

令和6年度事業報告書（案）

（協会けんぽ2024）

事業期間：2024（令和6）年4月1日～2025（令和7）年3月31日



目次

加入者及び事業主の皆様へ	1
第1章 全国健康保険協会の概要	
1. 理念	2
(1) 基本使命	2
(2) 基本コンセプト	2
2. その他	2
第2章 2024年度の事業運営方針と総括	
(1) 2024年度の事業運営方針	3
(2) 2024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、事業所数等の動向	8
(2) 医療費の動向	15
(3) 現金給付の動向	18
第4章 事業運営、活動の概況	
1. 基盤的保険者機能の盤石化	24
(1) 健全な財政運営	24
(2) 業務改革の実践と業務品質の向上	50
i) 業務処理体制の強化と意識改革の徹底	50
ii) サービス水準の向上	50
iii) 現金給付の適正化の推進	54
iv) レセプト点検の精度向上	59
v) 債権管理・回収と返納金債権発生防止の強化	68
(3) DX(デジタルトランスフォーメーション)の推進	71
2. 戦略的保険者機能の一層の発揮	75
(1) データ分析に基づく事業実施	75
i) 本部・支部における医療費・健診データ等の分析結果の活用及び分析能力の向上	75
ii) 外部有識者を活用した調査研究成果の活用	76
iii) 好事例の横展開	94
(2) 健康づくり	102
i) 保健事業の一層の推進	102
ii) 特定健診実施率・事業者健診データ取得率等の向上	107

iii)	特定保健指導実施率及び質の向上	119
iv)	重症化予防対策の推進	128
v)	コラボヘルスの推進	134
(3)	医療費適正化	142
i)	医療資源の適正使用	142
ii)	地域の医療提供体制等へのデータを活用した意見発信	155
iii)	インセンティブ制度の実施及び検証	169
(4)	広報活動や「顔の見える地域ネットワーク」を通じた加入者等の理解促進	172
3.	保険者機能の強化を支える組織・運営体制等の整備	185
(1)	人事・組織	185
i)	人事制度の適正な運用	185
ii)	新たな業務のあり方を踏まえた適正な人員配置	185
iii)	更なる保険者機能の発揮に向けた人材の育成	185
iv)	働き方改革の推進	186
v)	風通しのよい組織づくり	187
vi)	支部業績評価を通じた支部の取組の向上	188
(2)	内部統制等	188
i)	内部統制の強化	188
ii)	個人情報の保護の徹底	189
iii)	法令等規律の遵守（コンプライアンス）の徹底	190
iv)	災害への対応	190
v)	外的環境の変化に対応した情報セキュリティ体制の整備	191
vi)	費用対効果を踏まえたコスト削減等	192
(3)	システム対応	193
i)	協会システムの安定運用	193
ii)	制度改正等に係る適切なシステム対応	193
iii)	業務効率化を目指したシステムの更なる機能向上	194
iv)	中長期を見据えたシステム対応の実現	194
4.	その他	195
(1)	東日本大震災への対応	195
(2)	能登半島地震への対応	196
(3)	国際化対応	196
5.	協会の運営に関する重要業績評価指標（KPI）	198
(1)	協会全体の重要業績評価指標（KPI）	198
(2)	支部別の重要業績評価指標（KPI）	201

参考資料

・全国健康保険協会の予算・決算書類について	206
・令和6年度の財務諸表等	208
・合算ベースの収支状況	230
・支部別の収支状況	232
・各支部の運営状況	234
・2024年度 支部保険者機能強化予算について	259
・これまでの財政状況	261
・令和6年度全国健康保険協会事業計画及び予算	278
・第6期保険者機能強化アクションプランの概要	295
・第6期保険者機能強化アクションプラン（2024年度～2026年度）	298
・広報基本方針	315
・協会けんぽの医療費の特徴について	317
・2024年度のお客様満足度調査の結果について	328
・地方自治体、関係団体等の協定等締結 支部別一覧表	330
・都道府県の「健康増進計画」など健康づくりに関する検討会への参画状況	337
・地域医療構想調整会議への参画状況	339
・全国健康保険協会運営委員名簿	341
・本部及び支部の所在地	342

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280万事業所の事業主の皆様を支え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、我が国では少子高齢化・人口減少が進んでいます。協会けんぽにおいても加入者の平均年齢の上昇や医療の高度化等により医療費の増大が継続すると見込まれるほか、高齢者の医療費を賄うための拠出金の負担も高い水準で推移していくことが見込まれる等、協会財政を取り巻く環境は、今後も厳しい状況が続くものと予想されます。

このような厳しい環境のもと、今後でもできる限り長く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等を受診できる環境を維持していくため、「第6期保険者機能強化アクションプラン」を策定し、着実に実施しているところです。

具体的には、基盤的保険者機能の盤石化に向けて、現金給付やレセプト審査等の業務改革（生産性の向上、職員の意識改革の促進など）を実施し、加入者サービスの向上や医療費の適正化の促進を図っています。また、戦略的保険者機能の一層の発揮に向けて、現役世代の健康保持増進のための取組を一層推進する観点から、今後、人間ドック健診に対する補助や若年者を対象とした健診の実施、被扶養者への健診の拡充等を図ることとしています。

併せて、DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進については、マイナンバーカードと健康保険証の一体化への対応のみならず、協会けんぽのサービス提供にあたり、加入者の皆様一人ひとりとのつながりを重視した「4,000万人とつながるけんぽDX」の実現に向けて、協会初のスマートフォン用アプリケーションの開発を進めているところです。また、来年からは各種申請について、電子申請の取扱いを開始いたします。

更に、SDGsの理念の実現に向けては、我が国の社会保障制度における重要な一翼を担う当協会がその機能を十分に発揮していくことが重要です。外国人労働者やそのご家族も安心して健康保険制度を利用できるよう、制度案内の冊子やコールセンターの多言語対応を実施してきたところですが、サポート体制の更なる充実に向けて検討を進めます。他にも子ども向けの健康教育の充実や、国際貢献・国際協力の観点も踏まえ、海外の医療保険者との協力関係の構築にも取り組んでまいります。こうした各種取組を通じて、当協会もSDGsに貢献してまいります。

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、「協会けんぽの加入者でよかった」と思っただけのよう、職員一同一丸となって、様々な取組を進めてまいります。今後とも、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。

2025（令和7）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、2024（令和6）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

2024年度末現在において、職員は2,054人、契約職員は2,646人となっています。

第2章 2024年度の事業運営方針と総括

(1) 2024年度の事業運営方針

2024（令和6）年度で、協会の設立（2008（平成20）年10月）から16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。

2024年度は、2024年度から2026（令和8）年度の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」（以下、この章において「第6期アクションプラン」という。）（図表2-1参照）の初年度に当たる年でした。

第6期アクションプランでは、

1. 基盤的保険者機能の盤石化（業務改革の実践による、業務品質の向上等）
2. 戦略的保険者機能の一層の発揮（データ分析に基づく事業実施、好事例の横展開等）
3. 保険者機能の強化を支える組織・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等）

の3つを事業運営の柱として取り組むこととしています。そして、第6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「2024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。

また、2024年度は、6か年計画である第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第4期特定健康診査等実施計画についても初年度に当たる年でした。両計画についても設定した目標を達成することができるよう、PDCAサイクルを回しながら取組を進めました。

(2) 2024年度の事業運営の総括

第6期アクションプランの初年度である2024年度は、同プランで掲げた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、集団健診時におけるオプション健診の拡充等を実施しました。

更には、運営委員会等での議論を経て、2025（令和7）年度から2027（令和9）年度の3か年にかけて、人間ドック健診への補助の創設、若年者に対する健診の創設、新たな重症化予防対策、被扶養者の健診の拡充等を段階的に実施することを決定し、実施に向けた準備を開始する等、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。

加えて、2024（令和6）年度においては、海外の医療保険者との協力関係の構築に向けた取組

も進め、9月にインドネシアにおける医療保険実施機関であるBPJS - Healthと連携協力に関する覚書（MOU）を締結しました。当該MOUに基づきインドネシアとの連携協力関係を更に深めていくほか、他の国の医療保険者との協力関係の構築に向けた取組も進めます。

事業運営の総括は以上となります。以下、2024年度の事業や取組の実施状況について、3つの事業運営の柱に沿って概説します。

①基盤的保険者機能の盤石化

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、協会や医療保険制度に対する信頼の維持・向上を図るといった基本的な役割を果たすことです。この基盤的保険者機能の盤石化を図るため、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（デジタルトランスフォーメーション）の推進による利便性向上に取り組みました。

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を10営業日以内とする「サービススタンダード（所要日数の目標）」を設定し、サービススタンダード100%達成をKPIとしています。2024年度においては、対象の現金給付（2,219,801件）全件についてサービススタンダードを達成しました。

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、「効果的かつ効率的な点検の推進」、「点検員のスキルアップ」、「社会保険診療報酬支払基金との連携」の3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。

マイナ保険証利用促進に関しては、国からの要請に基づき、本部・支部が一丸となってマイナ保険証制度全般やマイナ保険証の安全性、利便性について周知・広報を実施しました。また、加入者からのマイナ保険証やオンライン資格確認などのお問い合わせに対応するため、2024年9月からマイナンバー専用コールセンターの運用を開始しています。併せて、国際化の進展に伴い多様な言語背景を持つ加入者が増加していることを踏まえ、22ヶ国語に対応できる環境を整備しています。

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

②戦略的保険者機能の一層の発揮

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、医療の質や効率性の向上及び医療費等の適正化の推進を目指すものです。戦略的保険者機能の一層の発揮をするため、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・検証を行ったうえで、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いました。意見交換を行うことにより、「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・意見発信に取り組みまし

た。

2024年度の保健事業に関しては、更なる保健事業の充実策として、付加健診の対象年齢の「40歳、50歳」から「40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳」への拡大や協会主催の集団健診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た項目の拡充等を実施しました。

加えて医療費の適正化及び加入者の健康の保持・増進をより一層推進するためには、更なる健診及び保健指導の実施率向上と重症化予防対策の充実に加え、就労等により生活習慣が変化する20代から健康意識の醸成を図るほか、加入者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組を推進することが必要です。2024年度においても、運営委員会等での議論を重ねながら保健事業の一層の充実に向けた更なる検討を行い、その結果、人間ドック健診への補助の創設、若年者に対する健診の創設、新たな重症化予防対策の実施、被扶養者の健診の拡充等を中核とする「保健事業の一層の推進」を2025年度から2027年度の3か年にかけて段階的に実施することを決定し、準備を進めています。

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2024年度末時点で105,343事業所となり、KPI（100,000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15万社以上とする」という目標の達成に大きく貢献することができました。

また、健康づくりに対する加入者の理解を得るため、広報を通じて、ヘルスリテラシーの向上に取り組んでいます。特に、学齢期の児童を対象とした健康教育は、保健事業による健康増進と子供への質の高い教育といったSDGs17の目標にも貢献できる取組であること、国民皆保険制度を未来へ着実に引き継いでいく際の担い手となる子供の健康を守っていくためにも、協会では「こども健康教育」の取組を推進しています。支部における健康教育の取組を後押しするため、協会内に「こども健康教育プロジェクトチーム」を設置し、教材及び支部における先行事例のノウハウを取りまとめた実施ナレッジ集を作成しました。これらを活用し取組を更に進めてまいります。

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」については、外部有識者の助言を得ながら2023（令和5）年11月に取りまとめた「優先して解決すべき5つの課題と、課題の解決に向けて取り組む2024年度事業」に基づき、2024年8月より順次事業を開始しました。2025年度においては、対象3支部と同じ健康課題のある支部への横展開を見据え、2024年度に開始した事業を継続して実施するとともに、医療費や健診データを用いた効果検証（事業評価）を行う等、効果的な横展開の手法等の確立を目指すこととしています。

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た「保健事業に関するモデル事業」については、モデル市町（2024年度は鳥取県東伯郡湯梨浜町及び佐賀県鳥栖市の2市町）、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、ハイリスクアプローチを含む保健事業を協働で実施するものであり、2023年度より検討・実施を進めています。

2024年度は、協会被扶養者を対象としたモデル市町の保健師等による特定保健指導（利用勧奨含む。）等のハイリスクアプローチを本格的に開始したほか、保健師等による血圧測定や健康相談を中心としたイベントを共催しました。2025年度においては、モデル市町村の拡大を図った上でモデル事業を継続実施できるよう、国民健康保険中央会等の関係機関との更なる連携を図ります。

ジェネリック医薬品の使用割合（数量ベース）については、「2024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た結果、ジェネリック医薬品使用割合が80%以上の支部数は2025年3月時点で47支部（2024年3月時点：44支部）となり、全支部が目標の80%以上を達成しました。

2025年度からは、金額ベースの使用割合の数値目標が国から示されたことを踏まえつつ、更なる使用促進を図ります。

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保険者機能の強化を支える組織・運営体制等の整備

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ものは「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。2024年度においても、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ことに努めました。また、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りました。そのほか、2024年4月に今後一層の広報の充実・強化を図るため本部に「広報企画室」を設置するとともに、「広報基本方針」及び「広報計画」を策定し、これらに基づいて統一的・計画的な協会広報を実施しました。

また、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、協会では、幹部職層、管理職層及び一般職層の各階層に求められる役割を定め、その役割を日々の業務遂行の中で確認しながら育成する「OJTを中心とした人材育成」を行っています。それを補完するため、昇格時における階層別研修等の集合研修と自己啓発を効果的に組み合わせ、職員一人ひとりが「自ら育つ」という成長意欲を向上させるとともに、「現場で育てる」という組織風土の醸成を進めました。加えて、各支部における課題や職場風土の現状を把握し、より実効性のあるコンプライアンス推進活動を行う観点から、職場環境（職場風土）アンケートを定期的実施し、各支部においては、アンケート結果を踏まえてコンプライアンス推進活動計画を策定し、実態に即した推進活動に取り組んでいます。

更に、2023年1月にサービスインした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、2024年度は更なる機能向上を図るため、現金給付システムでは自動審査機能の処理精度を高めるシステム改修、レセプト点検システムでは点検効率向上対応等の機能改善を実施しました。また、協会内業務の更なる効率化やデジタル化を推進するため、紙媒体が主体となっている業務をデジタル化するデジタイゼーションへの取組等の検討を行いました。

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。

以上が2024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ICT化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・向上を図るといった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、ICT化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。

1

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

2024（令和6）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3,971万3千人となり、前年度末に比べ15万4千人（0.4%）増加しました。このうち、被保険者数は2,573万3千人となり、前年度末に比べ51万人（2.0%）増加しています。任意継続被保険者数は21万5千人となり、前年度末に比べ6千人（2.7%）減少しました。また、被扶養者数は1,398万人となり、前年度末に比べ35万6千人（2.5%）の減少となりました。

図表3-2は2024年度の月別の新規加入者数等の推移を示したものです。2024年度中に新たに被保険者となった方の数は、549万3千人となっています。

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、2022（令和4）年10月の共済組合法の改正による一時的な減少から、2023（令和5）年10月以降は増加傾向に戻り、2024年10月の短時間労働者の適用拡大により増加の幅が大きくなっています。

被扶養者数の伸びについては、2018（平成30）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（令和元）年度に一時的な増加がありましたが、2020（令和2）年度以降再び減少に転じ、引き続き減少傾向にあります。

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2024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20歳未満、35歳から39歳、45歳から49歳の被保険者数が減少しています。支部別で見ると岩手支部、秋田支部、山形支部、福島支部、島根支部が減少しています。

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」、「飲食店」、「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309,015円となり、前年度に比べ4,938円（1.6%）増加しました。標準報酬月額は、4月から6月の給与総額を算定の基礎として9月に改定が行われ増加するのが例年の傾向です。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、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275万7千事業所となり、前年度に比べて9万1千事業所（3.4%）増加しました

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。

(図表3-1参照)。なお、2024年度中に14万9千事業所が新たに協会の適用事業所となりました。

〔(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)										
	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	2024年度
加入者数	37,184 (2.1%)	38,091 (2.4%)	38,941 (2.2%)	39,417 (1.2%)	40,460 (2.6%)	40,312 (▲0.4%)	40,282 (▲0.1%)	39,457 (▲2.0%)	39,559 (0.3%)	39,719 (0.4%)
被保険者数	21,590 (3.2%)	22,441 (3.9%)	23,215 (3.4%)	23,769 (2.4%)	24,805 (4.4%)	24,888 (0.3%)	25,083 (0.8%)	24,812 (▲1.1%)	25,223 (1.7%)	25,733 (2.0%)
うち任意継続 被保険者数	287 (▲4.3%)	273 (▲4.8%)	262 (▲4.3%)	259 (▲1.1%)	253 (▲2.3%)	255 (0.8%)	254 (▲0.4%)	239 (▲5.9%)	221 (▲7.5%)	215 (▲2.7%)
被扶養者数	15,594 (0.8%)	15,649 (0.4%)	15,726 (0.5%)	15,648 (▲0.5%)	15,656 (0.1%)	15,424 (▲1.5%)	15,198 (▲1.5%)	14,645 (▲3.6%)	14,336 (▲2.1%)	13,980 (▲2.5%)
平均標準報酬月額	280,327 (0.8%)	283,351 (1.1%)	285,059 (0.6%)	288,475 (1.2%)	290,592 (0.7%)	290,516 (▲0.0%)	292,220 (0.6%)	298,111 (2.0%)	304,077 (2.0%)	309,015 (1.6%)
適用事業所数	1,859 (6.2%)	1,994 (7.3%)	2,113 (6.0%)	2,224 (5.3%)	2,325 (4.5%)	2,399 (3.2%)	2,489 (3.8%)	2,563 (3.0%)	2,666 (4.0%)	2,757 (3.4%)

※1 括弧内は前年度対比の増減率となります。

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

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

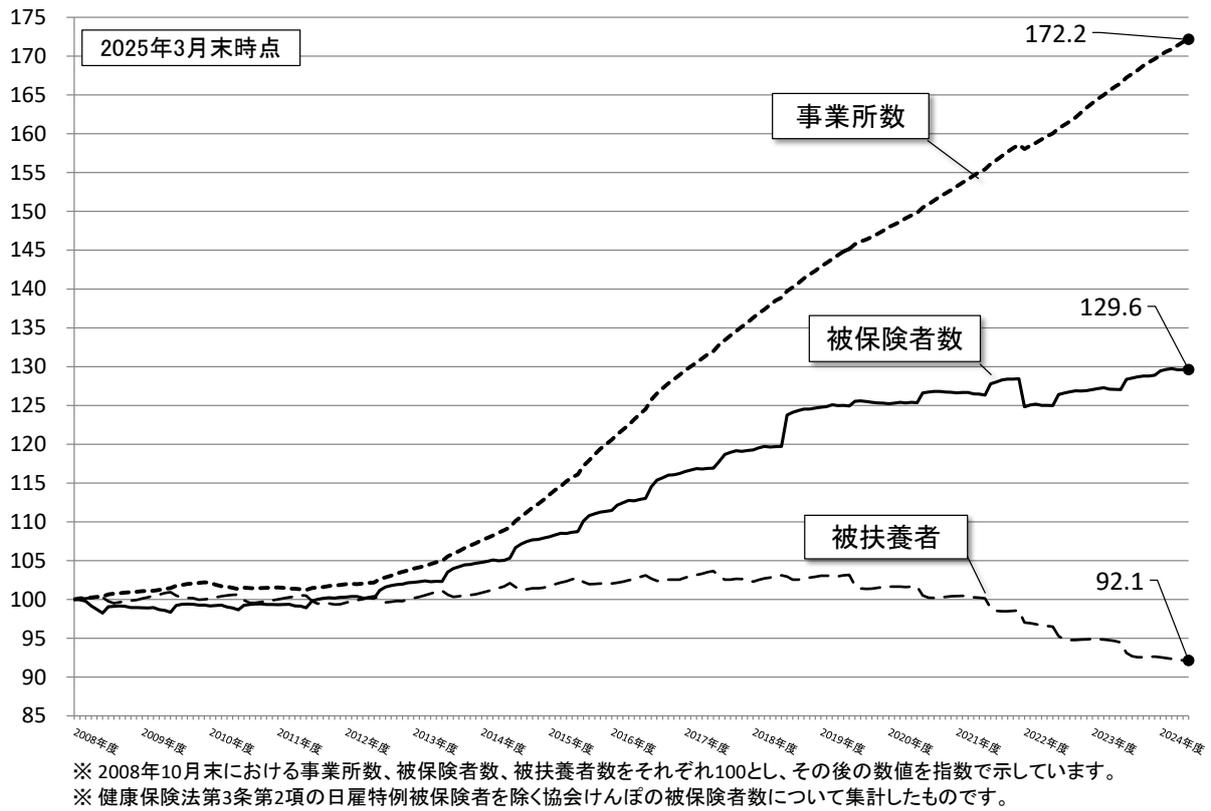
〔(図表3-2) 2024年度の月別の新規加入者数等の推移〕

(単位:万人)

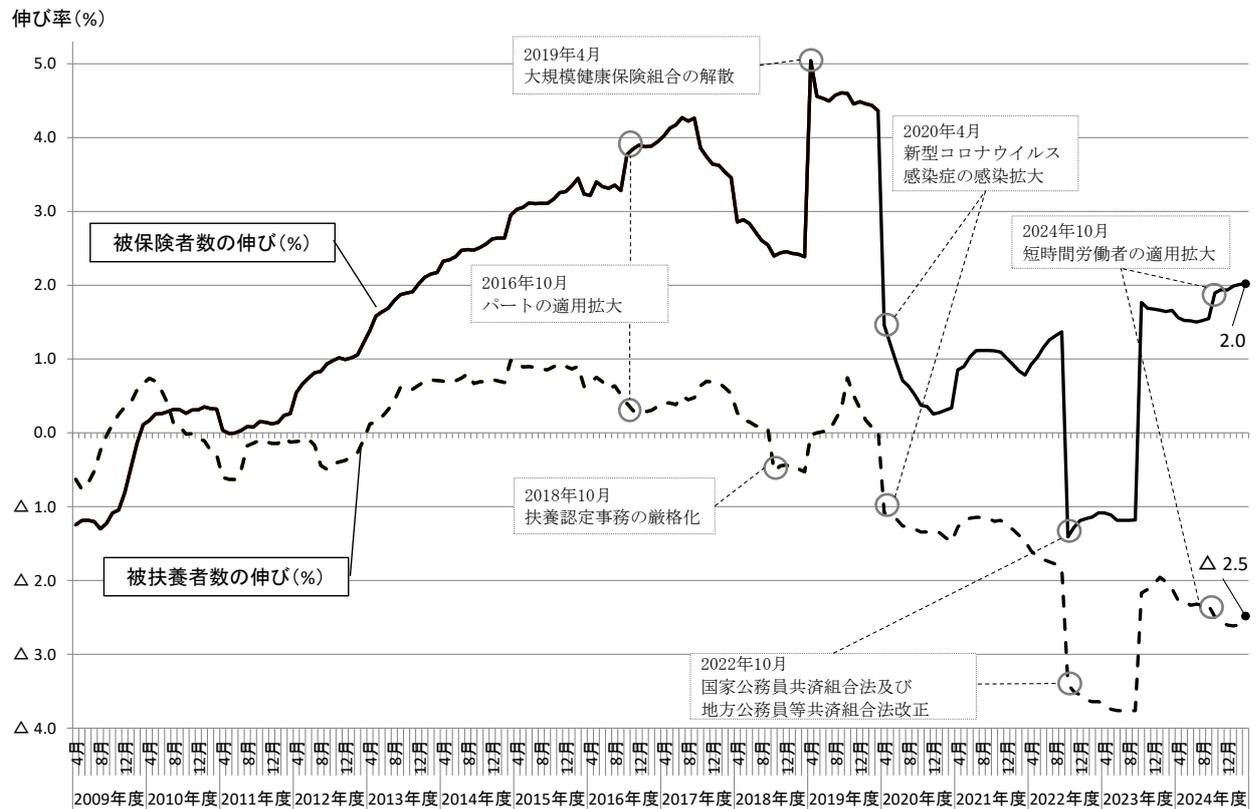
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
新規加入者数	140.8	68.4	59.1	64.8	54.5	58.0	82.1	57.7	48.8	61.8	52.6	57.9	806.6
被保険者数	103.8	44.8	39.5	43.2	36.0	38.8	57.7	38.4	32.8	40.8	34.7	38.8	549.3
被扶養者数	37.0	23.6	19.5	21.6	18.5	19.2	24.4	19.3	16.1	21.1	17.9	19.1	257.3
資格喪失者数	134.9	71.9	58.0	62.8	53.5	55.8	72.3	55.5	48.4	65.4	54.1	58.7	791.2
被保険者数	77.5	41.7	36.3	41.4	35.7	37.0	46.5	34.8	30.8	43.0	34.7	38.9	498.3
被扶養者数	57.4	30.1	21.7	21.4	17.7	18.8	25.7	20.7	17.6	22.4	19.4	19.8	292.9

※ 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)】



【(図表3-4) 被保険者数・被扶養者数の増減率(対前年同月)の推移】



〔(図表3-5) 年度末時点での年齢階級別被保険者数の推移〕

(単位：人)

年齢階級	2021年度	2022年度	2023年度		2024年度		2024年度末 時点での 構成割合	
			前年度対比 (増減率%)	前年度対比 (増減率%)	前年度対比 (増減率%)	前年度対比 (増減率%)		
15歳～19歳	96,732	98,405	1.73	99,206	0.81	95,854	▲ 3.38	0.37%
20歳～24歳	1,348,188	1,369,989	1.62	1,389,603	1.43	1,398,133	0.61	5.44%
25歳～29歳	2,244,458	2,254,015	0.43	2,319,837	2.92	2,362,129	1.82	9.18%
30歳～34歳	2,295,844	2,264,737	▲ 1.35	2,290,582	1.14	2,351,750	2.67	9.14%
35歳～39歳	2,539,108	2,470,240	▲ 2.71	2,450,834	▲ 0.79	2,432,009	▲ 0.77	9.46%
40歳～44歳	2,865,930	2,773,979	▲ 3.21	2,755,162	▲ 0.68	2,755,595	0.02	10.71%
45歳～49歳	3,407,112	3,304,217	▲ 3.02	3,250,056	▲ 1.64	3,194,904	▲ 1.70	12.42%
50歳～54歳	3,146,484	3,208,584	1.97	3,354,067	4.53	3,496,813	4.26	13.60%
55歳～59歳	2,533,133	2,573,779	1.60	2,711,191	5.34	2,838,241	4.69	11.03%
60歳～64歳	2,233,123	2,138,513	▲ 4.24	2,187,421	2.29	2,293,857	4.87	8.92%
65歳～69歳	1,454,616	1,420,994	▲ 2.31	1,474,009	3.73	1,548,352	5.04	6.02%
70歳以上	907,344	922,810	1.70	929,740	0.75	953,433	2.55	3.71%
総数	25,072,072	24,800,262	▲ 1.08	25,211,708	1.66	25,721,070	2.02	100%

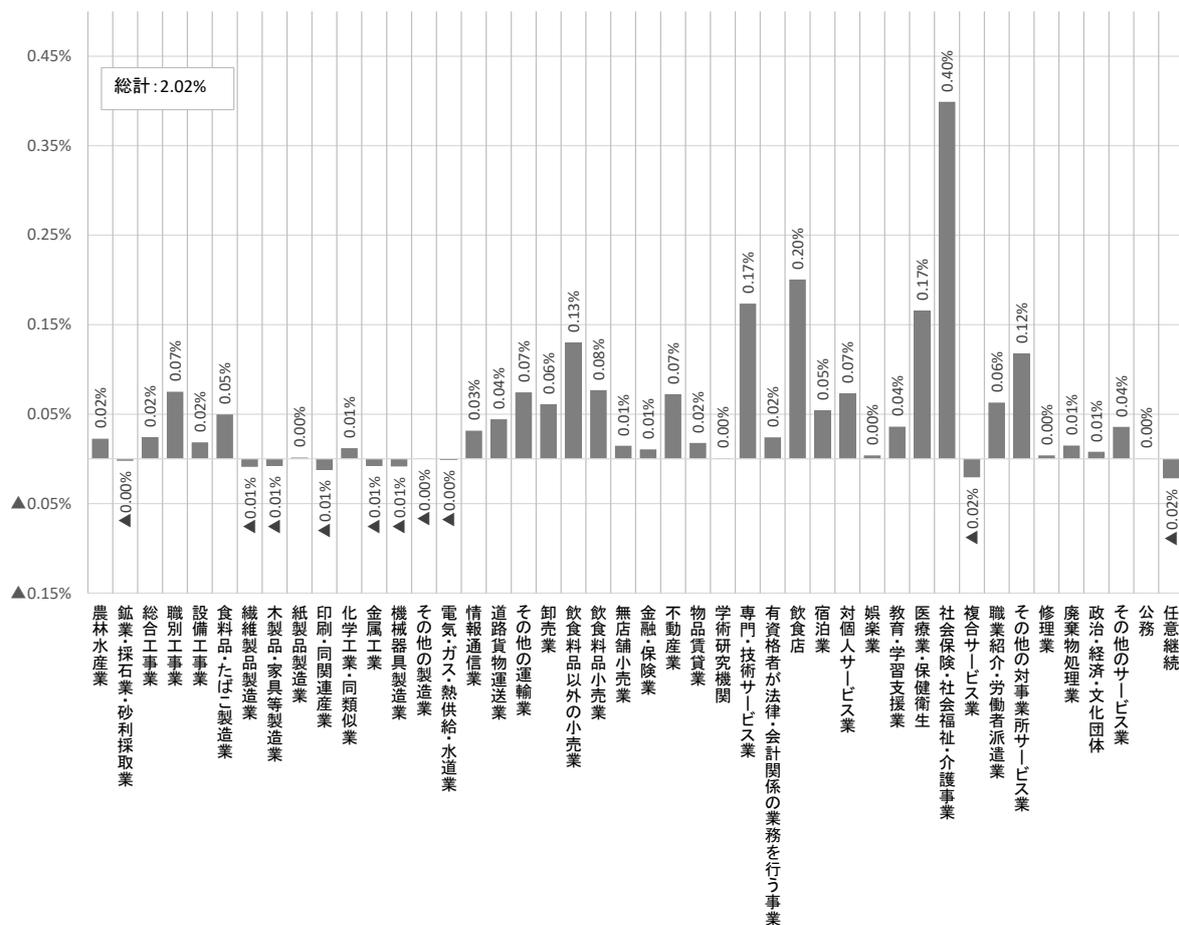
※ 健康保険法第3条第2項の日雇特例被保険者を除く協会けんぽの被保険者数について集計したものであり、図表3-6の被保険者数とは異なる。

[(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	2021年度	2022年度	前年度 対比 (増減率%)	2023年度	前年度 対比 (増減率%)	2024年度	前年度 対比 (増減率%)	2024年度末 時点での 構成割合
北 海 道	1,074,633	1,044,896	▲ 2.77	1,053,620	0.83	1,070,517	1.60	4.16%
青 森	275,677	267,171	▲ 3.09	266,120	▲ 0.39	267,186	0.40	1.04%
岩 手	256,236	245,210	▲ 4.30	243,409	▲ 0.73	243,000	▲ 0.17	0.94%
宮 城	465,925	440,760	▲ 5.40	440,826	0.01	444,293	0.79	1.73%
秋 田	201,189	192,951	▲ 4.09	191,865	▲ 0.56	190,961	▲ 0.47	0.74%
山 形	246,915	238,072	▲ 3.58	236,767	▲ 0.55	234,926	▲ 0.78	0.91%
福 島	411,533	401,650	▲ 2.40	400,257	▲ 0.35	399,014	▲ 0.31	1.55%
茨 城	452,914	440,620	▲ 2.71	446,361	1.30	452,818	1.45	1.76%
栃 木	336,525	332,022	▲ 1.34	334,932	0.88	340,079	1.54	1.32%
群 馬	385,381	382,490	▲ 0.75	385,755	0.85	389,255	0.91	1.51%
埼 玉	889,610	870,603	▲ 2.14	893,469	2.63	919,702	2.94	3.57%
千 葉	636,390	631,930	▲ 0.70	651,815	3.15	674,567	3.49	2.62%
東 京	3,874,297	4,017,102	3.69	4,185,448	4.19	4,334,862	3.57	16.85%
神 奈 川	1,048,098	1,042,234	▲ 0.56	1,067,151	2.39	1,104,537	3.50	4.29%
新 潟	499,653	484,251	▲ 3.08	482,552	▲ 0.35	483,201	0.13	1.88%
富 山	257,491	253,330	▲ 1.62	252,807	▲ 0.21	254,180	0.54	0.99%
石 川	277,701	270,269	▲ 2.68	271,678	0.52	278,598	2.55	1.08%
福 井	182,391	176,889	▲ 3.02	177,837	0.54	179,353	0.85	0.70%
山 梨	155,823	151,217	▲ 2.96	152,602	0.92	156,026	2.24	0.61%
長 野	405,633	389,009	▲ 4.10	393,109	1.05	399,093	1.52	1.55%
岐 阜	453,354	448,804	▲ 1.00	455,421	1.47	462,329	1.52	1.80%
静 岡	645,896	637,089	▲ 1.36	639,495	0.38	646,921	1.16	2.51%
愛 知	1,536,886	1,527,810	▲ 0.59	1,558,129	1.98	1,597,266	2.51	6.21%
三 重	316,268	309,431	▲ 2.16	314,556	1.66	319,648	1.62	1.24%
滋 賀	213,866	208,635	▲ 2.45	210,756	1.02	214,664	1.85	0.83%
京 都	534,581	526,522	▲ 1.51	535,515	1.71	546,496	2.05	2.12%
大 阪	2,107,166	2,104,706	▲ 0.12	2,154,964	2.39	2,210,341	2.57	8.59%
兵 庫	905,383	890,412	▲ 1.65	900,128	1.09	911,322	1.24	3.54%
奈 良	186,008	181,975	▲ 2.17	184,884	1.60	187,885	1.62	0.73%
和 歌 山	175,572	170,009	▲ 3.17	171,903	1.11	175,091	1.85	0.68%
鳥 取	127,024	120,939	▲ 4.79	121,134	0.16	121,624	0.40	0.47%
島 根	150,703	142,368	▲ 5.53	141,249	▲ 0.79	141,060	▲ 0.13	0.55%
岡 山	438,319	431,909	▲ 1.46	435,160	0.75	440,013	1.12	1.71%
広 島	658,885	642,612	▲ 2.47	648,663	0.94	657,823	1.41	2.56%
山 口	256,765	251,238	▲ 2.15	251,631	0.16	253,115	0.59	0.98%
徳 島	164,249	159,836	▲ 2.69	159,735	▲ 0.06	160,507	0.48	0.62%
香 川	228,429	224,507	▲ 1.72	225,479	0.43	228,173	1.19	0.89%
愛 媛	310,802	301,126	▲ 3.11	295,453	▲ 1.88	298,479	1.02	1.16%
高 知	155,181	148,059	▲ 4.59	147,772	▲ 0.19	148,271	0.34	0.58%
福 岡	1,144,949	1,139,546	▲ 0.47	1,155,934	1.44	1,179,518	2.04	4.58%
佐 賀	175,619	169,547	▲ 3.46	170,830	0.76	172,865	1.19	0.67%
長 崎	272,450	263,098	▲ 3.43	263,616	0.20	265,891	0.86	1.03%
熊 本	393,440	372,555	▲ 5.31	375,331	0.75	382,579	1.93	1.49%
大 分	247,791	242,430	▲ 2.16	242,502	0.03	245,507	1.24	0.95%
宮 崎	246,508	240,294	▲ 2.52	242,361	0.86	244,442	0.86	0.95%
鹿 児 島	365,717	357,389	▲ 2.28	358,518	0.32	362,228	1.03	1.41%
沖 縄	337,533	326,205	▲ 3.36	333,905	2.36	342,815	2.67	1.33%
全 国	25,083,359	24,811,727	▲ 1.08	25,223,404	1.66	25,733,041	2.02	100.00%

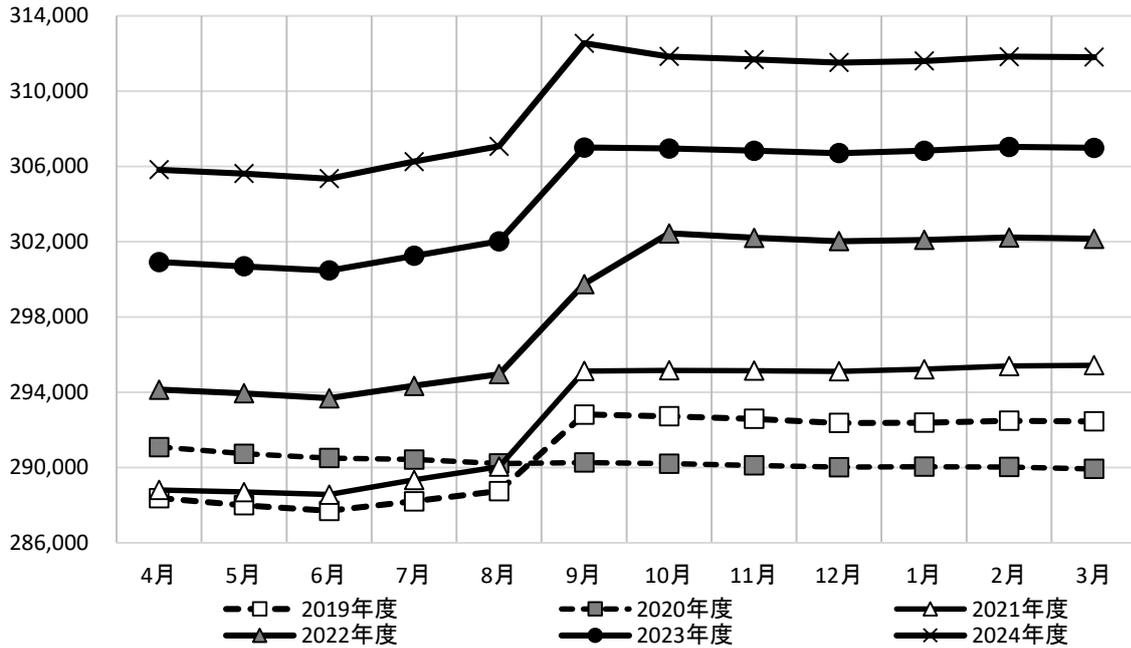
〔(図表3-7) 業態別被保険者数（2024年度末）の対前年同月比の寄与〕



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

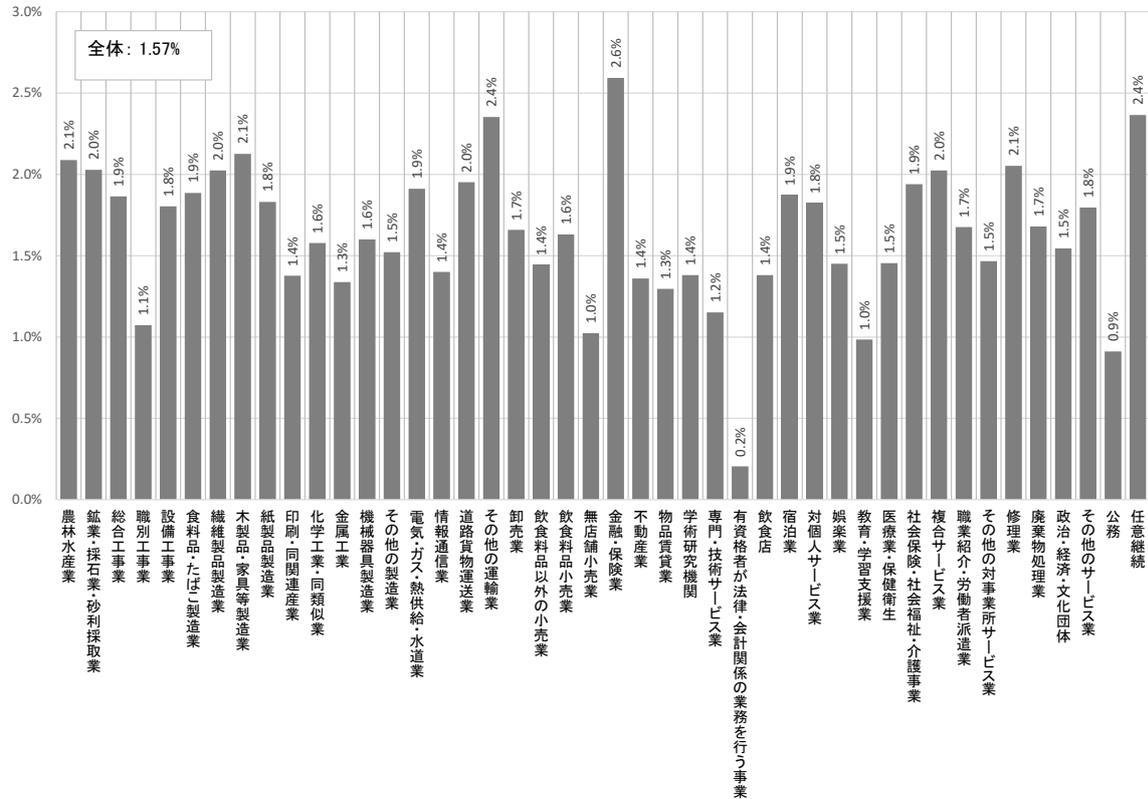
※ 寄与は、業態別の被保険者数の構成割合を考慮して算出したものです。

[(図表3-8) 平均標準報酬月額推移]



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

[(図表3-9) 業態別平均標準報酬月額(2024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

2024（令和6）年度の医療費総額（医療給付費と自己負担額の合計額）は、8兆4,457億円となり、前年度と比べ1.5%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6兆6,375億円で前年度に比べ1.7%の増加（現物給付費は6兆5,266億円で前年度に比べ1.7%の増加、現金給付費は1,108億円で前年度に比べ0.4%の減少）、その他の現金給付費は6,057億円で前年度に比べ4.5%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7兆2,432億円と前年度に比べ1.9%の増加となっています。

〔図表3-10〕 医療費の動向

	（単位：億円）											
	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
医療費総額	58,078 (2.8%)	60,230 (3.7%)	64,145 (6.5%)	65,675 (2.4%)	68,967 (5.0%)	71,050 (3.0%)	74,853 (5.4%)	72,644 (▲3.0%)	78,444 (8.0%)	81,521 (3.9%)	83,214 (2.1%)	84,457 (1.5%)
医療給付費 ※2 ①	44,915 (2.7%)	46,665 (3.9%)	49,978 (7.1%)	51,187 (2.4%)	53,773 (5.1%)	55,420 (3.1%)	58,533 (5.6%)	57,034 (▲2.6%)	61,546 (7.9%)	63,757 (3.6%)	65,280 (2.4%)	66,375 (1.7%)
現物給付費	43,820 (3.0%)	45,551 (3.9%)	48,867 (7.3%)	50,022 (2.4%)	52,601 (5.2%)	54,267 (3.2%)	57,360 (5.7%)	55,864 (▲2.6%)	60,396 (8.1%)	62,671 (3.8%)	64,168 (2.4%)	65,266 (1.7%)
現金給付費 ※3	1,095 (▲6.7%)	1,114 (1.8%)	1,110 (▲0.3%)	1,165 (4.9%)	1,172 (0.6%)	1,153 (▲1.7%)	1,172 (1.7%)	1,170 (▲0.2%)	1,151 (▲1.6%)	1,086 (▲5.6%)	1,113 (2.4%)	1,108 (▲0.4%)
その他の現金給付費 ※4 ②	3,832 (1.6%)	3,915 (2.2%)	3,896 (▲0.5%)	4,134 (6.1%)	4,314 (4.4%)	4,455 (3.3%)	4,746 (6.5%)	5,016 (5.7%)	5,244 (4.6%)	5,688 (8.4%)	5,795 (1.9%)	6,057 (4.5%)
保険給付費 ※5 (①+②)	48,747 (2.7%)	50,580 (3.8%)	53,874 (6.5%)	55,321 (2.7%)	58,087 (5.0%)	59,875 (3.1%)	63,278 (5.7%)	62,050 (▲1.9%)	66,791 (7.6%)	69,445 (4.0%)	71,076 (2.3%)	72,432 (1.9%)

※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 2024年度保険給付費の実績である7兆2,432億円は、2024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2024年度中のもの）であるのに対し、47頁の図表4-11の合算ベースにおける2024年度決算額7兆2,552億円は、2024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212,946円となり、前年度と比べ1.3%の増加となっています（図表3-11参照）。

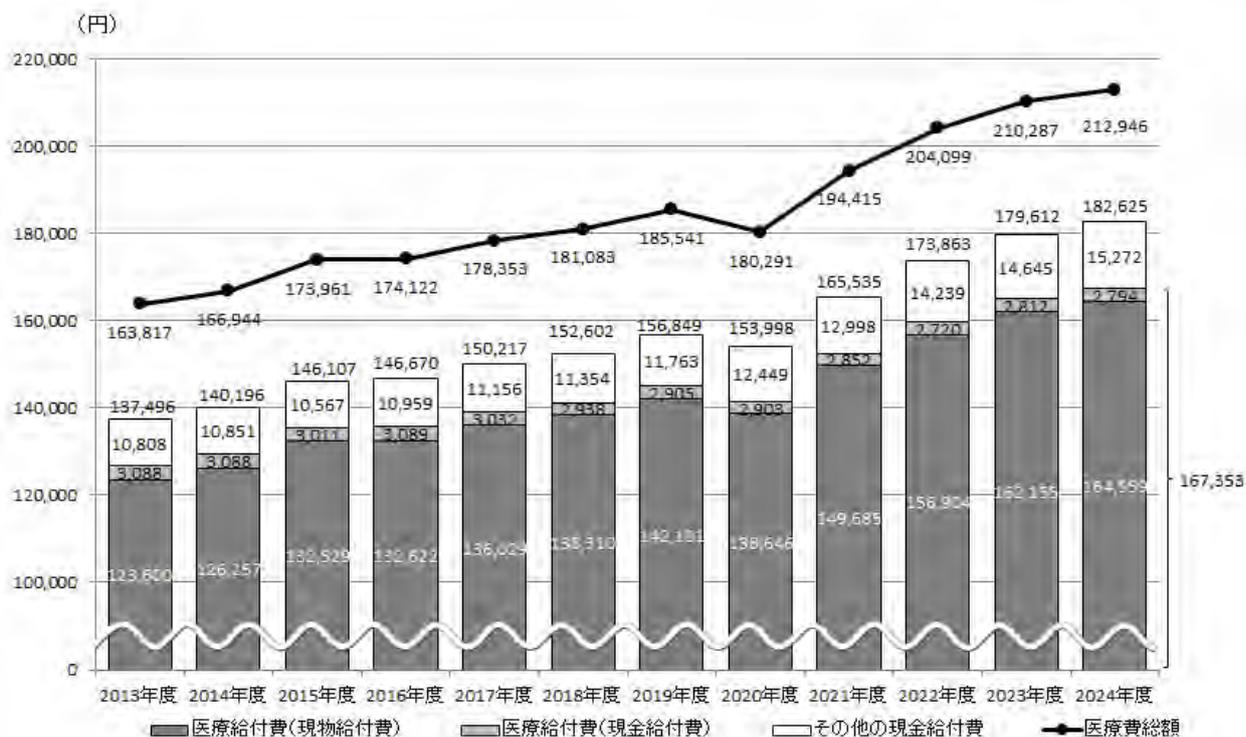
このうち、医療給付費は167,353円で、前年度に比べ1.4%の増加（現物給付費は164,559円で前年度に比べ1.5%の増加、現金給付費は2,794円で前年度に比べ0.7%の減少）、その他の現金給付費は、15,272円で前年度に比べ4.3%の増加となっており、保険給付費は182,625円と前年度に比べ1.7%の増加となっています。

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うと、宮崎県と長崎県以外で1人当たり医療費総額は増加となっています。0-9歳の若年層が全国的に減少に寄与していますが、その他の年代については都道府県によってばらつきがあり、年齢構成要因は全国的に増加に寄与していることが分かります（図表3-12参照）。

また、疾病分類別に要因分解を行うと、「呼吸器系の疾患」と「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）」が減少に寄与しており、医療費の伸びが抑えられたことが分かります（図表3-13参照）。「呼吸器系の疾患」と「特殊目的用コード」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、診療報酬上の特

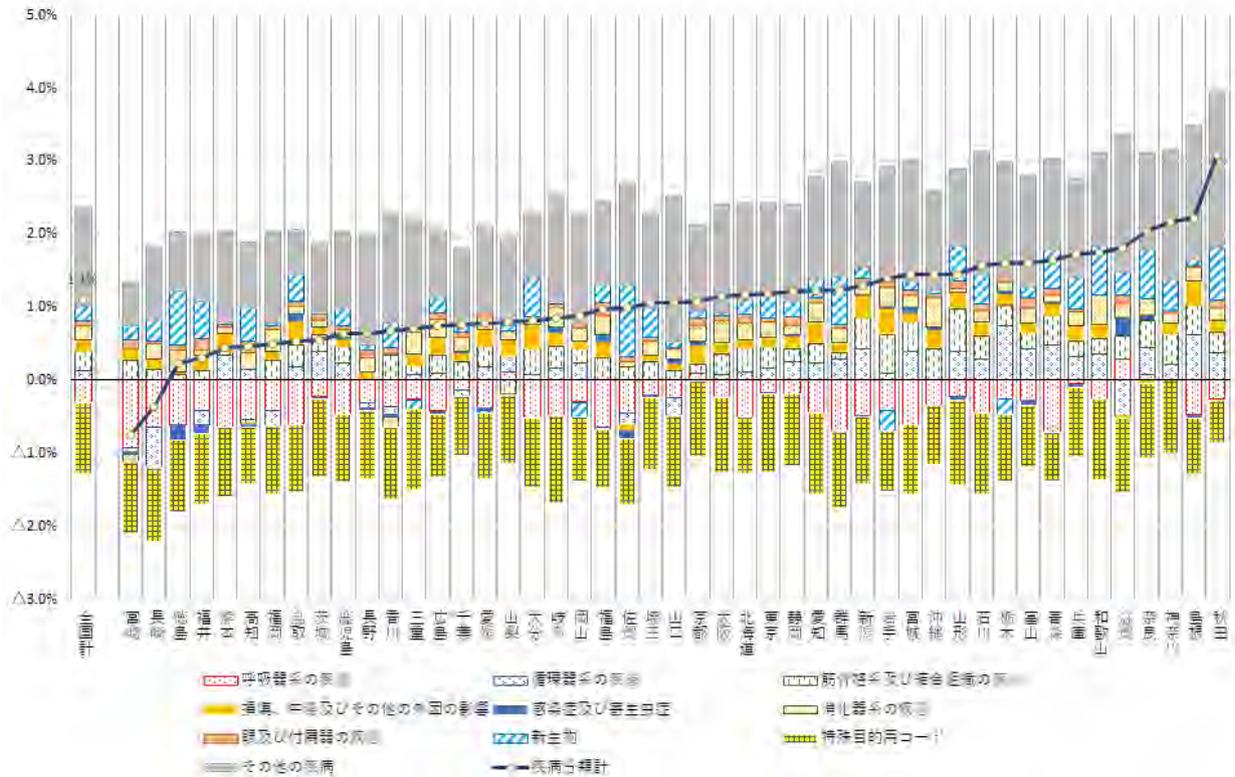
例が段階的に縮小され、2024年4月以降完全廃止となったこと等から新型コロナウイルス感染症を含めた感染症に係る医療費が減少したことが考えられます。また、前年度に比べ新型コロナウイルス感染症を含めた感染症の流行が概ね落ち着いていた状況であることも要因の一つと考えられます。

【(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3-13) 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

2024（令和6）年度における現金給付の支給総額は7,165億円となり、前年度と比べ3.7%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、187万5千件、3,534億円の支給実績となっており、前年度からは238億円の増加となりました。

出産手当金については、20万5千件、930億円の支給実績となっており、前年度からは21億円の増加となりました。

出産育児一時金については、31万5千件、1,574億円の支給実績となっており、前年度からは2億円の増加となりました。

高額療養費（償還払い）については、104万9千件、315億円の支給実績となっており、前年度からはそれぞれ8万7千件の増加、2億円の減少となりました。なお、現物給付による高額療養費²については、435万1千件、6,148億円の給付実績となっており、前年度からはそれぞれ18万2千件の増加、287億円の増加となりました。

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年4月からは限度額適用認定証等による現物給付化が図られています（70歳以上の方については入院・外来ともに2007年4月から現物給付化されています）。

療養費のうち、柔道整復療養費については、1,452万2千件、606億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、7億円の減少となりました。その他の療養費については、117万7千件、186億円の支給実績となっており、前年度からはそれぞれ7千件の減少、4億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)										
		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	2024年度	
傷病手当金	件数	941,187 (1.3%)	1,073,040 (-)※5	1,077,381 (0.4%)	1,162,789 (7.9%)	1,248,963 (7.4%)	1,402,266 (12.3%)	1,597,470 (13.9%)	2,454,994 (53.7%)	1,843,068 (▲24.9%)	1,875,113 (1.7%)	
	金額	1,695 (2.9%)	1,825 (7.7%)	1,935 (6.0%)	2,100 (8.5%)	2,303 (9.7%)	2,612 (13.4%)	2,834 (8.5%)	3,353 (18.3%)	3,296 (▲1.7%)	3,534 (7.2%)	
	1件当たり金額	180,058 (1.7%)	170,116 (-)※5	179,597 (5.6%)	180,605 (0.6%)	184,415 (2.1%)	186,238 (1.0%)	177,417 (▲4.7%)	136,577 (▲23.0%)	178,836 (30.9%)	188,486 (5.4%)	
出産手当金	件数	155,164 (9.0%)	195,914 (-)※5	167,634 (▲14.4%)	175,641 (4.8%)	189,136 (7.7%)	197,286 (4.3%)	202,207 (2.5%)	202,859 (0.3%)	203,878 (0.5%)	205,356 (0.7%)	
	金額	636 (9.6%)	665 (4.6%)	685 (2.9%)	725 (5.9%)	797 (9.9%)	845 (6.0%)	865 (2.3%)	885 (2.4%)	908 (2.6%)	930 (2.3%)	
出産育児一時金	件数	368,385 (-)※4	386,756 (5.0%)	399,008 (3.2%)	383,469 (▲3.9%)	387,484 (1.0%)	366,949 (▲5.3%)	363,665 (▲0.9%)	340,656 (▲6.3%)	324,370 (▲4.8%)	315,236 (▲2.8%)	
	金額	1,546 (-)※4	1,624 (5.0%)	1,675 (3.2%)	1,610 (▲3.9%)	1,626 (1.0%)	1,540 (▲5.3%)	1,526 (▲0.9%)	1,430 (▲6.3%)	1,420 (0.0%)	1,572 (10.0%)	
高額療養費	現物給付分	件数	3,145,903 (11.3%)	3,262,116 (3.7%)	3,423,431 (4.9%)	3,504,348 (2.4%)	3,717,933 (6.1%)	3,724,131 (0.2%)	3,947,471 (6.0%)	4,013,204 (1.7%)	4,169,236 (3.9%)	4,350,792 (4.4%)
		金額	3,957 (16.7%)	4,145 (4.7%)	4,403 (6.2%)	4,634 (5.3%)	5,015 (8.2%)	5,112 (1.9%)	5,478 (7.2%)	5,544 (1.2%)	5,860 (5.7%)	6,148 (4.9%)
		1件当たり金額	125,789 (4.8%)	127,051 (1.0%)	128,601 (1.2%)	132,228 (2.8%)	134,879 (2.0%)	137,278 (1.8%)	138,782 (1.1%)	138,154 (▲0.5%)	140,565 (1.7%)	141,304 (0.5%)
	現金給付分(償還払い)	件数	584,048 (▲3.7%)	728,919 (24.8%)	796,065 (9.2%)	808,170 (1.5%)	858,811 (6.3%)	955,757 (11.3%)	898,081 (▲6.0%)	826,597 (▲8.0%)	961,574 (16.3%)	1,048,591 (9.0%)
		金額	320 (▲6.5%)	344 (7.7%)	346 (0.5%)	331 (▲4.3%)	345 (4.0%)	366 (6.3%)	334 (▲8.7%)	302 (▲9.8%)	318 (5.4%)	315 (▲0.8%)
		1件当たり金額	54,736 (▲2.8%)	47,217 (▲13.7%)	43,460 (▲8.0%)	40,979 (▲5.7%)	40,121 (▲2.1%)	38,313 (▲4.5%)	37,236 (▲2.8%)	36,491 (▲2.0%)	33,061 (▲9.4%)	30,081 (▲9.0%)
	計	件数	3,729,951 (8.7%)	3,991,035 (7.0%)	4,219,496 (5.7%)	4,312,518 (2.2%)	4,576,744 (6.1%)	4,679,888 (2.3%)	4,845,552 (3.5%)	4,839,801 (▲0.1%)	5,130,810 (6.0%)	5,399,383 (5.2%)
		金額	4,277 (14.6%)	4,489 (5.0%)	4,749 (5.8%)	4,965 (4.6%)	5,359 (7.9%)	5,479 (2.2%)	5,813 (6.1%)	5,846 (0.6%)	6,178 (5.7%)	6,463 (4.6%)
		1件当たり金額	114,664 (5.5%)	112,470 (▲1.9%)	112,538 (0.1%)	115,128 (2.3%)	117,098 (1.7%)	117,067 (▲0.0%)	119,962 (2.5%)	120,791 (0.7%)	120,417 (▲0.3%)	119,704 (▲0.6%)
	柔道整復療養費	件数	14,973,069 (3.4%)	15,208,110 (1.6%)	15,316,354 (0.7%)	15,280,619 (▲0.2%)	15,255,263 (▲0.2%)	14,162,514 (▲7.2%)	14,739,050 (4.1%)	14,602,185 (▲0.9%)	14,561,756 (▲0.3%)	14,521,908 (▲0.3%)
金額		670 (3.2%)	674 (0.7%)	670 (▲0.7%)	662 (▲1.1%)	655 (▲1.0%)	625 (▲4.6%)	636 (1.8%)	615 (▲3.3%)	612 (▲0.5%)	606 (▲1.1%)	
1件当たり金額		4,474 (▲0.2%)	4,434 (▲0.9%)	4,371 (▲1.4%)	4,334 (▲0.9%)	4,296 (▲0.9%)	4,413 (2.7%)	4,318 (▲2.1%)	4,213 (▲2.4%)	4,205 (▲0.2%)	4,171 (▲0.8%)	
その他の療養費	件数	850,554 (▲2.0%)	960,082 (12.9%)	1,010,394 (5.2%)	990,623 (▲2.0%)	1,074,157 (8.4%)	1,124,842 (4.7%)	1,155,340 (2.7%)	1,105,962 (▲4.3%)	1,184,607 (7.1%)	1,177,299 (▲0.6%)	
	金額	121 (▲1.8%)	146 (21.3%)	157 (7.0%)	159 (1.4%)	172 (8.2%)	178 (3.8%)	180 (0.8%)	169 (▲5.7%)	182 (7.6%)	186 (2.3%)	
	1件当たり金額	14,194 (0.2%)	15,248 (7.4%)	15,498 (1.6%)	16,033 (3.4%)	15,996 (▲0.2%)	15,852 (▲0.9%)	15,550 (▲1.9%)	15,311 (▲1.5%)	15,381 (0.5%)	15,839 (3.0%)	

- ※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、2024年度の支給件数は3万8千件、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年度の業務・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、出産育児一時金の件数・金額については、2014年度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	40,948	994	24,283	0.025	598	74,208	12,630	170,196	0.069	11,798
青森	13,251	284	21,402	0.033	703	19,599	3,024	154,288	0.073	11,318
岩手	13,943	312	22,343	0.038	855	15,887	2,543	160,059	0.065	10,464
宮城	22,777	498	21,844	0.033	729	33,015	5,609	169,890	0.074	12,624
秋田	8,779	169	19,295	0.031	590	14,813	2,146	144,906	0.078	11,240
山形	13,401	391	29,203	0.038	1,102	16,464	2,757	167,486	0.070	11,738
福島	18,232	404	22,167	0.030	663	28,959	5,093	175,861	0.073	12,764
茨城	17,645	485	27,480	0.025	693	35,047	6,727	191,935	0.077	14,857
栃木	11,916	327	27,420	0.023	626	24,852	4,589	184,646	0.073	13,493
群馬	15,875	390	24,553	0.026	640	27,779	4,931	177,506	0.071	12,668
埼玉	34,808	1,059	30,411	0.024	738	61,435	12,378	201,478	0.067	13,472
千葉	24,163	710	29,380	0.023	684	48,849	9,824	201,113	0.072	14,574
東京	138,077	4,720	34,185	0.022	763	326,937	68,243	208,736	0.075	15,759
神奈川	43,750	1,379	31,512	0.026	814	78,013	16,225	207,981	0.071	14,708
新潟	16,158	344	21,282	0.022	462	32,870	5,663	172,287	0.068	11,720
富山	10,789	255	23,644	0.028	668	13,957	2,586	185,271	0.055	10,173
石川	10,288	260	25,277	0.024	612	16,654	3,227	193,767	0.060	11,583
福井	8,964	207	23,078	0.033	752	12,301	2,235	181,707	0.069	12,463
山梨	8,181	191	23,324	0.034	783	11,093	2,063	185,967	0.071	13,222
長野	20,013	430	21,495	0.032	694	27,227	4,847	178,024	0.068	12,145
岐阜	26,166	1,157	44,204	0.036	1,577	31,484	5,701	181,078	0.068	12,331
静岡	27,977	978	34,949	0.028	986	47,141	8,390	177,987	0.073	12,970
愛知	68,140	3,959	58,094	0.027	1,587	119,194	22,975	192,752	0.075	14,384
三重	12,796	336	26,231	0.026	681	24,931	4,595	184,292	0.078	14,374
滋賀	7,909	205	25,891	0.023	594	15,928	2,940	184,550	0.074	13,709
京都	25,792	712	27,589	0.030	822	38,095	7,647	200,746	0.070	14,004
大阪	76,333	2,359	30,898	0.022	671	159,802	32,707	204,672	0.072	14,808
兵庫	35,757	994	27,802	0.025	681	62,292	12,282	197,161	0.068	13,483
奈良	7,383	205	27,741	0.024	657	13,283	2,603	195,965	0.071	13,865
和歌山	8,022	195	24,342	0.028	692	13,182	2,345	177,921	0.075	13,396
鳥取	5,592	127	22,713	0.030	675	9,398	1,468	156,245	0.077	12,073
島根	7,702	246	32,000	0.035	1,135	9,840	1,648	167,440	0.070	11,682
岡山	17,786	436	24,529	0.026	633	31,762	5,860	184,510	0.072	13,319
広島	26,210	668	25,473	0.025	644	46,245	8,537	184,605	0.070	12,982
山口	14,009	471	33,622	0.035	1,193	16,253	2,838	174,607	0.064	11,213
徳島	9,556	212	22,224	0.038	852	10,791	2,045	189,507	0.067	12,744
香川	11,129	244	21,944	0.031	681	14,844	2,696	181,655	0.065	11,818
愛媛	15,393	646	41,998	0.032	1,352	21,340	3,627	169,951	0.071	12,151
高知	8,899	260	29,208	0.039	1,143	11,021	1,875	170,125	0.074	12,659
福岡	45,889	1,119	24,375	0.024	594	96,364	17,188	178,367	0.082	14,585
佐賀	8,949	193	21,529	0.032	698	14,185	2,269	159,938	0.082	13,124
長崎	13,556	306	22,544	0.032	722	20,808	3,433	164,971	0.078	12,920
熊本	18,443	396	21,483	0.031	656	28,640	4,815	168,113	0.075	12,585
大分	13,254	280	21,133	0.034	723	17,256	2,886	167,228	0.070	11,754
宮崎	10,161	221	21,766	0.026	570	20,262	3,100	153,001	0.083	12,682
鹿児島	19,325	458	23,680	0.033	775	28,646	4,639	161,926	0.079	12,810
沖縄	14,505	354	24,431	0.025	613	32,167	4,985	154,966	0.094	14,541
合計	1,048,591	31,543	30,081	0.026	795	1,875,113	353,433	188,486	0.073	13,741

※ 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	5,622	2,259	0.013	5,313	9,755	4,873	0.012	5,938	421,506	1,651	3,917	0.253	993
青森	1,746	644	0.015	5,428	2,565	1,281	0.013	6,258	76,290	314	4,120	0.189	779
岩手	1,625	581	0.015	5,474	2,308	1,153	0.013	6,345	107,701	396	3,677	0.296	1,087
宮城	3,008	1,235	0.017	6,893	4,616	2,307	0.014	6,944	260,008	1,006	3,868	0.381	1,473
秋田	1,106	388	0.013	4,668	1,476	738	0.010	5,117	84,807	357	4,211	0.296	1,245
山形	1,829	662	0.018	6,503	2,437	1,218	0.014	6,936	89,130	314	3,520	0.251	884
福島	3,048	1,321	0.018	7,797	4,366	2,182	0.014	7,222	190,981	725	3,796	0.313	1,189
茨城	3,240	1,474	0.018	8,088	5,473	2,733	0.016	8,041	162,488	677	4,165	0.232	967
栃木	2,402	1,073	0.017	7,498	3,794	1,895	0.015	7,325	172,757	716	4,144	0.331	1,371
群馬	2,928	1,282	0.019	8,167	3,984	1,989	0.013	6,700	197,954	875	4,422	0.325	1,437
埼玉	5,901	2,827	0.016	7,882	10,265	5,124	0.015	7,428	533,333	2,320	4,350	0.372	1,619
千葉	4,483	2,172	0.017	8,285	7,848	3,918	0.016	7,898	329,937	1,417	4,294	0.318	1,364
東京	40,348	20,748	0.020	10,128	56,323	28,129	0.017	8,707	2,248,148	9,645	4,290	0.364	1,560
神奈川	6,919	3,439	0.016	7,797	11,596	5,790	0.014	7,038	533,069	2,171	4,072	0.315	1,281
新潟	3,878	1,578	0.019	7,879	5,157	2,576	0.014	7,116	186,798	724	3,876	0.251	973
富山	1,822	777	0.017	7,286	2,564	1,281	0.014	6,904	115,610	526	4,548	0.303	1,376
石川	2,367	979	0.020	8,192	3,247	1,622	0.016	7,745	108,478	460	4,243	0.255	1,084
福井	1,708	677	0.022	8,583	2,319	1,158	0.017	8,431	80,271	324	4,037	0.292	1,178
山梨	1,210	534	0.019	8,245	1,932	965	0.016	8,013	83,840	344	4,103	0.344	1,411
長野	2,765	1,205	0.016	7,091	4,455	2,226	0.014	7,242	230,852	937	4,061	0.373	1,513
岐阜	3,124	1,390	0.017	7,431	5,370	2,681	0.015	7,427	270,158	1,069	3,958	0.368	1,458
静岡	4,637	1,976	0.017	7,271	7,193	3,593	0.015	7,325	285,901	1,132	3,958	0.288	1,141
愛知	12,177	5,745	0.020	9,210	20,853	10,409	0.017	8,650	731,138	2,775	3,796	0.293	1,112
三重	2,455	1,094	0.018	8,038	3,986	1,990	0.016	8,040	144,191	522	3,620	0.292	1,059
滋賀	1,963	880	0.022	9,909	3,214	1,604	0.019	9,378	134,575	501	3,723	0.390	1,452
京都	4,564	2,146	0.020	9,192	6,952	3,473	0.016	7,972	447,534	1,917	4,284	0.517	2,216
大阪	18,030	8,868	0.020	9,922	30,357	15,156	0.018	8,738	2,078,011	9,979	4,802	0.591	2,837
兵庫	7,373	3,526	0.019	9,152	12,183	6,083	0.017	8,258	660,222	2,759	4,179	0.453	1,891
奈良	1,283	605	0.016	7,703	2,285	1,141	0.014	7,212	146,674	572	3,900	0.471	1,835
和歌山	1,138	478	0.015	6,398	1,956	977	0.014	6,781	163,921	686	4,187	0.581	2,431
鳥取	1,298	454	0.024	8,342	1,509	754	0.016	7,983	28,887	103	3,555	0.153	546
島根	1,280	437	0.021	7,155	1,590	794	0.015	7,433	21,324	72	3,366	0.098	331
岡山	3,956	1,720	0.021	8,939	5,940	2,967	0.017	8,533	183,951	641	3,482	0.267	930
広島	5,043	2,198	0.019	8,080	7,719	3,855	0.015	7,545	231,876	871	3,754	0.224	840
山口	1,875	764	0.017	7,075	2,926	1,462	0.015	7,342	106,934	439	4,106	0.271	1,112
徳島	1,174	517	0.017	7,524	1,801	900	0.015	7,278	129,928	494	3,804	0.521	1,982
香川	1,585	674	0.017	7,399	2,528	1,263	0.015	7,319	125,224	446	3,562	0.349	1,244
愛媛	2,039	845	0.017	7,024	3,490	1,744	0.015	7,437	178,316	618	3,466	0.373	1,293
高知	1,037	422	0.016	6,508	1,521	760	0.014	6,747	67,355	232	3,447	0.296	1,021
福岡	11,009	4,685	0.021	9,117	16,450	8,218	0.017	8,587	946,538	4,041	4,269	0.503	2,147
佐賀	1,744	658	0.022	8,437	2,321	1,160	0.016	8,198	127,398	520	4,081	0.462	1,884
長崎	2,437	952	0.021	8,077	3,497	1,748	0.016	8,085	216,306	845	3,908	0.511	1,996
熊本	3,835	1,586	0.022	9,057	5,694	2,845	0.018	9,175	211,734	846	3,998	0.351	1,402
大分	2,000	792	0.019	7,443	3,008	1,503	0.015	7,663	163,525	637	3,897	0.422	1,645
宮崎	2,550	873	0.023	7,848	3,466	1,732	0.017	8,702	133,538	501	3,749	0.344	1,290
鹿児島	3,153	1,216	0.020	7,723	5,120	2,558	0.017	8,548	233,453	920	3,942	0.395	1,559
沖縄	4,642	1,607	0.031	10,745	5,827	2,910	0.020	10,100	139,338	539	3,872	0.241	934
合計	205,356	92,964	0.019	8,504	315,236	157,435	0.016	7,947	14,521,908	60,577	4,171	0.366	1,526

※ 出産育児一時金の件数は、産児数となります。

※ 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	4,234	64	15,025	0.003	38	37,811	245	6,483	0.023	147	22,464	535	23,822	0.014	322
青森	369	7	19,157	0.001	18	771	6	8,020	0.002	15	3,653	82	22,358	0.009	202
岩手	245	5	20,570	0.001	14	2,272	16	6,971	0.006	43	2,427	81	33,558	0.007	224
宮城	1,113	23	20,935	0.002	34	3,700	22	6,035	0.005	33	4,914	147	29,821	0.007	215
秋田	643	17	26,663	0.002	60	592	4	6,224	0.002	13	2,518	61	24,031	0.009	211
山形	355	7	20,818	0.001	21	878	5	6,154	0.002	15	3,073	80	26,128	0.009	226
福島	1,183	21	18,151	0.002	35	3,909	29	7,293	0.006	47	4,669	139	29,828	0.008	228
茨城	900	18	19,855	0.001	26	4,002	26	6,456	0.006	37	6,150	176	28,558	0.009	251
栃木	839	15	17,702	0.002	28	1,612	11	6,924	0.003	21	3,864	126	32,533	0.007	241
群馬	1,100	29	26,335	0.002	48	1,283	12	9,296	0.002	20	5,247	139	26,433	0.009	228
埼玉	4,337	98	22,648	0.003	69	11,665	87	7,450	0.008	61	12,690	398	31,397	0.009	278
千葉	2,579	57	22,042	0.002	55	7,928	57	7,181	0.008	55	9,712	334	34,377	0.009	322
東京	18,361	368	20,021	0.003	59	95,366	680	7,127	0.015	110	66,966	2,211	33,022	0.011	358
神奈川	9,980	196	19,679	0.006	116	23,805	176	7,398	0.014	104	16,352	568	34,714	0.010	335
新潟	1,004	24	24,140	0.001	33	2,354	22	9,187	0.003	29	8,306	225	27,101	0.011	302
富山	377	8	20,491	0.001	20	6,052	37	6,178	0.016	98	3,500	108	30,936	0.009	283
石川	310	8	25,336	0.001	18	5,898	33	5,601	0.014	78	5,405	144	26,667	0.013	339
福井	182	4	20,046	0.001	13	3,693	25	6,886	0.013	92	3,101	61	19,642	0.011	221
山梨	817	15	18,664	0.003	63	899	7	7,959	0.004	29	2,460	72	29,356	0.010	296
長野	839	14	17,268	0.001	23	5,749	34	5,992	0.009	56	5,653	138	24,369	0.009	222
岐阜	1,236	31	24,897	0.002	42	6,418	52	8,138	0.009	71	8,535	227	26,555	0.012	309
静岡	1,897	37	19,673	0.002	38	3,543	26	7,282	0.004	26	9,595	272	28,324	0.010	274
愛知	5,683	129	22,783	0.002	52	58,495	385	6,586	0.023	154	31,870	840	26,359	0.013	337
三重	484	10	19,794	0.001	19	6,680	45	6,749	0.014	91	6,227	181	29,117	0.013	368
滋賀	439	12	26,305	0.001	33	2,946	22	7,538	0.009	64	4,707	127	26,976	0.014	368
京都	2,009	48	24,099	0.002	56	11,252	94	8,389	0.013	109	13,340	362	27,148	0.015	419
大阪	8,112	174	21,407	0.002	49	184,324	1,579	8,567	0.052	449	40,261	1,059	26,305	0.011	301
兵庫	1,224	25	20,190	0.001	17	37,217	281	7,540	0.026	192	17,883	468	26,172	0.012	321
奈良	319	7	20,408	0.001	21	6,253	42	6,656	0.020	134	4,403	109	24,648	0.014	348
和歌山	292	5	18,201	0.001	19	10,025	73	7,321	0.036	260	3,020	74	24,665	0.011	264
鳥取	232	4	17,803	0.001	22	830	5	6,612	0.004	29	2,071	56	27,134	0.011	299
島根	235	6	24,008	0.001	26	934	6	6,625	0.004	28	2,841	63	22,062	0.013	289
岡山	362	7	18,929	0.001	10	3,916	26	6,728	0.006	38	6,624	165	24,850	0.010	239
広島	1,978	37	18,538	0.002	35	17,967	123	6,856	0.017	119	9,897	238	24,092	0.010	230
山口	584	13	22,946	0.001	34	3,027	18	5,987	0.008	46	3,920	95	24,275	0.010	241
徳島	580	7	11,919	0.002	28	1,930	11	5,564	0.008	43	2,843	64	22,664	0.011	258
香川	357	6	17,878	0.001	18	3,767	24	6,311	0.011	66	4,752	109	22,950	0.013	304
愛媛	1,133	28	24,374	0.002	58	3,961	25	6,227	0.008	52	5,416	138	25,449	0.011	288
高知	262	6	23,526	0.001	27	661	5	6,997	0.003	20	2,934	71	24,149	0.013	311
福岡	1,397	37	26,621	0.001	20	39,973	247	6,174	0.021	131	21,458	537	25,030	0.011	285
佐賀	330	8	23,935	0.001	29	3,607	23	6,346	0.013	83	3,600	84	23,345	0.013	305
長崎	208	3	14,899	0.000	7	8,365	51	6,074	0.020	120	5,469	112	20,527	0.013	265
熊本	691	13	19,174	0.001	22	7,871	43	5,501	0.013	72	9,046	214	23,646	0.015	354
大分	251	6	23,394	0.001	15	2,854	15	5,248	0.007	39	4,406	99	22,416	0.011	255
宮崎	482	9	19,444	0.001	24	3,012	22	7,154	0.008	56	4,355	111	25,495	0.011	286
鹿児島	653	12	18,925	0.001	21	6,742	46	6,820	0.011	78	6,780	186	27,375	0.011	314
沖縄	911	19	20,463	0.002	32	2,003	16	7,940	0.003	28	7,002	224	31,966	0.012	387
合計	82,108	1,698	20,677	0.002	43	658,812	4,840	7,346	0.017	122	436,379	12,109	27,750	0.011	305

第4章 事業運営、活動の概況

1. 基盤的保険者機能の盤石化

基盤的保険者機能においては、中長期的な視点から健全な財政運営を行うとともに、適用・給付等の申請書の審査・支払を正確かつ迅速に行うことが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、運営委員会や支部評議会での丁寧な説明、協会決算や保険財政の見通しに関する情報発信、システムを最大限に活用した適用・徴収業務及び現金給付業務の実施、業務マニュアル等に基づく適正な事務処理の実施、職員の業務に対する意識改革の促進と担当業務の多能化の推進により、効率的な事務処理を実施するとともに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、加入者サービスの実現に努めていきます。

(1) 健全な財政運営

i) 2025年度保険料率の議論の開始

2025（令和7）年度の保険料率の決定に向けては、2024（令和6）年7月25日に開催した運営委員会において、2029（令和11）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12日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の推移や日本の人口動向（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25日の運営委員会では、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。

賃金上昇率は、協会被保険者の平均標準報酬月額伸び率の直近10年の実績平均である「0.8%」をケースⅡとした上で、ケースⅡの上下に均等に幅を持たせた試算を設定することとし、ケースⅠとして「1.6%」、ケースⅢとして「0.0%」を前提に置きました。医療給付費の伸び率は協会における医療費の伸び率の直近4年の実績平均である「3.2%」としました。

また、直近3年で高い賃金上昇率が継続しており、物価上昇局面の中で賃金上昇が継続するという構造変化が生じている可能性を踏まえて、直近10年の実績平均「0.8%」と直近3年の実績平均「1.3%」の差を「構造変化相当分」としてケースⅠの伸び率に加えた「2.1%」を試算ケースに加えました。更に、「賃金の伸び率が高くなれば医療費の伸び率も上振れする可能性が高い」という所得弾力性の考え方を踏まえ、ケースAからケースDまでの医療給付費の伸び率の前提を置きました（図表4-1）。

この提案に対して、委員より「物価上昇局面においては、賃金上昇率が0.0%から1.6%の場合にも、医療給付費の伸び率を一定に置くだけではなく、上振れしたケースも検討すべき」との意見がありました。

その意見を踏まえ、賃金上昇率「0.0%」、「0.8%」、「1.6%」で推移した場合においても、所得弾力性の考え方を踏まえ、医療給付費の伸び率のパターンに幅を持たせ、試算ケースを追加することとしました。

【(図表4-1) 賃金の伸び率における構造変化を踏まえた試算の前提における伸び率の組合せ】

	賃金上昇率	加入者一人当たり医療給付費の伸び率 (75歳未満)	賃金上昇率との差
ケースⅠ	1.6%	3.2%	1.6%
ケースⅡ	0.8%		2.4%
ケースⅢ	0.0%		3.2%

	賃金上昇率との差	賃金上昇率	加入者一人当たり医療給付費の伸び率 (75歳未満)
ケースA	-	2.1%	3.2%
ケースB	1.6%		3.7%
ケースC	0.8%		4.5%
ケースD	0.0%		5.3%

②保険料率に関する論点

2025年度の保険料率に関しては、図表4-2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、2025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12日の運営委員会において、各委員からは、「協会けんぽの令和5年度決算の収入超過は4,662億円となり、準備金も5兆円を突破しているため、事業者から保険料率引下げの要望がより強くなっている。」、「国庫補助率(16.4%)が恒常化したおかげで、安定財政が築けているところが、被保険者にとって非常に大きな安心感につながっている。やはり国庫補助率は20%まで引き上げていただきたい。」等の発言がありました。

このほか、5年収支見通しについて、「今後、保険料率が増加するようなことがあれば、企業経営や従業員の生活に大きな影響が出ることが予想される。負担を増やすことなく収支を保つ取組を進めるべきである。そのためには、上昇が続いている医療費の伸びを抑えつつ、給付が野放図に拡大しないよう、医療費適正化の取組を進めることが必要である。」、「今後の収支見通

しを見ると、平均保険料率10%を維持したとしても、いずれ単年度収支でマイナスに陥るときが到来するという財政構造にあることが確認できる。また、賃金の上昇が保険財政に与える影響の大きさというものも改めて確認できた。一方で、今後も当面は積み上がるであろう準備金残高の規模は、やはり大きいと言わざるを得ない。」といった発言がありました。

〔(図表4-2) 2025年度保険料率に関する論点について (2024年9月12日運営委員会提出資料2-3※ (参考データは省略)) 〕

※議論の過程で内容を更新しているため、掲載資料は最終更新反映の2024年12月23日運営委員会提出資料1-3

1. 平均保険料率

「現状・課題等」

I. 現状 (令和5年度決算)

協会けんぽの令和5年度決算は、収入が11兆6,104億円、支出が11兆1,442億円、収支差は4,662億円となった。保険料収入の増加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の増加等による支出の増加 (同+2,668億円) を上回ったことにより、単年度収支差は前年度比で増加 (+343億円) したが、これは前年度の国庫補助の精算等が影響 (その他の支出が前年度比▲683億円の減少など) したためである。

令和5年度の収支は、収入・支出ともに前年度より増加しているが、主たる収入である「保険料収入+国庫補助等」は2,995億円 (2,577+418) の増加、主たる支出である「保険給付費+拠出金等」は3,351億円 (1,993+1,358) の増加であり、支出の方が収入よりも伸びている。そのため、単年度収支差は、実質的には前年度より縮小している。

II. これまでの協会けんぽ (旧政府管掌健康保険) 財政の経緯 ⇒ P8 [参考データ1]

(旧政府管掌健康保険時代)

- 旧政府管掌健康保険では、1981 (昭和56) 年度以降、保険料収入が伸びたこと等により、財政収支が黒字基調に推移し、1991 (平成3) 年度末に積立金が1.4兆円となった。
- こうした中、この1.4兆円の積立金を活用した事業運営安定資金 (積立金) が創設され、5年を通じて収支均衡を図りながら財政運営する方式 (中期財政運営) に移行した (平成4年健保法改正)。
- この中期財政運営では、保険料率を下げる (8.4%→8.2%) とともに、国庫補助率を「当分の間13%」とすることとされた。
- その結果、当時の財政規模で5.1か月分相当あった準備金が、5年後の1997 (平成9) 年には枯渇する見通しとなり、患者負担2割導入の制度改正等により数年間は枯渇を回避したものの、2002 (平成14) 年度末には単年度収支差▲6,169億円となり、準備金が枯渇した。
- この財政危機に対して、診療報酬・薬価のマイナス改定や2003 (平成15) 年度の患者負担3割導入等により対応した。

(協会発足以降)

- 2009年度は単年度収支4,893億円の赤字、累積で3179億円の赤字となり、この累積赤字解消のため、協会設立時に8.20%でスタートした平均保険料率は2010 (平成22) 年度から3年連続で引上げ (2010 (平成22) 年度: 9.34%、2011 (平成23) 年度: 9.50%、2012 (平成24) 年度: 10.00%)、2013 (平成25) 年度以降は10.00%で据え置きとしている。
- この協会の財政問題に対しては、国においても国庫補助率の引上げ (13%→16.4%) による財政健全化の特例措置が2010年度から2012年度までの間に講じられ、その後、さらに2年間延長された。
- 協会では、中長期的に安定した財政運営の実現のため、国による国庫補助率の引上げについて暫定措置でない恒久的な措置とすよう求めるとともに、関係方面への働きかけ等を行い、その結果、2015 (平成27) 年5月に成立した医療保険制度改革法において、法律に基づき期間の定めなく16.4%の国庫補助率が維持されることになった。

III. 今後の財政収支見通し

- 協会けんぽ (医療分) の2023 (令和5) 年度決算を足元とした収支見通し (2024 (令和6) 年9月試算) においては、賃金及び医療費について、複数の伸び率を設定するなど、計16パターンの前提を置いて機械的に試算した。

IV. 今後の財政を考える上での留意事項

協会けんぽの今後の財政を見通すに当たっては、協会けんぽ設立以来、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続いてきたことに加え、以下のような要因があることを念頭に置く必要がある。

⇒ 財政の赤字構造に関するデータ P25、26 [参考データ18、19]

(1) 保険給付費の増加が見込まれること

協会けんぽ加入者の平均年齢上昇や医療の高度化等により保険給付費の継続的な増加が見込まれている。

⇒P11 [参考データ4]

[保険給付費の今後の見込み] ※ 資料1-2の推計値 (2026年度以降の伸び率+3.2%)

2024年度：約73,200億円

2029年度：約81,000億円 2025年度から2029年度までの2024年度比増加額の累計の見込み：約2.2兆円

2033年度：約89,100億円 2025年度から2033年度までの2024年度比増加額の累計の見込み：約7.3兆円

⇒「協会けんぽ加入者の平均年齢上昇」に関するデータ P12、13、14 [参考データ5、6、7]

⇒「医療の高度化」に関するデータ P15、16、17 [参考データ8、9、10]

(2) 団塊の世代が後期高齢者になったことにより後期高齢者支援金の短期的な急増が見込まれ、その後も中長期的に高い負担額で推移することが見込まれること

2023年度：約21,900億円 → 2024年度：約23,300億円 → 2025年度：約25,700億円

2025年度から2029年度までの2024年度比増加額の累計の見込み：約1.3兆円

2025年度から2033年度までの2024年度比増加額の累計の見込み：約2.5兆円

⇒ P18 [参考データ11]

(3) 短時間労働者等への被用者保険適用拡大により財政負担が生じるおそれがあること

厚生労働省「働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会」において、短時間労働者や個人事業所について新たに被用者保険の適用対象とする方向が示されている。これらの方々が適用対象となる場合、大半が協会けんぽに加入することが見込まれるが、その場合における協会けんぽの財政に負担が生じるおそれがある。

[参考] (いずれも厚生労働省懇談会資料から引用)

○ 週20～30時間労働者数	現対象外310万人	} ⇒ P19、22 [参考データ12、15]
○ 週20時間未満労働者数	560万人	
○ 本業がフリーランス	209万人	

○ 短時間被保険者の性別・平均年齢 (協会けんぽ・健保組合)	} ⇒ P20 [参考データ13]	2024年3月末時点 平均年齢 (協会けんぽ)	
女性：62万人 49.7歳			・被保険者 46.4歳
男性：20万人 53.2歳			・被扶養者 25.9歳
		・加入者 39.0歳	

○ 短時間被保険者の標準報酬月額 (協会けんぽ・健保組合)	} ⇒ P21 [参考データ14]	2023年度平均標準報酬月額 (協会けんぽ)
令和4年11月時点 ピークは11.8万円		

※12月23日追記

- 適用拡大による財政影響
2024年12月12日開催の第189回社会保障審議会医療保険部会資料によると、短時間労働者等への被用者保険適用拡大による協会けんぽへの財政影響は、年間510億円（完全施行後）の負担増と試算している。

(4) 保険料収入の将来の推移が予測し難いこと

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、経済の先行きが不透明であること等によって、今後の保険料収入の推移を予測することは難しい。

(5) 赤字の健保組合の解散が協会けんぽ財政に与える影響が不透明であること

健康保険組合の令和5年度決算見込では、全体の5割を超える726組合（前年度決算に比べ168組合増加）が赤字となっている。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測し難いことから、財政状況の悪化した組合が解散を選択し、被用者保険の最後の受け皿である協会けんぽに移る事態が予想される。

⇒ P23、24 [参考データ16、17]

[参考] 健保連公表資料（参考データ17：令和5年度健康保険組合決算見込）から引用

- 協会けんぽの平均保険料率（10%）以上の健康保険組合（令和6年3月末）
1,380組合のうち314組合（22.75%）

【論点】

➢ 協会の財政構造に大きな変化がない中で、今後の収支見通しのほか、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7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。

※ 令和5年12月4日 運営委員会 北川理事長発言要旨：「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。」

参考：支部評議会における意見（全体概要）

- ① 平均保険料10%を維持するべきという支部 36支部（40支部）
- ② ①と③の両方の意見のある支部 10支部（6支部）
- ③ 引き下げのべきという支部 1支部（1支部）

※（ ）内は昨年度の支部数

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7年度保険料率の変更時期について、令和7年4月納付分（3月分）からでよいか。

参考：支部評議会における意見

保険料率の変更時期について、4月納付分（3月分）以外の意見はなし

③協会けんぽの5年収支見通しの試算の前提等

2023（令和5）年度決算を足元として、7月25日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、9月12日の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

2024年度、2025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、2024年度1.3%、2025年度0.4%としました。2026（令和8）年度以降に

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。

イ) 賃金上昇率の見通し

2024年度、2025年度については、直近の協会の実績、2024年度実施の被用者保険の適用拡大の影響、国における2025年度予算の概算要求で用いられた協会に係る見込みの計数等を踏まえて、2024年度1.5%、2025年度1.0%とし、2026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。

<2026年度以降の賃金上昇率>

	(単位 %)
ケースⅠ	1.6
ケースⅡ	0.8
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2024年度実施の被用者保険の適用拡大の影響、国における2025年度予算の概算要求で用いられた協会に係る見込みの計数等を踏まえて、加入者1人当たりの伸び率を2024年度1.1%、2025年度1.4%としました。

2026（令和8）年度以降については、以下の伸び率を使用しました⁵。

<2026年度以降の年齢階級別1人当たり医療給付費の伸び率>

	(単位 %)
75歳未満	3.2
75歳以上（後期高齢者支援金の推計に使用）	0.3

エ) 保険料率

以下のとおり場合分けをし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
- ・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）

オ) 賃金の伸び率における構造変化を踏まえた賃金上昇率・1人当たり医療給付費の伸び率の前提

直近3年の高い賃金上昇率を踏まえて、直近10年の伸び率の実績平均と直近3年の実績平均の

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、平均標準報酬月額額の2014（平成26）年度から2023年度までの増減率の10年平均（2016（平成28）年4月の標準報酬月額額の上限改定及び2022（令和4）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0.8%が中間となるように1.6%と設定しました。

⁵ 加入者1人当たり伸び率については、2020（令和2）～2023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。

差の+0.5%を「構造変化相当分」としてケースⅠの伸び率に加えた2.1%を設定しました。

また、医療給付費の伸び率については、「賃金の伸び率が高く（低く）なれば医療費の伸び率も上振れ（下振れ）する可能性が高い」という所得弾力性の考え方を踏まえて、前記イ）で設定した「賃金上昇率」と「75歳未満の1人当たり医療給付費の伸び率」の差が同程度となるように以下の3ケースを設定しました（ケースB～D）。加えて、賃金上昇率のみが高くなるケースも設定しました（ケースA）。

＜賃金上昇率2.1%を前提とした2026年度以降の伸び率の仮定＞

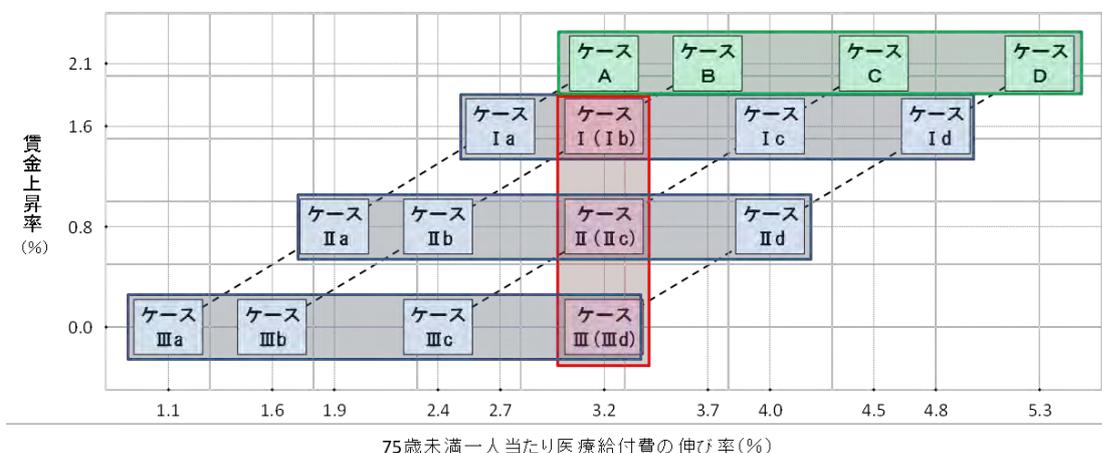
	賃金上昇率	一人当たり医療給付費の伸び率（75歳未満）
ケースA	2.1%	3.2%
ケースB	2.1%	3.7%
ケースC	2.1%	4.5%
ケースD	2.1%	5.3%

更に、7月25日の運営委員会における委員からの意見を踏まえ、ケースⅠからケースⅢについても、賃金上昇率と75歳未満の1人当たり医療給付費の伸び率の差がケースA～Dと同程度とした複数の伸び率のケース（ケースⅠa～Ⅲd）を設定し、計16の試算パターンを示しました（図表4-3参照）。

なお、以下の「④5年収支見通しの試算結果」及び「⑤今後10年間の収支見通しと準備金残高」では、計16の試算パターンのうち、主に協会における実績を踏まえた試算（ケースⅠからケースⅢ）及び賃金の伸び率における構造変化を踏まえた試算（ケースAからケースD）の7パターンの試算結果についてお示しします。

〔(図表4-3) 賃金上昇率・1人当たり医療給付費の伸び率の前提（2026年度以降）（2024年9月12日運営委員会提出資料2-3）〕

- ・ 赤（ケースⅠ～Ⅲ）：① 協会けんぽにおける実績を踏まえた試算
- ・ 緑（ケースA～D）：② 賃金の伸び率における構造変化を踏まえた試算
- ・ 青（ケースⅠa～Ⅲd）：③ ①の賃金上昇率に②の医療費の幅を勘案した試算



④5年収支見通しの試算結果

ア) 協会けんぽにおける実績を踏まえた試算

平均保険料率を2024年度と同率の10%に据え置いた場合、ケースⅠでは2029年度まで単年度黒字を維持できる結果となりましたが、ケースⅡで2028（令和10）年度、ケースⅢで2027（令和9）年度にはそれぞれ単年度赤字に転じる結果となりました。2029年度の準備金は、ケースⅠからⅢでそれぞれ6兆6,500億円（保険給付費等の約6.9ヵ月分）、5兆8,900億円（同、約6.1ヵ月分）、5兆1,000億円（同、約5.3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Ⅰでは2029年度まで現在の保険料率（10%）を超過しませんでした。ケースⅡでは2028年度、ケースⅢでは更に1年早い2027年度にそれぞれ10%を超える保険料率に引き上げる必要があるという結果となりました（図表4-4参照）。

平均保険料率を9.9%～9.5%に引き下げた場合には、平均保険料率を10%に維持した場合に単年度赤字とならなかったケースⅠにおいても5年以内に単年度赤字へ転じる結果となりました。また、ケースⅡ及びケースⅢでは平均保険料率を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。加えて、単年度収支の赤字幅は保険料率の引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		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
Ⅰ 1.6%で一定	収支差	4,600	2,600	2,800	2,000	1,600	700
	準備金	56,700	59,300	62,100	64,200	65,700	66,500
Ⅱ 0.8%で一定	収支差	4,600	2,600	2,000	500	▲600	▲2,300
	準備金	56,700	59,300	61,300	61,800	61,200	58,900
Ⅲ 0.0%で一定	収支差	4,600	2,600	1,200	▲1,000	▲2,900	▲5,500
	準備金	56,700	59,300	60,500	59,500	56,600	51,000

均衡保険料率（単年度収支が均衡する保険料率）

賃金上昇率	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
Ⅰ 1.6%で一定	9.8%	9.7%	9.8%	9.9%	9.9%
Ⅱ 0.8%で一定	9.8%	9.8%	10.0%	10.1%	10.2%
Ⅲ 0.0%で一定	9.8%	9.9%	10.1%	10.3%	10.5%

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

2025年度以降9.9%

（単位：億円）

		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースⅠ	収支差	4,600	1,600	1,700	900	500	▲400
	準備金	56,700	58,200	60,000	60,900	61,400	61,000
ケースⅡ	収支差	4,600	1,600	900	▲600	▲1,700	▲3,400
	準備金	56,700	58,200	59,200	58,600	56,900	53,500
ケースⅢ	収支差	4,600	1,600	100	▲2,000	▲4,000	▲6,600
	準備金	56,700	58,200	58,300	56,300	52,300	45,700

2025年度以降9.8%

（単位：億円）

		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースⅠ	収支差	4,600	500	600	▲200	▲600	▲1,500
	準備金	56,700	57,200	57,800	57,600	57,000	55,500
ケースⅡ	収支差	4,600	500	▲200	▲1,600	▲2,800	▲4,400
	準備金	56,700	57,200	57,000	55,400	52,600	48,100
ケースⅢ	収支差	4,600	500	▲1,000	▲3,100	▲5,000	▲7,600
	準備金	56,700	57,200	56,200	53,100	48,100	40,400

2025年度以降9.7%

（単位：億円）

単年度収支		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースⅠ	収支差	4,600	▲600	▲400	▲1,300	▲1,700	▲2,600
	準備金	56,700	56,100	55,600	54,400	52,700	50,000
ケースⅡ	収支差	4,600	▲600	▲1,200	▲2,700	▲3,900	▲5,500
	準備金	56,700	56,100	54,900	52,100	48,300	42,700
ケースⅢ	収支差	4,600	▲600	▲2,000	▲4,200	▲6,100	▲8,700
	準備金	56,700	56,100	54,100	49,900	43,800	35,100

2025年度以降9.6%

(単位：億円)

単年度収支		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースⅠ	収支差	4,600	▲1,700	▲1,500	▲2,300	▲2,800	▲3,700
	準備金	56,700	55,000	53,500	51,100	48,300	44,600
ケースⅡ	収支差	4,600	▲1,700	▲2,300	▲3,800	▲4,900	▲6,600
	準備金	56,700	55,000	52,700	48,900	44,000	37,400
ケースⅢ	収支差	4,600	▲1,700	▲3,100	▲5,200	▲7,100	▲9,700
	準備金	56,700	55,000	51,900	46,700	39,500	29,800

2025年度以降9.5%

(単位：億円)

単年度収支		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースⅠ	収支差	4,600	▲2,700	▲2,600	▲3,400	▲3,900	▲4,900
	準備金	56,700	53,900	51,300	47,900	43,900	39,100
ケースⅡ	収支差	4,600	▲2,700	▲3,400	▲4,900	▲6,000	▲7,700
	準備金	56,700	53,900	50,500	45,700	39,700	32,000
ケースⅢ	収支差	4,600	▲2,700	▲4,200	▲6,300	▲8,200	▲10,800
	準備金	56,700	53,900	49,800	43,500	35,300	24,500

イ) 賃金の伸び率における構造変化を踏まえた試算

平均保険料率を2024年度と同率の10%に据え置いた場合、ケースA及びケースBでは2029年度までに単年度赤字に転じることはありませんが、ケースCで2029年度、ケースDで2028年度にはそれぞれ単年度赤字に転じる結果となりました。2029年度の準備金は、ケースAからDでそれぞれ7兆1,200億円（保険給付費等の約7.3ヵ月分）、6兆8,200億円（同、約7.0ヵ月分）、6兆3,400億円（同、約6.4ヵ月分）、5兆8,400億円（同、約5.8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では、ケースA及びケースBでは2029年度まで現在の保険料率（10%）を超過しませんでした。ケースCでは2029年度、ケースDでは更に1年早い2028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。

平均保険料率を9.9%～9.5%に引き下げた場合には、ケースAの平均保険料率を9.9～9.8%に引き下げた場合、ケースBの平均保険料率を9.9%に引き下げた場合を除き、2029年度までに単年度赤字に転じる結果となりました。また、単年度赤字に転じたケースの赤字幅は協会における実績を踏まえた試算と同様に保険料率の引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4-5参照）。

【(図表4-5) 5年収支見通しの試算結果②】

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		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースA	収支差	4,600	2,600	3,300	3,000	3,000	2,600
	準備金	56,700	59,300	62,600	65,600	68,600	71,200
ケースB	収支差	4,600	2,600	3,000	2,400	2,100	1,400
	準備金	56,700	59,300	62,300	64,700	66,900	68,200
ケースC	収支差	4,600	2,600	2,600	1,500	700	▲600
	準備金	56,700	59,300	61,900	63,300	64,000	63,400
ケースD	収支差	4,600	2,600	2,100	500	▲800	▲2,700
	準備金	56,700	59,300	61,400	61,900	61,100	58,400

均衡保険料率（単年度収支が均衡する保険料率）

賃金上昇率	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースA	9.8%	9.7%	9.7%	9.7%	9.8%
ケースB	9.8%	9.7%	9.8%	9.8%	9.9%
ケースC	9.8%	9.8%	9.9%	9.9%	10.1%
ケースD	9.8%	9.8%	10.0%	10.1%	10.2%

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

2025年度以降9.9%

（単位：億円）

単年度収支		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースA	収支差	4,600	1,600	2,200	1,900	1,900	1,500
	準備金	56,700	58,200	60,500	62,400	64,200	65,700
ケースB	収支差	4,600	1,600	1,900	1,300	1,000	200
	準備金	56,700	58,200	60,200	61,500	62,500	62,700
ケースC	収支差	4,600	1,600	1,500	400	▲500	▲1,700
	準備金	56,700	58,200	59,700	60,100	59,600	57,900
ケースD	収支差	4,600	1,600	1,000	▲600	▲1,900	▲3,800
	準備金	56,700	58,200	59,200	58,700	56,800	52,900

2025年度以降9.8%

(単位：億円)

単年度収支		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースA	収支差	4,600	500	1,100	800	700	300
	準備金	56,700	57,200	58,300	59,100	59,800	60,100
ケースB	収支差	4,600	500	900	200	▲100	▲900
	準備金	56,700	57,200	58,000	58,200	58,100	57,200
ケースC	収支差	4,600	500	400	▲700	▲1,600	▲2,900
	準備金	56,700	57,200	57,500	56,800	55,200	52,400
ケースD	収支差	4,600	500	▲100	▲1,700	▲3,000	▲5,000
	準備金	56,700	57,200	57,100	55,400	52,400	47,400

2025年度以降9.7%

(単位：億円)

単年度収支		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースA	収支差	4,600	▲600	100	▲300	▲400	▲800
	準備金	56,700	56,100	56,300	55,800	55,400	60,100
ケースB	収支差	4,600	▲600	▲200	▲900	▲1,300	▲2,000
	準備金	56,700	56,100	55,800	54,900	53,700	51,700
ケースC	収支差	4,600	▲600	▲700	▲1,800	▲2,700	▲4,000
	準備金	56,700	56,100	55,400	53,500	50,800	46,800
ケースD	収支差	4,600	▲600	▲1,200	▲2,800	▲4,100	▲6,100
	準備金	56,700	56,100	54,900	52,100	48,000	41,900

2025年度以降9.6%

(単位：億円)

単年度収支		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースA	収支差	4,600	▲1,700	▲1,000	▲1,400	▲1,500	▲2,000
	準備金	56,700	55,000	54,000	52,500	51,000	49,100
ケースB	収支差	4,600	▲1,700	▲1,300	▲2,000	▲2,400	▲3,200
	準備金	56,700	55,000	53,700	51,700	49,300	46,100
ケースC	収支差	4,600	▲1,700	▲1,800	▲2,900	▲3,800	▲5,100
	準備金	56,700	55,000	53,200	50,300	46,400	41,300
ケースD	収支差	4,600	▲1,700	▲2,300	▲3,900	▲5,300	▲7,300
	準備金	56,700	55,000	52,700	48,800	43,600	36,300

2025年度以降9.5%

(単位：億円)

単年度収支		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
ケースA	収支差	4,600	▲2,700	▲2,100	▲2,500	▲2,600	▲3,100
	準備金	56,700	53,900	51,800	49,300	46,700	43,600
ケースB	収支差	4,600	▲2,700	▲2,400	▲3,100	▲3,500	▲4,300
	準備金	56,700	53,900	51,500	48,400	44,900	40,600
ケースC	収支差	4,600	▲2,700	▲2,900	▲4,000	▲4,900	▲6,300
	準備金	56,700	53,900	51,000	47,000	42,100	35,800
ケースD	収支差	4,600	▲2,700	▲3,400	▲5,000	▲6,400	▲8,400
	準備金	56,700	53,900	50,600	45,600	39,200	30,800

ウ) ア) の賃金上昇率にイ) の医療費の幅を勘案した試算

平均保険料率を2024年度と同率の10%に据え置いた場合には、ケースI a、ケースI b、ケースII a (図表4-3参照) においては2029年度までに単年度赤字に転じることはありませんが、その他の9ケースでは単年度赤字に転じる結果となりました。

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4-6参照)。

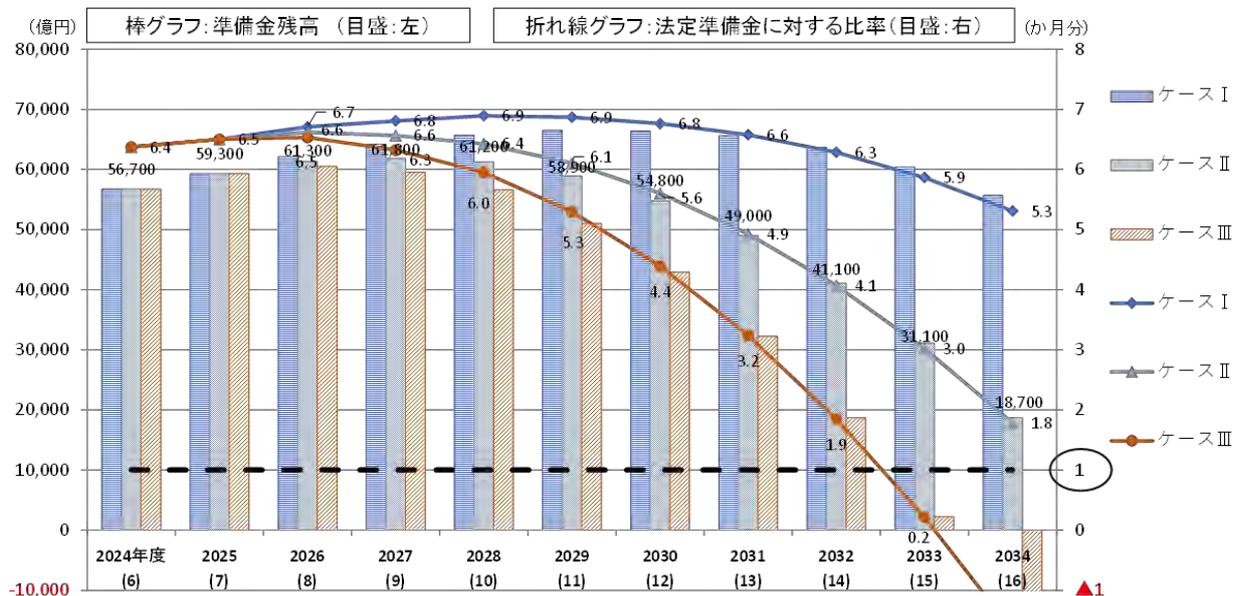
その結果、協会における実績を踏まえた試算におけるケースごとの今後10年間の収支見通しと準備金残高においては、ケースI からケースIIIのいずれのケースにおいても、3~6年後には単年度赤字となり、10年後には、ケースI 及びケースII では法定準備金を確保できるものの、ケースIIIでは法定準備金の確保が困難となる見込みとなりました。

また、賃金の伸び率における構造変化を踏まえた試算による今後10年間の収支見通しと準備金残高においては、ケースAを除き、時期は異なるものの、数年後には単年度赤字となる見込みとなりました。ケースAについては、単年度黒字を維持するものの黒字幅は大きく減少する見込みとなりました。

なお、賃金上昇率に応じて医療費の伸び率について幅を持たせるよう勘案した試算では、すべてのケースで3~9年後には単年度赤字となり、ケースI d、ケースII d、ケースIII dの3ケースでは、法定準備金の確保が困難となる見込みとなりました。

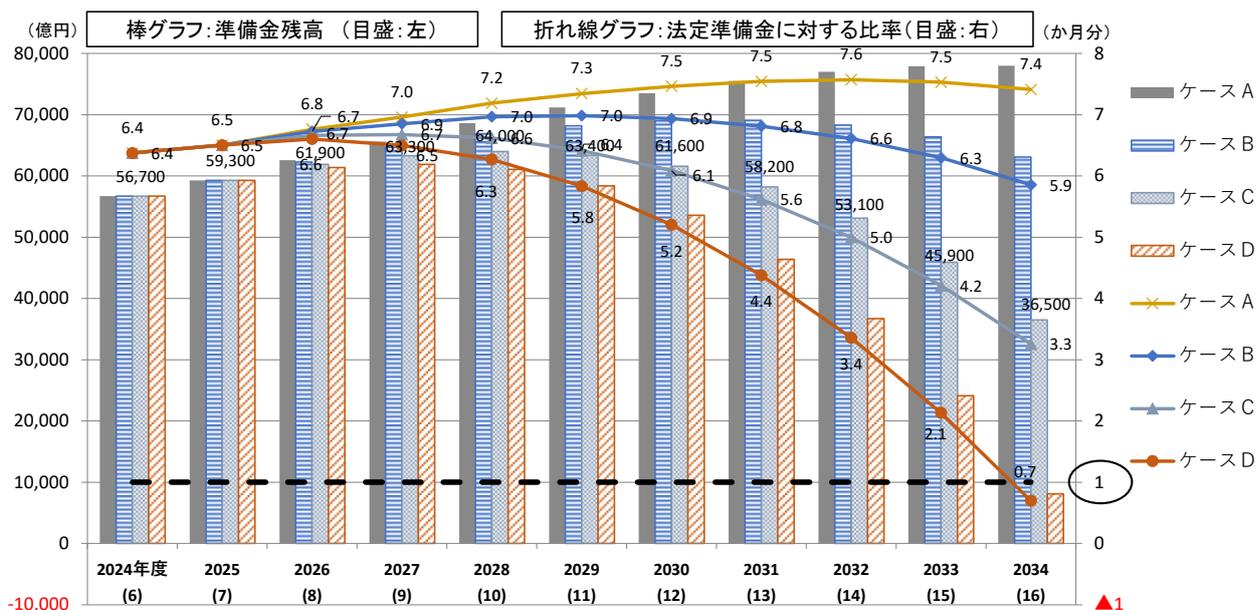
〔(図表4-6) 今後10年間の準備金残高と法定準備金に対する残高の状況 (2024年9月12日運営委員会提出資料2-2)〕

今後10年間のごく粗い試算 (協会けんぽにおける実績を踏まえた試算)



単年度収支	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	2034年度
ケース I	2,600	2,800	2,000	1,600	700	▲100	▲800	▲1,900	▲3,200	▲4,700
ケース II	2,600	2,000	500	▲600	▲2,300	▲4,100	▲5,900	▲7,800	▲10,000	▲12,400
ケース III	2,600	1,200	▲1,000	▲2,900	▲5,500	▲8,100	▲10,700	▲13,500	▲16,500	▲19,600

今後 10 年間のごく粗い試算 (賃金の伸び率における構造変化を踏まえた試算)



単年度収支	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	2034年度
ケース A	2,600	3,300	3,000	3,000	2,600	2,300	2,000	1,500	900	100
ケース B	2,600	3,000	2,400	2,100	1,400	700	100	▲800	▲1,900	▲3,300
ケース C	2,600	2,500	1,500	700	▲600	▲1,900	▲3,400	▲5,100	▲7,100	▲9,500
ケース D	2,600	2,100	500	▲800	▲2,700	▲4,900	▲7,100	▲9,700	▲12,700	▲16,000

ii) 2025年度保険料率についての議論

2025年度保険料率については、9月12日の運営委員会に示した論点や5年収支見通し等に基づき、12月2日及び12月23日の運営委員会において引き続き議論されました。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、直近の経済動向等を踏まえて、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)

9月12日の運営委員会に提示した保険料率の論点等をもとに、10月9日から10月29日にかけて、全47支部において評議会を開催し議論を行いました。

支部評議会の平均保険料率についての意見を見ると、「10%を維持すべき」という意見が36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10支部でした（図表4-7参照）。

評議員の個別の意見としては、「小規模事業所にとって保険料率の上昇は厳しい。大企業では賃金が上がっているが、中小企業はそうではない。基本的に平均保険料率10%維持で良いが、今後も賃金が上がらず物価が上がる状況が続くのであれば、少しでも下げてもらいたい。」という意見がある一方で、「今後の収支見通しのほか、医療給付費の伸び、後期高齢者支援金の増加などを踏まえると平均保険料率10%維持でやむを得ないと思う。」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14日の運営委員会に示した理事長の考え等を支部事務局が評議会に説明した上で、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2日の運営委員会においては、事務局から前記の支部評議会における全体的な意見の傾向、具体的な意見の内容等を報告しました。

委員からは、支部評議会の意見について「保険料率を下げることもよいが、上げることの影響が大きい」という意見があった。安定的な財政のもとに安定的な保険料率でやっていくのが被保険者としての考えであるため、できるだけ安定的な保険料率で運営することが重要であると感じた。」「支部評議会の意見では、現在の法定準備金5.2兆円の妥当性、現在の保険料負担者が将来分の医療費も負担する不公平性についても指摘されており、国庫補助も含めた負担の在り方を見直す必要性を感じている。」といった意見があったほか、2025年度の保険料率に対しては、「医療保険制度を安定的に運営していくことが加入者の安心につながると考えている。準備

金の話もあったが、中長期的に財政を安定させるために使うのが有効であると考え、保険料率は10%維持する方向で検討するのが望ましい。」「不確実性が高い中で、予備的に準備金を積み上げることは合理性があり、多くの支部が10%を維持することに賛成しているのは、安定的に準備金を積み上げることに理解を得られているからであると思う。」といった10%維持に賛成の意見が複数あった一方で、「中小企業は原材料、エネルギー価格の高騰に加え、人材確保の競争が激しくなる中、身を削った賃上げを強いられている。社会保険料の負担によって大変厳しい状況であり、事業者からは社会保険料の負担を減らしてほしいとの切実な声をよく聞いている。準備金も5.2兆円を突破している状況も踏まえ、保険料率の引下げの検討をお願いします。」といった意見もありました。

また、「支部評議会の意見について、平均保険料率10%維持が多数であるが、両論併記の支部は昨年度より増えており、個別の意見では支部間の料率格差に対する意見や準備金に関する意見もある。準備金残高について、その性格を明確にする観点から、不測の事態に備えた短期的な給付の急増に備える準備金と中長期的な財政安定化のための準備金を区別して表現する必要があると考える。」といった準備金のあり方についての検討が必要といった意見や、「人間ドックの補助事業は加入者の疾病を予防し、将来的な保険給付費の抑制につながる観点から素晴らしい事業であると感じている。多くの事業主、被保険者に活用いただくことで一種の保険料の還元策になると思うので周知広報の徹底をお願いしたい。」といった人間ドック健診への補助の創設等を中核とする「保健事業の一層の推進」を評価する発言もありました。

これを受け、委員長からは、「来年度の平均保険料率について、本日までの議論を含めて委員の皆様の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) 2025年度の保険料率に関する支部評議会の意見〕

令和6年10月に開催した支部評議会においては、協会の各支部から、第131回運営委員会(9月12日開催)に提出した以下の資料等を用いて、協会の財政の現状や課題、収支の見通し等について説明した上で、令和7年度の平均保険料率についてご議論いただいた。

《支部評議会で用いた資料》

第131回運営委員会(9月12日開催)資料

- ・資料2-2 協会けんぽ(医療分)の2023(令和5)年度決算を足元とした収支見通し(2024(令和6)年9月試算)について
- ・資料2-3 令和7年度保険料率の論点について
- ・資料3 保健事業の一層の推進について

各支部から提出された評議会における平均保険料率に対する意見の概要は以下のとおり。

令和7年度平均保険料率について		※()内は昨年の支部数
① 平均保険料10%を維持するべきという支部	36支部	(40支部)
② ①と③の両方の意見のある支部	10支部	(6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、47支部すべてにおいて、4月納付分(3月分)からとすることに対して異論は無かった。)

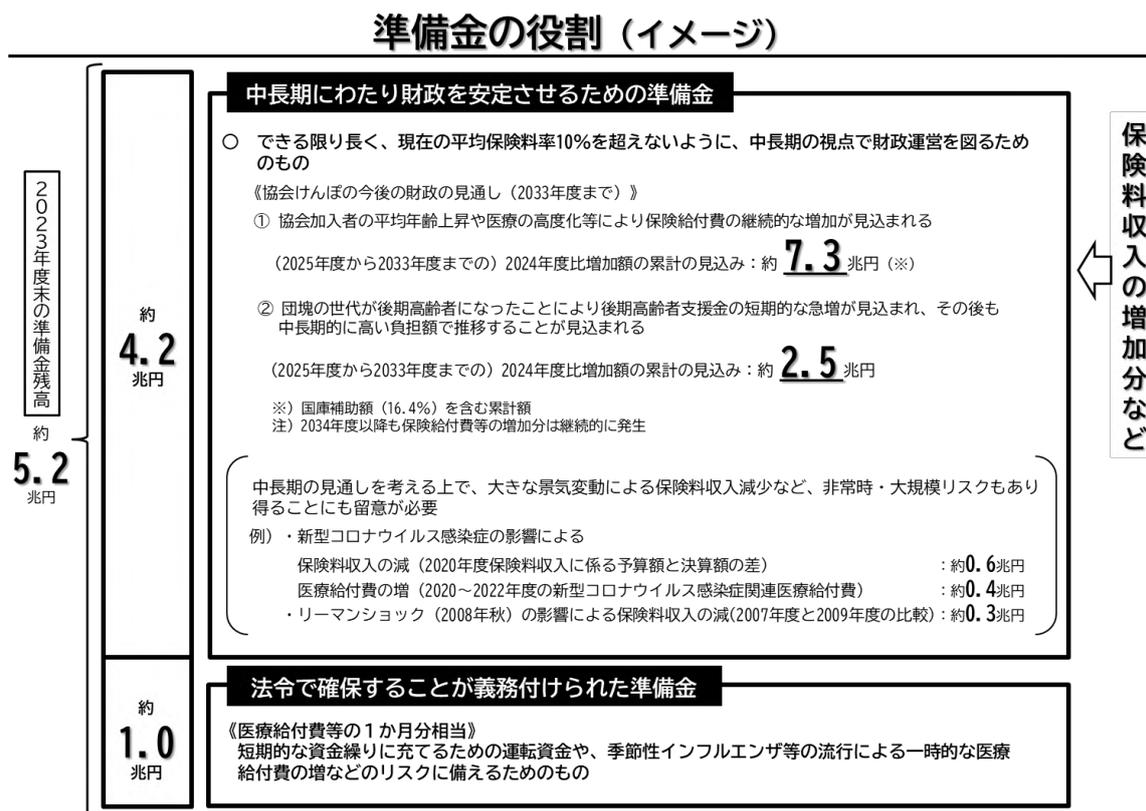
(準備金の役割)

12月2日の運営委員会で、委員より「準備金のあり方についての検討が必要」といった意見があったことを受けて、準備金の役割や規模感を概括的に把握できるよう、事務局において、2024年12月時点での大枠を整理した資料を作成し、12月23日の運営委員会で提示しました(図表4-8参照)。

委員からは、「準備金残高が積み上がっているという状況の中で、平均保険料率の議論を行うに当たり、準備金がこういった意味合いを持つのかを可視化し、共通の認識をつくることが重要。この資料により理解が広がるのではないか。」「準備金残高5.2兆円の役割を区分別にわかりやすくまとめていただいた。加入者にとってもよい資料であると評価したい。」といった意見

があった一方で、「賃金上昇による収入増の記載が十分でないため、準備金が不足しているように見え不安に感じてしまう。また、パンデミックなどが発生した場合の医療給付費や高齢者への拠出金については、協会独自で対応する必要があるのか。国全体で考える問題ではないのか。」といった準備金の役割の考え方については今後も引き続き検討が必要といった意見もありました。

〔(図表4-8) 準備金の役割 (イメージ) (2024年12月23日運営委員会提出資料1-7)〕



※ 準備金の役割や規模感を概括的に把握できるように2024年12月時点での大枠を整理したものであり、金額等については確定的なものではない。

iii) 2025年度平均保険料率の決定

12月23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2025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、平均保険料率の引下げの検討を求める意見が一部の委員から挙げたものの、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、「引き続き、国庫補助率を現行の16.4%から20%に引き上げることや、国庫特例減額の廃止についても国に強く要請してほしい。」「準備金の意義や意味というものを加入者に積極的に広報してほしい。」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、「2025年度の平均保険料率について、運営委員会として、引下げの検討を求める意見もあったが10%維持の意見が大勢であったと言える。また、保険料率の変更時期については、事務局の提案に対して異論はなかった。事務局は、ただいまの

議論を踏まえ、都道府県単位保険料率の決定に向けて厚生労働省と調整し、支部長からの意見聴取等、必要な調整を進めていただきたい。」と発言し、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) 2025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、協会において必要な手続きを進めました。

都道府県単位保険料率の変更に当たっては、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、2025年1月10日から20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4-9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23支部、「やむを得ない」とする意見が24支部となり、「反対」とする意見はありませんでした。

[(図表4-9) 2025年度保険料率に対する支部長の意見の全体像 (2025年1月29日運営委員会提出資料1-3)]

令和7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	23支部	・引き上げとなる支部 (28 支部中	7支部) [24支部中 4支部]
	[24支部]	・引き下げとなる支部 (18 支部中	16支部) [22支部中 20支部]
		・変更がない支部 (1 支部中	0支部) [1支部中 0支部]
● 当該支部の保険料率について『やむを得ない』とする趣旨の記載がある支部	24支部	・引き上げとなる支部 (28 支部中	21支部) [24支部中 20支部]
	[23支部]	・引き下げとなる支部 (18 支部中	2支部) [22支部中 2支部]
		・変更がない支部 (1 支部中	1支部) [1支部中 1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 (28 支部中	0支部) [24支部中 0支部]
	[0支部]	・引き下げとなる支部 (18 支部中	0支部) [22支部中 0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4-10は、2025年度の都道府県単位保険料率のほか、2024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169頁参照)に基づく2023年度実績の評価及び2023年度

からの精算を加味した2025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1.34%と前年度（1.07%）から0.24%ポイント拡大しました。最高保険料率は佐賀県の10.78%（対前年度+0.36%ポイント）、最低保険料率は沖縄県の9.44%（対前年度▲0.08%ポイント）となったほか、最も引上げ幅が大きかったのは青森県と佐賀県で対前年度0.36%ポイントの引上げ、最も引下げ幅が大きかったのは奈良県で対前年度0.20%ポイントの引下げとなりました。また、2024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28支部、引下げとなる支部が18支部、変更がない支部が1支部となりました。

なお、医療費の地域差のみを比較するためにインセンティブ制度及び精算を反映する前の都道府県保険料率を用いて支部間の差を比較した場合には、直近10年間で最高保険料率と最低保険料率の差は同水準で推移しており、実質的には支部間格差は拡大していませんでした。

事務局から示した2025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。これを受け、翌日（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13日付けでこれらが認可されました。

[(図表4-10) 2025年度の都道府県単位保険料率について]

都道府県	2025年度保険料率	前年度からの増減
北海道	10.31%	(+0.10)
青森	9.85%	(+0.36)
岩手	9.62%	(▲0.01)
宮城	10.11%	(+0.10)
秋田	10.01%	(+0.16)
山形	9.75%	(▲0.09)
福島	9.62%	(+0.03)
茨城	9.67%	(+0.01)
栃木	9.82%	(+0.03)
群馬	9.77%	(▲0.04)
埼玉	9.76%	(▲0.02)
千葉	9.79%	(+0.02)
東京都	9.91%	(▲0.07)
神奈川県	9.92%	(▲0.10)
新潟	9.55%	(+0.20)
富山	9.65%	(+0.03)
石川	9.88%	(▲0.06)
福井	9.94%	(▲0.13)
山梨	9.89%	(▲0.05)
長野	9.69%	(+0.14)
岐阜	9.93%	(+0.02)
静岡県	9.80%	(▲0.05)
愛知県	10.03%	(+0.01)
三重	9.99%	(+0.05)
滋賀	9.97%	(+0.08)
京都府	10.03%	(▲0.10)
大阪府	10.24%	(▲0.10)
兵庫県	10.16%	(▲0.02)
奈良	10.02%	(▲0.20)
和歌山	10.19%	(+0.19)
鳥取	9.93%	(+0.25)
島根	9.94%	(+0.02)
岡山	10.17%	(+0.15)
広島	9.97%	(+0.02)
山口	10.36%	(+0.16)
徳島	10.47%	(+0.28)
香川県	10.21%	(▲0.12)
愛媛	10.18%	(+0.15)
高知	10.13%	(+0.24)
福岡	10.31%	(▲0.04)
佐賀	10.78%	(+0.36)
長崎	10.41%	(+0.24)
熊本	10.12%	(▲0.18)
大分	10.25%	(0.00)
宮崎	10.09%	(+0.24)
鹿児島	10.31%	(+0.18)
沖縄	9.44%	(▲0.08)

2025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
10.78	1
10.47	1
10.41	1
10.36	1
10.31	3
10.25	1
10.24	1
10.21	1
10.19	1
10.18	1
10.17	1
10.16	1
10.13	1
10.12	1
10.11	1
10.09	1
10.03	2
10.02	1
10.01	1

22

保険料率 (%)	支部数
9.99	1
9.97	2
9.94	2
9.93	2
9.92	1
9.91	1
9.89	1
9.88	1
9.85	1
9.82	1
9.80	1
9.79	1
9.77	1
9.76	1
9.75	1
9.69	1
9.67	1
9.65	1
9.62	2
9.55	1
9.44	1

25

2025年度都道府県単位保険料率の
2024年度からの変化

2024年度保険料率 からの変化分		支部数
料率 (%)	金額 (円)	
+0.36	+540	2
+0.28	+420	1
+0.25	+375	1
+0.24	+360	3
+0.20	+300	1
+0.19	+285	1
+0.18	+270	1
+0.16	+240	2
+0.15	+225	2
+0.14	+210	1
+0.10	+150	2
+0.08	+120	1
+0.05	+75	1
+0.03	+45	3
+0.02	+30	4
+0.01	+15	2
0.00	0	1

28

2024年度保険料率 からの変化分		支部数
料率 (%)	金額 (円)	
▲0.01	▲15	1
▲0.02	▲30	2
▲0.04	▲60	2
▲0.05	▲75	2
▲0.06	▲90	1
▲0.07	▲105	1
▲0.08	▲120	1
▲0.09	▲135	1
▲0.10	▲150	3
▲0.12	▲180	1
▲0.13	▲195	1
▲0.18	▲270	1
▲0.20	▲300	1

18

注1. 「+」は令和7年度保険料率が令和6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) 2024年度決算の状況

①合算ベースにおける2024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2024年度の決算（見込み）は、収入が11兆8,525億円、支出が11兆1,939億円となり、収支差は6,586億円となりました。図表4-11が2025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2,421億円の増加となりました。主に「保険料収入」が3,492億円（3.4%）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1.6%、被保険者数が1.7%増加したことが主な要因です。

支出（総額）は前年度から497億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1,040億円（1.5%）増加しました。これは、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1,030億円減少しました。これは、前期高齢者の医療給付費にかかる財政調整における報酬調整（導入の範囲は1/3）の導入により、前期高齢者納付金が減少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487億円増加しました。これは、協会システム基盤のリース満了やマイナンバーカードと健康保険証の一体化に対する対応等により協会事務費の執行額が増加したことが主な要因です。

この結果、2024年度の「収支差」は、前年度から1,923億円増加しました。これは、保険料収入等による収入の増加（前年度比+2,421億円）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+497億円）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。2024年度決算（見込み）時点においては、6.6ヵ月分の準備金を確保できる見通しです。

〔(図表4-11) 合算ベースにおける決算見込み〕

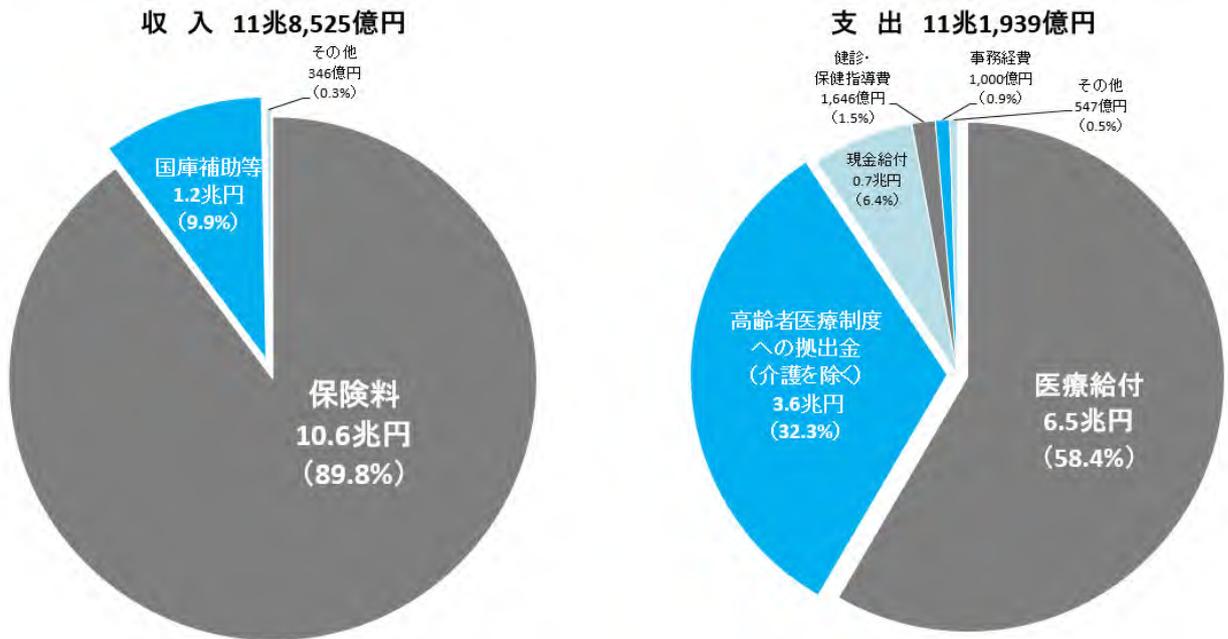
(単位:億円)

		2023 ^(R5) 年度		2024 ^(R6) 年度	
		決算	(前年度比)	決算見込み	(前年度比)
収 入	保険料収入 <伸び率>	102,998	(+2,577) <2.6%>	106,490	(+3,492) <3.4%>
	国庫補助等	12,874	(+418)	11,690	(▲1,184)
	その他	233	(+16)	346	(+113)
	計 <伸び率>	116,104	(+3,011) <2.7%>	118,525	(+2,421) <2.1%>
支 出	保険給付費 <伸び率>	71,512	(+1,993) <2.9%>	72,552	(+1,040) <1.5%>
	[医療給付費]	[64,542]	(+1,819)	[65,354]	(+812)
	[現金給付費]	[6,970]	(+174)	[7,198]	(+228)
	拠出金等 <伸び率>	37,224	(+1,358) <3.8%>	36,195	(▲1,030) <▲2.8%>
	[前期高齢者納付金]	[15,321]	(+11)	[12,863]	(▲2,458)
	[後期高齢者支援金]	[21,903]	(+1,347)	[23,332]	(+1,429)
	[退職者給付拠出金]	[0]	(▲0)	[0]	(▲0)
	その他	2,705	(▲683)	3,193	(+487)
計 <伸び率>	111,442	(+2,668) <2.5%>	111,939	(+497) <0.4%>	
単年度収支差		4,662	(+343)	6,586	(+1,923)
準備金残高		52,076	(+4,662)	58,662	(+6,586)
保 険 料 率		10.00%	(±0.0%)	10.00%	(±0.0%)

※ 2024年度における法令で義務付けられた準備金(保険給付費等の1か月分相当)は8,856億円であり、2024年度末の準備金残高は保険給付費等に要する費用の6.6ヶ月分相当となっております。

※ 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4-12) 協会けんぽの財政構造 (2024年度決算見込み)]



[(図表4-13) 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	2024年度	
収入	保険料収入	62,013 (▲1.1%)	59,555 (▲4.0%)	67,343 (13.1%)	68,855 (2.2%)	73,156 (6.2%)	74,878 (2.4%)	77,342 (3.3%)	80,461 (4.0%)	84,142 (4.6%)	87,974 (4.6%)	91,429 (3.9%)	95,939 (4.9%)	94,618 (▲1.4%)	98,553 (4.2%)	100,421 (1.9%)	102,998 (2.6%)	106,490 (3.4%)	
	国庫補助	9,093 (10.9%)	9,678 (6.4%)	10,543 (8.9%)	11,539 (9.5%)	11,808 (2.3%)	12,194 (3.3%)	12,559 (3.0%)	11,815 (▲5.9%)	11,997 (0.7%)	11,343 (▲4.7%)	11,850 (4.5%)	12,113 (2.2%)	12,739 (5.2%)	12,463 (▲2.2%)	12,456 (▲0.1%)	12,874 (3.4%)	11,690 (▲9.2%)	
	その他	251 (4.1%)	501 (100.0%)	286 (▲43.0%)	186 (▲35.0%)	163 (▲12.1%)	219 (34.2%)	134 (41.7%)	142 (87.5%)	181 (27.6%)	167 (7.9%)	167 (7.9%)	182 (9.2%)	645 (253.7%)	293 (▲54.6%)	264 (▲9.8%)	217 (▲17.9%)	233 (7.3%)	346 (48.7%)
	計	71,357 (0.4%)	69,735 (▲2.3%)	78,172 (12.1%)	80,580 (3.1%)	85,127 (5.6%)	87,291 (2.5%)	91,035 (4.3%)	92,418 (1.5%)	96,220 (4.1%)	99,485 (3.4%)	103,461 (4.0%)	108,697 (5.1%)	107,650 (▲1.0%)	111,280 (3.4%)	113,093 (1.6%)	116,104 (2.7%)	118,525 (2.1%)	
支出	保険給付費	43,375 (1.6%)	44,513 (2.6%)	46,099 (3.6%)	46,997 (1.9%)	47,788 (1.7%)	48,980 (2.5%)	50,739 (3.6%)	53,961 (6.3%)	55,751 (3.3%)	58,117 (4.2%)	60,016 (3.3%)	63,668 (6.1%)	61,870 (▲2.8%)	67,017 (8.3%)	69,519 (3.7%)	71,512 (2.9%)	72,552 (1.5%)	
	医療給付費	38,572 (3.0%)	39,415 (2.2%)	40,912 (3.8%)	41,859 (2.3%)	42,801 (2.2%)	44,038 (2.9%)	45,693 (3.8%)	48,761 (6.7%)	50,401 (3.4%)	52,652 (4.5%)	54,433 (3.4%)	57,693 (6.0%)	55,740 (▲3.4%)	60,598 (8.7%)	62,723 (3.5%)	64,542 (2.9%)	65,354 (1.3%)	
	現金給付費	4,803 (▲8.6%)	5,098 (6.1%)	5,188 (1.8%)	5,138 (▲1.0%)	4,987 (▲2.9%)	4,941 (▲0.9%)	5,046 (2.1%)	5,199 (3.0%)	5,350 (2.9%)	5,350 (2.9%)	5,464 (2.1%)	5,583 (2.2%)	5,975 (7.0%)	6,130 (2.6%)	6,419 (4.7%)	6,796 (5.9%)	6,970 (2.6%)	7,198 (3.3%)
	拠出金等	29,016 (1.0%)	28,773 (▲0.8%)	28,283 (▲1.7%)	29,752 (5.2%)	32,780 (10.2%)	34,886 (6.4%)	34,854 (▲0.1%)	34,172 (▲2.0%)	33,678 (▲1.4%)	34,913 (3.7%)	34,992 (0.2%)	36,246 (3.6%)	36,622 (1.0%)	37,138 (1.4%)	35,867 (▲3.4%)	37,224 (3.8%)	36,195 (▲2.8%)	
出	前期高齢者給付金	9,449 (16.0%)	10,961 (16.0%)	12,100 (10.4%)	12,425 (2.7%)	13,604 (9.5%)	14,466 (6.3%)	14,342 (▲0.9%)	14,793 (3.1%)	14,885 (0.6%)	15,495 (4.1%)	15,268 (▲1.5%)	15,246 (▲0.1%)	15,302 (0.4%)	15,541 (1.6%)	15,310 (▲1.5%)	15,321 (0.1%)	15,321 (0.1%)	12,863 (▲16.0%)
	後期高齢者支援金	13,131 (14.7%)	15,057 (14.7%)	14,214 (▲5.6%)	14,652 (3.1%)	16,021 (9.3%)	17,101 (6.7%)	17,552 (2.6%)	17,719 (0.9%)	17,699 (▲0.1%)	18,352 (3.7%)	19,516 (6.3%)	20,999 (7.6%)	21,320 (1.5%)	21,320 (0.0%)	21,596 (1.3%)	20,556 (▲4.8%)	21,903 (6.6%)	23,332 (6.5%)
	老人保健拠出金	1,960 (88.9%)	1 (99.9%)	1 (34.7%)	1 (9.4%)	1 (15.0%)	1 (11.7%)	1 (6.5%)	1 (0.1%)	0 (0.1%)	0 (21.3%)	0 (36.3%)	0 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (1.0%)	0 (▲1.5%)	0 (0.1%)	0 (16.0%)
	退職者給付拠出金	4,467 (59.5%)	2,742 (38.6%)	1,968 (28.2%)	2,675 (35.9%)	3,154 (17.9%)	3,317 (5.2%)	2,959 (▲10.8%)	1,660 (▲43.9%)	1,093 (▲34.1%)	1,066 (▲2.5%)	1,066 (▲2.5%)	208 (▲80.5%)	2 (▲99.1%)	1 (▲63.2%)	1 (▲1.0%)	1 (▲9.1%)	0 (▲51.2%)	0 (▲61.9%)
	病床転換支援金	9 (43.9%)	12 (43.9%)	-	-	-	-	-	-	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	その他	1,257 (23.2%)	1,342 (6.8%)	1,249 (▲6.9%)	1,243 (▲0.5%)	1,455 (17.1%)	1,559 (7.2%)	1,716 (10.1%)	1,716 (0.1%)	1,832 (6.8%)	1,805 (▲1.5%)	1,969 (9.1%)	2,505 (27.3%)	3,383 (35.0%)	2,974 (▲12.1%)	4,134 (39.0%)	3,388 (▲18.0%)	2,705 (▲20.2%)	3,193 (18.0%)
	計	73,647 (1.7%)	74,628 (1.3%)	75,632 (1.3%)	77,992 (3.1%)	82,023 (5.2%)	85,425 (4.1%)	87,309 (2.2%)	89,965 (3.0%)	91,233 (1.4%)	94,998 (4.1%)	97,513 (2.6%)	103,298 (5.9%)	101,467 (▲1.8%)	108,289 (6.7%)	108,774 (0.4%)	111,442 (2.5%)	111,939 (0.4%)	
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	6,183	2,991	4,319	4,662	6,586	
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	58,662		
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%	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積立金等があった場合には、これを単年度収支差に計上せず準備金残高に計上しています。

②協会の2024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、206頁の「全国健康保険協会の予算・決算書類について」を参照）。

2024年度の決算報告書（208頁の「令和6年度の財務諸表等」を参照）では、協会の収入は12兆5,207億円となっており、その主な内訳は、保険料等交付金が11兆2,646億円、任意継続被保険者保険料が651億円、国庫補助金・負担金が1兆1,690億円となりました。

一方、支出は12兆2,264億円となっており、その主な内訳は、保険給付費が7兆2,552億円、高齢者医療に係る拠出金が3兆6,195億円、介護納付金が1兆835億円、業務経費・一般管理費が2,646億円となりました。

(2) 業務改革の実践と業務品質の向上

i) 業務処理体制の強化と意識改革の徹底

「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や効率化などの業務改革を推進しています。

具体的には、システムを最大限に活用した適用・徴収業務及び現金給付業務の実施、業務マニュアル等に基づく事務処理の実施を徹底するとともに、加入者サービス向上のための職員の意識改革と担当業務の多能化を進め、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。

2024（令和6）年度においては、全国業務部長会議を開催し、各支部の現状を発表し合いながら議論を行い、支部の業務運営を見直す気付きを認識させるなどの取組を行いました。また、引き続き、本部が支部を訪問（24支部）し、取組の業務進捗状況等を把握したうえで、マネジメント強化について支部管理者へ助言・指導を行いました。

この結果、現金給付のうち傷病手当金、出産手当金、出産育児一時金及び埋葬料（費）の各申請書の受付から支払までの平均所要日数が5.63日（前年度6.19日）と、前年度と比較し、0.56日短縮しました。

ii) 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生活に密着した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、サービス水準の向上に努めています。また、2026（令和8）年1月からは電子申請も開始する予定です。

支部窓口に来訪されたお客様を対象に「お客様満足度調査」を実施し、窓口業務における課題を把握し改善を図っています。あわせて、電話やホームページへの投稿等による「お客様の声」を踏まえ、申請書の見直しや業務の改善を行うなど、加入者サービスの向上に取り組んでいます。

①サービススタンダードの実施

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）の生活に密接した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。2024年度のサービススタンダードの達成状況は、対象の現金給付の総件数2,219,801件全てに対し、KPI（100%）を達成しました。

〔(図表4-14) 種別ごとの決定件数〕

種別	傷病手当金	出産手当金	出産育児一時金	埋葬料（費）
決定件数	1,879,915 件	205,571 件	96,414 件	37,901 件

②申請書の郵送化の促進

各種給付金申請について窓口に来訪いただくなくても郵送で申請できることをホームページ等様々な手段で広報し、加入者の申請手続きの利便性の向上を図っています。

2024年度の申請書等の郵送申請割合は95.8%（対前年度0.2%ポイント）となり、KPI（95.6%（昨年度KPI））を達成しました（図表4-15参照）。

引き続き、ホームページや各種広報紙への掲載、健康保険委員研修会等を通じた周知により、申請・届出の郵送化を周知し、加入者の負担軽減に努めていきます。

〔(図表4-15) 郵送化率〕

	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度
郵送化率	94.8%	95.5%	95.7%	95.6%	95.8%

③受電体制の強化及び研修実施による相談業務の標準化

マイナ保険証利用の普及促進のため、マイナンバー関係の問い合わせに対応する専用コールセンターを開設しています。2024年9月から2025（令和7）年3月までで約33万件の利用がありました。また、支部にIVR（自動音声ガイダンス）を導入し、マイナ保険証に関する問い合わせとそれ以外の通常問い合わせとの切り分けを進め、適切に対応できるようにしています。

あわせて、2024年6月から8月にかけて電話相談対応研修を実施し、職員の電話相談業務のスキル向上を図りました。

また、協会ホームページにチャットボットを導入し、加入者等の制度や手続き等に対する相談の利便性の向上を図っています。チャットボットは導入済みのもに加え、新たに2024年7月から2025年3月にかけて段階的に拡大⁶しており、2024年度は約15万件のご利用がありました。チャットボット利用後に表示されるアンケートでは、約70%の利用者の方から満足との回答をいただきました。今後とも内容の充実・拡大を行っていきます。

⁶ チャットボットに導入している内容は以下の16領域（内容）です。

限度額適用認定証、医療費のお知らせ、総合案内、マイナ保険証、傷病手当金、高額療養費、任意継続、被保険者証、高齢受給者証、第三者行為、出産手当金、出産育児一時金、埋葬料、療養費、生活習慣病予防健診、特定健診

④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

ア) お客様満足度調査

支部の窓口に来訪されたお客様の満足度調査を2025年3月に実施し、3,346件の回答をいただきました。窓口サービス全体としての満足度は97.7%（前年は98.6%）と引き続き高い水準の満足をいただいています。支部ごとに調査結果を確認し、課題については改善を図ることで窓口サービスの向上に努めていきます（図表4-16参照、お客様満足度調査の概要は328頁を参照）。

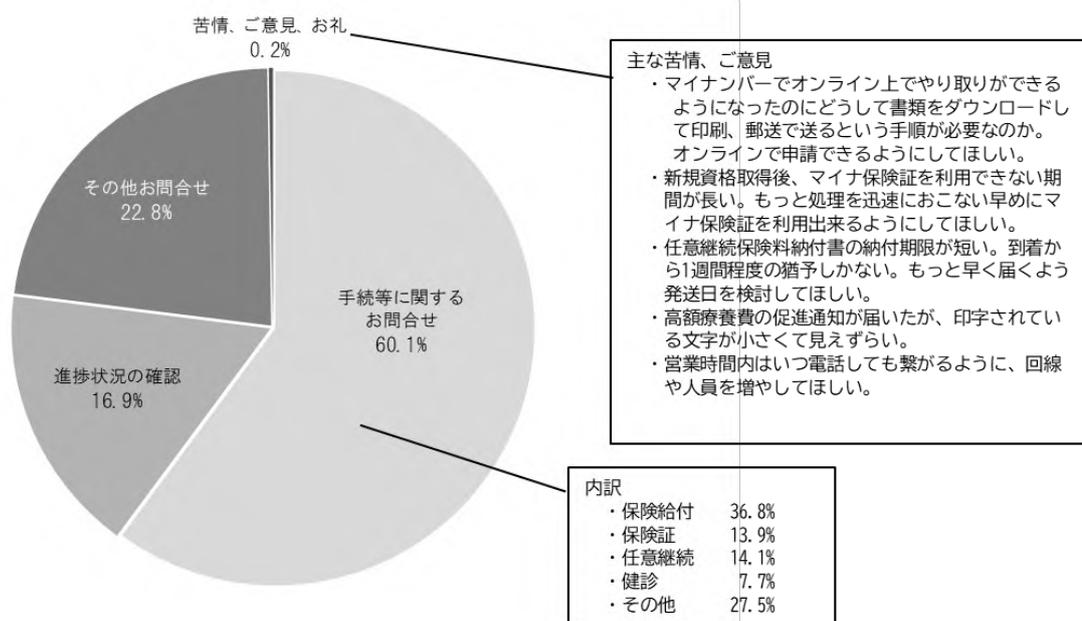
【(図表4-16) お客様満足度窓口調査】

	2023 年度	2024 年度
全体としての満足度	98.6%	97.7%
職員の応接態度	98.7%	98.3%
職員の親身さ	98.9%	98.4%
職員の対応の速さ	98.4%	98.2%
職員の説明のわかりやすさ	98.4%	98.4%

イ) 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、苦情を踏まえ、ホームページや各種申請書の記入の手引き、ご案内文書・リーフレット等を加入者の視点で見やすく理解しやすい内容へ見直しを行っています。2024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が、「お客様の声」に耳を傾け引き続きサービス水準の向上に努めていきます（図表4-17参照）。

〔(図表4-17) 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)

	2023年度	2024年度	増減
ご意見・ご提案	1,388	1,312	△76
苦情	193	173	△20
お礼	847	750	△97
合計	2,428	2,235	△193

⑤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納付については、毎月の納付手続きの省力化や、納付忘れによる資格喪失防止のため、口座振替による保険料の納付を推進しています。利用促進のため、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、チラシを同封し周知を行っています。2024年度末における口座振替利用率は、37.0%（前年度は37.9%）であり、更なる利用促進に努めます。

⑥高額療養費制度の利用促進

これまで、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について促進してきましたが、2023（令和5）年4月から保険医療機関等でのオンライン資格確認⁷原則義務化により、保険医療機関等での受診の際、限度額適用認定証を提示しなくても医療機関等窓口での支払額を自己負担限度額まで軽減させることができるようになりました。

⁷ マイナンバーカードのICチップ（マイナ保険証）または、健康保険被保険者証の記号番号等により医療機関等がオンラインで資格情報の確認ができることをいいます。

そのため、2024年度の限度額適用認定証の発行件数は、約53万件と、前年度より約40万件減少していますが、加入者の高額な医療費の負担軽減に寄与することができました（図表4-18参照）。引き続き、より利便性の高い限度額適用認定証の提示が不要であるマイナ保険証の利用の働きかけを進めていきます。

なお、限度額適用認定証（オンライン資格確認を含む。）が提示されず、自己負担限度額を超えて支払われた医療費等については、高額療養費をご申請いただくことで、払戻しが可能となります。そのため、医療機関から提出された診療報酬明細書（レセプト）を確認のうえ、高額療養費の支給が見込まれる加入者に対して、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郵送する取組（ターンアラウンド通知）を行っています。

【(図表4-18) 高額療養費制度の利用状況】

		2022年度	2023年度	2024年度
限度額適用認定証等発行件数		1,244,641件	923,884件	526,543件
高額療養費の現物給付による支給件数割合		83.0%	81.3%	80.6%
高額療養費 現物給付分	支給件数	4,013,204件	4,169,236件	4,350,792件
	支給金額	5,544億円	5,860億円	6,148億円
高額療養費 現金給付分	支給件数	826,502件	961,432件	1,048,372件
	支給金額	302億円	318億円	315億円

iii) 現金給付の適正化の推進

現金給付の正確かつ迅速な審査・支払は協会の基本的な責務です。そのため、不正受給対策の観点を含め、業務マニュアルに則った審査を徹底しています。特に、2024年度においては、適正化対策として、不正受給を防止するため支部に設置している保険給付適正化プロジェクトチームを原則毎月開催し、不正受給の疑いに対する支給の可否を議論しました。開催回数は390回と前年度（226回）から大幅に増加しました。

不正が疑われる申請をシステムで抽出し調査を行い、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しています。あわせて、第三者からの不正請求の疑いがあるとする情報提供事案については、事案に応じて調査を行うなど、審査の厳格化に努めています。

また、給付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、健康保険法に二重の補償を防止するための併給調整規定が設けられており、日本年金機構等と連携のうえ、支給状況の確認を的確に行うことで、適切な併給調整を実施しています。

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

①現金給付における不正請求の防止

現金給付においては、標準報酬月額が高い加入者からの傷病手当金及び出産手当金の申請について、労務の可否の確認を徹底するなど重点的に審査を行っています。

審査の中で不正の疑いがあった事案については、保険給付適正化プロジェクトの議論を経て必要に応じ事業主への立入検査を実施することとしており、2024年度は5件立入検査を実施し、うち2件は不適正な申請であるとして不支給決定等を行いました。

また、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、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134件（2023年度：127件／対前年度＋7件）の不適切な給付を確認し、総金額約2,200万円（2023年度：2,070万円／対前年度＋130万円）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、傷病手当金等の追加支給が行われたものを対象として、傷病手当金2,106件、出産手当金253件の事後調査を実施しました。引き続き調査を行っている傷病手当金194件、出産手当金45件を除き、傷病手当金において1件不適正な請求を確認し、返還請求を行いました。

②傷病手当金と障害年金等との併給調整

傷病手当金の受給を受けた加入者が、日本年金機構から同一の傷病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重複する期間に受け取った場合は、傷病手当金は支給されません（返納していただくことになります）。

この併給調整の周知徹底を図るために、傷病手当金支給申請書の記入の手引きの説明欄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、傷病手当金をお返し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、業務マニュアルに基づく事務処理の徹底を図り、適切な調整に努めるとともに、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、併給調整において、障害年金等の支払を直接返納金に充当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。

また、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ことから、労災保険の休業補償給付決定後に返納することを同意した加入者へは、一旦、傷病手当金を支給することとしています。

この傷病手当金の返納に係る事務処理においては、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厳格に管理し、返納漏れを防止しています。

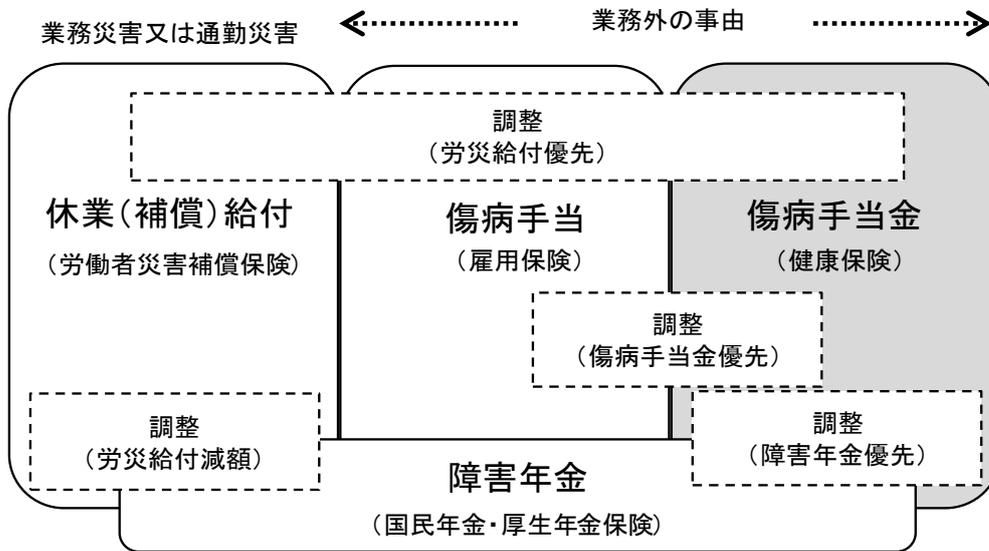
〔(図表4-19) 傷病手当金と他制度の給付の調整に伴う債権の発生状況〕

	2022年度		2023年度		2024年度	
	発生件数	発生金額	発生件数	発生金額	発生件数	発生金額
傷病手当金と障害年金の調整	5,414件	18.2億円	9,126件	29.7億円	8,011件	25.9億円
傷病手当金と老齢年金の調整	2,716件	3.0億円	3,849件	4.3億円	3,805件	3.8億円
傷病手当金と労災給付との調整	10,595件	15.5億円	11,170件	19.5億円	9,915件	21.4億円
合計	18,725件	36.7億円	24,145件	53.5億円	21,731件	51.1億円

※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。

※傷病手当金と労災保険の休業補償給付との調整の発生件数等は、現物給付の労災保険の休業補償給付との調整も含めています。

〔(図表4-20) 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下、傷病手当金の支給額が調整されることがあります。

③海外療養費等の厳格な審査

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の確認、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⁸が追加されたことに伴い、海外在住の被扶養者から申請があった場合は、扶養事実の証明等についての確認を徹底しています。

更に、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のお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。

⁸ 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。

④柔道整復施術療養費の適正化

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、施術料金の一部が支払われる制度です。

健康保険の給付対象となるのは、外傷性が明らかな打撲・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、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行っています。

また、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療を繰り返す申請、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。

各支部における柔整審査会での審査により、柔道整復施術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所に対して確認する、面接確認委員会を45回実施しました。

2024年度の柔道整復施術療養費の支給実績は、支給件数14,516,884件（対前年度▲44,872件）、支給決定金額605億円（対前年度▲7億円）となっています。なお、多部位かつ頻回受診（114,956件）の割合は、0.78%（前年度▲0.06%）と昨年度を下回りました（図表4-21参照）。

【(図表4-21) 柔道整復施術療養費の申請件数と内訳】

	2021年度		2022年度		2023年度		2024年度	
	件数(件)	申請に占める割合	件数(件)	申請に占める割合	件数(件)	申請に占める割合	件数(件)	申請に占める割合
申請件数	15,108,898	—	14,872,863	—	14,753,308	—	14,776,081	—
うち多部位	2,976,794	19.70%	2,887,745	19.42%	2,894,473	19.62%	2,870,199	19.42%
うち頻回	354,493	2.35%	313,386	2.11%	304,151	2.06%	280,806	1.90%
うち多部位かつ頻回	143,059	0.95%	127,656	0.86%	123,677	0.84%	114,956	0.78%
照会件数	368,509	—	322,203	—	306,620	—	303,206	—

⑤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の適正化

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支払われる制度です。

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、頰腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症や、それ以外についても、保険医による適当な治療手段がないと保険者が個別に判断した疾病とされています。

架空請求等の不正の疑いがある事案については地方厚生局へ情報提供を行うなど、適正な支給及び不正防止に取り組んでいます。

ア) 医師の再同意の確認の徹底

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（指定様式）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、架空請求等の不正の疑いがある事案については、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。2024年度は、2件の不正の疑いがある施術所について地方厚生局へ情報提供を行いました。

イ) 長期施術患者等に対する長期・頻回警告通知の送付

初療日から2年以上の施術であって、かつ直近2年のうち5ヵ月以上月16回以上の施術が実施されている患者について、施術所及び患者に対し長期・頻回警告通知を24件送付し、療養上必要な範囲内の適正な施術で申請いただくよう努めています。

〔(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	2024年度
あんま・マッサージ指圧 (対前年度比)	77,653 (10.6%)	78,093 (0.6%)	75,760 (▲3.0%)	82,391 (8.8%)	82,239 (▲0.2%)
はり・きゅう (対前年度比)	557,006 (10.7%)	609,411 (9.4%)	595,296 (▲2.3%)	648,596 (9.0%)	659,106 (1.6%)

⑥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、被扶養者資格解除の届出が必要です。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。また、保険者ごとの前期高齢者（65歳～74歳）の加入率により負担額を調整する前期高齢者納付金に影響を及ぼします。

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実施しています。2024年度は、2024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（被保険者との同居・別居の別や、前年度分の課税収入額、健康保険の資格取得情報を取得）したうえで、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⁹の有無について確認の徹底を図っています。

2024年度においては、10月～11月に約135万事業所へ被扶養者状況リストを送付するとともに

⁹ 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。

に、提出期限までに未提出の事業所に対しては提出勧奨を行いました。

この結果、約120万事業所より確認結果が提出（提出率は、88.4%）され、63,398人分（対前年度▲7,952人）の被扶養者資格解除の届出漏れを確認しました。

〔(図表4-23) 被扶養者資格の再確認における被扶養者削減数等〕

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
被扶養者資格再確認対象事業所数	1,346,980社	1,349,590社	1,345,584社	1,346,670社
提出率	91.3%	92.3%	89.1%	88.4%
確認対象被扶養者数	6,769,072人	6,510,097人	6,264,043人	6,083,894人
被扶養者削減数	73,047人	78,264人	71,350人	63,398人
前期高齢者納付金の負担軽減額	9億円	9億円	10億円	11億円

⑦業務担当者基礎研修の実施

現金給付の審査・確認業務の正確性と迅速性を高めるためには、法令等の業務知識の理解をより一層深めることが重要であることから、2025年2月に初めての取組として業務経験年数が浅い若手職員を中心とした業務担当者基礎研修を実施しました。

また、各支部における人事異動を契機とした勉強会の実施や、業務経験年数が長い職員であっても、理解度の確認を定期的に行うなど、業務知識の向上に日々努めています。

支部での取組と合わせ、今後も定期的に研修を実施することとし、現金給付の審査と支払等を丁寧かつ正確に行うため、職員の育成の強化に努めていきます。

iv) レセプト点検の精度向上

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¹⁰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最大限に活用した効果的かつ効率的なレセプト点検を実施しています。

①内容点検

内容点検は、レセプトに記載されている傷病名、検査、処置及び投薬等の診療内容を確認し、請求内容に過剰な算定や計算等がないかを確認のうえ、不適正な医療費の支払を是正するため

¹⁰ 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

の点検です。協会では、内容点検の査定率¹¹の向上のため、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実施しています。

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りますが、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。

ア) 点検効果向上のための取組

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。

レセプト内容点検行動計画では、「効果的かつ効率的な点検の推進」、「点検員のスキルアップ」、「支払基金との連携」の3項目を具体的な取組内容とし、各支部ではこれらを確実に実施することで、査定率の向上に取り組まれました。

《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。

《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。

《支払基金との連携》

毎月、支払基金と定例の協議を行い、協会と支払基金双方の審査精度の向上を図りました。

イ) 点検効果の実績

上記の結果、2024年度の協会単独による再審査の査定率は、0.131%（前年度0.156%）となり、KPI（前年度以上）を達成できませんでした（図表4-24参照）。

支払基金において、審査支払新システム（AI）によるレセプトの振り分け機能を活用した審査が行われており、協会単独の査定率の伸びは、支払基金の査定率の向上に伴い、伸びが鈍化する傾向にあります。今後もその鈍化傾向は続くものと考えられますが、他の保険者と比べても協会の査定率は引き続き高い水準を維持しています（図表4-26参照）。

一方、協会の再審査1件あたりの査定額については、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・重点的に行った結果、9,908円（前年度8,472円）となり、KPI（前年度以上）を達成しました（図表4-27参照）。

¹¹ 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）

〔(図表4-24) 査定率及び査定効果額等の推移〕

	2022年度	2023年度	2024年度
査定率	0.337%	0.423%	0.451%
(医療費総額に対する査定効果額の割合)	(+0.005) (+1.56%)	(+0.086) (+25.52%)	(+0.028) (+6.62%)
支払基金による(一次)審査	0.231%	0.267%	0.320%
	(▲0.011) (▲4.50%)	(+0.036) (+15.58%)	(+0.053) (+19.85%)
協会点検による(再)審査	0.106%	0.156%	0.131%
	(+0.016) (+17.87%)	(+0.050) (+47.17%)	(▲0.025) (▲16.03%)
査定効果額	217億円	275億円	296億円
(レセプト点検により査定(減額)した額)	(+12) (+5.85%)	(+58) (+26.73%)	(+21) (+7.64%)
支払基金による(一次)審査	148億円	173億円	210億円
	(▲1) (▲0.67%)	(+25) (+16.89%)	(+37) (+21.39%)
協会点検による(再)審査	68億円	102億円	86億円
	(+12) (+21.43%)	(+34) (+50.00%)	(▲16) (▲15.69%)
査定件数	472万件	512万件	554万件
	(+51) (+12.11%)	(+40) (+8.47%)	(+42) (+8.20%)
支払基金による(一次)審査	376万件	392万件	467万件
	(+43) (+12.91%)	(+16) (+4.26%)	(+75) (+19.13%)
協会点検による(再)審査	96万件	120万件	87万件
	(+8) (+9.09%)	(+24) (+25.00%)	(▲33) (▲27.50%)
医療費総額(医科・歯科計)	64,318億円	65,010億円	65,665億円
	(+2,569) (+4.16%)	(+692) (+1.08%)	(+655) (+1.01%)
レセプト請求件数(医科・歯科計)	32,883万件	33,989万件	34,712万件
	(+1,183) (+3.73%)	(+1,106) (+3.36%)	(+723) (+2.13%)

※ 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。

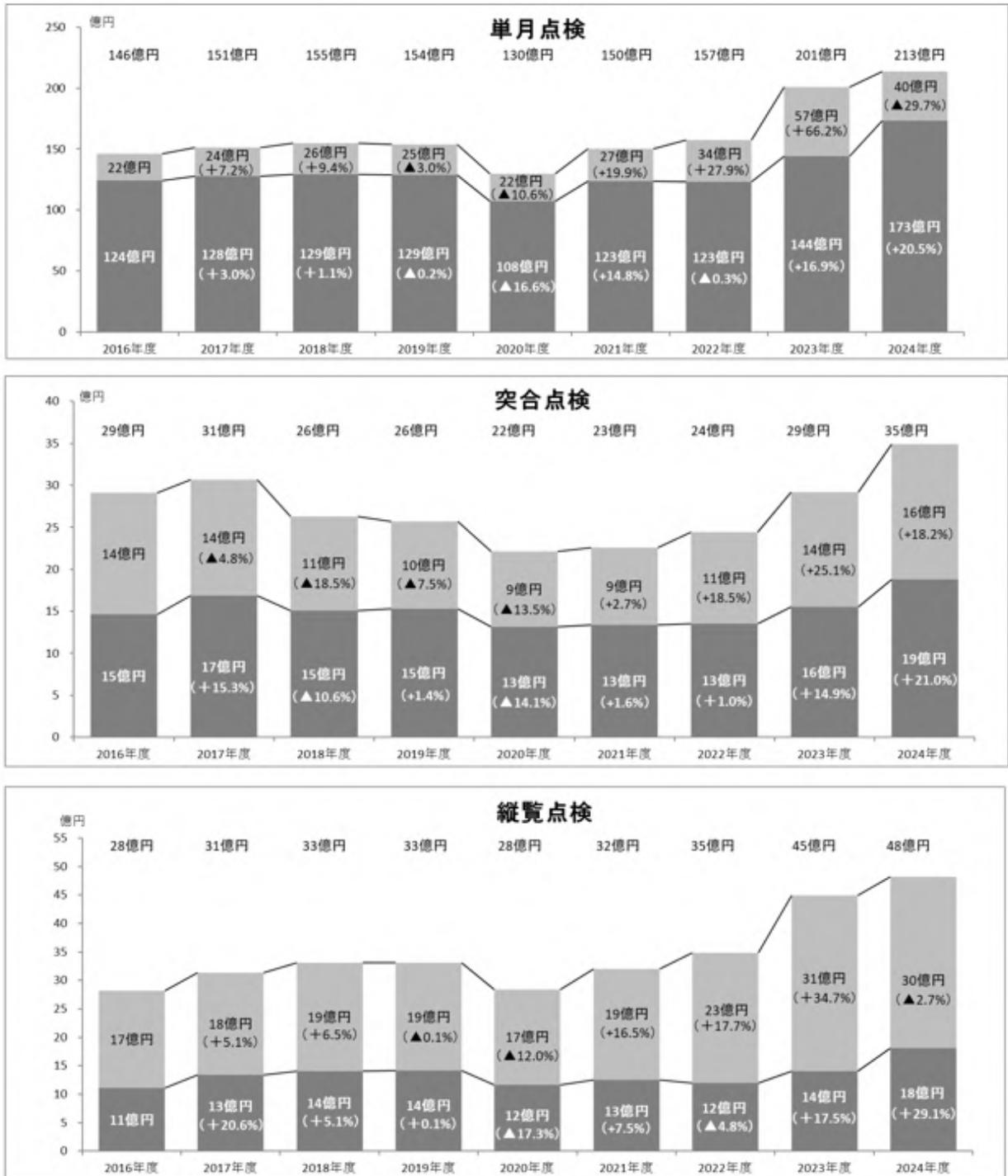
※ 医療費総額(医科・歯科計)については、調剤は含まれておりません。

※ 端数整理のため、計数が一致しない場合があります。

〔(図表4-25) 点検種類別診療内容等査定効果額（医療費ベース）の推移〕

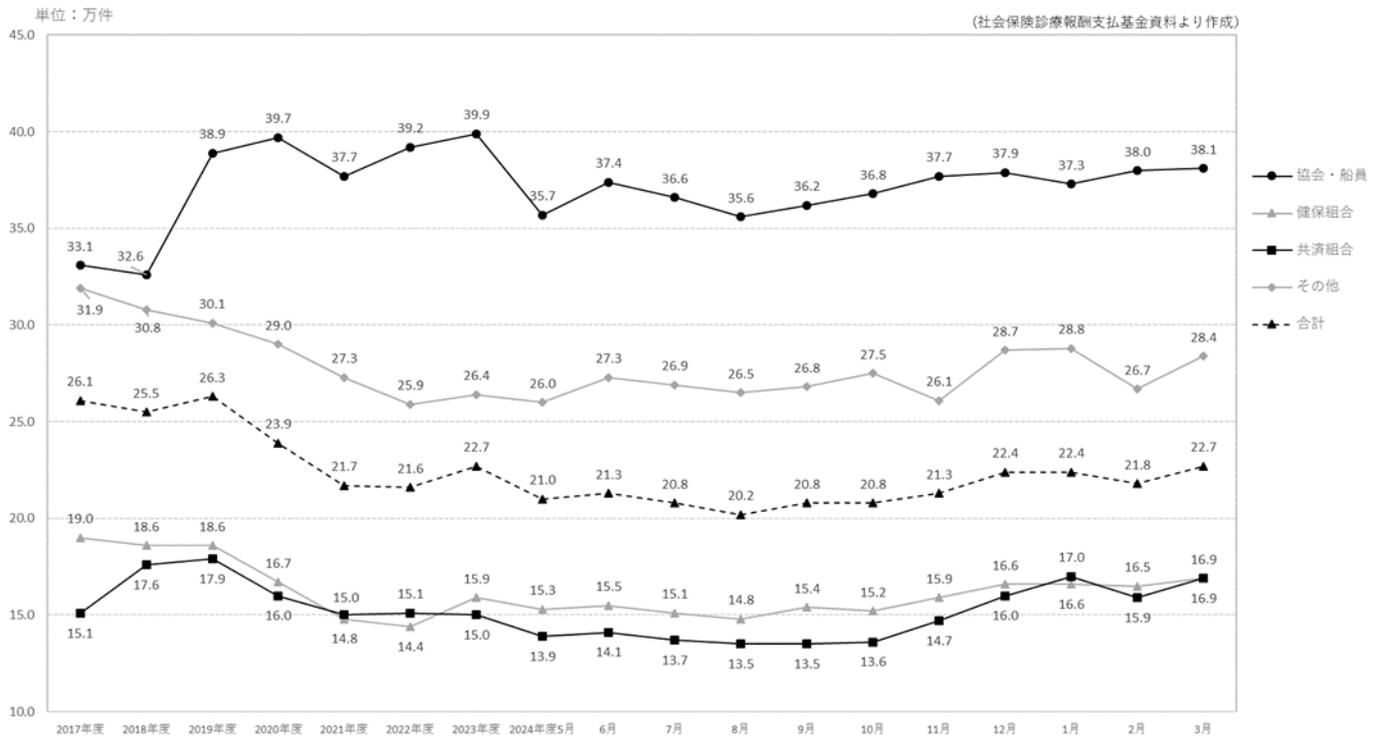
■ : 支払基金一次審査 ■ : 協会点検による再審査

※（ ）内は前年度比

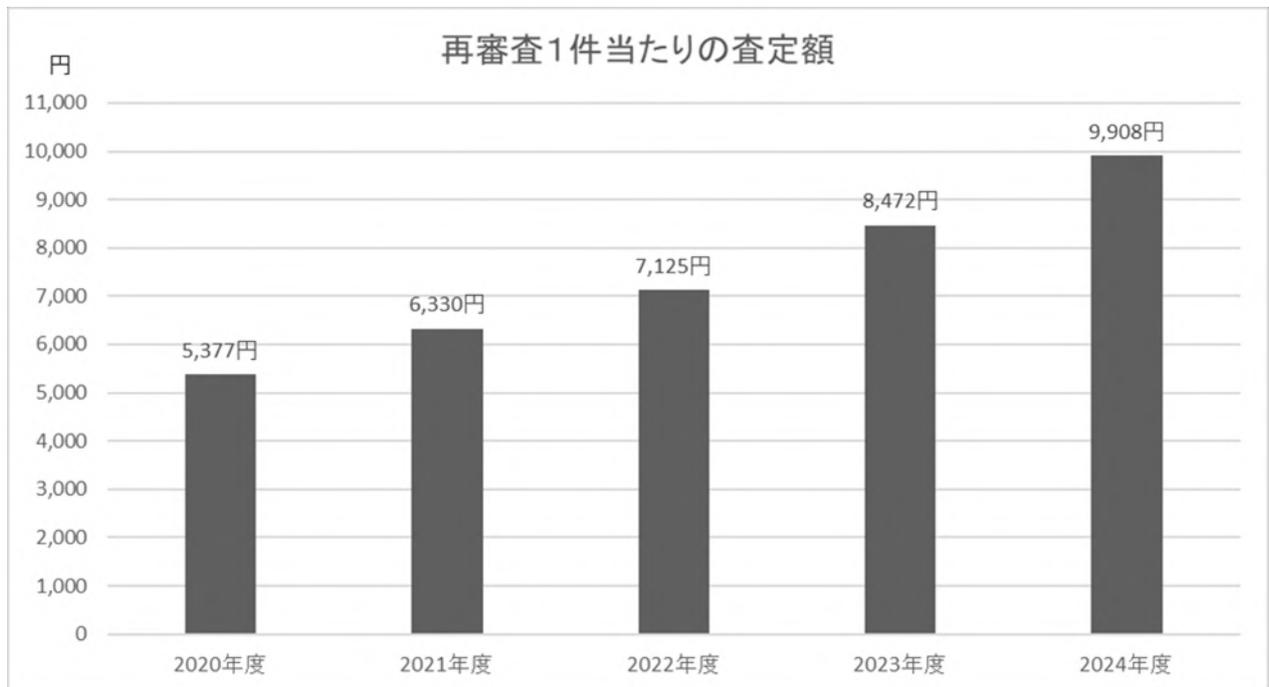


※診療内容等査定効果額及び診療報酬請求金額は支払基金より情報提供のあった数値を使用しています。
※掲載整理のため、計数が一致しない場合があります。

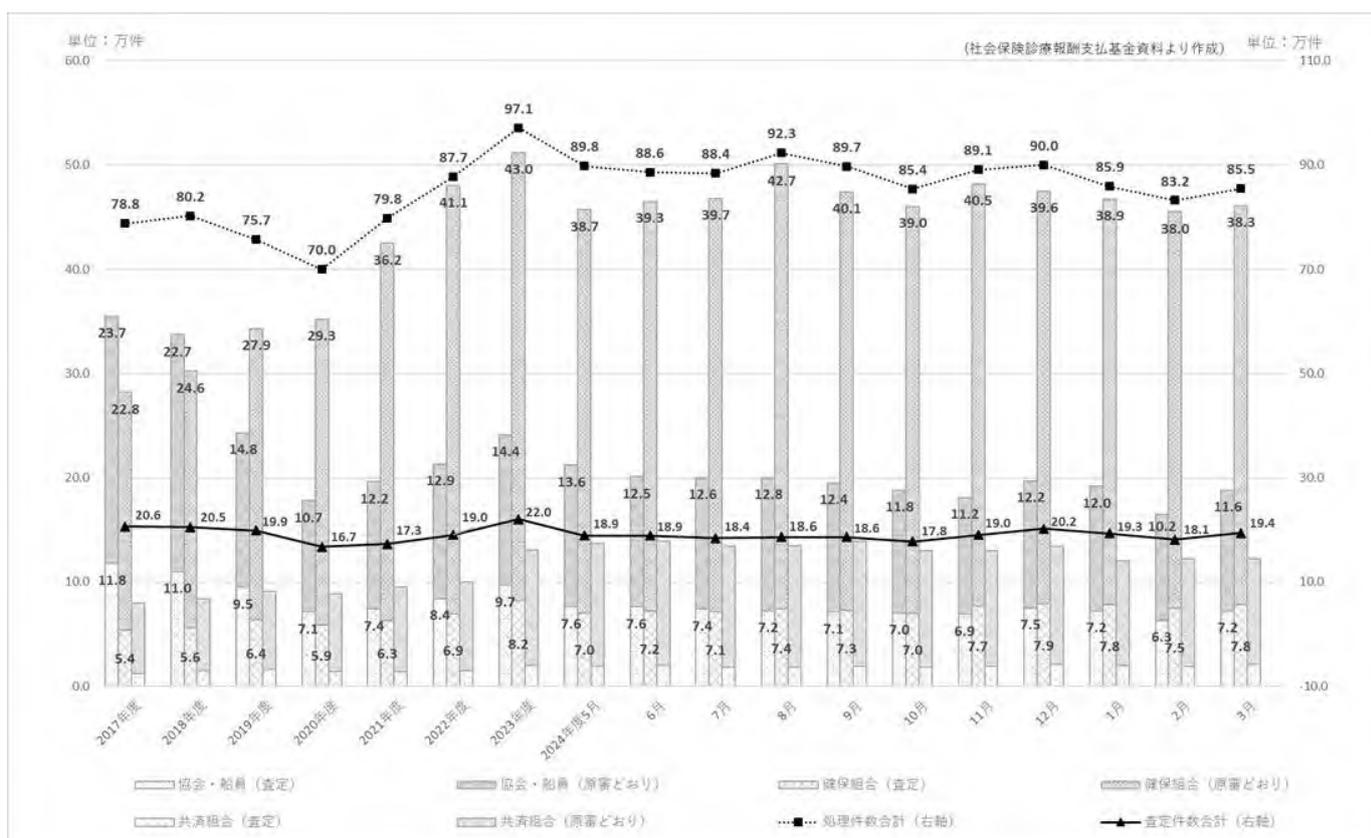
【(図表4-26) 協会の再審査件数に対する査定件数の割合の推移（他保険者との比較）】



【(図表4-27) 協会の再審査レセプト1件当たりの査定額の推移】



〔(図表4-28) 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）〕



②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¹²、保険医療機関等へのレセプトの返戻又は受診者への医療費の返還請求を行います。

2024年度の資格点検の効果額は、708.1億円（前年度756.0億円）となりました（図表4-29参照）。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により、保険医療機関等での資格の確認が行われた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¹³が影響していることが考えられます。

③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、労働災害が疑われるレセプト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、

¹² 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、窓口で資格情報を確認していることが前提であるため、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。なお、2024年12月からのマイナンバーと健康保険証の一体化により、原則、保険証の確認有無のための医療機関照会は行っておりません。

¹³ 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。

保険医療機関等へのレセプトの返戻又は受診者への医療費等の返還請求を行います。また、交通事故等の第三者の行為に起因する場合には、当該第三者（加害者）や損害保険会社等に対し損害賠償請求（求償）を行います。

2024年度の外傷点検の効果額は、122.2億円（前年度114.5億円）となりました（図表4-29参照）。

〔(図表4-29) 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			
	2024年		2023年		2024年		2023年	
北海道	3,391	(2,027)	3,996	(2,375)	507	(303)	454	(270)
青森	678	(1,669)	756	(1,830)	138	(340)	99	(239)
岩手	848	(2,310)	756	(2,020)	71	(193)	79	(212)
宮城	1,140	(1,662)	1,270	(1,835)	136	(198)	180	(260)
秋田	1,191	(4,115)	564	(1,907)	94	(325)	59	(200)
山形	688	(1,918)	853	(2,333)	78	(217)	83	(228)
福島	769	(1,251)	1,084	(1,734)	176	(286)	198	(316)
茨城	1,028	(1,468)	1,026	(1,463)	457	(653)	282	(402)
栃木	826	(1,579)	854	(1,627)	137	(261)	104	(198)
群馬	880	(1,442)	1,026	(1,670)	180	(294)	109	(177)
埼玉	2,261	(1,583)	2,592	(1,838)	445	(311)	580	(412)
千葉	1,708	(1,655)	1,468	(1,448)	378	(366)	171	(169)
東京	9,918	(1,619)	11,491	(1,921)	1,552	(253)	1,348	(225)
神奈川	2,565	(1,524)	3,303	(1,990)	670	(398)	610	(368)
新潟	1,370	(1,828)	1,069	(1,403)	143	(191)	138	(181)
富山	807	(2,100)	653	(1,681)	125	(326)	88	(226)
石川	883	(2,089)	980	(2,313)	82	(194)	110	(260)
福井	626	(2,271)	563	(2,025)	64	(231)	91	(326)
山梨	365	(1,497)	418	(1,718)	74	(303)	58	(239)
長野	865	(1,393)	1,169	(1,876)	135	(217)	262	(421)
岐阜	1,152	(1,568)	1,119	(1,515)	156	(213)	167	(226)
静岡	1,437	(1,447)	1,581	(1,581)	370	(372)	380	(380)
愛知	3,809	(1,531)	3,767	(1,521)	714	(287)	770	(311)
三重	777	(1,574)	800	(1,620)	152	(308)	188	(381)
滋賀	686	(1,989)	516	(1,495)	91	(263)	128	(372)
京都	1,608	(1,860)	1,562	(1,812)	309	(358)	274	(317)
大阪	8,087	(2,304)	8,051	(2,312)	1,189	(339)	1,220	(350)
兵庫	2,501	(1,709)	2,835	(1,930)	385	(263)	333	(227)
奈良	626	(2,008)	514	(1,645)	137	(439)	192	(614)
和歌山	690	(2,442)	639	(2,252)	85	(303)	107	(378)
鳥取	430	(2,275)	316	(1,650)	53	(279)	39	(205)
島根	398	(1,823)	609	(2,738)	79	(359)	72	(323)
岡山	1,199	(1,737)	1,233	(1,775)	288	(417)	144	(208)
広島	1,581	(1,525)	1,812	(1,737)	318	(307)	255	(245)
山口	860	(2,171)	748	(1,865)	112	(282)	132	(329)
徳島	554	(2,216)	664	(2,622)	69	(274)	63	(250)
香川	824	(2,294)	718	(1,982)	129	(360)	169	(465)
愛媛	762	(1,589)	730	(1,481)	183	(383)	144	(293)
高知	464	(2,028)	514	(2,217)	103	(450)	95	(411)
福岡	3,784	(2,012)	4,572	(2,434)	666	(354)	671	(357)
佐賀	484	(1,749)	595	(2,138)	115	(416)	116	(415)
長崎	832	(1,960)	904	(2,107)	130	(305)	110	(256)
熊本	1,218	(2,019)	1,303	(2,160)	197	(327)	193	(319)
大分	683	(1,757)	677	(1,726)	90	(231)	51	(129)
宮崎	611	(1,570)	739	(1,891)	106	(273)	92	(236)
鹿児島	958	(1,620)	1,109	(1,858)	220	(373)	140	(235)
沖縄	991	(1,717)	1,085	(1,892)	139	(242)	97	(169)
全国	70,810	(1,785)	75,602	(1,911)	12,225	(308)	11,446	(289)

〔(図表4-30) 各支部における点検効果額 (内容点検) 〕

単位：百万円 ※ () 内は加入者一人あたりの効果額 単位：円

支部	内容点検				診療内容等査定効果額			
	2024年		2023年		2024年		2023年	
北海道	1,083	(647)	944	(561)	848	(507)	736	(438)
青森	188	(463)	260	(630)	102	(251)	116	(282)
岩手	355	(968)	343	(917)	150	(407)	169	(452)
宮城	305	(445)	330	(477)	193	(282)	189	(272)
秋田	101	(350)	156	(528)	55	(191)	89	(300)
山形	123	(343)	126	(345)	102	(284)	92	(253)
福島	361	(587)	333	(532)	323	(525)	214	(342)
茨城	236	(337)	291	(415)	154	(219)	188	(269)
栃木	231	(441)	230	(438)	152	(291)	161	(306)
群馬	195	(319)	218	(354)	67	(110)	79	(128)
埼玉	685	(479)	783	(555)	317	(222)	405	(287)
千葉	501	(486)	510	(503)	253	(245)	227	(224)
東京	1,256	(205)	1,617	(270)	738	(121)	809	(135)
神奈川	386	(229)	389	(234)	322	(191)	321	(193)
新潟	201	(269)	213	(279)	131	(175)	144	(189)
富山	81	(212)	97	(250)	64	(168)	61	(158)
石川	132	(311)	155	(367)	94	(223)	80	(190)
福井	141	(513)	174	(627)	100	(361)	105	(376)
山梨	92	(377)	106	(435)	28	(116)	35	(146)
長野	257	(413)	324	(519)	180	(290)	175	(281)
岐阜	221	(301)	255	(345)	135	(184)	146	(197)
静岡	272	(274)	279	(279)	202	(203)	225	(225)
愛知	714	(287)	804	(325)	449	(181)	471	(190)
三重	112	(227)	167	(337)	92	(186)	124	(252)
滋賀	103	(300)	150	(434)	45	(131)	71	(206)
京都	269	(311)	307	(356)	166	(192)	200	(232)
大阪	1,039	(296)	1,744	(501)	744	(212)	1,417	(407)
兵庫	725	(496)	662	(451)	269	(184)	277	(189)
奈良	80	(257)	75	(241)	43	(137)	62	(198)
和歌山	112	(397)	148	(524)	70	(249)	118	(415)
鳥取	58	(309)	87	(456)	35	(185)	43	(226)
島根	66	(301)	69	(310)	55	(251)	48	(217)
岡山	201	(292)	257	(370)	151	(219)	179	(257)
広島	275	(266)	379	(363)	244	(236)	323	(310)
山口	195	(493)	245	(612)	135	(341)	135	(338)
徳島	101	(405)	97	(383)	42	(170)	67	(264)
香川	102	(284)	128	(352)	49	(136)	90	(249)
愛媛	154	(322)	175	(355)	96	(200)	112	(228)
高知	49	(216)	83	(356)	53	(232)	81	(349)
福岡	643	(342)	802	(427)	447	(238)	517	(275)
佐賀	97	(351)	110	(395)	52	(187)	61	(220)
長崎	180	(424)	216	(504)	80	(189)	125	(291)
熊本	196	(326)	326	(540)	159	(264)	267	(442)
大分	162	(418)	222	(565)	106	(273)	128	(327)
宮崎	154	(395)	234	(600)	86	(221)	139	(356)
鹿児島	144	(243)	183	(306)	106	(180)	162	(271)
沖縄	256	(443)	361	(629)	144	(249)	171	(298)
全国	13,594	(343)	16,163	(408)	8,627	(218)	10,155	(257)

v) 債権管理・回収と返納金債権発生防止の強化

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

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。

また、資格喪失後に新たに国民健康保険に加入していることが判明した者には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」を積極的に活用し、加入者の返納の利便性を図っています。

併せて、医療費が交通事故等の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、損害保険会社等との折衝の迅速・確実な実施に努めています。

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

①発生した返納金債権の早期回収等

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

ア) 国民健康保険との保険者間調整

保険者間調整は、返納金債権を確実に回収でき、債務者の返納手続き時の一時的な資金負担も軽減されます。そのため、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、2024年度の保険者間調整による債権回収件数は38,134件（前年度30,223件）、債権回収金額は31.2億円（前年度24.0億円）となりました（図表4-31参照）。

〔(図表4-31) 保険者間調整による債権回収状況〕

	2022年度	2023年度	2024年度
保険者間調整による債権回収件数	20,453件	30,223件	38,134件
保険者間調整による債権回収金額	21.0億円	24.0億円	31.2億円

イ) 支払督促等の法的手続きの実施

返納金債権等の納付拒否者に対しては、支払督促や訴訟等の法的手続きを実施しています。2024年度は支払督促等の法的手続きを520件（前年度543件）実施しました（図表4-32参照）。

〔(図表4-32) 支払督促等の法的手続き実施件数〕

	2022年度	2023年度	2024年度
支払督促	532件	515件	488件
通常訴訟	87件	21件	31件
少額訴訟 ¹⁴	0件	7件	1件
合計	619件	543件	520件

ウ) 債権管理回収業務担当者研修の実施

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

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

上記のとおり、債権回収の取組を積極的に推進した結果、返納金（診療報酬返還金（不当）を除く。）債権の回収率¹⁵は66.20%（前年度63.35%）となり、KPI（対前年度以上）を達成しました（図表4-33参照）。

〔(図表4-33) 現年度発生分の返納金債権回収率（金額ベース）〕

	2022年度	2023年度	2024年度
資格喪失後の受診	54.35%	53.29%	55.81%
傷病手当金と諸年金の調整によるもの	79.64%	76.57%	79.31%
その他	76.44%	73.84%	78.66%
診療報酬返還金（不当）を除く	64.62%	63.35%	66.20%
（参考：前年度以前の残額を含めた債権回収率）	(34.61%)	(36.41%)	(36.93%)

〔(図表4-34) 資格喪失後受診による債権の発生件数・発生金額〕

	2022年度	2023年度	2024年度
資格喪失後受診による債権発生件数	187,834件	258,642件	228,344件
資格喪失後受診による債権発生金額	54.4億円	71.1億円	69.5億円

※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）。

②保険証回収業務

資格喪失後受診による返納金の発生を防止するため、退職等により失効した保険証の早期の

¹⁴ 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。

¹⁵ 返納金（診療報酬返還金（不当）を除く。）債権の回収率とは、資格喪失後受診による返納金債権に加えて、業務外の傷病でないもの、自己負担誤り、健診費用、その他の返納金債権を合わせた債権の回収率になります。

回収をする必要があります。そのため、退職時等には事業主に保険証の返納義務があること、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。

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ました。

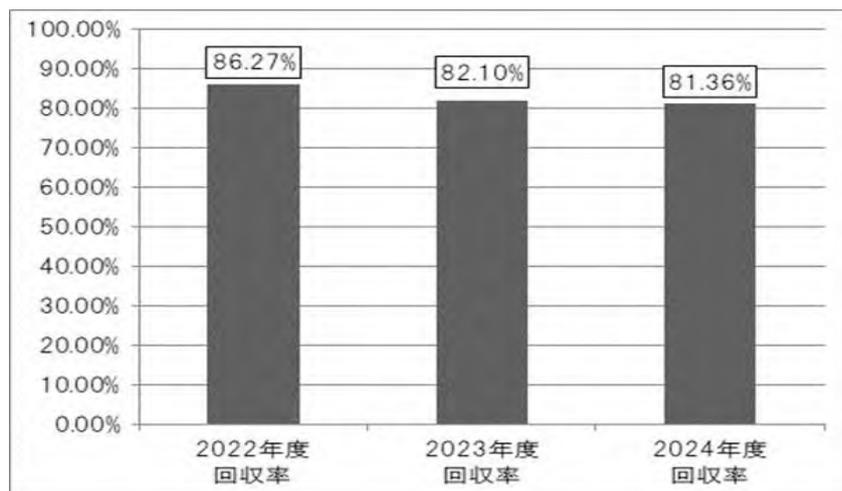
2024年度は、マイナンバーカードと健康保険証の一体化（新規発行の停止）までの間、これらの取組に注力しましたが、2024年度11月末時点の保険証回収率（資格喪失後1ヵ月以内）は、81.36%（前年度82.10%）となり、KPI（対前年度以上）は達成できませんでした（図表4-35、4-36参照）。保険証回収率（資格喪失後1ヵ月以内）が減少した要因としては、電子申請による日本年金機構への資格喪失届の提出が増加していること¹⁶が考えられます。届出が電子申請で行われた場合、保険証は別途郵送等で返却されることになるため、紙の届出に比べ、保険証の返却が遅くなる（資格喪失後1ヵ月を超えるケースが増える）傾向にあります。

なお、2024年度11月末時点の保険証回収率（資格喪失後1ヵ月以内の回収に限らないもの）は94.2%となっています。

〔(図表4-35) 資格喪失後1ヵ月以内の保険証回収件数の推移〕

	2022年度 ¹⁷	2023年度	2024年度 ¹⁸
保険証回収対象件数	754万件	646万件	460万件
保険証回収件数	650万件	530万件	374万件

〔(図表4-36) 資格喪失後1ヵ月以内の保険証回収状況〕



¹⁶ 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7割を超えています。

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

¹⁸ 2024年11月末時点の件数となっています。

(3) DX(デジタルトランスフォーメーション)の推進

i) オンライン資格確認等システムの周知徹底

2024(令和6)年12月2日の「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律(令和5年法律第48号)」の施行に伴い、保険証の新規発行が終了し、保険証の利用登録されたマイナンバーカード(以下、「マイナ保険証」という。)によるオンライン資格確認が原則となりました。

しかしながらマイナンバーが登録されていない場合や、資格情報とマイナンバー情報に相違等がある場合、当該加入者は保険医療機関等の受診時においてオンライン資格確認等システムを利用することができません。

そうした中、オンライン資格確認等システムへの迅速かつ正確なデータ登録のため、新規で登録された資格情報と住民基本台帳情報との突合が2024年5月に開始されました。協会における突合の結果、マイナンバーの確認が必要となった加入者(約90,000人)については、2025(令和7)年3月に照会文書を送付しました。なお、その際、多様な言語背景を持つ加入者が増加していることを踏まえ、照会文書に外国語版二次元コード(22言語)を貼付しました。

また、協会においてマイナンバーが未収録となっている加入者(約15,000人)に対しては、2024年5月にマイナンバーの提出勧奨を行いました。

マイナ保険証は、健康・医療データに基づくより良い医療を受けられるようになるほか、現在推進している医療DXのパスポートとなることから、上述のマイナンバーに係る正確なデータ登録の推進に加えて、マイナ保険証制度全般やマイナ保険証の安全性、利便性について周知広報を行いました(詳細については、72頁参照)。

加えて、医療DXの柱の一つである電子処方箋について、重複投薬の防止など、良質かつ効率的な医療の提供につながることから、加入者及び事業主にその意義を理解いただけるよう、日本年金機構より、毎月、加入事業所に対して送付する納入告知書に、電子処方箋の制度概要を記載したチラシを同封し、加入者及び事業主への周知広報を行いました。また、商工会議所、商工会、中小企業団体中央会等のいわゆる経済団体や事業所に対して、厚生労働省から提供された制度周知用ポスターを4,000部配布しました。

ii) マイナンバーカードと健康保険証の一体化への対応

前述のとおり、2024年12月2日より健康保険証の新規発行が終了し、保険証として利用登録したマイナ保険証により医療機関等を受診することを基本とした仕組みに移行することから、加入者資格を簡易に把握して円滑な健康保険の諸手続きを可能とするため、2024年9月~2025年2月に全加入者(約4,000万人)に「資格情報のお知らせ」を送付しました。

また、オンライン資格確認の円滑な運用に当たっては、医療保険者等向け中間サーバーへ正確な加入者情報の登録を行う必要があり、情報の正確性を担保するため、「資格情報のお知らせ」の送付の際に協会では把握しているマイナンバーの下4桁を記載し、加入者に確認をお願いしました。

一方、マイナ保険証移行の制度改正(2024年12月2日)以降に協会に加入された加入者のうち、マイナ保険証を保有していないため、資格確認書が必要であるとの申し出があった方へは、資

格確認書を発行しています。これまでの保険証の発行と変わらず、日本年金機構から加入データを受領した翌営業日に資格確認書を発行しています。なお、資格取得（扶養認定）時に資格確認書が必要である旨の申し出がなかった方であっても、協会においてマイナ保険証を保有していないことを把握した場合には、後日、職権で資格確認書を発行しています。

また、制度改正前から加入されている加入者のうち、マイナ保険証を保有していない方へは、発行済みの保険証が利用できる期間が終了する2025年12月1日までに資格確認書を発行することとしています。

「資格情報のお知らせ」の送付を契機として、加入者からのマイナ保険証やオンライン資格確認などのお問い合わせに対応するため、2024年9月からマイナンバー専用コールセンターを設置しました。また、国際化の進展に伴い多様な言語背景を持つ加入者が増加していることを踏まえ、22ヶ国語の対応も可能としました。

マイナ保険証の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や、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ました。これを踏まえ、協会においては、KPIとして利用率目標を50%（2024年11月末時点）に設定するとともに、本部・支部においてマイナ保険証制度全般やマイナ保険証の安全性、利便性について周知・広報すべく以下の取組を実施しました。

（本部）

・Web広報の実施（2024年10月～12月）

協会ホームページにマイナ保険証の特設ページを作成するとともに、20歳から60歳をターゲットにWebバナー広告を集中的に展開し、特設ページへの誘導を行いました。

・統一的な広報資材の作成

マイナ保険証の利用促進に係るチラシ・リーフレットを作成し、資格情報のお知らせ（2024年9月、2025年1月から2月）、被扶養者資格の再確認のお知らせ（2024年10月）および医療費のお知らせ（2025年1月）にチラシを同封しました。

（支部）

・新聞広告（2025年10月）

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

・広報資材を活用した広報

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

上記の取組を通じてマイナ保険証の利用について周知・広報を実施しましたが、2024年11月末時点での協会加入者のマイナ保険証利用率は19.10%※であり、KPIである50%には達しませんでした。なお、2025年3月時点では30.50%でした。協会としても、マイナ保険証の利用促進に向けて、様々な機会を通じた周知・啓発を行っておりますが、保険者の取組のみでは限界が

あります。国において率先して不安の解消に努めるとともに集中的な周知啓発を行ったり、医療機関や薬局においてマイナ保険証の利用を促す積極的な声掛けなど医療現場での普及を強化したりするなどの取組が重要であり、審議会において国や医療機関・薬局における周知啓発をお願いしてきたところです。しかしながら、2024年11月末時点での国全体のマイナ保険証利用率は19.74%※であり、協会の利用率とほぼ同じ値となりました。なお、2025年3月時点では31.57%でした。

※利用率＝外来におけるマイナ保険証利用人数／外来レセプト件数

【(図表4-37) マイナンバー広報】
(新聞広告)

(チラシ)

(リーフレット)

**これからは
保険証のルールが変わります。**

保険証は、マイナ保険証へ。

2024年12月2日、発行の保険証は事前に発行された日より、**「マイナ保険証」**が適用となる仕組みが実施されます。

マイナ保険証とは?
マイナンバーカードも取得済みで、**マイナ保険証**が有効な方です。
マイナ保険証は、マイナ保険証の発行が完了した方です。

2024年12月2日より、新たに国民健康保険の保険証がマイナ保険証となることにより、国民健康保険の保険証へ適用する仕組みが実施されます。

1 資格情報の更新内容

国民健康保険の「資格情報更新」を実施します。
国民健康保険の申請・変更・更新の申請は、マイナ保険証の発行が完了した方です。

2 資格確認

加入者に「国民健康保険」の資格を確認する仕組みが実施されます。
マイナ保険証を利用することで、国民健康保険の資格を確認することができます。

3 高額受給者証

75歳以上の高齢者は、国民健康保険の高額受給者証を利用します。

2024年12月2日以降の受付方法

国民健康保険の保険証の発行・更新の受付方法

国民健康保険の保険証の発行・更新の受付方法

国民健康保険の保険証の発行・更新の受付方法

国民健康保険の保険証の発行・更新の受付方法

国民健康保険の保険証の発行・更新の受付方法

国民健康保険の保険証の発行・更新の受付方法

iii) 電子申請等の導入

デジタル社会の実現に向けた重点計画（2024年6月21日閣議決定）等に基づく電子申請システムの導入や公金受取口座支払への対応を推進するため、2026（令和8）年1月のサービスインに向け2024年度より設計・開発・テストを実施し、計画通りに進めました。

2. 戦略的保険者機能の一層の発揮

(1) データ分析に基づく事業実施

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

①本部・支部による医療費等分析

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

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

また、地域の医療費や健康度に関する分析を推進するため、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、連携して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。

②調査分析の成果の発信

協会での調査研究の成果について、内外に広く情報発信することを目的として、2014（平成26）年度から「調査研究フォーラム」を開催しています。2024（令和6）年度の調査研究フォーラムでは、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、2021（令和3）年度に採択した5件と2022（令和4）年度に採択した4件の中間報告を実施しました。また、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っています。また、大学等の学術研究機関や医療・健診関係の学会等に事前に開催案内を行いました。

各支部で行った分析の成果については、ホームページ等で加入者及び事業主の皆様へ情報提供を行ったほか、支部の9件の分析成果及び外部有識者を活用した委託研究の中間報告9件を掲載した「令和6年度協会けんぽ調査研究報告書」を11月に協会ホームページに掲載しました。

加えて、分析成果を広く発信するため、日本産業衛生学会や日本公衆衛生学会等の学会での発表を推進してきました。2024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、9件の分析成果等を支部職員が学会で発表しました。

【(図表4-38) 2024年度 学会発表の実施状況】

支部名	学会名	演題
京都	第 97 回 日本産業衛生学会	働き世代の健康データ分析による健康経営の推進策
大阪	第 97 回 日本産業衛生学会	レセプトを活用した職域がん検診の精密検査受診勧奨
広島	第 97 回 日本産業衛生学会	健康経営の取組課題としてのメンタルヘルス対策に関する事業所実態調査
佐賀	第 97 回 日本産業衛生学会	40 歳未満の若年メタボ該当者へ健診前に送るナッジ通知の効果
愛知	第 26 回 日本医療マネジメント学会	レセプトにみる白内障手術の現状
宮城	第 73 回 東北公衆衛生学会	睡眠と働きがい及び生産性に関する実態調査
京都	第 83 回 日本公衆衛生学会	健康宣言による健康リスク等の改善効果分析
静岡	第 13 回 日本産業看護学会	未治療者の若年者における受診勧奨の結果と受診状況について
福井	第 13 回 日本公衆衛生看護学会	朝食の摂取頻度と特定保健指導レベルの改善有無との関連

③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、レセプトデータ及び健診データ等の分析手法、基本的なパソコン操作技術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に、支部における事業企画立案の基となるデータ分析手法の具体的な作業方法や、情報系システムの活用方法等を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、統計解析ソフト「SPSS」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。更に、データ分析結果に基づく効果的な健診受診勧奨等を行うため、2018（平成30）年度より全支部で活用している「GIS（地理情報システム）」の操作研修についても通信教育形式で実施しました。

更に、今年度は支部分析業務が円滑に実施できるよう新たにオンライン説明会を実施しました。説明会では、保険者努力重点支援プロジェクトで活用した分析手法や情報系システムを活用した分析事例等を踏まえて改訂した「医療費・健診データ分析マニュアル」に基づき、年齢階級・性別、業態、地域等の要素を切り口として、支部の課題を把握（抽出）する手法の説明を行いました。また、外部有識者から協会の保有する医療費や健診データの活用方法、分析結果の解釈・評価の視点等について講演をいただきました。

これらの取組により、支部の分析能力の底上げを図っています。

ii) 外部有識者を活用した調査研究成果の活用

現役世代の急減と高齢者人口のピークが同時に訪れる2040（令和22）年、更にその先を見据え、協会の加入者をはじめとした国民の健康を守るとともに、医療保険制度の持続性を確保するため、中長期的な視点に立ち、制度論を含めた医療費適正化の施策についての提言を行った。協会が実施する取組の改善を図ることを目的に、2020（令和2）年度から、外部有識者を活用した調査研究を実施しています。2024年度に新規採択した研究及び2023（令和5）年度以前に

採択した研究の概要等については、以下のとおりです。

ア) 2024年度採択案件

2024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。

(1)「就労と治療の両立支援に関連した指標」の検討に向けた分析

レセプトや傷病手当金、生活習慣、健診・保健指導データなど協会保有データを用いて治療中の被保険者等の欠勤や退職といったいわゆるアブゼンティーズムについての現状の把握を行う。

(欠勤およびその対象疾患については傷病手当金データ、退職については資格喪失データを利用する想定)さらに分析結果から、療養の原因疾患による違い(「がん」「メンタル系疾患」「腎不全」など)や、集団特性(「業態」「収入(標準報酬)」「事業所規模)やそれに応じてどういった対象(「加入者」「事業主」「業界団体)にどのような支援が必要となるのかを検討し、医療保険者である協会でも可能な対応策や、就労支援/両立支援や産業保健といった他制度との連携や提案などの健康経営、コラボヘルスの推進に資する提言を行う。また、既存の協会保有データから加入者の「QOL」「プレゼンティーズム」の把握が可能となるような指標の検討を行う。

(2)医薬品に関する分析(抗菌薬、長期収載品、バイオシミラー、フォーミュラリ等)

医療費適正化の取組み等において、医薬品は重要な位置を占める。特に外来医療における医薬品の使用状況について、地域差の有無や、その要因、特に先行的に取組みが進み効果が確認できた地域(地域医療連携推進法人等)の要因を分析する。また、当該地域差の分析結果から各地域で必要な対策(広報、医療機関・薬局、行政、関係団体への働きかけ、個人への通知などを想定)等、協会における医療費適正化の取組みに資する提言を行う。

(3)レセプトデータを活用した、効率的・効果的で質の高い医療の提供に関する分析及び地域別の傾向分析

レセプトデータに含まれる診療行為データ等を活用し、質の高い医療を提供できているかについて、地域(都道府県、二次医療圏)別、時系列といった観点も含め、地域医療構想や医療費適正化計画等の推進に資する分析を行う。また、当該分析結果から想定されていた効果が確認できない場合は医療提供側や国、関係機関に対する意見発信や、各支部においても各地域における意見発信等の提言を行う。

研究提案の募集案内については、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、14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5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2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2028(令和10)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4-39) 外部有識者を活用した調査研究 第5期 採択案件①～②の概要】

研究課題名 第5期 ①	『抗菌薬適正使用促進政策の長期的効果と家族・地域社会への波及の評価』
研究代表者	国立成育医療研究センター 社会医学研究部 臨床疫学・ヘルスサービス研究室 大久保 祐輔 室長
研究の概要	<p>【目的】 小児を含む全年齢層における抗菌薬使用の実態を詳細に解明し、医療政策の効果およびその波及効果を包括的に評価する。</p> <p>【方法】 抗菌薬適正使用を促進するための新たな介入ポイントを特定。医療政策の効果が地域や施設によってどのように異なるかを解明。小児を対象とした医療政策が保護者や地域社会全体にどのような影響を及ぼすかを評価。</p> <p>【期待される成果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①抗菌薬使用状況の地域差とその要因の解明 ②過去に導入された医療政策効果の異質性の評価 ③小児への医療政策が施設内および地域社会に与える波及効果の評価 <p>最終的には、医療保険制度の持続性確保にも貢献。</p>

研究課題名 第5期 ②	『治療と仕事の両立支援と健康経営の取組みに関連する指標の検討』
研究代表者	産業医科大学 医学部 両立支援科学 永田 昌子 准教授
研究の概要	<p>【目的】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 職場復帰を促す仕組みや、復帰後の職場での配慮の実施などの大企業が行っている取り組みを中小企業でも応用できるかについて調査 2) 早期の職場復帰を促すために、疾病別の復帰までの期間の標準値を明らかにし、疾病別に支援を行う上で必要な情報を整理 3) 協会が保有するレセプトからプレゼンティーズムを推計する方法とその活用方法を提案 <p>【方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 支部と事業場の接点と健康経営に取り組んでいる小規模事業場での実施率を調査、小規模事業場が取り組める実行可能性の高い方策を提案する。 2) 産業医等が不在の小規模事業場の担当者が、疾病に罹患した従業員に対応できるように、高頻度の疾病別の治療と仕事の両立支援に必要な情報の整理を行う。傷病手当金日数や治療密度の分析を行い、休業期間を提示する。また、産業医科大学病院の支援の事例を分析し、疾病別に必要な配慮を抽出する。 3) 既存の協会保有データから被保険者の「プレゼンティーズム」把握が可能となるような指標（メンタル/筋骨格/睡眠/がん系の将来5年の罹病期間を推計）の作成及び当該指標の活用方法を提案する。 <p>【期待される成果】</p>

	<p>中期的な疾病負担を事業主に提示することにより、保健事業の推進を促すことが可能となる。また、治療と仕事の両立支援の環境整備の推進を促すことが可能となる。産業医等の専門家が不在の企業においては、従業員が疾病に罹患した場合に、事例に対応することが容易となる。</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

イ) 2021～2023 年度採択案件

2021年度に採択した5件については2025（令和7）年3月に研究期間が満了となり、同年5月に開催した調査研究フォーラムにおいて、当該研究の最終報告を行うとともに、協会事業への活用方法について議論しました。

2022年度に採択した4件及び2023年度に採択した3件については、随時、研究者とのミーティング等で研究状況の報告を受け、進捗確認を行っています。2025年3月末の中間報告に基づき、研究継続の審査を行い、2025年度は第4期の1件を除く6件の研究を継続することとしました。また、当該6件については2025年5月の調査研究フォーラムにおいて、中間報告の発表を行いました。

〔(図表4-40) 外部有識者を活用した調査研究 第2期 採択案件①～⑤の最終報告〕

研究課題名 第2期 ①	『生活習慣病の疾病別医療費の地域差に関する研究』
研究代表者	摂南大学 農学部 食品栄養学科 教授 小川 俊夫
成果の概要 (最終報告)	<p>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。</p> <p>(1)研究班の組織：本研究の最終年度である本年度は、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。</p> <p>(2)レセプトを用いた疾病別患者抽出手法の確立：本年度は、分析対象疾患を肺がん、大腸がんと糖尿病とし、それぞれの疾病に罹患した患者を、レセプトを用いて精緻に推定する方法を確立した。</p> <p>(3)疾病別医療費の推計と疾病別医療費に影響を与える要因分析：</p> <p>1.レセプトを用いた糖尿病の抽出手法を確立し、受診者に占める糖尿病薬処方者や、糖尿病薬処方の内容が医療機関単位・個人単位で精緻に可視化できるようになった。糖尿病の1人当たり入院外医療費は受診者に占める糖尿病薬処方者の割合や糖尿病薬処方者に占めるGLP1受容体のみ処方者の割合と有意な関連は見られなかった。糖尿病の1人当たり入院外医療費は、糖尿病薬処方者に占めるSGLT2阻害薬のみ処方者の割合と弱い負の相関があり、糖尿病薬処方者の中でSGLT2阻害薬のみを処方している患者が多い医療機関が数多くある支部では、弱い相関ではあるが、糖尿病の1人当たり入院外医療費が安い傾向があり、糖尿病薬の処方内容が医療費に影響を及ぼす可能性が示唆された。</p> <p>2.協会けんぽ全加入者における2020年度から2022年度の肺がん及び大腸がん患者を推定し、支部別のがん医療費を推計した。また、がん検診とがんによる資格喪失のがん医療費に与える影響について分析を実施した。肺がん及び大腸がんの新規患者</p>

	<p>の医療費、がん検診精度管理指標、資格喪失それぞれに地域差が見られた。がん医療費の地域差に影響を与える要因としては、肺がんについてはがん検診の感度が、大腸がんについては、資格喪失割合とがん検診のがん有病率、がん発見率においてがん医療費との相関が見られた。一方で、重回帰分析では大腸がんの資格喪失割合のみに有意差が見られ、肺がん医療費には、がん検診及び資格喪失は関連が見られないことが示唆された。</p> <p>本研究により、糖尿病、肺がん及び大腸がん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。</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

研究課題名 第2期 ②	『支部単位保険料率の背景にある医療費の地域差の要因に関する研究』
研究代表者	東北大学 災害科学国際研究所 災害医療情報学分野 教授 藤井 進
成果の概要 (最終報告)	<p>■目的と背景(研究2年目までの概要):本研究は、全国の各支部で異なる保険料率を均一化し、医療受診の機会を均等にするとともに、負担の軽減を目指すものである。その実現に向けて、年齢や所得の調整に加え、地域ごとの医療・介護資源、疾病傾向、応需状況などを分析し、保険料率に影響を与える要因をKPI(Key Performance Indicator)として可視化する。課題の改善にあたっては、支部単位で対応可能な施策、地域との連携が求められる施策、政策レベルでの対応が必要な施策に分類することで、実効性を高めることを目指す。全国47支部を一人当たりの医療費(年齢調整あり)を指標とし5つの群(A~E:Aが一番高い)に分類した。分析の過程では、医療施設数や救急医療体制とは一定の相関が見られた一方で、健診受診率や配偶者の受診率とはほとんど相関が認められなかった。新たな構成要素を加えてKPIを算出した。4,833種類のデータから97種類を抽出し、因子分析・重回帰分析を用いて、指標と相関のあるKPIを選定し、モデリングを実施した。高額医療費(透析)、救急医療資源、医療施設数、受診率、薬剤費(高額製剤・精神疾患関連)、介護(療養型医療を含む)、疾病傾向、後期高齢者の医療費がKPIとした。指標の高い群ではKPIのバランスが崩れ、逆に低い群では正10角形に近づく傾向が見られた。しかし異なるKPIの影響を一律に扱うことの妥当性、重み付けの調整、説明力の定量評価といった点について課題が残った。</p> <p>■方法と結果(研究3年目):構造モデルを再考案し、単相関分析、因子分析、主成分分析、重回帰分析を用いて再検証を行った。単相関や因子分析からは、これまで同様に医療資源が多い地域ほど一人当たりの医療費が高くなる傾向が示された。主成分分析と重回帰分析から「KPI-1:医療提供体制の規模と利用状況の最適化(相関)」「KPI-2:外来医療や後発品の最適化(逆相関)」「KPI-3:一入院当たりの医療費と調剤費の最適化(逆相関)」となった。KPI-1~3は概ねグループ分類に類似するが、入院診療単価や調剤費が高くなると一人当たりの医療費を下げる関係性が大きな結果であった。</p> <p>■考察:KPI-2や3に着目すると、弱い相関ながらも関係する医療費が高くなるほど、一人当たりの医療費が低下する傾向が示唆された。入院医療を外来医療へ転換することで、保険料率の低減が期待できる。注視すべきはKPI-3の分析結果から、入院医療費の単価が低いと一人当たりの医療費が高くなる傾向である。急性期医療では在院日数が短いほど入院単価が高くなる。まずは在院日数の短縮を具体的な行動目標とするのが適切であると考えられる。その結果、利益率が向上すれば症例数を幾ら</p>

	<p>か減らしても利益の確保が可能となる。病床数の削減と病院経営の改善を同時に達成し、結果として在宅医療の推進が進むことで入院の診療単価も上昇することが期待される。最終的には病床ダウンサイジングによるKPI-1の改善につながる。KPI-1～3は相互に連動しており、それぞれの改善が最終的に各地域の保険料率の均てん化につながる。医療資源の最適配置や在宅医療の充実、入院単価の適正化を通じて、持続可能な医療制度の構築が可能となるだろう。ただしKPI-1については各支部が直接的な努力によって改善することが難しい側面がある。しかし一人当たりの医療費と強く相関しており、この値が低い支部については特に注意が必要である。厚生労働省が進める病床最適化の方針に対する理解を深めるため、支部ごとに適切な支援を提供することが求められるかもしれない。</p> <p>■結語：保険料率が高い支部ではKPI-1の値が低い傾向が見られる。またKPI-2の値が高い場合でも、それが単に医療の利用数が多いことを示しているに過ぎず、必ずしも入院医療の補完的な役割を果たしているとは限らない可能性がある。さらにKPI-3が低い場合は特に注意が必要である。保険料率が低い支部ではKPI-1の値が良いが、KPI-3が必ずしも良好とは限らず、さらなる改善の余地があると考えられる。</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

研究課題名 第2期 ③	『機械学習を用いた生活習慣病の治療行動予測モデルの構築』
研究代表者	岩手医科大学 医学部 衛生学公衆衛生学講座 教授 丹野 高三
成果の概要 (最終報告)	<p>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2024年度の実施状況について報告する。</p> <p>【課題1:糖尿病及び高血圧症治療中断モデル構築】</p> <p>全国を対象に2015年度のレセプトデータの処方及び傷病名から糖尿病治療者及び高血圧治療者を定義した。このうち、2015年度に4回以上の外来受診した者を定期受診者とした。定期受診者のうち、2016～2020年度のレセプトデータから受診間隔が3か月以上で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。</p> <p>解析手法: Classification And Regression Treesモデル(CART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た。ロジスティック回帰モデル及びCARTモデルによって構築したモデルの感度、特異度、Area Under Curve(95%confidence interval) [AUC(95%CI)]を計算した。</p> <p>結果:糖尿病治療中断予測について、CARTモデルによって選択された糖尿病治療中断に重要な変数は、HbA1c検査回数、DPP-4阻害薬処方量及びその処方回数、SU剤処方量及びその処方回数等の順であった。糖尿病治療中断予測の感度、特異度、AUC(95%CI)は、ロジスティック回帰モデルではそれぞれ0.683、0.683、0.739 (0.737, 0.741)、CARTモデルではそれぞれ0.636、0.723、0.725 (0.723, 0.727)であった。また高血圧治療中断に重要な変数は降圧薬配合剤処方量及びその処方回数、Ca拮抗薬処方量及びその処方回数、ARB処方量及びその処方回数等の順であった。高血圧治療中断予測の感度、特異度、AUC(95%CI)は、ロジスティック回帰モデルではそれぞれ0.709、0.713、0.767 (0.766, 0.768)、CARTモデルではそれぞれ0.699、0.733、</p>

	<p>0.777 (0.776, 0.778)であった。</p> <p>【課題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】</p> <p>全国を対象に2015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糖尿病治療者と高血圧治療者を定義した。このうち、2016～2020年度の健診データを用いて、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。</p> <p>解析手法:CART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た。ロジスティック回帰モデル及びCARTモデルによって構築したモデルの感度、特異度、Area Under Curve (95%confidence interval)[AUC(95%CI)]を計算した。</p> <p>結果:糖尿病治療コントロール不良について、CARTモデルによって選択された糖尿病治療コントロール不良に重要な変数は空腹時血糖、年齢、脂質異常症治療薬の服用、HDLコレステロール等の順であった。糖尿病治療コントロール不良予測の感度、特異度、AUC(95%CI)は、ロジスティック回帰モデルではそれぞれ0.798、0.853、0.900 (0.898, 0.903)、CARTモデルではそれぞれ 0.846、0.756、0.816 (0.811, 0.821)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、ヘマトクリット、ヘモグロビン、空腹時血糖等の順であった。高血圧治療コントロール不良モデルの感度、特異度、AUC(95%CI)は、ロジスティック回帰モデルではそれぞれ0.723、0.792、0.840 (0.839, 0.842)、CARTモデルではそれぞれ0.779、0.713、0.791 (0.789, 0.793)であった。</p> <p>2024年度は、全国のレセプトデータに基づく糖尿病治療者及び高血圧症治療者の治療中断について、ロジスティック回帰モデル及びCARTモデルを用いて予測モデルを構築した。また同じく全国の健診データを用いて治療コントロール不良について、ロジスティック回帰モデル及びCARTモデルを用いて予測モデルを構築した。予測能は必ずしも高くないが、レセプトデータと健診データを用いることで治療中断及び治療コントロール不良を一定程度判別できることが示唆された。</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

研究課題名 第2期 ④	『予防医療が本人と家族に及ぼす効果に関する研究』
研究代表者	東京大学大学院 経済学研究科 教授 飯塚 敏晃
成果の概要 (最終報告)	<p>1)生活習慣病未治療者に対する受診勧奨(重症化予防)の効果の分析</p> <p>予防医療、特に重症化予防の重要性が叫ばれて久しいが、データ及び分析手法の制約により、その効果に関する信頼性の高い研究は少ない。本研究では、生活習慣病未治療者に対する受診勧奨(重症化予防)の効果と、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。まず、糖尿病の一次勧奨基準値(FBS=126mg/dl)を若干上回る(高いほうが症状が</p>

重い)ことで、受診勧奨により、健診後一年間における糖尿病関連の医療サービス利用に変化がみられるかを分析した。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。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。また、個人の属性による受診勧奨への反応や医師の診察の効果の違いを分析するため、健康状態や生活習慣の違いに着目し、詳細な分析を行った。属性に関する変数の数が多いため、機械学習を用いて異質処置効果(Heterogeneous Treatment Effect, HTE)を推定した。その結果、受診勧奨によって、健康な人ほど医療利用を増やすが、大きな健康改善が見られるのは健康状態が悪い人であり、勧奨の効果にミスマッチがあることが分かった。今後は、より健康改善が期待できる対象に重点的に勧奨を行うことが重要である。また、健康診断等で得られる健康に関する情報は、本人だけでなく家族の健診受診行動にも影響を与える可能性がある(ピア効果)。本研究では、本人が糖尿病の受診勧奨を受けたことが、配偶者の1年以内の健診受診確率に与える影響に着目した。その結果、本人が糖尿病の受診勧奨(FBS \geq 126mg/dl)を受けても配偶者の健診受診率に有意な影響は見られなかった。

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

腎臓の機能を表すeGFRの基準値(45 or 60ml/分/1.73m²)を用い、基準値を若干下回る(低いほうが症状が重い)ことが、健診後一年間のCKD関連医療サービス利用や翌年の健康のアウトカムに及ぼす影響を、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。まず短期的には、eGFRの基準値を若干下回ると、受診後1年間のCKDにかかわる医療サービスの利用が増加することが明らかとなった。基準値を下回ると医療機関への受診が勧奨され、結果として、医療機関を訪問する患者が増えるためと考えられる。これらの反応は増加率としては大きい、絶対値としては比較的小さいものであった。一方で、翌年の健診時の健康のアウトカムの改善は見られず、また医薬品の使用の増加も観察されなかった。次に、受診勧奨の効果は中期的により大きくなる可能性があるため、2年後、3年後の影響について分析した。健診後1年間、2年間、3年間の推移を比較すると、基準値前後のジャンプは時間の経過と共に小さくなり、受診勧奨の受療行動への効果は、中期的に減少することが示唆された。また、eGFRの値の改善効果も観察されなかった。これまでの分析では、eGFRの基準値を超えることで、CKD関連の医療サービスの利用は増えるものの、平均的には健康のアウトカムの改善は見られなかった。しかしながら、受診勧奨への反応や医師の訪問の効果は個人の属性によって異なる可能性がある。この可能性を分析するため、健康状態の違いによって健康のアウトカムの改善効果が異なるか分析を行った。その結果、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値がごくわずかに改善した。しかしながら、これらのハイリスク群の定義は任意(arbitrary)であり、最も重要な属性かどうか不明である。将

	来の研究課題としては、より多くの属性の中から最も異質性の高い要因をシステムチックにサーチする機械学習等のアプローチを用いた分析が必要と考えられる。
--	---------------------------------------------------------------------------

研究課題名 第2期 ⑤	『メンタル疾患・生活習慣病の発症リスク削減、医療費適正化に向けた機械学習予測モデルの構築と因果推論』
研究代表者	京都大学 白眉センター 特定准教授 井上 浩輔
成果の概要 (最終報告)	<p>本委託研究では、生活習慣病とメンタル疾患の関わりを紐解くため、社会・環境因子、既往歴、薬剤、政策の観点から、以下の14の研究を実施した。計5本の論文を、JAMA International Medicine, JAMA Neurology, JAMA Network Open, Cardiovascular Diabetology, Journal of Epidemiology and Community Health といった国際誌に掲載し、国内外で広く取り上げていただくことができた。その他8本が現在国際誌で査読中である。</p> <p>まず社会・環境因子として私たちが着目したテーマは、配偶者の生活習慣病が本人のメンタルヘルスに与える影響である。心血管疾患(CVD)とうつ病の関連は広く知られていたが、その関連が家族に派生するかについては分かっていなかった。私たちが行った研究により、配偶者のCVD発症がパートナーのうつ病のリスク上昇をもたらすことが世界で初めて明らかとなった(プロジェクト①-1)。さらに因果フォレストという最先端の機械学習アルゴリズムを適用することで、配偶者がCVD発症したのちにメンタルヘルスの影響を受けやすい(脆弱性の高い)集団は、女性で基礎疾患が少ないものの不健康な習慣を有しているという特徴が明らかとなった(プロジェクト①-2)。さらに集団全体では配偶者のCVD発症による医療費の上昇は認めなかったものの、最も脆弱性の高い集団では医療費の上昇を認めた。本テーマを拡張させる形で、配偶者のCVD発症後のパートナーの認知症リスク(プロジェクト①-3)、配偶者の糖尿病発症後のパートナーの認知症リスク(プロジェクト①-4)、子供の先天性心疾患罹患後の親のうつ病発症リスク(プロジェクト①-5)についても検討を行った。</p> <p>次に既往歴の観点から、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、糖尿病診断後の自殺リスク上昇の程度を定量化した(プロジェクト②-1)。本テーマについても、地域の社会経済状況による異質性評価(プロジェクト②-2)、個人・社会レベルでの社会経済状況と自殺の関連(プロジェクト②-3)についての検討へと拡張した。透析とメンタルヘルスの関連も検討しており、透析導入患者において、うつ病診断や睡眠・抗不安薬の処方 は透析導入直後に顕著なリスク上昇を認めた(プロジェクト②-4)。</p> <p>薬剤の観点としては、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Target Trial Emulationという因果推論のフレームワークを用いて検討し、肥満の程度によって効果が異なることを世界で初めて明らかにした(プロジェクト③-1)。さらに、機械学習アルゴリズムを応用することで効果の異質性を深堀し、CVDリスクスコアが低い集団においても一定数の患者がSGLT2阻害薬の恩恵を受けることが明らかとなった(プロジェクト③-2)。また、CVDリスクスコアについては近年世界的に見直しが行われており、2024年に米国心臓協会から発表されたPREVENTという最新のリスクスコアの日本人集団における妥当性について検討したところ、心不全入院では過大評価されることが明らかとなり、今後の日本人におけるリスクスコアの適応への重要な示唆を得ることができた(プロジェクト③-3)。</p>

	<p>政策の観点では、日本の特異的な健康保険の仕組みを活用することで、一般集団において心電図異常が長期予後と関連していることを明らかにした(プロジェクト④-1)。また、心不全患者における退院支援加算制度の導入と30日以内の再入院との関連を検討した結果、明らかな再入院抑制効果は認められず、本制度のより詳細な検討の必要性が示された(プロジェクト④-2)。</p> <p>以上のプロジェクトを通して、社会・環境因子、既往歴、薬剤、政策を含む多角的な視点から、生活習慣病のリスクおよびそのうつ病との関わりについて明らかとなり、被保険者の健康増進に向けた新しいエビデンスを提供することができた。</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[(図表4-41) 外部有識者を活用した調査研究 第3期 採択案件①～④、第4期 採択案件①～

③の中間報告]

研究課題名 第3期 ①	『協会けんぽにおける今後の保健事業等の基盤整備を目指した調査分析』
研究代表者	東京大学 未来ビジョン研究センター 特任教授 井出 博生
成果の概要 (2年目の 中間報告)	<p>本調査研究では4つの分析課題を取り扱った。前半2つは指定テーマ型研究である特定保健指導に関連し、(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を行った。後半の2つは自由提案型研究であり、(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・地域別の分析を行なった。</p> <p>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、初回面接時に対象者の健診結果や生活習慣改善意欲に応じた高い目標値を設定することは、対象者のモチベーションを上げ指導中断し難くなると共に検査値の改善に寄与する可能性が示唆された。また、②特定保健指導リピーター対策に関する分析では、特定保健指導実施者における積極的支援からの改善有無は性別、年齢、積極的支援の終了・中断、生活習慣の改善意欲等との関連が確認された。</p> <p>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、医療費については、新生物の場合、第一次緊急事態宣言下ではどの層においても平均医療費の減少が認められたが、第二次以降では、外来診療では男女ともに、入院診療では男性において平均医療費の増加がみられた。一方で呼吸器系疾患では緊急事態宣言の実施期間にかかわらず、外来診療では全期間を通して男女ともに平均医療費の減少が持続していたことなどがわかった。</p> <p>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、性別や年齢だけではなく、離職に対して被扶養者数、標準報酬月額、決定点数等の効果が存在し、業態別の違いも大きいことが示された。生活習慣病のうち糖尿病は離職リスクを高くすることを確認した。</p> <p>本調査研究から得られた成果の一部について学会発表を行ってきており、今後は学術論文としての公表に努める。また協会けんぽが実施する保健事業の改善に資するようフィードバックも進める。</p>

研究課題名 第3期 ②	『就労女性の性に関連する健康と労働生産性の実証研究』
研究代表者	秋田大学大学院 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	①女性特有疾患の受療率・罹患率推定および併存する疾患について

<p>(2年目の 中間報告)</p>	<p>②女性特有疾患が労働生産性に与える影響について ③生殖器がんの診断を受けた女性の難職率について ④(③の発展型として)大腸がん罹患後の継続就業率の男女差 上記の研究テーマの内、今年度は①③④の分析を行った。</p> <p>①：女性特有の疾患である月経困難症、月経前症候群(PMS)、更年期障害、乳がんの受療率・罹患率を推定し、併存疾患の実態を明らかにすることを目的とする。2015年4月から2023年3月までの協会レセプトデータを用い、被扶養者を含む約5,300万人の女性のうち、約2,700万人の労働者を中心に解析した。対象年齢は、月経困難症およびPMSが20～51歳、更年期障害が45～56歳とした。疾患定義はICD-10および標準傷病名コードに基づき、婦人科専門医の協議を経て設定した。受療率は、該当疾患コードのレセプトを1件以上有する者を「受療あり」とし、分母は人年で補正して10万人年あたりで算出した。更年期障害では、ホルモン補充療法(HRT)、漢方薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬、向精神薬の処方実態を把握し、HRTはエストロゲン製剤(CEE、E2、E3)、プロゲスチン製剤、配合剤に分類した。診断日前6か月以内にLH-RHアゴニストまたはGn-RHアンタゴニスト製剤の処方がある場合は医原性と判断し除外した。さらに、更年期障害に併存する睡眠障害、気分・不安障害、高血圧、頭痛、倦怠感、肥満、尿失禁などの有無を傷病名コードから抽出し、年度別に集計した。結果、受療率は年々上昇しており、月経困難症は2015年度の3,960から2022年度には8,855、PMSは262から497へ、約2倍に増加した。更年期障害も2016年度の6,848から2022年度には9,532と上昇したが、PMSは他疾患と比べ受療率が依然として低かった。年齢別では、月経困難症は20代で顕著な上昇を示し、PMSも40代前半まで上昇傾向だった。更年期障害は全世界で増加しており、特に50～57歳で高かった。HRTは更年期障害の30%に処方され、漢方薬は45%であった。薬剤別にみると、CEEおよびE2製剤は約20%で横ばい、E3製剤は6.6%から5.1%へ減少、配合剤は5.6%から7.7%に上昇、プロゲスチン製剤も12.3%から14.1%へと増加した。併存疾患は、2021年度以降に併存割合が増加し、59.7%に達した。最多は睡眠障害で約26%、次いで高血圧、頭痛、不安障害、うつの順だった。これらの結果は、働く女性の健康支援に向けた基盤資料となり得る。</p> <p>③：生殖器がん(乳がん・子宮がん・卵巣がん)の診断は、雇用の継続に影響を及ぼし、経済的困窮や治療の中断を招く恐れがある。本研究では、乳がんや子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんの診断後に女性が失職するリスクが、同様のがんを有さない女性よりも高いかどうかを検討した。対象は就労中の女性で、2017年4月～2023年3月の72か月間に新たに乳がん(コホート1)、子宮頸がん(コホート2)、子宮体がん(コホート3)、卵巣がん(コホート4)と診断された被保険者を「がん群」と定義した。診断日はインデックス日とし、診断前24か月に同がんの診断や手術歴のない者、かつ58歳未満で、再発に該当する修正コードを有さない者のみを対象とした。非がん群は、観察期間中にいずれのがんの診断もない被保険者から10対1でマッチングし、出生年、コホート登録年月、基準日年齢を基準とした。主要アウトカムは、基準日から2年間における全原因による離職であり、退職、契約終了、解雇、懲戒解雇を含む。観察終了日(2023年3月31日)または死亡、インデックス日から2年経過時点を打ち切りとし、死亡は情報の打ち切りとした。副次アウトカムは離職と死亡の複合転帰とした。共変量には、年齢、地域、産業分類、月収、勤続年数、BMI、喫煙・飲酒・身体活動、健康診断歴、</p>
------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

うつ病や認知症、他のがんの既往を含めた。欠損値はRのmiceパッケージによる300の多重補完で処理し、Rubinのルールで統合した。主要解析は、層別Cox比例ハザードモデルを用い、ハザード比(HR)および95%信頼区間(CI)を推定した。追跡2年間の離職率は、乳がん18.2%vs16.5% (HR:1.179、95%CI:1.155-1.203)、子宮頸がん22.4%vs18.7% (HR:1.308、95%CI:1.260-1.358)、子宮体がん 18.7%vs16.4% (HR:1.238、95%CI:1.191-1.287)、卵巣がん22.6%vs.17.9% (HR:1.442、95%CI:1.374-1.514)であり、すべてのがん群で有意に高かった。複合転帰(失職+死亡)でも同様の傾向がみられた。サブグループ解析では、高齢、低所得、勤続年数が長い、うつ病歴ありの女性で離職リスクが高かった。がんを有する女性が仕事を継続しながら治療を受けるには、就労環境と個人特性を踏まえた支援が不可欠であり、今後は職域における多様な支援策の整備が求められる。

④ (③の発展型)：働く世代のがん患者の就労や離職の現状把握は、第4期がん対策推進基本計画における「がんと共生」の取り組むべき施策の一つである。本研究は、男女ともに罹患数が2番目に多い大腸がんに着目し、大腸がん罹患後の就労継続割合を観察することで、がん罹患後の離職に男女差が存在するかどうかを明らかにすることを最終目的とする。今回は、予備研究として、人口約55万人のA県における大腸がん罹患後の就労継続割合の性差の有無を、協会けんぽ加入者のレセプトおよび資格情報データベースを使用して検証した。解析には2015年4月から2022年3月までの協会けんぽの医科レセプトと資格情報を用いた。A県支部の被保険者本人から、2016年4月1日～2019年3月31日に大腸がん(ICD-10コードの上3桁がC18～C20)の診断を受けた集団を特定し、レセプト上の治療開始日をIndex dateとした。そこから、診断時の年齢が57歳以下の人を抽出した。さらに、Index dateの前1年間に大腸がんを含むがんの診断を受けたもの(ICD-10コードの上1桁がC)を除き、研究対象集団とした。アウトカムは保険に継続加入している者を就労継続中と定義し、資格情報上の離職をイベント、死亡を含む保険離脱を打ち切りとして扱った。観察期間は、Index dateから離職日、あるいはIndex dateから36か月のいずれか最初の日までとした。大腸がん罹患後の就労継続率の解析にはKaplan-Meier法を、男女の比較にはLog-Rank検定を用いて検討した。観察開始時の対象集団は男性3,192人、女性2,433人であった。大腸がん診断1年目の離職者は、男性238人(観察開始時対象集団の7.5%)、女性252人(同10.4%)、2年目の離職者は男性167人(同5.2%)、女性171人(同7.0%)、3年目の離職者は男性203人(同6.4%)、女性161人(同6.6%)であり、女性は診断からの時間が短いほど離職者が多かった。男性の608人(19%)、女性の508人(24%)は、治療開始から3年以内に離職していた。また、生存時間分析による大腸がん診断後の就労継続率に男女差がみられた($P < 0.001$)。がん診断時に加入していた保険に継続して加入している者を就労継続中として、A県における大腸がん診断後3年間の就労継続率の性差を検討した。結果は大腸がん診断後の就労継続率に性差があることを示唆している。今回は大腸がんを診断された人を対象としたが、今後はその中でも大腸がんの特異的な外科手術を受けた人に絞り込んでさらなる解析を行う予定である。就労継続率の性差が地域的な特徴なのかどうかを明らかにする必要がある。また、効果的ながん患者の就労支援の構築には、罹患後の就労継続のバリアにおける男女差を明らかにする必要があるだろう。

研究課題名 第3期 ③	『患者・供給者の行動変容と保険者機能強化による医療サービスの効率化』
研究代表者	上智大学 経済学部 経済学科 教授 中村 さやか
成果の概要 (2年目の 中間報告)	<p>1. 研究の全体像</p> <p>本研究は、医療における非効率性の解消に向けて、問題を需要側、すなわち患者の行動と、供給側、すなわち医療供給者の行動の両面から分析し、保険者機能強化に向けた提案や政策提言を行うものである。このテーマについて、患者の行動によって生じる非効率性の解消に向けた分析(研究項目1)と医療利用の要因分解(研究項目2)の2つの項目の分析を行った。今年度は研究項目2を中心に、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研究を進めた。多くの国で医療利用における顕著な地域差が観察されており、その要因を理解することは政策上重要な意味を持つため、海外では先行研究が蓄積されてきた。本研究では、2015年度から2023年度にかけての協会けんぽのレセプトデータを用いて日本の医療費の地域差の要因を分析した。日本のデータを使うことで、国ごとに制度的枠組が異なるなか、国により地域固有要因の割合にどのような差異があるかについて貴重な洞察が得られる。分析結果はまだ確定していないが、暫定的な結果では、性・年齢調整済み総医療費の地域差は主に需要側要因の地域差によって説明される。医療費を費目別に分析したところ、入院医療費および外来医療費についても同様の結果が得られた。しかし歯科医療費については、都道府県間の地域差や二次医療圏間の地域差の約半分が地域固有の要因によって説明され、二次医療圏レベル、もしくはさらに小さい地理的範囲での大きな地域固定効果が存在することが示唆される。また調剤費については、都道府県間の地域差の半分近くが地域固有の要因によって説明される一方で、二次医療圏単位の分析では地域固有の要因によって説明される割合は小さく、都道府県単位で決定される供給側の要因の重要性がうかがわれる。また、研究項目2の一環として、調剤薬局による後発品選択についての研究成果が、2025年5月21日に査読付き国際学術誌BMJ Openに掲載された。研究項目1については、所得による健康格差が生じるメカニズムの解明を進めるため、生活習慣病の中でも特に悪化すると高額な治療を要する糖尿病および慢性腎臓病の進行と居住地特性の関連を分析した。医療機関へのアクセスが制限された地域では糖尿病管理が困難になり、心血管症発症リスクが高まるという仮説を検証するため、医療機関への近さ/遠さを表す僻地度と糖尿病患者の心血管症の関連を分析したところ、仮説とは逆に、僻地度が高く医療アクセスが悪い地域ほど糖尿病患者の心血管症発症リスクが低いという結果を得た。また、僻地度および地域の貧困度を表す地域剥奪指標と、急速な慢性腎臓病進行や腎代替療法開始との関連を検討したところ、僻地や剥奪度の高い地域ほど腎機能低下のリスクが高いと結論付けた海外の先行研究とは異なり、これらの地域指標と腎機能低下の関連ははっきりしなかった。</p> <p>2. テーマ別の実施状況</p> <p>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</p> <p>今年度は直近の先行研究を調査し、試行錯誤を重ねながら分析手法を選択し、また費目別の分析も行い、研究の根幹をなす分析を完成形に近づけた。分析結果を国際学会報告に応募し、来年度に開催される 14th Annual Conference of the American Society of Health Economists および 2025 International Health Economics</p>

Association Congressにて口頭報告として採択された。分析結果はまだ確定していないが、暫定的な結果を得ている。まず、結果変数別のイベントスタディー分析では、いずれの結果変数についても、また地域単位が都道府県と二次医療圏のどちらであっても、二つの点が共通している。第一に、転居前の係数はゼロに近く、健康状態が悪化した個人が医療の充実した地域に転居しているという仮説は支持されないことは、転居による地域の平均医療費の変化が外生的であるという我々の仮定と整合的である。第二に、転居後の係数は有意に正であり、平均医療費の低い地域から高い地域に転居すると転居者の医療費も上がり、平均医療費の高い地域から低い地域に転居すると転居者の医療費も下がることが示唆される。次に平均医療費が上位50%の地域と下位50%の地域に分けた加法的要因分解では、総医療費については、都道府県単位の分析でも二次医療圏単位の分析でも、医療費の地域差の大部分は地域固定効果ではなく個人の特性や固定効果の差で説明される。項目別の分析では、医科入院および医科外来については、総医療費と同様に、地域単位が都道府県でも二次医療圏でも、医療費の地域差の大部分は個人の特性や固定効果の差で説明される。一方、歯科については都道府県単位・二次医療圏単位両方の分析で、地域固定効果の差で説明される割合がかなり大きいことから、二次医療圏レベル、もしくはさらに小さい地理的範囲での大きな地域固定効果の存在が示唆される。さらに調剤については、地域固定効果の差で説明される割合が都道府県単位の分析では大きいのに対し、二次医療圏単位の分析ではかなり小さくなっていることから、都道府県単位で決定される供給側の要因の重要性がうかがわれる。さらに、総医療費の分散分解分析では、個人効果平均値と地域固定効果の地域単位での相関係数は都道府県単位の分析でも二次医療圏単位の分析でも歯科で0に近い以外は負になっている。アメリカの先行研究では相関係数が正になっていて医療需要の大きい患者が医療供給の充実した地域に住んでいることが示唆されたのとは逆の結果である。

2.2 調剤薬局による後発品選択についての研究

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。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。さらに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。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。分析結果は2024年度に藤本彩芽・富蓉・野口晴子・丸山士行・中村さやかとの共著論文”Breaking Brand: An

Observational Study on Pharmacy-Hospital-Patient Relationships and Generic Drug Utilization in Japan”として、2025年5月21日に査読付き国際学術誌であるBMJ Openに掲載された。

2.3 僻地度と糖尿病患者の心血管症に関する研究

本研究では僻地度と糖尿病患者の心血管症(CardioVascular Disease: CVD)の関連性を検討した。CVDは世界的な主要死亡原因であり、糖尿病はその発症リスクを高める重要因子とされる。糖尿病患者では、高血糖状態が血管内皮機能障害や慢性炎症を促進し、動脈硬化や心筋梗塞のリスクを増大させる。そのため、適切な血糖コントロールや定期的な医療機関受診が不可欠である。しかし、医療機関へのアクセスが制限された地域では、糖尿病管理が困難になり、CVD発症リスクが高まる可能性がある。既存研究では、糖尿病患者のCVDリスクや社会経済的要因との関連、都市部と地方における糖尿病管理の差異が報告されているが僻地度が糖尿病患者のCVD発症リスクに与える影響を定量的に評価した研究は限られている。特に僻地度とCVD発症リスクの関連について長期的データを用いて検証した研究は乏しい。本研究では、この知識のギャップを埋めることを目的とする。本研究では、日本の僻地度指標であるRurality Index for Japan (RIJ)を用い、糖尿病患者のCVD発症リスクとの関連を分析する。RIJは、人口密度、医療機関までの距離、離島の有無、豪雪地域の影響を考慮し、医療アクセスの制限を包括的に評価できる指標である。また、日本は国民皆保険制度を採用しており、医療保険の有無によるバイアスを抑えつつ、地理的要因の影響を評価できる。本研究は僻地におけるCVD予防と糖尿病管理の課題の明確化、医療資源の効率的な配分、健康格差の是正に貢献し、公衆衛生政策の改善に寄与することを目指す。本研究の解析結果において、僻地度が高いほど糖尿病患者のCVDリスクが低いことが示された。この結果は研究仮説と相反しているが、その原因として以下のものが挙げられる。第一に、僻地度の低い地域には高度な医療施設が集中しているため、重症化した患者が治療を求めて転居している可能性がある。これにより、僻地度の低い地域における糖尿病患者のCVD発症率が高くなると考えられる。第二に、僻地において専門的な治療への障壁はあるものの、プライマリケアへのアクセスが都市部より容易であることから、CVDの発見・早期治療が都市部より優れていることが挙げられる。上記を踏まえて、比例ハザード性の仮定の妥当性検証以降の統計解析手順を検討中である。

2.4 居住地域の近隣剥奪、僻地度と腎機能低下の関連

慢性腎臓病(CKD)の罹患や進展に社会経済格差(所得や教育歴に関連する)が存在することがいくつかの国で示されてきたが、国民皆保険制度を持たない米国での研究が多くを占め、国民皆保険の敷かれた国、特に日本におけるエビデンスはほとんど存在しない。さらに地域の社会経済状況と腎機能低下の関連性は十分に分かっておらず、今回検討した。全国健康保険協会に加入する被保険者のうち、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回以上行った者を対象とした。居住地の郵便番号5桁に基づく①地域剥奪指標:Area Deprivation Index(ADI)(Nakaya T, Ito Y. The Atlas of Health Inequalities in Japan. Springer2019, 地域の貧困世帯割合を推定する)と②医療における僻地度指標:Rurality Index for Japan (RIJ)(Kaneko M, et al. BMJ Open.2023;13(6):

	<p>e068800., 医療機関への近さ/遠さを表す)と、(i)急速なCKD進行、(ii)腎代替療法開始との関連を検討した。統計解析は(i)ロジスティック回帰分析、(ii)COX比例ハザードモデルを用い、共変量には年齢、性別、喫煙習慣、併存疾患、健康診断データ、個人所得を使用した。その結果、性・年齢調整のもと貧困な地域でわずかに腎代替療法開始のリスク上昇を認めたと、その他は地域の貧困度や僻地度による腎機能低下リスクの違いははっきりしないか、どちらかというとも田舎よりも都市部でリスクの高い傾向がみられた。委託研究第1期に行った個人所得と腎機能低下の関連では、最も所得の低い群は最も所得の高い群に対して急速なCKD進行のリスクが1.71倍、腎代替療法開始のリスクが1.65倍と所得水準によるリスクの大きな違いがみられたが、今回の分析では居住地域の社会経済状況と腎機能低下の関連ははっきりしなかった。スウェーデンにおいて居住地域の近隣剥奪は腎代替療法の発生と関連し、カナダにおいて僻地度はCKD進行と関連することが報告されていたが、本研究では明らかな差を認めなかった。国民皆保険や生活習慣予防健診などの医療制度のもと、一定の公平性が保たれている可能性は示唆されたが、一方で健康診断の未受診者や僻地の肉体労働者など今回対象に含まれていない労働者における状況は不明であり、今後可能な範囲で分析を追加する予定である。CKDの発症・進行予防には居住地域よりも個人の社会経済状況の方が重要と考えられ、今後は生活習慣や生活習慣病の発生、受療行動など個人の社会経済状況と腎機能低下をつなぐメカニズムについても分析を進める方針である。</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>研究課題名 第3期 ④</p>	<p>『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』</p>
<p>研究代表者</p>	<p>京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻 特定教授 福間 真悟</p>
<p>成果の概要 (2年目の 中間報告)</p>	<p>本研究は、全国健康保険協会データベースを活用し、医療者や被保険者の行動に関わる課題を科学的に明らかにし、保健事業の質と実効性を高めるエビデンス「行動インサイト」の創出を目的としたものである。2023-2024年度は、行動課題と改善アプローチに関する知見を得てきた。最初に、特定健診・特定保健指導における行動変容介入の対象者選択を考察するため、保険者データベースによる心血管リスク推定の改善に取り組んだ。レセプトや健診データといった大規模かつ非構造化データを活用し、最新の自然言語処理技術(Transformer、Cross Attention)を応用することで、心血管イベント予測の精度を向上させる新たな分析モデルを構築した。この成果は、保険者が保有するデータを最大限に活用するための技術的基盤となりうる。また、因果探索手法を用いて、行動変容介入後の因果メカニズムについて検討した。統計的因果探索は、因果メカニズムが未知の部分に対して因果推論を探索的に展開する。データ・ドリブンに因果グラフを構築し、事前情報をうまく組み合わせる因果メカニズムを解釈する。時系列の健診データをベースにして、因果探索による因果グラフを作成し、生活指導介入がその後の各心血管リスク因子に与える影響を可視化した。さらに、就労世代における健康課題・行動課題が、医療利用、就業継続、将来の疾患リスクに与える影響を定量的に評価した。これにより、対象者抽出や介入の重点化に役立つ具体的な示唆が得られた。本研究の成果は、保健事業の企画・実施に直結する実践的知見であり、科学的根拠に基づく行動変容介入の設計に資するものである。</p>

研究課題名 第4期 ①	『協会けんぽ加入者の高額医療費集団に特徴的な疾患群に対する効率的医療費適正化を目指した多元統括的研究』
研究代表者	慶應義塾大学 予防医療センター 特任教授 伊藤 裕
成果の概要 (1年目の 中間報告)	<p>協会けんぽ加入者の医療費適正化を効率的に進めるためには、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捉えていく必要がある。</p> <p>本研究では、効率的な医療費適正化に資するエビデンスを得るために、協会けんぽ加入者に特徴的な疾患群の検証や、高額医療費集団に特徴的な疾患群(メタボリックシンドローム、腎臓病、女性特有の疾患、メンタル疾患、フレイル)に着目した解析を進めている。各テーマにおける成果の概要は下記の通りである。</p> <p>1. 協会けんぽ加入者に特徴的な疾患群の検証</p> <p>疾病構造を視覚的に把握可能な共起ネットワーク分析という手法を用いて、各年代・性別・BMI別に特徴的な疾患群を横断的に検証した。</p> <p>男性18-29歳の集団では歯科疾患、アレルギー疾患、メンタル疾患、皮膚疾患が特徴的であり、40代で高血圧症、脂質異常症、糖尿病などのメタボリックシンドロームに関わる3疾病が出現した。また50代ではメタボリックシンドロームと逆流性食道炎のような消化管疾患のつながりが認められ、60代以降では代謝・循環器疾患、消化管疾患、運動器疾患の密接な関係性が認められた。女性の若年層では男性でも認められた疾患群に加え、女性特有の疾患(月経障害、子宮内膜症、卵巣機能障害等)が特徴的であった。女性でメタボリックシンドロームに関わる3疾病が出現するのは50代以降であり、60代以降になると男性同様に代謝・循環器疾患、消化管疾患、運動器疾患の密接な関係性が認められた。BMI別に確認すると、肥満度が高いほど代謝・循環器疾患が多くなり、それらの疾患と逆流性食道炎がつながる傾向にあった。一方で、女性ではBMIが25kg/m²未満の集団では歯周疾患を中心とした疾病構造が確認された。また、特定保健指導の目標達成につながる要因に関する検討も並行して行っている。</p> <p>2. 各種疾患群の地域差分析に関する進捗状況</p> <p>地理情報システム(GIS)を用いて、各種疾患群の地理的分布(被保険者の住所地)を二次医療圏ごとに検証している。高血圧症、脂質異常症、糖尿病該当者数はいずれも北海道や東北地域で多く、糖尿病該当者については九州地域でも多い傾向を示した。2型糖尿病性腎症に着目し、腎アウトカム(2年間でeGFRが30%以上低下)の新規発生率と専門医の地理的分布の関係性を検討中であり、糖尿病専門医や腎臓病専門医の多い地域では、腎アウトカムの新規発生率が少ない傾向が示されている。女性の健康課題として注目されている更年期障害とPMS(月経前症候群)については、人口10万人あたりの患者数は最も多い地域と少ない地域で4,000人ほど(約4倍)の差があり、診療の地域差が認められた。</p> <p>初年度は共起ネットワーク分析を用いることで、協会けんぽ加入者における疾患群の特徴を各年代・性別に詳細に把握することが出来た。またGISを用い、生活習慣病該当者の地理的分布や、女性特有の疾患における診療の地域差を評価することが出来た。今後は縦断解析を行い、業態や地域などの要因が各種疾患の重症化にもたら</p>

す影響を検証していく予定である。

研究課題名 第4期 ②	『高血圧治療開始前から治療期までの血圧コントロール不良要因とその地域差の解明』
研究代表者	東北医科薬科大学 医学部 教授 目時 弘仁
成果の概要 (1年目の 中間報告)	<p>1. 研究の全体像</p> <p>【目的】高血圧治療開始前後の患者特性や薬物治療内容の推移と、その地域差を解明し、地域特性を考慮した効率的な高血圧予防・治療アプローチ方法を提言する。</p> <p>【方法】2015年度から2023年度に実施された事業者健診および生活習慣病予防健診のデータを使用し、はじめて降圧薬治療を開始された者1,318,437名を対象とした。健診時の「血圧を下げる薬の使用の有無」に「あり」と回答した最初の健診を「治療後健診」、その直前の「なし」と回答された健診を「治療前健診」と定義し、治療前後の血圧値と患者特性を分析した。また、都道府県別の治療前後の血圧値、血圧コントロール(治療後SBP/DBP<130/<80mmHg)割合を比較し、その地域差と脳血管障害死亡率との関連を生態学的に検討した。さらに、医師偏在指標や病院薬剤師偏在指標などの医療関連指標と血圧コントロール割合の関連を重回帰分析にて検討した。</p> <p>【結果】治療開始者の治療前健診時の平均年齢は55.2歳、男性割合は71.1%、平均BMIは25.2kg/m²であった。収縮期/拡張期血圧(SBP/DBP)の平均値は治療前健診で148.3/92.4mmHg、治療後健診で134.1/83.1mmHgであり、高血圧治療ガイドラインにおける合併症の無い75歳未満の降圧目標(SBP/DBP<130/<80mmHg)達成割合は26.7%にとどまった。治療前健診時SBPは都道府県間で最大5.28mmHgの差が認められた。治療後健診時SBPも同様に地域差が認められ、性、年齢、および治療前SBP等を含む共変量を調整後も、治療後SBPは都道府県間で最大3.28mmHgの差が残存した。血圧コントロール割合にも最大10.14%の地域差が認められ、共変量調整後もこの差は残存した。都道府県別の治療後SBP/DBP<130/<80mmHgへのコントロール割合(調整後)は2020年度の脳血管障害死亡率と相関しており、コントロール割合の10%上昇で、脳血管障害死亡例数が人口10万人あたりで男性では24例、女性では27例減少すると推定された。医療関連指標との検討では、医師偏在指標や病院薬剤師偏在指標が血圧コントロール割合と有意に関連した。</p> <p>【結論】高血圧治療開始前後の血圧値およびコントロール状況には明確な地域差が存在した。血圧コントロール割合と脳血管障害死亡率の関連が示され、地域ごとの適切な血圧管理の重要性が示唆された。医師や薬剤師の地域偏在が血圧コントロール不良の要因の一つである可能性があり、今後、医療資源の地域偏在が血圧管理に与える影響とその解決策について、さらなる検討が求められる。</p> <p>2. テーマ別の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研究項目(1):高血圧薬物治療開始者の治療開始時点における特性 <p>マイルストーン①:倫理審査申請</p> <p>研究の全体像に記載の通り、東北医科薬科大学にて倫理審査申請を実施し、生命科学・医学系研究倫理審査委員会の承認(2024-2-013)および学長の研究実施許可を取得済みである(2024年4月30日)。</p> <p>マイルストーン②:解析環境整備とデータ抽出</p> <p>解析用端末の準備と整備を行い、リモートデスクトップによる解析が可能な環</p>

	<p>境を整えた。2015年4月1日から2023年3月31日の事業者健診データおよび生活習慣病予防健診データを抽出し、上述の通り、一定の成果が得られている。</p> <p>マイルストーン③:健診とレセプトデータの連結とデータの妥当性確認</p> <p>医科レセプトと調剤レセプトを医療機関ID、個人ID、診療年月をキーとしてデータ結合を行った。院内処方の場合は医科レセプトのみを参照し、院外処方の場合は医科レセプトと調剤レセプトの両方を参照し降圧薬のデータ抽出に取り掛かっている。個人ごとの降圧薬総薬剂量に基づき、降圧薬投与量の解析に関しては現在進行中であるため、次年度には報告できる見込みである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研究項目(2):血圧コントロール不良に寄与する服薬アドヒアランスと治療不十分の影響の定量化 <p>本研究項目については1年度目での計画はなかったが、2023年度における系統別の降圧薬処方割合調剤レセプトデータを解析し、高血圧症の傷病コードが付き、かつ降圧薬の調剤レセプトを有する対象者を抽出し系統別降圧薬の処方割合を明らかにした。治療後健診時におけるSBP/DBP<130/<80mmHgの割合が共変量調整後にトップであった香川県、最下位であった和歌山県、および中間層の代表例として東京都における2023年度における系統別の降圧薬処方割合の結果から、血圧コントロール割合の順位と明確な関連した処方割合は存在せず、今後は年齢や疾患などを考慮した分析が必要と考えられた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研究項目(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の模索 <p>本研究項目については1年度目での計画実施は予定されていなかった。しかし、上述の成果により、一定の公衆衛生学的アプローチの模索ができている。今回の医師偏在指標/病院薬剤師偏在指標との解析により、医師や薬剤費といったコメディカルの地域偏在が血圧コントロール不良の要因の一つである可能性を既に見出した。この知見を踏まえ、今後は医療の地域偏在が血圧管理に与える影響とその解決策について考察を深める予定である。</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

研究課題名 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 →同大学 産業保健データサイエンスセンター 助教 藤本 賢治 に交替。
成果の概要	(研究代表者からの申し出により研究中止)

iii) 好事例の横展開

①本部主導型パイロット事業

2024年度の本部主導型パイロット事業として、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（令和5年7月20日厚生労働省告示第234号。以下「第四期医療費適正化基本方針」という。）において取り組むこととされたバイオ後続品（以下、「バイオシミラー」という。）の使用促進として、「バイオシミラー情報提供ツールを活用した医療機関へのアプローチ事業」を10支部で実施しました。実施概要は以下のとおりであり、当該事業の取組状況を踏まえ、2025年度

に全国展開（全支部においてバイオシミラー使用促進事業を実施）する予定です（詳細は146頁参照）。

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	本部において、協会レセプトデータをもとに、地域や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、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、バイオシミラー使用促進を医療機関に対して働きかけるとともに、医療機関の方針や課題などの意見交換を行う。
実施支部	青森、福島、新潟、石川、福井、静岡、大阪、愛媛、福岡、宮崎

②保険者努力重点支援プロジェクト

保険者努力重点支援プロジェクトは都道府県単位保険料率が高い水準で推移している北海道、徳島、佐賀支部（以下、「対象3支部」という。）において、2024年度中を目途に保険料率上昇の抑制が期待できる事業を実施すること、併せて、本プロジェクトの実施を通じて蓄積した分析・事業企画の手法について、全支部に横展開していくことを目的として、2022年度下期より開始しています。

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

これまでに、アドバイザリーボード等を計5回開催し、2023年11月開催の第4回アドバイザリーボードでは、データ分析結果により洗い出された課題のうち、これまでの議論等を踏まえ、「優先して解決すべき5つの課題」と、「課題の解決に向けて取り組む令和6年度事業」について決定し、詳細設計等の準備期間を経て、2024年8月より順次事業を開始しました。

また、本プロジェクトで実施したデータ分析の手法等について、他の44支部への横展開を図るべく、2024年9月に支部幹部職員と分析担当者を対象とした研修会（分析結果の解釈・評価の視点に関するアドバイザリーボードワーキンググループ委員の講演等）を開催しました。

加えて、「喫煙率が高い」といった本プロジェクト対象3支部と同じ健康課題のある支部のうち、まずは6支部と本部が連携し、2025年度からの事業実施（先行実施）に向けた準備を進めました。

2025年度においても、本プロジェクト対象3支部と同じ健康課題のある支部への横展開を見据え、課題解決に向けた事業を継続して実施するとともに、医療費や健診データを用いた定量的な効果検証（最終評価は、2026（令和8）年度中の実施を予定）を行う等、効果的な横展開の手法等の確立を目指すこととしています。

【(図表4-42) 保険者努力重点支援プロジェクト アドバイザリーボード等構成員名簿(2025年3月時点)】

【アドバイザリーボード委員】

岡村 智教	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学 教授・全国健康保険協会 理事
後藤 励	慶應義塾大学経営管理研究科 教授
津下 一代	女子栄養大学 特任教授
野口 緑	大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学 特任准教授

(敬称略・五十音順)

【アドバイザリーボードワーキンググループ委員】

井出 博生	東京大学未来ビジョン研究センター 特任准教授
岡村 智教	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学 教授・全国健康保険協会 理事
鈴木 悟子	富山大学学術研究部医学系(地域看護学) 講師
村木 功	筑波大学医学医療系 教授

(敬称略・五十音順)

【地域アドバイザー(北海道)】

大西 浩文	札幌医科大学医学部公衆衛生学講座 教授
-------	---------------------

(敬称略)

【地域アドバイザー(徳島県)】

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

(敬称略)

【地域アドバイザー(佐賀県)】

村松 圭司	産業医科大学公衆衛生学教室 准教授
-------	-------------------

(敬称略)

〔(図表4-43)「優先して解決すべき5つの課題」と「令和6年度に取り組む事業」等の概要
(2024年12月2日運営委員会提出資料)〕

「優先して解決すべき5つの課題」と「令和6年度に取り組む事業」等の概要

課題1：「肺がん」の医療費が高く、かつ喫煙習慣のある者の割合が高い《3支部共通の課題》

・肺がんの医療費について、「主な事業対象（優先すべきターゲット）」に掲げた者は、**全国の同業態平均より高い**。また、年齢階層別に見ると、北海道は55歳～、徳島は50歳～（女性は45歳～）、佐賀は45歳～急激に上昇。
 ・喫煙習慣のある者の割合について、「主な事業対象（優先すべきターゲット）」に掲げた者は、**支部平均より高い**。また、年齢階層別に見ると、男性（3支部共通）は35歳～44歳、女性（徳島）は45歳～49歳が最も高く、以降は徐々に低下。

【主な事業対象（優先すべきターゲット）】
 北海道：総合工事業（男性）、職別工事業（男性）、設備工事業（男性）、道路貨物運送業（男性）、その他の運輸業（男性）
 徳島：総合工事業（男性）、社会保険・社会福祉・介護事業（女性）
 佐賀：総合工事業（男性）

《課題解決に向けて令和6年度に取り組む主な事業》

- ・喫煙習慣のある被保険者に対する情報提供 ≪令和6年度は3支部合計で約50,000人を対象に実施≫
- ・胸部エックス線検査で「要精密検査（又は要治療）」の判定を受けた被保険者であって、医療機関未受診者に対する医療機関受診勧奨 ≪令和6年度は3支部合計で約1,000人を対象に実施≫

➡ **本事業（がん検診項目受診後の受診勧奨）は令和7年度より全国展開**

課題2：「糖尿病」の外来医療費が高く、かつ代謝リスクのある者の割合が高い《3支部共通の課題》

課題3：「高血圧性疾患」の外来医療費が高く、かつ血圧リスクのある者の割合が高い《3支部共通の課題》

・糖尿病、高血圧性疾患の外来医療費について、「主な事業対象（優先すべきターゲット）」に掲げた者は、**全国の同業態平均より高い**。また、年齢階層別に見ると、多くの年齢階層で全国の同業態平均より高く、**特に40歳～急激に上昇**。
 ・代謝リスク、血圧リスク保有者の割合について、「主な事業対象（優先すべきターゲット）」に掲げた者は、多くの年齢階層で支部平均を上回る。

【主な事業対象（優先すべきターゲット）】
 北海道：総合工事業（男性）、職別工事業（男性）、設備工事業（男性）、道路貨物運送業（男性）、その他の運輸業（男性）
 徳島：総合工事業（男性）、医療・保健衛生（女性）、社会保険・社会福祉・介護事業（女性）
 佐賀：総合工事業（男性）、医療・保健衛生（女性）、社会保険・社会福祉・介護事業（女性）、複合サービス業務（男性・女性）、食糧品・たばこ製造業（女性）
 ※）佐賀の複合サービス業（男性・女性）、食糧品・たばこ製造業（女性）は課題3のみ該当

《課題解決に向けて令和6年度に取り組む主な事業》

- ・35～39歳の被保険者に対する個別の情報提供（生活習慣の改善（発症予防）に向けた運動及び食事に関する情報提供（動画、漫画）） ≪令和6年度は3支部合計で約6,000人を対象に実施≫

課題4：「脊椎障害（脊椎症を含む）」の入院医療費が高い《北海道支部の課題》

・脊椎障害（脊椎症を含む）の入院医療費について、「主な事業対象（優先すべきターゲット）」に掲げた者は、**全国の同業態平均と比較して高い**。
 また、年齢階層別で見ても、**多くの年齢階層で高い**。

【主な事業対象（優先すべきターゲット）】
 総合工事業（男性）、職別工事業（男性）、設備工事業（男性）、道路貨物運送業（男性）、その他の運輸業（男性）

《課題解決に向けて令和6年度に取り組む主な事業》

- ・関係団体と連携した業界団体、事業主及び被保険者への情報提供（セミナーの開催等）（ストレッチの実践方法、正しい運転姿勢等の周知）

課題5：「時間外等受診」（時間外、休日、夜間・早朝等）の割合が高い《徳島支部の課題》

・時間外等受診の割合が大都市並みに高く、また、**四国内の他3県と比較すると、夜間・早朝加算（※）が算定されている割合は2倍程度多い**。
 ・夜間・早朝加算が算定されている疾病は、アレルギー性鼻炎、目の屈折調整障害の順に多い（**比較的軽症と思われる疾病が上位を占める**）。
 ・1人当たり点数で見ると、**0～4歳が突出して高いもの**、全年齢で幅広く時間外等受診が認められる（被保険者・被扶養者で差は認められない）。
 ・徳島県内の医療機関所在地別（市町村別）で集計すると、夜間・早朝加算の合計点数は**徳島市内が最も高く、全体の半数以上を占めている**。

※「夜間・早朝加算」は、標榜する診療時間内の、6時～8時、18時～22時、土曜日の12時～18時、日曜・祝日の8時～18時に受診した際に算定される。

【主な事業対象（優先すべきターゲット）】
 徳島市内に居住する被保険者及び被扶養者（特に0歳～4歳の子（被扶養者）を持つ親）

《課題解決に向けて令和6年度に取り組む主な事業》

- ・関係団体と連携した「上手な医療のかかり方」及び「子ども医療電話相談（#8000）」の普及啓発を目的とした集中的かつ複合的な広報（Web広告、動画放映、自治体が発行する広報紙等、複数の広報媒体を活用する）

③国民健康保険中央会と連携した保健事業に関するモデル事業の実施について

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、健康保険組合等）と地域保険（市町村国民健康保険）が協働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、主に以下の2点について、本モデル事業を展開する2市町（鳥取県東伯郡湯梨浜町及び佐賀県鳥栖市。以下、「モデル市町」という。）、公益社団法人国民健康保険中央会、モデル市町の国民健康保険事業を支援する鳥取県及び佐賀県の国民健康保険団体連合会と、協会（本部、鳥取支部及び佐賀支部）が相互に連携し、2023年度から検討・実施を進めています。

○ ハイリスクアプローチ

協会の被扶養者を対象とした、モデル市町の保健師等による「特定保健指導（利用勧奨含む。）」と「未治療者に対する医療機関受診勧奨」の実施

○ ポピュレーションアプローチ

健診データ等を活用したモデル市町に居住する住民の健康度に関する分析と、分析により洗い出された健康課題の解決に向けたポピュレーションアプローチ（広報等）の実施

ハイリスクアプローチについては、2024年2月に、協会の被扶養者を対象としたモデル市町の保健師等による特定保健指導（利用勧奨含む。）等を開始しました。

モデル2市町合計で2024年2月～2025年3月の間の特定保健指導対象者の初回面談率は約8割、医療機関受診勧奨対象者の医療機関受診率は約7割と高い水準になっており、住民に近いモデル市町保健師等がハイリスクアプローチを直接実施することによる効果が表れていると考えています。

また、本モデル事業を契機に、鳥栖市と佐賀支部では鳥栖市民全体の健診受診率の向上に資する取組についても協議を進め、2024年度より特定健診とがん検診の同時実施日（受診機会）の拡大を図りました。

ポピュレーションアプローチについては、モデル2市町と協働で、保健師等による血圧測定や健康相談を中心としたイベントを開催しました。

以上のとおり、本モデル事業は高い成果が期待できることから、2025年度においてはモデル市町村の拡大を図った上でモデル事業を継続実施できるよう、国民健康保険中央会等の関係機関との更なる連携を図ります。

加えて、2025年度においては、SDGsの理念も踏まえ、鳥栖市と佐賀支部が協働し小学生を対象とした健康教育を進める予定としておりますが、このような新たな事業の共同実施に向けて、モデル市町村との「顔の見える地域ネットワーク」の深化も進めていきます。

〔(図表4-44) 鳥栖市と佐賀支部の協働事業「健康フェアの開催」〕

〈健康ブースの様子〉



〈サンメッセ鳥栖大型ビジョンでの動画放映の様子〉



〔(図表4-45) 湯梨浜町と鳥取支部の協働事業「ねんりんピックでの「健康づくり教室」の開催」〕

〈健康づくり教室の様子〉



イベント名	10/19 (土)	10/20 (日)	10/21 (月)	10/22 (火)
総合開会式	●	●	●	●
ふれあいニュースショー	●	●	●	●
ふれあい花見	●	●	●	●
健康づくり教室	●	●	●	●
健康フェア	●	●	●	●
閉会式	●	●	●	●



(2) 健康づくり

i) 保健事業の一層の推進

①第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく取組

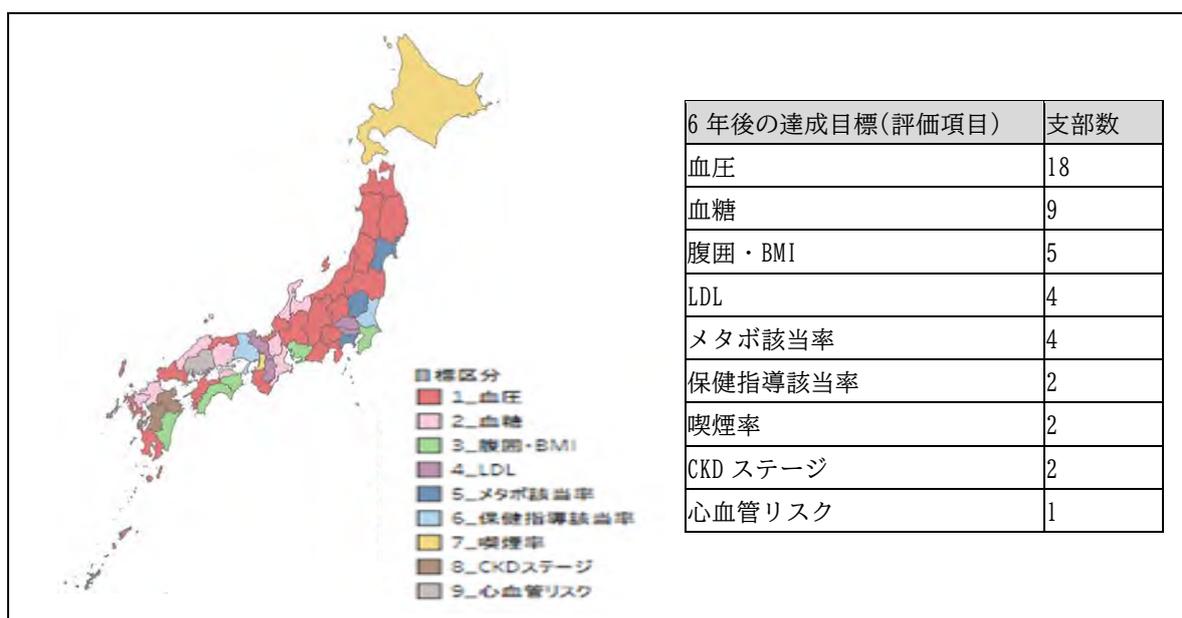
保健事業の推進に当たっては、健診データやレセプトデータ等の分析に基づいて取り組むことが重要であり、協会においても国の方針を踏まえ、データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルを回しながら取り組んでいます。データヘルス計画は、地域・職域の健康課題のほか、各地域における自治体や関係団体との健康づくりに関する連携等の実情を踏まえて策定する必要があるため、独自性を発揮できるよう、地域・職域の健康特性を把握した上で支部ごとに策定しています。

第3期データヘルス計画は、2024（令和6）年度から2029（令和11）年度までの計画であり、健診データやレセプトデータ等の分析に基づき、対策を進めるべき重大な疾患を整理した上で、地域・職域の健康課題を踏まえた検査値の改善等を「6年後の達成目標」に設定し、「特定健診・特定保健指導の推進」、「重症化予防の対策」、「コラボヘルスの取組」を柱としつつ、ハイリスクアプローチに加え、「データ分析に基づく地域・職域の特性を踏まえたポピュレーションアプローチ」に取り組むものとしています。

2024年度は、第3期データヘルス計画の初年度であり、計画に基づく取組を着実に実施するとともに、2024年度上期の実績に基づいて2025（令和7）年度に向けて一部計画の見直しを行い、より実効性の高い取組を行うこととしました（図表4-49参照）。

データヘルス計画に基づく取組の実施に当たっては、他保険者のデータヘルス計画、都道府県健康増進計画、医療費適正化計画等に基づく取組との調和を図り、地域・職域の健康課題の解消に向けて関係者が一体となって取り組むことが重要であるため、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4-49〕各支部の第3期データヘルス計画における6年後の達成目標



（実績の進捗管理におけるPDCAサイクルの推進）

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

また、業態別や事業所規模別、市区町村規模別の傾向等について、本部・支部間で定期的に共有していますが、その際には本部において具体的な取組事例や今後の取り組むべき方向性等を整理して示しており、支部においてはそれらと前述の要因分析結果等も活用しPDCAサイクルの推進を図っています。

（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」¹⁹及び「質問票データ分析報告書」²⁰を作成し、支部におけるデータヘルス計画の策定・見直しや実施結果の検証等に活用しています。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。

②保健事業の充実・強化に向けた基盤整備

（保健師の複数名体制の構築・維持）

戦略的保険者機能の更なる強化を図るためには、専門職たる保健師の採用と育成強化が重要であり、全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を構築・維持するために、全支部で採用活動を実施しました。その結果、2024年度においては16名の支部保健師を新たに採用することができました。

（育成体制の強化）

支部保健師の複数名体制の構築を進めた結果、入社5年未満の支部保健師が全体の約5割を占めています。

今後は、中堅層の育成を充実していく必要があるため、2024年度から新たにブロック単位による地域別研修を実施しました。当該研修では、全国を6ブロックに分け10月から12月にかけて「データヘルス計画に基づいた各支部の保健事業の取組の共有」「第4期特定保健指導（2024年度～2029年度）²¹に関する行動目標の設定」をテーマに研修を行い、そこで浮かび上がった地域や支部における課題に対処するため研修後に継続的なOJTを実施することで、中堅層や入社後の経験が少ない支部保健師の育成を行いました。

¹⁹ 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。

²⁰ 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。

²¹ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）において、国は6年を1期として特定健診・特定保健指導の実施方法、実施計画等についての特定健康診査等基本指針を定めることとしており、2024年度は第4期の初年度になります。

(学齢期を対象とした健康教育の推進)

保健事業を推進するためには、健康づくりに対する加入者の理解を得ることが重要であり、加入者のヘルスリテラシーの向上のため、セミナーや各種広報媒体を使用した積極的な広報等に取り組んでいます。特に、学齢期の児童を対象とした健康教育は、保健事業による健康増進と子供への質の高い教育といったSDGs17の目標にも貢献できる取組と考えており、「こども健康教育」の取組を行っています。

本部では、支部が行う健康教育の取組を後押しするため、2024年4月に「こども健康教育プロジェクトチーム」を設置し、使用する教材の検討等を行い、2024年12月には、教材及び先行事例のノウハウを取りまとめた実施ナレッジ集を作成しました。また、健康教育の活動機会の確保及び普及のため、健康教育関係の以下のリストへ掲載を行いました。

掲載リスト一覧

- コミュニティスクールと地域学校協働活動(2024. 2. 26 掲載)
- こどもの体験活動推進宣言 (2024. 2. 26 掲載)
- Sports in Life コンソーシアム参画団体一覧 (2024. 3. 6 掲載)

[(図表4-50) 令和6年度における主な取組事例]

令和6年度における主な取組事例

	概要
福島	<ul style="list-style-type: none"> ●小学生を対象とした健康教室 生活習慣病等に関するリテラシーの向上を図るため、相馬市内の小学校3校の高学年を対象に出前授業を実施。 ●リーフレット配布 冬休み中の適切な生活習慣に関するリーフレットを作成し、いわき市及び南相馬市全校の小学校高学年を対象に配布。
栃木	<ul style="list-style-type: none"> ●支部作成の健康情報冊子及び動画の提供 県内17市町の小学校高学年を対象に、教育委員会を通じて支部作成の健康情報冊子及び動画の提供を実施。 ●小学生の保護者を対象とした講演 小学校で開催された保護者が参加する学校保健委員会において、保健師が健康情報冊子を使用し、学齢期からの生活習慣病予防に関する講演を実施。
愛知	<ul style="list-style-type: none"> ●小学5年生を対象とした健診ポスターコンクールの実施 ポスターの作成を通じて家族の健診を受診するきっかけを作り、健診実施率の向上につなげるため、特定健診対象の親を持つ年代の小学5年生を対象に健診受診啓発ポスターを募集。 最優秀賞に選ばれた作品をポスター化し、6月の愛知県特定健診・特定保健指導普及啓発強化月間において商業施設等に掲示。 ※令和6年度は1,076点の応募の中から最優秀賞作品1点、優秀賞3点、入選16点を選出。
大分	<ul style="list-style-type: none"> ●健康教育イベント 30～40代の働き盛り世代＝子育て世代とし、「小学校低学年児童とその保護者」へのアプローチとして親子イベントを開催。小児肥満や小学4年生・中学2年生での生活習慣病健診の周知を希望する別府市と、野菜摂取量の向上や健康寿命延伸を図りたい大分県(東部保健所)と共同で開催。「野菜を食べる」をテーマに、野菜実物を用いたクイズ・ゲームや生活習慣病に関する講義を実施。

〔図表4-51〕健康教育教材



Part 1 食事・歯の健康編

1日に「何を」「どれだけ」
食べたら良いのか。
下の表だと自分はどこに
当てはまるかな？

1日に必要な
エネルギー量

男性	女性	エネルギー
● 6～9歳 身体活動量が低い人	● 6～11歳 身体活動量が高い人	1,400kcal
● 70歳以上 身体活動量が低い人	● 12～17歳 身体活動量が高い人	2,000kcal
● 10～11歳 身体活動量が高い人	● 18～69歳 身体活動量が低い人	2,200kcal
● 12～17歳 身体活動量が高い人	● 70歳以上	±200kcal
● 18～69歳 身体活動量が高い人	● 12～17歳 身体活動量がふつう以上の人	2,200kcal
● 70歳以上 身体活動量がふつう以上の人	● 18～69歳 身体活動量がふつう以上の人	±200kcal
● 12～17歳 身体活動量がふつう以上の人		2,400kcal
● 18～69歳 身体活動量がふつう以上の人		3,000kcal

※厚生労働省ホームページ「実践食育ナビ」をもとに作成

「栄養成分表示」を確認する習慣が大事だよ！
食塩や脂質がどのくらい入っているか分かるよ。

栄養成分表示
製品1食あたり

- エネルギー 400kcal
- たんぱく質 10g
- 脂質 15g
- 炭水化物 45g
- 食塩相当量 5g

表示単位は1食あたり、1個あたり、100gあたりなどがあります。この商品の場合、1食あたりのエネルギーは400kcalになります。

とりすぎは肥満につながるので注意しましょう。

とりすぎは動脈硬化による病気の危険性を高めるので注意しましょう。

とりすぎは高血圧につながるので注意しましょう。

しょっぱいものはおいしい…
でも、食塩のとりすぎは
高血圧につながるので注意！

1日の塩分
目安知ってる？

1日の塩分の目安

	小学校5・6年生	中学生	おとな
男性	6.0g未満	7.0g未満	7.5g未満
女性	6.0g未満	6.5g未満	6.5g未満

※厚生労働省「日本人の食事摂取基準2020年版」をもとに作成

塩分が多い順番に並べてみよう

みそ汁 1杯(160g)

カップラーメン (82g+スープ)

カップ焼きそば (129g)

ポテトチップス 1袋(65g)

フライドポテト (135g)

塩分が多い順番

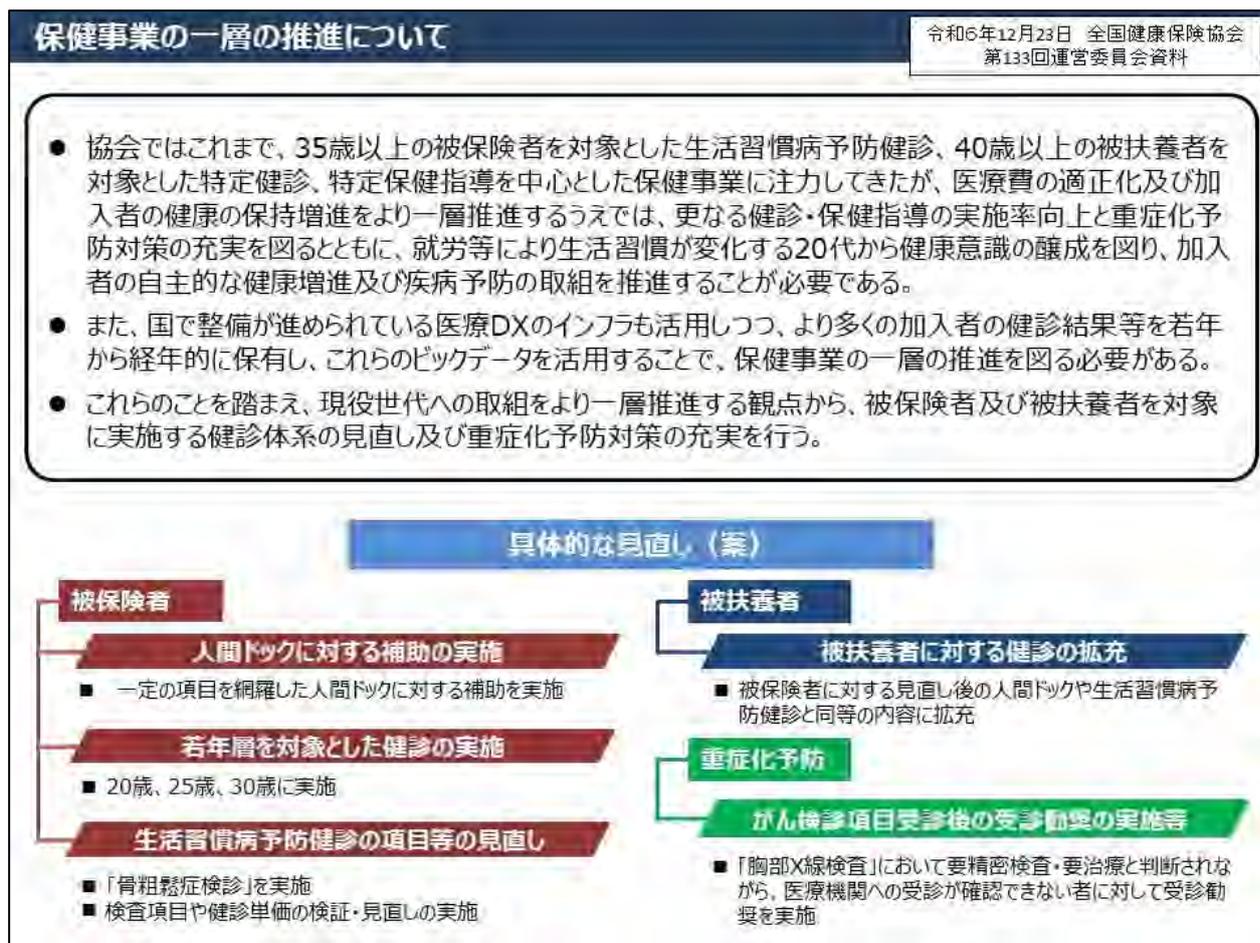
→ 答えは次ページを見てね

（保健事業の一層の推進）

協会ではこれまで、35歳以上の被保険者を対象とした生活習慣病予防健診、40歳以上の被扶養者を対象とした特定健診について、自己負担の軽減やオプション健診の拡充等の取組を行い、その後の特定保健指導に注力してきました。しかしながら、医療費の適正化及び加入者の健康の保持・増進をより一層推進する上では、更なる実施率向上と重症化予防対策の充実に加え、就労等により生活習慣が変化する20代から健康意識の醸成を図るほか、加入者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組を推進することが必要です。

これらのことを踏まえ、協会では人間ドック健診への補助や若年者に対する健診の創設、新たな重症化予防対策、被扶養者の健診の拡充等を中核とする「保健事業の一層の推進」を2025年度から2027（令和9）年度の3か年にかけて段階的に実施することとし、2024年9月12日に開催した運営委員会で具体策を提示しました。その後、数回に渡り運営委員会で議論を行い、2024年12月23日開催の運営委員会において、「保健事業の一層の推進」についての具体的な事業内容やスケジュールを報告しました。

〔(図表4-52) 保健事業の一層の推進について（2024年12月23日運営委員会提出資料）〕



(保健事業の業務のあり方及びシステム構想の検討)

協会の保健事業システムについては、2015（平成27）年度にシステム刷新を行った後、現行システムを有効活用することを前提に2023（令和5）年1月に業務効率化のための改修を実施し、その他、特定健診・特定保健指導の制度改正等の対応を行いました。

しかしながら、保険者に求められる役割の変化や社会全体のデジタル化の進展に伴い、加入者のニーズや提供可能なサービスは日々変化している中、協会の保健事業における加入者及び事業主とのコミュニケーションは、郵送や電話等が中心となっています。そのため、将来的な保健事業システム開発を見据え、この前提となる保健事業の将来を踏まえた業務運用のあり方や、その運用に最適なシステム構想等について検討しました。

なお、この検討結果を踏まえ、2025年度においては、業務要件の具体化・精緻化を行うこととしています。

ii) 特定健診実施率・事業者健診データ取得率等の向上

【特定健康診査等実施計画について】

協会では、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条に基づき、特定健康診査等実施計画²²を定め、特定健康診査及び特定保健指導の取組を進めています。同法第18条に基づく特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（令和5年3月31日厚生労働省告示第144号）においては、2029年度の協会の実施率目標は特定健康診査70%、特定保健指導35%とされており、当該実施計画においても、当該告示で示された目標値を達成するよう、2024年度から2029年度までの各年度の実施率目標を設定しています（概要は図表4-53参照）。

²² 協会では、特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査（特定健診）として、被保険者に対する生活習慣病予防健診の実施及び事業者健診データの取得、被扶養者に対する特定健診を実施することとしています。

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

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

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

[(図表4-53) 第4期特定健康診査等実施計画の概要]

第4期特定健康診査等実施計画（概要）

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

第1章 実施率目標及び対象者数

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

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

第2章～第5章

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

①被保険者の健診

【生活習慣病予防健診等の実施】

被保険者の健診については、健康の保持増進や生活習慣病の発症予防等を目的として、メタボリックシンドロームに着目した特定健診項目に加え、胃部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4-54参照）。

なお、健診費用の一部を協会が負担しています。

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健診です。なお、2026年度より名称を「節目健診」へ変更する予定です。

〔(図表4-54) 被保険者の生活習慣病予防健診等の概要 (2024年度)〕

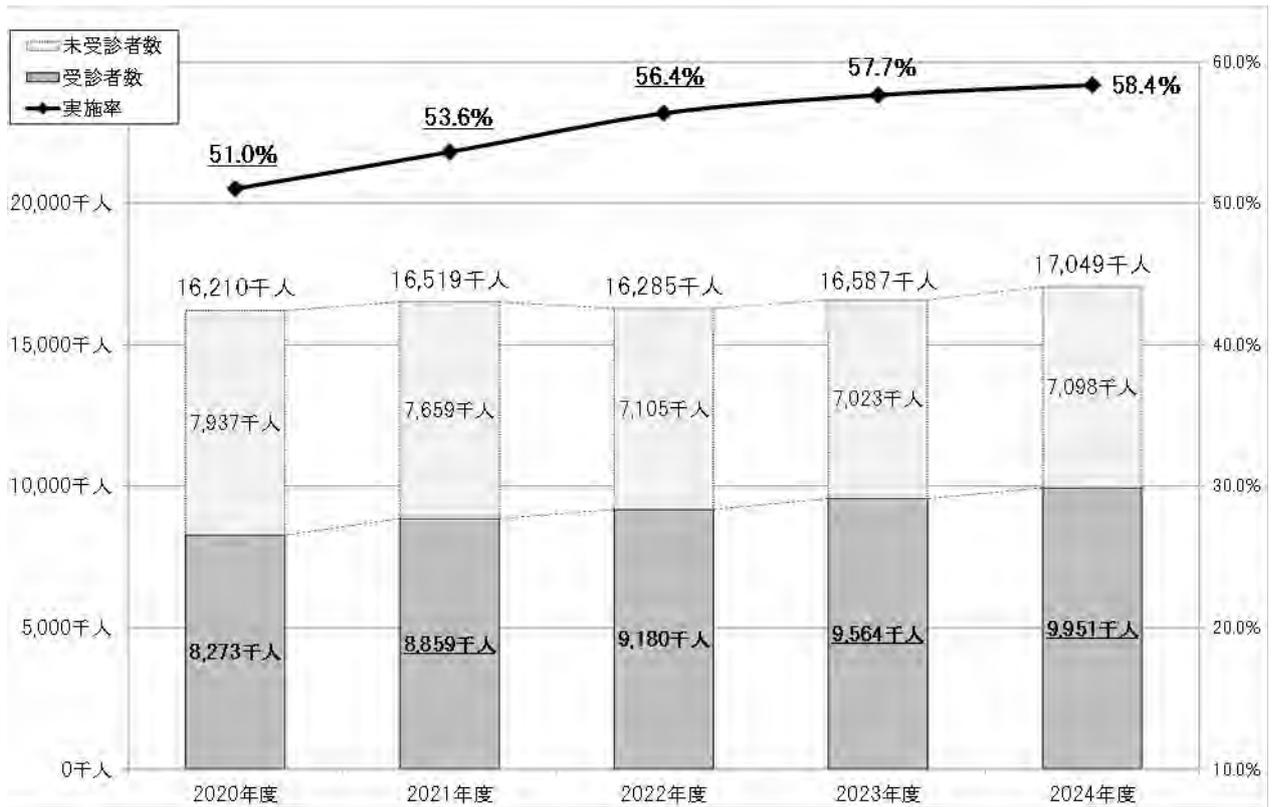
	検査内容	対象者	自己負担	手続き
一般健診	診察等、問診、触診、身体計測、視力検査、聴力検査、血圧測定、尿検査、便潜血反応検査、血液一般検査、血糖検査、尿酸検査、血液脂質検査、肝機能検査、胸部・胃部レントゲン検査、心電図検査等	35歳～74歳の方	最高5,282円	事業所又は受診者本人が健診機関に申し込みます
付加健診	尿沈渣顕微鏡検査、血液学的検査、生化学的検査、眼底検査、肺機能検査、腹部超音波検査	一般健診を受診される40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳及び70歳の方	最高2,689円	
乳がん・子宮頸がん検診	〔乳がん検診〕 問診、乳房エックス線検査 ※ 視診・触診は医師が必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

ア) 2024年度の実績について

2024年度の40歳以上の生活習慣病予防健診の実施率は、2023年度の実施率57.7%から0.7%ポイント増加し、58.4%となりました²⁴。また、受診者数は995万人となっており、2023年度の受診者数から39万人(4.1%)増加しました。2024年度KPI(61.7%)は達成できませんでした。実施率、受診者数ともに過去最高となりました(図表4-55参照)。

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4-55) 生活習慣病予防健診の受診者数等の推移 (被保険者)】



イ) 2024年度の実施率向上に向けた主な取組

2024年度から病気の早期発見等を目的に付加健診の対象年齢について拡大しました。これまでの「40歳、50歳」に加えて、「45歳、55歳、60歳、65歳、70歳」も対象とし、本部においては、2023年度に実施した自己負担額の引下げと併せて健診6団体²⁵や業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）に対して団体会員等へ積極的に周知していただくよう、広報等の協力依頼を行いました。

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

また、付加健診の受診対象年齢となる被保険者の自宅に受診案内を送付した支部があるほか、過去に受診歴がない被保険者の方や集団健診会場の近隣に居住する被保険者の方に直接受診勧奨を行いました。

更に、健診機関が少ない地域において、市の施設を利用して週末に検診車での巡回健診を実施したほか、県内の健診機関や巡回健診会場を検索できるWebサイトを作成し、受診勧奨案内に当該サイトの二次元コードを掲載する等、地域の課題や費用対効果も踏まえた支部の創意工夫による受診勧奨や受診環境整備の取組を行いました。

²⁵ 健診6団体とは、「公益社団法人 全国労働衛生団体連合会」、「公益社団法人 日本人間ドック・予防医療学会/一般社団法人 日本病院会」、「公益財団法人 結核予防会」、「一般社団法人 日本総合健診医学会」、「公益社団法人 全日本病院協会」、「公益財団法人 予防医学事業中央会」です。

なお、生活習慣病予防健診に係る契約が未締結の健診機関への働きかけや巡回健診の実施等、受診機会の拡充にも努めており、2024年度における生活習慣病予防健診の委託機関は、2023年度から60機関増加し、3,682機関となりました。

〔(図表4-56) 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

2016（平成28）年度から、健診機関等を対象として、事前に受診実績等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。2024年度の契約件数は1,700件であり、そのうち873件が目標を達成しています（図表4-57参照）。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4-57) 各支部の健診推進経費の活用施策 (2024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	24	807	364
低受診率地域解消のための地域対策	3	19	19
未受診事業所（者）対策	9	94	22
事業者健診データ提供に係る同意書の取得対策	2	33	3
事業者健診データ取得向上対策	5	63	24
事業者健診データの早期提供	18	656	427
協会主催の集団健診の強化	9	28	14

【事業者健診データの取得】

生活習慣病予防健診を利用していない40歳以上の被保険者については、高齢者の医療の確保に関する法律の規定により、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づき行われた事業者

健診データ（定期健康診断の結果）を取得することによって、特定健診を実施したものと見なされることから、データの取得を進めるとともに、当該データをもとに特定保健指導を行う等、健康づくりに活用しています。

ウ) 2024年度の実績について

2024年度の事業者健診データ取得率は2023年度の取得率7.1%から0.1%ポイント増加し、7.2%となりました。取得件数は122万件となっており、2023年度の取得件数から3万9千件（3.3%）増加しました。2024年度KPI（8.8%）は達成できませんでしたが、取得率、取得件数ともに前年度を上回る結果となりました。

なお、2022年度以前の取得率から減少している主な要因としては、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。

エ) 2024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ました。

事業者健診データの取得をより一層進めるため、国に対して、特定健診と問診項目や検査項目を一致させることを要望し、2020（令和2）年12月に、国から事業者健診と特定健診の問診項目や検査項目を一致させることとする通知²⁶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²⁷において、40歳未満の事業者健診データの取得に向けた対応と併せて、事業者健診結果の保険者への提供について事業主と健診機関の間であらかじめ契約で取り決めていない場合の対応として「健康診断結果提供依頼書」が示されました。

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

なお、健康保険法の改正²⁸により40歳未満の事業者健診データの取得が可能となったことから、2024年度から取得を開始し、5万223件の事業者健診データを取得しました。

また、国においては、全国医療情報プラットフォームとして、電子カルテ情報共有サービス（図表4-58）の構築が進められているところであり、2025年度からは健診結果データが健診機

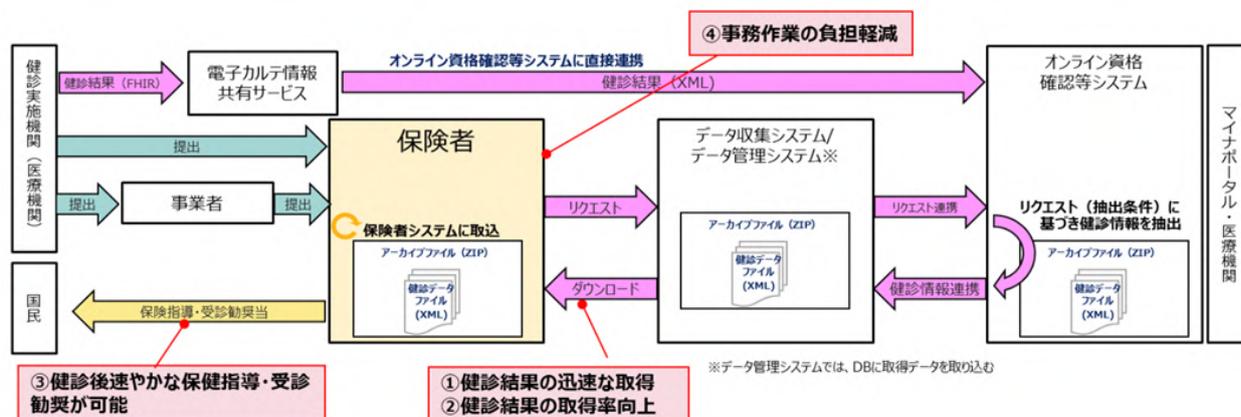
²⁶ 厚生労働省労働基準局長通知「定期健康診断等における血糖検査の取扱いについて」（基発第1223第7号）及び厚生労働省労働基準局長・保険局長通知「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について」（基発1223第5号・保発1223第1号）。

²⁷ 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）。

²⁸ 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）。

関から直接登録され、そのデータを保険者が活用できる予定です。このことから、電子カルテ情報共有サービス構築後に向け、協会システムの改修等、必要な準備を行いました。

〔(図表4-58) 電子カルテ情報共有サービスの概要〕



〔(図表4-59) 健診の実績（被保険者）〕

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	前年度比 (増減)
年度末対象者数	16,210,164人	16,518,519人	16,285,170人	16,587,290人	17,049,169人	461,879人
一般健診(40歳～74歳)	8,273,160人	8,859,458人	9,179,843人	9,563,937人	9,951,444人	387,507人
実施率	51.0%	53.6%	56.4%	57.7%	58.4%	0.7%
一般健診(35歳～39歳)	1,288,697人	1,336,904人	1,338,724人	1,360,338人	1,368,371人	8,033人
事業者健診データの取得	1,289,699人	1,401,407人	1,437,801人	1,180,723人	1,220,007人	39,284人
実施率	8.0%	8.5%	8.8%	7.1%	7.2%	0.1%
付加健診	255,517人	281,812人	292,614人	322,935人	916,423人	593,488人
乳がん検診	684,219人	754,706人	770,130人	809,124人	836,384人	27,260人
子宮頸がん検診	873,542人	950,860人	958,914人	1,005,538人	1,038,412人	32,874人
肝炎ウイルス検査	182,702人	147,384人	127,498人	134,946人	128,631人	▲6,315人
健診実施機関	3,450機関	3,522機関	3,543機関	3,622機関	3,682機関	60機関

②被扶養者の特定健診

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

なお、健診費用の全部又は一部を協会が負担しています（図表4-60参照）。

【(図表4-60) 被扶養者の特定健診の概要 (2024年度)】

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

ア) 2024年度の実績について

2024年度の被扶養者の特定健診の実施率は、2023年度の実施率28.3%から1.1%ポイント増加し、29.4%となりました。受診者数は108万6千人となっており、2023年度の受診者数から4千人(0.3%)増加し、2024年度KPI(30.3%)を概ね達成し、実施率は過去最高となりました(図表4-61参照)。

【(図表4-61) 特定健診の実績 (被扶養者)】

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	前年度比 (増減)
年度末対象者数	4,281,922人	4,201,228人	3,944,026人	3,822,190人	3,695,634人	▲126,556人
受診者数	912,303人	1,102,470人	1,093,269人	1,082,509人	1,086,163人	3,654人
実施率	21.3%	26.2%	27.7%	28.3%	29.4%	1.1%

イ) 2024年度の実施率向上に向けた主な取組

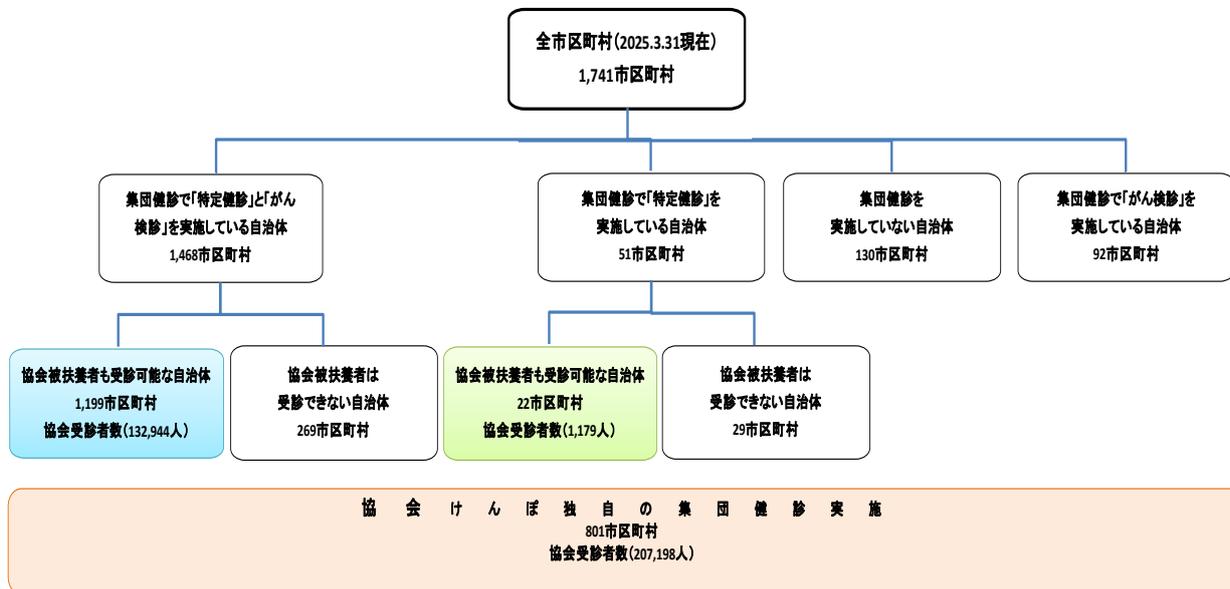
被扶養者の特定健診については、2024年度から、「骨粗鬆症検診」、「歯科検診」、「眼底検査」を集団健診(協会主催)のオプション健診として実施しています。これらは、女性特有の健康課題、歯科疾患対策等に着眼したものであり、支部においては、集団健診の受診案内の際にオプション健診のメリットを周知するほか、協会主催の集団健診の実施回数も拡大し、受診者数の増加に努めました。

他方で、自治体との協定等により、特定健診と自治体の集団健診やがん検診との同時実施を進めました。協定の締結は、自治体との継続的な連携協力につながるため、積極的に進めており、2024年度末時点では、421の市区町村と協定等を締結しています。2024年度は、1,221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1,199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4-62参照)。

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。2024年度は、協会主催の集団健診を801市区町村で実施し、207,198人の方が受診しました。

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

〔(図表4-62) 特定健診とがん検診の同時実施状況 (2024年度)〕

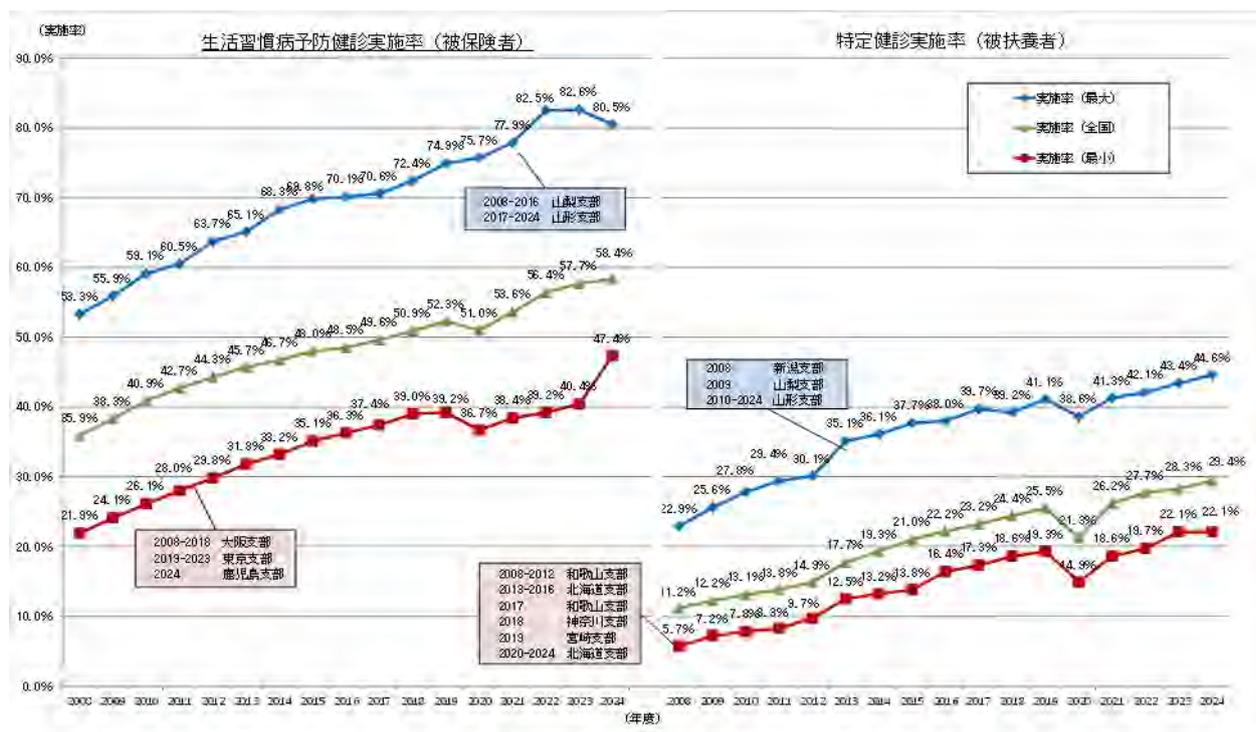


③健診実施率の推移

図表4-63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。

2024年度の生活習慣病予防健診実施率は、最大は山形支部の80.5%、最小は鹿児島支部の47.4%、全国では58.4%です。また、特定健診実施率は、最大は山形支部の44.6%、最小は北海道支部の22.1%、全国では29.4%です。健診実施率については、2019（令和元）年度までは、適用拡大や健康保険組合の解散等により、分母となる健診対象者が大幅に増加する中で、各種取組の推進により、着実に上昇（増加）していました。2020年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、健診を一時中止したこと等から下降（減少）に転じましたが、2021（令和3）年度以降は新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえつつ、受診環境の確保・拡大に向けた取組等を進めたことから、2020年度の落ち込みから回復し、2023年度に引き続き、2024年度も過去最高の実施率となりました。

〔(図表4-63) 健診実施率の推移〕



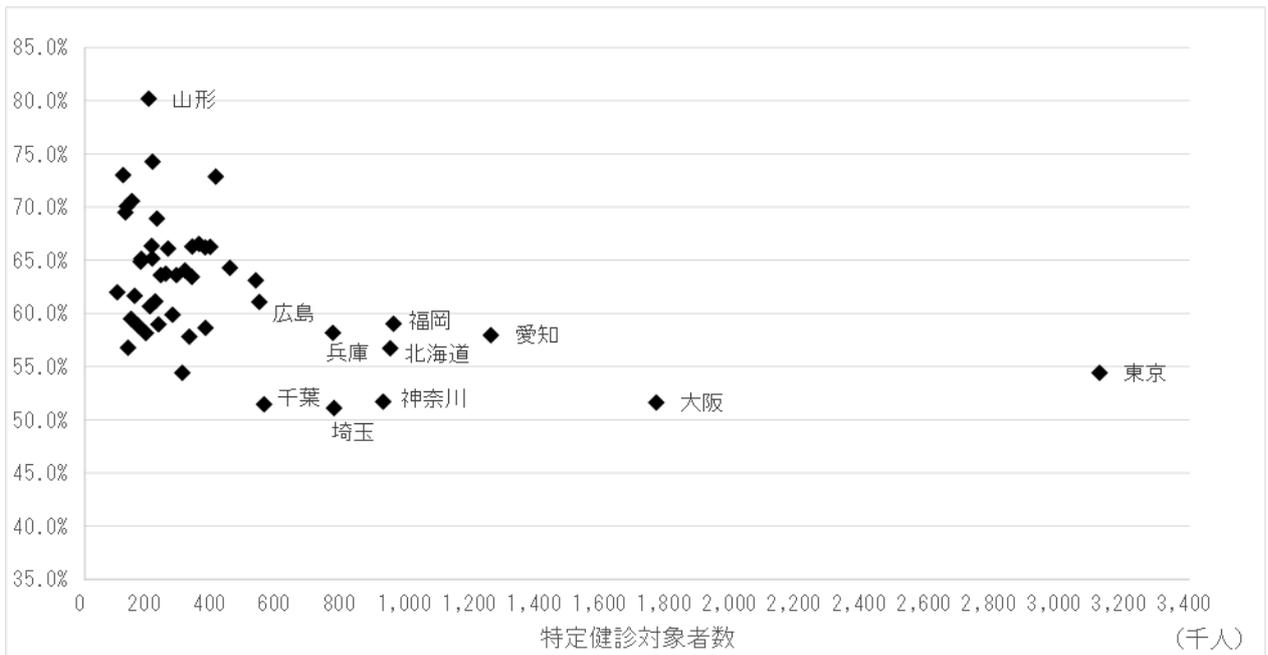
(地域間差異の解消に向けた課題の抽出)

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4-64参照)。このことから、2018(平成30)年度に実施した地域間差異が生じている要素等の整理に基づき、2019年度より、支部ごとの事業所規模別・業態別等の実施率、それらが実施率に与えている影響度等を見える化した「健診・保健指導カルテ」を作成し、直近の状況と併せて経年での傾向等を把握できるようにしています。この健診・保健指導カルテは、事業所等への効率的かつ効果的な受診勧奨や自治体及び関係団体との連携事業等、健診実施率等の向上に活用することとしています。

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

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

[(図表4-64) 特定健診対象者数と特定健診実施率 (加入者)]



〔(図表4-66) 各支部における健診等の実施状況 (2024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	398,859	53.1%	92,821	12.4%	41,936	22.1%	533,616	56.7%
青森	113,055	58.2%	24,060	12.4%	11,662	29.4%	148,777	63.6%
岩手	107,020	61.6%	19,606	11.3%	10,342	31.6%	136,968	66.3%
宮城	207,867	68.6%	15,322	5.1%	22,473	33.0%	245,662	66.2%
秋田	75,556	53.2%	27,219	19.2%	9,180	30.0%	111,955	64.9%
山形	133,451	80.5%	10,681	6.4%	13,990	44.6%	158,122	80.2%
福島	171,531	62.5%	21,603	7.9%	16,460	29.3%	209,594	63.4%
茨城	173,939	56.9%	25,482	8.3%	18,375	28.1%	217,796	58.6%
栃木	142,779	61.3%	20,559	8.8%	15,913	32.5%	179,251	63.6%
群馬	150,475	57.1%	18,393	7.0%	17,147	29.5%	186,015	57.8%
埼玉	306,035	48.6%	48,000	7.6%	38,251	27.8%	392,286	51.1%
千葉	233,770	51.4%	23,767	5.2%	26,608	27.3%	284,145	51.5%
東京	1,504,219	57.2%	34,592	1.3%	161,520	32.7%	1,700,331	54.4%
神奈川	390,088	51.4%	42,510	5.6%	42,718	26.5%	475,316	51.7%
新潟	244,684	72.8%	24,720	7.4%	24,526	36.4%	293,930	72.9%
富山	132,649	74.8%	11,955	6.7%	10,260	32.9%	154,864	74.3%
石川	123,841	65.9%	18,047	9.6%	11,341	33.0%	153,229	68.9%
福井	81,646	66.5%	13,727	11.2%	7,164	31.8%	102,537	70.6%
山梨	78,870	73.7%	2,541	2.4%	9,517	41.7%	90,928	70.1%
長野	168,082	60.5%	33,495	12.1%	18,050	33.7%	219,627	66.3%
岐阜	200,764	63.9%	34,251	10.9%	21,220	29.3%	256,235	66.3%
静岡	283,564	64.7%	22,490	5.1%	26,532	29.8%	332,586	63.1%
愛知	538,650	53.2%	117,304	11.6%	68,956	29.0%	724,910	58.0%
三重	138,981	66.2%	14,571	6.9%	15,942	34.3%	169,494	66.1%
滋賀	87,480	61.7%	13,240	9.3%	13,026	39.5%	113,746	65.1%
京都	239,975	66.3%	20,239	5.6%	27,031	31.8%	287,245	64.3%
大阪	733,013	52.1%	79,891	5.7%	95,418	27.1%	908,322	51.6%
兵庫	360,637	58.7%	42,658	6.9%	40,999	27.4%	444,294	58.2%
奈良	68,176	52.8%	16,768	13.0%	11,664	33.4%	96,608	58.9%
和歌山	65,351	53.3%	20,620	16.8%	8,779	28.3%	94,750	61.7%
鳥取	50,846	60.5%	6,942	8.3%	3,965	25.5%	61,753	62.0%
島根	69,761	69.6%	10,452	10.4%	5,813	33.0%	86,026	73.0%
岡山	177,922	61.3%	36,676	12.6%	19,234	31.3%	233,832	66.5%
広島	267,907	60.7%	31,822	7.2%	28,653	29.8%	328,382	61.1%
山口	99,645	55.9%	21,019	11.8%	12,201	31.3%	132,865	61.1%
徳島	60,705	55.1%	8,618	7.8%	6,301	27.4%	75,624	56.8%
香川	82,105	53.1%	17,241	11.2%	9,886	29.7%	109,232	58.1%
愛媛	134,121	66.2%	10,640	5.3%	14,467	30.5%	159,228	63.7%
高知	72,211	68.2%	9,170	8.7%	5,683	29.4%	87,064	69.5%
福岡	453,296	58.6%	61,957	8.0%	45,785	25.9%	561,038	59.0%
佐賀	72,676	61.9%	6,067	5.2%	6,228	24.5%	84,971	59.5%
長崎	110,574	59.4%	13,698	7.4%	9,654	23.6%	133,926	59.0%
熊本	169,127	65.8%	15,014	5.8%	13,439	26.1%	197,580	64.0%
大分	114,054	67.2%	8,981	5.3%	12,326	32.5%	135,361	65.2%
宮崎	104,691	62.2%	9,443	5.6%	7,794	23.9%	121,928	60.7%
鹿児島	116,687	47.4%	33,803	13.7%	13,008	24.1%	163,498	54.4%
沖縄	140,109	63.2%	7,332	3.3%	14,726	30.0%	162,167	59.9%
合計	9,951,444	58.4%	1,220,007	7.2%	1,086,163	29.4%	12,257,614	59.1%

iii) 特定保健指導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歳以上の非肥満者であって高血圧や高血糖、脂質異常等のリスクがある方や、40歳未満でメタボリックシンドロームのリスクがある方等、特定保健指導に該当しない方にも保健指導²⁹を実施しています。

ア) 2024年度の実績について

2024年度の被保険者の特定保健指導実施率は、2023年度の実施率19.8%から0.5%ポイント増加し、20.3%となりました。また、初回面談実施者数は571,386人、実績評価者数は433,603人となっており、それぞれ2023年度から、35,884人(6.7%)、26,204人(6.4%)増加しました。2024年度KPI(21.5%)は達成できませんでしたが、実施率、実施者数ともに過去最高となりました(図表4-67、4-68参照)。

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、KPIを達成できていないことから、より一層取組を強化していく必要があります。

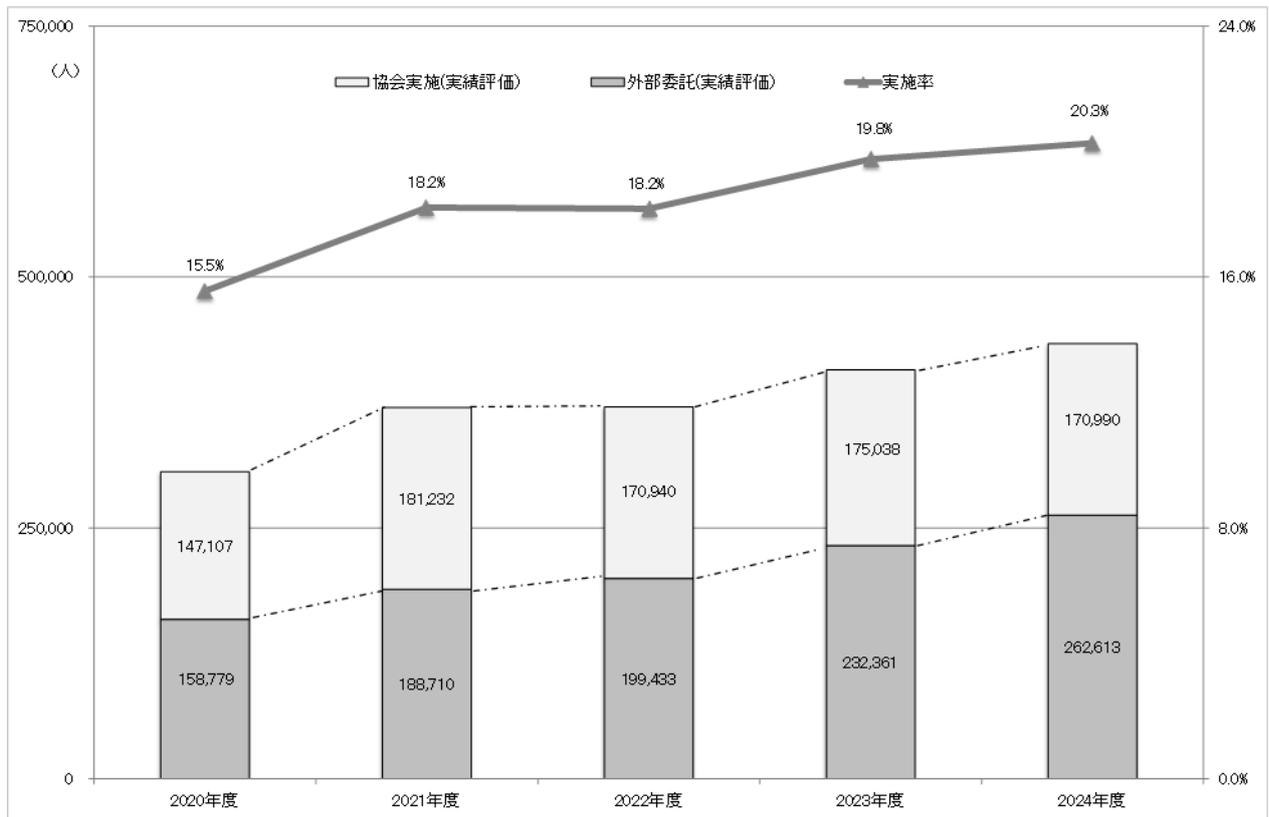
[(図表4-67) 特定保健指導の実績(被保険者)]

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	前年度比 (増減)	
保健指導対象者数		1,967,887人	2,031,511人	2,038,259人	2,062,646人	2,140,330人	77,684人	
特定 保健 指導	初回 面談	協会実施	188,806人	214,931人	211,944人	218,012人	216,491人	▲ 1,521人
		外部委託	208,616人	242,679人	264,131人	317,490人	354,895人	37,405人
		計	397,422人	457,610人	476,075人	535,502人	571,386人	35,884人
	実績 評価	協会実施	147,107人	181,232人	170,940人	175,038人	170,990人	▲ 4,048人
		外部委託	158,779人	188,710人	199,433人	232,361人	262,613人	30,252人
		計	305,886人	369,942人	370,373人	407,399人	433,603人	26,204人
	実施率		15.5%	18.2%	18.2%	19.8%	20.3%	0.5%
その他保健指導※		124,746人	140,657人	133,186人	111,267人	90,908人	▲ 20,359人	
保健指導 人員体制	保健師	455人	426人	418人	419人	414人	▲ 5人	
	管理栄養士	254人	246人	240人	223人	206人	▲ 17人	
	計	709人	672人	658人	642人	620人	▲ 22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。

²⁹ 医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識していただく他、医療機関への受診の必要性はないものの検査値に異常が見られる対象者には、検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣のアドバイスや、健診結果に基づき自らの病気のリスクを自分自身の問題として認識してもらえよう、必要な情報提供を実施しています。

〔(図表4-68) 特定保健指導の実績評価者数等の推移（被保険者）〕



イ) 2024年度の実施率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、2024年度からの特定保健指導の制度見直しを契機とした外部委託の更なる推進、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔面談の実施、事業所及び健診実施機関における好事例の展開等の取組を行いました。

（特定保健指導の利用案内の徹底）

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、2024年度は引き続き各支部において実情に応じた取組を進めました。

（各種ツールを活用した特定保健指導の利用勧奨）

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

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

また、経年的に特定保健指導の利用がない事業所に対する効果的な利用勧奨のため、特定保健指導実施率が低い業態の中で、実施率が高い事業所における環境整備等の創意工夫をまとめた事例集を本部で作成し、支部において事業所へ利用勧奨をする際に活用しています。

加えて、特定保健指導を実施する健診機関の拡充と、健診機関における特定保健指導実施数の向上を目的に、特定保健指導実施率が高い健診機関の創意工夫ある実施事例をまとめた事例集を別途作成し、支部が健診機関へ契約の勧奨等を行う際に活用することによって、実施率の更なる向上を図っています。

〔(図表4-69) 特定保健指導の推進に向けた事例集（健診機関版・事業所版）〕

Case 4 他の検査を実施中に血液検査を完了
待ち時間ゼロで健診当日の初回面談を100%実施



基本情報
医療法人 桜十字
メディッセ桜十字 予防医療センター

〒 565 0824
特定保健指導対象者数：4,293人
初回面談実施人数：4,274人

特定保健指導実施率 **99.6%**

保健指導部 部長 保坂 直美 さん (女)
保健師 松村 ゆかり さん (女)

特定保健指導推進のきっかけ

特定保健指導の2008年から特定保健指導も実施しています。開始当初は、健診受付から日が経って連絡をするという状態が多かったのですが、また、受けたい方向に動いてくれる人が多く、改めて取り組みができました。利用者から「健診当日なら受けたい」という声があったことを踏まえ、2011年から健診当日の初回面談を始めました。

01 時間内に血液検査を完了し、初回面談を当日実施

健診当日の受付と各担当者の役割

- 受付・検査・検査（検査補助）**
健診当日の受付業務をスムーズにこなすため、受付業務を分けておこなうことにより、健診待ち時間短縮を実現。検査結果を当日に受け取ることができ、検査結果のみの待ち時間なく特定保健指導を実施できます。検査結果のみの待ち時間から、当日初回面談を開始して3年後に初回面談の実施率100%を達成し、継続できています。検査結果を待つ必要がなくなり、みなさん健診項目の1つずつにセットで受けてください。
- 検査結果（検査技師）**
特定保健指導の所要項目について、40分以内に検査完了する。
- 結果終了（受付）**
対象者を前向きに誘導。
- 初回面談（保健師・管理栄養士）**
検査結果を説明し、特定保健指導の同意を得る。

後日実施でも実施率は約50%
対象者本人と会社の担当者は、必ず必要な書類を揃えてもらえば簡単に実施できます。本人はスマホでも、会社に依頼すると来てくれるというケースも多かったです。

毎日業務が忙しかった中、15分程度の時間を確保して取り組みました。

▲ 広く特定の業態の取組を、全労連へ。

02 初回面談で担当者の名前を覚えてもらう

継続支援のためには、まず初回面談で担当者の名前を覚えてもらうことが大切です。その場で対象者の携帯電話に、担当者の名前と電話番号を登録してもらいます。そして、担当者も、対象者のバックグラウンドを把握し、名前を覚えておくようにしておきます。

取組の目標、計画を対象者自身に書き込んでもらうようにすると、自分事として受け止めてもらいやすくなります。

03 情熱を持って、家族と思って接する

以前勤めていた急性期医療の現場では、病状が悪化して苦しむ方や、健診結果が悪くて対処しなかったことに後悔する方を多く見てきました。特定保健指導を受けて生活習慣を改善することは、必ず健康寿命のバリエーションがあるので、自信をもっておすすめするようにしています。対象者を家族だと思って接することによって、心を配りやすくなると思っています。

「対象者の自分のために、家族のようにサポートしたい」という思いで取り組みました。

04 保健師の数を増やし、組織でレベルアップ

はじめは、保健師1人から始めました。特定保健指導の呼びかけ、事前準備、面談、結果確認、フォローアップ、最終的には、保健師40名まで増えることができました。1人では限界を感じたため、保健師を増やしたことで、保健師が活性化し、保健師自身も成長することができました。経験も、健診だけでなく、特定保健指導などの付随するフォローアップに伸びしろがあると考え、理解を示してくれました。

センター内のトレーニングルーム、ここで特定保健指導の運動指導を行うことも。

センター担当者からひとこと

- ✓ いずれも完璧にはいかないかもしれませんが、やるうまい差を減らせば、保健師1人からでも特定保健指導をやる価値があると思います。
- ✓ 対象者は環境も考え方も検査数値も異なります。多様化する対象者に対応し、改善率を上げていくことが今後の課題です。

特定保健指導は事務職でもカバーできる部分があり、記録や連絡などを手配ってもらうことができます。

メディッセ桜十字 予防医療センター (旧: 桜十字病院 健診センター)

〒565 0824 大阪府堺市東区平野3丁目23-30
https://medissec-kumamoto.jp/

設立 2005年7月

事業内容 健康診断・予防検診、フォローアップ(保健指導・運動指導)、産業保健(産業医、訪問・健康相談、安全委員会・ストレスチェック等)、健康検査・治療(がん検診クリニックなど)、地域連携(健康教室、地区サロンイベント等)

Case
2

「特定保健指導を受ける」をデフォルトに シフト調整&気軽に受けられる工夫



認知6日課
業種：その他の対事業所サービス業
日本空調システム株式会社

担当者の名前
総務部 部長 高村 亮哉 さん (男)
総務1課 部長 都築 寛里 さん (中)
総務1課 総務1課 太田 雪乃 さん (女)

「社員の健康をよりよくしたい」というのがきっかけです。シフト勤務の社員が多く、夜間勤務も影響しているのが、健康診断の出席率がなかなか高かったりも多かったり。出勤管理は自分たちの仕事で、生活者の上で労働ローテーションの観点から、健康や安全管理でもそれに、健康や安全がプラクティスの充実にもつながり、会社・社員双方にとっていい形になると考えています。

01 特定保健指導の予定をあらかじめ組み込む

2023年度に希望制から「対象者全員、特定保健指導を受ける」方針に転換。シフト勤務者が大半で、特定保健指導を受けられる時間はバラバラなため、総務部の担当者が実施日時を割り当て、それに合わせて各現場でシフトを組んだ後、現場責任者が確認をしています。

1つの現場で特定保健指導の対象者が複数いる場合は、日時が揃わないように配慮。
● 会議などの予定が入っている時間帯は除外。
● 自社オフィスで実施の場合、遠方の現場の方は郵送対応。
● 2か月以上前に、本人・現場担当者へ通知

特定保健指導実施予定表	
現場	実施日時
現場A	10月10日(水) 14:00-16:00
現場B	10月15日(月) 10:00-12:00
現場C	10月20日(土) 09:00-11:00
現場D	10月25日(木) 13:00-15:00
現場E	10月30日(火) 11:00-13:00
現場F	11月5日(日) 08:00-10:00
現場G	11月10日(金) 16:00-18:00
現場H	11月15日(水) 12:00-14:00
現場I	11月20日(月) 09:00-11:00
現場J	11月25日(土) 10:00-12:00
現場K	12月1日(木) 14:00-16:00
現場L	12月5日(月) 11:00-13:00
現場M	12月10日(土) 08:00-10:00
現場N	12月15日(水) 13:00-15:00
現場O	12月20日(日) 09:00-11:00
現場P	12月25日(金) 16:00-18:00
現場Q	1月10日(月) 10:00-12:00
現場R	1月15日(土) 09:00-11:00
現場S	1月20日(水) 14:00-16:00
現場T	1月25日(日) 08:00-10:00
現場U	2月5日(月) 11:00-13:00
現場V	2月10日(土) 09:00-11:00
現場W	2月15日(水) 13:00-15:00
現場X	2月20日(日) 08:00-10:00
現場Y	2月25日(金) 16:00-18:00
現場Z	3月5日(月) 10:00-12:00
現場AA	3月10日(土) 09:00-11:00
現場AB	3月15日(水) 14:00-16:00
現場AC	3月20日(日) 08:00-10:00
現場AD	3月25日(金) 16:00-18:00
現場AE	4月5日(月) 10:00-12:00
現場AF	4月10日(土) 09:00-11:00
現場AG	4月15日(水) 14:00-16:00
現場AH	4月20日(日) 08:00-10:00
現場AI	4月25日(金) 16:00-18:00
現場AJ	5月5日(月) 10:00-12:00
現場AK	5月10日(土) 09:00-11:00
現場AL	5月15日(水) 14:00-16:00
現場AM	5月20日(日) 08:00-10:00
現場AN	5月25日(金) 16:00-18:00
現場AO	6月5日(月) 10:00-12:00
現場AP	6月10日(土) 09:00-11:00
現場AQ	6月15日(水) 14:00-16:00
現場AR	6月20日(日) 08:00-10:00
現場AS	6月25日(金) 16:00-18:00
現場AT	7月5日(月) 10:00-12:00
現場AU	7月10日(土) 09:00-11:00
現場AV	7月15日(水) 14:00-16:00
現場AW	7月20日(日) 08:00-10:00
現場AX	7月25日(金) 16:00-18:00
現場AY	8月5日(月) 10:00-12:00
現場AZ	8月10日(土) 09:00-11:00
現場BA	8月15日(水) 14:00-16:00
現場BB	8月20日(日) 08:00-10:00
現場BC	8月25日(金) 16:00-18:00
現場BD	9月5日(月) 10:00-12:00
現場BE	9月10日(土) 09:00-11:00
現場BF	9月15日(水) 14:00-16:00
現場BG	9月20日(日) 08:00-10:00
現場BH	9月25日(金) 16:00-18:00
現場BI	10月5日(月) 10:00-12:00
現場BJ	10月10日(土) 09:00-11:00
現場BK	10月15日(水) 14:00-16:00
現場BL	10月20日(日) 08:00-10:00
現場BM	10月25日(金) 16:00-18:00
現場BN	11月5日(月) 10:00-12:00
現場BO	11月10日(土) 09:00-11:00
現場BP	11月15日(水) 14:00-16:00
現場BQ	11月20日(日) 08:00-10:00
現場BR	11月25日(金) 16:00-18:00
現場BS	12月5日(月) 10:00-12:00
現場BT	12月10日(土) 09:00-11:00
現場BU	12月15日(水) 14:00-16:00
現場BV	12月20日(日) 08:00-10:00
現場BV	12月25日(金) 16:00-18:00
現場BW	1月5日(月) 10:00-12:00
現場BX	1月10日(土) 09:00-11:00
現場BY	1月15日(水) 14:00-16:00
現場BZ	1月20日(日) 08:00-10:00
現場CA	1月25日(金) 16:00-18:00
現場CB	2月5日(月) 10:00-12:00
現場CC	2月10日(土) 09:00-11:00
現場CD	2月15日(水) 14:00-16:00
現場CE	2月20日(日) 08:00-10:00
現場CE	2月25日(金) 16:00-18:00
現場CF	3月5日(月) 10:00-12:00
現場CG	3月10日(土) 09:00-11:00
現場CH	3月15日(水) 14:00-16:00
現場CH	3月20日(日) 08:00-10:00
現場CI	3月25日(金) 16:00-18:00
現場CJ	4月5日(月) 10:00-12:00
現場CK	4月10日(土) 09:00-11:00
現場CK	4月15日(水) 14:00-16:00
現場CL	4月20日(日) 08:00-10:00
現場CL	4月25日(金) 16:00-18:00
現場CM	5月5日(月) 10:00-12:00
現場CM	5月10日(土) 09:00-11:00
現場CN	5月15日(水) 14:00-16:00
現場CN	5月20日(日) 08:00-10:00
現場CO	5月25日(金) 16:00-18:00
現場CP	6月5日(月) 10:00-12:00
現場CP	6月10日(土) 09:00-11:00
現場CQ	6月15日(水) 14:00-16:00
現場CQ	6月20日(日) 08:00-10:00
現場CQ	6月25日(金) 16:00-18:00
現場CR	7月5日(月) 10:00-12:00
現場CR	7月10日(土) 09:00-11:00
現場CR	7月15日(水) 14:00-16:00
現場CR	7月20日(日) 08:00-10:00
現場CR	7月25日(金) 16:00-18:00
現場CS	8月5日(月) 10:00-12:00
現場CS	8月10日(土) 09:00-11:00
現場CS	8月15日(水) 14:00-16:00
現場CS	8月20日(日) 08:00-10:00
現場CS	8月25日(金) 16:00-18:00
現場CT	9月5日(月) 10:00-12:00
現場CT	9月10日(土) 09:00-11:00
現場CT	9月15日(水) 14:00-16:00
現場CT	9月20日(日) 08:00-10:00
現場CT	9月25日(金) 16:00-18:00
現場CU	10月5日(月) 10:00-12:00
現場CU	10月10日(土) 09:00-11:00
現場CU	10月15日(水) 14:00-16:00
現場CU	10月20日(日) 08:00-10:00
現場CU	10月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	11月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	11月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	11月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	11月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	11月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	12月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	12月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	12月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	12月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	12月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	1月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	1月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	1月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	1月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	1月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	2月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	2月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	2月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	2月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	2月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	3月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	3月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	3月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	3月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	3月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	4月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	4月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	4月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	4月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	4月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	5月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	5月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	5月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	5月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	5月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	6月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	6月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	6月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	6月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	6月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	7月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	7月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	7月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	7月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	7月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	8月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	8月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	8月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	8月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	8月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	9月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	9月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	9月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	9月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	9月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	10月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	10月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	10月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	10月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	10月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	11月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	11月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	11月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	11月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	11月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	12月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	12月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	12月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	12月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	12月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	1月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	1月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	1月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	1月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	1月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	2月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	2月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	2月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	2月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	2月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	3月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	3月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	3月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	3月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	3月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	4月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	4月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	4月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	4月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	4月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	5月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	5月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	5月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	5月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	5月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	6月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	6月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	6月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	6月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	6月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	7月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	7月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	7月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	7月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	7月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	8月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	8月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	8月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	8月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	8月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	9月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	9月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	9月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	9月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	9月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	10月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	10月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	10月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	10月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	10月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	11月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	11月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	11月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	11月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	11月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	12月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	12月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	12月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	12月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	12月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	1月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	1月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	1月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	1月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	1月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	2月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	2月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	2月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	2月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	2月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	3月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	3月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	3月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	3月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	3月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	4月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	4月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	4月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	4月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	4月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	5月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	5月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	5月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	5月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	5月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	6月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	6月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	6月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	6月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	6月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	7月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	7月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	7月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	7月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	7月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	8月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	8月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	8月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	8月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	8月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	9月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	9月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	9月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	9月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	9月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	10月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	10月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	10月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	10月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	10月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	11月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	11月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	11月15日(水) 14:00-16:00
現場CV	11月20日(日) 08:00-10:00
現場CV	11月25日(金) 16:00-18:00
現場CV	12月5日(月) 10:00-12:00
現場CV	12月10日(土) 09:00-11:00
現場CV	12月15日(水) 14:00-16:00

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354,895人、実績評価者数は262,613人となり、それぞれ前年度から、37,405人（11.8%）、30,252人（13.0%）増加しました。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います。

〔(図表4-70) 特定保健指導の外部委託機関数〕

(単位:機関)										
	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	2024年度
委託契約機関数	862	910	980	1,178	1,192	1,263	1,311	1,378	1,464	1,533
健診当日に、初回面談を実施する機関数	499	517	586	834	1,079	1,144	1,195	1,271	1,362	1,285
一括実施	499	517	586	715	892	930	971	1,040	1,110	1,174
分割実施	-	-	-	480	737	779	812	899	977	853

※分割実施は、制度見直しにより2018年度から実施可能とされた。

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

(健診当日の特定保健指導の効果的な利用勧奨等)

2023年度に「健診当日の特定保健指導の効果的な利用勧奨等」をテーマとして3支部（岩手、新潟、奈良）で実施したパイロット事業について、2024年度に効果検証を実施しました。結果として、初回面談実施率、未治療者の医療機関受診率ともに事業の効果は必ずしも明らかに示されなかったものの、特定保健指導の実施率及び質の向上に向けては、健診当日の利用勧奨は重要な取組であることから、効果的な実施方法について引き続き検討していくこととします。

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) 2024年度の実績について

2024年度の被扶養者の特定保健指導実施率は2023年度の実施率15.6%から1.5%ポイント増加し、17.1%となりました。初回面談実施者数は17,585人、実績評価者数は15,229人となり、それぞれ前年度から、1,304人(8.0%)、1,674人(12.3%)増加しました。2024年度KPI（18.1%）は達成できませんでしたが、実施率、実施者数ともに過去最高となりました（図表4-71参照）。

〔(図表4-71) 特定保健指導の実績（被扶養者）〕

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	前年度比 (増減)
対象者数	81,993人	95,352人	90,079人	87,084人	88,871人	1,787人
初回面談	11,678人	15,295人	16,226人	16,281人	17,585人	1,304人
実績評価	10,780人	12,236人	13,939人	13,555人	15,229人	1,674人
実施率	13.1%	12.8%	15.5%	15.6%	17.1%	1.5%

イ) 2024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。2024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16,106人（前年度比11.5%増）となりました。これは、被扶養者における2024年度の初回面談実施者数の91.6%を占めています。

③特定保健指導実施率の推移

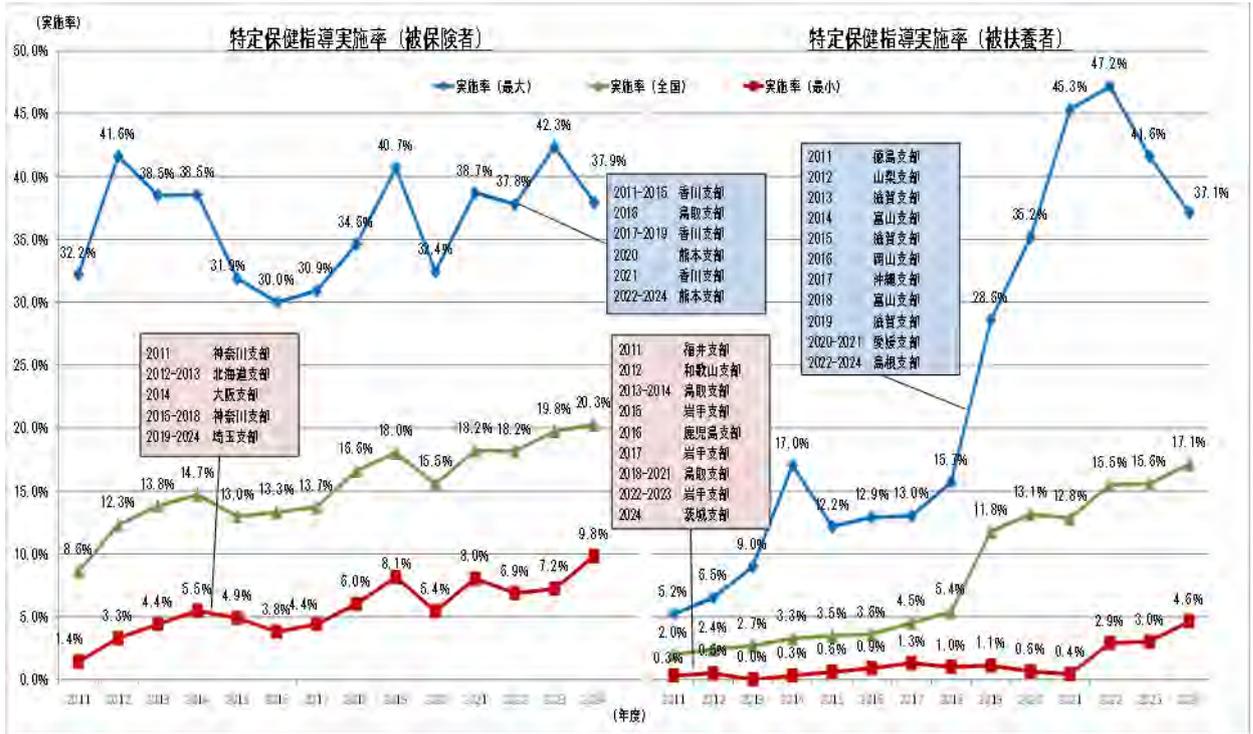
図表4-72は、2011（平成23）年度以降の特定保健指導の支部ごとの実施率の最大値及び最小値並びに全国の実施率の推移を示したものです。

2024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37.9%、最小は埼玉支部の9.8%、全国では20.3%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37.1%、最小は茨城支部の4.6%、全国では17.1%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4-73参照）。

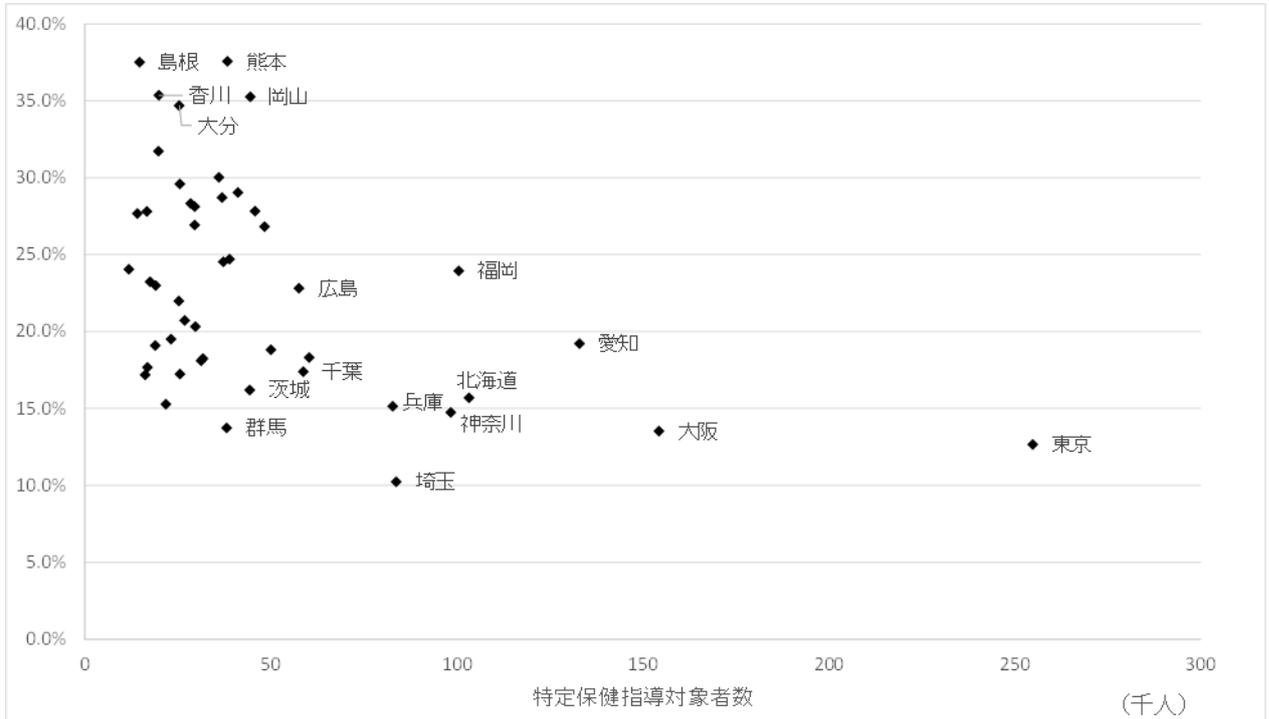
被保険者の特定保健指導実施率は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため、2020年4月から2020年5月まで、緊急事態宣言対象地域等で実施する対面による特定保健指導を中止したこと等により、2020年度の実施率が全国的に低下しましたが、2021年度以降、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策を徹底するとともに、健診当日の初回面談を推進すること等により実施率が回復しています。

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4-72) 特定保健指導実施率の推移〕



〔(図表4-73) 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4-74) 特定保健指導の実施率（加入者）〕



〔(図表4-75) 各支部における特定保健指導の実績 (2024年度)〕

	被保険者						受診者				合計				外部委託機関		
	初回面談			実績評価			初回面談		実績評価		初回面談		実績評価		契約 機関数	健診当日実施	
	実施人数	外部委託 (再掲)	実施率	実施人数	外部委託 (再掲)	実施率	実施人数	実施率	実施人数	実施率	実施人数	実施率	実施人数	実施率		一括	分割
北海道	21,085	(15,618)	21.1%	15,150	(10,807)	15.2%	634	17.4%	1,067	29.3%	21,719	21.0%	16,217	15.7%	41	30	23
青森	10,719	(5,383)	39.0%	7,910	(4,051)	28.8%	271	26.4%	166	16.1%	10,990	38.5%	8,076	28.3%	10	6	8
岩手	7,800	(3,368)	30.3%	5,506	(2,407)	21.4%	106	8.9%	73	6.2%	7,906	29.4%	5,579	20.7%	12	8	6
宮城	16,308	(10,042)	35.2%	12,735	(7,302)	27.5%	298	14.4%	228	11.0%	16,606	34.3%	12,963	26.8%	29	24	23
秋田	8,286	(1,582)	43.4%	6,215	(1,117)	32.6%	128	16.7%	79	10.3%	8,414	42.4%	6,294	31.7%	14	9	6
山形	11,609	(6,539)	47.3%	7,483	(4,490)	30.5%	161	14.4%	104	9.3%	11,770	45.9%	7,587	29.6%	16	13	2
福島	12,012	(4,132)	32.1%	9,485	(2,877)	25.3%	157	10.1%	149	9.5%	12,169	31.2%	9,634	24.7%	46	36	24
茨城	8,299	(3,396)	19.6%	7,102	(2,832)	16.7%	113	5.6%	93	4.6%	8,412	18.9%	7,195	16.2%	25	20	13
栃木	12,360	(7,546)	34.6%	10,390	(6,466)	29.1%	234	18.0%	226	17.4%	12,594	34.1%	10,616	28.7%	16	14	10
群馬	6,239	(3,538)	17.0%	5,173	(2,449)	14.1%	89	5.9%	75	4.9%	6,328	16.6%	5,248	13.7%	22	15	13
埼玉	10,573	(7,269)	13.2%	7,875	(5,291)	9.8%	828	22.9%	701	19.4%	11,401	13.6%	8,576	10.2%	44	26	28
千葉	11,774	(7,602)	20.9%	10,040	(6,472)	17.8%	204	8.8%	178	7.6%	11,978	20.4%	10,218	17.4%	24	20	16
東京	42,690	(36,017)	17.5%	30,690	(25,808)	12.6%	1,788	15.6%	1,573	13.8%	44,478	17.5%	32,263	12.7%	110	75	61
神奈川	16,836	(13,167)	17.7%	13,997	(10,939)	14.7%	431	13.6%	499	15.8%	17,267	17.5%	14,496	14.7%	63	46	32
新潟	15,981	(9,743)	36.5%	12,544	(7,578)	28.6%	229	11.5%	210	10.5%	16,210	35.4%	12,754	27.8%	23	22	13
富山	11,107	(7,101)	38.7%	8,148	(5,254)	28.4%	183	20.7%	170	19.3%	11,290	38.2%	8,318	28.1%	27	27	22
石川	9,448	(6,976)	33.0%	7,814	(5,451)	27.3%	159	16.7%	141	14.8%	9,607	32.5%	7,955	26.9%	30	21	3
福井	5,154	(1,035)	27.9%	4,294	(829)	23.2%	151	24.8%	95	15.6%	5,305	27.8%	4,389	23.0%	12	8	2
山梨	5,956	(2,598)	37.5%	4,585	(1,859)	28.9%	45	5.3%	65	7.7%	6,001	35.9%	4,650	27.8%	13	13	5
長野	11,551	(5,312)	32.0%	8,851	(3,984)	24.6%	352	28.0%	296	23.5%	11,903	31.9%	9,147	24.5%	41	38	11
岐阜	14,047	(8,632)	35.5%	11,647	(6,870)	29.5%	394	23.3%	323	19.1%	14,441	35.0%	11,970	29.0%	31	23	18
静岡	15,066	(11,252)	25.7%	10,619	(7,614)	18.1%	570	31.7%	429	23.9%	15,636	25.9%	11,048	18.3%	49	38	28
愛知	33,492	(25,820)	26.2%	24,771	(18,481)	19.4%	958	18.0%	786	14.8%	34,450	25.9%	25,557	19.2%	137	94	86
三重	6,849	(4,858)	22.5%	5,445	(3,479)	17.9%	497	35.9%	358	25.8%	7,346	23.1%	5,803	18.2%	24	22	20
滋賀	4,021	(1,157)	19.5%	3,007	(673)	14.6%	349	28.2%	327	26.4%	4,370	20.0%	3,334	15.3%	19	12	13
京都	12,008	(7,300)	24.9%	9,082	(5,399)	18.9%	398	20.6%	340	17.6%	12,406	24.8%	9,422	18.8%	37	25	24
大阪	25,309	(19,340)	17.2%	19,744	(14,317)	13.4%	1,367	18.9%	1,140	15.8%	26,676	17.3%	20,884	13.5%	83	58	59
兵庫	16,486	(9,832)	20.6%	12,158	(6,998)	15.2%	608	20.5%	381	12.9%	17,094	20.6%	12,539	15.1%	59	43	41
奈良	4,263	(718)	23.7%	3,427	(469)	19.1%	231	23.6%	190	19.4%	4,494	23.7%	3,617	19.1%	12	7	10
和歌山	3,577	(787)	22.9%	2,669	(550)	17.1%	216	30.2%	135	18.9%	3,793	23.2%	2,804	17.2%	9	5	5
鳥取	4,091	(1,569)	35.4%	2,817	(1,245)	24.4%	49	13.4%	46	12.6%	4,140	34.8%	2,863	24.0%	7	6	3
島根	7,178	(2,524)	50.2%	5,362	(2,029)	37.5%	228	49.2%	172	37.1%	7,406	50.2%	5,534	37.5%	9	6	3
岡山	18,059	(11,342)	42.3%	15,173	(9,782)	35.5%	686	38.3%	524	29.2%	18,745	42.1%	15,697	35.3%	55	46	25
広島	16,847	(11,873)	30.6%	12,488	(8,048)	22.7%	839	32.3%	681	26.2%	17,686	30.7%	13,149	22.8%	44	38	22
山口	5,623	(2,144)	23.0%	4,266	(1,523)	17.4%	171	15.5%	141	12.8%	5,794	22.6%	4,407	17.2%	21	14	6
徳島	5,280	(940)	38.7%	3,852	(640)	28.3%	98	16.8%	79	13.5%	5,378	37.8%	3,931	27.7%	10	9	8
香川	8,308	(4,104)	43.7%	6,796	(3,413)	35.8%	260	27.5%	257	27.2%	8,568	42.9%	7,053	35.4%	19	17	9
愛媛	8,073	(3,140)	28.3%	5,595	(2,430)	19.6%	508	39.5%	456	35.4%	8,581	28.8%	6,051	20.3%	19	13	11
高知	4,420	(1,596)	27.2%	2,898	(1,169)	17.8%	119	18.5%	88	13.7%	4,539	26.9%	2,986	17.7%	9	7	2
福岡	33,082	(26,144)	34.1%	23,198	(17,457)	23.9%	1,140	30.7%	884	23.8%	34,202	34.0%	24,082	23.9%	98	87	66
佐賀	4,809	(2,324)	28.2%	3,979	(1,844)	23.3%	88	16.5%	106	19.9%	4,897	27.8%	4,085	23.2%	17	12	9
長崎	8,758	(4,000)	35.7%	5,344	(2,371)	21.8%	216	27.1%	223	27.9%	8,974	35.4%	5,567	22.0%	30	24	8
熊本	18,807	(15,685)	50.4%	14,150	(11,988)	37.9%	288	25.8%	280	25.1%	19,095	49.7%	14,430	37.6%	39	36	21
大分	10,407	(6,515)	42.6%	8,544	(5,373)	34.9%	251	26.2%	269	28.1%	10,658	42.0%	8,813	34.7%	24	20	15
宮崎	5,892	(837)	26.2%	4,415	(561)	19.6%	123	17.1%	115	16.0%	6,015	25.9%	4,530	19.5%	11	8	7
鹿児島	7,000	(2,548)	23.2%	5,584	(1,914)	18.5%	87	7.8%	79	7.1%	7,087	22.6%	5,663	18.1%	19	15	6
沖縄	13,867	(9,950)	40.2%	10,606	(7,713)	30.8%	285	17.5%	232	14.3%	14,152	39.2%	10,838	30.0%	24	18	7
合計	571,386	(354,895)	26.7%	433,603	(262,613)	20.3%	17,585	19.8%	15,229	17.1%	588,971	26.4%	448,832	20.1%	1,533	1,174	853

④特定保健指導の質の向上

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。

第4期特定保健指導の主要達成目標である腹囲2cm体重2kg減の達成を目指した特定保健指導を実施するにあたり、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。

支部保健師を対象とした保健師全国研修では、第4期特定保健指導の初回面談結果より、設定された目標の現状を把握し、現時点での目標設定に関する課題を明確にした上で効果の出る保健指導を実施するための対策の検討を行いました。

また、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では無関心期に焦点を絞り、対象者を次の行動変容ステージに進めるために、特定保健指導に必要な知識及び技術の習得、学びを定着させる仕組み作りについて研修を行いました。

iv) 重症化予防対策の推進

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

①未治療者への受診勧奨

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

一次勧奨は、血圧、血糖、脂質に関する数値が一定基準以上（受診勧奨対象域³⁰）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。

二次勧奨は、一次勧奨実施後に、より重症域³¹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。

なお、KPIについては、2023年度までは「受診勧奨後3ヶ月以内に医療機関を受診した者の割合」としていましたが、医療機関への早期受診を促す観点から、健診受診後早期の医療機関への受診を評価対象とするため、2024年度KPIより「健診受診月から10ヶ月以内に医療機関を受診した者の割合を対前年度以上とする」に変更しました。

³⁰ 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

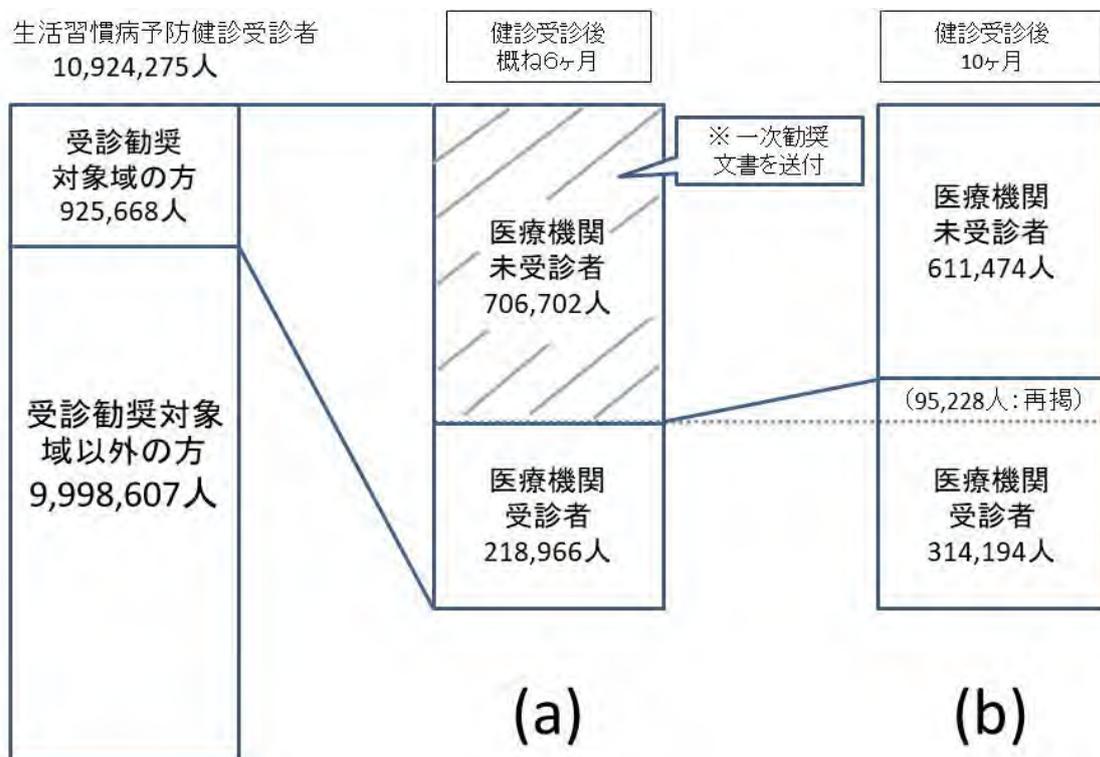
³¹ 一次勧奨基準値の血圧・血糖・脂質のうち、2つ以上に該当する方。又は、①収縮期血圧180mmHg以上、②拡張期血圧110mmHg以上、③空腹時血糖160mg/dl以上、④HbA1c8.4%以上のいずれかに該当する方

ア) 2024年度の実績について

2023年度に生活習慣病予防健診を受けた約1,090万人のうち、受診勧奨対象者は925,668人、うち314,194人(33.9%)の方が健診受診月から10ヶ月以内に医療機関を受診しました。前年度の同受診率(33.0%)と比較した結果、2024年度KPIである「健診受診月から10ヶ月以内に医療機関を受診した者の割合を対前年度以上とする」については達成できました(図表4-76、4-77参照)。

また、新規該当者と連続該当者の受診率を比較すると、新規該当者の受診率は36.5%、連続該当者の受診率は30.2%であり、新規該当者の受診率の方が6.3%ポイント高い結果となりました(図表4-78参照)。

[(図表4-76) 健診受診月10ヶ月間の医療機関受診状況(2023年度健診受診者) ①]

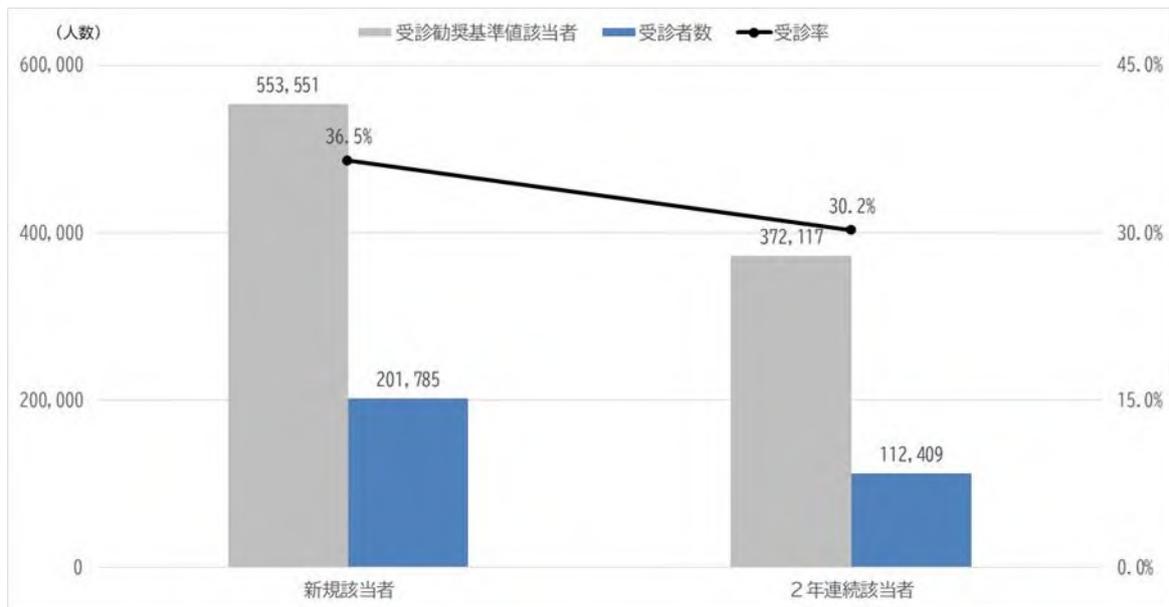


【(図表4-77) 健診受診月10ヶ月間の医療機関受診状況(対前年度比較)(2023年度健診受診者)】

②】

	2023年度			2022年度				2023年度			2022年度		
	受診勧奨通知基準値該当者数	健診受診月から10ヵ月後		受診勧奨通知基準値該当者数	健診受診月から10ヵ月後			受診勧奨通知基準値該当者数	健診受診月から10ヵ月後		受診勧奨通知基準値該当者数	健診受診月から10ヵ月後	
		受診者数	受診率		受診者数	受診率			受診者数	受診率		受診者数	受診率
北海道	42,386	14,072	33.2%	40,609	13,025	32.1%	滋賀	9,503	3,072	32.3%	9,133	2,878	31.5%
青森	11,417	3,947	34.6%	11,697	3,958	33.8%	京都	21,200	6,664	31.4%	20,061	6,089	30.4%
岩手	10,489	3,415	32.6%	10,328	3,374	32.7%	大阪	61,783	19,790	32.0%	57,586	18,263	31.7%
宮城	21,954	7,328	33.4%	22,121	7,345	33.2%	兵庫	35,622	11,921	33.5%	34,860	11,084	31.8%
秋田	6,982	2,654	38.0%	6,864	2,546	37.1%	奈良	6,543	2,587	39.5%	6,021	2,110	35.0%
山形	11,814	4,264	36.1%	11,709	4,386	37.5%	和歌山	6,517	2,338	35.9%	6,246	1,988	31.8%
福島	16,211	5,191	32.0%	15,464	4,966	32.1%	鳥取	5,399	1,694	31.4%	5,340	1,715	32.1%
茨城	18,674	6,154	33.0%	18,074	5,944	32.9%	島根	6,824	2,490	36.5%	6,770	2,383	35.2%
栃木	16,720	6,084	36.4%	16,409	5,516	33.6%	岡山	16,734	6,692	40.0%	15,951	5,994	37.6%
群馬	16,937	5,422	32.0%	16,904	5,509	32.6%	広島	23,954	8,736	36.5%	23,816	8,901	37.4%
埼玉	34,784	10,916	31.4%	32,634	9,573	29.3%	山口	10,990	3,638	33.1%	10,539	3,363	31.9%
千葉	29,538	9,839	33.3%	28,778	9,094	31.6%	徳島	5,203	1,660	31.9%	5,063	1,549	30.6%
東京	98,327	31,483	32.0%	91,939	28,718	31.2%	香川	7,328	2,466	33.7%	7,081	2,427	34.3%
神奈川	44,778	14,793	33.0%	42,799	13,537	31.6%	愛媛	13,340	4,418	33.1%	13,449	4,451	33.1%
新潟	20,807	7,809	37.5%	20,232	7,185	35.5%	高知	6,965	2,368	34.0%	6,927	2,022	29.2%
富山	11,907	4,566	38.3%	11,697	4,402	37.6%	福岡	42,839	14,667	34.2%	42,730	14,195	33.2%
石川	10,720	3,615	33.7%	10,445	3,502	33.5%	佐賀	6,852	2,579	37.6%	6,328	2,304	36.4%
福井	7,846	2,655	33.8%	7,712	2,569	33.3%	長崎	10,602	3,797	35.8%	10,404	3,388	32.6%
山梨	8,841	3,126	35.4%	8,731	2,747	31.5%	熊本	14,398	5,679	39.4%	13,986	5,239	37.5%
長野	14,903	5,458	36.6%	14,289	5,056	35.4%	大分	11,081	4,144	37.4%	10,512	3,877	36.9%
岐阜	17,417	6,255	35.9%	16,661	5,674	34.1%	宮崎	9,279	3,161	34.1%	8,899	3,008	33.8%
静岡	28,495	10,130	35.6%	27,283	9,270	34.0%	鹿児島	11,434	4,488	39.3%	13,407	4,944	36.9%
愛知	51,610	16,317	31.6%	49,434	15,956	32.3%	沖縄	13,504	4,739	35.1%	13,521	4,560	33.7%
三重	14,217	4,913	34.6%	13,825	4,756	34.4%	合計	925,668	314,194	33.9%	895,268	295,340	33.0%

【(図表4-78) 新規・連続該当者の受診率(2023年度健診受診者)】



イ) 2024年度の受診率向上に向けた主な取組

2023年度に生活習慣病予防健診を受けられた約1,090万人のうち、一次勧奨対象者706,702人の方に本部から一次勧奨文書を送付しました。二次勧奨は、各支部において地域の実情を踏まえ、外部委託を活用しつつ、電話（107,951件）、文書（513,685件）、面談（1,655件）等による受診勧奨を実施しました（図表4-79、4-80、4-81参照）。

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

[(図表4-79) 未治療者への受診勧奨（一次勧奨文書発送状況）]

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

〔(図表4-80) 未治療者受診勧奨通知 (一次勧奨)〕

**あなたは今すぐ医療機関を受診を！
健診結果を踏まえた次の行動が重要！**

この通知は健診結果において、血圧値、空腹時血糖値（またはHbA1c）、LDLコレステロール値が「異常値」「要精密検査」と判断された方のうち、健診受診前および健診受診月を含んだ健診受診後3か月以内に医療機関を受診が確認できなかった方にお送りしています。なお、本状と行き違いで既に医療機関にご相談、受診されてしまったら失礼のほど何卒ご容赦ください。受診の際は医師の診断の機会となりますので、本状と健診結果をお持ちください。

① あなたの健診結果は

血圧	血糖	脂質	尿蛋白																																																												
収縮期血圧値	空腹時血糖値	LDLコレステロール値	尿蛋白																																																												
mmHg	mg/dL	mg/dL	mg/dL																																																												
<table border="1"> <tr><td>正常血圧</td><td>正常高血圧</td><td>高血圧</td><td>1度高血圧</td><td>2度高血圧</td><td>3度高血圧</td></tr> <tr><td><120</td><td>120-129</td><td>130-139</td><td>140-159</td><td>160-179</td><td>≥180</td></tr> <tr><td>正常範囲</td><td>注意</td><td>注意</td><td>注意</td><td>注意</td><td>注意</td></tr> <tr><td><80</td><td>80-89</td><td>90-99</td><td>100-109</td><td>≥110</td><td></td></tr> </table>	正常血圧	正常高血圧	高血圧	1度高血圧	2度高血圧	3度高血圧	<120	120-129	130-139	140-159	160-179	≥180	正常範囲	注意	注意	注意	注意	注意	<80	80-89	90-99	100-109	≥110		<table border="1"> <tr><td>正常範囲</td><td>正常範囲</td><td>注意</td><td>異常値</td></tr> <tr><td><100</td><td><110</td><td>≥126</td><td>異常値</td></tr> <tr><td>正常範囲</td><td>正常範囲</td><td>注意</td><td>異常値</td></tr> <tr><td><5.6</td><td><6.0</td><td>≥6.5</td><td>異常値</td></tr> </table>	正常範囲	正常範囲	注意	異常値	<100	<110	≥126	異常値	正常範囲	正常範囲	注意	異常値	<5.6	<6.0	≥6.5	異常値	<table border="1"> <tr><td>正常範囲</td><td>正常範囲</td><td>注意</td><td>異常値</td></tr> <tr><td><120</td><td>120-139</td><td>140-179</td><td>≥180</td></tr> <tr><td>正常範囲</td><td>正常範囲</td><td>注意</td><td>異常値</td></tr> </table>	正常範囲	正常範囲	注意	異常値	<120	120-139	140-179	≥180	正常範囲	正常範囲	注意	異常値	<table border="1"> <tr><td>正常範囲</td><td>正常範囲</td><td>注意</td><td>異常値</td></tr> <tr><td>-</td><td>+</td><td>++</td><td>+++</td></tr> </table>	正常範囲	正常範囲	注意	異常値	-	+	++	+++
正常血圧	正常高血圧	高血圧	1度高血圧	2度高血圧	3度高血圧																																																										
<120	120-129	130-139	140-159	160-179	≥180																																																										
正常範囲	注意	注意	注意	注意	注意																																																										
<80	80-89	90-99	100-109	≥110																																																											
正常範囲	正常範囲	注意	異常値																																																												
<100	<110	≥126	異常値																																																												
正常範囲	正常範囲	注意	異常値																																																												
<5.6	<6.0	≥6.5	異常値																																																												
正常範囲	正常範囲	注意	異常値																																																												
<120	120-139	140-179	≥180																																																												
正常範囲	正常範囲	注意	異常値																																																												
正常範囲	正常範囲	注意	異常値																																																												
-	+	++	+++																																																												

気づかぬうちに…「生活習慣病」

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

レベル1

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

レベル2

- 肥満
- 高血糖
- 高血圧
- 脂質異常

レベル3

- 肥満症（特に内臓脂肪型肥満）
- 糖尿病
- 高血圧症
- 脂質異常症

レベル4

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

レベル5

- 半身の麻痺
- 認知症
- 日常生活における支障

※メタボリックシンドロームとは、おおよそ4つ以内の内臓脂肪がたまることで腹まのホルモンが分泌され、高血圧・高血糖・脂質異常等が起こり、生活習慣病になりやすくなっている状態のことです。

**高血圧、
高血糖、脂質異常等を
放置するとどうなる？**

高血圧

- 正常血圧と比べて血圧が高くなるほど脳卒中（脳出血、脳梗塞等）の発症リスクが高まります。
- 収縮期血圧値：160mmHg以上
拡張期血圧値：100mmHg以上
→ **5.2倍**
- 収縮期血圧値：180mmHg以上
拡張期血圧値：110mmHg以上
→ **8.4倍**

出典：日本高血圧学会
「高血圧治療ガイドライン2019」を基に作成

高血糖

- 高血糖の状態を放置すると、場合によっては、人工透析が必要になってしまいます。
- その**約4割は糖尿病性腎症**が原因です。

出典：日本透析医学会統計調査委員会
「わが国の慢性透析療法の実況(2020年12月31日現在)」

脂質異常

- LDLコレステロール値が180mg/dL以上の人は、100mg/dL未満の人と比べて**約3~4倍**、心筋梗塞等になりやすくなります。

出典：厚生労働省 健康局
「標準的な健診・保健指導プログラム(19年度版)」

尿蛋白陽性

- 慢性腎臓病の疑いがあります。慢性腎臓病の人は、そうでない人と比べて**10倍以上**透析治療が必要な状況になりやすくなります。

出典：厚生労働省 健康局
「標準的な健診・保健指導プログラム(19年度版)」

動脈硬化

- 脳出血・脳梗塞
- 狭心症・心筋梗塞

糖尿病

- 網膜症
- 腎臓病
- 神経障害

慢性腎臓病

自覚症状もないのに受診する意味がある？

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

健診で「要治療」「要精密検査」の結果が出たら、自分の身体の状態を見直す大きなターニングポイント。

早期に受診することで、重大な病気のリスクを下げられます。

〔(図表4-81) 支部別の二次勧奨実施方法〕

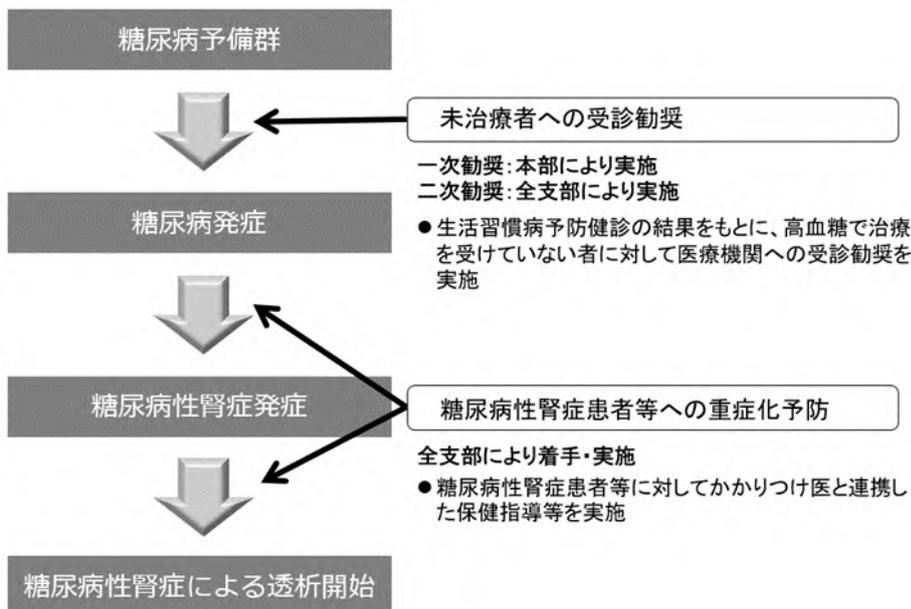
実施方法			実施支部	
電話	文書	訪問等		
●	●	●	7支部	青森 福島 栃木 長野 香川 宮崎 沖縄
●	●		32支部	岩手 宮城 秋田 茨城 群馬 埼玉 千葉 神奈川 新潟 富山 石川 山梨 岐阜 静岡 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 奈良 鳥取 岡山 広島 徳島 愛媛 高知 福岡 佐賀 長崎 熊本 大分 鹿児島
●			1支部	島根
	●		6支部	北海道 山形 東京 福井 兵庫 山口
	●	●	1支部	和歌山

② 糖尿病性腎症患者等の重症化予防

治療中の糖尿病性腎症患者に対し、生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病）の重症化を防ぐため、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4-82参照）。

2024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27,326件（対前年度3,315件減）の受診勧奨を行いました（図表4-83参照）。また、糖尿病性腎症に関する保健指導を224件（対前年度234件減）実施しました。

〔(図表4-82) 協会における重症化予防対策の概要〕



〔(図表4-83) 糖尿病性腎症患者等の重症化予防の取組状況〕

