

## 資料（2） インセンティブ制度について



# 〈インセンティブ制度に関する東京支部評議会及び支部長の意見〉

平成29年10月31日(火)  
第58回東京支部評議会より

13東京

支部

意見内容	意見者 (学識、事業主、被保険者、評議会意見、支部長意見)
1. ①評価指標【実績の算出に使用するデータの範囲、実績値の伸びの評価方法等】、②評価指標ごとの重み付けについて	
この評価指標では、大規模支部は極めて不利と思われる。例えば、「1人あたりの医療費の改善」を評価指標に加えて見てみるべきである。	被保険者代表
特定健診受診率では、「分母をいつの時点で取るか」が問題となる。分母を年度末の数値でとった場合、支部によって、年度初めから年度末までの加入者の増減に差があり、平等ではない。年度初めの数値を分母にとり、1年間の実績で評価するべきである。	被保険者代表
加入者数が増え続ける東京で、この評価指標で数値を上げるには極めて困難である。例えば、評価指標そのものではなく、何か係数を入れることによって調整を図るべきである。	事業主代表
シミュレーションに使用した元のデータがないので、この評価指標でよいのか正確に判断できない。	被保険者代表
現行の案では、大規模支部に極めて不利に働く評価指標であり、賛成はできかねる。だが、閣議決定されており、評価指標に改善の余地はあるが、インセンティブ制度を導入せざるを得ない。	評議会意見
2. ③支部ごとのインセンティブの効かせ方について【インセンティブ保険料率0.01%（平成30年度0.004%→平成31年度0.007%→平成32年度0.01%）等】	
インセンティブ保険料率が段階的に上がり、平成32年度で0.01%になるわけだが、0.01%がインセンティブとしてどの程度働くのか。それを見ていき、必要に応じて改善していく必要がある。	学識経験者
3. その他	
インセンティブ制度の目的は、「保険者の努力を保険料率に反映すること」にある。大規模支部では、職員1人当たりの加入者数が多く、マンパワーも不足しており、不利である。	被保険者代表
健診を受診した結果など、取り組んだことがインセンティブに反映され、報われる制度であればよいが、現在の評価方法では適切に反映されない。東京支部は「取られ損」の印象がある。	被保険者代表
「数」ではなく「率」が評価指標ということであれば、大規模支部は不利である。東京は事業所数、加入者数ともに増加しており、東京の加入者は延々と他県の加入者のために負担し続けることになる。このまま進めていくと、企業によっては「インセンティブ倒産」が発生するかもしれない。	事業主代表
保険者や事業主、加入者の努力結果が評価されるべきだが、この評価方法では努力結果が評価に反映されるとは思えない。別の評価方法はないものか。	事業主代表
閣議決定されていることなので、評価指標に改善の余地はあるが、インセンティブ制度を導入せざるを得ない。	学識経験者
<p>今回のインセンティブ評価項目そのものは、これまでの重点的取り組みを反映したものであり、これを促進することで加入者や事業者にとって中長期的に利益になるものとする。協会けんぽとしてこれらに重点的に取り組むことに異存はない。</p> <p>しかしながら、事業所や加入者の規模と東京支部のマンパワーを考慮すると、今回の制度導入は東京支部にとってプラスになるものとは言い難い。努力を重ねても、各項目の評価を上げ抛出以上のリターンが得られる上位に持っていくことは現実的に極めて困難である。また上位になっても計算上小規模支部のような大きなリターンは得られない。これらを考慮すると、事業者や被保険者にとって「努力した者が報われる」ものになるか、はなはだ疑問である。</p> <p>改善策としては、5項目の総合点でなく、項目ごとに結果反映することで、「努力した結果が保険料に反映され易い」形をつくるのが考えられる。 (反映は小数点第三位以下となるが、支部保険料率の決定プロセスに反映されると説明できる)</p> <p>細かな点では、計算の分母は期初人員としていただきたい。理屈上も、期初の対象者に期間中にどのような働きかけを行い、結果を導いたかが評価対象となるべきで、期末人員でカウントするのは説明が困難である。</p>	支部長意見



# 全国健康保険協会運営委員会（第88回）議事次第

日時：平成29年11月28日(火) 15:00~17:00

場所：アルカディア市ヶ谷 阿蘇（6階）

## 〔議題〕

1. 平成30年度保険料率について
2. インセンティブ制度について
3. 保険者機能強化アクションプラン(第4期)について
4. 平成30年度事業計画について
5. その他

## 〔資料〕

- 資料1-1 平成30年度の保険料率について<支部評議会における主な意見>
- 資料1-2 平成30年度保険料率に関する論点について
- 資料2-1 インセンティブ制度について<支部評議会における主な意見>
- 資料2-2 インセンティブ制度の本格実施（案）について
- 資料3-1 保険者機能強化アクションプラン(第4期)の概要（案）
- 資料3-2 保険者機能強化アクションプラン(第4期)（案）
- 資料4-1 平成30年度事業計画の概要（案）
- 資料4-2 平成30年度事業計画（案）
- 資料5 平成29年度事業計画の上期の進捗状況について
- 資料6-1 中央社会保険医療協議会等について
- 資料6-2 平成30年度診療報酬改定に関する要請
- 資料6-3 オンライン資格確認等について  
（平成29年11月8日 第108回社会保障審議会医療保険部会資料）
- 資料7 保険財政に関する重要指標の動向

## 〔別紙〕

第86回運営委員会（平成29年9月14日）提出資料の修正について



## インセンティブ制度に係る支部評議会等における主な意見の概要

### 1. 評価指標について

#### (1) 評価指標の設定のあり方等

##### 【主な意見】

- ・ 評価指標には、健康経営や喫煙に関する事項等も追加できないか検討すべき。
- ・ 実績値の伸びの評価方法として、伸びしろを踏まえることは良い方法である。
- ・ 大都市を抱える大規模支部ほど健診及び保健指導の実施率が低い傾向にあり、単年度の実績値よりも前年度からの実績値の伸びを大きく評価すべき。

#### (2) 支部ごとの規模や地域性等の考慮

##### 【主な意見】

- ・ 大規模支部では加入者が増え続けており、評価指標にある健診実施率等を上げることは困難。このため、評価指標ごとに調整係数のようなものを設定し、調整を図るべきである。

### 2. 評価指標ごとの重み付けについて

##### 【主な意見】

- ・ 指標ごとに同じ配点ではなく、それぞれに重み付けをすべき。
- ・ 提案どおりで差支えないが、見直しが必要となれば、速やかに対応を行っていただきたい。

### 3. 支部ごとのインセンティブの効かせ方について

#### (1) インセンティブ分保険料率（0.01%）

##### 【主な意見】

- ・ 0.01%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。
- ・ 自らは健診受診率の向上へ努力している一方、他の加入者がそうでないためにインセンティブを得られない可能性もあることから、財源分の負担はできるだけ小さくして欲しい。
- ・ 加入者・事業主の行動変容を促すのであれば、0.01%ではインセンティブが働かないのではないか。

## **(2) インセンティブ分保険料率を3年間で段階的に導入することについて**

### **【主な意見】**

- ・ インセンティブ保険料率を3年間で段階的に導入することは妥当。
- ・ 平成30年度のインセンティブ保険料率の0.004%では、インセンティブとしての効果が弱いことから、最初から0.01%であれば頑張った甲斐があったと実感できるようになるのではないか。

## **4. その他**

### **【主な意見】**

- ・ 全支部に公平にチャンスを与え、協会けんぽ全体の数字を上げるためには、支部を2から3つのグループに分けて評価を行うべき。
- ・ 本当の意味でのインセンティブとするのであれば、加入者・事業主から原資を求めるのではなく、国からの予算や法定準備金を活用すべきである。
- ・ インセンティブの使い途として、健診の費用補助などに活用させてはどうか。
- ・ 各評価指標について、実施率の低い事業所や地域単位で結果を公表していくべき。
- ・ インセンティブ制度が加入者の行動変容につながるように、制度趣旨を十分に周知したうえで実施すべきである。
- ・ 協会にインセンティブ制度を導入することがおかしい。協会内だけで財源を負担して競わせ、ペナルティを課す仕組みで本当に良いのか。



## 意見の詳細

### 1. 評価指標について

#### (1) 評価指標の設定について

##### 評議会の意見

国が医療費の適正化に向けてインセンティブ制度を導入する流れにあることは理解する。しかし、評価年度によって支部の順位が大きく変わるケースもあることから、評価指標などは今後も検討の余地があると考える。(秋田)

指標4に関して、医療機関数や医師数については地域差があるため、病院に受診したくてもできない人がいることを踏まえて、医療機関数や人口当たりの医師数等の地域の医療提供体制の実情を考慮してほしい。評価指標として医療機関数や人口当たり医師数について補正係数を入れることを強く要望する。(茨城)

指標4に関して、支部の取組実績を評価をするために、一次勧奨の受診率のみではなく、支部が実施した二次勧奨対象者の受診率も評価項目として加えてほしい。(茨城)

評価指標の内容は、医療費削減効果が期待できる項目だから選ばれていると思うが、これらの指標による実際の医療費削減額が数値化されていないと、評価指標が妥当か判断できない。(長野)

評価指標や重みづけについては、全国的にも今まで取り組んできた指標なので、こういった指標を取られているということは評価できる。(三重)

今の段階で評価指標と評価指標ごとの重み付けに対して個別に意見をすることは困難。実際にやってみてから再度検討したほうがよいのではないか。(福岡)

※支部長意見も同様

評価指標は、分かりやすい指標であり、加入者・事業主の行動が評価される内容となっていれば、納得いただけるのではないか。また、実績の算定時期は通年ベース(4月～3月)でよいと考える。(宮崎)

※支部長の意見も同様

##### 支部長の意見

保険料率に直接影響を与える評価指標は公平・正確であるべきであり、例示されている指標で公平な評価が可能なのか検討する必要がある。(例：事業者健診データを得られない分の健診受診率が反映されない、メタボ減少率は短期間での判断が困難、後発医薬品使用割合の評価において医師が使用不可としたケースが考慮されていない、年度を跨いだ特定保健指導実施者の改善状況評価方法が検討されていない、等の問題点がある)(北海道)

評価指標は各支部の地域性を考慮した内容にしなければ、支部で対応できない問題に対する公平性が確保できない。(例：被扶養者の特定健診・特定保健指導の実施率は道や市町村の取り組み状況にも影響を受けること、医療機関が少ない等の理由による要治療者の重症化予防が困難であること、等の問題点がある)(北海道)

検討すべき新たな評価指標が出ていない中では本格実施(案)の評価指標で可と思料する。また、実績の伸びを評価する際の支部ごとの伸びしろ採用はある程度公平性が担保され妥当。(青森)

案の評価指標は加入者事業主の行動が反映される指標として妥当である。導入後、当初指標の達成度が成熟した時点で指標の拡大や見直しを検討すべき。ただ、医療機関受診率については「要治療」だけでなく、確認できる仕組みを導入したうえで「要精検」も評価項目に加えていただきたい。(富山)

評価指標の選定にあたっては、加入者・事業主の行動が評価されるものであり、公平性・納得性が担保される指標でなければならない。(和歌山)

各支部を公平に評価できる指標としては現状のものが妥当。(鳥取)

各支部の加入者への健康増進、医療費適正化の取組を評価する制度として、評価指標は妥当なものと思慮します。保険料率に反映することは事業主・加入者への行動変容を促すためにも必要と考えています。(岡山)

インセンティブは良いものをよりよく、あるいは悪いところを改善していくといったどちらか一方に集中したほうが有効である。したがって予防医療一本に絞るジェネリックに関する指標は外したほうがよいと思う。他の項目、評価方法等には賛成である。(山口)

#### 学識経験者

喫煙率が数値化できるのであれば、評価指標として導入しても良いと思う。(岐阜)

評価指標について、頑張ったところが報われるというのは当然だが、案の指標で本当にがんばった程度が数値として表れてくるかは疑問である。(和歌山)

評価指標の中に、健康経営取組み状況(健康宣言事業所数やサポート体制など)を入れてもよいのではないか。(島根)

個人のインセンティブを測る指標がない。健康な人は努力している。そうした方への配慮もほしい。事業所といえども、結局は個人の取組みが積み上がった結果であり、健康な人に報いるような制度内容を検討してもらいたい。(島根)

インセンティブ制度を運営していく中で、事業主や加入者の意見を聞き、評価指標の変更、追加等も考えてもらいたい。(岡山)

単純に数字を上げたり下げたりすればインセンティブを受けられるというのは、短絡的な考え方であり、もっと今までの経験を総括して評価指標を作成すべき。(愛媛)

後発医薬品の使用割合に関しては、使用割合が高いということはその地域の医療費を下げる効果を持っているので、それを評価指標に入れることはダブルカウントになるのではないか。他の4つの評価とは明確に異なる。項目自体から外すとか、評価の重みづけを下げるとか、多少の議論があってもいいのかなと思う。(佐賀)

#### 事業主代表

保健指導の実施率などは、人口密度、年齢構成、医療機関の偏在等の要素が絡み合って数字が低いということもあると思う。この指標で評価するのはあまりに短絡的で粗すぎる。もっと納得のできる密な指標を策定してほしい。(北海道)

インセンティブ制度を導入することで医療に対する見方が変わってくるのでやるべき。指標がフェアで、努力によって伸びる指標であるべき。(青森)

インセンティブ制度は本来実施すべきでは無いとの立場であるが、実施を前提に意見を述べるのであれば、各指標等のバランスは良いのではないかと思う。(岩手)

評価指標の各項目について、項目ごとに結果を検証するのですが、現段階では評価指標等について言及することは難しい。(栃木)

評価指標については、この5項目以外にも追加できないか今後検討すべき。(千葉)

とりあえずは今出ている5指標で良いと思う。(岐阜)

一人当たり医療費が指標であると一番分かりやすい。(岐阜)

評価指標に健診とジェネリック分野をとのことだが、そもそも地域差による高低が激しい。公平な評価指標と言えるのか。(静岡)

健診・保健指導を評価指標とすることについて、これまで国や地方で進めてきた健康増進の取り組みが反映させずに保険者間で競わせているだけだと感じます。仮に滋賀県の健康増進の取り組みが、他県に比べて不十分であったときは、滋賀支部がいくら努力したとしても変わらないのではないかと思います。(滋賀)

健診や保健指導が将来の医療費の抑制につながるとの考えから評価指標とされているが、それぞれ実施に費用が掛かる中で、成績上位の支部の医療費がどれくらい抑制されるのかについて検証が必要である。また、すでに治療中の人やかかりつけ医で定期的に検査を受けている人をどう扱うかを考えるべきである。(京都)

評価指標としては他の指標も取り入れたほうがよいが、支部ごとに競うというだけでは制度としては良いと思う。(広島)

ジェネリック使用割合は国の目標としてあげているのに、インセンティブの評価指標にあげるのはいかがか。(愛媛)

5つの評価指標の他に何かあるかと言われても良くつかめていない。また、全支部でやっている事業とそうではない事業すら分からない中で、他の指標と言われても分からない。(佐賀)

「後期高齢者支援金に係る保険料率」というところがポイント。若いときの保健指導をきちんとやっているか、ということだと思う。他に定量的に評価できるものがあるかを検討された結果から出された指標であれば納得できる。(佐賀)

#### 被保険者代表

支部規模バランスの観点に於いて、評価指標の選定に公平性が保たれているのか疑問を感じる。もう少し評価指標や数値の取り方等について検討が必要と考える。(群馬)

シミュレーションに使用した元のデータがないので、この評価指標でよいのか正確に判断できない。(東京)

医療費抑制という観点からすると、無資格受診を防止することや債権の確実な回収に力を入れることも大事であり、そのような指標も重要ではないか。(長野)

評価指標として特定健診・特定保健指導の実施率や要治療者の医療機関受診割合となっていますが、滋賀県の実施機関がすべての加入者を受け入れられる状況にあるのでしょうか。都道府県により医療機関数には差があります。公平性ということであれば、実施機関で受け入れられる体制が整備されていないければなりません。健診でいえば、受診できる環境にあっても受診していないのであればペナルティをかせられることがあってもよいと思いますが、受診したくとも受診できない状況であるなど地域の条件や実情が異なるにも関わらず、支部間でのみ競わせるという仕組みはおかしいと感じます。(滋賀)

一次予防(健康経営)に力を入れたことを反映させるべきである。ただし、健康づくりは、各事業所によって取り組みに差がありすぎるため、一律に評価するのは不公平だと考える。(香川)

評価指標・評価指標ごとの重み付けについては、どの指標も各支部の有利不利があるため決めるのは難しいのではないかと。それよりも「昨年度よりも医療費が上がったか下がったか」等で決めたほうが分かりやすいのではないかと。(福岡)

要治療者の医療機関受診については、安全配慮義務の観点から我々の業界では有所見よりもウェートを置いて取り組んでいるところ。これらの指標でやってみるしかないのかなと思う。(佐賀)

評価指標として「後発医薬品の使用割合」が含まれるのは、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、違和感がある。(長崎)

指標に基づいた成果が出てくるのはいつ頃になるのか。今後保険料率が下がっても医療費が減少しないという状況になったらどうするのか。ただ支部間で競争するだけの制度になりはしないか。指標に特定健診受診率があるのはよいが、健診受診率がどれほど医療費の減少につながるかわからない。指標のあり方そのものに問題があるのではないかと。(熊本)

## (2) 支部ごとの規模や地域性等を考慮すべきという意見

### 評議会の意見

現行の案では、大規模支部に極めて不利に働く評価指標であり、賛成はできかねる。だが、閣議決定されており、評価指標に改善の余地はあるが、インセンティブ制度を導入せざるを得ない。(東京)

### 支部長の意見

評価指標について地域差や支部の規模によって状況や難易度が異なり、同一のスタートラインから競争をしているとは感じられない。これから加入者等に広く周知を図っていくうえで納得感を得られやすい評価指標や重み付けとなるよう、各支部評議会の意見を踏まえさらに精査をお願いしたい。また、設定した重み付け等については客観的な根拠に基づくものではないことから、割合等を固定化することなく実施結果に基づき毎年適宜見直しを行うことが妥当と考える。(静岡)

評価指標については、加入者・事業主の行動が結果に大きく影響を与えることとなりますが、地域性や規模など支部の特性をみたうえで差を設けるのであれば、努力している加入者・事業主にも公平感や納得感を得られるのではないかと考えます。インセンティブでは、保険者に努力を求めると同時に、事業所毎に評価指標の達成状況に応じて差を設けるといったことも必要ではないかと思えます。(滋賀)

規模別の格差が生じる(国保の例でも明らか)ことや制度導入時からすでに地域環境による格差が生じていることから、支部がすべて同じ基準ではなく規模別のシミュレーションでの検討や早くからがんばって成果を出している支部への配慮が必要。(京都)

各指標について率で算定される部分が多いため、母数が多く1%の率を上げるための手間が多い大規模支部には不利な制度である。また、大規模支部が上位に入ったとしても、拠出金を総取りする方式であると、小規模支部程の恩恵が受けられない可能性が高く、上位に入ることも難しい現状を鑑みればモチベーションアップにも繋がらないと思われる。従って、大規模支部が上位進出できる可能性がある制度構築はできないか、評価方法は今後も検討すべきである。加えて、インセンティブの形態として、拠出金方式でなく頑張った支部へ報奨金を支払う制度構築ができないかも検討すべきではないかと思われる。(兵庫)

## 学識経験者

点数が高い支部は今後も高いままで推移していくと思う。この方法では大規模支部はどれだけ頑張っても、何かを得るという形にはなっていないような気がする。島根が10点伸びるのと東京で10点伸ばすことは全く意味が違う。支部ごとの規模も反映し、前年度からの伸びや努力が幾らかでも反映されるよう、もう少し考えた方がいいと思う。(北海道)

②重み付けに関して、大規模支部がランキング上位に入る場合はインセンティブが効きづらくなる。ある程度インセンティブを効かせられる重み付けでないと意味がないように感じる。(茨城)

健診受診率について、加入者の平均年齢が若いほうが低いと思われるので加入者の平均年齢が若い支部が不利であるため検討すべき。医療費が低い支部は、インセンティブがあってもいいのではないか。(埼玉)

機械的に受診率を比較するのではなく、支部間で規模が違い、また、規模に応じて支部の運営方法にも差があるため、調整するよう配慮すべき。(埼玉)

この指標では保険料率が高い県が上位に来たり、医療費が全国でも少ない県が上位にこなかったりと実感と違いがある。地域で実情に合わせて行っている様々な取り組みを反映すべきである。(愛知)

地域によって実情が異なるにも関わらず、保険者だけで競わせることは公平ではないと思います。健診・保健指導の実施状況については、地域の長い歴史の積み重ねもあるのですから、保険者の努力だけではどうにもできないこともあるかと思えます。地域の実情を考慮しないようでは、公平であるとは言えないと思います。(滋賀)

資料を見ると都市部よりも地方が評価を得やすい構造になっていると感じる。(兵庫)

規模の大きい支部ほど順位が低い傾向にあり、頑張っても報われないのではないか。全支部が公平になるような評価方法を考える必要がある。(和歌山)

相対評価なので仮に全支部が努力しない場合、それでもインセンティブが働いてしまうということになると思われる。最低限、目標が達成できないともらえない仕組みを作らないといけないのではないかと。また、どうしても人口が多く健診に興味の薄い若年層が多い都市部に不利に働き、人口が少ない県にインセンティブによる分配が行ってしまう傾向になるのではないかと。最終的に医療費がどれだけ減ったかリンクするようにしなければいけない。(広島)

都市部は結果が出にくいのではないかと。地方ではインセンティブを取りにくい動きになる感じがする。(熊本)

### 事業主代表

加入者数が増え続ける東京で、この評価指標で数値を上げるには極めて困難である。例えば、評価指標そのものではなく、何か係数を入れることによって調整を図るべきである。(東京)

シミュレーションの得点を見ていると、大規模支部に低い得点が多く見受けられるため、不公平感があるようにも感じる。(岐阜)

人口が多い都市部は偏差値を上げることが困難。保険料の一括徴収のみ先に行うこととしているが、大規模支部が上位に食い込むことが困難な制度だと、評価を良くするためのモチベーションが低下するのではないかと。(兵庫)

小規模支部と大規模支部の差も考慮すべき。(鳥取)

### 被保険者代表

年齢構成や地域性を考慮していただいて、公平な指標にしてもらいたい。(青森)

シミュレーション結果を見ても現在の評価方法では、大規模支部はいくらやっても結果が表れにくく、苦勞する仕組みとなっている。取組状況を評価する際に前年度からの件数の伸び率等も加味しているが、大規模支部に対しては一定の補正をかけていかないとインセンティブとしての効果がないのでは。また、大規模支部についてはマンパワーについても一定の配慮を行わないと不公平感がある。(千葉)

インセンティブ制度を行うには納得性、公平性が担保されないといけない。ジェネリック医薬品の使用率は同じ1%でも大規模支部と小規模支部では効果額に大きな差があり、協会の事業への貢献は大規模支部のほうが大きいという点も考慮するようにしていただきたい。(千葉)

この評価指標では、大規模支部は極めて不利と思われる。例えば、「1人あたりの医療費の改善」を評価指標に加えて見てみるべきである。(東京)

大規模支部と小規模支部でメリット・デメリットがあるような気がする。例えば、各支部に目標数値を出させ、実績だけでなくその目標にどれだけ近づけたかという指標も設けるべきである。(愛知)

### (3)その他

#### 評議会の意見

支部の努力が保険料率に反映される制度なのでこのままで良い。(福島)

ひとまずは、これで実施してみるということによい。(福井)

評価指標の重み付けは、実績重視の60%等が適当で6：2：2など工夫されており、示された案によい。(宮崎)  
※支部長意見も同様

実績のみでなく、実績の伸びを各支部の伸びしろに応じて評価する方法により公平感があると考えられる。(宮崎)  
※支部長意見も同様

案の通りによい。(沖縄)

## 支部長の意見

健診受診率や後発医薬品の使用率等は、医療費適正化のため各支部が独自の取組を進め、都道府県ごとの医療費をもとにした保険料率に反映されているはずである。そのうえで、インセンティブ制度により後期高齢者支援金にも反映させると重複した評価にならないか。重複していないという事であれば、各支部の取組は医療費適正化に対して大きな影響を与えていないという理屈にならないか。いずれにしても、保険料率を決定する指標がダブルスタンダードになり、加入者が理解に苦しむのではないか。(北海道)

決めの問題ではあるが、特定健診等の受診率、特定保健指導の実施率の重み付けについて、受診率・実施率を50%、対前年上昇幅25%、件数対前年上昇率25%とし、努力が反映される部分を厚くしてほしい。(青森)

インセンティブ制度の評価指標について、実施案により本格実施すること自体に異論はないものの、後期高齢者支援金の加算・減算という観点から本格実施後も毎年検証を行い、必要に応じて指標そのものや指標ごとの重み付けの修正をしていただきたい。(宮城)

各支部における地域の事情は様々異なることから、各評価項目の実績値のみでなく伸び率や数も評価指標とすることは理解できるが、本来あるべき姿としては実績値のみで評価をする方法が望ましいと考えるので、将来的に、過度に伸び率に偏重した評価方法に見直されるようなことがないようにしていただきたい。(山形)

協会けんぽ単独でのインセンティブ制度導入が避けられない中、将来の医療費や後期高齢者医療費について、どれだけの削減効果があるのか、学術的根拠が乏しい評価指標を使用するので、加入者・事業主への丁寧な説明が必要。(栃木)

評議会での評議員の意見、また、9月の支部長会議の場でも意見として申し上げたとおり、「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を踏まえて評価することが公平である」との考え方を取り入れることに関しては、問題があると考えられる。伸びの評価を「各論」でとらえた場合には、考え方として正しいが、今回の具体的評価では、実績値に関して、すでに60%のウェイト付けがされており、この実績値の低い支部においては、年度内での改善はほぼ無理に等しく、実績値のみでは向上に対するインセンティブが働きにくいことから、これを機能させるべく伸び率(上昇幅)を20%でも取り入れることとしたものと解釈している。したがって、具体的な評価方法を勘案した「総論」では、伸びしろを踏まえることは、上昇幅20%の意味を打ち消してしまい、公平との考え方にはならないものと考えられる。(埼玉)

支部ごとの順位が固定化するおそれがあるため、支部ごとの順位が固定していないかどうかについて、例えば前年度と当年度の得点（総得点および5つの評価指標ごとの）相関係数を精査するなど十分な検証を行っていただきたい（当支部の検証によれば、後発医薬品使用割合について27年度と28年度の得点には相関係数0.82という強い相関関係がある）。また、5つの評価指標内の内訳項目の数値の相関関係を検証し、できる限り内訳項目間に相関関係がないようにしていただきたい（当支部の検証によれば、28年度の指標2「特定保健指導の実施率」の内訳項目について、実施率の対前年度上昇幅偏差値と実施件数の上昇幅偏差値の間に相関係数0.86という強い相関関係がある）。（神奈川）

実績値の伸びの評価方法は、上昇幅そのものの偏差値によるべきである（「100%-実績値」で除すべきではない）。28年度の指標5「後発医薬品の使用割合」の内訳項目（使用割合偏差値と対前年上昇幅偏差値）の相関関係をみると、「100%-実績値」で除する前の相関係数は「▲0.25」であるのに対し、「100%-実績値」で除した後の相関係数は「0.70」と相関関係が強まっており、「100%-実績値」で除することの是非の再検討が必要だと考える。（神奈川）

随時見直しを実施してほしい。（福井）

医療費の適正化の観点から、後発医薬品の使用割合の実績の評価指標は、数量ベースではなく金額ベースを用いるべき。（山梨）

評価指標については当面はこれで良いと思われるが、評価割合等については、案どおりでスタートし、加入者と支部が努力しても、3年連続して下位グループ（負担のみ）から抜け出せない支部が相当数あれば、評価割合・重み付けの見直しが必要であり、評議会の意見を反映する機会があることを望む。（奈良）

評価割合は、実績：上昇幅（率）のウェイトは、全項目で「実績60%：伸び40%」にしていきたい。～実績が上がるほどおおむね伸び率が低くなり、これまでの積み重ねが評価されにくい。（島根）

47都道府県で地域それぞれの特性があり、100%公平な評価指標はあり得ない中、「実績値」だけではなく、「前年度からの実績値の伸び」の評価方法について、「各支部の伸びしろ」を分母としたこと、また、「実施件数の対前年度上昇率」などにより支部間の不公平感を少しでも稀薄にしようとしていることは1歩前進と考える。しかしながら、各評価指標ごとの重み付けについては、医療費の減少に直接つながる4番（要治療者の医療機関受診率）と5番（後発医薬品の使用割合）の指標について特に高く設定したほうが加入者の行動変容につながるのではないかと。5番の指標については、数量ベースだけではなく金額ベースも反映することを検討していただきたい。（熊本）

#### 学識経験者

保険料率は医療費に対する評価だが、インセンティブは協会の活動に対する評価なのだから、もっとシビアに考えてほしい。絶対水準なのか、前年度からの頑張りの度合いを評価するのか、どんどん改善している支部と高い水準を維持している支部をどう評価するのか、その点について説明不足だと感じる。（北海道）

実績により、インセンティブの付与がある支部、付与がない支部と別れるわけだが、そもそもこのような制度でよいのか。（栃木）

支部ごとの伸びしろを踏まえて評価する方法は、高い実績をあげている支部に対し更なる努力を反映するための絶妙な仕組みであると思われる。（栃木）



どのような観点から評価割合を設定したのかが不明である。加入者や事業主に解りやすい評価方法にすべき。(群馬)

相当の努力をしてきて、なお、健診受診率が低いところもあると思うので受診率実績だけを見ると不公平感があった。

そのため受診率だけを見るのではなく、対前年度伸び率も評価指標に設けたのだと思うが、伸び率の分母に未受診率を使用してしまえば、結局、受診率が高いところがメリットを享受することになり、不公平感を無くすために、対前年度伸び率を評価指標に設けた意味が減衰する、または無くなってしまわないか。(埼玉)

大都市ほど健診及び保健指導の実施率が低い傾向にあり、大都市を抱える支部にとってはメリットがない制度になっている。実施率のウエイトが大きければ神奈川支部には初めから不利。前年との差(伸び率)を大きく評価してもらわないと苦しい。(神奈川)

加入者へ評価項目を説明する際には、何故この項目にインセンティブを付けるのか因果関係を明確にし、わかりやすく示して欲しい。(富山)

評価項目が後期高齢者になった時の医療費に与える影響についても合わせて説明することが必要。(富山)

現時点での指標が高い、これまで努力してきたところの支部が報われないことになるのではないか。逆に今まで努力してこなかった支部がこれから頑張れば報われるということになるのではないか。(石川)

負け組の県と勝ち組の県というのがどうしても出てくる。評価の面も含めて評価項目や配点率の見直しが必要なんだという認識でやるべき。(山梨)

評価項目が決まれば、その指標の中で定量性の前提である「独立性」「相関性」について、その数式モデルが示されると良い。(岐阜)

具体的な評価方法3の、特定保健指導対象者の減少率は、1、2、4が行為に対するものであるのに対し3は結果である。難易度が異なり、同じ評価割合で比較するのはいかなものか。(静岡)

伸びしろを勘案しているとのことであるが、40%を60%にあげることと、80%を100%にすることでは、難易度が全く異なり、このあたりを評価対象に加えるべきでないか。(静岡)

評価指標の項目については、協会として取り組むべき重要な項目であると思いますが、インセンティブによって、その重要な項目の数値が上がるのかどうかの判断はできません。取り組みの効果を上げるためには、インセンティブ制度でなくとも、別にもっとよい方法もあると思います。(滋賀)

評価指標の健診受診率は、事業者健診データの取得数も対象となっているが、健診結果データという個人情報の提供には事業主側に抵抗があるのではないか。データ提供することのメリットが明確でなければ、インセンティブ制度がデータ提供の動機づけになるのかは疑問である。(京都)

以前、評議会でも挙げた意見が反映されており、評価指標が1項目だけでなく5項目あり、前年度からの伸びしろを踏まえて評価する基準は妥当である。(奈良)

小規模支部に不利にならないためには、伸びしろも重要ではあるが、実際の受診率や実施率等の評価割合を上げるのも良いのではないか。(奈良)  
※事業主代表も同様

シミュレーションだけでは、正直支部にとって良いのか判断できない。一度この形で導入するのは良いと思うが、問題があれば再度検討する必要がある。(奈良)

評価指標について、事業主・加入者の行動に直結する指標でないといけない。その点から「指標3：特定保健指導対象者の減少率」は評価指標になじまない。病気である等他の要因により、個人の頑張りが反映されないことがあるのではないか。指標3についてはなくす、もしくは評価割合を小さくする必要があると考える。(和歌山)

各評価指標の評価割合については、上位にいるほど伸びしろが少ないため、伸び率の増加が鈍化していく傾向にある。先行き、実績値、伸び率ともに各支部間の差がなくなり、その結果、順位が固定されていくのではないか。(島根)

伸び率の評価については競争させるのであれば評価割合を大きくすべきである。(広島)

示された評価指標は全てデータもあることから、これでよいのではないか。(山口)

伸び率にもっと重みを置いたらよいと思われる。(徳島)

たとえば「実績」と「伸び」の重み付けについて、「伸び」のほうを重要視したいという点は理解できるが、それでは今までの努力の評価が低くなるのではないか。(福岡)

直接医療費につながるのは、ジェネリック医薬品の使用割合くらい。特定保健指導に要する費用と医療費減少とのつながりを考えると、非常に長いスパンで見なければ結果は出てこないのではないか。(熊本)

どれだけ頑張ればどれだけ効果が得られるのかが不透明。(熊本)

## 事業主代表

シミュレーション結果から、順位に大きな変動がないように思える。伸びしろを考慮してもあまり大きな変動があるように思えない。そうするとこのインセンティブ制度を実施する意義があるのか。(宮城)

前年度からの実績値の伸びを評価する際に伸びしろに占める割合で評価することに反対する。各指標で実績値は別で評価されており、二重で評価されている。そのため実績値の低い支部にインセンティブが働かなくなる。(埼玉)

支部の保険者としての努力・取り組み内容や、評価指標における実績値の伸び率が反映されれば不公平感が減るのではないか。(神奈川)

ウエイト付けされているのなら、特に問題はなし。(新潟)

制度を実施することは良い。この制度を通して加入者の健康や医療費に対する意識が向上することを望む。(富山)

後発医薬品の使用に関する評価は、数量ではなく金額とするべき。(山梨)

この案でやってみて問題点があれば見直していけば良いのではないか。(京都)

偏差値を決定する際の分母が違うことは不公平であるため、大規模支部は不利である。努力した支部に報奨金を支払うのがインセンティブ制度の本来の形ではないのか。(兵庫)

評価指標により支部の行動が決まり、支部も努力していくこととなるため、今後は評価指標の項目数を増やしていくのが良いのではないか。(奈良)

評価指標や重み付けなどテクニカルなことを評議員に対して意見を求められても、正しいかどうかの判断はできません。(滋賀)

後発医薬品の使用率をもっと重視して欲しい。後発医薬品の使用は医療費の抑制にも直結する。(鳥取)

基本的に賛成。社内に周知徹底していく。(山口)

実際に実施してからでないと意見が難しい。(山口)

何らかの基準を設けるために仕方がないことであり、このままで実施することに問題はない。(香川)

インセンティブというよりも、インセンティブを受けられない支部のペナルティの度合いが強いように思える。(愛媛)

「伸び率」と「実績」のどちらを重視するかという意見はあろうが、せっかく新しい制度を導入するのなら、インセンティブという言葉を大事にして、バランスの良い制度にして欲しい。今のままでは自分の支部で集めた保険料を再分配するだけの制度になる。(高知)

60%、20%といった配分についての根拠は何かあるのか聞きたくなる所だが、議論は事前になされたのか。配分を変えたらどうなるのかというのは良く分からない。これまでの経緯から実際の数値に加えて伸びも考慮しておかないといけないということか。(佐賀)

今回のシミュレーションが妥当かについて意見を言ったとして反映されるのか疑問。また、他のデータとした場合どうなるのかというのが、全く見当がつかないので、意見と言われても分かりようがない。(佐賀)

インセンティブ制度自体は好きではない。指標の内容云々ではなく、取り組むことで健康で長生きするための手法であると考えたらそんなに悪くない制度である。ただ、支部間の競争だけが先走るとよくないのではないか。健康意識を高めて「健康で長生きするため」という側面がもっと表立って出れば問題ないのではないか。(熊本)

制度については賛成。特定健診やジェネリック医薬品については数字を出して積極的に公表し支部間で競争するべきではないか。(熊本)

### 被保険者代表

評価指標における特定健診等の受診率について、全員が受診することにより支部の受診率が高まり、結果として保険料率が下がるのであれば、企業による積極的な受診勧奨につながるのではないかと考えている。実績値の伸びの評価方法については、今回伸びしろを踏まえた評価方法が示されたため、もともと実績値の高かった支部にとっては良い方法なのではないか。(山形)

生活習慣病予防健診・事業者健診のデータ取得実績については、データの取りやすさの地域差があるので考慮が必要ではないか。(埼玉)

健診受診率の評価割合が60%・20%・20%と分かれているが、全て受診率を加味した評価方法になっているため、結局、受診率が元々高い支部にメリットがある仕組みになっていると思われるので、別の評価方法も考慮すべきではないか。(埼玉)

特定健診受診率では、「分母をいつの時点で取るか」が問題となる。分母を年度末の数値でとった場合、支部によって、年度初めから年度末までの加入者の増減に差があり、平等ではない。年度初めの数値を分母にとり、1年間の実績で評価するべきである。(東京)

加入者個人に還元することは難しいとわかっているが、健診を受診し、「健康です」と言われた人や個人で病気の予防や健康づくりに取り組んでいる人もいる中で、インセンティブ制度は医療費をたくさん使っている人も軽減されることは腑に落ちない。健康な人の割合に対してはもっと評価をしてあげべきだと考える。(新潟)

山梨支部は後発医薬品の使用促進の取組みなどについても様々な努力をしている。それを適正に評価できる仕組みづくりをするべき。(山梨)

後発医薬品の使用率の評価割合をもっと上げて、加入者が協会の財政の健全化に寄与しているというのをもっと感じられるようにするべき。(山梨)

比較的高い水準に達している支部が、さらに成果を積み上げることは難しいため、前年度からの伸びを評価の対象としているが、この割合が妥当かどうかは判断できない。(長野)

健診・保健指導を受けたからといって、本当に医療費は減るのでしょうか。健診・保健指導の実施率が高い共済組合や健保組合の医療費は、協会と比べて低いのでしょうか。健診・保健指導が医療費適正化に効果があるというのであれば、数字で示していただきたいと思います。(滋賀)

評価指標項目は、個人が行動を起こさないと変わらないものばかりである。行動を起こさない人へのペナルティの議論もされるべきではないか。(島根)

要治療者の動向等の影響によりインセンティブで差が生じる内容となっている。今般のインセンティブ制度により、元気な人から病気の人へ声掛けする意識づけとなるように、広報等により制度をよく周知してもらいたい。(島根)

保険者の中でも最後の受け皿と言われている協会けんぽに、インセンティブを導入して評価競争させるのはいかがかと思う。(愛媛)

実績が悪くても伸び幅が大きいと点数は良くなる。被保険者にはそこまで分らない。訳が分からないまま保険料率が上下するようでは、理解を得られない。(高知)

長生きすればするほど、医療費が上がるリスクもあるため、医療費の面から考えると制度の目的が分からなくなる。競わせることが目的というわけではないはず。(熊本)

## **2. 評価指標ごとの重み付けについて**

### **評議会意見**

評価指標ごとの重み付けについては、提示された内容で問題ないように思われる。(徳島)

評価指標ごとに何かのポリシーをもって重みづけを変えるほうが良いのではないか。ただし、どういう意図で重みをつけるかということについては検討の余地がある。(佐賀)

### **支部長の意見**

評価指標ごとの重み付けについて、評価指標5項目を均等に評価しているが、1,2と3,4では重み付けが違ふと考えます。また、3については支部の努力によって改善を図れるかどうか疑問であります。そして、4については、これまでの取り組みが浅く、実績値が期ごとに大きく変動しております。以上により、1,2の評価のウェイトを大きくし、3,4は小さくすることが妥当であると考えます。(福島)

評価指標1の「特定健診等の受診率」が高いと、評価指標2及び3の「特定保健指導対象者」、評価指標4の「医療機関への受診勧奨を受けた要治療者数」は比例して多くなるため、評価指標1は他の評価指標に対して多く重み付けすべき。(山梨)

評価指標については、加入者・事業主の健康への意識の高揚を図る目的と併せて考えれば、妥当と考える。ただし、ジェネリック医薬品の普及促進については、意図を説明しづらい側面がある。重みづけについては、特定の指標を重点化することなく、本格実施案のとおり均一化した方が、支部の特徴を踏まえ、独自の工夫をする余地が生まれるので、よい方向に進むのではないか。なお、その他の意見の中に見受けられるように、この指標が加入者・事業主に対するインセンティブとなるためには、この指標そのものに関する徹底した周知活動が必要である。(大阪)

事業主や加入者が努力した結果を保険料率に反映させるインセンティブ制度の導入には賛成であるが、評価指標ごとの重みづけについては、見直しの余地があるように思う。(愛媛)

提案どおりで差支えないが、今後の運用において評価指標・評価指標ごとの重み付けの仕方について見直しが必要であれば、速やかに対応を行っていただきたい。(大分)

### 学識経験者

偏差値を素点にしており、それを5項目等しく割り振っており、どこに重み付けがあるかわからない。特定健診から特定保健指導等のところはひとかたまりで、これにジェネリックがくっついて、等しく配分されている。こんないいかげんな重み付けでいいのか。各指標それぞれ経済効果は違うはず、それをどう評価するか科学的根拠を無しに制度設計してもらっては困る。(北海道)

指標5の重み付けに関して、後発医薬品の使用割合は医療費抑制のための課題として重点を置くものだと考えるため、指標1～指標2と実績・上昇幅の割合を統一するのが望ましい。(茨城)

評価指標の5項目は重みが平等であるが、医療費削減に影響が強い後発医薬品の使用割合は重みを大きくすべきである。(愛知)

偏差値は数字が独り歩きして、重みづけの仕方によっては現時点では努力をしない方がよいという考え方になりかねない。(高知)

評価指標の基本的な考え方は、過程を評価するのか結果を評価するのかで違ってくるのではないかと。全ての評価指標を同じ素点で評価することについてはもう少し精査して議論しても良いのではないかと。(佐賀)

### 事業主代表

指標ごとの総得点で評価するだけではなく、例えば、医療費の抑制に大きく寄与する指標にはより高い評価をするなど、評価指標それぞれにも重み付けすべきではないか。(茨城)

評価指標5種別についても、一律ではなく、各々で重み付けが必要ではないか。(埼玉)

健診の実施率が高いことが他の評価指標(2～4)のデータに大きく影響しており、特定健診等の実施率には関する評価指標はより多く重み付けをするべき。(山梨)

香川支部として「伸びしろ」を考えれば無視できないものと思われる。(香川)

### 被保険者代表

指標はこれでよいと思うが、重み付けは保険料率を低くすることに影響のある項目に配分する形がよいのではないかと。(北海道)

評価指標5つのウェイトが全て同じなのは疑問である。医療費削減の達成に向けてどこに重きを置くかを考え、評価指標及び評価方法を検討すべきと考える。(群馬)

項目としては今の5指標で良いと思うが、保健指導実施率・保健指導対象者減少率・要治療者受診率のインセンティブが高いと感じる。重み付けは再検討する必要がある。(岐阜)

### **3. 支部ごとのインセンティブの効かせ方について**

#### **(1) インセンティブ保険料率(0.01%)について**

##### **評議会意見**

0.01%が妥当かどうか今後も継続して検証いただいた上、必要に応じて見直していただきたい。(秋田)

0.01%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、導入時の数値としては妥当と考える。(奈良)

0.01%で良い。(鳥取)

0.01%だと保険料率に反映するのが下一桁1~2上下する程度の話でありほとんど関係がないのでこれをどのように見るか。保険財政上どうかということも含めてもう少し例示していただけたら議論がしやすい。(佐賀)

##### **支部長意見**

インセンティブ制度は支部全体の評価が反映されるのもであり、個々の加入者、事業主の努力が直接反映されるものではないので不満も生じやすい。インセンティブ保険料率については、最低限の水準で維持するべきである。(宮城)

0.01%の根拠がわからないが、0.01%くらいでは導入の意味がないのではないかと。3年後には拡大の方向も含めて見直しを実施してほしい。(福井)

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。インセンティブ制度はさらに支部間の保険料率に差を生じさせることになるため、導入にあたっては保険料率への影響が小さい方が望ましい。(長崎)

協会内での加減算であり、加入者に新たな財源負担を強いることから導入時においての保険料率は小さい方が望ましいが、今後、インセンティブとして機能するか検証が必要と考える。(熊本)

##### **学識経験者**

激変緩和措置が終了し支部間で保険料率の差が出ている中で、さらにインセンティブ制度を導入することによって差が大きくなるようにという配慮から0.01%という率を設定したように感じる。(山形)

インセンティブ分が0.01%であり、努力を促すための対策を考慮すると、コストパフォーマンス的に努力した各支部において有益な結果となるのか考えてしまう。(群馬)

インセンティブ保険料率が段階的に上がり、平成32年度で0.01%になるわけだが、0.01%がインセンティブとしてどの程度働くのか。それを見ていき、必要に応じて改善していく必要がある。(東京)

インセンティブ制度の財源は0.01%なので、金額にして約80億円~85億円ぐらいだと思うが、これを上位過半数の支部に分けると、微々たる金額になると考える。(新潟)

0.01%の率は妥当ではないか。(和歌山)

インセンティブの効かせ方については、できるだけ事業主・加入者の負担にならないように最小の率にすべきである。(和歌山)

制度導入時から一気に保険料率に影響を与えるよりは、激変緩和措置を設けて実施していくことが良いが、示されている率が妥当かどうかは実施してみないと分からない。(山口)

激変緩和措置は実施しながら、期間や率についてはその都度検討し、修正していくことも重要である。(山口)

まずこの率でやってみて、問題があるようなら変えていけばよい。(愛媛)

最初なので少ない料率で始めるということは理解できるが、加入者・事業主に努力してもらうことを目的としているのであれば、0.01%は少ないのではないか。(福岡)

インセンティブ保険料率0.01%の設定を0.02%に上げてほしいといった事についてと激変緩和はセットになる。(佐賀)

8兆円の予算規模の事業において、インセンティブ保険料率の0.01%に相当する80億円を各支部で加算減算することがそもそもインセンティブとして機能するかが疑問である(大分)

制度が機能しなかった場合に、インセンティブ保険料率を引き上げる可能性があるか明確にしていきたい。(大分)

## 事業主代表

インセンティブの効かせ方についてはなるべく保険料率への影響を抑えた形で実施して欲しい。(岩手)

各支部が一律にインセンティブ分の保険料率を負担することおよびインセンティブ分の保険料率を0.01%とするのは妥当と考える。インセンティブが機能するか検証し、将来的なインセンティブの在り方を検討すべき。(埼玉)

地域差もあり努力だけではどうしようもない部分もある中、各支部頑張っている。その中で、本来課さなくてもよい負担を支部へ課しているようにみられるが、いかがか。(静岡)

インセンティブの財源となる保険料率を0.01%と設定するとあるのだが、設定する保険料率をもっと大きければインパクトがあると思う。(三重)

0.01%の率は妥当ではないか。(和歌山)

0.01%の率が本当に妥当かは分からない。(和歌山)



0.01%で実施したとしても（直近のシミュレーションで佐賀支部は5位でも）0.05%位までしか下がらない。佐賀支部は既に10.47%まできているので例えば0.01%を0.1%位にまで引上げてみてもえないかという意見はできるのか。それとも医療給付費にならないものに対して、頑張っただけで保険料率が下がるという仕組みだから、ぎりぎり保険料率に影響のある0.01%にしているのか。激変緩和についてはこの程度で良いと思う。（佐賀）

### 被保険者代表

メリットがなく褒めるところのない制度である。インセンティブを効かせるのであればもっと大きな差をつけなければならないが、保険というリスクの分散という趣旨と両立させようとしているため、インセンティブとしてはほとんど意味が無いものになっていると思う。できればやめたほうが良いと思う。（北海道）

少ない金額の取り合いのような印象を受ける。（北海道）

加入者1人当たり14円程度の負担を避けようとする事でインセンティブが働くのか疑問である。（岩手）

支部全体で見ると0.01%というのは大きな額になると思うが、それを個人単位で見ると0.01%というのはどれくらいの金額になるのか、その金額に対して個人が本当に頑張ろうと思うのか判断しきれないところがある。（山形）

加入者側からいうと、自分がんばっているのに他の加入者ががんばってくれない状況でどうして払わなければいけないのかという思いがある。あまり料率の幅は広げるべきではない。（山梨）

0.01%で被保険者一人当たりの負担が年間250円程度の負担増になるとして、どれだけインセンティブが働くのか疑問である。（愛知）

全支部から広く原資を集めて、上位支部に報奨を与えるという分配方法には賛成するが、制度趣旨である医療費削減につなげるためには、もっとインパクトのある料率にすべきである。（京都）

0.01%が最小の率とのことだが、0.01%でも金額にすると大きくなるので、小数点第3位までの率にする等、検討の必要がある。（和歌山）

0.01%の率が本当に妥当かは分からない。（和歌山）

## (2)3年間で段階的に導入することについて

### 評議会意見

この通りの実施で良い。（福島）

新たな保険料負担を事業主及び加入者に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で最小の0.01%を全支部の保険料率に上乘せし、そこから支部の実績を評価することでインセンティブをつけていくことは妥当と判断する。また、急激な保険料負担が出ないように、段階的な保険料率の導入にも賛同する。（茨城）

異論はなし。（富山）

ひとまずは、これで実施してみるということによい。(福井)

導入するのであれば激変緩和は設けるべきである。(兵庫)

激変緩和の必要はない。(鳥取)

激変緩和についてはこの程度で良いのではないか。(佐賀)

新たな制度導入については、緩やかな導入が望ましく3年をかけて0.01%にする案に賛成である。激変緩和措置終了後において、薄く広く、さらに激変緩和措置として段階的なものであれば受け入れられると考える。また、加入者、事業主の行動が保険料率に影響を与えることの意識づけを行うことが重要で、加入者と協会けんぽが一体となり、各事業に取り組めば、各指標の向上にも繋がります。結果、医療費の伸びを抑制し、保険料の上昇も抑えることができると考える。(宮崎)

※支部長意見も同様。

案の通りでよい。(沖縄)

#### 支部長意見

3年間で段階的導入で可と思料する。(青森)

本年1月に要望したとおり、保険料率への影響が段階的に上がるよう設計されていることから、本実施案で進めていただきたい。(秋田)

新しい制度であり、激変緩和措置として段階的な導入に異論はないが、制度に関する周知を徹底したい。(富山)

随時見直しを実施してほしい。(福井)

加算・減算の支部が固定化することが懸念される中、加入者等の理解を求めるといふ観点から、段階的に率を引き上げること及び今回設定された率については概ね妥当なものとする。(静岡)

インセンティブの効かせ方については、事業主・加入者の納得性に配慮し、できる限り負担にならないよう最小の率にすべきである。また、導入にあたっては3年間で段階的に導入するのが望ましい。(和歌山)

インセンティブ制度の財源となる保険料率0.01%の設定については、3年間の段階を踏んだ激変緩和措置は不要ではないかと思慮致します。(岡山)

#### 学識経験者

お示しいただいたとおり段階的に引き上げていくことが望ましい。(群馬)

財源分の保険料率が0.01%の場合で報酬28万円の被保険者負担分への影響額が14円ということは、導入後2年間はさらに少額の影響となるが、このくらいの金額で段階実施をする必要があるのかと感じる。制度の点検のための期間という趣旨なのか。(京都)

激変緩和については0.01%の数字の置き方によって変わってくるかもしれない。(佐賀)

### 事業主代表

好成绩の島根のシミュレーション結果だけを見ると、現在のインセンティブの効かせ方でよい。(島根)

激変緩和措置は、3年間で妥当。(山口)

実際に実施してからでないと思いが難しいが、激変緩和措置は必要。(山口)

試算した結果について、適切と考える。(香川)

### 被保険者代表

インセンティブの効かせ方を段階的に導入することについて、0.004%ではあまり変わらない印象がある。最初から0.01%であれば頑張った甲斐があったと実感できるようになるのではないかと。(山形)

保険料率の激変緩和の解消にスムーズに繋いでいくものとすべきでないか。(静岡)

そもそも加算、減算の支部が固定化するのではないかと。そのような環境下では、緩やかに導入すべきである。(静岡)

インセンティブの効かせ方について、健診や保健指導等をしっかりと受けているにも関わらず、減算の対象とならない事業主や加入者から厳しい声が寄せられることも考えられるため、あまり大きい効かせ方ではない方がよい。(三重)

### (3)その他

#### 支部長の意見

本来なら、協会けんぽ全体が協力し合い他保険者と組織間で競争することで、医療費適正化に繋がる制度であるべき。全国の協会けんぽ支部内で頑張っていない支部があるとは思えない中、検討案のように相対評価によって支部間に必ず差がつく制度にするのであれば、加入者がやる気をなくすことがないように、加入者が容易に理解でき、前向きに頑張る事ができる仕組みを構築すべきである。また、保険料率が上昇した場合、健康づくりの取り組みが良好な事業所に対する説明は非常に難しいのではないかと。(北海道)

上位過半数支部に与えられるインセンティブについて、現在の案であれば、同じ得点であっても、当該支部の規模や他に上位過半数に入った支部の規模により、毎年度、得られるインセンティブの幅に大きな差が出る。加入者1人1人の努力が同じであっても、支部の規模により得られるインセンティブに格差があった場合、特に大規模支部の加入者・事業主の納得は得られないのではないかと。頑張ったものが報われる制度にするのであれば、頑張った時に得られる報償は等しくすべきではないかと。(北海道)

協会けんぽ全体の数字を上げるためには大規模支部の貢献度は大きなものがあります。しかしながら、全支部を一つで評価した場合、大規模支部の評点は小さくならざるを得なく、その結果として協会けんぽ全体の数字が伸び悩むことになるのではないのでしょうか。また、小規模支部が上位となり、インセンティブが大きくなり過ぎる傾向があります。全支部に公平にチャンスを与え、協会けんぽ全体の数字を上げるためには、2から3つのグループに分けたうえで評価を行うことが妥当ではないのでしょうか。どうしても全支部で評価しなければならぬのであれば、インセンティブ付与の上限については支部が拠出した額の5倍程度とするキャップ制が望ましいと考えます。(福島)

現行制度の中で協会けんぽの規模が大き過ぎることによって離脱した考え方と同様に、協会けんぽの中においても東京、大阪などの大規模支部が同じ土俵に立つことは理解が得られないため、規模別でグルーピング等の工夫が必要ではないか。(長野)

料率格差を抑えるほどインセンティブとしてのインパクトが弱く、大規模支部ほどその傾向は強くなり、誰のためのインセンティブかが不明確になる。やはり、原資の出し方に課題が残り、近い将来には(3年の試行後には)国からの負担は必須である。(京都)

インセンティブの効かせ方については、本部の苦勞もあり、加入者・事業主のインセンティブに対する理解をいただけるぎりぎりのラインであると考えられる。ただし、このインセンティブのシミュレーションを見る限り、下位の支部にどのくらいのインセンティブが働くのか、もう一步踏み込んでいうと、規模がある程度大きい支部が上位になった場合、結果的にさらに多くの支部にインセンティブが働かなくなるのではないかという疑念が残る。(大阪)

インセンティブの効かせ方について 制度目的「頑張った者が報われる仕組み」のためには、インセンティブ効果が発揮され、同時に支部全体の底上げが期待できるものとすべきである。○インセンティブの出資原資：支部からの拠出を極力控えつつ(上限0.01%)、拠出金以外の原資の上積みとして剰余金からの拠出ができないか。～(1)インセンティブ効果が期待でき、全体的な底上げ感が高まる。(2)剰余金の使途については、保険料率との関連で公平性が図られ、剰余金からの拠出ルールを定めることによって加入者からの納得性も得られやすい。(島根)

0.01%のインセンティブ保険料率はシミュレーションのように、大規模支部が支払い側に回っている限り、受領側のインセンティブが効くが、逆転したとき(逆転はないという前提?)はインセンティブが効きにくくなるので制度そのものが意味をなさなくなるかもしれない。制度を継続するためには状況に応じた保険料率を設定していくことを激変緩和と同様考慮しておく必要がある。(山口)

インセンティブ保険料率は、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、可能な限り公平・公正な負担となるよう最大限の配慮をしていただきたい。(大分)

## 学識経験者

保険者機能の発揮にあたり、インセンティブ制度の目的を理解し、取り組んでいくことが必要。インセンティブの率について、3年間で段階的に実施するのであれば、支部のやるべきことの洗い出し、検証や対策の検討などを行う必要があると考える。(栃木)

各支部がどんなに頑張って努力しても、上位半数と下位半数というのは必ずできてしまう。非常に矛盾のある制度であり、普通の感覚ではおかしい。国が報奨を準備するなら分かるが、あらかじめ保険料率を引き上げて徴収した他支部の保険料を上位の支部に割り振るなど、普通はこんな制度には誰も賛成しない。(石川)

指標のランキングにより減算される支部を決め減算の率を決定することになるが、支部間に規模の格差がある中で、その料率が極めて小さくなる場合も想定される。こうした場合、インセンティブが働くか疑問である。(長野)

インセンティブ制度をやらざるを得ないことは理解できたが、都道府県単位で反映させる仕組みは制度として機能するのか疑問である。(愛知)

インセンティブ制度では、全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、0.01%を盛り込むとのことですが、0.01%の財源でどのくらいの効果があるのでしょうか。健診・保健指導など支部の努力が評価されることについてはいいと思いますが、このようなやり方でインセンティブが本当に効くかは甚だ疑問に思います。インセンティブの幅を大きくすればよいということではなく、制度の導入で健診・保健指導の実施率に効果があるのかわからないということです。(滋賀)

インセンティブ制度を運営していく中で、事業主や加入者の意見を聞き、インセンティブ保険料率の数値について変更等も考えてもらいたい。(岡山)

都道府県間の競争だけでなく、県内でも事業所ごとにも競争させるべきであり、頑張っている事業所と何もしていない事業所が同じ結果になることは望ましくないと思われる。(徳島)

#### 事業主代表

大規模支部が上位に入った時にインセンティブといえるだけの数字が出るのか疑問を感じる。都道府県を競い合わせて報奨制度を設けようとしているが、その報奨制度の内容が非常に魅力のあるものではない。このような効率の悪い制度ならやめるべきである。(北海道)

#### 被保険者代表

後期高齢者支援金に0.01%分を割り当てることになるということだが、29年度は2.10%だが、将来的には2.5%、3%と増加していくことが想定される。拠出金負担そのものが増加していくことを0.01%割り当てということにはぐらかされている感じがする。(石川)

大規模支部の多くが下位の順位に位置しているように思えるが、仮に大規模支部が上位に入ってきた場合に、保険料率の減算率は小さくなると考えられる。大小の支部がどこに位置するかで減算率が左右される仕組みに公平性を感じない。大規模支部はやる気はでるのか。また、小規模支部は年度単位で保険料率が大幅に上がったときに加入者や事業主の納得性は得られるのか。(石川)

インセンティブ制度については概ね賛成であるが、個人、事業所の努力も反映されるものにならないといけない。島根支部の立場だけで言えば、報奨金は上位過半数の支部を対象とすることはよいと思うが、各支部の立場、規模等によって温度差があるとも思う。(島根)

## 4. その他

#### 支部長の意見

加入者の健康度を高め、医療費等の適正化にも資することから加入者・事業主にこのインセンティブ制度をよく理解してもらうことが必要。支部としても広報をしっかりとやっていきたい。(青森)

インセンティブ制度の実施に当たっては、毎年度評価し、適正で公平となるように必要に応じて見直していただきたい。(秋田)

インセンティブ制度の目的や仕組みが加入者・事業主へ正しく着実に伝わるよう、協会全体として丁寧な広報を実施する体制を構築していただきたい。(秋田)

評議会での意見の報告を求めているにもかかわらず、本部からのフィードバックがないため、評議員からの意見に対しての本部の見解・回答を示していただきたい。(茨城)

制度導入に当たっては、慎重に取り扱い、不都合が生じた場合中途での見直し可能とすべき。(栃木)

今回のシミュレーション結果を見ると大規模支部と大都市周辺の支部が下位に集中している。これは健診や保健指導などの保健事業を推進するにあたって、各都道府県内での協会けんぽの加入者数割合の違いによる存在感や影響力の違いが出ている部分もあると思われる。今回のシミュレーション結果に至るまで、本部では様々な切り口で検討し公平性を確保しようとしたと思いますが、当支部評議会の意見を聞いた限りでは、納得を得るための議論・時間が必要と感じます。(千葉)

今回のインセンティブ評価項目そのものは、これまでの重点的取り組みを反映したものであり、これを促進することで加入者や事業者にとって中長期的に利益になるものと考え。協会けんぽとしてこれらに重点的に取り組むことに異存はない。しかしながら、事業所や加入者の規模と東京支部のマンパワーを考慮すると、今回の制度導入は東京支部にとってプラスになるものとは言い難い。努力を重ねても、各項目の評価を上げ拠出以上のリターンが得られる上位に持っていくことは現実的に極めて困難である。また上位になっても計算上小規模支部のような大きなリターンは得られない。これらを考慮すると、事業者や被保険者にとって「努力した者が報われる」ものになるか、はなはだ疑問である。改善策としては、5項目の総合点でなく、項目ごとに結果反映することで、「努力した結果が保険料に反映され易い」形をつくることが考えられる。(反映は小数点第三位以下となるが、支部保険料率の決定プロセスに反映されると説明できる) 細かな点では、計算の分母は期初人員としていただきたい。理屈上も、期初の対象者に期間中にどのような働きかけを行い、結果を導いたかが評価対象となるべきで、期末人員でカウントするのは説明が困難である。(東京)

インセンティブ制度を対外的に説明する際には、単に支部の取組みを評価するというものではなく、あくまでも加入者や事業主の行動が評価され、その行動や意識により評価が変わり得るということを強調して説明すべきである。(神奈川)

インセンティブ制度は健康づくりに対する事業主への意識改革を促す上で、協会が加入者事業主にどのような行動を求めているのか説明しやすいため、有効な制度である。(富山)

制度導入に反対の意見もあるだろうが、都道府県ごとに異なる保険料率とした以上、制度導入には賛成。(福井)

「現在の加入者が高齢者に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支援金にインセンティブを働かせる」ということであれば、評価指標の内容が医療費の適正化につながることをエビデンスを、加入者・事業主の皆様にしちんと示すべき。(山梨)

閣議決定されたこととはいえ、大半の支部で地域最大保険者の協会けんぽ加入者全体の理解を得ることには大きな難易度がある。(長野)

保険料率の広報と同様に、支部による広報格差がないよう本部で共通媒体を作成し提供していただきたい。(長野)

全員が納得できる評価方法などないと思うので、本件の議論は終息させたい。(岐阜)

今後、インセンティブ制度の周知を事業主や加入者にしていくことになるが、様々な取組みをされている事業所が、健診も受けていない、保健指導も受け入れない事業所の影響で、保険料率が上がるのはどうなのかという声があるものと考えられる。そういったことも含め、広報や取組みを行っていく必要がある。(三重)

インセンティブ制度では、その結果により保険料率に影響を及ぼすことになることから、制度の趣旨や仕組みのほか、健診受診や後発医薬品の使用効果などについても、加入者・事業主に対してわかりやすく、丁寧に説明を行う必要であると考えます。(滋賀)

滋賀支部の評議会では、保険料率やインセンティブ制度など評議会に意見を求めることについて、何度も同じ議論の繰り返しとなることに強い不満を感じています。インセンティブ制度の趣旨は理解できますが、評議会に意見を求めるのであれば、評議会での意見が少しでも反映するような仕組みを構築していただきたいと考えます。(滋賀)

説明のやり方によっては、事業主を保健事業に関心を持ってもらう方向に動かせる可能性があるが、どのように説明していくかを並行的に議論する必要があると思う。(京都)

健保組合や国保が採用した指標等に比して、少なくシンプルにしたことは、加入者の理解は進む。この選択は正しいと考える。しかしながら、加入者・事業主・保険者が共通の理解を深め、インセンティブに対する積極的な関わり合いへの道筋はかなり厳しいと考える。データヘルス計画については、このインセンティブの指標に集約されることとなるのではないか。そのことについての賛否はあるのではないか。いずれにしても、本部・支部が一体となり、周知活動を積極的に行うことはもちろん、厚生労働省においても、インセンティブ制度に対する国民の理解を深めるため、当然やるべきことはあると考える。(大阪)

本件導入にあたり協会全体として、加入者・事業主の理解を深め、モチベーションを高め、行動変容につながるような効果的なアナウンス・発信が必要であると考えます。(奈良)

インセンティブ制度については、本格実施後も評価指標等の見直しが必要でないか注視し、慎重に進める必要がある。(和歌山)

事業主、加入者への早い時期よりの広報は重要なことであり、広報のあり方として本部主導なのか、支部主体で考えて作成すれば良いのか、また広報時期はいつ頃可能なのか、早期に具体的に明示していただきたい。(岡山)

やはり分かりづらいのは事実である。本部でわかりやすい広報を打ち、支部用、事業主・被保険者用それぞれにQ&Aのようなものを作成し、丁寧に説明していくことが制度を維持していくために必要である。(山口)

指標の一つである後発医薬品の使用割合については、今回のインセンティブ制度の趣旨が、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もの、かつ加入者及び事業主の負担する保険料率に影響を及ぼすものであり、保険者、加入者、事業主の行動により目標を達成できる指標とあるため、医療提供側の要因（後発医薬品の在庫量）等が影響する本指標は、他の4つの指標とは性質が異なるものであり、指標として妥当ではないと考える。（香川）

インセンティブ制度導入に当たっては、本制度により有利に動く支部、不利に動く支部、それぞれ相反する意見が考えられる。加入者及び各支部の意見を集約させる上で、本格実施後についても内容を修正しながらブラッシュアップさせていくことが重要である。（佐賀）

今後、加入者・事業主の当事者意識の醸成が課題である。保険者が取り組み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の中で評価できるものを指標として選定したものであり、加入者・事業主等個人個人への制度周知が重要となってくると同時に、個人個人に対するインセンティブ問題が出てくることも視野に入れておく必要がある。（熊本）

地域性を鑑みて、公平性・納得性のいく評価指標にする必要がある。今後評価指標の見直しの際は考慮していただきたい。（鹿児島）

#### 評議会意見

競争原理を取り入れる、ペナルティを課すというインセンティブ制度そのものの考え方自体がおかしい。（石川）

制度導入した後は、実施した結果についての報告と制度の見直しを随時していただくようお願いしたい。（三重）

評議会の意見が反映するような仕組みであれば、議論もできると思います。事務局は、支部の評議会の意見が通過儀礼になっていると感じる現状について、滋賀支部評議会の意見としてあげていただきたいと思います。（滋賀）

#### 学識経験者

県民の健康度合いを上げていくということについては大変良いことだと思う。（青森）

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るが、この評価指標にジェネリック医薬品使用率が入っていることに疑問がある。これは、使用促進のための政策誘導だと思っている。（宮城）

評価指標の内容を実践し自分の健康状態を常にチェックすることは、本人の健康寿命を延ばしていくことにつながり、それに付随して保険料率も下がるということを加入者に伝えることが必要。（山形）

事業主や加入者に協力を仰ぐ必要があるのではないかと。（栃木）

自治体や関係団体、マスメディア等と連携し、支部の取り組みを理解していただき、上位半数の支部に入ってほしい。（栃木）



協会けんぽが保有するデータから医療費や受診率などの様々な関連性を分析することができる。保有データを有効に活用してインセンティブ制度や今後の事業実施に生かしていただきたい。(群馬)

閣議決定されていることなので、評価指標に改善の余地はあるが、インセンティブ制度を導入せざるを得ない。(東京)

インセンティブが付与される支部、されない支部の決定が公平な条件のもとで実施されるべきである。(神奈川)

インセンティブ制度の導入が始まると、働いている方や事業主の皆様を理解してもらい、健診受診、保健指導実施などを行っていただかないと数値や実績が上がらない。そのためには、協会けんぽ職員の業務が大変になると思うが、協会けんぽ全体で業務体制の整備や強化をお願いしたい。(新潟)

インセンティブがあるなしに関わらず、保険料が上がっていくことは頭が痛い話なので、各都道府県、市町村との包括連携協定等を利用し、データを分析し、何ができるか考えていくことが必要である。(新潟)

この制度は将来的な後期高齢者医療の適正化を目的としたもので、協会けんぽに加入しているときから健康づくりに取り組み、後期高齢者になった時に医療費がかからないようにするという行動にインセンティブを与えるものと理解している。現在かかっている医療費については都道府県別の料率で評価されているが、このことが伝わるようにしなければいけない。(富山)

加入者そして協会職員が疲弊するだけで、無駄なエネルギーの投入になるのではないか。それならば、健診事業などをどうするか議論した方がよいのではないか。(石川)

保険料率とは異なり、毎年度の議論ではなく、しばらくは今回決定した方法を継続するのだろうが、見直しは必要。次はいつ見直すのか。効果検証を行い、その結果を次に反映させていってほしい。(福井)

制度実施の意図がよく読めない。政策意図が反映されるべきだと思うので、そこはもっと加入者の皆様に説明がつくようにすべき。(山梨)

健診受診などのように地域的に受診しにくい環境にある加入者もいる。インセンティブ導入によって加入者に過度な負担を求めるようなことがあってはならない。(長野)

そもそも制度導入の効果に疑問はあるが、やるのであれば事業主・加入者への周知徹底が必要である。(岐阜)

インセンティブ制度が平成32年度から結果反映とのことだが、恒久的な制度なのか。一定期間経過後に制度の見直しを検討すべき。(愛知)

県内でも一所懸命やる事業所とやらない事業所が出てくる。その差をなるべく少なくすることが重要である。機能させるには愛知支部が同様の基準で事業所等にインセンティブ制度を実施する必要が出てくる。(愛知)

セーフティネット機能を有する協会けんぽの健康保険にインセンティブ制度はなじまないのではないか。(愛知)

この場で意見しても決まったことだと言われるだけかもしれませんが、インセンティブ制度の導入にあたっては、もっと慎重に検討すべきだと思います。(滋賀)

国が報奨を準備する制度ならわかりますが、全支部の保険料率で財源を負担し、上位の支部に割り振るといったことは、インセンティブとはいえません。支部の実績、努力に報いるということであれば、プラスの報奨だけでなければおかしいと思います。(滋賀)

協会にインセンティブ制度を導入することがおかしいので、それ以上の議論はできないと感じます。滋賀支部としては、インセンティブによって保険料率が引き下がることになるのでよいと思いますが、協会全体として考えたとき、協会内だけで財源を負担して競わせ、ペナルティをかける仕組みで本当によいのでしょうか。これでは、自支部が評価されたらそれでいいという議論しかできないと思います。(滋賀)

評議会の意見としては、これまでの意見と変わりません。協会にインセンティブ制度を導入すること自体おかしいと思います。インセンティブ制度の導入ありきでの議論では、結局のところ保険料率が下がる支部は賛成で、保険料率が上がる支部は反対することになるだけだと思います。(滋賀)

ブロック別評議会でも評議会の意見が反映していないと感じる状況について、他の評議会からも同じ意見がありました。意見しても暖簾に腕押しのように感じました。意見しても変わらないのかもしれませんが、言い続けることでいつかは仕組みが変わるのではないかと思います。(滋賀)

インセンティブ制度が行動変容につながるように、加入者に対して制度趣旨を十分に周知したうえで実施すべきである。(京都)

仕組みとしてはよくできているとは思いますが、そもそも誰に対してのインセンティブなのかがわからない。インセンティブというものは評価される側の行動に結びつかないと意味がない。この仕組みで本当に評価される側のモチベーションがあがるとは思わない。(大阪)

ある特定の事業主だけがインセンティブの料率を下げるために熱心に取り組む一方で無関心な事業主も出てくる。実行していくためにはかなりのエネルギーを費やすことになると思われる。(大阪)

国全体で医療費の抑制に資する仕組みを作り上げていくことは大切だが、協会けんぽの中で各都道府県ごとに競わせることにどこまで効果があるのかと思う。(大阪)

保険運営に関するインセンティブ制度であるはずが、別の制度である後期高齢者支援金制度の報奨金という名目でインセンティブ制度を創設することは妥当ではない。例えば、直接保険運営に関係のある国庫補助金を努力した支部に報奨金としてインセンティブを付与するのはどうか。(兵庫)

シミュレーションを見ると、都道府県単位保険料率が高い支部がインセンティブを付与される順位に入っている。医療費が高い支部のために、医療費の低い支部の事業主・加入者の保険料負担が上がるのは納得できないのではないか。また、医療費の高い支部は、インセンティブの評価項目のみ取り組みを頑張ろうとし、医療費を下げようという努力がなくなるのではないか。(和歌山)

制度実施後に見直しを考える必要もあるのではないか。(島根)

大都市部だと多くの人が頑張らないと評価されず不公平である。インセンティブを働かすのであれば保険料率に影響しない法定準備金を使うべきではないのか。(広島)

インセンティブという分かりづらい。労災保険にはメリット制があり、こちらは分かりやすいと思う。事業主・加入者にインセンティブ制度のPRが難しいのではないか。(山口)

インセンティブ制度自体が、官僚的な発想で賛成できない。(愛媛)

お金が絡むと協会の本来の目的を忘れてしまいかねない。医療保険制度と相容れるのかそもそも疑問だ。(高知)

国の経営的発想としては分かるが、そもそも協会けんぽの事業努力は民間の経営努力と性質が違う。(高知)

料率の議論では、単年度収支均衡の不安定な料率は是とせず10.00%を維持してきた。それにも関わらず、インセンティブでは偏差値によって支部の料率で大きく変動する。これは良いのか。(高知)

順位づけがされると必ずプラス、マイナスに分かれる。個人であれば自己責任だが、加入者や事業所での取り組みには差があり、しかもそれを県でひとまとめにされると、実態とは違っておかしい制度になる恐れがある。(高知)

協会けんぽは、共済や健保組合とは異なる。制度自体への疑問がまだ解消していない。(高知)

中身について検証や見直しを行うなど、情報公開を十分にしないと、加入者の理解は得られない。(高知)

医療機関にかかっていない健康な人が報われる、医療費を使っていない人たちにインセンティブがもらえるようにしてほしい。(佐賀)

インセンティブ制度そのものについてはやむを得ないと思う。(佐賀)

都道府県別保険料率になる時の理由は、それまで医療費には地域差があり、それを保険者努力によって格差を是正することで全体として医療費の適正化を図ることであったと思う。資料を見ると結局佐賀支部はかなり頑張っているのに保険料率はずっと全国一高い。制度設計そのものがおかしかったのではないか。佐賀支部は保険料率を下げる努力を行っており、その上でインセンティブ制度を考えると制度の趣旨に沿っているのかなと思う。(佐賀)

支部単位ではなく、個人にもインセンティブがあるという手法もひとつの考え方ではないか。(熊本)

評価項目は他にないのか、地域の実情を考慮した項目を追加してほしい。(鹿児島)

学会ではメタボの基準について今でも問題になっている。女性は(腹囲)90cmで男性は85cmである裏付けがないという報告もでてくる。また、若い人とある程度高齢の人と同じような見方はできないのではないか。そういうものについて見直していく必要がある。(沖縄)

インセンティブの目的というのは加入者の健康増進や医療費削減だと思うので、しばらく続けた後に、その部分とインセンティブ制度が本当に連動しているのか、これでよかったのかという検証作業が必要である。(沖縄)

### 事業主代表

現在の方式で、加入者個々の取り組みへ意識付けさせることは難しい。事業所単位に働きかけ、事業主の意識を変えることが重要と考える。(秋田)

インセンティブというのは基本的には誰かのモチベーションを上げるために与えるものであり、功績をあげた人に与えるものである。本来であれば健康づくりに積極的に取り組んで医療にかかっているという人が受けられるのがインセンティブであるはずなのに、健康づくりに関する努力をせず、医療費がたくさんかかっている人も同じくインセンティブを受けられるのは制度設計として成り立っていない。誰が、どういう努力をするとインセンティブを受けられるのかをはっきり示さないと効果が見られない。努力をした人が報われる制度設計にして欲しい。(山形)

協会けんぽ全支部でインセンティブ制度の財源を確保しているが、負担を協会外部から捻出することはあるのか。本来の医療費適正化等の目的に理解を得たうえで実施していくことが必要。(栃木)

新たな制度を導入するにあたっては、加入者及び事業主が納得して取り組んでいけるように説明責任をしっかり果たしていただきたい。(群馬)

「数」ではなく「率」が評価指標ということであれば、大規模支部は不利である。東京は事業所数、加入者数ともに増加しており、東京の加入者は延々と他県の加入者のために負担し続けることになる。このまま進めていくと、企業によっては「インセンティブ倒産」が発生するかもしれない。(東京)

保険者や事業主、加入者の努力結果が評価されるべきだが、この評価方法では努力結果が評価に反映されるとは思えない。別の評価方法はないものか。(東京)

就業保健師数が全国で一番少ないという厚労省の統計が示すとおり、神奈川県では保健師の確保が困難という状況にある。この点を改めて訴えていくべきなのではないか。(神奈川県)

運営委員会での意見にもある通り、特定健診の結果等が現在の医療費に反映されるのであれば、現行の都道府県単位保険料率への反映とダブルカウントとなることに合理性がない。また後発医薬品使用割合は後期高齢者の医療費に影響する指標としてはそぐわないのではないか。やはり前年からの伸びや取り組み内容が評価される仕組みとしていただきたい。(神奈川県)

社会保障費が今後も増え続けるというのは事実である。できることは何でもやってみるといふことが必要。(富山)

評価指標の項目をすでに十分実施している事業所・加入者もおり、その方々へも同じように応分の負担を求めることに理解が得られないのではないか。(長野)

本来のインセンティブは、支部の実績に応じて保険料率を引き上げるといった仕組みでなければならないと思います。国が報奨を出さない制度はおかしいと感じます。(滋賀)

インセンティブの本来の趣旨は、健診・保健指導が実施できていない保険者に対してペナルティをかすものだと思います。しかし、協会のインセンティブは、財源を各支部に負担させて支部間で配分するという事なので、制度の趣旨と異なるのではないかと思います。評価指標の項目についての考えは理解できますが、制度の導入そのものに問題があると思います。(滋賀)

実施するのであれば、医療機関の偏在などの各地域の状況を踏まえて行う必要があると思うが、単純に率で評価する制度ではなく、加入者への啓蒙に力を入れ、健診結果が悪くなる前に生活習慣の見直しを促すことに取り組むべきである。(京都)

強制加入の保険で保険料額に影響のある制度を導入するのなら、加入者・事業主に対して十分な説明が必要である。(京都)

頑張ったところが報われるというインセンティブの考え方は悪くない。和歌山支部がインセンティブの恩恵を受けられるように頑張っていたきたい。(和歌山)

保険料率が平均(10.0%)よりも高い支部が、今回のインセンティブ制度において上位過半数となり、その結果、保険料率引き下げとなれば、インセンティブの意味は大きい。(島根)

制度的には最初は机上でやるので実際やってみないとわからないが、まず取り組んでみてどうやったらうまくいくかを考えなければならない。取り組みながら見直しをかけていかないと意味がない。一番いけないのは何年か先でないと効果検証できないからといって何も変えないことである。(広島)

指標の一つである後発医薬品の使用割合については、ジェネリック医薬品の使用比率を増加させるため、「ジェネリック医薬品を希望した場合、ジェネリック医薬品が処方される」現行体制から、「原則、ジェネリックが処方される」体制へと変更してはどうか。(新薬を希望する場合のみ、その意思表示をする。)(香川)

評価指標や重みづけなど、数値ばかりが先行している。インセンティブ制度を実施するよりも、もっと直接的に医療費自体を下げる施策を重視して行うべき。(愛媛)

将来的には医療費の抑制になるかもしれないが、原資を保険料から徴収して、それを分けるだけ。何のためにやる制度なのか疑問。ペナルティー感だけが強くなると、制度としてはマイナスになる。(高知)

佐賀支部の利益になるのであればインセンティブをもっと大きくしてほしい。(佐賀)

長崎県の加入者と事業主の負担する保険料に、健診の未受診者が影響を及ぼすことは不合理である。負担の重い後期高齢者支援金に対策を講じるのであれば、後期高齢者の自己負担を引き上げることが優先すべきではないか。インセンティブ制度自体が複雑でわかりにくく、実施には反対である。(長崎)

インセンティブ制度が実施されたとしても、負担する保険料への影響は微々たるものである。インセンティブ制度を実施することで加入者や事業主の意識が変わるよう、制度周知を徹底していかなければならない。(長崎)

示されている5つの評価指標を用いるのであれば、評価指標の実施率の低い事業所や地域を個別に公表していかなければ効果がない。インセンティブ制度の実施にあたり、個別に公表することが認められるかを確認する必要がある。(長崎)

個人個人に制度を周知していかないと意味がない。広報活動をすすめていくべき。(熊本)

例えばお菓子1個でもジュース1本でもよいから、個人が頑張った分が個人に直接還ってくる仕組みであれば、実践しようという気持ちが起きるのではないか。(熊本)

#### 被保険者代表

この制度を導入するのであれば、全国民に伝わるように広報してほしい。(北海道)

職場の健康づくり、健康ケアは重要で、これに取り組む必要はあると思うが、どうしても持病を抱えている方はおり、導入となった際は、疾病持ちの方などに差別的な取扱いが起らないようにしてもらいたい。(北海道)

導入するのであれば、一人一人が制度を理解して、みんなで頑張ろう、みんなで取組もうとプラスに働くようにしてもらいたい。(北海道)

指標の1から4番までは自助努力でどうにかなると思うが、ジェネリック医薬品については医師の影響が大きいと思う。(宮城)

インセンティブ(報奨金)の使い方として、健診の費用補助へ反映させてはどうか。(秋田)

山形支部だけを見れば得点が高くてインセンティブ制度はいいのではないかと感じてしまうが、なぜこれほど全国で差が出ているのかをしっかりと検証していかなければならない。インセンティブ制度については、加入者に対する意識づけが重要であるため、しっかりと事前に広報を行わなければならない。(山形)

インセンティブ制度について、社会保険の共助という考え方でいけば必要な制度。多くの意見を聞いてより良いものをつくっていくということではないか。(栃木)

本来の目的を達成するために協会けんぽがどのような取り組みをして、どのようなフォローをしていくのかといった部分が見えてこない。新たな制度を導入する際には加入者及び事業主が納得できる説明がないとどんなシミュレーションを示されても不安はぬぐえない。(群馬)

加入者及び事業主が納得できるものであり、医療保険者と加入者及び事業主が共に健康増進に取り組み、努力していくことで医療費の削減という目標達成に至る制度になるよう見直し等も含めて慎重に検討していただきたい。(群馬)

インセンティブ制度の目的は、「保険者の努力を保険料率に反映すること」にある。大規模支部では、職員1人当たりの加入者数が多く、マンパワーも不足しており、不利である。(東京)

健診を受診した結果など、取り組んだことがインセンティブに反映され、報われる制度であればよいが、現在の評価方法では適切に反映されない。東京支部は「取られ損」の印象がある。(東京)

健診受診率の向上のためには、加入者が健診を受けやすくすることも必要。健診費用について保険者の補助を増やすことも検討していく必要があるのではないか。(神奈川)

適用されている支部と実際に事業活動を行っている県が異なる場合がある中、都道府県別料率あるいは今回の支部単位のインセンティブ制度は、加入者・事業主にとっては努力が報われないと映る場合も考えられる。よって将来的には事業所単位で保険料率を設定できるようにしていただきたい。(富山)

各指標に対して事業所としての立ち位置がわかるようにすれば、各事業所の取り組みが進むのではないかと。(富山)

全ての支部がこれまでも頑張ってきたのではないかと。順位を付けるなんてありえない。(石川)

インセンティブ制度に本来はペナルティという要素はなかった。インセンティブというよりペナルティが大きくなっている。(石川)

趣旨は理解できるが制度そのものに疑問を感じている。また、この仕組みで本当にインセンティブが効くのかも疑問。実施した結果、健診実施率等が改善され、最終的には保険料率が下がるという成果に結びつかなければ、制度の意味がない。人手や時間等のパワーをかけて実施する以上は、形だけで終わらないでほしい。(福井)

制度が単なる「数合わせ」で終わらないようにしていただきたい。大規模支部の理解を得るためにも重要だと思う。(福井)

制度導入の効果として、支部から加入者・事業主への働きかけが積極的になる、加入者・事業主の意識が向上することが期待できる。(福井)

目標があると励みになり競争も働くので導入には賛成。実施方法には様々な考え方があろうと思うが、いったん実施することで、次の段階に進み、新たな方法を見出すこともできると考える。(福井)

加入者一人ひとりが健康になることが究極の目標であり、各指標の向上に向けた施策の実施の際には、その点を発信してほしい。(長野)

支部の評議会で見解したとしても、結局、本部で決めてしまうのでは見解しても意味がないように思っています。支部の評議会に意見を求めるのであれば、決まったことの見解を求めるのではなく、評議会での意見により本部案を修正するといったような評議会の見解が十分に反映するような仕組みを作っていただきたいと思っています。(滋賀)

インセンティブ制度については、本当にこの制度が必要か疑問である。既に都道府県単位保険料率で各支部の保険料率に差があるのに、さらに差を広げる必要があるのか。差をつけるのはかかった医療費だけでよい。(和歌山)

インセンティブ制度の開始に伴い頑張ろうという声をどこまで上手く伝達できるかが課題。月額28円程度の差異で、インセンティブ制度に対してどこまで努力しようという気になるかは疑問が残る。また、事業所に対してどこまで周知徹底できるか不透明である。(岡山)

インセンティブ制度自体は良いシステムだと思うが、県全体で一丸になって取り組もうという雰囲気を作るためには、様々な広報等を実施して周知徹底する必要があると思われる。(岡山)

事業所として社員に周知することが大変難しいと感じるので、協会けんぽでわかりやすい広報をお願いしたい。(山口)

ジェネリックについては努力だけでは難しいところがあるように思われる。(徳島)

インセンティブ制度の内容を、保険料を払っている事業主や労働者にしっかりと広報すべきである。(徳島)

小さい県がインセンティブを受け、大きい県が受けていないように見受けられる。制度的におかしいのではないか。(愛媛)

評価指標に「受診勧奨を受けた要治療者の受診率」とあるが、要治療の結果が出て症状が現れなければ、働く人は休暇を取ってまで医療機関を受診しようとは思わない。現場のことを理解し、受診しやすい環境を整えることが先決である。(長崎)

事業所の方でも、(保健指導を)受けてくださいというのを1回目は言えるが、言っても行かない方に何度もは言いにくい。説明にあったように、健診受診時に該当者にはその時点で医療機関が保健指導をするようになると、会社側としては助かる。(評価指標4を高めるための取組の説明についての意見)(沖縄)

新しく保険証が届いた方には、会社としてもジェネリックに協力してください、シール貼ってくださいと案内している。ずっと以前から保険証を持っている方にはなかなかできない。長く働いている方にもお知らせする機会があるとよい。(評価指標5を高める取組についての意見)(沖縄)



平成29年10月23日開催  
第87回運営委員会

# インセンティブ制度の本格実施（案）について

※赤字下線部分が試行実施からの修正点

## 【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」とこととされている。
- 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

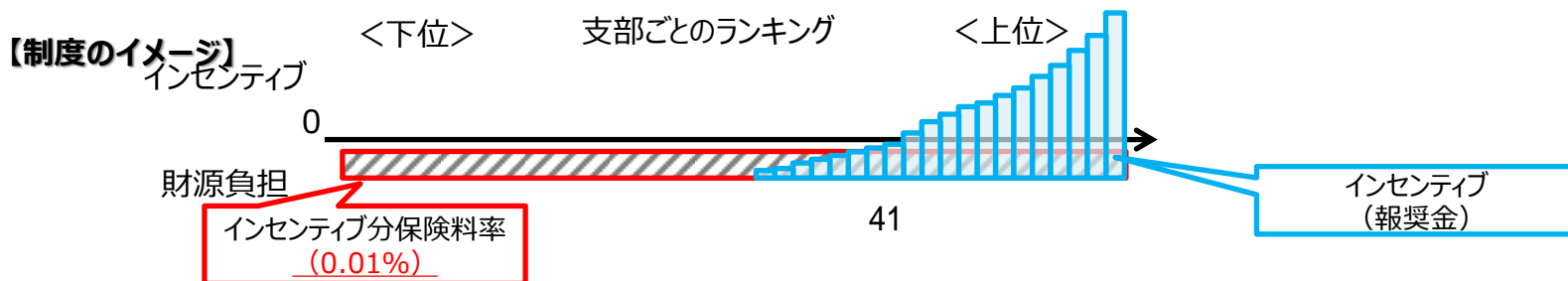
医療保険制度改革骨子や日本再興戦略改定2015等を踏まえ、新たに協会けんぽ全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、インセンティブ制度の財源となる保険料率 (0.01%) を設定するとともに、支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価し、その結果が上位過半数となる支部については、報奨金によるインセンティブを付与。

### 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。

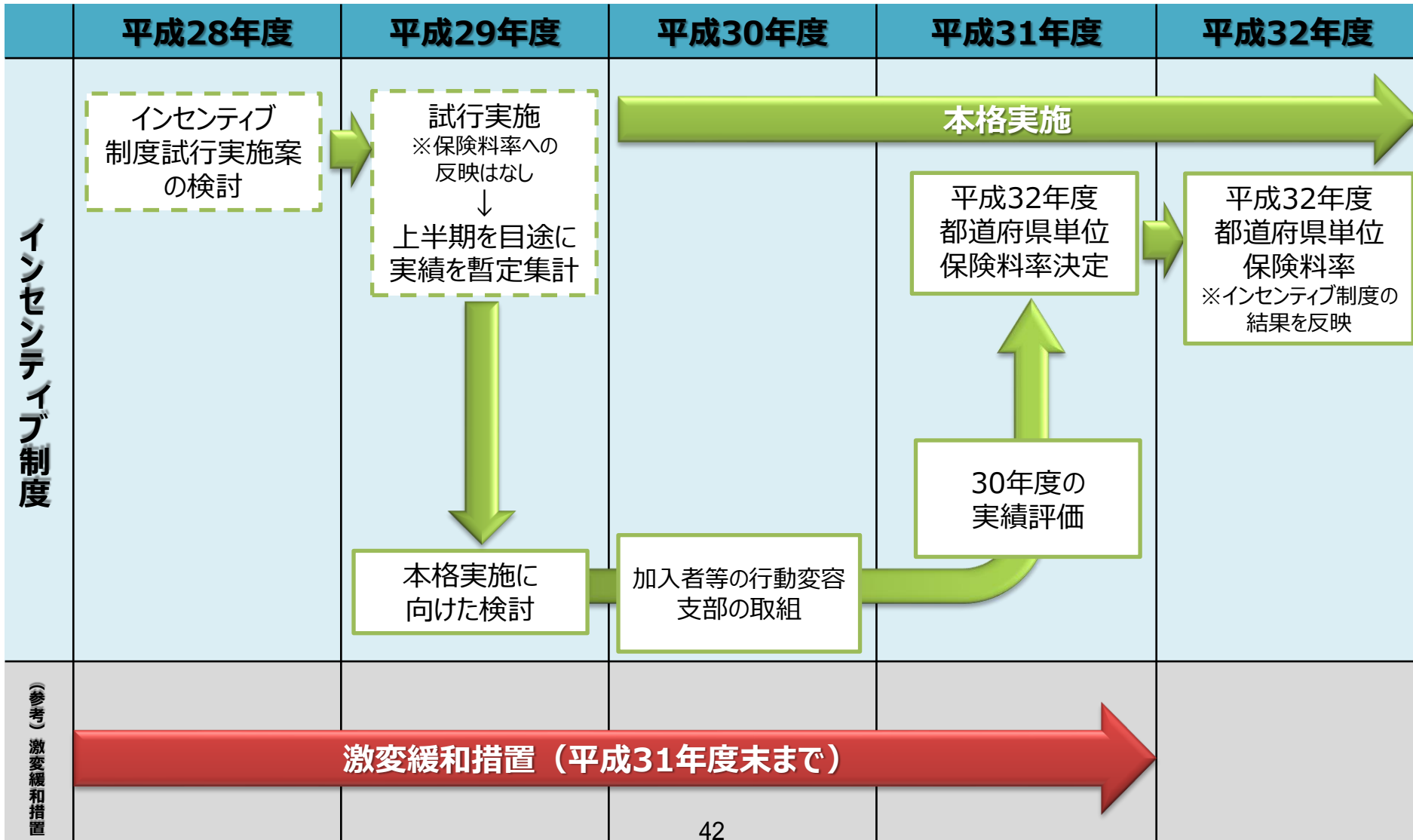
### ③ 支部ごとのインセンティブの効かせ方について

- 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（平成29年度は全支部一律で2.10%）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（平成32年度保険料率）：0.004% ⇒ 平成31年度（平成33年度保険料率）：0.007% ⇒ 平成32年度（平成34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、ランキングで上位過半数に該当した支部については、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、その結果を平成32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%－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受診者数
  - 又は
  - ②支部の都道府県内の健診機関における健診受診者数（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%－当該支部の実績値）に占める割合を評価する。

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

※【】は評価指標内での評価割合

### 1 特定健診等の受診率（使用データ：4月～3月の受診者数（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>

$$\frac{\text{自支部被保険者のうち生活習慣病予防健診を受診した者の数} + \text{自支部被保険者のうち事業者健診データを取得した者の数} + \text{自支部被扶養者のうち特定健診を受診した者の数}}{\text{自支部被保険者数} + \text{自支部被扶養者数}} \quad (\%)$$

- ① 特定健診等の受診率【60%】
- ② 特定健診等の受診率の対前年度上昇幅【20%】
- ③ 特定健診等の受診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>

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

- 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うち、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>

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

**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うち、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>

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

- 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>

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

- 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%】



### ③支部ごとのインセンティブの効かせ方について

#### 【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受診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、ランキングで上位過半数に該当した支部については、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。

## 【具体的な評価方法】

- 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（平成28年度は全支部一律で2.10%）の中に、0.01%（※）を盛り込むこととする。  
（※）協会けんぽの保険料率は少数点第2位まで算出するものとされているため、この負担分については、全ての支部の保険料率に影響を与えることとなる。
- 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（平成32年度保険料率）：0.004% ⇒ 平成31年度（平成33年度保険料率）：0.007% ⇒ 平成32年度（平成34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、ランキングで上位過半数に該当した支部については、支部ごとの得点数に応じた報奨金による段階的な保険料率の引下げを行う。
- 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。