(平成30年度)

1. 基盤的保険者機能関係

令和元年9月20日



- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ①現金給付の適正化の推進

事業計画

- 不正の疑いのある事案については、支部の保険給付適正化PTの議論を経て事業主への立入検査を積極的に行う。特に、現金給付を受給するためだけの資格取得が疑われる申請について重点的に審査を行う。
- 傷病手当金と障害年金の併給調整について、会計検査院からの指摘も踏まえ、確実に実施する。

※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:平成30年度計画(以下、「計画」という。)を大幅に上回る成果を得ている A:計画を上回る成果を得ている

B:計画を概ね達成している C:計画を達成できていない D:計画を全く達成できておらず、大幅な改善が必要

自己評価:A 【自己評価の理由】

〇 申請内容に疑義があるものについて、保険給付適正化プロジェクトチームで議論を行い、事業主への立入検査を143件(29年度は 231件)実施した結果、13件(29年度は15件)を不適正と判断し、返還請求を行った。

不正請求を防止する観点での審査強化として、具体的には標準報酬月額が83万円以上の傷病手当金及び出産手当金の申請について労務の可否の確認を徹底するとともに、傷病手当金と出産手当金の支給済みの申請の中から、資格取得処理日が資格取得日から60日以上経過したもので、かつ、傷病手当金等の支給期間が当該資格取得処理日以前にあるデータについて事後調査を行うなど、現金給付を受給するためだけの資格取得が疑われる申請については重点的に審査を行った。なお、事業主への立入検査の実施件数は平成28年度以降減少傾向にあるが、これは不正受給防止を目的に平成28年4月に行われた傷病手当金等の額に関する法令改正により、不正請求を疑われる申請が減少したためと思料される。

- 〇 傷病手当金と障害年金との併給調整について、年金が遡及して裁定された場合に適正に実施できていないとの会計検査院からの指摘も踏まえ、事務処理手順書を見直し、申請内容に留意し併給調整を行った。併せて、日本年金機構のデータと突合のうえ確実に併給調整を実施するとともに、日本年金機構への年金支給情報の確認期間を1年間から5年間に拡大し、遡及して年金が裁定された場合の併給調整の徹底を図った。その結果、併給調整件数は30年度75,850件(29年度は53,385件)と前年より42.1%増加した。
- 以上により、自己評価は「A」とする。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ①現金給付の適正化の推進

【事業計画の達成状況】

- <傷病手当金·出産手当金の審査の強化>(事業報告書 P16)
- 〇 標準報酬月額が83万円以上である傷病手当金及び出産手当金の申請については、労務の可否の確認を徹底するなど、重点的な審査を行った。
- 〇 不正請求の疑いのある事案については、保険給付適正化プロジェクトチームで議論を行い、事業主への立入検査を143件(29年度は 231件)実施した結果、13件(29年度は15件)を不適正と判断し、返還請求を行った。
- 〇 本部において、傷病手当金と出産手当金の支給済記録の中から、資格取得処理日が資格取得日から60日以上経過したもので、かつ、傷病手当金等の支給期間が当該資格取得処理日以前にあるデータなど、資格取得の不正が疑われる請求事案を抽出し、平成30年8月に当該データを各支部に提供した。(傷病手当金498件、出産手当金99件)これに基づき、支部において、立入検査等の事後調査を行い、雇用契約書等による雇用実態の確認を行った。結果として不正は確認されなかったが、引き続き現金給付の審査等を強化し不正請求の防止に努める。

<傷病手当金と障害年金等との併給調整>(事業報告書 P17)

- 傷病手当金と障害年金との併給調整について、事務処理手順書に基づき申請内容に留意し併給調整を行った。
- 〇 障害年金等の遡及受給できる期間が最大5年であることを踏まえて、平成30年6月から、日本年金機構への年金支給情報の確認期間を1年間から5年間に拡大し、年金が遡及して裁定された場合にも、確実に併給調整が行えるよう体制整備を行った結果、併給調整件数は30年度75,850件(29年度は53,385件)と前年より42.1%増加した。

〇立入検査実施件数

O 立八俣丘矢池 IT 奴	平成28年度	平成29年度	平成30年度	対前年度比
立入検査実施件数 (件)	390	231	143	▲ 88
不適正と判断されたもの (件)	10	15	13	▲ 2

〇年金との併給調整件数

	平成29年度	平成30年度	対前年度比
調整件数(件)	53,385	75,850	22,465

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ②効果的なレセプト点検の推進

事業計画

○ レセプト内容点検効果向上計画に基づき、システムを活用した効果的なレセプト点検を推進するとともに、新たな点検ノウハウの習得等を目的とした内容点検の外注化を進める。

[KPI]

- 社会保険診療報酬支払基金と合算したレセプト点検の査定率について対前年度以上とする(0.395%以上)
 - (※)査定率=レセプト点検により査定(減額)した額・協会けんぽの医療費総額

※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:平成30年度計画(以下、「計画」という。)を大幅に上回る成果を得ている A:計画を上回る成果を得ている B:計画を概ね達成している C:計画を達成できていない D:計画を全く達成できておらず、大幅な改善が必要

〇平成30年度のKPIの実績: 査定率 0.383%

【自己評価の理由】

自己評価:A

<内容点検>

- 〇 各支部において「レセプト内容点検効果向上に向けた行動計画」策定した。また、進捗会議を毎月実施し、支部の現状と課題の検証 および課題に対する改善策の検討を行い、システムを有効活用した効率的な点検を実施した結果、診療報酬等査定効果額も56億円 (前年度+1億)と、29年度を上回る結果となった。
- 支部勉強会の内容を「自支部ノウハウの共有」から「他支部査定データ(高額査定事例等)を研究する実践的な勉強会」へ発展させ、外部講師を活用した支部研修会や本部主催の新人点検員研修会、診療報酬改定説明会等を実施した結果、点検員一人当たりの点検効果額は740万円(前年度+15万円)へ向上した。なお、平成24年より内容点検の外注化を開始し、点検業者のノウハウを収集することによりスキル向上を図ってきた結果、点検スキルが一定の水準に達したため、費用対効果などを勘案し、平成30年12月をもって外注化を廃止とした。
- 支払基金との合算査定率は0.383%と、前年度の0.395%(▲0.012%)を僅かながら下回る結果となったが、協会の点検においては、 支払基金の点検効果が低下している中、突合点検はかなり下回ったものの、単月点検および縦覧点検は、前年度実績をかなり上回る ことができた。

く資格点検>

〇 協会単独での資格点検効果額は1,276円(前年度+13円)となり、支払基金と合算した効果額は1,787円(前年度+122円)となった。

<外傷点検>

〇 従来は、損害保険会社等と過失割合の決定を行い調定していたが、債権保全の観点から疑わしい事案については直ちに調定を実施し、効果額は411円(前年度+190円)となった。

以上により、内容点検全体の結果は前年並みであるが、協会の単月・縦覧点検は引き続き上昇しており、自己評価は「A」とする。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ②効果的なレセプト点検の推進

【事業計画の達成状況】

<内容点検の効果向上計画について>(事業報告書 P20~P22)

〇 支部においては、進捗会議を毎月実施し、現状と課題の検証および課題に対する改善策の検討を行い、各種取組みを実施した。本部においては、各支部の優れた取組みや全支部の査定データを集約し、協会内での共有化を図った。また、再審査請求結果の分析ッールを提供し、支部が効率的にPDCAサイクルを回せるよう支援を行った結果、診療内容等査定効果額は点検員を増員せずに56億円(前年度+1億円「P20 図4-5」)と向上した。

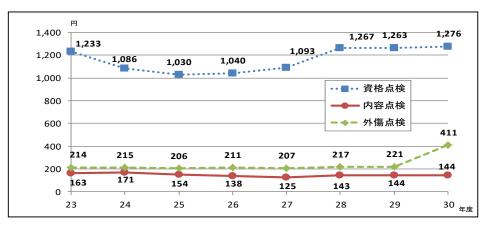
く点検員のスキルアップについて>(事業報告書 P22)

〇本部主催の新規採用点検員研修(4月)、診療報酬改定説明会(7月)をはじめ、外部講師等を活用した支部独自研修を実施した。また、 昨年までの「自支部ノウハウを共有する勉強会」から、全支部査定データ(高額査定事例等)を研究する勉強会へ内容の充実を図った。

<内容点検業務の一部の外部委託について>(事業報告書 P22)

〇「協会内の点検の充実」、「点検員のスキルアップ」、「競争意識の醸成」を目的として、平成28年度より全支部で約2割のレセプト点検の外部委託を実施してきたが、協会の点検員のスキルが一定に達したことや費用対効果などを勘案し、平成30年12月をもって打ち切ることとし、平成31年1月より協会の点検員により全てのレセプトを点検している。

[加入者1人当たりレセプト点検効果額の推移]



※ 資格点検 : 保険診療時における加入者の資格の有無等に係る点検

(請求前資格確認の効果は含まれていない)

※ 外傷点検 : 保険診療の対象となった外傷が労働災害や交通事故等の

第三者の行為に起因するものか否か等の給付発生原因に

係る点検

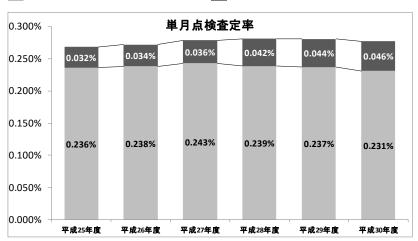
※ 内容点検 : 診察、検査、投薬等の診療内容に係る点検

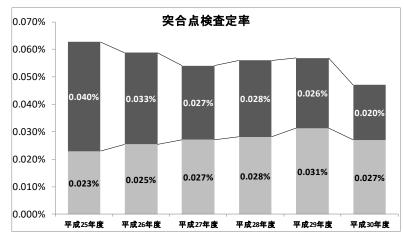
- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ②効果的なレセプト点検の推進

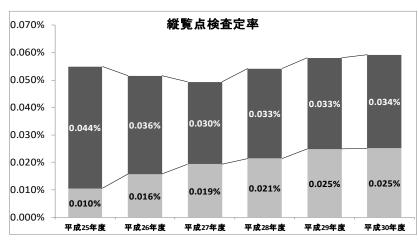
[内容点検査定率(点検種類別)の推移]

■:支払基金一次審査

■:協会点検による再審査







各査定率は、支払基金の統計情報より算出している。

※単月点検 · ・・ 単月単位(レセプト1件単位)の内容点検。

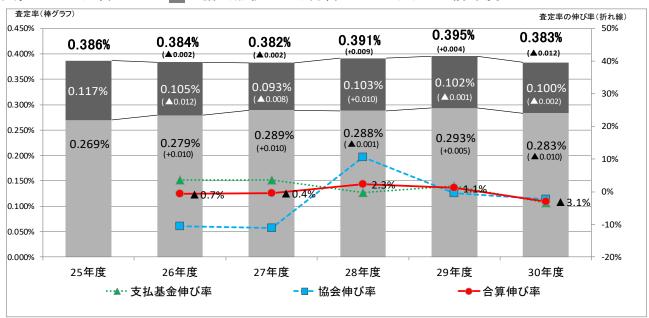
※突合点検・・・・ 同一の医療機関・患者において、同一診療(調剤)月に 医科(歯科)レセプトと調剤レセプトを照合する内容点検。

※縦覧点検・・・・ 同一の医療機関・患者において、当月レセプトと過去 レセプトを照合する内容点検。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ②効果的なレセプト点検の推進

[KPI (社会保険診療報酬支払基金と合算したレセプト点検の査定率)の推移]

■ :支払基金一次審査 💮 :協会点検による再審査 ※()内は前年度比



「協会けんぽの医療費の対前年度動向]

(単位:%)

								(単位: 70)
	1人当たり入	、院外医療費	,		1人当たり調	剤医療費		
		受診率	1件当たり 日数	1日当たり 医療費		受診率	1件当たり 枚数	1枚当たり 医療費
26年度	1.6	0.4	△ 0.9	2.1	2.6	2.7	△ 0.7	0.6
27年度	3.5	1.9	$\triangle 0.9$	2.5	10.1	3.1	$\triangle 0.6$	7.4
28年度	0.5	0.6	$\triangle 1.1$	0.9	$\triangle 2.9$	2.2	△ 0.9	\triangle 4.2
29年度	2.1	1.1	△ 0.9	1.9	4.1	2.5	△ 0.8	2.4
30年度	2.0	1.1	△ 1.0	1.9	$\triangle 0.9$	2.3	△ 0.9	$\triangle 2.3$

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ③柔道整復施術療養費等の照会業務の強化

事業計画

〇 多部位(施術箇所が3部位以上)かつ頻回(施術日数が月15日以上)の申請について、加入者に対する文書照会を強化するとともに、 いわゆる「部位ころがし」と呼ばれる、負傷部位を意図的に変更することによる過剰受診に対する照会を強化する。

[KPI]

○ 柔道整復施術療養費の申請に占める、施術箇所3部位以上、かつ月15日以上の施術の申請の割合について対前年度以下とする (1.32%以下)

※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:平成30年度計画(以下、「計画」という。)を大幅に上回る成果を得ている A:計画を上回る成果を得ている B:計画を概ね達成している C:計画を達成できていない D:計画を全く達成できておらず、大幅な改善が必要

自己評価:A

〇平成30年度のKPIの実績:施術箇所3部位以上、かつ月15日以上の施術の申請割合 1.23% 【自己評価の理由】

〇 3部位以上負傷の申請書、3ヵ月を超える長期継続の申請書又は施術回数が1ヵ月あたり10~15回以上継続する申請書などに着目して、多部位(3部位)かつ頻回(月15日以上)受診の申請及びいわゆる「部位ころがし」と呼ばれる、負傷部位を意図的に変更することによる過剰受診を中心に、加入者に文書により施術内容の確認及び適正受診の啓発を積極的に行った結果、文書照会件数414,073件(29年度は334,286件)と前年度比23.9%増加した。併せて、毎月事業主に送付する保険料納入告知書や加入者への文書照会時にはチラシやリーフレットを同封し、加入者に適正な受診の周知、促進を行った。

これらの取り組みにより、加入者数が増加している中で、申請件数は15,471,289件(29年度は15,543,363件)と前年度より0.5%減少した。また、柔道整復施術療養費の申請に占める、施術箇所3部位以上、かつ月15日以上の施術の申請の割合は1.23%(29年度は1.32%)と前年度より0.09%減少しKPIを達成した。

○ 以上により、自己評価は「A」とする。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ③柔道整復施術療養費等の照会業務の強化

【事業計画の達成状況】

< 柔道整復療養費の照会業務の強化>(事業報告書 P25)

- 〇 施術箇所が3部位以上かつ施術回数が1ヶ月あたり15日以上の申請書及び12ヶ月中10ヶ月以上柔整療養費を受給している被保険者に着目して、文書による施術内容の確認及び適正受診の啓発を強化した。
- 〇 保険料納入告知書送付時の広報チラシや文書照会時にリーフレットを同封するなどして加入者へ適正受診の周知を実施した。
- その結果、30年度は年度末までに柔道整復の受診者に対して414,073件(29年度は334,286件)の文書照会を実施し、前年度か 23.9%の増となった。上記の取組によって、多部位かつ頻回受診の申請は189,660件(29年度は204,407件)と前年度より7%減少し、柔 道整復施術療養費の申請件数も15,471,289件(29年度は15,543,363件)と前年度より0.5%減少した。

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	対前年度比
文書照会件数(件	271,042	334,286	414,073	79,787
多部位かつ頻回受診の申請件数(件	230,096	204,407	189,660	▲14,747
柔道整復施術療養費の申請件数(件) 15,493,563	15,543,363	15,471,289	▲72,074

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ④返納金債権の発生防止のための保険証回収強化、債権回収業務の推進

事業計画

- 日本年金機構の資格喪失処理後2週間以内に、協会けんぽから保険証未回収者に対する返納催告を行うことを徹底する。
- 発生した債権の早期回収に取り組むとともに、保険者間調整及び法的手続きの積極的な実施により、返納金債権の回収率の向上を 図る。

[KPI]

- ① 日本年金機構回収分も含めた資格喪失後1か月以内の保険証回収率を93%以上とする
- ② 返納金債権(資格喪失後受診に係るものに限る。)の回収率を対前年度以上とする(57.6%以上)
- ③ 医療給付費総額に占める資格喪失後受診に伴う返納金の割合を対前年度以下とする(0.068%以下)

※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:平成30年度計画(以下、「計画」という。)を大幅に上回る成果を得ている A:計画を上回る成果を得ている

B:計画を概ね達成している C:計画を達成できていない D:計画を全く達成できておらず、大幅な改善が必要

自己評価 :A

〇平成30年度のKPIの実績:①保険証回収率 91.57% ②返納金債権回収率 56.16% ③資格喪失後受診に伴う返納金割合 0.158% 【自己評価の理由】

- 日本年金機構による保険証の回収催告に応じなかった方へ、協会からも文書催告を資格喪失処理後2週間以内に実施するとともに、 電話での催告等による説明を行い、回収強化に取り組んだ。また、厚生労働省へ申し入れを行い、「被保険者証回収不能届」に電話番 号の記載欄が設けられたことを受け、この電話番号を活用した電話催告を新たな取り組みとして実施した。
- 〇 債権回収は、発生から6ヵ月以内に回収することが重要と考え、初回通知や催告状等の送付をアウトソース化し、業務の効率化を図りながら電話催告や文書催告を実施した。また、納付拒否者に対する法的手続きの実施件数は3,386件(376件増加)となり、保険者間調整についても実施件数7,971件(前年度+2,552件」)、回収金額(前年度+1.1億円)ともに、前年度増となった。
- KPI①(日本年金機構回収分も含めた資格喪失後1か月以内の保険証回収率)は、91.57%となり僅かに目標を達成することができなかった。原因は、①日本年金機構のシステム障害が発生し、4月と5月の返納催告が中止されたこと、②被保険者証回収不能届の電話番号記載率が40.7%(平成31年4月時点)と低い状態であったため、十分な催告ができなかったこと、③喪失者数が777万人(前年度+35万人増加)と増加したこと、等が挙げられるが、最終回収率は97.23%(前年度+0.46%)まで挽回し、前年度を上回る結果となった。
- KPI②(返納金債権「資格喪失後受診に係るものに限る。」の回収率)は、日本年金機構による2年以上の遡及処理や入院等による 高額債権の増加により、一件当たりの債権金額が上昇し、一括納付が困難な長期分割者が924名(前年度+336人)と増加したこと等か ら、56.16%(前年度▲1.48%)となった。
- KPI③(医療給付費総額に占める資格喪失後受診に伴う返納金の割合)は、加入者数の増加によりレセプト件数が増加する中、資格喪失後受診レセプトの発生割合は0.158%(前年度.▲0.003%)と減少したが、同述の理由により、0.070%(前年度+0.002%)となった。以上により、自己評価は「A」とする。

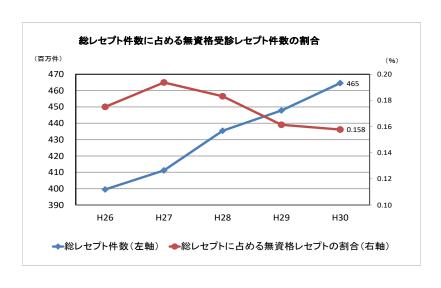
- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ④返納金債権の発生防止のための保険証回収強化、債権回収業務の推進

【事業計画の達成状況】

<返納金債権の発生防止のための保険証回収強化、債権回収業務の推進>(事業報告書 P26~P29)

- 〇 資格喪失後受診による返納金の発生を防止するため、日本年金機構による保険証の回収催告後、なお返納されない未回収者に対して、協会による文書催告を資格喪失処理後2週間以内に実施した。
- 保険証未回収の多い事業所への文書や電話、訪問による周知を行い、資格喪失届提出の際の確実な保険証返却を求めた。
- 発生した債権の早期調定および、電話や文書による早期催告を実施した。また、納付拒否者に対しては支払督促や訴訟による法的 手続を積極的に実施した。
- 〇 保険者間調整の利用拡大を図るため、アウトソースにより保険者間調整案内文書を催告文書全件に同封した上で発送した。
- ○「被保険者証回収不能届」に記載されている電話番号を活用した電話催告を実施した。
- ホームページや健康保険委員研修会での周知や広報チラシの配布、医療機関窓口でのポスターの掲示、納入告知書の同封チラシ や保険料改定広報の同封リーフレットなどを通じて、保険証の確実な回収を広く周知した。





1. 基盤的保険者機能関係

全国健康保険協会業績評価シート

④返納金債権の発生防止のための保険証回収強化、債権回収業務の推進

	28年度	29年度	30年度	
			3	讨前年度比
資格喪失後1か月以内の保険証回収状況(%)	89.41	90.42	91.57	1.15
[レセブト総件数に占める無資格受診レセブト件数の割合]				
	28年度	29年度	30年度	对前年度比
レセブト総件数に占める無資格受診レセブトの割合(%)	0.183	0.161	0.158	▲ 0.003
レセプト総件数(百万件)	435	448	465	17
[資格喪失後受診の債権金額]				
	28年度	29年度	30年度	对前年度比
1件あたりの資格喪失後受診の債権金額(円)	28,037	23,951	25,132	1,181
2年以上遡及した資格喪失後受診の債権金額(億円)	3.6	2.4	2.9	0.5
[年金調整に係る債権金額]			***	
	28年度	29年度	30年度	
				讨前年度比
年金調整に係る債権金額(億円)	17	19	26	7
[法的手続の実施件数]				
	28年度	29年度	30年度	対前年度比
法的手続の実施件数(件)	2,380	3,010	3,386	376
[保険者間調整による債権の回収状況]				
	28年度	29年度	30年度	対前年度比
保険者間調整による債権回収件数(件)	3,672	5,419	7,971	2,552
保険者間調整による債権回収金額(億円)	9.1	10.9	12.0	1.1

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ⑤サービス水準の向上

事業計画

○ お客様満足度調査を活用したサービス水準の向上に努めるとともに、現金給付の申請受付から支給までの標準期間(サービススタンダード:10日間)を遵守する。

[KPI]

- サービススタンダードの達成状況を100%とする
- 現金給付等の申請に係る郵送化率を87%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:平成30年度計画(以下、「計画」という。)を大幅に上回る成果を得ている A:計画を上回る成果を得ている B:計画を概ね達成している C:計画を達成できていない D:計画を全く達成できておらず、大幅な改善が必要

〇平成30年度のKPIの実績:サービススタンダード達成状況 99.99%、申請に係る郵送化率 89.3%

【自己評価の理由】

自己評価:A

くお客様満足度>

〇 毎年実施しているお客様満足度調査の結果、「窓口サービス全体の満足度」は97.6%(29年度同)と引き続き高い水準を維持しており、 「職員の応接態度に対する満足度」は97.7%(29年度は97.4%)、「訪問目的の達成度」は97.9%(29年度は97.6%)と何れも前年度を上回った。各支部においては、同調査結果(支部別カルテ)より問題点・課題点を把握のうえ接遇研修等の取組みを行い、更なる加入者サービスの向上に取り組んだ。

<サービススタンダード>

○ 平成30年度の支給決定件数は加入者増の影響で前年より4.9%増加し1,428,404件(29年度は1,361,363件)で、サービススタンダードの達成率は99.99%(29年度同)と引き続き高い水準を維持している。また、年間100%を達成した支部は41支部と前年度から2支部増加した。なお、10営業日以内としている受付から振込みまでの所要日数について、平均所要日数は7.68日(29年度は8.03日)であり、前年より0.35日短縮した。

<郵送化率>

- 〇 申請書の郵送提出の促進について、ホームページのみならず全支部において支部広報誌等により周知した結果、89.3%(29年度は 86.7%)と前年度から2.6%上昇し、平成30年度のKPIである87%を達成した。
- 以上により、自己評価は「A」とする。

- 1. 基盤的保険者機能関係
- ⑤サービス水準の向上

【事業計画の達成状況】

くお客様満足度調査等によるサービスの改善>(事業報告書 P30)

- お客様満足度については、架電調査と支部窓口に来訪されたお客様を対象として調査を行っている。窓口サービス全体の満足度は、 97.6%と引き続き高い水準を維持しており、また、職員の応接態度に対する満足度、訪問目的の達成度の項目において前年度を上回 ることができた。
- 支部ごとの調査結果等を取りまとめた「支部別カルテ」を支部へ配布し、支部の問題・課題を正確に把握し、その解決に取り組むことで、お客様対応の改善へ繋げている。

《取組み例の一部》

- お客様対応チェックシートによる自己点検を定期的に行うことで自身の対応を振り返り、更なる改善を図った。
- お客様へ正しい説明ができるよう、管理職から窓口職員へ業務知識に関する研修を実施した。
- ・よりお客様に寄り添った応対を行うため、専門講師による接客スキル向上を目的とした研修を実施した。
- なお、調査結果が優良であった支部の取り組みを好事例として全支部で共有し、各支部での満足度向上の取組みの参考とした。

<サービススタンダード(10営業日)に基づく正確かつ着実な支給>(事業報告書 P31)

- サービススタンダードの達成率は99.99%(29年度同)と引き続き高い水準を維持している。年間を通して達成率が100%だった支部は41支部(29年度は39支部)と前年度より改善した。
- 〇 保険給付の受付から振込までの日数(平均所要日数)については7.68日(29年度は8.03日)とサービススタンダード(10営業日)を約2.3日短縮して支払いを行っている。

<申請書の郵送化の促進>(事業報告書 P32)

〇 各種申請書の提出について、協会窓口にお越しいただかなくても申請ができる郵送提出を促進しており、各種広報誌への掲載、関係団体・健康保険委員の研修会及び日本年金機構が実施する事務説明会等あらゆる機会を捉えて周知することで、郵送による提出率は89.3%(29年度は86.7%)とKPIを達成した。

1. 基盤的保険者機能関係

⑤サービス水準の向上

〇お客様満足度調査

〇の各隊綱足及調査	亚弗00年度	亚弗00年度	亚母20年度		
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	対前年度比	
窓口サービス全体の 満足度(%)	97.4	97.6	97.6	0.0	
職員の応接態度に 対する満足度(%)	97.0	97.4	97.7	0.3	
訪問目的の達成度(%)	97.2	97.6	97.9	0.3	

〇サービススタンダード

	W # 00 # #	W # 00 # #	W # 00 /F #	
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	対前年度比
決定件数(件)	1,390,485	1,361,393	1,428,404	67,011
達成件数(件)	1,390,436	1,361,361	1,428,365	67,004
達成支部(支部)	37	39	41	2
達成率(%)	99.99	99.99	99.99	0.00
平均所要日数(日)	8.11	8.03	7.68	▲ 0.35

〇郵送化率

〇郵 送化 平	平成28年度	平成29年度	平成30年度	対前年度比	
郵送化率(%)	83.4	86.7	89.3	2.6	

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ⑥限度額適用認定証の利用促進

事業計画

○ 事業主や健康保険委員に対してチラシやリーフレットによる広報を実施するとともに、地域の医療機関と連携し、医療機関の窓口に申請書を配置するなど利用促進を図る。

[KPI]

○ 高額療養費制度に占める限度額適用認定証の使用割合を83%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:平成30年度計画(以下、「計画」という。)を大幅に上回る成果を得ている A:計画を上回る成果を得ている B:計画を概ね達成している C:計画を達成できていない D:計画を全く達成できておらず、大幅な改善が必要

自己評価:A

〇平成30年度のKPIの実績:限度額適用認定証使用割合 81.3%

【**自己評価の理由】** 〇 各支部において、ホームページやリーフレット等により周知広報を積極的に行い、事業主や健康保険委員に対しては、納入告知書や 保険料率改定のお知らせの送付の際に、限度額適用認定証の利用案内のチラシ・リーフレットを同封するとともに、健康保険委員研修

利用案内を記載し周知を図った。また、医療機関や市町村に直接訪問し、加入者が入院した場合に限度額適用認定証の利用を促すよう申請書の設置を依頼する等、全支部で積極的な取組を行った。
これらの取組により、限度額適用認定証の発行件数は1,655,436件(29年度は1,410,234件)と増加し、高額療養費に占める限度額適

会等の各種説明会を活用して繰り返し制度の周知を行った。加入者に対しては、現金給付の支給決定通知書に、限度額適用認定証の

これらの取組により、限度額適用認定証の発行件数は1,655,436件(29年度は1,410,234件)と増加し、高額療養質に占める限度額適用認定証の使用割合は件数で81.3%まで現物化されてきており、平成30年度のKPIである83%を概ね達成した。なお、金額ベースの使用割合では、93.3%となった。

○ 以上により、自己評価は「A」とする。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ⑥限度額適用認定証の利用促進

【事業計画の達成状況】

<限度額適用認定証の利用促進>(事業報告書 P33)

- ホームページでの広報のほか、事業主や健康保険委員に対しては、納入告知書や保険料率改定のお知らせの送付の際に、限度額適用認定証の利用案内のチラシ・リーフレットを同封するとともに、健康保険委員研修会等の各種説明会を活用して繰り返し制度の周知を行い、加入者に対しては、現金給付の支給決定通知書に、限度額適用認定証の利用案内を記載し周知を図った。また、医療機関や市町村に直接訪問し、限度額適用認定証の利用を促すとともに、申請書の設置を依頼する等、全支部で積極的な取組を行った。
- 〇 これらの取組により、限度額適用認定証を1,655,436件(29年度は1,410,234件)発行し、高額療養費に占める限度額適用認定証の使用割合は件数で81.3%まで現物化されてきており、平成30年度のKPIである83%を概ね達成した。なお、金額ベースの使用割合では、93.3%となった。

			,					
		平成28年度	平成29年度 前年度比 3		平成30年度	平成30年度 ^{前年}		
				金額·件数	割合(%)		金額·件数	割合(%)
加入者数((千人)	38,091	38,941	850	2.2	39,417	476	1.2
限度額適用認定証の発行件数	(件)	1,328,379	1,410,234	81,855	6.2	1,655,436	245,202	17.4
高額療養費の支給件数	(件)	3,989,186	4,219,420	230,234	5.8	4,312,448	93,028	2.2
高額療養費の支給件数のうち 現物給付の件数	(件)	3,262,116	3,423,431	161,315	4.9	3,504,348	80,917	2.3
高額療養費の支給件数のうち 現物給付の件数の割合(KPI)	(%)	81.7	81.1	▲0.6	_	81.3	0.2	_
高額療養費の支給金額((千円)	448,668,280	474,851,192	26,182,912	5.8	496,487,639	21,636,447	4.6
高額療養費の支給金額のうち 現物給付の金額	(千円)	414,455,163	440,257,498	25,802,335	6.2	463,372,663	23,115,165	5.3
高額療養費の支給金額のうち 現物給付の金額の割合	(%)	92.4	92.7	0.3	_	93.3	0.6	_

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ⑦被扶養者資格の再確認の徹底

事業計画

○ 被扶養者資格の確認対象事業所からの回答率を高めるため、未提出事業所への勧奨による回答率の向上、未送達事業所の調査による送達の徹底を行う。

[KPI]

○ 被扶養者資格の確認対象事業所からの確認書の提出率を87.0%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:平成30年度計画(以下、「計画」という。)を大幅に上回る成果を得ている A:計画を上回る成果を得ている B:計画を概ね達成している C:計画を達成できていない D:計画を全く達成できておらず、大幅な改善が必要

〇平成30年度のKPIの実績:確認書提出率 88.0%

【自己評価の理由】

自己評価:A

○ 被扶養者資格再確認事業は1,315,182事業所(29年度は1,263,914事業所)へ送付し、1,156,747事業所(29年度は1,094,139事業所)より確認結果を回収した。回収率は88.0%(29年度は86.6%)であり30年度のKPIである87.0%を達成した。

また、70,897人(29年度は75,685人)の被扶養者資格解除の届出漏れを確認できたことに加えて、この被扶養者資格の解除により、前期高齢者納付金の負担が17.3億円(推計)軽減された。

なお、被扶養者状況リストの未提出事業所(255,867事業所)に対しては、文書や電話により提出勧奨を実施し、95,672事業所(全対象事業所数の7%)から提出があり、7,332人の被扶養者資格の削除につながった。また、未送達事業所に対しては、加入者への電話等による直接確認により事業所所在地を確認のうえ再送付を行った結果、確認対象事業所が増加している中で、最終的な未送達事業所は1,276事業所(29年度は1,615事業所)まで減少した。

○ 以上により、自己評価は「A」とする。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ⑦被扶養者資格の再確認の徹底

【事業計画の達成状況】

<被扶養者資格の再確認>(事業報告書 P34)

- 〇 平成30年7月から8月にかけて、被扶養者資格再確認対象事業所(1,315,182事業所)へ被扶養者状況リストを送付し、被扶養者資格の再確認を実施した。対象事業所数は前年比で51,268事業所増加している中、リストを送付した事業所のうち88.0%(29年度86.6%)から確認結果を受領できたことで、KPIの87.0%を達成した。
- 〇 被扶養者状況リストの未提出事業所(255,867事業所)に対しては、文書や電話により提出勧奨を実施し、95,672事業所(全対象事業所数の7%)から提出があり、7,332人の被扶養者資格の削除につながった。また、未送達事業所に対しては、加入者への電話等による直接確認により事業所所在地を確認のうえ再送付を行った結果、確認対象事業所が増加している中で、最終的な未送達事業所1,276事業所(29年度は1,615事業所)まで減少した。

	亚弗00年度	亚弗00年由	亚战20年度	
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	対前年度比
被扶養者資格再確認対象事業所数 (事業所)	1,205,743	1,263,914	1,315,182	51,268
提出率(%)	84.7	86.6	88.0	1.4
確認対象被扶養者数 (人)	7,376,445	7,381,647	7,480,414	98,767
被扶養者削除数 (人)	70,069	75,685	70,897	▲ 4,788
高齢者医療制度への支援金等における 負担軽減額 (億円)	22.7	18.4	17.3	▲1.1
前期高齢者納付金負担軽減額(億円)	14.3	18.4	17.3	▲ 1.1
後期高齢者支援金負担軽減額(億円)	8.4	-	_	-

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ⑧オンライン資格確認の導入に向けた対応

事業計画

- 現在協会けんぽが独自に実施しているオンライン資格確認については、引き続きその利用率向上に向けて取り組む。
- 国が検討中のオンライン資格確認については、新被保険者番号の発行などの保険者統一的な検討事項は国の動向を注視して準備を進めるとともに、協会けんぽのシステム改修に係る費用対効果の検証や、より効果を高めるための工夫についても検討を行う。 【KPI】
- 現行のオンライン資格確認システムについて、USBを配布した医療機関における利用率を36.5%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:平成30年度計画(以下、「計画」という。)を大幅に上回る成果を得ている A:計画を上回る成果を得ている B:計画を概ね達成している C:計画を達成できていない D:計画を全く達成できておらず、大幅な改善が必要

自己評価:S

〇平成30年度のKPIの実績:オンライン資格確認システム利用率 37.1%

【自己評価の理由】

- 協会が独自に実施しているオンライン資格確認については、資格喪失後受診の防止及び返納金債権発生の抑止に係る費用対効果を高めるため、資格認証用のUSBトークンを配付した医療機関に対して、訪問、電話や文書等による利用勧奨を実施した。
- 〇 特に、利用件数の増加により本事業の効果額の大幅な増加が見込まれる、利用率の低い大規模医療機関に対して、優先的に訪問等による利用勧奨を実施した。また、利用勧奨を行う際は、一括資格確認や診察券による資格確認などの便利な機能を掲載したマニュアルを活用し丁寧な説明を行った。その結果、利用率は、KPI(利用率36.5%以上(年度平均))を上回る37.1%(年度平均)を達成した。
- 国が検討を進めているオンライン資格確認については、医療関係者や医療保険者等で構成された検討会等に参加し、導入の理念や 法的整備、運用面の整理などに関して、費用対効果や実効性の向上に資するような提案を行っている。

その結果、例えば、第198回(平成31年1月召集)通常国会で成立した健康保険法等の改正において、協会の提案が採用され、オンライン資格確認の法的な位置づけが明確化された。

また、オンライン資格確認システムの導入する際、保険証に個人を識別する2桁の番号を追加するために、全ての加入者の保険証の回収・再発行が検討されたが、発行済の保険証を有効活用するという協会の提案が採用された。これにより、回収・再発行に要する費用約40億円を削減することができた。

- このように、30年度は計画を大幅に上回る成果をあげたことから、自己評価は「S」とする。
- ※ システム改修に係る費用対効果の検証は、医療保険者向けの手引きや外部インターフェースの仕様等が平成30年度中に厚生労働 省より示されなかったことから、検証が困難であった。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ⑧オンライン資格確認の導入に向けた対応

【事業計画の達成状況】

<協会独自のオンライン資格確認システム>(事業報告書 P35)

- 〇 協会では、資格喪失後受診の防止及び返納金債権発生の抑止を目的として、医療機関が協会けんぽ加入者の資格を確認できる取組(オンライン資格確認)を実施している(31年3月末時点では36支部が実施)。
- 〇 この取組については、医療機関がオンライン資格確認システムを通じて資格記録を確認することになるので、費用対効果を高めるには、資格確認システム認証用のUSBトークンを配布した医療機関に確実に資格確認システムを利用いただくことが重要になる。このため、当該医療機関における利用率をKPIとして設定した。訪問、電話、文書等による利用勧奨を実施したことで、30年度平均の利用率は37.1%となり、30年度のKPIである「利用率36.5%以上(年度平均)」を達成した。
- 〇 この取組における30年度の効果額については検証中(検証結果は令和元年9月頃を予定)であるが、29年度の効果額(推計)は、28年度を1,829万円上回る5,636万円となった。

[(図表4-22)オンライン資格確認の実施支部数と効果額]

	平成28年度	平成29年度
実施支部数	36支部	36支部
効果額	38,066,077円	56,359,121円

※ 29年度の効果額が上がった理由としては、薬局での資格確認の効果額が大きく増えたことが要因である。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - (8)オンライン資格確認の導入に向けた対応

く国が検討中のオンライン資格確認>(事業報告書 P36)

- 国が検討中のオンライン資格確認システムは、現行では「世帯単位」となっている被保険者番号等について、保険者において「個人 単位」に切り替えた上で、社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」)と国民健康保険中央会(以下「国保中央会」)において、資格 情報として一元的に管理する仕組である。
- 〇 加入者は、医療機関等を受診した際に、保険証またはマイナンバーカードを提示し、医療機関や薬局は、オンライン資格確認システ ムを利用して当該加入者の資格情報を確認する。その後、支払基金と国保中央会は、医療機関等からレセプト(診療報酬明細書)を受 付した際に改めて当該加入者の資格情報をオンライン資格確認システムにより確認し、正しい資格情報を用いて保険者に診療報酬を 請求する。
- これにより、保険者や医療機関等の資格過誤に係る事務コストを軽減できることや、各保険者の加入者情報(保険証情報、限度額適 用認定証情報や高齢受給者証情報等)をオンライン資格確認システムへ集約することで、各種証類発行に関する加入者の事務手続き が軽減されるなど、利便性の向上が期待される。
- 協会は、国によるオンライン資格確認システムの導入に向けて、医療保険部会や医療関係者や医療保険者等で構成された検討会 等に参加し、導入の理念や法的整備、運用面の整理などに関して、費用対効果や実効性の向上に資するような提案を行っている。

(主な提案内容と結果)

提

結

第116回社会保障審議会医療保険部会:平成30年12月6日 ◆ 医療保険を含む医療分野において、ICT等の最新の技術を活用した効率化、高度化を図っていくのであれば、まずはどのような理念、ある いは理想像の実現に向けて推進していくのか、また、実現を目指す中で、医療保険者や医療機関などの関係者に対してどのように協力を求 めていくのかについて、法的に整備すべきである。 その上で、各論である今回のオンライン資格確認等についても、制度全体のフレームワークを法律上明確に位置付けるべきである。 ➤ オンライン資格確認を制度化するため、第198回(31年1月召集)通常国会において、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための。 健康保険法等の一部を改正する法律が成立し、「① 医療機関等を受診する場合の被保険者資格の確認について、マイナンバーカードによ るオンライン資格確認を導入する。」、「② 国、保険者や保険医療機関等の関係者は、マイナンバーカードによるオンライン資格確認等の手 続きの電子化により、医療保険事務が円滑に実施されるよう、協力するものとする。」と位置づけられた。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ⑧オンライン資格確認の導入に向けた対応

(主な提案内容と結果)

第116回社会保障審議会医療保険部会:平成30年12月6日、第117回社会保障審議会医療保険部会:平成31年1月17日

提案

◆ 審査支払機関(支払基金と国保中央会)での資格確認によるレセプトの振替請求について、現行の運用においては、審査支払機関の審査 時点では、資格喪失の有無が分からないため、医療機関等からの請求に基づいて、審査支払機関が保険者にレセプトの請求を行っている。 その後、保険者が資格確認をした結果、当該保険者の資格を喪失していることが判明した場合についても、健康保険上明確な規定はない ものの、当該保険者において立替払をしている。

一方、オンライン資格確認後は、審査支払機関での資格確認の結果、受診日時点で資格喪失していることが明らかである場合、旧保険者が支払う理由はなく、事業主や加入者だけでなく、社会一般の理解も得られないものと考えることから、何らかの法的な整備が必要である。

結果

➤ 法的整備に係る検討を進めてきたが、正しく運用されていることを前提に規定を整備している健康保険法の法体系を鑑みて、さらに審査支払機関と保険者の関係は民法上の委託関係であることなどから、健康保険法に位置付けることは難しい。 このため、全体的な事務フローを整理する中で、どのようなことができるのかを検討することとなった。

厚生労働省保険局保険課に対する申し入れ:平成30年9月19日

提案

◆ オンライン資格確認システムの導入による被保険者番号等の個人単位に伴う対応として、保険証に個人を識別する2桁の番号を追加するために、全ての加入者の保険証を回収・再発行した場合、協会だけで約40億円の費用が発生する。今後、保険診療時にマイナンバーカードが使用可能となることを見据えるのであれば、発行済の保険証を有効活用できるような運用方法を検討すべきである。

結果

▶ 発行済の保険証に限って2桁番号がない保険証を使用できることとし、オンライン資格確認システム導入以降の令和3年4月以降に、新規発行する保険証から2桁の番号を追加することとなり、回収・再発行に要する費用を削減することができた。

<今後のスケジュール(予定)>

令和2年 秋頃~ 保険者で個人単位の2桁番号を付番、オンライン資格確認システムに登録

令和3年3月頃~ マイナンバーカードによるオンライン資格確認の開始

4月頃~ 新規発行の保険証に2桁の番号を追加(全保険者)

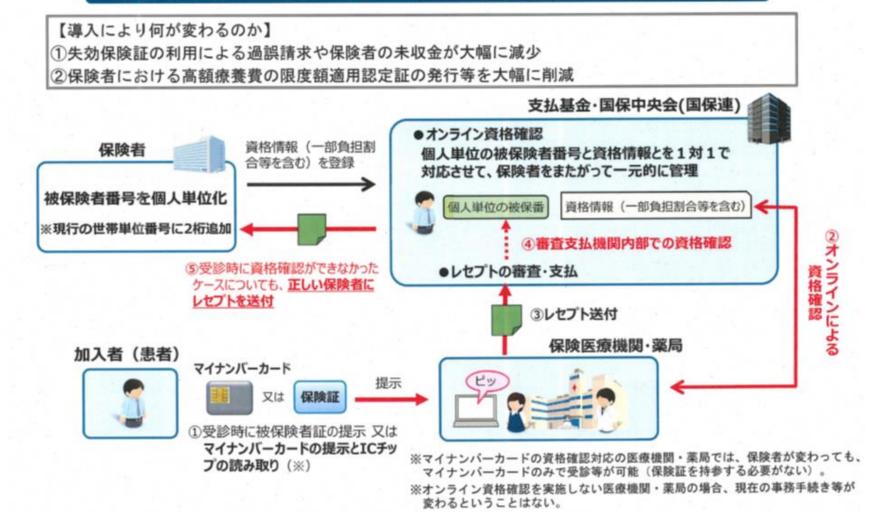
5月頃~ 保険証によるオンライン資格確認の開始

10月頃~ 2桁の番号を付してレセプト請求を開始(9月診療分、10月請求分~)

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ⑧オンライン資格確認の導入に向けた対応

[(図表4-23)被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認等のイメージ(30年12月6日社会保障審議会医療保険部会資料)]

被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認等のイメージ



- 1. 基盤的保険者機能関係
 - 9的確な財政運営

事業計画(※)

- 中長期的な視点から、健全な財政運営に努める。
- 中長期的には楽観視できない協会の保険財政等について、加入者や事業主に対して情報発信を行う。
- (※)平成30年度事業計画に記載はないが、評価いただきたい項目

※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:平成30年度計画(以下、「計画」という。)を大幅に上回る成果を得ている A:計画を上回る成果を得ている

B:計画を概ね達成している C:計画を達成できていない D:計画を全く達成できておらず、大幅な改善が必要

自己評価:A 【自己評価の理由】

- 〇 令和元年度の保険料率を決定するに当たっては、議論に資するよう論点や今後の収支見通し等のデータを示しつつ、3回にわたる 運営委員会での精力的な議論を行うとともに、並行して支部評議会でも議論を行った。議論においては、楽観視できない協会けんぽの 財政を踏まえ、中長期的な視点で保険料率を考えていくということについて事務局から丁寧な説明を行った。運営委員会や支部評議会 においても十分に議論を尽くしたうえで、協会として中長期的に安定した財政運営を図る観点から平均保険料率10%を維持したもので あり、財政運営主体としての責任を的確に果たしていると考える。
- 〇 また、高齢化の進展に伴う今後の高齢者医療費の急増が見込まれる中、持続可能な医療保険制度の構築のために、当協会を含めた被用者保険関係5団体(健康保険組合連合会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会、全国健康保険協会)から厚生労働大臣に対して、高齢者医療費の負担構造改革等を強く要望する旨の意見書を提出した。
- そのほか、社会保障審議会の部会や分科会、中央社会保険医療協議会などの審議会の場等においても、協会の財政基盤強化の 視点はもちろんのこと、加入者や事業主の立場に立った保険者として、給付の適正化・効率化や医療・介護の質の向上等の観点から、 積極的に意見発信を行った。
- このように、30年度は十分な成果をあげたことから、自己評価は「A」とする。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - ⑨的確な財政運営

【事業計画の達成状況】

<財政運営> (事業報告書 P37~P50)

- 医療費の動向等を踏まえた、令和元年度の保険料率の決定に向けて、30年9月に開催した運営委員会で保険料率に関する論点と令和5年度までの5年間の収支見通し及びそれを踏まえた今後の保険料率に関するシミュレーション等を示した。準備金の保有状況や今後の収支見通しを踏まえて、改めて平均保険料率の引下げが議論の俎上に載ることとなったが、12月19日の運営委員会まで計3回にわたる精力的な議論を尽くしたうえで、平均保険料率等を決定した。
- 〇 並行して各支部の評議会においても10月から11月にかけて議論を進めたが、状況に大きな変化がない限り、基本的には中長期的な 視点で保険料率を考えていくという考え等を事務局が評議会にて説明(一部の評議会には本部の役職員も出席し説明^(※))し、意見の 提出も任意とする取扱いとした。
- (※)宮城、栃木、埼玉、東京、神奈川、愛媛、佐賀、熊本の8支部の評議会に本部役職員も出席。

[令和元年度の保険料率に関する支部評議会の意見]

意見書の提出なし 9支部

意見書の提出あり 38支部 (昨年度47支部)

① 平均保険料率10%を維持するべきという支部 18支部 (昨年度14支部)

② ①と③の両方の意見のある支部 13支部 (昨年度19支部)

③ 引き下げるべきという支部 6支部 (昨年度14支部)

④ その他(平均保険料率に対しての明確な意見なし) 1支部

- 12月19日の運営委員会において、委員長により、改めて各委員の意見が確認され、それまでの議論を踏まえたうえで、「(令和元年度の)平均保険料率に対する運営委員会の意見については、平均保険料率10%を維持する意見が主であり、この点を踏まえて、都道府県単位保険料率の決定に向けて必要な調整を進めていただきたい。」との取りまとめがなされ、令和元年度保険料率についての議論を終えた。
- 〇 そのほか、激変緩和措置の解消期限(令和元年度末)を踏まえて計画的に解消することについては特段の異論はなかったため、激変緩和率は10分の8.6とするよう厚生労働省に要望した。

1. 基盤的保険者機能関係

⑨的確な財政運営

[令和元年度保険料率に関する主な運営委員の意見(30年12月19日運営委員会提出資料)]

1. 平均保険料率

- 平均保険料率10%を維持して、中長期的に安定した運営を行うべきである。また、加入者や事業主に対する周知と理解を得ることが重要である。
- 協会けんぱには、国庫補助が入っているが、過去には保険料率の引下げにあわせ、国庫補助も引き下げられたことがあるため、現行の平均保険料率10%は維持しなければならない。
- ■2040年以降、高齢者が増加する一方、生産年齢人口の急激な減少が見込まれる中、今後の協会けんぽの存続を考えると、短期的な準備金の状況だけを見て保険料率を下げるのは、世代間の負担の公平性や所得の再分配の観点から、将来世代につけを回してしまうという懸念がある。
- 医療機関等への受診者の増加及び1人当たり医療費の増加が医療費増加の主な要因であるが、近年の医療費増加は、特に医療の高度化に伴う1人当たり医療費の増加に起因するところが大きい。そのような状況を踏まえると、中期的に考える必要があり、保険料率を下げることには疑問を感じる。
- 被保険者の立場からすると、保険料率引下げとなれば喜ばしいが、現状を踏まえると、10%を維持することが妥当と考える。
- 税や保険料の負担増の影響で事業所数が減少することのないよう、保険料率を下げられるときに下げるべきである。併せて、国庫補助率が引き下げられることがないよう、国に訴えていかなければならない。
- 保険料率を議論するにあたっては、短時間労働者の適用拡大、高齢化に伴う医療費、拠出金の負担増、制度改正等、社会的な情勢を踏まえて議論しなければならない。

2. 都道府県単位保険料率を考える上での激変緩和措置

平成31年度の激変緩和率は8.6/10に引上げることで、特段の異論はなかった。

3. 保険料率の変更時期

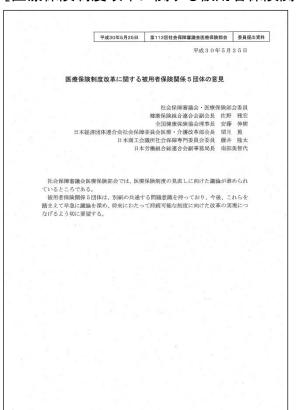
平成31年4月納付分から変更するということについて、特段の異論はなかった。

<財政基盤強化に係る関係各方面への意見発信> (事業報告書 P106~P107)

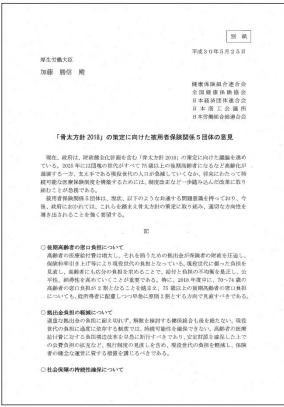
〇 30年5月に当協会を含めた被用者保険関係5団体(健康保険組合連合会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会、全国健康保険協会)の連名で、「世代間の給付と負担の公平性、納得性を高める観点から、後期高齢者の窓口負担についても、低所得者に配慮しつつ早急に原則2割とする方向で見直すべき」、「拠出金負担について、公費負担の拡充など、現行制度の見直しを含め、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する措置を講じるべき」等を強く要望する旨の意見書を厚生労働大臣宛に提出した。

- 1. 基盤的保険者機能関係
 - 9的確な財政運営

[医療保険制度改革に関する被用者保険関係5団体の意見(平成30年5月25日)]



保険制度の見直しに向けた要望を厚生労働省に対して行った。



「全世代型の社会保険」の推進のためには、2019年10月の消費税率10%引き上げの確実大実施は不可欠である。さらに、2025年以降の新たな「社会保障と限の一体な事」を検け、歳み、歳世十年での対応策についても、国民の実験を得なから、検討を始めるべきである。また、財政権全化の観点のみならず、制度の特徴性確保のためには社会保障部内の参考化による仲ぴの抑制が必要であり、被用者保険の保険料への負担転談は行うべきではない。

(医療費の適正化について特施可能な制度を得禁していくためにも、医療費の適正化に取り組むことは不可欠である。医療機能の分化・逮捕による医療の効率化や医療の地域開格差の是正、終ま期医療のあり力の見重し、信者の意図の報告が、適可な受け事態の定遇など医療の有り様を見直していくとともに、「国民皆保険の特徴性」と「イノペーションの推測」を両立し、「国民負担の難談」、医療の質の伸起」を実現するための集価制度の技术なる中性発生、数年の単位性発・数率機能の目标し、IC Tを折用した医療の適正化・効率化など保険診察や診療組織のあり力に婚み込んだ見直しに取り組むできてある。

健康寿命をより延伸させ、健康を高齢者には社会保障を支える側に加わつていただ くことが、制度の持続可能性を高めることにつながる。そのためには、職域・地域 に関わらず、すべての医療保険者には、加入者に対する健康増進をとれまで以上 に重要な役割が求められる。個々の保険者が、それぞれの特性を活かして保険者機 能を発揮できる制度体系を維持し、保険者機能をより強化していくべきである。

- また、健康保険法等の改正に向け、給付の適正化や効率化等の観点から、30年9月に「障害年金や老齢年金、労災給付を支給する際、支給済の傷病手当金がある場合にはその額を控除して支払い、控除分は傷病手当金を支給した医療保険者に支払う仕組みとすること」、「外国人の医療保険制度の不適切利用に係る対応状況を調査の上、海外療養費の見直し等の所要の措置を行うこと」等の健康
- そのほか、社会保障審議会の部会や分科会、中央社会保険医療協議会などの審議会の場等において、協会の財政基盤強化の視点はもちろんのこと、加入者や事業主の立場に立った保険者として、医療保険制度全体を見渡した制度の持続可能性の維持、給付の適正化・効率化や医療・介護の質の向上等の観点から、積極的に意見発信を行った。