資料2

全国健康保険協会業績評価シート

（令和３年度）

２．戦略的保険者機能関係

令和４年９月16日

全国健康保険協会
協会けんぽ

目次

2. 戦略的保険者機能関係

①第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の着実な実施 …… 2
ⅰ）特定健診実施率・事業者健診データ取得率等の向上 …… 5
ⅱ）特定保健指導の実施率及び質の向上 …… 16
ⅲ）重症化予防対策の推進 …… 24
ⅳ）コラボヘルスの推進 …… 31
②広報活動や健康保険委員を通じた加入者等の理解促進 …… 37
③ジェネリック医薬品の使用促進 …… 43
④インセンティブ制度の実施及び検証 …… 52
⑤支部が実施した好事例の全国展開 …… 60
⑥地域の医療提供体制等への働きかけや医療保険制度に係る意見発信 …… 63
⑦調査研究の推進 …… 79

全国健康保険協会業績評価シート

2．戦略的保険者機能関係
①第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の着実な実施

事業計画

○ 「特定健診・特定保健指導の推進」、「コラボヘルスの取組」、「重症化予防の対策」を基本的な実施事項とする第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく取組を着実かつ効果的、効率的に実施する。

○ 「特定健診・特定保健指導データ分析報告書」や「支部別スコアリングレポート」等の分析ツールを用いて、第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）のPDCAサイクルを効果的・効率的に回し、取組の実効性を高める。

※評価欄の判定基準は、S・A・B・C・Dの5段階評価
【判定基準】「S」：困難度を高く設定した目標について、目標の水準を大幅に超えている。「A」：困難度を高く設定した目標について、目標の水準を満たしている。「B」：目標の水準を満たしている（「A」に該当する事項を除く）。「C」：目標の水準を満たしていない（「D」に該当する事項を除く）。「D」：目標の水準を満たしておらず、主務大臣が業務運営の改善その他の必要な措置を講ずることを命ずる必要があると認めた場合を含む抜本的な業務の見直しが必要。

自己評価：B

【自己評価の理由】
＜第2期保健事業実施計画(※1)＞

○ 第2期保健事業実施計画の**4年目（2021（令和3）年度）の取組を着実に実施した**ほか、2021年度計画が、2020（令和2）年度に各支部で実施した「第2期保健事業実施計画の中間評価」を踏まえたものとなっているかを本部において確認し、中間評価による改善が不十分と思われる支部と意見交換を実施した。

支部は、適切な評価を行うことができるような目標を設定し評価を行うとともに、**成功要因・阻害要因を振り返りＰＤＣＡサイクルを回すなど、データ分析に基づく取組を実施した**。

○ 支部ごとの特徴をレーダーチャートやグラフにより見える化した**「支部別スコアリングレポート(※2)」を本年度も作成し、支部に提供した**。また、支部別スコアリングレポートの基となる**「特定健診・特定保健指導データ分析報告書(※3)」、「質問票データ分析報告書(※4)」を作成し、支部に提供した**。これらの報告書は、**支部の各種保健事業の計画策定や実施結果の検証にも活用した。**

○ PDCAサイクルを回し事業を推進できるよう、四半期ごとの健診・保健指導等の支部の実績及び取組状況に関する資料を新たに作成し、支部に提供した。また、支部ごとのウィークポイントの把握等に活用できるよう、事業所の規模別・業態別の実績等を分析した資料を作成し、支部に提供した。

○　このように、**各種の分析ツールを用いて、PDCAサイクルを効果的・効率的に回しつつ、第2期保健事業実施計画に基づく取組を着実に実施したことから、自己評価は「B」とする。**

（※1）「保健事業実施計画（データヘルス計画）」とは、診療報酬明細書（レセプト）・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業を実施するための計画。
（※2）「支部別スコアリングレポート」とは、支部ごとの特定健診の結果等に関する年齢調整後の平均値等、特定健診・特定保健指導実施状況、医療費状況について、グラフや表により見える化したものであり、支部におけるデータヘルス計画等の事業展開、事業評価等に活用するもの。
（※3）「特定健診[1]・特定保健指導[2] データ分析報告書」とは、生活習慣病予防健診[3] 受診者及び事業者健診[4] 受診者の健診データ及び特定保健指導データを活用し、支部別、業態別に健診結果の年齢調整後の平均値やリスク該当者の割合を計算したもの。
1）「特定健診」とは、生活習慣病の予防のため、40歳～74歳の加入者に対して実施するメタボリックシンドロームに着目した健診をいう。
2）「特定保健指導」とは、メタボリックシンドロームのリスクがあり、生活習慣の改善が必要な方に対し、保健師等が行う支援をいう。
3）「生活習慣病予防健診」とは、特定健診の項目に加え、がん検査を含む項目の健診を実施するものであり、被保険者向けの健診である。
4）「事業者健診」とは、労働安全衛生法に基づく定期健康診断であり、生活習慣病予防健診を利用していない被保険者については、事業者健診結果のデータを取得することによって、特定健診を実施したものと見なしている。
（※4）「質問票データ分析報告書」とは、生活習慣病予防健診受診者及び事業者健診受診者の質問票データを活用し、支部別、業態別 に年齢調整後の問診結果の回答割合を計算したもの。

【事業計画の達成状況】

＜第２期保健事業実施計画＞（事業報告書Ｐ70）

○　第2期保健事業実施計画の4年目の取組を着実に実施したほか、2021年度計画が、2020年度に各支部で実施した第2期保健事業実施計画の中間評価を踏まえたものとなっているかを本部において確認し、中間評価による改善が不十分と思われる支部と意見交換を実施しました。これらの確認結果については、留意事項として取りまとめた上で、2022年度以降の計画策定に活用するため全支部に周知しました。なお、各支部の第2期保健事業実施計画の上位目標は、右図のとおり。

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

○　支部別スコアリングレポート等の活用について

各支部における健診項目のリスクの保有状況等を明らかにし、支部の特徴把握に資するよう「特定健診･特定保健指導データ分析報告書」及び「質問票データ分析報告書」を作成しました。また、「特定健診･特定保健指導データ分析報告書」の目的や活用方法等を記載した参考資料を作成し、支部における保健事業の計画策定や実施結果の検証等において活用しています。

また、これらの報告書の主な項目に健診実施率、特定保健指導実施率及び医療費を加え、項目ごとの経年変化や全国での支部の順位等をレーダーチャートやグラフにより「見える化」した「支部別スコアリングレポート」についても、引き続き作成しており、支部においては、本レポート等に基づき、自支部の健康課題について、プレスリリースやホームページ等で広報を行っています。

○　コンテンツ及び情報伝達経路の見直し

健診、保健指導及び重症化予防（未治療者への受診勧奨）の各事業で活用しているパンフレット等は、事業ごとの観点で作成し、案内、勧奨を行っていましたが、健診から保健指導、受診勧奨という一連の流れの中でのメッセージを伝えるため、コンテンツ（「なぜ」、「何を」）と情報伝達経路（「誰に」、「いつ」、「どのように」）の2つの観点から見直すこととしました。

2021年度は支部の現状を把握するとともに支部からの意見を集約し、コンテンツについては、受診者（利用者）目線に立ち、健診を受けた後の特定保健指導や重症化予防が重要であることを認識していただけるような内容とする方針としました。情報伝達経路については、協会全体での取組事項や地域の実情等を踏まえ、支部で実施する内容等を整理する方針としました。

○　実績の進捗管理におけるPDCAサイクルの推進（事業報告書Ｐ73）

健診実施率等の向上を図るため、地域ごとの課題把握と要因分析、それらを踏まえた対策の検討をより一層推進する観点から管理する指標を整理し、新たに四半期ごとの業態別や事業所規模別、市区町村規模別の傾向等を共有できるよう、データの集計方法や共有サイクルを見直しました。

全国健康保険協会業績評価シート

2. 戦略的保険者機能関係

①ⅰ）特定健診実施率・事業者健診データ取得率等の向上

事業計画

○ 特定健診実施率の向上に向けて、健診・保健指導カルテ等の活用により実施率への影響が大きいと見込まれる事業所や業態等を選定し、重点的かつ優先的に働きかけることで、効果的・効率的な受診勧奨を行う。
○ 被扶養者の特定健診実施率の向上に向けて、市との協定締結を進めるなど地方自治体との連携を推進し、がん検診との同時実施等の拡大を図る。
○ 事業者健診データの取得促進に向けて、都道府県労働局との連携など国や関係団体に対する働きかけを行う。また、事業者健診データの取得について、事業主・健診機関・保険者（3者間）での新たな提供・運用スキームを構築し、事業者健診データが健診機関を通じて確実に協会けんぽに提供されるよう、関係団体等と連携した円滑な運用を図る。

【KPI】
① 生活習慣病予防健診実施率を58.5%以上とする
② 事業者健診データ取得率を8.5%以上とする
③ 被扶養者の特定健診実施率を31.3%以上とする

※評価欄の判定基準は、S・A・B・C・Dの5段階評価
【判定基準】「S」：令和3年度計画を量的及び質的に上回る顕著な成果が得られていると認められる（対計画値120%以上で、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合、又は、対計画値100%以上で、かつ目標において困難度が「高」とされており、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合）。「A」：令和3年度計画を上回る成果が得られていると認められる（対計画値120%以上、又は、対計画値100%以上で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「B」：令和3年度計画を達成していると認められる（対計画値100%以上、又は、対計画値80%以上100%未満で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「C」：令和3年度計画を下回っており、改善を要する（対計画値80%以上100%未満、又は対計画値80%未満で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「D」：令和3年度計画を下回っており、業務の廃止を含めた抜本的な改善を求める（対計画値80%未満、又は主務大臣が業務運営の改善その他必要な措置を講ずることを命じる必要があると認めた場合）。

自己評価：B

【困難度：高】

【困難度の理由】
○ 近年、日本年金機構の適用拡大等により、健診受診率の算出の分母となる対象者数（20,720千人）が、第三期特定健康診査等実施計画（※5）の当初の見込み（2021年度：18,520千人）を超えて大幅に増加（+11.9%ポイント）しており、分子となる健診受診者を大幅に増加させる必要があることから、困難度が高い。

【自己評価の理由】

○ 2021（令和3）年度のKPIは以下のとおり。

① 生活習慣病予防健診実施率を58.5%以上とする
② 事業者健診データ取得率を8.5%以上とする
③ 被扶養者の特定健診実施率を31.3%以上とする

○ 上記KPIに対する実績値及び達成状況は以下のとおり。

① 生活習慣病予防健診実施率：53.6%（対計画値　91.6%）
② 事業者健診データ取得率　　：　8.5%（対計画値100.0%）
③ 被扶養者の特定健診実施率：26.2%（対計画値　83.7%）

○　また、第三期特定健康診査等実施計画では、被保険者と被扶養者を合算した**2021年度の加入者全体の実施率について、59.1%以上を目標値として設定しているが、実績は54.8%（対計画値92.7%）であった。**

○ **加入者全体の達成状況を判定基準に照らし合わせた場合の自己評価は「C」となるが、日本年金機構の適用拡大等による加入者数の増加等により、対象者数が第三期特定健康診査等実施計画の当初の見込みから11.9%ポイント増加する中での目標達成は困難であったことに鑑み、自己評価は「B」とする。**

○　なお、特定健診実施率・事業者健診データ取得率等の向上のため、以下の取組を実施している。

・生活習慣病予防健診（※6）未受診事業所に対し、文書や訪問、電話による勧奨を行うとともに、事業者健診から生活習慣病予防健診への切り替えを促す取組を行った。新規適用事業所や新規加入者には、随時、健診案内を送付するなど、健診の受診を促す取組を進めた。

・受診しやすくするための環境面の整備としては、契約健診機関の拡充を進めており、2021年度の契約健診機関は2020年度から72機関増加し、3,522機関となった。加えて、検診車での巡回健診の実施等、受診機会の拡充にも努めた。

・事業者健診（※7）データの取得に向けて、地方労働局との連名や自治体を含めた3者連名での勧奨通知を全支部で79,738事業所へ送付するなど、関係機関と連携した取組を進めた。

・事業者健診データの取得をより一層進めるため、特定健診と問診項目や検査項目を一致させることを要望してきたが、2020年12月に、国から事業者健診と特定健康診査の問診項目や検査項目を一致させることとする通知が発出された。併せて、国の通知において、事業者健診の結果が迅速かつ確実に保険者に提供されるための対応が取られ、事業主と健診実施機関との間における契約書（ひな形）が示されたが、契約書（ひな形）の普及・定着が十分に進んでいないことから、社会保障審議会医療保険部会において、事業主や健診機関に対する国からの働きかけを求める等、国に対する申し入れを行った。

・事業者健診データの円滑な提供を推進するためには、これらの通知に基づく取扱いを事業主等に周知する必要があることから、業界団体（公益社団法人全日本トラック協会、公益社団法人日本バス協会、一般社団法人全国ハイヤー・タクシー連合会、一般社団法人日本人材派遣協会）や商工団体に対して、事業者健診データの取得をはじめ、特定健診・特定保健指導の実施率等の向上に向けた広報等の協力依頼を行ったほか、日本医師会や健診団体、健診機関等に対しても協力依頼を行う等、関係団体との連携強化を進めた。

・被扶養者の特定健診（※8）受診の利便性向上を図るため、協会主催の集団健診の拡大や、自治体との協定締結の拡大による特定健診とがん検診の同時実施の実現・拡大に向けた取組を行ったほか、ショッピングモールや地域の催し等での集団健診の実施など、日常の中での受診機会の拡充に努めた。

・また、会場のキャパシティに余裕のある日程にあわせた再勧奨や、経年の受診状況に応じて案内文書を変更するなど、効果的な受診勧奨を実施した。

（※5）「特定健康診査等実施計画」とは、保険者が、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、厚生労働大臣が定める特定健康診査等基本指針に即して、6年を一期として、特定健康診査等の実施について定めることとされている計画。（第三期計画期間は2018年度～2023年度）
（※6）「生活習慣病予防健診」とは、特定健診の項目に加え、がん検査を含む項目の健診を実施するものであり、被保険者向けの健診である。
（※7）「事業者健診」とは、労働安全衛生法に基づく定期健康診断であり、生活習慣病予防健診を利用していない被保険者については、事業者健診結果のデータを取得することによって、特定健診を実施したものと見なしている。
（※8）「被扶養者の特定健診」とは、被扶養者を対象とし、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査（特定健診）の項目の健診を実施するもの。

【事業計画の達成状況】

＜生活習慣病予防健診＞（事業報告書　P73～P76）

○　被保険者の健診については、メタボリックシンドロームに着目した特定健診項目に加え、胃部レントゲン検査等のがん検査を含む生活習慣病予防健診（一般健診）を実施しています。なお、健診費用の一部を協会が負担しています。

○　受診勧奨については、生活習慣病予防健診未受診者の多い事業所に対して、文書や訪問、電話による勧奨を行うとともに、事業者健診から生活習慣病予防健診への切り替えを促す取組を実施しました。受診勧奨の実施にあたっては、健診・保健指導カルテ等の活用により実施率への影響が大きいと見込まれる事業所や業態等から選定する等、重点的かつ優先的に働きかける事業所を選定のうえ、実施しました。また、新規適用事業所や新規加入者には、随時、健診案内を送付するなど、健診の受診を促す取組を進めました。

○　受診しやすくするための環境面の整備としては、契約健診機関の拡充を進めており、2021年度の契約健診機関は2020年度から72機関増加し、3,522機関となりました。加えて、検診車での巡回健診の実施等、受診機会の拡充にも努めました。

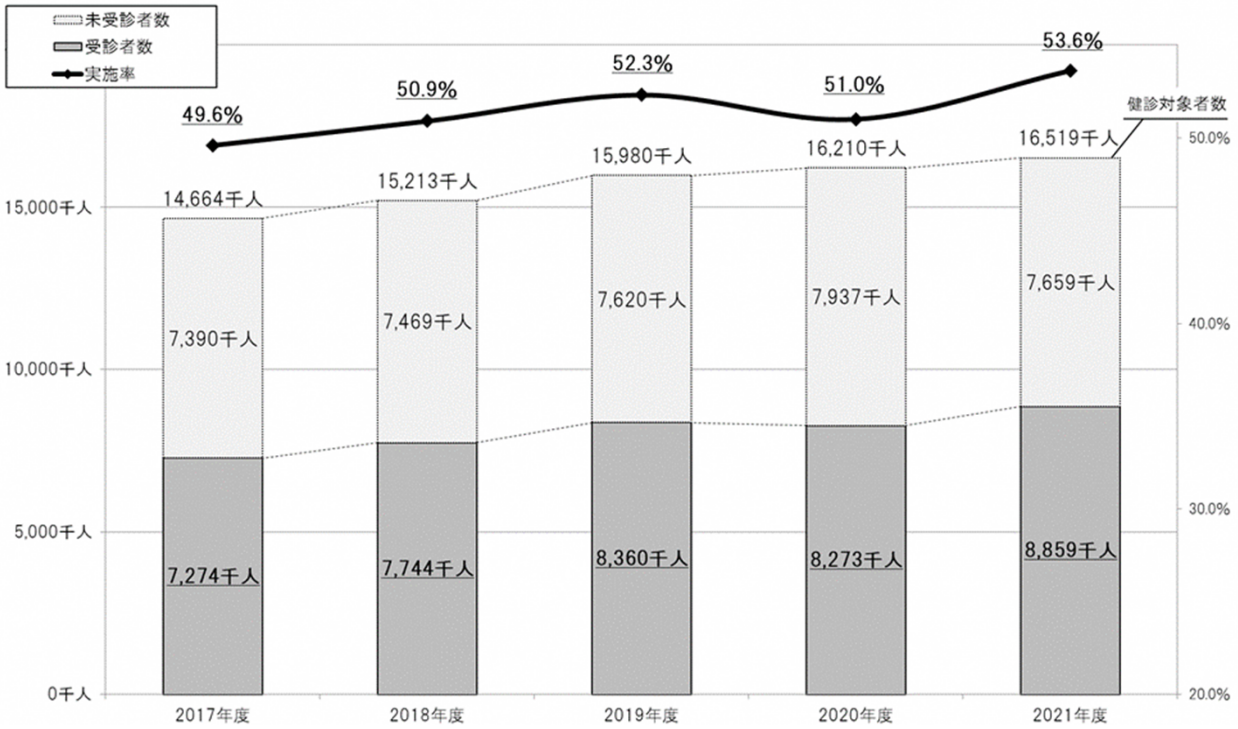
生活習慣病予防健診実施機関数	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
	3,233	3,312	3,389	3,450	3,522

○　より一層の実施率向上や支部の重点施策の推進が図られるよう、健診機関等を対象として、事前に受診勧奨に関する目標値を定め、その目標を達成した場合は、報奨金を支払う契約方法を2016（平成28）年度より取り入れています。目標値については、前年度実績等を基に加入者の動向や地域の実情を踏まえて、支部と健診機関等が合意の上、設定しています。2021年度の契約機関数は2020年度から464機関増加し1,981機関となり、そのうち1,132機関が目標を達成しました。この報奨金を支払う契約方法については、後述の事業者健診データの取得促進、被扶養者の特定健診受診勧奨や健診機関への委託による特定保健指導の推進においても取り入れています。

［各支部の健診推進経費の活用施策（2021年度）］

健診推進経費の活用施策	実施支部数	契約機関数	目標達成機関数
閑散期等を対象とした設定期間内の実施数の向上	28	973	550
低受診率地域解消のための地域対策	3	19	10
未受診事業所（者）対策	11	140	84
事業者健診データ提供に係る同意書の取得対策	3	42	3
事業者健診データ取得向上対策	4	131	47
事業者健診データの早期提供	19	611	418
協会主催の集団健診の強化	10	65	20

［生活習慣病予防健診の受診者数等の推移（被保険者）］（事業報告書　P75）



○　2021年度の40歳以上の被保険者の生活習慣病予防健診実施率は、53.6%となりました。実施率、受診者数ともに下降（減少）した2020年度から回復し、実施率、受診者数ともに過去最高となりました。

○　健診実施率が53.6%にとどまっている要因としては、1事業所当たりの特定健診対象者数が少なく、山間部や島しょ部を含め広い地域に事業所が点在していることに加え、健康保険組合等と異なり保険者と加入者及び事業主との距離感が大きく、特定健診の受診に理解が得られにくいこと等から、効率的な特定健診の実施が難しいことが挙げられます。

＜事業者健診＞（事業報告書　P76～P77）

○　労働安全衛生法に基づき行われる事業者健診データ取得率は8.5%で、2020年度の事業者健診データ取得率8.0%と比較して0.5%増加しており、事業者健診データ取得数は140万人分と、前年度から11万2千人分（対前年度：＋8.7%ポイント）増加しました。

○　事業者健診データ取得に向けて、地方労働局との連名や自治体を含めた3者連名での勧奨通知を79,738事業所へ送付しました。また、支部職員による事業所訪問や電話等による勧奨のほか、外部委託による勧奨も実施しました。外部委託による勧奨においては、委託先である健診機関や専門事業者に対する進捗管理を徹底し、進捗状況に応じて、文書や電話による勧奨を繰り返し実施することで、取得率向上に努めました。

○　事業者健診データ取得をより一層進めるため、国から2020年12月に特定健診と問診項目や検査項目を一致させることとする通知が発出されました。併せて、国の通知において、事業者健診の結果が迅速かつ確実に保険者に提供されるための対応が取られ、事業主と健診実施機関との間における契約書（ひな形）が示されましたが、契約書（ひな形）の普及・定着が十分に進んでいないことから、社会保障審議会医療保険部会において、事業主や健診機関に対する国からの働きかけを求める等、国に対する申し入れを行いました。

○　事業者健診データの円滑な提供を推進するためには、これらの通知に基づく取扱いを事業主等に周知する必要があることから、業界団体（公益社団法人全日本トラック協会、公益社団法人日本バス協会、一般社団法人全国ハイヤー・タクシー連合会、一般社団法人日本人材派遣協会）に対して、広報等の協力依頼を行ったほか、日本医師会や健診団体、健診機関等に対しても協力依頼を行う等、関係団体との連携強化を進めました。

＜被扶養者の特定健診＞（事業報告書　P77～P79）

○　被扶養者の特定健診は、メタボリックシンドロームに着目した保健指導対象者を抽出して、保健指導を行うことを目的としており、40歳以上の被扶養者が対象となります。なお、健診費用の全部又は一部を協会が負担しています。

○　2020年度より協会の保険者負担上限額を6,650円から7,150円に引き上げ、自己負担の軽減又は無料化を図っています。

○　実施率向上を図るため、協会主催の集団健診の拡大や、自治体との協定締結の拡大による特定健診とがん検診の同時実施の実現･拡大に向けた取組を行いました。

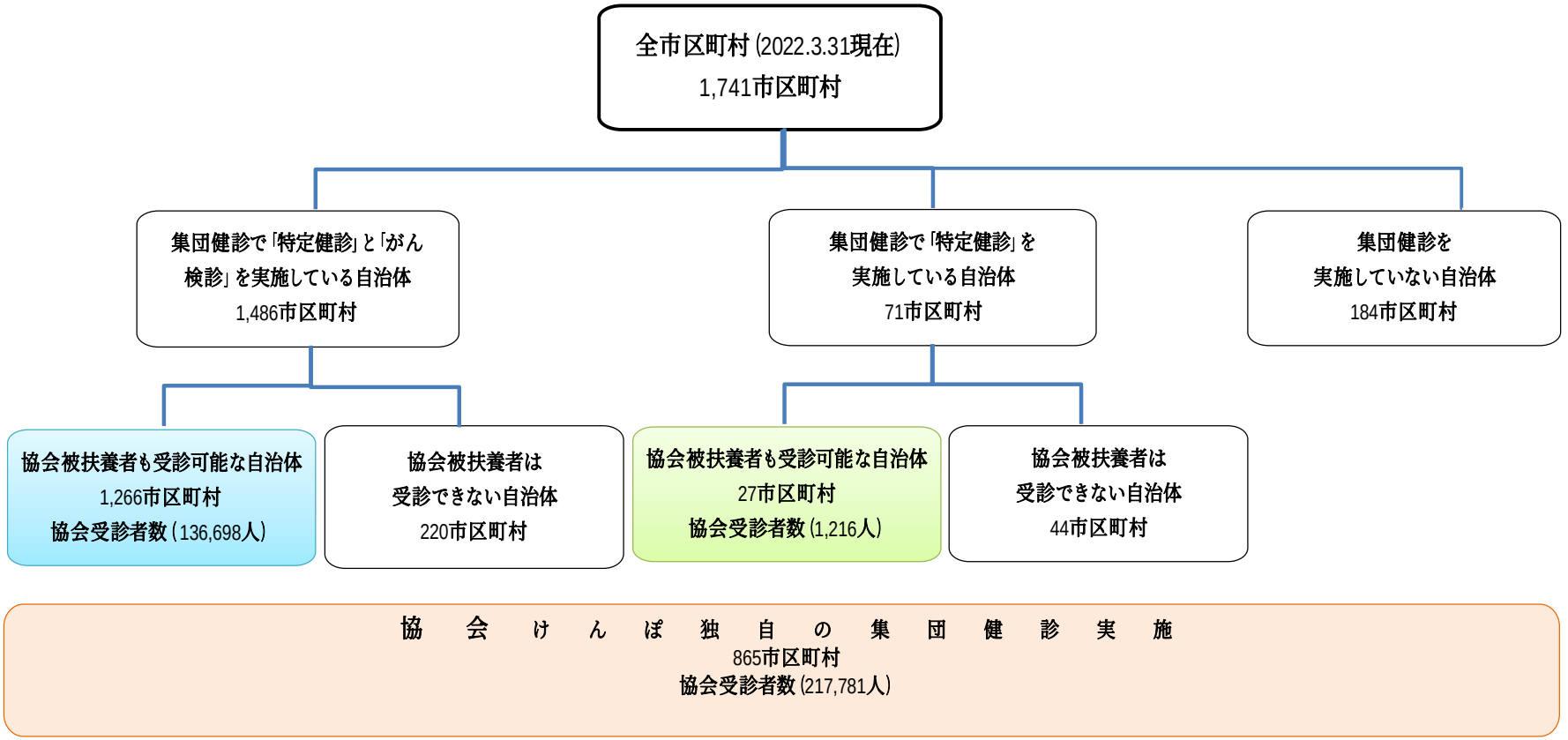
○　自治体との協定等により、被扶養者の特定健診と自治体の集団健診やがん検診との同時実施を拡大し、2021年度は1,293市区町村（対前年度25市区町村増）の集団健診で協会の被扶養者も特定健診を受診できるようになり、そのうち、1,266市区町村（対前年度22市区町村増）ではがん検診との同時実施が可能となるなど、被扶養者がより受診しやすい環境としました。2021年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により、実施率、受診者数ともに下降（減少）した2020年度から回復し、被扶養者の特定健診実施率は26.2%（対前年度＋4.9%ポイント）、受診者数は110万2千人（対前年度＋19万人、＋20.8%ポイント）となり、実施率については、過去最高となりました。

［特定健診の実績（被扶養者）］

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	前年度比（増減）
年度末対象者数	4,317,704人	4,318,595人	4,329,100人	4,281,922人	4,201,228人	▲80,694人
受診者数	999,998人	1,054,920人	1,103,726人	912,303人	1,102,470人	190,167人
実施率	23.2%	24.4%	25.5%	21.3%	26.2%	4.9%

○　自治体の集団健診等との同時実施が困難な地域や健診機関が少ない地域、自治体の集団健診が行われない時期を中心に、協会が主催する集団健診を行うことにより、特定健診の推進に努めています。また、ショッピングモールや地域の催し等で集団健診を実施するなど、日常の中で健診が受けられるような機会をつくることにも努めています。このほかにも、関心の高い骨密度測定、血管年齢測定、肌年齢測定等の「オプション健診」を特定健診と併せて実施する等、受診者数の増加に努めました（オプション健診は2019年度より全支部で実施）。その結果、2021年度は協会主催の集団健診を865市区町村で実施し、217,781人（前年度比＋9.3%ポイント）が受診しました。

［特定健診とがん検診の同時実施状況（2021年度）］（事業報告書　P79）



[第３期特定健康診査等実施計画（特定健診）]

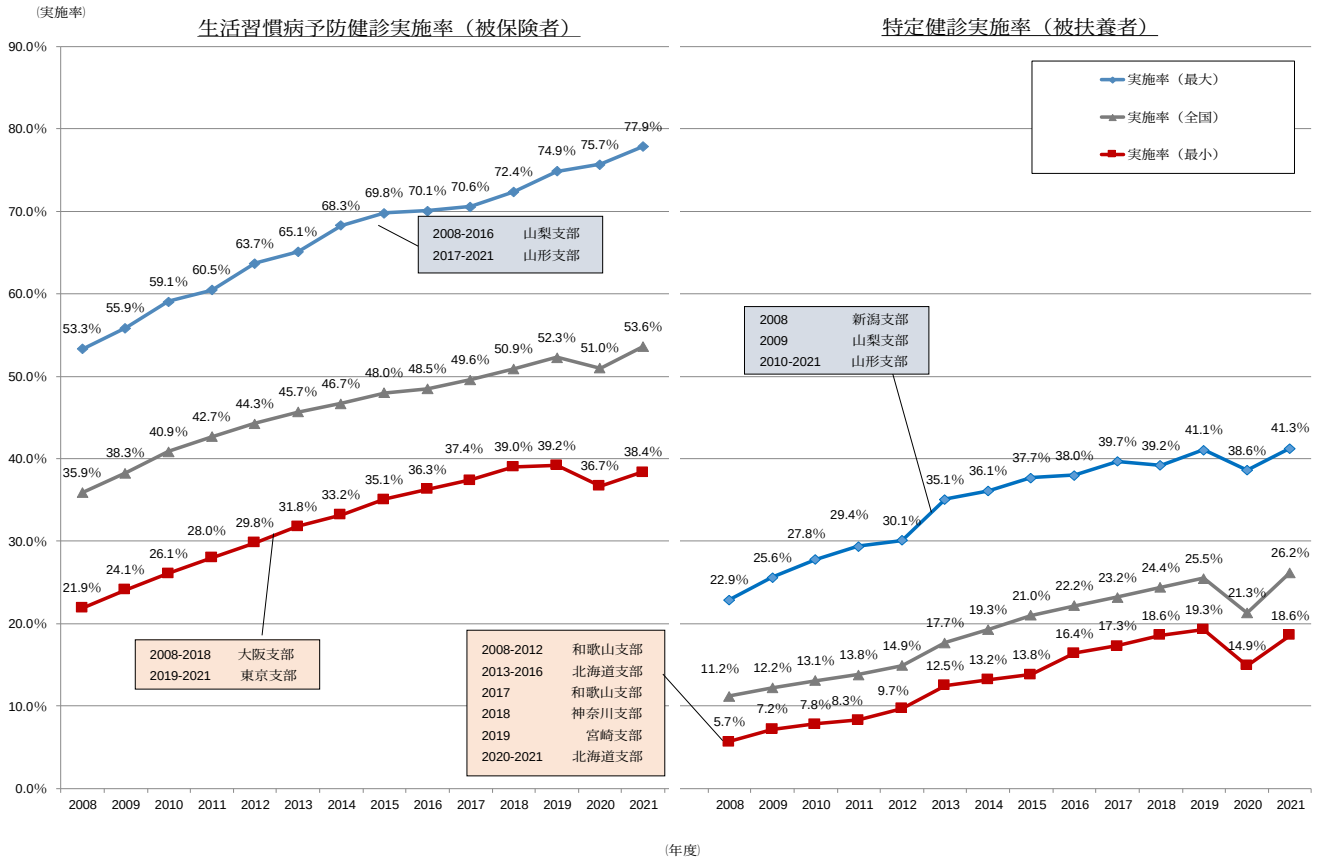
区　分		平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)
被保険者	対象者数	14,630,000人 (15,212,870人)	14,560,000人 (15,979,774人)	14,490,000人 (16,210,164 人)	14,400,000人 (16,518,519人)	14,310,000人	14,220,000人
	実施率 実施者数	(58.0%) 57.8%	(60.0%) 60.9%	(59.0%) 63.9%	(62.1%) 67.1%	70.3%	73.6%
		8,460,000人 (8,817,120人)	8,860,000人 (9,580,351人)	9,260,000人 (9,562,859人)	9,660,000人 (10,260,865人)	10,060,000人	10,460,000人
	生活習慣病 予防健診	(50.9%) 50.9%	(52.3%) 53.4%	(51.0%) 55.9%	(53.6%) 58.5%	61.2%	63.9%
		7,440,000人 (7,743,960人)	7,770,000人 (8,359,655人)	8,100,000人 (8,273,160人)	8,430,000人 (8,859,458人)	8,760,000人	9,090,000人
	事業者健診	(7.1%) 7.0%	(7.6%) 7.5%	(8.0%) 8.0%	(8.5%) 8.5%	9.1%	9.6%
		1,020,000人 (1,073,160人)	1,090,000人 (1,220,696人)	1,160,000人 (1,289,699人)	1,230,000人 (1,401,407人)	1,300,000人	1,370,000人
被扶養者	対象者数	4,180,000人 (4,318,595人)	4,160,000人 (4,329,100人)	4,140,000人 (4,281,922人)	4,120,000人 (4,201,228人)	4,100,000人	4,080,000人
	実施率 実施者数	(24.4%) 25.8%	(25.5%) 27.6%	(21.3%) 29.5%	(26.2%) 31.3%	33.2%	35.0%
		1,080,000人 (1,054,920人)	1,150,000人 (1,103,726人)	1,220,000人 (912,303人)	1,290,000人 (1,102,470人)	1,360,000人	1,430,000人
合計	対象者数	18,810,000人 (19,531,465人)	18,720,000人 (20,308,874人)	18,630,000人 (20,492,086 人)	18,520,000人 (20,719,747 人)	18,410,000人	18,300,000人
	実施率 実施者数	(50.5%) 50.7%	(52.6%) 53.5%	(51.1%) 56.3%	(54.8%) 59.1%	62.0%	65.0%
		9,540,000人 (9,872,040人)	10,010,000人 (10,684,077人)	10,480,000人 (10,475,162人)	10,950,000人 (11,363,335人)	11,420,000人	11,890,000人

※ 表中の（ ）内は実績値。
※ 対象者数は、28年度実績をもとに、年齢階級別の日本の人口に占める協会の加入者数等の割合を一定として推計。

［健診実施率の推移］（事業報告書　P80）

○　2021年度の生活習慣病予防健診実施率は、全国で53.6%、最大は山形支部の77.9%、最小は東京支部の38.4%でした。また、被扶養者の特定健診実施率は全国で26.2%、最大は山形支部の41.3%、最小は北海道支部の18.6%でした。

○　健診実施率については、最大と最小の支部で格差はあるものの、協会発足以降の保健事業に関する各種取組の推進により、2019年度までは着実に上昇（増加）していました。2020年度は新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、健診を一時中止したこと等から、下降（減少）に転じましたが、2021年度は新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえつつ、受診環境の確保･拡大に向けた取組等を進めたことにより、2020年度の落ち込みから回復し、2019年度を上回りました。



［健診･保健指導カルテ（一部抜粋）］

＜2020年度＞

No.	支部	■被保険者																																					
		健診実施率(%)		生活習慣病予防健診実施率(%)		事業者健診データ取得率(%)		受入体制 1人当たり健診機関受入可能人数(人)		事業所規模 被保険者100人以上事業所実施率(%)			被保険者50-99人事業所実施率(%)			被保険者10-49人事業所実施率(%)			被保険者5-9人事業所実施率(%)			被保険者5人未満事業所実施率(%)			新規適用事業所規模 新規適用事業所の実施率(%)			被保険者100人以上事業所実施率(%)			被保険者50-99人事業所実施率(%)			被保険者10-49人事業所実施率(%)			被保険者5-9人事業所実施率(%)			被保険者5人未満事業所実施率(%)		
		偏差値(※1)	指標数値(※2)	偏差値	指標数値	偏差値	指標数値	偏差値	指標数値	偏差値	指標数値	影響度(※3)	偏差値	指標数値	影響度	偏差値	指標数値	影響度	偏差値	指標数値	影響度	偏差値	指標数値	影響度	偏差値	指標数値	影響度	偏差値	指標数値	影響度	偏差値	指標数値	影響度	偏差値	指標数値	影響度	偏差値	指標数値	影響度	偏差値	指標数値	影響度
1	北海道	48	57.0	46	48.0	53	9.1	39	55.8	52	71.1	+0.4	49	69.4	-0.1	42	58.3	-2.0	38	38.6	-1.2	43	23.5	-0.8	45	14.1	-4.7	51	32.6	+0.1	47	24.5	-0.5	44	25.3	-1.1	42	10.9	-0.8	45	8.4	-0.9
2	青森	63	69.5	61	59.5	56	9.9	43	67.0	57	75.0	+1.5	54	73.5	+0.4	53	66.5	+0.7	56	53.4	+0.6	59	35.6	+0.8	52	20.5	+1.8	59	61.8	+2.7	-	-	-	44	24.2	-1.3	61	22.3	+1.6	55	11.7	+0.8
3	岩手	60	67.4	56	55.8	60	11.6	42	65.3	53	71.5	+0.5	57	75.0	+0.7	60	71.9	+2.7	62	58.8	+1.3	67	40.7	+1.4	61	28.6	+9.9	66	86.7	+3.9	57	50.4	+1.8	57	41.3	+1.7	48	14.7	-0.2	65	14.6	+2.1
4	宮城	65	71.5	68	65.0	46	6.5	51	91.6	61	77.4	+2.4	61	77.9	+0.9	58	70.5	+1.9	61	57.3	+1.1	66	40.5	+1.7	51	19.5	+0.7	41	0.0	-1.3	54	44.2	+0.5	51	33.5	+0.2	57	20.1	+0.7	62	13.8	+2.1
5	秋田	62	69.3	49	50.6	80	18.8	39	54.5	61	77.7	+2.1	65	80.8	+1.3	54	67.1	+1.0	50	48.8	+0.1	58	34.3	+0.6	41	11.2	-7.5	42	2.0	-1.7	67	77.1	+1.8	29	5.4	-5.4	44	11.9	-0.7	46	9.0	-0.6
6	山形	80	84.4	81	75.7	52	8.7	54	100.4	78	89.8	+5.8	75	88.0	+2.5	80	86.1	+7.1	82	75.4	+3.3	89	56.7	+3.5	60	27.0	+8.3	-	-	-	-	-	-	66	53.8	+3.4	78	32.5	+3.6	77	18.1	+5.0
7	福島	57	65.0	59	58.1	47	6.9	43	65.8	60	76.7	+1.8	51	71.3	+0.1	50	64.3	-0.0	52	50.0	+0.2	56	33.4	+0.7	49	18.2	-0.5	69	98.8	+2.7	48	26.7	-0.5	41	20.6	-2.0	53	17.7	+0.4	52	10.5	+0.2
8	茨城	57	65.1	54	54.5	58	10.7	40	56.8	55	73.0	+0.9	48	69.0	-0.1	48	62.7	-0.6	51	49.5	+0.1	51	29.6	+0.1	43	12.4	-6.4	41	0.0	-1.0	40	6.8	-1.5	50	33.2	+0.1	46	13.1	-0.5	46	8.8	-0.7
9	栃木	62	69.3	65	63.0	45	6.3	68	146.0	55	73.3	+0.9	55	73.6	+0.4	55	68.2	+1.2	54	52.1	+0.5	53	30.7	+0.3	53	21.0	+2.2	66	88.3	+5.1	37	0.0	-0.6	46	27.2	-0.7	49	15.0	-0.1	56	12.0	+1.1
10	群馬	56	63.7	55	55.1	52	8.6	53	99.5	52	70.8	+0.3	47	68.3	-0.2	51	65.1	+0.2	47	46.0	-0.3	50	28.8	-0.0	43	12.6	-6.2	47	19.0	-0.9	38	3.1	-0.8	44	24.5	-0.8	50	15.5	-0.0	48	9.4	-0.4
11	埼玉	38	49.1	38	41.4	49	7.7	34	38.4	42	63.4	-1.7	37	60.8	-1.0	36	53.9	-3.1	38	38.2	-1.3	40	21.9	-1.3	46	15.4	-3.3	58	59.3	+2.5	43	15.9	-0.6	43	23.9	-1.3	43	11.6	-0.5	42	7.7	-1.4
12	千葉	46	56.0	53	53.7	34	2.3	37	47.4	35	58.7	-2.2	36	60.3	-1.0	34	52.6	-3.7	35	36.1	-1.9	40	21.6	-1.6	46	15.5	-3.3	54	43.5	+0.8	47	25.3	-0.4	46	27.3	-0.9	45	12.9	-0.4	45	8.7	-0.8
13	東京	26	39.1	32	36.7	35	2.4	77	173.2	39	61.7	-3.6	41	63.7	-0.5	42	58.9	-1.1	45	44.2	-0.4	45	25.0	-0.7	44	13.8	-4.9	44	10.0	-7.1	52	38.0	+0.2	49	31.7	-0.1	49	14.9	-0.1	46	9.0	-0.5
14	神奈川	44	53.8	51	51.7	34	2.1	58	114.1	35	58.1	-3.1	42	64.6	-0.6	39	56.3	-2.2	42	41.8	-0.8	42	23.3	-1.3	49	18.2	-0.5	59	63.6	+2.2	53	40.9	+0.2	50	32.1	-0.1	50	15.4	-0.0	51	10.4	+0.2
15	新潟	72	77.7	71	67.9	55	9.8	53	99.6	64	79.7	+3.0	73	86.5	+2.1	74	81.7	+5.7	74	68.7	+2.5	75	46.7	+2.3	66	32.6	+13.9	55	47.3	+7.3	37	0.0	-0.7	58	43.3	+1.2	63	23.4	+0.7	63	14.0	+1.3
16	富山	72	77.4	69	66.1	59	11.3	47	78.1	73	86.5	+5.1	71	85.2	+2.2	72	80.3	+5.2	71	66.2	+2.0	70	43.3	+1.7	40	9.9	-8.8	42	1.1	-18.0	65	72.2	+1.2	45	26.2	-0.4	74	30.3	+0.8	66	14.8	+1.1
17	石川	61	67.9	54	54.2	66	13.6	43	68.5	69	83.1	+4.1	63	79.7	+1.2	61	72.7	+2.7	60	57.1	+1.0	55	32.8	+0.5	52	20.8	+2.1	52	39.5	+0.8	56	48.7	+1.4	43	23.0	-1.6	53	17.3	+0.2	59	12.8	+1.4
18	福井	64	70.8	62	60.6	56	10.2	44	69.5	66	81.5	+2.9	71	85.2	+1.9	64	74.6	+3.5	61	57.4	+1.2	60	36.1	+1.1	52	20.8	+2.1	41	0.0	-0.7	-	-	-	59	43.8	+2.5	67	26.0	+2.1	50	10.1	+0.0
19	山梨	70	75.8	76	71.3	40	4.5	45	74.1	67	81.7	+2.7	64	80.5	+1.4	67	76.9	+4.2	65	60.7	+1.7	67	41.0	+2.1	59	26.8	+8.1	-	-	-	53	41.7	+0.9	68	56.6	+3.6	69	27.4	+1.9	69	16.0	+3.4
20	長野	61	68.1	54	53.9	68	14.2	40	58.2	65	80.5	+3.1	59	76.5	+0.8	61	72.7	+2.6	58	54.9	+0.8	56	33.1	+0.7	73	39.0	+20.3	62	73.3	+6.9	71	88.7	+2.1	80	72.1	+8.9	67	25.8	+1.1	50	10.1	+0.0
21	岐阜	55	63.6	54	54.4	53	9.2	36	45.8	70	84.2	+4.9	57	75.2	+0.6	61	72.7	+2.4	54	51.9	+0.4	53	31.2	+0.3	78	43.3	+24.5	67	90.6	+20.8	49	31.7	-0.1	58	43.1	+1.0	45	12.9	-0.3	54	11.4	+0.5
22	静岡	60	67.4	63	61.1	45	6.3	46	77.3	54	72.4	+0.7	54	72.8	+0.3	56	69.0	+1.5	56	53.4	+0.7	56	32.9	+0.7	56	24.3	+5.6	57	56.3	+3.6	53	40.7	+0.3	52	35.4	+0.6	49	15.3	-0.1	54	11.4	+0.6
23	愛知	46	55.5	43	45.5	56	10.0	40	56.6	44	64.8	-1.5	44	65.7	-0.5	49	63.5	-0.3	53	50.6	+0.3	53	30.9	+0.3	57	25.1	+6.4	61	69.5	+6.1	52	38.6	+0.3	49	31.2	-0.2	46	13.2	-0.3	54	11.2	+0.6
24	三重	64	70.8	65	63.0	50	7.8	49	84.7	57	74.6	+1.4	62	78.8	+1.2	61	72.7	+2.7	61	57.6	+1.1	60	35.7	+1.0	54	21.9	+3.1	67	92.8	+2.5	46	22.8	-0.3	47	28.1	-1.0	59	21.0	+0.8	65	14.5	+2.5
25	滋賀	70	75.5	67	64.3	59	11.2	45	72.9	61	77.5	+1.8	61	77.9	+1.1	61	72.3	+2.5	63	59.5	+1.5	52	30.2	+0.2	65	32.0	+13.3	71	104.5	+11.8	46	22.3	-0.8	41	20.9	-2.6	56	19.5	+0.4	69	15.9	+2.6
26	京都	57	65.2	58	57.7	49	7.5	47	80.8	61	77.5	+2.7	62	79.3	+1.0	60	71.8	+2.1	54	51.6	+0.4	49	28.1	-0.1	46	15.3	-3.4	41	0.0	-1.3	50	33.5	+0.0	42	22.1	-2.0	57	20.0	+0.5	55	11.7	+1.0
27	大阪	34	45.6	35	39.3	45	6.3	48	81.3	38	60.6	-3.0	35	59.7	-1.2	33	52.5	-3.2	39	39.4	-1.0	43	23.5	-0.9	46	14.9	-3.9	51	33.7	+0.4	42	12.3	-0.9	46	28.0	-0.6	46	13.2	-0.3	41	7.4	-1.5
28	兵庫	51	59.7	53	53.7	44	6.0	75	165.7	46	66.6	-0.9	51	70.7	+0.1	51	65.2	+0.2	50	48.4	-0.0	48	27.3	-0.2	49	18.1	-0.6	47	19.6	-1.1	55	45.7	+0.8	56	40.1	+1.0	49	14.9	-0.1	49	9.9	-0.1
29	奈良	52	60.7	43	45.8	69	14.9	37	48.4	63	78.8	+2.5	44	65.6	-0.7	49	63.6	-0.2	39	38.9	-1.2	42	22.8	-1.0	57	24.8	+6.1	58	59.0	+2.2	59	56.8	+2.5	57	42.1	+1.7	41	10.3	-0.8	52	10.7	+0.3
30	和歌山	50	59.2	45	46.7	63	12.5	40	58.1	57	74.4	+1.3	61	78.1	+1.0	51	64.9	+0.2	46	45.1	-0.4	45	25.1	-0.6	48	16.8	-1.9	-	-	-	58	53.9	+2.2	51	34.1	+0.3	34	6.0	-1.5	42	7.6	-1.4
31	鳥取	54	61.9	57	56.3	44	5.7	43	68.5	43	64.5	-1.5	42	64.8	-0.7	50	64.1	-0.1	56	53.9	+0.6	61	37.0	+1.1	64	30.5	+11.8	69	97.8	+15.8	37	0.0	-3.4	43	23.9	-1.0	42	11.0	-0.8	41	7.5	-1.0
32	島根	70	75.5	66	64.0	60	11.5	42	65.3	66	81.1	+3.0	67	82.3	+1.7	68	77.2	+4.4	72	66.8	+2.4	76	47.7	+2.4	58	25.6	+6.9	45	13.3	-1.7	78	106.3	+3.9	57	42.1	+2.7	43	11.3	-0.6	57	12.2	+0.9
33	岡山	61	68.0	56	55.9	62	12.1	50	89.8	60	76.7	+2.3	52	71.4	+0.1	54	67.4	+0.9	53	50.7	+0.3	57	33.8	+0.7	52	20.5	+1.8	48	23.5	-1.7	53	40.4	+0.3	60	45.2	+1.9	43	11.5	-0.4	54	11.3	+0.6
34	広島	50	58.7	51	51.6	48	7.1	49	85.2	59	76.2	+2.4	51	71.2	+0.1	52	65.9	+0.4	47	45.8	-0.3	49	28.1	-0.1	42	12.0	-6.7	41	0.2	-4.4	38	1.5	-1.9	60	46.2	+1.6	44	11.8	-0.5	46	8.8	-0.7
35	山口	60	67.3	52	52.6	69	14.7	62	126.5	48	68.2	-0.4	45	66.4	-0.5	53	66.5	+0.7	50	48.8	+0.0	51	29.3	+0.1	48	17.0	-1.8	-	-	-	37	0.0	-1.4	60	46.1	+2.5	57	19.8	+0.7	44	8.2	-1.1
36	徳島	57	65.2	48	49.5	72	15.8	39	53.2	64	79.9	+2.8	55	73.6	+0.5	51	65.5	+0.3	45	44.7	-0.5	49	28.3	-0.1	58	25.9	+7.2	-	-	-	-	-	-	65	52.8	+6.1	70	27.5	+2.4	46	8.9	-0.6
37	香川	49	58.0	46	47.9	56	10.1	46	76.3	51	70.2	+0.2	46	67.5	-0.4	49	63.4	-0.3	48	46.5	-0.2	51	29.4	+0.1	50	19.0	+0.3	-	-	-	-	-	-	54	37.7	+1.0	61	22.3	+1.1	59	12.9	+1.9
38	愛媛	57	64.6	60	59.1	43	5.5	62	127.2	71	84.7	+4.7	62	79.2	+1.0	58	70.5	+1.8	51	49.1	+0.1	53	31.2	+0.3	89	52.2	+33.4	65	84.2	+23.9	56	48.1	+1.5	62	48.9	+1.5	58	20.7	+0.5	56	12.0	+0.5
39	高知	65	71.7	66	63.6	50	8.1	46	75.4	57	74.7	+1.5	57	75.3	+0.7	68	77.5	+4.2	69	64.6	+2.1	68	41.6	+1.7	63	29.8	+11.0	-	-	-	-	-	-	76	67.1	+5.5	68	26.4	+1.8	88	21.7	+7.8
40	福岡	51	60.2	52	52.4	49	7.8	51	91.2	54	72.4	+1.0	49	69.7	-0.1	47	61.9	-0.7	48	46.8	-0.2	48	27.7	-0.2	45	14.7	-4.0	45	11.4	-1.2	47	25.3	-0.6	44	25.0	-1.5	46	13.5	-0.3	50	10.0	-0.0
41	佐賀	57	64.9	63	61.6	37	3.4	52	95.4	59	76.4	+1.9	42	64.9	-0.8	50	64.4	-0.0	50	48.3	-0.0	52	30.2	+0.2	61	27.8	+9.1	68	96.4	+5.8	38	1.9	-1.8	65	52.2	+4.2	53	17.7	+0.3	52	10.6	+0.2
42	長崎	58	65.4	55	54.9	57	10.5	65	137.3	69	83.3	+3.4	56	74.3	+0.6	49	63.9	-0.2	52	50.0	+0.2	50	28.6	-0.0	54	21.8	+3.1	70	102.1	+5.2	-	-	-	41	20.9	-2.6	58	20.4	+0.9	54	11.3	+0.6
43	熊本	60	67.1	60	58.6	51	8.5	44	71.4	63	78.7	+2.8	54	73.2	+0.3	61	72.4	+2.4	62	58.5	+1.3	65	39.3	+1.5	49	17.9	-0.8	-	-	-	43	15.0	-0.4	58	42.8	+1.4	54	17.9	+0.4	58	12.6	+1.6
44	大分	69	75.2	68	64.9	57	10.3	67	143.4	68	83.0	+3.3	65	81.3	+1.6	67	76.4	+3.9	64	59.7	+1.5	62	37.2	+1.3	70	36.0	+17.3	58	59.6	+10.5	37	0.0	-0.2	55	38.8	+0.5	64	24.3	+1.4	78	18.7	+3.3
45	宮崎	55	63.1	57	56.6	46	6.5	49	84.4	61	77.2	+2.1	46	67.6	-0.3	51	65.1	+0.2	53	51.3	+0.4	55	32.4	+0.5	51	19.9	+1.2	-	-	-	59	57.1	+0.4	53	37.2	+0.8	62	23.1	+1.5	58	12.5	+1.4
46	鹿児島	51	60.2	52	52.5	49	7.7	37	48.4	48	68.3	-0.3	37	61.2	-1.2	47	62.1	-0.7	48	46.5	-0.2	49	28.1	-0.1	42	11.8	-6.9	-	-	-	-	-	-	37	15.1	-2.6	42	10.7	-1.0	54	11.4	+0.9
47	沖縄	59	66.6	63	61.3	43	5.4	50	88.7	60	76.7	+2.0	57	75.2	+0.6	54	67.0	+0.9	53	51.3	+0.4	56	33.0	+0.6	55	23.5	+4.7	-	-	-	61	62.0	+1.8	52	35.7	+0.6	65	24.8	+1.9	60	13.2	+1.6
99	全国	50	59.0	50	51.0	50	8.0	50	89.0	50	69.5	-	50	70.3	-	50	64.4	-	50	48.5	-	50	28.8	-	50	18.7	-	50	30.8	-	50	33.1	-	50	32.6	-	50	15.7	-	50	10.1	-

2．戦略的保険者機能関係
①ⅱ）特定保健指導の実施率及び質の向上

事業計画

○　健診実施機関等への外部委託による特定保健指導の更なる推進を図り、健診･保健指導を一貫して行うことができるよう健診当日の初回面談の実施を推進する。また、実施率への影響が大きいと見込まれる事業所等を選定し、重点的かつ優先的に利用勧奨を行う。併せて、情報通信技術を活用すること等により、特定保健指導対象者の更なる利便性の向上を図る。
○　2018（平成30）年度からの特定保健指導の実施方法の見直しにより可能となった新たな手法による特定保健指導を引き続き実施するとともに、効果検証を行う。
○　特定保健指導の質の向上のため、アウトカム指標の設定及び身体活動･運動に関する指導マニュアル等の作成に着手する。
○　また、事業主や加入者のニーズにより沿った保健事業を提供できるよう、企画立案能力等の向上を目指した協会保健師の育成プログラムの策定に着手する。

【KPI】
①　被保険者の特定保健指導の実施率を25.0%以上とする
②　被扶養者の特定保健指導の実施率を 8.0%以上とする

※評価欄の判定基準は、S･A･B･C･Dの5段階評価
【判定基準】「S」：令和3年度計画を量的及び質的に上回る顕著な成果が得られていると認められる（対計画値120%以上で、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合、又は、対計画値100%以上で、かつ目標において困難度が「高」とされており、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合）。「A」：令和3年度計画を上回る成果が得られていると認められる（対計画値120%以上、又は、対計画値100%以上で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「B」：令和3年度計画を達成していると認められる（対計画値100%以上 、又は、対計画値80%以上100%未満で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「C」：令和3年度計画を下回っており、改善を要する（対計画値80%以上100%未満、又は対計画値80%未満で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「D」：令和3年度計画を下回っており、業務の廃止を含めた抜本的な改善を求める（対計画値80%未満、又は主務大臣が業務運営の改善その他必要な措置を講ずることを命じる必要があると認めた場合）。

自己評価：C

【困難度：高】

【困難度の理由】
○　健診受診者の増加に伴い、分母の特定保健指導対象者数（2,127千人）が第三期特定健康診査等実施計画の見込み（2021年度：2,038千人）を超えて大幅に増加（+4.4%ポイント）しており、当初の予定より分子となる特定保健指導実施者数を大幅に増加させる必要があることから、困難度が高い。

【自己評価の理由】

○ 2021（令和3）年度のKPIは以下のとおり。
① 被保険者の特定保健指導の実施率を25.0%以上とする
② 被扶養者の特定保健指導の実施率を 8.0%以上とする

○ 上記KPIに対する実績値及び達成状況は以下のとおり。
① 被保険者の特定保健指導の実施率：18.2%（対計画値72.8%）
② 被扶養者の特定保健指導の実施率：12.8%（対計画値160.0%）

○ また、第三期特定健康診査等実施計画では、被保険者と被扶養者を合算した**2021年度の加入者全体の実施率について、24.1%以上を目標値として設定しているが、実績は18.0%（対計画値74.7%）であった。**

○ **加入者全体の達成状況を判定基準に照らし合わせた場合の自己評価は「D」となるが、日本年金機構の適用拡大等による加入者数の増加等により、対象者数が第三期特定健診等実施計画の当初の見込みから4.4%ポイント増加する中での目標達成は困難であったことなどを鑑み、自己評価は「C」とする。**

○ なお、特定保健指導の実施率及び質の向上のため、以下の取組を実施している。

・協会では、特定保健指導実施率の向上を図るため、各種ツールを活用した特定保健指導の利用勧奨を行うとともに、2018年度からの特定保健指導の制度見直しを契機とした外部委託の更なる推進、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔面談の実施、特定保健指導の新手法の継続的な実施及び特定保健指導の質を向上させるための取組等を行った。

・また、道路貨物運送業や職業紹介･労働者派遣業等、職務上の性質から時間や場所に制約の多い業態では特定保健指導実施率が低い傾向にあることから、後述のコラボヘルスの推進において、業界団体（公益社団法人全日本トラック協会、公益社団法人日本バス協会、一般社団法人全国ハイヤー･タクシー連合会、一般社団法人日本人材派遣協会）に対し、特定健診･特定保健指導の実施率等の向上に向けた広報等の協力依頼を行った。

・健診当日の初回面談に対応していない健診機関に対しては、健診当日の初回面談の実施について働きかけを行うとともに、既に健診当日の初回面談に対応している健診機関には、更なる実施率の向上にむけて、支部の幹部職員等による健診機関への訪問を実施し、実施体制の状況を確認しながら働きかけを行った。本部においても、特定保健指導実施に係る契約未締結の健診機関や、契約締結済の健診機関のうち特定保健指導実施率が低い健診機関に対する支部からのアプローチが円滑に実施できるようにするため、関係団体に協力依頼を行った。関係団体からは、協会の支部から特定保健指導実施機関としての契約締結及び健診当日の特定保健指導の推進についての個別の要請が行われた場合の積極的な協力について、会員の健診機関に周知が行われた。

・新たな特定保健指導の手法の検討については、積極的支援対象者に対する特定保健指導について、支援内容や回数にとらわれず、一定の効果（腹囲2㎝減かつ体重2kg減）が得られた場合（以下「モデル要件」という。）は積極的支援を終了することができる「モデル実施」を、協会保健師等が行う指導で実施した。この結果、2021年度に積極的支援を終了した44,248人のうち、13,721人（31.0%）がモデル要件で終了した。また、2020年度実施分における効果検証の結果では、モデル要件で終了した者が最も効果が高い結果であった。

・2024（令和6）年度からの3年間の中期行動計画である「保険者機能強化アクションプラン（第6期）」を見据え、特定保健指導の実施率であるアウトプット指標に加えて、特定保健指導の成果に着目した「アウトカム指標の導入」に向けた検討に着手した。

・第5期アクションプランにおける保健事業の推進に向けて、保健事業に係る企画立案･調整･組織管理等を遂行するために必要な資質と意欲を有する協会の保健師を育成するための「保健師キャリア育成課程」を開始した。

・被扶養者の特定保健指導については、健診当日に初回面談を受診することができるよう、特定保健指導の利用券を兼ねた特定健診の受診券（セット券）を発行して健診機関への委託による実施を推進したほか、特定健診･がん検診から特定保健指導まで一連の保健事業を市区町村と連携しながら推進するとともに、地域の公民館等における集団健診等、様々な機会を提供することにより、利用者の利便性の向上に努めた。

・なお、KPIのうち、被扶養者の特定保健指導の実施率については、2019（令和元）年度及び2020（令和2）年度の達成状況（次頁参照）を鑑み、2022（令和4）年度のKPIは14.7%以上とした。

［第３期特定健康診査等実施計画（特定保健指導）］

区　分		平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）	令和5年度 （2023年度）
被保険者	対象者数	1,688,000人 （1,785,562人）	1,769,000人 （1,925,493人）	1,849,000人 （1,967,887人）	1,930,000人 （2,031,511人）	2,011,000人	2,091,000人
	実施率 実施者数	15.0% （16.6%） 253,000人 （296,194人）	17.4% （18.0%） 308,000人 （346,992人）	21.3% （15.5%） 394,000人 （305,886人）	25.0% （18.2%） 482,000人 （369,942人）	30.1% 605,000人	36.4% 761,000人
被扶養者	対象者数	91,000人 （91,645人）	96,000人 （95,253人）	102,000人 （81,993人）	108,000人 （95,352人）	113,000人	119,000人
	実施率 実施者数	5.0% （5.4%） 5,000人 （4,956人）	6.0% （11.8%） 6,000人 （11,210人）	7.0% （13.1%） 7,000人 （10,780人）	8.0% （12.8%） 9,000人 （12,236人）	9.0% 10,000人	10.0% 12,000人
合計	対象者数	1,779,000人 （1,877,207人）	1,865,000人 （2,020,746人）	1,951,000人 （2,049,880人）	2,038,000人 （2,126,863人）	2,124,000人	2,210,000人
	実施率 実施者数	14.5% （16.0%） 258,000人 （301,150人）	16.8% （17.7%） 314,000人 （358,202人）	20.6% （15.4%） 401,000人 （316,666人）	24.1% （18.0%） 491,000人 （382,178人）	29.0% 615,000人	35.0% 773,000人

※表中（ ）内の数値は実績値。

※対象者数は、特定健診実施者数（計画値）をもとに推計。

【事業計画の達成状況】

＜被保険者の保健指導＞ （事業報告書　P83～P88）

○　2021年度の被保険者の特定保健指導実施率は、2020年度の実施率15.5%から2.7%ポイント増加し、18.2%となりました。また、実施者数は、初回面談実施者数457,610人（対前年度：+15.1%ポイント）、実績評価者数369,942人（対前年度：+20.9%ポイント）となりました。

			2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	前年度比(増減)
保健指導対象者数			1,657,209人	1,785,562人	1,925,493人	1,967,887人	2,031,511人	63,624人
特定保健指導	初回面談	協会実施	215,803人	236,598人	232,832人	188,806人	214,931人	26,125人
		外部委託	99,998人	148,864人	196,542人	208,616人	242,679人	34,063人
		計	315,801人	385,462人	429,374人	397,422人	457,610人	60,188人
	実績評価	協会実施	156,016人	195,012人	200,387人	147,107人	181,232人	34,125人
		外部委託	71,008人	101,182人	146,605人	158,779人	188,710人	29,931人
		計	227,024人	296,194人	346,992人	305,886人	369,942人	64,056人
	実施率		13.7%	16.6%	18.0%	15.5%	18.2%	2.7%
その他保健指導※1			90,808人	73,898人	71,001人	124,746人	140,657人	15,911人
保健指導人員体制	保健師		470人	470人	467人	455人	426人	▲ 29人
	管理栄養士		232人	242人	252人	254人	246人	▲ 8人
	計		702人	712人	719人	709人	672人	▲ 37人

※1　「その他の保健指導」とは、特定保健指導対象者以外の方への保健指導です。

[外部委託の推進]

○　2021年度の委託契約機関数1,311機関（対前年度：+48機関）のうち、健診当日に初回面談を実施する機関数は1,195機関（対前年度：+51機関）となり、委託契約機関の91.2%（対前年度：+0.6%ポイント）を占めています。

（単位：機関）

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

※保健指導の外部委託については、2010年度から実施。
※①-2の分割実施は、制度見直しにより平成30年度から実施可能とされた。
※①-1と①-2の合計は特定保健指導の一括実施と分割実施の両方を実施する機関（2018年度：361機関、2019年度：550機関、2020年度：565機関、2021年度：588機関）があるため、①と一致しない。

[特定保健指導の新手法の導入]

○　特定保健指導の制度見直しにより、2018年度から、積極的支援対象者に対する特定保健指導について、支援内容や回数にとらわれない弾力的な方法による特定保健指導のモデル実施が可能とされ、一定の効果（腹囲2㎝減かつ体重2kg減）が得られた場合（以下「モデル要件」という。）は、積極的支援を終了することができるようになりました。

協会保健師等が実施する積極的支援において、モデル要件による終了時点の支援ポイント数を検証する「ポイント検証モデル」を実施し、2021年度にポイント検証モデルを実施した44,248人のうち13,721人（31.0%）がモデル要件で終了しました。

特定保健指導の質を向上させるための取組を見据え、引き続き、全支部においてポイント検証モデルを実施していくとともに、適宜効果検証を実施していくこととしています。

[特定保健指導の質を向上させるための取組]

○　2024年度からの3年間の中期行動計画である「保険者機能強化アクションプラン（第6期）」を見据え、特定保健指導の実施率であるアウトプット指標に加えて、特定保健指導の成果に着目した「アウトカム指標の導入」に向けた検討に着手しました。また、国においても、2024年度に第4期特定健康診査等実施計画が開始されることを見据え、これまでの取組の実績やその評価等を踏まえた効率的・効果的な実施方法等や、科学的な知見を踏まえた特定健診・特定保健指導に関する技術的な事項についての検討を行うため、協会を含む保険者の代表者等で構成された「第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会」が厚生労働省に設置され、協会からは、アウトカム指標の導入や特定保健指導の質の担保等に関する発言を行いました。

[保健師の育成プログラムの策定]

○　第5期アクションプランにおける保健事業の推進に向けて、保健事業に係る企画立案・調整・組織管理等を遂行するために必要な資質と意欲を有する協会の保健師を育成するための「保健師キャリア育成課程」を開始しました。2022（令和4）年度から2023（令和5）年度にかけて実施予定の当該育成課程では、以下の役割を担う保健師を育成することとしており、当該育成課程の実施結果を踏まえ保健師の育成体系についても検討することとしています。

＜保健師キャリア育成課程で目指すもの ＞

・特定保健指導の質の向上、質の管理に取り組む
・個別課題から地域等の健康課題への視点を生かした保健事業の企画・運営・評価を行う
・地域や保健医療関係団体、経済団体等への連携により保健事業を推進する
・効果的・効率的な保健事業を実施するための組織管理に取り組むこれらの役割を担う

＜被扶養者の保健指導＞ （事業報告書　P89～92）

○　2021年度の被扶養者の特定保健指導実施率は、2020年度の実施率13.1%から0.3%ポイント減少し、12.8%となったが、実施者数は初回面談実施者数15,295人（対前年度：+31.0%ポイント）、実績評価者数12,236人（対前年度：+13.5%ポイント）となっており、KPIを達成しました。

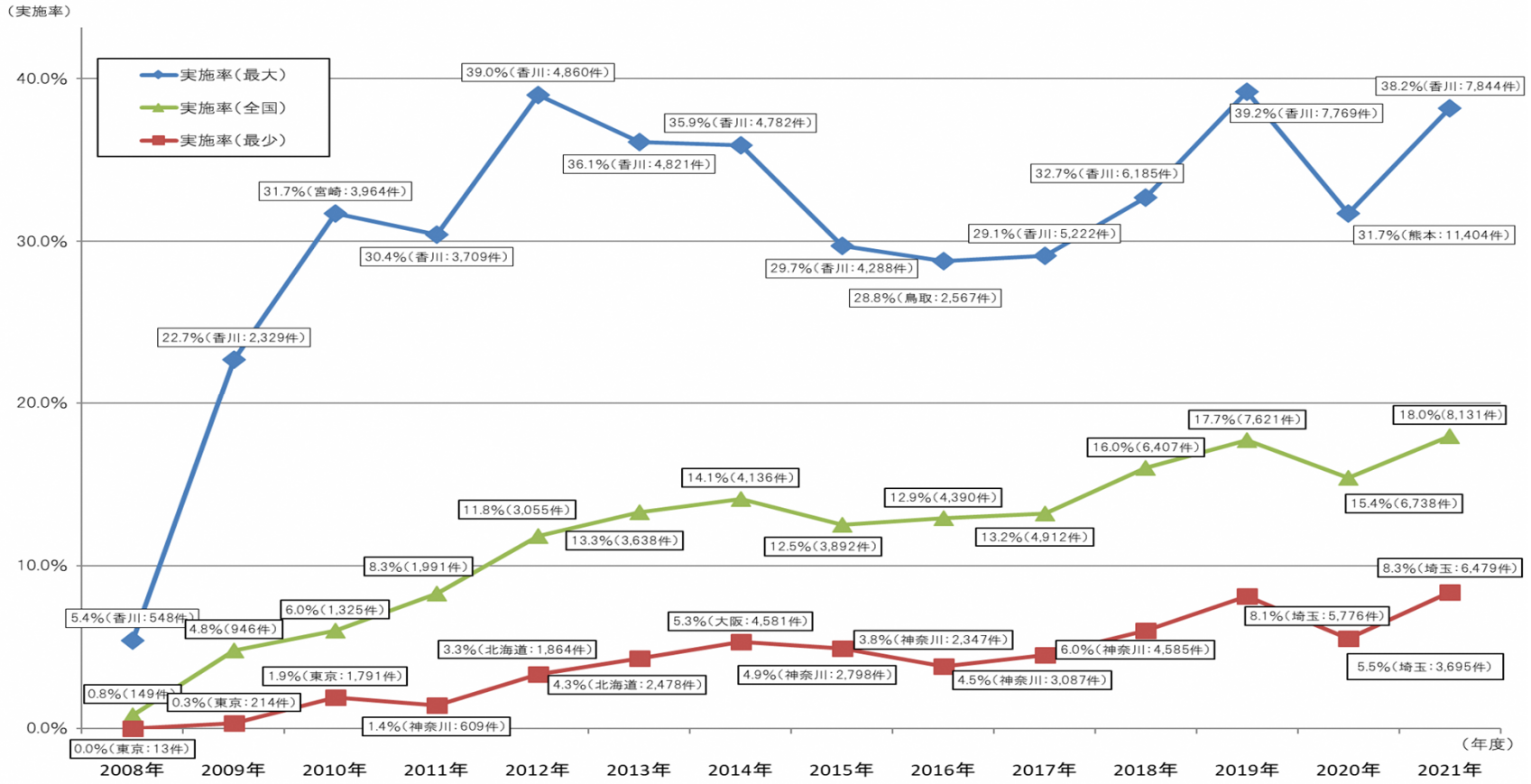
	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	前年度比（増減）
初回面談	4,798人	7,090人	14,866人	11,678人	15,295人	3,617人
実績評価	3,853人	4,956人	11,210人	10,780人	12,236人	1,456人
実施率	4.5%	5.4%	11.8%	13.1%	12.8%	▲0.3%

○　被扶養者への特定保健指導については、健診当日に初回面談を受診できるよう、特定保健指導の利用券を兼ねた特定健診の受診券（セット券）を発行しています。また、特定保健指導の実施にあたっては、健診機関や保健指導専門機関への委託による実施のほか、特定健診･がん検診から特定保健指導まで一連の保健事業を市区町村と連携しながら推進するとともに、地域の公民館等における集団健診等、様々な機会を提供することにより、利用者の利便性の向上に努めています。

[特定保健指導実施率の推移]　(事業報告書　P90)

○　2021年度の特定保健指導実施率は、全国で18.0%、最大は香川支部の38.2%、最小は埼玉支部の8.3%でした。

○　2021年度の実施者数は382,178人（対前年度+65,512人）と増加し、新型コロナウイルス感染症の感染拡大以前を上回る実績を達成しました。



全国健康保険協会業績評価シート

2. 戦略的保険者機能関係
①iii) 重症化予防対策の推進

事業計画

○ 未治療者に対する受診勧奨を確実に実施する。なお、現役世代の循環器疾患の重症化予防対策として、LDLコレステロール値など血圧値や血糖値以外の検査値等にも着目した受診勧奨の必要性について検討する。
○ また、かかりつけ医との連携等による糖尿病の重症化予防に取り組む。
【KPI】
○ 受診勧奨後3か月以内に医療機関を受診した者の割合を11.8%以上とする

※評価欄の判定基準は、S・A・B・C・Dの5段階評価
【判定基準】「S」:令和3年度計画を量的及び質的に上回る顕著な成果が得られていると認められる(対計画値120%以上で、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合、又は、対計画値100%以上で、かつ目標において困難度が「高」とされており、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合)。「A」:令和3年度計画を上回る成果が得られていると認められる(対計画値120%以上、又は、対計画値100%以上で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合)。「B」:令和3年度計画を達成していると認められる(対計画値100%以上、又は、対計画値80%以上100%未満で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合)。「C」:令和3年度計画を下回っており、改善を要する(対計画値80%以上100%未満、又は対計画値80%未満で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合)。「D」:令和3年度計画を下回っており、業務の廃止を含めた抜本的な改善を求める(対計画値80%未満、又は主務大臣が業務運営の改善その他必要な措置を講ずることを命じる必要があると認めた場合)。

自己評価:C

【自己評価の理由】
○ 2021(令和3)年度のKPIと、KPIに対する実績値及び達成状況は以下のとおり。

【KPI】 受診勧奨後3か月以内に医療機関を受診した者の割合を11.8%以上とする
【実績値及び達成状況】 受診勧奨後3か月以内に医療機関を受診した者の割合は10.5%(対計画値89.0%)

○ **達成状況を判定基準に照らし合わせ、自己評価は「C」とする。**

○ なお、重症化予防対策の推進のため、以下の取組を実施している。

・治療が必要と判断されながら医療機関を受診していない方に対して受診を促すため、一次勧奨として本部から勧奨文書を送付(407,490人)したのち、支部から電話や文書などによる二次勧奨(103,959人)を実施した。

・一次勧奨文書送付後6ヵ月以内では、67,447人(16.6%)の方が医療機関を受診した。

・現役世代の循環器疾患の重症化予防対策として、LDLコレステロール値等、血圧値や血糖値以外の検査値等に着目した受診勧奨について検討した。2022（令和4）年10月からの実施を見据え、受診勧奨項目等の具体案について、協会内に設置した受診勧奨に係る有識者会議に諮り、了承を得た。

・全支部において、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等の実施に向けて、県や市区町村、国保連合会等とも情報共有し調整を進めた結果、全支部で30,292件（対前年度5,700件増）の受診勧奨を行い、925件（対前年度2件増）の保健指導を実施した。

【事業計画の達成状況】

＜未治療者への受診勧奨業務＞（事業報告書　P93）

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

○　一次勧奨は、収縮期血圧等の数値が一定基準以上（受診勧奨対象域）であった方（※1）で、健診前月及び健診後3ヵ月以内に医療機関を未受診かつ健診時の問診で服薬なしと回答した方を対象として、健診受診月から概ね6ヵ月後に医療機関の受診を勧奨する文書を本部から送付しています。なお、送付する文書は、対象者の特性（新規･連続該当別、重症度別）ごとに記載内容を変えています。

○　二次勧奨の対象である重症域の方（※2）には、各支部において、電話･文書等の手法を交えながら、業務委託や事業所訪問等の工夫を凝らした方法で実施しています。

＜支部別（47支部）の二次勧奨実施方法（2021年度）＞

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

（※1）　収縮期血圧160mmHg以上、②拡張期血圧100mmHg以上、③空腹時血糖126mg/dl以上、④HbA1c6.5%以上のいずれかに該当する方

（※2）　収縮期血圧180mmHg以上、②拡張期血圧110mmHg以上、③空腹時血糖160mg/dl以上、④HbA1c8.4%以上のいずれかに該当する方

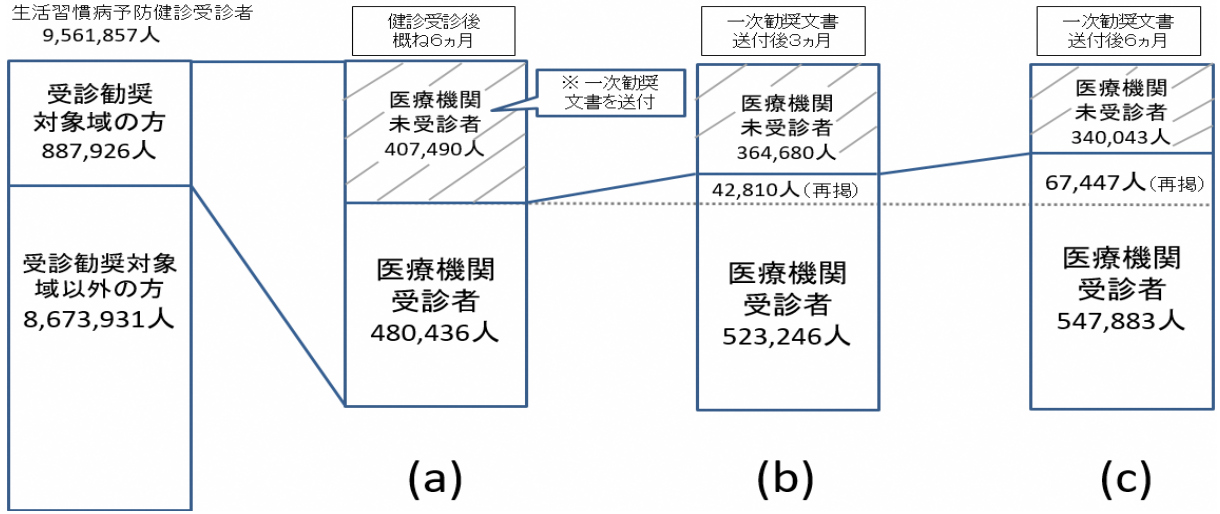
○　2021年4月から2022年3月までの間に生活習慣病予防健診を受診した約956万人を対象とし、そのうち407,490人（4.3%）の対象者の方に一次勧奨文書を送付した結果、42,810人（10.5%）の方が3ヵ月以内に医療機関を受診しました。

○ 一次勧奨文書を送付した407,490人のうち、新規に一次勧奨文書を送付した方が263,476人、2年以上連続して送付した方が144,014人でした。一次勧奨文書を送付した方のうち、二次勧奨の対象域に該当した方は、新規で送付した263,476人では46,552人（17.7%）、2年連続で送付した75,414人では23,157人（30.7%）、3年連続で送付した32,784人では13,344人（40.7%）、4年以上連続で送付した35,816人では20,906人（58.4%）でした。

○　このように、二次勧奨の対象である重症域の方の割合は、受診勧奨対象者に該当する年数が長くなるほど高くなっています。これらの方々は、一定期間医療機関を受診していない、又は治療を中断している等により、生活習慣病の重症化が進むことが推定されるため、医療機関への受診を促す方途について、更に検討していくこととします。

○　なお、一次勧奨文書送付後3ヵ月間以内では、2021年度ＫＰＩ（11.8%）を達成できませんでしたが、一次勧奨文書送付後6ヵ月以内でみると67,447人（16.6%）の方が医療機関に受診しています。

[一次勧奨文書送付後3ヵ月間及び6ヵ月間の医療機関受診状況（2020年度健診受診者）]



[一次勧奨文書送付後3ヵ月間及び6ヵ月間の医療機関受診状況（2020年度健診受診者）]

	受診勧奨通知を発送した人数	勧奨通知発送後3ヵ月間		勧奨通知発送後6ヵ月間			受診勧奨通知を発送した人数	勧奨通知発送後3ヵ月間		勧奨通知発送後6ヵ月間	
		受診者数	受診率	受診者数	受診率			受診者数	受診率	受診者数	受診率
北海道	19,107	2,041	10.7%	3,204	16.8%	滋賀	4,311	427	9.9%	676	15.7%
青森	5,487	522	9.5%	807	14.7%	京都	9,008	804	8.9%	1,337	14.8%
岩手	5,076	477	9.4%	779	15.3%	大阪	24,807	2,466	9.9%	4,061	16.4%
宮城	11,597	1,532	13.2%	2,229	19.2%	兵庫	15,886	1,765	11.1%	2,697	17.0%
秋田	3,627	321	8.9%	504	13.9%	奈良	2,446	327	13.4%	473	19.3%
山形	5,762	587	10.2%	944	16.4%	和歌山	2,843	316	11.1%	524	18.4%
福島	7,589	825	10.9%	1,255	16.5%	鳥取	2,613	278	10.6%	414	15.8%
茨城	9,228	1,130	12.2%	1,620	17.6%	島根	3,417	270	7.9%	463	13.5%
栃木	7,873	833	10.6%	1,294	16.4%	岡山	6,807	546	8.0%	931	13.7%
群馬	8,174	756	9.2%	1,177	14.4%	広島	10,526	980	9.3%	1,654	15.7%
埼玉	14,240	1,238	8.7%	2,142	15.0%	山口	5,242	437	8.3%	708	13.5%
千葉	12,983	1,250	9.6%	2,104	16.2%	徳島	2,107	178	8.4%	303	14.4%
東京	39,329	3,450	8.8%	5,819	14.8%	香川	3,271	312	9.5%	494	15.1%
神奈川	18,665	2,275	12.2%	3,378	18.1%	愛媛	6,468	551	8.5%	945	14.6%
新潟	9,063	1,045	11.5%	1,616	17.8%	高知	3,868	362	9.4%	609	15.7%
富山	5,279	793	15.0%	1,096	20.8%	福岡	19,364	2,250	11.6%	3,396	17.5%
石川	5,329	673	12.6%	972	18.2%	佐賀	2,986	320	10.7%	517	17.3%
福井	3,582	531	14.8%	735	20.5%	長崎	4,889	444	9.1%	770	15.7%
山梨	4,772	585	12.3%	873	18.3%	熊本	6,010	672	11.2%	1,064	17.7%
長野	6,783	742	10.9%	1,156	17.0%	大分	4,711	408	8.7%	723	15.3%
岐阜	7,745	923	11.9%	1,354	17.5%	宮崎	4,152	374	9.0%	651	15.7%
静岡	11,308	1,429	12.6%	2,159	19.1%	鹿児島	6,341	977	15.4%	1,400	22.1%
愛知	20,749	2,219	10.7%	3,462	16.7%	沖縄	5,738	520	9.1%	952	16.6%
三重	6,332	649	10.2%	1,006	15.9%	合計	407,490	42,810	10.5%	67,447	16.6%

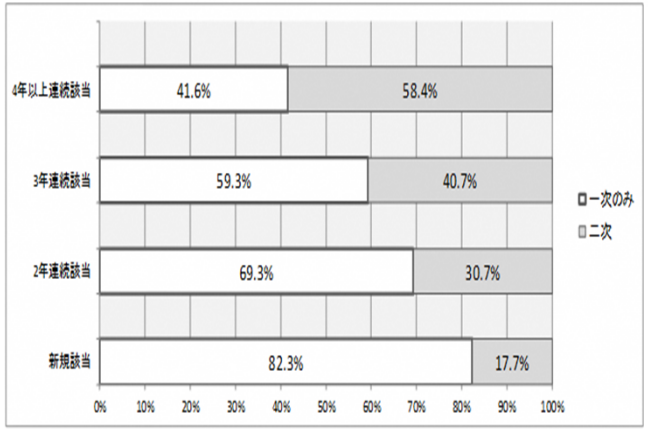
※2020年度健診受診者（勧奨通知発送：2020年10月～2021年9月）の医療機関への受診状況を集計したものである。
※前頁の図表4-61の（a）→（b）→（c）の支部別の推移を表したもの

[二次勧奨の対象となる方の割合（2018年度～2020年度健診受診者）]

(1)新規・連続該当別	新規該当	2年連続該当	3年連続該当	4年以上連続該当	合計	2年以上連続該当（再掲）
2018年度健診受診者	230,902人（64.3%）	67,747人（18.9%）	31,873人（8.9%）	28,519人（7.9%）	359,041人	128,139人（35.7%）
2019年度健診受診者	244,564人（64.0%）	72,794人（19.0%）	30,984人（8.1%）	34,064人（8.9%）	382,406人	137,842人（36.0%）
2020年度健診受診者	263,476人（64.7%）	75,414人（18.5%）	32,784人（8.0%）	35,816人（8.8%）	407,490人	144,014人（35.3%）

(2)重症度別	一次のみ	二次	一次のみ	二次	一次のみ	二次	一次のみ	二次	合計（一次のみ）	合計（二次）
2018年度健診受診者	189,519人（82.1%）	41,383人（17.9%）	47,590人（70.2%）	20,157人（29.8%）	18,127人（56.9%）	13,746人（43.1%）	12,451人（43.7%）	16,068人（56.3%）	246,108人（74.1%）	85,832人（25.9%）
2019年度健診受診者	201,218人（82.3%）	43,346人（17.7%）	51,570人（70.8%）	21,224人（29.2%）	18,684人（60.3%）	12,300人（39.7%）	14,580人（42.8%）	19,484人（57.2%）	286,052人（74.8%）	96,354人（25.2%）
2020年度健診受診者	216,924人（82.3%）	46,552人（17.7%）	52,257人（69.3%）	23,157人（30.7%）	19,440人（59.3%）	13,344人（40.7%）	14,910人（41.6%）	20,906人（58.4%）	303,531人（74.5%）	103,959人（25.5%）

○2020年度健診受診者の重症度別の割合



＜LDLコレステロール値にも着目した受診勧奨の検討＞（事業報告書　P97）

○　第5期アクションプランにおいて、現役世代の循環器疾患の重症化予防対策として、LDLコレステロール値等、血圧値や血糖値以外の検査値等に着目した受診勧奨を検討しました。

○　2022年10月からの実施を見据えた受診勧奨項目･基準等の具体案を検討し、2022年1月に協会内に設置した専門家からなる循環器疾患の予防に着目した受診勧奨に係る有識者会議に諮り、了承を得ました。

［LDLコレステロール値を含めた受診勧奨基準値（予定）］

○　一次勧奨基準値

以下の基準のいずれか1つでも該当する方

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

○　二次勧奨基準値

一次勧奨対象者のうち、①又は②に該当する方

① 一次勧奨基準値の血圧･血糖、ＬＤＬのうち、2つ以上に該当した方

② 以下の基準のうち、いずれか1つでも該当する方

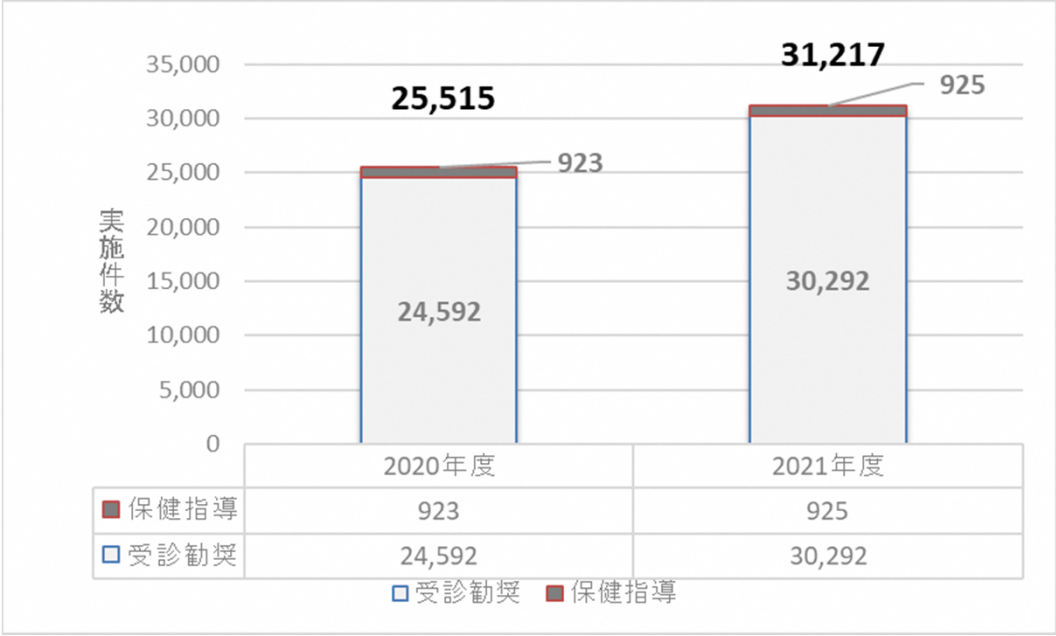
血圧		血糖	
収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	HbA1c
180mmHg以上	110mmHg以上	160mg/dL以上	8.4％以上（NGSP値）

＜糖尿病性腎症患者の重症化予防＞（事業報告書　P98）

○　治療中の糖尿病性腎症患者の重症化を防ぐため、かかりつけ医等と連携して保健指導を実施することにより、加入者の生活の質（QOL）の維持及び人工透析への移行を防止し、医療費適正化を図っています。

○　2021年度も引き続き、全支部において、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等の実施に向けて、県や市区町村、国保連合会等とも情報を共有し取組を進めた結果、全支部で30,292件（対前年度5,700件増）の受診勧奨を行い、925件（対前年度2件増）の保健指導を実施しました。

［糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組状況］



全国健康保険協会業績評価シート

2. 戦略的保険者機能関係
①ⅳ) コラボヘルスの推進

事業計画

○ 健康宣言について、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や、事業所カルテに示すべき項目等の標準化を図り、家族を含めた事業所における健康づくりを推進するため、協会けんぽによる事業所支援等を拡充する。
○ 健康教育（身体活動・運動や食生活・栄養）を通じた若年期からのヘルスリテラシーの向上を図るため、新たなポピュレーションアプローチについて検討する。
○ 保険者として、事業所等と連携したメンタルヘルス予防対策の推進に努める。
【KPI】
健康宣言事業所数を57,000事業所以上とする

※評価欄の判定基準は、S・A・B・C・Dの5段階評価
【判定基準】「S」：令和3年度計画を量的及び質的に上回る顕著な成果が得られていると認められる（対計画値120%以上で、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合、又は、対計画値100%以上で、かつ目標において困難度が「高」とされており、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合）。「A」：令和3年度計画を上回る成果が得られていると認められる（対計画値120%以上、又は、対計画値100%以上で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「B」：令和3年度計画を達成していると認められる（対計画値100%以上 、又は、対計画値80%以上100%未満で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「C」：令和3年度計画を下回っており、改善を要する（対計画値80%以上100%未満、又は対計画値80%未満で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「D」：令和3年度計画を下回っており、業務の廃止を含めた抜本的な改善を求める（対計画値80%未満、又は主務大臣が業務運営の改善その他必要な措置を講ずることを命じる必要があると認めた場合）。

自己評価：A

【自己評価の理由】
○ 2021（令和3）年度のKPIと、 KPIに対する実績値及び達成状況は以下のとおり。

【KPI】 健康宣言事業所数を57,000事業所以上とする
【実績値及び達成状況】 健康宣言事業所数 68,992事業所（対計画値121.0%）

○ **達成状況を判定基準に照らし合わせ、自己評価は「A」とする。**

○ なお、コラボヘルスの推進のため、以下の取組を実施している。

・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）を図ることとした。

・健康宣言事業所については、広報媒体の特性等を踏まえた募集案内や関係団体と連携した取組により、2021年度末時点で68,992事業所（対前年度14,376事業所増加）となり、2021年度のKPIを達成するとともに、日本健康会議の活動指針である「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」の宣言3「保険者とともに健康経営に取り組む企業等を10万社以上とする」という目標に大きく近づく結果となった。

・事業所特有の健康課題等を事業主と共有できるよう「事業所健康度診断シート」（以下「事業所カルテ」という。）を健康宣言事業所等に提供し、事業所単位での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」している。

・次期アクションプランでの実施に向けて、データ分析に基づく支部の特性を踏まえたポピュレーションアプローチの手法として、①加入者の喫煙率の高さに着目した喫煙対策、②傷病手当金の請求理由として精神疾患が多いことに着目したメンタルヘルス対策等の実施を検討した。一部の事業については、2023（令和5）年度にパイロット事業として実施するため、2022（令和4）年度にその事業の選定や計画の策定を行うこととしている。また、これらの事業の充実･強化を見据え、一部の支部では、支部保険者機能強化予算を活用した喫煙対策、メンタルヘルス対策等の保健事業を2022年度から推進していくこととしている。

【事業計画の達成状況】

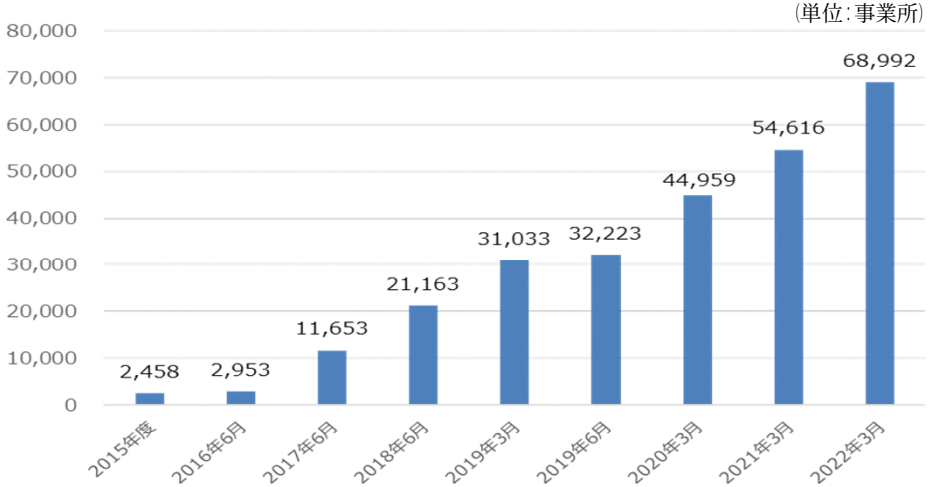
＜健康宣言のプロセス及びコンテンツの標準化＞（事業報告書　P99～P101）

○　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）取組をとりまとめた「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）を図ることとしました。

○　健康宣言事業所は、2021年度末時点で68,992事業所（対前年度14,376事業所増）となり、2021年度のKPIを達成するとともに、日本健康会議の活動指針である「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」の宣言3「保険者とともに健康経営に取り組む企業等を10万社以上とする」という目標に大きく近づく結果となりました。

○　2016年（平成28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」については、2022年3月に「健康経営優良法人2022」として、協会加入の事業所から大規模法人部門は434事業所（うち、ホワイト500認定は56事業所）、中小規模法人部門では10,290事業所（うち、2020（令和2）年度から創設されたブライト500認定は416事業所）、合計10,724事業所が認定されています。

［健康宣言事業所数の推移］



［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＞（事業報告書　P102）

○　事業所特有の健康課題等を事業主と共有できるよう「事業所健康度診断シート」（以下「事業所カルテ」という。）を健康宣言事業所等に提供しています。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、事業主等に健康づくりの取組の必要性を理解していただけるよう、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たほか、事業所カルテを効率的に作成できるよう、標準的なフォーマットを示すとともに、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。

＜業界団体への協力依頼＞（事業報告書　P102）

○　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、業界団体（公益社団法人全日本トラック協会、公益社団法人日本バス協会、一般社団法人全国ハイヤー･タクシー連合会、一般社団法人日本人材派遣協会）に対して協力依頼を行いました。また、公益社団法人全日本トラック協会等への協力依頼にあたっては、事前に所管省庁（国土交通省）を訪問し各団体との調整を依頼する等、国を巻き込んだ取組を行いました。

○　なお、公益社団法人全日本トラック協会、公益社団法人日本バス協会、一般社団法人全国ハイヤー･タクシー連合会は、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んだことにより、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。

＜新たなポピュレーションアプローチの検討＞（事業報告書　P104）

○　事業所等と連携したメンタルヘルス予防対策について、効果的かつ効率的に促進するためには、産業保健総合支援センター等の関係機関との連携が重要であることから、2021年度は、本部において外部有識者等と意見交換を実施し、事業所や加入者が取り組むべき事項や事業場外資源の活用方法について検討を進めました。次期アクションプランでの実施に向けて、データ分析に基づく支部の特性を踏まえたポピュレーションアプローチの手法として、①加入者の喫煙率の高さに着目した喫煙対策、②傷病手当金の請求理由として精神疾患が多いことに着目したメンタルヘルス対策等の実施を検討し、一部の事業については、2023年度にパイロット事業として実施するため、2022年度にその事業の選定や計画の策定を行うこととしています。また、これらの事業の充実･強化を見据え、一部の支部では、支部保険者機能強化予算を活用した喫煙対策、メンタルヘルス対策等の保健事業を2022年度から推進していくこととしています。

[事業所カルテの標準的なフォーマット]

事業所カルテ

●年●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	●●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、禁煙を実践することによって予防することができるものです。

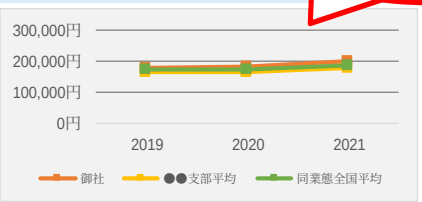
日常のちょっとした食習慣や運動習慣に普段から気を付けることの積み重ね

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

被保険者１人当たり医療費

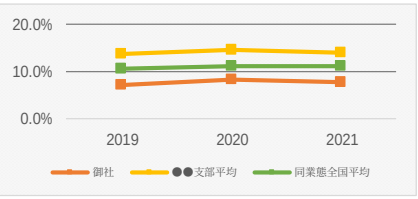
年度	御社	●●支部平均	同業態全国平均
2019	178,381円	165,168円	175,604円
2020	181,902円	164,866円	176,370円
2021	203,173円	181,033円	189,148円



メタボリックシンドロームの該当状況

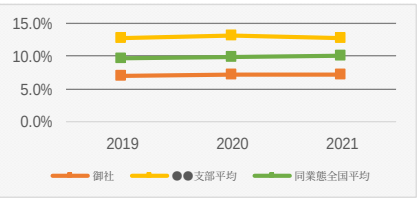
メタボリックシンドローム該当率

年度	御社	●●支部平均	同業態全国平均
2019	7.3%	13.7%	10.5%
2020	8.3%	14.5%	11.1%
2021	7.8%	14.2%	11.3%



メタボリックシンドローム予備群該当率

年度	御社	●●支部平均	同業態全国平均
2019	7.0%	12.9%	9.8%
2020	7.1%	13.1%	10.0%
2021	7.3%	12.8%	10.0%



医療費等の経年変化を「見える化」

生活習慣病リスク保有者の割合

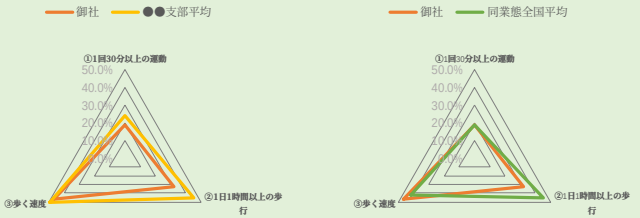
割合は**小さい方が良い**状態です。

「事業所の平均」及び「同業態の事業所の全国平均」を100とした場合の御社の相対的な立ち位置(相対値)を

生活習慣病のリスク保有率を「見える化」

生活習慣要改善者の割合

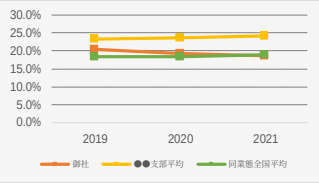
≪運動習慣≫



割合は、**大きい方が良い**状態です。

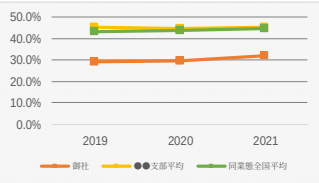
①1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の割合

年度	御社	●●支部平均	同業態全国平均
2019	20.5%	23.5%	18.4%
2020	19.2%	23.7%	18.4%
2021	18.8%	24.2%	18.9%

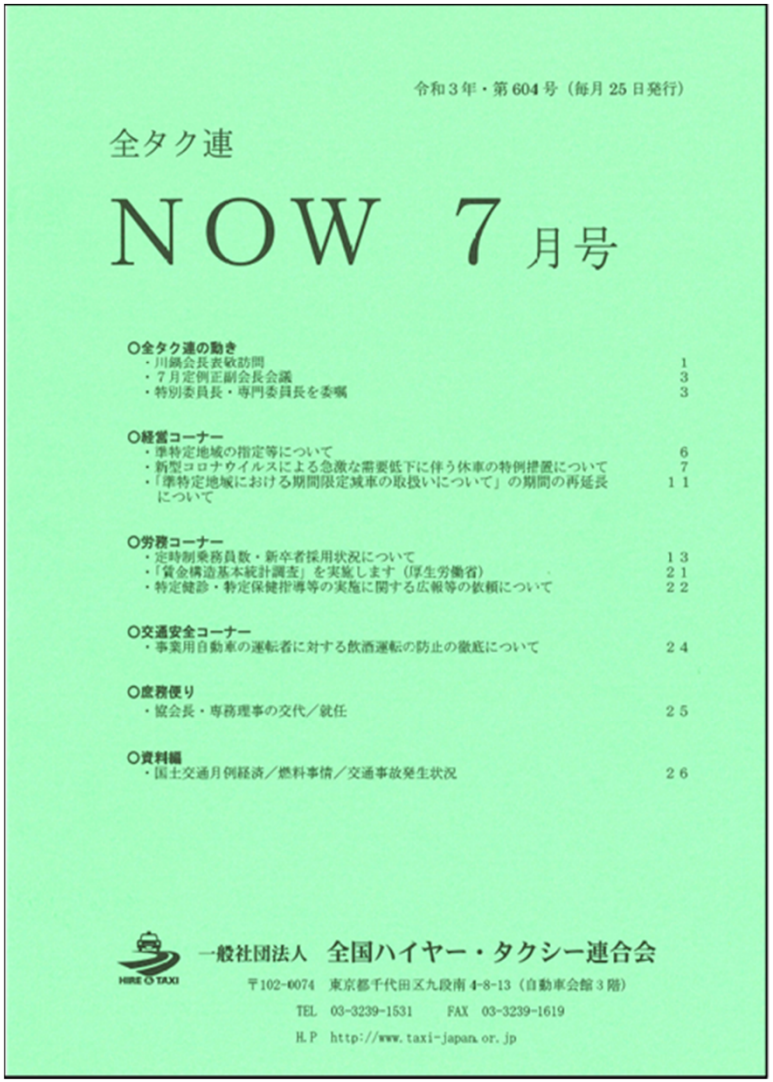


②日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合

年度	御社	●●支部平均	同業態全国平均
2019	29.4%	45.4%	43.3%
2020	29.5%	44.9%	44.0%
2021	31.9%	45.4%	44.9%



[業界団体の広報誌への掲載例]



令和３年・第 604 号（毎月 25 日発行）

全タク連

NOW 7月号

○全タク連の動き
・川鍋会長表敬訪問 1
・７月定例正副会長会議 3
・特別委員長・専門委員長を委嘱 3

○経営コーナー
・準特定地域の指定等について 6
・新型コロナウイルスによる急激な需要低下に伴う休車の特例措置について 7
・「準特定地域における期間限定減車の取扱いについて」の期間の再延長について 11

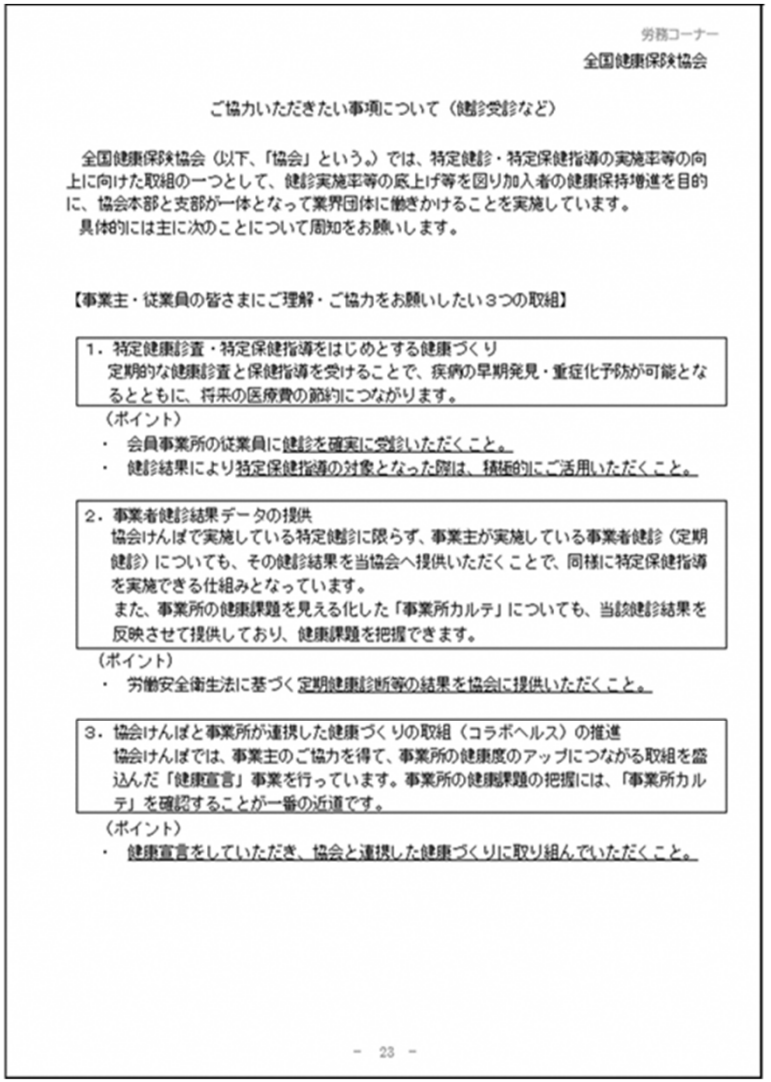
○労務コーナー
・定時制乗務員数・新卒者採用状況について 13
・「賃金構造基本統計調査」を実施します（厚生労働省） 21
・特定健診・特定保健指導等の実施に関する広報等の依頼について 22

○交通安全コーナー
・事業用自動車の運転者に対する飲酒運転の防止の徹底について 24

○庶務便り
・協会長・専務理事の交代／就任 25

○資料編
・国土交通月例経済／燃料事情／交通事故発生状況 26

一般社団法人 全国ハイヤー・タクシー連合会
〒102-0074 東京都千代田区九段南 4-8-13（自動車会館３階）
TEL 03-3239-1531 FAX 03-3239-1619
H.P http://www.taxi-japan.or.jp



全国健康保険協会

ご協力いただきたい事項について（健診受診など）

全国健康保険協会（以下、「協会」という。）では、特定健診・特定保健指導の実施率等の向上に向けた取組の一つとして、健診実施率等の底上げ等を図り加入者の健康保持増進を目的に、協会本部と支部が一体となって業界団体に働きかけることを実施しています。
具体的には主に次のことについて周知をお願いします。

【事業主・従業員の皆さまにご理解・ご協力をお願いしたい３つの取組】

１．特定健康診査・特定保健指導をはじめとする健康づくり
定期的な健康診査と保健指導を受けることで、疾病の早期発見・重症化予防が可能となるとともに、将来の医療費の節約につながります。

（ポイント）
・ 会員事業所の従業員に健診を確実に受診いただくこと。
・ 健診結果により特定保健指導の対象となった際は、積極的にご活用いただくこと。

２．事業者健診結果データの提供
協会けんぽで実施している特定健診に限らず、事業主が実施している事業者健診（定期健診）についても、その健診結果を当協会へ提供いただくことで、同様に特定保健指導を実施できる仕組みとなっています。
また、事業所の健康課題を見える化した「事業所カルテ」についても、当該健診結果を反映させて提供しており、健康課題を把握できます。

（ポイント）
・ 労働安全衛生法に基づく定期健康診断等の結果を協会に提供いただくこと。

３．協会けんぽと事業所が連携した健康づくりの取組（コラボヘルス）の推進
協会けんぽでは、事業主のご協力を得て、事業所の健康度のアップにつながる取組を盛込んだ「健康宣言」事業を行っています。事業所の健康課題の把握には、「事業所カルテ」を確認することが一番の近道です。

（ポイント）
・ 健康宣言をしていただき、協会と連携した健康づくりに取り組んでいただくこと。

全国健康保険協会業績評価シート

2．戦略的保険者機能関係
②　広報活動や健康保険委員を通じた加入者等の理解促進

事業計画

○　本部において、「①協会の概要･財政状況」「②申請手続き」「③医療費適正化への取組」とともに、「④健康づくり」を主な広報テーマとし、主に事業主をターゲットとした全支部共通のパンフレットを作成するとともに、加入者を含めより幅広く情報発信するため、YouTube等の動画を活用した広報を行う。支部においては、本部で作成した動画等も活用しつつ、引き続き、地域の実情や時節柄等に応じた広報を行う。
○ 健康保険委員活動の活性化を図るため、研修会や広報誌等を通じた情報提供を実施するとともに、引き続き、健康保険委員の委嘱拡大に取り組む。
【KPI】
○　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46%以上とする

※評価欄の判定基準は、S･A･B･C･Dの5段階評価
【判定基準】「S」:令和3年度計画を量的及び質的に上回る顕著な成果が得られていると認められる（対計画値120%以上で、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合、又は、対計画値100%以上で、かつ目標において困難度が「高」とされており、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合）。「A」:令和3年度計画を上回る成果が得られていると認められる（対計画値120%以上、又は、対計画値100%以上で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「B」:令和3年度計画を達成していると認められる（対計画値100%以上 、又は、対計画値80%以上100%未満で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「C」:令和3年度計画を下回っており、改善を要する（対計画値80%以上100%未満、又は対計画値80%未満で、かつ目標において困難度が「高」とされている場合）。「D」:令和3年度計画を下回っており、業務の廃止を含めた抜本的な改善を求める（対計画値80%未満、又は主務大臣が業務運営の改善その他必要な措置を講ずることを命じる必要があると認めた場合）。

自己評価：B

【自己評価の理由】
○　2021（令和3）年度のKPIの実績：全被保険者数に占める健康保険委員委嘱事業所の被保険者数割合　47.63%（対計画値103.5%）
○　全国統一的な広報資材として、協会の概要、保健事業や医療費適正化の取組、健康保険の給付等を網羅的に紹介する「協会けんぽGUIDE BOOK」及び各種申請書の書き方等を紹介する「協会けんぽ GUIDE BOOK 健康保険制度･申請書の書き方」の2種類のパンフレットを作成し、ホームページへの掲載、各支部において健康保険委員等への配布を行った。
○　健康保険委員の委嘱拡大については、大･中規模事業所の委員拡充を重点方針として、電話や文書による依頼等により委嘱を推進した。
⇒2021年度末時点では253千人となり、前年度末より35千人増加した。健康保険委員がいる事業所の被保険者数は、2021年度末現在11,820千人で、これは、全被保険者数の47.63%（KPI:46%）となり、KPIを達成した。
○　以上より、**本部にて全国統一的な広報資材としてパンフレットを作成し、支部より健康保険委員を中心に幅広く情報発信を行ったこと、また、大･中規模事業所を重点的に健康保険委員の拡充を図ったことにより、KPIを達成したことから、**自己評価は「B」とする。

【事業計画の達成状況】

＜全支部共通のパンフレットの作成＞（事業報告書　P107～P108）

（本部の取組）

多様な意見を取り入れ、加入者及び事業主の視点に立った分かりやすく効果的な広報を実施することを目的に、本部各部署及び支部の若手職員を委員とした広報委員会を設置し、協会の概要等の全支部共通で広報すべきコンテンツとして「協会けんぽ GUIDE BOOK」「協会けんぽ GUIDE BOOK 健康保険制度・申請書の書き方」を作成し、ホームページへ掲載しました。

（支部の取組）

支部においては、パンフレットを健康保険委員等へ配布しました。なお、2022（令和4）年度は、全支部共通広報資材として、健康保険制度や協会の取組等について簡単に紹介するリーフレットや動画の作成を予定しています。

＜2022年度都道府県単位保険料率に係る広報＞（事業報告書　P109～P111）

（本部の取組）

・ 保険料率の広報は、加入者及び事業主に対して、次年度の保険料率をお知らせするだけでなく、中長期的に楽観視できない協会の財政状況、都道府県単位保険料率設定の仕組、保険料率の上昇を抑制するために加入者及び事業主に特に取り組んでいただきたいこと等をお伝えする絶好の機会と捉え、きめ細かな広報を行いました。

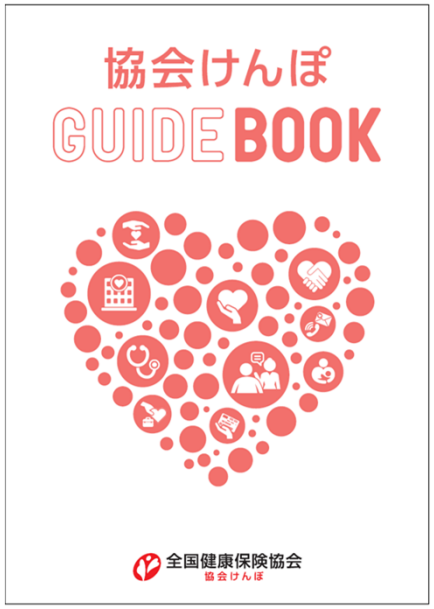
・ また、各団体の代表が運営委員会の委員を務めている、日本商工会議所、日本商工会連合会、全国中小企業団体中央会にこれらの広報への協力を依頼しました。

（支部の取組）

支部においては、全支部で関係団体に協力を依頼し、機関誌やメールマガジン等に記事を掲載いただきました。このほか、支部独自の取組として、地方自治体が発行する広報誌等への掲載や各種メディアを通じた広報も実施しました。

［全支部共通広報資材］

○　協会けんぽ GUIDE BOOK



理事長メッセージ
医療保険制度の仕組み

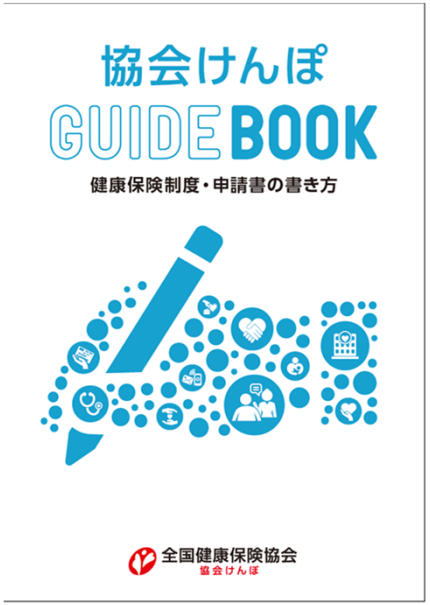
第１章　協会けんぽについて
　協会けんぽの概要
　協会けんぽの財政状況
　協会けんぽの保険料率
　保険者機能強化アクションプラン（第５期）

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

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

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

○　協会けんぽ GUIDE BOOK 健康保険制度･申請書の書き方



保険証をなくしたとき
　・再交付申請書

退職後も健康保険へ継続加入したいとき
　・任意継続資格取得申出書

事故にあったとき
　・第三者等の行為による傷病（事故）届

負傷（ケガ）がもとで給付の申請をするとき
　・負傷原因届

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

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

突然のケガや入院などで高額の医療費を支払ったとき
　・高額療養費支給申請書

病気やケガで４日以上仕事を休んだとき
　・傷病手当金支給申請書

出産で仕事を休んだとき
　・出産手当金支給申請書

出産するとき
　・出産育児一時金支給申請書等

ご本人・ご家族が亡くなったとき
　・埋葬料（費）支給申請書

[2022年度都道府県単位保険料率に係る広報]

本部における対応

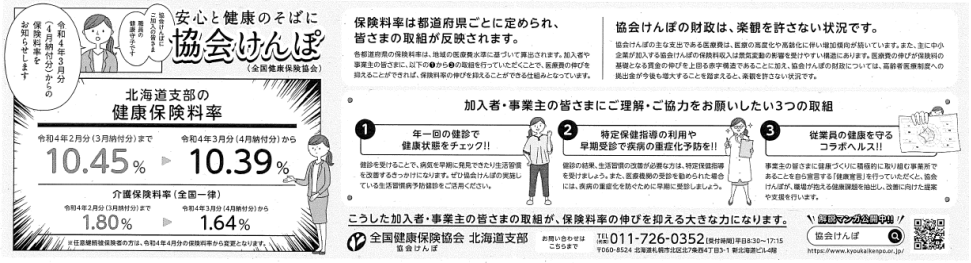
読売新聞一面広告掲載（15段） （運営委員会小林委員、女子栄養大学津下特任教授と安藤理事長の鼎談形式の記事を掲載）
WEBバナー広告を掲載（Yahoo!、LINE等）
薬局店内モニター（サイネージ）で広告動画を放映

支部における対応

新聞広告を掲載 （各都道府県において、世帯普及率の高い地方紙に全国統一したデザインの広告記事を掲載）
都道府県が発行する広報誌や関係団体広報誌に広告記事を掲載
2月、3月発送の納入告知書へチラシ同封
ポスターを支部窓口に掲示、関係団体等へ送付

[2022年度都道府県単位保険料率に係る本部における新聞広告]

[2022年度都道府県単位保険料率に係る支部における新聞広告]



＜ホームページ･メールマガジンの活用＞（事業報告書　P111～P112）

［ホームページ］

○　2021年度におけるホームページへの1日当たりの平均アクセス件数は平日が137,879件、休日が64,237件と、前年度からそれぞれ20,458件、10,854件の増加となりました。

○　アクセス件数については年々増加しており、ホームページが加入者及び事業主にとって重要な情報ツールになっていると考えられます。今後についても、コンテンツの整理や充実により、一層加入者及び事業主にとって「見やすい」「探しやすい」ホームページとなるよう改善していきます。

［メールマガジン］

○　メールマガジンは、協会から加入者及び事業主に対して、日々の健康維持等に役立つ健康情報や協会の取組内容を直接お届けする、あるいは直接ご意見を伺う、という協会と加入者及び事業主が直接つながることができる有効なツールとして活用しています。

○　2021年度におけるメールマガジンの新規登録件数は、各支部においてメールマガジンに関する広報やセミナー等における周知等、精力的な登録勧奨を行った結果、46,779件となり、2021年度末時点での累計登録件数は227,837件と前年度末より32,813件増加しました。

＜健康保険委員の活用＞（事業報告書 P112～P113）

○ 事業主及び加入者の協力により協会の健康保険事業の推進を図るため、広報･相談･健康保険事業（健診、コラボヘルス事業等）の推進･モニター等で協力いただく健康保険サポーターとして、被保険者の方々の中から支部長が健康保険委員を委嘱しています。健康保険委員をより多くの方に担っていただくため、大･中規模事業所を中心に、電話や文書による依頼等により委嘱を推進しています。これにより、2021年度末時点では253千人となり、前年度末より35千人増加しました。健康保険委員がいる事業所の被保険者数は、2021年度末現在 11,820千人で、これは、全被保険者数の47.63%（KPI：46%）となり、KPIを達成することができました。

○ これらの健康保険委員に対し、事務説明会、健康づくりに関するセミナーの開催、定期的な広報誌等の発行による情報提供を実施しました。

【支部での具体的な取り組み事案】

･健康保険制度や事務手続き、インセンティブ制度、健康づくり等に関する研修会を実施しました。また、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点からWeb会議システムを活用した研修会や、動画配信など、オンラインで実施しました。

･定期的な広報誌による情報提供を行いました（健康保険制度案内、申請の際の留意点、職場内健康づくり取組事例の紹介等）。

○ また、特定健康診査の受診率向上のため、健康保険委員の所属事業所の従業員（加入者）への働きかけをお願いした結果、健康保険委員のいる事業所では、特定健康診査の実施率が75.1%と健康保険委員がいない事業所と比較して24.1%高くなりました。

○ 2012年度より永年の活動や功績等に感謝の意を表することを目的に「健康保険委員表彰」を実施しており、2021年度も「厚生労働大臣表彰」、「理事長表彰」、「支部長表彰」の各表彰を行いました。（表彰者数：680名（厚生労働大臣表彰：12名、理事長表彰：111名、支部長表彰：557名））

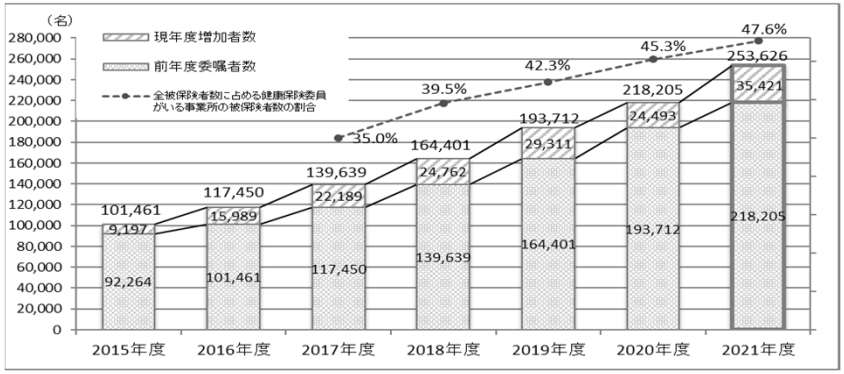
●健康保険委員に対する研修の開催等

	2019年度	2020年度	2021年度
研修･セミナー等の開催	421回	80回	123回
情報誌等の発行	268件	235件	262件

●健康保険委員のいる事業所の特定健診の実施率

	2020年度	2021年度
健保委員のいる事業所	65.4%	75.1%
健保委員のいない事業所	53.0%	51.0%

●健康保険委員の委嘱者数の推移



2. 戦略的保険者機能関係
③ ジェネリック医薬品の使用促進

事業計画

＜課題分析＞
○ 支部間格差を解消するため、協会で作成した「ジェネリックカルテ」及び「データブック」により重点的に取り組むべき課題（阻害要因）を明確にし、対策の優先順位を付けて取り組む。
＜医療機関・薬局へのアプローチ＞
○ 協会で作成した「医療機関・薬局向け見える化ツール」及び「医薬品実績リスト」等を活用して、支部における個別の医療機関・薬局に対する働きかけを強化する。
＜加入者へのアプローチ＞
○ 加入者にジェネリック医薬品を正しく理解していただけるよう、ジェネリック医薬品軽減額通知や希望シールの配布、イベント・セミナーの開催などにも着実に取り組む。
○ 本部及び支部において、都道府県や日本薬剤師会、他の保険者等と連携した取り組みを実施する。
＜その他の取組＞
○ 本部において、重点的に取り組むべき支部を特定し、バックアップする。
○ ジェネリック医薬品の使用促進に向けて、医療保険制度や診療報酬上の課題等について、国の審議会等において積極的に意見発信する。
【KPI】
○ ジェネリック医薬品使用割合(*)80%という目標に向けて、年度末の目標値を支部ごとに設定する。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。
＊ 医科、DPC、歯科、調剤

※評価欄の判定基準は、S・A・B・C・Dの5段階評価
【判定基準】「S」：困難度を高く設定した目標について、目標の水準を大幅に超えている。「A」：困難度を高く設定した目標について、目標の水準を満たしている。「B」：目標の水準を満たしている（「A」に該当する事項を除く）。「C」：目標の水準を満たしていない（「D」に該当する事項を除く）。「D」：目標の水準を満たしておらず、主務大臣が業務運営の改善その他の必要な措置を講ずることを命ずる必要があると認めた場合を含む抜本的な業務の見直しが必要。

自己評価：B

【困難度：高】

【困難度の理由】

○　新型コロナウイルス感染症の収束が見通せない中、ジェネリック医薬品の使用促進のための医療機関及び薬局への訪問・説明が困難な状況が続いた。

○　2020（令和2）年度後半には、ジェネリック医薬品の安全性に関する重大事案が立て続けに発生し、複数事業者が県から業務停止命令処分を受けたことから、加入者や医療関係者等のジェネリック医薬品の安全性に対する不信感が高まり、また、一部のジェネリック医薬品の供給不足が常態化している。

○　このように、**コロナ禍や医薬品業界の不祥事など、協会におけるジェネリック医薬品の使用促進に向けた努力だけでは対応できない事柄の影響を受けることとなったものであり、**困難度が高い。

【自己評価の理由】

○　2021（令和3）年度の実績：2022（令和4）年3月時点の協会全体でのジェネリック医薬品使用割合　80.4%

○　ジェネリック医薬品を取り巻く環境は非常に厳しい状況であるが、19支部が2021年度の各支部の目標を達成している。また、保険者機能強化アクションプラン（第5期）の目標である全支部80%以上については28支部が達成している状況である。さらに課題である使用割合80%未満（2021年3月診療分）の18支部のうち14支部が前年同月比以上であった。

○　ジェネリック医薬品の安全性に関する重大事案が立て続けに発生し、加入者や医療関係者等のジェネリック医薬品の安全性に対する不信感が高まり、また、一部のジェネリック医薬品の供給不足が常態化している中であるが、協会としても、ジェネリック医薬品の安全性の確保の取組と供給の状況等の動向を注視するとともに、ジェネリック医薬品の業界団体である日本ジェネリック製薬協会から、製造販売承認書と製造実態の整合性自主点検等取組やジェネリック医薬品の供給不足に関する状況について 、進捗状況等の報告を受けた上で使用促進を図った。

○　また、日本ジェネリック製薬協会からの報告を受け、理事長から同協会に対し、安全性と安定供給が十分確保されていない現在の状況を改善してほしいと要請し、こうした要請等の状況について、本部･支部間での情報共有や、運営委員会への報告を行い、丁寧に対応してきた。

○　加入者への働きかけとして、現在服用され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「ジェネリック医薬品軽減額通知サービス」を約271万件通知した。また、送付対象者のうち約84万人（31.3%）が切り替えを行った。このことによる医療費の軽減額は約164.4億円（年間推計）と、高い効果が出ている。

○　医療関係者への働きかけとして、個別機関ごとのジェネリック医薬品の使用割合や地域での立ち位置等を「見える化」した医療機関･薬局向け見える化ツールを21,000医療機関、約25,000薬局に提供した。

○　以上より、**ジェネリック医薬品を取り巻く環境が非常に厳しい中、協会としてできる限りの使用促進の取組を行い、協会全体での使用割合は80%を超えたことから、**自己評価は「B」とする。

[各支部のＫＰＩ達成状況]

支部	支部が設定した目標値	2021年3月診療分	2022年3月診療分	目標	支部	支部が設定した目標値	2021年3月診療分	2022年3月診療分	目標
北海道	対前年度以上	82.2%	82.3%	達成	滋賀	80.9%	81.2%	80.9%	達成
青森	対前年度以上	83.0%	82.5%	未達成	京都	77.3%	77.1%	76.9%	未達成
岩手	対前年度以上	85.5%	85.2%	未達成	大阪	77.8%	77.3%	77.6%	未達成
宮城	対前年度以上	83.8%	83.3%	未達成	兵庫	80.0%	79.8%	79.9%	未達成
秋田	対前年度以上	82.5%	82.5%	達成	奈良	76.5%	75.3%	75.9%	未達成
山形	対前年度以上	84.2%	84.0%	未達成	和歌山	77.2%	76.2%	76.3%	未達成
福島	対前年度以上	82.7%	82.2%	未達成	鳥取	対前年度以上	82.1%	81.6%	未達成
茨城	79.5%	79.6%	79.6%	達成	島根	対前年度以上	83.4%	83.2%	未達成
栃木	80.0%	80.8%	80.7%	達成	岡山	79.4%	79.1%	79.3%	未達成
群馬	80.7%	81.1%	81.0%	達成	広島	79.1%	78.9%	79.0%	未達成
埼玉	80.5%	80.5%	80.4%	未達成	山口	81.5%	82.2%	82.1%	達成
千葉	80.9%	80.7%	80.8%	未達成	徳島	74.9%	73.8%	73.8%	未達成
東京	80.0%	79.2%	79.2%	未達成	香川	77.6%	77.4%	77.7%	達成
神奈川	79.7%	79.8%	79.7%	達成	愛媛	77.4%	77.6%	77.9%	達成
新潟	対前年度以上	82.1%	81.7%	未達成	高知	77.5%	75.7%	76.0%	未達成
富山	81.5%	81.7%	81.1%	未達成	福岡	81.0%	81.5%	81.4%	達成
石川	80.0%	80.6%	80.2%	達成	佐賀	対前年度以上	83.0%	82.8%	未達成
福井	80.0%	80.0%	79.4%	未達成	長崎	対前年度以上	82.5%	82.5%	達成
山梨	80.0%	79.5%	79.3%	未達成	熊本	対前年度以上	82.8%	82.6%	未達成
長野	対前年度以上	81.9%	81.7%	未達成	大分	80.0%	80.2%	80.4%	達成
岐阜	79.2%	79.0%	79.4%	達成	宮崎	対前年度以上	83.2%	83.3%	達成
静岡	81.0%	81.4%	81.4%	達成	鹿児島	対前年度以上	85.6%	85.4%	未達成
愛知	79.5%	79.4%	79.8%	達成	沖縄	対前年度以上	89.0%	88.8%	未達成
三重	79.5%	79.6%	79.5%	達成	全体		80.4%	80.4%	

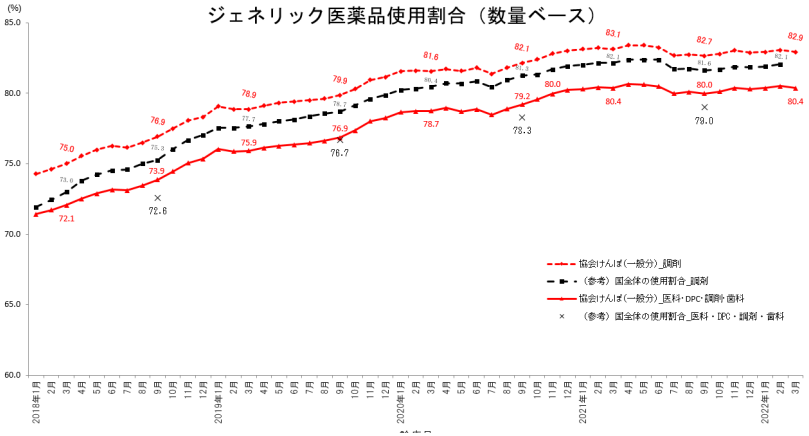
【事業計画の達成状況】

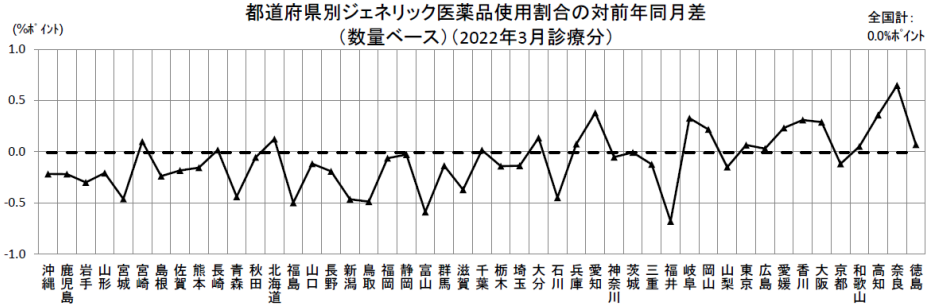
＜ジェネリック医薬品の使用割合について＞（事業報告書　P114～115）

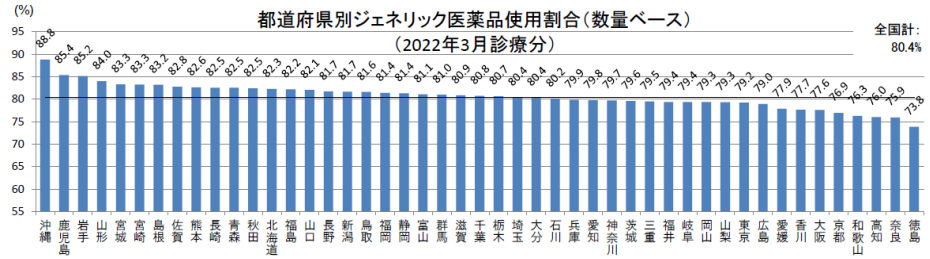
○　ジェネリック医薬品の使用割合については、「経済財政運営と改革の基本方針2021（骨太方針2021）」（令和3年6月18日閣議決定）において、2023（令和5）年度末に全ての都道府県で80%以上を達成するとされたことを踏まえ、協会の保険者機能強化アクションプラン（第5期）において、同様の目標値を設定しました。

○　2022年3月診療分で使用割合が80%を超えている支部は28支部でした。ジェネリック医薬品の使用促進は、協会の努力だけ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者と連携し、地域全体で協力して取組を行う必要があります。

○　現在、一部のジェネリック医薬品を中心に供給不足が生じている状況にあるため、引き続き、ジェネリック医薬品の安全性確保の取組と供給の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を進めていきます。







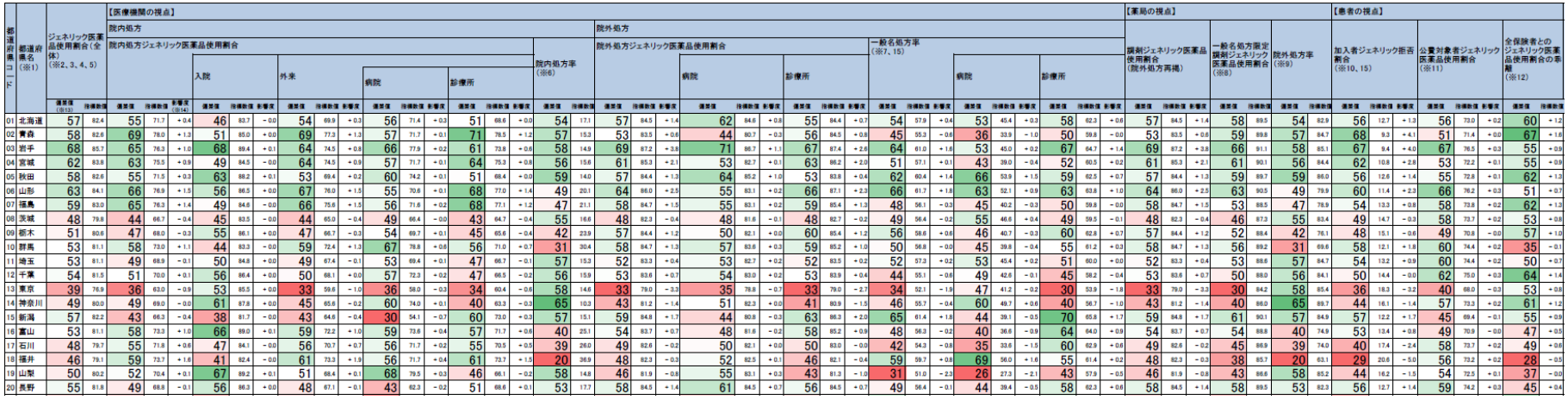
＜各支部におけるジェネリック医薬品使用促進ツール（ジェネリックカルテ等）の更なる活用＞（事業報告書　P115～116）

○　ジェネリック医薬品の使用割合は、支部間で格差があり、その要因は支部毎にそれぞれ異なります。この要因を偏差値により見える化する「ジェネリックカルテ」により、支部が重点的に取り組むべき課題（阻害要因）を把握し、対策の優先順位をつけることで取組の効果的な推進に努めています。さらに、ジェネリックカルテで把握した課題を深堀りして、自支部で取り組むべき事項を分析・検討する「データブック」、医療機関や薬局ごとの使用割合等を見える化した「医療機関・薬局向け見える化ツール」、ジェネリック医薬品に係る採用品目の選定を支援するために地域の医薬品処方実績を見える化した「医薬品実績リスト」などのジェネリック医薬品使用促進ツールを活用し、医療機関・薬局や行政等の関係団体に対する働きかけを行っています。

＜ジェネリックカルテ＞

○　地域別の強みや弱みを診療種別、医療機関の設置主体別、年代別、業種別、薬効別等の観点から偏差値と影響度で見える化し、どのような分野に重点的に取り組むべきかを明らかにした「ジェネリックカルテ」を2016（平成28）年度より活用し、各支部独自の対策の検討に役立てています。

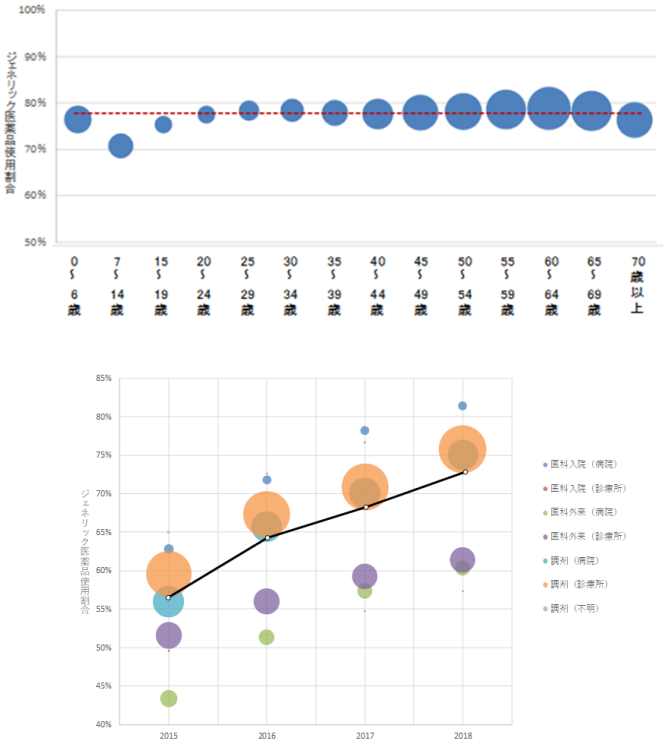
[ジェネリックカルテイメージ]



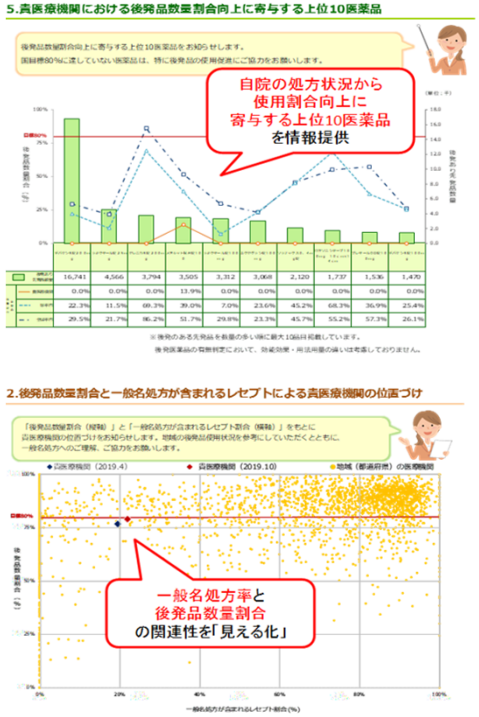
＜データブック＞
○　支部それぞれの課題を分析した「データブック」を活用して、意見発信や支部独自の課題の深堀り分析・検討を行っています。

＜医療機関・薬局向け見える化ツール（抜粋）＞
○　個別機関ごとのジェネリック医薬品の使用割合や地域での立ち位置、ジェネリック医薬品使用割合の向上に寄与する上位10医薬品などを見える化した「医療機関・薬局向け見える化ツール」を活用し、2021（令和3）年度は、約21,000医療機関、約25,000薬局へ働きかけを実施しました。

［　データブックイメージ　］



［　医療機関・薬局向け見える化ツールイメージ　］



＜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、協会では、使用量が多いジェネリック医薬品の処方実績やその一般名、薬価等の情報を都道府県別に掲載した「医薬品実績リスト」を作成し、各支部において、都道府県、関係団体、医療機関･薬局への情報発信に活用しています。

[医薬品実績リストイメージ]

五十音	No.		医薬品名	メーカー名	薬価基準収載医薬品コード	薬効分類コード	一般名処方の標準的な記載	薬価	数量	医療機関数	薬局数	患者数	患者割合
ア	1	先発	アーチスト錠１０ｍｇ	---	2149032F1021	214	【般】カルベジロール錠１０ｍｇ	48.3	35,073	77	323	692	16%
		後発	カルベジロール錠１０ｍｇ「サワイ」	沢井製薬	2149032F1099			19.3	123,757	79	598	2,059	84%
			カルベジロール錠１０ｍｇ「トーワ」	東和薬品	2149032F1129			19.3	30,815	38	172	583	
			その他					～19.3	50,823	42	268	896	
	2	先発	アーチスト錠２．５ｍｇ	---	2149032F4020	214	【般】カルベジロール錠２．５ｍｇ	22.0	33,404	55	201	379	17%
		後発	カルベジロール錠２．５ｍｇ「サワイ」	沢井製薬	2149032F4039			9.9	126,723	60	515	1,408	83%
			カルベジロール錠２．５ｍｇ「トーワ」	東和薬品	2149032F4098			9.9	23,685	12	85	275	
			その他					～9.9	14,426	---	55	144	
	3	先発	アイミクス配合錠ＨＤ	大日本住友製薬	2149118F2026	214	【般】イルベサルタン・アムロジピン１０ｍｇ配合錠	132.8	31,592	56	258	693	24%
		後発	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	ＤＳファーマプロモ	2149118F2034			53.1	59,925	21	321	1,269	76%
			イルアミクス配合錠ＨＤ「杏林」	キョーリンリメディオ	2149118F2093			53.1	10,005	---	80	212	
			その他					～53.1	34,905	22	244	744	
	4	先発	アイミクス配合錠ＬＤ	大日本住友製薬	2149118F1020	214	【般】イルベサルタン・アムロジピン[illegible]	115.8	22,170	40	189	495	27%
		後発	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」	ＤＳファーマプロモ	2149118F1038			46.3	36,589	12	265	766	73%
			[illegible]配合錠ＬＤ「杏林」	キョー[illegible]メディオ	2149118F[illegible]			46.3	6,666	[illegible]	[illegible]	150	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ラ	1350	後発	[illegible]錠１０ｍｇ[illegible]ワ」	[illegible]	[illegible]	214	【般】リシノプリル錠１０ｍｇ	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	86%
			リシノプリル錠１０ｍｇ「日医工」	日医工	2144006F2150			11.0	3,767	---	33	62	
			リシノプリル錠１０ｍｇ「タイヨー」	武田テバファーマ	2144006F2134			11.0	2,420	---	32	47	
			リシノプリル錠１０ｍｇ「サワイ」	沢井製薬	2144006F2169			17.5	2,355	---	29	46	
			その他					～17.5	385	---	---	---	
ワ	1354	先発	ワソラン錠４０ｍｇ	マイランＥＰＤ	2171008F1070	217	【般】ベラパミル塩酸塩錠４０ｍｇ	7.1	68,207	114	295	656	43%
		後発	ベラパミル塩酸塩錠４０ｍｇ「タイヨー」	武田テバファーマ	2171008F1088			6.3	64,184	23	306	595	57%
			ベラパミル塩酸塩錠４０ｍｇ「ＪＧ」	大興製薬	2171008F1118			6.3	19,676	13	98	158	
			ベラパミル塩酸塩錠４０ｍｇ「ツルハラ」	鶴原製薬	2171008F1126			6.3	14,372	11	48	132	
他	1363	先発	ＰＬ配合顆粒	塩野義	1180107D1131	118	【般】プロメタジン１．３５％等配合非ピリン系感冒剤	6.4	76,758	314	821	3,454	52%
		後発	トーワチーム配合顆粒	東和薬品	1180107D1123			6.2	44,513	38	441	2,185	48%
			サラザック配合顆粒	武田テバファーマ	1180107D1107			6.2	10,086	---	89	479	
			その他					～6.2	12,321	24	112	577	
他	1364	先発	２ｍｇセルシン錠	武田薬品	1124017F2135	112	【般】ジアゼパム錠２ｍｇ	5.9	21,267	48	177	354	24%
		後発	ジアゼパム錠2ｍｇ「アメル」	共和薬工	1124017F2194			5.6	33,627	35	165	531	76%
			ジアゼパム錠２「トーワ」　２ｍｇ	東和薬品	1124017F2054			5.6	27,292	25	147	398	
			その他					～5.6	12,314	11	78	174	

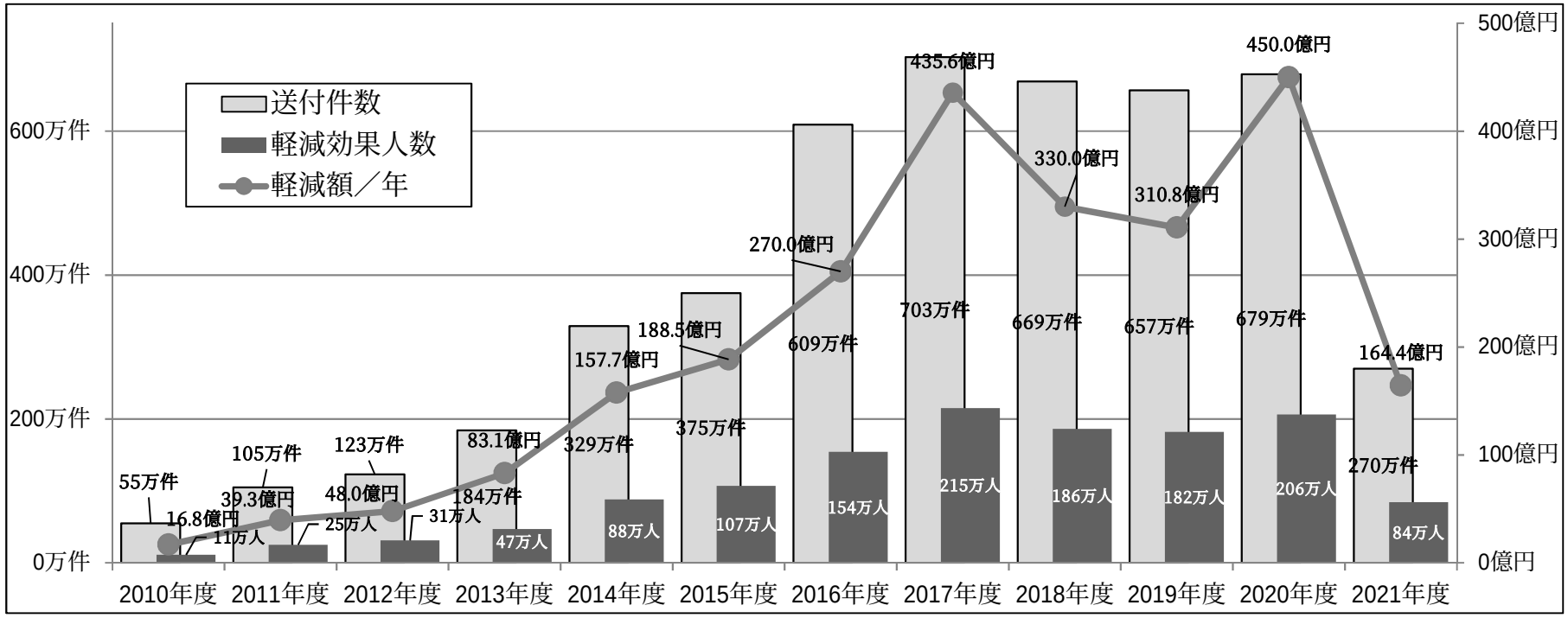
SAMPLE

＜ジェネリック医薬品軽減額通知サービスの実施＞（事業報告書　P116）

○　現在服用され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。

○　2021年度においては、一部のジェネリック医薬品を中心に供給不足が生じている状況であったため、お知らせの対象となる医薬品の選定については、厚生労働省が実施した医薬品の供給量の調査結果を考慮するとともに、通知書本体や案内リーフレットの中で、「現在一部のジェネリック医薬品におきまして、供給不足や欠品が生じており、切り替えを希望されても難しい場合があります。切り替えを希望される方は、医療機関や薬局とよくご相談ください。」という注意喚起の文言を付して、一月の軽減額が医科レセプト500円、調剤レセプト50円以上見込まれる15歳以上の加入者に対して、約271万件通知しました。

○　効果測定を実施したところ、送付対象者のうち約84万人（31.3%）が切り替えを行い、軽減額は約164.4億円（年間推計）と高い効果が出ました。



＜その他の取組について＞（事業報告書　P118）

○　各都道府県における後発医薬品使用促進協議会については、2021年度末時点で37都道府県（他、10か所は未設置又は休止状態）に設置されており、休止状態も含めた42の協議会において支部長等が委員に就任しています。後発医薬品使用促進協議会では、ジェネリックカルテ等を活用して協会の取組について意見発信を行ったほか、ジェネリック医薬品の使用促進に向けて他の保険者や関係団体と連携を図りました。

＜2020年度に発生したジェネリック医薬品の安全性に関する重大事案への対応について＞（事業報告書　P118）

○　2020年度後半から、一部のジェネリック医薬品の製造販売企業における製造管理及び品質管理体制の不備により、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律による処分を受け、製品の製造や出荷を長期間停止又は縮小したことを発端として、当該成分の品目を中心として、医薬品製造販売企業各社が自社の製品の供給を継続するための出荷調整が広範に実施されました。

○　このようなことから、協会では例年2回（8月･2月）ジェネリック医薬品軽減額通知サービスを実施していましたが、2021年度においては、8月の通知は見送りました。2月の通知については、ジェネリック医薬品の安全性の確保の取組と供給の状況等の動向を注視するとともに、ジェネリック医薬品の業界団体である日本ジェネリック製薬協会から、製造販売承認書と製造実態の整合性自主点検等取組やジェネリック医薬品の供給不足に関する状況について 、2022年2月10日に進捗状況等の報告を受けた上で実施しました。

○　日本ジェネリック製薬協会からの報告を受け、理事長から同協会に対し、「全国健康保険協会がジェネリック医薬品の使用促進の取組を行う上で、ジェネリック医薬品の安全性と安定供給が確保されることが大前提であると考えている。各支部長からは、安全性と安定供給が十分確保されていない現在の状況を改善してほしいという要望を多く受けとっています。一日も早くこの状況を改善するために、医薬品業界全体と医療関係者が協力して、安心･安全が担保されるよう、引き続き尽力していただきたい。」と要請しました。

○　また、こうした要請等の状況について、本部･支部間での情報共有や、運営委員会への報告を行いました。

全国健康保険協会業績評価シート

2．戦略的保険者機能関係
④インセンティブ制度の実施及び検証

事業計画

○ 「成長戦略フォローアップ」（2020（令和2）年7月17日閣議決定）を踏まえ、成果指標拡大や配分基準のメリハリ強化等を検討し、2021（令和3）年度中に一定の結論を得る。また、加入者及び事業主にインセンティブ制度の仕組みや意義を理解していただけるよう、周知広報を行う。

※評価欄の判定基準は、S・A・B・C・Dの5段階評価
【判定基準】「S」：困難度を高く設定した目標について、目標の水準を大幅に超えている。「A」：困難度を高く設定した目標について、目標の水準を満たしている。「B」：目標の水準を満たしている（「A」に該当する事項を除く）。「C」：目標の水準を満たしていない（「D」に該当する事項を除く）。「D」：目標の水準を満たしておらず、主務大臣が業務運営の改善その他の必要な措置を講ずることを命ずる必要があると認めた場合を含む抜本的な業務の見直しが必要。

自己評価：A

【困難度：高】

【困難度の理由】

○ 成長戦略フォローアップ（2020年7月17日閣議決定）に基づく検討事項とし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こととなっていた。また、各評価指標や配点の見直しにおいては、各医療保険における被保険者の性質を考慮しつつ、予防・健康づくりの取組がより一層強化されるよう、徹底したPDCAサイクルを通じ、配点のメリハリを強化するなどの適切な指標の見直しを行うこととされていた。このように、協会において、2021年度中に、支部や運営委員会等の意見をとりまとめ、制度見直しを行う必要があった。

○ インセンティブ制度の見直しは、都道府県単位保険料率に直接影響する議論であることから、支部間の合意を得ることがそもそも困難である。このため、協会内で「インセンティブ制度見直しに関する検討会」を開催し、代表6支部と本部とで丁寧に議論を重ねることにより、困難な支部間の合意形成を本部主導で行った。そして、合意した内容について、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」に諮り、異議なく了承された。

○ このように、**インセンティブ制度について、成長戦略フォローアップに基づき、2021年度中に、協会において支部や運営委員会等の意見をとりまとめ、制度見直しを行う必要があったこと、都道府県単位保険料率に直接影響するこれらの制度見直しについて、本部と支部との間で丁寧に議論を重ね、困難な合意形成を行う必要があったことから、**困難度が高い。

【自己評価の理由】

○　成長戦略フォローアップに基づきインセンティブ制度を見直すにあたり、本部と代表6支部で「インセンティブ制度見直しに関する検討会」の第1回（2021年5月）と第2回（2021年6月）を開催し、その過程で全支部からの意見を聴取し、「基本的な考え方」を整理した。この「基本的な考え方」は、第111回運営委員会（2021年7月）や各支部の評議会において説明した。

○　検討会の第2回と第3回（2021年7月）において、成果指標拡大と配分基準のメリハリ強化を内容とする具体的な見直し案と、これに沿ったシミュレーションを提示し、議論を行った。そこでとりまとまった具体的な見直し案について、第112回運営委員会（2021年9月）や評議会での議論を踏まえた支部の意見を聴取し、第113回運営委員会（2021年11月）において意見集約を行った。この成案については、2022（令和4）年度以降の実績の評価に適用し、その結果を2024（令和6）年度以降の都道府県単位保険料率に反映させることとした。

○　この成案について、令和4年1月19日に開催された厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において報告し、異議なく了承された。

○　2020年度実績の評価方法については、第112回運営委員会において、新型コロナウイルス感染症による各評価項目の事業への影響を示すとともに、「①新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、2019年度の対応と同様に、実績値の補正等を行うことで評価できるか。②2020年度実績を2022年度保険料率に反映する場合において、インセンティブの保険料率は、政令により、千分の〇・一（0.01％）に引き上げることが既に定められているが、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、引き上げを行うかどうか。」という2つの論点に対して議論を行った。

○　第113回運営委員会において、新型コロナウイルス感染症の影響で地域において実績値のばらつきが大きいこと、健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金加算・減算制度においては、補正を行わず加算率を据え置いていることを踏まえ、協会においては、2020年度の実績値については、補正を行わず、また、2020年度実績を反映する2022年度のインセンティブ保険料率は、千分の〇・〇七（0.007％）に据え置くこととした。

○　インセンティブ制度の仕組みについて、ホームページに全加入者に向けた記事を掲載するとともに、各支部においても、事業所あてに毎月送付される保険料の納入告知書に周知用チラシを同封するなど、幅広く周知広報を行った。

○　以上より、**①成長戦略フォローアップに基づくインセンティブ制度の見直しについて、本部と支部間での検討会を3回開催し困難な支部間の合意形成を図ったほか、3回にわたり運営委員会に丁寧に説明し、閣議決定で示された期限内に成案をとりまとめたこと、そして、この結果を厚生労働省の検討会に報告し異議なく了承されたこと、②制度の実効性を高めるため、加入者や事業主に対する周知広報を積極的に実施したことから、自己評価は「A」とする。**

【インセンティブ制度の概要】

○　協会けんぽ各支部の加入者及び事業主の方々の評価指標の取組に応じて、インセンティブ（報奨金）を付与し、翌々年度の健康保険料率に反映させるものです。

○　評価指標は、①特定健診等の実施率、②特定保健指導の実施率、③特定保健指導対象者の減少率、④医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率、⑤後発医薬品の使用割合の5つの項目としています。

○　制度の財源は全支部の保険料率の中に0.01%を盛り込んで計算します。この0.01%については、3年間で段階的に導入され、2020年度保険料率に盛り込む率は0.004%、2021年度保険料率に盛り込む率は0.007%、2022年度以降の保険料率に盛り込む率は0.01%としています。

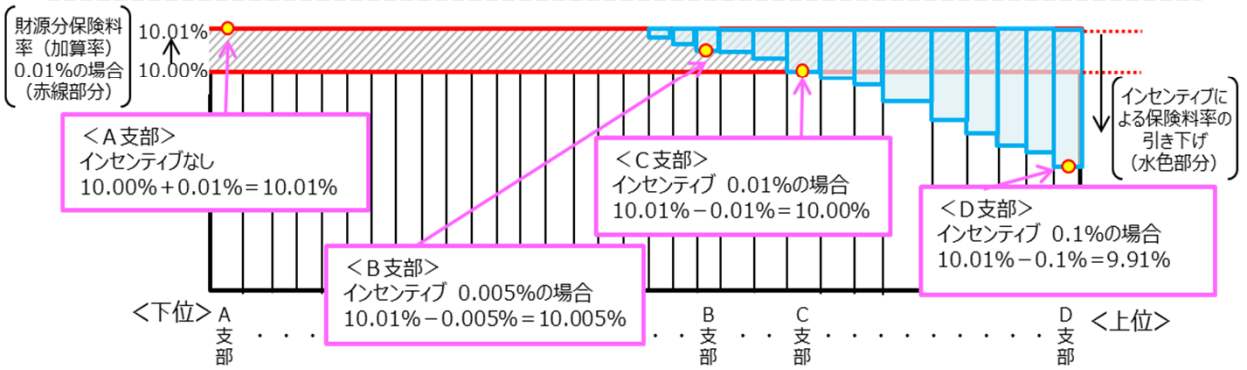
［インセンティブ制度のイメージ］

保険料計算例：標準報酬月額30万円、保険料率10.0%の支部の場合（保険料額は労使折半前の金額）

＜制度導入前＞　30万円 × 10.0% ＝ 30,000円

＜財源分保険料率が0.01%で、報奨金による保険料率の減算がない場合＞
30万円 ×　（10.00% ＋ 0.01%）　＝ 30,030円　1か月 ＋30円　**年間 ＋360円**
※ 制度導入前との差

＜財源分保険料率が0.01%で、報奨金による保険料率の減算が0.1%になった場合＞
30万円 ×｛（10.00% ＋ 0.01%）　－ 0.1%｝＝ 29,730円　1か月 ▲270円　**年間 ▲3,240円**
※ 制度導入前との差



※ 保険料率を算定する際には、小数点第３位を四捨五入します。

【事業計画の達成状況】

＜インセンティブ制度の実施結果について＞（事業報告書　P122）

○　2020年度の評価結果は以下のとおりであり、ランキング上位の23支部は、インセンティブ制度の報奨金により、最大で0.058%の保険料率の引き下げ効果がありました。

支部名	インセンティブ（報奨金）分の保険料率（%）	標準報酬月額30万円の場合の保険料への影響額（労使折半前）	
		1か月あたり（円）	1年間で換算（円）
富山	-0.058	-174	-2,088
山形	-0.050	-150	-1,800
熊本	-0.044	-132	-1,584
新潟	-0.039	-116	-1,392
秋田	-0.035	-104	-1,248
栃木	-0.031	-94	-1,128
福島	-0.030	-90	-1,080
滋賀	-0.030	-90	-1,080
徳島	-0.030	-89	-1,068
沖縄	-0.028	-85	-1,020
山梨	-0.028	-83	-996
静岡	-0.027	-82	-984
宮城	-0.024	-73	-876
島根	-0.023	-69	-828
奈良	-0.019	-56	-672
山口	-0.018	-54	-648
長野	-0.018	-53	-636
大分	-0.016	-48	-576
岐阜	-0.010	-29	-348
長崎	-0.009	-26	-312
宮崎	-0.005	-14	-168
和歌山	-0.004	-12	-144
青森	-0.003	-10	-120
鳥取	0.000	0	0
福岡	0.000	0	0

支部名	インセンティブ（報奨金）分の保険料率（%）	標準報酬月額30万円の場合の保険料への影響額（労使折半前）	
		1か月あたり（円）	1年間で換算（円）
福井	0.000	0	0
石川	0.000	0	0
鹿児島	0.000	0	0
茨城	0.000	0	0
愛知	0.000	0	0
香川	0.000	0	0
岩手	0.000	0	0
京都	0.000	0	0
兵庫	0.000	0	0
群馬	0.000	0	0
三重	0.000	0	0
岡山	0.000	0	0
佐賀	0.000	0	0
東京	0.000	0	0
大阪	0.000	0	0
北海道	0.000	0	0
愛媛	0.000	0	0
広島	0.000	0	0
神奈川	0.000	0	0
高知	0.000	0	0
千葉	0.000	0	0
埼玉	0.000	0	0

※ 上記の表は加算率を除いた減算部分のみを表示しています。

※ 端数処理のために計算が合わない場合があります。

＜新型コロナウイルス感染症を踏まえた2020年度実績の評価方法等＞（事業報告書　P120～122）

○　2020年度実績の評価においては、新型コロナウイルス感染症の影響が3月分のみであった2019年度とは異なり、政府による緊急事態宣言が発出されたことにより、該当地域やそれ以外の地域によって特定健診・特定保健指導等の取扱いの差が生じたこと、新型コロナウイルス感染症の影響により医療機関及び健診機関への加入者の受診動向等に変化が生じたことを踏まえ、評価方法等を検討する必要ありました。

○　第112回運営委員会（2021年9月16日開催）では、新型コロナウイルス感染症の影響や緊急事態宣言発出に伴う業務縮小又は中止による影響を改めて示した上で 、年度全体の実施状況を見ても地域によってバラつきが大きく、補正は困難と考えられること、 また、健康保険組合 ・共済組合の後期高齢者支援金加算・減算制度においては、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた2020年度の対応方針として、補正を行わずに、加算率を据え置くこととしていることを踏まえ、「2020年度の実績値については、補正を行わずに、 2020年度実績を反映する2022年度のインセンティブ保険料率は、千分の〇・〇七（ 0.007 %）に据え置くこととしてはどうか」との対応案も含めて、議論を行いました 。

○　第113回運営委員会（2021年11月26開催）では、10月に開催された評議会での議論を踏まえた支部意見の聴取を行った結果を示し、再度議論を行った結果、第112回運営委員会で示された対応案の通り進めることで、運営委員会としての意見集約を行いました。

○　2020年度の評価結果に基づき、ランキング上位の23支部は、インセンティブ制度の報奨金により、最大で0.058%の保険料率の引き下げ効果となりました。

＜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＞（事業報告書　P123～127）

○　「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」とされていました。また、健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金加算・減算制度についても議論が行われたことや、運営委員会及び評議会から制度の見直しに関する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に着手しました。

○　インセンティブ制度の見直しにあたっては、「基本的な考え方」に沿って、具体的な見直し内容を決定することとし、 2021年 5月から 6月にかけて、本部と代表 6支部で「インセンティブ制度の見直しに関する検討会」を 2度開催し、その過程で全支部からの意見を聴取し、「基本的な考え方」を整理しました。具体的には、本部と代表6支部との間で第 1回検討会（ 2021年5月27日開催）を開催し、そこで出された一定の方向性について、各支部から意見を聴取し、第 2回検討会（2021年6月23日開催）で「基本的な考え方」を整理しました。

○第 111 回運営委員会（2021年7月27日開催）及び評議会において説明するとともに、「基本的な考え方」に沿って、「評価指標」及び「加算減算の効かせ方」について、現行の枠組みを維持しつつ、見直しを行いました。

【見直し（案）策定にあたっての基本的な考え方】
①成果指標を拡大する。②配分基準のメリハリ強化を行う。③予防・健康づくりの取組により一層努める。④インセンティブが不十分である層（下位層）に効果を及ぼせる。⑤医療費適正化により直ちに保険料率に影響を及ぼす取組ではなく、将来的な医療費の適正化に資する評価指標を選定する。⑥加入者数の規模や増減の幅等の支部の特性に配慮する。⑦インセンティブ分の保険料率のインパクトを強める。

○　また、現行制度の枠組みのあり方に関する見直しについては、今回の見直し後の制度運営状況、特定健診・特定保健指導の効果に係る研究成果、今後の政府による保険者インセンティブ制度に対する方針、健保・共済における後期高齢者支援金加算・減算制度の実施状況等を勘案し、3年後を目途に、改めて検討を行うことと しました 。

○　具体的な見直しについては、第 2回検討会（2021年6月23日開催）及び第3回検討会（2021年7月26日開催）において、見直し案を提示し、議論を行いました。

○　第 113回運営委員会（2021年11月26日開催）では 、第112回運営委員会（2021年9月16日開催）でいただいたご意見及び 10月に開催された評議会での議論を踏まえた支部の意見を聴取した結果に基づき、以下の通り見直しを行い、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することとなりました。

見直しの全体像

○ 協会のインセンティブ制度は、事業主及び加入者の行動変容を促すことにより、加入者が自ら予防・健康づくりに取り組むことで健康度の向上を図り、将来の医療費の適正化にも資するよう、保健事業の指標における支部間の実績の均てん化及び全体の底上げを図ることを目的とする。

評価指標の見直し

＜現行＞

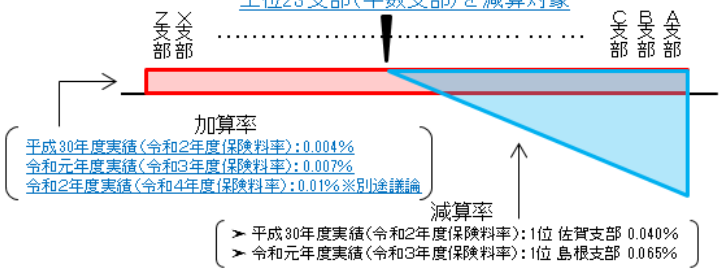
現行の評価指標	配点
指標1 特定健診等の実施率 【評価割合】 実施率:60% 実施率の対前年度上昇幅:20% 実施件数の対前年度上昇率:20%	50
指標2 特定保健指導の実施率 【評価割合】 実施率:60% 実施率の対前年度上昇幅:20% 実施件数の対前年度上昇率:20%	50
指標3 特定保健指導対象者の減少率 【評価割合】 減少率:100%	50
指標4 医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率 【評価割合】 受診率:50% 受診率の対前年度上昇幅:50%	50
指標5 後発医薬品の使用割合 【評価割合】 使用割合:50% 使用割合の対前年度上昇幅:50%	50
合計	250

＜見直し後＞

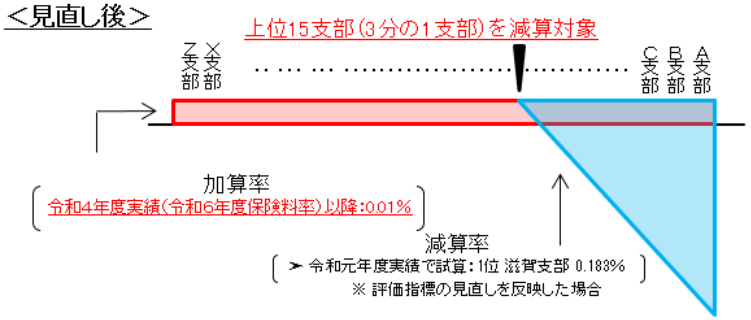
見直し後の評価指標	配点
指標1 特定健診等の実施率 【評価割合】 実施率:50% 実施率の対前年度上昇幅:25% 実施件数の対前年度上昇率:25%	70
指標2 特定保健指導の実施率 【評価割合】 実施率:50% 実施率の対前年度上昇幅:25% 実施件数の対前年度上昇率:25%	70
指標3 特定保健指導対象者の減少率 【評価割合】 減少率:100%	80
指標4 医療機関への受診勧奨基準において速やかに受診を要する者の医療機関受診率 【評価割合】 受診率:50% 受診率の対前年度上昇幅:50%	50
指標5 後発医薬品の使用割合 【評価割合】 使用割合:50% 使用割合の対前年度上昇幅:50%	50
合計	320

加算減算の効かせ方の見直し

＜現行＞



＜見直し後＞



※ 上記の青字は見直し前の箇所であり、赤字は見直し後の箇所。

現行制度の枠組みのあり方に関する見直し

○ 現行制度の枠組みのあり方に関する見直しについては、今回の見直し後の制度運営状況、特定健診・特定保健指導の効果に係る研究成果、今後の政府による保険者インセンティブ制度に対する方針、健保・共済における後期高齢者支援金加算・減算制度の実施状況等を勘案し、3年後を目途に、改めて検討を行うこととする。

＜インセンティブ制度の広報＞（事業報告書　P128）

○　ホームページに全加入者に向けた記事を掲載するとともに、支部においては、以下のとおり、納入告知書同封チラシやメールマガジン広報に加え、関係機関を通じた広報や新聞・テレビ・ラジオなどのメディアを活用した広報も行うなど、幅広く周知広報を行いました。

【インセンティブ制度に係る広報の実施状況】

広報の種類	納入告知書同封チラシ	メールマガジン	健康保険委員（※1）	事務説明会（※2）	関係機関への広報（※3）	新聞	その他（※4）
実施支部数	35支部	35支部	41支部	19支部	26支部	19支部	43支部
コロナの影響による中止（※5）	－	－	2支部	10支部	－	－	－

※1「健康保険委員」に対しては、事務説明会やリーフレットの送付等を実施。
※2「事務説明会」は、社会保険事務説明会、新規適用事業所説明会等で事務担当者等に対して説明。
※3「関係機関への広報」は、県、市町村、商工会、商工会議所や中小企業団体中央会等に対しての訪問説明及び広報誌への記事の掲載依頼等。
※4「その他」は、テレビやラジオを活用した広報、支部職員による事業所訪問時に事務担当者等への説明、健診勧奨案内にリーフレットの同封等。
※5「コロナの影響による中止」は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、説明会、セミナー等の中止。

全国健康保険協会業績評価シート

2. 戦略的保険者機能関係
⑤ 支部で実施した好事例の全国展開

事業計画

○ 支部事業の独自性を高めるために設定した支部保険者機能強化予算との関係性を含め、パイロット事業及び支部調査研究事業の位置付けや仕組みを整理し、新たな枠組みを構築する。
○ パイロット事業の効果検証の結果、エビデンスが得られた事業については速やかに全国展開を行う。

※評価欄の判定基準は、S・A・B・C・Dの5段階評価
【判定基準】「S」:困難度を高く設定した目標について、目標の水準を大幅に超えている。「A」:困難度を高く設定した目標について、目標の水準を満たしている。「B」:目標の水準を満たしている(「A」に該当する事項を除く)。「C」:目標の水準を満たしていない(「D」に該当する事項を除く)。「D」:目標の水準を満たしておらず、主務大臣が業務運営の改善その他の必要な措置を講ずることを命ずる必要があると認めた場合を含む抜本的な業務の見直しが必要。

自己評価:B

【自己評価の理由】
○ 2020(令和2)年度に実施したパイロット事業8事業について2021(令和3)年度に最終報告会を実施し、**富山支部で実施した「検診車における遠隔面談を活用した初回面談の分割実施」は、実施可能な他支部へ事業展開を行った。**また、京都支部で実施した「健診サポート機関の設置によるワンストップヘルスケアサービスの提供」は継続検証の実施をすることとし、2022(令和4)年度に全支部を対象に手挙げ方式による募集を進めている。

○ 2021年度のパイロット事業として2支部・2事業を実施した。効果的な取組については、全国展開していく。

○ 2021年度はパイロット事業の応募を一時休止し、**支部事業の独自性を高めるために設定した支部保険者機能強化予算との関係性を含め、パイロット事業の位置づけと仕組みを整理した。**2023(令和5)年度からのパイロット事業について、**本部においてテーマを設定する本部主導型の仕組みへと見直し、採用の段階から、事業実施、実施後の効果検証まで、本部が支部をサポートし、本部・支部が連携して事業を実施する枠組みを構築した。**

○ 以上より、**2020年度のパイロット事業1事業を全国展開、1事業を継続検証とし、また、次年度以降のパイロット事業の新たな枠組みを構築した**ことから、自己評価は「B」とする。

【事業計画の達成状況】

＜2021年度に実施したパイロット事業について＞（事業報告書　P129）

○　2021年度のパイロット事業の実施件数は2支部で2事業となりました。2021年度中に完了したパイロット事業についても、効果的な取組については、今後、全国展開していきます。

［パイロット事業等の実施件数の推移］

年度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計
応募件数	20件	14件	23件	25件	17件	22件	22件	45件	91件	105件	107件	72件	69件	632件
実施件数	20件	12件	11件	9件	6件	7件	7件	20件	14件	15件	12件	8件	2件	143件

※2009年度、2010年度は支部調査研究事業を含む件数

＜パイロット事業の全国展開について＞（事業報告書　P129～130）

○　2020年度に実施したパイロット事業8事業については、2021年度に最終報告会を実施しました。富山支部で実施した「検診車における遠隔面談を活用した初回面談の分割実施」は、実施可能な他支部への事業展開を進めることとし、京都支部で実施した「健診サポート機関の設置によるワンストップヘルスケアサービスの提供」は、全国展開の可否に関して継続して検討することとし、2022年度に全支部を対象に手挙げ方式による募集を進めています。また、その他の6事業は全支部に情報提供を行いました。

○　2019年度に全国展開を決定した「薬局と連携したジェネリックお見積もり（静岡支部）」、「調剤薬局の問診票を活用したジェネリック使用率向上（愛知支部）」について、全国展開に向けて、薬剤師会等との調整を行いました。新型コロナウイルス感染症の影響を鑑み実施を見送っていますが、収束状況を見つつ、できる限り早期に実施する予定です。

＜パイロット事業の見直しについて＞（事業報告書　P183）

○　2023年度からのパイロット事業について、本部においてテーマを設定する本部主導型の仕組みへと見直し、採用の段階から、事業実施、実施後の効果検証まで、本部が支部をサポートし、本部･支部が連携して事業を実施することとしました。

＜パイロット事業の全国展開等の状況について＞(事業報告書　P130)

実施年度	支部名	事業名	全国展開の状況
2009年度	広島支部	ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進	2010年1月より全国展開。
2009年度	三重支部	健康保険給付の適正化の推進	2010年度より全国展開。不正請求の疑いがあるものは、プロジェクトチームで調査方法を検討。
2010年度	広島支部	レセプト・健診データを活用した通知や訪問指導による受診勧奨等の実施	2013年10月より全国展開。要治療者と判断されながら、医療機関に受診していない者に対し受診勧奨を実施（重症化予防）。
2011年度	福岡支部	糖尿病未受診者の抽出と早期受診への取組み	
2011年度	広島支部	糖尿病性腎症患者の重症化予防	2014年度より展開し、地域の実情に合わせて実施支部を拡大。糖尿病重症化予防プログラムを実施し、人工透析の移行を防ぐ。
2012年度	滋賀支部	付加的サービスの提供による被扶養者への集団特定健診の実施	骨密度測定や肌年齢測定等の項目を追加した「オプショナル健診」として、2019年度より全支部で実施。
2012年度	広島支部	医療機関における資格確認	2016年3月より35支部において実施。
2013年度	宮城支部		
2013年度	熊本支部	返納金債権回収の効率化	2015年1月より全国展開。資格喪失後受診による返納金債権については国保保険者との間で保険者間調整が可能とする。
2013年度	大分支部	健康保険委員と連携した事業所まるごとの健康づくり事業（一社一健康宣言の展開）	2014年度から順次拡大し、全支部で事業所とのコラボヘルスとして実施。
2014年度	広島支部	事業所ごとの疾病リスク特性に応じた保健事業の取組み	全支部において独自の様式で実施。
2014年度	兵庫支部	ＧＩＳを活用したデータヘルス計画の推進	2016年度から順次拡大し、2018年度より全支部で実施。
2015年度	広島支部	ジェネリック医薬品未切替者への分割調剤（お試し調剤）の周知広報	2017年2月より全国展開。軽減額通知にお試し調剤に関する内容を掲載。
2016年度	広島支部	薬剤師会と連携した多受診者への取り組み	薬剤師会の協力が得られた支部から順次実施。
2017年度	静岡支部	医療機関向け総合情報ツール	2018年12月より全国展開。本部より各支部へ提供している「医療機関・調剤薬局向け見える化ツール」に、院内版のツールを追加するとともに、ジェネリック医薬品使用割合向上に寄与する上位10医薬品のコンテンツを追加。
2018年度	静岡支部	薬局と連携したジェネリックお見積もり	薬剤師会と実施方法等に関する調整が完了次第、全国で実施していく。
2018年度	愛知支部	調剤薬局の問診票を活用したジェネリック使用率向上	薬剤師会と実施方法等に関する調整が完了次第、全国で実施していく。
2020年度	富山支部	検診車における遠隔面談を活用した初回面談の分割実施	従来の方法では委託ができない支部が希望する場合に実施可能な支部事業として導入する。

2. 戦略的保険者機能関係
⑥ 地域の医療提供体制等への働きかけや医療保険制度に係る意見発信

事業計画

ⅰ) 医療計画及び医療費適正化計画に係る意見発信
○ 現行の医療計画及び医療費適正化計画に基づく取組の進捗状況を把握しつつ、医療計画及び医療費適正化計画が着実に推進されるよう意見発信を行う。

ⅱ) 医療提供体制に係る意見発信
○ 効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けて、地域医療構想調整会議や医療審議会等の場において、協会における医療データの分析結果（医療費の地域差や患者の流出入状況等）や国・都道府県等から提供された医療データ等を活用するなど、エビデンスに基づく効果的な意見発信を行う。

ⅲ) 医療保険制度の持続可能性の確保等に向けた意見発信
○ 医療保険部会や中央社会保険医療協議会、保険者協議会等において、加入者の健康増進や医療保険制度の持続可能性の確保、地域包括ケアの構築等に関する意見発信を行う。
○ また、持続可能な医療保険制度の構築に向けて、国に対して、関係団体とも連携しつつ、医療保険制度改革に係る要請を行う。

ⅳ) 上手な医療のかかり方に係る働きかけ
○ 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などの「上手な医療のかかり方」について、関係団体とも連携しつつ、加入者や事業主に対して効果的な働きかけを行う。

【KPI】
○ 効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けて、地域医療構想調整会議や医療審議会等の場において、医療データ等を活用した効果的な意見発信を、全支部で実施する。

（参考）「保険者協議会」とは
…保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で組織している協議会。高齢者医療確保法では、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し、（1）特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、（2）保険者に対する必要な助言又は援助、（3）医療費などに関する情報の調査及び分析の業務を行うことが規定されている。

※評価欄の判定基準は、S・A・B・C・Dの5段階評価
【判定基準】「S」:困難度を高く設定した目標について、目標の水準を大幅に超えている。「A」:困難度を高く設定した目標について、目標の水準を満たしている。「B」:目標の水準を満たしている(「A」に該当する事項を除く)。「C」:目標の水準を満たしていない(「D」に該当する事項を除く)。「D」:目標の水準を満たしておらず、主務大臣が業務運営の改善その他の必要な措置を講ずることを命ずる必要があると認めた場合を含む抜本的な業務の見直しが必要。

自己評価:B

【困難度:高】

【困難度の理由】

○ 新型コロナウイルス感染症の影響により、そもそも調整会議の開催回数が減少しており、また、開催された場合でも議題が新型コロナウイルス感染症に関する事項が多かったことから、データに基づく意見発信を行う機会が減少した。

このように、**協会の自助努力だけでは意見発信を更に進めていくことが難しい状況であり、**困難度が高い。

【自己評価の理由】

○ 2021(令和3)年度のKPIの実績:

地域医療構想調整会議や医療審議会等の場において、医療データ等を活用した効果的な意見発信支部数 27支部(対計画値57.4%)

ⅰ)医療計画及び医療費適正化計画に係る意見発信

○ 厚生労働省が開催する「第8次医療計画等に関する検討会」において、委員を務める協会役員から「本検討会では、新型コロナ感染症対応の緊急性を十分認識しつつも、地域医療構想を着実に推進していくこと、かかりつけ医機能にかかる検討をしっかり進めていくこと、この2点が重要であると申し上げてきた。地域医療構想については、国と地方の協議の場で、2022年度及び2023年度において、検証・見直しを進めていくことをご提示いただき、かかりつけ医機能の明確化については、大まかなものではあるが、スケジュール感をお示しいただいたことに感謝申し上げる。今後は、このスケジュールに沿って、しっかりと着実な検討が進んでいくことを期待している。」と発言し、**地域医療構想の着実な推進、かかりつけ医機能にかかる検討を進めることについて意見発信を行った。**

ⅱ)医療提供体制に係る意見発信

○ 2021年度は、全47支部でデータ分析に基づく 効果的な意見発信を行うことをKPI として設定していたが、**新型コロナウイルス感染症の影響により、各都道府県の調整会議の開催回数が減少したこと**(2020(令和2)年度: 370 回、2021年度: 325 回)により、データ分析に基づく効果的な意見発信ができた支部は27支部となり、2020年度の30支部を下回る結果となった。しかしながら、複数の支部では、議論の停滞を踏まえ、調整会議において、「新型コロナウイルス感染症 対応が続く中ではあるが、地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない。地域医療構想については、病床の必要量の推計や考え方といった基本的な枠組みを踏まえ、県の積極的なリーダーシップの発揮のもと着実に進めていただきたい」等、**今後の地域医療構想の議論を促すような発言を行った。**

iii) 医療保険制度の持続可能性の確保等に向けた意見発信

○　持続可能な医療保険制度の構築のためには、医療保険制度のさらなる改革や地域における良質かつ効率的な医療提供体制の構築が必要であることから、厚生労働省が開催する社会保障審議会医療保険部会、中央社会保険医療協議会、第8次医療計画等に関する検討会等の各種会議体に協会役職員が委員として出席し、医療保険制度の見直し等に向けた意見発信を行った。

○　その他にも、**中央社会保険医療協議会の1号側（支払側）委員 6団体（健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、全日本海員組合、日本経済団体連合会、日本労働組合総連合会、協会）から厚生労働大臣に対して、**「国民皆保険制度の長期的な持続可能性を高めつつ、医療提供体制を新興感染症にも強い効率的・効果的な仕組みへ再構築することや、高い水準の自然増を考えれば、令和4年度は診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要がある」と、**国民の負担軽減につなげる改定とするよう要請を行った。**

iv) 上手な医療のかかり方に係る働きかけ

○　**地域医療を守る観点から、医療データの分析結果等を活用しつつ、不要不急の時間外受診や休日受診を控える等の「上手な医療のかかり方」について、関係団体とも連携しつつ、加入者や事業主に対して効果的な働きかけを行った。**各支部では、かかりつけ医・かかりつけ薬局の啓発や重複受診を控えること、平日の時間内受診の啓発、緊急電話相談（＃8000、＃7119）の活用、スイッチOTC 医薬品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った。

○　以上より、①新型コロナウイルス感染症の影響により、**各構想区域の調整会議の開催回数が減少し、地域医療構想の議論を行う機会が少なくなった中で、27支部がデータ分析に基づく意見発信を行ったこと**、②第8次医療計画等に関する検討会において、**地域医療構想を着実に推進していくこと、かかりつけ医機能にかかる検討をしっかり進めていくことについて発言し、議論を促した**こと、③厚生労働省が開催する各種会議体に協会役職員が委員として出席し、**医療保険制度の見直し等に向けた意見発信を行ったこと**、④**厚生労働大臣に対して、令和4年度診療報酬改定に関する要請を行ったこと**を踏まえ、自己評価は「B」とする。

【事業計画の達成状況】

ⅰ）医療計画及び医療費適正化計画に係る意見発信

［第8次医療計画等に関する検討会］ **（事業報告書　P144～P146）**

（第8次医療計画、地域医療構想）

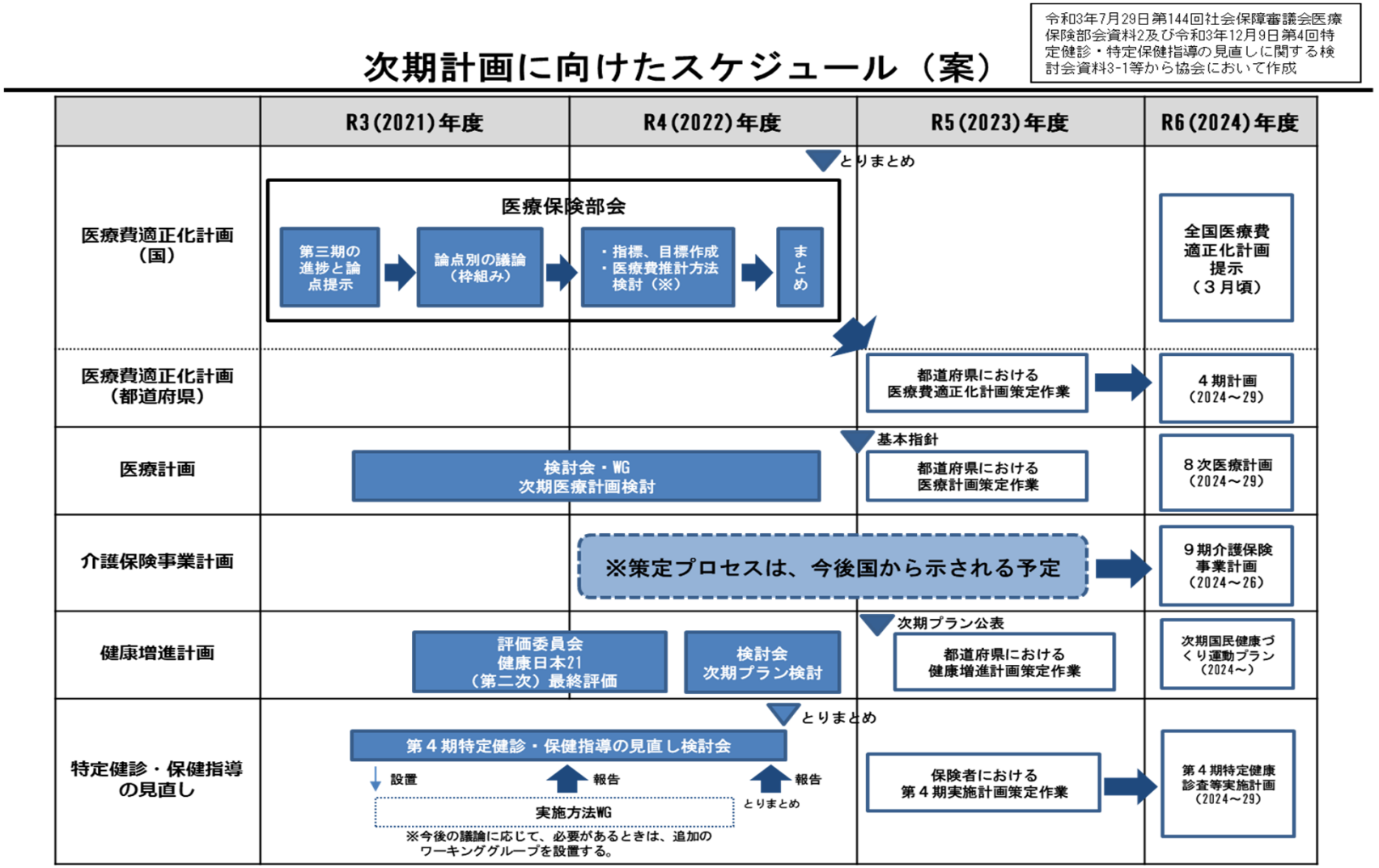
○　第8次医療計画等に関する検討会では、第8次医療計画（2024（令和6）年度～2029（令和11）年度）の策定に向け、2022（令和4）年度中に、基本方針や医療計画作成指針等の改正に向けた報告書を取りまとめるべく、2021年6月18日より「第8次医療計画等に関する検討会」において議論が開始されました。同検討会は、2021年6月から2022年3月にかけて計7回開催されており、2021年10月13日に開催された第3回、2021年11月5日に開催された第4回、2021年11月11日に開催された第5回において新型コロナウイルス感染症対応に係る事例発表が行われ、2021年12月23日に開催された第6回では、「外来機能報告等に関する報告書」が承認されました。

○　協会からは、地域医療構想の着実な推進と、かかりつけ医機能の検討を進めることについて、繰り返し発言を行いました。第6回検討会（2021年12月23日）では、「外来機能において、かかりつけ医の在り方も大きなポイントの一つと考えている。今回の新型コロナウイルス感染症をきっかけに、かかりつけ医の重要性が広く国民の中で再認識されたものと思うが、かかりつけ医の定義、在り方については、必ずしも十分な考え方の整理等がなされていない状況であると考えている。そのような点から、かかりつけ医機能の在り方について今後具体的にどのような場とスケジュールで検討を進めていくのか、考え方を確認したい。」と発言し、第7回検討会（2022年3月4日）では、「本検討会では、新型コロナ感染症対応の緊急性を十分認識しつつも、地域医療構想を着実に推進していくこと、かかりつけ医機能にかかる検討をしっかり進めていくこと、この2点が重要であると申し上げてきた。地域医療構想については、国と地方の協議の場で、2022年度及び2023年度において、検証・見直しを進めていくことをご提示いただき、かかりつけ医機能の明確化については、大まかなものではあるが、スケジュール感をお示しいただいたことに感謝申し上げる。今後は、このスケジュールに沿って、しっかりと着実な検討が進んでいくことを期待している。」等の発言を行いました。

○　医療計画の策定について、協会からは、第7回検討会（2022年3月4日）等で、「2023年度において都道府県で医療計画を策定することとなっている。都道府県では、2023年度の1年間で、第4期医療費適正化計画、第9期介護保険事業支援計画、更には健康増進計画も策定することになっており、これら4つの計画は、いずれも2024年度から開始することとなる。各計画でしっかりと連携をとりながら、それぞれの計画の内容が相互に反映され、トータルとして一貫性を持った計画体系となるように、国、都道府県それぞれにおいて、医療供給、医療財政、介護、更には感染症対策や健康増進のそれぞれの担当部署がより一層連携をとって、トータルとしての保健医療・福祉のビジョンを示していくことが必要と考えており、今後、そうした点に留意して検討を進めていただきたい。」等の発言を行いました。

○　次期計画に向けたスケジュール（案）

令和3年7月29日第144回社会保障審議会医療保険部会資料2及び令和3年12月9日第4回特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会資料3-1等から協会において作成



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

1

（外来機能の明確化・連携について）

○　第8次医療計画等に関する検討会の下に「外来機能報告等に関するワーキンググループ」が設置され、2020年12月に「医療計画の見直し等に関する検討会」において取りまとめられた「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」を踏まえ、外来機能報告等の施行に向けて必要な事項を検討することされました。

○　外来機能報告等に関するワーキンググループでは、2021年7月以降、6回にわたって外来機能報告、医療資源を重点的に活用する外来、医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関、地域における協議の場、国民への理解の浸透について議論を重ね、2021年12月17日に外来機能報告等に関する報告書を取りまとめました。この議論において、協会からは、第5回ワーキンググループ（2021年11月29日）等で、「外来機能の明確化・連携を進め、患者の流れの更なる円滑化を図るということが制度の趣旨であり、なるべく多くの医療機関が該当する基準とすべき。」、「呼称について、地域住民にとって理解しやすい呼称が望ましいと考えており、「紹介」という言葉については、少なくとも入れるべき。」等の発言を行いました。また、外来機能報告等の施行に向けて検討が行われた第7回ワーキンググループ（2022年3月16日）では、「外来機能報告や紹介受診重点医療機関の仕組みについて、制度周知を徹底していただくことが、この制度を実施する上で前提になるものと考えており、しっかり周知いただくよう、改めてお願いしたい。」等の発言を行いました。

（在宅医療及び医療・介護連携について）

○　第8次医療計画等に関する検討会の下に「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」が設置され、在宅医療の推進や医療・介護連携の推進について検討することとされました。

○　在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループは、2021年10月と2022年3月に2回開催され、協会からは、「新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえた今後の新興感染症拡大時における在宅医療提供の在り方や整備について、特に感染症法上の予防計画と医療計画の整合性を確保していくことが重要と考えている。例えば、自宅療養、宿泊療養から医療機関へ移った方の扱いをどうするかということについて、両計画の間で整理が必要と考えており、しっかりと検討していただきたい」と発言を行いました。

○　関係審議会等における協会けんぽの意見発信の状況

審議会等	委員	主な意見発信（概要）
中央社会保険医療協議会	安藤理事長	○後発医薬品について、全都道府県で80%以上という新たな目標が設定されたという状況の変化も踏まえ、診療報酬上の加算・減算の在り方を検討していくべき時期に来ていると考える。（R3.12.8） ○かかりつけ医機能が果たされることによる患者のメリットを明確化し、それに見合った評価をしていくべきである。（R3.12.17）
医療保険部会	安藤理事長	○オンライン資格確認や電子処方箋については、新たな情報が追加される度に費用負担の在り方を議論するのではなく、まず厚労省に総合的な今後の全体像をお示しいただき、利活用場面、ユースケースを整理し、その役割や受益等を踏まえ、費用負担の在り方を議論すべきである。（R4.1.27） ○後期高齢者制度の2割負担導入に感謝申し上げる。しかし、国民皆保険制度が持続可能となるためには十分ではない。更なる医療費適正化につながる施策の検討をお願いしたい。（R3.12.23）
介護保険部会	吉森理事	○給付と負担に係る項目や、そもそもの保険給付の範囲の在り方について、議論を尽くし、制度の持続可能性を確保していくべき。（R4.3.24） ○必要な医療を受けつつ、自宅、施設等の地域で暮らすことができるような地域包括ケアシステムの構築を更に進める必要があるものと考える。（R4.3.24）
医療介護総合確保促進会議	安藤理事長	○　医療計画、介護保険事業計画、健康増進計画、医療費適正化計画といった密接に関係する計画間での連携が重要であると考えている。（R3.10.11）
第8次医療計画等に関する検討会	中島理事	○地域医療構想に関する取組が、まだまだ地域によって差があり、取組が進んでいない状況もあると危惧している。地域医療構想の検討について、厚生労働省として、今後都道府県に、具体的にどのような工程、スケジュールを示し、地域医療構想を推進しようとしているのか、この点についてお考えを確認したい。　（R3.12.23）
第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会	中島理事	○特定健診等基本指針等の見直しにあたっては、こうした受診率の向上に留まらず、特定保健指導が対象者の行動変容・健康状態の改善につながっているか、アウトカムを出せているのか、という観点が重要だと考える。（R3.12.9）
保険者協議会中央連絡会	中島理事	○協会けんぽとしても、しっかり関係者と連携を図って、第4期医療費適正化計画策定に参画していきたい。（R4.3.30） ○結果が出ている保健指導はどういう要素を備えているのか、という好事例を広く集め、分析することで、良質な保健指導の標準化にも資すると考える。（R4.3.30）

ⅱ）医療提供体制に係る意見発信

［調整会議］

○　加入者及び事業主が良質な医療を過不足なく受けられるようにするためには、保険者が各構想区域の調整会議に参加し、意見発信を行うことが重要です。協会では、意見発信の機会を確保するため、調整会議への参加が進むよう都道府県に働きかけを行っており、その結果、2021年度末で、346ある調整会議のうち226区域（被用者保険者全体では301区域）に参加しています。

都道府県の審議会名称（例）	内容	参画支部数	設置数
医療審議会 医療計画等推進協議会	都道府県の医療計画策定に関する場への参画支部	36支部	47都道府県
医療審議会 県地域医療構想調整会議	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
地域医療構想調整会議	構想区域ごとの調整会議への参画	47支部、226区域 （301区域）	346区域
医療費適正化計画検討協議会	都道府県医療費適正化計画に係る検討会への参画支部	39支部	39都道府県
国民健康保険運営協議会	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を含む被用者保険者としての参画数

○　支部職員が委員を務める各構想区域の調整会議においては、新型コロナウイルス感染症の影響により、各都道府県の調整会議の開催回数が減少したこと（2020年度：約370回、2021年度：325回）により発言機会が減少した中で、27支部がデータ分析に基づく効果的な意見発信を実施しました。（2020年度は30支部）

○　協会の複数の支部では、議論が滞っている現状を受け、調整会議において、「新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない。地域医療構想については、病床の必要量の推計や考え方といった基本的な枠組みを踏まえ、県の積極的なリーダーシップの発揮のもと着実に進めていただきたい」等、今後の地域医療構想の議論を促すような発言をしました。

〔データに基づく意見発信の主な例〕

支部名	会議名	発言内容	活用したデータ
宮城	宮城県地域医療構想調整会議（大崎・栗原区域）	入院医療需要の推計において、回復期病床の需要が増加していく見通しとなっているが、佐賀方式の試算でも172床不足する。一方で、急性期病床は416床、慢性期病床は370床も過剰となっており十分に賄えるものと思う。本区域は公立病院を中心に急性期病床から不足する回復期への転換が進みつつある。しかしながら、本区域は民間病院や診療所にも急性期病床や慢性期病床が存在している。公立病院以外で回復期機能への転換を届け出る病床は無く、慢性期病床に関する変化は無い。保険者としては医療の供給が需要を生むことを危惧している。回復期機能と在宅医療等の充実という地域包括ケアシステムの要となる機能の拡充に期待したい。検討を進める際は、これらを地域全体としての「検討課題」として捉え、この会議に出席していない民間病院や診療所を含め、県が中心となり、官民が一体となって検討を進めていただきたい。	都道府県が調整会議に提出した定量的なデータ等（医療需要の将来推計、病床機能報告の結果、診療実績等）
富山	令和４年富山県医療審議会・富山県医療審議会地域医療構想部会・富山県医療対策協議会	コロナ禍にあって、実質的に約２年間調整会議における議論は先送りされている。新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、病床の機能分化、連携の重要性が改めて認識されており、有事にも耐えられる地域医療構想の実現に向けて、議論を更に進めていくべき。富山県においても高齢化や現役世代人口の減少等は着実に進んでいる。保険者としても厳しい財政問題を抱えており、そのためにも、将来の医療ニーズに沿った医療提供体制を構築することが必要。本日の資料には記載されていないが、地域医療構想における2025年の必要病床数と令和２年度病床機能報告を比べれば、富山県においては高度急性期や急性期病床は約2,000床多く、回復期病床は約1,000床不足している。厚生労働省が示す留意点及び医政局の通達等を踏まえ、次年度以降については、開催回数を確保する等、丁寧な議論をお願いしたい。	地域医療構想上の必要病床数と令和２年度病床機能報告の病床数
三重	伊賀地域医療構想調整会議（WEB会議）	令和3年度第7次三重県医療計画（在宅医療対策）進捗状況の資料によると、24時間体制の訪問看護ステーションにおける看護師・准看護師数は、平成30年度で627人であり、令和5年度の最終目標である538人を上回っている。 一方で、令和3年度第7次三重県医療計画（在宅医療）数値目標等の全国、県、市町の状況について、三重県全体での急変時の対応における人口10万人対の訪問看護師数は35.0人であるが、同じ伊賀構想区域内でも、伊賀市は27.2人と県平均より低く、名張市の64.9人に比べ差がある。また、県内の各市町でばらつきがある。 今後の在宅医療及び訪問看護のニーズの増加に対応するため、地域間格差を減らし、訪問看護の環境整備のための取組が必要と思われる。	令和3年度第7次三重県医療計画（在宅医療対策）進捗状況 令和3年度第7次三重県医療計画（在宅医療）数値目標等の全国、県、市町の状況について

iii) 医療保険制度の持続可能性の確保等に向けた意見発信

[厚生労働省への要望]（**事業報告書　P135**）

○　2022（令和4）年度の診療報酬改定にあたり、2021（令和3）年11月24日に中央社会保険医療協議会の1号側（支払側）委員6団体（健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、全日本海員組合、日本経済団体連合会、日本労働組合総連合会、協会）から厚生労働大臣に対して、「国民皆保険制度の長期的な持続可能性を高めつつ、医療提供体制を新興感染症にも強い効率的・効果的な仕組みへ再構築することや、高い水準の自然増を考えれば、令和4年度は診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要がある」と、国民の負担軽減につなげる改定とするよう要請を行いました。

[社会保障審議会医療保険部会]（**事業報告書　P138**）

○　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、オンライン資格確認等システム等について 議論を重ねました。

○　協会からは、これまで、オンライン資格確認等システムに新たな機能を追加する度に誰が費用負担するかについて検討されてきたことから、「新たな情報が追加される度に費用負担の議論をするのではなく、まず厚生労働省から総合的な全体像をお示しいただき、利活用場面、ユースケースを整理し、その役割や受益等を踏まえ、費用負担の在り方を議論すべき」である旨、繰り返し発言を行いました。

また、2024（令和 6）年度からの次期医療費適正化計画に係る検討が開始され、

① 介護事業計画も踏まえたスケジュールとすべきこと 。
② 特定健診・特定保健指導の医療費適正化に資するエビデンスを整理し、厚生労働省として発信すべき こと 。
③ 後発医薬品の使用目標達成のためには、保険者だけでなく、医療機関、薬局、流通等も含めて取り組む必要があり、国が地方厚生局等も活用しリーダーシップを発揮する必要があること 。
④ 医療費適正化計画の実施主体である都道府県が課題に取り組めるよう、組織や人事等の体制を整えていただくことが重要であり、保険者協議会の運営等、中心的な役割を発揮していただけるよう、国として後押ししていただきたいこと。
⑤ 今後の議論では保険者単位の目標設定という考え方も出てくる可能性があるが、職場単位や地域単位といった保険者毎の構成の特性を踏まえ、それぞれの取組を促すよう、都道府県に主導いただきたいこと 。

の 5点の意見を発言しました。

［令和４年度診療報酬改定に関する要請書］

令和３年11月24日

厚生労働大臣 後藤 茂之 殿

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

令和４年度診療報酬改定に関する要請

令和４年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり医療保険者関係団体の意見を取りまとめたので、政府の決定において適切に反映されるよう、強く要請する。

記

新型コロナウイルス感染症は、我々の生活・雇用・労働・産業のあらゆる分野に甚大な影響を及ぼした。未知の脅威に対する医療従事者の献身的な活動をはじめ、検査・医薬品・ワクチン等も含めた新型コロナウイルス感染症への対応に関わる方々の尽力に心より敬意を表する。そして何より国民が感染対策の努力を重ねた結果、今秋から新規感染者数や重症者数が落ち着いてきてはいるものの、社会・経済の先行きは依然として不透明である。

一方、令和２年度は一時的に医療費が減少したが、賃金・物価の伸びを医療費の伸びが上回り、医療保険財政を圧迫する構図が長らく続いている。今後も少子高齢化は確実に進み、支え手が減少するなかで、まさに令和４年度から団塊の世代が 75 歳に到達し始める。コロナ禍においても地域医療構想で想定している人口構造と医療ニーズの変化は止まらない。

国民皆保険制度の長期的な持続可能性を高めつつ、医療提供体制を新興感染症にも強い効率的・効果的な仕組みへ再構築することや、高い水準の自然増を考えれば、令和４年度は診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要がある。薬価等については、イノベーションの推進にも配慮しながら、市場実勢価格の低下に伴う公定価格の引き下げ分を、長期的に上昇し続ける負担の抑制のために還元されなければ、国民の理解は得られない。

令和２年度の概算医療費は 42.2 兆円だった。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う受療行動の変容や感染予防策による呼吸器系疾患等の減少などにより、前年度比▲3.2%で過去最大の減少率となったが、すでに足下では医療費が増加基調に戻りつつある。

昨年２月以降、新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いとして、様々な特例措置が講じられた。また、補助金や交付金を通じて医療機関に対する支援も実施されてきた。

第 23 回医療経済実態調査の結果、令和２年度における医療機関の経営状況は、令和元年度と比べて、全体として収益が減少した一方で費用が増加し、損益差額が悪化したが、医療法人の病院は黒字を維持し、一般診療所、歯科診療所、保険薬局は依然として高い水準の黒字である。さらに、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めた場合には、全体として損益差額は令和元年度から改善し、総じて医療機関の経営は安定している。今回追加された単月調査の結果から直近の状況をみると、令和３年６月の損益差額は、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めず、令和２年６月と比べて概ね改善し、一般診療所の損益差額は令和元年６月を上回った。

こうした状況を踏まえ、改定にあたっては、まずは診療報酬と補助金・交付金の役割分担・効果を検証し、整理することが重要である。

未曾有の経験から、医療機能の分化・強化と連携を推進する必要性が改めて浮き彫りになった。入院では、急性期病床における医療資源の集約と、急性期から回復期、慢性期まで目に見えるかたちでの円滑な連携、外来では、幅広い疾患に対応できるかかりつけ医を起点とした安心で安全な医療の確保や、患者のニーズと技術進歩を踏まえたオンライン診療の推進等が最大の課題である。

限られた医療保険財政のなかで医療の質を高めるためには、総合的な対応が求められる。後発医薬品を患者が安心して使用できる環境のさらなる整備や有効性・安全性を前提に経済性も考慮した処方の推進策を講じつつ、創薬力の強化等のイノベーション推進、医療従事者の働き方改革や処遇改善等について、国を挙げた効果的な取組みを強く要請する。

以上

［中央社会保険医療協議会］（**事業報告書　P138～P144**）
（2022年度診療報酬改定について）

2022年2月9日に、中医協会長から厚生労働大臣に対して答申が行われました。この答申に対しては、1号側（支払側）より、「入院医療については、急性期・回復期・慢性期それぞれの報酬体系において、患者の状態と医療資源の投入量に応じた評価を前進させることができた。外来医療では、機能強化加算について、地域でかかりつけ医が担うべき役割が明確になる。また、オンライン診療の環境整備やリフィル処方箋の導入については、患者の利便性が向上し、適切な治療機会の確保に役立つものと考える。一方で、急性期一般入院基本料における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準値や、外来医療におけるかかりつけ医機能に関連する報酬体系の再構築をはじめ、依然として課題は山積している。2024年度の次回改定は、団塊の世代が全て75歳以上となる「2025年」の直前に行われる。地域医療構想に基づく病床再編の進捗や外来医療を巡る様々な検討の状況を注視しつつ、答申書附帯意見を踏まえ、更なる対応について十分に議論する必要がある。」と総括しました。個別の項目に関しては、以下のような発言を行いました。

① 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた診療報酬上の取扱いに関する臨時的・特例的な措置について

○ 新型コロナウイルス感染症への診療報酬上の対応に関して、医療機関全体と新型コロナウイルス感染症受入機関で点数の傾向が異なっている点がある状況を踏まえ、今後の感染状況も不透明である現時点では、受入医療機関に対する特例継続を検討することも理解できる。受入の有無に直接関係しない特例については、廃止を検討すべきである。感染防止対策加算については、入院分科会からの届出医療機関にバラツキがあるとの指摘も踏まえ、要件を緩和するよりも質を担保した上で地域における医療機関間の連携を強化する方向性での評価が望ましいのではないか。

② 外来医療について

○ 「かかりつけ医の在り方」について、既存の枠組みのブラッシュアップを否定するわけではないが、かかりつけ医の在り方を今一度整理するとともに、かかりつけ医機能が果たされることによる患者のメリットを明確化し、それに見合った評価をしていくべきである。かかりつけ医の機能として、地域で連携して必要な対応を行える体制構築を促す要件の在り方を検討してはどうか。また、かかりつけ医機能の普及を図る観点から機能強化加算として院内掲示等の情報提供に係る要件が見直されたが、現行では効果が不十分ではないか。加算を算定している医療機関においては、しっかりと実施していただきたい。

○ 「紹介状なしで受診する場合の定額負担」について、現行の特定機能病院等が5,000円以上とされていることとのバランスや、医科・初診の点数を踏まえれば、2,000円程度という設定は妥当であると考える。

○ 「オンライン診療」について、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の改訂等を踏まえ、2022年度診療報酬改定の基本方針に示されたとおり、患者ニーズを踏まえた適切な普及・促進や安全性と信頼性の確保を前提とした適切な評価を進めていくべきである。対象患者、算定要件、施設基準等の評価の在り方は、指針の改訂等を踏まえ、その内容と整合的な形での見直しを検討する必要がある。初再診や医学管理等に係る評価は、対面診療との関係を十分に考慮し、安全性と信頼性の確保を前提とした上で、対面診療と同等と評価できるかどうかといった観点からも、適切な評価の在り方を検討していくべき。

○ 「オンライン資格確認」について、普及を進めるという方向性には賛成である。しかし、加算により促進することは、加算対象となるオンライン資格確認の運用開始施設が1月9日時点で10.4%と普及が十分な状況になく、加算が適用される4月1日までに運用開始施設が急速に増加するとは思えない。診断及び治療等の質の向上という点で患者がメリットを感じられるような活用がなされるのか、導入促進の効果がある仕組みとなっているのかといった点で大変疑問が残る。また、患者側にとっては追加的な費用負担が発生することとなり、患者がマイナンバーカードを持参しない場合やマイナンバーカードを持参したものの情報取得の同意をしなかった場合であっても、加算がなされるものと認識している。この場合、患者本人にとってみれば特にメリットはなく、むしろマイナンバーカードを持参しないことに対するある種のペナルティとも受け取られかねない仕組みとなっている。仮に、患者がこの加算を受けないようにするためには、このシステムが導入されていない医療機関で受診する必要があり、オンライン資格確認システムの普及に逆行する結果になってしまうことも危惧される。

③ 入院医療について

○ 「急性期入院医療の重症度、医療・看護必要度」について、必要度Ⅱの届出を更に進めるという方向性に賛同する。看護師の業務負担軽減の観点から、将来的には入院基本料を算定する全ての医療機関において必要度Ⅱを原則とすることを目指し、必要度Ⅱを要件とする医療機関の更なる拡大を検討すべき。A項目の心電図モニター、点滴ライン同時3本以上の管理は、入院分科会からの指摘も踏まえ、除外する方向で検討を進めるべき。

○ 「急性期入院医療の評価」について、現行の急性期一般入院料1の中でも、特に充実した急性期入院医療を担っている医療機関を評価すべくメリハリをつけるという方向性に異論はない。ただし、現行でも複雑な報酬体系を更に複雑にすることは避けるべきであり、新たな類型を追加するのではなく、現行の報酬体系に組み込む方向で検討すべき。

○ 「高度急性期入院医療の重症度、医療・看護必要度」について、急性期入院医療での検討状況を踏まえつつ、少なくとも心電図モニターの管理は除外する方向で検討を進めてはどうか。特定集中治療室におけるB項目の測定は、必要度として測定を必須とする取扱いは緩和することを検討しても良いのではないか。ただし、早期のリハビリテーションの介入等が有用であるとのエビデンスもあるため、患者の状態に応じ測定する方が良いのではないか。

○ 「地域包括ケア病棟入院料・入院管理料」について、入院分科会からの指摘のとおり、役割の一部しか担えていない場合等、機能の差を踏まえた評価の在り方を検討すべき。特に、一般病棟からの転棟患者は、自宅等からの入棟患者と比較すると、相対的に安定している状態の患者が多い等のデータを踏まえ、対応を検討していくべき。

○ 「回復期リハビリテーション病棟入院料」について、長期間入院料5及び6にとどまっているところ、実績要件が長期間満たせていない施設は、上限年数を設けるといった対応を検討してはどうか。

○ 「療養病棟入院基本料」について、療養病棟入院基本料の経過措置注11は、経過措置であるという趣旨を踏まえ、なるべく早期に終了することが望ましく、予定通り2021年度末で終了することを基本とすべき。届出を行っている109施設が、なぜ経過措置の区分に残っているのかの理由の分析を踏まえ、経過措置終了を前提とした対応を慎重に検討すべき。中心静脈栄養は、入院分科会からの指摘を踏まえ、嚥下機能評価の実施を促す方向性に異論はない。

④　不妊治療の保険適用について

○　不妊治療の保険適用に関して、ガイドライン等のエビデンスに基づき、有効性･安全性が確認できたものを保険適用の対象とする、という考え方が基本である。既に治療を行っている方に不利益を与えないよう配慮が必要である。また、情報開示は、医療機関ごとに患者背景が異なるといった難しさがあることは理解するが、患者の選択に資するよう比較可能な形での情報開示を進める方向で検討すべき。

⑤　医薬品の適切な使用促進について

○　「後発医薬品」について、全都道府県で80％以上という新たな目標が設定されたという状況の変化も踏まえ、診療報酬上の加算･減算の在り方を検討していくべき時期に来ていると考える。体制加算は、導入時等の後発医薬品が普及していない状況で使用促進を図る上では有用な仕組みであったと考えます。一方で、既に使用割合がある程度の水準に達し、患者側にも後発医薬品を選ぶという習慣がある程度浸透していると考えられる状況であることを踏まえると、後発医薬品の体制加算は、段階的に廃止していくことを検討すべき時期に来ていると考えます。歯科においては、鎮痛剤や抗菌薬の後発医薬品の使用が進んでいない状況である。これらを踏まえ、加算対象を更に厳格化し、特に80％という目標より低い実績での加算廃止を検討すること。減算対象を拡大し、薬局における減算基準を引き上げるとともに、使用割合が低い歯科を含めた医療機関への減算規定を創設すること。それらの上で、後発医薬品の体制加算を段階的に廃止していくことを検討すべき。

⑥　薬価について

○　「原価計算方式における開示度」について、2018（平成30）年度診療報酬改定において、開示度に応じて補正加算の加算率に差を設けたが、開示度の向上がなかなか進んでいない状況と考えられます。薬価の透明性を高める観点から、移転価格の妥当性が確認できるような開示を引き続き推進していく必要があり、進まない場合は開示度に応じた加算係数を更に引き下げることも検討していく必要がある。

［保険者協議会中央連絡会］（**事業報告書　P131～P134**）

○　2022年3月30日に開催された保険者協議会中央連絡会においては、厚生労働省保険局医療介護連携政策課から、医療費適正化計画の見直しや特定健診･特定保健指導の見直し、40歳未満の事業主健診情報の説明や保険者 データを組み合わせた取組が説明され、協会からは、以下の発言を行いました。

①厚生労働省保険局医療介護連携政策課からの説明事項について

ア）医療費適正化計画の見直しについて

○　令和 5年度の各都道府県における計画策定に向けて、保険者協議会の運営における都道府県の一層のリーダーシップ発揮が強く期待されている。協会けんぽとしても、関係者と連携を図り、計画策定に参画していきたい。

イ）特定健診･特定保健指導の見直しについて

○　特定健診等の基本方針等の見直しに当たっては、受診率の向上にとどまらず、特定保健指導が対象者の行動変容、健康状態の改善につながっているのか、という観点が重要だと考えている。また、ICT を活用した特定保健指導について、対象者に寄り添って、実際の行動変容を促すことができているのか、保健指導の効果が出ているのかしっかり検証をする必要があると考える。

ウ）40歳未満の事業主健診情報 の収集･活用について

○　今後、PHR（（Personal Health Record: パーソナルヘルスレコード））については、事業主健診情報以外にもさまざまな健診情報が蓄積されていくことになると予想しているが、その際には改めて、労働安全衛生分野も含めて、それぞれの健診等の取組や役割分担を整理して、それぞれに見合う費用を、直ちに保険者だけということでなく、受益者の間で公平に負担するようなスキームを考えていくことも必要なのではないか。

エ）保険者データを組み合わせた取組の推進について

○　医療費や健康度の地域格差の要因解明、そして、それに基づいた健康づくりを始めとする各種施策を保険者が連携して展開していくということが重要であり、被用者保険の医療･健診･保健指導のデータと国保が保有する医療･健診･保健指導のデータを組み合わせることによって、より高い効果を生み出すことができると考えている。

ⅳ）上手な医療のかかり方に係る働きかけ（**事業報告書　P131～P134**）

○　地域医療を守る観点から、医療データの分析結果等を活用しつつ、不要不急の時間外受診や休日受診を控える等の「上手な医療のかかり方」について、関係団体とも連携しつつ、加入者や事業主に対して効果的な働きかけを行いました。

○　各支部では、かかりつけ医・かかりつけ薬局の啓発や重複受診を控えること、平日の時間内受診の啓発、緊急電話相談（＃8000　、＃7119　）の活用、スイッチOTC医薬品やジェネリック医薬品の活用に関する広報を行う等、上手な医療のかかり方に係る働きかけを加入者や事業主へ行いました。また、複数の支部では都道府県の医師会、薬剤師会、歯科医師会等と連携した働きかけを行いました。

2. 戦略的保険者機能関係
⑦ 調査研究の推進

事業計画

ⅰ）本部･支部による医療費分析
○ 医療費適正化等に向けた情報発信を行うため、本部においてレセプトデータ等を活用し、加入者の受診行動や医療機関が提供する医療の内容等について、主に支部ごとの地域差を中心に医療費等の分析を行う。
○ 本部の分析では、外部有識者の意見を参考に分析テーマを選定するとともに、分析の中間段階等においても、外部有識者より分析方法に対する技術的助言等を得て分析の精度を高める。
○ 各支部においては、医療費適正化に向けた事業の実施につなげるため、地域差がどのような要因で生じているかについて、外部有識者の知見等も活用して分析を実施する。

ⅱ）外部有識者を活用した調査研究の実施
○ 団塊の世代がすべて後期高齢者となる2025年や、現役世代の急減と高齢者人口のピークが同時に訪れる2040年、さらにその先を見据えれば、協会の加入者をはじめとした国民の健康を守るとともに、医療保険制度の持続性の確保も図らなければならない。そのためには、効率的かつ質の高い保健医療を実現することが不可欠であることから、中長期的な視点に立ち、制度論を含めた医療費適正化の施策を検討することが必要である。このため、協会が所有しているレセプトデータ等を用いて、外部有識者を活用した調査研究を実施する。

ⅲ）調査研究の推進並びに研究成果の社会的還元に向けた各種施策の検討及び実施
○ 本部、支部における分析成果等を発表するため、調査研究フォーラムを開催するとともに、調査研究報告書を発行し、協会が取り組む調査研究について、内外に広く情報発信する。
○ 統計分析研修等により協会の調査研究の底上げを図るとともに、協会けんぽの加入者約4,000万人分のビッグデータを活用した調査研究を推進するための人材育成や体制のあり方について検討する。

※評価欄の判定基準は、S・A・B・C・Dの5段階評価
【判定基準】「S」:困難度を高く設定した目標について、目標の水準を大幅に超えている。「A」:困難度を高く設定した目標について、目標の水準を満たしている。「B」:目標の水準を満たしている(「A」に該当する事項を除く)。「C」:目標の水準を満たしていない(「D」に該当する事項を除く)。「D」:目標の水準を満たしておらず、主務大臣が業務運営の改善その他の必要な措置を講ずることを命ずる必要があると認めた場合を含む抜本的な業務の見直しが必要。

自己評価：A

【困難度:高】
【困難度の理由】
○ 外部有識者を活用した委託研究は、協会けんぽが実施する事業の改善や事業主・加入者の行動変容を促すための方策を提案することを目的としている。このため、協会では、研究者から提出される専門的な内容の提案について、事業改善につながるかどうかを評価し、採択する必要がある。また、2020(令和2)年度から開始している研究は、研究者との間で議論を行いながら進捗管理を行い、中間報告書に基づき研究計画の達成度を評価するものである。

○ 協会における調査分析の成果を内外に発信するために例年開催している調査研究フォーラムは、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により、2021(令和3)年度も2020年度に引き続き中止することとなった。

○ 協会における調査研究を推進するための人材育成・研修のあり方について、検討を行った。

○ このように、**①外部有識者を活用した調査研究について、応募された研究提案を評価したうえで採択すること、また、研究を開始した各研究班の進捗状況を適切に管理することは、高度な医学的知識を要する困難な業務であること、②新型コロナウイルス感染症の影響により、協会での調査研究の成果発表の機会である調査研究フォーラムを開催することが難しかったこと**から、困難度が高い。

【自己評価の理由】
ⅰ)本部・支部による医療費分析
○ 本部における医療費分析では、都道府県単位保険料率の基となる医療費について、支部毎に年齢階級別・疾病分類別の1人当たり医療費の動向や医療費の3要素分解等の分析を行った。また、健診結果を基に支部毎に血圧リスク・脂質リスク・代謝リスク等の保有率といった健康度について分析を行った。加えて、新型コロナウイルス感染症にかかる医療費の状況について、診療種別や年齢階級別の動向等の分析を新たに行った。
○ 支部における医療費分析では、地域の課題に応じた分析を実施しており、4支部で調査研究事業を実施した。また、年齢階級別・疾病分類別等のほかに、**加入者の居住地・業態等の協会保有データの特徴を活かしたレセプトデータや健診データ等の分析**を行っている。これらの**分析成果は保健事業実施計画(データヘルス計画)の達成を目指した保健事業等の取組に活かしている**。

ⅱ)外部有識者を活用した調査研究の実施
○ 外部有識者を活用した委託研究について、2021年度も引き続き募集を行い、その募集にあたっては、協会ホームページへ掲載したほか、全国の300を超える大学に対するダイレクトメールの送付や学会ホームページでの広報協力依頼を行った。その結果、医学、疫学、医療経済学等の分野の有識者から12件の研究提案の応募があった。

○　採択案件の選定については、**専門的知見を有する外部評価者による研究提案内容の事前評価を実施し、その評価結果を踏まえ、協会役職員による審議のうえ、5件の採択を決定した。**

○　2020年度に採択した4件については、随時開催する研究者とのミーティング等における研究状況の報告により進捗確認等を行い、2021年10月に提出を受けた中間報告書に基づき研究継続にかかる審査を実施し、2022（令和4）年度についても研究を継続することとした。**中間報告の内容については、2022年6月に開催した第8回調査研究フォーラムにおいて発表を行った。**

○　協会保有データに加え、国民健康保険等のデータと組み合わせることによって、より効果的に地域の医療費や健康度に関する分析が行え、効率的な施策の実施が期待できること、また、2023（令和5）年度から策定が開始される都道府県医療費適正化計画に、策定プロセスの段階から関与していくためには、**保険者協議会等との連携が重要となることから、新たに保険者協議会や都道府県、市町村等と連携した共同分析及び共同事業を推進していく取組を進めることとした。**

iii）調査研究の推進並びに研究成果の社会的還元に向けた各種施策の検討及び実施

○　協会における調査研究の成果を内外に発信するため、例年開催している調査研究フォーラムは、新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ開催を中止とした。**2022年度の開催に向けて、フォーラムの在り方を見直し、発表対象に健診･保健指導等の取組や外部有識者を活用した委託研究の中間報告も含めることとしたほか、新型コロナウイルス感染症対策を踏まえつつ、調査研究の成果をより幅広く発信するための新たな試みとしてオンライン配信の検討を行った。**11月に発行した調査研究報告書では、本部･支部での15件の調査研究の成果を掲載し、当該報告書は関係団体等へ配布したほか、協会ホームページに掲載した。また、日本公衆衛生学会をはじめ、各学会において13件の調査研究の成果を発表しした。

○　統計分析業務を担う人材を育成するため、統計分析研修を通信教育と集合形式で実施した。また、**スタッフ及び主任の階層別研修において新たな統計分析研修を2022年度から開始することとした。**統計解析ソフト（SPSS）の研修では、Web会議システムを活用した操作実演を初めて行った。地理情報システム（GIS）の研修では、操作方法等についてのオンライン研修を行ったうえで、具体的な活用事例についても紹介した。

○　以上より、①本部においては全国の医療費や健康度について、年齢階級別や疾病分類別に地域差の要因分析を行い、また、新たに新型コロナウイルス感染症にかかる医療費の状況についても分析を行った。支部においては**居住地や業態等を活用し、地域の課題に着目した分析**を行い、調査研究の成果は調査研究報告書や学会での発表を通じて広く発信した。②**外部有識者を活用した委託研究事業では**、様々な分野からの提案を受けた中から、**外部有識者による評価を踏まえ5件を採択した。**また、2020年度から実施している4件については、随時進捗確認を実施し、全件研究を継続することとした。③地域の課題に対して、より効果的な分析を行い、効率的な施策を実施していくため、**新たに保険者協議会等と連携した共同分析及び共同研究の取組を進めることとした。**④職員の統計分析能力の向上を図るため、**新たな統計分析研修を2022年度から開始することとした。**これらのとおり、従来の取組に加えて、新たな取組を進めたことから、自己評価は「A」とする。

【事業計画の達成状況】

ⅰ）本部･支部による医療費分析（事業報告書P151）

○　協会では、医療費適正化等に向けた取組や情報発信を行うため、保有するレセプトデータや健診データ等を活用した分析を行っています。

＜本部における分析＞

○　都道府県単位（支部ごと）の医療費の地域差や健康度の地域差に着目した分析を実施した。また、2020年度における新型コロナウイルス感染症にかかる医療費の状況の分析を新たに行いました。

＜支部における分析＞

○　地域の課題に応じた分析を実施しており、2021年度は、2020年度からの継続事業も含め、4支部で調査研究事業を実施しました。また、調査研究事業以外においても、年齢階級別･疾病分類別等のほかに、加入者の居住地･業態等の協会保有データの特徴を活かしたレセプトデータや健診データ等の分析を行っています。これらの分析成果は保健事業実施計画（データヘルス計画）の達成を目指した保健事業等の取組に活かしています。

分析に際しては、必要に応じて地元の大学等や協会事業に知見を持つ外部有識者から分析デザインや分析手法の技術的助言等を受け実施しています。

（支部調査研究事業の実施件数の推移）

年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	合計
応募件数	3件	5件	5件	2件	3件	9件	12件	29件	17件	24件	8件	117件
実施件数	3件	5件	5件	2件	3件	3件	6件	11件	5件	5件	4件	52件

【2021年度に実施した支部調査研究事業】

長野	事業名	健診機関による早期受診勧奨の状況調査
	概要	健診の結果、血圧・血糖が要治療とされた者の健診後3ヵ月以内の医療機関受診率には健診機関によってばらつきがある。受診率が高い機関と低い機関で、健診機関による受診勧奨方法をヒアリング（最大20機関）し、効果的な受診勧奨方法を検討する。効果的な受診勧奨方法をガイドライン化して健診機関へ横展開できれば、要治療者の医療機関受診率の向上が期待できる。
静岡	事業名	バイオ後続品差額通知基準の検証 ～臨床面からの使用実態と高額療養費を踏まえたパターンシミュレーション～
	概要	バイオ製剤は薬剤費の高さから高額療養費に該当する場合もあり、後続品に切り替えても患者個人の負担は変わらないケースも想定される。本事業では、次年度以降の差額通知に発展させることを念頭に、その対象となる薬剤の使用実態をレセプトで調査し、標準報酬区分ごとに自己負担限度額から差額通知可能な症例数とパターンを検証し、差額通知の対象ラインを検討する。
三重	事業名	特定保健指導における行動変容と個人特性（性格）との関連性【2019年度から継続】
	概要	特定保健指導対象者を心理学的に分類し、分類に応じた保健指導用パンフレットを作成。パンフレット使用群と未使用群を比較し、行動変容レベルの変化や指導継続率等を検証する。R1年度にアンケート調査、R2年度にパンフレットを作成し保健指導、R3年度に効果検証を実施。
兵庫	事業名	未治療者（血圧・血糖）の健診後3か月以内医療機関受診率の実態把握
	概要	健診6ヵ月後に行っている未治療者受診勧奨の受診率は全国平均10%と低い。未治療者の受診率向上には、健診後早期に効果的な受診勧奨を、健診機関や事業所と連携して行う必要がある。本事業では、未治療者の健診後3ヵ月以内の医療機関受診率を健診機関・事業所別に算出し、健診機関・事業所へのヒアリングを行い、効果的な受診勧奨方法を検討する。

【事業計画の達成状況】
ⅱ）外部有識者を活用した調査研究の実施（事業報告書P152～159）

＜外部有識者を活用した委託研究＞
○　2021年度は、新規に以下の指定テーマまたは医療費分析分野及び保健事業においての自由提案型研究を募集しました。

① 都道府県単位保険料率の背景にある医療費の地域差の要因に関する研究
② 健康度の地域差の背景にある生活習慣等についての研究

○　研究提案の募集については、協会ホームページへの掲載、全国の300を超える大学に向けてダイレクトメールを送付したほか、学会ホームページでの広報協力依頼を行いました。その結果、医学、疫学、医療経済学等の分野の有識者から12件の研究提案の応募がありました。

○　採択案件の選定については、専門的知見を有する3名の外部評価者による研究提案内容の事前評価を実施し、その評価結果を踏まえ、協会役職員による採択委員会を開催し、以下の5件の採択を決定しました。これらの研究の研究期間は、最長で2025年3月末までとしていますが、研究期間中の中間報告書を基に、前述の外部評価者の事前評価を踏まえ、協会が継続の可否を判断することとしています。

代表研究者	研究テーマ	分析概要
摂南大学 農学部食品栄養学科 公衆衛生学教室 小川　俊夫　教授	生活習慣病の重症化ハイリスク者における医療機関受療による予防効果に関するコホート研究	【目的】がんや糖尿病、循環器系疾患等の生活習慣病患者を、レセプトを用いて推定したうえで、生活習慣病の罹患の実態と疾病分類別医療費の地域差について解析する。また、地域ごとの生活習慣病の予防、治療、予後等の包括的な実態と疾病分類別医療費の特徴を明らかにする。 【方法】 (1)レセプトを用いて、がん、糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症、心不全、心筋梗塞等の生活習慣病患者と、これら生活習慣病の新規罹患患者を推定する手法を先行研究の成果を活用して確立する。本手法を用いて、地域ごとの生活習慣病にかかる医療費を生活習慣病ごとに推計する。 (2)生活習慣病の罹患と疾病分類別医療費に影響を与える各種要因、例えば各種健康づくり事業への参加や健診･検診の受診率や精検受診率、病床数、医師数等の医療提供体制、診療内容等について、経年変化を含め地域別に詳細に分析する。また、推計した生活習慣病にかかる医療費を地域ごとに経年分析することで、地域ごとの生活習慣病の予防、治療、予後等の包括的な実態と疾病分類別医療費の特徴を明らかにする。 (3)生活習慣病の予防から治療、予後に至る生活習慣病にかかる医療費への多角的な影響について地域ごとに解析し、医療費の地域差について考察する。 【期待される効果】生活習慣病の患者数と医療費の地域差について明らかにし、生活習慣病の予防、治療、予後等の包括的な実態と医療費の特徴を地域ごとに明らかにすることで、エビデンスに基づいた地域の医療計画等、医療政策の立案や地域特性に即した保健事業の企画実施に活用できる。

代表研究者	研究テーマ	分析概要
東北大学 災害科学国際研究所 藤井　進　准教授	支部単位保険料率の背景にある医療費の地域差の要因に関する研究	【目的】医療費を重要業務評価指数(KPI:Key Performance Indicator)で指標化し、医療費支出構造をモデル化することで、医療費支出構造の地域差の要因を明らかにする。また、理想とするKPIと現実の乖離に対して、どのような対応が合理的かつ効率的であるかも明らかにする。 【方法】 (1) KPIは(a)在院日数や1入院1日当たりの医療費等の全国共通の一般的指標、(b)地域の医療介護施設数、人口動態等の地域プロファイル指標、(c)レセプト分析から求めた疾病割合と医療費の相関や増減傾向等のデータ分析指標から、総合的に構造化し分析･評価する。 (2) KPIの評価から医療費支出構造モデルを作成し、各支部を構造モデルに分類する。 (3) 構造モデルとKPI評価、その要因を体系化し対応方法を明らかにする。 (4) 対応方法は、①保険者の単独介入が可能なもの、②地域や医療施設との連携が必要なもの、③政策として連携が必要なもの等に分類する。②③は提言として、根拠資料並びに提言書として最終報告を行う。 【期待される効果】KPI並びに構造化モデルにより、各支部を客観的に一般化し、評価･管理できる。KPIを改善する取組により、医療費支出構造の適正化を達成し、保険料率の均てん化につながる。
岩手医科大学 医学部 衛生学公衆衛生学講座 丹野　高三　特任教授	機械学習を用いた生活習慣病の治療行動予測モデルの構築	【目的】糖尿病や高血圧症の受診中断、治療コントロール不良は、病状の悪化だけでなく、脳心血管疾患や認知症、フレイル等の合併症発症リスクを高め、医療費増大につながる。機械学習の手法を用いて糖尿病や高血圧症の受診中断予測モデルと治療コントロール不良予測モデルを構築する。 【方法】 (1) 受診継続群と受診中断群に対してロジスティック回帰分析を適用し、アウトカムに対して重要な共変量について検討し、その後、機械学習の手法を用いて2群の判別予測モデルを作成する。 (2) 健診結果に対して時系列解析モデルを適用することにより、どのような共変量が健診結果の変動に対して重要であるかについて検討する。健診結果の変化量に基づき定義されたコントロール不良群とコントロール良好群に対して、(1)と同様のアプローチで高性能な予測モデルを構築し、その性能を評価する。 【期待される効果】受診中断、治療コントロール不良になる前に、ハイリスク者を早期に発見し、適切に介入することができるようになり、重症化や合併症発生の予防、医療費適正化が期待される。

代表研究者	研究テーマ	分析概要
東京大学大学院 経済学研究科 飯塚　敏晃　教授	予防医療が本人と家族に及ぼす効果に関する研究	【目的】予防医療が本人と家族に及ぼす効果について研究し、本人のみでなく家族の健康増進を目的とした保健事業の展開を目指す。 【方法】 不連続回帰デザインという因果推論の手法を用い、受診勧奨の効果を厳密に分析する。 (1) 重症化予防事業が本人と家族の①医療機関への受診、②生活習慣の改善、③健康状態の改善に及ぼす効果について、支部ごとの重症化予防施策の違いにも着目して研究する。 (2) 重症化予防事業が本人だけでなく家族の行動や健康に影響を与えるか（ピア効果）を検証する。 【期待される効果】重症化予防事業が本人・家族の健診受診率や健康状態等のアウトカムに及ぼす影響を分析し、健康増進を目的とした保健事業の展開を検討する。
京都大学院 医学研究科 井上　浩輔　助教	メンタル疾患・生活習慣病の発症リスク削減、医療費適正化に向けた機械学習予測モデルの構築と因果推論	【目的】疫学統計手法（機械学習・因果推論）を用いて、メンタル疾患及び生活習慣病における被保険者の健康増進・医療費適正化を実現するための研究を行い、保健事業の質的向上と効率性向上を目指す。 【方法】 (1) レセプト、健診データに対して機械学習を用いて、メンタル疾患、生活習慣病それぞれの疾患リスク、医療費の予測モデルを構築する。 (2) 構築した予測モデルにより同定されたリスク因子が疾病発症リスクや医療費に与える影響を定量化するとともに、因果推論の枠組みに機械学習を応用し、各リスク因子と疾病発症リスク・医療費の関連が強い集団を同定する。 【期待される効果】メンタル疾患・生活習慣病双方の視点から、どのような集団に対して予防事業を行うべきか明らかにすることで、効率的な疾病予防・医療費適正化が期待される。

○　2020年度に採択した以下の4件については、随時、研究者とのミーティング等の機会に研究状況の報告を受け、進捗確認等を行いました。2021年10月に提出を受けた中間報告書に基づき研究継続にかかる審査を行い、2022年度についても研究を継続することとしました。

代表研究者	研究テーマ	研究の成果（中間報告）
大阪大学大学院 医学系研究科 磯　博康　教授	生活習慣病の重症化ハイリスク者における医療機関受療による予防効果に関するコホート研究	本研究は、健診事業及び健診後の受診勧奨事業に着目し、健診所見上の重症化ハイリスク者の受療行動が、その後の死亡、重篤な疾病リスクを低減するかを疫学的に明らかにする。 2015年度40～54歳の健診受診者から、血圧・脂質・血糖・尿蛋白の所見で重症化ハイリスク者を抽出した。2015～2016年度における高血圧、脂質異常症、糖尿病、腎不全に対する全ての受療者を抽出した。更に、2015～2019年度における死亡、脳卒中、虚血性心疾患、心不全、腎不全（人工透析を含む）、傷病手当給付金、労務不能日数等のデータを抽出した。健診受診後12ヵ月以内の医療機関受療の時期で対象者を4群（未受療・3ヵ月内・4～6ヵ月内・7～12ヵ月内に受療）に分類し、各群で死亡リスク、重篤な疾病の入院リスクをCox回帰比例ハザードモデルを用いて解析した。更に、各群の傷病手当給付金、労務不能日数も算出した。 40～54歳の重症化ハイリスク者約25万人が抽出された。そのうち、健診後12ヵ月内未受療群、3ヵ月内、4～6ヵ月内、7～12ヵ月内受療群の割合は、それぞれ73.9%、13.2%、5.6%、7.3%であった。未受療群に比べ、受療3群のベースライン収縮期血圧、拡張期血圧、空腹時血糖、中性脂肪の平均値が高かった。年齢、性別、BMI、収縮期血圧、LDLコレステロール、中性脂肪、空腹時血糖、喫煙、飲酒、運動習慣を調整した結果、未受療の群に比べ、受療3群の全死亡リスク（95%信頼区間）は、それぞれ0.78（0.67-0.89）、0.79（0.64-0.97）、1.04（0.88-1.22）であった。入院リスクについては、未受療群に比べ、受療3群の脳卒中の入院リスク、心不全の入院リスクが、いずれも有意に低かったが、早い受療でリスク低下がより大きかった。虚血性心疾患、腎不全の入院リスクについては、3ヵ月内受療群で有意に低かったが、他の受療2群でのリスク低下は認められなかった。未受療群、受療3群の年齢・性別調整した年間一人当たりの傷病手当給付金は、それぞれ11,011円、13,103円、16,826円、19,268円であり、労務不能日数は、それぞれ1.7日、2.1日、2.6日、2.8日であった。 本研究結果から、重症化ハイリスク者に対しては、健診後のより早い段階での医療機関受療が主要疾患の入院リスク並びに一人当たりの傷病手当給付金と労務不能日数の低下に寄与する可能性が示された。

代表研究者	研究テーマ	研究の成果（中間報告）
慶應義塾大学 スポーツ医学 研究センター 勝川　史憲　教授	機械学習による生活習慣病の医療費分析および発症予測と特定保健指導の効果判定に関する研究	本研究では、特定健診･保健指導による医療費適正化の推進に向けて、エビデンスに基づいた健診内容と効果的な保健指導プログラムを検討するために、3つの研究目的を掲げている。今年度は、＜研究目的1＞機械学習を用いた医療費分析により、医療費適正化において重要度の高い疾患を明らかにすること及び＜研究目的2＞疾患の発症と関連するバイオマーカー（健診指標）や生活習慣を現行の健診内容から検討すること、に関する解析を実施した。 ＜研究目的1＞の医療費分析については、18歳以上の協会加入者約2,800万人の内、医療費（レセプト）が有り、2015年度中の途中加入･離脱が無い者約2,000万人を対象とし、日本人集団における肥満、内分泌･代謝疾患関連の病名をクラスタ分析により検討した上で、その関連医療費を明らかにした。その結果、合計医療費に占める各疾患医療費については、高血圧や脳卒中、虚血性心疾患等の循環器疾患や、糖尿病等の内分泌代謝疾患が大きな割合（約20%）を占めた。また、患者一人当たりの医療費でみると、糖尿病や高血圧起因の慢性腎臓病（CKD）に係る医療費が最も高額であった。一方で、生活習慣の修正により医療費適正化を期待できる悪性新生物（大腸癌、膵癌、肝癌の3病名）の医療費は2%ほどであり、特定健診による医療費適正化の面では前述の疾患群よりも優先度は低いと考えられる。 医療費分析の追加解析として、高血圧症患者における経年的な疾患推移と，それに伴う医療費増加に大きな影響を与える疾患を検討した。5年後の医療費の増分を目的変数とした線形回帰モデルによる分析を行った結果、1年目の疾患数が1～5種類の集団では「感染症及び寄生虫症」及び「循環器系の疾患」が2年目に増加した場合に5年後の医療費を有意に引き上げていた。同様に1年目の疾患数が6～10種類である場合には「消化器系の疾患」が2年目に増加した場合に5年後の医療費を有意に増加させていた。 ＜研究目的2＞については、九州地方に限定して機械学習による心血管疾患の発症予測モデルの検討を進めている最中であり、今後は解析を全国規模まで拡げて、男女別、地域別、職業別等のサブ解析も実施する予定である。また、医療費適正化の面で重要なCKD患者に着目し、患者人数の分布や腎機能の経時的変化、危険因子について、年齢･性別･CKDステージ等を用いた解析を行ったところ、SGLT2阻害薬の腎機能保護効果が年齢やCKDステージ等の背景因子の違いによって増強されることが明らかとなった。

代表研究者	研究テーマ	研究の成果（中間報告）
名古屋大学大学院 経済学研究科 中村　さやか　准教授	医療費の地域・医療機関・業種間の差異の実態解明：健康状態と治療の質を考慮した医療費適正化を目指して	本研究課題は、医療費の地域・医療機関・勤務先企業間による差異の分析（研究項目1）及び診療報酬改定を利用した医療機関の診療スタイル選択についての分析（研究項目2）を目的としている。 当初の計画では、研究項目1ではまず、転居者の転居前後の医療費や医療利用の変化を利用して患者特性では説明できない医療費の地域差を分析し（分析1-1）、その結果に基づき地域差に加え医療機関や労働者の勤務先企業の影響を考慮した分析（分析1-2）を行い、同時に、地域差の要因には疾病やサービスによる差異が予想されるため、特定の疾病やサービスに絞った分析（分析1-3）を行う予定であった。しかし、2021年度のデータでは加入者の過去の住所情報が無かったため、分析1-1に必要な転居者を対象とした分析ができなかった。幸い分析に必要な情報が2022年度から追加されるため、2021年度は、分析1-1・1-2は郵便番号5ケタと市区町村を月ごとに対応させる等のデータ整備を行い主要な分析は2022年度に行うこととし、分析1-3を中心に行った。研究項目2については、予定通り診療報酬改定による医療機関の診療スタイルの変化を分析した（分析2-1）。 研究項目1の分析1-3について以下の結果が得られた。 第一に、訪問看護利用と地域特性との関連を分析したところ、人口密度・平均年間世帯収入・教育達成度・就業率が低い市町村では訪問看護利用者が少なかった（分析1-3a）。 第二に、大腸がん検診で要精密検査とされた加入者の精密検査受診率は41.2%に過ぎず、精検受診率に地域差と職業間の差が大きく、若年者、喫煙者、人口や人口構成に対し外来受診の少ない地域に未受診が多かった（分析1-3b）。 第三に、後発医薬品調剤体制加算がつく薬局の割合は全体的に増加傾向にあるものの、都道府県・二次医療圏・市区町村間で経時的に一貫した地域差があり、人口密度、国保加入者割合、年齢構成、財政力等との関連が見られた（分析1-3c）。 第四に、慢性腎臓病の罹患と進行の地域差とその要因の分析を開始した（分析1-3d）。 更に研究項目2の分析2-1では、分析1-3cとも共通するが、2018年度の診療報酬改定における薬局への後発医薬品調剤体制加算制度の変更の影響を分析した。加算基準の変更前後で加算がつく薬局は極端に減り、薬局は加算基準変更にただちに反応していない可能性が示唆される。

代表研究者	研究テーマ	研究の成果（中間報告）
京都大学大学院 医学研究科 福間　真悟　准教授	エビデンスに基づく保険者機能の強化：ラーニング・ヘルスシステム	本研究では、保険者機能を強化するために、保険者データを分析し健康課題の抽出、データ分析結果に基づく課題解決方法（介入）の実装・効果検証のサイクルで構成する「保険者ラーニング・ヘルスシステム」を構築している。 2021年度には、以下の3項目を達成した。 ①協会データベースのデータマネージメント、データ分析を進め、心血管リスク因子（血圧、血糖、脂質等の臨床的因子、対象者特性、健康行動等）を検討し、保健事業による介入優先度の高いハイリスク集団の同定を進めた。外部データで開発した機械学習による心血管病予測モデル（Xgboost, ExtraTree等によるアンサンブルモデル）のバリデーションも実施し、従来モデル（フラミンガムスコア）よりも精度が向上していることを確認し、協会データベースへの実装を行った。他の保健事業における課題評価（スクリーニング後の医療介入）も実施した。これらの結果によって、エビデンスに基づく保健事業の介入対象者選択を検討した。 ②各心血管リスク因子のアウトカムへの影響及び頻度から、各健康課題のインパクトを推定した。横断的指標で各保健事業の比較、地域差を検討し、エビデンスに基づく保健事業設計を検討した。 ③特定保健指導の未利用者、特定健診後の未受診者、特定健診の未実施者に対する行動変容介入を設計した。実装した心血管病予測モデルを活用し、心血管ハイリスク者を介入対象者として抽出した。実証研究を行う支部（大阪支部、佐賀支部）と連携し、ナッジ介入（通知によるアナログなナッジ勧奨、デジタルツールによる継続的ナッジ）を実装し、保険者データベースを活用した効果検証基盤の開発を行った。

＜保険者協議会等との共同分析及び共同事業＞

○　医療費適正化や加入者の健康づくりに向けた事業を実施していくため、医療費や加入者の健康度の地域差がどのような要因で生じているかについて分析していくことが重要となります。協会保有データに加え、国民健康保険等のデータと組み合わせることによって、より効果的に地域の医療費や健康度に関する分析が行え、効率的な施策の実施が期待できます。

○　2023年度から策定が開始される都道府県医療費適正化計画に、策定プロセスの段階から関与していくためには、保険者協議会等との連携が重要となります。

○　そのため、新たに保険者協議会や都道府県、市町村等と連携した共同分析及び共同事業を推進していく取組を進めることとしました。

【事業計画の達成状況】

ⅲ) 調査研究の推進並びに研究成果の社会的還元に向けた各種施策の検討及び実施

＜調査研究フォーラム＞ (事業報告書 P159)

○ 協会での調査研究の成果について、内外に広く情報発信することを目的として、2014年度から調査研究フォーラムを開催しています。2021年度は、6月の開催に向けて検討を行いましたが、新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、2020年度に引き続き、開催を中止しました。2022年度の調査研究フォーラムの開催に向けて、フォーラムの在り方を見直し、職員が実施した調査研究や健診･保健指導等の取組の発表のほか、外部有識者を活用した委託研究の中間報告も発表することとしました。また、新型コロナウイルス感染症対策を踏まえつつ、調査研究の成果をより幅広く発信するための新たな試みとしてオンライン配信の検討を行いました。

＜調査研究報告書＞ (事業報告書 P159)

○ 協会が行った調査研究を取りまとめ、毎年報告書として発行しています。2021年度は11月に発行し、本部及び14支部の15件の調査研究の成果を掲載しました。調査研究報告書については、関係団体等へ配布したほか、協会ホームページに掲載しました。

＜学会発表＞ (事業報告書 P159)

○ 協会の取組を広く発信するため、調査研究の成果発表に加え、特定健診や特定保健指導等における取組についても学会で発表することを推進し、参加対象とする学会を拡大し、日本産業衛生学会や日本公衆衛生学会等において、11支部が13件の発表を行いました。

＜統計分析研修等＞ (事業報告書P159～P160)

○ 統計分析業務を担う人材を育成することを目的として、統計情報の使い方、医療費分析や都道府県単位保険料率の仕組み等の知識や分析に必要な統計処理方法等について、通年で段階的に習得していくための研修を通信教育と集合形式で実施しました。

○ 「戦略的保険者機能関係等の充実･強化に向けた本部･支部連携強化」の方策の一環として、職員の統計分析能力の向上を図り、支部における地域の医療費や健康度の地域差等の課題について深掘分析を行っていくため、スタッフ及び主任の階層別研修において、統計分析にかかる基本的知識の習得やレセプトデータ及び健診データ等の分析手法、PCスキルの向上等を目的とした新たな統計分析研修を2022年度から開始することとし、開催に向けた準備を進めました。

○ 協会が保有するビッグデータを職員が効率的に分析できるようにするため、統計解析ソフト「SPSS」の基本操作に関する研修を通信教育形式で行いました。職員の理解を深めるため、Web会議システムを活用した操作実演を初めて行いました。

○ 加えて、データ分析に基づく効果的な健診受診勧奨やジェネリック医薬品の使用促進を行うため、2018年度より全支部で活用している「GIS（地理情報システム）」の操作研修を通信教育形式で実施しました。そのほか、2021年度は、支部の事業での活用を更に推進するため、GISの具体的な活用事例についても紹介しました。