

平成 25 年度事業報告書（案）

（協会けんぽ 2013）

事業期間：平成 25 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日



加入者、事業主の皆様へ	1
第1章 全国健康保険協会の概要	
1. 理念	2
(1) 基本使命	2
(2) 基本コンセプト	2
2. 平成25年度の事業運営方針	2
3. その他	5
第2章 加入者数、事業所数、医療費の状況	
健康保険事業	6
(1) 加入者、事業所の動向	6
(2) 医療費の動向	7
第3章 健康保険の財政の動向と健康保険料率の決定	
1. 平成26年度予算編成と保険料率決定までの動き	8
(1) これまでの財政状況	8
(2) 25年度における財政基盤強化に向けた取組みについて	14
(3) 26年度保険料率の決定まで	20
(4) 26年度保険料率の決定	24
2. 平成25年度決算の状況	35
(1) 合算ベースによる25年度の収支の決算(見込み)について(医療分) ..	35
(2) 協会の決算の状況	38
第4章 事業の概況	
1. 保険運営の企画	39
(1) 保険者機能の発揮による総合的な取組みの推進	39
(2) 地域の実情に応じた医療費適正化の総合的対策	40

(3) ジェネリック医薬品の更なる使用促進	42
(4) 関係方面への積極的な意見の発信	45
(5) 調査研究の推進等	55
(6) 広報の推進	58
2. 健康保険給付等	61
(1) 現金給付の支給状況	61
(2) サービス向上のための取組み	65
(3) 高額療養費制度の周知	67
(4) 窓口サービスの展開	68
(5) 被扶養者資格の再確認	68
(6) 柔道整復施術療養費の照会業務の強化	69
(7) 傷病手当金・出産手当金不正請求の防止	69
(8) 資格喪失後受診等による債権の発生防止のための被保険者証の回収強化 ..	70
(9) 積極的な債権管理回収業務の推進	70
(10) 健康保険委員の委嘱者数拡大と活動強化	71
(11) 多数回受診への対応	71
3. 効果的なレセプト点検の推進	73
4. 保健事業	77
(1) 第二期特定健康診査等実施計画の策定と実施概要	77
(2) 特定健康診査及び特定保健指導等の推進	79
(3) 各種事業の展開	101
5. 組織運営及び業務改革	107
(1) 組織や人事制度の適切な運営	107
(2) 人材育成の推進	108
(3) 業務改革の推進	109
(4) 業務・システムの刷新について	109
(5) 経費の節減等の推進	110

第5章 東日本大震災における影響と対応について

第6章 平成25年度の総括と今後の運営

- (1) 平成25年度の総括 114
- (2) 今後の運営 115

全国健康保険協会の予算・決算書類について 118

平成25年度の財務諸表等

合算ベースの収支状況

都道府県支部別の収支状況

各支部の運営状況

協会の運営に関する各種指標

参考資料

- ・協会けんぽの医療費の特徴について
- ・医療と健康保険に関する意識等調査（概要）
- ・お客様満足度調査の結果について
- ・柔道整復療養費請求部位数、日数の状況
- ・保険者機能強化アクションプラン（第2期）
- ・本部及び支部の所在地

加入者、事業主の皆様へ

全国健康保険協会は、中小企業等で働く従業員とそこご家族など、約 3,600 万人の加入者、170 万事業所の事業主の皆様からなる日本最大の医療保険者です。私たちの役割は、地域の実情を踏まえた自主自律の運営を行い、都道府県単位で保険者機能を発揮すること、そして、民間組織として業務改革を進めるとともに、サービスの質を向上させることによって、加入者・事業主の皆様の利益の実現を図ることです。

同時に、私たちは、一保険者を超えた被用者保険の最後の受け皿として、世界に誇る日本の国民皆保険の一翼を担い、加入者の皆様の健康を維持・増進し、病気にかかったときにきちんと医療を受けられるよう、健康保険を安定的に運営するという公的な使命を担っています。

急激な少子高齢化を背景に、社会保障制度を支える現役世代の収入の伸びを大きく上回る形で医療費支出が増加するという構造的な要因を抱える一方で、さらに現役世代に対する高齢者医療の負担が増加する中で、私たちは加入者・事業主の皆様のご理解をいただきながら、業務の効率化・経費削減に努め、貴重な保険料を活かしていかなければなりません。

こうした使命を果たすため、私たちは、まさに財政基盤の安定化、強化に向けて、本部・支部が一体となって取り組んでいきます。また、加入者・事業主の皆様のご協力をいただきながら、ジェネリック医薬品の使用促進やレセプト点検の強化など、医療費適正化に向けた取り組みを進めるとともに、日々の広報活動、保健活動を一層強化し、加入者・事業主の皆様と身近な関係を築いてまいります。

すべての加入者の皆様から、「協会けんぽの加入者で本当に良かった」と喜んでいただけるよう、全国健康保険協会の総力を結集して、様々な取り組みを進めてまいります。今後とも皆様からのご指導とご支援を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

全国健康保険協会

理事長 小林 剛

第1章 全国健康保険協会の概要

1. 理念

(1) 基本使命

全国健康保険協会（以下「協会」）は、保険者として健康保険及び船員保険事業を行い、加入者の皆様の健康増進を図るとともに、良質かつ効率的な医療が享受できるようにし、もって加入者及び事業主の皆様の利益の実現を図ることを基本使命としています。

(2) 基本コンセプト

基本使命を踏まえ、保険者の機能を十分に発揮し、次の事項を基本コンセプトとして取り組んでいます。

- ・加入者及び事業主の皆様の意見に基づく自主自律の運営
- ・加入者及び事業主の皆様の信頼が得られる公正で効率的な運営
- ・加入者及び事業主の皆様への質の高いサービスの提供
- ・被用者保険の受け皿としての健全な財政運営

2. 平成25年度の事業運営方針

【健康保険事業】

25年3月に策定した25年度の事業運営の方針は次のとおりです。

加入者の皆様の健康の維持、増進を図り、質の高い医療サービスを地域で効率的に提供できるよう支援する保険者機能を、地域の実情を踏まえ、加入者の皆様や事業主の皆様の意見を反映した、自主自律・都道府県単位の運営により、最大限発揮すべく、以下の考え方により策定した、「保険者機能強化アクションプラン（第2期）」の具体化を図ります。

第一に、協会自らが、加入者の皆様の健診データや受診情報、地域の医療提供機関等の機能情報及び疾病動向等を効果的に収集できるよう取組みを強化します。併せて、加入者アンケートの実施等により、加入者の皆様の協会に対する意識や意見、さらに、加入者の皆様の健康意識や健康の維持・増進に向けた取組みなどの実態などについても、その把握に努めます。第二に、収集した情報を統合し、協会内部で分析する機能を組織的にさらに強化します。第三に、分析した内容を協会の運営に活用するとともに、地域の医療・介護サービスが効率的かつ効果的に提供される体制が構築されるよう、政策提言として国や都道府県等をはじめ

地方自治体に対して発信します。また、協会の保険者機能の発揮・強化に関する取組みについて、協会の加入者の皆様、事業主の皆様をはじめとする国民の皆様に向けて情報発信を行います。

協会としては、「保険者機能強化アクションプラン（第2期）」を実効性ある形で具体化するために、引き続き加入者の皆様の疾病の予防や健康増進、医療の質の向上等の取組みを総合的に推進します。特に、これまで疾病予防や健康増進、あるいは医療費適正化に比較して議論の少なかった医療の質に関する情報の収集、分析、発信に向けた取組みに着手します。

あわせて、都道府県支部間の医療費の地域差の状況に鑑み、その差の縮小に向け、医療費の低い支部等に関する情報の収集・分析や、都道府県、他の保険者等との連携を深めていきます。

また、協会の組織面においても、実績や能力本位など民間にふさわしい人事制度や組織基盤を定着させていくとともに、協会のミッションの徹底や、人材育成等を通じて、職員の意識改革を進め、加入者本位、主体性と実行性の重視、自由闊達な気風と創意工夫に富んだ組織風土・文化の更なる定着を図ります。あわせて、「保険者機能強化アクションプラン（第2期）」を実効あるものとするための人材育成を推進していきます。

厳しい経済環境の影響による被保険者の標準報酬の減少や保険給付費及び高齢者医療への支援金の増等により、協会の平均保険料率は10.00%と被用者保険の中でも高い水準に達しており、協会の取組みの理解とあわせて、加入者・事業主の皆様に保険財政の厳しい状況を伝えていく必要があります。また、中小企業等で働く従業員の方々やそのご家族の健康と暮らしを守る被用者保険としての機能が果たせるよう、本部と支部が一体になって全力で事業運営に取り組みます。特に、協会の財政基盤をより強化するため、より一層の効率的な事業運営の推進、保険者機能の強化を図るとともに、協会に対する国庫補助率を健康保険法が定める上限の20%への引上げを含めた医療保険制度全体の見直しを本部・支部と連携して、社会保障制度改革国民会議等の各審議会をはじめ、政府や国等の関係各方面へ提言していきます。また、自主・自律という一方で法令により協会に様々な制約が課されている現状を踏まえ、協会の自主性とそれに伴う責任をより広げる方向での制度見直しを求めています。

協会の財政問題は、一保険者の問題に留まらず、中小企業の経営・雇用といった地域経済、中小企業問題にも深く影響します。従来の広報に留まらず、中小企業団体と連携し、制度や協会運営に関する意見を吸い上げ、政策提言や運営改善に役立てます。また、家計や経営環境が厳しい状況の中において、被用者保険の最後の受け皿である協会が果たす機能の重要性、国民皆保険を将来にわたり持続可能なものとするためには、協会の財政基盤強化が必要不可欠であることを被保険者・加入者の皆様に理解していただき、加入者の皆様が安心して医療を受けることができるよう、保険料率のお知らせなどに併せて、医療保険制度の仕組みや現

役世代が高齢者の医療を支えている構造についても、加入者・事業主の皆様の理解と納得が得られるよう、周知広報に万全を期します。

中期的な財政見通しを踏まえ、保険料負担をできるだけ上げないよう、地域の実情に応じた医療費の適正化のほか、業務改革、経費の節減等のための取組みについて一層強化します。なお、国による社会保障・税番号制度の動向に対しても、加入者の皆様の利便性が高まるような仕組みとなるよう、留意します。

協会の運営については、情報発信を強化し、スピード感をもって実行に移していくとともに、指標（数値）化を行い、定期的に公表するものとし、運営委員会及び評議会を基軸として、加入者及び事業主の皆様の意見に基づき、PDCAサイクルを適切に機能させていきます。

また、保険料収納や被保険者証交付の前提となる被保険者資格の確認などを担う日本年金機構との連携を深め、円滑な事業実施を図ります。

3. その他

1. 沿革

平成 20 年 10 月 1 日設立認可

2. 設立根拠法

健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）、船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）

3. 主務大臣（主務省所管課）

厚生労働大臣（厚生労働省保険局保険課）

4. 組織

本部と 47 都道府県支部から構成されています。

5. 事務所の所在地

本部及び支部の事務所の所在地は、巻末の参考資料のとおりです。

6. 資本金

健康保険勘定 6,594,277,976 円

船員保険勘定 465,124,590 円

7. 役員の状況

役員は理事長、理事及び監事です。理事長及び監事は厚生労働大臣が任命し、理事は理事長が任命し、厚生労働大臣に届出をしています。役員は、理事長 1 名、理事 6 名（うち非常勤 1 名）、監事 2 名（うち非常勤 1 名）であり、任期は 3 年となっています。

8. 職員の状況

26 年 3 月末現在において、常勤職員は 2,085 人となっています。

第2章 加入者数、事業所数、医療費の状況

健康保険事業

(1) 加入者、事業所の動向

被保険者数は、25年度末現在で2,031万5千人となっており、前年度末に比べ43万1千人（2.2%）増加しています。また、25年度中に新たに被保険者となった方の数は、452万5千人となっています（月別の新規加入者数は（図表2-2）のとおり）。

被保険者のうち、任意継続被保険者数は、25年度末現在で32万1千人となっており、前年度末に比べ1万7千人（5.0%）減少しています。

被扶養者数は、25年度末現在で1,534万6千人となっており、前年度末に比べ10万7千人（0.7%）増加しています。

加入者数では、25年度末現在で3,566万1千人となっており、前年度末に比べ53万9千人（1.5%）増加しています。

被保険者の平均標準報酬月額は、276,161円であり、前年度に比べ886円（0.3%）増加しています。20年秋のリーマンショック以降、初めて前年度比で平均標準報酬月額が増加しました。

また、平均標準賞与月数は平均標準報酬月額の1.46月となっており、前年度に比べ0.02月増加しています。

適用事業所数は、25年度末現在で168万1千事業所となっており、前年度末に比べて4万5千事業所（2.7%）増加しています。

25年度中における異動状況をみると、4万5千事業所が休廃止等によって協会の適用事業所に該当しなくなりました。一方、9万事業所が新たに協会の適用事業所となりました。

健康保険組合等との異動に関しては、988事業所（被保険者数7万3千人、被扶養者数5万2千人、平均標準報酬月額32万8千円）が健康保険組合等へ移りました（前年度比324事業所減少）。

逆に1,164事業所（被保険者数4万2千人、被扶養者数3万4千人、平均標準報酬月額28万8千円）が健康保険組合等から協会に移りました（前年度比566事業所減少）。

事業所数でみると、健康保険組合に移った事業所よりも協会に入ってきた事業所の方が多くなっていますが、加入者数でみると、協会に入ってきた人数よりも健康保険組合に移った人数の方が多くなっており、報酬水準の高い事業所を中心として健康保険組合に移っています。

[(図表 2-1) 加入者、事業所等の動向]

(加入者:千人、平均標準:円、事業所数:力所)

	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
被保険者数	18,948 (0.6%)	19,172 (1.2%)	19,515 (1.8%)	19,818 (1.6%)	19,506 (▲1.6%)	19,529 (0.1%)	19,592 (0.3%)	19,643 (0.3%)	19,884 (1.2%)	20,315 (2.2%)
うち任意継続 被保険者数	499 (▲9.9%)	472 (▲5.3%)	453 (▲4.0%)	431 (▲5.0%)	462 (7.2%)	520 (12.7%)	406 (▲22.0%)	354 (▲12.8%)	338 (▲4.5%)	321 (▲5.0%)
被扶養者数	16,696 (▲0.1%)	16,503 (▲1.2%)	16,445 (▲0.3%)	16,494 (0.3%)	15,216 (▲7.8%)	15,317 (0.7%)	15,271 (▲0.3%)	15,252 (▲0.1%)	15,239 (▲0.1%)	15,346 (0.7%)
平均標準報酬月額	283,208 (▲0.5%)	283,141 (▲0.0%)	282,990 (▲0.1%)	284,930 (0.7%)	285,156 (0.1%)	280,149 (▲1.8%)	276,217 (▲1.4%)	275,307 (▲0.3%)	275,295 (0.0%)	276,161 (0.3%)
適用事業所数	1,498,226 (0.7%)	1,515,290 (1.1%)	1,548,534 (2.2%)	1,582,047 (2.2%)	1,607,489 (1.6%)	1,624,549 (1.1%)	1,622,704 (▲0.1%)	1,621,100 (▲0.1%)	1,636,155 (0.9%)	1,680,537 (2.7%)

※括弧内は前年度比の増減率

[(図表 2-2) 25年度の月別の新規被保険者数の推移]

(万人)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
新規被保険者数	108.0	42.2	30.6	33.4	29.4	31.1	36.5	28.1	25.8	31.5	26.3	29.5	452.5

(2) 医療費の動向

25年度の医療費総額（医療給付費と自己負担額の合計額）は、5兆8,078億円となり、前年度と比べて2.8%の増加となっています。

このうち、医療給付費は4兆4,915億円で、前年度に比べて2.7%の増加、このうち現物給付は4兆3,820億円で前年度に比べ3.0%の増加、現金給付費は1,095億円で、前年度に比べて6.7%減少となっています。また、その他の現金給付費は、3,832億円で、前年度に比べて1.6%増加となっています。保険給付費（医療給付費とその他の現金給付費の合計額）は4兆8,747億円となり、前年度に比べて2.7%の増加となっています。

加入者1人当たりで見ると、医療費総額は163,817円で、前年度に比べて1.6%の増加となり、医療給付費は126,689円で、前年度に比べて1.5%の増加、このうち現物給付費は123,600円で前年度に比べ1.7%の増加、現金給付費は3,088円で、前年度に比べて7.8%の減少となっています。また、その他の現金給付費は、10,808円で、前年度に比べて0.3%増加となっています。保険給付費は137,497円となり、前年度に比べて1.4%の増加となっています。

[(図表 2-3) 医療費の動向]

(単位:億円)

	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
医療費総額※2	47,127 (1.8%)	48,450 (2.8%)	48,941 (1.0%)	50,661 (3.5%)	51,879 (2.4%)	52,838 (1.8%)	54,515 (3.2%)	55,615 (2.0%)	56,476 (1.5%)	58,078 (2.8%)
医療給付費①	35,640 (2.6%)	36,769 (3.2%)	37,242 (1.3%)	38,850 (4.3%)	39,620 (2.0%)	40,494 (2.2%)	41,963 (3.6%)	42,914 (2.3%)	43,714 (1.9%)	44,915 (2.7%)
現物給付	33,674 (2.0%)	34,711 (3.1%)	35,071 (1.0%)	37,138 (5.9%)	38,326 (3.2%)	39,166 (2.2%)	40,675 (3.9%)	41,645 (2.4%)	42,541 (2.2%)	43,820 (3.0%)
現金給付費※3	1,966 (15.1%)	2,058 (4.7%)	2,172 (5.5%)	1,712 (▲21.2%)	1,293 (▲24.5%)	1,327 (2.6%)	1,288 (▲3.0%)	1,270 (▲1.4%)	1,173 (▲7.6%)	1,095 (▲6.7%)
その他の現金 給付費※4 ②	3,221 (1.1%)	3,262 (1.3%)	3,344 (2.5%)	3,523 (5.3%)	3,559 (1.0%)	3,710 (4.2%)	3,884 (4.7%)	3,831 (▲1.4%)	3,773 (▲1.5%)	3,832 (1.6%)
保険給付費 (①+②)	38,861 (2.5%)	40,032 (3.0%)	40,586 (1.4%)	42,373 (4.4%)	43,179 (1.9%)	44,204 (2.4%)	45,847 (3.7%)	46,745 (2.0%)	47,487 (1.6%)	48,747 (2.7%)

※1 括弧内は対前年度増減率

※2 「医療費総額」は、医療給付費（現物給付と現金給付費の合計）に対する医療費総額である。

※3 「現金給付費」は、療養費、高額療養費及び移送費等の医療に係る現金給付費に限る。

※4 「その他の現金給付費」は、傷病手当金、埋葬料、出産育児一時金、出産手当金の合計である。

第3章 健康保険の財政の動向と健康保険料率の決定

1. 平成26年度予算編成と保険料率決定までの動き

(1) これまでの財政状況

協会の保険料率は、22年度から3年連続で引き上げた結果（全国平均：22年度8.20%→9.34%、23年度9.34%→9.50%、24年度9.50%→10.00%）、24年度の平均保険料率は10.00%に至りました。25年5月に「健康保険法等の一部を改正する法律」が成立したことにより、25年度及び26年度の2年間については平均保険料率を10.00%に据え置くことができましたが、これはあくまでも2年間に限った当面の措置に過ぎず、協会が抱える赤字財政構造は何ら変わっていません。協会の財政問題を構造面から解消しなければ、協会は再び多額の累積赤字を抱えるなど、今後もさらに厳しい状態が続くものと予想されます。

この10.00%という現行の平均保険料率は加入者、事業主の皆様にとっては既に負担の限界であり、これ以上の引上げは、中小企業の経営や、そこで働く従業員の皆様の雇用や生活に影響するという、極めて深刻な問題と考えています。協会としては、制度を持続可能なものとするためには、税金や社会保険料を主に負担している現役世代に対して過度に依存する現在の制度の枠組みを見直すとともに、現役世代内での負担の公平性を確保すべきとの考え方から「現役世代の保険料負担の軽減」や「被用者保険間での保険料負担の公平性の確保」、また高齢者医療を支える現役世代の負担が増加していることから「世代間の負担の公平性の確保」などの視点に立った制度改革を進めていくべきと考えています。

その上で、中小企業の加入者が多い協会については、財政基盤の強化のために、協会に対する国庫補助率の健康保険法本則が定める上限20%への引上げと、公費投入をはじめとする高齢者医療制度の見直しが当面講ずべき具体的な措置として必要不可欠と考えており、これまで協会としてより一層の効率的な事業運営の推進を図る一方で、これらの改革について関係方面に対して要請してまいりました。

特に、平均保険料率が10.00%に至った24年度には、具体的な取組みとして、全国320万人もの加入者の皆様から保険料負担の軽減を求める署名活動にご賛同いただき、同年11月に協会として初めて開催した全国大会での決議に繋げて、加入者や事業主の皆様の切実な声とあわせて協会の財政基盤強化の必要性について関係方面に強く要請しました。

以下では、10.00%にまで平均保険料率を引き上げることとなった協会が抱える財政の赤字構造のほか、協会を取り巻く様々な要因が重なって財政状況が悪化してきた経緯を説明します。

i) 財政の傾向

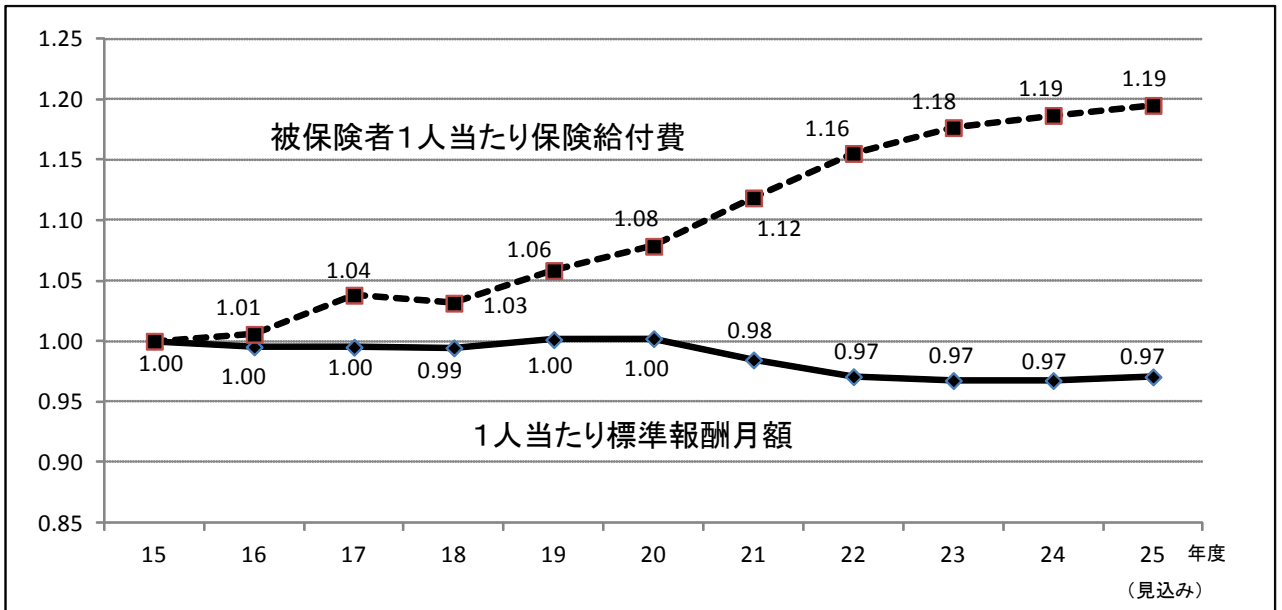
図表3-1は、概ね単年度収支が均衡していた15年度以降について、支出の主な要因であ

る被保険者1人当たりの保険給付費の伸び（実質的には医療費の伸び）と、保険料収入の基礎となる被保険者1人当たりの標準報酬月額伸びにつき、それぞれ15年度を1とした場合の指数を表示したグラフです。

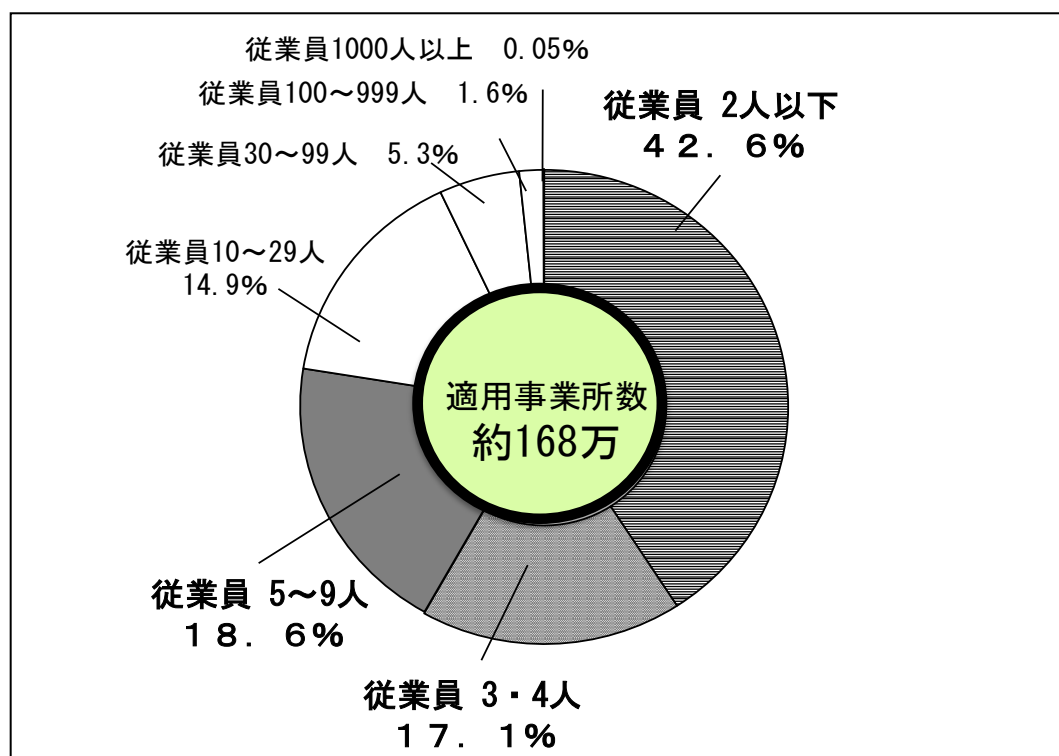
医療費の伸びは、診療報酬マイナス改定の影響があった18年度を除き、年々増加傾向で推移しています。ここ数年は伸び率が鈍化していますが15年度を1とした場合の指数は25年度（見込み）で1.19となります。一方で、標準報酬月額については20年度まではほぼ横ばいで、その後下落傾向にありましたが、直近の見込みでは底を打ったようにも見受けられます。しかしながら、協会に加入している事業所は従業員9人以下の規模が全体の3/4を占めており（図表3-2）、加入者の賃金はリーマンショック以降の景気悪化の影響を受けているものと考えられ（図表3-15）、下げ止まった感があるとはいえ同指数は0.97と依然として低調な推移となっています。

このように、近年、高齢化や医療技術の進歩により医療費が年々増える一方、保険料収入の基礎となる加入者の賃金が伸びていないことから、保険料収入は横ばい若しくは下落傾向にあり、財政収支は悪化の方向をたどってきました。

[図表3-1) 15年度以降の医療費（保険給付費）と賃金（報酬）の伸びの推移]



[(図表 3-2) 協会の事業所規模構成 (26年3月)]



ii) 20年度以前の単年度収支差と準備金残高の推移

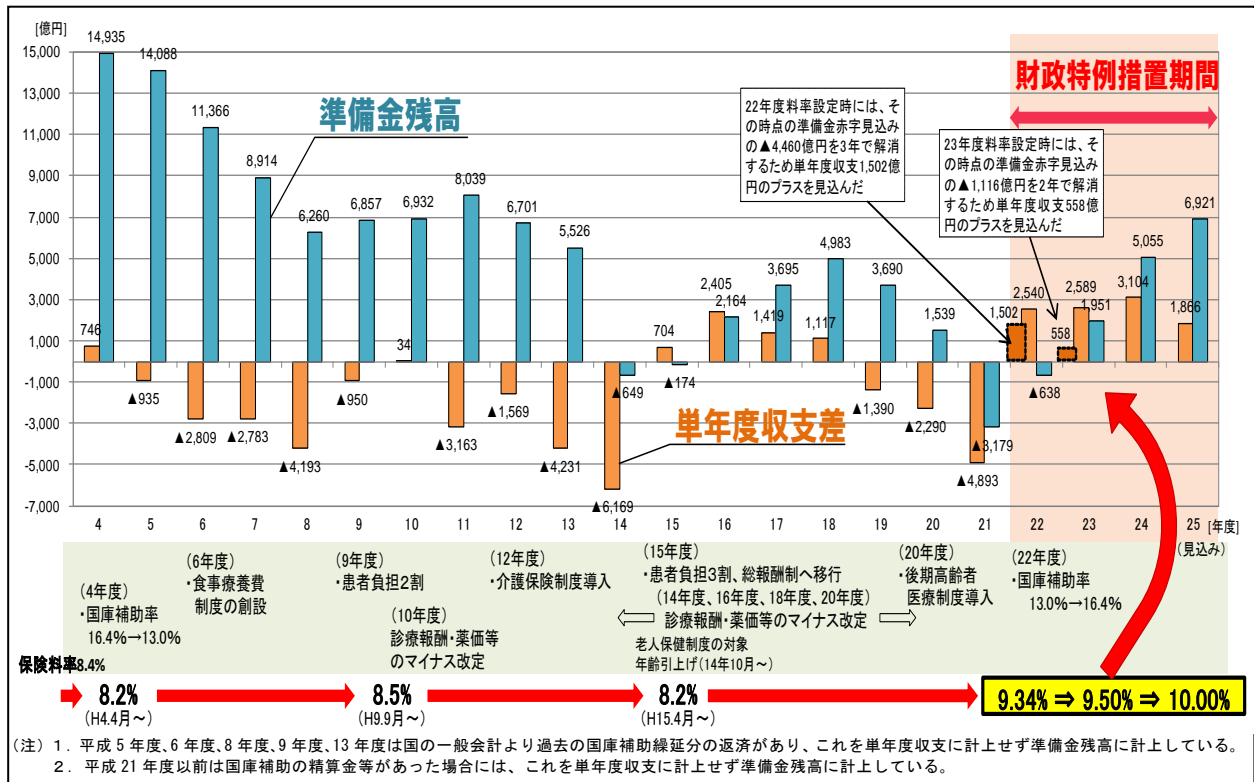
図表 3-3 は平成 4 年度以降の単年度収支と準備金残高をグラフで示したものです。グラフの下部にはこれまで行われてきた制度改正事項と保険料率の推移を表示していますが、国が政府管掌健康保険として保険運営を行っていた 20 年 9 月以前は、財政状況が悪化した場合、保険料率の水準については、患者負担割合の引上げや総報酬制の導入（保険料算定基礎額を賞与を含めた年間総報酬額に移行）などの政策とセットで検討され対応されてきたことが見てとれます。以下、具体的に見ていきます。

まず、8 年度は単年度収支が約マイナス 4,000 億円となりましたが、翌年度（9 年度）には保険料率の引上げ（8.2%→8.5%）と併せ患者負担割合を 2 割とする制度改正、10 年度には診療報酬のマイナス改定が行われました。これらの効果もあり 10 年度の収支はほぼ均衡することとなります。

さらに、14 年度は単年度収支が約マイナス 6,000 億円となりましたが、18 年度までの間は、老人保健制度の対象年齢の引上げによる拠出金の抑制、患者負担の 3 割導入や総報酬制の導入（導入に伴い保険料率は 8.2% に引下げ）、診療報酬のマイナス改定など様々な施策による対応が行われました。これらの措置の効果により 15 年度以降の収支は改善し、18 年度末には準備金の残高が約 5,000 億円となりました。

しかしながら図表 3-1 に見たように、基調として医療費を中心に支出が伸び、一方、支出を支える加入者の給与は伸びないという趨勢が続いているので、これらの施策の効果も長くは続かず、19 年度以降は、単年度収支は赤字に転じ、準備金の取崩しにより保険料率を 8.2% に据え置く運営を行ってきました。

〔（図表3-3）平成4年度以降の単年度収支と準備金残高の推移〕



iii) 20年度以降の単年度収支差と準備金残高の推移

①協会発足直後の状況

前述の通り、単年度収支が赤字に転じ、準備金を取崩しながら運営するといった厳しい状況の中で、協会は20年10月に設立されました。しかも、設立直後の20年秋以降は、リーマンショックによる景気の落込みから標準報酬月額が下落し（図表3-15参照）保険料収入が減少する中、21年10月から22年1月までは新型インフルエンザが大流行するなど医療費支出も増大し、協会の財政状況は一層厳しいものとなりました。

②21年度の状況

22年度政府予算案決定時（21年12月）の見込みでは、21年度末の準備金残高は4,460億円の赤字となり、22年度の平均保険料率は8.20%から9.90%と1.7%ポイントの大幅な上げが必要な状況にありました。政府管掌健康保険に代わって協会が設立されたことに伴い、保険料率の変更は、国会による法律改正から、協会の意思決定を厚生労働大臣が認可するという形に変わりました。単年度での収支均衡を義務付けたルールの下では、何らかの制度改正がなければ、政府管掌健康保険時代には考えられなかった極めて大幅な保険料率の上げが国会での議論を経ずとも行われるということが起こり得る状況でした。

このような逼迫した財政状況に鑑み、保険料率の引上げ幅を抑えるため協会の財政健全化の特例措置（図表3-4）を講ずる制度改正が行われることとなりました（関連法案は、22年5

月12日に成立)。この特例措置により、保険料率の引上げ幅は約0.6%ポイント抑えられることとなりましたが、それでも22年度の保険料率は全国平均で8.20%から9.34%と1.14%ポイントの大幅な引上げとなりました。

[(図表 3-4) 協会の財政健全化の特例措置 (22 年度~24 年度)]

- 協会の国庫補助率を暫定的に引下げられた率 (13%) から健康保険法本則上の補助率 (16.4%) へ戻す (22 年 7 月~)
- 後期高齢者医療制度への支援金の按分方法については、被用者保険間ではその 3 分の 1 について加入者割ではなく保険者の財政力に応じた負担 (総報酬割) とする (22 年 7 月~)
- 21 年度末の準備金赤字額を 3 年間(22 年度~24 年度)で解消する

③22 年度から 23 年度の状況

さらに翌年の 23 年度政府予算案決定時 (22 年 12 月) においても、医療費が増加する一方で、加入者の給与が伸びないといった赤字財政構造に加え、財政健全化の特例措置に基づき準備金残高の赤字を減らす (23 年度は 558 億円を解消する予定) ため、全国平均の保険料率は 9.34%から 9.50% (+0.16%) へと 2 年連続の引上げが必要な状況となりました。

この 2 年連続の大幅な保険料率引上げにより、22 年度の決算は単年度収支差がプラス 2,540 億円、年度末の準備金残高赤字はマイナス 638 億円に、さらに 23 年度の決算では単年度収支差がプラス 2,589 億円、年度末の準備金残高はプラス 1,951 億円となりました。

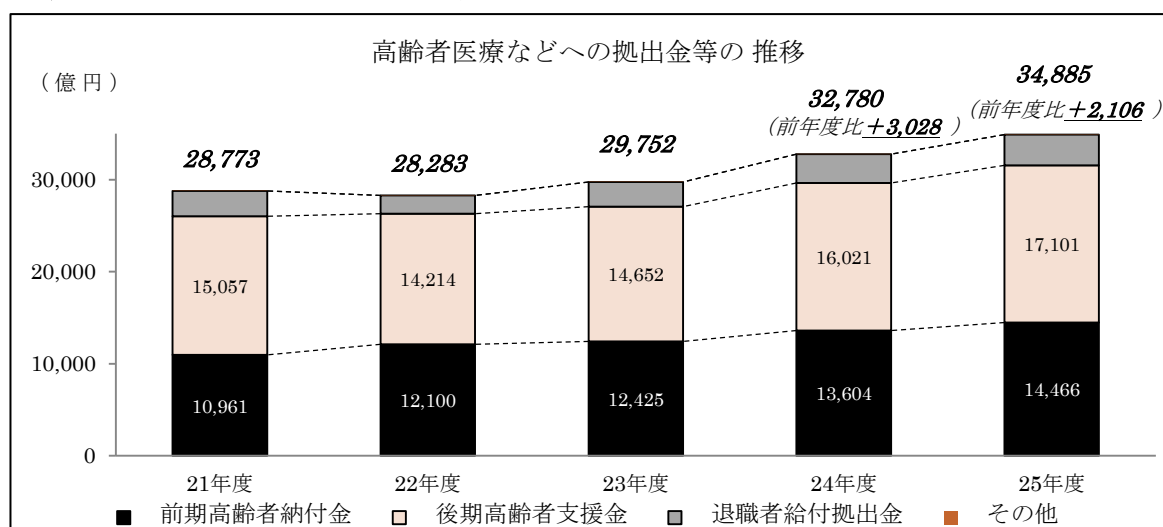
財政健全化の特例措置 (図表 3-4) の 3 点目では、21 年度末の準備金赤字額 3,179 億円について 22 年度~24 年度の 3 年間で解消することとされていましたが、結果として、2 年連続の黒字により累積赤字を 23 年度で解消するに至りました。

累積赤字が 1 年前倒しで解消するに至った主な要因は以下の通りです。

- ① もともと 22 年度保険料率を設定した 21 年 12 月時点で 21 年度末に約マイナス 4,460 億円の準備金残高となると見込まれ、これを解消するため 22 年度に単年度収支が黒字 (予定では 1,502 億円) となるよう保険料率を設定したこと
- ② 23 年度も同様に 558 億円の黒字となるよう保険料率を設定したこと
- ③ 財政健全化の特例措置の 3 年間は予定された黒字となるよう、支出の主な要因である医療費の増加幅や収入の主な要因である加入者の給与総額の減少幅については堅めに見積もったところ、結果としてはいずれも幅が小さかったこと

しかしながら 24 年度の平均保険料率は、赤字が解消されたにもかかわらず、23 年度を大きく上回る引上げを行わざるを得ませんでした。これは、協会が抱える基本的な財政の赤字構造が変わったわけではないことに加え、高齢者医療への拠出金の大幅な増加 (図表 3-5) が重なったことによるものであり、平均保険料率は 9.50%から 10.00%と 3 年連続の引上げを行うことになりました。

〔(図表3-5) 高齢者医療などへの拠出金等の推移(21~25年度)〕



※平成元年以降の拠出金推移については、図表 3-17 に掲載

④24年度の状況

24年度の平均保険料率 10.00%は既に加入者・事業主の皆様の負担の限界であり、協会としてはこれ以上の引上げは到底できないとの考えのもと、関係方面への要請等を行ってまいりました。その結果、25年1月に決定した政府予算案では22年度から24年度までの間に講じられた財政特例措置を26年度まで2年間延長する、すなわち国庫補助率を16.4%、後期高齢者支援金は3分の1を総報酬割にする財政特例措置が決定されました。

25年度の平均保険料率の決定に際しては、図表3-6のとおり、2年間の財政特例措置の延長に加え、平均保険料率10.00%を維持するために必要であった準備金の取崩しを可能とする法律改正が実施される方向で法案作成が進められたこと、また、都道府県単位保険料率の凍結に必要な激変緩和率を24年度と同率の10分の2.5にする告示が予定されたことを踏まえ、25年度の単年度収支を480億円の赤字とした上で、同額を24年度末に見込まれる準備金4,433億円から取り崩すことで、25年度の平均保険料率及び各都道府県単位保険料率を前年度と同じ10.00%に据え置くことを決定し、協会の設立以降、毎年保険料率を大幅に引き上げてきた流れをようやく止めることができました。

〔(図表3-6) 協会の財政健全化の特例措置(25年度~26年度)〕

- 協会の保険給付費等に対する国庫補助について、国庫補助割合を13%から16.4%とする現行の特例措置を2年間延長する
- 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険の総報酬に応じた負担とする現行の特例措置を2年間延長する
- 協会の準備金について、25年度及び26年度に限り積み立てることを要しないこととする
- 協会の都道府県単位保険料率について、20年10月から30年3月末までの間に講じる激変緩和措置を、32年3月末まで延長する(25年2月6日厚生労働大臣告示において、25年度に適用される激変緩和率は10分の2.5と定められている)

(2) 25年度における財政基盤強化に向けた取組みについて

24年度末までの3年間講じられていた協会けんぽに対する財政特例措置については、これをさらに2年間延長すること等を内容とする「健康保険法等の一部を改正する法律」が25年5月24日に成立したことにより、25年度および26年度の2ヵ年の間は、現在の協会けんぽの平均保険料率10%を維持することができる見通しとなりました。しかし、この対応は暫定的に採られた当面の措置に過ぎず、協会の赤字財政構造は何ら変わっておらず、再び多額の累積赤字を抱えることが避けられない見通しであることから、25年度においても引き続き協会の財政基盤強化に向けた取組みを進めました。

i) 政府及び関係方面への要請等について

前述のとおり、財政特例措置をさらに2年間延長すること等を内容とする健康保険法等の一部を改正する法律の成立を受けて、協会としては、今後の協会の財政問題に関する緊急記者会見を行いました。さらに、同日、田村厚生労働大臣及び秋葉厚生労働副大臣（当時）、とかしき厚生労働大臣政務官（当時）に直接面談を行い、法案成立のお礼とともに、協会の財政基盤強化を実現させるためには制度全体の見直しが必要不可欠であり、さらなる制度の見直しに向けた議論を開始していただくよう要請しました。（図表3-7）また、厚生労働省に対しても厚生労働省保険局長あてに同様の要請を行いました。

要請に際しては、法案審議の過程において採択された国会の附帯決議についてもお礼の上、附帯決議の実現に向けてもあわせて強く要請しました。附帯決議のうち協会に関する内容については、図表3-8のとおりです。附帯決議では、協会の国庫補助率について、「健康保険法本則を踏まえて検討する」ということが盛り込まれました。これは3年前の協会に対する財政特例措置に関する法改正の附帯決議では盛り込まれなかった内容です。国庫補助率について健康保険法本則が定める上限20%への引上げを強く要請する協会にとっては、極めて重要な意味を持つ附帯決議です。

[(図表 3-7) 平成 25 年 5 月 24 日 記者会見資料]

協会けんぽの財政基盤を強化するための緊急要請

昨年度末で切れてしまった協会けんぽに対する財政特例措置をさらに 2 年間延長すること等を内容とする「健康保険法等の一部を改正する法律案」が本日成立しました。この改正により、平成 25、26 年度の 2 か年の間は、現在の協会けんぽの平均保険料率 10%を維持することができる見通しとなり、平成 20 年の協会設立以降、毎年保険料率を大幅に引き上げてきた流れをようやく止めることができました。関係者の皆さまに御礼申し上げます。

しかし、今回の改正は、現行の特例措置を 2 年間延長するという当面の対応であり、協会けんぽの赤字財政構造は何ら変わっていません。現在の財政構造のままでは、平成 27 年度には再び累積赤字に転落し、29 年度には 2 兆円規模の累積赤字に至る見通しです。協会けんぽの財政が再び累積赤字となる平成 27 年度までの 2 年間に、協会けんぽをはじめ被用者保険全体の持続可能性を維持するための制度改正の実現が何としても必要です。協会けんぽの加入者の大半は中小企業であり、協会けんぽの財政問題は中小企業の経営、従業員の雇用、生活に直結します。

協会けんぽは、一保険者を越えた、被用者保険の最後の受け皿としての機能を担っており、協会けんぽの破綻は、被用者保険の破綻、国民皆保険の破綻に繋がるものであります。現在、社会保障制度改革国民会議において今後の社会保障制度の在り方が議論されていますが、医療保険制度の持続可能性を維持するに当たり優先すべきは、協会けんぽの財政基盤の強化であり、今、まさに、その実現に向けた具体的方向性が示されることが必要です。

協会けんぽの財政基盤の強化のために、協会けんぽに対する国庫補助割合を健康保険法本則が定める上限 20%まで引き上げるとともに、既に限界にある現役世代の負担を軽減するために、公費負担の拡充をはじめとする高齢者医療の負担の在り方の見直し、医療費の支出面に着目した制度改革の実現が急務です。

協会けんぽとしては、国及び政府に対して、一刻も早く、これら制度全体の見直しの実現を強く望みます。

平成 25 年 5 月 24 日

全国健康保険協会
理事長 小林 剛

〔（図表3-8）健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議〕

（25年5月23日参議院厚生労働委員会）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一、後期高齢者医療制度及び前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整による拠出金によって、運営に困難をきたしている保険者に対する財政支援を、同法案の措置期限である平成二十六年までの間、継続し、かつ更に充実すること。
- 二、高齢者医療制度に係る保険者間の費用負担の調整については、その再構築に向け、広く関係者の意見を聴取するとともに、若年者の負担が過大なものとならないよう、公費負担を充実すること。
- 三、協会けんぽについては、中長期的な財政基盤の強化を図るため、国庫補助率について、健康保険法本則を踏まえて検討し、必要な措置を講ずること。
- 四、国民健康保険制度については、適切な財政支援を行うとともに、平成二十七年度からの都道府県単位の共同事業の拡大の円滑な実施に努めること。

右決議する。

要請については厚生労働省に対してだけではなく、社会保障制度に関係する国会議員の方々に対しても与野党を問わず実施しました。協会としての財政問題は一保険者としての問題に留まらず、協会の加入事業所の大半を占める中小企業の経営や雇用、従業員の生活に直結し、地域経済全体に影響する重要な問題であること、そして、社会保障制度の持続可能性を高めるためには現役世代の保険料負担の軽減を図ることが必要であることについて説明し、「協会に対する国庫補助率の引上げ」と「高齢者医療制度の見直し」の必要性を主な内容とした要請を行いました。

ii) 社会保障制度改革国民会議等への対応について

平成24年の社会保障・税一体改革の国会審議の中で制定された社会保障制度改革推進法に基づき、社会保障制度改革を行うにあたって、必要な事項を審議するために設けられた社会保障制度改革国民会議（以下「国民会議」）において24年11月から25年8月にかけて20回にわたる審議を行い、25年8月6日に報告書が取りまとめられました。

詳細は第4章で説明しますが、社会保障制度の持続可能性に関する議論にあたり、25年4月4日に開催された第8回の会議では、国民会議委員と協会を含む医療保険者、また政府からも秋葉厚生労働副大臣（当時）と山際内閣府大臣政務官（当時）が出席する中で意見交換を行い、協会の財政問題をはじめ、医療保険制度の課題について議論が行われました。協会からは、協会の財政基盤強化の必要性、重要性について説明しました。その後、これまでの国民会議における議論をまとめた「医療・介護分野に関する議論の整理案」が4月22日開催の第10回の会議において提示され、この整理案のまま議論が一巡したとされました。整理案の概要は図表3-9の通りです。

[(図表 3-9) 国民会議における議論の整理 (医療・介護) (案) の概要]

社会保障制度改革国民会議第 10 回 (25 年 4 月 22 日)、資料 1. これまでの国民会議における議論の整理 (医療・介護分野) (案) 検討項目「医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保」からの抜粋

- 健保組合間、健保組合と協会けんぽの間の構造的要因に着目した財政調整に踏み込むべき。
- 高齢者医療の拠出金について、総報酬割を導入すべき。 被用者間で助け合うべき。
- 後期高齢者支援金の負担金に対する全面総報酬割の導入、その際に浮いた公費の投入の国保優先の実現を図る必要。
- 後期高齢者支援金の全面報酬割と国保の都道府県化、更には所得の高い被保険者からなる国保組合への定率補助の廃止を一体的に実現すれば、被用者保険者間のみならず市町村間の保険料負担の格差の是正を図ることができることになり、保険制度を通じて「保険料負担に係る国民の負担に関する公平の確保」との『社会保障制度改革推進法』の趣旨を実現でき、消費税率引上げのタイミングにふさわしい内容の改革となる。
- 後期高齢者支援金の総報酬割の導入については、浮くとされる国庫負担分を国債残高圧縮への充当 (= 将来世代へのツケの先送りの抑制) に使うべきとの意見に加え、協会けんぽの国庫補助率 20% の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見など、様々な意見があることも踏まえ、浮いた財源の使途も含めて、検討すべき。

これまで協会は、「総報酬割の全面導入は被用者保険間の公平性を確保するために実現すべきである。総報酬の全面導入に伴い公費財源が生じるのであれば、それは被用者保険内の負担の調整によって生じた財源である以上、被用者保険の負担軽減のために用いるのが筋である。国民健康保険の財政対策のために総報酬割を導入することは筋違いの議論であり、反対である」という主張を表明し、8月に取りまとめられる報告書及びそれを踏まえて閣議決定される予定の法制上の措置に関して関係議員に対する要請活動を実施しました。

国民会議に対しては、社会保障制度全体の見直しに向けた大所高所からの議論が期待されていましたが、前述の国民会議における議論の整理に対しては、協会だけでなく他の被用者保険関係者からも不十分な議論であると懸念が表明され、5月24日には、協会けんぽ・健保連・経団連・連合・日商の5団体による共同声明 (図表4-8) が提起されました。また、前述の健康保険法等の一部改正に係る国会審議においても、厚生労働大臣から「2年後は待たなしの状況であり、協会けんぽが持続可能であるための政策を構築していく」旨の答弁があり、協会の財政基盤強化は急務であるということ、本部はもとより、支部においても地元選出の国会議員を中心に要請しました。

支部における要請活動については2回にわたり行いました。6~7月には国民会議の報告書とりまとめに向けて205人の地元選出の国会議員の方々に要請を行い、そのうち51人については直接面談しての要請となりました。また、社会保障制度改革推進法に基づく「法制上の措置」が閣議決定される前の8月にも同様に165人の国会議員に要請を行い、50人には直接面談による要請を行っています。

iii) 社会保障改革プログラム法案の成立まで

25年8月21日に閣議決定された『社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について』において、協会の財政問題については、健康保険法等の一部を改正

する法律附則第2条に規定する所要の措置について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずることとし、平成27年通常国会に必要な法律案の提出を目指すこととされました（図表3-10）。この決定を受けて、同年8月30日には小林理事長が厚生労働省にて田村厚生労働大臣と直接面会し、協会の財政基盤強化に向けた制度改正を求める要請書（図表3-11）を手交しました。

〔図表3-10〕 社会保障制度改革の行程表 〕

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子による社会保障制度改革の工程表(平成29年度まで)

	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
少子化対策		<ul style="list-style-type: none"> 子ども・子育て支援法に基づく保育緊急確保事業、子どものための教育・保育給付及び地域子ども・子育て支援事業(含:待機児童解消加速化プラン) 社会的養護の充実 <p>※次世代育成支援対策推進法(26年度末までの期限立法)の延長を検討</p>			
医療制度		<p>流行医療計画(～29年度) ※30年度～次期医療計画</p> <p>必要な措置を29年度までを目途に順次講ずる</p> <p>▲一環として法律案の26年通常国会への提出を目指す</p>			
	医療サービス等の提供体制	<p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護の推進 <ul style="list-style-type: none"> 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設 地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置(必要な病床の適切な区分の設定、都道府県役割の強化等) ②新たな財政支援の制度の創設、診療報酬に係る適切な対応の在り方 ③地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策 ④医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し など 			
	医療保険	<p>必要な措置を26年度から29年度までを目途に順次講ずる</p> <p>▲法改正が必要な措置について法律案の27年通常国会への提出を目指す ※支援金等に関する特例措置が26年度末で終了</p> <p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①医療保険制度の財政基盤の安定化 <ul style="list-style-type: none"> 国保の財政支援の拡充 国保の保険者、運営等の在り方に関し、上記の国保の財政支援の拡充により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置 平成25年健保法等改正法附則2条に規定する所要の措置(協会けんぽの国庫補助率や高齢者の医療の費用負担の在り方) ②保険料に係る国民の負担に関する公平の確保 <ul style="list-style-type: none"> 国保・後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置 後期高齢者支援金の全面総額削減の導入 所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し 国保の保険料の賦課限度額・被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ ③保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等 <ul style="list-style-type: none"> 低所得者の負担に配慮しつつ、70-74歳の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し など <p>※上記措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ検討</p>			
難病対策・小児慢性特定疾患対策		<p>必要な措置を26年度を目途に講ずる</p> <p>▲法律案の26年通常国会への提出を目指す</p> <p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・難病対策に係る都道府県の超過負担の解消 ・公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立 			

同年12月5日には、8月の「法制上の措置」を法律に位置付けた「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（いわゆる「プログラム法」）案」が成立しました。プログラム法においては、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期が法律上も明記されました。

[(図表 3-11) 厚生労働大臣への要請文書]

協発第130830-01号
平成25年8月30日

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

全国健康保険協会
理事長 小林 剛

全国健康保険協会（協会けんぽ）の財政基盤の強化、安定化について（要望）

日頃より、ご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

当協会は加入者数 3,500 万人、国民の 3.6 人に一人が加入する日本最大の医療保険者であり、被用者保険のセーフティネットとして国民皆保険を支えています。一方で、当協会の加入者の大半は収入の低い中小企業の事業主、そこで働く従業員やそのご家族であり、財政基盤は脆弱です。

現役世代の賃金が伸びない一方、医療費が増大するという赤字構造に加え、高齢者医療関係の拠出金等が膨らむ中、協会けんぽの平均保険料率は既に 10% に達しており、これ以上の保険料率の引上げは、加入者の生活、中小企業の経営をかんがみると、限界です。一方で、他の保険者と比べて著しく高い保険料率にもかかわらず、現在の財政構造のままでは、平成 27 年度には準備金が枯渇する可能性が高く、さらに 29 年度には兆円規模の累積赤字に至る見通しであり、国会で田村厚生労働大臣が答弁されたとおり、協会けんぽの財政基盤の強化は待ったなしの状況です。

平成 25 年 8 月 21 日に閣議決定された『社会保障制度改革推進法第 4 条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について』において、協会けんぽの財政問題については、健康保険法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 26 号）附則第 2 条に規定する所要の措置について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずることとし、平成 27 年通常国会に必要な法律案の提出を目指すこととされています。

協会けんぽの財政破綻は、被用者保険、ひいては国民皆保険の破綻に繋がるとともに、中小企業の経営、従業員の雇用、生活に直結する極めて深刻な問題です。上述した健康保険法等の一部改正法の国会審議の際に採択された附帯決議においても、「協会けんぽの国庫補助率について、健康保険法本則を踏まえて検討し、必要な措置を講ずる」とあります。政府は平成 27 年通常国会に提出を目指すという医療保険制度改革のための法案においては、この附帯決議という国会の意思を十分に尊重し、協会けんぽに対する国庫補助率を健康保険法本則の上限である 20% に引き上げていただきますよう、切に要望します。

また、上述した「法制上の措置」の骨子において、保険料に係る国民の負担に関する公平性の確保について、被用者保険者に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置を講じることが、あわせて盛り込まれました。

当協会は、全体の支出の 4 割、3 兆円を超える費用を高齢者医療の負担に充てていますが、この負担についても限界にあります。高齢者医療の負担は広く社会全体で支えるべきであり、現役世代間の負担についても、負担能力に応じた公平なものとするべきです。公費負担の拡充をはじめ高齢者医療の見直しを一刻も早く実施するとともに、後期高齢者支援金の被用者保険者負担については全面総報酬割を導入し、それに伴い公費財源が生じるということであるならば、協会けんぽの財政基盤の強化など、被用者保険の負担軽減に充てていただきますよう、切に要望します。

(3) 26年度保険料率の決定まで

i) 協会けんぽ（医療分）の5年収支見通しについて（25年7月試算）

協会では、医療保険制度の見直しのための基礎資料として25年度から29年度までの収支見通しについて試算を行い、この内容について25年7月9日に記者会見を行い公表しました。

同年5月24日の緊急要請（図表3-7）で説明したとおり、同日に成立した健康保険法の一部を改正する法律は、平成22年度から24年度までの間、協会に対して講じられた財政特例措置をさらに2年間延長するという当面の対応であり、協会の赤字財政構造は何ら変わっていません。前述の試算では、現在の財政特例措置の延長のまま推移した場合など、一定の前提を置いた上で協会の今後5年間の財政状況を示しましたが、一刻も早い抜本的な制度改正が必要であることが明らかとなっています。試算の詳細は後述しますが、「現在の財政構造のままでは、27年度には準備金が枯渇する可能性が高く、更に29年度には兆円規模の累積赤字に至る」という試算結果になりました。

①試算の前提

試算に当たっては以下の2つの前提をおいて行いました。

	制度前提A（現状維持）	制度前提B（協会要望）
国庫補助率	16.4%	20.0%
後期高齢者支援金の負担方法	1/3 総報酬按分	全額総報酬按分

また、29年度までの収支見通しは24年度の協会けんぽ（医療分）の決算を足元として行い、賃金上昇率は、25年度については24年度の標準報酬等の実績をもとに0%とし、26年度以降については以下の3ケースの前提をおきました。

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
I 経済低位（注） ×0.5	0.8%	0.8%	1.05%	1.05%
II 0%で一定	0%	0%	0%	0%
III 過去10年間の 平均で一定	▲0.5%	▲0.5%	▲0.5%	▲0.5%

（注）経済低位ケースは、厚生労働省「国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通し（平成21年財政検証結果）」（平成21年2月）における賃金上昇率の前提である。

②試算結果について

制度前提A（現状維持、）における試算では、現在の保険料率10.00%を据え置いた場合、賃金上昇率の前提がIIとIIIのケースでは27年度に準備金が枯渇し、更に27年度以降も保険料率を10.00%に据え置いた場合には累積赤字額は最大で1兆5,500億円に至るという結果になりました。また、準備金が枯渇する年度以降については単年度で収支が均衡する保険料率とした場合、29年度には賃金上昇率Iのケースでは10.6%、ケースIIの前提では11.0%、

ケースⅢの前提では 11.2%まで保険料率が上昇するという結果となりました。

次に制度前提B、すなわち協会要望が実現した場合における試算では、現在の保険料率 10.00%を据え置いた場合の 29 年度末の準備金は、賃金上昇率 I のケースでは 300 億円の累積黒字となるものの、ケースⅡの前提では 5,800 億円、ケースⅢの前提では 9,200 億円の累積赤字という結果となりました。

これらの試算結果により、「医療費が年々増える一方、保険料収入の基礎となる加入者の賃金が伸びていない」という協会の赤字財政構造が変わらない状況下では、当面の対応ではなく、協会に対する国庫補助率の引上げや高齢者医療制度の見直しなどの制度全体の見直しが急務であることが改めて示されました。この試算を公表した 25 年 7 月の記者会見の場では、国や政府に対して、一刻も早い制度見直しの実現を求めていくことをあわせて表明しました。

ii) 26 年度保険料率にかかる運営委員会での議論

①東日本大震災に伴う保険料率の特例的取扱いについて

例年、運営委員会では、保険料率に関する議論は翌年度の協会の収支見込みの状況が見えてくる秋口以降に本格化しますが、それに先んじて、25 年 5 月と 10 月に開催した運営委員会における支部評議会議長との意見交換の場を通じて、宮城支部評議会及び福島支部評議会の議長より東日本大震災に伴う都道府県単位保険料率への影響を協会全体で考慮してほしい旨の要望が出されました。

[運営委員会の議事録より抜粋]

宮城支部評議会議長の発言（25 年 5 月 29 日、第 47 回運営委員会）

また、一部負担金免除措置につきましては、支部の医療費にも多大なる影響を及ぼしました。（中略）保険給付費のうち約 9 割を占める現物給付について、特に宮城支部では 23 年度から 24 年度にかけて、一部負担金免除の影響により、例年の水準を大きく上回っています。このことが宮城支部の将来の保険料率へ大きく影響するのではないかと危惧いたしております。

（中略）そのために震災による医療費の増加、今後の宮城支部の保険料率に影響することのないよう、被災地の復旧、復興に鑑みて、ぜひ特例的な措置を検討するよう特段の御配慮をお願いいたします。

東日本大震災のような大規模地震の発生につきまして、（中略）このような大規模災害が発生した場合、一部負担金等の免除措置が導入されることは、被災者支援としては大変意義のあるものであると思います。（中略）

しかしながら、医療費免除措置に起因されたであろう医療費の伸びについては調整の対象外となっておりまして、当該支部がそれぞれ負担することとなっております。医療費免除は被災者救済の立場から国や協会けんぽが決定した制度でございます。医療費減免措置は福島支部でも一部の加入者のみが対象でございます。多くの加入者は震災による医療費減免措置を講じられておりません。この方々には震災による救済はなく、負担ばかりを強いることになってしまいます。

（中略）

福島支部を含む被災支部の医療費の伸びに対しては、国からの財政支援と協会けんぽ内部での調整規定がないということですが、被災支部の現状を御理解いただきまして、特段の調整に向けた議論を進めていただきますよう、福島支部評議会を代表してお願い申し上げます

運営委員会では、両支部評議会から提案されたこれらの要望について、未曾有の災害である東日本大震災という特殊事情にかんがみ、特例的な取扱いとして、両支部の都道府県単位保険料率に対する震災の影響分については、協会全体で負担を分かち合う方向で検討すること、また、その対応に当たっては法令上の必要な措置を伴うことから厚生労働省とも相談しながら進めていくという方針が事務局より示されました。

②26年度の保険料率にかかる論点

26年度の保険料率の議論は25年11月26日開催の第50回運営委員会から始まりました。この日の運営委員会には、26年度保険料率に関する論点として以下の3点を示して説明しました。

医療保険の平成26年度保険料率に関する論点について

1. 平均保険料率

○平成26年度も現在の平均保険料率（10.00%）を維持するという方向で良いか。

2. 都道府県単位保険料率

○平均保険料率を維持した場合、都道府県単位保険料率も現在の率を維持するという方向で良いか。

○激変緩和率については、平成26年度も現在の激変緩和率（2.5/10）を維持するよう、政府に要請するという方向で良いか。

また、前述の東日本大震災に伴う被災支部の都道府県単位保険料率に関する特例的な取扱いについては、窓口負担の減免等による医療費の伸び（波及増）は協会全支部で負担するのが適当であるとして、今後政府との間で法令上の必要な措置の具体化に向けた調整を進める

方針が確認されました。

論点のうち、1点目の平均保険料率を前年度に引き続き据え置くということについては、25年5月の健康保険法等の改正（財政特例措置の2年間延長及び準備金の活用）により、25年度及び26年度の2年間は平均保険料率を据え置くことができる前提とされていたこと、また、これ以上の引上げは加入者・事業主の皆様の限界を超えるものであることから、了承する方向の意見が述べられました。具体的な意見としては、「余り頻度高く（保険料率を）改定するのは影響が非常に大きいので、可能であるなら維持するのが適切」、「差し当たっては現状維持で了承するが、現状の10%が既に高い保険料率であり、抜本的な部分（制度改正）について継続して働きかけて引き下げることが望ましい」との意見がありました。

都道府県単位保険料率についても、平均保険料率と同様に据え置く方向で政府等と調整を進めるべき等の意見が各委員からありました。

同年12月12日開催の第51回運営委員会においても引き続き26年度保険料率に関する議論が行われ、以下のように意見がまとめられました。

[(図表 3-12) 運営委員会における 26 年度保険料率についての意見 (まとめ)]

○各企業では大変厳しい経営状況が続いており、26年度の平均保険料率は、現在の料率を来年も維持する方向とする。また、都道府県単位保険料率についても同様に維持し、激変緩和率は現在の10分の2.5を維持する方向で厚労省と検討を進めていただきたい。

○都道府県単位保険料率の算定に当たって、東日本大震災に伴う保険給付の波及増部分は、全支部で負担する。そのために必要な法令面の手当てを、厚労省と執行部において調整を行われない。

この運営委員会の方針に基づき、協会は厚生労働省と必要な調整を行うよう委員長から指示がありました。これを受けて、協会は、25年12月19日に厚生労働省保険局長あてに26年度保険料率に関する要請を行いました。

〔（図表3-13）運営委員会の方針に基づいた厚生労働省保険局長あての要請書〕

協発第 131219-06 号

平成 25 年 12 月 19 日

厚生労働省保険局長
木倉 敬之 様

全国健康保険協会
理事長 小林 剛

平成 26 年度の保険料率について

全国健康保険協会（協会けんぽ）は、平成 22 年度から 3 年連続で保険料率を大幅に引き上げ、現在の協会けんぽの平均保険料率は 10% という、これまでにない水準に至っております。今年 5 月に成立した健康保険法等の一部改正により、協会けんぽに対する財政特例措置が 2 年間延長され、平成 26 年度までの間は現在の平均保険料率を維持できる見通しですが、他の被用者保険との保険料率格差は依然として大きく、協会けんぽの加入者の大半を占める中小企業の経営、従業員の皆さまの雇用、生活を考えると、現在の保険料率は限界にあります。

先の国会で成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に基づき、政府は、平成 27 年の通常国会に医療保険制度の見直しに関する必要な法律案の提出を目指すこととなりましたが、協会けんぽの財政基盤の強化、安定化は喫緊の課題であります。当協会の加入者、事業主の保険料負担を軽減するため、一刻も早く、協会けんぽに対する国庫補助金の補助率を健康保険法上の上限である 20% に引き上げるとともに、高齢者医療の公費負担の拡充をはじめ、高齢者医療制度の見直しを実現していただきますよう、強く要請いたします。

その上で、平成 26 年度の保険料率については来年 3 月に改定する予定であり、そのためには来年 1 月早々に激変緩和措置に係る調整基礎率等の水準を固める必要がありますので、これまでの運営委員会の議論を踏まえ、下記の事項について法令上の必要な措置等を講じていただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、その結果については、協会における所定の手続きに間に合うよう、当協会へ早期にお知らせいただきますよう、よろしくお願いいたします。

記

1. 平成 26 年度の平均保険料率を平成 25 年度と同じ平均保険料率 10% に据え置くに当たり、各都道府県単位保険料率が引き上がることはないよう、平成 26 年度の激変緩和率は、平成 25 年度の激変緩和率と同じ 10 分の 2.5 に凍結すること。
2. 平成 26 年度の各都道府県保険料率を平成 25 年度と同じ保険料率に据え置く場合であっても、宮城支部及び福島支部の保険料率の計算に当たっては、東日本大震災に伴う影響として、当該二支部の医療費支出に対する波及増を特例的に当協会全支部で負担することができるようにすること。

（4）26 年度保険料率の決定

i) 26 年度政府予算案決定時における収支見込み

26 年度の政府予算案は 25 年 12 月 24 日に閣議決定されました。協会にかかる国庫補助等の取扱いについては、25 年 5 月に成立した健康保険法等の一部を改正する法律、すなわち財政特例措置の 2 年間延長及び準備金の活用ということを踏まえて、引き続き協会に対する国庫補助率を 16.4%、高齢者支援金の負担方法は 3 分の 1 を総報酬割とすることとなりました。

協会では、政府予算案をもとに、運営委員会での意見（図表 3-12）を踏まえて 26 年度の

平均保険料率を 10.00%に据え置くことを前提に収支見込み（図表 3-14）を作成し、26 年 1 月 14 日に記者会見を行い、26 年度の介護保険料率の見込みとあわせてお知らせしました。また、当日の記者会見では、この収支見込みを足元とした 30 年度までの 5 年収支見通しについてもあわせて公表しました。

[(図表3-14) 政府予算案をもとに作成した協会の収支見込み] (26年1月作成)

協会けんぽの収支見込み(医療分)					
(単位:億円)					
	24年度 (決算)	25年度 (見込み)	26年度 (見込み)	備考	
収 入	保険料収入	73,156	74,486	75,211	25年度及び26年度保険料率: 10.00% (料率固定)
	国庫補助等	11,808	12,194	12,538	
	その他	163	203	180	
	計	85,127	86,882	87,928	
支 出	保険給付費	47,788	49,541	51,572	提出金等対前年度比 ⇒ ▲112 ⇒ +472 ⇒ ▲139 } +221 ○26年度の単年度収支を収支均衡させた場合の26年度の保険料率 26年度保険料率 10.08%
	老人保健拠出金	1	1	1	
	前期高齢者納付金	13,604	14,466	14,354	
	後期高齢者支援金	16,021	17,101	17,573	
	退職者給付拠出金	3,154	3,317	3,178	
	病床転換支援金	0	0	0	
	その他	1,455	1,664	1,858	
	計	82,023	86,090	88,535	
単年度収支差	3,104	792	▲607		
準備金残高	5,054	5,847	5,240		

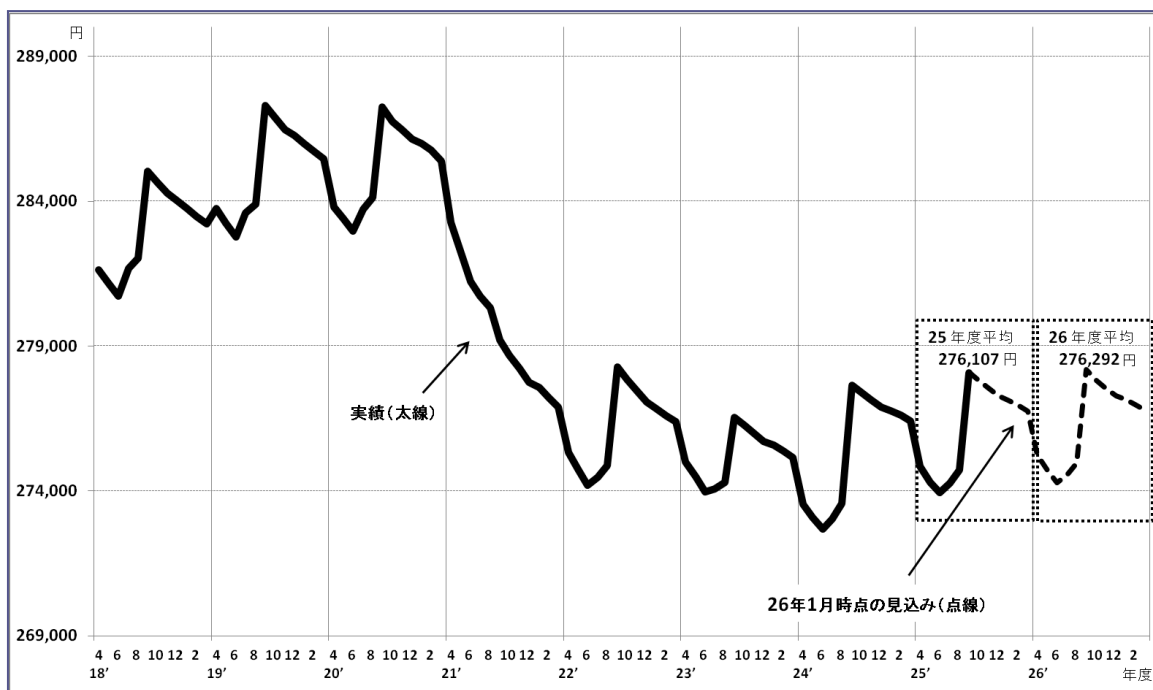
(注) 1. 協会会計と国会計を合算して作成したもの。
2. 端数整理のため、計数が整えない場合がある。

26 年度の平均保険料率を 10.00%に据え置くにあたり必要となる収入については、25 年度末に見込まれる準備金残高 5,847 億円の取り崩しにより賄います。具体的には 26 年度の見込みにあるように、保険料率を 10.00%に据え置いた結果生じる単年度収支差 607 億円の赤字を、25 年度末の準備金残高 5,847 億円を取り崩すことで賄い、26 年度末の準備金残高を 5,240 億円とします。なお、仮に準備金の取崩しをせずに 26 年度の収支を均衡するよう保険料率を設定した場合には、図表 3-14 の備考欄に記載してあるとおり、26 年度平均保険料率は 10.08%となります。

次に 26 年度の収支の具体的な見込みについて見てみます。

まず収入については、25 年度に比べて 1,046 億円の増加となります。主に保険料収入の増加によるものですが、これは保険料率を 10.00%に据え置く一方で、保険料収入のベースとなる被保険者 1 人当たり標準報酬月額の見込みが、前年度と比較して、25 年度の 276,107 円から 26 年度は 276,292 円とわずかながら増加（図表 3-15）することによるものです。

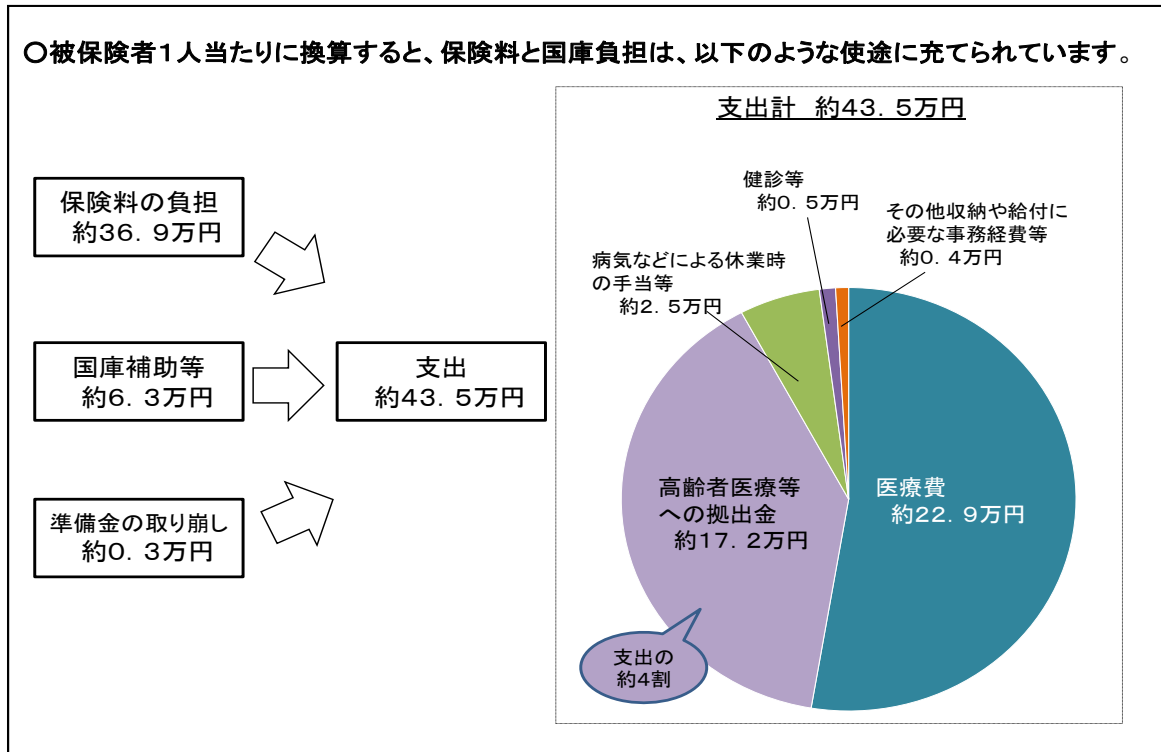
[(図表 3-15) 被保険者 1 人当たり標準報酬月額の実績値と推計 (26 年度料率設定時)]



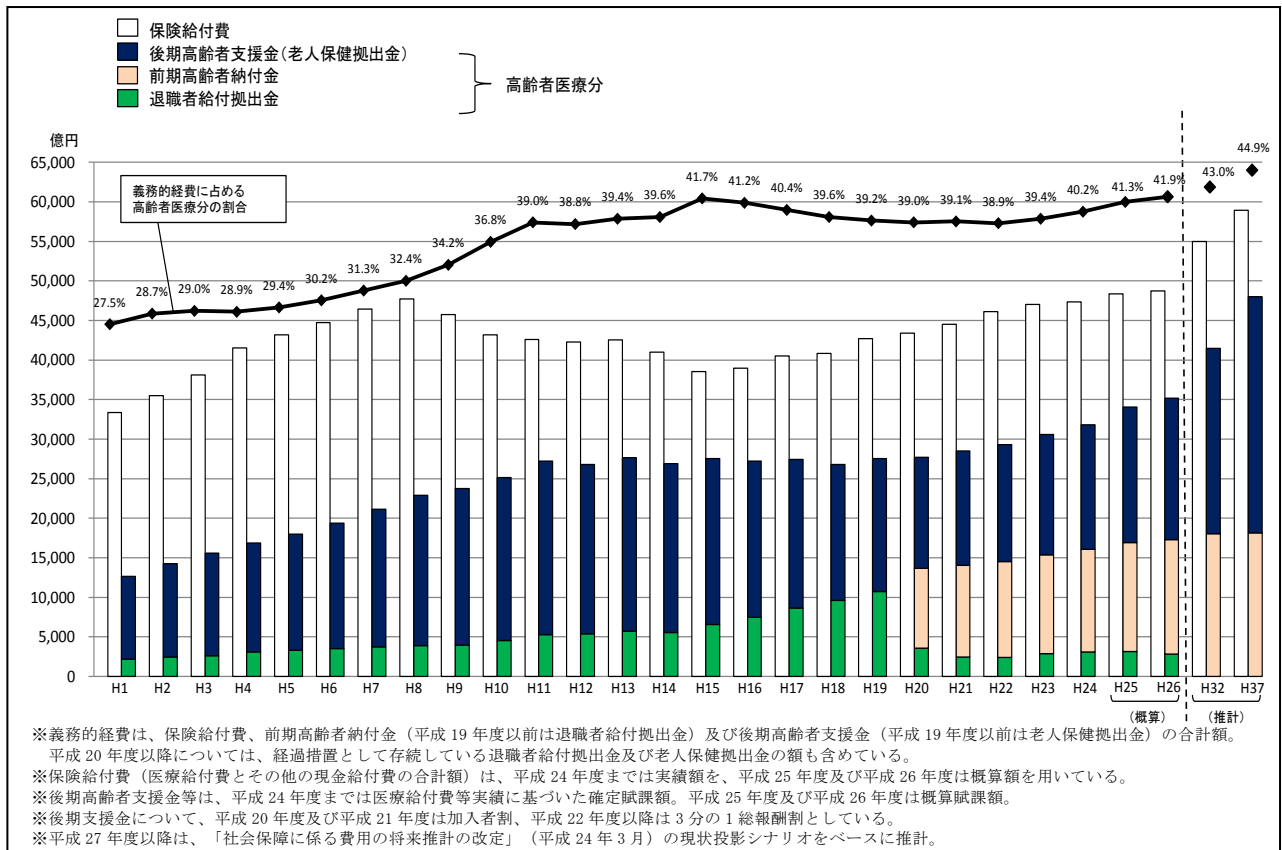
支出については、25 年度に比べて 2,445 億円の増加となります。支出の増加については、近年、高齢者医療への拠出金等の増加 (図表 3-5) が大きく影響してきましたが、26 年度はこれらの拠出金等が前年度と比較して 221 億円の増加に留まり、保険給付費の増加 (2,031 億円) が支出増加の大半を占めています。しかしながら、図表 3-16 のとおり、依然として拠出金等の負担が協会支出の約 4 割を占めており、重い負担となっていることには変わりありません。

なお、図表 3-17 は支出の主要項目である保険給付費や高齢者医療への拠出負担について、平成元年からの推移を示した資料ですが、保険給付費は 9 年、14 年の制度改正等の影響もあって増減しているのが見てとれますが、拠出金等の負担は一貫して増加していることがわかります。

〔（図表 3-16）被保険者 1 人当たりの負担と支出（26 年度見込み）〕



〔（図表 3-17）保険給付費及び高齢者医療への拠出負担の推移（平成元年以降）〕



（注）平成26年5月19日第75回社会保障審議会医療保険部会資料2-1を参考に作成

ii) 26年度の保険料率の決定について

26年度の保険料率については、平均保険料率を10.00%に維持した上で都道府県単位保険料率についても据置きとする案が、26年1月29日に開催された第52回運営委員会に付議されました。また、40歳から64歳までの方が負担する26年度の介護保険料率については、0.17%ポイント引き上げて1.72%とする案も併せて付議されました。

運営委員会は、事務局から示された案を了承するとともに、26年度保険料率決定についての意見書を理事長に提出しました。

協会は、26年1月30日に厚生労働大臣に対して都道府県単位保険料率の内訳となる特定保険料率と基本保険料率の変更等を内容とする定款変更について申請し、同年2月18日付で認可されたことで2年連続の保険料率の据置きが実現しました。

[(図表 3-18) 26年度都道府県単位保険料率]

北海道	10.12%	石川県	10.03%	岡山県	10.06%
青森県	10.00%	福井県	10.02%	広島県	10.03%
岩手県	9.93%	山梨県	9.94%	山口県	10.03%
宮城県	10.01%	長野県	9.85%	徳島県	10.08%
秋田県	10.02%	岐阜県	9.99%	香川県	10.09%
山形県	9.96%	静岡県	9.92%	愛媛県	10.03%
福島県	9.96%	愛知県	9.97%	高知県	10.04%
茨城県	9.93%	三重県	9.94%	福岡県	10.12%
栃木県	9.95%	滋賀県	9.97%	佐賀県	10.16%
群馬県	9.95%	京都府	9.98%	長崎県	10.06%
埼玉県	9.94%	大阪府	10.06%	熊本県	10.07%
千葉県	9.93%	兵庫県	10.00%	大分県	10.08%
東京都	9.97%	奈良県	10.02%	宮崎県	10.01%
神奈川県	9.98%	和歌山県	10.02%	鹿児島県	10.03%
新潟県	9.90%	鳥取県	9.98%	沖縄県	10.03%
富山県	9.93%	島根県	10.00%		

[(図表 3-19) 運営委員会より理事長に提出された意見 (26 年 1 月 29 日)]

平成 26 年 1 月 29 日

全国健康保険協会
理事長 小林 剛 殿

全国健康保険協会
運営委員会

平成 26 年度の都道府県単位保険料率の決定について

本日、当委員会は、平成 26 年度の都道府県単位保険料率について、25 年度に引き続き据置きとすることを了承した。

昨年 5 月に健康保険法が改正され、協会に対する特例措置が 26 年度までの 2 年間延長されるとともに、準備金が法令で規定された額に達していなくともその取崩しが可能となった。この法改正は、特例措置を継続し、かつ準備金を活用すれば平均保険料率 10.00%を 26 年度まで維持することができるという見通しを前提としたものであり、従って、26 年度において平均保険料率 10.00%を維持することは既定方針通りと言える対応である。

また、この法改正においては激変緩和措置の期限が 2 年間延長されているが、これは激変緩和率の拡大も 2 年間停止できることとする趣旨と解される。激変緩和措置を 25 年度と同率で適用し、取り崩した準備金の支部別収支への繰入方法を工夫することと相俟って、都道府県単位保険料率を据え置くことも同じく既定方針通りの対応と言えよう。

しかしながら、協会けんぽを取り巻く財政の赤字構造は何ら変化しておらず、平均保険料率 10.00%という水準は、協会けんぽの加入者・事業主の負担の限界であることに変わりはない。これは昨年の当委員会の意見書「平成 25 年度の都道府県単位保険料率の決定について」（平成 25 年 1 月 30 日）でも触れた社会保障審議会医療保険部会の「議論の整理」（平成 25 年 1 月 9 日）においても「現行の協会けんぽの保険料率 10%は加入者、事業主にとって大変重い負担となっており、他の被用者保険との保険料率の格差も拡大する傾向にあることから、協会けんぽの財政基盤の強化、安定化のための具体的な方策を講じなければならないという意見が多かった」とされているところである。2 年間の特例措置の延長も「社会保障制度改革国民会議における議論等を踏まえた見直しを実施されるまでの当面の対応として、準備金を取り崩せば保険料率 10%が維持できる平成 26 年度までの 2 年間、現行の措置（国庫補助率 16.4%、支援金の 1/3 について総報酬割）を延長することはやむを得ない」（同上「議論の整理」）として暫定的に採られた当面の措置に過ぎない。

既に昨年 12 月には社会保障制度改革国民会議報告を受けた「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」が成立し、医療保険制度改革の中で、協会けんぽの国庫補助についても検討が行われることになっている。医療保険制度改革については 27 年の通常国会に法案提出を目指すとしており、26 年度末に切れる協会に対する特例措置の単なる延長といった暫定的な対応ではなく、今度こそ、構造的に脆弱な協会けんぽの財政基盤を強化するための恒久的な措置が採られるべきである。

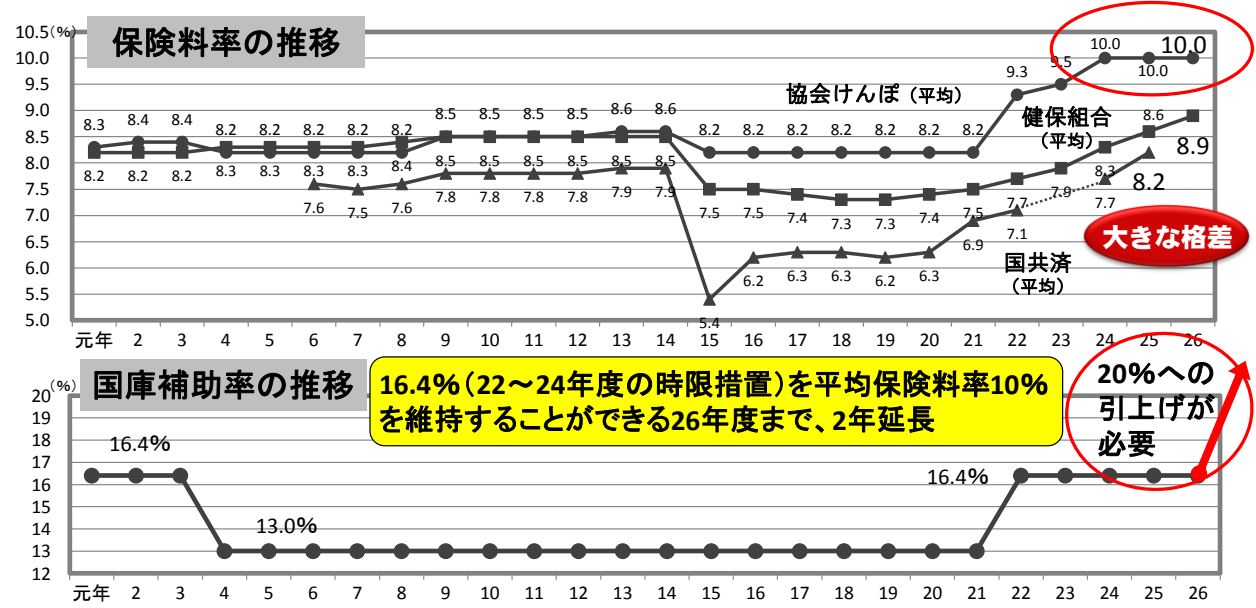
社会保障審議会医療保険部会での議論など、医療保険制度改革の検討が 4 月以降本格化する見込みである。今回の制度改革は医療保険制度全般にわたるものであり、従って、この機を逃すようなことがあれば、財政基盤の強化という協会の悲願の実現は大きく遠のいてしまうことになる。協会は剣が峰に立っていることを改めて自覚し、これまで以上に、国庫補助率の健康保険法本則上限である 20%への引上げや高齢者医療制度の見直しに加え、協会の財政基盤の強化を通じた保険料負担の緩和や保険者間の負担の公平性の確保のための改革の実施について、強力かつ粘り強く要請を続け、かつ、広く国民の理解を求めていくべきである。

なお、26 年度の介護保険料率は、0.17%という大幅な引上げとなった。国から示された介護納付金の金額を基に法定された算出方法に従って算出された結果であり、やむを得ないものであるが、今後の後期高齢者の増加などにより増大する介護費用への対応は喫緊の課題となっており、協会は、加入者・事業主の負担増を軽減すべく、介護給付の効率化や費用負担のあり方の見直し等を引き続き要請していく必要がある。

iii) 他の被用者保険との保険料率格差について

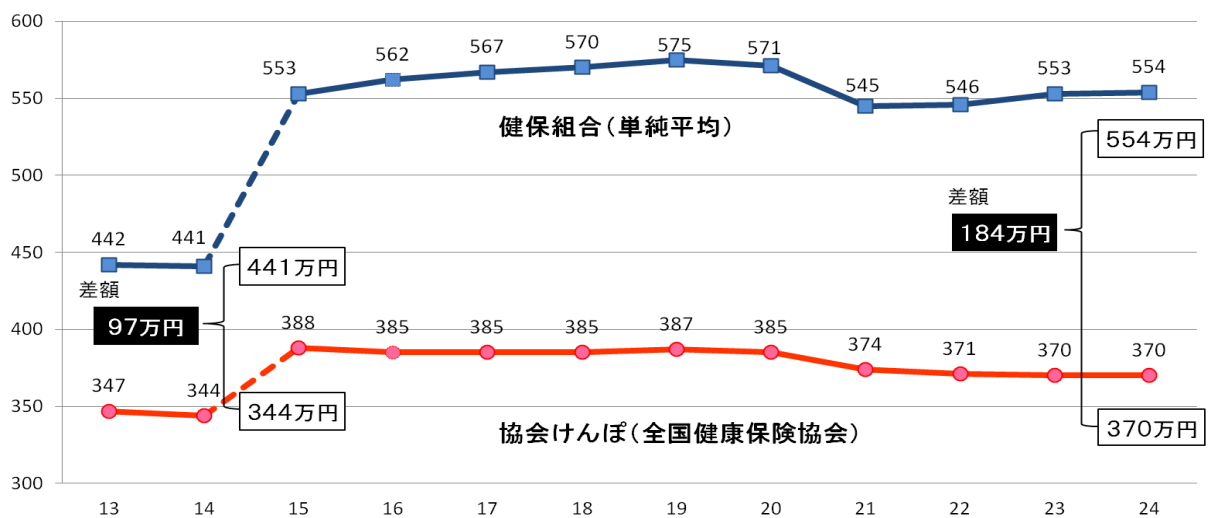
26年度の平均保険料率は10.00%と2年連続の据置きとなりましたが、協会と他の被用者保険との保険料率格差は依然として大きなものとなっています(図表3-20)。本来、保険者間の財政力格差を調整する目的で協会に対しては国庫補助が投入されていますが、15年度に保険料の算定基礎となる報酬の範囲に賞与を含めるといふ総報酬制を導入した結果、保険者間の財政力格差が拡大し、現在に至るまでこの格差は解消されていません。

[(図表3-20) 他の被用者保険との保険料率格差]



出典：健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」「23年度健保組合決算見込」、「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。協会けんぽの保険料率は、平成20・21・22・23・24年度は決算。国共済の保険料率は、厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料」等。

[(図表3-21) 健康保険組合との報酬格差の拡大]



注1：平成元～14年度は、被保険者1人当たり標準報酬月額を単純に12倍。15年度以降は、賞与を含む被保険者1人当たり標準報酬総額。
注2：健康保険組合は平成23年度までは実績、平成24年度は実績見込。

協会の10.00%という平均保険料率に対して、健康保険組合や共済組合の平均保険料率は8%台と格差があることに加え、独自に給付する付加給付があるなど給付面でも手厚いもの

となっています。また、事業主と被保険者の保険料負担割合は、協会では法律に基づき折半負担ですが、健康保険組合では労使折半ではない組合も存在します。図表 3-22 を見てもわかるとおり、所得の低い方が逆に重い率で負担するという、社会保障とは到底思えないような逆進的な状況について、引き続き国をはじめ関係方面に訴えていく必要があると考えています。

〔 図表 3-22〕 被用者保険の比較 〕

	協会けんぽ	健保組合	共済組合
被 保 険 者	主として中小企業の サラリーマン	主として大企業の サラリーマン	国家・地方公務員 及び私立学校職員
保 険 者 数 (25年3月末)	1	1,431	85 (注1)
加 入 者 数 (25年3月末)	3,510万人 本人 1,987万人 家族 1,523万人	2,935万人 本人 1,554万人 家族 1,382万人	910万人 (注1) 本人 451万人 家族 459万人
加入者平均年齢 (24年度)	36.4歳	34.3歳	33.4歳 (注1)
加入者1人当たり 医療費(年額)	161,306円 (24年度)	143,778円 (24年度)	147,592円 (23年度) (注1)
被保険者1人当たり 標準報酬総額(年額)	370万円 (24年度)	537万円 (24年度)	649万円 (23年度)
保険料率	10.00% (26年度全国平均)	8.861% (26年度予算 早期集計平均)	8.20% (国共済) (25年度平均)
同じ30万円の給料なら、 保険料額(月額)は・・・ ※労使折半前の保険料額(月額)	30,000円	26,583円	24,600円

出典 協会けんぽ事業年報、健康保険・船員保険被保険者実態調査、健康保険・船員保険事業状況報告、医療保険に関する基礎資料

平成25年4月4日第8回社会保障制度改革国民会議資料を一部抜粋。(地共済9.36%、私学共済7.39%(いずれも25年度))

注1) 共済組合については、保険者数及び加入者数は平成24年3月末、加入者平均年齢は平成23年度の数値であり、加入者1人当たり医療費は2月～翌年1月の数値である。

iv) 協会けんぽ（医療分）の5年収支見通しについて（26年1月試算）

25年12月に26年度政府予算案が閣議決定されたことを踏まえ、26年度の協会の収支見込みが固まり、また、27年通常国会の医療保険制度改革のための法案提出に向け、26年1月から制度改革に向けた議論が本格化する予定であることから、その議論のための基礎資料として、26年度から30年度までの収支見通しについて一定の前提をおいた上で試算を行い、これについて26年1月14日に記者会見を行い公表しました。

試算の詳細は後述しますが、「現在の財政構造のままでは、28年度には準備金が枯渇する可能性が高く、更に30年度には兆円規模の累積赤字に至る」という試算結果になりました。

①試算の前提

30年度までの収支見通しは、前述の26年度政府予算案を踏まえた協会けんぽ（医療分）の平成26年度収支見込みを足元として行い、27年度以降の賃金上昇率は、以下の3ケースの前提をおきました。

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度
I 経済低位（注） × 0.5	0.8%	1.05%	1.05%	1.05%
II 0%で一定	0%	0%	0%	0%
III 過去 10 年間の 平均で一定	▲ 0.5%	▲ 0.5%	▲ 0.5%	▲ 0.5%

（注）経済低位ケースは、厚生労働省「国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通し（平成 21 年財政検証結果）」（平成 21 年 2 月）における賃金上昇率の前提である。

また、財政特例措置終了後（27 年度以降）は、以下の 2 つの制度前提に基づき試算を行いました。

	制度前提 A（現状維持）	制度前提 B（協会要望）
国庫補助率	16.4%	20.0%
後期高齢者支援金の負担方法	1/3 総報酬按分	全額総報酬按分

さらに、26 年度政府予算案時点における制度改正案等については、以下の前提で試算を行いました。

- ・ 70～74 歳の一部負担は、26 年 4 月以降新たに 70 歳になる者から 2 割負担
- ・ 高額療養費は、27 年 1 月から見直し
- ・ 消費税 10%（27 年 10 月）への引き上げに伴う診療報酬改定については、消費税 8%（26 年 4 月）への引き上げに準じる

②試算結果について

制度前提 A（現状維持、図表 3-23）における試算では、現在の平均保険料率 10.00%を据え置いた場合、28 年度に準備金が枯渇し、更に 27 年度以降も平均保険料率を 10.00%に据え置いた場合には累積赤字額は最大で 1 兆 9,100 億円に至るといった結果となりました。また、準備金が枯渇する年度以降を単年度で収支が均衡する保険料率とした場合には、30 年度には賃金上昇率 I のケースでは 10.6%、ケース II の前提では 11.0%、ケース III の前提では 11.2%まで保険料率が上昇するという結果となりました。

[(図表 3-23) 5 年収支見通し (制度前提 A、現状維持)]

【試算結果】

制度前提 A (現状維持)

①現在の保険料率 (10%) を据え置いた場合

(単位: 億円)

賃金上昇率		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
I 経済低位 ケース×0.5	保険料率	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	収支差	▲ 600	▲ 2,400	▲ 3,400	▲ 4,000	▲ 4,300
	準備金	5,200	2,800	▲ 600	▲ 4,600	▲ 8,900
II 0%で一定	保険料率	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	収支差	▲ 600	▲ 3,000	▲ 4,700	▲ 6,100	▲ 7,100
	準備金	5,200	2,300	▲ 2,500	▲ 8,500	▲ 15,600
III 過去10年間の 平均で一定	保険料率	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	収支差	▲ 600	▲ 3,300	▲ 5,400	▲ 7,100	▲ 8,400
	準備金	5,200	1,900	▲ 3,500	▲ 10,600	▲ 19,100

②準備金が枯渇する前年度まで保険料率 10% を維持し、準備金が枯渇する年度以降は
均衡保険料率 (単年度収支が均衡する保険料率)

(単位: 億円)

賃金上昇率		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
I 経済低位 ケース×0.5	保険料率	10.0%	10.0%	10.1%	10.5%	10.6%
	収支差	▲ 600	▲ 2,400	▲ 2,800	0	0
	準備金	5,200	2,800	0	0	0
II 0%で一定	保険料率	10.0%	10.0%	10.3%	10.8%	11.0%
	収支差	▲ 600	▲ 3,000	▲ 2,300	0	0
	準備金	5,200	2,300	0	0	0
III 過去10年間の 平均で一定	保険料率	10.0%	10.0%	10.5%	11.0%	11.2%
	収支差	▲ 600	▲ 3,300	▲ 1,900	0	0
	準備金	5,200	1,900	0	0	0

(注) 準備金が枯渇する年度の均衡保険料率は、準備金を全額取り崩す前提で試算しているため、
③の結果と異なる場合がある。

③平成 27 年度以降均衡保険料率 (準備金は取り崩さず、単年度収支が均衡する保険料率)

賃金上昇率		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
I 経済低位×0.5		10.0%	10.3%	10.5%	10.5%	10.6%
II 0%で一定		10.0%	10.4%	10.6%	10.8%	11.0%
III 過去10年間の平均で一定		10.0%	10.5%	10.7%	11.0%	11.2%

(注) 平成 26 年度は 10% としている。

次に制度前提 B、すなわち協会要望が実現した場合における試算では、現在の平均保険料率 10.00% を据え置いた場合の 30 年度末の準備金は、図表 3-24 のとおり、賃金上昇率 I のケースでは 700 億円、ケース II の前提では 7,400 億円、ケース III の前提では 1 兆 900 億円の累積赤字という結果となりました。

[(図表 3-24) 5 年収支見通し (制度前提 B、協会要望)]

制度前提 B (協会要望)

①現在の保険料率 (10%) を据え置いた場合

(単位: 億円)

賃金上昇率		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
I 経済低位 ケース×0.5	保険料率	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	収支差	▲ 600	▲ 400	▲ 1,400	▲ 2,000	▲ 2,200
	準備金	5,200	4,900	3,500	1,500	▲ 700
II 0%で一定	保険料率	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	収支差	▲ 600	▲ 1,000	▲ 2,700	▲ 4,000	▲ 5,000
	準備金	5,200	4,300	1,600	▲ 2,400	▲ 7,400
III 過去10年間の 平均で一定	保険料率	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	収支差	▲ 600	▲ 1,300	▲ 3,400	▲ 5,100	▲ 6,400
	準備金	5,200	3,900	600	▲ 4,500	▲ 10,900

②準備金が枯渇する前年度まで保険料率 10% を維持し、準備金が枯渇する年度以降は
均衡保険料率 (単年度収支が均衡する保険料率)

(単位: 億円)

賃金上昇率		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
I 経済低位 ケース×0.5	保険料率	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.1%
	収支差	▲ 600	▲ 400	▲ 1,400	▲ 2,000	▲ 1,500
	準備金	5,200	4,900	3,500	1,500	0
II 0%で一定	保険料率	10.0%	10.0%	10.0%	10.3%	10.7%
	収支差	▲ 600	▲ 1,000	▲ 2,700	▲ 1,600	0
	準備金	5,200	4,300	1,600	0	0
III 過去10年間の 平均で一定	保険料率	10.0%	10.0%	10.0%	10.6%	10.9%
	収支差	▲ 600	▲ 1,300	▲ 3,400	▲ 600	0
	準備金	5,200	3,900	600	0	0

(注) 準備金が枯渇する年度の均衡保険料率は、準備金を全額取り崩す前提で試算しているため、
③の結果と異なる場合がある。

③平成27年度以降均衡保険料率 (準備金は取り崩さず、単年度収支が均衡する保険料率)

賃金上昇率		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
I 経済低位×0.5		10.0%	10.1%	10.2%	10.3%	10.3%
II 0%で一定		10.0%	10.1%	10.4%	10.6%	10.7%
III 過去10年間の平均で一定		10.0%	10.2%	10.5%	10.7%	10.9%

(注) 平成26年度は10%としている。

これらの試算結果により、協会の赤字財政構造が何ら変わっていないことが示されました。協会けんぽとしては、財政基盤強化に向けて、これまでの財政特例措置を延長していくという暫定的な対応ではなく、協会けんぽの赤字財政を構造的に改善するための抜本的な制度改革が必要であることを改めて表明しました。

2. 平成 25 年度決算の状況

(1) 合算ベースによる 25 年度の収支の決算（見込み）について（医療分）

i) 前年度決算との比較

保険料率設定の前提となる協会の会計と国の特別会計を合算した（以下「合算ベース」）収支が、前年度決算と比較してどうなったのかを説明します。

図表 3-25 の①欄は 24 年度の決算であり、②欄が 25 年度の決算の見込みです。

まず、収入を見ますと前年度と比べ 2,164 億円ほど増となっており、このうち「保険料収入」が 1,722 億円ほど増となっています。

これは、保険料を負担する被保険者の賃金（標準報酬月額）が、横ばいから上昇に転じたことに加えて被保険者数が増加したことが主な要因です。具体的には、協会の発足後に発生したリーマンショック以降、下落し続けていた賃金が 24 年度には下げ止まり、25 年度は 0.3% の増となりました。実績は、標準報酬月額は前年度比で 866 円増の 276,161 円となりました。また、被保険者数も前年度比で 1.8% の増となりました。これらの要因により保険料収入は前年度を上回る結果となりました。

支出についても前年度と比べ 3,402 億円ほど増となっており、このうち「保険給付費」は医療費の伸びが低かったため、被保険者 1 人当たり保険給付費の増加額が例年よりも小幅となりましたが、その一方で被保険者数が増加したことから、結果として 1,192 億円の増加となりました。なお、被保険者 1 人当たりの保険給付費は 242,231 円（前年度比 0.7% 増加）でした。また、高齢者医療に係る拠出金の総額は 3 兆 4,886 億円となりました。前年度からの増加額は 2,106 億円で、24 年度の 3,028 億円に次ぎ、大きい増加額となりました。

以上のことから、収支差は前年度比で 1,238 億の大幅な減少となり、準備金残高は 6,921 億となりました。

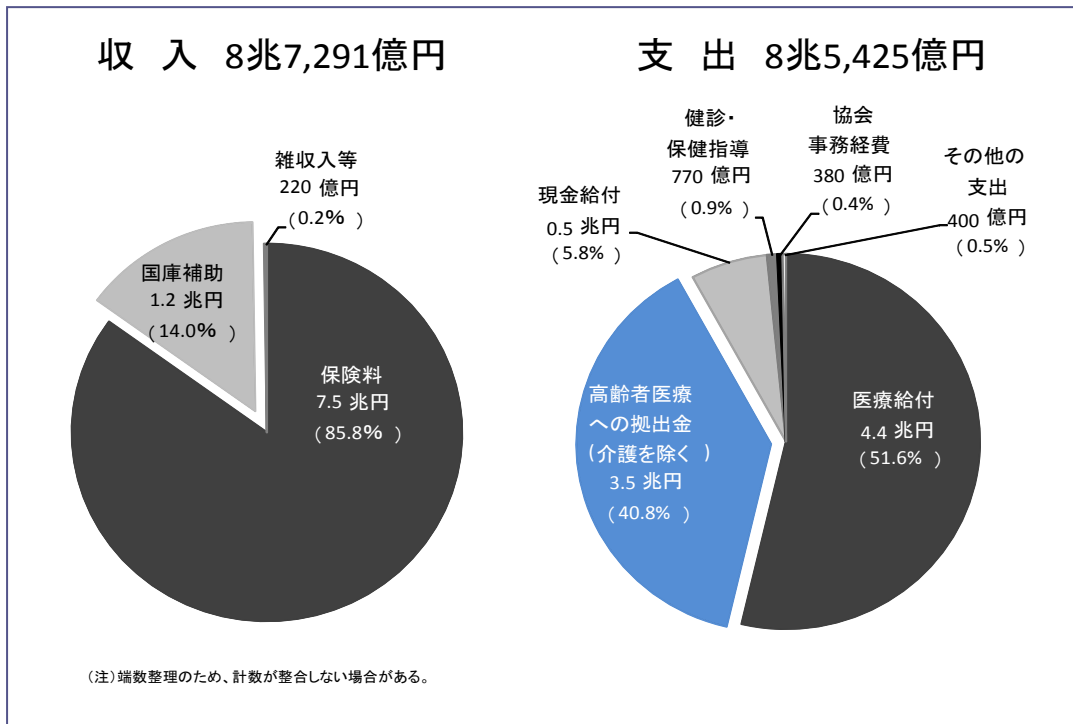
[(図表 3-25) 合算ベースにおける収支の見込み]

(単位:億円)

		24年度	25年度			増 減 (= ② - ①)
		25年7月(公表) 決 算 ①	25年1月(公表) 25年度保険料率 設定時	26年1月(公表) 26年度保険料率 設定時	26年7月時点 決算(見込み) ②	
収 入	保険料収入	73,156	73,410	74,486	74,878	(1,722) < 2.4% >
	国庫補助等	11,808	12,194	12,194	12,194	(386) < 3.3% >
	その他	163	173	203	219	(56) < 34.4% >
	計	85,127	85,777	86,882	87,291	(2,164) < 2.5% >
支 出	保険給付費	47,788	49,731	49,541	48,980	(1,192) < 2.5% >
	拠出金等	32,780	34,866	34,886	34,886	(2,106) < 6.4% >
	〔 老人保健拠出金 〕	〔 1 〕	〔 1 〕	〔 1 〕	〔 1 〕	(0)
	〔 前期高齢者納付金 〕	〔 13,604 〕	〔 14,399 〕	〔 14,466 〕	〔 14,466 〕	(862)
	〔 後期高齢者支援金 〕	〔 16,021 〕	〔 17,064 〕	〔 17,101 〕	〔 17,101 〕	(1,080)
	〔 退職者給付拠出金 〕	〔 3,154 〕	〔 3,402 〕	〔 3,317 〕	〔 3,317 〕	(163)
	その他	1,455	1,660	1,664	1,559	(104) < 7.1% >
計	82,023	86,257	86,090	85,425	(3,402) < 4.1% >	
単年度収支差		3,104	▲ 480	792	1,866	(▲ 1,238)
準備金残高		5,055	3,953	5,847	6,921	(1,866)

注) ① 協会会計と国会計を合算して作成したもの
 ② 端数整理のため、計数が整合しない場合がある
 ③ 数値は今後の国の決算の状況により変わり得る

[(図表 3-26) 協会けんぽの財政構造 (25 年度決算)]



ii) これまでの推移

図表 3-27 は 15 年度以降の協会けんぽ（政府管掌健康保険）の単年度収支決算の推移を表した表です。

はじめに、収入のうち保険料収入について説明します。

保険料率は 15 年度～21 年度の間、8.2%から変更していませんが、保険料収入自体は 19 年度まで増加していました。これは、この間被保険者数が増加し続けていたことによるものです（被保険者 1 人当たりの標準報酬月額が増加していないことは図表 3-1 のとおり）。

その後、保険料収入は 20 年度、21 年度と 2 年連続で減少しています。これは、20 年度は 20 年 4 月の後期高齢者医療制度の施行（75 歳以上の加入者が後期高齢者医療制度への移行）に伴う被保険者の減少が原因であり、21 年度は前述したとおり、20 年秋のリーマンショック以降の景気の落ち込みにより標準報酬月額が下落したことが原因で、保険料収入が減少しました。特に 21 年度は前年度比 4%もの減額となっています。

22 年度以降は、8.2%の保険料率では単年度での収支均衡が維持できなくなったことに加え、21 年度末に残った準備金残高の赤字を、22 年度から 3 カ年で解消するため、保険料率を前年度比で 22 年度は 1.14%ポイント（8.2%→9.34%）、23 年度は 0.16%ポイント（9.34%→9.50%）、さらに 24 年度は 0.5%ポイント（9.50%→10.00%）引き上げました。（25 年度においては、法改正等により前年度と同じ 10.00%に据え置きました。）

その結果、保険料収入は当然のことながら前年度比で 22 年度は 13.1%、23 年度は 2.2%、24 年度は 6.2%増加し、25 年度も前述のとおり下落し続けていた賃金がようやく上昇に転じたため 2.4%増加しましたが、これは、準備金残高の赤字を解消するため、保険料率をや

むを得ず大幅に引き上げてきた結果もたらされたものであり、財政運営に余裕が出てきたということではありません。

次に、支出について説明します。

保険給付費のうちの医療給付費については、16年度以降、一貫して増加傾向にあります。

拠出金等については、老人保健制度の対象年齢の段階的引上げ（14年10月から毎年1歳ずつ）により、15年度から18年度までの間は拠出金等の支出が前年度比でマイナスとなるなど、この間は抑えられていましたが、対象年齢の段階的な引上げが終了した後の19年度は8.4%増えました。また、20年度以降は、後期高齢者医療制度の施行に伴い、老人保健拠出金の支出に代わり、前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金が新たな支出として生ずることとなりました（老人保健拠出金は、20年度は1カ月分の概算医療費拠出金と前々年度の精算による支出）。このうち、前期高齢者納付金の支出は前年度比で、21年度は16.0%増、22年度は10.4%増、23年度で2.7%増、24年度で9.5%増、25年度で6.3%増と一貫して増加しており、特に21、22年度は10%を超える増加となっています。一方、後期高齢者支援金は21年度では前年度比14.7%の増加となりましたが、22年度は、支援金のうちの1/3について負担の按分方法を、加入者数割から総報酬割としたため、5.6%減少したものの、23年度は再び3.1%、24年度は9.3%、25年度は6.7%増加しました。

また、退職者拠出金については制度改正の影響により金額は20年度以降減少していましたが、23年度以降は団塊の世代が対象者となるなどの影響もあり、前年度比で35.9%も増え、24年度は17.9%、25年度は5.2%増加しました。

22年度は前述のように制度改正による3か年度の負担に係る按分方法の見直しにより拠出金等の支出は減少しましたが、23年度以降は再び増加しており、高齢者医療に係る拠出金の負担方法が現行のままであれば、高齢化により今後も拠出金等の支出が増加していくものと考えられます。

〔（図表3-27）政府管掌健康保険及び全国健康保険協会管掌健康保険の単年度収支決算（医療分）の推移〕

区 分	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度 （見込）	
取 入	保 険 料 収 入	60,167 (6.2%)	60,221 (0.1%)	60,667 (0.7%)	61,442 (1.3%)	62,677 (2.0%)	62,013 (▲1.1%)	59,555 (▲4.0%)	67,343 (13.1%)	68,855 (2.2%)	73,156 (6.2%)	74,878 (2.4%)
	国 庫 補 助	8,321 (▲8.5%)	7,942 (▲4.6%)	7,963 (0.3%)	7,888 (▲0.9%)	8,201 (4.0%)	9,093 (10.9%)	9,678 (6.4%)	10,543 (8.9%)	11,539 (9.5%)	11,808 (2.3%)	12,194 (3.3%)
	そ の 他	206 (13.8%)	163 (▲20.7%)	133 (▲18.6%)	157 (18.0%)	174 (10.8%)	251 (44.3%)	501 (99.6%)	286 (▲43.0%)	186 (▲35.0%)	163 (▲12.3%)	219 (34.5%)
	計	68,695 (4.2%)	68,326 (▲0.5%)	68,764 (0.6%)	69,487 (1.1%)	71,052 (2.3%)	71,357 (0.4%)	69,735 (▲2.3%)	78,172 (12.1%)	80,580 (3.1%)	85,127 (5.6%)	87,291 (2.5%)
支 出	保 険 給 付 費	38,534 (▲6.0%)	38,956 (1.1%)	40,501 (4.0%)	40,851 (0.9%)	42,683 (4.5%)	43,375 (1.6%)	44,513 (2.6%)	46,099 (3.6%)	46,997 (1.9%)	47,788 (1.7%)	48,980 (2.5%)
	医 療 給 付 費	33,625 (▲7.4%)	33,754 (0.4%)	35,173 (4.2%)	35,326 (0.4%)	37,431 (6.0%)	38,572 (3.0%)	39,415 (2.2%)	40,912 (3.8%)	41,859 (2.3%)	42,801 (2.2%)	44,038 (2.9%)
	現 金 給 付 費	4,909 (5.0%)	5,203 (6.0%)	5,328 (2.4%)	5,526 (3.7%)	5,252 (▲5.0%)	4,803 (▲8.5%)	5,098 (6.1%)	5,188 (1.8%)	5,138 (▲1.0%)	4,987 (▲2.9%)	4,941 (▲0.9%)
	拠 出 金 等	28,272 (▲5.2%)	25,881 (▲8.5%)	25,851 (▲0.1%)	26,506 (2.5%)	28,740 (8.4%)	29,016 (1.0%)	28,773 (▲0.8%)	28,283 (▲1.7%)	29,752 (5.2%)	32,780 (10.2%)	34,886 (6.4%)
	前 期 高 齢 者 納 付 金	-	-	-	-	-	9,449 (-)	10,961 (16.0%)	12,100 (2.7%)	12,425 (2.7%)	13,604 (9.5%)	14,466 (6.3%)
	後 期 高 齢 者 支 援 金	-	-	-	-	-	13,131 (-)	15,057 (14.7%)	14,214 (5.6%)	14,652 (3.1%)	16,021 (9.3%)	17,101 (6.7%)
	老 人 保 健 拠 出 金	21,579 (▲7.3%)	18,993 (▲12.0%)	17,900 (▲5.8%)	17,200 (▲3.9%)	17,712 (3.0%)	1,960 (▲88.9%)	1 (▲99.9%)	1 (▲19.3%)	1 (▲9.6%)	1 (▲15.1%)	1 (▲11.5%)
	退 職 者 給 付 拠 出 金	6,693 (2.4%)	6,888 (2.9%)	7,951 (15.4%)	9,306 (17.0%)	11,028 (18.5%)	4,467 (▲59.5%)	2,742 (▲38.6%)	1,968 (▲28.2%)	2,675 (35.9%)	3,154 (17.9%)	3,317 (5.2%)
	病 床 転 換 支 援 金	-	-	-	-	-	9 (-)	12 (33.3%)	0 (▲100.0%)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
	そ の 他	1,185 (▲4.6%)	1,084 (▲8.5%)	993 (▲8.4%)	1,013 (2.0%)	1,020 (0.7%)	1,257 (23.2%)	1,342 (6.8%)	1,249 (▲6.9%)	1,243 (▲0.5%)	1,455 (17.1%)	1,559 (7.2%)
計	67,991 (▲5.7%)	65,921 (▲3.0%)	67,345 (2.2%)	68,370 (1.5%)	72,442 (6.0%)	73,647 (1.7%)	74,628 (1.3%)	75,632 (1.3%)	77,992 (3.1%)	82,023 (5.2%)	85,425 (4.1%)	
単年度収支差	704	2,405	1,419	1,117	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,540	2,589	3,104	1,866	
準備金残高	▲174	2,164	3,695	4,983	3,690	1,539	▲3,179	▲638	1,951	5,055	6,921	
保 険 料 率	8.2%	8.2%	8.2%	8.2%	8.2%	8.2%	8.2%	9.34%	9.50%	10.00%	10.00%	

(注1) ()内は、対前年度伸び率。
(注2) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。
(注3) 平成21年度以前は国庫補助の精算金等があった場合には、これを単年度収支差には計上せずに準備金残高に計上している。

(2) 協会の決算の状況

(1)では協会管掌健康保険全体の収支（合算ベースによる収支）について説明してきましたが、ここでは協会の決算報告書の状況について説明します（合算ベースによる収支と協会の決算報告書との関係については118頁の「全国健康保険協会の予算・決算書類について」を参照）。

25年度の決算報告書（「平成25年度の財務諸表等」参照）では、協会の収入は9兆6,511億円となっており、その主な内訳は、保険料等交付金が8兆1,872億円、任意継続被保険者保険料が899億円、国庫補助金・負担金が1兆3,544億円等となっております。

このうち保険料等交付金は予算額と同じ金額となっておりますが、前述の合算ベースによる収支の決算を見ますと、保険料収入は、25年度料率設定時（25年1月（公表）25年度保険料率設定時：図表3-25）と比べ多くなっており（7兆3,410億円→7兆4,878億円）国に入った保険料収入（任意継続保険料収入を除いた保険料）は25年度予算作成時と比べ多くなっています。

しかしながら、協会への保険料等交付金は、国に入った保険料収入が当初の予算額より増加した場合であっても、国の予算制度のルールにより国が歳出予算額を超えた支出を行うことはできず、特別会計に留保されることから、25年度の保険料等交付金は予算額と同額の交付となっております。予算額を上回る保険料収入については翌26年度に保険料等交付金として交付されることとなります。

一方、支出は9兆3,488億円となっており、その主な内訳は、保険給付費が4兆8,980億円、後期高齢者支援金等の拠出金等が3兆4,886億円、介護納付金が8,243億円、業務経費・一般管理費が1,154億円等となっております。

第4章 事業の概況

1. 保険運営の企画

(1) 保険者機能の発揮による総合的な取組みの推進

保険者機能とは、加入者の皆様の健康増進を図り、また加入者の皆様が安心して良質かつ効率的な医療を享受することができるようにするために、保険者として効率的な保険運営事業の達成に向けて取り組むすべての行動を指しています。

協会における保険者機能のアクションプランとしては、協会が保有する加入者の皆様の医療費情報やレセプト、健診データ等の医療に関する情報の収集と分析、その分析から得られた情報について、加入者・事業主の皆様への還元、政策提言への反映など、関係方面への積極的な発信等があります。協会では、保険者機能として充実・強化を図るべき事項を整理した「保険者機能強化アクションプラン（第2期）」（詳細は巻末の参考資料を参照）を24年7月23日に策定していますが、このアクションプランにおいては、協会設立から一つの節目となる業務・システムの刷新を実施する26年度に向けて、これまで以上に、地域の医療費・健診データの分析、加入者の疾病予防や健康増進、医療の質の確保、医療費適正化対策などの取組みを総合的に推進することとしています。25年度においては、アクションプランを実効性ある形で具体化するために、医療情報の分析力や発信力の強化について積極的に取り組むとともに、効率的な保健事業を推進するために各支部と都道府県や市町村、地域の医師会等との間で包括的な連携協定や覚書の締結を数多く実現しました。この包括協定等を足掛かりに、関係自治体と協働したデータ分析や保健事業の共同実施、連携強化、返納金債権回収の保険者間調整などの事業展開に結びつけており、こうした仕組みを通じて協会は地域医療政策において保険者としての存在を高めることに努めています。

このほか、協会としての先導的な取組みについては、まずは、課題の洗い出しや解決策などを含めて効率的な実施方法を検討し、全国的な展開のための基盤作りを行うため、特定の支部においてパイロット事業として実施しています。協会設立以降、継続して実施しているパイロット事業はこれまでにジェネリック医薬品への切り換えを促進する差額通知事業や後述の糖尿病重症化予防事業などの先進的取組みを全国展開させるといった成果をあげていますが、25年度のパイロット事業に関しては、5支部（6事業）において、医療費適正化をはじめとした各分野について実施しました（具体的な取組みについては図表4-1のとおり、保健事業関係の詳細は、「4. 保健事業(3)各種事業の展開」に記述しています。）。これらの取組みについては、26年度中に効果検証を行い、優れた取組みについては全国展開していきます。

なお、これまでのパイロット事業の中で 25 年度に全国展開または実施拡大した業務については、「レセプトデータ・健診データを活用した通知や訪問指導による受診勧奨等の実施」（22 年度パイロット事業）や健診データと医療費データを活用し糖尿病未治療者に対して早期治療・生活習慣改善を勧奨した「糖尿病重症化の予防」（23 年度パイロット事業）を「未受診者に対する受診勧奨業務」として 25 年 10 月から全国展開しています。このほか、加入者各自の健診履歴や行動目標の実施状況をホームページで蓄積し、協会の保健師等とのコミュニケーションツールとしても利用した「IT を活用した加入者の健康づくり支援と効果的な保健指導」（23 年度パイロット事業）については、実施する支部を拡大し、29 支部で実施しています。

〔図表 4-1〕 25 年度に実施したパイロット事業

	支部数	内 容
保健事業関係	2 支部 〔広島、大分〕 (3 事業)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 行政と連携した歯科検診推進事業 県と歯科医師会が連携した歯科検診推進事業の実施にあわせて、協会も事業所向け歯科検診を実施し、歯周病の治療に結びつける取組み。 ○ 健康保険委員と連携した事業所まるごとの健康づくり事業（一社一健康宣言の展開） 健康保険委員のいる事業所について「一社一健康宣言」をしてもらい、宣言事業所に対しては、健康リスクに即した行動を促す取組みを行う。 ○ 個別化された情報を活用した特定保健指導の促進事業 保健指導初回面談未実施者を生活習慣病発症リスク 8 パターンに分類し、各パターンに応じた通知書を個別に送付。自身の健康リスク評価を認識してもらうとともに、保健指導等の取組みを実施。
医療費適正化など	4 支部 〔宮城、埼玉、広島、熊本〕 (3 事業)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関における資格確認 医療機関等の窓口において被保険者資格の確認を行うことにより、資格喪失後受診の防止及び返納金債権発生抑制を行う。 ○ 返納金債権回収の効率化 資格喪失後受診による返納金債権の回収を保険者間の代理受領を通じて実施し、加入者サービスの向上及び債権回収に要する事務経費の節減を図る。 ○ 加入者と事業主の距離を縮める一体感の醸成（加入者サービスの充実） 協会けんぽの加入者が協会と提携した業者から割引サービスを受けられる等のメリットの提供を通じて、協会けんぽに加入していることを実感してもらい、協会と加入者・事業主との距離を縮めるよう働きかける取組み。

注) 上記支部数には複数事業を実施している支部が含まれています。

(2) 地域の実情に応じた医療費適正化の総合的対策

協会の逼迫した財政状況に鑑み、保険料負担を少しでも軽減できるよう、保険者として当然に実施すべき取組みとして、レセプト点検、ジェネリック医薬品の使用促進、現金給付の審査強化等の医療費適正化対策を進めています。25 年度も、支部ごとに医療費適正化の総合的な対策を事業計画に盛り込み、地域の実情に応じた事業をそれぞれ実施しました。具体的には、ジェネリック医薬品の使用促進を図る取組みや、健診結果に基づく加入者への受診勧奨を通じた疾病の重症化予防などの事業が多くの支部で実施されました。

また、地域において効率的かつ効果的な医療提供体制を実現するという観点においては、地域の医療政策の企画・立案に対して、保険者が果たすべき期待が高まっています。協会もその期待に的確に答えていく必要があります。そのためには、地域医療行政を担う地方自治体との連携が必要不可欠です。都道府県等との連携・協働についても、地方公共団体などに対する政策提言の場や各種協議会への参加を通じて、保険者としての立場から医療政策の企画・立案に積極的に関わっており、効率的かつ効果的な医療提供体制の実現に向けて、医療費適正化などに関する意見を発信しています（図表 4-2）。

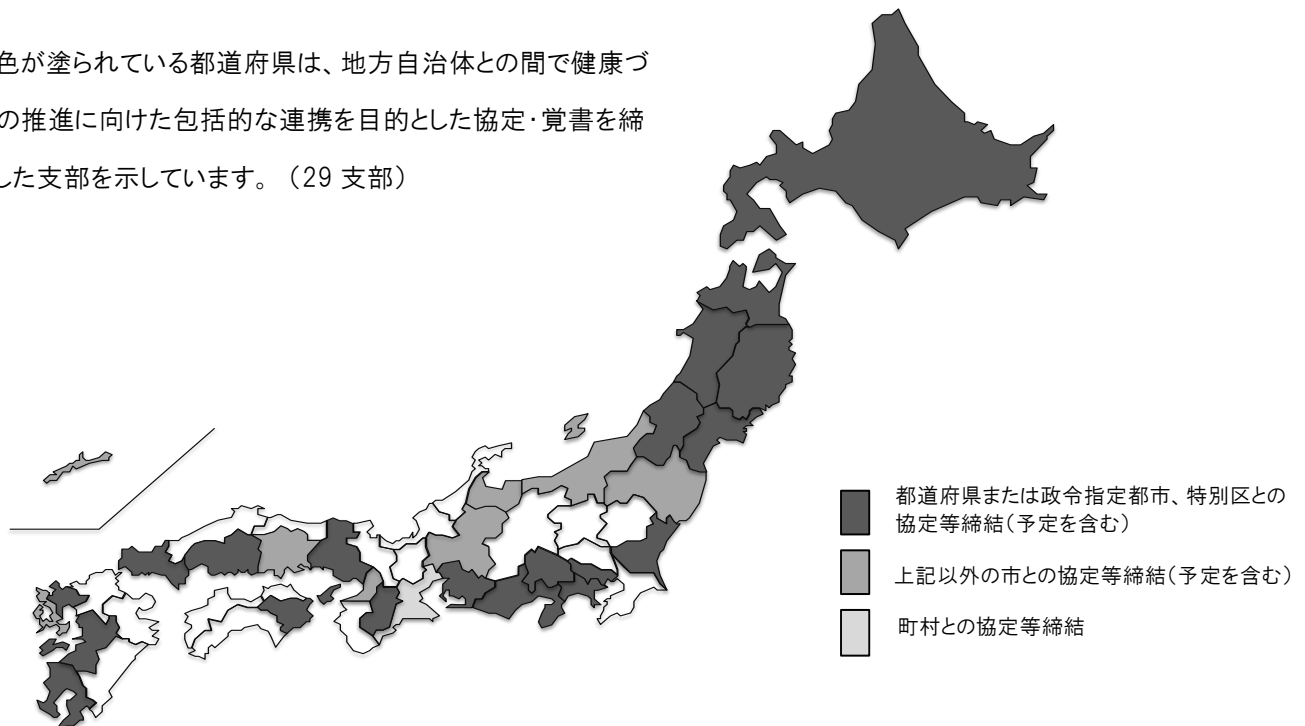
このほか、地方自治体の医療政策当局との関係づくりに向けて、医療計画の策定への参画だけでなく、例えば「健康づくり」をきっかけに、保健事業の共同実施や市町村国保とのレセプト共同分析など、幅広い部門での連携・協働を進めています。中でも地方自治体と個別に協定を締結、若しくは覚書を交わした支部は 25 年 3 月末で 6 支部であったものが 26 年 3 月末には 29 支部に増加し、地方自治体と交わした包括的な協定を通じて保健事業等の連携・協働を推進しています（図表 4-3、詳細は、「4. 保健事業(3) 各種事業の展開」に記述しています。）。

〔（図表 4-2） 都道府県の協議会等への支部参加状況（26 年 3 月現在）〕

都道府県の医療計画策定に関する場へ参画支部	13支部
都道府県後発医薬品使用促進協議会等への参加支部	30支部

〔（図表 4-3） 地方自治体と協定等を締結した支部（26 年 3 月現在）〕

色が塗られている都道府県は、地方自治体との間で健康づくりの推進に向けた包括的な連携を目的とした協定・覚書を締結した支部を示しています。（29 支部）



(3) ジェネリック医薬品の更なる使用促進

ジェネリック医薬品の使用促進は、加入者の皆様の保険料負担を少しでも軽減するために保険者自らが実施できる対策であるとともに、加入者の皆様の窓口負担の軽減にもつながり、ひいては医療保険財政にもプラスの効果をもたらすものであり、協会は積極的に取り組むこととしています。

ジェネリック医薬品の使用促進策として重点的な取組みとして現在使用中の先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えることによりどれくらい自己負担額が軽減されるのかをお知らせする「ジェネリック医薬品軽減額通知」を対象者へ送付しているほか、加入者の皆様が医療機関や薬局等で切替えの意思表示をし易くするためのツールとして、健康保険証に添付することができるジェネリック医薬品の「希望シール」や、医療機関の窓口に提示しやすいように「希望カード」を作成し、ジェネリック医薬品の使用促進のご案内に同封する形で加入者の皆様や事業所へ配布しています。

また、医療機関や調剤薬局などに対しては、「ジェネリック医薬品使用促進ポスター」を配布するなど周知広報に努めていますが、25年度は、小冊子「ジェネリック医薬品Q&A」を作成し使用促進に努めました。このほかにも、花粉症患者が他の支部より多いという特色のある静岡支部においては、花粉症（アレルギー疾患）の治療で先発医薬品を使用する患者を特定し、花粉症のピークの時期に合わせて、花粉症治療のためのジェネリック医薬品の使用促進チラシを送付する取組みも行っており、一定の効果を得ています。各支部においても、使用促進のための環境整備に対する取組みとして、都道府県に設置されている協議会等への参画による意見発信や、加入者や医療関係者が一同に会する「ジェネリック医薬品セミナー」を独自に開催する、又は医療関係者、地方自治体とともに共催するなどの取組みも進めています。

i) ジェネリック医薬品軽減額通知

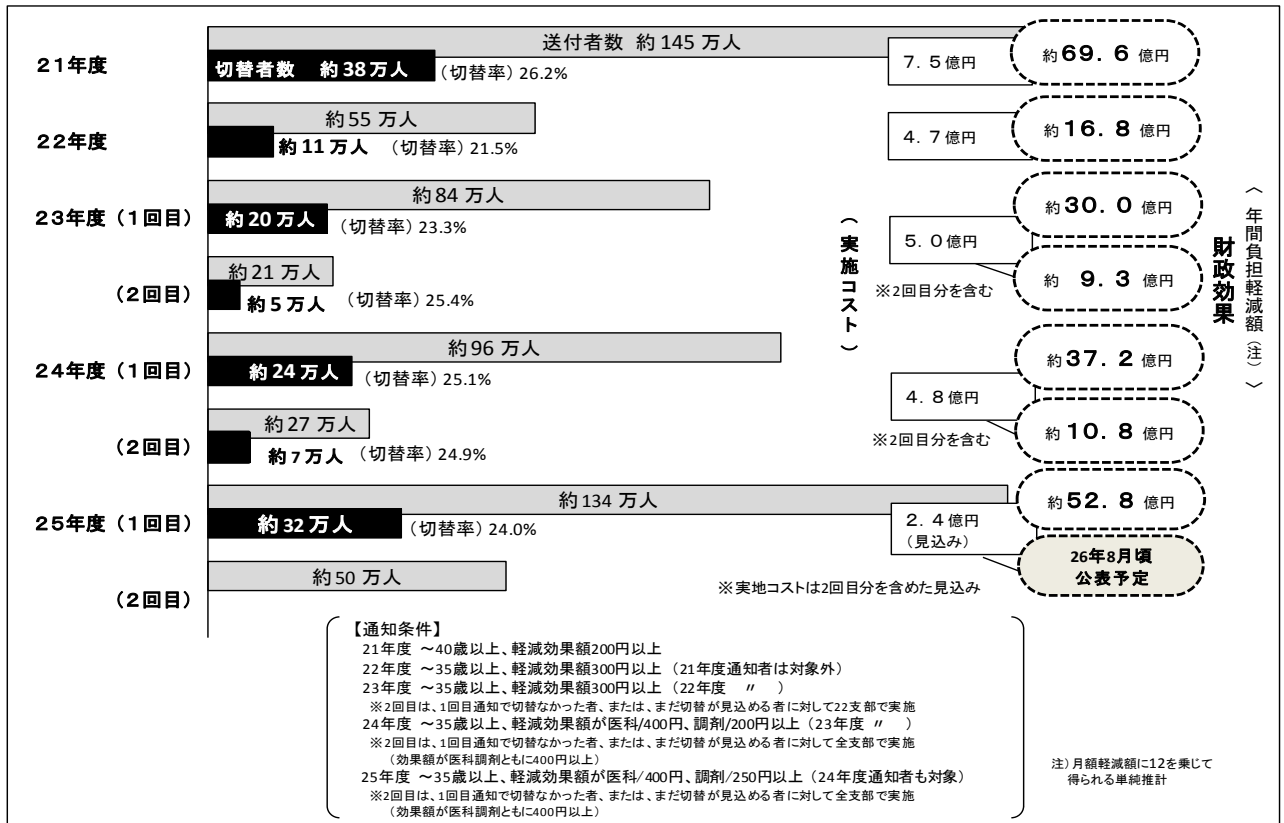
ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担の軽減可能額をお知らせする取組みは21年度から実施しています。この取組みについては、より効果的に実施する方法を検討するとともに、効果額の更なる増加を図るため、毎年対象者の基準や送付回数などの実施方法を見直ししています。

取組みを開始した21年度から25年度までの実施概要については図表4-4のとおりですが、これまでに通知を送付した加入者のうち、概ね4人に1人の方がジェネリック医薬品へ切り替えており（送付者数の累計／約560万人、切替者数の累計／約140万人）、切り替えに伴う財政効果は単純推計ベースで約230億円（年間負担軽減額の21年度から25年度1回目までの累計）になります。

また、1度通知した方のうちジェネリック医薬品へ切り替えていただけなかった加入者に

対し2回目の通知を実施しています。25年度の2回目の実施結果については現在集計中ですが、25年度の通知対象者が24年度より多いこともあり、年間の切替者数及び効果額は1回目実施の時点ですでに24年度の年間実績を上回っています。

[(図表 4-4) ジェネリック医薬品軽減額通知サービスの実施概要]



ii) 使用促進ツールの作成・配布と周知広報

ジェネリック医薬品の使用を促進するためのツールとして、加入者の方が切替えを希望する際の意思表示を医師や薬剤師に伝えやすくするため、「ジェネリック医薬品希望カード」を21年度より作成しています。さらに、22年度からは、被保険者証やお薬手帳等に貼り付けて使用できる「ジェネリック医薬品希望シール」を作成し、使用促進のご案内とともに加入者や事業所へ配布しています。

周知広報については、「ジェネリック医薬品使用促進ポスター」を作成し、医療機関や調剤薬局等へ配布するなどしています。ポスター作成に当たっては他の保険者や関係団体などの連名で作成することで幅広く効果的な広報にも努めているほか、25年度については、小冊子「ジェネリック医薬品Q&A」を作成しました。内容は加入者の方が理解しやすい内容とし、Q&Aにはジェネリック医薬品希望シールも内部に添付することで、Q&Aを通じたジェネリック医薬品の理解だけでなく、実際にシールを活用してジェネリック医薬品の使用促進に繋がられるようにしました。この小冊子は、医療機関や調剤薬局、健康保険委員等の研修会、保健事業のイベントなどにおいて積極的に配布し、ジェネリック医薬品の使用促

進に対する理解の普及に努めました。

なお、中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」）で実施した「後発医薬品の使用状況調査（平成24年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成24年度調査）」）では、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）を知っている」と回答した方が全体で74%でしたが、協会に加入している方に限定した場合は78.5%となっており、協会に加入している方のジェネリック医薬品に対する認知度は高い結果になっています。

iii) 使用環境整備のための取組み

各支部においても、ジェネリック医薬品の使用促進のための環境整備について、様々な取組みを進めています。

都道府県ごとに設置される後発医薬品使用促進協議会は、26年3月末現在、37都道府県で設置されており（休止状態や設置されたが既に終了したものを除く）、30の協議会等において協会の支部長などが委員に就任しています。協議会では、使用促進のための協会の取組み等に関する情報提供のほか、他の保険者や関係者との連携を図ることで、ジェネリック医薬品の使用促進に関する環境づくりに努めています。

また、25年度も各支部においてジェネリック医薬品に関するセミナーを積極的に開催しました。23年度までは本部が他の保険者等との共催で開催することで協会としての情報発信をしてきましたが、24年度以降は各支部がそれぞれの地域の実情を踏まえた開催形式としています。具体的には、協会支部が主催するケースだけでなく、共催・後援として参画するケースも実施しています。また、参加対象者についても協会の加入者の皆様や健康保険委員を対象としたセミナーから薬剤師をはじめ医療関係者向けのセミナーまで幅広く開催しました。25年度に協会支部が主催・共催したセミナーの開催状況は図表4-5の通りです。

なお、協会におけるジェネリック医薬品の使用割合は、前述した各般の施策を進めた結果、26年3月時点で33.5%であり、医療保険全体の使用割合の平均を上回る水準で推移しています（図表4-6）。

[(図表4-5) 支部主催・共催によるジェネリック医薬品セミナー（開催状況）]

京都支部:健康力アップセミナー

日 時:平成25年9月18日(水)14:00~16:00

参加人数:100名(健康保険委員)

主 催:協会けんぽ京都支部

講演内容:「正しい理解と選択!ジェネリック医薬品」京都府薬剤師会 常務理事 河上 英治 氏

福島支部：お薬に関する市民講座

日 時：平成25年11月16日(土) 13:30～15:30

参加人数：100名(一般市民)

主 催：協会けんぽ福島支部、伊達市国保年金課

協 催：伊達薬剤師会 後 援：福島県薬剤師会、福島県医師会(伊達医師会)、福島県歯科医師会

講演内容：「薬との上手なつきあい方」福島県薬剤師会

大分支部：企業健康推進ステップアップセミナー

日 時：平成26年3月12日(水)、3月14日(金)、3月20日(木)、3月26日(水) (全4回)

参加人数：各回約100名(主に健康保険委員)

共 催：協会けんぽ大分支部、大分県社会保険委員会連合会、大分県社会保険協会、大分県薬剤師会

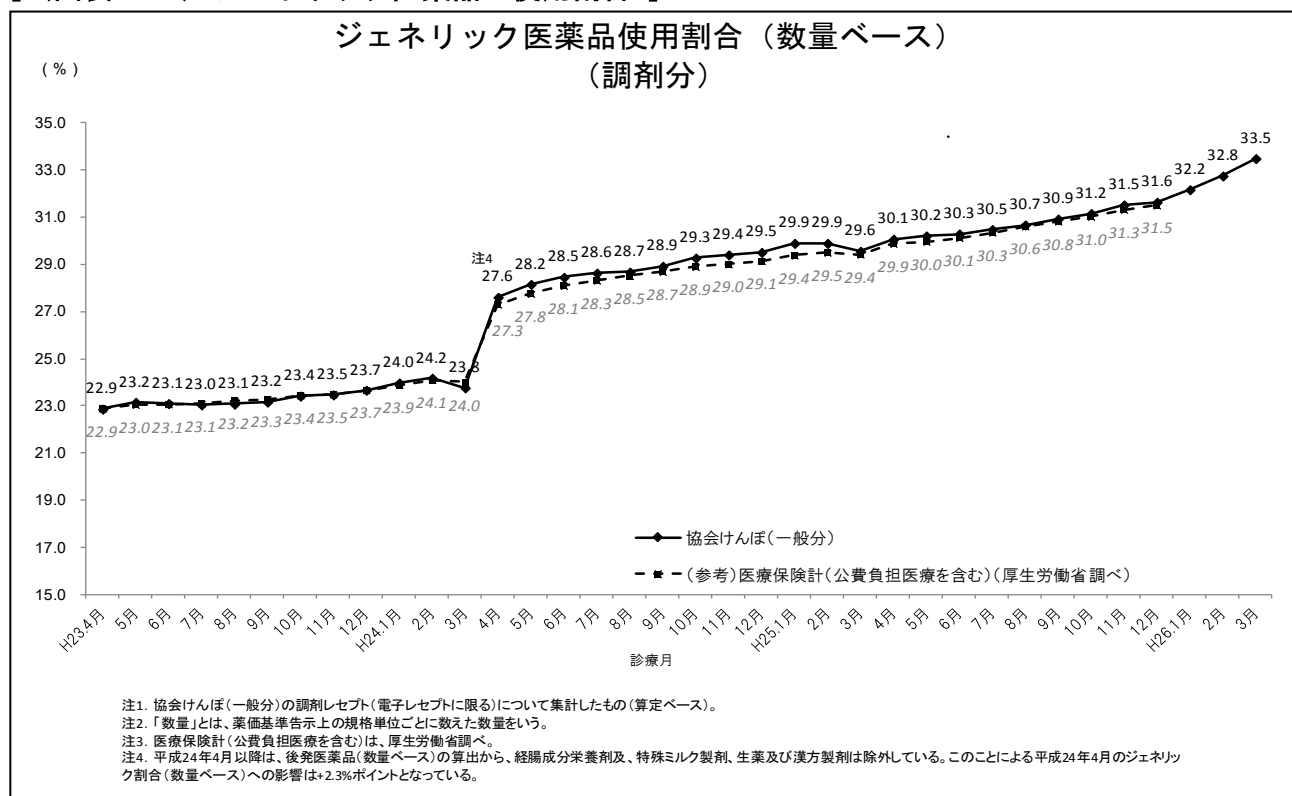
講演内容：薬の適正な服用方法

(大分県薬剤師会所属薬剤師)

中小企業の健康増進 好取組事例紹介

(協会けんぽ大分支部ほか事例紹介企業様)

[(図表 4-6) ジェネリック医薬品の使用割合]



(4) 関係方面への積極的な意見の発信

協会では、加入者や事業主の皆様の立場に立った保険者としての意見を積極的に発信していくこととしており、社会保障審議会の各部会や中医協などの政策決定の場において、協会けんぽの財政基盤強化の重要性、緊急性の視点は当然として、医療保険財政全体を見渡して制度の持続可能性を高めるために、給付の重点化・制度運営の効率化の視点など、医療・介護の質の向上に繋がられるよう、積極的に意見を述べています。

【 協会の財政基盤の強化について 】

25年度に入り、医療・介護についての制度改正に向けて議論が本格化しました。4月4日には、第8回国国会議が開催され、協会が意見を述べる機会をいただき、①協会けんぽは他の被用者保険と異なり、被用者保険の最後の受け皿として一保険者を超えた機能を託されていること、②被用者保険間での保険料格差が拡大する一方であり、所得の低いものが高い保険料を負担するという、社会保障とは言えない逆進的な状態に至っていること、③協会けんぽの破綻は国民皆保険の破綻に繋がることなど、協会の置かれている厳しい状況を説明し、現役世代の負担の緩和と、現役世代内での負担の公平化を図るとともに、協会けんぽの財政基盤強化の緊急性を強く訴えました。また、国会議員が実施していたパブリックコメントに対して、5月15日に「社会保障制度改革に対する意見書」（図表4-7）を提出しました。

この国会議員では、国民健康保険の保険者単位を都道府県単位とする議論と、高齢者医療の負担に関する総報酬割導入の議論が結びつき、総報酬割導入により生じた公費を国民健康保険の財政支援に充てる等の議論が展開されました。この国会議員の議論に対しては、社会保障審議会医療保険部会（以下、「医療保険部会」）において、「協会がこれまで高齢者医療制度の支援金の全面総報酬割導入を主張してきたのは、被用者保険内の負担の公平性を実現するためであり、国民健康保険の財源を捻出するためではなく、総報酬割導入で浮いた財源は、被用者保険の負担軽減に使うのが筋であり、反対である」という主張をしました。また、こうした国会議員の議論に対して、協会の財政基盤強化の重要性、緊急性を繰り返し訴えるとともに、被用者保険制度の持続可能性の維持に向けて、被用者保険関係団体との共同要請（図表4-8）も実施しました。

国会議員は8月に法律が定める設置期限を迎え、8月6日に報告書が内閣総理大臣に提出されました。この国会議員報告書に対して、同日に協会理事長から、「報告書は既に法律に規定されている検討規定を確認したに過ぎず、具体性の乏しい不十分な内容であり、極めて残念」、「後期高齢者支援金に対する負担の按分方法を全面総報酬割で生ずる税財源について、同報告書は、国民健康保険の財政上の構造的問題を解決することに用いる考えが示されており、極めて残念であり、この考えに対しては反対」という旨の声明を発表しました（図表4-9）。8月21日には、今後の社会保障制度改革に向けての法制上の措置の骨子が閣議決定され、この骨子を基にした制度の見直しが進められることとなりました。骨子では、協会けんぽの財政基盤強化について、政府は、現在13%から16.4%に引き上げられている協会けんぽに対する国庫補助率の特例措置を26年度までに見直し、27年通常国会に必要な法律案を提出することが制度改正の方向性として示されました。この閣議決定により、協会の財政基盤強化に向けて、一つの道筋はついたこととなりました。

9月の医療保険部会においては、次期医療保険制度の改革に向けた具体的な議論のスケジュールが示されました。この中で協会の国庫補助率の見直し及び全面総報酬割導入に関する議論は26年度からの検討開始とされました。また、10月には「持続可能な社会保障制度の

確立を図るための改革の推進に関する法律案」(プログラム法案)が国会に提出されました。同法案は前述の骨子を基に作成されたものですが、協会けんぽに対する国庫補助率について政府は、高齢者医療制度の見直しと併せて26年度までに検討し、27年通常国会に必要な法律案の提出を目指すことが法律に規定されました。同法案は12月に可決・成立しましたが、制度改革の具体的な内容は、このプログラム法にそって、今後の医療保険部会等の各審議会で詰めていくこととなります。

協会としては、全面総報酬割導入で生じる公費は、被用者保険間の負担調整の結果生じたものである以上、被用者保険の負担軽減のために用いることが筋であり、被用者保険の最後の受け皿機能を果たしている協会けんぽの財政基盤の強化など、被用者保険の持続可能性を高めることに充てるべき等、これまでに主張してきたことを粘り強く主張していきますが、公費である以上、国民皆保険の最後のセーフティネットである国民健康保険の財政基盤強化のために用いるべきという意見も依然として強く存在しております。したがって、26年度は、この公費の取扱いに関して激しい議論が予想されます。

【高額療養費、産科医療補償制度について】

また、医療保険部会では、協会の財政基盤強化に関する議論の他にも、協会の財政に影響を及ぼす制度改革として、高額療養費の見直しや産科医療補償制度の見直しについて議論が行われました。これらの問題について、「高額療養費の見直しは財源とセットで議論すべきであり、財政中立であることが大前提である。特定の保険者にしわ寄せとならない制度設計とすべきである。」「産科医療補償制度は、社会保険と公費から成り立つ公的な制度であり、その制度運営に透明性の確保が強く求められ、医療保険者を含む関係者の納得を得ることが重要である。制度運営の結果、剰余が生じたのであれば、しっかり精算を行うべきである。」など、常に加入者の負担軽減を図るため発言を重ねました。

【中医協、診療報酬改定について】

中医協では、26年度診療報酬改定に向けて議論が本格化するなかで、協会が医療費適正化の観点から特に取り組んでいるジェネリック医薬品の使用促進に関連して、積極的な政策提言をしました。具体的には、同じジェネリック医薬品で、同じ品質であるにもかかわらず、価格帯が拡がり過ぎていることが、医療現場や国民にとって、ジェネリック医薬品に対する信頼確保、使用促進の支障となっていると指摘し、価格帯の拡がりを収束させる取組みの導入を主張しました。加えて、ジェネリック医薬品の価格帯を引き下げることや、一定期間内にジェネリック医薬品への置き換えが進まない長期収載品については、さらに価格を引き下げる仕組みを導入すること等について具体的な提言等を行いました。また、26年度診療報酬改定の軸である改定率について、協会は他の支払側委員とともに、「加入者の皆様の賃金も伸び悩む中で、依然として厳しい経営環境の中で経営している中小企業の事業主、従業員、ご家族のことを考えると、ただでさえ消費税引上げに伴い大幅な医療費の増加が避けられない状況において、プラス改定は考えられない」と主張しました。厳しい経済状況の中で診療

報酬改定率は患者の負担感や一般の方々の賃金の状況等に見合ったものである必要があり、26年4月から引上げが実施される消費税対応も踏まえると、国民が納得できる内容であることが欠かせません。こうした協会のスタンスを明確にするために11月には26年度の診療報酬改定に関する要請（図表4-10）を関係団体との連名で厚生労働大臣に提出しました。

25年末には26年度の診療報酬改定率が政府・与党において決定しました。改定率は、診療報酬改定（本体）では、プラス0.73%、薬価改定等はマイナス0.63%となりました。この改定率は26年度から実施された消費税率8%への引上げに伴う影響分を織り込んだ改定率となっています。具体的には、診療報酬改定（本体）はプラス0.73%ですが、このうち、消費税の引上げに伴う改定分がプラス0.63%、通常改定分がプラス0.1%という内容です。また、薬価改定等はマイナス0.63%ですが、このうち、消費税引上げに伴う改定分がプラス0.73%、通常改定分がマイナス1.36%という内容です。

今回の診療報酬改定（本体）が、消費税増税分を除いてもプラス改定となっており、協会の主張が受け入れられなかったことは残念ですが、消費税増税分を除いた実質的な改定分を見ると、診療報酬改定（本体）がプラス0.1%、薬価改定等がマイナス1.36%であり、消費税率引上げに伴う影響分を除いた改定率全体としてはマイナス1.26%となるため、この点に限れば一定の成果があったと考えています。また、個々の改定の見直しについては、7対1病院の在り方や特定除外制度の廃止などについて明確な方向性が示された内容であり、団塊世代が75歳以上になる平成37年に向けて、入院・外来を含めた医療機関の機能分化・連携等を一歩進めることに繋がる改定ではないかと評価できる内容でした。

この後、26年2月には、26年度診療報酬改定に関し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。また、同日、一号側委員（支払側委員）による合同記者会見を行い、一号側代表の総括発言に加えて、中医協委員である東京支部長から「協会けんぽの立場としても、平均保険料率10%という重い負担の中で、厳しい経営環境に置かれている中小企業の事業主、従業員、ご家族の状況を踏まえると、医療本体の改定率が0.1%のプラス改定となったことは大変残念ではありますが、改定内容については、これから先の人口構造の変化に即した望ましい姿に向けて明確な方向性が示され、医療機関の機能分化・強化と連携を進めることにつながる改定であると、一定の評価をしております」等の今回の診療報酬改定に対する協会けんぽとしての受け止めを表明しました（図表4-11）。

[(図表 4-7) 国民会議が実施したパブリックコメントに対して協会が提出した意見書 (25年5月15日)]

社会保障制度改革に対する意見書

平成 25 年 5 月 15 日

全国健康保険協会

理事長 小林 剛

1. 全国健康保険協会の厳しい財政状況

- 全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）は、加入者数 3,500 万人、国民の 3.6 人に一人が加入している日本最大の医療保険者である。加入事業所数は 160 万だが、その 4 分の 3 以上が従業員数 9 人未満という中小企業であるため、他の被用者保険と比べて財政基盤が脆弱である。
- また、健康保険制度上、大企業などの場合は健保組合として保険集団を形成できる一方、健保組合が解散した場合、ないし、健保組合にそもそも加入できない事業所は、協会けんぽに加入することとなる。したがって、協会けんぽは被用者保険の最後の受け皿としての機能を担っている。
- 長期にわたる経済不況の結果、中小企業を多く抱える協会けんぽの保険料の基となる被保険者の収入は低迷している。他方で、医療費支出は医療の高度化や高齢化により年々増大するため、協会けんぽは構造的に赤字財政であり、その傾向は拡大する一方である。（平成 15 年度を 1 とした場合に、平成 23 年度の医療費指数は 1.18 であるのに対し、一人当たり標準報酬月額指数は 0.97）
- 脆弱な財政基盤、赤字財政構造であることに加えて、さらに高齢者医療関係の拠出金等の負担が保険者機能をゆがめるほどに大きな負担となっている。協会けんぽの財政全体の 4 割以上の約 3 兆円が高齢者医療関係の拠出金等の負担に充てられており、しかも、毎年 2,000 億円から 3,000 億円という単位で負担が増えている状況である。
- 極めて厳しい財政状況の中、協会けんぽの平成 25 年度の保険料率は全国平均で 10% に至っている。大企業とは異なり、中小企業にとって、現在の保険料率は企業の経営基盤、従業員の雇用、生活に直接影響し、限界にある。
- 協会けんぽによる推計では、現在の仕組みのままでは、今年度と来年度は準備金の取崩しで対応が可能と見込まれるが、平成 27 年度には賃金の伸びを過去 10 年間の傾向で見た場合、5000 億円を超える巨額の赤字に陥ることが避けられない見込みであり、平成 29 年度には最大で 2 兆 3700 億円という途方もない累積赤字に至る見通しである。協会けんぽの財政基盤の安定化、さらに医療保険全体の持続のためにも、今年度及び来年度中に、財政の赤字構造を転換できる制度改革の実現が不可欠である。

2. 被用者保険者間の保険料格差の拡大

- 同じ医療保険であるにも関わらず、他の被用者保険との保険料率格差は拡大する一方である。健保組合と協会けんぽの保険料率は、平成 14 年頃までは 8% を超える程度でほぼ同じ水準で推移していたが、平成 15 年度から総報酬制を導入した結果、大企業と中小企業との体力差が現れ、現在（平成 25 年度）では協会けんぽの平均保険料率 10% に対して、健保組合の平均が 8.6%、国共済の平均が 8.2% となっており、収入の低い中小企業の事業主・従業員が突出して高い保険料を負担するという逆進的な状況が発生している。これは公的な社会保障制度とは到底言えない状態である。

- 医療保険制度において、協会けんぽは、被用者保険の最後の受け皿という一保険者を越えた機能を託されている。かつては別制度であった日雇労働者の健康保険も抱え込んでいる。また、各保険者間の財政力、すなわち報酬水準を調整する趣旨で、協会けんぽについては給付費に対して国費が投入されているが、しかし、現在の他の制度との報酬水準、保険料水準の格差を踏まえると、現在の国庫補助割合ではその機能を支えているとは言えない。

3. 社会保障制度改革に対する協会けんぽの基本的考え

- 持続可能な医療保険制度を実現させるためには、社会保障制度改革推進法第2条の「基本的な考え方」にあるとおり、税や保険料を主に負担している現役世代の立場に立った改革が必要である。現役世代に過重な負担がかけられている不公平な状態を改善し、世代間の負担の公平性を確保しなければならない。同時に、現役世代内での公平性の確保を実現すべきである。
- その上で、中小企業の加入者が大多数を占める協会けんぽの立場には、安心して医療を受けられるようにするために、かつ、被用者保険の受け皿機能を持続可能なものとするために、早急に協会けんぽの財政基盤の強化、安定化を実現すべきである。急激に進展する少子高齢化社会において、高齢者医療をはじめ、増え続ける医療費を根本的に見直すための議論は必要だが、しかし、緊急の対応として、中小企業の加入者に相当のしわ寄せを強いている状態、逆進的な保険料負担という、およそ社会保障とは言えない程に極めて不公平な状態をまずは改善すべきである。
- 協会けんぽは、これまで、健康保険法本則において定められている国庫補助割合の上限 20%までの引上げと、公費の拡充をはじめとする、高齢者医療制度の見直しを強く訴え続けてきた。これは、この極めて不公平な状態を改善するための必要最小限の改革であり、速やかに実現すべきである。また、これら改革を実行してもなお被用者保険間の格差が解消されないのであれば、更なる改革を講じるべきである。
- 協会けんぽの国庫補助割合の引上げなど、現役世代の負担軽減のためのこれらの改革には当然財源が必要である。税・社会保障一体改革の消費税引上げによる増収分については、その使い途の配分を改めて見直し、現役世代、特に中小企業の加入者の医療の保障に重点的に配分すべきと考える。
- 同時に、医療費支出を適正なものにするためにも、医療提供体制の見直しや、医療給付の重点化、効率化についても、制度面から具体的な見直しを行う必要がある。また、保険者が保険者機能を発揮、強化するために、不正受給や不適切な申請事例が後を絶たない柔道整復療養費や海外療養費等の療養費や傷病手当金や出産手当金等の現金給付について必要な見直し等を実施すべきである。

4. 社会保障制度改革国民会議に対する要請

- 以上が社会保障制度改革に対する協会けんぽとしての基本的な考えである。国民の8割以上が被用者で、その7割が中小企業の従業員であり、税とは違い赤字経営であっても納付義務のある保険料負担が、中小企業の経営、従業員の雇用・生活を脅かす程度にまで至っているという深刻な事態において、被用者保険の最後の受け皿である協会けんぽの破綻は地域経済にも影響し、国民皆保険の破綻に繋がる。
- 国民会議では、協会けんぽを含めた被用者保険の具体的改革に関する議論が殆ど行われないうまま、医療・介護に関する議論が一巡したと整理されたことは、誠に遺憾である。現役世代、特に中小企業の事業主、加入者に過重な負担がかけられている現状を踏まえ、高齢者医療の見直し及び協会けんぽの財政基盤の安定化をはじめ被用者保険の持続可能性について踏み込んだ議論を行い、具体的な方向性を示していただきたい。

[(図表 4-8) 社会保障制度改革国民会議の議論についての共同要請 (25 年 5 月 24 日)]

平成 25 年 5 月 24 日

社会保障審議会医療保険部会
部会長 遠藤 久夫 殿

社会保障審議会医療保険部会委員
小林 剛
白川 修二
菅家 功
森 千年
山下 一平

社会保障制度改革国民会議の議論について

社会保障制度改革推進法・第 2 条（基本的な考え方）においては、「社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること」と規定している。

また、第 6 条（医療保険制度）においては、「財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること」とされ、さらに、「今後の高齢者医療制度については、（中略）社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること」としている。

しかしながら、4 月 22 日に公表された「国民会議における議論の整理（医療・介護）案」によれば、後期高齢者支援金の全面総報酬割導入による国庫補助削減分を国民健康保険の財源対策に流用する等、短期的な弥縫策などに議論が矮小化され、推進法の趣旨に沿った持続可能な制度への道筋、すなわち、現役世代が減少するなかで如何に高齢者医療・介護制度を支えるのかという将来像が示されていない。

国民会議には 8 月 21 日の設置期限が定められており、残された時間は少ない。今後は、特に下記の点に関する論議をさらに深め、将来にわたって持続可能な制度の実現に向けた改革の提示につなげるよう切に要望する。

記

- 現役世代に過度に依存する制度を見直す方向で議論すべきである。具体的には、今後も増大する被用者保険の高齢者医療への拠出金負担を軽減するため、高齢者医療制度への公費投入を拡充する方向でとりまとめるべきである。
- 上記負担構造の改革に要する財源としては、消費税の税率引き上げ分を活用、充当すべきである。併せて、高齢者の負担のあり方の見直しや医療費の重点化・効率化に向けた種々の施策を着実に実行し、保険料負担の増大を抑制することによって、制度の持続性を図っていくべきである。
- 医療費の増加が避けられない中、医療費の効率化を進める保険者の役割はますます重要になる。今後とも、国民健康保険と被用者保険が共存し、地域と職域、それぞれの加入者特性に応じた保険者機能を発揮する制度体系を維持すべきである。

[(図表 4-9) 社会保障制度改革国民会議報告書について (25 年 8 月 6 日)]

社会保障制度改革国民会議報告書について

本日、「社会保障制度改革国民会議報告書」がまとめられ、内閣総理大臣に対して提出されました。

協会けんぽの財政基盤強化について、社会保障制度改革国民会議報告書では、「健康保険法等の一部改正の附則においては、(中略)協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとして、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある」とあります。

協会けんぽとしては、第 8 回社会保障制度改革国民会議に申し入れたとおり、被用者保険を持続可能な制度とするためには、一刻も早く協会けんぽの財政基盤を強化する必要があり、社会保障制度改革国民会議はその具体的な道筋を示すことが求められていることを主張しました。

しかし、同報告書は既に法律に規定されている検討規定を確認したに過ぎず、具体性の乏しい不十分な内容であり、極めて残念です。

また、後期高齢者支援金に対する負担の按分方法を全面総報酬割とすることで生ずる税財源は、被用者保険グループ内の負担の調整によって生じた財源であり、被用者保険の負担を軽減するために用いることが筋です。同報告書は、国民健康保険の財政上の構造的問題を解決することに用いる考えが示されており、極めて残念であり、この考えに対しては反対です。

協会けんぽの平均保険料率は既に 10%に達しており、これ以上の保険料率の引上げは限界です。他の保険者と比べて著しく高い保険料率にもかかわらず、現在の財政構造のままでは、29 年度には兆円規模の累積赤字に至る見通しであり、協会けんぽの財政基盤の強化は待ったなしの状況です。

協会けんぽの財政破綻は、被用者保険制度の破綻に繋がるとともに、中小企業の経営、従業員の雇用、生活に直結する極めて深刻な問題です。国及び政府に対しては、一刻も早く、協会けんぽに対する国庫補助率を健康保険法に規定する上限 20%まで引き上げるなど、財政基盤を強化するための具体的方向性を示していただきますよう、改めて強く要請します。

平成 25 年 8 月 6 日

全国健康保険協会
理事長 小林 剛

[(図表 4-10) 平成 26 年度診療報酬改定に関する要請 (25 年 11 月 15 日)]

平成 25 年 11 月 15 日

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

健康保険組合連合会 会長 平井 克彦
国民健康保険中央会 理事長 柴田 雅人
全国健康保険協会 理事長 小林 剛
全日本海員組合 組合長 大内 教正
日本経済団体連合会 会長 米倉 弘昌
日本労働組合総連合会 会長 古賀 伸明

平成 26 年度診療報酬改定に関する要請

平成 26 年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり意見をまとめましたので、現下の厳しい国民生活の状況や保険者の財政についてご理解いただき、改定率及び改定の基本方針の策定に適切に反映されるよう、強く要請いたします。

記

わが国の経済・社会情勢は、アベノミクスに基づく金融緩和政策等により景気が持ち直しつつありますが、賃金が伸び悩むなかで物価が上昇傾向にあるなど、国民生活は依然として厳しい状況にあります。また、過去 12 年間(平成 12 年度～24 年度)の名目 GDP が 7%以上減少したのに対し、同時期の国民医療費は約 28%も増加するなど、デフレ不況が長引くなかで、急増する医療費負担が国民生活を圧迫し続けてきました。今後はさらなる少子・高齢化の進展により、現役世代を中心に社会保障負担は一層増加するものと予測されます。

こうしたなかで医療保険財政は、高齢者医療制度に対する支援金・納付金の増加等により危機的な状況に陥っており、健保組合は毎年保険料率を上げているにもかかわらず 5 年連続の巨額な赤字、また、協会けんぽも大幅に保険料率を上げて、既に負担は限界にある状況です。さらに、国民健康保険においては、厳しい財政状況が続いており、支援策の強化が余儀なくされています。

一方で、先頃公表された医療経済実態調査をみると、医療機関の経営状況は、病院、診療所、薬局とも安定しており、他産業と比較しても、例えば一般診療所(医療法人・無床)は、業種別の利益率比較で上位にある業種と同等の利益率を計上しています。加えて、開業医を中心に医師の給与は概ね増加傾向にあります。これは、過去 3 回の改定において、日本経済がデフレ状況に苛まれていたにも関わらず、診療報酬本体がプラス改定されてきたことを如実に表しています。

また、26 年度からの消費税率引上げに伴って国民の負担が増加するなかで、さらに診療報酬が引上げられ、国民や事業主の保険料負担が一段と増加することになれば、消費や賃金の伸びを大きく抑制し、足もとの経済再生の動きにブレーキをかける懸念もあります。

従って、26年度の診療報酬改定率をプラスとすることは、国民の理解と納得が得られません。これまで賃金・物価の伸びを上回る改定が行われてきていることや、年間1兆円以上の医療費の自然増があることを踏まえるとともに、現下の賃金・物価の動向、保険者の財政状況、医療機関の経営状況等を考慮して改定するという本来あるべき原則に基づいた対応を行うべきです。

併せて、これまでの改定でしばしば行われてきた薬価・特定保険医療材料改定分(引下げ分)を診療報酬本体の引上げに充当するやり方を取り止め、薬価等改定分は国民に還元する必要があります。このため、診療報酬全体では、マイナス改定とすべきです。

26年度改定にあたっては、限りある財源を効率的かつ効果的に配分することを主眼に、高度急性期から急性期、亜急性期、慢性期に至る病床の役割を明確化したうえで機能に応じた評価を行うとともに、一般病床における長期入院の是正による入院期間の短縮、社会的入院の解消、主治医機能の強化による外来受診の適正化、後発医薬品の使用促進等、全体としての医療費の適正化を図っていくことを基本方針とすべきです。

[(図表 4-11) 平成 26 年度診療報酬改定答申に対する協会けんぽの受け止め]

(26 年 2 月 12 日の一号側委員 (支払側委員) による合同記者会見における協会けんぽの表明内容)

平成26年度診療報酬改定答申に対する協会けんぽの受け止め

平成26年4月から実施される診療報酬改定について、平成26年2月12日(水)に、中央社会保険医療協議会(中医協)の森田朗会長から厚生労働大臣に対して答申が行われました。

また、同日、一号側委員(支払側委員)による合同記者会見を行い、一号側代表の総括発言に加えて、中医協委員である矢内邦夫・東京支部長から、今回の診療報酬改定に対する協会けんぽとしての受け止めを表明しました。

<一号側委員総括発言>

- ・改定率については、保険者財政が崩壊の危機にある中で、医療機関の経営状況が安定している状況を踏まえ、マイナス改定とすべきと主張してきたが、消費税対応分を含めて若干0.1%ではあるがプラス改定となったことは非常に残念である。一方、薬価等引下げ分を本体改定の財源に充当しなかったことについては高く評価している。次回以降の改定においても、本体改定と薬価等改定とを切り離れた今次改定を踏襲すべきであり、薬価等引下げ分を国民に還元していくことが求められる。
- ・今次改定については、医療機関の機能分化・連携、在宅医療の推進など社会保障審議会の改定の基本方針に沿った改定がなされたと評価する。特に、以下の項目である。
 - ①7対1入院基本料等の見直しなど、急性期医療にふさわしい見直しが行われたこと。
 - ②主治医機能の評価として、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を提供する医療機関に対して包括的な評価を行う地域包括診療料が新設されたこと。
 - ③薬価制度の見直しにおいて、長期収載品の薬価を引き下げる新たな仕組み、後発医薬品の薬価収載時の価格引下げや価格帯を集約したこと。

協会けんぽの立場としても、平均保険料率10%という重い負担の中で、厳しい経営環境に置かれている中小企業の事業主、従業員、ご家族の状況を踏まえると、医療本体の改定率が0.1%のプラス改定となったことは大変残念ではありますが、改定内容については、これから先の人口構造の変化に即した望ましい姿に向けて明確な方向性が示され、医療機関の機能分化・強化と連携を進めることにつながる改定であると、一定の評価をしております。

また、後発医薬品の使用促進についても、引き続き検討していかなければならないところは多くありますが、全体としては、協会けんぽの考え方が反映された内容と評価しております。

一方で、公益裁定の結果、初・再診料が消費税率3%の引上げ幅を大幅に超えて引き上げるという結果になったことについては、極めて残念と考えております。今後の改定に向けて、関係方面に対して強く意見発信してまいりたいと考えております。

(5) 調査研究の推進等

i) 保険者機能の強化のための調査研究

協会は「保険者として健康保険事業を行い、加入者の健康増進を図るとともに、良質かつ効率的な医療が享受できるようにし、もって加入者等の利益の実現を図る」ことを基本使命としており、発足以降、加入者の皆様の疾病予防や健康増進、医療費の適正化などの取組みを総合的に推進してきました。

24年7月に制定した保険者機能強化アクションプラン（第2期）においては、これまでの取組みに加え、「医療機関等に関する情報について、医療の質の向上等につながる可能性のある情報の収集・分析手法を研究し、併せて情報の患者・加入者への提供方法を検討する（一部抜粋）」ことを定め、また、25年度事業計画の基本方針では、「特に、これまで議論の少なかった医療の質に関する情報の収集、分析、発信に向けた取組みに着手する（一部抜粋）」こととしています。

25年度の調査研究事業では、保険者機能を強化・発揮するために必要となる知見を強化するため、医療の質の向上や医療の適正化に関する研究や情報収集などを実施しました。特に「医療の質の向上」や「医療の効率化」の観点に着目する一方で、26年度診療報酬改定の議論の動向も踏まえて、

- ① 外来医療の適正化や在宅医療の充実に向けた課題とそのあり方、
- ② 調剤報酬に関わる診療報酬上の課題とそのあり方、
- ③ 保険者が保有する医療関連データの分析への期待と課題、

の3テーマを取り上げて論点を整理し、各分野の有識者を招へいして、検討会を開催し、協会職員と有識者との間で意見交換を行うとともに、各種文献等からも情報収集を行い報告書をまとめました。

また、21年、23年に続いて25年度も医療や健康保険に対する加入者の意識調査を実施し、今後の協会けんぽの財政基盤強化や制度改正に向けた政策提言に反映できるよう、これまでの経年変化等も含めた分析結果を取りまとめました（巻末の参考資料を参照）。

ii) 医療費等に関するデータベースの拡充等

協会の医療費や健診及び保健指導の結果に関するデータベースについては、年々拡充しており、協会ホームページや運営委員会での公表を通じて広く情報発信しています。

協会ホームページの統計情報では、従来より年報や月報、医薬品使用状況を随時公表しているほか、加入者・医療費・調剤医療費については、支部別や年齢階級別、疾病分類別、薬効分類別などの分析用データを更新し掲載しています。医療費分析においては、「都道府県医療費の状況」「都道府県別医療費に関するレーダーチャート」等の分析用データを更新し、掲載しました。

また、支部におけるデータの活用や医療費分析を推進するため、医療費分析マニュアル等を随時提供するとともに、職員に対して統計分析研修も行っています。なお、25年度における支部の調査研究事業は5支部で4事業を実施しました（図表4-12）。

このほか、25年度は、鍼灸院を利用した在宅診療の不正受給の調査のため、鍼灸療養費とレセプトを紐づけたデータを支部に提供したほか、感染症に係る医療費の分析などをテーマとして、支部も含め、学会発表を行いました。（学会発表の実施状況については図表4-13

を参照。)

[(図表 4-12) 支部における調査研究事業の概要]

○ <u>医療費適正化の調査研究 (22年度からの継続事業)</u> 医療費と健診データを分析して、地域の実情に応じた医療費適正化対策を探求。成果物については、保険者協議会等の場を通じて意見発信を行う。
○ <u>精神系疾患による傷病手当申請の調査・分析と事業所・加入者ニーズ把握と実践 (2支部による共同実施)</u> 精神系疾患による傷病手当申請のデータを客観的に調査・分析。加入事業所や加入者のニーズを掘り起こすとともに、各自治体の医療政策に対して政策提言を行う。
○ <u>健診データ・医療費データ分析を活用した県・関係機関との連携強化事業 (23年度からの継続事業)</u> 健診データと医療費データの関係を中心に分析・評価。医療費適正化に資する保健事業の在り方を探るとともに、県保険者協議会等の場を通じて意見発信を行う。
○ <u>健診と医療費との相関関係及び経年変化について (22年度からの継続実施)</u> 生活習慣病予防健診・保健指導による医療費適正化の効果を分析。健診等の効果的な実施方法を探求する。

[(図表 4-13) 25年度の学会発表の実施状況]

	発表日	学会	演題
福島支部	平成25年10月24日	第72回日本公衆衛生学会総会(25年10月23日～25日)	「平成21、22、23年度の健診とレセプトデータからの報告(第1報)」
福島支部	平成25年10月24日	第72回日本公衆衛生学会総会(25年10月23日～25日)	「喫煙は糖尿病治療者の血糖コントロールを悪化させる(第2報)」(福島医科大学との共同研究)
東京支部	平成25年5月11日	第56回日本腎臓学会学術総会(25年5月10日～12日)	「全国健康保険協会東京支部における慢性腎臓病(CKD)進行予防策」
東京支部	平成25年10月24日	第72回日本公衆衛生学会総会(25年10月23日～25日)	「全国健康保険協会東京支部における特定健康診査・特定保健指導の効果分析」
山梨支部	平成25年8月29日	第54回日本人間ドック学会学術大会(25年8月29日～30日)	「健診結果からみた業態別の喫煙者の特徴」
山梨支部	平成25年10月11日	第34回日本肥満学会(25年10月11日～12日)	「健診結果からみた業態別の肥満者の特徴」
静岡支部	平成25年8月29日	第54回日本人間ドック学会学術大会(25年8月29日～30日)	「空腹時血糖から見た高血糖者の受診勧奨効果」
三重支部	平成25年10月25日	第72回日本公衆衛生学会総会(25年10月23日～25日)	「特定保健指導機付け支援における2年連続終了者、2年連続未実施者の健診結果の検討」
徳島支部	平成25年8月3日	第16回日本地域看護学会学術集会(25年8月3日～4日)	「事業所における健康づくり支援事業の取組みについて」 「高血糖放置者に対する重症化予防の取組みについて」 「中小企業における健診及び保健指導実施状況について」
福岡支部	平成25年5月16日	第86回日本産科衛生学会(25年5月14日～17日)	「中小企業で働く労働者への糖尿病重症化予防対策」
本部	平成25年10月23日	第72回日本公衆衛生学会総会(25年10月23日～25日)	「季節的に流行する感染症等に係る協会けんぽの医療費等について」

iii) 医療の質を可視化するための指標に関する調査研究等

医療の質を可視化するための指標に関する調査研究として「医科入院の推計平均在院日数」に着目し、厚生労働省保険局によるレセプトの入院日数から在院日数を推計する方法にならって、協会の電子レセプトデータから、都道府県別、二次医療圏毎の医科入院の推計平均在院日数の算出及び分析を行いました。この結果については、26年3月19日開催の第53回運営委員会において公表するとともに、ホームページに掲載しました。今後も医療の質の向上・効率化の観点から、更に医療費等に関するデータベースの充実を進めてまいります。

(6) 広報の推進

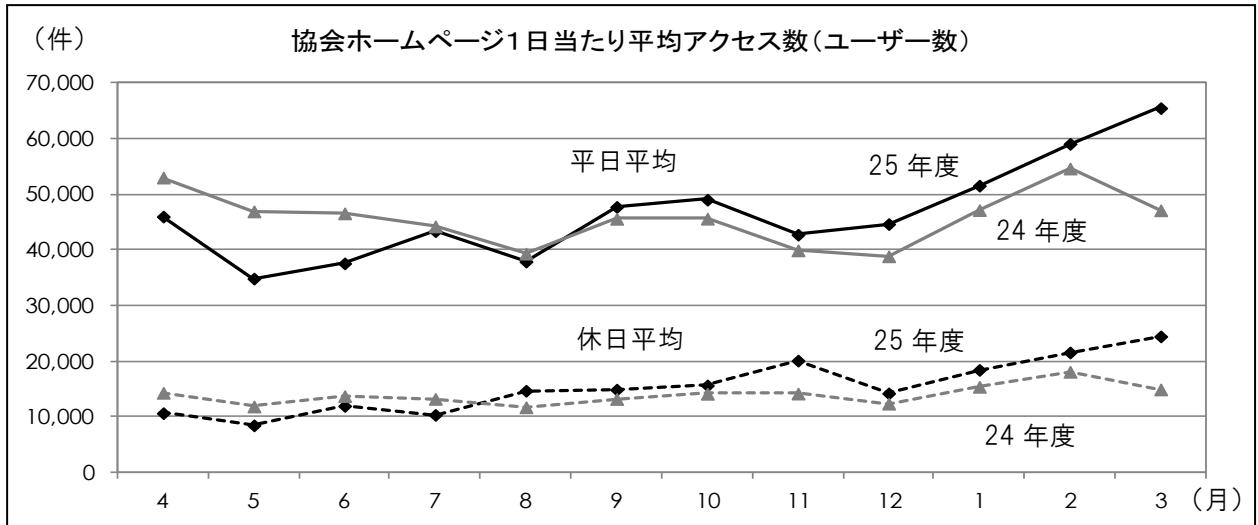
加入者や事業主の皆様への広報については、毎月事業所あてに送付される納入告知書に同封するチラシを通じて定期的なお知らせをしているほか、ホームページやメールマガジンなどのITツールを活用したタイムリーな情報提供を行っています。広報活動においては、加入者の視点からわかりやすく丁寧な情報発信を心がけており、また、各支部においては都道府県や市町村との連携による広報や、テレビや新聞・ラジオなどのメディアへの発信力についても強化しています。

i) ホームページからの情報発信

25年3月から、加入者サービスの視点から加入者や事業主の皆様にとって「見やすい」「探しやすい」ホームページとなるよう全面的なリニューアルを行いました。具体的なリニューアルの内容は、アクセス数の多い申請書のダウンロードとライフイベントに合わせた各種申請の説明（「こんなときどうする」）をトップページに配置することで、加入者や事業主の皆様が必要とする情報を必要な時にタイムリーに取り出せるよう見直しました。また、「季節の健康情報・健康レシピ」「どんな検査があるの?」「さらば!生活習慣病」「気になる病気辞典」などのコンテンツを追加し、健診の周知や加入者の皆様の健康増進に役立つ取組みを行ったほか、例えば出産手当金の申請をスムーズに行えるよう、「産前産後期間計算ツール」をホームページ上で提供するなどの取組みも行いました。支部においては、ホームページに各種イベントの周知や参加申込み、加入者の健康づくりに関する各種業務などについて掲載し、各支部での保険者機能の発揮に関し広く周知しました。

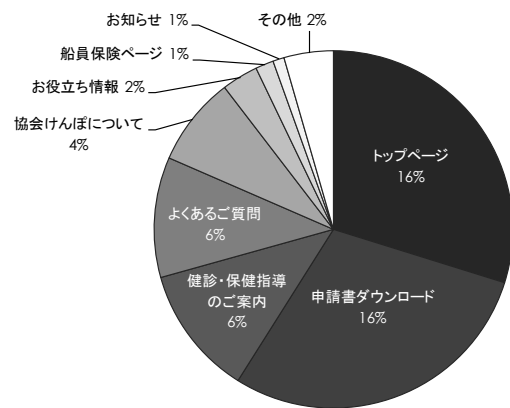
協会のホームページ利用状況については、25年度の平均アクセス数が平日で46,423件（前年度：45,603件）、休日は15,411件（前年度：13,904件）となっています。ホームページをリニューアルしたことに関しては、モニターアンケート調査でも好評であることが確認できており、実際にアクセス数も平日、休日ともに前年度より増加しています。26年度以降もより加入者の皆様の視点に立ったホームページとなるように、改善を加えていきたいと考えています。

[(図表 4-14) 協会ホームページの利用状況]



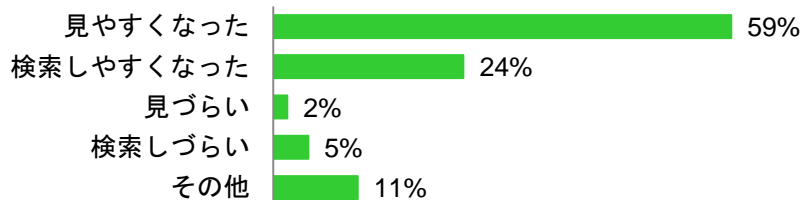
※ ホームページに訪れた人数を計上（同一人が複数ページを閲覧した場合はカウントしていません）。

協会ホームページの利用状況(アクセスの内訳)
25年4月～26年3月



[(図表 4-15) モニターアンケート調査 報告書【25年10月】(抜粋)]

問1. ホームページをリニューアルいたしました、以前と比べていかがですか。(1つのみ)



調査対象 : 協会けんぽモニター(協会けんぽの加入者から公募)
回答者数 : 111名
調査期間 : 25年8月16日から25日

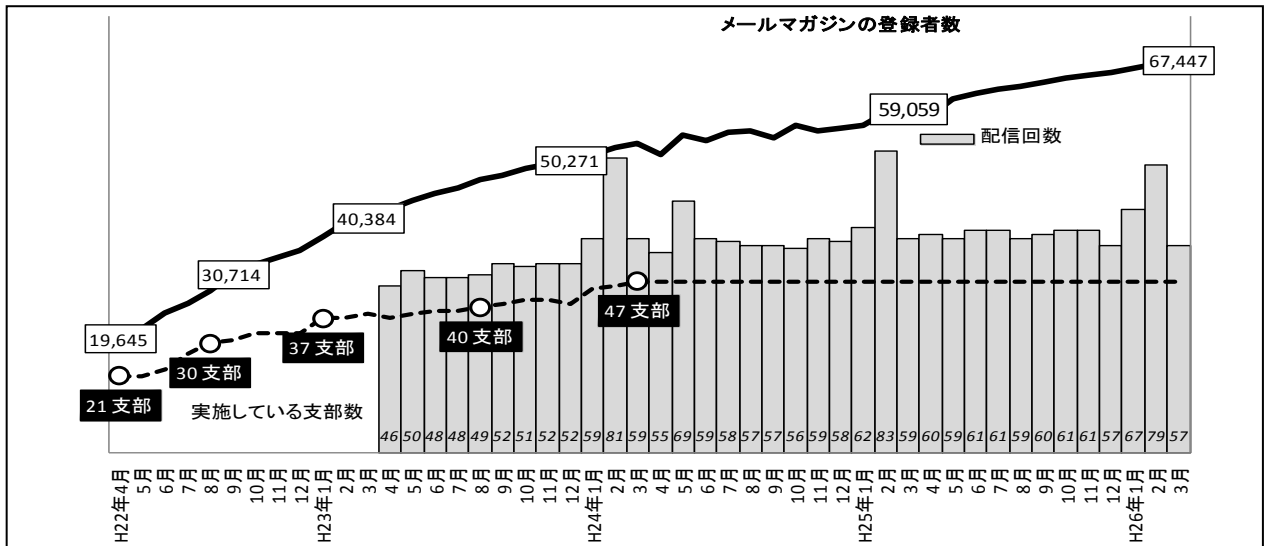
ii) メールマガジンの利用による加入者へ直接情報を発信する取組み

メールマガジンは、協会から加入者の皆様に対して役立つ健康情報や協会の取組みを直接お届けする、あるいは皆様からのご意見を伺うという、協会と加入者の皆様とが直接繋がる

ことができる有効なツールであり、実施支部数を拡大してきました。21年4月時点での実施支部数は全体の半分以下（21支部）でしたが、その後順次拡大し、24年3月には全ての支部で配信を開始しています。メールマガジン会員数も増え続けており、26年3月時点では6.7万人の方に登録いただき、25年度は年間で742回（前年度：732回）の配信を行っています。

また、メール本文中に記載された URL から回答をクリックすると WEB 上でメールマガジン読者の回答状況を閲覧することができる「ワンクリックアンケート」など、協会と登録者との双方向コミュニケーションが可能となる取組みも導入し、こうした双方向の情報 IT を活用することで、協会と加入者の皆様の距離感の解消を図っています。

〔（図表 4-16）メールマガジンの配信状況と登録者数〕



iii) 加入者から直接意見を聞く取組み等

加入者の視点に立った広報を進めるとともに、協会の事業やサービスの改善・充実に役立てていくためには、実際に広報・サービスを受ける加入者の皆様の直接のご意見が非常に重要な資源となります。したがって、協会の加入者の皆様の直接の意見を把握することを目的に、公募により加入者の皆様の中から約 140 名の方にモニターになっていただき、アンケート調査にご協力いただきました。

25年度は「協会ホームページのリニューアル」、「24年度決算（見込）及び5年収支見直し」などについての調査を実施しました。また、メールマガジンシステムを使用した、メールマガジン読者を対象としたアンケートも 14 回実施し、加入者のご意見等を直接把握しています。

協会の事業運営に関心の高いモニターの皆様などからいただいた貴重なご意見については、今後の事業運営や企画立案に活かしていきたいと考えています。

2. 健康保険給付等

(1) 現金給付の支給状況

傷病手当金の支給件数は90万7千件となっており、前年度に比べ8千件(0.9%)の増加となっています。支給額は1,589億円となっており、前年度に比べ10億円(0.6%)の増加となっています。

出産手当金の支給件数は13万4千件となっており、前年度に比べ8千件(7.1%)の増加となっています。支給額は543億円となっており、前年度に比べ37億円(7.3%)の増加となっています。

出産育児一時金の支給件数は40万1千件となっており、前年度に比べ3千件(0.7%)の増加となっています。支給額は1,681億円となっており、前年度に比べ13億円(0.8%)の増加となっています。

高額療養費(償還払い)の支給件数は59万7千件となっており、前年度に比べ7万7千件(11.5%)の減少となっています。支給額は349億円となっており、前年度に比べ74億円(17.4%)の減少となっています。

※ 70歳未満の方の高額療養費は、19年4月より入院に対して、24年4月からは外来に対しても、現物給付化が図られています(70歳以上の方については入院・外来ともに既に現物給付化がされていました。)

なお、現物給付による高額療養費の支給件数は263万9千件、支給額は3,172億円となっており、高額療養費全体では323万6千件、3,521億円となっています。

療養費については、柔道整復療養費の支給件数は1,415万3千件となっており、前年度に比べ17万2千件(1.2%)の増加となっています。支給額は632億円となっています。人口当たりの柔道整復師数と柔道整復療養費の件数には相関関係が見られ、ここ10年間で柔道整復師数が急増していることを背景に療養費も大幅に伸びています。

なお、柔道整復療養費の請求1件当たり(1療養者1カ月分)の部位数、施術回数の多いものを支部別に見たものを参考資料として掲載しています。

その他の療養費の支給件数は79万9千件となっており、前年度に比べ6千件(0.8%)の増加となっています。支給額は114億円となっており、前年度に比べ3億円(2.1%)の増加となっています。

各支部における状況は図表4-17、4-18のとおりです。

〔(図表4-17) 現金給付費等の推移〕

(件数:件、金額:億円、1件当たり金額:円)

		21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	
傷病手当金	件数	922,602 (4.8%)	924,770 (0.2%)	909,617 (▲1.6%)	898,616 (▲1.2%)	906,834 (0.9%)	
	金額	1,699 (4.4%)	1,659 (▲2.4%)	1,621 (▲2.3%)	1,579 (▲2.6%)	1,589 (0.6%)	
	1件当たり 金額	184,190 (▲0.5%)	179,382 (▲2.6%)	178,165 (▲0.7%)	175,670 (▲1.4%)	175,179 (▲0.3%)	
出産手当金	件数	109,111 (5.3%)	115,640 (6.0%)	121,746 (5.3%)	125,566 (3.1%)	134,461 (7.1%)	
	金額	441 (5.8%)	466 (5.5%)	489 (5.0%)	506 (3.5%)	543 (7.3%)	
出産育児一時金	件数	392,585 (▲7.0%)	414,363 (5.5%)	405,416 (▲2.2%)	397,867 (▲1.9%)	400,842 (0.7%)	
	金額	1,549 (4.2%)	1,737 (12.1%)	1,700 (▲2.1%)	1,668 (▲1.9%)	1,681 (0.8%)	
高額療養費	現物給付分	件数	1,995,027 (9.5%)	2,142,189 (7.4%)	2,208,779 (3.1%)	2,465,150 (11.6%)	2,639,110 (7.1%)
		金額	2,282 (10.3%)	2,581 (13.1%)	2,675 (3.6%)	2,973 (11.2%)	3,172 (6.7%)
		1件当たり 金額	114,383 (0.7%)	120,502 (5.3%)	121,114 (0.5%)	120,619 (▲0.4%)	120,195 (▲0.4%)
	現金給付分 (償還払い)	件数	797,131 (6.3%)	773,181 (▲3.0%)	744,896 (▲3.7%)	674,103 (▲9.5%)	596,590 (▲11.5%)
		金額	585 (▲1.2%)	537 (▲8.3%)	510 (▲5.0%)	423 (▲17.1%)	349 (▲17.4%)
		1件当たり 金額	73,434 (▲7.1%)	69,417 (▲5.5%)	68,469 (▲1.4%)	62,702 (▲8.4%)	58,489 (▲6.7%)
	計	件数	2,792,158 (8.6%)	2,915,370 (4.4%)	2,953,675 (1.3%)	3,139,253 (6.3%)	3,235,700 (3.1%)
		金額	2,867 (7.7%)	3,118 (8.7%)	3,185 (2.2%)	3,396 (6.6%)	3,521 (3.7%)
		1件当たり 金額	102,693 (▲0.8%)	106,954 (4.1%)	107,837 (0.8%)	108,182 (0.3%)	108,817 (0.6%)
柔道整復療養費	件数	12,591,402 (7.9%)	13,150,264 (4.4%)	13,651,151 (3.8%)	13,981,142 (2.4%)	14,153,096 (1.2%)	
	金額	635 (5.2%)	643 (1.2%)	647 (0.6%)	639 (▲1.2%)	632 (▲1.1%)	
	1件当たり 金額	5,045 (▲2.5%)	4,889 (▲3.1%)	4,737 (▲3.1%)	4,570 (▲3.5%)	4,466 (▲2.3%)	
その他の療養費	件数	775,904 (10.4%)	776,596 (0.1%)	807,815 (4.0%)	792,942 (▲1.8%)	798,930 (0.8%)	
	金額	106 (10.2%)	108 (1.4%)	113 (4.4%)	111 (▲1.0%)	114 (2.1%)	
	1件当たり 金額	13,701 (▲0.3%)	13,880 (1.3%)	13,927 (0.3%)	14,048 (0.9%)	14,235 (1.3%)	

※括弧内は前年度比の増減率

※件数は、人数とは異なり、例えば1人2カ月間受給される場合は2件とカウントされている。

(2) サービス向上のための取組み

協会においては、毎年お客様満足度調査を行うとともに、加入者、事業主の皆様のご意見や苦情を受け止め、サービスの向上や改善に活かしています。

i) お客様満足度調査及びお客様の声

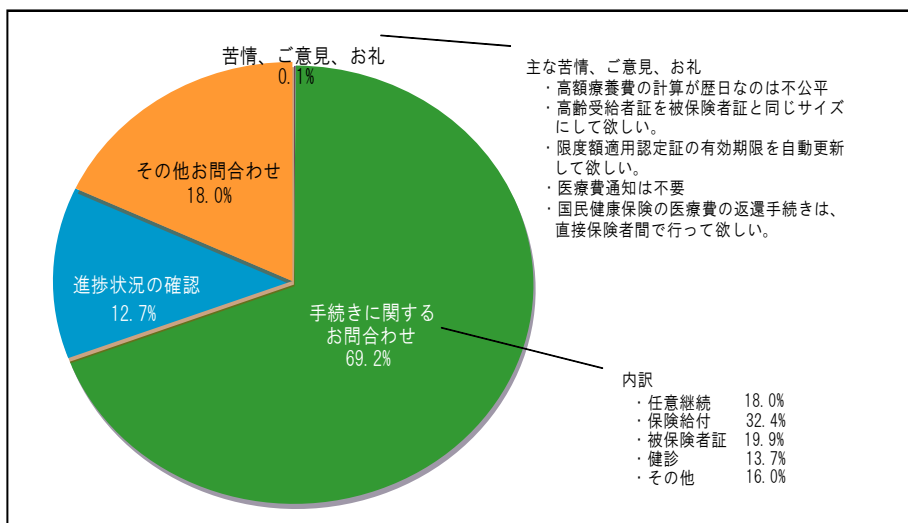
24年度に引き続き、25年度も1月14日～2月14日の間に、全支部の窓口に来訪されたお客様に対して、挨拶の励行など、お客様対応の基本事項に関する評価等をアンケート用紙に記入していただく「お客様満足度窓口調査」を実施しました。前年度の調査結果を踏まえ、各支部において、手続き等終了後のお客様に対し、ご不明な点がないかどうかの確認の徹底、プライバシーに配慮するためのパーティションの設置などのお客様満足度向上に関する取組みを行った結果、図表4-20のように、全ての指標において前年度と比べお客様満足度が向上しました（お客様満足度調査の概要は参考資料を参照）。なお、26年度の事業計画策定にあたっては、24年度の高い調査結果を踏まえ、今後さらにこれらを改善しようという目標よりは、この高い水準を維持していくことを目的とするため、当該調査値を従来の「目標指標」から「検証指標」へ変更しています。

また、電話、メール、手紙等による「お客様の声」についても、所管部署と連携し、随時サービスの改善に活かしています（図表4-21を参照）。

〔図表 4-20〕 お客様満足度窓口調査

指標	24年度	25年度
窓口サービス全体としての満足度	97.1%	97.8%
職員の応接態度に対する満足度	97.1%	97.4%
訪問目的の達成度	97.7%	97.9%
窓口での待ち時間の満足度	93.8%	94.1%
施設の利用の満足度	89.5%	90.8%

〔図表 4-21〕 各支部に寄せられた「お客様の声」の概要（25年度定点調査まとめ）



ii) サービススタンダード

協会においては、健康保険給付の申請の受付から振込までの期間についてサービススタンダード（所要日数の目標）を10営業日に設定し、サービスの向上を図っています。

サービススタンダードの達成状況については、毎月の実施状況を集計・分析しており、未達成となった支部については、未達成となった理由や問題点を確認し、他支部の取組み事例の紹介等を行うなど全支部の達成率が100%となるよう努めました。

25年度のサービススタンダードの達成率（10営業日以内に振込むことができた割合）は99.97%となり、年間を通して達成率が100%だった支部は32支部でした。また、平均所要日数は7.94日となりました。

今後とも、達成率が100%となるよう、「正確」かつ「丁寧」な事務処理を行い、迅速な支払い、適正な審査に取り組んでまいります。

iii) サービス向上に向けた職員の教育研修

お客様本位のサービスの考え方の徹底や接客技術の一層の向上を図るため、外部講師によるCS（顧客満足）向上推進者研修を実施しました。

研修では、電話対応の際のセルフチェックシートの活用や、繁忙期における対応ブースの増設などの支部独自の取組みについて取り上げ、情報の共有化を図るとともに、支部全体の窓口・電話対応の品質を向上させるため、お客様対応スキルをケーススタディやロールプレイングにより習得しました。あわせて、他社事例及び支部内で他の職員に対して指導していくためのポイント等を習得しました。

iv) 申請書についての取組み

申請書等の様式や記載要領等については、ホームページへの掲載、パンフレットやリーフレットの作成等、加入者及び事業主の皆様にとってわかりやすい情報提供となるように努めるとともに、定期的にお客様の声等を参考にし、加入者の立場に立ち、よりわかり易い様式等への改善を進めています。25年度においては、給付金支給申請書における振込希望口座の口座名義欄の記載方法について、従来、漢字及びフリガナの両方を記載していただいていたが、7月よりフリガナのみ記載に変更しました。

さらに、申請書等を「見やすく」「わかりやすく」「記入しやすく」するため、26年7月から新様式を導入することとしており、そのための検討も25年度に行いました。

また、協会では健康保険給付等について郵送での申請を推進しています。具体的には、ホームページからの申請書のダウンロードや全国のセブンイレブン店舗での「申請書ネットプリント」サービス、または年金事務所等から直接入手した各種申請書に必要事項を記載し、協会各支部に郵送いただければ、協会の窓口に来訪いただかなくても手続きを行うことができます。25年度の申請、届出を郵送で提出いただいている割合は77.2%です。今後も各種広報誌への掲載、関係団体を通じた周知や来訪者、健康保険委員研修会及び日本年金機構が実施する説明会で周知し、引き続き申請・届出の郵送化の促進に努めます。

v) その他の取組み

- ① インターネットによる医療費の情報提供サービスについては、多くの方々に利用していただけるように、ホームページでのご案内や、日本年金機構が事業主の皆様へ送付する保険料納入告知書に関するご案内に同封することの他、26年2月に郵送でお送りした医療費をお知らせする通知の裏面や封筒を活用して周知広報を行っています。25年度中には10,971人の方がIDを取得し利用し、また、利用件数は27,550件で前年度より6,967件増加しています。
- ② 任意継続被保険者の保険料納付方法については、口座振替の利用の推進に努めています。口座振替は毎月の納付の手間が省け、納め忘れによる資格喪失の防止にもなるため、主に資格取得申請時にお知らせしながら、口座振替の促進を進めています。
- ③ 医療機関から提出されたレセプトを協会で審査し、医療費が減額査定された結果、医療機関の窓口で加入者の方が支払った一部負担金の額が1万円以上減少する加入者の方に対しては、減額査定された医療費をお知らせしています。25年度では9,218件のお知らせを行っています。

(3) 高額療養費制度の周知

医療機関等の窓口でのお支払いが高額な負担となった場合は、あとから申請いただくことにより自己負担限度額（1日から月末までの1ヵ月単位）を超えた額が払い戻される「高額療養費制度」があります。しかし、あとから払い戻されるとはいえ、一時的な支払いは大きな負担になります。そこで、70歳未満の方の窓口でのお支払い額が高額療養費制度の自己負担限度額を超える場合には、「限度額適用認定証」を被保険者証と併せて医療機関等の窓口に提示すれば、窓口でのお支払いは自己負担限度額までとなります。

協会では、この仕組みを周知するため、ホームページのトップページに「医療費が高額になりそうとき（限度額適用認定証）」アイコンを設け周知を図っている他、リーフレットやポスターで広報を行うとともに、医療機関に協力を依頼し、限度額適用認定証の案内と申請書が一体となったリーフレットを医療機関窓口において配布しています。その結果、25年度の新規交付枚数は878,518枚となり、前年度より61,689枚増加しました。

〔図表 4-22〕 限度額適用認定証の発行件数 25年度（速報値）

	新規交付数 (年度累計)	年度末現在 有効認定証数
限度額適用認定証	848,023	526,267
限度額適用・標準負担額減額認定証	30,495	19,935

一方、「高額療養費貸付制度」の利用は減少しました。限度額適用認定証によって医療機関等の窓口における自己負担限度額を超えた一時的な支払いが不要となることから、25年度の貸付件数は3,857件となり、前年度より4,354件(53.0%)減少しました。

また、「限度額適用認定証」を提示せず医療機関等の窓口でのお支払いが高額となった場合のために、ホームページのトップページに「高額な医療費を支払ったとき(高額療養費)」アイコンを設けて高額療養費制度の周知を図り、なおかつ払い戻しを受けるための申請の目安となるよう、簡易試算を掲載しています。

さらに、高額療養費が未申請である加入者へのサービスとして、あらかじめ必要事項を記載した申請書(ターンアラウンド通知)を送付し、協会に返送していただくことにより、申請漏れの防止を図っており、25年度は234,559件の通知を行いました。なお、高額療養費の自己負担限度額(算定基準額)については、26年度予算編成過程における議論の結果、見直すことが決定し、27年1月から新しい所得区分に応じた自己負担限度額が適用されます。協会としても加入者の皆様に対して、制度改正の内容も含めて引き続き高額療養費制度の周知広報に努めてまいります。

(4) 窓口サービスの展開

各種申請等の受付や相談等の窓口サービスについては、支部窓口のほかに、年金事務所にも窓口を設置しています。

26年3月末現在、年金事務所(分室を含む)315カ所のうち187カ所において窓口を開設しています。25年度は、年金事務所窓口の利用状況や届書郵送化の進捗状況を考慮した結果、25年度は、28年金事務所の窓口を廃止、4年金事務所において開設日や開設時間を縮小しました。

今後も、年金事務所窓口の利用状況や届書郵送化の進捗状況を踏まえて、サービスの低下とならないよう配慮しつつ、年金事務所窓口体制の見直しを図ります。

(5) 被扶養者資格の再確認

健康保険の被扶養者が就職などにより被扶養者でなくなった場合には、資格を解除する届出が必要ですが、この届出が提出されないままとなっているケースがあります。この届出が提出されないと、保険診療における無資格受診が生じ、後日、医療費を返還していただくとともに、加入者でない方が加入者としてカウントされることによって、高齢者医療制度への支援金等(主に加入者の総数に応じて算定)の協会負担が、実態を反映していない過大なものとなります。

このため、毎年、被扶養者資格の再確認を行い、適正な資格の確認を行っています。

25年度は、5月末から6月末にかけて、対象事業所(約110万事業所)へ被扶養者状況リスト等を送付し、被扶養者資格の再確認を依頼しました。依頼に当たっては、説明用リーフ

レットの内容やリストをわかり易く見直した結果、提出率は85.5%(前年度より2.0%増加)となり、約7.0万人の被扶養者解除の届出漏れを確認し、高齢者医療制度への支援金等は約32億円軽減される見込みです。

(6) 柔道整復施術療養費の照会業務の強化

柔道整復療養費については、近年、医療費の伸びを上回る勢いで増加しています。また、不正請求や不正請求が疑われる事案もいくつか報告されていることから、多部位受診や頻回受診の申請書を中心に、加入者の皆様への文書照会により施術内容の確認を実施し、併せて加入者の皆様に対して適正な受診の周知を行うことにより、適正化を図っています。これまでもこうした取組みを実施しており、23年度の支給金額647億円に対し24年度は639億円に減少したことから、25年度においてもこれらの取組みをさらに進め、25年12月末までに66,965件の文書照会を実施しました。その結果、25年度の支給金額は632億円に減少しました。

さらに、柔道整復師からの申請のうち、審査過程において疑義が生じたものについては、保険医療機関等の指導監督業務を担っている地方厚生局に対し、26年3月12日現在、当該疑義内容を225件通報しています。

柔道整復療養費等については、療養費改定及び中・長期的な視点に立った柔道整復療養費の在り方の見直しについて検討を行うために、医療保険部会の下に「柔道整復療養費検討専門委員会」が設置されています。協会としては、こうした柔道整復療養費を巡る不適切な実態を踏まえて、①療養費の改定率(引き下げ)、②療養費の適正化、③医師による同意書の添付義務化等の運用方法の見直し、④行政による指導監督の強化等を図るよう、政府に対して要請しています。

(7) 傷病手当金・出産手当金不正請求の防止

現在協会は、財政状況が厳しい中、傷病手当金等に係る不適切な申請事案に対しては厳格に対処し、不正受給は見逃さない方針で審査を行っています。

傷病手当金、出産手当金等については、不正請求の疑いがある申請等に対応するため、本部及び各支部に設置している「保険給付適正化プロジェクトチーム」を活用し審査・調査の厳格化に取り組んでいます。25年度については、不正請求の疑いがあるデータ740件(傷病手当金473件、出産手当金267件)を抽出し調査しています。

また、傷病手当金、出産手当金の不正受給に対して、協会に与えられた権限では対処困難な事例が存在すること、及び給付の重点化の観点から制度そのもの見直しが必要であり、①支給限度額の設定、②受給のための加入期間の設定、③事業主や保険医療機関等からの協力を円滑に得るため保険者の質問・調査権の法律上の明記などについて従来より厚生労働省に制度改正を要望していました。このうち③については、25年5月の健康保険法等の一部改正法の成立・施行により25年度から(25年5月31日から)厚生労働大臣の事業主への立入検査等の権限が協会に委任されました。これにより、傷病手当金等の現金給付について、

事業主や加入者が標準報酬月額を操作し、不当な傷病手当金を受給することや、雇用実績等の実態のない者からの請求を防止するため、協会自らが事業所を調査することができるようになりました。25年度では、この調査権を活用して40件の立入検査等を実施しましたが、うち、不適正な申請と判断したものが3件、給付申請の取下げに至ったものが2件と徐々に結果が現れています。傷病手当金等の現金給付の不正請求防止については、医療保険部会の審議などを通じて、制度の見直しも視野に引き続き議論していますが、協会としても引き続き、不正請求の防止に努めてまいります。

(8) 資格喪失後受診等による債権の発生防止のための被保険者証の回収強化

加入者の方が、加入者の資格を喪失したにもかかわらず被保険者証を返還せず、その後に被保険者証を使用して給付を受けた場合には、加入者であった方に対し医療費を返還していただくこととなります。

この債権発生を防止するため、協会では被保険者証の回収の催告を行っています。1回目の催告（一次催告）は日本年金機構から行い、これにより回収できなかった方には協会から二次催告（任意継続被保険者であった方については協会から一次催告）を行い、さらには、訪問や電話による催告を実施するなど、一層の回収強化に向け取り組んでいます。

25年度の二次催告以後の回収枚数は、一般被保険者が215,272枚（返納対象枚数341,573枚の63.02%であり、前年度より8.21ポイント増加）、任意継続被保険者分は41,168枚（返納対象枚数59,147枚の69.60%であり、前年度より、5.95ポイント増加）でした。

また、事業所に対しても、被保険者証は退職日までしか使用できないことや資格喪失届等への被保険者証の添付を徹底していただくことについて、健康保険委員研修会や広報チラシ等で周知するとともに、加入者の皆様に対しても、退職日に被保険者証を事業所へ返却しなければならないことや、退職後に被保険者証を使用すると、後日、医療費を返還していただくことになる旨のポスターを作成し、医療機関へ掲示依頼を行うなど、広く周知しています。

(9) 積極的な債権管理回収業務の推進

前述の取組みにもかかわらず、発生した債権（前述の資格喪失後受診による返納金以外に、給付事由が第三者の行為によって生じる損害賠償金を含む）については、支部毎に回収目標値を設定し、債権回収業務を実施しています。特に新規発生の返納金や債権額が比較的高額で損害保険会社関係する損害賠償金などについては、重点的に早期回収に努めており、債権を発生原因、債権額、納付約束等に分類し、それらに応じた文書や電話、訪問等の納付催告を実施しています。

さらに、納付拒否者に対しては、法的手続きによる支払督促等を全支部で実施しており、25年度は510件実施しました。

〔(図表 4-23) 法的手続きによる支払督促等の実施件数〕

	24 年度	25 年度
支払督促	292 件	506 件
通常訴訟	6 件	2 件
少額訴訟	1 件	2 件
合計	299 件	510 件
債権回収率※	58.36%	59.60%

※回収率は、前年度以降の残高に当年度発生分を加えた債権額に対する、当年度中の回収額（年度末時点）の割合であり、法的手続きによる支払督促等を含めた債権全体の回収率

また、各支部において毎月進捗会議を開催している他、本部においても 10 月と 3 月に支部担当者研修会を、12 月に支部責任者会議を開催し、回収業務のノウハウ習得や各支部における取組み状況に関しての意見交換を行いました。

(10) 健康保険委員の委嘱者数拡大と活動強化

健康保険委員の方々には、加入者及び事業主の皆様と協会とを繋げる重要な橋渡しの役割を担っていただいております。協会の行う健康保険事業に関する広報、相談、各種事業の円滑な推進等にご協力いただいております。また、協会の事業運営に対してご理解、ご協力をいただくため、定期的な情報誌等の発行や、年金事務所との協力・連携による研修会を開催したほか、対話集会等の開催によりご意見をお聴きするなどの取組みを行いました。

委嘱者数については、年金事務所との協力・連携により新規適用事業所説明会等や文書による委嘱勧奨を行った結果、26 年 4 月 1 日現在、84,154 人（前年同月比 12,264 人増）となりました。

また、24 年度からは、ご協力いただいている健康保険委員の永年の活動や功績等に対して、感謝の意を表し、健康保険事業の円滑な推進を図ることを目的として「健康保険委員表彰制度」を実施しております。25 年度においては、理事長表彰 82 人、支部長表彰 307 人の合計 389 人の健康保険委員表彰を実施しました。

(11) 多数回受診への対応

レセプトデータを活用した分析を実施している中で、外来において、同一人物が同一月内に異なる医療機関を多数受診する、あるいは、同一の薬を複数の調剤薬局において受け取るというような、多数回受診が見られます。

このような受診は、医療上の必要性からやむを得ない場合もありますが、必要以上に医療機関を受診している場合には、患者自身も重複する検査や投薬により、健康を害する可能性があり、さらに、医療費の増加の一因になります。また、中には、同一人物が受診しているとは考え難い回数を受診や薬の大量入手、処方目的で多数回受診を行うといった不正な受診が疑われるケースまで見受けられます。

25 年度においては、23 年 12 月から 24 年 11 月診療分のレセプトデータから多数回受診の

疑いがある対象者を抽出し、実態を把握するための調査を実施し、各支部の対応や指導状況を確認しました。26年度も引き続き調査を実施するとともに、多数回受診者への適正受診指導について適切な対応を行っていきます。

3. 効果的なレセプト点検の推進

医療機関が保険者に医療費を請求するためのレセプトは社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」）で審査されていますが、協会では支払基金において審査されていない事項等について保険者として資格・外傷・内容点検を行い、医療費の適正化を進めています。

i) 内容点検について

①実績

25年度における被保険者1人当たりの内容点検効果額は1,093円で、24年度と比較して83円（7.0%）の減となり、25年度は目標（24年度を上回る）達成となりませんでした。また、被保険者1人当たりの診療内容等査定効果額は269円で、こちらも24年度と比較して32円（10.8%）の減となっています。原因としては、24年度の診療報酬改定項目に対する医療機関の対応や支払基金の一次審査の強化が進み、保険者による点検の効果が出にくくなっている点が挙げられます。また、24年度はシステムを活用した点検を開始したことによる、点検範囲や点検観点が拡大したことから効果額が上がりましたが、25年度はシステムを有効活用していない支部があるなど支部間で点検効果に差が発生し、効果額が伸び悩んでいます。

②25年度における点検効果向上のための取組み

各支部では「レセプト点検効果向上に向けた行動計画（以下「行動計画」）」をそれぞれ策定し、数値目標の達成に向けた各般の取組みを進めています。

25年度においては、24年度の行動計画と取組み結果を分析し、課題の把握、改善事項の検討、自己評価等を行った上で、新たな数値目標（再審査請求件数、診療内容等査定効果額）の設定及び目標達成に向けた行動計画を策定し、4月から行動計画スケジュールに沿って、システムを活用した効率的な点検を実施しました。また、点検員のスキルアップを図るために各支部で、点検員に対して研修を実施しました。

本部においては、支部の行動計画策定の補助を行うとともに、進捗報告書から実施状況を確認し、各支部に行動計画の実施に当たっての助言を行ったほか、各支部を直接訪問し、レセプト点検業務に関するヒアリングを実施しました。また、点検効果向上のため、システムの活用が進まない支部に対しては助言やシステムの操作指導等、個別に指導を実施しました。支部の規模に応じて開催したブロック会議ではヒアリングシートに基づいて行動計画の実施状況を確認し、課題の解決を図りました。

また、5月に新規採用レセプト点検員を対象とした研修、6月から7月にかけて中上級レベルのレセプト点検員に対してスキルアップ研修を実施するとともに、掲示板を活用した審査事例検討（Q&A）を行い点検技術の底上げを図りました。また、レセプト点検員の勤務成績に応じた実績評価を実施することで、実績向上への貢献に報いるとともに更なる実績の

向上を目指しています。

26年度は、各支部からの行動計画の進捗報告や個別指導におけるヒアリング結果等から明らかになった課題を基に、点検効果向上のために全支部統一した基本方針を示した上で施策を実施していきます

③その他の取組み

24年度に3支部で実施したオンラインレセプトの一部外注化については、点検効果額が外注化前（前年同期）と比較して8.6%向上（2億4,207万円から2億6,281万円と2,074万円の増加）したため、25年度においては実施支部を15支部に拡大して、実施（26年1月から1年間の予定）しています。

支部の内容点検を充実させるとともに、レセプト点検員が委託業者のノウハウを取得・活用した点検スキルの向上、競争意識の促進を図ることで点検効果額を更に上げることとしています。

〔図表4-24〕内容点検効果額の推移

		23年度	24年度	25年度
被保険者1人当たり	内容点検効果額	1,079円	1,176円	1,093円
	診療内容等査定効果額	288円	301円	269円
加入者1人当たり	内容点検効果額	609円	667円	624円
	診療内容等査定効果額	163円	171円	154円

ii) 資格点検について

資格点検では、保険診療時における加入者の資格の有無を確認し、資格喪失後に受診した医療費の回収を行うための点検を実施しています。25年度の被保険者1人当たりの資格点検の効果額は1,803円となり、24年度と比較して109円（5.7%）の減となりますが、23年10月から支払基金において実施されている「オンラインによる請求前資格確認」、24年4月診療分より電子レセプトへの記録が義務化された算定日情報を活用した資格点検に加えて、前述（「2-（8）資格喪失後受診等による債権の発生防止のための被保険者証の回収強化」）の通り、加入者資格を喪失した方による受診を防止する取組みを進めているため、資格点検の効果は減少傾向にあります。

25年度に被保険者証の窓口確認の有無や診療日等について医療機関に照会を実施した件数は699,968件となり、照会件数は昨年度より減少（38,014件の減）しています。

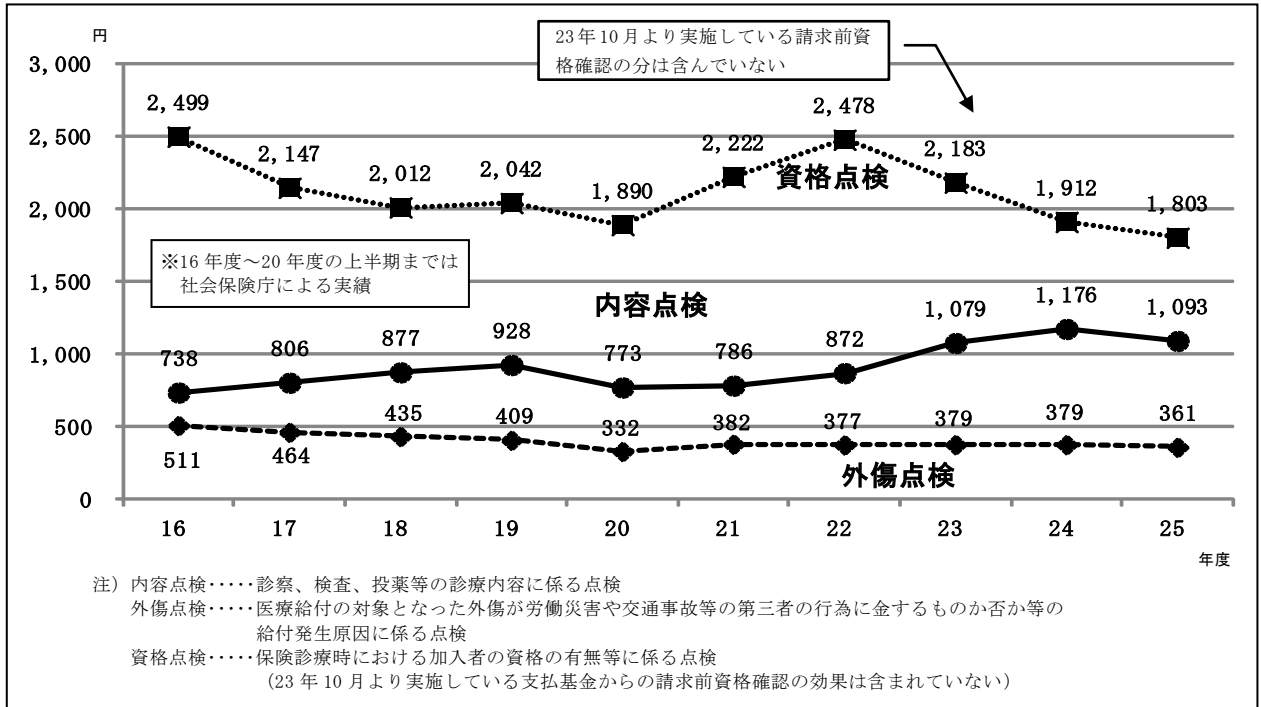
iii) 外傷点検について

外傷点検では、医療給付の対象となった傷病が業務上、または通勤災害に該当していないか、あるいは、交通事故等の第三者の行為に起因するものか否かを負傷原因の照会（25年

度の照会件数は 223, 427 件) 等により確認する点検を実施しています。また、第三者の行為に起因する場合は保険者負担分を損害保険会社等に求償しています。

25 年度の被保険者 1 人当たりの外傷点検効果額は 361 円となりました。

[(図表 4-25) 被保険者 1 人当たりレセプト点検効果額の推移]



[(図表 4-26) 各支部における点検効果額 (被保険者 1 人当たり効果額 (円))]

	資格点検		外傷点検		内容点検			
	被保険者 1人当たり	加入者 1人当たり	被保険者 1人当たり	加入者 1人当たり	被保険者 1人当たり	加入者 1人当たり	診療内容等査定効果額	
							被保険者 1人当たり	加入者 1人当たり
北海道	1,715	973	357	202	1,153	654	463	263
青森	1,599	928	353	205	942	547	139	81
岩手	1,750	1,037	257	153	903	535	299	177
宮城	1,900	1,103	273	158	1,585	920	326	189
秋田	1,852	1,084	207	121	2,995	1,753	225	131
山形	2,010	1,205	277	166	1,228	736	271	162
福島	1,830	1,069	263	153	757	442	213	124
茨城	1,521	886	424	247	1,386	807	486	283
栃木	1,183	687	293	170	996	579	252	146
群馬	1,823	1,020	240	134	346	194	182	102
埼玉	1,629	924	276	156	784	445	265	150
千葉	1,866	1,084	393	228	1,143	664	237	138
東京	1,498	911	204	124	2,031	1,235	174	106
神奈川	1,966	1,140	254	147	570	331	285	166
新潟	1,558	902	302	175	834	483	210	122
富山	1,932	1,158	363	217	948	568	177	106
石川	1,804	1,061	364	214	1,426	839	178	105
福井	1,834	1,084	331	196	913	540	230	136
山梨	1,909	1,079	328	186	971	549	191	108
長野	1,674	960	331	190	784	450	250	143
岐阜	1,392	763	461	253	1,136	623	215	118
静岡	1,791	1,047	320	187	593	347	219	128
愛知	1,279	716	437	245	821	460	230	129
三重	1,725	987	689	395	1,380	790	236	135
滋賀	1,853	1,034	341	190	726	405	229	128
京都	2,024	1,137	431	242	687	386	245	138
大阪	2,098	1,147	414	226	1,038	568	235	129
兵庫	1,403	778	392	217	1,137	630	298	165
奈良	2,229	1,183	465	247	725	385	273	145
和歌山	2,216	1,208	558	304	1,823	993	315	172
鳥取	2,865	1,688	385	227	811	478	342	202
島根	2,050	1,202	176	103	631	370	335	197
岡山	2,509	1,436	498	285	460	264	300	172
広島	2,266	1,275	411	231	764	430	204	115
山口	2,028	1,169	435	251	1,164	671	291	168
徳島	1,766	1,025	410	238	1,350	783	277	161
香川	2,025	1,158	482	276	1,251	715	184	105
愛媛	1,763	984	557	311	939	524	301	168
高知	2,061	1,208	341	200	938	550	420	246
福岡	2,074	1,157	429	240	867	484	498	278
佐賀	2,668	1,499	721	405	917	515	514	289
長崎	2,355	1,324	342	192	920	517	356	200
熊本	2,108	1,210	395	227	1,062	609	259	149
大分	2,086	1,176	298	168	954	538	151	85
宮崎	1,950	1,105	392	222	1,006	570	241	137
鹿児島	1,647	918	479	267	1,265	705	298	166
沖縄	1,649	852	280	145	1,077	556	207	107
合計	1,803	1,030	361	206	1,093	624	269	154

4. 保健事業

保健事業は、加入者の皆様の健康の保持増進を図るための協会の事業の重要な柱であり、効果的かつ効率的な保健事業を展開することが、将来の医療費の抑制につながります。

健診及び保健指導を中核として、その他の保健事業を適切に組み合わせ、保健事業を総合的に推進していきます。

(1) 第二期特定健康診査等実施計画の策定と実施概要

生涯にわたって生活の質を維持・向上させるためには、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置いた取組みが重要であり、こうした重症化等を防ぐ取組みを推進することが喫緊の課題となっています。

これらを背景に、20年4月から高齢者の医療の確保に関する法律により、40歳以上の加入者に対する特定健康診査（以下「特定健診」）及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある方に対する特定保健指導の実施が医療保険者に義務づけられました。

協会では24年9月に国から示された「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指針についての一部改正」の指針に沿って、25年度から29年度までの間を「第二期特定健康診査等実施計画」（以下「第二期実施計画」）と定め、25年4月1日に公表し、実施にあたっています。

20年度から24年度までに実施した「第一期特定健康診査等実施計画」（以下「第一期実施計画」）の実行における生活習慣病予防健診や事業者健診データの取得については、各種取組みの効果により実施率、取得率は着実に向上してきたものの、被扶養者の特定健診実施率や保健指導の実施率については目標値を大きく下回る結果となりました。第二期実施計画においては、第一期実施計画で実施率が大きく伸びなかった原因やその背景等も含めて課題を整理するとともに、協会の医療費動向等についても併せて記載しました。これらを総合的に勘案し、特定健診等の実施率目標について以下（図表4-28）のとおり定めました。

なお、目標値の設定にあたっては、厚生労働大臣が定めた基本指針での協会の実施率目標を尊重し、協会のポテンシャル（潜在能力）を最大限に引き出すことにより達成しうる挑戦可能な目標値として設定しています。

協会では、これらの目標値に向かって、本部・支部一体となって特定健診及び特定保健指導を最大限推進するとともに、健診の結果、要治療域と判断されながら治療していない方に対して、確実に医療に繋げることにより生活習慣病の重症化を防ぎ、加入者の皆様のQOLの維持・向上、さらに医療費適正化を図る取組みも進めることとしています。

[(図表 4-27) 第二期実施計画の概要]

全国健康保険協会管掌健康保険 第二期特定健康診査等実施計画(概要)

序章 特定健康診査及び特定保健指導の実施について

糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)に着目した特定健康診査等の実施が保険者に義務付けられているなど、特定健康診査等を実施する背景などを記載しています。

実施にあたっては、高確法第 19 条で、保険者は、五年を一期として特定健康診査等の実施に関する計画「特定健康診査等実施計画」を定めることとされており、今般、協会けんぽの実施計画を策定した旨、また、協会けんぽの医療費の動向や平成 23 年度までの実施状況に係る課題等も記載しています。

第 1 章 特定健康診査等の実施目標について

厚生労働大臣が定めた「特定健康診査等基本指針」で示された協会けんぽの実施率目標(特定健康診査 65%、特定保健指導 30%)を十分尊重し、協会けんぽのポテンシャルを最大限に引き出すことにより達成しうる挑戦可能な目標値を設定した旨など、実施率目標の考え方を記載しています。

	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度	29 年度
特定健康診査	46.1% 7,074 千人	50.7% 7,794 千人	55.4% 8,514 千人	60.1% 9,235 千人	65.0% 9,985 千人
特定保健指導	10.4% 147 千人	10.1% 158 千人	10.1% 173 千人	9.9% 184 千人	9.4% 189 千人

第 2 章 特定健康診査等の実施方法について

- ① 特定健康診査等の実施場所、実施項目、実施時期又は期間等に関する事
 - ② 特定健康診査等の外部委託契約の形態及び委託先の選定の考え方
 - ③ 特定健康診査等の周知方法や案内方法等に関する事
 - ④ 事業者健診データを受領する方法に関する事
 - ⑤ 受診券及び利用券の交付時期や発券方法等に関する事
 - ⑥ 標準的な関係スケジュールについて
- 等、具体的な実施方法について記載しています。

第 3 章 個人情報の保護について

記録の保存方法、管理体制等について、「全国健康保険協会個人情報管理規程」及び「全国健康保険協会情報セキュリティ規程(情報セキュリティポリシー)」等に基づき適切な管理を行う旨を記載しています。

第 4 章 特定健康診査等実施計画の公表・周知について

協会けんぽのホームページに掲載するとともに、特定健康診査等の普及啓発については、保険者協議会等において他の保険者や地方自治体等と共同した実施や協会けんぽ独自のパンフレット等を配布する。また、メディア、イベント等を活用するなど幅広く行う旨を記載しています。

第 5 章 特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて

毎年度の目標達成状況等を評価し、平成 27 年度において、それまでの実績やその時点の取組み状況を勘案し計画の見直しを行う旨を記載しています。

[(図表 4-28) 第二期実施計画における目標実施率と対象者数]

(特定健康診査)

区 分		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
被保険者	対象者数	11,297,373 人				
	実施率	56.5%	62.3%	68.1%	73.9%	80.0%
	実施者数	6,383,016 人	7,038,264 人	7,693,511 人	8,348,758 人	9,037,898 人
	生活習慣病予防健診	50.1%	53.8%	57.5%	61.2%	65.0%
		5,659,984 人	6,077,987 人	6,495,989 人	6,913,992 人	7,343,292 人
	事業者健診	6.4%	8.5%	10.6%	12.7%	15.0%
		723,032 人	960,277 人	1,197,522 人	1,434,766 人	1,694,606 人
被扶養者	対象者数	4,063,079 人				
	実施率	17.0%	18.6%	20.2%	21.8%	23.3%
	実施者数	690,723 人	755,733 人	820,742 人	885,751 人	946,697 人
合 計	対象者数	15,360,452 人				
	実施率	46.1%	50.7%	55.4%	60.1%	65.0%
	実施者数	7,073,739 人	7,793,997 人	8,514,253 人	9,234,509 人	9,984,595 人

(特定保健指導)

区 分		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
被保険者	対象者数	1,353,199 人	1,492,112 人	1,631,024 人	1,769,937 人	1,916,034 人
	実施率	10.8%	10.4%	10.5%	10.2%	9.7%
	実施者数	145,760 人	155,830 人	170,900 人	180,970 人	185,970 人
被扶養者	対象者数	63,547 人	69,527 人	75,508 人	81,489 人	87,096 人
	実施率	2.3%	2.5%	2.8%	3.1%	3.5%
	実施者数	1,465 人	1,758 人	2,110 人	2,532 人	3,038 人
合 計	対象者数	1,416,746 人	1,561,639 人	1,706,533 人	1,851,426 人	2,003,131 人
	実施率	10.4%	10.1%	10.1%	9.9%	9.4%
	実施者数	147,225 人	157,588 人	173,010 人	183,502 人	189,008 人

- ・対象者数は年度末現在の見込み数値である。
- ・実施者数については費用請求ベースであり、年度内の喪失者等も含まれているため国が集計する実施者数とは相違する。
- ・特定保健指導は各年度内に 6 ケ月評価まで終了の方の数値である。

(2) 特定健康診査及び特定保健指導等の推進

i) 健診

【被保険者の健診】

被保険者の健診については、メタボリックシンドロームに着目した特定健診の項目を含む生活習慣病予防健診を実施（健診費用の一部を協会が負担）しています。

① 実績と実施率向上のための取組み

25 年度の 40 歳以上の被保険者の健診受診率は 45.7% となっており、24 年度の受診率 44.3% と比較して 1.4% ポイントの増、受診者数では 552 万 3 千人の方が受診し、36 万 2 千人、7.0% の増加となっています。25 年度の目標である 50.1% には達していないものの、着実に向上してきていると考えております（各支部の状況は図表 4-35 のとおり）。

25 年度は第二期実施計画の初年度であることを踏まえ、第一期実施計画での課題を整理

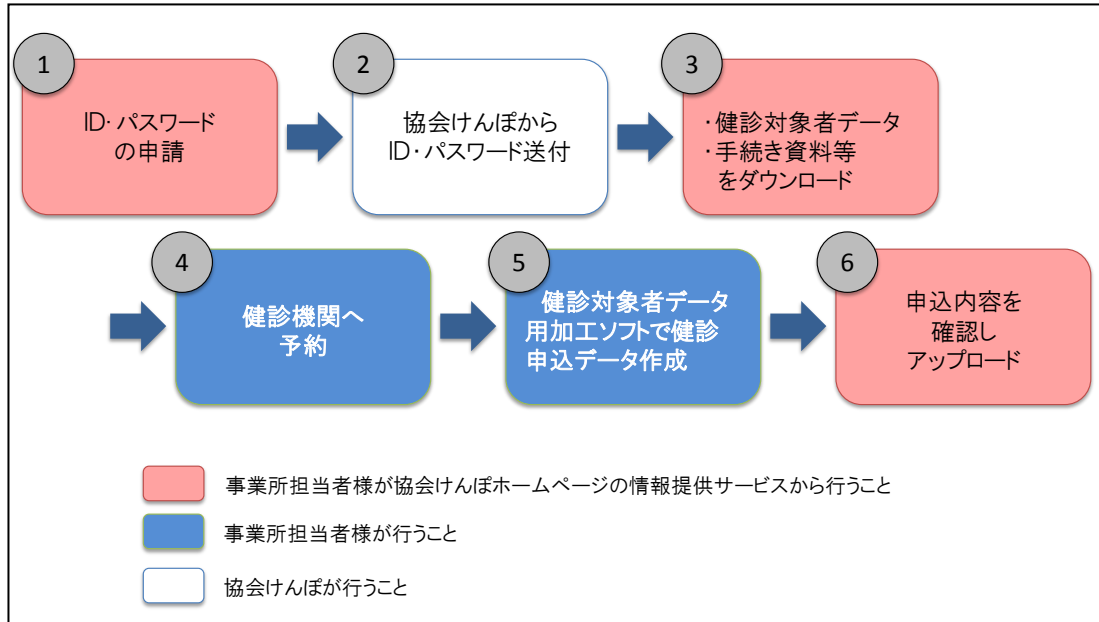
し、加入者にとって健診を受けやすい環境整備を進めていくなど、22年度に取りまとめた保健事業推進検討会報告書の「生活習慣病対策として、特定健診及び特定保健指導を最大限に推進する」という基本方針に基づき、加入者や事業所の皆様の利便性向上や事務負担軽減を目的に様々な取組みを行ってきました。

健診実施機関については、受診者の受入れ拡大と利便性の向上を図るため、新たな健診実施機関との間で交渉を進めました。その結果、25年度における健診実施機関は前年度比48機関増の2,848機関となりました。

また、事業所の皆様の受診手続きの軽減を図る取組みとして、23年4月より協会の情報提供システムを利用した健診対象者データのダウンロードサービスを開始し、24年4月からはダウンロードした健診対象者データを活用したインターネット上での健診申込みを開始しました。25年度はインターネットでの健診申込みについて、9,230事業所(533,033人)にご利用いただき、24年度と比べて事業所数で67.2%、申込者数で62.9%の増となりました。26年度についても更なる利用増が見込まれています。

また、生活習慣病予防健診申込みの受付開始については、「健診の申込みを早く行いたい」等の事業所からの要望を踏まえ、25年度から1カ月前倒しし、3月から受付を開始しています。

〔図表4-29〕インターネットを利用した健診申込みの流れ



② 事業者健診データの取得

労働安全衛生法に基づき行われる事業者健診データの25年度の取得率は4.4%となっており、25年度の目標(6.4%)を下回りました。取得者数は529,310人と前年度比103,774人、24.4%増と着実に増加を図っているものの、全体の取得対象者数が多いことから取得率

自体は0.7%ポイント増と低調なものとなっています。

事業者健診データの取組みについては、24年5月に厚生労働省より事業主団体に対し発出された、医療保険者が事業者健診データの提供を求めた場合は、事業主は提供しなければならない旨の通知、また、都道府県の地方労働局長に対し、事業主から医療保険者への情報提供が円滑に進むよう適切な対応を依頼する旨の通知が発出されました。協会ではその通知を活用して、都道府県の地方労働局と連携して事業者健診データの取得勧奨を実施しています。25年度においては、39支部においては地方労働局等との連名による勧奨通知を事業主に送付しました。26年度においては、全支部で地方労働局等との連名による勧奨通知を事業主に送付する予定としております。

更に、厚生労働省により、健診受診率の向上などに向けた「健康づくり大キャンペーン」の一環として、9月が「職場の健康診断実施強化月間」と位置付けられたことから、地方労働局と連携を図り取得勧奨の強化を図りました。

しかしながら、地方労働局との連名による文書や電話による勧奨、支部職員による事業所訪問等を実施しているにもかかわらず、取得率が伸びない要因としては、他の医療保険者と違い、協会と事業所との関わりが希薄であるため勧奨効果が低いこと、事業所から協会に対して被保険者の健診情報を提供することは個人情報保護に関して問題はないものの、その理解が広がっておらず、依然として提供することについて躊躇する事業所があること、健診データを提供することによる事業所へのメリットを感じていただけないことなど、制度に対する理解が十分得られないことなどによるものと考えています。

このような課題の中、26年度に向けては、直接事業者健診を実施している健診機関等からの事業主への勧奨が効果的と考えられることから、健診機関等で健診データ取得勧奨によりデータ提供した場合には、新たに700円を上限に費用を支払うことを（上限額はXML形式は700円、CSV形式は350円（いずれも税込み））を決定し支部、健診機関等が一体となった取得勧奨の強化を図ります。

③ その他の健診

その他の健診として、一般健診を受診される被保険者の方のうち一定の年齢要件等を満たされる方で希望される方には付加健診、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。

付加健診は、40歳及び50歳の方を対象に一般健診に加えてさらに検査項目を増やし、病気の早期発見や生活習慣改善などの健康管理に活かします。25年度の付加健診実施者数は195,809人で、24年度と比較すると14,648人、8.1%の増加となりました。

乳がん・子宮頸がん検診は、偶数年齢の女性を対象に乳がん、子宮頸がんの早期発見を目的に行っています。25年度の実施者数は、乳がん検診444,311人、子宮頸がん検診644,273人と、24年度と比較するとそれぞれ28,208人、6.8%、37,595人、6.2%の増加となっています。

肝炎ウイルス検査は、肝炎ウイルス（B型及びC型）への感染の有無を調べるための検査

です。25年度の肝炎ウイルス検査受診者数は147,734人で、24年度と比較すると8,630人、5.5%の減少となりました。これは、肝炎ウイルス検査は生涯に1回だけ受診していただくこととなっており、既に多くの方が受診されていることが原因ではないかと考えています。

〔図表4-30〕被保険者の生活習慣病予防健診の概要

	主な検査内容	対象者	自己負担	手続
一般健診	問診、触診、身体計測、視力・聴力測定、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・胃部レントゲン検査、心電図検査など	35歳～74歳の方	最高6,843円	受診希望の健診機関に予約後、お勤め先を通じて支部へ申込みます（任意継続被保険者の方は、支部へ直接申し込みます）
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歳の方、50歳の方	最高4,583円	
乳がん・子宮頸がん検診	乳がん 問診、視診、触診、乳房エックス線検査 子宮頸がん 問診、細胞診	<ul style="list-style-type: none"> ・一般健診を受診される40歳～74歳の偶数年齢の方 ・36歳、38歳の一般健診を受診される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1,666円 40歳～48歳 最高2,240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630円を引いた金額 子宮頸がん検診のみ 最高630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595円	

〔（図表 4-31）健診の実績〕

	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	増減
健診実施率（40 歳～74 歳）	40.9%	42.7%	44.3%	45.7%	1.4%ポイント
一般健診（40 歳～74 歳）	4,567,350 人	4,839,097 人	5,161,407 人	5,523,436 人	362,029 人
一般健診（35 歳～39 歳）	1,014,002 人	1,067,167 人	1,110,189 人	1,139,124 人	28,935 人
付加健診	155,752 人	168,200 人	181,161 人	195,809 人	14,648 人
乳がん検診	377,007 人	400,385 人	416,103 人	444,311 人	28,208 人
子宮頸がん検診	562,948 人	588,865 人	606,678 人	644,273 人	37,595 人
肝炎ウイルス検査	194,268 人	167,451 人	156,364 人	147,734 人	▲8,630 人
事業者健診取得者数	131,024 人	246,807 人	425,536 人	529,310 人	103,774 人
健診実施機関	2,620 機関	2,711 機関	2,840 機関	2,888 機関	48 機関

平成 26 年 5 月 30 日集計

【被扶養者の特定健診】

主として内臓脂肪型肥満に着目した保健指導対象者を抽出して、対象者が有するリスクの数に応じた保健指導を行うことを目的とし、40 歳以上の被扶養者に対し特定健診を実施しています。

25 年度の被扶養者の特定健診の受診率は 17.7%となり、24 年度と比べて 2.8%ポイントの増加、受診者数は 734,676 人と 24 年度と比べて、125,033 人、20.5%の増加となり、25 年度の目標（17.0%）を上回りました（各支部の状況は図表 4-35 のとおり）。

25 年度に受診率が向上した原因として、従来は事業所及び被保険者を經由して配布していた特定健診の受診券（約 420 万枚）については、確実に本人の手元に届くように自宅（被保険者宅）に直接送付する方法に見直しました。

また、25 年度の特定健診に要する費用の協会補助額について、5,400 円から 6,325 円に大幅に引上げを行い自己負担額の軽減を図ったことが受診率の向上に繋がったと考えています。

〔（図表 4-32）特定健診の実績〕

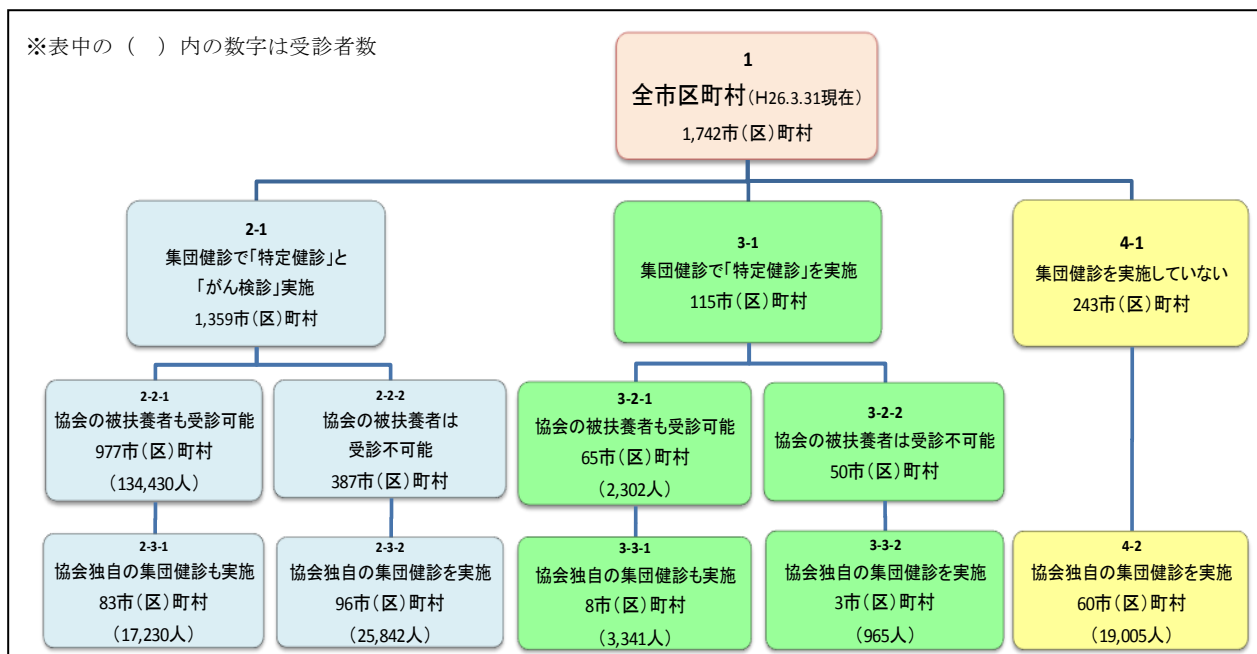
	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	増減
実施率	13.1%	13.8%	14.9%	17.7%	2.8%ポイント
受診者数	536,665 人	560,864 人	609,643 人	734,676 人	125,033 人
年度末対象者数	4,083,780 人	4,074,884 人	4,093,593 人	4,156,086 人	62,493 人

平成 26 年 5 月 30 日集計

更に、被扶養者の特定健診については、市区町村のがん検診との同時実施を推進するため、都道府県がん対策主管課や他の医療保険者と連携を図り、加入者の皆様に対し同時実施が可能な健診機関情報等をホームページに掲載するとともに、未実施となる地域では市区町村に対して直接協力依頼を行ったほか、保険者協議会を通じ、特定健診とがん検診の同時実施に

関する協力依頼を行いました。一方で、市区町村のがん検診と同時実施ができない地域を中心に協会主催で実施した集団健診の結果が効果的であったため、全国的に取組みを進めています。

[(図表 4-33) 特定健診とがん検診の同時実施状況について (25 年度)]



また、滋賀支部で25年度の協会主催の集団健診の際に実施した「骨密度測定等」の健康増進に資する項目を追加実施するオプション健診が特定健診の受診率向上に効果的であったことから、厚生労働省では、滋賀支部の取組みを参考に26年度高齢者医療制度円滑運営事業の国庫補助の中で、「被扶養者の健診受診率向上に向けたオプション健診事業」を補助事業として位置け取組みを推奨しています。協会においても滋賀支部の取組みを参考に、26年度は全国的に集団健診の実施を進めていきたいと考えています。

[(図表 4-34) 被扶養者の特定健康診査 (特定健診) の概要 (25 年度)]

検査内容	対象者	費用負担	手続
(基本健診) 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 (医師の判断により貧血検査、眼底検査、 心電図検査を実施)	40歳から74歳	健診費用総額のうち 6,235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。

[(図表 4-35) 各支部における健診等の実施状況]

	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)		事業者健診結果取得		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	245,646人	40.6%	25,747人	4.3%	29,474人	12.5%	300,867人	35.7%
青森	76,330人	50.9%	11,504人	7.7%	9,604人	18.5%	97,438人	48.3%
岩手	58,180人	38.8%	17,675人	11.8%	8,851人	19.0%	84,706人	43.1%
宮城	132,672人	58.0%	23,577人	10.3%	20,600人	26.0%	176,849人	57.4%
秋田	54,141人	44.1%	10,476人	8.5%	8,968人	19.9%	73,585人	43.8%
山形	87,744人	63.7%	12,301人	8.9%	14,497人	35.1%	114,542人	64.0%
福島	114,468人	52.9%	8,406人	3.9%	13,937人	20.4%	136,811人	48.0%
茨城	98,173人	47.0%	4,831人	2.3%	15,550人	23.0%	118,554人	42.9%
栃木	84,954人	51.3%	3,843人	2.3%	9,873人	18.0%	98,670人	44.7%
群馬	100,520人	51.6%	2,209人	1.1%	13,253人	19.2%	115,982人	44.0%
埼玉	137,726人	35.9%	6,377人	1.7%	19,317人	14.8%	163,420人	31.8%
千葉	127,461人	46.9%	10,036人	3.7%	15,793人	17.7%	153,290人	42.5%
東京	483,922人	36.8%	40,204人	3.1%	75,705人	17.7%	599,831人	34.4%
神奈川	212,946人	46.3%	6,836人	1.5%	22,259人	14.9%	242,041人	39.7%
新潟	169,108人	59.6%	12,610人	4.4%	24,022人	25.9%	205,740人	54.6%
富山	84,843人	58.6%	13,997人	9.7%	8,723人	21.8%	107,563人	58.2%
石川	72,124人	48.8%	20,090人	13.6%	9,627人	22.2%	101,841人	53.2%
福井	56,970人	55.2%	8,783人	8.5%	4,682人	16.2%	70,435人	53.4%
山梨	54,495人	65.1%	3,434人	4.1%	8,422人	30.5%	66,351人	59.6%
長野	101,809人	46.4%	13,702人	6.2%	11,302人	17.1%	126,813人	44.4%
岐阜	119,577人	50.4%	18,003人	7.6%	15,604人	18.2%	153,184人	47.4%
静岡	173,659人	50.9%	13,338人	3.9%	18,257人	17.7%	205,254人	46.2%
愛知	286,883人	39.5%	43,826人	6.0%	43,900人	16.6%	374,609人	37.8%
三重	93,263人	56.7%	6,894人	4.2%	9,426人	17.0%	109,583人	49.8%
滋賀	61,647人	55.8%	5,848人	5.3%	9,562人	24.1%	77,057人	51.3%
京都	142,586人	51.5%	3,445人	1.2%	15,400人	15.0%	161,431人	42.6%
大阪	308,475人	31.8%	25,074人	2.6%	61,003人	15.8%	394,552人	29.1%
兵庫	211,983人	45.8%	3,055人	0.7%	28,366人	16.4%	243,404人	38.3%
奈良	36,927人	38.3%	5,869人	6.1%	7,084人	17.2%	49,880人	36.3%
和歌山	47,011人	48.5%	1,475人	1.5%	4,838人	13.3%	53,324人	40.0%
鳥取	31,465人	44.6%	5,473人	7.8%	2,864人	13.8%	39,802人	43.6%
島根	53,350人	58.0%	3,707人	4.0%	5,386人	19.6%	62,443人	52.3%
岡山	109,619人	47.2%	15,200人	6.6%	12,782人	17.2%	137,601人	44.9%
広島	155,948人	45.2%	20,645人	6.0%	18,349人	16.0%	194,942人	42.4%
山口	68,056人	45.2%	12,351人	8.2%	8,999人	18.3%	89,406人	44.7%
徳島	36,967人	41.3%	6,062人	6.8%	6,412人	21.7%	49,441人	41.5%
香川	56,180人	44.1%	6,178人	4.9%	8,974人	21.7%	71,332人	42.3%
愛媛	88,918人	52.8%	4,758人	2.8%	10,909人	18.4%	104,585人	46.0%
高知	51,841人	57.3%	3,478人	3.8%	4,586人	17.5%	59,905人	51.3%
福岡	284,536人	49.4%	20,399人	3.5%	29,205人	13.8%	334,140人	42.4%
佐賀	48,733人	49.8%	3,574人	3.7%	6,491人	19.4%	58,798人	44.8%
長崎	67,108人	43.1%	6,774人	4.3%	8,132人	15.3%	82,014人	39.3%
熊本	107,768人	53.7%	6,976人	3.5%	10,645人	17.2%	125,389人	47.7%
大分	80,625人	57.0%	7,397人	5.2%	10,893人	22.2%	98,915人	51.9%
宮崎	68,040人	51.9%	4,117人	3.1%	6,849人	17.0%	79,006人	46.1%
鹿児島	93,451人	46.7%	15,334人	7.7%	13,025人	20.1%	121,810人	46.0%
沖縄	84,588人	57.2%	3,422人	2.3%	12,276人	22.6%	100,286人	49.6%
合計	5,523,436人	45.7%	529,310人	4.4%	734,676人	17.7%	6,787,422人	41.8%

ii) 保健指導

25年度から29年度までについては、健康診査と同様に、国の基本指針を受けて協会内でまとめた基本方針及び協会が自ら作成した第二期実施計画に沿って、特定保健指導を最大限に推進することとしています。

特定保健指導の対象者は、特定健康診査受診者の約20%であるため、特定健康診査の受診率が増加するに伴って対象者数も増加し、29年度の特定健康診査の受診率が目標の65%（実施者数約1千万人）を達成した場合には、29年度の特定保健指導の対象者は200万人超となります。また、国の基本方針では、29年度の協会けんぽの特定保健指導目標率は30%とされているため、協会は60万人に対して特定保健指導を行う実施者となります。これは実現可能とは言い難い目標であります。そのため、協会けんぽのポテンシャル（潜在能力）を最大限引き出すことにより達成しうる挑戦可能な実施人数として、特定保健指導実施者数を毎年増加させることとしています。

（第二期実施計画実施率及び対象者数については、図表4-28を参照）

【 被保険者の保健指導 】

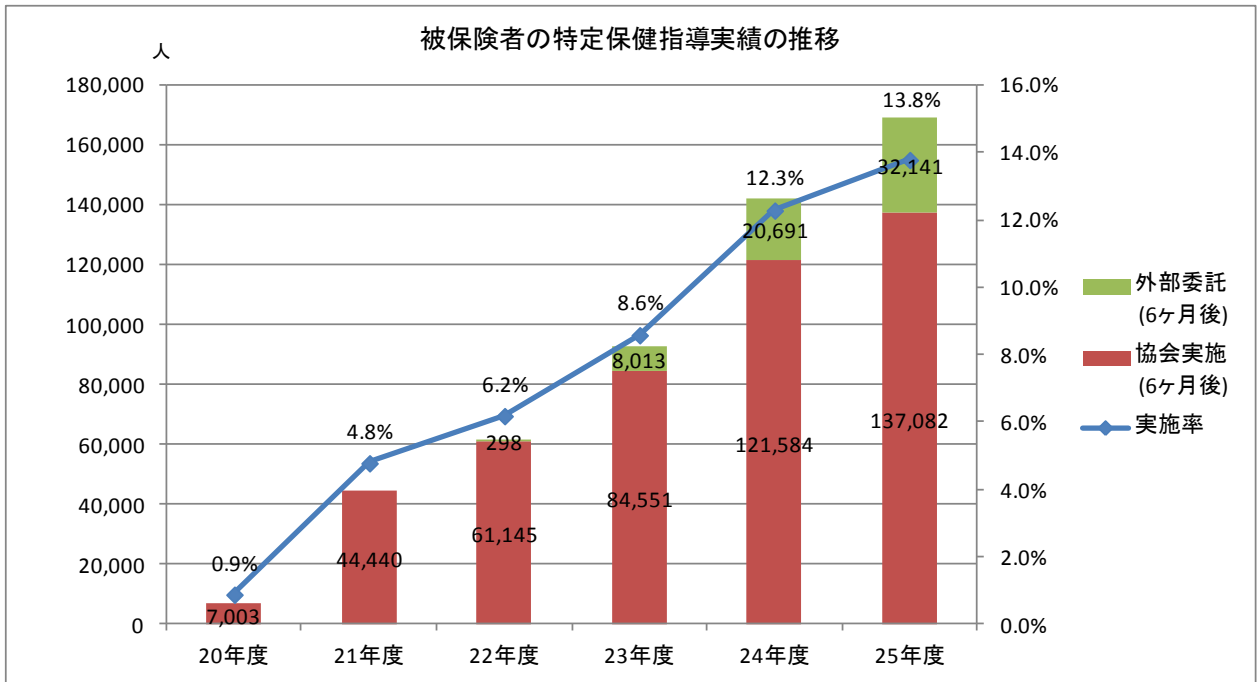
生活習慣病予防健診（特定健診）や事業者健診の結果に基づき、メタボリックシンドロームのリスク数に応じて、生活習慣の改善が必要な方には「特定保健指導」を行っています。また、肥満ではないが高血圧や高血糖、脂質異常症等のリスクがある方や40歳未満の方など、特定保健指導に該当しない方にも保健指導（以下「その他の保健指導」）を実施しています。

被保険者に対する保健指導について、25年度は第二期実施計画の初年度にあたることから、第一期実施計画の取組みや反省を踏まえ、目標達成に向けた特定保健指導の取組みについて最大限の推進を図りました。

25年度における特定保健指導の実績は、訪問事業所数88,722事業所、初回面接265,145人、6カ月後評価169,223人となっており、24年度に比べると、それぞれ訪問事業所で4,300事業所（前年度比5.1%）、初回面接で22,583人（同9.3%）、6カ月後評価で26,948人（同18.9%）と増加しており、実施率については13.8%（同1.5%ポイント）と25年度目標値（10.8%）を大きく上回っています。（協会全体の実績は図表4-36、各支部の実績は図表4-41のとおり）。

一方、25年度は24年度に引き続き特定保健指導に特化したことから、その他の保健指導については90,188人と前年度比で33,651人、27.2%の減少となりました。

[(図表 4-36) 被保険者の保健指導の実績]



(単位：人)

		第一期					第二期	前年度比 (増減)	
		20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度		
特定保健指導	実施率	0.9%	4.8%	6.2%	8.6%	12.3%	13.8%	1.5%ポイント	
	初回 面接	協会実施	75,924	127,092	136,452	178,372	206,284	217,504	11,220
		外部委託	—	—	3,440	21,397	36,278	47,641	11,363
		計	75,924	127,092	139,892	199,769	242,562	265,145	22,583
	6カ月 後評価	協会実施	7,003	44,440	61,145	84,551	121,584	137,082	15,498
		外部委託	—	—	298	8,013	20,691	32,141	11,450
計		7,003	44,440	61,443	92,564	142,275	169,223	26,948	
その他保健指導		540,069	341,603	316,982	212,254	123,839	90,188	▲ 33,651	
保健指導 人員体制	保健師	607	628	606	593	548	523	▲ 25	
	管理栄養士	0	0	22	93	141	170	29	
	計	607	628	628	686	689	693	4	

平成 26 年 5 月 31 日集計

25年度の実施率が目標値を上回る結果となった要因については、事業所訪問時の保健指導を40歳以上の加入者の方に対する特定保健指導に特化して行うことが全支部に徹底されてきたこと、また、保健指導の質の向上により、動機付け支援や積極的支援といった各支援の中断者を減らすことができたこと、支部内で勧奨体制を作り、積極的な事業所訪問を実施したこと、更に、外部委託の拡充などを進めたことなどの理由により目標を達成できたものと考えています。

その一方で、実施率が緩やかにしか向上しない要因としては、協会の加入事業所は中小企業が多く、図表 4-37 のとおり、1事業所あたりの特定保健指導対象者が単一健康保険組合

の平均 45.0 人に対して協会は 0.5 人と非常に少ないこと、また、支部の拠点が都道府県に 1 カ所であるのに対し、事業所は山間部や島しょ部を含め、都道府県内にくまなく広範囲に所在していることから、地理的、構造的にみて効率的な保健指導を実施することが難しいこと、加えて、年々生活習慣病予防健診の受診者が増えていることに伴い保健指導対象者も増加しているのに対し、保健指導を充分に行うためのマンパワーが限られるため、体制面で人員が不足していることなどがあげられます。

〔図表 4-37〕 被用者保険の保険者における 1 事業所当たりの対象者数

＜ 第 8 回 保険者による健診・保健指導に関する検討会（24 年 3 月 22 日）の資料より抜粋 ＞

	事業所数	被保険者数	健診対象者数	1 事業所当たり被保険者数	1 事業所当たり健診対象者数	特定保健指導対象者数	1 事業所当たり保健指導対象者数
単一健保	22, 591	9, 609, 339	7, 498, 872	425. 4	331. 9	1, 015, 055	45. 0
総合	92, 116	6, 111, 414	3, 662, 542	66. 3	39. 8	473, 355	5. 1
協会けんぽ	1, 622, 704	19, 592, 000	13, 150, 489	12. 0	8. 1	847, 652	0. 5

（注）協会けんぽの適用事業所数、被保険者数の計数は、平成 22 年度事業報告参照。

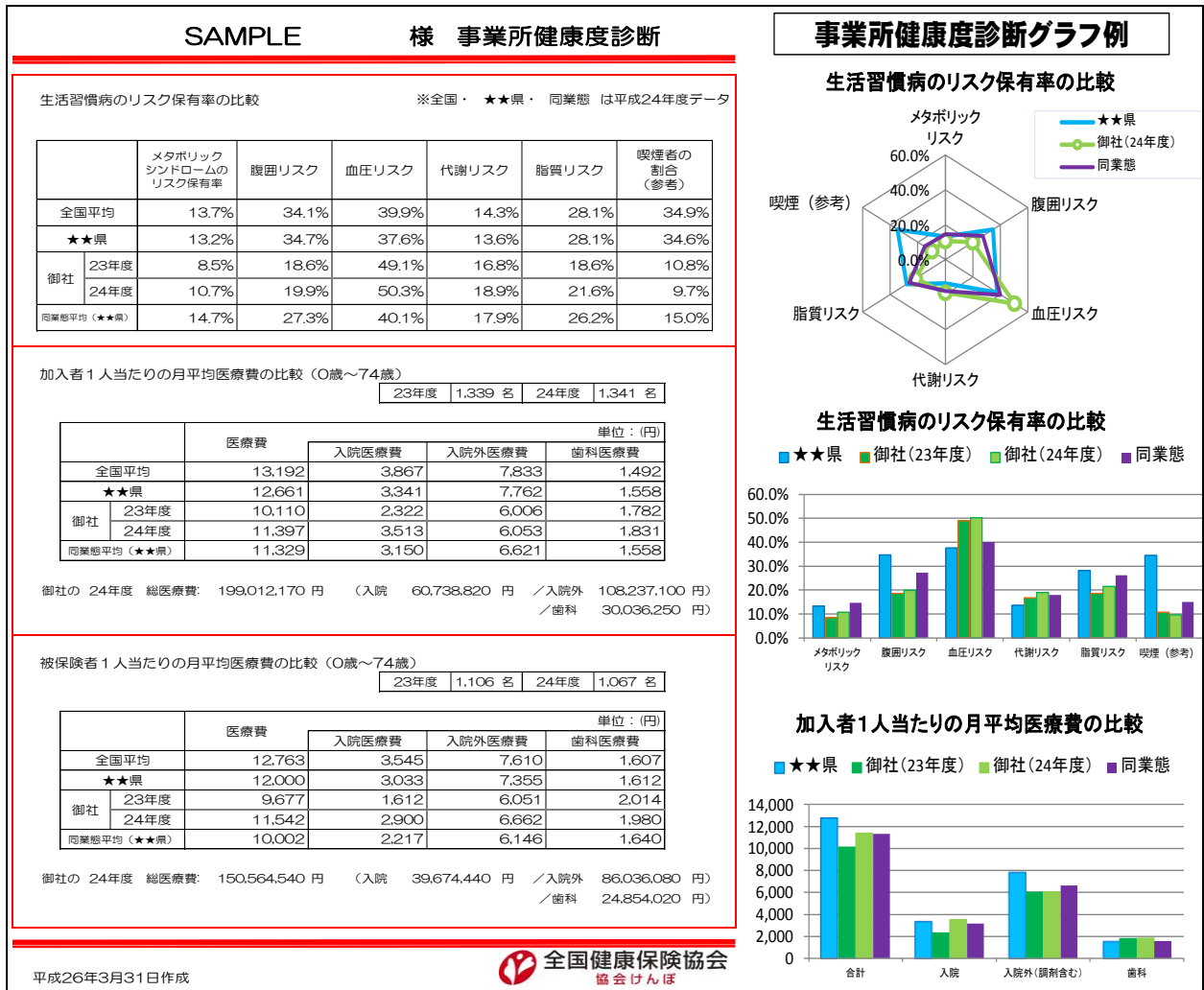
また、協会は、他の被用者保険のように同一会社や同業種単位でなく、保険者側（協会）と被保険者側（事業所、加入者の皆様）との関わり方が希薄であることから、保健指導に対する認知度が他の被用者保険に比べて低く、保健指導の受け入れについての理解が得られ難いことも考えられます。また、他の被用者保険の事業所に比べ、1 事業所あたりの被保険者が少ないことから、就業中の保健指導の実施に対して事業所や事業主のバックアップが受けにくい現状であり、6 カ月間に及ぶ保健指導の継続が難しい状況であることなども実施率が上がらない背景の一つにあげられます。

その他の保健指導について、実施数が減少しているのは、前述のとおり、前年度に引き続き、25 年度においても特定保健指導に特化した取組みを行っていることによるものです。

このように協会が制度上抱える固有の要因や背景があるなかで、25 年度は、協会保健師等による保健指導において、初回面接の機会を多く獲得し、支援の中断を減らし 6 カ月後評価まで繋げることを着実に行ってまいりました。

協会と事業所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、支部の役職員で勧奨体制を作り事業所を訪問しています。その中で、事業主の皆様に対しては、健診結果の内容や事業所の医療費の相対的な位置付けについて認識し、協会を身近に感じていただくことを目的に、事業所の医療費データや健診結果データを比較分析した「事業所健康度診断（事業所カルテ）」を活用した保健指導の利用勧奨を行っています。25 年度は 44 支部で事業所カルテを活用しており、26 年度には全支部で活用する見込みとしています。

[(図表 4-38) 事業所健康度診断 (事業所カルテ) 例]



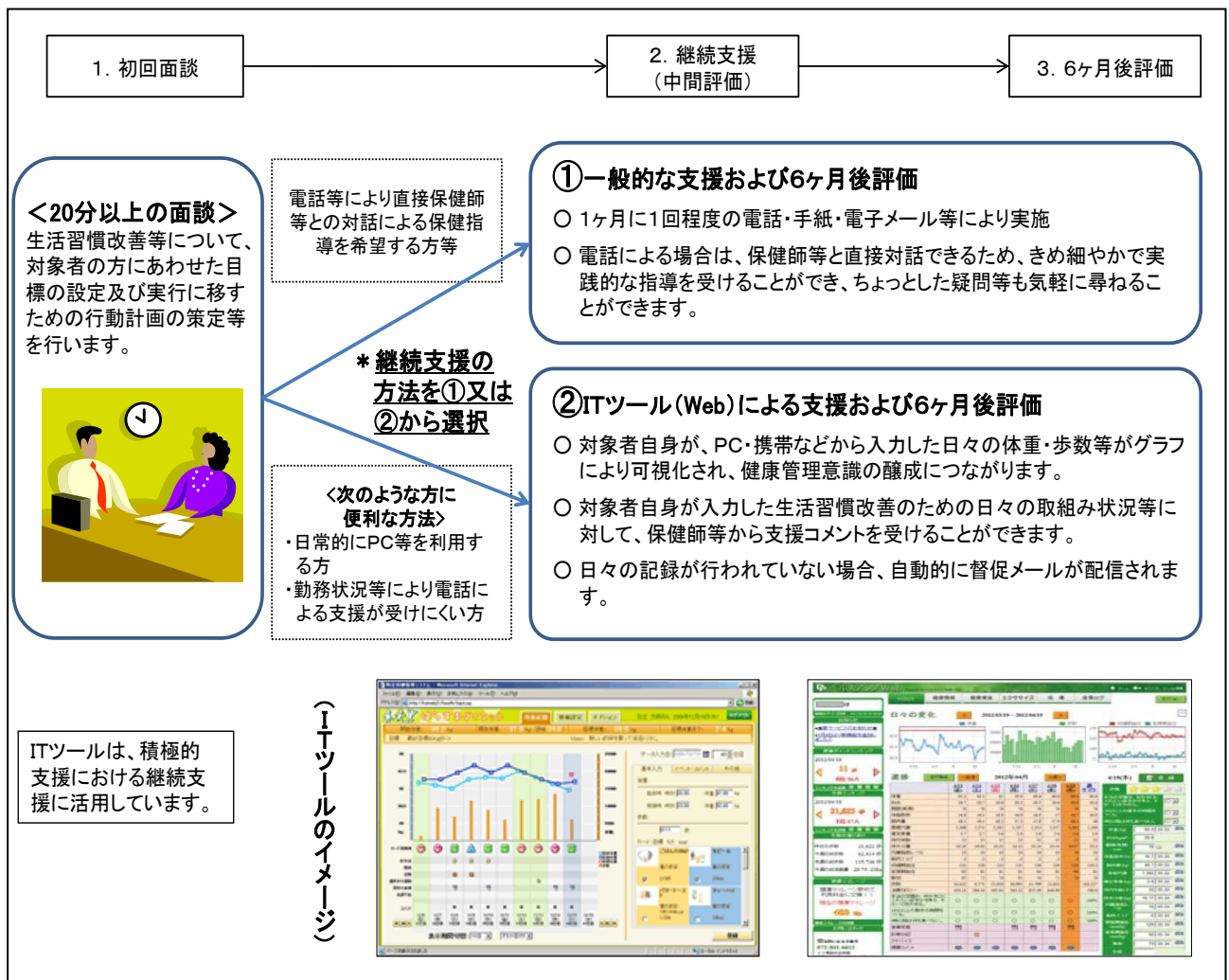
また、鳥取支部のパイロット事業^{※1} (24年度) や福岡支部の「おっしょい大作戦」^{※2} (25年度) など、各支部による独自の取組みも進めております。

- ※1 鳥取支部パイロット事業 (サービス向上のための「保健事業プログラム」の開発・作成)
 特定保健指導の未受入れ事業所や対象者への訪問勧奨のためのマニュアルを作成するとともに、訪問交渉やロールプレイ等を通じて営業力のある職員の育成を図った。
- ※2 福岡支部 (事業所訪問「おっしょい」大作戦)
 事業主や加入者サービスの実現を目的として、『おっしょい大作戦』を支部全職員体制で事業所訪問を実施。25年度は特定保健指導実施率の向上を目指して取組みを展開した。「おっしょい」とは、福岡祇園山笠の掛け声のこと。

また、保健指導対象者の増加に伴い、個々人への対応方法や情報提供の手段などのニーズの多様化に対応する他、業務の効率化の観点のために23年度から導入したITツールを活用した保健指導を実施しています。ITツールを活用することは利用者にとっての選択肢を広げることに繋がり、保健指導の拡大、支援の継続に繋がっています

このITツールを活用した保健指導では、利用者が自らの生活パターンに合わせてPCやスマートフォンなどからサービスを利用し、随時、実践状況の記録確認を可能とするなどの利点があり、25年度は29支部で8,606人（24年度は23支部で6,232人）の方に利用されています。

〔（図表4-39）ITツールを利用した保健指導の流れ〕



この他、これまで勤務時間中の保健指導実施が難しい、若しくは保健師の訪問受入れが難しい事業所に勤務しているという理由で、保健指導の利用機会がなかった方に対しては、支部への来所を促して実施しました。また、加入者の皆様にとって身近な地域にある公民館等の公的施設を利用して実施するなどの取組みを8支部で行っています。東京支部では、支部に来所いただいて特定保健指導の初回面談を1,040人の方に行いました。

また、実施率向上のため、第二期実施計画においても協会保健師等による保健指導と並行して、保健指導機関等への外部委託を積極的に推進しています。24年度には健診の当日に初回面接を実施する機関及び健診実施日以降に指導者が事業所を訪問して実施する機関に対する委託料の単価上限の引上げを行い、25年度には協会の委託機関が実施する運動や食事などの実践的な継続支援部分について、他の専門的な機関に更に委託（再委託）することができる契約の取扱いを新たに導入しました。このように協会から委託機関に対して様々なインセンティブを付与することにより、委託契約機関数は毎年増加しており、25年度実績では全国で779機関（前年度比40機関）、また、委託機関における保健指導実績についても、初回面接が47,641人（同31.3%）、6ヶ月後評価が32,141人（同55.3%）と前年度から大きく増加しています。（図表4-40、図表4-41参照）

〔（図表4-40）保健指導の外部委託実績〕

区分	22年度	23年度	24年度	25年度
契約機関数	261 機関	577 機関	739 機関	779 機関
健診当日初回面談実施機関数	-	177 機関	358 機関	430 機関

※保健指導の外部委託については、22年度から実施。

〔（図表 4-41）各支部における被保険者の特定保健指導実績〕

	初回面接				6ヶ月後評価				外部委託	
	実施人数		対前年比	実施率	実施人数		対前年比	実施率	契約 機関数	健診当日 実施可能
		外部委託				外部委託				
北海道	7,218	642	▲2.9%	13.1%	2,436	534	34.8%	4.4%	10	8
青森	6,373	2,000	23.1%	36.6%	2,893	1,378	31.3%	16.6%	5	5
岩手	2,945	0	▲13.3%	17.0%	1,836	0	▲24.9%	10.6%	2	2
宮城	6,152	1,167	15.8%	19.5%	4,085	915	44.4%	13.0%	23	13
秋田	5,027	155	0.9%	39.1%	3,873	61	58.7%	30.1%	3	3
山形	5,457	533	8.8%	30.5%	3,185	331	8.6%	17.8%	17	4
福島	8,487	206	30.1%	33.6%	5,375	116	154.1%	21.3%	18	7
茨城	5,752	259	16.2%	25.7%	4,467	256	8.7%	20.0%	3	3
栃木	4,226	716	▲22.5%	23.4%	3,349	472	▲3.6%	18.5%	27	16
群馬	4,333	358	13.4%	20.9%	2,256	254	45.2%	10.9%	12	9
埼玉	3,874	254	30.2%	12.7%	1,931	192	5.6%	6.4%	18	4
千葉	5,381	2,072	20.5%	18.2%	4,172	1,269	10.5%	14.1%	17	10
東京	19,745	8,679	19.0%	17.1%	13,577	5,457	83.4%	11.7%	58	19
神奈川	5,920	1,143	24.6%	12.5%	2,580	506	49.4%	5.4%	30	8
新潟	5,470	1,090	1.0%	18.4%	3,922	847	8.3%	13.2%	18	14
富山	4,677	1,183	▲7.7%	24.5%	3,938	915	10.2%	20.6%	12	7
石川	4,562	1,488	16.2%	27.6%	3,155	1,068	27.6%	19.1%	24	24
福井	2,354	129	▲8.9%	18.7%	2,287	157	▲8.2%	18.1%	7	1
山梨	2,699	145	40.6%	24.7%	1,357	73	151.3%	12.4%	5	3
長野	9,370	1,645	0.4%	45.3%	5,067	986	8.0%	24.5%	25	19
岐阜	4,557	1,137	26.0%	18.8%	3,061	926	1.0%	12.7%	21	10
静岡	4,375	1,521	▲8.6%	13.2%	2,951	1,069	▲17.1%	8.9%	24	13
愛知	5,624	1,732	▲11.7%	8.3%	4,803	1,454	8.7%	7.1%	77	25
三重	5,046	304	55.0%	26.7%	2,665	168	80.7%	14.1%	15	8
滋賀	2,842	88	28.6%	22.8%	1,746	79	57.2%	14.0%	12	3
京都	4,443	609	▲1.6%	15.9%	1,829	393	10.8%	6.6%	21	11
大阪	6,589	1,358	5.7%	9.2%	4,490	709	24.1%	6.3%	27	27
兵庫	7,124	408	3.2%	15.4%	4,519	201	16.5%	9.8%	20	6
奈良	2,788	24	34.2%	30.9%	1,278	18	24.9%	14.2%	1	1
和歌山	2,392	87	2.4%	23.8%	1,834	58	347.3%	18.3%	7	2
鳥取	3,585	99	39.4%	49.9%	1,590	90	25.2%	22.1%	2	0
島根	5,307	13	5.6%	53.0%	2,544	5	▲13.6%	25.4%	2	1
岡山	5,534	105	▲2.4%	22.5%	4,114	71	28.3%	16.7%	18	7
広島	9,206	366	▲0.2%	25.5%	7,479	274	7.5%	20.7%	10	9
山口	3,942	599	▲2.5%	25.6%	2,918	503	▲5.3%	19.0%	12	9
徳島	3,580	240	2.5%	42.8%	2,509	131	40.5%	30.0%	5	3
香川	5,996	771	5.8%	48.7%	4,741	682	▲2.1%	38.5%	9	9
愛媛	3,922	389	▲7.4%	20.3%	3,242	287	▲13.1%	16.8%	13	3
高知	2,519	212	▲24.0%	22.9%	1,269	165	▲25.3%	11.6%	7	7
福岡	10,965	2,254	80.3%	17.2%	3,062	854	13.6%	4.8%	38	24
佐賀	4,051	1,013	6.6%	41.0%	2,823	758	▲2.1%	28.6%	8	4
長崎	5,573	602	10.2%	38.7%	3,623	325	30.8%	25.2%	6	4
熊本	8,774	2,684	13.7%	37.5%	6,088	1,888	15.7%	26.0%	33	27
大分	6,691	1,719	11.4%	39.5%	4,663	1,314	19.3%	27.5%	12	8
宮崎	6,165	589	▲3.0%	44.0%	3,659	458	▲2.5%	26.1%	12	4
鹿児島	5,704	1,283	▲7.1%	24.8%	4,873	1,072	▲11.0%	21.2%	15	9
沖縄	7,829	3,571	15.9%	38.2%	5,109	2,402	34.3%	24.9%	18	17
合計	265,145	47,641	9.3%	21.7%	169,223	32,141	18.9%	13.8%	779	430

（注）括弧内の数字は、「初回面接」及び「6ヶ月後評価」における外部委託による指導実施数である。

また、「契約機関数」は外部委託契約を行った機関数であり、「健診当日実施可能機関数」は、健診当日に保健指導の実施が可能な実施機関数の再掲である。

また、保健師の確保が全国的に厳しい中、23年度からは保健師とあわせて管理栄養士の採用を進めることで保健指導に対する協会のマンパワーを充足しています。25年度は全国で169人の管理栄養士が保健師と連携の上、特に栄養面からの具体的な改善指導を行っています。（図表4-42）

[(図表4-42) 保健指導保健師の配置状況 (26年3月末時点)]

	定数	配置数		欠員		定数	配置数		欠員		
		保健師	管理栄養士				保健師	管理栄養士			
北海道	30	26	23	3	4	滋賀	15	14	9	5	1
青森	14	14	13	1	0	京都	17	13	8	5	4
岩手	13	10	8	2	3	大阪	21	21	10	11	0
宮城	18	18	11	7	0	兵庫	23	18	12	6	5
秋田	15	15	13	2	0	奈良	11	11	9	2	0
山形	12	12	9	3	0	和歌山	10	10	8	2	0
福島	22	20	17	3	2	鳥取	12	11	7	4	1
茨城	18	18	12	6	0	島根	14	14	13	1	0
栃木	15	10	4	6	5	岡山	16	16	10	6	0
群馬	14	13	13	0	1	広島	28	25	13	12	3
埼玉	17	11	8	3	6	山口	16	13	9	4	3
千葉	17	9	9	0	8	徳島	10	10	8	2	0
東京	26	23	9	14	3	香川	12	12	11	1	0
神奈川	20	18	14	4	2	愛媛	11	11	7	4	0
新潟	21	18	16	2	3	高知	10	9	8	1	1
富山	14	14	10	4	0	福岡	30	27	24	3	3
石川	13	11	8	3	2	佐賀	12	13	10	3	▲1
福井	12	8	7	1	4	長崎	18	17	14	3	1
山梨	10	10	10	0	0	熊本	18	18	15	3	0
長野	21	20	17	3	1	大分	16	13	10	3	3
岐阜	12	12	10	2	0	宮崎	15	16	15	1	▲1
静岡	14	10	7	3	4	鹿児島	17	16	15	1	1
愛知	18	14	6	8	4	沖縄	17	17	13	4	0
三重	16	14	12	2	2	合計	771	693	524	169	78

保健指導の質を向上させるための取組みとして、ひとつ一つの業務のPDCAサイクルを適切に機能させていく必要があることから、各支部において課題の把握と分析、行動計画の作成、実施、評価と改善まで、職員と契約保健師が一体となって取り組んでいます。主な取組み概要は図表4-43のとおりであり、継続支援の中断率を下げるために保健指導に係る手順書や保健指導用媒体を作成し、その活用を進めるほか、初回面談者数を増やすために利用勧奨の強化を図るなど、創意工夫をして様々な取組みを行っています。

[(図表 4-43) 保健指導の質を向上させるための取組み (25 年度)]

1. 特定保健指導の推進策	支部数	主な取組み内容
① 中断者の減少	23	手順書・マニュアル・媒体等の作成、ITの効果的な活用、保健指導スキルの向上、保健指導方法の検討等
② 初回面談者数の増加	36	対象事業所の選定と勧奨方法の工夫、保健指導スキルの向上等
③ 市町村等との連携による実施	1	市町村の健康相談会で協会保健師が特定保健指導を同時実施等
④ 保健指導スキルとモチベーション向上	34	事例検討・ロールプレイ・成功事例等の共有、OJTによる保健指導スキルの向上、情報の共有やメールによる保健師間のコミュニケーション強化等
⑤ 支部内での情報共有	26	グループ内ミーティングや進捗報告会の定例開催等
⑥ 幹部等による利用勧奨	16	利用勧奨チームによる訪問勧奨、事業所健康度診断や保健指導成果等を活用した勧奨等
⑦ 外部委託の推進	27	外部委託機関へ協力依頼、保健指導実施方法等に関する助言、委託機関会議における情報の共有等
⑧ 被扶養者特定保健指導利用率向上	3	市町村の協力による保健指導の実施、勧奨、広報の強化等
2. 未治療者の受診率向上策	18	文書・電話による勧奨、特定保健指導実施時にあわせて保健指導の実施、ポスター掲示等
3. 職場の健康づくり取組みなどポピュレーションアプローチ	24	禁煙支援、行政主催の健康祭りへの参画、健康保険委員へのセミナー、小学校での健康教育、事業所の特性(業種別等)を加味したアプローチ等

また、国立保健医療科学院との共同分析により、特定保健指導の効果について検証しました。

分析は、生活習慣病予防健診の結果、特定保健指導の対象と判断された者のうち、積極的支援は6ヶ月支援終了者、中断者、保健指導未利用者の3群について、動機づけ支援は保健指導利用者と未利用者の2群について、翌年の検査データの平均値および一定数値以上（例 BMI25kg/m²、空腹時血糖 126mg/dl 等）の者の割合等 28 項目（積極的支援では 27 項目）の比較を性・年齢・支部別で行いました。その結果、図表 4-44 のとおり、積極的支援については、6ヶ月支援終了者が翌年の検査データの改善が最も大きく、次いで中断者、未利用者の順でした。動機づけ支援については、指導を受けた方が未利用者に比べて翌年の検査データが改善していました。

また、特定健診結果データを特定保健指導の利用前、利用後で比較した時の改善度に支部間格差があることが判明しました。今後、保健指導方法の違いによる効果の差など支部間格差の要因について分析し、その分析結果から効果的かつ効率的な保健指導の方法（標準化）を進めることにより、協会の保健指導全体のレベルアップが図れるよう検討しています。

さらに、全体の実施率の底上げのため、実績が低迷している支部に対する支援や協会内の LAN 掲示板を活用して支部好事例の情報共有を図るなど、今後も本部・支部が一体となって取組みを進めてまいります。

●特定健診・保健指導による評価指標等の推移

<分析対象者>

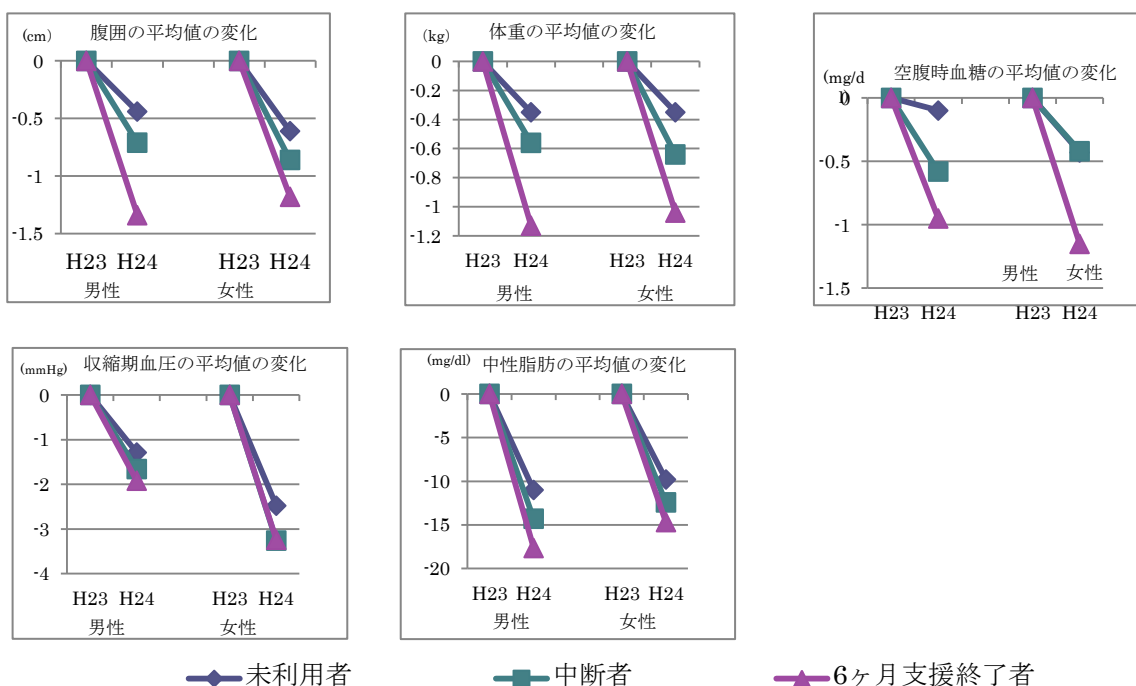
平成 21-22 年度約 73 万人（積極的支援約 48 万人、動機づけ支援約 25 万人）、平成 23-24 年度約 83 万人（積極的支援約 53 万人、動機づけ支援約 30 万人）です。なお、分析には支部による加入者の年齢構成の違いの影響を受けないよう、年齢調整した数値を用いました。

<分析結果>

- 積極的支援については、27 項目のうち男性 24 項目、女性 21 項目において、6 ヶ月支援終了者が翌年の検査データおよび割合の改善が最も大きく、次いで中断者、未利用者の順であった。
- 動機づけ支援については、28 項目のうち男性 25 項目、女性 22 項目において、保健指導利用者の方が未利用者に比べて翌年の検査データおよび割合が改善していた。
- 支部間差が大きく、例えば平成 23 年度の健診結果から積極的支援を受けた者の翌年度の収縮期血圧年齢調整平均値（男性・40-64 歳）の改善状況は、最大-4.0mmHg から最小-0.71mmHg まで支部によって大きな差が生じている。
- 図表 4-45 のとおり、NDB^{*}を活用して厚生労働省が報告した「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ 中間とりまとめ概要」と比べると、協会の保健師等が行った特定保健指導は、NDB に登録された全国の特定保健指導と同程度の改善が見られている。

※レセプト情報・特定保健指導等情報データベース

[(図表 4-44) 特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移について（平成 23-24 年度推移）



[(図表 4-45) 特定保健指導 (積極的支援) による評価指標の推移について、協会けんぽと厚生労働省が行った NDB[※]の分析結果との比較]

※レセプト情報・特定保健指導等情報データベース

	協会けんぽ 積極的支援(平成23-24年度)						(参考)NDB(平成22-23年度)			
	男性			女性			男性		女性	
	対照群		介入群	対照群		介入群	対照群	介入群	対照群	介入群
	未利用者	中断者	6ヶ月支援終了者	未利用者	中断者	6ヶ月支援終了者				
腹囲の平均値(cm)	-0.44	-0.71	-1.34	-0.61	-0.86	-1.18	-0.27	-1.23	-0.77	-1.67
体重の平均値(kg)	-0.35	-0.56	-1.13	-0.35	-0.64	-1.04	-0.21	-0.98	-0.35	-1.22
空腹時血糖の平均値(mg/dl)	-0.1	-0.58	-0.95	-0.43	-0.42	-1.15	0.39	-0.72	-0.03	-1.72
収縮期血圧の平均値(mmHg)	-1.29	-1.66	-1.92	-2.48	-3.26	-3.24	-0.12	-1.01	-1.12	-2.24
中性脂肪の平均値(mg/dl)	-11.01	-14.3	-17.66	-9.81	-12.43	-14.69	-9.56	-17.21	-10.56	-18.83

【 被扶養者の保健指導 】

40 歳以上の被扶養者の方には、内臓脂肪型肥満に着目して生活習慣病のリスクの有無を検査する特定健診を受診していただき、リスクがある方について生活習慣をより望ましいものに変えていくための保健指導を実施しています。

被扶養者に対する 25 年度における特定保健指導の実績については、初回面接で 2,642 人、6 カ月後評価で 1,756 人となっています。24 年度に比べるとそれぞれ初回面接は 689 人（前年度比 35.3%）、6 カ月後評価は 435 人（同 32.9%）増加した結果、実施率は 2.7%と前年度比で 0.3%ポイント伸び、協会の 25 年度目標値 2.3%に対しても 0.4%上回っていますが、実施率としては依然低い率となっています。（協会全体の実績は図表 4-46、各支部の実績は図表 4-47 のとおり）。

[(図表 4-46) 被扶養者の特定保健指導の実績]

	第一期					第二期	前年度比 (増減)
	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	
実施率	0%	0.4%	1.6%	2.0%	2.4%	2.7%	0.3%ポイント
初回面接人数	112	812	1,129	1,348	1,953	2,642	689
6 カ月後評価人数	0	224	810	1,018	1,321	1,756	435

平成 26 年 5 月 31 日集計

被扶養者の保健指導は地域の医療機関等との集合契約により実施していますが、実施率が低い要因として考えられるのは、健診受診後、保健指導の利用券が送付されるまでに 1 カ月半から 2 カ月ほどかかるため、生活習慣改善への意欲が薄れてしまうことや、加入者自らが生活習慣の改善を希望し、医療機関を選んで保健指導を受けなければならないこと、さらに、利用にあたり積極的支援でおよそ 2,600 円、動機づけ支援でおよそ 2,100 円の自己負担が生じること、また身近な市町村等で保健指導を受けることができないことなどがあげられます。

実施率の向上に向けた取組みとして、協会の保健師等が支部での来所相談や地域の身近な公民館等で特定保健指導を実施しているほか、特定健診・がん検診から特定保健指導まで一連の保健事業を市町村と一体となって推進しています。

また、被扶養者の保健指導の新たな取組みとして、市町村が実施するがん検診と特定健診

との同時実施が難しい地域を中心に協会独自の集団健診を実施しており、集団健診と同じ会場で特定保健指導を実施している支部（7支部）では、初回面接の実施者数をこれまで以上に大きく増やしています。各支部では地域の実情も踏まえ、可能な地域においてはこのような取組みを積極的に進めています。

[(図表 4-47) 各支部における被扶養者の特定保健指導実績]

	初回面接			6ヶ月後評価		
	実施人数	(対前年比)	実施率	実施人数	(対前年比)	実施率
北海道	63	(31.3%)	2.4%	42	(▲26.3%)	1.6%
青森	22	(29.4%)	2.5%	9	(▲35.7%)	1.0%
岩手	12	(33.3%)	1.1%	9	(50.0%)	0.8%
宮城	44	(▲2.2%)	1.9%	36	(24.1%)	1.6%
秋田	43	(65.4%)	4.7%	32	(18.5%)	3.5%
山形	104	(11.8%)	8.6%	98	(127.9%)	8.1%
福島	52	(30.0%)	3.6%	32	(6.7%)	2.2%
茨城	59	(321.4%)	3.5%	11	(▲35.3%)	0.7%
栃木	28	(33.3%)	3.1%	15	(▲31.8%)	1.7%
群馬	26	(▲27.8%)	2.3%	23	(▲17.9%)	2.1%
埼玉	54	(▲1.8%)	3.3%	43	(26.5%)	2.7%
千葉	49	(53.1%)	3.0%	39	(116.7%)	2.4%
東京	108	(0.0%)	1.9%	88	(8.6%)	1.6%
神奈川	66	(65.0%)	3.9%	51	(41.7%)	3.0%
新潟	66	(53.5%)	3.1%	41	(▲4.7%)	1.9%
富山	151	(694.7%)	19.2%	18	(0.0%)	2.3%
石川	29	(61.1%)	3.7%	15	(15.4%)	1.9%
福井	6	(▲40.0%)	1.6%	8	(14.3%)	2.1%
山梨	99	(▲34.4%)	16.2%	53	(43.2%)	8.7%
長野	20	(▲33.3%)	2.4%	19	(▲26.9%)	2.2%
岐阜	50	(▲24.2%)	4.3%	59	(118.5%)	5.1%
静岡	49	(4.3%)	3.9%	40	(▲4.8%)	3.2%
愛知	110	(14.6%)	3.0%	87	(67.3%)	2.4%
三重	17	(▲5.6%)	2.3%	10	(25.0%)	1.3%
滋賀	191	(445.7%)	19.0%	90	(291.3%)	9.0%
京都	26	(▲21.2%)	2.5%	25	(31.6%)	2.4%
大阪	109	(39.7%)	2.1%	53	(▲3.6%)	1.0%
兵庫	71	(▲13.4%)	3.2%	58	(▲9.4%)	2.6%
奈良	16	(33.3%)	2.4%	10	(0.0%)	1.5%
和歌山	9	(28.6%)	2.0%	6	(20.0%)	1.3%
鳥取	1	(100.0%)	0.4%	0	(▲100.0%)	0.0%
島根	9	(▲18.2%)	1.9%	11	(120.0%)	2.3%
岡山	46	(31.4%)	3.9%	27	(8.0%)	2.3%
広島	42	(▲52.3%)	2.5%	65	(58.5%)	3.9%
山口	31	(106.7%)	3.3%	37	(184.6%)	4.0%
徳島	56	(460.0%)	8.2%	46	(557.1%)	6.8%
香川	112	(348.0%)	10.8%	80	(370.6%)	7.7%
愛媛	130	(▲14.5%)	10.4%	80	(▲38.5%)	6.4%
高知	21	(5.0%)	3.9%	15	(50.0%)	2.8%
福岡	88	(104.7%)	3.3%	42	(68.0%)	1.6%
佐賀	17	(41.7%)	2.9%	13	(44.4%)	2.2%
長崎	46	(142.1%)	6.5%	16	(60.0%)	2.3%
熊本	67	(28.8%)	7.1%	49	(32.4%)	5.2%
大分	44	(131.6%)	4.1%	16	(▲20.0%)	1.5%
宮崎	20	(11.1%)	3.4%	17	(▲32.0%)	2.9%
鹿児島	64	(68.4%)	4.7%	45	(275.0%)	3.3%
沖縄	99	(47.8%)	6.6%	77	(79.1%)	5.1%
合計	2,642	(35.3%)	4.1%	1,756	(32.9%)	2.7%

平成 26 年 5 月 31 日集計

iii) 重症化予防

生活習慣病予防健診の結果、治療が必要と判断されながら受診していない方に対して受診をお勧めする重症化予防事業に25年10月から取り組んでいます。

25年度は、独自の方法で実施する愛知・福岡・沖縄支部を除く44支部で実施しており、25年4月から9月に生活習慣病予防健診を受けた約270万人の方のうち、一次勧奨^{※1}に該当する122,330人(健診受診者の4.5%)の方へ、図表4-48のとおり計6回の一次勧奨文書をお送りしました。

また、図表4-49にあるとおり、二次勧奨^{※2}に該当する方には、電話・文書による二次勧奨を行いました。このうち電話による二次勧奨の結果、「受診している方」、または「受診を検討する方」という方が56%でした。

25年4月に健診を受けた一次勧奨文書をお送りした方について、レセプトにより医療機関への受診状況を確認したところ、文書送付後の3ヶ月間で7.1%の方が新たに受診されておりました。このうち、文書送付直後の受診率は3.6%と高く、文書送付による一定の効果が認められました。

また、今後は、二次勧奨の実施により受診予定または検討とした方などを含め、引き続き受診状況の確認を行うとともに、より多くの方を受診へ結びつけるためのアプローチの方法について検証していく必要があります。

※1 独自の方法で実施する愛知・福岡・沖縄支部を除く44支部で実施

生活習慣病予防健診を受けた40歳以上75歳未満の者のうち、

- 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、④ HbA1c6.5%以上の何れかに該当し、健診前月及び健診後3ヶ月以内に医療機関未受診かつ健診時の問診で服薬なしと回答した方

※2 18支部で実施

(岩手・宮城・山形・福島・茨城・栃木・神奈川・富山・石川・福井・岐阜・大阪・鳥取・島根・広島・徳島・佐賀・熊本)

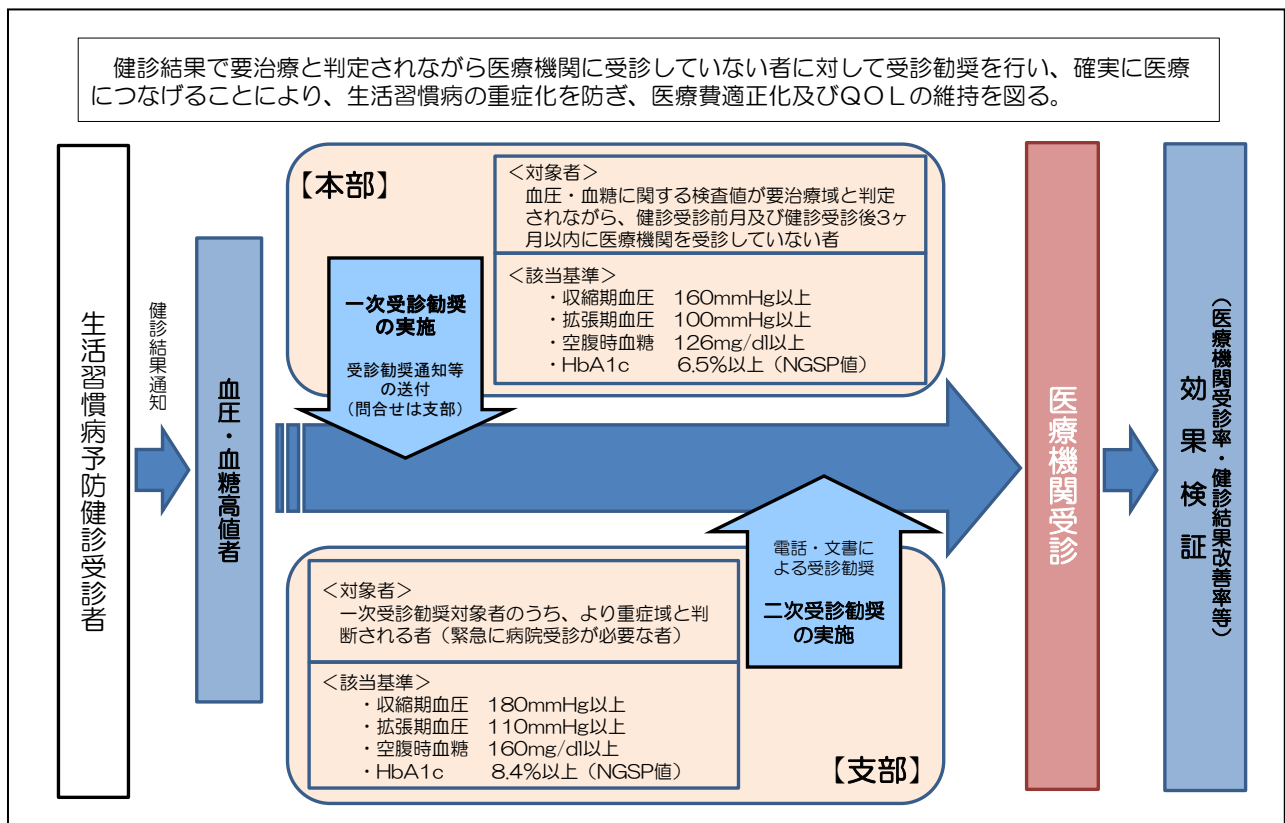
一次勧奨対象者のうち、

- 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、④ HbA1c8.4%以上の何れかに該当する方

[(図表 4-48) 一次勸奨文書発送状況]

25年度通知 (計6回)	通知発送日	発送件数	健診受診者に占める割合
初回発送 (25年4月健診分)	平成25年10月31日 (木)	16,977件	約5.2%
2回発送 (25年5月健診分)	平成25年11月29日 (金)	22,302件	約4.6%
3回発送 (25年6月健診分)	平成26年1月10日 (金)	23,822件	約4.3%
4回発送 (25年7月健診分)	平成26年1月31日 (金)	21,511件	約4.1%
5回発送 (25年8月健診分)	平成26年2月28日 (金)	16,854件	約4.3%
6回発送 (25年9月健診分)	平成26年3月31日 (月)	20,864件	約4.5%
合 計		122,330件	4.5%

[(図表 4-49) 重症化予防事業の流れ図]



iv) その他

厚生労働省主催の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」に設置された「実務担当者による特定健診・保健指導等に関するワーキンググループ」において協会からも積極的に意見発信を行った結果、25年8月には、厚生労働省健康局長及び保険局長連名による

通知*が発出され、その中で特定保健指導における情報通信技術を活用した面接による指導の実施についての取扱いが示されました。これを受けて神奈川支部及び広島支部においてテレビ電話を活用した特定保健指導をモデル的に実施しました。実施結果については26年度中にまとめることとしており、その結果を踏まえ今後の取組みを検討することとしています。

※25年8月1日付通知「特定保健指導における情報通信技術を活用した面接による指導の実施について」

(3) 各種事業の展開

健康診査や保健指導の他、健康づくりや生活習慣改善に関する教育や相談、普及啓発など、支部の実情に応じて創意工夫を活かし保健事業を推進しています。

また、国の施策との連携のもと、加入者の皆様の疾病の予防や健康増進のための普及啓発についても積極的に進めることとしています。

i) 地域の実情を踏まえた支部の独自事業

各支部においては、保健事業を円滑かつ効果的に推進するため、加入者・事業主・学識経験者に加え、保健医療関係者や行政機関関係者等も交えた「健康づくり推進協議会」を設置しています（25年度末現在31支部で設置。また、協議会ではないものの類似の会について2支部が設置。）。この協議会では、地域の実情を踏まえた保健事業の取組みや、中長期的な展望について意見をいただき、支部の取組みの参考としています。

地域の実情や特性を踏まえた各支部における独自の取組みとしては、栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙対策、飲酒、こころの健康（メンタルヘルス）などに関する事業に取り組んでいます。

[(図表 4-50) 各支部における取組事例]

● 栄養・食生活に関する事業に取り組んだ支部	32支部
● 身体活動・運動に関する事業に取り組んだ支部	30支部
● 喫煙に関する事業に取り組んだ支部	28支部
● 飲酒に関する事業に取り組んだ支部	19支部
● こころの健康（メンタルヘルス）に関する事業に取り組んだ支部	17支部
● 休養（睡眠等）に関する事業に取り組んだ支部	15支部
● 歯・口腔の健康に関する事業に取り組んだ支部	8支部
● 次世代の健康（子供、学生等の健康教育等）に関する事業に取り組んだ支部	6支部
● 高齢者の健康に関する事業に取り組んだ支部	3支部

※支部によっては、複数の事業を行っている場合があるため、重複カウントする場合があります。

このような取組みを進めるなか、厚生労働省が推進するスマートライフプロジェクト*の

一環として24年度から創設された表彰制度「健康寿命をのばそう！アワード」には、25年度（第2回）では、24年度（第1回目：5支部が応募し、栃木支部が団体部門において厚生労働省健康局長優良賞を受賞）に引き続き、5支部6事業が応募を行いました。残念ながら受賞は逃しましたが、健康寿命延伸のための国民運動の推進に貢献する取組みについては引き続き各支部で実施していくこととしています。

また、25年度には、支部においてこれまでに蓄積されたデータや医療費分析の結果等について継続して調査研究事業を行っている支部から、その成果について、日本公衆衛生学会で発表を行うなど、外部へ積極的に発信していくとともに今後の保健事業の活用に結びつけた検討を進めていくこととしています。

※Smart Life Project

国民の生活習慣を改善し、健康寿命をのばすための運動。主に生活習慣病の予防を目的とした「すこやか生活習慣国民運動」を実施し、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」を更に普及・発展させるために、幅広い企業連携を主体とした取組みとして23年2月にスタートした。

ii) 地域との連携による事業の推進

協会各支部と地方自治体の保健医療政策部局との間では、特定健診・がん健診の受診促進や、中小企業に対する健康づくり支援事業の連携・特定健診結果等のデータ共有・分析をはじめ、保健事業の連携、協働に関する包括的な基本協定の締結が着実に進んでいます。

22年度に、奈良支部と奈良県との間で、県民の健康的な生活の実現を図ることを目的として覚書を交わしたのを皮切りに、24年度末には6支部が地方自治体との間で健康づくり等に関する連携・協働に関する覚書や協定を締結しましたが、25年度にはこの取組みが急速に増加し、新たに23支部において協定締結が実現しました。その結果、25年度末現在で覚書や協定を締結した支部は29支部となっています。（図表4-3、及び図表4-51を参照）

締結等を交わした支部の中には、県や政令指定都市と包括協定を締結している支部や複数の市区町村と締結している支部もあり、都道府県内における協会の発信力、存在力の向上に大きく寄与しています。

また、地方自治体以外にも、沖縄支部では25年度に県医師会との間で基本協定の締結を実現しており、この基本協定を通じて医療関係者と保険者との間で保健事業の推進・連携体制を構築しています。

今後、地域医療政策の企画立案の場面において、保険者と都道府県との連携が重要な役割を果たすことが予想されます。未だ協定締結が実現していない支部や、さらに広範囲な連携が期待できる支部について、引き続き保健事業を地方自治体等と共同実施するなど地域でのパートナーシップ構築を進めることにより、26年度中に協定を締結する方向で取組みを進めています。

[(図表 4-51) 自治体との連携・包括協定に関する覚書等の締結状況 (25 年度末現在)]

	締結日	都道府県	締結日	市区町村		締結日	都道府県	締結日	市区町村
北海道			H26.3.20	札幌市	京都				
青森	H26.2.12	青森県	H26.3.25	八戸市	大阪			H25.6.28	高石市
岩手	H26.3.27	岩手県			兵庫			H25.6.18	豊岡市
宮城			H26.3.28	仙台市				H26.3.25	神戸市
秋田	H26.2.14	秋田県	H26.2.14	秋田市	奈良	H23.1.6	奈良県		
山形	H24.11.22	山形県			和歌山				
福島			H25.6.6	伊達市	鳥取				
茨城	H26.2.7	茨城県			島根				
栃木					岡山			H26.3.25	備前市
群馬					広島	H25.10.11	広島県	H25.3.28	呉市
埼玉								H25.10.11	県内全23市町
千葉					山口	H25.12.16	山口県		
東京			H25.3.19	世田谷区	徳島	H25.12.12	徳島県		
			H25.12.19	葛飾区	香川				
神奈川			H25.11.22	横浜市	愛媛				
新潟			H25.7.1	見附市	高知				
			H25.7.1	三条市	福岡				
富山			H26.2.28	富山市	佐賀	H26.3.24	佐賀県		
石川					長崎			H26.3.17	長崎市
福井					熊本			H25.3.27	熊本市
山梨	H26.3.28	山梨県			大分				
長野					宮崎				
岐阜			H25.6.21	岐阜市	鹿児島	H26.3.26	鹿児島県		
静岡	H24.6.18	静岡県			沖縄			H26.2.24	南城市
愛知			H25.11.14	名古屋市					
三重			H26.2.19	菟野町					
滋賀					支部数	合計	29支部		
						都道府県	13支部	市区町村	19支部

iii) パイロット事業等

協会では、保健事業の効果的な推進や医療費適正化を目的として、本部と支部が協働で実施するパイロット事業に取り組むとともに、その成果を踏まえ効果的な取組みについては全国展開し、各支部において取り組むこととしています。

①25 年度実施のパイロット事業

25 年度のパイロット事業は 2 支部で 3 事業を実施しました。実施した取組みの概要は図表 4-52 のとおりですが、それぞれの取組みの具体的な成果としては次のとおりです。

広島支部の「行政と連携した歯科検診推進事業」は、動脈硬化・糖尿病等に影響を与える歯周病の治療に結びつけることを目的に広島県の歯周疾患検診促進パイロット事業と連携・協力して、関係機関と連携・協力した歯周病検診を実施する体制の構築を図りました。この結果、25 年 5 月から 8 月までにかけて 5 事業所、786 名の受診者に対し簡便な唾液検査を一般健診と同時に実施したところ、約半数（368 名）が陽性者に該当し、これらの方に対して無料の口腔内診査を文書にて勧奨した結果、その 16.3%（60 名）が歯科医療機関への受診に繋ぐことができました。

大分支部の「健康保険委員と連携した事業所まるごとの健康づくり事業（一社一健康宣言の展開）」は、「健康宣言」という形で健康推進企業としての取組みを社内に対して決意表明していただき、協会と事業所とが一体となって加入者の皆様に対して健康意識の向上を図るとともに、事業主の皆様には事業所としての健康度の向上を図ることを目的としたもので

す。25年度末現在282事業所が参加を表明（健康宣言）していただき、大分支部の支援の下で、健康づくり事業に取り組んでいただいています。

26年度に全支部で策定する「データヘルス計画」においては、事業主等の健康づくり意識の醸成を目指した取組み、いわゆる「コラボヘルス」を進めることとしております。

この大分支部の取組みは、先駆け的な事業であり全国的に拡充を図っていくこととしていきます。

また、同じく大分支部では「個別化された情報を活用した特定保健指導の促進事業」を実施しました。その結果は、25年9月に特定保健指導の訪問を拒否した事業所から抽出した通知対象者約638名の方に、健康リスク等の情報を個別化して通知したところ、返信が31件あり、そのうち保健指導を希望した者27名のうち、23名に特定保健指導を実施しました。また、26年2月には、同様の手法により抽出した通知対象者約1,560名の方に送付したところ、返信が64件あり、保健指導を希望した者62名のうち、52名に特定保健指導を実施しています。

これらの各パイロット事業の取組結果については、26年3月に25年度の最終報告会を開催して実施結果を取りまとめました。支部長会議や協会内のLAN掲示板を通じてパイロット事業の実施結果やノウハウについて全支部での共有化を図るとともに、全国展開に関しては、今後、各支部における実施に際して生じた課題や地域の実情などを踏まえ検討していくこととしています。

②24年度以前実施のパイロット事業

24年度以前に実施した主なパイロット事業の各支部での展開状況について、22年度に実施した「ITツールを活用した特定保健指導」は、業務効率化や利用者の多様なニーズへの対応に加え、保健指導の効果においても一定の成果が得られたことを踏まえ、23年度の14支部、6,232人から25年度には29支部、8,606人まで導入が拡大しており、26年度には新たに3支部で導入を計画しています。

また、22年度に実施した事業のうち、健診データとレセプトデータを突合することで、健診の結果、要治療域と判定されながら治療していない方に対して、確実に医療に繋げることにより生活習慣病の重症化を防ぎ、医療費適正化及びQOLの維持を図ることを目的とした「未治療者への受診勧奨（重症化予防対策事業）」があります。これについては、24年度には13支部で取組んでおり、25年10月からは、支部独自の方法で取組みを行っている支部を含め、47全支部において受診勧奨を行っています。この受診勧奨については、本部から郵送による一次勧奨を行うとともに18支部においては、より重症域と判定される者に対し、支部から郵送や電話を活用した二次勧奨を実施し、さらなる重症化の予防を進めています。

〔（図表 4-52）保健事業に係るパイロット事業〕

実施年度	支部数/ 事業数	内 容
25 年度	2 支部/ 3 事業	<p>○ <u>行政と連携した歯科検診推進事業（広島支部）</u> 県と歯科医師会が連携した歯科検診推進事業の実施にあわせて、協会も事業所向け歯科検診を実施し、歯周病の治療に結びつける取組み。</p> <p>○ <u>健康保険委員と連携した事業所まるごとの健康づくり事業（一社一健康宣言の展開）（大分支部）</u> 健康保険委員のいる事業所について「一社一健康宣言」をしてもらい、宣言事業所に対しては、健康リスクに即した行動を促す取組みを行う。</p> <p>○ <u>個別化された情報を活用した特定保健指導の促進事業（大分支部）</u> 保健指導初回面談未実施者（3,000人）を生活習慣病発症リスクにより8パターンに分類し、各パターンに応じた通知書を個別に送付。自信の健康リスク評価を認識してもらおうとともに保健指導等の組み合わせを実施。</p>
24 年度	3 支部/ 3 事業	<p>○ <u>付加的サービスの提供による被扶養者への集団特定健診の実施（滋賀支部）</u> 自己負担なしの集団特定健診時に「肌年齢測定」の付加的サービスを実施することを個別に周知し、被扶養者の受診率向上を図る。</p> <p>○ <u>サービス向上のための「保健事業プログラム」の開発・作成（鳥取支部）</u> 特定保健指導の未受入事業所を対象に、効果的な受入承諾を目的とした営業ツールをマニュアル化することにより、初回面接者を増やすとともに勧奨を通じて営業力のある職員の養成を行い、事業所との距離を縮める。</p> <p>○ <u>被扶養者の特定健診受診率の向上に向けた「かかりつけ医」の活用（大分支部）</u> 治療中の被扶養者のかかりつけ医で特定健診を受診するよう勧奨することで受診率の向上を図る</p>
23 年度	3 支部/ 3 事業	<p>○ <u>行政と連携した地域密着型の保健事業（秋田支部）</u> 特定健診・がん検診から特定保健指導まで一連の事業を市町村と一体となって推進し、特定健診と特定保健指導の実施率の向上を図る。</p> <p>○ <u>特定保健指導対象の被保険者への事前情報提供（栃木支部）</u> 特定保健指導対象の被保険者の自宅宛てに「特定保健指導のご案内」を送付し、早期にご自身が対象者であることを認識いただき、6カ月間の特定保健指導の中断率低下、実施率向上を図る。</p> <p>○ <u>ITを活用した加入者の健康づくり支援と効率的な保健指導（長野支部）</u> 加入者各自の健診履歴や行動目標の実施状況をHPを通じて蓄積できるようにし、加入者の健康増進や生活習慣改善意欲を促進する。特定保健指導対象者と協会の保健師等とのコミュニケーションツールとしても利用し、保健指導の効率化を図る。</p>
22 年度	3 支部/ 4 事業	<p>○ <u>ITを活用した保健指導の効率的な実施（広島支部）</u> 特定保健指導についてITシステムを使用して、特定保健指導の実施率の向上と保健師の対人支援業務の充実を図る</p> <p>○ <u>レセプト・健診データを活用した通知や訪問指導による受診勧奨等（広島支部）</u> レセプトデータ・健診データを活用して通知や訪問指導による受診勧奨等を実施し、これらの効果を測定する。</p> <p>○ <u>糖尿病患者への医療機関との連携による生活習慣改善プログラムの提供（愛媛支部）</u> 地域医師会や医療機関との連携に基づき紹介等のあった糖尿病患者を対象に、専門家により、薬だけに頼らずに血糖コントロールができるように支援するとともに、患者自身に係る生涯医療費の低減に繋げていく</p> <p>○ <u>医療費データ等の分析により、地域の実情を踏まえた保健事業等を推進（香川支部）</u> 前年度のパイロット事業の分析状況を踏まえながら、レセプトデータ等の分析を継続するとともに、健診データ等も含めた総合的な分析を推進して、健康や医療費に対する関心を高める。</p>

③データ分析に基づく保健事業

25年9月厚生労働省保険局保険課が、データ集約・分析の手法や保健事業の効果をあげるための様々な取り組みを紹介した事例集を取りまとめました。協会けんぽからは、3支部4事業が掲載されています。

○健康保険委員と連携した「一社一健康宣言」の展開（大支部）

健康推進企業としての取り組みに「健康宣言」という形で、社内へ決意表明していただき、協会と一体となって加入者に対しては健康意識の向上を、事業主には事業所としての健康度の向上を図る。

○「糖尿病重症化予防プログラム」の取り組み（広島支部）

現在のレセプト傷病名からは、腎機能障害の重症度の区分が判別できないことから、民間事業者が開発した医療費グルーピング技術と傷病管理システムにより重症度区分を推定し対象者抽出を行う。

○健診データとレセプトデータ突合により抽出された糖尿病未治療者への受診勧奨プログラムの実施（福岡支部）

糖尿病の早期発見に加え重症化予防のため、健診データとレセプトデータをもとに糖尿病未治療者を抽出し、効率的で効果的なアプローチ法や動機づけ等の手法の開発を行う。

○糖尿病重症化予防事業 ～重症化予防へ医療機関と連携～（広島支部）

通院先の医療機関と協会の委託先の看護師、保健師が協力・連携しながら患者自身に対しセルフマネジメント能力を高めるプログラムを提供する。

iv) 国の施策との連携

25年度は、前述の厚生労働省が推進するスマートライフプロジェクトへの参画の他、厚生労働省と関係団体が主催の世界禁煙デー記念イベント[※]の後援団体に加盟し、全支部で積極的な禁煙への取り組みを推進しています。

※ 世界禁煙デー記念イベント

厚生労働省と関係団体が主催となり、喫煙と健康問題の意識を深め適切なたばこ対策の実践を求める日として世界保健機関（WHO）が提唱した5月31日に開催しているイベント。

5. 組織運営及び業務改革

(1) 組織や人事制度の適切な運営

i) 組織運営体制の強化

本部と支部の適切な支援、協力関係の構築として、25年9月、12月及び26年3月に支部長会議を開催しました。また、役職員が全国6ブロックのブロック会議に参加し、支部幹部と意見交換を行う等、トップの意思を徹底し、事業運営や計画等に関して意思の統一を図ったほか、階層別のブロック会議を開催し、支部間の連携強化を図りました。

協会全体の業績向上と支部間格差の縮小に向けて、業務部を中心として、業績や取組みが進んでいない支部に、本部の役職員が訪問し、指導や意見交換を行いました。

組織体制については、支部内の部門間連携の強化や業務効率化に向けて、大分支部及び長野支部でそれまで2カ所に離れていた支部の事務所を1カ所に統合し、運営体制の強化を図りました。

ii) 実績や能力本位の人事の推進

個々の職員の役割や目標を明確化するため、全職員が半期ごとに目標達成シートを作成し、目標管理で設定した目標に対する達成度を含め、その期間の取組内容や成果を人事評価に反映する目標管理方式による人事評価を行い、6月及び12月の賞与、7月の定期昇給及び10月の全国規模の人事異動に反映する等、適切な運用を実施しました。

iii) 協会の理念を實踐できる組織風土・文化の更なる定着

年度の節目となる4月、10月及び1月に理事長から全職員に対してメッセージを発出し、協会のミッションや目標についての徹底を図りました。

部長、グループ長、リーダー、スタッフの各階層を対象として、協会のミッションや目標、業務・システム刷新の目的、職員へ期待すること等、各階層に求められる役割について研修を行い、協会の理念のもと新たな組織風土・文化の更なる定着に取り組みました。

また、協会の理念を實踐し、協会の事業展開、取組みを支え、発展させることができる組織風土の定着と職員の意識改革をさらに促す協会独自の人事制度の構築を目指し、人事制度改定の検討を進めています。

具体的には、等級制度、給与制度、人事評価制度及び研修制度のそれぞれの制度が、有機的に結びつきを持った仕組みとし「実績や能力本位の人事」の徹底を図ることに加え、「人材育成と職員のモチベーションの維持・向上」といった新たな視点を加えて検討してきました。

25年度は「人事制度検討委員会」において、これらの人事制度改定の基本的な方向性について議論を行ってきました。今後は、引き続き詳細な改定内容の検討を進めることとしています。

iv) コンプライアンス・個人情報保護等の徹底

法令等規律の遵守（コンプライアンス）については、職員に行動規範小冊子を配布し、常時携行させ、コンプライアンス基本方針、行動規範、通報制度に対する意識の醸成を図っています。25年度には本部コンプライアンス委員会を9月、10月、12月及び2月に開催し、通報事案についての措置の決定等を行うとともに、コンプライアンスの重要性を再認識することをテーマとして取り上げたコンプライアンス通信第5号を発行しました。また、管理職層を対象としたハラスメント防止研修（集合研修）の実施や支部において全職員を対象としたハラスメント防止研修を実施する等、積極的な防止対策に取組みました。

個人情報保護や情報セキュリティについては、各種規程の遵守やアクセス権限、パスワードの適切な管理等を徹底するため、個人情報の管理状況の点検を随時実施しました。

加えて、総務担当会議をブロック別に実施し、ハラスメント、情報セキュリティ等に関する留意事項を説明し、周知徹底を図りました。また、説明会に参加した職員が各支部において伝達研修を行うなど、コンプライアンス、個人情報管理、情報セキュリティ対策の徹底を図りました。

v) リスク管理

26年3月28日に第5回リスク管理委員会を開催し、25年度における協会内で生じた危機対応等の事例や、協会内で取組んできたリスク管理対応について報告しました。また、今後対応すべき課題として、社会保障・税番号制度の導入に伴い必要となる個人情報保護の対応や、災害発生時の体制整備に係る今後の対応方針、特に協会本部における初動対応のための手順、方針整備の必要性について議論を行いました。

また、大規模災害の発生に備えて、3日分の飲料水、食料、防寒ブランケット及び簡易トイレ袋を本部及び全支部において備蓄することとし、26年3月26日までに全拠点への配備を完了しました。

(2) 人材育成の推進

各階層に求められる役割についての理解と必要な能力の修得を目的とした階層別研修、各業務に必要な知識の習得、スキルのアップを目的とした業務別研修、支部の実情に応じた支部別研修を実施し、人材の育成・開発を推進しました。

階層別研修として、部長研修、グループ長研修、リーダー研修、スタッフ研修、既卒者採用時研修、新卒採用者研修等、9講座で計19回開催し、特に役員が協会のミッションや目標、業務・システム刷新の目的、それぞれの階層に期待すること等を直接研修生に講話する機会を設けるとともに、組織マネジメント、リーダーシップ、問題解決力等について研修を行いました。協会設立五年目を迎え、各職員には今まで以上に主体的な行動が求められることから、新たな目標に沿って研修テーマの集約を行うとともに、特に若手職員に自らのキャリアビジョンを意識させることにより、具体的な目標を持って日々の仕事に取り組む姿勢を持

つことができるようスタッフ研修においてキャリア開発に関する研修を行いました。

業務別研修については、業務基礎研修、統計分析研修、CS 向上研修、レセプト点検員研修、保健師研修等 9 講座で計 29 回開催し、各業務の特性に応じた内容及び形態で研修を行いました。特に求償事務担当者研修や債権・療養費担当者研修、事務処理誤り発生防止研修など業務遂行上必要性が高い研修を新たに実施しました。

支部別研修は、各支部の実情に応じて年間計画を作成し実施しています。また、職員の能力開発の機会を増やすため、自己啓発のための通信教育講座の斡旋を行い、25 年度は受講経費の一部を協会が負担する受講推奨講座の拡大を図りました。

研修制度については、人事制度改定において職員がキャリア形成するために必要となる能力開発を支援するための研修体系について検討していきます。

(3) 業務改革の推進

i) 業務プロセスなどの見直し

健康保険業務において、各支部で行っている効果的な業務方法や各支部内で行える業務改革・改善の検討・提案を行う場として、全国 7 ブロック別に業務改革会議を開催しました。

全国 7 ブロックで「事務処理誤りの発生防止」についての議論を行った結果を取りまとめ、「事務処理手順書」及び未処理申請書の紛失等防止を目的とした「申請書管理の手引き」を作成しました。現在、各支部で活用することにより事務処理誤りの発生防止及び未処理申請書の紛失等防止に努めています。

ii) アウトソーシング（外部委託）の推進

24 年度に 3 支部においてレセプト点検業務の一部アウトソーシング化を実施した結果、点検効果額がアウトソーシング化前と比較して向上したことを受け、26 年 1 月より実施支部を 15 支部に拡大しました。アウトソーシングの実施により、職員を中核の業務にシフトし、保険者機能の強化のため中核を担う企画業務や現金給付の適正化に向けた審査業務の強化を図りました。

(4) 業務・システムの刷新について

現行システムについては、劣化に伴うトラブルを回避する必要があるとともに、大量データ処理に対応しきれていないことや、大量の紙を使用する事務処理となっていることから、24 年度から段階的に新システム基盤の設計及び構築等を進めており、25 年度においては、アプリケーション設計・開発のほか、データ移行、ネットワークシステムの設計・構築、LAN・端末機器の設計・構築等を順次進めています。

具体的には、基盤（ハードウェア）導入業務については、詳細設計を終了し、25 年 5 月より製造工程を継続しています。26 年 4 月には結合テスト工程を開始する予定です。

アプリケーション設計・開発業務については、事業者が応札しやすいよう業務領域を分割

するなどの工夫を行い、同年5月に受託者を決定しました。その後、基本設計・詳細設計工程を経て、概ね26年1月より製造・単体テスト工程を開始しています。

ネットワークシステム設計・構築については、25年9月に受託者を決定し、先行して必要となる拠点から順次回線の導入を進め、LAN・端末機器の設計・構築についても、25年9月に意見招聘、25年11月に入札広告を経て、26年2月に受託者を決定し、基本設計工程を完了しました。今後も開発及び各種テストの確実な実施や運用・保守業務体制を整備し、新システムへのスムーズな移行を推進してまいります。

また、全支部に刷新プロジェクトチームやプロモーターを設置して、業務マニュアルの作成や研修の実施等の準備作業を進めてきました。今後も、本部・支部一体となって、27年1月からの新しい業務・システムのサービスインに向けて準備を進めています。

(5) 経費の節減等の推進

財政再建策の一つとして、事務経費削減のために策定した全国健康保険協会事務経費削減計画は24年度で終了しましたが、25年度においても引き続き予算の削減に努めました。

サービス水準の確保に留意しつつ、年金事務所窓口職員については効率的な配置を行うことにより経費の削減を図ったほか、保険給付費支給決定通知書については封筒による通知から圧着シーラー葉書による通知方法に切り替えることにより経費削減を図りました。コピー用紙、トナー、各種封筒等については本部において全国一括入札を行い経費削減と在庫管理の適正化を図りました。また各支部で使用する消耗品についてはWebを使った発注システムにより、各支部における調達手続きを簡素化するとともに、スケールメリットによるコストの削減及び随時発注による在庫量の削減を図りました。また、ペーパーレス化によるコピー用紙の削減、被保険者証等の発送業務やデータ入力のアウトソーシング化等を含め、システム刷新に伴う経費の削減等についても、今後の開発の進捗状況と刷新準備室との連携を図りながら検討を続けていきます。

調達に当たっては、契約の透明性を高めるとともに調達コストの削減を図るため、100万円を超える調達は一般競争入札を原則とし、企画競争による随意契約から総合評価落札方式による一般競争入札への移行を進めるとともに、随意契約が必要なものについては、本部・支部ともに調達審査委員会において個別に調達内容、調達方法、調達費用等の妥当性について審査を行っています。これら調達実績については、ホームページ上で公表を行っています。25年度における100万円を超える調達件数全体では、24年度と比べ77件の増加（前年度比18.8%増加）、うち競争性のない随意契約の件数は53件の増加（前年度比32.9%増加）となりました。調達件数の増加要因としては、業務システム刷新に伴う変更契約や運用保守契約の増加及び事務所賃貸借契約の更新に伴う増加が主な要因となっています。

[(図表 4-53) 契約状況]

区分	23年度調達実績	24年度調達実績	25年度調達実績
一般競争入札	233 件 (46.0%)	217 件 (52.9%)	244 件 (50.1%)
企画競争	52 件 (10.2%)	32 件 (7.8%)	29 件 (6.0%)
随意契約	222 件 (43.8%)	161 件 (39.3%)	214 件 (43.9%)
計	507 件	410 件	487 件

(注) ・ 契約価格が 100 万円を超えるものを計上。

- ・ 随意契約は、企画競争を除く競争性のない随意契約の件数を計上。また、件数には生活習慣病予防健診実施機関との契約件数及び特定保健指導の委託件数は含んでいない。
- ・ 随意契約の内訳は、事務所賃貸関係が 87 件、システム関係が 66 件、窓口業務の社会保険労務士会へ委託が 7 件、新聞等の広報関係が 16 件、一般競争入札不落によるものが 2 件、その他随意契約によることやむを得ないものが 36 件。

第5章 東日本大震災における影響と対応について

23年度は、東日本大震災により被災した加入者や事業主及び船舶所有者の皆様に対して「東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律」（特別法）及び国の方針に基づいて保険料の免除や納付期限の延長、一部負担金等の猶予や免除等に関する対応をとってまいりましたが、24年度以降は、国の方針及び財政措置に基づき、「原発事故に伴う警戒区域等^{*}の被災者」について一部負担金等の免除等の措置を延長するなど、主に以下のような対応を行ってまいりました。

※ 警戒区域、計画的避難区域、旧緊急時避難準備区域、特定避難勧奨地点（ホットスポット）

i) 医療機関における一部負担金の免除

震災後まもなく被災された加入者の方が医療機関等で受診した場合には、医療機関等の窓口で一部負担金等を支払わず（支払の猶予）受診することを可能としていましたが、特別法の成立後、被災された方については一部負担金等を免除することとし、23年7月1日以降は、免除を受けるためには協会などの保険者が発行する免除証明書の提示が必要となりました。

この一部負担金等の免除を受けることができる期間は、特別法において、国からの財政措置がある24年2月末日までとしていましたが、「原発事故に伴う警戒区域等の被災者」については、24年度政府予算において、24年3月以降も引き続き財政措置がされたことから、25年2月末日まで延長されました。また、政府予算で財政措置がされない「その他の被災者（住居の全半壊等）」についても、健康保険法等の規定に基づく保険者判断により協会として24年9月末日まで免除を継続することとしました。

また、25年度政府予算においても、「原発事故に伴う警戒区域等の被災者」については、同様の財政措置がとられているため、さらに26年2月末日まで延長されることとなりました。（「その他の被災者（住居の全半壊等）」については24年9月末で措置を終了しています。）

〔図表5-1〕協会における一部負担金等の免除証明書の発行状況（累計）

	発行枚数				
	全国計	（うち被災3県）			
		岩手	宮城	福島	
26年3月31日現在	314,757	274,884	24,108	143,781	106,995

ii) 特定健診及び特定保健指導に係る自己負担分の還付

震災後、被災された加入者の方が、生活習慣病予防健診、特定健診及び特定保健指導を受けた場合には、申請により保険者から自己負担分を還付しています。

還付の対象期間は、24年度政府予算の財政措置により25年3月末日まで延長されていましたが、25年度は「原発事故に伴う警戒区域等の被災者」について自己負担分の還付を継続しています。

[(図表 5-2) 特定健診及び特定保健指導に係る自己負担分の還付の状況]

	自己負担還付件数
	25年度受診者分
生活習慣病予防健診	1,042
特定健診	14
特定保健指導	0

※ 26年3月末現在の件数を計上したもの

第6章 平成25年度の総括と今後の運営

(1) 平成25年度の総括

協会は25年10月で設立から6年目を迎えました。これまでの5年間は新たな保険者を創建するために、その基礎固めに力を注いでまいりましたが、これからの協会けんぽは、日本の医療保険を牽引する日本最大の医療保険者として、その期待に的確に応えていく存在へ飛躍していかなければなりません。

25年度においては、26年度診療報酬改定や協会への財政特例措置が終了する27年度以降の協会の財政基盤強化、そして27年通常国会における医療保険制度全体の見直しに向けて意見発信を強化する一方で、保険者機能強化や医療費適正化などの保険者として当然果たすべき業務についても着実に進めてまいりました。

まず財政面ですが、保険料率については、協会けんぽへの財政特例措置を2年間延長することなどを内容とする健康保険法等の一部改正法が成立したことにより、昨年度に引き続き平均保険料率10%及び各都道府県単位保険料率を据え置くことが出来ました。

一方、業務運営については、24年度に策定した保険者機能強化アクションプランに基づいた具体的な取組みを進めたほか、ジェネリック医薬品の使用促進などの医療費適正化、業務の改革とサービスの向上、特定健診・保健指導などの保健事業の効果的な推進など積極的に取り組んでまいりました。

保険者機能強化では、各支部において医療情報の分析力や発信力の強化について積極的に取り組むとともに、効果的な保健事業を推進するために都道府県など地方自治体との協定等の締結を数多く実現いたしました。また、24年度までに実施したパイロット事業のうち、一定の成果が認められた「未受診者に対する受診勧奨業務」については、25年10月から全国展開しました。

医療費適正化では、ジェネリック医薬品の使用促進の中核的な業務である軽減可能額通知について、「年度内2回目通知」の定着化に加え、これまでの実施結果を検証して対象者の抽出や通知書の見せ方などに工夫を加えるなどした結果、1回目の通知時点で前年度実績を上回る効果が上がっています。

保健事業では、特定健診などの実施率は計画した目標値には至りませんでしたでしたが、実施機関の拡大やインターネット申込みなどの加入事業所における手続き軽減を図る取組みを進めたことで、実施件数を着実に伸ばしました。

業務改革とサービス向上については、確実に迅速な事務処理を進めるための手順書や手引きを作成したほか、レセプト点検業務のアウトソーシング化を拡大しました。また、更なる業務の効率化、合理化に向けて取り組んでいる業務・システムの刷新について、24年度から段階的に進めてきた新システムの設計及び構築を確実に進めました。

このように、業務運営については概ね順調な運営であったと考えます。

(2) 今後の運営

26年度は、プログラム法に規定されたとおり、27年通常国会に向けて医療保険制度全体の見直しが予定されており、また、診療報酬改定やデータヘルス計画の策定・実施、さらに27年度以降の地域医療ビジョンの策定に向けた体制整備など、医療を巡る大きな改革が予定されています。協会内においても、これまで保険者機能を十分に発揮できる新たな保険者を創る、すなわち「創建」することを目標に取り組んできましたが、この「創建」の仕上げの一環として進めてきた業務・システム刷新について27年1月からのサービスインを予定するなど、大きな山場を迎えることになります。

政府は、27年通常国会に医療保険制度改革のための法案の提出を目指しており、既にこの4月から制度改革に向けた議論が本格化しています。協会としては、医療保険制度の全体の見直しが行われるこのタイミングにおいて、構造的に協会の赤字財政を改善する恒久措置の実現、具体的には、協会に対する国庫補助率20%への引上げや、公費負担の拡充、全面総報酬割の導入をはじめとする高齢者医療制度の見直しを何としてでも実現させる必要があると考えています。この時機を逃せば、もうあとはありません。26年度を「勝負の年」と位置づけ、協会の財政基盤強化に向けて、「やれることは全てやる」という方針の下で、本部・支部が一体となり、さらに総力を挙げて精力的に取り組む必要があると考えています。

26年度前半には支部ごとに大会を開催します。この支部別大会を通じて、改めて、協会が被用者保険の最後の受け皿として果たしている機能、そして、協会の財政問題は中小企業の経営、そこで働く従業員、ご家族の皆様の雇用・生活に直結する、一保険者の問題を越えた地域、経済全体に影響する問題であることを認識し、地元国会議員や中小企業関係団体のお力、ご協力をいただき、地元紙などのメディアを最大限に活用して、加入者、事業主の皆様の厳しい現状、協会の財政基盤強化の必要性、緊急性を内外に強く発信していく予定です。また、これらの各地域における加入者、事業主の皆様の声を結集させる形で、年度の後半には全国大会を開催する予定です。

一方で、協会は医療保険者として、行うべきことはきちんと行っていくという姿勢もこれまで以上に強く問われることになると考えています。「保険者機能強化アクションプラン(第2期)」も策定から2年が経過し、具体的に何をしたのか、何が変わったのか、という結果が問われる時期です。協会設立の趣旨は、「加入者や事業主の意見を反映した、自主自律・都道府県単位の運営により保険者機能を十分に発揮できる新たな保険者を創る」ことにあります。この設立趣旨に立ち返り、加入者の皆様の疾病予防や健康増進、さらに医療情報を活用した分析・発信、そして医療費適正化策の推進に邁進し、これまで以上に「自らできることは、しっかり実行する」という協会の姿を強く発信していく考えです。

特に、医療情報の収集、分析、発信については、国をはじめ、内外から保険者に対する期待が高まっています。協会は日本最大の保険者として、また、全国47都道府県を万遍なくカバーする唯一の保険者として、他の保険者を牽引する立場となって、その期待に応えていく必要があります。26年度は全支部において「データヘルス計画」の策定を予定しています。

国が主導する新しい事業という側面はありますが、これまで協会でもパイロット事業や支部独自の取組みとして実施してきている事業も多く、各支部の特徴等を踏まえて、工夫を凝らした取組みを打ち出し、期待に応えていく考えです。

また、本年6月に成立した地域医療・介護一括法による医療法の改正では、27年度からは都道府県において「地域医療ビジョン」の策定が予定されており、その策定のために設置される「協議の場」には、協会をはじめ医療保険者の参加も法定化されました。これまでの医療行政にはなかった画期的な改正であると評価しますが、一方で、協会は医療保険者として、地域の医療提供体制の再編、医療費適正化に向けて建設的、積極的な意見発信、関与が求められるという、より重い責務が伴うこととなります。こうした地域医療行政において新たに期待されることに対してどう応えていくかは、まさに各支部を含めて協会全体の実力が試されることであり、この点についての強化にも努めていきたいと考えています。

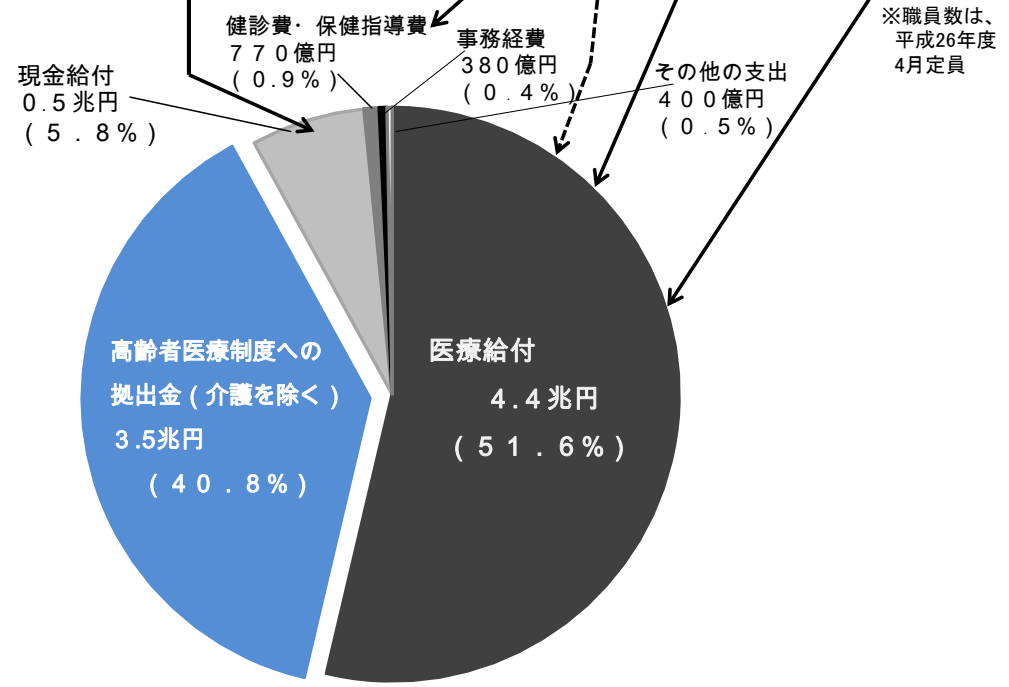
協会は、新しい保険者の創建において、「発信力」「営業力」「訴求力」の3つの力をいかに発揮していくかが鍵になると考え、これまで取組みを進めてきました。協会の加入者、事業主の皆様の厳しい現状だけでなく、例えば医療情報などの協会の強みを「発信」していくこと。そして、協会の新たな取組みやその可能性をもって、地方自治体の医療政策担当部署や加入者、事業主の皆様に対して「営業」をかけていくこと。さらに協会が被用者保険の最後の受け皿として持続可能な制度となるための財政基盤の強化や、効率的な医療提供体制の実現を関係方面に訴えていくことなどです。この3つの力を発揮する原動力は職員一人ひとりの意識に他ならず、職員の意欲が加入者の皆様のための新たなサービスの創造に繋がるよう、引き続き職員の専門性の強化、意識改革を進めてまいります。

業務・システム刷新はまさに協会の組織を改革する基盤となる取組みで、例えば、協会の支出約9兆円のうち、現金給付の支出は約5千億円で全体の約6%程度ですが、この業務に全職員の約半数が当たっています（次図参照）。このような業務を効率化し、保健事業・調査分析などに人的資源を振り向け保険者機能をより強化していく必要があります。システムについても現システムは、複数のパッケージを組み合わせた形でシステムごとに別々でデータを保有しています。このようなシステムも統合し、統合データベースをつくり、加入者の皆様のためにさらに保険者機能が発揮できるよう環境整備を図る考えです。

このように、「創建」の仕上げの一環として業務・システムの刷新を推進し、その効果として、創造的な活動を拡大し、さらに保険者機能の強化を図り、加入者及び事業主の皆様の実現することを目指してまいります。

本部 **支 部 (47)**

常勤: 89人	業務グループ	保健 グループ	レセプト グループ	企画総務グループ
	常勤: 1048人 (非常勤: 1278人)	常勤: 186人 (非常勤: 1018人)	常勤: 265人 (非常勤: 893人)	常勤: 491人 (非常勤: 172人)



※職員数は、平成26年度4月定員

※協会支出(25年度決算収支ベース(介護納付金・借入金の償還等を除いたもの))

全国健康保険協会の予算・決算書類について

協会の予算、決算関係の書類は、制度上、A. 予算、決算報告書、B. 貸借対照表、損益計算書等の財務諸表、C. 支部別収支があり、さらに、制度上の位置づけはありませんが、D. 協会管掌健康保険全体の収支の予算（協会会計と国特別会計を合算した収支で事業報告書の本文では「合算ベースの収支」としてしています。また、保険料率の議論を行う際の運営委員会への提出資料では「協会けんぽの収支見込み」としてしています）、決算があります。

A、Bは、全国健康保険協会の法人としての収支、財務状態に関する会計書類であり、Aの収支予算・決算は、国と同様の現金収支の基準（現金主義）による表示がなされていますが、Bの財務諸表は、企業会計原則（発生主義）に則り、企業会計基準で表示されます。この2つは、決算においては、期間の取り方が若干異なる、貸倒引当金や退職給付引当金などのように現金の動きはないが債務認識すべき事項を考慮するか否か、などの違いがあります。また、そもそもAは、いわゆる「フロー」と「ストック」とを区別せずに、すべて収支に計上することになっておりますので、Aでは借入金や借入金償還金などが、収入、支出として扱われています。

いずれにしましても、A、Bともに、全国健康保険協会そのものの収支、財務に関するものです。

しかしながら、全国健康保険協会管掌健康保険の財政は、協会だけで完結しているわけではありません。任意継続を除く保険料の収納は厚生労働大臣（の委託を受けた日本年金機構）が行い、このため保険料収入はいったん国の年金特別会計に入り、政府での経費、日本年金機構の徴収関係の事務費支払を差し引いて、その残額が国から協会に保険料等交付金として入ってきます。A、Bは、この保険料等交付金が協会に入ってくる段階以降の収支などを表示するもので、国の特別会計での費用は入っていません。国、日本年金機構での関係経費も健康保険料による負担となりますので、保険料率を算定する上では、国の特別会計での支払いをもカバーしなければならず、保険料率設定のための検討を運営委員会等で行うためには、Dの資料が必要となります。これが合算ベースによる収支です。

なお、Dの書類は法律上の作成義務はありません。法律上は、協会は協会の予算、決算、財務諸表、国は年金特別会計の予算、決算の関係書類を作成する義務があるだけであり、国の特別会計、協会をまたがる協会管掌健康保険の全体に関する財務関係書類は制度上の作成義務はありません。

Cの支部別収支は、予算時の支部別収支見込み、決算時の支部別収支として作成しますが、その目的は、各支部の保険料率を適切に設定することと、各支部の収支差の実績を明らかにし翌々事業年度の都道府県単位保険料率における精算（翌々事業年度の支部別収支見込みにおい

て、収支差がプラスであれば当該額を収入に加算し、マイナスであれば当該額の絶対値の額を支出に加算)に反映することです。

このため、Cの支部別収支は、Dの合算ベースの収支に基づいて作成しています。具体的には、医療給付費は、支部の実績(予算では見込み)を年齢及び所得調整、激変緩和を行った上で計上し、保険料収入(一般分)は、各支部の総報酬額に保険料率を乗じた額に基づいて全体の額を按分して計上しています。また、特別計上分は、支部の実績を計上しています。それ以外の収入、支出は、全体の額を総報酬額シェア按分により支部別に割り振った額を計上しています。したがって、基本的には、Dの合算ベースの収支を支部別に割り振ったものとなっています。ただし、「医療給付費」、「現金給付費等」、「前期高齢者納付金等」、「業務経費」、「一般管理費」については、国庫補助を除いています。

なお、支部別収支では、「保険料収入」は保険料収入(下図①+下図⑦)を計上し、国の特別会計での収支項目は雑収入(下図②)を「その他収入(国)」として収入に、業務勘定繰入(下図③)と過誤納保険料(下図④)を「その他支出(国)」として支出に計上しています。

