

全国健康保険協会業績評価シート (令和元年度)

1. 基盤的保険者機能関係

令和2年9月18日

1. 基盤的保険者機能関係

① 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90%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:令和元年度計画(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

- 令和元年度のKPIの実績: サービススタンダード達成状況 99.9%、申請に係る郵送化率 91.1%

【自己評価の理由】

<お客様満足度>

- お客様満足度調査の結果、窓口に来訪された方の満足度は98.3%(平成30年度は97.6%)と引き続き高い水準を維持している。各支部においては、同調査結果(支部別カルテ)から問題点・課題点を把握のうえ接遇研修等の取組を行い、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>

- 日本年金機構の未適用事業所に対する適用促進対策や大規模健康保険組合の解散により、加入者数が40,460千人(平成30年度は39,417千人)と前年度より1,043千人(2.6%ポイント)増加し、支給決定件数も1,545千件(平成30年度は1,428千件)と前年度より117千件(8.2%ポイント)増加している中で、サービススタンダード達成率は99.9%(平成30年度は99.9%)と引き続き高い水準を維持している。

<郵送化率>

- 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、91.1%(30年度は89.3%)と前年度から1.8%ポイント上昇し、令和元年度のKPIである90%以上を達成した。

- 窓口に来訪された方の満足度は98.3%と前年度を上回り、かつ高い水準を維持していること、サービススタンダードは100%を達成出来なかったものの99.9%と高い水準を維持したこと、また、申請書の郵送化率は91.1%とKPIを達成し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

① サービス水準の向上

【事業計画の達成状況】

＜お客様満足度調査等によるサービスの改善＞（事業報告書 P16）

- お客様満足度については、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。窓口に来訪された方の満足度は、98.3%と引き続き高い水準を維持している。
 - 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》
- ・毎日の朝礼時にお客様を気遣うフレーズ（共感の言葉等）の唱和を実施した。
 - ・制度改正があった際など、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対応を行うため、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組みを好事例として、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 P17-P18）

- 日本年金機構の未適用事業所に対する適用促進対策や大規模健康保険組合の解散により、加入者数が40,460千人（平成30年度は39,417千人）と前年度より1,043千人（2.6%ポイント）増加し、支給決定件数も1,545千件（平成30年度は1,428千件）と前年度より117千件（8.2%ポイント）増加している中で、サービススタンダード達成率は99.9%（平成30年度は99.9%）と元年度のKPIを概ね達成した。
- 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、10営業日をサービススタンダードとしているが、7.87日（30年度は7.68日）と前年度より0.19日と微増でサービススタンダードを遵守している。

＜申請書の郵送化の促進＞（事業報告書 P18）

- 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、ホームページや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で周知を行った結果、郵送による提出率は91.1%（30年度は89.3%）とKPIを達成した。

全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

① サービス水準の向上

○お客様満足度調査

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	対前年度比
窓口サービス全体の満足度 (%)	97.6	97.6	98.3	0.7
職員の応接態度に対する満足度 (%)	97.4	97.7	98.0	0.3
訪問目的の達成度 (%)	97.6	97.9	97.5	▲ 0.4

○サービススタンダード

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	対前年度比
決定件数(件)	1,361,393	1,428,404	1,545,149	116,745
達成件数(件)	1,361,361	1,428,365	1,543,993	115,628
未達成件数(件)	32	39	1,156	1,117
達成支部(支部)	39	41	39	▲ 2
達成率 (%)	99.99	99.99	99.92	▲ 0.07
平均所要日数(日)	8.03	7.68	7.87	0.19
【参考】加入者数(千人)	38,941	39,417	40,460	1,043

1. 基盤的保険者機能関係

② 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、地域の医療機関や市町村と連携し、窓口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84%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:令和元年度計画(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

- 令和元年度のKPIの実績：限度額適用認定証使用割合 81.2%

【自己評価の理由】

- 各支部では、ホームページやリーフレット等による周知広報に積極的に取り組んだ。
- 事業主や健康保険委員には、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った。
- 加入者には、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文を記載し周知を図った。
- 医療機関や市町村には、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1,532千件(30年度1,655千件※)となっており、高額療養費に占める限度額適用認定証の使用割合は、件数ベースでは81.2%(30年度81.3%)と加入者数が増加している中で、前年度よりもわずかに減少したものの、金額ベースの使用割合では、93.6%(30年度93.3%)と前年度よりも増加している。

- 件数ベースでのKPIは概ね達成しており、金額ベースでの使用割合も前年度から増加するとともに高い水準を維持していることから自己評価は「A」とする。

※平成30年度は、高額療養費制度の改正に伴い差替分として約175千件の限度額適用認定証を発行しており、この差替分を除いて比較した場合、限度額適用認定証の発行件数は前年度より3.4%ポイント増加している。

1. 基盤的保険者機能関係

② 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 P19-P20）

○ ホームページでの広報のほか、医療機関や市町村の医療費助成担当窓口へ直接訪問し、限度額適用認定証の申請書と案内が一体となったリーフレットや、返信用封筒の設置を推進する等の取組を積極的に行い加入者が入院した場合には同申請書の提出を促すよう依頼した。

また、納入告知書同封チラシや保険料率改定広報誌の同封リーフレット、健康保険委員研修会等の各種説明会を活用して事業主や被保険者に制度の周知を行った。この利用促進の結果、令和元年度では高額療養費の金額で93.6%、件数では81.2%まで現物化されてきており、円滑な制度の利用が進んできている。

＜高額療養費の申請促進＞（事業報告書 P20）

○ 限度額適用認定証を利用されていない加入者で高額療養費の未申請者に対し、高額療養費制度の周知広報や被保険者からの高額療養費の申請漏れを防止するために、あらかじめ必要事項を記載した高額療養費支給申請書（ターンアラウンド通知）を郵送し、申請を勧奨するサービスを行った。令和元年度は585千件の通知を行い、30年度と比べ36千件増加した。

	平成29年度	平成30年度	前年度比		令和元年度	前年度比	
			金額・件数	割合(%)		金額・件数	割合(%)
加入者数 (千人)	38,941	39,417	476	1.2	40,460	1,043	2.6
限度額適用認定証の発行件数 (件)	1,410,234	※1,655,436	245,202	17.4	1,531,687	▲123,749	▲7.5
高額療養費の支給件数 (件)	4,219,420	4,312,448	93,028	2.2	4,576,642	264,194	6.1
高額療養費の支給件数のうち現物給付の件数 (件)	3,423,431	3,504,348	80,917	2.4	3,717,933	213,585	6.1
高額療養費の支給件数のうち現物給付の件数の割合(KPI) (%)	81.1	81.3	0.2	—	81.2	▲0.1	—
高額療養費の支給金額 (千円)	474,851,192	496,487,639	21,636,447	4.6	535,926,073	39,438,434	7.9
高額療養費の支給金額のうち現物給付の金額 (千円)	440,257,498	463,372,663	23,115,165	5.3	501,472,789	38,100,126	8.2
高額療養費の支給金額のうち現物給付の金額の割合 (%)	92.7	93.3	0.6	—	93.6	0.3	—
高額療養費申請勧奨件数 (件)	484,343	549,193	64,850	13.4	585,140	35,947	6.5

※平成30年度は、高額療養費制度の改正に伴い差替分として約175千件の限度額適用認定証を発行しており、この差替分を除いて比較した場合、限度額適用認定証の発行件数は前年度より3.4%増加していることになる。

全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

③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等と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:令和元年度計画(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】

- 申請内容に疑義があるものについて、事業主への立入検査を57件(30年度は143件)実施した中で、14件(30年度は13件)を不適正と判断し、返還請求を行った。なお、立入検査の実施件数は年々減少傾向にあるが、これは平成28年4月の制度改正(給付の基礎となる標準報酬日額を、各支給対象日に適用される標準報酬日額から、支給開始の直近1年間の標準報酬日額の平均に変更)により不正請求への抑制が働いているものと考えられる。
- 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は、労務の可否の確認を徹底するとともに、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は、事後調査を行うなど重点的に審査を行った。
- 元年度は、新たな観点で不正請求の防止を図るため、資格喪失後に継続して給付されている傷病手当金、出産手当金の中から、新たに再就職が確認された事案に該当するデータを182件抽出し、労務可否の確認など事後調査を実施した。その中で、傷病手当金については103件の不適切な申請が確認でき、約2,700万円の返還請求を行った。
- 傷病手当金と障害年金等との併給調整については、事務処理手順書をふまえ、適切な併給調整を行った。併せて、障害年金等の遡及裁定に対応するため、年金支給データとの突合を徹底した結果、令和元年度は60,086件(30年度は75,850件)の併給調整を行った。なお、前年度から併給調整件数が減少しているが、これは平成30年6月に、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年間に拡大したことにより、遡及拡大による併給調整の前年度の件数が一時的に増加した。
- 不適切な申請が疑われる事案についての事後調査や障害年金等との併給調整を確実に実施するとともに、元年度から新たな観点で実施した事後調査により約2,700万円の返還請求を行うなど、現金給付の適正化が図れていることから、自己評価は「A」とする。

全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

③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 P21）

- 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。
- 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57件（30年度は143件）実施した中で、14件（30年度は13件）を不適正と判断し、返還請求を行った。
- 本部では、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、令和元年8月に傷病手当金507件、出産手当金119件のデータを各支部に提供した。このデータに基づき、支部では、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。
- さらに、元年度は、新たな観点で不正請求の防止を図るため、資格喪失後に継続して給付されている傷病手当金、出産手当金の中から、再就職が確認された事案を抽出し、傷病手当金165件、出産手当金17件のデータを各支部に提供した。このデータに基づき、支部では、労務の可否の確認などの事後調査を行い、その結果、傷病手当金については103件の不適切な申請を確認し、約2,700万円の返還請求を行った。

＜傷病手当金と障害年金等との併給調整＞（事業報告書 P21-P22）

- 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、適切に併給調整を行った。
- 障害年金等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、日本年金機構の年金支給データとの突合を行った。

○立入検査実施件数

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	対前年度比
立入検査実施件数(件)	231	143	57	▲ 86
不適正と判断されたもの(件)	15	13	14	1

○年金との併給調整件数

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	対前年度比
調整件数(件)	53,385	75,850	60,086	▲ 15,764

全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

④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、協会のノウハウを最大限活用した効果的なレセプト点検を推進する。
【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(0.383%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:令和元年度計画(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：B

○令和元年度のKPIの実績:査定率 0.362%

【自己評価の理由】

<内容点検>

- 各支部では、レセプト内容点検行動計画を策定し、システムを有効活用した効率的な点検を実施した。
- また、進捗会議を毎月開催し、現状と課題の検証および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。
- 元年度は、システムを効果的に活用した点検を推進するため、本部において、支部ごとの自動点検マスタを集約し、全支部で共有化したほか、各支部の査定事例や支部の優れた取組みの共有化を推進した。また、レセプト点検員のスキルアップを図るため、点検員ごとに再審査結果を集計するツールを全支部に配付し、点検員が得意・不得意としている点検分野を把握し、点検員への指導等に活用した。

さらに、各支部では外部講師等を活用し、支部の課題に応じた研修を実施した。本部では、新たな試みとして内容点検システムの実践力強化研修及び他支部の点検方法に関する意見交換会を開催し、協会のノウハウを共有した。その結果 1件当たりの査定額は4,729円(前年度+591円)へ向上した。

- 上述のとおり、内容点検の効果向上に資するため、レセプト点検員のスキルアップ等を図った結果、支払基金との合算査定率(KPI)は、支払基金が重点課題としている保険医療機関の請求誤り適正化において、電話・文書連絡及び面接懇談の取組強化により保険医療機関請求の適正化が促進されているなかで、0.362%(前年度▲0.021%ポイント)と健闘した。

<資格点検>

- 加入者一人当たりの資格点検効果額は1,287円(前年度+11円)となった。

<外傷点検>

- 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、加入者一人当たりの外傷点検効果額は402円(前年度▲9円)となった。
- 以上により、KPIは未達成となったが、点検員のスキルアップが図られ、1件当たりの査定額は前年度+591円と向上したこと、また加入者一人当たりの資格点検効果額も前年度+11円と向上したことから、自己評価は「B」とする。

1. 基盤的保険者機能関係

④効果的なレセプト点検の推進

【事業計画の達成状況】

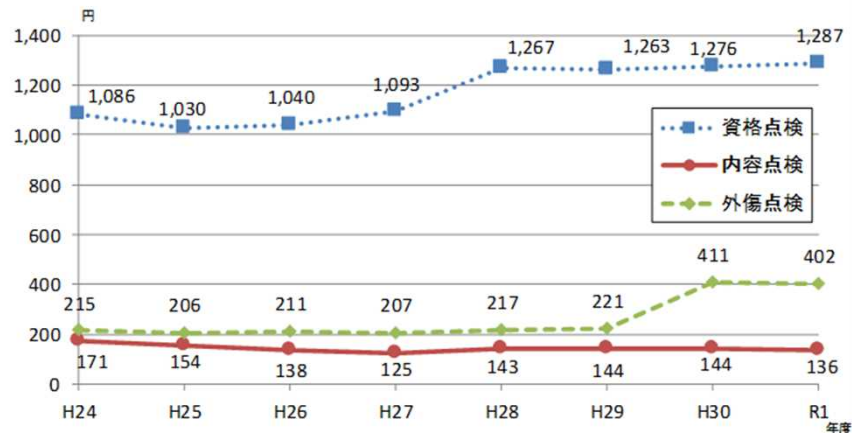
＜点検効果向上のための取組＞（事業報告書P24-P28）

- 各支部では、本部の「レセプト内容点検業務にかかる重点方針」に基づき、レセプト内容点検行動計画を策定し、現状と課題の把握と検証及び改善策を毎月の進捗会議で議論し取組を強化した。
- 本部では、全支部の査定データ及び自動点検マスタの集約や各支部の優れた取組を集約し、協会内での共有化を図った。また、点検員が得意・不得意としている点検分野を把握するため、各点検員別・診療識別コード別に再審査結果を集計するツールを提供し、支部が効率的にPDCAサイクルを回せるように支援を行った。

＜点検員のスキルアップ＞（事業報告書P24-P25）

- 各支部では、外部講師等による研修会や近県支部合同研修等を開催して、個別の課題に応じた研修を行った。
- 本部では、新規採用点検員を対象としたレセプト点検における基礎的知識の取得研修(7月)や内容点検システムの機能登録研修及び他支部の点検方法等の意見交換会等(12月)を開催し、各支部の点検ノウハウ等の共有を進め、スキルアップを図った。

[加入者1人当たりレセプト点検効果額の推移]

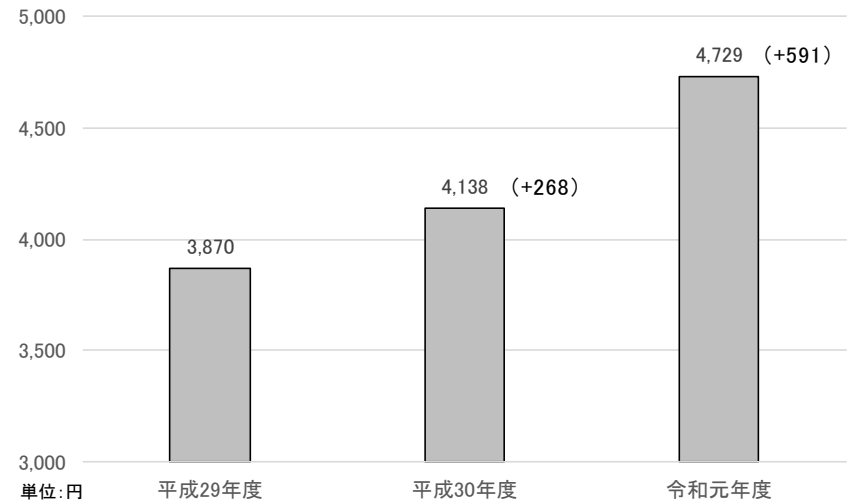


※資格点検: 保険診療時における加入者の資格の有無等に係る点検

※外傷点検: 保険給付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

[査定1件当たりの査定金額]



単位: 円

※括弧内は前年度からの増減となります。

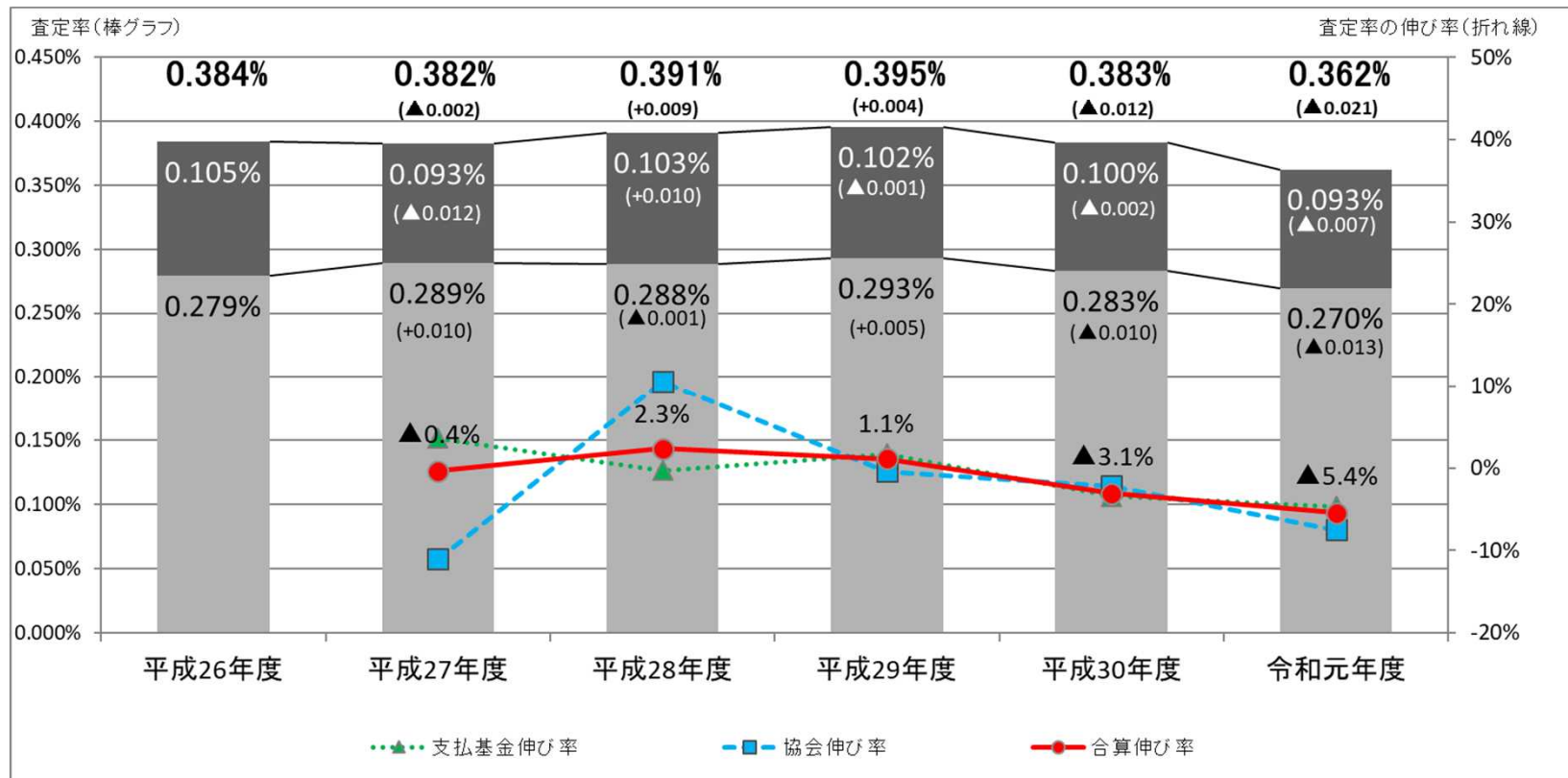
全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

④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

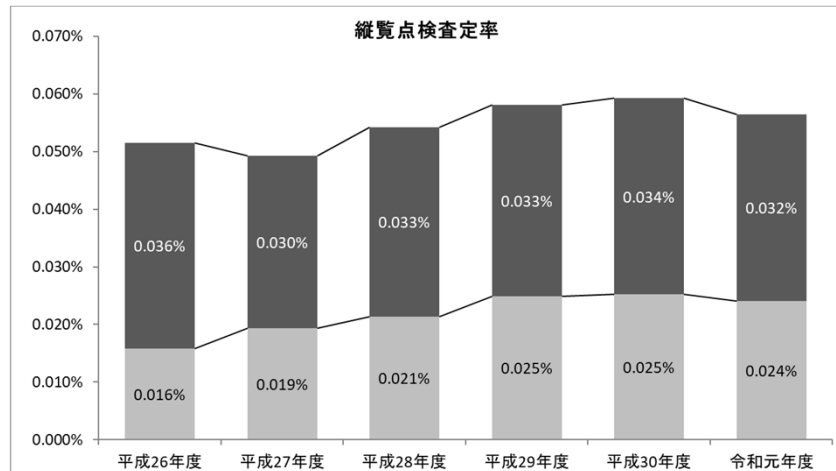
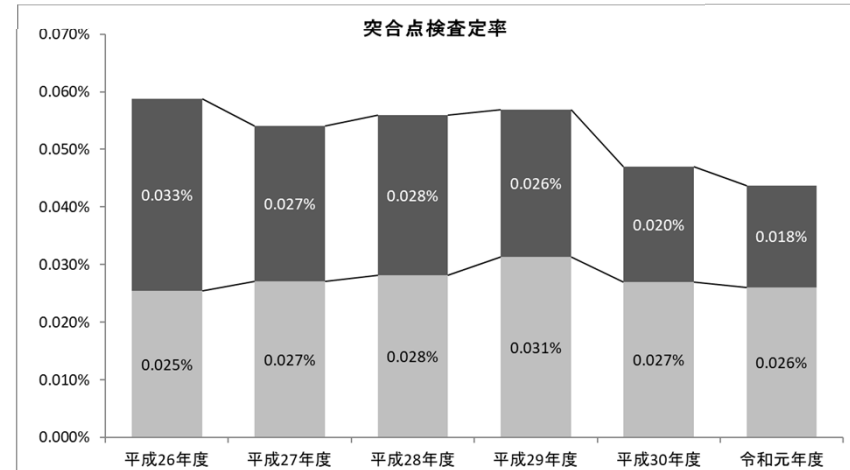
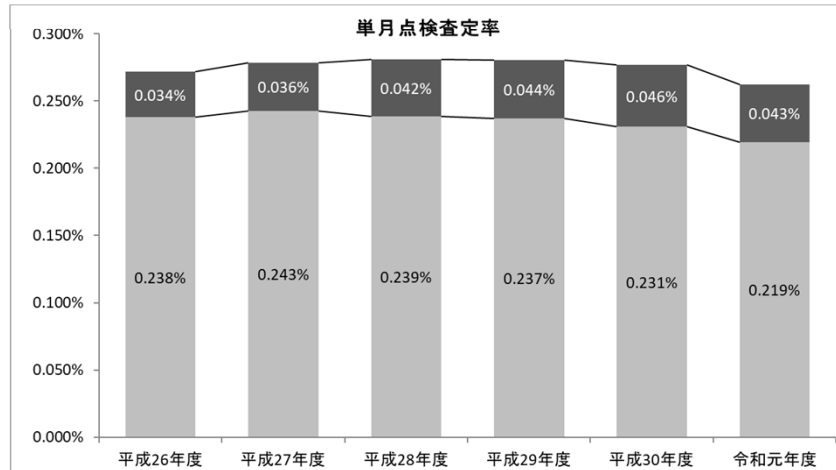


1. 基盤的保険者機能関係

④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



各査定率を算出する数値は、支払基金より提供を受けた数値を使用しています。

※単月点検 … レセプト1件ごとの診療内容を確認する点検。

※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点検

1. 基盤的保険者機能関係

⑤柔道整復施術療養費等の照会業務の強化

事業計画

- 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(1.23%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:令和元年度計画(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

- 令和元年度の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 1.12% (前年比▲0.11%ポイント)

【自己評価の理由】

- 多部位(3部位以上)かつ頻回(月15日以上)受診の申請を中心に加入者への文書による施術内容の確認及び適正受診行動の啓発を強化した。また、負傷部位を意図的に変更するいわゆる「部位ころがし」と呼ばれる過剰受診に対しても同様に文書による施術内容の確認を強化した。
- その結果、文書照会件数は428千件(30年度は414千件)と前年度より14千件(3.4%)増加した。併せて、加入者に適正受診行動の啓発を図るため、適正受診の啓発リーフレットを作成のうえ納入告知書の送付時や文書照会の際に同封した。
- これらの取り組みにより、令和元年度柔道整復施術療養費の申請件数は、15,693千件(30年度は15,471千件)と前年度より222千件(1.4%)増加したものの、施術箇所3部位以上、かつ月15日以上の施術の申請件数は、176千件(30年度は190千件)と前年度より14千件(7.3%)減少したことで、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割合も1.12%(30年度は1.23%)と前年度より0.11%ポイント減少し、KPIを達成した。
- その結果、加入40,460千人(平成30年度は39,417千人)と前年度より増加している中で、支給決定額は65,291百万円(平成30年度は65,981百万円)と前年度より690百万円減少した。
- 文書照会の強化及び広報などの取組により、適正受診の促進が大きく図られたことから自己評価は「S」とする。

全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

⑤ 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 P29）

- 施術箇所が3部位以上かつ施術回数が1ヶ月あたり10～15日以上申請書及び12ヶ月10ヶ月以上柔道整復施術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に対する照会を強化。
- 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、元年度は年度末までに柔道整復の受診者に対して428,110件(30年度414,073件)の文書照会を実施し、前年度から3.4%の増となった。上記の取組によって、柔道整復施術療養費の申請件数は15,692,604件と前年度より1.4%増加したものの、多部位かつ頻回受診の申請は175,883件(30年度189,620件)と減少した。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	
				対前年度比
文書照会件数(件)	334,286	414,073	428,110	14,037
申請件数(件)	15,543,363	15,471,289	15,692,604	221,315
多部位かつ頻回受診の件数(件)	204,407	189,660	175,883	▲ 13,777
申請件数に占める多部位かつ頻回受診の割合(%)	1.32	1.23	1.12	▲ 0.11
支給決定額(千円)	66,696,975	65,981,279	65,290,648	▲ 690,630

全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

⑥あんまマッサージ指圧・鍼灸施術療養費の適正化の推進

事業計画

- 受領委任制度導入に伴い、文書で作成された医師の再同意の確認を徹底する等審査を強化し、不正の疑いがある案件は厚生局への情報提供を徹底する。

※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:令和元年度計画(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】

- あんま・マッサージ・指圧、はり・きゅうの施術に係る療養費に関しては、平成31年1月の受領委任制度導入に伴い、新たに手順書を作成し審査の厳格化と標準化を図った。
- 特に同意書による医師の同意・再同意の確認等については厳格な審査を行い、不正が疑われる案件1件について、地方厚生局へ情報提供を行った。
- 支給決定件数が増加する中で、手順書の作成による標準化と審査の強化が図れたこと、また厚生局への情報提供の実績もあり、自己評価は「A」とする。

【事業計画の達成状況】（事業報告書 P30）

- 医師の同意について、それまでの口頭での同意から文書による同意が必須とされたことに伴い、審査事務手順書を作成し、同意、再同意の確認を徹底するなど、審査の厳格化及び標準化を行った。
- 受領委任制度の導入により、施術所が厚生局の指導監査の対象となり、支給決定件数が増加している中で審査の強化を図り、地方厚生局へ情報提供を行った。

受領委任制度導入前後の支給決定件数

(単位：件)

	平成29年度	平成30年度	令和元年度
はりきゅう	458,197	436,623	503,356
前年同月比		▲ 21,574	66,733
あんま マッサージ	71,080	68,148	70,241
前年同月比		▲ 2,932	2,093

※平成31年1月制度改正

全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

⑦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。また、被保険者証回収不能届を活用した電話催告等を強化する。
- 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94%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(56.16%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(0.070%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:令和元年度計画(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 : B

○令和元年度のKPIの実績:①保険証回収率 93.04% ②返納金債権回収率 54.11% ③資格喪失後受診に伴う返納金割合 0.082%

【自己評価の理由】

- 日本年金機構による保険証返納催告に応じない方に対し、資格喪失処理後2週間以内に文書催告と電話催告を実施した。また返納金債権の回収率向上には、文書や電話による早期催告を実施するとともに納付拒否者に対し法的手続きを的確に実施した。
- 平成30年3月から資格喪失届に保険証が添付できない場合は「被保険者証回収不能届」の提出が義務化されたことから、元年度も引き続き、当該届記載の電話番号を活用した電話催告を31,153件(30年度は31,798件)実施した。
- 未回収が多い事業所には電話や直接訪問等により保険証の早期回収の重要性を訴え、確実な保険証の返却を求めた。
- **保険者間調整を積極的に取り組んだ結果、保険者間調整による債権回収件数は13,230件(前年度+5,259件)と大幅に増加し、回収金額も14.9億円(前年度+2.9億円)と増加した。**
- **KPI①は、加入者数増加の中、「被保険者証回収不能届」を活用した電話催告の取組等により、回収率は93.04%と前年度より1.47%ポイント増加し、KPIは概ね達成できた。**
- KPI②は、加入者増や適用適正化による遡及喪失処理の増加を主な要因として、返納金債権の件数は前年度より16,425件増加し、その債権金額は前年度より9億円増の48億円となった。一方で、回収額は保険者間調整や法的手続きの実施等の強化により前年度より4億円増の26億円の実績を上げたが、債権額の増加に追いつかず、KPIは、前年度▲2.05%ポイントの54.11%に留まった。
- KPI③は、加入者増でレセプト件数が増加する中、総レセプト件数に占める資格喪失後受診レセプト件数の割合(遡及喪失レセプトは除く)は、保険証の早期回収の取組等により、0.150%(前年度▲0.008%ポイント)と減少した。ただし、資格喪失後受診に伴う返納金の額は適用適正化などにより増加したためKPIは、0.082%(前年度+0.012%ポイント)となった。
- 以上により、**保険証回収率は前年度と比べ増加したことや保険者間調整の積極的活用により回収金額が増加していることから自己評価は「B」とする。**

全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

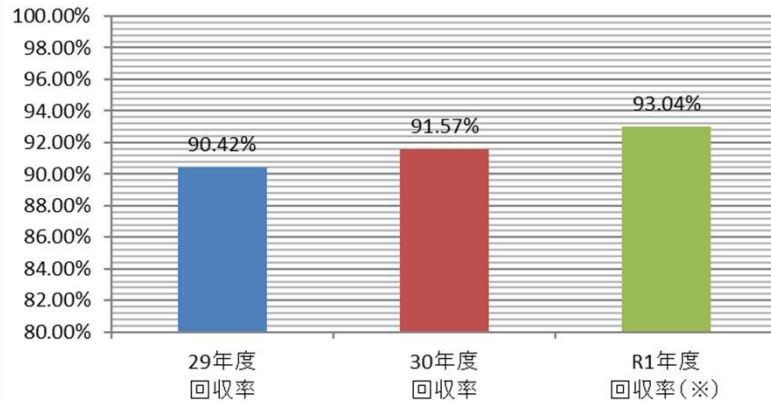
⑦返納金債権の発生防止のための保険証回収強化、債権回収業務の推進

【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 P30-P34）

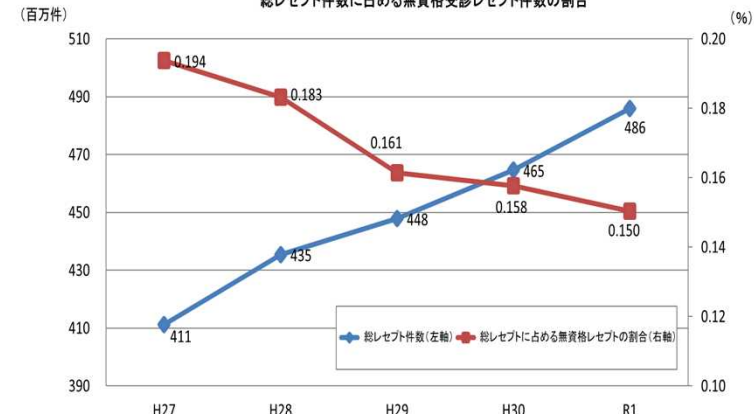
- 資格喪失後受診による返納金の発生を防止するため、日本年金機構による保険証の回収催告後、なお返納されない者に対して、協会による文書催告を資格喪失処理後2週間以内に実施した。
- 保険証未回収の多い事業所への電話や直接訪問等による周知を行い、資格喪失届提出の際の確実な保険証返却を求めた。
- 「被保険者証回収不能届」に記載されている電話番号を活用した電話催告を実施した。
- ホームページやメールマガジン、健康保険委員研修会の活用、広報チラシの配布、医療機関窓口でのポスターの掲示などを通じて、保険証返却・回収徹底を図った。
- 保険者間調整は確実な債権回収の手段であることから、アウトソースにより保険者間調整案内文書を催告文書に同封した上で発送した。
- 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費用対効果を踏まえて支払督促や訴訟による法的手続きを実施した。

資格喪失後1か月以内の保険証回収状況



※ 日本年金機構における保険証回収情報の不具合による影響で、2年2月、3月分の正確な保険証回収件数が算出できなかったため、平成31年4月～2年1月までの実績。

総レセプト件数に占める無資格受診レセプト件数の割合



全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

⑦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

[資格喪失後1か月以内の保険証回収状況]

	29年度	30年度	元年度	
			対前年度	
資格喪失後1か月以内の保険証回収状況(%)	90.42	91.57	93.04(※)	1.47

※ 日本年金機構における保険証回収情報の不具合による影響で、2年2月、3月分の正確な保険証回収件数が算出できなかったため、平成31年4月～2年1月までの実績。

[レセプト総件数に占める無資格受診レセプト件数の割合]

	29年度	30年度	元年度	
			対前年度	
レセプト総件数に占める無資格受診レセプトの割合(%)	0.161	0.158	0.150	▲ 0.008
レセプト総件数(百万件)	448	465	486	21

[資格喪失後受診の債権金額]

	29年度	30年度	元年度	
			対前年度	
1件あたりの資格喪失後受診の債権金額(円)	23,951	25,132	27,759	2,627
2年以上遡及した資格喪失後受診の債権金額(億円)	2.4	2.9	4.1	1.2

[保険者間調整による債権の回収状況]

	29年度	30年度	元年度	
			対前年度	
保険者間調整による債権回収件数(件)	5,419	7,971	13,230	5,259
保険者間調整による債権回収金額(億円)	10.9	12.0	14.9	2.9

1. 基盤的保険者機能関係

⑧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89.0%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:令和元年度計画(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

- 令和元年度のKPIの実績:確認書提出率 91.3%

【自己評価の理由】

- 元年度の被扶養者資格の再確認は、令和2年4月に新設された被扶養者の国内居住要件を考慮し、従来は18才以上を対象としていたところを全ての被扶養者に対して実施した。
- そのため、30年度より1割多い1,447千事業所(30年度は1,315千事業所)を対象に実施し、そのうち1,321千事業所(30年度は1,157千事業所)より確認書の提出があった。提出率は91.3%(30年度は88.0%)となり元年度のKPIである89.0%を達成した。
- なお、未提出事業所(234千事業所)に対しては、本部にて一次勧奨(文書)、支部にて二次勧奨(文書、電話等)を実施し、105千事業所(全対象事業所数の7.2%)から提出があり、8,754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、事業所に対して架電による送付先調査や年金事務所への照会等を行った結果、送達事業所は1,445,282事業所となった(全対象事業所の99.9%)。
- これらの結果、66,193人(30年度は70,897人)の被扶養者の資格を解除し、前期高齢者納付金の負担が約15.3億円(推計)軽減されたため、自己評価は「S」とする。

1. 基盤的保険者機能関係

⑧被扶養者資格の再確認の徹底

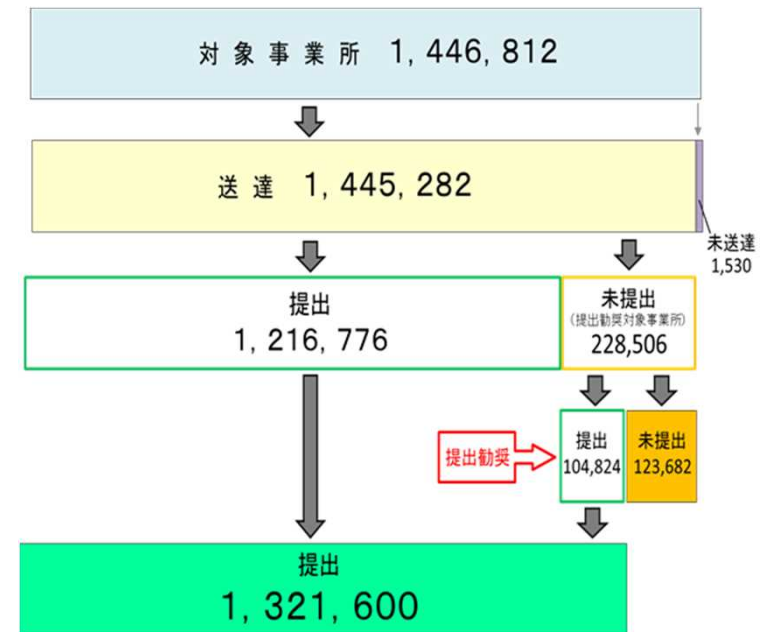
【事業計画の達成状況】

＜被扶養者資格の再確認＞（事業報告書 P34-P35）

- 令和元年9月から10月に、1,446,812事業所（前年度より131,630事業所増加）へ被扶養者状況リストを送付し、91.3%（前年度より3.3%ポイント増加）の事業所より確認結果が提出され、元年度のKPI(89.0%)を達成した。
- 未提出事業所(228,506事業所)に対しては、本部、支部にて文書や電話により提出勧奨を実施し、104,824事業所(全対象事業所数の7.2%)から提出があり、8,754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、架電による送付先調査や年金事務所への照会等を行った結果、送達事業所は1,445,282事業所となった(全対象事業所の99.9%)。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	対前年度比
被扶養者資格再確認対象事業所数（事業所）	1,263,914	1,315,182	1,446,812	131,630
送達事業所数（事業所）	1,262,299	1,313,906	1,445,282	131,376
未送達事業所数（事業所）	1,615	1,276	1,530	254
提出事業所数（事業所）	1,094,139	1,156,747	1,321,600	164,853
提出率（%）	86.6	88.0	91.3	3.3
確認対象被扶養者数（人）	7,381,647	7,480,414	14,081,158	6,600,744
被扶養者削除数（人）	75,685	70,897	66,193	▲ 4,704
前期高齢者納付金負担軽減額（億円）	18.4	17.3	15.3	▲2.0
提出勧奨事業所数（事業所）	114,063	255,867	228,506	▲ 27,361
勧奨による提出事業所数（事業所）	34,028	95,672	104,824	9,152

【令和元年度 提出状況フロー図】



全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

⑨オンライン資格確認の利用率向上

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。
【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43.3%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: 令和元年度計画(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

- 令和元年度のKPIの実績：オンライン資格確認システム利用率 47.3%

【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、文書による利用勧奨を実施した。
- 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、医療機関が社会保険診療報酬支払基金への請求前に、電子レセプトを一括で資格確認するためのツールについて、簡易マニュアルを配布するなど、丁寧な説明を行った。これらの取組の結果、利用率(年度平均)は47.3%となり、元年度のKPIである「利用率43.3%以上(年度平均)」を達成した。
- 以上、利用勧奨の着実な実施により、KPIを達成したことから、自己評価は「A」とする。

1. 基盤的保険者機能関係

⑨オンライン資格確認の利用率向上

【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-P36）

- 協会では、資格喪失後受診の防止及び返納金債権発生を抑止を目的として、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(令和2年3月末時点では36支部が実施)。
- 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、文書による利用勧奨を実施したことで、元年度平均の利用率は47.3%となり、元年度のKPIである「利用率43.3%以上(年度平均)」を達成した。
- この取組における元年度の効果額(推計)は、平成30年度を555万円上回る7,069万円となった。

〔(図表4-25)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	平成30年度	令和元年度
実施支部数	36支部	36支部	36支部	36支部
効果額	38,066,077円	56,359,121円	65,137,077円	70,693,339円

※ 平成29年度から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

⑩業務改革の推進に向けた取組

事業計画

- 次期システム構想を見据えた業務処理体制の見直しを行う業務改革検討プロジェクトを推進する。

※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:令和元年度計画(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

【自己評価の理由】

- 「業務改革検討プロジェクト」を立ち上げ、「保険者機能アクションプラン(第4期)」のより着実な遂行のため、「基盤的保険者機能」の業務分野において業務の生産性の向上を図り、「戦略的保険者機能の強化」へ軸足を移す組織・環境づくりの検討を行った。
- 同プロジェクトで抽出した組織・体制、業務・システムの課題(251件)について、体系的に整理し、改革案の具体化と実現検証を行い、将来的な業務部門の業務改革推進計画として改革案50件を策定した。
- 同計画のうち、次期システムの構築に資する改革案(20件)については、次期システム構想の中で総合的に検討している。一方の業務プロセスの標準化等の改革案(30件)については、現行事務処理方法等の改善に反映させ改革を図っている。具体的には、現金給付業務等の各業務マニュアルや手順書の改訂、新設により、統一ルールによる業務プロセスの標準化を徹底した。
- また、生産性の向上のための重要な要素である「人材育成と柔軟な事務処理体制の構築」、「管理者のマネジメント力の向上」を実践するため、マネジメントや事務処理体制の在り方のガイドブック等を4種作成し、当該ガイドブックに基づく取り組みを全支部で開始した。
- 「業務改革検討プロジェクト」で次期システム構想を見据えた業務改革推進計画を策定したことと併せ、現行業務プロセスの即時対応課題の抽出、見直しに着手している。また、策定した推進計画に基づき、人材育成と柔軟な事務処理体制の構築、管理者のマネジメント力の向上のための具体的取り組みに着手していることから、自己評価は「S」とする。

1. 基盤的保険者機能関係

⑩業務改革の推進に向けた取組

【事業計画の達成状況】

＜業務改革検討プロジェクトの推進＞（事業報告書 P36-P37）

- 業務部門の業務実態調査により、現状の「業務プロセスの可視化・点検」を行い、現行システムや既存の組織体制にとらわれることなく、組織・体制、業務・システムの課題(251件)を抽出した。抽出した課題について、体系的に整理し、改革案の具体化と実現検証を行い、将来的な業務部門の業務改革推進計画として改革案50件を策定した。
- 業務改革推進計画のうち、次期システムの構築に資する改革案(20件)については、次期システム刷新に向け協会全体構想の中で総合的に検討する。一方の業務プロセスの標準化等の改革案(30件)については、現行事務処理方法等の改善に反映させ改革を図っている。具体的には、現金給付業務等の各業務マニュアルや手順書を整理改訂することや、あんま・マッサージ・指圧及びはり・きゅうの施術に係る療養費の審査事務手順書の新規作成により、統一ルールによる業務プロセスの標準化の徹底を図った。
- 生産性の向上の重要な要素である「人材育成と柔軟な事務処理体制の構築」、「管理者のマネジメント力の向上」を実践するため、マネジメントや事務処理体制の在り方のガイドブック等を4種作成し、当該ガイドブックに基づく取り組みを全支部で開始した。具体的には、支部を選定し、本部とコンサル会社による管理者へのコーチングを中心とした定期的な訪問により、管理者のマネジメント力強化、職員の意識・行動の変革と併せ、最適な事務処理体制の構築と定着化に取り組んでいる。

1. 基盤的保険者機能関係

⑩業務改革の推進に向けた取組

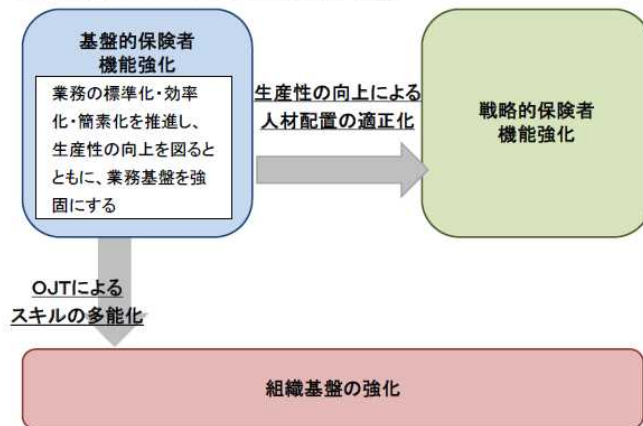
『業務改革検討プロジェクト(業務改革PT)』

- ・ 現行の基幹業務システムは2022年末に更新期限を迎える。次期システムは開発工程を勘案すると少なくとも更新期限の4年前には構想検討に着手する必要がある。
- ・ 次期システム構想検討の前提として業務部門の将来を見据えた組織体制の在り方と、その体制に最適なシステムの構想を検討する。については「業務改革推進室」を中心に「業務改革検討プロジェクト」を組成する。
- ・ 「①支部の業務実態を調査・把握」、「②抜本的改革への課題抽出と将来像の検討」を実施することにより、次期システムの構築に資する業務部門のグランドデザインを策定する。

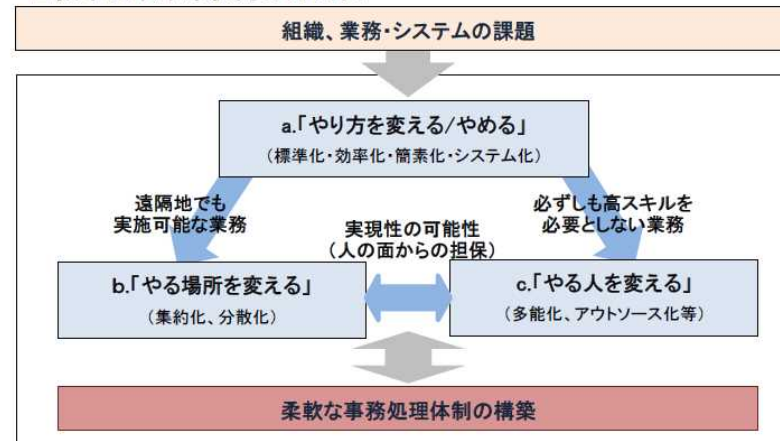
目的・意義

■「保険者機能強化アクションプラン(第4期)」の着実な遂行のため、「基盤的保険者機能強化」分野において、ICTを活用した効率的かつ効果的な業務処理体制及びその体制に最適な次期システムを構築し生産性の向上を図り「戦略的保険者機能の強化」へ軸足を移す組織・環境作りを進める。

■アクションプランにおける基本方針



■抜本的改革案検討の方向性

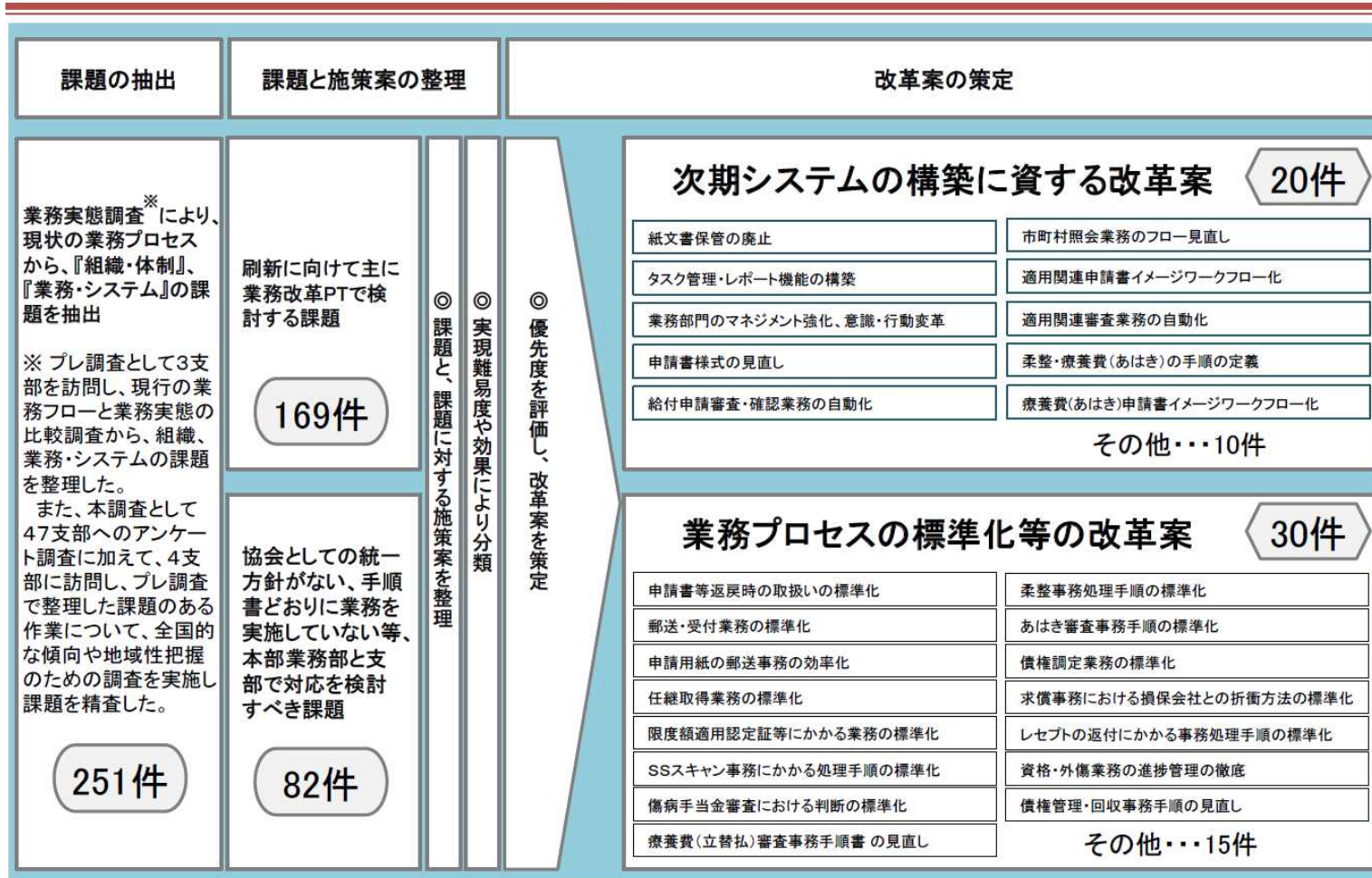


業務改革PT

1. 基盤的保険者機能関係

⑩業務改革の推進に向けた取組

『業務部門の課題抽出と改革案の策定』



業務改革PT

全国健康保険協会業績評価シート

1. 基盤的保険者機能関係

⑪ 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。

※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:令和元年度計画(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】

- 2年度の保険料率を決定するに当たっては、今後の収支見通し等のデータ及びそれを踏まえた論点を示しつつ、3回にわたり運営委員会で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。前年度と同様、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、本部・支部とも事務局から丁寧な説明を行った上で、運営委員会や支部評議会においても十分に議論した。その結果、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。
- 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、支部においても地域医療構想調整会議の場で、地域住民の良質な医療の提供の確保の観点から、医療データを活用しながら意見発信をするなど、各審議会の場合等においても本部・支部が一体となって、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積極的に意見発信を行った。
- このように、元年度は運営委員会等の場で十分に議論を尽くしたうえで、将来に向かって安定した財政運営を図る観点から平均保険料率を決定したこと、財政基盤強化のための意見発信を積極的に行うなど、財政運営主体として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

①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－P59）

- 2年度の保険料率の決定に向けて、元年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20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。
- 並行して各支部の評議会においても10月に議論を進めたが、前年度と同様、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。

（※）岩手、秋田、福島、埼玉、静岡、三重、大阪、兵庫、高知の9支部の評議会に本部役職員も出席。

[2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	13支部	（昨年度9支部）
意見書の提出あり	34支部	（昨年度38支部）
① 平均保険料率10%を維持するべきという支部	21支部	（昨年度18支部）
② ①と③の両方の意見のある支部	7支部	（昨年度13支部）
③ 引き下げるべきという支部	2支部	（昨年度6支部）
④ その他（平均保険料率に対しての明確な意見なし）	4支部	（昨年度1支部）

- 12月20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2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2年度保険料率についての議論を終えた。
- また、激変緩和措置については、激変緩和の解消期限（元年度末）どおりに終了し、2年度は措置を講じないことに特段の異論はなかったため、2年度から激変緩和措置を解消した。
- そのほか、インセンティブ制度については、平成30年度の実績に基づく評価が上位23位に該当する支部に対して、支部ごとの評価に応じた報奨金を付与することにより、保険料率の引き下げを行うことに特段の異論はなかったため、2年度の都道府県単位保険料率に反映させた。

1. 基盤的保険者機能関係

①的確な財政運営

[2年度保険料率に関する主な運営委員の意見(元年12月20日運営委員会提出資料)]

1. 平均保険料率

- 当組織にて支部評議員の意見を聴取したが、理事長の中長期的な立ち位置や様々なデータによる中長期的な料率に対する考え方が浸透してきており、全員が料率維持との意見であった。今後の健全な運営のため、料率を維持する方向で検討いただきたい。
- 協会けんぽはセーフティネットの役割があり、これは協会けんぽの重要な役割である。健保組合の解散後は、協会で受け入れることになるので、今後できるだけ安定的な運用をする必要があると感じる。
- 支部の意見の大半が維持となったことは、本部の中長期的な立ち位置との考えが浸透し、支部からも評議員に対して丁寧に説明された結果だと思う。これだけ維持という意見が出ているので、その意見を尊重すべきである。また、評議会意見にもあるが、準備金を有効に活用し将来的なコスト削減に結びつけることが大事である。
- 支部の意見は概ね維持であるが、それは、多くの支部が「10%が限界」であるということと受け取れるのではないかと。また、保険料率引き下げについては、国庫補助の減額による保険料率の持続性を損なう恐れや後期高齢者の自己負担額が今後の議論次第であることを考えると、現状では10%維持が賢明。
- 中長期的な考え方に一定の理解が得られ、支部に浸透しているという意見に賛同する。一方で、準備金の適正な水準を客観的に示すべきなどの意見についても傾聴すべきであり、適正な水準ということについて、議論を詰めることが大事であると思う。その際、適用拡大や健保組合の解散などのリスクを明確にして、準備金が必要であることを丁寧に説明をすることが大事である。
- 平成20年から約10年間で、事業主の社会保障費への負担は増大している。適用拡大等、負担が増える議論があることは承知しているが、これ以上の負担は、事業主も従業員も困難であることを認識いただき、少しでも負担が軽減できるように来年度の保険料率を議論いただきたい。
- 保険料率が上がるということは、医療費を使うからである。保険料率が高い支部を見ると、時間外受診が多い。そういうことを明らかにして是正しなければ適正化はできない。医療費としては微々たる効果かもしれないが、時間外受診の是正や薬剤の適正使用などに取り組まなければ、適正化は困難であると思う。

2. 都道府県単位保険料率を考える上での激変緩和措置の解消とインセンティブ制度の導入

- 激変緩和措置の解消について、特段の異論はなし。
- インセンティブ制度導入について、特段の異論はなし。

3. 保険料率の変更時期

- 令和2年4月納付分から変更するという点について、特段の異論はなし。

<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 P122-P125)

- 元年11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

⑪ 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(元年11月8日)]

<p>厚生労働大臣 加藤 勝信 殿</p> <p>令和元年11月8日</p> <p>健康保険組合連合会 全国健康保険協会 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</p> <p>医療保険制度改革に向けた被用者保険関係5団体の意見</p> <p>現在、政府は、全世代型社会保障検討会議を設置し、社会保障制度を誰もが安心して利用できる制度とするため、議論を進めている。高齢化により医療需要が高まるなか、2022年には団塊の世代が後期高齢者に入り始め、医療給付費の急増が見込まれる一方、支え手である現役世代の人口は急減が見込まれている。医療・介護・年金を合わせた保険料率の30%時代が目前に迫るなど、すでに限界に達している現役世代や企業の拠出金を合わせた保険料負担は、今後一層過重になることが予想されている。こうした状況が現役世代の可処分所得の減少や将来不安を招き、消費活動、ひいては経済活動へ悪影響を及ぼすことが懸念される。</p> <p>このような共通する問題認識のもと、被用者保険関係5団体は、下記の通り意見をとりまとめた。政府におかれては、将来にわたる制度の機能の発揮と持続性確保に向け、全世代型社会保障検討会議の取りまとめ及び骨太方針2020の策定において下記項目を盛り込み、給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革を確実に実行するよう強く要望する。</p> <p>記</p> <p>1. 後期高齢者の窓口負担について 高齢者の医療給付費は増大し、それを賄うための拠出金が保険者の財政を圧迫し、保険料率引き上げ等により現役世代の負担となっている。現役世代に偏った負担を見直し、高齢者にも応分の負担を求めることで、給付と負担の世代間のアンバランスを是正し、公平性、納得性を高めることが重要である。現在、70～74歳の高齢者の窓口負担が2割であることを踏まえ、75歳以上の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原則2割とする方向で見直すべきである。</p> <p>2. 拠出金負担の軽減について 2022年度から急激に増加する拠出金の負担に耐え切れず、解散を検討する健保組合がさらに増加する可能性がある。現役世代の負担に過度に依存する制度では、持続可能性を</p>	<p>確保できない。高齢者の医療給付費に対する負担構造改革を早急に所行すべきであり、安住財源を確保した上での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である。特に、後期高齢者の現役並み所得者については、それ以外の者と同様に、公費負担50%とするべきである。なお、現役並み所得者の範囲を拡大する場合は、少なくとも拠出金負担増が生じないよう財政支援等の負担軽減措置が必要である。</p> <p>3. 保険者機能の強化について 健康寿命をより延伸させ、健康な高齢者には社会保障を支える側に加わっていただくことが、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などこれまでに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、企業、労働組合との連携を含め、保険者機能をより強化していくべきである。</p> <p>4. 医療費の適正化等について 持続可能な制度を構築していくためにも、医療費の適正化に取り組むことは不可欠である。地域医療構想の推進や医療機能の分化・連携による医療の効率化や地域間格差の是正とともに、総合診療専門医の積極的育成など、より効率的・効果的な医療の実施を目指すべきである。また、終末期医療のあり方を見直し（患者の意思の尊重等）、適切な受診行動の促進など医療の有り様を見直していくとともに、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」、「医療の質の向上」を実現するための薬価制度の抜本改革の推進や後発医薬品のさらなる使用促進、フォーミュラ（生活習慣病治療薬の適正な選択）の導入の推進、薬剤地方の適正化（重複・多剤投薬の是正、医薬品管理の徹底、向精神薬の使用の適正化など）、診療報酬の包括化、ICTを活用した医療の適正化・効率化など、保険診療や診療報酬のあり方に踏み込んだ見直しに取り組むべきである。</p> <p>5. 社会保障の持続性確保について 社会保障制度の持続性を確保するためには、国民の理解を得ながら、社会保障にかかる歳入・歳出両面について、さらに検討を進めるべきである。また、財政健全化の観点のみならず、制度の持続性確保のためには、社会保障給付の効率化による伸びの抑制と必要な財源の確保が不可欠であり、被用者保険の保険料への負担転嫁は行うべきではない。</p>
---	---

以上

- 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、2年1月に「薬剤自己負担について、市販類似薬は保険の給付範囲から除外または保険償還率を引き下げるなど、医療保険の給付範囲を適正化すること」、「健康保険任意継続被保険者制度の将来的な廃止、あるいは、加入要件、加入期間等を見直すこと」等の健康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。
- そのほか、支部においても地域医療構想調整会議の場で、地域住民の良質な医療の提供の確保の観点から、医療データを活用しながら意見発信をするなど、各審議会の場合においても本部・支部が一体となって、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積極的に意見発信を行った。