資料1-7

# 令和5年度事業報告書（案）

---

（協会けんぽ2023）

事業期間：2023（令和5）年4月1日～2024（令和6）年3月31日

全国健康保険協会
協会けんぽ

## 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 ····· 2
(1)　基本使命 ····· 2
(2)　基本コンセプト ····· 2

2.　その他 ····· 2

第2章　2023年度の事業運営方針と総括
(1)　2023年度の事業運営方針 ····· 3
(2)　2023年度の事業運営の総括 ····· 3

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 ····· 8
(2)　医療費の動向 ····· 14
(3)　現金給付の動向 ····· 17

第4章　事業運営、活動の概況
1.　基盤的保険者機能関係 ····· 22
(1)　健全な財政運営 ····· 22
(2)　サービス水準の向上 ····· 40
(3)　限度額適用認定証の利用促進 ····· 43
(4)　現金給付の適正化の推進 ····· 44
(5)　効果的なレセプト内容点検の推進 ····· 49
(6)　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 ····· 58
(7)　被扶養者資格の再確認の徹底 ····· 61
(8)　オンライン資格確認の円滑な実施（マイナ保険証の推進） ····· 63
(9)　業務改革の推進 ····· 64

2.　戦略的保険者機能関係 ····· 65
(1)　保健事業実施計画（データヘルス計画）の着実な実施 ····· 65
(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 ····· 101
(3)　ジェネリック医薬品の使用促進 ····· 110
(4)　インセンティブ制度の着実な実施 ····· 118
(5)　支部で実施した好事例の全国展開 ····· 121
(6)　地域の医療提供体制等への働きかけや医療保険制度にかかる意見発信 ····· 123
(7)　協会における調査研究の推進 ····· 143

3.　組織・運営体制関係 158
(1)　人事制度の適正な運用及び新たな人員配置のあり方の検討 158
(2)　人事評価制度の適正な運用 158
(3)　OJTを中心とした人材育成 158
(4)　本部機能及び本部支部間の連携の強化 160
(5)　支部業績評価の実施 169
(6)　内部統制の強化 169
(7)　リスク管理 170
(8)　コンプライアンスの徹底 172
(9)　費用対効果を踏まえたコスト削減等 172
(10) 協会システムの安定運用 173
(11) 制度改正等にかかる適切なシステム対応 174
(12) 中長期を見据えたシステム構想の実現 174
(13) 第6期保険者機能強化アクションプランの策定 174

4.　その他 176
(1)　東日本大震災への対応 176
(2)　能登半島地震への対応 178

5.　協会の運営に関する重要業績評価指標（KPI） 180
(1)　協会全体の重要業績評価指標（KPI） 180
(2)　支部別の重要業績評価指標（KPI） 182

第5章　第5期保険者機能強化アクションプランの検証と次期アクションプランの策定
1.　第5期保険者機能強化アクションプランの検証 187
(1)　第5期保険者機能強化アクションプランについて 187
(2)　第5期保険者機能強化アクションプランの検証 187

2.　第6期保険者機能強化アクションプランの策定 188
(1)　第6期保険者機能強化アクションプランについて 188
(2)　広報基本方針の策定 190
(3)　運営委員会における議論 191
(4)　本部から支部への伝達 192

参考資料

・全国健康保険協会の予算・決算書類について ･････････････････････････････････ 195
・令和5年度の財務諸表等 ･････････････････････････････････････････････････ 197
・合算ベースの収支状況 ･････････････････････････････････････････････････ 218
・支部別の収支状況 ･････････････････････････････････････････････････････ 220
・各支部の運営状況 ･････････････････････････････････････････････････････ 222
・2023年度 支部保険者機能強化予算について ･････････････････････････････････ 247
・これまでの財政状況 ･･･････････････････････････････････････････････････ 249
・令和5年度全国健康保険協会事業計画及び予算 ･･･････････････････････････････ 265
・第5期保険者機能強化アクションプランの検証結果（まとめ） ･･････････････････ 282
・第6期保険者機能強化アクションプランの概要 ･･･････････････････････････････ 286
・第6期保険者機能強化アクションプラン（2024年度～2026年度） ･･････････････ 289
・広報基本方針 ･････････････････････････････････････････････････････････ 306
・協会けんぽの医療費の特徴について ･････････････････････････････････････････ 308
・2023年度のお客様満足度調査の結果について ･････････････････････････････････ 319
・2023年度の柔道整復施術療養費請求部位数、日数の状況 ･･････････････････････ 321
・地方自治体、関係団体等の協定等締結 支部別一覧表 ･･････････････････････････ 322
・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 ･････ 330
・地域医療構想調整会議への参画状況 ･････････････････････････････････････････ 332
・地域別ジェネリックカルテ（都道府県別） ･･････････････････････････････････ 334
・全国健康保険協会運営委員名簿 ･････････････････････････････････････････････ 338
・本部及び支部の所在地 ･････････････････････････････････････････････････････ 339

# 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。地域の実情を踏まえ自主自律の運営を行い、加入者及び事業主の皆様の利益の実現を図るとともに、被用者保険の最後の受け皿として、健康保険を安定的に運営する公的な使命を担っています。

現在、我が国では急速な少子高齢化が進行しており、協会の支出の多くを占める高齢者の医療費等を賄うための拠出金等は更なる増大が見込まれ、医療の高度化等による医療費増と併せ、協会財政を取り巻く環境は、今後ますます厳しいものになると予想されます。

こうした厳しい環境のもと、今後もできる限り保険料率の上昇を抑えつつ、加入者の皆様が健康で過ごし、必要なときには安心して医療機関を受診できる環境を維持していくため、2024（令和6）年度からの3年間の中期行動計画である「第6期保険者機能強化アクションプラン」を新たに作成いたしました。今後、本プランに基づき、現金給付やレセプト審査等、保険者としての基盤的業務の効率性を高め、正確かつ丁寧に遂行するとともに、マイナンバーカードと健康保険証の一体化への対応等、DX（デジタルトランスフォーメーション）を推進します。また、外国人就労者の増加も踏まえた国際化対応にも取り組んでまいります。

併せて、戦略的保険者機能の一層の発揮に向け、2024年度からは、生活習慣病予防健診の付加健診対象年齢の拡大、被扶養者を対象とした協会主催の集団健診における「オプション健診」の拡大等、加入者の皆様の健康増進に向けた取組も強化するために必要な保険者としての取組を進めてまいります。

更に、全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に資するべく、SDGsの理念にも則り、データ分析を通じて得られたエビデンスや国際的視点も取り入れ、関係団体との「顔の見える地域ネットワーク」を活用しつつ、加入者の皆様の健康づくりをサポートするとともに、上手な医療のかかり方等の医療費適正化施策の周知・広報や子ども向けの健康教室等にも取り組んでまいります。

加入者の皆様が健康に過ごし、必要なときには良質かつ効率的な医療を享受でき、「全国健康保険協会の加入者でよかった」と思っていただけるよう、全国健康保険協会職員約5,000名一同一丸となって、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。

2024（令和6）年7月
全国健康保険協会
理事長　北川　博康

# 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。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、2023（令和5）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
2023年度末現在において、職員は2,048人、契約職員は2,708人となっています。

# 第2章　2023年度の事業運営方針と総括

## （1）2023年度の事業運営方針

2023（令和5）年度で、協会の設立（2008（平成20）年10月）から15年が経過しました。

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率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。

2023年度は、2021（令和3）年度から2023年度の3年間の中期行動計画である「第5期保険者機能強化アクションプラン」（以下、この章において「第5期アクションプラン」という。）（図表2-1参照）の最終年度（3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つを事業運営の柱に掲げ、取組を進めてきました。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「2023年度事業計画」においては、具体的なプランと併せ、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きました。

## （2）2023年度の事業運営の総括

第5期アクションプランの最終年度である2023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、2022（令和4）年度に取りまとめた「更なる保健事業の充実策」に基づき、生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減等を実施しました。

さらには、都道府県単位保険料率が高い水準で推移している北海道、徳島、佐賀支部を対象に、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、2022年度より「保険者努力重点支援プロジェクト」を開始し、2023年度上期には医療費・健診等データを用いた医療費の地域間格差等の要因分析（課題の抽出）を、下期には課題の解決が期待できる事業の企画立案をそれぞれ完了させ、予定通り2024（令和6）年度より事業を開始するために必要な準備を着実に進める等、戦略的保険者機能の更なる充実・強化に向けて、基盤をより強固なものとするとともに、具体的な取組の実践についても着実に進めた年度であったと考えています。

また、2024年度から始まる次期アクションプランの策定に向けて、計画期間全体における事業実施結果等の検証を行うとともに、運営委員会での議論も重ねながら「第6期保険者機能強化アクションプラン（2024年度～2026（令和8）年度）」（以下、この章において「第6期アクショ

ンプラン」という。）を策定しました。

なお、2023年度は、2018（平成30）年度からの6か年計画である第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）、第3期特定健康診査等実施計画についても最終年度に当たる年でした。両計画についても計画期間全体における事業実施結果等の検証を行った上で次期計画をそれぞれ策定しました。

以下、2023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。併せて、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、システム化による適用・徴収業務及び現金給付業務の効率化、業務マニュアル等に基づく事務処理の徹底に取り組むとともに、職員の意識改革の促進と多能化の推進により、日々の業務量に対応した最適な事務処理体制の構築とその定着に取り組みました。

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が、達成率は99.9％と、KPI（100％）を概ね達成できました。

支部におけるレセプト点検に関しては、支部ごとに「レセプト内容点検行動計画」を策定し、当該計画のもとで、「進捗管理の徹底」、「点検員のスキルアップ」、「効果的かつ効率的な点検の推進」及び「社会保険診療報酬支払基金との連携」の4項目について、確実かつ着実に実施することで、査定率の向上に取り組みました。

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いきます。

**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。

2023年度の保健事業に関しては、健診及び特定保健指導の実施率への影響が大きいと見込まれる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ほか、更なる保健事業の充実策の一つとして、より多くの方に健診を受診していただけるよう、生活習慣病予防健診における一般健診の自己負担額を約2,000円引き下げたほか、年齢の節目ごとに追加できる付

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しました。このような取組の結果、健診及び特定保健指導の実施件数は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年度末時点で94,740事業所となり、KPI（70,000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大きく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第一歩として、前述の生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減等をはじめとした「更なる保健事業の充実策」について、2022年9月に開催した運営委員会にて取りまとめを行った上で、2023年度から順次実施しているところですが、運営委員会での議論を重ねながらより一層の充実に向けた更なる検討を行いました。

この結果、被扶養者の特定健診実施率向上のために行っている集団健診（協会主催）時のオプション健診について、女性特有の健康課題や歯科疾患対策等に着目し、2024年度より「骨粗鬆症検診」、「歯科検診」、「眼底検査」を支部の実情に応じて選択可能とし、オプション健診の項目の拡充を図ることとしました。

ジェネリック医薬品の使用割合については、「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、2024年3月時点で44支部（2023年3月時点：40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。2023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、協会における適正な業務運営の確保、部門横断的なリスク管理等を目的として、2023年10月1日に、各部門の課題を整理するリスク管理機能を持った内部統制室を内部統制整備準備室から拡充して設置し、内部統制に係る体制を強化するとともに、内部統制に関して、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、コンプライアンスの推進、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、2024年12月のサービスインに向けたマイナンバーカードと健康保険証の一体化対応のほか、保健事業における第4期特定健診・特定保健指導の見直しに伴うシステム改修、訪問看護レセプト電子化に伴うレセプト点検システムの改修及び療養費（あんま・マッサージ・指圧及びはり・きゅ

う）の料金改定に伴うシステム改修を進めました。また、2023年1月にサービスインした新業務システムについては、審査業務の自動化やデータの分析及び抽出機能の充実を図る新たな情報系システム等を構築しましたが、2023年度は更なる業務効率化を目的として、傷病手当金における支給日数管理機能の追加や療養費の保険者間調整処理の自動化、情報系システムのレポート追加対応等を行いました。

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、加入者の健康増進のための保健事業の推進等、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ります。

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、2022年度より本部・支部間の連携強化の方策を実施しています。

2023年度においては、連携強化の方策の一環として、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2022年度より開始した「保険者努力重点支援プロジェクト」について、2023年度上期に医療費・健診等データを用いた医療費の地域間格差等の要因分析（課題の抽出）を、下期に課題の解決が期待できる事業の企画立案をそれぞれ完了させ、2024年度より課題の解決に向けた事業を実施します。また、本プロジェクトを通じて蓄積した分析に関するノウハウについて全支部へ横展開を図るため、2024年3月末に医療費・健診データ分析マニュアルの改訂を行いました。事業企画に関するノウハウについても、2024年度に実施する事業の効果測定結果を踏まえ、速やかに全支部へ横展開していくこととしています。

さらに、2023年度においては、新たな連携強化の方策として、保健事業に関するモデル事業を開始しました。本モデル事業は、「将来的に医療保険制度の枠を超えて、被用者保険（協会けんぽ等）と地域保険（市町村国民健康保険）が連携した生活習慣病の発症予防や健康づくりの取組、ひいては地域住民全体の健康度の向上が期待できる施策の全国的な推進を目指し、モデル市町（鳥取県東伯郡湯梨浜町及び佐賀県鳥栖市）、公益社団法人国民健康保険中央会、鳥取県及び佐賀県国民健康保険団体連合会と、協会本部・支部が相互に連携し、健診結果データ等を用いた健康課題の分析と、課題解決に向けた取組等を共同で実施するものです。

本モデル事業は、2023年度下期より開始し、2024年度末まで実施する予定としています。モデル事業終了後、関係者と共同で効果検証を行い、その結果、連携した取組が有効と判断された場合は、実施する市町村（支部）の拡大等に向けた検討を行う予定としています。

以上が2023年度の事業や取組の実施状況の概要となります。

今後も、協会の財政状況を念頭に置きつつ、協会に期待されている保険者としての役割の最大限の発揮に向けて、将来にわたる礎を築くことを目指し、各種取組を推進していきます。

## [（図表2-1） 第5期保険者機能強化アクションプランの概要]

### 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） 第6期保険者機能強化アクションプランの概要]

### 第6期保険者機能強化アクションプランの位置づけ

➢ 第6期保険者機能強化アクションプラン（2024年度～2026年度）については、加入者の健康度の向上及び医療費の適正化を目指して、第5期に引き続き本部機能や本部・支部間の連携の強化を図りつつ、

①基盤的保険者機能の盤石化：業務品質の向上、業務改革の実践及びDXの推進による一層の業務効率化

②戦略的保険者機能の一層の発揮：データ分析を通じて得られたエビデンスに基づき、「顔の見える地域ネットワーク」を活用した連携・協力による事業展開の充実・強化

③保険者機能強化を支える組織・運営体制等の整備：新たな業務のあり方を踏まえた適正な人員配置、内部統制・リスク管理の強化及びシステムの安定運用、統一的・戦略的な本部・支部広報の実施

を通じて、協会の財政状況を念頭に置きつつ、協会に期待されている保険者としての役割の最大限の発揮に向けて、将来にわたる礎を築くことを目指す。

### 第６期の事業運営の３つの柱

#### 基盤的保険者機能の盤石化

○ 協会は、保険者として健全な財政運営を行うとともに、協会や医療保険制度に対する信頼の維持・向上を図るという基本的な役割を果たす必要がある。

○ 基盤的保険者機能の盤石化に向け、業務改革の実践（標準化・効率化・簡素化の徹底、生産性の向上、職員の意識改革の促進）による、加入者サービスの向上や医療費の適正化の促進、DXの推進による加入者の利便性向上を図る。

#### 戦略的保険者機能の一層の発揮

○ 加入者の健康度の向上、医療の質や効率性の向上及び医療費等の適正化を推進するためには、戦略的保険者機能を一層発揮することが必要である。

○ このため、①データ分析に基づく課題抽出、課題解決に向けた事業企画・実施・検証を行うこと、②分析成果を最大限活かすため、支部幹部職員が関係団体と定期的な意見交換等を行うことにより「顔の見える地域ネットワーク」を重層的に構築し、当該ネットワークを活用しながら地域・職域における健康づくり等の取組や医療保険制度に係る広報・意見発信に取り組む。

#### 保険者機能の強化を支える組織・運営体制等の整備

○ 保険者機能の更なる強化・発揮のため、人材育成、人事制度の適正運用、システム運用による業務効率化等を踏まえた人員の最適配分等を通じて、協会全体の組織基盤の整備・強化を図るとともに、内部統制・リスク管理を強化し、協会業務の適正を確保する。

○ システムについて、安定稼働を行いつつ、制度改正等に係る適切な対応や、中長期の業務を見据えた対応の実現を図る。

○ 「広報基本方針」及び「広報計画」の策定を通じて、統一的・計画的な協会広報を実施する。

# 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

2023（令和5）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3,955万9千人となり、前年度末に比べ10万2千人（0.3%）増加しました。このうち、被保険者数は2,522万3千人となり、前年度末に比べ41万1千人（1.7%）増加しています。任意継続被保険者数は22万1千人となり、前年度末に比べ1万8千人（7.5%）減少しました。また、被扶養者数は1,433万6千人となり、前年度末に比べ30万9千人（2.1%）の減少となりました。

図表3-2は2023年度の月別の新規加入者数等の推移を示したものです。2023年度中に新たに被保険者となった方の数は、538万3千人となっています。

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原因として考えられます。また、共済組合法の改正に伴い、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により2022（令和4）年10月は減少に転じています。

被扶養者数の伸びについては、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2023年度末時点の構成割合を示したものです。総数では増加していますが、年齢階級別で見ると35歳から40歳代の被保険者数が減少しています。支部別では2022年度に東京支部以外の全ての支部で減少し、2023年度は多くの支部で増加となりました。

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「専門・技術サービス業」、「医療業・保健衛生」、「社会保険・社会福祉・介護事業」等の被保険者数が増加しています（図表3-7参照）。

平均標準報酬月額については304,077円となり、前年度に比べ5,966円（2.0%）増加しました。2022年度に引き続き高い伸び率となっていますが、これは、2022年10月に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により平均標準報酬月額が増加した影響が、2023年9月まで含まれていたことも要因として挙げられます。なお、「公務」を除いた標準報酬月額の前年度伸び率は、1.5%となります。

---

[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。

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。例外として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（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、2022年10月に新設された「有資格者が法律・会計関係の業務を行う事業」の業態を除き、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（図表3-9参照）。

適用事業所は266万6千事業所となり、前年度に比べて10万3千事業所（4.0%）増加しました（図表3-1参照）。なお、2023年度中に15万9千事業所が新たに協会の適用事業所となり、5万6千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）

| | 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 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 加入者数 | 36,411<br>(2.1%) | 37,184<br>(2.1%) | 38,091<br>(2.4%) | 38,941<br>(2.2%) | 39,417<br>(1.2%) | 40,460<br>(2.6%) | 40,312<br>(▲0.4%) | 40,282<br>(▲0.1%) | 39,457<br>(▲2.0%) | 39,559<br>(0.3%) |
| 被保険者数 | 20,914<br>(2.9%) | 21,590<br>(3.2%) | 22,441<br>(3.9%) | 23,215<br>(3.4%) | 23,769<br>(2.4%) | 24,805<br>(4.4%) | 24,888<br>(0.3%) | 25,083<br>(0.8%) | 24,812<br>(▲1.1%) | 25,223<br>(1.7%) |
| うち任意継続被保険者数 | 300<br>(▲6.6%) | 287<br>(▲4.3%) | 273<br>(▲4.8%) | 262<br>(▲4.3%) | 259<br>(▲1.1%) | 253<br>(▲2.3%) | 255<br>(0.8%) | 254<br>(▲0.4%) | 239<br>(▲5.9%) | 221<br>(▲7.5%) |
| 被扶養者数 | 15,497<br>(1.0%) | 15,594<br>(0.6%) | 15,649<br>(0.4%) | 15,726<br>(0.5%) | 15,648<br>(▲0.5%) | 15,656<br>(0.1%) | 15,424<br>(▲1.5%) | 15,198<br>(▲1.5%) | 14,645<br>(▲3.6%) | 14,336<br>(▲2.1%) |
| 平均標準報酬月額 | 277,911<br>(0.6%) | 280,327<br>(0.9%) | 283,351<br>(1.1%) | 285,059<br>(0.6%) | 288,475<br>(1.2%) | 290,592<br>(0.7%) | 290,516<br>(▲0.0%) | 292,220<br>(0.6%) | 298,111<br>(2.0%) | 304,077<br>(2.0%) |
| 適用事業所数 | 1,750<br>(4.1%) | 1,859<br>(6.2%) | 1,994<br>(7.3%) | 2,113<br>(6.0%) | 2,224<br>(5.3%) | 2,325<br>(4.5%) | 2,399<br>(3.2%) | 2,489<br>(3.8%) | 2,563<br>(3.0%) | 2,666<br>(4.0%) |

※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　平均標準報酬月額及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。

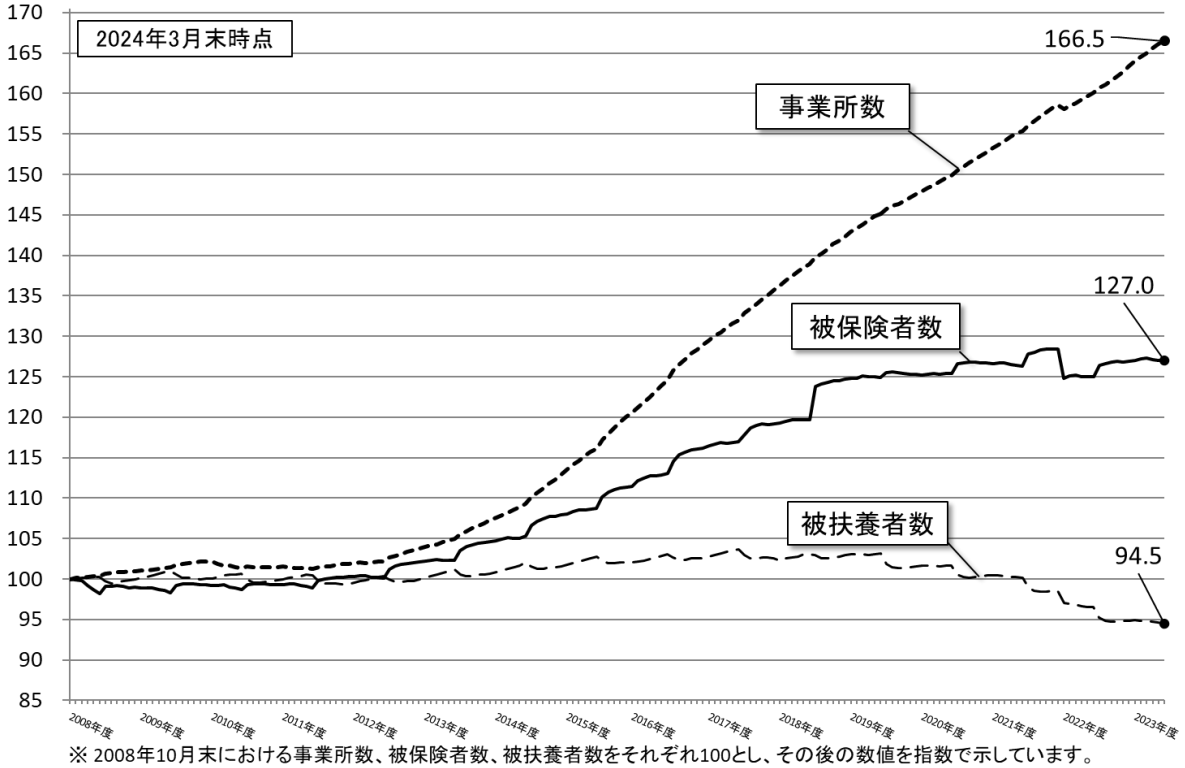
### [（図表3-2）2023年度の月別の新規加入者数等の推移]

（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 | 144.2 | 67.0 | 61.4 | 62.2 | 57.5 | 59.4 | 68.3 | 58.1 | 51.7 | 60.9 | 55.0 | 58.3 | 803.9 |
| 被保険者数 | 105.9 | 43.9 | 40.8 | 41.4 | 37.1 | 39.0 | 45.3 | 38.2 | 33.8 | 39.2 | 35.5 | 38.3 | 538.3 |
| 被扶養者数 | 38.3 | 23.1 | 20.6 | 20.8 | 20.3 | 20.4 | 23.0 | 19.9 | 18.0 | 21.7 | 19.5 | 20.0 | 265.7 |
| 資格喪失者数 | 134.4 | 69.7 | 59.3 | 60.1 | 56.7 | 57.8 | 65.1 | 56.1 | 50.4 | 65.7 | 57.3 | 61.1 | 793.7 |
| 被保険者数 | 77.5 | 40.0 | 37.4 | 39.2 | 37.3 | 37.9 | 42.9 | 35.6 | 31.7 | 42.8 | 36.1 | 38.6 | 497.1 |
| 被扶養者数 | 56.9 | 29.7 | 21.9 | 20.9 | 19.3 | 19.9 | 22.2 | 20.5 | 18.8 | 22.8 | 21.2 | 22.5 | 296.6 |

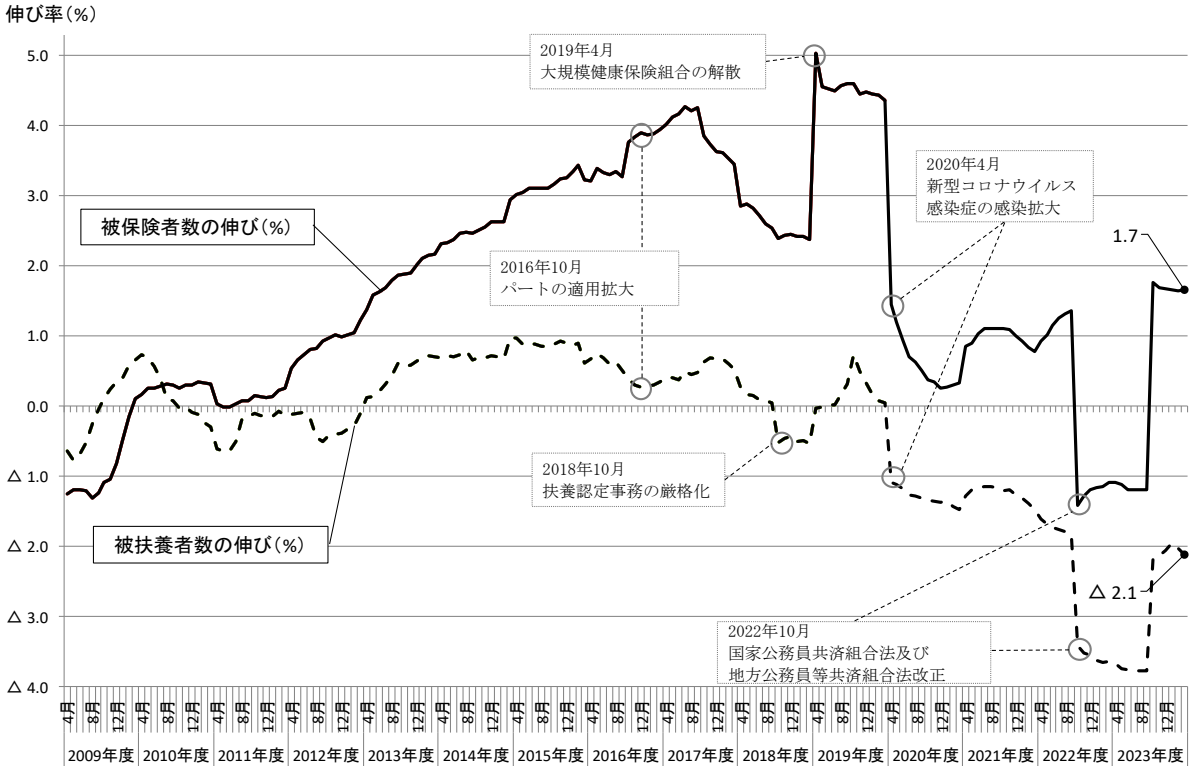
※　健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者を除く協会けんぽの被保険者数について集計したものです。

## [（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]




※2008年度は後期高齢者医療制度の創設に伴い、加入者数が大きく減少しました。そのため、2009年度以降の推移としています。
※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および被扶養者数について集計したものです。

## [（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 | 2020年度 | 2021年度 | 前年度対比（増減率%） | 2022年度 | 前年度対比（増減率%） | 2023年度 | 前年度対比（増減率%） | 2023年度末時点での構成割合 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15歳～19歳 | 110,566 | 96,732 | ▲ 12.51 | 98,405 | 1.73 | 99,206 | 0.81 | 0.39% |
| 20歳～24歳 | 1,391,338 | 1,348,188 | ▲ 3.10 | 1,369,989 | 1.62 | 1,389,603 | 1.43 | 5.51% |
| 25歳～29歳 | 2,254,045 | 2,244,458 | ▲ 0.43 | 2,254,015 | 0.43 | 2,319,837 | 2.92 | 9.20% |
| 30歳～34歳 | 2,318,673 | 2,295,844 | ▲ 0.98 | 2,264,737 | ▲ 1.35 | 2,290,582 | 1.14 | 9.09% |
| 35歳～39歳 | 2,571,096 | 2,539,108 | ▲ 1.24 | 2,470,240 | ▲ 2.71 | 2,450,834 | ▲ 0.79 | 9.72% |
| 40歳～44歳 | 2,918,907 | 2,865,930 | ▲ 1.81 | 2,773,979 | ▲ 3.21 | 2,755,162 | ▲ 0.68 | 10.93% |
| 45歳～49歳 | 3,404,882 | 3,407,112 | 0.07 | 3,304,217 | ▲ 3.02 | 3,250,056 | ▲ 1.64 | 12.89% |
| 50歳～54歳 | 2,930,371 | 3,146,484 | 7.37 | 3,208,584 | 1.97 | 3,354,067 | 4.53 | 13.30% |
| 55歳～59歳 | 2,503,419 | 2,533,133 | 1.19 | 2,573,779 | 1.60 | 2,711,191 | 5.34 | 10.75% |
| 60歳～64歳 | 2,182,363 | 2,233,123 | 2.33 | 2,138,513 | ▲ 4.24 | 2,187,421 | 2.29 | 8.68% |
| 65歳～69歳 | 1,428,492 | 1,454,616 | 1.83 | 1,420,994 | ▲ 2.31 | 1,474,009 | 3.73 | 5.85% |
| 70歳以上 | 863,077 | 907,344 | 5.13 | 922,810 | 1.70 | 929,740 | 0.75 | 3.69% |
| 総数 | 24,877,229 | 25,072,072 | 0.78 | 24,800,262 | ▲ 1.08 | 25,211,708 | 1.66 | 100% |

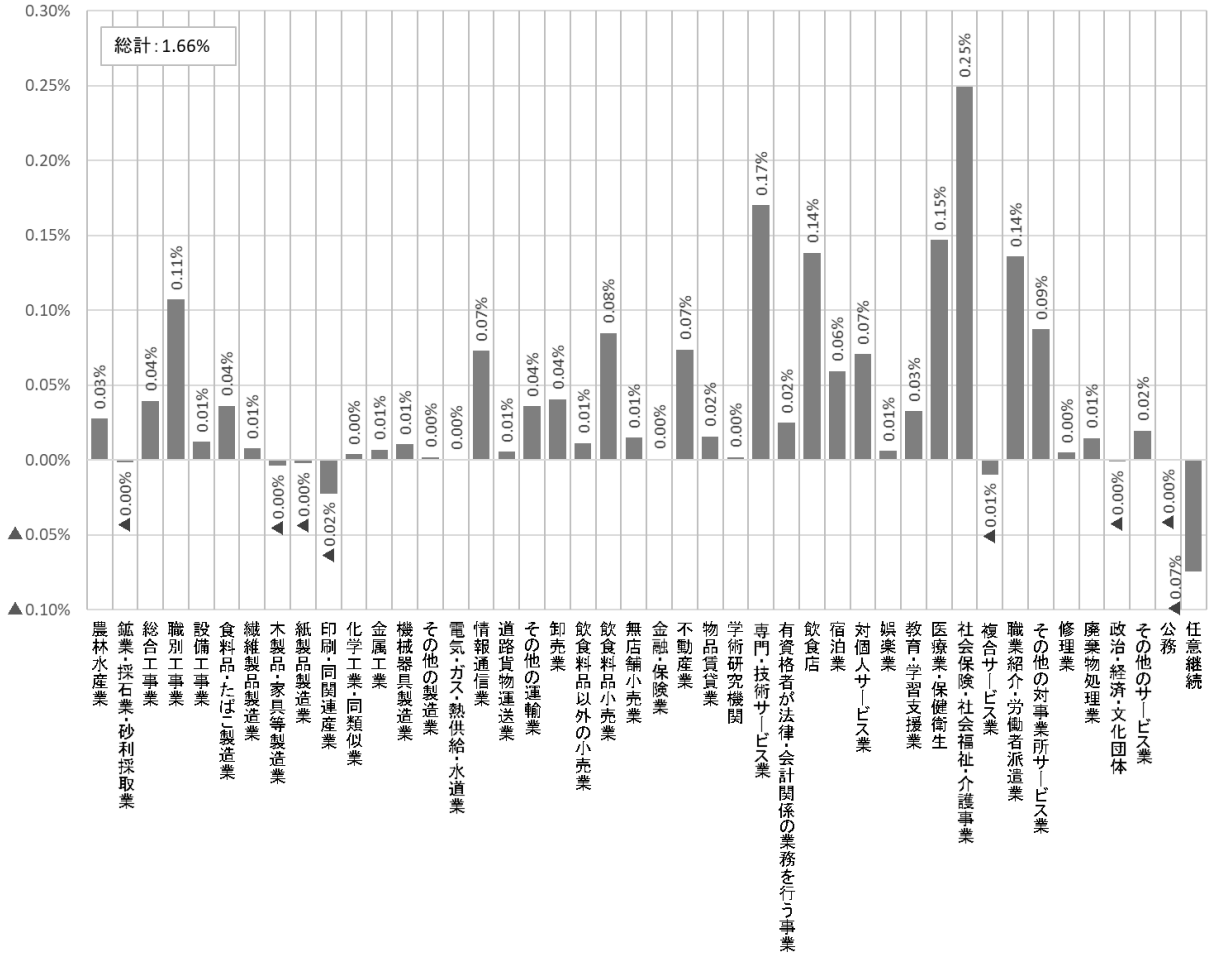
※ 健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者を除く協会けんぽの被保険者数について集計したものであり、図表3-6の被保険者数とは異なる。

## [（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）

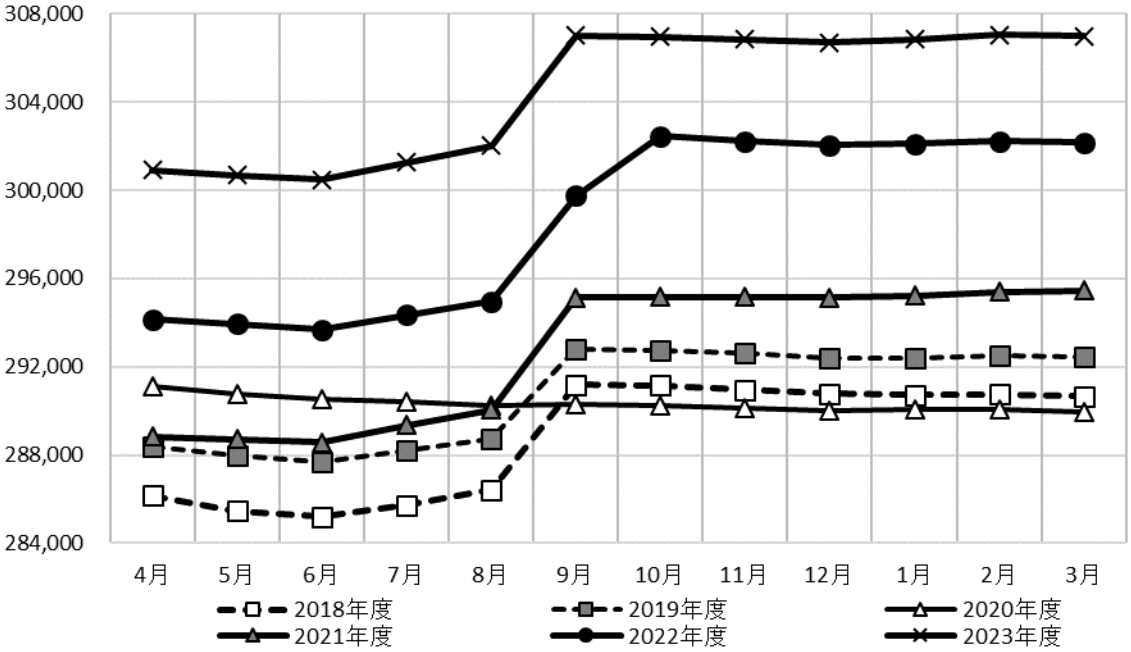
| 支　部 | 2020年度 | 2021年度 | 前年度対比（増減率%） | 2022年度 | 前年度対比（増減率%） | 2023年度 | 前年度対比（増減率%） | 2023年度末時点での構成割合 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 北海道 | 1,078,694 | 1,074,633 | ▲ 0.38 | 1,044,896 | ▲ 2.77 | 1,053,620 | 0.83 | 4.18% |
| 青　森 | 277,018 | 275,677 | ▲ 0.48 | 267,171 | ▲ 3.09 | 266,120 | ▲ 0.39 | 1.06% |
| 岩　手 | 259,806 | 256,236 | ▲ 1.37 | 245,210 | ▲ 4.30 | 243,409 | ▲ 0.73 | 0.97% |
| 宮　城 | 466,655 | 465,925 | ▲ 0.16 | 440,760 | ▲ 5.40 | 440,826 | 0.01 | 1.75% |
| 秋　田 | 202,711 | 201,189 | ▲ 0.75 | 192,951 | ▲ 4.09 | 191,865 | ▲ 0.56 | 0.76% |
| 山　形 | 249,161 | 246,915 | ▲ 0.90 | 238,072 | ▲ 3.58 | 236,767 | ▲ 0.55 | 0.94% |
| 福　島 | 415,518 | 411,533 | ▲ 0.96 | 401,650 | ▲ 2.40 | 400,257 | ▲ 0.35 | 1.59% |
| 茨　城 | 447,619 | 452,914 | 1.18 | 440,620 | ▲ 2.71 | 446,361 | 1.30 | 1.77% |
| 栃　木 | 333,669 | 336,525 | 0.86 | 332,022 | ▲ 1.34 | 334,932 | 0.88 | 1.33% |
| 群　馬 | 383,399 | 385,381 | 0.52 | 382,490 | ▲ 0.75 | 385,755 | 0.85 | 1.53% |
| 埼　玉 | 877,117 | 889,610 | 1.42 | 870,603 | ▲ 2.14 | 893,469 | 2.63 | 3.54% |
| 千　葉 | 625,708 | 636,390 | 1.71 | 631,930 | ▲ 0.70 | 651,815 | 3.15 | 2.58% |
| 東　京 | 3,741,713 | 3,874,297 | 3.54 | 4,017,102 | 3.69 | 4,185,448 | 4.19 | 16.59% |
| 神奈川 | 1,041,206 | 1,048,098 | 0.66 | 1,042,234 | ▲ 0.56 | 1,067,151 | 2.39 | 4.23% |
| 新　潟 | 501,945 | 499,653 | ▲ 0.46 | 484,251 | ▲ 3.08 | 482,552 | ▲ 0.35 | 1.91% |
| 富　山 | 259,084 | 257,491 | ▲ 0.61 | 253,330 | ▲ 1.62 | 252,807 | ▲ 0.21 | 1.00% |
| 石　川 | 278,254 | 277,701 | ▲ 0.20 | 270,269 | ▲ 2.68 | 271,678 | 0.52 | 1.08% |
| 福　井 | 184,153 | 182,391 | ▲ 0.96 | 176,889 | ▲ 3.02 | 177,837 | 0.54 | 0.71% |
| 山　梨 | 154,027 | 155,823 | 1.17 | 151,217 | ▲ 2.96 | 152,602 | 0.92 | 0.61% |
| 長　野 | 403,726 | 405,633 | 0.47 | 389,009 | ▲ 4.10 | 393,109 | 1.05 | 1.56% |
| 岐　阜 | 450,651 | 453,354 | 0.60 | 448,804 | ▲ 1.00 | 455,421 | 1.47 | 1.81% |
| 静　岡 | 643,812 | 645,896 | 0.32 | 637,089 | ▲ 1.36 | 639,495 | 0.38 | 2.54% |
| 愛　知 | 1,522,882 | 1,536,886 | 0.92 | 1,527,810 | ▲ 0.59 | 1,558,129 | 1.98 | 6.18% |
| 三　重 | 316,106 | 316,268 | 0.05 | 309,431 | ▲ 2.16 | 314,556 | 1.66 | 1.25% |
| 滋　賀 | 212,473 | 213,866 | 0.66 | 208,635 | ▲ 2.45 | 210,756 | 1.02 | 0.84% |
| 京　都 | 531,346 | 534,581 | 0.61 | 526,522 | ▲ 1.51 | 535,515 | 1.71 | 2.12% |
| 大　阪 | 2,082,871 | 2,107,166 | 1.17 | 2,104,706 | ▲ 0.12 | 2,154,964 | 2.39 | 8.54% |
| 兵　庫 | 901,663 | 905,383 | 0.41 | 890,412 | ▲ 1.65 | 900,128 | 1.09 | 3.57% |
| 奈　良 | 184,923 | 186,008 | 0.59 | 181,975 | ▲ 2.17 | 184,884 | 1.60 | 0.73% |
| 和歌山 | 174,831 | 175,572 | 0.42 | 170,009 | ▲ 3.17 | 171,903 | 1.11 | 0.68% |
| 鳥　取 | 127,563 | 127,024 | ▲ 0.42 | 120,939 | ▲ 4.79 | 121,134 | 0.16 | 0.48% |
| 島　根 | 151,932 | 150,703 | ▲ 0.81 | 142,368 | ▲ 5.53 | 141,249 | ▲ 0.79 | 0.56% |
| 岡　山 | 438,220 | 438,319 | 0.02 | 431,909 | ▲ 1.46 | 435,160 | 0.75 | 1.73% |
| 広　島 | 663,006 | 658,885 | ▲ 0.62 | 642,612 | ▲ 2.47 | 648,663 | 0.94 | 2.57% |
| 山　口 | 258,221 | 256,765 | ▲ 0.56 | 251,238 | ▲ 2.15 | 251,631 | 0.16 | 1.00% |
| 徳　島 | 164,089 | 164,249 | 0.10 | 159,836 | ▲ 2.69 | 159,735 | ▲ 0.06 | 0.63% |
| 香　川 | 237,579 | 228,429 | ▲ 3.85 | 224,507 | ▲ 1.72 | 225,479 | 0.43 | 0.89% |
| 愛　媛 | 314,578 | 310,802 | ▲ 1.20 | 301,126 | ▲ 3.11 | 295,453 | ▲ 1.88 | 1.17% |
| 高　知 | 155,763 | 155,181 | ▲ 0.37 | 148,059 | ▲ 4.59 | 147,772 | ▲ 0.19 | 0.59% |
| 福　岡 | 1,139,513 | 1,144,949 | 0.48 | 1,139,546 | ▲ 0.47 | 1,155,934 | 1.44 | 4.58% |
| 佐　賀 | 175,863 | 175,619 | ▲ 0.14 | 169,547 | ▲ 3.46 | 170,830 | 0.76 | 0.68% |
| 長　崎 | 274,097 | 272,450 | ▲ 0.60 | 263,098 | ▲ 3.43 | 263,616 | 0.20 | 1.05% |
| 熊　本 | 391,060 | 393,440 | 0.61 | 372,555 | ▲ 5.31 | 375,331 | 0.75 | 1.49% |
| 大　分 | 248,741 | 247,791 | ▲ 0.38 | 242,430 | ▲ 2.16 | 242,502 | 0.03 | 0.96% |
| 宮　崎 | 245,402 | 246,508 | 0.45 | 240,294 | ▲ 2.52 | 242,361 | 0.86 | 0.96% |
| 鹿児島 | 365,079 | 365,717 | 0.17 | 357,389 | ▲ 2.28 | 358,518 | 0.32 | 1.42% |
| 沖　縄 | 334,771 | 337,533 | 0.83 | 326,205 | ▲ 3.36 | 333,905 | 2.36 | 1.32% |
| 全　国 | 24,888,218 | 25,083,359 | 0.78 | 24,811,727 | ▲ 1.08 | 25,223,404 | 1.66 | 100.00% |

## [（図表3-7）業態別被保険者数（2023年度末）の対前年同月比の寄与]



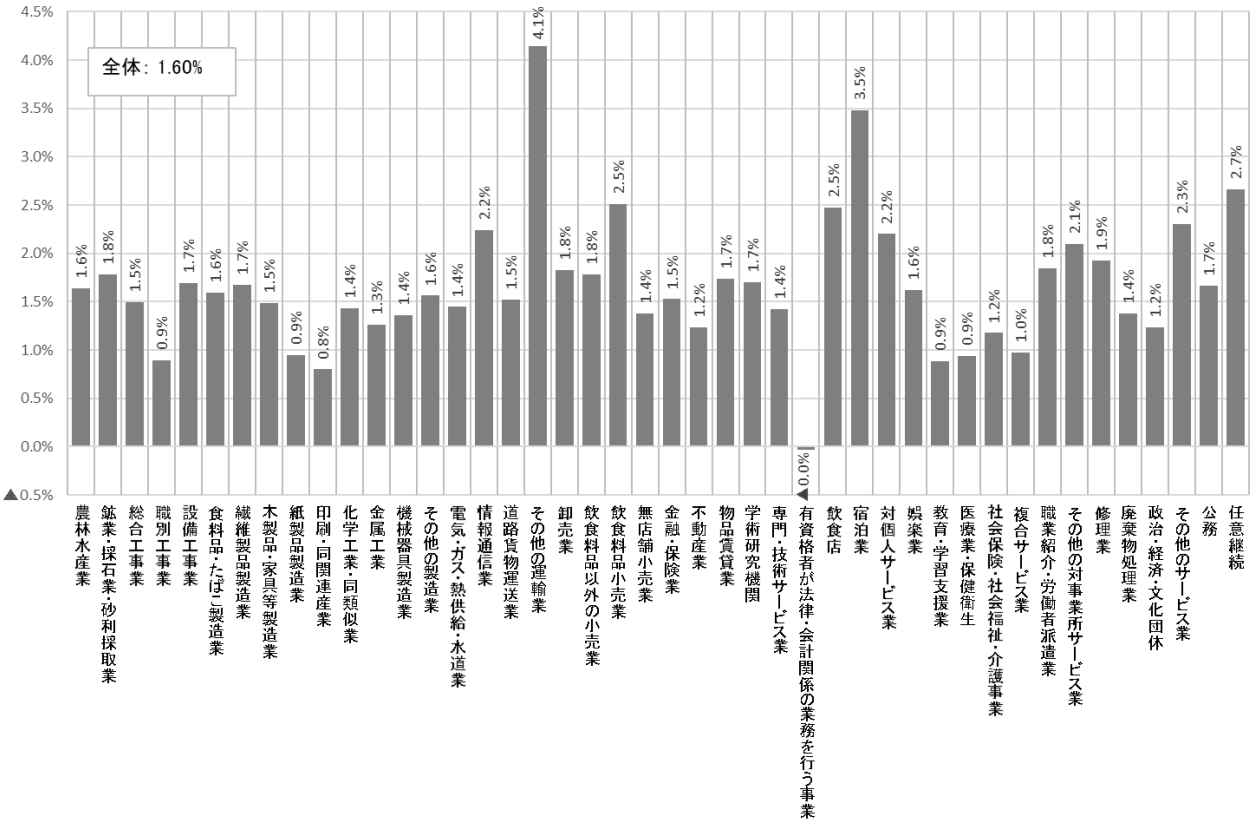

※ 健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者を除く協会けんぽの被保険者数について集計したものです。
※ 寄与は、業態別の被保険者数の構成割合を考慮して算出したものです。

## [（図表3-8）平均標準報酬月額の推移]




※ 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（2023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。

## （2）医療費の動向

2023年度の医療費総額（医療給付費と自己負担額の合計額）は、8兆3,214億円となり、前年度と比べ2.1％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6兆5,280億円で前年度に比べ2.4％の増加（現物給付費は6兆4,168億円で前年度に比べ2.4％の増加、現金給付費は1,113億円で前年度に比べ2.4％の増加）、その他の現金給付費は5,795億円で前年度に比べ1.9％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7兆1,076億円と前年度に比べ2.3％の増加となっています。

## ［（図表 3-10）医療費の動向］

（単位：億円）

| | 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 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 医療費総額 | 56,476<br>（1.5%） | 58,078<br>（2.8%） | 60,230<br>（3.7%） | 64,145<br>（6.5%） | 65,675<br>（2.4%） | 68,967<br>（5.0%） | 71,050<br>（3.0%） | 74,853<br>（5.4%） | 72,644<br>（▲3.0%） | 78,444<br>（8.0%） | 81,521<br>（3.9%） | 83,214<br>（2.1%） |
| 医療給付費 ※2 ① | 43,714<br>（1.9%） | 44,915<br>（2.7%） | 46,665<br>（3.9%） | 49,978<br>（7.1%） | 51,187<br>（2.4%） | 53,773<br>（5.1%） | 55,420<br>（3.1%） | 58,533<br>（5.6%） | 57,034<br>（▲2.6%） | 61,546<br>（7.9%） | 63,757<br>（3.6%） | 65,280<br>（2.4%） |
| 現物給付費 | 42,541<br>（2.2%） | 43,820<br>（3.0%） | 45,551<br>（3.9%） | 48,867<br>（7.3%） | 50,022<br>（2.4%） | 52,601<br>（5.2%） | 54,267<br>（3.2%） | 57,360<br>（5.7%） | 55,864<br>（▲2.6%） | 60,396<br>（8.1%） | 62,671<br>（3.8%） | 64,168<br>（2.4%） |
| 現金給付費 ※3 | 1,173<br>（▲7.6%） | 1,095<br>（▲6.7%） | 1,114<br>（1.8%） | 1,110<br>（▲0.3%） | 1,165<br>（4.9%） | 1,172<br>（0.6%） | 1,153<br>（▲1.7%） | 1,172<br>（1.7%） | 1,170<br>（▲0.2%） | 1,151<br>（▲1.6%） | 1,086<br>（▲5.6%） | 1,113<br>（2.4%） |
| その他の現金給付費 ※4 ② | 3,773<br>（▲1.5%） | 3,832<br>（1.6%） | 3,915<br>（2.2%） | 3,896<br>（▲0.5%） | 4,134<br>（6.1%） | 4,314<br>（4.4%） | 4,455<br>（3.3%） | 4,746<br>（6.5%） | 5,016<br>（5.7%） | 5,244<br>（4.6%） | 5,688<br>（8.4%） | 5,795<br>（1.9%） |
| 保険給付費 ※5<br>（①＋②） | 47,487<br>（1.6%） | 48,747<br>（2.7%） | 50,580<br>（3.8%） | 53,874<br>（6.5%） | 55,321<br>（2.7%） | 58,087<br>（5.0%） | 59,875<br>（3.1%） | 63,278<br>（5.7%） | 62,050<br>（▲1.9%） | 66,791<br>（7.6%） | 69,445<br>（4.0%） | 71,076<br>（2.3%） |

※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　2023年度保険給付費の実績である7兆1,076億円は、2023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2023年度中のもの）であるのに対し、38ページの図表4-10の合算ベースにおける2023年度決算額7兆1,512億円は、2023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。

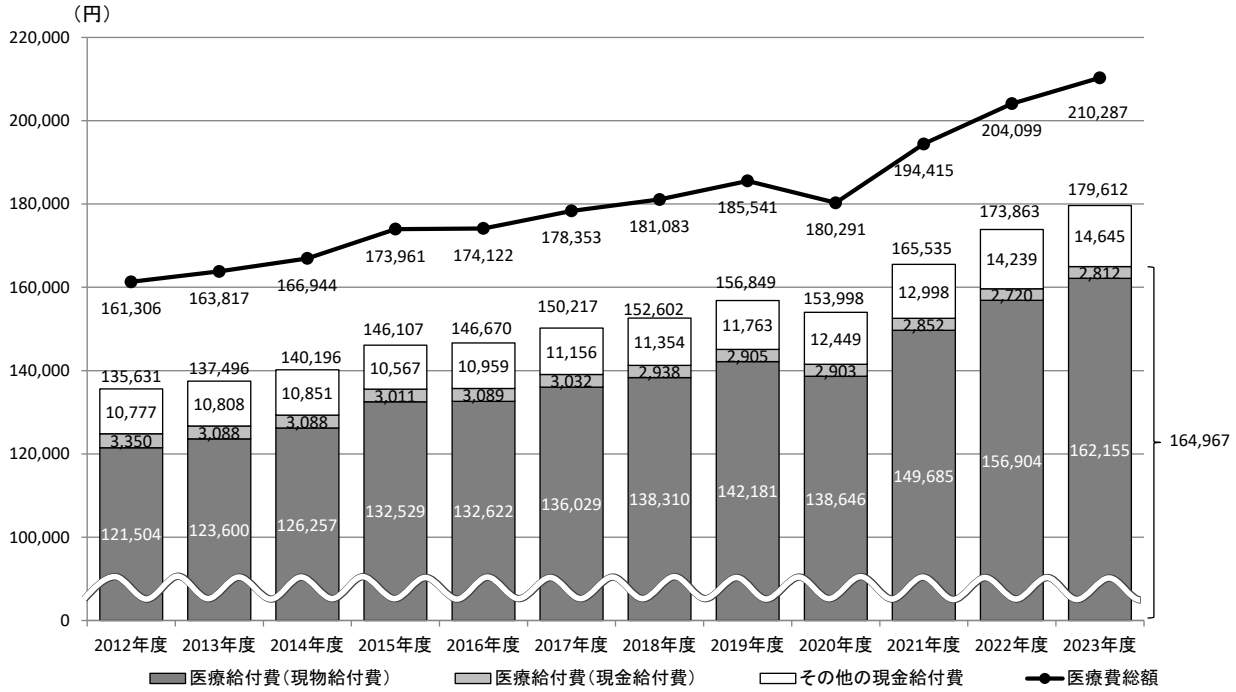
また、加入者1人当たりで見ると、医療費総額は210,287円となり、前年度と比べ3.0％の増加となっています（図表3-11参照）。

このうち、医療給付費は164,967円で、前年度に比べ3.3％の増加（現物給付費は162,155円で前年度に比べ3.3％の増加、現金給付費は2,812円で前年度に比べ3.4％の増加）、その他の現金給付費は、14,645円で前年度に比べ2.8％の増加となっており、保険給付費は179,612円と前年度に比べ3.3％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、2022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います。年齢構成要因について見ると、全国ではほとんど影響がありませんが、都道府県毎では影響にばらつきがあることが分かります（図表3-12参照）。

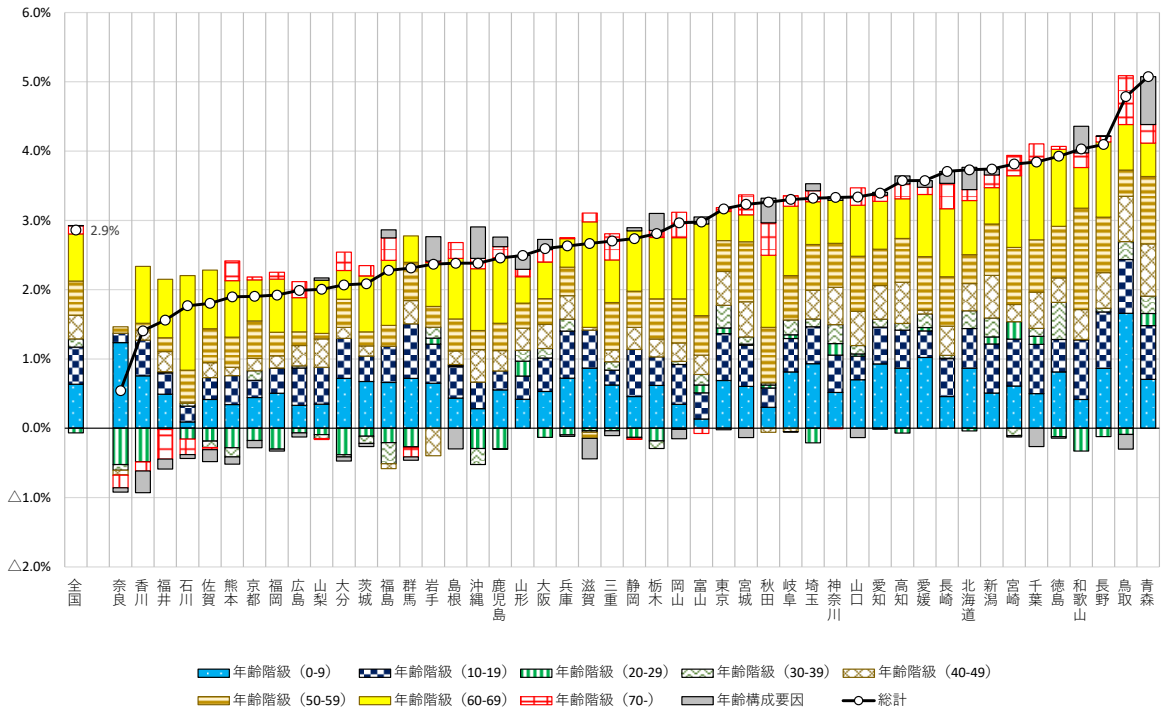
また、疾病分類別に要因分解を行うと、全ての都道府県で、特に「呼吸器系の疾患」が増加に寄与しており、「特殊目的用コード（主に新型コロナウイルス感染症に関する傷病）」が減少に寄与していることが分かります（図表3-13参照）。「呼吸器系の疾患」が増加に寄与している要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響により2020年度に「呼吸器系の疾患」の医療費が大きく減少した反動が、2022年度から2023年度も引き続き増加に寄与していることが考えられます。「特殊目的コード」が減少に寄与している要因としては、2023年5月8日から新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが新型インフルエンザ等感染症（2類相当）から5類感染症へ移行したことに伴い、新型コロナウイルス感染症に係る医療費が減少した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]



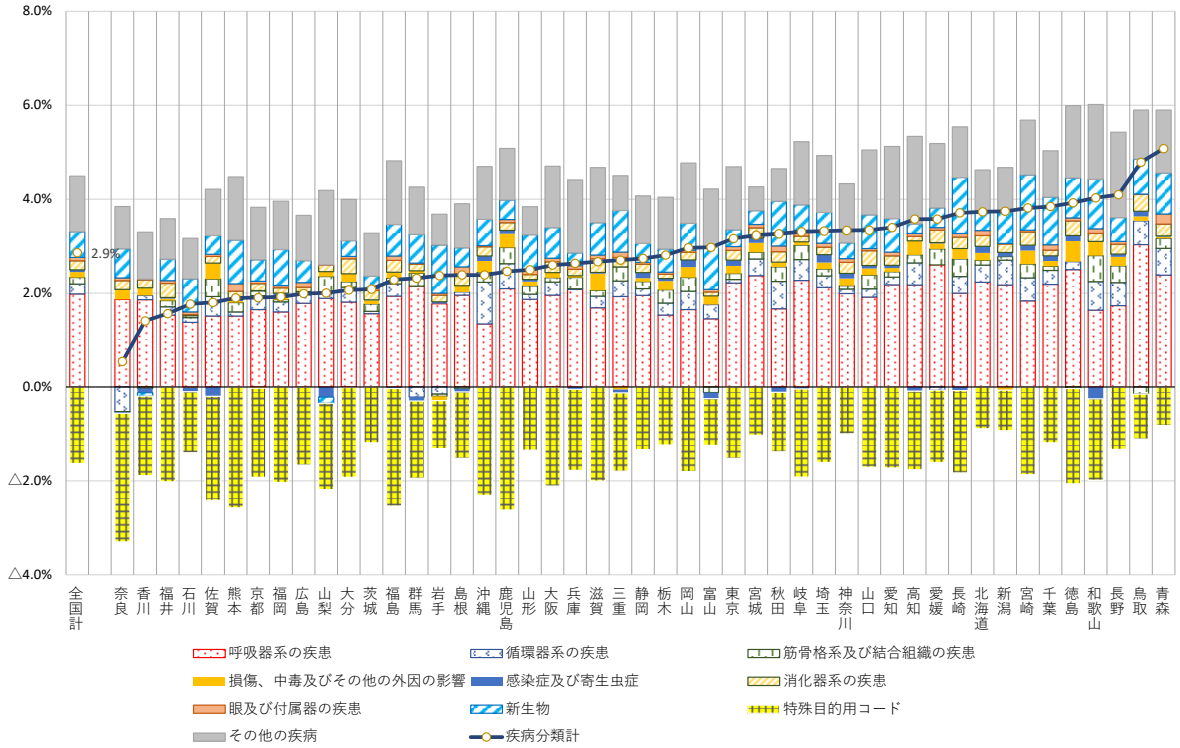

※　図表3-10の当該年度の医療費等に対して、当該年度の加入者数の平均で除して算出しています。

## [（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。
※　診療種別が入院、入院外、歯科、調剤（入院外・歯科に突合できるもの）のレセプトの点数のみを集計しています。
※　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。
※　診療種別が入院、入院外、歯科、調剤（入院外・歯科に突合できるもの）のレセプトの点数のみを集計しています。

## （3）現金給付の動向

2023（令和5）年度における現金給付の支給総額は6,908億円となり、前年度と比べ2.0%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、2023年度は184万3千件、3,296億円の支給実績となっており、前年度からは57億円の減少となりました。

出産手当金については、2023年度は20万4千件、908億円の支給実績となっており、前年度からは23億円の増加となりました。

出産育児一時金については、2023年度は32万4千件、1,572億円の支給実績となっており、前年度からは142億円の増加となりました。

高額療養費（償還払い）については、2023年度は96万2千件、318億円の支給実績となっており、前年度からはそれぞれ13万5千件の増加、16億円の増加となりました。なお、現物給付による高額療養費[2]については、2023年度は416万9千件、5,860億円の給付実績となっており、前年度からはそれぞれ15万6千件の増加、316億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、2023年度は1,456万2千件、612億円の支給実績となっており、前年度からはそれぞれ4万件の減少、3億円の減少となりました。その他の療養費

[2] 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（平成24）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（平成19）年4月から現物給付化されています）。

については、2023年度は118万5千件、182億円の支給実績となっており、前年度からはそれぞれ7万9千件の増加、13億円の増加となりました。

## ［（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）

| | | | 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 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 傷病手当金 | | 件数 | 929,561<br>( 2.5%) | 941,187<br>( 1.3%) | 1,073,040<br>(－)※5 | 1,077,381<br>( 0.4%) | 1,162,789<br>( 7.9%) | 1,248,963<br>( 7.4%) | 1,402,266<br>( 12.3%) | 1,597,470<br>( 13.9%) | 2,454,994<br>( 53.7%) | 1,843,068<br>(▲24.9%) |
| | | 金額 | 1,646<br>( 3.6%) | 1,695<br>( 2.9%) | 1,825<br>( 7.7%) | 1,935<br>( 6.0%) | 2,100<br>( 8.5%) | 2,303<br>( 9.7%) | 2,612<br>( 13.4%) | 2,834<br>( 8.5%) | 3,353<br>( 18.3%) | 3,296<br>(▲1.7%) |
| | | 1件当たり金額 | 177,114<br>( 1.1%) | 180,058<br>( 1.7%) | 170,116<br>(－)※5 | 179,597<br>( 5.6%) | 180,605<br>( 0.6%) | 184,415<br>( 2.1%) | 186,238<br>( 1.0%) | 177,417<br>(▲4.7%) | 136,577<br>(▲23.0%) | 178,836<br>( 30.9%) |
| 出産手当金 | | 件数 | 142,315<br>( 5.8%) | 155,164<br>( 9.0%) | 195,914<br>(－)※5 | 167,634<br>(▲14.4%) | 175,641<br>( 4.8%) | 189,136<br>( 7.7%) | 197,286<br>( 4.3%) | 202,207<br>( 2.5%) | 202,859<br>( 0.3%) | 203,878<br>( 0.5%) |
| | | 金額 | 581<br>( 7.0%) | 636<br>( 9.6%) | 665<br>( 4.6%) | 685<br>( 2.9%) | 725<br>( 5.9%) | 797<br>( 9.9%) | 845<br>( 6.0%) | 865<br>( 2.3%) | 885<br>( 2.4%) | 908<br>( 2.6%) |
| 出産育児一時金 | | 件数 | 397,719<br>(▲0.8%) | 368,385<br>( － )※4 | 386,756<br>( 5.0%) | 399,008<br>( 3.2%) | 383,469<br>(▲3.9%) | 387,484<br>( 1.0%) | 366,949<br>(▲5.3%) | 363,665<br>(▲0.9%) | 340,656<br>(▲6.3%) | 324,370<br>(▲4.8%) |
| | | 金額 | 1,668<br>(▲0.8%) | 1,546<br>( － )※4 | 1,624<br>( 5.0%) | 1,675<br>( 3.2%) | 1,610<br>(▲3.9%) | 1,626<br>( 1.0%) | 1,540<br>(▲5.3%) | 1,526<br>(▲0.9%) | 1,430<br>(▲6.3%) | 1,572<br>( 10.0%) |
| 高額療養費 | 現物給付分 | 件数 | 2,825,781<br>( 7.1%) | 3,145,903<br>( 11.3%) | 3,262,116<br>( 3.7%) | 3,423,431<br>( 4.9%) | 3,504,348<br>( 2.4%) | 3,717,933<br>( 6.1%) | 3,724,131<br>( 0.2%) | 3,947,471<br>( 6.0%) | 4,013,204<br>( 1.7%) | 4,169,236<br>( 3.9%) |
| | | 金額 | 3,390<br>( 6.9%) | 3,957<br>( 16.7%) | 4,145<br>( 4.7%) | 4,403<br>( 6.2%) | 4,634<br>( 5.3%) | 5,015<br>( 8.2%) | 5,112<br>( 1.9%) | 5,478<br>( 7.2%) | 5,544<br>( 1.2%) | 5,860<br>( 5.7%) |
| | | 1件当たり金額 | 119,978<br>(▲0.2%) | 125,789<br>( 4.8%) | 127,051<br>( 1.0%) | 128,601<br>( 1.2%) | 132,228<br>( 2.8%) | 134,879<br>( 2.0%) | 137,278<br>( 1.8%) | 138,782<br>( 1.1%) | 138,154<br>(▲0.5%) | 140,565<br>( 1.7%) |
| | 現金給付分（償還払い） | 件数 | 606,750<br>( 1.7%) | 584,048<br>(▲3.7%) | 728,919<br>( 24.8%) | 796,065<br>( 9.2%) | 808,170<br>( 1.5%) | 858,811<br>( 6.3%) | 955,757<br>( 11.3%) | 898,081<br>(▲6.0%) | 826,597<br>(▲8.0%) | 961,574<br>( 16.3%) |
| | | 金額 | 342<br>(▲2.0%) | 320<br>(▲6.5%) | 344<br>( 7.7%) | 346<br>( 0.5%) | 331<br>(▲4.3%) | 345<br>( 4.0%) | 366<br>( 6.3%) | 334<br>(▲8.7%) | 302<br>(▲9.8%) | 318<br>( 5.4%) |
| | | 1件当たり金額 | 56,335<br>(▲3.7%) | 54,736<br>(▲2.8%) | 47,217<br>(▲13.7%) | 43,460<br>(▲8.0%) | 40,979<br>(▲5.7%) | 40,121<br>(▲2.1%) | 38,313<br>(▲4.5%) | 37,236<br>(▲2.8%) | 36,491<br>(▲2.0%) | 33,061<br>(▲9.4%) |
| | 計 | 件数 | 3,432,531<br>( 6.1%) | 3,729,951<br>( 8.7%) | 3,991,035<br>( 7.0%) | 4,219,496<br>( 5.7%) | 4,312,518<br>( 2.2%) | 4,576,744<br>( 6.1%) | 4,679,888<br>( 2.3%) | 4,845,552<br>( 3.5%) | 4,839,801<br>(▲0.1%) | 5,130,810<br>( 6.0%) |
| | | 金額 | 3,732<br>( 6.0%) | 4,277<br>( 14.6%) | 4,489<br>( 5.0%) | 4,749<br>( 5.8%) | 4,965<br>( 4.6%) | 5,359<br>( 7.9%) | 5,479<br>( 2.2%) | 5,813<br>( 6.1%) | 5,846<br>( 0.6%) | 6,178<br>( 5.7%) |
| | | 1件当たり金額 | 108,728<br>(▲0.1%) | 114,664<br>( 5.5%) | 112,470<br>(▲1.9%) | 112,538<br>( 0.1%) | 115,128<br>( 2.3%) | 117,098<br>( 1.7%) | 117,067<br>(▲0.0%) | 119,962<br>( 2.5%) | 120,791<br>( 0.7%) | 120,417<br>(▲0.3%) |
| 柔道整復療養費 | | 件数 | 14,481,056<br>( 2.3%) | 14,973,069<br>( 3.4%) | 15,208,110<br>( 1.6%) | 15,316,354<br>( 0.7%) | 15,280,619<br>(▲0.2%) | 15,255,263<br>(▲0.2%) | 14,162,514<br>(▲7.2%) | 14,739,050<br>( 4.1%) | 14,602,185<br>(▲0.9%) | 14,561,756<br>(▲0.3%) |
| | | 金額 | 649<br>( 2.7%) | 670<br>( 3.2%) | 674<br>( 0.7%) | 670<br>(▲0.7%) | 662<br>(▲1.1%) | 655<br>(▲1.0%) | 625<br>(▲4.6%) | 636<br>( 1.8%) | 615<br>(▲3.3%) | 612<br>(▲0.5%) |
| | | 1件当たり金額 | 4,484<br>( 0.4%) | 4,474<br>(▲0.2%) | 4,434<br>(▲0.9%) | 4,371<br>(▲1.4%) | 4,334<br>(▲0.9%) | 4,296<br>(▲0.9%) | 4,413<br>( 2.7%) | 4,318<br>(▲2.1%) | 4,213<br>(▲2.4%) | 4,205<br>(▲0.2%) |
| その他の療養費 | | 件数 | 867,681<br>( 8.6%) | 850,554<br>(▲2.0%) | 960,082<br>( 12.9%) | 1,010,394<br>( 5.2%) | 990,623<br>(▲2.0%) | 1,074,157<br>( 8.4%) | 1,124,842<br>( 4.7%) | 1,155,340<br>( 2.7%) | 1,105,962<br>(▲4.3%) | 1,184,607<br>( 7.1%) |
| | | 金額 | 123<br>( 8.1%) | 121<br>(▲1.8%) | 146<br>( 21.3%) | 157<br>( 7.0%) | 159<br>( 1.4%) | 172<br>( 8.2%) | 178<br>( 3.8%) | 180<br>( 0.8%) | 169<br>(▲5.7%) | 182<br>( 7.6%) |
| | | 1件当たり金額 | 14,171<br>(▲0.4%) | 14,194<br>( 0.2%) | 15,248<br>( 7.4%) | 15,498<br>( 1.6%) | 16,033<br>( 3.4%) | 15,996<br>(▲0.2%) | 15,852<br>(▲0.9%) | 15,550<br>(▲1.9%) | 15,311<br>(▲1.5%) | 15,381<br>( 0.5%) |

※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、2023年度の支給件数は4万件、支給額は19億円となります。

※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 | 40,412 | 1,063 | 26,297 | 0.024 | 637 | 72,914 | 12,045 | 165,194 | 0.069 | 11,432 |
| 青森 | 11,805 | 276 | 23,354 | 0.029 | 673 | 19,703 | 2,963 | 150,366 | 0.074 | 11,133 |
| 岩手 | 12,457 | 296 | 23,800 | 0.034 | 800 | 15,913 | 2,465 | 154,903 | 0.065 | 10,127 |
| 宮城 | 19,457 | 459 | 23,601 | 0.028 | 667 | 33,307 | 5,435 | 163,166 | 0.076 | 12,328 |
| 秋田 | 8,429 | 167 | 19,832 | 0.029 | 570 | 14,921 | 2,136 | 143,152 | 0.078 | 11,133 |
| 山形 | 11,388 | 369 | 32,369 | 0.031 | 1,016 | 15,481 | 2,461 | 158,993 | 0.065 | 10,396 |
| 福島 | 16,586 | 409 | 24,642 | 0.027 | 659 | 28,232 | 4,783 | 169,424 | 0.071 | 11,951 |
| 茨城 | 15,721 | 500 | 31,802 | 0.022 | 713 | 34,301 | 6,231 | 181,670 | 0.077 | 13,962 |
| 栃木 | 10,347 | 313 | 30,286 | 0.020 | 599 | 25,239 | 4,302 | 170,444 | 0.075 | 12,844 |
| 群馬 | 13,909 | 365 | 26,219 | 0.023 | 594 | 27,913 | 4,674 | 167,437 | 0.072 | 12,116 |
| 埼玉 | 31,608 | 1,113 | 35,212 | 0.022 | 786 | 60,290 | 11,603 | 192,454 | 0.068 | 13,000 |
| 千葉 | 21,831 | 788 | 36,112 | 0.021 | 773 | 48,137 | 9,328 | 193,779 | 0.074 | 14,320 |
| 東京 | 116,729 | 4,758 | 40,765 | 0.019 | 788 | 314,311 | 61,152 | 194,558 | 0.075 | 14,625 |
| 神奈川 | 42,636 | 1,515 | 35,543 | 0.026 | 911 | 76,694 | 15,175 | 197,858 | 0.072 | 14,238 |
| 新潟 | 16,184 | 356 | 22,015 | 0.021 | 471 | 33,182 | 5,418 | 163,272 | 0.069 | 11,227 |
| 富山 | 9,355 | 226 | 24,109 | 0.024 | 584 | 13,772 | 2,466 | 179,075 | 0.054 | 9,755 |
| 石川 | 9,322 | 253 | 27,154 | 0.022 | 601 | 16,820 | 2,973 | 176,776 | 0.062 | 10,944 |
| 福井 | 8,977 | 206 | 22,974 | 0.032 | 745 | 12,331 | 2,151 | 174,438 | 0.069 | 12,095 |
| 山梨 | 7,225 | 192 | 26,518 | 0.030 | 789 | 11,252 | 1,982 | 176,119 | 0.074 | 12,986 |
| 長野 | 18,612 | 421 | 22,627 | 0.030 | 678 | 26,860 | 4,503 | 167,641 | 0.068 | 11,454 |
| 岐阜 | 24,093 | 1,060 | 44,010 | 0.033 | 1,439 | 31,496 | 5,432 | 172,459 | 0.069 | 11,927 |
| 静岡 | 26,695 | 1,025 | 38,382 | 0.027 | 1,030 | 47,041 | 7,870 | 167,295 | 0.074 | 12,306 |
| 愛知 | 59,763 | 3,704 | 61,971 | 0.024 | 1,496 | 116,425 | 21,265 | 182,649 | 0.075 | 13,648 |
| 三重 | 11,970 | 310 | 25,910 | 0.024 | 627 | 24,077 | 4,199 | 174,380 | 0.077 | 13,348 |
| 滋賀 | 7,620 | 209 | 27,384 | 0.022 | 606 | 15,723 | 2,810 | 178,719 | 0.075 | 13,348 |
| 京都 | 23,272 | 685 | 29,445 | 0.027 | 795 | 37,536 | 7,199 | 191,780 | 0.070 | 13,453 |
| 大阪 | 75,478 | 2,603 | 34,486 | 0.022 | 746 | 155,634 | 30,261 | 194,434 | 0.072 | 14,052 |
| 兵庫 | 33,551 | 1,059 | 31,555 | 0.023 | 723 | 62,817 | 11,856 | 188,734 | 0.070 | 13,177 |
| 奈良 | 7,080 | 223 | 31,526 | 0.023 | 715 | 13,670 | 2,570 | 187,972 | 0.074 | 13,909 |
| 和歌山 | 7,507 | 203 | 27,053 | 0.027 | 718 | 13,012 | 2,193 | 168,522 | 0.076 | 12,757 |
| 鳥取 | 4,758 | 107 | 22,579 | 0.025 | 564 | 8,832 | 1,373 | 155,508 | 0.073 | 11,338 |
| 島根 | 7,683 | 284 | 36,957 | 0.035 | 1,286 | 10,269 | 1,637 | 159,388 | 0.073 | 11,590 |
| 岡山 | 16,672 | 478 | 28,668 | 0.024 | 690 | 31,129 | 5,439 | 174,732 | 0.072 | 12,499 |
| 広島 | 27,483 | 773 | 28,135 | 0.026 | 744 | 46,351 | 8,083 | 174,389 | 0.071 | 12,466 |
| 山口 | 12,851 | 465 | 36,152 | 0.032 | 1,164 | 15,855 | 2,686 | 169,417 | 0.063 | 10,676 |
| 徳島 | 9,078 | 211 | 23,236 | 0.036 | 839 | 10,918 | 1,952 | 178,755 | 0.068 | 12,221 |
| 香川 | 9,878 | 225 | 22,742 | 0.027 | 623 | 14,989 | 2,562 | 170,898 | 0.066 | 11,361 |
| 愛媛 | 14,700 | 655 | 44,589 | 0.031 | 1,361 | 22,157 | 3,638 | 164,201 | 0.075 | 12,314 |
| 高知 | 8,813 | 280 | 31,823 | 0.038 | 1,216 | 11,223 | 1,822 | 162,380 | 0.076 | 12,346 |
| 福岡 | 43,948 | 1,202 | 27,340 | 0.023 | 641 | 93,512 | 15,955 | 170,624 | 0.081 | 13,815 |
| 佐賀 | 7,951 | 176 | 22,142 | 0.029 | 635 | 13,693 | 2,169 | 158,425 | 0.080 | 12,699 |
| 長崎 | 12,131 | 286 | 23,580 | 0.028 | 670 | 20,785 | 3,277 | 157,686 | 0.079 | 12,442 |
| 熊本 | 16,941 | 388 | 22,881 | 0.028 | 643 | 28,079 | 4,492 | 159,993 | 0.075 | 11,969 |
| 大分 | 12,627 | 270 | 21,369 | 0.032 | 692 | 16,726 | 2,655 | 158,757 | 0.069 | 10,950 |
| 宮崎 | 7,859 | 169 | 21,502 | 0.020 | 433 | 19,460 | 2,854 | 146,653 | 0.080 | 11,775 |
| 鹿児島 | 16,753 | 415 | 24,776 | 0.028 | 699 | 28,121 | 4,332 | 154,037 | 0.078 | 12,087 |
| 沖縄 | 11,429 | 281 | 24,549 | 0.020 | 489 | 31,965 | 4,783 | 149,623 | 0.096 | 14,324 |
| 合計 | 961,574 | 31,790 | 33,061 | 0.024 | 804 | 1,843,068 | 329,608 | 178,836 | 0.073 | 13,074 |

※　高額療養費の中には、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 | 5,553 | 2,216 | 0.014 | 5,418 | 10,381 | 5,042 | 0.013 | 6,139 | 419,635 | 1,662 | 3,961 | 0.252 | 997 |
| 青森 | 1,907 | 711 | 0.016 | 6,114 | 2,738 | 1,328 | 0.013 | 6,415 | 76,710 | 317 | 4,133 | 0.187 | 774 |
| 岩手 | 1,734 | 615 | 0.017 | 5,890 | 2,481 | 1,203 | 0.013 | 6,531 | 105,833 | 385 | 3,641 | 0.286 | 1,040 |
| 宮城 | 3,028 | 1,247 | 0.017 | 7,175 | 4,926 | 2,363 | 0.015 | 7,085 | 261,780 | 1,009 | 3,855 | 0.380 | 1,466 |
| 秋田 | 1,232 | 435 | 0.015 | 5,270 | 1,647 | 801 | 0.011 | 5,440 | 82,543 | 352 | 4,262 | 0.282 | 1,200 |
| 山形 | 2,020 | 713 | 0.020 | 7,037 | 2,473 | 1,195 | 0.014 | 6,664 | 88,730 | 315 | 3,550 | 0.244 | 868 |
| 福島 | 3,074 | 1,278 | 0.018 | 7,622 | 4,871 | 2,357 | 0.016 | 7,671 | 194,007 | 749 | 3,859 | 0.313 | 1,207 |
| 茨城 | 3,181 | 1,442 | 0.018 | 8,159 | 5,669 | 2,735 | 0.017 | 8,036 | 164,256 | 690 | 4,202 | 0.234 | 985 |
| 栃木 | 2,429 | 1,081 | 0.018 | 7,803 | 3,969 | 1,928 | 0.015 | 7,452 | 176,118 | 737 | 4,186 | 0.337 | 1,410 |
| 群馬 | 2,903 | 1,295 | 0.019 | 8,446 | 5,444 | 2,569 | 0.018 | 8,593 | 200,362 | 894 | 4,462 | 0.327 | 1,457 |
| 埼玉 | 5,614 | 2,649 | 0.016 | 7,766 | 10,364 | 5,031 | 0.015 | 7,405 | 528,126 | 2,314 | 4,381 | 0.373 | 1,635 |
| 千葉 | 4,174 | 1,959 | 0.017 | 7,883 | 7,769 | 3,772 | 0.016 | 7,749 | 327,523 | 1,426 | 4,354 | 0.321 | 1,398 |
| 東京 | 39,001 | 19,783 | 0.020 | 10,085 | 54,719 | 26,537 | 0.017 | 8,414 | 2,204,572 | 9,538 | 4,326 | 0.365 | 1,580 |
| 神奈川 | 6,955 | 3,357 | 0.017 | 8,041 | 12,307 | 5,976 | 0.015 | 7,421 | 521,927 | 2,118 | 4,058 | 0.314 | 1,274 |
| 新潟 | 4,109 | 1,627 | 0.021 | 8,263 | 5,361 | 2,594 | 0.015 | 7,055 | 187,139 | 734 | 3,923 | 0.248 | 971 |
| 富山 | 1,844 | 755 | 0.018 | 7,220 | 2,719 | 1,319 | 0.014 | 7,026 | 118,946 | 541 | 4,548 | 0.308 | 1,400 |
| 石川 | 2,357 | 953 | 0.020 | 8,280 | 3,385 | 1,643 | 0.016 | 7,920 | 111,512 | 479 | 4,300 | 0.265 | 1,139 |
| 福井 | 1,717 | 679 | 0.022 | 8,802 | 2,356 | 1,144 | 0.017 | 8,288 | 79,896 | 318 | 3,982 | 0.289 | 1,149 |
| 山梨 | 1,236 | 527 | 0.020 | 8,436 | 1,948 | 947 | 0.016 | 7,894 | 83,803 | 347 | 4,138 | 0.345 | 1,427 |
| 長野 | 2,874 | 1,217 | 0.017 | 7,398 | 4,783 | 2,321 | 0.016 | 7,558 | 223,333 | 911 | 4,081 | 0.360 | 1,468 |
| 岐阜 | 3,051 | 1,352 | 0.017 | 7,492 | 5,598 | 2,722 | 0.015 | 7,515 | 272,703 | 1,085 | 3,977 | 0.370 | 1,472 |
| 静岡 | 4,660 | 1,992 | 0.018 | 7,514 | 7,771 | 3,770 | 0.016 | 7,663 | 285,441 | 1,137 | 3,985 | 0.287 | 1,143 |
| 愛知 | 11,577 | 5,427 | 0.019 | 9,112 | 21,110 | 10,239 | 0.018 | 8,595 | 720,334 | 2,746 | 3,811 | 0.291 | 1,109 |
| 三重 | 2,378 | 1,032 | 0.018 | 7,856 | 3,874 | 1,877 | 0.016 | 7,585 | 142,110 | 523 | 3,679 | 0.287 | 1,057 |
| 滋賀 | 1,928 | 871 | 0.023 | 10,182 | 3,126 | 1,511 | 0.018 | 8,862 | 134,123 | 507 | 3,782 | 0.389 | 1,473 |
| 京都 | 4,474 | 2,106 | 0.020 | 9,350 | 7,224 | 3,510 | 0.017 | 8,097 | 444,320 | 1,923 | 4,327 | 0.516 | 2,231 |
| 大阪 | 17,356 | 8,398 | 0.020 | 9,807 | 30,291 | 14,674 | 0.018 | 8,536 | 2,195,039 | 10,635 | 4,845 | 0.629 | 3,049 |
| 兵庫 | 7,496 | 3,567 | 0.020 | 9,514 | 12,483 | 6,057 | 0.017 | 8,193 | 652,349 | 2,738 | 4,197 | 0.445 | 1,869 |
| 奈良 | 1,383 | 648 | 0.018 | 8,528 | 2,470 | 1,199 | 0.016 | 7,573 | 145,632 | 577 | 3,963 | 0.466 | 1,848 |
| 和歌山 | 1,123 | 473 | 0.016 | 6,615 | 2,122 | 1,030 | 0.015 | 7,160 | 164,577 | 703 | 4,271 | 0.582 | 2,484 |
| 鳥取 | 1,411 | 457 | 0.026 | 8,551 | 1,624 | 787 | 0.017 | 8,260 | 28,090 | 102 | 3,646 | 0.148 | 538 |
| 島根 | 1,319 | 458 | 0.022 | 7,598 | 1,681 | 816 | 0.016 | 7,521 | 21,850 | 73 | 3,359 | 0.099 | 332 |
| 岡山 | 4,087 | 1,749 | 0.022 | 9,337 | 6,108 | 2,963 | 0.018 | 8,497 | 183,243 | 641 | 3,496 | 0.265 | 925 |
| 広島 | 5,048 | 2,176 | 0.019 | 8,245 | 8,276 | 4,009 | 0.016 | 7,830 | 236,669 | 891 | 3,765 | 0.228 | 858 |
| 山口 | 1,890 | 759 | 0.018 | 7,212 | 3,123 | 1,514 | 0.016 | 7,538 | 106,478 | 440 | 4,132 | 0.267 | 1,102 |
| 徳島 | 1,212 | 516 | 0.018 | 7,624 | 1,980 | 960 | 0.016 | 7,696 | 131,489 | 503 | 3,828 | 0.523 | 2,001 |
| 香川 | 1,675 | 695 | 0.019 | 7,816 | 2,912 | 1,404 | 0.017 | 8,075 | 125,164 | 445 | 3,555 | 0.347 | 1,234 |
| 愛媛 | 2,086 | 853 | 0.018 | 7,269 | 3,664 | 1,778 | 0.016 | 7,526 | 179,425 | 632 | 3,523 | 0.373 | 1,313 |
| 高知 | 1,099 | 455 | 0.017 | 7,095 | 1,630 | 791 | 0.014 | 6,927 | 68,342 | 235 | 3,437 | 0.296 | 1,019 |
| 福岡 | 10,750 | 4,514 | 0.022 | 9,106 | 17,230 | 8,361 | 0.018 | 8,774 | 942,703 | 4,039 | 4,284 | 0.503 | 2,153 |
| 佐賀 | 1,757 | 667 | 0.023 | 8,804 | 2,501 | 1,213 | 0.018 | 8,553 | 125,389 | 514 | 4,101 | 0.452 | 1,853 |
| 長崎 | 2,412 | 926 | 0.021 | 8,026 | 3,685 | 1,772 | 0.017 | 8,126 | 216,410 | 851 | 3,933 | 0.507 | 1,994 |
| 熊本 | 3,844 | 1,564 | 0.023 | 9,211 | 5,524 | 2,669 | 0.018 | 8,630 | 210,402 | 842 | 4,002 | 0.349 | 1,398 |
| 大分 | 2,054 | 797 | 0.020 | 7,707 | 3,125 | 1,516 | 0.016 | 7,685 | 163,669 | 635 | 3,879 | 0.420 | 1,628 |
| 宮崎 | 2,750 | 941 | 0.025 | 8,624 | 3,394 | 1,644 | 0.017 | 8,205 | 136,668 | 523 | 3,826 | 0.350 | 1,338 |
| 鹿児島 | 3,312 | 1,272 | 0.022 | 8,301 | 5,201 | 2,525 | 0.017 | 8,403 | 231,413 | 921 | 3,978 | 0.390 | 1,550 |
| 沖縄 | 4,804 | 1,635 | 0.033 | 11,395 | 6,333 | 3,076 | 0.022 | 10,761 | 140,973 | 538 | 3,815 | 0.246 | 937 |
| 合計 | 203,878 | 90,837 | 0.019 | 8,611 | 324,370 | 157,194 | 0.016 | 7,976 | 14,561,756 | 61,235 | 4,205 | 0.368 | 1,549 |

※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・きゅう） | | | | | 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 | 3,896 | 53 | 13,578 | 0.002 | 32 | 36,625 | 221 | 6,044 | 0.022 | 133 | 22,455 | 506 | 22,518 | 0.013 | 303 |
| 青森 | 338 | 7 | 21,484 | 0.001 | 18 | 808 | 7 | 8,542 | 0.002 | 17 | 3,764 | 93 | 24,577 | 0.009 | 226 |
| 岩手 | 258 | 5 | 17,730 | 0.001 | 12 | 2,010 | 13 | 6,413 | 0.005 | 35 | 2,553 | 93 | 36,410 | 0.007 | 251 |
| 宮城 | 1,103 | 22 | 19,723 | 0.002 | 32 | 3,935 | 23 | 5,888 | 0.006 | 34 | 5,172 | 157 | 30,313 | 0.008 | 228 |
| 秋田 | 678 | 16 | 24,134 | 0.002 | 56 | 355 | 2 | 6,226 | 0.001 | 8 | 2,458 | 57 | 23,099 | 0.008 | 194 |
| 山形 | 355 | 6 | 17,175 | 0.001 | 17 | 780 | 5 | 6,063 | 0.002 | 13 | 2,831 | 65 | 23,010 | 0.008 | 179 |
| 福島 | 1,223 | 22 | 18,188 | 0.002 | 36 | 4,152 | 30 | 7,199 | 0.007 | 48 | 5,151 | 180 | 34,894 | 0.008 | 290 |
| 茨城 | 794 | 14 | 17,909 | 0.001 | 20 | 4,159 | 26 | 6,196 | 0.006 | 37 | 6,533 | 185 | 28,372 | 0.009 | 264 |
| 栃木 | 1,246 | 19 | 15,366 | 0.002 | 37 | 2,105 | 14 | 6,613 | 0.004 | 27 | 4,053 | 127 | 31,444 | 0.008 | 244 |
| 群馬 | 1,585 | 36 | 22,817 | 0.003 | 59 | 1,451 | 13 | 8,867 | 0.002 | 21 | 5,393 | 154 | 28,517 | 0.009 | 251 |
| 埼玉 | 4,636 | 99 | 21,261 | 0.003 | 70 | 11,442 | 79 | 6,939 | 0.008 | 56 | 12,481 | 384 | 30,780 | 0.009 | 271 |
| 千葉 | 2,649 | 50 | 19,024 | 0.003 | 49 | 8,008 | 54 | 6,694 | 0.008 | 53 | 9,973 | 311 | 31,192 | 0.010 | 305 |
| 東京 | 16,180 | 307 | 18,963 | 0.003 | 51 | 85,063 | 580 | 6,821 | 0.014 | 96 | 71,994 | 2,290 | 31,804 | 0.012 | 379 |
| 神奈川 | 10,468 | 195 | 18,634 | 0.006 | 117 | 24,812 | 175 | 7,051 | 0.015 | 105 | 18,596 | 561 | 30,160 | 0.011 | 337 |
| 新潟 | 978 | 20 | 20,881 | 0.001 | 27 | 2,116 | 17 | 8,077 | 0.003 | 23 | 8,198 | 188 | 22,880 | 0.011 | 248 |
| 富山 | 420 | 8 | 19,511 | 0.001 | 21 | 6,078 | 35 | 5,770 | 0.016 | 91 | 3,500 | 96 | 27,533 | 0.009 | 249 |
| 石川 | 287 | 7 | 24,381 | 0.001 | 17 | 5,993 | 33 | 5,510 | 0.014 | 78 | 3,290 | 95 | 28,831 | 0.008 | 225 |
| 福井 | 168 | 3 | 18,184 | 0.001 | 11 | 2,976 | 19 | 6,218 | 0.011 | 67 | 3,065 | 75 | 24,397 | 0.011 | 270 |
| 山梨 | 812 | 15 | 18,371 | 0.003 | 61 | 986 | 8 | 7,701 | 0.004 | 31 | 2,378 | 83 | 34,858 | 0.010 | 341 |
| 長野 | 1,021 | 16 | 15,295 | 0.002 | 25 | 5,482 | 30 | 5,406 | 0.009 | 48 | 5,560 | 134 | 24,139 | 0.009 | 216 |
| 岐阜 | 1,190 | 26 | 21,618 | 0.002 | 35 | 6,765 | 49 | 7,317 | 0.009 | 67 | 8,732 | 208 | 23,839 | 0.012 | 283 |
| 静岡 | 2,528 | 43 | 17,003 | 0.003 | 43 | 4,437 | 31 | 6,918 | 0.004 | 31 | 10,309 | 285 | 27,632 | 0.010 | 286 |
| 愛知 | 5,488 | 116 | 21,176 | 0.002 | 47 | 57,824 | 353 | 6,109 | 0.023 | 143 | 32,443 | 842 | 25,967 | 0.013 | 340 |
| 三重 | 439 | 7 | 16,648 | 0.001 | 15 | 7,907 | 50 | 6,318 | 0.016 | 101 | 6,438 | 142 | 22,070 | 0.013 | 287 |
| 滋賀 | 498 | 13 | 25,467 | 0.001 | 37 | 3,291 | 23 | 7,090 | 0.010 | 68 | 4,753 | 115 | 24,110 | 0.014 | 333 |
| 京都 | 2,518 | 58 | 23,056 | 0.003 | 67 | 12,384 | 99 | 8,028 | 0.014 | 115 | 14,067 | 344 | 24,452 | 0.016 | 399 |
| 大阪 | 7,756 | 159 | 20,479 | 0.002 | 46 | 175,000 | 1,405 | 8,031 | 0.050 | 403 | 43,222 | 1,110 | 25,673 | 0.012 | 318 |
| 兵庫 | 1,393 | 28 | 20,182 | 0.001 | 19 | 38,388 | 268 | 6,971 | 0.026 | 183 | 19,707 | 506 | 25,686 | 0.013 | 346 |
| 奈良 | 325 | 7 | 20,461 | 0.001 | 21 | 5,632 | 38 | 6,765 | 0.018 | 122 | 4,622 | 103 | 22,297 | 0.015 | 330 |
| 和歌山 | 301 | 6 | 19,155 | 0.001 | 20 | 10,327 | 73 | 7,039 | 0.036 | 257 | 3,077 | 82 | 26,615 | 0.011 | 289 |
| 鳥取 | 218 | 4 | 16,247 | 0.001 | 19 | 883 | 6 | 6,389 | 0.005 | 30 | 2,071 | 49 | 23,694 | 0.011 | 258 |
| 島根 | 242 | 5 | 20,319 | 0.001 | 22 | 1,050 | 6 | 5,944 | 0.005 | 28 | 2,871 | 58 | 20,226 | 0.013 | 263 |
| 岡山 | 393 | 6 | 14,249 | 0.001 | 8 | 3,823 | 25 | 6,449 | 0.006 | 36 | 6,857 | 183 | 26,699 | 0.010 | 264 |
| 広島 | 1,831 | 33 | 17,886 | 0.002 | 32 | 18,699 | 118 | 6,322 | 0.018 | 114 | 10,070 | 238 | 23,662 | 0.010 | 229 |
| 山口 | 594 | 14 | 23,424 | 0.001 | 35 | 3,226 | 17 | 5,314 | 0.008 | 43 | 3,775 | 98 | 25,864 | 0.009 | 245 |
| 徳島 | 582 | 6 | 9,912 | 0.002 | 23 | 2,232 | 12 | 5,188 | 0.009 | 46 | 2,912 | 72 | 24,702 | 0.012 | 286 |
| 香川 | 338 | 6 | 16,524 | 0.001 | 15 | 3,629 | 23 | 6,281 | 0.010 | 63 | 4,752 | 92 | 19,461 | 0.013 | 256 |
| 愛媛 | 1,003 | 24 | 24,094 | 0.002 | 50 | 3,591 | 23 | 6,268 | 0.007 | 47 | 5,357 | 131 | 24,533 | 0.011 | 273 |
| 高知 | 274 | 7 | 24,097 | 0.001 | 29 | 698 | 5 | 6,570 | 0.003 | 20 | 2,950 | 105 | 35,506 | 0.013 | 454 |
| 福岡 | 1,769 | 43 | 24,051 | 0.001 | 23 | 47,248 | 281 | 5,948 | 0.025 | 150 | 23,887 | 541 | 22,667 | 0.013 | 289 |
| 佐賀 | 308 | 6 | 20,611 | 0.001 | 23 | 3,327 | 19 | 5,785 | 0.012 | 69 | 3,740 | 79 | 21,147 | 0.013 | 285 |
| 長崎 | 166 | 3 | 16,039 | 0.000 | 6 | 7,157 | 42 | 5,849 | 0.017 | 98 | 5,486 | 110 | 19,976 | 0.013 | 257 |
| 熊本 | 703 | 13 | 18,454 | 0.001 | 22 | 6,545 | 33 | 4,975 | 0.011 | 54 | 8,513 | 204 | 23,948 | 0.014 | 338 |
| 大分 | 308 | 6 | 19,491 | 0.001 | 15 | 3,122 | 15 | 4,928 | 0.008 | 39 | 4,313 | 99 | 22,860 | 0.011 | 253 |
| 宮崎 | 465 | 8 | 17,015 | 0.001 | 20 | 3,361 | 21 | 6,344 | 0.009 | 55 | 4,222 | 95 | 22,515 | 0.011 | 243 |
| 鹿児島 | 765 | 14 | 18,886 | 0.001 | 24 | 6,936 | 47 | 6,780 | 0.012 | 79 | 6,649 | 159 | 23,928 | 0.011 | 268 |
| 沖縄 | 901 | 17 | 18,506 | 0.002 | 29 | 1,778 | 14 | 8,088 | 0.003 | 25 | 8,427 | 263 | 31,221 | 0.015 | 458 |
| 合計 | 82,391 | 1,596 | 19,365 | 0.002 | 40 | 648,596 | 4,479 | 6,906 | 0.016 | 113 | 453,620 | 12,146 | 26,776 | 0.011 | 307 |

# 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、その取組の中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、システム化による適用・徴収業務及び現金給付業務の効率化、業務マニュアル等に基づく事務処理の徹底に取り組むとともに、職員の意識改革の促進と多能化の推進により、日々の業務量に対応した最適な事務処理体制の構築に取り組んでいます。

また、今後の先行きが不透明な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ます。

### （1）健全な財政運営

**ｉ）2024年度保険料率の議論の開始**

2024（令和6）年度の保険料率の決定に向けては、2023（令和5）年7月に開催した運営委員会において、2028（令和10）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。）の試算の前提等について議論を行い、9月に開催した運営委員会において、先の議論を踏まえた中長期の収支見通しのほか、「保険料率に関する論点」や近年の被保険者数及び1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。）といった参考情報を事務局から提示し、議論が開始されました。

**①　収支見通しの試算の前提の議論**

7月の運営委員会では、試算の前提について、事務局から次のとおり提案しました。

・賃金上昇率：直近10年の実績平均である「+0.7%」をケースⅡとし、上振れのケースⅠとして「+1.4%」、下振れのケースⅢとして「0.0%」

・医療給付費の伸び率：直近4年の実績平均である「+3.1%」

この提案に対して、委員より「賃上げのトレンドを加味した試算を別途行い、保険料率の妥当性についても議論していきたい。」との意見がありました。

その意見を踏まえ、事務局提案の前提による試算とは別に、「賃金上昇率 +2.0%」で推移した場合の試算も行うこととしました。その場合における医療給付費の伸び率については、各委員の意見を踏まえ、事務局から提示した試算と同じ「+3.1%」に加え、より高い伸び率を前提とした試算も追加することとしました。

**②　保険料率に関する論点**

2024年度の保険料率に関しては、図表4-1に示す資料により事務局から現状・課題を提示し、

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、2024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。

9月の運営委員会において、各委員からは、「協会けんぽの保険料収入は賃上げの効果もあって増加し、予想以上に準備金も積みあがる状況となったことで、事業者からは少しでも良いから保険料を引き下げるべきとの意見も上がっている。」、「保険料10%維持に賛成であるが、今まで保険料率が上がるシミュレーションは見たことがない。保険料率が上がることを想定すれば、医療資源を大切に使わなければいけないという国民へのメッセージになるのではないか。」、「個人の意見としては10%を維持することが妥当と思っている。このまま10%を維持すれば準備金を崩さなければいけない時がくると思うが、慎重に議論し、将来的に料率を上げることになったとしても少しでも負担や不安が少なくなるようにしてほしい。」等の発言がありました。

**［（図表4-1）2024年度保険料率に関する論点について（2023年9月20日運営委員会提出資料2-1）］**

**令和６年度 平均保険料率に関する論点**

**１．平均保険料率**

**«現状・課題»**

✓ 協会けんぽの令和４年度決算は、収入が11兆3,093億円、支出が10兆8,774億円、収支差は4,319億円となった。

✓ 収支差は前年度比で増加（+1,328億円）したが、この要因は、保険料収入の増加（+1,868億円）より保険給付費の増加（+2,502億円）が上回ったものの、後期高齢者支援金に多額の精算（戻り分1,901億円）が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、一時的な特殊事情によるものである。

✓ 一方で、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。

・足元の賃上げによる賃金の上昇が当面は見込まれるものの、被保険者数の伸びが鈍化していることや、不安定な海外情勢により経済の先行きが不透明であること等によって、これまでのような保険料収入の増加が今後も続くとは期待し難いこと。

・医療給付費がコロナ禍前の水準を上回って推移した令和3年度をさらに上回り、高い伸びで推移していることや、今後も、後期高齢者支援金の増加が見込まれること。

・健康保険組合の令和５年度予算早期集計では、約８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、賃金引き上げによる保険料収入への効果も予想し難いことから、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６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。」

  ※　令和４年９月14日 運営委員会 安藤理事長発言要旨：「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スタンスは変えていない。」

## ２．保険料率の変更時期

**«現状・課題»**

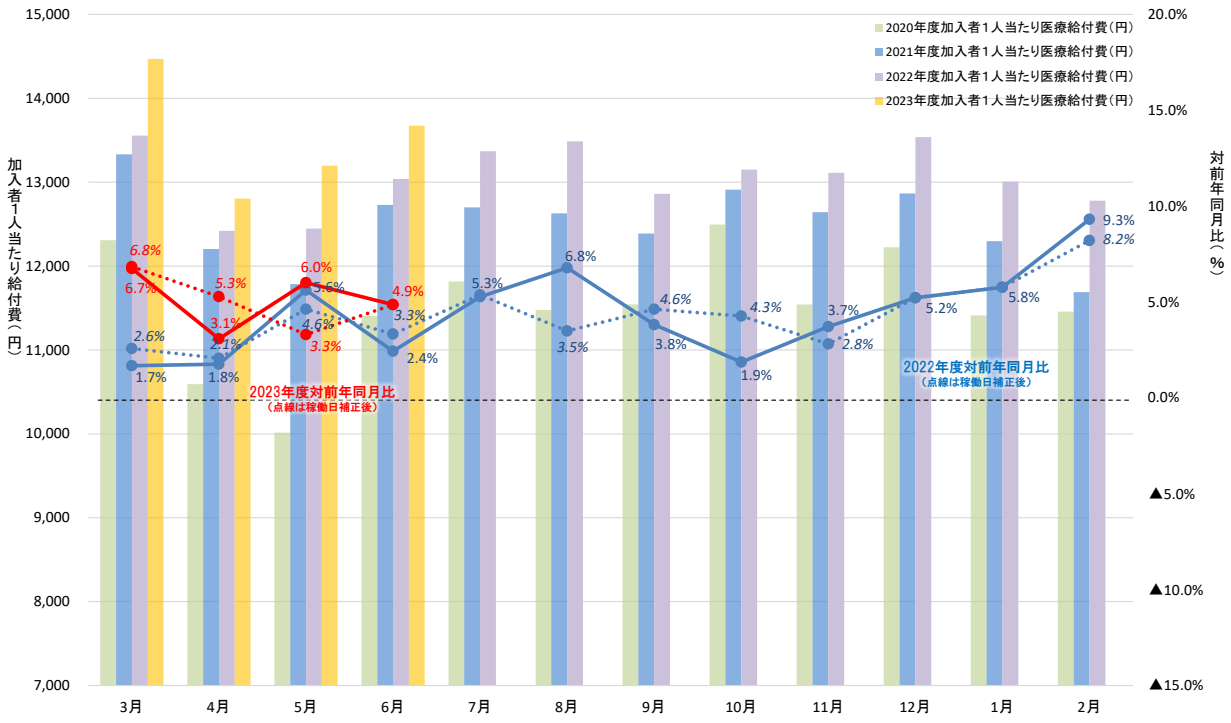
- ✓ これまでの保険料率の改定においては、都道府県単位保険料率へ移行した際（平成21年9月）及び政府予算案の閣議決定が越年した場合を除き、４月納付分（３月分）から変更している。

**【論点】**

- 令和６年度保険料率の変更時期について、令和６年４月納付分（３月分）からでよいか。

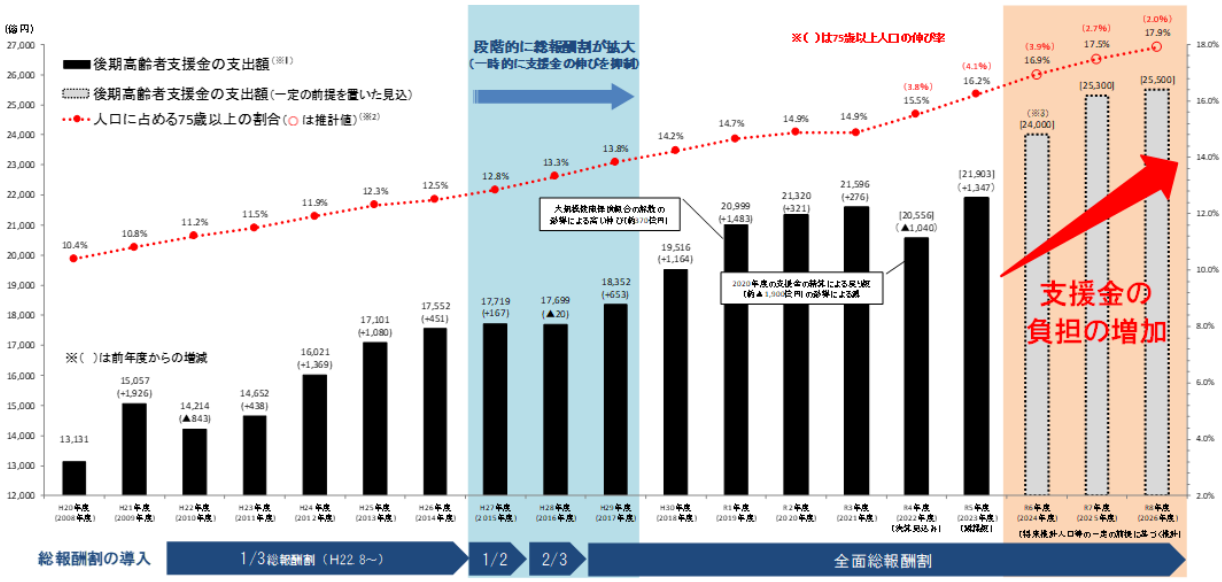
**［（図表4-2）2024年度保険料率に関する論点について（参考資料）（2023年9月20日運営委員会提出資料2-2）］**

協会けんぽの加入者一人当たり医療給付費と対前年同月比伸び率の推移



# 協会けんぽの後期高齢者支援金の推移

近年、後期高齢者支援金は、総報酬割の拡大等により一時的に伸びが抑制されていたが、団塊の世代が75歳以上になり始めているため、今後、増加が見込まれている。

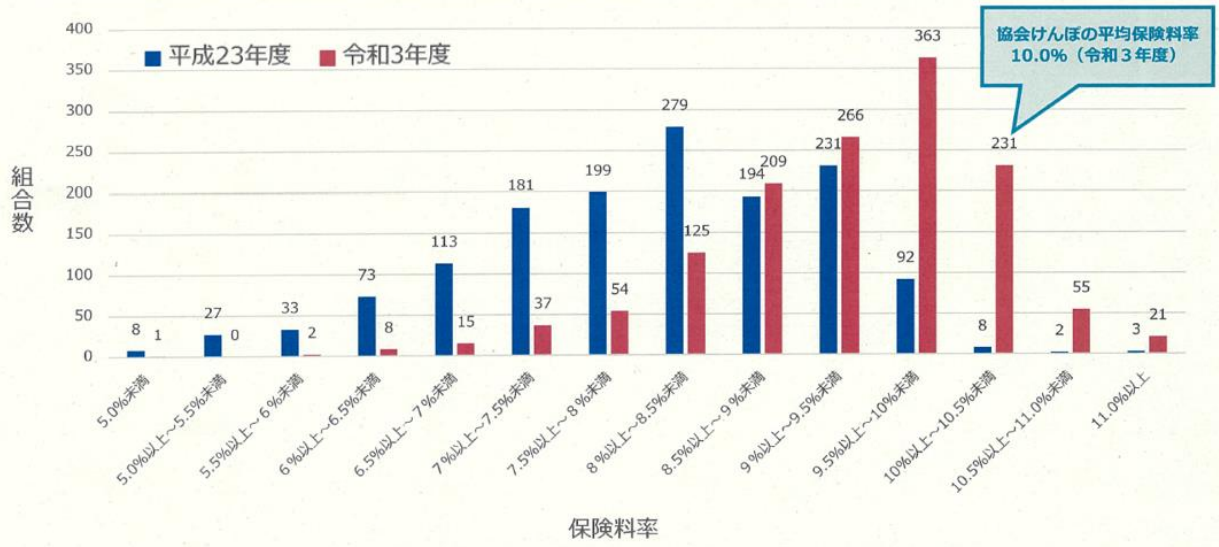



(※1) 後期高齢者支援金については、当該年度の支出額（当該年度の概算分と2年度前の精算分、事務費の合計額）である。
(※2) 人口に占める75歳以上の割合については、2021年度以前の実績は「高齢社会白書」（内閣府）、2022度以降の推計値は「日本の将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所、2023年推計）による。
(※3) 2024年度以降の推計値は、百億円まるめで記載している。

2023年2月24日　厚生労働省
第163回 社会保障審議会医療保険部会　資料（一部改変）

## 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。



### ③　協会けんぽの5年収支見通しの試算

2022（令和4）年度決算を足元として、7月及び9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事務局において5年収支見通しを作成し、運営委員会に提示しました。

具体的には、試算の前提となる主な変数を以下のとおり設定の上、試算しました。

#### ア）被保険者数の見通し

2023年度、2024年度については、直近の協会の実績、被用者保険の適用拡大の影響、国による見込み等を踏まえて、2023年度▲0.6%、2024年度▲0.3%としました。2025（令和7）年度以降については、「日本の将来推計人口」の出生中位（死亡中位）[3]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

2023年度、2024年度については、直近の協会の実績、国による見込み等を踏まえて、2023年度1.6%、2024年度0.5%とし、2025年度以降については、以下の3つのケースを置きました[4]。

＜2025年度以降の賃金上昇率＞

| | |
|---|---|
| ケースⅠ | １．４％ |
| ケースⅡ | ０．７％ |
| ケースⅢ | ０．０％ |

#### ウ）医療給付費の見通し

直近の協会の実績や国による見込み等を踏まえて、加入者1人当たりの伸び率を2023年度0.9%、2024年度1.4%としました。

2025年度以降については、以下の伸び率を使用しました[5]。

＜加入者１人当たり医療給付費の伸び率（2025年度以降）＞

| | |
|---|---|
| ７５歳未満 | ３．１％ |
| ７５歳以上（後期高齢者支援金の推計に使用） | ０．２％ |

#### エ）保険料率

以下の場合に分けて試算を行いました。

・現在の保険料率10%を据え置いた場合

---

[3] 「日本の将来推計人口」(2023年4月　国立社会保障・人口問題研究所)、長期の合計特殊出生率を1.36とする出生中位（死亡中位）の年齢階級別人口を基礎としています。

[4] ケースⅡは、平均標準報酬月額の2013（平成25）年度から2022年度までの増減率の10年平均（2016（平成28）年4月の標準報酬月額の上限改定及び2022年10月の適用拡大の影響を除く）としたものです。ケースⅠは、ケースⅡの0.7%が中間となるように1.4%と設定しました。

[5] 加入者1人当たり伸び率については、2019～2022年度（4年平均）の協会けんぽなどの医療費の伸びの実績を使用して設定しました。

・単年度で収支が均衡する保険料率とした場合
・9.9%～9.5%に引き下げた場合（0.1%単位）

**④　5年収支見通しの試算結果**

平均保険料率を2023年度と同率の10%に据え置いた場合、ケースⅠで2027（令和9）年度、ケースⅡ及びケースⅢで2025年度にはそれぞれ単年度赤字に転じ、2028年度の準備金は、ケースⅠからⅢでそれぞれ5兆3,400億円（保険給付費等の約5.7ヵ月分）、4兆6,800億円（同、約5.0ヵ月分）、4兆100億円（同、約4.3ヵ月分）という結果になりました。

単年度で収支が均衡する保険料率とした場合については、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2027年度に現在と同じ10%まで上がり、2028年度には10%を超え、ケースⅡではケースⅠよりも2年早い2026（令和8）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4-3参照）。

**［（図表4-3）5年収支見通しの試算結果①］**

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 | | 2023 年度 | 2024 年度 | 2025 年度 | 2026 年度 | 2027 年度 | 2028 年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ⅰ 1.4%で一定 | 収支差 | 3,700 | 2,200 | 700 | 600 | ▲300 | ▲800 |
| | 準備金 | 51,100 | 53,300 | 54,000 | 54,500 | 54,300 | 53,400 |
| Ⅱ 0.7%で一定 | 収支差 | 3,700 | 2,200 | ▲0 | ▲700 | ▲2,200 | ▲3,600 |
| | 準備金 | 51,100 | 53,300 | 53,300 | 52,600 | 50,400 | 46,800 |
| Ⅲ 0.0%で一定 | 収支差 | 3,700 | 2,200 | ▲700 | ▲2,000 | ▲4,200 | ▲6,300 |
| | 準備金 | 51,100 | 53,300 | 52,600 | 50,700 | 46,400 | 40,100 |

均衡保険料率（単年度で収支が均衡する保険料率）

| 賃金上昇率 | 2024 年度 | 2025 年度 | 2026 年度 | 2027 年度 | 2028 年度 |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅰ　1.4%で一定 | 9.8% | 9.9% | 9.9% | 10.0% | 10.1% |
| Ⅱ　0.7%で一定 | 9.8% | 10.0% | 10.1% | 10.2% | 10.4% |
| Ⅲ　0.0%で一定 | 9.8% | 10.1% | 10.2% | 10.4% | 10.6% |

平均保険料率を9.9%～9.5%に引き下げた場合には、総じて平均保険料率を10%に維持した場合よりも単年度赤字に転じる時期が早まる結果となりました。また、単年度収支の赤字幅は保険料率の引き下げ幅が大きいほど大きくなり、準備金残高の減り幅も大きくなる結果となりました（図表4-4参照）。

**［（図表4-4）5年収支見通しの試算結果②］**

9.9～9.5%に引き下げた場合（0.1%単位）の単年度収支差と準備金残高（ケースⅡ）

（単位：億円）

| 単年度収支 | | 2024 年度 | 2025 年度 | 2026 年度 | 2027 年度 | 2028 年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ケースⅡ10%<br>据置き | 収支差 | 2,200 | ▲0 | ▲700 | ▲2,200 | ▲3,600 |
| | 準備金 | 53,300 | 53,300 | 52,600 | 50,400 | 46,800 |
| 9.9% | 収支差 | 1,200 | ▲1,000 | ▲1,700 | ▲3,200 | ▲4,600 |
| | 準備金 | 52,300 | 51,300 | 49,600 | 46,300 | 41,700 |
| 9.8% | 収支差 | 200 | ▲2,000 | ▲2,700 | ▲4,300 | ▲5,600 |
| | 準備金 | 51,300 | 49,200 | 46,500 | 42,200 | 36,600 |
| 9.7% | 収支差 | ▲800 | ▲3,100 | ▲3,800 | ▲5,300 | ▲6,700 |
| | 準備金 | 50,300 | 47,200 | 43,400 | 38,200 | 31,500 |
| 9.6% | 収支差 | ▲1,800 | ▲4,100 | ▲4,800 | ▲6,300 | ▲7,700 |
| | 準備金 | 49,200 | 45,200 | 40,400 | 34,100 | 26,400 |
| 9.5% | 収支差 | ▲2,800 | ▲5,100 | ▲5,800 | ▲7,300 | ▲8,700 |
| | 準備金 | 48,200 | 43,100 | 37,300 | 30,000 | 21,300 |

## ⑤　今後10年間の収支見通しと準備金残高

今後の保険料率について議論するためには、より長期の財政見通しを理解した上で議論を進める必要があることから、より長期の期間として、今後10年間の収支見通しと準備金残高についても試算を行いました（図表4-5参照）。

その結果、今後10年間の収支見通しと準備金残高においては、ケースにより時期は異なるものの、いずれのケースにおいても、2～3年後には単年度赤字となり、10年前後先には、法定準備金の確保すら困難となる見込みとなりました。

また、7月及び9月の運営委員会における各委員からの意見を踏まえ、賃金上昇率2.0%のケースを追加した今後10年間の収支見通しと準備金残高についても機械的に推計しました。その際、医療給付費の伸び率については、9月の運営委員会における各委員の意見を踏まえ、高い賃金上昇率に応じて医療費が高くなる場合も試算しました。

具体的な伸び率の設定は以下のとおりです。

＜2025 年度以降の伸び率の仮定＞

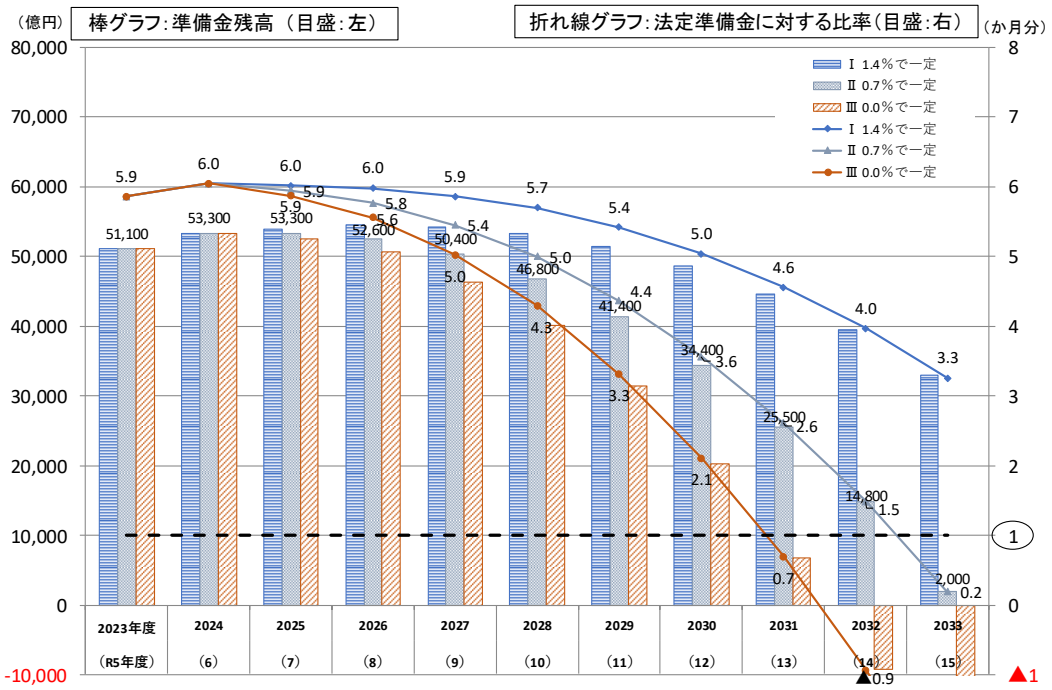
| 被保険者数の伸び | 賃金上昇率 | 1人当たり医療給付費の伸び率 | |
|---|---|---|---|
| | | 75歳未満 | 75歳以上 |
| 「日本の将来推計人口」<br>（2023年4月　国立社会保障・人口問題研究所）<br>出生中位（死亡中位） | 2.0% | 3.1% | 0.2% |
| | | 3.7% | |
| | | 4.4% | |
| | | 5.1% | |

賃金上昇率2.0%を前提とした医療給付費の伸び率のケースごとの今後10年間の準備金残高と収支見通し（図表4-6）においては、いずれのケースにおいても、10年以内には単年度赤字となり、準備金を取り崩す見込みとなりました。

### ［（図表4-5） 今後10年間の準備金残高と収支見通し（2023年9月20日運営委員会提出資料）］

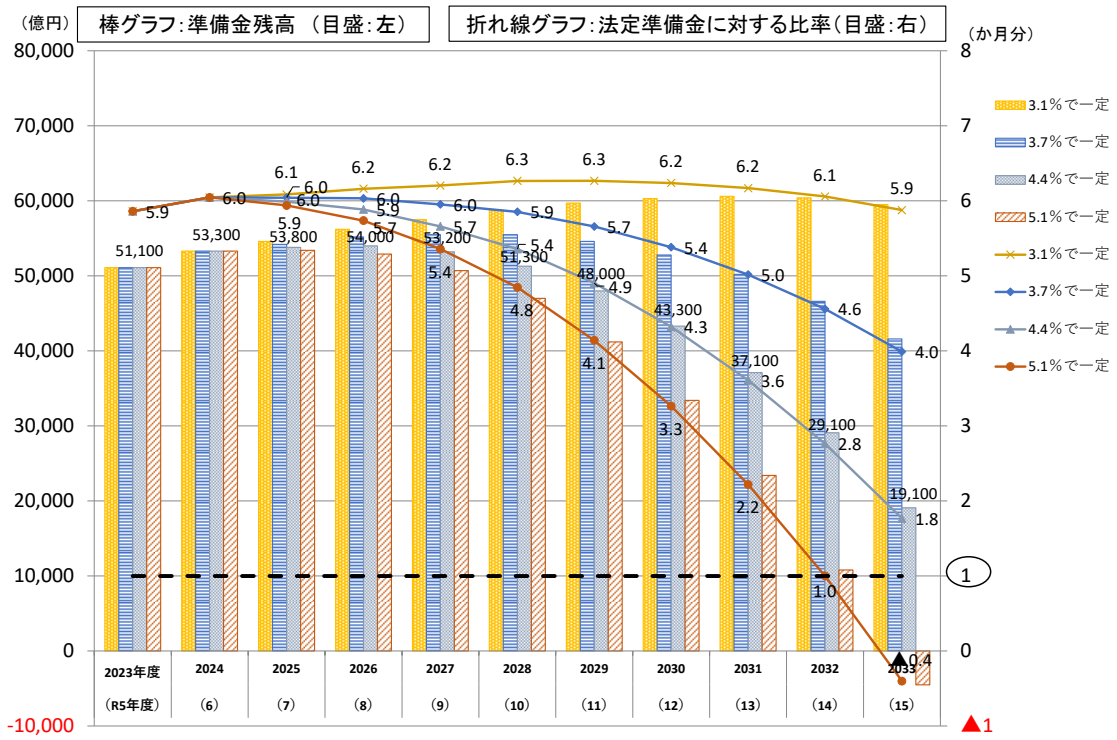
5年収支見通しと同様の前提をおいて、平均保険料率を10.0%で維持した場合について、今後10年間（2033年度まで）の各年度末における協会の準備金残高と法定準備金に対する残高の状況に係るごく粗い試算を行った。

- 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及びケース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2033年度に3.3ヵ月分、ケースⅡで0.2ヵ月分。ケースⅢでは、2031年度から1ヶ月分を割り込み、2032年度にはマイナスに転じる。




| 単年度収支 | 2024年度 | 2025年度 | 2026年度 | 2027年度 | 2028年度 | 2029年度 | 2030年度 | 2031年度 | 2032年度 | 2033年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ⅰ　1.4% | 2,200 | 700 | 600 | ▲300 | ▲800 | ▲1,900 | ▲2,900 | ▲3,900 | ▲5,100 | ▲6,500 |
| Ⅱ　0.7% | 2,200 | ▲0 | ▲700 | ▲2,200 | ▲3,600 | ▲5,400 | ▲7,100 | ▲8,800 | ▲10,700 | ▲12,800 |
| Ⅲ　0.0% | 2,200 | ▲700 | ▲2,000 | ▲4,200 | ▲6,300 | ▲8,700 | ▲11,100 | ▲13,500 | ▲16,000 | ▲18,800 |

**［（図表4-6）賃金上昇率（2.0%）を前提とした医療給付費の伸び率のケースごとの今後10年間の準備金残高と収支見通し（2023年12月4日運営委員会提出資料）］**




単年度収支

| 1人当たり医療給付費の伸び率（75歳未満） | 2024年度 | 2025年度 | 2026年度 | 2027年度 | 2028年度 | 2029年度 | 2030年度 | 2031年度 | 2032年度 | 2033年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1% | 2,200 | 1,300 | 1,600 | 1,300 | 1,300 | 900 | 600 | 300 | ▲200 | ▲900 |
| 3.7% | 2,200 | 900 | 1,000 | 300 | ▲100 | ▲900 | ▲1,700 | ▲2,600 | ▲3,700 | ▲5,000 |
| 4.4% | 2,200 | 500 | 200 | ▲900 | ▲1,800 | ▲3,300 | ▲4,700 | ▲6,200 | ▲8,000 | ▲10,000 |
| 5.1% | 2,200 | 100 | ▲600 | ▲2,200 | ▲3,700 | ▲5,800 | ▲7,800 | ▲10,000 | ▲12,500 | ▲15,300 |

## ⅱ）2024年度保険料率についての議論

9月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、2024年度保険料率について、12月4日及び12月20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大きな論点となりました。

**（各支部評議会での議論の動向）**

保険料率の論点等をもとに、10月10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。

支部評議会の平均保険料率についての意見を見ると、「10%を維持するべき」という意見が40支部である一方、「引き下げるべき」という意見は1支部となりました。「10%維持と引下げの両方」の意見がある評議会は6支部でした（図表4-7参照）。

評議員の個別の意見としては、「経営者として、社会保険料はもちろん、従業員への賃上げによる人件費の増大、燃料費や材料費の高騰など負担が重く厳しい状況にあるため、準備金に余裕があるのなら少しでも保険料率を引き下げていただきたい。」という意見がある一方で、「準備金が積み上がっている状況であるが、医療費支出は伸びており、シミュレーションでも数年後には収支差がマイナスになるため、保険料率10%を維持して将来に備えることが必要と考える。」という意見もありました。

なお、今回の平均保険料率に対する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月の運営委員会で示した理事長の考え等を支部事務局が評議会に説明した上で、意見の提出を任意とする取扱いとしましたが、結果としてすべての支部の評議会から意見の提出がありました。

**（運営委員会での議論の動向）**

12月4日の運営委員会においては、事務局から前記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たほか、9月の運営委員会における委員の意見を踏まえた5年収支見通しの追加試算を示しました。運営委員会の議論に当たっては、北川理事長から「前任の安藤理事長の方針を引き継いで、できる限り長く、現在の平均保険料率10%を超えないようにしていきたいと考えており、協会けんぽの財政については、中長期で考えていくことを基本スタンスとして取り組んでまいりたい。」と発言しました。

委員からは、支部評議会の意見について「支部評議会で概ね平均保険料率10%を維持するべきとの支部が多く、単年度均衡主義を超えて中長期的に考えることが広まっていることに感銘を受けた。」といった意見があったほか、2024年度の保険料率に対しては、「結論として、現行の10%を維持することはやむを得ないと思っている。支部評議会の意見についても昨年同様10%を維持すべきという意見が大半であった。ただ、積極的な賛成より、料率維持もやむなしとの意見が多かったという認識である。」、「支援金制度のような健康保険料率にも大きな影響を与えることが想定される大きな変革が予想されている中、今までのように中長期的な視点だけで10%を維持するという1点だけではもたなくなっている。」、「いくつかの支部で国庫補助率の引き上げを求める声があり、これはお願いしたい。」といった10%維持はやむを得ないが、できる限り長く平均保険料率10%を維持するための対策が必要との意見もありました。

また、このことに関連して、「従業員が心身ともに病気にかかりにくい就労環境の中で、健康を維持し、長く活躍してもらえるよう、実効性の高い健康経営やコラボヘルスを推進してほしい。」、「評議会の議論においても、様々なテーマについて例年以上に積極的な提言がされているように感じている。本部としても、支部からの提言をないがしろにすることなく、意見を取りまとめ、運営委員会の場においても個々のテーマに突っ込んで議論していただきたい。」といった医療費適正化や保健事業の推進等に関する発言もありました。

結果として、2024年度の平均保険料率の議論の趨勢は、不透明な経済情勢等を踏まえ、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。

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4-7）2024年度の保険料率に関する支部評議会の意見］**

令和５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、今後、団塊の世代が全て後期高齢者となる 2025（令和７）年度に向けて後期高齢者支援金が増大していくなど、今後の協会けんぽの財政は楽観を許さない状況であり、支出の増加が見込まれていること等、楽観を許さない状況であること
- 協会けんぽの財政について、持続可能性の観点から、「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１－３「令和６年度保険料率に関する論点について（参考資料）」の 18 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６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。

※（　　）内は昨年の支部数

| | | |
|---|---|---|
| 意見の提出なし | | ０支部（０支部） |
| 意見の提出あり | | ４７支部（47 支部） |
| ① | 平均保険料10%を維持するべきという支部 | ４０支部（39 支部） |
| ② | ①と③の両方の意見のある支部 | ６支部（７支部） |
| ③ | 引き下げるべきという支部 | １支部（１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）

**ⅲ）2024年度平均保険料率の決定**

12月20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2024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、この危機的な状況をできるだけ多くの方に知っていただけるようにあらゆる機会を捉えて、広報をしていただきたい。」、「協会の本来の役割である医療費削減のための様々な取組、また、専門家など

の知見を活用しながら引き続き地道に取り組んで、成果に結びつけていただきたい。」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、「2024年度の平均保険料率について、運営委員会として、10%維持で異論はなかったと言える。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、各委員からも異論はなく、運営委員会としての意見が取りまとめられました。

### ⅳ）2024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、都道府県保険料率についての議論が始まりました。

都道府県単位保険料率の変更に当たっては、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、2024年1月9日から19日にかけて開催された評議会の意見等を踏まえ、各支部長から理事長に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29日の運営委員会に付議しました。その際に、各支部長から提出された意見書についても報告しました。

各支部長から提出された意見の概要については図表4-8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24支部、「やむを得ない」とする意見が23支部となり、「反対」とする意見はありませんでした。

**［（図表4-8）2024年度保険料率に対する支部長の意見の全体像（2024年1月29日運営委員会提出資料）］**

令和6年度 都道府県単位保険料率の変更についての支部長意見

［ ］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 | 24 支部 | ・引き上げとなる支部 | （ 24 支部中 | 4 支部 ） | ［13支部中 1支部］ |
| | ［ 31 支部 ］ | ・引き下げとなる支部 | （ 22 支部中 | 20 支部 ） | ［33支部中 29支部］ |
| | | ・変更がない支部 | （ 1 支部中 | 0 支部 ） | ［ 1支部中 1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 | 23 支部 | ・引き上げとなる支部 | （ 24 支部中 | 20 支部 ） | ［13支部中 12支部］ |
| | ［ 15 支部 ］ | ・引き下げとなる支部 | （ 22 支部中 | 2 支部 ） | ［33支部中 3支部］ |
| | | ・変更がない支部 | （ 1 支部中 | 1 支部 ） | ［ 1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 | 0 支部 | ・引き上げとなる支部 | （ 24 支部中 | 0 支部 ） | ［13支部中 0支部］ |
| | ［ 1 支部 ］ | ・引き下げとなる支部 | （ 22 支部中 | 0 支部 ） | ［33支部中 1支部］ |
| | | ・変更がない支部 | （ 1 支部中 | 0 支部 ） | ［ 1支部中 0支部］ |

**意見の提出なし　0支部**　［0支部］

※ 都道府県単位保険料率の変更がない支部については、健康保険法上、支部長の意見の聴取を行うことは必要とされていないため、理事長からの法定の聴取は行っていない。
ただし、支部長として都道府県単位保険料率の変更が必要と考える場合は、法第160条第7項の規定に基づき、評議会の意見を聴いた上で、意見を提出することができる。
また、当該支部の支部長が、都道府県単位保険料率を変更しないことが「妥当」、「容認」等の意見を任意で提出することも認めている。

図表4-9は、2024年度の都道府県単位保険料率のほか、2023年度からの変化等を示したものです。

インセンティブ制度（詳細については118ページ　第4章2（4）参照）に基づく2022年度実績の評価を加味した2024年度都道府県単位保険料率については、最高保険料率と最低保険料率に係る支部間の差は1.07％と前年度（1.18％）から0.11％ポイントの縮小となりました。最高保険料率は佐賀県の10.42％（対前年度▲0.09％ポイント）、最低保険料率は新潟県の9.35％（対前年度+0.02％ポイント）となったほか、最も引上げ幅が大きかったのは石川県で対前年度0.28％ポイントの引き上げ、最も引下げ幅が大きかったのは沖縄県で対前年度0.37％ポイントの引下げとなりました。また、2023年度からの変化を見ると、保険料率が引上げとなる支部が24支部、引下げとなる支部が22支部、変更がない支部が1支部となりました。

事務局から示した2024年度の都道府県単位保険料率（案）は、1月29日の運営委員会において了承されました。了承を受け、1月30日には、事務局が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認可申請し、2月5日付けでこれらが認可されました。

［（図表4-9）2024年度の都道府県単位保険料率について］

| 都道府県 | 2024年度保険料率 | 前年度からの増減 |
|---|---|---|
| 北海道 | 10.21% | （ ▲0.08 % ） |
| 青森 | 9.49% | （ ▲0.30 % ） |
| 岩手 | 9.63% | （ ▲0.14 % ） |
| 宮城 | 10.01% | （ ▲0.04 % ） |
| 秋田 | 9.85% | （ ▲0.01 % ） |
| 山形 | 9.84% | （ ▲0.14 % ） |
| 福島 | 9.59% | （ ＋0.06 % ） |
| 茨城 | 9.66% | （ ▲0.07 % ） |
| 栃木 | 9.79% | （ ▲0.17 % ） |
| 群馬 | 9.81% | （ ＋0.05 % ） |
| 埼玉 | 9.78% | （ ▲0.04 % ） |
| 千葉 | 9.77% | （ ▲0.10 % ） |
| 東京 | 9.98% | （ ▲0.02 % ） |
| 神奈川 | 10.02% | （ ＋0.00 % ） |
| 新潟 | 9.35% | （ ＋0.02 % ） |
| 富山 | 9.62% | （ ＋0.05 % ） |
| 石川 | 9.94% | （ ＋0.28 % ） |
| 福井 | 10.07% | （ ＋0.16 % ） |
| 山梨 | 9.94% | （ ＋0.27 % ） |
| 長野 | 9.55% | （ ＋0.06 % ） |
| 岐阜 | 9.91% | （ ＋0.11 % ） |
| 静岡 | 9.85% | （ ＋0.10 % ） |
| 愛知 | 10.02% | （ ＋0.01 % ） |
| 三重 | 9.94% | （ ＋0.13 % ） |
| 滋賀 | 9.89% | （ ＋0.16 % ） |
| 京都 | 10.13% | （ ＋0.04 % ） |
| 大阪 | 10.34% | （ ＋0.05 % ） |
| 兵庫 | 10.18% | （ ＋0.01 % ） |
| 奈良 | 10.22% | （ ＋0.08 % ） |
| 和歌山 | 10.00% | （ ＋0.06 % ） |
| 鳥取 | 9.68% | （ ▲0.14 % ） |
| 島根 | 9.92% | （ ▲0.34 % ） |
| 岡山 | 10.02% | （ ▲0.05 % ） |
| 広島 | 9.95% | （ ＋0.03 % ） |
| 山口 | 10.20% | （ ＋0.24 % ） |
| 徳島 | 10.19% | （ ▲0.06 % ） |
| 香川 | 10.33% | （ ＋0.10 % ） |
| 愛媛 | 10.03% | （ ＋0.02 % ） |
| 高知 | 9.89% | （ ▲0.21 % ） |
| 福岡 | 10.35% | （ ▲0.01 % ） |
| 佐賀 | 10.42% | （ ▲0.09 % ） |
| 長崎 | 10.17% | （ ▲0.04 % ） |
| 熊本 | 10.30% | （ ▲0.02 % ） |
| 大分 | 10.25% | （ ＋0.05 % ） |
| 宮崎 | 9.85% | （ ＋0.09 % ） |
| 鹿児島 | 10.13% | （ ▲0.13 % ） |
| 沖縄 | 9.52% | （ ▲0.37 % ） |

2024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 |
|---|---|
| 10.42 | 1 |
| 10.35 | 1 |
| 10.34 | 1 |
| 10.33 | 1 |
| 10.30 | 1 |
| 10.25 | 1 |
| 10.22 | 1 |
| 10.21 | 1 |
| 10.20 | 1 |
| 10.19 | 1 |
| 10.18 | 1 |
| 10.17 | 1 |
| 10.13 | 2 |
| 10.07 | 1 |
| 10.03 | 1 |
| 10.02 | 3 |
| 10.01 | 1 |
| 10.00 | 1 |

20

| 保険料率（%） | 支部数 |
|---|---|
| 9.98 | 1 |
| 9.95 | 1 |
| 9.94 | 3 |
| 9.92 | 1 |
| 9.91 | 1 |
| 9.89 | 2 |
| 9.85 | 3 |
| 9.84 | 1 |
| 9.81 | 1 |
| 9.79 | 1 |
| 9.78 | 1 |
| 9.77 | 1 |
| 9.68 | 1 |
| 9.66 | 1 |
| 9.63 | 1 |
| 9.62 | 1 |
| 9.59 | 1 |
| 9.55 | 1 |
| 9.52 | 1 |
| 9.49 | 1 |
| 9.35 | 1 |

26

2024年度都道府県単位保険料率の
2023年度からの変化

| 2023年度保険料率からの変化分 | | 支部数 |
|---|---|---|
| 料率（%） | 金額（円） | |
| ＋0.28 | ＋420 | 1 |
| ＋0.27 | ＋405 | 1 |
| ＋0.24 | ＋360 | 1 |
| ＋0.16 | ＋240 | 2 |
| ＋0.13 | ＋195 | 1 |
| ＋0.11 | ＋165 | 1 |
| ＋0.10 | ＋150 | 2 |
| ＋0.09 | ＋135 | 1 |
| ＋0.08 | ＋120 | 1 |
| ＋0.06 | ＋ 90 | 3 |
| ＋0.05 | ＋ 75 | 4 |
| ＋0.04 | ＋ 60 | 1 |
| ＋0.03 | ＋ 45 | 1 |
| ＋0.02 | ＋ 30 | 2 |
| ＋0.01 | ＋ 15 | 2 |
| 0.00 | 0 | 1 |

24

| 2023年度保険料率からの変化分 | | 支部数 |
|---|---|---|
| 料率（%） | 金額（円） | |
| ▲0.01 | ▲ 15 | 2 |
| ▲0.02 | ▲ 30 | 2 |
| ▲0.04 | ▲ 60 | 3 |
| ▲0.05 | ▲ 75 | 1 |
| ▲0.06 | ▲ 90 | 1 |
| ▲0.07 | ▲105 | 1 |
| ▲0.08 | ▲120 | 1 |
| ▲0.09 | ▲135 | 1 |
| ▲0.10 | ▲150 | 1 |
| ▲0.13 | ▲195 | 1 |
| ▲0.14 | ▲210 | 3 |
| ▲0.17 | ▲255 | 1 |
| ▲0.21 | ▲315 | 1 |
| ▲0.30 | ▲450 | 1 |
| ▲0.34 | ▲510 | 1 |
| ▲0.37 | ▲555 | 1 |

22

注1．「＋」は2024年度保険料率が2023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。

### ⅴ）更なる保健事業の充実

2021（令和3）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、委員より「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ました。

これを受けて、事務局において検討を進め、数回にわたる運営委員会での議論を経て、2022年9月14日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提示しました。この更なる保健事業の充実では、2022年度から2024年度にかけて実施する事業内容を取りまとめており、2022年度10月からLDLコレステロール値に着目した受診勧奨を、2023年度から生活習慣病予防健診及び付加健診の自己負担の軽減を開始しました。2024年度については、当初計画に加え、さらに被扶養者の集団健診時におけるオプション健診の拡充を追加することとし、2023年12月4日開催の運営委員会において、あらため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提示しました（詳細は74ページ　図表4-47参照）。

### ⅵ）2023年度決算の状況

#### ①　合算ベースにおける2023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2023年度の決算（見込み）は、収入が11兆6,104億円、支出が11兆1,442億円となり、収支差は4,662億円となりました。図表4-10が2024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3,011億円の増加となりました。主に「保険料収入」が2,577億円（2.6％）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2,668億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1,993億円（2.9％）増加しました。これは、加入者数は減少したものの、加入者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1,358億円増加しました。これは、後期高齢者支援金が増加したことが主な要因です。

その他の支出については、前年度から683億円減少しました。これは、前年度に交付された国庫補助の精算等による国への返還が生じなかったことが主な要因です。

この結果、2023年度の「収支差」は、前年度から343億円増加しました。これは、保険料収入等による収入の増加（前年度比＋3,011億円）が保険給付費や後期高齢者支援金等による支出の増加（同＋2,668億円）を上回っ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が、2023年度決算（見込み）時点においては、5.95ヵ月分の準備金を確保できる見通しです。

## [（図表4-10） 合算ベースにおける決算見込み]

（単位：億円）

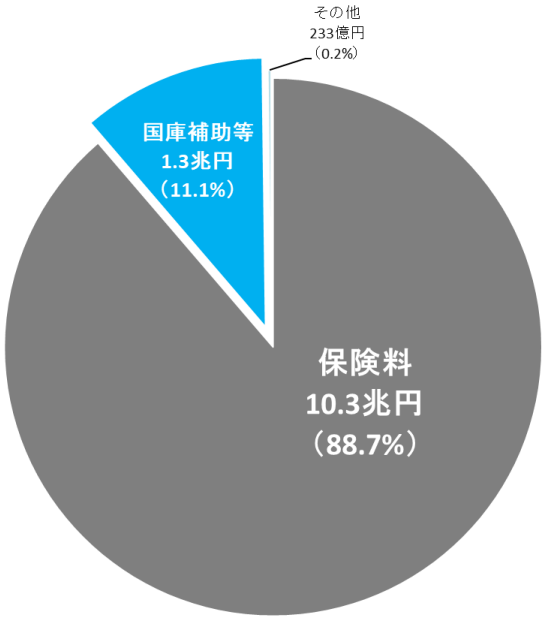
| | | 2022（R4）年度 決算 | （前年度比） | 2023（R5）年度 決算見込み | （前年度比） |
|---|---|---|---|---|---|
| 収入 | 保険料収入 ＜伸び率＞ | 100,421 | （＋1,868）＜1.9%＞ | 102,998 | （＋2,577）＜2.6%＞ |
| | 国庫補助等 | 12,456 | （▲7） | 12,874 | （＋418） |
| | その他 | 217 | （▲47） | 233 | （＋16） |
| | 計 ＜伸び率＞ | 113,093 | （＋1,813）＜1.6%＞ | 116,104 | （＋3,011）＜2.7%＞ |
| 支出 | 保険給付費 ＜伸び率＞ | 69,519 | （＋2,502）＜3.7%＞ | 71,512 | （＋1,993）＜2.9%＞ |
| | ［医療給付費］ | [62,723] | （＋2,125） | [64,542] | （＋1,819） |
| | ［現金給付費］ | [6,796] | （＋377） | [6,970] | （＋174） |
| | 拠出金等 ＜伸び率＞ | 35,867 | （▲1,271）＜▲3.4%＞ | 37,224 | （＋1,358）＜3.8%＞ |
| | ［前期高齢者納付金］ | [15,310] | （▲231） | [15,321] | （＋11） |
| | ［後期高齢者支援金］ | [20,556] | （▲1,039） | [21,903] | （＋1,347） |
| | ［退職者給付拠出金］ | [1] | （▲0） | [0] | （▲0） |
| | その他 | 3,388 | （▲746） | 2,705 | （▲683） |
| | 計 ＜伸び率＞ | 108,774 | （＋486）＜0.4%＞ | 111,442 | （＋2,668）＜2.5%＞ |
| 単年度収支差 | | 4,319 | （＋1,328） | 4,662 | （＋343） |
| 準備金残高 | | 47,414 | （＋4,319） | 52,076 | （＋4,662） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 保険料率 | 10.00% | （±0.0%） | 10.00% | （±0.0%） |

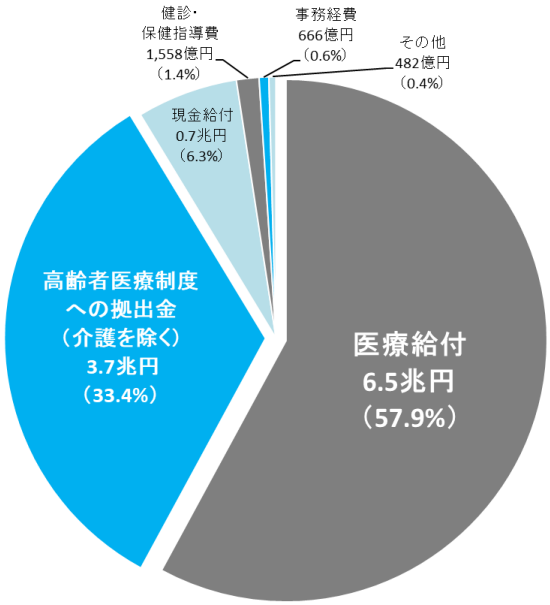
※　端数整理のため、計数が整合しない場合があります。また、数値については今後の国の決算の状況により変動する場合があります。

## [（図表4-11） 協会けんぽの財政構造（2023年度決算見込み）]

収　入　11兆6,104億円




支　出　11兆1,442億円




※　端数整理のため、計数が整合しない場合があります。

## [（図表4-12）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]

（単位：億円）

| 区分 | | 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 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 収入 | 保険料収入 | 62,013 | 59,555 | 67,343 | 68,855 | 73,156 | 74,878 | 77,342 | 80,461 | 84,142 | 87,974 | 91,429 | 95,939 | 94,618 | 98,553 | 100,421 | 102,998 |
| | | (▲1.1%) | (▲4.0%) | (13.1%) | (2.2%) | (6.2%) | (2.4%) | (3.3%) | (4.0%) | (4.6%) | (4.6%) | (3.9%) | (4.9%) | (▲1.4%) | (4.2%) | (1.9%) | (2.6%) |
| | 国庫補助 | 9,093 | 9,678 | 10,543 | 11,539 | 11,808 | 12,194 | 12,559 | 11,815 | 11,897 | 11,343 | 11,850 | 12,113 | 12,739 | 12,463 | 12,456 | 12,874 |
| | | (10.9%) | (6.4%) | (8.9%) | (9.5%) | (2.3%) | (3.3%) | (3.0%) | (▲5.9%) | (0.7%) | (▲4.7%) | (4.5%) | (2.2%) | (5.2%) | (▲2.2%) | (▲0.1%) | (3.4%) |
| | その他 | 251 | 501 | 286 | 186 | 163 | 219 | 1,134 | 142 | 181 | 167 | 182 | 645 | 293 | 264 | 217 | 233 |
| | | (44.1%) | (100.0%) | (▲43.0%) | (▲35.0%) | (▲12.1%) | (34.2%) | (417.4%) | (▲87.5%) | (27.6%) | (▲7.9%) | (9.2%) | (253.7%) | (▲54.6%) | (▲9.8%) | (▲17.9%) | (7.3%) |
| | 計 | 71,357 | 69,735 | 78,172 | 80,580 | 85,127 | 87,291 | 91,035 | 92,418 | 96,220 | 99,485 | 103,461 | 108,697 | 107,650 | 111,280 | 113,093 | 116,104 |
| | | (0.4%) | (▲2.3%) | (12.1%) | (3.1%) | (5.6%) | (2.5%) | (4.3%) | (1.5%) | (4.1%) | (3.4%) | (4.0%) | (5.1%) | (▲1.0%) | (3.4%) | (1.6%) | (2.7%) |
| 支出 | 保険給付費 | 43,375 | 44,513 | 46,099 | 46,997 | 47,788 | 48,980 | 50,739 | 53,961 | 55,751 | 58,117 | 60,016 | 63,668 | 61,870 | 67,017 | 69,519 | 71,512 |
| | | (1.6%) | (2.6%) | (3.6%) | (1.9%) | (1.7%) | (2.5%) | (3.6%) | (6.3%) | (3.3%) | (4.2%) | (3.3%) | (6.1%) | (▲2.8%) | (8.3%) | (3.7%) | (2.9%) |
| | 医療給付費 | 38,572 | 39,415 | 40,912 | 41,859 | 42,801 | 44,038 | 45,693 | 48,761 | 50,401 | 52,652 | 54,433 | 57,693 | 55,740 | 60,598 | 62,723 | 64,542 |
| | | (3.0%) | (2.2%) | (3.8%) | (2.3%) | (2.2%) | (2.9%) | (3.8%) | (6.7%) | (3.4%) | (4.5%) | (3.4%) | (6.0%) | (▲3.4%) | (8.7%) | (3.5%) | (2.9%) |
| | 現金給付費 | 4,803 | 5,098 | 5,188 | 5,138 | 4,987 | 4,941 | 5,046 | 5,199 | 5,350 | 5,464 | 5,583 | 5,975 | 6,130 | 6,419 | 6,796 | 6,970 |
| | | (▲8.6%) | (6.1%) | (1.8%) | (▲1.0%) | (▲2.9%) | (▲0.9%) | (2.1%) | (3.0%) | (2.9%) | (2.1%) | (2.2%) | (7.0%) | (2.6%) | (4.7%) | (5.9%) | (2.6%) |
| | 拠出金等 | 29,016 | 28,773 | 28,283 | 29,752 | 32,780 | 34,886 | 34,854 | 34,172 | 33,678 | 34,913 | 34,992 | 36,246 | 36,622 | 37,138 | 35,867 | 37,224 |
| | | (1.0%) | (▲0.8%) | (▲1.7%) | (5.2%) | (10.2%) | (6.4%) | (▲0.1%) | (▲2.0%) | (▲1.4%) | (3.7%) | (0.2%) | (3.6%) | (1.0%) | (1.4%) | (▲3.4%) | (3.8%) |
| | 前期高齢者納付金 | 9,449 | 10,961 | 12,100 | 12,425 | 13,604 | 14,466 | 14,342 | 14,793 | 14,885 | 15,495 | 15,268 | 15,246 | 15,302 | 15,541 | 15,310 | 15,321 |
| | | | (16.0%) | (10.4%) | (2.7%) | (9.5%) | (6.3%) | (▲0.9%) | (3.1%) | (0.6%) | (4.1%) | (▲1.5%) | (▲0.1%) | (0.4%) | (1.6%) | (▲1.5%) | (0.1%) |
| | 後期高齢者支援金 | 13,131 | 15,057 | 14,214 | 14,652 | 16,021 | 17,101 | 17,552 | 17,719 | 17,699 | 18,352 | 19,516 | 20,999 | 21,320 | 21,596 | 20,556 | 21,903 |
| | | | (14.7%) | (▲5.6%) | (3.1%) | (9.3%) | (6.7%) | (2.6%) | (0.9%) | (▲0.1%) | (3.7%) | (6.3%) | (7.6%) | (1.5%) | (1.3%) | (▲4.8%) | (6.6%) |
| | 老人保健拠出金 | 1,960 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | – | – | – | – | – | – |
| | | (▲88.9%) | (▲99.9%) | (▲34.7%) | (▲9.4%) | (▲15.0%) | (▲11.7%) | (▲6.5%) | (0.1%) | (▲21.3%) | (▲36.3%) | | | | | | |
| | 退職者給付拠出金 | 4,467 | 2,742 | 1,968 | 2,675 | 3,154 | 3,317 | 2,959 | 1,660 | 1,093 | 1,066 | 208 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| | | (▲59.5%) | (▲38.6%) | (▲28.2%) | (35.9%) | (17.9%) | (5.2%) | (▲10.8%) | (▲43.9%) | (▲34.1%) | (▲2.5%) | (▲80.5%) | (▲99.1%) | (▲63.2%) | (▲1.6%) | (▲9.1%) | (▲51.2%) |
| | 病床転換支援金 | 9 | 12 | – | – | – | – | – | – | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | (43.9%) | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他 | 1,257 | 1,342 | 1,249 | 1,243 | 1,455 | 1,559 | 1,716 | 1,832 | 1,805 | 1,969 | 2,505 | 3,383 | 2,974 | 4,134 | 3,388 | 2,705 |
| | | (23.2%) | (6.8%) | (▲6.9%) | (▲0.5%) | (17.1%) | (7.2%) | (10.1%) | (6.8%) | (▲1.5%) | (9.1%) | (27.3%) | (35.0%) | (▲12.1%) | (39.0%) | (▲18.0%) | (▲20.2%) |
| | 計 | 73,647 | 74,628 | 75,632 | 77,992 | 82,023 | 85,425 | 87,309 | 89,965 | 91,233 | 94,998 | 97,513 | 103,298 | 101,467 | 108,289 | 108,774 | 111,442 |
| | | (1.7%) | (1.3%) | (1.3%) | (3.1%) | (5.2%) | (4.1%) | (2.2%) | (3.0%) | (1.4%) | (4.1%) | (2.6%) | (5.9%) | (▲1.8%) | (6.7%) | (0.4%) | (2.5%) |
| 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 | 4,662 |
| 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 | 52,076 |
| 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% | 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に準備金残高に計上しています。

**② 協会の2023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、195ページの「全国健康保険協会の予算・決算書類について」を参照）。

2023年度の決算報告書（197ページの「令和5年度の財務諸表等」を参照）では、協会の収入は12兆3,580億円となっており、その主な内訳は、保険料等交付金が10兆9,851億円、任意継続被保険者保険料が652億円、国庫補助金・負担金が1兆2,874億円となりました。

一方、支出は12兆1,781億円となっており、その主な内訳は、保険給付費が7兆1,512億円、高齢者医療に係る拠出金が3兆7,224億円、介護納付金が1兆793億円、業務経費・一般管理費が2,223億円等となりました。

## （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「加入者及び事業主の皆様への質の高いサービスの提供」を掲げており、協会では毎年、支部窓口に来訪されたお客様を対象として「お客様満足度調査」を実施し、職員の応接態度や相談内容に適切な対応を行ったかの把握を行っています。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」を作成し、課題に対する改善を行うことで、お客様対応の向上を図っています。また、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）を活用し、加入者サービスの向上に取り組んでいます。

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とともに、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**

2023年度は、前年度と同程度の4,176件の回答をいただきました（前年度は4,162件）。調査の結果については、窓口サービス全体としての満足度が98.6%（前年度は97.9%）となっており、引き続き高い水準を維持しています。今後とも、より多くの声を聴くために、調査方法の工夫を行うなどして窓口サービスの向上に努めていきます（図表4-13参照、お客様満足度調査の概要は319ページを参照）。

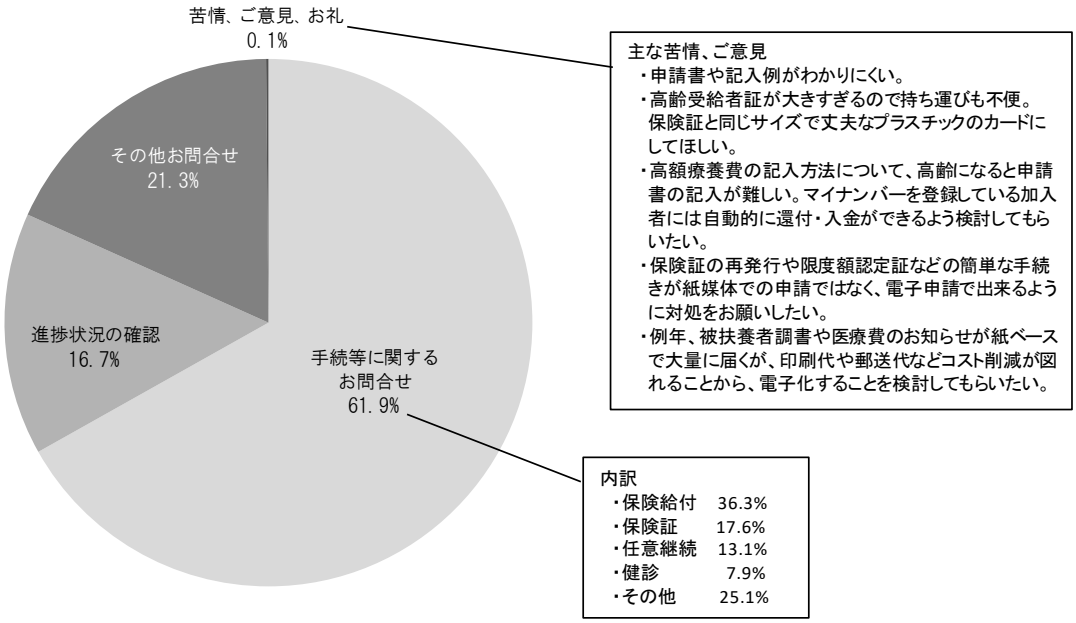
**［（図表4-13）お客様満足度窓口調査］**

| 指標 | 2022 年度 | 2023 年度 |
|---|---|---|
| 窓口サービス全体としての満足度 | 97.9% | 98.6% |
| 職員の応接態度に対する満足度 | 98.6% | 98.9% |
| 職員の対応のスピードに対する満足度 | 98.3% | 98.4% |
| 職員の説明のわかりやすさに対する満足度 | 98.6% | 98.4% |
| 訪問目的の達成度 | 97.7% | 98.1% |

## 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。2023年度は前年度と比較して「ご意見・ご提案」、「苦情」、「お礼」の全てが減少しました。引き続き取組の推進に努めていきます（図表4-14参照）。

**［（図表4-14）各支部に寄せられた「お客様の声」の全体像］**




≪ご意見・ご提案、苦情、お礼の内訳≫

（単位：件）

| | 2022年度 | 2023年度 | 増減 |
|---|---|---|---|
| ご意見・ご提案 | 1,389 | 1,388 | △1 |
| 苦情 | 221 | 193 | △28 |
| お礼 | 868 | 847 | △21 |
| 合計 | 2,478 | 2,428 | △50 |

### 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。2023年度のサービススタンダードの達成状況は、対象の現金給付の支給決定総件数2,191,406件に対し未達成件数は6件（3支部）で、件数ベースでの達成率は99.9％とKPI（100％）を概ね達成しました。

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減少により、2023年度は前年度と比較し20.5%減少していますが、2022年度以前と比べると依然として増加傾向にあります。

また、2023年1月の業務システム刷新による事務処理の効率化により、受付から支払までの平均所要日数は6.19日（前年度8.14日）と前年度と比較し1.95日短縮しています。引き続き、事務処理方法の見直しや法令等の業務知識の研鑽に励み、事務処理の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、各種給付等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。

2023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、広報誌による周知を行ったこと等で、95.6%（前年度95.7%）であり、KPI（96.0%）を概ね達成しています（図表4-15参照）。

引き続き、各種広報紙への掲載や健康保険委員研修会及び日本年金機構と開催する説明会等を通じた周知により、加入者の負担軽減に努めます。

**［（図表4-15）郵送化率］**

| | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|---|
| 郵送化率 | 91.1% | 94.8% | 95.5% | 95.7% | 95.6% |

**ⅳ）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、毎月の納付手続きの省力化や、未納付による資格喪失防止のため口座振替利用を推進しています。口座振替の利用促進策としては、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、チラシを同封して勧奨をしています。2023年度末における口座振替利用率は、37.9%（前年度は36.1%）となっており、更なる利用促進に努めます。

**ⅴ）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。2023年度の利用件数は10,911件（対前年度▲383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。2024年1月は20,933,401件（対前年度＋288,853件）の医療費通知を送付しました。

## （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、高額療養費の対象となるもののうち約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。

2023年4月からのオンライン資格確認原則義務化により、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可能となるため、限度額適用認定証の発行件数の大幅な減少を期待しておりました。しかしながら、2023年度の限度額適用認定証の発行件数は期待していたほどには減少しませんでした。今後は、限度額適用認定証の発行申請が不要となるマイナ保険証の利用促進のため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係る広報を積極的に行うとともに、医療機関や市町村の窓口に対して、限度額適用認定証の発行申請書の設置や入院時等における限度額適用認定証の提出勧奨の実施を依頼しています。

加入事業所には、納入告知書や保険料率改定に係る広報誌を送付する際に、利用促進用のリーフレットを同封したほか、健康保険委員研修会等の各種説明会において制度周知を行いました。

また、加入者に対しては、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図りました。

先述のとおり、オンライン資格確認原則義務化により、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可能となったため、2023年度の限度額適用認定証の発行件数は約92万件と、前年度より約32万件減少していますが、高額療養費の現物給付による支給件数の割合は81.3%と、引き続き高い水準を維持しています。現物給付分の高額療養費の支給件数は前年度より約4%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4-16参照）。

**［（図表4-16）限度額適用認定証等発行件数］**

| | | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|
| 限度額適用認定証等発行件数 | | 1,393,224件 | 1,244,641件 | 923,884件 |
| 高額療養費の現物給付による支給件数割合 | | 81.5% | 83.0% | 81.3% |
| 高額療養費<br>現物給付分 | 支給件数 | 3,947,471件 | 4,013,204件 | 4,169,236件 |
| | 支給金額 | 5,478億円 | 5,544億円 | 5,860億円 |
| 高額療養費<br>現金給付分 | 支給件数 | 897,964件 | 826,502件 | 961,432件 |
| | 支給金額 | 334億円 | 302億円 | 318億円 |

**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）**

加入者が急病などのため、限度額適用認定証をあらかじめ医療機関の窓口に提示できなかった場合や、同一月に同一世帯で複数の方の医療費が高額となった場合等には、後日、ご申請いただくことで、高額療養費の支給を受けることができます。

しかしながら、制度をご存じない方もいらっしゃることから、高額療養費制度や限度額適用認定証の利用に係る周知広報と併せて、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あらかじめ記載した高額療養費支給申請書を個別に郵送する取組（ターンアラウンド通知）を行っています。2023年度は、前年度から212,340件増加の730,904件の通知を行い、サービス向上を図ることができました（図表4-17参照）。

**［（図表4-17）ターンアラウンド通知件数］**

| | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|
| ターンアラウンド通知件数 | 631,408件 | 598,065件 | 518,564件 | 730,904件 |

## （4）現金給付の適正化の推進

現金給付の適正な支払いは協会の基本的な責務であるため、法令や業務マニュアルに則った審査を実施しています。更に、不正が疑われる申請については、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適時検証の上、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、二重給付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上、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。

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おり、2023年度の立入検査実施件数は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から書面による調査を主体としていた前年度と比較して、6件増加し8件（2022年度実施件数2件）となりました。

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122件（前年度は40件）の不適切な申請を確認し、総金額約2,070万円（前年度は約1,500万円）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事後調査を実施しました。システム改修により2023年度から各支部にて簡便に調査対象を抽出することができるよ

うになったため、傷病手当金では1,140件（前年度は282件）、出産手当金では168件（前年度は9件）となり、これまでの実績を上回る事後調査を行いました。引き続き調査を行っている傷病手当金38件、出産手当金13件を除き、不正な請求は確認されませんでした。

**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、被保険者が、傷病手当金の受給期間と重複する期間に日本年金機構から同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金を受け取った場合は、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記入の手引きに併給調整の概要を明記し、加入者に対し、傷病手当金を受け取った後に、併給調整の要件に該当していることが判明した場合は、傷病手当金を返納していただく必要があることを周知しています。

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を強化しています。

なお、制度上、障害年金等の受給に当たっては日本年金機構での内容審査等に時間を要することもあり、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「(6) 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になります。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上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）[6]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、厚生労働省に要請しています。

---

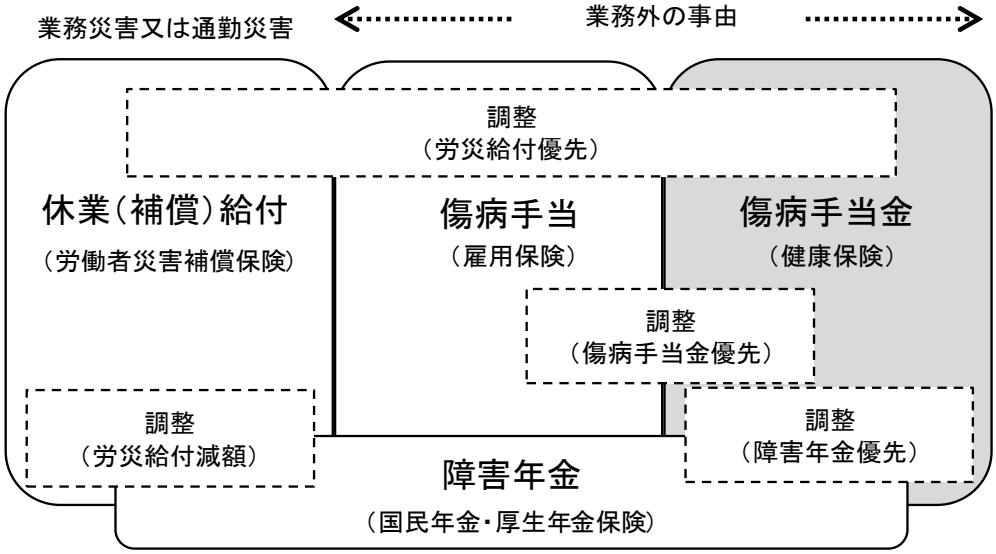
[6] 健康保険法の改正（令和4年1月施行）により、「保険者は、傷病手当金の支給を行うにつき必要があると認めるときは、労働者災害補償保険法、国家公務員災害補償法又は地方公務員災害補償法若しくは同法に基づく条例の規定により給付を行うものに対し、当該給付の支給状況につき、必要な資料の提供を求めることができる。」旨が規定（第55条第2項）されています。

**[（図表4-18）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]**

| | 2021年度 | | 2022年度 | | 2023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 | 7,136件 | 23.6億円 | 5,414件 | 18.2億円 | 9,126件 | 29.7億円 |
| 傷病手当金と老齢年金の調整 | 3,839件 | 4.0億円 | 2,716件 | 3.0億円 | 3,849件 | 4.3億円 |
| 傷病手当金等と労災給付との調整 | 6,808件 | 14.4億円 | 10,595件 | 15.5億円 | 11,170件 | 19.5億円 |
| 合計 | 17,783件 | 42.0億円 | 18,725件 | 36.7億円 | 24,145件 | 53.5億円 |

※　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。

**[（図表4-19）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（令和2）年4月から、被扶養者の要件に国内居住要件[7]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。

2023年度の受付件数は6,597件（前年度は5,296件）、支給決定件数は5,284件（前年度は4,615件）、不支給件数は68件（前年度は57件）と、前年に比べてそれぞれ増加しました（図表4-20参照）。

[7] 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。

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。

また、海外出産に係る出産育児一時金について、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。

**［（図表4-20）海外療養費の支給決定件数等］**

| | | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 受付 | 件数 | 6,719件 | 4,409件 | 4,986件 | 5,296件 | 6,597件 |
| 返戻 | 件数 | 804件 | 986件 | 1,331件 | 1,754件 | 2,254件 |
| 支給 | 件数 | 5,856件 | 4,211件 | 4,430件 | 4,615件 | 5,284件 |
| | 金額 | 324,078千円 | 224,016千円 | 206,727千円 | 231,893千円 | 283,880千円 |
| 不支給 | 件数 | 50件 | 40件 | 41件 | 57件 | 68件 |
| | 金額 | 4,924千円 | 4,260千円 | 10,554千円 | 5,309千円 | 7,765千円 |
| 不支給率 | | 0.74% | 0.91% | 0.82% | 1.08% | 1.03% |

**ⅳ）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。2023年度の柔道整復施術療養費の支給実績は、支給件数14,561,756件（対前年度▲40,429件）、支給決定金額612億円（対前年度▲3億円）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、2023年度

は、加入者への文書による照会を306,620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45回実施しました。

なお、2023年度に申請のあった柔道整復施術療養費（14,753,308件）のうち、多部位かつ頻回受診（123,677件）の割合は、0.83%（前年度▲0.03%）であり、KPI（前年度以下）を達成しました（図表4-21参照）。

**［(図表4-21）柔道整復療養費の申請件数と内訳］**

| | | 2020年度 | | 2021年度 | | 2022年度 | | 2023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 | | 14,254,909 | ― | 15,108,898 | ― | 14,872,863 | ― | 14,753,308 | ― |
| | うち多部位 | 2,927,674 | 20.54% | 2,976,794 | 19.70% | 2,887,745 | 19.42% | 2,894,473 | 19.46% |
| | うち頻回 | 388,034 | 2.72% | 354,493 | 2.35% | 313,386 | 2.11% | 304,151 | 2.05% |
| | うち多部位かつ頻回 | 160,251 | 1.12% | 143,059 | 0.95% | 127,656 | 0.86% | 123,677 | 0.83% |
| 照会件数 | | 411,431 | ― | 368,509 | ― | 322,203 | ― | 306,620 | ― |

**ｖ）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、頚腕症候群、五十肩、腰痛症、頚椎捻挫後遺症や、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。2023年度は、不正の疑いがある請求は確認されませんでした。

**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、2023年度は施術管理者及び患者に対し長期・頻回警告通知を71件行いました。

［（図表4-22）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）

| | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|
| あんま・マッサージ・指圧 | 77,653 | 78,093 | 75,760 | 82,391 |
| （対前年度比） | （10.6%） | （0.6%） | （▲ 3.0%） | （8.8%） |
| はり・きゅう | 557,006 | 609,411 | 595,296 | 648,596 |
| （対前年度比） | （10.7%） | （9.4%） | （▲ 2.3%） | （9.0%） |

※2019年１月受領委任制度導入

## （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[8]の後、協会による内容点検、資格点検及び外傷点検を行っています。医療費の適正化に資するため、協会ではシステムを活用した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[9]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」に基づき、AIによるレセプト振分機能を実装した審査支払新システムを稼働[10]させ、システムでの審査の充実を図るとともに、目視による審査を重点化するなど、審査業務の効率化・高度化に取り組んでおり、これにより審査精度の更なる向上が見込まれています。

協会においては、社会保険診療報酬支払基金改革の効果及び進捗状況等を見据えながら、より効果的かつ効率的なレセプト内容点検に努めていきます。

#### ①　点検効果向上のための取組

協会では、本部で取りまとめたレセプト内容点検に係る基本方針等に則り、各支部が「レセプト内容点検行動計画」を策定し、これに基づき点検業務を実施しています。

---

8　審査には次の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

9　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）

10　AIを活用し、人の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分を実施しており、レセプト全体の9割程度がコンピュータ審査で完結しています。そのため、人が見る必要があるレセプトを重点的に審査することが可能となっています。

レセプト内容点検行動計画では、「進捗管理の徹底」、「点検員のスキルアップ」、「効果的かつ効率的な点検の推進」、「支払基金との連携」の4項目を具体的な取組内容とし、各支部ではこれらを確実かつ着実に実施することで、査定率の向上に取り組みました。

《進捗管理の徹底》

毎月、定例の会議を開催し、レセプト内容点検行動計画の進捗管理を徹底するとともに、再審査結果の分析や評価、課題への対応を行いました。

《点検員のスキルアップ》

レセプト点検員の内容点検スキルの向上を図るため、外部講師による研修や支部の個別課題に応じた勉強会を実施しました。

《効果的かつ効率的な点検の推進》

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・重点的に行うとともに、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、効果的かつ効率的な点検を実施しました。

《支払基金との連携》

毎月、支払基金と定例の協議を行い、審査基準の差異の解消に努め、協会と支払基金双方の審査精度の向上を図りました。

**② 点検効果の実績**

上記のとおり、効果的かつ効率的な点検を推進した結果、2023年度の協会単独による審査の査定率は、0.156%（前年度0.106%）と前年度を上回り、支払基金と合算した査定率も0.423%（前年度0.337%）となり、KPI（対前年度以上）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件あたりの査定額についても、8,472円（前年度7,125円）となり、KPI（前年度以上）を達成しました（図表4-25参照）。

支払基金において審査の効率化・高度化が推進されていることや、コンピュータチェックルールの公開拡大等の取組により、保険医療機関等から提出される適正なレセプトが増えてきていることを踏まえれば、協会の査定率は、相当高い水準に達しているものと考えられます。

なお、KPI「支払基金と合算したレセプト点検の査定率」については、2024年度からは協会の点検実績のみが反映されるよう、「協会単独のレセプト点検の査定率」へ変更しています。

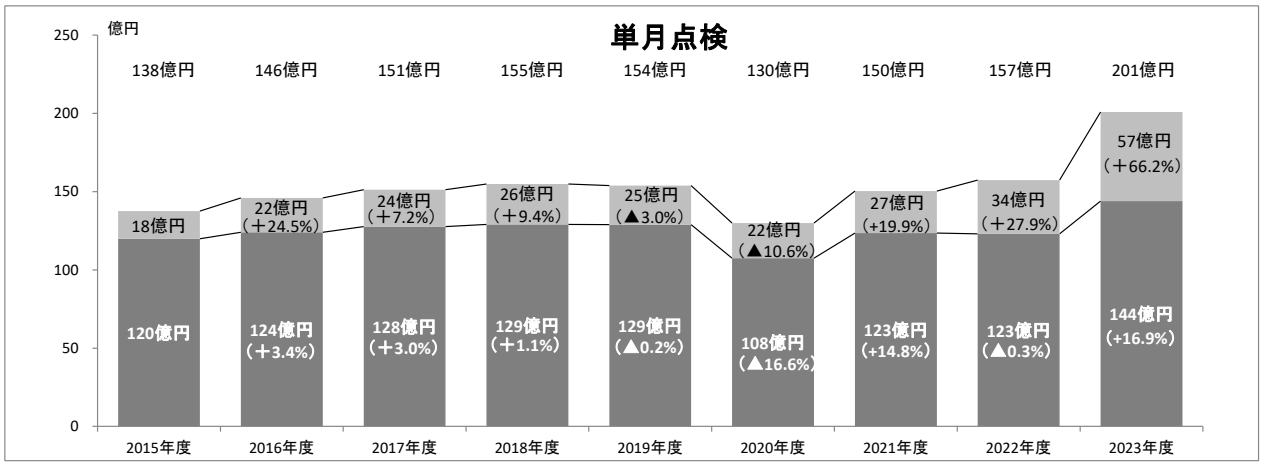
［（図表 4-23） 査定率及び査定効果額等の推移］

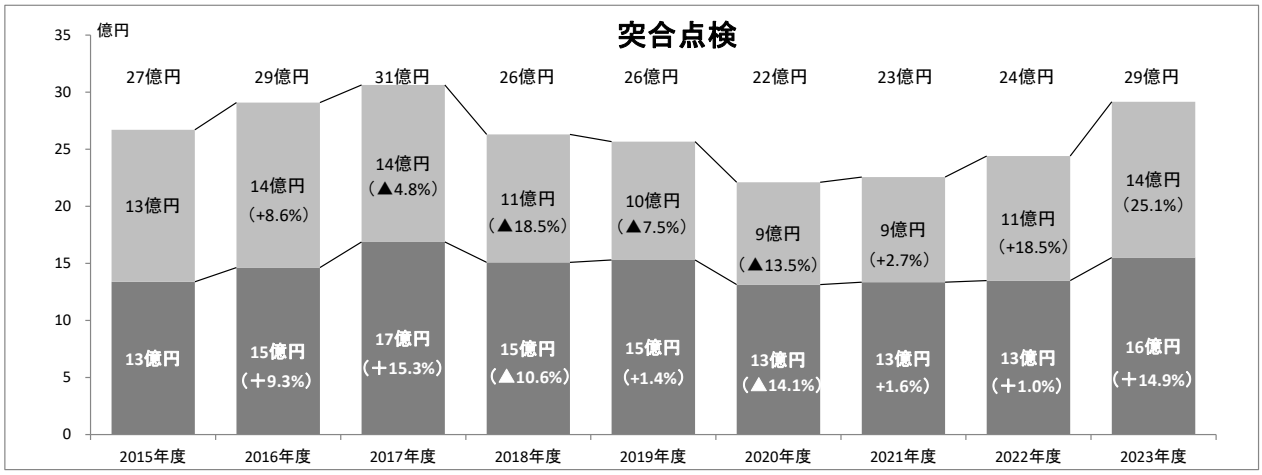
| | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|
| 査定率<br>（医療費総額に対する査定効果額の割合） | 0.332%<br>(+0.014)<br>(+4.46%) | 0.337%<br>(+0.005)<br>(+1.56%) | 0.423%<br>(+0.086)<br>(+25.52%) |
| 支払基金による（一次）審査 | 0.242%<br>(+0.009)<br>(+3.80%) | 0.231%<br>(▲0.011)<br>(▲4.50%) | 0.267%<br>(+0.036)<br>(+15.58%) |
| 協会点検による（再）審査 | 0.090%<br>(+0.005)<br>(+6.27%) | 0.106%<br>(+0.016)<br>(+17.87%) | 0.156%<br>(+0.050)<br>(+47.17%) |
| 査定効果額<br>（レセプト点検により査定（減額）した額） | 205億円<br>(+25)<br>(+13.89%) | 217億円<br>(+12)<br>(+5.85%) | 275億円<br>(+58)<br>(+26.73%) |
| 支払基金による（一次）審査 | 149億円<br>(+17)<br>(+12.88%) | 148億円<br>(▲1)<br>(▲0.67%) | 173億円<br>(+25)<br>(+16.89%) |
| 協会点検による（再）審査 | 56億円<br>(+8)<br>(+16.67%) | 68億円<br>(+12)<br>(+21.43%) | 102億円<br>(+34)<br>(+50.00%) |
| 査定件数 | 421万件<br>(+17)<br>(+4.21%) | 472万件<br>(+51)<br>(+12.11%) | 512万件<br>(+40)<br>(+8.47%) |
| 支払基金による（一次）審査 | 333万件<br>(+19)<br>(+6.05%) | 376万件<br>(+43)<br>(+12.91%) | 392万件<br>(+16)<br>(+4.26%) |
| 協会点検による（再）審査 | 88万件<br>(▲2)<br>(▲2.22%) | 96万件<br>(+8)<br>(+9.09%) | 120万件<br>(+24)<br>(+25.00%) |
| 医療費総額（医科・歯科計） | 61,749億円<br>(+4,954)<br>(+8.72%) | 64,318億円<br>(+2,569)<br>(+4.16%) | 65,010億円<br>(+692)<br>(+1.08%) |
| レセプト請求件数（医科・歯科計） | 31,700万件<br>(+2,032)<br>(+6.85%) | 32,883万件<br>(+1,183)<br>(+3.73%) | 33,989万件<br>(+1,106)<br>(+3.36%) |

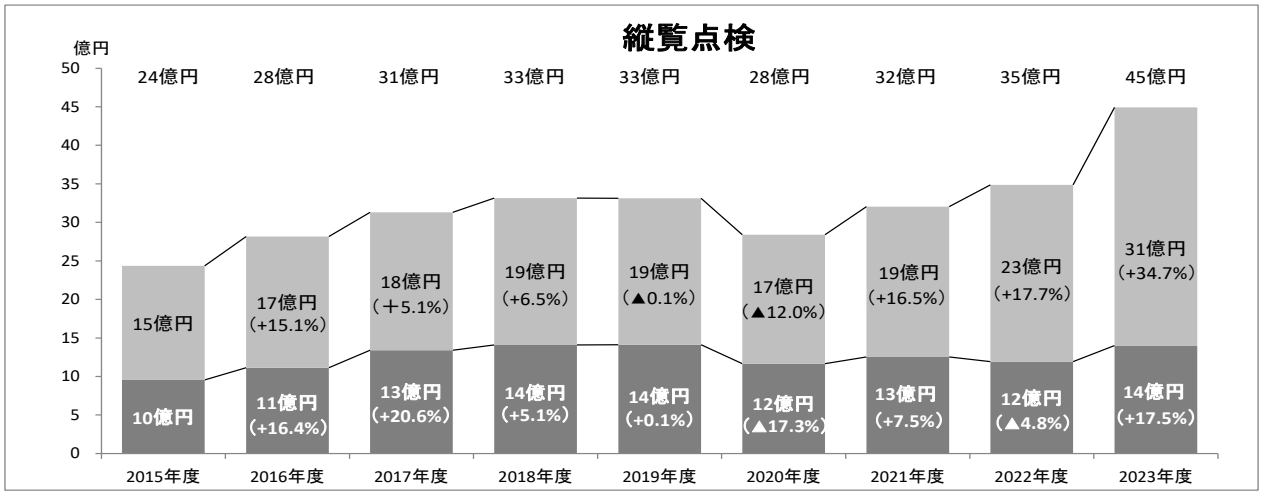
※括弧内は前年度からの増減、伸び率となります。
※査定効果額及び医療費総額（医科・歯科計）については、支払基金より情報提供のあった数値を使用しています。
※医療費総額（医科・歯科計）については、調剤は含まれておりません。
※端数整理のため、計数が一致しない場合があります。

## [（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

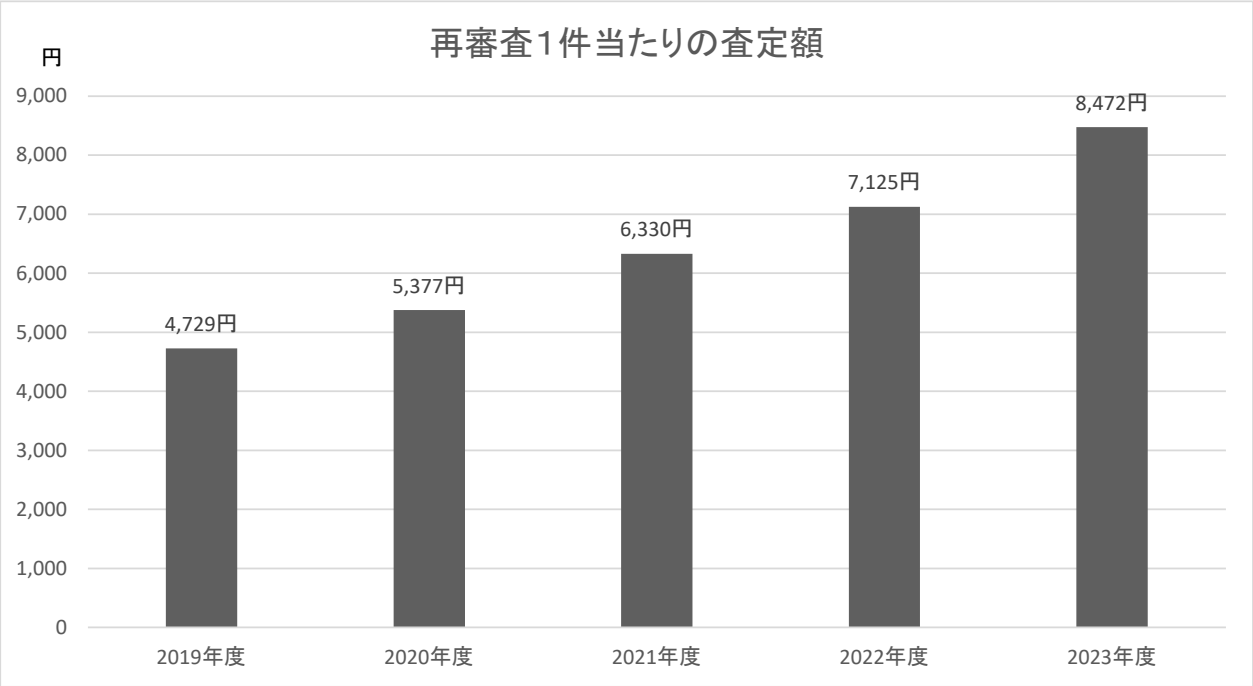


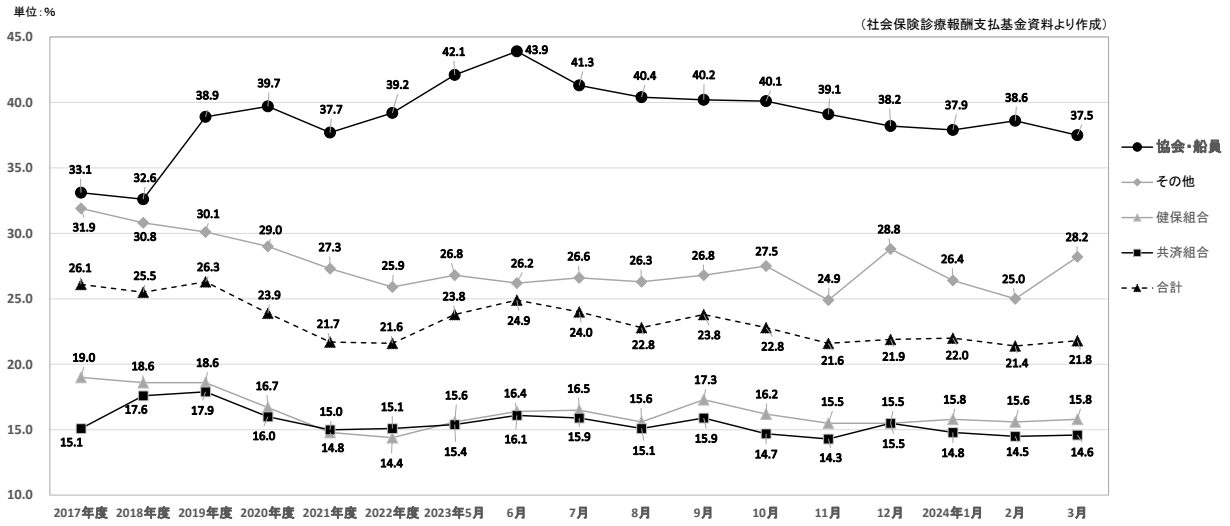




※診療内容等査定効果額及び診療報酬請求金額は支払基金より情報提供のあった数値を使用しています。
※端数整理のため、計数が一致しない場合があります。

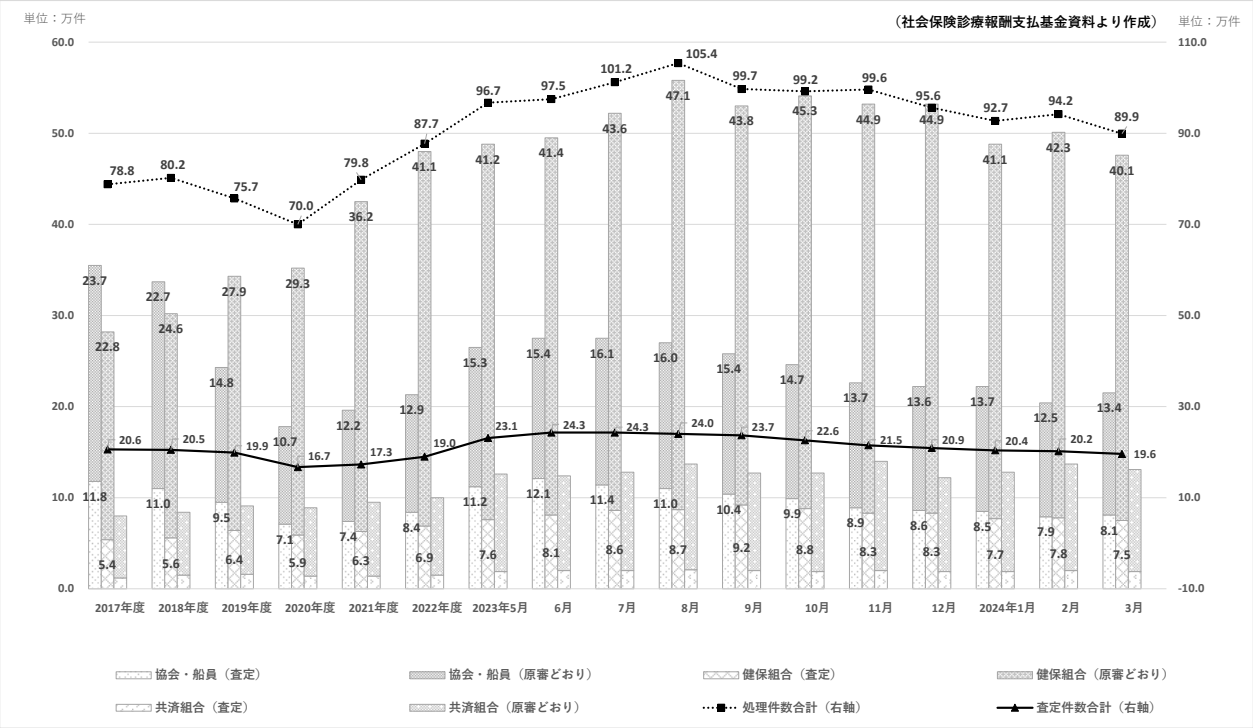
[（図表4-25）協会の再審査レセプト1件当たりの査定額の推移]




[（図表 4-26）協会の再審査件数に対する査定件数の割合の推移（他保険者との比較）]



［（図表4-27）協会の再審査件数及び査定件数の推移（他保険者との比較）］




## 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等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レセプトを抽出し、保険医療機関等に受診時における保険証確認の有無等を照会・確認して[11]、保険医療機関等へのレセプトの返戻または受診者に医療費の返還請求を行います。

2023年度の資格点検の効果額は、756.0億円（前年度895.2億円）となりました（図表4-28参照）。効果額が減少した主な要因としては、オンライン資格確認の普及により、保険医療機関等から提出される適正なレセプトが増えていることや支払基金によるレセプト振替[12]の件数が増えていることが考えられます。

なお、2023年1月からは、医療機関等へのレセプトの返戻や資格喪失後に受診した方への医療費の返還請求に至るまでの事務処理作業をシステム化し、資格点検の効率化を図っています。

## 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、負傷原因を受診者に照会・確認して、労働災害の場合には、保険医療機関等へのレセプトの返戻または受診者に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

[11] オンライン資格確認等システムを導入している医療機関等の場合は、窓口で保険証等を確認していることが明らかであるため、照会を行うことなく、受診者に医療費の返還請求を行います。

[12] 支払基金でレセプトを受付した際、資格喪失しているレセプトについて、新たな保険者（後資格）が判明した場合に、当該保険者へ請求を振り替える仕組みです。

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。

2023年度の外傷点検の効果額は、114.5億円（前年度106.8億円）となりました（図表4-28参照)。

なお、2023年1月からは、受診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をシステム化し、外傷点検の効率化を図っています。

## [（図表4-28）各支部における点検効果額（資格・外傷点検）]

単位：百万円　※（）内は加入者一人あたりの効果額　単位：円

| 支部 | 資格点検 | | | | 外傷点検 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2023年度 | | 2022年度 | | 2023年度 | | 2022年度 | |
| 北海道 | 3, 996 | (2, 375) | 4, 904 | (2, 849) | 454 | (270) | 487 | (283) |
| 青　森 | 756 | (1, 830) | 819 | (1, 922) | 99 | (239) | 139 | (325) |
| 岩　手 | 756 | (2, 020) | 1, 069 | (2, 752) | 79 | (212) | 72 | (185) |
| 宮　城 | 1, 270 | (1, 835) | 1, 641 | (2, 287) | 180 | (260) | 159 | (222) |
| 秋　田 | 564 | (1, 907) | 626 | (2, 041) | 59 | (200) | 46 | (151) |
| 山　形 | 853 | (2, 333) | 911 | (2, 419) | 83 | (228) | 63 | (167) |
| 福　島 | 1, 084 | (1, 734) | 1, 336 | (2, 079) | 198 | (316) | 212 | (329) |
| 茨　城 | 1, 026 | (1, 463) | 1, 564 | (2, 189) | 282 | (402) | 158 | (221) |
| 栃　木 | 854 | (1, 627) | 1, 432 | (2, 693) | 104 | (198) | 218 | (409) |
| 群　馬 | 1, 026 | (1, 670) | 1, 508 | (2, 411) | 109 | (177) | 171 | (273) |
| 埼　玉 | 2, 592 | (1, 838) | 3, 317 | (2, 335) | 580 | (412) | 618 | (435) |
| 千　葉 | 1, 468 | (1, 448) | 1, 356 | (1, 336) | 171 | (169) | 224 | (221) |
| 東　京 | 11, 491 | (1, 921) | 13, 731 | (2, 359) | 1, 348 | (225) | 1, 131 | (194) |
| 神奈川 | 3, 303 | (1, 990) | 3, 624 | (2, 179) | 610 | (368) | 709 | (426) |
| 新　潟 | 1, 069 | (1, 403) | 1, 377 | (1, 756) | 138 | (181) | 95 | (121) |
| 富　山 | 653 | (1, 681) | 938 | (2, 355) | 88 | (226) | 105 | (263) |
| 石　川 | 980 | (2, 313) | 1, 111 | (2, 573) | 110 | (260) | 91 | (211) |
| 福　井 | 563 | (2, 025) | 696 | (2, 453) | 91 | (326) | 51 | (181) |
| 山　梨 | 418 | (1, 718) | 544 | (2, 184) | 58 | (239) | 51 | (204) |
| 長　野 | 1, 169 | (1, 876) | 1, 003 | (1, 569) | 262 | (421) | 129 | (202) |
| 岐　阜 | 1, 119 | (1, 515) | 1, 295 | (1, 735) | 167 | (226) | 134 | (180) |
| 静　岡 | 1, 581 | (1, 581) | 2, 008 | (1, 972) | 380 | (380) | 186 | (182) |
| 愛　知 | 3, 767 | (1, 521) | 4, 394 | (1, 764) | 770 | (311) | 554 | (223) |
| 三　重 | 800 | (1, 620) | 1, 109 | (2, 206) | 188 | (381) | 149 | (296) |
| 滋　賀 | 516 | (1, 495) | 796 | (2, 260) | 128 | (372) | 96 | (272) |
| 京　都 | 1, 562 | (1, 812) | 1, 984 | (2, 275) | 274 | (317) | 277 | (318) |
| 大　阪 | 8, 051 | (2, 312) | 8, 358 | (2, 394) | 1, 220 | (350) | 1, 064 | (305) |
| 兵　庫 | 2, 835 | (1, 930) | 3, 280 | (2, 203) | 333 | (227) | 537 | (360) |
| 奈　良 | 514 | (1, 645) | 752 | (2, 366) | 192 | (614) | 155 | (487) |
| 和歌山 | 639 | (2, 252) | 718 | (2, 481) | 107 | (378) | 90 | (310) |
| 鳥　取 | 316 | (1, 650) | 450 | (2, 279) | 39 | (205) | 40 | (203) |
| 島　根 | 609 | (2, 738) | 552 | (2, 376) | 72 | (323) | 33 | (141) |
| 岡　山 | 1, 233 | (1, 775) | 1, 383 | (1, 961) | 144 | (208) | 196 | (278) |
| 広　島 | 1, 812 | (1, 737) | 1, 923 | (1, 809) | 255 | (245) | 428 | (403) |
| 山　口 | 748 | (1, 865) | 1, 052 | (2, 569) | 132 | (329) | 79 | (193) |
| 徳　島 | 664 | (2, 622) | 684 | (2, 632) | 63 | (250) | 52 | (200) |
| 香　川 | 718 | (1, 982) | 1, 034 | (2, 800) | 169 | (465) | 111 | (301) |
| 愛　媛 | 730 | (1, 481) | 767 | (1, 514) | 144 | (293) | 152 | (300) |
| 高　知 | 514 | (2, 217) | 569 | (2, 373) | 95 | (411) | 46 | (190) |
| 福　岡 | 4, 572 | (2, 434) | 5, 233 | (2, 765) | 671 | (357) | 571 | (302) |
| 佐　賀 | 595 | (2, 138) | 724 | (2, 541) | 116 | (415) | 94 | (329) |
| 長　崎 | 904 | (2, 107) | 1, 140 | (2, 587) | 110 | (256) | 92 | (208) |
| 熊　本 | 1, 303 | (2, 160) | 1, 331 | (2, 134) | 193 | (319) | 216 | (347) |
| 大　分 | 677 | (1, 726) | 1, 064 | (2, 648) | 51 | (129) | 78 | (194) |
| 宮　崎 | 739 | (1, 891) | 703 | (1, 767) | 92 | (236) | 95 | (238) |
| 鹿児島 | 1, 109 | (1, 858) | 1, 385 | (2, 274) | 140 | (235) | 125 | (205) |
| 沖　縄 | 1, 085 | (1, 892) | 1, 320 | (2, 266) | 97 | (169) | 108 | (185) |
| 全　国 | 75, 602 | (1, 911) | 89, 515 | (2, 241) | 11, 446 | (289) | 10, 684 | (267) |

## [（図表4-29）各支部における点検効果額（内容点検）]

単位：百万円　※（）内は加入者一人あたりの効果額　単位：円

| 支部 | 内容点検 | | | | 診療内容等査定効果額 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2023年度 | | 2022年度 | | 2023年度 | | 2022年度 | |
| 北海道 | 944 | (561) | 534 | (310) | 736 | (438) | 486 | (282) |
| 青　森 | 260 | (630) | 267 | (628) | 116 | (282) | 118 | (276) |
| 岩　手 | 343 | (917) | 200 | (515) | 169 | (452) | 130 | (334) |
| 宮　城 | 330 | (477) | 277 | (386) | 189 | (272) | 151 | (211) |
| 秋　田 | 156 | (528) | 110 | (358) | 89 | (300) | 41 | (134) |
| 山　形 | 126 | (345) | 80 | (213) | 92 | (253) | 72 | (190) |
| 福　島 | 333 | (532) | 298 | (464) | 214 | (342) | 137 | (214) |
| 茨　城 | 291 | (415) | 233 | (327) | 188 | (269) | 140 | (196) |
| 栃　木 | 230 | (438) | 169 | (317) | 161 | (306) | 135 | (253) |
| 群　馬 | 218 | (354) | 153 | (245) | 79 | (128) | 45 | (72) |
| 埼　玉 | 783 | (555) | 430 | (302) | 405 | (287) | 228 | (161) |
| 千　葉 | 510 | (503) | 465 | (458) | 227 | (224) | 170 | (167) |
| 東　京 | 1, 617 | (270) | 1, 023 | (176) | 809 | (135) | 550 | (95) |
| 神奈川 | 389 | (234) | 362 | (217) | 321 | (193) | 237 | (143) |
| 新　潟 | 213 | (279) | 181 | (231) | 144 | (189) | 99 | (126) |
| 富　山 | 97 | (250) | 48 | (121) | 61 | (158) | 24 | (61) |
| 石　川 | 155 | (367) | 114 | (263) | 80 | (190) | 42 | (98) |
| 福　井 | 174 | (627) | 86 | (303) | 105 | (376) | 62 | (219) |
| 山　梨 | 106 | (435) | 100 | (400) | 35 | (146) | 23 | (93) |
| 長　野 | 324 | (519) | 304 | (475) | 175 | (281) | 135 | (211) |
| 岐　阜 | 255 | (345) | 254 | (341) | 146 | (197) | 113 | (151) |
| 静　岡 | 279 | (279) | 212 | (208) | 225 | (225) | 151 | (149) |
| 愛　知 | 804 | (325) | 734 | (295) | 471 | (190) | 404 | (162) |
| 三　重 | 167 | (337) | 139 | (276) | 124 | (252) | 93 | (185) |
| 滋　賀 | 150 | (434) | 224 | (635) | 71 | (206) | 41 | (116) |
| 京　都 | 307 | (356) | 242 | (278) | 200 | (232) | 146 | (167) |
| 大　阪 | 1, 744 | (501) | 1, 130 | (324) | 1, 417 | (407) | 705 | (202) |
| 兵　庫 | 662 | (451) | 599 | (403) | 277 | (189) | 224 | (150) |
| 奈　良 | 75 | (241) | 80 | (252) | 62 | (198) | 51 | (160) |
| 和歌山 | 148 | (524) | 119 | (411) | 118 | (415) | 63 | (217) |
| 鳥　取 | 87 | (456) | 64 | (324) | 43 | (226) | 32 | (164) |
| 島　根 | 69 | (310) | 62 | (267) | 48 | (217) | 50 | (215) |
| 岡　山 | 257 | (370) | 221 | (314) | 179 | (257) | 157 | (223) |
| 広　島 | 379 | (363) | 279 | (262) | 323 | (310) | 196 | (185) |
| 山　口 | 245 | (612) | 168 | (411) | 135 | (338) | 97 | (236) |
| 徳　島 | 97 | (383) | 112 | (433) | 67 | (264) | 32 | (123) |
| 香　川 | 128 | (352) | 94 | (254) | 90 | (249) | 62 | (169) |
| 愛　媛 | 175 | (355) | 110 | (216) | 112 | (228) | 68 | (135) |
| 高　知 | 83 | (356) | 72 | (300) | 81 | (349) | 65 | (273) |
| 福　岡 | 802 | (427) | 614 | (324) | 517 | (275) | 353 | (187) |
| 佐　賀 | 110 | (395) | 92 | (323) | 61 | (220) | 36 | (126) |
| 長　崎 | 216 | (504) | 173 | (392) | 125 | (291) | 97 | (221) |
| 熊　本 | 326 | (540) | 206 | (331) | 267 | (442) | 172 | (275) |
| 大　分 | 222 | (565) | 131 | (327) | 128 | (327) | 81 | (202) |
| 宮　崎 | 234 | (600) | 121 | (305) | 139 | (356) | 66 | (166) |
| 鹿児島 | 183 | (306) | 153 | (251) | 162 | (271) | 129 | (211) |
| 沖　縄 | 361 | (629) | 217 | (372) | 171 | (298) | 105 | (181) |
| 全　国 | 16, 163 | (408) | 12, 056 | (302) | 10, 155 | (257) | 6, 815 | (171) |

## （6）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

協会で発生する債権の大半は、加入者が勤務先を退職する等して健康保険の資格を喪失した後、医療機関等を受診することで発生する資格喪失後受診による返納金債権と、交通事故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。

協会では、資格喪失後受診による返納金債権の発生を防止するため、失効した保険証の早期回収に努めています。

また、資格喪失後受診による返納金債権が発生した場合は、速やかな回収を図るため、文書や電話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するとともに、納付拒否者には支払督促や訴訟等の法的手続きを速やかに行っています。

併せて、保険給付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迅速・確実な実施に努めています。

### ｉ）保険証回収業務

退職等により失効した保険証を確実かつ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、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るとともに、資格喪失届等の提出先である日本年金機構と連携し、保険証の確実な回収を図っています。さらに、半期に一度、保険証の未返却者が多い事業所を選別し、保険証回収の重要性について、訪問や文書により重点的に周知しています。

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方に対し、日本年金機構での資格喪失処理後10営業日以内に文書催告を実施し、保険証の回収強化に努めています。

これらの取組に注力しましたが、2023年度の保険証回収率（資格喪失後1ヵ月以内）は82.10%（前年度86.27%）[13]となり、2023年度KPI（対前年度以上）は達成できませんでした（図表4-30、4-31参照）。保険証回収率（資格喪失後1ヵ月以内）が減少した要因としては、電子申請による日本年金機構への資格喪失届の提出が増加していること[14]が考えられます。

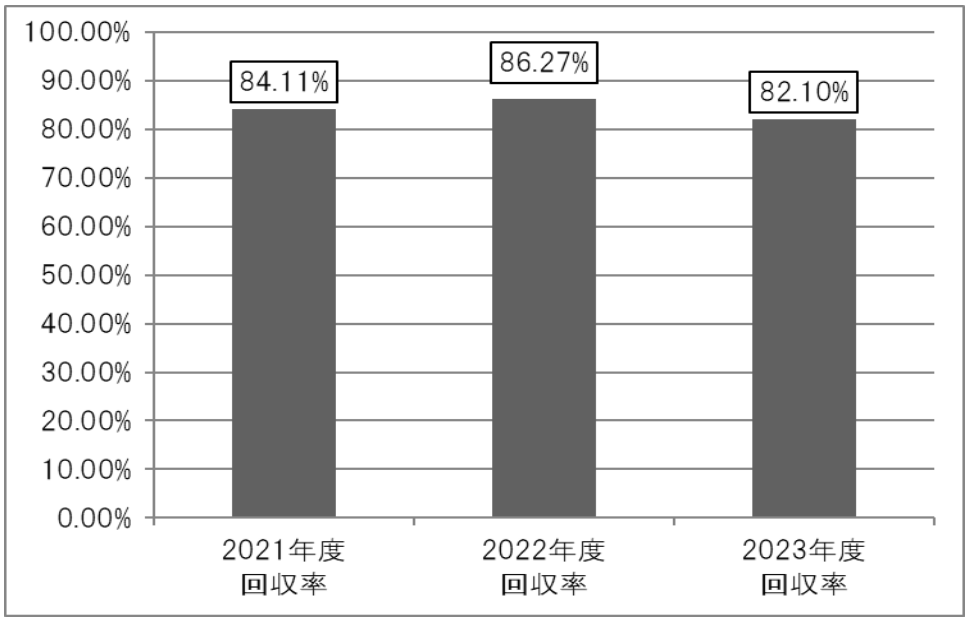
[13] 2023年度の保険証回収率（資格喪失後1ヵ月以内の回収に限らないもの）は94.7%となっています。

[14] 社会保険関連手続きの電子化が推進されており、資格喪失等の届出が電子申請で行われる割合は6割を超えています。
なお、届出が電子申請で行われた場合、保険証は別途郵送等で返却されることになるため、紙の届出に比べ、保険証の返却が遅くなる（資格喪失後1ヵ月を超えるケースが増える）傾向にあります。

［（図表4-30）資格喪失後1ヵ月以内の保険証回収件数の推移］

| | 2021年度 | 2022年度[15] | 2023年度 |
|---|---|---|---|
| 保険証回収対象件数 | 612万件 | 754万件 | 646万件 |
| 保険証回収件数 | 515万件 | 650万件 | 530万件 |

［（図表4-31）資格喪失後1ヵ月以内の保険証回収状況］




**ⅱ）発生した返納金債権の早期回収等**

返納金債権回収においては、回収までの期間が長期化するほど回収率は低下する傾向にあり、債権発生から6ヵ月以内の早期回収が重要と考えています。そのため、債権調定処理のシステム化や納付書発送作業のアウトソース化を図り、納付書を早期に送付するとともに、システムを活用した進捗管理の徹底による催告を確実に実施することで、迅速な債権回収に努めています。

**①　国民健康保険との保険者間調整**

保険者間調整は、返納金債権を確実に回収でき、債務者の返納手続時の一時的な資金負担も軽減されることから、納付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。その結果、2023年度の保険者間調整による債権回収件数は30,223件（前年度20,453件）、債権回収金額は24.0億円（前年度21.0億円）となりました（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］

| | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|
| 保険者間調整による債権回収件数 | 17,695件 | 20,453件 | 30,223件 |
| 保険者間調整による債権回収金額 | 19.9億円 | 21.0億円 | 24.0億円 |

[15] 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。

### ② 支払督促等の法的手続きの実施

返納金債権等の納付拒否者に対しては、支払督促や訴訟などの法的手続きを実施しています。2023年度は支払督促等の法的手続きを543件（前年度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］**

| | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|
| 支払督促 | 682件 | 532件 | 515件 |
| 通常訴訟 | 64件 | 87件 | 21件 |
| 少額訴訟[16] | 4件 | 0件 | 7件 |
| 合計 | 750件 | 619件 | 543件 |

上記のとおり、債権回収の取組を積極的に推進した結果、債権の回収件数・回収金額は167,734件（前年度122,592件）・37.7億円（前年度29.5億円）と増加したものの、発生件数・発生金額についても258,642件（前年度187,834件）・71.1億円（前年度54.4億円）と増加したため、2023年度に発生した資格喪失後受診による返納金債権の回収率は53.29%（前年度54.35%）となり、KPI（対前年度以上）を達成できませんでした（図表4-34参照）。

資格喪失後受診が判明したレセプトについては、オンライン資格確認等システムを導入している医療機関等の場合、医療機関等の窓口で保険証等を確認していることが明らかであるため、医療機関等に対して照会や返戻をすることなく、直接受診者へ医療費の返還請求（債権化）を行っています[17]。これにより、資格喪失後受診による返納金債権の発生件数・発生金額も増加したものと思われます。

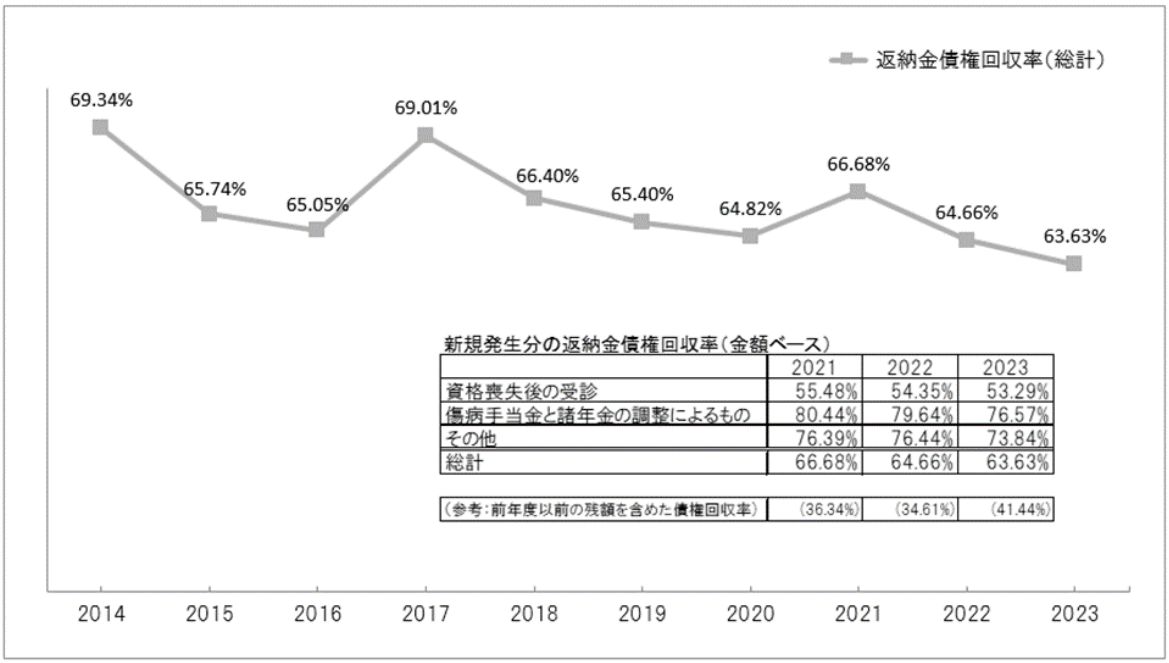
なお、資格喪失後受診に係るレセプトのうち、後資格が判明したものについては、支払基金のレセプト振替により、新たな保険者（後資格）へ振替が行われています。支払基金では、より多くのレセプトが振替となるよう、継続的に振替機能に係る条件設定を見直しており、資格喪失後受診による返納金債権の発生件数・発生金額は、今後減少していくことが期待されます。

また、資格喪失後受診の発生をより確実に防止するためには、オンライン資格確認等システムへ速やかに資格記録を反映させることが重要であることから、日本年金機構と連携し、加入者が退職等をする時には速やかに届出を行うよう、事業主等へ周知徹底を図り、資格喪失後受診による債権の発生を抑止していきます。

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

[17] オンライン資格確認等システムが未導入である医療機関等の場合は、保険証確認の有無やレセプト返戻の可否等を照会し、医療機関等の了承があればレセプトを返戻、了承がなければ受診者へ請求（債権化）を行います。

［（図表4-34）現年度発生分の返納金債権回収率（金額ベース）］




新規発生分の返納金債権回収率（金額ベース）

| | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|
| 資格喪失後の受診 | 55.48% | 54.35% | 53.29% |
| 傷病手当金と諸年金の調整によるもの | 80.44% | 79.64% | 76.57% |
| その他 | 76.39% | 76.44% | 73.84% |
| 総計 | 66.68% | 64.66% | 63.63% |
| （参考：前年度以前の残額を含めた債権回収率） | （36.34%） | （34.61%） | （41.44%） |

※　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。

［（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］

| | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|
| 資格喪失後受診による債権発生件数 | 158,772件 | 187,834件 | 258,642件 |
| 資格喪失後受診による債権発生金額 | 49.6億円 | 54.4億円 | 71.1億円 |

※　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。

## （7）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として、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。2023年度は、2023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（被扶養者に係る被保険者との同居・別居の別や、健康保険の資格取得情報について、マイナンバーを利用した情報照会により取得）したうえで、資格の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[18]の有無について確

[18] 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。

認の徹底を図りました。

**ⅰ）被扶養者資格の再確認の実施状況**

2023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120万事業所より確認結果が提出され、71,350人分（対前年度▲6,914人）の被扶養者資格解除届出の漏れを確認しました。2023年度の提出率は、89.1％（前年度は92.3％）とKPI（94.0％）は達成できませんでした（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[19]を行いました。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、被扶養者状況リストの再送付を実施しました。

結果的に2023年度は、未提出等の事業所のうち、151,950事業所から提出があり、未提出事業所への勧奨及び未送達事業所への送達を確実に実施することができました。

**ⅲ）年収（130万）の壁への対応**

2023年10月20日、厚生労働省より「年収（130万円）の壁」を意識せずに働ける環境づくりを後押しするため、「年収の壁・支援強化パッケージ」が示され、当面の間、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的な収入変動である旨の事業主の証明を添付することで、引き続き被扶養者認定が可能となる仕組みが追加されました。協会けんぽでは、ホームページ等による可能な限りの周知を行うとともに、収入超過により被扶養者異動届の提出があった場合、個別に特例が適用されるか確認を行うなど、取組の徹底に努めました。これにより、被扶養者資格解除適用除外のための事業主証明（被扶養者の収入確認に当たっての「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書）の2023年度の提出件数は1,402件となりました。

**［（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］**

| | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|
| 被扶養者資格再確認対象事業所数 | 1,334,462社 | 1,346,980社 | 1,349,590社 | 1,345,584社 |
| 提出率 | 91.3% | 91.3% | 92.3% | 89.1% |
| 確認対象被扶養者数 | 6,881,410人 | 6,769,072人 | 6,510,097人 | 6,264,043人 |
| 被扶養者削減数 | 68,027人 | 73,047人 | 78,264人 | 71,350人 |
| 前期高齢者納付金の負担軽減額 | 1.1億円(※) | 9億円 | 9億円 | 10億円 |

※ 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。

[19] 石川支部については、能登半島地震の影響により、勧奨時期を遅らせて対応しています。

## （8）オンライン資格確認の円滑な実施（マイナ保険証の推進）

オンライン資格確認は、患者が医療機関等を受診等する際に提示した保険証又はマイナンバーカードから、医療機関等が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の確認を行う仕組みです。医療機関及び薬局においては、原則として2023年4月からの導入が義務付けられており、2024年3月末時点の運用開始施設数は208,620施設（導入率90.5%）です。

オンライン資格確認の利用率向上により、加入者が勤務先を退職する等して健康保険の資格を喪失した後、医療機関等を受診することで発生する資格喪失後受診による医療費等の返納金債権が減少することが期待されています。

また、マイナンバーカードで医療機関等を受診等する際には、本人の同意に基づき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。マイナポータル上においても、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できます。

2024年12月2日には、現行の保険証の新規発行が終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みへ移行する等、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、保険者が保有する資格情報とマイナンバーを紐づけてオンライン資格確認等システムへ登録する必要があります。保険者が加入者のマイナンバーを把握していない場合や、資格情報とマイナンバーの紐づけに誤りがある等の場合は、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、協会においてマイナンバーが未収録となっている被扶養者及び70歳以上の被保険者を対象に2023年10月にマイナンバーの提出勧奨（70歳未満の被保険者については日本年金機構が実施）を行い、12月には再勧奨を実施した結果、協会の2024年3月末時点のマイナンバー収録率は99.6%、2023年3月末時点の収録率（99.0%）と比較して0.6%ポイント向上し、「対前年度以上」のKPIを達成しました。

また、正確な資格情報登録の徹底の観点から、2023年度末までに、オンライン資格確認等システムに登録した全ての資格情報について住民基本台帳情報との突合を行った結果を踏まえた点検を実施しました。

こうした取組に加え、マイナ保険証利用促進については、厚生労働省保険局長通知「マイナ保険証の利用促進に向けた更なる取組への御協力のお願いについて」（2024年1月24日保発0124第5号）により、2024年11月末のマイナ保険証利用率目標の設定及びあらゆる機会を通じたマイナ保険証利用勧奨の実施が求められている状況です。これを踏まえ、協会においても、利用率目標を50%（2024年11月末時点）に設定するとともに、

・協会ホームページにおける特設ページの設置
・マイナ保険証関連チラシ・ポスターの支部窓口への設置
・限度額適用認定証の申請や交付の際のマイナ保険証利用勧奨
・保健指導等、事業所訪問時のマイナ保険証関連チラシの配布
・被扶養者資格の再確認のお知らせ（2023年10月）

・ジェネリック医薬品軽減額通知
・医療費のお知らせ
・保険料の納入告知書同封チラシ（2024年1月）
・ジェネリック医薬品軽減額通知（2024年2月）へのマイナ保険証利用促進チラシの同封
・メールマガジンへの記事掲載（2024年1月から3月）

等あらゆる機会を捉えて、事業所・加入者に対して、マイナ保険証の周知広報を実施しました。

## （9）業務改革の推進

「基盤的保険者機能」を盤石なものとするために、事務処理プロセスの標準化、効率化及び簡素化など、業務改革の推進に取り組んできました。

具体的には、システム化による適用・徴収業務及び現金給付業務の効率化、業務マニュアル等に基づく事務処理の徹底を図るとともに、2023年度は、加入者サービスを向上するための職員の意識改革の促進と多能化の推進により、日々の業務量に対応した最適な事務処理体制の構築に取り組みました。引き続き、現金給付の審査・支払等を迅速かつ適正に実施させるために課題を抽出し対応するとともに、最適な事務処理体制の構築に取り組みます。

また、取組推進のために、本部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みました（これまで25支部において実施）。これら業務改革の取組については、各種モニタリングにより、支部に定着したものと判断しています。加えて、協会けんぽの基本コンセプトの一つである「加入者及び事業主の皆様への質の高いサービスの提供」の実現に向けて、2022年度に制定した相談業務に関する行動指針及び受電対応体制の整備を図るために「電話相談対応体制の基本モデルガイドブック」を作成し支部の電話相談業務の標準化に取り組むとともに、電話相談対応体制の役割に応じた研修を実施することで電話相談対応の品質向上に取り組みました。

## 2. 戦略的保険者機能関係

### （1）保健事業実施計画（データヘルス計画）の着実な実施

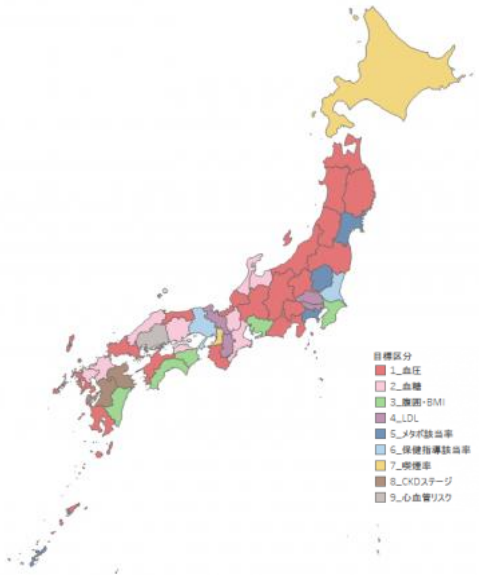
保健事業の推進に当たっては、健診データやレセプトデータ等の分析に基づいて取り組むことが重要であり、協会においても国の方針を踏まえ、保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、PDCAサイクルを意識した取組を行っています。保健事業実施計画は、地域・職域の健康課題のほか、各地域における自治体や関係団体との健康づくりに関する連携等の実情を踏まえて策定する必要があるため、独自性を発揮できるよう、地域・職域の健康特性を把握した上で支部ごとに策定しています。

2023年度は、第2期保健事業実施計画の最終年度として、支部において具体策の見直しを図り、上位目標（10年後の成果目標）、中位目標（6年後の成果目標）の達成に向けた取組を着実に実施するとともに、本部において2024年度から開始する第3期保健事業実施計画に関する基本方針及び策定の手引きを示し、各支部において計画の策定を行いました。

2024年度から2029（令和11）年度までの計画である第3期保健事業実施計画は、健診データやレセプトデータ等の分析に基づき、対策を進めるべき重大な疾患を整理した上で、地域・職域の健康課題を踏まえた検査値の改善等を「6年後の達成目標」に設定し、第2期保健事業実施計画と同様に「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」を柱としつつ、ハイリスクアプローチに加え、「データ分析に基づく地域・職域の特性を踏まえたポピュレーションアプローチ」に取り組むものとしました（図表4-37参照）。

保健事業実施計画に基づく取組の実施に当たっては、他保険者の保健事業実施計画、都道府県健康増進計画、医療費適正化計画等に基づく取組との調和を図り、地域・職域の健康課題の解消に向けて関係者が一体となって取り組むことが重要であるため、自治体や関係団体との情報共有を図り、連携した取組を進めていきます。

**［（図表4-37）各支部の第3期保健事業実施計画における6年後の達成目標］**




| 6年後の達成目標（評価項目） | 支部数 |
|---|---|
| 血圧 | 18 |
| 血糖 | 9 |
| 腹囲・BMI | 5 |
| LDL | 4 |
| メタボ該当率 | 4 |
| 保健指導該当率 | 2 |
| 喫煙率 | 2 |
| CKD ステージ | 2 |
| 心血管リスク | 1 |

（特定健康診査等実施計画の策定）

協会では、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定め、本部と支部が連携し、協会けんぽの中期計画である保険者機能強化アクションプランのもと、特定健康診査[20]及び特定保健指導の取組を進めています。

第3期特定健康診査等実施計画では、同法第18条に基づく特定健康診査等基本指針（以下、「基本指針」という。）において示された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%）を達成するため、2018（平成30）年度から2023年度までの各年度の実施率目標を設定しています。

2023年度は、第3期特定健康診査等実施計画の最終年度として、計画期間における2023年度の実施率目標を達成するための取組を着実に実施するとともに、2024年度から開始する第4期特定健康診査等実施計画の策定を行いました。第4期特定健康診査等実施計画では、基本指針で示された2029年度の協会けんぽの実施率目標（特定健康診査70%、特定保健指導35%）を達成するため、直近の実績等を踏まえ、2024年度から2029年度までの各年度の実施率目標を設定しました（概要は図表4-38参照）。

**［（図表4-38）第4期特定健康診査等実施計画の概要］**

**第４期特定健康診査等実施計画（概要）**

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

**第1章　実施率目標及び対象者数**

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

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

**第2章～第5章**

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

[20] 協会では、特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査（特定健診）として、被保険者に対する生活習慣病予防健診の実施及び事業者健診データの取得、被扶養者に対する特定健診を実施することとしています。
生活習慣病予防健診　：被保険者を対象とし、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）の検査項目に加え、がん検診の検査項目等を含む健診を実施するもの
事業者健診データの取得：生活習慣病予防健診を利用していない被保険者を対象とし、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

（実績の進捗管理におけるPDCAサイクルの推進）

保健事業の重点施策（特定健診・特定保健指導、重症化予防対策、コラボヘルス）に関する実績の向上を図るため、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、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、本部・支部間で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、課題認識の共有等を進めています。

（支部別スコアリングレポート等の活用）

各支部における健診項目のリスクの保有状況等を明らかにし、支部の特徴把握に資するよう「特定健診・特定保健指導データ分析報告書」[21]及び「質問票データ分析報告書」[22]を作成し、支部における保健事業実施計画の策定や実施結果の検証等に活用しています。また、これらの報告書の主な項目に健診実施率、特定保健指導実施率及び医療費を加え、項目ごとの経年変化や全国での支部の順位等をレーダーチャートやグラフにより「見える化」した「支部別スコアリングレポート」を引き続き作成しています。支部においては、本レポート等に基づき、自支部の健康課題について、保険者協議会等での意見発信やホームページ等での広報を行いました。

**ｉ）特定健診実施率・事業者健診データ取得率等の向上**

**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診の検査項目等を含む生活習慣病予防健診（一般健診）を実施しています。

また、その他の健診として、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[23]、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4-39参照）。

なお、健診費用の一部を協会が負担しています。

---

[21] 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。

[22] 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。

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

［（図表4-39）被保険者の生活習慣病予防健診等の概要（2023年度）］

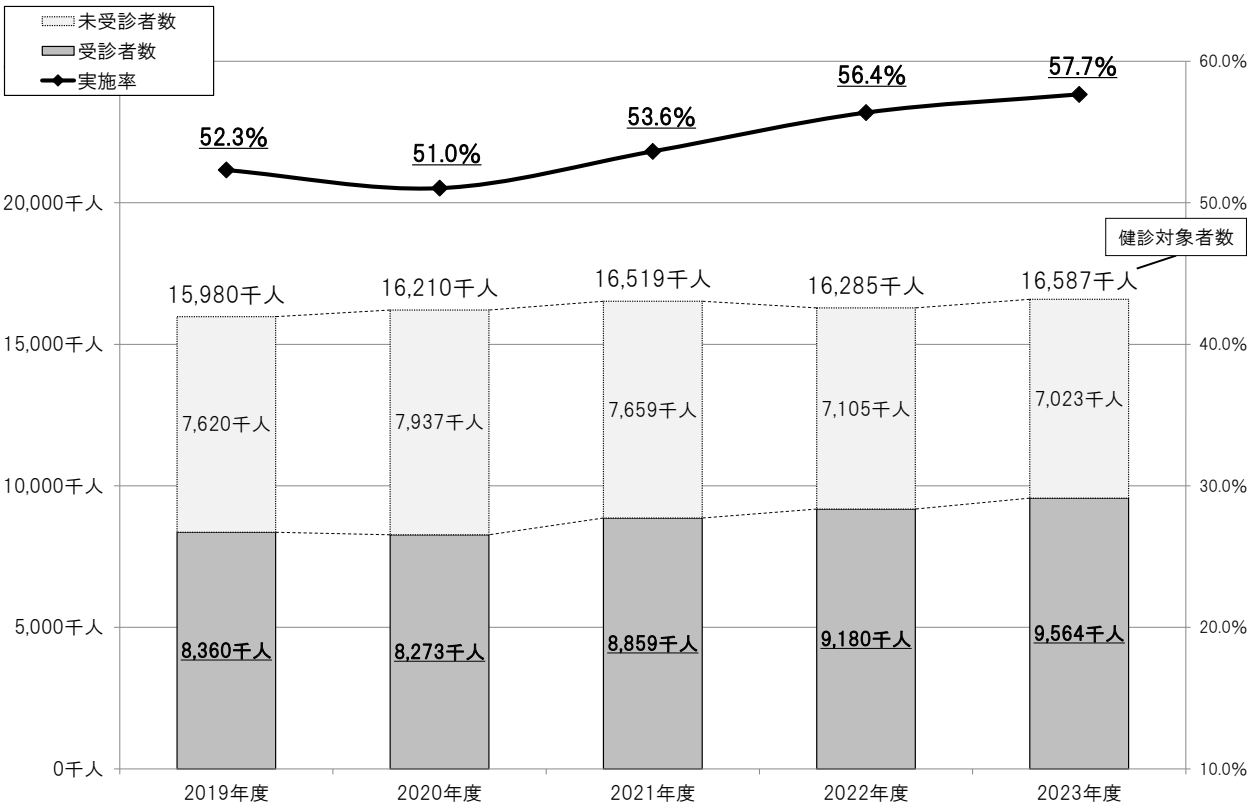
| | 検査内容 | 対象者 | 自己負担 | 手続き |
|---|---|---|---|---|
| 一般健診 | 診察等、問診、触診、身体計測、視力検査、聴力検査、血圧測定、尿検査、便潜血反応検査、血液一般検査、血糖検査、尿酸検査、血液脂質検査、肝機能検査、胸部・胃部レントゲン検査、心電図検査等 | 35歳～74歳の方 | 最高5,282円 | 事業所又は受診者本人が健診機関に申し込みます |
| 付加健診 | 尿沈渣顕微鏡検査、血液学的検査、生化学的検査、眼底検査、肺機能検査、腹部超音波検査 | 一般健診を受診される40歳の方、50歳の方 | 最高2,689円 | |
| 乳がん・子宮頸がん検診 | 〔乳がん検診〕<br>問診、乳房エックス線検査<br>※ 視診・触診は医師が必要と認めた場合のみ実施<br><br>〔子宮頸がん検診〕<br>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<br>・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<br>・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<br>最高1,983円<br>・40歳～48歳<br>最高2,544円<br>（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）<br>〔乳がん検診のみ〕<br>上記金額から最高970円を引いた金額<br>〔子宮頸がん検診のみ〕<br>最高970円 | |
| 肝炎検査 | HCV抗体検査、HBs抗原検査 | 一般健診を受診される方（過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことがある方を除きます） | 最高582円 | 受診者本人が健診機関に直接申し込みます |

### ア）2023年度の実績について

2023年度の40歳以上の生活習慣病予防健診の実施率は、2022年度の実施率56.4％から1.3％ポイント増加し、57.7％となりました[24]。また、受診者数は956万人となっており、2022年度の受診者数から38万人（4.2％）増加しています。2023年度KPI（63.9％）は達成できませんでしたが、実施率、受診者数ともに過去最高となっています（図表4-40参照）。

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

［（図表4-40）生活習慣病予防健診の受診者数等の推移（被保険者）］




### イ）2023年度の実施率向上に向けた主な取組

2023年度は、より多くの方に生活習慣病予防健診を受診していただけるよう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しました（図表4-41参照）。

これを踏まえて、本部においては、業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）及び健診団体[25]に対して、自己負担の軽減等について団体会員へ積極的に周知していただくよう、広報等の協力依頼を行いました。

支部においては、自己負担の軽減を契機に事業者健診に生活習慣病予防健診の活用を促す等、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いました。また、保険料の納入告知書に同封する広報チラシやメールマガジンへの自己負担の軽減に関する記事掲載等により積極的に広報を行うとともに、関係団体に対して広報等の協力依頼を行い、関係団体の会報誌等に記事を掲載していただく等、関係団体と連携した広報等の取組を通じて、生活習慣病予防健診等の受診を促しました。更に、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行いました。また、被保険者の方が受診しやすい環境面での整備にかかる取組として、先に述べた被保険者の方の自己負担の軽減に加えて、生活習慣病予防健診に係る契約が未締結の健診機関への働きかけや検診車での巡回健診の実施等、受診機会の拡充に努めました。2023年度における生活習

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

慣病予防健診の委託機関は、健診機関への働きかけ等の効果もあり、2022年度から79機関増加し、3,622機関となりました。

**[（図表4-41）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 |

なお、2016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。2023年度の契約件数は1,712件であり、そのうち865件が目標を達成しています（図表4-42参照）。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4-42）各支部の健診推進経費の活用施策（2023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 | 23 | 852 | 453 |
| 低受診率地域解消のための地域対策 | 1 | 1 | 1 |
| 未受診事業所(者)対策 | 7 | 56 | 35 |
| 事業者健診データ提供に係る同意書の取得対策 | 4 | 40 | 4 |
| 事業者健診データ取得向上対策 | 7 | 149 | 48 |
| 事業者健診データの早期提供 | 19 | 587 | 311 |
| 協会主催の集団健診の強化 | 8 | 27 | 13 |

**（付加健診の対象年齢拡大）**

更なる保健事業の充実を図るため、2023年度から実施している生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減に加え、2024年度からは疾病の早期発見等のため、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としています。

この取組を広く周知するため、本部においては、業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）及び健診団体に対して自己負担の軽減と併せて広報等の協力依頼を行うとともに、ホームページ上の特設サイトを活用したWeb広告等による広報を

行いました。支部においても、関係団体に対して広報等の協力依頼を行うとともに、新聞広告への記事掲載や保険料の納入告知書へのリーフレット同封を行う等、本部と支部が連携して積極的に広報を行いました。

**【事業者健診データの取得】**

生活習慣病予防健診を利用していない40歳以上の被保険者については、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づき行われた事業者健診データ（定期健康診断の結果）を取得することによって、特定健診を実施したものと見なされる[26]ことからデータの取得を進めるとともに、当該データをもとに特定保健指導を行う等、被保険者の健康づくり等に活用しています。

**ウ）2023年度の実績について**

2023年度の事業者健診データ取得率は2022年度の取得率8.8％から1.7％ポイント減少し、7.1％となりました。取得件数は118万1千件となっており、2022年度の取得件数から25万7千件（17.9％）減少しています。主な要因としては、共済組合法の改正に伴い、これまで比較的多くの事業者健診データを取得できていた、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挙げられます。そのため、取得率、取得件数ともに前年度を下回る結果となり、2023年度KPI（9.6％）は達成できませんでした。

**エ）2023年度の取得率向上に向けた主な取組**

事業者健診データ取得率の向上に向けて、支部と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、2020年12月に、国から事業者健診と特定健診の問診項目や検査項目を一致させることとする通知[27・28]が発出されました。併せて、国の通知において、事業者健診の結果が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。その後、2023年3月に発出された国の通知[29]において、40歳未満の事業者健診データの取得に向けた対応と併せて、事業者健診結果の保険者への提供について事業主と健診機関の間であらかじめ契約で取り決めていない場合の対応として「健康診断結果提供依頼書」が示されました。

しかしながら、事業者健診データを迅速かつ確実に取得するためには、契約書（ひな形）の普及・定着が重要であることから、引き続き、事業所へ健診時の契約書締結の浸透を図る等、

---

[26] 高齢者の医療の確保に関する法律 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。

[27] 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）。

[28] 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）。

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

実効性のある対策を講じていただくよう、直接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必要があることから、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。

**［（図表4-43）健診の実績（被保険者）］**

| | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 前年度比（増減） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 年度末対象者数 | 15,979,774人 | 16,210,164人 | 16,518,519人 | 16,285,170人 | 16,587,290人 | 302,120人 |
| 一般健診（40歳～74歳） | 8,359,655人 | 8,273,160人 | 8,859,458人 | 9,179,843人 | 9,563,937人 | 384,094人 |
| 実施率 | 52.3% | 51.0% | 53.6% | 56.4% | 57.7% | 1.3% |
| 一般健診（35歳～39歳） | 1,340,680人 | 1,288,697人 | 1,336,904人 | 1,338,724人 | 1,360,338人 | 21,614人 |
| 事業者健診データの取得 | 1,220,696人 | 1,289,699人 | 1,401,407人 | 1,437,801人 | 1,180,723人 | ▲257,078人 |
| 実施率 | 7.6% | 8.0% | 8.5% | 8.8% | 7.1% | ▲1.7% |
| 付加健診 | 268,328人 | 255,517人 | 281,812人 | 292,614人 | 322,935人 | 30,321人 |
| 乳がん検診 | 711,514人 | 684,219人 | 754,706人 | 770,130人 | 809,124人 | 38,994人 |
| 子宮頸がん検診 | 921,789人 | 873,542人 | 950,860人 | 958,914人 | 1,005,538人 | 46,624人 |
| 肝炎ウイルス検査 | 209,503人 | 182,702人 | 147,384人 | 127,498人 | 134,946人 | 7,448人 |
| 健診実施機関 | 3,389機関 | 3,450機関 | 3,522機関 | 3,543機関 | 3,622機関 | 79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4-44参照）。

**［（図表4-44）被扶養者の特定健診の概要（2023年度）］**

| 検査内容 | 対象者 | 自己負担 | 手続き |
|---|---|---|---|
| 〔基本的な健診〕<br>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<br>〔詳細な健診〕<br>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〕<br>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<br>〔詳細な健診〕<br>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）2023年度の実績について**

2023年度の被扶養者の特定健診の実施率は、2022年度の実施率27.7%から0.6%ポイント増加し、28.3%となりました。受診者数は108万3千人となっており、2022年度の受診者数から1万

1千人（1.0%）減少しています。2023年度KPI（35.0%）は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4-45参照）。

**［（図表4-45）特定健診の実績（被扶養者）］**

| | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 前年度比（増減） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 年度末対象者数 | 4,329,100人 | 4,281,922人 | 4,201,228人 | 3,944,026人 | 3,822,190人 | ▲121,836人 |
| 受診者数 | 1,103,726人 | 912,303人 | 1,102,470人 | 1,093,269人 | 1,082,509人 | ▲10,760人 |
| 実施率 | 25.5% | 21.3% | 26.2% | 27.7% | 28.3% | 0.6% |

**イ）2023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。

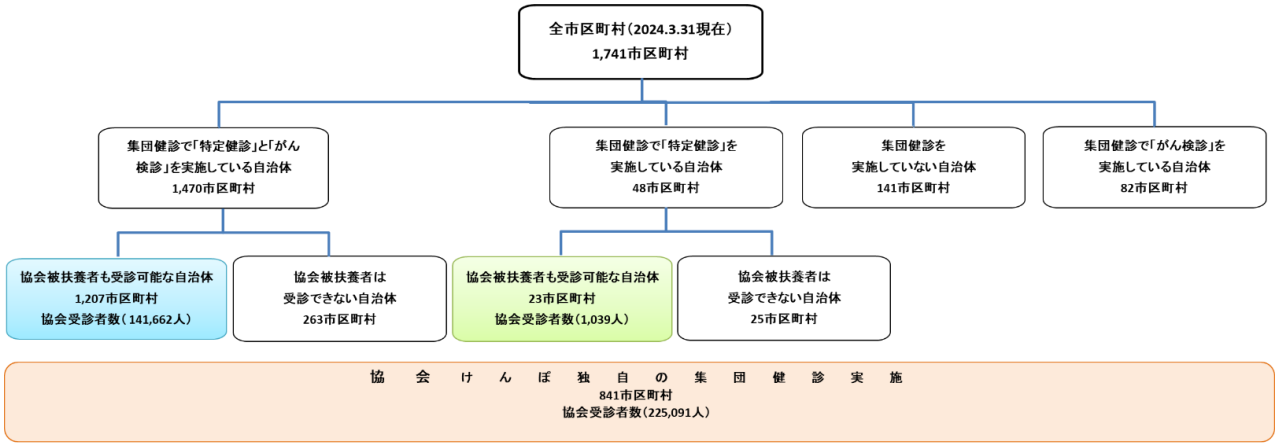
**（集団健診の実施）**

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つながるため、積極的に進めており、2023年度末時点では、332の市区町村と協定等を締結しています。2023年度は、1,230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1,207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4-46参照）。

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。2023年度は、協会主催の集団健診を841市区町村で実施し、225,091人の方が受診（前年度比0.2%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4-46）特定健診とがん検診の同時実施状況（2023年度）］




（被扶養者の集団健診時におけるオプション健診の拡充）

保健事業の一層の推進に向けて、被扶養者の特定健診実施率向上のために行っている集団健診（協会主催）時のオプション健診について、女性特有の健康課題、歯科疾患対策等に着目し、2024年度より「骨粗鬆症検診」、「歯科検診」、「眼底検査」を支部の実情に応じて選択可能とし、オプション健診の項目の拡充を図ることとしました（図表4-47参照）。

［（図表4-47）更なる保健事業の充実について（2023年12月4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年度から開始）
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年度から開始）
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年度から開始）
従来より実施している保健事業に加えて、地域・職域の特性を踏まえた健康課題（喫煙・メンタルヘルス等）へのアプローチのモデルを構築すべく、新たなポピュレーションアプローチ等を検討・実施する。

（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年度から開始）
健診実施率の向上のため、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 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年度から開始）
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、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。

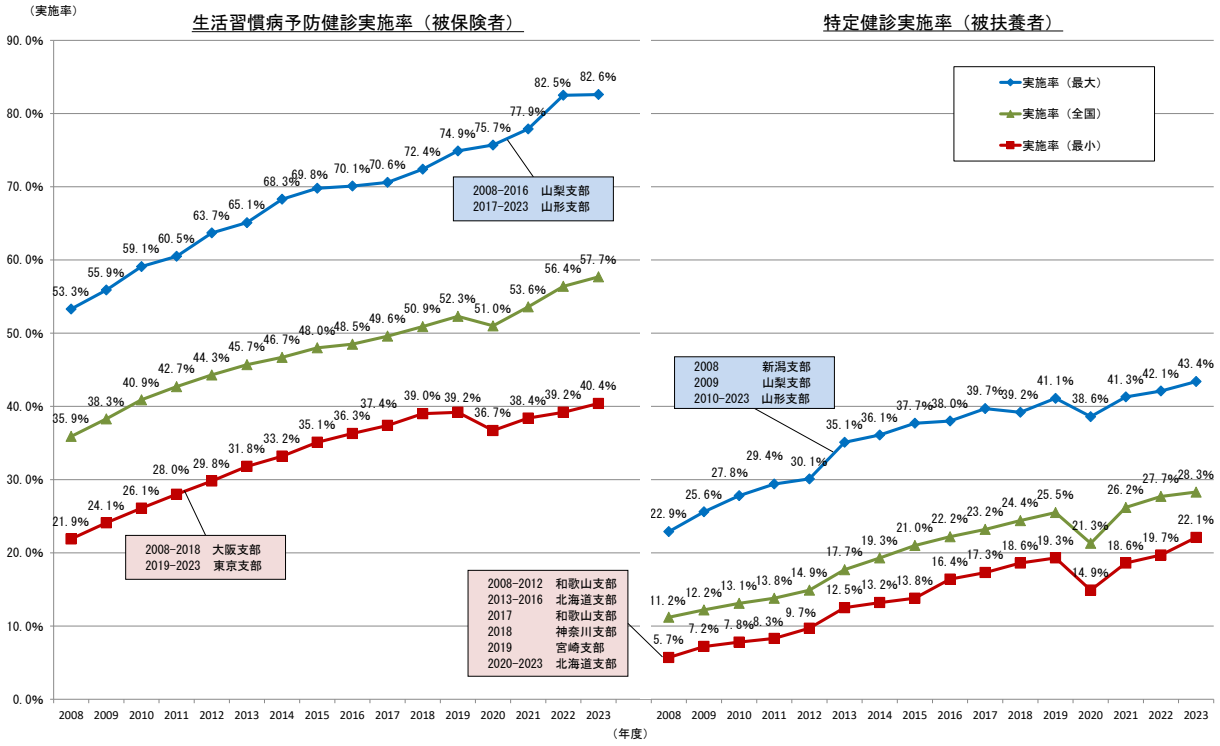
③被扶養者の集団健診時におけるオプション健診の拡充（6年度から開始）
被扶養者の特定健診実施率の向上のために行っている集団健診（協会主催）時のオプション健診について、健康日本21（第三次）の目標等を踏まえ、内容の見直し及び項目の拡充を図る。
※2 6年度から「骨粗鬆症検診」、「歯科検診」、「眼底検査」を支部の実情に応じて選択可能とする。

## ③　健診実施率の推移

図表4-48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。

2023年度の生活習慣病予防健診実施率は、最大は山形支部の82.6％、最小は東京支部の40.4％、全国では57.7％です。また、特定健診実施率は、最大は山形支部の43.4％、最小は北海道支部の22.1％、全国では28.3％です。健診実施率については、2019（令和元）年度までは、適用拡大や健康保険組合の解散等により、分母となる健診対象者が大幅に増加する中で、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、2021年度以降は新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえつつ、受診環境の確保・拡大に向けた取組等を進めたことから、2020年度の落ち込みから回復し、2023年度は過去最高の実施率となっています。

**［（図表4-48）健診実施率の推移］**




**（地域間差異の解消に向けた課題の抽出）**

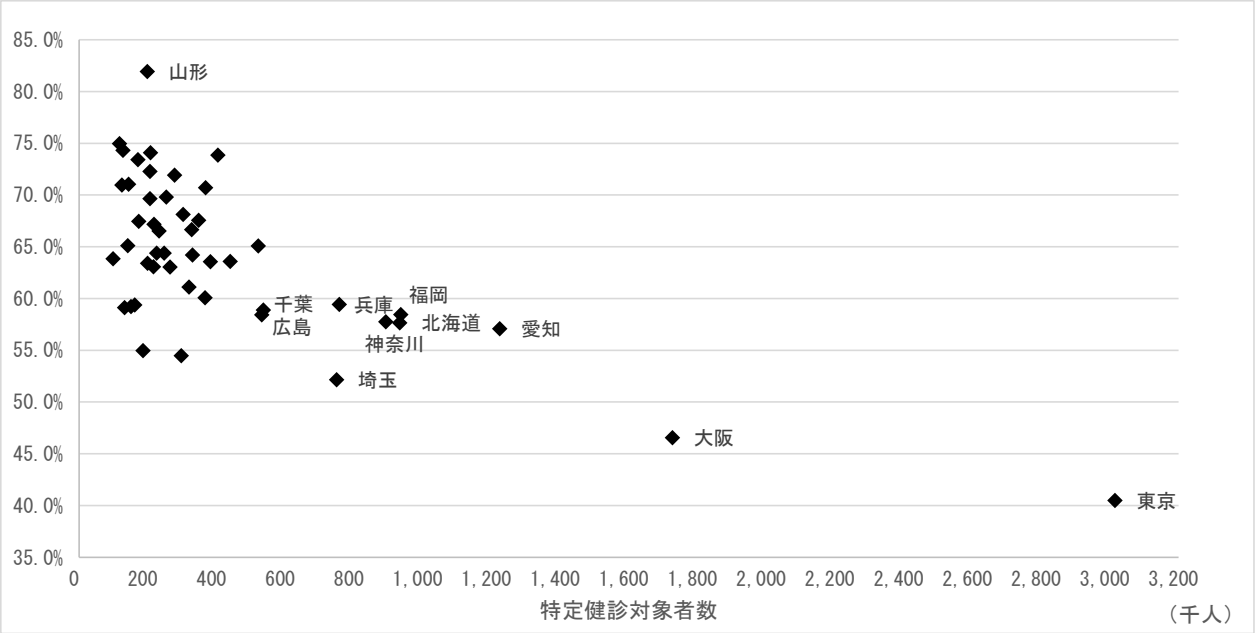
健診実施率については、協会の設立当初から支部間で大きな開きが見られ、中・小規模支部に比べ、大規模支部において健診実施率が低い傾向にあります（図表4-49参照）。このことから、2018年度に実施した地域間差異が生じている要素等の整理に基づき、2019年度より、支部ごとの事業所規模別・業態別等の実施率、それらが実施率に与えている影響度等を見える化した「健診・保健指導カルテ」を作成し、直近の状況と併せて経年での傾向等を把握できるようにしています。健診・保健指導カルテは、事業所等への効率的かつ効果的な受診勧奨や自治体及び関

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。

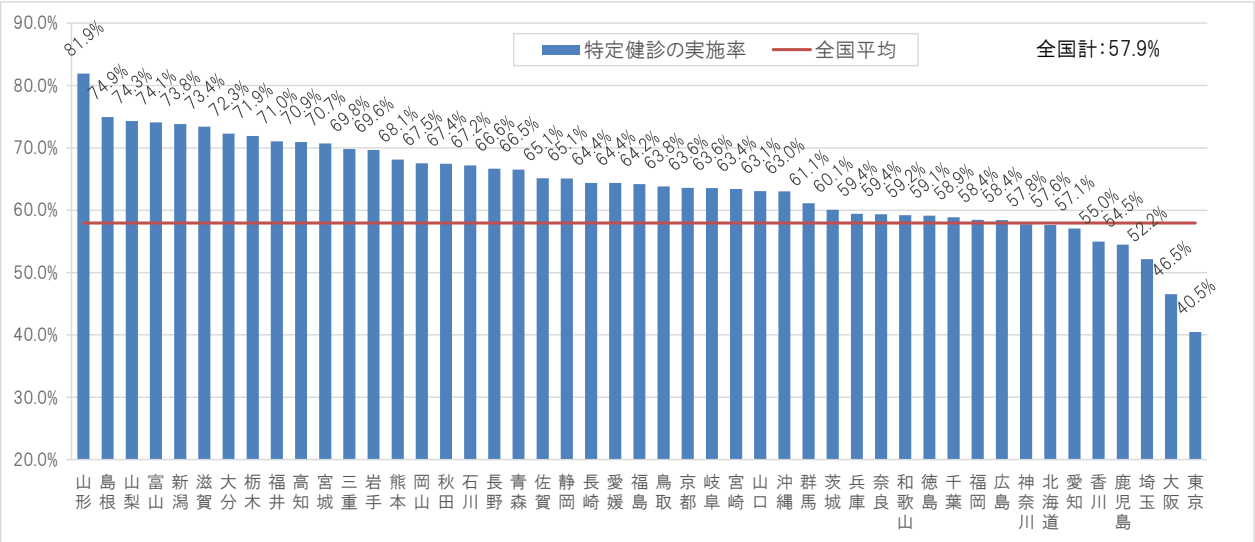
事業所等への効率的かつ効果的な受診勧奨の実施に当たっては、実施率への影響が大きいと見込まれる事業所等の選定・抽出に加え、経年的に未受診の事業所等を選定・抽出できるよう、抽出機能の改善を図り、重点的・優先的な受診勧奨の実施を推進しました。

また、本部から支部に対して、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。

**[（図表4-49）特定健診対象者数と特定健診実施率（加入者）]**




**[（図表4-50）特定健診の実施率（加入者）]**



[（図表4-51） 各支部における健診等の実施状況 （2023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 | 411,161 | 55.9% | 82,968 | 11.3% | 43,830 | 22.1% | 537,959 | 57.6% |
| 青森 | 120,536 | 63.2% | 22,473 | 11.8% | 11,905 | 28.2% | 154,914 | 66.5% |
| 岩手 | 113,765 | 66.2% | 19,852 | 11.6% | 10,117 | 29.2% | 143,734 | 69.6% |
| 宮城 | 222,086 | 74.7% | 15,396 | 5.2% | 23,156 | 32.5% | 260,638 | 70.7% |
| 秋田 | 80,034 | 56.8% | 27,715 | 19.7% | 9,267 | 28.3% | 117,016 | 67.4% |
| 山形 | 136,191 | 82.6% | 11,871 | 7.2% | 14,612 | 43.4% | 162,674 | 81.9% |
| 福島 | 177,214 | 65.4% | 18,623 | 6.9% | 16,247 | 27.4% | 212,084 | 64.2% |
| 茨城 | 182,569 | 61.0% | 19,093 | 6.4% | 18,629 | 27.5% | 220,291 | 60.1% |
| 栃木 | 163,860 | 72.2% | 20,243 | 8.9% | 15,625 | 30.7% | 199,728 | 71.9% |
| 群馬 | 162,588 | 62.7% | 15,569 | 6.0% | 17,386 | 28.6% | 195,543 | 61.1% |
| 埼玉 | 316,361 | 52.0% | 37,360 | 6.1% | 37,123 | 26.4% | 390,844 | 52.2% |
| 千葉 | 280,720 | 64.2% | 9,887 | 2.3% | 25,234 | 25.5% | 315,841 | 58.9% |
| 東京 | 1,017,773 | 40.4% | 48,991 | 1.9% | 153,535 | 30.8% | 1,220,299 | 40.5% |
| 神奈川 | 452,869 | 62.1% | 21,801 | 3.0% | 40,958 | 25.1% | 515,628 | 57.8% |
| 新潟 | 248,465 | 74.8% | 24,758 | 7.5% | 25,308 | 35.1% | 298,531 | 73.8% |
| 富山 | 131,253 | 75.0% | 12,398 | 7.1% | 10,367 | 31.4% | 154,018 | 74.1% |
| 石川 | 116,456 | 63.9% | 18,015 | 9.9% | 12,116 | 33.8% | 146,587 | 67.2% |
| 福井 | 82,488 | 68.2% | 13,770 | 11.4% | 6,421 | 27.1% | 102,679 | 71.0% |
| 山梨 | 82,315 | 79.0% | 2,843 | 2.7% | 9,791 | 41.4% | 94,949 | 74.3% |
| 長野 | 167,477 | 61.6% | 33,354 | 12.3% | 17,525 | 31.3% | 218,356 | 66.6% |
| 岐阜 | 182,616 | 59.5% | 39,544 | 12.9% | 20,975 | 27.7% | 243,135 | 63.6% |
| 静岡 | 298,998 | 69.6% | 15,494 | 3.6% | 25,118 | 27.2% | 339,610 | 65.1% |
| 愛知 | 507,854 | 51.7% | 122,148 | 12.4% | 68,909 | 28.3% | 698,911 | 57.1% |
| 三重 | 146,349 | 71.2% | 15,433 | 7.5% | 15,474 | 31.9% | 177,256 | 69.8% |
| 滋賀 | 101,554 | 73.8% | 10,999 | 8.0% | 13,488 | 39.4% | 126,041 | 73.4% |
| 京都 | 232,380 | 66.0% | 19,392 | 5.5% | 28,020 | 31.9% | 279,792 | 63.6% |
| 大阪 | 625,779 | 45.8% | 83,816 | 6.1% | 94,315 | 26.1% | 803,910 | 46.5% |
| 兵庫 | 364,988 | 60.6% | 42,095 | 7.0% | 42,817 | 27.6% | 449,900 | 59.4% |
| 奈良 | 69,035 | 54.8% | 15,502 | 12.3% | 11,719 | 32.4% | 96,256 | 59.4% |
| 和歌山 | 64,570 | 54.1% | 17,423 | 14.6% | 7,747 | 24.1% | 89,740 | 59.2% |
| 鳥取 | 54,033 | 65.3% | 5,259 | 6.4% | 4,003 | 24.3% | 63,295 | 63.8% |
| 島根 | 71,209 | 71.9% | 10,823 | 10.9% | 6,420 | 33.9% | 88,452 | 74.9% |
| 岡山 | 177,216 | 62.3% | 39,506 | 13.9% | 18,615 | 29.1% | 235,337 | 67.5% |
| 広島 | 251,703 | 58.3% | 29,244 | 6.8% | 29,668 | 29.7% | 310,615 | 58.4% |
| 山口 | 108,025 | 61.5% | 16,436 | 9.3% | 12,312 | 30.0% | 136,773 | 63.1% |
| 徳島 | 60,725 | 56.1% | 10,893 | 10.1% | 6,587 | 27.4% | 78,205 | 59.1% |
| 香川 | 79,193 | 52.3% | 12,745 | 8.4% | 10,444 | 29.9% | 102,382 | 55.0% |
| 愛媛 | 133,108 | 67.0% | 11,477 | 5.8% | 15,078 | 30.4% | 159,663 | 64.4% |
| 高知 | 73,636 | 70.4% | 8,928 | 8.5% | 6,120 | 30.1% | 88,684 | 70.9% |
| 福岡 | 432,692 | 57.5% | 67,883 | 9.0% | 46,592 | 25.3% | 547,167 | 58.4% |
| 佐賀 | 78,515 | 68.4% | 7,087 | 6.2% | 6,674 | 24.8% | 92,276 | 65.1% |
| 長崎 | 117,730 | 64.3% | 16,179 | 8.8% | 11,708 | 27.2% | 145,617 | 64.4% |
| 熊本 | 173,388 | 69.4% | 19,778 | 7.9% | 13,461 | 25.2% | 206,627 | 68.1% |
| 大分 | 121,009 | 72.5% | 16,250 | 9.7% | 12,184 | 30.5% | 149,443 | 72.3% |
| 宮崎 | 106,141 | 64.2% | 12,605 | 7.6% | 7,801 | 22.8% | 126,547 | 63.4% |
| 鹿児島 | 122,887 | 50.9% | 26,648 | 11.0% | 12,717 | 22.5% | 162,252 | 54.5% |
| 沖縄 | 142,423 | 66.5% | 10,156 | 4.7% | 14,391 | 28.3% | 166,970 | 63.0% |
| 合計 | 9,563,937 | 57.7% | 1,180,723 | 7.1% | 1,082,509 | 28.3% | 11,827,169 | 57.9% |

### ⅱ）特定保健指導の実施率及び質の向上

#### 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において、メタボリックシンドロームのリスクがあり、生活習慣の改善が必要な40歳以上の被保険者には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[30]を実施しています。

#### ア）2023年度の実績について

2023年度の被保険者の特定保健指導実施率は、2022年度の実施率18.2％から1.6％ポイント増加し、19.8％となりました。また、初回面談実施者数は535,502人、実績評価者数は407,399人となっており、それぞれ2022年度から、59,427人（12.5％）、37,026人(10.0％)増加しています。2023年度KPI（36.4％）は達成できませんでしたが、実施率、実施者数ともに過去最高となっています（図表4-52、4-53参照)。

これまでの支部の取組により実施率及び実施者数は向上しているものの、依然として目標値との乖離が大きく、より一層取組を強化していく必要があります。

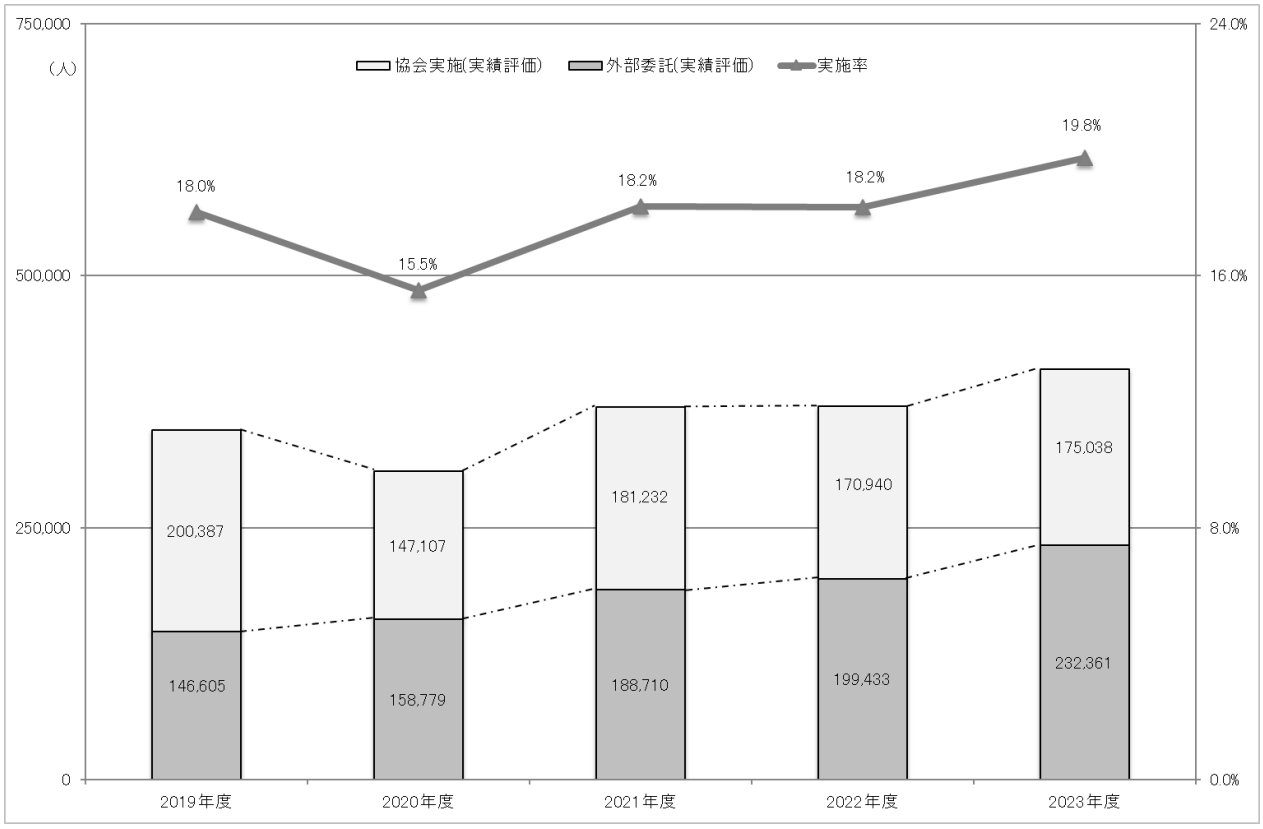
**［(図表 4-52）特定保健指導の実績（被保険者)］**

| | | | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 前年度比（増減） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保健指導対象者数 | | | 1,925,493人 | 1,967,887人 | 2,031,511人 | 2,038,259人 | 2,062,646人 | 24,387人 |
| 特定保健指導 | 初回面談 | 協会実施 | 232,832人 | 188,806人 | 214,931人 | 211,944人 | 218,012人 | 6,068人 |
| | | 外部委託 | 196,542人 | 208,616人 | 242,679人 | 264,131人 | 317,490人 | 53,359人 |
| | | 計 | 429,374人 | 397,422人 | 457,610人 | 476,075人 | 535,502人 | 59,427人 |
| | 実績評価 | 協会実施 | 200,387人 | 147,107人 | 181,232人 | 170,940人 | 175,038人 | 4,098人 |
| | | 外部委託 | 146,605人 | 158,779人 | 188,710人 | 199,433人 | 232,361人 | 32,928人 |
| | | 計 | 346,992人 | 305,886人 | 369,942人 | 370,373人 | 407,399人 | 37,026人 |
| | 実施率 | | 18.0% | 15.5% | 18.2% | 18.2% | 19.8% | 1.6% |
| その他保健指導※ | | | 71,001人 | 124,746人 | 140,657人 | 133,186人 | 111,267人 | ▲ 21,919人 |
| 保健指導人員体制 | 保健師 | | 467人 | 455人 | 426人 | 418人 | 419人 | 1人 |
| | 管理栄養士 | | 252人 | 254人 | 246人 | 240人 | 223人 | ▲ 17人 |
| | 計 | | 719人 | 709人 | 672人 | 658人 | 642人 | ▲ 16人 |

※　「その他保健指導」とは、特定保健指導対象者以外の方への保健指導です。

[30] 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。

［（図表4-53）特定保健指導の実績評価者数等の推移（被保険者）］




**イ）2023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、利用案内の徹底や各種ツールを活用した利用勧奨を行うとともに、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。

**（特定保健指導の利用案内の徹底）**

特定健診は、特定保健指導対象者や受診勧奨対象者を抽出するためのスクリーニングであり、特定保健指導によって生活習慣の改善を促すことは一連の取組において極めて重要な目的です。加入者が生活習慣病に移行しないよう、特定保健指導の対象となった旨をあまねく通知し、指導機会を確保するため、特定保健指導対象者全員への利用案内（指導機会の確保を含む。）を段階的に目指すこととし、2023年度は各支部において実情に応じた体制確保を進めました。

**（各種ツールを活用した特定保健指導の利用勧奨）**

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

その際には、前述の「健診・保健指導カルテ」や、事業主の方々に自社の健診受診率や健診

結果、医療費の相対的な位置付けについて認識していただくために作成している、後述の「事業所健康度診断シート」（以下、「事業所カルテ」という。）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。

健診機関において健診当日に初回面談を実施することで、受診者の利便性を高めつつ、健康意識が高い状態で効果的な特定保健指導を実施することができるため、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。

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なり、2023年度は、健診当日の初回面談を実施していない健診機関に対する働きかけを行うとともに、既に健診当日の初回面談を実施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、支部の幹部職員等による健診機関への訪問を実施し、積極的な働きかけを行いました。

本部においては、特定保健指導に係る契約が未締結の健診機関や、特定保健指導実施率等が低い健診機関に対し、支部が円滑にアプローチできるようにするため、健診団体に協力依頼を行い、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、健診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、特定保健指導に係る契約が未締結の健診機関への働きかけや、特定保健指導実施率等が低い健診機関に対する取組の強化を促すことを目的として、健診機関別の特定保健指導に係る実績を全支部に提供しました。

こうした取組の効果もあり、2023年度の健診機関における特定保健指導の委託機関は2022年度から86機関増加し、1,464機関となりました。このうち、健診当日に初回面談の実施が可能な委託機関は1,362機関（対前年度91機関増）となり、委託機関の約93％（対前年度0.8％ポイント増）を占めています。また、健診当日に初回面談を完了（一括実施）できる委託機関は1,110機関（対前年度70機関増）となりました（図表4-54参照）。このほか、協会の保健師及び管理栄養士が初回面談を実施し、その後の継続的支援を保健指導専門機関で行う委託について、2023年度は33支部（対前年度4支部増）が実施しました。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実施している委託機関もあり、2023年度は遠隔による初回面談の当日実施を33支部（対前年度3支部増）、遠隔による初回面談の後日実施を46支部（前年度と同じ）が実施しました。

健診機関や保健指導専門機関への委託による初回面談実施者数は317,490人、実績評価者数は232,361人となり、それぞれ前年度から、53,359人（20.2％）、32,928人（16.5％）増加しています。外部委託による特定保健指導を引き続き推進し、特定保健指導実施率の向上を図ってまいります。

## [（図表4-54）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 | 2023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 | 1,464 |
| 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 | 1,362 |
| ①-1 一括実施 | － | 177 | 358 | 430 | 493 | 499 | 517 | 586 | 715 | 892 | 930 | 971 | 1,040 | 1,110 |
| ①-2 分割実施 | － | － | － | － | － | － | － | － | 480 | 737 | 779 | 812 | 899 | 977 |
| ②後日に初回面談を実施する機関数 | － | － | － | － | － | － | － | － | 344 | 113 | 119 | 116 | 107 | 102 |

※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2018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、2023年度：725機関）があるため、①と一致しない。

### （健診当日の特定保健指導の効果的な利用勧奨等）

2022年度に実施支部の募集及び選定を行い、2023年度は「健診当日の特定保健指導の効果的な利用勧奨等」をテーマとしたパイロット事業を3支部（岩手、新潟、奈良）で実施しました。2024年度に効果検証を実施できるよう進めています。

### （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[31]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[32]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2㎝・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[33]しており、2023年度は、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34,213人のうち、10,224人（29.9%）がモデル要件で終了しています。

2023年度に実施した効果検証において、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高い結果となり、一定の減量効果が継続していることを確認できました（図表4-55、4-56参照）。

2024年度から開始する第4期の特定保健指導ではアウトカム評価が導入され、モデル要件と同様に一定の効果（腹囲2㎝・体重2kg減等）が得られた場合はポイントの算定ができるようになります。ポイント検証モデルは終了となりますが、蓄積されたノウハウを活用し、効率的・効果的な特定保健指導を行えるよう好事例の収集・分析、共有に努めていきます。

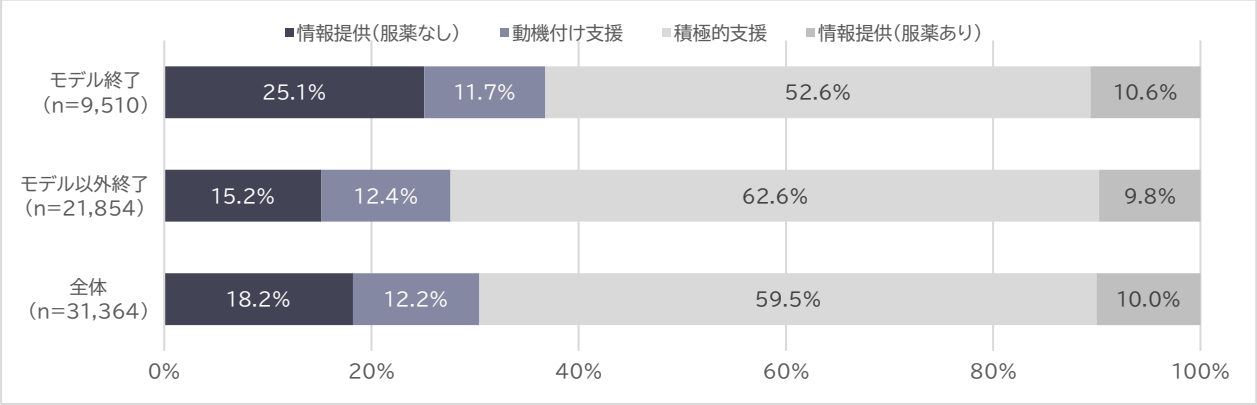
---

31 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。

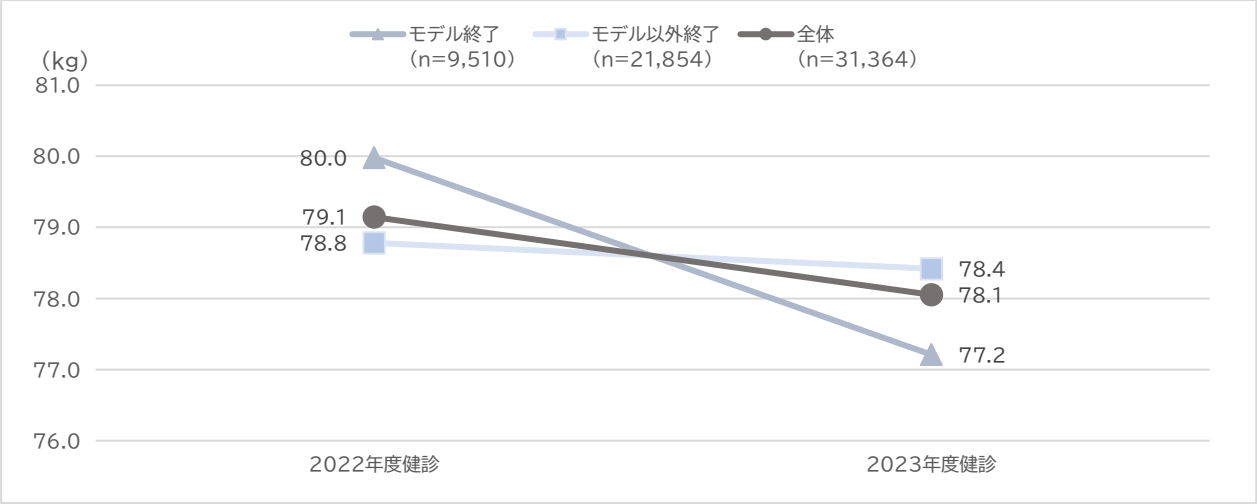
32 2023年度までの第3期の特定保健指導における「積極的支援」の終了要件等については、厚生労働省が策定する「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」において、「ポイント制を導入し、180ポイント以上の支援を実施することを必須とする」ことが示されています（例，個別支援（面談）10分：40ポイント、電話支援5分：15ポイント）。

33 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。

［（図表4-55）階層化レベルの改善率］




［（図表4-56）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）

特定保健指導は、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、特定保健指導においては、実施率に加え、成果に着目した取組を進めることが重要となります。

2023年度は、2024年度から特定保健指導にアウトカム評価が導入されるため、腹囲2㎝・体重2㎏減の達成を目指した特定保健指導を実施できるよう、保健師及び管理栄養士を対象に各種研修を実施しました。

全ての支部保健師を対象として8月に実施した保健師全国研修においては、第4期の特定保健指導の制度設計に携わっている外部講師を招き、効果的な特定保健指導に関する講義・グループワークを実施するとともに、前述のポイント検証モデルにおいて高い実績を上げた支部の好事例を共有しました。

また、2024年1月から3月にかけて、契約保健師及び管理栄養士を対象とした保健師等ブロック研修を全6回開催しました。当該研修では、成果の出る特定保健指導として、指導対象者の行動変容ステージを捉え、更に次のステージに進むような関わり方を習得できるよう、外部講師

による講義・グループワークを実施しました。

加えて、2022年度から保健事業全体の企画立案・調整等を行うために必要な資質と意欲を有する支部保健師を育成することを目的として、保健師キャリア育成課程をスタートさせており、2023年5月には全4回のうち最後となる研修を開催し、人材を育成する上で必要なリーダーシップや実践で活用できるマネジメント等について講義を行いました。

**[（図表4-57）保健師キャリア育成課程の実施内容]**

| 日　程 | 内　容 |
|---|---|
| 2022年<br>4月18日<br>・<br>4月19日 | ◎支部保健師の役割を果たすための意識づけ |
| | 【グループワーク】<br>自身の保健師としての原点を振り返る、支部保健師のあり方と必要な能力 |
| | 【講義】<br>組織におけるリーダーシップ　～保健師が保健事業のリーダーとなる意義～<br>講師：日本看護協会専務理事　勝又浜子氏 |
| | 【グループワーク】<br>支部保健師活動の振り返り |
| | ◎保健事業のPDCA① |
| | 【演習】<br>データヘルス計画の事業評価 |
| OJT | データヘルス計画における保健事業の事業評価、SPSS演習 |
| 2022年<br>5月31日<br>・<br>6月1日 | ◎保健事業の企画・立案・プレゼンテーション① |
| | 【講義】<br>加入者の健康づくりを促進するための保健師の役割<br>～身体活動の推進と健康増進のための街づくり～<br>講師：筑波大学人間総合科学学術院　スポーツウエルネス学学位プログラムリーダー・SWC政策開発研究センター長　教授・医学博士　久野譜也氏 |
| | 【講義】<br>組織内で説得するための資料作成とプレゼンテーション<br>～支部保健師として、誰に、どのようにはたらきかけるのか～<br>講師：大阪大学大学院医学系研究科特任准教授　野口緑氏 |
| | ◎保健事業のPDCA② |
| | 【演習】<br>健康課題の抽出と企画書作成 |
| OJT | 支部の課題分析と企画立案、支部内でのプレゼンテーション |
| 2022年<br>11月9日<br>・<br>11月10日 | ◎保健事業の企画・立案・プレゼンテーション② |
| | 【演習】<br>保健事業の企画・立案・プレゼンテーション |
| | ◎地域・職域連携 |
| | 【講義】<br>地域職域連携の実現に向けた支部保健師の役割<br>講師：女子栄養大学特任教授　津下一代氏 |
| | 【グループワーク】<br>地域・職域連携の実践例から支部の取組の検討 |
| OJT | 支部の健康課題から地域職域連携に向けての行動計画策定、実施 |
| 2023年<br>5月16日<br>・ | ◎地域・職域連携② |
| | 【演習】<br>支部の健康課題から地域職域連携に向けた行動計画、実施内容報告 |

| | |
|---|---|
| 5月17日 | ◎人材育成 |
| | 【講義】<br>実践に活かすマネジメント<br>講師:国家公務員共済組合連合会　虎の門病院　副院長・看護部長　若本恵子氏 |
| | 【グループワーク】<br>① 契約保健師・管理栄養士を管理育成する上でのリーダーシップ<br>② 委託機関を管理する上でのマネジメント |

### ②　被扶養者の保健指導

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

#### ア）2023年度の実績について

2023年度の被扶養者の特定保健指導実施率は2022年度の実施率15.5%から0.1%ポイント増加し、15.6%となりました。初回面談実施者数は16,281人、実績評価者数は13,555人となっており、2022年度から、初回面談実施者数は55人(0.3%)増加しましたが、実績評価者数は384人(2.8%)減少しました。実績評価者数は減少しましたが、対象者数が2,995人（3.3%）減少したため、2023年度KPI（15.8%）を概ね達成し、実施率については過去最高となっています（図表4-58参照)。

**[(図表4-58）特定保健指導の実績（被扶養者)]**

| | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 前年度比（増減） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 対象者数 | 95,253人 | 81,993人 | 95,352人 | 90,079人 | 87,084人 | ▲ 2,995人 |
| 初回面談 | 14,866人 | 11,678人 | 15,295人 | 16,226人 | 16,281人 | 55人 |
| 実績評価 | 11,210人 | 10,780人 | 12,236人 | 13,939人 | 13,555人 | ▲ 384人 |
| 実施率 | 11.8% | 13.1% | 12.8% | 15.5% | 15.6% | 0.1% |

#### イ）2023年度の実施率向上に向けた主な取組

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

また、2018年度から、健診当日に一部の健診結果が揃わない場合であっても初回面談の分割実施が可能とされたことを踏まえ、健診機関への委託による実施に加え、協会主催の集団健診や自治体との協定等による集団健診の実施会場で特定保健指導を同時に実施する取組を進めています。2023年度の協会主催の集団健診における初回面談実施者数は13,990人（前年度比30.2%増）となりました。これは、被扶養者における2023年度の初回面談実施者数の85.9%を占めています。

### ③　特定保健指導実施率の推移

図表4-59は、2011年度以降の特定保健指導の支部ごとの実施率の最大値及び最小値並びに全

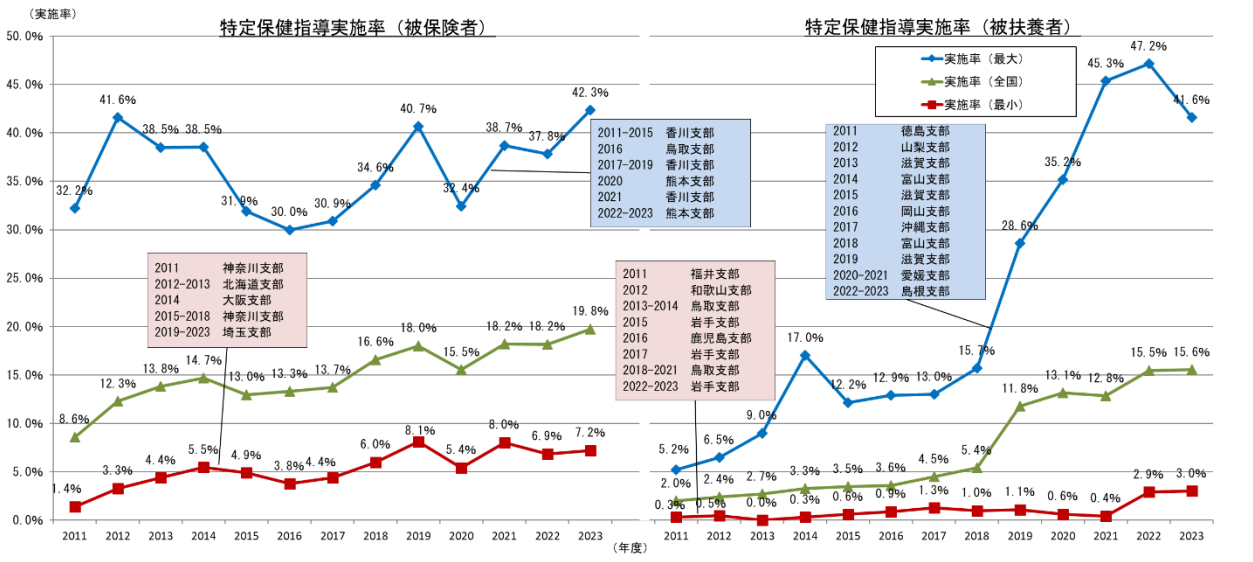
国の実施率の推移を示したものです。

2023年度の被保険者の特定保健指導実施率は、最大は熊本支部の42.3%、最小は埼玉支部の7.2%、全国では19.8%です。また、被扶養者の特定保健指導実施率は、最大は島根支部の41.6%、最小は岩手支部の3.0%、全国では15.6%です。なお、特定保健指導実施率は、中・小規模支部に比べ、大規模支部が低い傾向にあります（図表4-60参照）。

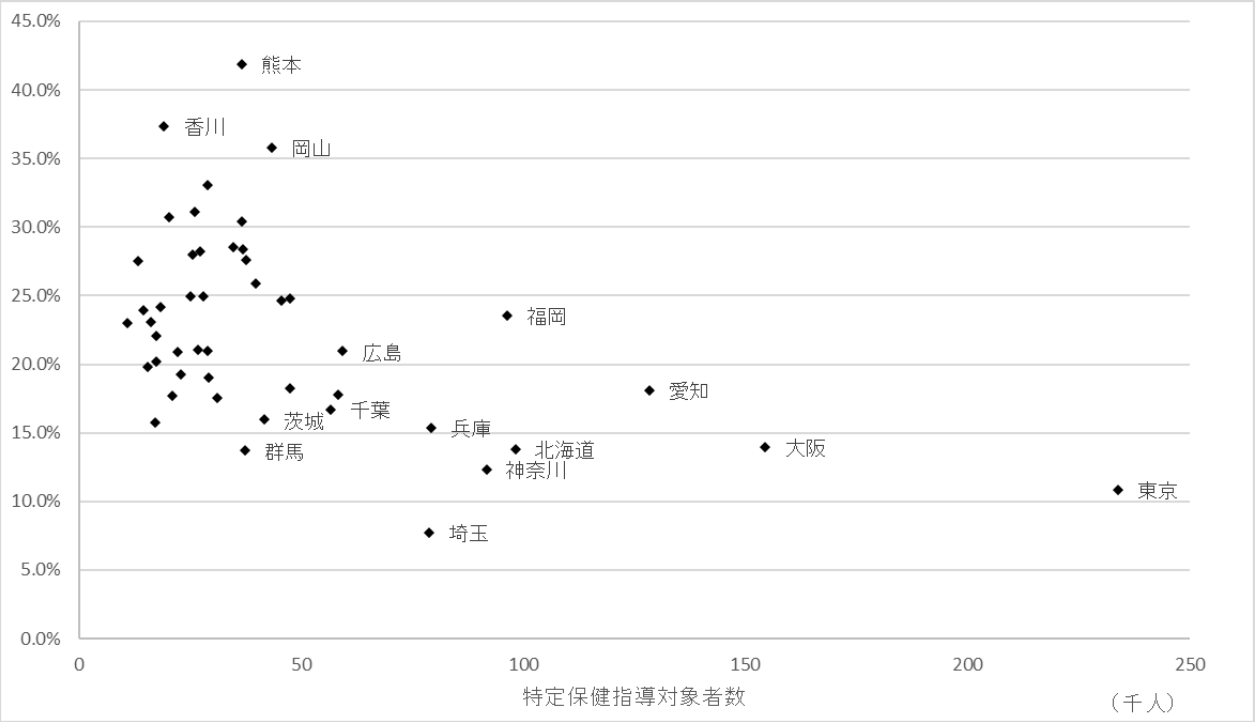
被保険者の特定保健指導実施率は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため、2020年4月から2020年5月まで、緊急事態宣言対象地域等で実施する対面による特定保健指導を中止したこと等により、2020年度の実施率が全国的に低下しましたが、2021年度以降、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策を徹底するとともに、健診当日の初回面談を推進すること等により実施率が回復しています。

被扶養者の特定保健指導実施率は、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）の発行による健診当日の初回面談の推進等により、着実に増加しています。

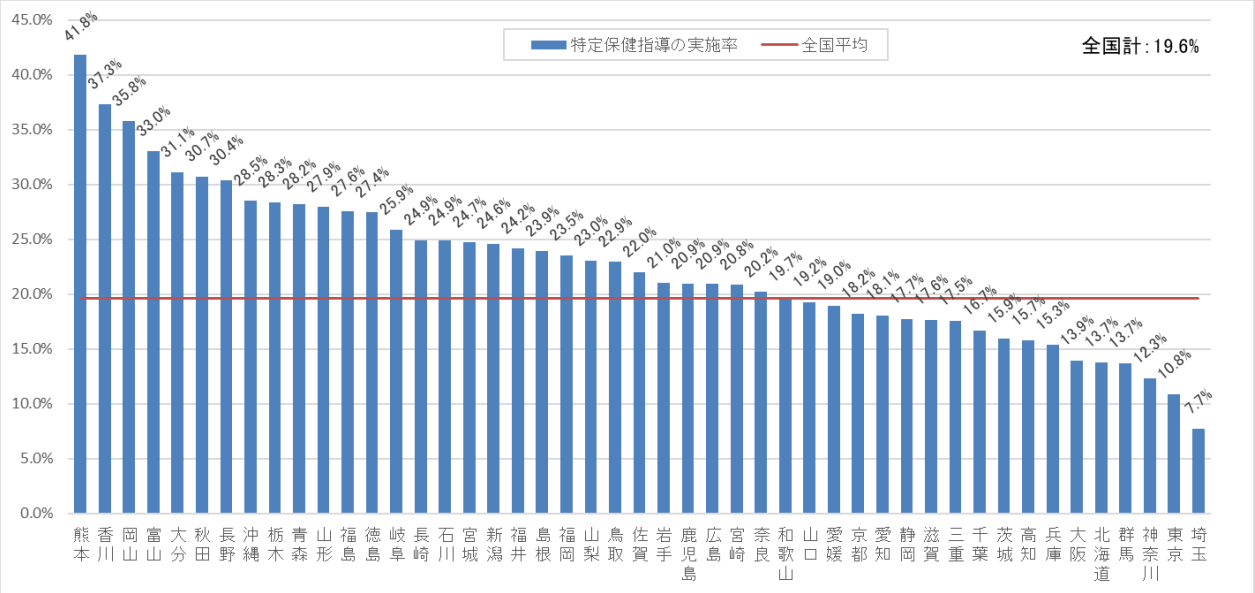
**[（図表4-59）特定保健指導実施率の推移]**



［（図表 4-60）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 4-61）特定保健指導の実施率（加入者）］



## [（図表4-62）各支部における特定保健指導の実績（2023年度）]

| | 被保険者 | | | | | | 被扶養者 | | | | 合計 | | | | 外部委託機関 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 初回面談 | | | 実績評価 | | | 初回面談 | | 実績評価 | | 初回面談 | | 実績評価 | | | | |
| | 実施人数 | 外部委託（再掲） | 実施率 | 実施人数 | 外部委託（再掲） | 実施率 | 実施人数 | 実施率 | 実施人数 | 実施率 | 実施人数 | 実施率 | 実施人数 | 実施率 | 契約機関数 | 健診当日実施 一括 | 健診当日実施 分割 |
| 北海道 | 17,995 | (12,738) | 19.0% | 12,790 | (8,804) | 13.5% | 805 | 21.0% | 746 | 19.4% | 18,800 | 19.1% | 13,536 | 13.7% | 41 | 30 | 27 |
| 青森 | 9,368 | (4,532) | 35.6% | 7,544 | (3,223) | 28.7% | 229 | 22.4% | 156 | 15.2% | 9,597 | 35.1% | 7,700 | 28.2% | 10 | 6 | 7 |
| 岩手 | 7,469 | (2,908) | 29.1% | 5,609 | (1,916) | 21.8% | 35 | 3.0% | 35 | 3.0% | 7,504 | 27.9% | 5,644 | 21.0% | 12 | 8 | 11 |
| 宮城 | 15,807 | (9,778) | 34.8% | 11,501 | (6,809) | 25.3% | 344 | 16.1% | 249 | 11.6% | 16,151 | 34.0% | 11,750 | 24.7% | 30 | 24 | 25 |
| 秋田 | 7,562 | (1,049) | 38.4% | 6,183 | (953) | 31.4% | 110 | 13.8% | 105 | 13.1% | 7,672 | 37.5% | 6,288 | 30.7% | 11 | 9 | 6 |
| 山形 | 10,652 | (5,773) | 43.3% | 7,082 | (4,042) | 28.8% | 111 | 10.2% | 99 | 9.1% | 10,763 | 41.9% | 7,181 | 27.9% | 18 | 14 | 7 |
| 福島 | 11,990 | (4,027) | 33.2% | 10,204 | (3,049) | 28.2% | 203 | 13.0% | 188 | 12.1% | 12,193 | 32.3% | 10,392 | 27.6% | 45 | 35 | 28 |
| 茨城 | 7,372 | (2,032) | 18.5% | 6,559 | (1,542) | 16.4% | 120 | 6.1% | 106 | 5.4% | 7,492 | 17.9% | 6,665 | 15.9% | 25 | 21 | 15 |
| 栃木 | 12,549 | (7,822) | 35.2% | 10,214 | (6,127) | 28.7% | 316 | 24.3% | 259 | 19.9% | 12,865 | 34.8% | 10,473 | 28.3% | 13 | 12 | 9 |
| 群馬 | 6,606 | (3,543) | 18.4% | 5,041 | (2,651) | 14.0% | 74 | 4.9% | 74 | 4.9% | 6,680 | 17.8% | 5,115 | 13.7% | 19 | 15 | 15 |
| 埼玉 | 7,343 | (3,993) | 9.7% | 5,440 | (2,722) | 7.2% | 685 | 20.0% | 604 | 17.6% | 8,028 | 10.2% | 6,044 | 7.7% | 37 | 20 | 30 |
| 千葉 | 13,213 | (9,115) | 24.3% | 9,287 | (5,902) | 17.1% | 239 | 10.5% | 162 | 7.1% | 13,452 | 23.7% | 9,449 | 16.7% | 23 | 18 | 17 |
| 東京 | 33,002 | (27,602) | 14.8% | 24,175 | (20,395) | 10.8% | 1,373 | 13.3% | 1,155 | 11.2% | 34,375 | 14.7% | 25,330 | 10.8% | 91 | 60 | 69 |
| 神奈川 | 16,165 | (12,100) | 18.1% | 10,825 | (7,726) | 12.1% | 469 | 17.1% | 474 | 17.2% | 16,634 | 18.1% | 11,299 | 12.3% | 61 | 43 | 31 |
| 新潟 | 13,906 | (7,912) | 31.9% | 11,031 | (5,984) | 25.3% | 200 | 9.9% | 193 | 9.6% | 14,106 | 30.9% | 11,224 | 24.6% | 21 | 21 | 13 |
| 富山 | 11,133 | (7,073) | 39.3% | 9,446 | (5,503) | 33.3% | 218 | 26.6% | 188 | 22.9% | 11,351 | 38.9% | 9,634 | 33.0% | 28 | 28 | 24 |
| 石川 | 8,118 | (5,182) | 29.9% | 6,890 | (3,995) | 25.3% | 163 | 16.6% | 121 | 12.3% | 8,281 | 29.4% | 7,011 | 24.9% | 30 | 21 | 6 |
| 福井 | 5,250 | (1,087) | 29.4% | 4,371 | (916) | 24.4% | 152 | 30.8% | 67 | 13.6% | 5,402 | 29.4% | 4,438 | 24.2% | 12 | 7 | 2 |
| 山梨 | 5,636 | (1,737) | 36.4% | 3,693 | (1,373) | 23.8% | 99 | 11.5% | 77 | 8.9% | 5,735 | 35.0% | 3,770 | 23.0% | 11 | 11 | 5 |
| 長野 | 13,940 | (5,265) | 39.2% | 10,856 | (3,685) | 30.5% | 351 | 30.0% | 286 | 24.5% | 14,291 | 38.9% | 11,142 | 30.4% | 38 | 34 | 18 |
| 岐阜 | 13,024 | (7,631) | 33.9% | 9,972 | (5,693) | 26.0% | 392 | 24.5% | 377 | 23.6% | 13,416 | 33.6% | 10,349 | 25.9% | 31 | 23 | 18 |
| 静岡 | 13,169 | (9,938) | 23.2% | 10,036 | (7,331) | 17.7% | 400 | 24.0% | 312 | 18.7% | 13,569 | 23.2% | 10,348 | 17.7% | 47 | 39 | 37 |
| 愛知 | 28,838 | (21,674) | 23.4% | 22,463 | (15,740) | 18.2% | 934 | 18.1% | 750 | 14.5% | 29,772 | 23.2% | 23,213 | 18.1% | 132 | 86 | 103 |
| 三重 | 6,474 | (3,712) | 21.7% | 5,279 | (2,846) | 17.7% | 306 | 22.6% | 194 | 14.3% | 6,780 | 21.7% | 5,473 | 17.5% | 24 | 21 | 20 |
| 滋賀 | 3,957 | (626) | 20.0% | 3,389 | (489) | 17.1% | 408 | 32.7% | 328 | 26.3% | 4,365 | 20.7% | 3,717 | 17.6% | 18 | 10 | 11 |
| 京都 | 12,070 | (7,272) | 26.4% | 8,400 | (4,764) | 18.4% | 349 | 17.7% | 298 | 15.1% | 12,419 | 26.0% | 8,698 | 18.2% | 38 | 26 | 28 |
| 大阪 | 25,318 | (19,403) | 17.2% | 20,382 | (16,077) | 13.8% | 1,415 | 20.0% | 1,161 | 16.4% | 26,733 | 17.3% | 21,543 | 13.9% | 79 | 54 | 65 |
| 兵庫 | 17,325 | (9,794) | 22.7% | 11,794 | (6,149) | 15.4% | 497 | 16.6% | 386 | 12.9% | 17,822 | 22.5% | 12,180 | 15.3% | 54 | 38 | 47 |
| 奈良 | 3,926 | (426) | 23.8% | 3,350 | (295) | 20.3% | 205 | 21.3% | 176 | 18.3% | 4,131 | 23.6% | 3,526 | 20.2% | 11 | 6 | 9 |
| 和歌山 | 3,791 | (1,032) | 25.4% | 2,866 | (669) | 19.2% | 235 | 39.8% | 192 | 32.5% | 4,026 | 26.0% | 3,058 | 19.7% | 10 | 6 | 6 |
| 鳥取 | 4,074 | (1,512) | 38.2% | 2,501 | (1,122) | 23.4% | 39 | 11.0% | 28 | 7.9% | 4,113 | 37.3% | 2,529 | 22.9% | 6 | 5 | 3 |
| 島根 | 5,103 | (2,626) | 36.0% | 3,303 | (2,325) | 23.3% | 215 | 44.7% | 200 | 41.6% | 5,318 | 36.3% | 3,503 | 23.9% | 9 | 5 | 6 |
| 岡山 | 18,096 | (11,301) | 43.3% | 15,007 | (9,256) | 35.9% | 510 | 29.9% | 553 | 32.5% | 18,606 | 42.8% | 15,560 | 35.8% | 52 | 41 | 30 |
| 広島 | 16,437 | (10,493) | 29.0% | 12,051 | (7,173) | 21.2% | 623 | 23.9% | 358 | 13.7% | 17,060 | 28.7% | 12,409 | 20.9% | 42 | 34 | 25 |
| 山口 | 5,008 | (1,644) | 22.7% | 4,242 | (1,375) | 19.2% | 219 | 20.5% | 206 | 19.3% | 5,227 | 22.6% | 4,448 | 19.2% | 21 | 15 | 7 |
| 徳島 | 4,787 | (1,083) | 37.1% | 3,620 | (629) | 28.0% | 108 | 17.9% | 91 | 15.1% | 4,895 | 36.2% | 3,711 | 27.4% | 9 | 8 | 7 |
| 香川 | 8,073 | (3,528) | 44.1% | 6,915 | (2,852) | 37.8% | 279 | 27.4% | 298 | 29.2% | 8,352 | 43.2% | 7,213 | 37.3% | 19 | 17 | 10 |
| 愛媛 | 6,578 | (2,808) | 23.5% | 5,147 | (1,965) | 18.4% | 439 | 30.4% | 431 | 29.9% | 7,017 | 23.9% | 5,578 | 19.0% | 18 | 12 | 13 |
| 高知 | 4,315 | (1,325) | 26.1% | 2,588 | (889) | 15.7% | 149 | 20.5% | 124 | 17.0% | 4,464 | 25.9% | 2,712 | 15.7% | 8 | 6 | 4 |
| 福岡 | 30,812 | (24,403) | 33.2% | 22,081 | (16,647) | 23.8% | 904 | 23.5% | 636 | 16.5% | 31,716 | 32.8% | 22,717 | 23.5% | 98 | 88 | 70 |
| 佐賀 | 4,964 | (2,110) | 29.2% | 3,782 | (1,544) | 22.2% | 102 | 16.9% | 93 | 15.4% | 5,066 | 28.8% | 3,875 | 22.0% | 18 | 14 | 17 |
| 長崎 | 9,396 | (3,858) | 38.8% | 6,125 | (2,681) | 25.3% | 209 | 21.3% | 160 | 16.3% | 9,605 | 38.1% | 6,285 | 24.9% | 31 | 25 | 13 |
| 熊本 | 18,980 | (15,790) | 53.3% | 15,079 | (12,485) | 42.3% | 349 | 30.6% | 302 | 26.5% | 19,329 | 52.6% | 15,381 | 41.8% | 38 | 35 | 23 |
| 大分 | 10,175 | (6,143) | 40.4% | 7,901 | (4,672) | 31.4% | 289 | 30.7% | 221 | 23.5% | 10,464 | 40.1% | 8,122 | 31.1% | 23 | 20 | 18 |
| 宮崎 | 6,072 | (864) | 28.0% | 4,608 | (715) | 21.3% | 71 | 9.8% | 55 | 7.6% | 6,143 | 27.4% | 4,663 | 20.8% | 11 | 8 | 9 |
| 鹿児島 | 6,846 | (2,130) | 24.5% | 6,030 | (1,911) | 21.6% | 75 | 6.7% | 57 | 5.1% | 6,921 | 23.8% | 6,087 | 20.9% | 21 | 15 | 6 |
| 沖縄 | 12,818 | (9,096) | 38.4% | 9,747 | (6,750) | 29.2% | 264 | 17.0% | 224 | 14.5% | 13,082 | 37.4% | 9,971 | 28.5% | 20 | 16 | 7 |
| 合計 | 535,502 | (317,490) | 26.0% | 407,399 | (232,361) | 19.8% | 16,281 | 18.7% | 13,555 | 15.6% | 551,783 | 25.7% | 420,954 | 19.6% | 1,464 | 1,110 | 977 |

## ④　保健師の採用強化

戦略的保険者機能の更なる強化を図るためには、専門職たる保健師の採用と育成強化が重要であり、すべての支部において正職員である支部保健師2名以上を配置する体制の構築に向けて、全支部で採用活動を強化しました。その結果、2024年3月末時点で、26名の支部保健師を新たに採用することができました。今後は、支部保健師の育成体制を強化していきます。

## ⑤　保健事業の事務処理体制の検証と標準モデルの策定

支部の保健事業の実施体制については、各支部により支部保健師と事務職員の担当範囲が大きく異なっていることから、本部において保健事業の充実・強化を図るための事務処理体制のあり方を検証し、支部保健師と事務職員がそれぞれの強みを生かし、一体となって保健事業に取り組むための事務処理体制（事務分担等）の標準モデルを策定しました（図表4-63参照）。今後、当該モデルに沿って支部の事務処理体制の充実、強化を促すとともに、階層別研修の内容の見直し等により、保健事業に携わる職員の育成に取り組みます。

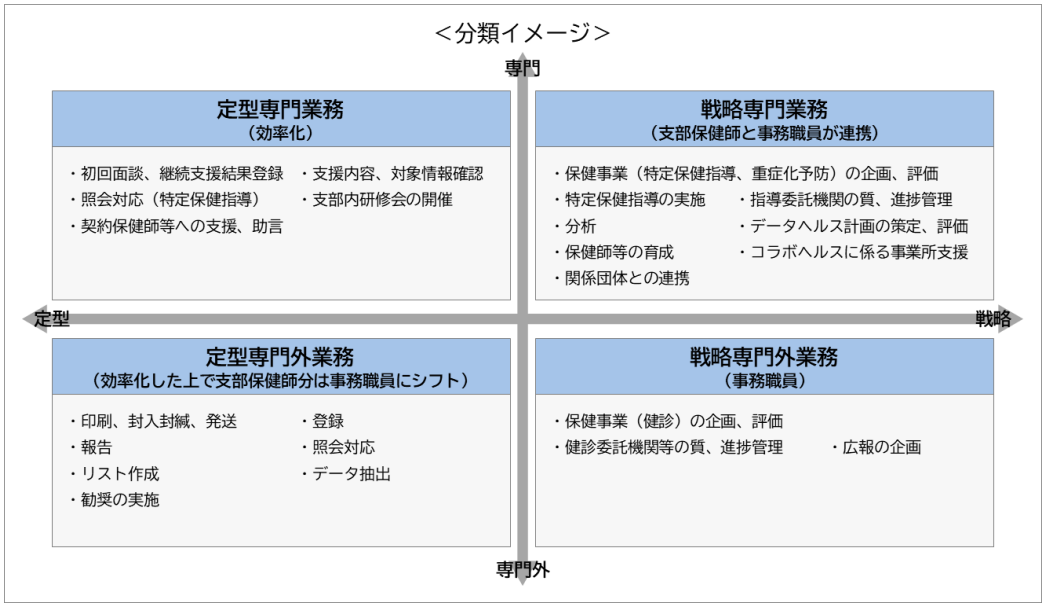
**［（図表4-63）保健事業に係る事務処理体制（事務分担等）の標準モデル］**

### 保健事業に係る事務処理体制（事務分担等）の標準モデル

支部の保健事業について、まずは定型業務の効率化を図り、戦略業務へのシフトを進める。効率化に当たっては、外部委託を積極的に活用するとともに、慣習となっている不要な作業が生じていないかを確認し、廃止を含め、業務の標準化を図る。

また、戦略的保険者機能の更なる充実・強化に向けて、支部で唯一の医療職である支部保健師は、保健事業の企画・立案、評価、分析、委託機関の質の管理、関係団体との連携等の専門業務に一層取り組む。

その際、支部保健師が専門業務に従事する能力・意欲を有し、現行の人員体制において移行が可能と判断できる場合には、支部保健師の定型専門外業務を事務職員に移行し、専門業務に従事するための余力を確保する。加えて、事務職員と連携し、双方が能力を発揮することで、戦略業務の充実・強化を図る。




※1　定型業務とは封入封緘や登録、報告、支払、照会対応等の業務。戦略業務とは企画、計画・予算、データヘルス計画、評価、進捗管理、連携等の業務。

※2　専門業務とは保健師でなければ担えない業務に加え、保健師の専門職としての知見を発揮・活用できる業務（データヘルス計画の策定・評価や重症化予防への関与、コラボヘルスに係る事業所支援等）。専門外業務とはそれ以外の業務。

### ⅲ）重症化予防対策の推進

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

#### ①　未治療者への受診勧奨

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）を行っています。

一次勧奨は、血圧、血糖、脂質に関する数値が一定基準以上（受診勧奨対象域[34]）であった方で、健診受診月の前月から4ヶ月以内に医療機関を未受診かつ健診時の問診で服薬なしと回答した方を対象に、健診受診月から概ね6ヶ月後に医療機関への受診を勧奨する文書を本部から送付しています。

また、二次勧奨は、一次勧奨実施後に、より重症域[35]の方を対象として、各支部において地域の実情を踏まえ、電話・文書等によって実施しています。

#### ア）2023年度の実績について

2022年度に生活習慣病予防健診を受けた約1,050万人のうち、一次勧奨対象者は405,316人、うち37,106人（9.2%）の方が一次勧奨文書送付後3ヶ月以内に医療機関を受診しました。受診率が低い連続該当者の割合が増加したこともあり、2023年度KPI（13.1%）は達成できませんでした。

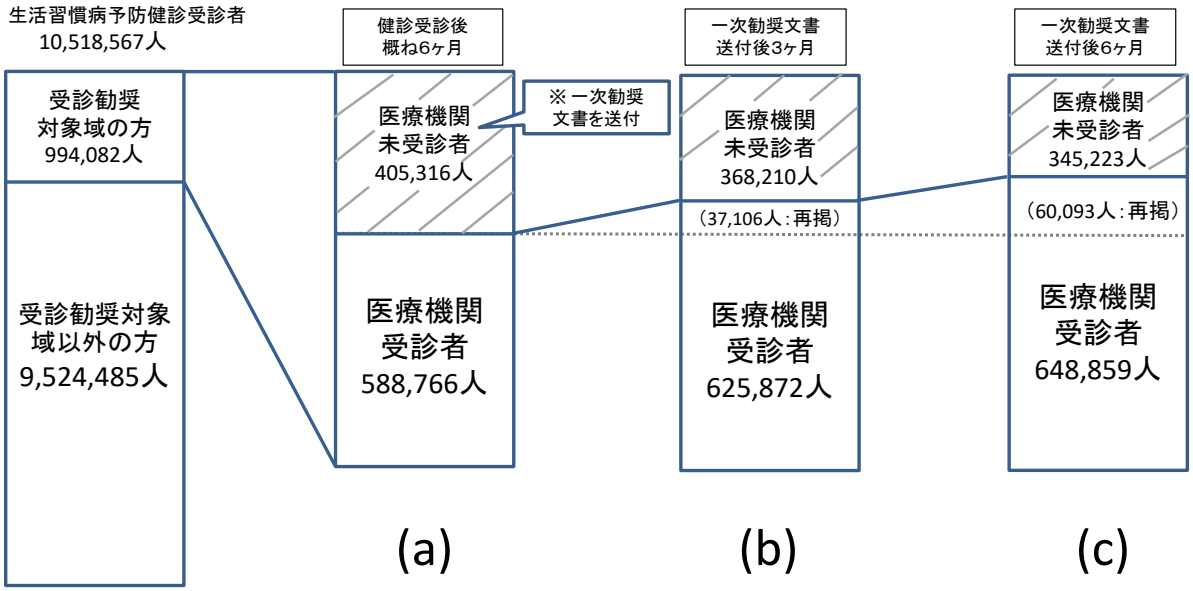
一次勧奨文書送付後6ヶ月以内に医療機関を受診した者は60,093人（14.8%）となっており、着実に医療機関の受診につながっている一方、依然として目標値との乖離が大きく、より一層取組を強化していく必要があります（図表4-64、4-65、4-66、4-67参照）。

---

34　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

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

## [（図表4-64）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（2022年度健診受診者）①]




## [（図表4-65）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（2022年度健診受診者）②]

| | 受診勧奨通知を発送した人数 | 勧奨通知発送後3ヶ月間 | | 勧奨通知発送後6ヶ月間 | | | 受診勧奨通知を発送した人数 | 勧奨通知発送後3ヶ月間 | | 勧奨通知発送後6ヶ月間 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 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 | 19,412 | 1,370 | 7.1% | 2,427 | 12.5% | 滋賀 | 4,230 | 355 | 8.4% | 574 | 13.6% |
| 青森 | 5,190 | 499 | 9.6% | 775 | 14.9% | 京都 | 8,992 | 739 | 8.2% | 1,269 | 14.1% |
| 岩手 | 4,956 | 478 | 9.6% | 749 | 15.1% | 大阪 | 24,960 | 1,989 | 8.0% | 3,332 | 13.3% |
| 宮城 | 10,746 | 1,027 | 9.6% | 1,593 | 14.8% | 兵庫 | 15,515 | 1,281 | 8.3% | 2,151 | 13.9% |
| 秋田 | 3,547 | 403 | 11.4% | 609 | 17.2% | 奈良 | 2,530 | 306 | 12.1% | 452 | 17.9% |
| 山形 | 5,523 | 589 | 10.7% | 879 | 15.9% | 和歌山 | 2,773 | 265 | 9.6% | 454 | 16.4% |
| 福島 | 7,604 | 672 | 8.8% | 1,128 | 14.8% | 鳥取 | 2,564 | 250 | 9.8% | 402 | 15.7% |
| 茨城 | 8,722 | 883 | 10.1% | 1,377 | 15.8% | 島根 | 3,126 | 240 | 7.7% | 421 | 13.5% |
| 栃木 | 7,986 | 1,044 | 13.1% | 1,447 | 18.1% | 岡山 | 7,037 | 615 | 8.7% | 999 | 14.2% |
| 群馬 | 8,361 | 837 | 10.0% | 1,285 | 15.4% | 広島 | 10,088 | 810 | 8.0% | 1,378 | 13.7% |
| 埼玉 | 14,941 | 1,218 | 8.2% | 2,079 | 13.9% | 山口 | 4,913 | 401 | 8.2% | 662 | 13.5% |
| 千葉 | 13,386 | 1,256 | 9.4% | 2,038 | 15.2% | 徳島 | 2,207 | 158 | 7.2% | 313 | 14.2% |
| 東京 | 39,824 | 3,117 | 7.8% | 5,221 | 13.1% | 香川 | 3,043 | 256 | 8.4% | 462 | 15.2% |
| 神奈川 | 19,102 | 1,700 | 8.9% | 2,777 | 14.5% | 愛媛 | 6,233 | 498 | 8.0% | 837 | 13.4% |
| 新潟 | 8,640 | 841 | 9.7% | 1,386 | 16.0% | 高知 | 3,678 | 288 | 7.8% | 517 | 14.1% |
| 富山 | 5,311 | 586 | 11.0% | 870 | 16.4% | 福岡 | 18,634 | 2,183 | 11.7% | 3,201 | 17.2% |
| 石川 | 4,992 | 541 | 10.8% | 850 | 17.0% | 佐賀 | 2,787 | 376 | 13.5% | 534 | 19.2% |
| 福井 | 3,676 | 400 | 10.9% | 619 | 16.8% | 長崎 | 4,802 | 380 | 7.9% | 692 | 14.4% |
| 山梨 | 4,133 | 343 | 8.3% | 584 | 14.1% | 熊本 | 6,289 | 595 | 9.5% | 1,030 | 16.4% |
| 長野 | 6,662 | 630 | 9.5% | 997 | 15.0% | 大分 | 4,398 | 376 | 8.5% | 665 | 15.1% |
| 岐阜 | 7,489 | 748 | 10.0% | 1,101 | 14.7% | 宮崎 | 4,181 | 395 | 9.4% | 667 | 16.0% |
| 静岡 | 11,915 | 1,278 | 10.7% | 2,047 | 17.2% | 鹿児島 | 6,055 | 720 | 11.9% | 1,112 | 18.4% |
| 愛知 | 21,683 | 1,884 | 8.7% | 3,077 | 14.2% | 沖縄 | 5,886 | 540 | 9.2% | 958 | 16.3% |
| 三重 | 6,594 | 746 | 11.3% | 1,096 | 16.6% | 合計 | 405,316 | 37,106 | 9.2% | 60,093 | 14.8% |

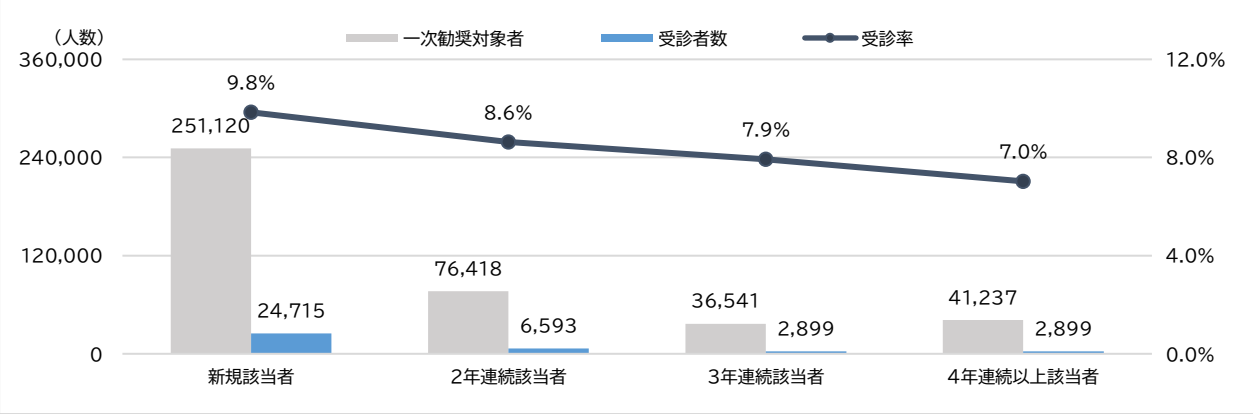
※　2022年度健診受診者（勧奨通知発送：2022年10月～2023年9月）の医療機関への受診状況を集計したもの。

※　図表4-64の(a)→(b)→(c)の支部別の推移を表したもの。

［（図表4-66）新規・連続該当者の割合（2020～2022年度健診受診者）］

| 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） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2020年度健診受診者 | 263,476人（64.0%） | 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（64.7%） | 81,964人（18.5%） | 34,632人（8.0%） | 38,831人（8.8%） | 414,656人 | 155,427人（37.5%） |
| 2022年度健診受診者 | 251,120人（62.0%） | 76,418人（18.9%） | 36,541人（9.0%） | 41,237人（10.2%） | 405,316人 | 154,196人（38.0%） |

［（図表4-67）新規・連続該当者の受診率（2022年度健診受診者）］




### イ）2023年度の受診率向上に向けた主な取組

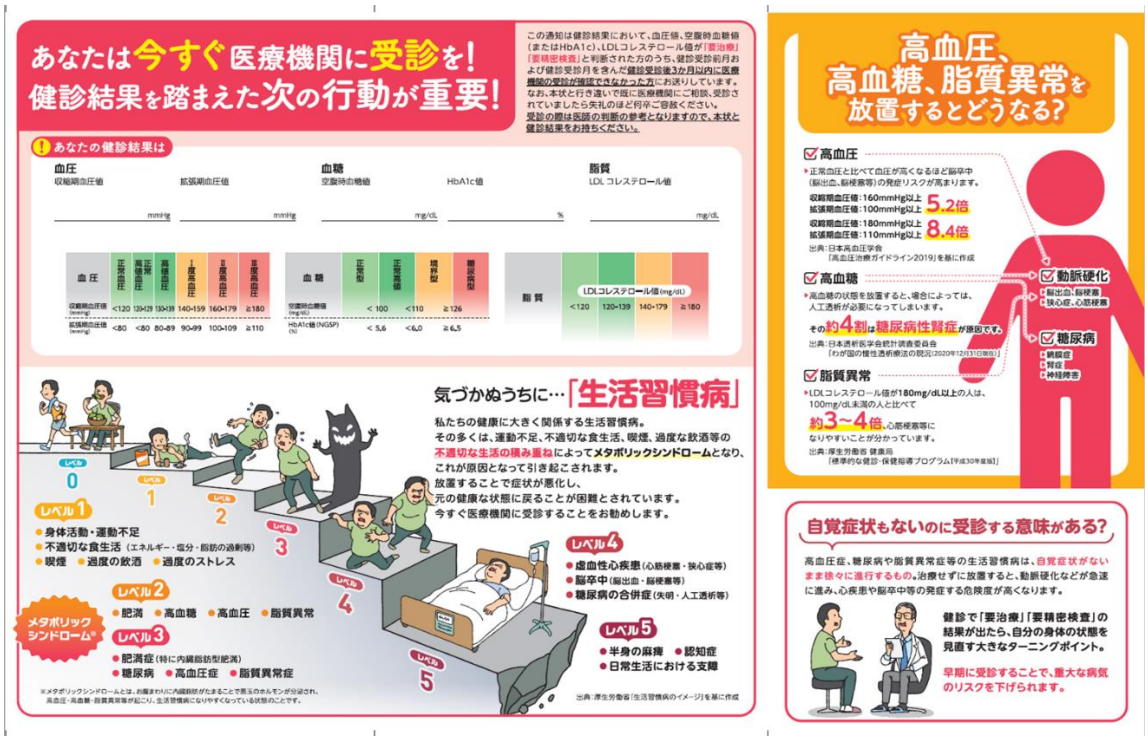
2022年度に生活習慣病予防健診を受けられた約1,050万人のうち、一次勧奨対象者405,316人の方に本部から一次勧奨文書を送付しました。また、2022年4月以降に生活習慣病予防健診を受けられた方から開始しているLDLコレステロール値に基づく一次勧奨を281,128人の方に実施しました。また、二次勧奨は、各支部において地域の実情を踏まえ、外部委託を活用しつつ、電話（98,212件）、文書（353,239件）、面談（3,928件）等による受診勧奨を実施しました（図表4-68、4-69、4-70参照）。

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

## ［（図表4-68）未治療者への受診勧奨（一次勧奨文書発送状況）］

| 健診受診年度 | 通知時期 | | | 一次勧奨件数 | 二次対象（再掲） | 抽出割合（発送件数/健診受診者数） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2018年度 | 初回通知（2018年10月末） | ～ | 12回通知（2019年9月末） | 359,041 | 91,354 | 4.0% |
| 2019年度 | 初回通知（2019年10月末） | ～ | 12回通知（2020年9月末） | 382,406 | 96,354 | 3.9% |
| 2020年度 | 初回通知（2020年10月末） | ～ | 12回通知（2021年9月末） | 407,490 | 103,730 | 4.3% |
| 2021年度 | 初回通知（2021年10月末） | ～ | 12回通知（2022年9月末） | 414,656 | 103,236 | 4.1% |
| 2022年度 | 初回通知（2022年10月末） | ～ | 12回通知（2023年9月末） | 686,444 | 139,517 | 6.5% |

## ［（図表4-69）未治療者受診勧奨通知（一次勧奨）］



［（図表4-70）支部別の二次勧奨実施方法］

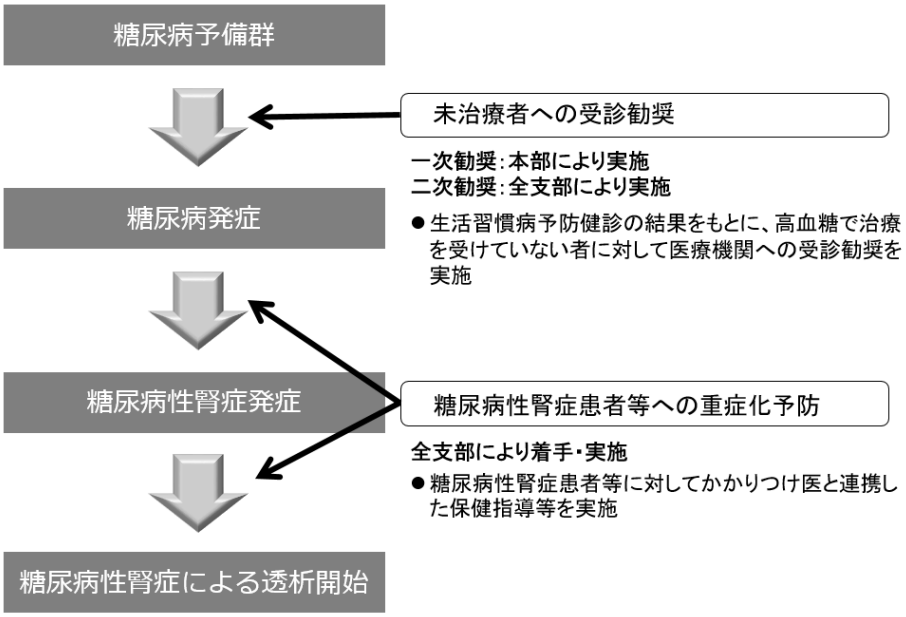
| 実施方法 | | | 実施支部 | |
|---|---|---|---|---|
| 電話 | 文書 | 面談 | | |
| ● | ● | ● | 12支部 | 福島　栃木　新潟　長野　岐阜　和歌山　岡山　徳島　香川　佐賀<br>長崎　沖縄 |
| ● | ● | | 28支部 | 青森　岩手　宮城　秋田　茨城　群馬　埼玉　千葉　神奈川　富山<br>石川　山梨　静岡　三重　滋賀　京都　大阪　奈良　島根　広島<br>山口　愛媛　高知　福岡　熊本　大分　宮崎　鹿児島 |
| ● | | | 1支部 | 愛知 |
| | ● | | 6支部 | 北海道　山形　東京　福井　兵庫　鳥取 |

## ②　糖尿病性腎症患者等の重症化予防

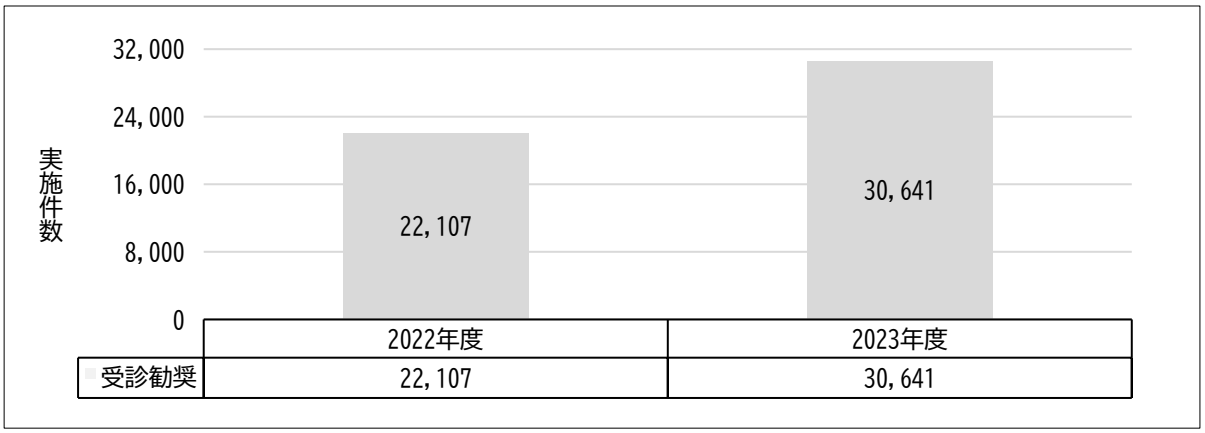
治療中の糖尿病性腎症患者に対し、糖尿病性腎症のほか生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病）の重症化を防ぐため、かかりつけ医等と連携して保健指導を実施することにより、加入者の生活の質（QOL）の維持を図るほか、人工透析への移行を防止することによる医療費適正化を図っています（図表4-71参照）。

2023年度も引き続き、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等の実施に向けて、県や市区町村、国民健康保険団体連合会等とも情報を共有し取組を進めた結果、協会全体で30,641件（対前年度8,534件増）の受診勧奨を行いました（図表4-72参照）。また、糖尿病性腎症に関する保健指導を458件実施しました。

［（図表4-71）協会における重症化予防対策の概要］



［（図表4-72）糖尿病性腎症患者等の重症化予防の取組状況］




**ⅳ）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、加入者及び事業主との距離がある協会においては、コラボヘルスの推進が極めて重要な取組となっています。

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

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

**（健康宣言のプロセス及びコンテンツの標準化）**

健康宣言事業については、健康宣言からフォローアップまでの「プロセス（どのような手順で行うか）」及び「コンテンツ（何を行うか）」の観点から、宣言項目として必ず盛り込む内容について、全支部の健康宣言に共通する（いわゆる核となる）取組を取りまとめた「基本モデル」を策定し、健康宣言における健康づくりの取組の質の向上（標準化）を図っています（図表4-73参照）。

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

**［（図表4-73）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）**

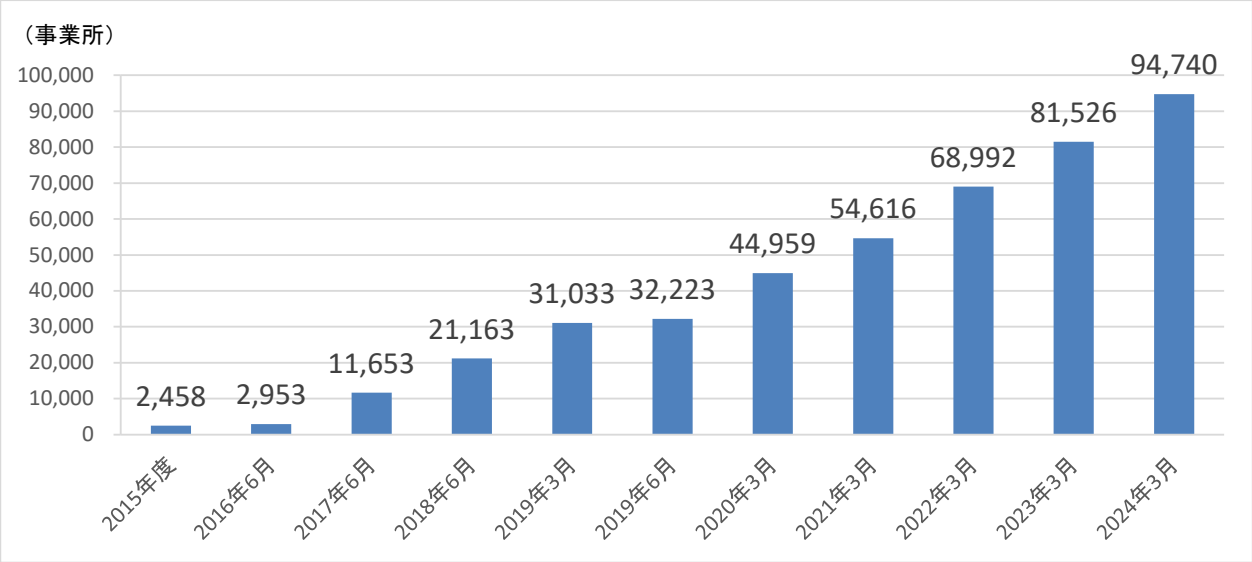
健康宣言事業所は、2023年度末時点において94,740事業所（対前年度13,214事業所増）となっており（図表4-74参照）、KPI（70,000事業所[36]）を達成しました。また、健康宣言の基本モデルに沿って標準化された健康宣言事業所は74,828事業所となっており、健康宣言事業所全体に占める割合は前年度（47.1%）から31.8%ポイント増加し、79.0%となりました。

なお、2016年11月に運用が始まった経済産業省の「健康経営優良法人認定制度[37]」については、2024年3月に「健康経営優良法人2024」として、協会加入の事業所から大規模法人部門は596事業所（うち、ホワイト500認定は44事業所）、中小規模法人部門では13,653事業所（うち、2020年度から創設されたブライト500認定は386事業所）、合計14,249事業所が認定されています（図表4-75参照）。

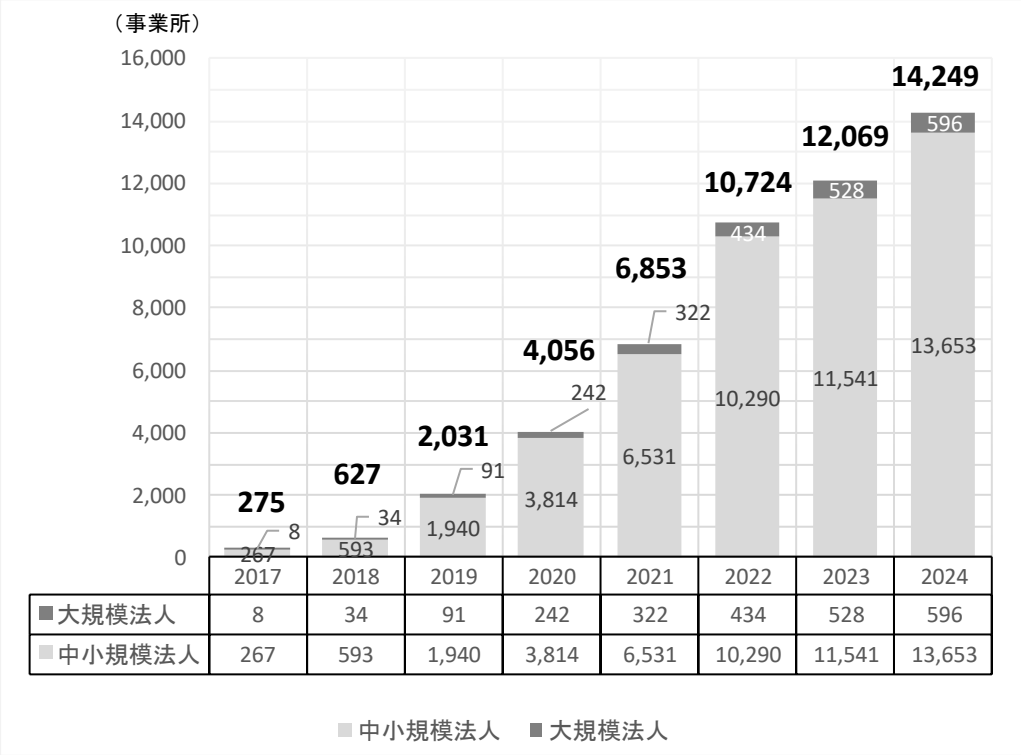
[36] 既宣言事業所においても健康宣言の標準化が進むことを想定した目標値です。

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

［（図表 4-74）健康宣言事業所数の推移］




［（図表 4-75）健康経営優良法人認定事業所数の推移］




| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 大規模法人 | 8 | 34 | 91 | 242 | 322 | 434 | 528 | 596 |
| 中小規模法人 | 267 | 593 | 1,940 | 3,814 | 6,531 | 10,290 | 11,541 | 13,653 |

（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）

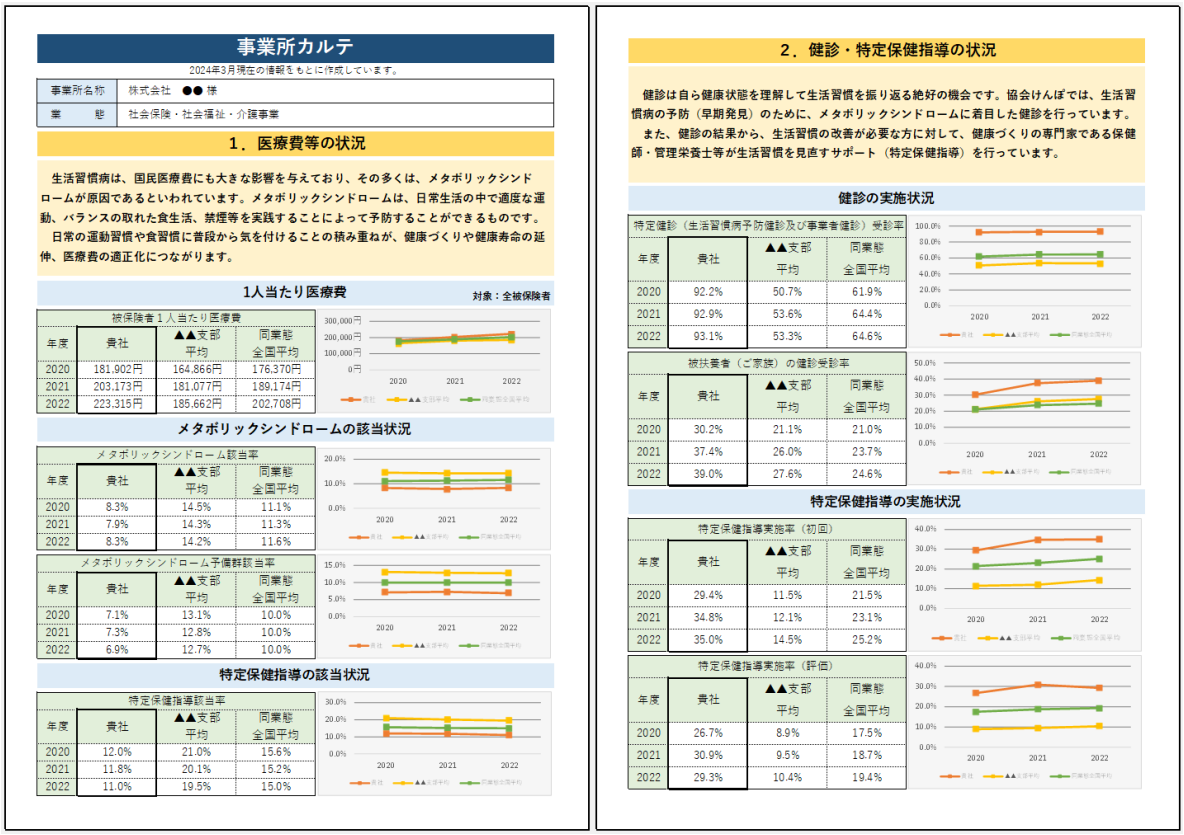
協会では、事業所特有の健康課題等を事業主と共有できるよう事業所カルテを健康宣言事業所等に提供しています（図表4-76参照）。

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。

**[（図表4-76）事業所カルテ] ※一部抜粋**



## 事業所カルテ

2024年3月現在の情報をもとに作成しています。

| | |
|---|---|
| 事業所名称 | 株式会社　●● 様 |
| 業　　態 | 社会保険・社会福祉・介護事業 |

### 1．医療費等の状況

生活習慣病は、国民医療費にも大きな影響を与えており、その多くは、メタボリックシンドロームが原因であるといわれています。メタボリックシンドロームは、日常生活の中で適度な運動、バランスの取れた食生活、禁煙等を実践することによって予防することができるものです。

日常の運動習慣や食習慣に普段から気を付けることの積み重ねが、健康づくりや健康寿命の延伸、医療費の適正化につながります。

#### 1人当たり医療費

対象：全被保険者

被保険者１人当たり医療費

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 181,902円 | 164,866円 | 176,370円 |
| 2021 | 203,173円 | 181,077円 | 189,174円 |
| 2022 | 223,315円 | 185,662円 | 202,708円 |

#### メタボリックシンドロームの該当状況

メタボリックシンドローム該当率

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 8.3% | 14.5% | 11.1% |
| 2021 | 7.9% | 14.3% | 11.3% |
| 2022 | 8.3% | 14.2% | 11.6% |

メタボリックシンドローム予備軍該当率

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 7.1% | 13.1% | 10.0% |
| 2021 | 7.3% | 12.8% | 10.0% |
| 2022 | 6.9% | 12.7% | 10.0% |

#### 特定保健指導の該当状況

特定保健指導該当率

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 12.0% | 21.0% | 15.6% |
| 2021 | 11.8% | 20.1% | 15.2% |
| 2022 | 11.0% | 19.5% | 15.0% |

### 2．健診・特定保健指導の状況

健診は自ら健康状態を理解して生活習慣を振り返る絶好の機会です。協会けんぽでは、生活習慣病の予防（早期発見）のために、メタボリックシンドロームに着目した健診を行っています。

また、健診の結果から、生活習慣の改善が必要な方に対して、健康づくりの専門家である保健師・管理栄養士等が生活習慣を見直すサポート（特定保健指導）を行っています。

#### 健診の実施状況

特定健診（生活習慣病予防健診及び事業者健診）受診率

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 92.2% | 50.7% | 61.9% |
| 2021 | 92.9% | 53.6% | 64.4% |
| 2022 | 93.1% | 53.3% | 64.6% |

被扶養者（ご家族）の健診受診率

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 30.2% | 21.1% | 21.0% |
| 2021 | 37.4% | 26.0% | 23.7% |
| 2022 | 39.0% | 27.6% | 24.6% |

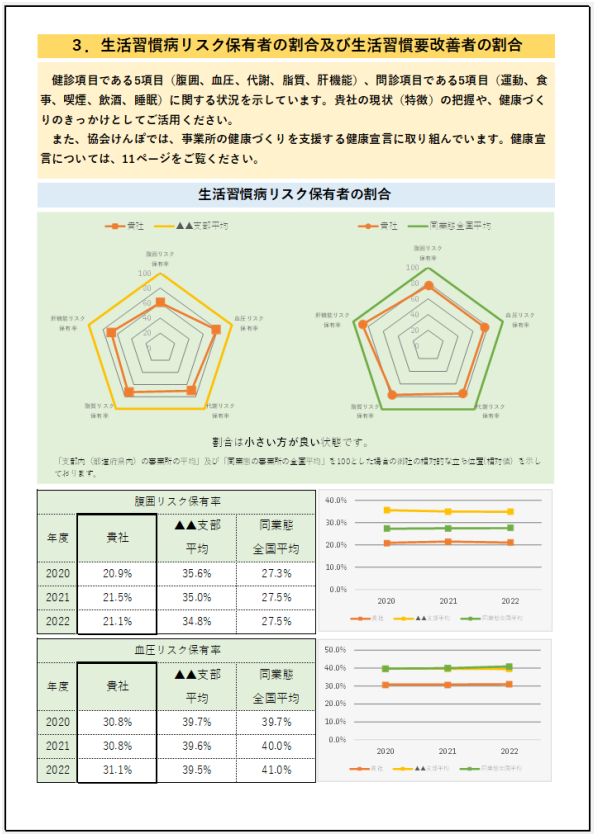
#### 特定保健指導の実施状況

特定保健指導実施率（初回）

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 29.4% | 11.5% | 21.5% |
| 2021 | 34.8% | 12.1% | 23.1% |
| 2022 | 35.0% | 14.5% | 25.2% |

特定保健指導実施率（評価）

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 26.7% | 8.9% | 17.5% |
| 2021 | 30.9% | 9.5% | 18.7% |
| 2022 | 29.3% | 10.4% | 19.4% |



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（腹囲、血圧、代謝、脂質、肝機能）、問診項目である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

割合は小さい方が良い状態です。

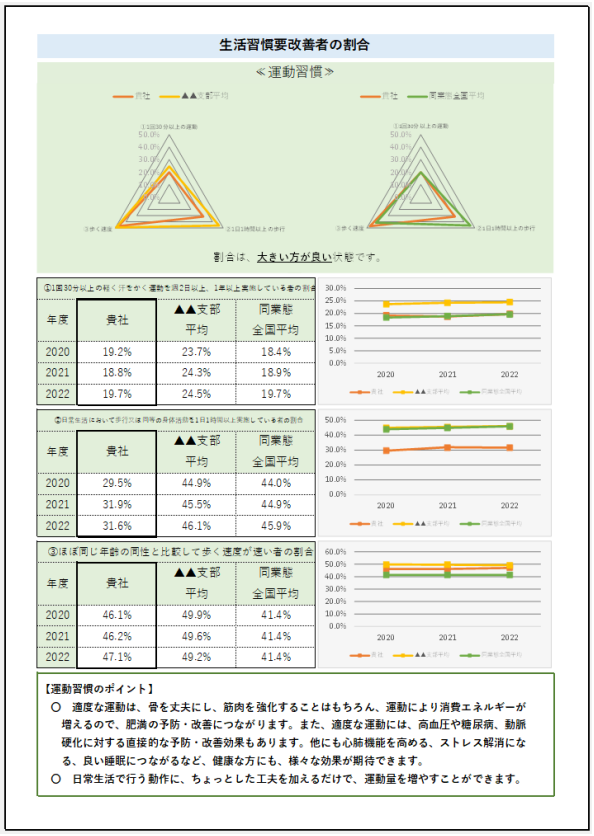
「支部内（都道府県内）の事業所の平均」及び「同業態の事業所の全国平均」を100とした場合の貴社の相対的な立ち位置（相対値）を示しております。

腹囲リスク保有率

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 20.9% | 35.6% | 27.3% |
| 2021 | 21.5% | 35.0% | 27.5% |
| 2022 | 21.1% | 34.8% | 27.5% |

血圧リスク保有率

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 30.8% | 39.7% | 39.7% |
| 2021 | 30.8% | 39.6% | 40.0% |
| 2022 | 31.1% | 39.5% | 41.0% |



生活習慣要改善者の割合

≪運動習慣≫

割合は、大きい方が良い状態です。

①1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の割合

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 19.2% | 23.7% | 18.4% |
| 2021 | 18.8% | 24.3% | 18.9% |
| 2022 | 19.7% | 24.5% | 19.7% |

②日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合

| 年度 | 貴社 | ▲▲支部平均 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 29.5% | 44.9% | 44.0% |
| 2021 | 31.9% | 45.5% | 44.9% |
| 2022 | 31.6% | 46.1% | 45.9% |

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 | 同業態全国平均 |
|---|---|---|---|
| 2020 | 46.1% | 49.9% | 41.4% |
| 2021 | 46.2% | 49.6% | 41.4% |
| 2022 | 47.1% | 49.2% | 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、動脈硬化に対する直接的な予防・改善効果もあります。他にも心肺機能を高める、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。

**（日本商工会議所との連携）**

2023年10月4日に開催された「日本健康会議2023」において、協会と日本商工会議所は、コラボヘルスの普及拡大を目指し、既存の連携協定や取組を土台として、今後事業所に対する更なる取組の推進を協働して行うことを発表しました。同発表を踏まえ、本部と日本商工会議所では各地域における取組のあり方について協議を行い、協定未締結の地域では協定の締結の推進、既に協定を有している地域においては、取組内容の一層の強化・発展を図ることとしました。各支部においては、地域の都道府県商工会議所連合会等と協議を進め、新たに3支部で地域の商工会議所等との連携協定締結を行い、2023年度末時点の連携協定の締結状況は、38支部で33都道府県商工会議所連合会、23商工会議所となりました。

更に、既に協会支部を含む関係者間で連携が図られており具体的な事業を実施している地域や、意欲が高い協会支部・商工会議所が存在する地域については、モデル地域として選定し、好事例の横展開を目指して、より具体的な取組を推進することとしています。日本商工会議所との協議の結果、7つの地域の商工会議所（水戸、東京、袋井、大阪、倉敷、丸亀、那覇）を選定し、協会支部と商工会議所との連携による更なる事業の実施や既存事業の発展を行うことを目指し、関係者間で協議を開始しました。

**（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、2022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

一連合会）に対して協力依頼を行いました。2023年度は、同年度から実施している生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減に加え、2024年度から実施する生活習慣病予防健診の付加健診対象年齢拡大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4-77参照）。

**［（図表4-77）業界団体と連携した取組の実施例］**

| 業界団体と連携した取組の実施例 |
| --- |
| 本部・支部と業界団体が連携し、特定健診・特定保健指導の実施率向上、事業者健診データの取得率向上、健康宣言による協会と事業所が連携した健康づくり（コラボヘルス）の推進に向けた周知・広報等に取り組んだ。<br><br>【協会本部と業界団体の本部が連携した取組】<br>・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<br><br>【協会支部と業界団体の地方組織が連携した取組】<br>・都道府県バス協会会員事業所に対し、健康度カルテ[業態別]を送付し、健康宣言事業の勧奨を実施<br>・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<br>・都道府県タクシー協会を通じて会員事業所へ健診・特定保健指導の利用勧奨文書を送付<br>・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[38]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[38]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、関係機関と連携したポピュレーションアプローチとして、❶加入者の喫煙率の高さに着目した喫煙対策、❷傷病手当金の請求理由として精神疾患が多いことに着目したメンタルヘルス対策等を実施しました。

**❶　喫煙対策**

喫煙対策については、2022年度に実施支部の募集及び選定を行い、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2支部（青森、富山）で実施しました。2024年度に効果検証を実施できるよう進めています。

**❷　メンタルヘルス対策**

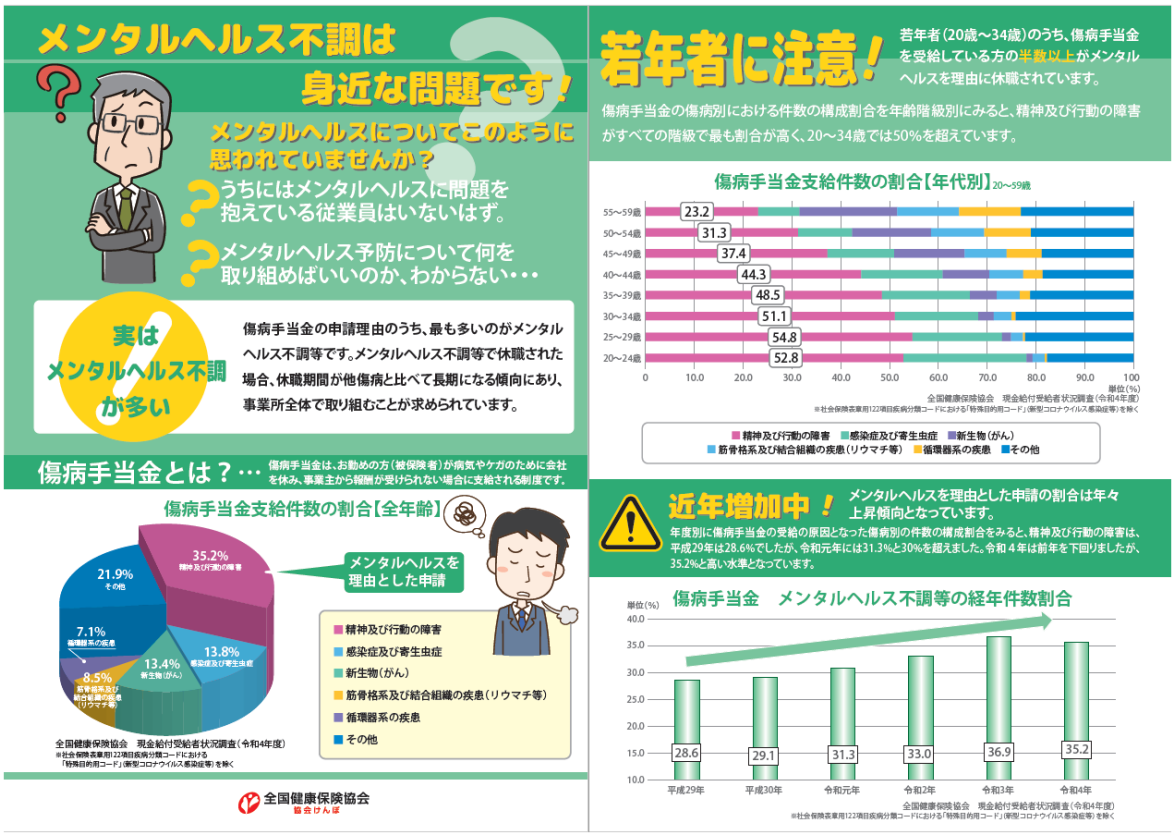
メンタルヘルス対策については、厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課等の協力のもと「精神及び行動の障害」に関する傷病手当金の現状や事業所等が取り組むべき内容、産業保

[38] 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。

健総合支援センター、こころの耳[39]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2022年度に作成し、モデル支部4支部（山形、茨城、神奈川、沖縄）で配布を行いました（図表4-78参照）。2023年度は当該リーフレットを全支部に展開し、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を行い、事業主向けリーフレットは約84,000部、加入者向けリーフレットは約47,000部配布を行いました。

2024年度においては、2023年度の取組状況を踏まえ産業保健総合支援センター等と連携しながら、引き続きリーフレットによる啓発やセミナーの実施等、メンタルヘルス対策の取組を進めることとしています。

**［（図表4-78）メンタルヘルス対策リーフレット（事業主向け）］**




39 「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。

## （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

協会の事業を円滑に運営するためには、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、広報に当たっては、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。

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」[40]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、「健康保険委員」の未設置事業所と比較すると、健診の実施率が24.5%ポイント高くなっています（図表4-79参照）。

---

40 「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的役割を担っていただいています。

**［（図表4-79）健康保険委員のいる事業所の特定健診の実施率］**

| | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|
| 健康保険委員のいる事業所 | 75.0% | 76.6% |
| 健康保険委員のいない事業所 | 55.3% | 52.1% |

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

**ⅰ）令和6年度広報計画の策定**

協会として統一的・計画的な広報を実施していくため、本部において協会全体の広報基本方針及び当該方針を踏まえた令和6年度広報計画を策定しました。支部においては、本部作成の広報基本方針及び令和6年度広報計画に基づき、支部広報計画を策定しました（詳細については190ページ　第5章2（2）参照）。

**ⅱ）全支部広報資材の充実**

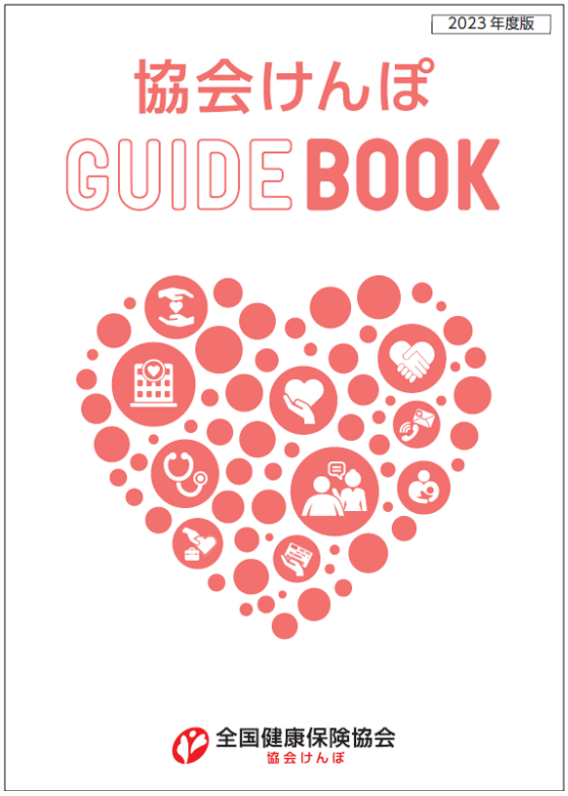
加入者及び事業主が必要とする情報に容易にアクセスできる環境を整備するとともに、協会が加入者及び事業主に知っていただきたい情報を確実に伝えるため、全国統一的な広報資材を作成することとし、2021年度に協会の概要や取組を網羅的に紹介する「協会けんぽ GUIDE BOOK」、「協会けんぽ GUIDE BOOK 健康保険制度・申請書の書き方」の2種類のパンフレットを作成しました。

2022年度は、健康保険制度や協会の取組等について簡単に紹介したリーフレット及び動画を作成しました。リーフレットは「健康保険制度になじみのない方向け」、「加入者向け」及び「事業主向け」の3種類を作成し、動画は「協会けんぽとは？」、「健康保険の給付金等～こんな時にも健康保険～」及び「保健事業～健康づくりへのサポート～」の3種類を作成しました。

2023年度は、本部において「協会けんぽ GUIDE BOOK」についてマイナ保険証の利用促進等、最新情報の内容に更新するとともに、埼玉支部で作成した「傷病手当金支給申請書」及び「高額療養費支給申請書」の記入方法に関する動画を全国に展開しました。

各支部においても、共通広報資材を健康保険委員や新規適用事業所へ配布するなどして広報を行い、動画についても健康保険委員を対象とした研修会等において放映するなど、様々な広報機会で活用しました。

## [（図表4-80）協会けんぽ GUIDE BOOK]




・医療保険の仕組み

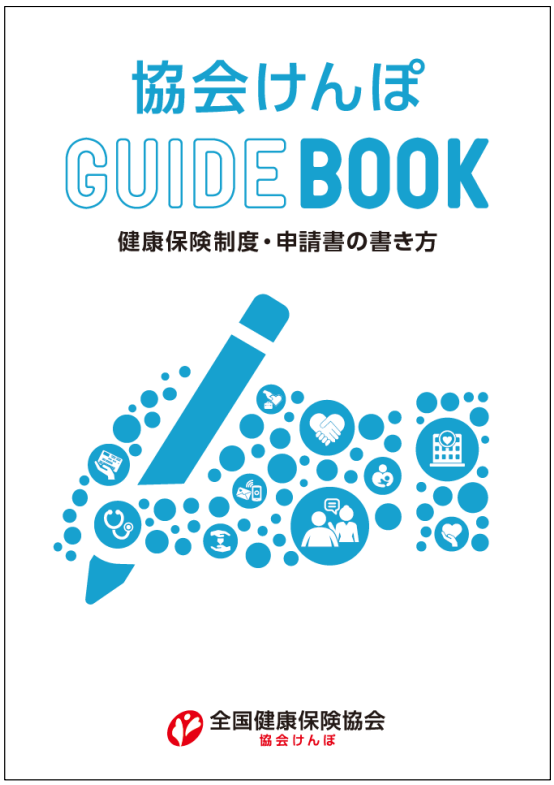
第１章　協会けんぽについて
　・協会けんぽの概要
　・協会けんぽの財政状況
　・協会けんぽの保険料率
　・保険者機能強化アクションプラン（第５期）

第２章　保健事業について
　・保健事業（健診・保健指導等）に取り組む背景
　・コラボヘルス
　・生活習慣病予防健診
　・定期健康診断（事業者健診）結果データ提供のお願い
　・特定健康診査
　・特定保健指導
　・未治療者に対する受診勧奨

第３章　医療保険を未来につないでいくための取組について
　・医療費適正化の取組

第４章　健康保険の給付金等について
　・保険証の使い方
　・保険証の再交付申請
　・負傷原因届
　・第三者等の行為による傷病（事故）届
　・限度額適用認定証
　・高額療養費
　・療養費・海外療養費
　・傷病手当金
　・出産手当金
　・出産育児一時金
　・埋葬料（費）・家族埋葬料
　・任意継続被保険者

## [（図表4-81）協会けんぽ GUIDE BOOK 健康保険制度・申請書の書き方]




保険証をなくしたとき
　・再交付申請書

退職後も健康保険へ継続加入したいとき
　・任意継続資格取得申出書

事故にあったとき
　・第三者等の行為による傷病（事故）届

負傷（ケガ）がもとで給付の申請をするとき
　・負傷原因届

入院・通院・手術等で医療費が高額になりそうなとき
　・限度額適用認定申請書等

医療費の立替払い、治療用装具の作製や海外で診療を受けたとき
　・療養費支給申請書

突然のケガや入院などで高額の医療費を支払ったとき
　・高額療養費支給申請書

病気やケガで４日以上仕事を休んだとき
　・傷病手当金支給申請書

出産で仕事を休んだとき
　・出産手当金支給申請書

出産するとき
　・出産育児一時金支給申請書等

ご本人・ご家族が亡くなったとき
　・埋葬料（費）支給申請書

**[（図表4-82）全支部共通広報資材（動画）]**

（健康保険の給付金等～こんな時にも健康保険～）

（保健事業～健康づくりへのサポート～）

**<u>ⅲ）2024年度都道府県単位保険料率改定及び更なる保健事業の充実に係る広報</u>**

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好機であり、きめ細かな広報を心がけています。

2024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、更なる保健事業の充実に係る広報として、生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減（2023年度開始）、付加健診の対象年齢の拡大（2024年度開

始)、健康づくりの取組（健康づくりのサイクル）へのご協力をお願いしました（図表4-83、4-84、4-85、4-86参照)。

また、本部では、日本商工会議所、全国商工会連合会及び全国中小企業団体中央会に広報への協力を依頼しました。

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4-83）2024年度都道府県単位保険料率改定及び更なる保健事業の充実に係る広報]**

**本部における対応**

○ **Webによる広報**

・更なる保健事業の充実　・・・　1/5　特設ページの更新
2/1～2/26　Web広告（Yahoo!、Google、Facebook/Instagram、LINE、SmartNews）

・令和６年度保険料率　・・・　2/16　特設ページを開設
2/22～3/21　Web広告（Yahoo!、Google、Facebook/Instagram、LINE、SmartNews、ADMATRIX DSP）

○ **事業所（事業主）への広報**

・令和６年度保険料率　・・・　リーフレット（保険料額表）※２月発送分の納入告知書に同封

○ **関係団体を通じた広報**

・令和６年度保険料率　・・・　2/9　関係団体に周知広報の協力依頼
（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）
2月中旬～下旬　上述の３団体から各都道府県団体へ周知広報の協力依頼

**支部における対応**

○ **新聞広告による広報**

・令和６年度保険料率　・・・　３月　地方第一紙※（全５段広告を2回）
※地方第一紙と第二紙のシェア率が拮抗している都道府県においては、第一紙と第二紙に掲載。

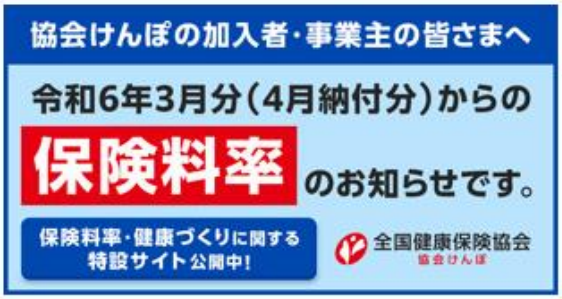
○ **関係団体（商工会議所、商工会、中小企業団体中央会等）を通じた広報**

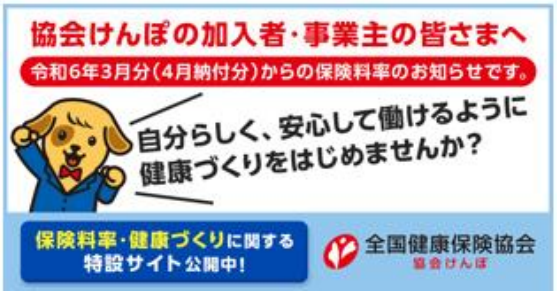
・令和６年度保険料率
・・・　１月～２月　支部長が関係団体（特に商工会議所連合会、商工会連合会、中小企業団体中央会）を直接訪問・説明の上、機関誌・会報誌への記事掲載等を依頼
２月～３月　会員事業所等への周知、機関誌・会報誌への記事掲載、ホームページ掲載　等

○ **その他支部独自の広報**

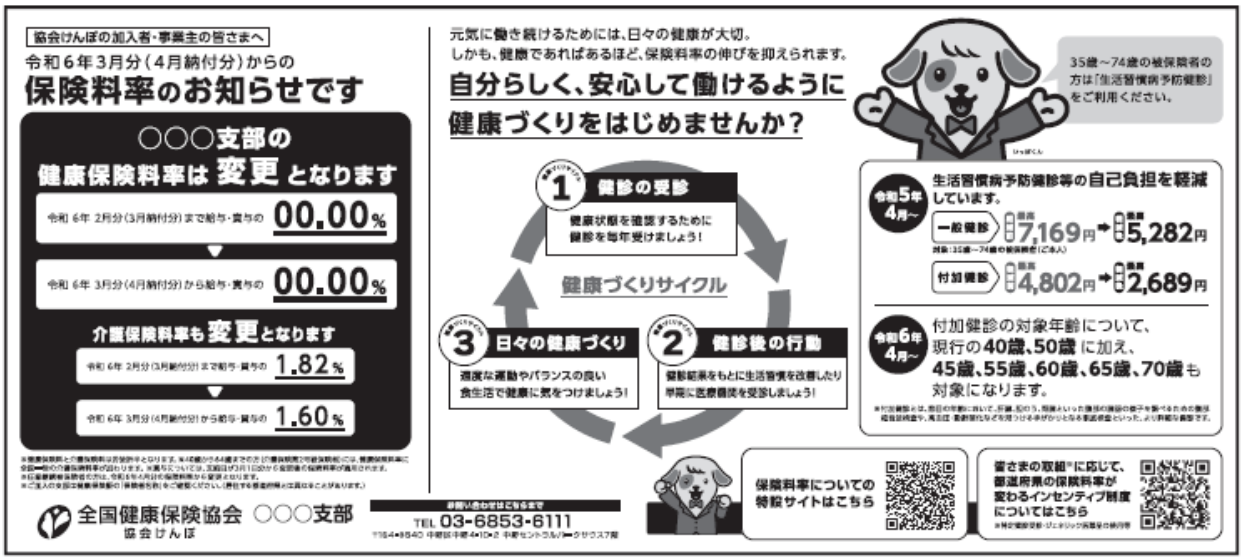
・令和６年度保険料率、更なる保健事業の充実、
・・・　２月～３月　地域の特性に応じ、地元情報誌（フリーペーパー）、ラジオCMによる広報

[（図表4-84）2024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バナー]

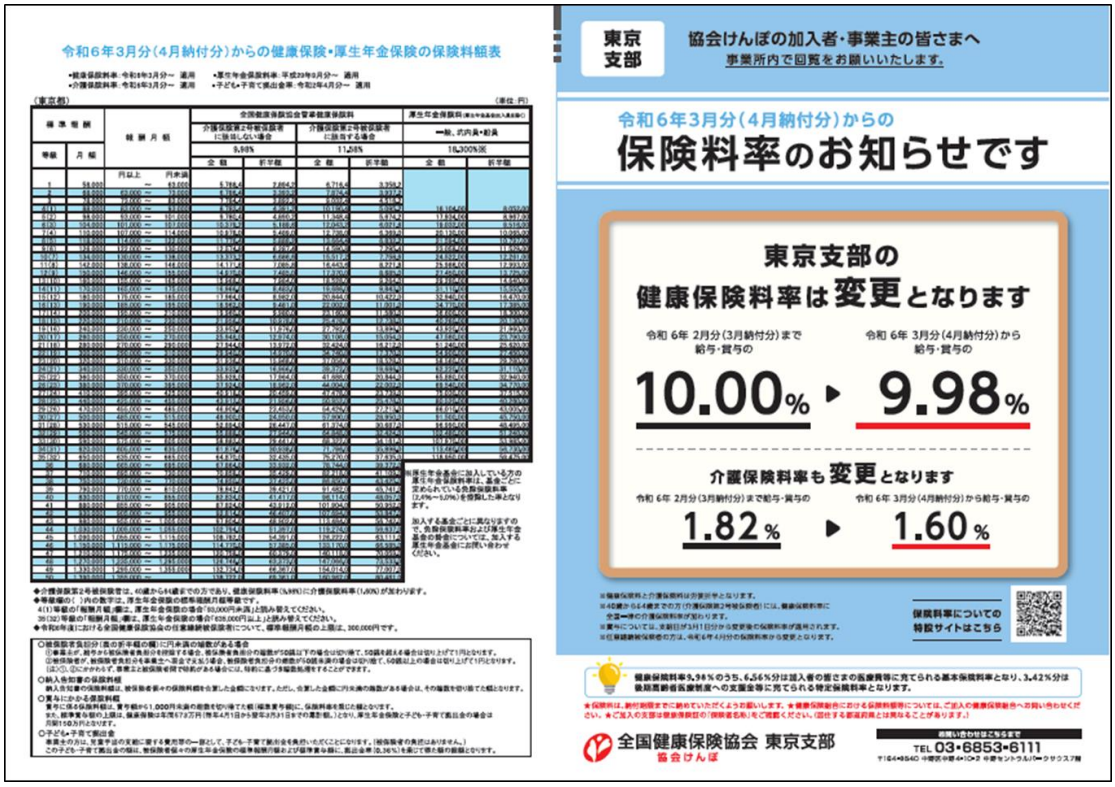


[（図表4-85）2024年度都道府県単位保険料率に係る支部における新聞広告]



［（図表4-86）2024年度都道府県単位保険料率に係る広報リーフレット］



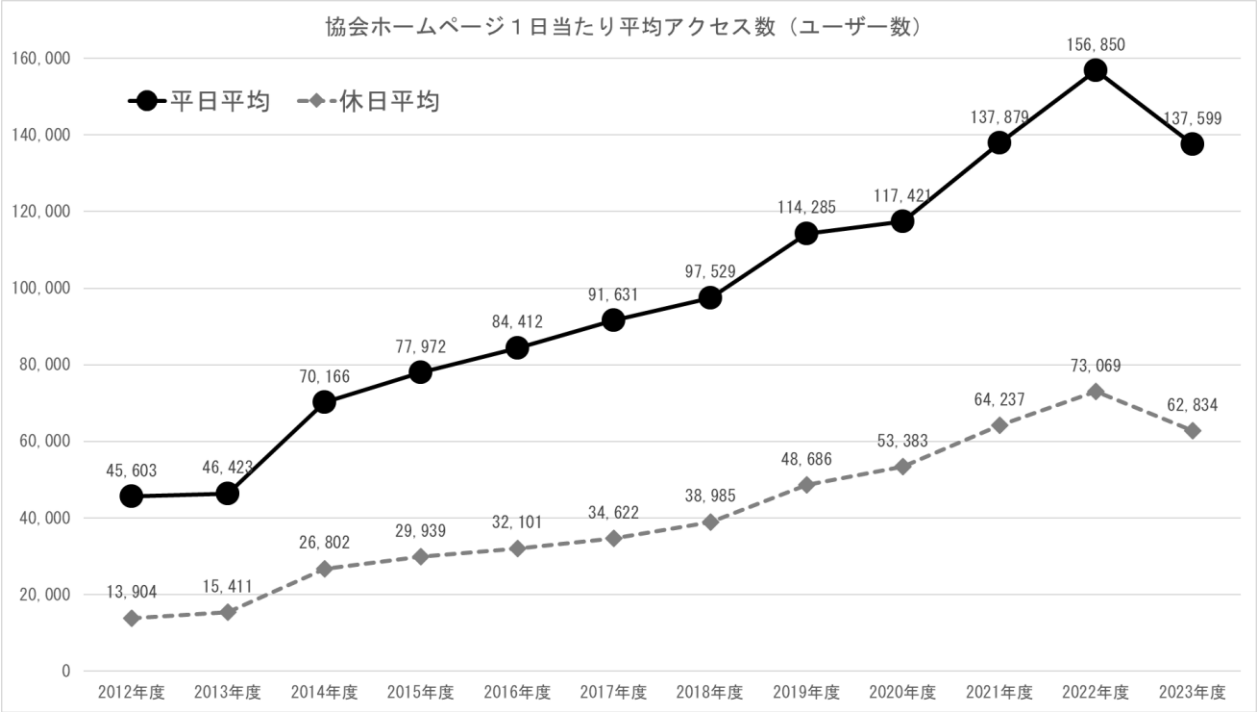
## ⅳ）ホームページやメールマガジンを利用した広報

### ①　ホームページ

2023年度におけるホームページの利用状況は図表4-87のとおりです。1日当たりの平均アクセス件数は平日が137,599件、休日が62,834件と、前年度からそれぞれ19,251件、10,235件の減少となりました。

アクセス件数減少の要因は、ホームページアクセス数集計ツールの仕様の変更に伴い、アクセス数の集計方法が2023年度より変更となったためです。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4-87）協会ホームページの利用状況］**



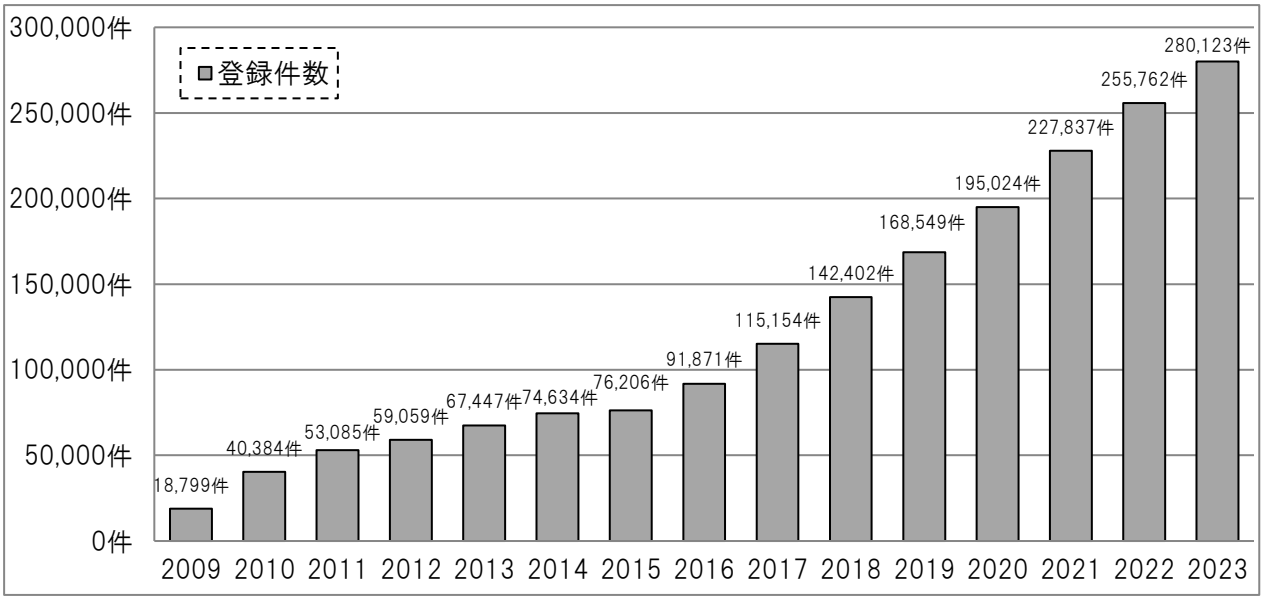

※ ホームページに訪れた人数（ユーザー数）を計上（同一人が複数ページを閲覧した場合は閲覧数を「１」としてカウント）。
※ 2023年度のアクセス数の減少は、ホームページアクセス数集計ツール仕様変更に伴うもの。

### 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、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です。

2023年度におけるメールマガジンの登録件数は図表4-88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、2023年度は39,700件の新規登録をいただいており、2023年度末時点で、協会のメールマガジンに280,123件（前年度から24,361件増加）の登録をいただいています。

［（図表 4-88）メールマガジンの登録件数の推移］




※ メールマガジンは2009年8月より一部の支部において開始。2012年3月から全支部で配信を開始。
※ 各年度末の登録件数（2015年度は6月以降メールマガジンを一時休止していたため、2015年5月末時点の登録件数）。

**ｖ）健康保険委員活動の活性化**

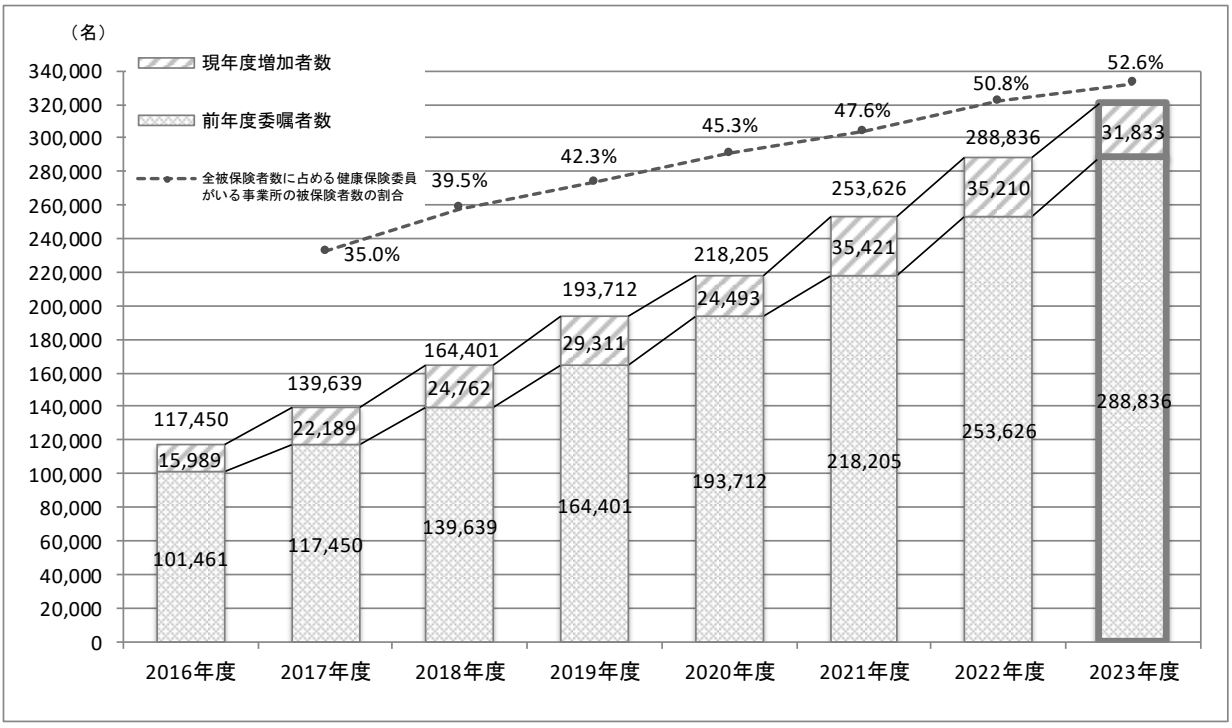
健康保険委員の委嘱者数拡大に関しては、特に大・中規模事業所所属の加入者への委嘱に重点的に取り組んでいます。事業所データを活用し、新規適用事業所や未加入の大・中規模事業所を中心とした、電話や文書による委嘱勧奨を実施し、2023年度末時点320,669名と、前年度末より31,833名増加しました。

健康保険委員が委嘱されている事業所の被保険者数は、2023年度末現在13,156,093名です。これは、全被保険者数の52.6％のカバー率となり、2023年度KPI（50％以上）を達成しました（図表4-89参照）。なお、2024年度からは、委嘱事業所数の拡大にも取り組むこととしており、KPIに委嘱事業所数を対前年度以上とする項目を追加しています。

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するとともに、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4-90参照）。

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るための「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。2023年度の表彰者の総数は601名（前年度761名）であり、厚生労働大臣表彰を6名に、理事長表彰を64名に、支部長表彰を531名に行いました。

［（図表4-89）健康保険委員委嘱者数の推移（2023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4-90）健康保険委員に対する研修の開催等］

| | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|---|---|---|---|---|---|
| 研修･セミナー等の開催 | 421 回 | 80 回 | 123回 | 193回 | 235回 |
| 情報誌等の発行 | 268 件 | 235 件 | 262件 | 252件 | 209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、保険者の負担も軽減されることから、将来にわたって医療保険制度の持続可能性を高めることにつながります。このため、協会はジェネリック医薬品の使用促進に積極的に取り組んでいます。

### ｉ）ジェネリック医薬品の使用割合について

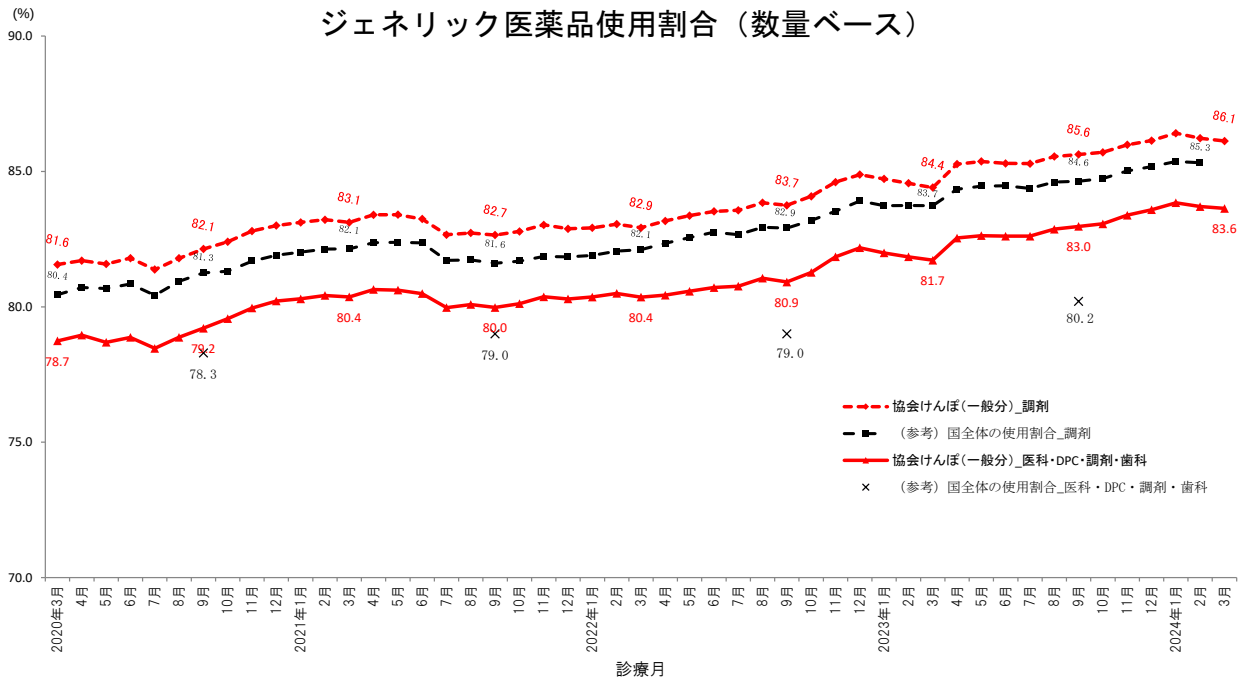
ジェネリック医薬品の使用割合については、「経済財政運営と改革の基本方針2021（骨太の方針2021）」（2021年6月18日閣議決定）において、2023年度末に全ての都道府県で80％以上との目標が設定されたことを踏まえ、第5期保険者機能強化アクションプランにおいて、全支部で80％以上とする目標を設定しました。2023年度においても、引き続きジェネリック医薬品の使用促

進に取り組んだ結果、44支部が80%以上を達成しました（全国平均83.6%、図表4-91、4-92参照）。

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団体と連携し、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。

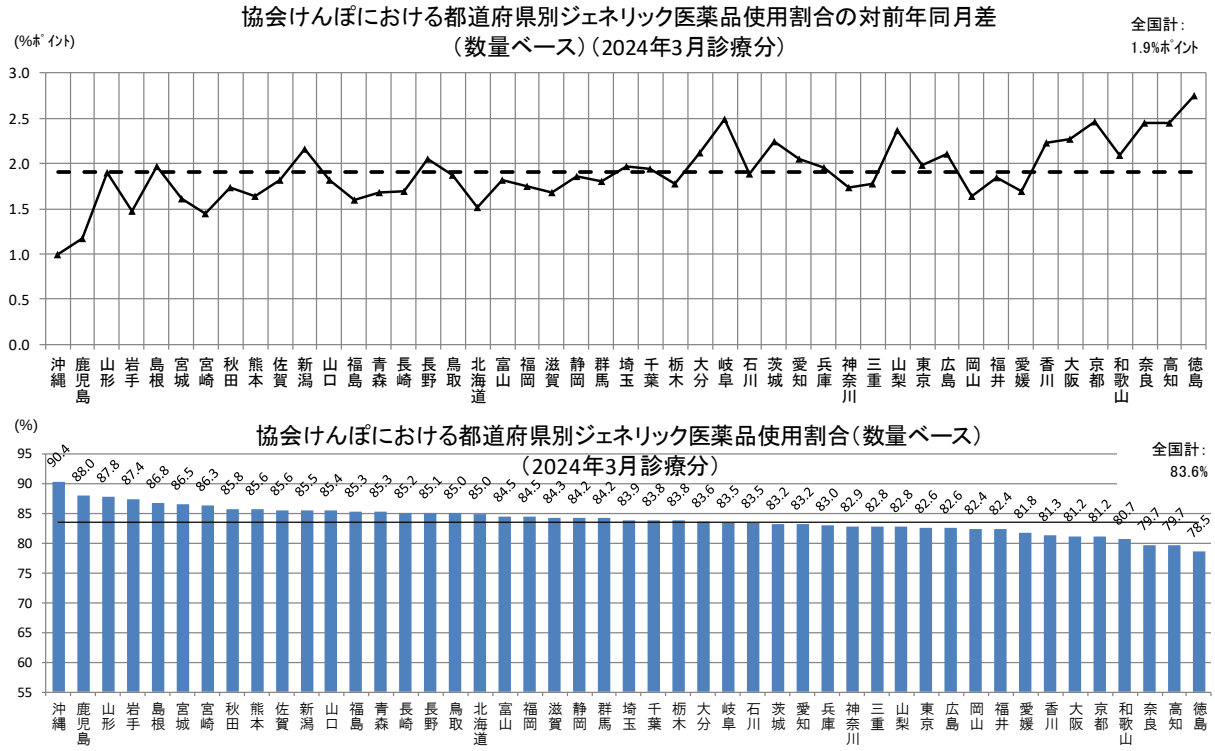
また、2024年度から開始する第6期保険者機能強化アクションプランにおいては、使用割合が80%以上の支部はこの水準を維持・向上できるように努め、使用割合が80%未満の支部はデータ分析によって重点的に取り組む地域や年齢層を明確にすることにより、一層のジェネリック医薬品の使用促進に取り組むこととしています。

**［（図表4-91）ジェネリック医薬品使用割合①（月別推移）］**




注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。
注2．「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えたものをいう。
注3．[後発医薬品の数量]／（[後発医薬品のある先発医薬品の数量]＋[後発医薬品の数量]）で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。
注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。
注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がある。

［（図表4-92）ジェネリック医薬品使用割合②（2024年3月診療分）］




注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。
注2．「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えたものをいう。
注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。
注4．[後発医薬品の数量]／（[後発医薬品のある先発医薬品の数量]＋[後発医薬品の数量]）で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。

## 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）からエ）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334ページ「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、本カルテをもと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、意見発信や課題分析、使用促進に向けた事業立案に活用しています。

**ウ）医療機関及び薬局向け「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、2023年度は約25,000医療機関、約43,000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、医療機関及び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4-93、4-94参照）。

2023年度においては、使用促進を図るため対象年齢を引き下げて、7歳以上の加入者を対象に、約473万件通知しました。

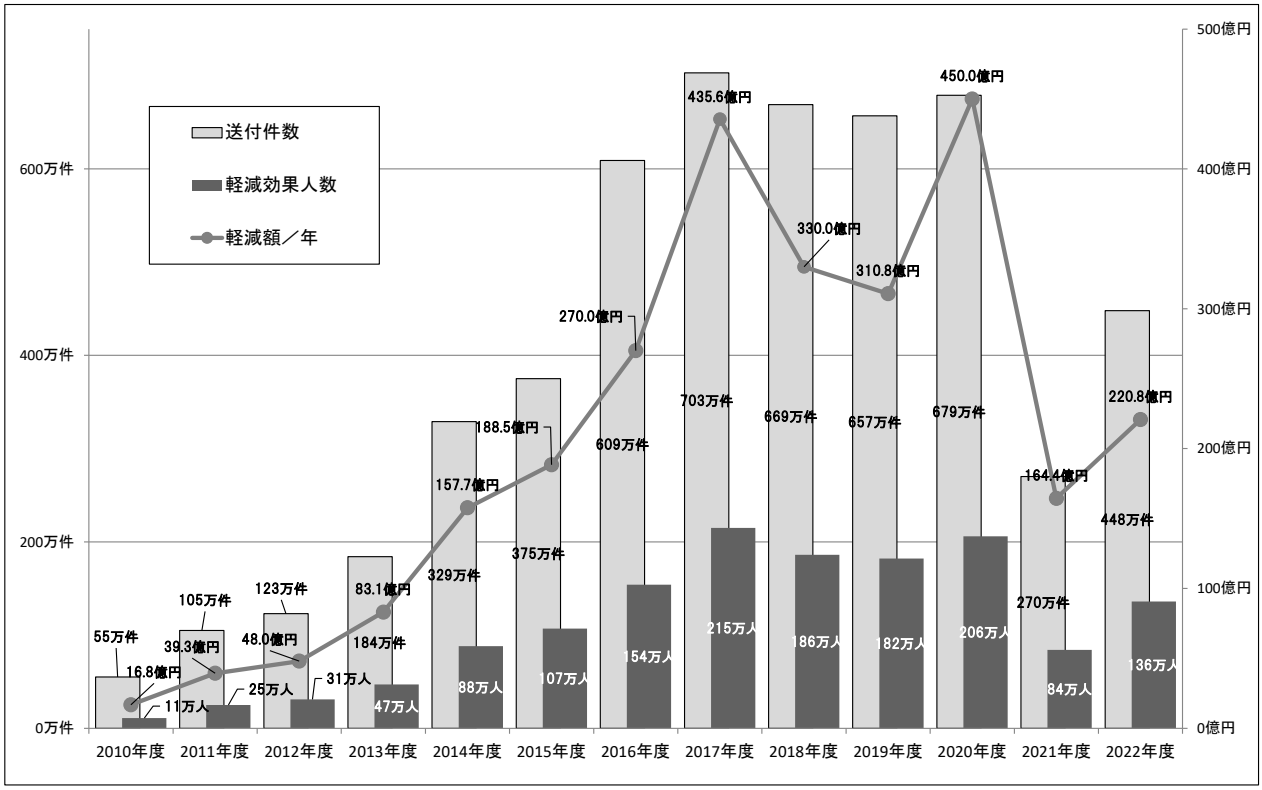
また、マイナンバーカードを活用することによって、マイナポータル内で先発医薬品からジェネリック医薬品へ切り替えた場合の軽減額が確認できることを、あわせて広報しました。

## [（図表4-93）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～<br>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<br>2回目：15歳以上の加入者<br>○軽減効果額は医科500円以上、調剤50円以上<br>○対象診療月は3ヶ月分 | 約7.4億円 | 【1回目】 | | | | | 合計 |
| | | | 約357万件 | 約101万人 | 28.3% | 約13.1億円 | 約157.6億円 | 約310.8億円 |
| | | | 【2回目】 | | | | | |
| | | | 約300万件 | 約81万人 | 27.0% | 約12.7億円 | 約153.2億円 | |
| 2020年度 | ○15歳以上の加入者<br>○軽減効果額は医科500円以上、調剤50円以上<br>○対象診療月は3ヶ月分 | 約8.0億円 | 【1回目】 | | | | | 合計 |
| | | | 約368万件 | 約104万人 | 28.3% | 約18.3億円 | 約219.6億円 | 約450.0億円 |
| | | | 【2回目】 | | | | | |
| | | | 約311万件 | 約102万人 | 32.7% | 約19.2億円 | 約230.4億円 | |
| 2021年度 | ○15歳以上の加入者<br>○軽減効果額は医科500円以上、<br>○調剤50円以上<br>○対象診療月は3ヶ月分 | 約3.1億円 | 約270万件 | 約84万人 | 31.3% | 約13.7億円 | 約164.4億円 | |
| 2022年度 | ○18歳以上の加入者<br>○軽減効果額は医科500円以上、調剤50円以上<br>○対象診療月は3ヶ月分 | 約5.1億円 | 【1回目】 | | | | | 合計 |
| | | | 約243万件 | 約68万人 | 27.9% | 約8.6億円 | 約103.2億円 | 約220.8億円 |
| | | | 【2回目】 | | | | | |
| | | | 約205万件 | 約68万人 | 33.2% | 約9.8億円 | 約117.6億円 | |
| 2023年度 | ○7歳以上の加入者<br>○軽減効果額は医科500円以上、調剤50円以上<br>○対象診療月は3ヶ月分 | － | 【1回目】 | | | | | 合計 |
| | | | 約292万件 | 2024年8月頃に確定 | | | | － |
| | | | 【2回目】 | | | | | |
| | | | 約180万件 | 2024年8月頃に確定 | | | | |
| 合計（※2） | | 約76.8億円 | 約5,356万件 | 約1,511万人 | 28.2% | 約232.1億円 | 約2,786.0億円 | |

※1　軽減額（月）×12ヵ月（単純推計）
※2　2022年度分までの合計

## [（図表4-94）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、2023年度は、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、愛媛、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、使用割合に対する影響度が大きい医療機関及び薬局の分析を行いました。

・重点支部では、当該分析結果及びジェネリック医薬品使用促進ツール等に基づき、主に以下の3点に取り組みました。

ア）自支部のマイナス影響度の大きい年代・地域を特定し、使用割合が低迷している要因を分析したうえで、広報手段や内容の年間計画である「令和5年度ジェネリック医薬品使用促進に係る広報計画」を策定し、当該計画に基づいた効果的な広報を実施。

イ）自支部のマイナス影響度の大きい医療機関及び薬局への訪問計画である「令和5年度ジェネリック医薬品使用促進に係る医療機関等訪問計画」を策定し、医療機関等にアプローチする際の補助ツールである「アプローチツール」を活用した訪問を実施することで、使用促進に取り組む。

ウ）上記「令和5年度ジェネリック医薬品使用促進に係る広報計画」及び「令和5年度ジェネリック医薬品使用促進に係る医療機関等訪問計画」を踏まえ、ジェネリック医薬品使用割合80%達成までのロードマップである「ジェネリック医薬品使用割合80%達成までのロードマップ」を策定し、本部・支部で連携しつつ利用促進に取り組む。

また、ジェネリック医薬品使用促進に取り組むにあたり、重点支部が抱いている疑問の解消や医療機関及び薬局へのアプローチ方法、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、具体的なツールの使い方やデータブック等の活用方法、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　新目標について

2024年3月14日に開催された第176回社会保障審議会医療保険部会において、厚生労働省よりジェネリック医薬品に関する2029年度までの新目標が公表されました。

主目標として、現行の数量ベースの目標は変更せず、「医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上」という目標が継続されました。この目標を推進していくにあたって、2つの新しい副次目標が設定されています（図表4-95参照）。

1つ目は「2029年度末までに、バイオシミラー[41]が80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上」、2つ目は「後発医薬品の金額シェアを2029年度までに65%以上とする」です。

これらの主目標・副次目標の達成に向けて、引き続き、課題の分析を踏まえた取組等を実施していきます。

**[（図表4-95）後発医薬品に係る新目標（2029年度）]**

## 後発医薬品に係る新目標（2029年度）について

**基本的考え方**

○ 現下の後発医薬品を中心とする供給不安や後発医薬品産業の産業構造の見直しの必要性に鑑み、医療機関が現場で具体的に取り組みやすいものとする観点も踏まえ、**現行の数量ベースの目標は変更しない。**

主目標：医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上（継続）

※ 2023年薬価調査において、後発医薬品の数量シェアは80.2%。2021年度NDBデータにおいて、80%以上は29道県。

○ バイオシミラーについては、**副次目標を設定して使用促進を図っていく。**

副次目標①：2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上

○ バイオシミラーの使用促進や長期収載品の選定療養等により、後発医薬品の使用促進による医療費の適正化を不断に進めていく観点から、**新たに金額ベースで副次目標を設定する。**

副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

※ 2023年薬価調査において、後発医薬品の金額シェア（＊）は56.7%　（＊）$\frac{\text{後発医薬品の金額（薬価ベース）}}{\text{後発医薬品の金額（薬価ベース）＋後発医薬品のある先発品の金額（薬価ベース）}}$

※ その時々の金額シェアは、後発医薬品やバイオシミラーの上市のタイミング、長期収載品との薬価差の状況等の影響を受けることに留意が必要

**取組の進め方**

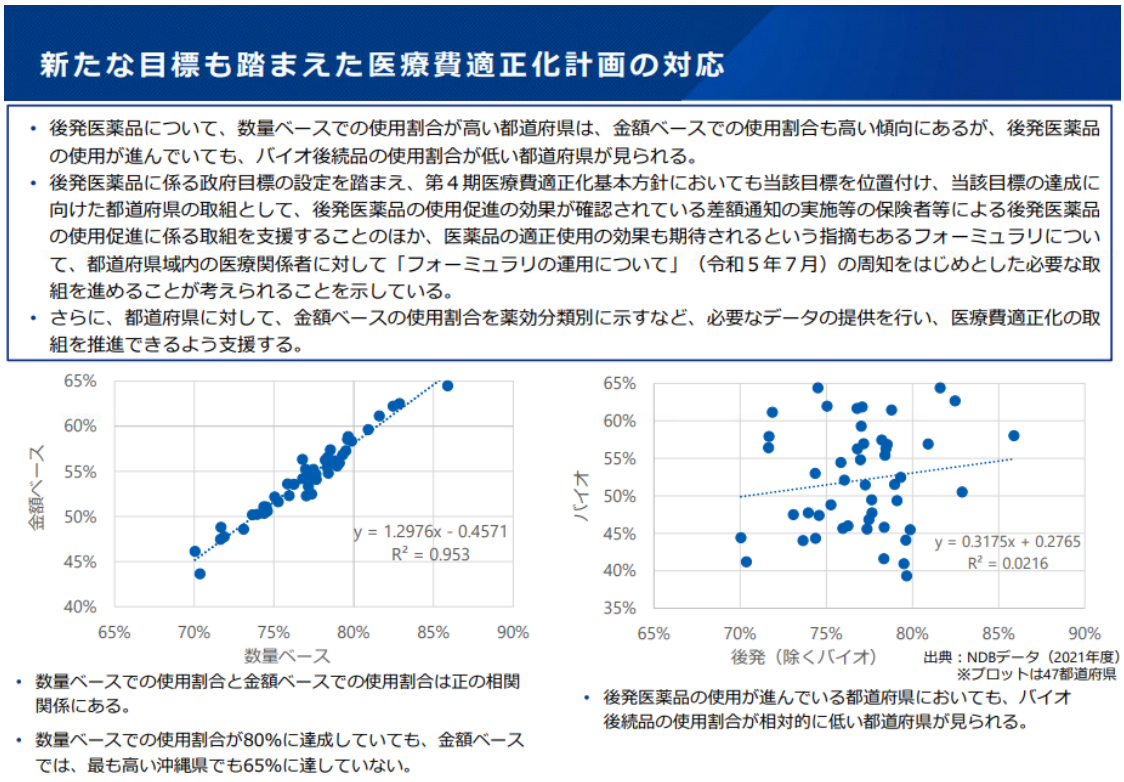
○ **限定出荷等となっている品目を含む成分を除いた数量シェア・金額シェアを参考として示す**ことで、後発医薬品の安定供給の状況に応じた使用促進を図っていく。

○ **薬効分類別等で数量シェア・金額シェアを見える化する**ことで、取組を促進すべき領域を明らかにして使用促進を図っていく。

さらに、**目標年度等については、後発医薬品の安定供給の状況等に応じ、柔軟に対応する。**
その際、**2026年度末を目途に、状況を点検し、必要に応じて目標の在り方を検討する。**

[41] バイオシミラーとは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（先行バイオ医薬品）と同等・同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発された医薬品です。

［（図表4-96）新たな目標も踏まえた医療費適正化計画の対応］




## ⑤　国の審議会等における意見発信について

ジェネリック医薬品の使用促進等に関して、国の審議会等において、協会から以下のとおり意見発信を行っています。

○第566回中央社会保険医療協議会総会（2023年11月22日開催）

・協会としても、2009年度から加入者に軽減額通知を送付するなど、ジェネリック医薬品の使用促進に取り組んできたが、後発医薬品の供給不安を巡る構造的課題の解決には、単に薬価を見直すのではなく、品質が確保された後発品を安定的に供給できる能力及び体制を有している企業が、見える化等により市場で評価され、結果的に優位となることで、業界規模の拡大に向けた再編等を促す仕組みの構築が必要と考えている。

・バイオ後続品について、「2029年度末までに、バイオシミラーに80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上にする」との政府目標が示されたことを受け、協会としても今後医療機関の皆様への効果的な働きかけに向けた手法を検討していくこととしているが、置き換えが進んでいるものと置き換えが進んでいないものの差が歴然としている状況である。報酬上の不均衡について是正を図ることで、置き換えを促進する必要があるのではないか。

・リフィル処方箋については、引き続き制度周知に課題がある状況が続いており、保険者としても広報に取り組んでいるが、医療機関や薬局の皆様においても広報物の掲示等、患者さんの制度認知が進むようご協力いただければありがたい。

○第176回社会保障審議会医療保険部会（2024年3月14日開催）

・後発医薬品に係る目標については、バイオシミラー及び金額ベースの副次目標を新たに設定することについて、数量ベースの取組が頭打ちになりつつある中で、取組を強化するべき分野を見える化する観点からは賛成。こまめな状況点検や目標の在り方の検討を行っていただくようお願いしたい。

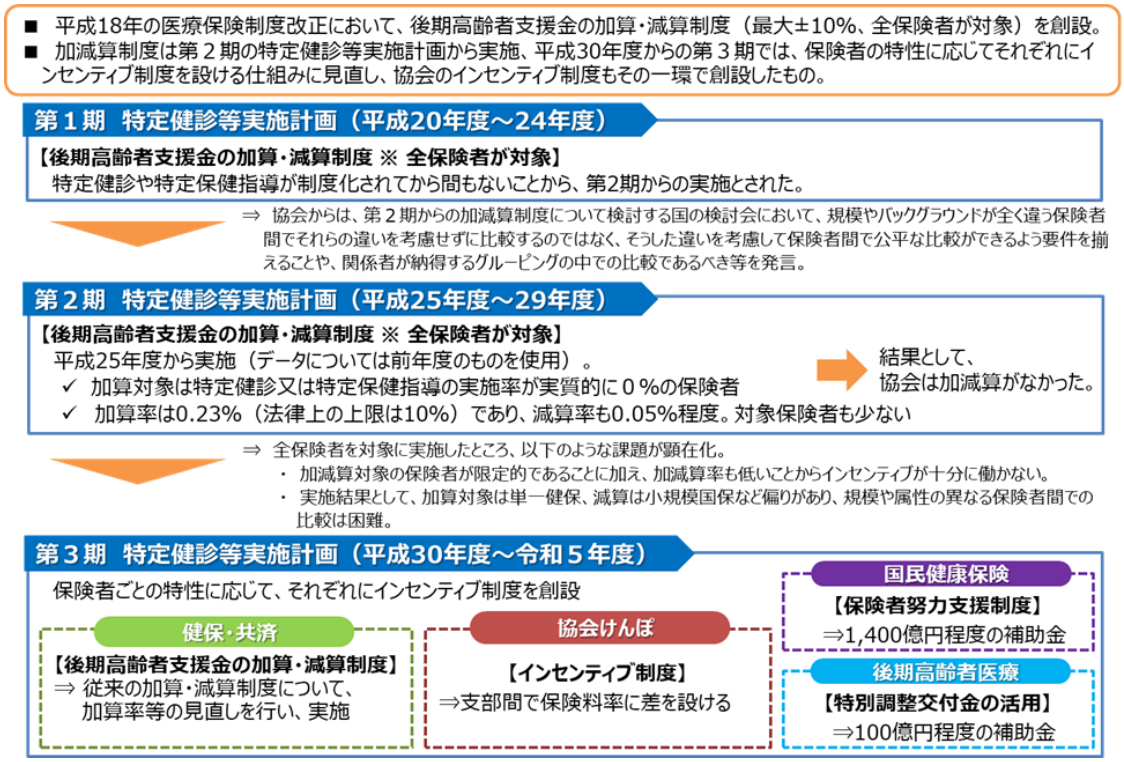
・フォーミュラリの推進に関して、特にバイオシミラーについては、従来フォーミュラリの取組が進められてきた後発医薬品に比べ、患者の選択よりも医療機関側の選択が大きく影響するところである。実際、各地の地域医療連携推進法人等において、バイオシミラーをフォーミュラリに追加する動きが出てきている。フォーミュラリについては一部のアクターのみならず、地域の医療関係者、都道府県、各保険者が連携して対応していく必要があるため、国としてガイドラインの周知やデータセットの提供など、積極的な支援をお願いしたい。

## （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4-97参照）。

［（図表4-97）インセンティブ制度導入に係る経緯］



**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基準において速やかに受診を要する者の医療機関受診率
○指標5　後発医薬品の使用割合

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

**②　制度の財源**

健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）及び健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）において、インセンティブ制度の財源となるインセンティブ分保険料率として、全支部の保険料率の中に0.01%を盛り込んで計算することとされています。この0.01%については、段階的に導入し、2020年度保険料率に盛り込む率は0.004%、2021年度から2022年度[42]までの保険料率に盛り込む率は0.007%、2023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。

**③　成長戦略フォローアップを踏まえたインセンティブ制度の見直し**

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

これを踏まえ、健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金加算・減算制度についても議論が行われたことや、運営委員会及び支部評議会から制度の見直しに関する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。

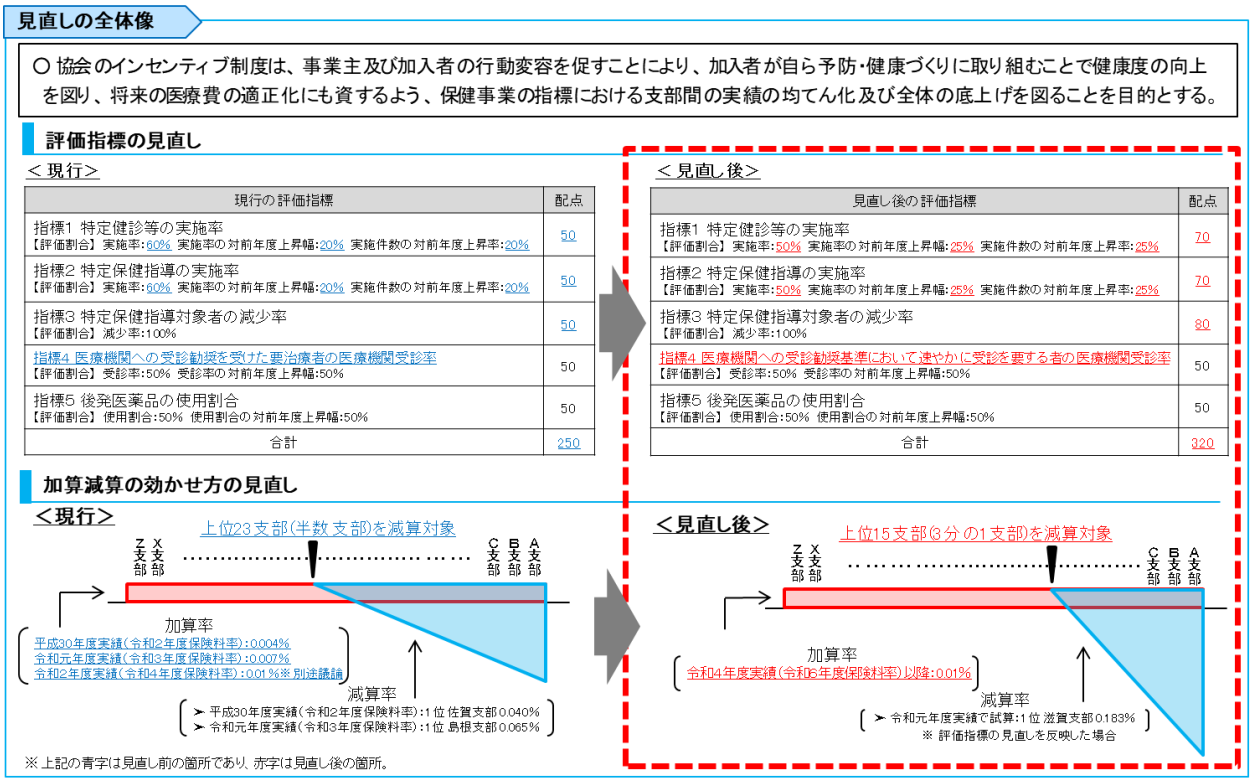
見直しの内容については、支部評議会での議論を踏まえた支部の意見を聴取し、運営委員会において意見集約を行ったほか、厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において報告（2022年1月19日）し、了承されました。

[42] 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。

見直しの全体像は、図表4-98のとおりであり、2022年度以降の実績の評価に適用し、その結果を2024年度以降の都道府県単位保険料率に適用しています。

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

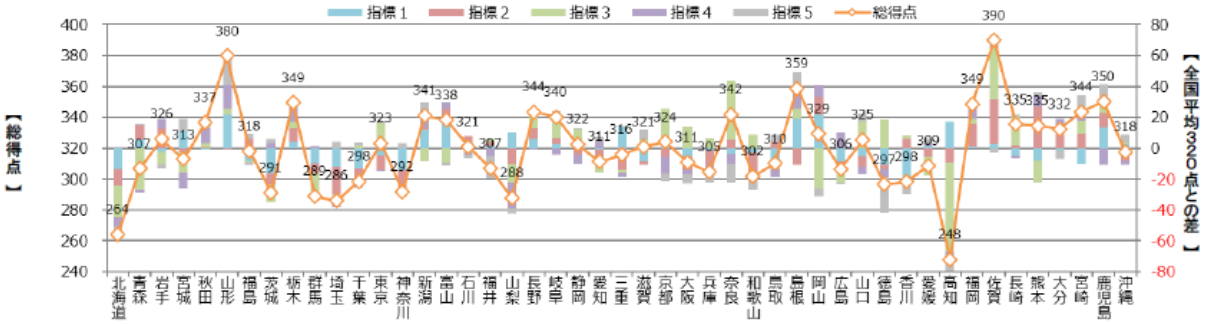
**［（図表4-98）インセンティブ制度の見直しの全体像］**




## iii）2022年度実績の評価方法等

2022年度実績の評価は、第126回運営委員会（2023年12月4日開催）において報告しました。2022年度実績は図表4-99のとおりであり、ランキング上位の15支部については、インセンティブ制度の報奨金により、2024年度の都道府県単位保険料率について最大で0.187%（佐賀支部）の引き下げ効果となりました。

［（図表4-99）2022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］




## ⅳ）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、2023年度においても、図表4-100のとおり広報を実施しました。

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

［（図表4-100）インセンティブ制度に係る広報の実施状況（2023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 | 47支部 | 41支部 | 42支部 | 32支部 | 30支部 | 17支部 | 44支部 |

※1「健康保険委員」に対しては、健康保険委員研修会やリーフレットの送付等を実施。
※2「事務説明会」は、社会保険事務説明会、新規適用事業所説明会等で事務担当者等に対して説明。
※3「関係機関への広報」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しての訪問説明及び広報誌への記事の掲載依頼等。
※4「その他」は、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）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。

従来は各支部からの提案を受けて実施してきましたが、採用・全国展開に至るものや取組の柱となる案件が減少してきたことから、2023年度実施分より、本部がテーマを設定する方式へと見直しをしました。

## ⅰ）2023年度パイロット事業について

2023年度は、「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」を実施しました。

今後、実施した事業の効果検証等をもとに、全国展開の可否の判断を実施する予定です。

| | |
|---|---|
| テーマ | 健診当日の特定保健指導の効果的な利用勧奨等 |
| 概要 | 生活習慣病予防健診を受診した35歳以上の被保険者を対象に、専門職（保健師、看護師）による、対面の情報提供（3分以上の面談）を行う。<br>なお、3分以上の面談が難しい健診機関は、パンフレット配付のみの情報提供を行う。 |
| 実施支部 | 岩手、新潟、奈良 |

| | |
|---|---|
| テーマ | 地域特性・職域特性を踏まえた重点的喫煙対策 |
| 概要 | 喫煙率の高い業態（道路貨物運送業）に対し、関係団体（トラック協会）及び自治体（青森市）と連携して事業所及び被保険者への介入を行う。<br>事業所及び被保険者に対して、禁煙のメリット、禁煙外来、受動喫煙や加熱式たばこ等に係る幅広い情報を半年間にわたって定期的に提供する。<br>更に、希望者については、青森市が実施する禁煙支援事業（SNSの情報発信や禁煙講座、個別相談等）へ連携する。 |
| 実施支部 | 青森 |

| | |
|---|---|
| テーマ | 地域特性・職域特性を踏まえた重点的喫煙対策 |
| 概要 | 富山県トラック協会と連携し、道路貨物運送業のうち、喫煙者が属する事業所に対し、禁煙の促進を促すリーフレットと「COPD集団スクリーニング質問票」を配布し、COPD疑い者を把握する。<br>COPD疑い者のうち医療機関を受診していない者へ医療機関への受診勧奨を行うことにより、禁煙治療ならびに重症化予防を図る。 |
| 実施支部 | 富山 |

**ⅱ）2024年度パイロット事業について**

医療費適正化計画基本方針（2023年7月20日厚生労働省告示第234号）において、2029年度末までにバイオシミラーに「80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上」にするという目標が掲げられたことを受け、当該目標の達成に向け、効率的・効果的な使用促進策を検討する必要があることから、バイオシミラーの使用促進事業を2024年度にパイロット事業として10支部で先行実施し、効果検証や実施時の課題の洗い出しを行うこととしました。

| テーマ | バイオシミラー情報提供ツールを活用した医療機関へのアプローチ事業 |
|---|---|
| 概要 | 医療機関へのアプローチに際し、本部において、医療機関ごとのバイオ医薬品・バイオシミラーの使用状況の分析やバイオ医薬品をバイオシミラーに変えた場合の差額を可視化した、バイオシミラーの使用促進を医療機関に働きかける情報提供ツールを作成し、実施支部において、当該ツールを活用し、医療機関に対してアプローチを行う。 |
| 実施支部 | 青森、福島、新潟、石川、福井、静岡、大阪、愛媛、福岡、宮崎 |

**ⅲ）新たなポピュレーションアプローチの検討**

第6期保険者機能強化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て、関係機関と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ことに着目したメンタルヘルス対策等を実施しました（詳細については99ページ）。

## （6）地域の医療提供体制等への働きかけや医療保険制度に係る意見発信

**ⅰ）医療計画及び医療費適正化計画に係る意見発信**

**①　医療計画に係る意見発信**

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

第8次医療計画等に関する検討会においてとりまとめられた意見に基づき、2023年3月31日に厚生労働省医政局長通知「医療計画について」が発出され、2023年度は、国における第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定に向け、各都道府県において都道府県医療計画の策定が進められました。

協会では、国や都道府県の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、データ等に基づき意欲的な意見発信を行っています。詳細については、127ページ　ⅱ）医療提供体制に係る意見発信をご覧ください。

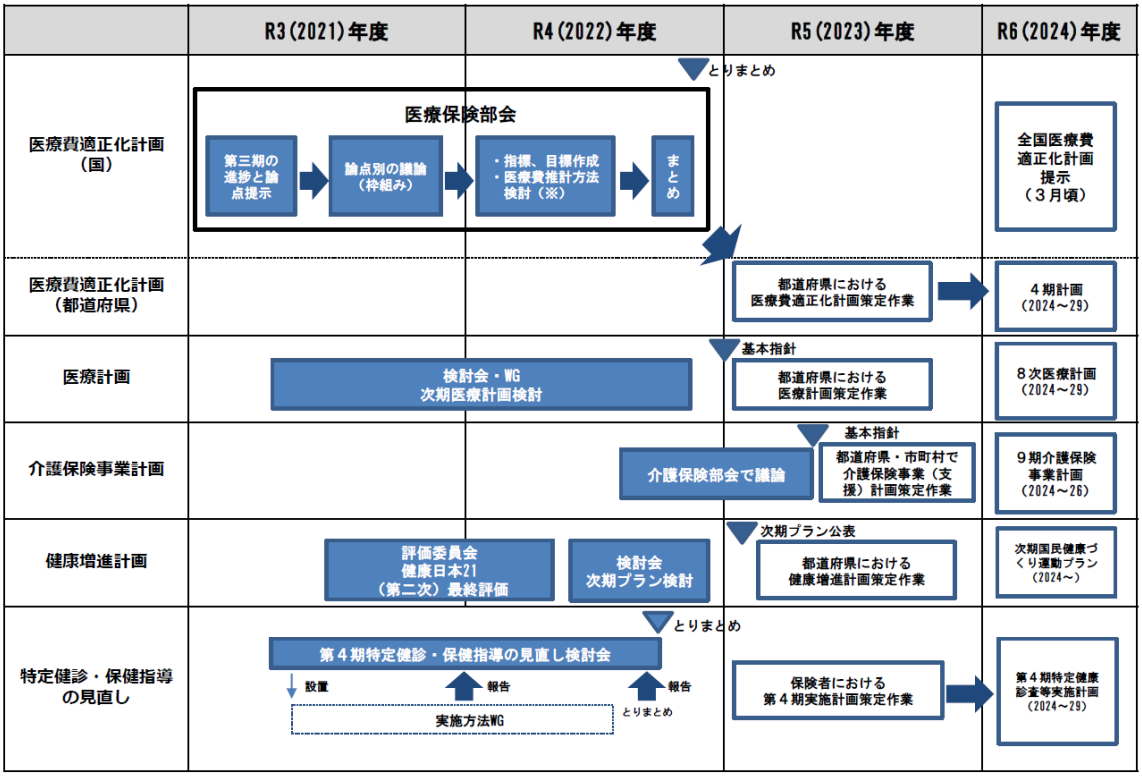
**②　医療費適正化計画に係る意見発信**

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

第4期医療費適正化計画（2024年度～2029年度）の策定に向け、2023年7月20日に国から「医療費適正化基本方針」が告示され、2024年3月末までに都道府県が「都道府県医療費適正化計画」を策定し、国は都道府県の計画を積み上げた「全国医療費適正化計画」を策定することとなっています。

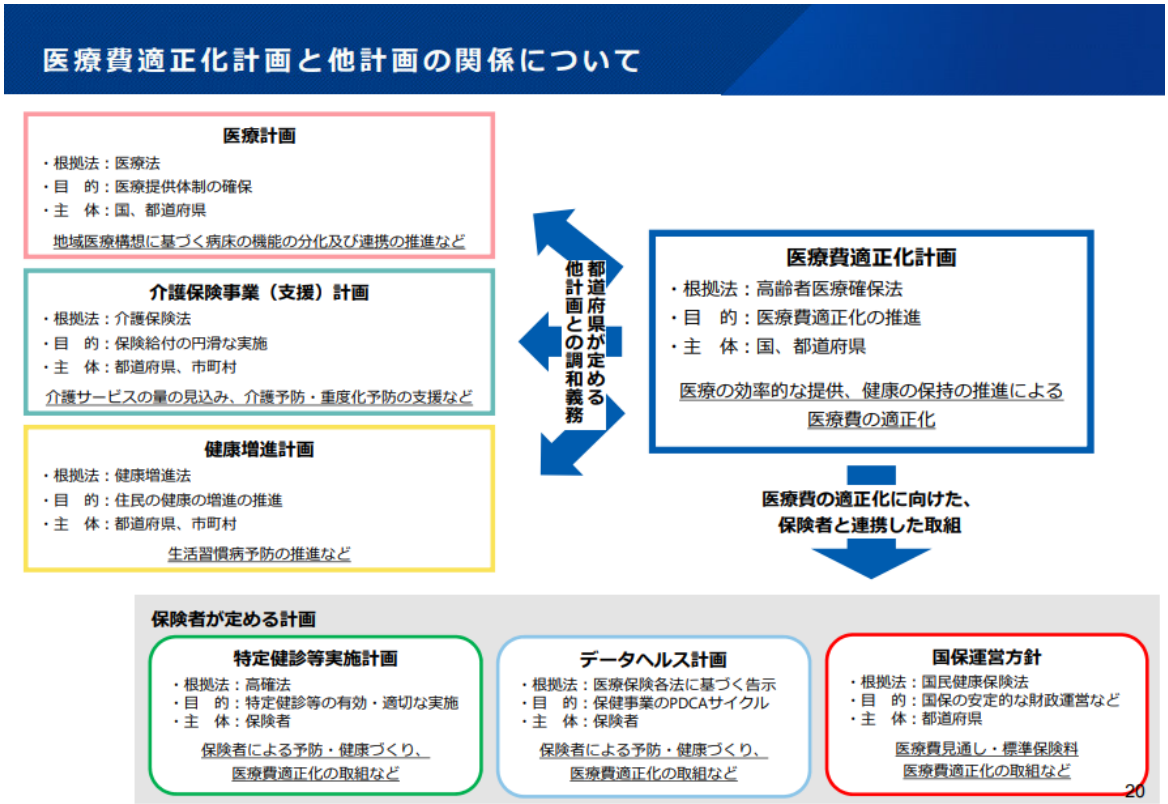
高齢者の医療の確保に関する法律第9条第7項の規定により、都道府県は、都道府県医療費適正化計画を作成又は変更する際には、保険者協議会に協議しなければならないこととされており、都道府県は保険者協議会を通じ保険者との連携を図る必要があります。

**［（図表4-101）医療計画・医療費適正化計画等のスケジュールについて］**




※必要に応じ、指標や目標の詳細、医療費推計方法については、別途検討会を開催し、議論。また、次期国民健康づくり運動プランや第８次医療計画の議論を踏まえて検討

［（図表4-102）医療費適正化計画と他計画の関係について］




支部では、都道府県における第4期医療費適正化計画の策定に積極的に関与しました。本部から提供された医療費適正化基本方針で新たに追加された事項に関する分析データ等を活用し、エビデンスに基づいた意見発信を積極的に行いました。

≪分析データの内容について≫

- 喫煙率
- 急性気道感染症に対する抗菌薬処方
- 白内障手術の外来での実施率
- 成分別バイオシミラー置換え率
- 急性下痢症に対する抗菌薬処方
- 化学療法の外来での実施率

図表4-107のとおり、都道府県の医療費適正化計画に係る検討会の参加支部数は39支部ですが、医療費適正化計画に係る検討会の設置をしているのは39都道府県で、医療審議会にて検討、あるいは検討会を設置せず保険者協議会へ意見聴取を行っている都道府県もあったことから、第4期医療費適正化計画策定に対しては、47支部全てにおいて意見発信を行いました。データに基づく意見発信の主な例は図表4-103のとおりです。

［（図表4-103）医療費適正化計画に係るデータに基づく意見発信の主な例（抜粋）］

| 支部名 | 会議名 | 発言内容 |
|---|---|---|
| 北海道 | 北海道医療費適正化計画検討協議会 | ・計画のたたき台（案）の中に、たばこ対策の記載があり、国保では、がん医療費の中で肺がんの占める割合が高いことが記載されているが、中小企業のサラリーマンが加入する協会けんぽにおいても同様の傾向がある。喫煙率が全国トップクラスに位置する北海道において、重要な健康課題の1つであると認識している。<br>・記載されている「成人喫煙率」を見ると、第3期計画策定時は24.7%とのことだが、直近では20%程度まで低下しているのではないか。一方で、協会けんぽの特定健診受診者、すなわち40～75歳に限ると、喫煙率は35%まで跳ね上がるという結果があり、全国平均でも8ポイント近く上回ることから、現役世代の中でも、特に40～50歳台のたばこ対策が重要ではないかと考えている。<br>・協会けんぽでは、喫煙者に対して様々な「たばこ対策」を実施しており、将来の疾病発症リスクをお知らせする取組では、約1割が非喫煙者へ移行しているなど一定の効果が上がっている。また、来年度からは国保連や複数のモデル自治体と共同で、地域・職域連携の取組として同事業を拡大実施することで合意しているところである。<br>・このように保険者や自治体では具体的な「たばこ対策」を進めているところであるが、今回示された「たたき台」を見ると、取組の中心が受動喫煙（防止対策）に軸足をおいたものとなっており、喫煙者に対するアプローチが弱い印象を受ける。たばこ対策に対する事務局の認識を確認したい。 |
| 栃木 | 令和5年度第2回栃木県医療費適正化計画協議会 | 【バイオ後続品の使用割合について】県の資料によれば、栃木県全体では既に16成分中、4品目が80%を達成とのことだが、協会けんぽの実績では、栃木支部は、3成分が80%以上となっていた。数値目標などについては、国の方針に基づくものであり、特に異論はないが、保険者による差異の要因や、成分ごとの置換率の違いなども考慮していく必要があると考える。<br>【医療資源の効果的･効率的な活用について】「化学療法の外来レセプト出現率」だが、資料のとおり全国を100として、栃木は102.3と高くなっている。協会けんぽのレセプトにおいても、外来化学療法の1万人当たり実施件数は229件、全国平均では198件と全国より高くなっているため、全国と比べ、医療資源の効果的・効率的な活用が進んでいると考えられる。一方で、白内障手術の外来での実施率については、栃木県が46.3%、全国は60.1%と下回っている状況である。協会けんぽの実績でも、入院での手術の割合が、栃木は51.7%、全国平均が37.6%と、全国よりも入院による割合が高くなっており、医療資源の効果的・効率的な活用に向けた対策が必要と考える。<br>【喫煙対策の推進】喫煙率は2016年からは減少しているが、30代～40代が高い傾向にある。協会けんぽでも同様である。（県資料では、全国との比較は差替予定のため、未確認）また、協会けんぽの健診データにて全国との比較をみれば、栃木支部の喫煙率は全国平均より高く、特に、35歳～59歳の喫煙率が全国より高くなっている状況である。また、肺や気管支のがんに係る協会の医療費についても、全年齢の合計で見れば1人当たり医療費は全国平均より低いものの、40代では男女ともに、1人当たり医療費が全国平均より高くなっている。根本的な原因までは分析できていないが、がんや循環器疾患等の予防のため、栃木県においては、若年層からの喫煙対策が必要であると考える。 |

| 支部名 | 会議名 | 発言内容 |
| --- | --- | --- |
| 福岡 | 福岡県医療費適正化計画推進委員会 | ・「福岡県における医療費の現状」について、たばこを習慣的に吸っている割合は、男女ともに全国平均より高いとされている。支部加入者においても、35歳～74歳を対象とした生活習慣病予防健診受診者の問診において、「喫煙者の割合」が2022年度は30％（全国平均27.7％）と、全国で12番目に高い割合となっている。また、業態別では、道路貨物運送業（2022年度：48.6％）などが高くなっている。支部での医療費分析の結果、1人当たり医療費について、令和4年度は全国で6番目に高く、特に入院医療費が高い。疾病分類別では新生物による影響が大きく、内訳として「気管、気管支、肺の悪性腫瘍」の占める割合が全国平均と比較して高い。「喫煙者の割合」が高いことが1人当たり医療費を押し上げている要因の一つであると考えられるため、重要な健康課題の一つであると認識している。たばこ対策については福岡県の重要課題として、福岡県が中心となって各自治体・関係団体・保険者が連携して取り組めるように推進すべきと考える。<br>・協会けんぽ福岡支部のバイオシミラー置き換え率については、2021年度の福岡県実績（18.8％：16品目中3品目）と同程度である。協会けんぽにおいても、2024年度より福岡支部を含む一部の支部で先行してバイオシミラーの使用促進に取り組むこととしている。バイオシミラーの使用促進については、自己負担額の面で患者にとって切り替えメリットが小さいことから、処方権限のある医療機関へのアプローチが必要と考える。福岡県が中心となって医師会にも協力いただき、各保険者が情報共有を行いながら、福岡県全体の使用促進が図れるように推進すべきと考える。 |

**ⅱ）医療提供体制に係る意見発信**

**①　地域医療構想の実現に向けたこれまでの議論**

2025年は団塊の世代が75歳になる年であり、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、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。

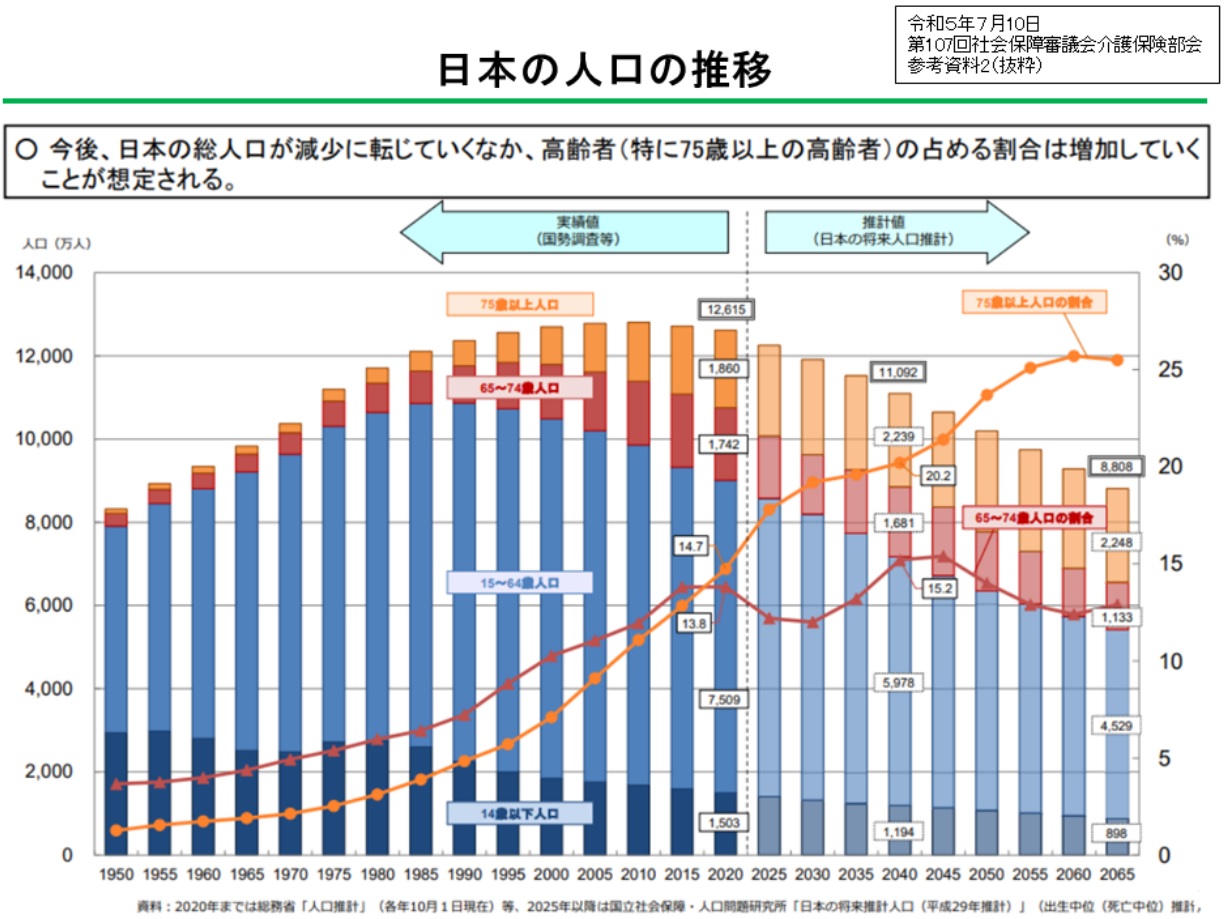
協会では、国や都道府県の医療計画策定等の場や調整会議において、医療データ等に基づき、意欲的に意見発信を行っています。

2023年度の地域医療構想を巡る動きとしては、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、各都道府県において第8次医療計画の策定作業を進める際、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るとされました。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されています。

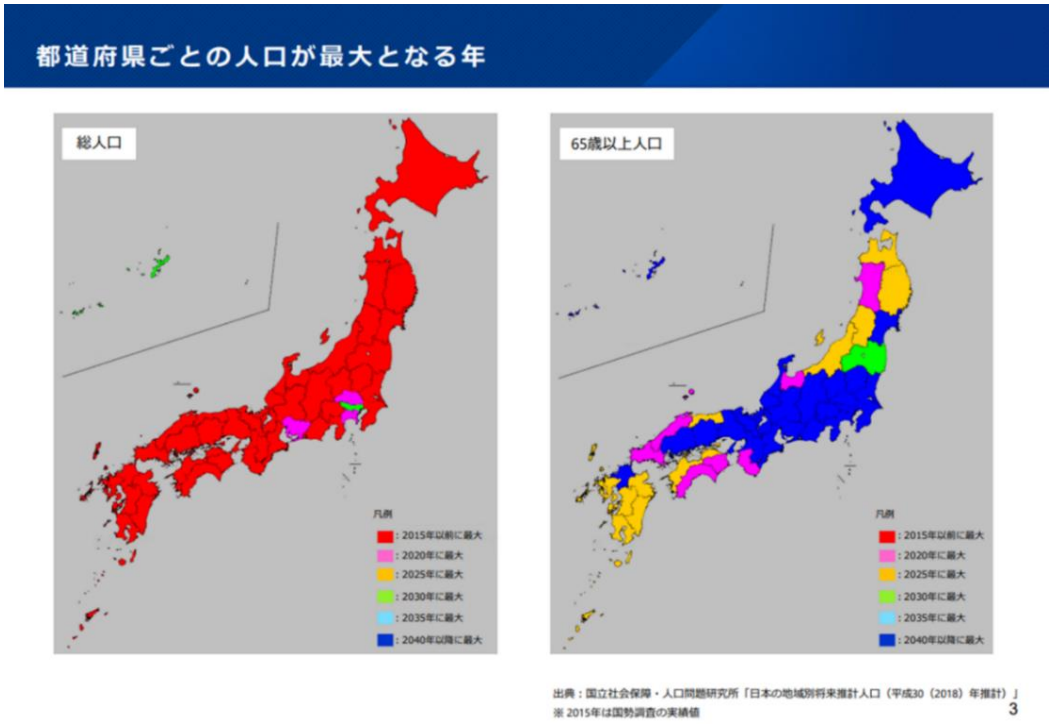
2024年3月28日には、厚生労働省医政局長通知「2025年に向けた地域医療構想の進め方について」が発出され、構想区域によって病床機能報告上の病床数と必要量との間に差異があり、構想区域ごとに確認・分析を行った上で、地域の実情に応じた取組を進めていく必要があるとさ

れたところです。地域医療構想の取組を更に推進するため、協会として引き続き積極的な意見発信に努めます。

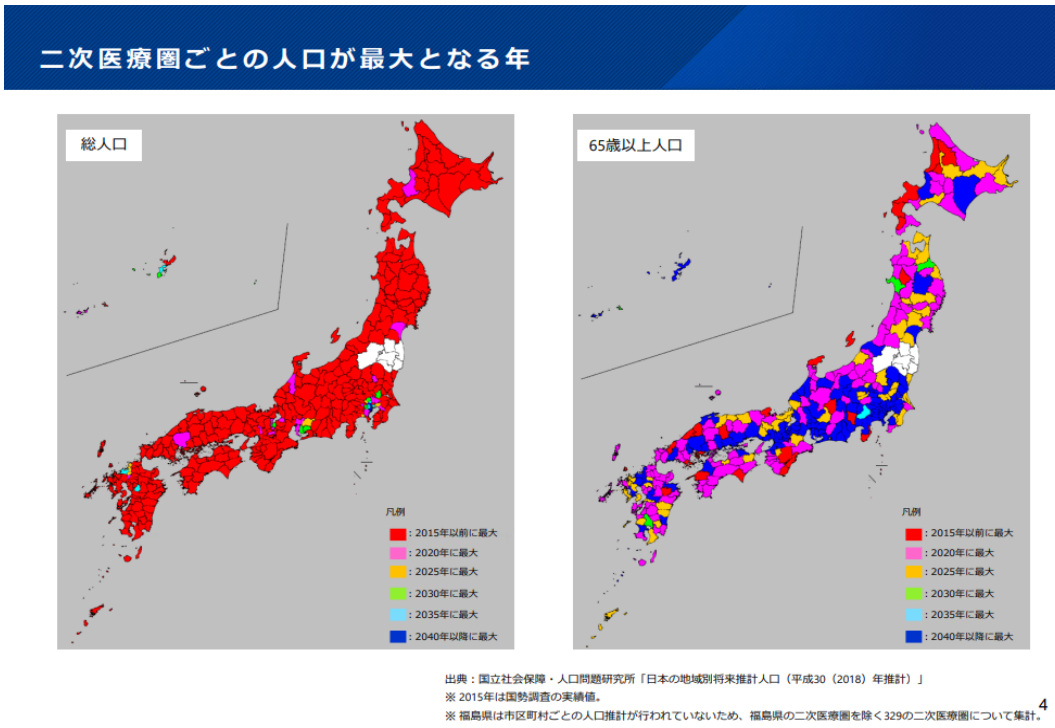
**［（図表4-104）日本の人口の推移について］**



［(図表4-105) 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)］




［(図表4-106) 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)］




## ②　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画し、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、調整会議への参画が進むよう都道府県に働きかけを行っており、その結果、2023年度末で、346ある調整会議のうち224区域（被用者保険者全体では301区域）に参画しています（図表4-107参照）。

未参画の区域については、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4-107）都道府県の各種審議会等への参画状況について（2023年度末時点）］**

| 内容 | 参画支部数 | 設置数 |
|---|---|---|
| 都道府県の医療計画策定に関する場への参画支部 | 35 支部 | 47 都道府県 |
| 都道府県全域の地域医療構想の議論の場への参画 | 36 支部<br>（39 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、224 区域<br>（301 区域） | 346 区域 |
| 都道府県医療費適正化計画に係る検討会への参画支部 | 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

**② 調整会議における医療データ等を活用した意見発信**

2023年度は2022年度に引き続き、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。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、2023年度は41支部と、2022年度の37支部を上回りました。

調整会議においては、各都道府県の医療提供体制や医療費等の状況に関する課題を捉え、データ分析を行った結果を調整会議に提供する等、データに基づく議論を積極的に促す支部も存在しました。データに基づく意見発信の主な例は、図表4-108のとおりです。

**≪意見発信を検討する際の主な活用データ≫**

・都道府県の資料に掲載されている病床機能報告、医療機関の方針
・SCRデータや国勢調査のデータ
・地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる資料
・協会けんぽの居住地受診地別基本情報を集計した患者流出入状況の分析結果

**［（図表4-108）地域医療構想に係るデータに基づく意見発信の主な例（抜粋）］**

| 支部名 | 会議名 | 発言内容 | 活用したデータ |
|---|---|---|---|
| 山形 | 第2回山形県保健医療推進協議会 | ・医療提供体制の状況を把握するために4つの二次医療圏ごとに協会けんぽの加入者の流出入を分析したところ、2018年度から2022年度までのレセプト件数ベースで特に顕著な流出が見られたのは最上地域で、入院に関して約 | ・都道府県が調整会議に提出した定量的なデータ等（病床機能報告、 |

| 支部名 | 会議名 | 発言内容 | 活用したデータ |
|---|---|---|---|
| | | 65％は自医療圏内で完結しているが、35％は他の医療圏（特に村山地域）で入院治療を受けておられた。外来においても16％程度は他地域での診療となっている。これらの改善に向けて昨年10月移転開院した県立新庄病院の対応などが期待されるところだが、以前と比較して最近の状況や今後の取組などについてお聞きできることがあればお願いしたい。<br>・もう一点、在宅療養の充実について、訪問診療の実施件数に関して、2026年度の目標と2020年度の実績を比較すると置賜地域は相応に充足しているものの、最上地域と庄内地域において大きな乖離がある。いずれの地域も改善に向けて「山形県医師確保計画」に基づいて医師の確保に努めるとのことだが、県として両地域に対する対応策、特記的なことなどあれば、お教えていただきたい。 | 診療実績等）など<br>・協会が保有するデータを活用した分析結果 |
| 富山 | 令和5年度第1回砺波地域医療推進対策協議会、砺波地域医療構想調整会議及び砺波地域医療と介護の体制整備に係る協議の場 | ・砺波医療圏においては、高度急性期の医療機能が不足している課題を抱えており、周辺の医療圏との連携が重要であると認識している。私ども協会けんぽのレセプトデータによる分析情報となるが、砺波医療圏に在住する加入者であって、①がんの入院では、約20％が石川県金沢医療圏の医療機関に、約15％が富山医療圏の医療機関に入院しており、約4割が他の医療圏に流出、②心疾患においては、25％が富山および高岡医療圏に、約20％が石川県の医療機関に入院しており、約5割の患者が流出している。このように他の医療圏との連携や協力支援が必要と考えているが、こうした調整は県が行っていくのか、具体的対応方針の下で各医療機関が行っていくのか、どのような考え方・進め方を考えているのか。 | 協会が保有する二次医療圏別・疾病別患者流出入データ |
| 徳島 | 令和5年度第1回徳島県西部地域医療構想調整会議 | ・西部医療圏全体では2025年病床必要数1,008床に対し、1,021床まで削減が進み、病床の機能転換は概ね進んだと思っている。ただ、前回も話した通り西部医療圏の人口減少は県全体を大きく上回っており、2045年には2015年対比で半減するという、厳しい予想となっている。また、65歳以上の高齢者人口は2020年をピークに減少に転じているが、域内人口の減少幅が高齢者人口の減少幅を上回るため、高齢化比率は一段と進み、2045年には50%近くまで進む見込みである。西部地域の将来推計人口を踏まえれば、今後増えてくる高齢者への医療、介護についても、機能連携を図り、地域で完結する提供体制を構築していただきたい。<br>・また、今回ご説明いただいた先生方より、医師、看護師、介護士などあらゆる職種の人材が不足しているとの深刻な話がある。地域で完結する医療・介護の提供体制を構築していくためには、施設等のハード面はもとより、まずは施設を運営するスタッフが揃わなければ始まらない。2025年に向け、病床の機能転換も進んだ西部地域においては、今後の大きな課題である医療スタッフの確保について、本会議において議論していく必要があると思っている。本会議の今後の進め方について、事務局より教えていただきたい。 | 医療機関の2025年対応方針の検討に係る参考資料について（県提供資料） |

| 支部名 | 会議名 | 発言内容 | 活用したデータ |
|---|---|---|---|
| 高知 | 令和5年度第2回高知県医療審議会保健医療計画評価推進部会、令和5年度第2回地域医療構想調整会議連合会 | ・「精神疾患」について質問と要望。協会けんぽの精神疾患に関する傷病手当金の推移では、高知でもこの10年間で1.7倍ほど増加している。しかし資料では、入院患者は減少してきており、年齢別の内訳では生産年齢人口の40歳～64歳の入院患者は2010年より半減しているが要因は把握しているか。また、先日の高知新聞で、ある医師の講演の記事が掲載されていた。高知県では人口の220人に1人が精神科病院に入院しており、全国平均480人に1人の2倍以上との話である。精神疾患は入院期間が長くなりがちで、約6割が1年以上の入院とのデータもあり、当然医療費がかさむ。記事では医師から「ケアマネジメントとサービスの統合がうまくいっていないのでは」との疑問が呈されていたがいかがか。地域包括ケアシステムの構築は大きなポイントになると思われるが、検討していることがあればお聞かせ願いたい。 | 協会が保有するデータを活用した分析結果 |

2024年度中に国における検討・制度的対応が進められ、2025年度に都道府県における地域医療構想の策定作業が行われる見込みです。2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、また、新型コロナ禍で顕在化した課題への対応を進めつつ、中長期的課題について整理したうえで、新たな地域医療構想の策定がなされる必要があります。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してデータに基づく意見発信を積極的に推進していきます。

**iii）医療保険制度の持続可能性の確保等に向けた意見発信**

**①　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、

ア）　オンライン資格確認等システム（オンライン資格確認導入加速化に向けた取組や支援及びマイナンバーの正確な登録等）

イ）　マイナンバーカードと健康保険証の一体化及びマイナ保険証利用促進（2024年12月2日のマイナンバーカードと健康保険証の一体化に向けた対応及びマイナ保険証利用促進等）

ウ）　2024年度診療報酬改定の基本方針（近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえた基本方針の検討）

エ）　「経済財政運営と改革の基本方針2023」（経済財政運営と改革の基本方針2023の記載事項についての検討）

オ）　出産費用の見える化（出産費用の見える化を進め、妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に医療機関等を選択できる環境整備）

カ）　入院時の食費について（食材料費等の高騰等による入院時食事療養費の見直し）

等について議論を重ねました。協会の主な発言は次のとおりです。

**ア）オンライン資格確認等システムについて**

・「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している専門家ワーキンググループにおいて、具体的な実務上の課題の検討を進めていくことが不可欠である。

・マイナンバーカードでオンライン資格確認ができない場合の対応について、被保険者資格申立書の記入をお願いするのは医療機関にも患者にも負担が大きいと考える。受診前にマイナポータルで新しい資格情報が登録されているか加入者自身でご確認いただくこと、あるいは保険証の持参によって資格確認が可能である旨について、保険者としても周知に取り組んでいくが、CMやパンフレット、チラシの作成など、国においても丁寧で幅広い周知・広報に努めていただきたい。

・2024年秋のマイナンバーカードと健康保険証の一体化に当たっては、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」が迅速に届く体制の整備に加え、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。

・8月初旬にまとめられた「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」の最終とりまとめにおいて、「訪問診療・訪問看護・訪問服薬指導をはじめ、あん摩マッサージ師・はり師・きゅう師の施術所、特定健診実施機関等でのオンライン資格確認の用途拡大について、2024年度からの運用開始に向けて、着実に推進する」とされており、これらの分野について、オンライン資格確認の導入が着実に進む環境の整備をお願いしたい。

・マイナンバーに係る「登録済データ全体のチェック」について、確認手順やスケジュールを提示いただいたところであるが、表記揺れによる不一致の発生も考慮すると、本確認作業に係る保険者の負担は相当なものになると予想される。加入者及び事業主との照会を巡るトラブルも多発しかねない。こうした負担やトラブルを対応可能な範囲に留め、正確かつ効率的な確認作業が行えるよう、我々保険者の声をよく聞きながら、詳細の設計をお願いしたい。

・健診機関がオンライン資格確認等システムに直接健診情報の登録を行えるスキームの検討が進んでいると認識している。事業主への同意の取得方法の検討や、システム改修の必要はあるものの、保険者にとって多大な負担となっている事業者健診情報の取得業務の効率化につながる可能性があり、登録される健診情報の正確性と適切な管理を担保することを前提に、あわせて検討をお願いしたい。

・健診実施機関等のオンライン資格確認について、健診実施機関等にも事務の円滑化につながるなどのメリットがあることから、将来的な義務化も見据えた形でオンライン資格確認の導入が円滑に進むよう、より積極的な財政支援を行うことも含め、引き続き支援策のご検討をお願いする。

・マイナ保険証の利用促進について、保険者の呼びかけのみでは限界があり、医療機関の窓口で「マイナンバーカードはお持ちですか」と声掛けしていただく、カードリーダーが目立つよう何らかの目印を設置する等、関係者が連携してマイナ保険証を使いやすい環境を整えることが重要と考える。

・オンライン資格確認については、今後も医療DXの流れの中で、電子カルテ情報の活用など、更なる拡充が図られていくことが想定される。システム構築を含む費用負担の在り方を議論する際は、まず全体像を示して頂き、利活用場面、ユースケースを整理し、その役割や受益等を踏まえたうえで検討を進めていただくよう、改めてお願いする。

**イ）マイナンバーカードと健康保険証の一体化及びマイナ保険証利用促進について**

・「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」最終とりまとめにおいて、登録済データの総点検について、できる限り合理的・システム的で、保険者の負担が少なく、加入者及び事業主との照会を巡るトラブルも生じにくい形で行われるよう、実施手法を検討する必要がある。

・マイナンバー未収録者に対する勧奨について、協会としても引き続きマイナンバー収録率の向上に取り組むが、国としても、資格取得届へのマイナンバー記載義務が明文化されたこと等について、積極的に事業主に周知を図るべきである。

・マイナ保険証の一層の利用促進に向けて、保険者として取組を進めていくが、利用率については結果の側面が強いところもある。マイナ保険証の利用率目標に関しては、国において具体的な数値をお示し頂き、それに協会として全力で取り組んでいきたいと考えている。

・医療機関及び薬局で「マイナンバーカード、お持ちですか」とお声がけいただく、また、国において、資格確認書や、資格情報のお知らせなどの新しい仕組みについて早期に周知・広報に着手していただく等率先して啓発に努めるなど、医療機関及び薬局や国においても、効果的な媒体を選定のうえ、より一層積極的・集中的な取組を行っていただくようお願いする。

**ウ）2024年度診療報酬改定の基本方針について**

・都道府県医療費適正化計画が、都道府県、産業保健、被用者保険といったそれぞれの主体が計画に掲げた目標の達成のためどのように責任を持って取り組み、連携していくのかを具体的に示すものとなるよう、国として都道府県に積極的な指導をお願いしたい。

・今回はトリプル改定ということで、医療DXやかかりつけ医機能、地域包括ケア、働き方改革の推進、医薬品の安定供給、医療・介護・障害福祉の連携等論点は多岐にわたる。いずれの論点についても、共通するのは、質の高いサービスを国民が等しく享受できるようにしつつ、医療・介護資源の効率化・適正化を図ることにより、少子高齢化の中でどう世代間公平を確保し、持続可能な社会保障制度を構築していくかという視点が必要である。

・高齢者数のピークを迎える2040年に向け、6年に一度の大規模な改定となる今回の機会に、医療・介護・障害福祉分野を取り巻く諸課題について、地域一体となって取り組んでいける体制を構築できるよう、総合的な見直しをお願いしたい。

・医療費の増加傾向が続く中で医療保険制度の持続可能性に懸念があることや、国民負担の状況が限界にあることを踏まえれば、メリハリの利いた診療報酬改定を行うことで、可能な限り患者の負担増や、保険料の上昇を避ける必要があると考える。

**エ）「経済財政運営と改革の基本方針2023」等関連事項について**

・「経済財政運営と改革の基本方針2023」には、「メンタルヘルス対策を着実に推進する」旨が盛り込まれている。与党も働き方改革の一環で職場でのメンタルヘルス対策の充実を提言しているところであり、今回の基本方針の記載も踏まえて、政府としても産業保健施策に力を入れていくと認識しているが、「産業保健のあり方に関する検討会」は、2023年1月の開催を最後に中断されている状況である。保険者として、メンタルヘルス対策について、産業保健における取組と連携しつつ、積極的に推進していきたいと考えており、ぜひ産業保健施策について一層の取組をお願いしたい。

・メンタルヘルスのような、各年代に幅広く跨る課題については、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等の主体がそれぞれの担うべき役割を明確にしたうえで相互に連携できるようなトータルビジョンを描くことが必要不可欠である。

・「長期収載品の自己負担の在り方の見直し」の検討を進めていくに当たっては、選定療養を活用することが現実的と考える。対象となる医薬品については、患者負担にも配慮しながら、幅広く当てはめる方向で検討していくべきではないか。

・「医療上の必要性があると認められる場合について、選定療養とはせず、引き続き保険給付の対象とする方向で検討を進める」方向については賛成であるが、「医療上の必要性があると認められる場合」の解釈については、客観的な判断が可能となるよう、基準や具体例を明確に示すべきと老える。

・協会としても2009年度から加入者に軽減額通知をお送りする等、フロントランナーとして後発医薬品の使用促進に取り組んできたが、各保険者の努力のみでは限界が見えてきている状況である。後発医薬品の供給不安を巡る構造的課題の解決に向けて関連制度を大胆に見直すことを前提に、長期収載品の薬価と選定療養の場合における保険給付範囲の水準の差についてはできる限り「2分の1」とする方向で検討を進めていただくようお願いいたします。また、選定療養に係る負担を徴収しないことや、標準とする水準より低い額で徴収することについては、そもそも選定療養は本人の自己負担を前提とするものであること、また、後発医薬品の使用促進を図る観点から、認めない方向で検討していただきたい。

**オ）出産費用の見える化について**

・出産費用の見える化については、「妊産婦の方が見て分かりやすい形で公表する」ということが第一に来るべきであり、出産にかかる費用の明細を示すことなど、よりわかりやすく充実した形での公表が可能かという点は、引き続き議論していく必要があると考える。

・「見える化」の取組は、今後の出産に関する支援についての議論にも資するものであり、2024年4月の公表に向けて、着実に関連情報の収集・整理をはじめとした検討を進めていただきたい。

**カ）入院時の食費について**

・現在の物価高騰・賃金上昇を踏まえれば、入院時の食費の見直しは不可欠と考えられ、家計支出などの実情を踏まえた水準となるよう検討を深めていただきたい。

## ②　中央社会保険医療協議会

中央社会保険医療協議会において、2024年度診療報酬改定の個別項目について議論を重ねました。

2023年11月27日に「令和6年度診療報酬改定に関する要請」として、健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、全日本海員組合、日本経済団体連合会、日本労働組合総連合会との連名で、「令和6年度診療報酬改定においては、賃金、物価の動向を考慮しつつも、高止まりする医療費の自然増により医療保険制度の持続可能性に懸念があること等から、患者の負担増や保険料の上昇に直結する安易な診療報酬の引上げを行う環境になく、大胆な配分の見直しによる真に有効でメリハリの効いた診療報酬改定が不可欠である。薬価等については、革新的新薬等のイノベーションへの十分な配慮、後発医薬品等の安定供給の確保を着実に進めるとともに、市場実勢価格の低下に伴う引下げ分を国民に還元すべきである。」旨の要請書を厚生労働大臣宛てに提出しました（図表4-109参照）。

**［（図表4-109）令和6年度診療報酬改定に関する要請］**

令和５年 11 月 27 日

厚生労働大臣
武見 敬三　殿

健康保険組合連合会　会長　宮永 俊一
国民健康保険中央会 理事長　原　勝則
全国健康保険協会　理事長　北川 博康
全日本海員組合　　組合長　松浦 満晴
日本経済団体連合会　会長　十倉 雅和
日本労働組合総連合会 会長 芳野 友子

**令和６年度診療報酬改定に関する要請**

令和６年度診療報酬改定に向け、医療保険者関係団体の意見を下記のとおり取りまとめたので、政府の決定において適切に反映されるよう、強く要請する。

記

新型コロナウイルス感染症の拡大により、経済の停滞や、医療現場の混乱など未曽有の危機を経験したが、医療従事者の献身的な対応をはじめ国民全体の弛まぬ努力により、新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけが５類に引き下げられて以降、社会経済活動が活発化し、デフレ脱却に向けた兆しが見えはじめるなど、新たな道を歩みだした。

そうしたなか、我が国の医療費は、令和２年度に一時的な落ち込みがあったものの、一貫して増加基調にあり、令和４年度は過去最高の 46 兆円規模にまで拡大した。さらに、足元ではコロナ禍前をしのぐ大幅な伸びを示し、予断を許さない状況にある。今後も生産年齢人口が減少するなかで、団塊世代の後期高齢者への移行が進むなど高齢化に伴い医療費はますます増加する見込みである。

また、令和４年度診療報酬改定においては、リフィル処方箋の仕組みが導入されたが、厚生労働省が中央社会保険医療協議会に提出した分析結果に基づけば、令和４年度政府予算編成に関する関係大臣折衝で合意された医療費▲0.10％の適正化効果（再診の効率化）は明らかに未達である。

第 24 回医療経済実態調査の結果、令和４年度における一般病院の経営状況は、総じて令和３年度に比べて収益の増加を費用の増加が上回り、赤字が拡大したものの、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めると、損益差額が全体で 1.4％の黒字となった。一般診療所の場合は費用の増加を収益の増加が上回ったために黒字が拡大し、医療法人では、新型コロナウイルス関連の補助金を含めた損益差額が 9.7％の黒字となった。歯科診療所と保険薬局は、引き続き黒字基調で安定的に推移した。また、医療法人における看護職員や看護補助職員の平均給料年額は、一般病院で１％台半ば、一般診療所で２％程度の伸びとなった。一方、資産・負債の状況に目を向けると一般病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局のいずれも、長期借入金をはじめとする固定負債が減少して資本が増加し、一般診療所を中心に医療機関・薬局の経営は堅調と言える。

昨今の物価の高騰等は国民の生活を圧迫し、さらに、これまで長期にわたり、賃金・物価の伸びを医療費の伸びが上回る構造が続いてきたことで、国民・事業主の保険料負担と患者自己負担は着実に増加し、医療保険財政は限界に近い状況にある。医療保険制度の持続可能性を確保するため、医療の質を担保しつつ、効率化や適正化の取組みが極めて重要である。そのため、医療提供体制については、令和７年に達成すべき地域医療構想に基づく病床再編の推進、かかりつけ医機能に関する制度整備、医療 DX の推進等を踏まえ、医療機能の分化・強化と連携を加速させることが必要となる。あわせて、医療・介護・障害福祉等サービスの同時報酬改定を通じて、各制度において各施設・各職種それぞれが機能を強化したうえで、ICT 等を活用して円滑な連携を図らなければ、生産年齢人口の減少によるサービスの担い手が不足するなかで、高齢化により増大する需要をまかなうことは到底できない。

令和６年度診療報酬改定においては、賃金、物価の動向を考慮しつつも、高止まりする医療費の自然増により医療保険制度の持続可能性に懸念があること、限界にある国民負担の状況、診療所と病院の経営状況の違い、職種別の給与水準の格差などを総合的に勘案する必要がある。したがって、患者の負担増や保険料の上昇に直結する安易な診療報酬の引き上げを行う環境にはない。一方で、令和６年４月からの働き方改革を踏まえ、救急も含め 24 時間対応可能な地域医療体制の確保に向けて、多様な医療人材の連携を促進するとともに、看護職員等の医療従事者の処遇改善は重要事項である。まずは診療報酬と補助金・交付金との役割分担の整理・効果検証を行い、その結果を踏まえた大胆な配分の見直しにより実現を図るなど、真に有効でメリハリの効いた診療報酬改定が不可欠である。また、薬価・材料価格改定については、革新的新薬等のイノベーションへの十分な配慮、後発医薬品等の安定供給の確保を着実に進めるとともに、市場実勢価格の低下に伴う引下げ分を国民に還元すべきである。

以上

2023年12月20日には、2024年度診療報酬改定率が決定され、診療報酬本体の改定率はプラス0.88%、薬価等の改定率はマイナス1.00%となり、全体ではマイナス0.12%となりました。なお、診療報酬本体のうち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の処遇改善の特例的な対応として0.61%が充てられることとなりました。

2024年2月14日には、中医協会長から厚生労働大臣に対して答申が行われました。この答申に対しては、支払側より、「入院医療については、急性期一般入院料1に係る平均在院日数の短縮や重症度、医療・看護必要度の評価項目と該当患者割合の見直しが行われ、地域医療構想に基づく病床機能の分化・強化につながるものと認識している。また、地域包括ケア病棟入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料の適正化、療養病棟入院基本料の精緻化に加え、高齢者の急性期医療を想定した地域包括医療病棟の新設は大きな前進である。外来医療については、生活習慣病管理料や特定疾患療養管理料等において、質が高く患者の負担にも配慮した「計画的な管理」の考え方を整理し、かかりつけ医機能の発揮に資する意義のある見直しができた。一方で、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げ措置として入院基本料や初再診料等の引き上げついては、支払い側が求めた方法と異なるものとなったが、確実に賃上げが実施されたのか丁寧に検証する必要がある。また、医療DXの推進については、医療の質が向上し、患者がメリットを実感できることが大前提であり、医療DX推進体制整備加算の新設により、オンライン資格確認等システムを通じた医療情報の積極的な活用に加え、電子処方箋の早期普及や電子カルテ情報共有サービスの導入が着実に進むのか、動向を注視する必要がある。2026年度の次回改定は、高齢化がピークとなる2040年頃に向け、ポスト地域医療構想を見据えた医療機関の機能分化・強化や連携を意識すべきである。救急搬送や緊急往診を含めた24時間対応可能な医療提供体制の確保、かかりつけ医機能報告制度等を巡る検討状況を注視しつつ、答申書附帯意見を踏まえ、さらなる対応について十分に議論する必要がある。」と総括しました。

協会からは、各論点について以下のような発言を行いました。

**ア）入院医療について**

・急性期一般入院料1の平均在院日数について、90%以上の施設で施設基準よりも2日以上短かったという調査結果が出ている。それを踏まえて平均在院日数の基準について短縮化を検討いただきたい。

・急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の短縮化については機能分化を推進する観点からも、データに基づく施設基準の見直しを行う観点からも、実施すべきと考える。

**イ）看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の処遇改善の特例的な対応について**

・診療報酬の中で処遇改善を行うのは非常に難易度が高い。検討を進めることに異論はないが、患者負担が避けられないこと等から慎重な検討をお願いする。

・処遇改善を診療報酬で対応するにあたり、患者負担は避けられない。なるべく皆様の納得が得られるような仕組みにしていただきたいと考えている。健保連と同様に、設計方法（案）については点数を複数に分けて病院ごとに評価を決定する形のほうが、過不足のばらつきが少なく、納得感があるのではないかと考える。

・医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組について、基本料に溶け込ませるのではなく加算として別途評価することにより、各医療機関等における賃上げの実態をしっかりと把握できると考える。実態把握と効果検証を綿密に行い、今回の加算が現場の医療従事者の方々の確実な待遇改善につながるようにしていただきたい。特に効果検証がしっかりできるようなアンケートや調査をしていただきたい。

**ウ）医療DXについて**

・訪問診療・訪問看護に加え、柔整・あはき・特定健診の実施機関について、加入者の方がマイナンバーカード一体化の保険証を持つことによって受療・受診できる形に統一できるように整備を進めていただきたい。

・かかりつけ医機能の一層の強化に向け、ICT化のさらなる推進は欠かせない。書面を用いた説明の際に電磁的交付を可能にする等、様々な方策が考えられるが、介護分野における科学的介護情報システム（LIFE）のように、現場での使い勝手が悪いと指摘されるケースもある。特に診療報酬上の評価を検討する場合、現場の効率性向上および医療の適正化に資するICT化となるよう、十分留意いただきたい。

・オンライン資格確認を巡る診療報酬上の対応については、患者の皆様がきちんとメリットを感じてマイナンバーカードを使えるようになる環境を整えることがまず大事と考えている。そうした環境が整ってから診療報酬上の対応について本格的議論を始めるべき。

・電子処方箋について、非常に有効なツールであることは間違いない。導入に関しては様々なハードルがあるようなので、導入に向けて対応策をきちんと進めていただきたい。

**エ）薬価について**

・イノベーションの適切な評価の観点からは、メリハリのある制度にしていくことは大事なことだが、一方で、予見可能性を高めていく必要があると考えており、基礎的医薬品の制度が複雑な仕組みとなっていることは非常に留意すべきことだと思っている。収載から対象となるまでの期間を短くしつつ、対象から外れた銘柄を価格集約する際は改定前薬価までの引き上げとする等、価格帯が一定の範囲に収束するような仕組みとすべき。

・今回の薬価改定を巡っては、革新的新薬などのイノベーションへの十分な配慮および後発医薬品等の安定供給の確保について、どのようにメリハリをつけて実現していくかが中心になると考えている。その意味で、今回の新薬創出等加算の見直しおよび後発医薬品の安定供給に向けた企業指標の導入および評価については、特に丁寧に検証を進めていく必要がある。特に、企業指標の導入については後発医薬品の安定供給確保に向けた見直しの第一歩となるものであり、早期の導入・公表をお願いしたい。

・不採算品再算定にて『前回の令和4年度薬価調査における全品目の平均乖離率である「7.0%」を超えた乖離率であった品目は対象外とする』旨、盛り込んでいただいたことは評価する。一方で、2023年度薬価改定では、臨時・特例的に全品目を対象に不採算品再算定が実施されたところ、製薬企業側が仕切価率を低下させた品目も一定程度あったことから、骨子にある通り、「今回の改定において不採算品再算定を適用される品目については、次回の薬価

調査における乖離状況を確認し、流通状況を検証」することを徹底していただきたい。

**オ）長期収載品について**

・医療上の必要性があると認められる場合について、選定療養とはせず、引き続き保険給付の対象とする方向で検討を進めることについては賛成。「医療上の必要性が認められる場合」の解釈については、客観的な判断が可能となるように基準や具体例を明確に示していただきたい。患者側から見ると大きな変更になると思うので周知の時間を十分に取ること、一方で、医療費に対する国民の認識を上げる良い機会かと思うので、そのような観点からの広報にもつながるのではないかと考える。

・「医療上の必要性があると認められる場合については、処方等の段階で明確になるような仕組みの整理」を行うことについて、客観的かつ公平な制度の運用が可能となるよう、ぜひ実施していただきたい。また、その際は、医療従事者と患者の間に情報の非対称性があることに留意し、患者が制度の趣旨や選択しうる医薬品を理解したうえで先発医薬品か後発医薬品かを選ぶことができるよう、医療現場での適切な表示等をお願いしたい。

・保険給付と選定療養の負担にかかる範囲に関して、協会としても後発医薬品の使用促進に取り組んできた。保険者の努力のみでは後発医薬品の使用率に関しては限界が見えてきている状況。後発医薬品の供給不安を巡る構造的課題の解決に向けて関連制度を大胆に見直すことを前提に、長期収載品の薬価と選定療養の場合における保険給付範囲の水準の差についてはできる限り「2分の1」とする方向で検討を進めていただきたい。また、選定療養に係る負担を徴収しないことや、標準とする水準より低い額で徴収することについては、そもそも選定療養は本人の自己負担を前提とするものであること、また、後発医薬品の使用促進を図る観点から、認めない方向で検討していただきたい。

**カ）高額医薬品（認知症薬：レカネマブ）に対する対応について**

・2025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、アルツハイマー病による軽度認知障害および軽度のアルツハイマー型認知症の患者に対象が限られるとしても、レカネマブの市場規模はこれまでに類を見ないものとなることが見込まれる。レカネマブを巡っては

① 真に必要とする患者に、適切に提供できるための事前検査、2週間に1回の点滴、その後の定期的な脳の画像検査など、この薬を安心安全に活用していくための必要な医療的提供体制を確保できるのか

② 医療保険制度の持続可能性への影響をどう見積もり、対処するか

③ 認知症に地域全体で対処していく上でレカネマブの存在をどのように位置づけるのか

等多くの論点があると考えており、薬価専門部会および費用対効果評価専門部会でデータに基づき十分な議論が行われるよう、事務局においてはスケジュール調整・データ収集等をお願いする。

・レカネマブはアルツハイマー病に有効な新薬として広く国民が期待している。対象患者数を最初から多く発表してしまうと、対象患者から外れたときの残念な気持ちも大きくなると思うため、対応可能な人数を示していただき、国民に納得していただける広報が大事。
・保険者の立場で医療費の観点から申し上げると、薬価そのものだけでなく検査費用にも着目したい。取り扱える病院が限定的でありながら、ニーズは高い薬剤だと認識しているので、将来推計を見ていきたいと思っている。収載後の患者数等の状況は今のところ曖昧だが、収載後のルールを明確にして進めることで見通しが立てやすいと考える。
・介護費用について、多くの委員から意見が出ているように、「わからない」というのが現状である。費用対効果評価専門部会の議論も難しいところもあると思うが、目をそらさずに着実に進めていく必要があると考える。
・市場拡大再算定については、医療機関の体制や使用実績、実態の変化、また、投与前の患者選択にあたり様々な検査方法が使用可能になっていくといった状況の変化等も見込まれるため、投薬そのものだけではなく、周辺状況も考慮できるような取り扱いを考えていただきたい。
・薬価収載後の使用実態の変化に応じて速やかに薬価・価格調整に係る対応をとっていただきたい。状況を注視していただきたいと思う。

**③　社会保険審議会介護保険部会・介護給付費分科会**

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

ア）2024年度介護報酬改定（介護分野における各サービスの報酬や制度の見直し）
イ）給付と負担（介護保険料に関する負担の見直し）
ウ）医療・介護連携の強化（2024年度に診療報酬改定と介護報酬改定が行われることを踏まえた連携の強化）

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。

**ア）2024年度介護報酬改定**

・ICTを活用して本人の意思や状態をリアルタイムに医療・介護関係者が把握できる環境を整えていくことが不可欠である。医療・介護の連携の実効性を高めるためにも、介護DXについて、医療DXの進展に後れを取らないよう、引き続き積極的に進めていただくようお願いする。
・令和6年度診療報酬改定に向けて、介護老人保健施設及び介護医療院が、「生活の場」なのか、「医療の場」なのか、その機能や運営実態、また入所されている方の特徴等に基づき、判断基準を整理し明確にした上で、室料負担の在り方について検討を深めていくべきである。現役世代の社会保険料負担の水準は、特に私ども協会けんぽの加入者である中小企業及びその従業員にとって、現在の経済環境下では限界に達していると考えている。
・今後65歳以上の高齢者の急増から現役世代の急減に人口構造の局面が変化していく中で、介護保険の規模は膨らみ、一方で財源には自ずと限界が出てくる。

・介護サービスの品質向上を図りつつ介護保険制度の持続可能性を高めていくために、世代間・制度間・制度内での給付と負担の在り方について、引き続き議論を深めていく必要があると考えている。効果検証も含め、不断の検討を進めていただきたい。
・今回、医療と介護の連携の推進や地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組、介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進による生産性の向上等を通じた働きやすい職場づくり等の、現場における連携の強化や効率化の取組が多く盛り込まれたことは、介護サービスの品質向上を図りつつ、介護保険制度の持続可能性を高めていくうえで大きな一歩であると考えている。
・介護サービスの品質向上を図りつつ、介護保険制度の持続可能性を高めていくため、今回の改定の効果についてデータに基づく検証を進め、今後の議論に活かしていただきたい。

**イ）給付と負担**

・現役世代の社会保険料負担の水準は、特に私ども協会けんぽの加入者である中小企業とその従業員にとって、現在の経済環境下では限界に達していると考えている。
・第1号保険料と第2号保険料の推移にあるとおり、介護保険料負担は増加の一途を辿っており、特に中小企業及びその従業員にとって、現在の経済環境下では限界に達している。今回、介護保険部会において、年々増加する第1号保険料の水準を現行水準に抑える観点から、低所得者に配慮しながら、被保険者の負担能力に応じた保険料の設定を行う案がとりまとめられたことは、妥当と考えている。
一方で、介護サービスの品質向上を図りながら介護保険制度の持続可能性を高めていくためには、更なる世代間・制度間・制度内での給付と負担のバランスの見直しが急務である。従って、今回、残念ながら議論の先送りとなった2割負担の一定所得以上の判断基準の在り方について、改めて、第10期介護保険事業計画期間の開始前までに確実に結論を得ていただくようお願いする。

**ウ）医療・介護連携の強化**

・ここ数年の新型コロナ禍の中での介護分野における対応状況を俯瞰して見ると、医療・介護連携の重要性が特に再認識されたこと、更には、地域医療構想の構築整備の文脈で、身近なかかりつけ医の役割がよりクローズアップされていることなどを踏まえると、医療・介護の連携強化は今後の介護政策に欠かすことのできない視点であると考える。
・この様な現状を踏まえ、今回改定において介護保険分野における医療・介護連携をどのように具体化し、重点化して推進していくかは重要な論点であると考える。また2024年度の医療・介護の同時改定のこの機は、両分野で医療・介護の連携策を共有化し重点化を図り、連携を強化する最大のチャンスであると考える。

**④　子ども・子育て支援金制度等の具体的設計に関する大臣懇話会**

協会役員が委員を務める「子ども・子育て支援金制度等の具体的設計に関する大臣懇話会」では、「こども未来戦略方針」（2023年6月13日閣議決定）において、「こども・子育て支援加速

化プラン」を支える安定的な財源として、歳出改革等による財源確保、経済社会の基盤強化を行う中で、企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組み（「子ども・子育て支援金制度等」）の構築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。

・安定財源を確保することについての必要性は理解するが、負担を求めることに当たっては、現役世代に負担が集中することのないよう、また、国において、責任をもって国民的な理解を得るよう、お願いする。
・支援金は目的・使途ともにこれまでの医療保険とは全く異なるものであり、仮に医療保険者が支援金の賦課・徴収事務への「協力」を求められるとしても、全国民が負担し支援する新たな仕組みについて、国の事務にご協力するものとして、医療保険制度と完全に切り離して設計されるべきと考える。従って、「なぜ医療保険の賦課・徴収ルートを活用するのか」や「なぜ医療保険の加入者の負担の仕組みを援用して全国民に支援金の負担を求めることとなるのか」という理由については、本懇話会や関連検討会における関係者の議論の中で、従来の施策と整合性があり、かつ合理的な説明が可能かという点を精査し、細部も含めた制度設計を国において行ったうえで、国が責任をもって説明し、かつ関係者の理解を得ていただくようお願いする。

**⑤　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。

2024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第4期特定健診・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。

・各都道府県が地域の医療関係者や保険者と連携して進める医療費適正化計画の趣旨を完徹するためには、適切なPDCA管理が必要不可欠である。協会の運営委員会でも、委員から医療費適正化に係るベストプラクティスを集約し、モデル化して活用すべきではないかとの意見が出ており、各都道府県の取組の評価・分析と、好事例の横展開をお願いしたい。例えば、資料にフォーミュラリの推進が考えられる旨記されているが、特にバイオシミラーについては、患者の選択より医療機関側の選択が大きく影響する。一部のアクターのみならず地域の医療関係者、都道府県、各保険者が連携し対応していけるよう、国として、ガイドラインの周知やデータセットの提供など、積極的な支援をお願いしたい。
・第4期特定健診・特定保健指導の目標について種々の努力を重ねてきたが、令和6年度からは、特定保健指導へのアウトカム評価の導入により、実施率の向上に加え、保健指導の質の向上に更に取り組む必要がある。アウトカム評価の状況等について、分析・共有いただくようお願いしたい。
・協会としては、マイナ保険証の利用促進に向け、協会ホームページにおけるマイナンバー特設ページの開設や、納入告知書等への制度周知リーフレットの同封に積極的に取り組ん

できた。一方、利用率の向上については、保険者の取組のみでは限界がある。国においても、資格確認書や資格情報のお知らせ等の新しい仕組みについて早期に周知・広報に着手いただく等、率先して啓発に努めるようお願いしたい。

### ⅳ）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、図表4-110のとおり、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（＃8000[43]、＃7119[44]）の活用、紹介状なしの大病院受診、お薬手帳の活用、セルフメディケーションやジェネリック医薬品の活用に関する広報を行う等、上手な医療のかかり方に係る働きかけを加入者や事業主へ行いました。複数の支部では都道府県の医師会、薬剤師会、歯科医師会等と連携した働きかけも行っています。

**［（図表4-110）上手な医療のかかり方に係る広報の実施状況（2023年度）］**

| 広報の種類 | 納入告知書同封チラシ | 健康保険委員向けの周知（※１） | ホームページ | メールマガジン | 関係団体と連携した広報（※２） |
|---|---|---|---|---|---|
| 実施支部数 | 45支部 | 30支部 | 29支部 | 36支部 | 26支部 |

※1　「健康保険委員向けの周知」は、健康保険委員に対する情報誌の送付。
※2　「関係機関と連携した広報」は、医師会、薬剤師会、都道府県、市町村、経済団体、医療保険者等と連携した広報の実施。

## （7）協会における調査研究の推進

### ｉ）本部・支部による医療費等分析

協会では、保有するレセプトデータや健診データ等を活用し、支部毎の医療費や各種リスクの保有状況等の地域差を把握し、医療費適正化等の取組を推進しています。本部においては、支部毎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。2023年1月に導入された情報系システムを活用し、支部毎の診療種別や疾病分類毎の医療費の動向を展開し、全国や他支部の動向と比較することで、各支部において自支部の医療費の特徴を把握できるようにしたほか、新たにジェネリック医薬品について、金額ベースでの支部毎の使用割合を算出し、

[43] ＃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。

[44] ＃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。

数量ベースでの使用割合との関係や年齢階級や薬効分類毎の状況を分析しました。また、健康度においては、健診結果を用いて各種リスクの保有状況や質問票を用いて生活習慣の地域差について分析しました。

支部においては、医療費適正化やデータヘルス計画の達成を目指した効果的かつ効率的な健康づくり事業に活用するため、全国との比較等で明らかになった医療費の特徴について、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深掘分析を実施しています。

また、地域の医療費や健康度に関する分析を推進するため、協会保有のレセプトデータや健診データ等を匿名化したうえで、保険者協議会や地方自治体等に提供し、地方自治体等と連携した分析を実施しています。

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**

現役世代の急減と高齢者人口のピークが同時に訪れる2040年、さらにその先を見据え、協会の加入者をはじめとした国民の健康を守るとともに、医療保険制度の持続性の確保も図るため、中長期的な視点に立ち、制度論を含めた医療費適正化の施策について提言や協会が実施する取組の改善を目的に2020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。

2020年度に採択し2023年3月に研究期間が満了し、最終報告書の提出を受けた4件については、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。また、令和5年度調査研究報告書に研究概要を掲載し、広く情報発信を行いました。さらに、研究成果を踏まえた事業が、第6期保険者機能強化アクションプランに取り入れられました。

新規採択及び継続中の研究については、以下のとおりです。

**ア）2023年度採択案件**

2023年度は、新規に以下の指定テーマに沿った研究の提案を募集しました。併せて医療費分析分野及び保健事業に係る自由提案型の研究提案の募集も行いました。

① 医療費総額の高い疾病や1人当たり医療費が高い疾病にかかる医療資源投入量（診療期間や診療行為等）の地域差にかかる分析
② 特定健診の保有リスク（血圧/血糖/脂質）に関する服薬者の服薬開始時点における保有リスクの状態（血圧値/血糖値/脂質値）の地域差に係る分析
③ 保健指導対象者の性年齢階級や保有リスク、生活習慣、業態等と保健指導の成果（腹囲2cm減かつ体重2kg減）との関係及びその関係の地域差にかかる分析
④ 地域（自治体）や職域（業界団体）が実施した全国のポピュレーションアプローチに係る事業内容（健康課題、対象、介入手法等）の情報収集と当該事業の協会加入者の健康度（健診結果等）への効果分析

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の協力をいただいた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、12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、協会役職員による採択委員会を開催し、以下の3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2027年3月末までですが、研究期間中の中間報告書をもとに、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 4-111）外部有識者を活用した調査研究 第 4 期 採択案件①～③の概要］**

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>第4期 ① | 『協会けんぽ加入者の高額医療費集団に特徴的な疾患群に対する効率的医療費適正化を目指した多元統括的研究』 |
| 研究代表者 | 慶應義塾大学 予防医療センター 特任教授　伊藤　裕 |
| 研究の概要 | 【目的】<br>協会けんぽ加入者の効率的医療費適正化に資するエビデンスを得るために、各年代・性別において特徴的な疾患群に加えて、業態や地域などの多元的な視点から高額医療費となる要因を統括的に検証する。<br>【方法】<br>(1)メタボリックシンドロームの病態推移と重症化の要因を縦断解析にて明らかにする。<br>(2)透析導入に至る地域差の要因を医療者側と患者側の視点から明らかにする。<br>(3)メンタル疾患と女性特有の疾患に関する病態の詳細を明らかにする。<br>(4)就労世代におけるフレイルリスクと医療費との関係性を明らかにする。<br>【期待される効果】<br>(1)(2)効率的な保健事業や医療施策を展開させる上で役立つ知見となる。<br>(3)診療の質を向上させて若年世代の医療費適正化につながる。<br>(4)医療費適正化に向けた就労世代の保健事業におけるフレイル予防の意義が明確となる。 |

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>第4期 ② | 『高血圧治療開始前から治療期までの血圧コントロール不良要因とその地域差の解明』 |
| 研究代表者 | 東北医科薬科大学 医学部 教授　目時　弘仁 |
| 研究の概要 | 【目的】<br>高血圧治療を開始前後の患者特性と薬物治療内容の推移、その地域差を解明し、効率的なアプローチ方法を提言する。<br>【方法】<br>(1)高血圧薬物治療開始時点における特性を解明する。<br>(2)処方推移と、服薬アドヒアランスおよび治療不十分の血圧コントロール不良への影響を定量化する。<br>(3)上記の地域差の解明を介した、各地域別の公衆衛生学的アプローチを模索する。<br>【期待される効果】<br>未治療高血圧者が高血圧治療の受診に踏み切る時点での状況を把握できる。治療中患者における解析では、血圧コントロール不良の原因を解明できる。さらに、これらの地域差の解明により、高血圧が長く放置されている地域に対しては早期受診推進の提言を、服薬アドヒアランスが不良である地域に対しては服薬指導に関する提言を、といった地域別のアプローチ施策を提案できる。 |

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>第4期 ③ | 『データ分析の結果を活用する新たな保健事業に向けた調査分析及びモデル開発に関する研究』 |
| 研究代表者 | 産業医科大学 医学部 准教授　村松　圭司 |
| 研究の概要 | 【目的】<br>医療提供体制の現状を調査し、医療サービス利用側である加入者に加え、医療提供側も視野に入れた事業展開を可能にするモデルを開発する。<br>【方法】<br>(1)保健事業に関する協会支部、自治体等へのヒアリング調査<br>(2)健診、適用、レセプトデータに加え、研究代表者らが作成する二次医療圏単位の医療提供体制データも活用した地域単位の分析<br>【期待される効果】<br>質的研究と都道府県単位よりも細かい地理的単位での量的研究とを組み合わせて実施することで、保険者として医療提供体制再構築のための政策提言に資する知見を得ることが期待される。 |

**イ）2022・2021年度採択案件**

2022年度に採択した4件及び2021年度に採択した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。2024年3月末の中間報告に基づき、研究継続の審査を行い、2024年度についても9件すべての研究を継続することとしました。なお、2024年5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4-112）外部有識者を活用した調査研究 第2期 採択案件①～⑤、第3期 採択案件①～④の中間報告］**

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>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　教授　小川　俊夫 |
| 成果の概要<br>（2年目の中間報告） | 本研究は、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。<br><br>(1)研究班の組織<br>本研究の2年目である本年度は、昨年度に引き続き研究班を組織し、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。<br>(2)レセプトを用いた疾病別患者抽出手法の確立<br>本年度は、分析対象疾患を肺がんと糖尿病とし、患者を推定した。<br>(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<br>1. 協会けんぽ全加入者における肺がん罹患率には地域差が見られ、男性では最も高い青森支部（0.043%）から最も低い大分支部（0.017%）と推計された。2022年度の新規肺がん患者の年間一人あたり平均医療費も地域差が見られ、男性では最も高い高知支部で約208万円、最も低い山梨支部で約102万円と推計された。肺がん医療費の地域差には、肺がん罹患率、分子標的薬・免疫チェックポイント阻害薬処方の有無が影響している可能性が示唆された。<br>2. 糖尿病医療費については、SGLT2阻害薬、GLP1受容体作動薬等の処方の地域差について可視化を試みた。糖尿病薬処方者割合の医療機関別平均値を支部別で比較すると、最大の富山支部で29.3%、最小の東京支部で8.4%と地域差が見られた。また、SGLT2阻害薬及びGLP1受容体作動薬の処方割合についても地域差が見られ、糖尿病医療費に影響を与えていることが示唆された。<br>3. 医中誌及びPubMedを用いて、わが国の生活習慣病医療費の地域差に関する文献調 |

| | |
|---|---|
| | 査を実施した。その結果、医中誌より16件の文献を抽出したが、既存研究はあまりないことが示唆された。<br><br>本研究により、肺がん及び糖尿病の医療費には地域差があり、本研究で着目した要因の一部について影響があることが示唆された。一方で、本研究テーマの既存研究はほとんどないことも明らかになった。今後、肺がんと糖尿病の精緻な分析を進めるとともに、他の生活習慣病についても取り組み、また成果の活用についても検討したい。 |

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>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<br>（2年目の中間報告） | 【背景・目的】<br>本研究は協会けんぽ全国47支部で異なる保険料率を均てん化することで、被保険者の医療受診の機会均等や負担感の低減を目指している。そこで年齢や所得調整の他に、各支部の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傾向、応需の傾向など要因を分析し、保険料率の均てん化につながるものを重要指標（KPI）として可視化する。初年度は一人当たりの医療費(年齢調整)で支部を5群に分け、200を超える構成要素を分析し、医療施設数や救急資源、精神疾患関連、在院患者数などの相関を示唆した。本年度（2年目）は新たに構成要素を追加し、各支部の特長を可視化できるようKPIを設定し、支部の医療費支出構造をモデリングする。<br>【方法】<br>前年度から新たな構成要素を加え検討し、KPIを算出して医療費の支出構造モデルを構築した。(1)医療費支出構造モデルの検討は、初年度の単変量の相関結果からKPI候補を先ず仮定し、KPIと構成要素の関係を多変量解析(因子分析、重回帰分析)にて調査した。(2) 医療費支出構造モデルの設計は、(1)の統計解析から医療費支出に相関があると思われるKPIと、それに関係性が高いと思われる構成要素を組み合わせて行った。(3)設計したKPIの客観性を検討するため、(2)の結果と先行研究を比較し、KPIの妥当性を考察・評価した。(4)これらの結果に基づいて47支部のモデリングを試行し、モデリングの特長や初年度の5群(一人当たりの医療費(年齢調整))での傾向差などから、その妥当性を評価した。<br>【結果】<br>(1)医療費支出構造モデルの検討は、高額医療費(透析)、救急資源、医療施設数、受診率、薬剤費(高額製剤や精神疾患)、介護(療養型医療含む)、疾病傾向、後期高齢者の医療費をKPIとして仮定した。次に構成要素として、医療費の支出構造に関係しそうなものを、協会けんぽのデータやNDB統計情報、e-Statから4,833種類のデータを選んだ。さらに仮定したKPIに関係しそうな透析数や平均在院日数、薬剤費などを、そこから97種類のデータに絞った。次にこれらデータ(構成要素)を用いて「因子負荷行列と寄与率（バリマックス法)」にて解析し、30要素12因子を算出した。30要素の多くが支出構造に関係していることが確認できた。また重回帰分析も行ったが、VIFの値が非常に高く、多重共線性が生じ要素が相補的な関係であることが示唆された。重回帰分析の結果から、このままでは構成要素は適切でない可能性があり更なる調整・考慮が必要であると考えた。<br>(2)構造モデルの設計は、(1)の結果から因子分析のグループを用いてKPIを定義し、その相関が強い傾向の因子をKPIの構成要素とした。また重回帰分析の結果から構成要素の相補的な関係を考慮し、構成要素が複数のKPIに重複しないよう配慮した。KPIは、医療施設数類、介護施設類、応需状況類、精神医療類、療養型医療類、救急医療類、糖尿病・透析類、疾病傾向類、薬剤類、後期高齢者医療類の10種とし、それぞれ0-10点で評価することとした。KPIの値は、それを構成する構成要素ごとに、Kn=ABS((V-Vmin)/((Vmax-Vmin)/10)-10)で算出し、Kn平均から算出した。10が最も良い傾向を示し、構成要素が１つであれば、レンジ幅(Vmax-Vmin)の1/10を改善すれば、KPIも1ポイント改善する(良い方向での均てん化につながる)ものとした。<br>(3)先行研究との比較（34文献）では、過分な医療の指摘など、本研究に通じる見解があった。また日医総研の「医療費の地域差の報告（2018前田)」では、医療施設数に関 |

| | |
|---|---|
| | 連性があり、健診や介護施設、外来医療などは大きな相関関係がないことを指摘しており、本研究結果に類似していた。このように、これまでの統計解析結果や先行研究と類似する結果などから、設計したKPIには一定の客観性や妥当性があると考えるに至った。<br>(4)モデリングの試行は、(2)での算出式により47支部を全てモデリングした。保険料率の高い群はいびつな形になる傾向があり、料率が低いと正10角形ないし面積が大きくなる傾向を示していることが確認できた。またA群(保険料率が高い群)からE群になるほど、KPI値が良くなる傾向も定性的に確認ができた。ただしBC間やCD間などでは差別性が弱くも見え、KPIや構成要素の重み付けなどの調整が必要と課題も確認できた。<br>【考察・結語】<br>医療費支出構造のモデリングは、KPIを算出し各支部を可視化することができた。しかしながら構成要素やKPIの影響が全て同じで良いのかなど重み付けや、それに関係した説明力の定量評価が課題となった。KPIの改善が保険料率の均てん化につながることや、構成要素のKPIへの影響を数値的に定量評価(試算)できるものの、具体的にいくらの医療費削減につながるのかという精緻な評価が現状では難しい。また医療施設数が多いことが直接の医療費増の要因とは言い難く(単純に脆弱を目指すことはあり得ない)、ましてや支部により削減ができるものではない。<br>もちろん精緻化が改善活動に本当に必要なのか考えること、また支部単位ではどうにもならないことを明らかにすることも重要(提言)であるが、強い相関を示す施設数の影にあり微弱に相関を示すようなもので、支部が直接改善できるKPIも設定しているかの検証も必要である。<br>それには支部でのKPIへの納得感が重要であり、KPI値が違う支部(良い支部と悪い支部)を比較して、実際に直接改善できる施策(良い支部では何かしら取り組んでいるなど)があるのかなど、検証を行う必要がある。次年度はモデリングの評価を追求し、今後もKPIとして自ら(支部で)算出できることも考慮しながら(例えば廃止される療養型などの医療分類への配慮や、オープンデータの単純利用できるものの活用などの考慮)、KPIの納得感や妥当性、定量性を高めるよう研究を進める。また支部だけではどうにもならないことなどは提言としてまとめる。さらにKPIを活用した業務改善手法なども提案していく。 |

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>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<br>(2年目の中間報告) | 本研究の目的は、機械学習の手法を用いて、糖尿病及び高血圧治療中断者の予測モデル(課題1)及び治療コントロール不良者の予測モデル(課題2)を構築することである。以下に令和5年度の実施状況について報告する。<br><br>分析1：糖尿病及び高血圧症治療中断モデル構築<br>岩手支部を対象に2015年度のレセプトデータから糖尿病治療者及び高血圧治療者のうち、同年度に受診間隔が3か月以上あった者をそれぞれ糖尿病治療中断者及び高血圧治療中断者と定義した。説明変数はレセプトデータから、治療薬の処方の有無、処方量/年度、薬処方種類数等とした。<br>解析手法：Classification and Regression Trees モデルを用いて説明変数の重要度を決定し、重要度の高い変数を説明変数としてロジスティック回帰モデルを作成し、構築したモデルの感度、特異度、AreaUnder Curve(95% confidence interval)[AUC(95%CI)]を計算した。<br>結果：ロジスティック回帰モデルを作成した結果、糖尿病治療中断に重要な変数はDPP-4阻害薬処方量/年度、ビグアナイド処方量/年度、インスリン製剤処方量/年度、年齢、SU剤処方量/年度、DPP-4阻害薬処方あり、ビグアナイド処方あり、SU剤処方あり、インスリン製剤処方ありであった。その時の糖尿病治療中断モデルの感度は0.741、特異度は0.762、AUC(95%CI)は0.813(0.776-0.850)であった。また高血圧症治療中断に重要な変数はCa拮抗薬処方量/年度、降圧薬配合剤処方量/年度、降圧薬配合剤処方あり、Ca拮抗薬処方あり、薬処方種類数、飲食・宿泊、標準報酬月額(千円)、年齢、ACE阻害 |

| | |
|---|---|
| | 薬処方有、6利尿剤処方有、α・αβブロッカー処方有、β刺激薬処方有、降圧薬その他処方有であった。その時の高血圧治療中断モデルの感度は0.617、特異度は0.821、AUC(95%CI) は0.778(0.760-0.796)であった。<br>分析2：糖尿病及び高血圧症治療コントロール不良モデル構築<br>岩手支部を対象に2015～2020年度までの健診データ及び標準的な質問票データを用いて、2015年度に標準的な質問票によって定義された糖尿病治療中患者と高血圧治療中患者に対して、それぞれのガイドラインに基づき糖尿病治療コントロール不良（空腹時血糖値130mg/dL、随時血糖値180mg/dL、HbA1c値7.0%を上回った場合)、高血圧治療コントロール不良（収縮期血圧値140mmHg、拡張期血圧値90mmHg を上回った場合）を定義した。説明変数は健診データと標準的質問票データとした。<br>解析手法：Classification and Regression Treesモデルを用いて説明変数の重要度を決定し、重要度の高い変数を説明変数としてロジスティック回帰モデルを作成し、構築したモデルの感度、特異度、AreaUnder Curve(95%confidence interval) [AUC (95% CI)]を計算した。<br>結果：ロジスティック回帰モデルを作成した結果、糖尿病治療コントロール不良に重要な変数はGGT、LDLコレステロール、飲酒頻度、クレアチニンであった。その時の糖尿病治療コントロール不良モデルの感度は0.766、特異度は0.508、AUC(95%CI) は0.679(0.637-0.722)であった。また高血圧症治療コントロール不良に重要な変数は収縮期血圧、拡張期血圧、BMI、HDLコレステロール、ヘマトクリット、年齢、クレアチニン、20歳時より10kg体重増加、赤血球数、脳卒中既往であった。そのときの高血圧治療コントロール不良モデルの感度は0.918、特異度は0.606、AUC(95%CI)は0.842(0.831-0.853)であった。<br><br>令和5年度は岩手支部のデータを用いて治療中断及び治療コントロールの判別に重要な予測因子を探索することができた。しかし、その予測能は必ずしも高くなく、投入する説明変数の妥当性についてはさらに検討が必要である。また対象者の限定やアウトカムを定義するカットオフ値に対する感度分析も今後実施する必要がある。 |

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>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<br>(2年目の中間報告) | 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<br>生活習慣病未治療者に対する受診勧奨(重症化予防)の効果を、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、6年間のデータをプールして分析した。<br>その結果、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の有意な増加がみられた。また、翌年の健診時の血糖値や総コレステロール値、運動等の生活習慣にも改善が見られた。ただし、これらの変化の絶対値は小さかった。これらの改善が5年後の死亡確率を低下させるか、今後、リスク予測モデルを用いて推計する。また、個人属性による異質性に関しては、前年度に基準値を下回っていた人の方が、上回っていた人よりも、医療サービス利用の増加が大きかった。中長期的には、健診後2年目までは糖尿病関連の医療サービス利用がわずかに増加したが、3年目にはその傾向はなくなった。健康についても同様で、2年目までは総コレステロール等に若干の改善が見られたが、1年目よりは非常に小さく、3年目にはほぼ効果がなくなった。よって受診勧奨の効果は、短期的な可能性が示唆された。<br><br>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<br>腎臓の機能を表すeGFRの基準値(45,60ml/分/1.73m$^2$)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RDDを用い分析した。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、2018年以降の3年分のデータ |

| | |
|---|---|
| | をプールして分析した。<br>今年度は、i)中期的効果の分析、ii)ハイリスク群への影響の分析、iii)個人の異質性に着目した分析、を行った。i)短期的には、基準値を若干下回ることで、CKD関連の医療サービス利用に増加がみられたが、中期的には影響が減少した。また、eGFRの値の改善は平均的には見られなかった。ii)一方で、ハイリスク群に分析を絞り込んだところ、eGFR=45の基準値を下回る群において、翌年のeGFR値がごくわずか改善した。iii)個人属性による異質性を分析したところ、生活習慣の良い人々、より健康な人々が受診勧奨により強く反応し、外来受診を増やすことが示唆された。 |

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>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<br>（2年目の中間報告） | 今年度は、初年度に行った5つの研究結果の論文化に加え、生活習慣病とメンタル疾患の関わりを紐解くため3つの新規プロジェクトを実施した。<br>【初年度プロジェクトの論文化】以下の5本の研究を執筆し国際誌に投稿済である（うち１本は受理済、１本は査読結果に対応中、3本は査読中）。配偶者が心血管イベントを発症することで、パートナーのうつ病発症リスクが増大することを示した研究は、JAMA Network Openに受理され近日中に公開予定である（プロジェクト①-1）。本研究を拡張する形で、高齢者のメンタルヘルスにも強く関連する認知症発症をアウトカムとした類似研究も行い、現在査読中である（プロジェクト②-1）。また、糖尿病診断によって生じるスティグマの影響を考慮すべく、糖尿病と自殺の関連について検討した研究も、現在査読中である（プロジェクト③-1）。さらに、糖尿病治療薬として代表的な薬剤の一つであるSGLT2阻害薬が有する心血管疾患予防効果について検討した論文についても、現在査読中である（プロジェクト④-1）。最後に、心電図異常と長期予後の関連について検討した論文は、日本の特異的な健康保険の仕組みを応用したことが評価され、内科領域の国際トップ誌に受理され近日公開予定である（プロジェクト⑤-1）。<br>【今年度の新規プロジェクト】新たに行った研究としては、以下の3つが挙げられる。まずプロジェクト①-1について、どのような特徴を有する集団が脆弱であるか（パートナーが心血管イベントを発症した際にうつ病になりやすいか）を、因果フォレストを含む機械学習モデルを用いて検討した。結果として、脆弱性の高い集団の属性として、女性、基礎疾患が少ない、不健康な習慣を行なっているという傾向が明らかになった（プロジェクト①-2）。次に、地域や環境によって異なる自殺リスクが変化する可能性を考慮し、プロジェクト③-1で行った糖尿病と自殺の関連について、その地域差を検討した。結果として、糖尿病診断後の自殺リスクの上昇は、地域の剥奪指標が低い地域でより明確であることが明らかになった（プロジェクト③-2）。プロジェクト④-1で行ったSGLT2阻害薬の心血管疾患予防効果については、より効果的な集団を明らかにすべく、因果フォレストを応用してその異質性を評価し、効果の高い集団に介入ターゲットを絞る個別化医療戦略「高ベネフィットアプローチ」の効果を定量的に評価した（プロジェクト④-2）。結果として、SGLT2阻害薬の効果には異質性が存在し、また効果の高い集団は若年、高BMI、高血圧などの特徴を持つということが明らかになった。いずれの研究も初稿執筆済であり、現在論文投稿に向けて準備を進めている。以上のプロジェクトに加え、糖尿病や人工透析、小児疾患が与える家族のメンタルヘルスへの影響、心血管疾患予防効果ある薬剤の効果の異質性についても現在検討中である。<br>【結語】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。 |

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>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 |
| 成果の概要 | 本委託研究では、協会けんぽの活動、加入事業所や加入者の特性、保健事業の実施上 |

| | |
|---|---|
| （1年目の中間報告） | の課題などを前提とし、具体的な保健事業等に資する分析の実施を目指している。具体的なテーマは、①効果的な特定保健指導内容の分析、②特定保健指導リピーター対策に関する分析、③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、④加入者の傷病と離職に関する属性別・業態別・地域別の分析である。本年度はいずれの検討においても分析用のデータセットの準備、データクリーニングなどの基礎的な作業を中心に実施する計画を立て、これらの事項を計画通り達成した。さらに具体的な検討の準備として基礎的な分析にも着手した。<br>特定保健指導に関する2つのテーマに関して、①効果的な特定保健指導内容の分析では、特定保健指導実施者の翌年度の健診結果は積極的支援、動機付け支援いずれも改善傾向が見られ、特に積極的支援の終了者は中断者よりも改善度合いが高い傾向にあることなどがわかった。また、②特定保健指導リピーター対策に関する分析では、まず検査値の変化を確認する必要があり、検査値に応じた初回目標設定の有無が検査値の改善に寄与する可能性があることなどがわかった。<br>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では、医療受診頻度について検討し、パンデミック以降に観察された医療受診頻度は、時系列の予測値の信頼区間の下限値を大幅に下回っていることなどがわかった。<br>④加入者の傷病と離職に関する属性別・業態別・地域別の分析では、属性別に離職をイベントとした生存分析を実施し、生活習慣病等に罹患している者は離職する確率が高いことなどがわかった。<br>今後はそれぞれのテーマについて、これまでに得られた知見を基にして、データの精査、具体的かつ詳細な分析を実施する。また、検討結果を協会けんぽが行う保健事業に資するものにするために提言を行い、結果の公表にも努める。 |

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>第3期 ② | 『就労女性の性に関連する健康と労働生産性の実証研究』 |
| 研究代表者 | 秋田大学大学院　医学系研究科　衛生学・公衆衛生学講座　教授　野村　恭子 |
| 成果の概要<br>（1年目の中間報告） | 【目的】<br>本研究は、次の①～④を明らかにすることを目的として3年計画で行う。<br>①女性特有の疾患の受療率推定および併存する疾患について<br>②月経困難症・月経前症候群・更年期障害が労働生産性に与える影響について<br>③乳がんと子宮がんの診断を受けた女性の離職率について<br>④特定健診で測定されたヘモグロビン値による女性特有疾患の予測<br>研究1年目は、①～④までを遂行するために必要な女性特有の疾患を定義し、月経困難症・月経前症候群・更年期障害・生殖器がんについて、その受療率を算出する。<br>【方法】<br>本研究は2015年4月～2023年3月までの全国協会けんぽのレセプトデータベースを用いた。対象集団は、被扶養者を除く65歳未満の就労女性で、受療率は人年で表した。診断アルゴリズムは、疑い病名を除いたICD10分類疾病名コードおよび婦人科医の助言を得て研究班で作成した医薬品コードを用いた。抄録提出日までに算出可能であった疑い病名を除く傷病名コードで、月経困難症（N94.4-6）、月経前症候群（N94.3）、更年期障害（N95）、乳がん（C50）、子宮体がん、子宮頸がん、卵巣がんについて、単年度ごとの受療率を求め記述した。<br><br>【結果】<br>就労女性（被扶養者を除く、65歳未満の女性）の人数は2015年4月～2023年3月までの各年度において、8,178,286人年から10,116,345人年であった。疑い病名を除いた傷病名で算出した10万人年あたりの受療率は、月経困難症で3,050人から6,622人、月経前症候群は199人から356人、更年期障害は2,452人から3,998人、乳がんは1,085人から1,449人、子宮頸がんは256人から244人、子宮体がんは179人から238人、卵巣がんは156人から174人であった。さらに、抄録提出日までに算出が可能であった月経関連疾病について、医薬品コードを用いて絞り込んだ10万人年あたりの受療率は、月経困難症は573人から1,551人、月経前症候群は12人から44人、更年期障害は347人から463人であった。<br>これらの数値の妥当性については、国立がん研究センターホームページにある2019 |

| | |
|---|---|
| | 年がんの部位別がん罹患数（新たに診断される数）によると、乳がん97,142 子宮頚がん10,879人、子宮体がん17,880人、卵巣がん13,388人であり、我々の推計でも2015年度から2022年度の間で、乳がんは、最小値88,695人から最大値146,598人、子宮頸がんは20,913人から24,717人、子宮体がんは14,675人から24,086人、卵巣がんは12,752人から17,561人と近似していたが、対象年齢の違い等を考慮すると過大推計していると考えられた。<br><br>【結論】<br>今後は、生殖器がんについても医薬品コードや診療行為コードを用いて受療率の精度を高め、予定している研究テーマの分析を進める。 |

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>第3期 ③ | 『患者・供給者の行動変容と保険者機能強化による医療サービスの効率化』 |
| 研究代表者 | 上智大学 経済学部　経済学科 教授　中村　さやか |
| 成果の概要<br>（1年目の中間報告） | 1. 研究の全体像<br>本研究は、医療における非効率性の解消に向けて、問題を需要側、すなわち患者側の要因と、供給側、すなわち医療供給者側の要因の両面から分析し、保険者機能強化に向けた提案や政策提言を行うものである。このテーマについて、患者側の非効率性の解消に向けた分析（研究項目1)、医療利用の要因分解（研究項目2)、診療報酬改定が医療供給者の行動に及ぼす因果的影響の推定（研究項目3）の3つの項目から分析を行った。<br>今年度は研究項目2を中心に研究を進めた。まず、第一期に採択された協会けんぽ委託研究で行った、転居者を利用した一人あたり年間総医療費の地域差の分析について、様々な課題を解決するための分析を行った。推定の精度を向上させるには居住地の正確な情報が不可欠であり、測定誤差があると転居による変化が過小評価されるため、今年度は住所情報の正確性を検証し、住所情報に信頼性の高い被保険者に分析サンプルを限定した。また、結果変数の特定化や結果変数の地域ごとの平均値の算出法等について、計量経済学の最新の知見を活かすとともに日本の状況により合った形になるよう、先行研究の手法を変更した。<br>また、上述の研究でも用いる地域別一人あたり平均医療費を正確に算出するにあたり、さまざまな計算方法で算出された都道府県別一人あたり年間医療費を比較した上でどの方法を用いるべきか議論し、論文「協会けんぽレセプトを用いた一人当たり医療費の地域差分析：　算出方法による差異の考察」にまとめた。この論文は査読付き学術誌『厚生の指標』に採択が決定した。<br>研究項目2についてはまた、第一期に採択された協会けんぽ委託研究で行った、調剤薬局による後発品選択についての研究をさらに発展させた。第一期では、処方箋の発行元としての特定の医療機関への依存度及び特定の患者グループへの依存度と後発品選択の関連を分析した。今年度はこの二つの要因の間の相互作用やこの二つの要因の大きさを左右するその他の条件について分析した。分析結果を論文にまとめ、査読付き国際学術誌に投稿し、現在審査中である。<br>研究項目1については、第一期に採択された協会けんぽ委託研究で行った分析結果を論文“Income Level and Impaired Kidney Function Among Working Adults in Japan”にまとめ、所得が低いほど慢性腎臓病の急速な進行が起きるリスクや腎代替療法が始まるリスクが高いことを示した。この論文は査読付き国際学術雑誌JAMA Health Forumに掲載された。また、この研究をさらに発展させ、その背後にあるメカニズムの解明を目指した分析を行っている。今年度は居住地の剥奪度と僻地度、および所属企業の業態とこれらのリスクとの関連を検討した。<br>研究項目3については、第一期に採択された協会けんぽ委託研究で行った、2018年の診療報酬改定による急性期病棟および亜急性期病棟利用に対する報酬の変化が病棟数や病棟利用に与えた影響の分析をさらに発展させ、死亡率に与える影響を分析中である。<br><br>2. テーマ別の実施状況 |

2．1　転居者を利用した一人あたり年間総医療費の地域差の分析

この分析では転居者の転居前後での医療費の変化から地域特有の効果を識別する。海外の先行研究では、平均医療費の高い地域から低い地域に転居すると医療費が減少し、低い地域から高い地域に転居すると医療費が増加することがイベントスタディー分析で明らかにされており、第一期の研究では日本にも同様の傾向があることがわかったが、効果の大きさについては十分把握できていなかった。今年度は推定値のバイアスを除外し推定精度を向上させるために以下を行った。

第一に、先行研究に倣い、住所情報が居住地を正確に反映していると考えられる転居者にサンプルを限定するため、転居前から転居先の地域の医療機関を多く受診していた転居者や、転居後にも転居元の地域の医療機関を多く受診していた転居者をレセプトデータから特定し分析対象から外した。

第二に、患者の受診先の医療機関所在地との整合性を分析したところ、住所情報はおおむね正確で、2010年代後半に行われた住民票情報への住所情報の切り替えの影響は限定的であることがわかった。また、続柄が「子」で18歳以上の被扶養者等は整合性が相対的に低いことがわかったため、これらの加入者は分析サンプルから除外した。

第三に、医療費の分布は右に裾野が広く、少数の巨額の観測値の影響が極端に大きいという点からは対数変換が望ましいが、年間医療費がゼロの場合は対数変換できないことから、先行研究は1ドルや1ユーロ等の正の定数を加えて対数変換している。しかしこの手法には、恣意的な定数の選択で結果が変化し、また結果の解釈が難しいという批判がある。この批判と最新の研究結果を踏まえ、医療費をパーセンタイルに変換する定式化を試みた。

第四に、高齢者のみを分析対象としたアメリカの先行研究と異なりここでは幅広い年齢の協会けんぽ加入者を分析対象としており、また日本では年齢構成の地域差が非常に大きく地域別平均医療費の差異の重要な決定要因となっていることから、アウトカム変数の地域別平均値の算出にあたっては、全国全ての地域の性・年齢構成が全国水準と同じという反実仮想の下で性・年齢別の平均値の加重平均を計算した性・年齢調整済平均医療費を用いた。

分析結果はまだ確定していないが、都道府県間の転居者および二次医療圏間の転居者を利用したイベントスタディー分析については暫定的な結果を得ている。結果変数として、年間総医療費に100を足して対数変換した値及び年間総医療費のパーセンタイル値を用いて分析したところ、海外の先行研究と同様に、転居前後の結果変数の変化は転居元地域と転居先地域の結果変数平均値の差と正の相関を持つこと、この相関が転居後ほぼ一定であること、転居前の結果変数の変化についてはこの差との相関は見られないこと、等が確認された。これらの分析結果は、日本でも医療費の地域差において患者側の差異だけでなく供給側の差異も重要であることを示唆している。

2．2　一人当たり医療費の算出方法による差異の分析

研究結果を中村さやか・野口晴子・丸山士行・高木俊の共著論文「協会けんぽレセプトを用いた一人当たり医療費の地域差分析：　算出方法による差異の考察」にまとめ、2023年9月に査読付き学術誌『厚生の指標』に投稿したところ採択が決定し、2024年5月頃に掲載される予定である。以下では論文の概要を述べる。

都道府県別の一人当たり医療費は医療の地域差を分析するための重要な基礎データであるが、先行研究では自営業者や高齢者等が被保険者となっている地域保険が対象とされ、職域保険における医療費の地域差は殆ど検討されていない。地域保険と異なり、職域保険では加入者の所属地域は自明ではなく、職域保険間の加入者の移動もある。そのため職域保険の地域別医療費の算出にはさまざまな方法が可能であり、正確性や外部妥当性の観点から算出方法の比較検討が必要である。そこで都道府県別一人当たり医療費の算出において(1)医療費の帰着に勤務先の所在地（以下、支部）を使うのか居住地を使うのか、(2)対象となる医療費や母数となる受診者数の算出に年度内のどの時点を用いるのか、の2点に着目し算出方法の違いが及ぼす影響を検証した。具体的には、令和元（2019）年度の協会けんぽ加入者（約4,000万人）の診療明細情報の個票を用い、協会けんぽの公表資料に用いられている方法を含む7つの方法

で都道府県別一人当たり医療費を算出し、比較検討した。
推定結果から、期中での資格喪失への対処や算出基盤を月次にするか年次にするか等による影響は比較的軽微である一方、集計を支部ベースで行うか、居住地ベースで行うかが都道府県別一人当たり医療費に一定の差をもたらすことが確認された。支部ベースの算出では一人当たり医療費が千葉・神奈川・埼玉・滋賀等の大都市周辺地域では居住地ベースよりも高くなり、逆に東京・大阪等では低くなる傾向が観察された。支部ベースか居住地ベースかで一人当たり医療費の順位にも変動がみられた。費目別の集計では、この支部ベースと居住地ベースの違いは外来において相対的に大きかった。これらの算出方法間の違いは、性・年齢調整を行うと縮小することが確認されたが、東京周辺地域など大都市圏では違いが残った。
結論として、都道府県別の一人当たり医療費の分析に際しては、算出方法による差異は限定的であることが確認できたが、費目別では外来医療、地域別では東京周辺地域など大都市圏に関しては算出方法による差異に注意が必要である。保険者の観点からは、その管理目的に照らして支部ベースでの算出値は一定の意義を有するが、医療費の地域差の解明を目的とした分析には居住地ベースのデータを用いることが最善である。何らかの理由で地域差の解明のために支部ベースの算出値を用いる場合には、次善の策として、居住地ベースとの差が縮小するよう、性・年齢調整を行ったデータを使用することが推奨される。

2．3　調剤薬局による後発品選択についての研究
第一期に採択された協会けんぽ委託研究から継続して、後発医薬品使用の意思決定過程を通して、ステークホルダーである、調剤薬局・病院・患者が相互にどのような役割を果たしているかに対する定量的な検証を行った。各薬局が調剤を行った年間処方箋枚数のうち、枚数が最大であった病院からの割合を病院集中度、上位5%を占める患者割合を患者集中度とし、これらの指標と薬局の後発品選択の関係を分析した。病院集中度は処方箋の発行元として特定の医療機関へどれだけ依存しているかを示し、患者集中度は処方箋の提出元として特定の患者グループにどれだけ依存しているかを示している。
第一期では、病院集中度が後発品選択と強い正の相関を持ち、患者集中度も後発品選択と正の相関を持つがその大きさは病院集中度と比較してかなり小さいことがわかった。今年度はこの二つの要因の間の相互作用やこの二つの要因の大きさを左右するその他の条件について分析したところ、患者集中度と後発品選択との正の相関の有無は、病院集中度の水準や薬局の規模等かどうかによって変化することがわかった。以下では今年度進展があった部分について詳述する。
各調剤薬局で処方された薬剤における後発医薬品のシェアを被説明変数とし、病院集中度、患者集中度やその他の薬局特性等を説明変数とする回帰分析を行った。薬局規模別のサブサンプル分析による推定結果では、病院集中度ダミーの係数は小規模薬局ほど大きい傾向にある。一方患者集中度ダミーの係数は大規模薬局ほど大きい傾向にあり、大規模薬局では患者集中度の増加により後発医薬品の使用割合が高まることが示唆される。
病院集中度と患者集中度の相互効果については、まず病院集中度の4分位別サブサンプル分析では患者集中度ダミーの係数推定値は病院集中度が高いサブサンプルほど大きく、病院集中度と患者集中度両方が高い薬局では後発医薬品が促進される可能性が示唆される。一方で、病院集中度が低く患者集中度が高い薬局では後発医薬品の使用割合が低い傾向にある。次に患者集中度の4分位別サブサンプル分析では病院集中度ダミーの係数推定値のサブサンプルによる差は小さく、患者集中度の大きさにかかわらず病院集中度が重要であることが示唆される。
これらの分析結果を総合すると、特定の病院との関係性が強い門前薬局では後発品利用が促進され、特に小規模薬局ほどその傾向が強い。一方、特定の病院との強い関係を持たない小規模なかかりつけ薬局では後発品利用が少なく、患者との信頼関係が重視されるためブランド名薬剤を好む患者の嗜好により後発品利用の促進が妨げられる可能性が示唆される。
分析結果を藤本彩芽・富蓉・野口晴子・丸山士行・中村さやかの共著論文”

Breaking Brand: Interaction among Pharmacist, Physician, and Patient in Generic Drug Use”にまとめ、2024年2月に査読付き国際学術誌に投稿し、現在審査中である。

2．4　慢性腎臓病の進行における健康格差の研究

まず第一期に開始した、所得水準による慢性腎臓病の進行の差について分析結果をまとめ、“Income Level and Impaired Kidney Function Among Working Adults in Japan”として2023年9月に査読付き国際学術雑誌JAMA Health Forumに投稿し、2024年3月に掲載された。この論文では所得が低いほど慢性腎臓病の進行が起きる確率が高いことを示し、今年度はこの研究をさらに発展させ、慢性腎臓病の進展における社会経済的格差とそのメカニズムの解明を目指し研究を行っている。以下では暫定的な分析結果を含めた概要を述べる。

協会けんぽの被保険者のうち、2015年度に生活習慣病予防健診を受診し、同年と追跡期間中に腎機能測定を計2回以上行った者を分析対象とした。居住地域による差を解明するため、居住地の郵便番号5桁に基づくArea Deprivation Index (ADI) (Nakaya T, Ito Y. The Atlas of Health Inequalities in Japan. Springer 2019) とRurality Index for Japan (RIJ) (Kaneko M, et al. BMJ Open. 2023;13(6):e068800.) を10分位に分け、急速なCKD進行(eGFR低下量 >5ml/min/1.73m2/年)、腎代替療法（透析・腎移植）開始との関連を検討した。

研究対象は5,479,754人（平均年齢49.3歳、女性33.7%）である。ADI第10分位（最も貧困な地域）はADI第1分位（最も裕福な地域）に対して急速なCKD進行のオッズ比 0.89(95%信頼区間:0.87-0.90)、腎代替療法開始のハザード比 1.01(95%信頼区間: 0.90-1.13)、RIJ第10分位（最も医療機関から遠い地域）はRIJ第1分位（最も医療機関に近い地域）に対して急速なCKD進行のオッズ比 0.73(95%信頼区間:0.72-0.75)、腎代替療法開始のハザード比 0.90(95%信頼区間:0.81-1.00)となり（いずれも性別、年齢、併存疾患、喫煙歴、健康診断データ、個人の所得を調整)、急速なCKD進行は田舎部よりも都市部でリスクが高い傾向がみられたが、腎代替療法の開始に関しては明らかな群間差を認めなかった。

先行研究では貧困な地域、あるいは僻地で健康アウトカムが不良との報告が多いが、本集団において地域剥奪との関連は弱く、また医療機関との距離が近い都市部でリスクが高い傾向を認めた。今後は所得と腎機能低下の関連について居住地域による異質性を検証するほか、これらを媒介する要因についても検討を進めていく予定である。

2．5　診療報酬改定が医療供給者の行動に与えた影響についての分析

第一期に採択された協会けんぽ委託研究で行った、2018年の診療報酬改定による急性期病棟および亜急性期病棟利用に対する報酬の変化が病棟数や病棟利用に与えた影響の分析をさらに発展させ、今年度は死亡率に与える影響を分析するとともに、分析結果を論文にまとめている。来年度中に論文を査読付き国際学術誌に投稿する予定である。以下では研究結果の概要を述べる。

レセプトデータから構築した病院単位の月次パネルデータを用いて、2006年度診療報酬改定によって創設され、その後十数年間にわたり医療供給体制に大きな影響を与えた急性期病床（通称、7対1病床）と10対1病床に着目し、直近での病床再編の総決算と位置付けられる2018年4月における改定が、病床配置・在院日数・医療費・死亡率に与えた効果について定量的な検証を行った。目的変数は病床機能別に患者数・平均在院日数・1日当たり医療費・総医療費の4つを用いた。主要な説明変数は2018年4月における改定後に１を取るダミー変数で、時間を割り当て変数とした不連続回帰デザイン（Regression Discontinuity Design:RDD）を用いた。

結果、改定前後において、7対1病床を含む急性期機能を有する病院数は日本全国で約100施設不連続に減少した。また、とりわけ、200床未満の中小病院における減少幅は、200床以上の比較的規模の大きな病院よりも大きいことがわかった。こうした病床構造の変化により、急性期病床を有する病院では、患者数が約2.6人、総医療費が約11%減少した一方、平均在院日数については約0.3日、1日当たり医療費は約6.3%増加した。以上の結果から、当該改定では、医療サービスの密度の代理変数である1日

| | |
|---|---|
| | 当たり医療費の増加が確認され、急性期機能ではより手厚いケアが提供されるようになったが、当該機能を有する病床数の減少が、患者数、ひいては、総医療費の減少につながっている可能性が示唆される。こうした結果は、当該改定の政策目標に沿った結果であり、一定の評価を与えることが出来る。 |

| | |
|---|---|
| 研究課題名<br>第3期 ④ | 『保健事業による健康アウトカムを改善するための行動インサイト：因果探索の応用』 |
| 研究代表者 | 京都大学大学院　医学研究科　特定教授　福間　真悟 |
| 成果の概要<br>（1年目の中間報告） | 協会けんぽデータベースにて、健康アウトカム、特に心血管病に関連する行動課題（被保険者及び医療者の行動）を分析し、保健事業で介入すべき行動ターゲットを検討した。先行研究のレビューによって得られた知見とデータ分析から得られた知見を統合して、領域知識をアップデートし、整理した領域知識を基に、統計的因果探索手法を応用することで、行動変容、健康アウトカムの因果メカニズムをグラフ表現した。得られたグラフを利用して、行動変容介入のターゲットを考察することで、行動インサイトに基づく効果的な保健事業設計を検討した。<br>健康アウトカムに関連する医療者及び被保険者の行動課題の検討を行い、得られた行動インサイトを基にLongitudinal LiNGAMによる因果探索を実施した。具体的な因果探索の応用例として、特定保健指導後の因果メカニズムに着目した。2014年の生活指導介入が2015年以降の健診結果に与える影響を因果グラフとして表現した。2014年の介入は2015年のBMIに対して軽度の改善効果（-0.17, 95%CI[-0.19 to -0.13]）を有しており、2016年以降の健診結果（心血管リスク因子）に与える影響をグラフから検討した。従来の因果推論手法（回帰不連続デザイン）と、介入効果の推定値の一致を確認した。<br>心血管病予防を目指した保健事業の介入ターゲットとなる行動課題についてデータから知見を得ることが出来た。因果探索の応用によって、行動変容介入によって健康アウトカムが達成される機序についての理解が進み、行動インサイトに基づく保健事業設計につなげていくことが可能となる。 |

**iii）調査研究や分析成果を活用した取組の推進及び発信**

**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年度から「調査研究フォーラム」を開催しています。2023年度の調査研究フォーラムは、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から2020年度に採択した4件の最終報告及び2021年度に採択した5件の中間報告を実施しました。また、「協会けんぽ加入者の健康度の向上に向けて」をテーマとした総合討論を実施しました。

より多くの方に協会における調査研究の成果を発信していくため、YouTubeでのライブ配信及びアーカイブ配信を行いました。また、大学等の学術研究機関や医療・健診関係の学会等にその旨を周知しました。

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、本部・支部の10件の分析成果及び外部有識者を活用した委託研究の最終報告4件を掲載した「令和5年度協会けんぽ調査研究報告書」を12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。2023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、6件の分析成果等を支部職員が学会で発表しました。

［（図表4-113）2023年度　学会発表の実施状況］

| 支部名 | 学会名 | 演題 |
|---|---|---|
| 奈良 | 第96回日本産業衛生学会 | 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3報） |
| 愛知 | 第25回日本医療マネジメント学会 | オンライン資格システムにおける患者ベネフィットの考察～限度額適用認定証発行の視点から～ |
| 宮城 | 第82回日本公衆衛生学会総会（ポスター発表） | 睡眠不調における生活習慣病及び医療費等に関する業態区分別分析 |
| 静岡 | 第12回　日本産業看護学会 | ハイリスク群における健診受診後の行動とコラボヘルス事業の効果の検討 |
| 静岡 | 第12回　日本産業看護学会 | とどけ！すべての働く人々への健康支援（シンポジウム） |
| 沖縄 | 第53回沖縄県公衆衛生学会 | 事業所の健康管理体制の実態 ～調査結果から事業所支援を考える～ |

**② 統計分析研修等**

協会では、データ分析に基づく事業実施を推進していくため、新規採用者から主任までの階層別研修のカリキュラムに統計分析に係る基本的知識の習得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内容を取り入れ、職員の統計分析能力の底上げを図っています。

また、統計分析業務の担当者向けとして、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の統計情報の使い方や医療費分析等に必要な統計処理方法、都道府県単位保険料率の仕組み等の知識、2023年1月から導入された情報系システムの活用方法等について、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。

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「SPSS[45]」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。

これらの研修においては、受講者の理解を深めていくため、受講者からの質問や意見等を新たに導入されたチャットを活用して受講者全体に共有できるようにしました。

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2022年度に作成した医療費・健診データ分析マニュアルについて、保険者努力重点支援プロジェクトで行った分析の知見を踏まえ改訂しました。

加えて、支部分析担当者間での分析に関する意見交換や分析実施事例、分析手法等の情報共有を活性化するため、ブロック毎で本部職員も参加した分析担当者ミーティングを新たに実施しました。継続的な分析担当者の横のつながりを構築するため、同時にブロック分析担当者チャットも開設しました。これらにより、支部の分析能力の底上げを図っています。

[45] 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。