

平成 23 年 4 月 25 日

【照会先】

保険局保険課全国健康保険協会管理室

室長 後藤 利美 (内線 3151)

室長補佐 佐野 勉 (内線 3152)

(代表電話) 03 (5253) 1111

(直通電話) 03 (3595) 2556

報道関係者 各位

### 全国健康保険協会の業績に関する評価結果について

全国健康保険協会の平成 20 年度及び 21 年度における健康保険事業の業績に関する評価を行いましたので公表します。

- 全国健康保険協会の平成 20 年度及び 21 年度における健康保険事業の業績に関する評価結果
- (別添) 全国健康保険協会の業績に関する評価

# 全国健康保険協会の平成 20 年度及び 21 年度に おける健康保険事業の業績に関する評価結果

平成 23 年 3 月 31 日

## 1. 概要

全国健康保険協会（以下「協会」という。）は、平成 18 年の医療制度改革において、政府管掌健康保険の保険者機能の発揮、加入者・事業主の意見の反映、都道府県単位の運営など、効率的な事業運営を図るため、政府管掌健康保険が民営化され、平成 20 年 10 月に発足した。また、平成 22 年 1 月より、船員保険制度を国から承継し、健康保険相当部分（職務外疾病部門）と船員労働の特性に応じた独自・上乘せ給付を行う新しい船員保険制度を協会が運営している。

今般、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 7 条の 30 の規定に基づき、平成 20 年度及び 21 年度における協会の健康保険事業の業績について、「サービス関係」、「保健事業関係」、「医療費適正化関係」等の観点から評価を行ったところである。

なお、業績の評価にあたっては、第三者の視点を取り入れた適切な評価を行う観点から、有識者等を構成員とする「全国健康保険協会業績評価に関する検討会」（平成 23 年 2 月 23 日開催）の各構成員の意見を参考としている。

## 2. 業績の評価

業績の評価結果は、別添のとおりであるが、主な事項は次のとおりである。  
この結果を踏まえ、今後の協会の事業運営に臨みたい。

- 被保険者等に向けたサービスの向上、医療費適正化や業務の効率化への積極的な取組みは、評価できる。また、業務の標準化やシステム化による効率化の推進、研修による情報共有など順調に事業の遂行レベルが上昇していることが認められる。引き続き、サービスの向上と医療費適正化の推進に取り組まれない。
- なお、こうした取組みは、保険者機能の強化につながるもので、更に被保険者の特性に見合った取組みの強化や、財政状況に関する被保険者への説明と理解、被保険者の合意と信頼の形成に努めることを期待したい。
- 一方、保健事業関係は、設定した目標と保健事業の実施率との乖離が極めて大きいので、今後の事業運営では、被保険者との接触の機会を更に増やし、健診結果の丁寧な提供や説明に努めるなど、健診の受診を被保険者・事業主に対して積極的に働きかけ、事業の改善に取り組まれない。

(別 添)

## 全国健康保険協会の業績に関する評価

### 1 平成 20 年度及び 21 年度の業績について

#### (1) 評価の視点

- ・ 全国健康保険協会（以下「協会」という。）は、平成 18 年の医療制度改革において、政府管掌健康保険の保険者機能の発揮、加入者・事業主の意見の反映、都道府県単位の運営など、効率的な事業運営を図るため、政府管掌健康保険が民営化され、平成 20 年 10 月に発足した。また、平成 22 年 1 月より、船員保険制度を国から承継し、健康保険相当部分（職務外疾病部門）と船員労働の特性に応じた独自・上乘せ給付を行う新しい船員保険制度を協会が運営している。
- ・ 全国健康保険協会の業績評価に関する検討会（以下「検討会」という。）では、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 7 条の 30 の規定に基づき、厚生労働大臣が行うこととされている協会の事業年度ごとの業績の評価にあたり、第三者の視点を取り入れた適切な評価を行うことを目的とし、協会が運営する健康保険事業の平成 20 年度及び 21 年度の業績について評価を行った。

#### (2) 平成 20 年度及び 21 年度の業績全般の評価

- ・ 被保険者に向けたサービスの向上、医療費適正化や業務の効率化への積極的な取組みは、評価できる。協会が求められる役割に照らして、業務の標準化やシステム化による効率化の推進、研修による情報共有及び人材の質の向上など、順調に事業の遂行レベルが上昇していることが認められる。
- ・ こうした取組みは、保険者機能の強化につながるため、更に被保険者の特性に見合った取組みの強化や、財政状況に関する被保険者への説明と理解、被保険者の合意と信頼の形成に努めることを期待したい。
- ・ なお、保健事業は、設定した目標と保健事業の実施率との乖離が極めて大きいので、今後の事業運営では、被保険者・事業主に対して積極的に働きかけ、事業の改善に取り組まれない。具体的には、被保険者との接触の機会を更に増やし、健診結果の丁寧な提供や説明に努め、事業主経由での働きかけの強化を実施するなど、被保険者全体で効果（メタボリックシンドロームの減少、医療費増の軽減）を上げるための保健事業の再構築が必要である。
- ・ 健康保険事業は、目先の効率だけでなく、長期的視点に立った施策や協会の構造的な課題に応じた対策を講じる必要があり、医療費の発生自体を軽減する取組み（保健事業）が不可欠である。事業の財源が厳しい状況下では、事業メニュー、対象、段階的な実施などについて検討が必要であるが、その際には事業主・被保険者への周知と理解に取り組むこともあわせて重要である。

### 2 具体的な評価内容

#### (1) サービス関係指標について

##### ① サービススタンダードの遵守

傷病手当金等の申請の受付から振込までの所要日数は、平成 21 年 4 月より、不正が疑われ、厳格な審査が必要な請求等の返戻・照会分を除き、目標設定を 15 営業日から 10 営業日に短縮しているが、平成 21 年度の実績は、達成率が 94.1%、

平均所要日数が、8.4日であり、サービスの向上が図られていると評価できる。

今後は、10営業日を超えたケースの原因を確認し、更なる期間の短縮に取り組む一方で、不正請求が増加傾向であることを踏まえ、不正請求を防止する取組みを進められたい。

## ② 健康保険証の交付

健康保険証の交付は、日本年金機構（以下「機構」という。）が事業主を通じて被保険者の加入手続きを行った後、協会が機構から加入資格情報を取得し、健康保険証を送付している。この資格情報の取得から健康保険証の送付までの平均日数は、平成21年度の実績は1.47日であり、目標の2日以内を下回っており、交付時間の短縮が達成されていることは評価できる。今後も、機構との連携を密にして、健康保険証の送付までの平均日数を高い水準に維持していくことを期待したい。

## ③ お客様満足度

協会の業務やサービスに対する加入者の満足度や評価の状況を把握するため、平成21年10月に、お客様満足度WEB調査を実施した結果、平成21年度の満足度は、各項目で前年度を上回っている。窓口での待ち時間は、「5分未満」が8割を超えており、良好であるが、15分以上の長い待ち時間が発生しているケースについて、原因を把握するとともに、混み合う時間帯には受付窓口から待ち時間の情報を提供するなど、一層のサービス向上に取り組まれたい。

職員の応接態度及び施設の利用は、いずれも前年度より満足度が増加しており、評価できるが、支部間で満足度に差があるので、全国で一定の水準を保つよう、取組まれたい。なお、訪問目的の達成度及び窓口サービス全体の満足度は、前年度より増加し、高水準を維持していることは評価できる。今後も高水準を維持していくことを期待したい。

## (2) 保健事業関係指標について

### ① 健診の実施

協会では、35歳以上の者に対して、生活習慣病予防健診を実施しており、特定健康診査（40歳以上）を包括して行っている。平成21年度は、健診機関を2,465機関に増やす（前年度比150増）など、受診機会の拡大に努めたが、協会の適用事業所は、規模が小さく、勤務形態が多様で広域に点在していることから、効果的な勧奨が難しいことなどの要因により、特定健診実施率の平成21年度の実績は38.3%に留まり、目標である42.5%に届かなかった。

また、被扶養者の健診も、平成20年10月から本格的に取組みを始めたが、制度や受診手続の周知が十分にできなかったことなどから、平成21年度の実施率は、12.2%であり、目標である47.5%を大きく下回る結果となった。

目標に対する達成度が著しく不十分であり、特に被扶養者の健診について、目標値と対応策の再検討が必要である。今後は、健診機関の拡大に留まらず、健診内容の充実、市町村との連携をはじめ、制度の周知のための広報の抜本的強化、事業主への説明の強化、被扶養者の受診手続きの簡素化などの対策を講じられたい。なお、不定期に受診されている者に対しても、丁寧な情報の提供を行うなど、実施率の向

上に向けて取り組まれたい。

## ② 事業者健診の実施

事業者は、本人の同意がなくても健診結果データを協会に提供できるが、この仕組みを事業主に十分周知していないため、データ提供への理解が得られないなどの理由で、事業者健診結果の取込率が目標を大きく下回る結果となったことから、改善が必要である。

事業者健診結果データの取込みは、関係者への周知の徹底が重要であり、あらゆる機会を通じて事業主の理解を求めていく必要がある。また、データを取り込むことで保険者である協会から事業所の従業員へ健康づくりの支援ができることから、事業主にもメリットがあることを訴えるなど、対応策の検討を行い、取込率の向上に取り組まれたい。

## ③ 保健指導の実施

被保険者の特定保健指導は、協会の保健師が事業所を中心に行い、被扶養者の特定保健指導は、外部機関に委託して実施しているが、協会の場合、①事業所の規模が小さく、広域に点在しており、効率的な保健指導が難しい、②事業主の理解が得にくく、保健指導を6ヵ月間継続することが難しい、など当初から課題が多いことから、平成21年度は目標を大きく下回る結果となった。

こうした保健指導の実施面を考慮すると、目標値の設定を再検討する必要がある。実施率改善のため、本人への指導文書の発送と委託先（病院、クリニック、保健師）を複数指定し、連携して取り組むべきである。

また、保健指導対象者であることを事業主に知られたくないという考えが被保険者にあることも、実施率が低い要因の一つと思われることから、外部機関による指導の実施等について検討するなど、改善に取り組まれたい。

## ④ 保健指導の効果

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の平成24年度の目標を対平成20年度比10%としているが、メタボリックシンドローム該当者のリスク保有割合の平成21年度の減少率は、対前年度比で0.2%の減であり、著しく達成率が低いことから、一層、保健指導の実施率を高める努力が必要である。

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を目的として保健事業を実施することが重要であるため、一部の被保険者のみ高コストをかけていないか、検討されたい。

なお、生活習慣病の改善状況は、生活習慣病予防健診の検査項目別で、いずれの項目でも、前年度より減少しているなど、改善が図られていると認められる。

## (3) 医療費適正化関係指標について

### ① レセプト点検効果額

レセプトは、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）が審査しているが、支払基金が審査していない事項等は、協会が点検し、医療費の適正化を図っている。

平成20年度下半期は、点検方法を紙からシステムに変更し、新しいシステムの導入に慣れるまでの間、作業効率が低下したが、平成21年度には新たな点検方法に慣れ、レセプトの点検の範囲や項目の拡充、点検技術の全国的な底上げなどにより、被保険者1人当たりの効果額は、資格点検で2,222円、内容点検で786円、外傷点検で382円であった。

平成21年度は、いずれの点検効果額でも、前年度を上回っており、改善が図られていると認められる。今後は、ノウハウの体系化と、可能なものはシステムへ組み込み、点検できるようにすることが重要であり、より効率的な点検の実施に期待する。

## ② 後発医薬品の使用促進

協会では、平成21年度に「ジェネリック医薬品希望カード」を3,300万枚作成し、医療費通知等に同封して配付した。また、先発薬を長期服用している40歳以上の加入者のうち、ジェネリック医薬品に切り替えた場合に、薬代の自己負担の軽減額が一定金額以上見込まれる方に対し、薬代の自己負担軽減額の通知を平成21年度から開始している。

この取組みは、平成21年7月下旬にパイロット事業として実施後、平成22年1月から同年6月にかけて全国の約145万人の加入者に通知し、年間約70億円の医療費の軽減効果があった。

ジェネリック医薬品希望カードの発行や自己負担軽減額の通知など積極的な取組みによって、後発医薬品の使用実績を従前の水準より高めたことは、評価できる。今後は、広報活動を推進するとともに、ジェネリックを処方する医師などへのインセンティブ策も検討するなど、ジェネリックの使用促進について一層の検討を期待したい。

## (4) その他

### ① 各種サービスの利用状況

平成21年1月から開始したインターネットを通じた医療費の情報提供サービスは、医療費通知の裏面やポスターを活用するなどの周知広報を行ったが、利用状況は、低水準に留まった。

インターネットによる医療費通知の利用は、今後も普及に取り組む必要があり、周知広報などの更なる対策が必要である。たとえば、医療費通知に生活習慣病の継続療養や生活習慣の改善を支援するツール・情報を付加するなど、ITを利用することのメリットの提供が必要ではないか。

任意継続被保険者の保険料の納付方法は、主に資格取得申請時にお知らせしながら促進しているが、平成21年度の口座振替利用率は20.6%であった。口座振替利用率が100%となるよう、引き続き、取り組まれない。

### ② 事務処理誤りの防止

事務処理誤りの防止・低減を目的としたチェック体制の標準化は、業務改革会議の検討結果を受け、チェック体制の標準化に向けて支部に取扱いを示すとともに、発生した事務処理誤りを職員用の掲示板に集約し、協会全体で情報を共有すること

で、同様の事務処理誤り等が発生しない取り組みを行っている。

協会では、今後の防止策、低減の対策を取っているが、「事務処理誤り」はゼロを目標とすべきであり、引き続き、取り組まれない。

### ③ お客様の苦情・意見

協会では、ホームページに「理事長へのメールコーナー」を設けて、幅広くお客様の声の集約・分析に努めているが、事業の改善につなげるよう、取組みの結果も確認する必要がある。

### ④ ホームページの利用

ホームページでタイムリーな情報提供に努めており、特に支部ごとのページでは、評議会の情報や健診機関の情報、都道府県ごとに催される健康づくりイベントの案内や医療情報など、地域に密着した情報を提供した。なお、平成21年度では、平日の1日当たり平均アクセス件数は約3万件であった。

その他、平成21年5月には携帯サイトを開設し、同年8月にはメールマガジンの運用を開始しているが、平成22年3月時点で19の支部で導入され、18,799件の登録があった。

ホームページのアクセス件数が増加傾向にあり、順調に展開していることが認められる。今後は、メールマガジンの登録者の増加に向け、被保険者によりメリットがある活用法を検討するなど、ホームページの充実・改善に取り組まれない。

### ⑤ 申請・届出の郵送化

協会では、健康保険給付等の申請・届出を郵送で受け付けることを進めており、ホームページや年金事務所等で申請書を入力することで、協会の支部窓口に来訪しなくても手続きを行うことができる。また、支部窓口から至近にある年金事務所の窓口では、支部窓口の充実を前提に、縮小又は廃止することとしている。

平成22年3月現在の申請書・届出の郵送化率は66.7%であり、窓口での受付件数が特に少ない。郵送化率が順調に進んでいると認められ、引き続き、郵送による申請受付の割合を引き上げるよう、努力されたい。なお、郵送トラブルに伴う加入者への不利益が、発生していないかなどの検証も必要であり、更に日数や費用を要しないシステムの改善に取り組むことを期待したい。

### ⑥ 業務の効率化・経費の削減

協会では、100万円を超える調達は、一般競争入札を原則としており、随意契約にならざるを得ないものは、本部及び支部ともに調達審査委員会で個別に妥当性を審査している。これまで随意契約していた調達を、入札による調達に切り替えること等により、随意契約の割合は、前年度と比べて減少している。また、消耗品の調達は、スケールメリットを活かした本部一括調達による契約単価引下げ、発注数の適正化等による経費の節減に取り組んでいる。

こうした取組みにより、一般競争入札の割合の増加や経費の削減が図られていると認められる。

# 全国健康保険協会の業績に関する評価

※ 評価欄の判定基準は、S・A・A'・B・B'・C・C'・D

【判定基準】 S:目標を大幅に上回っている A、A':目標を上回っている B、B':目標を概ね達成している C、C':目標をやや下回っている D:目標を下回っており、大幅な改善が必要

20年度目標	21年度目標指標	事業報告(概要)	評価
サービスの向上	1 サービス関係指標		1 サービス関係指標
新たなサービスの実施	(1) サービススタンダードの遵守		(1) サービススタンダードの遵守
平成20年度末を目標に、現金給付の請求書受理から支給決定通知書到達までの期間のサービススタンダードを2週間以内とする。 (設立当初は3週間以内)	① 健康保険給付の受付から振込までの日数の目標(10営業日)の達成率	100% 達成率94.08%【22年11月 95.6%】 受付から振込までの平均日数8.35日(前年同期11.13日)【22年11月 8.17日】  ○21年4月から、健康保険給付の申請の受付から振込までの期間であるサービススタンダードの所要日数について、不正が疑われ、厳格な審査が必要な請求等の返戻・照会分を除き、目標設定を15営業日※から10営業日に短縮し、サービスの向上を目指し、改善が図られた。 また、21年度パイロット事業(三重支部)で、不正が疑われる請求事業に対して、担当者1人ではなく支部長をトップとするプロジェクトチーム方式によって、加入者、医師、事業主への面談、電話・文書照会等を進め、審査を強化し、これにより、6ヶ月間で約1000万円(不支給決定11件、申請取下げ2件)の給付削減効果があった。 ※協会設立当初「3週間」であったが、お客様に対して分かりづらいため、21年1月より15営業日に変更  ○22年度からは、プロジェクト方式による審査強化を全国で順次導入するとともに事業主への照会に当たっては権限を有する日本年金機構と連携するなどして、適正に審査しつつ迅速に決定するよう取り組んでいる。 なお、不正が疑われる請求の実態を踏まえ、現金給付の制度改正に向けた協議を21年度の運営委員会で行い、21年度・22年度の社会保障審議会医療保険部会において制度改正を要望した※。 ※傷病手当金等の支給上限の設定、加入期間要件の設定、医師・事業主への質問調査権の明確化を要望	①  B  A
	② 健康保険給付の受付から振込までの日数	21年3月時より減少	②  A

1

20年度目標	21年度目標指標	事業報告(概要)	評価
サービスの向上	1 サービス関係指標		1 サービス関係指標
	(2) 健康保険証の交付		(2) 健康保険証の交付
	① 資格情報の取得から健康保険証送付までの平均日数	2日以内 平均1.47日  ○一般被保険者の方の健康保険証の交付については、事業主を通じて日本年金機構における加入手続きの後、協会は年金機構から加入資格情報を取得した上で、取得当日又は翌日に作成し、発行している。 任意継続被保険者の方の健康保険証の交付については、ご本人から協会において加入手続きが行われた後、協会は、助けていた会社から年金機構に提出された資格喪失届に係る情報を年金機構から取得の上で、取得当日又は翌日に作成し、発行している。 迅速な健康保険証の交付には、年金機構との連携が欠かせないことから、年金機構、厚生労働省との連絡調整会議の活用等により、連携を図っている。 なお、22年1月からは、確実に健康保険証をお届けするため、発送記録が残る特定記録郵便による送付を開始した。  ○22年度においては、年金機構と連携を密にして、加入手続時点から健康保険証送付までの全体の期間の管理に努めている。	①  A

20年度目標	21年度目標指標	事業報告(概要)	評価
サービスの向上	サービス関係指標		1 サービス関係指標
サービス向上のための取組 ・サービスに関する目標をサービススタンダードとして定め、その遵守状況を適切に管理し、着実に実施  ・新たな業務処理体制も踏まえ、お客様満足度に関する指標を設定し、管理	(3) お客様満足度	20年度調査より改善 87.7% (20年度85.2%) ○待ち時間について「5分未満」「5～14分」「15分以上」のうち「5分未満」が81%と最も高く、昨年度(79%)より改善されたことから、満足度が2.5ポイント増加した。	(3) お客様満足度 ① A ・5分未満で窓口対応が始まっているのが8割超というのは、かなり改善していると評価する。 ・前年度の実績を上回っており、満足度が高くなったことは評価できるが、90%を超えることが望ましい。 ・15分以上など、長い待ち時間が発生しているケースの原因の把握と改善が、必要である。 ・混み合う時間帯には、受付窓口の者が待っている人に対し、「何分程度お待ち下さい」との情報を流すことを奨励すべきである。
	② 職員の応接態度に対する満足度	20年度調査より改善 93.0% (20年度89.9%) ○「あいさつ」「言葉づかい」「身だしなみ」「対応の速さ」「説明のわかりやすさ」「職員の専門的な知識」の6点にわたって応接態度を調査したが、全項目で満足度が増加した。なお、支部間で平均22.9ポイントの差が開いた。	② A ・職員の応接態度は、概ね改善されたと思われるが、支部間で格差があり、全国的に一定の水準を保つべく教育訓練が望まれる。 ・全項目で満足度が高まり、平均値が93%に達したことは評価に値するが、支部間の格差拡大について、満足度が低い支部での検証や、研修の強化など改善が必要である。
	③ 施設の利用の満足度	20年度調査より改善 77.6% (20年度72.5%) ○「施設内の案内表示のわかりやすさ」「プライバシーへの配慮」「待ち合わせスペース」「環境の美化・清潔の保持」全項目において満足度が増加した。特に「施設内の案内表示のわかりやすさ」は、満足度が昨年度より7.5ポイント増となった。なお、支部間で平均35.3ポイントの差が開いた。	③ A ・20年度調査を上回る、という目標を達成したことは評価できるが、満足度が70%台に留まっていることや、支部間格差が極めて大きいことへの対応が必要であり、満足度の低い支部での検証や、本部から適切な指導を行う必要がある。 ・施設の利用については、特に安全性(滑って怪我をする等)に配慮する必要がある。
	④ 訪問目的の達成度	20年度調査より改善 93.6% (20年度90.9%) ○満足度が昨年度結果より2.7ポイント増加し、高水準を維持している。	④ A ・前回の来客アンケート(8000人)から満足度が増加しており、訪問目的の達成度は、大変良好と評価する。今後も高水準を維持していくことを期待したい。
	⑤ 窓口サービスとしての満足度	20年度調査より改善 93.2% (20年度89.8%) ○満足度が昨年度結果より3.4ポイント増加し、高水準を維持している。	⑤ A ・全体的な満足度が、前回よりも増加しており、評価できる。 ・窓口サービス、満足度の調査結果は、高水準を維持しており、今後も個別の満足度を高めながら、この状態を持続することを期待するとともに、より向上策を講ずるべきである。

3

20年度目標	21年度目標指標	事業報告(概要)	評価
保健事業の推進	2 保健事業関係指標		2 保健事業関係指標
特定健康診査の推進	(1) 健診の実施		(1) 健診の実施
特定健康診査実施率：54.4% ※被保険者の特定健康診査実施率には事業者健診(20%)の見込み分を含む	① 被保険者 60.0% 特定健康診査実施率 42.5% 被扶養者 40.0% 被扶養者 47.5%	・被保険者 38.3%【22年度上半期23.5%、第三四半期34.5%】 ・被扶養者 12.2%【22年度上半期6.9%、第三四半期10.3%】  【被保険者】 ○35歳以上の方に対しては、生活習慣病予防健診を実施しており、特定健康診査(40歳以上)を包括して行っている。21年度は、健診機関を2,465機関に増やす(前年度比150増)等して、受診機会の拡大に努めた。しかし、協会は、健康保険組合や共済組合等と異なり、事業所規模が小さく、勤務形態が多様、かつ広い地域に点在しており、効果的な受診勧奨が難しいこと等により目標に届かなかった。  ○22年度も健診機関を2,620機関に増やした(前年度比155増)が、23年度に向けても、健診機関の選定条件を緩和して付加健診や婦人科検診等が実施できない健診機関であっても一般健診を実施できれば支部の判断で契約をできるようにするなど、健診機関の増加により一層の受診機会の拡大に努めている。 また、支部幹部が中心となって地域の事業主の集まる機会や事業主を訪問して、受診勧奨や健診をPRし、健診実施率の向上を図っている。  【被扶養者】 ○政管から協会に移行した20年10月から本格的に取組みを始めたため、制度や受診手続の周知が十分でなかったことなどが原因となって目標を大きく下回った。 受診手続については、制度が開始した20年4月の政管時代より、被扶養者から事業主を通じて受診券申請書を提出していたのだが、21年度は、これを簡素化し、モデルケースとして、福島、山梨、長野の3支部の一部において受診券申請書の提出を省略して受診券を発券・送付した。	① C ・目標に対する達成度は不十分である。やむを得ない面が多いが、地道に努力を続け、実施率の向上に努めるべき。達成できなかった原因の改善策と、目標値そのものが妥当かどうかの検討が必要である。特に被扶養者は、目標値と対応策の再検討が必要である。 ・組合健保や共済組合と比較して特定健康診査実施率が低い原因が、事業所規模の小ささや、勤務形態が多様・広域に点在しているため、効果的な受診勧奨が難しいことが要因かどうか、検証が必要である。 ・健診機関を増加させれば受診率が増加するのかが、検証が必要である。コスト増につながるが、健診内容の充実の検討も必要である。 ・市町村との連携をはじめ、広報の抜本的強化、事業主への説明の強化、被扶養者の受診手続の簡素化などの技術的な対策が必要である。各支部評議会での好事例の紹介や経験交流などを通じ、事業主・被保険者の理解・普及活動を行っていくべき。 ・たとえば、一度も受診してない方には、健康意識の向上のため制度の周知徹底、がん検診との包括化、事業主への周知、契約機関数の増加、申請書提出の省略などの対応を検討すべき。不定期に受けている方には、丁寧な情報提供の実施により、健診後のフォローを徹底すべき。また、加入者の磁気カード(受健康歴が記録されている)を発行するなどにより、その健診状態の把握に努め、実施率の向上を目指すべき。

4

<p>特定健康診査の推進</p>	<p>(1) 健診の実施</p> <p>○22年度からは、その結果を踏まえ、22年度の特定健康診査の実施の際は、全支部で受診券申請書の提出を省略し、直接事業所に受診券を送付している。</p> <p>また、更に受診し易い環境を整えるため、20年度及び21年度に実施した他保険者と共に地域の健診機関等と契約する方法（集合契約B 健診機関数約49,000）に加え、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・協会と健診機関の全国組織が契約（集合契約A）して、健診機関を増加（約2,200機関）</li> <li>・健診実施率の向上や加入者の利便性の確保のために、都道府県や市町村と連携して、協会の特定健診と市町村が実施するがん検診の同時受診の協会の促進等に努めている。</li> </ul>	<p>(1) 健診の実施</p> <p>①</p>
<p>事業者健診のデータの取込率</p>	<p>(2) 事業者健診の実施</p> <p>① 20%</p> <p>・被保険者 0.2%【22年度上半期0.2%、第三四半期0.7%】</p> <p>○本人の同意がなくても事業者健診結果データを協会に提供できるという仕組みが事業主に十分周知されていないため、提供への理解が得られなかった等の理由により、事業者健診結果の取込率の目標を大きく下回った。</p> <p>○22年度からは、国の定めた電子的様式以外でも健診結果データを取得可能となるよう協会システムを改修した。また、国と連携して、事業主に対して、制度の周知を図り、健診結果データの提供について理解を求めるとしている。</p> <p>今後、今年度のシステム開発によるデータ取得の拡大状況などを踏まえながら、紙媒体の健診データの取扱いについても検討する。</p> <p>○なお、本人同意がなくても事業者健診結果を保険者に提供でき、また健診結果を積極的に保険者に提供するという現行制度の周知が十分でないという課題について、22年度社会保障審議会医療保険部会において、事業主への周知について要望した。</p>	<p>(2) 事業者健診の実施</p> <p>①</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値との差異が大きく、取り込み率が余りにも低すぎる。原因と対応策の検討が望まれる。</li> <li>・あらゆる機会を通じ、関係者へ周知徹底を行うことが重要である。特に、事業主に対し、データを取込むことで、協会けんぽ（保険者）から従業員へ健康づくりの支援が行えるメリットなどを訴えることが重要である。</li> <li>・目標設定の際には、協会けんぽ加入事業所の健診の実施率を把握することが必要ではないか。</li> <li>・本人のプライバシーを法的にどこまで保護するのか、よく検討する必要がある。その上で、保険者への情報提供を行うべきである。</li> <li>・データの取り組みを進めるためのシステム改修は、今後の取込率の向上につながるのかが検証が必要。</li> </ul>

20年度目標	21年度目標指標	事業報告（概要）	評価
<p>保健事業の推進</p> <p>特定保健指導の実施</p> <p>被保険者 28.2%</p> <p>被扶養者 26.3%</p> <p>20.0%</p>	<p>2 保健事業関係指標</p> <p>(3) 保健指導の実施</p> <p>① 32.7%</p> <p>被扶養者 26.2%</p> <p>・被保険者 4.8%【22年度上半期5.4%】</p> <p>・扶養者 0.4%【22年度上半期集計中】</p> <p>○被保険者の特定保健指導は協会の保健師が事業所を中心に行い、被扶養者の特定保健指導は外部機関に委託して行っている。しかし、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・協会の場合、健保組合や共済組合と異なり、事業所の規模が小さく、かつ広い地域に点在しており、効率的な保健指導が難しい</li> <li>・事業主の理解や協力が得にくく、保健指導を6ヶ月間継続することが難しい</li> <li>・外勤や現業に従事している方が多く、事業所に伺っても対象者に面会できず、保健指導の計画が立てづらい</li> <li>・これまで健診で保健指導の対象となった方以外の従業員の方も含め、事業所で保健指導希望者を対象に実施してきており、20年度から特定保健指導が始まってからも、一気にサービスを変更することは難しく、指導対象を事業所の従業員の中の特定保健指導の対象となる方に限らず、特定保健指導対象者以外の方も含めて実施している。</li> <li>・事業所への特定保健指導の対象者名簿の送付に当たっては、個人情報保護法上、本人同意が必要だが、事業主の理解や協力が得にくいため同意取得が難しく、特定保健指導対象者以外の方も含めて保健指導を行っている。</li> <li>など、当初から課題が多く、試行錯誤をしてきたが、目標を大きく下回った。</li> </ul> <p>○被保険者について保健指導を円滑かつ適切に利用できる体制を整備するため、宮城、岐阜の2支部でモデルケースとして病院等へ外部委託した。</p> <p>○被扶養者について、特に低述している要因は、自己負担が生じるという問題、保健指導機関の所在地の問題など様々な観点があり、分析していく。</p> <p>○22年度は、都市部を中心に保健師の採用希望者数が少なく、大幅に欠員が生じていることから、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師のみならず管理栄養士の雇用についてのモデル実施（5支部）</li> <li>・健診と保健指導をセットでの実施が合理的であることから、健診後の保健指導の健診実施機関への委託</li> <li>・パイロット事業等による、メール相談による保健師一人当たり指導件数の増など「保健事業推進検討会報告書（22年9月27日）」に基づき取り組んでいる。</li> </ul>	<p>(3) 保健指導の実施</p> <p>①</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・著しく達成率が低いといわざるを得ない。事業を行うにあたり、実施率を高めることや効果を波及させることなど、全体効果をあげることに注力する必要がある。（既に実施している対象者以外へのサービス提供は評価できる）</li> <li>・特定保健指導実施率は、実施面を考えると、目標指標が高すぎる。国保等の制度も低い水準であることをふまえると、目標値の設定を再検討する必要がある。</li> <li>・被保険者、被扶養者それぞれの実施対象者数、支部の分布、実施状況などを把握し、課題を抽出し、各支部に普及させていく取り組みが必要ではないか。また、被扶養者の自己負担による参加阻害などの検証や、保健師の積極的な採用に努めるなどの対応が必要である。</li> <li>・協会けんぽの構造（被保険者の環境）にかんがみると、健診機関による実施を進めることが不可欠である。たとえば、初回面接は健診機関が実施し、継続支援は健診機関で運営が困難である場合、外注機関などで一括して対応する。協会は、周知・調整（対事業主）および企画（保健事業の構築・評価）業務に重点化することが考えられる。</li> <li>・被保険者の事業所での保健指導は、保健指導対象者であることを事業主に知られたいくないというのが実施率が低い要因の一つと思われる。外部機関での指導を行うなど、検討が必要である。本人への指導文書の発送と委託先（病院、クリニック、保健士）を複数指定し、連携して取り組むべきである。</li> <li>・管理栄養士の採用は、評価できる。</li> </ul>	<p>評価</p>

20年度目標	21年度目標指標	事業報告(概要)	評価
保健事業の推進	2 保健事業関係指標 (4) 保健指導の効果	<p>・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(対20年度)0.2%減</p> <p>・検査項目別リスク保有割合の減少率(対20年度) ①腹囲 0.2%減 ②血圧 1.0%減 ③脂質 0.4%減 ④血糖 0.5%減</p> <p>・生活習慣に関する問診に「はい」と答えた者の割合の減少率(対20年度) ①喫煙している者 1.2%減 ②1日1時間以上の歩行または同等の身体活動をしている者 0.1%減 ③食べる速度が遅い者 0.2%増 ④毎日飲酒する者 0.8%減 ⑤1日当たりの飲酒量が2合以上の者 1.1%減</p> <p>○実績が上っている支部の実施方法を本部から支部に情報提供するなど、「保健事業推進検討会報告書(22年9月27日)」に基づき、進めていく。</p>	<p>2 保健事業関係指標 (4) 保健指導の効果</p> <p>①: 著しく達成率が低いといわざるを得ない。保健指導の実施率を高める努力が必要である。</p> <p>C' ①: 目標値との差異が大きく、目標の設定値の再検討が必要である。特定保健指導を受け人数から判断し、10%減の目標は適正なのか、達成可能な目標かどうかの検討が必要である。</p> <p>②: ①: メタボリックシンドロームの定義そのものにも異論がある現在、早急な対策は、明らかに危険レベルに達している者への通告と、具体的な(食生活改善を含む)指導に取り組むべきであり、検討が必要である。</p> <p>②: ②: メタボリックシンドロームの改善率と悪化率が拮抗している状況であり、保健指導への参加率を上げ、特定保健指導の質を高めることで改善者を増やすことや、メタボ以外の情報提供群から、メタボリックシンドロームへの悪化者を減らすことが必要である。保健事業では、メタボリックシンドロームの該当者の減少を実現することが重要であり、一部の被保険者に対して高コストをかけていないか検証が必要である。</p> <p>B ②: ②: いずれの項目も減少しており、目標を達成したものと評価できる。</p> <p>B ②: ②: 保健指導の効果は、一定程度でいると見られるが、対象者数が分からないため、評価が困難である。</p> <p>B ③: ③: 前年度より改善しており、評価できる。</p> <p>B ③: ③: 保健指導の効果は一部の回答項目を除き、一定程度でいると見られる。但し、対象者数が分からないため、評価が困難である。</p> <p>B ③: ③: 1日1時間以上の歩行等をしている者の減少と、食べる速度の速い者の増加により、更なる改善が必要である。</p>
	② 生活習慣病予防健診検査項目別指導区分の改善状況	20年度の状況より改善	
	③ 生活習慣病(問診票区分)の改善度	20年度の状況より改善	

7

20年度目標	21年度検証指標	事業報告(概要)	評価
医療費適正化の推進	3 医療費適正化関係指標 (1) レセプト点検効果額	<p>資格点検2,222円(20年度下半期843円)【22年度上半期1,180円】 内容点検786円(20年度下半期338円)【22年度上半期401円】 外傷点検382円(20年度下半期160円)【22年度上半期186円】</p> <p>○レセプトは社会保険診療報酬支払基金で審査されているが、支払基金において審査されていない事項については協会が点検し、医療費の適正化を図っている。20年度下半期は、紙による点検からシステムによる点検に変更したため、当初、大幅に作業効率が低下したが、21年度には新たな点検方法に慣れ、また、レセプトの電子化を受けて、システムにより自動的に疑義のあるレセプトを抽出し点検できるレセプトの範囲や項目を拡充した。(例、同時に算定できない診療行為や禁忌薬剤の抽出機能)</p> <p>これに加え、レセプト点検に係る知識・技術を習得するため、全国を2ブロックに分け、研修を行ったほか、査定事例を本部に集約して支部へ配布するなど点検情報を共有化し、点検技術の全国的な底上げを図った。なお、レセプト点検の事務費・人件費は76億円であり、点検効果額230億円(内容点検・外傷点検)の方が上回っている。</p> <p>○22年度において次の取組みにより、内容点検は前年比15%以上、外傷点検は前年比20%以上という高い目標の達成を目指している。</p> <p>・査定事例を集約・分析し、効果的な自動点検を行うためデータベースの作成 ・支払基金支部間の審査上の差異解消のため、支払基金本部に設置された苦情等相談窓口の活用</p>	<p>3 医療費適正化関係指標 (1) レセプト点検効果額</p> <p>①: 資格点検は、保険者でない点検できない内容であり、前年度実績を大きく上回っており、評価に値する。より効率的な点検に期待する。</p> <p>A ①: レセプト点検で、一時段階ではじかれる件数が年間240万件にもなり、制度的な改善が必要である。</p> <p>A ①: システムによる効率化、研修による質の向上がうかがえる。今後は、ノウハウの体系化と、可能なものはシステムへのフィードバックが重要である。</p> <p>A ②: ②: 前年度実績を上回り、電子レセプトに対する抽出システムへの投資効果ができていると評価できる。</p> <p>A ②: ②: 内容点検の被保険者一人当たりの効果額は、前年比で向上しているが、資格点検に比べて効果額が少ない。</p> <p>A ③: ③: 外傷点検の被保険者一人当たりの効果額は、前年度比で向上したようであるが、資格点検に比べて効果額が少ない。</p> <p>A ③: ③: システムによる効率化、研修による質の向上がうかがえる。今後は、ノウハウの体系化と、可能なものはシステムへのフィードバックが重要である。</p>
効果的なレセプト点検の推進	(1) レセプト点検効果額		
被保険者1人当たり内容点検効果額(6ヶ月)	439円以上	20年度実績を上回る	
被保険者1人当たり外傷点検効果額(6ヶ月)	218円以上	20年度実績を上回る	

20年度目標	21年度検証指標	事業報告(概要)	評価
医療費適正化の推進	3 医療費適正化関係指標 (2) 後発医薬品の使用促進	後発医薬品の使用促進 7.3% (20年同期6.6%) ① 後発医薬品使用額(金額ベース) (21年10月から22年3月) 従前より増加 後発医薬品の使用額 ○「ジェネリック医薬品希望カード」3,300万枚を作成し医療費通知等への同封により配布した。また、先発薬を長期服用している40歳以上の加入者のうち、ジェネリック医薬品に切替えた場合に薬代の自己負担の軽減が一定金額以上見込まれる方に対する薬代の自己負担の軽減額の通知を21年度より開始した。まず、21年7月下旬、広島支部において4.7万人の加入者の方に対してパイロット事業として実施し、2割の方が全部又は一部の先発薬についてジェネリック医薬品へ切替え、1か月あたり1,250万円(医療費ベース)の軽減効果があった。この成果を踏まえ、22年1月から6月にかけて、全国的に145万人の加入者の方へ同様に通知し、年間70億円の医療費適正化効果があった。なお、事務費は約7.5億円であった。 ○22年度は、診療報酬改定による使用促進策の実効性を上げるため、希望カードやお薬手帳等に貼れる希望シールを配布するとともに、21年度に続き軽減額を通知するサービスを実施。希望カードの配布による認知度は、中医協患者調査(12月8日検証部会資料2)によると、協会が最も高かった(協会63.7%、健保組合46.3%、共済27.3%、国保27.5%)。また、10月に健保連とともにセミナーを開催し、国保関係者も加わってもらい、使用促進に向けた取組事例を紹介した(約400名参加)。 ○全国40都道府県で設置されている後発医薬品使用促進協議会に11支部が参加しており、更なる参加を進めている。	3 医療費適正化関係指標 (2) 後発医薬品の使用促進 ① A ・後発医薬品の使用実績を、従前の水準より高めたことは評価できる。希望カードの発行、自己負担軽減額の通知など、積極的な取り組みの効果が上がっており、費用対効果も認められる。 ・後発医薬品使用額が、従前より増加したが、基本的に「ジェネリック医薬品」に対する知識がまだ一般化されていないため、広報活動を進めると同時に「ジェネリック」を処方する医師等へのインセンティブ策も検討すべき。 ・ジェネリック医薬品使用割合が増加(昨年10月時点で全体の22.7%)しているが、目標が30%では低すぎる。22年度の削減効果が70億円とのことだが、当面300億円を目標にするなど、目標設定の再検討が必要である。

9

20年度目標	21年度検証指標	事業報告(概要)	評価
	(1) 各種サービスの利用状況	(1) 各種サービスの利用状況	(1) 各種サービスの利用状況
	① インターネットによる医療費通知の利用割合	21年度末 ID・パスワード発行5,687件 【22年12月時点 9,479件】 ○21年1月から開始したインターネットを通じた医療費の情報提供サービスについては、医療費通知の裏面やポスターを活用するなど、周知広報を行ったが、低水準に留まった。このため、22年11月にホームページ上のトップページからID・パスワードを取得できるよう改善した。なお、紙媒体による医療費通知については、22年度から実施回数を年2回から1回に減らして、郵送費などの経費節減(2回→1回により、郵送費は約2億円の減、委託費は約7億円の減)を図っている。	① A ・ID・パスワード発行数の増加傾向がみられることを評価した。 ・インターネットによる医療費通知の利用について、経費節減の観点から、さらに努力が必要である。保険証交付と同時にパスワードの申請を受け付けるなど、積極的に推進すべきである。 B ・明細書の原則無料発行の義務化による、対象の拡大の状況を踏まえつつ、医療費通知のさらなる効率化を検討してもよいのではないかと。 ・紙媒体による医療費通知を代替していくためには、周知広報等についてさらなる対策が必要である。たとえば、医療費通知に生活習慣病の継続療養、生活習慣改善を支援するツール・情報を付加するなど、ITを利用することのメリットの提供が必要である。また、医療費通知を税控除の際に活用できるようにする、IT利用の事業所には保健事業により還元するなど検討が必要である。
	② 任意継続被保険者の口座振替利用率	20.6% [22年7月 25.8%] ○任意継続被保険者に係る保険料の納付方法については、納付書による納付、口座振替があるが、毎月の納付の手間が省け、納め忘れによる資格喪失の防止にもなる口座振替の利用について、主に資格取得申請時にお知らせしながら促進した。	② B ・口座振替利用率の増加傾向がみられることを評価した。 ・確実な保険料徴収のため、さらなる口座振替の普及に取り組むべき。 ・任意継続被保険者の口座振替の利用を100%実施すべき。口座振替とセットで任意継続被保険者を認めるよう定めるべき。

20年度目標	21年度検証指標	事業報告（概要）	評価
	(2)事務処理誤りの防止 ①「事務処理誤り」発生件数	422件 ○事務処理誤りの防止・低減を目的としたチェック体制の標準化について、業務改革会議での検討結果を受け、チェック体制の標準化に向けて支部に取扱いを示した。 また、発生した事務処理誤りは、職員の指示板に集約し、協会全体で情報を共有し、発生原因や再発防止策について、職員が深く理解し、同様の事務処理誤り等が発生しないように努めている。 ○なお、21年7月、支給済み給付金のうち、審査上の事務処理誤りの可能性があったものについて、設立時によって点検し、現在は、システム改善により、個別に事務処理の自主点検が行えるようになっている。	(2)事務処理誤りの防止 ①: C ・本来、誤りは発生させざるべきでないが、今後の防止、低減の対策がとられていることを評価した。 ・チェック体制の標準化、情報共有が進められている。特に優先度（重要度）の高い事項があれば、対応策の検討が必要である。 ・「事務処理誤り」の発生件数422件が多いのか少ないのか、判断しがたいが、「事務処理誤り」ゼロを目標とすべきである。
	(3)お客様の苦情・意見 ①苦情・意見の受付件数とその内容	・苦情 4,240件 ・ご意見ご提案 3,057件 ・お礼、お褒めの言葉 537件 ○主な苦情・ご意見は、「保険料率改定に関すること」「保険証の発行に時間がかかっている」「医療費通知の作成や郵送費用が無駄」「傷病手当金を専業主婦被保険者が共謀して不正請求している」「特定健診の申込み方法が分かりにくい」などがあつた。 また、ホームページに「理事長へのメールコーナー」を設けて、幅広くお客様の声の集約・分析に努めた。 ○22年度の保険料率引上げに際し、22年2月から5月にかけて苦情・意見件数を適時に把握し、広報の方法等にも活用した。	(3)お客様の苦情・意見 ①: B ・苦情・意見の受付件数は、4240件とのことだが、件数よりも内容を問題として改善すべきであり、苦情・意見への対応を十分に行うことが必要である。たとえば、不正の通報や経費削減への提案等に耳を傾け、苦情・意見が事業の改善に役立っているか、確認し、検証することが必要である。

20年度目標	21年度検証指標	事業報告（概要）	評価
	(4)ホームページの利用 ①ホームページへのアクセス件数（平日における1日当たり平均アクセス件数）	29,869件【22年度上半期42,663件】 ○ホームページを通じ、タイムリーに情報提供に努めた。特に、支部ごとのページでは、評議会の情報や健康づくりイベントの案内や医療情報など、地域に密着した情報を提供した。 その他、21年5月には携帯サイトを開設し、携帯電話を用いて最寄りの健診機関の情報を手軽に検索できるようにした。 8月にはメールマガジンの運用を開始し、協会からのお知らせや給付申請の手続き方法、健康づくりに関する情報など、加入者の皆様に役に立つ情報を、直接お届けしている。22年3月時点で19の支部【23年2月時点で予定も含めて40支部】で導入され、18,799件【23年2月時点で約37千件】の登録があつた。 また、9月には加入者の中から公募した約100名【23年2月時点で127名】の方に協会けんぽモニターとなっていただき、アンケート調査等にご協力いただいている。 ○22年度の保険料率引上げに際しては、インターネットを利用していない事業所もあるため、納入告知書へのチラシ同封の他、リーフレットを全事業所に配布した。	(4)ホームページの利用 ①: B ・アクセス数の増加傾向がみられることや、ホームページのデザイン、携帯サイトの開設、迅速な更新なども評価できる。今後は、加入者とのインタラクティブな情報交換可能なシステム開発など、内容の充実が期待される。 ・メールマガジン登録者が、さらに増えるようホームページの充実や魅力ある内容とされたい。ホームページが被保険者にとって、よりメリットのある活用方法として、例えば、保健事業（例、ウォーキングキャンペーン）との連携が考えられる。
	(5)申請・届出の郵送化 ①申請・届出の郵送化率	66.7%【22年8月 70.2%】 ○健康保険給付等の申請・届出については、郵送による受付を進めており、ホームページや年金事務所等で申請書を入力していただければ、協会の支部窓口にご来訪いただくなくても手続きが行えることとしている。 ○一方、窓口での受付件数が特に少ない、又は、支部窓口から至近にある年金事務所の窓口については、支部窓口の充実を前提に、縮小又は廃止することとしている。 ○申請書が「見にくい」「分かりにくい」という加入者の声に応え、主要な申請用紙について、記載内容の刷新、見やすさ・書きやすさの向上など、大幅に改善した。	(5)申請・届出の郵送化 ①: B ・郵送化率の上昇傾向がみられ、利便性、効率化が図られていることを評価した。日数や費用を要しないシステムの改善や、書式等の改善にさらに取り組むことを望む。 ・今後、郵送による申請受付の割合を引き上げる努力を行うとともに、郵便トラブルに伴う加入者への不利益が発生していないかなど検証が必要である。 ・各都道府県に支部が1カ所しかないので、年金事務所の窓口の縮小、廃止等は慎重に検討する必要がある。現在でも社会保険庁時代と比べ大幅なサービス低下となっている。

20年度目標	21年度検証指標	事業報告(概要)	評価
業務の効率化等	(6)業務の効率化・経費の削減	<p>①</p> <p>・健康保険給付担当職員1人当たり給付業務処理件数</p> <p>・随意契約の割合(件数)、内訳</p> <p>・コピー用紙等の消耗品の使用状況</p> <p>・健康保険給付担当職員1人当たり給付業務処理件数 2,688件</p> <p>・契約件数及び割合(100万円を超える契約) 769件(100.0%)  [一般競争契約 411件(53.4%)、随意契約 358件(46.6%)]</p> <p>このうち随意契約の内訳  [一般競争入札業者決定までの経過的な契約 81件(22.6%)  事務所賃借(工事、清掃等)関係 76件(21.2%)  システム(改修、保守、賃借)関係 68件(19.0%)  窓口相談業務の社会保険労務士会への委託 47件(13.1%)  企画競争 26件(7.3%)  地元紙等の広報 17件(4.7%)  緊急契約 14件(3.9%)  一般競争入札不審による契約 9件(2.5%)  支払基金・監査法人等 9件(2.5%)  一次予防の健康づくり事業 6件(1.7%)  保健指引用パンフレット等の購入 5件(1.4%)]</p> <p>・コピー用紙等の消耗品の使用状況  [A4コピー用紙42,109箱、プリンタ黒トナー3,058.5箱、プリンタカラートナー2,474.5箱]</p> <p>○100万円を超える調達は、一般競争入札を原則とし、随意契約にならざるを得ないものは、本部及び支部とも調達審査委員会で個別に妥当性を審査しており、これまで随意契約していた業務の入札による調達への切り替え等により、随意契約の割合は20年度と比べ26%ポイント減少した。</p> <p>○コピー用紙等の消耗品については、スケールメリットを活かした本部一括調達による契約単価引下げ、発注数の適正化、カラーコピー印刷の抑制等による経費削減を図った。</p> <p>○22年度は、更なる経費の節減のため、事務経費削減計画を策定した。また支部からの提案を受けて、本部・支部それぞれが取り組むべき経費削減の対応方針を定めた。</p>	<p>①</p> <p>・100万円以上の場合の一般競争入札の割合が増加したことは、評価に値する。随意契約割合の減少、経費削減などが図られており、さらに経費削減に向けた方針・計画が策定されていることを評価した。</p> <p>B</p> <p>・消耗品の使用による経費節減は、順調と思われるが、コピー用紙等の使用状況は、調達もさることながら、使用者と使用部署別の管理が望まれる。</p> <p>・健康保険給付担当職員1人当たり給付業務処理件数が2688件とあるが、評価の指標がないため、政管健保時代のデータなど何らかの参考データが必要である。今後、1人あたり処理件数の妥当性を評価するのかがどうかの検討が必要。</p>