

全国健康保険協会業績評価シート (令和2年度)

1. 基盤的保険者機能関係

令和3年9月17日

基盤的保険者機能(業務部関係業務)に係る動向等について

基盤的保険者機能(医療費や現金給付の審査・支払いを迅速かつ適正に行うことにより、加入者に良質なサービスを提供するとともに、医療費の適正化を図ること。)の具体的業務として、各支部の業務部(業務グループ、レセプトグループ)を中心に、保険証の発行・回収業務、現金給付の支給決定業務、レセプト点検業務、債権管理業務、相談・照会等対応業務などに取り組んでおり、業務処理の標準化・効率化・簡素化を推進するとともに、日々の業務量の多寡や優先度に対応する柔軟かつ最適な事務処理体制の構築を図っている。

なお、サービスの提供の対象となる加入者数及び事業所数等の動向については以下のとおり。(平成27年度(保険者機能強化アクションプラン(第3期)の初年度)からの推移)

【加入者数及び事業所数の推移】

加入者数や事業所数は、ここ数年大幅に増加してきたが、令和2年度の加入者数は、減少に転じている。

被保険者数や事業所数は、引き続き増加しており、特に大規模支部(都市部)での増加が著しい。

(年度末時点。 単位:人、事業所)

全国	加入者数						被保険者				被扶養者				事業所数			
	増減率		増減数		増減率		増減数		増減率		増減数		増減率		増減数			
	増減率	増減数	増減率	増減数	増減率	増減数	増減率	増減数	増減率	増減数	増減率	増減数	増減率	増減数				
平成27年度	37,164,935	100.0%	—	21,577,484	100.0%	—	15,587,451	100.0%	—	1,858,887	100.0%	—						
平成28年度	38,071,205	102.4%	(906,270)	22,428,161	103.9%	(850,677)	15,643,044	100.4%	(55,593)	1,994,022	107.3%	(135,135)						
平成29年度	38,929,641	104.7%	(1,764,706)	23,203,471	107.5%	(1,625,987)	15,726,170	100.9%	(138,719)	2,113,359	113.7%	(254,472)						
平成30年度	39,400,303	106.0%	(2,235,368)	23,757,186	110.1%	(2,179,702)	15,643,117	100.4%	(55,666)	2,224,070	119.6%	(365,183)						
令和元年度	40,443,671	108.8%	(3,278,736)	24,793,285	114.9%	(3,215,801)	15,650,386	100.4%	(62,935)	2,324,510	125.0%	(456,623)						
令和2年度	40,296,347	108.4%	(3,131,412)	24,877,229	115.3%	(3,299,745)	15,419,118	98.9%	(▲168,333)	2,398,948	129.1%	(540,061)						

※増減率は平成27年度を100%とした場合の比較、増減数は平成27年度の件数との差

※加入者数については日雇い被保険者数を除く

【現金給付等の支給件数の推移】

加入者数等の増加に伴い、現金給付等の支給件数は年々増加している。

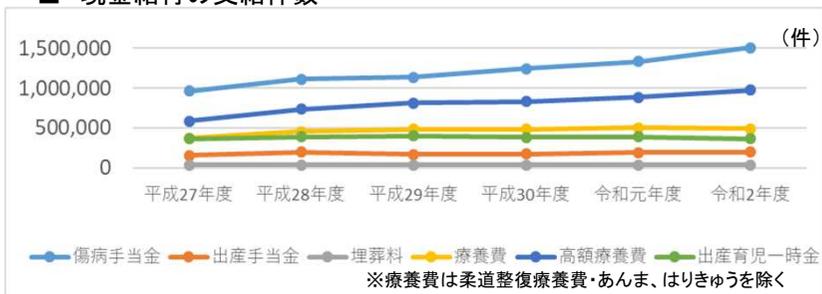
(年度末時点。 単位:件)

全国	現金給付総件数												レセプト件数			
	増減率		増減数		増減率		増減数		増減率		増減数		増減率		増減数	
	増減率	増減数	増減率	増減数	増減率	増減数	増減率	増減数	増減率	増減数	増減率	増減数	増減率	増減数		
平成27年度	2,488,370	100.0%	—	964,653	100.0%	—	371,765	100.0%	—	588,386	100.0%	—	422,260,244	100.0%	—	
平成28年度	2,926,634	117.6%	(438,264)	1,113,026	115.4%	(148,373)	455,034	122.4%	(83,269)	734,893	124.9%	(146,507)	437,327,404	103.6%	(15,067,160)	
平成29年度	3,044,987	122.4%	(556,617)	1,137,575	117.9%	(172,922)	483,409	130.0%	(111,644)	814,887	138.5%	(226,501)	456,086,247	108.0%	(33,826,003)	
平成30年度	3,164,560	127.2%	(676,190)	1,243,633	128.9%	(278,980)	487,874	131.2%	(116,109)	829,956	141.1%	(241,570)	470,454,386	111.4%	(48,194,142)	
令和元年度	3,339,309	134.2%	(850,939)	1,331,274	138.0%	(366,621)	502,205	135.1%	(130,440)	885,401	150.5%	(297,015)	486,727,610	115.3%	(64,467,366)	
令和2年度	3,580,912	143.9%	(1,092,542)	1,503,284	155.8%	(538,631)	491,902	132.3%	(120,137)	976,534	166.0%	(388,148)	442,012,426	104.7%	(19,752,182)	

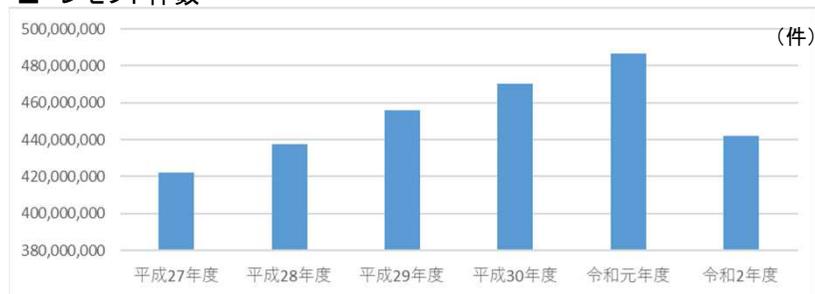
※増減率は平成27年度を100%とした場合の比較、増減数は平成27年度の件数との差

基盤的保険者機能(業務部関係業務)に係る動向等について

■ 現金給付の支給件数



■ レセプト件数



○ 業務部の配置人数(レセプト点検員等の補助員を含む)

(人)

全国	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	R2-H27の差
業務部 職員数	3,171	3,182	3,103	2,987	2,935	2,877	-294

(参考)新型コロナウイルス感染症への対応

(事業報告書P154 -抜粋-)

2020(令和2)年2月から国内での感染が顕在化し、その後、急速に感染が拡大してきた新型コロナウイルス感染症の影響を受け、加入者や協会職員等への感染を防止する観点から、協会も当初計画していた事業の変更や縮小を余儀なくされるなど、感染収束を見通すことができない混乱した状況の中、協会では加入者、事業主、関係機関の方々及び協会職員への感染防止対策を講じながら、業務を遂行してきました。

(中略)

具体的には、①各種申請について、対面での接触を避ける観点から、ホームページやメールマガジンにより、窓口来訪を避け、極力郵送による手続きをお願いする、②協会職員の関係機関等への訪問活動を控える、③感染防止対策を徹底した上で、集団健診や特定保健指導を実施するなどの対応を行いました。

また、2020年4月の緊急事態宣言時においては、政府から「三つの密」を避けるため、「出勤者数の7割削減」、「テレワーク導入」、「時差出勤への対応」などの取組を講ずるよう関係各所に要請がありました。その一方で、協会は、政府が示している「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針(令和2年3月28日)」において、国民生活・国民経済維持の業務を支援する事業者として、事業の継続を求められていることから、事業継続を維持しつつも、可能な範囲で職員の出勤削減や時差出勤を行うなど、感染拡大防止に努めてまいりました。

感染予防対策として一部縮小または停止した業務

緊急事態宣言の発出状況や所在する都道府県の感染状況、基本的対処方針、都道府県対策本部の議論の内容などを勘案し、一部の業務を縮小または停止した。

・レセプト内容点検業務

政府による緊急事態宣言が発令されている支部において宣言期間のレセプト内容点検業務を縮小(職員の1/5、点検員の1/2を出勤削減)

高点数レセプトや高額査定事例を中心とした点検を優先

文書照会及び電話照会については医療機関の負担を配慮し対応

・事業所等への訪問業務

債権・被保険者証の回収や被扶養者資格の再確認に係る確認リスト未提出事業所への訪問による提出勧奨など、事業所・個人宅への訪問を伴う業務について、地域の感染状況を考慮して実施

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。
- ・ 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92%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2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2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2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2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2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)。

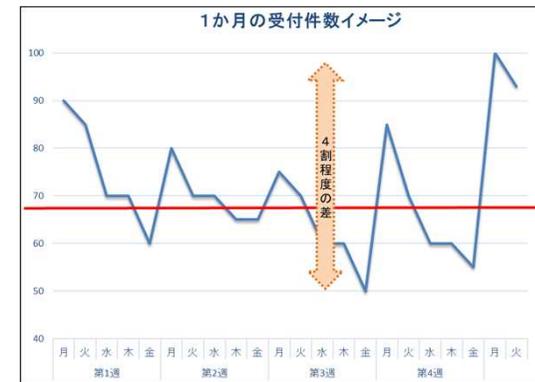
自己評価 : B

○2020年度のKPIの実績: サービススタンダード達成状況 99.5%、申請に係る郵送化率 94.8%

【自己評価の理由】

<サービススタンダード>

- 支給決定件数が1,705千件(2019年度は1,545千件)と前年度より160千件(10.3%ポイント)増加するなか、柔軟かつ効率的な事務処理体制の構築等を図り、サービススタンダードの遵守に努めた。ただし、新型コロナウイルス感染症拡大による1回目の緊急事態宣言時において出勤削減を余儀なくされ、大規模(東京)支部で2020年4月は遵守できなかった。



⇒サービススタンダード達成率は99.5%(2019年度は99.9%)、平均所要日数は7.47日(同7.87日)となった。

- ・4月に1支部で未達成の状況となったが、当該支部へのサービススタンダードの業務支援を全国で実施した結果、5月以降は全支部で100%を達成した。また、支給決定件数が増加し続けるなかで、平均所要日数は7.47日と、前年度より0.4日短縮できた。

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

※現金給付の審査・支払いを適正かつ迅速に行うことが保険者としての責務であること、また、傷病手当金及び出産手当金については、疾病や出産により収入の喪失を来したした場合の生活保障の性格を有する給付であることを鑑み、最高水準(100%)をKPIとし最優先で処理を行っている。

<郵送化率>

- 申請書の郵送提出の促進について、全支部でホームページだけでなく支部広報誌等により積極的に周知した。
- 窓口での各種申請の提出について、対面での接触を避ける観点から、ホームページやメールマガジンにより、窓口来訪を避け、極力郵送による手続きを依頼した。

⇒郵送化率は、94.8%(2019年度は91.1%)と前年度から3.7%ポイント上昇し、2020年度のKPIである92%以上を達成した。

※新型コロナウイルス感染症拡大による外出自粛等の影響により、窓口来所数が減少したことも郵送化率向上の一因となった。

<お客様満足度>

- 各支部においては、お客様満足度調査の結果(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。
- 電話や協会ホームページへの投稿等の加入者からの「お客様の声」のご意見・ご提案等について、その内容を整理・分析し、記載(各種申請書の記入の手引きやホームページへの掲載)文書等を、加入者視点で見やすく理解しやすい内容に見直した。

⇒同調査の結果、窓口に来訪された方の満足度は98.3%(2019年度と同率)となっており、前年度に引き続き、高い水準を維持している。

また、「職員の応接態度」や「訪問目的の達成度」など項目別の満足度についても、すべての項目で前年度を上回る満足度となるなどサービス水準は確実に向上している。

以上より、サービススタンダードは5月以降全支部で100%とKPIを達成したこと、申請書の郵送化率は94.8%とKPIを達成したこと、窓口に来訪された方の満足度は98.3%と前年度同様に高い水準を維持しており、サービス水準は確実に向上していることから、自己評価は「B」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】

<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 P24)

- 支給決定件数も1,705千件(2019年度は1,545千件)と前年度より160千件(10.3%ポイント)増加している中、2020年4月はコロナ禍の緊急事態宣言下での出勤自粛要請の影響等もあり、1支部で未達成の状況となったが、5月以降は全支部で100%を達成しており、最終的にはサービススタンダード達成率は99.5%(2019年度は99.9%)と、引き続き高い水準を維持している。
- 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、支給決定件数が増加し続けるなかで7.47日(2019年度は7.87日)と、前年度より0.4日短縮し、サービススタンダードを遵守した。

<申請書の郵送化の促進> (事業報告書 P24)

- 各種申請書の提出について、協会窓口にお越しただかなくても申請ができる郵送化を促進している。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と開催する説明会等で周知を行ったことに加えて、新型コロナウイルス感染症拡大に伴う外出自粛等の影響により窓口来所数が減少した結果、郵送による提出率は94.8%(2年度は91.1%)とKPIを達成した。

<お客様満足度調査等によるサービスの改善> (事業報告書 P22)

- 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。

《取り組み例の一部》

- ・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、業務知識に関する研修を実施した。
 - ・外部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。
 - ・窓口相談の多い内容を整理して、案内のポイントを周知徹底した。
- 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、「支部別カルテ」に盛り込むなど、各支部での満足度向上の取り組みの参考とした。

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

	2018年度	2019年度	2020年度	
				対前年度比
窓口サービス全体の満足度 (%)	97.6	98.3	98.3	0.0
職員の応接態度に対する満足度 (%)	97.7	98.0	98.4	0.4
訪問目的の達成度 (%)	97.9	97.5	97.6	0.1

○サービススタンダード

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	
				対前年度比
決定件数(件)	1,428,404	1,545,149	1,705,149	160,000
達成件数(件)	1,428,365	1,543,993	1,697,129	153,136
未達成件数(件)	39	1,156	8,020	6,864
達成支部(支部)	41	39	46	7
達成率(%)	99.99	99.92	99.52	▲ 0.40
平均所要日数(日)	7.68	7.87	7.47	▲ 0.40
【参考】加入者数(千人)	39,417	40,460	40,312	▲ 148

1. 基盤的保険者機能関係

②業務改革の推進に向けた取組

事業計画

- 現金給付等の業務処理手順の更なる標準化の徹底と役割を明確にした効率的な業務処理体制の定着により、業務の生産性の向上を目指す。

※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、目標水準を満たしている。「B」: 目標水準を満たしている。「C」: 目標水準を満たしていない。「D」に該当する事項を除く。「D」: 目標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】

- 業務改革の推進は、基盤的保険者機能を盤石なものとするための最重要項目の一つであり、業務処理の標準化・効率化・簡素化を推進するとともに、業務量の多寡や優先度に対応する柔軟かつ最適な事務処理体制の定着化により、柔軟かつ筋肉質な組織を構築し、生産性の向上を推進することである。その実現には、職員の多能化を図るとともに、生産性を意識した意識改革の推進が重要であり、業務の在り方を全職員に浸透・定着させるには、ステップを踏みながら進める必要があり、多くの時間を要する。具体的にはコーチング手法を通じて、管理者層のマネジメントの在り方から意識改革を始めている。

【自己評価の理由】

業務改革検討プロジェクトで策定した業務改革推進計画(「業務プロセスの標準化の推進や事務処理体制・作業環境等の改善と効率化を図る改革案」及び「業務部門における次期システムの構築に資する改革案」)に基づく取組みを着実に実施した。

- 「業務プロセスの標準化の推進や事務処理体制・作業環境等の改善と効率化を図る改革案」
 - ・ 基盤的保険者機能分野の業務の生産性の向上に向けて、「統一ルールによる標準化された事務処理方法の徹底」や「定型作業の効率化」を図った。
 - 加入者向けの再申請案内文書等の標準化(整理・統一)
 - 高額療養費(ターンアラウンド申請)の支給決定業務へのRPAの導入 等
 - ・ また、業務の生産性向上の重要な要素となる「人材育成と柔軟な事務処理体制の構築」とそれらを統括する「管理者のマネジメント能力強化」を図った。
 - 効率的な業務処理体制の定着を図るためのプログラムやツールの展開(作成・活用)
 - 本部主導による支部管理者への訪問によるコーチングの実施 等
- ※ 新型コロナウイルス感染症の拡大により訪問が困難な期間は、可能な範囲でリモートに置き換えるなど柔軟に対応した。

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

②業務改革の推進に向けた取組

【図1】支給(不支給)件数

()内は対前年度増加率

	2019年度	2020年度
傷病手当などサービススタンダード関連申請書	1,545,149件	1,705,149件(10.3%)
高額療養費	858,811件	955,757件(11.3%)
療養費	357,664件	362,763件(1.4%)

【図2】1日の一人当たり平均審査件数

()内は対上期増加率

	2020年度上期	2020年度下期
傷病手当などサービススタンダード関連申請書	53.8件	59.2件(10%)
高額療養費	75.9件	83.3件(9.7%)
療養費	60件	64件(6.6%)

【図3】その他の関連指標

()内は対前年度増加率

	2019年度	2020年度
支払いまでの平均所要日数	7.87日	7.47日(▲5%)
業務部の平均超過勤務時間	7.0時間	5.0時間(▲29%)
アンケート結果	3.75	3.86(2.9%)

➤ これらの取組みの結果として、現金給付の支給決定件数(傷病手当金などのSS申請書、高額療養費、立替払、治療用装具)が2019年度と比較して約7.9%増加する中で次の成果が認められた。

- ・ 1日の一人当たり平均審査件数
 - 主要な申請書の平均審査件数で増加している。(【図2】参照)
- ・ 傷病手当金などのサービススタンダード関連申請書の受付から支払いまでの平均所要日数(対前年度比較)
 - 0.4日(5%)短縮して7.47日となった。(【図3】参照)
- ・ 業務部の平均超過勤務時間
 - 2.0時間(約29%)減少して5.0時間となった。(【図3】参照)
- ・ 業務部の全職員を対象に業務改革の定着度合い確認のために実施している意識調査アンケート結果の平均点(5段階評価)
 - 2019年度と比較して0.11ポイント(2.9%)上昇して3.86ポイントとなった。(【図3】参照)

○ 「業務部門における次期システムの構築に資する改革案」

次期業務系システム(令和5年1月リリース予定)で実装を予定している「審査等業務フローの一部自動化」の実現に向けて取組んだ。

- 基本設計の要件定義と確認などを行った。
- RPAなど次期業務系システムの構築を待たずに活用できる新しい技術を積極的に導入した。

以上より、業務量が増加し、新型コロナウイルス感染症の影響により従来通りの体制で事務処理が行えない中で、管理者のマネジメントの下で、職員の意識改革や業務処理手順の標準化、効率的な業務処理体制着の取組みを進めており、個人及び組織としての生産性の向上と体制の整備が図られてきている(最終的な目標である基盤的保険者機能の盤石化に繋がっている)ことから自己評価は「A」とする。

1. 基盤的保険者機能関係

②業務改革の推進に向けた取組

【事業計画の達成状況】

<業務改革推進計画の実施状況> (事業報告書 P25-P26)

○ 「業務プロセスの標準化の推進や事務処理体制・作業環境等の改善と効率化を図る改革案」では、定型業務の効率化について、加入者向けの再申請案内文書等の整理・統一を図り標準化を図るとともに、生産性向上の重要な要素となる「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能力強化」を実践するためのプログラムやツールの展開や訪問によるコーチングを拡大した。

具体的には次の通り。

- 加入者向けの再申請案内文書の整理・統一では、申請書の不備理由のパターン化に反して、再申請案内文書の文言が統一されていなかった結果、文書作成が非効率なことに加えて、その後の問い合わせも俗人化している課題に対応し標準化した。
- 管理者のマネジメント能力の強化や多能化の推進については、2019年度に作成したガイドブックに沿った取組みを推進するとともに、各支部の管理職を対象とした説明会を開催した。
説明会では、マネジメントに必要となる重要ポイントの見える化、共有化ができるプログラムとツールを提供して、それらを活用しながら柔軟な体制を構築して多能化や生産性を向上させる取り組みを進めている。
また、プログラムやツールの活用状況、取組みの好事例を横展開することで事業の推進に取り組んでいる。
- ◆ 管理職を対象とした説明会
 - ・ 業務改革説明会・・・業務部長等支部の管理者に取組の必要性やその促進のためのツールやプログラムの使用方法を説明
 - ・ 規模別支部状況共有会議・・・グループ長等管理者間で、取組み状況や好事例を共有するために開催。

1. 基盤的保険者機能関係

②業務改革の推進に向けた取組

【事業計画の達成状況】

- ◆ 提供したツールと使用目的
 - ・ 支部目標・ユニットビジョン整理シート・・・支部として目指す姿と現状との乖離(課題)抽出と対応策を検討する
 - ・ 行動計画表・・・課題に対する対応策をスケジュール管理しながら実施する
 - ・ 棚卸表・・・職員を育成する前段として、知識や処理速度のレベルを正確に把握(棚卸)する
 - ・ 育成計画表・・・棚卸結果をもとに計画的に育成する、またその計画を管理者間や被育成者と共有する(育成状況共有会議)
 - ・ 業務日報・・・正確な処理実績の記録、自身による振り返りや、管理者のマネジメントに使用する
 - ・ 支部長向け報告シート・・・課題に対する対応策の実施状況などを支部長に報告、フィードバックにより軌道修正する
 - ・ ユニットミーティング・・・進捗管理や業務の割り振り、コミュニケーションの強化や情報共有などを行うため1日2回実施
 - ・ 職場討議・・・生産的議論、認識共有、業務改革を推進する上での課題と改善案を討議し、課題解決への意識を醸成する

1. 基盤的保険者機能関係

②業務改革の推進に向けた取組

【事業計画の達成状況】

＜業務改革推進計画の実施状況＞（事業報告書 P25-P26）

- 支部を訪問して行うコーチングについては、群馬、神奈川支部に続き、石川、愛知、広島支部を対象として実施し、さらなる全国展開を図っている。新型コロナウイルスの感染症拡大による緊急事態宣言に伴い訪問の困難な期間は、リモートに置き換えることで生産性向上の取組みを継続して実施した。
 - これらの取組みの結果、業務部の全職員を対象に業務改革の定着度合い確認のために実施している意識調査アンケート結果の平均点、各申請書の1日の一人当たり平均審査件数、業務部の平均超過勤務時間など業務改革に関連する定量的成果を確認している。
- 「業務部門における次期システムの構築に資する改革案」では、次期システム構想で実装を予定している業務フローの自動化について基本設計の要件定義などを進めている。
また、高額療養費のターンアラウンド申請に係る支給決定業務等の単純な手作業項目について、9体のRPAを導入して効率化を進めた。

コーチングの目指すもの

業務改革の推進を切り口とし、伝道師を中心としたコーチングチームによるコーチングを通じて、支部の管理職層がマネジメントの心構えとその実践的な手法を身につける

業務改革の定着化

多能化(人材育成)

- ・OJTによる個々人の能力向上
- ・計画的な育成の実現

×

生産性向上

- ・コミュニケーションの強化
- ・管理者による仕事の管理精度の向上

コーチングプログラムの実施

業務改革の徹底により目指すもの

加入者への貢献

○ 基盤的保険者機能の強化

- ・正確・迅速な給付業務の実現
- ・加入者サービスの向上

○ 戦略的保険者機能の強化

- ・加入者の健康増進に向けた取り組みの加速
- ・医療費の削減

職員の働きやすさの向上

○ ワークライフバランスの向上

- ・超過勤務の縮減、有給休暇の所得促進

○ 個人ではなく組織で仕事をする風土の醸成

- ・コミュニケーションの活性化、風通しの良い職場の実現

○ 職員のスキルアップ

- ・成長度合いの可視化

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プロジェクトチームにて議論を行い、事業主への立入検査を積極的に行う。また、不正の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、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」: 困難度を高く設定した目標について、目標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、目標水準を満たしている。「B」: 目標水準を満たしている。「C」: 目標水準を満たしていない。「D」に該当する事項を除く。「D」: 目標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】

- 不正請求防止の観点での審査を強化しており、特に標準報酬月額が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など、疑義のある申請については、各支部に設置している保険給付適正化プロジェクトチームで検証の上、必要に応じて事業主の立入検査を実施するなど、重点的に審査を行った。
→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17件(2019年度は57件)実施した。
- ※次の理由により、立入検査の実施件数は減少傾向にある。
 - ・2016(平成28)年4月の制度改正(給付の基礎となる標準報酬月額を、各支給対象日に適用される標準報酬月額から、支給開始の直近1年間の標準報酬月額の平均に変更)により不正請求への抑制が働いている。
 - ・2020年度は、立入検査の実施は、コロナ禍の緊急事態宣言下の人流抑制指示等を踏まえ、書面等による確認へ切り替え自粛した。
- 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、新たに再就職が疑われる事案を抽出し、労務可否の確認など事後調査を実施した。
→215件の事後調査を実施した結果、92件の不適切な申請について返還請求(約3,000万円)を行った。
- 現金給付の受給を目的とした資格取得が疑われる請求事案について、傷病手当金及び出産手当金の支給済みの記録の中から、60日以上遡及して資格取得処理が行われ、遡及期間中に傷病手当金等の支給があるものを抽出し事後調査を行った。
→結果として不正な請求は確認されなかったが、傷病手当金716件、出産手当金98件について調査を行った。

1. 基盤的保険者機能関係

③現金給付の適正化の推進

【自己評価の理由】

○ 海外療養費の審査を、2016年度から神奈川支部内の海外療養費審査部門に集約統合し、審査の強化及び業務の効率化を図るとともに、不正防止対策の徹底による適正な審査の履行と併せて翻訳業務及びレセプト作成業務に係る専門業者への外部委託などの体制整備により不正請求の防止に努めた。

→支給件数は4,211件(対前年度▲1,645件)、不支給件数は40件(対前年度▲10件)と減少した。

[傷病手当金と障害年金等との併給調整]

○ 傷病手当金と障害年金等との併給調整については、事務処理手順書を踏まえ、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、66,923件(2019年度は60,186件)の併給調整を行った。

以上より、不適切な申請が疑われる事案についての立入検査や事後調査、障害年金等との併給調整を確実に実施し、現金給付の適正化が図れていることから、自己評価は「B」とする。

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 P27)

- 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17件(2019年度は57件)実施した。
※コロナ禍で立入を自粛し書面等への検査へ切替えたことや、平成28年4月の法改正により、実施件数は減少傾向にある。
- 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本部で抽出し、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92件の不適切な申請を確認し、約3,000万円の返還請求を行った。
- 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本部で抽出し、傷病手当金716件、出産手当金98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、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)。

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】

＜傷病手当金と障害年金等との併給調整＞（事業報告書 P27～28）

- 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、日本年金機構の年金支給データと傷病手当金支給データの突合により、確実に併給調整を行った。

・年金との併給調整件数

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	対前年度比
調整件数	75,850	60,086	66,923	6,837

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

○システム点検の効果的な活用や点検員のスキルアップを目指した、レセプト内容点検効果向上計画に基づき効果的なレセプト点検を推進する。

○社会保険診療報酬支払基金改革の効果を見据え、レセプト点検のあり方を検討する。

【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(0.362%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2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2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2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2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2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】

- 国が進める支払基金改革の具体的な取り組みをとりまとめた「支払基金業務効率化・高度化計画」に基づき、支払基金では審査業務の効率化・高度化を図っている。
- 保険医療機関等の電子レセプト普及(2020年度98.8%)を背景としてコンピュータチェックによる審査事項・内容及び数量ともに年々拡大してきた。また、保険医療機関等におけるレセプトコンピュータにも取り込めるよう、コンピュータチェックルールを公開している。
- レセプトの電子化(コンピュータチェック)及び支払基金による保険医療機関等に対する改善要請(保険診療ルールに則したレセプト提出の促進)の取り組み強化等の効果により、保険診療ルールに則したレセプト(査定されない適正なレセプト)の割合が増えてきており、協会、支払基金ともに査定率は年々低下傾向にある。
- また、2020年度は、緊急事態宣言下でレセプト点検員を中心に出勤調整を行った。そのため、内容点検においては、例年に比べ点検に従事した延べ人数・時間が大幅に減少した。

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

○ 2020年度のKPIの実績: 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 0.318%

【自己評価の理由】

＜内容点検＞

- システム点検を効果的に活用するため、各支部で作成していた自動点検マスタについて、診療報酬改定時(偶数年度)にあわせて本部において一括で作成し配付することで、平準化を図った。
- 効果的なレセプト内容点検の強化に向けた本部の基本戦略「レセプト内容点検業務の重点方針及び重点施策」に基づき、各支部は「レセプト内容点検行動計画」を策定して実施した。
- レセプト点検員の内容点検スキルの向上を図るため、手術を伴うレセプト等の高点数レセプトの点検に必要となる、手術手技等の医学的知識や点検ポイント等をテーマに、Web会議システムを活用してオンライン研修を実施した。
- 緊急事態宣言下での出勤調整を行ったことで、例年に比べて内容点検に従事した延べ人数・時間が減少したが、支払基金における審査委員会の縮小等により一次審査において査定されなかった、手術を伴う入院などの高点数レセプトなど優先的に点検を行った。
→ KPI査定率は、0.318%(対前年度▲0.045%ポイント)とKPI達成には至らなかったが、協会のみでの査定率については、0.085%(対前年度▲0.008%ポイント)と新型コロナウイルス感染症の影響を最小限に抑えることができた。
※新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から出勤調整を実施した。
・4月から5月にかけてレセプト内容点検業務を休業し、全レセプト点検員を自宅待機
・8月から3月にかけて大規模支部等におけるレセプト点検員の出勤を半減

【参考】2020年度	基金+協会	協会のみ	基金のみ
査定率	0.318% (▲0.045)	0.085% (▲0.008)	0.233% (▲0.037)
再審査レセプト 1件当たり査定額	4,469円 (▲41)	5,377円 (+648)	4,211円 (▲229)

＜資格点検＞

- 資格喪失後に受診したレセプトを抽出し、保険医療機関等の受診時における保険証の確認の有無等を保険医療機関等へ照会・確認を行い、レセプトの返戻または、受診者に協会が負担している医療費の返還請求を行った。
→加入者一人当たりの資格点検効果額は1,310円(前年度+23円)となった。

＜外傷点検＞

- 傷病名等から労働災害や交通事故などの第三者の行為に起因することが疑われるレセプトを抽出し、負傷原因を被保険者へ照会・確認を行い、早期に、レセプトの返戻、医療費の返還請求、当該第三者(加害者)や損害保険会社等に対し損害賠償請求を行った。
→加入者一人当たりの外傷点検効果額は317円(前年度▲85円)となった。

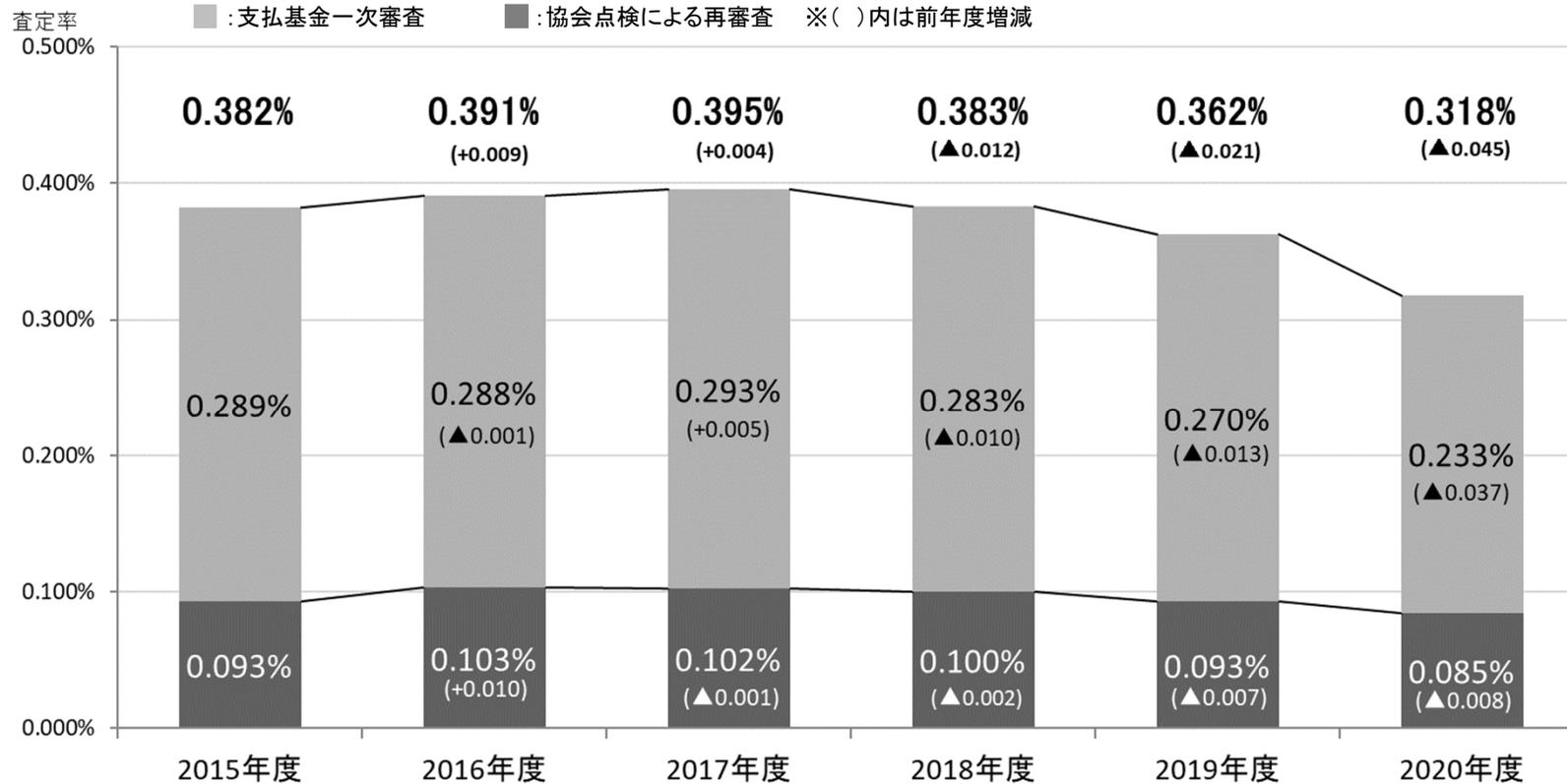
以上のとおり、高点数レセプトや高額査定事例を中心とした点検等により、新型コロナウイルス感染症の影響を最小限に抑えることができたこと、レセプト点検員のスキルアップが図られたことから自己評価は「B」とする。

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

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]



【査定率の内訳】

点検種別	機関	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
単月点検	支払基金	0.243%	0.239%	0.237%	0.231%	0.219%	0.189%
	協会	0.036%	0.042%	0.044%	0.046%	0.043%	0.039%
	小計	0.278%	0.281%	0.281%	0.277%	0.262%	0.229%
突合点検	支払基金	0.027%	0.028%	0.031%	0.027%	0.026%	0.023%
	協会	0.027%	0.028%	0.026%	0.020%	0.018%	0.016%
	小計	0.054%	0.056%	0.057%	0.047%	0.044%	0.039%
縦覧点検	支払基金	0.019%	0.021%	0.025%	0.025%	0.024%	0.021%
	協会	0.030%	0.033%	0.033%	0.034%	0.032%	0.029%
	小計	0.049%	0.054%	0.058%	0.059%	0.056%	0.050%
総計		0.382%	0.391%	0.395%	0.383%	0.362%	0.318%

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

全国健康保険協会業績評価シート

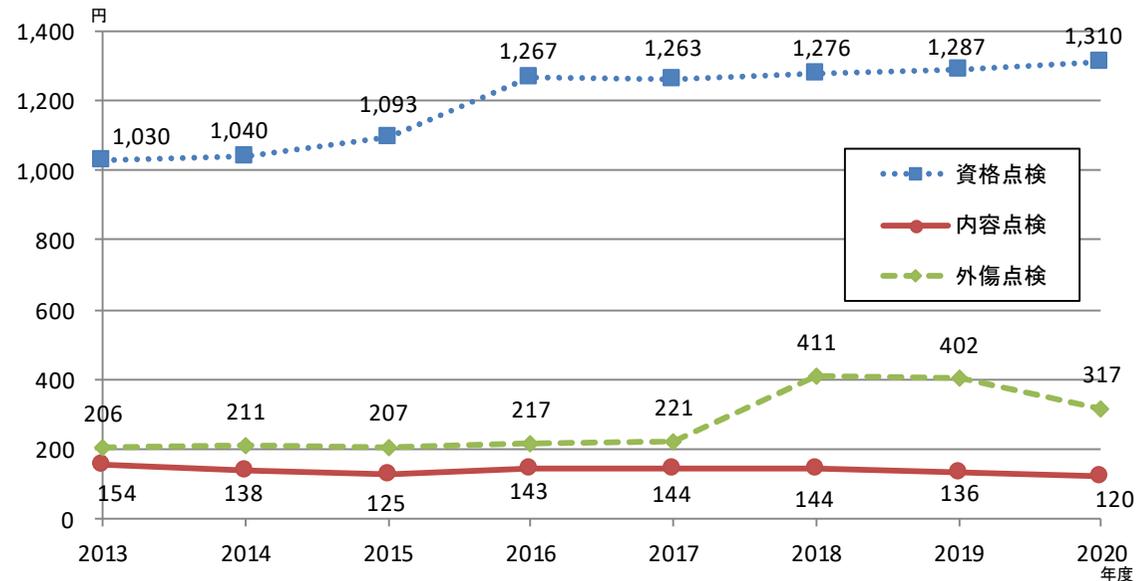
1. 基盤的保険者機能関係

④効果的なレセプト点検の推進

[レセプト請求件数及び査定件数]

	2018年度	2019年度	2020年度
レセプト請求件数(医科・歯科計)	31,300万件 (+983) (+3.24%)	32,591万件 (+1,291) (+4.12%)	29,668万件 (▲2,923) (▲8.97%)
査定件数	503万件 (+2) (+0.40%)	471万件 (▲32) (▲6.36%)	404万件 (▲67) (▲14.23%)
支払基金による(一次)審査	368万件 (+9) (+2.51%)	356万件 (▲12) (▲3.26%)	314万件 (▲42) (▲11.80%)
協会点検による(再)審査	135万件 (▲7) (▲4.93%)	115万件 (▲20) (▲14.81%)	90万件 (▲25) (▲21.74%)

[加入者1人当たりレセプト点検効果額の推移]



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】（事業報告書 P29-P32）

- 支払基金では、保険医療機関等の電子レセプト普及を背景としてコンピュータチェックによる審査等が年々拡大しているなか、「社会保険診療報酬支払基金改革（支払基金業務効率化・高度化計画）」に基づき、2021年9月から、審査支払新システムの稼働が予定している。
- 当該システムでは、レセプトの審査において、AIを活用することで、人による審査を必要とするレセプトと必要としないレセプトを振り分け、稼働後2年以内にレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックで完結することを目指している。
- また、支払基金業務効率化・高度化計画には、審査業務の効率化等を図るため、保険医療機関等が適正なレセプトを作成できるようにコンピュータチェックルールの公開範囲を拡大することや、審査結果及び保険者からの再審査結果に支部間で差異がみられる事例等の審査基準を統一化することなども盛り込まれており、支払基金による審査の制度の更なる向上が期待される。
- 協会においては、審査支払新システムの導入効果等を踏まえるとともに、支払基金との連携をさらに深め、より効果的・効率的なレセプト内容点検の実施を考えている。

<点検効果向上のための取組>

- 各支部では、本部の基本戦略「レセプト内容点検業務の重点方針及び重点施策」に基づき「レセプト内容点検行動計画」を策定して実施し取組を強化した。
- また、レセプト点検員のスキルアップを図ること、コンピュータチェック（アプリケーションによる自動点検）の効果を高めること、PDCAサイクルによる現状の把握と改善に努めること等により、効率的な点検を実施した。
- 本部では、手術を伴うレセプト等の高点数レセプトの点検に必要となる、手術手技等の医学的知識や点検ポイント等をテーマに、Web会議システムを活用してオンライン研修を実施した。
- 各支部では、外部講師等による研修や個別課題に応じた勉強会を実施した。
- さらに、診療報酬改定に係る自動点検マスタを作成し各支部に配付したほか、各支部の査定事例及び自動点検マスタを集約し協会内での共有化を図った。

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

<点検効果の実績>

- 2020年度は、コロナ禍の緊急事態宣言下での人流抑制の観点でレセプト点検員の出勤調整(4月から5月にかけてレセプト点検業務を休業し全レセプト点検員を自宅待機、8月から3月にかけて大規模支部等におけるレセプト点検員の出勤半減)を実施した。
- そのため、例年に比べて、内容点検に従事した延べ人数(時間)が大幅に減少したが、高点数レセプトや高額査定事例を中心とした点検を優先的に実施し、協会による審査の査定率は、2019年度とほぼ同様の0.085%(対前年度▲0.008%ポイント)となった。
- なお、支払基金と合算した査定率は、0.318%(対前年度▲0.045%ポイント)であり、KPIの達成には至らなかった。
- この、査定率が減少した要因として、支払基金における、一つは適正なレセプト提出に向けた保険医療機関等に対する電話・文書連絡及び面接懇談等による改善要請等の取組強化、もう一つはコンピュータチェックルールの公開等により、保険医療機関等から保険診療ルールに則した適正なレセプト提出の促進が図られてきている等の効果が表れてきていることなどが考えられる。

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)及び部位ころがし(負傷部位を意図的に変更することによる過剰受診)の申請について、加入者に対する文書照会や適正受診の啓発を強化する。

【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(1.12%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2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2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2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2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2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

○2020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0.0%ポイント)

【自己評価の理由】

○ 2020年度は文書照会を411千件実施し、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」と呼ばれる申請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。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照会文書の送付時に同封した。

→2020年度柔道整復施術療養費の申請件数は、14,255千件(2019年度は15,693千件)と前年度より1,438千件(9.2%)減少し、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、160千件(2019年度は176千件)と前年度より16千件(8.9%)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%(2019年度は1.12%)と前年度と同等であり、KPIを達成した。

以上より、KPIを達成していること、文書照会の強化及び広報などの取組により、適正受診の促進が図られたことから、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

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 P35 ）

- 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実施した。
- 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等、加入者へ適正受診の周知を実施した。
- 2年度は年度末までに柔道整復の受診者に対して411,431件（2019年度428,110件）の文書照会を実施した。上記の取組等によって、柔道整復施術療養費の申請件数は14,254,909件と前年度より9.1%の減少、多部位かつ頻回受診の申請は160,251件と8.9%減少した。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	対前年度比
文書照会件数（件）	414,073	428,110	411,431	-16,679
申請件数（件）	15,471,289	15,692,604	14,254,909	▲ 1,437,695
多部位かつ頻回受診の件数（件）	189,660	175,883	160,251	▲ 15,632
申請件数に占める多部位かつ頻回受診の割合（%）	1.23	1.12	1.12	0
支給決定額（千円）	65,981,279	65,290,648	62,494,928	▲ 2,795,720

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より、文書化された医師の再同意の確認を確実に実施するとともに、厚生局へ情報提供を行った不正疑い事案については、逐次対応状況を確認し適正化を図る。

※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、目標水準を満たしている。「B」: 目標水準を満たしている。「C」: 目標水準を満たしていない。「D」に該当する事項を除く。「D」: 目標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】

- あんま・マッサージ・指圧、はり・きゅうの施術に係る療養費の審査においては、保険給付の適正化を図るため同意書による医師の同意・再同意の確認を確実に実施している。
- 併せて申請内容(傷病名や施術内容)に疑義のあるものについて患者照会の実施や、往療料が算定されている場合の往療内訳書の確認を行うなど、厳格な審査を行った。
→不正が疑われた案件1件について、地方厚生局へ情報提供等を行った。

以上より、支給決定件数が増加する中で、医師の同意書の確認等を確実に実施したこと、また厚生局への情報提供等を適切に実施していることから、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

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

【事業計画の達成状況】（事業報告書 P36 ）

- 2019年1月より医師の同意について、それまでの口頭による同意に代えて文書による同意が必須要件となり同意書の様式が統一化されたことに伴い、同意、再同意の確認を徹底するなど、審査の厳格化を行った。
- 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ったことから、不正が疑われる案件について地方厚生局へ情報提供を行い、逐次進捗状況を確認している。
→その結果、不正が疑われた案件1件について、地方厚生局へ情報提供等を行った。

受領委任制度導入前後の支給決定件数

(単位:件)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
あんま・マッサージ・指圧	68,148	70,241	77,653
(対前年度比)		(3.1%)	(10.6%)
はり・きゅう	436,623	503,356	557,006
(対前年度比)		(15.3%)	(10.7%)

※平成31年1月受領委任制度導入

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、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とともに、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。
- 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95%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 ※前年度実績 54.11%
- 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 ※前年度実績 0.082%

※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2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2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2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2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2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】

新型コロナウイルス感染拡大防止対策としての職員の出勤調整等に伴い、傷病手当金等の支払業務を最優先に実施したことに加え、加入者等への接触に配慮したことから、保険証回収業務や債権回収業務等に一部遅延等が生じ、KPIにも影響を与えた。

《 KPI① 》

返納金債権(資格喪失後受診)の発生防止の観点から、失効した保険証の早期回収に努めており、資格喪失後1か月以内の保険証回収率をKPIとして設定している。なお、早期回収にあたっては、元加入者に対する催告(保険証に係る返納催告状の送付及び電話による返納催告)を行っているが、当該催告時期が通常より遅延等したことにより、保険証の返納時期にも影響が見られた。また、事業所における事務担当者のテレワーク等も、保険証の返納時期に影響を与えていると考えられる。

《 KPI② 》

返納金債権回収率は、医療機関等の受診時における保険証確認の有無等を確認して、医療機関等へのレセプト返戻または受診者に対して協会が負担している医療費の返還請求を行っているが、コロナ禍における医療機関の状況等を配慮し、医療機関への確認等を一時的に停止したことにより、後続作業である医療費の返還請求が遅れ、KPIに反映される債権回収期間が短くなった。また、(時効に係るもの以外の)債権返納通知・催告状の送付等が通常より遅滞したこと等により、債権の返納時期にも影響が見られた。

《 KPI③ 》

分母である医療給付費総額は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う、加入者の医療機関等への受診動向等の変化の影響等により、大きく減少した。

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

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

○ 2020年度のKPIの実績:①保険証回収率 92.41% ②返納金債権回収率 53.40% 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 0.087%

【自己評価の理由】

《返納金債権の発生防止のための保険証回収強化》

- 日本年金機構による保険証返納催告に応じない対象者に対し、資格喪失処理後、文書催告を実施した。
- 資格喪失届等に保険証が添付できない場合、保険証の代わりに提出される「被保険者証回収不能届」に基づき、当該届記載の電話番号を活用した電話催告を実施した。
- 保険証の未返納が多い事業所には電話や文書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。

→KPI①保険証回収率は、92.41%(前年度▲0.63%ポイント)と減少するも、KPIは概ね達成できた。

※2021年6月末時点には、2020年度中の資格喪失者の保険証回収率は98.05%と例年と同水準になった。

《債権回収業務の推進》

- 返納金債権の回収率を向上させるため、文書や電話による早期催告を実施するとともに、債権額に対する費用対効果も踏まえ、納付拒否者に対し法的手続きを着実に実施した。
- 保険者間調整を積極的に取り組んだことで、保険者間調整による債権回収件数は17,677件(前年度+4,447件)と大幅に増加し、回収金額も18.0億円(前年度+3.1億円)と大きく増加した。

→KPI②返納金債権回収率は、53.40%(前年度▲0.71%ポイント)に留まり、KPI達成には至らなかった。

※回収額は保険者間調整や法的手続きの実施等により、26.2億円(前年度+0.4億円)と前年度を上回る実績を上げたが、債権額の増加に追いつかなかった。

→KPI③は、0.087%(前年度+0.005%ポイント)と増加し、KPI達成には至らなかった。

※コロナ禍の影響により、加入者の受診動向等の変化等により受診を控えたことから、レセプト請求金額が前年度▲1,900億円減少する中、資格喪失後受診に伴う返納金額は、加入資格適正化に係る遡及資格喪失の件数増もあり、50億円(前年度+2億円)となった。

- 以上より、コロナ禍により業務の実施が遅延した等の影響を受けつつも、概ね前年度と同水準の結果となったことから、自己評価を「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 P37-P40）

○ 協会が発生する債権の大半は、退職等の際に保険証を返却せず、失効した保険証の使用による受診で発生する資格喪失後受診による返納金債権と、交通事故など第三者の行為に起因する傷病への保険給付で発生する損害賠償金債権である。なお、発生件数では資格喪失後受診による返納金債権が大きな割合を占めている。

【保険証回収】

○ 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。

○ 「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、元加入者に対し、電話催告を実施した。

○ 退職等により失効した保険証を確実に早期に回収するため、退職時等には事業所に保険証の返却義務があることを、保険証の未返納が多い事業所へ、電話や文書等により周知を行った。

○ 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、事業所及び加入者に対し、退職日の翌日以降は保険証が使用できないこと等を周知した。

【債権回収】

○ 債権回収については、回収までの期間が長期化するほど回収率が低下する傾向にあり、また管理事務及びコストの負担も増加することから、発生した債権の早期調定、また、電話や文書等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。

○ 保険者間調整※は、債権回収の確実な手段として、また債務者（元被保険者等）の返納手続き等の負担も軽減されることから、積極的に取り組んでおり、アウトソースにより、保険者間調整の案内文書を催告文書に同封し発送した。

※ 保険者間調整とは、資格喪失後受診による返納金債権を、資格喪失後に新たに加入している国民健康保険等の保険給付（療養費）と調整（相殺）するもの。

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

[資格喪失後受診の債権金額・保険証回収状況]

	2018年度	2019年度	2020年度
資格喪失後受診による債権発生件数(件)	155,599	172,024	167,273
資格喪失後受診の債権金額(億円)	39	48	50
半年以上遡及した資格喪失後受診の債権金額(億円)	8	12	14
半年以上遡及した資格喪失後受診の債権額が占める割合(%)	20%	24%	27%
保険証回収件数(万件)	707	612※	690
資格喪失後1か月以内の保険証回収状況(%)	91.57	93.04	92.41

※ 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、2020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、2019年4月から2020年1月までの実績となっている。

1. 基盤的保険者機能関係

⑧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へのチラシやリーフレットによる広報や、地域の医療機関及び市町村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85%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」:2020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」:2020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120%以上、又は、対計画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」:2020年度計画を達成していると認められる(対計画100%以上)。「C」:2020年度計画を下回っており、改善を要する(対計画80%以上100%未満)。「D」:2020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

- 2020年度のKPIの実績:限度額適用認定証使用割合 79.6%

【自己評価の理由】

- 全支部で、ホームページやリーフレット等の次の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や保険料改定通知書(任継)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、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を設置する取組を行った。

→ 限度額適用認定証の発行件数は1,370千件(2019年度1,532千件)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79.6%(2019年度81.2%)と前年度よりも減少した。

1. 基盤的保険者機能関係

⑧限度額適用認定証の利用促進

※ 2020年度KPIである限度額適用認定証の使用割合が減少した要因として、次のような理由が考えられる。

- ・ 現金給付に係る世帯合算方式の高額療養費の支給決定件数が710千件(2019年度608千件)と前年度より大幅に増加している。
- ・ 高額療養費の申請が必要な世帯合算を除く高額療養費に占める使用割合(参考値)では、93.8%(2019年度93.7%)とほぼ前年度の水準を維持している。

※ 高額療養費は、①被保険者または被扶養者が同一の月に一つの病院、診療所、薬局ごとに支払った自己負担額が負担限度額を超える場合、または、②これらの自己負担額のうち、合算対象基準額(七十歳未満のものについては二万一千円(七十歳以上についてはすべての自己負担額))以上のものを合算した額が自己負担限度額を超える場合に支給される。

なお、限度額適用認定証は、上記①の場合に負担限度額を超える額が現物給付化されるが、②(世帯合算方式)の場合は限度額適用認定証を使用した場合であっても、別途、高額療養費の申請が必要となる。

以上より、KPIである高額療養費全体に占める使用割合は未達成であることから自己評価は「C」とする。

1. 基盤的保険者機能関係

⑧ 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 P40）

- ホームページでの広報のほか、医療機関や市町村の窓口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行い、加入者の療養費が高額になる場合には、同申請書の提出を促すよう依頼した。
- 加入事業所には、納入告知書同封チラシや健康保険委員研修会等の各種説明会を活用して、制度の周知を行った。また、加入者には現金給付の支給決定通知書や任意継続保険料の改定通知書を送付する際に、利用促進のための案内文を同封し周知徹底を図った。
- この利用促進の結果、2020年度の高額療養費に占める限度額適用認定証の使用割合は79.6%（世帯合算を除く高額療養費に占める限度額適用認定証の使用割合は93.8%）となった。

		2018年度	2019年度	2020年度
限度額適用認定証の使用割合		81.3%	81.2%	79.6%
限度額適用認定証等発行件数		1,655,436件	1,531,687件	1,370,106件
高額療養費 現物 給付分	支給件数	3,504,348件	3,717,933件	3,724,131件
	支給金額	4,634億円	5,014億円	5,112億円
高額療養費 現金 給付分	支給件数	808,100件	858,709件	955,630件
	支給金額	331億円	345億円	366億円
(参考)世帯合算を除く高額療養費のうち 限度額適用認定証の使用割合		93.3%	93.7%	93.8%

1. 基盤的保険者機能関係

⑧ 限度額適用認定証の利用促進

【事業計画の達成状況】

＜高額療養費の申請促進＞（事業報告書 P41）

- 限度額適用認定証を利用されておらず、かつ高額療養費が未申請の加入者（被保険者）に対して、高額療養費の制度周知と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。2020年度は約632千件の勧奨を行い、2019年度と比べ47千件増加した。

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
ターンアラウンド通知件数	484,343件	548,549件	585,140件	632,168件

1. 基盤的保険者機能関係

⑨被扶養者資格の再確認の徹底

事業計画

- 被扶養者の国内居住要件等に対応した被扶養者資格再確認を確実に実施する。
- 事業所からの被扶養者資格確認リストを確実に回収するため、未提出事業所への勧奨を行う。
- 未送達事業所については所在地調査により送達の徹底を行う。

【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92%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」:2020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」:2020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120%以上、又は、対計画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」:2020年度計画を達成していると認められる(対計画100%以上)。「C」:2020年度計画を下回っており、改善を要する(対計画80%以上100%未満)。「D」:2020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

- 2020年度のKPIの実績:確認書提出率 91.3%

【自己評価の理由】

- 被扶養者資格確認リストを、1,334,462事業所(2019年度は1,446,812事業所(※))へ送付した。なお、被扶養者資格の再確認の厳格な実施を目的として、被保険者と別居している、または、海外に在住している被扶養者には当該事実を確認する書類の提出を求めた。
→ その結果、1,218,317事業所(2019年度は1,321,600事業所)より確認書を回収した。確認を厳格に実施したものの、回収率は91.3%(2019年度は91.3%)となった。
※ 例年は18歳以上の被扶養者を確認対象としているが、2019年度は、2020年4月より被扶養者の国内居住要件が追加されることを踏まえ、全被扶養者を確認対象とした。
- 未提出事業所(241千事業所)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)を実施した。
→ その結果、71千事業所(全対象事業所数の5.3%)から提出があり、6,963人の被扶養者資格の削除につながった。
- 被扶養者資格確認リストが未送達となった4,300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。
→ その結果、最終的な未送達事業所は2,318事業所まで減少した。

以上より、68,027人(2019年度は66,193人)の被扶養者の資格を削除し、前期高齢者納付金の負担額が約1億円(推計)軽減されたものの、確認書の提出率は91.3%とKPIは未達成となったことから、自己評価は「C」とする。

1. 基盤的保険者機能関係

⑨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 P34~35)

○ 2020年10月に、1,334,462事業所(前年度より112,350事業所減少)へ被扶養者状況リストを送付し、91.3%(前年度増減なし)の事業所より確認結果が提出され、2年度のKPI(92.0%)を概ね達成した。

○ 未提出事業所(241,080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、129,235事業所(全対象事業所数の9.7%)から提出があった。

また、被扶養者状況リストが未送達となった4,300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ことにより、最終的な未送達事業所は2,318事業所となった。

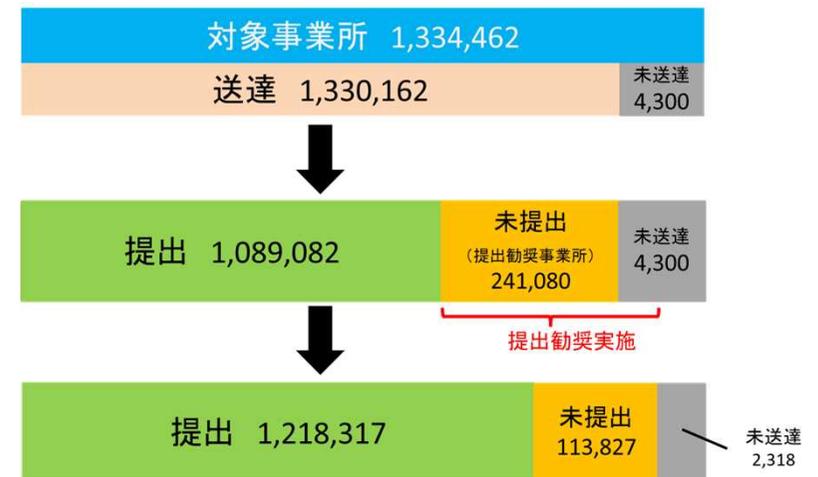
これらの提出勧奨及び未送達事業所の調査を行った結果、6,963人の被扶養者資格の削除につながった。

	平成30年度	令和元年度	令和2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)	1,315,182	1,446,812	1,334,462	▲ 112,350
送達事業所数(事業所)	1,313,906	1,445,282	1,330,162	▲ 115,120
提出事業所数(事業所)	1,156,747	1,321,600	1,218,317	▲ 103,283
提出率(%)	88.0	91.3	91.3	0
確認対象被扶養者数(人)	7,480,414	14,081,158	6,881,410	▲ 7,199,748
被扶養者削除数(人)	70,897	66,193	68,027	1,834
前期高齢者納付金負担軽減額(億円)	17.3	15.3	1.0	▲ 14

例年は18歳以上の被扶養者を確認対象としているが、元年度は、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全被扶養者を確認対象とした。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	対前年度比
提出勧奨事業所数(事業所)	255,867	228,506	241,080	12,574
勧奨による提出事業所数(事業所)	95,672	104,824	129,235	24,411

【2020年度 提出状況等】



1. 基盤的保険者機能関係

⑩オンライン資格確認の円滑な実施

事業計画

- 国全体で実施するオンライン資格確認の円滑な施行に向けて、マイナンバーカードの健康保険証利用促進のための周知等を行う。
 - 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50%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2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2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2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2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2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】

- 2020年度のKPIの実績: オンライン資格確認システム利用率 53.7%
- 2021年1月から各支部において、保険料の納入告知書へのチラシ同封やメールマガジンへの掲載等により、加入者及び事業主へのマイナンバーカードの取得及び保険証利用に係る広報を行った。
- 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、新型コロナウイルス感染症の影響により、医療機関への訪問等の利用勧奨を実施できなかったものの、利用率(年度平均)は53.7%となり、2020年度のKPIである「利用率50%以上(年度平均)」を達成したことから、自己評価は「B」とする。

1. 基盤的保険者機能関係

⑩オンライン資格確認の円滑な実施

【事業計画の達成状況】

＜国全体で実施するオンライン資格確認＞(事業報告書 P42～43)

- マイナンバーカードの取得及び保険証利用の促進については、2019(令和元)年6月にデジタル・ガバメント閣僚会議で政府の方針が決定され、同年9月に保険者における促進策が公表された。ところが、医療機関等がマイナンバーカードを使用してオンライン資格確認を行った場合、個人認証手数料が発生することから、協会としては、発生する手数料の負担を保険者に求めないよう医療保険部会等の場で厚生労働省に対して要望していた。これを受けて、2020(令和2)年末の2021(令和3)年度政府予算編成の過程で、個人認証手数料については国が負担することと整理された。この決定を踏まえ、協会では、2021年1月から各支部において、保険料の納入告知書へのチラシ同封やメールマガジンへの掲載等を行い、加入者及び事業主へのマイナンバーカードの取得及び保険証利用に係る広報を行った。なお、2020年12月27日時点での協会けんぽ加入者のマイナンバーカードの保険証利用登録者数は約54万人となっている。
- 2021年3月からのオンライン資格確認の稼働に向けて、システムへ登録された資格情報の正確性確保の観点から、オンライン資格確認の運営実施主体である社会保険診療報酬支払基金において、医療保険者向け中間サーバー(情報を保管し、システム間の中継を行うサーバー)に登録された資格情報と住民基本台帳情報を突合し、その突合結果を各医療保険者へ連絡し、各医療保険者において登録誤りの確認を行うこととする事務連絡が2020年末に厚生労働省より発出された(2020年12月21日付事務連絡「J-LIS照会による個人番号等のご登録の検知の実施並びに当該検知結果を踏まえた医療保険者の対応について」)。この突合結果の協会への提供は、2020年12月23日から2021年1月25日にかけて断続的に行われた。協会では、提供された突合結果ファイルの内容を精査し、2021年2月19日に登録誤りの疑いが高い者については削除を完了した。
- その後、2021年3月4日より19医療機関・薬局でオンライン資格確認のプレ運用が開始され、同月末の本格運用開始に向けて準備を進めてたが、厚生労働省は、2021年3月26日に開催された医療保険部会において、システムの安定性確保やデータの正確性担保の観点からプレ運用を継続することとし、遅くとも2021年10月までに本格運用を開始することとした。2021年3月末時点のプレ運用参加機関数は100機関、マイナンバーカードの交付枚数は約3,597万枚(人口比28.3%)となっている。なお、2021年6月末時点の参加機関数は872機関となっており、順次拡大されていく予定。

1. 基盤的保険者機能関係

⑩オンライン資格確認の円滑な実施

＜協会独自のオンライン資格確認システム＞(事業報告書 P43)

- 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(2020年度は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ため、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、当該医療機関に対して、訪問等による利用勧奨の実施を計画していたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、医療機関への訪問等を控え、満足のいく利用勧奨が実施できなかった。しかしながら、2020年度平均の利用率は53.7%となり、2020年度のKPIである「利用率50%以上(年度平均)」を達成した。
- この取組における2020年度の効果額(推計)は、4,701万円となった。効果額が2019年度から下がった理由としては、年度途中で事業を終了したこと及び事業終了に向けて、年度中頃からUSBトークンが返却され利用医療機関数が減少したことが考えられる。
- なお、2021年3月に国のオンライン資格確認のプレ運用が開始されることに伴い、この取組は2021年2月19日をもって終了した。

[オンライン資格確認の実施支部数と効果額]

	2018年度	2019年度	2020年度
実施支部数	36支部	36支部	36支部
効果額	65,137,077円	70,693,339円	47,007,446円

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」: 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】

- 2021年度の保険料率に関する運営委員会等の議論に際しては、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響による保険料収入の落ち込みや保険料納付猶予の増加が懸念されるなど、今後の協会財政の見通しが極めて不透明な状況であった。
- そのような中で、2021年度の平均保険料率の決定に向けては、具体性のある議論が可能となるよう、過去の景気後退期の協会けんぽの実績を参考とした、例年とは異なる前提に基づく収支見通し等を運営委員会等へ提示したほか、医療費の伸びが賃金の伸びを上回る協会財政の赤字構造や高齢化に伴う拠出金の増加傾向が容易に変わるものではないこと等について丁寧に説明を行った。
- このように、約4,000万人の加入者、約240万事業所の事業主からなる日本最大の医療保険者として、安定的かつ健全な財政運営を将来に渡り継続していくため、運営委員会等で十分な議論を重ねた上で平均保険料率を決定したものであり、事業の困難度が高いと考える。

【自己評価の理由】

- 2021年度の保険料率を決定するに当たっては、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響を織り込んだ収支見通し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。コロナ禍による影響の他、協会財政の赤字構造や高齢化に伴う拠出金の増加によって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。

1. 基盤的保険者機能関係

⑪的確な財政運営

- 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、都道府県単位保険料率の広報を行うにあたり、中長期的に楽観視できない協会の保険財政や、保険料率の上昇を抑制するための取組を加入者及び事業主の方々にお伝えするため、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、全国の傘下団体へ周知いただくとともに、発行する機関誌やメールマガジン等に記事を掲載いただく等、積極的に情報発信に努めた。
- このように、2020年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により今後の協会財政の見通しが極めて不透明な状況である中、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 P44～56）

- 2021年度の保険料率の決定に向けて、2020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新型コロナウイルス感染症の拡大の影響を踏まえた2025年度までの5年間の収支見通し及び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及び直近の経済動向を踏まえ、新型コロナウイルス感染症が拡大している状況下において平均保険料率を維持すべきか引き下げるべきかが議論の俎上に載ることとなったが、12月18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2020年10月から11月にかけて議論を進め、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により今後の協会の収支見通しは予断を許さない状況にあることや、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丁寧に説明（一部の評議会には本部の役職員も出席し説明^(※)）し、評議会の意見を集約した。

(※)秋田、山形、福島、群馬、千葉、山梨、島根、岡山、山口、愛媛、熊本、鹿児島島の12支部の評議会に、オンラインにより本部役職員も出席。

[2021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	6支部	(昨年度13支部)
意見書の提出あり	41支部	(昨年度34支部)
① 平均保険料率10%を維持するべきという支部	31支部	(昨年度21支部)
② ①と③の両方の意見のある支部	5支部	(昨年度7支部)
③ 引き下げるべきという支部	2支部	(昨年度2支部)
④ その他(平均保険料率に対する明確な意見なし)	3支部	(昨年度4支部)

- 12月18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、「2021年度平均保険料率について各委員からご意見を頂戴した。運営委員会全体としては、10%維持の意見が大多数であった。事務局はただいまの議論を踏まえ、都道府県単位保険料率の決定に向けて支部長からの意見聴取等、必要な調整を進めていただきたい。」との取りまとめがなされ、2021年度保険料率についての議論を終えた。

1. 基盤的保険者機能関係

①的確な財政運営

[2021年度保険料率に関する主な運営委員の意見(2020年12月18日運営委員会提出資料)]

1. 平均保険料率

- コロナ禍という状況であるが、高齢化の進行、現役世代の減少という構造的な課題は変わっていない。健全な財政基盤を確保していることが基本であり、10%維持に賛成である。一方で準備金残高が積みあがっており、これまで以上に丁寧な説明が必要である。
- 新型コロナウイルス感染症で先行き不透明であり、景気回復には時間がかかるが見込まれる。今後、数年は厳しい財政状況になることが見込まれるため、令和3年度の保険料率を10%維持することが適当であると考え。なお、協会けんぽには、国庫補助率を上限20%に引き上げるよう国へ強く要望していただきたい。
- 評議会の意見の中でコロナの影響で一時的に保険料率を下げてはどうかという意見も見受けられたが、保険料の納付猶予で対応されていると考える。コロナで先行き不透明な中で、保険料率を変更することはリスクが高いと考える。
- 現状の保険料率の維持を支持したい。多くの支部で現状の10%維持を支持していると思われる。新型コロナの影響が今後さらにでてくると考えると将来的な引き上げ幅を緩和するという効果を視野に入れて10%維持を支持したい。一方で、事務局が出された資料の準備金の予測値と実際の値と乖離が出た場合は、しっかりと検証し、次年度に還元するなど新たな対応を議論する必要があるのではないかと。
- 現状の10%維持に賛成である。資料から保険の財政が赤字構造であることが読み取れるため、コロナの影響で保険料収入が増加しない中、赤字構造を改善するには支出を減らす必要がある。マイナンバーカード等を活用して、医療費削減につながる提言を国に対して行ってほしい。
- 保険料を10%に据え置くことはコロナ禍で苦しんでいる事業主や従業員の理解を得ることは難しい。コロナ禍の中で、保険料の引き下げや国庫負担の増額に言及した支部評議会の意見も多くあるため、本部としても十分にこの内容を検証して運営委員会に来年度の保険料率に係る議論を諮るべきである。保険者として収支の均衡のみを見るのではなく、加入者の持続的な発展につながるような、加入者への支援策を積極的に国へ要望していただきたい。

2. 保険料率の変更時期

- 令和3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 P97、119~124)

- 2020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」等を遅くとも2022年度までに確実に実行するよう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

[医療保険制度の改革に向けた被用者保険関係5団体の意見(2020年11月4日)]

<p>厚生労働大臣 田村 憲久 殿</p> <p>令和2年11月4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>医療保険制度の改革に向けた被用者保険関係5団体の意見</p> <p>2022年度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、医療保険制度は危機的状況にある。</p> <p>また、現役世代や企業の保険料負担はすでに限界に達しており、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一層の悪影響を及ぼすことが懸念されるなか、コロナ禍が追い打ちをかけることとなった。今こそ、将来にわたる国民皆保険を堅持する覚悟を示し、制度の持続可能性の確保に向けた改革を審美に進めることで、国民に安心感をもたらすことが極めて重要となる。</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。政府におかれは、国民皆保険を堅持するためにも、現在、検討が進められている全世代型社会保障検討会議の最終報告において下記項目を盛り込むなど、給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革を速くとも2022年度までに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</p> <p>全世代型社会保障検討会議の中間報告において、一定所得以上の後期高齢者の自己負担を2割とする方針が示されたが、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、納得性を高めていくことが重要である。</p> <p>現在、現役世代は所得に関係なく窓口負担は3割であり、70～74歳の高齢者の窓口負担も2割(一部3割)であることや高額療養費制度により負担の限度額は抑えられていることを踏まえ、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必要がある。その際、支え手である現役世代の過重な負担増の緩和につながる設定とする必要がある。</p>	<p>2. 拠出金負担の軽減について</p> <p>今後、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など、現役世代の負担に過度に依存する現在の制度では、持続可能性は確保できない。そのため、安定財源を確保した上での公費負担の拡充など、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する負担構造改革を早急に断行すべきである。</p> <p>特に、後期高齢者の現役並み所得者については、それ以外の者と同等に、公費負担50%とするべきであり、それを行うことなく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を講じる必要がある。</p> <p>3. 医療費の適正化等について</p> <p>持続可能な制度を構築していくためにも、医療費の適正化を図ることが不可欠である。医療の質の向上とあわせ、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、人口減少を見据えた医療提供体制を構築するとともに、総合診療専門医の積極的育成やオンライン診療などを活用し、国民の適切な受診行動を促進する必要がある。</p> <p>また、ヘルスケアデータの利活用を推進するとともに、「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信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(国全体としての新たな目標設定等)、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、薬剤処方適正化(重複・多剤投薬の是正、服薬管理の徹底、向精神薬の使用の適正化など)、診療報酬の包括化、医療全体を通じたICT化の促進など、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>4. 保険者機能の強化について</p> <p>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、職種・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以上に重要な役割が求められる。</p> <p>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 style="text-align: right;">以上</p>
--	--

- また、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。
- そのほか、都道府県単位保険料率の広報を行うにあたり、中長期的に楽観視できない協会の保険財政や、保険料率の上昇を抑制するための取組を加入者及び事業主の方々にお伝えするため、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、全国の傘下団体へ周知いただくとともに、発行する機関誌やメールマガジン等に記事を掲載いただく等、積極的に情報発信に努めた。