

v) コラボヘルスの推進

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

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

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

(健康宣言のプロセス及びコンテンツの標準化)

健康宣言事業については、健康宣言からフォローアップまでの「プロセス（どのような手順で行うか）」及び「コンテンツ（何を行うか）」の観点から、宣言項目として必ず盛り込む内容について、全支部の健康宣言に共通する（いわゆる核となる）取組を取りまとめた「基本モデル」を策定し、健康宣言における健康づくりの取組の質の向上（標準化）を図っています（図表4-84参照）。

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

[(図表4-84) 健康宣言の基本モデル]

【事業所カルテの提供(プロセスの標準化)】

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

【宣言項目(コンテンツの標準化)】

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

(健康宣言事業所数の推移)

健康宣言事業所は、2024年度末時点において105,343事業所(対前年度10,603事業所増)となっており(図表4-85参照)、KPI(100,000事業所³²)を達成しました。また、健康宣言の基本モデルに沿って標準化された健康宣言事業所は94,890事業所となっており、健康宣言事業所全体に占める割合は前年度(79.0%)から11.1%ポイント増加し、90.1%となりました。

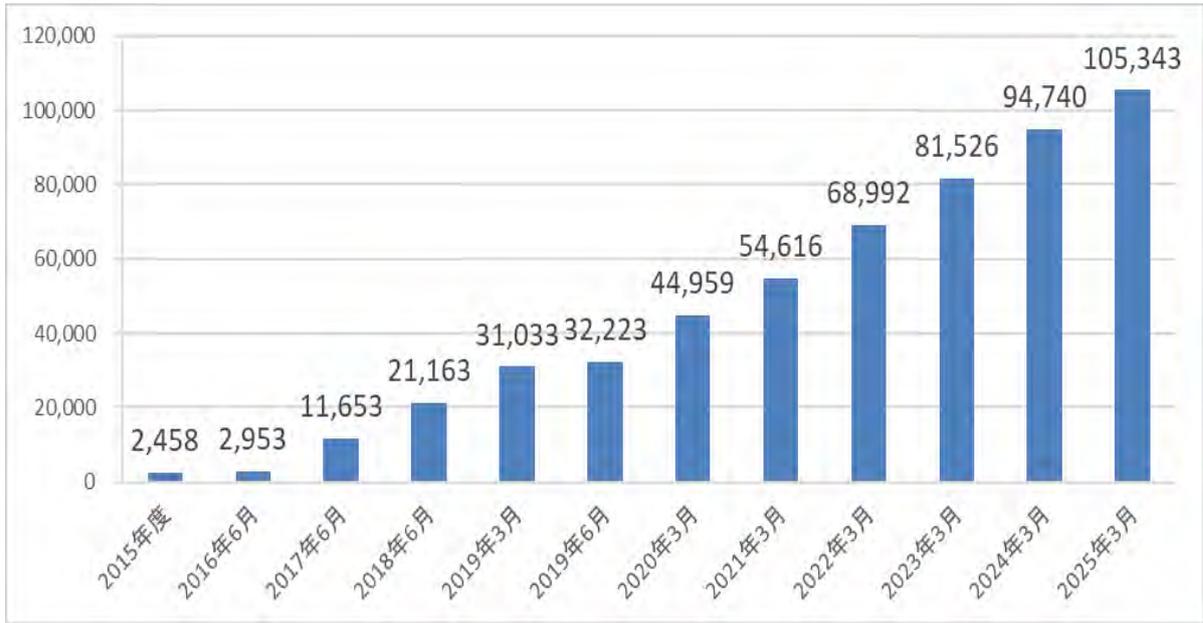
なお、2016年11月に運用が始まった経済産業省の「健康経営優良法人認定制度³³」については、2025年3月に「健康経営優良法人2024」として、協会加入の事業所から大規模法人部門は696事業所(うち、ホワイト500³⁴認定は45事業所)、中小規模法人部門では16,017事業所(うち、2020年度から創設されたブライト500³⁴認定は385事業所、2024年度から創設されたネクストブライト1000³⁴認定は702事業所)、合計16,713事業所が認定されています(図表4-86参照)。

³² 既宣言事業所においても健康宣言の標準化が進むことを想定した目標値です。

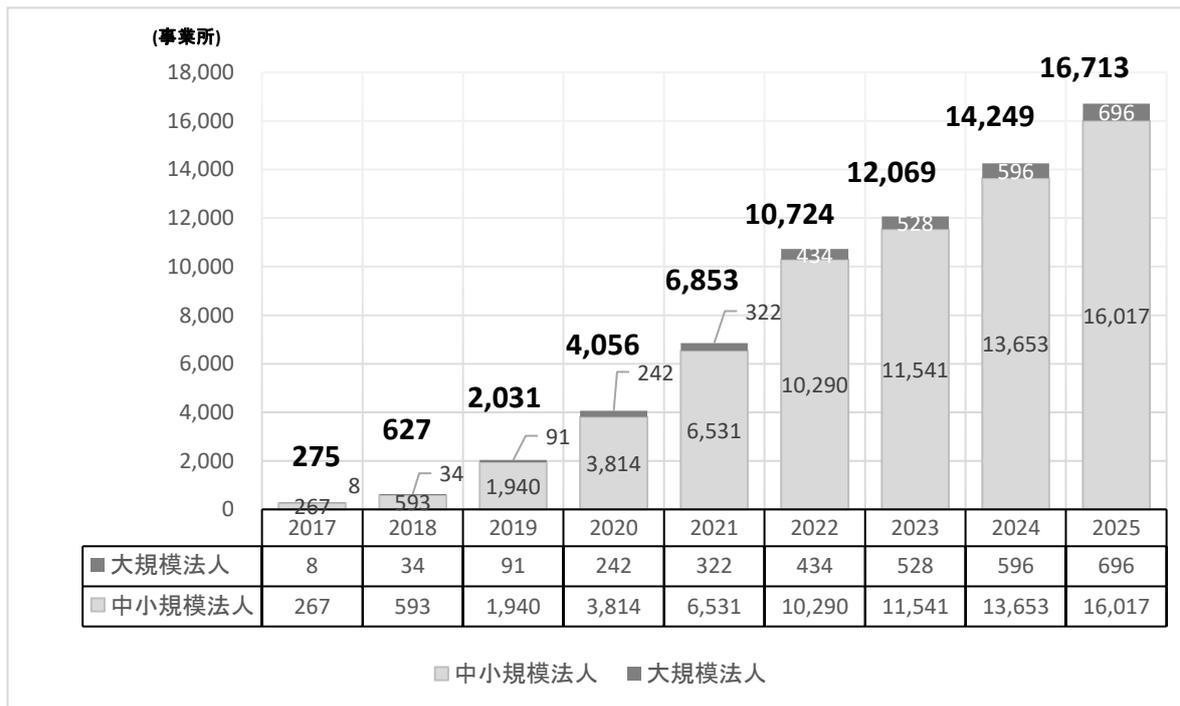
³³ 地域の健康課題に即した取組や日本健康会議が進める健康増進の取組をもとに、特に優良な健康経営を実践している大企業や中小企業等の法人を顕彰する制度です。この制度では、「大規模法人部門」と「中小規模法人部門」の2つの部門により、それぞれ「健康経営優良法人」を認定しており、「中小規模法人部門」においては、加入している保険者が実施している健康宣言事業に参加していることが、認定に当たっての必須要件とされています。

³⁴ 大規模法人部門の上位500法人には「ホワイト500」、中小規模法人部門の上位500法人には「ブライト500」、中小規模法人の上位501~1500法人には「ネクストブライト1000」の冠が付加されます。

[(図表4-85) 健康宣言事業所数の推移]



[(図表 4-86) 健康経営優良法人認定事業所数の推移]



(事業所単位の健康・医療データの提供：見える化ツールの標準化)

協会では、事業所特有の健康課題等を事業主と共有できるように事業所カルテを健康宣言事業所等に提供しています（図表4-87参照）。

事業所カルテは、事業所単位で、健診受診率や健診結果だけでなく、加入者の日常の食生活や運動習慣についても、数値やグラフ、レーダーチャート等で経年的に示す等、各支部が工夫

を凝らして「見える化」しています。また、国の健康スコアリングレポートの掲載項目等を参考に、全支部の事業所カルテに共通して掲載する項目を定めています。

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

なお、一部の支部においては、健康宣言を行った場合の効果やメリットを示したデータブックを独自に作成し、事業所に提供する等の取組を行っています。

〔(図表4-87) 事業所カルテ〕 ※一部抜粋

事業所カルテ

2024年3月現在の情報をもとに作成しています。

事業所名称	株式会社 ●● 様
業 態	社会福祉・社会福祉・介護事業

1. 医療費等の状況

生活習慣病は、国民医療費にも大きな影響を与えており、その多くは、メタボリックシンドロームが原因であるといわれています。メタボリックシンドロームは、日常生活の中で適度な運動、バランスの取れた食生活、禁煙等を実践することによって予防することができます。日常の運動習慣や食習慣に普段から気を付けることの積み重ねが、健康づくりや健康寿命の延伸、医療費の適正化につながります。

1人当たり医療費

対象：全被保険者

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

メタボリックシンドロームの該当状況

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

メタボリックシンドローム予備群該当率

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

特定保健指導の該当状況

年度	貴社	▲▲支部 平均	同業態 全国平均
2020	12.0%	21.0%	15.6%
2021	11.8%	20.1%	16.2%
2022	11.0%	19.5%	15.0%

2. 健診・特定保健指導の状況

健診は自ら健康状態を理解して生活習慣を振り返る絶好の機会です。協会けんぽでは、生活習慣病の予防（早期発見）のために、メタボリックシンドロームに着目した健診を行っています。また、健診の結果から、生活習慣の改善が必要な方に対して、健康づくりの専門家である保健師・管理栄養士等が生活習慣を見直すサポート（特定保健指導）を行っています。

健診の実施状況

特定健診（生活習慣病予防健診及び事業主健診）受診率

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

被扶養者（ご家族）の健診受診率

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

特定保健指導の実施状況

特定保健指導実施率（初回）

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

特定保健指導実施率（計画）

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

3. 生活習慣病リスク保有者の割合及び生活習慣要改善者の割合

健診項目である5項目（腹囲、血圧、代謝、脂質、肝機能）、問診項目である5項目（運動、食事、喫煙、飲酒、睡眠）に関する状況を示しています。貴社の現状（特徴）の把握や、健康づくりのきっかけとしてご活用ください。また、協会けんぽでは、事業所の健康づくりを支援する健康宣言に取り組んでいます。健康宣言については、11ページをご覧ください。

生活習慣病リスク保有者の割合

割合は小さい方が良い状態です。

腹囲リスク保有率

年度	貴社	▲▲支部 平均	同業態 全国平均
2020	20.9%	36.6%	27.3%
2021	21.5%	35.0%	27.5%
2022	21.1%	34.8%	27.5%

血圧リスク保有率

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

生活習慣要改善者の割合

＜運動習慣＞

割合は、大きい方が良い状態です。

①180分以上の歩く/走るを週2日以上、1年以上継続している者の割合

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

②10分以上の歩く/走るを週4日以上継続している者の割合

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

③ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く運動が速い者の割合

年度	貴社	▲▲支部 平均	同業態 全国平均
2020	46.1%	49.9%	41.4%
2021	46.2%	49.6%	41.4%
2022	47.1%	49.2%	41.4%

【運動習慣のポイント】

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

（事業主と連携した受診勧奨等）

健康保険組合等の他の医療保険者と比較して、加入者及び事業主との距離がある協会においては、事業主との連携が健康づくりを大きく推進させるための鍵になります。各支部においては、被保険者の生活習慣病予防健診の受診や特定保健指導を受けていただくことの促進のほか、事業主と支部長との連名による特定健診の受診勧奨文書の発送や支部が作成した特定健診の受診啓発ポスターを事業所内で掲示いただく等、従業員のご家族に当たる被扶養者の健診受診等を促す取組も行っています。なお、協会と連携した健康づくりに積極的な事業所は健康宣言事業所が多い傾向となっています。

（健康宣言事業の普及に向けて）

協会では、「健康宣言事業」を推進するため、健康経営や健康宣言事業に関する各種セミナーを開催する等、様々な周知広報等を実施しています。2024年12月5日には、健康経営優良法人認定事務局が主催する「ACTION！セミナー」に協会役員が登壇し、協会に加入する事業所の取組の紹介等を行いました（図表4-88参照）。なお、このセミナーにおいては、経済産業省のほか、健康保険組合連合会役員も参加しており、被用者保険を代表する組織の両役員によるトークセッションも実現しました。2025年1月31日付の日本経済新聞朝刊全国版広告特集にもその様子が掲載されました。

〔(図表4-88) 2024年12月5日ACTION！セミナー〕



（日本商工会議所との連携）

2023年10月4日に開催された「日本健康会議2023」において、協会と日本商工会議所は、コロナヘルスの一層の普及・拡大を目指し、既存の連携協定や取組を土台として、今後事業所に対する更なる取組の推進を協働して行うことを発表しました。同発表を踏まえ、既に協会支部を含む関係者間で連携が図られており、具体的な事業を実施している地域や、意欲が高い協会支部・商工会議所が存在する地域については、モデル地域として選定し、好事例の横展開を目指して、より具体的な取組を推進することとしています。日本商工会議所との協議の結果、7つの地域（茨城、東京、静岡、大阪、岡山、香川、沖縄）を選定し、各地域において、共同によるセミナーの開催、双方の広報チャネルを活用した普及啓発等に取り組みました。これらモデル地域の取組内容については、「日本健康会議2024」の場において取組状況を発表するとともに、2025年度以降は全国に横展開を図る予定です。

(業界団体への協力依頼)

事業所における特定健診・特定保健指導の実施率等の向上やコラボヘルスの推進に向けて、2023年度に引き続き、業界団体（全日本トラック協会、日本バス協会、全国ハイヤー・タクシー連合会）に対して協力依頼を行いました。2024年度は、前年度から実施している生活習慣病予防健診等の自己負担の軽減に加え、2024年度から実施する生活習慣病予防健診の付加健診対象年齢拡大に関する広報等の協力依頼を行いました。

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

各団体の本部又は地方組織において、ホームページや会報誌等に健診・保健指導の実施率向上に向けた記事を掲載していただく等、広報等で連携した取組が進んでいます（図表4-89参照）。

[(図表4-89) 業界団体と連携した取組の実施例]

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

(全日本トラック協会との連携)

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

2024年度はポピュレーションアプローチとして、健診・特定保健指導、コラボヘルスの周知や業界特有の健康課題（禁煙、メンタルヘルス、睡眠、腰痛対策）に対するリーフレットを4者で協働して作成しました。2025年度は作成したリーフレットを全日本トラック協会の会報誌に封入する等、事業主・トラックドライバーの皆様幅広く周知・展開を図っていく予定です。

また、地域においては、北海道、愛知、大阪をモデル地域として選定し、地域の健康保険組合とも連携し、①健康経営・健康起因事故防止等に関するセミナーの共催、②全日本トラック協会の会報誌を活用した周知・啓発、③事業者健診結果データ取得促進の3つの事業を実施しました。

これらモデル地域の取組については、2025年度以降、全国に横展開を図る予定です。

(メンタルヘルス対策の推進)

2023年10月時点の傷病手当金受給者を対象に、受給原因となった傷病別に件数の構成割合を見ると、精神及び行動の障害は35.2%と最も高くなっており（図表4-90参照）、1995（平成7）年の調査と比較し、約8倍となっています。こころの不調の要因は様々であるため、関係機関や自治体等地域の関係者と連携した取組が重要です。そのため、第6期保険者機能強化アクションプランでは、特に産業保健における取組と連携しつつ、メンタルヘルス対策を積極的に推進することとしています。

2024年度は産業保健総合支援センターを所管する労働者健康安全機構が開催する「産業保健関係機関等連絡会議」に協会から新たに参画し、協会の各支部と産業保健総合支援センターが相互の取組を理解した上で、連携を図り事業所支援を行う必要性を発信しました。

また、連携の一環として、協会と労働者健康安全機構双方の会議等の場で、メンタルヘルス対策の取組状況について共有を行う等、所管事業の相互理解、連携の強化に取り組みました。更に同年10月には協会本部から協会支部、労働者健康安全機構から産業保健総合支援センターに事務連絡を発出し、各地域において一層の連携強化に向けて協議の場を設けるよう依頼をしました。その結果、新たに12支部で産業保健総合支援センターと連携協定締結を行い、2024年度末時点で産業保健総合支援センターと連携協定を有する支部は21支部となりました。2025年度は協議の結果を踏まえ、メンタルヘルス対策に係るセミナー・出前講座や広報の共同実施、双方による適切なサービスの取次等を推進するほか、治療と仕事の両立支援等の他の分野においても連携・協力を進めていきます。

【(図表4-90) 傷病手当金の傷病別件数の構成割合 (令和5年度現金給付受給者状況調査報告)】

表3 傷病別・性別 件数の構成割合

(%)

	総 数	男 性	女 性
総数	100.00	100.00	100.00
感染症及び寄生虫症	1.65	1.52	1.79
新生物	13.57	14.49	12.64
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.23	0.22	0.24
内分泌、栄養及び代謝疾患	1.18	1.53	0.84
精神及び行動の障害	35.20	32.93	37.49
神経系の疾患	2.98	3.36	2.59
眼及び付属器の疾患	0.85	1.16	0.54
耳及び乳様突起の疾患	0.54	0.42	0.66
循環器系の疾患	6.90	10.78	2.97
呼吸器系の疾患	2.22	2.46	1.98
消化器系の疾患	2.82	3.63	2.01
皮膚及び皮下組織の疾患	0.54	0.70	0.38
筋骨格系及び結合組織の疾患	8.18	9.17	7.17
腎尿路生殖器系の疾患	1.54	1.45	1.62
妊娠、分娩及び産じょく	3.37	0.00	6.78
周産期に発生した病態	0.01	-	0.02
先天奇形、変形及び染色体異常	0.20	0.18	0.21
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0.95	0.95	0.95
損傷、中毒及びその他の外因の影響	6.08	6.90	5.25
特殊目的用コード	11.00	8.15	13.87

(喫煙対策)

2023年度に「地域特性・職域特性を踏まえた重点的喫煙対策」をテーマとして2支部（青森、富山）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、禁煙の開始や禁煙外来の利用を促す効果は必ずしも明らかに示されなかったものの、喫煙習慣の改善（禁煙）については第4期特定保健指導においてもアウトカム評価項目として導入される等、重要な取組であることから、今後も地域の実情に応じて取り組むこととしています。

(3) 医療費適正化

i) 医療資源の適正使用

①ジェネリック医薬品の使用促進

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

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

ジェネリック医薬品の使用割合について

第四期医療費適正化基本方針において、「経済財政運営と改革の基本方針2021（骨太の方針2021）」で定められた目標である「2023年度末に全ての都道府県で80%以上」を達成していない都道府県については、「当面の目標として、可能な限り早期に80%以上に到達することが望ましい」とされたことを踏まえ、協会の第6期保険者機能強化アクションプランでは、全支部で80%以上（80%以上の支部については、年度末時点で対前年度以上）とする目標を設定しました。

2024（令和6）年度においても、引き続きジェネリック医薬品の使用促進に取り組んだ結果、2024年9月診療分から全支部において80%以上を達成し、また、対前年度比についても全支部において前年度以上の使用割合となりました。特に、2024年10月から長期収載品の選定療養制度³⁵が始まり、2024年10月には全国平均で前月比3.2%増と大幅に増加し、2025年3月診療分では全国平均89.1%でした（図表4-91、4-92参照）。

また、国の後発医薬品に係る新目標（2029（令和11）年度）では、主目標として「医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上」、副次目標として「2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上」と「後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上」が設定されたことを踏まえ、後述するバイオシミラー使用促進事業の推進や、ジェネリック医薬品の数量シェア³⁶のデータ分析に加え、金額シェア³⁷のデータ分析等の取組を実施しています。

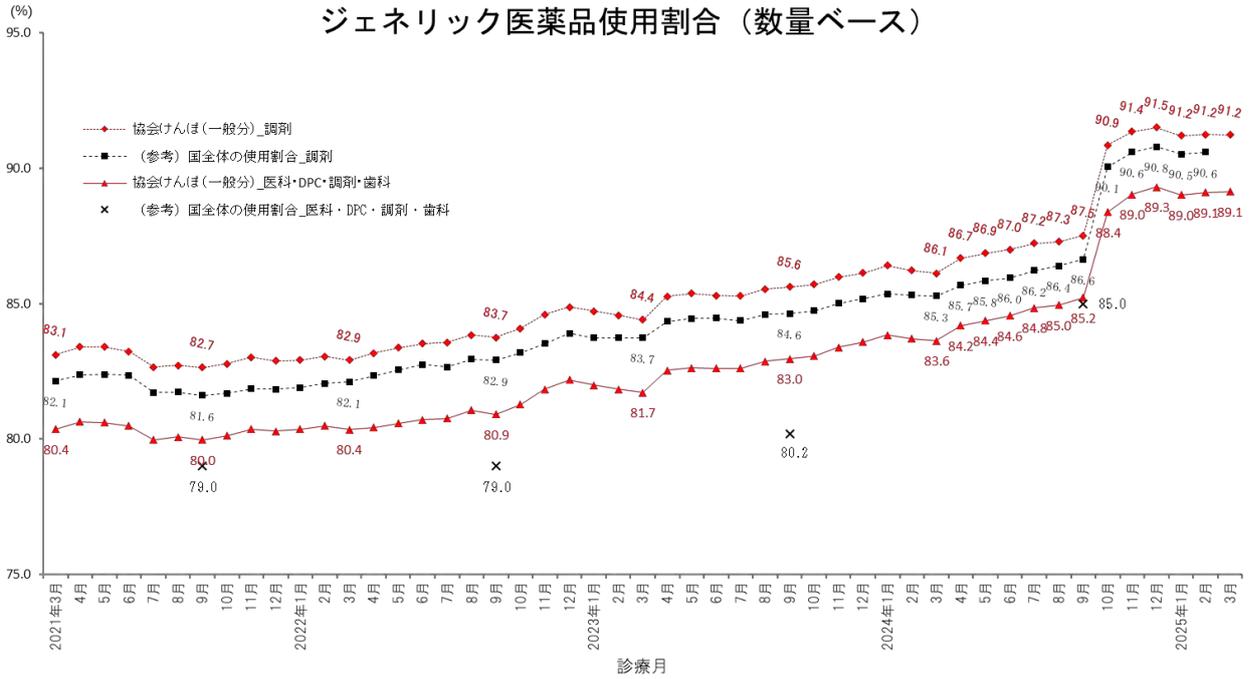
ジェネリック医薬品の使用促進は協会の取組のみで完結するものではなく、都道府県を中心とした多くの関係団体や医療機関・薬局と連携し、地域全体で協力して行う必要があります。一部のジェネリック医薬品を中心に供給不安が生じている状況ではありますが、引き続き、ジェネリック医薬品の安全性確保の取組や供給状況等を注視しつつ、各関係団体と連携し、ジェネリック医薬品の使用促進に努めていきます。

³⁵ 後発医薬品のある一部の先発医薬品について、患者が先発品を希望した場合、通常の自己負担分とは別に選定療養として「特別の料金」（先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当の料金）の支払いが必要となる仕組み。

³⁶ 後発医薬品の数量及び後発医薬品のある先発医薬品の数量を分母とした際の後発医薬品の数量シェア

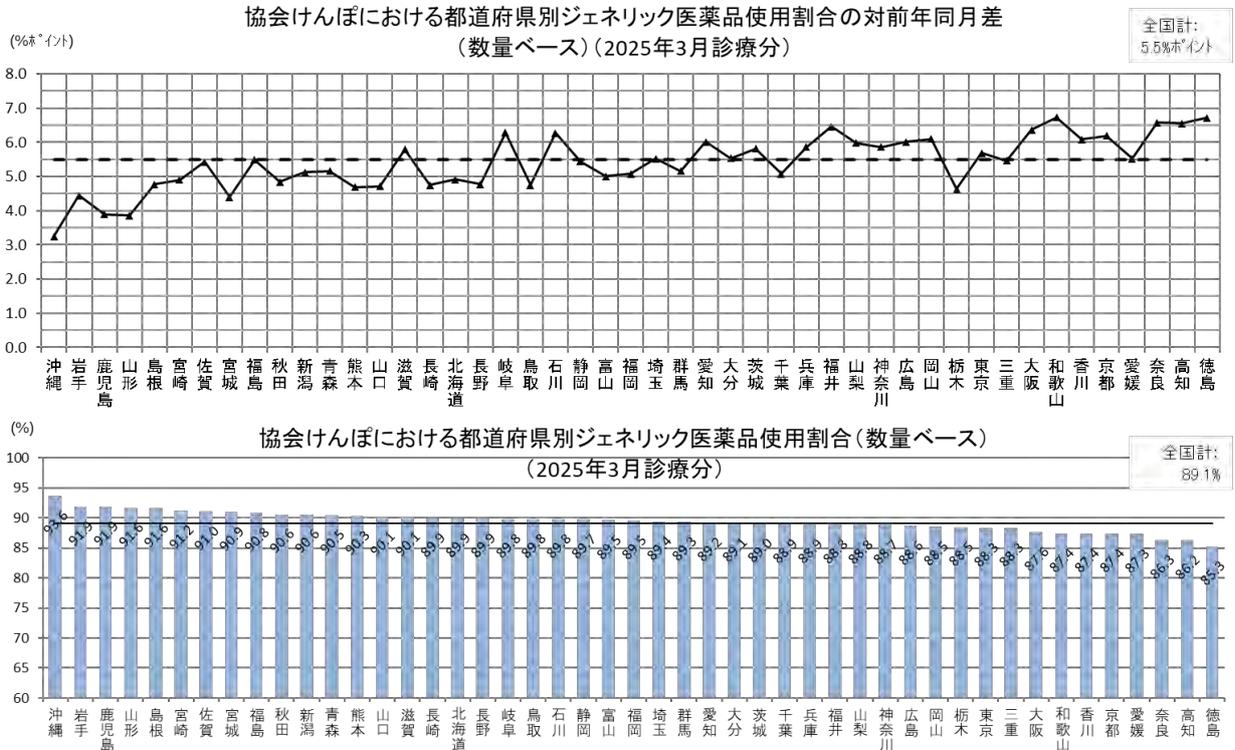
³⁷ 後発医薬品の金額（薬価ベース）及び後発医薬品のある先発品の金額（薬価ベース）を分母とした際の後発医薬品の金額（薬価ベース）シェア

【(図表4-91) ジェネリック医薬品使用割合① (月別推移)】



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

【(図表4-92) ジェネリック医薬品使用割合② (2025年3月診療分)】



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

協会におけるジェネリック医薬品の使用促進に向けた取組

(各支部におけるジェネリック医薬品使用促進ツールの活用)

ジェネリック医薬品の使用割合には依然として支部間の格差がある状況ですが、その要因は様々です。協会では、下記ア) からエ) の使用促進ツールを効果的に活用することで、各支部におけるジェネリック医薬品使用促進の取組を推進しています。

ア) ジェネリックカルテ

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

2024年度からは、金額ベースのジェネリックカルテも作成し、従来の数量ベースに加えて金額ベースの課題や優先分野の「見える化」を行っています。各支部では、当カルテをもとに優先的に取り組むべき項目を判断し、必要な対策を実施しています。

イ) データブック

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

ウ) 医療機関及び薬局向け「見える化」ツール

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

各支部において当該ツールを活用し、2024年度は約12,460医療機関、約21,770薬局へ働きかけを実施しました。

エ) 医薬品実績リスト

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

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

(ジェネリック医薬品軽減額通知サービスの実施)

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

2024年度からは、各支部や年代に応じてジェネリック医薬品への置き換え率が異なることから、効果的に本事業を実施するため、各支部の使用割合や課題を踏まえて通知すべき年代や軽

減額の範囲を各支部で検討の上、実施することとし、11支部の加入者を対象に、約8万件通知しました。

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

(地域フォーミュラリの策定に向けた取組)

我が国において「フォーミュラリ」の厳密な定義はありませんが、米国病院薬剤師会では「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられてきています。

フォーミュラリには「病院フォーミュラリ」と「地域フォーミュラリ」があり、「地域フォーミュラリ」とは、「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針」のことです。

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

協会においては、昨年度は各地域における策定状況を把握した上で、一部都道府県や関係団体に働きかけを行ったところです。今後も各地域の関係団体と連携し、地域フォーミュラリの機運づくり等に取り組んでいきます。

②バイオシミラーの使用促進

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

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

こうした状況を踏まえ、協会としてもバイオシミラーの使用促進を図るため、2024年度KPIとして「バイオシミラーに80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の18%以上」を掲げ、2024年度パイロット事業として10支部において「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」に取り組んだところ、2025年1月時点でバイオシミラーに80%以上置き

変わった成分数が全体の成分数の約28%（18成分中5成分）と目標を達成することができました³⁸。

〔(図表4-93) バイオシミラー使用状況（2025年1月診療分）〕

	バイオシミラー	先行品販売名	バイオシミラー置換率(%)
1	ソマトロピンBS（先天性の低身長症の治療）	ジェトロピンTC注	43.6
2	エポエチンアルファBS注（透析施行中の腎性貧血の改善）	エスポー注射液	56.2
3	フィルグラスチムBS注（がん化学療法による好中球減少症）	グラン注射液	95.9
4	インフリキシマブBS点滴静注（関節リウマチの治療）	レミケード点滴静注用	45.0
5	インスリングルグルギンBS注（糖尿病の治療）	ランタス注	82.1
6	リツキシマブBS点滴静注（B細胞性非ホジキンリンパ腫の治療）	リツキサン点滴静注	78.1
7	エタネルセプトBS皮下注（関節リウマチの治療）	エンブレル皮下注	72.9
8	トラスツズマブBS点滴静注（胃がんの治療）	ハーセプチン注射用	83.2
9	アガルンダーゼベータBS点滴静注用（ファブリー病(先天性代謝異常)の治療）	ファブラザイム点滴静注用	34.4
10	ペバシズマブBS点滴静注（悪性腫瘍の治療）	アバシチン点滴静注用	61.8
11	ダルベポエチンアルファBS注（貧血の治療）	ネスプ注射液	86.5
12	テリパラチドBS皮下注（骨粗しょう症の治療）	フォルテオ皮下注	79.4
13	インスリンリスプロBS注（糖尿病の治療）	ヒューマログ注	26.9
14	アダリムマブBS皮下注（関節リウマチの治療）	ヒョミラ皮下注	32.8
15	インスリンアスパルトBS注（糖尿病の治療）	ノボラピッド注	25.2
16	ラニズマブBS（眼科用製剤）	ルゼンティス硝子体内注射用キット	83.8
17	ペグフィルグラスチムBS皮下注（がん化学療法による好中球減少症）	ジーラスタ皮下注	26.1
18	ウスチキズマブBS皮下注（尋常性乾癬の治療）	ステラーラ皮下注	0.9

注1 括弧内は主な効能(令和5年6月29日医療保険部会資料から引用)。

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

本事業の主な取組は以下のとおりです。

ア) 情報系システムを活用したバイオシミラー使用状況の見える化

協会の情報系システムを活用し、都道府県等の地域別・医療機関別にバイオシミラーの成分ごとの使用状況を見える化したツールを作成しました。当該ツールを活用し、医療機関の県内における立ち位置や、成分ごとの使用割合を分析し、使用状況の多寡に応じたアプローチ方針の検討を行いました。

イ) 医療機関薬剤部向けオンラインセミナーの開催

バイオシミラーは、多くが注射剤であり院内調剤の割合が高いことや、同一成分ではないために先発品と同水準の同質であることの証明が困難であること等から、その普及に当たっては

³⁸ バイオシミラー置換率はジェネリック医薬品使用割合に準じて算出したものであり、規格単位換算の数量シェアではない。

バイオ医薬品の使用実績のある医療機関へ直接働きかけを行い、理解を得ることが重要であると考え、外部有識者を講師に据えて、医療機関薬剤部向けのオンラインセミナーを開催しました。セミナーでは、医師や薬剤師を中心とした参加者に対し、バイオシミラー使用促進の意義や現状、バイオシミラー採用のプロセス等について講義を行った他、バイオシミラー採用支援の資料提供を行った結果、事後アンケートでは90%以上の方から参考になったとの回答がありました。

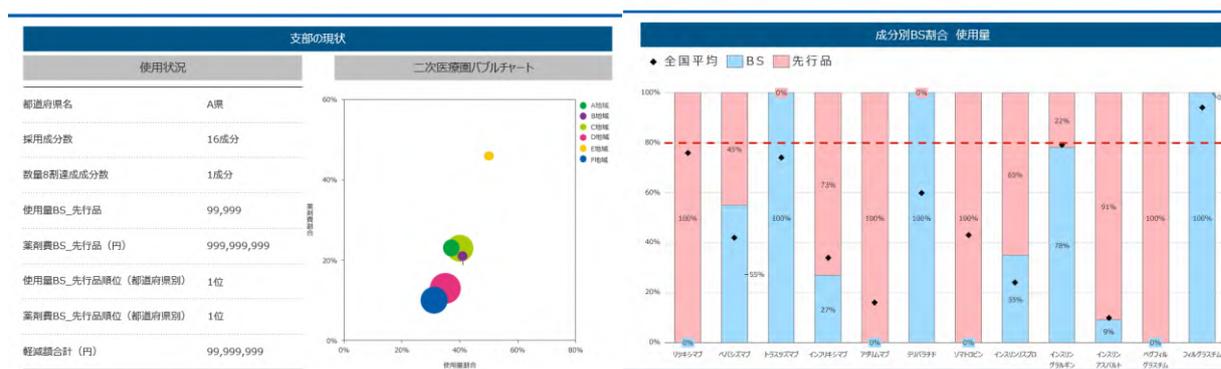
ウ) 分析結果の説明やバイオシミラー使用に関するヒアリングのための医療機関訪問

医療機関への直接的なアプローチ方法として、地域の基幹病院を中心に10支部で計36か所の医療機関へ訪問しました。訪問に当たってはア) のツールを使用したバイオシミラーの使用状況の分析結果をまとめた資料を持参し、バイオシミラー使用にあたっての医療機関の方針や課題などのヒアリングを行いました。

訪問した多くの医療機関から、県平均や地域の医療機関と自施設の比較情報は有意義な情報であるとの評価を受け、協会のデータを活用した分析結果の提供がバイオシミラーの使用促進の一助となり得るとのご意見をいただいた一方、バイオシミラーの採用にあたっては、医薬品の供給状況や適応症等が課題になるとのご意見がありました。

当事業を通じて得られた知見を活かし、2025（令和7）年度は全ての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。

【(図表4-94) 医療機関訪問資料（サンプル）】



③ポリファーマシー（多剤服用の有害事象）等対策

ポリファーマシー（多剤服用の有害事象）について、協会ホームページに上手な医療のかかり方として広報ページを作成するとともに、LINE配信用広報資材を合わせて作成し、LINEから広報ページへの誘導を図ることで、加入者への周知を図りました。かかりつけ医・かかりつけ薬剤師（薬局）を持つことを推奨することと合わせてポリファーマシーの問題点の説明を行うことで、加入者にとって理解しやすい説明としました。

[(図表4-95) LINE配信用広報]

「ポリファーマシー」って聞いたことがありますか？

「ポリファーマシー」とは、多くの薬を服用しているために、副作用を起こしたり、きちんと薬が飲めなくなったりしている状態をいいます。

「Poly (多い) +Pharmacy (薬)」で直訳すると「多くの薬」という意味ですが、単に服用する薬の数が多いことではありません。

高齢者はいろいろな病気を抱える方も多く、使う薬の種類が多くなり、「薬の種類が多くて飲めない」「飲みづらい」といった悩みを抱える方もいらっしゃいます。そうならないように、服薬状況を把握してもらい、「飲みづらい」といった相談に乗ってもらったり、副作用の発生を未然に防いだりできるように、かかりつけ薬剤師・薬局を持ちましょう。

ただし、気になる症状があっても、勝手に薬をやめたり、減らしたりするのはよくありません。薬によっては、急にやめると症状が悪化したり、思わぬ副作用が出る場合があります。気になることがあれば、必ず、医師や薬剤師に相談しましょう。

くわしくは[こちら](https://www.rad-ar.or.jp/knowledge/post?slug=polypharmacy)をご覧ください。(出典：一般社団法人くすりの適正使用協議会のウェブページ/あなたのくすりいくつ飲んでいますか？ (<https://www.rad-ar.or.jp/knowledge/post?slug=polypharmacy>) に遷移します。)

④上手な医療のかかり方

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

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

本部では、保険料率改定の広報の際に、リーフレットやWeb広告、LINE配信用広報において、「上手な医療のかかり方」を取り上げ、周知・広報を図りました。また、セルフメディケーションについても関係団体と連名のチラシを作成したほか、協会ホームページにも専用ページを作成しました。

各支部では、図表4-96のとおり、かかりつけ医・かかりつけ薬局を持つことの啓発や重複受診を控えること、平日の時間内受診の啓発、緊急電話相談（#8000³⁹、#7119⁴⁰）の活用、紹介状なしの大病院受診を控えること、お薬手帳の活用、セルフメディケーションやジェネリック医薬品の活用に関する広報を行う等、上手な医療のかかり方に係る働きかけを加入者や事業主へ行いました。複数の支部では都道府県の医師会、薬剤師会、歯科医師会等と連携した働きか

³⁹ #8000とは、こども医療電話相談事業のことです。保護者の方が、休日・夜間のこどもの症状にどのように対処したらいいのか、病院を受診した方がよいのか等判断に迷った時に、小児科医師・看護師に電話で相談できます。

⁴⁰ #7119とは、救急安心センター事業のことです。「すぐに病院に行った方がよいか」や「救急車を呼びべきか」悩んだり、ためらう時に、医師・看護師等の専門家に電話で相談できます。

けも行っていきます。

【(図表4-96) 上手な医療のかかり方に係る広報の実施状況 (2024年度)】

広報の種類	納入告知書 同封チラシ	メルマガ LINE	健康保険 委員 (※1)	事務説明会 等 (※2)	関係団体 (※3)	新聞	テレビ ラジオ	支部ホーム ページ	その他 (※4)
実施支部数	41	46	33	18	21	12	9	29	24

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

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

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

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

【(図表4-97) 上手な医療のかかり方広報】

(2025 年度都道府県単位保険料率改定に係る広報の特設サイト)



知らないうちに損してる？

ご存じですか。 上手な医療のかかり方

医療のかかり方を見直すことで、
自己負担の軽減ひいては医療費の適正化につながります。

あなたの医療のかかり方について、
あてはまる項目を見直してみましょう。

休日や夜間に病院に行くことがある。



同じ病気や症状の治療のために複数の医療機関を受診する。



ジェネリック医薬品を使っていない。



気軽に相談できる医師・薬剤師がない。



休日や夜間に病院に行くことがある。



休日や夜間の受診は、自己負担が増加します。



本来、休日や夜間は緊急性の高い重症患者や入院患者に対応する時間帯です。この時間帯の自己都合による安易な受診は、自己負担の増加だけでなく、医療スタッフの負担になるとともに本当に治療が必要な方の治療の機会を奪うことになりかねません。やむを得ない場合以外は、診療時間内に受診するようにしましょう。

診療時間外の医療費の負担

医療機関 (3割負担の場合)

薬局 (3割負担の場合)

	初診料	再診料		
休日加算 日・夜	+ 750 円	+ 570 円	休日加算 日・夜	調剤技術料の 1.4 倍 を加算
時間外加算 おおむね昼間前と18時以降 土曜日は9時前と12時以降	+ 260 円 (+ 690 円)※	+ 200 円 (+ 540 円)※	時間外加算 おおむね昼間前と18時以降 土曜日は9時前と12時以降	調剤技術料と 同額 を加算
深夜加算 22時～翌6時	+ 1,440 円	+ 1,260 円	深夜加算 22時～翌6時	調剤技術料と 2 倍 を加算

※() 内は救急病院などの場合の額です



事業主・ご担当者のみなさまへ

従業員のみなさまが病院に行く必要があるときは、有給の取得を促すなどして、平日昼間に受診しやすい環境構築にご協力をお願いいたします。

同じ病気や症状の治療のために複数の医療機関を受診する。



体にもお財布にも負担が大きい「はしご受診」

同じ病気や症状の治療のために複数の医療機関にかかることを「はしご受診」といいます。はしご受診をすると、受診のたびに医療費がかさむだけでなく、同じような検査や投薬が繰り返され体に負担がかかります。

はしご受診による医療費の負担

	同じ医療機関を3回受診した場合	3つの医療機関をはしご受診した場合
1回目	初診料 870 円 + 検査料等	初診料 870 円 + 検査料等
2回目	再診料 230 円	初診料 870 円 + 検査料等
3回目	再診料 230 円	初診料 870 円 + 検査料等
初診・再診料の合計	初診・再診料 1,330 円 + 検査料等	初診・再診料 2,610 円 + 検査料等 × 3

ジェネリック医薬品を使っていない。



医師や薬局に相談して、ジェネリック医薬品を使いましょう。



ジェネリック医薬品（後発医薬品）とは、新薬（先発医薬品）と同等の有効成分・効能があると厚生労働省から認められている安価なお薬です。
ジェネリック医薬品を使用すると、薬代の負担軽減ができます。

先発医薬品を希望する場合の自己負担の新たな仕組み（令和6年10月開始）

「ジェネリック」を選ばないと、
薬の自己負担が増える。

ジェネリック医薬品があるお薬で、先発医薬品の処方希望する場合には、「特別の料金」がかかり、自己負担額が増える仕組み（長期収載品の選定療養）が令和6年10月から導入されています。今まで以上に、ジェネリック医薬品を使うことのメリットがあります。



気軽に相談できる医師・薬剤師がない。



かかりつけ医は健康相談から傷病による受診や通院など、
健康をサポートするたのもしい存在です。

「かかりつけ医」とは、日常的な病気の診断や健康相談などができる身近な医師のことです。同じ医師に継続して診てもらうことにより、病歴、体質、生活習慣等を把握・理解した上での治療やアドバイスが受けられます。詳しい検査や高度な医療が必要と診断された場合には、適切な大病院や専門医を紹介してもらうことができるので安心です。

「かかりつけ薬剤師・薬局」とは、一人ひとりの服薬状況を把握し、くすりの飲み合わせ（ポリファーマシー）や副作用などの相談ができる薬剤師・薬局のことです。

「ポリファーマシー」って聞いたことがありますか

多くのくすりを服用しているために、副作用を起こしたり、きちんとくすりがかめなくなったりしている状態のことです。

※単に服用しているくすりの数が多いことではありません。

[詳しくはこちら](#) > (一般社団法人くすりの適正使用協議会のウェブサイトに移ります)

出典：一般社団法人くすりの適正使用協議会



医療情報ネット

医療機関、薬局の検索は、
医療情報ネットをご活用ください。

[詳しくはこちら](#)

(LINE配信用広報)



■かかりつけ医とは？

かかりつけ医とは、健康に関することを何でも相談でき、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有し、身近で頼りになる医師のことです。
日常生活における健康相談から傷病による受診や通院など、「かかりつけ医」はどの世代の方にとっても健康をサポートする頼もしい存在となります。

出典：厚生労働省ホームページ / 上手な医師のかかり方.jp
(<https://kakarikata.mhlw.go.jp/kakaritsuke/motou.html>)

■かかりつけ医を持つメリット

かかりつけ医を持つと日頃の健康相談や大病院への受診など判断に困った時に「どうすればよいか」を相談できて安心です。具体的には次のようなメリットがあります。

1. 日頃の状態をよく知っているかかりつけ医は、ちょっとした体調の変化にも気づきやすく、病気の予防や早期発見、早期治療が可能になります。
2. かかりつけ医が、病状や症状、治療法などについて的確な診断やアドバイスをしてくれます。
3. かかりつけ医は、専門的な検査や治療が必要な場合などに、適切な医療機関を紹介してくれます。紹介状なしで大病院を初診で受診すると診察料に加えて7,000円以上の特別料金がかりますが、かかりつけ医からの紹介状があれば負担が生じません。

出典：厚生労働省ホームページ / 上手な医師のかかり方.jp
(<https://kakarikata.mhlw.go.jp/kakaritsuke/motou.html>) を基に作成

かかりつけ医について、くわしくは[こちら](#)をご覧ください。(厚生労働省ホームページ / 上手な医師のかかり方.jp「かかりつけ医ってなに?」(<https://kakarikata.mhlw.go.jp/kakaritsuke/motou.html>) に遷移します。)

■かかりつけ薬剤師・薬局とは？

かかりつけ薬剤師・薬局とは、薬による治療のこと、健康や介護に関することなどに豊富な知識と経験を持ち、一人ひとりの服薬状況をしっかりと把握し、いつもも身軽に相談をすることが出来る薬剤師・薬局のことをいいます。

出典：日本薬剤師会ホームページ / かかりつけ薬剤師・薬局とは
(<https://www.nichiyaku.or.jp/kakaritsuke/about.html>)

■かかりつけ薬剤師・薬局を持つメリット

1. 処方薬や市販薬など、使用している薬の情報を一方所でまとめて把握し、薬の重なりや飲み合わせのほか、薬が効いているか、副作用がないかなどを継続的に確認してもらえます。
2. 休日や夜間など薬局の間隔時間外でも、電話で薬の使い方や副作用等、お薬に関する相談に応じたり、処方箋に基づいてお薬をお渡ししてもらえます。外出が難しい高齢者などの患者さんのお家に伺い、薬の説明をしたり、残薬(手元に残っている薬)の確認を行ったりもしてもらえます。
3. 処方内容を確認し、必要に応じて医師への問い合わせや提案を行ってくれます。患者さんに薬を渡した後も患者さんの状態を見守り、その様子を処方医にフィードバックしたり、残薬の確認を行います。お薬だけでなく、広く健康に関する相談にも応じ、場合によっては医療機関への受診をお勧めすることもあります。また、地域の医療機関とも連携し、チームで患者さんを支えられる関係を日ごろからついています。

出典：日本薬剤師会ホームページ / かかりつけ薬剤師・薬局とは
(<https://www.nichiyaku.or.jp/kakaritsuke/about.html>) を基に作成

かかりつけ薬剤師・薬局について、くわしくは[こちら](#)をご覧ください。(日本薬剤師会ホームページ / かかりつけ薬剤師・薬局とは
(<https://www.nichiyaku.or.jp/kakaritsuke/about.html>) に遷移します。)

■「ポリファーマシー」って聞いたことありますか？

「ポリファーマシー」とは、多くの薬を服用しているために、副作用を起こしたり、きちんと薬が効めなくなったりしている状態をいいます。

「Poly(多い) + Pharmacy(薬)」で直訳すると「多くの薬」という意味ですが、単に服用する薬の数が多くことではありません。
高齢者はいろいろな病気を抱える方も多く、使う薬の種類が多くなり、「薬の種類が多くて飲めない」「飲みづらい」といった悩みを抱える方もいらっしゃいます。そうならないように、服薬状況を把握してもらい、「飲みづらい」といった相談に乗ってもらったり、副作用の発生を未然に防いだりできるような、かかりつけ薬剤師・薬局を持ちましょう。

ただし、気になる症状があっても、勝手に薬をやめたり、減らしたりするのはよくありません。薬によっては、急にやめると症状が悪化したり、思わぬ副作用が出ることもあります。気になることがあれば、必ず、医師や薬剤師に相談しましょう。

くわしくは[こちら](#)をご覧ください。(出典：一般社団法人くすりの適正使用協議会のウェブサイト / あなたのくすりいくつ飲んでいませんか? (<https://www.rad.arer.jp/knowledge/ost?slug=polyparmacy>) に遷移します。)

■Topic★「リフィル処方箋」をご存じですか？

「リフィル処方箋」では、医師の診察を1回受けて1週の処方箋を発行してもらって、一定の間隔で最大3回まで繰り返し薬を受け取ることができます。これにより、通院の回数を減らせて、診療費用の軽減にもつながるなどのメリットがある制度です。対象患者や、対象疾病、処方可能な薬には条件がありますので、処方については医師にご相談ください。リフィル処方箋の詳細は[こちら](#)をご覧ください。(出典：政府広報オンライン / リフィル処方箋を知っていますか? 1度の診察で最大3回まで薬の処方を受けられます! (<https://www.gov-online.go.jp/article/202411/entry-6756.html>) に遷移します。)

(LP広報（埼玉支部）)

急な病気やケガに関して、受診の必要性に迷ったとき

活用しよう！埼玉県救急電話相談 **#7119**

埼玉県救急電話相談 **#7119**とは

「すぐに病院に行った方がよいか」や「救急車を呼ぶべきか」を悩んだり、ためらう時に、看護師等の専門家に電話で相談できるものです。

利用方法

#7119に電話をかけるだけ！

利用可能時間

24時間365日（埼玉県の場合）

05

「症状がよくなるから」などの理由で医療機関を変えるか迷ったとき

自己判断での“はしご受診”の前に

自己判断での“はしご受診”とは？

同じ症状で複数の病院を受診することです。

「なんとなく医師と合わないから」

「症状がよくなるから」

「念のため、他の病院でも診てもらいたいから」

ii) 地域の医療提供体制等へのデータを活用した意見発信

①医療計画及び医療費適正化計画に係る意見発信

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

医療費適正化計画とは、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、制度の持続可能な運営

を確保するため、国と都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるため、6年を1期として、国において医療費適正化基本方針を定めるとともに、都道府県において医療費適正化計画を策定し、目標達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得て、取組を進めることとしているものです。

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

協会では、地域医療構想調整会議（以下、「調整会議」という。）や保険者協議会等において都道府県の取組の進捗状況を把握しつつ、データ等を活用した意欲的な意見発信を行っています。詳細については、156頁②医療提供体制等に係る意見発信をご覧ください。

②医療提供体制等に係る意見発信

地域医療構想の実現に向けたこれまでの議論

2025年は団塊の世代が全員75歳以上の後期高齢者になる年であり、以降、医療・介護の需要が更に増大することが予想されます。高齢者人口の増加には大きな地域差があり、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、より良質かつ適切な医療サービスを受けられる体制を構築することが必要です。

このため、2014（平成26）年の医療法改正において、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、病床の機能分化・連携を進めるための施策を定めた「地域医療構想」が、都道府県で策定する「医療計画」の記載事項として位置づけられました。協会では、国や都道府県の医療計画策定等の場や調整会議において、医療データ等に基づき、意欲的に意見発信を行っています。

しかし、現行の地域医療構想は2025年に向けた取組であり、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（2023（令和5）年12月22日閣議決定）においては、「2026年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う」こととされています。また、2024年6月21日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2024」においても同様の趣旨が含まれています。

そのため、国において2024年3月から「新たな地域医療構想等に関する検討会」において検討が進められ、2040（令和22）年頃の医療をとりまく状況と課題、新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療提供体制、新たな地域医療構想に関する制度改正の内容等がとりまとめられました。具体的には、「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化するとともに、地域完結型の医療・介護提供体制を構築するために、外来・在来、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とすることなどが示されました。2025年度は国においてガイドラインの検討が進められ、2026（令和8）年度に地域における議論が始まることから、引き続き、国の議論を注視していくとともに、今後、都道府県において新たな地域医療構想の策定等を行うこととなるため、協会としても、引き続き調整会議等における積極的な意見発信に努めます。

意見発信のための体制確保

加入者及び事業主が良質な医療を過不足なく受けられるようにするためには、保険者が各構想区域の調整会議等に参加し、意見発信を行うことが重要です。協会では、意見発信の機会を確保するため、調整会議等への参加が進むよう都道府県に働きかけを行っており、その結果、2024年度末で、346ある調整会議のうち223区域（被用者保険者全体では301区域）に参加しています（図表4-98参照）。

未参加の区域については、保険者協議会で意見を調整し、市町村国保等を通じて被用者保険者の意見を届ける等、実質的に意見発信の機会を確保できるよう取り組んでいます。また、図表4-98のとおり、保険者協議会のほか、医療費適正化に関する都道府県の会議や都道府県国民健康保険運営協議会等に参加し、意見発信を行っています。

〔(図表4-98) 都道府県の各種審議会等への参画状況について（2024年度末時点）〕

内容	参画支部数	設置数
都道府県の医療計画策定に関する場への参画支部	35 支部	47 都道府県
都道府県全域の地域医療構想の議論の場への参画	36 支部 (38 都道府県)	47 都道府県
構想区域ごとの調整会議への参画	47 支部、223 区域 (301 区域)	346 区域
都道府県医療費適正化計画に係る検討会への参画支部	38 支部	39 都道府県
都道府県国民健康保険運営協議会	47 支部	47 都道府県

※（）内は調整会議等への参画状況のうち健康保険組合連合会等を含む被用者保険としての参画数

調整会議における医療データ等を活用した意見発信

調整会議等においてデータを活用した意見発信を行った支部は、2024年度は30支部であり、各都道府県の医療提供体制や医療費等の状況に関する課題を捉え、データ分析を行った結果を会議に提供する等、データに基づく議論を積極的に促す支部もありました。

調整会議等の支部におけるデータに基づく意見発信の主な例は、図表4-99のとおりです。

〔(図表4-99) 調整会議等の支部におけるデータに基づく意見発信の主な例（抜粋）〕

支部名	会議名	発言内容	活用したデータ
青森支部	令和6年度青森県医療費適正化計画に係る懇話会	後発医薬品の各種目標値に関して協会けんぽ青森支部加入者の使用状況等の数量ベースの使用割合は、令和6年10月診療分で89.9%と前月から約3ポイント増加となっている。これは令和6年10月から開始している先発医薬品を希望した場合に後発医薬品との差額の1/4が患者さんの自己負担となる選定療養費制度の影響だと思われる。 薬効分類別でも使用感等の違いから使用割合が低くなっている外皮用薬でも3.5ポイント増加している。また、年齢別にみると20歳未満の世代の伸び率が他の世代より大きくなっているため子ども医療等の公費助成による	ジェネリック月報、ジェネリック医薬品使用ツール（ジェネリックカルテ金額ベース）

支部名	会議名	発言内容	活用したデータ
		<p>自己負担額なしとも関連があると思われる。</p> <p>金額ベースでの使用割合は、令和6年4月診療分の協会けんぽ青森支部では62.1%と新たな目標値を3ポイント下回っているが、協会の全国平均59.6%よりは高いという状況である。</p> <p>新たな目標である後発医薬品の使用割合金額シェアやバイオ後続品の使用に関しては、各ステークホルダーが個別に取り組むだけでは目標達成が難しい状況になりつつある。</p> <p>バイオ後続品の使用促進の取り組みでは都道府県・医療機関別にバイオ後続品の使用状況を見える化できるアプローチツールを活用し青森県内5医療機関へ昨年10月に訪問し、意見交換を実施した。</p> <p>多くの医療機関が訪問に好意的であり、バイオ後続品の促進にも協力的だった。一方、課題として「供給不安」や「適応症の不一致」、「医師の説得」を挙げられた。</p> <p>加えて、医療機関からの保険者に対する要望として、「患者への啓発の促進」や「最新のデータ提供」、「他の医療機関との比較情報」を求める医療機関が複数あった。</p> <p>医療機関訪問の際には青森県高齢福祉保険課および医療薬務課担当者様にも同行いただいた。この場をお借りし改めて御礼申し上げる。</p> <p>最後に後発医薬品使用促進は、保険者としてパフォーマンスを下げないでコストを下げるができる施策であると捉えているので、地域フォーミュラ活用が進むことも期待したい。</p>	
宮城支部	令和6年度第1回 宮城県医療審議会 病院部会	<p>仙台区域の2025年必要病床数は13,201で、療養・一般病床数が13,004となっており、他の区域に比べ大きく必要病床数が乖離していることから、今後増床等の許可申請を行うおとする病院が出てくる可能性がある。過剰機能に対する申請の場合、これまで病床機能の転換や廃止に努力してきた病院があることから、経緯も踏まえて不足機能の転換要請については丁寧な説明をお願いしたい。</p>	都道府県が調整会議に提出した定量的なデータ等（基準病床数、既存病床数、必要病床数、病床機能報告等）
長野支部	松本医療圏地域 医療構想調整会 議	<p>①協会けんぽの現金給付のうち、令和5年10月中に全国で支給した傷病手当金（以下「傷手」）件数の受給原因となった傷病別の構成割合は、精神および行動の障害（以下「精神系疾患」）が35.20%で最も高く、次いで新生物13.57%、新型コロナウイルス11.00%の順で、この傾向は当県においても同様。</p> <p>②傷手全体の同月の支給額は297億円だが、その4割以上となる125億円が精神系疾患で休まれた方への支払。</p> <p>③平成7年に全体の5%弱であった精神系疾患による傷手の支給件数の割合は、過去30年間で大きく増加、令和5年には全体の3分の1強となった。</p> <p>被用者保険の加入者の中で精神系疾患による休業を余儀なくされる人が増大していることによる経済活動全体への負の影響は大きく、社会的問題である。その意味で、次期地域医療構想調整会議において精神医療についても地域全体で考えていく方向性が示された意義は大きく、身体的疾患に対する医療と精神的疾患に対する医療の相互連携が一層深まることを期待している。</p>	当協会「全国健康保険協会管掌健康保険 現金給付受給者状況調査報告 令和5年度」掲載データ
山口支部	令和6年度第1回 岩国医療圏地域	<p>岩国圏域の必要病床数1,501床に対し、令和5年度病床機能報告では1,680床で、削減する病床数は全体で179床とな</p>	令和5年度病床機能報告

支部名	会議名	発言内容	活用したデータ
	医療構想調整会議	る。回復期病床については必要病床数446床に対し、令和5年度病床機能報告では194床と大幅に不足しており、必要な医療が提供されるのか非常に懸念される。当圏域では依然として医療人材の確保が難しく、県西部などの他圏域と比較して回復期病床の整備が遅れている状況に変わりがないが、今後の見通しや県の見解は如何か。	
沖縄支部	北部地区医療提供体制協議会	<p>沖縄支部加入の北部医療圏域に居住する透析患者のうち、中南部の医療機関にて透析治療を受けている者の割合は46%となっている。北部医療圏域で透析治療が受けられるよう腎専門医の確保等医療提供体制の整備をお願いしたい。</p> <p>また、腎機能異常が軽度のうちから適切な治療が受けられることが進行を予防することにも繋がると考える。潜在的なCKD患者が多数存在すると推測されるため、医療保険者としてしっかりと健診を受けてもらい重症化予防のアプローチをしていきたい。</p> <p>現在、北部地区医師会病院では年間11,000名の生活習慣病予防健診を実施しており、これは北部地区の被保険者24,643名の4割を超える方を受け入れていることになる。</p> <p>また、特定保健指導についても令和4年度656名の初回面談を実施している。今度新設される北部医療センターにおいても、この健診関係の機能の維持・充実を改めてお願いする。</p>	郵便番号別加入者基本情報、健診受診者リスト

③医療保険制度の持続可能性の確保等に向けた意見発信

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

1) 社会保障審議会医療保険部会

協会役員が委員を務める「社会保障審議会医療保険部会」では、

- ア) 被用者保険の適用拡大及びいわゆる「年取の壁」への対応について
- イ) 医療保険制度改革について
- ウ) 医師偏在是正対策について
- エ) マイナ保険証の利用促進等について
- オ) 医療DXの更なる推進について
- カ) 社会保険診療報酬支払基金の抜本改組について
- キ) 電子処方箋の現況と今後の対応について
- ク) 第四期医療費適正化基本方針の見直し及び後発医薬品の使用に係るロードマップの改訂について
- ケ) 出産費用の見える化等及び妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援等に関する検討会等について

等について議論を重ねました。協会の主な発言は次のとおりです。

ア) 被用者保険の適用拡大及びいわゆる「年収の壁」への対応について

(適用拡大)

- ・今回の適用拡大の方向性については、被用者保険者としては、社会環境の変化に対応した持続可能な社会保障制度維持の観点から必要なものと理解している。一方、今回、見直しの対象者の多くは協会けんぽに加入することが想定されているが、協会としては、加入者の健康づくりの推進や医療費の適正化に向けての保険者機能の発揮にあたっては、事業主との連携が大変重要と考えている。そうした観点からは、「保険者機能」が引き続き確保されるためには、対象者が「被用者としての実態を備えている」ことが重要な要素であると考えており、今後の適用拡大に当たっては実態面への配慮をお願いしたい。また、具体的な制度見直しに当たっては、適用・徴収・給付などの「事務処理負担」、さらには大規模な人数での制度間の移行実務等についても実現可能な手段・期間等にご配慮いただくとともに、各保険者への「財政影響」の試算をできるだけ早くお示しいただくようお願いする。
- ・雇用の在り方に中立的な制度としていく観点から、企業規模要件の撤廃や5人以上従業員の個人事業所における非適用業種の解消については、その方向で検討を進めていただきたい。なお、賃金要件については、全国の最低賃金の引上げの状況なども勘案しながら判断することが必要である。
- ・「複数事業所勤務者の対応」について、医療保険は、保険者が多数存在し、保険者ごとに保険料率が設定されている。また、協会けんぽも都道府県別に保険料率を設定しているところである。今回示された方法は、保険者間調整の新たな事務フローの構築や複雑かつ大規模なシステム構築が必要となるなど、実務面での大きな課題があると考えており、慎重な検討をお願いしたい。
- ・被用者保険の適用拡大による財政影響の試算において、協会けんぽは、最終的にマイナス510億円ということで、一定の仮定を置いた試算ではあるものの、今般の適用拡大により協会けんぽの財政運営に大きな影響が生じ得ることがわかった。被用者保険の適用拡大は、働き方や勤め先にかかわらずふさわしい保障を得られるようにするとともに、雇用の在り方に中立的な医療保険制度としていく観点から、進めていくべきものと考えているが、今後、実際に適用拡大が行われる際には、状況に応じて対応が必要になることも考えられるため、協会けんぽへの財政運営への影響についてしっかりと注視し、その影響を踏まえた上での財政運営に努めていく必要があると考えている。
- ・また、最終的に155万人の方が新たに協会けんぽに加入する試算を踏まえると、適用・徴収・給付などの実務上の課題が発生する。加えて、健診や特定保健指導といった保険者機能を発揮するための体制確保についても準備が必要となる。そうした点を考慮して、段階的な施行とするなどの配慮をお願いしたい。

(年収の壁)

- ・「年収の壁」への対応について、保険料負担割合の変更については、特に中小企業の事業主の保険料負担や手続の事務負担が大きく増えることに留意する必要がある。また、協会

けんぽの適用・徴収の実務を年金機構に担っていただいていることから、年金機構の実務上の対応についても十分にご配慮いただきたい。

イ) 医療保険制度改革について

- ・高額療養費の在り方については、全世代型社会保障の実現に向けて、また、被保険者の保険料負担の軽減を図る観点から、社会経済情勢の変化を踏まえて、負担能力に応じた負担となるように見直していくべきだと考える。ただし、セーフティネットとしての役割があることを踏まえたきめ細やかな見直しを行うとともに、国民にご理解いただけるよう丁寧な周知・説明を行っていくべきである。
- ・現行の制度から所得区分を細分化する提案が示されているが、制度の変数を変えるのではなく、枠組みを変更する場合、システムへの影響が大きいため、施行時期については、保険者がシステム改修に必要な期間を確保できることに配慮いただくよう改めてお願いする。
- ・高額療養費制度の見直しについては、方針としては進めていくべきだが、今年8月から制度が変わるということであれば、加入者の混乱がないよう国においてしっかりと周知広報をお願いしたい。

ウ) 医師偏在是正対策について

- ・少子高齢化が進む中、日本全国どこにいても将来にわたり必要な医療が受けられるよう、持続可能な医療提供体制確保に向けて、医師偏在是正は重要な課題である。一方、医師偏在是正を含む医療提供体制の整備は、国の方針のもと、都道府県が実施主体となって取り組んでいる。そのため、「適切な給付を行うことは医療保険制度において保険者に求められる」、「医師少数地域における適正な給付の維持・確保は保険者にも一定程度の責任が求められる」ことから、医療提供体制整備について保険者に拠出を求めるという説明は、論理に飛躍を感じる。保険料を支払う事業主や被保険者にとって十分な説明になっていないと考える。また、そうした保険者にも責任があるため拠出を求めるという説明では、医療提供体制整備に関する事業であれば、際限なく保険料拠出を求められる根拠となり得てしまうのではないかという懸念もある。
- ・これまで医師偏在是正対策は、地域医療介護総合確保基金を活用して様々な取組を行っているが、国の方針のもと、都道府県が実施する以上、今回新たに講じる支援策についても、国と都道府県とが負担するこの総合確保基金の用途を精査していただき、基金による支援を拡充していけばよいのではないかと考える。総合確保基金による施策と、今回の保険者に拠出を求めて行う施策とがどのように違うのか、なぜそう整理したのかについても、ご説明いただきたい。
- ・外来医師多数区域における取組として保険医療機関の指定権限や管理者要件が論点とされているが、これも含め、規制的手法によって、医師偏在の是正につながる真に実効性のある踏み込んだ対応を行っていくべきである。

- ・資料に、医師への手当増額の支援は、診療報酬を代替するものという記載があるが、保険者からの拠出と診療報酬とを一体的に考え、医療給付費全体で確実に管理することを徹底していただくことも大前提であると考えている。加えて、今後同様の観点から際限なく保険料拠出を求められることを懸念しており、そうならないよう法令等において明確に規定するとともに、この拠出を前例としてさらなる制度拡大を求める根拠としないようにしていただきたい。
- ・今回の新たな対策は、保険者協議会を活用して地域の関係者で協議するとあるが、国や都道府県意思決定の場に保険者を参画させ、保険者の意見を適切に反映できる仕組みが担保されるようお願いしたい。また、進捗状況のチェック体制の確立もお願いしたい。
- ・外来医師多数区域における新規開業希望者への要請等のフローがあるが、医療法に勧告・公表の仕組みを設けることについては、取組が一步前進したものと認識している。そうした中、保険医療機関の指定も連動して対応できる仕組みが必要だと考えている。指定期間を3年とする見直しについては、記載されている診療報酬上の対応や補助金の不交付等の措置を確実に講じ、実効性を担保していくようお願いする。その上で、さらに保険医療機関の不指定や取消を設けることについて、報告書で両論の意見がまとめられているが、今後、実効性を確保するために、引き続き検討していただきたい。

エ) マイナ保険証の利用促進等について

- ・マイナ保険証の一層の普及に向けて、引き続き、健康保険組合連合会に作成いただいた動画の積極的な活用や関連チラシ・ポスターの支部窓口への設置や事業所等への配布等様々な機会を通じた周知・啓発に取り組んでまいりたい。
- ・協会では、本年9月に「資格情報のお知らせ」を全加入者約4,000万人に対して送付するといった非常に重要なオペレーションを予定している。マイナ保険証への切り替えを円滑に進めるに当たっては、全加入者に「資格情報のお知らせ」を滞りなくお届けすることは必須なものだが、規模の面で困難は一際であり、関係経済団体にもご協力をお願いしているところである。この場をお借りし、改めてご協力をお願いする。この「資格情報のお知らせ」送付にあわせて、マイナ保険証の啓発チラシの同封も行う予定であるが、集中取組月間とつながる形で、全加入者に直接お読みいただける重要な機会になると考えている。また、このタイミングに合わせ、加入者からのマイナンバーに関する問合せを一元的に対応するためコールセンターを設置する予定である。社会の新たな課題である外国人労働者の増加も踏まえ、協会も国際化対応を新たなテーマに加えており、このコールセンターでは、22か国語に対応可能とすることで、増加する外国人労働者の不安軽減につなげたい。
- ・現在、マイナンバー未記載の届書であっても、5情報が記載されていれば受け付けているかと思うが、その場合、J-LIS照会などに時間を要して保険者によるデータ登録が遅くなるほか、マイナンバーが取得できないこともある。この点は、今後の課題として、年金機構での事務フローの見直しも含めて対応をご検討いただきたい。

オ) 医療DXの更なる推進について

- ・医療DXは国民皆保険制度を維持・拡充していくためにも不可欠な要素である。その費用負担のあり方の議論の際には、この「受益者で幅広く負担する」という考え方にに基づき、関係者の役割や受益等を整理して、検討を進めていく必要があると考えている。我々も保険者として意見を述べさせていただきたいと考えており、医療保険部会でもしっかりと議論をお願いしたい。
- ・電子カルテ情報共有サービスの運用費用負担については、受益に応じた費用負担とすべきであり、今後議論を深めていただきたい。全国医療情報プラットフォームの普及の運用費用についても同様に、対象が増える等の際には、同じ文脈で議論していただきたい。
- ・電子カルテ情報共有サービスの医療保険者のメリットとして3点あげていただいているが、「健診結果の迅速かつ確実な取得」については、我々としても非常に期待しているところである。現在、協会けんぽでは、保健指導などに生かすために特定健診や事業者健診結果を取得する際、一定の誤記載があることから、情報の是正を行って活用しているところである。そのため、健診実施機関から登録される健診結果の誤記載リスクへの対応については、引き続き、検討をお願いしたい。
- ・一方、「より効率的な医療提供」については、我々も加入者への説明責任があるので、保険者のメリットとして整理されるのであれば、今後、保険者に対して具体的な医療費適正化の効果について、しっかりと説明していただく必要があると考えている。
- ・医療DXの費用負担については、全ての受益者が受益に応じた負担を行うことについてお願いするとともに、保険者に負担を求めることについて、保険料を負担する事業主や被保険者の十分な理解が得られるよう、その効果について具体的かつ丁寧な説明をお願いしたい。
- ・医療DXの推進は、サービスの効率化や質の向上の観点から不可欠であると思う。医療関係者がそうした趣旨を十分に理解し、まずは、電子カルテ情報共有サービスが十分に普及され、患者のメリットにつながるよう、国の責任と費用負担において、早急な普及に取り組んでいただくようお願いしたい。
- ・救急時医療情報閲覧については、患者の安心・安全につながるものであり、その費用に関しては、保険者が担うことには一定の合理性があると認識している。現場への着実な導入をお願いする。今後も、こうした医療情報閲覧の拡大については、医療保険部会での説明・議論をお願いしたい。

カ) 社会保険診療報酬支払基金の抜本改組について

- ・支払基金が、医療DX関連業務を新たに担うこととなっているが、審査支払業務も保険者の業務と深く結びつきがあり、医療DXの推進についても、保険者にとって非常に重要な役割を果たしていくものであり、我々の業務とも関連しながら取り組まれていくこととなると思う。そのため、現行の理事会に代わる新たな意思決定機関である「運営会議」において、我々を含め、支払基金の審査支払業務にも医療DXにも深く関係する、保険者をはじめとしたステークホルダーが運営会議に参画し、その意見を適切に反映できる構成としていただ

きたい。なお、審査支払業務を担う「審査支払運営委員会」についても同様であり、よろしく願います。

- ・これまで、審査支払業務は保険者が費用負担を行う形で運営されてきているが、新たに医療DXの業務が加わることを踏まえて、今後、基金の組織運営の費用のあり方についても、ぜひ検討を深めていただきたい。

キ) 電子処方箋の現況と今後の対応

- ・電子処方箋は、質の高い医療が享受できるようになるものであり、電子処方箋に係る運用経費を保険者が負担しているところ、加入者が電子処方箋のメリットを十分に実感できるよう、一刻も早く、全国の医療機関・薬局で導入されるよう、国のリーダーシップのもと、一層の取組をお願いしたい。
- ・そうした中、電子処方箋システムの一斉点検を実施しなければならない状況では非常に残念であり、信頼回復に全力を尽くしていただきたい。
- ・なお、院内処方情報登録のプレ運用について、院内処方情報も電子処方箋で取り扱えるようにすることは重要。ただし、その運用費用に関しては、今後、本格運用が始まる前に、医療保険部会での説明・議論をお願いしたい。

ク) 第四期医療費適正化基本方針の見直し及び後発医薬品の使用に係るロードマップの改訂について

- ・後発医薬品の使用促進は、医療費適正化の観点からも非常に重要であり、協会けんぽとしても、使用促進策に力を入れて取り組んでいるところ。
- ・ただ、普及啓発は保険者のみならず、国、自治体、医療関係者が一体となって普及啓発に取り組んでいく必要があると考えている。
- ・特にバイオシミラーについては、国民の理解がまだ足りておらず、また、非常にシリアスな治療現場での話になることから、メリットを患者に理解いただくのが後発医薬品よりもさらに難しい認識である。こうした点も踏まえて医療費適正化に向かうような普及啓発を、国を挙げて進めていただきたい。また、第4期医療費適正化計画にもあるフォーミュラリが有効であると考えており、難しい側面もあるが、フォーミュラリを活用して医療費適正化を一段進めていきたいと考えている。

ケ) 出産費用の見える化等及び妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援等に関する検討会等について

- ・出産費用の見える化等については、「妊産婦の方々が見て分かりやすい形で公表する」ということが第一に進めるべきであり、常によりわかりやすく充実した形での公表をどう実現していくのかという点について引き続き議論を進めていただきたい。
- ・直接支払制度の要綱を改正することについて、今回公表される情報の中で、出産に係る費用については特に関心の高い項目であり、今後の出産に関する支援に係る議論にも資することから賛成である。

- ・出産費用の保険適用について、医療保険制度の在り方にかかわる重要なテーマであり、他制度への影響や財政面への検証も含めた議論を尽くしていただきたい。保険者としても、健康保険法に規定されている出産に対する給付としてこれまで積み上げられた考え方から、現下の最重要政策である子ども・子育てへのより手厚い体制づくりという考え方の下、この分野への新たな分かち合いを健康保険が手助けしていくという考え方を援用する方向性は理解できると考えている。一方、出産に関連する広義の医療費全体にも、この機会に医療費適正化の観点から幅広い議論をしていただきたい。

2) 中央社会保険医療協議会

協会役員が委員を務める「中央社会保険医療協議会」では、

ア) 令和7年度薬価改定

イ) 医療DX推進体制整備加算等の見直し

について議論を重ねました。協会の主な発言は次のとおりです。

ア) 令和7年度薬価改定

- ・令和7年度薬価改定については、医薬品業界の構造的課題等の根本的課題について丁寧な議論を積み重ねていく必要があると認識している。特に医薬品の安定供給の問題は、医薬品業界の構造的な課題に端を発するものであり、診療報酬上の評価による対応では問題の根本的な解決にはつながらない。今後、関係業界等からの意見聴取等を踏まえ、実態をしっかりと把握しながら、議論を積み重ねていきたい。
- ・新薬の評価について、令和6年度薬価改定でイノベーションへの評価を行った結果、加算の実績が増えていることがわかる。一方、企業行動への影響については、今後引き続き検証が必要。イノベーションの推進と国民皆保険の持続可能性の考慮について、ドラッグ・ラグ/ロスは一刻も早い解消を願うものの、薬価のみで対応する問題ではなく、メリハリのついた対応が必要である。
- ・企業の評価指標については、後発医薬品の安定供給に向けて取り組んでいる企業をバランスよく評価できる指標であることから、そうした企業が適切に評価されるため、指標のさらなる活用を検討していくべきであり、公表が待たれている指標も活用していく方向で検討していくべき。評価結果の公表についても、検討を進めていくべきである。品目数の適正化につながる指標の追加も、前向きに検討してほしい。不採算品再算定については、適用されていても供給状況が改善しなかった品目数が多いという印象であり、こうした状況を踏まえて今後の在り方について議論していきたい。
- ・薬価調査の速報値が示されており、平均乖離率等の数値は約5.2%と前回よりやや低い水準となっているが、極端な数値ではなく、通常どおりの薬価改定が可能なことがデータからも示されたのではないかと考える。4大臣合意がある以上、国民負担の抑制や国民皆保険の持続可能性の観点から、令和3年度、令和5年度薬価改定の前例を踏まえつつ、平時のルールに基づき、令和7年度薬価改定に向けて議論を進めていくべきと考える。今後、新薬、長期収載品、後発品といったカテゴリー別のデータもしっかりと見ていきたい。

- ・令和7年度の薬価改定については、繰り返しになるが、国民負担の抑制や国民皆保険の持続可能性の観点から、平時のルールに基づき、例年通り行うべきものとする。そのため、対象範囲についても、令和3年度、令和5年度薬価改定の前例をもとに、検討していくべきだと考える。一方、イノベーションの推進、安定供給確保の必要性、物価上昇など取り巻く環境の変化を踏まえる必要性についても理解しており、両立を図ることが妥当だと考えている。そうした観点で、今回の改定で考慮が必要なケースがあれば、その範囲を特定して対応を行うべきであるとする。特に、不採算品再算定については、その効果に疑問も生じているところだが、物価高騰や賃上げが続く中、今般も対応を行うのであれば、メリハリのある対応が必要だと考えている。前回と同じルールをそのまま適用するのではなく、医療上必要性が高い品目に限定することに加え、乖離率要件等についても検討すべきと考える。
- ・骨子の内容については、骨太の方針に基づき政府で議論された結果だと受け止めている。大臣合意で現役世代の保険料負担の上昇について言及されているが、この点は非常に重要な観点だと考える。なお、今回の改定で適用する算定ルールについて、その詳細は引き続きの検討だが、前回、不採算品再算定に対する考え方を述べた。期待している結果が出ているのか、その効果を勘案しつつ、国民負担軽減の観点を踏まえ、メリハリのある対応をお願いする。
- ・今後の論点として、企業指標について、個別企業の評価結果の公表についても、安定供給が確保できる企業を可視化し、そうした企業の品目を医療現場で選定しやすくするという目的に立ち返り、引き続き議論していくべきと考える。また、最低薬価の引き上げについても異論はないが、今般の引き上げが価格に適切に反映されているかについては、今後、確認していくべきと考える。

イ) 医療DX推進体制整備加算等の見直しについて

- ・この加算については、令和6年10月1日からの適用と同年12月2日からのマイナンバーと健康保険証の一体化に向けた最後の頑張りが求められる時期の導入となり、実態を的確に踏まえた要件の設定が不可欠であるとする。また、附帯意見のとおり、電子処方箋の導入状況及び電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について、引き続き検討することとされており、整備は道半ばと認識しているため、この点についても状況把握をお願いしたい。
- ・昨年12月2日を迎え、11月から12月でマイナ保険証の利用率の上昇が加速していることがわかる。マイナ保険証の実績要件等については、そうした直近のマイナ保険証利用率を踏まえつつ、今年12月の保険証完全廃止に向けて、マイナ保険証の更なる利用促進につながるよう基準を引き上げていくべきと考えている。小児医療機関については、年齢別の利用実態を踏まえると、別途、実績要件を設けることは仕方のない面もあると思うが、基本的な考え方としては、同様に、マイナ保険証の更なる利用促進につながる要件を設定すべき。電子処方箋については、適切な薬学的管理や重複投薬の防止といったメリットを国民が実感できるためには、医療機関・薬局に電子処方箋が十分に導入される必要がある。

そうしたことから、導入済みの医療機関と未導入の医療機関の間で差を設けることは、まだ導入が十分ではない中で、一定理解できるものと考えている。

3) 社会保険審議会介護保険部会・介護給付費分科会

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

- ア) 介護情報基盤について
- イ) 要介護認定の認定審査期間について
- ウ) 次期制度改正に向けた議論
- エ) 令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査の進め方及び実施内容等について議論を重ねました。協会の主な発言は以下のとおりです。

ア) 介護情報基盤について

- ・DX化の推進については、介護分野に比べ、医療分野での取組が先行して進められている状況。地域包括ケアシステムの理念の更なる深化のためには、介護分野でもオンライン資格確認等のシステムを活用し、ケアプランの内容や要介護度等の情報・データの活用や、医療分野で共有が進んでいる個人の健康や医療にかかわる情報の連携を進めていくべき。全国医療情報プラットフォーム、介護情報基盤が国民にとって使いやすい実効性のある仕組み・制度となるよう、マイナンバーの利活用を基軸に、積極的にインフラ整備を進めていただくようお願いする。特に、介護保険被保険者証の電子化については、医療分野におけるマイナンバーカードと健康保険証の一体化の動きも踏まえ、介護分野のデジタル化の一環として、早急に実施していただきたい。
- ・介護分野は、利用者、市町村、各事業所、医療機関と関係者も多い中、介護DXの取組を進め、介護情報基盤を通じて、利用者に関する情報を、関係者が電子で迅速に共有・連携できるようになることは、業務効率化のみならず、質の高い介護サービスにつながることも非常に重要。そうした中、事業所等における機器の導入など、必要な環境整備については、国において必要な支援を行っていくべきではないかと考える。小さな事業所も多いため、介護DXの導入や運用について、環境整備の支援を行うとしても、それでも技術面や心理面でのハードルが高い事業所も一定あるのではないかと考える。一方、業務効率化のメリットを関係者の皆様に感じてもらうためには、関係者の一部だけではなく、全員が介護情報基盤を活用する必要がある。そのため、環境整備の支援とは別に、今後、介護DXが現場に根付くような取組、例えば、きめ細やかな研修や、技術面での伴走型のサポートなども必要になってくるのではないかと考える。

イ) 要介護認定の認定審査期間について

- ・要介護認定は、介護サービスの給付に結びつくことから、基準に基づいた客観的かつ合理的な判断を行う必要がある一方、迅速な判断を行うことで必要なサービスを早く届け、ご本人やご家族の安心につなげることが重要であると認識している。規制改革実行計画に基

づき、認定審査期間の平均値の公表や目安となる期間の設定を行っているが、目安となる期間内に認定・審査を行うためには、今後検討することとされている制度や運用の見直しが不可欠だと考える。現場の皆様が要介護認定事務に時間がかかる原因になっていると感じている課題を踏まえつつ、早急な検討をお願いしたい。

ウ) 次期制度改正に向けた議論

- ・今後の介護サービスの在り方を考える際に、需要がしばらく増加する地域もあれば、減少に転じる地域もあり、地域で直面する課題が異なることを踏まえる必要がある。加えて、高齢者の急増から現役世代の急減に人口構造の局面が変化していく中、介護保険の規模は膨らみ、財源には自ずと限界が出てくる。また介護人材の確保もより困難が想定され、メリハリのついた対応が必要になると考える。介護保険制度の持続可能性を高めていくという観点も踏まえた上で地域の実情に応じた対応が可能となるように検討いただきたい。
- ・今後、高齢者人口が増加する一方、生産年齢人口が減少する中、高齢者やその家族が住み慣れた地域で生活を続けられるよう、必要なサービス提供体制を確保するため、関係者の役割の明確化を行い、効率的な支援体制を構築することは重要。一方、医療ニーズを抱える方、認知症を抱える方、独居の方など、高齢者やその家族が抱える課題も複合的である中、介護保険だけではなく、医療や生活支援などの他分野のサービスとの連携を強化し、必要な支援を組み合わせることが必要。そのため、相談支援の在り方として、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの役割分担については、示されたとおり、進めていくべきと考える。一方、複合的な課題を抱えている場合であっても、高齢者やその家族によってわかりやすい、相談しやすいという観点も重要。そうした中、ケアマネージャーが複合的な課題を抱える高齢者の支援のため、多くの分野と密に連携することは難しいケースもあるかと思う。ケアマネージャーが連携しやすいよう、地域包括センターによる連携のための環境整備・分野間の関係者の橋渡しや、主任ケアマネージャーのサポートが必要不可欠である。認知症施策についても同じく、他分野や専門職間との連携が課題となっていると認識している。認知症の方向けに特化した支援もあるものの、基本的に相談支援の際と同様に、役割分担と連携体制の確保を強化していくべきだと考える。そのうえで、症状に応じて連携体制がとれるよう、認知症ケアパスの位置づけ、さらなる活用を促していくべき。
- ・高齢者向け住まいについて、高齢者一人ひとり、必要な介護サービスもそれぞれであり、医療ニーズを抱える方、認知症を抱える方、独居の方など、多様なニーズを抱えている。そして、そのニーズも年齢とともに変化していく。そうした中で、多種多様な住まいが増加していることは望ましいことである一方、整備状況に地域差が生じていることや、多様なサービスがあるがゆえに、適切なサービスの選択支援が必要になること、いわゆる「困り込み」が指摘される実態は改善していく必要がある。特に、過剰な介護サービス提供の問題について、実態把握や改善指導の実効性の確保、報酬体系の見直しについて議論していき、透明性の高い運用が担保されるべきと考える。また、住まいは生活の基礎であり、高齢者の住宅セーフティネットの強化に向けて、改正法を踏まえ、自治体でも福祉政策と

住宅政策の連携体制が確保できるよう、施行準備の段階から一体となって議論を進めていただきたい。

工) 令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査の進め方及び実施内容

・訪問介護事業への支援強化パッケージについて、訪問介護に従事するにあたっての障壁を考えると必要なことだが、調査のN数が75であることから、業界の一側面だけを見て、政策を検討しているのではないかとの懸念を少し抱いている。介護職員の確保が非常に重要な課題であるところ、今後は、訪問介護事業所への調査のみならず、例えば、就職活動中の学生や、従事してまだ経験年数の浅い介護職員への調査やヒアリングなど、職員確保に真に必要な対策は何なのかといったことを検討できるようにするため、様々な側面から情報収集・現状分析を行っていくべきではないかと考える。

iii) インセンティブ制度の実施及び検証

①インセンティブ制度導入の経過及び趣旨

2006（平成18）年の医療保険制度改正において、協会も含めた全保険者を対象とした後期高齢者支援金の加算・減算制度が創設され、2013（平成25）年度から実施されました。その結果、加算・減算対象となる保険者が限定的（加算は単一健保、減算は小規模国保等）であり、インセンティブが十分に働かず、規模や属性の異なる保険者間での比較が困難であるという問題が顕在化しました。このため、2018（平成30）年度から保険者の特性に応じてそれぞれにインセンティブ制度を設けることとされました（図表4-100参照）。

[(図表4-100) インセンティブ制度導入に係る経緯]

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

第1期 特定健診等実施計画（平成20年度～24年度）

【後期高齢者支援金の加算・減算制度 ※ 全保険者が対象】

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

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

第2期 特定健診等実施計画（平成25年度～29年度）

【後期高齢者支援金の加算・減算制度 ※ 全保険者が対象】

平成25年度から実施（データについては前年度のものを使用）。

- ✓ 加算対象は特定健診又は特定保健指導の実施率が実質的に0%の保険者
- ✓ 加算率は0.23%（法律上の上限は10%）であり、減算率も0.05%程度。対象保険者も少ない

結果として、
協会は加減算がなかった。

⇒ 全保険者を対象に実施したところ、以下のような課題が顕在化。
・ 加減算対象の保険者が限定的であることに加え、加減算率も低いことからインセンティブが十分に働かない。
・ 実施結果として、加算対象は単一健保、減算は小規模国保など偏りがあり、規模や属性の異なる保険者間での比較は困難。

第3期 特定健診等実施計画（平成30年度～令和5年度）

保険者ごとの特性に応じて、それぞれにインセンティブ制度を創設

健保・共済

【後期高齢者支援金の加算・減算制度】
⇒ 従来の加算・減算制度について、加算率等の見直しを行い、実施

協会けんぽ

【インセンティブ制度】
⇒ 支部間で保険料率に差を設ける

国民健康保険

【保険者努力支援制度】
⇒ 1,400億円程度の補助金

後期高齢者医療

【特別調整交付金の活用】
⇒ 100億円程度の補助金

②制度の概要

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

評価指標

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

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

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

制度の財源

健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）及び健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）において、インセンティブ制度の財源となるインセンティブ分保険料率として、全支部の保険料率の中に0.01%を盛り込んで計算することとされています。この0.01%については、段階的に導入し、2020（令和2）年度保険料率に盛り込む率は0.004%、2021（令和3）年度から2022（令和4）年度⁴¹までの保険料率に盛り込む率は0.007%、2023年度以降の保険料率に盛り込む率は0.01%と定められました。

成長戦略フォローアップを踏まえたインセンティブ制度の見直し

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

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

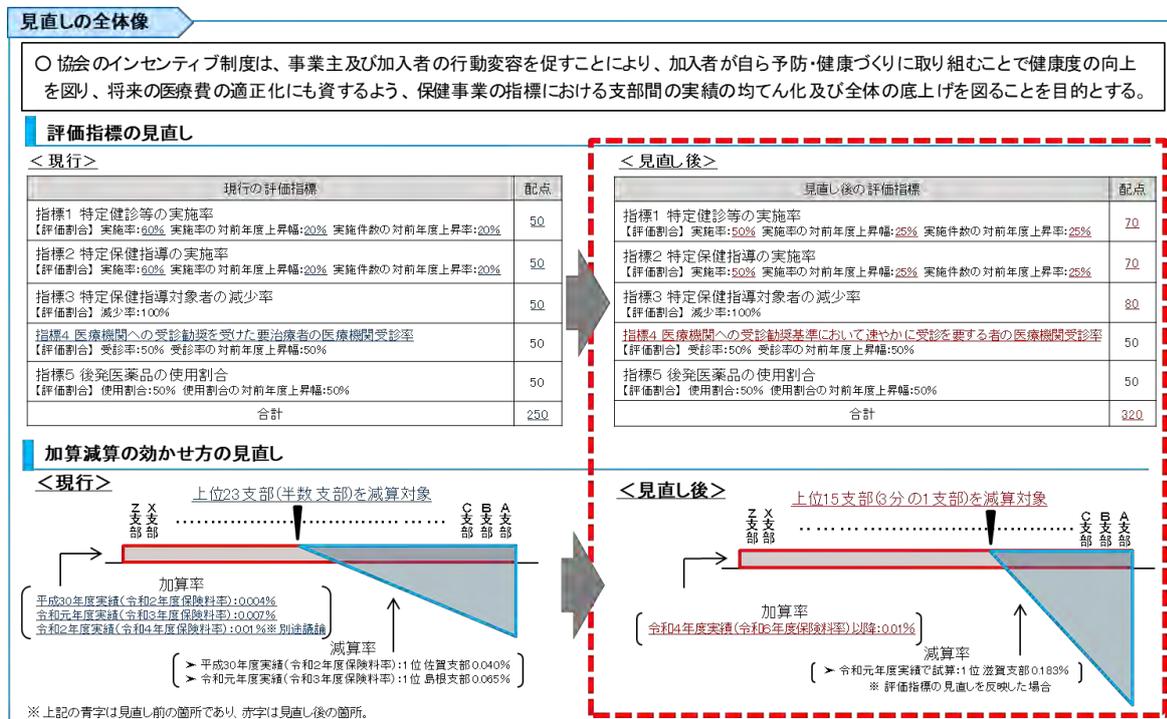
⁴¹ 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた対応として、2022年度に適用する保険料率は0.007%に据え置くこととし、健康保険法施行令等に所要の改正が行われました。

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

見直しの全体像は、図表4-101のとおりであり、2022年度以降の実績の評価に適用し、その結果を2024年度以降の都道府県単位保険料率に適用しています。

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

【(図表4-101) インセンティブ制度の見直しの全体像】



③2023年度実績の評価方法等

2023年度実績の評価は、第133回運営委員会（2024年12月23日開催）において報告しました。2023年度実績は図表4-102のとおりであり、ランキング上位の15支部については、インセンティブ制度の報奨金により、2025年度の都道府県単位保険料率について最大で0.148%（山形支部）の引き下げ効果となりました。

【(図表4-102) 2023年度各評価指標の総得点及び各評価指標の全国平均との差】



④インセンティブ制度の広報

インセンティブ制度の実効性を高めるためには、加入者及び事業主に制度の仕組みや意義を理解していただくことが重要であり、2024年度においても、図表4-103のとおり広報を実施しました。

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

【(図表4-103) インセンティブ制度に係る広報の実施状況 (2024年度)】

広報の種類	納入告知書 同封チラシ	メルマガ LINE	健康保険 委員 (※1)	事務説明会 等 (※2)	関係団体 (※3)	新聞	テレビ ラジオ	支部ホーム ページ	その他 (※4)
実施支部数	47	39	36	25	29	14	5	41	13

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

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

※3 「関係団体」は、県、市区町村、経済団体（商工会等）に対しての訪問説明及び広報誌への記事の掲載依頼等。

※4 「その他」は、支部職員による事業所訪問時に事務担当者等への説明、健診・保健指導案内時のリーフレット同封等。

(4) 広報活動や「顔の見える地域ネットワーク」を通じた加入者等の理解促進

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

2024（令和6）年度は、保険料率、財政状況、健康保険給付、健康づくりや医療費適正化の取組等について、ホームページやメールマガジン、加入事業所に毎月送付する納入告知書に同封する広報チラシ等を活用し、正確かつタイムリーな情報発信に努めたほか、全支部でのLINEによる情報発信を開始しました。

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

このほか、加入者及び事業主の協力により協会の健康保険事業の推進を図るため、広報・相談・健康保険事業（健診、コラボヘルス事業等）の推進・モニター等で協力いただく健康保険

サポーターとして、被保険者の方々の中から各支部の支部長が「健康保険委員」⁴²を委嘱しています。特に職場の従業員の方々（被保険者）の健診の受診勧奨にお力添えいただいております。「健康保険委員」の未設置事業所と比較すると、健診の実施率が24.4%ポイント高くなっています（図表4-104参照）。

【(図表4-104) 健康保険委員のいる事業所の特定健診の実施率】

	2023年度	2024年度
健保委員のいる事業所	76.6%	77.0%
健保委員のいない事業所	52.1%	52.6%

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

①広報計画に沿った広報の実施

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

2024年度の最重点広報テーマ（協会が最も周知に力を入れる広報テーマ）である「2025（令和7）年度保険料率改定」、「健康づくりサイクルの定着」及び特別広報テーマ（制度改正などにより集中的に周知すべき広報テーマ）である「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」については、本部において作成した広報資材を活用し、全支部で地域の実情に合わせた広報を実施しました。

また、重点広報テーマ（協会が周知に力を入れる広報テーマ）については、本部が複数設定したテーマの中から、支部が医療費情報や健診情報のデータ分析により、自支部の課題を把握した上で、課題に応じてテーマを選定し、広報を実施しました。

⁴² 「健康保険委員」の方々には、「協会が管掌する健康保険事業の運営に協力して、協会が管掌する健康保険事業に関する国民の理解を高めるための啓発を行い、並びに協会が管掌する健康保険事業に関する事項につき被保険者からの相談に応じ、及び被保険者に対する助言その他の活動」（健康保険法施行規則第2条の2）を通じて、加入者及び事業主と協会の距離を縮める橋渡しの役割を担っていただいています。

〔（図表4-105）支部の重点広報テーマに関する広報〕

	協会の財政状況 (決算)	医療費適正化	健診	重症化予防	コラボヘルス	保険給付の申請	加入者サービスの向上
実施支部数	8支部	35支部	27支部	21支部	34支部	8支部	5支部

②2025年度都道府県単位保険料率改定に係る広報

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

2024年度は、最重点広報テーマに「2025年度保険料率改定」を選定し、加入者及び事業主に支部ごとの保険料率や設定の仕組みとともに、健康づくりに取り組むことの重要性や、医療費の伸びを抑えるためには加入者及び事業主が上手な医療のかかり方を心掛ける必要があることを周知しました。

本部においては、日本商工会議所、全国商工会連合会及び全国中小企業団体中央会に広報への協力を依頼しました。支部においては、各都道府県の商工会議所連合会、商工会連合会及び中小企業団体中央会等の関係団体に協力を依頼し、機関誌やホームページ等に記事を掲載いただいたほか、支部独自の取組として、地方自治体が発行する広報誌に掲載いただく等、地域の実情を踏まえ、各種メディアを通じた広報を実施しました。

〔（図表4-106）2025年度都道府県単位保険料率改定に係る広報〕

本部における対応

- **Webによる広報**
 - 2/14 特設ページを開設
 - 2/25～3/25 Web広告（Yahoo!、Google、Facebook/Instagram、LINE、SmartNews、Red）
- **事業所（事業主）への広報**
 - 2月 2月発送分の保険料納入告知額・領収済額通知書にリーフレット（保険料額表）を同封
- **関係団体を通じた広報**
 - 2/14 関係団体に周知広報の協力依頼
（日本商工会議所、全国商工会連合会、全国中小企業団体中央会）
 - 2月中～下旬 上述の3団体から各都道府県団体へ周知広報の協力依頼

支部における対応

- **新聞広告による広報**
 - 3月 発行シェア率の高い新聞への掲載
- **関係団体（商工会議所、商工会、中小企業団体中央会等）を通じた広報**
 - 2月 支部長が関係団体（特に商工会議所連合会、商工会連合会、中小企業団体中央会）を直接訪問・説明の上、機関誌・会報誌への記事掲載等を依頼
 - 2月～3月 会員事業所等への周知、機関誌・会報誌への記事掲載、ホームページ掲載 等
- **その他支部独自の広報**
 - 2月～3月 地域の特性に応じた地方自治体が発行する広報誌や地元情報誌（フリーペーパー）への記事掲載、ラジオCMによる広報

（特設サイト及びWebバナー）

③健康づくりサイクルの定着に係る広報

協会では、これまでも「毎年、確実に健診を受診し、健診結果に応じた行動（特定保健指導の利用や医療機関への早期受診）をとることの重要性」の周知を行ってきましたが、特定保健指導実施率の実績は、未だ国の目標と乖離があります。

また、2024年度が第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）や第4期特定健康診査等実施計画の初年度であることを踏まえ、最重点広報テーマに「健康づくりサイクルの定着」を選定し、全支部において共通のコンテンツを使用し、加入者及び事業主に対して、健診を受診するとともに健診結果に応じた行動をとることの重要性を改めて周知しました。

〔（図表4-107）健康づくりサイクルの定着に係る広報〕

	納入告知書 同封チラシ	メール マガジン	健康保険 委員 （※1）	関係団体 （※2）	新聞	テレビ ラジオ	Web広告	その他 （※3）
実施支部数	17支部	12支部	14支部	26支部	15支部	3支部	30支部	13支部

※1「健康保険委員」は、健康保険委員研修会やリーフレットの送付等。

※2「関係団体」は、県、市町村、商工会、商工会議所や中小企業団体中央会等の広報誌への記事の掲載等。

※3「その他」は、デジタルサイネージや公共交通機関の車内広告等。

〔（図表4-108）健康づくりサイクルの定着に係る特設サイト、Webバナー及び広報チラシ〕

40歳以上の方は特に注意！
健診から始まるサイクルで、
3つの「もったいない」をやっていませんか？

「健診受けない」もったいない
「受けっぱなし健診」もったいない
「健康づくりを継続しない」もったいない

01 健診を毎年受けていますか？
協会けんぽ加入者は健診をお得に受けられるのに、受けないのはもったいない。健診を受けて健康状態を確認

02 健診を受けっぱなしにしていませんか？
せっかく健診を受けても、改善につなげなければもったいない。健診結果に応じて行動することで健康状態を改善

03 日々の健康づくりに取り組んでいますか？
良好な健康状態になっても、それを継続しないのはもったいない。健康増進に取り組むことで健康状態を維持

01 「健診受けない」もったいない
02 「受けっぱなし健診」もったいない
03 「健康づくりを継続しない」もったいない

協会けんぽ 加入者のみなさまへ
健診の3つの「もったいない」をなくそう！
健康づくりサイクルをまわしましょう！

健診から始まるサイクルで、3つの「もったいない」をやっていませんか？

「健診受けない」もったいない
「受けっぱなし健診」もったいない
「健康づくりを継続しない」もったいない

01 健診を毎年受けていますか？
協会けんぽ加入者は健診をお得に受けられるのに、受けないのはもったいない。健診を受けて健康状態を確認

02 健診を受けっぱなしにしていませんか？
せっかく健診を受けても、改善につなげなければもったいない。健診結果に応じて行動することで健康状態を改善

03 日々の健康づくりに取り組んでいますか？
良好な健康状態になっても、それを継続しないのはもったいない。健康増進に取り組むことで健康状態を維持

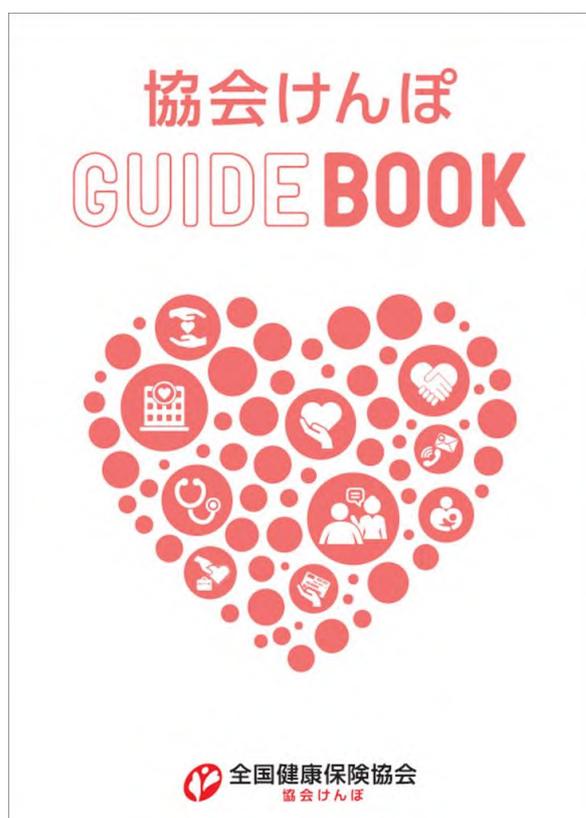
健康づくりサイクルに
ついでの特設サイトは
こちら ▶

④全支部共通広報資材

加入者及び事業主が必要とする情報に容易にアクセスできる環境を整備するとともに、協会が加入者及び事業主に知っていただきたい情報を確実に伝えるため、全国統一的な広報資材を作成することとし、2021（令和3）年度以降、協会の概要や取組を網羅的に紹介するパンフレット（図表4-109、図表4-110）、健康保険制度や協会の取組等について簡単に紹介したリーフレット及び動画を作成し、内容を随時更新して広報に活用しています。2024年度は、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に対応した内容に更新し、支部においてはセミナー等の機会を通じて、健康保険委員や新規適用事業所等に配付しました。

また、2024年度から全支部でのLINEによる情報発信を開始したことに伴い、本部においては健康情報や上手な医療のかかり方に関する共通コンテンツ（図表4-111）を作成しました。支部においては共通コンテンツの活用に加え、独自コンテンツを作成し、毎月2回以上の配信を行いました。

[（図表4-109）協会けんぽ GUIDE BOOK]



- ・医療機関等の受診はマイナ保険証で
- ・医療保険の仕組み

第1章 協会けんぽについて

- ・協会けんぽの概要
- ・協会けんぽの財政状況
- ・協会けんぽの保険料率
- ・第6期保険者機能強化アクションプラン

第2章 保健事業について

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

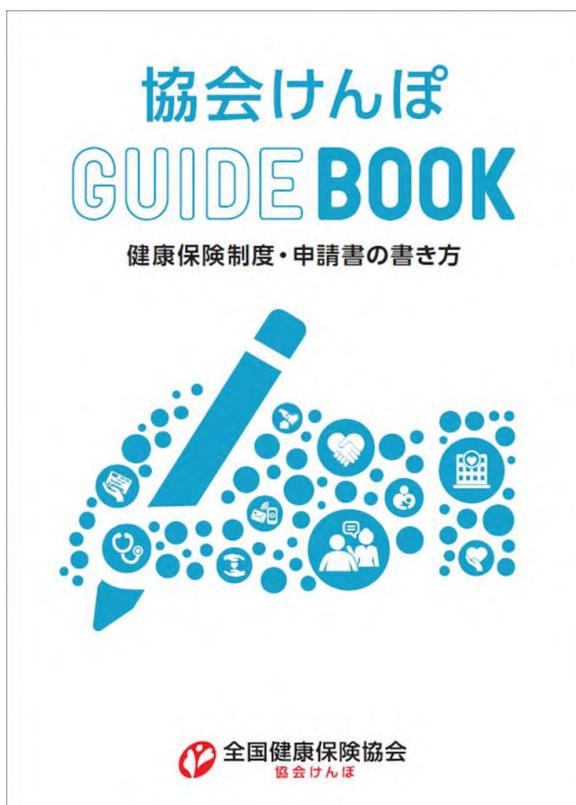
第3章 医療保険を未来につないでいくための取組について

- ・医療費適正化の取組

第4章 健康保険の給付金等について

- ・健康保険の資格
- ・資格情報のお知らせ、資格確認書の交付申請
- ・負傷原因届
- ・第三者行為による傷病届
- ・限度額適用認定証
- ・高額療養費
- ・療養費・海外療養費
- ・傷病手当金
- ・出産手当金
- ・出産育児一時金
- ・埋葬料（費）・家族埋葬料
- ・任意継続被保険者

[(図表4-110) 協会けんぽ GUIDE BOOK 健康保険制度・申請書の書き方]



- マイナ保険証を利用した受診ができないとき
・交付申請書
- 退職後も健康保険へ継続加入したいとき
・任意継続資格取得申請書
- 事故にあったとき
・第三者行為による傷病届
- 負傷（ケガ）がもとで給付の申請をするとき
・負傷原因届
- 入院・通院・手術等で医療費が高額になりそうなとき
・限度額適用認定申請書等
- 医療費の立替払い、治療用器具作製や海外で診療を受けたとき
・療養費支給申請書
- 突然のケガや入院などで高額の医療費を支払ったとき
・高額療養費支給申請書
- 病気やケガで4日以上仕事を休んだとき
・傷病手当金支給申請書
- 出産で仕事を休んだとき
・出産手当金支給申請書
- 出産をするとき
・出産育児一時金支給申請書等
- ご本人・ご家族が亡くなったとき
・埋葬料（費）支給申請書

[(図表4-111) 共通コンテンツ（例）]



⑤その他

ホームページ

2024年度のホームページアクセス数は、2023（令和5）年度の128,560,406件から3,139,765件減少し、125,420,641件となり、2024年度KPI（135,000,000件）は達成できませんでした。

これは、マイナ保険証やオンライン資格確認の普及によって限度額適用認定証の申請に関するページのアクセス数が減少したことや、2024年12月2日以降新規発行が停止された健康保険証の再交付申請に関するページのアクセス数が減少したこと等が要因として考えられます。

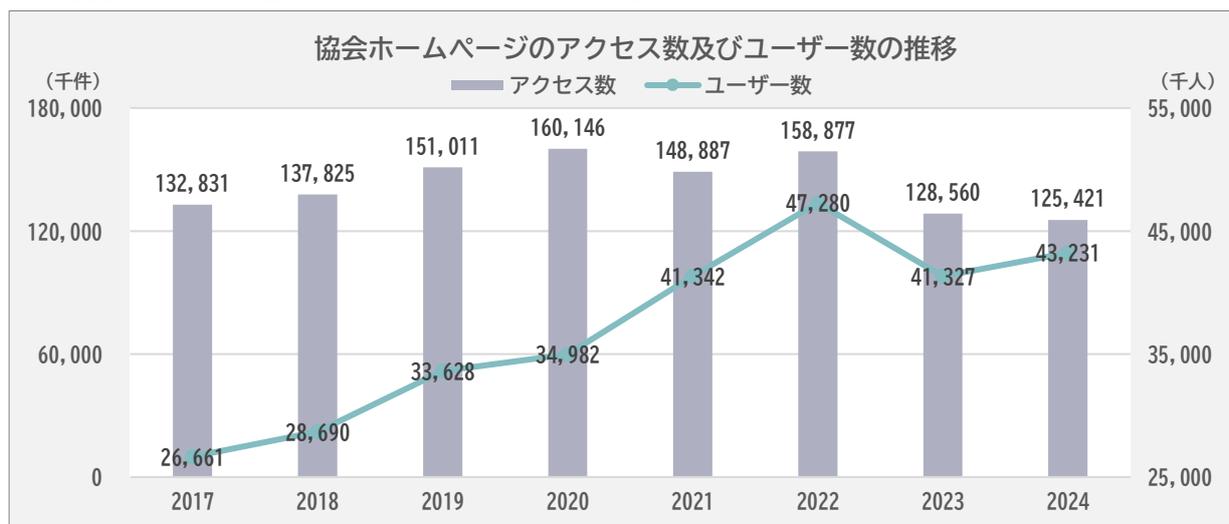
なお、2024年度KPIは未達成となりましたが、後述するチャットボットの導入によって、ホームページの導線を整備したことにより、「よくある質問」へのアクセス数が減少する等、目的のページにたどり着きやすくなったことによる影響も想定され、2024年度のユーザー数（協会ホームページを訪れた人数）は43,230,814人に上り、2023年度の41,326,637人から1,904,177人増加しています。

2024年度は、協会の取組とSDGsについて周知を図るページ（図表4-113）や、マイナンバーカードの健康保険証利用を推進するための特設ページを新たに作成しました。

また、協会ホームページにチャットボットを導入することで、加入者等の利便性の向上を図りました。チャットボットは2024年7月から2025年3月にかけて段階的に導入し、利用回数は延べ15万件の利用があり、チャットボット利用後に表示されるアンケートは約70%の利用者に満足と回答いただきました。

更に、更なる利便性やわかりやすさの向上を目的として、ホームページのリニューアルを行うこととし、2026（令和8）年の実施に向けて検討を行いました。ホームページは加入者及び事業主にとって重要な情報ツールであり、より見やすく、より探しやすいホームページになるよう改善を進めます。

〔（図表4-112）協会ホームページの利用状況〕



※ アクセス数は、協会ホームページを訪れた者が閲覧したページ数を計上。

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

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

[(図表4-113) 協会けんぽとSDGsに係るホームページ]

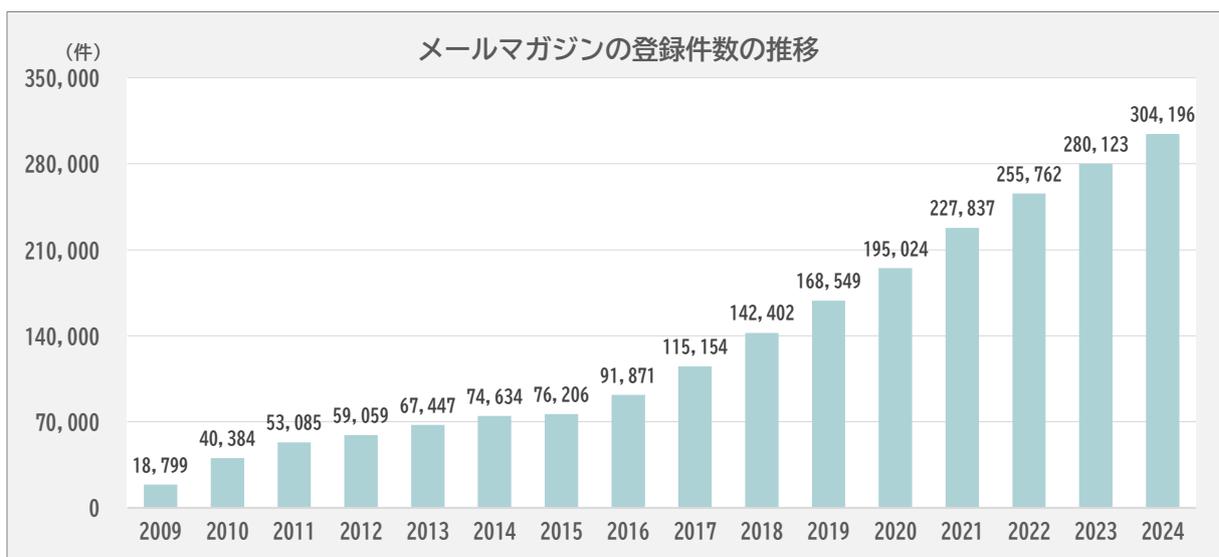


メールマガジン

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

2024年度は、全支部において広報やセミナー等の機会を通じて登録勧奨を行った結果、新たに38,550件が登録され、2024年度末時点の登録件数は304,196件(対前年度24,073件増)となりました。

[(図表4-114) メールマガジンの登録件数の推移]



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

LINE

昨今、SNSによる情報収集が急速に普及しており、協会としても加入者に直接お伝えすることが可能な媒体を増やしていく必要があることからSNSを活用した広報として、2024年11月より全支部で、全世代に幅広く利用されているLINEを活用し、健康情報等の配信を開始しました。まずは全支部による安定的な運営体制を確保するために、月2回以上を目途に健康情報等の配信を行っております。また、LINEをはじめとしたSNSを利用する際には、インターネット上の発信の持つ影響力の大きさを十分に理解し、正確な情報を伝える必要があることから、協会におけるSNS利用時の留意点をまとめたマニュアルを作成しました。

健康保険委員活動の活性化

健康保険委員の委嘱者数拡大に関しては、特に大・中規模事業所への委嘱に重点的に取り組んでいます。事業所データを活用し、新規適用事業所や未委嘱の大・中規模事業所を中心に電話や文書による委嘱勧奨を実施し、2024年度末時点で353,228名と、前年度末より32,559名増加しました。

健康保険委員が委嘱されている事業所に属する被保険者数は、2024年度末現在13,818,647名で、全被保険者数の54.2%であり2024年度KPI（50%以上）を達成しました。また、委嘱事業所数についても、2024年度末現在328,886事業所（前年度299,538事業所）であり、KPI（対前年度以上）を達成しました（図表4-115参照）。

また、健康保険制度や協会の事業運営に関して健康保険委員の理解を深めることを目的に、事務講習会、健康づくりに関するイベントやセミナー等を開催するとともに、定期的な広報紙等の発行による情報提供等を中心に実施しています（図表4-116参照）。

加えて、2012（平成24）年度より、健康保険委員の永年の活動や功績等に感謝の意を表するため、厚生労働大臣表彰をはじめ各種表彰を実施しています。2024年度の表彰者の総数は813名（前年度601名）であり、厚生労働大臣表彰を10名に、理事長表彰を119名に、支部長表彰を684名に行いました。

[(図表4-115) 健康保険委員委嘱者数の推移 (2024年度末現在)]



[(図表4-116) 健康保険委員に対する研修の開催等]

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
研修・セミナー等の開催	80回	123回	193回	235回	237回
情報誌等の発行	235件	262件	252件	209件	226件

3. 保険者機能の強化を支える組織・運営体制等の整備

(1) 人事・組織

i) 人事制度の適正な運用

協会では、2016（平成28）年度に人事制度全般にわたる見直しを行い、人事評価制度については、日々の業務遂行を通じて組織目標の達成につながるよう職員の目標管理を明確にした制度としています。この人事評価制度を通じて、組織目標の達成を促すとともに、高い実績を上げた職員に対して適正な処遇を行い、職員のモチベーションの維持・向上を図っています。

2024（令和6）年度は、グループ長補佐以上の階層別研修にて実施する評価者研修において、人事評価における目標設定やその目標を達成するための日々の業務管理や進捗管理、評価結果のフィードバックが、協会が期待する職員の育成や組織強化に通じることについて、意識付けを促しました。新たに採用された職員に対しては、採用時の研修において当該制度の目的、基本構成及び目標管理のプロセスなどを説明し理解の深化に努めました。

また、人事制度については、契約職員も含めた全員参加型運営を推進し、更なる保険者機能の強化・発揮に向けて職員が意欲を持って業務に取り組むとともに、より職員の適性に応じた働き方ができるよう制度を見直すこととし、具体的な改正案を策定しました。この改正内容の実施に向け、システム改修等の準備を進めた他、制度改正概要について職員説明会を開催しました。

ii) 新たな業務のあり方を踏まえた適正な人員配置

2024年度は、適材適所の配置や人材育成、組織の活性化や課題解決及び本部機能強化を図るため、2024年10月に本部や支部間における全国規模の人事異動（282名）及び支（本）部内の配置換え（394名）を実施しました。

なお、各支部・本部の人員については、加入者数の変動や新業務システムの導入の効果及び今後の協会組織のあり方の検討等も踏まえ、協会全体の生産性の向上及び業績向上を図るべく、人員配置の抜本的な見直しを行いました。今後、人事異動等の機会をとらえて段階的に、各支部・本部の人員の移行を行っていきます。

iii) 更なる保険者機能の発揮に向けた人材の育成

基盤的保険者機能及び戦略的保険者機能を一層発揮していくため、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。また、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（図表4-117参照）。

[階層別研修]

職員のキャリア形成を計画的かつ効果的に行う観点から、幹部職層、管理職層及び一般職層

の全ての階層に対し、各階層に求められる役割や知識を習得するための階層別研修（13講座、14回）を実施しました。

初めて管理職の役割を果たすこととなるグループ長補佐には、管理職としての実践的スキルや考え方の習得、労務管理に関する法令の理解や管理職としての意識付けとマネジメント能力の向上を図る研修を実施しました。

[業務別研修]

階層や部門を問わず、業務上必要となる専門的な知識やスキルを習得するための業務別研修（13講座、44回）を実施しました。

協会の業務において特に重要性を増しているビッグデータの更なる活用に向けて、協会職員の統計分析能力の向上を図り、地域の医療費や健康度の地域差等の課題について分析を行えるよう、主任及びスタッフを対象に統計分析にかかる基本的知識の習得を目的とした研修を実施しました。

[(図表4-117) 2024年度の研修実施状況]

(括弧内は研修受講延べ人数)

	本部集合研修			支部研修	自己啓発
	階層別	業務別	テーマ別		
2024年4月	新入職員研修(66名) スタッフ研修Ⅱ(38名)	【総務部】 ・ 経理担当者研修(297名) ・ リスク管理研修(第1回：4,700名/第2回：4,644名) 【業務部】 ・ 電話相談対応研修(204名) ・ 業務担当者基礎研修(48名) ・ 債権管理・回収業務研修(48名) 【企画部】 ・ SPSSオンライン研修(入門編)(45名) ・ GIS実践研修(23名) ・ 統計分析研修(68名) 【保健部】 ・ 保健師採用時専門研修(16名) ・ 新入保健師フォローアップ研修(22名) ・ 新入保健グループ長研修(14名) ・ 保健師全国研修(99名) ・ 保健師等ブロック研修(224名)	ハラスメント防止研修 46名・情報セキュリティ管理者研修 47名	新入(新卒)職員支部内研修 ハラスメント防止研修・情報セキュリティ研修・個人情報保護研修・コンプライアンス研修・メンタルヘルス研修 新入(既卒)職員支部内研修 ビジネススキル研修	通信教育 幹旋
5月	主任研修Ⅱ(45名)				
6月					
7月					
8月	メンター研修(61名)				
9月	新入職員フォローアップ研修(65名) 支部長研修(3名)				
10月	部長研修(19名)				
11月	採用時研修(32名) グループ長研修(34名) グループ長補佐研修(46名)				
12月	主任研修(67名)				
2025年1月	スタッフ研修(61名)				
2月	一般職基礎研修(52名)				
3月	支部長研修(2名)				

iv) 働き方改革の推進

協会では、働き方改革推進グループを設置（2023（令和5）年10月）し、すべての職員が健康で働きやすい職場環境を整備し、効率的な事業運営を行うため、次の3点を中心とした取組を進めています。

①健康経営の推進

協会における健康経営の基本方針を策定し、2024年10月1日に健康宣言を行い、併せて、勤務時間内を禁煙とすること、職場全体で体操やストレッチをすることなどを盛り込んだ協会職員健康づくり基本ルールを定め、全職員で取組を開始しました。

また、職員の健診結果に基づき、再検査や特定保健指導が必要となった職員を支援するため、費用の補助や受診等に必要な時間の確保などの環境整備を行い、2025（令和7）年度から運用を開始しています。

そのほか、全職員が閲覧できる電子掲示板を活用し、メンタルヘルス、食生活、睡眠、喫煙リスクなどの健康づくりに関する情報を全職員に向けて発信し、継続的に意識啓発を行いました。

②女性活躍の推進及び次世代育成の支援

一般事業主行動計画に基づき、年次有給休暇・男性の育児休業の取得促進や長時間労働の是正、女性管理職比率の向上の取組を進めています。

2024年度は、各支部の超過勤務・年休取得状況を可視化したうえで、夏季休暇や年末年始に合わせた連続休暇キャンペーンを実施し、計画的な休暇取得を促すなど、働き方改革に向けた意識の向上に努めました。また、夏季休暇や子の看護等休暇について拡充を図り、2025年度から運用を開始しています。

加えて、育児や介護に関する制度をわかりやすくまとめたハンドブックを作成し、仕事と家庭の両立支援の促進に取り組みました。

③福利厚生制度の拡充

反復・継続した治療が必要ながんや難病などの疾病を抱えた職員が利用できる「治療サポート休暇」及び不妊治療のための通院等に利用できる「出生サポート休暇」を新設し、治療を受けながら安心して働き続けることができる環境整備に取り組みました。

v) 風通しのよい組織づくり

①本部・支部間の意見交換、情報共有

加入者の健康増進等の保険者機能の更なる強化を着実に実行するためには、本部・支部間の更なる連携強化が重要となります。協会では、2021（令和3）年度に取りまとめた「戦略的保険者機能関係等の充実・強化に向けた本部・支部間の連携強化の方策」に基づき、支部ごとの課題や重点施策等を本部・支部間で共有するため、戦略的保険者機能の中核を担う本部・支部職員間で意見交換を行うなど、協会職員が共通の目的意識を持って保険者機能の発揮に取り組むことが可能となるよう、研修や本部・支部間の各種会議の場を通じた職員間の意見交換・情報共有を積極的に行うことで、本部・支部間及び各支部間の連携のより一層の強化と全員参加型の組織運営に取り組んでいます。

②社内報の発行

協会の方針の浸透や役員メッセージの発信、本部や支部の取組などの情報を協会全体で共有し、職員間のコミュニケーションを促すことを目的として、2025年1月から社内報の発行を開始しました。

社内報の担当者は社内公募により決定し、本部の若手職員を中心とした編集会議を立ち上げて、紙面の企画から取材、記事作成まで行っています。

③「支部コンシェルジュ」の発行

他支部について知ることにより支部の垣根を超えた職員間のコミュニケーションを促すことや、全国転勤に不安を持つ職員をサポートすることを目的として、本部及び支部がそれぞれの職場の雰囲気やおすすめの居住エリアなどを紹介する「支部コンシェルジュ」を作成し、全職員に情報提供を行いました。

vi) 支部業績評価を通じた支部の取組の向上

協会全体の業績向上を図るほか、支部管理職員の実績評価の参考とするとともに、職員の士気を高めること等を目的として、2016年度から支部の業績評価を実施しています。2024年度においても、2023年度の結果を踏まえ、支部の取組をより適正に評価できるよう、評価方法について見直しを行いました。

(2) 内部統制等

i) 内部統制の強化

①事務処理誤り等の再発防止

2024（令和6）年度に発生した事務処理誤り等については、発生の都度、支部において原因を追究し、再発防止策を策定のうえ、対策を実施しました。

また、本部において、業務手順を明確化する等のため、マニュアルを改正し、組織全体の再発リスクを低減する取組を実施しました。

併せて、事務処理誤りの一覧を全職員が閲覧できるようにするとともに、影響度や発生頻度等の観点から重要な事務処理誤りについては、eラーニングを月2回配信し、原因や再発防止のポイントを分かりやすく解説することにより、事務処理誤り防止の再徹底を行いました。また、eラーニングを配信した都度、全職員が閲覧できる電子掲示板を活用して周知することで、職員が確実にeラーニングを受講するよう、工夫しました。

②事務処理誤り等の防止強化月間

大規模な人事異動後は、業務運営体制の変更に伴う事務処理誤りのリスクが増加するおそれから、2024年度は10月を事務処理誤り防止強化月間とし、集中的に取り組むこととしました。

また、防止強化月間の前月である9月を準備期間とし、支部において年度当初に策定し、取り組んでいる事務処理誤り発生防止策の検証と改善を事前に行ったうえで、取組を実施しました。

③リスクの発生を事前に抑制するための取組

協会では、リスクが顕在化する前にリスクを洗い出して、分析・評価し、優先度の高いリスクへの対策を実施することにより、その発生を抑制するための仕組みを整備し、組織全体で取り組むことで、リスク管理体制を更に強化していくこととしています。

2024年度は、全支部においてリスクの洗い出し、分析・評価の取組を行い、支部で対策を実施すべきリスクについて、対策を実施しました。なお、全支部で実施するにあたり、2023（令和5）年度に九州・沖縄ブロックで先行実施した内容を踏まえ、「リスクの予防措置取組ガイド」を策定し、全支部を対象としたリスクの予防措置に関する説明会及びグループワークを10ブロックで開催しました。

本部においては、支部で洗い出したリスクを集約し、組織全体で対策を実施すべきリスクのうち、優先度が高いと判断したものについて、対策を検討しました。全支部で取り組むべきものについて、今後も整備を進めていきます。

また、リスク管理体制整備の一環として、カスタマーハラスメント対策プロジェクトチームを設置し、支部における発生状況等を調査するとともに、カスタマーハラスメント対策基本方針を策定し、2025（令和7）年4月に公表しました。

④規程等の体系的整備

協会には規程、細則、マニュアル等が多く存在するため、職員が適正かつ効率的に業務を遂行できるよう、各規程等について内容を点検し、体系的に整備を進めています。

2024年度は、個人情報保護分野の規程等について内容を点検し、「個人情報保護法に基づく開示等請求に係る事務処理マニュアル」及び「診療報酬明細書等の開示に係る事務取扱要領」について共通する事項の規定を統一のうえ、それぞれ改正しました。

⑤職員への啓発活動

内部統制に関する理解促進を目的に、全職員に対し、内部統制の考え方や事務処理誤りの防止に向けた取組等を題材とした「内部統制NEWS」を5回発行するとともに、事務処理誤りの再発防止策の策定を題材としたeラーニングを実施しました。

また、階層別研修において、内部統制やリスク管理の重要性等を題材とした講義を実施しました。

ii) 個人情報の保護の徹底

協会は、加入者の健診結果やレセプト等の要配慮個人情報を大量に取り扱うことから、個人情報保護に対する職員の意識を高める必要があるため、毎年度、全職員を対象に研修等を実施し、適正な管理の徹底に取り組んでいます。

2024年度は、職員への繰り返しの啓発を目的として、全職員を対象に個人情報保護に関する基礎知識及び協会で実際に発生した漏えい事案等を題材としたeラーニング研修を3回実施するとともに、本部及び支部において個人情報保護管理委員会を開催し、個人情報漏えい事案等の共有や、自主点検の結果を踏まえた個人情報管理体制の現状把握と問題点の是正等を行いま

した。なお、発生した個人情報の漏えい事案等については、概要と原因を全職員に周知し、リスク管理の重要性及び発生防止の再徹底を行いました。

また、階層別研修において、個人情報の保護に関する法律の概要及び協会における個人情報の取扱を題材とした講義を実施しました。加えて、保健師及び管理栄養士を対象とした保健師全国研修及び保健師等ブロック研修においても、協会で実際に発生した漏えい事案等を題材とした講義を実施しました。

iii) 法令等規律の遵守（コンプライアンス）の徹底

法令等規律の遵守（コンプライアンス）の推進を図るため、本部及び支部にコンプライアンス委員会を設置し、コンプライアンスに関する取組等について推進しています。

また、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の実施し、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。

コンプライアンスの重要性に対する職員の理解を深めるために、コンプライアンス通信・ポスター等の各種ツールを活用した啓発活動を継続的に行うとともに、eラーニングにより全職員を対象としたコンプライアンス研修及びハラスメント防止に関する研修を実施しました。

また、ハラスメント相談員を担っている職員には、相談対応力の向上を目的としたeラーニングも実施しました。

更に、支部長及び企画総務部長を対象に、支部運営における適切なりスク管理やハラスメントに起因する問題が起きた場合の適切な対応について集合形式での研修を実施し、ハラスメント知識・対応力の向上を図りました。

職員からのハラスメント等に関する相談・通報窓口を利用しやすくするため、引き続き外部相談窓口「コンプラほっとライン」を設置し、ポスターや全職員が常時携行するコンプライアンスカードを活用して周知を図っています。相談窓口には、職場での人間関係の悩みやハラスメントに関するものを中心に幅広い内容の相談等が寄せられ、それぞれ適切に対応を行いました。

iv) 災害への対応

大規模な災害が発生した場合において、協会内における災害時の初動対応等をまとめた「初動対応マニュアル」及び加入者・事業主等の利益に影響を及ぼす業務を優先して継続・復旧させるための体制構築を目的とした「事業継続計画（BCP）」を策定しています。また、事業継続計画に定めた優先業務を継続・復旧するためには、協会の業務運営の根幹を担っている情報システムの安定的な継続稼働が不可欠であることから、この備えとして、「情報システム運用継続計画（IT-BCP）」も定めています。

2024年度は、本部及び支部において、災害発生時の安否確認に係る訓練を実施するとともに、災害時や緊急時における協会の各拠点及び幹部職員との通信手段の一つとして配備している衛星電話について、各拠点間の連絡体制の確認を目的とした訓練を定期的の実施しました。ま

た、災害発生時の本部の初動対応について、フロー図を作成し、マニュアル等とともに本部の各事務室に配備しました。

職員向けの研修としては、階層別研修において、協会における災害等発生時の対応について講義を行いました。また、新たな取組として、全職員を対象に地震発生時の初動対応に係るeラーニング研修を8月に実施しました。

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

情報セキュリティについては、技術的対策として、SOC⁴³チームによる日々の監視や、業務用システムと外部接続環境との物理的分離、複数のセキュリティ対策製品の導入等により、常に最新の脅威に備える体制を整備しています。

また、人的対策として、サイバー攻撃の巧妙化・多様化が進んだ情勢を踏まえ、協会の情報セキュリティ水準の維持及び重大なリスクの発生を抑止することを目的とした「令和6年度情報セキュリティ対策推進計画」を作成し、計画に基づき全職員を対象に情報セキュリティ教育や訓練・自己点検等の取り組みを実施しました。そのほか、外部監査人による情報セキュリティ監査を受け、セキュリティ対策を適切に実践できていることを確認しました。

①自己点検

情報セキュリティのルールを遵守しているか検証するため、2024年5月に自己点検を実施し、99.8%という高い水準の遵守率を維持していることを確認しました。

②研修・訓練

2024年7月から2025(令和7)年1月にかけてeラーニング形式で年4回情報セキュリティ研修及び情報セキュリティに関するテストを全役職員に実施し、情報セキュリティ対策の理解度の向上を図りました。理解度の低い職員には個別指導を行い、協会全体の情報セキュリティリテラシーを高める施策を行いました。

また、2024年度からは役職別の情報セキュリティ研修を新たに実施することとし、適切に情報セキュリティ対策を実践できるよう危機管理の啓発を図り、人的対策としての教育の充足を図りました。

2024年10月にはCSIRT⁴⁴における「被害の拡散を防止するための迅速かつ的確な初動対応の実施」及び「再発防止に向けた対策の速やかな実施」を念頭に置いて、厚生労働省と連携したインシデント対応訓練（協会職員の端末に不審メールが送信され、メールを開封したことによりマルウェア感染があった場合を想定）を実施することで、インシデント発生時の連絡体制の確認及び連携の強化を図りました。

このほか、不審メールを受信した際に定められた手順に沿って対処しているかを確認するため、標的型メール攻撃のインシデント対応訓練を2024年8月から11月にかけて実施し、初動対応

⁴³ SOCとはSecurity Operation Centerの略です。24時間365日体制でネットワークやデバイスを監視し、サイバー攻撃の検出や分析、対応策のアドバイスを行います。

⁴⁴ CSIRTとはComputer Security Incident Response Teamの略です。情報セキュリティインシデントに対処するため、協会に設置された体制のことで。

や適切な報告方法を実践できるか検証しました。更に、外部からの不正アクセスに対して十分なセキュリティ強度があるか検証するためのペネトレーションテスト（侵入テスト）を実施し、脆弱性がないことを確認しました。

③最新のセキュリティ脅威への対応

社会情勢の変化やセキュリティ脅威のトレンドを常に注視し、協会の全職員が閲覧可能な電子掲示板及び全国支部長会議等により、昨今の情報セキュリティインシデントの事例を用いた注意喚起を随時行いました。また、情報セキュリティ対策を誰もが確実に実践できるよう、業務における留意する事項をわかりやすくまとめた「協会けんぽセキュリティ通信」の発行を開始し、2024年度ではテーマ別に4回配信しました。

これらの取組を実施したことにより役職員の情報セキュリティリテラシーが適切に維持され、結果として情報セキュリティインシデントは発生しませんでした。

vi) 費用対効果を踏まえたコスト削減等

〔調達〕

第6期保険者機能強化アクションプラン及び令和6年度事業計画において、より高い目標を掲げ「一般競争入札に占める一者応札案件の割合」を20%から15%以下に変更し、一者応札案件の削減に取り組んだところ、2024年度の一者応札割合については10.7%となり、目標を達成しました。

一者応札案件の減少に向けた取組として、支部に対してヒアリングやアンケートを実施したところ、特に他支部や官公庁で落札実績のある業者などへの幅広い声掛けは効果があったとの意見が多く、その他の取組としては、「公告期間や納期までの期間の十分な確保」、「仕様書や競争参加資格の見直し」、「複数者からの参考見積の徴取」、「調達に関する勉強会・研修会の実施」といった取組に効果があるとの意見があったことから、これらの取組について全国支部長会議等で支部に対し周知を図りました。

なお、調達にあたっては、契約の透明性を高めるとともに調達コストの削減を図るため、100万円を超える調達は一般競争入札を原則とし、随意契約は「事務所の賃貸借」や「システムの改修・保守」など、契約の性質などから競争が困難な場合等に限定し、調達審査委員会において審査したうえで調達を行いました。

〔一括調達及び消耗品の在庫管理〕

本部及び支部で使用する消耗品について、本部で全国一括調達（一般競争入札）を行いました。消耗品のうち、コピー用紙、トナー、各種封筒については、スケールメリットによるコストの削減を図ったほか、その他の事務用品については、発注システムを活用し、随時発注による適切な在庫管理を行いました。

[(図表4-118) 年度別調達実績]

調達実績	2020年度		2021年度		2022年度		2023年度		2024年度		前年度比	
	件数	割合	件数	増減率								
一般競争入札	488件	46.6%	496件	43.0%	496件	39.7%	533件	40.4%	615件	40.4%	82件	15.38%
企画競争	275件	26.3%	310件	26.9%	355件	28.5%	371件	28.2%	421件	27.6%	50件	13.48%
随意契約	284件	27.1%	348件	30.2%	397件	31.8%	414件	31.4%	488件	32.0%	74件	17.87%
合計	1,047件		1,154件		1,248件		1,318件		1,524件		206件	15.63%

※1 契約価格が100万円を超えるものを計上。船員保険分を含む。

※2 随意契約は、企画競争を除く競争性のない随意契約の件数を計上しており、生活習慣病予防健診実施機関との契約件数及び特定保健指導の委託件数は含んでいない。

※3 2024年度の随意契約の内訳は、事務所賃貸借関係が70件、システム関係が98件、新聞等の広報関係が16件、一般競争入札不落によるものが3件、その他随意契約によることがやむを得ないものが301件。

[(図表4-119) 一者応札割合 (2024年4月～2025年3月契約分)]

一者応札割合 (2024年4月～2025年3月契約分)

	一般競争入札 契約件数 (100万円超)	一般競争入札 契約件数 (100万円以下)	計	一者応札件数 (再掲)	一者応札割合
本部	117件	18件	135件	35件	26.0%
支部	498件	203件	701件	54件	7.8%
総計	615件	221件	836件	89件	10.7%

(3) システム対応

i) 協会システムの安定運用

協会の基盤的業務である、保険証及び資格確認書の発行や保険給付の支払い等の業務が停止することのないよう、業務を下支えする協会システムを、2024（令和6）年度も安定的かつ継続的に稼働させました。

2024年度は、システムの安定稼働のために日々の運行監視やシステムメンテナンス業務と並行して、各種サーバーやOSなどのバージョンアップ等の対応を行い、システムの品質を保持しました。

その結果、協会加入者及び事業主に影響を及ぼすシステム障害を発生させることなく、協会システムの安定運用を実現しました。

ii) 制度改正等に係る適切なシステム対応

2024年度は、「マイナンバー法等の一部改正法」成立により、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関するシステム開発を短期間かつ遅滞なく進捗させる必要がありましたが、システム障害を発生させることなく、予定どおり2024年12月2日にサービスインしました。

システム構築の際は、「資格情報のお知らせ」や職権発行を含む「資格確認書」の交付のため、外部機関である日本年金機構や支払基金と入念にテストを重ねたほか、システム各機能の動作確認や初稼働検証を徹底することにより、システムの安定稼働を確保しました。

そのほか、保健事業における第4期特定健診・特定保健指導の見直しに伴うシステム改修、訪問看護レセプト電子化に伴うレセプト点検システムの改修及び療養費（あんま・マッサージ・指圧及びはり・きゅう）の料金改定に伴うシステム改修を行いました。

いずれの改修案件についても、マイナンバーと健康保険証の一体化対応と並走するなか、多数のシステム対応を制度改正スケジュール通りに進めました。

iii) 業務効率化を目指したシステムの更なる機能向上

2024年度は、2023（令和5）年1月にサービスインした業務システムの更なる機能向上を図るため、関係各部と連携して要件を整理し、現金給付システムにおける審査の効率性を高めるシステム改修、レセプト点検システムの点検効率向上、その他業務効率化や処理誤りの防止のための機能等を追加しました。

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や、ChatGPT等に代表される生成AIの試行利用に向けて検討を行いました。

iv) 中長期を見据えたシステム対応の実現

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。

また、2023年1月に導入した各種機器が2025（令和7）年12月にリース期間満了を迎えることから、これらの機器の更改とそれに合わせた製品群のバージョンアップ等の設計・構築・テストを進めました。

そのほか、加入者4,000万人と直接つながるけんぽDXの実現のため、協会初のスマートフォン用アプリケーションの開発に着手しました。2024年度は2026年1月のアプリケーションリリースを目指し、関係各部と要件定義書を作成するとともに2025年2月よりシステム構築を開始しました。

4. その他

(1) 東日本大震災への対応

2011（平成23）年3月に発生した東日本大震災では、医療保険者として被災された加入者の費用負担の軽減等についての対応を行ったほか、自治体等との連携による被災地での支援活動を行ってきました。このうち費用負担の軽減については、国の方針や財政措置等を踏まえ、引き続き、被災された加入者への必要な措置を以下のとおり実施しています。

i) 医療機関等を受診した際の一部負担金等の免除

東京電力福島第一原発事故に伴う避難指示等対象区域の加入者について、協会が発行する免除証明書を提示することにより、医療機関等を受診した際の窓口負担（一部負担金等）を免除する措置を引き続き実施しています。

〔(図表4-120) 協会における一部負担金等の免除の取扱い〕

免除の対象	2011.3.11	2012.9.30	2015.2.28	2026.2.28	備考
医療機関等における一部負担金等（療養費を除く）					<ul style="list-style-type: none"> 健康保険法の規定により、保険者判断で実施可能 療養費の本人負担分、食費、居住費の本人負担分の免除は特例法による措置であり、2012年2月末で終了 原発事故関係の一部対象外の詳細については下表のとおり

免除終了日	免除対象外
2015.2.28	旧緊急時避難準備区域の上位所得者（標準報酬月額が53万円以上の方）
2015.9.30	2013年度までに特定避難勧奨地点（ホットスポット）の指定が解除された地点の上位所得者
2016.2.29	2014年度中に避難指示解除準備区域の設定が解除された地域の上位所得者
2016.9.30	2015年度中に特定避難勧奨地点（ホットスポット）の指定が解除された地点の上位所得者
2017.9.30	2016年4月1日から2017年2月17日の間において居住制限区域・避難指示解除準備区域の指定が解除された地域または2017年2月17日現在において2017年3月末の指定の解除が決定された地域の上位所得者
2018.2.28	2017年2月18日から2018年2月5日の間において居住制限区域・避難指示解除準備区域の指定が解除された地域（2017年2月17日現在において2017年3月末の指定の解除が決定された地域を除く）の上位所得者
2020.9.30	2019年4月10日から2020年3月10日の間に居住制限区域又は避難指示解除準備区域又は帰還困難区域の指定が解除された地域の上位所得者
2023.9.30	2022年6月3日から2023年4月1日の間に特定復興再生拠点区域の指定を解除された区域の上位所得者
2024.9.30	2023年5月1日及び2023年11月30日に特定復興再生拠点区域の指定を解除された区域の上位所得者
2025.3.31	2017年までに旧緊急時避難準備区域等の指定が解除された区域に該当する者

〔(図表4-121) 協会における一部負担金等の免除証明書の発行状況〕

	発行枚数				
	全国計	（うち被災3県）			
		岩手	宮城	福島	
2024年度末現在	387,799枚	333,422枚	24,234枚	147,101枚	162,087枚

※ 2011年6月からの累計

〔(図表4-122) 協会における健診・保健指導の自己負担分還付の状況〕

		還付件数		
		生活習慣病予防健診	特定健康診査	特定保健指導
2024年度末現在	累計	35,287件	3,734件	6件
	うち2024年度	514件	2件	0件

(2) 能登半島地震への対応

2024（令和6）年1月に発生した能登半島地震では、医療保険者として、被災された加入者の費用負担の軽減等について国の方針や財政措置等を踏まえ、必要な措置を以下のとおり実施しています。

i) 医療機関等を受診した際の一部負担金等の免除

令和6年能登半島地震に係る災害救助法の適用市町村に住所を有していた加入者のうち、一定以上の被害を受けられた方々に対して、2024年12月末日までは申告により、2025（令和7）年1月1日以降は協会が発行する免除証明書を提示することにより、医療機関等を受診した際の窓口負担（一部負担金等）を免除する措置を実施しています。

〔(図表4-123) 協会における一部負担金等の免除の取扱い〕

免除の対象	2024.1.1	2025.1.1	2025.9.30	備考
医療機関等における一部負担金等（療養費を除く）				・健康保険法の規定により、保険者判断で実施可能

〔(図表4-124) 協会における一部負担金等の免除証明書の発行状況〕

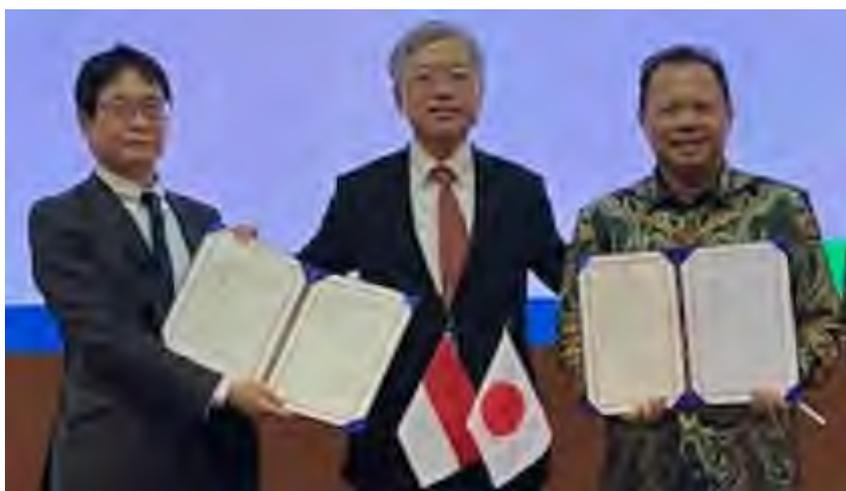
	発行枚数				
	全国計	(うち被災3県)			
		新潟	富山	石川	
2024年度末現在	10,161枚	9,437枚	1,099枚	451枚	7,887枚

※ 2024年12月からの累計

(3) 国際化対応

2024（令和6）年9月4日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。

[(図表4-125) インドネシアBPJS - Healthと覚書締結]



(写真右から) Dr Mundiharno 局長、北川理事長、川又理事

5. 協会の運営に関する重要業績評価指標（KPI）

(1) 協会全体の重要業績評価指標（KPI）

基盤的保険者機能の盤石化

具体的施策	KPI		結果	達成状況
(2) 業務改革の実践と業務品質の向上 ii) サービス水準の向上	1) サービススタンダードの達成状況を100%とする	100%	100.0%	達成
	2) 現金給付等の申請に係る郵送化率を対前年度以上とする	95.6%	95.8%	達成
(2) 業務改革の実践と業務品質の向上 iv) レセプト点検の精度向上	1) 協会のレセプト点検の査定率（※）について対前年度以上とする （※）査定率 = 協会のレセプト点検により査定（減額）した額 ÷ 協会の医療費総額	0.156%	0.131%	未達成
	2) 協会の再審査レセプト1件当たりの査定額を対前年度以上とする	8,472円	9,908円	達成
(2) 業務改革の実践と業務品質の向上 v) 債権管理・回収と返納金債権発生防止の強化	1) 返納金債権（診療報酬返還金（不当請求）を除く。）の回収率を対前年度以上とする	63.35%	66.20%	達成
	2) 日本年金機構回収分も含めた資格喪失後1か月以内の健康保険証回収率を対前年度以上とする ※マイナンバーカードと健康保険証の一体化（健康保険証の廃止）が行われるまでの取組とする	82.10%	81.36%	未達成
(3) DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進	令和6年11月末時点のマイナ保険証の利用率を50%以上とする	50%	19.10%	未達成

戦略的保険者機能の一層の発揮

具体的施策	KPI		結果	達成状況
(2) 健康づくり ii) 特定健診実施率・事業者健診データ取得率等の向上	1) 生活習慣病予防健診実施率を61.7%以上とする	61.7%	58.4%	未達成
	2) 事業者健診データ取得率を8.8%以上とする	8.8%	7.2%	未達成
	3) 被扶養者の特定健診実施率を30.3%以上とする	30.3%	29.4%	概ね達成
(2) 健康づくり iii) 特定保健指導実施率及び質の向上	1) 被保険者の特定保健指導実施率を21.5%以上とする	21.5%	20.3%	未達成
	2) 被扶養者の特定保健指導実施率を18.1%以上とする	18.1%	17.1%	未達成
(2) 健康づくり iv) 重症化予防対策の推進	健診受診月から10か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	33.0%	33.9%	達成
(2) 健康づくり v) コラボヘルスの推進	健康宣言事業所数を100,000事業所(※)以上とする (※) 標準化された健康宣言の事業所数及び今後標準化された健康宣言への更新が見込まれる事業所数	100,000事業所	105,343事業所	達成
(3) 医療費の適正化 i) 医療資源の適正使用	1) 全支部において、ジェネリック医薬品使用割合(※1)を80%以上とする。ただし、ジェネリック医薬品使用割合が80%以上の支部については、年度末時点で対前年度以上とする (※1) 医科、DPC、歯科、調剤レセプトを対象とする	47支部	47支部	達成
	2) バイオシミラーに80%(※2)以上置き換わった成分数が全体の成分数の18%(※3)以上とする (※2) 数量ベース (※3) 成分数ベース	18%	28% (2025年1月診療分)	達成

戦略的保険者機能の一層の発揮

具体的施策	KPI		結果	達成状況
(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	1) ホームページアクセス数を1億3,500万以上とする	135,000,000件	125,420,641件	未達成
	2) 全被保険者数に占める健康保険委員が委嘱されている事業所の被保険者数の割合を50%以上とするとともに、委嘱事業所数の拡大にも取り組み、委嘱事業所数を対前年度以上とする	50% 299,538事業所	54.2% 328,886事業所	達成

保険者機能の強化を支える組織・運営体制等の整備

具体的施策	KPI		結果	達成状況
(2) 内部統制等 vi) 費用対効果を踏まえたコスト削減等	一般競争入札に占める一者応札案件の割合について、15%以下とする	15%	10.7%	達成

(2) 支部別の重要業績評価指標 (KPI)

基盤的保険者機能の盤石化

	(2) 業務改革の実践と業務品質の向上 ii) サービス水準の向上				(2) 業務改革の実践と業務品質の向上 iv) レセプト点検の精度向上				(2) 業務改革の実践と業務品質の向上 v) 債権管理・回収と返納金債権発生防止の強化			
	1) サービススタンダードの達成状況を100%とする		2) 現金給付等の申請に係る郵送化率を対前年度以上とする		1) 協会のレセプト点検の査定率(※)について対前年度以上とする (※) 査定率=協会のレセプト点検により査定(減額)した額÷協会の医療費総額		2) 協会の再審査レセプト1件当たりの査定額を対前年度以上とする		1) 返納金債権(診療報酬返還金(不当請求を除く。))の回収率を対前年度以上とする		2) 日本年金機構回収分も含めた資格喪失後1か月以内の健康保険証回収率を対前年度以上とする ※マイナンバーカードと健康保険証の一体化(健康保険証の廃止)が行われるまでの取組とする	
		結果		結果		結果		結果		結果		結果
01北海道	100%	100%	94.5%	94.4%	0.240%	0.274%	9,475円	13,522円	63.05%	69.19%	87.24%	85.65%
02青森	100%	100%	94.6%	94.7%	0.172%	0.151%	5,209円	5,188円	82.69%	84.47%	90.47%	89.33%
03岩手	100%	100%	95.5%	95.5%	0.282%	0.252%	9,971円	10,026円	88.72%	76.15%	90.03%	87.18%
04宮城	100%	100%	96.2%	95.8%	0.163%	0.162%	5,608円	7,228円	79.43%	78.63%	87.84%	87.39%
05秋田	100%	100%	92.2%	93.3%	0.172%	0.106%	9,604円	5,920円	88.63%	84.17%	92.09%	91.25%
06山形	100%	100%	96.4%	96.3%	0.148%	0.165%	7,887円	10,546円	87.86%	87.36%	92.15%	90.79%
07福島	100%	100%	97.2%	97.1%	0.210%	0.323%	11,261円	17,802円	81.35%	74.03%	84.83%	83.31%
08茨城	100%	100%	94.4%	95.5%	0.174%	0.142%	4,445円	4,499円	70.93%	64.74%	81.51%	80.94%
09栃木	100%	100%	93.9%	93.3%	0.186%	0.175%	6,535円	6,674円	74.09%	68.63%	86.64%	85.12%
10群馬	100%	100%	95.0%	94.3%	0.080%	0.069%	3,788円	3,036円	60.69%	66.71%	85.15%	83.62%
11埼玉	100%	100%	96.5%	96.3%	0.185%	0.142%	10,123円	17,579円	63.53%	65.91%	80.15%	79.40%
12千葉	100%	100%	95.7%	95.5%	0.140%	0.152%	9,163円	10,726円	64.00%	61.64%	80.95%	76.64%
13東京	100%	100%	98.4%	98.1%	0.087%	0.077%	9,109円	15,003円	50.35%	53.95%	70.80%	72.82%
14神奈川	100%	100%	97.2%	96.8%	0.120%	0.116%	8,301円	14,977円	59.75%	63.35%	79.35%	77.93%
15新潟	100%	100%	97.0%	96.3%	0.125%	0.115%	4,862円	6,679円	78.66%	76.26%	89.06%	90.30%
16富山	100%	100%	93.7%	92.9%	0.101%	0.106%	8,114円	8,124円	72.93%	78.98%	89.83%	88.30%
17石川	100%	100%	96.3%	96.2%	0.116%	0.136%	7,346円	10,068円	57.47%	73.36%	87.11%	84.74%
18福井	100%	100%	96.0%	96.0%	0.218%	0.210%	8,364円	11,519円	78.83%	72.22%	89.35%	88.91%
19山梨	100%	100%	92.6%	93.1%	0.090%	0.072%	5,913円	7,507円	92.39%	82.58%	93.88%	93.08%
20長野	100%	100%	95.9%	95.5%	0.182%	0.187%	4,817円	5,612円	79.81%	73.49%	85.40%	85.20%
21岐阜	100%	100%	95.6%	96.2%	0.121%	0.112%	8,889円	11,886円	73.92%	81.59%	86.15%	85.07%
22静岡	100%	100%	98.7%	98.5%	0.141%	0.126%	7,135円	9,024円	70.77%	71.57%	84.12%	82.38%
23愛知	100%	100%	98.4%	98.4%	0.118%	0.111%	7,895円	10,622円	59.74%	71.30%	78.65%	77.93%
24三重	100%	100%	95.7%	95.8%	0.156%	0.114%	8,683円	10,295円	78.19%	68.19%	91.32%	91.60%
25滋賀	100%	100%	94.1%	94.2%	0.133%	0.083%	8,920円	6,574円	76.12%	68.92%	85.21%	85.04%
26京都	100%	100%	94.6%	95.0%	0.141%	0.116%	6,822円	9,359円	74.36%	78.03%	83.69%	81.58%
27大阪	100%	100%	96.5%	97.6%	0.241%	0.124%	14,743円	13,174円	56.98%	63.62%	83.15%	81.65%
28兵庫	100%	100%	95.4%	95.6%	0.112%	0.107%	6,928円	10,310円	67.41%	68.45%	86.29%	85.96%
29奈良	100%	100%	94.3%	94.5%	0.114%	0.078%	13,259円	9,565円	78.30%	68.41%	86.42%	83.98%
30和歌山	100%	100%	91.8%	92.2%	0.241%	0.142%	7,311円	8,937円	76.59%	81.68%	86.62%	85.07%
31鳥取	100%	100%	93.9%	93.7%	0.135%	0.110%	6,203円	6,652円	77.39%	82.91%	90.44%	87.82%
32島根	100%	100%	92.4%	93.2%	0.126%	0.144%	5,503円	7,356円	71.77%	76.56%	92.03%	90.83%
33岡山	100%	100%	93.7%	93.3%	0.147%	0.125%	7,282円	8,230円	66.04%	74.37%	88.47%	86.27%
34広島	100%	100%	91.9%	94.9%	0.192%	0.146%	20,979円	19,548円	77.38%	79.88%	83.96%	85.49%
35山口	100%	100%	93.5%	93.5%	0.193%	0.194%	12,495円	15,099円	69.45%	47.76%	89.60%	88.53%
36徳島	100%	100%	93.3%	93.2%	0.145%	0.095%	7,953円	6,622円	86.84%	80.94%	89.29%	89.18%
37香川	100%	100%	91.3%	90.9%	0.143%	0.078%	11,983円	9,352円	75.73%	71.68%	86.21%	84.29%
38愛媛	100%	100%	91.5%	90.8%	0.134%	0.118%	4,688円	4,402円	81.90%	65.85%	88.44%	86.01%
39高知	100%	100%	87.8%	87.6%	0.204%	0.134%	5,447円	5,467円	82.26%	76.45%	91.45%	89.64%
40福岡	100%	100%	96.6%	96.8%	0.160%	0.138%	7,558円	8,712円	60.39%	63.44%	82.44%	82.41%
41佐賀	100%	100%	89.4%	89.4%	0.118%	0.100%	6,184円	7,980円	84.93%	88.74%	87.60%	86.41%
42長崎	100%	100%	95.5%	95.6%	0.163%	0.106%	6,286円	6,759円	63.26%	67.08%	89.21%	88.59%
43熊本	100%	100%	92.3%	93.5%	0.249%	0.148%	10,167円	8,648円	62.81%	67.74%	87.33%	85.72%
44大分	100%	100%	91.2%	91.6%	0.184%	0.154%	10,075円	11,010円	75.42%	76.49%	89.24%	88.29%
45宮崎	100%	100%	91.5%	91.4%	0.214%	0.133%	8,185円	7,001円	83.33%	80.36%	87.23%	78.42%
46鹿児島	100%	100%	93.3%	94.0%	0.154%	0.102%	11,378円	11,237円	59.29%	61.13%	86.59%	84.60%
47沖縄	100%	100%	92.4%	91.8%	0.195%	0.160%	8,742円	8,277円	67.70%	67.78%	80.75%	79.46%

戦略的保険者機能の一層の発揮

	(2)健康づくり ii)特定健診実施率・事業者健診データ取得率等の向上						(2)健康づくり iii)特定保健指導実施率及び質の向上			
	1)生活習慣病予防健診実施率を61.7%以上とする		2)事業者健診データ取得率を8.8%以上とする		3)被扶養者の特定健診実施率を30.3%以上とする		1)被保険者の特定保健指導実施率を21.5%以上とする		2)被扶養者の特定保健指導実施率を18.1%以上とする	
		結果		結果		結果		結果		結果
01北海道	56.3%	53.1%	13.8%	12.4%	22.8%	22.1%	15.1%	15.2%	26.9%	29.3%
02青森	63.5%	58.2%	12.7%	12.4%	30.7%	29.4%	28.3%	28.8%	13.7%	16.1%
03岩手	64.4%	61.6%	13.6%	11.3%	29.8%	31.6%	25.0%	21.4%	4.4%	6.2%
04宮城	70.8%	68.6%	8.4%	5.1%	35.8%	33.0%	27.5%	27.5%	11.4%	11.0%
05秋田	56.9%	53.2%	21.2%	19.2%	31.1%	30.0%	38.5%	32.6%	20.1%	10.3%
06山形	82.5%	80.5%	7.3%	6.4%	42.7%	44.6%	30.3%	30.5%	9.1%	9.3%
07福島	65.0%	62.5%	8.0%	7.9%	29.8%	29.3%	31.2%	25.3%	9.3%	9.5%
08茨城	61.8%	56.9%	9.2%	8.3%	30.9%	28.1%	18.9%	16.7%	6.4%	4.6%
09栃木	65.9%	61.3%	10.1%	8.8%	33.2%	32.5%	31.7%	29.1%	26.1%	17.4%
10群馬	61.2%	57.1%	8.4%	7.0%	31.5%	29.5%	16.3%	14.1%	6.1%	4.9%
11埼玉	51.5%	48.6%	10.6%	7.6%	30.6%	27.8%	9.8%	9.8%	22.3%	19.4%
12千葉	55.8%	51.4%	3.7%	5.2%	28.3%	27.3%	19.4%	17.8%	5.5%	7.6%
13東京	60.0%	57.2%	3.8%	1.3%	32.0%	32.7%	11.4%	12.6%	10.1%	13.8%
14神奈川	56.0%	51.4%	5.2%	5.6%	27.2%	26.5%	13.5%	14.7%	17.6%	15.8%
15新潟	75.5%	72.8%	9.3%	7.4%	36.1%	36.4%	25.4%	28.6%	10.2%	10.5%
16富山	76.7%	74.8%	9.0%	6.7%	31.7%	32.9%	35.6%	28.4%	23.1%	19.3%
17石川	66.6%	65.9%	13.2%	9.6%	35.1%	33.0%	29.2%	27.3%	10.5%	14.8%
18福井	68.7%	66.5%	11.4%	11.2%	28.7%	31.8%	25.5%	23.2%	45.3%	15.6%
19山梨	72.1%	73.7%	3.6%	2.4%	42.1%	41.7%	24.9%	28.9%	14.2%	7.7%
20長野	63.3%	60.5%	15.6%	12.1%	36.4%	33.7%	32.6%	24.6%	28.1%	23.5%
21岐阜	66.5%	63.9%	15.8%	10.9%	32.1%	29.3%	32.9%	29.5%	35.9%	19.1%
22静岡	67.5%	64.7%	5.7%	5.1%	28.2%	29.8%	20.0%	18.1%	14.2%	23.9%
23愛知	56.9%	53.2%	13.5%	11.6%	31.3%	29.0%	17.1%	19.4%	17.5%	14.8%
24三重	68.5%	66.2%	11.0%	6.9%	34.1%	34.3%	20.2%	17.9%	24.9%	25.8%
25滋賀	65.3%	61.7%	10.8%	9.3%	41.7%	39.5%	20.8%	14.6%	26.7%	26.4%
26京都	68.8%	66.3%	7.3%	5.6%	31.9%	31.8%	19.1%	18.9%	14.6%	17.6%
27大阪	54.9%	52.1%	9.1%	5.7%	28.3%	27.1%	15.5%	13.4%	18.0%	15.8%
28兵庫	62.6%	58.7%	9.6%	6.9%	30.3%	27.4%	18.0%	15.2%	10.6%	12.9%
29奈良	56.6%	52.8%	16.3%	13.0%	35.6%	33.4%	25.5%	19.1%	27.7%	19.4%
30和歌山	58.5%	53.3%	15.1%	16.8%	27.8%	28.3%	21.4%	17.1%	36.5%	18.9%
31鳥取	62.8%	60.5%	9.4%	8.3%	28.2%	25.5%	27.3%	24.4%	6.6%	12.6%
32島根	72.0%	69.6%	12.9%	10.4%	38.2%	33.0%	24.6%	37.5%	51.8%	37.1%
33岡山	64.3%	61.3%	14.3%	12.6%	29.0%	31.3%	36.8%	35.5%	36.0%	29.2%
34広島	64.1%	60.7%	8.1%	7.2%	27.3%	29.8%	26.1%	22.7%	21.1%	26.2%
35山口	58.0%	55.9%	13.6%	11.8%	32.4%	31.3%	20.7%	17.4%	14.3%	12.8%
36徳島	58.1%	55.1%	10.0%	7.8%	30.2%	27.4%	32.6%	28.3%	22.7%	13.5%
37香川	57.4%	53.1%	10.8%	11.2%	30.4%	29.7%	40.1%	35.8%	38.9%	27.2%
38愛媛	69.6%	66.2%	6.6%	5.3%	32.3%	30.5%	22.1%	19.6%	47.4%	35.4%
39高知	71.7%	68.2%	7.7%	8.7%	32.4%	29.4%	20.1%	17.8%	19.7%	13.7%
40福岡	61.0%	58.6%	9.0%	8.0%	26.5%	25.9%	26.2%	23.9%	19.4%	23.8%
41佐賀	65.7%	61.9%	9.2%	5.2%	27.3%	24.5%	27.6%	23.3%	12.0%	19.9%
42長崎	62.1%	59.4%	10.0%	7.4%	29.0%	23.6%	29.9%	21.8%	28.7%	27.9%
43熊本	68.2%	65.8%	10.7%	5.8%	29.5%	26.1%	39.5%	37.9%	26.0%	25.1%
44大分	68.9%	67.2%	11.4%	5.3%	34.2%	32.5%	33.8%	34.9%	37.3%	28.1%
45宮崎	64.6%	62.2%	7.6%	5.6%	26.0%	23.9%	22.5%	19.6%	8.0%	16.0%
46鹿児島	60.3%	47.4%	9.3%	13.7%	24.9%	24.1%	22.2%	18.5%	7.3%	7.1%
47沖縄	68.2%	63.2%	7.0%	3.3%	31.1%	30.0%	35.6%	30.8%	16.5%	14.3%

戦略的保険者機能の一層の発揮

	(2)健康づくり iv)重症化予防対策の推進		(2)健康づくり v)コロナヘルスの推進		(3)医療費の適正化 i)医療資源の適正使用	
	結果	結果	結果	結果	結果	結果
	健診受診月から10か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		健康宣言事業所数を100,000事業所(※)以上とする (※)標準化された健康宣言の事業所数及び今後標準化された健康宣言への更新が見込まれる事業所数 (参考:前年度実績)		1)全支部において、ジェネリック医薬品使用割合(※1)を80%以上とする。ただし、ジェネリック医薬品使用割合が80%以上の支部については、年度末時点で対前年度以上とする (※1)医科、DPC、歯科、調剤レセプトを対象とする	
01北海道	32.1%	33.2%	3,300事業所	3,394事業所	85.0%	89.9%
02青森	33.8%	34.6%	2,050事業所	1,979事業所	85.3%	90.5%
03岩手	32.7%	32.6%	1,830事業所	2,046事業所	87.4%	91.9%
04宮城	33.2%	33.4%	2,680事業所	2,885事業所	86.5%	90.9%
05秋田	37.1%	38.0%	1,740事業所	1,753事業所	85.8%	90.6%
06山形	37.5%	36.1%	1,720事業所	1,798事業所	87.8%	91.6%
07福島	32.1%	32.0%	2,220事業所	2,182事業所	85.3%	90.8%
08茨城	32.9%	33.0%	1,390事業所	1,876事業所	83.2%	89.0%
09栃木	33.6%	36.4%	1,640事業所	1,805事業所	83.8%	88.5%
10群馬	32.6%	32.0%	1,580事業所	1,587事業所	84.2%	89.3%
11埼玉	29.3%	31.4%	1,270事業所	1,121事業所	83.9%	89.4%
12千葉	31.6%	33.3%	1,690事業所	2,099事業所	83.8%	88.9%
13東京	31.2%	32.0%	2,900事業所	2,998事業所	82.6%	88.3%
14神奈川	31.6%	33.0%	1,580事業所	1,580事業所	82.9%	88.7%
15新潟	35.5%	37.5%	2,250事業所	1,952事業所	85.5%	90.6%
16富山	37.6%	38.3%	1,010事業所	1,025事業所	84.5%	89.5%
17石川	33.5%	33.7%	1,550事業所	1,560事業所	83.5%	89.8%
18福井	33.3%	33.8%	1,550事業所	1,450事業所	82.4%	88.8%
19山梨	31.5%	35.4%	1,010事業所	1,138事業所	82.8%	88.8%
20長野	35.4%	36.6%	1,410事業所	1,449事業所	85.1%	89.9%
21岐阜	34.1%	35.9%	1,570事業所	1,669事業所	83.5%	89.8%
22静岡	34.0%	35.6%	7,140事業所	7,179事業所	84.2%	89.7%
23愛知	32.3%	31.6%	9,760事業所	11,594事業所	83.2%	89.2%
24三重	34.4%	34.6%	1,700事業所	1,123事業所	82.8%	88.3%
25滋賀	31.5%	32.3%	1,200事業所	1,494事業所	84.3%	90.1%
26京都	30.4%	31.4%	1,340事業所	1,393事業所	80.0%	87.4%
27大阪	31.7%	32.0%	4,970事業所	5,078事業所	81.2%	87.6%
28兵庫	31.8%	33.5%	1,790事業所	1,797事業所	83.0%	88.9%
29奈良	35.0%	39.5%	1,350事業所	1,353事業所	80.0%	86.3%
30和歌山	31.8%	35.9%	1,000事業所	1,008事業所	80.0%	87.4%
31鳥取	32.1%	31.4%	2,460事業所	2,292事業所	85.0%	89.8%
32島根	35.2%	36.5%	1,480事業所	1,516事業所	86.8%	91.6%
33岡山	37.6%	40.0%	2,550事業所	2,449事業所	82.4%	88.5%
34広島	37.4%	36.5%	5,000事業所	5,239事業所	82.6%	88.6%
35山口	31.9%	33.1%	1,380事業所	1,411事業所	85.4%	90.1%
36徳島	30.6%	31.9%	870事業所	900事業所	80.0%	85.3%
37香川	34.3%	33.7%	960事業所	836事業所	81.3%	87.4%
38愛媛	33.1%	33.1%	1,380事業所	1,432事業所	81.8%	87.3%
39高知	29.2%	34.0%	930事業所	826事業所	80.0%	86.2%
40福岡	33.2%	34.2%	4,900事業所	5,063事業所	84.5%	89.5%
41佐賀	36.4%	37.6%	940事業所	995事業所	85.6%	91.0%
42長崎	32.6%	35.8%	1,280事業所	1,288事業所	85.2%	89.9%
43熊本	37.5%	39.4%	2,930事業所	3,325事業所	85.6%	90.3%
44大分	36.9%	37.4%	2,360事業所	2,388事業所	83.6%	89.1%
45宮崎	33.8%	34.1%	880事業所	944事業所	86.3%	91.2%
46鹿児島	36.9%	39.3%	1,050事業所	1,216事業所	88.0%	91.9%
47沖縄	33.7%	35.1%	1,750事業所	1,858事業所	90.4%	93.6%

戦略的保険者機能の一層の発揮

	(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			
	2) 全被保険者数に占める健康保険委員が委嘱されている事業所の被保険者数の割合を50%以上とするとともに、委嘱事業所数の拡大にも取り組み、委嘱事業所数を対前年度以上とする			
	結果			
01北海道	44.0%	8,659事業所	43.7%	8,909事業所
02青森	52.3%	2,623事業所	54%	2,651事業所
03岩手	55.8%	2,803事業所	61.0%	3,743事業所
04宮城	55.5%	5,929事業所	56.9%	6,168事業所
05秋田	58.1%	2,295事業所	58.3%	2,334事業所
06山形	63.2%	2,981事業所	66.1%	3,701事業所
07福島	53.0%	4,782事業所	54.3%	5,212事業所
08茨城	61.1%	7,326事業所	61.6%	7,381事業所
09栃木	72.2%	10,235事業所	73.4%	10,593事業所
10群馬	56.0%	4,621事業所	56.2%	4,769事業所
11埼玉	45.0%	10,142事業所	48.0%	11,936事業所
12千葉	42.5%	6,337事業所	44.5%	7,956事業所
13東京	40.0%	10,062事業所	40.4%	12,680事業所
14神奈川	58.8%	24,233事業所	58.8%	24,381事業所
15新潟	63.2%	7,557事業所	63.3%	7,587事業所
16富山	76.8%	4,829事業所	77.7%	5,117事業所
17石川	74.0%	6,827事業所	75.0%	7,219事業所
18福井	72.4%	3,707事業所	78.9%	5,485事業所
19山梨	54.1%	2,003事業所	56.2%	2,140事業所
20長野	60.1%	4,921事業所	60.3%	5,224事業所
21岐阜	64.5%	5,420事業所	64.8%	5,557事業所
22静岡	69.5%	20,546事業所	70.0%	21,168事業所
23愛知	52.0%	19,292事業所	52.4%	19,297事業所
24三重	50.0%	3,199事業所	52.7%	3,208事業所
25滋賀	47.0%	2,311事業所	56.2%	3,128事業所
26京都	52.0%	5,799事業所	52.5%	5,804事業所
27大阪	48.7%	18,331事業所	47.9%	21,303事業所
28兵庫	51.0%	7,629事業所	51.7%	9,484事業所
29奈良	57.3%	2,363事業所	56.8%	2,451事業所
30和歌山	64.7%	3,285事業所	65.1%	3,509事業所
31鳥取	72.2%	2,768事業所	71.8%	2,743事業所
32島根	67.5%	2,776事業所	68.3%	2,991事業所
33岡山	59.7%	3,959事業所	58.2%	4,000事業所
34広島	68.7%	10,573事業所	71.4%	14,946事業所
35山口	67.0%	3,988事業所	67.6%	4,344事業所
36徳島	59.1%	1,733事業所	61.7%	1,900事業所
37香川	63.3%	2,856事業所	62.5%	2,860事業所
38愛媛	58.5%	3,507事業所	58.7%	3,700事業所
39高知	58.8%	1,934事業所	59.3%	1,965事業所
40福岡	61.0%	18,260事業所	61.0%	21,785事業所
41佐賀	59.0%	2,311事業所	62.5%	2,343事業所
42長崎	52.1%	2,936事業所	53.6%	2,996事業所
43熊本	64.7%	6,817事業所	67.3%	7,026事業所
44大分	56.5%	3,316事業所	58.9%	3,721事業所
45宮崎	60.0%	4,634事業所	60.7%	4,936事業所
46鹿児島	53.2%	2,955事業所	53.7%	3,101事業所
47沖縄	47.9%	3,168事業所	47.4%	3,434事業所

保険者機能の強化を支える組織・運営体制等の整備

	(2) 内部統制等 vi) 費用対効果を踏まえたコスト削減等			
	一般競争入札に占める一者応札案件の割合について、15%以下とする			
		結果		
	(参考: 前年度実績)	入札件数	一者応札件数	一者応札割合
01北海道	9.1%	26	0	0.0%
02青森	0.0%	12	1	8.4%
03岩手	0.0%	10	1	10.0%
04宮城	7.2%	14	2	14.3%
05秋田	12.5%	9	1	11.2%
06山形	0.0%	10	0	0.0%
07福島	7.2%	16	1	6.3%
08茨城	0.0%	16	2	12.5%
09栃木	0.0%	12	0	0.0%
10群馬	26.7%	12	1	8.4%
11埼玉	6.3%	19	2	10.6%
12千葉	20.0%	20	2	10.0%
13東京	3.5%	29	0	0.0%
14神奈川	0.0%	27	3	11.2%
15新潟	10.0%	12	0	0.0%
16富山	0.0%	11	0	0.0%
17石川	27.3%	9	0	0.0%
18福井	33.4%	9	0	0.0%
19山梨	8.4%	17	1	5.9%
20長野	0.0%	9	0	0.0%
21岐阜	7.7%	15	0	0.0%
22静岡	8.4%	19	2	10.6%
23愛知	6.7%	25	5	20.0%
24三重	0.0%	15	2	13.4%
25滋賀	0.0%	10	0	0.0%
26京都	0.0%	21	3	14.3%
27大阪	12.5%	43	4	9.4%
28兵庫	10.0%	29	3	10.4%
29奈良	15.4%	11	2	18.2%
30和歌山	20.0%	10	1	10.0%
31鳥取	0.0%	6	2	33.4%
32島根	10.0%	10	0	0.0%
33岡山	50.0%	11	1	9.1%
34広島	15.8%	20	4	20.0%
35山口	14.3%	5	0	0.0%
36徳島	0.0%	6	0	0.0%
37香川	12.5%	8	1	12.5%
38愛媛	14.3%	6	1	16.7%
39高知	20.0%	5	0	0.0%
40福岡	0.0%	35	3	8.6%
41佐賀	0.0%	8	1	12.5%
42長崎	9.1%	12	0	0.0%
43熊本	0.0%	16	1	6.3%
44大分	0.0%	16	0	0.0%
45宮崎	0.0%	10	0	0.0%
46鹿児島	14.3%	18	1	5.6%
47沖縄	0.0%	12	0	0.0%

参 考 资 料

全国健康保険協会の予算・決算書類について

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

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

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

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

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

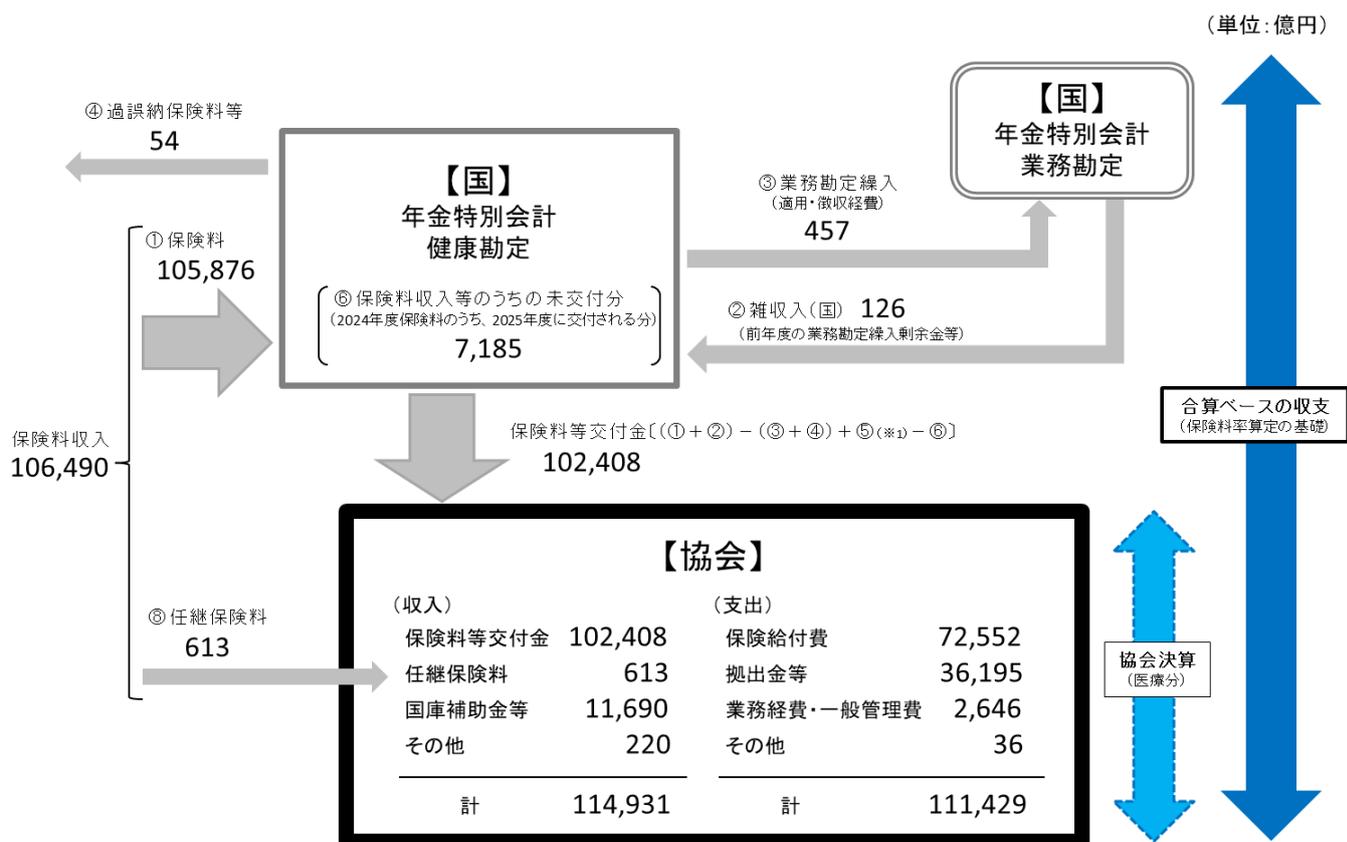
Cの支部別収支は、予算時の支部別収支見込み、決算時の支部別収支として作成しますが、その目的は、各支部の保険料率を適切に設定することと、各支部の収支差の実績を明らかにし、翌々事業年度の都道府県単位保険料率における精算（翌々事業年度の支部別収支見込みにおい

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

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

なお、支部別収支では、「保険料収入」は保険料(下図①)と任継保険料(⑤)を計上し、国の特別会計での収支項目は雑収入(②)を「その他収入(国)」として収入に、業務勘定繰入(③)と過誤納保険料(④)を「その他支出(国)」として支出に計上しています。

【合算ベースの収支(協会会計と国の特別会計との合算)と協会決算との相違(2024年度医療分)】



(※1) ⑤は2023年度保険料等のうち、2024年度に協会に交付された交付金(4,102)
(※2) 端数処理のため、計数が整合しない場合がある。

令和6年度の財務諸表等

令和6年度
決算報告書

第17期

自 令和 6年 4月 1日

至 令和 7年 3月 31日

全国健康保険協会

決算報告書

(健康保険勘定)

(単位:百万円)

収 入				
科 目	予算額	決算額	差 額	備 考
保険料等交付金	11,264,594	11,264,594	-	
任意継続被保険者保険料	62,339	65,095	2,756	任意継続被保険者の平均標準報酬月額が見込を上回ったこと等による増
国庫補助金	1,138,159	1,163,959	25,800	令和5年度の保険給付費等補助金の精算額が確定したことに伴う追加交付等による増
国庫負担金	5,055	5,055	-	
貸付返済金収入	78	40	△38	貸付金額が見込を下回ったことに伴い返済金額についても見込を下回ったことによる減
運用収入	-	2,883	2,883	預金利息の増
雑収入	14,001	19,047	5,045	返納金収入が見込を上回ったこと等による増
計	12,484,225	12,520,672	36,447	
支 出				
科 目	予算額	決算額	差 額	備 考
保険給付費	7,071,850	7,255,191	183,341	加入者一人当たり医療給付費が見込を上回ったこと等による増
拠出金等	3,636,113	3,619,482	△16,632	
前期高齢者納付金	1,289,888	1,286,309	△3,580	前期高齢者納付金の賦課額が予算時の見込を下回ったことによる減
後期高齢者支援金	2,346,206	2,333,160	△13,045	後期高齢者支援金の賦課額が予算時の見込を下回ったことによる減
退職者給付拠出金	11	11	△0	
病床転換支援金	8	1	△7	病床転換助成関係事務費拠出金が見込を下回ったことによる減
介護納付金	1,069,495	1,083,514	14,018	介護納付金の賦課額が予算時の見込を上回ったことによる増
業務経費	229,957	189,227	△40,729	
保険給付等業務経費	26,378	15,945	△10,434	「資格情報のお知らせ」発送にかかる費用が見込を下回ったこと等による減
レセプト業務経費	5,869	4,946	△924	
企画・サービス向上関係経費	6,140	3,767	△2,373	コールセンターにかかる費用が見込を下回ったこと等による減
保健事業経費	191,569	164,569	△26,999	健診受診者数が見込を下回ったこと等による減
福祉事業経費	1	0	△0	
一般管理費	88,823	75,341	△13,482	
人件費	18,649	16,125	△2,524	欠員、超過勤務の縮減等による減
福利厚生費	64	35	△29	
一般事務経費	70,110	59,181	△10,929	委託費、システム開発費が見込を下回ったこと等による減
貸付金	78	39	△39	高額医療費貸付件数が見込を下回ったこと等による減
雑支出	19,434	3,577	△15,856	令和5年度保険給付費等補助金の精算額が確定したこと等による減
累積収支への繰入	368,475	-	△368,475	
計	12,484,225	12,226,371	△257,854	
収支差	-	294,301	294,301	

(注1) 東日本大震災関係については以下のとおり。

- ① 国庫補助金には、令和6年度災害臨時特例補助金、令和6年度震災に係る特定健康診査・保健指導補助金を含めて計上している。
- ② 保険給付費には、一部負担金等免除に伴う費用(2,200百万円)を含めて計上している。
- ③ 保健事業経費には、健診及び保健指導の自己負担金の免除に係る費用を含めて計上している。
- ④ 雑支出には、令和5年度震災に係る特定健康診査・保健指導補助金返還金を含めて計上している。

(注2) 令和6年能登半島地震について、保険給付費には一部負担金等免除に伴う費用(981百万円)を含めて計上している。

(注3) 常勤職員に係る人件費は、決算報告書では一般管理費の人件費として計上しているが、損益計算書では各業務に従事する者に係る人件費は各業務経費に計上している。

(注4) 収支差294,301百万円は、累積収支に繰り入れる。

(注5) 計数は、四捨五入のため一致しない場合がある。

令和6年度
財務諸表

第17期

自 令和 6年 4月 1日

至 令和 7年 3月 31日

全国健康保険協会

貸借対照表

令和7年3月31日現在

(単位：円)

科 目	金 額	
資産の部		
I 流動資産		
現金及び預金	5,916,859,555,254	
未収入金	143,547,611,923	
前払費用	272,782,970	
未収収益	196,699,144	
被保険者貸付金	18,398,259	
その他	1,561,106	
貸倒引当金	△ 9,160,727,764	
流動資産合計		6,051,735,880,892
II 固定資産		
1 有形固定資産		
建物	1,547,905,454	
工具備品	126,413,913	
リース資産	19,655,453,484	
有形固定資産合計	21,329,772,851	
2 無形固定資産		
ソフトウェア	23,229,964,796	
リース資産	170,419,426	
ソフトウェア仮勘定	16,964,186,919	
無形固定資産合計	40,364,571,141	
3 投資その他の資産		
敷金	399,245,436	
投資その他の資産合計	399,245,436	
固定資産合計		62,093,589,428
資産合計		6,113,829,470,320

(単位：円)

科 目	金 額	
負債の部		
I 流動負債		
未払金	737,807,787,579	
未払費用	863,544,231	
預り補助金	11,000	
預り金	63,320,907	
前受収益	5,634,362,826	
短期リース債務	7,889,354,176	
仮受金	160,812	
賞与引当金	1,550,261,469	
役員賞与引当金	9,698,923	
流動負債合計		753,818,501,923
II 固定負債		
長期リース債務	10,358,906,989	
資産除去債務	2,207,536,693	
退職給付引当金	23,606,258,315	
役員退職手当引当金	16,773,236	
固定負債合計		36,189,475,233
負債合計		790,007,977,156
純資産の部		
I 資本金		
政府出資金	6,594,277,976	
資本金合計		6,594,277,976
II 健康保険法第160条の2の準備金		
準備金	5,038,646,483,560	
準備金合計		5,038,646,483,560
III 利益剰余金		
当期末処分利益	278,580,731,628	
(うち当期純利益)	(278,580,731,628)	
利益剰余金合計		278,580,731,628
純資産合計		5,323,821,493,164
負債・純資産合計		6,113,829,470,320

損益計算書

自 令和6年4月1日
至 令和7年3月31日
(単位：円)

科 目	金 額		
経常費用			
事業費用			
保険給付費			7,281,052,957,123
抛出金等			
前期高齢者納付金	1,286,049,759,318		
後期高齢者支援金	2,339,056,506,755		
退職者給付抛出金	11,379,095		
病床転換支援金	1,171,513		
介護納付金			3,625,118,816,681
業務経費			1,083,513,633,262
保険給付等業務経費			
人件費	7,962,167,353		
福利厚生費	11,733,029		
委託費	8,867,923,655		
郵送費	6,794,410,664		
減価償却費	3,971,646,214		
その他	845,849,287	28,453,730,202	
レセプト業務経費			
人件費	5,237,642,403		
福利厚生費	9,514,989		
委託費	2,171,201,983		
郵送費	1,475,135,748		
減価償却費	1,539,776,058		
その他	37,869,672	10,471,140,853	
保健事業経費			
人件費	6,509,295,836		
福利厚生費	10,908,394		
健診費用	147,230,234,172		
委託費	12,752,165,704		
郵送費	1,612,365,586		
減価償却費	2,724,608,073		
その他	1,570,852,312	172,410,430,077	
福祉事業経費			
その他業務経費		353,518	
一般管理費		3,733,020,760	215,068,675,410
人件費		5,657,395,093	
福利厚生費		5,185,250	
一般事務経費			
委託費	12,295,147,760		
賃借料	76,445,342		
地代家賃	4,460,114,727		
修繕費	6,213,936,625		
その他	3,603,983,640	26,649,628,094	
減価償却費		7,454,353,541	
貸倒引当金繰入額		981,249,506	
その他		886,869,166	41,634,680,650
事業費用合計			12,246,388,763,126

(単位：円)

科 目	金 額		
事業外費用			
財務費用			
支払利息	183,289,801	183,289,801	
雑損		9,900	
事業外費用合計			183,299,701
経常費用合計			12,246,572,062,827
経常収益			
事業収益			
保険料等交付金収益		11,264,593,600,000	
任意継続被保険者保険料収益		62,310,030,229	
国庫補助金収益		1,163,917,407,690	
国庫負担金収益		5,054,886,000	
保険給付返還金収入		6,283,322	
診療報酬返還金収入		87,678,520	
返納金収入		12,739,627,435	
損害賠償金収入		6,987,647,216	
拋出金等返還金収入		238,123,440	
解散健康保険組合承継金		232,676,607	
出産育児交付金収益		5,896,135,057	
その他		288,477,853	
事業収益合計			12,522,352,573,369
事業外収益			
財務収益			
受取利息	2,882,794,510	2,882,794,510	
雑益		6,885,218	
事業外収益合計			2,889,679,728
経常収益合計			12,525,242,253,097
経常利益			278,670,190,270
特別損失			
固定資産除却損		88,899,292	88,899,292
税引前当期純利益			278,581,290,978
法人税、住民税及び事業税			559,350
当期純利益			278,580,731,628

【健康保険勘定】

キャッシュ・フロー計算書

自 令和6年4月1日
至 令和7年3月31日
(単位：円)

科 目	金 額
I 業務活動によるキャッシュ・フロー	
保険給付費支出	△ 7,267,507,800,020
拠出金等支出	△ 3,628,060,069,474
介護納付金支出	△ 1,083,163,995,262
国庫補助金返還金支出	△ 786,009,993
被保険者貸付金支出	△ 39,029,900
人件費支出	△ 25,119,520,242
その他の業務支出	△ 213,195,495,430
保険料等交付金収入	11,577,658,120,000
任意継続被保険者保険料収入	65,095,099,064
国庫補助金収入	1,163,958,573,683
国庫負担金収入	5,054,886,000
拠出金等返還金収入	238,123,440
被保険者貸付返済金収入	39,845,048
その他の業務収入	18,764,682,529
小計	612,937,409,443
利息の支払額	△ 168,326,617
利息の受取額	2,686,095,366
法人税等の還付額	5,841
法人税等の支払額	△ 533,610
業務活動によるキャッシュ・フロー	615,454,650,423
II 投資活動によるキャッシュ・フロー	
定期預金の取得による支出	△ 5,200,000,000,000
定期預金の払戻による収入	5,200,000,000,000
有形固定資産の取得による支出	△ 801,411,383
無形固定資産の取得による支出	△ 14,740,607,518
その他の投資活動による支出	△ 77,507,568
投資活動によるキャッシュ・フロー	△ 15,619,526,469
III 財務活動によるキャッシュ・フロー	
リース債務の償還による支出	△ 6,469,603,798
財務活動によるキャッシュ・フロー	△ 6,469,603,798
IV 資金の増加額	593,365,520,156
V 資金期首残高	5,323,494,035,098
VI 資金期末残高	5,916,859,555,254

【健康保険勘定】

利益の処分に関する書類

(単位：円)

科 目	金 額
I 当期末処分利益	278,580,731,628
当期純利益	278,580,731,628
II 利益処分類	278,580,731,628
健康保険法第160条の2の準備金繰入額	278,580,731,628
III 次期繰越利益	-

上記の利益処分を行った場合、純資産の部の健康保険法第160条の2の準備金残高は 5,317,227,215,188円となります。

なお、健康保険法第160条の2の準備金として積み立てなければならない金額は 885,615,289,083円であります。

注 記 事 項

I 財務諸表作成の根拠法令

全国健康保険協会の財務及び会計に関する省令（平成 20 年 9 月 26 日厚生労働省令第 144 号）に定める基準により作成しております。

II 重要な会計方針

1. 固定資産の減価償却の方法

(1) 有形固定資産（リース資産を除く）

定額法によっております。なお、主な耐用年数は以下のとおりであります。

建物	8～18年
工具備品	3～20年

(2) 無形固定資産（リース資産を除く）

定額法によっております。なお、協会内利用のソフトウェアについては、協会内における利用可能期間（主に 5 年）に基づいております。

(3) リース資産

所有権移転外ファイナンス・リース取引に係るリース資産

リース期間を耐用年数とし、残存価額を零とする定額法によっております。

2. 引当金の計上基準

(1) 貸倒引当金

債権の貸倒れによる損失に備えるため、一般債権については貸倒実績率により、貸倒懸念債権等特定の債権については個別に回収可能性を検討し、回収不能見込額を計上しております。

(2) 賞与引当金

職員に対して支給する賞与に備えるため、当事業年度に負担すべき支給見込額を計上しております。

(3) 役員賞与引当金

役員に対して支給する賞与に備えるため、当事業年度に負担すべき支給見込額を計上しております。

(4) 退職給付引当金

職員の退職給付に備えるため、当事業年度末における退職給付債務の見込額に基づき計上しております。

なお、健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年 6 月 21 日法律第 83 号）附則第 15 条第 3 項の規定により協会の職員として採用された社会保険庁の職員について、同法附則第 16 条第 2 項の規定に基づき、国家公務員退職手当法（昭和 28 年 8 月 8 日法律第 182 号）第 2 条第 1 項に規定する職員（同条第 2 項の規定により職員とみなされる者を含む。）としての引き続いた在職期間を協会の職員としての在職期間とみなすことにより計上される額に相当する額についても、併せて計上しております。

- ① 退職給付見込額の期間帰属方法
退職給付債務の算定にあたり、退職給付見込額を当事業年度末までの期間に帰属させる方法については、給付算定式基準によっております。
- ② 数理計算上の差異の費用処理方法
数理計算上の差異については、各事業年度の発生時における職員の平均残存勤務期間以内の一定の年数（10年）による定額法により按分した額を、それぞれ発生の翌事業年度から費用処理しております。
- (5) 役員退職手当引当金
役員に対して支給する退職手当に備えるため、当事業年度に負担すべき支給見込額を計上しております。
3. 健康保険法第160条の2の準備金の計上基準
健康保険事業に要する費用の支出に備えるため、健康保険法施行令（大正15年6月30日勅令第243号）第46条に定める基準により、計上しております。
4. キャッシュ・フロー計算書における資金の範囲
キャッシュ・フロー計算書における資金（現金及び現金同等物）は、手許現金、随時引き出し可能な預金及び容易に換金可能であり、かつ、価値の変動について僅少なリスクしか負わない取得日から3ヶ月以内に償還期日の到来する短期投資としております。
5. 消費税等の会計処理
税込方式によっております。

III 貸借対照表関係

有形固定資産の減価償却累計額 20,543,973,887円

IV 損益計算書関係

該当事項は、ありません。

V キャッシュ・フロー計算書関係

1. 資金の期末残高と貸借対照表に掲記されている科目の金額との関係	
現金及び預金	5,916,859,555,254円
<hr/>	<hr/>
資金期末残高	5,916,859,555,254円

2. 重要な非資金取引の内容

- (1) 当事業年度に新たに計上したファイナンス・リース取引に係る資産及び負債の額は、それぞれ15,493,987,846円であります。
- (2) 当事業年度に新たに計上した資産除去債務に係る負債の額は、2,203,905,418円であります。

VI 金融商品関係

1. 金融商品の状況に関する事項

当協会は、資金運用については、健康保険法施行令（大正 15 年 6 月 30 日勅令第 243 号）第 1 条の 2 に定める金融商品に限定しております。

未収債権等については、当協会の定める債権管理方法に従って、財務状況の悪化等による回収懸念の早期把握や軽減を図っております。

リース取引は、設備投資等に係るものです。

2. 金融商品の時価等に関する事項

期末日における貸借対照表計上額、時価及びこれらの差額については、次のとおりであります。

(単位：円)

	貸借対照表計上額	時価	差額
(1) 現金及び預金	5,916,859,555,254	5,916,859,555,254	—
(2) 未収入金 貸倒引当金	143,547,611,923 △9,160,727,764		
	134,386,884,159	134,386,884,159	—
(3) 被保険者貸付金	18,398,259	18,398,259	—
資産計	6,051,264,837,672	6,051,264,837,672	—
(1) 未払金	737,807,787,579	737,807,787,579	—
(2) リース債務	18,248,261,165	18,026,795,594	△221,465,571
負債計	756,056,048,744	755,834,583,173	△221,465,571

(注) 金融商品の時価の算定方法に関する事項

資 産

(1) 現金及び預金

短期間で決済されるため、時価は帳簿価額にほぼ等しいことから、当該帳簿価額によっております。

(2) 未収入金

回収見込額等に基づいて貸倒見積高を算定しており、時価は決算日における貸借対照表価額から現在の貸倒見積高を控除した金額に近似しているため、当該価額をもって時価としております。

(3) 被保険者貸付金

短期間で決済されるため、時価は帳簿価額にほぼ等しいことから、当該帳簿価額によっております。

負 債

(1) 未払金

短期間で決済されるため、時価は帳簿価額にほぼ等しいことから、当該帳簿価額によっております。

(2) リース債務

元利金の合計額を、新規に同様の割賦又はリース取引を行った場合に想定される利率で割り引いた現在価値により算定しております。

VII 退職給付関係

1. 採用している退職給付制度の概要

当協会は、職員の退職給付に充てるため、退職一時金制度（非積立型の確定給付制度）を採用しております。

退職一時金制度では、退職給付として、勤続年数及び等級に基づく累積ポイント並びに退職事由に基づき決定された一時金を支給します。

2. 確定給付制度

(1) 退職給付債務の期首残高と期末残高の調整表

退職給付債務の期首残高	23,640,854,239 円
勤務費用	1,123,040,280 円
利息費用	26,002,637 円
数理計算上の差異の発生額	△3,354,084,426 円
退職給付の支払額	△880,452,162 円
退職給付債務の期末残高	20,555,360,568 円

(2) 退職給付債務及び年金資産の期末残高と貸借対照表に計上された退職給付引当金の調整表

非積立型制度の退職給付債務	20,555,360,568 円
未積立退職給付債務	20,555,360,568 円
未認識数理計算上の差異	3,050,897,747 円
貸借対照表に計上された負債と資産の純額	23,606,258,315 円
退職給付引当金	23,606,258,315 円
貸借対照表に計上された負債と資産の純額	23,606,258,315 円

(3) 退職給付費用及びその内訳項目の金額

勤務費用	1,123,040,280 円
利息費用	26,002,637 円
数理計算上の差異の費用処理額	315,094,800 円
確定給付制度に係る退職給付費用	1,464,137,717 円

(4) 数理計算上の計算基礎に関する事項

当事業年度末における主要な数理計算上の計算基礎
割引率 1.54%

VIII 資産除去債務関係

資産除去債務のうち貸借対照表に計上しているもの

(1) 当該資産除去債務の概要

所有権移転外ファイナンス・リース取引に係るリース資産のリース期間満了に伴う撤去費用等に関し資産除去債務を計上しております。

(2) 当該資産除去債務の金額の算定方法

使用見込期間を当該リース資産のリース期間（4～6年）と見積り、割引率は当該リース期間に見合う国債の流通利回り（0.510～0.904%）を使用して資産除去債務の金額を算定しております。

(3) 当事業年度における当該資産除去債務の総額の増減

期首残高	－円
有形固定資産の取得に伴う増加額	2,203,905,418円
時の経過による調整額	3,631,275円
資産除去債務の履行による減少額	－円
期末残高	2,207,536,693円

IX 重要な債務負担行為

翌事業年度以降に履行となる重要な債務負担行為の額は以下のとおりであります。

件名	翌事業年度以降の支払予定額
協会システムにおける工程管理支援等業務	1,432,377,100円
次期健康保険システム基盤に係る更改業務並びに更改に伴う機器等の維持管理費	1,639,653,120円
インターネット用システム基盤に係る更改業務並びに更改に伴う機器等の維持管理費	223,875,806円
本部・支部事務所賃料等	5,588,933,701円
LAN環境及び端末機器等に係る設計・開発及びハードウェア・ソフトウェア導入・賃貸借・保守業務に伴う機器等の維持管理費	1,007,220,170円
マイナンバー管理システム基盤に係る更改業務並びに更改に伴うデータ移行等業務に伴う機器等の維持管理費	258,647,922円
LAN環境及び端末機器等に係る設計・開発及びハードウェア・ソフトウェア導入・賃貸借・保守業務（回線使用料）	177,743,610円
保健事業アプリケーション改修（保険証廃止・電子申請対応）	474,411,685円
マイナンバーカードと保険証の一体化及び電子申請等の対応に伴う全国健康保険協会マイナンバー管理システムアプリケーションに係る設計・開発・試験（機能追加）	372,004,050円
マイナンバーカードと保険証の一体化対応に伴う全国健康保険協会健康保険システム適用・徴収・現金給付等アプリケーションに係る設計・開発・試験（機能追加）	414,195,760円
全国健康保険協会システム ヘルプデスク業務一式	149,535,672円

電子申請等の対応に伴う全国健康保険協会健康保険システム適用・徴収・現金給付等アプリケーションに係る設計・開発・試験（機能追加）	1,681,089,080円
全国健康保険協会システム システム運用業務一式	2,831,004,000円
全国健康保険協会健康保険システム保健事業アプリケーション保守業務一式	2,272,296,367円
全国健康保険協会統計分析アプリケーション保守業務一式	865,289,194円
全国健康保険協会マイナンバー管理システムアプリケーションに係る保守業務一式	1,342,219,164円
第四期制度改正及び40歳未満事業者健診対応に伴う保健事業アプリケーション改修（フェーズ3）	146,423,794円
第四期制度改正及び40歳未満事業者健診対応に伴う保健事業アプリケーション改修（フェーズ4）	327,940,756円
全国医療情報プラットフォーム開発事業（電子カルテ情報共有サービス）に伴う保健事業アプリケーション改修	126,151,850円
保健事業アプリケーションに係る基盤中期更改対応	456,256,801円
マイナンバー管理システムアプリケーションに係る基盤更改対応	288,835,207円
統計分析アプリケーションに係る基盤中期更改対応	538,145,289円
ポータル・コミュニケーションツールに係る基盤更改対応及びデータ移行等業務一式（機器類の維持管理費）	386,567,500円
インターネット用システム基盤に係る更改業務並びに更改に伴うデータ移行等業務一式（機器類の維持管理費）	2,872,064,402円
マイナンバー管理システム基盤に係る更改業務並びに更改に伴うデータ移行等業務一式（機器類の維持管理費）	1,141,026,139円
健康保険システム・マイナンバー管理システムに係るネットワーク回線・機器及びサービス提供等の業務に伴う機器等の維持管理費	500,226,859円
健康保険システム基盤に係る更改業務並びに更改に伴うデータ移行等業務一式（機器類の維持管理費）	7,250,982,981円
IAサーバー更改に係るハードウェア等の構築一式（機器類の維持管理費）	1,248,934,786円
カラー複合機賃貸借及び設置等並びに保守業務一式（維持管理費）	384,609,060円
LAN環境及び端末機器等に係る設計・開発及びハードウェア・ソフトウェア導入・賃貸借・保守業務に伴う機器等の維持管理費	3,470,246,087円
全国健康保険協会 適用・徴収・現金給付等アプリケーション保守業務一式	2,898,125,274円
全国健康保険協会健康保険システムレセプト点検アプリケーションに係る保守業務一式	1,446,495,160円
インターネット用システム基盤に係る保守業務一式	1,231,699,920円

健康保険システム・情報系アプリケーションの保守業務対応一式	794,902,678円
全国健康保険協会健康保険システム基盤に係る保守業務一式	5,360,049,156円
全国健康保険協会マイナンバー管理システム基盤に係る保守業務一式	1,451,047,950円
LAN環境及び端末機器等に係る保守業務一式	712,636,353円
健康保険システム基盤に係る更改業務並びに更改に伴うデータ移行等業務一式(構築役務及びデータ移行等)	6,425,662,100円
マイナンバー管理システム基盤に係る更改業務並びに更改に伴うデータ移行等業務一式(構築役務及びデータ移行等)	1,585,628,770円
インターネット用システム基盤に係る更改業務並びに更改に伴うデータ移行等業務一式(構築役務及びデータ移行等)	1,169,718,000円
適用徴収・現金給付・債権管理・法3-2・情報提供アプリケーションに係る基盤更改対応役務の調達について	851,417,314円
健康保険・マイナンバー管理システムに係るネットワーク回線・機器及びサービス提供等業務一式(令和6年4月開始分)(回線敷設及び機器設置等作業及び導入機器のバージョンアップ作業)	105,325,055円
間接システム基盤に係る保守業務一式	138,618,480円
間接システム基盤に係るクラウドサービス利用	423,941,760円
ポータル・コミュニケーションツールに係る保守業務一式	887,851,800円
ポータル・コミュニケーションツールに係る基盤更改対応及びデータ移行等業務一式(構築役務及びデータ移行等)	832,920,000円
健康保険・マイナンバー管理システムに係るネットワーク回線・機器及びサービス提供等の業務一式(回線使用料)	986,131,102円
OCRに係る設計・開発・及びハードウェア・ソフトウェア導入・賃貸借・保守業務一式(構築役務及び保守役務)	433,481,092円
ホームページリニューアル及び運用保守業務委託	286,589,545円
LAN環境及び端末機器等に係る設計・開発及びハードウェア・ソフトウェア導入・賃貸借・保守業務一式(構築役務及び保守)	6,681,176,744円
LAN環境及び端末機器等に係る設計・開発及びハードウェア・ソフトウェア導入・賃貸借・保守業務一式(工事)	158,950,000円
カラー複合機賃貸借及び設置等並びに保守業務一式(構築役務及び保守)	216,597,260円
インターネット用システムに係るネットワーク回線・機器及びサービス提供等の業務一式(回線使用料)	632,926,800円
レセプト点検アプリケーションに係る基盤更改対応役務	181,513,618円
情報系アプリケーションに係る基盤更改対応役務	279,334,451円

LAN 環境及び端末機器等に係る設計・開発及びハードウェア・ソフトウェア導入・賃貸借・保守業務一式（回線使用料）	388,742,200 円
情報系システム基盤に係る保守業務	100,263,735 円
情報系システム基盤に係るクラウドサービス利用料	928,097,940 円
間接業務システム基盤に係るクラウド環境構築役務	249,146,480 円
間接業務システム基盤に係るクラウドサービス利用料	188,438,360 円
間接システムアプリケーション（財務会計）に係る基盤更改対応役務	253,508,607 円
間接システムアプリケーション（人事給与）に係る基盤更改対応役務	263,488,780 円
合 計	78,413,334,396 円

X 重要な後発事象

該当事項は、ありません。

XI その他の注記事項

東日本大震災に係る補助金について

東日本大震災の被災者に対して実施した令和6年度全国健康保険協会災害臨時特例補助金交付要綱（令和6年4月1日厚生労働省発保0401第10号厚生労働事務次官通知）の3及び令和6年度東日本大震災復旧・復興に係る全国健康保険協会特定健康診査国庫補助金交付要綱（令和6年4月1日厚生労働省発保0401第16号厚生労働事務次官通知）の3に定める事業に係る国庫補助金受入額並びにその使用状況は以下のとおりであります。

（単位：円）

対象事業	受入額	使用状況 (*1)	残額 (*2)
医療保険事業(*3)	1,506,544,000	1,506,544,000	—
特定健診事業	14,000	3,000	11,000
合 計	1,506,558,000	1,506,547,000	11,000

(*1) 健康保険における一部負担金等の免除、特定健康診査に係る自己負担金の免除等による費用であり、保険給付費及び健診費用として計上しております。なお、金額については、開示時点における概算額によっております。

(*2) 国庫補助金の未使用額は、翌事業年度以降に返還が見込まれるため、預り補助金として負債に計上しております。また、前事業年度の未使用額については、当事業年度に12,000円を返還しております。

(*3) 令和6年度の補助金受入額1,506,544,000円に対し、一部負担金免除額は2,159,206,392円（開示時点における概算額）でした。平成23年度から令和6年度までの補助金受入額（補助金未使用額（返還額）を除く。）の累計35,289,296,315円に対し、一部負担金免除額等の累計は41,414,673,149円（令和5年度までの累計額39,255,466,757円）となっております。

附属明細書

(健康保険勘定)

1. 有形固定資産及び無形固定資産の明細
2. 引当金の明細
3. 資本金、準備金、積立金及び剰余金の明細
4. 国等からの財源措置等の明細
5. 役員及び職員の給与費の明細

【健康保険勘定】

附属明細書

1. 有形固定資産及び無形固定資産の明細

(単位：円)

資産の種類	期首残高	当期増加額	当期減少額	期末残高	減価償却累計額	当期償却額	差引期末帳簿価額	摘要
建物	3,067,127,673	654,902,774	494,061,952	3,227,968,495	1,680,063,041	271,286,941	1,547,905,454	注2
有形固定資産	234,102,209	73,866,041	16,648,124	291,320,126	164,906,213	30,701,566	126,413,913	
工具備品	20,658,914,508	17,701,401,842	5,858,233	38,354,458,117	18,699,004,633	7,078,021,323	19,655,453,484	注3
リース資産	23,960,144,390	18,430,170,657	516,568,309	41,873,746,738	20,543,973,887	7,380,009,830	21,329,772,851	
計	48,081,376,904	4,525,763,448	1,091,500	52,606,048,852	29,376,084,056	8,294,285,296	23,229,964,796	注4
無形固定資産	100,639,382	158,367,422	-	259,006,804	88,587,378	29,212,970	170,419,426	
ソフトウェア	1,454,096,325	16,938,426,019	1,428,335,425	16,964,186,919	-	-	16,964,186,919	注5
計	49,636,112,611	21,622,556,889	1,429,426,925	69,829,242,575	29,464,671,434	8,323,498,266	40,364,571,141	

(注1)「期首残高」、「当期増加額」、「当期減少額」及び「期末残高」は、当該資産の取得原価を記載しております。

(注2)当期増加額は、支部事務室移転にかかる工事(620,778,504円)等でありませぬ。

(注3)当期増加額は、各システム基盤に係る更改業務並びに更改に伴うデータ移行等業務一式(機器類の賃貸借及び保守)によるもの(11,138,802,664円)等でありませぬ。

(注4)当期増加額は、各制度改正対応によるもの(3,669,092,353円)等でありませぬ。

(注5)当期増加額は、各システム基盤更改によるもの(13,779,381,405円)等でありませぬ。

2. 引当金の明細

(単位：円)

区分	期首残高	当期増加額	当期減少額		期末残高	摘要
			目的使用	その他		
貸倒引当金	8,931,545,961	9,149,579,670	752,067,703	8,168,330,164	9,160,727,764	注1
賞与引当金	1,477,763,437	1,550,261,469	1,477,763,437	-	1,550,261,469	
役員賞与引当金	9,585,345	9,698,923	9,585,345	-	9,698,923	
退職給付引当金	23,022,572,760	1,464,137,717	880,452,162	-	23,606,258,315	
役員退職手当引当金	10,093,489	6,679,747	-	-	16,773,236	
計	33,451,560,992	12,180,357,526	3,119,868,647	8,168,330,164	34,343,719,707	

(注1)当期減少額のうち、洗替法による戻入額を計上しております。

3. 資本金、準備金、積立金及び剰余金の明細

(単位：円)

区分	期首残高	当期増加額	当期減少額	期末残高	摘要
資本金					
政府出資金	6,594,277,976	-	-	6,594,277,976	
健康保険法第160条の2の準備金	4,842,777,227,702	195,869,255,858	-	5,038,646,483,560	注1
利益剰余金					
当期末処分利益	195,869,255,858	278,580,731,628	195,869,255,858	278,580,731,628	

(注1) 当期増加額は、前期利益処分による繰入額であります。

4. 国等からの財源措置等の明細

(単位：円)

区分	当期交付額	左の会計処理内訳		摘要
		前受交付金計上	収益計上	
保険給付費等補助金	1,153,153,529,402	-	1,153,153,529,402	
後期高齢者医療費支援金補助金	101,421,000	-	101,421,000	
特定健康診査・保健指導国庫補助金	2,078,838,000	-	2,078,838,000	
特定健康診査・保健指導国庫補助金(東日本大震災分)	3,000	-	3,000	
介護納付金補助金	51,197,000	-	51,197,000	
高齢者医療制度円滑運営事業費補助金	4,350,000	-	4,350,000	
高齢者医療運営円滑化等補助金	16,474,775	-	16,474,775	
災害臨時特例補助金(医療保険)	1,506,544,000	-	1,506,544,000	
社会保障・税番号制度システム整備費補助金	6,827,129,506	-	6,827,129,506	
地域診療情報連携推進費補助金	219,076,000	-	219,076,000	
事務費負担金	5,054,886,000	-	5,054,886,000	
計	1,169,013,448,683	-	1,169,013,448,683	

(注1) 当期交付額には、当期に国等へ返還した額は含まれておりません。

5. 役員及び職員への給与等の明細

(単位：円、人)

区分	報酬又は給与		退職手当	
	支給額	支給人員	支給額	支給人員
役員	(2,450,766)	(2)	(-)	(-)
	102,702,090	6	-	-
職員	(7,471,056,042)	(2,627)	(-)	(-)
	13,328,982,256	2,067	880,452,162	96
計	(7,473,506,808)	(2,629)	(-)	(-)
	13,431,684,346	2,073	880,452,162	96

(注1) 役員に対する報酬等の支給基準は、全国健康保険協会役員報酬規程及び全国健康保険協会役員退職手当規程によっております。

(注2) 職員に対する給与及び退職手当の支給基準は、全国健康保険協会職員給与規程及び全国健康保険協会職員退職手当規程、全国健康保険協会契約職員給与規程、全国健康保険協会臨時職員給与規程によっております。

(注3) 支給人員数は、年間平均支給人員数を記載しております。

なお、健康保険勘定、船員保険勘定を兼務する役員及び職員の報酬又は給与、退職手当については、各勘定に共通する経費として按分計上しておりますが、支給人員数は全て健康保険勘定に含めて記載しております。

(注4) 非常勤の役員、契約職員及び臨時職員は、外数として()で記載しております。

合算ベースの収支状況

2024年度 合算ベースの収支状況（医療分）

（単位：億円）

		2022年度決算	2023年度決算	2024年度決算見込
収入	保険料収入	100,421	102,998	106,490
	国庫補助等	12,456	12,874	11,690
	その他	217	233	346
	計	113,093	116,104	118,525
支出	保険給付費	69,519	71,512	72,552
	前期高齢者納付金	15,310	15,321	12,863
	後期高齢者支援金	20,556	21,903	23,332
	退職者給付拠出金	1	0	0
	病床転換支援金	0	0	0
	その他	3,388	2,705	3,193
	計	108,774	111,442	111,939
単年度収支差		4,319	4,662	6,586
準備金残高		47,414	52,076	58,662

2024年度 合算ベースの収支状況（介護分）

（単位：億円）

		2022年度決算	2023年度決算	2024年度決算見込
収入	保険料収入	10,174	11,579	10,555
	国庫補助等	1	0	1
	その他	-	-	-
	計	10,175	11,580	10,556
支出	介護納付金	10,494	10,793	10,835
	その他	43	0	0
	計	10,537	10,793	10,835
単年度収支差		▲ 362	786	▲ 279
準備金残高		▲ 245	542	262

支部別の収支状況

