

第3部

健保連の組織及び事業活動

I 健保連の組織

健康保険組合連合会（以下、「健保連」という）は、昭和7年、健康保険組合が診療報酬や医療サービス等に関して医師会やその他の団体と契約を行うための任意団体（当時、日本健康保険組合総連合会）として設立された。健保連は、昭和18年の健康保険法改正で同法にもとづく公法人となり、すべての健保組合が加入する全国組織として再スタートした。令和5年3月末現在の健保組合数は1,383組合である。健保組合を構成員とする健保連は、国が設置する審議機関に代表者を送るなど、健保組合方式の推進や医療保険制度の安定に向けて積極的に活動し、わが国の皆保険制度の維持と医療保険制度の充実・発展において重要な役割を果たしている。

〔組織構成〕

健保連は、すべての健保組合の代表154組合による議員で構成される議決機関である総会の総意にもとづき、役員会（理事会）によって運営されている。執行機関である理事会は、会長、副会長（1組合、2学識経験者）、専務理事（1学識経験者）、常務理事（13組合、1学識経験者）、理事（59組合、4特別選任組合、13学識経験者）で構成される。事務局は東京に連合会本部を置き、各都道府県に支部連合会がある。健保連の組織は278頁の図のとおりである。

〔本部事務局構成〕

健保連本部は平成27年4月に、保健部の「保健師業務グループ」の名称を「保健指導業務グループ」に変更した。保健師などの専門職を対象とした事業だけでなく、保健指導に関する様々な組合支援事業を展開しているグループの実態を名称に反映させた。

平成29年5月には、IT推進部の「データ分析推進グループ」を、①データ分析事業の運営や健保組合におけるデータ分析を支援

する「データ分析推進グループ」と、②IT情報セキュリティ等ネットワークの管理・運用を行う「ネットワーク管理グループ」に分割した。《7部、17グループ、2室》

平成30年10月には、厚生労働省が中心となって進めていた医療保険者向け中間サーバーのリプレイスに対応するために、IT推進部に「情報連携システム対応グループ」を新設した。《7部、18グループ、2室》

平成30年12月には、IT推進部の「健保組合IT推進グループ」の名称を「ICT対策グループ」に変更した。マイナンバー制度が施行されて以降、オンライン資格確認など、ICTを活用した情報連携施策への対応が内外から強く求められるようになり、これを名称に反映させた。

平成31年4月には、IT推進部に、特定健診・特定保健指導共同情報処理システム事業を担う「IT推進グループ」を、医療部に、医療費の適正化を推進するための諸施策に取り組む「適正化対策グループ」を新たに設け、これらの課題に注力して取り組むこととした。《7部、20グループ、2室》

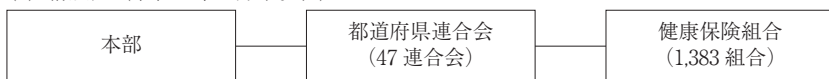
令和2年4月には、健保連本部の各種委員会等の再編に合わせて、事務局の組織体制を「7部、20グループ、2室」体制から「3部・2室」体制に改めた。それまでであった7つの部を、事業の目的や対応先に応じて、「総務部」、「政策部」、「組合サポート部」の3部に再編・統合し、縦割りの組織体制を脱し、臨時的・緊急的な業務にも即応できる組織に改変した。

さらに、部間の政策調整・業務調整や渉外活動などを担う部署として「総合企画室」を新たに設けた。

また、同一部室内であれば、部長が職権で部室員の部室内異動やグループ・チームの設置・改廃の提案などを行えるよう改めることにより、健保組合を取り巻く環境の変化に迅速かつ柔軟に対応し

組織構成

(1) 構成図（令和5年3月末現在）



(2) 機能図



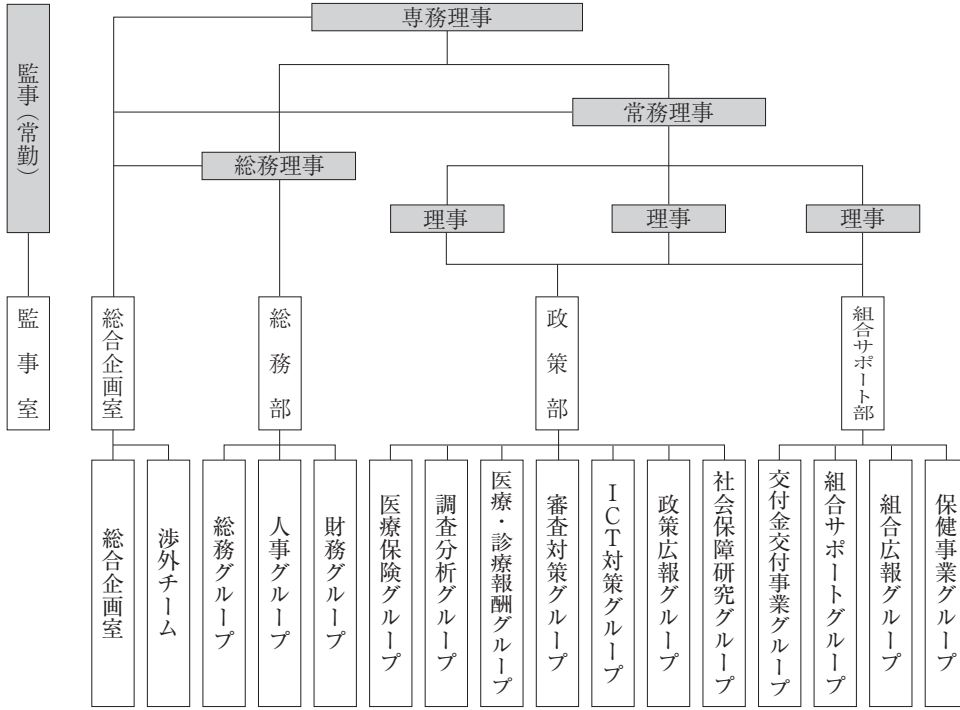
(注) 議員数、理事数は、規約上では各 155、60 組合であるが、現在、会長は健保組合からの選出でないため、それぞれ 1 組合減となっている。

(注) 上記常設の 7 委員会の他に、医療・医療保険制度に関する各種研究事業を行う「医療保障総合政策調査会」や、医療制度改革問題など緊急に対応することが必要な課題に取り組むため、必要に応じて設置される各種ワーキンググループ等がある。

得る体制を築いた。

なお、令和2年4月の新体制発足時には、14のグループ・チームを設置。令和3年4月には、政策部の「医療保険グループ」を、「医療保険グループ」と「調査分析グループ」に分割した。その結果、令和5年3月末現在の健保連本部事務局は、「3部・2室、16グループ・チーム」体制となっている（279頁の図参照）。

本部事務局



Ⅱ 健保連の事業活動

1 主張実現に向けた要請活動

健保組合・健保連の主張・要求の実現に向け積極的かつ効果的な活動を展開していくため、平成26年4月15日の常任理事会において「要求実現対策本部」と、機動的対応に向けた「特別委員会」を設置した。対策本部では、主張・要求の実現に向けた施策、活動等を実行し、特別委員会においては、主張・要求実現に向けた基本的な方針の決定、要請活動等を展開するにあたっての活動方針・政策等を審議、決定した。

平成27年の通常国会に提出された医療保険制度改革関連法案への対応（平成27年5月成立）では、改革案に対する評価、主張点の整理を行い、▽高齢者医療費の負担構造改革の実現、▽後期高齢者支援金の全面総報酬割等に伴う負担軽減措置の拡充、▽医療費の適正化—等を健保組合・健保連の今後の主張・要望に据え、国会審議にあわせ、関係議員や衆参両院の厚生労働委員会を中心に強力な要請活動を展開。審議における質問・答弁、そして附帯決議において一定の成果を得た。

しかし、肝心の高齢者医療費の負担構造改革は実現せず、また、医療費の適正化対策など多くの課題も積み残されたため、今後の改革の実現に向け、▽「要求実現対策本部」は継続して設置、▽「特別委員会」は医療保険制度改革関連法の成立も受け6月12日の常任理事会をもって一旦解散し、情勢・状況に応じて再設置—することとした。

平成29年6月8日の常任理事会（要求実現対策本部）では、要求実現対策本部の下に「ワーキンググループ」を設置し、▽30年度政府予算概算要求に向けた当面の主張、▽対象に応じた要請活動、広

報展開、▽対象を絞った分かりやすい広報展開、▽全国大会に向けた主張・要請活動―等について集中的に検討することを決定した。

その後、数回にわたる議論を重ね、同年9月25日には、高齢者医療費の負担構造の改革、医療費の伸びの抑制、健康な高齢者へ支える側を増やす、の3本柱を中心とする提言「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」を取りまとめ、これらをもとに関係国会議員・政党への重点的な要請活動を実施した。

また、同年11月28日に開催された全国大会では、現役世代の負担軽減の観点から、高齢者医療費の負担構造改革の早期実現を含むスローガン・決議を採択し、都道府県連合会と共同で要請活動を実施したほか、例年実施している都道府県単位での国会議員招致型イベント等によるアピール、要請を行った。

平成30年度は、長年にわたる過重な高齢者医療への拠出金負担や将来の財政改善も見通せないことなどを理由に、大規模組合等がやむを得ず解散を決議するなど、健保組合を取り巻く環境はより一層厳しい状況となった。このような状況の下、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」を踏まえ、拠出金負担の50%上限、後期高齢者の2割負担といった「高齢者医療費の負担構造の改革」、保険給付範囲の適正化などの「医療費の伸びの抑制」、「健康な高齢者へ支える側を増やす」の3本柱を中心に要請活動を展開した。特に、限界を超えた現役世代の拠出金負担の軽減および財政支援の継続・拡充とともに、いわゆる「団塊の世代」がすべて後期高齢者となる2025年度を見据えた制度改革の実現を求め、関係国会議員・政党への重点的な要請活動を実施した。要請にあたっては、新たに立ちあげた自民党議員との政策懇談会をはじめ、公明党健康保険組合議員懇談会、与野党におけるヒアリングなどを通じて、本会の主張への理解を求めた。

また、平成30年度は、令和元年10月の消費税率引き上げ（8%↓

10%）を含む元年度政府予算編成に向けて、特に重要な年であることから、10月23日に開催された全国大会においても、高齢者医療費の負担構造改革の早期実現を含むスローガン・決議を採択し、都道府県連合会と共同で要請活動を実施したほか、都道府県単位での国会議員招致型イベント等によるアピール、要請を行った。

さらに団塊の世代が75歳に到達し始める2022年から高齢者医療費の増大が顕在化することから「2022年危機」と捉え、平成31年2月8日の常任理事会（要求実現対策本部）において、要求実現対策本部の下に「2022年対策プロジェクトチーム」、「保険者機能支援強化プロジェクトチーム」の2つのPTを設置するとともに「渉外連絡チーム」を立ち上げた。こうした体制強化により差し迫る「2022年危機」に対応し、改革の早期実現とともに、健保組合の価値を高める保険者機能の発揮をより促す要求実現活動を積極的かつ広範に展開した。

令和元年度は、「2022年対策プロジェクトチーム」が取りまとめた「今、必要な医療保険の重点施策―2022年危機に向けた健保連の提案―」にもとづき、▽後期高齢者の原則2割負担、▽後期高齢者の現役並み所得者にも公費5割、▽保険給付範囲の見直し―などの最重要項目をはじめ、健康寿命の延伸などで「支える側」を増やすといった健保組合・健保連の主張を「骨太方針2020」に反映させるため、関係国会議員・政党への重点的な要請活動を展開した。

要請にあたっては、平成30年度に引き続き政策懇談会をはじめ、公明党健康保険組合議員懇談会や与野党におけるヒアリングなどを通じて、主張への理解を求めた。また、全国大会においても「2022年危機」を前面に打ち出し、同施策の最重要項目をベースとしたスローガン・決議を採択し、都道府県連合会と共同で要請活動を実施。さらに各地において都道府県連合会との共同で国会議員招致

イベント等によるアピール、要請活動を行った。

令和2年度は、「2022年危機」はもとより、新型コロナウイルス感染症の影響でさらに厳しくなる健保組合の財政危機を乗り切るため、当初の夏の取りまとめから年末に先送りされた「全世代型社会保障検討会議」の最終報告への主張反映をめざし、本部事務局再編により新設した「涉外チーム」を核に、都道府県連合会とも協調・連携し、より積極的な要請活動を行った。

8月27日には、自民党の有志議員により「国民皆保険を守る国会議員連盟」（会長・鴨下一郎衆議院議員、設立当初会員237人）が設立され、同日の設立総会では健保連の佐野雅宏副会長が来賓として出席。国民皆保険の維持と現役世代の負担軽減の観点から改革の必要性を強く訴えた。さらに、9月24日の都道府県連合会長会議には、同議連の幹部議員を招き、健保組合・健保連の主張に対する理解を求めたほか、11月5日には同議連の第2回総会が開催され、佐野副会長が、全世代型社会保障改革への対応や新型コロナウイルスの影響に対する支援などを要望。これらの要望を踏まえ、同議連は緊急提言をまとめ、11月24日に下村博文自民党政調会長、26日に西村康稔全世代型社会保障改革担当大臣、田村憲久厚生労働大臣、27日に加藤勝信内閣官房長官に提出した。公明党健康保険組合議員懇話会においても佐野副会長が健保組合の窮状を訴え、主張実現を求めた。

こうした精力的な要請活動を経て、令和3年2月5日には、後期高齢者2割負担の導入などが盛り込まれた「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」が通常国会に提出された。

令和3年度は、自民党の「国民皆保険を守る国会議員連盟」や公明党健康保険組合議員懇話会等のほか、与野党のヒアリング等の会合に積極的に出席し、健保組合・健保連の主張実現に向けて精力的

に要請活動を行った。

健保組合・健保連が長年求めてきた後期高齢者の2割負担等の医療保険制度改革を含む改正法は、6月に成立した。法案を審議した衆参両院の厚生労働委員会では、将来にわたり国民皆保険制度を維持する観点から、与野党を問わず多くの委員が健保組合の厳しい財政状況や現役世代の負担軽減を論点とする質疑を行った。さらに、衆参両院の厚生労働委員会で佐野副会長が参考人として意見表明したほか、法案を可決した参院厚生労働委員会では12項目の附帯決議を採択した。「さらなる改革」に向けた検討や財政悪化の健保組合に対する財政支援の必要性など、これまで健保組合・健保連が強く訴えてきた項目も盛り込まれ、健保組合の厳しい実情と要望が国政にも届いていることが何われる結果となった。焦点となっていた後期高齢者2割負担の導入時期は、施行時期としては想定された期間のなかで最も早い令和4年10月1日となることが決定された。

こうした状況を振り返ると、法案の国会審議や成立過程において健保組合や健保連本部・都道府県連合会の連携した積極的な要請活動が実を結ぶ形となったが、一方で、後期高齢者の2割負担の対象範囲が一定以上所得（年収200万円以上）所得上位30%に相当に限られるなど、今次改革は、現役世代の負担を軽減し、皆保険制度の持続性を高めるためには十分な内容とはいえず、全世代型社会保障の構築に向けてさらなる改革が必要となるなど課題が残った。このほか、令和3年10月に実施された衆議院議員総選挙、4年夏の参議院議員選挙に対して、健保組合・健保連の主張・要求について理解を得るための訴求型要請活動を展開した。

令和3年12月3日に開催された「国民皆保険を守る国会議員連盟」の総会では、鴨下一郎会長の政界引退に伴い2代目会長に鈴木俊一衆議院議員が選出された。また、佐野副会長から当面の健保組合・健保連の課題を聴取。議連としての要望書を12月9日に松野博

一内閣官房長官、鈴木俊一財務大臣、16日に後藤茂之厚生労働大臣に健保連役員同席のもと、それぞれ手交した。

団塊の世代が後期高齢者となり始め拠出金が急増すると予想された令和4年度は、2年前の新型コロナによる受診控え・拠出金精算（精算戻り）等の影響により、負担増が令和5年度に先送りとなることが確実であり、健保組合財政は5年度以降、より悪化することが見込まれることとなった。

そのため、現役世代の負担軽減に向けて必要となる健保組合に対する支援を得るために、自民党の「国民皆保険を守る国会議員連盟」や公明党の健康保険組合議員懇話会、与野党のヒアリング等の会合に積極的に参加し、健保組合・健保連の主張実現に向けて精力的に要請活動を行った。

特に、前半では「骨太方針2022」および令和5年度予算概算要求に向けて、3月29日開催の自民党の「国民皆保険を守る国会議員連盟」の総会に出席し、▽コロナ禍を踏まえた国民が安心できる安全で効率的な医療の実現、▽現役世代の負担軽減と世代間の公平性確保、▽健康寿命の延伸に向けた保健事業のさらなる推進、▽健保組合の安定化に向けた当面の取り組みの4点を要望した。その後、4月13日の同議連の総会では、健保連の要望事項を踏まえた「骨太方針2022」および令和5年度予算概算要求に対しての要望書が取りまとめられ、4月26日に鈴木俊一財務大臣へ、27日に牧島かれんデジタル大臣へ健保連役員同席のもと、それぞれ提出された。また、5月18日には公明党による厚生労働部会・健康保険組合議員懇話会の合同会議が開催され、健保連・全総協・東総協の役員がこれに出席し、健保組合・健保連の重点要望について「骨太方針2022」および令和5年度予算概算要求へ反映されるよう要望した。

6月7日に閣議決定された「骨太方針2022」では、出産育児

一時金の増額など新たな負担への懸念もある一方で、要請活動の成果もあり、かかりつけ医制度の構築やリフィル処方箋の普及促進など健保組合・健保連の主張に係る内容が多く盛り込まれる結果となった。

後半では、政府の全世代型社会保障構築会議において年末までに取りまとめられる「子ども・子育て支援の充実」、「医療・介護制度の改革」、「働き方に中立的な社会保障制度の構築」の議論に向けて、健保組合・健保連の重点要望を反映させるべく、10月17日の自民党の「国民皆保険を守る国会議員連盟」の総会に出席し、▽後期高齢者医療制度の保険料負担割合や保険料賦課限度額の見直しなどの「医療制度改革」、▽出産育児一時金増額の負担に向けた「全世代で取り組む少子化対策」、▽医療の質と効率化に向けた「医療DXの推進」、▽健保組合におけるコロナ禍による財政悪化や保険給付費による負担増などに対する財政支援を求める「健保組合が保険者機能を十分に発揮するための財政支援」の4点を要望した。同議連では、健保連の要望を踏まえた要望書を取りまとめ、10月26日に鈴木俊一財務大臣へ、28日に加藤勝信厚生労働大臣へ健保連役員同席のもと、それぞれ提出した。

12月16日に全世代型社会保障構築会議で取りまとめられた報告書には、▽後期高齢者の保険料負担の見直し、▽出産育児一時金の一部を後期高齢者が負担する仕組み、▽被用者保険の格差是正の観点から前期高齢者納付金の報酬調整の1/3導入、▽かかりつけ医機能を発揮させるための制度整備などが盛り込まれた。これらの医療制度改革については、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」として令和5年の通常国会に提出され、5月12日に参議院本会議において可決、成立した。

成立した改正法については、前期高齢者納付金の一部報酬調整が

導入されたものの、あわせて検討された財政支援策を含めて、概ね健保組合・健保連が主張した現役世代の負担軽減に資する内容となっており、健保組合や健保連本部・都道府県連合会が一体となった要請活動における一定の成果と捉えることができる。しかしながら、現役世代を取り巻く環境は、今後も極めて厳しい状況が続くことが見込まれることから、さらなる現役世代の負担軽減に向けて、後期高齢者の窓口負担を原則2割とすることや現役並み所得者の給付費への公費投入などの課題も残されている。

2 政策提言

少子高齢化が急速に進行し、団塊世代が後期高齢者入りする2022年、また団塊世代がすべて後期高齢者となる2025年に向け、高齢者医療費の負担構造改革の実現が急務となった。こうした背景のもと、この10年間における健保連の政策活動は多岐にわたり、とりわけ世代間、世代内の給付と負担のアンバランスの是正や現役世代の負担軽減等を図ることを主眼に政策提言を取りまとめ、活動してきた。さらに、2040年に向けて生産年齢人口が急速に減少するなかで、高齢化がピークを迎え、現行の医療提供体制のままでは医療保険財政と医療資源がいずれも逼迫するとの危機感から、地域医療構想にもとづく病床再編とかかりつけ医による外来医療の最適化により、効率的で効果的な医療を実現するための主張も展開した。

1. 「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」（平成29年9月）

健保連は、団塊世代がすべて75歳以上の後期高齢者となる2025（令和7）年度に向け、平成29年6月の常任理事会において、国

民医療費及び健保組合の財政等に関する将来推計「2025年度に向けた国民医療費等の推計」と今後の主張の骨格となる「今後の主張について」をまとめた。その後、常任理事会・要求実現対策本部のもとにワーキンググループを設置し、制度改革に対する基本的な考え方や具体的な主張、広報展開等について検討を進め、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」と題した提言を9月の常任理事会で最終的に取りまとめ、9月25日の記者会見で公表した。

2015（平成27）年度を足元に推計した2025年度の国民医療費は42・3兆円から1・4倍の57・8兆円に上り、特に後期高齢者の医療費は15・2兆円から1・7倍の25・4兆円と急増が予想された。一方、現役世代の減少等により、2025年度には健保組合が負担する高齢者医療拠出金の額は法定給付費を上回ることがわかった。また、380組合は、実質保険料率が全国健康保険協会（協会けんぽ）を上回ることににより、解散危機を迎える可能性が見込まれた。こうした推計のもと、医療費の伸びの抑制と高齢者医療費を国民全体でどのように支えるか（負担するか）が最大の課題となった。

これらの状況等を踏まえ、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」では、医療保険制度の持続可能性の確保、医療保険財政の安定化に向け、「医療費増高の抑制と高齢者医療費の負担構造改革を中心とした医療保険制度の抜本的改革を、これ以上先送りすることなく、断行すべき」と主張し、皆保険制度のすべての関係者（国、国民、保険者、医療提供者）へ意識改革と従来にない努力を求めるとともに、今後必要な改革として、▽高齢者医療費の負担構造の改革、▽医療費の伸びの抑制、▽健康な高齢者〓「支える側」を増やす〓の3本柱を掲げ、それぞれ具体的な施策を提言した。

高齢者医療制度については、▽拠出金負担割合に50%（報酬水準が低い保険者は48%）の上限を設定し、上限を超える部分を国庫負担とする、▽後期高齢者医療への公費負担は50%を確保、▽前期高齢者財政調整は必要最小限にとどめる、▽後期高齢者の窓口負担は段階的に2割とする、▽消費税率の引き上げや税制見直しにより必要な財源確保の長期見通しを示すべき、▽社会保障・税一体改革で決められた消費税率引き上げによる増収分の配分方法を改めて見直すべき—等の改革の必要性を訴え、現政権が「全世代型」の社会保障への転換をめざすなかで、平成31年10月の消費税率10%引き上げを見据え、負担の限界にある現役世代の拠出金負担の軽減を強く求めた。

医療費の伸びの抑制については、▽医療機能の分化・連携の推進、▽医療の地域格差の是正、▽終末期医療のあり方の見直し、▽薬剤費の伸びの抑制、▽保険給付範囲の見直し、▽診療報酬体系の見直し、▽療養費の見直し・ICT化による医療の効率化、▽保健事業の推進—等、あらゆる方策を通じて医療費全体の伸びを抑制することが不可欠とした。

また、保健事業や医療費適正化への積極的な取り組みにより、健康で働く意欲のある高齢者が「支えられる側」から「支える側」になるようサポートする方向性を打ち出した。

平成29年9月以降、この提言をもとに関係団体や厚生労働関係の国会議員等への要請活動を展開し、健保連の主張への理解を求めた。

2. 「今、必要な医療保険の重点施策—2022年危機に向けた健保連の提案—」（令和元年9月）

団塊世代がすべて75歳以上の後期高齢者となる2025年度に向け、前述の提言のもと活動してきたが、人口のさらなる高齢化と現

役世代の減少が急速に進行するなか、団塊世代が後期高齢者に到達し始める2022年度から、全員が後期高齢者になる2025年度にかけて、後期高齢者の医療費が急増することが見込まれるため、改めて高齢者医療費の負担構造改革について、重点課題等を整理することが必要となった。

平成31年2月8日の常任理事会において提示した新たな推計では政府の推計方法も踏まえて、医療費の伸びを29年度に実施した推計より低い1・8%と仮定して実施した。推計では、▽2022年度の保険料率の平均は9・8%、10%以上の組合は601組合となり、2025年度には料率は10・4%、10%以上の組合は909組合と急激に悪化する、▽健保組合全体の義務的経費に占める拠出金割合は2022年度に49・6%、2025年度は50・5%と保険給付費を上回る、▽年金保険料率18・3%（固定）を足し合わせると2022年度に30・1%、2025年度には31・0%と、3割を超える保険料負担となる—との結果となったが、医療費の伸びを低めに見込んで推計しているため、実際にはより大きな負担増となる恐れがあると見込んだ。

こうした推計を踏まえ、健保連は、2022年から一層、高齢者医療の負担が深刻化することを「2022年危機」と銘打ち、政策実現活動を強力に推進するため、常任理事会のもとに、▽2022年対策、▽保険者機能支援強化—の2つのプロジェクトチームと、渉外連絡チームを設置した。2022年対策プロジェクトチームでは、新改革工程表2018への対応をはじめ、高齢者医療費の負担構造改革、医療費の伸びの抑制等、負担と給付の見直しと医療費の適正化等の政策立案を中心に活動を展開し、保険者機能支援強化プロジェクトチームは、新たな補助金と組合財政支援助交付金を活用した組合運営サポート事業を立ち上げ、健保組合の財政健全化と解散抑止をめざすこととした。また、渉外連絡チームは、国会議員

への要請活動や関係団体への働きかけなど、健保連の政策への理解促進を図ることとした。

このうち、2022年対策プロジェクトチームでは、令和元年の秋以降に本格化する給付と負担の見直しの議論を見据えて重点課題等の整理を行い、「今、必要な医療保険の重点施策―2022年危機に向けた健保連の提案―」を9月9日に発表した。

このなかで、現役世代を守るために、全世代で支え合う医療保険制度の改革が必要であり、▽高齢者医療費の負担構造改革を実現し、世代間、世代内の給付と負担のアンバランスを是正するとともに、必要な公費の拡充等を通じて、現役世代の負担軽減を図ること、▽保険給付を適正化し、医療費を大切に使うこと、▽保健事業の取り組みを通じて健康な高齢者、「支える側」を増やすこと―が重要と提言した。

具体的には、高齢者医療費の負担構造改革では、▽低所得者に配慮しつつ、75歳に到達した人から順次2割負担とする（後期高齢者の原則2割負担）、▽後期高齢者の現役並み所得者にも公費投入し、現役並み所得者の基準見直しによる公費負担の減少分が現役世代の負担増（「肩代わり」）とならないようにすべき―を重点項目と位置づけた。このほか、拠出金負担割合の上限定（拠出金割合が50%を超えないように公費負担拡充等）や前期高齢者財政調整の見直し（不合理な調整方法の見直しによる過重な負担の是正等）も求めている。また、保険給付の適正化では、市販品類似薬の保険除外、償還率見直しなど保険給付範囲の見直しを重点項目としたほか、薬剤処方適正化（生活習慣病治療薬の適正な処方のためのフォーミュラリの導入等）や適切な受診行動の促進（普及啓発活動等）が必要とした。

こうした健保連の考え方を全世代型社会保障検討会議の中間報告に反映させるため、健保連は自民党等のヒアリングに積極的に参加

するとともに、被用者保険関係5団体（日本経済団体連合会、日本労働組合総連合会、全国健康保険協会、日本商工会議所、健保連）で共同意見書を取りまとめ、11月8日に加藤勝信厚生労働大臣宛てに提出した。意見書では、現役世代の負担軽減のため、後期高齢者の窓口負担について低所得者に配慮しつつ原則2割とすることを求めたほか、拠出金負担の軽減、保険者機能の強化、医療費の適正化等を求めた。

この結果、令和元年12月の中間報告では、後期高齢者の窓口負担の2割への引き上げが盛り込まれたが、その対象範囲など具体案は今後の議論に委ねられる形となった。負担増を求める内容であり、コロナ禍の影響等も受け審議が進まないなか、最終的には2年12月の最終報告において、十分とは言えないものの、一定以上の所得のある後期高齢者の窓口負担を2割とする見直しが盛り込まれた。その最終報告にもとづき、翌年法案が国会に提出され、成立した。全世代で社会保障を支えるなかで、現役世代の負担軽減を行う必要性が示されたことは評価できるが、2割負担の対象者が課税所得が28万円以上（所得上位30%）かつ年収200万円以上となり、370万人にとどまったことは十分とは言えないものであった。

3. 「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて」（令和3年10月）

後期高齢者の窓口負担2割導入を含む「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」が、令和3年2月5日に第204回通常国会に提出され、衆参両院での審議を経て、6月4日に可決、成立した。審議に際し、4月20日の衆院厚生労働委員会、5月31日の参院厚生労働委員会に、参考人として佐野雅宏副会長が出席し、今回の制度改革は現役世代の過重な負担の軽減には不十分であると指摘し、現役世代の負担を軽減し、

将来に渡る国民皆保険維持のために、給付と負担の抜本的な見直しを含めた次期制度改革へ向けた検討を求めた。

こうしたなか、令和3年秋以降にさらなる改革論議が本格化する
と見込まれたため、次期制度改革に向けた対応をスタートした。3
年4月9日に常任理事会・要求実現対策本部のもとに要求実現対策
チームを発足し、骨太方針2021、4年度政府予算への対応を含
め、6年度に控えた診療報酬・介護報酬同時改定、次期医療計画、
医療費適正化計画、介護事業計画策定を見据えて、医療提供体制、
高齢者医療制度・介護保険制度、健保組合の価値向上について検討
を重ねた。6月8日には骨太方針2021へ向け、国民が安心でき
る安全で効率的な医療の実現、全世代型社会保障制度の構築に向け
た改革について要望をまとめ公表した。以降は医療提供体制・医療
の重点化効率化検討グループ、高齢者医療・介護保険制度検討グル
ープ、健保組合の価値向上グループに分かれて、議論を深化させ
た。

こうしてまとめた「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に
向けて―健保組合・健保連の提言―」は、健康保険組合全国大会と
同日の令和3年10月19日に公表した。提言内容は、▽コロナ禍を通
じて明らかになった課題と対応、▽社会情勢の変化に応じた課題と
対応、▽健保組合の価値向上へ取り組む課題と対応―の構成で取り
まとめ、10月19日の全国大会決議に盛り込むとともに、要請活動
等に活用した。

コロナ禍を通じて明らかになった課題と対応では、今般のコロナ
禍を通じ、入院・外来ともに医療提供体制の硬直性・脆弱性、医療
資源の散在等の諸問題が顕在化した。さらにコロナの検査・診療の
混乱等から、医療に対する国民の不安が高まるなか、「安全・安心」
で「必要な時に必要な医療にアクセスできる」体制を堅持すること
が最も重要であると指摘。そのためには、「対応の方向性」として、

国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進と、外来の機能分
化・連携、強化を図る「かかりつけ医制度」の構築が必要であると
した。

かかりつけ医制度の構築に向けては、ステップ1として、かかり
つけ医の要件（機能）の法令等での明確化、国民への情報提供・開
示の強化等必要な環境整備を進め、ステップ2として、健保連とし
て「制度化の考え方」を取りまとめ、かかりつけ医を起点にした外
来医療の機能分化・連携の強化を主張、国民・患者の理解の促進・
醸成等を図るなど、「かかりつけ医」制度の構築に向けた展開を進
めていくとした。

社会情勢の変化に応じた課題と対応については、国民皆保険制度
の持続可能性を高めるためには、医療費そのものの増加を抑制する
とともに、現役世代に過度に依存する制度から全世代で支え合う制
度への転換が必要であり、その際、近年の高齢者像の変化、高齢者
の就労率の上昇等の社会情勢の変化を考慮しつつ、世代間の給付と
負担のアンバランスを是正し、現役世代の負担軽減を図ることが喫
緊の課題であるとした。具体的な対応の方向性としては、▽医療の
重点化・効率化、▽人口構造の変化を踏まえた全世代で支える制度
の構築、▽社会保険の保険原理が適正に機能する仕組み―の3点を
掲げた。

「医療の重点化・効率化」では、地域格差の是正、医療費が見込
みを上回る場合の対応、保険者協議会の関与強化など、医療費適正
化計画の取り組みを強化するとともに、市販品類似薬の保険給付範
囲からの除外または給付率の見直し、フォーミュラリの普及・リフ
イル処方等の早期導入等を重要課題とした。

「人口構造の変化を踏まえた全世代で支える制度の構築」では、
世代間のアンバランスの是正や現役世代の負担軽減等をめざし、▽
後期高齢者と現役世代の負担の伸びの均衡を図るため、後期高齢者

の保険料負担割合（当時＝給付費の11％）の見直し、▽後期高齢者の窓口負担について、一定以上所得者の2割負担の早期実施（※令和4年10月実施）と、低所得者を除いて原則2割負担の検討の継続、▽現役並み所得者の対象範囲拡大と現役並み所得者の給付費への公費投入—を求めた。

「社会保険の保険原理が適正に機能する仕組み」については、▽過重な拠出金負担を抑制するため、高齢者医療への拠出金負担の上限設定、前期高齢者財政調整の見直し（変動抑制、計算式見直し等）、▽拠出金負担の見える化（全面総報酬割となった後期高齢者支援金、介護納付金のための保険料率を国が審議会の意見を聞いて定めるよう見直す）、▽社会保障のための財源確保等の検討（税財源の確保、年金控除や非課税年金の見直し）—を重要課題としたほか、金融資産も勘案した高齢者の自己負担割合の判定の検討、介護保険制度の給付と負担の見直し、前期高齢者と介護保険制度の年齢区分の65歳から70歳への引き上げ等についても検討していくべきとした。

健保組合の価値向上へ取り組む課題と対応としては、引き続きコラポヘルスによる健康経営の推進、加入者への健康教育・広報によるヘルスリテラシー向上等に努めるとともに、社会環境の変化に応じた先駆的な取り組みを実践し、国民全体の健康度を高め、健康寿命の延伸を図っていくべきとした。社会環境の変化に対応した取り組みでは、高齢者の就業率上昇や女性の社会進出等、多様性ある社会に対応していくため、ロコモティブシンドロームや女性特有の健康課題等への対応が必要としたほか、データ活用 of の深化を図るため、パーソナルヘルスレコード（PHR）とスコアリングレポートを活用し、集団最適・個人最適へ向けた適切な情報提供と保健事業サービスの展開が重要であるとした。

健保連では、社会情勢の変化や改革論議の局面等にあわせ、令和

3年10月の政策提言を踏まえ、関係審議会等における意見発信や国会議員等に対する要請活動など、対応を図ってきた。全世代型社会保障の構築に向け、▽現役世代の負担軽減、▽世代間・世代内のバランス是正、▽負担能力に応じた全世代で支える仕組み—という基本的な考え方をベースに、全力で政策活動に取り組んだ。こうした活動が、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し等が盛り込まれた、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和5年5月12日成立）につながった。同法律には、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、▽出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、▽前期財政調整制度における3分の1報酬調整の導入、▽医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、▽かかりつけ医機能が発揮される制度整備—等も盛り込まれている。

今後は、報酬調整のさらなる拡大や一元化への検討等が提起される可能性も否定できないため、その動向を注視、対応していくとともに、同法律の附則に規定された、「経済社会情勢の変化と社会の要請に対応し、受益と負担の均衡がとれた社会保障制度の確立を図るための更なる改革について速やかに検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」とを踏まえ、後期高齢者の窓口負担の原則2割や現役並み所得者の給付費への公費投入など、さらなる現役世代の負担軽減につながる改革に向けた活動を展開していくことが必要となる。

また、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者人口がピークを迎える2040年も視野に入れた不断の見直しも不可欠であり、全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向け取り組んでいく必要がある。

4. 『かかりつけ医』の制度・環境の整備について（議論の整理） （令和4年11月）

人口構造や疾病構造の変化により、保険財政と医療資源の制約が今後さらに強まることや、コロナ禍で医療の脆弱性が露呈したことを踏まえ、健保連は、かかりつけ医の制度・環境の整備に向けた「議論の整理」を令和4年11月8日に発表した。かかりつけ医機能における医師・医療機関の配置状況等を可視化することにより、質の高い医師・医療機関を患者が選びやすくするほか、患者個々に健康医療全般を調整する医師が誰なのかを他の医師や保険者が把握し、円滑に連携できるように、患者が自分で選んだ医師を任意で1人登録する仕組みを導入することが柱。患者にとって安全・安心で効率的で効果的な医療を実現するために、入院医療における地域医療構想にもとづく病床再編と平行して、外来医療においても機能分化・強化や連携を推進する内容となっている。

検討に際しては、政府の動きも意識した。

岸田内閣は令和3年10月31日の衆院総選挙で国民の信任を得ると、直後の11月に政権の主要施策を検討する場のひとつとして、全世代型社会保障検討会議の後継となる「全世代型社会保障構築会議」を設置した。11月9日の初会合で複数の委員から、コロナ禍の教訓を踏まえかかりつけ医を制度的に推進する必要性が指摘された。さらに3年末から4年初頭にかけて、首相を本部長として関係閣僚で構成する「全世代型社会保障構築本部」が動き出し、全世代型社会保障改革に向けた検討体制が再構築されるなかで、かかりつけ医の制度への関心が政府内でも高まり始めた。その後、4年5月17日に全世代型社会保障構築会議の「議論の中間整理」において、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進める

べき」との意見が示され、政府は6月7日に閣議決定した骨太方針2022のなかで「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」との方向性を打ち出した。

こうした動きは、健保組合・健保連の令和3年10月提言「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて」の実現にとって追い風になるものだが、同提言は、かかりつけ医機能を法令等で明確化する必要性を指摘するにとどまっていた。そのため健保連は、秋以降に全世代型社会保障構築会議や社会保障審議会医療部会等で制度設計の議論が本格化することを想定し、早急に課題を深掘りする必要があると判断した。4年6月21日の政策委員会において『「かかりつけ医」の検討に関する小委員会』の設置が決定され、政策委員会メンバーのうち10名による集中的な議論が7月26日、9月2日、9月22日の3回にわたって行われた。

小委員会には、患者と医師の相互の信頼関係とともに、そこに保険者がどう関わるかといった視点も重視しながら検討を進めた。まず、必要な時に必要な医療を受けられる「フリーアクセス」を堅持することに加え、「国民・患者が自分の希望や自分の状態に合わせて選択する」を制度設計の全般にわたる前提とし、「国民・患者の支援」が保険者の役割であることを出発点として、現状の問題点を解決するために必要な事項を話し合った。

以前から頻回受診、多剤服用、重複検査、患者の大病院志向といった過剰な医療の問題が指摘されているが、その一方で、コロナ禍により発熱外来難民やワクチン接種の混乱といった必要な保健医療が不足する問題が発生した。過不足のない医療を実現するためには、幅広いニーズを受け止めて患者を中心とする健康・医療全般を調整する存在が必要であり、こうした役割をかかりつけ医・かかりつけ医療機関が担うべきとの方向性を確認した。

次に、国民・患者と医師・医療機関の信頼関係を好循環させるた

めに、「かかりつけ医機能の明確化」「かかりつけ医機能を有する医師・医療機関の届出・認定」「かかりつけ医機能を有する医師・医療機関の可視化」「国民・患者によるかかりつけ医の選択」の4つを一連の流れとして動かす制度的な枠組みが必要との認識を共有した。さらに、環境整備の課題として、医師の人材育成や医療機関における情報基盤の充実に向けた取り組みと、責任を果たした医師・医療機関に対する合理的な報酬・評価等を位置づけた。

続いて、国民・患者のタイプ別にかかりつけ医の活用方法や健保組合による加入者支援について、具体的な取り組みをイメージしながら、かかりつけ医機能が発揮されるための運用について話し合った。例えば、普段はほぼ受診しない加入者の場合は、急な体調不良時の対応や健康の維持・増進に関する相談にかかりつけ医を活用できるよう、地域の医療機関の機能を加入者自身が検索できるサービスを提供することが考えられる。健診で異常が見つかったにもかかわらず受診しない加入者の場合は、治療の必要性を患者自身が理解し、早期治療につなげることが重要なため、事前に健康課題を共有して治療に臨むことができる医療機関を加入者へ個別に紹介することが考えられる。慢性疾患等で既にかかりつけ医を持つ加入者には、かかりつけ医の好事例の収集に協力してもらい、他の加入者と情報共有するほか、かかりつけ医の変更を希望する場合に情報提供や個別紹介を実施する。

意見集約では、制度的な枠組みとして一連で動かす4項目を中心に「議論の整理(案)」を取りまとめた。

最初の「かかりつけ医機能の明確化」については、令和3年10月提言を踏襲し、地域医療連携の要となる基本的機能として、▽幅広い診療・相談、▽情報の一元化、▽他の医療機関との連携―等を法令等で定めることを位置づけた。また、健保組合加入者タイプ別に国民・患者のメリットを類型化し、多様なニーズに応える付加的機

能も整理した。

一方、「医師・医療機関の届出・認定」「医師・医療機関の可視化」「国民・患者による選択」に関しては、令和3年10月提言で触れていなかった新しい要素になる。このうち、「医師・医療機関の届出・認定」については、医療の質を担保する観点から、医療機関からの届出だけでは不十分であり、機能を証明する「認定の仕組み」を創設すべきとの姿勢を明確にした。「医師・医療機関の可視化」については、認定医療機関を国民・患者が容易に知ることができるよう、既存の医療機能情報提供制度を充実するとともに、保険者自身も情報提供に取り組み必要があることを表明した。「国民・患者による選択」については、患者ごとに健康医療情報全般を一元的に管理・調整する医師が誰なのかを、他の医療機関や保険者が確認できるよう、国民・患者が自分のかかりつけ医1人を「任意で登録する仕組み」を導入することを提案した。保険者や国から国民・患者への割当てではなく、あくまで患者の自由な意思を尊重したうえで、患者中心の医療を円滑に進めるための選択という位置づけで、他の医師・医療機関の受診を制限するものでもない。

小委員会の「議論の整理(案)」は、10月3日の政策委員会を経て、10月18日の常任理事会で了承され、健保連として「議論の整理」を11月8日に記者会見とホームページへの掲載を通じて発表した。制度設計の詳細や医師・医療機関への支払い等の環境整備は、今後の検討課題としていたため、中間報告的な性格であったが、時期を同じくして公表された日本医師会の意見との対比で、特に医療機関の認定や国民・患者による任意登録が目立った。

社会保障審議会の医療部会では、全世代型社会保障改革の一環として、医療法改正による制度整備の議論が11月下旬から本格化した。河本滋史専務理事は「議論の整理」にもとづき、現役世代を含めた幅広い国民の希望に対応できるように、かかりつけ医の質を担

保する必要性や、患者と医師の原則1対1関係等を主張した。一方、医療関係者からは、かかりつけ医機能は必ずしも1医療機関で完備するものではなく、高齢者を想定した場合、患者が複数のかかりつけ医を持てるようにすべき等の意見が出た。その結果、当面の制度整備においては、医療機関の認定や患者による登録は見送られた。しかし、かかりつけ医機能の定義を医療法上で規定したうえで、国民・患者がかかりつけ医を選びやすくするために、「医療機能情報提供制度」を刷新するほか、かかりつけ医機能を有する地域の医療機関を都道府県が確認・公表する「かかりつけ医機能報告制度」を創設することが合意された。さらに、患者と医師の関係を明確化する観点から、医療機関が提供する医療の内容を患者に書面で交付する仕組みを導入することになった。書面交付の対象は、慢性疾患等の継続的な管理が必要な患者を主に想定するが、12月28日付で公表された医療部会の取りまとめ「医療提供体制の改革に関する意見」のなかで、今後の詳細な制度設計の検討で留意すべき意見として、「継続的な管理が必要と判断される患者に限定すべきではない」「情報の二元化やその調整窓口を想定し、患者と医師の関係は1対1にすべき」「情報を都道府県に登録し保険者が把握できるようにすべき」といった健保連の主張が付記された。

3 支払基金抜本改革の10年

1. 支払基金改革の経緯

医療費の高騰等により医療保険制度の存続が危ぶまれるなか、診療報酬の審査支払事務全体の効率化・合理化が大きな課題とされてきた。そのなかで、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に関して、各方面から運営の非効率性等が指摘され、政府の規制改革会議等を中心に、国民健康保険団体連合会（以下「国保

連」という）との統合や保険者による直接審査支払制度等、様々な検討が行われ、一部実行されてきた。

「支払基金改革」に向けて動き出す大きな転機となったのは、政府が規制改革会議の答申を踏まえ、平成26年6月に閣議決定した「規制改革実施計画」（「規制改革に関する第2次答申」にもとづく計画）で、「保険者がまず全ての診療報酬明細書の点検を可能とする仕組みの導入」を提言したことである。支払基金と保険者が同じレセプトを同様に審査する非効率な運営を是正するため、希望する保険者は、事前に全てのレセプトを点検し、疑義のあるレセプトのみ支払基金に審査依頼を行う仕組みの検討を指示した。

そこで、健保連・健保組合、厚生労働省、支払基金における「事前点検に関する検討グループ」（事務局は健保連）が設置され、具体的検討が進められた。しかし検討過程で、審査水準の維持や健保組合間の審査格差等、様々な課題が挙げられるなかで、費用負担が最も大きな問題となった。参加する保険者（協会けんぽを含む）が不透明なことに加え、システム改修費等が嵩むことから費用削減効果は限定的であり、さらに支払基金からは、仮に参加を希望する保険者の手数料が低くなっても、その分をその他の保険者の手数料に上乘せし、支払基金の総コストを賄う、との姿勢が示された。

当時の支払基金法第26条には、「（支払基金の）業務に関する事務の執行に要する費用を、その提出する診療報酬請求書の数を基準として負担させるものとする」と規定され、どんなに非効率性があっても、かかった費用全ての回収が保障される当該条項は、支払基金の事務効率化、高コスト体質改善への大きな壁となっていた。

同検討グループは、平成27年9月に「中間とりまとめ」（結果として最終とりまとめ）を公表し、「当該制度に多くの保険者が参加し、真に有効な制度として構築していくためには、診療報酬（体系・点数表）、審査支払等の在り方の検討を進め、前提となる支払

基金の体制の在り方（支払基金法の改正等）、点検水準維持のための施策等についてのさらなる検討が必要と考えられる」などと結論づけた。

厚労省よりこの報告を受けた規制改革会議医療・健康WGは、当該結果に不満を持つ一方で、健保連の考え方に理解を示し、その後「支払基金の在り方の検討」に視点をシフトすることとなった。

2. 健保連が支払基金改革を主導

平成27年11月26日、規制改革会議医療・健康WG（河野太郎規制改革担当大臣出席）に招致された健保連は、「審査支払に関する健保連の考え方」を意見陳述した。そのなかで、支払基金の運営に関し「支払基金法の改正を行い、支部の集約を含めた組織体制の抜本的な見直しを通じて、コストの削減とより効果的・効率的なサービス提供を実現する」と提言。そのため、「地区ブロック毎の主要都市に支部機能を集約し、審査事務を一括実施する等の見直しを検討することによって、コストの大幅削減を含めた抜本的な合理化・効率化を目指すべき」などと主張し、河野大臣や同会議委員の賛同を得た。

当時の支払基金法第3条に「基金は、主たる事務所を東京都に、従たる事務所を各都道府県に置く」とあり、全都道府県に支部を設置し、各支部の権限において審査が実行されていた。これが審査事務の非効率性と審査結果の支部間差異の主な要因となっていた。

また当該主張に至る背景として、健保連は、長年にわたる手数料協議において支払基金の組織・業務の効率化を求めてきたが、遅々として進まず、手数料の引き下げが不十分だとの強い不満があった。そのうえに、当時の手数料協議の場で、支払基金が保有している全施設を維持するための長期修繕50年計画や、今後の人口減少（レセプトの減少）等を口実に、手数料単価の引き下げは今後応じ

られなくなるとの姿勢を打ち出してきたこと等に激しく反発していた。

一方、支払基金も12月16日に招致を受け意見陳述したが、組織体制の見直しに関する健保連の主張を全面的に否定するとともに、同会議委員の改革を促す意見に対し応じる姿勢を見せなかったことから、河野大臣や同会議委員の強い反発を受けた。

その後の議論を経て、規制改革会議は、「規制改革に関する第4次答申」をまとめ、これを踏まえ、平成28年6月に「規制改革実施計画」が閣議決定された。このなかで、「医療費の円滑で適切な審査・支払を維持しつつ、社会全体として効率的な組織・体制の在り方を追求する観点から、現行の支払基金を前提とした組織・体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直すため、具体的な組織・体制等の在り方（業務拠点も含めた職員及びシステムなどの体制、業務範囲、法人形態、ガバナンス体制、事務負担の在り方、法規制の在り方等）」について具体的に検討し、結論を得る」などとされ、支払基金の抜本改革が宣言された。

3. 改革の具体化の検討

厚労省はこうした動きを受け、審査支払機関の在り方に留まらず、ビッグデータとICTの活用も含め広く検討する目的で「データヘルズ時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」を立ち上げた。

同検討会では、主に、①審査支払機関における審査業務の効率化・審査基準の統一化、②ビッグデータを活用した保険者機能の強化及び医療の質の向上、③支払基金の組織・体制の在り方の3点について検討を行った。審査結果の支部間差異や付箋処理等、データにもとづく詳細な実態等を明らかにするとともに、保険者や関係者からヒアリングを実施する等、精力的に議論を重ねた。健保連も

ヒアリングに出席し、支払基金の審査の充実強化による健保組合の二次点検の負荷軽減、審査基準の公開による健保組合の二次点検との役割分担の明確化等により、審査全体の効率化を図るべきと主張した。

その結果、同検討会は平成29年1月に「報告書」をとりまとめた。

報告書では、支払基金の組織・体制の在り方について、「まず、支部の職員体制については、(中略)コンピュータチェックを医療機関等に行う仕組みやコンピュータチェックや付箋貼付状況の差異に係る継続的な見える化等を行い、さらに見える化によるエビデンスベースの議論を踏まえた業務効率化や業務改革等のPDCAを回していくことにより、支払基金の審査共助事務における職員の業務量が減少すると考えられることから、これを踏まえて47都道府県における支部の体制について、その規模を必要最小限のものに縮小していくべきである」などの方針を示した。そのうえで「具体的な支部組織の効率化の在り方については、支払基金と厚労省において、新たな審査・支払システムの設計内容や現在の支払基金の職員の勤務状況なども踏まえて、速やかに具体的な支払基金業務効率化計画・工程表を策定すべきである」などと指示した。

また、ビッグデータ活用における審査支払機関の役割について、「審査業務の効率化・審査基準の統一化を中心とした業務改革によって組織体制のスリム化を行うことはもとより、ビッグデータ活用における国民の健康作り全般にわたる新たな役割を担っていくことで、これまでの「業務集団」から「頭脳集団」へと改革していく必要がある」と提言された。

4. 支払基金改革の実行へ

こうした経緯を経て、関係方面と協議を進めた厚労省と支払基金

は、平成29年7月、ついに「支払基金業務効率化・高度化計画」を公表し、改革の全容を明らかにした。

このなかで、審査業務の効率化、支部間差異の解消、組織・体制の見直し等を柱に大きな方向性を打ち出した。

具体的には、①審査支払新システムの構築(受付・審査・支払の業務単位でのモジュール化、支部業務サーバーの本部一元化、AI等の導入・活用により審査を支援。政府CIO等と連携)、②審査手数料の設定の在り方の見直し(審査手数料を段階化。判断が明らかなレセプトと他のレセプトとは別途の審査手数料を設定)、③コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等、④コンピュータチェックルールの公開、⑤返戻査定理由の明確化、⑥請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組みの導入、⑦既存のコンピュータチェックルールの見直し、⑧統一的なコンピュータチェックルールの設定、⑨審査基準の統一化、⑩自動的なレポートینگ機能の導入(審査結果の差異事例の徹底した見える化、機動的な見直しによる標準化・高度化)、⑪審査委員会の在り方の見直し、⑫審査委員の利益相反の禁止、⑬本部審査の拡大等、⑭支部組織の見直し(審査事務の業務効率化と集約化)、⑮業務棚卸し等による効率化の推進、⑯支払基金の人員体制のスリム化と高度化(遅くとも平成36年度末段階で、現行定員の20%程度(800人程度)の削減)等と、項目ごとに改革の方向性をまとめ、「この改革を通じて国民負担の最小化と、全国どこでも質の高い、統一された医療の実現をめざしていく」との決意を示した。

さらに、平成30年3月には、「支払基金業務効率化・高度化計画」の具体的な取り組み内容をまとめた「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」を公表。基本的にはこの方針に沿って改革が進められることとされた。

一方、政府は支払基金改革を実行するため、支払基金法の改正案

を提出、令和元年5月に成立（令和2年4月施行）した。このなかで、（第3条）支部長が担っている権限を本部に集約し、支部の都道府県必置規定を廃止するとともに、（第26条）支払基金の事務の執行に要する費用を、診療報酬請求書の数のみならず、審査の内容やその他当該費用を算出するにあたり考慮すべき事項を基準とする旨を加え、効果的な費用負担の設定を可能とするなどの見直しを行った。支払基金改革に向けて法的環境も整えられた。

5. 審査事務・組織見直しの実現

その後、支払基金は、組織集約に向けモデル事業も実施したうえで検討を進め、令和2年3月、組織体制等を含めた審査事務の見直しについて、「審査事務集約化計画工程表」をとりまとめた。

このなかで、組織見直しの目的として、「ICTの活用が可能な業務については、これを最大限に活用することにより、審査事務の効率化・高度化を進めるとともに、審査結果の不合理な差異解消の取組を充実させるため、支部分結型の業務実施体制から、本部を中心とした全国統一的な業務実施体制への転換を図る」との方針を掲げた。

さらに「集約拠点設置に係る基本方針」として、「審査事務センター」及び「審査委員会事務局」の設置と基本的な役割を整理し、審査事務センターは、ブロック又は地域内のレセプト審査事務を集約するとともに、審査結果の不合理な差異解消について調整する業務を行う。審査委員会事務局は、各都道府県に審査委員会を存置することから、その審査補助業務を中心とした業務を行う（再審査を含めた紙レセプトの処理を含む）などと示した。（以下、センターの概要）

○中核審査事務センター（6か所）…ブロック内で審査結果の不合理な差異解消に中心的な役割。「差異解消のための診療科別ワーキ

ンググループ」を設置（仙台、東京、名古屋、大阪、広島、福岡）。

○審査事務センター（4か所）…中核審査事務センターと連携し、一次的な集約の役割（さいたま、札幌、金沢、高松）。

○審査事務センター分室（4か所）…経過措置として設置。審査事務の平準化に資する（盛岡、高崎、米子、熊本。10年を目途に廃止を検討）。

この方針をもとに準備を進めた結果、令和4年10月、審査事務・組織集約が実施され、新たな支払基金体制がスタートした。今後は、本部を含めた各組織の効率的・効果的な運営・連携や、各組織内の効率的な業務フローの確立と適正な人員数・配置の実現が課題となる。

6. 審査業務の高度化

支払基金改革の柱となる「審査業務の高度化」の基盤として、令和3年9月、支払基金は審査支払システムを刷新した。改革議論が起ころ前、同システムの改修時期を控えていた支払基金は、旧来型のシステム構築を準備し、約5百数十億円にもなる費用見込み（全て保険者の負担）を健保連に提示していた。しかし、改革議論を受け、政府CIO（内閣官房）が介入し、システムのモジュール化、サーバーのクラウド化、審査にAIの導入、自動レポートインテグレーション等、ICTを活用し新時代に向けた効率的かつ高度なシステムを設計するとともに、費用を230億円程度に抑え込んだ。

新システム導入で、AIにより、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への振分け機能を実装し、その精緻化を図り、新システムの稼働後2年以内にはレセプト全体の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す（1割は審査委員会の目視審査対象）。併せて、自動的なレポートインテグレーションにより、コンピュータチェックにおける審査結果の差異等について見える化

を図り、差異解消に向けた取り組みを進めることとされた。

また、健保連が求め続けてきた審査事務のコスト構造の明確化・透明化についても検討が進み、令和4年12月の手数料協議の場で、5年度からの手数料階層化の導入（医科歯科レセプトを判断が明らかなレセプトとその他一般のレセプトに区分し、コストに応じた手数料を設定）が決定した。この手数料階層化を基点に、さらにコスト構造を分析し、精緻化していく必要がある。

今後は、これら取り組みの確実な達成を図るとともに、審査における保険者との役割分担（レセプト点検の効率化含む）、審査結果の納得性・透明性の向上、（目視審査が減少する）審査委員会の合理化という大きな課題に検討の焦点を移していくことになる。

7. 改革の効果と今後

支払基金は「審査事務集約化計画工程表」において、単年度の改革効果を77億85億円と試算した。紙レセプト減少による効率化、保有資産の売却・活用（「保有資産活用基本方針」を策定）、審査委員会費の縮減等でさらなる上乗せも期待される。

また令和2年度に開催された厚労省の「審査支払機能の在り方に関する検討会」において、オンラインによる再審査申出の義務化、国保連審査システム（再構築中）との統合・共同利用、レセプトデータの一元管理を検討等の方針が示され、さらなる改革も進められている。

日本はすでに人口減少の局面に入り、今後、レセプトも減少が見込まれる。また令和2年度には、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、受診控えによるレセプト減少という新たな危機も経験した。支払基金の適切な運営の継続を確保するためには、支払基金改革の深化、それを反映した中長期的な財政運営、データヘルス事業や医療費分析等の保険者を支援する新たな業務の実行等が不可欠と

なる。

「新生支払基金」と保険者が協力・連携し、来るべき人口減少・少子高齢化社会に向けて国民皆保険制度の維持・発展という大きな共通の目的を果たすべく、継続的に努力していかなければならない。

4 療養費改革の経緯

1. 柔道整復療養費改革の経緯

平成20年代は療養費の不正が大きな社会問題となっていた。政府の行政刷新会議や会計検査院等から厚生労働省に対し柔道整復療養費の不正に対する是正が求められ、またマスコミからも数多く療養費の不正請求が報道されていた。

そうしたなか、平成28年から社会保障審議会の「柔道整復」、「あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう」（以下「あはき」という）、「治療用装具」療養費検討専門委員会それぞれ制度改革の検討が進められた。30年4月には、激論の末、あはき療養費に「受領委任払いと償還払いの保険者裁量制」が導入されるなど、不正対策を含めた大きな制度改正が行われた。

柔道整復療養費においても、「受領委任制度」における不正対策の検討が並行して進められたが、「亜急性」の文言見直し、施術管理者の要件見直し、柔整審査会の権限強化等の内容に留まり、健保連が求める実効性ある対策には至らなかった。

その後も健保連は、専門委員会において、「受領委任制度」が不正の温床となっている現状に鑑み、○患者が申請書の内容を事前に確認できる仕組み（明細書の義務化等）、○申請書に負傷原因を1部位目から記載、○問題のある患者ごとに償還払いに変更できる仕組み、○不適切な広告・看板に対する指導監督、○復委任（請求代

行)の業務範囲等の明確化、○申請の電子化―等の改革を主張してきた。しかし施術者側の反対で不正対策の検討はまったく進まなかった。

健保連は、ついに万策尽きたと判断し、令和2年4月の専門委員会にて「受領委任協定・契約への委任を解除し、償還払いに変更することを希望する健保組合が現れた場合は、健保連としてこれを容認し、必要な手続きを行っていく」と通告した。健康保険法施行規則第66条で療養費は償還払いが原則とされている。制度上、不正対策に問題のある受領委任払いを排し、償還払いにより保険者機能を發揮する道を求めた。

これが大きな反響を呼び、施術者側の猛反発により専門委員会は空転し、膠着状態に陥った。各方面の動きが錯綜するなか、厚労省の調整で、水面下における施術者側との睨み合いの協議が断続的に進められた。

その結果、(1)患者ごとに償還払いに変更できる仕組み、(2)明細書の義務化、(3)施術管理者に確実に支払うための仕組み(復委任対策含む)―の3項目をセットで実現させる方向で優先的に検討する、との政治的合意を得た。健保連としても、現行制度下の不正対策は急務との認識で、これらの解決に向け議論に臨む意を固めた。令和3年8月、ようやく1年4か月ぶりに専門委員会が再開された。

(1) 患者ごとに償還払いに変更できる仕組み

「患者ごとに償還払いに変更できる仕組み」については、①自己施術を行ったことがある者、②いわゆる自家施術(従業員や家族が、関連する施術所の患者となった場合など)、③複数の施術所において、同部位の施術を重複している患者、④施術が、非常に長期にわたり、かつ、非常に頻度が高い患者、⑤保険者が繰り返し患者照会を送付しても回答しない患者―という健保連が提案した5事例を中心に検討が進み、令和4年1月の専門委員会にそのままの形で

提案された。

しかし、厚労省は翌2月の専門委員会にて、突然、④「長期・頻回施術の患者」を対象事例から外し、データ・分析不足等を理由に「引き続き検討する」として、他の4事例のみで強行決定した。長期・頻回施術の患者はこの仕組みの本丸であり、健保連は激しく反発した。その後も健保連が強く抗議を重ねた結果、5月の専門委員会にて「長期・頻回施術等のデータ分析を行い、データや「患者ごとに償還払いに変更できる事例」の施行状況等を踏まえ令和6年度改定において検討する」との附帯事項が入り、長期・頻回施術患者導入の検討は6年度改定に持ち越した。

(2) 明細書の一部義務化

受領委任払いは、架空、水増し、(保険外施術の)付け回し等が起こりやすいことから、専門委員会において、患者が事前に自分の申請内容を知ることができる仕組みを様々検討してきたが、(申請書内容に則した)「明細書の発行義務化」に議論が集約されてきた。厚労省は、零細施術所への配慮措置を設けたうえで、○医科診療所における明細書の取扱いを踏まえる(平仄を合わせる)、○明細書発行機能があるレセコンを使用している施術所を義務化対象とする、○患者から一部負担金を受けるときは、正当な理由がない限り、毎回無償で患者に交付する―等と提案した。だが、財源不足から明細書発行体制加算の毎回算定が不可能となり、施術者が猛反発したため、義務化対象を大幅に縮小さすべく、要件に「常勤職員3人以上である施術所」を加えたことで、対象施術所は全体のたった1割程度にすぎなくなってしまった。

これに対し、健保連が強く抗議したことから、厚労省は、「令和6年度改定において、調査結果や改定財源を踏まえ、明細書発行体制加算の算定回数、額及び明細書の義務化の対象拡大、交付回数について検討し結論を得る」と、対象拡大の検討継続を約束。さら

に、「その検討状況等を踏まえ、6年度改定において、保険者による受領委任払いの終了手続きを含めた取扱い（保険者単位の償還払いへの変更）についても検討し結論を得る」と、健保連がかねてより強く求めてきた「保険者による償還払いの選択」の検討を正式な議題に挙げると提示したことから、償還払いの議論を将来へつなげるためにも、苦渋の決断で合意した。

(3) 療養費を施術管理者に確実に支払うための仕組み（継続検討）
柔道整復療養費における復委任団体（請求代行団体）の不正等が問題視されるなか、令和3年1月、大型復委任団体の不法行為・破産で、施術管理者に療養費が支払われないという大きな不祥事が起きた。これも踏まえ厚労省は、同年8月の専門委員会再開に合わせ、「復委任団体の中に悪質な団体が存在するが、受領委任規程の当事者ではないため、厚生局による指導・監査等のチェック機能が働かない」と課題を整理。そのうえで、療養費を施術管理者に確実に支払うため、不正防止や事務の効率化・合理化の観点から、公的な関与の下に請求・審査・支払いが行われる仕組みを検討する方針を示した。具体的には、請求をオンライン化し、審査支払機関（支払基金）に療養費の審査・支払いを委託する仕組みの構築を提案した。

健保連としては、○保険者の審査・支給決定権限（健保法第87条）の確保、○支払基金への委託費用が現行経費より低減すること、○医科レセプトとの突合審査、データ分析による傾向審査等を実施し、審査の質が向上すること、○費用対効果を踏まえ、支払基金への委託は保険者裁量とすること、○一斉完全オンライン化（紙は即時廃止）、○施術者側も費用負担すること―等を絶対条件として主張を展開した。

厚労省は、令和4年1月の専門委員会、○復委任・請求代行業者による不正行為の防止、○施術所や保険者の事務の効率化、シス

テム整備・運用の効率化、○審査の質の向上―等の基本方針を示した。

具体的には、①オンラインにより審査支払機関に請求する、②審査支払機関において、システムにより事務点検（形式審査、内容審査、傾向審査、縦覧点検、突合点検等）を実施し、不適切な請求と疑われたものは柔道整復療養費重点的に審査し、必要な場合は患者照会や面接確認を行ったうえで、審査結果を決定する、③保険者による支給決定や過誤調整の取扱いに関して、療養の給付と同様の業務処理とする、④保険者は、療養費の請求受付・審査・支払いを審査支払機関に委託することを基本とする―等を提案した。

健保連は、①請求のオンライン化、事務点検については賛成。しかし、②③における「審査結果の決定」「支給決定」「過誤調整」の取扱いは健保法第87条第1項に規定する療養費における保険者の権限に抵触しかねない、④「委託することを基本とする」には、委託はあくまでも保険者裁量とすべき―等と見直しを求めた。

こうした多くの課題や事務の詳細について、令和4年以降、関係者のワーキンググループで検討が進められ、その結果を踏まえ、今後、専門委員会で具体的審議が進められることになる。

2. あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費改革の経緯

あはき療養費において、近年の大きな変革は「受領委任制度」（保険者裁量）の導入である。療養費は法令上「償還払い」が原則だが、柔道整復療養費は、その歴史的経緯から例外として、行政・施術者・保険者による協定・契約にもとづく「受領委任払い」が認められてきた。

一方、あはき療養費は、施術者側が、患者の委任を受ける民法上の「代理受領」を活用し、保険者が認めた場合、患者の代わりに療養費の申請・受領を行ってきた（結果的に受領委任払いと類似の

形)。この「代理受領」方式は、厚労省も認めてはいなかったが、実態として全保険者に広がっていた。これに対し、一部の健保組合は、不正の温床となる「代理受領」方式を拒否し、「償還払い」を堅守したことから、トラブルが頻発していた。施術者側には、不安定な「代理受領」方式から「受領委任払い」導入への期待が高まっていた。

そのため、一部のあはき施術者が、国や健保組合を相手取り、「鍼灸マッサージ師差別国家賠償等請求訴訟」を起こし、柔整には認められ、あはきに「受領委任払い」が認められないのは差別である等と主張し、受領委任制度の導入等を求めた。健保連は、柔整で不正が横行している状況から、「受領委任払い」（「代理受領」含む）を不正の温床と位置づけ、被告の国や健保組合を全面支援した。その結果、平成18年に一番・二審とも国、健保組合が全面勝訴し、あはきに「受領委任払い」を認めないことに合理性があるとの司法判断がなされ、この問題は一旦収束した。

しかし、平成26年以降、施術者側は業界を挙げて行政・政治等に働きかけ、再び受領委任制度導入に向けて活発に動き出した。厚労省は、これまで受領委任制度導入を拒否してきたが、突如、受領委任制度導入等を検討する協議の場を設置した。当該検討の場では、保険者の反対で議論が平行線となったことから、本格的な検討の舞台はあはき療養費検討専門委員会に移った。

平成28年3月に専門委員会で議論開始以降、同年12月までに12回開催され、導入を求める施術者側と、反対する保険者側で激しい応酬が繰り返された。

施術者側は、「受領委任払い」のメリットとして、患者の利便性、厚生局の指導監査の実施等を挙げた。一方、保険者側は、柔整の「受領委任払い」で不正が多発している実情、厚生局の指導監査が機能していない実態を挙げ、「償還払い」における不正対策を主張

した。

しかし、翌29年に入ると、国保や広域連合の委員が突如、「導入賛成」に回り、保険者側が分裂した。

一気に潮目が変わり、専門委員会の議論は受領委任制度導入に向け加速していったが、健保連、協会けんぽは最後まで抵抗し、療養費の基本（保険者権限・裁量）の維持、不正対策の強化を求め続けた。

こうした経緯を経て、平成29年3月29日、専門委員会において「受領委任制度」導入の方針が強引に決定された。だが、導入にあたっては、健保連が強硬に求めた「不正対策の具体的制度設計」と「受領委任への参加は保険者裁量（選択）」を絶対条件として死守した。

その後、不正対策について検討を続けた専門委員会は、平成30年4月23日、各種不正対策の導入と合わせ、正式に受領委任制度（保険者裁量）の導入を決定した。これにより、厚労省としては以降、「代理受領」方式を一切認めず、受領委任制度の下で厚生局の指導監査を導入した。保険者は「受領委任払い」か「償還払い」を選択し、届出することとなった（31年1月施行）。

一方、導入された不正対策としては、○毎月「支給申請書」を患者・家族に確認のうえ、申請書に署名・押印、○そのうえで毎月支給申請書の写し（又は明細書）を患者・家族に交付、○再同意書の6か月ごとの文書化、○施術報告書の導入（医師が施術者の報告書を確認し再同意）、○問題のある患者を償還払いに戻せる仕組みの導入、○1年以上かつ16回以上の施術は施術継続理由・状態記入書を記載、○32年度までに往療の距離加算を廃止し「施術料」と「往療料」を包括化、○30年度に「往療・距離加算」4区分を2区分とし適正化、○往療内訳書の導入（距離基点と往療が必要な理由を記載）―等。健保連の主張も取り入れられ、（どちらを選択しても）

かなり踏み込んだ不正対策を実現した。

健保連としては、「受領委任への参加は保険者裁量」を勝ち取ったことから、その後の活動として、全健保組合に対し、「償還払い」を選択し保険者機能を発揮することを推奨した。その結果、健保組合においては、組合会での決定を経て、大多数が「償還払い」を選択した（組合全体の81%、令和5年8月時点。他の保険者はほぼ受領委任払い）。また、「問題のある患者を償還払いに戻せる仕組み」について、専門委員会で具体策を検討し、令和3年7月に施行された。

3. 治療用装具療養費改革の経緯

平成31年、愛知県の大手装具業者による総額1億円規模の大型不正事案を健保連・健保組合が告発した。近年、治療用装具療養費においても不正請求が急増し、健保組合では申請時に写真添付を求め等の対策をとっていた。多くの課題が浮き彫りになるなかで、特に既製品装具の不適切な請求が課題として挙げられていた。

療養費の支給対象となる治療用装具は、オーダーメイドで製作されたものが基本であるが、疾病または負傷の治療遂行上必要な範囲のものであれば、既製品であっても保険者判断により療養費を支給することが可能となっている。近年、既製品にかかる申請が増加しているが、「購入基準」（装具の価格）はオーダーメイドを念頭に作られており、既製品に関する基準ではないことから、既製品に関して、療養費の支給対象となるかどうかや、適正な価格（販売費用は自由価格）等が曖昧で、保険者の判断が難しくなっていた。

健保連はかねてより既製品装具について、支給可否の参考とすべく、治療材料と明確に区分し、対象装具をリスト化したうえで適正な価格を設定すべきと主張してきた。

そのため、平成28年8月から治療用装具療養費検討専門委員会に

おいて検討が行われ、既製品のリスト化対象について、○完成品であること、○疾病または負傷の治療遂行上必要なものであること、○オーダーメイドで製作した場合のものと同等もしくはそれに準ずる機能が得られるものと認められるものとの基準を決定し、リスト化が開始された。さらに30年2月から専門委員会の下に設置された「既製品装具のリスト収載等検討ワーキンググループ」で順次検討が進められた結果、計57品目がリスト収載された（令和5年8月時点）。

また、並行して審議されていた「基準価格」（算定方法等）についても、令和4年2月に専門委員会です承され、リスト収載された全既製品に基準価格が決定された。今後の課題は、リスト化の拡大と、価格の検証にもとづく算定方法の精緻化等となる。

一方、リスト化以外では、既製品装具を指示・装着した際の、医師の診療報酬上の評価が大きな問題となっていた。

診療報酬には「治療用装具採寸法」（トレース等による簡単な工程。装具のSMLを選ぶための簡単な採寸は認められない）200点、「治療用装具採型法」（ギプスを用いて立体的に型をとる工程）700点が設定され、治療用装具製作時の医師の関わり具合により認められるものとされていた。既製品の場合はこうした工程をとることはほとんどないが、既製品を指示・装着した等の理由のみで、一部の医師がいずれかの報酬を請求してくるケースが増加していた。健保連としては、既製品での算定はおかしいと厚労省等に抗議し、令和2年度、4年度診療報酬改定の2回（4年）にわたり議論した結果、既製品においては「治療用装具採寸法」は原則算定不可、「治療用装具採型法」は算定不可とされた。これにより、仮に請求があった場合でも、保険者は必要証拠書類をもって支払基金への再審査請求が可能となった。

5 健保連における新型コロナウイルス対応

令和元年末に中国武漢市から発表された原因不明のウイルス性肺炎は、新型コロナウイルスであることが判明し、世界各地に拡大した。日本でも感染者が増加し、政府による「緊急事態宣言」が発出され、社会全体が大きな変革を迫られる状況となった。

健保連も例外ではなく、会員組合や役職員の健康と安全を最優先とした組織的な対応が求められた。

そのため、これまでの出勤・対面を前提とした業務フローを、オンライン会議や在宅勤務、テレワーク導入といったICTツールを活用した体制に転換し、従来の手法と並行しつつ可能な限り事業の継続を確保するよう組織全体で取り組んだ。

本項では、健保連が事業を継続するためにこの状況下で、どのようなコロナ対応を行ったのか、その経緯と取り組みについて記述する。

1. 各種会議の書面審議への対応

国内での感染者が散発的ではあるものの全国的な広がりを見せ始めた令和2年2月、開催の予定であった第205回総会（定時）を、感染予防および拡大防止に努める必要があることから、急遽中止し、新たな対応を模索することとなった。当初、本会の規約および関係諸規程には書面審議の規定がなかったため、書面審議の実施の同意を求めたうえで、非常時の際の初めての試みとして書面による審議を行うこととした。

同様の対応は、理事会や常任理事会、各種委員会においても行い、令和2年7月、理事会および総会において、災害や感染症、その他やむを得ない理由により会議を招集することが困難な場合には、オンライン会議（※）および書面審議の実施が可能であること

を確保するため、関係諸規程の改正を行った。これにより、対面会議が難しい状況下でも、適切な意思決定が行えることとなった。

以降、総会および理事会については書面審議として開催することで、感染リスクを最小限に抑えながら、事業の継続を確保してきた。そして令和4年7月以降、感染状況を注視しつつ、対面による会議を再開し、より効果的なコミュニケーションを実現した。（※オンライン会議については「2. 各種委員会のオンライン会議への対応」を参照）

2. 各種委員会のオンライン会議への対応

令和2年4月、政府から初めての「緊急事態宣言」が発出され、新型コロナウイルスの感染拡大を抑えるため、国内外でさまざまな制約が課された。健保連もそのなかで、会員組合サービスをはじめとした各種事業の展開や政策提言などに関わる各種委員会の活動を継続する必要がある、安全と健康を保護するために柔軟な対応が求められた。

そのため、厚生労働省や民間企業などでの導入事例を参考にオンライン会議の導入を検討し、機器の導入や各委員組合の環境確認、接続確認など多岐にわたる準備に着手した。そして令和2年6月、初の試みとして、常任理事会をハイブリッド方式で開催した。この導入は、会議の効率性を保ちつつ感染予防策を確立する重要な一歩であった。

オンライン会議の導入は、各種委員会にも拡大され、その後の活動において大きな影響を与えた。オンライン会議の採用により、地理的な制約を超えて参加者が意見を交換し、議論を深めることが可能となった。この新しいコミュニケーション手段は、常任理事会や各種委員会だけでなく、政府の各種審議会や会員組合、都道府県連合会との協議などにおいても取り入れられ、移動時間や日程的な制

約を一定程度、解消することにつながり、多くの成果を上げることができた。

令和5年5月、コロナ感染状況が一定の収束に向かったものの、状況の変動や委員の都合を考慮し、原則として対面参加を行いつつも、オンライン会議の併用を継続している。この新しい運用スタイルは、対面審議や懇親を深める観点からは、十分とは言えない面もあるが、今後のポストコロナ時代において柔軟性を保ちながら効果的なコミュニケーションを実現する重要な手段の1つとなっている。

3. 時差出勤・在宅勤務の導入

新型コロナウイルス感染拡大が続くなか、国と地方自治体から、平日および夜間の外出自粛、時差出勤、在宅勤務等が要請された。当時の状況からは、新型コロナウイルスの影響の長期化について考慮する必要があり、臨時の勤務時間変更措置に加え、職員の在宅勤務を踏まえた勤務体系を暫定的・臨時的に導入することとなった。

令和2年4月より、臨時の勤務時間変更に加え、職員に在宅勤務を取り入れる勤務体系を導入した。導入にあたり、健保連ネットワークにVPN接続を可能とする環境を整備し、各職員の在宅用端末を提供した。さらに、在宅でも内部決裁を可能にする電子決裁システムを導入し、職員が在宅でも事務所内と同等の業務を遂行できる環境を整えた。

この取り組みは、新型コロナウイルス感染症の感染予防上の分類が5類へ変更される令和5年5月まで継続し、その後、一時的な措置として実施してきた在宅勤務と時差勤務は廃止した。

以降は、新たに創設された在宅勤務制度および柔軟な勤務時間に移行し、職員の健康と業務効率を両立させる環境を確立することができた。

4. 新型コロナウイルスワクチン対応プロジェクトチーム

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、政府は令和2年秋、新型コロナウイルスワクチンの住民接種（自治体接種）を進める方針を打ち出した。さらに、自民党の「新型コロナウイルスに関するワクチン対策プロジェクトチーム」からは「健保組合を通じた職域の接種ルート等の構築」などを含む提言が公表された。

これを受け、健保連では、健保組合、健保連にとって重要課題であるとの認識のもと、急遽、令和3年2月22日の常任理事会（書面審議）において、常務理事組合を中心とする「新型コロナウイルスワクチン対応プロジェクトチーム」（座長：安田日本興亜健保組合）を設置し、健保組合による職域接種の可能性を検討することとした。

初回のPTは3月5日に開催し、健保組合を通じた職域の接種ルート等の構築にあたって、健保組合・健保連として協力する場合の協力体制のあり方などを議論した。

5月に入ると国民世論の高まりもあって、政府の接種事業全体も急展開をみせた。菅義偉総理が「1日100万回接種目標」を表明したほか、自衛隊の大規模接種会場の立ち上げ、河野太郎ワクチン担当相による経済団体等への協力要請なども行われた。

健保連としても、国民の健康を守る保険者としてワクチン接種に積極的に協力する方針のもと、5月31日に、加藤勝信内閣官房長官に要請書を手交。要請書では、▽ワクチン接種に関する事業主、労働組合、加入者からの要望に応えるためにも健保組合も企業と連携しながら職域接種を進める、▽ワクチンの安定供給、接種者の要件・確保、接種記録の管理、副反応への対応、接種にかかる諸費用への公的支援等、法制上の問題の解決などを要望した。

こうした状況のなか、政府は正式に職域接種の実施と募集を開始した。6月21日から企業において職域単位のワクチン接種を開始す

ることとし、ワクチン配送や接種データ登録等の手続きも公表された。

第4回目となった6月4日のPTでは、厚生労働省の大坪寛子大臣官房審議官を招き、急遽、職域接種に関する説明会を開催して、職域接種における健保組合・事業主に求められる接種体制や今後の工程スケジュール等について説明を行った。

さらにPT事務局では、6月22日に「職域接種に係るWEB説明会」を開催。厚生労働省から職域接種の実施にかかる説明とともに、健保組合が職域接種を実施する際の実務的なQ&Aも示された（約1,000名が視聴）。

一方、職域接種に向けた準備が始まりつつあった6月23日、河野ワクチン担当相は、職域接種に用いるモデルナ製ワクチンの供給量が上限に迫り、可能配送量も限界に達しつつあることを理由に、同月25日午後5時で職域接種の新規受付を一時休止することを発表した。突然の方針変更で職域接種を検討中の健保組合や企業にも混乱が広がり、健保連PT事務局にも問い合わせが集中した。

PT事務局では、こうした緊急的な状況に対応し、また、中長期的な実施体制を設計することも想定し、健保組合にとってより適切な施策の方向性を検討するため、すでに自治体接種事業において経験と知見を有するコンサルティング会社とコンサル契約を締結し、各組合の適切な職域接種の体制・方法を設計・サポートすることとした。

また、職域接種の受付再開を睨み、すでに接種を実施している健保組合の実例を紹介し、円滑な接種事業に資することを目的に、7月27日に健保連主催の「職域接種に係るWEB事例報告会」を開催。座談会形式で4組合の実務担当者が自組合の実例などを紹介し、約300名が視聴した。

7月29日には、健保連役員が公明党の厚生労働部会・健保組合議

員懇話会合同会議のヒアリングに参加し、7月に実施した追加アンケートについて、接種開始の遅延に伴い、医療従事者・会場等の契約期間延長・キャンセル等により9会場で4,700万円強の追加費用が発生しているなどを報告。職域接種においては、多くの健保組合も対応しているとして、▽ワクチンの早期かつ安定的な供給、▽申請中の接種会場の審査の迅速化、▽追加費用が発生した組合への財政支援などを要望した。

その後、衆参両院の厚生労働委員会において職域接種の問題が取り上げられ、ワクチン供給の正常化や接種に取り組む健保組合への必要な支援などの質疑が行われた。

10月8日の第7回PTでは、今後のプロジェクトチームの検討体制について審議した。政府から追加接種（3回目接種、ブースター接種）の実施が表明されていることから、▽健保連本部における国・厚生労働省との交渉や情報収集、健保組合への最新・重要情報の伝達は継続する、▽事例等の蓄積・共有など実施方法を簡素化・標準化したうえで、都道府県連合会等との連携を含めた業務の定常化を図ることとし、PTの会合は今回で休止し、今後状況に応じて開催することが決定された。また、事務局から、最近の動向等や新型コロナウイルスワクチン職域接種にかかる事例集を発行（イントラ掲載）したことを報告した。なお、複数の委員からは、職域接種を行う健保組合等への支援として、健保連のサポート体制が非常に有用であったなどの意見があがった。

その後12月1日には、職域における新型コロナウイルスの追加接種について、厚生労働省担当官による説明会を開催した。なお、PT事務局では、最新情報の伝達の一環として、メールマガジンを発行し、健保組合および事業主等への配信を継続した。

6 健保組合間の共同事業

健保組合に対する支援事業は、財政面における支援として、高額な医療費が発生した健保組合を助成する高額医療交付金交付事業や財政が窮迫している健保組合を助成する組合財政支援交付金交付事業を行っている。なお、これらの交付金交付事業は、健康保険法附則第2条に定められており、事業の根幹に関わる事業規模や調整保険料率の決定、事業実施規程の改変などは、厚生労働大臣の承認が必要な事業となっている。事業の実施については、「交付金交付事業委員会」が担っており、同委員会において運営方針や申請・交付等について審議・検討され、必要な案件によっては「理事会」、「総会」にも諮って運営されている。

交付金交付事業の事業規模は、法定事業として開始された昭和56年度以降平成22年度まで基本調整保険料率1000分の1・2（任意事業時代も両事業満年度実施した昭和54年度以降は1000分の1・2）であったが、平成23年度に事業発足後初めて引き上げを行い、現在1000分の1・3となっている。そのうち、両事業にどのように配分するかは、毎年度予算総会で決定しているが、これまでの運営は引き上げ前を含めて原則として高額医療交付金交付事業に1000分の1（平成14年度のみ高額1000分の0・9、財政支援1000分の0・3）、組合財政支援交付金交付事業に1000分の0・3（引き上げ前は0・2）となっている。

しかし、この事業配分については、法定準備金水準の見直しに伴う交付金資産基準の引き下げ等により、組合財政支援交付金の交付額の減少が見込まれること等から、平成28年度に特例的な措置（特例配分）として、高額医療交付金交付事業に1000分の1・1、組合財政支援交付金交付事業に1000分の0・2へと見直しが行われた。これ以降、特例配分については、高額医薬品の保険収載が

相次ぎ、高額医療交付金の交付額の増加が見込まれることへの対応や、組合財政支援交付金の積立金財源を適正な水準に近づけることを目的に、当面の間、これを維持することとした。

1. 過去10年間の高額医療交付金交付事業

交付額の算定について、平成25年度から令和3年度までについては、レセプトの決定金額から交付基準額（一般疾病120万円、特定疾病40万円）を控除したもののうち、200万円以下部分については2分の1、また200万円超は全額を交付対象とした。なお、交付対象部分に乗じられる交付率については、400万円超部分については100%とした。また、医療費の高額化により交付申請件数・交付額が増加傾向であることに加え、拠出金収入の伸びに大きな変動はなく、年々交付率の低下が見込まれていたことから、平成30年度から令和3年度までの間については、組合財政支援交付金の積立金を活用し、概ね交付率60%の維持を図る対応を実施した。その後、特に400万円超の交付対象額の伸びが著しいことや、新型コロナウイルス感染拡大の影響により拠出金収入の減少が見込まれていたこと等を踏まえ、積立金の活用が終了することも見据え、交付基準の見直しを実施することとした。

具体的には、交付対象範囲を縮小し、より高額な医療に重点配分することを基本的な考え方として、当面の交付基準の目標を一般疾病・特定疾病ともに、決定金額200万円超のレセプトに統一し、500万円以下部分については2分の1、また500万円超は全額を交付対象とし、500万円超部分については100%交付に設定することとした。

ただし、基準見直しによる影響を緩和する観点から、交付基準は令和4年度以降に2段階で引き上げることとし、4年度に実施した第1段階目の交付基準は、レセプトの決定金額から交付基準額（一

般疾病150万円、特定疾病100万円)を控除したもののうち、500万円未満部分については2分の1、また500万円超は全額を交付対象とし、交付率については500万円超部分については100%とした。

なお、第2段階目の基準見直しの実施時期については、当初、令和6年度を用途とすることとしたが、5年の通常国会に提出された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」の成立により、6年度から高額医療交付金交付事業への国庫補助(約100億円)が制度化される見通しとなったこと等を踏まえ、見直し時期を7年度以降とする方針を決定した。

2. 過去10年間の組合財政支援交付金交付事業

(1) 交付基準と交付金算出額等の変遷

組合財政支援交付金交付事業は、法定給付費や高齢者納付金等の所要保険料率が一定水準を超え、かつ保険料率が一定基準以上であり、さらに保有資産が必要準備金の一定割合未満の組合に対し、その組合の財政窮迫度(法定給付費等所要保険料率の度合)に応じて交付金を交付する事業である。ちなみに令和4年度の場合、法定給付費等所要保険料率が1000分の96超、保険料率が1000分の100以上、保有資産が政令で定める必要準備金(保険給付費分の2か月分相当+納付金等分の1か月分相当)の1.5倍未満の3条件に全て該当する組合が申請できる交付金となっている。

この財政支援の基本的仕組みは、平成23年度に交付基準を前年度実績から当該年度実績にもとづく交付に変更したほかは、基準値の見直しはあるものの、ほぼ昭和53年度の事業発足当初から3条件の基準にもとづく仕組みは変わらずに現在に至っている。平成22年度までは、「財政窮迫組合交付金」としていたが、23年度以降の事業

の見直しによって、現在の「組合財政支援交付金」となった。

また、交付を受ける組合の運営努力を反映させる観点から、平成2年度より付加給付を実施している組合については、交付対象額から付加給付実施額を控除することとした。

さらに、平成9年度から①付加給付のうち一部負担還元金及び家族療養費付加金を通年で実施している組合、②賦課保険料率の被保険者負担割合が著しく低い組合、③2年連続して交付を受けた組合で賦課保険料率を引き下げた組合に対して、交付額から一定割合を控除し、当該組合における財政健全化に向けた一層の自助努力を促すこととした。これら交付金の査定控除の取扱いは、これまで理事会決定で別途定めていたが、23年度の改正の際、交付金交付事業実施規程施行細則において、明示することとなった。その際、③の査定控除については、2年連続交付を受けた組合ではなく、交付を受けた当該年度もしくは翌年度に一般保険料率を引き下げた組合は交付対象外とする形で整理した。

平成25年度以降は、直営保養所を有し当該年度も運営する組合については交付額から一定割合を控除することとした。さらに、27年度以降は、同年度以降に1回以上、付加給付実施額を控除されているにもかかわらず、控除を受けた年度の翌年度以降も付加給付を実施している組合については、交付額から一定割合を控除することとした。

平成17年度から21年度の交付基準は、直近の解散組合の増大を踏まえ、組合制度を維持するという観点から、政管健保(後の協会けんぽ)の保険料率を指標にして交付基準の見直しを行った。保険料率基準は政管健保と同率の1000分の82以上とし、同様に法定給付費等所要保険料率基準については1000分の79超とした。保有資産基準は前年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金(3か月分相当)未満で、改正なしとした。

平成20年度の高齢者医療制度の改正にあわせての「財政窮迫組合交付金」の交付基準についての見直しは行わず、20年度から22年度までは新たな交付金事業である高齢者納付金等負担軽減交付金、緊急支援交付金と並行して実施することとなった。23年度以降は、3つの交付金を健保組合の解散抑止を目的とした「組合財政支援交付金」として一本化することとなった。

また、高齢者医療制度の改正後の影響を踏まえて、財政窮迫組合交付金事業の見直しを平成22年度、組合財政支援交付金交付事業の見直しを23年度に行い、①法定給付費等所要保険料率基準は1000分の88超、②保険料率基準は1000分の93・4以上、③保有資産基準は、前年度末（23年度は当年度末）の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（3か月分相当）未満の3条件で整理した。また、23年度から③の保有資産基準で、保有資産が政令で定める必要準備金水準を上回っても、上回った相当額が交付相当額未満であれば、差額分が交付される「基準以上控除方式」を採用した。

平成24年度は、①法定給付費等所要保険料率基準は1000分の90超、②保険料率基準は1000分の95以上、③保有資産基準は前年度と同じの3条件に見直した。

平成25年度から30年度は、①法定給付費等所要保険料率基準は1000分の97超、②保険料率基準は1000分の100以上、③保有資産基準は、当年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（保険給付費分の3か月分相当+納付金等分の1か月分相当）未満、基準以上控除方式の3条件に見直した。また、③保有資産基準について、26年度中の政令改正に伴い、27年度以降の基準においては改正後の政令で定める必要準備金（保険給付費分の2か月分相当+納付金等分の1か月分相当）未満となった。

令和元年度から4年度は、①法定給付費等所要保険料率基準は1000分の96超、②保険料率基準は1000分の100以上、③保

有資産基準は、当年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（保険給付費分の2か月分相当+納付金等分の1か月分相当）の1・5倍未満、基準以上控除方式の3条件とし、健保組合を取り巻く状況や財政状況等を踏まえ、①と③の交付基準を緩和する方向で見直した。

(2) 組合財政支援交付金以外の交付の実施

「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律」の規定による改正健康保険法で定める、1週間の所定労働時間等が同一の事業所に使用される通常の労働者の4分の3以上に満たない短時間労働者のうち、従業員50人以上の企業で週20時間以上働くなど一定の要件を満たす者に対して適用拡大する取扱いが平成28年10月から施行された。

これにより、特定の業種の健保組合においては、報酬の低い被保険者が増加し、1人当たり総報酬額が低下する一方、法定給付費の負担が増大することにより、組合財政が急激に悪化することが想定された。特に組合財政支援交付金の交付対象外の組合でその影響が大きく、解散を検討する組合の増加も懸念されたことから、国の補助金と連携して、組合財政支援交付金とは別建ての「適用拡大緊急支援交付金」の交付を平成28年度から30年度の各年度に実施した。

「適用拡大緊急支援交付金」は、短時間労働者が多く加入する組合に対して、法定給付費の負担増の一定部分を支援することとした。また、国の補助金と連携して事業を実施することとし、軽減対象部分のうち、国の補助金が3分の2、交付金が3分の1をそれぞれ持ち合うこととした。事業の財源は、組合財政支援交付金交付事業分の拠入金収入と交付額との差額を充てることとし、不足する場合には積立金を活用することとした。また、組合財政支援交付金の交付対象組合が、重複して交付対象となる場合には、何れかを選択して申請できることとした。

この交付金の交付基準は、次の⑦から⑩の4条件に全て該当する組合とした。⑦平成28年度の基準が「28年10月から翌年2月までの各月末の被保険者数の平均に占める短時間労働者である被保険者数の平均の割合が3%以上の組合」、29年度及び30年度の基準が「当年3月から翌年2月までの各月末の被保険者数の平均に占める短時間労働者である被保険者数の平均の割合が2%以上の組合」、⑧当年度の法定給付費所要保険料率が27年度の法定給付費所要保険料率より1000分の1・5を超えて上回る組合、⑨当年度4月1日現在の保険料率（一般＋調整）が1000分の97以上の組合、⑩当年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（保険給付費の2か月分相当＋納付金等分の1か月分相当）の300%未満の組合。

なお、交付基準⑦の「短時間労働者」には、特定適用事業所に従事する平成28年4月以降に資格を取得した被保険者で、週の所定労働時間等が一般被保険者の4分の3以上の短時間労働者を含み、交付基準⑧⑨⑩は28年度から30年度の共通の基準となっている。

(3) 組合運営サポート事業の実施

高齢者医療費の負担構造改革がなかなか進まず、解散に踏み切るような組合が増加することが懸念されるなか、厚生労働省は、規模組合の解散報道等を受け、「財政が悪くなる前の段階で適切な財務指導等にもとづく指導・相談体制の構築」等を検討することとし、平成30年8月末に行われた31年度予算概算要求において、「健保組合に係る保険者機能強化支援事業」として新規要求し、財政健全化に向けた取り組みを支援することとした。同事業については、後述の国の保険者機能強化支援事業・補助金の交付財源となる予算額が令和元年度から3年度の政府予算において計上された。

こうした状況等を踏まえ、健保連においても従来の交付金交付事業に加え、財政が苦しいなかで保険者機能を発揮できない等の組合

に対して支援・サポートを行い、保険者機能・運営基盤の強化を図ることを目的とする事業として、「組合運営サポート事業」を実施することとし、平成30年10月の交付金交付事業委員会で実施方針等を決定し、12月の理事会において承認された。

第1期のサポート対象組合については、平成30年11月に対象基準年度である29年度決算見込みにより132組合を選定し、今後の事業運営等の参考とする財政指標・資料を提供するとともに相談対応等を開始した。

令和元年度の組合運営サポート事業は、7月の総会で11のサポートメニューを実施することを決定。11のメニューは、①受診率向上策を盛り込んだ全体研修会、②個別研修会、③個別コンサルティング、④保健事業に関するコンサルティング、⑤特定保健指導、都道府県連合会共同事業分、⑥遠隔特定保健指導、⑦巡回サービスによる被扶養者向けの特定健診、⑧被扶養者向けのイベント型特定健診、⑨健康管理アプリ、⑩健康管理WEBサービス、⑪禁煙サポートとし、各サポート対象組合の参加意向等を踏まえ、必要に応じたサービスを提供した。

併せて、サポート対象組合のなかで特に財政が苦しい組合に対しては、交付財源として令和元年度から3年度の政府予算において計上された国の保険者機能強化支援事業・補助金と合わせて重点的に支援するために、組合運営サポート事業の一環として「組合運営サポート事業緊急支援助成金」の交付を実施した。元年度から3年度の各年度の組合財政支援助成金とは別建ての交付で、助成金の財源は積立金としたが、組合財政支援助成金交付事業分の拠入金収入の範囲内で支出が可能な場合は積立金を活用せず、拠入金収入から充てるものとした。

令和2年度は、対象基準年度である平成30年度決算見込みで、サポート対象となる組合を追加して計142組合となり、サポートメ

ニューに生活習慣病等の重症化予防（前期高齢者対策）を追加した。

令和3年度は、対象基準年度である元年度決算見込みで、サポート対象となる組合を追加して計155組合となった。3年度で第1期は終了。

令和4年度が事業実施初年度となる第2期のサポート対象組合については、対象基準年度である2年度決算見込み及び元年度決算において、98組合を改めて選定した。なお、新型コロナウイルスの影響を踏まえて、2年度決算見込み数値だけでなく元年度決算数値もサポート対象組合の適用対象とした。第2期のサポートメニューは、第1期の実施状況や実施組合からのニーズ等を踏まえ、①研修、②個別コンサルティング、③特定保健指導、都道府県連合会共同事業分、④遠隔特定保健指導、⑤巡回サービスによる被扶養者向けのレディース特定健診、⑥被扶養者向けの施設型レディース特定健診、⑦健康管理アプリ、⑧健康管理アプリ（40歳未満の保健指導を含む）、⑨禁煙サポート、⑩生活習慣病等の重症化予防（前期高齢者対策）の10のメニューとし、サービスを提供した。

サポート対象組合の対象基準は、①対象基準年度の4月1日現在の保険料率（一般＋調整）が1000分の95以上、②対象基準年度の法定給付費等所要保険料率が1000分の90超、③対象基準年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（保険給付費分の2か月分相当＋納付金等分の1か月分相当）の300%未満の3条件に全て該当する組合とした。

「組合運営サポート事業緊急支援助成金」の対象基準は、①平成30年2月1日の保険料率（一般＋調整）が1000分の95以上、②29年度の法定給付費等所要保険料率が1000分の90超、③29年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（保険給付費分の2か月分相当＋納付金等分の1か月分相当）の200%未満、④

27年度から29年度の経常収支が3年連続赤字、⑤国の保険者機能強化支援事業・補助金の申請、交付組合の5条件に全て該当する組合とした。

7 保健事業の推進

わが国は、昭和61年に男女ともに平均寿命世界一を達成し、高齢化率は29・0%（令和4年10月1日現在）と超高齢社会を迎えた。この過程で、政策目標は長寿をめざすことから健康寿命の延伸に変わり、いま働き盛り世代の健康増進に努める健保組合の役割が注目されている。

これまでも健保組合は他の保険者に先駆け、健康づくり事業を積極的に展開してきたが、その取り組みの変遷を振り返ると、第1の節目¹は平成12年に始まった健康日本21による1次予防の重視の考え方、第2の節目²は20年に施行された「高齢者の医療の確保に関する法律」にもとづく特定健診・特定保健指導の実施義務、第3の節目³は23年からの医療機関のレセプト完全電子化であった。

その後、政府が発表した「日本再興戦略」（平成25年6月閣議決定）では、国民の健康寿命の延伸が重要な柱に掲げられ、データヘルズ計画はこれを実現するための新たな仕組みとして、すべての健保組合に対してレセプト等のデータ分析にもとづく保健事業（データヘルズ）が求められることとなった。

データヘルズ計画は、平成27年度からの3年間を第1期計画とし、この試行期間を経て、30年度からの6年間を第2期計画として本格稼働するに至り、人生100年時代を目前とする世界最高水準の長寿国・日本が抱える社会課題の解決に資する重要な事業基盤として定着することとなった。

健保連は健保組合の予防・健康づくりの深化を支援すべく、健康開発共同事業として、都道府県連合会に対する共同保健事業等への支援・助成事業、保健師の共同設置事業、健保連人間ドック健診による疾病予防事業、健康強調月間の実施、保養所等共同利用事業、各種保健事業研修会の開催、体力づくり優秀組織表彰（文部科学省）への健保組合推薦、保健事業に関する調査研究および情報提供など、各種事業を行っている。

以下、特定健診・特定保健指導ならびにデータヘルス計画を中心に、健康開発共同事業の概要を記述する。

〔健康開発共同事業の概要〕

1. 特定健診・特定保健指導の円滑運営と同事業見直しへの対応等

(1) 特定健診等実施率向上への支援

特定健診・特定保健指導は、保険者の法定義務である。各健保組合は「高齢者の医療の確保に関する法律」にもとづき、特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等実施計画を定めている。第1期（平成20年度から24年度）および第2期（平成25年度から29年度）は5年・一期としていたが、医療費適正化計画が6年・一期に改正されたことを踏まえ、第3期（平成30年度から令和5年度）以降は実施計画も6年・一期として策定することとなり、令和6年度からは第4期を迎える。

これと合わせ、平成18年の医療制度改革において、特定健診・特定保健指導の実施率等により後期高齢者支援金の額を加算または減算する「後期高齢者支援金加算・減算制度」が創設され、数次の改正を経て現在に至っている。

健保連は特定保健指導の実施率向上への支援として、加入者の働き方など個々の実情に見合った指導内容とすることができ、腹囲2cm以上かつ体重2kg以上の減少という明確な目標が対象者の行動変

容に繋がりやすい「モデル実施」（積極的支援の弾力措置）を都道府県連合会と協働し、横展開を図った。以下、令和3年度の取り組みである。

・健保連本部と新潟連合会との共同研究であるモデル実施「新潟モデル」を日本人間ドック学会へ原著論文として投稿（令和3年日本人間ドック学会学術誌V.01.35に掲載）

・厚生労働省検討会で新潟モデルの効果検証結果を発表（令和4年1月）

・新潟モデルを都道府県連合会の研修会等で教材として使用し普及啓発

・令和2年度組合運営サポート事業で開発した特定保健指導のモデル実施プログラムを円滑化補助金事業（特定保健指導都道府県連合会共同事業）により普及開始 ―等。

(2) 第4期特定健診・特定保健指導への対応

第4期に向けた議論は、令和3年度に厚労省の検討会等で集中的に審議されることとなったが、それに先立ち、第1回検討会（令和3年3月29日・書面審議）では、健保連の保険者機能推進委員会における議論や都道府県連合会に所属する共同設置保健師へのアンケート結果等を踏まえ、意見書を提出。健保連は、今後の対応として以下の基本方針を決定した。

■効果検証：制度開始から10年以上経過したことを踏まえ、様々な観点からの効果検証

■特定健診（健診項目や対象の精査）…

▽特定健診と安衛法健診の健診項目・フォーマットの統一

▽性別ごとの健診項目

■特定保健指導（効果的な保健指導の確立）…

▽180pt未満の特定保健指導であるモデル実施

の制度化

▽情報提供、動機付け支援の拡大

▽受診勧奨の評価

その後、厚労省の検討会に2つのワーキンググループが設置され、実務的な課題の検討が進められた。令和5年3月29日、厚労省の検討会に同ワーキンググループより報告された第4期の主な見直し事項は次のとおり。▽事業主健診との平仄を合わせる、▽質問項目の改善状況把握のための見直し、▽特定保健指導におけるアウトカム評価（腹囲2 cm以上かつ体重2 kg以上の減少の達成等）の制度化と行動変容を評価する仕組みの導入、▽保健指導開始後の服薬者に対する取扱い、▽健診当日の初回面接およびICT活用の推進等。おおむね健保連の主張にもとづいた見直しが行われることとなった。

(3) 第4期以降の後期高齢者支援金加算・減算制度等への対応

令和3年度の保険者機能推進委員会では、翌年度から検討が始まる第4期以降の加算・減算制度のあり方について、厚労省の検討会での議論に備えて健保連としての主張の方向性を確認した。

令和4年度における厚労省の検討会等では、健保連は以下の主張を展開し、制度見直しへの反映を強く求めた。

- ・効果検証を踏まえた制度の抜本的な見直し
- ・減算の財源について、国庫補助金を原資とする見直し
- ・制度横断的な効果検証とインセンティブの原資のあり方等の検討の継続。合わせて、これらの検討に必要な議論の場の設置

令和5年3月30日開催の厚労省の検討会において、第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直しのあり方が決定されたが、このなかで制度横断的な効果検証等については、議論の場を含めて継続して検討する方向が示された。

また、健保連は、後期高齢者支援金の加算対象基準の引き上げに

伴い、令和3年度より加算組合等に対する都道府県連合会と連携した新たな支援に着手。いわゆる算定省令の基準を満たす組合に対する加算除外の申出支援と、次年度以降の特定健診等実施率の底上げ支援の二本立てとして展開し、加算除外に係る申出支援では42組合を加算除外（対前年度比22組合増）へ導いた。

(4) 集合契約Aタイプ・Bタイプに関する対応

集合契約（A）および（B）の円滑な事業運営と健保組合における一層の活用に向け、契約機関・団体との協調体制を強化するとともに、保険者協議会の代表保険者である健保組合・都道府県連合会に対して契約業務等の支援を行った。

また、決済代行業務に係る事務手数料については、適正な単価設定に向け、健保連、協会けんぽ、支払基金の3者による協議を毎年実施し、令和3年度（4年度単価）は前年度比31円減の183円で妥結した。

(5) 都道府県連合会に対する健康開発共同事業等への支援

都道府県連合会に対する健康教育および健康づくり事業等に関する情報の提供、各都道府県連合会が健康開発共同事業を促進するために必要な経費の助成を行った。

2. データヘルス・健康経営の推進に向けた支援

厚労省が推進するデータヘルスの取り組みは、平成27年度の制度施行時から経済産業省が推進する健康経営と省庁の垣根を越え、車の両輪として推進されてきた。健保連が行ったデータヘルス・健康経営に関する支援を中心に、25年度から時系列で紹介する。

(1) データヘルスの黎明（平成25年度～26年度）

平成25年3月、健保連の健康開発共同事業委員会（現・保険者機能推進委員会）に招聘した厚労省保険課長から、健保組合が保有する特定健診等結果データとレセプトデータを用いた分析により、根

拠にもとづいた保健事業を健保組合と事業主が連携して実施する「コラボヘルス」を推進していく方針が示された。同年6月には、全組合に対し、「データヘルス計画」の取り組みを求めるとされた経緯等の説明が行われた。

これと並行し、先駆的に保健事業に取り組み保険者の事例を収集し、情報共有を図るため、厚労省・経産省・内閣府により、健保連、協会けんぽ、国保中央会等関係団体や有識者が参加した、共同ヒアリングおよび有識者の意見聴取等が行われた。これらを踏まえ、『データヘルス事例集』（第一版）を取りまとめ、同年9月13日に公表した。

また、一連の方針を踏まえ、健康保険法にもとづく保健事業の実施等に関する指針が改正され、平成26年3月31日付保発0331第25号として発出された。

さらに、翌27年度から開始されるデータヘルス計画の普及・啓発事業として、国の円滑化事業補助金を活用し、「データ分析に基づく保健事業立ち上げ支援事業（普及啓発・指導）」を実施するとともに、各組合のデータヘルス計画作成に対して、以下のような側面の支援を行った。

- ・データヘルス計画推進会議の設置（厚労省と共同設置）
 - ・データヘルス計画説明会・シンポジウム（事例発表会）の開催
 - ・データヘルス計画作成の手引、データヘルス計画事例集の作成
 - ・データヘルス計画に関する事業主等への周知 ー等。
- (2) 第1期データヘルス計画の始動と健康経営の普及促進（平成27年度～29年度）

平成27年度から始まった「データヘルス計画」（第1期）の普及・啓発事業として、国の円滑化事業補助金を活用し、各組合のデータヘルス計画実施に向けた側面的支援を実施。翌28年度は、データヘルス計画の更なる推進を図るため、以下の支援を実施した。

・実行面にかかる支援（データヘルス計画アドバイスシートを提供するとともに、同シートの活用方法に係る説明会を開催）

・第2期計画作成に向けた支援（適切な評価指標等をテーマに研修会の開催、厚労省と連携しテキストを企画・作成）

・専門職への支援（都道府県連合会と本部による支援体制を整備）

さらに、第1期計画の最終年度である平成29年度には、データヘルスが本格稼働となる第2期計画の考え方等をテーマに全国説明会を開催。計画策定の側面支援として、テキストおよび動画教材の作成、提供も実施した。

また、平成27年7月に保険者団体、経済団体、医療関係団体等32の民間組織や有識者による「日本健康会議」が発足し、8つの宣言「健康なまち・職場づくり宣言2020」が採択されたことから、目標達成に向けて関係省庁・団体と連携を図り、その推進方策を検討した。29年度も、健康経営・健康宣言の普及促進のため、日本健康会議および関連ワーキンググループに引き続き参画したほか、都道府県連合会における健康宣言事業への基盤整備を行い、宣言4「健康経営に取り組み企業500社以上」・宣言5「健康宣言等に取り組み企業1万社以上」に掲げる目標達成に貢献した。

(3) 健康経営・コラボヘルス推進によるデータヘルス計画の円滑実施（平成30年度～令和元年度）

平成30年度より厚労省が発出する「健康スコアリングレポート」について、活用における留意点等を周知したほか、コラボヘルスの一層の推進に向け、健康スコアリングレポート活用に関する説明会を厚労省、経産省連携のもとで開催した。さらに、東京商工会議所が発行する『健康経営ハンドブック2018』の作成に協力し健康経営の普及・啓発を行い、健康経営・コラボヘルス推進に向けた健保組合への側面支援を行った。

令和元年度も日本健康会議および関連ワーキンググループに参画

し、経産省と連携のうえ、都道府県連合会における健康宣言事業を支援し、宣言4「健康経営に取り組み企業500社以上」・宣言5「健康宣言等に取り組み企業3万社以上」に掲げる目標達成に貢献した。

また、平成30年度から始まった第2期データヘルス計画の円滑な実施に向け、厚労省との連携のもとデータヘルス・ポータルサイト活用に資する説明会を開催し、同サイト導入の成果物としてデータ分析結果等を公表した。令和元年度は、健保組合における事業検討への側面支援として、他の被用者保険に先駆け導入したデータヘルス・ポータルサイトに蓄積されたデータを活用し、健康課題や事業内容等をパターン化して集計・分析を行い、結果を公表した。

(4) 第2期計画の中間評価・見直しの支援と分析フィードバック
(令和2年度～3年度)

令和2年度は第2期計画の中間評価・見直しの実施時期に当たることから、これまでの取り組みの評価と後半3年分の見直しを行うための視点等について、パターン別実施状況のフィードバックや各種資料の作成・提供のほか、厚労省と共催でWeb説明会を開催するなど健保組合における計画の見直しを支援した。第2期計画の中間評価・見直しの内容は3年度における都道府県連合会の研修会においてフィードバックし、健保組合における計画の見直しを支援した。

3. データヘルス計画・共同保健事業の推進に向けた支援

令和3年度は共同保健事業の一層の推進が図られることを視野に入れ、都道府県連合会等が主体となる共同保健事業の取り組みをデータヘルス・ポータルサイト上で検索・閲覧することができる機能を実装したほか、厚労省と共同作成した『保健事業の共同実施推進ガイド』の提供、全国説明会・地区別意見交換会（都道府県連合

会）を共催して行うなど多角的な支援を行った。

このほか、厚労省主催の「データヘルス・予防サービス見本市」では、令和3年度に「成果連動型民間委託方式（PFS: Pay For Success）」による保健事業のバリエーションアップに向けて」（厚労省との共同企画）をテーマに講演、2年度に「保険者共同による保健事業の推進に向けて」（厚労省との共同企画）をテーマに講演ならびに有識者とのパネルディスカッションを行った。

4. 各種健康開発共同事業の推進

(1) 特定健診・特定保健指導の集合契約

全国の健診・保健指導機関を利用できる環境を確保する方法として、代表同士で包括的な契約を行う「集合契約（Aタイプ・Bタイプ）」の仕組みが導入された。令和3年度は、Aタイプに890、Bタイプに840の健保組合が委任している。

① 集合契約（Aタイプ）

各健診機関が所属する関係中央団体（日本人間ドック学会・日本病院会、日本総合健診医学会、全日本病院協会、全国労働衛生団体連合会、予防医学事業中央会、結核予防会）との間で特定健診・特定保健指導に関する契約を締結している。全国に2,299（令和4年3月）の契約実施機関がある。

② 集合契約（Bタイプ）

各都道府県の保険者協議会で選出された「代表保険者」と都道府県医師会等の「契約取りまとめ機関」が特定健診・特定保健指導に関する契約を締結している。全国に44,885（令和4年3月）の契約実施機関がある。

健保連は、これら集合契約A、Bの契約先である特定健診・特定保健指導機関の情報を健保連のイントラネットおよびホームページにて、健保組合やその加入者に提供している。

(2) 健保連人間ドック健診による疾病予防事業

昭和34年の日本病院会との契約による短期人間ドックを皮切りに健保連と健診団体とが、各種人間ドックの共同利用契約を交わしている。平成20年度には、ドック種類間で異なっていた検査項目を一泊タイプ（二日ドック、一泊人間ドック）と一日タイプ（一日ドック、総合健診、日帰り人間ドック）の2種類に整理した。その後、健保連人間ドックの利用率の低下に伴い、29年度から宿泊ドックを廃止し、「健保連人間ドック健診」に名称を統一することとした。また、健診団体との協議の結果、健診団体連絡協議会（健団協）が発足し、健保連はオプザーバーとして参画している。

参考）健保連人間ドック指定施設数（令和4年度末現在）

所属団体	施設数
日本病院会・日本人間ドック学会	391
全日本病院協会	432
日本総合健診医学会	259

(3) 健康強調月間

昭和41年から毎年10月を健康強調月間と定め、健保組合加入者の「健康」に対する関心を喚起し、健康で明るい職場生活および家庭生活が営まれるよう疾病予防と健康増進を柱とする啓発活動が行われている。同月間に対しては、厚生省、スポーツ庁、関係団体（健康日本21推進全国連絡協議会、健康・体力づくり事業財団、中央労働災害防止協会、日本赤十字社、結核予防会、日本病院会、全日本病院協会、日本人間ドック学会、日本総合健診医学会、日本人間ドック健診協会）が後援・協力している。

(4) 保養所等施設の共同利用

各健保組合が保有している保養所等の施設を、他の組合所属の加入者にも開放して共同利用に供するもので、昭和42年7月から実施している。施設一覧は健保連のイントラネットおよびホームページ

で紹介している。

参考）共同利用保養所・施設数（令和4年度末現在）

- ・ 健保組合共同利用保養所……………29施設（18組合）
- ・ 健保組合共同利用施設……………4施設（3組合）
- ・ 健保連都道府県連合会契約保養所……………51施設（8連合会）

(5) 健康管理推進研修会

健保組合の常務理事、事務長および健康管理業務担当者を対象に、昭和49年度から実施している。健保組合加入者の健康の保持増進を図るため、知識・技能の研鑽や健保組合の保健事業、健康管理の効率的・効果的な推進に資することを目的としている。令和3年度は新型コロナウイルス感染症対策としてオンデマンド配信にて開催した。

(6) 保健師・看護師等研修会

健保組合および健保組合に加入する事業所に所属する保健師等専門職を対象に、健保組合加入者の健康の保持増進・疾病予防対策を推進するために必要な最新の知識、技術の習得および向上を図ることを目的として実施している。特定健診・特定保健指導制度の創設に伴い、平成19年度からは国の研修ガイドラインにもとづき、「特定保健指導実践者育成研修会（平成21年度）」を毎年開催しているほか、積み上げの研修として「特定健診・特定保健指導スキルアップ研修会（平成23年度）」などを開催している。

(7) 保健師・看護師等全国研修会

昭和37年度から、健保組合および健保組合に加入する事業所に所属する保健師・看護師・管理栄養士を対象に、新しい知識の習得と専門職相互の交流を図るため、事例発表やシンポジウム等を盛り込んだ研修会を毎年度開催している。

(8) 共同設置保健師情報交換会

健康開発共同事業の一環として、都道府県連合会が雇用している

保健師を対象に、平成3年度から毎年度研修会を開催してきた。28年度からは「共同設置保健師情報交換会」として、各都道府県連合会間の情報交換やデータヘルス推進等に寄与する事例発表等を行っている。

(9) 保健師・看護師等連絡協議会

昭和41年に健保連の後援を受けて、自主的に運営する連絡協議会が関東地区を第1号として発足した。同じ都道府県内の健保組合・事業所に勤務する専門職が集まって連携を深め、研修会などを通じて研鑽を積む場である。令和4年3月末現在、27都道府県で活発な活動を展開している。健保連は、連絡協議会の活動を促進するための経費助成、研修会等講師依頼への対応、専門職に役立つ情報提供等の支援を行っている。

8 オンライン資格確認等システムを基盤とする医療DXへの対応

1. 導入の構想から本格運用開始まで

医療DXの基盤となるオンライン資格確認導入の原点となったのは、平成25年5月31日に公布された「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（いわゆるマイナンバー法）にもとづく社会保障・税番号制度の導入である。

その後、平成27年10月5日にマイナンバー法が施行され、国は国民1人ひとりに個人番号を付番することにより、自治体や医療保険者など複数の機関（以下、各機関）が保有する個人の情報が同一人の情報であることを確認するための個人番号の活用を開始。各機関が保有する情報について、政府が運営する情報提供ネットワークシステムを通じて、個人番号に紐づく符号をキーにした情報連携を可能とする仕組みを構築し、29年7月18日から試行運用を、また同

年11月13日から本格運用を開始した。

各機関は、情報提供ネットワークで連携される情報を管理する「中間サーバー」を設置し、健保組合や協会けんぽ等は、支払基金が保険者の委託を受けて管理・運営する「医療保険者等向け中間サーバー」に、加入者の資格情報や給付に関する情報を登録することとなった。この中間サーバー・情報連携の機能を基盤としてオンライン資格確認等システムが構築された。

オンライン資格確認の導入については、平成27年6月30日に閣議決定された「日本再興戦略2015」において、「マイナンバー制度のインフラを活用して、医療保険のオンライン資格確認システムを整備し、医療機関の窓口において個人番号カードを健康保険証として利用することを可能とし、医療等分野の情報連携の共通基盤を構築する」とされたことを発端に、翌28年の「日本再興戦略2016」や29年の「未来投資戦略2017」において、「2020年からの本格運用」をめざして着実にシステム開発を実行するとされた。その後、骨太の方針2019で、令和3年3月から本格運用を開始することが、また令和元年9月3日のデジタルガバメント閣僚会議で、令和3年3月末に本格運用を開始し医療機関・薬局の6割程度での導入をめざすことが示された。

また、オンライン資格確認の導入と併せて、マイナポータルを通じて患者・国民自らが自身の保健・医療情報を電子的に把握・利用することについても日本再興戦略2015や未来投資戦略2017で取り上げられた。

こうした閣議決定を受けて厚生労働省は、平成29年11月8日の社会保障審議会・医療保険部会で、オンライン資格確認の導入にあたり、▽個人単位で資格情報等のデータをつなげることを容易にするため、被保険者番号を世帯単位から個人単位化する、▽加入する保険によらず資格情報等を連結させて管理するため、個別の保険者に

代わって支払基金・国保中央会が一元的に管理する―とする「被保険者番号の個人単位化と資格履歴の一元管理」の方針を打ち出し、こうした基盤整備を図ったうえで、オンライン資格確認を導入すると説明した。

その後、厚労省は「オンライン資格確認等関係者ワーキンググループ」を設置。年度末の平成30年3月に立て続けに3回会合を開き、医療保険者、医療提供者等関係者から意見を聴取した。健保連は適宜、厚労省と意見交換を行ったが、オンライン資格確認の導入は医療保険者にとって実務、費用の両面にわたって影響が大きい問題であるため、継続的に議論をする場の設置が必要と提起した。

平成30年度に入り、5月25日の医療保険部会で厚労省は、オンライン資格確認の仕組みについて、▽特定健診データの保険者間連携、▽マイナポータルを通じた自身の医療費・薬剤情報の閲覧、▽本人同意のもと特定健診データ、薬剤情報を医療機関・薬局が共有、▽限度額適用認定証等、各種証類もオンライン資格確認により確認―することの機能も盛り込むと説明した。

健保連は、国のICT施策に的確に対応するため、平成30年6月に常任理事会メンバーから成る「ICT対策プロジェクトチーム」を設置。6月4日に1回目の会合を開き、厚労省からオンライン資格確認導入の概要について説明を受けた。委員からは、▽コストのより一層の縮減や導入にあたっての負担軽減についても各健保組合の意見を調整し、早期に具体的に示してほしい、▽今後の検討にあたり、システム設計だけではなく導入前テストの段階でも実務を担う現場の意見を聴くことをお願いしたい。システムが正確に動くことだけではなく、本当に使い勝手が良いものになっているかどうかも含めた検証をユーザーも入れて行うことが理想―等の意見が出され、厚労省からは、▽コスト負担についてはできる限り低減を図っていく、▽導入前のテスト段階でもユーザー目線で検証する。シス

テム構築の検討の段階から、できる限り実務者の意見を聴きながら考えていきたい―との回答があった。

その後、同プロジェクトチームは発展的に改組し、健保連の常設の委員会としてICT委員会に移行し、平成30年8月7日に1回目の会合を開いた。ここでは、オンライン資格確認等導入に係る対応方針として、①保険者の実務的なメリット（資格喪失後受診に係る過誤請求の減少、各種証類の発行業務の減少等）を確実に実現するために、関係者（保険者、医療機関、審査支払機関等）間の業務ルールを定める、②マイナポータル情報連携業務との関係を整理しさらなる改善を図る、③医療機関の体制整備を図る、④保険者の負担を軽減する―を策定した。

その後、厚労省は関係者間の協議の場である「オンライン資格確認等検討会議」及び「オンライン資格確認等実務者ワーキンググループ」を設置して検討を行った。検討会議には河本滋史常務理事が参画し、ICT委員会で策定した基本方針にもとづき、▽導入により保険者がコスト負担に見合ったメリットを確実に享受できること、▽現場の実態を十分に把握したうえで、実務上の課題に関する詰めが必要であること―等を主張した。また、ワーキンググループには健保組合の実務担当者が参画し、現場目線から諸課題について発言した。

厚労省は、オンライン資格確認導入の実務的な作業を行うため、支払基金内に準備室となる「開発プロジェクトチーム」を設置。医療保険者の実務担当者の参画を得て導入準備を進めた。健保連からは、本部職員1名と在京の健保組合から3名の協力を得て合わせて4名を派遣し、中間サーバーの機能改善及びオンライン資格確認等システムの導入に向けた検討・準備に実務者目線から提案を行った。

健保連においては、令和2年度に会員組合を対象とした全国説明

会を各地で行う予定としていたが、年度当初より新型コロナウイルスの流行による外出規制等が行われたため、急遽全国説明会の開催に代えて説明用動画を作成。オンライン資格確認の概要・基本的構造、健保組合のメリット、特定健診データの閲覧・保険者間データ引継ぎ等について説明し、イントラネットで配信した。

厚労省は、オンライン資格確認の本格稼働前にデータの正確性を確保するため、令和2年12月に国において中間サーバーに登録されている加入者情報について全件J-LLIS照会を行い、疑わしいデータについて保険者に点検・修正依頼を行った。

健保連においても、データ登録の正確性に関し、令和2年10月以降イントラネットで周知を図り、登録等に関するサポートを行うとともに、年度末まで登録データの精査について、厚労省及び支払基金と連携し、健保組合に確認を行った。

こうして本格稼働予定の令和3年3月を迎え、3月4日からは54医療機関・薬局でプレ運用が開始されたが、医療機関・薬局の準備が当初予定どおりに進んでいないこと、データの正確性が完全には担保できないこと等から、3月26日の医療保険部会で厚労省は、プレ運用を継続したうえで、遅くとも薬剤情報の閲覧開始を予定している同年10月までに本格運用を開始すると説明した。

本格稼働が延期されてから、医療保険者に対しては中間サーバーに登録された加入者情報の正確性の確認等の対応が求められた。加入者情報に誤った個人番号が登録された場合、個人情報漏洩につながる事等から、健保連ではイントラネットを通じて、加入者情報の正確性の確認の重要性等について随時補足情報を提供し、7月には説明動画を配信する等のサポートを行った。

また、厚労省においては、中間サーバー上で誤登録をシステムのチェックできる機能を具備してデータの正確性を向上させ、その後も新生児等、初めて中間サーバーに登録される者については、自

動的にJ-LLIS照会する機能を追加するなど誤登録チェック機能を強化した。令和3年7月には、医療機関・薬局向けに「オンライン資格確認等システム集中導入開始宣言」を行い、このなかで保険者が登録したデータの正確性が担保されたことを示したうえで、3年10月の本格稼働に至った。

オンライン資格確認に係る運用費用については、令和3年3月からの本格稼働を前提に、保険者が負担する契約を締結していたことから、10月までのプレ運用期間の費用負担について厚労省、支払基金と協議。3年3月分は国庫負担とするが、4月以降については保険者負担とする回答であったため、4月以降も継続して対応を協議。ICT委員会においても継続審議することとした。

その後、厚労省、支払基金から、▽国庫補助の活用、費用削減で当初から1・6億円減額し6・4億円の負担とする（2年後の精算）、▽マイナンバーカードの保険証利用促進の枠組みを活用して、健保組合における関連広報活動等に対する補助金を検討する―等の提案があり、6月のICT委員会で、健保連の対応方針案として、▽オンライン資格確認の運営にあたり今後一層の費用削減の取り組みを求める、▽今後のICT関係の負担については、単にシステム本体が稼働したら保険者の負担とすることではなく、関係者の参加も含めた全体状況が一定程度に達するまでの立上げ時期は、国において費用負担することを強く求める―等を確認したうえで、費用負担について了承した。

2. 本格運用開始以降の状況

オンライン資格確認は、令和3年10月20日に本格運用を開始したが、これに前後して特定健診・特定保健指導データ及び薬剤情報・医療費通知情報の閲覧、審査支払機関におけるレセプトの振替え、特定健診データの保険者間引継ぎも開始された。

本格運用開始時の医療機関・薬局における導入率は、全体の約5%と低く、こうした状況を踏まえ健保連は、オンライン資格確認等システムを活用した医療情報等の整備（医療DXの推進）は医療の質の向上、効率的な医療提供につながるため賛成としたりうえで、▽基盤整備に時間がかかりすぎているため工程管理を含めたスピードアップが必要、▽運用費用の負担については運用開始後、稼働率が一定割合に達するまでは保険者負担とすることなく公費を投入すべき―等について繰り返し主張した。

令和4年1月27日の医療保険部会で厚労省は、依然として導入が進まない状況を踏まえ、「オンライン資格確認の導入加速化に向けた集中的な取組」として、①医療関係団体（3師会）による「推進協議会」の設置、②診療報酬による評価、③医療機関・薬局への支援・働きかけの実施―等を打ち出した。

また、令和4年5月25日の医療保険部会で同省は、「令和4年度上半期に導入加速化が図られるよう、集中的な取り組みを行う」として、▽顔認証付きカードリーダーを未申込の施設、▽カードリーダー申込済で改修工事が未了の施設、▽改修工事は終了しているが運用を開始していない施設―の状況別に応じた対応を図ること、及び同年9月末時点で概ね5割の施設での導入をめざすとした「中間目標」を掲げた。併せて、導入加速化に向けた更なる対策として、①令和5年4月から保険医療機関・薬局におけるシステム導入を原則義務化する、②医療機関・薬局でのシステム導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する財政措置を見直す（診療報酬上の加算の取扱については、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）で検討）、③6年度中を目的に保険者による保険証発行の選択制の導入をめざす。訪問看護、柔整あはき等のオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止をめざす―とする考えを示した。

義務化については、保険医療機関及び保険医療養担当規則等で規定することから、中医協で審議。併せて、診療報酬上の加算の取扱いについても審議した。

審議の結果、全体の約4%を占める紙レセプト請求の医療機関・薬局を除き、令和5年4月からオンライン資格確認の導入を義務づけるなどとする答申を、8月10日に行った。

この答申内容については、8月19日の医療保険部会で報告があり、このなかで健保連は、オンライン資格確認等システムを含めた医療DXの推進について賛成であるとの考えを示したうえで、中医協で原則義務化が決定されたことを高く評価。義務化の対象となる全医療機関・薬局において、令和5年4月までに運用が開始されるよう、医療現場の積極的な取り組みと、国による進捗管理・支援等を要望した。

その後、12月23日の中医協において、「令和5年2月末までにペーパードットと契約締結している場合は最大で令和5年9月末までとする」などの、オンライン資格確認の義務化に係る経過措置を設けることとされた。

義務化対象の医療機関が決まった以降、ようやく医療機関・薬局も導入に向けた準備を進め、顔認証付きカードリーダー申込数も全体の58%程度で頭打ちであったものが10月23日時点では義務化対象施設の90・6%に急上昇し、年明けの1月8日時点では97・7%に達した。

こうして、ようやくオンライン資格確認の導入が進んだが、令和4年度中に開始することとされていた電子処方箋の導入について厚労省は、4年8月19日の医療保険部会で、▽5年1月から運用を開始する、▽段階的に導入を拡大し、5年3月末時点でオンライン資格確認等システムの導入施設の7割程度、6年3月末時点で同9割程度、7年3月末時点で概ね全医療機関・薬局での導入をめざす―

との考えを示した。

電子処方箋の導入は、医療機関・薬局がリアルタイムで患者の処方状況を確認できるようになるため、併用禁忌、重複投薬・多剤服用に係るポリファーマシーの防止等、これまで以上に質の高い医療の提供に繋がるものであり、また、重複投薬の防止による医療費適正化効果も期待される。しかし、運用開始の令和5年1月26日時点では154施設と極端に少ない状況のため、今後の導入状況について注意深く点検し、導入促進を求めていく必要がある。

3. マイナンバーカードと健康保険証の一体化

マイナンバーカードと健康保険証の一体化については、骨太の方針2022に、▽令和6年度中を目標に保険者による保険証発行の選択制の導入、▽さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止（加入者から申請があれば保険証は交付される）をめざすことが盛り込まれたが、そのわずか4か月後の10月13日に河野デジタル大臣が記者会見で突然、「令和6年秋に現在の健康保険証の廃止をめざす」と表明。マイナンバーカードへの保険証の一体化構想は一気に加速することとなった。

その後11月29日にデジタル大臣、総務大臣、厚生労働大臣の3大臣による「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」の設置と、検討会のもとに、専門家ワーキンググループを設置し、関係者ヒアリングを実施するなどして、実務的な検討を行っていくことが明らかにされた。

ワーキンググループには、医療関係者として3師会、医療保険者として健保連、国保中央会が参画（協会けんぽはオブザーバーとして参画）、健保連からは伊藤悦郎常務理事が構成員となった。

こうした突然の一体化発表を受けて健保連は、一体化の検討に的確に対応するため、令和4年11月に「マイナンバーカード・健康保

険証一体化（保険証廃止）」対応チームを組織横断的に設置。厚労省との打ち合わせやワーキンググループにおける意見提示、事業主・加入者向けのリーフレット作成、ICT委員会における審議等に対応した。

検討会のもとに設置されたワーキンググループは、12月から2月にかけて5回開催され、このなかで伊藤常務理事は、「保険証廃止後の資格確認の取扱い」について、▽資格確認書（後述）はスマホアプリの活用等、国におけるデジタル対応も必要、▽発行済み保険証を保険証廃止後も一定期間有効とする過渡的な運用も必要―等を、また「保険者の資格情報入力タイムラグ等への対応」について、▽入社日前から内定者の社会保険手続が可能となれば迅速な保険証発行につながる、▽事業主側に5日以内申請の周知徹底が必要、▽J-LIS照会を効果的なものとするため文字規格や住所表記等の標準化が必要―等を、保険者の業務処理の実態等を踏まえて発言・提案を行った。

検討会はワーキンググループでの検討結果を踏まえ、令和5年2月17日に①健康保険証廃止後の資格確認の取扱い、②保険者の資格情報入力タイムラグ等への対応―など8項目にわたる「中間とりまとめ」を公表。①については、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方については、氏名・生年月日、被保険者等記号・番号、保険者情報等が記載された資格確認書により資格を確認することとされた。

また、②については、中間とりまとめを踏まえ、保険者の迅速かつ正確なデータ登録を確保する方策として、▽被保険者等となることが確実に見込まれる者に係る資格取得届等について、健保組合が事前点検を行うことを可能とする（事務連絡対応）、▽資格取得届への被保険者の個人番号等の記載義務を法令上明確化する（省令改正）、▽事業主から届けられた資格取得届について、保険者による

データ登録を5日以内とする(省令改正)——ことが実施された。併せて、誤入力防止チェックの強化として、新規登録時の全件J—LIS突合を実施することとなった。

なお、検討会においては、令和5年夏を目途に最終取りまとめを行うことをめざして、検討が進められた。

一体化に向けた健保連における審議はICT委員会で行うこととなり、令和5年4月以降は毎月開催し、中間とりまとめを踏まえ、対応すべき諸課題について検討を行った。

また、健保組合における実務状況を把握し、ICT委員会等での審議や関係機関等への意見具申、要請に活用するとともに、適用業務における現状・課題についての共有を図ることを目的とした実態調査も実施しながら審議を進めた。

一方、一体化にあたって、マイナンバーカードに他人の顔写真が記載された事案、マイナポイントが他人に付与された事案、公金受取口座が他人のマイナンバーに紐づいた事案等、マイナンバーの紐づけに誤りのある事案が様々な分野で複数発覚し、医療保険制度においても誤った紐づけにより、第三者が閲覧する事案が発生した。そのため、医療保険においては、中間サーバーに登録されている個人番号の正確性について総点検することとなり、厚労省から点検・修正に関する通知・事務連絡が相次いで発出され、またデジタルPMOからも頻繁に連絡が出されたことから、健保組合がこれらに的確に対応できるよう、健保連からも通知・事務連絡の解釈・作業の手順方法を示した補足資料・説明動画を提供するための支援をした。

一体化については、様々な課題が生じて対応を行ってきたが、マイナンバーカードと保険証の一体化は、今後の医療DXの基盤であり、マイナンバーカードによるオンライン資格確認により、本人の受診履歴にもとづく質の高い医療が実現できる。また、従来の保険証で発生したなりすましによる受診リスクや資格喪失後受診などの

リスクに対応することができ、事務処理負担も合理化が期待されるなど非常に重要な施策である。

保険証の廃止は、令和6年秋をめざすとされている。それに向けて引き続き、実務的な課題への対応が求められることになるが、健保連は、健保組合が一体化に円滑に対応できるよう、また一体化のメリットを加入者・事業主・保険者が確実に享受できるよう、厚労省とも連携を図りながら、ICT委員会で審議・検討し、的確に対応していく。

9 健保連本部ビル老朽化に伴い、本部施設の再構築に着手 新本部ビルは東京都渋谷区千駄ヶ谷に建設

健保連本部ビルは、健保連が保有していた横浜の結核療養所を売却し、その売却益をもとに昭和49年に竣工して以来、約半世紀にわたり、東京都港区南青山の乃木坂の地にて、同施設内での各種委員会の開催をはじめとした健保連の機能を遂行しつつ、かつ職員が安心して働ける環境づくりに取り組んできた。

健保連所有地は、健保連本部ビルと旧健保会館跡地と合わせて2,920㎡で、そのうち健保連本部ビルについては、立地上、事務室を除く共有面積が全体延床面積(約3,500㎡)の約半数以上を占めていた。竣工当時は、比較的余裕があるスペースを確保できていたものの、会員組合へのサービス充実と医療・医療保険制度改革政策立案等に係る業務の拡大により職員数も増加し、近年では事務所として建物の有効活用を行うことが難しくなった。

感染症予防の観点からも、150名強の健保連本部役員等が働く環境としては、かなり密集した状況となっていたことは否めず、一部の部署では隣接するレンタルオフィスを借り業務を行ってきた。

また、健保連本部ビルは、東日本大震災（平成23年3月11日）以後、耐震補強を行ったが、竣工以降約半世紀を迎えることから、改めて令和2年9～11月にかけて健保連本部所有地における既存躯体の耐久性等の実態調査（旧健保会館跡地の地下エリア含む）ならびに3年1月には、健保連本部ビル全館の排水管・給水管の状況調査を行った。

その結果、健保連所有地内の旧健保会館の地下エリア（建物解体後地下部分は空洞化のまま保持）について、構造物（地下構造物を支える鉄骨・コンクリート）が劣化状況（鉄筋腐食確率が10年後には約50%に達するため設計限界状態と判断）となっており、安全面で問題があることが明らかになった。

一方、健保連所有地内における旧健保会館エリアについては、平成20年2月の総会決定にもとづき、耐震性の観点から、それまで健保連の責任で運営してきた健保会館の営業・運営を廃止した。併せて旧健保会館跡地の取り扱いについて、24年4月からは本部ビルを含めた健保連本会施設再構築に関する結論が得られるまでの間、駐車場として賃貸しを行ってきた。

しかしながら、今回の実態調査結果から地下構造物の劣化進行に伴い、大規模地震等が誘因となり、陥没等の不測の事態も起こり得ることから、緊急の措置として、令和2年12月末をもって賃貸し駐車場を中止し、3年2月には、正面口にフェンスを囲み、立ち入り禁止の措置を行った。

こうした状況に立ち至ったため、副会長・専務理事の諮問機関として「健保連本部施設再構築プロジェクトチーム」（以下「プロジェクトチーム」という）を設置（健保連の組織体制等を審議する組織等委員会の委員長ならびに常任理事会メンバーで構成／正副会長会議で決定・令和2年12月）し、喫緊の課題として、今後の旧健保会館跡地エリアの取り扱いと併せ、健保連本部ビルのあり方（貸し

ビルへの移転、再構築等の再検討を含む）についての方向性、ならびにそれにもとづいた具体案について令和3年1月より同年9月まで5回にわたり検討を行った。

検討過程においては、健保連本部ビルの全フロアの排水管が終焉期状態にあり、至急の対応が必要であることも明らかとなったことから、プロジェクトチームでの検討を急ぎ、早期に結論を得ることとした。なお、プロジェクトチームでは、設計・施工を含む不動産関係のコンサルタント（日建設計コンストラクション・マネジメント株式会社／入札で決定）に参画してもらい検討を重ねた。

健保連本部施設の再構築については、すでに現所有地を売却し、代替地もしくは貸しビルに移転することが総会決定されている（平成22年2月）。

今回改めて、当時の検証も含め、再検討した結果、当時と現在とは地価が全く異なり（平成22年当時はリーマンショックで地価が最安値となっていた）、現資産で新築ビルとの等価交換等を行うことができることが明らかとなった。

それらを踏まえ、同コンサルタントからは、健保連本部施設ならびに代替地での再構築について、4つの案（①健保連現所有地全体を利用した共同建て替え（共同ビルの一部を新本部とし、等価交換）、②健保連所有地の半分を売却し、売却益で残りの健保連所有地に新本部ビルを建設、③健保連所有地を売却、代替地に新本部ビルを建設、④健保連所有地を売却、代替地の既存ビルを改装し、新本部ビルとする）が示された。さらに、資産を持たない「貸しビルへの移転」と比較し、最適案の最終判断を行うこととした。

検討にあたっては、大型プロジェクトとなるため、候補事業者としては、大手デベロッパー、ゼネコン、仲介事業者（大手信託銀行）とし、これら事業者から企画提案を募り、総合評価方式によりプロジェクトチームで1社を決定することとした（令和3年9月）。

その結果、健保連本部所有地（東京都港区南青山1―24―4）を東京建物株式会社に売却し、JR千駄ヶ谷駅近くの代替地（東京都渋谷区千駄ヶ谷1―33）に新本部ビルを建設する（地上11階建て）、との結論に至った。将来的に資産を持たない考え方については、「健保連本部所有地の売却益を原資として賃貸に充ててもいずれば枯渇し、会員組合の多大な負担増となる」とし、取り入れられないとされた。

プロジェクトチームでの検討結果報告は、第513回理事会（令和3年11月17日）、第212回臨時総会・書面審議（3年12月27日）において承認を得るとともに、その後、健保連施設の売却について厚生労働省から重要財産処分の認可を得た（4年1月）。

なお、健保連施設再構築に要する事業費用等は全て健保連本部所有地の売却益で賄い、健保組合に新たな負担が生じないようにするとともに、経理の明確化を図るため、令和4年度より健保連本部施設再構築事業に係る特別会計を設けることとした（第213回総会・書面審議／令和4年2月25日）。

また、東京建物の提案にもとづき、乃木坂の地に建設されるビルの一階の一部を制度・政策実現のためのミーティングルーム（原価による等価交換）として活用することとした。

なお、所有する乃木坂の土地（東京都港区南青山1―24―4）を売却するため、健保連新本部ビルが竣工されるまでの間、現所在地の近辺（東京都港区赤坂8―5―26／住友不動産青山ビル西館上層階／2,819・61㎡）に仮移転した。

その後、東京建物とは建物の階層の変更を含む再構築に係る契約内容の一部変更（令和4年10月21日・臨時総会書面審議で議決）などを経て、東京建物と旧健保連本部所有地の売却ならびに新本部ビル代替地（東京都渋谷区千駄ヶ谷）購入に関する売買契約を締結（4年11月24日）し、健保連所有地を令和4年12月1日に東京建物

に売却（4年12月1日／127億円）し、新本部ビル代替地を5年2月28日に取得（32・8億円）した。本件及びその後の契約内容については、常任理事会（5年3月3日）、監事会（5年7月14日）、総会（5年7月28日）で報告を行った。

こうした手続きを踏まえ、健保連新本部ビル建設（令和6年1月着工・7年秋頃の竣工予定）に向け、東京建物と設計等仕様の詰め作業を行っている。

健保連本部事務局は、昭和18年設立当時、厚生省保険局内にあり、その後、聖心女学院、芝白金小学校、結核予防会、済生会とその所在地を移し、23年に東京都港区南青山（乃木坂）の建物を買収し事務所とした。そして38年にこの地に健保会館を建設し、健保連本部の事業拡大のため49年に健保会館隣地を買収し、健保連本部ビルを竣工した。

健保連本部所有地（東京都港区南青山）を令和4年12月1日に東京建物に売却したが、昭和23年から74年にわたり東京都港区南青山の地を拠点とし、医療・医療保険制度改革政策立案、とりわけ健保組合方式の発展のため尽力してきた。

健保連本部は、令和7年度より、オリンピック施設など日本の経済発展や国際交流の未来を切り開いてきた東京都渋谷区千駄ヶ谷の地、ならびにサテライトオフィスとして東京都港区南青山の地（旧本部所有地に建設されるビルの一角をミーティングルーム（竣工予定令和10年春／国会議員、厚生労働省対応）として活用）の2拠点で、医療保険制度発展のための新たな歴史の時を刻むこととなる。

10 大阪中央病院、健保連直営の76年の歴史に終止符。民間病院として新たな船出

大阪中央病院は、昭和19年、大同生命保険相互会社の大同病院を

健保連大阪支部（当時の名称／現・大阪連合会）が買収（当時の額で260万円）して以降、令和2年7月に医療法人伯鳳会に事業譲渡するまで、76年という長きにわたり健保連がその運営を行ってきた。

大同病院は、昭和2年に開設された病院であったが、大阪中央病院は、その大同病院の施設（内科・外科・産婦人科・耳鼻咽喉科・小児科・眼科・放射線科の各科110床）及び職員を引き継ぐ形で開設された。「中央病院」の名称は、必要な周辺地区に分院を設置する理想を持ち、その計画のもとに「中央」という名を付したものとされている。

大同生命保険相互会社からの買収に際しては、大阪支部全員の拠出（90余の組合が拠出・被保険者1人当たり5円を拠出）と健保連本部において厚生年金借入金により資金を調達した。その厚生年金借入金は、大阪中央病院から支出して、大阪支部がこれを全額償還した。

大阪中央病院設立当時は、戦災や疎開により保険診療機関が不足しており、その前年に健康保険法にもとづく公法人として発足した健保連が保険診療の充実に寄与するべく自ら医療機関を保有したものである。また、最小限の医療機関（組合は診療所、健保連は病院）を持ち、医療費の基礎資料を把握することは医療提供者側との議論を行ううえでも意義があったものと考えられる。

健保連本部が大阪中央病院の運営責任主体となったのは、昭和51年からである。その理由は、それまで、実質、大阪支部が同病院の管理・運営を行ってきたが、法人格を有していなかったことから、その運営責任を健保連本部が担う必要があるとの判断によるものである。

その後、病院老朽化に伴い、平成12年には大阪市北区曾根崎の地（跡地は健保連が売却した事業者が転売し、現在、アパホテルが経

営する「アパホテル&リゾート（大阪梅田駅タワー）」となっている）から、大阪市北区梅田に大阪中央病院を再構築（232床）し、移転した。

新たな大阪中央病院再構築（約167億円）は、金融機関から借入することなく、交付金交付事業特別会計積立金ならびに健保連本部一般会計積立金、ならびに大阪中央病院再構築支援出資金（健保連組合から医療用機器等の購入資金を募る）、国庫補助金（国・大阪府）から資金を調達した。

なお、旧病院跡地（大阪市北区曾根崎／2,608・19㎡）については、長年にわたり近接住民との間で境界確定等の確認がとれなかったため売却することができなかった。しかしながら、平成28年に近接住民との境界画定を行うことができたことから、競争入札のうえ、84億円で売却した（第198回定時総会（平成29年2月／非公開）承認。その後、厚生労働省より重要財産処分認可を得る）。なお、本売却益（81・27億円／仲介手数料を除く）と健保連一般会計積立金からの追加借入れ（約4億円）をもって、交付金交付事業特別会計積立金からの借入を全額返済した（平成31年度）。

また、新病院は、都市型急性期病院をめざし、その理念は、①医療費適正化に資するモデル病院、②患者サービスの充実、③医療費適正化・医療の質の評価ならびに改善に貢献、④病院の情報化の推進、⑤自立運営—であった。医療費の適正化ということに関しては、健保連は当時、DRG／PPS（診断群別一入院定額支払方式）の導入・推進を提唱しており、大阪中央病院は、そのための資料収集や理論構築を図るといふ新しい使命を持っていた。なお現在ではDRG／PPSの検討から生まれたDPC方式による診療報酬の支払いが病院において広く普及し、効率的な医療の提供に大きな役割を果たしている。

新病院は、最新の医療機器を導入し、内視鏡手術にも積極的に取

り組み、効率的な医療に努めた結果、入院期間も短い急性期病院として特色のある機能を発揮したが、一方で①JＲ大阪駅からほど近く、かつ近隣に中核となる急性期病院がひしめく激戦区の場合に位置していた、②オフィス街のため住民が少なく、地域密着型の医療を行うことができないことから、新病院竣工後の財政運営は非常に厳しかった。

購入した医療機器等の減価償却費も十分捻出できず、ましてや建設時の債務返済を求める状況とはならなかった。そのため、平成18年に「病院運営問題検討会」（会長の諮問機関）が設置され、その結果、19年度より3か年計画による計画的な事業運営を図るほか、負債の解消に向け減価償却前業利益の2分の1を返済に充てることを決定。また、国の健康寿命の延伸とこれに伴う保険者の疾病予防・健康増進の取り組みにも資するための生活習慣病対策を強化することとして、1病棟を閉鎖し健診フロアに転用することを決定した。その後も予防医療に力を注ぐため病院の病棟を健診センターに切り替えるなどの運営努力を行った結果（病床数を143床に縮小。健診フロアを3フロアに拡大）、健診部門においては、年間7万人を超える健診受診者を確保するまでとなった。また、患者の身体に対する負担を軽減させる内視鏡手術やロボット手術など特徴のある医療にも取り組んできた。

しかしながら、健診部門が医療部門の赤字を補填する構図は変わらず、平成29年度決算において業利益は黒字であったが、経年変化による設備更新による過年度未償却分等の臨時費用が発生し当期利益としては赤字となった。

こうした状況のなかで、大阪中央病院においては、①再構築後18年が経過し、今後、病院における修繕、医療機器等の更新による大きな投資が必要となることが見込まれること、②大阪市北区曾根崎の旧大阪中央病院跡地の売却により、交付金交付事業特別会計積立

金からの借り入れ返済のメドがたったことから、第5期3か年計画策定（平成31年度～令和3年度）にあたり、「大阪中央病院運営委員会」（組織等委員会の下に設置された委員会）で検討を行うこととなった。

その結果、①大阪中央病院再構築時の考え方は薄れている、②大阪市北部保健医療圏は急性期過剰地域であり、大阪中央病院の病院機能のあり方が問われている、③今後、施設・設備の更新等が必要となり資金繰りに懸念が生じる恐れがあることから、大阪中央病院は大きな岐路に立っているとし、平成31年度からの3か年計画の策定をいったん見合わせ、「大阪中央病院基本問題検討会」（副会長・専務理事の諮問機関）を設置し、1年程度の期間をかけて大阪中央病院のあり方を抜本的かつ早急に検討し結論を得ることとなった。

大阪中央病院のあり方については、大阪中央病院基本問題検討会で平成31年1月より令和元年10月まで10回にわたり、考えられる複数の選択肢（①急性期機能や地域包括ケア機能を強化する考え方、②健診機能を充実する考え方、③事業の譲渡・廃止を行う考え方）に関し、財政面、運営する意義、労務面、地域医療構想との関係性を評価の視点に鋭意検討を行った。

その結果、①財政面や健保連として病院を運営する意義の観点からは、健保連が公的医療機関等として急性期医療を継続する選択肢は厳しいこと、②さらに、地域医療構想では5疾病5事業の実績の観点から公的医療機関等としての位置づけが明確でないとして統廃合の再検証要請医療機関として令和元年9月に公表され、開設者が健保連である限り、病院のあり方の再検討を余儀なくされることなどが課題として浮上したこと、③現役世代が減少し高齢者人口が増加するなかで大阪中央病院を支えてきた健保組合自体の将来の財政問題がこれまで以上に顕在化してきていることから労務面や患者や健診受診者への影響を考えると、大阪中央病院の機能と実績を引

き継いでいくことができる譲渡の選択肢が総合的に見て適当である、との報告をまとめた。

また、譲渡に際しては、病院の運営能力のある譲渡先を選定し、病院の機能や職員の雇用について一定期間の保証を求め、これまでの大阪中央病院の長い歴史と実績を円滑に引き継いでいくことができるよう配慮することが望ましいことについても報告に付記し、譲渡先としては、同検討会において総合評価方式による入札の結果、医療法人伯鳳会（兵庫県赤穂市を基盤とする医療グループ）を選定した。

同報告については、第499回理事会（令和元年10月30日）で承認を得た。大阪中央病院の事業譲渡は、健保連の所有施設の重要財産処分事項となるため、令和2年2月の総会での承認が必要となるが、一方で、病院の事業譲渡については地元関係の各種審議会等が令和元年12月から開催され、それらでの承認なしには行政の手続きが進まない状況であった。そのため、理事組合以外の総会議員組合に対して、健保連イントラネットを通じて事前に状況説明を行い、了承を得た。そのうえで、地元医師会等に対する理解活動を行うとともに、地域医療構想の大阪府・大阪市関係審議会において、医療法人伯鳳会への事業譲渡について説明を行い、承認を得た。

大阪中央病院の事業譲渡については、その後、医療法人伯鳳会と譲渡契約案（①病院機能・健診機能の保持、②譲渡予定日は令和2年7月1日（行政との関係で変更する場合は別途定める日）、③希望する職員の継続雇用等）を取りまとめ、第209回定期総会（令和2年2月25日／書面審議）で承認を得た。

大阪中央病院の事業譲渡については、総会承認後、厚生労働省から重要財産処分の認可を得て、令和2年4月13日に健保連と医療法人伯鳳会との間で事業譲渡契約書を締結した。

円滑な事業譲渡に向けては、医療法人伯鳳会ならびに大阪中央病

院と協議等を重ねるとともに、大阪市保健所に健保連大阪中央病院の廃院申請等も行い、令和2年6月30日に受理され、2年7月1日をもって医療法人伯鳳会に事業譲渡した。

上記のような対応に合わせ、大阪中央病院の役員に対しては、事業譲渡の理解促進活動も並行して行い、401名中384名（17名は、事業譲渡以外の理由により退職希望）から医療法人伯鳳会大阪中央病院への継続雇用確認書の同意を得た。

健保連一般会計積立金からの借入金、病院再構築時における国庫補助金・大阪府補助金、大阪中央病院再構築支援出資金（約200組合が出資）の債務については、事業譲渡金（130億円／消費税含む）の一部をもって全て返済した。

大阪中央病院特別会計は令和2年度をもって廃止し、健保連一般会計に大阪中央病院会計整理特別勘定を設け（第209回定時総会・承認）、事業譲渡後の処理として、医療法人伯鳳会との精算、支払基金等への過誤返戻等を行った。その後数年間は大阪中央病院の経理書類等保管（貸倉庫）のための少額な支出は発生するものの、その他の動きは終焉したため、令和4年度の決算をもって病院関係事業譲渡金について確定とした。確定額は97・3億円であり、今後、組織決定のうえ、会員組合、及び健保連本部・支部連合会等組織強化のための資金として活用することとした。

健保連の大阪中央病院は、民間の大同病院を買収し昭和19年10月に設立されたが、令和2年7月からはこれまでの名前と診療内容を引き継ぎつつ、医療法人伯鳳会大阪中央病院として再出発することとなった。昭和2年の大同病院開設時から考えれば100年近い歴史を持つ病院である。新しい大阪中央病院が、これまでの特徴ある都心型急性期病院としての歴史を踏まえつつ、民間法人による効率性も備え、患者の生命・安全を守る病院として発展していくことを期待する。

歴代の役員等

〔平成25年4月～令和5年3月末現在（）内は同期間における在任期間。元号省略〕

1、名誉会長

千葉一男（25・4～26・4）

2、顧問

岡澤元大（25・4～現在） 杉崎盛一郎（25・4～30・6） 福島龍郎（25・4～現在） 対馬忠明（25・4～現在） 加藤幹雄（25・4～現在） 福岡道生（25・4～3・3） 岡村正（25・4～25・11） 米倉弘昌（25・4～26・6） 古賀伸明（25・4～27・10） 小方浩（25・4～現在） 長谷川閑史（25・4～27・4） 上瀧博正（25・4～現在） 三村明夫（25・11～4・11） 平井克彦（26・4～現在） 柳原定征（26・6～30・5） 小林喜光（27・4～31・4） 安藤力（27・7～28・5） 布施光彦（27・7～現在） 神津里季生（27・10～3・10） 白川修二（30・4～現在） 中西宏明（30・5～3・6） 櫻田謙悟（31・4～現在） 小笹定典（2・4～現在） 大塚陸毅（2・4～現在） 十倉雅和（3・6～現在） 芳野友子（3・10～現在） 小林健（4・11～現在）

3、会長

平井克彦（25・4～26・4） 大塚陸毅（26・4～2・4） 宮永俊一（2・4～現在）

4、副会長

安田（25・4～2・7） 出版（25・4～現在） 安藤力（25・4～27・3） 白川修二（26・4～30・4） 小笹定典（27・7～2・4） 佐野雅宏（30・4～現在） 久保俊裕（3・7～現在）

5、専務理事

白川修二（25・4～30・4） 佐野雅宏（30・4～4・7） 河本滋史（4・7～現在）

6、常務理事

北海道農業団体（25・4～現在） 三菱（25・4～2・4） NXグルー
プ（25・4～現在） 日本製鉄（25・4～現在） デパート（25・4
～26・4） 日立（25・4～現在） 東芝（25・4～2・10） デンソー
（25・4～現在） トヨタ自動車（25・4～現在） パナソニック（25・
4～現在） 川崎重工業（25・4～現在） マツダ（25・4～26・4） 中
国電力（26・4～30・4） 東京電子機械工業（26・4～30・4） 近畿
電子産業（26・4～現在） 関東ITソフトウェア（30・4～4・4）
東京実業（2・4～現在） 安田日本興亜（2・7～現在） 日産自動車
（2・10～現在） 東京中央卸売市場（4・4～現在） 河本滋史（30・
4～4・7） 伊藤悦郎（4・7～現在）

7、理事

平井克彦（25・4～26・4） 白川修二（25・4～30・4） 置田榮克
（25・4～26・4） 大橋秀一（25・4～2・4） 霜鳥一彦（25・4
～28・4） 池上秀樹（25・4～28・4） 高智英太郎（25・4～26・
4） 稲垣恵正（25・4～26・4） 安藤力（25・4～27・3） 星常夫
（25・4～28・4） 大塚陸毅（26・4～2・4） 本多伸行（26・4
～2・4） 川隅正尋（26・4～現在） 幸野庄司（27・7～4・4） 小
笹定典（27・7～2・4） 那須隆（28・4～30・4） 棟重卓三（28・
4～2・4） 佐野雅宏（30・4～現在） 河本滋史（30・4～4・7）

鳥海孝治(30・4) 吉田雄彦(30・4) 現在 田河慶太(30・4) 現在 森岡昭宏(30・4) 現在 宮永俊一(2・4) 現在 新井法博(2・4) 現在 久保俊裕(3・7) 現在 松本真人(3・7) 現在 菅牟田健一(4・4) 現在 今泉礼三(4・7) 現在 伊藤悦郎(4・7) 現在

(北海道地区)

北海道農業団体(25・4) 現在 北海道電力(26・4) 現在 北海道信用金庫(25・4) 26・4)

(東北地区)

青森銀行(4・4) 現在 岩手銀行(25・4) 28・4) 北日本銀行(28・4) 30・4) 岩手県自動車販売(30・4) 2・4) 東北銀行(2・4) 4・4) 東北電力(25・4) 現在 山形銀行(25・4) 現在 東邦銀行(25・4) 現在

(関東地区)

常陽銀行(25・4) 現在 栃木県トラック(25・4) 現在 群馬銀行(26・4) 28・4) ミツバ(28・4) 30・4) サンデン(25・4) 26・4) 30・4) 現在 日本無線(26・4) 28・4) 埼玉機械工業(25・4) 現在 千葉銀行(25・4) 現在 日本電気(26・4) 4・4) トッパングループ(28・4) 2・4) 東京瓦斯(4・4) 現在 横河電機(30・4) 2・4) コニカミノルタ(28・4) 30・4) 日野自動車(2・4) 4・4) 安田日本興亜(25・4) 現在 三菱(25・4) 現在 NXグループ(25・4) 現在 出版(25・4) 現在 三菱UFJ銀行(30・4) 2・4) 東京港(2・4) 4・4) 東京中央卸売市場(4・4) 現在 全国印刷工業(4・4) 現在 東京実業(26・4) 28・4) 2・4) 現在 日本航空(25・4) 現在 東京金業(28・4) 現在 日本製鉄(25・4) 現在 管工業(25・4) 28・4) 自動車振興会(25・4) 26・4) ヤマトグループ(26・4)

4・4) 東京文具販売(25・4) 26・4) 全国硝子業(26・4) 28・4) 東京化粧品(2・4) 4・4) 東京都ニット(28・4) 30・4) 東京自動車サービス(25・4) 26・4) 東京都金属プレス工業(25・4) 26・4) 総合警備保障(25・4) 28・4) 玩具人形(30・4) 2・4) BIPROGY(30・4) 4・4) 東京電子機械工業(26・4) 30・4) 4・4) 現在 測量地質(25・4) 現在 デパート(25・4) 26・4) 28・4) 2・4) 全国信用保証協会(25・4) 26・4) 関東ITソフトウェア(26・4) 現在 日立(25・4) 現在 すかいらーくグループ(25・4) 26・4) 4・4) 現在 ジェイアールグループ(4・4) 現在 小松製作所(28・4) 30・4) 日産自動車(25・4) 現在 富士フィルムグループ(25・4) 現在 富士通(4・4) 現在 東芝(25・4) 4・4)

(北陸信越地区)

新潟県農業団体(25・4) 現在 北陸銀行(26・4) 28・4) 北陸電力(30・4) 2・4) 不二越(25・4) 26・4) YKK(28・4) 30・4) 三協・立山(4・4) 現在 TISSインテックグループ(2・4) 4・4) 北陸鉄道(25・4) 26・4) 津田駒工業(26・4) 28・4) 石川県自動車販売店(28・4) 30・4) 小松マテール(30・4) 2・4) 北陸地区信用金庫(2・4) 4・4) 北國新聞(4・4) 現在 セーレン(26・4) 30・4) 福井銀行(25・4) 26・4) サカイ(30・4) 2・4) 福井県機械工業(4・4) 現在 三谷(2・4) 4・4) 福邦銀行(4・4) 現在 長野県農業協同組合(28・4) 30・4) 4・4) 現在 長野県機械金属(26・4) 28・4) エプソン(25・4) 26・4) 30・4) 4・4)

(東海地区)

十六フィナンシャルグループ(25・4) 現在 ヤマハ(2・4) 4・4) 静岡県東部機械工業(26・4) 30・4) 静岡県自動車販売(30・4) 2・4) 静岡県トラック運送(25・4) 26・4) 静岡県電気工事

業(4・4)現在)デンソー(25・4)現在)トヨタ自動車(25・4)現在)中部電力(25・4)現在)三重交通(25・4)現在)

(近畿地区)

フジテック(30・4)2・4)東レ(25・4)26・4)滋賀銀行(2・4)4・4)日本電気硝子(26・4)28・4)平和堂(4・4)現在)滋賀県農協(28・4)30・4)京セラ(26・4)30・4、4・4)現在)オムロン(25・4)26・4、30・4)4・4)クボタ(25・4)現在)パナソニック(25・4)現在)日本生命(25・4)現在)関西電力(25・4)現在)大阪府信用金庫(4・4)現在)大阪府建築(28・4)4・4)近畿電子産業(25・4)現在)兼松連合(25・4)28・4)川崎重工業(25・4)現在)神戸製鋼所(25・4)現在)南都銀行(26・4)28・4、30・4)2・4、4・4)現在)紀陽銀行(25・4)26・4、28・4)30・4、2・4)4・4)

(中国地区)

品川リフレクトリーズ(28・4)30・4)中国銀行(2・4)4・4)岡山県自動車販売(30・4)2・4)ベネッセグループ(4・4)現在)トマト銀行(25・4)26・4)倉敷中央病院(26・4)28・4)マツダ(25・4)26・4、4・4)現在)広島ガス電鉄(25・4)26・4)ひろぎんグループ(26・4)28・4)中国電力(26・4)30・4、2・4)4・4)中国新聞(28・4)30・4)中電工(30・4)2・4)UBE(30・4)2・4)トクヤマ(28・4)30・4)東ソー(4・4)現在)東洋鋼鋳(26・4)28・4)山口フィナンシャルグループ(25・4)26・4)西京銀行(2・4)4・4)

(四国地区)

阿波銀行(2・4)4・4)大塚製薬(25・4)26・4)徳島大正銀行(28・4)30・4)百十四銀行(26・4)28・4、30・4)2・4)

4、4・4)現在)帝人グループ(25・4)26・4)井関農機(28・4)30・4)三浦グループ(2・4)4・4)四国銀行(4・4)現在)高知銀行(30・4)2・4)近森会(26・4)28・4)

(九州地区)

山九(26・4)28・4、2・4)4・4)福岡銀行(25・4)26・4)九州電力(25・4)26・4)福岡県農協(4・4)現在)九電工(28・4)30・4)西部瓦斯(30・4)2・4)佐賀銀行(26・4)28・4、30・4)2・4、4・4)現在)十八親和銀行(25・4)26・4、28・4)30・4、2・4)4・4)肥後銀行(26・4)28・4、4・4)現在)平田機工(30・4)2・4)大分銀行(25・4)26・4、28・4)30・4、2・4)4・4)宮崎銀行(28・4)30・4、4・4)現在)南日本銀行(25・4)26・4)鹿児島県信用金庫(30・4)2・4)琉球銀行(26・4)28・4)沖縄海邦銀行(2・4)4・4)

8、監事

東京港(4・4)現在)キリンビール(2・4)4・4)アドバンテクト(25・4)28・4)丸紅(28・4)2・4)アイシン(29・4)現在)豊田合成(25・4)26・4)ユニグループ(26・4)29・4)近畿日本鉄道(5・2)現在)大阪府電設工業(25・4)30・4、4・4)5・2)大阪自動車整備(30・4)4・4)早苗壽男(25・4)28・4)牧野純二(28・4)2・4)瀬川雅晶(2・4)現在)

9、都道府県連合会長

北海道 北海道農業団体(25・4)現在)
青森 北海のく銀行(25・4)26・3)青森銀行(26・4)28・3)みちのく銀行(28・4)30・3)青森銀行(30・4)2・3)みちのく銀行(2・4)4・3)青森銀行(4・4)

岩手 4〜現在
 岩手銀行(25・4〜28・3) 北日本銀行(28・4〜30・3)
 岩手県自動車販売(30・4〜2・3) 東北銀行(2・4
 宮城 4・3) 岩手銀行(4・4〜現在)
 東北電力(25・4〜現在)
 秋田 秋田銀行(25・4〜現在)
 山形 山形銀行(25・4〜現在)
 福島 東邦銀行(25・4〜現在)
 茨城 常陽銀行(25・4〜現在)
 栃木 栃木県トラック(25・4〜現在)
 群馬 サンデン(25・4〜26・3) 群馬銀行(26・4〜28・3) ミ
 ツバ(28・4〜30・3) サンデン(30・4〜現在)
 埼玉 埼玉機械工業(25・4〜現在)
 千葉 千葉銀行(25・4〜現在)
 東京 安田日本興亜(25・4〜現在)
 神奈川 東芝(25・4〜2・10) 日産自動車(2・10〜現在)
 新潟 新潟県農業団体(25・4〜現在)
 富山 不二越(25・4〜26・3) 北陸銀行(26・4〜28・3) YK
 K(28・4〜30・3) 北陸電力(30・4〜2・3) T I S I
 N テックグループ(2・4〜4・3) 三協・立山(4・4
 石川 現在)
 北陸鉄道(25・4〜26・3) 津田駒工業(26・4〜28・3)
 石川県自動車販売店(28・4〜30・3) 小松精練(30・4
 2・3) 北陸地区信用金庫(2・4〜4・3) 北國新聞
 (4・4〜現在)
 福井 福井銀行(25・4〜26・3) セーレン(26・4〜30・3) サ
 カイ(30・4〜2・3) 三谷(2・4〜4・3) 福邦銀行
 (4・4〜現在)
 山梨 山梨中央銀行(25・4〜26・3) 山日YBS(26・4〜28・
 3) ファナック(28・4〜30・3) 山梨県自動車販売整備

長野 (30・4〜2・3) 山梨中央銀行(2・4〜4・3) 山日Y
 BS(4・4〜現在)
 エプソン(25・4〜26・3) 長野県機械金属(26・4〜28・
 3) 長野県農業協同組合(28・4〜30・3) エプソン(30・
 4〜4・3) 長野県農業協同組合(4・4〜現在)
 岐阜 十六フィナンシャルグループ(25・4〜現在)
 静岡 静岡県東部機械工業(25・4〜30・3) 静岡県自動車販売
 (30・4〜2・3) ヤマハ(2・4〜4・3) 静岡県電気工
 事業(4・4〜現在)
 愛知 デンソー(25・4〜26・3) トヨタ自動車(26・4〜現在)
 三重 三重交通(25・4〜現在)
 滋賀 東レ(25・4〜26・3) 日本電気硝子(26・4〜28・3) 滋
 賀県農協(28・4〜30・3) フジテック(30・4〜2・3)
 滋賀銀行(2・4〜4・3) 平和堂(4・4〜現在)
 京都 オムロン(25・4〜26・3) 京セラ(26・4〜30・3) オム
 ロン(30・4〜4・3) 京セラ(4・4〜現在)
 大阪 安藤力(25・4〜27・3) 小笹定典(27・4〜3・3) 久保
 俊裕(3・4〜現在)
 兵庫 川崎重工業(25・4〜現在)
 奈良 南都銀行(25・4〜現在)
 和歌山 紀陽銀行(25・4〜現在)
 鳥取 鳥取銀行(25・4〜現在)
 岡山 山陰合同銀行(25・4〜現在)
 岡山 トマト銀行(25・4〜26・3) 倉敷中央病院(26・4〜28・
 3) 品川リフラクトリーズ(28・4〜30・3) 岡山県自動車
 販売(30・4〜2・3) 中国銀行(2・4〜4・3) ベネッ
 セグループ(4・4〜現在)
 広島 広島ガス電鉄(25・4〜26・3) 広島銀行(26・4〜28・
 3) 中国新聞(28・4〜30・3) 中電工(30・4〜2・3)
 中国電力(2・4〜4・3) マツダ(4・4〜現在)

琉球銀行(4・4)現在)

山口 山口銀行(25・4)26・3) 東洋銅飯(26・4)28・3) ト
クヤマ(28・4)30・3) UBE(30・4)2・3) 西京銀
行(2・4)4・3) 東ソー(4・4)現在)

徳島 大塚製菓(25・4)26・3) 阿波銀行(26・4)28・3) 徳
島銀行(28・4)30・3) 大塚製菓(30・4)2・3) 阿波
銀行(2・4)4・3) 徳島大正銀行(4・4)現在)

香川 百十四銀行(25・4)現在)

愛媛 帝人グループ(25・4)26・3) 伊予銀行(26・4)28・
3) 井関農機(28・4)30・3) 愛媛銀行(30・4)2・
3) 三浦グループ(2・4)4・3) 帝人グループ(4・4

現在)

高知 高知銀行(25・4)26・3) 近森会(26・4)28・3) 四国
銀行(28・4)30・3) 高知銀行(30・4)2・3) キタム
ラ(2・4)4・3) 四国銀行(4・4)現在)

福岡 福岡銀行(25・4)26・3) 山九(26・4)28・3) 九電工
(28・4)30・3) 西部瓦斯(30・4)2・3) 山九(2・
4)4・3) 福岡県農協(4・4)現在)

佐賀 佐賀銀行(25・4)現在)

長崎 十八親和銀行(25・4)現在)

熊本 チソソ水俣(25・4)26・3) 肥後銀行(26・4)28・3)
熊本県自動車販売店(28・4)30・3) 平田機工(30・4
)2・3) 熊本銀行(2・4)4・3) 肥後銀行(4・4)

現在)

大分 大分銀行(25・4)現在)

宮崎 宮崎銀行(25・4)現在)

鹿児島 南日本銀行(25・4)28・3) 鹿児島銀行(28・4)30・
3) 鹿児島県信用金庫(30・4)2・3) 南日本銀行(2・
4)現在)

沖縄 琉球銀行(25・4)28・3) 沖縄銀行(28・4)30・3) 沖
縄電力(30・4)2・3) 沖縄海邦銀行(2・4)4・3)

琉球銀行(25・4)28・3) 沖縄銀行(28・4)30・3) 沖
縄電力(30・4)2・3) 沖縄海邦銀行(2・4)4・3)

主な各種関係審議会等における本会の代表者

〔平成25年4月～令和5年3月末現在
()内は同期間における在任期間〕

■ 社会保障審議会委員

医療分科会

池上秀樹(平25・4～平28・4)、牧野純二(平28・8～令2・8)、中野恵(令2・8～現在)

介護給付費分科会

高智英太郎(平25・4～平26・4)、本多伸行(平26・4～平30・7)、河本滋史(平30・7～令5・2)、伊藤悦郎(令5・2～現在)

医療部会

高智英太郎(平25・4～平27・1)、本多伸行(平27・1～平30・6)、河本滋史(平30・6～現在)

介護保険部会

布施光彦(平25・4～平28・1)、佐野雅宏(平28・2～平29・11)、河本滋史(平30・7～令4・12)、伊藤悦郎(令5・2～現在)

医療保険部会

白川修二(平25・4～平30・4)、佐野雅宏(平30・4～現在)

■ 中央社会保険医療協議会委員

白川修二(平25・4～平27・10)、幸野庄司(平27・10～令3・10)、松本真人(令3・10～現在)

■ 厚生科学審議会委員

地域保健健康増進栄養部会

岡本光正(平25・10～平27・8)、村上顕郎(平27・8～平28・

9)、白川修二(平28・9～平29・9)、木村文裕(平29・10～令3・1)、米川孝(令3・1～現在)

■ スポーツ審議会(スポーツ庁)

健康スポーツ部会

小松原祐介(平29・9～現在)

■ 社会保険診療報酬支払基金

理事

赤塚俊昭(平25・4～平26・8)、鳥海孝治(平26・8～令4・8)、今泉礼三(令4・8～現在)、河本滋史(平22・8～平30・8)、長尾健男(平30・8～現在)

監事

棟重卓三(平25・4～平28・8)、内田好宣(平28・8～令2・8)、吉田雄彦(令2・8～現在)

健康保険組合設立、合併、解散状況一覧

(平成25年4月～令和5年3月末)

○設立

設立年月	組合名	都道府県名	備考
平成25・4	ニトリ	東京都	
25・4	デル	東京都	
25・4	カルビー	栃木県	
25・4	ジャパンディスプレイ	東京都	
25・4	三浦グループ	愛媛県	
25・4	熊本銀行	熊本県	
25・5	CNCグループ	東京都	
25・7	シミックグループ	東京都	
25・11	トータルビュートイー	東京都	
25・12	デクセリアルズ	東京都	
26・4	GE	東京都	
26・4	HGST	東京都	
26・4	共愛会	福岡県	
26・9	小倉記念病院	福岡県	
26・10	フューチャーグループ	東京都	
26・10	大気社グループ	東京都	
27・4	ベンチャーバンク	東京都	
27・4	楽天	東京都	
27・4	ツルハホールディングス	北海道	
27・4	ワークスアプリケーション	東京都	
27・8	ンズグループ	東京都	
27・10	GLV	東京都	
27・11	グーグル	東京都	
設立年月	組合名	都道府県名	備考
28・4	地域医療振興協会	東京都	
28・4	マクニカ	神奈川県	
28・4	池友会	佐賀県	
28・4	巨樹の会	福岡県	
28・6	愛知県医療	愛知県	
28・10	日本赤十字社	東京都	
29・4	マイクログソフト	東京都	
29・4	CTCグループ	東京都	
29・4	パナソニックヘルスケア	東京都	
29・4	ZARA	東京都	
29・4	C&Rグループ	東京都	
29・4	アマゾンジャパン	東京都	
29・4	ラディックスグループ	東京都	
30・4	ヒロセ電機	東京都	
30・4	YG	東京都	
30・4	リゾートトラスト	東京都	
30・6	尼崎中央病院	兵庫県	
30・10	パルグループ	大阪府	
30・11	きつこう会	大阪府	
31・4	セラクグループ	東京都	
31・4	EAFアーマ	東京都	
31・4	フィリップス・ジャパン	東京都	
31・4	トラスコ中山	東京都	

3・7	3・7	3・6	3・4	3・4	3・4	3・4	3・4	3・4	2・6	2・4	2・4	2・4	2・4	2・4	2・4	2・4	2・4	令和2・4	31・4	31・4	31・4	31・4	設立年月			
JAST	キオクシア	エンターテイメント	イルズ空調	日立ジョンソンコントロール	FWDFW富士生命保険	Works Human Intelligence	グミックス	ダイレクトマーケティング	愛仁会	マーキュリー	トーテックグループ	日本経営サエラグループ	サカイ引越センター	因幡電機産業	けいじゅ	ネクステージグループ	JMA	住友不動産	がん研究会	パーソルキャリア	IQVIAグループ	ライク	iDA	東和薬品	サンゲツ	組合名
大	東	東	東	東	東	東	大	大	大	大	大	大	大	大	石	愛	神	東	東	東	東	大	大	大	愛	都道府県名
阪	京	京	京	京	京	京	阪	阪	京	知	阪	阪	阪	阪	川	知	川	京	京	京	京	阪	阪	阪	知	
				分割(日立)	分割(AIG)	分割(ワークスアプリケーションズグループ)												分割(住友商事)								備考
																										設立年月
																										組合名
																										都道府県名
																										備考

○解散

解散年月	組合名	都道府県名	備考
平成25・4	山梨交通	山梨	
25・4	栃木県石油業	栃木	
25・4	埼玉県石油業	埼玉	
25・4	香川トヨタグループ	香川	
25・4	大鋼連	大阪	
25・4	神姫	兵庫	
25・4	ジャパンバイルグループ	東京	
25・4	熱海市旅館	静岡	
25・8	コカ・コーラウエストグループ	大阪	
25・9	埼玉県自動車販売整備マルコ	埼玉	
25・10	南九州コカ・コーラボトリング	熊本	
26・4	関東鉄道	茨城	
26・4	エヌ・シー・シー	埼玉	
26・4	聖路加	東京	
26・4	赤阪鉄工	静岡	
26・4	阪急バス	大阪	
27・4	新潟県自動車整備販売	新潟	
27・4	トナミ運輸	富山	
27・4	カナサシ	静岡	
27・4	サン・ファイブ	愛知	
28・4	ツヤキン	愛知	
28・4	兵庫県石油	兵庫	
28・4	全国食糧	東京	
28・4	第一貨物	山形	
28・4	天満屋	岡山	
28・4	第一工業製薬	京都	
28・4	京都織物卸商	京都	
28・7	みちのく・コカコーラ	岩手	
29・3	武富士	東京	
29・4	宝幸	東京	
29・4	中越運送	新潟	
29・4	神戸屋	大阪	
29・4	大阪青果	大阪	
29・10	エディオン	大阪	
29・10	岩崎産業	鹿島	
30・4	新興	岩手	
30・4	第一屋製パン	東京	
30・4	長野電鉄	長野	
30・4	藤原運輸	福岡	
30・4	福糧	福岡	
30・4	佐世保重工業	長崎	
31・4	日生協	東京	
31・4	人材派遣	東京	
31・4	日本農産工業	東京	
31・4	中井	大阪	
令和2・4	釜屋	大阪	
2・4	エルナー	神奈川	
2・4	エヌ・ティ・ティ・デー	神奈川	
2・4	タ・ジエトロニクス	長野	

4・10	4・4	3・8	3・7	3・4	3・4	3・4	2・4	2・4	解散年月
三貴	文祥堂	オーミケンシ	ベスト電器	大阪既製服	ジャパン	コカ・コーラボトラーズ	学生援護会	伊予鉄道	組 合 名
東 京	東 京	大 阪	福 岡	大 阪		愛 知	東 京	愛 媛	都 道 府 県 名
									備 考
									解 散 年 月
									組 合 名
									都 道 府 県 名
									備 考