

インセンティブ制度の見直しについて ～基本的な考え方～

令和3年7月5日

全国健康保険協会

インセンティブ制度の見直しについて～基本的な考え方①～

議論の前提

【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。

【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、「評価指標」及び「加算減算の効かせ方」のそれぞれにおいて、現行の枠組みを維持しつつ、上記の「議論の前提」に基づき、以下の①～⑦の視点により次項のような見直しを行ってはどうか。

- 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。

インセンティブ制度の見直しについて～基本的な考え方②～

○ 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、保健事業の指標の実績向上及び底上げを図ることを目的とする。

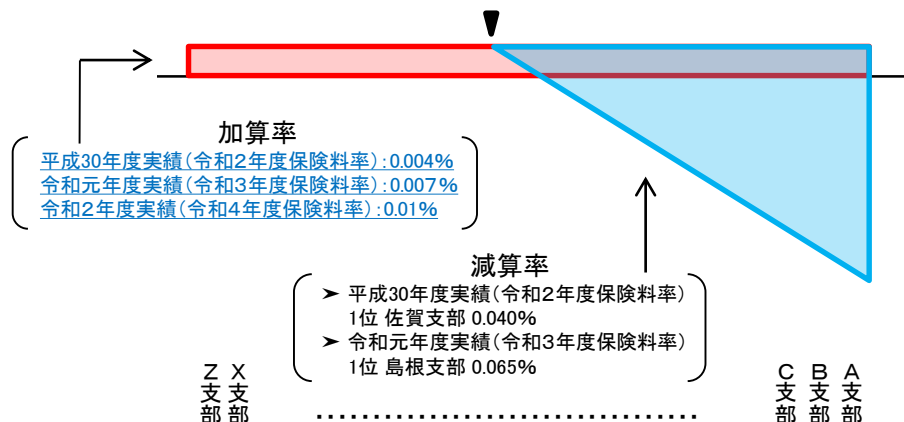
評価指標の見直しの視点

<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

加算減算の効かせ方の見直しの視点

＜現行＞ 上位23支部(半数支部)を減算対象



＜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。〔視点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。「視点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。〔視点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。〔視点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。〔視点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。〔視点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。〔視点③〕

＜加算減算の効かせ方の具体的な見直し＞

H: インセンティブが不十分である層(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。〔視点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分保険料率の引き上げの是非について検討する。
〔視点⑦〕

インセンティブ制度の見直しについて～基本的な考え方③～

制度の枠組みの検討(案)

- 協会内部（本部及び支部）でインセンティブ制度の見直しに関する検討を行ったところ、支部から、現行制度の枠組みの検討に関する意見があった。
- 今回の見直しにおいては、現行制度の枠組みを維持しつつ、支部からの意見を踏まえ、前ページに記載した「具体的な見直し」に沿って見直すこととするが、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、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。
（現行制度の枠組みのあり方に関する見直しの具体的な進め方については、本部において検討を進める。）

参考①：インセンティブ制度の見直しに関する検討スケジュール

- インセンティブ制度の見直しにあたっては、基本的な考え方を決め、その考え方に基づいて、具体的な見直し内容を決定する。
- 具体的なスケジュールは以下のとおり。

	7月	8月	9月	10月	11月
基本的な考え方	<運営委員会> ➤ 基本的な考え方① <評議会> ➤ 基本的な考え方		<運営委員会> ➤ 基本的な考え方②		
具体的な見直し			<運営委員会> ➤ 具体的な見直し内容①	<評議会> ➤ 具体的な見直し内容	<運営委員会> ➤ 具体的な見直し内容②

参考②: 令和2年度以降の加算率のあり方

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
現行のインセンティブ制度	新型コロナウイルスの影響				
	取組	コロナの影響を踏まえた 令和2年度実績の 評価方法を検討 (R3.11の運営委員会で結論)	保険料率反映 加算率???% 〔※ 健保法政省令上 は、加算率は0.01%〕		
見直し後のインセンティブ制度		別途議論 取組	コロナの影響を踏まえた 令和3年度実績の 評価方法を検討 (R4.11の運営委員会で結論)	保険料率反映 加算率???% 〔※ 健保法政省令上 は、加算率は0.01%〕	
		インセンティブ 制度の見直し	取組	集計	保険料率反映 加算率???%

参考③:協会のインセンティブ制度の制度創設時における基本的な考え方

○ インセンティブ制度は、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観点から、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ことで、保険者の取組だけではなく、加入者や事業主の行動を促すことを理念としている。

評価指標に関する基本的な考え方

- 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。
- 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%－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。
- 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。

支部ごとのインセンティブの効かせ方に関する基本的な考え方

- 医療保険制度改革骨子の「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」という趣旨を踏まえれば、全ての支部に今回のインセンティブ制度の効果を及ぼせ、「頑張った者が報われる」仕組みとする必要がある。
- また、協会けんぽについては新たな加減算制度の対象外となり、他の医療保険者との比較による新たな財源は見込まれないことから、まずは今回のインセンティブ制度の財源となる分について、支部間の公平性の担保にも配慮し、全支部が一律の割合で負担するよう、後期高齢者支援金に係る保険料率の算定方法を見直すこと(インセンティブ制度分保険料率の設定)が適当である。
- その際、当該負担分の規模については、協会けんぽの各支部の特定健診実施率等の実績は一定の範囲内に収斂しており、健保組合・共済組合が対象となる見直し後の加減算制度の考え方をあてはめれば、基本的に加算される支部はない状態で負担を求めることとなるため、加入者・事業主の納得性にも十分配慮する必要がある。
- 加えて、インセンティブ制度は保険料率に影響を与える新規制度であることに鑑みれば、新たな加減算制度と同様に、3年程度で段階的に負担を導入していくことが必要である。
- 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、報奨金による保険料率の引下げという形でのインセンティブを付与することが適当である。
- なお、災害その他やむを得ない事情で適切な評価を行うことが困難である支部については、公平性の観点からも、個別の事情に応じて前述の負担及び保険料率の引下げの適用を除外することが適当である。

参考④：インセンティブ制度に関する運営委員会及び評議会での主な意見

インセンティブ制度創設時の運営委員会での主な意見

- 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しない仕組みとしていくのか。
 - ➡（厚労省）例えば、ジェネリック医薬品使用割合は、現在の医療費に関連する指標であり、高齢者の医療費との関連性が低いという指摘があるが、ジェネリック医薬品を使用するような被保険者になれば、将来高齢者になった際にもジェネリック医薬品を使用する可能性が高まるということで、全く無関係ではないと考えている。但し、健康保険組合・共済組合等のように、保険者に義務付けられている特定健診・特定保健指導のみを加算の指標とする等、保険者グループのそれぞれの特性を踏まえた工夫を行っていくことは可能である。

インセンティブ制度の創設に関する意見の取りまとめ

- 協会のインセンティブ制度の在り方について、第89回運営委員会（H29.12.19開催）において意見の取りまとめを行った。支部評議会における意見も踏まえた、運営委員会における主な意見は以下のとおり。

〔評価指標やその重み付けについて〕

- ・ 指標ごとの重み付けについては、必要があれば速やかに見直しを検討すべき。
- ・ 今回の指標では大規模支部に不利な結果となっており、支部ごとの規模や地域性等を考慮する観点からの調整を検討していくべき。

〔支部ごとのインセンティブの効かせ方について〕

- ・ 0.01%のインセンティブ分保険料率については、保険料率へ影響を与える範囲内で、最も低く抑えたものであると理解でき、制度導入時としては妥当。
- ・ 加入者・事業主の行動変容を促すのであれば、初年度から0.01%で実施するか、更に高い率を設定する必要があるのではないか。

本格実施後（平成30年度～）に開催した運営委員会及び評議会における主な意見

<運営委員会>

- ある程度年数が経った時、ばら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。

<評議会>

- 加入者一人ひとりの問題の問題意識として実感できるよう、インセンティブの加算額を大きくしてインパクトを与えるべきである。最終的には目先の問題としてではなく、健康保険制度に関心を持ってもらえるようにしたい。
- 加算率のインパクトが弱い。
- 大規模支部は財源拠出の規模は大きく負担するばかりであり、仮に上位過半数に入ったとしても拠出分を取り返すことも困難である。
- 大規模支部がインセンティブを獲得しづらい現行の仕組みを見直す必要がある。

参考⑤: 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

- 第3期特定健診等実施計画における目標の達成に向けて、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、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により、減算対象の拡大を図った。

後期高齢者支援金加算・減算制度の目的

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度は、後期高齢者支援金を各保険者が分担している現行制度を前提とすれば、75歳以上の高齢者の医療費の適正化に資する保険者は、全体の保険者の財政にも貢献していると考えられること等から、創設されたもの。
- 後期高齢者支援金の加算は、ペナルティを課すだけが目的ではなく、実施率の向上の取組を促すための措置であるので、段階的に対象範囲を広げながら、加算率を引き上げていくことで、実施率の低い保険者の取組の底上げを図っていく。
- また、後期高齢者支援金の減算については、保険者機能の発揮を幅広く評価する観点から、従来の特定健診・特定保健指導の実施率に加え、がん検診・歯科検診、糖尿病等の重症化予防、予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組、事業主との連携(就業上の配慮、受動喫煙防止等の取組)など、複数の指標で総合評価し、達成状況に応じて段階的に減算する。

中間見直しの背景

- 第30回保険者による健診・保健指導等に関する検討会(平成29年10月18日開催)にて、「第3期(平成30年度～令和5年度)の中間年度で、データヘルス計画の見直しと平仄を揃え、新制度の実績を点検し、さらに保険者の総合的な取組を促すよう、減算の指標や配点、評価方法の見直しを検討する」とされていた。
- 加えて、成長戦略フォローアップ(令和2年7月17日閣議決定)において、「健康保険組合等の予防・健康事業の取組状況に応じて後期高齢者支援金を加減算する制度について、令和2年度中に保健事業の効果や最大±10%と強化したインセンティブ措置の影響分析等を行うとともに、令和3年度以降の加減算における対象範囲、各評価指標や配点について、成果指標の拡大や配分基準のメリハリを強化する等の見直しを行う。」こととされた。

中間見直しの概要

- 第3期特定健診等実施計画における目標の達成に向けて、主に以下の見直しを行った。
 - ・ 特定健診・特定保健指導やその他の取組に関する実施率の向上に繋がるよう、加算対象となる特定健診及び特定保健指導の実施率の範囲を拡大し、加算率については、実施率が特に低い保険者を法定上限の10%とするとともに、実施率を一定間隔に区分し、段階的に設定する。(詳細は9Pを参照)
 - ・ 減算対象の実質的なボトルネックとなっている特定保健指導の基準値を緩和し、多くの保険者が基準値を達成している項目(特定健診)については、基準値を据え置くことで、減算対象の拡大を図った。(詳細は10Pを参照)

参考⑥：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

加算の見直しに関する考え方

- 令和5年度の目標達成に向けて、特定健診・特定保健指導やその他の取組に関する実施率の向上に繋がるよう、加算対象及び加算率を設定する。
- 具体的には、(1)全保険者目標(※1)を達成できていること、(2)保険者種別の目標達成に向けて保険者種別毎に実施率の平均値を大きく下回っていないこと(※2)、このいずれかに該当することが加算を免れる要件とし、加算率の上限値は、現行の上限値を下回らない範囲で、(1)(2)のいずれか低い方とする。
 - ※1 特定健診は70%、特定保健指導は20%(第3期特定健診等実施計画では令和5年度末までに全保険者目標値45%と定めているが、本制度においては、その概ね半分の20%まで達することを目指している)が全保険者目標となる。
 - ※2 現行の加算対象の上限値を下回らない範囲で、平成30年度における保険者種別毎の実施率平均値から1SD(標準偏差)を引いた値を設定する。具体的には、特定健診における単一健保の値は72.9%、共済組合の値は75.6%、総合健保等の値は63.2%であり、特定保健指導における単一健保の値は9.1%、共済組合の値は11.7%、総合健保等の値は3.1%である。
- このことを踏まえ、加算対象の実施率の上限を設定すると、特定健診は単一健保・共済組合が70%、総合健保等が63.2%、特定保健指導は単一健保が10%、共済組合が11.7%、総合健保等が5%となる。
- 加算率は、実施率が特に低い保険者を法定上限の10%とするとともに、実施率を一定間隔に区分し、段階的に設定する。なお、現行制度の延長として年度ごとに段階的に加算対象の上限値を引き上げていくが、新型コロナウイルスの影響を踏まえ、令和3年度は令和2年度の加算対象・加算率を適用する。

加算要件の見直し内容

特定健診の実施率			加算率					
単一健保	共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済、全国土木建築国保	H30年度 (H29年度実績)	R元年度 (H30年度実績)	R2年度 (R元年度実績)	R3年度 (R2年度実績)	R4年度 (R3年度実績)	R5年度 (R4年度実績)
45%未満	42.5%未満	42.5%未満	1.0%	2.0%	5.0%	(10%) 5.0%	10%	10%
45%以上～50%未満	42.5%以上～45%未満	—	—	0.5%(※3)	1.0%(※3)	(2.0%) 1.0%(※3)	3.0%	
50%以上～57.5%未満	45%以上～50%未満	—	—			—	—	
57.5%以上～60%未満	50%以上～55%未満	—	—	—	—	(0.5%) (※3)	1.0%	2.0%
60%以上～65%未満	55%以上～60%未満	—	—	—	—	—	0.5%(※3)	1.0%
65%以上～70%未満	60%以上～63.2%未満	—	—	—	—	—	—	0.5%(※3)

・特定健診と特定保健指導の加算率を合計して10%を超える場合の加算率は10%(法定上限)となる。

・(※3)該当年度において、特定健診・保健指導(法定の義務)以外の取組が一定程度(総合評価の項目で集計)行われている場合には加算を適用しない。

・見直しの箇所は赤字で記載。

・R3年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響を考慮しR2年度の加算対象及び加算率を適用する。なお、R3年度(R2年度実績)のカッコ内の数値は、仮に新型コロナウイルス感染症拡大の影響による対応を行わなかった場合の加算率である。

特定保健指導の実施率			加算率					
単一健保	共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済、全国土木建築国保	H30年度 (H29年度実績)	R元年度 (H30年度実績)	R2年度 (R元年度実績)	R3年度 (R2年度実績)	R4年度 (R3年度実績)	R5年度 (R4年度実績)
0.1%未満			1.0%	2.0%	5.0%	(10%) 5.0%	10%	10%
0.1%以上～1%未満			0.25%	0.5%	1.0%	(2.0%) 1.0%	3.0%	
1%以上～2.75%未満	1%以上～1.5%未満	—					4.0%	
2.75%以上～5.5%未満	1.5%以上～2.5%未満	—	0.25%(※3)	0.5%(※3)	—	—	2.0%	3.0%
5.5%以上～7.5%未満	2.5%以上～3.5%未満	—	—		—	—	(1.0%) 0.5%(※3)	1.0%
7.5%以上～10%未満	3.5%以上～5%未満	—	—		—	—	(1.0%) 5.0%(※3)	0.5% 健保等のみ(※3)
—	10%以上～11.7%未満 (R3年度実績)	—	—	—	—	—	0.5%(※3)	1.0% 健保等のみ(※3)
R4年度実績における加算対象の上限はR元実績をもとにR3年度中に設定			—	—	—	—	—	—

参考⑦: 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

減算の見直しに関する考え方

- 令和5年の保険者種別ごとの特定健診・特定保健指導の実施率の目標達成には、中間層の実施率の引き上げが不可欠であるが、平成30年度加算・減算の実績では、加算と減算のいずれも対象保険者は100程度に限られ、中間層に対する実質的なインセンティブが不十分である。
- また、現状の減算要件は、7つある大項目ごとに複数の重点項目があり、これを1つ以上達成することが必要となっている。制度検討時の検討会では、この重点項目の達成項目数の増加を令和元年度以降に検討することとしていたが、現状でも項目が多岐に渡っており、焦点が定まりづらいとの声がある。
- これらを踏まえ、減算対象の実質的なボトルネックとなっている項目（特定保健指導など）の基準値を緩和し、多くの保険者が基準値を達成している項目（特定健診など）については、基準値を据え置くとともに、大項目2に限り、重点項目2つ以上を減算対象要件とした。

主な減算要件の見直し内容

項目（令和3年度から令和5年度）	見直しの概要
大項目1: 特定健診・特定保健指導の実施（法定の義務）【配点:0～85】 ① 特定健診・特定保健指導の実施率（実施率が基準値以上※4）【0～50】 ② 被扶養者の特定健診・保健指導の実施率（基準値※4に対する達成率）【0～10】 ③ 特定保健指導の対象者割合の減少【0～25】 ※4 ①②の基準値 特定健診:単一・共済81% 総合等76.5% 特定保健指導:単一・共済30%、総合等15% <見直し前>大項目1: 特定健診・特定保健指導の実施（法定の義務）【配点:0～65】 ①保険者種別毎の基準値達成<特定健診:単一・共済81% 総合等76.5%かつ特定保健指導:単一49.5%、共済40.5%、総合等27%> 【0～65】 ②特定健診の実施率の上昇幅（①の保険者は対象外、前年度から5or10ポイント上昇した場合に評価）【0～20】 ③特定保健指導の実施率の上昇幅（②と同様）【0～20】	・ これまでは、保険者種別（単一、総合等）ごとの特定健診・特定保健指導の目標達成状況や、前年度からの伸び幅の目標達成状況を評価していた。（例:単一健保は特定健診90%達成かつ特定保健指導60%達成で65点の評価となる） ・ 見直し後は、主に減算対象のボトルネックとなっている特定保健指導の基準値を緩和。 ・ 被扶養者の特定健診・特定保健指導の実施率の基準値に対する達成率で評価。 ・ 特定保健指導の対象者割合の減少（大項目2からの移動）は、対象者割合が前年度から1.5or3ポイント減少した場合に評価していたが、見直し後は前年度からの減少幅に係数（2.5）を乗じて評価。
大項目2: 要医療の者への受診勧奨、糖尿病等の重症化予防【配点:0～21】 ① 個別に受診勧奨・受診の確認【0or5】 ② 受診勧奨対象者における医療機関受診率【0～10】 ③ 糖尿病性腎症等の生活習慣病の重症化予防の取組【0～6】 <見直し前>大項目2: 要医療の者への受診勧奨・糖尿病等の重症化予防【配点:0～22】 ①個別に受診勧奨【0or4】 ②受診の確認【0or4】 ③糖尿病性腎症等の重症化予防の取組【0or4】 ④特定保健指導の対象者割合の減少（対象者割合が前年度から1.5or3ポイント減少した場合に評価）【0～10】	・ これまでは、受診勧奨と受診確認を実施することで評価としていたが、見直し後は、これらを1つの指標に統合し、新たに受診勧奨後の医療機関受診率を評価。（例:受診率を把握することで5点がつき、その受診率が40%の場合（$40\% \times 5 = 2$）は2点を追加し7点で評価） ・ 糖尿病性腎症等の重症化予防の取組は、レセプトから治療中断者に受診勧奨を行うなどで評価していたが、見直し後は、受診勧奨後、受診がない者は更に面談等を実施することなどが追加された。
大項目4: 後発医薬品の使用促進、加入者の適正服薬を促す取組の実施状況【配点:0～22】 ① 後発医薬品の理解促進、後発医薬品差額通知の実施、効果の確認【0or3】 ② 後発医薬品の使用割合（使用割合が基準値以上）【0～15】 ③ <新指標>加入者の適正服薬の取組の実施【0or4】 <見直し前>大項目4: 後発医薬品の使用促進 ①後発医薬品希望カード等の配布【0or4】 ②後発医薬品差額通知の実施【0or4】 ③効果の確認【0or4】 ④後発医薬品の使用割合が高い【0～5】 ⑤後発医薬品の使用割合の上昇幅【0～5】	・ これまでは、希望カードの配布、差額通知の実施及び差額通知の効果額や切替率を把握することや、使用割合の実績状況や上昇幅を評価していた。 ・ 見直し後は、後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報提供や、使用割合の基準値（75%）を超えた割合を評価する。 ・ また、新たに加入者の適正服薬の取組として、服薬情報の通知や個別に指導する等の取組を実施し、その後の改善状況を確認・評価することが追加された。