意識した設計に見直すなど、2026年3月18日に全面リニューアルを実施しました。

今後は、加入者（利用者）の問題解決ツールであることを最優先に、情報の網羅性や欲しい情報にたどり着くまでの簡易性の視点を踏まえ、安定運用に取り組みます。

〔(図表4-122) リニューアル後の本部トップページ〕

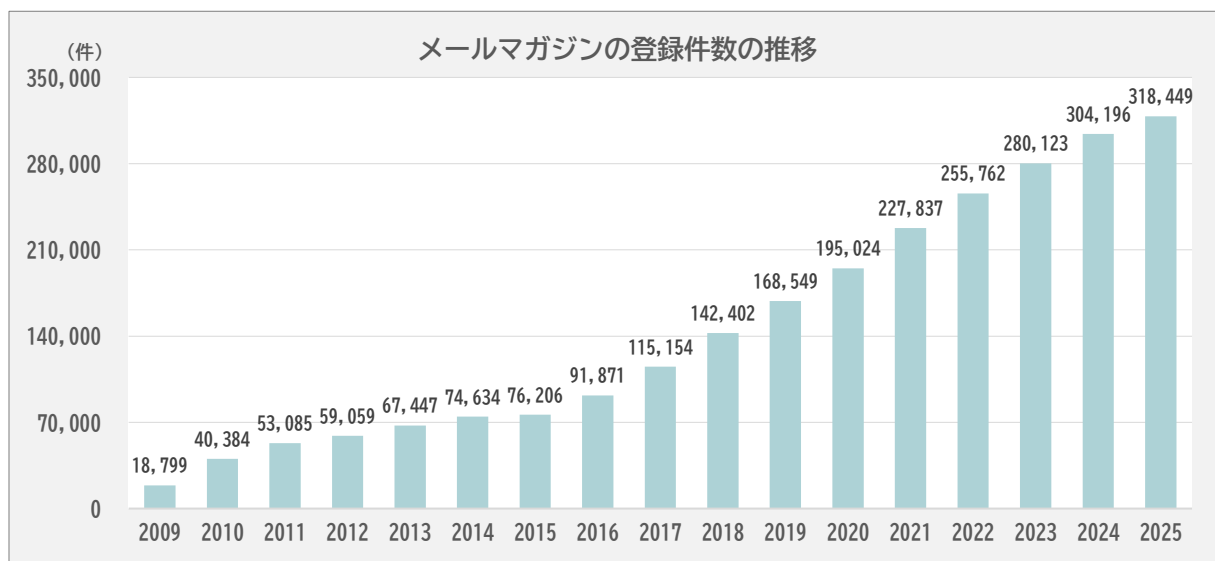


②メールマガジン

協会では、加入者及び事業主に対して日々の健康維持に役立つ健康情報や協会の取組内容等を直接お届けするため、支部ごとにメールマガジンを配信しています。

2025年度は、全支部において広報やセミナー等の機会を通じて登録勧奨を行った結果、新たに29,281件が登録され、2025年度末時点の登録件数は318,449件（対前年度14,253件増）となりました。

〔(図表4-123) メールマガジンの登録件数の推移〕



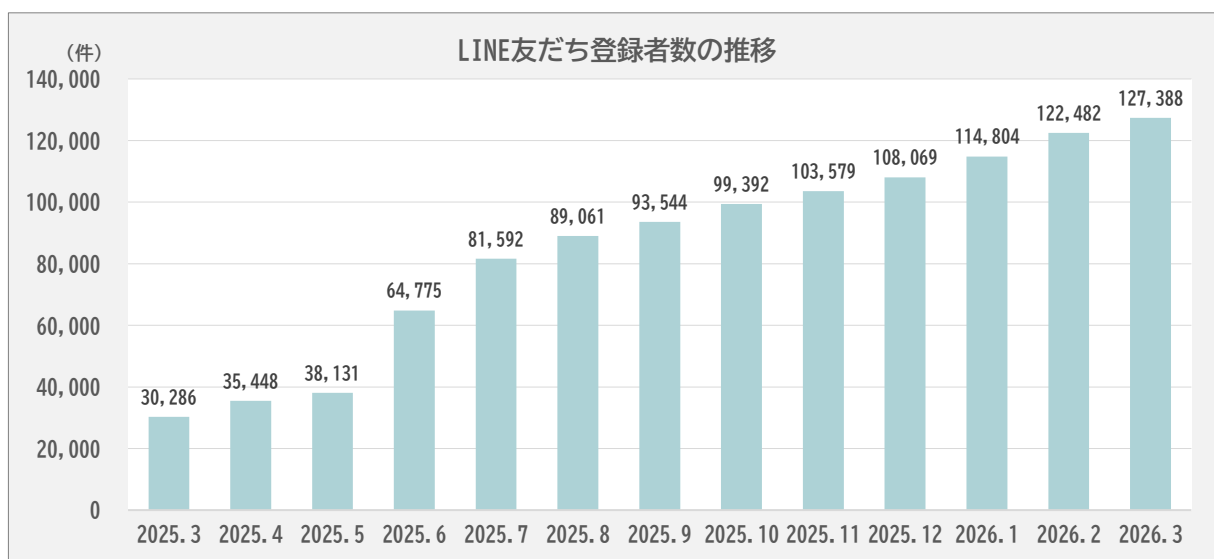
※ メールマガジンは、2009年8月より一部の支部において開始し、2012年3月より全支部で配信を開始。

※ 各年度末の登録件数（2015年度は6月以降メールマガジンを一時休止していたため、2015年5月末時点の登録件数）。

③LINE

昨今、SNSによる情報収集が急速に普及しており、協会としても加入者に直接お伝えすることが可能な媒体を増やしていく必要があることから、SNSを活用した広報として2024年11月より全支部で全世代に幅広く利用されているLINEを活用し、健康情報等の配信を開始しました。2025年度においては、より広く加入者へ情報発信を行うべく、全支部月2回以上、健康情報等の配信を行いました。また、全支部のLINE公式アカウント友だち登録者数は、2025年度に本部や支部で友だち追加広告等を実施した結果、大幅に上昇しており、年度末時点で127,388人に登録されています。

〔(図表4-124) LINE友だち登録者数の推移〕



※ 各月末時点の登録件数。

④けんぽアプリ

加入者4,000万人と直接つながるけんぽDXを実現し、加入者一人ひとりの健康を身近に支える第一歩として、協会けんぽ初のスマートフォン用アプリケーション「けんぽアプリ」を2026年1月26日にリリースしました。各種広報において新たなツールとしても活用を開始しています。加入者4,000万人一人ひとりに直接情報を届ける手段として、引き続きけんぽアプリを活用します。

〔(図表4-125) けんぽアプリの画像イメージ〕



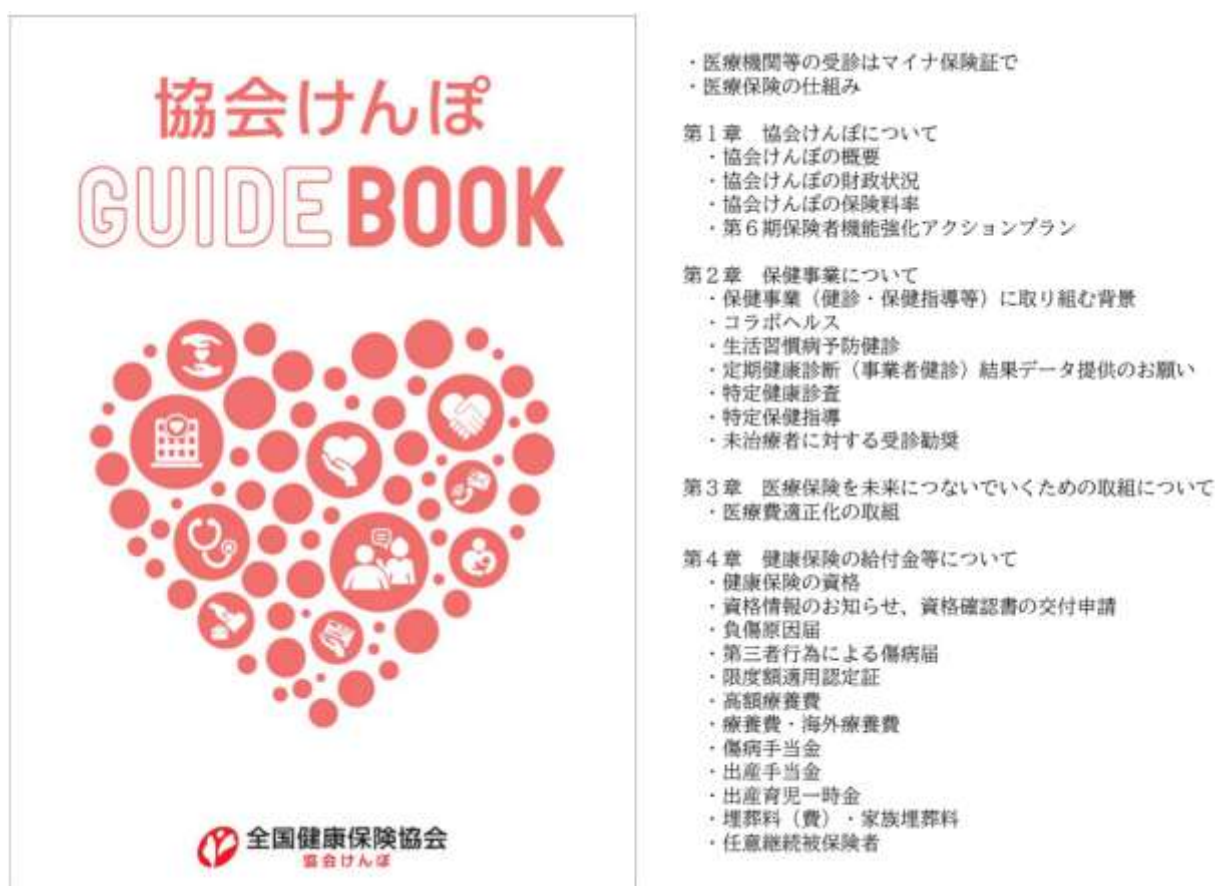
⑤全支部共通広報資材

加入者及び事業主が必要とする情報に容易にアクセスできる環境を整備するとともに、協会が加入者及び事業主に知っていただきたい情報を確実に伝えるため、全国統一的な広報資材を作成することとしています。2021（令和3）年度以降、協会の概要や取組を網羅的に紹介するパンフレット（図表4-126）を作成し、内容を随時更新して広報に活用しています。

2025年度は、健康保険証の経過措置終了に伴う内容に更新し、支部においてはセミナー等の機会を通じて、健康保険委員や新規適用事業所等に配付しました。また、加入事業所や関係団体（行政機関や経済団体等）への訪問時に簡潔に協会を説明する資料として、協会けんぽ案内パンフレット（図表4-127）を作成しました。

更に、2024年度から全支部でのLINEによる情報発信を開始したことに伴い、本部においては健康情報や上手な医療のかかり方に関する共通コンテンツ（図表4-128）を作成しました。支部においては共通コンテンツの活用に加え、独自コンテンツを作成し、毎月2回以上の配信を行いました。

〔図表4-126〕協会けんぽ GUIDE BOOK



〔(図表4-127) 協会けんぽ案内パンフレット〕



01

協会けんぽの概要

約4,000万人が加入する日本最大の医療保険者として、わが国の社会保障制度を支えています。

協会けんぽが担う「医療保険」は、日本の社会保障制度を支える社会保険のひとつです。

協会けんぽは、突然の病気やケガによって生じる経済的な負担を和らげる「医療保険」の保険者のひとつで、日本の社会保障制度の一環を担っています。

公的施設	社会保険	社会福祉	保健医療 公衆衛生
医療保険	年金制度	労災保険	雇用保険
			介護保険

日本の国民皆保険制度において、協会けんぽは会社員とその家族が加入する被用者保険の受け皿となっています。

日本では、手続、地域、職業などに応じて加入する医療保険が異なります。協会けんぽは、主に中小企業で働く方とその家族が加入しており、被用者保険の受け皿となっています。また、高齢者の医療費を後援者が支える仕組みとなっています。

国民皆保険制度により、日本では原則3割負担が必要な医療を受けることができます。

日本の医療保険制度は、すべての国民が何らかの医療保険に加入し、お互いの医療費を支え合う「医療費保険制度」となっており、原則、医療費の3割を支払うことで診療や薬の処方など、必要と医療を受けることができます。協会けんぽは医療保険制度を支えることで、皆さまの安心を暮らしに貢献しています。

皆さまに納めていただく保険料は、医療費や各種給付金、高齢者医療への拠出金などに使われています。

協会けんぽの主な収入は、被用者・事業主が支払う保険料です。また、支出の約3分の2は、加入者が医療保険等を受給した際の医療費や各種給付金に使われています。一方、約2分の1は高齢者医療への拠出金等に使われています。

医療保険制度中の「協会けんぽ」

加入者数	加入者数	加入者数
国民健康保険協会(協会けんぽ)	約4,000万人	約4,000万人
国民健康保険	約1,000万人	約1,000万人
国民健康保険協会(協会けんぽ)	約1,000万人	約1,000万人

加入者数の約9割は、従業員7人以上の企業に加入しています。

加入者数の約9割は、従業員7人以上の企業に加入しています。

保険料収入 88.7%

協会けんぽの財政構造

収入	支出
保険料収入 11.6兆円	保険給付金 64.2%
国庫補助金 11.1%	高齢者医療への拠出金 33.4%
国庫補助金 0.2%	国庫補助金 1.4%
	国庫補助金 0.6%
	国庫補助金 0.4%

協会けんぽの支出は、主に医療費や各種給付金、高齢者医療への拠出金などに使われています。

- 206 -