
平成28年度第4回
評議会資料#3

インセンティブ制度について

平成29年3月27日



1. インセンティブ制度の検討状況

協会けんぽにおける保険者インセンティブについて

1/31運営委員会における厚生労働省保険課からの説明

- 現行の後期高齢者支援金の加算・減算制度については、特定健診・保健指導の実施にあたって、保険者の規模、地域・職域の別など、保険者ごとに状況が異なる中で、一律に実績を比較することは不適切である等の課題が指摘されてきた。
- このため、協会けんぽについては、保険者としての規模等に鑑み、新たな加算・減算制度の対象外とするとともに、「新たなインセンティブ制度の創設に向けた検討を行う」(日本再興戦略改訂2015)こととしている。

※ 現行の加算・減算制度は、協会けんぽも含めた全保険者を対象としているが、加算減算の対象となる保険者は限定されており、協会けんぽは加算・減算がなされていない。一方、医療保険制度改革骨子では、この加減算制度について、平成30年度から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」することとしている。その際、特段の手当をしなければ、平成30年度からは、協会けんぽについても加算の対象となる可能性があるが、協会けんぽは保険者としての規模が大きく、後期高齢者支援金の額の約3分の1を負担しているため、保険者間で行われる財政中立的な加算・減算制度の運営に支障をきたす可能性がある。

- 新たなインセンティブ制度は、他の保険者種別と同様のものとする必要があるが、
 - ・ 他の保険者種別では、その保険者種別の内部で競争する形でインセンティブ制度を設けていること
 - ・ 後期高齢者支援金の加算・減算は、最終的には、健保組合等の保険料率に反映されるものであること
 - ・ 協会けんぽでは、医療費の地域差を反映させる等の観点から、都道府県単位保険料率を採用していること等から、協会けんぽについては、各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映させることとしたい。
- なお、法令上の手当については、具体的な制度設計が決まり次第、平成29年度末までに、政令改正等により行う予定。

2. インセンティブ制度の主な論点

【論点1】評価指標の選定

- ①保険者による健診・保健指導等に関する検討会でとりまとめられた指標、特に支部業績評価項目となっている事項を中心に検討。
- ②特定健診の受診率など、保険料の負担者である加入者・事業主の行動が評価されるものを中心に選定することが考えられる。

【論点2】評価指標ごとの重み付け

- ①特定の指標に係るウェイトを増やすかどうか。
- ②偏差値方式で評価を行い、指標ごとの偏差値を素点とした上で、全指標の素点を合計したものを支部の総得点とすることが考えられる。
- ③平成29年度の試行的実施（保険料率への反映はしない）の結果等も踏まえつつ検討していく。

【論点3】後期高齢者支援金の加算・減算方法

- ①協会けんぽにおけるインセンティブ制度については4つの案を検討。
- ②現行の後期高齢者支援金制度の加算・減算制度と同様に災害その他やむを得ない事情で取り組みを行うことができなかった支部については適用除外としてはどうか。
- ③協会で負担する後期高齢者支援金の総額は変わらないため、加算対象支部の加算額合計と減算対象支部の減算額合計は等しくする。

【論点4】後期高齢者支援金の加算率・減算率

- ①現行の後期高齢者支援金の加算・減算制度においては、加算・減算率の上限は10%とされる一方で、実際の加算率は0.23%に設定されている。加算率・減算率についてどう考えるか。
- ②健保・共済が対象となる加減算制度の見直しにおいては、最大の加算率を2%とする案が提示されている。
- ③見直し後の制度開始後2年間は段階的实施とする案が提示されているため、インセンティブ制度も新たに導入する制度であることに鑑み、そうした段階的実施の必要性についても検討していく。

3. 前回評議会での主な支部意見

前回評議会でのインセンティブに対する主な意見

1	評価指標について努力度合などにしてしまうと、数字の伸び率が加算・減算に影響してきてしまう可能性がある。伸び率を評価指標にしてしまうと、今まで高い実績を残してきた支部には伸び率の余力がないため不公平である。なるべく定量的で公平的な観点から評価指標を選定することが望ましい。
2	地域ごとに特性みたいなものがあり、地域によっては、その評価指標への取り組みが難しいものも出てくると思う。
3	保険料率が高い支部は、また料率が上がる可能性があるのであまりいい制度ではない。
4	少子高齢化の中、だんだんと医療費は上がっていくので、課題への対策のひとつとして、導入はやむを得ない。心配なのは、インセンティブの加減率が、2パーセント、5パーセント、10パーセントと上がっていくリスクがある。加減率の上限について、スタートの段階からしっかりとした議論が必要である。
5	インセンティブ制度について、慎重で丁寧な議論を進めていただきたい。決定したのでスタートしますということではなく、制度設計の節目において各支部の意見を聞き、丁寧な制度設計を進めていただきたい。

4-1. 運営委員会での主な質疑

インセンティブ制度を活用することは、特定健診・保健指導などの積み重ねにより、各支部の医療給付費が減っていき、保険料率に反映してくると考えてよろしいか。

インセンティブ制度の指標として、健診・保健指導の実施率やその他の健康づくり、予防づくりの取り組みなどが考えられる。継続してそういった取り組みを実施していけば、被保険者は健康になっていき、医療費も削減できる。最終的には、医療費の適正化や健康寿命を延ばすことにつながっていくと考える。

例えば、新潟支部と佐賀支部を比べると料率に差がある。しかし、佐賀支部でもいろいろな取り組みを実施している。そう考えると、取り組みを行っていても料率にあまり影響がないのではないか。

今後、取組指標や加算・減産の計算方法を決めていくなかで、採点方法を検討していく。恐らく偏差値方式を採用することになるが、既に高いところと低いところと、昨年度の実績をどう評価するか。同じ数値の中でも、評価を幾つかに内訳を分けて、合計点でやるような形になると考えられる。

後期高齢者支援金の加算・減算に関わるということで、後期高齢者の医療費等に直接、間接的に絡むものから指標を選ぶべきか。関連性が薄いものは選ばないのか。

例えば、ジェネリック医薬品について、今の医療費を減らすことはできるが、高齢者医療へ関わりは低いのではという意見がある。しかし、ジェネリック医薬品を使う被保険者になっていけば、将来、後期高齢者医療になったときも、ジェネリック医薬品を使う可能性が高まるので全く無関係ではない。健保組合等では、特定健診・保健指導に重みづけが多いので、加算の指標に使おうとか、いろいろ取組んでいるところは、減算の指標に使おうとか、保険者ごとに重みづけをしている。

4-2. 運営委員会での主な質疑

現在の保険料率は、地域の医療費に基づいて大きく差がついている。そこにはジェネリック医薬品の使用割合等は既に反映されているはずなので、ダブルカウントにならないか。

既に反映されている部分もあるので、それを踏まえて、どういうふうアレンジしていくかは、いろいろあってしかるべきと考えている。健保組合は組合数も多く、力を入れて取り組んでいる組合と、そうでない組合との格差が大きい。

協会の場合、47都道府県の支部という形なので、健保組合と全く同じということではないようにも思われる。そういうことを踏まえながら、総合的に検討いただければと考えている。

最終的に取組指標は各保険者がある程度は選んでいいのか。

保険者による健診・保健指導等に関する検討会で既に共通項目を取りまとめている。

各指標の重みづけ等についてはいろいろと変えていくことが可能であると考えている。

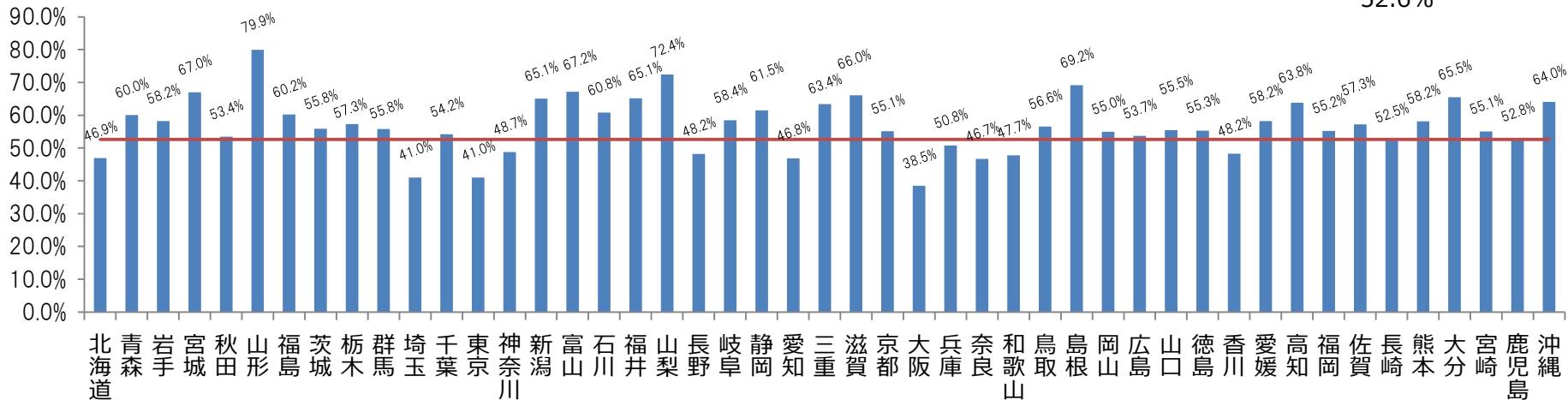
都道府県支部に対してインセンティブを働かせるのはどういう意味なのか。職員に対してもっと取組みを頑張れという話なのか。事業主に対して、もっと頑張っていたきたいという話なのか。

支部、加入者、事業主の取組みが総体的に保険料率に影響する。例えば、健診であれば、健診の受診率の向上を支部の職員と事業主、加入者が一緒になって目標を持ち、その支部の保険料率にマイナスの影響が出るような仕組みづくりを実施していく。

インセンティブ制度において考えられる評価項目の実績

健診受診率（被保険者計）

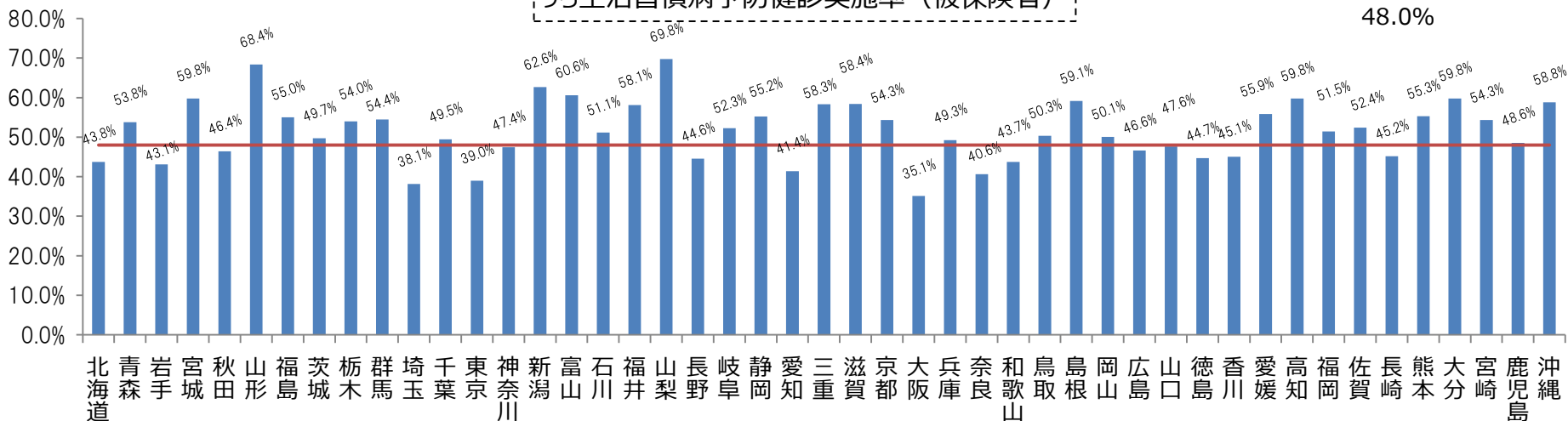
全国平均：
52.6%



平成27年度の実績であり、「支部の所在する都道府県内にある医療機関等で生活習慣病予防健診を受診した者の数 + 支部の所在する都道府県内にある医療機関等から事業者健診データを取得した者の数 / 支部被保険者の数」(%)で算出。

うち生活習慣病予防健診実施率（被保険者）

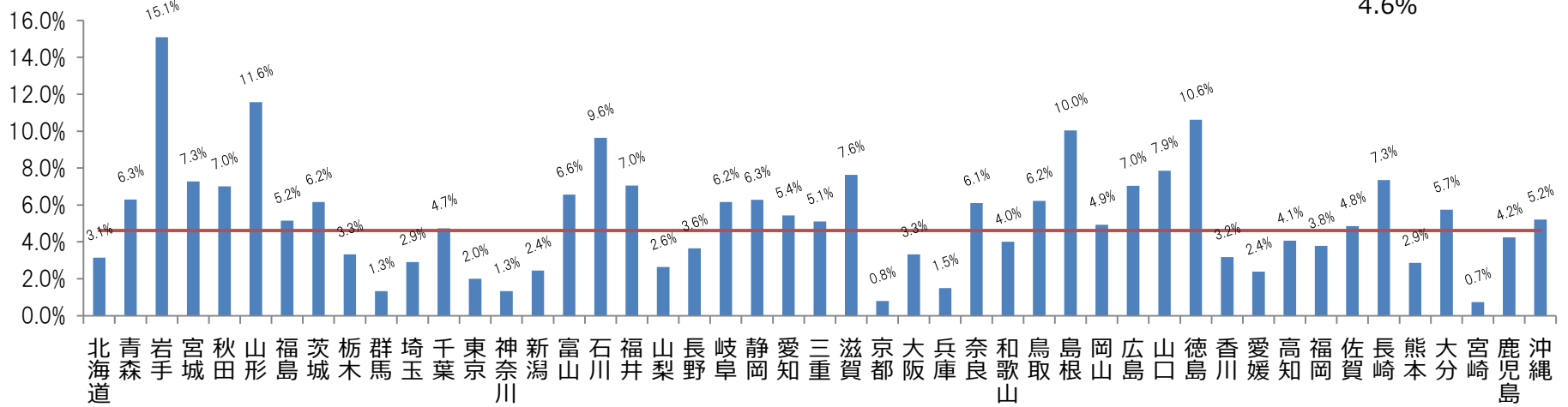
全国平均：
48.0%



平成27年度の実績であり、「支部の所在する都道府県内にある医療機関等で生活習慣病予防健診を受診した者の数 / 支部被保険者の数」(%)で算出。

うち事業者健診データの取得率

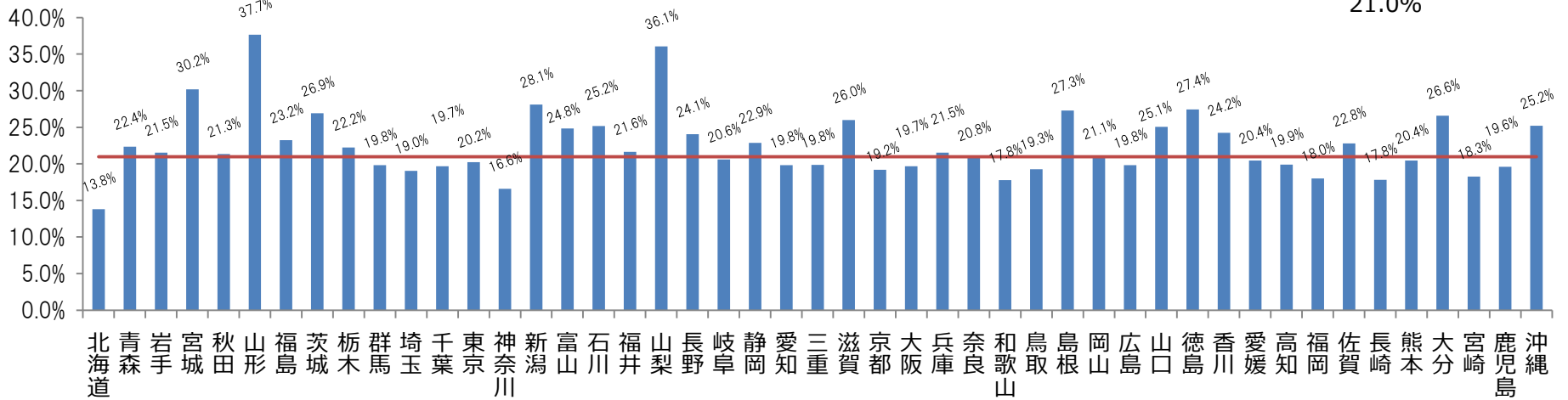
全国平均：
4.6%



平成27年度の実績であり、「支部の所在する都道府県内にある医療機関等から事業者健診データを取得した者の数／支部被保険者の数」(%)で算出。

特定健診実施率（被扶養者）

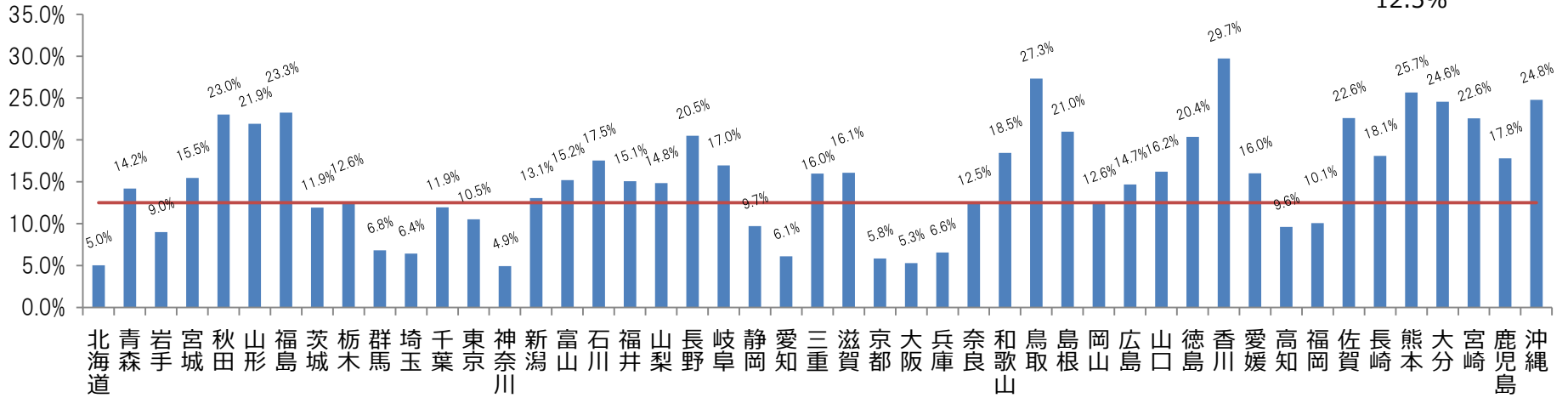
全国平均：
21.0%



平成27年度の実績であり、「支部の所在する都道府県内にある医療機関等で特定健診を受診した者の数／支部被扶養者の数」(%)で算出。

特定保健指導実施率（被保険者+被扶養者）

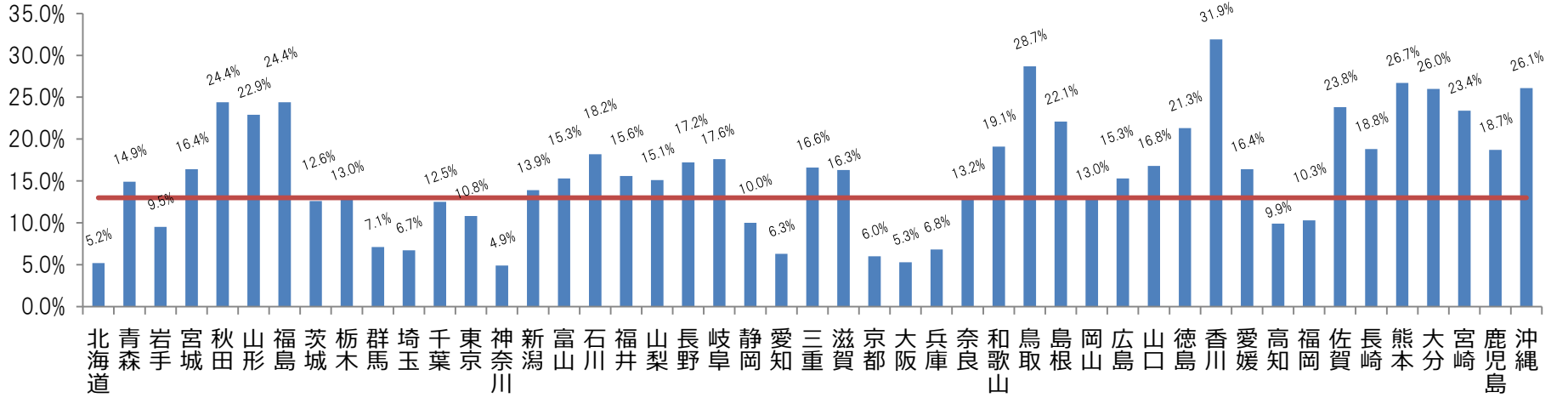
全国平均：
12.5%



平成27年度の実績であり、「特定保健指導実施者の数（外部委託分を含む）／特定保健指導対象者の数」(%)で算出。

うち特定保健指導実施率（被保険者）

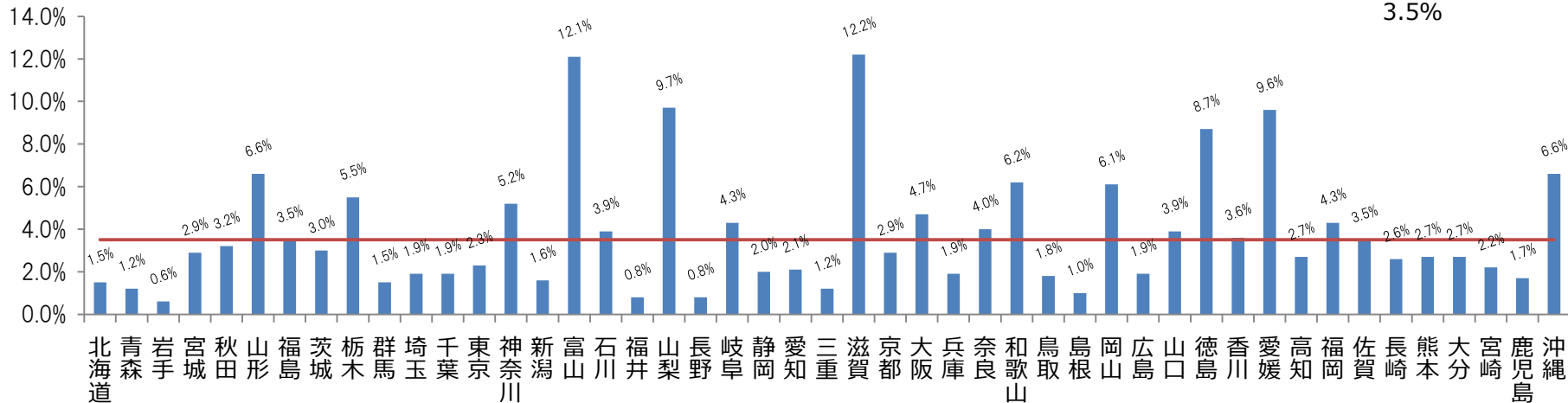
全国平均：
13.0%



平成27年度の実績であり、「特定保健指導実施者の数（外部委託分を含む）／特定保健指導対象者の数」(%)で算出。

うち特定保健指導実施率（被扶養者）

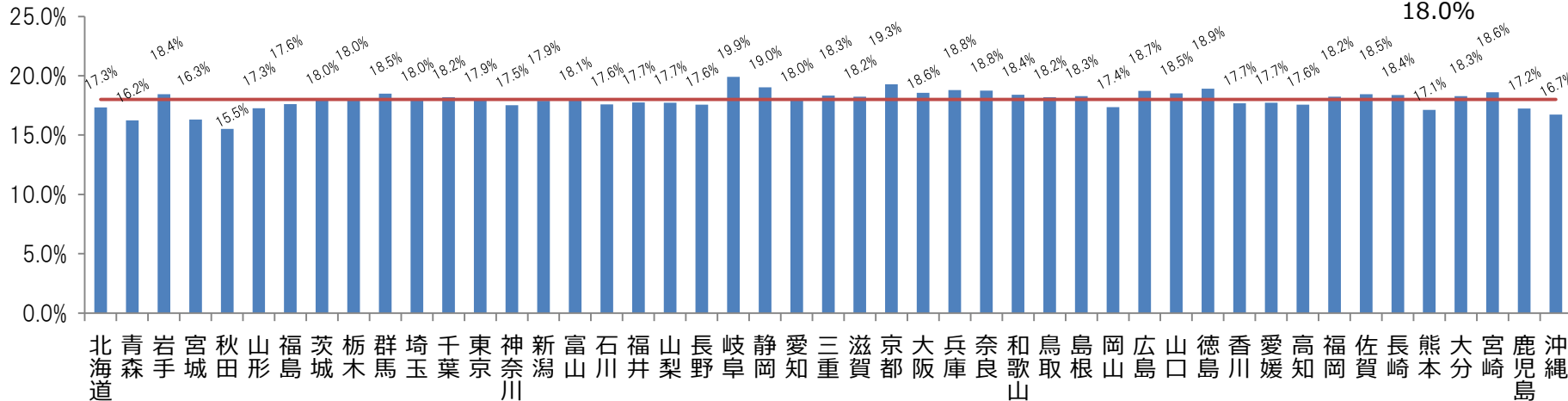
全国平均：
3.5%



平成27年度の実績であり、「特定保健指導実施者の数（外部委託分を含む）／特定保健指導対象者の数」（%）で算出。

メタボ該当者率及び予備群の減少率

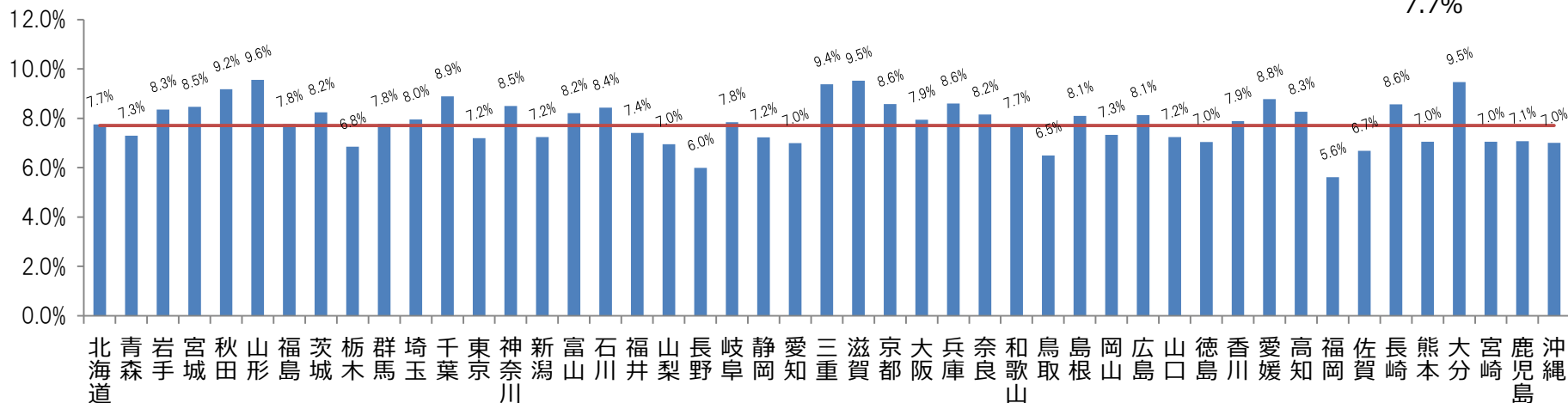
全国平均：
18.0%



平成27年度の実績であり、「（前年度メタボ該当者のうち、今年度メタボ予備群及び非該当者の数＋前年度メタボ予備群のうち、今年度メタボ非該当者の数）／前年度メタボ該当者及び予備群のうち今年度も健診を受けている者の数」（%）で算出。

受診勧奨を受けた要治療者の受診率

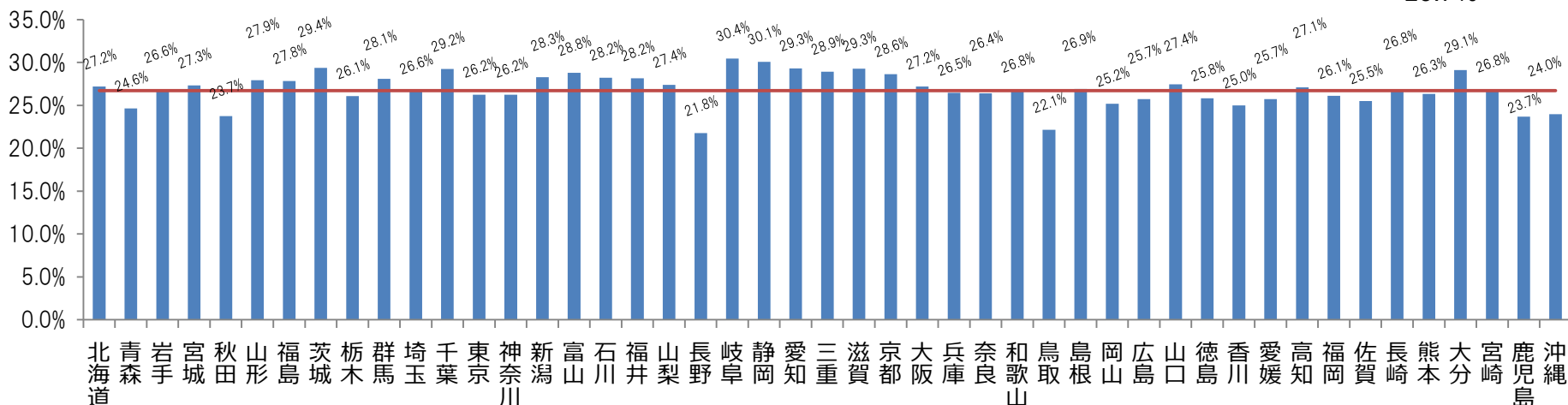
全国平均：
7.7%



平成27年度の実績であり、「(A)のうち医療機関等受診者数/加入者のうち受診勧奨送付者数(A)」(%)で算出。

特定保健指導実施者の翌年度の健診結果の改善率

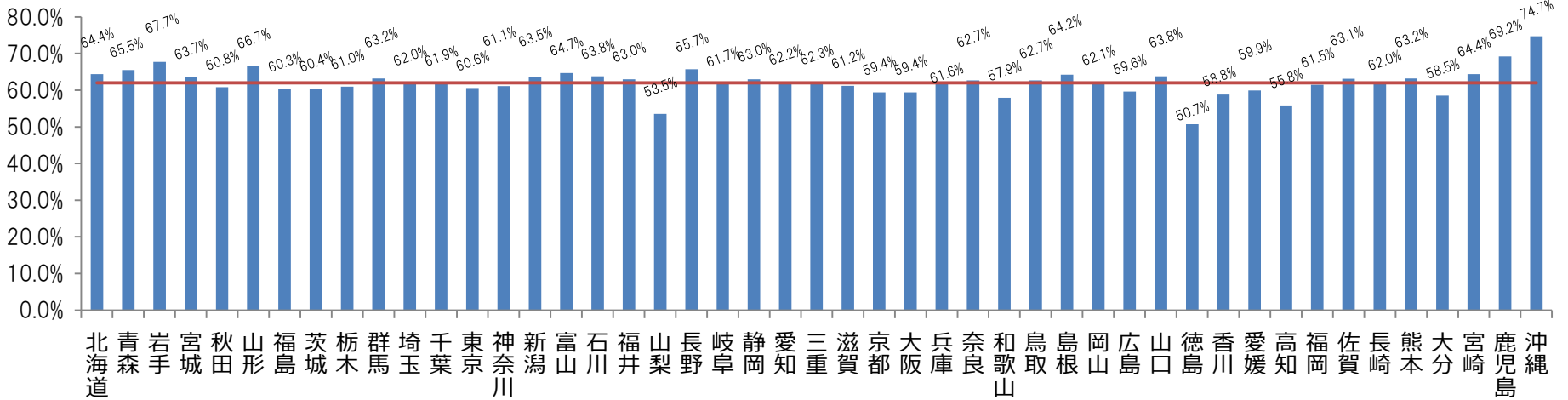
全国平均：
26.7%



平成27年度の実績であり、「(A)うち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数/前年度特定保健指導を利用した者のうち、今年度健診を受けた者の数(A)」(%)で算出。

ジェネリック医薬品使用割合

全国平均：
62.0%



平成27年度の2月実績であり、加入者の適用されている事業所所在地の「ジェネリック医薬品の数量 / (ジェネリック医薬品のある先発医薬品の数量 + ジェネリック医薬品の数量)」 (%) で算出。