

令和4年度事業報告書（案）

（協会けんぽ 2022）

事業期間：2022（令和4）年4月1日～2023（令和5）年3月31日



目次

加入者及び事業主の皆様へ	1
第1章 全国健康保険協会の概要	
1. 理念	3
(1) 基本使命	3
(2) 基本コンセプト	3
2. その他	3
第2章 2022年度の事業運営方針と総括	4
第3章 加入者数、事業所数、医療費等の動向	
(1) 加入者数、事業所数の動向	10
(2) 医療費の動向	16
(3) 現金給付の動向	19
第4章 事業運営、活動の概況	
1. 基盤的保険者機能関係	24
(1) 健全な財政運営	24
(2) サービス水準の向上	47
(3) 限度額適用認定証の利用促進	50
(4) 現金給付の適正化の推進	51
(5) 効果的なレセプト内容点検の推進	55
(6) 柔道整復施術療養費等における文書照会の強化	62
(7) 返納金債権発生防止のための保険証回収強化及び債権管理回収業務の推進	64
(8) 被扶養者資格の再確認の徹底	67
(9) オンライン資格確認の円滑な実施	68
(10) 業務改革の推進	69
2. 戦略的保険者機能関係	71
(1) 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の着実な実施	71
(2) 広報活動や健康保険委員を通じた加入者等の理解促進	114
(3) ジェネリック医薬品の使用促進	127
(4) インセンティブ制度の着実な実施	132
(5) 支部で実施した好事例の全国展開	136
(6) 地域の医療提供体制への働きかけ	137

(7)	医療保険制度改正等に向けた意見発信	143
(8)	調査研究の推進	157
3.	組織・運営体制関係	171
(1)	人事制度の適正な運用と標準人員に基づく人員配置	171
(2)	人事評価制度の適正な運用	171
(3)	OJTを中心とした人材育成	171
(4)	本部機能及び本部支部間の連携の強化	175
(5)	支部業績評価の実施	175
(6)	内部統制に関する取組	175
(7)	費用対効果を踏まえたコスト削減等	178
(8)	協会システムの安定運用	179
(9)	制度改正等にかかる適切なシステム対応	180
(10)	中長期を見据えたシステム構想の実現	180
4.	その他	182
(1)	新型コロナウイルス感染症への対応	182
(2)	東日本大震災への対応	183
5.	協会の運営に関する重要業績評価指標（KPI）	
(1)	協会全体の重要業績評価指標（KPI）	185
(2)	支部別の重要業績評価指標（KPI）	187
第5章 戦略的保険者機能関係等の充実及び強化に向けた本部・支部の連携強化		
1.	「戦略的保険者機能強化等に向けた本部・支部の連携強化」の実践	192
2.	本部・支部の連携強化に向けた具体的取組	194
(1)	支部におけるエビデンスに基づく事業実施のサイクル化と本部・支部間の情報共有	194
(2)	保健事業の人材・組織体制の強化	198
(3)	広報の充実・強化	202
(4)	保険者努力重点支援プロジェクト	205

参考資料

・全国健康保険協会の予算・決算書類について	210
・令和4年度の財務諸表等	212
・合算ベースの収支状況	233
・支部別の収支状況	235
・各支部の運営状況	237
・2022年度 支部保険者機能強化予算について	262
・これまでの財政状況	264
・令和4年度全国健康保険協会事業計画及び予算	282
・保険者機能強化アクションプラン（第5期）の概要	299
・保険者機能強化アクションプラン（第5期）における保健事業の実施方針	301
・保険者機能強化アクションプラン（第5期）（2021年度～2023年度）	302
・協会けんぽの医療費の特徴について	316
・2022年度のお客様満足度調査の結果について	327
・2022年度の柔道整復療養費請求部位数、日数の状況	329
・地方自治体、関係団体等の協定等締結 支部別一覧表	330
・都道府県の「健康増進計画」など健康づくりに関する検討会への参画状況	338
・地域医療構想調整会議への参画状況	340
・地域別ジェネリックカルテ（都道府県別）	342
・本部及び支部の所在地	346

加入者及び事業主の皆様へ

はじめに、加入者及び事業主の皆様におかれましては、全国健康保険協会の事業運営や健康保険料等のご負担に対してご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

当協会は、主に中小企業で働く方とそのご家族等、約 4,000 万人の加入者、約 260 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強化・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、加入者及び事業主の皆様の利益の実現を図ることです。

同時に、一保険者の立場のみならず、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うとともに、加入者の皆様の健康を維持・増進し、病気にかかったとき等には安心して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。

日本の社会・経済に大きな影響を与えて来た新型コロナウイルス感染症の状況は落ち着きつつあり、2023（令和 5）年 5 月 8 日には 5 類感染症に移行しました。その一方で、昨年から引き続く世界情勢の悪化等により経済情勢の先行きが不透明な中においても、我が国全体の課題である急速な高齢化と医療費の伸びは着実に進行しています。そのため、当協会の財政状況は今後も楽観を許さない状況が続くものと見込まれますが、加入者及び事業主の皆様のご協力を賜りながら、各事業を着実に実施し、当協会の使命を果たしてまいります。

2022（令和 4）年度においては、「保険者機能強化アクションプラン（第 5 期）」（2021（令和 3）年度から 2023 年度までの 3 年間の中期行動計画）に基づき、加入者の健康度の向上等を図るための各種取組を着実に実施しました。

また、2022 年 10 月から実施した LDL コレステロール値に着目した受診勧奨や 2023 年度から実施する生活習慣病予防健診等の自己負担軽減などの更なる保健事業の充実策を決定し、それらにかかる広報を 2023 年 1 月から実施しています。

さらに、2021 年度に策定した「戦略的保険者機能関係等の充実・強化に向けた本部・支部の連携強化」の方策に基づき、エビデンスに基づく支部ごとの課題把握と本部・支部間の情報共有などの連携策も順次進めています。

今後も、「保険者機能強化アクションプラン（第 5 期）」等に基づき、レセプト及び現金給付の迅速かつ適正な審査・支払といった基盤的な業務に加え、特定健診・特定保健指導やコラボヘルス、重症化予防対策等の保健事業の充実・強化、ジェネリック医薬品の使用促進や医療費・健診等のデータ分析に基づく関係方面への意見発信・働きかけといった戦略的な業務を強力に推進し、保険者機能を更に発揮してまいります。

全ての加入者の皆様が、健康を維持・増進し、良質かつ効率的な医療を享受することができるよう、全国健康保険協会の総力を結集して様々な取組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。

2023（令和5）年7月
全国健康保険協会
理事長 安藤 伸樹

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」という。）は、保険者として健康保険事業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、民間の利点やノウハウを積極的にとり入れ、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. その他

1. 沿革

2008（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ています。また、理事は理事長が任命し、厚生労働大臣に届け出をしています。役員は、2022（令和 4）年度末現在において、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

2022 年度末現在において、職員は 2,055 人、契約職員は 2,804 人となっています。

第2章 2022年度の事業運営方針と総括

(1) 2022年度の事業運営方針

協会は、2022（令和4）年度で設立から14年目を迎えました。国内において2020（令和2）年3月より急速に感染が拡大した新型コロナウイルス感染症は、2022年7月下旬には感染者の急増により、診療・検査等の外来医療を中心に医療機関等の負荷が急速に高まり、8月24日までに27都道府県が「BA.5対策強化地域」と位置づけられる等、予断を許さない状況が続きましたが、協会では、加入者の皆様へのサービスの低下を招くことのないよう、感染防止対策の徹底を図りつつ、事業運営に取り組んできました。

協会は、保険者機能を発揮することにより、加入者の健康増進を図ること、加入者が良質かつ効果的な医療を享受できるようにすることが、課せられた基本使命であり、設立された目的でもあります。この基本使命を実現していくために、協会では、3年ごとに、中期的な事業運営方針としての保険者機能強化アクションプランを策定するとともに、毎年度、事業計画を策定し、これらに沿った形で事業運営を行っています。

2022年度は、2021（令和3）年度から2023（令和5）年度の3年間の中期行動計画である「保険者機能強化アクションプラン（第5期）」（以下「第5期アクションプラン」という。）（図表2-1参照）の2年目に当たる年でした。

第5期アクションプランでは、

1. 基盤的保険者機能関係（レセプト点検や現金給付の審査支払等）
2. 戦略的保険者機能関係（保健事業等により、加入者の健康の増進を図る等）
3. 組織・運営体制関係（職員の人材育成による協会の組織力の強化等）

の3つを事業運営の柱として取り組むこととしています。そして、第5期アクションプランと、これを連動させた単年度の計画である「2022年度事業計画」においては、具体的なプランと、事業の達成度を測るための目標値として重要業績評価指標（Key Performance Indicator 以下「KPI」という。）を定めています。このKPIにより事業の達成度を把握の上、必要に応じて改善を図る等して、事業の進捗管理を行っています。

(2) 2022年度の事業運営の総括

第5期アクションプランの2年目である2022年度は、第5期アクションプランで掲げたKPIの達成に向け、各種取組を推進したほか、2021年度に策定した本部・支部連携強化の三つの方策に基づく取組や保険者努力重点支援プロジェクトの開始、更には次期アクションプランを見据えた「更なる保健事業の充実策」を取りまとめ、2022年10月から、現役世代の循環器疾患の重症化予防対策として、LDL コレステロール値に着目した受診勧奨を開始したほか、当該充実策のうち、「生活習慣病予防健診等の自己負担額の軽減」を1年前倒しで開始するために必要な準備を進める等、戦略的保険者機能の更なる充実・強化について、一定の基礎固めを終えて、具体的な取組の実践のフェーズに入った年度であったと考えています。

以下、2022年度の事業や取組の実施状況を3つの事業運営の柱に沿って概説します。

① **基盤的保険者機能関係**

基盤的保険者機能とは、保険者の基本的な役割として、中長期的な視点から、健全な財政運営を行うとともに、加入者に良質なサービスを提供するため、加入者の加入手続き・資格管理や医療費及び現金給付の審査・支払等を迅速かつ適正に行うことです。あわせて、不正受給対策等の取組を強化することにより、協会や医療保険制度に対する信頼の維持・向上を図ることとしています。この基盤的保険者機能を盤石なものとするため、日々の業務量の多寡や優先度に対応する柔軟かつ最適な事務処理体制の定着に注力し、業務の生産性の向上を目指すとともに、職員の多能化と意識改革を促進し、柔軟かつ筋肉質な組織を構築すべく取り組んでいます。

協会では、傷病手当金等の一部の健康保険給付について、申請受付から支払までの期間に関して、10営業日をサービススタンダード（所要日数の目標）として設定しています。サービススタンダードを設定している健康保険給付の2022年度の申請件数は、新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の急増により、前年度と比較して大幅に増加（対前年度45.6%増）しました。そうした中、申請件数の増加に応じた事務処理体制を整備するとともに、生活保障の性格を有している傷病手当金を優先して支給決定したこともあり、サービススタンダードの達成率は99.9%と、前年度と同水準を維持することができました。

支部におけるレセプト点検に関しては、「レセプト内容点検行動計画」を策定し、当該計画のもとで、レセプト点検員のスキルアップを図るほか、PDCAサイクルによる現状の把握と改善に努めること等により、効果的な点検を実施しました。

また、現金給付業務やレセプト点検業務、債権管理回収業務等に関する事務処理プロセスについて、事務処理手順書に基づく統一的な事務処理を徹底すること等により、生産性の向上等に取り組んでいます。

こうした保険者としての基本的な役割やサービスの提供を、今後も確実に果たしてまいります。

② **戦略的保険者機能関係**

戦略的保険者機能とは、「基盤的保険者機能」に掲げた基本的な役割を確実に果たした上で、より発展的な機能として、「加入者の健康度の向上」、「医療等の質や効率性の向上」、「医療費等の適正化」を目指すことです。具体的には、事業主や関係団体等とも連携して、特定健診・特定保健指導やコラボヘルス等の保健事業の充実・強化に取り組むとともに、加入者及び事業主のヘルスリテラシーの向上を図ります。また、ジェネリック医薬品の使用促進や、医療費・健診等のデータ分析に基づく意見発信・働きかけ等により、質が高く無駄のない医療を実現するとともに、加入者が正しい情報に基づき適切に行動できるよう、協会の活動や医療保険制度等に関する理解の促進につなげるものです。

2022年度の保健事業に関しては、2021年度に引き続き新型コロナウイルス感染症の感染防止対策を徹底しつつ、大規模事業所への重点的な受診勧奨等をはじめとした各種取組を

推進した結果、健診及び特定保健指導の実施件数は前年度及び前々年度を上回り、過去最高の水準となりました。

また、事業主の皆様とともに推進する「健康宣言事業」では、宣言事業所数が2023年3月末時点で81,526事業所となり、KPI（64,000事業所）を達成するとともに、日本健康会議の活動指針である「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」の宣言3「保険者とともに健康経営に取り組む企業等を10万社以上とする」という目標の達成に貢献することができました。

加えて、保健事業を更に充実させるための発展的な取組の実施に向けた第一歩として、「重症化予防対策の充実」、「支部主導の保健事業の実施」、「健診・保健指導の充実・強化」から成る「更なる保健事業の充実策」について、2024（令和6）年度から2026（令和8）年度の3年間の中期行動計画である「保険者機能強化アクションプラン（第6期）」（以下「次期アクションプラン」という。）における本格実施を見据え、2021年12月に開催した運営委員会にて議論を開始しました。その後、数回に渡り運営委員会で議論を行い、その中で出された健診実施率向上に向けた「生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減」の実施時期の前倒しの意見を踏まえ、1年前倒した2023年度実施に見直した上で、2022年9月に開催した運営委員会において、更なる保健事業の充実についての具体的な事業内容を取りまとめました。その内容として、まずは、2022年10月から、現役世代の循環器疾患の重症化予防対策として、LDL コレステロール値に着目した受診勧奨を開始しました。また、2023年度より、生活習慣病予防健診等の自己負担額を総合健康保険組合の水準に合わせ軽減することにより、国の定める健診実施率の目標達成を目指すこととし、この取組を広く周知するため、本部においては、経済団体、健診団体及び業界団体（公益社団法人全日本トラック協会、公益社団法人日本バス協会、一般社団法人全国ハイヤー・タクシー連合会）に対して広報等の協力依頼を行うとともに、ホームページ上への特設サイトの開設や新聞への広告掲載等の広報を行いました。支部においても、経済団体や都道府県等に対して広報等の協力依頼を行うとともに、新聞への広告掲載やメールマガジンの配信等、本部と支部が連携して周知に積極的に取り組んだところです。

ジェネリック医薬品の使用促進に関しては、「2023年度末に全ての支部で80%以上」との目標達成に向け、ジェネリック医薬品の安全性や、一部のジェネリック医薬品を中心とした医薬品の供給不足の動向等を注視しつつ、加入者や関係機関に対する使用促進の働きかけ等を実施し、2023年3月時点で40支部（2022年3月時点：28支部）が80%以上を達成しました。

また、こうした取組に加え、協会が保有する健診結果やレセプト等のビッグデータを活用した医療費分析を行い、これらの分析結果をエビデンスとして、保健事業実施計画（データヘルス計画）のPDCAサイクルを回しながら保健事業を推進するとともに、医療や介護の各種審議会等の議論の場で意見発信を行う等、多角的に保険者機能の強化に努めてきました。

③ 組織・運営体制関係

基盤的保険者機能と戦略的保険者機能を支える力の源泉となるのは「人」であり、職員の人材育成は極めて重要であると考えています。2022年度においても、OJT やそれを補完する各種研修・自己啓発による人材育成を通じて組織力の強化に努めました。

また、内部統制に関する取組として、内部統制基本方針に基づき、リスクの洗い出し・分析・評価・対策を行い、リスクの発生を抑制するための仕組みの構築に向けた取組等を進めたほか、コンプライアンス、ハラスメントの防止等の徹底を図るため、全職員に対して研修を実施する等の取組を行いました。

そのほか、協会業務を円滑に行うために、協会システムの安定稼働に努めるとともに、制度改正等に合わせたシステムの改修を実施しました。また、業務改革の推進に向けた取組を実施すること等を目的とした新業務システムを構築し、2023年1月に運用を開始するとともに、新業務システムでの業務を円滑に実施するため、管理職層や業務担当者に対して、事務処理の変更点やシステムの基本操作に関する研修を実施しました。また、総務、経理関係業務においても、電子決裁の採用等による業務の効率化、標準化、簡素化及び内部統制強化を目的とした新間接システムを構築し、2022年4月に運用を開始しました。

基盤的保険者機能を確実なものとし、戦略的保険者機能を一層発揮していくために、これからも組織体制の強化、人材の育成、協会システムの安定稼働等に努めていきます。

加えて、戦略的保険者機能を一層発揮していくためには、従来にも増して本部・支部の連携を強化していく必要があります。

協会けんぽは、設立時の理念として、都道府県支部単位で自主自立の運営を行うこととされており、戦略的保険者機能関係の事業についても、支部自らの創意工夫により様々な事業を実施していますが、医療費の地域差や加入者の健康増進等を図るための取組である保健事業の地域差（健診・保健指導実施率等）は依然として大きい状況にあると言えます。こうしたことから、医療費の地域差を反映する都道府県単位保険料率には、新型コロナウイルス感染症の影響で受療動向に都道府県間で大きな差が生じた2022年度よりは改善したものの、2023年度時点で、最大と最小の支部の間において1.18%ポイントの大きな差が生じている状況です。こうした地域差を縮小するためには、支部ごとの課題を本部・支部で明確に共有し、課題解決に向けて、本部・支部間の連携を強化していく等、戦略的保険者機能をこれまで以上に充実・強化していく必要があります。

こうした問題意識の下、「戦略的保険者機能関係等の充実・強化に向けた本部・支部連携強化」の方策（以下「本部・支部連携強化の方策」という。）（図表2-2参照）を2021年度に策定し、「エビデンスに基づく支部ごとの課題把握と本部・支部間での情報共有」、「保健事業の充実・強化」、「広報の充実・強化」からなる三つの方策を取りまとめました。

このうち、「保健事業の充実・強化」については、次期アクションプランで保健事業を充実させるための発展的な取組を実施する予定であることを見据え、第5期アクションプラン中においては、保健事業の基盤的業務である健診及び保健指導等の施策の充実・強化を

図ることとし、2022年度～2024年度にかけて、業務プロセスの見直し、標準化や保健事業等の充実に向けた本部・支部における人材・組織体制の強化に取り組んでいるところです。

さらに、2022年度都道府県単位保険料率について、最大の支部と最小の支部の保険料率の差が1.49%ポイントと過去最大の差となったこと等を踏まえ、都道府県単位保険料率が高い水準で推移している北海道、徳島、佐賀支部を対象に、対象3支部の保険料率上昇の抑制が期待できる事業の実施等に向けて、データ分析や事業企画等を本部と対象3支部が連携して検討・実施する「保険者努力重点支援プロジェクト」を開始しました。

本プロジェクトでは、2022年度下期に医療費・健診等データを用いた医療費格差等の要因分析（課題の抽出）を開始し、2023年度下期を目途に当該要因分析結果を踏まえた効果的な事業を企画し、2024年度中を目途に対象3支部の保険料率上昇の抑制が期待できる事業を実施することとしています。本プロジェクトを通じて蓄積した分析や事業企画に関する手法については、全支部へ横展開していくこととしています。

以上が2022年度の事業や取組の実施状況の概要となります。

今後も、保険者としての機能を果たせるように備えるほか、本部・支部連携強化の方策の確実な実施等により戦略的保険者機能を一層強化することで、協会の理念をこれまで以上に追求し、医療保険制度の持続可能性の確保や、加入者の皆様の健康を守るための取組を推進していきます。

〔(図表 2-1) 保険者機能強化アクションプラン (第 5 期) の概要〕

協会の基本理念

保険者機能強化アクションプラン (第 5 期) においても、協会けんぽの基本理念をこれまで以上に追求していく。

【基本使命】

保険者として、健康保険事業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。

【基本コンセプト】

- 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
- 被用者保険のセーフティネットとしての健全な財政運営

第 5 期の事業運営の 3 つの柱

基盤的保険者機能関係

- 保険者の基本的な役割として、健全な財政運営を行うとともに、加入者の加入手続き・資格管理や医療費及び現金給付の審査・支払などを迅速かつ適正に行う。
- あわせて、不正受給対策などの取組を強化することにより、協会けんぽや医療保険制度に対する信頼の維持・向上を図る。
- また、これらの取組を実現するためには、基本業務の効率化・簡素化を徹底することが不可欠であり、不断の業務改革を推進する。

戦略的保険者機能関係

- 基本的な役割を確実に果たした上で、より発展的な機能を発揮することにより、「Ⅰ. 加入者の健康度の向上」、「Ⅱ. 医療等の質や効率性の向上」、「Ⅲ. 医療費等の適正化」を目指す。
- 具体的には、事業主や関係団体等とも連携して、特定健診・特定保健指導やコラボヘルスなどの保健事業の充実・強化に取り組むとともに、加入者・事業主へのヘルスリテラシーの向上を図る。
- また、ジェネリック医薬品の使用促進や医療費等のデータ分析に基づく意見発信・働きかけなどにより、質が高く無駄のない医療を実現するとともに、加入者が正しい情報に基づき適切に行動できるよう、協会けんぽの活動や医療保険制度等に関する理解の促進を図る。

組織・運営体制関係

- 基盤的保険者機能と戦略的保険者機能の本格的な発揮を確実なものとするため、人材育成による組織力の強化を図るとともに、標準人員に基づく人的資源の最適配分や支部業績評価による協会けんぽ全体での取組の底上げなど、組織基盤を強化していく。

〔(図表 2-2) 戦略的保険者機能の充実・強化に向けた本部・支部の連携強化について〕

概要

- 保険者機能強化アクションプラン (第 5 期) において、「(3) 組織・運営体制関係」の「④本部機能及び本部支部間の連携の強化」に記載しているとおり、戦略的保険者機能の更なる強化を着実に実施していくためには、本部・支部間の更なる連携強化が重要となる。
- このため、支部ごとの課題を本部・支部で明確に共有し、課題の解決を図るため、これまでの本部・支部間の情報共有のあり方や予算体系等を整理し、令和 4 年度より本部・支部間の連携強化の方策を実施する。

主な実施事項

1. 本部・支部における支部ごとの課題認識の共有に基づく支部事業の実施 …… (1) 医療費・健診情報等の分析に基づく支部ごとの課題の明確化
(2) 本部・支部における支部ごとの課題認識の共有
(3) 支部保険者機能強化予算、パイロット事業及び支部調査研究事業の関係性の整理
2. 自治体等との共同分析及びその分析結果を活用した事業化の推進等 …… (1) 共同事業の概要・実施スキーム
(2) 職員の調査分析能力の向上・取組成果の発信のための学会参加への支援
3. 保健事業推進に向けた保健師等の役割 …… (1) 保健事業に係る事務処理体制 (事務分担等) の検証及び標準モデルの策定
(2) 保健師の育成の充実【保健師キャリア育成課程】
4. 広報の強化 …… (1) 広報基本方針・広報計画の策定
(2) 全支部共通の広報資材の作成 (パンフレット・リーフレット・動画)

第3章 加入者数、事業所数、医療費等の動向

(1) 加入者数、事業所数等の動向

2022（令和4）年度末（標準報酬月額は年度平均）の動向については、以下のとおりです。

図表3-1は直近10年間の加入者数、事業所数等の数値と伸び率を示しています。加入者数は3,945万7千人となり、前年度末に比べ82万5千人（2.0%）と大きく減少しました。これは、国家公務員共済組合法及び地方公務員等共済組合法（以下この章において「共済組合法」という。）が改正されたことにより、2022年10月に業態区分が「公務」である非常勤職員等が共済組合員となったことが主な要因として挙げられます。このうち、被保険者数は2,481万2千人となり、前年度末に比べ27万1千人（1.1%）減少しました。任意継続被保険者数は23万9千人となり、前年度末に比べ1万5千人（5.9%）減少しました。また、被扶養者数は1,464万5千人となり、前年度末に比べ55万3千人（3.6%）減少しました。

図表3-2は2022年度の月別の新規加入者数等の推移を示したものです。2022年度中に新たに被保険者となった方の数は、556万3千人となっており、月別にみると10月の新規加入者数が大きくなっていますが、これは、被用者保険の適用拡大により、一部の短時間労働者及び弁護士・税理士・社会保険労務士等の法律・会計事務を取り扱う業種に所属する者が新たに被保険者となったことが主な要因として挙げられます。

図表3-4は被保険者数と被扶養者数の伸び（対前年同月）の推移を示したものです。被保険者数の伸びは、2017（平成29）年度後半から2018（平成30）年度にかけて急激に鈍化し、2019（令和元）年4月に大規模健康保険組合が解散したことによって大幅に増加しましたが、2020（令和2）年度以降再び急激に鈍化しています。これは、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響等が主な要因として考えられます。また、共済組合法の改正により、2022年10月は減少に転じています。

被扶養者数の推移については、2018年10月以降、日本年金機構における被扶養者の認定事務の厳格化等によって減少に転じ、2019年度に入ってからには僅かながら増加傾向にありましたが、2020年度以降再び減少に転じています。

図表3-5は年齢階級別、図表3-6は支部別の直近4年間の被保険者数、対前年度伸び率及び2022年度末時点の構成割合を示したものです。年齢階級別で見ると、2022年度は前述の共済組合法の改正により、総数では減少していますが、30歳未満、50歳代及び70歳以上の被保険者数については増加しています。支部別では、2020年度に多くの支部で減少し、2022年度は東京支部以外の全ての支部で減少となりました。

被保険者数の規模を考慮した上で業態別¹に被保険者数の変化を見ると、共済組合法の改正

¹ 健康保険・厚生年金保険の新規適用届及び事業所関係変更（訂正）届に記載される「事業の種類」（日本年金機構の事業所業態分類表によるもの）全43種（2022年9月以前は「有資格者が法律・会計関係の業務を行う事業」を除く全42種）に、任意継続被保険者を加えた44種で分類しています。

により、「その他の運輸業²」、「教育・学習支援業」、「複合サービス業³」及び「公務」の被保険者数が減少しています。一方で、「社会保険・社会福祉・介護事業」及び「職業紹介・労働者派遣業」等の被保険者数については増加しています。また、2022年度は10月より「有資格者が法律・会計関係の業務を行う事業」の業態が新設されましたが、業態別の寄与は大きくありません（図表3-7参照）。

平均標準報酬月額については298,111円となり、前年度に比べ5,891円（2.0%）増加しました。標準報酬月額は、4月から6月の給与総額を算定の基礎として9月に改定が行われ増加するのが例年の傾向です。2020年度は9月に大幅な増加はなく、横ばいで推移しましたが、2021年度、2022年度は例年の傾向どおり9月に増加しました。また、共済組合法の改正により、業態区分が「公務」である非常勤職員等が共済組合員となったことで、2022年10月においても標準報酬月額が増加しています（図表3-8参照）。

業態別に年度末の平均標準報酬月額の変化を見ると、全ての業態において、前年度末と比べ平均標準報酬月額は増加しています。特に、共済組合法の改正により、「その他の運輸業」、「学術研究機関」、「教育・学習支援業」、「複合サービス業」及び「公務」の業態が大きく増加しています（図表3-9参照）。

適用事業所数は256万3千事業所となり、前年度に比べて7万4千事業所（3.0%）増加しました（図表3-1参照）。なお、2022年度中に13万9千事業所が新たに協会の適用事業所となり、6万5千事業所が休廃止等によって協会の適用事業所ではなくなりました。

〔(図表3-1) 加入者数、事業所数等の動向〕

(加入者数などの人数:千人、平均標準報酬月額:円、適用事業所数:千カ所)

	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
加入者数	35,662 (1.5%)	36,411 (2.1%)	37,184 (2.1%)	38,091 (2.4%)	38,941 (2.2%)	39,417 (1.2%)	40,460 (2.6%)	40,312 (▲0.4%)	40,282 (▲0.1%)	39,457 (▲2.0%)
被保険者数	20,315 (2.2%)	20,914 (2.9%)	21,590 (3.2%)	22,441 (3.9%)	23,215 (3.4%)	23,769 (2.4%)	24,805 (4.4%)	24,888 (0.3%)	25,083 (0.8%)	24,812 (▲1.1%)
うち任意継続 被保険者数	321 (▲5.0%)	300 (▲6.6%)	287 (▲4.3%)	273 (▲4.8%)	262 (▲4.3%)	259 (▲1.1%)	253 (▲2.3%)	255 (0.8%)	254 (▲0.4%)	239 (▲5.9%)
被扶養者数	15,346 (0.7%)	15,497 (1.0%)	15,594 (0.6%)	15,649 (0.4%)	15,726 (0.5%)	15,648 (▲0.5%)	15,656 (0.1%)	15,424 (▲1.5%)	15,198 (▲1.5%)	14,645 (▲3.6%)
平均標準報酬月額	276,161 (0.3%)	277,911 (0.6%)	280,327 (0.9%)	283,351 (1.1%)	285,059 (0.6%)	288,475 (1.2%)	290,592 (0.7%)	290,516 (▲0.0%)	292,220 (0.6%)	298,111 (2.0%)
適用事業所数	1,681 (2.7%)	1,750 (4.1%)	1,859 (6.2%)	1,994 (7.3%)	2,113 (6.0%)	2,224 (5.3%)	2,325 (4.5%)	2,399 (3.2%)	2,489 (3.8%)	2,563 (3.0%)

※1 括弧内は前年度対比の増減率となります。

※2 「加入者数」などの人数及び事業所数は年度末の数値、標準報酬月額は年度平均(前年度3月～当年度2月)の数値となります。

※3 平均標準報酬月額および適用事業所数には、健康保険法第3条第2項被保険者に係る分は含まれていません。

² 「その他の運輸業」とは、鉄道業及び道路旅客運輸業等をいいます。

³ 「複合サービス業」とは、郵便局及び郵便局受託業等をいいます。

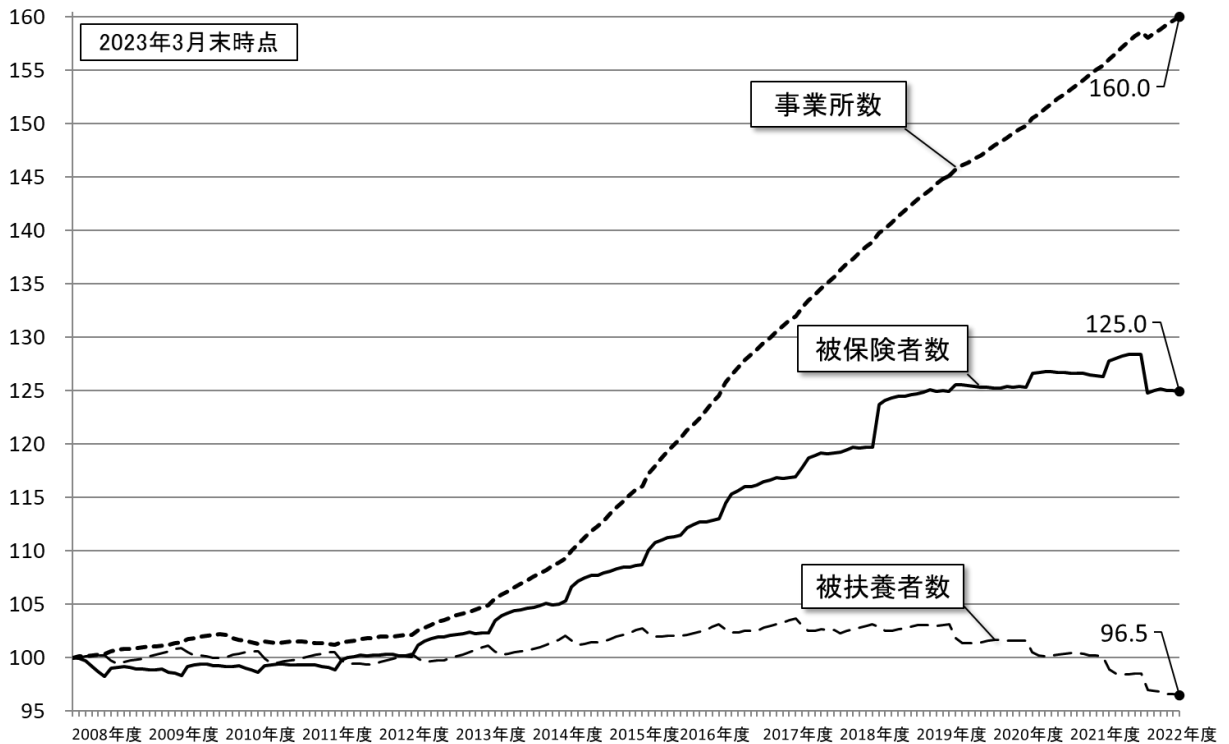
[(図表 3-2) 2022 年度の月別の新規加入者数等の推移]

(単位: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
新規加入者数	152.2	66.4	64.2	60.4	55.6	57.4	86.1	59.5	50.0	60.4	55.4	61.8	829.4
被保険者数	111.9	42.8	42.0	39.9	35.5	37.3	61.9	38.6	32.5	38.5	35.5	40.0	556.3
被扶養者数	40.3	23.7	22.2	20.5	20.1	20.1	24.2	21.0	17.5	21.9	19.9	21.8	273.2
資格喪失者数	142.3	67.5	60.0	58.1	54.7	55.9	181.1	56.5	49.6	66.2	56.3	63.7	911.9
被保険者数	83.2	38.2	36.8	37.7	35.7	36.3	133.3	34.2	30.2	41.7	35.5	40.7	583.4
被扶養者数	59.1	29.3	23.3	20.5	19.0	19.6	47.7	22.3	19.4	24.5	20.8	23.0	328.5

※ 健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者を除く協会けんぽの被保険者数について集計したものです。

[(図表 3-3) 協会けんぽの事業所数・被保険者数・被扶養者数の推移 (指数)]

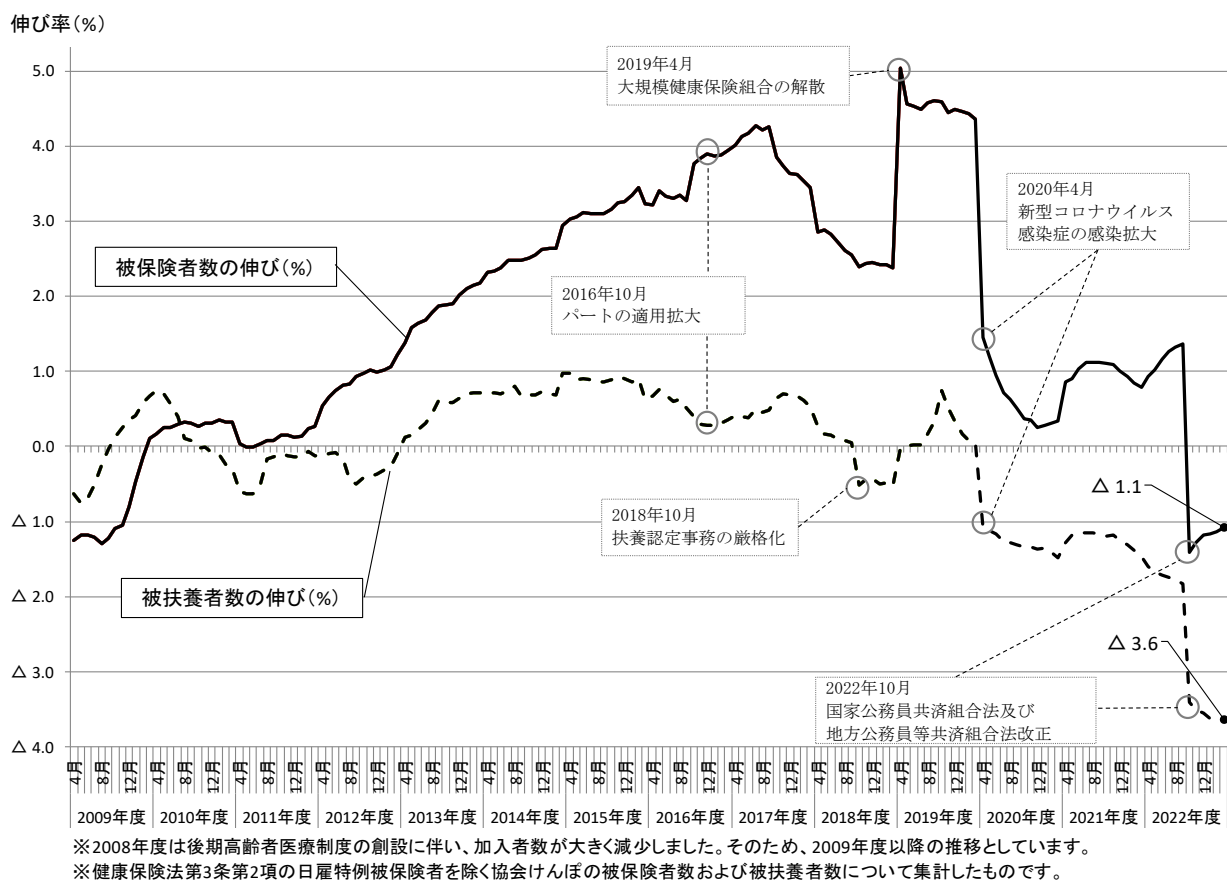


2008年度 2009年度 2010年度 2011年度 2012年度 2013年度 2014年度 2015年度 2016年度 2017年度 2018年度 2019年度 2020年度 2021年度 2022年度

※ 2008年10月末における事業所数、被保険者数、被扶養者数をそれぞれ100とし、その後の数値を指数で示しています。

※ 健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者を除く協会けんぽの被保険者数について集計したものです。

〔(図表 3-4) 被保険者数・被扶養者数の増減率(対前年同月)の推移〕



〔(図表 3-5) 年度末時点での年齢階級別被保険者数の推移〕

(単位：人)

年齢階級	2019年度	2020年度	前年度対比 (増減率%)	2021年度	前年度対比 (増減率%)	2022年度	前年度対比 (増減率%)	2022年度末 時点での 構成割合
15歳～19歳	122,000	110,566	▲ 9.37	96,732	▲ 12.51	98,405	1.73	0.40%
20歳～24歳	1,425,985	1,391,338	▲ 2.43	1,348,188	▲ 3.10	1,369,989	1.62	5.52%
25歳～29歳	2,265,764	2,254,045	▲ 0.52	2,244,458	▲ 0.43	2,254,015	0.43	9.09%
30歳～34歳	2,369,176	2,318,673	▲ 2.13	2,295,844	▲ 0.98	2,264,737	▲ 1.35	9.13%
35歳～39歳	2,608,706	2,571,096	▲ 1.44	2,539,108	▲ 1.24	2,470,240	▲ 2.71	9.96%
40歳～44歳	3,008,225	2,918,907	▲ 2.97	2,865,930	▲ 1.81	2,773,979	▲ 3.21	11.19%
45歳～49歳	3,371,104	3,404,882	1.00	3,407,112	0.07	3,304,217	▲ 3.02	13.32%
50歳～54歳	2,817,414	2,930,371	4.01	3,146,484	7.37	3,208,584	1.97	12.94%
55歳～59歳	2,451,024	2,503,419	2.14	2,533,133	1.19	2,573,779	1.60	10.38%
60歳～64歳	2,159,101	2,182,363	1.08	2,233,123	2.33	2,138,513	▲ 4.24	8.62%
65歳～69歳	1,416,296	1,428,492	0.86	1,454,616	1.83	1,420,994	▲ 2.31	5.73%
70歳以上	778,490	863,077	10.87	907,344	5.13	922,810	1.70	3.72%
総数	24,793,285	24,877,229	0.34	25,072,072	0.78	24,800,262	▲ 1.08	100%

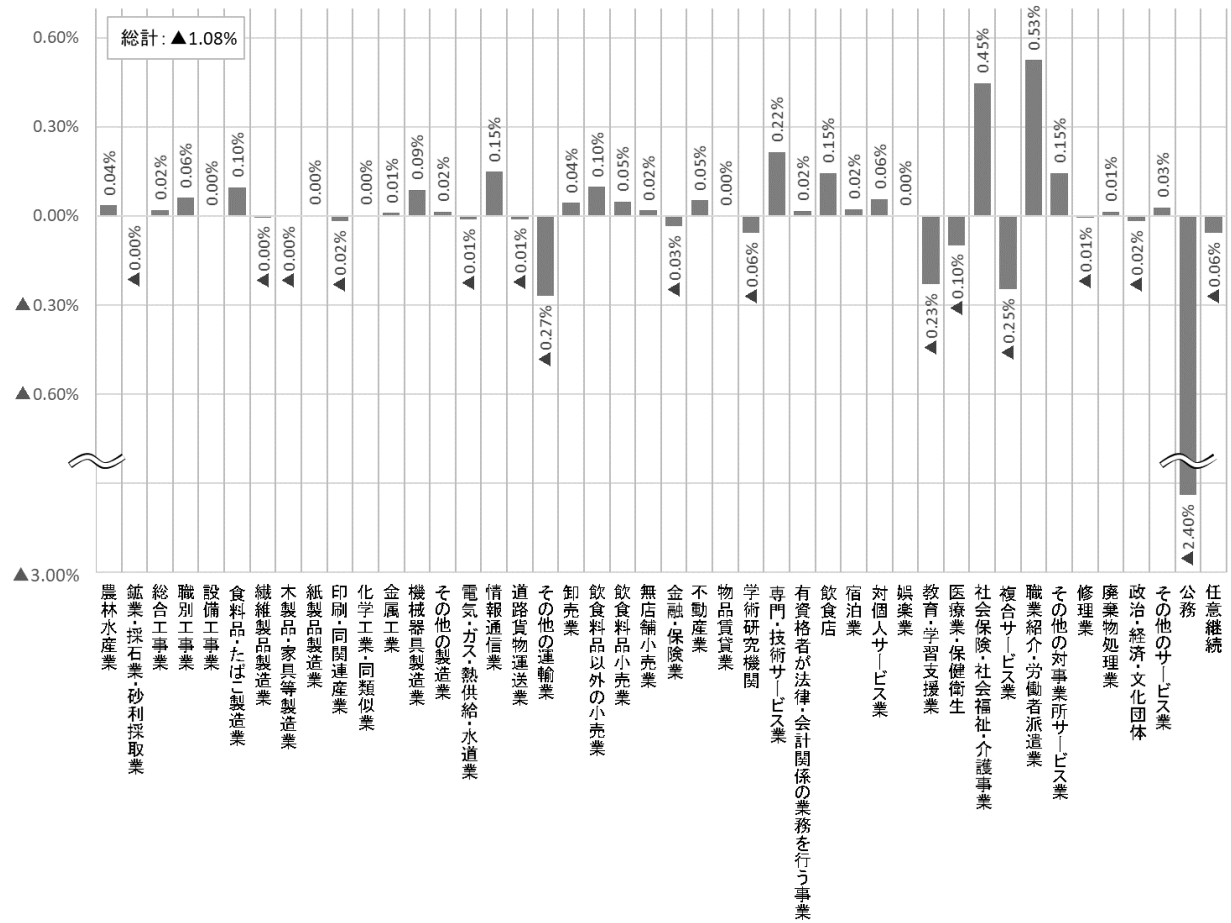
※健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者を除く協会けんぽの被保険者数について集計したものであり、図表 3-6 の被保険者数とは異なる。

〔(図表 3-6) 年度末時点での支部別被保険者数の推移〕

(単位：人)

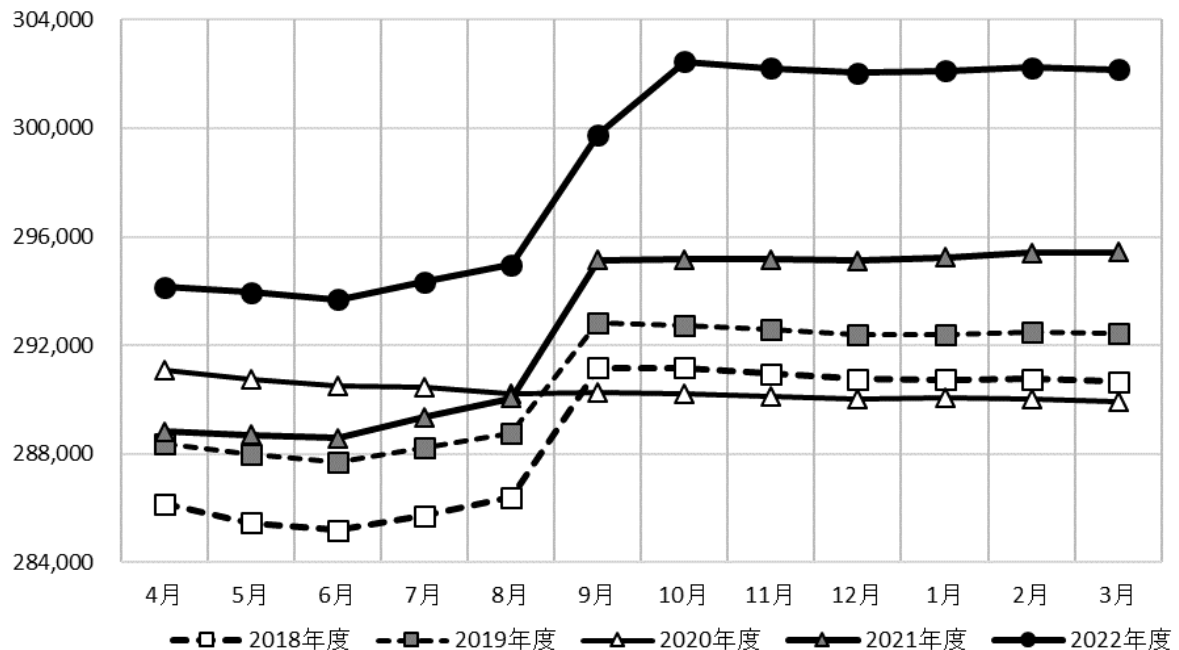
支 部	2019年度	2020年度	前年度対比 (増減率%)	2021年度	前年度対比 (増減率%)	2022年度	前年度対比 (増減率%)	2022年度末 時点での 構成割合
北 海 道	1,085,540	1,078,694	▲ 0.63	1,074,633	▲ 0.38	1,044,896	▲ 2.77	4.21%
青 森	279,155	277,018	▲ 0.77	275,677	▲ 0.48	267,171	▲ 3.09	1.08%
岩 手	261,870	259,806	▲ 0.79	256,236	▲ 1.37	245,210	▲ 4.30	0.99%
宮 城	467,232	466,655	▲ 0.12	465,925	▲ 0.16	440,760	▲ 5.40	1.78%
秋 田	204,577	202,711	▲ 0.91	201,189	▲ 0.75	192,951	▲ 4.09	0.78%
山 形	251,028	249,161	▲ 0.74	246,915	▲ 0.90	238,072	▲ 3.58	0.96%
福 島	418,797	415,518	▲ 0.78	411,533	▲ 0.96	401,650	▲ 2.40	1.62%
茨 城	442,079	447,619	▲ 1.25	452,914	▲ 1.18	440,620	▲ 2.71	1.78%
栃 木	331,756	333,669	▲ 0.58	336,525	▲ 0.86	332,022	▲ 1.34	1.34%
群 馬	382,840	383,399	▲ 0.15	385,381	▲ 0.52	382,490	▲ 0.75	1.54%
埼 玉	865,617	877,117	▲ 1.33	889,610	▲ 1.42	870,603	▲ 2.14	3.51%
千 葉	613,798	625,708	▲ 1.94	636,390	▲ 1.71	631,930	▲ 0.70	2.55%
東 京	3,683,414	3,741,713	▲ 1.58	3,874,297	▲ 3.54	4,017,102	▲ 3.69	16.19%
神 奈 川	1,026,794	1,041,206	▲ 1.40	1,048,098	▲ 0.66	1,042,234	▲ 0.56	4.20%
新 潟	504,690	501,945	▲ 0.54	499,653	▲ 0.46	484,251	▲ 3.08	1.95%
富 山	260,479	259,084	▲ 0.54	257,491	▲ 0.61	253,330	▲ 1.62	1.02%
石 川	279,323	278,254	▲ 0.38	277,701	▲ 0.20	270,269	▲ 2.68	1.09%
福 井	185,058	184,153	▲ 0.49	182,391	▲ 0.96	176,889	▲ 3.02	0.71%
山 梨	154,687	154,027	▲ 0.43	155,823	▲ 1.17	151,217	▲ 2.96	0.61%
長 野	403,663	403,726	▲ 0.02	405,633	▲ 0.47	389,009	▲ 4.10	1.57%
岐 阜	451,281	450,651	▲ 0.14	453,354	▲ 0.60	448,804	▲ 1.00	1.81%
静 岡	641,716	643,812	▲ 0.33	645,896	▲ 0.32	637,089	▲ 1.36	2.57%
愛 知	1,525,985	1,522,882	▲ 0.20	1,536,886	▲ 0.92	1,527,810	▲ 0.59	6.16%
三 重	318,979	316,106	▲ 0.90	316,268	▲ 0.05	309,431	▲ 2.16	1.25%
滋 賀	211,806	212,473	▲ 0.31	213,866	▲ 0.66	208,635	▲ 2.45	0.84%
京 都	531,505	531,346	▲ 0.03	534,581	▲ 0.61	526,522	▲ 1.51	2.12%
大 阪	2,076,462	2,082,871	▲ 0.31	2,107,166	▲ 1.17	2,104,706	▲ 0.12	8.48%
兵 庫	899,330	901,663	▲ 0.26	905,383	▲ 0.41	890,412	▲ 1.65	3.59%
奈 良	184,691	184,923	▲ 0.13	186,008	▲ 0.59	181,975	▲ 2.17	0.73%
和 歌 山	174,189	174,831	▲ 0.37	175,572	▲ 0.42	170,009	▲ 3.17	0.69%
鳥 取	127,875	127,563	▲ 0.24	127,024	▲ 0.42	120,939	▲ 4.79	0.49%
島 根	153,890	151,932	▲ 1.27	150,703	▲ 0.81	142,368	▲ 5.53	0.57%
岡 山	441,396	438,220	▲ 0.72	438,319	▲ 0.02	431,909	▲ 1.46	1.74%
広 島	660,292	663,006	▲ 0.41	658,885	▲ 0.62	642,612	▲ 2.47	2.59%
山 口	260,051	258,221	▲ 0.70	256,765	▲ 0.56	251,238	▲ 2.15	1.01%
徳 島	165,942	164,089	▲ 1.12	164,249	▲ 0.10	159,836	▲ 2.69	0.64%
香 川	238,227	237,579	▲ 0.27	228,429	▲ 3.85	224,507	▲ 1.72	0.90%
愛 媛	316,400	314,578	▲ 0.58	310,802	▲ 1.20	301,126	▲ 3.11	1.21%
高 知	156,860	155,763	▲ 0.70	155,181	▲ 0.37	148,059	▲ 4.59	0.60%
福 岡	1,132,183	1,139,513	▲ 0.65	1,144,949	▲ 0.48	1,139,546	▲ 0.47	4.59%
佐 賀	175,341	175,863	▲ 0.30	175,619	▲ 0.14	169,547	▲ 3.46	0.68%
長 崎	274,958	274,097	▲ 0.31	272,450	▲ 0.60	263,098	▲ 3.43	1.06%
熊 本	390,605	391,060	▲ 0.12	393,440	▲ 0.61	372,555	▲ 5.31	1.50%
大 分	248,794	248,741	▲ 0.02	247,791	▲ 0.38	242,430	▲ 2.16	0.98%
宮 崎	245,187	245,402	▲ 0.09	246,508	▲ 0.45	240,294	▲ 2.52	0.97%
鹿 児 島	364,502	365,079	▲ 0.16	365,717	▲ 0.17	357,389	▲ 2.28	1.44%
沖 縄	333,955	334,771	▲ 0.24	337,533	▲ 0.83	326,205	▲ 3.36	1.31%
全 国	24,804,799	24,888,218	▲ 0.34	25,083,359	▲ 0.78	24,811,727	▲ 1.08	100.00%

〔(図表 3-7) 業態別被保険者数 (2022 年度末) の対前年同月比の寄与〕



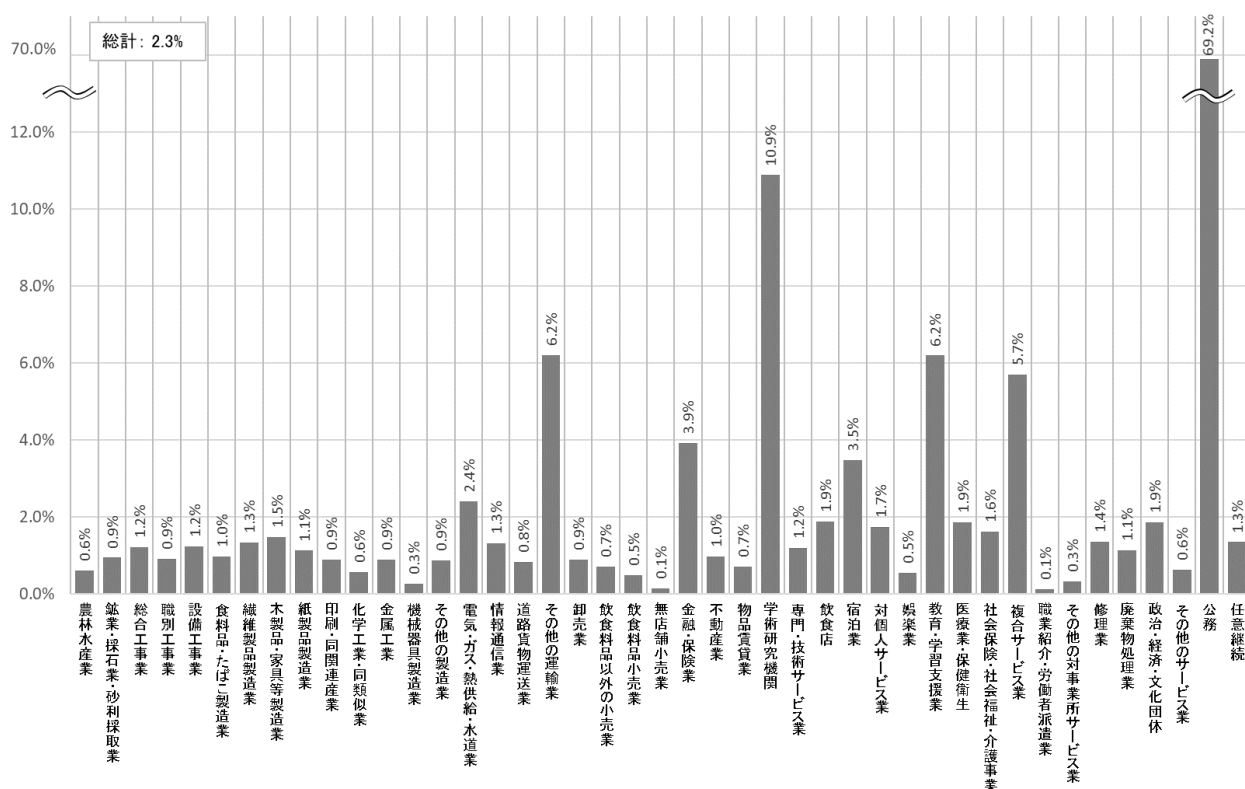
※ 健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者を除く協会けんぽの被保険者数について集計したものです。
 ※ 寄与は、業態別の被保険者数の構成割合を考慮して算出したものです。

〔(図表 3-8) 平均標準報酬月額推移〕



※ 健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者を除く協会けんぽの被保険者の標準報酬月額について集計したものです。

〔(図表 3-9) 業態別平均標準報酬月額 (2022 年度末) の対前年同月比〕



※ 健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者を除く協会けんぽの被保険者の標準報酬月額について集計したものです。

※ 「有資格者が法律・会計関係の業務を行う事業」は2022年10月に新設された業態であるため、本図表では掲載していません。

(2) 医療費の動向

2022 (令和4) 年度の医療費総額 (医療給付費と自己負担額の合計額) は、8兆1,521億円となり、前年度と比べ3.9%の増加となっています (図表3-10参照)。

このうち、医療給付費は6兆3,757億円で前年度に比べ3.6%の増加 (現物給付費は6兆2,671億円で前年度に比べ3.8%の増加、現金給付費は1,086億円で前年度に比べ5.6%の減少)、その他の現金給付費は5,688億円で前年度に比べ8.4%の増加となっており、保険給付費 (医療給付費とその他の現金給付費の合計額) が6兆9,445億円で前年度に比べ4.0%の増加となっています。

〔図表 3-10〕 医療費の動向

(単位:億円)

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
医療費総額	55,615 (2.0%)	56,476 (1.5%)	58,078 (2.8%)	60,230 (3.7%)	64,145 (6.5%)	65,675 (2.4%)	68,967 (5.0%)	71,050 (3.0%)	74,853 (5.4%)	72,644 (▲3.0%)	78,444 (8.0%)	81,521 (3.9%)
医療給付費 ※2 ①	42,914 (2.3%)	43,714 (1.9%)	44,915 (2.7%)	46,665 (3.9%)	49,978 (7.1%)	51,187 (2.4%)	53,773 (5.1%)	55,420 (3.1%)	58,533 (5.6%)	57,034 (▲2.6%)	61,546 (7.9%)	63,757 (3.6%)
現物給付費	41,645 (2.4%)	42,541 (2.2%)	43,820 (3.0%)	45,551 (3.9%)	48,867 (7.3%)	50,022 (2.4%)	52,601 (5.2%)	54,267 (3.2%)	57,360 (5.7%)	55,864 (▲2.6%)	60,396 (8.1%)	62,671 (3.8%)
現金給付費 ※3	1,269 (▲1.4%)	1,173 (▲7.6%)	1,095 (▲6.7%)	1,114 (1.8%)	1,110 (▲0.3%)	1,165 (4.9%)	1,172 (0.6%)	1,153 (▲1.7%)	1,172 (1.7%)	1,170 (▲0.2%)	1,151 (▲1.6%)	1,086 (▲5.6%)
その他の現金給付費 ※4 ②	3,831 (▲1.4%)	3,773 (▲1.5%)	3,832 (1.6%)	3,915 (2.2%)	3,896 (▲0.5%)	4,134 (6.1%)	4,314 (4.4%)	4,455 (3.3%)	4,746 (6.5%)	5,016 (5.7%)	5,244 (4.6%)	5,688 (8.4%)
保険給付費 ※5 (①+②)	46,745 (2.0%)	47,487 (1.6%)	48,747 (2.7%)	50,580 (3.8%)	53,874 (6.5%)	55,321 (2.7%)	58,087 (5.0%)	59,875 (3.1%)	63,278 (5.7%)	62,050 (▲1.9%)	66,791 (7.6%)	69,445 (4.0%)

※1 括弧内は対前年度対比の増減率となります。

※2 「医療給付費」は、「医療費総額(医療費の10割相当)」から一部負担金(自己負担額)を差し引いた額となります。

※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となります。

※4 「その他の現金給付費」は、傷病手当金、埋葬料(費)、出産育児一時金、出産手当金の合計となります。

※5 2022年度保険給付費の実績である6兆9,445億円は、2022年度に発生した給付費(現物給付費は診療日が、現金給付費の場合は支給決定日が2022年度中のもの)であるのに対し、44頁の図表4-12の合算ベースにおける2022年度決算額6兆9,519億円は、2022年度に支払った給付費のほか、診療報酬の審査支払に要する費用を含んでいます。

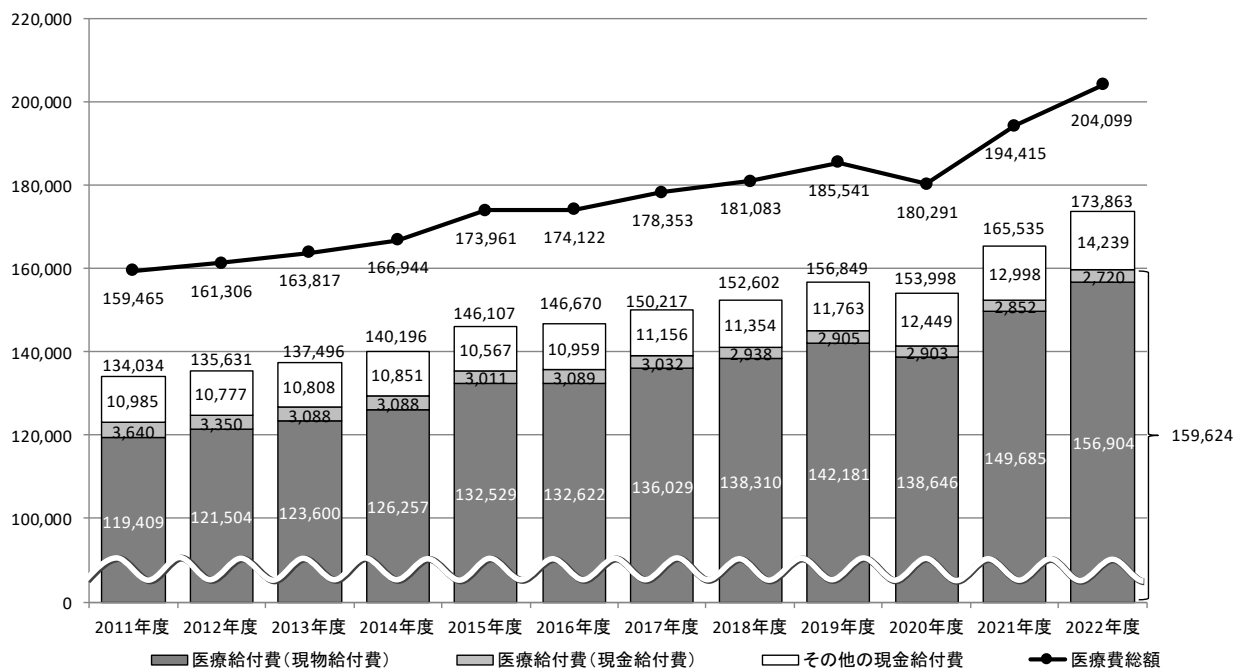
また、加入者1人当たりで見ると、医療費総額は204,099円となり、前年度と比べ5.0%の増加となっています(図表3-11参照)。

このうち、医療給付費は159,624円で、前年度に比べ4.6%の増加(現物給付費は156,904円で前年度に比べ4.8%の増加、現金給付費は2,720円で前年度に比べ4.6%の減少)、その他の現金給付費は、14,239円で前年度に比べ9.6%の増加となっており、保険給付費は173,863円と前年度に比べ5.0%の増加となっています。

加入者1人当たりの医療費総額について、協会けんぽが保有するレセプトデータを用いて年齢階級別に要因分解を行ったところ、2021(令和3)年度に引き続いて、全国的に1人当たり医療費総額は増加しており、ほとんどの都道府県で全ての年齢階級が増加に寄与していることが分かります(図表3-12参照)。

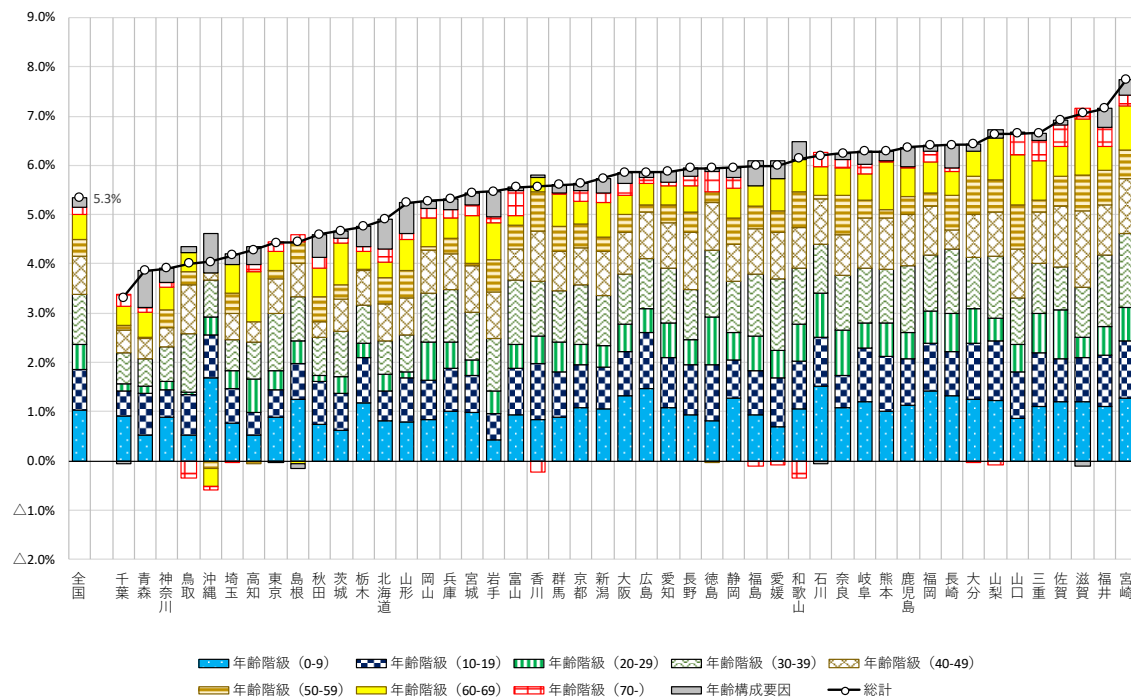
また、疾病分類別に要因分解を行うと、全ての都道府県で、特に「呼吸器系の疾患」及び「特殊目的用コード(主に新型コロナウイルス感染症に関する傷病)」が増加に寄与していることが分かります(図表3-13参照)。「呼吸器系の疾患」が増加に寄与している要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響により、2020(令和2)年度に「呼吸器系の疾患」の医療費が大きく減少し、その反動で2021年度から2022年度にかけて増加し続けていることが考えられます。

〔図表 3-11〕 加入者 1 人当たりの医療費の推移



※ 図表 3-10 の当該年度の医療費等に対して、当該年度の加入者数の平均で除して算出しています。

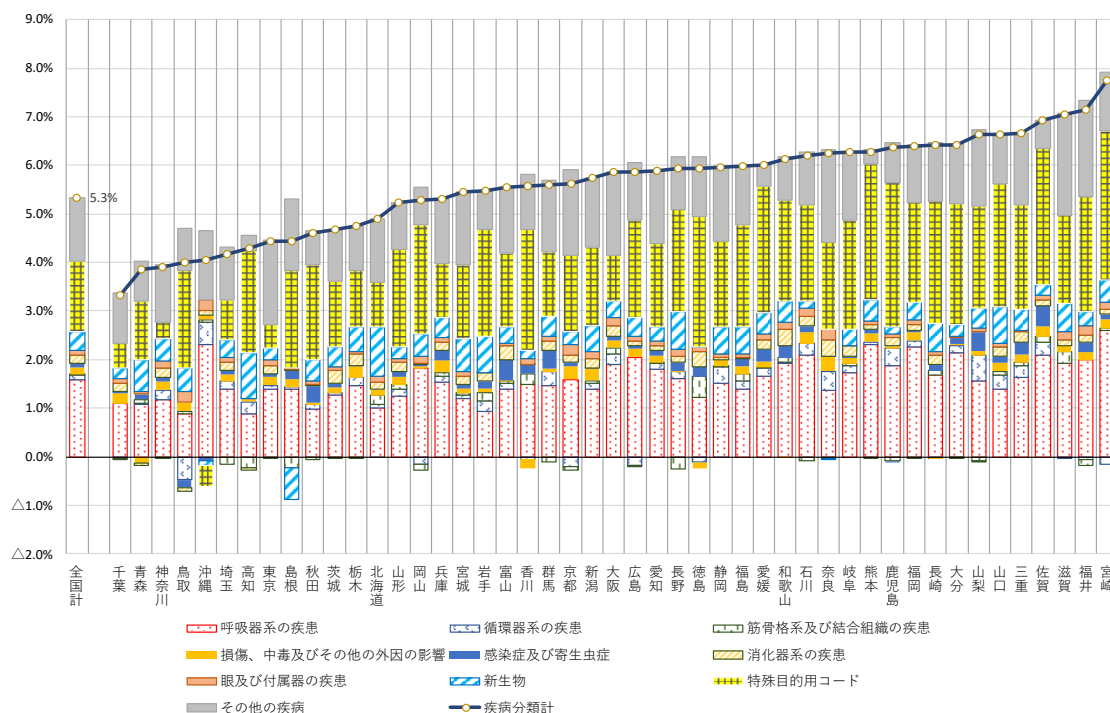
〔図表 3-12〕 1 人当たり医療費総額の増加（年齢階級別要因分解）



※健康保険法第 3 条第 2 項の日雇特例被保険者及びその被扶養者を除く協会けんぽのレセプトについて集計したものです。これは、社会保険診療報酬支払基金の一次審査分のみを計上しており、再審査分は含まれていません。

※1 人当たり医療費は、「年齢別 1 人当たり医療費」が変化しなくても、加入者の異動や高齢化等といった「年齢構成」が変化することでも影響を受けます。年齢構成要因とは、この年齢構成が変化したことによる影響を示したものです。

〔(図表 3-13) 1人当たり医療費総額の増加(疾病分類別要因分解)〕



※健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者及びその被扶養者を除く協会けんぽのレセプトについて集計したものです。これは、社会保険診療報酬支払基金の一次審査分のみを計上しており、再審査分は含まれていません。

(3) 現金給付の動向

2022(令和4)年度における現金給付の支給総額は6,774億円となり、前年度と比べ5.9%の増加となっています(前述の現金給付費とその他の現金給付費を合計したもの)。

傷病手当金については、2022年度は245万5千件、3,353億円の支給実績となっており、前年度からは519億円の増加となりました。

出産手当金については、2022年度は20万3千件、885億円の支給実績となっており、前年度からは20億円の増加となりました。

出産育児一時金については、2022年度は34万1千件、1,430億円の支給実績となっており、前年度からは96億円の減少となりました。

高額療養費(償還払い)については、2022年度は82万7千件、302億円の支給実績となっており、前年度からはそれぞれ7万1千件の減少、33億円の減少となりました。なお、現物給付による高額療養費⁴については、2022年度は401万3千件、5,554億円の給付実績となっており、前年度からはそれぞれ6万6千件の増加、66億円の増加となりました。

療養費のうち、柔道整復療養費については、2022年度は1,460万2千件、615億円の支給実績となっており、前年度からはそれぞれ13万7千件の減少、21億円の減少となりました。その他の療養費については、2022年度は110万6千件、169億円の支給実績となっており、前年度からはそれぞれ4万9千件の減少、10億円の減少となりました。

⁴ 70歳未満の方の高額療養費については、入院は2007年4月から、また外来については2012年4月からは限度額適用認定証による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2007年4月から現物給付化されています)。

〔図表 3-14〕 現金給付等の推移

		(件数:件、金額:億円、1件当たり金額:円)										
		2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	
傷病手当金	件数	906,834 (0.9%)	929,561 (2.5%)	941,187 (1.3%)	1,073,040 (-)※5	1,077,381 (0.4%)	1,162,789 (7.9%)	1,248,963 (7.4%)	1,402,266 (12.3%)	1,597,470 (13.9%)	2,454,994 (53.7%)	
	金額	1,589 (0.6%)	1,646 (3.6%)	1,695 (2.9%)	1,825 (7.7%)	1,935 (6.0%)	2,100 (8.5%)	2,303 (9.7%)	2,612 (13.4%)	2,834 (8.5%)	3,353 (18.3%)	
	1件当たり 金額	175,179 (▲0.3%)	177,114 (1.1%)	180,058 (1.7%)	170,116 (-)※5	179,597 (5.6%)	180,605 (0.6%)	184,415 (2.1%)	186,238 (1.0%)	177,417 (▲4.7%)	136,577 (▲23.0%)	
出産手当金	件数	134,461 (7.1%)	142,315 (5.8%)	155,164 (9.0%)	195,914 (-)※5	167,634 (▲14.4%)	175,641 (4.8%)	189,136 (7.7%)	197,286 (4.3%)	202,207 (2.5%)	202,859 (0.3%)	
	金額	543 (7.3%)	581 (7.0%)	636 (9.6%)	665 (4.6%)	685 (2.9%)	725 (5.9%)	797 (9.9%)	845 (6.0%)	865 (2.3%)	885 (2.4%)	
出産育児一時金	件数	400,842 (0.7%)	397,719 (▲0.8%)	368,385 (-)※4	386,756 (5.0%)	399,008 (3.2%)	383,469 (▲3.9%)	387,484 (1.0%)	366,949 (▲5.3%)	363,665 (▲0.9%)	340,656 (▲6.3%)	
	金額	1,681 (0.8%)	1,668 (▲0.8%)	1,546 (-)※4	1,624 (5.0%)	1,675 (3.2%)	1,610 (▲3.9%)	1,626 (1.0%)	1,540 (▲5.3%)	1,526 (▲0.9%)	1,430 (▲6.3%)	
高額療養費	現物 給付分	件数	2,639,110 (7.1%)	2,825,781 (7.1%)	3,145,903 (11.3%)	3,262,116 (3.7%)	3,423,431 (4.9%)	3,504,348 (2.4%)	3,717,933 (6.1%)	3,724,131 (0.2%)	3,947,471 (6.1%)	4,013,204 (1.7%)
		金額	3,172 (6.7%)	3,390 (6.9%)	3,957 (16.7%)	4,145 (4.7%)	4,403 (6.2%)	4,634 (5.3%)	5,015 (8.2%)	5,112 (1.9%)	5,478 (7.2%)	5,544 (1.2%)
		1件当たり 金額	120,195 (▲0.4%)	119,978 (▲0.2%)	125,789 (4.8%)	127,051 (1.0%)	128,601 (1.2%)	132,228 (2.8%)	134,879 (2.0%)	137,278 (1.8%)	138,782 (1.1%)	138,154 (▲0.5%)
	現金 給付分 (償還払い)	件数	596,590 (▲11.5%)	606,750 (1.7%)	584,048 (▲3.7%)	728,919 (24.8%)	796,065 (9.2%)	808,170 (1.5%)	858,811 (6.3%)	955,757 (11.3%)	898,081 (▲6.0%)	826,597 (▲8.0%)
		金額	349 (▲17.4%)	342 (▲2.0%)	320 (▲6.5%)	344 (7.7%)	346 (0.5%)	331 (▲4.3%)	345 (4.0%)	366 (6.3%)	334 (▲8.7%)	302 (▲9.8%)
		1件当たり 金額	58,489 (▲6.7%)	56,335 (▲3.7%)	54,736 (▲2.8%)	47,217 (▲13.7%)	43,460 (▲8.0%)	40,979 (▲5.7%)	40,121 (▲2.1%)	38,313 (▲4.5%)	37,236 (▲2.8%)	37,236 (0.0%)
	計	件数	3,235,700 (3.1%)	3,432,531 (6.1%)	3,729,951 (8.7%)	3,991,035 (7.0%)	4,219,496 (5.7%)	4,312,518 (2.2%)	4,576,744 (6.1%)	4,679,888 (2.3%)	4,845,552 (3.5%)	4,839,801 (▲0.1%)
		金額	3,521 (3.7%)	3,732 (6.0%)	4,277 (14.6%)	4,489 (5.0%)	4,749 (5.8%)	4,965 (4.6%)	5,359 (7.9%)	5,479 (2.2%)	5,813 (6.1%)	5,846 (0.6%)
		1件当たり 金額	108,817 (0.6%)	108,728 (▲0.1%)	114,664 (5.5%)	112,470 (▲1.9%)	112,538 (0.1%)	115,128 (2.3%)	117,098 (1.7%)	117,067 (▲0.0%)	119,962 (2.5%)	120,791 (0.7%)
柔道整復療養費	件数	14,153,096 (1.2%)	14,481,056 (2.3%)	14,973,069 (3.4%)	15,208,110 (1.6%)	15,316,354 (0.7%)	15,280,619 (▲0.2%)	15,255,263 (▲0.2%)	14,162,514 (▲7.2%)	14,739,050 (4.1%)	14,602,185 (▲0.9%)	
	金額	632 (▲1.1%)	649 (2.7%)	670 (3.2%)	674 (0.7%)	670 (▲0.7%)	662 (▲1.1%)	655 (▲1.0%)	625 (▲4.6%)	636 (1.8%)	615 (▲3.3%)	
	1件当たり 金額	4,466 (▲2.3%)	4,484 (0.4%)	4,474 (▲0.2%)	4,434 (▲0.9%)	4,371 (▲1.4%)	4,334 (▲0.9%)	4,296 (▲0.9%)	4,413 (2.7%)	4,318 (▲2.1%)	4,213 (▲2.4%)	
その他の療養費	件数	798,930 (0.8%)	867,681 (8.6%)	850,554 (▲2.0%)	960,082 (12.9%)	1,010,394 (5.2%)	990,623 (▲2.0%)	1,074,157 (8.4%)	1,124,842 (4.7%)	1,155,340 (2.7%)	1,105,962 (▲4.3%)	
	金額	114 (2.1%)	123 (8.1%)	121 (▲1.8%)	146 (21.3%)	157 (7.0%)	159 (1.4%)	172 (8.2%)	178 (3.8%)	180 (0.8%)	169 (▲5.7%)	
	1件当たり 金額	14,235 (1.3%)	14,171 (▲0.4%)	14,194 (0.2%)	15,248 (7.4%)	15,498 (1.6%)	16,033 (3.4%)	15,996 (▲0.2%)	15,852 (▲0.9%)	15,550 (▲1.9%)	15,311 (▲1.5%)	

※1 括弧内は対前年度対比の増減率となります。

※2 上記のほか、現金給付として埋葬料の支給を行っており、2022年度の支給件数は4万件、支給額は20億円となります。

※3 件数は人数とは異なります。例えば高額療養費を1人で2ヵ月受給した場合は2件となります。

※4 2015年度以降の出産育児一時金の件数・金額については、業務・システムの刷新に伴い統計調査の集計方法が変更されたことにより、2014年度以前との単純比較はできません。

※5 2016年4月施行の傷病手当金及び出産手当金の算定方法の見直しに伴い、2016年4月1日をまたぐ期間の請求を、統計上新制度分と旧制度分に分けて計上していることにより、2016年度は件数が大幅に増加しています。そのため、2015年度以前との単純比較はできません。

※6 高額療養費（現金給付分（償還払い））の中には、高額介護合算を含んでいます。

〔(図表 3-15) 現金給付の各支部における支給状況①〕

支部別	高額療養費(現物給付分を除く)					傷病手当金				
	総数			加入者1人当たり		総数			被保険者1人当たり	
	件数(件)	金額(百万円)	1件当たり金額(円)	件数(件)	金額(円)	件数(件)	金額(百万円)	1件当たり金額(円)	件数(件)	金額(円)
北海道	37,682	1,111	29,479	0.022	661	90,415	12,146	134,336	0.087	11,624
青森	9,769	246	25,143	0.023	589	24,719	3,008	121,672	0.093	11,257
岩手	11,145	300	26,893	0.029	793	19,651	2,564	130,457	0.080	10,455
宮城	20,152	509	25,283	0.029	730	40,555	5,325	131,309	0.092	12,082
秋田	6,242	138	22,045	0.021	460	17,101	2,070	121,060	0.089	10,729
山形	10,640	375	35,222	0.029	1,016	20,730	2,663	128,446	0.087	11,184
福島	13,539	331	24,473	0.021	525	36,174	4,850	134,069	0.090	12,075
茨城	13,278	440	33,132	0.019	627	44,693	6,153	137,669	0.101	13,966
栃木	9,859	321	32,528	0.019	610	32,480	4,398	135,400	0.098	13,245
群馬	11,362	341	30,056	0.018	552	37,472	4,884	130,331	0.098	12,768
埼玉	29,842	1,116	37,409	0.021	798	84,873	12,339	145,386	0.098	14,187
千葉	21,268	792	37,220	0.021	788	64,942	9,513	146,484	0.103	15,063
東京	81,742	4,204	51,435	0.014	718	399,136	58,741	147,170	0.099	14,638
神奈川	32,514	1,482	45,594	0.020	902	104,730	15,644	149,370	0.101	15,029
新潟	12,781	312	24,419	0.017	406	41,085	5,484	133,474	0.085	11,324
富山	8,451	229	27,126	0.022	584	18,513	2,610	141,008	0.073	10,305
石川	9,761	267	27,322	0.023	629	22,481	3,041	135,268	0.083	11,252
福井	7,812	188	24,110	0.028	677	16,585	2,224	134,100	0.094	12,573
山梨	6,030	162	26,897	0.025	665	14,556	1,984	136,290	0.096	13,119
長野	15,251	372	24,414	0.024	598	35,284	4,729	134,024	0.091	12,156
岐阜	24,403	1,102	45,154	0.033	1,496	42,826	5,470	127,734	0.095	12,189
静岡	25,699	1,038	40,387	0.026	1,034	66,506	8,397	126,256	0.104	13,180
愛知	56,905	3,639	63,956	0.023	1,477	164,694	22,312	135,475	0.108	14,604
三重	10,281	294	28,644	0.021	596	34,572	4,438	128,379	0.112	14,344
滋賀	6,605	209	31,655	0.019	606	22,300	2,875	128,917	0.107	13,794
京都	18,847	576	30,573	0.022	670	49,638	7,300	147,055	0.094	13,875
大阪	59,115	2,354	39,819	0.017	681	210,761	30,596	145,171	0.100	14,548
兵庫	26,941	966	35,841	0.018	658	87,480	12,219	139,676	0.098	13,729
奈良	7,071	250	35,322	0.023	799	18,637	2,646	141,952	0.102	14,549
和歌山	6,799	203	29,884	0.024	716	17,266	2,213	128,181	0.102	13,019
鳥取	4,600	105	22,777	0.024	545	12,193	1,481	121,435	0.101	12,243
島根	6,840	236	34,541	0.030	1,049	13,337	1,710	128,194	0.094	12,011
岡山	15,748	488	31,001	0.023	701	40,572	5,413	133,425	0.094	12,533
広島	18,878	620	32,856	0.018	594	62,235	8,233	132,288	0.097	12,816
山口	12,726	456	35,803	0.031	1,126	20,454	2,765	135,182	0.081	11,007
徳島	7,613	176	23,149	0.030	692	15,868	2,097	132,160	0.099	13,124
香川	10,282	239	23,222	0.028	655	20,078	2,668	132,902	0.089	11,886
愛媛	14,904	719	48,237	0.030	1,447	30,479	3,825	125,491	0.101	12,702
高知	8,067	255	31,662	0.034	1,092	15,042	1,954	129,875	0.102	13,209
福岡	33,651	1,048	31,135	0.018	558	125,843	16,575	131,714	0.111	14,559
佐賀	8,287	191	22,990	0.030	683	18,137	2,145	118,244	0.107	12,649
長崎	11,186	273	24,446	0.026	633	27,256	3,449	126,538	0.104	13,119
熊本	16,277	387	23,792	0.027	640	39,917	4,806	120,388	0.107	12,899
大分	11,907	266	22,360	0.030	674	23,261	2,764	118,805	0.096	11,399
宮崎	7,702	167	21,700	0.020	426	26,877	2,993	111,377	0.112	12,458
鹿児島	15,323	410	26,735	0.026	683	36,889	4,566	123,774	0.103	12,780
沖縄	10,820	258	23,851	0.019	453	45,701	5,018	109,804	0.140	15,383
合計	826,597	30,163	36,491	0.021	765	2,454,994	335,295	136,577	0.099	13,520

※ 高額療養費の中には、世帯合算及び高額介護合算を含んでいます。

〔(図表 3-16) 現金給付の各支部における支給状況②〕

支部別	出産手当金				出産育児一時金				療養費(柔道整復施術)				
	総数		被保険者(女性)1人当たり		総数		加入者(女性)1人当たり		総数			加入者1人当たり	
	件数(件)	金額(百万円)	件数(件)	金額(円)	件数(件)	金額(百万円)	件数(件)	金額(円)	件数(件)	金額(百万円)	1件当たり金額(円)	件数(件)	金額(円)
北海道	5,708	2,211	0.014	5,540	11,436	4,799	0.014	5,791	424,427	1,690	3,983	0.252	1,006
青森	2,047	746	0.018	6,450	3,001	1,259	0.014	5,967	78,504	329	4,187	0.188	788
岩手	1,810	625	0.017	6,010	2,703	1,134	0.014	6,039	109,185	397	3,636	0.289	1,050
宮城	3,077	1,248	0.018	7,297	5,350	2,245	0.016	6,651	273,848	1,051	3,838	0.393	1,507
秋田	1,345	465	0.016	5,661	1,846	775	0.012	5,159	84,323	356	4,225	0.282	1,192
山形	2,362	810	0.023	7,995	2,898	1,216	0.016	6,658	89,343	320	3,585	0.242	868
福島	3,171	1,272	0.019	7,669	4,897	2,055	0.016	6,596	199,373	780	3,912	0.316	1,237
茨城	3,243	1,443	0.019	8,340	5,621	2,358	0.016	6,908	169,576	719	4,242	0.242	1,025
栃木	2,444	1,082	0.018	7,945	4,181	1,755	0.016	6,734	181,603	769	4,233	0.345	1,462
群馬	2,942	1,260	0.020	8,412	4,204	1,764	0.014	5,849	203,776	906	4,444	0.330	1,464
埼玉	5,573	2,596	0.017	7,908	11,175	4,688	0.017	6,968	531,158	2,358	4,439	0.380	1,685
千葉	3,946	1,811	0.017	7,634	7,678	3,221	0.016	6,717	335,111	1,479	4,412	0.334	1,472
東京	36,082	18,148	0.019	9,692	54,744	22,971	0.018	7,500	2,176,995	9,463	4,347	0.372	1,616
神奈川	6,561	3,152	0.016	7,822	12,952	5,435	0.016	6,824	530,088	2,152	4,059	0.322	1,309
新潟	4,231	1,654	0.022	8,448	6,457	2,711	0.017	7,246	188,316	742	3,938	0.245	966
富山	2,090	840	0.020	8,097	3,212	1,348	0.017	7,069	122,001	554	4,544	0.311	1,413
石川	2,509	993	0.022	8,749	3,601	1,512	0.017	7,222	117,227	502	4,284	0.276	1,184
福井	1,835	721	0.024	9,434	2,578	1,082	0.019	7,773	79,931	313	3,921	0.287	1,126
山梨	1,349	558	0.022	9,108	2,105	884	0.017	7,341	87,124	354	4,063	0.357	1,452
長野	2,923	1,208	0.018	7,512	5,197	2,181	0.017	7,075	224,794	925	4,115	0.361	1,485
岐阜	3,022	1,330	0.017	7,569	5,845	2,453	0.016	6,765	277,588	1,105	3,981	0.377	1,500
静岡	4,807	2,023	0.018	7,719	8,066	3,384	0.016	6,811	285,364	1,128	3,954	0.284	1,124
愛知	11,309	5,246	0.020	9,147	21,523	9,031	0.018	7,628	728,152	2,791	3,832	0.296	1,133
三重	2,380	1,028	0.019	8,082	4,194	1,760	0.017	7,126	142,978	528	3,691	0.289	1,068
滋賀	1,815	816	0.022	9,746	3,329	1,397	0.019	8,174	135,250	515	3,808	0.392	1,492
京都	4,496	2,099	0.021	9,599	7,770	3,260	0.018	7,535	450,046	1,931	4,291	0.523	2,246
大阪	16,662	8,012	0.020	9,718	31,302	13,134	0.018	7,707	2,102,658	10,202	4,852	0.608	2,951
兵庫	7,185	3,332	0.020	9,067	12,916	5,417	0.017	7,302	658,696	2,774	4,211	0.449	1,890
奈良	1,386	630	0.019	8,539	2,661	1,117	0.017	7,038	148,403	595	4,012	0.475	1,904
和歌山	1,069	451	0.015	6,457	2,203	925	0.015	6,411	165,372	705	4,265	0.583	2,485
鳥取	1,597	515	0.030	9,706	1,922	807	0.020	8,378	28,707	105	3,653	0.149	546
島根	1,458	504	0.024	8,370	1,977	830	0.018	7,494	22,198	75	3,364	0.099	332
岡山	4,047	1,654	0.022	9,005	6,533	2,742	0.019	7,819	185,953	657	3,535	0.267	944
広島	4,976	2,102	0.019	8,140	9,138	3,835	0.018	7,447	244,458	922	3,773	0.234	883
山口	1,873	735	0.018	7,092	3,292	1,382	0.016	6,794	109,762	455	4,144	0.271	1,124
徳島	1,235	531	0.018	7,917	2,145	900	0.017	7,119	133,825	510	3,814	0.525	2,003
香川	1,730	727	0.020	8,294	2,850	1,196	0.016	6,790	131,228	465	3,545	0.360	1,276
愛媛	2,284	924	0.019	7,726	4,253	1,784	0.017	7,276	180,560	648	3,587	0.363	1,303
高知	1,165	471	0.018	7,382	1,840	772	0.016	6,655	70,793	246	3,481	0.303	1,053
福岡	10,951	4,519	0.023	9,366	18,005	7,558	0.019	7,921	945,040	4,087	4,325	0.503	2,176
佐賀	1,899	701	0.026	9,414	2,706	1,136	0.019	7,966	129,666	537	4,142	0.465	1,925
長崎	2,667	1,004	0.023	8,763	4,125	1,732	0.019	7,826	216,993	850	3,919	0.502	1,969
熊本	4,157	1,650	0.025	9,809	6,247	2,622	0.020	8,403	215,555	856	3,973	0.356	1,415
大分	2,119	806	0.021	7,846	3,433	1,440	0.017	7,192	165,212	640	3,874	0.418	1,620
宮崎	2,841	921	0.026	8,563	3,847	1,615	0.019	8,024	138,941	535	3,851	0.354	1,365
鹿児島	3,418	1,290	0.023	8,523	5,937	2,492	0.020	8,206	236,968	944	3,982	0.395	1,574
沖縄	5,063	1,666	0.036	11,964	6,761	2,838	0.024	9,975	145,116	549	3,787	0.254	964
合計	202,859	88,527	0.020	8,625	340,656	142,952	0.017	7,268	14,602,185	61,516	4,213	0.370	1,560

※1 出産育児一時金の件数は、産児数となります。

※2 出産育児一時金の件数には、直接支払いの件数を含みますが、内払い及び差額払いの件数は含んでいません。

〔(図表 3-17) 現金給付の各支部における支給状況③〕

支部別	療養費(あんまマッサージ)					療養費(はり・きゆう)					療養費(その他)				
	総数		加入者1人当たり			総数		加入者1人当たり			総数		加入者1人当たり		
	件数(件)	金額(百万円)	1件当たり金額(円)	件数(件)	金額(円)	件数(件)	金額(百万円)	1件当たり金額(円)	件数(件)	金額(円)	件数(件)	金額(百万円)	1件当たり金額(円)	件数(件)	金額(円)
北海道	3,994	50	12,468	0.002	30	37,672	230	6,097	0.022	137	23,725	530	22,340	0.014	315
青森	415	8	19,966	0.001	20	748	6	8,232	0.002	15	3,736	120	32,067	0.009	287
岩手	332	6	18,742	0.001	16	1,775	12	6,841	0.005	32	2,684	91	33,985	0.007	241
宮城	1,174	23	19,910	0.002	34	4,205	24	5,746	0.006	35	5,429	203	37,442	0.008	291
秋田	643	15	22,949	0.002	49	232	2	8,157	0.001	6	2,495	63	25,203	0.008	210
山形	415	7	15,715	0.001	18	800	5	6,242	0.002	14	3,083	69	22,534	0.008	188
福島	1,318	23	17,125	0.002	36	4,497	32	7,046	0.007	50	5,373	160	29,831	0.009	254
茨城	866	15	17,290	0.001	21	4,299	28	6,501	0.006	40	5,996	175	29,242	0.009	250
栃木	973	15	15,403	0.002	29	2,156	13	6,041	0.004	25	4,186	116	27,768	0.008	221
群馬	923	21	23,088	0.001	34	830	7	8,526	0.001	11	5,010	123	34,526	0.008	199
埼玉	4,178	85	20,373	0.003	61	10,298	72	6,962	0.007	51	11,932	351	29,456	0.009	251
千葉	2,145	43	20,145	0.002	43	7,191	46	6,386	0.007	46	10,179	302	29,675	0.010	301
東京	15,003	288	19,183	0.003	49	79,077	541	6,840	0.014	92	65,266	1,929	29,561	0.011	329
神奈川	9,592	186	19,425	0.006	113	24,421	168	6,892	0.015	102	17,203	503	29,267	0.010	306
新潟	954	21	21,759	0.001	27	2,173	16	7,232	0.003	20	8,605	214	24,873	0.011	279
富山	406	7	18,249	0.001	19	6,702	39	5,806	0.017	99	3,652	113	31,026	0.009	289
石川	412	10	23,260	0.001	23	6,406	36	5,680	0.015	86	3,358	80	23,851	0.008	189
福井	214	4	19,260	0.001	15	2,533	14	5,449	0.009	50	2,931	73	24,858	0.011	262
山梨	896	15	17,295	0.004	64	1,108	8	7,009	0.005	32	2,668	80	30,095	0.011	329
長野	839	13	15,547	0.001	21	5,565	30	5,360	0.009	48	5,694	154	27,089	0.009	248
岐阜	1,129	24	21,073	0.002	32	6,997	50	7,101	0.009	67	9,276	207	22,292	0.013	281
静岡	2,180	39	17,794	0.002	39	3,653	25	6,830	0.004	25	9,771	243	24,849	0.010	242
愛知	4,833	102	21,158	0.002	41	53,693	332	6,189	0.022	135	31,951	797	24,953	0.013	324
三重	355	6	16,495	0.001	12	6,239	40	6,351	0.013	80	6,722	145	21,497	0.014	292
滋賀	423	11	25,260	0.001	31	3,197	22	6,771	0.009	63	4,537	101	22,260	0.013	293
京都	2,062	46	22,324	0.002	54	10,415	81	7,747	0.012	94	14,320	311	21,722	0.017	362
大阪	7,107	146	20,612	0.002	42	170,651	1,364	7,992	0.049	394	38,444	1,013	26,343	0.011	293
兵庫	1,456	28	19,302	0.001	19	26,032	182	6,976	0.018	124	16,572	428	25,833	0.011	292
奈良	328	6	18,171	0.001	19	5,823	42	7,193	0.019	134	4,737	103	21,813	0.015	330
和歌山	298	7	23,256	0.001	24	9,693	68	6,970	0.034	238	2,904	82	28,356	0.010	290
鳥取	217	5	21,178	0.001	24	858	5	5,543	0.004	25	2,385	53	22,403	0.012	278
島根	257	5	18,041	0.001	21	1,305	8	6,324	0.006	37	2,789	63	22,490	0.012	278
岡山	387	6	15,679	0.001	9	3,727	24	6,533	0.005	35	6,807	189	27,743	0.010	271
広島	1,719	34	19,947	0.002	33	18,983	116	6,109	0.018	111	9,848	242	24,572	0.009	232
山口	545	12	21,758	0.001	29	3,059	16	5,090	0.008	38	3,878	91	23,430	0.010	225
徳島	512	5	9,021	0.002	18	1,987	11	5,429	0.008	42	2,759	55	20,044	0.011	217
香川	411	6	14,930	0.001	17	4,221	26	6,054	0.012	70	4,479	91	20,397	0.012	251
愛媛	990	25	24,991	0.002	50	3,911	23	5,931	0.008	47	5,416	128	23,666	0.011	258
高知	287	5	17,925	0.001	22	662	5	6,922	0.003	20	3,174	90	28,356	0.014	385
福岡	1,244	31	24,675	0.001	16	26,773	160	5,993	0.014	85	18,492	415	22,459	0.010	221
佐賀	366	8	21,044	0.001	28	3,056	18	5,851	0.011	64	3,885	84	21,553	0.014	300
長崎	205	3	13,978	0.000	7	6,833	39	5,725	0.016	91	5,530	118	21,408	0.013	274
熊本	558	12	20,633	0.001	19	6,531	32	4,926	0.011	53	8,809	220	24,958	0.015	363
大分	259	5	19,356	0.001	13	2,462	13	5,281	0.006	33	4,528	93	20,446	0.011	234
宮崎	442	7	15,941	0.001	18	4,018	24	5,894	0.010	60	4,145	98	23,654	0.011	250
鹿児島	546	12	21,573	0.001	20	5,907	40	6,829	0.010	67	6,658	153	22,908	0.011	254
沖縄	952	16	16,918	0.002	28	1,922	15	7,906	0.003	27	8,885	296	33,332	0.016	519
合計	75,760	1,465	19,342	0.002	37	595,296	4,107	6,899	0.015	104	434,906	11,362	26,125	0.011	288

第4章 事業運営、活動の概況

1. 基盤的保険者機能関係

基盤的保険者機能においては、適用・徴収業務や給付業務等の審査・支払を適正かつ迅速に行うことが我々保険者としての責務であり、その取組のなかで医療費の適正化や加入者へのサービス水準の向上を実現していきます。

具体的には、マニュアル・手順書等に基づく事務処理の徹底を図り、標準化・効率化・簡素化の観点で、日々の業務量の多寡や優先度に対応する柔軟かつ最適な事務処理体制の定着に注力し業務の生産性の向上を目指すとともに、職員の多能化と意識改革を促進し柔軟かつ筋肉質な組織を構築すべく取り組んでいます。

また、今後、厳しさが増すことが予想される協会の財政について、加入者及び事業主に協会決算や今後の見通しに関する情報発信を行うとともに、各審議会等の協議の場において、安定した財政運営の観点から積極的に意見発信を行っていきます。

(1) 健全な財政運営

i) 2023 年度保険料率の議論の開始

2023（令和 5）年度の保険料率の決定に向けては、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響や世界情勢の悪化によって経済状況が不透明である中、2022（令和 4）年 9 月に開催した運営委員会において、2027（令和 9）年度までの 5 年間の収支見通し（以下「5 年収支見通し」という。）と「保険料率に関する論点」のほか、近年の被保険者数及び一人当たり医療給付費等や日本の人口動向（年齢階層別の将来人口を含む。）等を事務局から示し、議論が開始されました。

① 保険料率に関する論点

2023 年度の保険料率に関しては、図表 4-1 に示す資料を事務局から論点を提示し、平均保険料率については、後述の 5 年収支見通しも踏まえて、

- ・ 「協会の財政構造に大きな変化がない中で、今後の 5 年収支見通しのほか、人口構成の変化や医療費の動向、後期高齢者支援金の増加等を考慮した中長期的な視点を踏まえつつ、2023 年度及びそれ以降の保険料率のあるべき水準について、どのように考えるか。」

との論点を示しました。

議論の冒頭、委員より「2017（平成 29）年の運営委員会において、理事長から、今後の保険料率の議論については、中長期的な立ち位置を明確にしたいとの方針が示され、翌年度からその発言内容を踏まえて、保険料率の議論をしてきた。そこから 5 年以上が経過し、現在

は「2025年問題」の入り口に入ってきており、かつ、コロナの収束もある程度見通せる時期になってきたと考えられることから、これから年末までの議論にあたり、ここで理事長から現状認識や今後の考え方についてお聞かせいただきたい。」との発言がありました。

この発言を受けて、理事長からは、2017年12月の運営委員会において「平均保険料率について中長期で考える」と発言したことに対する現状における認識について、図表4-3のとおり発言し、「協会けんぽの財政について中長期的に考えていきたい」という基本的なスタンスを変えていないことをお示ししました。

その後、各委員からは、

- ・ 「理事長の中長期の視点の保険料率の考え方には賛同している。中長期の考え方で、中期は5年、長期は10年で考えなければならないと思う。中期であれば赤字となった時が保険料率を上げざるを得ない局面であり、長期であれば、準備金の取り崩しを考慮する必要がでてくる。中長期の考え方について、もう少し先を見据えて、ある程度検討しておく必要があるのではないか。」
- ・ 「安易に保険料率を引き上げることは、コロナ禍で必死に事業継続をしてきた中小企業がこれから経営状況を立て直そうという時に影響が大きいので反対である。また、逆に保険料率を引き下げること、制度の安定的な運営を考えれば、国庫補助率が上がることはない限りは難しいと考えている。現行の保険料率10%をできる限り維持できるようにしていくことが必要と考えている。」
- ・ 「協会けんぽの財政は楽観を許さないという認識は理解しており、中長期が重要であることも理解している。しかし、準備金残高が5.2ヵ月分に積み上がっていることを考えると、この間のコロナ禍の状況もあり、支部によっては保険料率の引き下げを求める意見がこれまで以上に高まる可能性もあると考えている。今後の検討にあたっては、過去の雇用情勢や賃金、物価動向のほか、直近で検討されている感染症に対する医療機関の減収補償の仕組み等、新たな拠出金も念頭に置かなければならないことも踏まえて、検討していくことが必要ではないか。」

等の発言があり、9月時点の運営委員各々の考えが示されました。

このほか、5年収支見通しについて、

- ・ 「後継者不足による中小企業の減少というトレンドについて、収支見通しの試算に反映していただきたい。被保険者数、報酬額、医療費という三要素の中で、企業の減少をどのように織り込むかは難しいと思うが、被保険者数や報酬額には中小企業の減少が大きく関わってくる。協会けんぽを取り巻く環境変化に対して、柔軟に対応できるよう試算していただき、事業主や被保険者に対しても納得感の得られる説明をしていただくようお願いしたい。」
- ・ 「これまで行われてきた収支見通しについての方法論、骨格は、基本的には変わっていないと考えている。新たな構造的な変化を取り入れるような工夫を次年度以降考えるべきである。事業者の開業率・廃業率は非常に重要な問題であり、それが今、基本的なところから落ちていることについては、かなり推計の精度を落としていると考える。要

望として、過去に行った収支見通しの結果と実測値の差を運営委員会にきちんと出していただきたい。差がある場合は、どこの部分が差として生まれてしまったのか、ということを示し、と次年度に向けて推計の精度がより改善できる。」

といった発言がありました。これを受け、事務局において収支見通しの検証を行い、その結果を次回運営委員会に提示することとしました。

〔(図表 4-1) 2023 年度保険料率に関する論点 (2022 年 9 月 14 日運営委員会提出資料) 〕

1. 平均保険料率

「現状・課題」

- ✓ 協会けんぽの令和 3 年度決算は、収入が11兆1,280億円、支出が10兆8,289億円となり、前年度に減少していた医療費が新型コロナウイルス感染拡大前の水準を上回り、支出が大きく増加した。このことにより、収支差は2,991億円と前年度の6,183億円から大幅に減少した。
- ✓ 協会けんぽの今後の財政については、医療費の伸びが賃金の伸びを上回るという財政の赤字構造が解消されていないことに加え、以下の要因により楽観を許さない状況である。
 - ・ 被保険者数の伸びが平成29年9月をピークに鈍化傾向にあることや、世界情勢の悪化に伴う資源価格の高騰等で不透明さが増す経済状況により、コロナ禍前のような保険料収入の増加が今後も続くとは期待できないこと。
 - ・ 医療給付費がコロナ禍前の水準を上回って推移していることや、令和 5 年度以降は後期高齢者支援金の一層の増加により、支出の増加が見込まれていること。
 - ・ 健康保険組合の令和 4 年度予算早期集計では、約 7 割の組合が赤字を計上している。今後、協会けんぽと同様に、団塊の世代の75歳到達により後期高齢者支援金が急増することが見込まれ、財政状況の悪化した組合が解散を選択し協会けんぽに移る事態が予想されること。
 - ・ 高額な医薬品や再生医療等製品の薬価収載及びそれらの収載後の効能・効果の追加による処方患者数の増加等、医療費の伸びに大きく影響する不確定要素が存在すること。
- ✓ こうした状況も踏まえながら、今後の財政状況を見通す観点から5年収支見通し等の財政状況に関するシミュレーションを行ったところ、平均保険料率10%を維持した場合であっても、数年後には準備金を取り崩さなければならない見通しとなっている。

【論点】

- 協会の財政構造に大きな変化がない中で、今後の 5 年収支見通しのほか、人口構成の変化や医療費の動向、後期高齢者支援金の増加等を考慮した中長期的な視点を踏まえつつ、令和 5 年度及びそれ以降の保険料率のあるべき水準について、どのように考えるか。
 - ※ 平成29年12月19日 運営委員会 安藤理事長発言要旨：「今後の保険料率の議論のあり方については、中長期で考えるという立ち位置を明確にしたい。」

2. 保険料率の変更時期

「現状・課題」

- ✓ これまでの保険料率の改定においては、都道府県単位保険料率へ移行した際（平成21年9月）及び政府予算案の閣議決定が越年した場合を除き、4月納付分（3月分）から変更している。

【論点】

- 令和 5 年度保険料率の変更時期について、令和 5 年 4 月納付分（3月分）からでよいか。

健康保険組合の保険料率の分布

- 健保組合の平均保険料率は、平成23年度は8.0%、令和3年度は9.2%となっており（+1.2ポイント）、全体的に上昇している。
- 協会けんぽの平均保険料率以上（平成23年度は9.50%以上、令和3年度は10.00%以上）の健保組合は、平成23年度は105組合（7%）、令和3年度は307組合（22%）となっている。



第 118 回全国健康保険協会運営委員会（令和 4 年 9 月 14 日）
理事長発言要旨

- 本日、運営委員の皆様より、私が平成 29 年 12 月の運営委員会において、「平均保険料率について、中長期で考える」と申し上げたことについての現状認識に関するご質問をいただいたので、私の認識を申し上げます。まず、当時平均保険料率について中長期で考えると申し上げたことについては、間違っていなかったと思っている。
- 今回提示させていただいた今後の財政収支見通しの試算では、平均保険料率 10%を維持した場合であっても、数年後には単年度収支が赤字に転落する。2025 年には、団塊の世代がすべて 75 歳以上の後期高齢者になり、後期高齢者支援金の一層の増加が見込まれ、また、2040 年には 65 歳以上の高齢者人口が最も多くなり、今後我々の負担する医療費は確実に増えていく。
- 一方で、現在の平均保険料率 10%は、保険料をお支払いいただいている事業主及び被保険者の皆様の負担の限界水準であると認識しており、できる限りこの負担の限界水準を超えないように努力することが必要であると考えている。
- また、保有する準備金の水準については、現在猛威を振るっている新型コロナウイルス感染症と同様、もしくはそれ以上の影響がある感染症が今後発生しないとは言えず、現在保有している約 4 兆 3,000 億円の準備金が本当に十分な水準であるかどうかは一概には言えないと考えている。大きな金額ではあるが、仮に 4,000 万人の加入者に一人当たり 10 万円分の医療費がかかったとしたら、すぐに吹き飛んでしまう金額でもある。
- 私としては、制度の持続可能性の確保を図り、効率的かつ質の高い医療を実現するよう国に対して働きかけていくこと、事業主及び加入者の皆様と協力しながら、保健事業に一層力を入れていくことによって、加入者の皆様が健康的な生活を送ることができるようにしていきたい。その結果、一人当たり医療費が増えないようになれば、できる限り長く、平均保険料率 10%を超えないようにすることができる。65 歳以上の高齢者人口が最も多くなる 2040 年に向けて、医療費適正化や健康寿命の延伸に最大限保険者の役割を果たしながら、できる限り長く平均保険料率 10%を超えないよう努力していきたい。これが私の「中長期で考える」ことに関する現状認識である。

② 協会けんぽの5年収支見通しの試算の前提等

2021（令和3）年度決算を足元として、2022年7月の運営委員会で取りまとめられた試算の前提をもとに5年収支見通しを作成しました。

具体的には、2022年度、2023年度について、協会の実績等を踏まえ一定の前提を置き、2024（令和6）年度以降について、賃金上昇率で3つのケースを置いて試算しました。

ア) 被保険者数の見通し

被保険者数の見通しは、2022年度、2023年度について、直近の協会の実績、被用者保険の適用拡大等の影響を踏まえて、2022年度▲0.2%、2023年度▲0.9%としました。

なお、2024年度以降は、「日本の将来推計人口」の出生中位（死亡中位）を基礎として推計を行いました。また、2024年度に実施予定の被用者保険の適用拡大の影響を試算に織り込みました。

イ) 賃金上昇率の見通し

賃金上昇率は、2022年度、2023年度について、直近の協会の実績等を踏まえて、2022年度1.9%、2023年度1.4%とし、2024年度以降について、ケースごとに0.8%、0.4%、0.0%の3パターンを置きました⁵。

<2024年度以降の賃金上昇率>

(単位 %)

ケースⅠ	0.8
ケースⅡ	0.4
ケースⅢ	0.0

ウ) 医療給付費の見通し

医療給付費の加入者一人当たりの伸び率については、直近の協会の実績等を踏まえて、2022年度1.0%、2023年度1.6%としました。

なお、2024年度以降については、以下の年齢階級別医療費の伸び率を使用しました。

<2023年度以降の年齢階級別1人当たり医療給付費の伸び率>

(単位 %)

75歳未満	2.0
75歳以上（後期高齢者支援金の推計に使用）	0.4

現金給付は給付の性格に応じ、被保険者数及び総報酬額の見通しを使用しました。

また、保険料率は以下のケースについて試算を行いました。

- ・ 現在の保険料率10%を据え置いたケース
- ・ 均衡保険料率

⁵ ケースⅠは標準報酬月額が高い水準にあった2015年度から2019年度の平均としたものです。ケースⅡは新型コロナウイルス感染症の影響を含む過去10年間（2012年度から2021年度）の平均とした結果0.6%となり、ケースⅠとの差が小さいため、ケースⅠとケースⅢの間となる0.4%としました。

③ 5年収支見通しの試算結果

平均保険料率を2022年度と同率の10%に据え置いた場合、ケースⅠで2027年度、ケースⅡで2026（令和8）年度、ケースⅢで2025（令和7）年度にはそれぞれ単年度赤字に転じ、2027年度の準備金は、ケースⅠからⅢでそれぞれ5兆2,600億円（保険給付費等の約5.8ヵ月分）、4兆9,000億円（同、約5.4ヵ月分）、4兆5,400億円（同、約5.0ヵ月分）という結果になりました。

また、単年度で収支が均衡する保険料率は、ケースによって現在の保険料率（10%）を超過する時期が異なる結果となりました。ケースⅠでは2026年度に現在と同じ10%まで上がり、2027年度には10%を超え、ケースⅡでケースⅠよりも1年早い2026年度、ケースⅢでは更に1年早い2025年度にそれぞれ10%を超える保険料率に引き上げる必要があるという結果となりました（図表4-4参照）。

〔図表4-4〕5年収支見通しの試算結果

平均保険料率（10%）を据え置いた場合の単年度収支差と準備金残高

（単位：億円）

賃金上昇率		2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
Ⅰ 0.8%で一定	収支差	5,400	2,200	1,800	700	200	▲700
	準備金	48,500	50,700	52,400	53,200	53,300	52,600
Ⅱ 0.4%で一定	収支差	5,400	2,200	1,400	0	▲900	▲2,200
	準備金	48,500	50,700	52,100	52,100	51,200	49,000
Ⅲ 0.0%で一定	収支差	5,400	2,200	1,000	▲700	▲1,900	▲3,700
	準備金	48,500	50,700	51,700	51,000	49,100	45,400

均衡保険料率（単年度収支が均衡する保険料率）

賃金上昇率	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
Ⅰ 0.8%で一定	9.8%	9.8%	9.9%	10.0%	10.1%
Ⅱ 0.4%で一定	9.8%	9.9%	10.0%	10.1%	10.2%
Ⅲ 0.0%で一定	9.8%	9.9%	10.1%	10.2%	10.4%

④ その他の試算結果

（今後10年間の準備金残高と法定準備金に対する残高の状況）

2023年度の保険料率の議論に際しても、5年収支見通しによって、今後5年間で赤字となるケースが明らかになったため、より長期の期間として、今後10年間の準備金残高と法定準備金（保険給付費等の1ヵ月分）に対する残高の状況について試算を行い、9月の運営委員会で示しました。

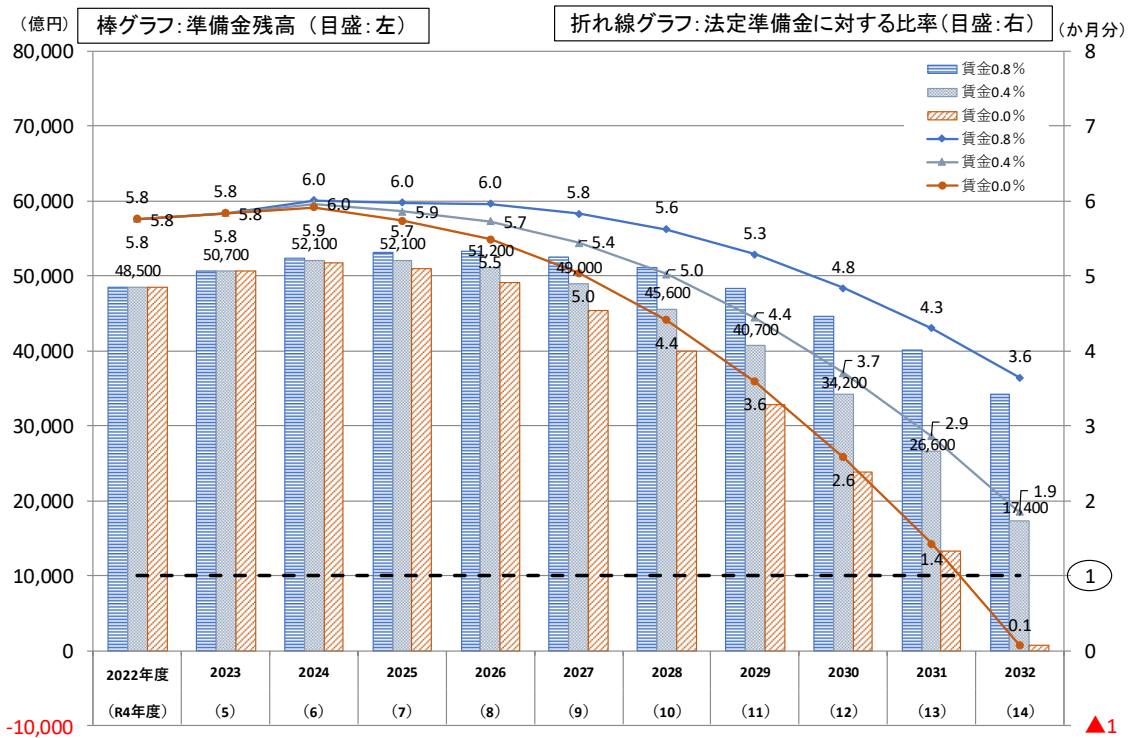
現時点において十分な水準の準備金残高が確保できていても、ケースによって、2032（令和14）年度には法定準備金の確保が難しくなる結果となっており、財政の構造的な問題（赤

字構造) が解消されない中、更に今後の経済情勢が不透明な状況で、将来の協会の財政は楽観視できるものではないことが確認されました(図表 4-5 参照)。

〔(図表 4-5) 今後 10 年間の準備金残高と法定準備金に対する残高の状況 (2022 年 9 月 14 日運営委員会提出資料)〕

5 年収支見通しと同様の前提をおいて、平均保険料率を 10.0%で維持した場合について、今後 10 年間(2032 年度まで)の各年度末における協会けんぽの準備金残高と法定準備金に対する残高の状況に係るごく粗い試算を行った。

- 平均保険料率10%維持の場合の準備金残高は、ケースⅠの場合では 2026 年度をピークに減少し始め、ケースⅡの場合では 2025 年度をピークに減少し始め、ケースⅢの場合では 2024 年度をピークに減少し始める。
- 法定準備金に対する準備金残高は、ケースⅠでは、10 年後の2032 年度に 3.6 カ月分、ケースⅡで 1.9 カ月分、ケースⅢで 0.1 カ月分まで減少する。



(過去の 5 年収支見通しと実績の比較検証)

9 月 14 日の運営委員会で、運営委員から「過去に行った収支見通しの結果と実測値の差を運営委員会にきちんと出していただきたい。」との意見があったことを受けて、事務局において 2017 年 9 月試算の 5 年収支見通しと実績を比較検証した資料を作成し、11 月 24 日の運営委員会で提示しました。

検証した結果、収入、支出ともに試算より実績が上回り、特に収入に関しての上振れが大きいことがわかりました。その中でも保険料収入について、試算と実績の乖離が大きく、具体的には、日本年金機構の適用促進や大規模健康保険組合の解散等により、被保険者数が大きく伸びたことが要因でした。

このように、試算時に想定できなかった上述の特殊要因を除けば試算と実績に大きな乖離

がなかったことから、結論として、これまでの推計方法による試算は妥当なものであることが確認されました。一方で、11月24日の運営委員会において、「被保険者数の乖離が試算全体の乖離につながったとも考えられることから、被保険者数の推計方法を精緻化し、試算の精度をより上げていくことが大きな課題である。」との意見があったことから、次年度以降については、これまでの推計方法を基本としながら、精度を高めるための努力をしていきます。

ii) 2023年度保険料率についての議論

9月14日の運営委員会に示した論点や5年収支見通し等に基づき、2023年度保険料率について、11月24日及び12月16日の運営委員会において議論されました。また、並行して支部評議会でも議論が進みました。準備金の保有状況や今後の収支見通し及び直近の経済動向を踏まえて、平均保険料率を維持すべきか引き下げるべきかが議論の俎上に載ることとなりました。支部評議会の中では、平均保険料率について「10%を維持すべき」との意見が前年度と比べ8支部増えた一方で、「引き下げるべき」との意見は3支部減少する結果となりました。

(運営委員会や評議会での議論の動向)

保険料率の論点等をもとに、10月12日から10月27日にかけて、全47支部の評議会が開催され議論が進みました。

支部評議会の主な意見を論点ごとに見ると、平均保険料率については、「10%を維持すべき」又は「引き下げるべき」のいずれかで評議会の意見が一致しているのが40支部で、うち「10%を維持すべき」という意見が39支部でした。一方、「引き下げるべき」という意見は1支部にとどまる結果となりました。なお、「10%維持と引き下げの両方」の意見がある評議会は7支部でした（図表4-6参照）。

評議員の個別の意見としては、「物価高や円安等の想定できない事態が重なり、中小企業の経営状況は厳しい。準備金の保有状況等を踏まえ、限定的に10%を下回る水準としてもよいのではないか。」という意見がある一方で、「5年収支見通し、後期高齢者支援金の負担増等を考慮すると、平均保険料率10%維持はやむを得ないと考える。」という意見も多くありました。

なお、今回の各支部評議会の意見集約に際しては、「基本的には中長期的な視点で保険料率を考えていくスタンスを変えていない」という2022年9月の運営委員会に示した理事長の考え等を支部事務局が評議会に説明（一部の評議会には本部の職員も出席して説明⁶）した上で、意見の提出を任意とする取扱いとしました。結果、すべての支部の評議会から意見の提出がありました。

11月24日の運営委員会においては、これらの評議会における全体的な意見の傾向、具体的な意見の内容等を報告しました。運営委員からは、評議会の意見について「平均保険料率

⁶ 福井、滋賀、奈良、高知、広島 of 5支部の評議会に、本部の職員も出席しました。

10%を維持すべきという意見に関しては、積極的賛成の意見ばかりではなく、料率維持もやむなしという消極的な意見も多かったと受け止めている。」といった意見があったほか、2023年度の保険料率に対しては、

- ・ 「中小企業と従業員の厳しい経済状況を踏まえた上で、協会けんぽの制度を安定的に維持していくために、本来は少しでも保険料率を引き下げ、国庫補助率を現行の16.4%から引き上げていただきたいが、現実として国庫補助率の引き上げが難しいということであれば、平均保険料率を安易に引き上げるのではなく、できる限り現在の平均保険料率10%を維持することをお願いしたい。」
- ・ 「セーフティネット確保の観点から、令和5年度保険料率については、10%を維持することはやむを得ないが、国庫補助率を16.4%から本則上限の20%へ引き上げるべきと考える。将来的に赤字に転落することが見込まれているのであれば、今から国に対する働きかけ等の取組もご検討いただきたい。」
- ・ 「前回の安藤理事長のご発言で、できる限り長く平均保険料率10%を維持するために努力していくことで委員の皆様にも賛同を得ていると考えている。支部評議会の意見では、平均保険料率10%維持の意見が増えており、全般的に支部評議会でも理解が深まっていると実感している。」
- ・ 「令和5年度保険料率については、これからもできるだけ長い期間10%を維持できるように努力していくという方向性に賛意を示す。ただ、今後の議論を整合的に、納得的に行っていくためには、5年間の収支見通し、シミュレーション等の将来推計が妥当なものであることが大前提になる。更に精度を上げて、この推計のもとで各支部の加入者、事業主の方々が議論をすべき最もきちんとした土台はこのデータであるということ認識した上で議論していくことが大事である。」
- ・ 「準備金が積み上がっていることを考えると、保険料率の引き下げの検討をお願いしたいところであるが、今後の後期高齢者支援金や医療費増加の懸念が払拭できない現状では、10%維持がやむを得ないと考える。」

といった10%維持を妥当とする趣旨の意見が多く、2023年度の平均保険料率の議論の趨勢は、今後厳しさが増すと見込まれる経済情勢を踏まえ、安定的な財政運営が望ましいとの考えから、平均保険料率10%を維持する方向で収束していきました（図表4-7参照）。

併せて、

- ・ 「今後も可能な限り平均保険料率10%を超えないよう、地域特性に応じた保健事業や医療費適正化事業の積極的な取組支援、コラボヘルスの推進等、加入者の健康増進に資する取組をお願いしたい。」
- ・ 「将来のことを考え、安定的に制度運営をしてほしいという声もある。そうした声に応えていくためには、医療費適正化の手段を示し、協会けんぽが将来的に持続可能であるということをはっきりと示すことしかない。専門家、事業主、被保険者、そして国の様々な目線からの議論と検証を重ね、医療費適正化に向けたガイドラインを作成し、将

来的に持続可能な健康保険の姿を早期に示す必要があり、是非とも取り組んでいただくようお願いしたい。」

といった医療費適正化や保健事業の推進に関する発言もありました。

また、2021年度決算時点において保険給付費等の5.2ヵ月分となった準備金の水準については、「準備金残高が積み上がっていることについては、医療保険を運営していくために安定的な財政基盤を確保する必要性は理解できる。しかし、上限をどう考えるかについては意見が出ているところであり、準備金のあり方についての検討も行っていただきたい。」との発言もありました。

これを受け、委員長からは、「来年度の平均保険料率について、本日までの議論を含めて委員の皆様の貴重なご意見を伺うことができた。次回の運営委員会において意見の集約を図る旨の発言がありました。

【(図表 4-6) 2023 年度の保険料率に関する支部評議会の意見】

令和4年10月に開催した支部評議会において、協会は、

- ・ 医療費の伸びが賃金の伸びを上回る赤字構造や、令和5年度以降は後期高齢者支援金の一層の増加により、支出の増加が見込まれていること等、楽観視できない現実がある中で、できる限り平均保険料率10%を超えないようにということを基本に考えていること
- ・ 協会けんぽの財政について、大きな変動がない限り、中長期的に考えていきたいという基本的なスタンスを変えていないこと（第118回全国健康保険協会運営委員会（令和4年9月14日開催）理事長発言要旨（本運営委員会資料1-2「令和5年度保険料率に関する論点について（参考資料）」の16頁参照）

等について丁寧に説明した上で、特段の意見があれば「令和5年度保険料率についての支部評議会における意見」を提出していただくこととしている。

意見の提出状況並びに平均保険料率に対しての意見の概要は以下のとおり。

意見の提出なし	0 支部 (2支部)	※ () 内は昨年の支部数
意見の提出あり	4 7 支部 (45支部)	
① 平均保険料10%を維持すべきという支部	3 9 支部 (31支部)	
② ①と③の両方の意見のある支部	7 支部 (10支部)	
③ 引き下げるべきという支部	1 支部 (4支部)	

(保険料率の変更時期については、4月納付分(3月分)以外の意見はなし)

【(図表 4-7) 2023 年度保険料率に関する運営委員の主な意見 (2022 年 12 月 16 日運営委員会提出資料)】

- 現行の試算では、人口推計から被保険者数を試算しているが、実際に被保険者数が試算よりも大きく増加した理由としては、適用拡大や健保組合の解散が主な要素であり、このような要素を正確に把握するためには、企業の開廃業や雇用情勢などを踏まえて試算する必要があると考える。

企業の開廃業の状況について試算に反映することにより検証結果の見え方も変わってくるのではないかと。様々な試算方法を検証いただき、是非とも継続的な分析検証をお願いしたい。

今回、平均保険料率10%を維持すべきという支部が増加したが、事業主・被保険者の意見を個別に見ると、将来のことを考えてやむを得ず10%維持の結論に至っていると思われる。事業主の立場としては、非常に厳しい経営環境となっているため、少しでも保険料率を下げてもらいたいという悲痛な声が多く寄せられている一方、将来のことを考え、安定的に制度運営をしてほしいという声もある。

現状の推計では、いつかは準備金が枯渇するということが示されず、その後の展望がない。財政を支える現役世代が増加する見込みはなく、事業主・被保険者双方で保険料率10%が限界と考えている中では、収入を増やすことは極めて困難である。

そのような中、事業主・被保険者の声に応えていくためには、医療費適正化の手段を示し、協会けんぽが将来的に持続可能であるということをはっきりと示すことができない。専門家、事業主、被保険者、そして国の様々な目線からの議論と検証を重ね、医療費適正化に向けたガイドラインを作成し、将来的に持続可能な健康保険の姿を早期に示す必要があり、是非とも取り組んでいただくようお願いしたい。

その議論のためには、事業主・被保険者などの関係者が、現状や将来の予測について正しく認識することが重要であり、引き続き、広報にも力を注いでいただくようお願いしたい。

- 各支部評議会の意見をみると、中小企業を取り巻く経営状況の厳しさを訴える声が多い。

保険料は企業業績に関係なく負担が必要であるため、その上昇は家計と企業経営にマイナスの影響を及ぼす。準備金が積み上がっていることを考えると、保険料率引き下げの検討をお願いしたいところだが、今後、後期高齢者支援金等が増加する状況を考慮すると、保険料率の現状維持はやむを得ない。また、併せて、給付の抑制という視点が不可欠である。

- 今後の後期高齢者支援金の急増等により、協会けんぽの財政状況を憂慮すべきとの点は理解する。コロナ禍での事業継続や原油高、材料高等の様々な課題があり、中小企業は大変苦しい状況にある。全国中小企業団体中央会では、中小企業の課題に関する国や関係機関への要望として、協会けんぽの保険料率の引き下げと国庫補助率の引き上げについて決議した。

中小企業と従業員の厳しい経済状況を踏まえた上で、協会けんぽの制度を安定的に維持していくために、本来は少しでも保険料率を引き下げ、国庫補助率を現行の16.4%から引き上げていただきたいが、現実として国庫補助率の引き上げが難しいということであれば、平均保険料率を安易に引き上げるのではなく、できる限り現在の平均保険料率10%を維持することをお願いできればと思う。

なお、保険料率の変動時期は4月納付分から異論はない。

- 平均保険料率10%を維持すべきという意見に関しては、積極的賛成の意見ばかりではなく、料率維持もやむなしという消極的な意見も多かったと受け止めている。セーフティネット確保の観点から、令和5年度保険料率については、10%を維持することはやむを得ない。

今後は次の5点についてお願いしたい。

1点目、平均保険料率10%を維持するにあたり、被保険者や事業主の納得性を高めるべく、これまで以上に丁寧に説明いただくようお願いしたい。

2点目、保険者努力重点支援プロジェクトをはじめとする取組については、支部評議会との連携を図られていると思うが、より丁寧に進めていただきたい。

3点目、国庫補助率を16.4%から本則上限の20%へ引き上げるべきと考える。将来的に赤字に転落することが見込まれているのであれば、今から国に対する働きかけなどの取組もご検討いただきたい。

4点目、被保険者・被扶養者の健康増進のために、地域特性に応じた保健事業や医療費適正化事業の積極的な取組支援、コロナヘルスの推進など保険者機能を発揮し、今後も可能な限り10%を超えないよう取組をお願いしたい。

最後に、準備金について。準備金残高が積み上がっていることについては、医療保険を運営していくために安定的な財政基盤を確保する必要性は理解できる。しかし、上限をどう考えるかについては意見が出ているところであり、予算精度にも課題がある。単年度財政の仕組みであることや保険料収入、保険給付費等の見通しなどを踏まえ準備金のあり方についての検討も行っていただきたい。

- 前回の安藤理事長のご発言で、できる限り長く平均保険料率10%を維持するために努力していくことで委員の皆様にも賛同を得ていると考えている。支部評議会の意見では、平均保険料率10%維持の意見が増えており、一般的に支部評議会でも理解が深まっていると実感している。

今後は、どう努力をしていくかが重要であり、オンラインを活用した仕掛けなど、オンラインを使った何かができないか、ご検討いただけるとありがたい。

- 令和5年度保険料率については、これからもできるだけ長い期間10%を維持できるように努力していくという方向性に賛意を示す。また、変更時期についても4月納付分から異論はない。

今回、5年間の収支見通し、シミュレーション結果の検証が示され、意義のある重要な検証結果が出た。この方法論、手法論が妥当と確認でき、要因分解の中で実態とシミュレーションの乖離は、被保険者数の乖離により色々なところで大きな乖離を生み出していることが明らかになった。今後は被保険者数の乖離をより精緻化して、このシミュレーションの精度を上げていくことが大きな課題になる。

今後の議論を総合的に、納得的に行っていくためには、将来推計が妥当なものであることが大前提になる。さらに精度を上げて、この推計のもとで各支部の加入者、事業主の方々が、議論をすべき最もきちんとした土台はこのデータであるということ認識した上で議論していくことが大事である。

iii) 2023 年度保険料率の決定

12 月 16 日の運営委員会では、冒頭、委員長より「保険料率についての議論はこの日で取りまとめを行う」旨の説明がありました。

委員長は意見の取りまとめを行うにあたり、各委員に改めて 2023 年度の保険料率に関して意見を確認しました。各委員からの意見については、前回の運営委員会と概ね同様で、平均保険料率 10%を維持すべきという意見が大部分を占めました。なお、これらの意見の中には、

- ・ 「医療費はコロナ禍で一旦抑制されたが、年間 1 兆円ペースで増加している。このことから、医療費を抜本的に削減する取組を一層強化していく必要があり、運営委員会で議論すべきである。」
- ・ 「厳しい事業環境が続いていること、準備金が積み上がっていることを考えると、被用者、保険料負担者の理解を促して行くためには、足元の医療費の動向を注視するとともに、堅実性・予見性の高いシミュレーションを明示していく必要がある。」

との意見もありました。

委員長は、ここまでの議論を踏まえて、「2023 年度の平均保険料率について、各委員からご意見を頂戴した。運営委員会として、10%維持に賛成であったとまとめられる。また、保険料率の変更時期については、事務局の提案に対して特段の異論はなかった。事務局は、ただいまの議論を踏まえ、都道府県単位保険料率の決定に向けて厚生労働省と調整し、支部長からの意見聴取等、必要な調整を進めていただきたい。」と発言し、2023 年度平均保険料率についての議論を終えました。

① 2023 年度政府予算案決定時における収支見込み

2023 年度の収支見込みについては、12 月 16 日の運営委員会で決定した平均保険料率 10%と政府予算案（薬価改定⁷等）を踏まえて作成し、12 月 28 日に協会ホームページで公表するとともに、2023 年 1 月 30 日の運営委員会に報告しました。2023 年度の収支差は 2, 123 億円の黒字、準備金残高は 4 兆 9, 602 億円が見込まれる結果になりました。また、単年度で収支を均衡させる場合の保険料率は 9. 78%の見込みとなりました。

2023 年度の収支見込み（図表 4-8 参照）について具体的に説明します。

まず、収入についてですが、収入総額については、前年度から 859 億円減少する見込みとなりました。これは、短時間労働の公務員が協会けんぽから共済組合へ適用が変更となる影響等により、被保険者数の減少を見込んでおり、保険料収入が減少することによるものです。

一方、支出総額については、前年度から 1, 383 億円増加する見込みとなりました。これは、主に団塊の世代が後期高齢者になり始めていることで、後期高齢者支援金が増加すること、2022 年度は 2020 年度分の拠出額が精算されたことによる戻り分（マイナス精算）の影響が大きくありましたが、2023 年度はその影響が小さくなること等によるものです。

⁷ 国の試算では、2023 年度薬価改定により、薬剤費は国全体で 4, 300 億円（国費 722 億円）抑制される見込みであるとされています。

〔(図表 4-8) 政府予算案を踏まえ作成した協会の収支見込み (2023年1月30日運営委員会提出資料) 〕

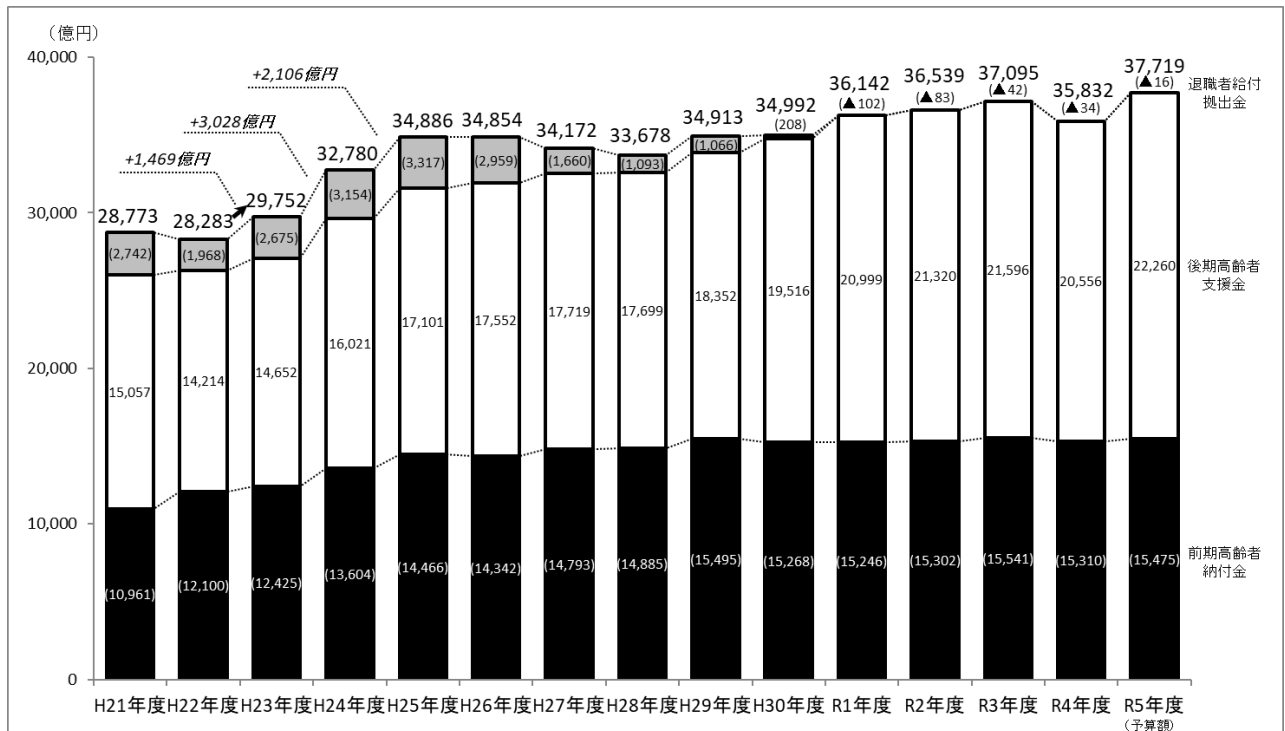
協会けんぽの収支見込(医療分)

(単位：億円)

		R3(2021)年度	R4(2022)年度	R5(2023)年度	備考
		決算	直近見込 (R4年12月)	政府予算案を踏まえた見込 (R4年12月)	
収入	保険料収入	98,553	100,646	99,503	H24-R4年度保険料率： 10.00% R5年度保険料率： 10.00%
	国庫補助等	12,463	12,455	12,749	
	その他	264	225	214	
	計	111,280	113,325	112,466	
支出	保険給付費	67,017	69,240	69,094	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 拠出金等対前年度比 + 165 + 1,704 } +1,869 ▲ 0 </div>
	前期高齢者納付金	15,541	15,310	15,475	
	後期高齢者支援金	21,596	20,556	22,260	
	退職者給付拠出金	1	1	0	
	病床転換支援金	0	0	0	
	その他	4,134	3,843	3,504	
	計	108,289	108,950	110,333	
単年度収支差		2,991	4,375	2,133	○R5年度の単年度収支を均衡させた場合の保険料率 R5年度均衡保険料率： 9.78%
準備金残高		43,094	47,469	49,602	

注) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

〔(図表 4-9) 高齢者医療等への拠出金等の推移 (2009~2022 年度) 〕



※ 棒グラフの上の計数については各年度の拠出金等の総額であり、病床転換支援金等も含まれていることから、() 内の計数の合計とは必ずしも一致しません (詳細については、45 頁の図表 4-14 を参照してください)。

② **2023 年度の都道府県単位保険料率の決定**

平均保険料率の 10%維持が決定したことを受けて、各支部においては、必要な手続きを進めました。

都道府県単位保険料率の変更にあたっては、支部長は評議会の意見を聴いた上で理事長に対して意見の申出を行うことが健康保険法に定められており、2023 年 1 月 6 日から 17 日にかけて開催された評議会の意見等を踏まえ、各支部長からの意見書が提出されました。

その後、都道府県単位保険料率について、1 月 30 日の運営委員会に付議しました。また、併せて各支部長から提出された意見についても報告しました。

支部長から提出された意見の概要については図表 4-10 のとおりです。保険料率を変更することについての意見は、「妥当、容認」とする意見が 31 支部、「やむを得ない」とする意見が 15 支部、「反対」とする意見が 1 支部となりました。

〔(図表 4-10) 2023 年度保険料率に対する支部長の意見の全体像 (2023 年 1 月 30 日運営委員会提出資料) 〕

[]は昨年度の支部数

意見の提出あり 47支部 [47支部]

● 当該支部の保険料率について『妥当』、『容認』とする趣旨の記載がある支部	31 支部 [22 支部]	・引き上げとなる支部 (13 支部中 1 支部) ・引き下げとなる支部 (33 支部中 29 支部) ・変更がない支部 (1 支部中 1 支部)	[29支部中 4支部] [18支部中 18支部] [0支部中 0支部]
● 当該支部の保険料率について『やむを得ない』とする趣旨の記載がある支部	15 支部 [21 支部]	・引き上げとなる支部 (13 支部中 12 支部) ・引き下げとなる支部 (33 支部中 3 支部) ・変更がない支部 (1 支部中 0 支部)	[29支部中 21支部] [18支部中 0支部] [0支部中 0支部]
● 当該支部の保険料率について『反対』とする趣旨の記載がある支部	1 支部 [4 支部]	・引き上げとなる支部 (13 支部中 0 支部) ・引き下げとなる支部 (33 支部中 1 支部) ・変更がない支部 (1 支部中 0 支部)	[29支部中 4支部] [18支部中 0支部] [0支部中 0支部]

意見の提出なし 0支部 [0支部]

図表 4-11 は、2023 年度の都道府県単位保険料率のほか、2022 年度からの変化等を示したものです。

都道府県単位保険料率の最高保険料率と最低保険料率に係る支部間の差は 1.18%と前年度(1.49%)から 0.31%ポイントの縮小となりました。最高保険料率は佐賀県の 10.51% (対前年度▲0.49%ポイント)、最低保険料率は新潟県の 9.33% (対前年度▲0.18%ポイント)となったほか、最も引き上げ幅が大きかったのは東京都で対前年度 0.19%ポイントの引き上げ、最も引き下げ幅が大きかったのは佐賀県で対前年度 0.49%ポイントの引き下げとなりました。また、2022 年度からの変化を見ると、保険料率が引き上げとなる支部が 13 支部、引き下げとなる支部が 33 支部、変更のない支部が 1 支部となりました。

事務局から示した 2023 年度の都道府県単位保険料率(案)は、この 1 月 30 日の運営委員会において了承されました。翌々日(2 月 1 日)には、都道府県単位保険料率の変更及びこれに伴う定款変更について厚生労働大臣に申請し、2 月 3 日付けでこれらが認可されました。

[(図表 4-11) 2023 年度の都道府県単位保険料率について]

都道府県	5年度保険料率	前年度からの増減
北海道	10.29%	(▲0.10 %)
青森	9.79%	(▲0.24 %)
岩手	9.77%	(▲0.14 %)
宮城	10.05%	(▲0.13 %)
秋田	9.86%	(▲0.41 %)
山形	9.98%	(▲0.01 %)
福島	9.53%	(▲0.12 %)
茨城	9.73%	(▲0.04 %)
栃木	9.96%	(+ 0.06 %)
群馬	9.76%	(+ 0.03 %)
埼玉	9.82%	(+ 0.11 %)
千葉	9.87%	(+ 0.11 %)
東京都	10.00%	(+ 0.19 %)
神奈川県	10.02%	(+ 0.17 %)
新潟	9.33%	(▲0.18 %)
富山	9.57%	(▲0.04 %)
石川	9.66%	(▲0.23 %)
福井	9.91%	(▲0.05 %)
山梨	9.67%	(+ 0.01 %)
長野	9.49%	(▲0.18 %)
岐阜	9.80%	(▲0.02 %)
静岡県	9.75%	(▲0.00 %)
愛知県	10.01%	(+ 0.08 %)
三重	9.81%	(▲0.10 %)
滋賀	9.73%	(▲0.10 %)
京都府	10.09%	(+ 0.14 %)
大阪府	10.29%	(+ 0.07 %)
兵庫県	10.17%	(+ 0.04 %)
奈良	10.14%	(+ 0.18 %)
和歌山	9.94%	(▲0.24 %)
鳥取	9.82%	(▲0.12 %)
島根	10.26%	(▲0.09 %)
岡山	10.07%	(▲0.18 %)
広島	9.92%	(▲0.17 %)
山口	9.96%	(▲0.19 %)
徳島	10.25%	(▲0.18 %)
香川	10.23%	(▲0.11 %)
愛媛	10.01%	(▲0.25 %)
高知	10.10%	(▲0.20 %)
福岡	10.36%	(+ 0.15 %)
佐賀	10.51%	(▲0.49 %)
長崎	10.21%	(▲0.26 %)
熊本	10.32%	(▲0.13 %)
大分	10.20%	(▲0.32 %)
宮崎	9.76%	(▲0.38 %)
鹿児島	10.26%	(▲0.39 %)
沖縄	9.89%	(▲0.20 %)

2023年度都道府県単位保険料率における
保険料率別の支部数

保険料率 (%)	支部数
10.51	1
10.36	1
10.32	1
10.29	2
10.26	2
10.25	1
10.23	1
10.21	1
10.20	1
10.17	1
10.14	1
10.10	1
10.09	1
10.07	1
10.05	1
10.02	1
10.01	2
10.00	1

21

保険料率 (%)	支部数
9.98	1
9.96	2
9.94	1
9.92	1
9.91	1
9.89	1
9.87	1
9.86	1
9.82	2
9.81	1
9.80	1
9.79	1
9.77	1
9.76	2
9.75	1
9.73	2
9.67	1
9.66	1
9.57	1
9.53	1
9.49	1
9.33	1

26

2022年度保険料率 からの変化分		支部数
料率(%)	金額(円)	
+0.19	+285	1
+0.18	+270	1
+0.17	+255	1
+0.15	+225	1
+0.14	+210	1
+0.11	+165	2
+0.08	+120	1
+0.07	+105	1
+0.06	+90	1
+0.04	+60	1
+0.03	+45	1
+0.01	+15	1
0.00	0	1

13

2022年度保険料率 からの変化分		支部数
料率(%)	金額(円)	
▲0.01	▲15	1
▲0.02	▲30	1
▲0.04	▲60	2
▲0.05	▲75	1
▲0.09	▲135	1
▲0.10	▲150	3
▲0.11	▲165	1
▲0.12	▲180	2
▲0.13	▲195	2
▲0.14	▲210	1
▲0.17	▲255	1
▲0.18	▲270	4
▲0.19	▲285	1
▲0.20	▲300	2
▲0.23	▲345	1
▲0.24	▲360	2
▲0.25	▲375	1
▲0.26	▲390	1
▲0.32	▲480	1
▲0.38	▲570	1
▲0.39	▲585	1
▲0.41	▲615	1
▲0.49	▲735	1

33

注1. 「+」は2023年度保険料率が2022年度よりも上がったことを、

「▲」は下がったことを示している。

2. 金額は、標準報酬月額30万円の者に係る保険料負担(月額、労使折半後)の増減である。

iv) 更なる保健事業の充実

2021年9月16日に開催した運営委員会において、2022年度保険料率を議論する中で、「協会の将来の財政状況を考えると保険料率の10%維持はやむを得ないと考えているが、準備金が積み上がっている状況を踏まえ、加入者や事業主にとって目に見える形で保健事業を充実すべき」といった意見が表明され、更なる保健事業の充実に向けた検討を行うこととしました。

検討にあたっては、戦略的保険者機能の一層の強化の必要性及び加入者・事業主の目に見える形での保健事業の充実の必要性といった観点から検討を進め、2021年12月17日に開催した運営委員会において、次期アクションプランからの実施を見据え、協会における更なる保健事業の充実に向けた具体策を提示しました。

その後、数回に渡り運営委員会で議論を行い、その中で出された健診実施率向上に向けた生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減の実施時期の前倒し等の意見を踏まえ、1年前倒した2023年度実施に見直した上で、2022年9月14日開催の運営委員会において、更なる保健事業の充実についての具体的な事業内容を取りまとめました（詳細は75頁参照）。

v) 2022年度決算の状況

① 合算ベースにおける2022年度決算（見込み）について（医療分）

協会の会計と国の会計を合算した、いわゆる合算ベースにおける2022年度の決算（見込み）は、収入が11兆3,093億円、支出が10兆8,774億円となり、収支差は4,319億円となりました。図表4-12が2023年7月時点の決算（見込み）となります。

収入（総額）は前年度から1,813億円の増加となりました。主に「保険料収入」が1,868億円（1.9%）増加したことによるものですが、これは、賃金（標準報酬月額）が2.0%増加したことが主な要因です。

支出（総額）は前年度から486億円の増加となりました。支出の6割を占める保険給付費（総額）については、前年度から2,502億円（3.7%）増加しました。これは、2022年10月の制度改正により、国や自治体等に勤務する短時間労働者等が共済組合に移行したことから、加入者数が減少したものの、一人当たり医療給付費が伸びたことにより医療費が増加したことが主な要因です。

支出の3分の1を占める高齢者医療に係る「拠出金等」については、前年度から1,271億円減少しました。これは、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で高齢者の医療費が一時的に減少したことから、後期高齢者支援金に多額の精算（戻り分1,901億円）生じたことが主な要因です。

この結果、2022年度の「収支差」は、前年度から1,328億円増加しました。これは、保険

料収入、保険給付費ともに伸びたものの、後期高齢者支援金に多額の精算（戻り分）生じたこと等により支出の伸びが抑えられたことによるものです。

なお、法令上、協会は保険給付費や拠出金等の支払いに必要な額の1ヵ月分を準備金として積み立てなければなりません。2022年度決算（見込み）時点においては、5.6ヵ月分の準備金を確保できる見通しです。

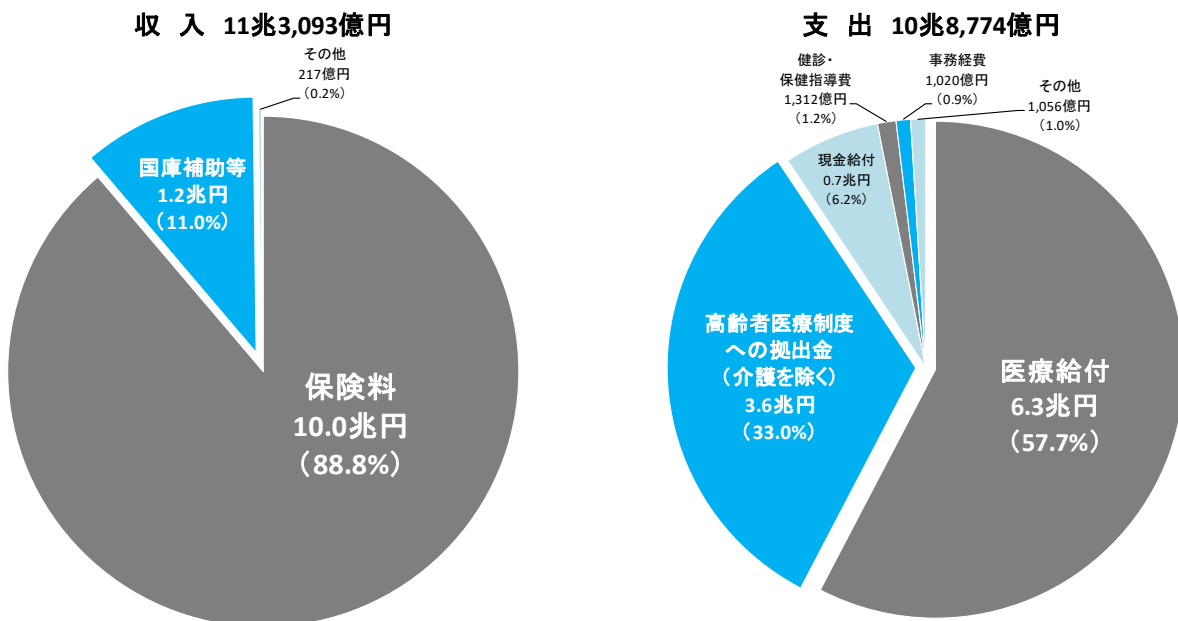
[(図表 4-12) 合算ベースにおける決算見込み]

(単位: 億円)

		2021 (R3) 年度		2022 (R4) 年度	
		決算	(前年度比)	決算見込み	(前年度比)
収 入	保険料収入 <伸び率>	98,553	(+3,936) <4.2%>	100,421	(+1,868) <1.9%>
	国庫補助等	12,463	(▲277)	12,456	(▲7)
	その他	264	(▲29)	217	(▲47)
	計 <伸び率>	111,280	(+3,630) <3.4%>	113,093	(+1,813) <1.6%>
支 出	保険給付費 <伸び率>	67,017	(+5,147) <8.3%>	69,519	(+2,502) <3.7%>
	[医療給付費]	[60,598]	(+4,858)	[62,723]	(+2,125)
	[現金給付費]	[6,419]	(+289)	[6,796]	(+377)
	拠出金等 <伸び率>	37,138	(+515) <1.4%>	35,867	(▲1,271) <▲3.4%>
	[前期高齢者納付金]	[15,541]	(+239)	[15,310]	(▲231)
	[後期高齢者支援金]	[21,596]	(+276)	[20,556]	(▲1,039)
	[退職者給付拠出金]	[1]	(▲0)	[1]	(▲0)
その他	4,134	(+1,160)	3,388	(▲746)	
計 <伸び率>	108,289	(+6,822) <6.7%>	108,774	(+486) <0.4%>	
単年度収支差		2,991	(▲3,192)	4,319	(+1,328)
準備金残高		43,094	(+2,991)	47,414	(+4,319)
保 険 料 率		10.00%	(±0.0%)	10.00%	(±0.0%)

(※) 端数整理のため、計数が整合しない場合があります。また、数値については今後の国の決算の状況により変動する場合があります。

[(図表 4-13) 協会けんぽの財政構造 (2022 年度決算見込み)]



※ 端数整理のため、計数が整合しない場合があります。

〔図表 4-14〕 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	(単位：億円)															
	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度 (鳥込み)	
収入	保険料収入	62,013 (▲1.1%)	59,555 (▲4.0%)	67,343 (13.1%)	68,855 (2.2%)	73,156 (6.2%)	74,878 (2.4%)	77,342 (3.3%)	80,461 (4.0%)	84,142 (4.6%)	87,974 (4.6%)	91,429 (3.9%)	95,939 (4.9%)	94,618 (▲1.4%)	98,553 (4.2%)	100,421 (1.9%)
	国庫補助	9,093 (10.9%)	9,678 (6.4%)	10,543 (8.9%)	11,539 (9.5%)	11,808 (2.3%)	12,194 (3.3%)	12,559 (3.0%)	11,815 (▲5.9%)	11,897 (0.7%)	11,343 (▲4.7%)	11,850 (4.5%)	12,113 (2.2%)	12,739 (5.2%)	12,463 (▲2.2%)	12,456 (▲0.1%)
	その他	251 (44.1%)	501 (100.0%)	286 (▲43.0%)	186 (▲35.0%)	163 (▲12.1%)	219 (34.2%)	219 (34.2%)	1,134 (417.4%)	142 (▲87.5%)	181 (27.8%)	167 (▲7.2%)	182 (9.2%)	645 (253.7%)	293 (▲54.6%)	264 (▲9.8%)
計	71,357 (0.4%)	69,735 (▲2.3%)	78,172 (12.1%)	80,580 (3.1%)	85,127 (5.6%)	87,291 (2.5%)	91,035 (4.3%)	92,418 (1.5%)	96,220 (4.1%)	99,485 (3.4%)	103,461 (4.0%)	108,697 (5.1%)	107,650 (▲1.0%)	111,280 (3.4%)	113,093 (1.6%)	
支出	保険給付費	43,375 (1.6%)	44,513 (2.6%)	46,099 (3.6%)	46,997 (1.9%)	47,788 (1.7%)	48,980 (2.5%)	50,739 (3.6%)	53,961 (6.3%)	55,751 (3.3%)	58,117 (4.2%)	60,016 (3.3%)	63,668 (6.1%)	61,870 (▲2.8%)	67,017 (8.3%)	69,519 (3.7%)
	医療給付費	38,572 (3.0%)	39,415 (2.2%)	40,912 (3.8%)	41,859 (2.3%)	42,801 (2.2%)	44,038 (2.9%)	45,693 (3.8%)	48,761 (6.7%)	50,401 (3.4%)	52,652 (4.5%)	54,433 (3.4%)	57,693 (6.0%)	55,740 (▲3.4%)	60,598 (8.7%)	62,723 (3.5%)
	現金給付費	4,803 (▲8.6%)	5,098 (6.1%)	5,188 (1.8%)	5,138 (▲1.0%)	4,987 (▲2.9%)	4,941 (▲0.9%)	5,046 (2.1%)	5,199 (3.0%)	5,350 (2.9%)	5,484 (2.1%)	5,583 (2.2%)	5,975 (7.0%)	6,130 (2.6%)	6,419 (4.7%)	6,796 (5.9%)
拠出金等	29,016 (1.0%)	28,773 (▲0.8%)	28,283 (▲1.7%)	29,752 (5.2%)	32,780 (10.2%)	34,886 (6.4%)	34,854 (▲0.1%)	34,172 (▲2.0%)	33,678 (▲1.4%)	34,913 (3.7%)	34,992 (0.2%)	36,246 (3.6%)	36,622 (1.0%)	37,138 (1.4%)	35,867 (▲3.4%)	
前期高齢者納付金	9,449 (16.0%)	10,961 (16.0%)	12,100 (10.4%)	12,425 (2.7%)	13,604 (9.5%)	14,466 (6.3%)	14,342 (▲0.9%)	14,793 (3.1%)	14,885 (0.6%)	15,495 (4.1%)	15,268 (▲1.5%)	15,246 (▲0.1%)	15,302 (0.4%)	15,541 (1.6%)	15,310 (▲1.5%)	
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%)	17,552 (2.6%)	17,719 (0.9%)	17,699 (▲0.1%)	18,352 (3.7%)	19,516 (6.3%)	20,999 (7.6%)	21,320 (1.5%)	21,596 (1.3%)	20,556 (▲4.8%)	
老人保健拠出金	1,960 (▲88.9%)	1 (▲99.9%)	1 (▲34.7%)	1 (▲9.4%)	1 (▲15.0%)	1 (▲11.7%)	1 (▲6.5%)	1 (0.1%)	1 (▲21.3%)	0 (▲36.3%)	0	0	0	0	0	
退職者給付拠出金	4,467 (▲59.5%)	2,742 (▲38.6%)	1,968 (▲28.2%)	2,675 (35.9%)	3,154 (17.9%)	3,317 (5.2%)	2,959 (▲10.8%)	1,660 (▲43.9%)	1,093 (▲34.1%)	1,066 (▲2.5%)	208 (▲80.5%)	2 (▲99.1%)	1 (▲63.2%)	1 (▲1.6%)	1 (▲9.1%)	
病床転換支援金	9	12 (43.9%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
計	1,257 (23.2%)	1,342 (6.8%)	1,249 (▲6.9%)	1,243 (▲0.5%)	1,455 (17.1%)	1,559 (7.2%)	1,716 (10.1%)	1,832 (6.8%)	1,805 (▲1.5%)	1,969 (9.1%)	2,505 (27.3%)	3,383 (35.0%)	2,974 (▲12.1%)	4,134 (39.0%)	3,388 (▲18.0%)	
単年度収支差	▲2,290	▲4,893	2,540	2,589	3,104	1,866	3,726	2,453	4,987	4,486	5,948	5,399	6,183	2,991	4,319	
準備金残高	1,539	▲3,179	▲638	1,951	5,055	6,921	10,647	13,100	18,086	22,573	28,521	33,920	40,103	43,094	47,414	
保険料率	8.20%	8.20%	9.34%	9.50%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	

(注1) () 内は、対前年度伸び率となります。

(注2) 端数整理のため、計数が整合しない場合があります。

(注3) 2009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計上せず準備金残高に計上しています。

② 協会の2022年度決算について

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、210頁の「全国健康保険協会の予算・決算書類について」を参照）。

2022年度の決算報告書（212頁の「令和4年度の財務諸表等」を参照）では、協会の収入は12兆2,089億円となっており、その主な内訳は、保険料等交付金が10兆8,741億円、任意継続被保険者保険料が708億円、国庫補助金・負担金が1兆2,456億円となりました。

一方、支出は11兆8,957億円となっており、その主な内訳は、保険給付費が6兆9,519億円、高齢者医療に係る拠出金が3兆5,867億円、介護納付金が1兆494億円、業務経費・一般管理費が2,332億円等となりました。

(2) サービス水準の向上

協会理念の基本コンセプトの一つに「加入者及び事業主への質の高いサービスの提供」があります。協会では提供するサービスの品質向上を目指し毎年、職員の相談内容への応答や応接態度等の接客の基本事項に関する「お客様満足度調査」を実施しています。その調査結果を分析し、改善課題等を取りまとめた「支部別カルテ」と、電話やホームページへの投稿等による「お客様の声」（意見、提案、苦情等）の双方を活用し、加入者サービスの品質向上に取り組んでいます。

また、現金給付業務においては、傷病手当金や出産手当金等の申請書の受付から支払までの所要日数をサービススタンダードとして目標設定することや、各種給付の申請手続きの郵送化を促進すること等を通じて、「加入者及び事業主への質の高いサービスの提供」を実感して頂けるよう、サービス水準の向上に努めています。

i) お客様満足度調査・お客様の声を踏まえたサービスの向上

① お客様満足度調査

2022（令和4）年度の調査結果は、窓口サービス全体としての満足度で97.9%（前年度98.7%）となっており、個別の調査項目についても、前年度に引き続き、高い水準を維持しています。今回のお客様満足度調査では、加入者の利便性の向上を図り、より多くの声を聴くために、調査方法を従来の紙によるアンケート方式から二次元コードによるWebアンケート方式に変更しました。引き続き、より加入者にご満足いただけるよう努めていきます（図表4-15参照、お客様満足度調査の概要は327頁を参照）。

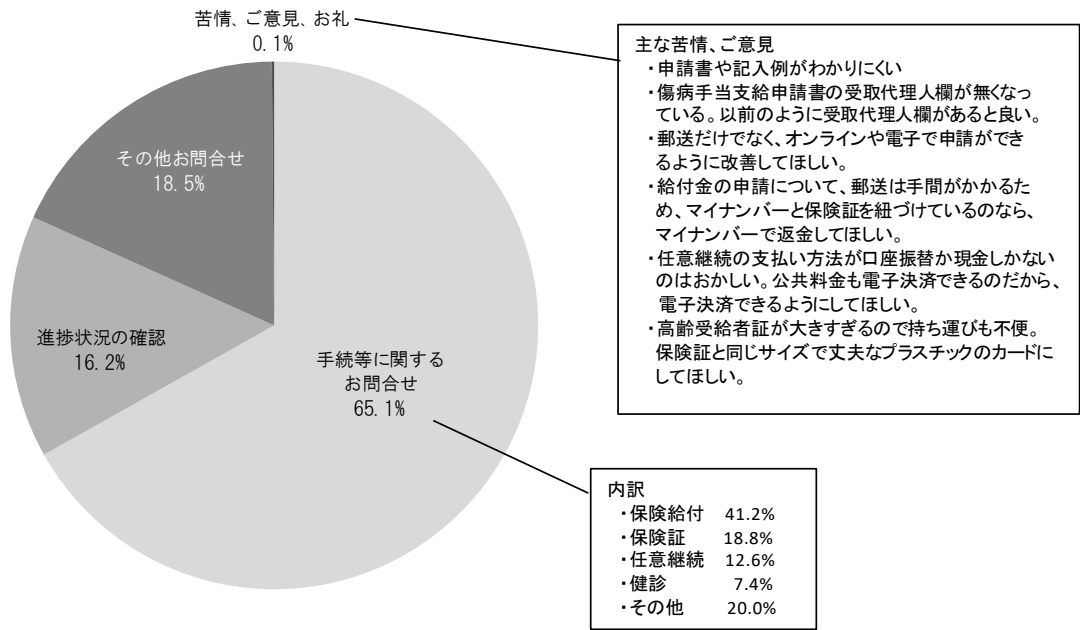
〔図表4-15〕お客様満足度窓口調査

指標	2021年度	2022年度
窓口サービス全体としての満足度	98.7%	97.9%
職員の応接態度に対する満足度	98.9%	98.6%
職員の対応のスピードに対する満足度	98.6%	98.3%
職員の説明のわかりやすさに対する満足度	98.7%	98.6%
訪問目的の達成度	98.4%	97.7%

② お客様の声

電話や協会ホームページへの投稿等による「お客様の声」のご意見・ご提案、苦情やお礼について、その内容等を整理・分析し、ホームページや各種申請書の記入の手引き、ご案内文書・リーフレット等の記載を加入者視点で見やすく理解しやすい内容に見直す等、加入者サービスの向上のために活用しています。2022年度は前年度と比較して「ご意見・ご提案」、「お礼」の項目が増加し、「苦情」は減少しました。特に「お礼」の声が倍増していることを励みとして、引き続きサービス向上に努めます（図表4-16参照）。

【(図表 4-16) 各支部に寄せられた「お客様の声」の全体像】



《苦情、ご意見・ご提案、お礼の内訳》

(単位: 件)

	2021 年度	2022 年度	増減
ご意見・ご提案	1,155	1,389	234
苦情	244	221	△23
お礼	445	868	423
合計	1,844	2,478	634

ii) サービススタンダードの取組

現金給付のうち傷病手当金、出産手当金、出産育児一時金、埋葬料（費）の各申請書の受付から支払までの所要日数について、10 営業日以内をサービススタンダードとして目標設定しています。2022 年度のサービススタンダードの達成状況は、対象の現金給付の総件数 2,757,408 件に対し未達成件数は 3 件（3 支部）ありましたが、件数ベースでの達成率は 99.9%と KPI（100%）を概ね達成できました。

なお、サービススタンダードを設定している現金給付の支給件数は、新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の増加により、2022 年度は前年度と比較して 45.6%増加していますが、業務の標準化・効率化等による事務処理体制の改善効果により、受付から支払までの平均所要日数は 8.14 日（前年度 7.44 日）と、10 営業日以内の目標水準を遵守することができました。引き続き、柔軟かつ最適な事務処理体制の構築を図るとともに、より一層の業務の標準化・効率化を推進していきます。

iii) 申請書の郵送化の促進

加入者の申請手続きの利便性の向上を図るため、各種給付申請について、窓口に来訪しなくても申請できる郵送化を促進しています。

2022 年度の申請書類等の郵送申請割合（郵送化率）は、ホームページやメールマガジン、広報誌による継続的な周知を行ったことにより、95.7%（対前年度+0.2%ポイント）と KPI（95.5%）を達成しています（図表 4-17 参照）。

引き続き、各種広報紙への掲載や健康保険委員研修会、日本年金機構と開催する説明会等を通じた周知により、申請・届出の郵送化を促進することで、加入者の利便性の向上に努めます。

〔図表 4-17〕 郵送化率

	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
郵送化率	89.3%	91.1%	94.8%	95.5%	95.7%

iv) その他の取組

① 医療費の情報提供サービス・医療費通知

協会ホームページ上の「医療費の情報提供サービス」は、加入者に対する健康や医療等について啓発・周知を図る手段の一つとして、受診した医療費の総額、加入者の本人負担額、協会の負担額等をインターネットで確認できるサービスです。2022 年度の利用件数は 11,294 件（対前年度▲3,666 件）となりました。また、この「医療費の情報提供サービス」のほか、毎年 1 月に加入者が受診した医療費の情報を掲載した医療費通知を被保険者宛てに送付しています。2023（令和 5）年 1 月は 20,644,548 件（対前年度▲299,607 件）の医療費通知を送付しました。

② 任意継続被保険者に係る保険料納付の口座振替利用の推進

任意継続被保険者の保険料の納付については、毎月の納付書による支払の手間が省け、未納付による資格喪失防止も図れる口座振替納付を推進しています。口座振替納付の利用促進策として、任意継続被保険者の資格取得申請の際や任意継続健康保険料改定のお知らせ（毎年2月）に併せて口座振替利用の勧奨をしています。2022年度末における口座振替利用率は、36.1%（対前年度+1.2%ポイント）となっており、更なる利用促進に努めます。

(3) 限度額適用認定証の利用促進

医療機関等の窓口で医療費（一部負担額）の支払が高額となった場合に、加入者の窓口での支払額を自己負担限度額まで軽減させることができる限度額適用認定証の利用を促進しています。

これまで利用促進の周知広報を積極的に行ってきたこと等により、高額療養費の支給件数のうち約8割が限度額適用認定証を利用しており、加入者の医療機関等の窓口での負担軽減に寄与しています。

2021（令和3）年10月からオンライン資格確認が導入されたことにより、限度額適用認定証の発行を受けなくても医療機関窓口での支払額を自己負担限度額まで軽減させることができるようになりました。このオンライン資格確認が定着するまで、引き続き、限度額適用認定証の利用促進の周知広報を行っていきます。

i) 加入者・事業主への周知広報や医療機関への協力依頼の取組

ホームページやリーフレット等により限度額適用認定証の利用についての周知広報を積極的に行い、併せて、医療機関や市町村の窓口に限度額適用認定証の発行申請書の設置と入院時等における限度額適用認定証及び同申請書の提出の勧奨を依頼しています。

また、加入事業所には、納入告知書や保険料率改定の広報誌の送付時に、利用促進のリーフレット等の同封や、健康保険委員研修会等の各種説明会による制度周知を行い、加入者には、現金給付の支給決定通知書や任意継続保険料の改定通知書を送付する際に、利用促進のための案内文を同封し周知を行いました。

2022（令和4）年度の限度額適用認定証の発行件数は、約124万件と、前年度より約15万件減少していますが、限度額適用認定証の使用率は83.0%と、前年度より1.5%増加しており、加入者の高額な医療費の負担軽減に寄与することができました（図表4-18参照）。

〔(図表 4-18) 限度額適用認定証等発行件数〕

		2020 年度	2021 年度	2022 年度
限度額適用認定証の使用率		79.6%	81.5%	83.0%
限度額適用認定証等発行件数		1,370,106 件	1,393,224 件	1,244,641 件
高額療養費 現物給付分	支給件数	3,724,131 件	3,947,471 件	4,013,204 件
	支給金額	5,112 億円	5,478 億円	5,544 億円
高額療養費 現金給付分	支給件数	958,804 件	897,964 件	826,502 件
	支給金額	365 億円	334 億円	302 億円

ii) 高額療養費の未申請者への申請書郵送の取組（ターンアラウンド通知）

加入者が限度額適用認定証を利用しない場合には、後日、自己負担限度額を超えた額を申請により払い戻す高額療養費制度があります。高額療養費制度や限度額適用認定証の利用の周知広報と併せて、高額療養費を未申請の加入者（被保険者）に対しては、申請に必要な事項を記載した高額療養費支給申請書を郵送する取組（ターンアラウンド通知）を行っています。2022 年度は 518,564 件の通知を行い、限度額適用認定証等の利用増加により、前年度から 79,501 件減少しています（図表 4-19 参照）。

〔(図表 4-19) ターンアラウンド通知件数〕

	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
ターンアラウンド通知件数	585,140 件	631,408 件	598,065 件	518,564 件

(4) 現金給付の適正化の推進

傷病手当金や出産手当金等の現金給付については、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、傷病手当金の給付件数が急増しました。現金給付の適正で正確な審査は協会の基本的な責務であり、不正受給対策の観点で明記されている業務マニュアルに則った審査を励行しています。更に、不正が疑われる申請への対応については、内容確認の徹底による厳格な審査が重要であると考えており、該当する申請については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で検証の上、必要に応じて事業主への立入検査を実施することとしています。

また、制度の趣旨が同じ所得補償である傷病手当金と障害年金等については、二重の補償を防止するための併給調整規定が設けられており、日本年金機構等と連携のうえ、支給状況の確認を的確に行うことで、適切な併給調整を実施しています。

更に、海外療養費及び海外出産に係る出産育児一時金については、パスポートなどの渡航期間が分かる書類の添付を求めるなど審査の厳格化により、不正防止に努めています。

i) 現金給付における不正請求の防止

現金給付においては、不正請求防止の観点で審査を強化しています。特に標準報酬月額が83万円以上の加入者（被保険者）からの傷病手当金及び出産手当金の申請については、労務の可否の確認を徹底するなど重点的に審査を行っています。

審査の中で不正の疑いがあった事案については、事業主への立入検査を実施することとしていますが、2016（平成28）年4月の制度改正（給付の基礎となる標準報酬月額を、各支給対象日に適用される標準報酬月額から、支給開始の直近1年間の標準報酬月額の平均に変更）により不正請求への抑制が働いていること、また、コロナ禍の人流抑制等により、対面での検査を自粛し、電話や書面等による確認へ切り替えたこともあり、2022（令和4）年度の立入検査実施件数は、2件（対前年度▲2件）と、実施件数は減少傾向にあります。

更に、資格喪失後に継続して給付されている傷病手当金及び出産手当金の中から、新たに再就職が確認された事案を抽出し、労務の可否の確認などの事後調査を行っています。その結果、傷病手当金と出産手当金併せて40件（対前年度▲21件）の不適切な申請を確認し、総金額約1,500万円（対前年度▲約600万円）の返還請求を行いました。また、支給決定後に、遡及して標準報酬月額が改定され、傷病手当金等の更正決定が行われたものを対象として、傷病手当金282件、出産手当金9件の事後調査を実施しました。2021（令和3）年度から引き続き調査を行っている傷病手当金の7件を除き、不正な請求は確認されませんでした。

なお、規制改革実施計画（2020（令和2）年7月17日閣議決定）を踏まえた厚生労働省関係省令等の改正⁸を受けて、2020年12月25日より、各種手続きの際に申請者等、求めている押印を廃止しました。押印廃止後も、申請者と証明者（医師や事業主等）の筆跡が同一である等の不正が疑われる事案については、給付申請の本人確認や内容審査を徹底し、証明者等への照会を実施するなど不正対策の徹底に努めています。

ii) 傷病手当金と障害年金等との併給調整について

① 障害年金等との調整

健康保険法の規定では、傷病手当金が支給されている加入者に対して、日本年金機構から重複する期間の障害年金等の支給が行われた場合は、加入者（年金等受給者）は傷病手当金を返納しなければなりません。

この併給調整の周知徹底を図るために、傷病手当金の支給申請書の説明欄に併給調整の概要を明記し、加入者に対し適切な併給調整の履行を勧奨しています。

併給調整の業務処理を確実に実施するために、手順書に基づく事務処理の徹底を図り、適切な調整に努めています。また、障害年金等を支給する日本年金機構と年金支給情報の連携⁹を強化しています。

なお、制度上、障害年金等の受給にあたっては日本年金機構での内容審査等に時間を要す

⁸ 押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令（令和2年厚生労働省令第208号）及び押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示（令和2年厚生労働省告示第397号）。

⁹ 障害年金等が遡及受給できる期間が最大5年分であることを踏まえて、日本年金機構との年金支給情報の連携期間を5年間としています。

ることもあり、期間を遡って併給調整を行うことで、結果的に100万円を超えるような傷病手当金の返納が発生することもあります。多額の返納金は加入者の負担が大きく、協会の債権回収の障害の一因にもなっています。そこで、後述の「(7) 返納金債権発生防止のための保険証回収強化及び債権管理回収業務の推進」にも関連しますが、併給調整において、障害年金等の支払いを直接返納金に充当できるような制度上の仕組みを構築するよう、厚生労働省に要請しています。

② 休業補償給付との調整

請求傷病が業務災害である場合は、健康保険の給付ではなく、労働者災害補償保険（以下「労災保険」という。）の給付が行われることとなります。しかし、労災保険の休業補償給付の決定に時間を要する等の理由から、労災保険の休業補償給付決定後に返納することに同意したうえで健康保険の傷病手当金の給付を希望する加入者には、一旦、傷病手当金を支給します。

この傷病手当金の返納に係る事務処理においては、労災保険の休業補償給付との重複給付防止の観点から、全支部統一の進捗管理表により原則3か月おきに労働基準監督署に支給状況の確認を行い、返納の同意書受領時から休業補償給付決定までの管理を厳格にすることにより、適切な返納事務の徹底に努めています。労働基準監督署との情報連携（支給情報の確認等）についても、日本年金機構との情報連携と同様に、システム等で適切かつ効果的・効率的に対応できる制度上の仕組みを構築するよう¹⁰、厚生労働省に要請しています。

〔図表 4-20〕 傷病手当金等と他制度の給付の調整に伴う債権の発生状況

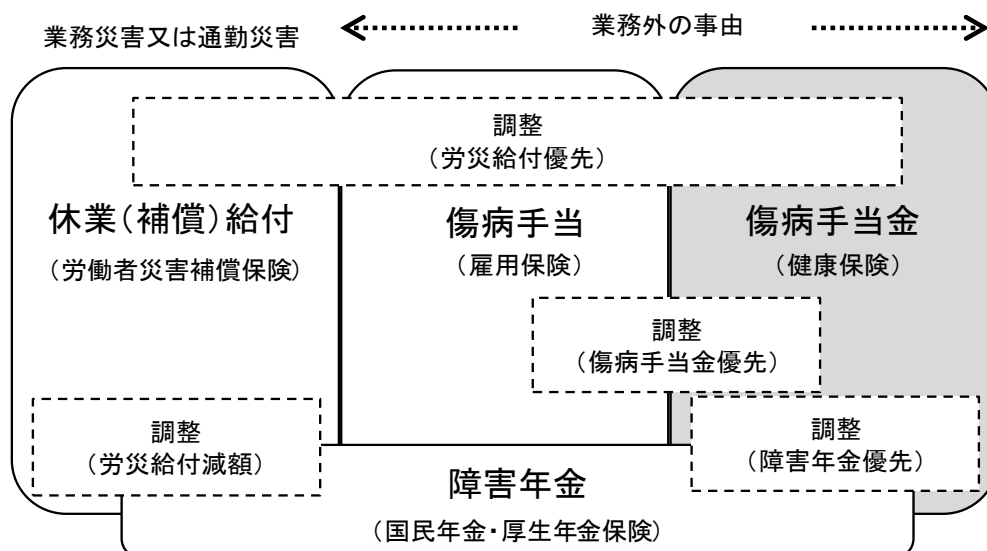
	2020年度		2021年度		2022年度	
	発生件数	発生金額	発生件数	発生金額	発生件数	発生金額
傷病手当金と障害年金の調整	5,834件	20.1億円	7,136件	23.6億円	5,414件	18.2億円
傷病手当金と老齢年金の調整	3,330件	3.2億円	3,839件	4.0億円	2,716件	3.0億円
傷病手当金等と労災給付との調整	6,154件	14.0億円	6,808件	14.4億円	10,595件	15.5億円
合計	15,318件	37.3億円	17,783件	42.0億円	18,725件	36.7億円

※傷病手当金と障害年金との調整の発生件数等は、障害手当金との調整も含めています。

※傷病手当金等と労災給付との調整の発生件数等は、現物給付の労災給付との調整も含めています。

¹⁰ 健康保険法の改正（令和4年1月施行）により、「保険者は、傷病手当金の支給を行うにつき必要があると認めるときは、労働者災害補償保険法、国家公務員災害補償法又は地方公務員災害補償法若しくは同法に基づく条例の規定により給付を行うものに対し、当該給付の支給状況につき、必要な資料の提供を求めることができる。」旨が規定（第55条第2項）されました。

〔(図表 4-21) 傷病手当金と他制度の給付との関係 (イメージ)〕



※このほか、老齢年金を受給している場合も一定の条件の下、傷病手当金の支給額が調整されることがあります。

iii) 海外療養費の厳格な審査

海外療養費は、海外旅行や海外赴任中の急な病気やけがなどにより、海外の医療機関で診療等を受けた場合の医療費の一部が申請により払い戻される制度です。海外療養費の不正な給付申請防止のため、パスポートなどの渡航期間が分かる書類の添付、過去の給付記録との整合性、また、2020年4月から、被扶養者の要件に国内居住要件¹¹が追加されたことに伴い、海外在住の被扶養者からの申請の場合の扶養事実の証明等について確認を徹底しています。

これらの不正防止対策の徹底による適正な審査の履行と併せて、翻訳業務及びレセプト（診療報酬明細書）作成業務に係る専門業者への外部委託などの効率的かつ適切な体制整備により、不正請求の防止に努めています。

2022年度の受付件数は5,296件（対前年度+310件）、支給決定件数は4,615件（対前年度+185件）、不支給件数は57件（対前年度+16件）と、コロナ禍の落ち着きもあり、前年に比べてそれぞれ増加しました（図表 4-22 参照）。

なお、海外療養費については、神奈川支部内の海外療養費審査部門にて一元管理を行っており、審査の強化及び業務効率化を図るとともに、集約した申請データ等を利用して、海外の地域ごとや傷病名ごとに申請内容等の分析を行っています。

¹¹ 住民基本台帳に住民登録されているかどうか（住民票があるかどうか）で判断し、住民票が日本国内にある者は原則、国内居住要件を満たすものとしています。

〔(図表 4-22) 海外療養費の支給決定件数等〕

		2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
受付	件数	6,465 件	6,719 件	4,409 件	4,986 件	5,296 件
返戻	件数	657 件	804 件	986 件	1,331 件	1,754 件
支給	件数	5,751 件	5,856 件	4,211 件	4,430 件	4,615 件
	金額	257,741 千円	324,078 千円	224,016 千円	206,727 千円	231,893 千円
不支給	件数	89 件	50 件	40 件	41 件	57 件
	金額	18,921 千円	4,924 千円	4,260 千円	10,554 千円	5,309 千円
不支給率	件数	1.38%	0.74%	0.91%	0.82%	1.08%

また、海外出産に係る出産育児一時金等について、パスポートなどの渡航期間が分かる書類や現地医療機関の出産証明等の添付を求めるとともに、事業主や現地医療機関へ出産事実の確認を実施する等、審査を厳格に行い、不正請求の防止に努めています。

(5) 効果的なレセプト内容点検の推進

保険医療機関・保険薬局が医療費等の請求を行うためのレセプト（診療報酬等明細書）は、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）による審査の後、協会による審査（内容点検¹²・資格点検・外傷点検）を行います。医療費の適正化に資するため、協会では効果的かつ効率的なレセプト点検の推進に努めています。

i) 内容点検

レセプト点検員のスキルアップ及びシステムを活用した効率的な点検を強化することにより、内容点検の査定率¹³の向上に努めています。

協会の内容点検は支払基金による審査後に行うことから、点検効果（査定率）は支払基金による審査の精度が向上するほど現れにくくなる傾向があり、KPIについては、「支払基金と合算したレセプト点検の査定率」としています。

支払基金では、「社会保険診療報酬支払基金改革（支払基金業務効率化・高度化計画）」に基づき、2021（令和3）年9月から、AIによるレセプト振り分け機能を実装した審査支払新システムを稼働させ、人による審査を必要とするレセプトと必要としないレセプトの振り分けを開始しており、稼働開始から2年となる2023（令和5）年10月には、レセプト全体の9割程度をコンピュータ審査で完結させることを目指しています。また、審査業務の効率化等を図るため、コンピュータ審査におけるチェックルールの見直し（統一的・客観的なチェックルールの拡充等）、審査結果や保険者からの再審査結果に支部間で差異がみられる事例等の審査基準の統一化等にも取り組んでおり、支払基金による審査の精度の更なる向上が期待

¹² 内容点検には次の3つの種類があります。

単月点検：診療行為（検査・処置・手術等）にかかる費用や指導料等の算定が算定ルール上適切か等、レセプト1件ごとの請求内容の点検

突合点検：傷病名と医薬品の適応が適切か等、調剤レセプトと処方箋を出した医科・歯科レセプトとの整合性の点検

縦覧点検：診療内容が算定ルール上過剰なものがないか等、同一患者の複数月にわたるレセプトについての請求内容の点検

¹³ 査定率＝レセプト点検により査定（減額）した額÷協会けんぽの医療費総額（診療報酬請求額）

されます。

協会においては、上記の支払基金改革による審査傾向の変化や、協会の審査との相関性、類似、相違点等を継続的に確認し、これらの結果を踏まえ、より効果的かつ効率的なレセプト内容点検体制の構築を目指していきます。

① 点検効果向上のための取組

協会では、レセプト内容点検の強化に向けた基本戦略「レセプト内容点検業務に係る重点施策」に基づき、各支部が「レセプト内容点検行動計画」を策定し、レセプト点検員のスキルアップを図ることや PDCA サイクルにより現状の把握と改善に努めること、コンピュータチェック（アプリケーションによる自動点検）の効果を高めること等により、効率的な内容点検を実施しています。

2022（令和 4）年度は、レセプト点検員の内容点検スキルの向上を図るため、各支部で外部講師による研修や個別課題に応じた勉強会を実施したほか、2022 年度に診療報酬改定が行われたことを踏まえ、本部主催で改定のポイント等に着目したオンライン形式による研修を実施しました。

また、コンピュータチェックの効果をより高めるため、各支部の査定事例等の共有化を図り、自動点検のアプリケーションマスタに反映させました。

② 点検効果の実績

上記の点検効果向上のための取組のほか、高点数レセプトや高額査定事例を中心とした点検を優先的に行うこと等により、協会単独の審査の査定率は、0.106%（対前年度+0.016%ポイント）と 2021 年度を上回り、支払基金と合算した査定率も、0.337%（対前年度+0.005%ポイント）と、KPI（前年度以上）を達成しました（図表 4-23 参照）。

また、協会の再審査レセプト 1 件あたりの査定額は、7,125 円（対前年度+795 円）となり、KPI（前年度以上）を達成しました（図表 4-25 参照）。

なお、支払基金における適正なレセプト提出に向けた保険医療機関・保険薬局に対する電話、文書連絡及び面接懇談による改善要請等の取組強化、コンピュータチェックルールの公開等により、保険医療機関・保険薬局からの適正なレセプト提出の促進が図られてきており、査定率の現状としては相当高い水準に達しているものと考えられます¹⁴。

¹⁴ 保険医療機関等から請求されるレセプトの適正化が進めば、支払基金・協会ともに査定率は減少していきます。

[(図表 4-23) 査定率及び査定効果額等の推移]

	2020年度	2021年度	2022年度
査定率	0.318%	0.332%	0.337%
(医療費総額に対する査定効果額の割合)	(▲0.045)	(+0.014)	(+0.005)
	(▲12.31%)	(+4.46%)	(+1.56%)
支払基金による(一次)審査	0.233%	0.242%	0.231%
	(▲0.037)	(+0.009)	(▲0.011)
	(▲13.57%)	(+3.80%)	(▲4.50%)
協会点検による(再)審査	0.085%	0.090%	0.106%
	(▲0.008)	(+0.005)	(+0.016)
	(▲8.65%)	(+6.27%)	(+17.87%)
査定効果額	180億円	205億円	217億円
(レセプト点検により査定(減額)した額)	(▲32)	(+25)	(+12)
	(▲15.09%)	(+13.89%)	(+5.85%)
支払基金による(一次)審査	132億円	149億円	148億円
	(▲26)	(+17)	(▲1)
	(▲16.46%)	(+12.88%)	(▲0.67%)
協会点検による(再)審査	48億円	56億円	68億円
	(▲6)	(+8)	(+12)
	(▲11.11%)	(+16.67%)	(+21.43%)
査定件数	404万件	421万件	472万件
	(▲67)	(+17)	(+51)
	(▲14.23%)	(+4.21%)	(+12.11%)
支払基金による(一次)審査	314万件	333万件	376万件
	(▲42)	(+19)	(+43)
	(▲11.80%)	(+6.05%)	(+12.91%)
協会点検による(再)審査	90万件	88万件	96万件
	(▲25)	(▲2)	(+8)
	(▲21.74%)	(▲2.22%)	(+9.09%)
医療費総額(医科・歯科計)	56,795億円	61,749億円	64,318億円
	(▲1,909)	(+4,954)	(+2,569)
	(▲3.25%)	(+8.72%)	(+4.16%)
レセプト請求件数(医科・歯科計)	29,668万件	31,700万件	32,883万件
	(▲2,923)	(+2,032)	(+1,183)
	(▲8.97%)	(+6.85%)	(+3.73%)

※括弧内は前年度からの増減、伸び率となります。

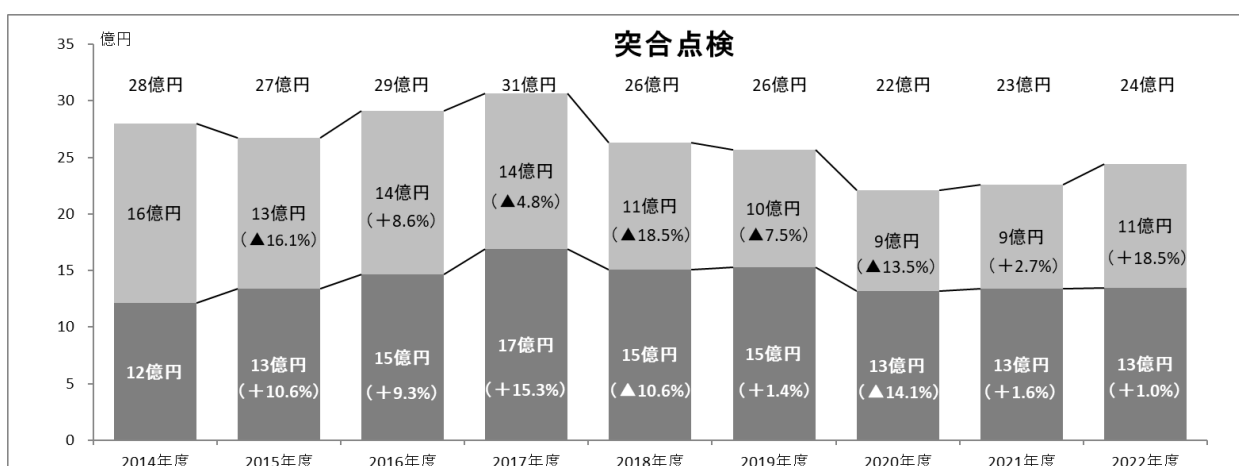
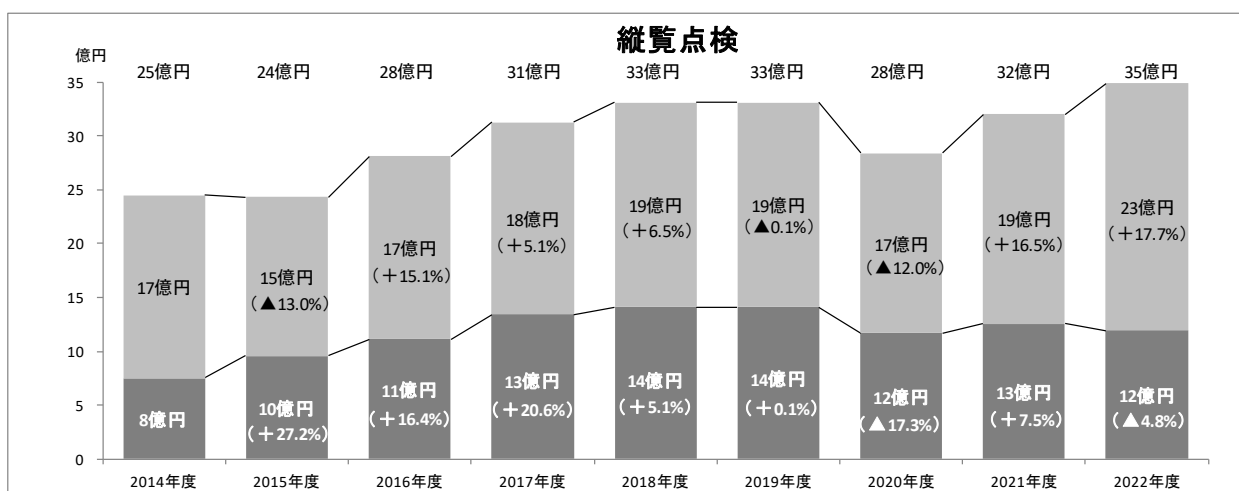
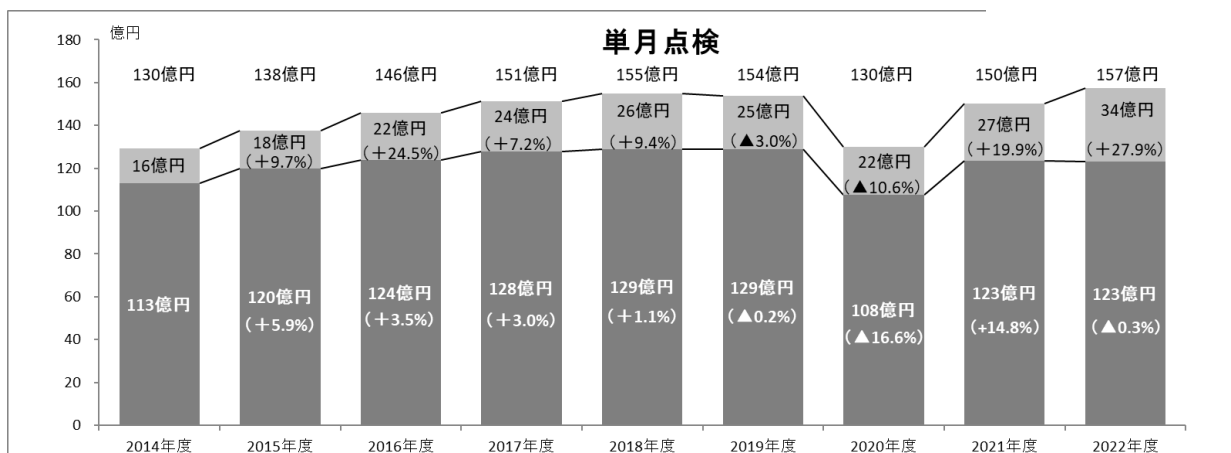
※査定効果額及び医療費総額(医科・歯科計)については、支払基金より情報提供のあった数値を使用しています。

※医療費総額(医科・歯科計)については、調剤は含まれておりません。

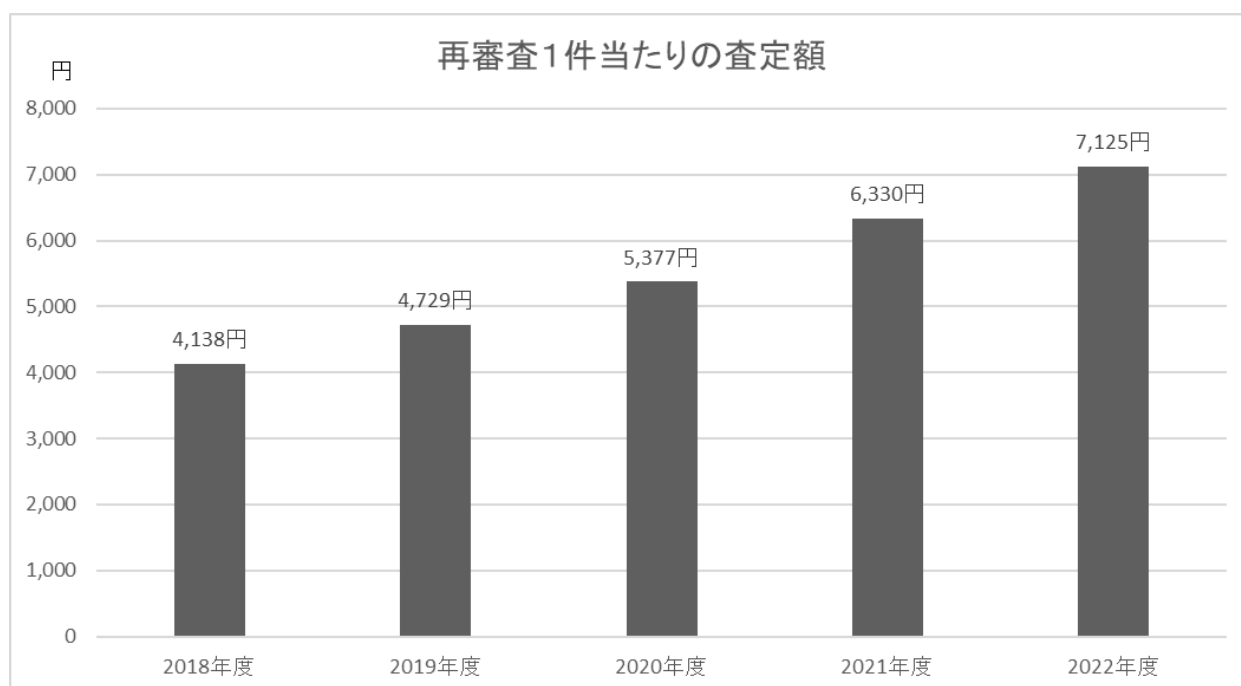
※端数整理のため、計数が一致しない場合があります。

〔図表 4-24〕 点検種類別診療内容等査定効果額（医療費ベース）の推移

■ : 支払基金一次審査 ■ : 協会点検による再審査 ※ () 内は前年度比



〔(図表 4-25) 協会けんぽの再審査 1 件当たりの査定額の推移〕



ii) 資格点検

資格点検は、加入者の受診時点での受給資格の有無を確認する点検です。具体的には、加入者が資格喪失後に受診した医療費を協会が負担することがないように、資格喪失後に受診したレセプトを抽出し、保険医療機関・保険薬局に受診時における保険証確認の有無等を照会・確認して、保険医療機関・保険薬局へのレセプトの返戻又は受診者に協会が負担している医療費の返還請求を行います。

2022年度の加入者1人当たりの資格点検の効果額は、1,253円となり、前年度より61円減少(▲4.6%)しました(図表4-26、4-27参照)。

なお、2023年1月からは、レセプトの受付から医療機関等へのレセプト返戻や元加入者への医療費の返還請求に至るまでの事務処理作業の自動化を実施し、資格点検の効率化を図りました。

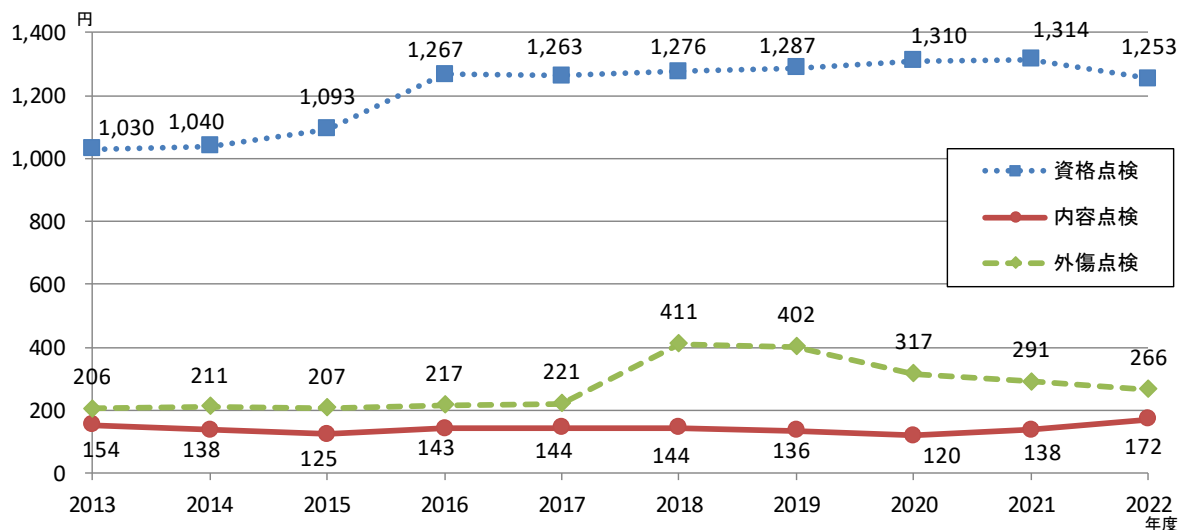
iii) 外傷点検

外傷点検は、保険診療の対象となった傷病(外傷)の負傷原因を確認する点検です。具体的には、傷病名等から労働災害や交通事故等の第三者の行為に起因することが疑われるレセプトを抽出し、負傷原因を被保険者に照会・確認して、労働災害の場合には、レセプトの返戻または医療費の返還請求を行います。また、第三者の行為に起因する場合には、当該第三者(加害者)や損害保険会社等に対し損害賠償請求(求償)を行います。

2022年度の加入者1人当たりの外傷点検効果額は、266円となり、前年度より25円減少(▲8.6%)しました(図表4-26、4-27参照)。

なお、2023年1月からは、レセプトの受付から加入者への負傷原因の照会、負傷原因確認後の医療費の返還請求や損害賠償請求（求償）に至るまでの事務処理作業の自動化を実施し、外傷点検の効率化を図りました。

〔（図表 4-26） 加入者 1 人当たりレセプト点検効果額の推移〕



※ 資格点検: 保険診療時における加入者の資格の受給有無等に係る点検

内容点検: 診察、検査、投薬等の診療内容に係る点検

外傷点検: 保険診療の対象となった外傷が労働災害や交通事故等の第三者の行為に起因するものか否か等の給付発生原因に係る点検

〔図表 4-27〕各支部における加入者 1 人当たりの点検効果額

(単位:円)

支部	資格点検		外傷点検		内容点検		診療内容等査定効果額	
	2022年度	2021年度	2022年度	2021年度	2022年度	2021年度	2022年度	2021年度
北海道	1,424	(1,559)	281	(364)	310	(266)	283	(164)
青森	1,062	(1,692)	322	(207)	628	(379)	277	(198)
岩手	1,302	(1,291)	184	(181)	515	(419)	335	(296)
宮城	1,284	(1,344)	217	(213)	386	(350)	215	(174)
秋田	1,043	(1,123)	150	(207)	358	(302)	137	(98)
山形	1,544	(1,774)	161	(157)	213	(180)	192	(128)
福島	1,189	(1,395)	326	(368)	464	(426)	215	(187)
茨城	1,036	(1,122)	221	(441)	327	(281)	198	(138)
栃木	1,673	(1,234)	408	(341)	317	(331)	253	(234)
群馬	1,009	(1,268)	271	(269)	245	(271)	72	(80)
埼玉	1,260	(1,196)	435	(406)	302	(182)	161	(113)
千葉	1,066	(1,205)	220	(186)	458	(296)	170	(145)
東京	1,314	(1,325)	194	(156)	176	(157)	96	(76)
神奈川	1,157	(1,311)	425	(480)	217	(338)	143	(175)
新潟	1,032	(1,089)	120	(213)	231	(222)	128	(107)
富山	1,634	(1,358)	261	(142)	121	(209)	62	(67)
石川	1,544	(1,368)	208	(227)	263	(280)	99	(98)
福井	1,642	(1,501)	180	(331)	303	(281)	219	(172)
山梨	1,233	(987)	203	(364)	400	(343)	94	(108)
長野	1,034	(1,008)	202	(193)	475	(395)	212	(182)
岐阜	826	(878)	179	(221)	341	(271)	151	(131)
静岡	927	(1,064)	182	(262)	208	(169)	149	(121)
愛知	959	(1,085)	222	(253)	295	(249)	162	(122)
三重	1,347	(1,302)	295	(451)	276	(190)	185	(118)
滋賀	1,212	(1,313)	267	(228)	635	(246)	117	(92)
京都	1,205	(1,268)	317	(340)	278	(209)	169	(131)
大阪	1,279	(1,468)	303	(372)	324	(229)	203	(145)
兵庫	1,135	(1,238)	359	(375)	403	(251)	152	(127)
奈良	1,359	(1,320)	482	(546)	252	(185)	161	(133)
和歌山	1,158	(1,362)	308	(242)	411	(378)	220	(236)
鳥取	1,300	(1,628)	203	(298)	324	(332)	164	(166)
島根	1,573	(1,816)	140	(184)	267	(214)	220	(199)
岡山	1,206	(1,201)	278	(293)	314	(229)	224	(160)
広島	1,215	(1,229)	403	(275)	262	(210)	186	(153)
山口	1,576	(1,526)	193	(255)	411	(431)	237	(203)
徳島	1,507	(1,969)	199	(236)	433	(344)	123	(99)
香川	1,796	(1,666)	299	(535)	254	(293)	169	(234)
愛媛	966	(1,595)	297	(377)	216	(185)	137	(123)
高知	1,593	(1,952)	189	(345)	300	(260)	274	(205)
福岡	1,575	(1,487)	301	(310)	324	(281)	189	(148)
佐賀	1,298	(1,383)	326	(383)	323	(385)	128	(152)
長崎	1,546	(1,326)	207	(314)	392	(342)	222	(171)
熊本	1,377	(1,310)	346	(344)	331	(313)	275	(207)
大分	1,559	(1,196)	191	(284)	327	(219)	202	(164)
宮崎	890	(1,043)	238	(350)	305	(255)	166	(127)
鹿児島	1,301	(1,248)	201	(231)	251	(271)	212	(191)
沖縄	1,325	(1,163)	184	(168)	372	(312)	185	(150)
全国	1,253	(1,314)	266	(291)	302	(254)	172	(138)

(6) 柔道整復施術療養費等における文書照会の強化

i) 柔道整復施術療養費について

柔道整復施術療養費は日常生活やスポーツで生じた打撲や捻挫等により柔道整復師の施術を受けた際に、施術料金の一部が申請により払い戻される制度です。

健康保険の給付の対象となるのは、急性などの外傷性の打撲・捻挫・挫傷（肉離れなど）・骨折・脱臼ですが、骨折・脱臼の施術の際は、応急手当を除き、あらかじめ医師の同意が必要です。慢性化した症状やスポーツでの筋肉疲労、肩こりや疲れをとるための施術は、給付対象外です。

協会では、加入者の適正な受診行動の啓発を目的に、協会発信文書への啓発チラシの同封による周知広報や、不正施術の疑義のある多部位（施術箇所が3部位以上）かつ頻回（施術日数が月15日以上）の申請等について、加入者（受診者）に対する文書による照会を強化しています。2022年度の柔道整復療養費の支給実績は、2022年度は支給件数14,602,185件（対前年度▲136,865件）、支給決定金額615億円（対前年度▲21億円）となっています。

① 加入者への適正受診の周知広報について

加入事業所へ送付する納入告知書や加入者への施術内容等を確認する照会文書に、適正受診の啓発チラシやリーフレットを同封し、適正な受診行動の周知を図っています。

② 不正施術が疑われる申請への文書照会の強化

3ヵ月を超える長期継続施術、3部位以上の負傷や1ヵ月あたり10～15回以上の施術回数等に着目した多部位かつ頻回受診の申請に加え、同一施術所で同一患者に部位を変え負傷と治癒を繰り返す申請、いわゆる「部位ころがし」と呼ばれる申請に対しても、加入者への文書による施術内容の確認及び適正受診行動の啓発を強化しています。これらの申請を中心に、2022（令和4）年度は、加入者への文書による照会を322,203件実施しました。

また、各支部における柔整審査会での審査により、療養費の請求内容に不正又は著しい不当の疑いがある申請を抽出し、施術の事実等を施術者管理者等に対して確認する、面接確認委員会を43回実施し、適正な審査を行いました。

なお、2022年度に申請のあった柔道整復施術療養費（14,872,863件）のうち、多部位かつ頻回受診（127,656件）の割合は、0.86%（前年度▲0.09%）であり、KPI（1.12%以下）を達成しました（図表4-28参照）。

〔図表4-28〕 柔道整復療養費の申請件数と内訳

	2019年度		2020年度		2021年度		2022年度	
	件数(件)	申請に占める割合	件数(件)	申請に占める割合	件数(件)	申請に占める割合	件数(件)	申請に占める割合
申請件数	15,692,604	—	14,254,909	—	15,108,898	—	14,872,863	—
うち多部位	3,363,123	21.43%	2,927,674	20.54%	2,976,794	19.70%	2,887,745	19.42%
うち頻回	404,556	2.58%	388,034	2.72%	354,493	2.35%	313,386	2.11%
うち多部位かつ頻回	175,883	1.12%	160,251	1.12%	143,059	0.95%	127,656	0.86%
照会件数	428,110	—	411,431	—	368,509	—	322,203	—

ii) あんま・マッサージ・指圧及びはり・きゅうの施術に係る療養費について

あんま・マッサージ・指圧及びはり・きゅうの施術に係る療養費は、医師の同意を条件として、あんま・マッサージ・指圧師等による施術料金の一部が申請により払い戻される制度です。

あんま・マッサージ・指圧の施術に係る療養費の対象となる疾病は、一律にその診断名によることなく、筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮等、医療上マッサージを必要とする疾病とされています。また、はり・きゅうの施術の給付対象となる疾病は、慢性病（慢性的な疼痛を主訴とする疾病）で保険医による適当な治療手段のないものとされており、具体的には、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症や、それ以外についても、保険医による適当な治療手段がないと保険者が個別に判断した疾病とされています。

協会では、地方厚生局等との連携を強化し、適正な支給及び不正防止に取り組んでいます。

① 医師の再同意の確認を徹底

あんま・マッサージ・指圧及びはり・きゅうの施術に係る療養費に関しては、文書（統一様式）による医師の同意が支給要件の一つであり、医師の同意・再同意の確認徹底等の審査を強化するとともに、不正の疑いがある案件については、地方厚生局へ情報提供を行い、支給の適正化を図っています。

② 長期施術患者等に対する長期・頻回警告通知の送付

初療日から2年以上の施術であって、かつ直近2年のうち5ヵ月以上月16回以上の施術が実施されている患者について、施術管理者及び患者に対し長期・頻回警告通知を行いました。

[(図表 4-29) あんま・マッサージ・指圧及びはり・きゅうの施術療養費の支給決定件数]

(単位:件)

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
あんま・マッサージ・指圧 (対前年度比)	70,241 (3.1%)	77,653 (10.6%)	78,093 (0.6%)	75,760 (▲ 3.0%)
はり・きゅう (対前年度比)	503,356 (15.3%)	557,006 (10.7%)	609,411 (9.4%)	595,296 (▲ 2.3%)

※2019年1月受領委任制度導入

(7) 返納金債権発生防止のための保険証回収強化及び債権管理回収業務の推進

協会が発生する債権の大半は、退職等の際に保険証を返却せず、失効した保険証の使用による受診で発生する資格喪失後受診による返納金債権と、交通事故など第三者の行為に起因する傷病への保険給付で発生する損害賠償金債権です。

加入者が資格喪失後に受診した場合は、医療費の協会負担分について後日返納しなければなりません。返納金債権の発生件数では、この資格喪失後受診が大きな割合を占めており、資格喪失後受診の発生を防止する観点から、失効した保険証の早期回収に努めています。

資格喪失後受診による返納金債権については、速やかな回収を図るため、文書や電話による催告の実施と併せて、資格喪失後に新たに加入している国民健康保険等の保険給付（療養費）と調整（いわゆる相殺）する保険者間調整を積極的に活用しています。また、納付拒否者には支払督促等の法的手続きを速やかに行っています。

協会が負担した医療費が第三者の行為に起因する場合には、当該第三者（加害者）や損害保険会社等に対し損害賠償請求（求償）を行っています。損害賠償金債権については、求償額が高額となるケースが多いため、損害保険会社との折衝や加害者本人への請求の早期実施に努めています。

i) 保険証回収業務

退職等による失効した保険証を確実に早期に回収するため、退職時等には事業所に保険証の返却義務があること、資格喪失届には保険証の添付が必要なこと、退職日の翌日以降は保険証を使用できないこと等について、ホームページやメールマガジンへの掲載、広報チラシの配布、医療機関窓口でのポスターの掲示、また健康保険委員研修会での説明等により、事業主及び加入者へ周知徹底を図っています。

また、日本年金機構による催告後も保険証を返納していない元加入者に対し、資格喪失処理後 10 営業日以内に文書催告を、「被保険者証回収不能届」受付後 7 営業日以内に電話催告¹⁵をそれぞれ実施し、保険証の回収強化に努めています。

併せて、保険証の未返却者が多い事業所を特定し、訪問や文書等により、従業員が退職等をする際は必ず保険証を回収し資格喪失届に添付する必要があること等、保険証を早期に回収することの重要性を訴えています。

これらの取組を積極的に推進した結果、2022（令和 4）年度の保険証回収率（資格喪失後 1 ヶ月以内）は、86.27%（対前年度+2.16%ポイント）¹⁶となり、2022 年度 KPI（対前年度以上）を達成しました。（図表 4-30、4-31 参照）。

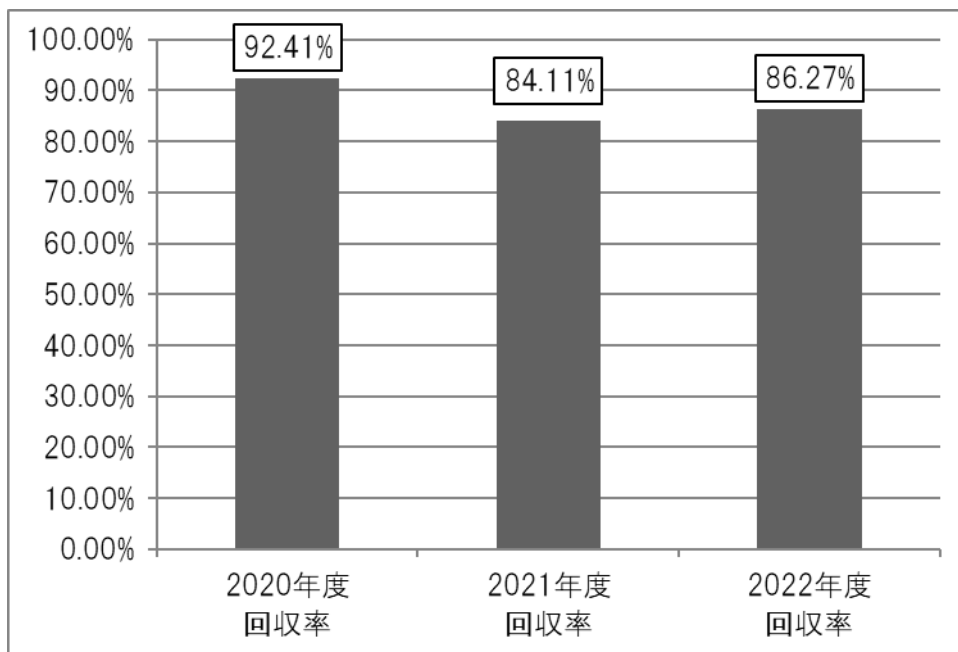
¹⁵ 資格喪失届に保険証が添付できない場合に「被保険者証回収不能届」の提出が 2018 年 3 月から義務化されたことから、この届に記載の電話番号を活用し、2022 年度は電話催告を 41,085 件実施（電話番号記載率 73.7%）しました。

¹⁶ 2022 年度の保険証回収率（資格喪失後 1 ヶ月以内の回収に限らないもの）は 95.81%であり、最終的には概ね回収ができています。

〔(図表 4-30) 資格喪失後 1 ヶ月以内の保険証回収件数の推移〕

	2020 年度	2021 年度	2022 年度 ¹⁷
保険証回収対象件数	590 万件	612 万件	754 万件
保険証回収件数	545 万件	515 万件	650 万件

〔(図表 4-31) 資格喪失後 1 ヶ月以内の保険証回収状況〕



ii) 発生した債権の早期回収等

債権回収においては、回収までの期間が長期化するほど回収率は低下する傾向にあり、また管理事務及びコストの負担も増加することから、債権発生から 6 ヶ月以内の早期回収が重要と考えています。そのため、事務処理や発送作業の自動化とアウトソース化により業務の効率化を図り、返納案内通知や催告を確実にかつ早期に実施することで、迅速な債権回収に努めています。

併せて、保険者間調整を積極的に実施しています。保険者間調整は、返納金債権を確実に回収でき、また、債務者（元加入者）の返納手続き等の事務負担も軽減されることから、返納案内通知書や催告状に案内文書を同封し、保険者間調整による回収を促進しています。

また、返納金債権等の納付拒否者に対しては、支払督促や訴訟などの法的手続きを実施しています。

¹⁷ 2022 年 10 月の共済組合制度の適用拡大により、国等の事業所が共済組合に移管されました。これに伴う回収（対象）件数が含まれています。

① 国民健康保険等との保険者間調整

保険者間調整による2022年度の債権回収金額は21.0億円と前年度より1.1億円増加しました（図表4-32参照）。

〔図表4-32〕 保険者間調整による債権回収状況

	2020年度	2021年度	2022年度
保険者間調整による債権回収件数	17,677件	17,695件	20,453件
保険者間調整による債権回収金額	18.0億円	19.9億円	21.0億円

② 支払督促等の法的手続きの実施

2022年度は支払督促等の法的手続きを619件実施しました（図表4-33参照）。

〔図表4-33〕 支払督促等の法的手続き実施件数

	2020年度	2021年度	2022年度
支払督促	951件	682件	532件
通常訴訟	123件	64件	87件
少額訴訟	0件	4件	0件
合計	1,074件	750件	619件

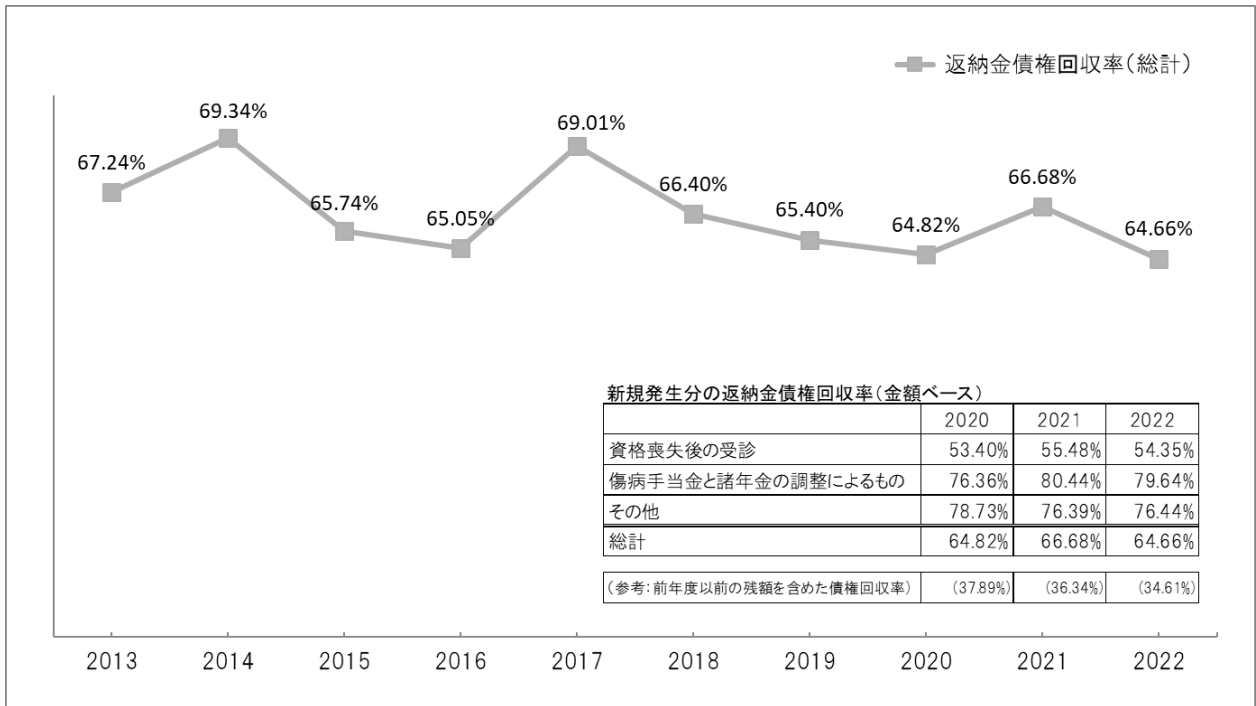
上記のとおり、債権回収の取組を積極的に推進しましたが、2022年度に発生した資格喪失後受診による債権の回収率は54.35%（対前年度▲1.13%ポイント）と、KPI（対前年度以上）を達成できませんでした（図表4-34参照）。

2022年度は、新型コロナウイルス感染症による医療機関等への受診控えがおさまったことでレセプトの取扱い件数が増加したこともあり、資格喪失後受診による返納金債権の発生件数・金額が増加（対前年度+29,062件・+4.8億円）しました（図表4-35参照）。

オンライン資格確認等システムの運用を開始している医療機関等の割合は、2023（令和5）年1月時点で4割程度にとどまっていますが、同年4月から同システムの導入が原則義務化されました。また、支払基金のレセプト振替・分割¹⁸により、資格喪失後受診のレセプトは新たな保険者（後資格）へ振り替えられることから、今後は資格喪失後受診による債権の発生件数・発生金額は減少していくことが期待されます。

¹⁸ 2023年3月に、より多くのレセプトを振替・分割できるよう、振替機能に係る条件設定の見直しを行っています。

〔(図表 4-34) 現年度発生分の返納金債権回収率（金額ベース）〕



〔(図表 4-35) 資格喪失後受診による債権の発生件数・発生金額〕

	2020 年度	2021 年度	2022 年度
資格喪失後受診による債権発生件数	167,273 件	158,772 件	187,834 件
資格喪失後受診による債権発生金額	50 億円	49.6 億円	54.4 億円

※当年度に発生した債権に対する当年度中の回収額（年度末時点）の割合。（参考：前年度以前の残額を含めた債権回収率は、前年度以前の残高に当年度発生分を加えた全ての債権額に対する当年度中の回収額（年度末時点）の割合。

(8) 被扶養者資格の再確認の徹底

被扶養者が就職等により被扶養者資格を喪失した場合には、被扶養者資格解除届出と保険証の返還が必要です。この手続きが放置されると、無資格受診による返納金債権の発生につながります。

協会では、被扶養者資格の適正化を目的に、資格の再確認を日本年金機構と連携して毎年度実施しています。2022（令和4）年度は、2022年3月末時点で18歳以上の被扶養者に対してマイナンバーを活用（マイナンバーによる情報連携から取得した、被扶養者に係る被保険者との同居・別居の別及び健康保険の資格取得情報等を活用）した資格再確認を行いました。

特に、被保険者と別居している被扶養者については、仕送りの事実等を適正に確認しています。また、居住地が海外と判明した被扶養者に対しては、海外特例要件該当¹⁹の有無について確認の徹底を図りました。

¹⁹ 健康保険の被保険者に扶養される者については、原則、住民票が日本国内にあること（国内居住要件）が要件の一つとなっていますが、外国に一時的に留学する学生、外国に赴任する被保険者に同行する家族等については、日本国内に生活の基盤があると認められる者として、国内居住要件の例外としています。

i) 被扶養者資格の再確認の実施状況

2022年度においては、10月に約135万事業所へ被扶養者状況リストを送付し、約124.5万事業所より確認結果が提出され、78,264人分（対前年度+5,217人）の被扶養者資格解除届出の漏れを確認しました。2022年度の提出率は92.3%（対前年度+1.0%）とKPI（93.4%）を概ね達成しました（図表4-36参照）。

ii) 未提出事業所への勧奨及び未送達事業所への送付先の確認

被扶養者状況リストが未提出の事業所に対しては提出勧奨を行なっています。また、未送達の事業所に対しては架電による送付先調査や年金事務所へ所在地の確認等を行い、リストの再送付を実施しています。2022年度は、未提出等の事業所のうち208,214事業所から提出があり、29,642人の被扶養者資格解除の届出漏れを確認し、適正化を図ることができました。

【(図表4-36) 被扶養者資格の再確認における被扶養者削減数等】

	2019年度※1	2020年度	2021年度	2022年度
被扶養者資格再確認対象事業所数	1,446,812社	1,334,462社	1,346,980社	1,349,590社
提出率	91.3%	91.3%	91.3%	92.3%
確認対象被扶養者数	14,081,158人	6,881,410人	6,769,072人	6,510,097人
被扶養者削減数	66,193人	68,027人	73,047人	78,264人
前期高齢者納付金の負担軽減額	15.3億円	1.1億円※2	9億円	9億円

※1 2019年度は被扶養者の国内居住要件が新たに追加されたことを受け、18歳未満の被扶養者も対象としているため、確認対象事業所数、確認対象被扶養者数とも大幅に増加しています。

※2 2020年度は例年に比べて、被扶養者削減数に占める前期高齢者の該当者の割合が高かったことから、前期高齢者納付金の負担軽減額は低くなっています。

(9) オンライン資格確認の円滑な実施

オンライン資格確認は、患者が医療機関等を受診する際に保険証又はマイナンバーカードを提示し、医療機関等が社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会が管理するオンライン資格確認等システムへ資格情報（どの保険者に属しているかの情報）の照会を行い、資格確認を行う国全体の仕組みです。医療機関・薬局においては、原則として2023（令和5）年4月からの導入を義務付けられており、2023年5月28日時点の運用開始施設数は170,752施設（導入率74.4%）です。

これにより、協会の加入者でなくなった後に、誤って協会の加入者であるとして医療機関等を受診した場合等に係る医療費等について、返還の際に生じる事務コストの軽減が期待されています。

また、マイナンバーカードでの資格確認時に本人が情報閲覧に同意することにより、医療機関等が患者の過去の特定健診情報や服薬情報を閲覧することができるようになり、より正確な情報に基づく適切な医療を受けることができます。また、マイナンバーを用いて、特定

健診情報、薬剤情報、医療費通知情報、ジェネリック医薬品軽減額通知情報等を閲覧することができます。

2024（令和 6）年秋には、マイナンバーカードと保険証を一体化する方針が示されている等、医療 DX 化の流れの中で、今後も一層、オンライン資格確認の活用が進められていく見込みです。

これらの機能を活用するためには、オンライン資格確認等システムへ保険者が資格情報を登録する必要がありますが、その際には、保険者が保有する資格情報とマイナンバーを紐づけて登録する必要があります。従って、保険者が加入者のマイナンバーを把握していない場合、当該加入者はオンライン資格確認等を利用することができません。

このため、2022（令和 4）年 3 月に、マイナンバーが未収録となっている被扶養者及び 70 歳以上被保険者の事業主へ、マイナンバー登録促進の広報を行いました。この取組等により、協会の 2023 年 3 月末時点のマイナンバー収録率は 99.1%と、2022 年 4 月末時点の収録率（98.9%）と比較して 0.2%ポイント向上し、「対前年度以上」の KPI を達成しました。

協会では、マイナンバーカードの取得及び保険証利用の促進について、各支部において、保険料の納入告知書へのチラシ同封やメールマガジンへの掲載、保険証発送時のチラシ同封等を行い、事業主・加入者へのマイナンバーカードの取得及び保険証利用に係る広報を行っています。2023 年 3 月 26 日時点での協会加入者のマイナンバーカードの保険証利用登録者数は、約 1,785 万人（登録率 44.19%）となっています。

(10) 業務改革の推進

現金給付業務を中心とした「基盤的保険者機能」を盤石なものとし、「戦略的保険者機能」を強化するために²⁰、業務・システム刷新（システム改修を含む。）の実施と併せ、業務改革の推進により事務処理プロセスの標準化及び効率化、簡素化を進めてきました。

具体的には、本部と支部が連携して、現金給付業務や適用・徴収業務、レセプト点検業務、債権管理回収業務等の事務処理プロセスの不要な作業等をなくすとともに、業務マニュアル等に基づく統一的な事務処理の徹底に取り組んできました。

また、2018（平成 30）年度には業務部門に「業務改革検討プロジェクト」を立ち上げ、業務改革推進計画として「業務プロセスの標準化の推進や事務処理体制・作業環境等の改善と効率化を図る改革案」と「業務部門における次期システムの構築に資する改革案」の 2 つを策定し、2023（令和 5）年 1 月の新業務システムのサービスインに向けた取組みを推進してきました。

(業務改革検討プロジェクトの推進)

業務改革推進計画のうち、「業務プロセスの標準化の推進や事務処理体制・作業環境等の改善と効率化を図る改革案」は、事務処理プロセスのフローや業務マニュアル等の見直し・整理を行うとともに、各種推進ツールの作成・展開により、統一ルールによる標準化された事

²⁰ 「基盤的保険者機能」分野の業務の効率化により捻出した人的資源を、重要度や難易度が増していく保健事業や企画業務、調査分析等に振り向けることとしています。

務処理方法の徹底や定型作業の効率化を図る施策です。

2022（令和 4）年度は、業務マニュアル等に基づく統一的な事務処理の徹底はもとより、各種推進ツールを活用して職員の意識改革の促進と多能化をさらに推進することで、業務量の多寡に柔軟に対応可能な事務処理体制の構築に取り組みました。

また、取組みを着実に推進するには、それらを統括する管理者のマネジメント能力の向上が重要な要素となることから、伝道師的指導者を選任し本部主導による支部管理者へのコーチングを実施することにより、マネジメント能力の強化に取り組んでいます（これまで 21 支部において実施しました）。これら業務改革の取組については、週次の現金給付業務進捗状況ヒアリングや本部・支部連携会議、半期ごとの全職員へのアンケートによる意識調査等の各種モニタリングの実施により、改善状況とその定着度合いを確認しています。

加えて 2022 年度は、加入者へのサービス水準及び業務品質の向上を図る取組みとして、新たに相談業務に関する行動指針を制定し、満足度調査で評価の低い受電対応の体制整備を図るため「電話相談対応体制の基本モデルガイドブック」等を作成し、電話相談業務の標準化に取り組んでいます。

一方の「業務部門における次期システムの構築に資する改革案」は、新業務システムにかかる業務フローの作成や、業務手順の標準化・効率化・簡素化などを推進する施策です。

2022 年度は、審査の自動化等を実装した新業務システムの 2023 年 1 月のサービスインに向けて、新業務システムの効果を最大化させるための新業務フローに沿った効果的な業務マニュアルを策定²¹するとともに、サービスイン後の事務処理の円滑な定着を目指し、新業務フローの効果的な運用等について、担当職員へ研修を集中的に実施しました。

今後は、新たな業務プロセスを踏まえて、システムの効果を最大化していくために、事務処理体制の強化に取り組んでいきます。

²¹ 新業務システムの稼働に伴い、一部を除いて業務マニュアルと事務処理手順書とを統合しました。

2. 戦略的保険者機能関係

(1) 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の着実な実施

保健事業の推進にあたっては、健診データやレセプト等のデータ分析に基づいて取り組むことが重要であり、協会においても政府の方針を踏まえ、保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定して、PDCAサイクルを意識した取組を行っています。保健事業実施計画は、地域ごとの健康課題のほか、各々の地域における行政機関や関係団体との健康づくりに関する連携等の実情を踏まえて策定する必要があるため、支部ごとに各支部の健康特性を把握した上で独自性を発揮できるよう策定しています。

2018（平成30）年度からの6年間の中期計画である第2期保健事業実施計画は、第1期計画と同様に「特定健診・特定保健指導の推進」、「重症化予防の対策」、「コラボヘルスの取組」を柱としており、第1期計画の取組を振り返ること等により抽出した健康課題、上位目標（10年後の成果目標）、中位目標（6年後の成果目標）、下位目標（手段目標）及び目標を達成するための具体策で構成し、PDCAサイクルを一層強化するよう、定量的かつアウトカムを重視した目標を設定しています。また、第2期保健事業実施計画は、半期（3年）単位の大きなPDCAサイクルと、年度（1年）単位の小さなPDCAサイクルで構成しています（各支部の第2期保健事業実施計画の上位目標の傾向は、図表4-37のとおりです）。

2022（令和4）年度は、第2期保健事業実施計画の5年目として、具体策の見直しを図り、上位目標、中位目標の達成に向けた取組を着実に実施するとともに、「コンテンツ及び情報伝達経路の見直し」や2024（令和6）年度から開始される第4期特定健康診査等実施計画を見据えつつ、「更なる保健事業の充実」に向けた取組を進めました。

〔図表4-37〕各支部の第2期保健事業実施計画の上位目標

上位目標における評価項目	支部数
高血圧対策	11
高血糖対策	6
メタボリックシンドローム対策	7
喫煙対策	5
医療費適正化	4
健診受診率向上	3
透析導入予防	2
がん対策	2
脂質異常症対策	2
その他	5

(コンテンツ及び情報伝達経路の見直し)

健診、特定保健指導及び重症化予防（未治療者への受診勧奨）の各事業で活用しているパンフレット等は、事業ごとの観点で作成し、案内、勧奨を行っていましたが、「健診はあくまでも生活習慣の改善の必要性及び病気を発見するための手段であり、健診結果を踏まえた特定保健指導の利用や医療機関への早期受診が重要」という一貫したメッセージを伝えるため、コンテンツ（「なぜ」、「何を」）と情報伝達経路（「誰に」、「いつ」、「どのように」）の2つの観点から、支部の意見を踏まえ、2021（令和3）年度に見直しに着手しました。

2022年度は、コンテンツについて、受診者（利用者）目線に立ち、前述の一貫したメッセージを伝えるため、健診や特定保健指導のパンフレット等（図表4-38、4-39、4-40、4-41参照）、計9種類の見直しを行いました。情報伝達経路については、協会全体での取組事項や地域の実情等を踏まえ、支部で実施する内容等を2021年度に整理した方針に基づき、特定保健指導の初回面談者数の増加を図るため、問診票送付時等の機会を活用し、健診当日の特定保健指導を事前に案内するよう健診機関に働きかけました。また、特定保健指導の利用や未治療者の受診につなげるため、健康意識が高まる健診当日の機会を有効活用したパイロット事業を2023年度に実施し、2024年度に効果検証を行うこととしています。

〔(図表4-38) 生活習慣病予防健診のご案内〈事業所用〉(見直し後)〕 ※一部抜粋

事業主の皆さまへ

令和5年度(2023年4月~2024年3月)

生活習慣病予防健診のご案内

自己負担額が下がりました!

従業員の健康と事業所の将来を守るために、毎年の健診受診は重要です!

気づかぬうちに…「生活習慣病」

私たちの健康に大きく関係する生活習慣病。その多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、過度な飲酒等の不適切な生活の積み重ねによってメタボリックシンドロームとなり、これが原因となって引き起こされます。放置することで症状が悪化し、元の健康な状態に戻る事が困難とされています。

レベル1

- 身体活動・運動不足
- 不適切な食生活(エネルギー・塩分・脂肪の過剰摂取)
- 喫煙
- 過度の飲酒
- 過度のストレス

レベル2

- 肥満
- 高血糖
- 高血圧
- 脂質異常

メタボリックシンドローム*

レベル3

- 肥満度(特に内臓脂肪型)
- 糖尿病
- 高血圧症
- 脂質異常症

メタボリックシンドロームとは?

メタボリックシンドロームとは、お腹まわりに内臓脂肪がたまることで悪玉のホルモンが分泌され、高血圧・高血糖・脂質異常等が起こり、生活習慣病になりやすくなる状態のことです。

レベル4

- 虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症等)
- 脳卒中(脳出血・脳塞栓等)
- 糖尿病の合併症(失明・人工透析等)

レベル5

- 半身の麻痺
- 認知症
- 日常生活における支障

自分の健康レベルの「現在地」を知る、それが健診。

糖尿病などの生活習慣病は、早期には自覚症状がなく、進行しているというケースが少なくありません。健診を受けて、自分自身の健康状態がどのレベルなのかを把握し、生活改善に向けて取り組みましょう!

1 事業主の皆さまへ 従業員の皆さまに、健診受診の積極的なお声かけをお願いします。

健診受診後の行動が大切です!

危険地帯までの距離さえわかれば、後はそこから遠ざかるのみ!

健診で自身の健康状態が分かったら、改善に向けたアクションが大切。健診はあくまでも生活習慣改善の必要性や病気を発見するための手段です。

● 健診結果に異常がなかった方も、引き続きの健康づくり、毎年の健診を!

● 特定保健指導*を利用しましょう!

1 事業主の皆さまへ

健診を行った結果、生活習慣の改善が必要な従業員の方には、特定保健指導のご案内を事業所にお送りしています。特定保健指導のご案内に従った方に個別にお送りいただき、積極的なお声かけをお願いします。

● 医療機関に早期受診を!

1 事業主の皆さまへ

健診の結果から医療機関への受診が必要にもかかわらず、受診していない従業員の方には、ご自宅に右の連絡をお送りしています。事業主の皆さまも、従業員の皆さまの健診結果をご確認いただき、従業員の方へお声かけください。

● 健診結果から医療機関への受診が必要にもかかわらず、受診していない従業員の方には、ご自宅に右の連絡をお送りしています。

● 特定保健指導*とは…

健康を営むための事業主が、メタボリックシンドロームのリスクのある40~74歳までの方を対象に行う健康サポートです。健康に関するセルフケア(自己管理)ができるように、健康づくりの専門家である保健師または管理栄養士等が寄り添ってサポートします。

生活習慣病予防健診とは?

生活習慣病の発症や重症化の予防を目的とした血液検査や尿検査、がん検診等、被保険者(ご本人)に受けていただく健診です。

生活習慣病予防健診で調べること

- 血圧測定
 - ▶ 血圧を測り、循環器系の状態を調べます
- 尿検査
 - ▶ 腎臓、尿路の状態や糖尿病等を調べます
 - ▶ 便潜血反応検査
 - ▶ 大腸からの出血を調べます
- 血液検査
 - ▶ 動脈硬化、肝機能等の状態や糖尿病、脂質等を調べます
- 心電図検査
 - ▶ 不規則や狭心症等の心臓に關する病気を調べます
- 腹部レントゲン検査
 - ▶ 食道や胃、十二指腸の状態を調べます
- 胸部レントゲン検査
 - ▶ 肺や骨格の状態を調べます

協会けんぽの生活習慣病予防健診は5大がんまでカバー!

〔(図表 4-39) 特定健診のご案内〈被扶養者用〉(見直し後)〕 ※一部抜粋

令和5年度(2023年4月~2024年3月) 被扶養者(ご家族)の皆さまへ

特定健診のご案内

(特定健康診査)

健康な毎日は健診から!

健やかな暮らしを続けるために毎年の健診受診は重要です!

気づかぬうちに... 「生活習慣病」 私たちの健康に大きく関係する生活習慣病。その多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、過度な飲酒等の不適切な生活の積み重ねによってメタボリックシンドロームとなり、これが原因となって引き起こされます。放置することで症状が悪化し、元の健康な状態に戻ることに困難とされています。

レベル0
健康な状態

レベル1
身体活動・運動不足
不潔な食生活(エネルギー過剰・過剰の喫煙)
喫煙 過度の飲酒 過度のストレス

レベル2
メタボリックシンドローム
肥満 高血糖 高血圧 脂質異常

レベル3
肥満症(特に内臓脂肪肥満)
糖尿病 高血圧症 脂質異常症

レベル4
虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症等)
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
糖尿病の合併症(失明・人工透析等)

レベル5
半命の虚脱
認知症
日常生活における支障

メタボリックシンドロームとは?
メタボリックシンドロームとは、おまわり内に内臓脂肪がたまることで糖質のホルモンが分泌され、高血圧・高血糖・脂質異常等が起こり、生活習慣病になりやすくなる状態のことです。

自分の健康レベルの「現在地」を知る、それが健診。
糖尿病などの生活習慣病は、早期には自覚症状がなく、進行しているというケースが少なくありません。健診を受けて、自分自身の健康状態がどのレベルなのかを把握し、生活改善に向けて取り組みましょう!

全国健康保険協会 協会けんぽ

健診を受けた後の行動こそが大切です!

運動不足や不適切な食生活、喫煙等が積み重なり、おまわり内に内臓脂肪がたまることで糖質のホルモンが分泌され、高血圧・高血糖・脂質異常等が起こり、生活習慣病になりやすくなる状態のことをメタボリックシンドロームと言います。この状態を放置していると、動脈硬化等が急速に進み、脳血管疾患や心疾患等の重大な病気になる危険度が高くなります。それぞれの病で治療したとしても、内臓脂肪の蓄積がある限り、根本的な解決にはなりません。生活習慣を見直し、適度な運動やバランスの良い食事、禁煙等に取り組むことが重要です。

健診後の行動

危険地帯までの距離さえわかれば、後はそこから遠ざかるのみ!

健診で自身の健康状態が分かたら、改善に向けたアクションが大切。健診はあくまでも生活習慣改善の必要性や病気を発見するための手段です。

健康づくり
日々の健康づくり
健康の保持
特定保健指導の活用
医師への受診

健診結果に異常がなかった方も、引き続きの健康づくり、毎年の健診を!

特定保健指導*を利用しましょう!

医療機関に早期受診を!

*〈特定保健指導〉とは...
健診を受けた結果、メタボリックシンドロームのリスクのある40~74歳までの方を対象に行う健康サポートです。健康に関するセルフケア(自己管理)ができるように、健康づくりの専門家である保健師または管理栄養士等が寄り添ってサポートします。

行動に移そう!

〔(図表 4-40) 特定保健指導のご案内〈事業所用〉(見直し後)〕

健診後のアクションこそが重要です!

事業主の皆さまへ

特定保健指導を無料!ご利用ください

1 事業主の皆さま 従業員の健康と事業所の将来を守る若です!

健診を受けた後の行動こそが大切です!

運動不足や不適切な食生活、喫煙等が積み重なり、おまわり内に内臓脂肪がたまることで糖質のホルモンが分泌され、高血圧・高血糖・脂質異常等が起こり、生活習慣病になりやすくなる状態のことをメタボリックシンドロームと言います。この状態を放置していると、動脈硬化等が急速に進み、脳血管疾患や心疾患等の重大な病気になる危険度が高くなります。それぞれの病で治療したとしても、内臓脂肪の蓄積がある限り、根本的な解決にはなりません。生活習慣を見直し、適度な運動やバランスの良い食事、禁煙等に取り組むことが重要です。

特定保健指導とは

健診を受けた結果、メタボリックシンドロームのリスクのある40~74歳までの方を対象に行う健康サポートです。健康に関するセルフケア(自己管理)ができるように、健康づくりの専門家である保健師または管理栄養士が寄り添ってサポートします。

特定保健指導の対象者 健診を受けた40歳以上の方のうち...
男性 85cm以上 女性 90cm以上
または BMI 25以上の方を抽出

さらに以下の追加リスクが1つでもあれば、特定保健指導対象者に該当
血圧 血糖 脂質 + 喫煙

特定保健指導の内容

特定保健指導では対象者の健康に向けた目標と行動計画をサポートします! 特定保健指導をきっかけに健康や生活習慣を見直す機会となります。

Step1 目標と行動計画の設定
20~30分の初回面談
ライフスタイルや体の状態に合わせて、運動や食事、喫煙、飲酒等の生活習慣の改善に向けた取組を個別具体的に提案。健康に向けた目標と行動計画を一人一人に取り添って考えます。

Step2 3~6か月チャレンジ
行動計画の実践
STEP1で考えた具体的な行動計画を実践。保健師または管理栄養士等がサポートします。

Step3 GOAL!
目標達成度のチェック
減量等、目標を達成できたかの確認を行うとともに、引き続きの健康づくりについての取組をアドバイスします。

おため先へ訪問します!
お電話に相談した方(オンライン面談も可能)

全国健康保険協会 協会けんぽ

特定保健指導に該当された方が、生活習慣を改善しないまま放置していると、食に關する重大な病気になる恐れもあります。従業員の健康、事業所の将来を守るため、特定保健指導のご案内を従業員の方に案内しただけ、積極的な声かけをお願いします。

特定保健指導を受けていただくまでの流れ

- この案内が届いたら、対象の方に話し指導を受けるよう勧める
- 対象の方と日程調整し、面談日を決めて、協会けんぽに連絡する
- 事業所で対象の方が特定保健指導を受ける

特定保健指導を受けた方のエピソード

私は3交代勤務で、食事時間などは不規則になりがちでした。健診で、肥満、高血糖、肝機能異常と判定されました。自分自身でも生活習慣の改善が必要だと感じたと同時に、事業所を通じて特定保健指導の案内があったため、指導を受けることにしました。初めての面談のときには、甘味飲料を控えるなど取組を始めており、すでに体重が1kg減っていたため、その取組について、保健師さんが褒めしてくれました。また、保健師さんは私の生活習慣を確認し、新たな取組として、「野菜から食べること」、「主食を半分減らすこと」を一緒に考え、実行してみることにしました。保健師さんから1か月に1回は電話があり、取組を継続できるよう助まってくれたおかげで、半年後には、体重が約3kg減り、現在の健診結果では、血糖値、肝機能が正常値となりました。

次年度の健診で数値が改善しているか確認しましょう!

特定保健指導が終了した後も、引き続き運動やバランスの良い食事、禁煙等の生活習慣の改善に取り組み、自分の健康状態がどのように変化しているか確認することが重要です。

特定保健指導を受けて、生活習慣の改善に取り組みましょう。

特定保健指導が終了した後も、日々の健康づくりに取り組みましょう。

次年度の健診で数値が改善されているか確認しましょう。

日々の健康づくりに取り組み、毎年の健診は必ず受けましょう。そして健診結果に応じて、引き続きの健康づくり、特定保健指導の利用、医療機関の受診といった行動に移しましょう。健康を保つには、こうしたアクションが大切です。

〔(図表 4-41) 未治療者受診勧奨通知 (見直し後)〕

あなたは今すぐ医療機関に受診を!
健診結果を踏まえた次の行動が重要!

この通知は健診結果において、血圧値、空腹時血糖値(またはHbA1c)、LDLコレステロール値が「要治療(要治療判定)」と判断された方のうち、健診受診勧奨および再健診受診勧奨を要する受診勧奨判定された方に送付されています。なお、現状より改善が望める方に再健診を勧奨しています。受診の際は医師の判断の指示となりますので、現状と健診結果をお持ちください。

① あなたの健診結果は

血圧		血糖		HbA1c値		脂質	
収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖値	空腹時血糖値	HbA1c値	HbA1c値	LDLコレステロール値	LDLコレステロール値
mmHg		mmHg		mg/dL		mg/dL	
120	80	100	100	5.6	5.6	120	120
130	85	110	110	5.7	5.7	130	130
140	90	120	120	5.8	5.8	140	140
150	95	130	130	5.9	5.9	150	150
160	100	140	140	6.0	6.0	160	160
180	110	160	160	6.5	6.5	180	180

気づかぬうちに…「生活習慣病」

私たちの健康に大きく関係する生活習慣病。その多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、過度な飲酒等の不適切な生活の積み重ねによってメタボリックシンドロームとなり、これが原因となって引き起こされます。放置することで症状が悪化し、元の健康な状態に戻ることに困難とされています。今すぐ医療機関を受診することをお勧めします。

レベル1 ● 身体活動・運動不足
● 不適切な食生活(エネルギー・塩分・脂肪の過剰等)
● 喫煙 ● 過度の飲酒 ● 過度のストレス

レベル2 ● 肥満 ● 高血糖 ● 高血圧 ● 脂質異常

レベル3 ● 肥満症(特に内臓脂肪型肥満) ● 糖尿病 ● 高血圧症 ● 脂質異常症

レベル4 ● 虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症等) ● 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) ● 糖尿病の合併症(失明・人工透析等)

レベル5 ● 半身の麻痺 ● 認知症 ● 日常生活における支障

高血圧、高血糖、脂質異常を放置するとどうなる?

高血圧
● 正常血圧と比べて血圧が高くなるほど脳卒中(脳出血、脳梗塞等)の発症リスクが高まります。
収縮期血圧値:160mmHg以上
拡張期血圧値:100mmHg以上 **5.2倍**
収縮期血圧値:180mmHg以上
拡張期血圧値:110mmHg以上 **8.4倍**
出典:日本高血圧学会「高血圧診療ガイドライン(2019)」を基に作成

高血糖
● 高血糖の状態を放置すると、場合によっては、人工透析が必要になってしまいます。
その約**4割**は**糖尿病性腎症**が要治療。
出典:日本糖尿病学会糖尿病学会「わが国の慢性疾患予防の現状(2020年12月13日発表)」

脂質異常
● LDLコレステロール値が180mg/dL以上の人は、100mg/dL未満の人と比べて**約3~4倍**、心筋梗塞等になりやすくなっています。
出典:厚生労働省「健康診断(標準的健診)・健康増進プログラム(19年3月版)」

動脈硬化
● 脳出血・脳梗塞 ● 狭心症・心筋梗塞

糖尿病
● 糖尿病 ● 認知症 ● 神経障害

自覚症状もないのに受診する意味がある?

高血圧症、糖尿病や脂質異常症等の生活習慣病は、自覚症状がないうちに進行するもの。治療せずに放置すると、動脈硬化などが急速に進み、心疾患や脳卒中等の発症する危険度が高くなります。

健診で「要治療」「要精密検査」の結果が出たら、自分の身体の状態を見直す大きなターニングポイント。早期に受診することで、重大な病気のリスクを下げられます。

(実績の進捗管理における PDCA サイクルの推進)

健診実施率等の向上を図るため、地域ごとの課題把握と要因分析、それらを踏まえた対策の検討をより一層推進する観点から、四半期ごとの業態別や事業所規模別、市区町村規模別の傾向等について、支部へ定期的に共有しています。実績の傾向等を共有する際には、本部において、具体的な取組事例や今後の取り組むべき方向性等を整理して示すことにより、好事例の展開や、課題認識の共有等を進めています。

(更なる保健事業の充実)

2021年9月16日に開催した運営委員会において、2022年度保険料率を議論する中で、「協会の将来の財政状況を考えると保険料率の10%維持はやむを得ないと考えているが、準備金が積み上がっている状況を踏まえ、加入者や事業主にとって目に見える形で保健事業を充実すべき」といった意見が表明され、更なる保健事業の充実に向けた検討を行うこととしました。

検討にあたっては、戦略的保険者機能の一層の強化の必要性及び加入者・事業主の目に見える形での保健事業の充実の必要性といった観点から検討を進め、2021年12月17日に開催した運営委員会において、次期アクションプランからの実施を見据え、協会における更なる保健事業の充実に向けた具体策を提示しました。

その後、数回に渡り運営委員会で議論を行い、その中で出された健診実施率向上に向けた「生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減」の実施時期の前倒し等の意見を踏まえ、1年前倒した2023年度実施に見直した上で、2022年9月14日開催の運営委員会において、更なる保健事業の充実についての事業内容を取りまとめました。具体的には、①LDL コレステロー

ル値に着目した受診勧奨、②重症化予防の充実、③支部における地域・職域の特性を踏まえた保健事業の実施、④健診・保健指導の充実・強化について取り組むこととしました（図表4-42参照）。

2022年度は、現役世代の循環器疾患の重症化予防対策として、第5期アクションプランにおいて検討のうえ実施することとしていた LDL コレステロール値に着目した受診勧奨を10月から開始しました。

また、2023年度からの生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減に向けた取組として、日本商工会議所、全国商工会連合会、全国中小企業団体中央会、日本労働組合総連合会、全国社会保険労務士会連合会、業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）及び健診団体に対する広報等の協力依頼を行いました。

〔図表4-42〕 更なる保健事業の充実について（2022年9月14日運営委員会提出資料）

更なる保健事業の充実について

1. 事業内容

(1) LDLコレステロール値に着目した受診勧奨(4年度から実施)

現役世代の循環器疾患の重症化予防対策として、LDLコレステロール値に着目した受診勧奨を実施。

(2) 重症化予防対策の充実(6年度から実施)

被扶養者及び協会が事業者健診結果データを取得した者を対象として、高血圧等に係る未治療者に対する受診勧奨を実施。

(3) 支部における地域・職域の特性を踏まえた保健事業の実施(6年度から実施)

喫煙、メンタルヘルス等に着目した新たなポピュレーションアプローチ等、支部における地域・職域の特性を踏まえた保健事業を実施。

(4) 健診・保健指導の充実・強化

①生活習慣病予防健診(一般健診)の自己負担の軽減(5年度から実施)

健診実施率の向上のため、現在38%の一般健診の自己負担について、総合健保組合の水準を参考に**28%に軽減**。

※1 現在自己負担30%の生活習慣病予防健診の乳がん検診・子宮頸がん検診のほか、肝炎ウイルス検査についても、自己負担を28%に軽減。

②付加健診の対象年齢拡大及び自己負担の軽減(対象年齢拡大は6年度から、自己負担軽減は5年度から実施)

疾病の早期発見等の目的、健保組合の実施状況、定年延長の状況等を踏まえ、現在50%の付加健診の自己負担について、**28%に軽減**するとともに、対象年齢を現行の「40歳、50歳」から「40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳」とする。

※2 なお、健診内容については、国の特定健康診査等基本指針の見直しの動向(令和4年度中に取りまとめ)を踏まえることとしている。

2. 予算

(4)①及び②の自己負担軽減に伴う年間所要額

5年度 約220億円

6年度 約250億円(※3)

※3 付加健診の対象年齢拡大による影響を含む。

(支部別スコアリングレポート等の活用について)

各支部における健診項目のリスクの保有状況等を明らかにし、支部の特徴把握に資するよう「特定健診・特定保健指導データ分析報告書」²²及び「質問票データ分析報告書」²³を作成し、支部における保健事業の計画策定や実施結果の検証等に活用しています。2022年度は、後述のLDLコレステロール値に着目した受診勧奨に対応した抽出項目等を追加しました。

また、これらの報告書の主な項目に健診実施率、特定保健指導実施率及び医療費を加え、項目ごとの経年変化や全国での支部の順位等をレーダーチャートやグラフにより「見える化」した「支部別スコアリングレポート」についても、引き続き作成しています。2022年度は、生活習慣病リスクや生活習慣の改善を促すための判定基準について、日本健康会議²⁴が健康保険組合に発出した健康スコアリングレポートのひな形を参考に、自支部の状況をより適切に把握できるよう見直しを行いました。支部においては、本レポート等に基づき、自支部の健康課題について、保険者協議会等での意見発信やホームページ等での広報を行っています。

i) 特定健診実施率・事業者健診データ取得率等の向上

【第3期特定健康診査等実施計画について】

協会では、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条に基づく第3期特定健康診査等実施計画（2018年4月1日に公表。概要は図表4-43参照）を定め、本部と支部が連携し、協会の中期行動計画である保険者機能強化アクションプランのもと、特定健康診査²⁵及び特定保健指導の取組を進めています。

また、同法第18条に基づく特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針の一部を改正する告示（平成29年8月1日厚生労働省告示第271号）において、2023（令和5）年度の協会の実施率目標は、特定健康診査65%、特定保健指導35%とされており、当該実施計画においては、当該告示で示された目標値を達成するよう、各年度（2018年度から2023年度まで）の実施率目標を設定しています。

²² 生活習慣病予防健診受診者及び事業者健診受診者の健診データ及び特定保健指導データを活用し、支部別、業態別に健診結果の年齢調整後の平均値やリスク該当者の割合を計算したものです。

²³ 生活習慣病予防健診受診者及び事業者健診受診者の質問票データを活用し、支部別、業態別に年齢調整後の問診結果の回答割合を計算したものです。

²⁴ 国民一人ひとりの健康寿命の延伸と医療費適正化を目的として、行政のみならず民間組織が連携し実効的な活動を行うために2015（平成27）年7月に発足した活動体であり、メンバーは各団体のリーダー及び有識者で構成されています。

²⁵ 協会では第3期特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査（特定健診）として、被保険者に対する生活習慣病予防健診の実施及び事業者健診データの取得、被扶養者に対する特定健診を実施することとしています。

生活習慣病予防健診：被保険者を対象とし、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査（特定健診）の項目に加え、がん検査を含む項目の健診を実施するもの

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

被扶養者の特定健診：被扶養者を対象とし、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査（特定健診）の項目の健診を実施するもの

〔(図表 4-43) 第 3 期特定健康診査等実施計画の概要 (2018 年 4 月 1 日公表)〕

第 3 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

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 19 条に基づき、2018 年度から 2023 年度までの間の特定健康診査等実施計画を定め、本部と支部が連携し協会けんぽの行動計画である保険者機能強化アクションプランのもと特定健康診査及び特定保健指導に取り組む旨を記載しています。

第 1 章 実施率目標及び対象者数について

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 2023 年度の協会けんぽの実施率目標（特定健康診査 65%、特定保健指導 35%）を達成するよう、各年度の実施率目標を設定し、その考え方などを記載しています。

		2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
特定健診	対象者数	18,810 千人	18,720 千人	18,630 千人	18,520 千人	18,410 千人	18,300 千人
	実施者数	9,540 千人	10,010 千人	10,480 千人	10,950 千人	11,420 千人	11,890 千人
	実施率	50.7%	53.5%	56.3%	59.1%	62.0%	65.0%
特定保健指導	対象者数	1,779 千人	1,865 千人	1,951 千人	2,038 千人	2,124 千人	2,210 千人
	実施者数	258 千人	314 千人	401 千人	491 千人	615 千人	773 千人
	実施率	14.5%	16.8%	20.6%	24.1%	29.0%	35.0%

特定健診：毎年度、特定健康診査実施者数を一定数以上着実に増加させることにより、基本指針で示された目標値である 2023 年度の特定健康診査実施率 65%を達成する目標を設定している。

特定保健指導：第 3 期特定健康診査等実施期間中における特定保健指導の運用の見直しを踏まえ、毎年度、特定保健指導実施者数を前年度の増加数以上着実に増加させることにより、基本指針で示された目標値である 2023 年度の特定保健指導実施率 35%を達成する目標を設定している。

第 2 章～第 5 章

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

① 被保険者の健診

〔生活習慣病予防健診等の実施〕

被保険者の健診については、健康の保持増進や生活習慣病の発症予防等を目的として、メタボリックシンドロームに着目した特定健診項目に加え、胃部レントゲン検査等のがん検査を含む生活習慣病予防健診（一般健診）を実施しています。

また、その他の健診として、一定の年齢要件等を満たしている方で希望される方には、付加健診²⁶、乳がん・子宮頸がん検診、肝炎ウイルス検査を実施しています（図表 4-44 参照）。

なお、健診費用の一部を協会が負担しています。

²⁶ 節目の年齢において、肝臓、胆のう、腎臓といった腹部の臓器の様子を調べるための腹部超音波検査や、高血圧や動脈硬化などを見つける手がかりとなる眼底検査等、生活習慣病予防健診の一般健診に追加できる、より詳細な健診です。

〔(図表 4-44) 被保険者の生活習慣病予防健診等の概要 (2022 年度)〕

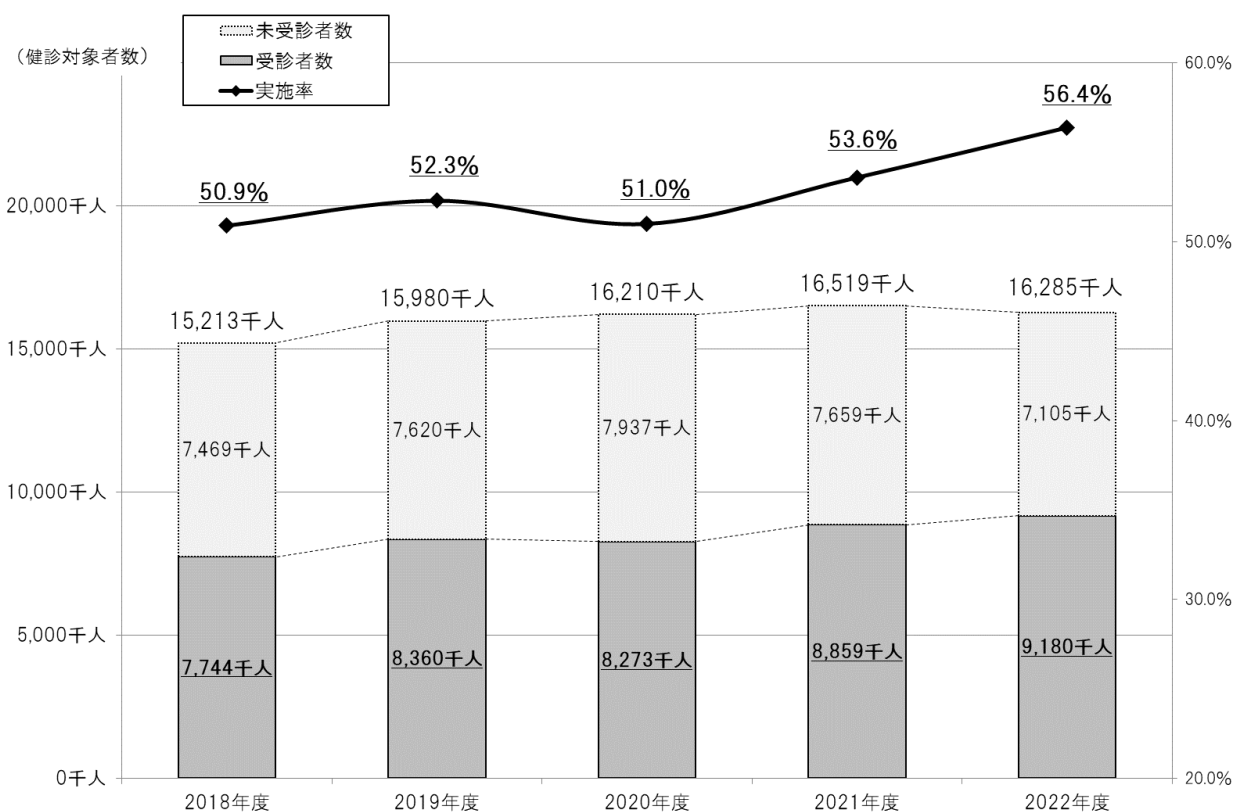
	検査内容	対象者	自己負担	手続き
一般健診	診察等、問診、触診、身体計測、視力検査、聴力検査、血圧測定、尿検査、便潜血反応検査、血液一般検査、血糖検査、尿酸検査、血液脂質検査、肝機能検査、胸部・胃部レントゲン検査、心電図検査等	35 歳～74 歳の方	最高 7,169 円	事業所又は受診者本人が健診機関に申し込みます
付加健診	尿沈渣顕微鏡検査、血液学的検査、生化学的検査、眼底検査、肺機能検査、腹部超音波検査	一般健診を受診される 40 歳の方、50 歳の方	最高 4,802 円	
乳がん・子宮頸がん検査	〔乳がん検診〕 問診、乳房エックス線検査 ※ 視診・触診は医師が必要と認められた場合のみ実施 〔子宮頸がん検診〕 問診、細胞診	・一般健診を受診される 40 歳～74 歳の偶数年齢の女性の方 ・36 歳、38 歳の一般健診を受診される女性の方は子宮頸がん検診が追加できます ・20 歳～38 歳の偶数年齢の女性の方は子宮頸がん検診単独で受診できます	・50 歳以上 最高 2,125 円 ・40 歳～48 歳 最高 2,725 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 1,039 円を引いた金額 〔子宮頸がん検診のみ〕 最高 1,039 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 624 円	

ア) 2022 年度の実績について

2022 年度の 40 歳以上の生活習慣病予防健診の実施率は、2021 年度の実施率 53.6%から 2.8%ポイント増加の 56.4%となりました²⁷。受診者数は、918 万人となっており、2021 年度の実診者数から 32 万人 (3.6%) 増加しています。実施率は、2022 年度 KPI (61.2%) を達成できませんでしたが、実施率、受診者数ともに過去最高となっています (図表 4-45 参照)。

²⁷ 協会の場合、健診、保健指導等の保健事業を進める上で、1 事業所当たりの特定健診対象者が少なく、山間部や島しょ部を含め広い地域に事業所が点在していることに加え、健康保険組合等と異なり保険者と加入者及び事業主との距離感が大きく、特定健診の受診に理解が得られにくいこと等から効率的な事業の実施が難しいことが実績を上げるネックとなっています。

[(図表 4-45) 生活習慣病予防健診の受診者数等の推移 (被保険者)]



イ) 2022 年度の実施率向上に向けた主な取組

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

受診勧奨については、生活習慣病予防健診未受診事業所に対して、文書や電話、訪問による勧奨を行うとともに、事業者健診から生活習慣病予防健診への切り替えを促す取組を行っています。新規適用事業所や新規加入者には、随時、健診案内の送付や、職員又は外部委託による電話勧奨等、健診の受診を促す取組を進めています。

受診しやすくするための環境面の整備としては、委託健診機関の拡充を進めており、2022年度の委託健診機関は2021年度から21機関増加し、3,543機関となっています。加えて、検診車での巡回健診の実施等、受診機会の拡充にも努めています。

なお、2016(平成28)年度から、一層の実施率向上や支部の重点施策の推進が図られるよう、健診機関等を対象として、事前に受診勧奨に関する目標値を定め、その目標を達成した場合に報奨金を支払う契約方法を取り入れています。目標値については、前年度実績等を基に加入者数の動向や地域の実情を踏まえて、支部と健診機関等で協議の上、設定しています。2022年度の契約件数は1,933件であり、そのうち963件が目標を達成しています(図表4-46参照)。この報奨金を支払う契約方法については、後述の事業者健診データの取得促進、被扶養者の特定健診受診勧奨や健診機関への委託による特定保健指導の推進においても取り入れています。

〔(図表 4-46) 各支部の健診推進経費の活用施策 (2022 年度)〕

健診推進経費の活用施策	実施支部数	契約機関数	目標達成機関数
閑散期等を対象とした設定期間内の実施数の向上	22	782	403
低受診率地域解消のための地域対策	2	5	1
未受診事業所(者)対策	12	199	113
事業者健診データ提供に係る同意書の取得対策	4	46	7
事業者健診データ取得向上対策	7	127	54
事業者健診データの早期提供	20	719	368
協会主催の集団健診の強化	12	55	17

(生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減及び付加健診の対象年齢拡大)

生活習慣病予防健診について、更なる保健事業の充実の一つとして、より多くの方に受診していただけるよう 2023 年度から一般健診の自己負担を軽減し、自己負担額を約 2,000 円引き下げることにしました。付加健診や乳がん・子宮頸がん検診、肝炎ウイルス検査についても、一般健診と同様に自己負担を軽減することにしました (図表 4-47 参照)。

また、疾病の早期発見等のため、2024 年度から付加健診の対象年齢を現行の「40 歳、50 歳」に加え、「45 歳、55 歳、60 歳、65 歳、70 歳」を対象年齢に追加することにしました。

この取組を広く周知するため、本部においては、日本商工会議所、全国商工会連合会、全国中小企業団体中央会、日本労働組合総連合会、全国社会保険労務士会連合会、業界団体 (全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会) 及び健診団体に対して広報等の協力依頼を行うとともに、ホームページ上への特設サイトの開設や新聞への広告掲載等の広報を行いました。支部においても、全支部で関係団体に対して広報等の協力依頼を行うとともに、新聞への広告掲載やメールマガジンの配信を行う等、本部と支部が連携して積極的に周知に取り組みました。

〔(図表 4-47) 生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減 (2023 年度から実施)〕

健診の種類		2022年度	2023年度
一般健診		最高 7,169円	最高 5,282円
付加健診		最高 4,802円	最高 2,689円
乳がん検診	40～48歳の方	最高 1,686円	最高 1,574円
	50歳以上の方	最高 1,086円	最高 1,013円
子宮頸がん検診		最高 1,039円	最高 970円
肝炎ウイルス検査		最高 624円	最高 582円

[事業者健診データの取得]

生活習慣病予防健診を利用していない 40 歳以上の被保険者については、労働安全衛生法に基づき行われた事業者健診データ（定期健康診断の結果）を取得することによって、特定健診を実施したものと見なされる²⁸とともに、当該データをもとに特定保健指導を行う等、被保険者の健康づくり等に活用しています。

ア) 2022 年度の実績について

2022 年度のデータ取得率は 2021 年度の取得率 8.5%から 0.3%ポイント増加し、8.8%となりました。データ取得数は、143 万 8 千人分となっており、2021 年度の取得数から 3 万 6 千人（2.6%）分増加しています。取得率は、2022 年度 KPI(9.1%)は達成できませんでしたが、前年度に引き続き、取得率、取得数ともに過去最高となっています。

イ) 2022 年度の取得率向上に向けた主な取組

事業者健診データの取得に向けて、支部と地方労働局との連名や自治体を含めた 3 者連名での勧奨通知の発出、職員による事業所訪問や電話等による勧奨のほか、外部委託による勧奨も実施しています。

事業者健診データの取得をより一層進めるため、国に対して、特定健診と問診項目や検査項目を一致させることを要望してきましたが、2020 年 12 月に、国から事業者健診と特定健康診査の問診項目や検査項目を一致させることとする通知^{29・30}が発出されました。併せて、国の通知³⁰において、事業者健診の結果が迅速かつ確実に保険者に提供されるための対応が取られ、事業主と健診機関との間における契約書（ひな形）が示されました。

しかしながら、契約書（ひな形）の普及・定着が依然として進んでいないことから、国の「第 3 期データヘルス計画に向けた方針見直しのための検討会」において、全国の事業主と健診機関との間の契約書（ひな形）の普及状況について検証してもらうとともに、契約書（ひな形）の普及・定着に必要な対応を国がとることを求める等、機会あるごとに国に対する申し入れを行いました。

また、事業者健診データの円滑な提供を推進するためには、これらの通知に基づく取扱いを事業主等に周知することから、業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）や健診団体に対して、事業者健診データの取得をはじめ、特定健診・特定保健指導の実施率等の向上に向けた広報等の協力依頼を行ったほか、日本医師会や健診機関等に対しても協力依頼を行う等、関係団体との連携強化を進めています。

支部においては、国の通知に基づく取扱いの浸透に向けて、健診機関や事業主等に対する周知等の働きかけを行うとともに、外部委託の活用等により事業者健診データの着実な取得に努めました。

²⁸ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 21 条第 1 項において、「保険者は、加入者が、労働安全衛生法その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受けた場合又は受けることができる場合は、厚生労働省令で定めるところにより、前条の特定健康診査の全部又は一部を行ったものとする。」とされています。

²⁹ 厚生労働省労働基準局長通知「定期健康診断等における血糖検査の取扱いについて」（基発第 1223 第 7 号）。

³⁰ 厚生労働省労働基準局長・保険局長通知「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について」（基発 1223 第 5 号・保発 1223 第 1 号）。

〔(図表 4-48) 健診の実績 (被保険者)〕

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	前年度比 (増減)
年度末対象者数	15,212,870人	15,979,774人	16,210,164人	16,518,519人	16,285,170人	▲233,349人
一般健診(40歳～74歳)	7,743,960人	8,359,655人	8,273,160人	8,859,458人	9,179,843人	320,385人
実施率	50.9%	52.3%	51.0%	53.6%	56.4%	2.8%
一般健診(35歳～39歳)	1,268,041人	1,340,680人	1,288,697人	1,336,904人	1,338,724人	1,820人
事業者健診データの取得	1,073,160人	1,220,696人	1,289,699人	1,401,407人	1,437,801人	36,394人
実施率	7.1%	7.6%	8.0%	8.5%	8.8%	0.3%
付加健診	253,114人	268,328人	255,517人	281,812人	292,614人	10,802人
乳がん検診	631,030人	711,514人	684,219人	754,706人	770,130人	15,424人
子宮頸がん検診	828,083人	921,789人	873,542人	950,860人	958,914人	8,054人
肝炎ウイルス検査	196,017人	209,503人	182,702人	147,384人	127,498人	▲19,886人
健診実施機関	3,312機関	3,389機関	3,450機関	3,522機関	3,543機関	21機関

② 被扶養者の特定健診

被扶養者の健診については、40歳以上を対象に特定健診を実施しており、メタボリックシンドロームに着目した特定保健指導対象者を抽出して、特定保健指導を行うことを目的としています。なお、健診費用の全部又は一部を協会が負担しています（図表 4-49 参照）。

〔(図表 4-49) 被扶養者の特定健診の概要 (2022 年度)〕

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

ア) 2022 年度の実績について

2022 年度の被扶養者の特定健診の実施率は、2021 年度の実施率 26.2%から 1.5%ポイント増加の 27.7%となりました。受診者数は 109 万 3 千人となっており、2021 年度の実診者数から 9 千人 (0.8%) 減少しています。実施率は、2022 年度 KPI (33.2%) を達成できませんでしたが、実施率については、過去最高となっています（図表 4-50 参照）。

[(図表 4-50) 特定健診の実績 (被扶養者)]

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	前年度比 (増減)
年度末対象者数	4,318,595人	4,329,100人	4,281,922人	4,201,228人	3,944,026人	▲257,202人
受診者数	1,054,920人	1,103,726人	912,303人	1,102,470人	1,093,269人	▲9,201人
実施率	24.4%	25.5%	21.3%	26.2%	27.7%	1.5%

イ) 2022 年度の実施率向上に向けた主な取組

被扶養者の特定健診については、2020 年度より、協会が費用負担する上限額を 6,650 円から 7,150 円に引き上げることにより、自己負担の軽減又は無料化を図るとともに、協会主催の集団健診の拡大や、自治体との協定締結の拡大による特定健診とがん検診の同時実施の拡大に向けた取組を行っています。

また、特定健診を受診する際に必要となる受診券について、被扶養者の方々に確実にお届けできるよう、被保険者の自宅へ直接送付する等の取組を行っています。

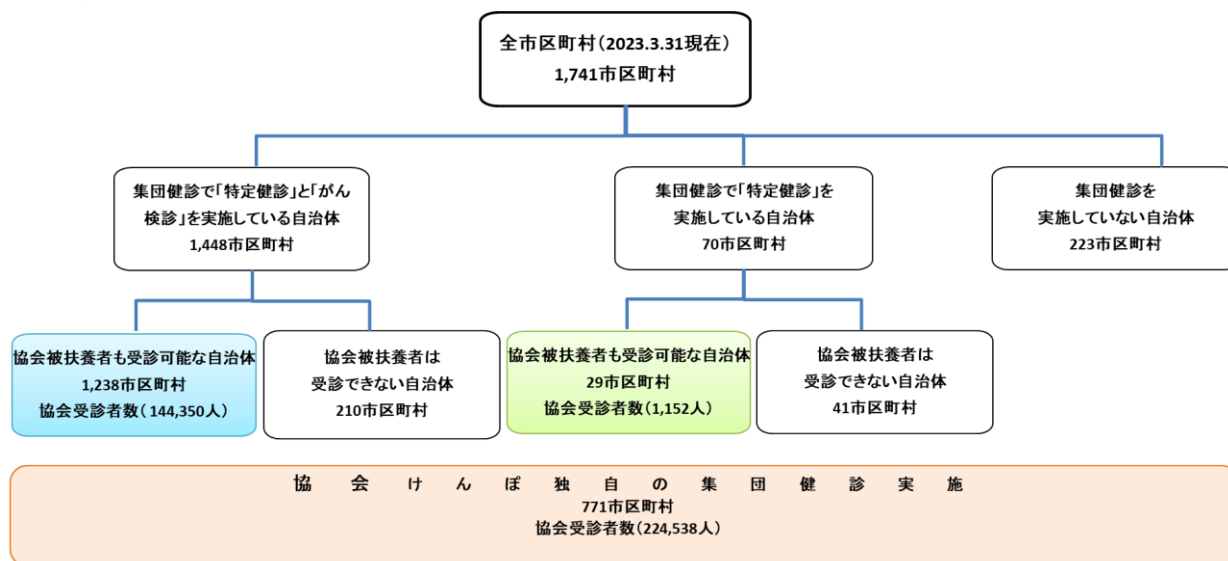
(集団健診の実施)

自治体との協定等により、特定健診と自治体の集団健診やがん検診との同時実施を進めています。協定の締結は自治体とのより幅広く継続的な連携協力に繋がるため、積極的に進めており、2022 年度末時点では、318 の市区町村と協定等を締結しています。2022 年度は、1,267 市区町村の集団健診で協会の被扶養者も特定健診を受診できることとなっており、そのうち 1,238 市区町村ではがん検診との同時実施が可能となっています(図表 4-51 参照)。

また、自治体の集団健診等との同時実施が困難な地域や健診機関が少ない地域等を中心に、協会が主催する集団健診を実施しています。協会主催の集団健診では、受診者が集まりやすいショッピングモールや地域の催し等で実施する等、日常の中での受診機会の拡充に努めました。このほかにも、関心の高い骨密度測定、血管年齢測定、肌年齢測定等の「オプション健診」を特定健診と併せて実施する等、受診者数の増加に努めました。2022 年度は、協会主催の集団健診を 771 市区町村で実施し、224,538 人の方が受診(前年度比 3.1%増)しました。

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

〔(図表 4-51) 特定健診とがん検診の同時実施状況 (2022 年度)〕

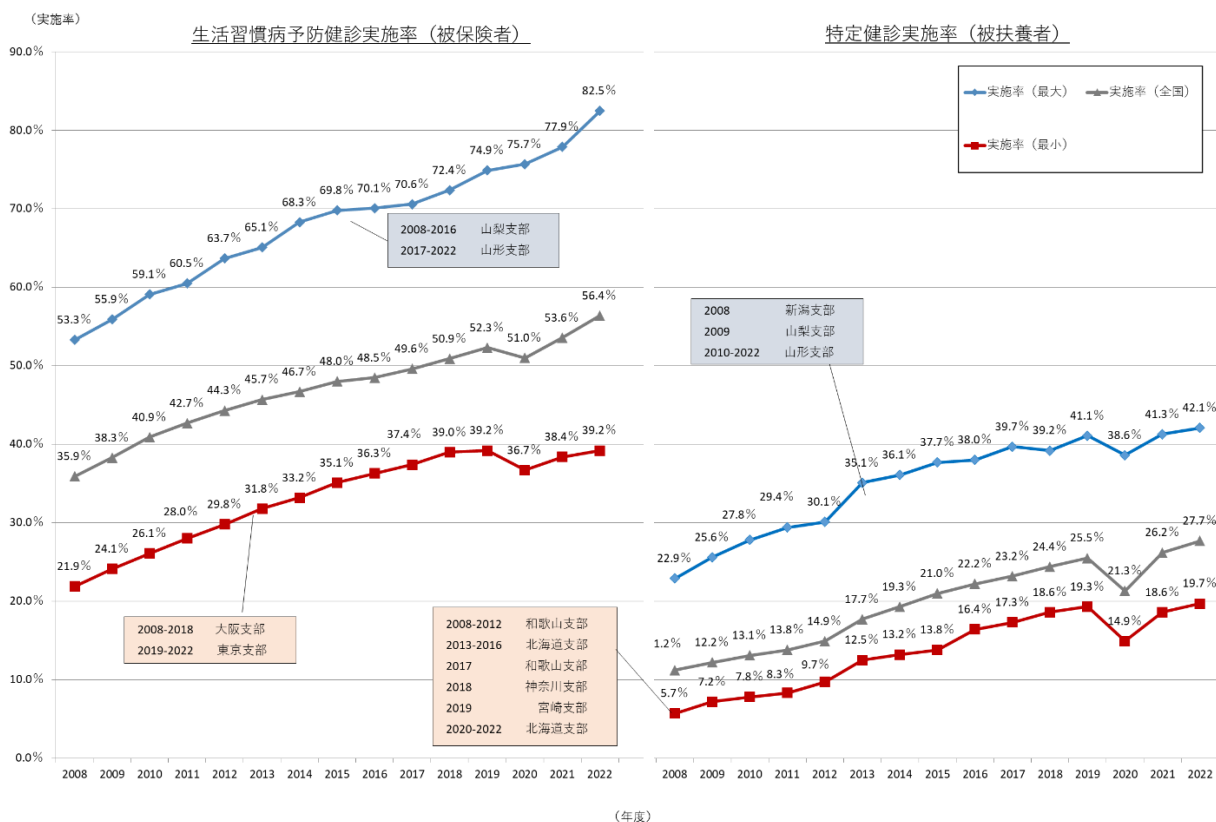


③ 健診実施率の推移

図表 4-52 は、2008（平成 20）年度以降の生活習慣病予防健診（被保険者）と特定健診（被扶養者）の支部ごとの実施率の最大値及び最小値並びに全国の実施率の推移を示したものです。

2022 年度の生活習慣病予防健診実施率は、最大は山形支部の 82.5%、最小は東京支部の 39.2%、全国では 56.4%です。また、特定健診実施率は、最大は山形支部の 42.1%、最小は北海道支部の 19.7%、全国では 27.7%です。健診実施率については、2019 年度までは、適用拡大や健康保険組合の解散等により、分母となる健診対象者が大幅に増加する中で、保健事業に関する各種取組の推進により、着実に上昇（増加）していました。2020 年度は新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、健診を一時中止したこと等から、下降（減少）に転じましたが、2022 年度は新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえつつ、受診環境の確保・拡大に向けた取組等を進めたことから、2020 年度の落ち込みから回復し、過去最高の実施率となっています。

〔(図表 4-52) 健診実施率の推移〕



(地域間差異の解消に向けた課題の抽出)

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

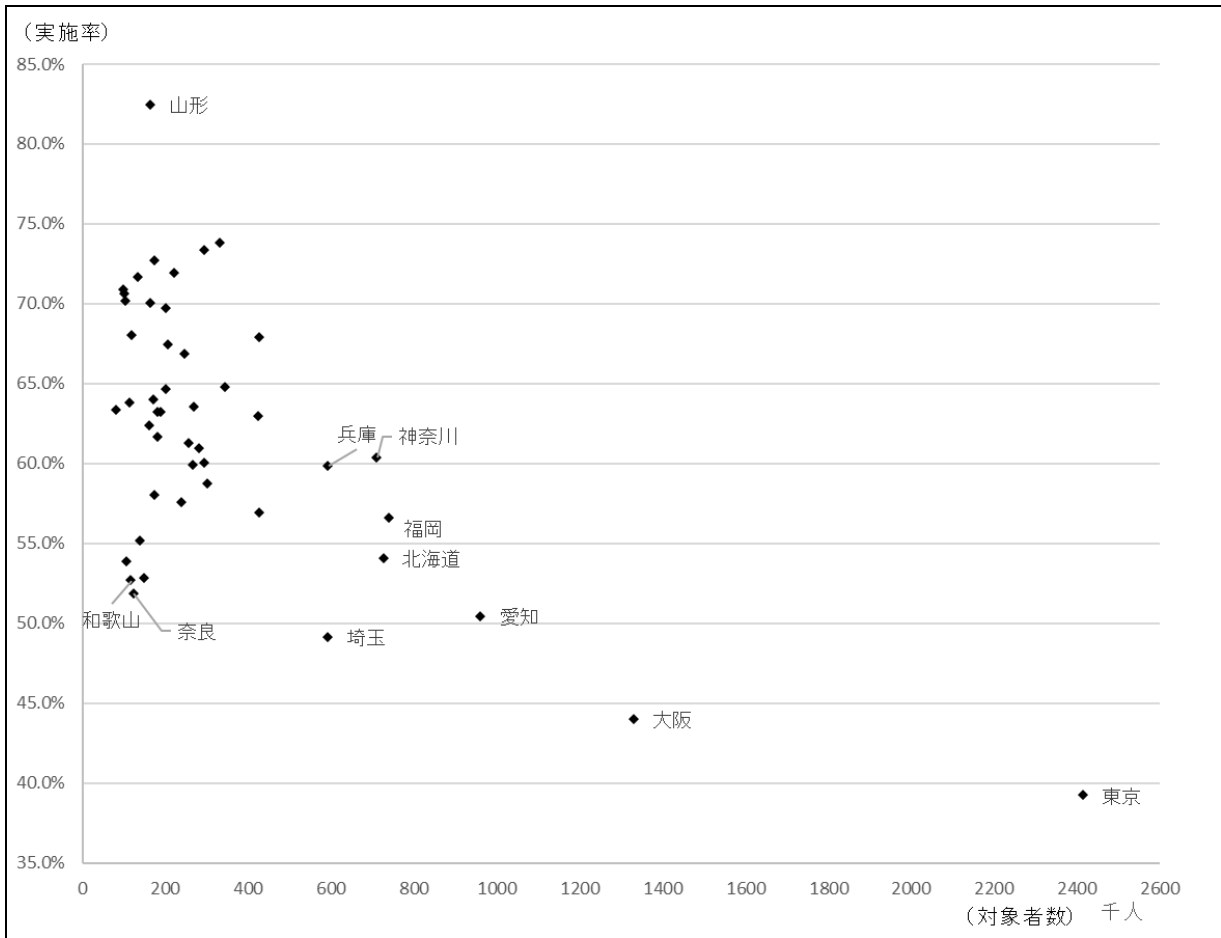
事業所等への効率的かつ効果的な受診勧奨の実施にあたっては、実施率への影響が大きいと見込まれる事業所等の選定・抽出に加え、経年的に未受診の事業所等を選定・抽出できるよう、抽出機能の改善を図り、重点的・優先的な受診勧奨の実施を推進しました。

また、本部から支部に対して、四半期ごとの実績や傾向分析の結果等を提供する際に支部における取組の好事例を共有する等、実施率の向上に向けた対策の検討等について、連携強化を図っています。

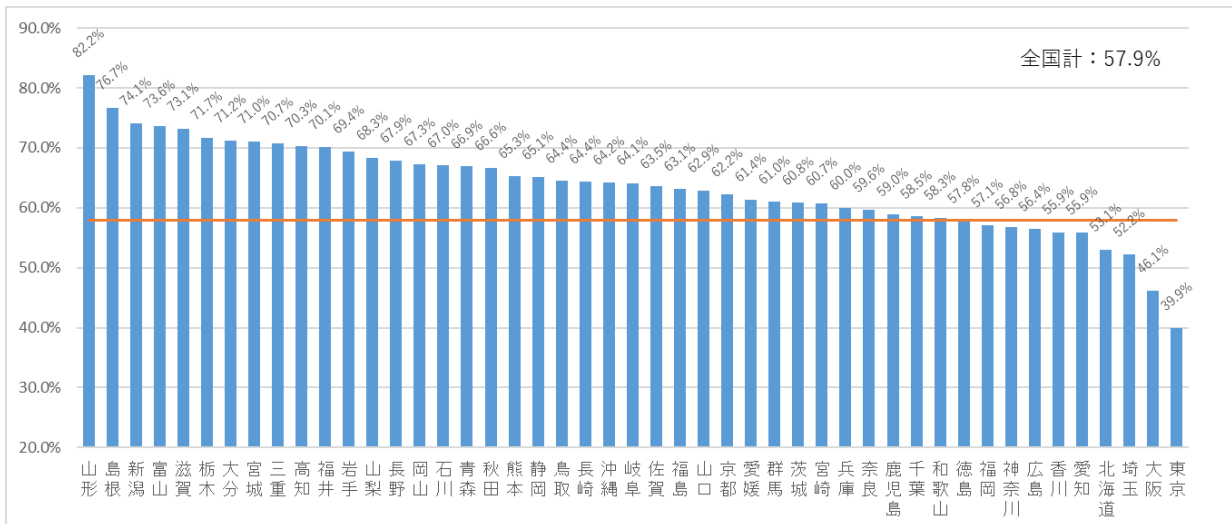
なお、健診実施率の支部間の開きは協会の設立当初から見られましたが、中・小規模支部に比べ、東京や埼玉、千葉、神奈川等の大都市圏の支部において健診実施率の分母となる健診対象者数が増加傾向にあり、健診実施率の伸びが抑えられる傾向にあります(図表 4-53 参照)。

また、後述の特定保健指導実施率についても同様の傾向が窺えます(図表 4-65 参照)。

[(図表 4-53) 特定健診対象者数と生活習慣病予防健診実施率 (被保険者)]



[(図表 4-54) 特定健診の実施率 (加入者)]



[(図表 4-55) 各支部における健診等の実施状況 (2022 年度)]

	被保険者				被扶養者		合計	
	生活習慣病予防健診 (一般健診:40~74歳)		事業者健診 データ取得		特定健診			
	人数	実施率	人数	実施率	人数	実施率	人数	実施率
北海道	393,738	54.1%	61,531	8.5%	40,736	19.7%	496,005	53.1%
青森	119,949	63.2%	24,156	12.7%	12,551	28.2%	156,656	66.9%
岩手	109,621	64.0%	24,668	14.4%	10,143	27.7%	144,432	69.4%
宮城	216,524	73.4%	20,398	6.9%	25,582	34.4%	262,504	71.0%
秋田	77,251	55.2%	29,240	20.9%	9,810	28.3%	116,301	66.6%
山形	135,519	82.5%	13,744	8.4%	14,931	42.1%	164,194	82.2%
福島	171,652	63.5%	20,935	7.7%	17,179	27.7%	209,766	63.1%
茨城	176,580	60.1%	24,686	8.4%	20,288	28.9%	221,554	60.8%
栃木	160,660	71.9%	21,016	9.4%	16,357	30.9%	198,033	71.7%
群馬	157,368	61.3%	19,825	7.7%	18,407	28.8%	195,600	61.0%
埼玉	291,672	49.1%	54,229	9.1%	38,949	27.1%	384,850	52.2%
千葉	267,791	62.9%	15,385	3.6%	25,012	24.7%	308,188	58.5%
東京	947,843	39.2%	72,057	3.0%	143,228	28.7%	1,163,128	39.9%
神奈川	429,291	60.4%	28,714	4.0%	40,515	24.4%	498,520	56.8%
新潟	244,535	73.8%	30,859	9.3%	26,486	34.8%	301,880	74.1%
富山	126,912	72.7%	17,190	9.8%	10,149	29.1%	154,251	73.6%
石川	111,674	61.7%	22,470	12.4%	12,501	33.2%	146,645	67.0%
福井	81,677	68.0%	13,445	11.2%	6,350	25.6%	101,472	70.1%
山梨	72,813	70.6%	4,208	4.1%	10,188	41.6%	87,209	68.3%
長野	160,426	59.9%	40,481	15.1%	20,387	35.1%	221,294	67.9%
岐阜	176,908	58.7%	43,924	14.6%	22,433	28.8%	243,265	64.1%
静岡	289,653	67.9%	25,459	6.0%	24,721	25.8%	339,833	65.1%
愛知	485,244	50.4%	118,823	12.3%	73,298	29.4%	677,365	55.9%
三重	140,947	69.7%	22,023	10.9%	15,603	31.1%	178,573	70.7%
滋賀	97,183	71.6%	13,862	10.2%	13,949	39.6%	124,994	73.1%
京都	223,592	64.7%	21,136	6.1%	26,552	29.2%	271,280	62.2%
大阪	585,759	44.0%	102,981	7.7%	96,279	26.0%	785,019	46.1%
兵庫	355,107	59.9%	52,426	8.8%	44,235	27.7%	451,768	60.0%
奈良	64,031	51.8%	19,427	15.7%	12,551	33.5%	96,009	59.6%
和歌山	61,977	52.7%	17,521	14.9%	8,327	25.3%	87,825	58.3%
鳥取	51,833	63.3%	7,734	9.4%	4,239	24.7%	63,806	64.4%
島根	70,297	70.8%	13,956	14.1%	7,358	36.4%	91,611	76.7%
岡山	171,281	60.9%	44,965	16.0%	17,806	26.8%	234,052	67.3%
広島	243,660	56.9%	30,851	7.2%	25,555	24.6%	300,066	56.4%
山口	101,585	58.0%	23,113	13.2%	12,584	29.2%	137,282	62.9%
徳島	57,826	53.9%	11,726	10.9%	7,044	27.9%	76,596	57.8%
香川	79,389	52.8%	14,766	9.8%	10,383	28.4%	104,538	55.9%
愛媛	130,476	64.7%	10,139	5.0%	15,598	29.6%	156,213	61.4%
高知	73,071	70.1%	9,036	8.7%	6,235	29.1%	88,342	70.3%
福岡	418,312	56.6%	67,533	9.1%	45,693	23.9%	531,538	57.1%
佐賀	72,449	63.8%	10,680	9.4%	6,889	24.5%	90,018	63.5%
長崎	114,986	63.2%	19,157	10.5%	12,125	26.8%	146,268	64.4%
熊本	164,732	66.8%	17,713	7.2%	14,726	26.5%	197,171	65.3%
大分	116,140	70.0%	18,397	11.1%	13,347	31.9%	147,884	71.2%
宮崎	101,874	62.4%	10,981	6.7%	7,912	22.3%	120,767	60.7%
鹿児島	137,526	57.5%	25,181	10.5%	12,834	21.9%	175,541	59.0%
沖縄	140,509	67.4%	11,723	5.6%	15,244	29.1%	167,476	64.2%
その他			93,331	0.6%			93,331	0.6%
合計	9,179,843	56.4%	1,437,801	8.8%	1,093,269	27.7%	11,710,913	57.9%

注)その他は、日本郵政グループから取得した健診結果データの取込数である。

ii) 特定保健指導の実施率及び質の向上

特定健診の結果、メタボリックシンドロームのリスクがあり、生活習慣の改善が必要な40歳以上の加入者には、「特定保健指導」を行っています。また、40歳以上でメタボリックシンドロームのリスクはないものの高血圧や高血糖、脂質異常等のリスクがある方や、40歳未満でメタボリックシンドロームのリスクがある方等、特定保健指導に該当しない方にも保健指導³¹を実施しています。

〔(図表 4-56) 特定保健指導の実績〕

		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	前年度比 (増減)
被 保 険 者	保健指導対象者数	1,785,562人	1,925,493人	1,967,887人	2,031,511人	2,038,259人	6,748人
	実績評価者数	296,194人	346,992人	305,886人	369,942人	370,373人	431人
	実施率	16.6%	18.0%	15.5%	18.2%	18.2%	0.0%
被 扶 養 者	保健指導対象者数	91,645人	95,253人	81,993人	95,352人	90,079人	▲ 5,273人
	実績評価者数	4,956人	11,210人	10,780人	12,236人	13,939人	1,703人
	実施率	5.4%	11.8%	13.1%	12.8%	15.5%	2.7%
加 入 者	保健指導対象者数	1,877,207人	2,020,746人	2,049,880人	2,126,863人	2,128,338人	1,475人
	実績評価者数	301,150人	358,202人	316,666人	382,178人	384,312人	2,134人
	実施率	16.0%	17.7%	15.4%	18.0%	18.1%	0.1%

2022年度の特定保健指導実施率(加入者)は18.1%となり、第3期特定健康診査等実施計画における2022年度実施率目標(29.0%)を達成できませんでした。特定保健指導の重要性の周知不足や利用案内が対象者に行き届いていないこと、健診当日に初回面談を実施できる健診機関への外部委託が進まないこと等が主な要因です。

このため、特定健診から特定保健指導、重症化予防に至る一連の流れを加入者にご理解いただけるよう、一貫したコンセプトに基づいたパンフレット等の活用や、質を確保しつつ外部委託の更なる推進を図り、健診・保健指導を一貫して実施することができるよう健診当日の初回面談の実施をより一層推進するとともに、健康意識が高まる健診当日や健診結果提供時における効果的な利用案内について、2023年度パイロット事業等の成果を踏まえ、全国展開を図ることとしています。

① 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、メタボリックシンドロームのリスクがあり、生活習慣の改善が必要な40歳以上の被保険者には特定保健指導を行っています。

ア) 2022年度の実績について

2022年度の被保険者の特定保健指導実施率は、2021年度の実施率と同率の18.2%となり

³¹ 医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識していただく他、医療機関への受診の必要性はないものの検査値に異常が見られる対象者には、検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣のアドバイスや、健診結果に基づき自らの病気のリスクを自分自身の問題として認識してもらえるよう、必要な情報提供を実施しています。

ました。また、実施者数は、初回面談実施者数 476,075 人、実績評価者数 370,373 人となっており、それぞれ 2021 年度から、18,465 人 (4.0%)、431 人 (0.1%) 増加しましたが、KPI (30.1%以上) は達成できませんでした (図表 4-57、4-58 参照)。

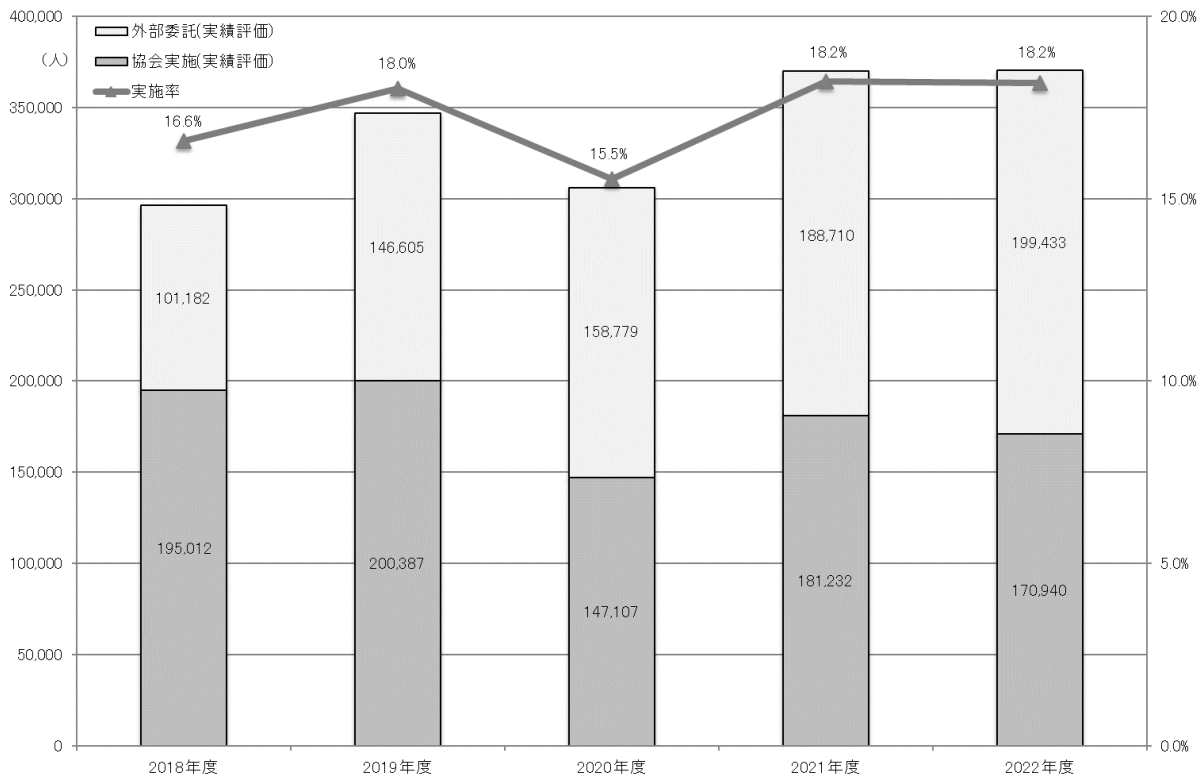
これまでの支部の取組により実施数は向上してはいるものの、依然として目標値との乖離が大きく、第 3 期特定健康診査等実施計画の最終年度である 2023 年度の実施率目標値 35% の達成に向けて、より一層取組を強化していく必要があります。

【(図表 4-57) 被保険者の保健指導の実績 ①】

		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	前年度比 (増減)	
保健指導対象者数		1,785,562人	1,925,493人	1,967,887人	2,031,511人	2,038,259人	6,748人	
特定 保健 指導	初回 面談	協会実施	236,598人	232,832人	188,806人	214,931人	211,944人	▲ 2,987人
		外部委託	148,864人	196,542人	208,616人	242,679人	264,131人	21,452人
		計	385,462人	429,374人	397,422人	457,610人	476,075人	18,465人
	実績 評価	協会実施	195,012人	200,387人	147,107人	181,232人	170,940人	▲ 10,292人
		外部委託	101,182人	146,605人	158,779人	188,710人	199,433人	10,723人
		計	296,194人	346,992人	305,886人	369,942人	370,373人	431人
	実施率		16.6%	18.0%	15.5%	18.2%	18.2%	0.0%
その他保健指導※		73,898人	71,001人	124,746人	140,657人	133,186人	▲ 7,471人	
保健指導 人員体制	保健師	470人	467人	455人	426人	418人	▲ 8人	
	管理栄養士	242人	252人	254人	246人	240人	▲ 6人	
	計	712人	719人	709人	672人	658人	▲ 14人	

※ 「その他の保健指導」とは、特定保健指導対象者以外の方への保健指導です。

【(図表 4-58) 被保険者の特定保健指導の実績 ②】



イ) 2022年度の実施率及び質の向上に向けた主な取組

協会では、特定保健指導実施率の向上を図るため、各種ツールを活用した特定保健指導の利用勧奨を行うとともに、2018年度からの特定保健指導の制度見直しを契機とした外部委託の更なる推進、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔面談の実施、積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施及び特定保健指導の質を向上させるための取組等を行っています。

また、道路貨物運送業等、職務上の性質から時間や場所に制約の多い業態では、特定保健指導実施率が低い傾向にあることから、後述のコラボヘルスの推進において、2021年度に引き続き、業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）に対し、特定健診・特定保健指導の実施率等の向上に向けた広報等の協力依頼を行いました。

（各種ツールを活用した特定保健指導の利用勧奨）

協会では、事業所との距離をできるだけ縮め、健康づくりや医療費に対する認識を深めていただくため、支部の幹部職員を中心に勧奨体制を作り、事業所への訪問を実施しています。

その中で、事業所規模別・業態別等の実施率、それらが実施率に与えている影響度等を「見える化」した前述の「健診・保健指導カルテ」や、事業主の方々に自社の健診受診率や健診結果、医療費の相対的な位置付けについて認識いただくために作成している、後述の「事業所カルテ」を活用して、特定保健指導の利用勧奨を進めています。これらのツールについては、特定保健指導の利用勧奨のほか、事業所単位での健康づくりの取組の動機付けにも活用しています。

（外部委託の推進）

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

健診機関で健診当日に初回面談を実施することで、受診者の健康意識が高い状態で効果的な特定保健指導を実施することができ、受診者の利便性も高まることから、協会では、健診当日に初回面談を実施する健診機関への外部委託を積極的に推進しています。

また、特定保健指導の制度見直しにより、2018年度から、健診当日に一部の健診結果が揃わない場合であっても初回面談の分割実施が可能とされたことから、すべての健診機関で健診当日の初回面談が対応可能となりました。2022年度においても、健診当日の初回面談に対応していない健診機関に対し、健診当日の初回面談を実施していただくよう働きかけを行うとともに、既に健診当日の初回面談に対応している健診機関には、更に積極的に実施していただくために、支部の幹部職員等による健診機関への訪問を実施し、実施体制の状況を確認した上で、積極的な働きかけを行いました。

本部においても、特定保健指導実施に係る契約未締結の健診機関や、契約締結済の健診機関のうち特定保健指導実施率が低い健診機関に対する支部からのアプローチを円滑に実施できるようにするため、関係団体³²に協力依頼を行い、健診当日の特定保健指導の推進についてご協力いただくよう、関係団体から会員の健診機関に周知を行っていただきました。

また、各支部が自支部の契約している健診機関の特定保健指導の実施状況を分析し、初回面談の実施率等が低い健診機関に対し取組の強化を促すとともに、健診機関別の予定件数について具体的な計画を策定する際に活用することを目的として、健診機関別の特定保健指導に係る実績を取りまとめ、全支部に提供しています。2022年度は、特定保健指導実施に係る契約未締結の健診機関に関する情報も掲載し、契約締結に向けた働きかけにも活用できるようにしました。

こうした働きかけの効果もあり、2022年度の健診機関における特定保健指導の委託機関数1,378機関（対前年度67機関増）のうち、健診当日に初回面談の実施が可能な機関数は1,271機関（対前年度76機関増）となり、委託機関の約92.2%（対前年度1.0%ポイント増）を占めています。なお、このうち健診当日に初回面談を完了（一括実施）できる機関は1,040機関（対前年度69機関増）です（図表4-59参照）。

健診機関や保健指導専門機関への外部委託による実施者数は、初回面談実施者数264,131人、実績評価実施者数199,433人となっており、それぞれ前年度から、21,452人(8.8%)、10,723人(5.7%)増加しています。このほか、協会の保健師及び管理栄養士が事業所訪問により初回面談を実施し、その後の継続的支援（初回面談後の継続的な支援及び実績評価）を保健指導専門機関で行う「継続的支援委託」を実施しており、2022年度は29支部（対前年度1支部増）で実施しています。

なお、健診機関や保健指導専門機関の中には、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔面談を

³² 「公益社団法人 全国労働衛生団体連合会」、「公益社団法人 日本人間ドック学会/一般社団法人 日本病院会」、「公益財団法人 結核予防会」、「一般社団法人 日本総合健診医学会」、「公益社団法人 全日本病院協会」、「公益財団法人 予防医学事業中央会」

実施している機関もあり、2022年度は遠隔による初回面談の当日実施を30支部（対前年度7支部増）、遠隔による初回面談の後日実施を46支部（対前年度2支部増）が導入しています。

〔(図表 4-59) 特定保健指導の外部委託機関数〕

(単位：機関)

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
委託契約機関数	261	577	739	779	837	862	910	980	1,178	1,192	1,263	1,311	1,378
①健診当日に、初回面談を実施する機関数	-	177	358	430	493	499	517	586	834	1,079	1,144	1,195	1,271
①-1 一括実施	-	177	358	430	493	499	517	586	715	892	930	971	1,040
①-2 分割実施	-	-	-	-	-	-	-	-	480	737	779	812	899
②後日に初回面談を実施する機関数	-	-	-	-	-	-	-	-	344	113	119	116	107

※保健指導の外部委託については、2010年度から実施。

※①-2の分割実施は、制度見直しにより平成30年度から実施可能とされた。

※①-1と①-2の合計は特定保健指導の一括実施と分割実施の両方を実施する機関（2018年度：361機関、2019年度：550機関、2020年度：565機関、2021年度：588機関、2022年度：668機関）があるため、①と一致しない。

（積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施）

2018年度からの特定保健指導の制度見直しにより、「積極的支援³³」対象者に対する特定保健指導について、支援内容や回数に捉われない弾力的な方法による特定保健指導のモデル実施が可能とされました。これにより、180ポイント³⁴以上の継続的な支援を実施していない場合であっても、一定の効果（腹囲2cm減かつ体重2kg減）が得られた場合（以下、「モデル要件」という。）は「積極的支援」を終了できるようになりました。

協会では、協会の保健師及び管理栄養士が実施する「積極的支援」において、モデル要件による終了時点の支援ポイント数を検証する「ポイント検証モデル」を実施³⁵しており、2022年度に、ポイント検証モデルの対象として特定保健指導を実施した37,606人のうち、11,256人（29.9%）がモデル要件で終了しています。

2020年度に実施した効果検証の結果では、階層化レベルの改善率（前年度積極的支援対象者が動機付け支援対象者又は情報提供（服薬なし）へ移行）は、モデル要件で終了した者が最も高い結果であり、次年度健診では、特定保健指導終了時と比較して若干の体重の戻りはありましたが、一定の減量効果が継続していることが確認できました（図表 4-60、4-61 参照）。

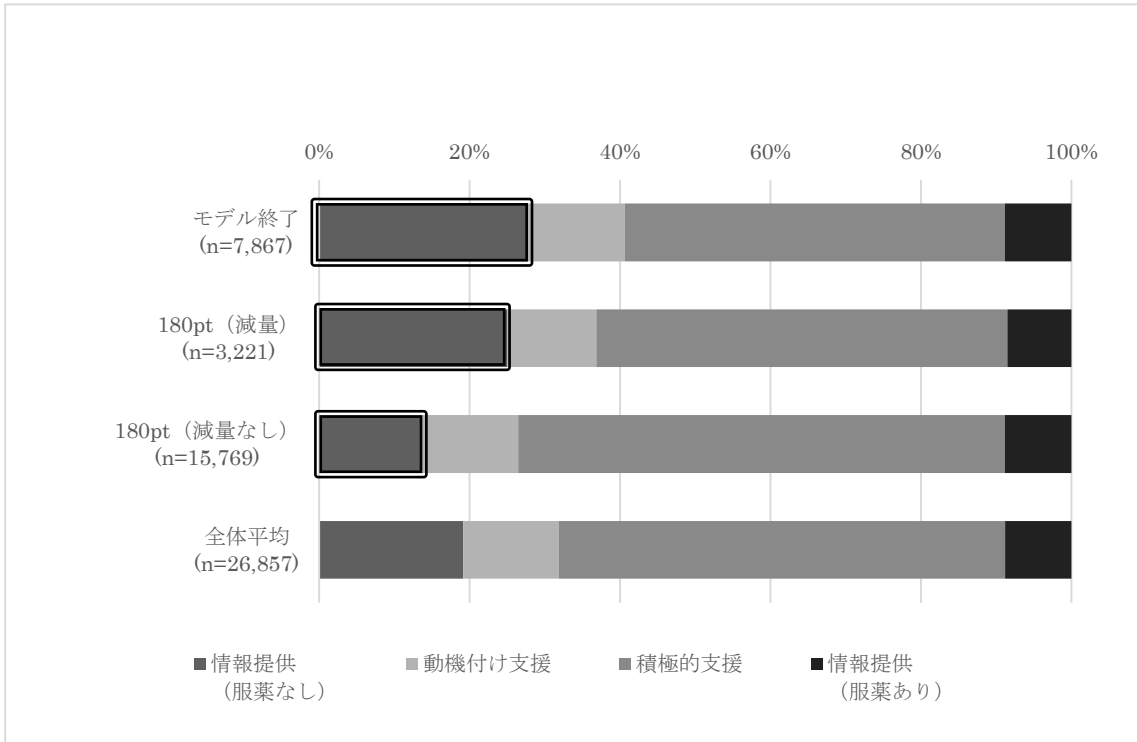
³³ 特定保健指導は、生活習慣病のリスク数に応じて、生活習慣等の行動変容に向けてきめ細かく継続的に支援する「積極的支援」と、行動目標の設定やその評価を支援する「動機付け支援」に分かれます。

³⁴ 2023年度までの第3期特定健康診査等実施計画における「積極的支援」の終了要件等については、厚生労働省が策定する「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」において、「ポイント制を導入し、180ポイント以上の支援を実施することを必須とする」ことが示されています（例、個別支援（面談）10分：40ポイント、電話支援5分：15ポイント）。

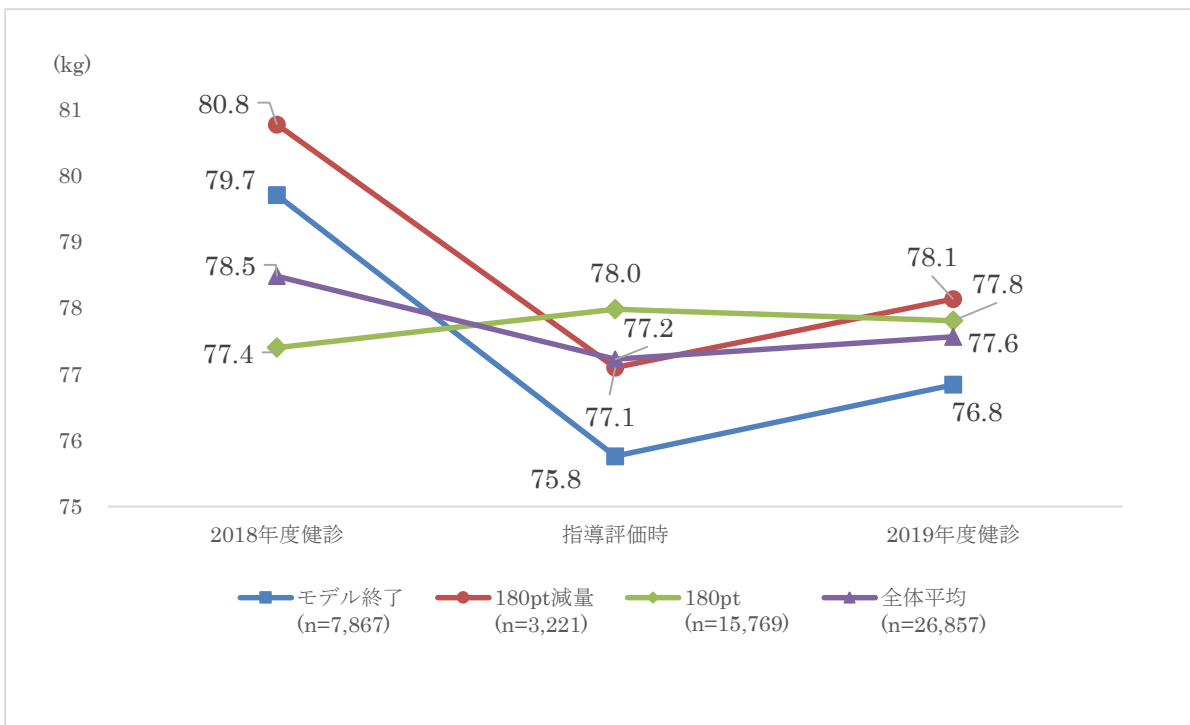
³⁵ ポイント検証モデルとは別に、2019年度まで一部の支部においては、従前の特定保健指導ではポイント数に算定されなかった新たな特定保健指導の手法を検証する「新手法検証モデル」として、付加価値のある初回面談を行う「初回重点型」、アプリ等のツールを活用する「自己管理型」の2つの方法で実施していました。

後述の特定保健指導の質を向上させるための取組を見据え、引き続き、全支部において「ポイント検証モデル」を実施するとともに、結果の出せる特定保健指導の好事例の収集・分析に努めていきます。

【(図表 4-60) 階層化レベルの改善率】



【(図表 4-61) 体重の改善度】



（特定保健指導の質を向上させるための取組）

特定健診・特定保健指導は、メタボリックシンドロームと呼ばれる内臓脂肪の蓄積が、高血圧や高血糖、脂質異常を引き起こす共通因子であることに着目し、その該当者や予備群を減らしていくためのハイリスクアプローチです。そのような観点から、2024年度からの3年間の中期行動計画である次期アクションプランを見据え、特定保健指導の実施率に加えて、特定保健指導の成果に着目した取組を進めています。

また、2024年度から第4期特定健康診査等実施計画が開始されることを見据え、これまでの取組の実績やその評価等を踏まえた効率的・効果的な実施方法等や、科学的な知見を踏まえた特定健診・特定保健指導に関する技術的な事項についての検討を行うため、協会を含む保険者の代表者等で構成された「第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会」が厚生労働省に設置されました。協会からは、特定保健指導の質の担保やアウトカム指標の導入等に関する発言を行いました。

〔(図表 4-62) 『第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会』における協会の主な発言〕

質の向上	特定保健指導が対象者の行動変容、健康状態の改善に繋がっているかが重要。結果の出せている保健指導の好事例をしっかりと収集・分析し、保健指導の備えるべき要素の標準化も検討すべき。 特定保健指導のより一層の質の向上に向けて、国・保険者と並んで、職能団体である日本看護協会・日本栄養士会においても、好事例の収集、そしてそれを踏まえた研修の実施などに積極的に取り組んでいただきたい。
アウトカム指標の導入	実施率というアウトプットだけでなく、アウトカムに係る評価指標を設定していただくことが、保険者の保健指導の質を高めるとともに、保健指導の外部委託先を選定するにあたって参考にもできるものと考えている。 メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を減らすという観点から、「腹囲2センチ・体重2キロ減」や「腹囲1センチ・体重1キロ減」が、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を減らすことと、医学的にどのようなエビデンスや因果関係を持つのか。それを明らかにした上で、わかりやすく国民に説明していく必要がある。 アウトカム指標の一つとして行動変容の変化を評価する場合にも、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を減らすために最も有効な行動変容に着目すべき。
ICT を活用した特定保健指導の推進	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少に繋がった効果のある保健指導の「見える化」について、早急に成功事例を分析し、保健指導の質の向上に繋がる諸要素を明らかにした上で、その要素に合致したICT やアプリを導入すべき。

これらの議論を経て、第3回の検討会（2022年10月12日開催）における議論のまとめでは、「アウトカム指標の導入」、「『見える化』の推進」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」等が示されました。これらのうち、「アウトカム指標の導入」については、現在の第3期特定健康診査等実施計画では、特定保健指導の介入量のみによる評価となっていますが、2024年度からの第4期特定健康診査等実施計画では、特定保健指導の実績評価にアウトカム指標が導入され、主要達成目標を「腹囲2センチかつ体重2キロ減」とし、生活習慣病予防につながる行動変容や「腹囲1センチかつ体重1キロ減」をその他目標として設定が可能となるなど、特定保健指導の評価体系が見直されることとなりました。協会としても、関係団体等の動向も注視しつつ、研修内容の充実を図り、結果の出せる特定保健指導に努めていきます。

② 被扶養者の保健指導

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

ア) 2022年度の実績について

2022年度の被扶養者の特定保健指導実施率は15.5%となり、2021年度の実施率12.8%から2.7%ポイント増加しました。また、実施者数は、初回面談実施者数16,226人、実績評価者数13,939人となっており、それぞれ2021年度から、931人(6.1%)、1,703人(13.9%)増加し、KPI(14.7%以上)を達成しました。被扶養者の特定保健指導の実施にあたっては、2018年度から、健診当日に一部の健診結果が揃わない場合であっても初回面談の分割実施が可能とされたことを踏まえ、健診機関への委託による実施に加え、集団健診の実施会場で特定保健指導も実施する取組を進めていること等により、2019年度以降、実施率は大きく上昇しています(図表4-63参照)。

〔図表4-63〕被扶養者の特定保健指導の実績

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	前年度比 (増減)
初回面談	7,090人	14,866人	11,678人	15,295人	16,226人	931人
実績評価	4,956人	11,210人	10,780人	12,236人	13,939人	1,703人
実施率	5.4%	11.8%	13.1%	12.8%	15.5%	2.7%

イ) 2022年度の実施率向上に向けた主な取組

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

特定保健指導の実施にあたっては、健診機関や保健指導専門機関への委託による実施のほか、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区町村と連携しながら推進するとともに、地域の公民館等における集団健診等、様々な機会を提供することにより、

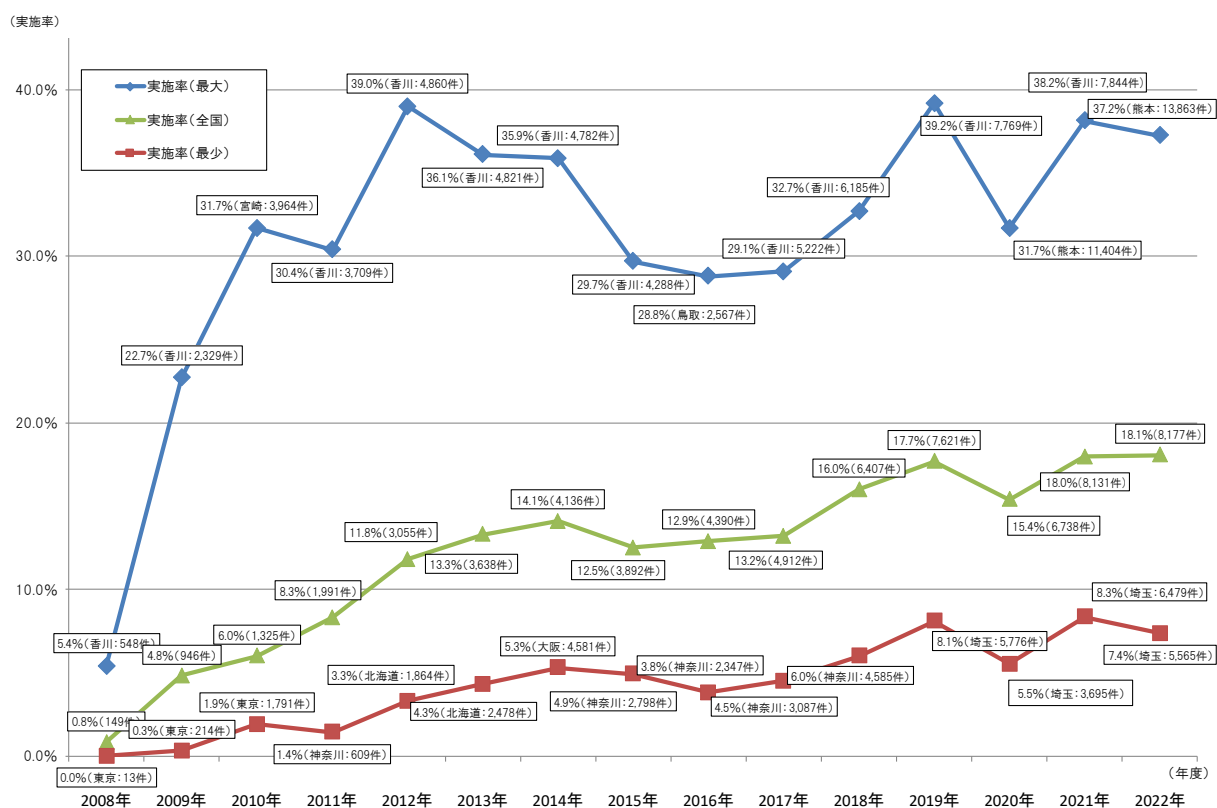
利用者の利便性の向上に努めています。

③ 特定保健指導実施率の推移

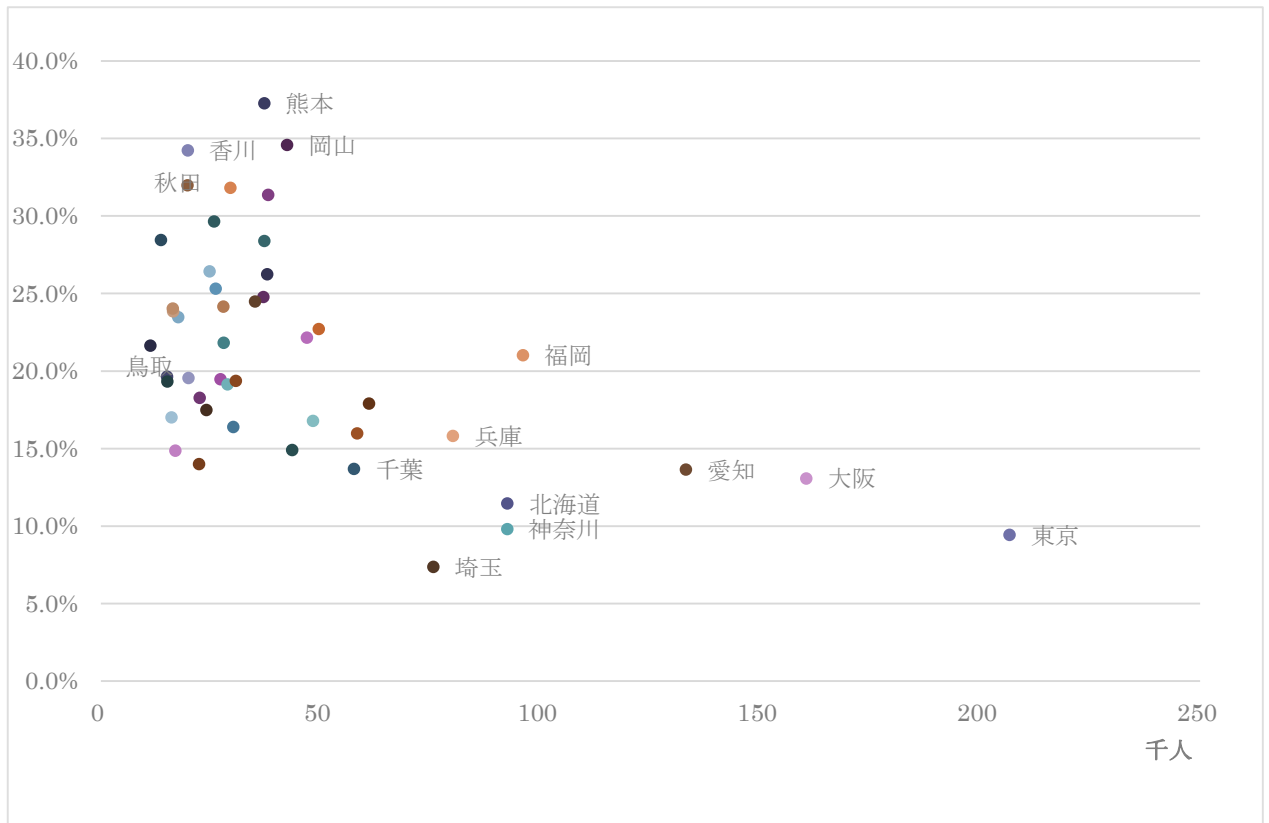
図表 4-64 は、2008 年度以降の特定保健指導（加入者）の支部ごとの実施率の最大値及び最小値並びに全国の実施率の推移を示したものであり、2022 年度は、最大は熊本支部の 37.2%、最小は埼玉支部の 7.4%、全国では 18.1%です。

2020 年度は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため、2020 年 4 月から 2020 年 5 月まで、緊急事態宣言対象地域等で実施する対面による特定保健指導を中止したこと等により全国的に実施率が低下しましたが、2021 年度は新型コロナウイルス感染症の感染防止対策を徹底するとともに、健診当日の初回面談の推進等により実施率が回復し、2022 年度は過去最高の実施率となっています。

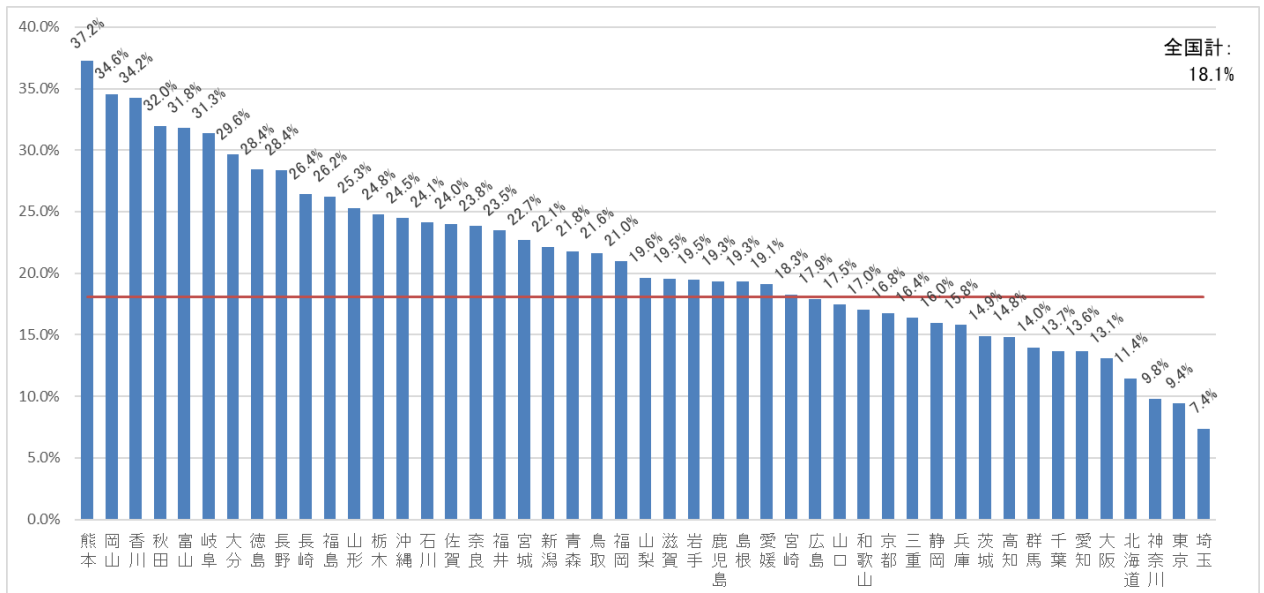
〔(図表 4-64) 特定保健指導実施率の推移（加入者）〕



[(図表 4-65) 特定保健指導対象者数と特定保健指導実施率 (加入者)]



[(図表 4-66) 特定保健指導の実施率 (加入者)]



〔(図表 4-67) 各支部における特定保健指導の実績 (2022 年度)〕

	被保険者						被扶養者				合計				外部委託機関		
	初回面談			実績評価			初回面談		実績評価		初回面談		実績評価		契約 機関数	健診当日実施	
	実施人数	外部委託 (再掲)	実施率	実施人数	外部委託 (再掲)	実施率	実施人数	実施率	実施人数	実施率	実施人数	実施率	実施人数	実施率		一括	分割
北海道	13,710	(8,924)	15.4%	9,707	(6,111)	10.9%	976	29.1%	872	26.0%	14,686	15.9%	10,579	11.4%	38	27	23
青森	8,372	(3,076)	31.2%	5,981	(2,344)	22.3%	175	15.4%	109	9.6%	8,547	30.6%	6,090	21.8%	9	6	6
岩手	6,700	(2,122)	25.7%	5,263	(1,775)	20.2%	43	3.7%	34	2.9%	6,743	24.8%	5,297	19.5%	11	7	10
宮城	13,801	(7,750)	29.3%	10,988	(5,703)	23.4%	265	10.5%	259	10.3%	14,066	28.4%	11,247	22.7%	29	23	24
秋田	7,657	(1,094)	40.5%	6,166	(842)	32.6%	151	17.7%	147	17.2%	7,808	39.5%	6,313	32.0%	7	6	2
山形	8,967	(4,750)	36.0%	6,519	(3,430)	26.1%	113	9.5%	94	7.9%	9,080	34.7%	6,613	25.3%	17	13	5
福島	11,963	(3,755)	33.1%	9,793	(2,755)	27.1%	170	9.9%	136	7.9%	12,133	32.1%	9,929	26.2%	45	37	31
茨城	7,005	(1,337)	16.9%	6,383	(1,319)	15.4%	121	5.8%	108	5.1%	7,126	16.4%	6,491	14.9%	21	17	13
栃木	11,144	(6,776)	31.3%	8,891	(5,875)	25.0%	348	25.4%	265	19.3%	11,492	31.1%	9,156	24.8%	13	12	9
群馬	6,038	(3,233)	16.7%	5,216	(2,650)	14.4%	108	6.5%	80	4.8%	6,146	16.2%	5,296	14.0%	22	17	17
埼玉	6,199	(2,785)	8.6%	4,954	(2,230)	6.9%	650	18.9%	611	17.7%	6,849	9.1%	5,565	7.4%	35	18	28
千葉	9,181	(5,383)	16.6%	7,782	(4,424)	14.1%	102	4.5%	95	4.2%	9,283	16.1%	7,877	13.7%	22	17	16
東京	24,256	(20,870)	12.4%	18,525	(15,935)	9.4%	1,122	10.8%	923	8.9%	25,378	12.3%	19,448	9.4%	76	49	55
神奈川	11,530	(7,414)	12.9%	8,651	(5,423)	9.7%	624	20.8%	398	13.2%	12,154	13.2%	9,049	9.8%	56	40	30
新潟	11,788	(5,477)	26.3%	10,192	(4,653)	22.8%	215	10.0%	193	9.0%	12,003	25.6%	10,385	22.1%	21	20	13
富山	11,385	(6,438)	39.8%	9,182	(5,044)	32.1%	183	19.9%	203	22.1%	11,568	39.2%	9,385	31.8%	28	28	24
石川	7,417	(4,088)	27.6%	6,640	(3,526)	24.7%	100	9.5%	94	8.9%	7,517	26.9%	6,734	24.1%	30	21	6
福井	4,658	(956)	27.2%	3,904	(979)	22.8%	132	26.3%	224	44.7%	4,790	27.2%	4,128	23.5%	12	6	2
山梨	3,934	(989)	27.7%	2,851	(812)	20.1%	72	7.9%	113	12.4%	4,006	26.5%	2,964	19.6%	10	10	5
長野	13,221	(4,107)	36.8%	10,262	(2,883)	28.5%	325	25.7%	302	23.8%	13,546	36.4%	10,564	28.4%	34	32	13
岐阜	12,837	(6,540)	35.4%	11,448	(5,566)	31.5%	555	31.2%	484	27.2%	13,392	35.2%	11,932	31.3%	33	21	19
静岡	12,344	(9,062)	21.9%	9,071	(6,090)	16.1%	327	18.1%	235	13.0%	12,671	21.7%	9,306	16.0%	46	38	38
愛知	24,084	(17,127)	18.9%	17,415	(13,148)	13.7%	847	14.9%	727	12.8%	24,931	18.7%	18,142	13.6%	125	79	97
三重	5,944	(3,219)	20.6%	4,677	(2,249)	16.2%	286	22.0%	265	20.4%	6,230	20.7%	4,942	16.4%	23	20	19
滋賀	3,788	(801)	20.4%	3,547	(661)	19.1%	426	31.3%	350	25.7%	4,214	21.1%	3,897	19.5%	18	8	8
京都	9,975	(5,685)	21.6%	7,821	(4,040)	16.9%	340	17.2%	267	13.5%	10,315	21.4%	8,088	16.8%	36	25	27
大阪	25,831	(21,962)	16.9%	19,700	(16,860)	12.9%	1,431	19.4%	1,253	17.0%	27,262	17.0%	20,953	13.1%	76	52	59
兵庫	16,711	(8,678)	21.7%	12,406	(5,931)	16.1%	396	12.4%	250	7.8%	17,107	21.4%	12,656	15.8%	45	33	38
奈良	3,982	(363)	25.9%	3,649	(277)	23.7%	310	29.0%	269	25.2%	4,292	26.1%	3,918	23.8%	11	6	9
和歌山	3,378	(885)	21.9%	2,556	(640)	16.6%	181	27.0%	177	26.4%	3,559	22.1%	2,733	17.0%	10	6	7
鳥取	3,173	(1,063)	29.2%	2,415	(895)	22.2%	21	5.4%	20	5.2%	3,194	28.4%	2,435	21.6%	6	5	2
島根	3,017	(2,988)	20.7%	2,653	(1,927)	18.2%	330	57.0%	273	47.2%	3,347	22.1%	2,926	19.3%	7	3	3
岡山	16,803	(9,768)	41.2%	14,131	(8,105)	34.7%	679	42.1%	521	32.3%	17,482	41.2%	14,652	34.6%	48	37	28
広島	14,568	(8,731)	24.7%	10,524	(5,216)	17.9%	353	16.7%	396	18.8%	14,921	24.4%	10,920	17.9%	40	33	21
山口	4,770	(1,288)	20.8%	4,051	(1,293)	17.7%	273	25.1%	144	13.2%	5,043	21.0%	4,195	17.5%	21	15	7
徳島	4,775	(588)	36.5%	3,775	(637)	28.9%	105	16.3%	128	19.8%	4,880	35.5%	3,903	28.4%	9	8	7
香川	7,224	(2,514)	38.5%	6,432	(2,273)	34.3%	423	40.3%	344	32.8%	7,647	38.6%	6,776	34.2%	18	16	9
愛媛	6,421	(2,750)	23.5%	4,977	(2,049)	18.2%	539	36.9%	536	36.7%	6,960	24.1%	5,513	19.1%	18	14	12
高知	3,691	(806)	22.8%	2,413	(564)	14.9%	157	20.7%	105	13.8%	3,848	22.7%	2,518	14.8%	8	6	4
福岡	28,590	(20,971)	31.0%	19,502	(14,275)	21.1%	806	21.7%	668	18.0%	29,396	30.6%	20,170	21.0%	98	85	72
佐賀	5,019	(2,028)	31.9%	3,870	(1,656)	24.6%	140	21.8%	63	9.8%	5,159	31.5%	3,933	24.0%	17	14	15
長崎	8,996	(3,611)	37.8%	6,338	(2,561)	26.6%	251	25.4%	210	21.2%	9,247	37.3%	6,548	26.4%	27	22	10
熊本	17,630	(14,536)	49.0%	13,599	(10,797)	37.8%	296	23.2%	264	20.7%	17,926	48.2%	13,863	37.2%	34	32	20
大分	9,117	(5,052)	36.9%	7,289	(4,074)	29.5%	341	31.4%	355	32.7%	9,458	36.7%	7,644	29.6%	23	19	17
宮崎	5,863	(936)	26.9%	4,060	(579)	18.6%	56	8.1%	45	6.5%	5,919	26.3%	4,105	18.3%	11	9	8
鹿児島	7,375	(2,526)	24.9%	5,873	(2,192)	19.8%	72	6.5%	67	6.0%	7,447	24.3%	5,940	19.3%	18	13	5
沖縄	11,243	(8,329)	33.6%	8,331	(6,165)	24.9%	290	17.0%	263	15.4%	11,533	32.8%	8,594	24.5%	16	15	6
合計	476,075	(264,131)	23.4%	370,373	(199,433)	18.2%	16,226	18.0%	13,939	15.5%	492,301	23.1%	384,312	18.1%	1,378	1040	899

iii) 重症化予防対策の推進

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

① 未治療者への受診勧奨

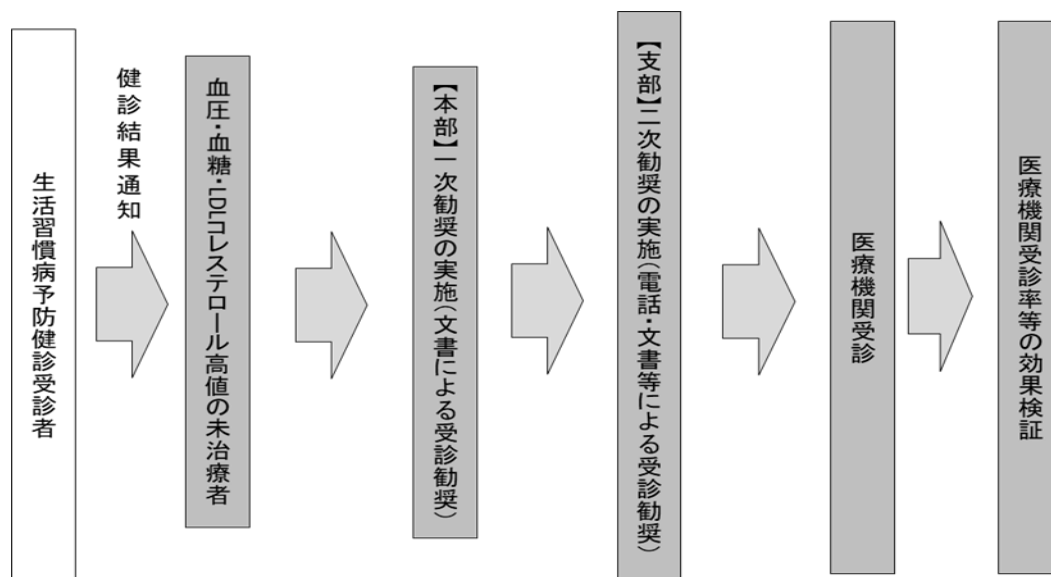
生活習慣病予防健診の結果、治療が必要と判断されながら医療機関を受診していない方に対して受診勧奨（一次勧奨、二次勧奨）を行い、確実に医療につなげることにより生活習慣病の重症化を防ぐ取組を行っています（図表 4-68 参照）。

一次勧奨は、収縮期血圧等の数値が一定基準以上（受診勧奨対象域）であった方³⁶で、健診前月から健診後 3 ヶ月までの間に医療機関を未受診かつ健診時の問診で服薬なしと回答した方を対象として、健診受診月から概ね 6 ヶ月後に医療機関への受診を勧奨する文書を本部から送付しています。

2022 年度は、2021 年 10 月から 2022 年 9 月までの間に生活習慣病予防健診を受けられた約 1,045 万人のうち、548,123 人 (5.2%) の方に一次勧奨文書を送付しました（図表 4-69 参照）。なお、2022 年 4 月以降に生活習慣病予防健診を受けられた方については、後述の LDL コレステロール値についても受診勧奨を新たに実施しました。この結果、受診勧奨の対象者数は、6 ヶ月間で 135,018 人増加しました。

二次勧奨の対象である重症域の方³⁷には、各支部において、電話・文書等の手法を交えながら、外部委託や事業所訪問等の工夫を凝らした方法で実施しています（図表 4-70 参照）。

〔図表 4-68〕 未治療者受診者勧奨の全体フロー



³⁶ ①収縮期血圧 160mmHg 以上、②拡張期血圧 100mmHg 以上、③空腹時血糖 126mg/dl 以上、④HbA1c6.5%以上、⑤LDL コレステロール 180mg/dl 以上のいずれかに該当する方

³⁷ 一次勧奨基準値の血圧・血糖・LDL コレステロールのうち、2つ以上に該当する方。又は、①収縮期血圧 180mmHg 以上、②拡張期血圧 110mmHg 以上、③空腹時血糖 160mg/dl 以上、④HbA1c8.4%以上のいずれかに該当する方

[(図表 4-69) 未治療者への受診勧奨 (一次勧奨文書発送状況)]

実施年度	実施支部	通知時期	対象	一次勧奨件数		抽出割合 (発送件数/ 健診受診者数)
					二次対象 (再掲)	
2013年度	一次:44支部 二次:18支部	初回通知 (2013年10月末) ~ 6回通知 (2014年3月末)	(2013.4健診分) ~(2013.9健診分)	122,330	12,031	約4.5%
2014年度	一次:46支部 二次:25支部(上期) 二次:29支部(下期)	初回通知 (2014年5月初) ~ 12回通知 (2015年3月末)	(2013.10健診分) ~(2014.9健診分)	243,888	37,842	約4.7%
2015年度	一次:46支部 二次:41支部(上期) 二次:42支部(下期)	初回通知 (2015年5月初) ~ 9回通知 (2016年3月末)	(2014.10健診分) ~(2015.9健診分)	238,602	54,278	約4.2%
2016年度	一次:47支部 二次:47支部	初回通知 (2016年5月初) ~ 12回通知 (2017年3月末)	(2015.10健診分) ~(2016.9健診分)	289,905	75,896	約4.0%
2017年度		初回通知 (2017年5月初) ~ 10回通知 (2018年3月末)	(2016.10健診分) ~(2017.9健診分)	321,056	83,541	約3.9%
2018年度		初回通知 (2018年5月初) ~ 12回通知 (2019年3月末)	(2017.10健診分) ~(2018.9健診分)	342,404	87,657	約3.9%
2019年度		初回通知 (2019年5月初) ~ 12回通知 (2020年3月末)	(2018.10健診分) ~(2019.9健診分)	373,845	94,544	約4.0%
2020年度		初回通知 (2020年7月初) ~ 12回通知 (2021年3月末)	(2019.10健診分) ~(2020.9健診分)	359,727	90,701	約4.0%
2021年度		初回通知 (2021年5月初) ~ 12回通知 (2022年3月末)	(2020.10健診分) ~(2021.9健診分)	426,740	107,438	約4.1%
2022年度		初回通知 (2022年5月初) ~ 12回通知 (2023年3月末)	(2021.10健診分) ~(2022.9健診分)	548,123	120,495	約5.4%

[(図表 4-70) 支部別の二次勧奨実施方法]

実施方法				実施支部	
電話	電話 (委託)	文書	訪問等		
●	●	●	●	4支部	青森 徳島 香川 鹿児島
●	●	●		5支部	茨城 栃木 神奈川 新潟 大分
●		●	●	9支部	福島 福井 長野 和歌山 岡山 愛媛 高知 長崎 沖縄
	●	●	●	1支部	三重
●	●			1支部	岐阜
●		●		10支部	宮城 群馬 富山 滋賀 京都 大阪 広島 山口 熊本 宮崎
	●	●		12支部	岩手 秋田 埼玉 千葉 石川 山梨 静岡 愛知 奈良 鳥取 福岡 佐賀
●				1支部	鳥根
		●		4支部	北海道 山形 東京 兵庫

(2021 年度生活習慣病予防健診受診者に係る一次勧奨文書発送後の医療機関受診状況等)

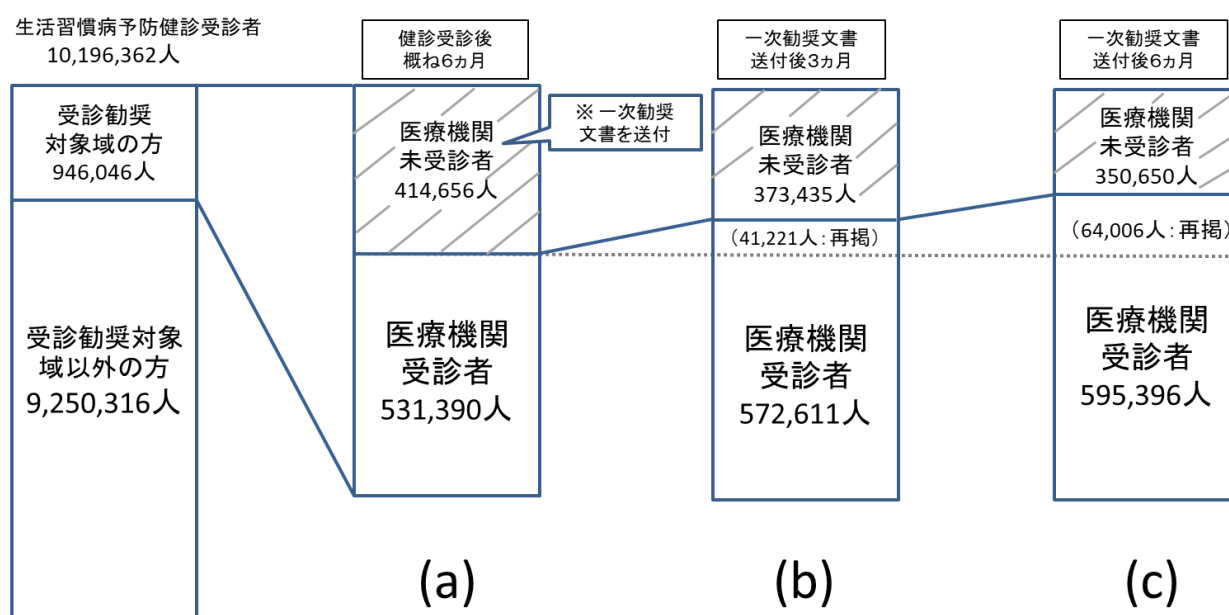
2021 年度に生活習慣病予防健診を受けた約 1,020 万人のうち、収縮期血圧等の数値が受診勧奨対象域にあった方は約 95 万人 (9.3%)、うち健診前月から健診後 3 ヶ月までの間に医療機関を未受診であった方は 414,656 人 (4.1%) でした。この 414,656 人に一次勧奨文書を送付した結果、41,221 人 (9.9%) の方が 3 ヶ月以内に医療機関を受診しました (図表 4-71、4-72 参照)。

2021 年度 KPI (一次勧奨文書送付後 3 ヶ月以内に医療機関を受診した者の割合) の 12.4% は達成できませんでしたが、一次勧奨文書送付後 6 ヶ月以内で見ると、64,006 人 (15.4%) の方が医療機関を受診しています。

なお、一次勧奨に占める二次勧奨対象者の割合を、受診勧奨対象者に該当した年数別に見ると、該当年数が長い方ほど (医療機関への受診が確認できない期間が長い方ほど)、重症域である二次勧奨対象者の割合が高い傾向にあります (図表 4-73 参照)。

これらの方々は、一定期間医療機関を受診していない、又は治療を中断している等により、生活習慣病の重症化が進むことが推定されるため、医療機関への受診を促す方途について、更に検討していくこととしています。

[(図表 4-71) 一次勧奨文書送付後 3 ヶ月間及び 6 ヶ月間の医療機関受診状況 (2021 年度健診受診者) ①]



※ 当該図表及び[図表 4-72]でお示ししている一次勧奨文書送付者 (医療機関未受診者) 414,656 人は、2021 年 4 月から 2022 年 3 月までの間に生活習慣病予防健診を受けた方の中から対象者を選定しています。なお、[図表 4-69]は、2021 年 10 月から 2022 年 9 月までの間に生活習慣病予防健診を受けた方の中から対象者を選定しているため、送付件数は一致しません。

[(図表 4-72) 一次勸奨文書送付後 3 ヶ月間及び 6 ヶ月間の医療機関受診状況 (2021 年度健診受診者) ②]

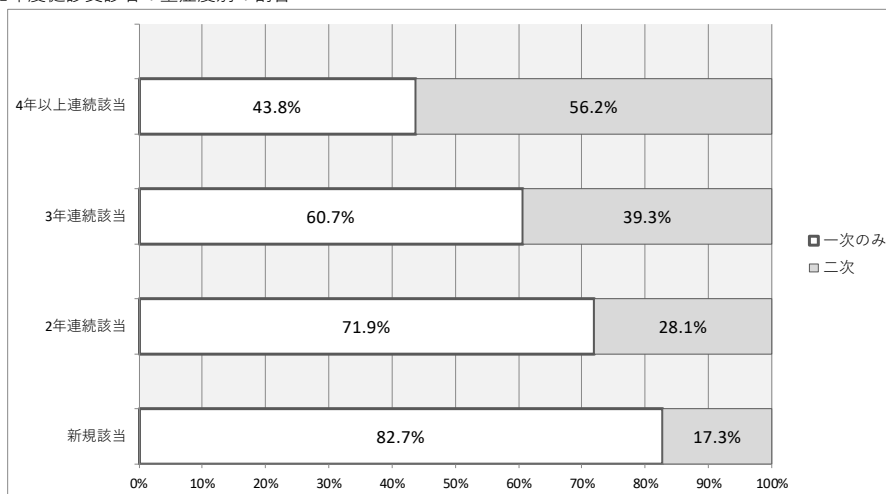
一次勸奨通知送付後3ヵ月間及び6ヵ月間の医療機関受診状況(2021年度健診受診者)

	受診勸奨通知を発送した人数	勸奨通知発送後 3ヵ月間		勸奨通知発送後 6ヵ月間			受診勸奨通知を発送した人数	勸奨通知発送後 3ヵ月間		勸奨通知発送後 6ヵ月間	
		受診者数	受診率	受診者数	受診率			受診者数	受診率	受診者数	受診率
北海道	19,233	1,534	8.0%	2,597	13.5%	滋賀	4,118	371	9.0%	611	14.8%
青森	5,113	464	9.1%	726	14.2%	京都	9,192	856	9.3%	1,383	15.0%
岩手	5,153	581	11.3%	882	17.1%	大阪	25,438	2,378	9.3%	3,797	14.9%
宮城	11,137	1,073	9.6%	1,718	15.4%	兵庫	15,926	1,517	9.5%	2,342	14.7%
秋田	3,603	353	9.8%	545	15.1%	奈良	2,589	348	13.4%	490	18.9%
山形	5,894	641	10.9%	922	15.6%	和歌山	2,964	304	10.3%	481	16.2%
福島	7,892	846	10.7%	1,268	16.1%	鳥取	2,663	280	10.5%	425	16.0%
茨城	9,426	1,234	13.1%	1,766	18.7%	島根	3,362	245	7.3%	454	13.5%
栃木	8,238	1,037	12.6%	1,446	17.6%	岡山	6,922	558	8.1%	931	13.4%
群馬	8,672	964	11.1%	1,438	16.6%	広島	10,502	881	8.4%	1,482	14.1%
埼玉	15,269	1,291	8.5%	2,120	13.9%	山口	5,328	422	7.9%	672	12.6%
千葉	13,389	1,231	9.2%	1,960	14.6%	徳島	2,143	211	9.8%	333	15.5%
東京	40,805	3,335	8.2%	5,552	13.6%	香川	3,194	284	8.9%	464	14.5%
神奈川	19,412	2,226	11.5%	3,199	16.5%	愛媛	6,360	505	7.9%	885	13.9%
新潟	8,789	954	10.9%	1,484	16.9%	高知	3,758	324	8.6%	507	13.5%
富山	5,560	705	12.7%	971	17.5%	福岡	19,318	2,348	12.2%	3,321	17.2%
石川	5,347	638	11.9%	968	18.1%	佐賀	2,908	402	13.8%	579	19.9%
福井	3,571	472	13.2%	680	19.0%	長崎	4,817	391	8.1%	710	14.7%
山梨	4,761	411	8.6%	662	13.9%	熊本	6,055	614	10.1%	977	16.1%
長野	6,933	637	9.2%	1,027	14.8%	大分	4,918	384	7.8%	684	13.9%
岐阜	7,767	793	10.2%	1,118	14.4%	宮崎	4,405	477	10.8%	736	16.7%
静岡	11,509	1,262	11.0%	2,026	17.6%	鹿児島	6,199	903	14.6%	1,270	20.5%
愛知	21,657	2,324	10.7%	3,444	15.9%	沖縄	5,922	538	9.1%	901	15.2%
三重	6,525	674	10.3%	1,052	16.1%	合計	414,656	41,221	9.9%	64,006	15.4%

※2021年度健診受診者(勸奨通知発送:2021年10月~2022年9月)の医療機関への受診状況を集計したもの。
 ※図表4-71の(a)→(b)→(c)の支部別の推移を表したもの

〔(図表 4-73) 二次勸奨の対象となる方の割合 (2019~2021 年度健診受診者)〕

○2021年度健診受診者の重症度別の割合



(1)新規・連続該当別	新規該当		2年連続該当		3年連続該当		4年以上連続該当		合計	2年以上連続該当 (再掲)
2019年度健診受診者	244,564人 (64.0%)		72,794人 (19.0%)		30,984人 (8.1%)		34,064人 (8.9%)		382,406人	137,842人 (36.0%)
2020年度健診受診者	263,476人 (64.7%)		75,414人 (18.5%)		32,784人 (8.0%)		35,816人 (8.8%)		407,490人	144,014人 (35.3%)
2021年度健診受診者	259,229人 (62.5%)		81,964人 (19.8%)		34,632人 (8.4%)		38,831人 (9.4%)		414,656人	155,427人 (37.5%)
(2)重症度別	一次のみ	二次	一次のみ	二次	一次のみ	二次	一次のみ	二次	合計 (一次のみ)	合計 (二次)
2019年度健診受診者	201,218人 (82.3%)	43,346人 (17.7%)	51,570人 (70.8%)	21,224人 (29.2%)	18,684人 (60.3%)	12,300人 (39.7%)	14,580人 (42.8%)	19,484人 (57.2%)	286,052人 (74.8%)	96,354人 (25.2%)
2020年度健診受診者	216,924人 (82.3%)	46,552人 (17.7%)	52,257人 (69.3%)	23,157人 (30.7%)	19,440人 (59.3%)	13,344人 (40.7%)	14,910人 (41.6%)	20,906人 (58.4%)	303,531人 (74.5%)	103,959人 (25.5%)
2021年度健診受診者	214,483人 (82.7%)	44,746人 (17.3%)	58,942人 (71.9%)	23,022人 (28.1%)	21,005人 (60.7%)	13,627人 (39.3%)	16,990人 (43.8%)	21,841人 (56.2%)	311,420人 (75.1%)	103,236人 (24.9%)

(LDL コレステロール値に着目した受診勸奨の実施)

第 5 期アクションプランにおいて、現役世代の循環器疾患の重症化予防対策として、LDL コレステロール³⁸値等、血圧値や血糖値以外の検査値等に着目した受診勸奨の検討を進めることとしていました。

受診勸奨項目・基準等の具体案の検討にあたっては、循環器疾患の危険因子である高血圧、喫煙、高血糖とともに、脂質異常症の診断基準として重要な数値の一つである LDL コレステロール値に着目³⁹した受診勸奨を新たに実施することについて、2022 年 1 月に協会内に設置した協会内外の専門家からなる循環器疾患の予防に着目した受診勸奨に係る有識者会議に諮り、了承を得ました(図表 4-74 参照)。これらの勸奨基準値に基づき、2022 年 4 月以降に生活習慣病予防健診を受けられた方のうち、LDL コレステロール値の受診勸奨基準値に該当した 135,018 人の方に、2022 年 10 月から受診勸奨を実施しています。

今後は、これらの効果測定を行っていくとともに、2024 年度から実施予定の被扶養者及び

³⁸ 人間の体内にある脂質の一つで、一般的に「悪玉コレステロール」と呼ばれています。血液中の LDL コレステロールが蓄積していくと、血管が細くなり血栓ができて動脈硬化を進行させ、心筋梗塞や狭心症・脳梗塞などの動脈硬化性疾患を発症するリスクが高まります。

³⁹ 健康日本 21 (第二次) (2013 年~2022 年) における「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(2013 年 7 月 10 日公表) において、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底のため、がん、糖尿病、COPD 並びに循環器疾患に対処することとされ、循環器疾患に対処するための項目の一つである「脂質異常症の減少」に関する目標としても LDL コレステロール値が掲げられています。

事業者健診データ取得者等を対象とした受診勧奨に向けて準備を進めていきます。

〔(図表 4-74) LDL コレステロール値を含めた受診勧奨基準値〕

・一次勧奨基準値

以下の基準のいずれか1つでも該当する方

血圧		血糖		LDL
収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	HbA1c	LDLコレステロール
160mmHg以上	100mmHg以上	126mg/dL以上	6.5%以上(NGSP値)	180mg/dl以上

・二次勧奨基準値

一次勧奨対象者のうち、①又は②に該当する方

- ① 一次勧奨基準値の血圧・血糖、LDL コレステロールのうち、2つ以上に該当した方
- ② 以下の基準のうち、いずれか1つでも該当する方

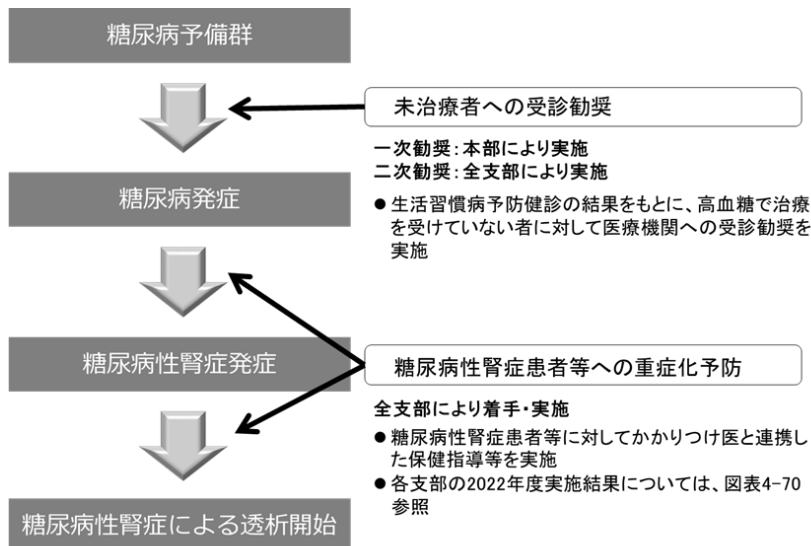
血圧		血糖	
収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	HbA1c
180mmHg以上	110mmHg以上	160mg/dL以上	8.4%以上(NGSP値)

② 糖尿病性腎症患者等の重症化予防

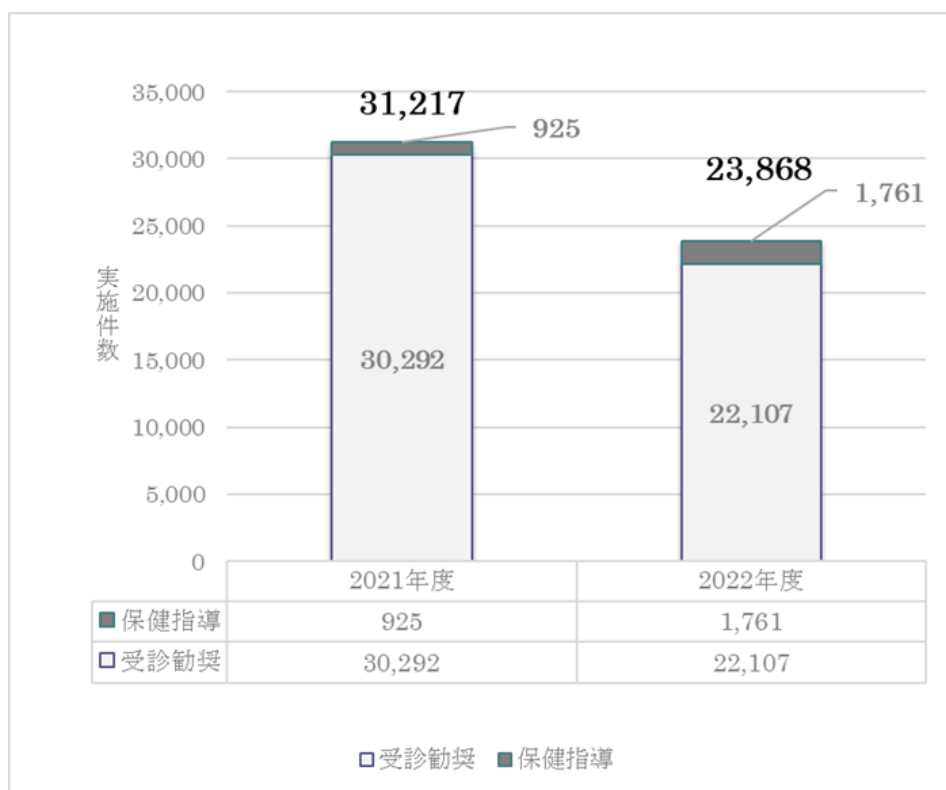
治療中の糖尿病性腎症患者及び生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病）の重症化を防ぐため、かかりつけ医等と連携して保健指導を実施することにより、加入者の生活の質（QOL）の維持及び人工透析への移行を防止し、医療費適正化を図っています（図表 4-75 参照）。

2022 年度も引き続き、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等の実施に向けて、県や市区町村、国保連合会等とも情報を共有し取組を進めた結果、協会全体で 22, 107 件（対前年度 8, 185 件減）の受診勧奨を行い、1, 761 件（対前年度 836 件増）の保健指導を実施しました（図表 4-76 参照）。

〔(図表 4-75) 協会における重症化予防対策の概要〕



〔(図表 4-76) 糖尿病性腎症患者等の重症化予防の取組状況〕



iv) 特定保健指導等の効果的な実施方法等に関する検討プロジェクトチームにおける検討状況について

第3期データヘルス計画や第4期特定健康診査等実施計画、後述する次期アクションプランについては、2024年度にスタートしますが、各支部や本部では2023年度からこれらの計画策定に着手します。特定健診は、特定保健指導対象者や要治療者（受診勧奨対象者）を抽出するためのスクリーニングであり、特定保健指導によって生活習慣の改善を促す、または、要治療者を確実に受診に結び付けることが目的です。そのような中で、各種のKPI、とりわけ被保険者の特定保健指導の実施率については、これまでの支部の取組により着実に向上しているものの、第3期特定健康診査等実施計画における各年度の目標値には届いておらず、最終年度である2023年度の実施率目標値35%の達成に向けて、より一層取組を強化していく必要があります。

併せて、特定保健指導の利用案内（指導機会の確保を含む）や未治療者への受診勧奨にあたっては、これまで各支部が創意工夫しながら実施してきましたが、全支部において実施すべき取組内容の標準化は図られていませんでした。こうした背景から、協会内に「特定保健指導等の効果的な実施方法等に関する検討プロジェクトチーム」を設置し、本部・支部が協力して検討を進めています。

また、特定保健指導の質を確保しつつ実施率を向上させるためには、直営保健師等による実施のみならず、個人情報の厳正な管理及び適切な事務処理が確実に行われることを前提とした、健診機関や保健指導専門機関への外部委託のさらなる拡充が必要であり、引き続き検

討を進めていきます。

v) コラボヘルスの推進

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

協会では、コラボヘルスの取組の一つである「健康宣言事業」を積極的に推進しています。健康宣言とは、事業主に職場の健康づくりに取り組むことを宣言していただくとともに、職場で周知いただき、事業主と協会が連携して職場の健康課題の解決等に取り組むものです。

健康宣言をした事業所（健康宣言事業所）では、従業員の健診受診率100%に向けた働きかけや、就業時間内に特定保健指導を受けられる環境整備等に取り組んでいただいています。こうした取組のチェックシートによる自己採点等を通して、更なる職場の健康づくりに向け取り組んでいただけるよう、健康宣言事業所に対する「事業所健康度診断シート」（以下、「事業所カルテ（図表4-80参照）」という。）等の活用によるフォローアップに努めています。

なお、健康宣言については、各支部が地域の自治体や関係団体と連携して取り組んでいます。

（健康宣言のプロセス及びコンテンツの標準化）

健康宣言事業については、健康宣言からフォローアップまでの「プロセス（どのような手順で行うか）」及び「コンテンツ（何を行うか）」の観点から、宣言項目として必ず盛り込む内容について、全支部の健康宣言に共通する（いわゆる核となる）取組を取りまとめた「基本モデル」を策定し、健康宣言における健康づくりの取組の質の向上（標準化）を図っています（図表4-77参照）。

支部においては、基本モデルを踏まえ、健康宣言事業所における健診・保健指導実施率の向上等に向けて、健康宣言の事業所支援（フォローアップ）のスキームの見直しを行う等、新たに健康宣言した事業所を中心に、標準化に向けた取組を進めており、2026（令和8）年度までに、すべての健康宣言事業所が基本モデルに沿って取り組むことができるよう、健康宣言の標準化を進めることとしています。

[(図表4-77) 健康宣言の基本モデル]

【事業所カルテの提供(プロセスの標準化)】

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

【宣言項目(コンテンツの標準化)】

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

(健康宣言事業所数の推移)

健康宣言事業所は、2022年度末時点において81,526事業所(対前年度12,534事業所増)となっており(図表4-78参照)、KPI(64,000事業所⁴⁰)を達成するとともに、日本健康会議⁴¹の活動指針である「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」の宣言3「保険者とともに健康経営に取り組む企業等を10万社以上とする」という目標の達成に貢献することができました。

なお、2016年11月に運用が始まった経済産業省の「健康経営優良法人認定制度⁴²」については、2023年3月に「健康経営優良法人2023」として、協会加入の事業所から大規模法人部門は528事業所(うち、ホワイト500認定は42事業所)、中小規模法人部門では11,541事業所(うち、2020年度から創設されたブライト500認定は395事業所)、合計12,069事業所が認定されています(図表4-79参照)。

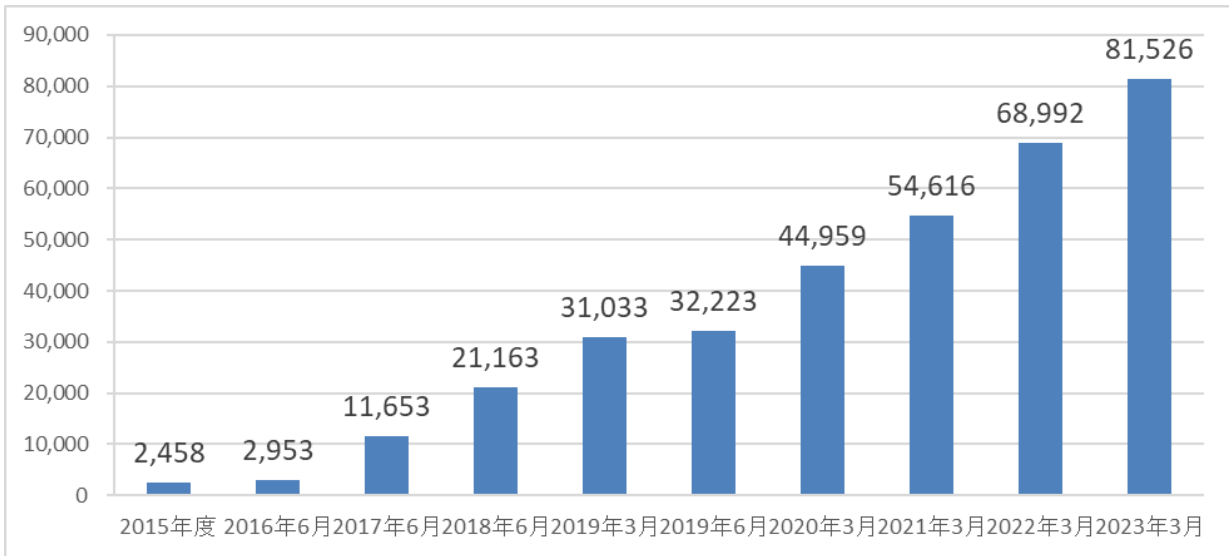
⁴⁰ 既宣言事業所においても標準化が進むことを想定した目標値です。

⁴¹ 国民一人ひとりの健康寿命の延伸と医療費適正化を目的として、行政のみならず民間組織が連携し実効的な活動を行うために2015年7月に発足した活動体であり、メンバーは各団体のリーダー及び有識者で構成されています。

⁴² 地域の健康課題に即した取組や日本健康会議が進める健康増進の取組をもとに、特に優良な健康経営を実践している大企業や中小企業等の法人を顕彰する制度です。この制度では、「大規模法人部門」と「中小規模法人部門」の2つの部門により、それぞれ「健康経営優良法人」を認定しており、「中小規模法人部門」においては、加入している保険者が実施している健康宣言事業に参加していることが、認定にあたっての必須要件とされています。

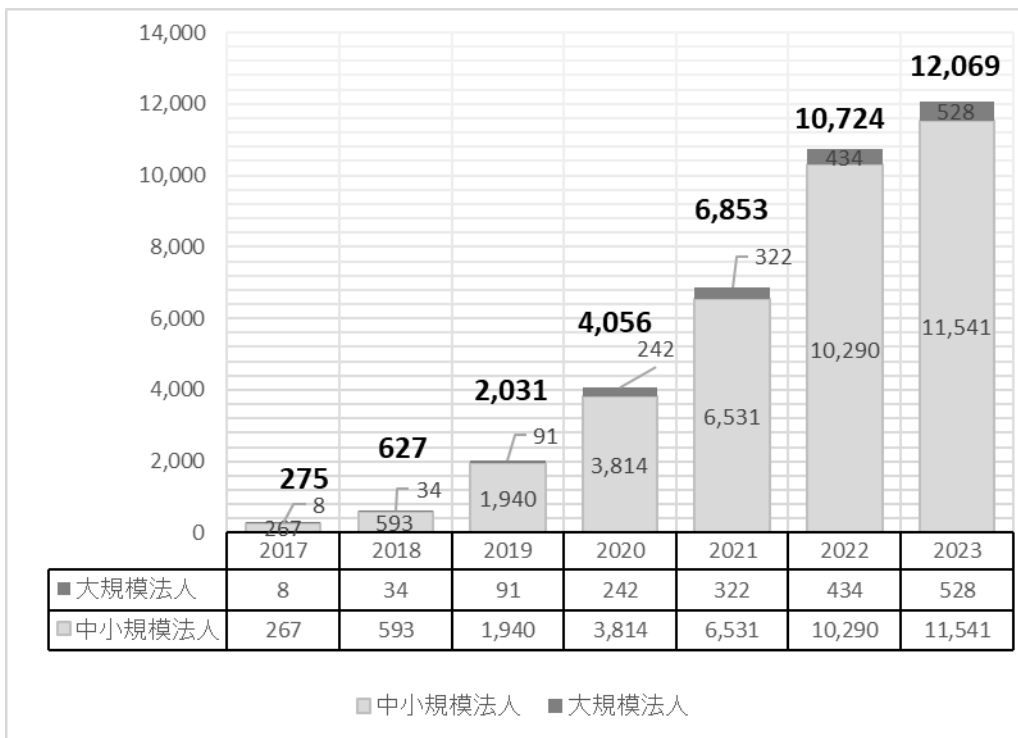
[(図表 4-78) 健康宣言事業所数の推移]

(単位：事業所)



[(図表 4-79) 健康経営優良法人認定事業所数の推移]

(単位：事業所)



(事業所単位の健康・医療データの提供：見える化ツールの標準化について)

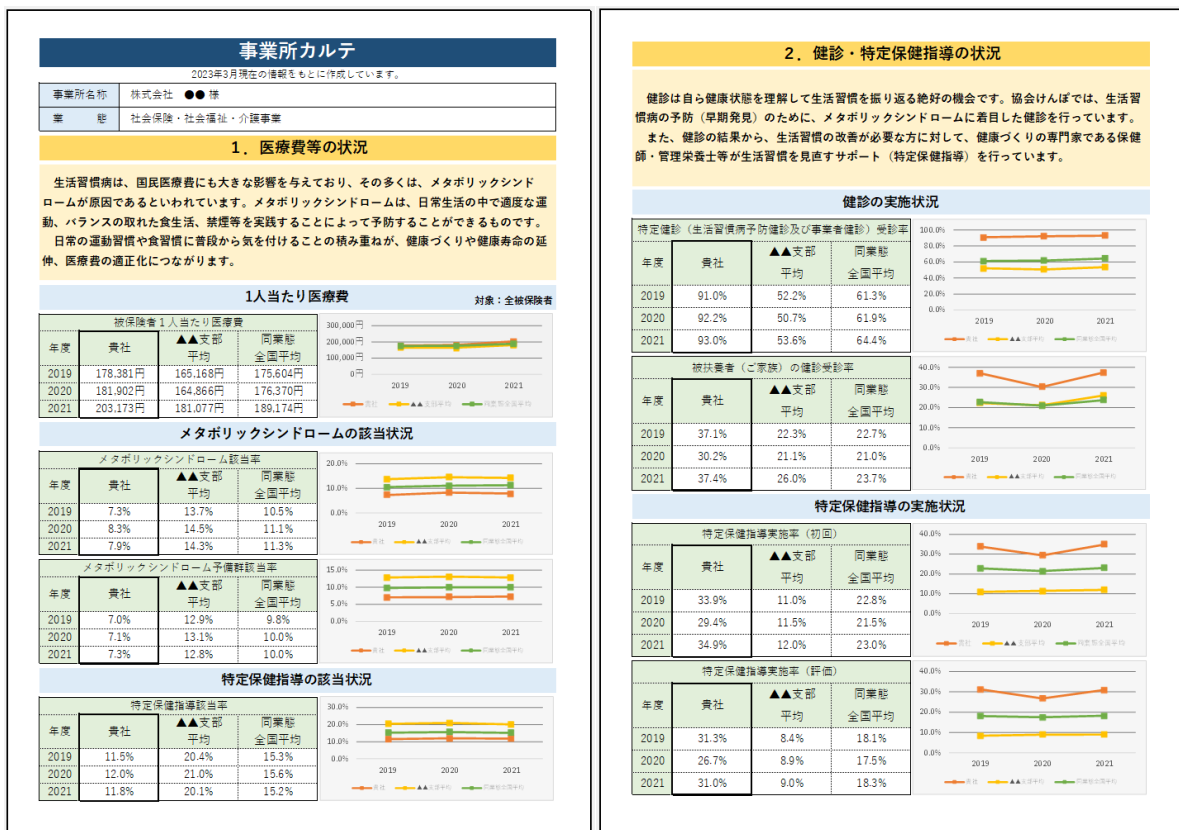
協会では、事業所特有の健康課題等を事業主と共有できるよう事業所カルテを健康宣言事業所等に提供しています(図表4-80参照)。

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

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

2022年度は、事業主等に事業所の健康づくりに更に活用していただけるよう、事業所カルテに共通して掲載する項目を見直したほか、事業所カルテを効率的に作成できるよう、標準的なフォーマットの改修を行いました。

[(図表4-80) 事業所カルテ] ※一部抜粋

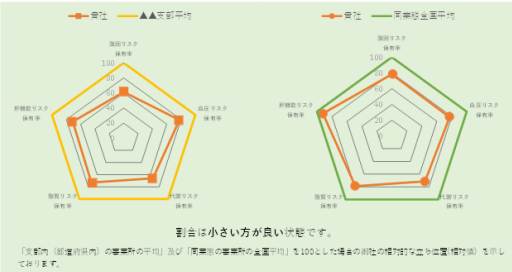


3. 生活習慣病リスク保有者の割合及び生活習慣要改善者の割合

健診項目である5項目（糖質、血圧、代謝、脂質、肝機能）、同診項目である5項目（運動、食事、喫煙、飲酒、睡眠）に関する状況を示しています。貴社の現状（特徴）の把握や、健康づくりのきっかけとしてご活用ください。

また、協会けんぽでは、事業所の健康づくりを支援する健康宣言に取り組んでいます。健康宣言については、11ページをご覧ください。

生活習慣病リスク保有者の割合

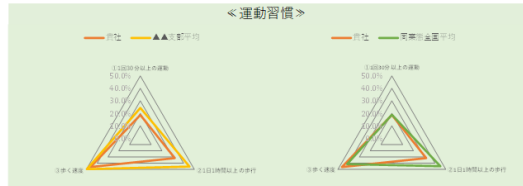


【糖質】（空腹前値）の事業所の平均】及び【同業種の事業所の全国平均】も100とした場合の相対的な位置関係を示しています。

年度	糖質リスク保有率		
	貴社	▲▲支部平均	同業種全国平均
2019	19.9%	34.9%	26.7%
2020	20.9%	35.6%	27.3%
2021	21.5%	35.0%	27.5%

年度	血圧リスク保有率		
	貴社	▲▲支部平均	同業種全国平均
2019	28.2%	37.2%	37.3%
2020	30.8%	39.7%	39.7%
2021	30.9%	39.6%	40.0%

生活習慣要改善者の割合



① 30歳以上の朝早くから運動も週2回以上、1年以上実施している者の割合

年度	貴社	▲▲支部平均	同業種全国平均
2019	20.5%	23.5%	18.4%
2020	19.2%	23.7%	18.4%
2021	18.7%	24.3%	18.9%

② 同業種全国平均に比べて歩行速度が速い割合

年度	貴社	▲▲支部平均	同業種全国平均
2019	29.4%	45.4%	43.3%
2020	29.5%	44.9%	44.0%
2021	31.9%	45.5%	44.9%

③ ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い者の割合

年度	貴社	▲▲支部平均	同業種全国平均
2019	47.3%	51.0%	42.0%
2020	46.1%	49.9%	41.4%
2021	46.3%	49.6%	41.4%

【運動習慣のポイント】

- 適度な運動は、骨を丈夫にし、筋肉を強化することはもちろん、運動により消費エネルギーが増えるので、肥満の予防・改善につながります。また、適度な運動には、高血圧や糖尿病、動脈硬化に対する間接的な予防・改善効果もあります。他にも心臓機能を高める、ストレス解消になる、良い睡眠につながるなど、健康な方にも、様々な効果が期待できます。
- 日常生活で行う動作に、ちょっとした工夫を加えるだけで、運動量を増やすことができます。

（業界団体への協力依頼）

事業所における特定健診・特定保健指導の実施率等の向上やコラボヘルスの推進に向けて、2021年度に引き続き、業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）に対して協力依頼を行いました。2022年度は、2023年度からの生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減に関する広報等の協力依頼を行いました。

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

各団体の本部又は地方組織において、ホームページや会報誌等に健診・保健指導の実施率向上に向けた記事を掲載していただく等、広報等で連携した取組が進んでいます（図表 4-81 参照）。

〔(図表 4-81) 業界団体と連携した取組の実施例〕

業界団体と連携した取組の実施例
<p>本部・支部と業界団体が連携し、特定健診・特定保健指導の実施率向上、事業者健診データの取得率向上、健康宣言による協会と事業所が連携した健康づくり(コラボヘルス)の推進に向けた周知・広報等に取り組んだ。</p> <p>【協会本部と業界団体の本部が連携した取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本バス協会、全日本トラック協会、全国ハイヤー・タクシー連合会への広報等の協力依頼 <p>【協会支部と業界団体の地方組織が連携した取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県バス協会の事故防止委員会における健康づくりに関する講演の実施 ・都道府県トラック協会主催のセミナーにおける健康宣言事業に関する説明の実施 ・都道府県タクシー協会の会員事業所への健康宣言勸奨文書の送付 ・各団体の会員事業所向け会報誌への健康づくり関連記事の定期掲載

(新たなポピュレーションアプローチの検討)

特定健診・特定保健指導といったハイリスクアプローチ⁴³をより効果的なものとするためには、ポピュレーションアプローチ⁴³等によりヘルスリテラシーを向上させることが重要です。

協会では次期アクションプランでの実施を見据え、データ分析に基づく地域・職域の特性を踏まえ、関係機関とも連携したポピュレーションアプローチとして、①加入者の喫煙率の高さに着目した喫煙対策、②傷病手当金の請求理由として精神疾患が多い(図表 4-112 参照)ことに着目したメンタルヘルス対策等に着手しました。

① 喫煙対策

喫煙対策については、効果的・効率的な実施となるよう、2023 年度に「地域特性・職域特性を踏まえた重点的喫煙対策」をテーマとしたパイロット事業を実施するため、2022 年度に実施支部の選定を行いました。募集の結果、8 支部から応募があり、選考の結果、2 支部の事業を採択し、実施計画の策定を行いました(図表 4-82 参照)。

〔(図表 4-82) 「地域特性・職域特性を踏まえた重点的喫煙対策」をテーマとしたパイロット事業 (2023 年度実施予定) 〕

支部名	事業名
青森	喫煙率の高い業態に対する喫煙対策モデル実施 ～関係団体、自治体と連携した介入 ⁴⁴ ～
富山	慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 疑い者に対する重症化予防

⁴³ 集団の中で、ある疾患の発症・死亡リスクが高い者をスクリーニングし、何らかの介入を行うことによって、その疾患の発症・死亡リスクを下げることを「ハイリスクアプローチ」といい、集団全体に何らかの介入を行うことによって、集団全体のリスクの程度を低い方へシフトさせることを「ポピュレーションアプローチ」といいます。

⁴⁴ 受動喫煙対策、女性の喫煙対策及び慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 対策等を実施する予定です。

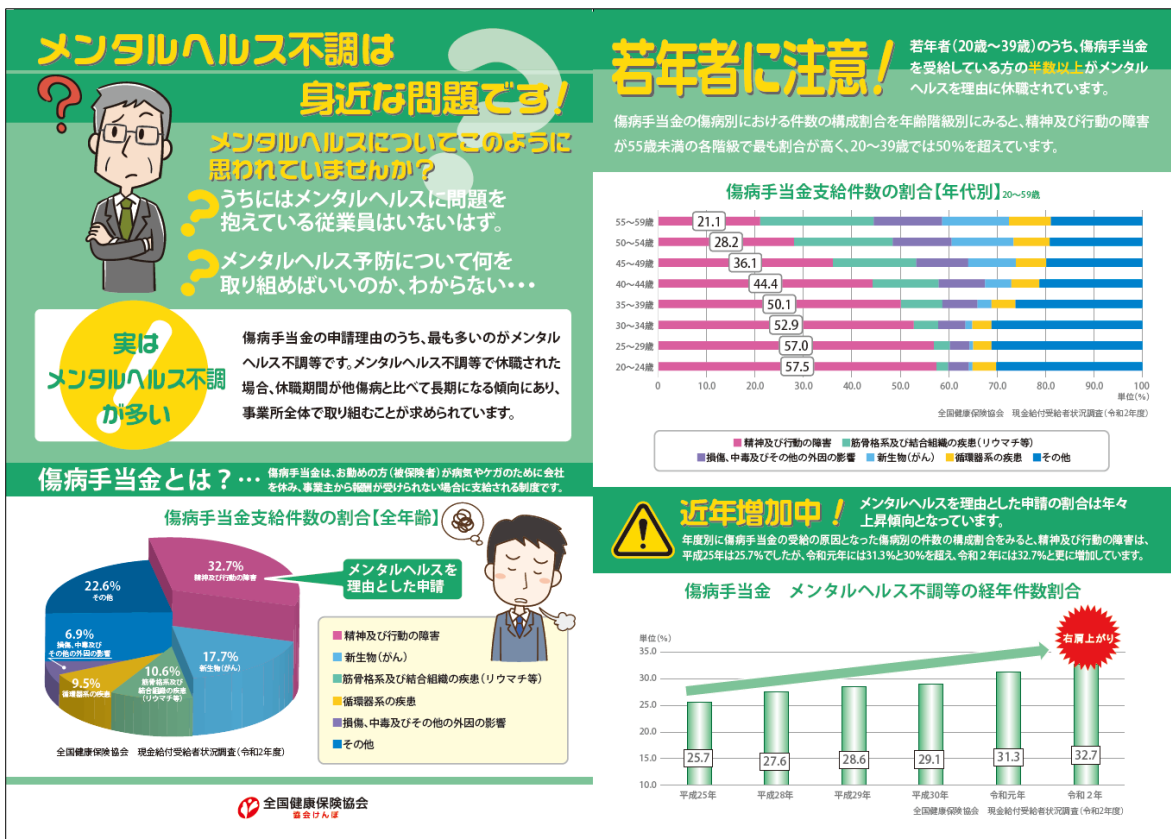
② メンタルヘルス対策

メンタルヘルス対策については、「精神及び行動の障害」に関する傷病手当金の現状や事業所等が取り組むべき内容、産業保健総合支援センター、こころの耳⁴⁵等の事業場外資源の活用等について周知するためのリーフレットを作成しました（図表 4-83 参照）。効果的な取組となるよう、厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課等の協力のもとリーフレットを作成し、4支部（山形、茨城、神奈川、沖縄）をモデル支部として、主に健康宣言事業所や特定保健指導を実施する際に配布する等、周知を行いました。

2023年度においては、2022年度の取組状況を踏まえ、4支部以外においても、産業保健総合支援センター等と連携しながら、メンタルヘルス対策の取組を進めることとしています。

また、埼玉支部や福岡支部では、労働局や産業保健総合支援センター等と連携したメンタルヘルス対策に関するセミナーを開催するなど、事業の充実・強化を見据え、一部の支部では、支部保険者機能強化予算を活用した喫煙対策、メンタルヘルス対策等の取組を推進しています。

[(図表 4-83) メンタルヘルス対策リーフレット (事業所用)]



⁴⁵ 「こころの耳」とは、働く方やそのご家族、職場のメンタルヘルス対策に取り組む事業者の方等に向けて、メンタルヘルスケアに関するさまざまな情報や相談窓口を提供している、厚生労働省が運営するメンタルヘルス・ポータルサイトです。

事業所として何から始めればいいのか？

☑ キーワードは4つのケア

- ・セルフケア
- ・ラインによるケア(※)
- ・事業場内産業保健スタッフ等によるケア
- ・事業場外資源によるケア

※ラインによるケア
労働者と日常的に接する管理監督者が、心の健康に関して職場環境等の改善や労働者に対する相談対応を行うこと。

4つのケアが継続的かつ計画的に行われることが重要です。4つのケアが適切に実施されるよう、事業場内の関係者が相互に連携し、以下の(1)~(4)取組を積極的に推進することが効果的です。

心の健康づくり計画の策定

衛生委員会における調査審議

セルフケア (労働者による)	ラインによるケア (管理監督者による)	事業場内産業保健スタッフ等によるケア (産業医、衛生管理者等による)	事業場外資源によるケア (事業場外の機関、専門家による)
(1) メンタルヘルスケアの教育研修・情報提供 (管理監督者を含む全ての労働者が対応)	(2) 職場環境等の把握と改善 (メンタルヘルス不調の未然防止)	(3) メンタルヘルス不調への気付きと対応 (メンタルヘルス不調に陥る労働者の早期発見と適切な対応)	(4) 職場復帰における支援

(「職場における心の健康づくり-労働者の心の健康の保持推進のための取組」より引用)

個人情報保護への配慮

具体的には何をすればいいの？

- ・社内、社外の相談先の情報提供
- ・「いつもと違う」部下の把握と対応
- ・社内のメンタルヘルス講習やストレスチェックの実施
- ・休職者の復帰支援 等

メンタルヘルス対策に取り組む人員が足りない、社内に産業保健スタッフがない、中小企業の事業主のみならず

メンタルヘルスを支援する事業場外資源を活用しましょう！

メンタルヘルスを支援する事業場外資源をぜひご活用ください。

すべて無料です

47都道府県 事業者、産業保健スタッフ向けサービス

産業保健総合支援センター (さんぼセンター)

事業者や産業保健スタッフなどを対象に、専門的な相談への対応や研修などを行います。

サービス内容

事業場内産業保健スタッフ等によるケア

- 産業保健関係者からの専門的な相談への対応
- 産業保健スタッフ等への研修
- メンタルヘルス対策の普及促進のための個別訪問支援
- 管理監督者向けのメンタルヘルス教育
- 健康管理・両立支援に関する教育
- 治療と仕事の両立支援
- 産業保健に関する情報提供

全国約350事業場 小規模事業場向けサービス

地域産業保健センター (地さんぼ)

労働者50人未満の小規模事業場を対象に、相談などへの対応を行います。

サービス内容

ラインによるケア 事業場内産業保健スタッフ等によるケア

- 相談対応
 - ・メンタルヘルスを含む労働者の健康管理についての相談
 - ・健康診断の結果についての医師からの意見聴取
 - ・長時間労働者に対する面接指導
- 個別訪問指導 (医師などによる職場巡視など)
- 産業保健に関する情報提供

どちらに相談すればいいかわからないという場合は、**まずはお近くでご相談ください。**ワンストップサービスとして、相談員は事業主のみならず適切なサービスをご提供します。

さんぼセンターへのご相談は「全国統一ナビダイヤル」

0570-038046

※ナビダイヤルは、このナビダイヤルを利用するに限り、最寄りのさんぼセンターに繋がります。

地さんぼへのご相談は **0120-565-455**

最寄りのさんぼセンターにお問い合わせいただくか、さんぼセンター@0120-565-455@npo.go.jpにご連絡ください。

【従業員向け】メンタルヘルスを支援する資源を従業員のみならずご周知ください。

こころの耳 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト

働く人のこころの健康に関するさまざまな情報を提供します。

※登録制 | 0120-565-455

月曜日~日曜日 17:00~22:00
本曜日~日曜日 10:00~16:00
(祝日・年末年始は休み)

このサイトのインターネット上には個人情報が含まれており、第三者に開示される可能性があります。あなた一人では対応できません。あなたのために信頼できる専門家、人と一緒に働きましょう。

<https://kokoro.anknpo.go.jp/> | こころの耳 | 検索

働く人の「こころの耳電話相談」

0120-565-455

月曜日~日曜日 17:00~22:00
本曜日~日曜日 10:00~16:00
(祝日・年末年始は休み)

※登録制 | 0120-565-455

働く人の「こころの耳メール相談」

こころの耳メール

※登録制 | 0120-565-455

vi) 保険者機能強化アクションプラン(第6期)に向けた検討

第5期アクションプランでは、保健事業の基本となる「特定健診・特定保健指導の推進」、「コラボヘルスの取組」、「重症化予防の対策」の3本柱を着実に実施することとしており、コンテンツ及び情報伝達経路の見直し、特定保健指導の外部委託の推進、LDL コレステロール値に着目した未治療者への受診勧奨、業界団体への協力依頼等の取組等、保健事業の基盤的取組である健診・保健指導等の推進に向けた体制整備を進めています。

次期アクションプランでは、第4期特定健康診査等実施計画を踏まえ、健診・保健指導の推進に向けた基盤強化(業務の標準化、人材・組織体制の整備)に引き続き取り組みつつ、保健指導の質の向上や保健事業を更に充実させるためのポピュレーションアプローチ等を推進することとしています。

具体的には、保健事業の基盤的取組として、①健診・保健指導の実施率向上、②重症化予防対策の拡充、③健康宣言の基本モデルの推進に加え、発展的取組として、④結果を出せる効果的な保健指導、⑤データ分析に基づくポピュレーションアプローチの検討を行い、保健事業を更に充実・発展させていくことを目指します。

(2) 広報活動や健康保険委員を通じた加入者等の理解促進

協会の運営を円滑に実施するためには、前提として、協会の財政状況や取組内容について、加入者及び事業主に十分理解していただくことが必要です。また、協会の広報活動については、約 4,000 万人の加入者、約 260 万事業所の事業主と、広報対象が多岐にわたることから、効果的に情報をお届けする必要があります。

協会では、保険料率、財政状況、健康保険給付、健康づくりや医療費適正化の取組等について、ホームページやメールマガジン、事業所あてに毎月送付される保険料の納入告知書に同封する広報チラシ等を活用し、正確かつタイムリーな情報発信に努めています。

加えて、都道府県や市区町村、関係団体と連携した広報、Web(SNS)広告、新聞やテレビ、ラジオ等の多様なメディアを活用した広報等により、発信力の強化を図っています。

本部・支部が統一的・計画的な広報を実施していくため、2022（令和 4）年度は、全支部共通広報資材として、健康保険制度や協会の取組等について簡潔に紹介したリーフレット及び動画を作成しました（詳細は 202 頁 第 5 章 2(3)を参照）。

このほか、加入者及び事業主の協力により協会の健康保険事業の推進を図るため、広報・相談・健康保険事業（健診、コラボヘルス事業等）の推進・モニター等で協力いただく健康保険サポーターとして、被保険者の方々の中から支部長が「健康保険委員」⁴⁶を委嘱しています。特に職場の従業員の方々（被保険者）の健診の受診勧奨にお力添えいただいております。「健康保険委員」の未設置事業所と比較すると、健診の実施率が 19.7%ポイント高くなっています（図表 4-84 参照）。

〔図表 4-84〕健康保険委員のいる事業所の特定健診の実施率

	2021年度	2022年度
健保委員のいる事業所	75.1%	75.0%
健保委員のいない事業所	51.0%	55.3%

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

i) 2023（令和 5）年度都道府県単位保険料率改定に係る広報

保険料率改定の広報は、加入者及び事業主に対して、次年度の保険料率をお知らせするだけでなく、中長期的に楽観視できない協会の財政状況や、保険料率の上昇を抑えるための取組等をお伝えする絶好の機会であり、きめ細かな広報を心がけています。

2023 年度の都道府県単位保険料率に係る広報においては、加入者及び事業主に支部ごとの保険料率やその設定の仕組みを伝えるとともに、保険料率の上昇を抑制するため、毎年の健診の受診等、健康づくりの取組へのご協力をお願いしました（図表 4-85、4-86、4-87、4-88 参照）。

⁴⁶ 「健康保険委員」の方々には、「協会が管掌する健康保険事業の運営に協力して、協会が管掌する健康保険事業に関する国民の理解を高めるための啓発を行い、並びに協会が管掌する健康保険事業に関する事項につき被保険者からの相談に応じ、及び被保険者に対する助言その他の活動」（健康保険法施行規則第 2 条の 2）を通じて、加入者及び事業主と協会の距離を縮める橋渡しの役割を担っていただいています。

また、本部では、日本商工会議所、全国商工会連合会、全国中小企業団体中央会、日本労働組合総連合会及び全国社会保険労務士会連合会に広報への協力を依頼しました。

更に、支部においても、全支部で関係団体に協力を依頼し、機関誌やホームページ等に記事を掲載いただきました。このほか、支部独自の取組として、地方自治体が発行する広報誌への掲載など、各種メディアを通じた地域の実情を踏まえた広報も実施しました。

[(図表 4-85) 2023 年度都道府県単位保険料率に係る広報]

本部における対応

- **新聞広告による広報**
 - ・ 読売新聞（全面広告） 健康保険委員 3 名、安藤理事長の座談会形式の記事を掲載
- **Webによる広報**
 - ・ 特設ページを開設
 - ・ Web広告（Yahoo!、Google、Facebook/Instagram、Twitter、LINE、SmartNews）
- **紙媒体による広報物の作成**
 - ・ リーフレット（保険料額表）、ポスターを作成
 - ・ リーフレットは 2 月発送分の納入告知書に同封し、事業所へ送付
- **関係団体を通じた広報**
 - ・ 日本商工会議所、全国商工会連合会、全国中小企業団体中央会、全国社会保険労務士会連合会、日本労働組合総連合会を訪問し、周知広報の協力依頼
 - ・ 上述の 5 団体から各都道府県団体へ周知広報の協力依頼
 - ・ 全国社会保険労務士会連合会の会報誌（月刊社労士 3 月号）への記事掲載

支部における対応

- **新聞広告による広報**
 - ・ 地方第一紙（全 3 段広告）
- **関係団体（商工会議所、商工会、中小企業団体中央会等）を通じた広報**
 - ・ 支部長が関係団体（特に商工会議所連合会、商工会連合会、中小企業団体中央会）を直接訪問・説明の上、機関誌・会報誌への記事掲載等を依頼
 - ・ 会員事業所等への周知、機関誌・会報誌への記事掲載、ホームページ掲載 等
- **その他支部独自の広報**
 - ・ 支部の特性に応じ、地元情報誌（フリーペーパー）、ラジオ・TVCMによる広報

[(図表 4-86) 2023 年度都道府県単位保険料率に係る広報特設サイト及び Web パナー]

全国健康保険協会
協会けんぽ

あなたとあしたへつづく、健康を。
けんぽのいっぽ!

保険料率について解説します。

さらに充実一步先へ!
協会けんぽの「健康づくり」事業

いっぽくん

保険料率を知る 事業主の皆様へ 広報ギャラリー

健康保険料率を知るのも、健康への一歩です!

令和5年度の保険料額表はこちら
CLICK

あなたが加入している都道府県支部の**健康保険料率**は

1 <都道府県> 東京都

2 <標準報酬月額> 30万円(29~31万円)

CLICK!!

10.00%です。

あなたは現在、月額 **14,715 円** 健康保険料を支払っています。

4月納付分からは月額 **15,000 円** の健康保険料となり、

年間 **180,000 円** の健康保険料を支払います。

※本サイトでは標準報酬のみを前提としており、40歳から64歳までの方(介護保険第2号被保険者)は、これに全国一律の介護保険料は追加して算出されます。
※健康保険被保険者としての標準報酬月額に2.5%を乗じて算出されています。
※本サイトでは事業主負担分も含めて表示しています。

あなたとあしたへつづく、健康を。
けんぽのいっぽ!

令和5年3月分(4月納付分)からの**保険料率**のお知らせです。

従業員の健康を守って、保険料率の伸びを抑えましょう

保険料率がわかる特別サイト、公開中! 全国健康保険協会 協会けんぽ

保険料率について

最も重要なのは、皆さまに**健康づくり**に取組んでいただくことです。

では、保険料率の伸びを抑える取組って何でしょう?

つまり! 皆さまお一人おひとりの取組で、医療費の伸びを抑えることができれば、保険料率の伸びを抑えることができるかもしれません。

協会けんぽの保険料率は、都道府県ごとに異なります。これはそれぞれの都道府県の加入者一人あたりの医療費に基づいて算出しているからです。

※都道府県ごとの年齢構成や所得水準の差を調整しています。

保険料率

最大で**1.18%の差**

A県 B県 C県 D県

[(図表 4-87) 2023 年度都道府県単位保険料率に係る本部における新聞広告]

企画・制作 読売新聞社広告局 広告

オンライン座談会

事業所が守る従業員の健康



全国健康保険協会理事長 安藤 伸樹氏

超高齢社会の日本では健康寿命の延伸が求められ、国民健康保険協会(協会けんぽ)は、事業主に推進して従業員の健康を守る「3つがらみ」を掲げています...

協会けんぽが事業所の健康づくりをサポート

安藤 協会けんぽの保険料率は、加入者や事業主が健康づくりに取り組み、医療費を抑えることで、引き下げることが可能です...

従業員が健康で働き続けることは、事業主にとっても重要な課題です。協会けんぽは、健康づくりを支援するための様々な取り組みを行っています...



株式会社総務部長 佐近 雅子氏

和3年度)にとどまっている状況です。特定保健指導が必要なもの一人ひとりに対するご案内は、生活習慣病予防健診の案内と同様に、事業所を通じてお渡ししていることから、事業所の努力が不可欠です...



中越合金精工株式会社総務部長 河口 裕之氏

ね」と言われたそうです。この結果から、毎年生活習慣病予防健診を受け、その結果に応じて対応をとることを重要視して、健康づくりを進めています...



庄内交通株式会社代表取締役 村 紀明氏

特定保健指導は、担当部署が対象者のプロフィールに照らしつつ通知し、管理職や協会けんぽと連携して、生活習慣病予防健診の推進を図っています...

事業所へのお願い
1. 生活習慣病予防健診・特定保健指導のご案内を確実に従業員の方にお渡しください。
2. 健康宣言事業に積極的にご参加ください。

事業所の創意工夫次第
安藤 おおむね、生活習慣病予防健診・特定保健指導の対象者に直接声かけ、生活習慣病予防健診の受診率を高めることが重要です...

けんぽのいっぽ!
協会けんぽの保険料率は都道府県支部ごとに定められ、皆さまの取組が反映されます。

5年4月スタート!
生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減
経理料 7,169円
経費 5,282円

次の1歩は、健診の結果を踏まえた行動をとること!
健康診断の結果に基づいて、生活習慣の改善が必要とされた場合は、医師の指導に従って健康づくりを進めましょう

ii) 更なる保健事業の充実に係る広報

協会では、加入者の皆様の健康の保持・増進を目的に実施している特定健診・特定保健指導等の保健事業について、より一層注力していくため、2023年度から生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減等、更に保健事業の充実に取り組むこととし、「けんぽのいっぽ！」と銘打って積極的に周知・広報を行いました。

更なる保健事業の充実（活動内容等については75頁参照）に係る広報においては、生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減等の具体的な施策を伝えるとともに、生活習慣病予防健診を受診していただき、健診結果に応じ、特定保健指導の利用や医療機関への確実な受診を行っていただくことの重要性を周知・広報しました（図表4-89、4-90、4-91参照）。

また、日本商工会議所、全国商工会連合会、全国中小企業団体中央会、日本労働組合総連合会、全国社会保険労務士会連合会、全日本トラック協会、日本バス協会及び全国ハイヤー・タクシー連合会へ広報への協力を依頼しました。

更に、支部においても、全支部で関係団体に協力を依頼し、機関誌やホームページ等に記事を掲載いただきました。

[(図表 4-89) 更なる保健事業の充実に係る広報]

本部における対応

○ 新聞広告による広報

- ・ 読売新聞（全面広告）
- ・ 地方第一紙（全5段広告）

○ Webによる広報

- ・ 特設ページを開設
- ・ Web広告（Yahoo!、Google、Facebook/Instagram、Twitter、LINE、SmartNews）

○ 紙媒体による広報物の作成

- ・ チラシ、ポスターを作成

○ 関係団体を通じた広報

- ・ 日本商工会議所、全国商工会連合会、全国中小企業団体中央会、全国社会保険労務士会連合会、日本労働組合総連合会を訪問し、周知広報の協力依頼
- ・ 上述の5団体から各都道府県団体へ周知広報の協力依頼
- ・ 全国社会保険労務士会連合会の会報誌（月刊社労士3月号）への記事掲載

支部における対応

○ 関係団体（商工会議所、商工会、中小企業団体中央会等）を通じた広報

- ・ 支部長が関係団体（特に商工会議所連合会、商工会連合会、中小企業団体中央会）を直接訪問・説明の上、機関誌・会報誌への記事掲載等を依頼
- ・ 会員事業所等への周知、機関誌・会報誌への記事掲載、ホームページ掲載 等

[(図表 4-90) 更なる保健事業の充実に係る特設サイト及びWeb バナー]

あなたとあしたへつづく、健康を。

けんぽのいっぽ!

さらに充実、一歩先へ!
協会けんぽの「健康づくり」事業

令和5年度から、さらに皆さまの健康を守り続ける、新たな取組を順次開始します。

令和5年4月スタート!

生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減

一般健診
対象:20歳~74歳の被保険者(本人)

軽減前 最高 7,169円 → 軽減後 最高 5,282円

協会けんぽの生活習慣病予防健診は、
 血圧測定 血液検査 尿検査 心電図検査
 胸部レントゲン検査 胃部レントゲン検査
 便潜血反応検査

メタボリックシンドロームとともに
5大がん (肺 胃 大腸 子宮 乳房) までカバー!
※子宮頸がん検診、乳がん検診は、別途自己負担が必要です。

※メタボリックシンドロームとは、お腹まわりに内臓脂肪がたまることで悪玉のカルシウムが分泌され、高血圧・高血糖・脂質異常等が起こり、生活習慣病になりやすくなる状態のことです。

付加健診 軽減前 最高 4,802円 → 軽減後 最高 2,689円

令和6年4月より、付加健診の対象年齢について、現行の40歳・50歳に加え、45歳・55歳・60歳・65歳・70歳も対象になります。

※付加健診とは、眼目の年齢において、肝臓、胆のう、腎臓といった腹部の臓器の様子を調べるための腹部超音波検査や、高血圧・動脈硬化なども見つかる手がかりとなる眼底検査といった、より詳細な健診です。

子宮頸がん検診、乳がん検診、肝炎ウイルス検査の自己負担も同様に軽減します。

あなたとあしたへつづく、健康を。

けんぽのいっぽ!

令和5年4月から

生活習慣病予防健診等の自己負担を軽減します。

軽減前 最高 7,169円 → 軽減後 最高 5,282円

事業主の皆さまへ
 従業員の健康を守る第一歩!

特設サイト公開中!

全国健康保険協会 協会けんぽ

[(図表 4-91) 更なる保健事業の充実に係る広報チラシ]

あなたとあしたへつづく、健康を。

けんぽのいっぽ!

令和5年度から、さらに皆さまの健康を守り続ける、新たな取組を順次開始します。

さらに充実、一步先へ! 協会けんぽの「健康づくり」事業

令和5年4月スタート! **生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減**

一般健診
対象: 35歳~74歳の被保険者(ご本人)

最高 **7,169円** → 軽減後 **5,282円** (最高)

協会けんぽの生活習慣病予防健診は、
血圧測定 **血液検査** **尿検査** **心電図検査**
胸部レントゲン検査 **腹部レントゲン検査**
便潜血反応検査

メタボリックシンドロームとともに
5大がん **肺** **胃** **大腸** **子宮** **乳房** までカバー!
※子宮頸がん検診、乳がん検診は、別途自己負担が必要です。

※メタボリックシンドロームとは、お腹まわりに内臓脂肪がたまることで悪玉のホルモンが分泌され、高血圧・高血糖・脂質異常等が起こり、生活習慣病になりやすくなる状態のことです。

付加健診 **4,802円** → **2,689円** (最高)
令和6年4月より、付加健診の対象年齢について、現行の40歳・50歳に加え、45歳・55歳・60歳・65歳・70歳も対象になります。

※付加健診とは、節目の年齢において、肝臓、胆のう、腎臓といった腹部の臓器の様子を調べるための腹部超音波検査や、高血圧・動脈硬化などを見つける手がかりとなる眼底検査といった、より詳細な健診です。

子宮頸がん検診、乳がん検診、肝炎ウイルス検査の自己負担も同様に軽減します。

健診を受けた後の行動こそが大切です!

異常なし
引き続きの健康づくり、毎年の健診を!



生活習慣の改善が必要
特定保健指導を利用しましょう!

! 特定保健指導って?!

健診の結果、メタボリックシンドロームのリスクのある40歳~74歳までの方を対象に行う健康サポートです。健康に関するセルフケア(自己管理)ができるように、健康づくりの専門家である保健師または管理栄養士が寄り添ってサポートします。

医療機関への受診が必要
医療機関に早期受診を!

! 未治療者への受診勧奨!

協会けんぽでは、健診の結果、血圧値、血糖値、LDL(悪玉)コレステロール値が「要治療」「要精密検査」と判定された方で、医療機関への受診が確認できない方へ受診をお勧めするご案内をお送りしています。
※令和6年10月より、被扶養者(ご家族)にも医療機関への受診の案内をお送りします。



全国健康保険協会 東京支部
協会けんぽ

TEL 03-6853-6111 (受付時間) 平日 9:30~17:15
〒164-8540 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス7階



特設ページは
こちらから▶▶



特定保健指導で健康への目標・行動計画をサポート



協会けんぽの健康づくりのサポートについての動画はこちらから▶▶



特定保健指導の対象者について

健診を受けた**40歳以上**の方のうち

以下の追加リスクが**1つ以上**ある方

腹囲 男性 **85cm以上**
女性 **90cm以上**

OR

BMI **25以上**

さらに +

血圧 **血糖**
脂質 **喫煙**

※喫煙については、血圧、血糖、脂質のリスクが1つ以上の場合にのみ追加

特定保健指導対象者に該当



特定保健指導の内容について

特定保健指導では対象者の健康に向けて目標と行動計画をサポートします！健康や生活習慣を見直す良い機会です。



STEP 1 目標と行動計画の設定
20~30分の初回面談

ライフスタイルや体の状態に合わせて、運動や食事、喫煙、飲酒等の生活習慣の改善に向けた取組を個別具体的に提案、健康に向けた目標と行動計画を一人一人に合わせて一緒に考えます。

STEP 2 3~6ヵ月チャレンジ行動計画の実践

STEP1で考えた具体的な行動計画を実践、保健師または管理栄養士が応援します。

STEP 3 目標達成度のチェック

減量等、目標を達成できたかの確認を行うとともに、引き続きの健康づくりについての取組をアドバイスします。

医療機関への早期受診について

医療機関への早期受診が必要な方

血圧

収縮期血圧値 **160mmHg以上**
拡張期血圧値 **100mmHg以上**

血糖

空腹時血糖値 **126mg/dL以上**
HbA1c **6.5%以上**

New

脂質

LDLコレステロール値 **180mg/dL以上**

LDLコレステロール値に着目した医療機関への受診案内

！LDLコレステロールってなに？！

悪玉コレステロールとも呼ばれ、増えすぎると動脈硬化を起して心筋梗塞や脳梗塞を発症させる危険性があります。



高血圧・高血糖・脂質異常を放置すると？

高血圧

正常血圧と比べて血圧が高くなるほど脳卒中（脳出血、脳梗塞等）の発症リスクが高まります。

高血糖

高血糖の状態を放置すると、目が見えにくくなったり、人工透析が必要になる場合もあります。

脂質異常

LDLコレステロール値が基準値よりも高い人は心筋梗塞等になりやすいことが分かっています。

協会けんぽ



<https://www.kyoeukaikengo.or.jp>



iii) 医療保険制度に係る広報

2022年4月に診療報酬の改定が行われたことから、厚生労働省や健康保険組合連合会と連携し、紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し⁴⁷やリフィル処方箋⁴⁸についての広報を実施しました。

また、マイナンバーカードと保険証の一体化が予定されていることから、厚生労働省と連携し、マイナンバーカードの保険証利用についてのチラシを作成し、納入告知書に同封して送付する等の広報も実施しました（図表 4-92 参照）。

[(図表 4-92) チラシ]

(定額負担の見直し)

(マイナンバーカード)

(リフィル処方箋)

マイナンバーカードを健康保険証として はじめてご利用になる方へ

初回のみマイナンバーカードの健康保険証利用の申込が必要です！

申込方法 1. 顔認証付きカードリーダーで申込 本日から利用の場合

顔認証付きカードリーダーにマイナンバーカードを置く → マイナンバーカードを保険証として登録するボタンを選択 → 申込完了！

※マイナンバーカードを保険証として登録しなくても、医療機関・薬局でも申請できますが、申込完了までに少しお時間をいただく場合があります。

申込方法 2. スマートフォンで申込 次回から利用の場合

スマートフォンに「マイナポータル」をインストールする → 「マイナポータル」を起動する → 「申し込む」をタップし、マイナンバーカードを読み込み、申込完了！

iPhone Android

※マイナンバーカード取得対応のスマートフォンが必要です。 ※利用規約の確認・同意が必要です。 ※顔写真の登録が必要です。

申込方法 3. セブン銀行のATMで申込

全国のセブン銀行のATMでも申込が可能です。お近くのセブン銀行ATMでお手続きください。

利用規約は裏面をご確認ください → 利用規約はQRコードでも確認できます！

マイナポータル 利用規約 検索

⁴⁷ 一部の病院に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、一定規模以上の対象となる病院では、紹介状を持たずに受診する患者等から一部負担金（3割負担等）とは別に「特別の料金」を徴収することとしています。これについて、令和4年10月から、対象病院が拡大されるとともに、「特別の料金」の額が引き上げられました。

⁴⁸ 医療機関で処方箋を毎回もらわず、同じ処方箋を薬局で最大3回まで繰り返し使用できる仕組み。

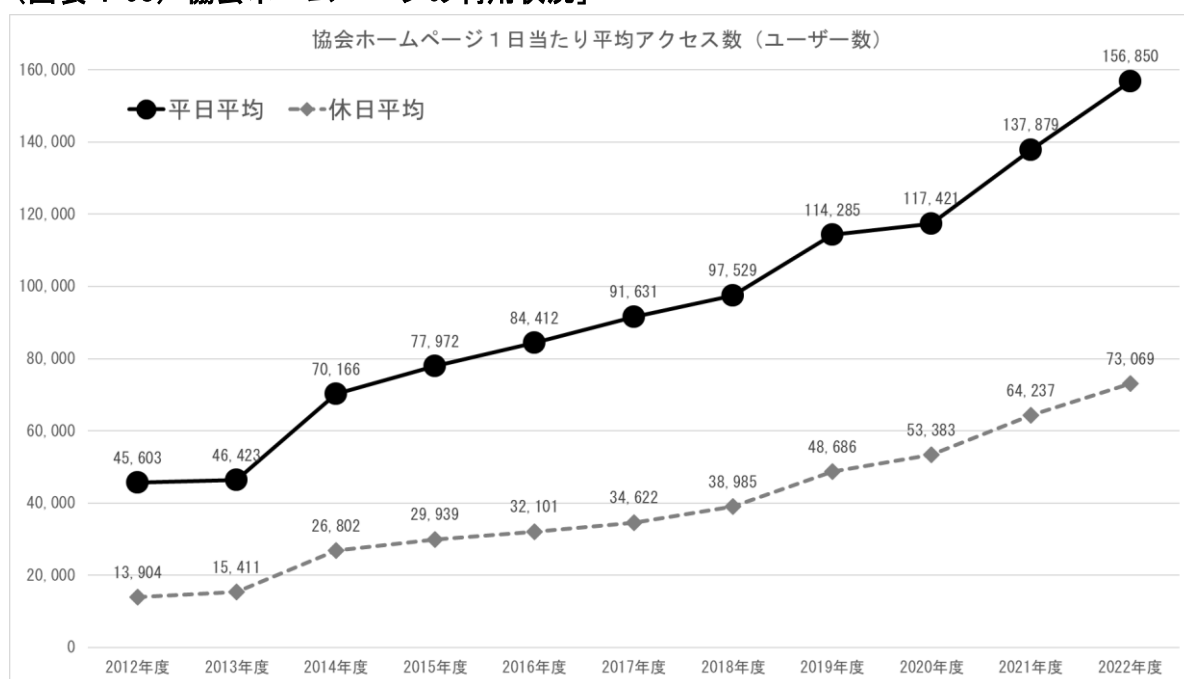
Ⅳ) ホームページやメールマガジンを利用した広報

① ホームページ

2022 年度における協会けんぽのホームページの利用状況は図表 4-93 のとおりです。1 日当たりの平均アクセス件数は平日が 156,850 件、休日が 73,069 件と、前年度からそれぞれ 18,971 件、8,832 件の増加となりました。

アクセス件数については年々増加しており、ホームページは加入者及び事業主にとって重要な情報ツールになっていると考えられます。今後も、コンテンツの整理や充実により、一層、加入者及び事業主にとって「見やすい」、「探しやすい」ホームページになるよう改善を図ることとしています。

[(図表 4-93) 協会ホームページの利用状況]



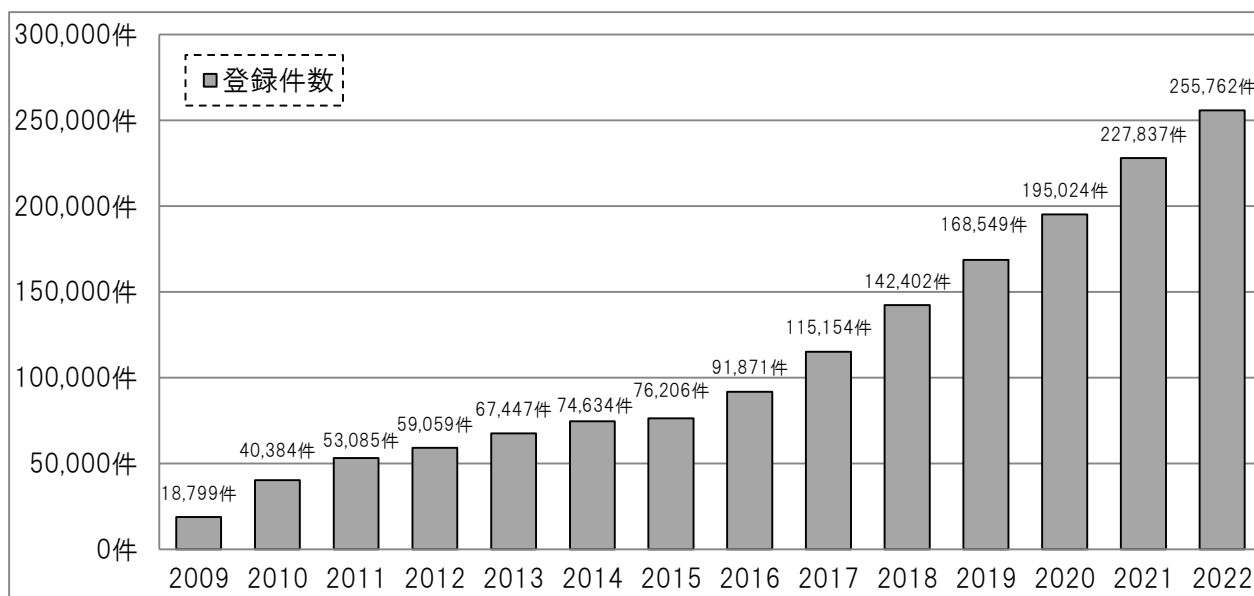
※ ホームページに訪れた人数（ユーザー数）を計上しています（同一人が複数ページを閲覧した場合はカウントしていません）。

② メールマガジン

各支部が発行しているメールマガジンは、協会から加入者及び事業主に対して、日々の健康維持等に役立つ健康情報や協会の取組内容を直接お届けする、あるいは直接ご意見を伺うという、協会と加入者及び事業主が直接つながることを可能にするツールとして活用しています。

2022 年度におけるメールマガジンの登録件数は図表 4-94 のとおりです。全支部においてメールマガジンに関する広報やセミナーでの周知等、精力的な登録勧奨を行った結果、2022 年度は 43,511 件の新規登録をいただいています。なお、2022 年度末時点で、協会のメールマガジンには 255,762 件（前年度から 27,925 件増加）の登録をいただいています。

〔(図表 4-94) メールマガジンの登録件数の推移〕



※1 メールマガジンは2009年8月より一部の支部において開始。2012年3月から全支部で配信を開始しました。

※2 各年度末の登録件数。

ただし、2015年度については6月以降メールマガジンを一時休止していたため、2015年5月末時点の登録件数。

v) 健康保険委員活動の活性化

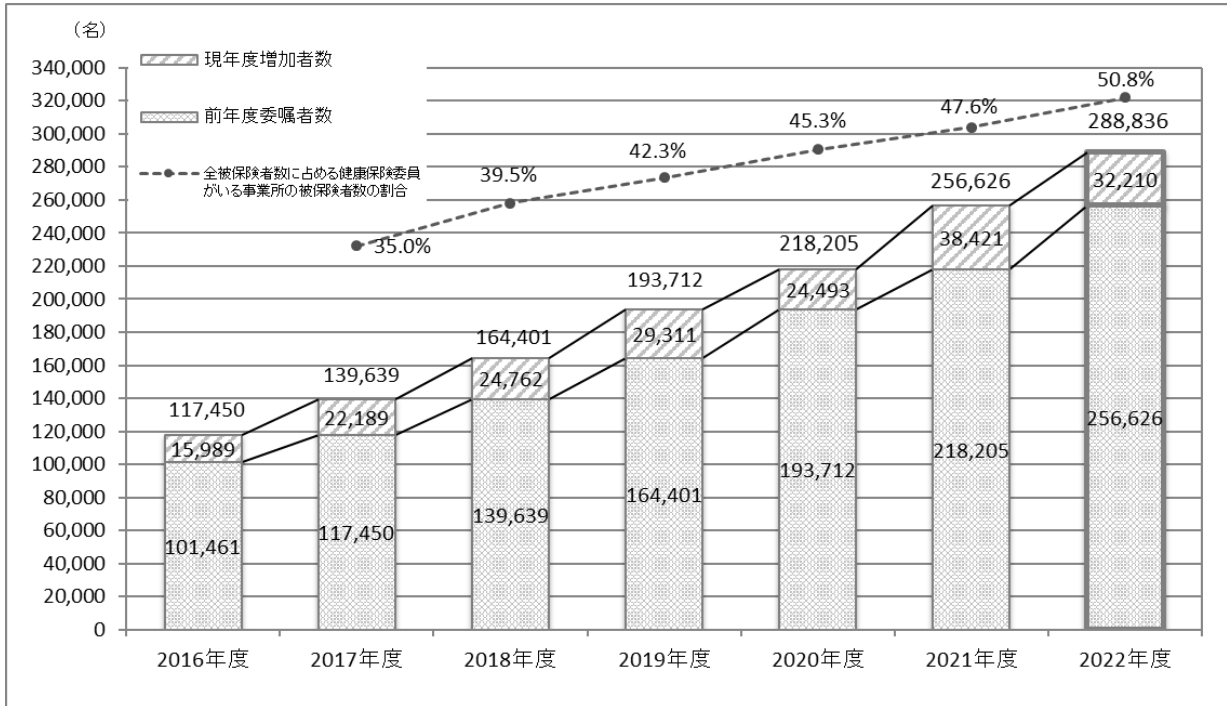
健康保険委員（活動内容等については114頁参照）の委嘱者数拡大に関しては、特に大・中規模事業所の所属の加入者への委嘱に重点的に取り組んでいます。コロナ禍の影響により、電話や文書による依頼を中心とした取組となりましたが、2022年度末時点288,836名と、前年度末より35,210名増加しました。

健康保険委員が委嘱されている事業所の被保険者数は、2022年度末現在12,481,442名です。これは、全被保険者数の50.82%のカバー率となり、2022年度KPI（48%以上）を達成しました（図表4-95参照）。

また、健康保険制度や協会の事業運営に関して健康保険委員の理解を深めることを目的に、事務講習会、健康づくりに関するイベントやセミナー等を開催していますが、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、Web会議システムの活用や定期的な広報紙等の発行による情報提供等を中心に実施しています（図表4-96参照）。

加えて、2012（平成24）年度より、健康保険委員の永年の活動や功績等に感謝の意を表すための「健康保険委員表彰制度」を創設し、厚生労働大臣表彰をはじめ各表彰を実施しています。2022年度の表彰者の総数は761名（前年度680名）であり、厚生労働大臣表彰を20名に、理事長表彰を135名に、支部長表彰を606名に行いました。

[(図表 4-95) 健康保険委員委嘱者数の推移 (2022 年度末現在)]



※2016 年度以前の全被保険者数に占める健康保険委員がいる事業所の被保険者数の割合は把握していない。

[(図表 4-96) 健康保険委員に対する研修の開催等]

	元年度	2年度	3年度	4年度
研修・セミナー等の開催	421 回	80 回	123回	193回
情報誌等の発行	268 件	235 件	262件	252件

(3) ジェネリック医薬品の使用促進

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

ジェネリック医薬品の使用促進の取組は、加入者の窓口負担の軽減、ひいては保険料負担の軽減につながります。また、協会の加入者が全てジェネリック医薬品を使用した場合、2022（令和4）年度ベースで年間約4,800億円⁴⁹の医療費の軽減が見込めます。このため、協会はジェネリック医薬品の使用促進に積極的に取り組んでいます。

i) ジェネリック医薬品の使用割合について

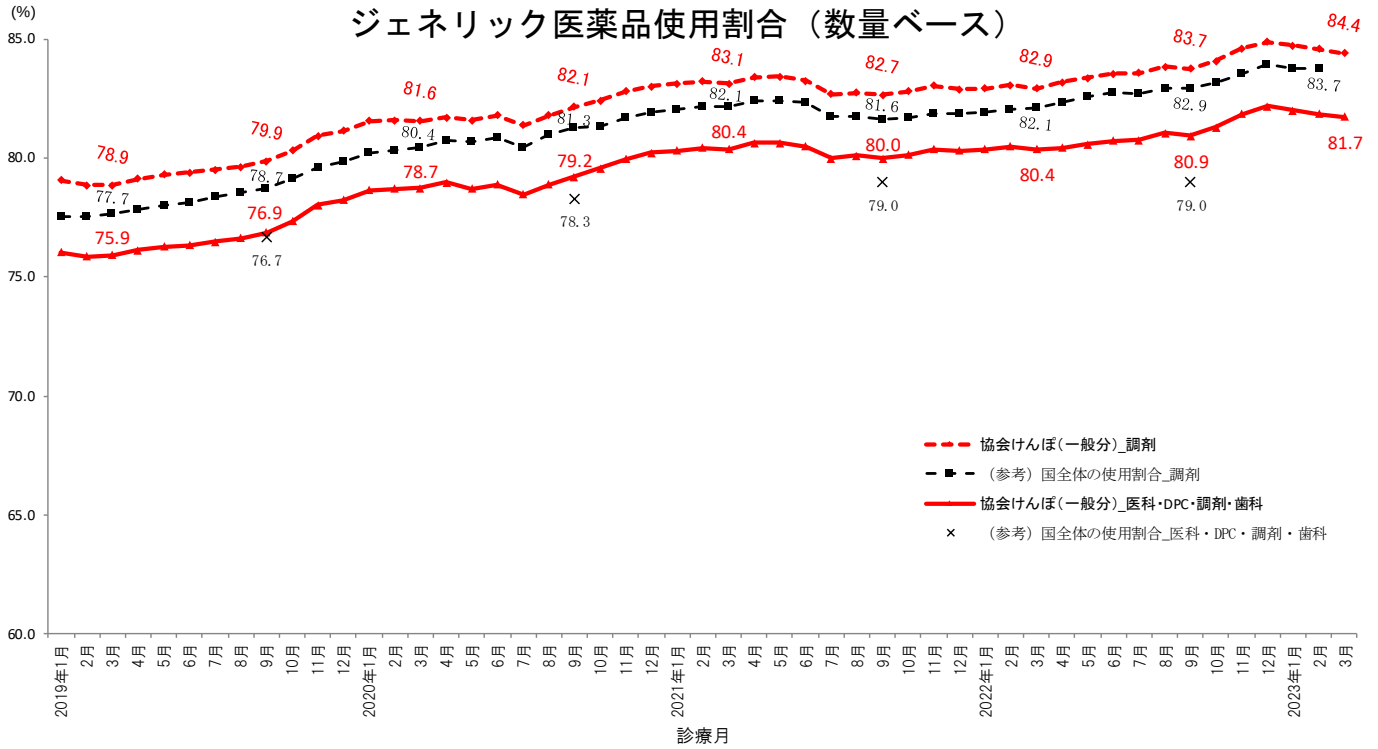
ジェネリック医薬品の使用割合については、「経済財政運営と改革の基本方針 2021（骨太の方針 2021）」（2021（令和3）年6月18日閣議決定）において、2023（令和5）年度末に全ての都道府県で80%以上との目標が設定されたことを踏まえ、協会の第5期アクションプランにおいても、全支部で80%以上とする目標を設定しています。

2022年度においても、引き続きジェネリック医薬品の使用促進に取り組んだ結果、40支部が80%以上を達成しました（全国平均81.7%、図表4-97、4-98参照）。

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

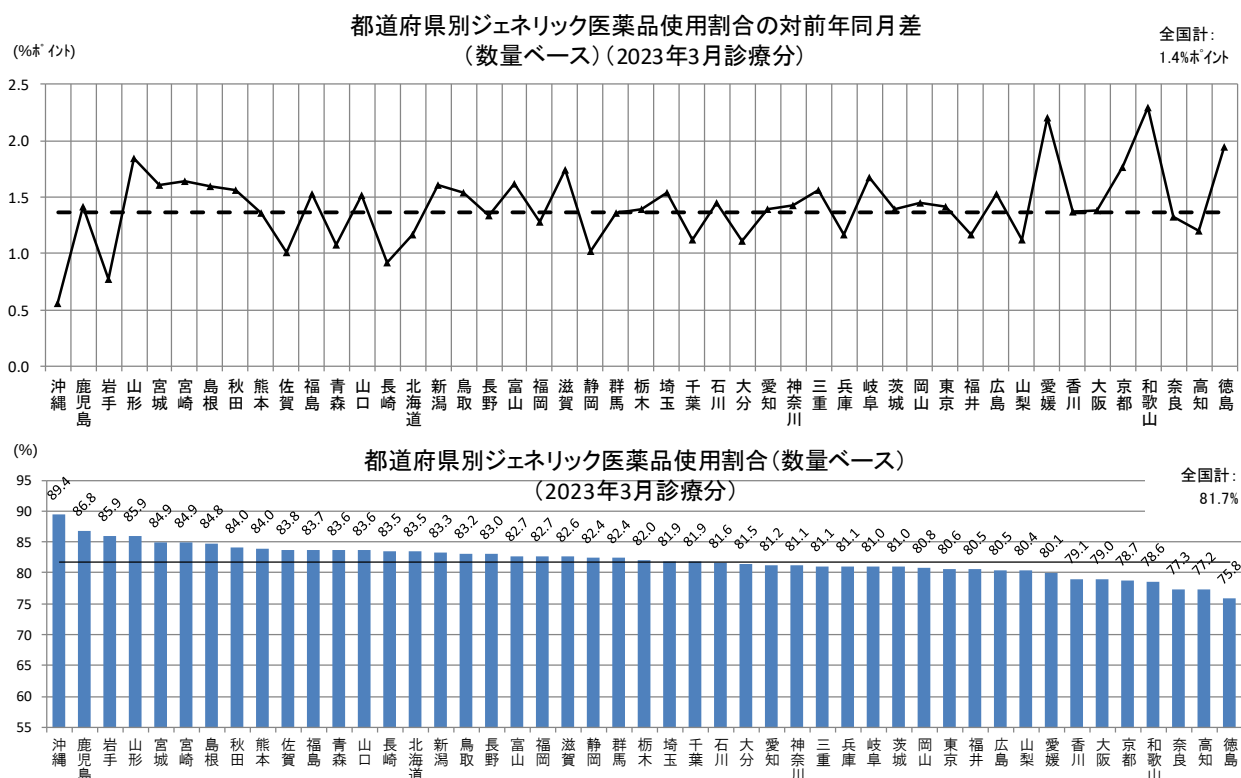
⁴⁹ 加入者がジェネリック医薬品を全く使用していなかった場合の医療費とすべてジェネリック医薬品を使用した場合の医療費の差額を試算したものです。

[(図表 4-97) ジェネリック医薬品使用割合① (月別推移)]



- ※1. 協会けんぽ(一般分)の医科、DPC、歯科、調剤レセプトについて集計したものである。(ただし、電子レセプトに限る。)なお、DPCレセプトについては、直接の診療報酬請求の対象としていないコーディングデータを集計対象としている。
- ※2. 「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えたものをいう。
- ※3. $\frac{[\text{後発医薬品の数量}]}{([\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}])}$ で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。
- ※4. 「国全体の使用割合_調剤」は「調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省)、「国全体の使用割合_医科・DPC・調剤・歯科」は「医薬品価格調査」(厚生労働省)による。
- ※5. 後発医薬品の収載月には、後発医薬品が初めて収載される先発医薬品があると算出式の分母の対象となる先発医薬品が増えることにより、後発医薬品割合が低くなることもある。

〔(図表 4-98) ジェネリック医薬品使用割合② (都道府県支部別 2022 年 3 月診療分)〕



- ※1. 協会けんぽ（一般分）の内科、DPC、歯科、調剤レセプトについて集計したものである。（ただし、電子レセプトに限る。）
なお、DPC レセプトについては、直接の診療報酬請求の対象としていないコーディングデータを集計対象としている。
- ※2. 「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えたものをいう。
- ※3. 都道府県は、加入者が適用されている事業所所在地別に集計したものである。
- ※4. $[\text{後発医薬品の数量}] / ([\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}])$ で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。

ii) 協会におけるジェネリック医薬品の使用促進に向けた取組

① 各支部におけるジェネリック医薬品使用促進ツールの活用

ジェネリック医薬品の使用割合には支部間で格差がある状況ですが、その要因は様々です。協会では、下記ア)～エ) のような様々な促進ツールを活用することで、各支部におけるジェネリック医薬品使用促進の取組の効果的な推進に努めています。

ア) ジェネリックカルテ

地域別の強みや弱みを、診療種別、医療機関の設置主体別、年代別、業種別、薬効別等の観点から偏差値と影響度で「見える化」し、どのような分野に重点を置く必要があるかを明らかにしたものです（詳細は 342 頁「地域別ジェネリックカルテ（都道府県別）」を参照）。

各支部では、本カルテを基に優先的に取り組むべき項目を判断し、必要な対策を実施しています。

イ) データブック

ジェネリックカルテ等で分析したデータを用いて、支部それぞれの課題を深掘りしたもので、意見発信や支部独自の課題の分析・検討に活用しています。

ウ) 医療機関・薬局向け「見える化」ツール

個別機関ごとのジェネリック医薬品の使用割合や地域での立ち位置、ジェネリック医薬品使用割合の向上に寄与する上位 10 医薬品等を「見える化」したものです。

各支部において当該ツールを活用し、2022 年度は約 25,000 医療機関、約 45,000 薬局へ働きかけを実施しました。

エ) 医薬品実績リスト

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

各支部において、都道府県、関係団体、医療機関・薬局への情報発信に活用しています。

② ジェネリック医薬品軽減額通知サービスの実施

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

これまでに通知を送付した加入者のうち約 4 人に 1 人がジェネリック医薬品への切り替えを行っており、実施コストを上回る財政効果をあげています（図表 4-99、4-100 参照）。

2022 年度においては、18 歳以上の加入者を対象に、約 448 万件通知しました。

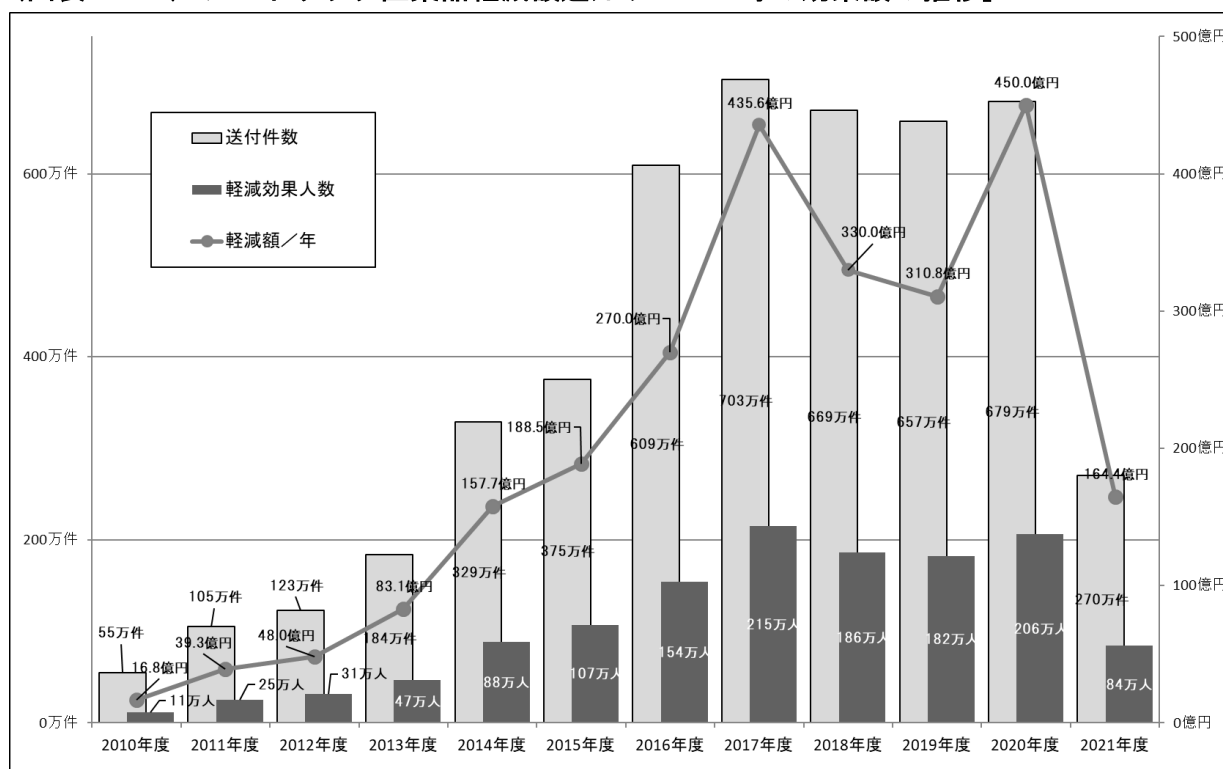
〔図表 4-99〕 ジェネリック医薬品軽減額通知サービスの軽減効果額等

年度	通知対象条件	コスト	通知件数	軽減効果		軽減額/月	軽減額/年(※1)
				人数	切替率		
2009年度～ 2018年度の累計	-	約53.2億円	約3,302万件	約903万人	27.4%	約136.7億円	約1,640.0億円
2019年度	○1回目:18歳以上の加入者 ○2回目:15歳以上の加入者 ○軽減効果額は医科500円以上、 調剤50円以上 ○対象診療月は3ヶ月分	約7.4億円	【1回目】		28.3%	約13.1億円	合計
			約357万件	約101万人			約157.6億円
2020年度	○15歳以上の加入者 ○軽減効果額は医科500円以上、 調剤50円以上 ○対象診療月は3ヶ月分	約8.0億円	【2回目】		27.0%	約12.7億円	合計
			約300万件	約81万人			約153.2億円
2021年度	○15歳以上の加入者 ○軽減効果額は医科500円以上、 調剤50円以上 ○対象診療月は3ヶ月分	約3.1億円	【1回目】		28.3%	約18.3億円	合計
			約368万件	約104万人			約219.6億円
2022年度	○18歳以上の加入者 ○軽減効果額は医科500円以上、 調剤50円以上 ○対象診療月は3ヶ月分	-	【2回目】		32.7%	約19.2億円	合計
			約311万件	約102万人			約230.4億円
2022年度	○18歳以上の加入者 ○軽減効果額は医科500円以上、 調剤50円以上 ○対象診療月は3ヶ月分	-	【1回目】		-	-	合計
			約243万件	2023年8月頃に確定			
2022年度	○18歳以上の加入者 ○軽減効果額は医科500円以上、 調剤50円以上 ○対象診療月は3ヶ月分	-	【2回目】		-	-	合計
			約205万件	2023年8月頃に確定			
合計(※2)		約71.7億円	約4,908万件	約1,375万人	28.0%	約213.7億円	約2,565.2億円

※1 軽減額（月）×12ヵ月（単純推計）

※2 2021年度分までの合計

〔図表 4-100〕 ジェネリック医薬品軽減額通知サービス等の効果額の推移〕



③ 全支部使用割合 80%以上達成に向けた本部と支部の連携した取組について

2020（令和 2）年度後半から、一部のジェネリック医薬品の製造販売企業における製造管理及び品質管理体制の不備により、ジェネリック医薬品の出荷調整が実施されてきました。

このような状況下で、全支部で使用割合 80%以上という目標を達成するため、使用割合が低迷している支部（京都、大阪、奈良、和歌山、徳島、香川、高知）を重点的に使用促進に取り組む支部（以下「重点支部」という。）に指定し、本部と支部で連携して取組を進めていくこととしました。

具体的には、

- ・ 本部において、重点支部が効率的かつ効果的なアプローチを行えるよう、ジェネリック医薬品使用割合に係る年代別、性別、業種別及び被保険者・被扶養者別の分析並びに使用割合が低くかつ使用割合に対する影響度が大きい医療機関・薬局の分析を行いました。
- ・ 重点支部では、当該分析結果に基づき、広報対象者の重点化や影響度の大きい医療機関・薬局へのアプローチを記載した「ジェネリック医薬品使用促進に係る実施計画書」を作成し、当該計画書に基づき、本部と支部が連携して、使用促進に取り組みました。
- ・ また、ジェネリック医薬品使用促進に取り組むにあたり、重点支部が抱えている疑問の解消や課題の共有を行うため、研修会を開催しました。研修会では、重点支部ごとの課題の洗い出し、意見交換及び各重点支部の取組についての情報共有を実施しました。

(4) インセンティブ制度の着実な実施

i) インセンティブ制度導入の経過及び趣旨

2006（平成18）年の医療保険制度改正において、協会も含めた全保険者を対象とした後期高齢者支援金の加算・減算制度が創設され、2013（平成25）年度から実施されました。その結果、加算・減算対象となる保険者が限定的（加算は単一健保、減算は小規模国保等）であり、インセンティブが十分に働かず、規模や属性の異なる保険者間での比較が困難であるという問題が顕在化しました。このため、2018（平成30）年度から、保険者の特性に応じてそれぞれにインセンティブ制度を設けることとされました（図表4-101参照）。

〔図表4-101〕 インセンティブ制度導入に係る経緯

- 平成18年の医療保険制度改正において、後期高齢者支援金の加算・減算制度（最大±10%、全保険者が対象）を創設。
- 加減算制度は第2期の特定健診等実施計画から実施、平成30年度からの第3期では、保険者の特性に応じてそれぞれにインセンティブ制度を設ける仕組みに見直し、協会のインセンティブ制度もその一環で創設したものの。

第1期 特定健診等実施計画（平成20年度～24年度）

【後期高齢者支援金の加算・減算制度 ※ 全保険者が対象】

特定健診や特定保健指導が制度化されてから間もないことから、第2期からの実施とされた。

⇒ 協会からは、第2期からの加減算制度について検討する国の検討会において、規模やバックグラウンドが全く違う保険者間でそれらの違いを考慮せずに比較するのではなく、そうした違いを考慮して保険者間で公平な比較ができるよう要件を揃えることや、関係者が納得するグルーピングの中での比較であるべき等を発言。

第2期 特定健診等実施計画（平成25年度～29年度）

【後期高齢者支援金の加算・減算制度 ※ 全保険者が対象】

平成25年度から実施（データについては前年度のものを使用）。

✓ 加算対象は特定健診又は特定保健指導の実施率が実質的に0%の保険者

✓ 加算率は0.23%（法律上の上限は10%）であり、減算率も0.05%程度。対象保険者も少ない

結果として、
協会は加減算がなかった。

⇒ 全保険者を対象に実施したところ、以下のような課題が顕在化。

・ 加減算対象の保険者が限定的であることに加え、加減算率も低いことからインセンティブが十分に働かない。

・ 実施結果として、加算対象は単一健保、減算は小規模国保など偏りがあり、規模や属性の異なる保険者間での比較は困難。

第3期 特定健診等実施計画（平成30年度～令和5年度）

保険者ごとの特性に応じて、それぞれにインセンティブ制度を創設

健保・共済

【後期高齢者支援金の加算・減算制度】

⇒ 従来の加算・減算制度について、加算率等の見直しを行い、実施

協会けんぽ

【インセンティブ制度】

⇒ 支部間で保険料率に差を設ける

国民健康保険

【保険者努力支援制度】

⇒ 1,400億円程度の補助金

後期高齢者医療

【特別調整交付金の活用】

⇒ 100億円程度の補助金

ii) 制度の概要

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

① 評価指標

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

- 指標 1 特定健診等の実施率
- 指標 2 特定保健指導の実施率
- 指標 3 特定保健指導対象者の減少率
- 指標 4 医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率
- 指標 5 後発医薬品の使用割合

この結果を支部単位でランキング付けし、上位 23 支部に該当した支部については、その得点に応じた報奨金によって、保険料率の引き下げを行います。

② 制度の財源

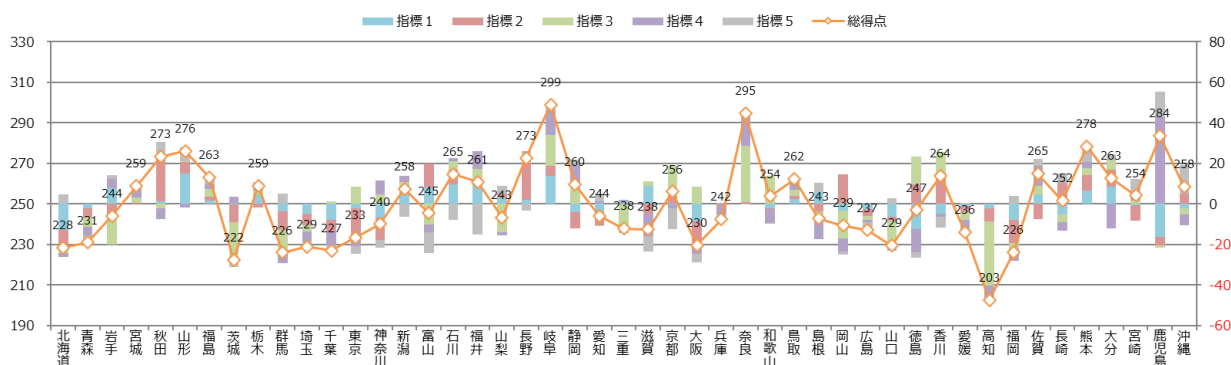
健康保険法施行令及び同法施行規則において、インセンティブ制度の財源となるインセンティブ分保険料率として、全支部の保険料率の中に 0.01% を盛り込んで計算することとされています。この 0.01% については、段階的導入となり、2020（令和 2）年度保険料率に盛り込む率は 0.004%、2021（令和 3）年度から 2022（令和 4）年度⁵⁰までの保険料率に盛り込む率は 0.007%、2023（令和 5）年度以降の保険料率に盛り込む率は 0.01% と定められました。

iii) 2021 年度実績の評価方法等

新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、2019（令和元）年度実績の評価については、2020 年 3 月実績を過去実績に基づき補正し、インセンティブ分保険料率は予定通り 0.004% から 0.007% に引き上げ、2020 年度実績の評価については、実績値の補正は行わず、インセンティブ分保険料率は 0.007% に据え置きました。

2021 年度実績の評価については、第 119 回運営委員会（2022 年 11 月 24 日開催）において、法令に基づき 0.01% に引き上げることを報告しました。2021 年度実績は図表 4-102 のとおりであり、ランキング上位の 23 支部については、インセンティブ制度の報奨金により、2023 年度の保険料率について最大で 0.095% の引き下げ効果となりました（図表 4-103 参照）。

〔図表 4-102〕 2021 年度各評価指標の総得点及び各評価指標の全国平均との差]



⁵⁰ 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた対応として、2022 年度に適用する保険料率は 0.007% に据え置くこととし、健康保険法施行令等に所要の改正が行われました。

〔(図表 4-103) インセンティブ制度による 2022 年度保険料率への影響 (支部別)〕

< 令和3年度実績の評価結果 >

支部名	インセンティブ (報奨金) 分の保険料率 (%)	標準報酬月額30万円の場合の保険料への影響額 (労使折半前)	
		1 か月あたり (円)	1 年間で換算 (円)
岐阜	-0.095	-285	-3,420
奈良	-0.087	-261	-3,132
鹿児島	-0.067	-200	-2,400
熊本	-0.057	-172	-2,064
山形	-0.053	-159	-1,908
秋田	-0.048	-144	-1,728
長野	-0.047	-140	-1,680
佐賀	-0.033	-98	-1,176
石川	-0.032	-97	-1,164
香川	-0.031	-93	-1,116
福島	-0.029	-88	-1,056
大分	-0.029	-86	-1,032
鳥取	-0.028	-84	-1,008
福井	-0.025	-76	-912
静岡	-0.023	-69	-828
栃木	-0.022	-65	-780
宮城	-0.022	-65	-780
沖縄	-0.021	-63	-756
新潟	-0.019	-58	-696
京都	-0.017	-50	-600
宮崎	-0.013	-39	-468
和歌山	-0.012	-37	-444
長崎	-0.008	-25	-300
徳島	0.000	0	0
富山	0.000	0	0
愛知	0.000	0	0
岩手	0.000	0	0
山梨	0.000	0	0
島根	0.000	0	0
兵庫	0.000	0	0
神奈川	0.000	0	0
岡山	0.000	0	0
三重	0.000	0	0
滋賀	0.000	0	0
広島	0.000	0	0
愛媛	0.000	0	0
東京	0.000	0	0
青森	0.000	0	0
大阪	0.000	0	0
山口	0.000	0	0
埼玉	0.000	0	0
北海道	0.000	0	0
千葉	0.000	0	0
福岡	0.000	0	0
群馬	0.000	0	0
茨城	0.000	0	0
高知	0.000	0	0

※ 上記の表は加算率を除いた減算部分のみを表示しています。

※ 端数処理のために計算が合わない場合があります。

Ⅳ) 成長戦略フォローアップを踏まえたインセンティブ制度の見直し

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

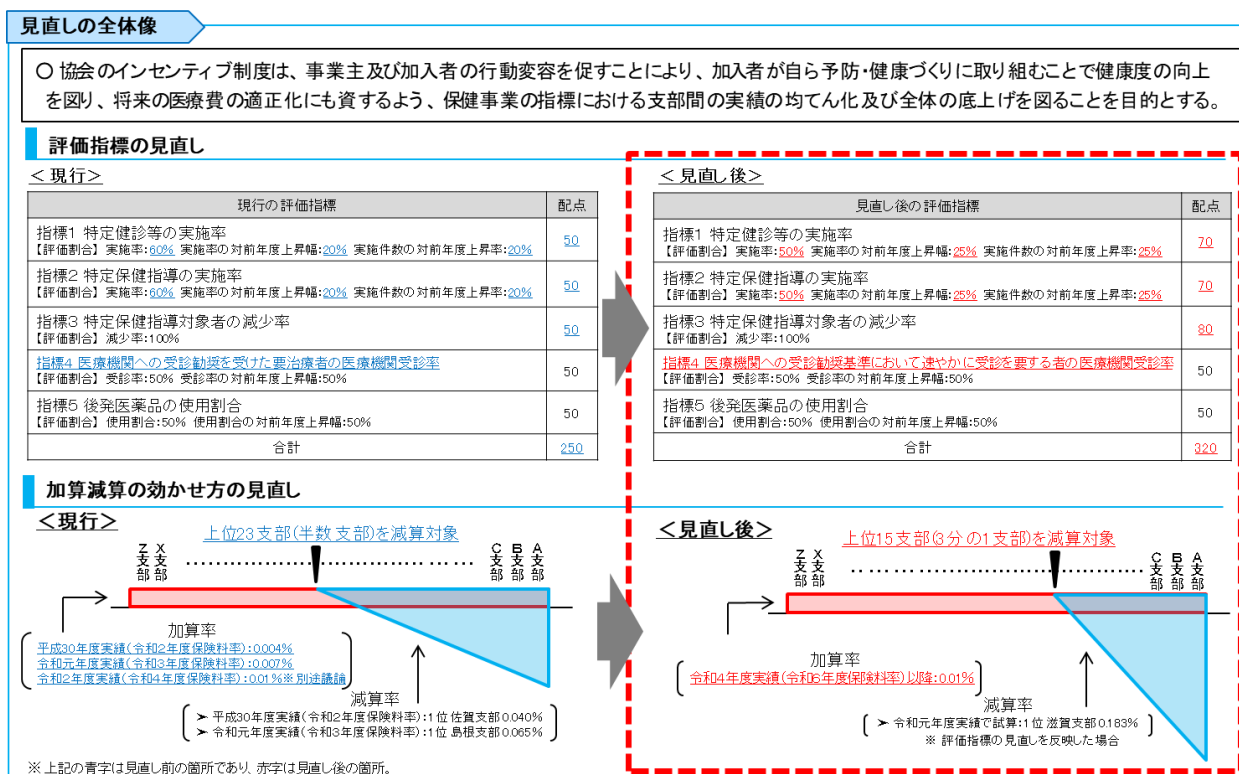
これを踏まえ、健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金加算・減算制度についても議論が行われたことや、運営委員会及び評議会から制度の見直しに関するご意見もいただいていたことから、インセンティブ制度の具体的な見直しを行いました。

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

見直しの全体像は、図表4-104のとおりであり、2022年度以降の実績の評価に適用し、その結果を2024(令和6)年度以降の都道府県単位保険料率に適用することとなります。

現行制度の枠組みのあり方に関する見直しについては、今回の見直し後の制度運営状況、特定健診・特定保健指導の効果に係る研究成果、今後の政府による保険者インセンティブ制度に対する方針、健保・共済における後期高齢者支援金加算・減算制度の実施状況等を勘案し、3年後を目途に、改めて検討を行うこととしています。

〔(図表4-104) インセンティブ制度の見直しの全体像〕



v) インセンティブ制度の広報

インセンティブ制度の実効性を高めるためには、加入者及び事業主に制度の仕組みや意義を理解していただくことが重要であり、2022年度においても、図表4-105のとおり広報を実施しました。

見直し後のインセンティブ制度の周知を図るためにも、引き続き、制度の丁寧な広報に取り組めます。

〔図表4-105〕 インセンティブ制度に係る広報の実施状況（2022年度）

広報の種類	納入告知書同封チラシ	メールマガジン	健康保険委員（※1）	事務説明会（※2）	関係機関への広報（※3）	新聞	その他（※4）
実施支部数	34支部	31支部	36支部	17支部	27支部	15支部	36支部
コロナの影響による中止（※5）	-	-	-	3支部	-	-	-

※1「健康保険委員」に対しては、事務説明会やリーフレットの送付等を実施。

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

※3「関係機関への広報」は、県、市町村、商工会、商工会議所や中小企業団体中央会等に対する訪問説明及び広報誌への記事の掲載依頼等。

※4「その他」は、テレビやラジオを活用した広報、支部職員による事業所訪問時に事務担当者等への説明、健診勧奨案内にリーフレットの同封等。

※5「コロナの影響による中止」は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、説明会、セミナー等の中止。

(5) 支部で実施した好事例の全国展開

協会では、医療費適正化や保健事業等の先駆的な取組を行うにあたり、パイロット事業を実施することで、事前に課題の洗い出しや解決策の検討等を含め効率的な実施方法を検討し、全国的な展開のための基盤づくりを行っています。

2021（令和3）年度までは、各支部が考案した事業を本部で審査したうえで、取り組む事業を決定（以下「支部提案型事業」という。）していましたが、全国展開に至る事業が減少していること、支部提案型事業については、2019（令和元）年度に創設した支部保険者機能強化予算で実施可能であることから、従来の支部提案型事業を廃止しました。

2022（令和4）年度は、今後のパイロット事業の方針や支部保険者機能強化予算との関係性を整理するためパイロット事業を中止しましたが、2023（令和5）年度以降は、本部がテーマを提案する方式へ変更し、実施することとしています。

i) パイロット事業の全国展開について

2021年度に実施したパイロット事業2事業については、2022年度に最終報告会を実施しました。

静岡支部で実施した「ジェネリックカルテ「系列薬局版」による施設管理者へのアプローチ」については、全支部に当該事業で作成した小規模系列薬局版情報提供ツールを配付し、ジェネリック医薬品の使用促進に活用することとしました。

富山支部で実施した「地域特有のポリファーマシー⁵¹の把握による多剤服用者への介入」については、全支部に情報提供することとし、具体的な活用方法については、国のポリファーマシーに関する検討状況を踏まえ、本部において検討することとしました。

① ジェネリックカルテ「系列薬局版」による施設管理者へのアプローチ（静岡支部）

本パイロット事業は、薬局ごとにジェネリック医薬品の使用割合を確認できるジェネリックカルテを、系列薬局全体を一括して確認できるよう変更し、小規模系列薬局の経営者に配付することで、系列薬局全体の使用割合を効率的に向上させることを目的に実施しました。

静岡県内の小規模系列 72 薬局（紐づく薬局店舗数 205）に配付したところ、配付していない薬局と比較して、前年同月比で使用割合が約 1% 上回りました。

② 地域特有のポリファーマシーの把握による多剤服用者への介入（富山支部）

本パイロット事業は、富山県内の薬局に対し、ポリファーマシーに関する調査文書を送付し、ポリファーマシーが生じている薬剤種類及び地域差を把握することで、効率的にポリファーマシーを改善することを目的に実施しました。

収集できた患者事例が少なかったこともあり、地域差を把握するまでには至りませんでした。ポリファーマシーの発生事例を収集することができ、また、薬剤種類数については、3 種類以上からポリファーマシーが生じている事例があることがわかりました。

ii) 2023 年度パイロット事業について

2022 年度に「健診当日の特定保健指導の効果的な利用勧奨等」と「地域特性・職域特性を踏まえた重点的喫煙対策」をテーマとして募集を行い、

- ・ 「健診当日の特定保健指導の効果的な利用勧奨等」に岩手支部・新潟支部・奈良支部
- ・ 「地域特性・職域特性を踏まえた重点的喫煙対策」に青森支部・富山支部

をそれぞれ採用しました。今後、具体的な事業実施や実施後の効果検証について、本部・支部連携の下に取り組んでいきます。

(6) 地域の医療提供体制への働きかけ

加入者及び事業主が医療を過不足なく受けられるようにするためには、地域における良質かつ効率的な医療提供体制の構築に向け、保険者から積極的な意見発信を行っていくことが重要です。協会では、国や都道府県における医療計画策定等の場や地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において、医療データ等に基づき、意欲的に意見発信を行っています。

i) 地域医療構想の実現に向けたこれまでの議論

2025（令和 7）年は団塊の世代が全て 75 歳になる年であり、それ以降、医療・介護の需要が更に増大することが予想されます。高齢者人口の増加には大きな地域差があり（図表 4-106、

⁵¹ 多くの薬を服用しているために、副作用を起こしたり、きちんと薬が飲めなくなったりしている状態。

図表 4-107) 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築することが必要です。

このため、2014（平成 26）年の医療法改正において、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の機能ごとに 2025 年の医療需要と病床の必要量を推計し、病床の機能分化・連携を進めるための施策を定めた「地域医療構想」が、都道府県で策定する「医療計画」の記載事項として位置づけられました。

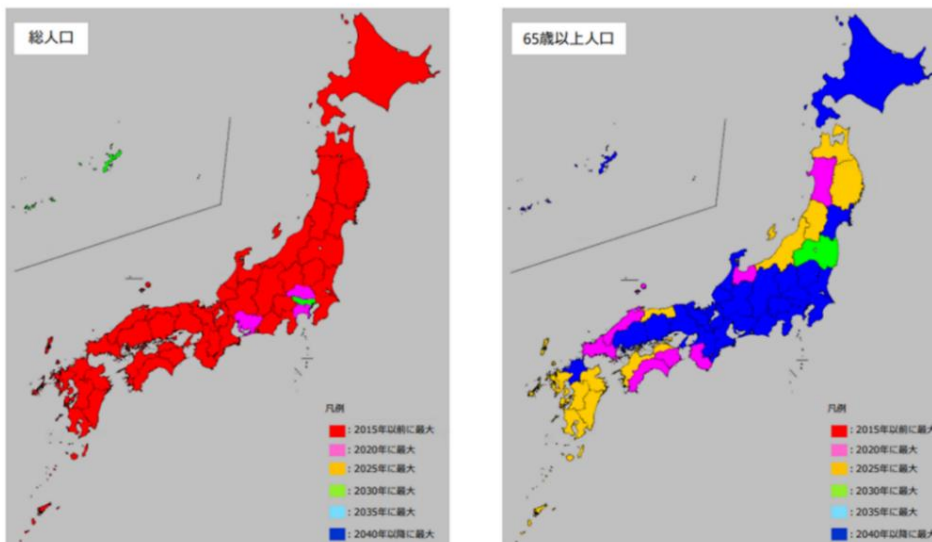
令和 4 年度の地域医療構想を巡る動きとしては、新経済・財政再生計画改革工程表 2022（2022 年 12 月 22 日経済・財政一体改革推進委員会）において、「地域医療構想の実現」について、都道府県に対し、病床機能報告における 2025 年度の病床数の見込みと病床数の必要量に著しい乖離が生じている構想区域について、医療提供体制に関する分析・評価を行い、評価結果に基づき必要な方策を講じること等を求めたうえで、乖離が著しい構想区域を有する都道府県に対して、国が「重点支援区域」の活用を促す等のアウトリーチの対応等を行うこととされました。

また、2022 年 12 月 23 日の第 8 次医療計画等に関する検討会において、2025 年以降における地域医療構想について、2023 年度・2024 年度に国における検討・制度的対応を行い、2025 年度に都道府県における策定作業を行ったうえで、2026 年度から新たな構想に基づく取組を行う方針が示されました。協会けんぽでは、当該検討会において、地域医療構想の着実な推進や地域医療構想調整会議における議論の活性化等について、累次にわたり、意見を述べてきました。

このほか、2023 年 3 月 31 日、厚生労働省医政局長通知「地域医療構想の進め方について」が発出され、今後、各都道府県において第 8 次医療計画（2024 年度～2029 年度）の策定作業が 2023 年度にかけて進められる際には、各地域で記載事項（新興感染症発生・まん延時における医療）の追加等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行う必要があり、その作業と併せて、2022 年度及び 2023 年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うこととなる旨が示されました。

[(図表 4-106) 都道府県ごとの人口が最大となる年 (第7回第8次医療計画等に関する検討会)]

都道府県ごとの人口が最大となる年

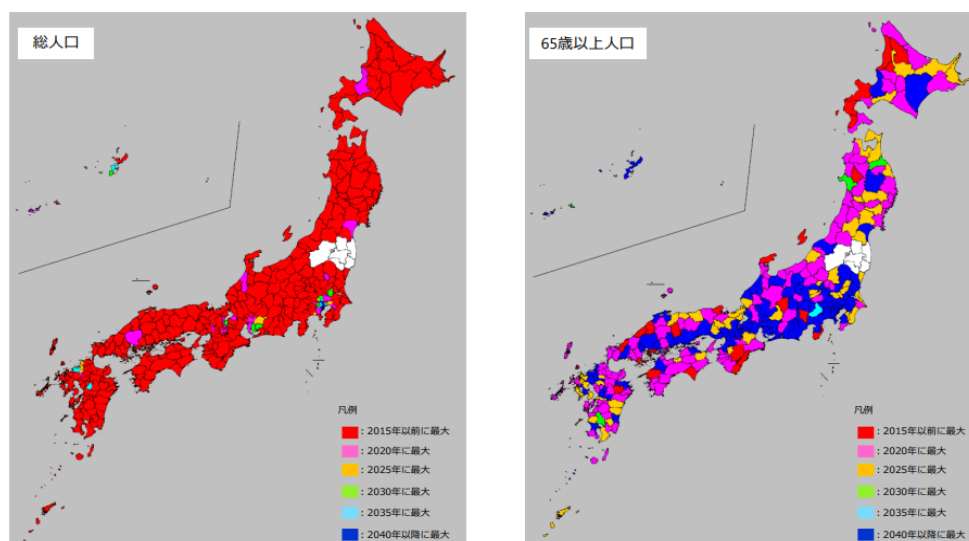


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 ※ 2015年は国勢調査の実績値

3

[(図表 4-107) 二次医療圏ごとの人口が最大となる年 (第7回第8次医療計画等に関する検討会)]

二次医療圏ごとの人口が最大となる年



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 ※ 2015年は国勢調査の実績値。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

4

ii) 意見発信のための体制確保

加入者及び事業主が良質な医療を過不足なく受けられるようにするためには、保険者が各構想区域の調整会議に参加し、意見発信を行うことが重要です。協会では、意見発信の機会を確保するため、調整会議への参加が進むよう都道府県に働きかけを行っており、その結果、2022年度末で、346ある調整会議のうち226区域（被用者保険者全体では301区域）に参加しています（図表4-108参照）。

未参加の区域については、保険者協議会で意見を調整し、市町村国保等を通じて被用者保険者の意見を届ける等、実質的に意見発信の機会を確保できるよう取り組んでいます。

〔(図表 4-108) 都道府県の各種審議会等への参画状況について (2022 年度末時点)〕

内容	参画支部数	設置数
都道府県の医療計画 ⁵² 策定に関する場への参画支部	35 支部	47 都道府県
都道府県全域の地域医療構想 ⁵³ の議論の場への参画	35 支部 (37 都道府県)	47 都道府県
構想区域ごとの調整会議への参画	47 支部、223 区域 (301 区域)	346 区域
都道府県医療費適正化計画 ⁵⁴ に係る検討会への参画支部	39 支部	39 都道府県
都道府県国民健康保険運営協議会	47 支部	47 都道府県

※ () 内は調整会議等への参画状況のうち健康保険組合連合会等を含む被用者保険としての参画数

iii) 調整会議における医療データ等を活用した意見発信

2022年度は、全47支部でデータに基づく効果的な意見発信を行うことをKPIとして設定していました。新型コロナウイルス感染症の影響により、2020年度以降、各都道府県の調整会議の開催回数は減少傾向（2020年度：370回、2021年度：325回、2022年度：356回）にありましたが、参画する調整会議においてデータ分析に基づく効果的な意見発信を行った支部は、2022年度は37支部と、2021年度の27支部を上回りました。

具体的な発言としては、調整会議における議論の停滞を踏まえ、「今後の人口減少・高齢化等の人口構造の変化とそれに伴う入院医療の変化等への対応を見据えて、将来的に地域住民

⁵² 医療計画とは、医療法により定められており、各都道府県が、国の定める基本方針に則し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するものです。

⁵³ 地域医療構想とは、医療法により定められており、今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するために、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要があることから、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、策定するものです。

⁵⁴ 医療費適正化計画とは、高齢者の医療の確保に関する法律により定められており、制度の持続可能な運営を確保するため、国と都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるため、6年を1期として、国において医療費適正化基本方針を定めるとともに、都道府県において医療費適正化計画を定め、目標達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得て、取組を進めることとしているものです。

が必要な時に質の高い医療を過不足なく適切に受けられる体制を確保する必要があると考
える。まずは、構想区域ごとの医療機関の機能分化・連携を進め地域全体で一体的に提供さ
れる体制に向けた議論が必要と考える。県においては、議論が進むように、論点を十分整理
してご提示いただきたい。」等、今後の地域医療構想の議論を促すような発言を行った支部が
複数みられました。また、データ分析を行った結果を調整会議に提供する等、調整会議にお
けるデータに基づく議論を促す支部も存在しました。

なお、データに基づく意見発信の主な例は図表 4-109 のとおりです。

今後、各都道府県で、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の
策定や検証・見直しが行われます。各構想区域の調整会議等において、より質が高い効率的
な医療提供体制を構築するため、引き続き、地域医療構想の取組に対するデータに基づく意
見発信を積極的に推進していきます。

〔(図表 4-109) データに基づく意見発信の主な例 (抜粋)〕

支部名	会議名	発言内容	活用したデータ
青森	令和 4 年度青森 県(津軽地域)地 域医療構想調整 会議	津軽地域の令和 3 年度の病床機能報告では、令和 7 年度の必要病床数を 349 床も上回った状態にある。内 訳をみると、急性期(高度急性期を含む。以下同様)が 837 床、慢性期が 187 床オーバーし、回復期が 675 床 不足した状態にある。急性期だけを選択している医療 機関(3 病院・26 診療所)においては、一部病床を回 復期として報告いただいているどうか。また、在宅医療 等が 710 人/日必要とされているが、提供された資料 ではそれが充足しているのかが不明である。現在の充 足率をお示しいただいたうえで、限られた医療資源を 有効かつ効率的に活用するため、オーバーする 349 床 及び休棟中の 123 床は廃止し、かかりつけ医・在宅医 療の充実や介護施設への転換を促しては如何か。	令和 3 年度病床機能報 告
群馬	令和 4 年度第 1 回高崎・安中地 域保健医療対策 協議会	コロナ禍における対応を鑑みると医療提供体制は逼 迫しており、産科・小児科の不足が解消されていない。 当医療圏としては「国立病院機構高崎総合医療セン ター」が本来の機能を担えることが重要である。その ためにも周辺の病院の役割が大切である。 高崎・安中地域において、令和 3 年の入院患者流出 状況を見ると、流出率が 22.8%、流入率が 25.5%と なっており、国が示す見直し基準(トリプル 20)には達 していないが、流出率については、基準を超えている 状況にある。 他の医療圏の流出入の状況について、平成 27 年と比 較すると大きく変化している医療圏も見受けられる。 二次医療圏の見直しについては、地域医療支援病院 の対応状況、救急搬送の状況、通勤・通学の状況(社 会的状況)を十分に考慮し、また、今後の変化も見込 んで検討した方がよいと考える。 県においては、より議論が進むように、客観的デー タの関連付け、課題のポイントの論点を整理しご提示 いただきたい。	患者流入出の状況(平 成 27 年及び令和 3 年 群馬県患者調査) 緊急搬送の状況(令和 元年 1 月~12 月、令和 3 年 1 月~12 月群馬県 統合型医療情報シス テム) 通勤・通学の状況(平 成 27 年度従業地・通 学地による人口・就業 状態等集計)

支部名	会議名	発言内容	活用したデータ
三重	第1回桑員地域医療構想調整会議	<p>国による将来人口推計によると、桑員区域も含め、三重県内全域で人口が減少していくとの予測が出されており（※）、資料1の5ページによると、医療ニーズの変化に合わせて、三重県内では全体的に現在よりも2035年の必要病床数の総数が減少しているが、桑員区域では、2035年の必要病床数が1,676床であり、現在よりも147床増やす必要があると示されている。その背景は何か。</p> <p>（※桑名市2022.3月末:139,712人→2035年:132,270人、いなべ市2035年:42,915人。徐々に減少傾向であることを確認）</p> <p>また、現在と2035年の各機能の内訳を見ると、高度急性期・急性期・慢性期は充足しており、回復期のみ189床不足しているとの試算であるため、今後の対応方針について、県が中心となって検討を進めていただきたい。</p>	<p>・県が調整会議に提出した2022年度定量的基準の適用結果データ</p> <p>・国立社会保障・人口問題研究所の2040年までの将来推計人口データ</p>
鹿児島	第18回鹿児島保健医療圏地域医療構想調整会議	<p>事務局に2点依頼したい。</p> <p>まず今回の資料、会次第の入った資料の最後のページ、12ページと資料3の1ページをご覧いただきたい。2015年現在と2021年7月1日現在の病床数を医療機能ごとに比較すると、2025年の病床必要量が過剰とされている高度急性期・急性期・慢性期についてはそれぞれ131床、354床、224床減少、不足とされている回復期については683床も増床となっており、確実に地域医療構想を実現する形で進んでいることは高く評価できると考える。</p> <p>一方で、高度急性期に関しては、2015年現在でも県全体の病床数は62床不足している状況であり、他医療圏からの流入患者が多い鹿児島保健医療圏としては、流入患者の状況も含め必要病床数を考える必要があるのではないか。事務局には、他圏域からの流入状況がわかる資料の提供を求めたい。</p> <p>会次第の入った資料の12ページに挙げてある2つ目の課題に「各医療機関の役割分担及び連携のあり方を明確化し・・・」とあるが、これまで具体的な議論がなされていないのではないか。事務局には、各医療機関の連携状況について、議論に必要な資料の提出をお願いしたい。</p> <p>私は医療保険者の代表として出席しているが、加入者でもある地域住民が切れ目のない、より良質な医療が受けられるよう県に主導していただいて病床機能の分化・連携を進めていただきたい。</p>	<p>平成27年病床機能報告・2025年における病床の必要量（必要病床数）・令和3年度病床機能報告</p>

(7) 医療保険制度改革等に向けた意見発信

i) 厚生労働省等への要望

社会保障審議会医療保険部会における医療保険制度改革の議論にあたり、2022（令和 4）年 12 月 1 日の医療保険部会において、被用者保険関係 5 団体（健康保険組合連合会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会、協会）から社会保障審議会医療保険部会長に対して、「全世代型社会保障の構築に向け、分厚い中間層の復活などのためにも、子育て・若者世代をはじめとする現役世代の負担軽減が不可欠」とし、「現役世代の負担軽減に係る施策の確実な実現」と「被用者保険者間の格差是正を通じた保険者基盤強化の実現」について意見をとりまとめ、子育て・若者世代をはじめとする現役世代の負担軽減につなげる改革としていただきたい旨、資料として提出しました（図表 4-110 参照）。

〔(図表 4-110) 医療保険制度改革に向けた被用者保険関係 5 団体の意見〕

令和4年12月1日

社会保障審議会・医療保険部会部会長
田辺 国昭 殿

健康保険組合連合会
全国健康保険協会
日本経済団体連合会
日本商工会議所
日本労働組合総連合会

医療保険制度改革に向けた被用者保険関係 5 団体の意見

急速な少子高齢化を迎える中、我が国が誇る国民皆保険の維持を見据えた全世代型社会保障の構築は最も重要な命題の一つである。これを踏まえ、全世代型社会保障構築本部及び骨太の方針 2022 において「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心」というこれまでの社会保障を見直すことが示されたところである。

現在、社会保障審議会・医療保険部会において医療保険制度改革の議論が行われているが、今般の改革の最大の目的は「現役世代の負担軽減」の実現にある。全世代型社会保障の構築に向け、分厚い中間層の復活などのためにも、子育て・若者世代をはじめとする現役世代の負担軽減が不可欠である。それらを踏まえ、社会保障審議会・医療保険部会に参画する被用者保険関係 5 団体において、下記のとおり改めて意見をとりまとめたので提出する。

記

1. 現役世代の負担軽減に係る施策の確実な実現

本年 10 月から、一定以上所得の後期高齢者窓口負担 2 割が導入されたが、現役世代の負担は依然大きい。現在、議論が進められている、「後期高齢者の保険料賦課限度額の引き上げ」、「高齢者支援金の負担割合の見直し」および「後期高齢者医療制度も含めた出産育児一時金の負担の仕組みの導入」については、低所得者に配慮しつつ確実に実施すべきである。

2. 被用者保険者間の格差是正を通じた保険者基盤強化の実現

被用者保険者間の格差是正を行う場合、企業、労働組合との連携を含め、保険者機能の発揮を阻害しないようにするとともに、各保険者における財政等の影響を勘案することが要諦である。また、これにより削減した公費財源は、現役世代の負担軽減に全額充てるべきである。

なお、全世代型社会保障構築会議で示された「賃上げ努力を促進する形」での支援の見直しについては、拠出金負担の軽減や保険者の解散抑止など既存の必要な支援の充実・強化をまず検討すべきである。

以上

ii) 社会保障審議会医療保険部会

協会役員が委員を務める「社会保障審議会医療保険部会」では、

- ① オンライン資格確認等システム（導入加速化に向けた取組や支援をどのように行っていくか）
 - ② 感染症法の改正（流行初期の感染症医療に対する減収補償に公費と保険財源を充てるか等）
 - ③ 全世代型社会保障（出産育児一時金、高齢者の保険料賦課限度額や高齢者医療制度への支援金の在り方、被用者保険者間の格差是正等）
 - ④ マイナンバーと健康保険証の一体化（令和6年秋に向けた業務フローの検討等）
 - ⑤ 医療費適正化計画（令和6年度から始まる第4期医療費適正化計画の内容）
- について議論を重ねました。協会の主な発言は次のとおりです。

① オンライン資格確認等について

- ・ オンライン資格確認の更なる導入が制度普及の鍵となる。関係者と連携した取組の推進や医療機関等への個別の働きかけ強化といった観点からの対策を実行的・複合的に進めていただきたい。
- ・ オンライン資格確認等システムという日本の医療DXの基盤となる仕組みが国民に活用され、認めてもらうためには、患者が新たな医療を体験し、そのメリットを感じてもらうことが重要である。関係者一丸となって取り組むためには、厚生労働省のホームページに地域別の運用開始施設名の一覧や前週からどの程度増加したかも含めた医療機関・薬局の導入状況を掲載してはどうか。
- ・ 国として、オンラインを活用した請求・資格確認のメリットや必要な対応、セキュリティの確保等について、わかりやすい形で広報をすべきだと考える。
- ・ 電子処方箋について、いよいよ運用が開始される。複数の医療機関・薬局間での情報の共有が進むことで、重複投薬の防止や適切な薬学的管理等、患者の健康増進に大きな効果が期待される制度である一方、導入に向けた環境の整備が進んでいない状況である。一刻も早く全面的な導入が可能となるよう、国として、財政的支援を含め、導入促進に向けた支援策の一層の強化をお願いしたい。
- ・ 協会としても、保険者として、2023（令和5）年度から電子処方箋に係る運用経費を負担することとなっており、加入者を含む国民が電子処方箋のメリットを実感できるよう、積極的に周知・啓発を行っていきたいと考えている。厚生労働省としても、関係部局の連携を深めながら患者・国民に向けて、省をあげて積極的な広報に努めていただくようお願いする。

〔(図表 4-111) 電子処方せんポスター〕

電子処方せんが始まりました！

電子処方せんとは、これまで紙で発行していた処方せんを電子化したものです

メリット 01 **複数の医療機関・薬局間での情報共有が可能に！**
複数の医療機関・薬局をまたがる過去のお薬情報を医師・薬剤師と共有することができます。同じ成分のお薬をもらうこと（重複投薬）や良くないお薬の飲み合わせを防ぐことができ、安心安全な医療に繋がります。

メリット 02 **自分のお薬情報が確認できる！**
マイナポータルでご自身の直近のお薬情報を確認することができます。飲み合わせの確認等が可能になり、日常生活におけるお薬関連のリスクを抑えることができます。

メリット 03 **診療やお薬の受け取りが便利になる！**
処方せんが電子化されるため、薬局に処方せん情報をあらかじめ送ることができます。オンライン診療なども受けやすくなります。

このポスターが目印！



電子処方せんを利用するためには大きく **3step!**

Step.1 医療機関の窓口で電子処方せんを選択

Step.2 電子処方せん対応薬局で受け付け

Step.3 調剤されたお薬を受け取る

マイナンバーカードでもっと便利に！
マイナンバーカードをご利用いただくと、よりよい医療を受けられることができます。またマイナンバーカードを持っていない方はまずはマイナンバーカードの申請を！

マイナンバーカードの申請方法はこちら
<https://www.kojinban-go-card.go.jp/apprec/>

電子処方せんについて、詳しくはこちら

② 感染症法の改正について

- ・ 流行初期の感染症医療に対する減収補償について、公費と保険財源で手当てすることを検討しているとのことだが、保険財源は診療の対価として充当されるものであり、その原則を逸脱する今回の改正案については慎重な検討が必要である。
- ・ 流行初期の感染症医療については、感染症流行前の同月の診療報酬を見込みで支払う等、原則を崩さない形での改正案の検討が望ましいと考えており、今回の改正案で進めるとしても、例外的かつ限定的な取り扱いである旨を明確化するとともに、制度の運用に当たっては、以下の点に留意して欲しい。
 - 流行初期医療確保措置の実施機関について、客観的基準に基づき設定すること。
 - 協定履行状況等の公表、協定に沿った対応をしない医療機関に対する勧告・指示・公表にあたって、具体的な医療機関名とその役割、病床使用率や減収補償の状況の報告を行うこと。また、当該公表については、ホームページ等で広く国民に公表するとともに、こまめな情報更新を行うこと。

③ 全世代型社会保障について

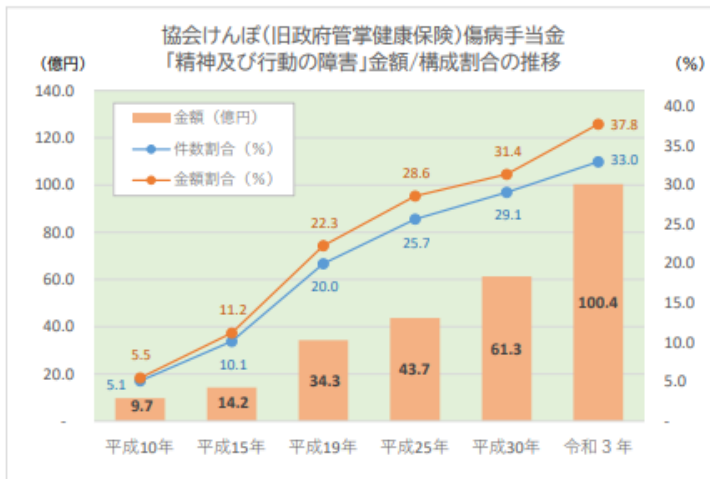
- ・ 出産育児一時金について、妊産婦がサービスに応じ適切な費用の医療機関を選択できるように、出産費用に係るデータの収集・分析・開示の方策について、積極的に議論を進めていただきたい。また、これからの保険制度を担う次世代を支援するものとして、後期高齢者の方にも、医療保険制度を支える集団の一員として、公平な参画をお願いしたい。
- ・ 後期高齢者医療費への拠出金が今後も大きく増加する見込みである等、現役世代の医療費は限界に達している。現役世代が納得して、これからも医療保険制度を支えていくためには、世代間の給付と負担の在り方を公平に見直すことをはじめ、制度の見直しに向けた議論を進めていくことが重要。負担能力のある後期高齢者の方にも、医療保険を支える集団の一員として、公平な参画をお願いしたい。
- ・ 被用者保険者間の格差是正について、制度の持続可能性を高める観点から必要な見直しである。報酬調整を行うのであれば現役世代の負担にならないようお願いしたい。また、減少した財源については、全額を現役世代の負担軽減に充てていただきたい。
- ・ 医療費適正化計画の見直しの中で、メンタルヘルスが原因で医療機関を受診し、服薬を受ける前に、どのように予防できるか日本全体で議論し、実践できる機運を高められるようにしていただきたい。
- ・ 高齢者医療費への拠出金が今後も大きく増加する見込みである等、現役世代の保険料負担は限界に達している。現役世代が納得して、これからも医療保険制度を支えていくためには、世代間・世代内の給付と負担の在り方を公平に見直すことをはじめ、制度の見直しに向けた検討を継続して進めていくことが急務であると考えている。その意味で、今回の法案は医療保険制度の持続可能性を高めるために必要な見直しのあくまで第一歩であると考えており、全ての世代の方々の安心を広く支え合い、次の世代に引き継いでいくために不可欠な改革を確実に行っていけるよう、今後も本部会で不断の議論を続けていただきたい。
- ・ 協会けんぽの傷病手当金に占める精神及び行動の障害を原因とした申請の支給金額及び構成割合は、年々増加の一途をたどっている。メンタルヘルスのような各年代に幅広くまたがる課題については、母子保健、学校保健、産業保健、被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療保険といった主体がどのように対応し、連携するのか、それぞれの役割分担を整理し、トータルビジョンを描き、具体的な対処方法を実証することが必要不可欠である。厚生労働省におかれては、そういった大局図を描いた上で、今後の政策の検討を進めていただきたいと強く要望する。

〔(図表 4-112) 協会けんぽ（旧政府管掌健康保険）傷病手当金「精神及び行動の障害」金額と構成割合（各年 10 月）の推移〕

令和5年2月24日 第163回社会保障審議会医療保険部会 委員提出資料

協会けんぽ(旧政府管掌健康保険)傷病手当金
「精神及び行動の障害」金額と構成割合(各年10月)の推移

	件数割合(%)	金額割合(%)	金額(億円)
平成 10 年	5.1	5.5	9.7
平成 15 年	10.1	11.2	14.2
平成 19 年	20.0	22.3	34.3
平成 25 年	25.7	28.6	43.7
平成 30 年	29.1	31.4	61.3
令和 3 年	33.0	37.8	100.4



④ マイナンバーと健康保険証の一体化について

- ・ 2024（令和 6）年秋のマイナンバーカードと健康保険証の一体化にあたっては、保険料を納めていただいている加入者の方々の手元に、マイナンバーカード又は「資格確認書」が迅速に届き、支障なく医療機関等の受診を行える仕組みの構築が重要である。こうした体制整備を遺漏なく行っていくことで、マイナンバー制度に対する国民の忌避感や抵抗感も逡減し、2024 年秋に、円滑に制度を導入することが可能になると考えている。
- ・ 「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」及びその下に設置された、協会もオブザーバーとして参加させていただいている専門家 WG において、具体的な実務上の課題の検討が進められ、6 月にとりまとめが行われる予定と認識している。協会としても、新たな業務フローの検討や必要なシステムの改修を急ピッチで進めていく必要があり、引き続き、現場の意見を取り入れ、詳細の検討を着実に進めていただくようお願いする。

⑤ 第4期医療費適正化計画について

- ・ 関連する計画として、特定健康診査等実施計画、データヘルス計画、健康日本 21 があり見直しが進んでいるが、各計画の見直しについては、全体の整合性がとれておらず、保険者として取り組むべき方向性も示されていない。2022 年度中に基本方針が改正されるが、どのような取組を柱に据え、どのような体制で都道府県において展開が図られるか、保険者がどのように関わっていくか等の論点が示されていない。一刻も早く、議論を開始すべき。
- ・ 協会けんぽでは、2023 年度に策定される都道府県の医療費適正化計画について、本部による支援のもと、各都道府県支部がその策定プロセスからしっかりと参画していきたいと考える。その前提として、各計画の相互の関係性、保険者が優先的に取り組むべき事項、そのスケジュールを理解することが不可欠であり、全体像を早急に示していただきたい。
- ・ フォーミュラリの策定やバイオシミラー等、更にジェネリック医薬品使用促進に取り組む余地がある部分について、新たな目標設定に向けた議論を行うことと並行して、全都道府県で 80%以上の後発医薬品使用率を達成することが可能となるよう、国としてもしっかりとした支援措置を講じていただきたい。

iii) 中央社会保険医療協議会

協会役員が委員を務める「中央社会保険医療協議会」では、

- ① 看護職員の処遇改善（診療報酬で対応することについての具体的な制度設計）
- ② 医療 DX 対応（保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システム導入の原則義務化と、その診療報酬上の評価）
- ③ 2023 年度薬価改定（平均乖離率 0.625 倍を超える品目を改定対象とするか等）
- ④ 新型コロナの診療報酬上の取扱い（5 類への移行にあたり診療報酬をどう見直すか）
- ⑤ 高額医薬品（感染症治療薬）に対する対応（ゾコーバの薬価収載）

について議論を重ねました。協会の主な発言は次のとおりです。

① 看護職の処遇改善について

- ・ 今後議論を進める上で、どのように設計しても、処遇改善に必要な額と診療報酬で得られる額とのずれが生じると考えられるため、それをどこまで許容するのかという視点で考えることが重要ではないかが最大の論点になる。
- ・ 診療報酬では調整機能がないことへの対応は課題である。10 月以降に、看護職員の給与と診療報酬の差が検証できるとともに、患者負担が増えることを、納得してもらえらる仕組みとしていく必要がある。

② 医療 DX 対応について

- ・ オンライン資格確認等システムは、日本の医療 DX の基盤となる仕組みであり、なるべく多くの医療機関が、経過措置を必要とせず、迅速な導入を行うことが可能となるよう、また、経過措置について、期限延長が繰り返されるといったことがないよう、引き続き、一層の導入促進に取り組んでいただきたい。また、その他特に困難な事情がある場合については、できる限り制限的に解釈すべき。
- ・ 2024 年秋にマイナンバーカードと健康保険証の一体化を行うとの方針が示されている中、保険証の原則廃止にあたっては、大前提として、すべての国民がマイナンバーカードを取得し、保険証として利用できる環境が整っていることはもちろん、あんま・鍼灸、健診機関でオンライン資格確認等システムが導入されていることが必須。
- ・ 今後、オンライン資格確認システムを基盤として様々な情報を連携しようとする事には賛成である。顔認証付きカードリーダーを導入した医療機関からのヒアリング結果では、異口同音に事務処理が効率化された、返戻による事務負担が軽減した等のコメントがある。これらは、明らかに診療側のメリットである一方で、そのメリットを提供してくれるシステムに対する対価を診療側は負担していないと認識している。

③ 2023 年度薬価改定について

- ・ 患者の皆さまがドラッグラグ等の不安なく治療を受けることが可能となるよう、安定的な医薬品流通の確保を第一として、患者目線で、丁寧な議論を積み重ねていくことが重要である。ただし、安定供給のために何でも値上げをしなければならない、という議論にならないよう留意願いたい。
- ・ 薬価改定において最も重要視すべき客観的データである薬価調査の結果を踏まえると、「薬価制度の抜本改革について 骨子」等で示されている、対象品目の範囲については、国民負担の軽減の視点から、できる限り広くすることが妥当である、との方針に沿った検討をすることが、本来のあるべき姿ではないかと考える。そうした基本的な考えの下、安定供給の問題と薬価の問題とは、別の問題であると認識して議論しなければならない、乖離の状況を考慮に入れず、ある分野を一律に対象から外すようなことは慎むべきと考えるが、安定供給に深刻な支障が生じている状況を鑑みて、不採算となっているものについて、改定対象には含めたうえで、一定程度の配慮を行うことを考慮に入れて議論してもよいと考える。
- ・ 骨子案にもあるとおり、2024 年度診療報酬改定においては、医薬品の迅速、安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会の議論も踏まえ、後発医薬品企業のビジネスモデル上の課題であるとか、新薬と後発品等の取引条件や商品特性が異なる製品をすべて同じ薬価改定ルールで扱うことの是非等、本質的な問題を議論し、医薬品の安定供給をめぐる問題の根本的な解決に向けた議論を進めていければと考えている。
- ・ 総論として、全体的に議論の進め方が拙速であると感じた。事務局として、どこに課題があったのか真摯に検証していただき、中医協を含めた政府における意思決定のプロセスや中医協の役割・意義について今一度整理し、それを明確化していただくようにお

願います。2024 年度診療報酬改定、薬価改定においては、今回の反省を踏まえ、医薬品業界の構造的課題等の根本的課題について、丁寧な議論を積み重ねていけるようにご配慮願う。

④ 新型コロナウイルス感染症の診療報酬上の取扱いについて

- ・ 国内初の新型コロナの感染者が確認されてから 3 年以上の月日が経過し、2023 年 5 月 8 日からは新型コロナウイルスを 5 類感染症に位置付けるという形で、本格的に社会経済活動の再開に舵を切ろうとしている。医療従事者の負担やコロナ医療の効率化の状況をよく見極めながら、丁寧な議論を積み重ね、徐々に、しかし着実に、5 類感染症としてのウィズコロナに向けた診療報酬体系への移行を進めていくべきと考える。
- ・ 新型コロナについては、インフルエンザと異なり、年に何回も流行し、病原性の高い変異株が現れるリスクも残ることから、現場の状況をにらみつつ、当面の間継続する特例と見直しを行う特例を設けることについては賛成である。ただし、今回の方向性はあくまで、この春までの現状分析や予測に基づくものであり、今夏の感染状況や、見直し後の特例の算定状況を、迅速かつ的確なデータをもとに、再度の感染拡大が予想される冬に向けて、秋頃にも再度検証を行うべきと考える。

⑤ 高額医薬品（感染症治療薬）に対する対応について

- ・ 高額医薬品に対する対応については、まだ承認前ではあるが、アルツハイマー病に対する新薬のレカネマブも今後議論の俎上に上がってくると認識している。2025（令和 7）年には 65 歳以上の方の 5 人に 1 人程度、約 700 万人が認知症になると予測されており、仮に承認された場合の市場規模は、今回議論しようとしているゾコーバの 1,500 億円という規模から、1 桁違う規模になることが予想される。そのため、今回のゾコーバに関する議論は、そうした今後の議論の試金石にもなるものであり、あらゆる可能性を想定したうえで、しっかりと議論を行っていく必要がある。
- ・ 今回のゾコーバ錠の議論とは少し離れるが、要望を述べさせていただく。協会では船員保険を取り扱っており、その中には長期間外洋に出ている船員がいる。その方たちにとって、船内でコロナ患者が発生することが最大のリスクである。ぜひ、コロナ治療薬となる飲み薬を 1 日も早く、船に常備できるようにしていただきたい。
- ・ 投与患者数の推計や市場規模予測が極めて困難であるため、医療保険制度の持続可能性を高めるためには、現行の市場拡大再算定ルールを見直し、薬価収載後の価格調整を現行以上に迅速に行えるような仕組み、環境を整えていく必要があると考える。
- ・ 今後、ゾコーバが正式に承認された際や感染状況等を踏まえ、薬価をはじめとした取り扱いをきめ細かく見直していくことについては、患者の安心にも繋がるため、その方針で進めていただきたい。
- ・ 投与にあたっての留意事項については、すでに投与後に妊娠が発覚した事例が確認されていることから、留意事項通知の改正をはじめ、医療現場でのリスク管理の一層の徹底を図るようお願いする。

- ・ 今後、ゾコーバが医療現場に流通していくにあたって、リスク管理と患者の安全性の確保は大前提になるものである。留意事項通知の改正等、遺漏ないようご対応いただくとともに、国民への広報は幅広く実施していただくようお願いする。

iv) 第8次医療計画等に関する検討会等

① 第8次医療計画、地域医療構想等について

協会役員が委員を務める「第8次医療計画等に関する検討会」では、第8次医療計画（2024年度～2029（令和11）年度）の策定のため、基本方針や医療計画作成指針等の改正に向けて、地域医療構想の着実な推進やかかりつけ医機能の検討を進めることについて議論を重ねました。協会の主な発言は次のとおりです。

- ・ 在宅の高齢者に着目すると、地域での医療介護連携等、地域包括ケアシステムをしっかりと構築していく中で、かかりつけ医機能に期待される役割は非常に重要。母子保健、小児医療の観点からも、かかりつけ医が果たす役割は大きい。
- ・ かかりつけ医の議論をするに当たっては、抽象的な制度論だけではなく、具体的な現場をしっかりとイメージしながら、患者目線と幅広い視点に立って議論を深めていく必要がある。具体的な現場をイメージしつつ、まず1つ目に地域における医療介護ネットワークの中での位置づけ、2つ目に具体的な役割、3つ目に患者との関係性、4つ目に適正な報酬の在り方、こうしたものについて、しっかりと議論を深めていくことが必要。その際には、患者目線と幅広い視点、大所高所に立った議論をしていくことが大切。
- ・ 協会けんぽでは、地域医療構想の実現に向け、地域において良質かつ効率的な医療提供体制を構築すべく、各都道府県の地域医療構想調整会議の場で、各支部による、データを活用した積極的な意見発信に努めている。しかし、新型コロナ対応の影響により、そもそも会議が開催されないケースや、開催されてもデータに基づく議論が十分に行われないケースも散見されるため、国として、都道府県における議論が進むよう、積極的に働きかけを行っていただき、医療関係者だけではなく、地域住民代表や被用者保険者代表等、多様な構成員の意見を幅広く取り入れながら進めてほしい。

- ・ 第 4 期特定健診・特定保健指導の見直しの議論を進める前提として、これまで保険者が取り組んできた特定健診・特定保健指導の効果について、厚生労働省としての統一的な見解を示していただきたい。
メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を減らすという観点から、「2cm・2kg 減」や「1cm・1kg 減」が、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を減らすことと、医学的にどのようなエビデンスや因果関係を持つかを明らかにし、国民にわかりやすく説明していただきたい。
- ・ ICT やアプリの活用によって、保健指導に要するマンパワーの効率化が図られることは否定しない。しかし、単に効率化に資するという理由だけで導入するのではなく、それが保健指導の質の向上につながる必要がある。また、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少につながった効果のある保健指導の「見える化」について、早急に成功例を分析し、保健指導の質の向上につながる諸要素を明らかにした上で、その要素に合致した ICT やアプリを導入するという順番で議論していく必要がある。
- ・ 今後は特定保健指導の実施率の向上に加えて、特定保健指導の質の向上にも併せて取り組んでいく必要があり、今後、質の向上を期していくために、結果を出せる特定保健指導が備えている、または備えるべき、例えば対象者の属性把握の手法、また健診結果の分かりやすい解説モデル、そのための有益な教材の開発、そして対象者に寄り添っていくコミュニケーションスキルといった各要素について、好事例を収集し、マニュアル化をして、広く保健師、管理栄養士の資質の向上につなげていくべき。国、保険者と並んで、専門職の団体である日本看護協会、日本栄養士会におかれても好事例の収集、そしてそれを踏まえた研修の実施等に積極的に取り組んでいただきたい。

vi) 第 3 期データヘルス計画に向けた方針見直しのための検討会

協会役員が構成員を務める「第 3 期データヘルス計画に向けた方針見直しのための検討会」では、2024 年度に第 3 期データヘルス計画が開始されることを見据えて、これまでの取組の実績やその評価等を踏まえた議論を重ねました。協会からの主な発言は以下のとおりです。

- ・ 国全体の健康づくりとして何に優先順位をつけてやっていくのかということをはっきりと示していただき、それを踏まえて、各保険者がこのデータヘルス計画の肝となる事業をどういう形で取り組んでいくのかということを検討していかなければならない。ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ、更には医療費適正化計画等の検討において、国として、どのような健康課題が重点項目としてあるのか示していただく必要がある。
- ・ 今後は 40 歳未満の方の健診データも保険者が入手をして健康づくりに活かしていくということになっており、労働安全衛生法に基づく事業主健診データを保険者が入手しようとする際に、円滑に入手できるような体制を作っていただくことが重要。
- ・ 保険者が外部委託先を選定するに当たって、その外部委託事業者に関する情報は大変

重要なものであり、外部委託事業者に関するアウトカム指標も含めた、また更新頻度も新しい情報が業者選定に有効に使えるということが期待され、情報提供の項目、更には詳しさについて事業者サイドと保険者との間の意見交換、調整する場を厚生労働省は取り持っていたきたい。

vii) 産業保健のあり方に関する検討会

協会役員が構成員を務める「産業保健のあり方に関する検討会」では、産業現場のニーズを踏まえつつ、より効果的に産業保健活動が推進されるよう、産業保健に関わる者の役割分担や連携のあり方、保険者等との連携のあり方、小規模事業所における産業保健活動のあり方について議論を重ねました。協会からの主な発言は以下のとおりです。

- ・ 労働安全衛生法に基づく事業主健診と保険者の行う特定健診があるが、これらについては問診項目、健診項目、更には健診を受けた後の保健指導という流れが、共通化してきている。そういう中で、産業保健において何に重点を置いて健診をしていくのか、保健指導をしていくのか、一方、保険者においては、何を自分たちの持ち場として健診をし、保健指導をしていくのか、そこについて改めてこの場で整理をして、検討を進めていく必要がある。
- ・ 当協会において傷病手当金の支給を受けた方の3分の1が精神及び行動の障害で申請されており、申請者の傷病の中では、最も高い割合になっている。メンタルヘルスについては保険者としてもいろいろ取り組みをしなければならないが、職場環境に起因したのも多くあるのではないかと思っているので、産業保健と連携しながら、双方が力を合わせて重点的に対応していくべき。
- ・ 協会けんぽとしては、特に小規模事業所に対してしっかり健康づくりのサポートをしていかなければならないが、小規模事業所ほど健診受診率が低いという実態がある。そのため、どのような形で健診を受けていただくか、それも含めた健康づくりのサポートをさせていただくかということについて、産業保健とも課題を共有していると思うので、連携して取り組んでいかなければならない。

viii) 保険者協議会中央連絡会

「保険者協議会中央連絡会」は、各都道府県に設置された保険者協議会の連携協力を促進することを通じて、被保険者等の健康の増進及び医療費の適正化を図り、医療保険制度の安定的運営に寄与することを目的に設置されています。

2023年3月に開催された保険者協議会中央連絡会においては、厚生労働省保険局医療介護連携政策課から、第4期医療費適正化計画や特定健診・特定保健指導の見直し等が説明され、協会からは以下の発言を行いました。

- ・ 次期都道府県医療費適正化計画策定のフレームで示されているように、都道府県単位で、「都道府県、市町村、国民健康保険団体連合会、健康保険組合、協会けんぽ」とい

った地域の関係者の間で、「顔の見える地域ネットワーク」を構築し、そうしたネットワークのもとで連携して共同分析を行い、当該地域の課題を共有し、その課題解決に向け力を合わせて取り組んでいくことが求められる。そうしたことを本格化していく第一歩として、今回の医療費適正化計画の策定と着実な実施に期待している。

- ・ 特定保健指導の見直しによるアウトカム指標の導入において、現時点で国立保健医療科学院を含めた国、日本看護協会、日本栄養士会、それぞれにおいて、どのような形で資質向上に向けた研修体制が新年度に展開されていくのか、国にリーダーシップをとっていただき、結果を出せる特定保健指導を担える保健師・管理栄養士の育成について、どのような研修の場が準備されるかをご提示いただきたい。
- ・ 現在協会けんぽが個別契約している被保険者に対する特定健診・特定保健指導の業務委託先で検体の取り違いや健診結果に関する事務処理誤り・誤通知等が多く発生しており、委託先への事務処理要領や契約書等には事務処理誤り・誤通知がないような体制を整備する旨を明記し、事故防止や再発防止に向けて対応を進めているところ。一方、被扶養者の特定健診の多くは集合契約によって実施しており、この集合契約で実施している被扶養者の特定健診についても、同様の事務処理誤り等のリスクが内在していると考えられる。加入者保護の観点から各保険者が連携し、事故の発生状況、更には事故防止や再発防止に向けての対応等について取り組む体制の構築を検討していくことも、保険者協議会が取り組んでいくべき案件の一つと考えており、問題提起をさせていただきたい。

ix) 上手な医療のかかり方に係る働きかけ

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

協会では、地域医療を守る観点から、医療データの分析結果等を活用しつつ、不要不急の時間外受診や休日受診を控える等の「上手な医療のかかり方」について、関係団体とも連携しつつ、加入者や事業主に対して効果的な働きかけを行うこととしています。

各支部では、かかりつけ医・かかりつけ薬局の啓発や重複受診を控えること、平日の時間内受診の啓発、緊急電話相談（#8000⁵⁵、#7119⁵⁶）の活用、セルフメディケーションやジェネリック医薬品の活用に関する広報を行う等、上手な医療のかかり方に係る働きかけを加入者や事業主へ行いました。また、複数の支部では都道府県の医師会、薬剤師会、歯科医師会等と連携した働きかけを行っています。

⁵⁵ #8000 とは、こども医療電話相談事業のことです。保護者の方が、休日・夜間のこどもの症状にどのように対処したら良いのか、病院を受診した方がよいのか等判断に迷った時に、小児科医師・看護師に電話で相談できます。

⁵⁶ #7119 とは、救急安心センター事業のことです。「すぐに病院に行った方がよいか」や「救急車を呼びべきか」悩んだり、ためらう時に、医師・看護師等の専門家に電話で相談できます。

(8) 調査研究の推進

i) 本部・支部における医療費等分析

協会では、医療費適正化等に向けた取組や情報発信を行うため、保有するレセプトデータや健診データ等を活用した分析を行っています。本部においては、都道府県単位（支部ごと）の医療費の地域差や健康度の地域差に着目した分析を実施しました。医療費分析においては、従来の三要素分解に加え、推計新規入院（通院）発生率や推計平均在院（通院）日数等による新三要素分解も実施しました。また、健康度においては、新型コロナウイルス感染症流行下における健診結果の推移について分析を行いました。加えて、支部においてエビデンスに基づく事業を実施するため、支部ごとの適用情報、医療費情報及び健診情報について、時系列で全国と比較できる基本情報を作成しました。

支部においては、医療費適正化や加入者の健康づくりに向けた事業を実施していくために、医療費や加入者の健康度の地域差がどのような要因で生じているかについて分析しています。年齢階級別・疾病分類別等のほかに、加入者の居住地・業態等の協会保有データの特徴を活かしたレセプトデータや健診データ等の分析を行っています。これらの分析成果はデータヘルス計画の達成を目指した保健事業等の取組に活かしています。

また、協会保有データに加え、国民健康保険等のデータと組み合わせることによって、より効果的に地域の医療費や健康度に関する分析が行え、効率的な施策の実施が期待されます。そのため、2022（令和4）年度から保険者協議会や都道府県、市町村等と連携した共同研究及び共同事業を推進する取組を始めました。

分析に際しては、必要に応じて地元の大学等や協会事業に知見を持つ外部有識者から分析デザインや分析手法の技術的助言等を受け実施しています。

ii) 外部有識者を活用した調査研究の実施

団塊の世代が全て後期高齢者となる2025（令和7）年や、現役世代の急減と高齢者人口のピークが同時に訪れる2040（令和22）年、更にもその先を見据えれば、協会の加入者をはじめとした国民の健康を守ることを第一にしつつも、医療保険制度の持続性の確保も図らなければなりません。そのためには、効率的かつ質の高い保健医療を実現することが不可欠であることから、中長期的な視点に立ち、制度論を含めた医療費適正化の施策について提言を行うため、2020（令和2）年度から、外部有識者を活用した調査研究を実施しています。

ア) 2022年度採択案件

2022年度は、新規に以下の指定テーマまたは、医療費分析分野及び保健事業において自由提案型研究を募集しました。

- ① 患者サイドの医療機関受診に対する意識・行動変容の具体的方策とその効果に関する研究
- ② 協会けんぽにおける特定保健指導の質（効果）の検証と効果的な特定保健指導の手法に関する研究
- ③ 複数年継続して特定保健指導を利用している者（メタボリックシンドローム解消が見られない対象者）に関する行動変容や減量等の阻害要因に関する研究

研究提案の募集については、協会のホームページに掲載したほか、医療・保健関係の学部を有する大学を中心にダイレクトメールを送付しました。また、昨年度にホームページで広報協力いただいた学会に加え、新たに保健関係の学会にも広報の協力依頼を行いました。その結果、医学、疫学、医療経済学等の分野の有識者から、10件の研究提案の応募がありました。

採択案件の選定については、専門的知見を有する3名の外部評価者による研究提案内容の事前評価を実施し、その評価結果を踏まえ、協会役員による採択委員会を開催し、以下の4件の採択を決定しました。これらの研究の研究期間は、最長2026（令和8）年3月末までですが、研究期間中の中間報告書を基に、上述の外部評価者の事前評価を踏まえ、協会が継続の可否を判断することとしています。

〔図表 4-114〕 外部有識者を活用した調査研究 第3期 採択案件①～④の概要

研究課題名 第3期 ①	『協会けんぽにおける今後の保健事業等の基盤整備を目指した調査分析』
研究代表者	東京大学 未来ビジョン研究センター 特任准教授 井出 博生
研究の概要	<p>【目的】 加入者の特性、保健事業の実施上の課題に着目し、短期的な保健事業への展開、中長期的な政策提言に活用できる知見を得ることを目的とする。</p> <p>【方法】 ④効果的な特定保健指導内容の分析（対象者の健康課題と指導内容との対応による成果比較）。⑥特定保健指導リピーター対策に関する分析（継続該当回数による指導効果の減衰の評価）。③コロナ前後における医療機関受診・医療費の変化に関する分析（新型コロナのような外生ショックによる医療需要の不連続な変化の影響評価）。①加入者の医療費および健康状態と離職に関する分析（傷病と離職の属性・業態・地域別分析）。</p> <p>【期待される効果】 保健指導の検討からは、指導対象者の属性に応じた期待効果、効果的な指導対象者の属性等が得られるので、具体的な事業計画の策定につながる。新型コロナウイルス感染症の影響の評価は、再び感染症等が起きた場合の保険財政への影響を考察する時の知見となる。傷病と離職の分析結果は、業界団体や事業所との連携、支部での事業計画の策定に有用である。</p>

研究課題名 第3期 ②	『就労女性の性に関連する健康と労働生産性の実証研究』
研究代表者	秋田大学 医学部 医学科 教授 野村 恭子
研究の概要	<p>【目的】就労女性の性に関連した健康課題と健康診断のエビデンスを分析し、就労女性の健康保持増進に向け対策をまとめることを通じて、医療費の抑制につなげる。</p> <p>【方法】④月経随伴症状の有病率と労働生産性評価。⑤健診におけるヘモグロビン濃度の月経随伴症状の診断性能評価。⑥不妊治療・生殖器がんの治療と仕事の両立の産業別・事業所規模別分析。</p> <p>【期待される効果】就労女性の健康保持増進の取組をより効果的で実行可能性の高いものにし、日本全体の職場の環境整備を向上させる。</p>

研究課題名 第3期 ③	『患者・供給者の行動変容と保険者機能強化による医療サービスの効率化』 (第1期③の深掘分析を含む)
研究代表者	上智大学 経済学部 経済学科 教授 中村 さやか
研究の概要	<p>【目的】医療における非効率性の解消に向けて、患者に対する施策が有効な領域と、供給者に対する施策が有効な領域を解明することで、医療の効率化のための広範な政策・施策への実効性の高い提言を行う。</p> <p>【方法】④医療費および医療利用の変動を細分化し、地域、患者特性、勤務先、供給者等に要因分解。⑤患者のアドヒアランスや不適切な受療行動の決定要因や、それらへの制度変更の影響の分析。⑥診療報酬改定の、医療機関の行動や地域住民の医療利用・健康状態への影響の分析。</p> <p>【期待される効果】受診行動等への政策効果や医療供給者への診療報酬の果たしうる役割等の解明により、保険者の施策に対する実効性の高い提言が可能となる。</p>

研究課題名 第3期 ④	『保健事業による健康アウトカムを改善するための行動インサイト： 因果探索の応用』 (第1期④の深掘分析を含む)
研究代表者	京都大学 大学院 医学研究科 准教授 福岡 真悟
研究の概要	<p>【目的】保健事業の対象者選択、介入アプローチ選択において重要な、「どのような対象者の、どのような行動変容が、健康アウトカム（心血管病リスク）改善に繋がるか」という行動インサイトを明らかにし、医療や保健の現場に還元する。</p> <p>【方法】④近年、大きな発展のある自然言語処理モデルを多次元レセプトデータ・健診データに応用することで、現在の行動・身体の状態から、将来の健康アウトカム（心血管病リスク）を精度高く推定し、行動変容介入の対象を検討する。⑤未観測共通原因がある状況で適切な因果推論を行うために、疑似実験デザインを応用し、心血管病の予防行動の効果を検討する。⑥領域知識が不足する状況で適切な因果推論を行うために、統計的因果探索アプローチを大規模健康医療データに応用する。</p> <p>【期待される効果】大規模健康医療データを活用し、健康アウトカム改善を目指した効率的・効果的な保健指導対象者の選択、介入方法選択等につながる知見を得ることで、国民の健康アウトカム改善（血管病予防）に寄与する。</p>

イ) 2021 年度採択案件

2021（令和 3）年度に採択した以下の 5 件については、随時、研究者とのミーティング等の機会に研究状況の報告を受け、進捗確認等を行っています。2023（令和 5）年 3 月末の中間報告に基づき、研究継続の審査を行い、2023 年度についても 5 件の研究を継続することとしました。なお、2023 年 6 月に開催した調査研究フォーラムにおいて、中間報告の発表を行いました。

【(図表 4-115)外部有識者を活用した調査研究 第 2 期 採択案件①～⑤の中間報告】

研究課題名 第 2 期 ①	『生活習慣病の疾病別医療費の地域差に関する研究』
研究代表者	摂南大学 農学部 食品栄養学科 公衆衛生学教室 教授 小川 俊夫
成果の概要 (1 年目の 中間報告)	<p>本研究は、先行研究の成果 (Ogawa et al. 2023) を活用し、協会けんぽ加入者におけるがんや糖尿病、循環器系疾患など生活習慣病患者をレセプトを用いて精緻に推定し、生活習慣病の罹患の実態と疾病別医療費の地域差について解析することを目的として実施する。また、生活習慣病に影響を与える各種要因を地域別に分析することで、地域ごとの生活習慣病の予防、治療、予後などの包括的な実態と疾病別医療費の特徴を明らかにすることも目的である。</p> <p>(1) 研究班の組織</p> <p>本研究の初年度は、研究班を組織し班会議を 2 回開催して、本研究に参加する研究者間で研究の進捗や方法などを共有した。また、研究班メンバーが共同で、協会けんぽデータ解析のためのクラウド上の研究環境を整え、研究実施体制を確立した。</p> <p>(2) レセプトを用いた疾病別患者抽出手法の確立</p> <p>本研究の対象疾患を、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんおよび糖尿病とし、先行研究の手法を適用することで、本研究の分析環境でのレセプトを用いた対象疾患患者の推定を実施した。また、推定した患者群から「治療新規開始群」を特定する手法についても検討し、暫定的に治療開始 2 年前から該当疾患のレセプトがない人を「治療新規開始群」と仮定した。さらに、研究初年度の研究対象地域として、関西 6 府県（大阪、京都、兵庫、滋賀、和歌山、奈良）とした。</p> <p>(3) 疾病別医療費の推計と疾病別医療費に影響を与える要因分析</p> <p>分析対象地域の全年度のレセプトデータより、がん治療新規開始群の抽出を試行し、がん治療新規開始群の治療開始から 1 年間のがん医療費を分析対象地域の府県別に比較した。さらに、がん医療費に影響を与える要因としてがん検診に着目し、がん検診受診有無やがん検診陽性の精密検査受診有無とがん医療費との関連についても分析を実施した。研究 2 年目以降に他の要因についても解析に向けた検討を行う予定である。</p> <p>本研究は 3 年計画の 1 年目であり、概ね研究計画どおりに進行した。一方で、分析対象のデータ量の多さとクラウド環境での研究実施ということで、初年度は当初予定の全国を対象とした分析より対象地域を縮小し、関西地域に限定して分析を実施した。次年度以降は全国を対象とすべく、データ処理手法や一時データの保管方法・記憶領域の確保などについて検討を行い、研究範囲を地域ごとに順次拡大して最終的に全国を分析対象とする予定である。</p>

研究課題名 第2期 ②	『支部単位保険料率の背景にある医療費の地域差の要因に関する研究』
研究代表者	東北大学 災害科学国際研究所 准教授 藤井 進
成果の概要 (1年目の 中間報告)	<p>【背景・目的】</p> <p>本研究は各支部で違う保険料率を均てん化し、被保険者の負担感を低減し医療受診の機会均等を目指す。それには年齢や所得調整の他に、保険料率の背景にある地域での医療・介護資源の特性や疾病・応需の傾向などの要因を分析し、均てん化につながるものを重要指標（KPI: Key Performance Indicator）として可視化する。KPIにより各支部の長所・短所の把握、長所理由とその取り組みを客観的に評価することが可能となる。改善には支部単位で可能なこと、地域のステークホルダーとの協力が必要なこと、政策レベルでの解決が必要なことに分類し実効性も高める。</p> <p>【方法】</p> <p>初年度は47支部を5群に分け、「一般的分析」「地域の特性」「データ分析」から、保険料率に相関する要因を調査しKPIを検討した。まず各支部を保険料率を反映する5群に分け、何かしら特性を示す要因がないか探索した。データは政府の公開データと協会のレセプトデータを用いた。「一般的分析」は地域の疾病傾向や在院日数等の分析、「地域プロフィール」は地域の医療資源の特性を示す病院数や介護施設数、交通事情などの分析、「データ分析」は医療費の傾向を分析した。また、群分けの結果に納得できるか各支部にアンケート調査を行った。</p> <p>【結果】</p> <p>一人当たりの医療費を年齢調整した値（2020年度の「地域差指数-1」）を、最小値から最大値の幅を5等分し群分けした。年齢調整をしない医療費では保険料率との相関が小さく、保険料率で群分けを行うと医療費に有意差が得られなかった。A群:1支部(0.13)、B:8(0.065~0.052)、C:13(0.048~0.002)、D:17(0.000~0.038)、E:8(-0.041~-0.082)となった。アンケート調査では43/45支部で納得感が得られた。</p> <p>要因分析では約200項目を分析し、在院患者数や精神科外来患者延べ数、救急公示病院数、有床診療所などの医療資源の多さに有意差がある傾向となった。また予定外入院の割合では各群で緊急入院の分類には有意な差がなかった。</p> <p>【考察・結語】</p> <p>群間では医療資源の多さが関係する傾向が示された。しかし医療資源の縮小は、加入者の視点に立てば選択できる提言ではない。資源過多というより、そこでの医療提供が適切かどうかなどを分析するべきと考える。予定外入院の理由や有床診療所の応需など、医療資源がどのように利用されているかなどに注意し研究を進める。</p>

研究課題名 第2期 ③	『機械学習を用いた生活習慣病の治療行動予測モデルの構築』
研究代表者	岩手医科大学 医学部 衛生学公衆衛生学講座 特任教授 丹野 高三
成果の概要 (1年目の 中間報告)	令和4年度は、研究者テナントの整備、対象データ抽出、サマリーデータ（分布、要約統計量）を作成し、特徴量の検討を行った。研究者テナントの整備及びデータ抽出用システムの開発は合同会社生活習慣病予防研究センターに委託して実施した。

	<p>まずデータ抽出システム開発のため抽出システムの設定を行った。抽出システムは協会けんぽが管理するデータベースへのアクセスを行い、必要なデータを前処理し、機械学習に必要な要素を抽出する機能を持つシステムである。開発のためテーブル定義書に従い、21 テーブル 556 列について抽出システムのフィールド（値が格納される場所）との対応付け作業を行った。その後、データ抽出システム（RISPi i-System）の開発を行った。</p> <p>次に研究者テナントにおける環境整備と対象者抽出を行った。当初、レセプトデータから対象者（糖尿病治療者）の抽出を行う予定であったが、データ容量が大きいため、健診データから対象者を抽出するよう変更した。また作業は岩手支部（全支部の1%）のデータを用い、工程を確認しながら進めた。対象者の抽出には加入者資格テーブル、生活習慣病予防健診テーブル及び事業者健診テーブルを用いた。抽出条件は、岩手支部に加入していること、被保険者本人であること及び2015～2020年度の健診を受診していることとした。</p> <p>岩手支部を対象とした予備的解析（サマリーデータの作成）では、岩手支部の対象者数は50,867人、このうち糖尿病治療者は1,950人（治療者割合3.8%）、治療継続者が1,650人（治療者の84.6%）、治療中断者が300人（同15.4%）であった。健診データを用いた比較では、治療継続者に比し治療中断者のほうが男性の割合、脳卒中既往、週3回以上の朝食欠食の割合、クレアチニン値が有意に高かった。一方、血糖値、HbA1c値は有意に低かった。統計学的に有意ではないが、降圧薬服用あり、週3回以上の間食・夜食の割合も治療中断群で高い傾向が見られた。さらに全支部に拡大して同様の解析を行ったが、結果は岩手支部と同様であった。</p>
--	--

研究課題名 第2期 ④	『予防医療が本人と家族に及ぼす効果に関する研究』
研究代表者	東京大学大学院 経済学研究科 教授 飯塚 敏晃
成果の概要 (1年目の 中間報告)	<p>1) 生活習慣病未治療者に対する受診勧奨（重症化予防）の効果の分析</p> <p>本研究では、生活習慣病未治療者に対する受診勧奨（重症化予防）の効果、糖尿病の一次勧奨基準値（FBS=126mg/dl）前後の患者について、Regression Discontinuity Design (RDD, 回帰不連続デザイン) を用いて分析した。分析対象は、生活習慣病予防健診受診者で、健診時に血圧及び血糖値用薬を用いていない者とし、5年間のデータをプールして分析した。</p> <p>その結果、FBS=126mg/dl を若干上回る（高いほうが症状が重い）ことで、受診勧奨により、健診後一年間における糖尿病関連の医療サービス利用に有意な増加がみられた。また、翌年度の検診時に血圧や血糖の薬を服薬している確率が増え、一年後の血糖値等のヘルスアウトカムの改善が見られた。ただし、いずれの場合も、アウトカムの変化の絶対値は比較的小さかった。</p> <p>来年度は、受診勧奨の影響の個人の異質性（例えば、健康状態や生活習慣、賃金の違い）、中期的（2～5年）な効果、ピア効果についても分析する。</p> <p>2) 慢性腎臓病 (CKD) の重症化予防に向けた受診勧奨効果の分析</p> <p>本研究では、腎臓の機能を表す eGFR の基準値（60ml/分/1.73m²）を用い、基準値を若干下回る（低いほうが症状が重い）ことが、健診後一年間の CKD 関連医療サービス利用や翌年の健康のアウトカムに及ぼす影響を分析した。分析対象は、生活習慣病予防健診受診者で、健診前12か月間に CKD 関連の来院歴のない方とし、</p>

	<p>2018年以降の3年分のデータをプールして分析した。</p> <p>分析結果から、eGFRの基準値を若干下回ると、CKD関連の医療サービス利用が増加した。医療機関への受診勧奨に応じる患者が増えるためと考えられる。これらの反応は増加率としては大きい、絶対値としては比較的小さいものであった。一方で、翌年の健診時の健康のアウトカムの改善は見られず、また降圧剤や糖尿病薬の使用の増加も観察されなかった。</p> <p>健康の改善が見られない理由の1つとしては、受診勧奨に反応する人とならない人の異質性が考えられる。例えば、勧奨に反応する人が比較的健康な人であった場合、勧奨に伴う医療サービスの利用が健康に及ぼす影響は小さいかもしれない。また、健康への影響を把握するにはより中・長期のデータ分析が必要である。</p> <p>来年度は、受診勧奨の影響の個人の異質性（例えば、健康状態や生活習慣、賃金の違い）、中期的（2～3年）な分析、RDDの推計等を行う。</p>
--	--

研究課題名 第2期 ⑤	『メンタル疾患・生活習慣病の発症リスク削減、医療費適正化に向けた機械学習予測モデルの構築と因果推論』
研究代表者	京都大学大学院 医学研究科 白眉センター 特定准教授 井上 浩輔
成果の概要 (1年目の 中間報告)	<p>初年度は生活習慣病とメンタル疾患の関わりを紐解くため、主に研究項目1に関わる以下の5つの研究を実施した。まず主テーマである、5年後の心血管疾患(CVD)発症の機械学習予測モデル(プロジェクト1)、および5年後のうつ病発症の機械学習予測モデル(プロジェクト2)を構築した。CVDは、2016年に既往がない4,414,478人において2021年には211,452人が発症していた。CVDに対してはAUC=0.71の予測モデルが構築され、うつ病の既往が強く予測に寄与していた。うつ病は2016年に既往がない4,022,783人において2021年には125,736人が発症していた。うつ病に対してはAUC=0.62の予測モデルが構築され、CVD既往が強く予測に寄与していた。これらの結果は、生活習慣病の重篤な合併症であるCVDとうつ病が互いの発症に寄与していることを示唆し、密接な関わりがあるという本研究の仮説を支持した。</p> <p>次に、副テーマとして①配偶者のCVD発症とパートナーのうつ病発症の関連(プロジェクト3)、②心電図異常と長期予後の関連(プロジェクト4)、③代表的な生活習慣病としての糖尿病の診断と自殺の関連(プロジェクト5)、④新規血糖降下薬(SGLT2阻害薬)とCVD・うつ病発症の関連(プロジェクト6)の4つの研究を実施した。プロジェクト3では、マッチングによって抽出された291,542組の夫婦において配偶者のCVD発症がパートナーのうつ病発症と関連しており(調整ハザード比, 1.19 [95% CI, 1.12 - 1.25])、特に男性において強い関連が認められた(調整ハザード比, 1.20 [95% CI, 1.13 - 1.27])。本結果から、うつ病の発症予防を行うためには個人への対策のみならず、CVD患者の家族に対する包括的なメンタルケアなどソーシャルサポートを意識した対策も重要であることが示唆された。プロジェクト4では、無症状の成人に対しても健康診断で心電図検査が施行されている日本の特徴を活かして、心電図重度異常群(精査や介入が必要なもの: 105,010人)が異常なし群(4,385,581人)と比較して死亡リスクが3倍程度高いことを明らかにした(調整ハザード比, 2.82 [95% CI, 2.66 - 3.00])。本結果は心電図所見に基づいて将来の死亡リスクを層別化する有用性を示唆しており、重度異常群にターゲットをあてた心電図スクリーニングについて今後さらなる検討が必要である。さらに心電</p>

	<p>図異常とうつ病発症の関連についても現在検討中である。プロジェクト5では4,210,272人の対象者において、糖尿病診断群では糖尿病未診断群に比べて高い自殺のリスクが認められた(調整ハザード比, 1.22 [95%CI, 1.03 - 1.45])。健診データなども活用することで、両群の変数分布を整えてもこの関連が認められる追加検討中である。本研究結果は高血糖メカニズムおよび診断そのものによる(ステージマなどを介した)メンタル負荷の可能性を示唆しており、協会けんぽの豊富なデータを用いることで生活習慣病とメンタル疾患の関わりについてこれまでにはない新しい知見を提供することができる。最後に、プロジェクト6では既存臨床試験を模倣したプロトコルに基づいてマッチドペアコホート研究を作成し、SGLT2阻害薬を処方された66,827人が旧来の糖尿病治療薬(DPP4阻害薬)を処方された66,827人と比較して心血管アウトカムの発生率が低いことを明らかにした(調整ハザード比, 0.90 [95%CI, 0.84 - 0.96])。現在、新規うつ病発症をアウトカムにした検討を行っている。</p> <p>これらの結果を総合することで、家族情報・検査結果・薬剤情報を含む臨床情報から、生活習慣病とうつ病の複合的な関わりを明らかにすることができ、双方の視点から被保険者の健康増進に向けた新しいエビデンスを確立・発信する。</p>
--	---

ウ) 2020年度採択案件

2020年度に採択した以下の4件については、随時、研究者とのミーティング等の機会に研究状況の報告を受け、進捗確認等を行いました。2023年3月に研究期間が満了し、最終報告書の提出を受けました。今後、協会において、研究成果を活用した事業改善や国等への政策提言について検討を進めていきます。なお、2023年6月に開催した調査研究フォーラムにおいて、当該研究の最終報告を行うとともに、協会事業への活用方法について議論しました。

[(図表 4-116) 外部有識者を活用した調査研究 第1期 採択案件①~④の最終報告]

研究課題名 第1期 ①	『生活習慣病の重症化ハイリスク者における医療機関受療による 予防効果に関するコホート研究』
研究代表者	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 グローバルヘルス政策研究センター長 磯 博康
成果の概要 (最終報告)	<p>【目的】本研究は、ハイリスク集団における健診後の医療機関の受療のタイミングと、循環器疾患による入院及び全死亡リスクとの関連を検討することを目的とした。</p> <p>【方法】重症化ハイリスク者412,059人(男女35-74歳)のコホートを構築した。次の基準からいずれかが該当する者はハイリスク者と定義した: 1) 収縮期血圧≥ 160mmHg または拡張期血圧≥ 100mmHg、2) 空腹時血糖≥ 130mg/dL または HbA1c$\geq 7.0\%$、3) LDL-コレステロール≥ 180mg/dL (男性のみ)、4) 尿蛋白2+以上。医療機関受療行動はICD-10コードと診療行為コードを用いて定義した。ハイリスク者は健診後の医療機関で受療のタイミングによって4群に分けた: 受療無し、早期受療(3か月以内)、中期受療(4~6か月以内)、後期受療(7~12か月以内)。主要評価項目は、脳卒中(ICD10:I60-I69)、虚血性心疾患(ICD10:I20-I25)、心不全(ICD10:I50)による初回入院または全死亡のアウトカムとした。Cox比例ハザード回帰モデルを用いて、健診後の受療時期と、脳卒中、虚血性心疾患、心不全入院及び</p>

	<p>全死亡リスクとの関連を検討した。さらに、性別、年齢、危険因子数、企業規模、地域、業種、保健指導実施状況による層別解析を行った。なお、透析開始（診療行為コードから）または腎不全(ICD10:N17-N19)による入院をアウトカムとした解析も行った。</p> <p>【結果】早期受療群は、中期・後期受療群や非受療群に比べて年齢が高く、男性が少ない傾向が見られたが、循環器疾患の危険因子には大きな違いは見られなかった。ただし、健診後1年以内の外来での慢性腎臓病・腎不全受療者の割合は、早期・中期・後期受療群、受療無し群でそれぞれ1.8%、1.8%、1.7%、0%であった。中央値4.3年の追跡期間中に、脳卒中、虚血性心疾患、心不全による入院または全死亡のアウトカムを有する合計15,860例を同定した。健診後に受療無し群と比較して、循環器疾患による初回入院または全死亡の多変量調整ハザード比（95%信頼区間）は、早期、中期、後期受療群でそれぞれ0.78（0.74, 0.81）、0.84（0.78, 0.89）、0.94（0.89, 1.00）であった。個別のエンドポイントに関する分析では、早期受療はすべてのエンドポイントのリスクの有意な低下と関連しており、リスクの低下は脳卒中と心不全による入院でより大きかった。さらに、性別、年齢、危険因子数、企業規模、地域、業種、保健指導実施状況別にみても同様な関連を認めた。受療無し群、早期、中期、後期受療群において、年齢、性を調整した年間労務不能日数はそれぞれ2.1日、2.6日、3.1日、3.6日であり、年間傷病手当給付金はそれぞれ11,081円、14,264円、17,034円、22,109円であった。なお、健診後の受療時期と透析開始または腎不全による入院との関連については、早期、中期受療群でリスク低下との関連は見られず、後期受療群でリスク上昇との関連が見られた。しかしながら、健診後1年以内の外来での慢性腎臓病・腎不全受療者を除いたところ、有意とは言えないが早期、中期受療群でリスクの低下傾向（P値はそれぞれ0.11, 0.13）が見られたが、後期受療群ではリスク上昇は認められなかった。</p> <p>【結論】本研究は観察研究であるものの、生活習慣病の重症化予防による医療機関への受療促進の効果を示唆する結果として循環器疾患による入院並びに全死亡のリスクとの関連や、年間労務不能日数や年間傷病手当給付金の低下との関連が示され、生活習慣病予防政策において、重症化ハイリスク者に対して、より早期に医療機関の受療を促すことの重要性が支持された。</p>
--	--

研究課題名 第1期 ②	『機械学習による生活習慣病の医療費分析および発症予測と特定保健指導の効果判定に関する研究』
研究代表者	慶應義塾大学 スポーツ医学研究センター 教授 勝川 史憲
成果の概要 (最終報告)	<p>本研究では、特定健診・保健指導による医療費適正化の推進に向けて、エビデンスに基づいた健診内容や効果的な保健指導プログラムを検討するために、以下の3点を明らかにすることを目的とした。目的1：機械学習を用いた医療費分析により、医療費適正化において重要度の高い疾患を明らかにする、目的2：重要度の高い疾患の発症と関連するバイオマーカーや生活習慣を現行の健診内容から検討する、目的3：現行の特定保健指導による医療費適正化および費用対効果を明らかにする。</p> <p>目的1の医療費分析については前年度の内容を発展させ、潜在クラス分析を用いて医療費への影響が大きなクラスを横断的解析と縦断的解析にて明らかにした。その結果から、将来的な医療費を抑制する観点においては、メタボリックシンドローム</p>

	<p>ムのような生活習慣病への対策は必要であり、特に慢性腎臓病と心疾患、一部要因として肝疾患の発症・進展を予防することが重要であることが示唆された。</p> <p>目的2については、糖尿病性腎症の進展や冠動脈疾患の発症に寄与するリスク因子を複数の機械学習モデルにより検証した。糖尿病性腎症の進展については、血糖値、尿蛋白などの従来のリスク因子に加え、GPTなど肝機能に関するバイオマーカーも関係した。今後は腎・肝連関のメカニズムを明らかにすることも重要である。冠動脈疾患については年齢、性別、LDL-C、HDL-C、血圧のような既知のリスク因子の重要度が高い結果となった。本研究で作成した冠動脈疾患の予測モデルは人数にあわせたカットオフを設定することが可能であり、通知コストの面から通知対象数に制限がある場合に活用することで効率的な予防介入が期待される。標準的な質問票により得られた主観的な生活習慣の改善とバイオマーカーの関係性を検討したところ、減酒、朝食欠食の改善は血糖値などの健診指標に有意な改善をもたらした。一方で、禁煙を開始した加入者については、体重変化やその他の生活習慣の変化で補正しても、健診指標が悪化したため、保健指導の際には注意が必要である。</p> <p>目的3の特定保健指導による費用対効果分析については、保健指導受診群では2018年度と2019年度の合計医療費が抑制される傾向にあったが、COVID-19によるパンデミックが生じた2020年度以降の医療費は同程度の金額で推移した。血糖値、血圧、BMIそれぞれの重症度で層別化して医療費の推移を比較したところ、いずれの指標も境界域の層で短期的に医療費が抑制される傾向にあったものの、医療機関への受診勧奨基準を上回る層では両群ともに服薬を開始する人数が同程度に増加し、保健指導の有無に関わらず医療費が高くなる結果であった。継続して保健指導を受けた年数と医療費の推移を比較したところ、指導期間が長いほど合計医療費は抑制される結果であった。しかし、血糖値や血圧などの悪化は服薬を開始するまで抑制しきれず、保健指導を継続できなくなった翌年の入院費用が大きく増加していることから、結果の解釈には十分な注意が必要である。</p>
--	---

研究課題名 第1期 ③	『医療費の地域・医療機関・業種間の差異の実態解明： 健康状態と治療の質を考慮した医療費適正化を目指して』
研究代表者	上智大学 経済学部 経済学科 教授 中村 さやか
成果の概要 (最終報告)	<p>本研究課題では医療費の地域差の分析（研究項目1）、および医療機関の診療スタイル選択の分析（研究項目2）を行った。</p> <p>研究項目1では、転居者の転居前後の医療費の変化を利用して年間総医療費の二次医療圏単位の地域差の分析を行った。第一に固定効果モデルを用いた分解分析を行い、平均医療費が上位50%と下位50%の二次医療圏群を比較すると、グループ間の差のうち約8割が患者による差異、残りの約2割が地域による差異であった。第二に、固定効果モデルを用いて転居者の転居前後数年間の医療費の変化と転居先と転居元の二次医療圏の平均医療費の差との関連を分析した。両者には有意な正の相関があり、かつ相関が転居後毎年増加することから、転居者の医療費は転居元より平均医療費の高い（低い）地域に転居すると徐々に増加（減少）することが示唆される。研究項目1ではまた、都道府県別1人あたり医療費について種々の計算方法の比較を行い、勤務先と居住地に基づく計算値においてどのような差が生じるか分析した。さらに特定の医療サービスを対象を絞った分析を行い、薬局による後発医薬品の処方、訪問看護、大腸がん検診で要精密検査とされた患者の精密検査受</p>

	<p>診、慢性腎疾患の進行について、地域差の大きさとその決定要因を分析した。</p> <p>研究項目2では、2018年度の7対1病床（患者7名に対し看護師1名を配置）に関する診療報酬改定による影響について改定前後の変化を検証する不連続回帰分析を用いて分析した。改定前後で急性期病院数（したがって急性期病床数）は約2.3%減少し、特に200床未満の中小規模病院に顕著な減少が見られた。また患者1人1日あたり平均医療費が約11%増加したことから、急性期病床での診療密度が増加したと考えられる。2006年度診療報酬改定を起源とする急性期病床の過剰供給に対し、2018年度改定は病床構造の歪みの改善と病床の機能分化をもたらしたことが示唆される。研究項目2ではまた、薬局による後発医薬品利用の分析を行った。各薬局での病院・患者それぞれの処方箋集中度との関連を分析した結果、後発品利用は特定の一病院からの処方箋シェアが大きいほど多い一方、患者の処方箋集中度との関連は一貫せず、患者の集中度より病院の集中度のほうが重要であった。門前薬局への規制は後発医薬品利用を抑制する可能性が示唆された。</p>
--	--

研究課題名 第1期④	『エビデンスに基づく保険者機能の強化：ラーニング・ヘルスシステム』
研究代表者	京都大学大学院 医学研究科 准教授 福間 真悟
成果の概要 (最終報告)	<p>本研究では、協会けんぽデータから得られるエビデンスに基づき介入を保健事業に実装し、評価することで、保険者機能を強化するラーニング・ヘルスシステムのモデルを構築した。協会けんぽデータの分析によって、保健事業による健康アウトカム改善につながる知見が得られた。①機械学習モデルを用いて心血管疾患発症を予測する予測モデルを開発し、協会けんぽデータで外的妥当性検証を行った結果、既存モデルより予測精度の向上を認めた。②心血管病リスクが低く、かつ降圧薬内服中の高血圧患者の、治療中血圧と心血管予後の関連を検討した。収縮期血圧<110mmHg または拡張期血圧<70mmHg が心血管イベント増加と関連することが判明した。③健診受診集団の特性を考慮した上で、日本の一般集団における慢性腎臓病有病割合を推定した。④乳がん検診結果とレセプトによる確定診断、治療を縦断的に評価し、乳がんスクリーニング後のケア・カスケードを記述した。乳がんスクリーニングから医療機関での受療までの期間にはばらつきがあり、スクリーニング後の予後に影響している可能性を認めた。⑤保健事業の対象となる各健康課題を俯瞰し横断的に評価するため、各健康課題が心血管病の発生に与える集団寄与危険割合を推定した。喫煙や高血圧の集団に対するインパクトが示された。⑥家族内での心血管リスクの相互影響を評価した。子供の生まれた世帯では、子供の誕生を契機に家族（男性）の心血管リスク因子に対する行動変容（禁煙、体重減少、熟睡感の減少）が認められた。</p> <p>これらの知見に基づき、特に特定健診・特定保健指導の保健事業強化のための実証研究を大阪支部、佐賀支部で実施した。①心血管リスクが高度な保健指導未利用者5,737名（被保険者）に対する保健指導利用勧奨を行い、ナッジによる特保利用率改善効果を検証開始した。大阪支部と佐賀支部で、計84名が特保利用とデジタルナッジの追加配信に同意した。②保健指導利用勧奨に反応し、テキストメッセージ配信を利用したデジタルナッジ介入の参加同意を得た上記84名に対してテキストメッセージ配信が食習慣改善に与える効果を検証開始した。テキストメッセージによるナッジを加えた介入群ではコンテンツ閲覧した対象者が多く（38.9% vs コ</p>

ントロール 31.5%)、デジタルナッジ介入によって行動変容のためのコンテンツを効果的に提供できることが示された。また、これらの割合は通常の医療メルマガにおけるコンテンツ利用率約3%と比較して、大きな向上を認めている。③特定健診不定期受診の5,639名(被扶養者)に対して健診受診勧奨を行い、受診行動に与える効果検証を開始した。介入に反応した健診受診者数は直近までの健診受診状況を確認した後に報告予定である。④高血圧、高血糖、脂質異常にも関わらず医療機関未受診者・治療中断者1,775名(被扶養者)に対してナッジによる医療受診勧奨の効果検証を開始した。介入対象者の中で、介入後の質問紙調査に回答した者の多く(24/25名)が医療機関への受診意図を示した。介入後のレセプトを取得した後に受診状況を確認予定である。これらの保健事業における行動変容介入が行動、健康アウトカムに与える影響を中長期的にも評価していく。

iii) 調査研究の推進並びに研究成果の社会的還元に向けた各種施策の検討及び実施

① 調査分析の成果の発信

協会での調査研究の成果について、内外に広く情報発信することを目的として、2014（平成 26）年度から「調査研究フォーラム」を開催しています。2020 年度、2021 年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により開催を中止していましたが、2022 年度は、6 月に 3 年振りに開催しました。開催に当たっては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点のほか、より多くの方にご覧いただくため、会場での参加に加え、YouTube でのライブ配信及びアーカイブ配信を行いました。本部・支部での分析成果の発表に加え、外部有識者を活用した委託研究（2020 年度採択案件）の中間報告を実施しました。

各支部が行った分析成果については、加入者及び事業主の皆様へホームページ等で情報提供を行ったほか、10 支部の 14 件の分析成果を掲載した「令和 4 年度協会けんぽ調査研究報告書」を 11 月に発行し、関係団体等へ配付し、協会ホームページにも掲載しています。

加えて、分析成果を広く発信するため、日本産業衛生学会や日本公衆衛生学会等の学会での発表を推進してきました。2022 年度は、医療費・健診等データを活用した分析成果や特定保健指導・コラボヘルスの取組等について、10 支部から 10 件の分析成果等を学会で発表しました。

〔(図表 4-117)2022 年度 学会発表の実施状況〕

支部名	学会名	演題
兵庫	第 95 回日本産業衛生学会	事業主（社長）と被保険者（従業員）の生活習慣の関連について
奈良	第 95 回日本産業衛生学会 (ポスター発表)	健診受診の可否及び継続性に関する要因分析と効果的な勧奨方法の検討（第 2 報）
広島	第 95 回日本産業衛生学会	健診結果に基づく治療状態と健康経営の影響との関連性
静岡	第 24 回日本医療マネジメント学会	歯科う蝕重症度の特性におけるレセプト分析
青森	第 81 回日本公衆衛生学会	大腸がん検診及び精密検査受診ががん医療費に与える影響
宮城	第 81 回日本公衆衛生学会 (ポスター発表)	要治療者の受診行動の有無による医療費推移等に関する研究
富山	第 81 回日本公衆衛生学会 (ポスター発表)	遠隔面談を活用した初回面談の分割実施 — 集団健診会場での試み —
宮崎	第 81 回日本公衆衛生学会	協会けんぽ宮崎支部の医療費の特徴（2019 年度）
秋田	第 18 回秋田公衆衛生学会	協会けんぽ秋田支部と秋田県トラック協会との「コラボヘルス」事業の事業評価
愛媛	第 93 回日本衛生学会	血圧測定方法による血圧値への影響と 10 年後の発症リスクに関する考察

② 統計分析研修等

協会では、統計分析業務を担う人材を育成することを目的として、統計情報の使い方、医療費分析や都道府県単位保険料率の仕組み等の知識や分析に必要な統計処理方法等について、通年で段階的に習得していくための研修を実施しました。

また、職員の統計分析能力の向上を図り、支部における地域の医療費や健康度の地域差等の課題について深掘分析を行っていくため、スタッフ及び主任の階層別研修において、統計分析に係る基本的知識の習得やレセプトデータ及び健診データ等の分析手法とパソコンスキルの向上を目的とした研修（主任研修Ⅱ、スタッフ研修Ⅱ）を新たに実施しました。

加えて、協会が保有するビッグデータを職員が効率的に分析できるようにするため、統計解析ソフト「SPSS⁵⁷」の基本操作に関する研修を通信教育形式で行っています。また、職員の理解を深めるため、Zoomを活用した操作実演を行いました。

更に、データ分析結果に基づく効果的な健診受診勧奨やジェネリック医薬品の使用促進を行うため、2018（平成30）年度より全支部で活用している「GIS（地理情報システム）」の操作研修を通信教育形式で実施しました。基本的な操作のほかに、支部の事業での活用を推進するため、GISの具体的な活用事例についても紹介しています。

また、データ分析結果等に基づく事業の実施の徹底とともに、データ分析能力の向上等、各支部の人材育成に資することを目的として、医療費・健診データ分析マニュアルを作成しました。

⁵⁷ 多様な形式の大規模データを読み込ませ、度数分布やクロス集計、分散分析、回帰分析等の統計解析が実行できるソフトウェアです。