

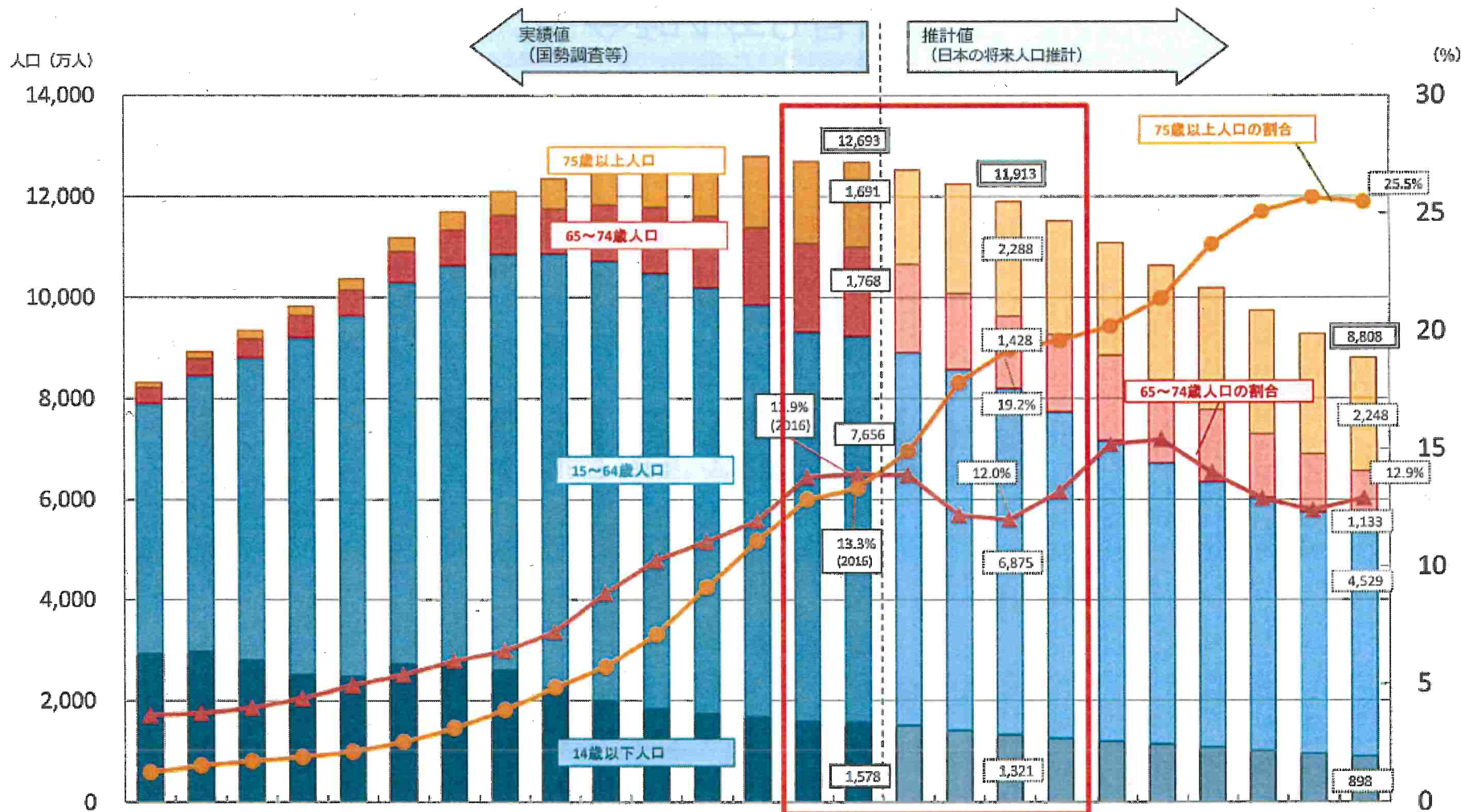
説明基礎資料集

令和4年9月版

総人口の推移

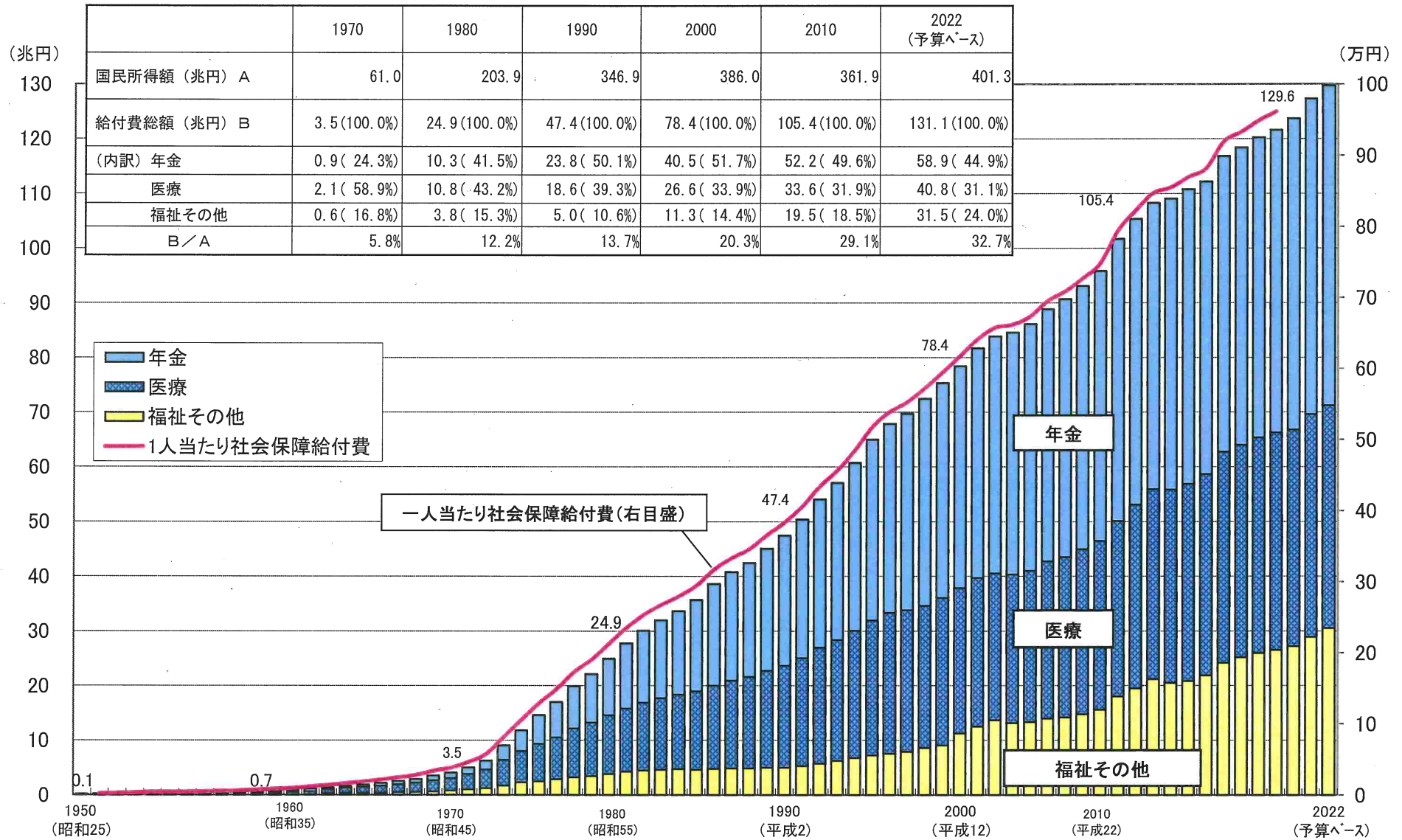
令和4年8月25日
第96回社会保障審議会介護保険部会
参考資料1(抜粋)

今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者(特に75歳以上の高齢者)の占める割合は増加していくことが想定される。



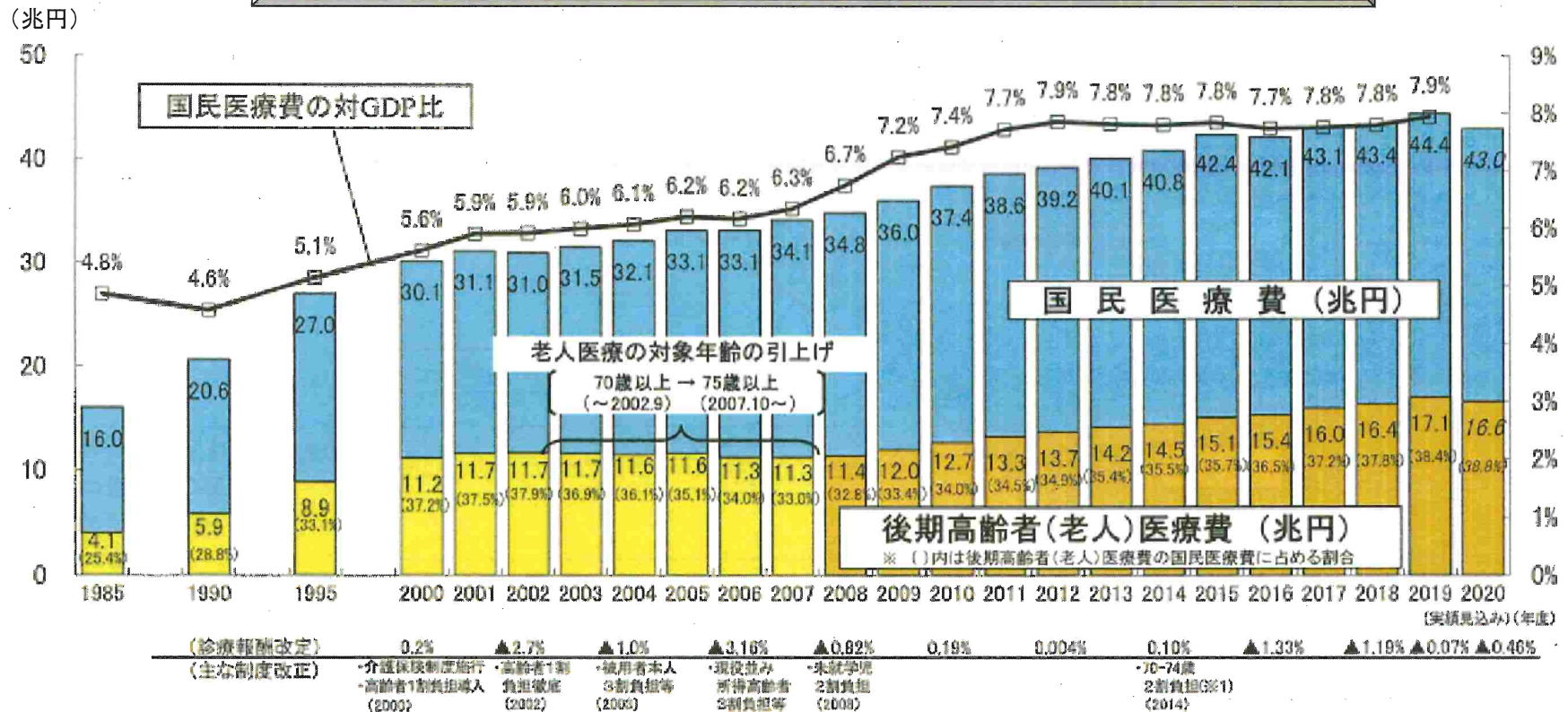
資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」

社会保障給付費の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成30年度社会保障費用統計」、2019~2021年度(予算ベース)は厚生労働省推計、
 2021年度の国民所得額は「令和3年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和3年1月18日閣議決定)」
 (注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2021年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.4
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	▲1.9	▲0.7	0.5	0.6	0.8	0.6	0.2	▲4.1	▲3.5	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.2	0.5	-

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2020年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2020年度分は、2016年度の国民医療費に2020年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※)70-74歳の者の一部負担金割合の子算減措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者が62割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に引き上げ。

高齢者医療制度の財政

- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

後期高齢者医療制度

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,890万人

<後期高齢者医療費>

18.4兆円(令和4年度予算ベース)

給付費 17.0兆円

患者負担 1.5兆円

前期高齢者に係る財政調整

<対象者数>

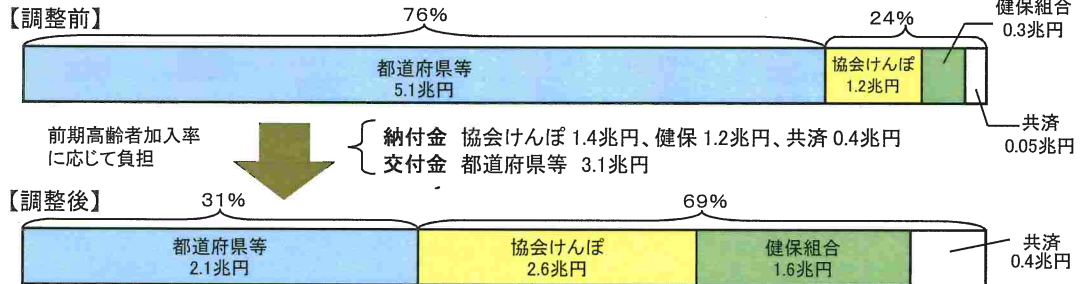
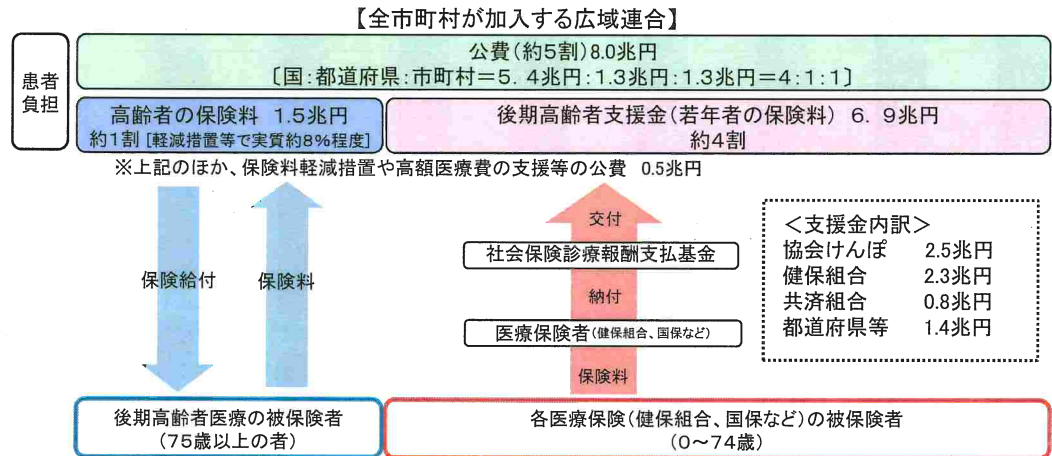
65～74歳の高齢者

約1,590万人

<前期高齢者給付費>

6.7兆円

(令和4年度予算ベース)

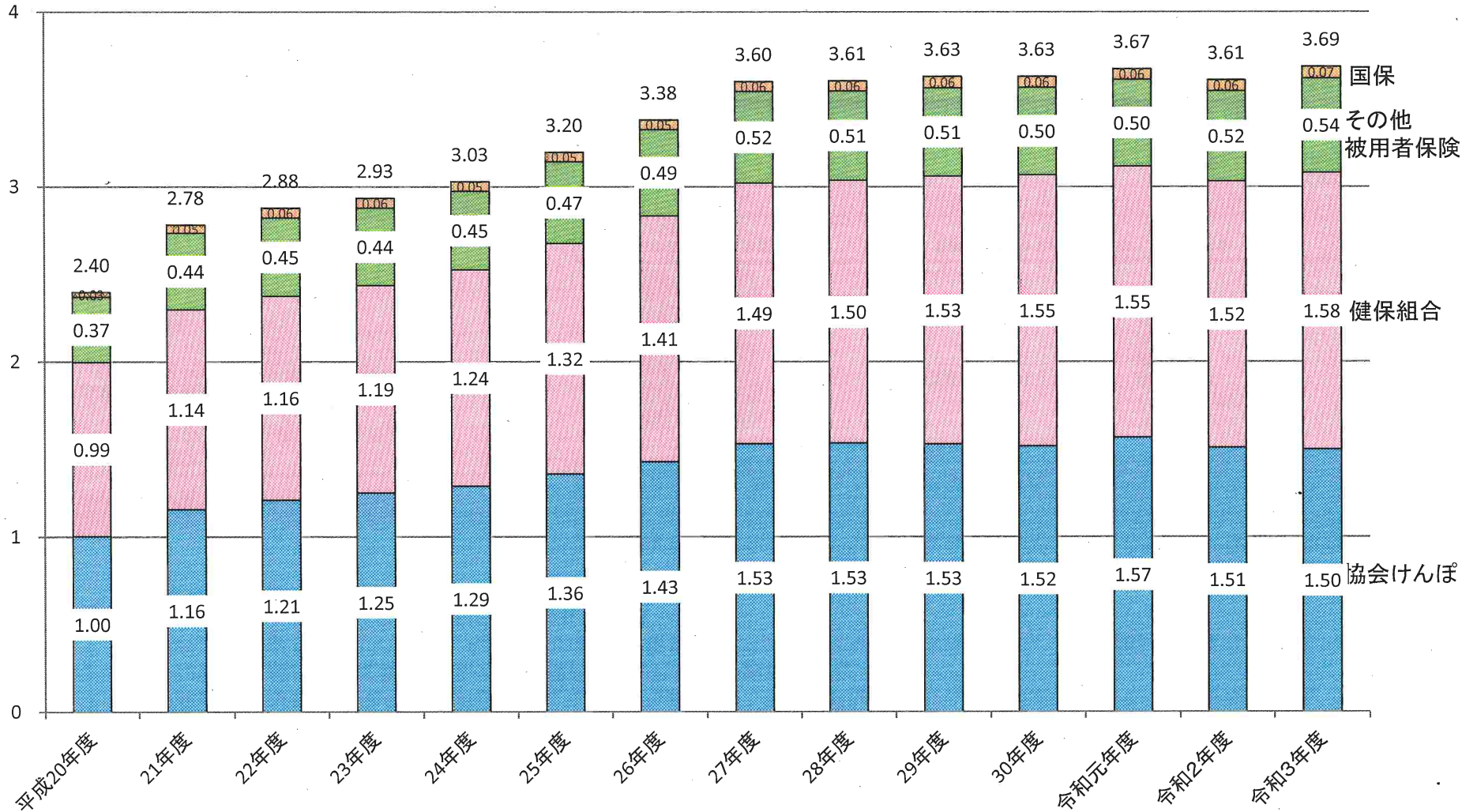


※各医療保険者が負担する後期高齢者支援金は、後期高齢者支援金に係る前期財政調整を含む。

※ 数値は令和4年度予算ベース。

前期高齢者納付金の推移

(兆円)



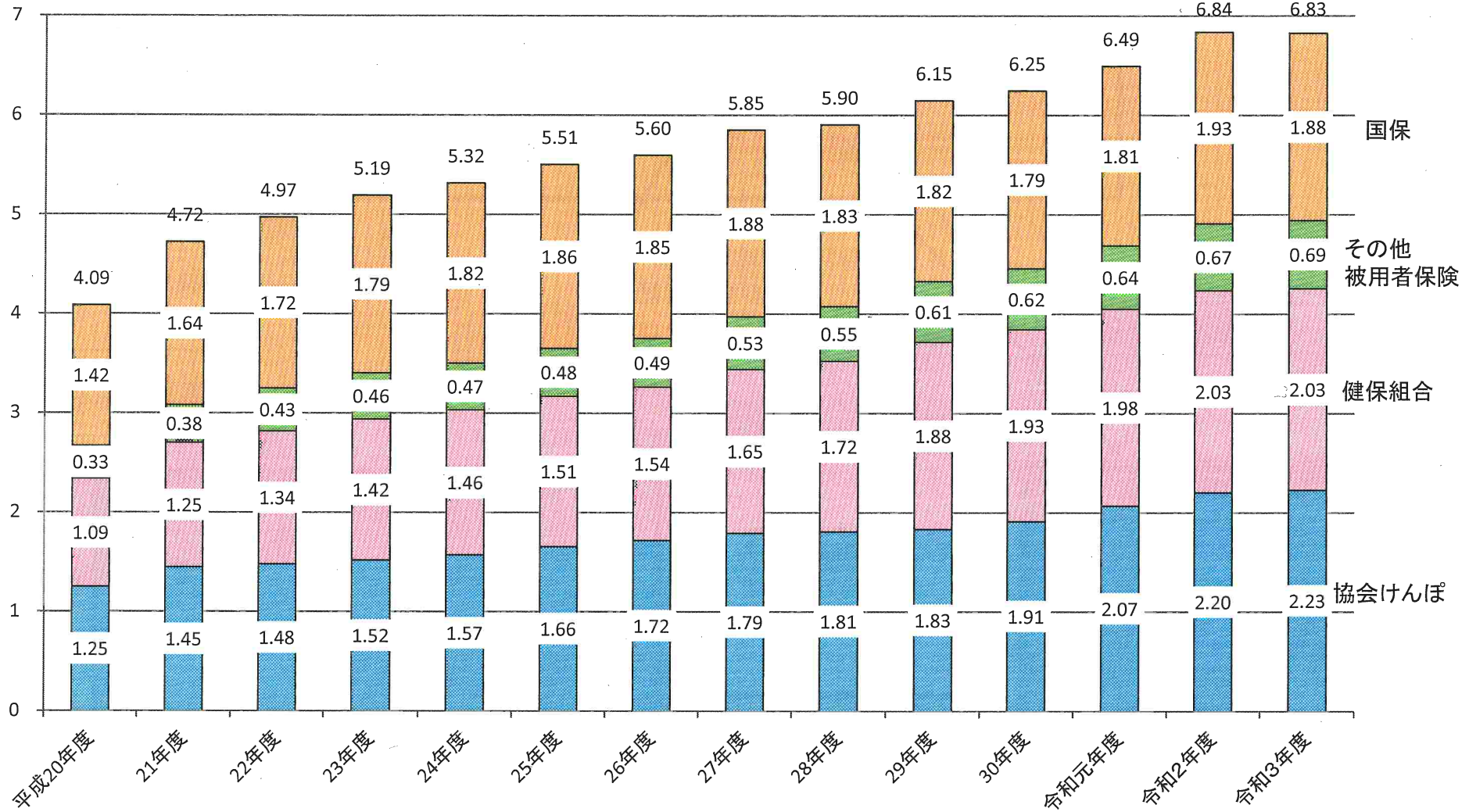
※ 平成29年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～(令和元年12月))。

平成30年度・令和元年度は確定賦課ベース、令和2年度及び令和3年度は概算賦課ベースである。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

後期高齢者支援金の推移

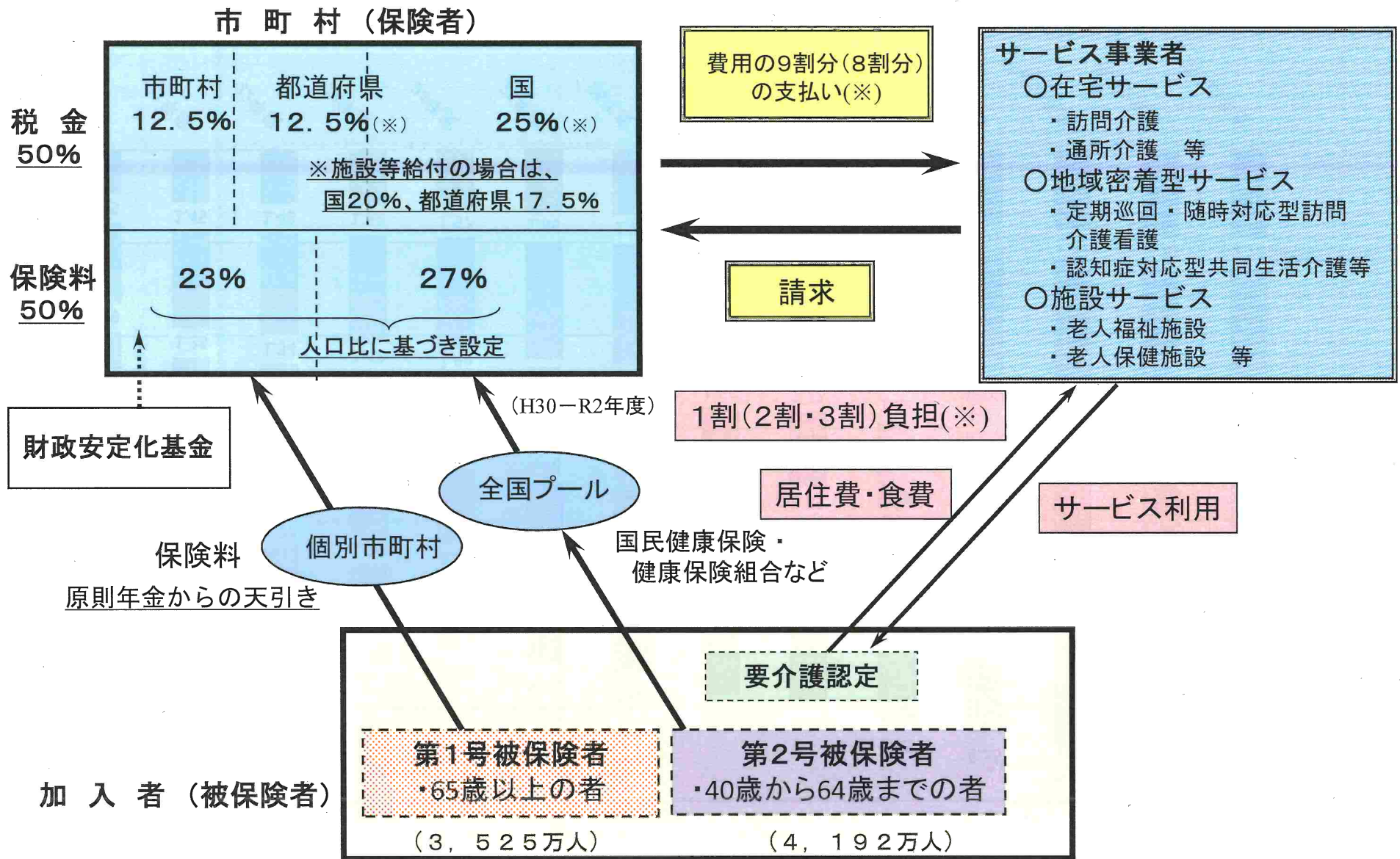
(兆円)



※ 平成29年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～(令和元年12月))。平成30年度・令和元年度は確定賦課ベース、令和2年度及び令和3年度は概算賦課ベースである。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成30年度末現在の数である。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成30年度内の月平均値である。

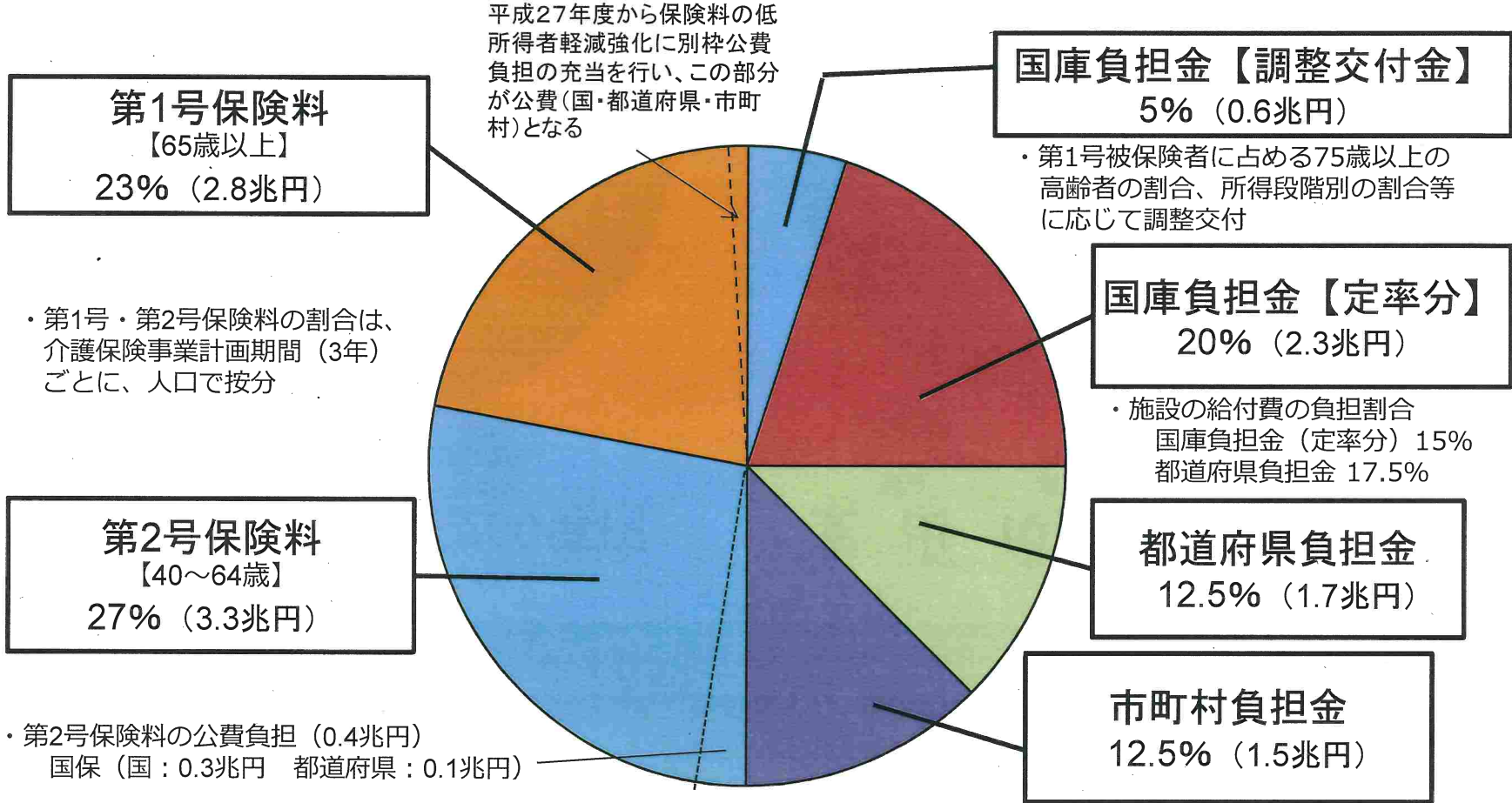
(※) 一定以上所得者については、費用の2割負担(平成27年8月施行)又は3割負担(平成30年8月施行)。

介護保険の財源構成と規模

(令和4年度予算 介護給付費：12.3兆円)
総費用ベース：13.3兆円

保険料 50%

公費 50%

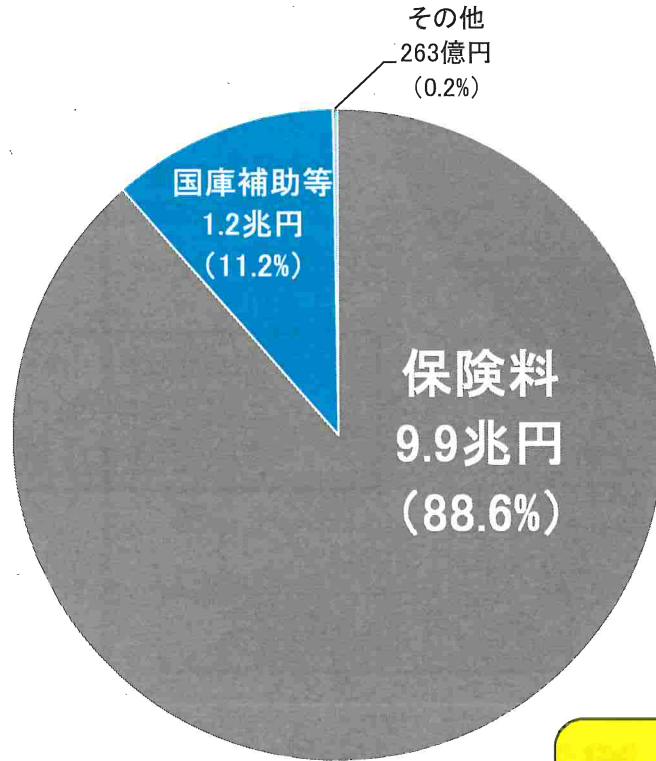


※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

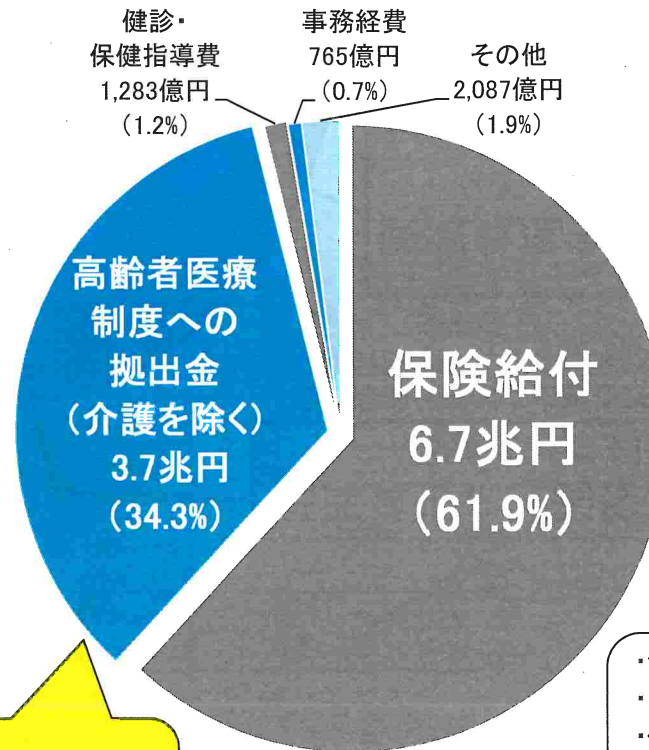
協会けんぽの財政構造 (2021年度決算)

○ 協会けんぽ全体の支出は約10.8兆円だが、その3分の1を占める約3.7兆円が高齢者医療制度への拠出金に充てられている。

収入 11兆1,280億円



支出 10兆8,289億円



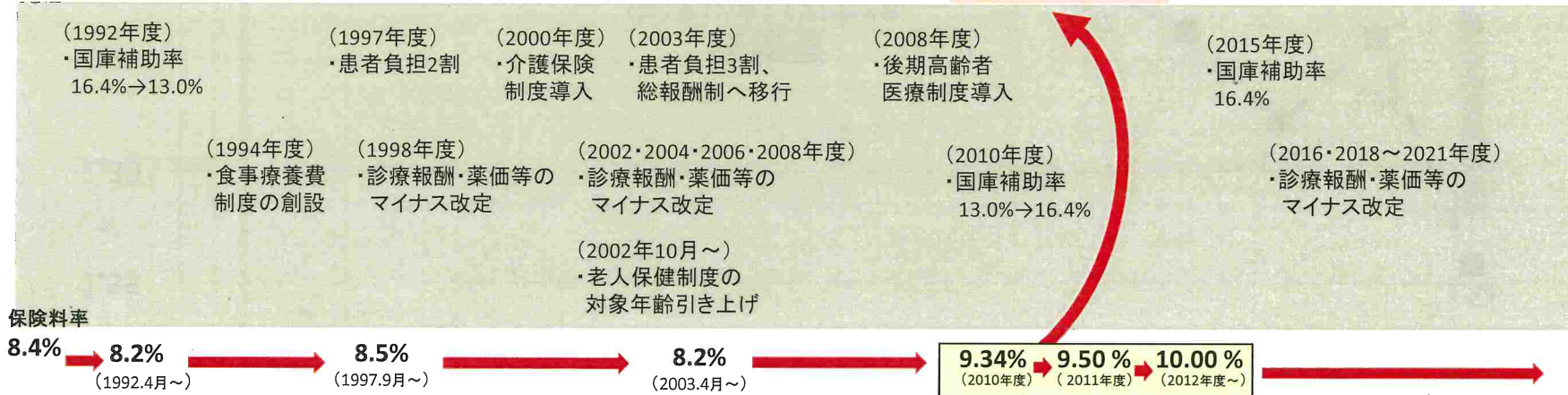
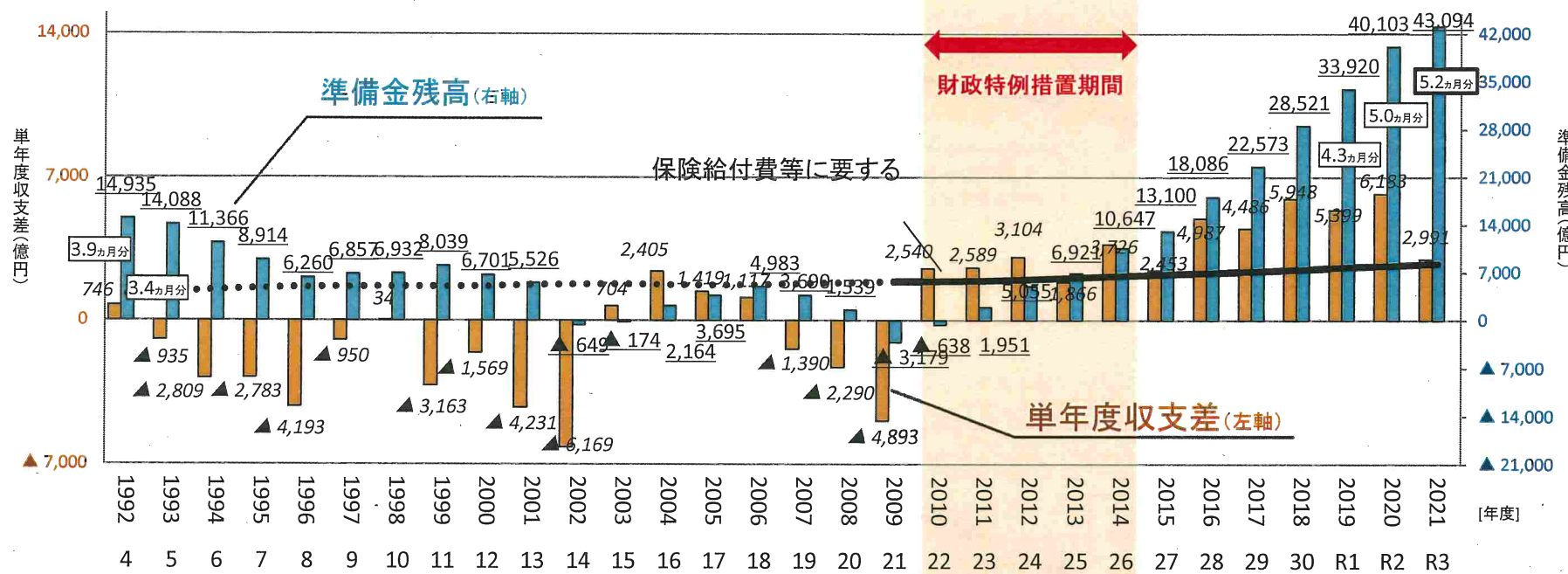
← 医療費の適正化

- ・ジェネリックの使用促進
- ・レセプト点検・経費削減
- ・健診・保健指導
- ・扶養家族の再確認
- ・健康保険の正しい利用

協会けんぽの支出の3分の1が高齢者医療の負担に充てられています。

(注) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

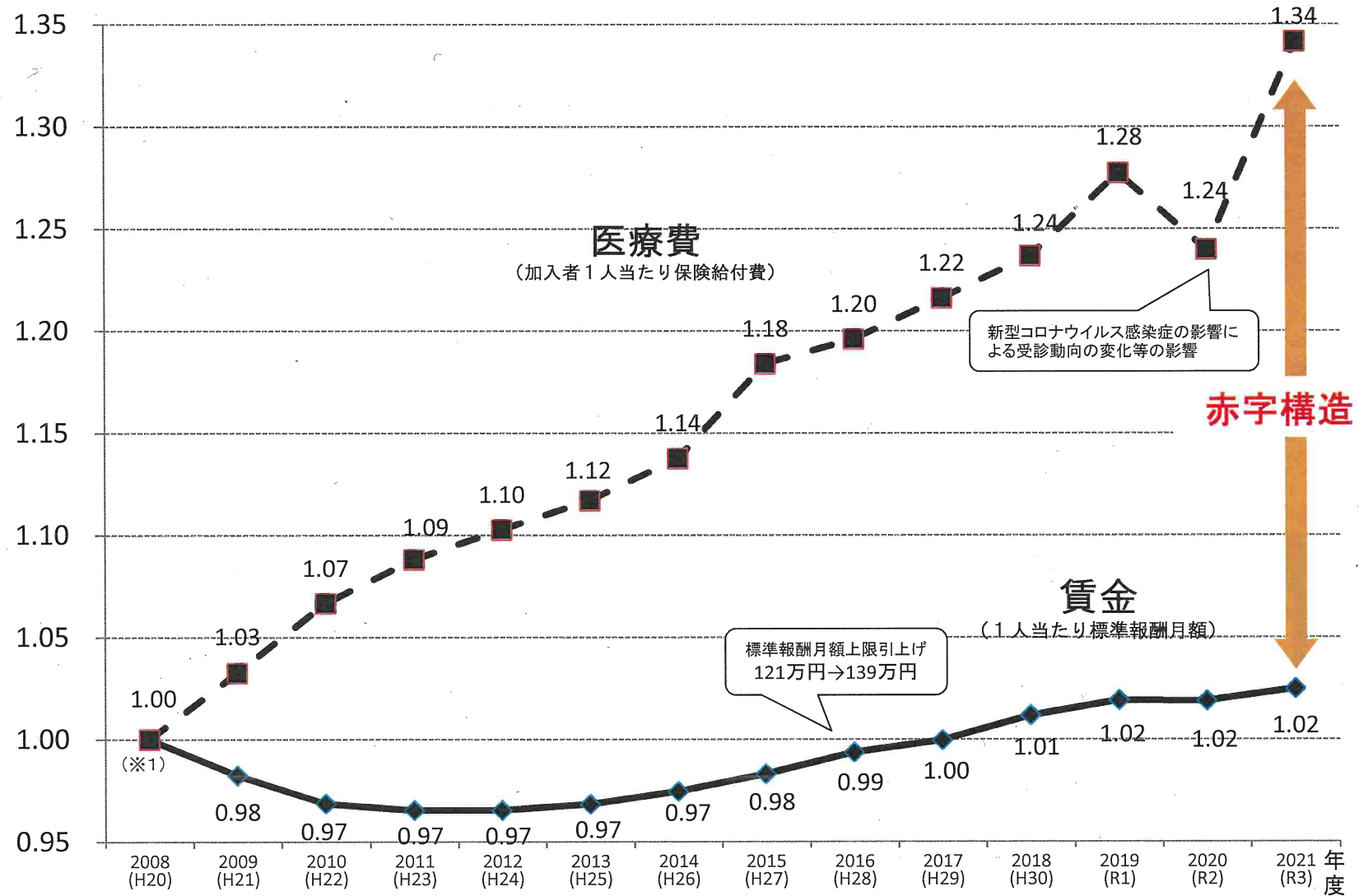
単年度収支差と準備金残高等の推移 (協会会計と国の特別会計との合算ベース)



(注) 1.1996年度、1997年度、1999年度、2001年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
 2.2009年度以前は国庫補助の清算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
 3.協会けんぽは、各年度末において保険給付費や高齢者拠出金等の支払いに必要な額の1ヵ月分を準備金(法定準備金)として積み立てなければならないとされている(健康保険法160条の2)。

協会けんぽの保険財政の傾向

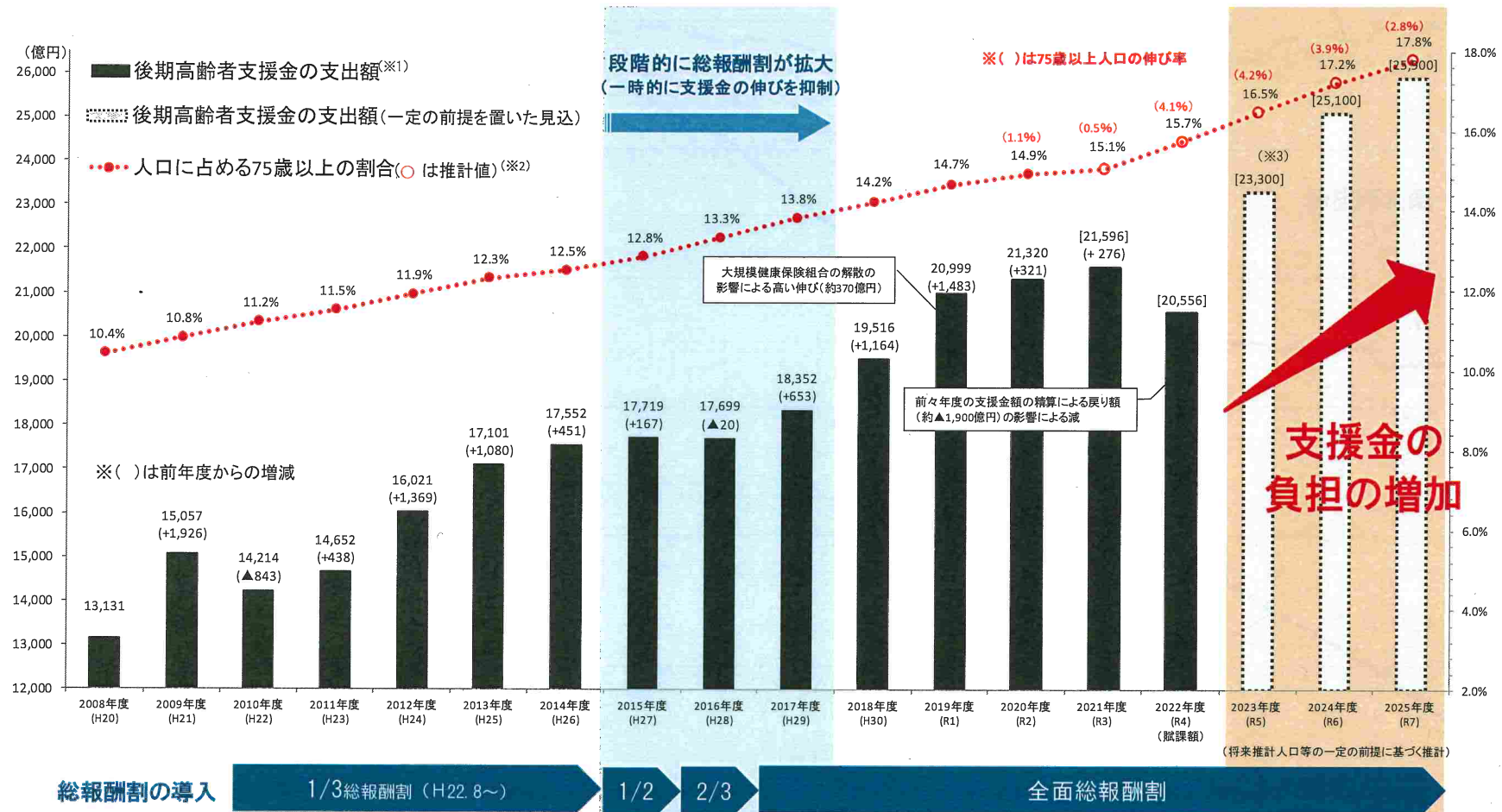
近年、医療費(1人当たり保険給付費)の伸びが賃金(1人当たり標準報酬)の伸びを上回り、協会けんぽの保険財政は赤字構造



(※1) 数値は2008年度を1とした場合の指数で表示したものです。

協会けんぽの後期高齢者支援金の推移

後期高齢者支援金は、総報酬割の拡大等により一時的に伸びが抑制されていたが、2022年以降は団塊の世代が75歳以上に達し始めるため、今後、大幅な増加が見込まれている。

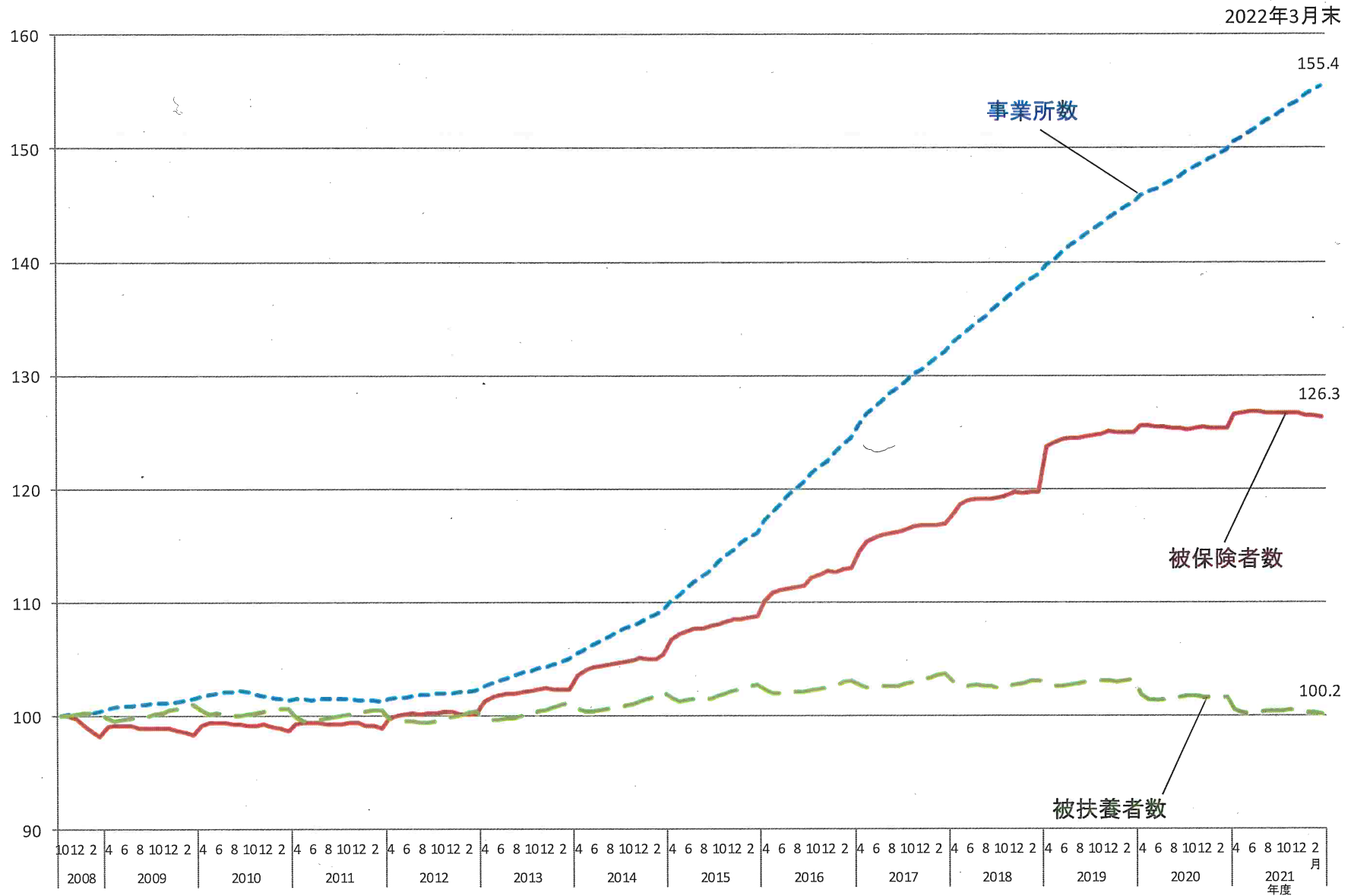


(※1) 後期高齢者支援金については、当該年度の支出額(当該年度の概算分と2年度前の精算分、事務費の合計額)である。

(※2) 人口に占める75歳以上の割合については、2020年度以前の実績は「高齢社会白書」(内閣府)、2021年度以降の推計値は「日本の将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所、2017年推計)による。

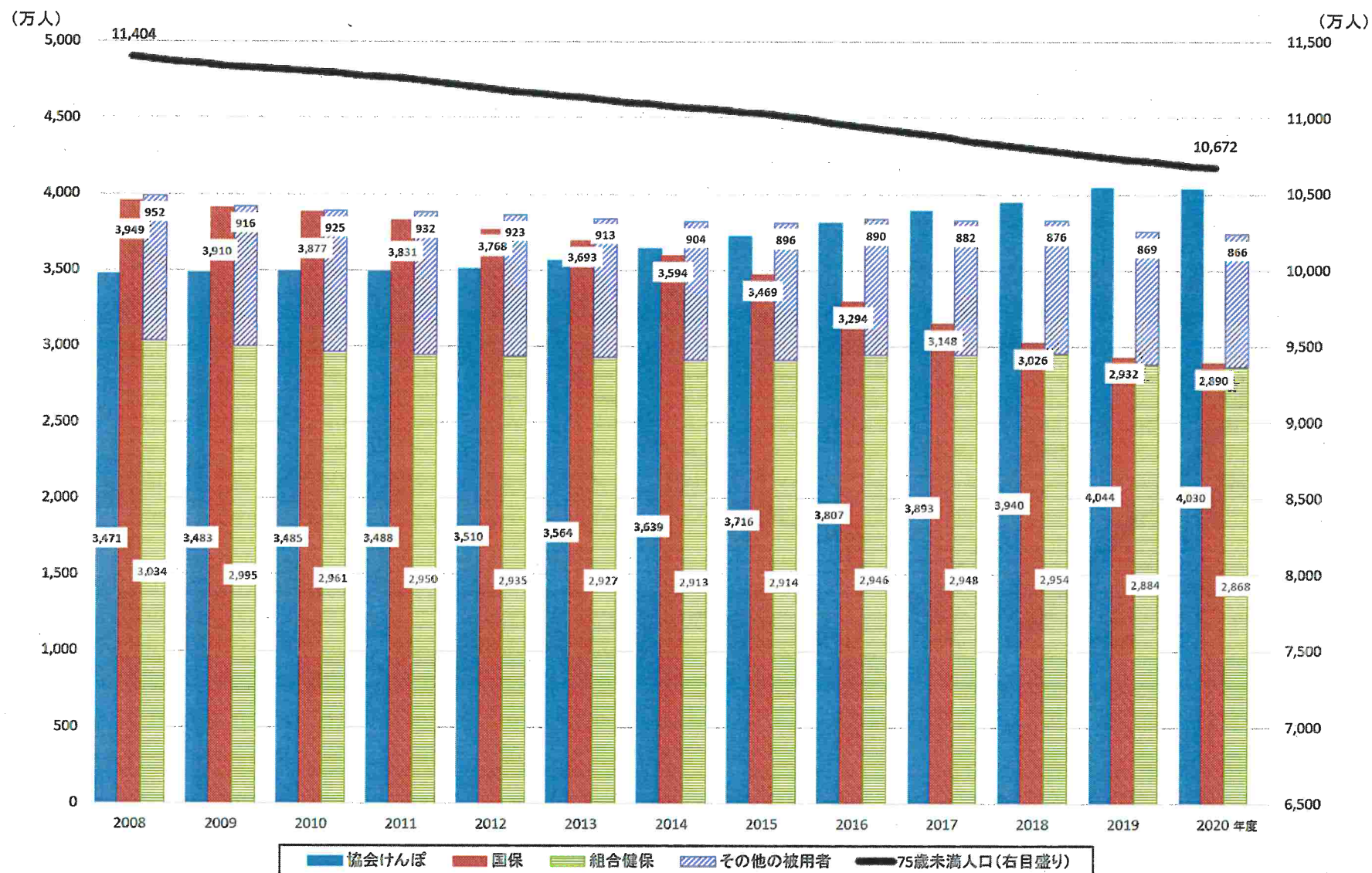
(※3) 2023年度以降の推計値は、百億円まるめ記載している。

協会けんぽの事業所数・被保険者数・被扶養者数の推移(指数)



※ 2008年10月末における事業所数、被保険者数、被扶養者数をそれぞれ100とし、その後の数値を指数で示している。

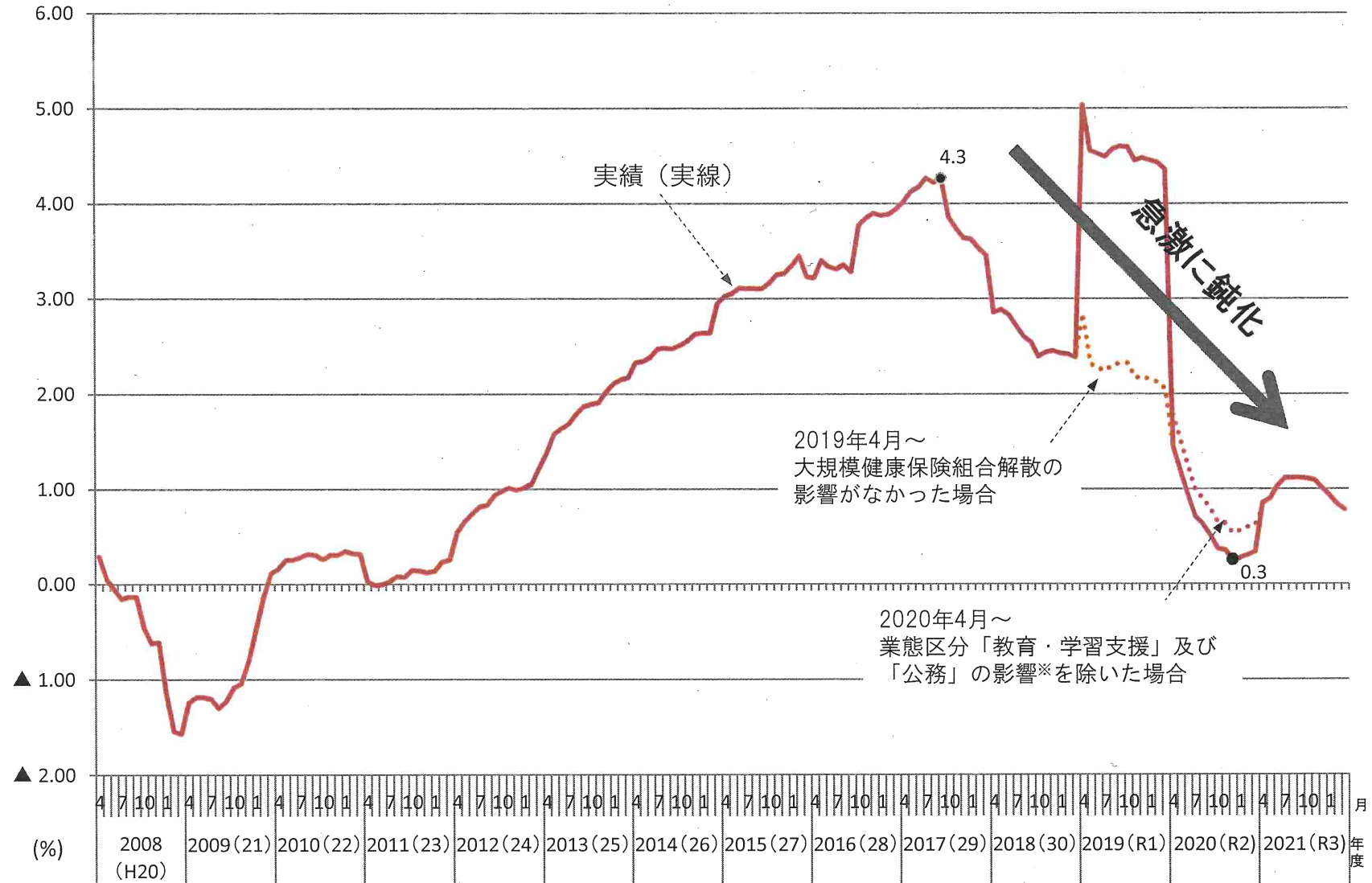
75歳未満の者の制度別加入者数及び75歳未満人口の推移



(注) 1. 協会けんぽ(日雇特例被保険者及びその被扶養者は含まない)、国保、組合健保及びその他の被用者は年度末現在の加入者数、75歳未満人口は翌年度4月1日現在の人口(総務省統計局「人口推計」の総人口)を表す。
 2. その他の被用者は船員保険及び共済組合の合計である。ただし、2020年度の共済組合は前年度末現在の数値を計上している。

協会けんぽの被保険者数の対前年同月比伸び率の推移

被保険者数の対前年同月比の伸びは、2017(平成29)年9月をピークに鈍化傾向にある。



※ 2020年4月の地方公務員法等の改正により、教育機関や行政機関等で勤務する臨時的任用職員等が地方公務員共済組合へ移行した。

平成27年までの間の財政基盤強化に向けた取組について

- 協会は平成20年10月に設立されたが、脆弱な財政構造（赤字構造）の中、リーマンショックによる景気の落込み等により、準備金は枯渇し、金融機関から借り入れながら給付を賄うような状況にまで陥っていた。
- 協会設立以降の、財政基盤強化に向けた政府への要請や国会議員への強い働きかけ、全国大会や署名活動（317万筆）などの各種取組もあって、平成25年には、平成22年度から3年間の暫定措置だった財政健全化特例措置（国庫補助13%→16.4%）の2年間の延長、平成27年には、医療保険制度改革で国庫補助16.4%の恒久化等を実現し、当面の財政基盤の安定化が図られた。
- 協会けんぽの赤字構造については、現在においても、大きな課題となっている。

全国大会の様子



全国大会は平成24年と平成26年に開催。与野党問わず多くの国会議員に出席いただき、連合や日商等の関係団体にも出席いただいた。なお、医療保険制度の見直しに関する要請書と署名は、内閣総理大臣あて提出された。

国会議事堂や厚生省までの行進、政府や国会議員への請願の様子



支部ごとに行われた支部別大会、国会議事堂や厚生労働省までの行進にも、多くの評議員に参加いただいた。また、政府ほか、与野党を問わず多くの国会議員に対して、中小企業の保険料負担軽減の重要性を訴え、医療保険制度の見直しを要請した。支部においても、支部長や評議員で地元選出の国会議員を訪問し、全国的な要請活動を進めていた。

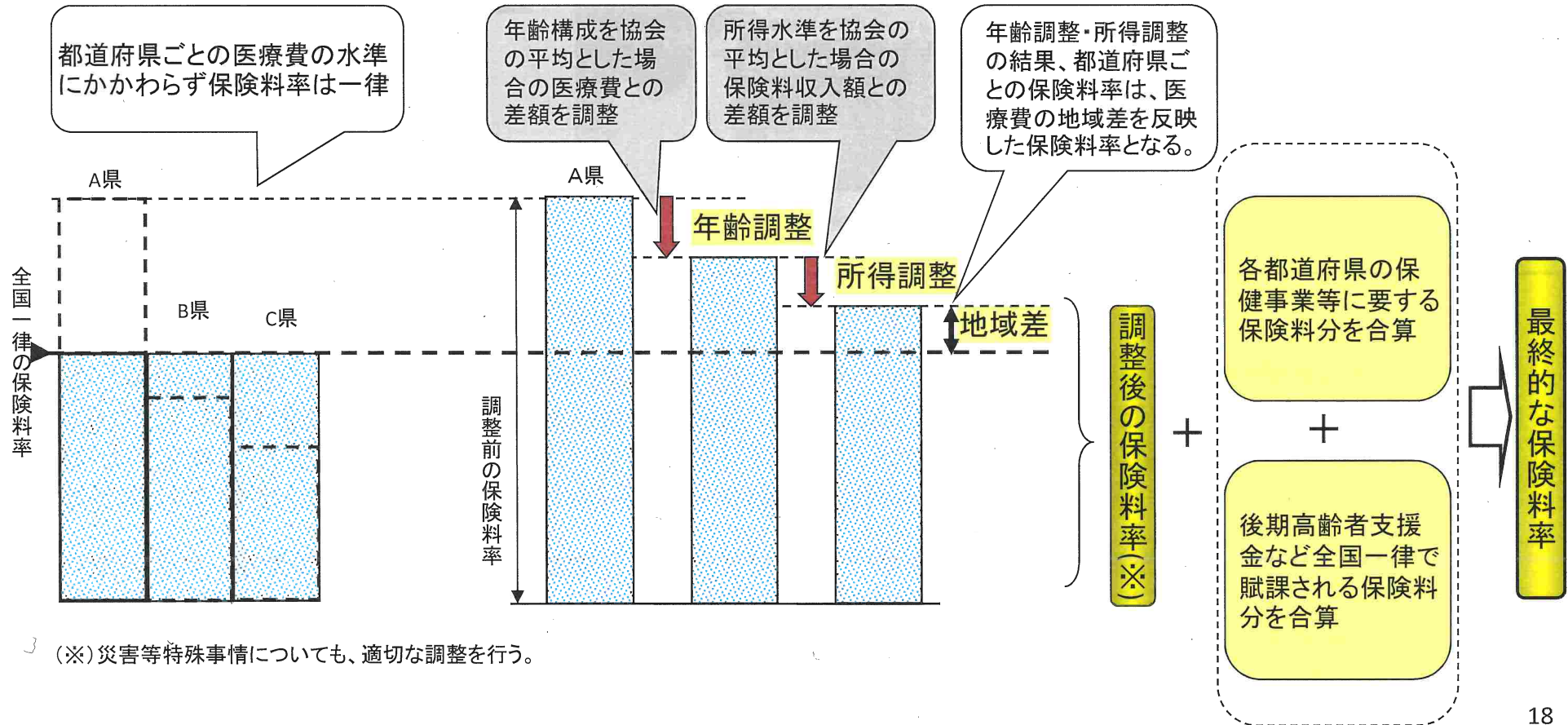


協会けんぽの都道府県単位保険料率の設定のイメージ

都道府県単位保険料率では、年齢構成の高い県ほど医療費が高く、保険料率が高くなる。また、所得水準の低い県ほど、同じ医療費でも保険料率が高くなる。このため、都道府県間で次のような年齢調整・所得調整を行う。

全国一本の保険料率
(平成20年9月まで)

都道府県単位保険料率(平成20年10月から): 年齢構成が高く、所得水準の低いA県の例



都道府県単位保険料率の計算方法について

都道府県単位保険料率 = 第1号保険料率 + 第2号保険料率 + 第3号保険料率

調整前保険料率 + 年齢調整率 + 所得調整率

$$\frac{\text{支部療養の給付等} + \text{年齢調整額}^{①} + \text{所得調整額}^{②}}{\text{支部の総報酬月額}}$$

支部の総報酬月額

前期高齢者納付金
 後期高齢者支援金
 退職者給付拠出金
 等

前々年度の精算分等

① 年齢調整額

支部加入者を全国の
 年齢構成割合と
 仮定したときの年齢
 階級別の加入者数

×

全国の年齢階級別の
 1人当たりの給付費

支部の年齢階級別の
 加入者数

×

全国の年齢階級別の
 1人当たりの給付費

② 所得調整額

全国の給付費の総計

×

支部の総報酬月額

$$\frac{\text{支部の総報酬月額}}{\text{全国の総報酬月額}}$$

全国の1人当たりの
 給付費

×

支部の加入者数

健康保険給付等事業における主な取組について

基本的な考え方

- 基盤的保険者機能を強化し、適正かつ効率的な給付事務や不正受給対策を徹底することが必要。
- 具体的には、以下のような取組を行っている。

主な取組

傷病手当金・出産手当金の審査強化

傷病手当金及び出産手当金については、不正請求防止に向けて審査を強化しており、不正請求の疑いのある申請に対しては、各支部に設置している保険給付適正化プロジェクトチームでの議論を経て、必要に応じて事業主への立入検査を実施している。

レセプト点検

医療機関が協会に医療費を請求するためのレセプト（診療報酬明細書）について、社会保険診療報酬支払基金（一次審査委託先）による審査後、内容・資格・外傷点検を実施している。

保険証回収の強化及び債権管理・回収業務の推進

退職等の理由により資格を喪失したにも関わらず保険証を使用して医療機関等にかかった場合には、資格喪失後受診となり、医療費の返納金が発生する。そのため、返納金債権発生防止のために、保険証の返却催告を実施している。また、返納金債権が発生してしまった場合には、早期催告の実施、法的手続きの実施により、債権回収の強化を図っている。

扶養家族の再確認

加入者のご家族が扶養家族の要件を満たしているかどうかを毎年確認している。

傷病手当金・出産手当金の審査強化

傷病手当金や出産手当金の審査事務を強化し、不正受給対策を実施

各支部に「保険給付適正化プロジェクトチーム」を設置し、不正請求が疑われる申請については重点的に審査を行っている。また、必要に応じて事業主へ立入検査を行い、適正な保険給付を実施している。

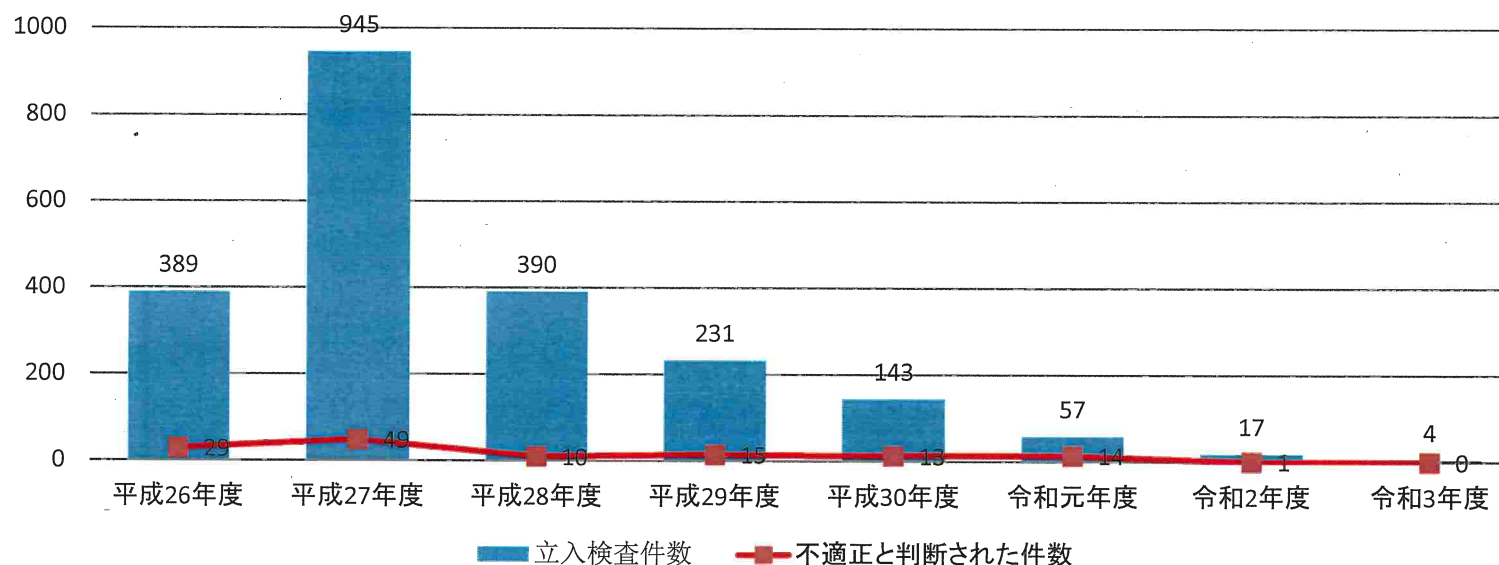
立入検査の実施は、コロナ禍の緊急事態宣言下の人流抑制指示等を踏まえ、書面等による確認へ切り替えたことや、2016(平成28)年4月の制度改正(※)により、不正請求への抑制が働いていることもあり、実施件数は減少傾向にある。

※給付の基礎となる標準報酬月額を各支給対象日に適用される標準報酬月額から、支給開始の直近一年間の標準報酬月額の平均に変更

【参考】重点審査事項

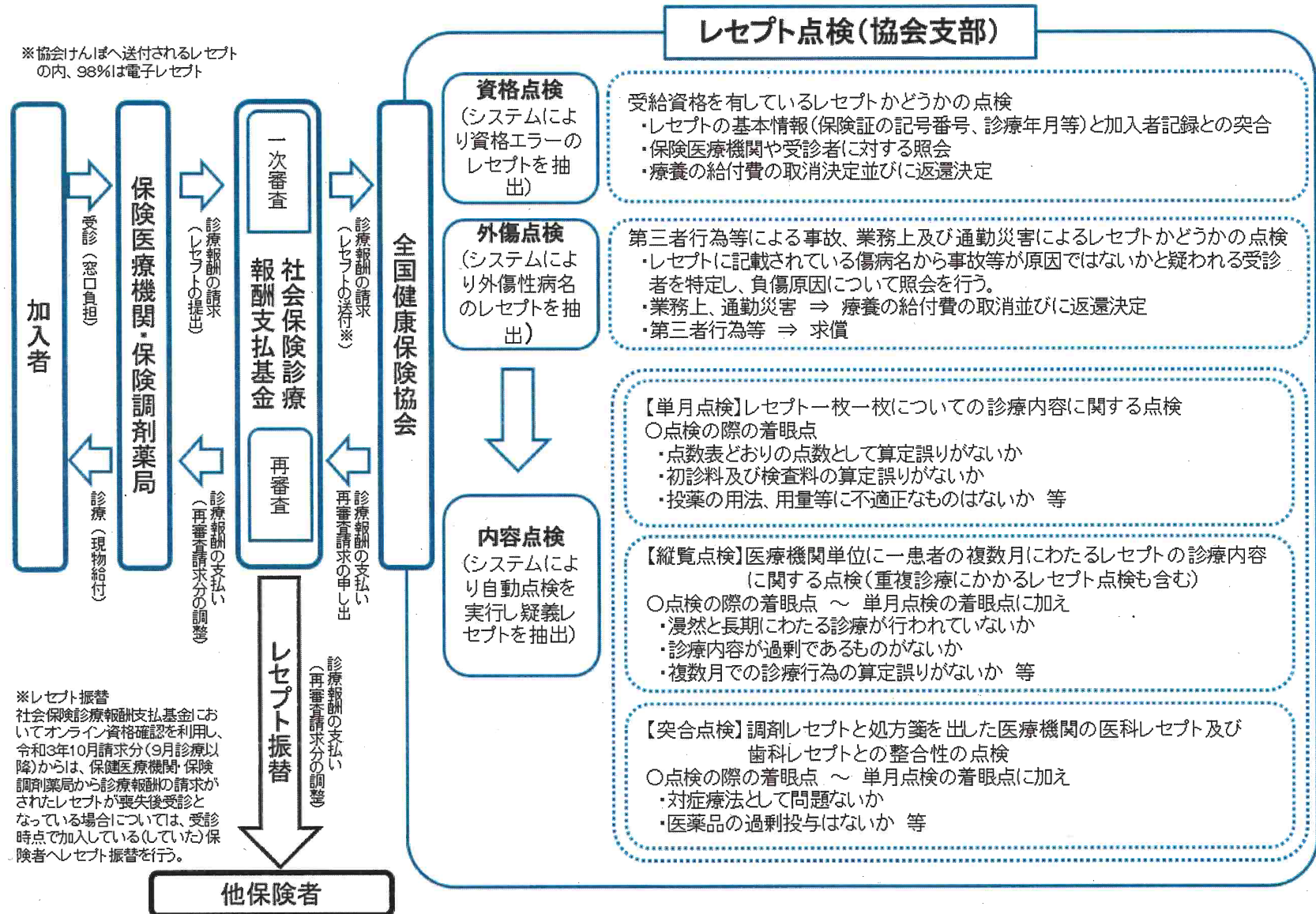
- ✓ 資格取得直後の申請や一定期間以上遡及して資格取得した者からの申請
- ✓ 標準報酬月額が83万円以上の被保険者からの申請

事業主への立入検査実施件数等

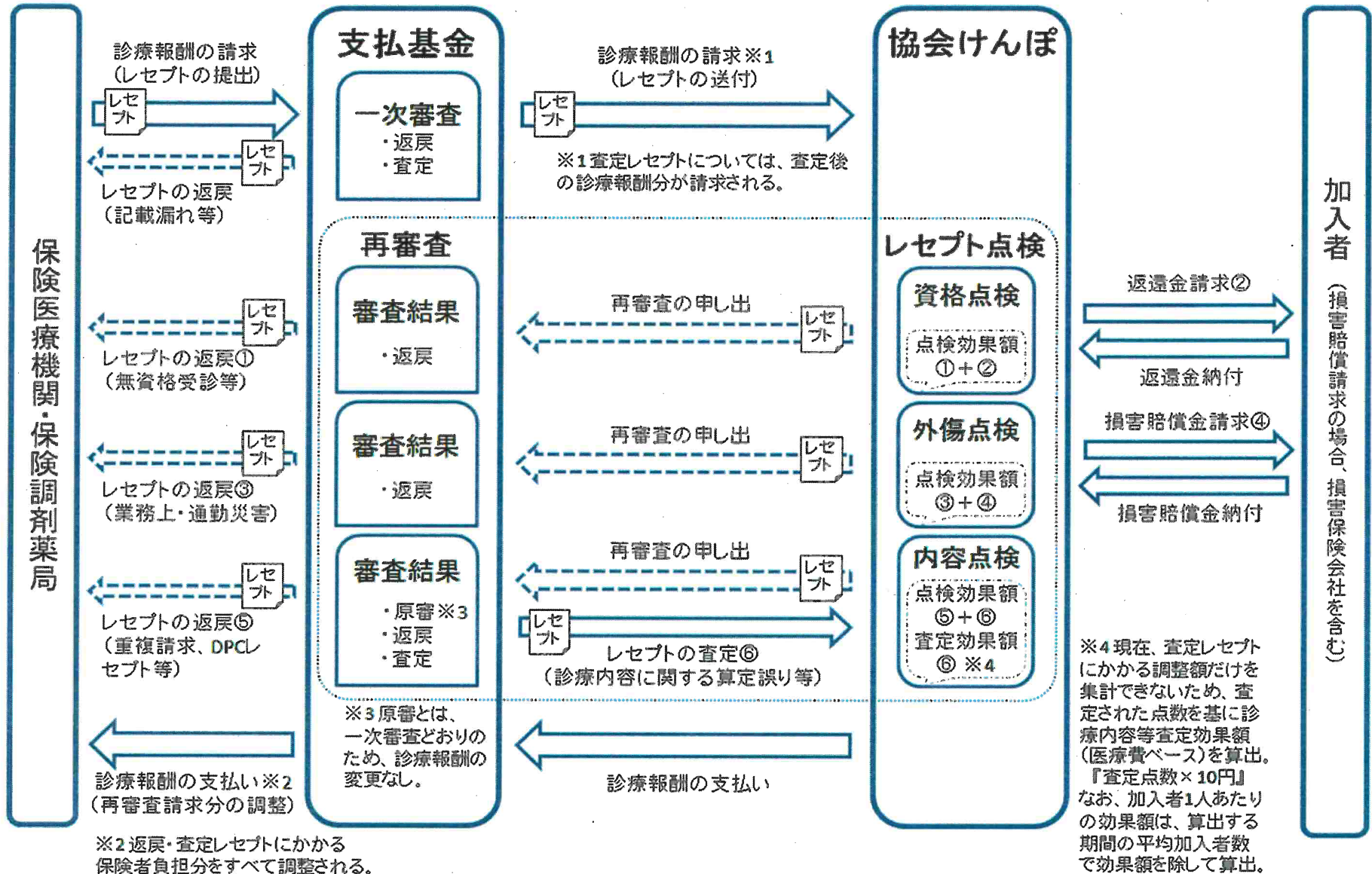


レセプト点検について

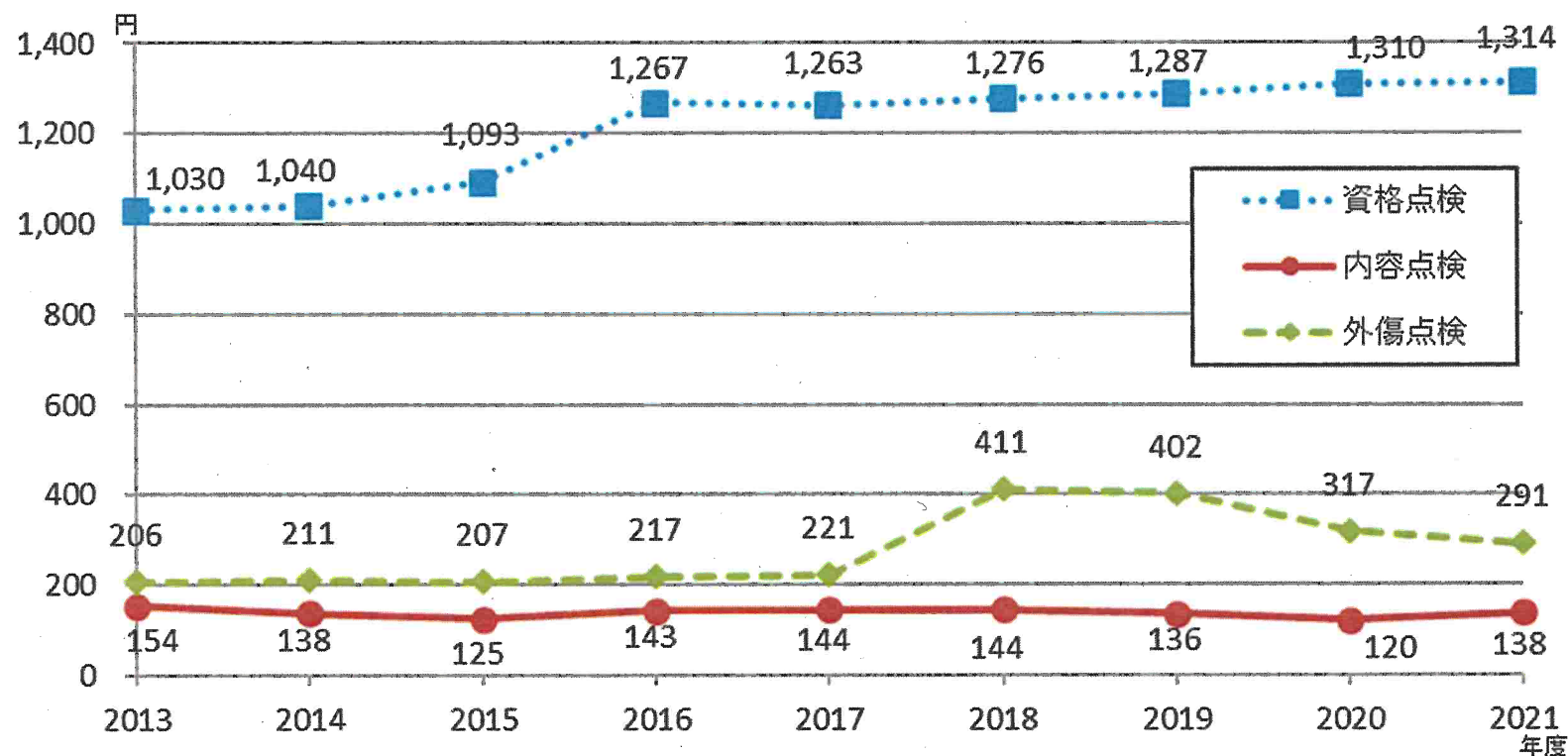
医療機関が協会に医療費を請求するためのレセプトは、支払基金による審査の後、協会においても支払基金では審査されていない事項等について点検を行っています。



【レセプト点検における医療適正化の流れ】



[加入者1人当たりレセプト点検効果額の推移]



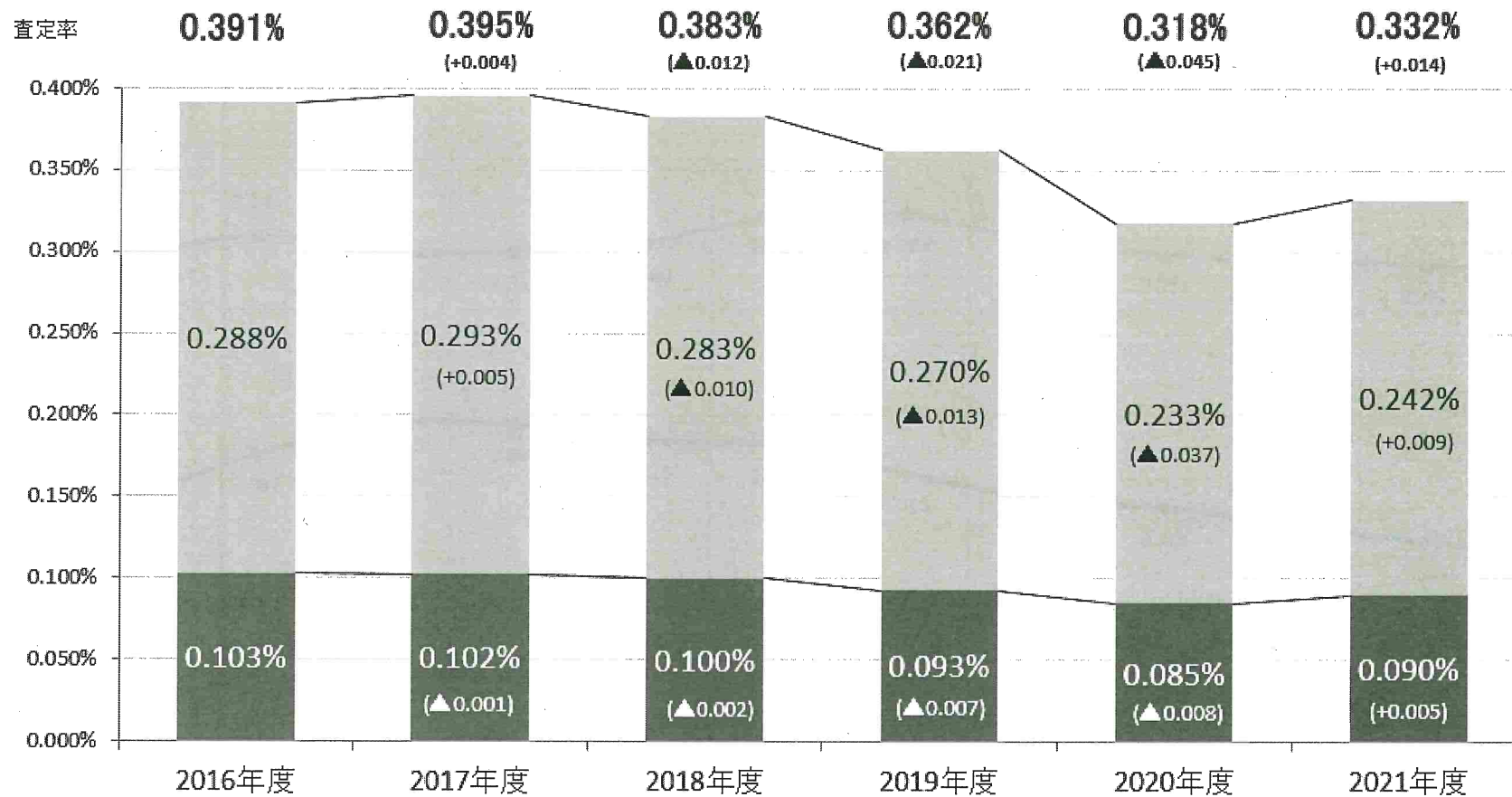
資格点検： 保険診療時における加入者の資格の有無等に係る点検
(請求前資格確認の効果は含まれていない)

外傷点検： 保険診療の対象となった外傷が労働災害や交通事故等の
第三者の行為に起因するものか否か等の給付発生原因に
係る点検

内容点検： 診察、検査、投薬等の診療内容に係る点検

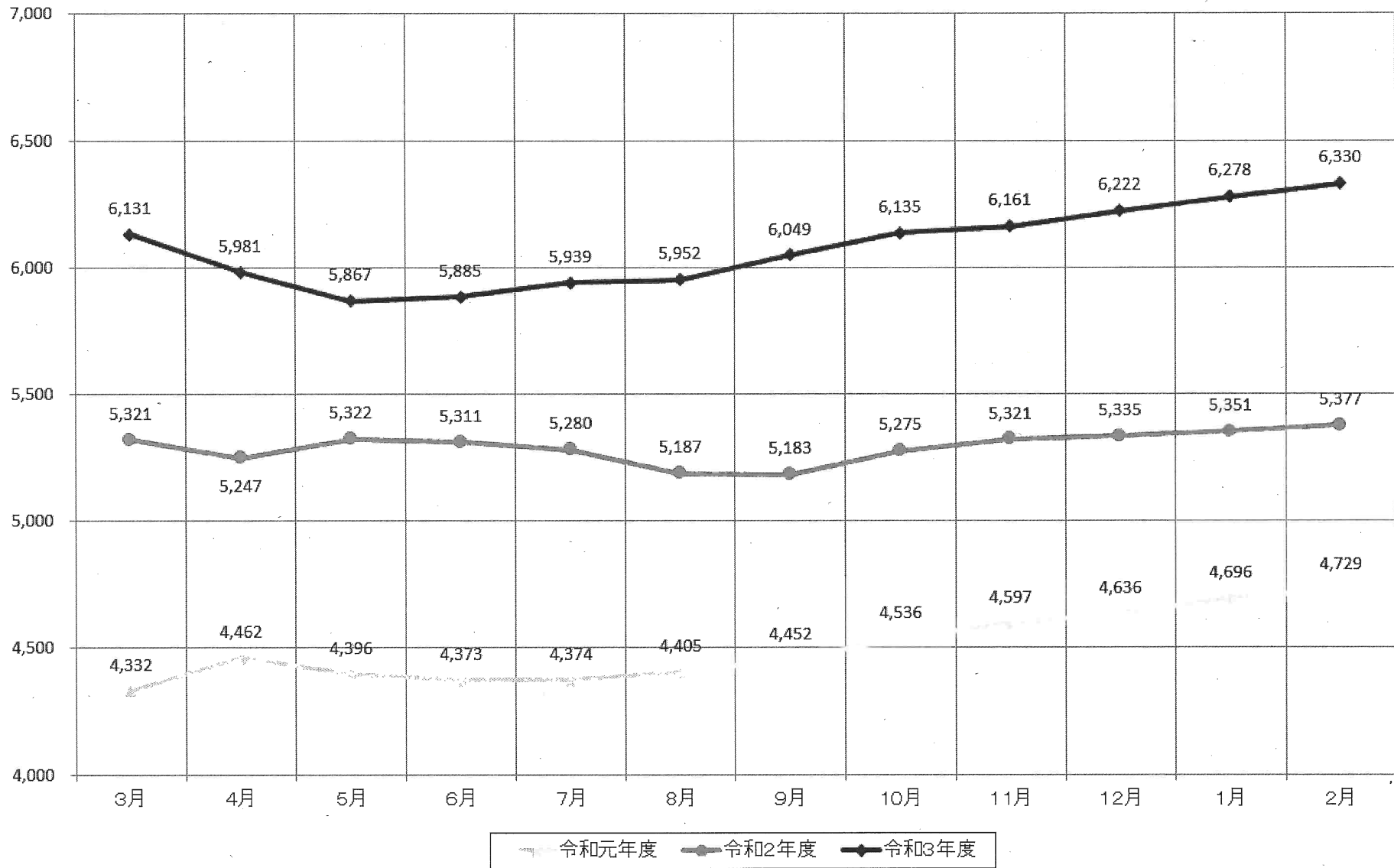
[KPI(社会保険診療報酬支払基金と合算したレセプト点検の査定率)の推移]

■:支払基金一次審査 ■:協会点検による再審査 ※()内は前年度比



[KPI(協会の再審査1件当たり査定額)の推移]

単位=円



債権管理回収業務について

協会けんぽでは、レセプトの点検を行うこと等(資格喪失後のレセプトかどうか確認すること等)により、次表のような債権が発生します。

なお、資格喪失後受診による債権等、資格喪失時等における保険証の添付徹底等の周知を行うことで、債権の発生防止が見込める債権については、発生防止に努めております。また、やむを得ず発生した債権は、協会の加入者および事業主の財産という認識のもと、速やかに請求等を行い、回収に努めております。

発生する債権の内容

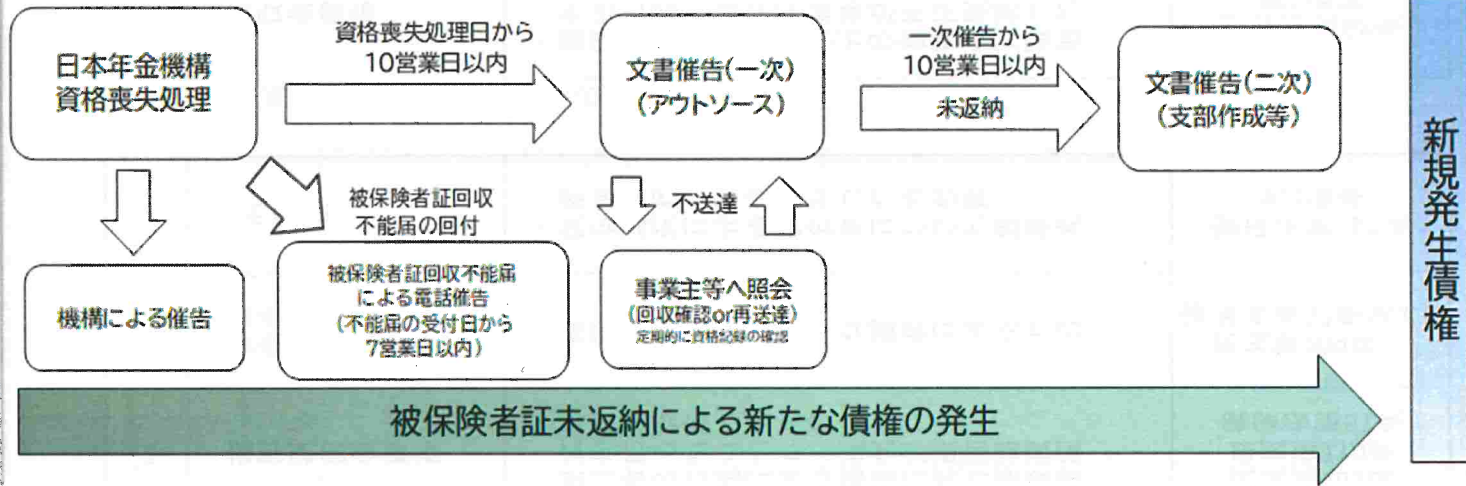
① 民事上の債権としての性質を持つもの

No.	債権の種類(名称)	内容(代表的なもの)	根拠となる条項
1	返納金債権	<ul style="list-style-type: none"> 健康保険被保険者資格喪失後の受診によるもの 健康保険給付金の支給調整によるもの 	民法第703条
2	損害賠償金債権	<ul style="list-style-type: none"> 第三者の行為による傷病に対し保険給付を行ったことで、協会が損害賠償請求権を取得したもの 	民法第709条 民法第710条 健保法第57条
3	診療報酬返還金債権	<ul style="list-style-type: none"> 保険医療機関の不正な請求によるもの 	民法第709条 健保法第58条第3項
4	(その他)	<ul style="list-style-type: none"> 貸付制度による貸付金について即時返済を求める必要が生じたもの等 	健保法第150条 第3項等

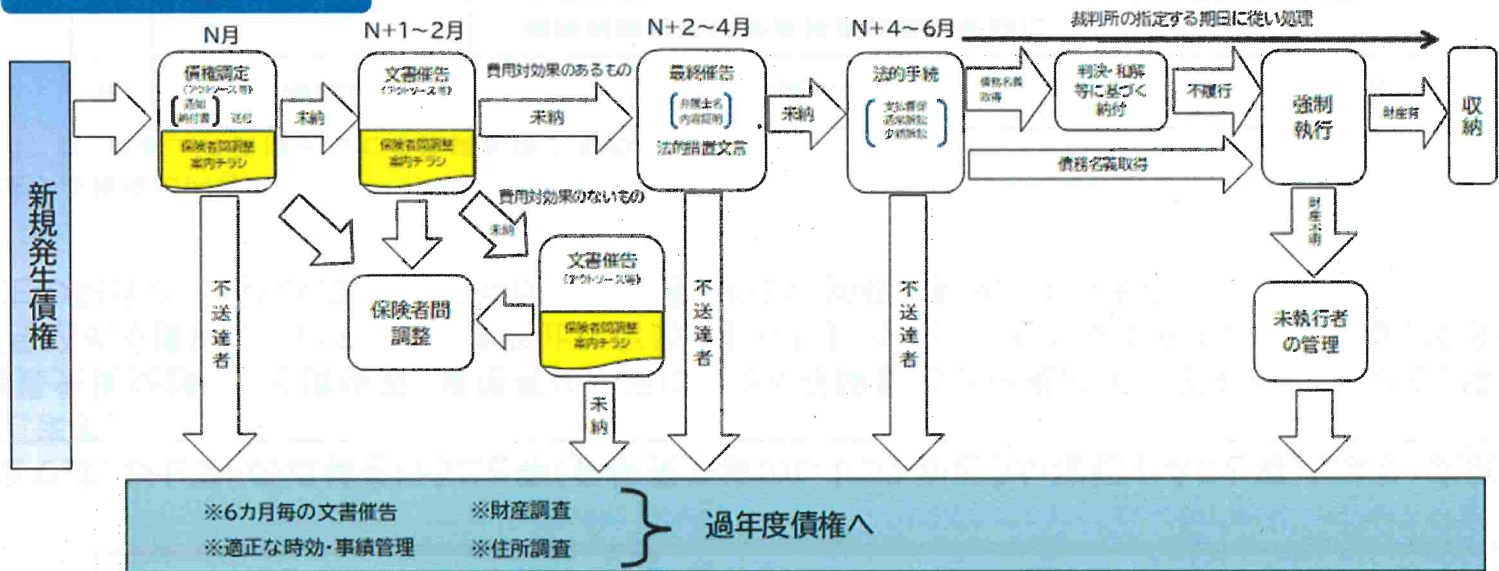
② 健保法・船保法上の債権としての性質を持つもの

5	徴収金債権	<ul style="list-style-type: none"> 健保法または船保法上の徴収金に該当するもの(被保険者等が不正受給した保険給付の返還請求等) 	健保法第58条 第1項等
---	-------	---	-----------------

被保険者証回収業務



債権管理回収業務

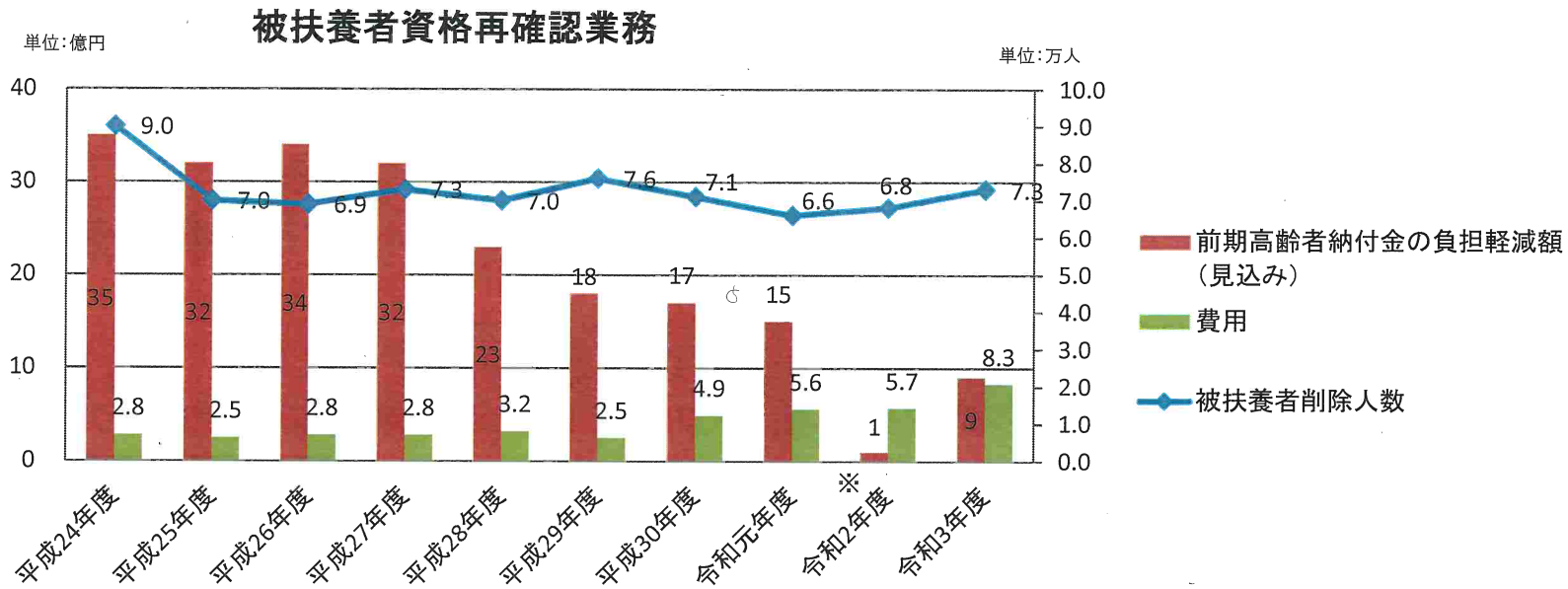


被扶養者資格の再確認

適正な資格管理のため、被扶養者資格の再確認業務を実施

被扶養者が就職などにより被扶養者ではなくなった場合には、被扶養者資格解除届出と保険証の返還が必要であり、この手続きが放置されると無資格受診による返納金の発生につながります。
被扶養者資格の適正化を目的に、資格の再確認を日本年金機構と連携して毎年度実施しています。

- 【被扶養者再確認業務による効果】
- ✓ 保険証の不適正利用の防止
 - ✓ 高齢者医療制度への拠出金負担額の軽減



*2020(令和2)年度は例年に比べて、被扶養者削減数に占める前期高齢者の該当者の割合が高かったことから、前期高齢者納付金の負担軽減額は低くなっています。

協会けんぽにおける保健事業

保健事業の目的

協会の基本使命に基づき、加入者の健康度を高めるとともに、医療費等の適正化を目指し、もって加入者・事業主の利益の実現を図る。

保健事業実施における方針

協会における保健事業計画は、次の取組を3本柱として策定する。

- ① 特定健診・特定保健指導の推進
- ② 重症化予防の対策
- ③ コラボヘルスの推進
(事業主等の健康づくり意識の醸成を目指した取組)

特定健診・特定保健指導の推進

- 被保険者の方を対象に生活習慣病予防健診、被扶養者の方を対象に特定健診を実施
- 地域、年齢特性を考慮した集団健診の実施
- 健診結果から健康の保持に努める必要がある方に特定保健指導を実施

重症化予防の対策

- 健診結果とレセプトから疾病リスクの高い者を抽出し、受診勧奨を行う
- 特に糖尿病、高血圧症、脂質異常症の疾病の悪化を防ぐ
- 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症などの合併症の発生を抑制する

コラボヘルスの推進(事業主等の健康づくり意識の醸成を目指した取組)

- 事業所特有の健康課題等を事業主と協会でも共有できるよう、事業所健康度診断シート(以下「事業所カルテ」という。)を提供
- 事業主に職場の健康づくりに取り組むことを宣言していただく健康宣言事業を推進し、事業所の健康づくりの取組を支援

【参考】保険者機能強化アクションプラン(第5期)における保健事業の実施方針

- 平成30年度から、6か年の計画である第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)をスタートしており、第5期アクションプランの期間と重なる後半3年間についても、引き続き、「特定健診・特定保健指導の推進」「重症化予防の対策」「コラボヘルスの推進」の三本柱で取り組む。
- また、この3年間の最大のテーマは、①特定健診・特定保健指導の実施率の向上、②データやアウトカム指標に基づく質の高い特定保健指導及び重症化予防の確立③事業所カルテ・健康宣言の標準化の3点とし、特に、以下の「10の重点事項」に取り組む。
- 新たな取組を実施(開始)するにあたっては、それぞれの取組の実施内容及び実施体制等を踏まえ、全国一斉に開始することやパイロット事業を活用して段階的に実施支部を拡大すること等、その実施(開始)方法等を検討し、円滑な全国展開を図る。

特定健診

(取組①)

受診率の向上を図るため、以下のとおり、「健診・保健指導カルテ」の積極的な活用及び充実等を図る。

- ・大規模事業所及び新規適用事業所等への重点的な受診勧奨の実施。
- ・支部間の経年比較による各支部のウィークポイントの把握・改善。
- ・全国ベース及び支部レベルで受診率の低い業態を把握し、本部・支部から業界団体へ協力を依頼。(他業種との比較など、見える化した資料を本部で作成)

被扶養者の特定健診について、市との協定締結を進め、がん検診との同時実施など連携して受診率の向上を目指す。

(取組②)

事業者健診データの取得率を向上させるため、事業者・健診機関・協会けんぽ(3者間)での新たな提供・運用スキームを構築し、関係団体等と連携した円滑な運用を図る。

特定保健指導

(取組③)

特定保健指導対象者の利便性の向上を図る観点から、特定健診当日に特定保健指導の実施が可能な健診機関等への外部委託を積極的に推進し、協会保健師は、保健指導専門機関への指導・助言や事業主・加入者との関係づくり、また、契約保健師を含め、健康宣言事業所のフォローアップなどに積極的に取り組む。なお、情報通信技術を活用した特定保健指導の拡大を図る。

(取組④)

アウトカム指標(メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率等)を1年目に検討・決定し、複数支部で試行実施することにより、KPIとしての是非を検証する。その際、医療費削減やQOL向上等の効果検証に関する研究(外部委託研究で採択等)も参考にする。また、アウトカム指標は、特定保健指導の実施を委託した保健指導専門機関における保健指導の質の検証等にも活用する。

(取組⑤)

特定保健指導の基本領域の一つである「身体活動・運動」の充実・強化を図るため、協会保健師等が指導を行う中で、加入者が「身体の動かし方・使い方」を容易にイメージし、実践できるよう、専門家の知見を取り入れた動画の作成や運動指導マニュアルの策定等を検討する。また、関係団体とも連携しつつ、健康教育(特に身体活動・運動や食生活・栄養)を通じた若年期からのヘルスリテラシーの向上に取り組む。

(取組⑥)

協会保健師について、保健事業の企画立案能力の育成に力点を置いた人材育成プログラム(支部保健師編)を策定する。また、契約保健師等について、現行の人材育成プログラムの定着を図るとともに、研修等を通じて保健指導等の質の向上等に力点を置いた育成を図る。

コラボヘルス

(取組⑧)

事業所カルテで示すべき項目(リスク保有率、問診票集計結果、経年変化等)の標準化及び標準的フォーマットを提示する。(事業所検索機能活用マニュアル(仮称)と併せて提示。)

(取組⑨)

事業所と連携した健康づくりの取組をより効果的に実施するため、健康宣言のコンテンツ(特定健診・特定保健指導に関する数値目標、簡単に達成可能な取組項目(支部のデータヘルス計画の上位目標等の中から選択)など)及び宣言からフォローアップまでのプロセス(受付方法、事業所カルテの提供タイミング、経年変化を踏まえたフォローアップ及び宣言内容の改善、表彰制度など)の標準化を図る。また、新たなポピュレーションアプローチの手法(健康運動指導士等を活用した身体活動・運動に関する出前講座・セミナーの実施や動画の作成等)を検討する。

(取組⑩)

事業所や産業保健総合支援センター等と連携したメンタルヘルス予防対策を促進するため、外部有識者の知見を取り入れながら、効果的な予防対策(事業所向けセミナーの実施や相談機関等の周知など)を検討し、実施する。

重症化予防

(取組⑦)

糖尿病性腎症重症化予防事業の効果検証を進める。また、従来のメタボリックシンドローム対策としての未治療者への受診勧奨を確実に実施するとともに、現役世代の循環器疾患の重症化予防対策として、LDLコレステロール値など血圧値や血糖値以外の検査値等に着眼した受診勧奨の必要性を検討のうえ実施する。

特定健診実施率の推移（加入者全体）及び実施率向上のための令和4年度重点施策①

特定健診実施率の推移

[第3期特定健康診査等実施計画(特定健診)]

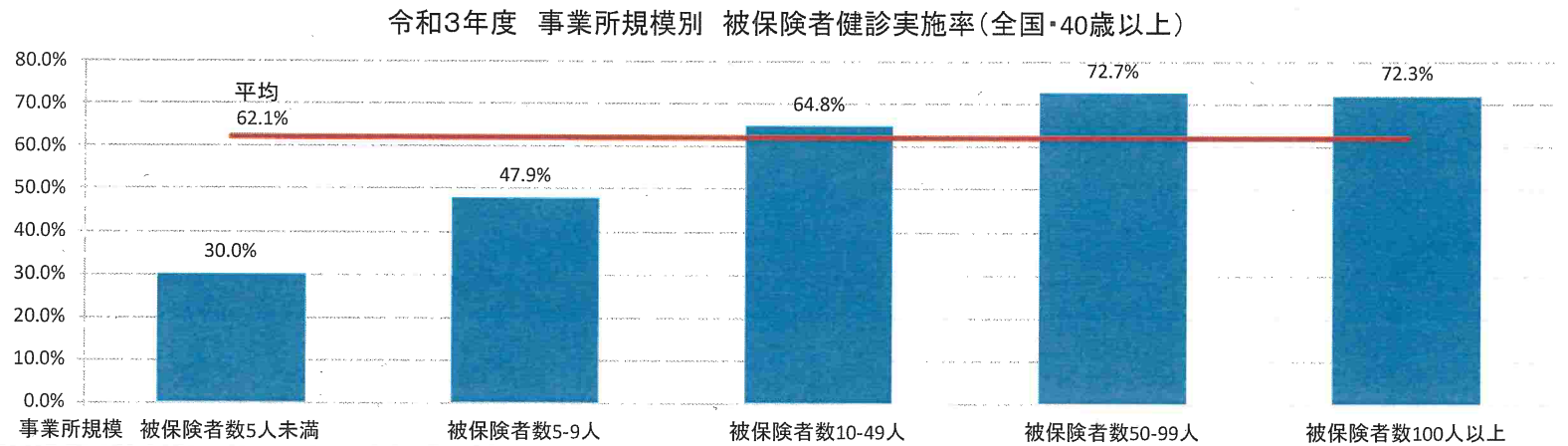
区分	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	
被保険者	対象者数	14,630,000人 (15,212,870人)	14,560,000人 (15,979,774人)	14,490,000人 (16,210,164人)	14,400,000人 (16,518,519人)	14,310,000人	14,220,000人
	実施率	(58.0%)	(60.0%)	(59.0%)	(62.1%)		
	実施者数	8,460,000人 (8,817,120人)	8,860,000人 (9,580,351人)	9,260,000人 (9,562,859人)	9,660,000人 (10,260,865人)	10,060,000人	10,460,000人
	生活習慣病 予防健診	(50.9%) 50.9%	(52.3%) 53.4%	(51.0%) 55.9%	(53.6%) 58.5%	61.2%	63.9%
		7,440,000人 (7,743,960人)	7,770,000人 (8,359,655人)	8,100,000人 (8,273,160人)	8,430,000人 (8,859,458人)	8,760,000人	9,090,000人
	事業者健診	(7.1%) 7.0%	(7.6%) 7.5%	(8.0%) 8.0%	(8.5%) 8.5%	9.1%	9.6%
	1,020,000人 (1,073,160人)	1,090,000人 (1,220,696人)	1,160,000人 (1,289,699人)	1,230,000人 (1,401,407人)	1,300,000人	1,370,000人	
被扶養者	対象者数	4,180,000人 (4,318,595人)	4,160,000人 (4,329,100人)	4,140,000人 (4,281,922人)	4,120,000人 (4,201,228人)	4,100,000人	4,080,000人
	実施率	(24.4%)	(25.5%)	(21.3%)	(26.2%)		
	実施者数	1,080,000人 (1,054,920人)	1,150,000人 (1,103,726人)	1,220,000人 (912,303人)	1,290,000人 (1,102,470人)	1,360,000人	1,430,000人
合計	対象者数	18,810,000人 (19,531,465人)	18,720,000人 (20,308,874人)	18,630,000人 (20,492,086人)	18,520,000人 (20,719,747人)	18,410,000人	18,300,000人
	実施率	(50.5%)	(52.6%)	(51.1%)	(54.8%)		
	実施者数	9,540,000人 (9,872,040人)	10,010,000人 (10,684,077人)	10,480,000人 (10,475,162人)	10,950,000人 (11,363,335人)	11,420,000人	11,890,000人

※ 表中の()内は実績値。

※ 対象者数は、28年度実績をもとに、年齢階級別の日本の人口に占める協会の加入者数等の割合を一定として推計。

特定健診実施率の推移（加入者全体）及び実施率向上のための令和4年度重点施策②

◎規模が小さい事業所は、健診実施率が低い傾向にあります。



主な重点施策

- 効果的・効率的な受診勧奨の実施(業態等を選定し、重点的かつ優先的な働きかけ)
- 事業者健診結果データの取得(労働局との連携など国や関係団体に働きかけ)
- がん検診との同時実施等の拡大(自治体との協定締結の推進)

特定保健指導実施率の推移（加入者全体）及び実施率向上のための令和4年度重点施策

特定保健指導実施率の推移

【第3期特定健康診査等実施計画(特定保健指導)】

区分		平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)
被 保 険 者	対象者数	1,688,000人 (1,785,562人)	1,769,000人 (1,925,493人)	1,849,000人 (1,967,887人)	1,930,000人 (2,031,511人)	2,011,000人	2,091,000人
	実施率	15.0% (16.6%)	17.4% (18.0%)	21.3% (15.5%)	25.0% (18.2%)	30.1%	36.4%
	実施者数	253,000人 (296,194人)	308,000人 (346,992人)	394,000人 (305,886人)	482,000人 (369,942人)	605,000人	761,000人
被 扶 養 者	対象者数	91,000人 (91,645人)	96,000人 (95,253人)	102,000人 (81,993人)	108,000人 (95,352人)	113,000人	119,000人
	実施率	5.0% (5.4%)	6.0% (11.8%)	7.0% (13.1%)	8.0% (12.8%)	9.0%	10.0%
	実施者数	5,000人 (4,956人)	6,000人 (11,210人)	7,000人 (10,780人)	9,000人 (12,236人)	10,000人	12,000人
合 計	対象者数	1,779,000人 (1,877,207人)	1,865,000人 (2,020,746人)	1,951,000人 (2,049,880人)	2,038,000人 (2,126,863人)	2,124,000人	2,210,000人
	実施率	14.5% (16.0%)	16.8% (17.7%)	20.6% (15.4%)	24.1% (18.0%)	29.0%	35.0%
	実施者数	258,000人 (301,150人)	314,000人 (358,202人)	401,000人 (316,666人)	491,000人 (382,178人)	615,000人	773,000人

※表中()内の数値は実績値。

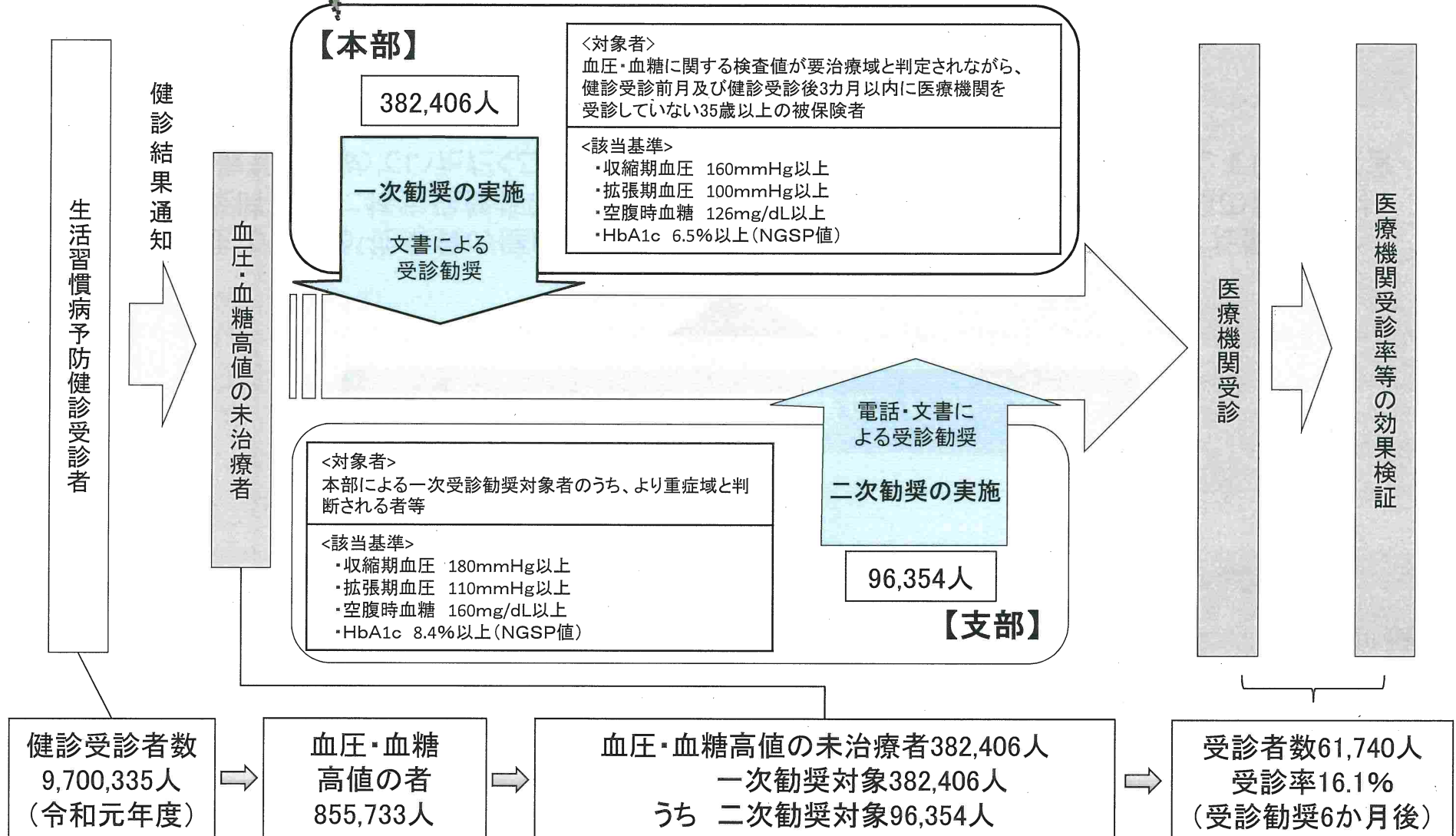
※対象者数は、特定健診実施者数(計画値)をもとに推計。

主な重点施策

- 被保険者については外部委託による特定保健指導の推進(特定保健指導実施機関の拡大、健診当日の初回面談の推進等)
- 被扶養者については集団健診会場において、健診当日の初回面談(分割実施)の実施を推進。

未治療者に対する受診勧奨の概要

対象者の特性に合わせた一次勧奨の実施
「重症度別」、「新規連続該当別」、「該当項目別」の通知を作成し送付



コラボヘルス（健康宣言事業）について

- 健康宣言は、事業所全体で健康づくりに取り組むことを事業主に宣言いただき、事業所の健康づくりの取組を協会がサポート・フォローアップする仕組みとなっており、協会と事業主とが協働・連携（コラボヘルス）することによって、加入者の健康の保持増進を図っていく取組です。 【参考】健康宣言事業所数：令和4年3月末時点で68,992事業所

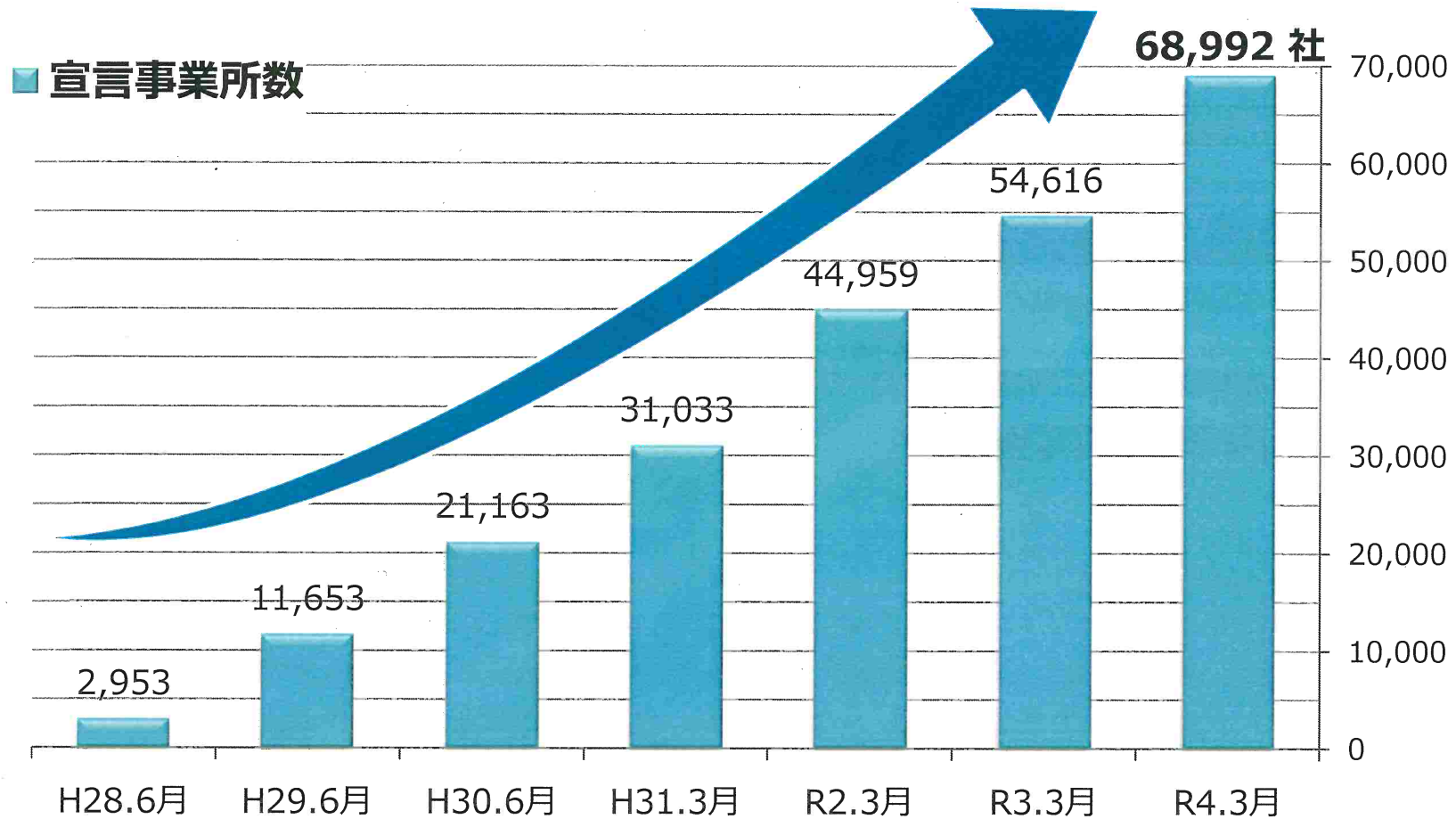
事業主が従業員の健康増進に果たす役割は大きい

事業主の皆様が従業員の健康に配慮していただき、健診実施率100%に向けた働きかけや、就業時間内に特定保健指導を受けられる環境整備、事業所特有の健康課題の把握と対策等の取組に努めていただくことが重要です。協会では、コラボヘルスの一環として「健康宣言事業」を実施し、事業所における取組を支援しています。

「健康宣言事業」は、協会の都道府県支部において実施しており、職場における健診・保健指導の実施率向上や、職場の健康課題の解決等に向けて、各地域の自治体や関係団体とも連携するなどし、効果的・効率的に事業所支援を行っています。

健康宣言に取り組む宣言事業所数の推移

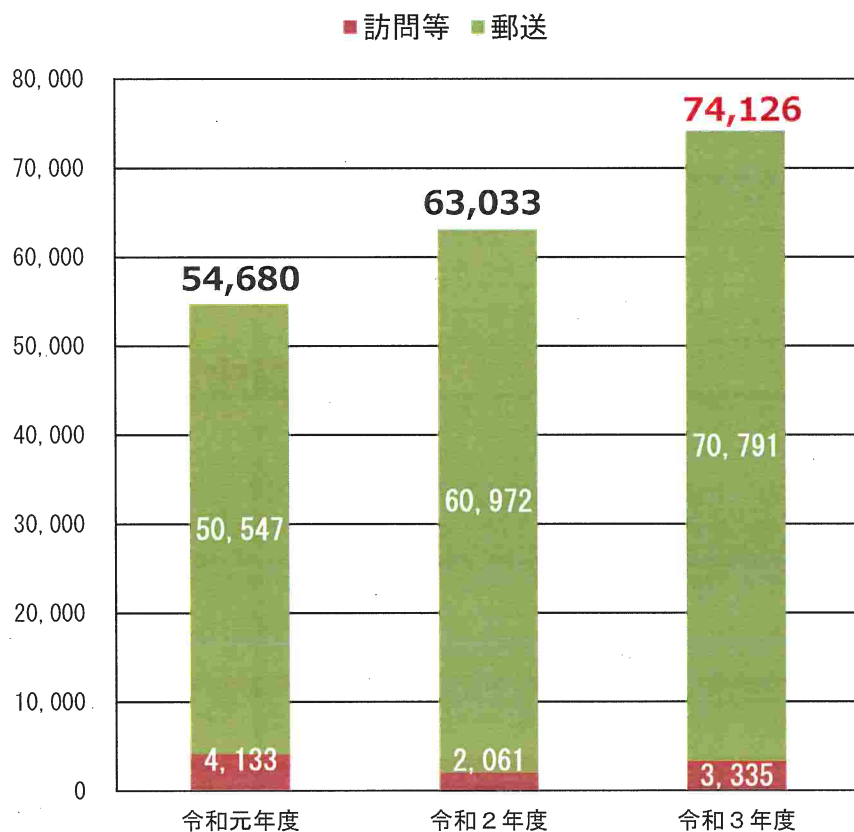
- 協会けんぽの全47支部において健康宣言事業を実施。地方自治体や関係団体と連携を図るなど、地域の実情に応じた取組を進めています。
- 令和4年3月末時点の健康宣言事業所数は**68,992社**



事業所健康度診断シート（事業所カルテ）について

- 事業所特有の健康課題等を事業主と共有できるよう、事業所カルテを提供しています。
- 支部においては、事業所カルテを健康宣言事業所等に提供し、健康度の確認や、取組による改善度合いの経年的な確認などに活用いただいております。令和3年度は約7.4万事業所に対して、郵送や訪問等により事業所カルテを提供しています。

事業所カルテの使用状況（全国）



事業所カルテの主な掲載項目

- 以下の項目等について、事業所単位で従業員のデータを「見える化」。
- 支部平均・業種平均との比較なども掲載。

掲載項目	
1人当たり医療費	
特定健診実施率	
特定保健指導実施率	
特定保健指導対象者割合	
メタボリックシンドローム該当率	
健康状況	腹囲リスク
	血圧リスク
	脂質リスク
	代謝（血糖）リスク
生活習慣	運動習慣リスク
	食事習慣リスク
	喫煙習慣リスク
	飲酒習慣リスク
	睡眠習慣リスク

事業所健康度診断シート（事業所カルテ）

- 協会けんぽが保有する医療費データや健診結果等から、事業所ごとの健康状況、課題を「見える化」。

事業所カルテ

●年●月現在の情報をもとに作成しています。

事業所名称 株式会社●●様
業 態 ●●業

1. 医療費等の状況

生活習慣病は、国民医療費にも大きな影響を与えており、その多くは、メタボリックシンドロームが原因であるといわれています。メタボリックシンドロームは、日常生活の中で適度な運動、バランスの取れた食生活、禁煙を実践することによって予防することができるものです。

日常のちょっとした食習慣や運動習慣に普段から気を付けることの積み重ねが、健康や健康寿命の延伸、医療費の適正化につながります。

1人当たり医療費

年度	御社	●●支部平均	同業態全国平均
2019	178,381円	165,168円	175,604円
2020	181,902円	164,866円	176,370円
2021	203,173円	181,057円	189,154円

メタボリックシンドロームの該当状況

メタボリックシンドローム該当率

年度	御社	●●支部平均	同業態全国平均
2019	7.3%	13.7%	10.5%
2020	8.3%	14.5%	11.1%
2021	7.9%	14.2%	11.3%

メタボリックシンドローム予備群該当率

年度	御社	●●支部平均	同業態全国平均
2019	7.0%	12.9%	9.8%
2020	7.1%	13.1%	10.0%
2021	7.3%	12.8%	10.0%

生活習慣病リスク保有者の割合

生活習慣病のリスク保有率を「見える化」

生活習慣要改善者の割合

運動習慣

年度	御社
2019	19.9%
2020	20.9%
2021	21.5%

割合は、大きい方が良い状態です。

①1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の割合

年度	御社	●●支部平均	同業態全国平均
2019	28.2%	20.5%	18.4%
2020	30.8%	19.2%	18.4%
2021	30.8%	18.8%	18.9%

②日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合

年度	御社	●●支部平均	同業態全国平均
2019	29.4%	45.4%	43.3%
2020	29.5%	44.9%	44.0%
2021	31.9%	45.4%	44.9%

支部別スコアリングレポート

各支部の健診受診率、保健指導実施率、加入者の健診結果や生活習慣の状況、医療費の状況等を、グラフや表により「見える化」。各指標について、経年変化や全国順位を図表で確認できるものであり、関係団体への広報や評議会での報告等に活用している。

以下抜粋

機密性2

2017年度 支部別スコアリングレポート

《〇〇支部》

支部別スコアリングレポートは、支部ごとの健診受診率、特定保健指導実施率に加え、男女別の健診結果や問診結果の年齢調整平均値及び医療費をレーダーチャートやグラフにより見える化した資料です。

棒グラフは、直近年度の全支部の数値ですので、他支部との比較を行う際に活用いただけます。また、折れ線グラフは自支部の直近4年間の経年変化について全国比と全国順位をご確認いただけます。そのほか、レーダーチャートに加えて順位に基づくABC区分を記載しておりますので、レーダーチャートと合わせて支部の課題を把握する際の参考としてください。

《目次》

- I 健診受診率・保健指導実施率の概要 2
 (健診受診率の状況) 3
 (保健指導実施率の状況) 5
- II 生活習慣病リスク保有者の割合 8
 (男性) 8
 (女性) 12
- III 生活習慣要素改善者の割合 16
 (男性) 16
 (女性) 20
- IV 医療費の状況 24
- V 生活習慣に関する参考データ 25
- VI 各指標の算出方法 29

1

機密性2

I 健診受診率・保健指導実施率の概要

【健診受診率・保健指導実施率(2017年度)】

指標が高い方が 良状態です

※ 健診受診率・保健指導実施率が高い順に1位～47位となっています。

指標1	生活習慣病予防健診受診率	C	指標2	事業者健診データ取得率	B
指標3	健診受診率(被保険者計)	C	指標4	特定健診受診率(被扶養者)	C
指標5	初回面談実施率(被扶養者)	C	指標6	6か月以降指導実施率(被扶養者)	C
指標7	初回面談実施率(被扶養者)	B	指標8	6か月以降指導実施率(被扶養者)	B

A: 順位1位～10位, B: 順位11位～37位, C: 順位38位～47位

2017年度の健診受診率と特定保健指導実施率の概要は上記のとおりです。それぞれの数値の詳細及び経年変化等については、次ページ以降をご確認ください。

2

機密性2

健診受診率の状況

指標1【生活習慣病予防健診受診率(40～74歳)】

①2017年度の全支部の受診率と全国平均

②2014年度から2017年度の自支部の受診率と全国順位及び全国平均

年度	受診者数	受診率(%)
2014	263,166	41.8
2015	284,324	43.8
2016	303,746	44.7
2017	323,633	45.9
全国平均	-	49.6

(データソース: 各支部からの報告による請求ベースのデータ)

指標2【事業者健診データ取得率】

①2017年度の全支部のデータ取得率と全国平均

②2014年度から2017年度の自支部の受診率と全国順位及び全国平均

年度	取得者数	取得率(%)
2014	30,005	4.8
2015	20,422	3.1
2016	37,035	5.4
2017	43,180	6.1
全国平均	-	6.4

(データソース: 各支部からの報告による請求ベースのデータ)

3

パイロット事業・支部調査研究事業について

1. パイロット事業・支部調査研究事業とは

- 協会けんぽでは、医療費適正化や保健事業などの先駆的な取組を行うにあたり、課題の洗い出しや解決策などを含めて効率的な実施方法を検討し、全国的な展開のための基盤作りを行うため、21年度から支部においてパイロット事業及び支部調査研究事業を実施しており、効果的な取組については順次全国展開している。

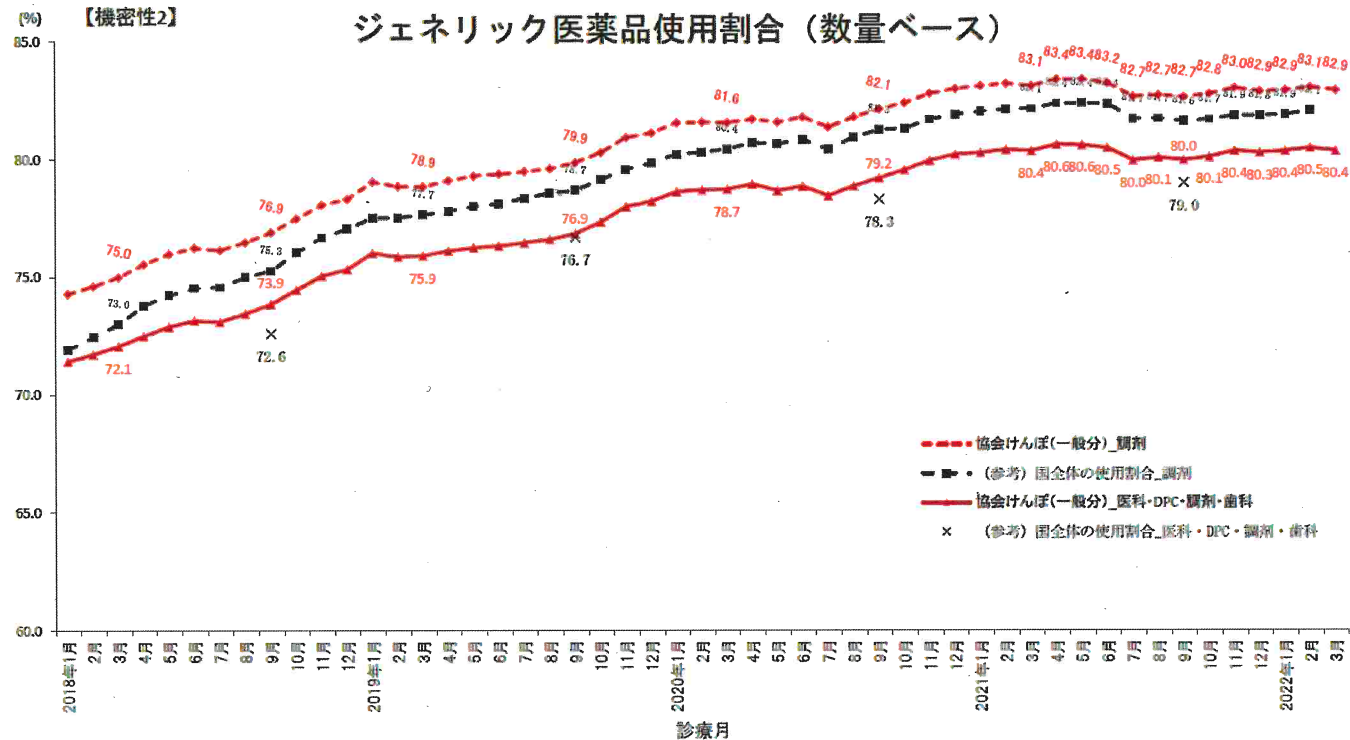
2. 応募数及び採用数について

- 令和3年度のパイロット事業・支部調査研究事業については、40支部から77事業の応募があり、5支部6事業が採用となった。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度
応募数	124事業（46支部）	96事業（46支部）	79事業（40支部）
採用数	17事業（11支部）	13事業（10支部）	6事業（5支部）

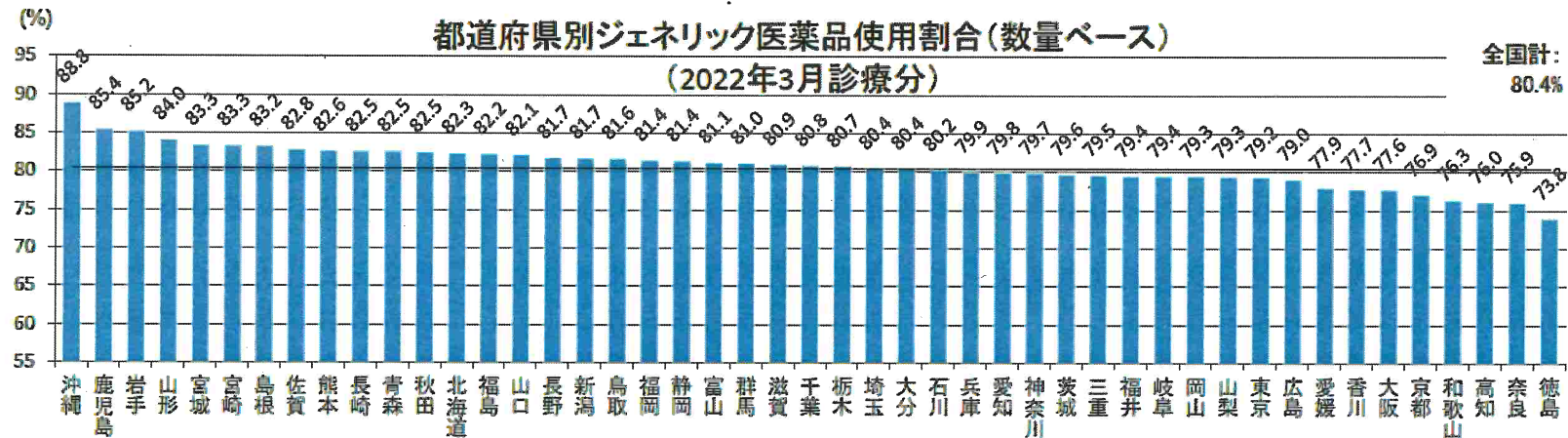
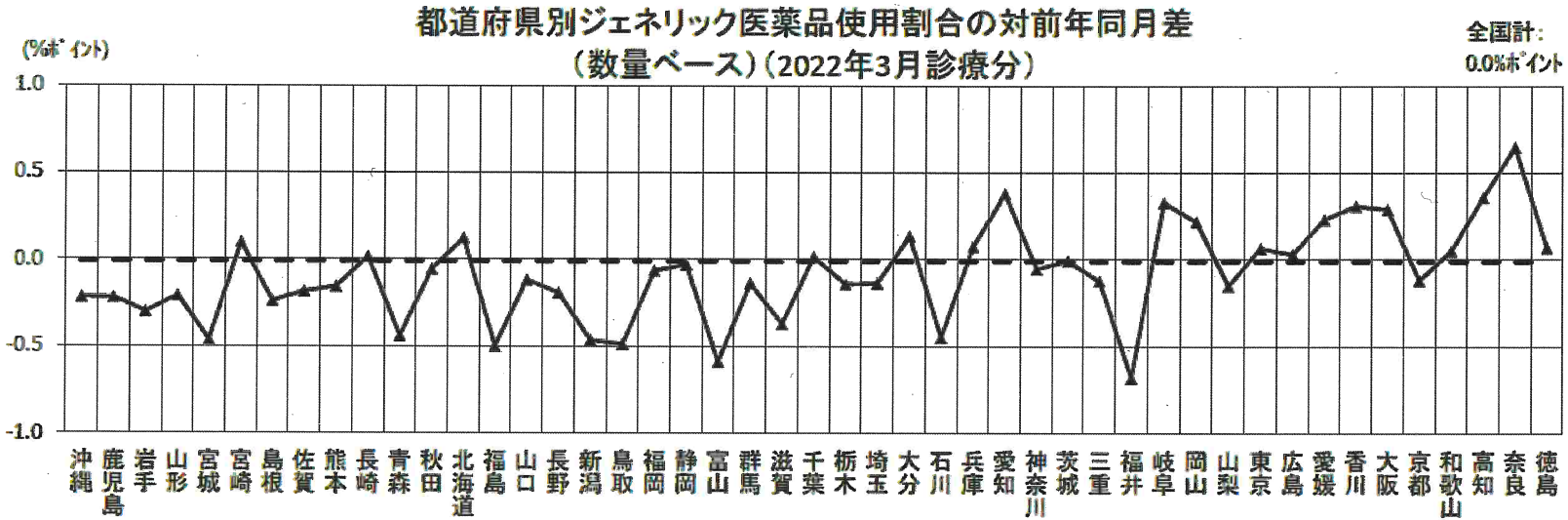
ジェネリック医薬品の使用割合の推移

- ジェネリック医薬品軽減額通知サービス等の取組により、令和4年3月分（全体）の**協会けんぽのジェネリック医薬品使用割合は80.4%**。
- 「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）において、使用促進に関する国の目標として、「数量シェアを、令和5年度末までに全ての都道府県で80%以上とする」と定められた。
- 協会の保険者機能強化アクションプラン（第5期）では、KPIを「全支部において使用割合を80%以上とする」としている。令和4年3月分では、**28支部が80%を達成している**。



注1. 協会けんぽ(一般分)の医科、DPC、歯科、調剤レセプトについて集計したものである。(ただし、電子レセプトに限る。)なお、DPCレセプトについては、直接の診療報酬請求の対象としていないコーディングデータを集計対象としている。
 注2. 「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えたものをいう。
 注3. 「後発医薬品の数量」/(「後発医薬品のある先発医薬品の数量」+「後発医薬品の数量」)で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。
 注4. 「国全体の使用割合_調剤」は「調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省)、「国全体の使用割合_医科・DPC・調剤・歯科」は「医薬品価指調査」(厚生労働省)による。
 注5. 後発医薬品の収載月には、後発医薬品が初めて収載される先発医薬品があると算出式の分母の対象となる先発医薬品が増えることにより、後発医薬品割合が低くなることもある。

都道府県支部別のジェネリック医薬品の使用割合



注1. 協会けんぽ(一般分)の医科、DPC、歯科、調剤レセプトについて集計したものである。(ただし、電子レセプトに限る。)

なお、DPCレセプトについては、直接の診療報酬請求の対象としていないコーディングデータを集計対象としている。

注2. 「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えたものをいう。

注3. 都道府県は、加入者が適用されている事業所所在地別に集計したものである。

注4. $\frac{\text{後発医薬品の数量}}{(\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}) + (\text{後発医薬品の数量})}$ で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。

協会けんぽのジェネリック医薬品使用促進に向けた取組の全体像

< 1 > 加入者に対するジェネリック医薬品軽減額通知サービス

- 加入者に対して、現在服用されている先発医薬品をジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額の軽減可能額をお知らせする取組(ジェネリック医薬品軽減額通知サービス)を平成21年度から実施している。
- 通知対象者の4人に1人が切替えを行い、累計の財政効果は約2,619億円(令和2年度まで)

< 2 > 『ジェネリックカルテ』を用いた支部間格差の解消

- 支部ごとの使用割合を見ると、15.8%ポイントもの格差が存在
- 『ジェネリックカルテ』で支部ごとの使用促進における阻害要因を「見える化」し、対策の優先順位とメリハリをつける

< 3 > 『見える化ツール』や『医薬品実績リスト』を用いた医療機関・薬局へのアプローチ

- 協会けんぽのビッグデータを活用し、医療機関・薬局ごとに、使用割合や地域内での立ち位置を「見える化」したツールや、都道府県ごとの処方実績を示した「医薬品実績リスト」を活用して、個別にアプローチを実施。

協会けんぽのインセンティブ制度導入に係る経緯

- 平成18年の医療保険制度改正において、後期高齢者支援金の加算・減算制度（最大±10%、全保険者が対象）を創設。
- 加減算制度は第2期の特定健診等実施計画から実施、平成30年度からの第3期では、保険者の特性に応じてそれぞれにインセンティブ制度を設ける仕組みに見直し、協会のインセンティブ制度もその一環で創設するもの。

第1期 特定健診等実施計画（平成20年度～24年度）

【後期高齢者支援金の加算・減算制度 ※ 全保険者が対象】

特定健診や特定保健指導が制度化されてから間もないことから、第2期からの実施が予定されていた。

⇒ 協会からは、第2期からの加減算制度について検討する国の検討会において、規模やバックグラウンドが全く違う保険者間でそれらの違いを考慮せずに比較するのではなく、そうした違い考慮して保険者間で公平な比較ができるよう要件を揃えることや、関係者が納得するグルーピングの中での比較であるべき等を発言。

第2期 特定健診等実施計画（平成25年度～29年度）

【後期高齢者支援金の加算・減算制度 ※ 全保険者が対象】

平成25年度から実施（データについては前年度のものを使用）。

- ✓ 加算対象は特定健診又は特定保健指導の実施率が実質的に0%の保険者
- ✓ 加算率は0.23%（法律上の上限は10%）であり、減算率も0.05%程度。対象保険者も少ない

結果として、
協会では加減算がなかった。

⇒ 全保険者を対象に実施したところ、以下のような課題が顕在化。

- ・ 加減算対象の保険者が限定的であることに加え、加減算率も低いことからインセンティブが十分に働かない。
- ・ 実施結果として、加算対象は単一健保、減算は小規模国保など偏りがあり、規模や属性の異なる保険者間での比較は困難。

第3期 特定健診等実施計画（平成30年度～令和5年度）

保険者ごとの特性に応じて、それぞれにインセンティブ制度を創設

健保・共済

【後期高齢者支援金の加算・減算制度】

⇒ 従来の加算・減算制度について、加算率等の見直しを行い、実施

協会けんぽ

【インセンティブ制度】

⇒ 支部間で保険料率に差を設ける

国民健康保険

【保険者努力支援制度】

⇒ 700億円程度の補助金

後期高齢者医療

【特別調整交付金の活用】

⇒ 100億円程度の補助金

インセンティブ制度の見直しについて

見直しの全体像

○ 協会のインセンティブ制度は、事業主及び加入者の行動変容を促すことにより、加入者が自ら予防・健康づくりに取り組むことで健康度の向上を図り、将来の医療費の適正化にも資するよう、保健事業の指標における支部間の実績の均てん化及び全体の底上げを図ることを目的とする。

評価指標の見直し

<現行>

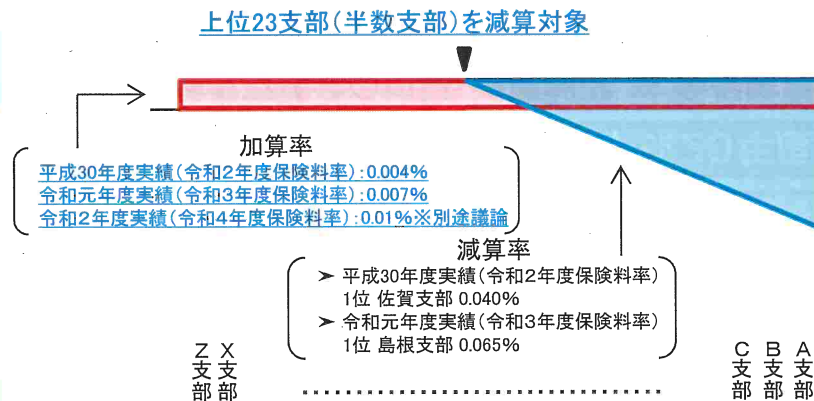
現行の評価指標	配点
指標1 特定健診等の実施率 【評価割合】 実施率:60% 実施率の対前年度上昇幅:20% 実施件数の対前年度上昇率:20%	50
指標2 特定保健指導の実施率 【評価割合】 実施率:60% 実施率の対前年度上昇幅:20% 実施件数の対前年度上昇率:20%	50
指標3 特定保健指導対象者の減少率 【評価割合】 減少率:100%	50
指標4 医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率 【評価割合】 受診率:50% 受診率の対前年度上昇幅:50%	50
指標5 後発医薬品の使用割合 【評価割合】 使用割合:50% 使用割合の対前年度上昇幅:50%	50
合計	250

<見直し後>

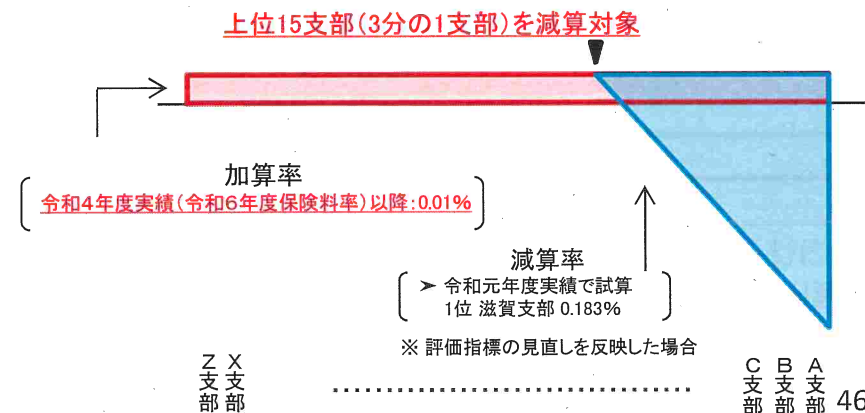
見直し後の評価指標	配点
指標1 特定健診等の実施率 【評価割合】 実施率:50% 実施率の対前年度上昇幅:25% 実施件数の対前年度上昇率:25%	70
指標2 特定保健指導の実施率 【評価割合】 実施率:50% 実施率の対前年度上昇幅:25% 実施件数の対前年度上昇率:25%	70
指標3 特定保健指導対象者の減少率 【評価割合】 減少率:100%	80
指標4 医療機関への受診勧奨基準に該当する要治療者の医療機関受診率※P.10参照【評価割合】 受診率:50% 受診率の対前年度上昇幅:50%	50
指標5 後発医薬品の使用割合 【評価割合】 使用割合:50% 使用割合の対前年度上昇幅:50%	50
合計	320

加算減算の効かせ方の見直し

<現行>



<見直し後>



※ 上記の青字は見直し前の箇所であり、赤字は見直し後の箇所。

インセンティブ制度の見直しに関する検討結果について①

1. 背景

- 現在のインセンティブ制度は、日本再興戦略改定2015(平成27年6月30日閣議決定)や未来投資戦略2017(平成29年6月9日閣議決定)を踏まえ、平成30年度から本格実施(令和2年度の都道府県単位保険料率から反映)しているが、成長戦略フォローアップ(令和2年7月17日閣議決定)に基づき、政府より以下の検討を求められている。

【成長戦略フォローアップ(令和2年7月17日閣議決定)に基づく検討事項】

- 全国健康保険協会における予防・健康事業の取組状況に応じた都道府県支部毎の保険料率のインセンティブ措置について、①成果指標拡大や②配分基準のメリハリ強化等を検討、2021(令和3)年度中に一定の結論を得る。
 - 各評価指標や配点の見直しにおいては、各医療保険における被保険者の性質を考慮しつつ、③予防・健康づくりの取組がより一層強化されるよう、徹底したPDCAサイクルを通じ、配点のメリハリを強化するなどの適切な指標の見直しを行う。
- これを踏まえ、健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金加算・減算制度について議論が行われたことや、運営委員会及び評議会から制度の見直しに関する以下のご意見もいただいていたことから、インセンティブ制度の具体的な見直しに着手。

【健保・共済の後期高齢者支援金加算・減算制度の中間見直しの内容】

- 健保・共済の後期高齢者支援金加算・減算制度の中間見直しにおいて、特定健診及び特定保健指導の加算対象を拡大するとともに、④インセンティブが不十分である中間層に効果を及ぼせるため、特定保健指導の減算基準を緩和すること等により、減算対象の拡大を図ることとしている。

【運営委員会及び評議会の主な意見】

- インセンティブ制度は、⑤都道府県単位保険料率の算定の際に、医療給付費に係る部分とダブルカウントとなるのではないか。
- 大規模支部は、加入者の増加人数が多いことで特定健診や特定保健指導の実施率の伸びが抑えられることから、⑥大規模支部に不利な仕組みではないか。
- ⑦インセンティブ分の保険料率0.01%は、インパクトが弱いのではないか。

インセンティブ制度の見直しに関する検討結果について②

2. 見直し(案)策定にあたっての基本的な考え方

- インセンティブ制度の見直しにあたっては、「基本的な考え方」に沿って、具体的な見直し内容を決定することとし、これまで、本部と代表6支部で「インセンティブ制度の見直しに関する検討会(以下、「検討会」という。)」を2度開催し、その過程で全支部からの意見を聴取し、「基本的な考え方」を整理した。
- 具体的には、本部と代表6支部との間で第1回検討会(令和3年5月27日開催)を開催し、そこで出された一定の方向性について、各支部から意見を聴取し、第2回検討会(令和3年6月23日開催)で「基本的な考え方」を整理した。この内容について、7月に開催された運営委員会及び評議会においてご説明するとともに、この「基本的な考え方」に沿って、「評価指標」及び「加算減算の効かせ方」について、現行の枠組みを維持しつつ、以下の①～⑦の視点により見直しを検討した。

【見直し(案)策定にあたっての基本的な考え方】

- ① 成果指標を拡大する。
 - ② 配分基準のメリハリ強化を行う。
 - ③ 予防・健康づくりの取組により一層努める。
 - ④ インセンティブが不十分である層(下位層)に効果を及ぼせる。
 - ⑤ 医療費適正化により直ちに保険料率に影響を及ぼす取組ではなく、将来的な医療費の適正化に資する評価指標を選定する。
 - ⑥ 加入者数の規模や増減の幅等の支部の特性に配慮する。
 - ⑦ インセンティブ分の保険料率のインパクトを強める。
- また、現行制度の枠組みのあり方に関する見直しについては、今回の見直し後の制度運営状況、特定健診・特定保健指導の効果に係る研究成果、今後の政府による保険者インセンティブ制度に対する方針、健保・共済における後期高齢者支援金加算・減算制度の実施状況等を勘案し、3年後を目途に、改めて検討を行うこととする。

インセンティブ制度の見直しに関する検討結果について③

3. 具体的な見直し

- 第2回検討会及び第3回検討会(令和3年7月26日開催)において、以下の見直し(案)を提示し、議論。

【評価指標の具体的な見直し】

- A:「指標1 特定健診等の実施率」及び「指標2 特定保健指導の実施率」は、将来的な医療費の適正化に資する取組であり、かつ、法律上明記された保険者の責務であることを踏まえ、配点を上げる。〔基本的な考え方⑤〕
- B:「指標3 特定保健指導対象者の減少率」は、成果指標の拡大を図ることを踏まえ、配点を上げる。〔基本的な考え方①、⑤〕
- C: 今後も、安全性の確保を前提に、後発医薬品の使用促進を図っていく必要があるが、「指標5 後発医薬品の使用割合」は、現在の都道府県単位保険料率に影響を及ぼす取組であるとともに、協会における後発医薬品の使用割合も着実に上昇してきていること等を踏まえ、その取扱いを検討する。〔基本的な考え方⑤〕
- D: 予防・健康づくりの取組により一層努めるため、評価割合を現行の「実績6伸び率4」から伸び率のウエイトをより高める。〔基本的な考え方③、⑥〕
- E: 加入者数の規模や増減の幅等の支部の特性に配慮する観点から、「指標1 特定健診等の実施率」及び「指標2 特定保健指導の実施率」について、加入者数の規模・増加幅に左右されにくい「実施件数の対前年度上昇率」の評価割合を高くする。〔基本的な考え方⑥〕
- F: 新たな成果指標として、「『健康経営(コラボヘルス)の推進』に関する評価指標」や「特定保健指導実施者における翌年度健診結果の改善率」などの導入の是非について検討する。〔基本的な考え方①〕
- G: 「指標4 医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率」について、現行は、要治療者が健診受診後3か月以内に医療機関を受診していない場合に受診勧奨通知を送付し、送付後、3か月以内の医療機関への受診率を評価対象としているが、加入者の行動がより実績に反映できるよう、新たに健診受診後から受診勧奨通知を送付するまでの期間の医療機関受診率も含めて評価する。〔基本的な考え方③〕

【加算減算の効かせ方の具体的な見直し】

- H: インセンティブ制度が不十分である下位層に効果を及ぼせるため、減算の対象支部の拡大の是非について検討する。〔基本的な考え方②、④、⑥〕
- I: 仮に減算の対象支部を拡大した場合、上位支部の減算幅が弱まるが、インパクトを強める観点から、財源とするインセンティブ保険料率の引き上げの是非について検討する。〔基本的な考え方⑦〕

インセンティブ制度の見直しに関する検討結果について④

○ 第2回検討会及び第3回検討会で議論を行った結果、以下の3つの論点が残された。

＜論点1＞D: 予防・健康づくりの取組により一層努めるため、評価割合を現行の「実績6伸び率4」から伸び率のウエイトをより高める。

＜論点2＞C: 「指標5 後発医薬品の使用割合」は、現在の都道府県単位保険料率に影響を及ぼす取組であるとともに、協会における後発医薬品の使用割合も着実に上昇してきていること等を踏まえ、その取扱いを検討する。

＜論点3＞H: インセンティブ制度が不十分である下位層に効果を及ぼせるため、減算の対象支部の拡大の是非について検討する。

I: 仮に減算の対象支部を拡大した場合、上位支部の減算幅が弱まるが、インパクトを強める観点から、財源とするインセンティブ保険料率の引き上げの是非について検討する。

○ これらの論点について、9月に開催された運営委員会でいただいたご意見及び10月に開催された評議会での議論を踏まえた支部の意見を聴取した結果に基づき、以下のとおり見直すこととする。

＜論点1＞D: 予防・健康づくりの取組により一層努めるため、評価割合を現行の「実績6伸び率4」から伸び率のウエイトをより高める。

→ 実績6伸び率4のウエイトを、実績5伸び率5、又は実績4伸び率6のいずれに見直すべきかについて検討した結果、「実績5伸び率5」に見直すこととする。

＜論点2＞C: 「指標5 後発医薬品の使用割合」は、現在の都道府県単位保険料率に影響を及ぼす取組であるとともに、協会における後発医薬品の使用割合も着実に上昇してきていること等を踏まえ、その取扱いを検討する。

→ 「指標5 後発医薬品の使用割合」について、指標から除外すべきかについて検討した結果、現行の配点を維持することとする。

＜論点3＞H: インセンティブ制度が不十分である下位層に効果を及ぼせるため、減算の対象支部の拡大の是非について検討する。

I: 仮に減算の対象支部を拡大した場合、上位支部の減算幅が弱まるが、インパクトを強める観点から、財源とするインセンティブ保険料率の引き上げの是非について検討する。

→ 配分基準のメリハリを強化する観点から、減算対象支部を3分の1若しくは4分の1に縮小する、又はインセンティブ制度が不十分である下位層に効果を及ぼせるため、減算対象支部を3分の2に拡大する一方でインセンティブ保険料率を引き上げるべきかについて検討した結果、減算対象支部を3分の1に縮小することとする。

参考①

具体的な見直し(案)に関して第112回運営委員会(令和3年9月16日開催)で出されたご意見

- 各指標について、実績と伸び率のどちらに大きなウエイトを置くべきかについては、一義的に明確な解はない。また、ウエイトを変えてしまうと、現行基準より不利となる支部が必ず出てくる。このような中で必要となるのは、見直しの哲学を皆が共有することであると考え。私の理解では、インセンティブ制度を導入している目的は、協会けんぽ全体の底上げ、各支部間の取組の均てん化にあると思っている。このような考え方に基くと、支部間の格差がとりわけ大きく、その均てん化を図る必要性がある指標については伸び率にウエイトを置き、ある程度ならされた指標については実績にウエイトを置く、という考え方が馴染むと考えている。また、現在の5つの指標のPDCAサイクルを回して、最終的には次に実現しなければならない政策指標に入れ替えていくことも同時に考えなければならない。今回の見直し案は、全体の均てん化に資するように、伸び率にウエイトを置くものが多いので、全体の底上げと均てん化を目指してこのようなことをやっているんだ、という考え方を支部に浸透させると、より理解を得られやすいのではないかと。
- 見直し案は、医療費適正化に重点を置きすぎている印象がある。今後、色々な研究が出てきて、特定健診・特定保健指導の医療費適正化効果が、期待したものよりかなり低いという結果になった場合に、協会けんぽとしてインセンティブ制度に関して説明が難しくなってくるのが懸念される。そういう意味で、PDCAサイクルを回して定期的・恒常的に見直していくということを、本部から支部、そして支部から加入者・事業主に説明しておいたほうがよいのではないかと。
- 実績と伸び率のどちらかに偏ってしまうと、現状から考えて不利な状況が生じてしまうケースがある。伸び率を重視したい気持ちはあるが、5：5が妥当ではないかと。
- 指標1、指標2について、加入者数の規模・増加幅に左右されにくい「実施件数の前年度上昇率」の評価割合を高くすることは有効であると考え。ジェネリック医薬品については、医療給付費に係る部分とダブルカウントになるとの指摘があるが、インセンティブ制度の中で、ジェネリック医薬品の指標は支部が一丸となって取り組みやすいものと考えているので、将来的に評価割合を落としながらも、指標としては残し、取組を継続すべきではないかと。他の指標についても、支部が一丸となって取り組むことができるようなものを考えてほしい。減算対象支部の拡大又は縮小については、支部とよく話し合ってもらいたい。

参考②

具体的な見直し(案)に関して令和3年10月に開催された評議会での議論を踏まえた支部意見

〔支部意見〕

10月に開催された評議会の議論を踏まえた各支部の意見を取りまとめた結果、論点①については「評価割合における実績と伸び率のウエイトを、実績5:伸び率5に変更」、論点②については「指標5 後発医薬品の使用割合について、現行の取扱いを維持」、論点③については「減算対象支部を3分の1に縮小」とする意見が多かった。

【参考:具体的な見直し(案)に関する評議会での議論の概要】

<論点①> 評価割合の伸び率のウエイトを「実績5:伸び率5」又は「実績4:伸び率6」に変更する

- 実績を積み上げてきたこれまでの支部の努力や、高い実績を維持することの困難性を評価すべきなどの理由から、評価割合における伸び率のウエイトを高めることに反対する意見もあったが、伸び率にウエイトを置くことによって実績の底上げを図るべきなどの理由から、伸び率のウエイトを高めることに賛成する意見が多かった。
- また、伸び率のウエイトを高めることに賛成する意見の中では、「実績5:伸び率5」にすべきとの意見の方が多かった。

<論点②> 指標5 後発医薬品の使用割合について、現状維持とする

- 都道府県単位保険料率の算定の際に、医療給付費に係る部分とダブルカウントとなるなどの理由から、指標から除外すべきとの意見もあったが、「全支部における使用割合80%以上」の目標達成に向けて、引き続き使用促進に取り組むべきであるなどの理由から、現状維持に賛成する意見が多かった。

<論点③> 減算対象支部を3分の1若しくは4分の1に縮小、又は3分の2に拡大かつインセンティブ保険料率を引き上げる

- 下位支部の動機づけになるなどの理由から、減算対象支部を拡大すべきとの意見もあったが、減算対象支部数の見直しは時期尚早であり、減算対象支部数を維持すべきといった意見や、「配分基準のメリハリ強化」の文言に沿った形にするため減算対象支部を縮小すべきとの意見が多かった。
- また、減算対象支部を縮小すべきとの意見の中には、「4分の1に縮小すべき」との意見はなく、「3分の1に縮小すべき」との意見があった。