

令和2年度 保険料率について

目次

1. 令和2年度 保険料率（医療分）について	2
・運営委員会の意見	
・支部評議会の意見	
・愛知支部評議会の意見	
・令和2年度診療報酬改定	
・収支見込（医療分）	
・協会としての判断	
2. 令和2年度 愛知支部保険料率について	10
・都道府県単位保険料率の設定	
・インセンティブ制度に係る実績	
・愛知支部の健康保険料率の推移	
・料率の見込み	
3. 令和2年度 保険料率および収支見込（介護分）について	18
4. 参考資料	20
・医療制度改革について	
・保険財政に関する重要指標の動向	
・協会けんぽインセンティブ制度の評価指標について	
・協会けんぽ激変緩和率の経緯	

令和 2 年度 保険料率（医療分）について

運営委員会での意見

○令和2年度の平均保険料率について

- 理事長の中長期的な立ち位置や様々なデータによる中長期的な料率に対する考え方
が浸透している。今後の健全な運営のため、**料率を維持する方向**で検討いただきたい。
- 協会けんぽはセーフティネットの役割があり、これは協会けんぽの重要な役割である。健保組合の解散後は、協会で受け入れることになるので、今後もできる限り**安定的な運用**をする必要があると感じる。
- 支部の意見の大半が維持となつたことは、本部の中長期的な立ち位置との考えが浸透し、支部からも評議員に対して丁寧に説明された結果であり、尊重すべきである。また、**準備金を有効に活用し将来的なコスト削減に結びつけることが大事**である。
- 支部の意見が概ね維持ということは、多くの支部が「10%が限界」と受け取れるのではないか。保険料率引き下げについては、国庫補助の減額による保険料率の持続性を損なう恐れや後期高齢者の自己負担額が今後の議論次第であることを考えると、**現状では10%維持が賢明**。

運営委員会での意見

- ・中長期的な考え方で一定の理解が得られ、支部に浸透しているという意見に賛同する。一方で、**準備金の適正な水準を客観的に示すべきなどの意見について傾聴すべきであり、適正な水準ということについて、議論を詰めることが大事である**と思う。その際、適用拡大や健保組合の解散などのリスクを明確にして、準備金が必要であることを丁寧に説明することが大事である。
- ・平成20年から約10年間で、事業主の社会保障費への負担は増大している。適用拡大等、負担が増える議論があることは承知しているが、**これ以上の負担は、事業主も従業員も困難である**ことを認識いただき、少しでも負担が軽減できるように来年度の保険料率を議論いただきたい。
- ・保険料率が上がるということは、医療費を使うからである。保険料率が高い支部を見ると、時間外受診が多い。そういうことを明らかにして是正しなければ適正化はできない。医療費としては微々たる効果かもしれないが、**時間外受診の是正や薬剤の適正使用などに取り組まなければ、適正化は困難**であると思う。

○激変緩和措置の解消とインセンティブ制度の導入について

- ・特段の異論なし

○保険料率の変更時期について

- ・令和2年4月納付分から変更することについて、特段の異論なし

令和2年度保険料率についての支部評議会の意見

令和元年10月に開催した各支部の評議会での意見については、昨年と同様、理事長の現時点における考え方（状況に大きな変化がない限り、基本的には中長期的な視点で保険料率を考えていくこと）を各支部評議会で説明したうえでの意見書の提出について、内訳は以下の通り。

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

※ 激変緩和措置については、計画的な解消以外の意見はほぼなく、保険料率の変更時期についても、4月納付分（3月分）以外の意見はほぼなし。

愛知支部評議会の意見

【令和元年度第3回評議会（R1.10.23）での意見】

- ・保険料率について、「9.8%に引き下げて様子を見る」、「10年後を見込んで10%維持する」の2つの選択肢があると考えているが、10%維持でいいのではないか。
- ・今後5年の収支見通し、10年のシミュレーションで賃金上昇率0.6%の場合をみると、保険料率10%を維持しても5年後には単年度収支が赤字になる状況では、やはり10%維持が妥当ではないか。
- ・協会けんぽは、セーフティネットの役割があることから将来に備えて中長期で見ていく必要がある。単年度収支均衡の考え方もあるが、極端な景気の変動に保険料率が影響を受けるのはよくない。今後も、保険料収入が増加すれば料率引き下げの議論が出てくることが予想されるが、5年、10年の視点で考えれば10%維持で考えていくべきだと思う。

令和2年度診療報酬改定について

○令和元年12月18日第442回中央社会保険医療協議会資料
(令和2年度診療報酬改定の改定率等についての資料より抜粋)

12月17日の予算大臣折衝を踏まえ、令和2年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬 +0. 55%

※1 うち、※2を除く改定分 +0. 47%

各科改定率 医科 +0. 53%

歯科 +0. 59%

調剤 +0. 16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0. 08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲0. 99%

※ うち、実勢価等改定 ▲0. 43%

市場拡大再算定の見直し等 ▲0. 01%

② 材料価格 ▲0. 02%

※ うち、実勢価等改定 ▲0. 01%

収支見込（医療分）について

(単位：億円)

		30年度	R1年度	R2年度	備考
		決算	直近見込 (R1年12月)	政府予算案を踏まえた見込 (R1年12月)	
収入	保険料収入	91,429	96,149	99,389	H24-R1年度保険料率： 10.00%
	国庫補助等	11,850	12,110	12,669	R2年度保険料率： 10.00%
	その他	182	619	290	
	計	103,461	108,879	112,348	
支出	保険給付費	60,016	63,912	67,261	拠出金等対前年度比 + 62 + 41 ▲ 1
	前期高齢者納付金	15,268	15,246	15,307	
	後期高齢者支援金	19,516	20,999	21,040	
	退職者給付拠出金	208	2	1	
	病床転換支援金	0	0	0	
	その他	2,505	3,644	3,295	
	計	97,513	103,802	106,903	
単年度収支差		5,948	5,076	5,445	OR2年度の単年度収支を均衡させた場合の保険料率 R2年度均衡保険料率： 9.45%
準備金残高		28,521	33,597	39,042	

注) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

協会としての判断

令和2年度の平均保険料率については、10%を維持する。

激変緩和措置について、政令で定められた解消期限（令和元年度末）どおりに終了し、令和2年度以降の都道府県単位保険料率には適用しない。

インセンティブ制度は、平成30年度実績に基づく評価が上位23位に該当する支部に対して、支部ごとの評価に応じた報奨金を付与することにより、保険料率の引下げを行う。

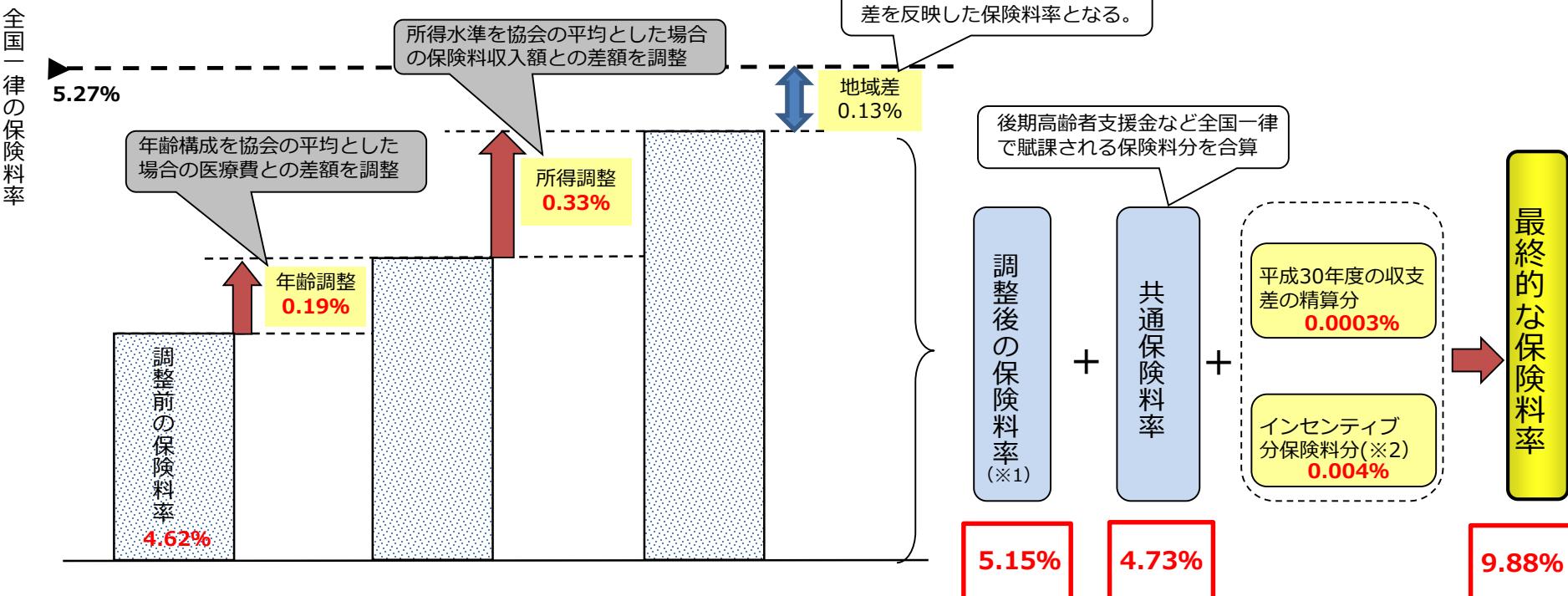
保険料率の変更時期は、令和2年4月納付分（3月分）からとする。

令和 2 年度 愛知支部保険料率について

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。
- インセンティブ分保険料率として、全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に盛り込む。

都道府県単位保険料率（20年10月から）：年齢構成が低く、所得水準が高い愛知県の場合



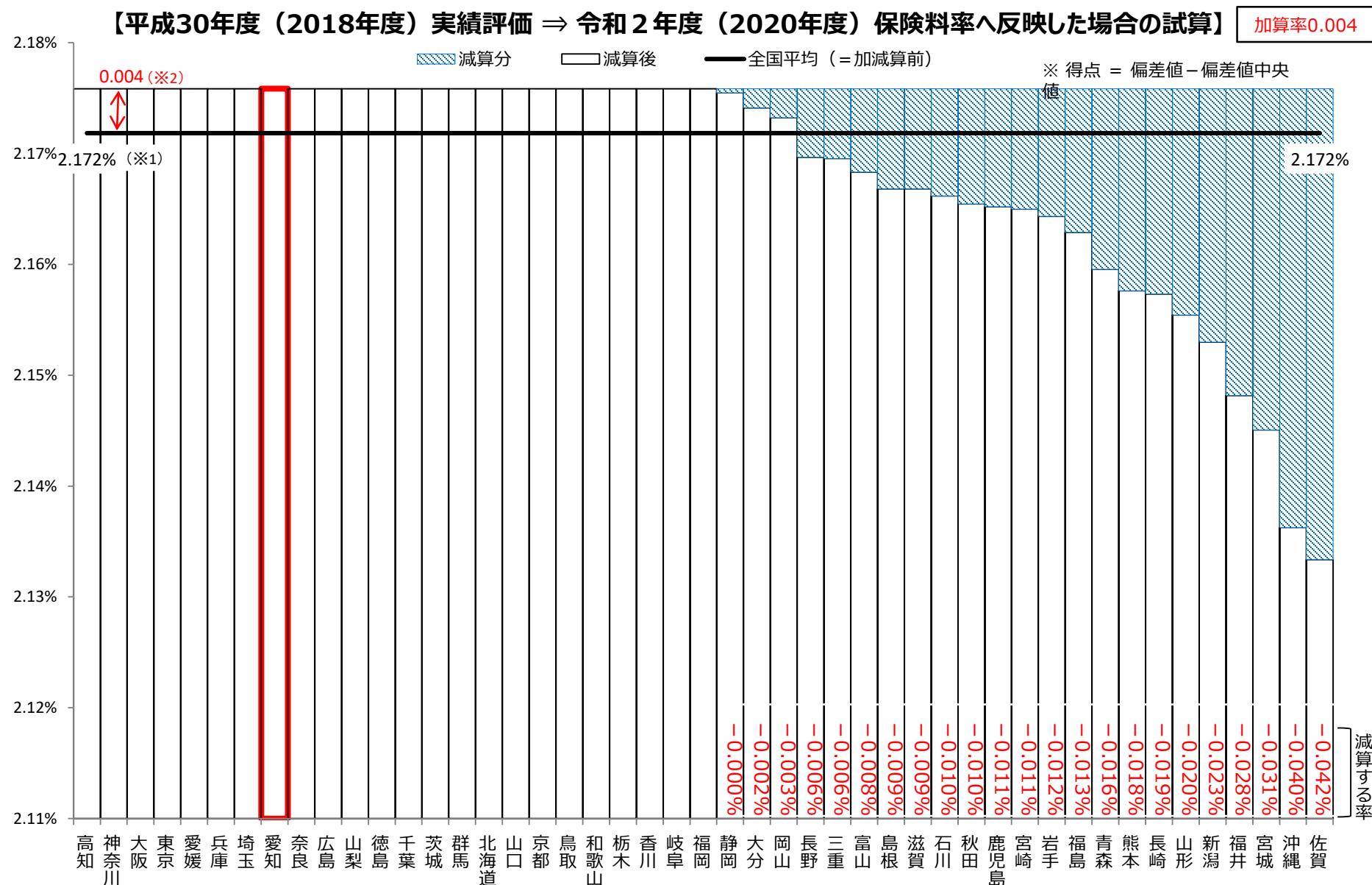
(※1) 災害等特殊事情について、適切な調整を行う。

(※2) 制度導入に伴う激変緩和措置として、この新たな負担分については、3年間で段階的に導入する。

平成30年度の実績（令和2年度保険料率）: 0.004% ⇒ 令和元年度の実績（令和3年度保険料率）: 0.007% ⇒ 令和2年度の実績（令和4年度保険料率）: 0.01%

評価指標に基づき全支部をランキング付けし、上位23支部については、支部ごとの得点数に応じた報奨金によって段階的な保険料率の引下げを行う。

インセンティブ制度に係る平成30年度（4月～3月確定値）のデータを用いた実績

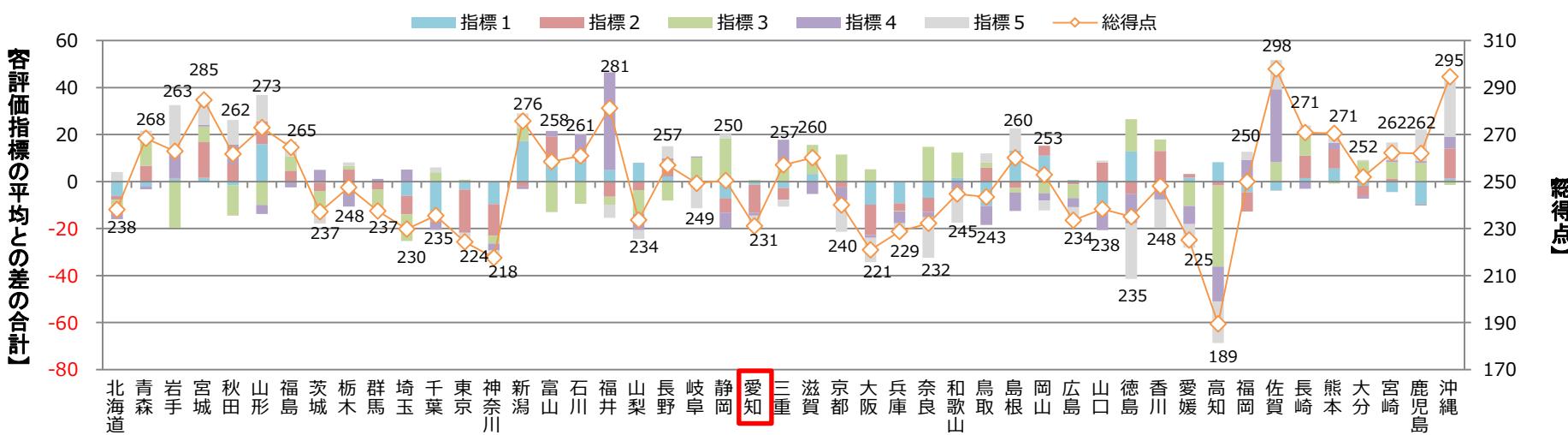


※1 2.172%とは、平成31年度の後期高齢者支援金に係る料率であり、本集計においては当該料率を使用している。

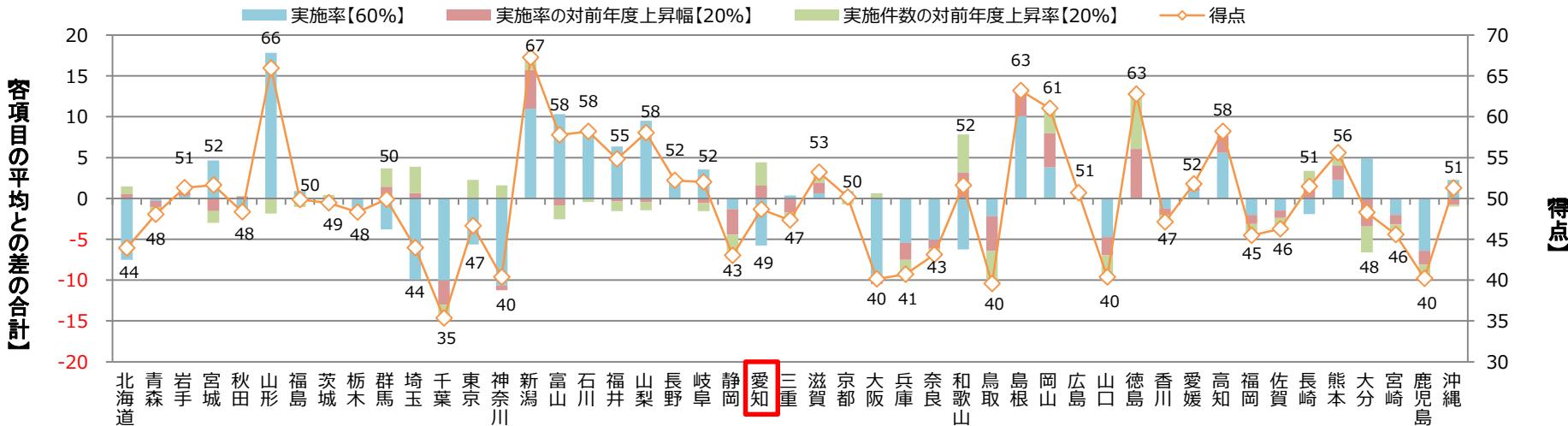
※2 令和2年度（2020年度）保険料率に係るインセンティブの保険料率は、平成30年度（2018年度）総報酬額の実績に0.004%を乗じて令和2年度総報酬額の見込み額を除して計算する。本集計においては、計算のためのデータがないため、0.004%としている。（詳細は、「平成30年3月20日開催 第91回運営委員会資料 資料3」に掲載。）

インセンティブ制度に係る平成30年度（4月～3月確定値）のデータを用いた実績

5つの評価指標の総得点及び各評価指標の全国平均との差

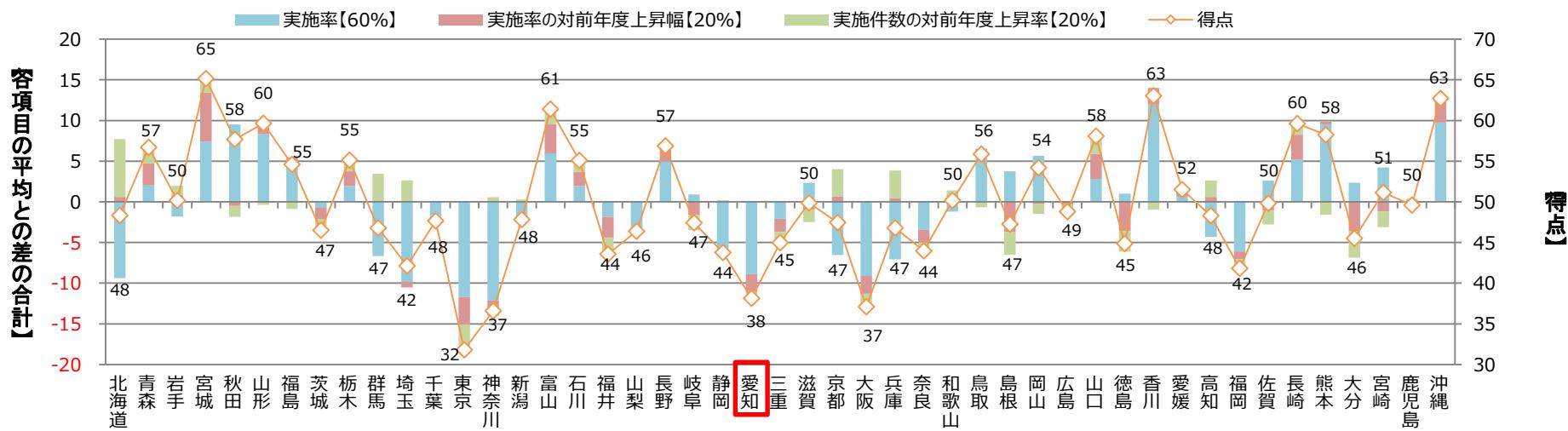


指標 1. 特定健診等の実施率の得点及び当該評価指標に係る各項目の全国平均との差

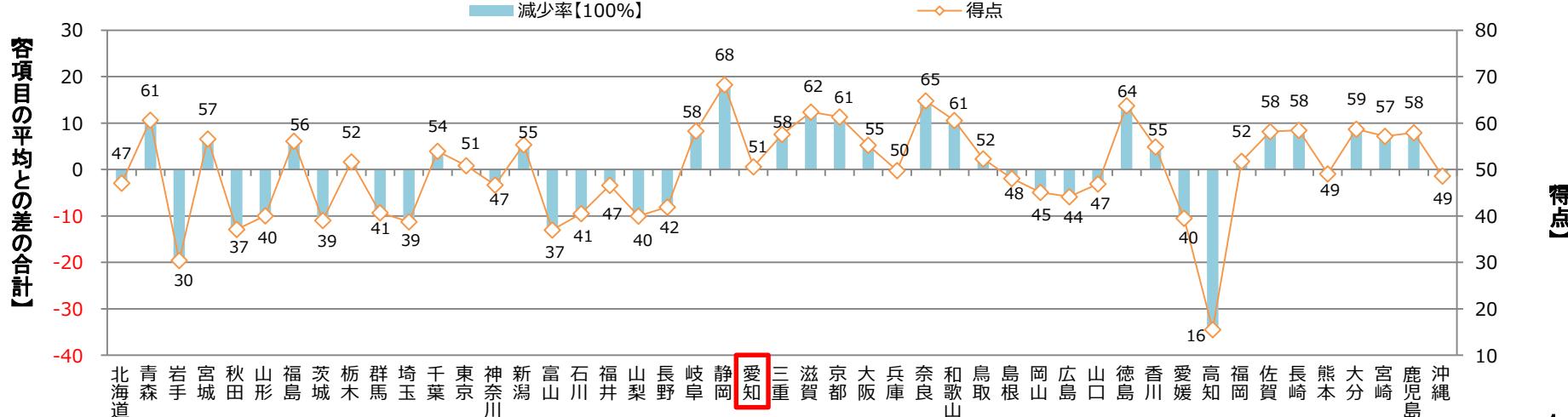


インセンティブ制度に係る平成30年度（4月～3月確定値）のデータを用いた実績

指標2. 特定保健指導の実施率の得点及び 当該評価指標に係る各項目の全国平均との差

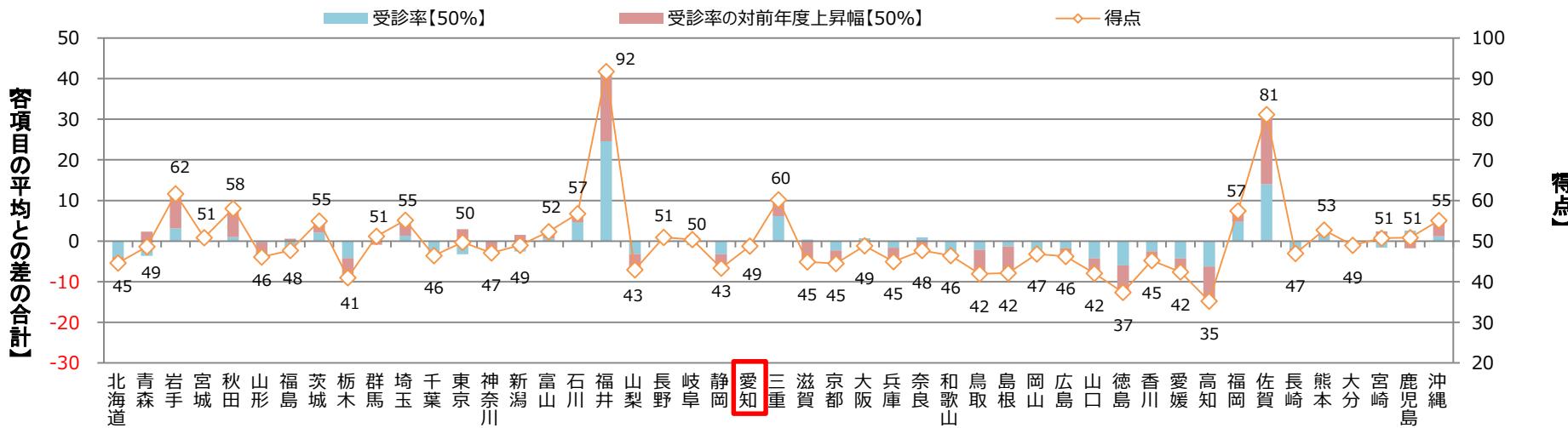


指標3. 特定保健指導対象者の減少率の得点及び 当該評価指標に係る各項目の全国平均との差

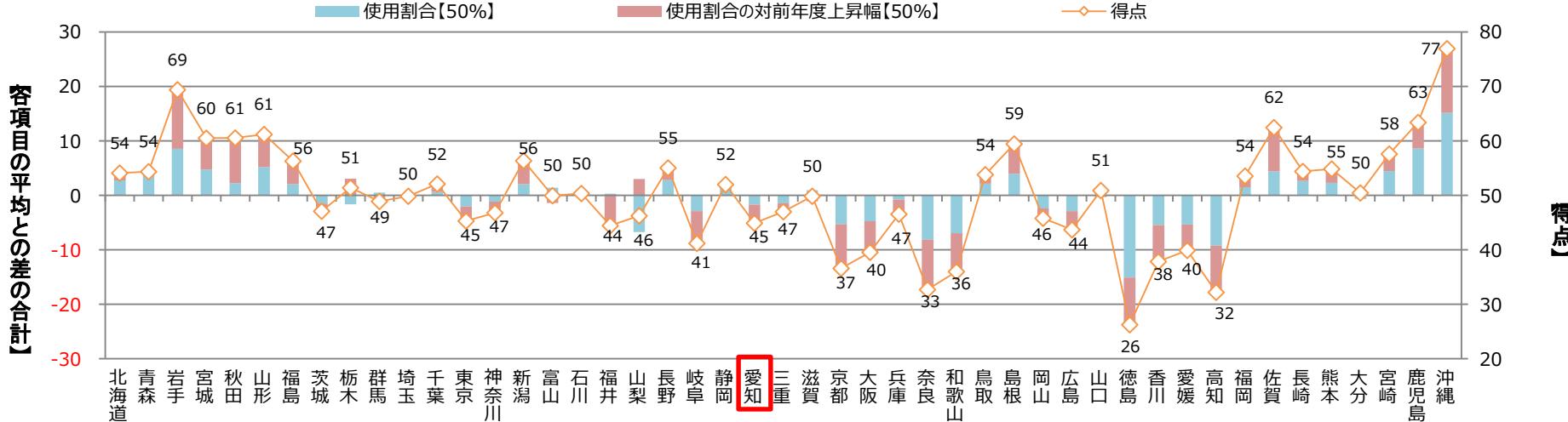


インセンティブ制度に係る平成30年度（4月～3月確定値）のデータを用いた実績

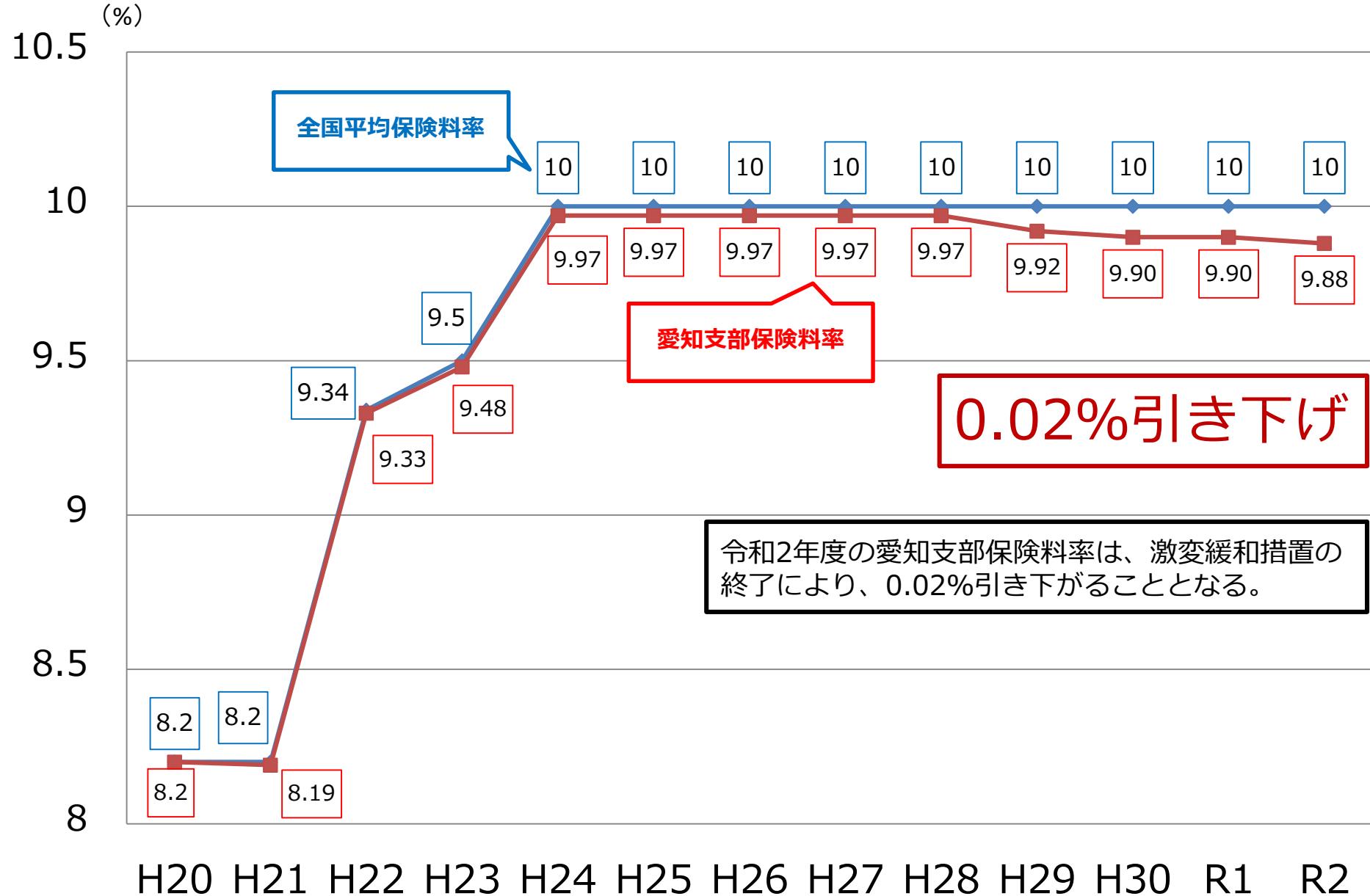
指標4. 医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率の得点及び当該評価指標に係る各項目の全国平均との差



指標5. 後発医薬品の使用割合の得点及び当該評価指標に係る各項目の全国平均との差



協会けんぽ愛知支部の健康保険料率の推移



令和2年度の保険料率（愛知支部）の見込について

料率の見込

単位（%）

	全国平均	愛知支部
共通保険料率（a） （高齢者医療への拠出金、現金給付費など）	4.73 〔 高齢者納付金等 3.44 現金給付費等 0.45 保健事業費等 0.87 その他 ▲0.03 〕	
医療給付費についての調整前の所要保険料率	5.27	4.62
医療給付費についての年齢・所得調整後の保険料率（b）	5.27	5.15 〔 年齢調整+0.19 所得調整+0.33 〕
（a） + （b）	10.00	9.88
保険料率 (精算・インセンティブ含む)	10.00	9.88

注) 現時点での暫定版（激変緩和率及び震災に伴う波及増の告示額が令和2年1月下旬に確定するため）

○変更時期

健康保険料率、介護保険料率ともに令和2年4月納付分から変更する。

令和2年度保険料率および収支見込（介護分）について

介護保険の令和2年度保険料率について

令和2年度は、令和1年度末に見込まれる不足分（467億円）も含め、**単年度で収支が均衡するよう1.79%（4月納付分から変更）とする。**

※ 令和2年度政府予算案では、介護納付金は10,463億円と前年度比で208億円の減少の見込み。

協会けんぽの収支見込（介護分）

（単位：億円）

		30年度	R1年度	R2年度	備考
		決算	直近見込 (R1年12月)	政府予算案を踏まえた見込 (R1年12月)	
収入	保険料収入	8,664	10,091	10,905	H30年度保険料率： 1.57%
	国庫補助等	879	515	-	R1年度保険料率： 1.73%
	その他	-	-	-	R2年度保険料率： 1.79%
	計	9,543	10,606	10,905	納付金対前年度比 ⇒ ▲208
支出	介護納付金	10,130	10,671	10,463	
	その他	18	-	-	
	計	10,148	10,671	10,463	
単年度収支差		▲ 605	▲ 65	443	
準備金残高		▲ 403	▲ 467	▲ 25	

注) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

介護保険の令和2年度保険料率について

- 介護保険の保険料率については、単年度で収支が均衡するよう、介護納付金の額を総報酬額で除したものを基準として保険者が定めると健康保険法で法定されている。

(参考)

健康保険法160条16項

介護保険料率は、各年度において保険者が納付すべき介護納付金（日雇特例被保険者に係るものと除く。）の額を当該年度における当該保険者が管掌する介護保険第2号被保険者である被保険者の総報酬額の総額の合算額の見込額で除して得た率を基準として、保険者が定める。

各年度の介護保険料率は、次の算式により得た率を基準として、保険者が定めることとなっている。

$$\text{介護保険料率} = \frac{\text{介護納付金の額} - \text{国庫補助額等}}{\text{介護保険第2号被保険者（40歳～64歳）の総報酬額総額の見込}}$$

參考資料

医療制度改革について

○令和元年12月25日第123回社会保障審議会医療保険部会資料 (資料3 全世代型社会保障検討会議中間報告資料より抜粋)

3. 医療

(1) 医療提供体制の改革

人生100年時代において国民の安心を確保するため、以下のような医療を取り巻く課題を踏まえ、健康を望む国民一人一人の自主的な取組を可能とする環境を整備するとともに、地域包括ケアシステムの構築、さらには地域共生社会の実現に向けた取組を進めることが重要である。疾病予防・早期対応から病気を抱えた後もその生活を支える医療のあるべき姿を見据え、地域医療の基盤を維持していくことが必要である。

- ・団塊の世代が75歳以上を迎える中の高齢化による需要拡大への対応
- ・生産年齢人口が減少する中の地域医療の確保
- ・平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメディケーションの推進、ヘルスリテラシーの向上
- ・働き方改革に対応した医師の職場環境の変化と地域医療の確保の両立
- ・ゲノム医療等最先端医療の導入やデータヘルス改革の推進

具体的には、地域医療構想の推進、地域間・診療科間の更なる医師偏在対策、卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備、地域における看護職員をはじめとする医療関係人材の確保・育成、看護師・歯科衛生士等の復職支援・定着の推進、医師・歯科医師等の働き方改革、医療職種の役割分担の見直しにより、地域差を伴う「高齢化による需要増大」と「支え手減少」の進展などの環境変化に対応し、質の向上と効率改善を図り、地域で必要な医療を確保する。

あわせて、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化（後述）、在宅医療・歯科医療の更なる深化と推進、訪問看護体制の強化、中山間地を含む適切な遠隔医療の推進、健康・医療情報の連携・活用を含む健康寿命延伸のための食の確保・健康づくり・早期治療・重症化予防、医療といった一貫した施策の構築、地域における医科歯科連携を含む歯科医療機関の強化、地域における薬剤師・薬局機能の強化、医師の負担軽減の観点を含めた医療のかかり方の変容へ向けた取組促進、尊厳と意思の尊重された人生の最終段階の迎え方支援に取り組むことにより、患者中心の医療を深化させる。そのためにも、学校等における社会保障教育に加え、「かかりつけ医」・「かかりつけ歯科医」・「かかりつけ薬剤師」を通じた、また保険者を通じた社会保障教育の充実が必要である。

さらに、安全で質の高い先端的医療の普及、革新的な医薬品、医療機器等が生まれる環境整備、必要不可欠な医薬品の安定供給体制の確保により、必要な医療を迅速に国民に届ける。

(2) 大きなリスクをしっかり支えられる公的保険制度の在り方

①後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっている、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に發揮し、年齢にかかわりなく活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等に併せて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

②大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、

○令和元年12月25日第123回社会保障審議会医療保険部会資料 (資料3 全世代型社会保障検討会議中間報告資料より抜粋)

大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

4. 予防・介護

人生100年時代の安心の基盤は「健康」である。予防・健康づくりには、①個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、②健康寿命を延ばし、健康に働く力を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、③高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護予防、認知症施策の推進を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される。こうしたことにより、社会保障制度の持続可能性にもつながり得るという側面もある。

今後は、国民一人一人がより長く健康に活動することを応援するため、病気になってからの対応だけでなく、社会全体で予防・健康づくりへの支援を強化する必要がある。

その際、社会保障教育の充実や保険者による被保険者への教育、戦略的な広報による国民への積極的な情報提供を進めるとともに、質の高い民間サービスを積極的に活用しつつ、個人が疾病や障害に対処して乗り越えていく力を高めていく必要がある。

(1) 保険者努力支援制度の抜本強化

保険者努力支援制度は、保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組みである。

先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を

評価し、①生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、②予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを実効的に強化する。

(2) 介護インセンティブ交付金の抜本強化

介護インセンティブ交付金は、保険者や都道府県の介護予防等への取組状況について評価を加え、保険者や都道府県に交付金を交付する仕組みである。

先進自治体の介護予防モデルの横展開を進めるために保険者と都道府県のインセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、介護インセンティブ交付金の抜本的な強化を図る。同時に、介護予防等に資する取組を評価し、①介護予防について、運動など高齢者の心身の活性化につながる民間サービスも活用し、地域の高齢者が集まり交流する通いの場の拡大・充実、ポイントの活用といった点、②高齢者就労・活躍促進について、高齢者の介護助手への参加人数、ボランティアや介護助手へのポイント付与といった点について、交付金の配分基準のメリハリを実効的に強化する。

(3) エビデンスに基づく政策の促進

上記(1)や(2)の改革を進め、疾病・介護予防に資する取組を促進するに当たっては、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

その際、統計学的な正確性を確保するため、国が実証事業の対象分野・実証手法等の基本的な方向性を定めるとともに、その結果を踏まえ、保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進する。

(4) 持続可能性の高い介護提供体制の構築

介護分野の人材不足や今後の介護サービス需要の伸びに対応し、介護制度の持続可能性を確保するため、介護予防、「共生」・「予防」を柱とした認知症施策の推進、介護現場におけるロボット・ICTの導入加速化、ペーパーレス化・効率化(簡素化・標準化・ICT活用)の推進を図るとともに、自立支援に向けた介護事業者へのインセンティブの強化、介護サービスと保険外サービスの組合せに関するルールの明確化、科学的なエビデンスの構築等による標準的な介護サービス水準に関する社会的な合意形成の促進等やそれらに基づく介護報酬、人員基準の見直しにより、介護事業者の創意工夫と投資を引き出し、効果的・効率的、健全で持続可能性の高い介護提供体制の構築を進める。

医療制度改革について

○令和元年12月25日第123回社会保障審議会医療保険部会資料
(資料1 オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について資料より抜粋)

1. オンライン資格確認等の普及に向けた支払基金の業務規定の追加について

(1) 医療情報化支援基金(マイナンバーカード・保険証利用等)について

令和2年度予算案：768億円
(令和元年度所要額(公費)：300億円)

現状及び課題

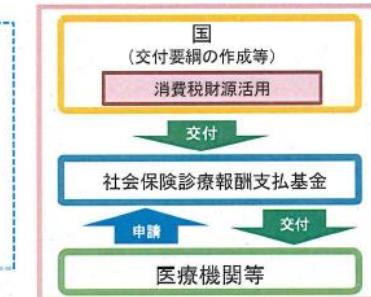
- 技術革新が進む中で、医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、令和元年度において、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるICT化を支援する。「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」を改正。令和元年10月1日施行)

【対象事業】

- 当該基金の対象事業として、次の2つを予定している。(令和元年度予算:300億円、令和2年度予算案:768億円)
 - オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援
 - 電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援

【支援スキーム】

- 当該基金は、社会保険診療報酬支払基金(支払基金)に造成する。
- システム整備を行った医療機関等は、支払基金に対し申請を行い、一定の要件を満たすシステム整備だと判断されれば、その整備費用の一部を医療情報化支援基金の資金によって補助するというスキームになる。



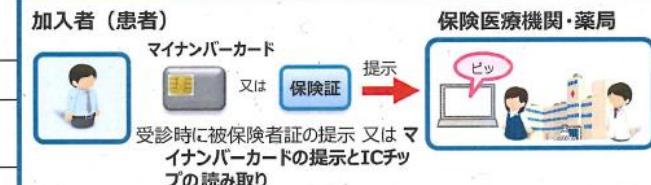
- 「マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進に関する方針」(デジタル・ガバメント閣僚会議令和元年6月3日決定)において、「医療情報化支援基金も活用し、令和4年度中に概ね全ての医療機関での導入を目指すこととし、…また、小規模診療所等への利用支援、重点的な補助等について、検討する」とされた。

今後の方針

- 令和3(2021)年3月からのオンライン資格確認の運用開始に向けて、具体的な支援内容等について検討を進める。

■マイナンバーカードの健康保険証としての医療機関等の利用環境整備に係る全体スケジュール(令和元年9月デジタル・ガバメント閣僚会議決定)

2019年10月	「医療情報化支援基金」設置、医療機関等におけるシステムの検討を継続
2020年8月	詳細な仕様の確定、各ベンダのソフト開発を受け、医療機関等におけるシステム整備開始
2021年3月末	健康保険証利用の本格運用 医療機関等の6割程度での導入を目指す
2021年10月	マイナポータルでの薬剤情報の閲覧開始
2022年3月末	2022年診療報酬改定に伴うシステム改修時 医療機関等の9割程度での導入を目指す
2023年3月末	概ね全ての医療機関等での導入を目指す



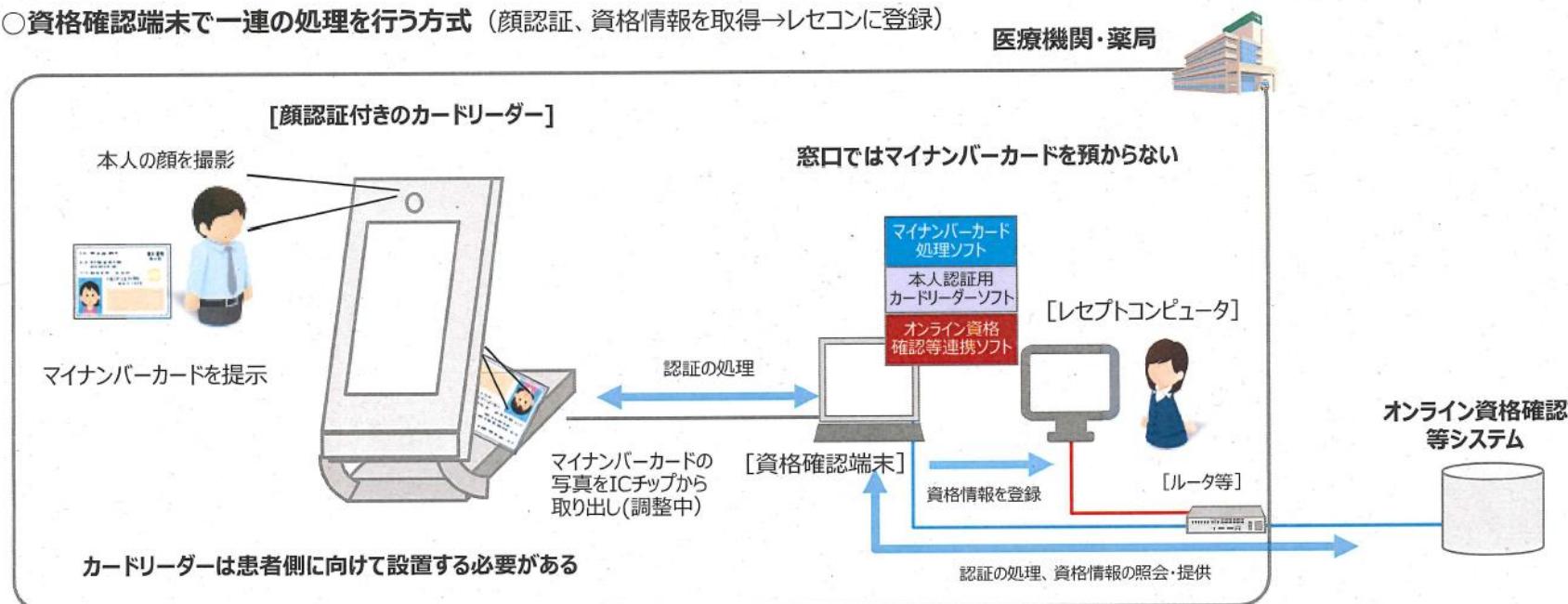
○令和元年12月25日第123回社会保障審議会医療保険部会資料 (資料1 オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について資料より抜粋)

現時点のイメージ

(2) 資格確認端末と顔認証付きカードリーダー(イメージ)

- 医療機関等の窓口では、マイナンバーカードを預からない運用をしている。顔写真の確認について目視ではなく端末で読み取る場合は、マイナンバーカードの読み取りを行うカードリーダーは患者側に向けて設置し、資格確認端末（アプリケーション等が組み込まれた端末）でカードリーダーでの認証処理を行う方法が想定される。※マイナンバーカードの顔写真を目視で確認する運用も可能である。

○ 資格確認端末で一連の処理を行う方式 (顔認証、資格情報を取得→レセコンに登録)



※PIN無し認証を行うため、カードリーダー1台に対し資格確認端末1台が必要。（カードリーダーが複数台必要な場合は、資格確認端末も複数台必要。）

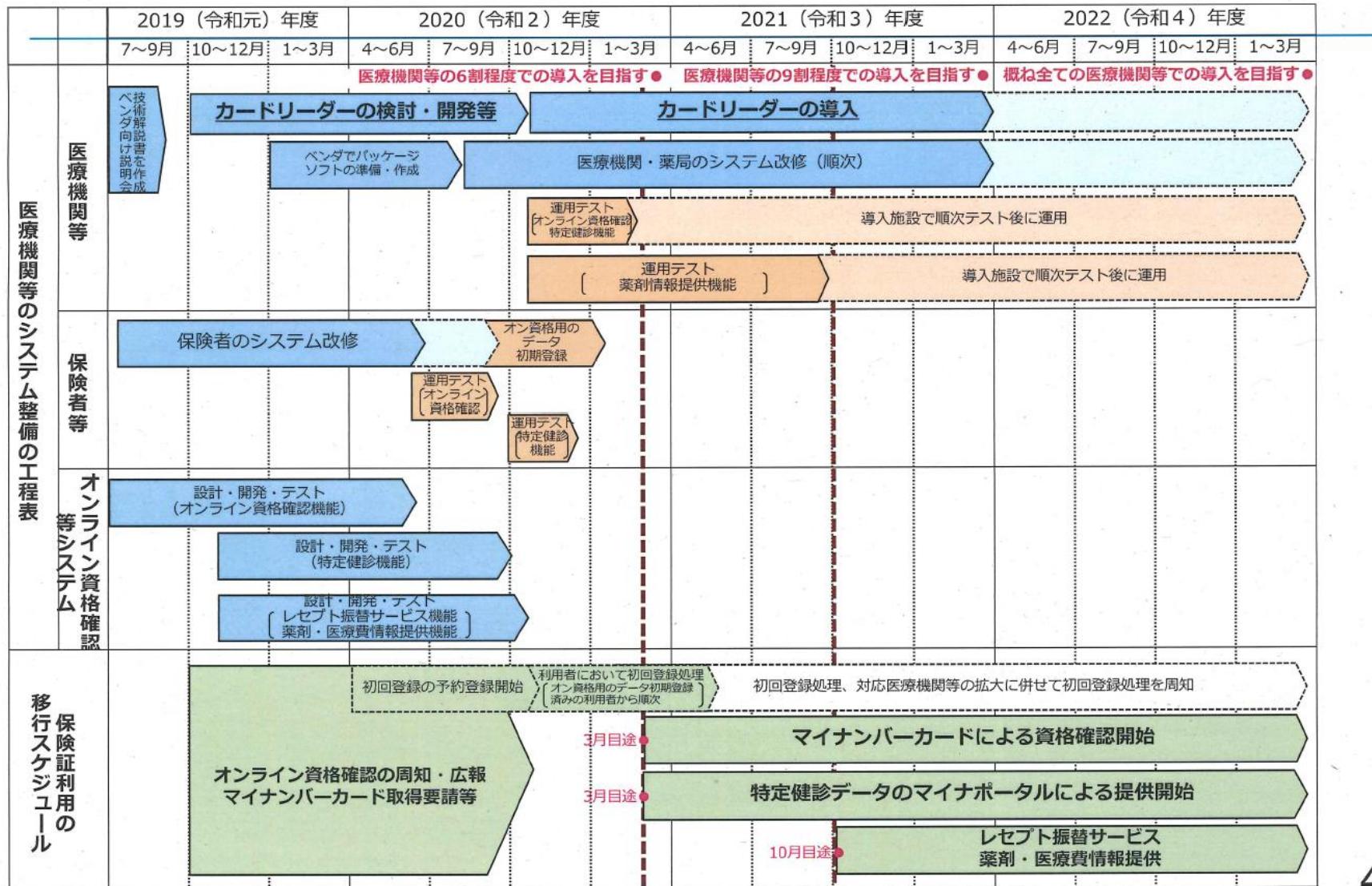
医療制度改革について

○令和元年12月25日第123回社会保障審議会医療保険部会資料

(資料1 オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について資料より抜粋)

(3) 医療機関等のシステム整備の工程表・保険証利用の移行スケジュール

デジタル・ガバメント閣僚会議
(令和元年9月3日) 決定



医療制度改革について

○令和元年12月25日第123回社会保障審議会医療保険部会資料 (資料1 オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について資料より抜粋)

(4) 論点

【背景】

- 顔認証付きカードリーダーは、PIN無し認証による資格確認や、案内文のディスプレイ上表示ができることなどのメリットがある。加えて、マイナンバーカードの健康保険証利用に向けた環境整備については、「マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進に関する方針（令和元年6月4日デジタル・ガバメント閣僚会議決定）」において、マイナンバーカードの初回登録の手続として令和3年3月から医療機関等の窓口における本人確認（顔認証方式）による登録処理を進めることとされた。
- 令和3年3月からの顔認証方式による本人確認を進めるためには、顔認証付きカードリーダーの導入が不可欠であり、可能な限りその端末単価を抑え、医療機関等の負担感を軽減し、医療機関等に広く普及するための施策を講ずる必要がある。
- この点、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）は、医療情報化支援基金を設け、医療機関等情報化補助業務として、医療機関等の行うオンライン資格確認の実施に必要な読み取り端末やシステム整備に要する費用を補助することとしている。



【論点】

- 顔認証付きカードリーダーの端末単価を抑え、医療機関等に広く普及するための方策として、支払基金が医療機関等にカードリーダーの購入に要した費用を補助するのではなく、支払基金が一括して顔認証付きカードリーダーを購入し、医療機関等に提供することが考えられる。
- これにより、①費用の補助と比べ、医療機関側の負担感が抑えられ、幅広く速やかな普及ができること、②医療機関等がベンダーと直接やりとりをせずに済み、端末価格も抑えやすくなること、が期待される。
- しかしながら、現行の医療機関等情報化補助業務に関する規定では上記事務を行うことはできないと考えられることから、どのように対応するか検討が必要である。

○令和元年12月25日第123回社会保障審議会医療保険部会資料

(資料1 オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について資料より抜粋)

(5) 対応案

- 支払基金が顔認証付きカードリーダーを調達し、医療機関等に提供する業務を当面の間行えるよう、医療機関等情報化補助業務に当該業務を追加する。
- 医療機関等情報化補助業務として追加の業務規定を設けるため、次期常会に提出予定の法案に盛り込む方向で検討を進める。

○地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（医療介護総合確保法）（平成元年法律第64号）

（支払基金の業務）

第二十三条 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）は、社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百二十九号）第十五条に規定する業務のほか、第一条に規定する目的を達成するため、次に掲げる業務を行う。
一 健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項各号に掲げる病院若しくは診療所若しくは薬局又は同法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者（以下「医療機関等」という。）が行う地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するための医療機関等の提供する医療に係る情報化の促進に要する費用を補助する業務
二 前号に掲げる業務に附帯する業務

（業務方法書）

第二十四条 支払基金は、前条各号に掲げる業務（以下「医療機関等情報化補助業務」という。）に関し、当該業務の開始前に、業務方法書を作成し、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更するときも、同様とする。
2 前項の業務方法書に記載すべき事項は、厚生労働省令で定める。

（医療情報化支援基金）

第三十一条 支払基金は、医療機関等情報化補助業務に要する費用に充てるために医療情報化支援基金を設け、第五項の規定により交付を受けた補助金をもってこれに充てるものとする。
2 医療情報化支援基金の運用によって生じた利子その他の収入金は、医療情報化支援基金に充てるものとする。
3 支払基金は、次の方によるほか、医療情報化支援基金に係る余裕金を運用してはならない。
一～三 （略）
4 厚生労働大臣は、前項第一号又は第二号の指定をしようとするときは、あらかじめ、財務大臣に協議しなければならない。
5 政府は、予算の範囲内において、支払基金に対し、医療情報化支援基金に充てる資金を補助することができる。
6 前項の規定により政府が交付する補助金の財源については、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律の施行により増加する消費税の収入をもって充てるものとする。

○令和元年12月25日第123回社会保障審議会医療保険部会資料

(資料1 オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について資料より抜粋)

参考 1

マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進に関する方針(令和元年6月4日デジタル・ガバメント閣僚会議決定)(抄)

(2)マイナンバーカードの健康保険証利用に向けた環境整備

①医療機関側の健康保険証利用のための読み取り端末、システム等の早期整備等

マイナンバーカードの健康保険証利用について、円滑な移行を図り、被保険者の診療の制約につながらないようにするために、医療機関においてマイナンバーカードの健康保険証利用のための読み取り端末、システム等の早期整備が必要である。

このため、医療情報化支援基金も活用し、令和4年度中に概ね全ての医療機関での導入を目指すこととし、具体的な工程表について、関係団体、地方公共団体、所管官庁等による協議を進め、8月を目途に公表する。また、小規模診療所等への利用支援、重点的な補助等について、検討する。

③円滑な移行等

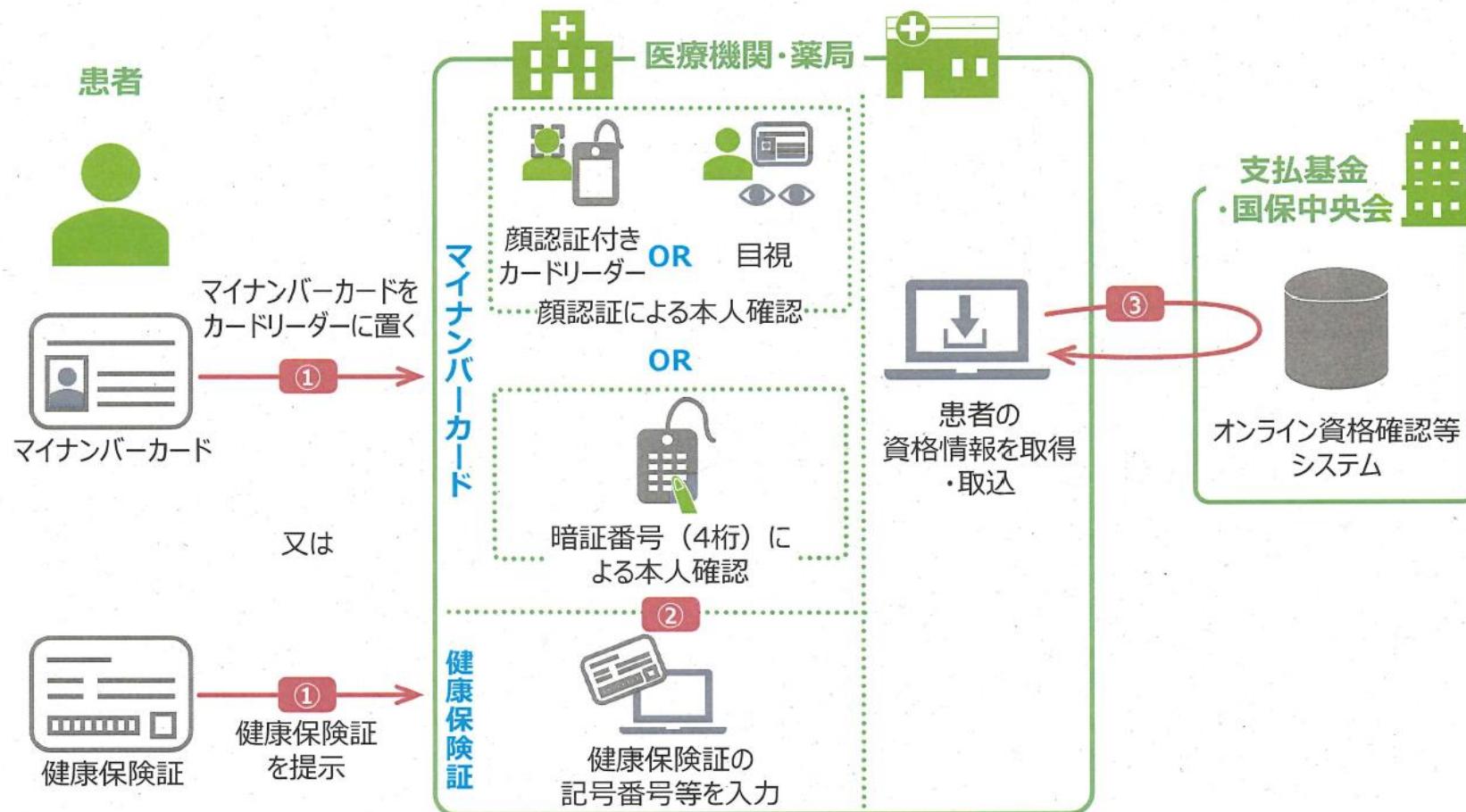
マイナンバーカードの健康保険証利用については、被保険者の診療の制約につながらないよう、利用環境の早期整備等に取り組む。

また、マイナンバーカードの健康保険証としての利用のための初回登録等の手続の簡素化を図る。具体的には、令和2年4月より、マイナンバーカード交付時におけるマイナポータルを通じた健康保険証利用に係る予約同意による一括処理を進めるとともに、令和3年3月からは、一定の病院等の窓口における本人確認(顔認証方式)による登録処理を進める。さらに、初回登録等の手続における直接的なメリットの付与の在り方(ポイント等)についても、検討する。(略)

○令和元年12月25日第123回社会保障審議会医療保険部会資料 (資料1 オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について資料より抜粋)

オンライン資格確認の本人確認の仕方

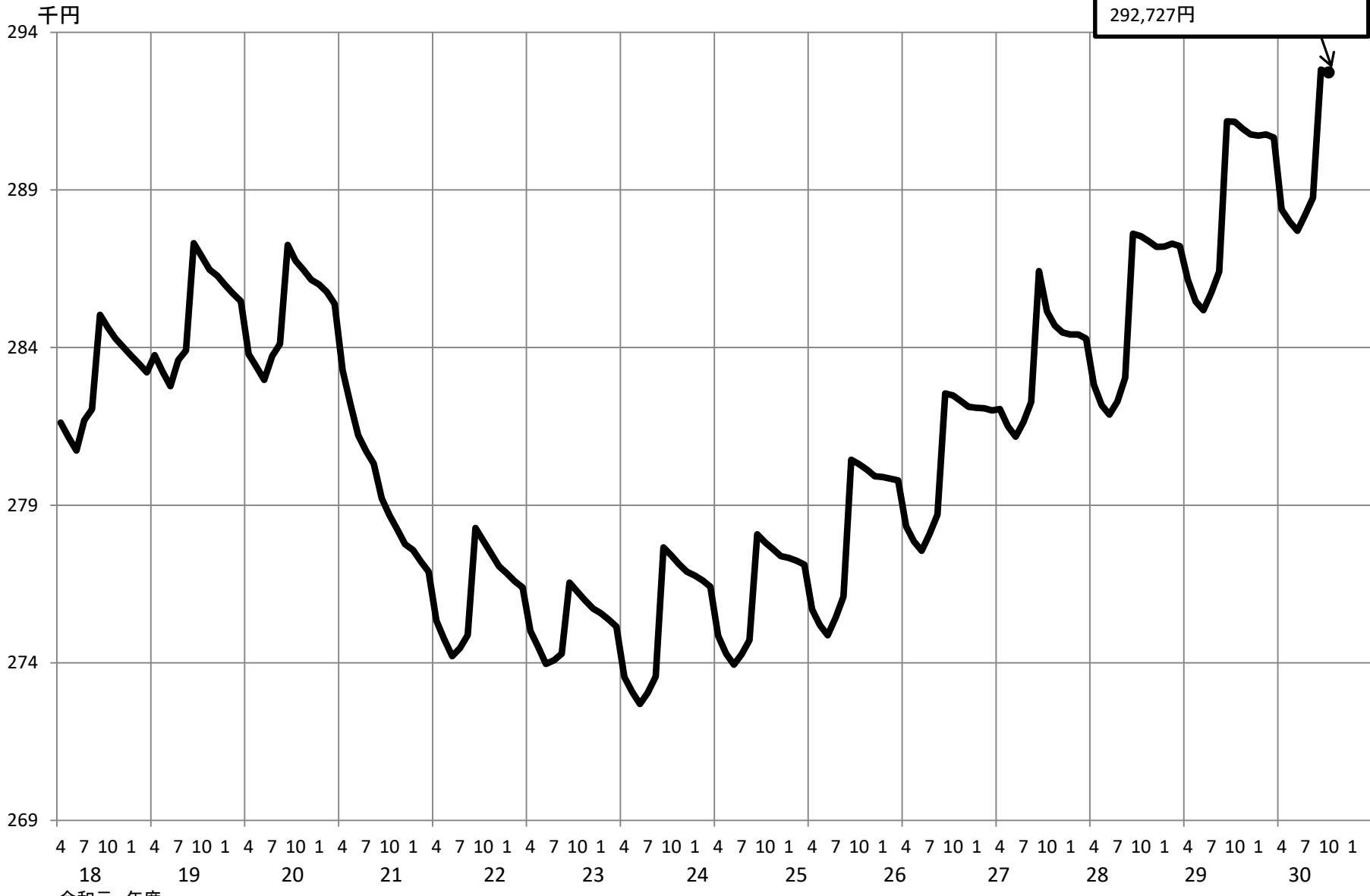
オンライン資格確認では、マイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号番号等により、オンラインで資格情報の確認ができます。



保険財政に関する重要指標の動向

被保険者1人当たり標準報酬月額の実績値

令和元年10月実績(速報値)
292,727円



関連する主な経済指標

●毎月勤労統計調査（厚労省） 2019年11月22日発表

9月分（確報）

○きまって支給する給与（基本給、時間外給与等）

常用雇用労働者数 5~29人の事業所、一般労働者（平成27年の平均=100）

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
平成27	99.1	99.6	100.2	100.9	99.4	99.8	99.7	99.5	99.8	100.3	100.6	100.8
28	99.4	100.2	100.9	101.8	99.8	101.0	101.2	100.5	101.1	101.6	101.6	101.9
29	100.5	101.1	101.8	102.7	101.1	101.9	102.2	101.5	102.1	102.4	102.6	103.2
30	101.1	101.7	102.9	103.4	101.9	102.4	102.7	101.9	102.2	103.2	103.3	103.3
令和1	101.3	102.4	103.0	103.8	102.0	103.0	103.8	102.9	103.3			

●日銀短観（2019年12月分 業況判断DI） 2019年12月13日発表

<中小企業>（「良い」－「悪い」・%）

先行き

2018/9月 → 2018/12月 → 2019/3月 → 2019/6月 → 2019/9月 → 2019/12月 → (2020/3月まで予測)

製造業	14	14	6	-1	-4	-9	-12
非製造業	10	11	12	10	10	7	1

<大企業>

製造業	19	19	12	7	5	0	0
非製造業	22	24	21	23	21	20	18

※企業経営者に、経営状態が「良い」「さほど良くない」「悪い」の選択肢から一つ選んでもらい、「良い」と答えた企業の割合から、「悪い」と答えた企業の割合を引く。この数字の変化で、経営者の景気判断の変化を把握する。

●月例経済報告（内閣府） 2019年11月22日発表

総論

景気は、輸出を中心に弱さが長引いているものの、緩やかに回復している。

雇用情勢

賃金をみると、定期給与及び現金給与総額は緩やかに増加している。

雇用情勢の先行きについては、改善していくことが期待される。

●景気動向指数（内閣府） 2019年12月6日発表

2019年10月分（速報）

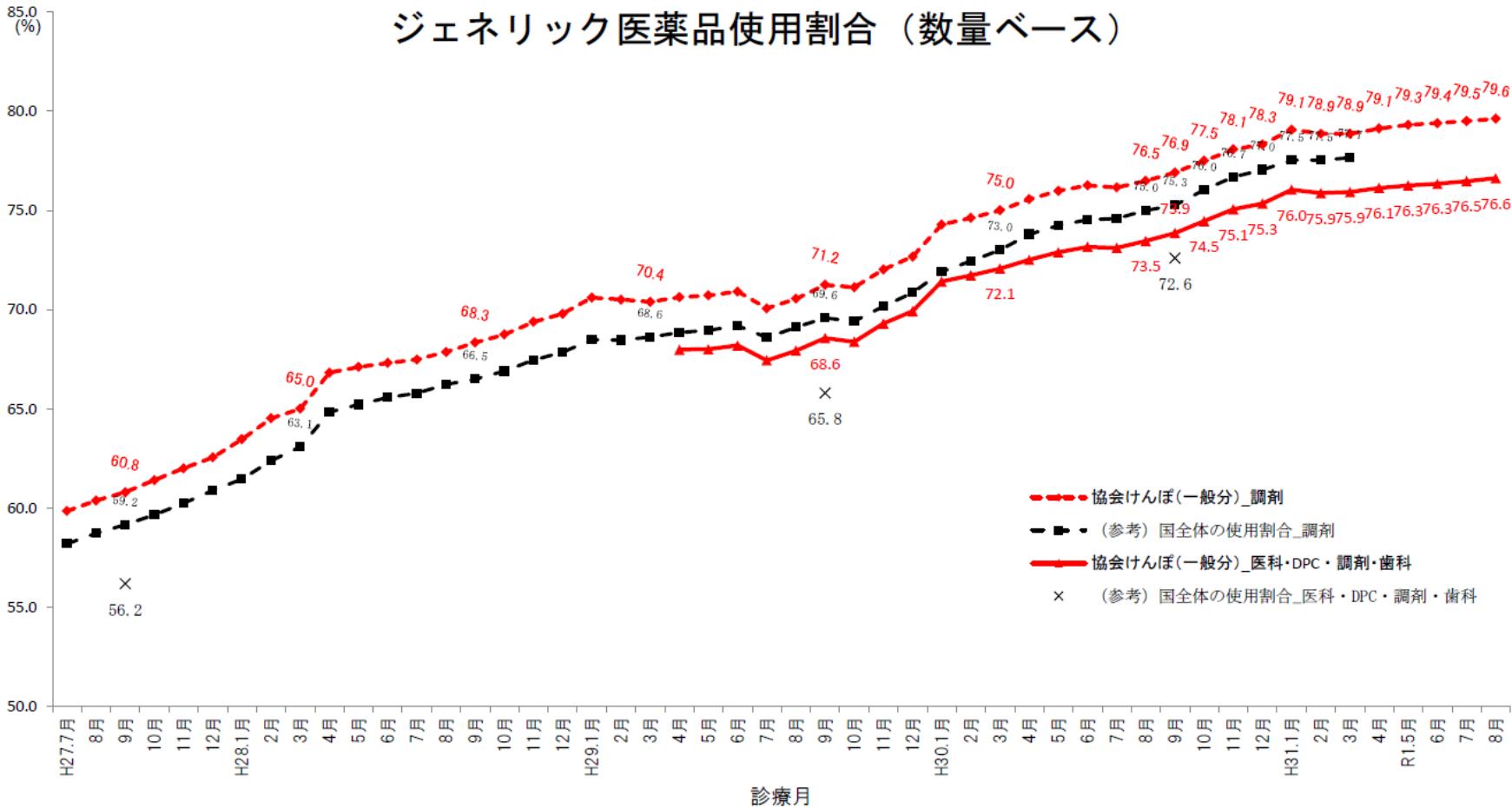
一致指数：前月比 5.6 ポイント下降し、2ヶ月ぶりの下降。基調判断は3ヶ月連続で「悪化」。

先行指数：前月比 0.1 ポイント下降し、3ヶ月連続の下降。

遅行指数：前月比 0.2 ポイント上昇し、3ヶ月ぶりの上昇。

※景気の現状把握及び将来予測に資するため、景気に敏感に反応する各種の経済指標を統合して作成。

ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース）



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。

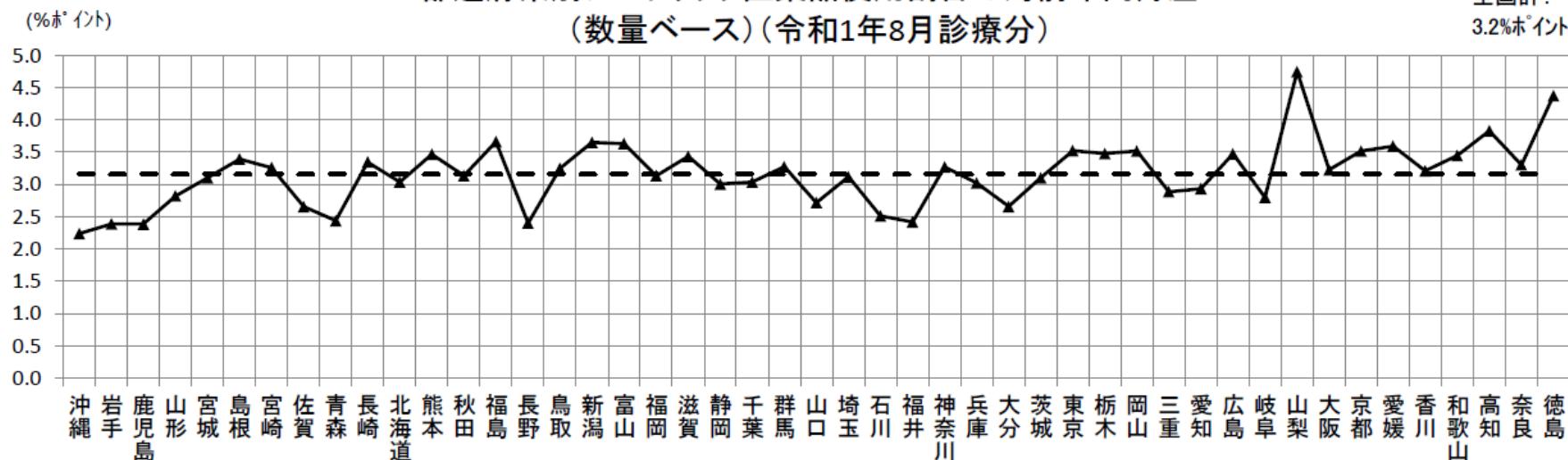
注2. 「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えたものをいう。

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。

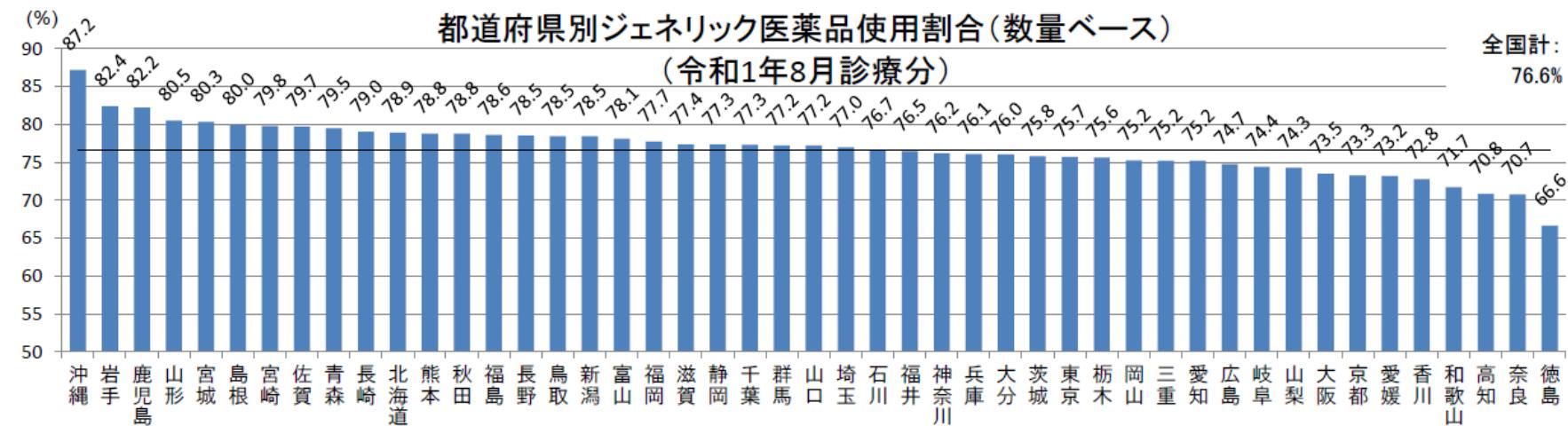
注4. 「国全体の使用割合_調剤」は「調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省)、「国全体の使用割合_医科・DPC・調剤・歯科」は「医薬品価格調査」(厚生労働省)による。

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がある。

都道府県別ジェネリック医薬品使用割合の対前年同月差 (数量ベース)(令和1年8月診療分)



都道府県別ジェネリック医薬品使用割合(数量ベース) (令和1年8月診療分)



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るコードイ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. [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。

協会けんぽの適用状況

斜体部分は速報値

年	月	事業所数		被保険者数		任意継続被保険者		被扶養者数		加入者数		標準報酬月額の平均		標準賞与額の総額		標準賞与額の平均		標準報酬月額の累計額		標準賞与額の累計額		標準報酬額の累計額			
		千事業所	対前年 同月比(%)	千人	対前年 同月比(%)	千人	対前年 同月比(%)	千人	対前年 同月比(%)	千人	対前年 同月比(%)	百万円	対前年 同月比(%)	百万円	対前年 同月比(%)	百万円	対前年 同月比(%)	百万円	対前年 同月比(%)	百万円	対前年 同月比(%)	百万円	対前年 同月比(%)		
平成27年度	4月	1,763	4.3	21,168	3.0	296	△ 6.2	15,411	1.0	36,579	2.2	278,332	1.0	10,442	0.4	5,891,690	4.0	221,036	3.5	5,891,690	4.0	221,036	3.5	6,112,726	4.0
	5月	1,772	4.5	21,264	3.1	289	△ 6.0	15,355	0.9	36,619	2.1	277,854	1.0	5,810	5.8	5,908,334	4.0	123,555	9.1	11,800,024	4.0	344,591	5.4	12,144,615	4.1
	6月	1,781	4.7	21,326	3.1	284	△ 5.3	15,367	0.9	36,693	2.2	277,555	1.0	26,023	3.7	5,919,143	4.1	554,974	6.9	17,719,168	4.1	899,565	6.3	18,618,732	4.2
	7月	1,791	4.9	21,371	3.1	283	△ 5.0	15,387	0.9	36,759	2.2	278,075	1.0	101,040	△ 1.0	5,942,767	4.1	2,159,339	2.1	23,661,935	4.1	3,058,903	3.3	26,720,839	4.0
	8月	1,799	5.0	21,382	3.1	282	△ 5.1	15,389	0.9	36,771	2.2	278,699	0.9	47,723	3.9	5,959,175	4.1	1,020,426	7.1	29,621,110	4.1	4,079,329	4.2	33,700,440	4.1
	9月	1,807	5.2	21,417	3.1	280	△ 5.0	15,402	0.9	36,819	2.2	282,543	0.7	10,557	△ 2.9	6,051,189	3.9	226,092	0.1	35,672,300	4.0	4,305,421	4.0	39,977,721	4.0
	10月	1,818	5.5	21,448	3.2	280	△ 5.0	15,437	0.9	36,885	2.2	282,482	0.8	5,429	14.4	6,058,785	4.0	116,440	18.1	41,731,084	4.0	4,421,861	4.3	46,152,945	4.1
	11月	1,827	5.7	21,495	3.3	279	△ 4.7	15,469	0.9	36,964	2.3	282,306	0.8	2,966	10.2	6,068,142	4.1	63,756	13.7	47,799,227	4.0	4,485,617	4.4	52,284,844	4.1
	12月	1,835	5.9	21,535	3.3	278	△ 4.7	15,500	0.9	37,036	2.3	282,120	0.8	105,872	5.7	6,075,595	4.1	2,280,012	9.2	53,874,821	4.0	6,765,629	6.0	60,640,451	4.3
	1月	1,845	6.1	21,534	3.3	286	△ 4.7	15,524	0.9	37,058	2.3	282,092	0.8	86,725	△ 3.8	6,074,569	4.2	1,867,543	△ 0.6	59,949,390	4.0	8,633,173	4.5	68,582,563	4.1
	2月	1,853	6.3	21,565	3.4	286	△ 4.5	15,563	0.9	37,128	2.4	282,077	0.8	11,084	8.5	6,082,955	4.3	239,035	12.3	66,032,344	4.1	8,872,208	4.7	74,904,552	4.1
	3月	1,859	6.2	21,577	3.2	287	△ 4.3	15,587	0.6	37,165	2.1	282,001	0.8	6,146	△ 4.3	6,084,865	4.0	132,623	△ 1.2	72,117,209	4.1	9,004,831	4.6	81,122,040	4.1
平成28年度	4月	1,877	6.4	21,849	3.2	286	△ 3.5	15,515	0.7	37,364	2.1	282,048	1.3	12,024	15.2	6,162,523	4.6	262,709	18.9	6,162,523	4.6	262,709	18.9	6,425,231	5.1
	5月	1,888	6.6	21,987	3.4	281	△ 2.5	15,470	0.8	37,457	2.3	281,501	1.3	6,587	13.4	6,189,385	4.8	144,819	17.2	13,251,907	4.7	407,528	18.3	12,759,455	5.1
	6月	1,900	6.7	22,038	3.3	275	△ 3.1	15,474	0.7	37,511	2.2	281,174	1.3	28,758	10.5	6,196,422	4.7	633,766	14.2	18,548,329	4.7	1,041,294	15.8	19,589,623	5.2
	7月	1,912	6.8	22,079	3.3	273	△ 3.7	15,480	0.6	37,559	2.2	281,637	1.3	95,895	△ 5.1	6,218,202	4.6	2,117,233	△ 1.9	24,766,531	4.7	3,158,527	3.3	27,925,058	4.5
	8月	1,922	6.8	22,099	3.4	274	△ 3.1	15,487	0.6	37,586	2.2	282,271	1.3	53,019	11.1	6,237,964	4.7	1,171,686	14.8	31,004,495	4.7	4,330,213	6.2	35,334,709	4.8
	9月	1,931	6.8	22,120	3.3	272	△ 3.1	15,482	0.5	37,602	2.1	286,427	1.4	9,929	△ 5.9	6,335,749	4.7	219,628	△ 2.9	37,340,244	4.7	4,549,841	5.7	41,890,085	4.8
	10月	1,942	6.8	22,257	3.8	270	△ 3.6	15,498	0.4	37,755	2.4	285,146	0.9	5,280	△ 2.7	6,346,629	4.8	117,526	0.9	43,686,873	4.7	4,667,367	5.6	48,354,240	4.8
	11月	1,952	6.8	22,322	3.8	267	△ 4.3	15,515	0.3	37,837	2.4	284,704	0.8	3,305	11.4	6,355,073	4.7	73,772	15.7	50,041,944	4.7	4,741,139	5.7	54,783,085	4.8
	12月	1,961	6.9	22,375	3.9	265	△ 4.6	15,543	0.3	37,918	2.4	284,477	0.8	101,058	△ 4.5	6,365,215	4.8	2,261,191	△ 0.8	56,407,161	4.7	7,002,330	3.5	63,409,492	4.6
	1月	1,973	7.0	22,368	3.9	273	△ 4.6	15,568	0.3	37,937	2.4	284,415	0.8	84,076	△ 3.1	6,361,872	4.7	1,880,632	0.7	62,769,033	4.7	8,882,963	2.9	71,651,996	4.5
	2月	1,984	7.0	22,403	3.9	273	△ 4.6	15,611	0.3	38,013	2.4	284,413	0.8	16,035	44.7	359,222	50.3	69,140,607	4.7	9,242,185	4.2	78,382,791	4.6		
	3月	1,994	7.3	22,428	3.9	273	△ 5.1	15,643	0.4	38,071	2.4	284,285	0.8	7,133	16.1	6,375,991	4.8	159,986	20.6	75,516,598	4.7	9,402,170	4.4	84,918,768	4.7
平成29年度	4月	2,014	7.3	22,727	4.0	268	△ 6.3	15,578	0.4	38,306	2.5	282,824	0.3	11,641	△ 3.2	6,427,891	4.3	264,566	0.7	6,427,891	4.3	264,566	0.7	6,692,457	4.2
	5月	2,026	7.3	22,894	4.1	263	△ 6.5	15,533	0.4	38,427	2.6	282,176	0.2	6,961	5.7	6,460,275	4.4	159,374	10.1	12,888,166	4.3	42,940	4.0	13,312,106	4.3
	6月	2,037	7.2	22,957	4.2	258	△ 6.5	15,533	0.4	38,490	2.6	281,874	0.2	25,340	△ 11.9	6,470,954	4.4	581,720	△ 8.2	19,359,119	4.4	1,005,661	△ 3.4	20,364,780	4.0
	7月	2,047	7.1	23,022	4.3	256	△ 6.2	15,558	0.5	38,579	2.7	282,287	0.2	83,652	△ 12.8	6,498,686	4.5	1,925,800	△ 9.0	25,857,805	4.4	9,314,461	△ 7.2	28,789,266	3.1
	8月	2,055	7.0	23,032	4.2	257	△ 6.1	15,557	0.5	38,589	2.7	283,045	0.3	64,467	21.6	6,519,151	4.5	1,484,809	26.7	32,376,956	4.4	4,416,269	2.0	36,793,225	4.1
	9月	2,064	6.9	23,063	4.3	256	△ 5.8	15,556	0.5	38,619	2.7	287,610	0.4	11,696	17.8	6,633,120	4.7	269,751	22.8	39,010,076	4.5	4,686,021	3.0	43,696,097	4.3
	10月	2,074	6.8	23,116	3.9	257	△ 5.1	15,597	0.6	38,713	2.5	287,538	0.8	5,671	7.4	6,646,868	4.7	131,088	11.5	45,656,944	4.5	4,817,109	3.2	50,474,053	4.4
	11月	2,082	6.7	23,156	3.7	255	△ 4.3	15,624	0.7	38,780	2.5	287,372	0.9	3,540	7.1	6,654,412	4.7	81,966	11.1	52,311,356	4.5	4,899,075	3.3	57,210,431	4.4
	12月	2,090	6.6	23,190	3.6	255	△ 4.0	15,650	0.7	38,839	2.4	287,195	1.0	119,709	18.5	6,659,911	4.6	2,775,999	22.8	58,971,266	4.5	7,675,074	9.6	66,646,340	5.1
	1月	2,099	6.4	23,179	3.6	261	△ 4.2	15,674	0.7	38,853	2.4	287,205	1.0	73,157	△ 13.0	6,657,172	4.6	1,695,707	4.8	65,628,439	4.6	9,370,781	5.5	74,999,219	4.7
	2月	2,107	6.2	23,194	3.5	261	△ 4.3	15,706	0.6	38,899	2.3	287,294	1.0	11,409	△ 28.8	6,663,392	4.6	264,622	△ 26.3	72,291,831	4.6	9,635,403	4.3	81,927,233	4.5
	3月	2,113	6.0	23,203	3.5	262	△ 4.0	15,726	0.5	38,930	2.3	287,218	1.0	6,913	△ 3.1	6,664,463	4.5	160,406	0.3	78,956,293	4.6	9,795,809	4.2	88,752,103	4.5
平成30年度	4月	2,127	5.6	23,377	2.9	263	△ 1.7	15,620	0.3	38,997	1.8	286,151	1.2	12,910	10.9	6,689,302	4.1	301,801	14.1	6,689,302	4.1	301,801	14.1	6,991,103	4.5
	5月	2,136	5.4	23,555	2.9	260	△ 1.3	15,559	0.2	39,114	1.8	285,461	1.2	8,177	17.5	6,720,090	4.1	192,602	20.8	13,413,392	4.1	494,403	16.6	13,907,796	4.5
	6月	2,146	5.3	23,608	2.8	253	△ 1.6	15,556	0.1	39,164	1.8	285,185	1.2	26,634	5.1	6,732,585	4.0	628,777	8.1	20,145,978	4.1	1,123,180	11.7	21,269,158	4.4
	7月	2,155	5.3	23,648	2.7	252	△ 1.7	15,572	0.1	39,220	1.7	285,732	1.2	87,362	4.4	6,756,872	4.0	2,065,898	7.3	26,902,849	4.0	3,189,079	8.8	30,091,928	4.5
	8月	2,164	5.3	23,632	2.6	254	△ 1.3	15,568	0.1	39,201	1.6	286,412	1.2	65,860	2.2	6,768,587	3.8	1,556,418	4.8	33,671,436	4.0	4,745,497	7.5	38,416,933	4.4
	9月	2,173	5.2	23,650	2.5	251	△ 1.8	15,564	0.1	39,215	1.5	291,181													

協会けんぽの医療費の動向(令和 1年 9月)

[加入者計]

(単位: %)

		医療費 総額	1人当たり 医療費計	稼働日数 補正後	医療給付 費総額	入院				入院外(調剤分を含む)				歯科			
						1人当たり 医療費	受診率	1件当たり 日数	1日当たり 医療費	1人当たり 医療費	受診率	1件当たり 日数	1日当たり 医療費	1人当たり 医療費	受診率	1件当たり 日数	1日当たり 医療費
26年度		3.7	1.9	2.1	3.9	1.4	0.1	△ 1.5	2.8	1.9	0.4	△ 0.9	2.5	3.2	2.9	△ 2.0	2.3
27年度		6.6	4.3	4.0	7.3	2.5	1.6	△ 1.5	2.4	5.6	1.9	△ 0.9	4.6	1.7	2.5	△ 2.2	1.4
28年度		2.4	0.1	0.1	2.4	0.9	△ 0.6	△ 1.1	2.7	△ 0.7	0.6	△ 1.1	△ 0.2	1.9	1.7	△ 1.9	2.1
29年度		5.1	2.5	2.6	5.2	2.2	0.3	△ 0.7	2.6	2.8	1.1	△ 0.9	2.5	1.8	2.5	△ 2.1	1.4
30年度		3.1	1.6	1.8	3.2	2.5	△ 0.4	△ 0.7	3.6	1.0	1.1	△ 1.0	1.0	2.3	2.5	△ 2.3	2.1
平成 年度	4~ 9月	5.0	2.3	2.4	5.1	2.4	0.6	△ 1.0	2.8	2.4	1.1	△ 0.8	2.1	1.9	3.1	△ 1.9	0.8
	4月	2.4	△ 0.2	2.5	2.5	2.7	0.1	0.3	2.2	△ 1.4	△ 2.1	△ 2.0	2.8	△ 0.4	1.1	△ 3.1	1.6
	5月	8.1	5.4	2.3	8.3	4.9	2.2	△ 2.3	5.1	5.9	3.7	0.4	1.7	4.1	3.7	△ 0.3	0.6
	6月	4.7	2.0	2.0	4.7	0.6	△ 0.8	△ 0.3	1.7	2.7	1.6	△ 0.3	1.4	2.0	3.1	△ 1.6	0.5
	7月	4.4	1.6	1.6	4.5	1.5	0.1	△ 1.2	2.6	1.6	0.3	△ 1.1	2.5	1.8	2.9	△ 1.9	0.8
	8月	4.5	1.8	2.8	4.5	1.5	0.8	△ 1.8	2.6	2.2	0.6	△ 1.3	2.9	0.2	2.7	△ 3.1	0.8
	9月	6.3	3.5	3.5	6.4	3.5	1.4	△ 0.4	2.5	3.5	2.3	△ 0.4	1.5	4.0	5.2	△ 1.7	0.5
	10月	4.2	1.7	1.3	4.4	2.3	△ 0.8	△ 0.5	3.5	1.2	△ 2.0	△ 0.7	4.0	2.7	2.7	△ 1.4	1.4
	11月	2.9	0.4	0.9	3.1	1.1	△ 1.0	△ 0.5	2.6	△ 0.0	△ 2.5	△ 1.3	3.9	1.0	1.9	△ 2.9	2.1
	12月	5.4	2.9	2.5	5.6	4.3	1.7	△ 0.7	3.3	2.2	△ 1.2	△ 0.3	3.8	3.3	2.7	△ 1.6	2.2
	1月	7.1	4.6	4.6	7.1	3.0	1.9	△ 1.4	2.6	5.9	4.9	△ 0.4	1.4	1.5	1.8	△ 2.4	2.1
	2月	5.2	2.8	3.2	5.2	1.2	△ 0.4	△ 0.4	1.9	4.1	3.1	△ 1.3	2.3	△ 0.1	0.7	△ 2.8	2.1
	3月	5.8	3.5	3.9	5.7	0.4	△ 1.0	0.3	1.1	5.2	4.3	△ 1.3	2.2	1.8	1.9	△ 2.3	2.2
平成 年度	4~ 9月	2.4	0.7	1.1	2.5	2.2	△ 0.7	△ 0.5	3.4	△ 0.1	△ 0.0	△ 1.2	1.2	0.9	0.9	△ 2.4	2.4
	4月	3.3	1.4	1.4	3.3	1.7	△ 1.8	△ 0.5	4.1	1.4	2.4	△ 1.1	0.1	1.3	1.8	△ 2.5	2.0
	5月	2.8	1.0	1.1	2.9	2.1	△ 0.5	△ 0.3	2.9	0.3	0.1	△ 1.0	1.3	1.7	1.4	△ 2.0	2.4
	6月	2.5	0.8	0.7	2.6	2.3	△ 0.2	△ 0.3	2.8	△ 0.3	0.2	△ 1.3	0.8	2.4	2.0	△ 2.1	2.5
	7月	4.0	2.3	1.9	4.2	4.4	0.9	△ 1.1	4.6	1.5	0.7	△ 0.8	1.6	1.1	0.4	△ 1.7	2.5
	8月	3.4	1.8	1.4	3.5	3.0	0.4	△ 1.0	3.6	1.1	0.3	△ 0.6	1.5	2.0	1.4	△ 2.0	2.6
	9月	△ 1.6	△ 3.1	0.4	△ 1.4	△ 0.3	△ 3.0	0.6	2.2	△ 4.4	△ 3.7	△ 2.6	1.9	△ 3.1	△ 1.8	△ 4.0	2.7
	10月	7.0	5.7	2.6	7.1	3.9	△ 0.5	△ 0.9	5.3	6.4	5.5	0.2	0.7	6.6	5.1	△ 0.8	2.3
	11月	4.1	2.8	2.9	4.2	3.0	△ 0.1	△ 0.8	3.9	2.6	2.2	△ 0.4	0.8	2.9	2.8	△ 1.8	2.0
	12月	2.0	0.7	1.1	2.1	1.8	△ 1.1	△ 0.1	3.1	△ 0.1	0.5	△ 1.5	0.9	2.0	3.2	△ 3.1	2.0
	1月	4.0	2.7	2.7	4.0	1.3	△ 0.9	△ 1.1	3.4	3.6	3.3	△ 1.2	1.5	2.1	2.3	△ 2.3	1.7
	2月	2.6	1.4	1.4	2.7	2.7	0.4	△ 1.8	4.1	0.2	△ 0.2	△ 1.0	1.4	4.8	5.1	△ 1.9	1.6
	3月	2.9	1.6	3.7	2.9	4.3	1.8	△ 1.1	3.6	△ 0.1	1.6	△ 1.3	△ 0.4	4.5	6.2	△ 2.9	1.3
令和 年度	4~ 9月	7.3	4.3	5.4	7.4	1.7	△ 0.2	△ 0.9	2.9	5.9	3.2	△ 0.9	3.5	3.0	4.9	△ 2.9	1.2
	4月	11.9	8.6	8.6	11.8	4.7	2.9	△ 2.0	3.8	10.8	6.9	0.3	3.4	6.7	7.6	△ 2.0	1.1
	5月	3.5	0.7	6.9	3.6	0.1	△ 1.8	△ 0.2	2.2	1.5	△ 0.7	△ 2.5	4.8	△ 2.0	2.2	△ 5.0	1.0
	6月	4.5	1.7	4.8	4.6	0.6	△ 1.0	△ 0.3	1.9	2.6	1.0	△ 1.7	3.3	0.3	3.2	△ 4.3	1.6
	7月	9.6	6.7	3.6	9.7	2.8	△ 0.1	△ 1.7	4.5	8.5	4.7	0.5	3.0	7.6	7.6	△ 1.1	1.1
	8月	5.3	2.4	3.2	5.3	△ 0.4	△ 1.9	0.4	1.2	4.0	2.3	△ 1.4	3.2	1.3	3.7	△ 3.3	1.0
	9月	9.2	6.1	5.7	9.4	3.0	1.0	△ 1.7	3.7	8.0	5.4	△ 0.5	3.1	4.2	5.1	△ 2.1	1.3

注1: 医療費総額及び医療給付費総額は社会保険診療報酬支払基金審査分(入院、入院外、歯科、調剤、食事療養、訪問看護に係るもの)である。

注2: 数値には健康保険法第3条2項被保険者に係る分は含まれていない。

注3: 入院外の医療費には、調剤分を含む。

協会けんぽインセンティブ制度の評価指標について

令和2年度インセンティブ制度の評価指標について

インセンティブ制度に係る検証の視点 <第100回全国健康保険協会運営委員会（R1.11.22開催）>

- 令和元年11月22日に開催した第100回全国健康保険協会運営委員会において、以下の3つの検証の視点に基づき議論を行い、運営委員から次ページのとおりご意見をいただいた。

検証の視点①：評価割合

- 指標ごとの実績と伸び率の評価割合について、事業主及び加入者の行動変容を促す観点から、伸び率をより重点的に評価するよう見直す必要があるか。

検証の視点②：指標の配点

- 現在の評価方法は、平均偏差値の50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の得点としランキング付けを行っているが、5つの指標の中で特に重点的に取組む指標の配点を高くするなどの重み付けを行う必要があるか。

検証の視点③：インセンティブ制度の導入による行動変容への影響

- 今年度に実施した理解度調査において、インセンティブ制度に係る設問項目を見直し、インセンティブ制度の導入による加入者の健康意識の変化を確認した。

令和2年度インセンティブ制度の評価指標について

運営委員の意見 <第100回全国健康保険協会運営委員会（R1.11.22開催）>

- インセンティブ制度の評価指標については、開始したばかりであるため、指標の見直しは数年後に行うことが適当である。
- 理解度調査の結果では制度を知らないと答えていた者が90%いるため、更なる周知が必要。
- インセンティブ制度を知れば、事業所も動くと思うので、更に広報を強化してほしい。
- インセンティブ制度は開始したばかりであるため、制度の安定性や評価の整合性を確認する意味でもしばらく静観することに賛成。
- ある程度年数が経ったとき、バラつきが小さくなってきた指標は重み付けを下げるなどの見直しはあると考える。
- インセンティブ制度の最大のネックはインセンティブ自体が小さいこと。制度を機能させるためには、保険料が上がる下がるだけではなく、健康経営に積極的に取り組んでいる企業を表彰すること等により、事業者にメリットが生まれることが重要。
- 国連が採択しているSDGsの3番目に「すべての人に健康と福祉を」というものもある。これから企業調査も進んでいく中で、そのトレンドに乗れるように、インセンティブ制度を企業PRの基盤として利用しない手はない。

令和2年度インセンティブ制度の評価指標について（案）

- 大筋のご意見としては、制度開始から間もなく、評価の妥当性の検証には十分な時間を要することから、当面は現状維持が望ましいとのご意見をいただいた。
- 一方、加入者の理解度が低いことから、更なる周知広報を推進すべきとのご意見もいただいた。
- このため、令和2年度のインセンティブ制度の指標は現状維持とし、引き続き検証を行っていくこととする。また、周知広報にも更に取り組んでいく。

【基本的な考え方】

- 現行の後期高齢者支援金の加算・減算制度（以下「加減算制度」という。）は、全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）も含めた全保険者を対象としているが、加算・減算となる保険者は限定されており、協会けんぽには加算・減算がなされていない。
- 一方、医療保険制度改革骨子（平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定）においては、この加減算制度について、平成30年度から、「予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みへと見直すこと」とされている。
- また、この加減算制度については、加入者の属性や保険者の規模など、保険者ごとに状況が異なる中で、一律の土台で実績を比較することは不適切である等の指摘がなされていた。
- このため、平成30年度からの新たな加減算制度では、母体となる企業等がその従業員を加入者として設立した保険者という点で共通の基盤を持つ健康保険組合と共済組合を対象とする一方、協会けんぽについては、事業所が協会に強制加入しているものであって保険者としての性質が異なることから対象外とされた。
- その上で、日本再興戦略改定2015（平成27年6月30日閣議決定）において、協会けんぽについては、「新たなインセンティブ制度の創設に向けた検討を行う」とされ、未来投資戦略2017（平成29年6月9日閣議決定）では「協会けんぽについては来年度からインセンティブ制度を本格実施し、2020年度から都道府県保険料率に反映する」とされた。
- このように、今回の加減算制度の見直しは、保険者ごとの基盤や特性を踏まえて、それぞれの土台の上で行われるものであるが、インセンティブ制度として実績、努力に報いる設計とする。具体的には、後期高齢者医療制度への拠出金をベースにして、報奨制度とする。

制度趣旨

医療保険制度改革骨子や日本再興戦略改定2015等を踏まえ、新たに協会けんぽ全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、インセンティブ制度の財源となる保険料率（0.01%）を設定するとともに、支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価し、その結果、上位23支部については、報奨金によるインセンティブを付与。

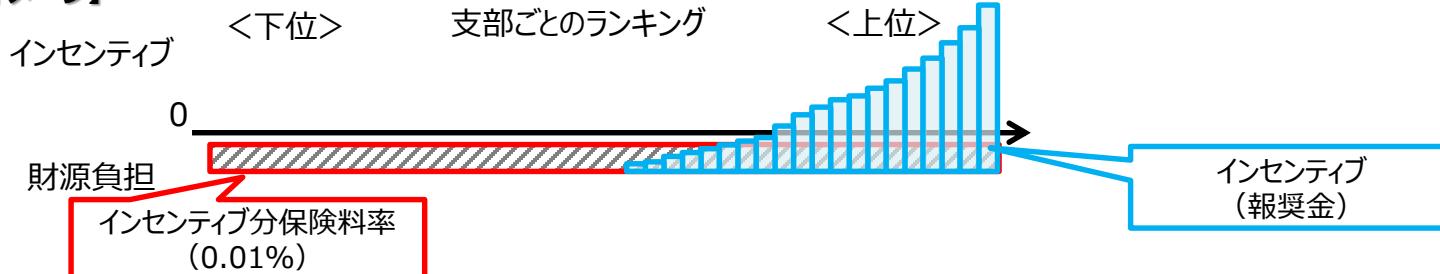
①評価指標・②評価指標ごとの重み付け

- 特定健診・特定保健指導の実施率、要治療者の医療機関受診割合、後発医薬品の使用割合などの評価指標に基づき、支部ごとの実績を評価する。
- 評価方法は偏差値方式とし、平均偏差値である50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点とし全支部をランキング付けする。

③支部ごとのインセンティブの効かせ方について

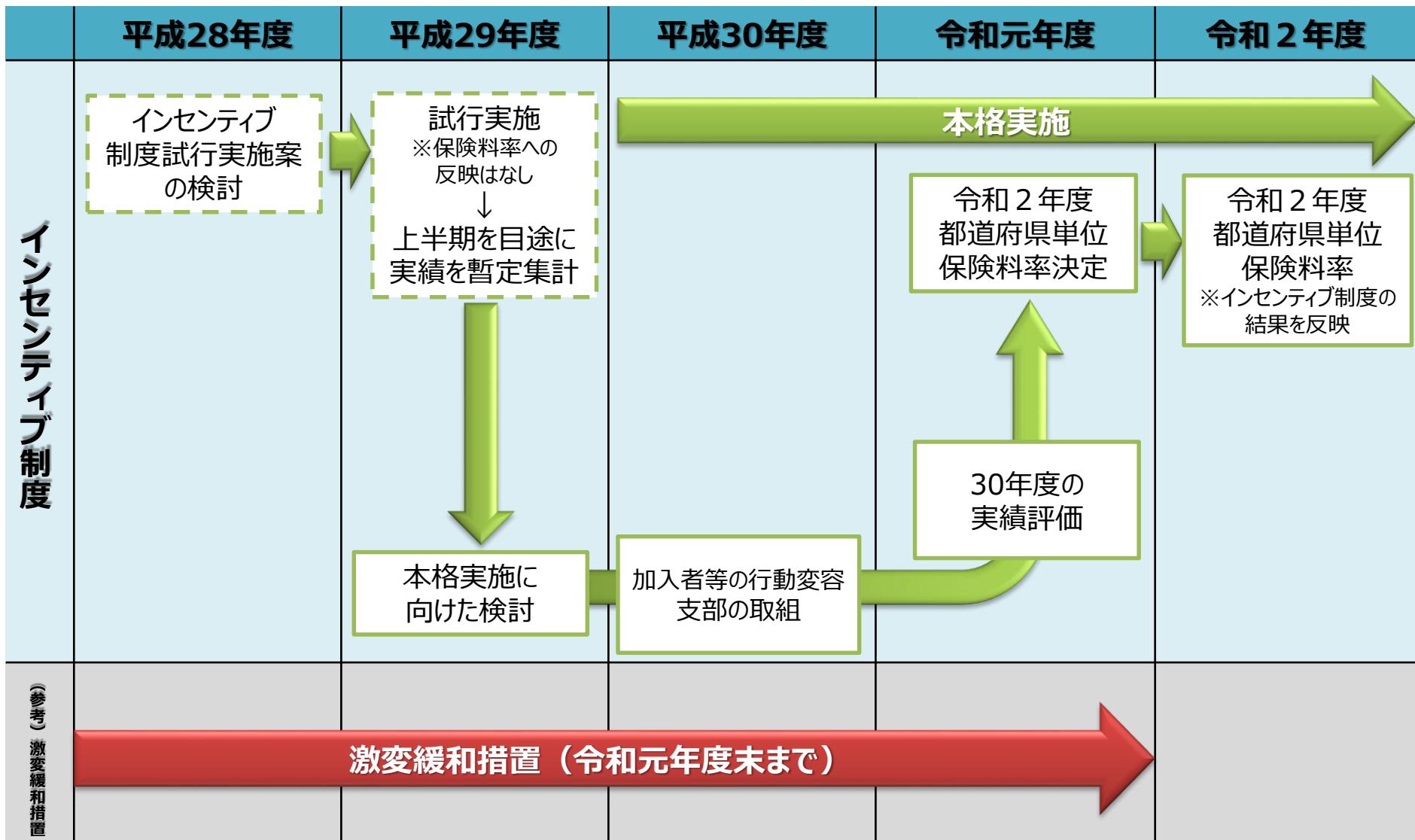
- 保険料率の算定方法を見直し、インセンティブ分保険料率として、新たに全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、0.01%（※）を盛り込む。
(※) 協会けんぽ各支部の実績は一定の範囲内に収斂している中で、新たな財源捻出の必要性から負担を求めるものであるため、保険料率への影響を生じさせる範囲内で、加入者・事業主への納得感に十分配慮する観点から設定。
- 制度導入に伴う激変緩和措置として、この新たな負担分については、3年間で段階的に導入する。
平成30年度の実績（令和2年度保険料率）：0.004% ⇒ 令和元年度の実績（令和3年度保険料率）：0.007% ⇒
令和2年度の実績（令和4年度保険料率）：0.01%
- その上で、評価指標に基づき全支部をランキング付けし、上位23支部については、支部ごとの得点数に応じた報奨金によって段階的な保険料率の引下げを行う。

【制度のイメージ】



インセンティブ制度の導入スケジュールについて

インセンティブ制度では、平成29年度から試行実施を行う（試行実施の段階では保険料率への反映はしない）。平成30年度から本格実施し、その結果を令和2年度の都道府県単位保険料率に反映する。



【基本的な考え方】

- 評価指標の選定にあたっての基本的な考え方は以下のとおり。
 - インセンティブ制度は、加入者及び事業主の負担する保険料率に影響を及ぼすため、単に保険者が取組を実施しているか否かといった指標ではなく、加入者や事業主の行動も評価されるものを選定する
 - 制度の公平感や納得感を担保するため、可能な限り定量的指標を選定する
 - 費用対効果やマンパワー等の支部における実施可能性といった点にも配慮する
- また、これらの評価指標の実績値については、既に支部ごとに差が生じている状況にあるが、仮に毎年度の実績値のみで評価を行った場合には、支部ごとの順位が固定化するおそれがあるため、単年度の実績だけでなく、前年度からの実績値の伸び率や数も評価指標とし、それぞれを一定の割合で評価する必要がある。
- その際、既に高い実績をあげている支部については、その後の伸び幅が小さくなる傾向にあることから、前年度からの実績の伸びを評価する際には、支部ごとの伸びしろ（ $100\% - \text{当該支部の実績値}$ ）を踏まえて評価することが公平である。
- さらに、実績値の算出方法については、例えば、支部加入者数を分母とし、分子には、
 - ①支部加入者のうち健診実施者数
又は
 - ②支部の都道府県内の健診機関における健診実施者数（他支部加入者が含まれる。）とすることが考えられるが、今回のインセンティブ制度では加入者の負担する保険料率にその結果を反映するため、加入者自らの行動について、自らが加入し、保険料を負担する支部の実績として評価されるよう、①の方法を採ることが適当である。

【基本的な考え方】

- 実績の算定時期については、通年ベース（毎年4月～3月）でのデータを用いることが、支部ごとの公平性を担保する観点からも重要である（詳細なデータの内容については【具体的な評価方法】を参照）。
- なお、支部ごとの医療費適正化の取組の成果については、医療給付費の抑制を通じて既に現在の保険料率に反映されているが、今回のインセンティブ制度においては、現在の加入者が高齢者となった際の将来的な医療費の適正化に資するという点で後期高齢者支援金に係る保険料率にインセンティブを働かせるものであり、評価の対象が異なる。

【具体的な評価方法】

- 下表のとおり、評価指標及び実績の算出方法を定め、評価指標内では【】で記載した評価割合を用いて評価する（この際、使用するデータは毎年度4月～3月までの分の実績値を用いることとする）。
- 評価方法は偏差値方式とし、平均偏差値である50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点としランキング付けを行う。
- 前年度からの実績値の伸びを評価する際には、以下のとおり支部ごとの伸びしろ（ $100\% - \text{当該支部の実績値}$ ）に占める割合を評価する。

$$\frac{\text{対前年度伸び幅（率）}}{100\% - \text{当該支部の実績}}$$

※【】は評価指標内の評価割合

1 特定健診等の実施率（使用データ：4月～3月の40歳以上の受診者数（事業者健診については、同期間のデータ取り込み者数））

＜実績算出方法＞

自支部被保険者のうち生活習慣病予防健診を実施した者の数 + 自支部被保険者のうち事業者健診データを取得した者の数 +
自支部被扶養者のうち特定健診を実施した者の数

自支部加入者のうち特定健診対象者数 (%)

① 特定健診等の実施率【60%】

② 特定健診等の実施率の対前年度上昇幅【20%】

③ 特定健診等の実施件数の対前年度上昇率【20%】

2 特定保健指導の実施率（使用データ：4月～3月の特定保健指導最終評価終了者数）

＜実績算出方法＞

自支部加入者のうち特定保健指導実施者数（外部委託分を含む。）
自支部加入者のうち特定保健指導対象者数 (%)

① 特定保健指導の実施率【60%】

② 特定保健指導の実施率の対前年度上昇幅【20%】

③ 特定保健指導の実施件数の対前年度上昇率【20%】

※【】は評価指標内での評価割合

3 特定保健指導対象者の減少率（使用データ：前年度特定保健指導該当者であって4月～3月に健診を受けた者の中、その結果が特定保健指導非該当となった者の数）

＜実績算出方法＞

$$\frac{(A) \text{のうち、(前年度積極的支援} \rightarrow \text{動機付け支援又は特保非該当者となった者の数)} + (\text{前年度動機付け支援} \rightarrow \text{特保非該当者となった者の数})}{\text{自支部加入者のうち、前年度特定保健指導該当者であって今年度健診を受けた者の数 (A)}} \times 100 \quad (\%)$$

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（使用データ：4月～3月に受診勧奨を行った者の中、受診勧奨から3か月後までに医療機関を受診した者の数）

＜実績算出方法＞

$$\frac{(A) \text{のうち医療機関受診者数}}{\text{自支部加入者のうち、本部からの受診勧奨送付者数 (A)}} \times 100 \quad (\%)$$

- ① 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【50%】
- ② 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の対前年度上昇幅【50%】

5 後発医薬品の使用割合（使用データ：4月～3月の年度平均値）

＜実績算出方法＞

$$\frac{\text{自支部加入者に対する後発医薬品の数量}}{\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量} + \text{後発医薬品の数量}} \times 100 \quad (\%)$$

- ① 後発医薬品の使用割合【50%】
- ② 後発医薬品の使用割合の対前年度上昇幅【50%】

協会けんぽ激変緩和率の経緯について

これまでの激変緩和率の経緯

- 協会設立直後（平成21年度）の激変緩和率は、1/10。
- 平成22年度～24年度については、保険料率を引き上げるとともに、激変緩和率についても、支部間で変動幅が大きくならないように配慮し、0.5/10ずつ引き上げてきた。
- 一方で、平成25年度・26年度については、激変緩和期間を平成29年度から31年度(令和元年度)まで2年延長したこともあり、保険料率を据え置くとともに、激変緩和率も据え置いた。
- 平成27年度の拡大幅は10分の0.5として、激変緩和率は10分の3.0で設定。
- 平成28年度～31年度（令和元年度）の拡大幅は10分の1.4として、平成31年度（令和元年度）の激変緩和率は10分の8.6で設定。
- 解消期限である令和2年3月31日(令和元年度末)までに、残りの10分の1.4を解消する必要がある。
このため、令和2年度の拡大幅は10分の1.4として、解消期限どおりに激変緩和措置を解消。
これにより、令和2年度以降の都道府県単位保険料率には、激変緩和措置が適用されないこととなる。

