

保国発 0806 第 1 号
令和元年 8 月 6 日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生労働省保険局国民健康保険課長
（ 公 印 省 略 ）

2020 年度保険者努力支援制度（都道府県分）について

標記について、2020 年度保険者努力支援制度（都道府県分）の評価指標及び具体的な算定方法等について、下記のとおり定めたのでお知らせする。

記

第 1 算定方法及び事業見込額調査について

1. 2020 年度保険者努力支援制度（都道府県分）は、全都道府県を交付対象とする。
2. 保険者努力支援制度の交付額を2020年度の納付金算定に反映させる観点から、2019年度中に2020年度の交付見込額を算定することとする。
また、都道府県に交付する交付額は、第 3 から第 5 までの指標ごとに算出される交付額を合算したものとする。
3. 2019年度交付額算定時に評価対象とした取組に係る実績調査を行い、その結果、以下のいずれかに該当した場合、2020年度の交付見込額の算定基礎となる評価において、減点を行うこととする。
 - ・ 2018年9月以降の実施を予定していた取組について、2018年度中に実施しなかった場合（市町村が実施しなかった場合も含む。）
 - ・ 2018年9月に報告されていた過年度の実施状況に誤りが判明した場合（市町村が報告していた過年度の実施状況に誤りが判明した場合も含む。）

※ 予定していなかった取組を実施した場合や、申請誤り等による加点は行わないこととする。

なお、上記実績調査については、別途通知する。

4. 3. の減点の算出方法は、減点対象の指標毎の2019年度配点×補正係数(2020年度配点合計/2019年度配点合計)とする。

※ 小数点以下は切り捨てるものとする。

※ 補正係数は、(指標 1) 110点/100点
(指標 2) 80点/50点
(指標 3) 120点/105点 とする。

5. 2020 年度の保険者努力支援制度交付見込額の算定にあたり、都道府県において、評価指標ごとに自己採点を行うものとし、その点数を国へ提出すること(「第3 主な市町村指標の都道府県単位評価について」及び「第4 医療費適正化のアウトカム評価について」、「第5(3) 医療提供体制適正化の推進」を除く。)。なお、正式な交付申請は、「令和2年度保険者努力支援制度交付金交付要綱(仮称)」をもって、2020年度上半期中に実施するものとする。

6. 都道府県の事務担当者は、都道府県の取組状況を別添(2020年度都道府県分)の評価採点表に入力のうえ、報告内容に誤りがないことを確認の上、令和元年9月6日(金)までに下記のアドレスへ電子メールで提出すること。

※アドレス : kokuho@mhlw.go.jp (保険者努力支援係あて)

第2 予算規模について

500億円規模を措置予定

第3 市町村指標の都道府県単位評価について

1. 各都道府県の報告について

「2020年度保険者努力支援制度(市町村分)について」(令和元年8月2日付厚生労働省保険局国民健康保険課長通知)第3及び第4で定める指標(以下「市町村指標」という。)のうち、6指標について、国において都道府県平均値を算出することにより評価を行うこととする。そのため、

当該評価を実施するうえで、各都道府県から報告を行う必要はない。

2. 予算規模について

200 億円とする。

3. 交付額の算定方法について

〔(評価指標毎の得点の合計－2019 年度の評価指標毎の減点)×都道府県内被保険者数(退職被保険者を含む。)]により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算(200 億円)の範囲内で交付する。

なお、被保険者数は令和元年 6 月 1 日現在の数値を用いることとする。

4. 評価指標及び点数について

(1) 特定健康診査の実施率(2017 年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 特定健診受診率の都道府県平均値が第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値(60%)を達成している場合	7 点
② ①の基準は満たさないが、特定健診受診率の都道府県平均値が上位 3 割相当の数値を達成している場合	4 点
③ ①及び②の基準は満たさないが、特定健診受診率の都道府県平均値が上位 5 割相当の数値を達成している場合	2 点
④ 特定健診受診率の都道府県平均値が 30%未満の値となっている場合	-4 点
⑤ 特定健診受診率の都道府県平均値が 2016 年度実績と比較して 0.9 ポイント以上向上している場合	5 点

(留意点)

- ・ 2017 年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。
- ・ 厚生労働省において「レセプト情報・特定健診等情報データベース」(以下「NDB」という。)から抽出される保険者ごとのデータを用いて評価するものとする。
- ・ 特定健診受診率の都道府県平均値の算出方法は、次のとおりとする。
 特定健診受診率の都道府県平均値 = (都道府県内の特定健康診査受診者数) / (都道府県内の特定健康診査受診対象者数) × 100

(2) 特定保健指導の実施率 (2017 年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 特定保健指導実施率の都道府県平均値が第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値 (60%) を達成している場合	7 点
② ①の基準は満たさないが、特定保健指導実施率の都道府県平均値が上位 3 割相当の数値を達成している場合	4 点
③ ①及び②の基準は満たさないが、特定保健指導実施率の都道府県平均値が上位 5 割相当の数値を達成している場合	2 点
④ 特定保健指導受診率の都道府県平均値が 15%未満の値となっている場合	-4 点
⑤ 特定保健指導実施率の都道府県平均値が 2016 年度実績と比較して 1.5 ポイント以上向上している場合	5 点

(留意点)

- ・ 2017 年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。
- ・ 厚生労働省において NDB から抽出される保険者ごとのデータを用いて評価するものとする。
- ・ 特定保健指導の都道府県平均値の算出方法は、次のとおりとする。
 特定保健指導の都道府県平均値 = (都道府県内の特定保健指導終了者数) / (都道府県内の特定保健指導対象者数) × 100

(3) 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況 (2019 年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 管内市町村のうち、市町村指標①から⑤までを満たす市町村の割合が 9 割を超えている場合	16 点
② ①の基準は満たさないが、管内市町村のうち市町村指標①から⑤までを満たす市町村の割合が 7 割を超えている場合	10 点
③ 管内市町村のうち、市町村指標⑥を満たす市町村の割合が 7 割を超えている場合	5 点
④ 管内市町村のうち、市町村指標⑦を満たす市町村の割合が 7 割を超えている場合	5 点

(留意点)

- ・ 市町村指標「第 3 - 3 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況」の各市町村の実績を踏まえ、厚生労働省において評価を行うこととする。

(4) 個人へのインセンティブの提供の実施 (2019 年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 管内市町村のうち、市町村指標①及び②を満たす市町村の割合が7割を超えている場合	13点
② ①の基準は満たさないが、管内市町村のうち市町村指標①及び②を満たす市町村の割合が5割を超えている場合	5点
③ 管内市町村のうち、市町村指標①、②及び⑤を満たす市町村の割合が5割を超えている場合	5点

(留意点)

- ・ 市町村指標「第3 - 4 (1) 個人へのインセンティブの提供の実施」の各市町村の実績を踏まえ、厚生労働省において評価を行うこととする。

(5) 後発医薬品の使用割合 (2018 年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が上位2割相当の数値を達成している場合	11点
② ①の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が上位4割相当の数値を達成している場合	5点
③ 後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が2017年度実績と比較して5ポイント以上向上している場合	11点
④ ③の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が2017年度実績と比較して向上している場合	5点

(留意点)

- ・ 2018 年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率をあわせて評価する。
- ・ 厚生労働省において NDB から抽出される都道府県別後発医薬品使用割合を用いて評価するものとする。

(6) 保険料 (税) 収納率 (2018 年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 保険料収納率の都道府県平均値が上位2割相当の数値を達成している場合	10点
② ①の基準は満たさないが、保険料収納率の都道府県平均値が上位4割相当の数値を達成している場合	5点
③ 保険料収納率の都道府県平均値が2017年度の実績と比較して0.6ポイント以上向上している場合	10点
④ ③の基準は満たさないが、保険料収納率の都道府県平均	5点

値が 2017 年度実績と比較して向上している場合	
---------------------------	--

(留意点)

- ・ 保険料収納率の都道府県平均値の算定方法について
 保険料収納率の都道府県平均値 = (都道府県内保険者の収納額(現年分)の合計) / (都道府県内保険者の調定額(現年分)の合計) × 100
 なお、居所不明者分調定額は控除するものとする。
- ・ 2018 年度の実績を評価する際、市町村が報告する国民健康保険事業状況報告(以下「事業年報」という。)の数値で確認を行うため、事業年報を提出する際、誤りのないよう留意されたい。

第 4 医療費適正化のアウトカム評価について

1. 各都道府県の報告について

年齢調整後一人当たり医療費については、都道府県ごとの国民健康保険被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費を用いて評価を行うこととするため、当該評価を実施するうえで、各都道府県から報告を行う必要はない。また、重症化予防のマクロ的評価については、厚生労働省において国保データベースシステム(以下「KDB」という。)から抽出される保険者ごとのデータを用いて評価するものとする。そのため、当該評価を実施するうえで、各都道府県から報告を行う必要はない。

2. 予算規模について

150 億円とする。

3. 交付額の算定方法について

[(評価指標毎の得点の合計 - 2019 年度の評価指標毎の減点) × 都道府県内被保険者数(退職被保険者を含む。)]により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算(150 億円)の範囲内で算出する。

被保険者数は令和元年 6 月 1 日現在の数値を用いることとする。

4. 評価指標及び点数について

(1) 年齢調整後一人当たり医療費(2017 年度の実績値を評価)

評価指標	配点
① 年齢調整後一人当たり医療費が、全都道府県の上位 1 位から 5 位である場合	20 点
② 年齢調整後一人当たり医療費が、全都道府県の上位 6 位	15 点

から 10 位である場合	
③ ①及び②の基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が、全国平均よりも低い水準である場合	10 点

(留意点)

- ・ 年齢調整後一人当たり医療費については、「医療費の地域差分析（厚生労働省）」において把握される「都道府県別の地域差指数」に「全国一人当たり実績医療費（入院、入院外＋調剤、歯科）」を乗じた値を用いて評価するものとする。
- ・ 年齢調整後一人当たり医療費が全国平均よりも低い都道府県について、低いものから順に評価を行うこととする。

(2) 年齢調整後一人当たり医療費の改善状況（2017 年度の実績値を評価）

評価指標	配点
① 年齢調整後一人当たり医療費の前年度からの改善状況が全都道府県の上位 1 位から 5 位の場合	40 点
② 年齢調整後一人当たり医療費の前年度からの改善状況が全都道府県の上位 6 位から 10 位の場合	35 点
③ ①及び②の基準は満たさないが、2015 年度以降 3 年連続で年齢調整後一人当たり医療費が前年度より改善している場合	25 点
④ ①から③までの基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が前年度より改善している場合	20 点
⑤ ①から④までの基準は満たさないが、年齢調整後の一人当たり医療費が過去 3 年平均値より改善している場合	15 点

(留意点)

- ・ 年齢調整後一人当たり医療費の改善状況は、「医療費の地域差分析（厚生労働省）」において把握される「都道府県別の地域差指数」の 2015 年度指数、2016 年度指数、2017 年度指数の比較により評価する。

(3) 重症化予防のマクロ的評価（当年度の実績）（2018 年度実績を評価）

評価指標	配点
① 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者数 1 万人）が少ない順に、全都道府県の上位 1 位から 5 位である場合	10 点
② 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者数 1 万人）が少ない順に、全都道府県の上位 6 位から 10 位	7 点

である場合	
③ ①及び②の基準は満たさないが、都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者数1万人）が少ない順に、全都道府県の上位5割である場合	3点

（留意点）

- ・ 厚生労働省において KDB から抽出される都道府県別の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者数1万人）を用いて評価するものとする。

（4）重症化予防のマクロ的評価（前年度の実績）（2018年度実績を評価）

評価指標	配点
① 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者数1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位1位から5位である場合	10点
② 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者数1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位6位から10位である場合	7点
③ ①及び②の基準は満たさないが、都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者数1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位5割である場合	3点

（留意点）

- ・ 厚生労働省において KDB から抽出される都道府県別の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者数1万人）を用いて評価するものとする。

第5 都道府県の取組状況の評価について

1. 各都道府県の報告について

医療費適正化等に関する取組の実施状況について評価を行う。都道府県においては、取組状況を別添の様式に入力のうえ、国へ報告するものとする（4.（3）医療提供体制適正化の推進を除く。）。

2. 予算規模について

150億円とする。

3. 交付額の算定方法について

〔(評価指標毎の得点の合計－2019年度の評価指標毎の減点)×都道府県内被保険者数(退職被保険者を含む。)]により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算(150億円)の

範囲内で交付する。

なお、算出に使用する被保険者数は令和元年6月1日現在の数値を用いることとする。

4. 評価指標及び点数

(1) 医療費適正化等の主体的な取組状況

○ 重症化予防の取組等 (2019年度中の実施状況)

評価指標	配点
市町村における重症化予防の取組を促進するため、次の支援策を講じている場合	
① 都道府県医師会、糖尿病対策推進会議等の関係団体と連携体制を構築し、対策（都道府県全体における健康課題の分析や整理、全県的な課題や対応策等について議論、都道府県内市町村の取組状況の把握など）を実施している場合	5点
② 二次医療圏単位等での対策会議（管内市町村における取組状況の把握と課題の分析、関係機関の具体的な連携方法の検討、広域的な課題の抽出と対応策の検討など）を実施している場合	5点
③ 保健所を活用した支援（市町村と郡市医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や連携の支援）を実施している場合	5点
④ 管内市町村の状況についての分析（直近の健診データ・レセプトデータの分析、市町村の取組状況の把握など）を実施し、市町村に情報提供している場合	5点
⑤ 市町村の事業評価に資するよう、広域的な評価（医療圏や保健所管轄地域の単位）を行っている場合	5点

(留意点)

- ・ 2019年度中の実施状況の評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。

○ 個人インセンティブの提供に係る取組の推進 (2019年度中の実施状況)

評価指標	配点
① 個人へのインセンティブの提供について、都道府県が自ら取組を実施している場合や、市町村が取組を実施できるような具体的な支援（指針の策定、関係団体との調整、ICT	5点

活用のための環境整備等) を行っている場合	
-----------------------	--

(留意点)

- ・ 2019 年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。

○ 市町村への指導・助言等 (2019 年度の実施状況を評価)

評価指標	配点
(i) 給付点検	
① 都道府県は、市町村から給付点検調査に要する情報の提供を求めるために、包括的な合意を得ている場合	1 点
② 給付点検調査のための担当者を配置し、庁内関係部局間での担当者会議を定期的を開催する等により、日頃から連携体制を構築している場合	1 点
③ 給付点検調査に係る事務処理方針を策定している場合	1 点
(ii) 不正利得の回収	
① 国保部局において、債権回収に係る事務処理方針を策定している場合	2 点
② 市町村と協議のうえ、委託規約を策定している場合	1 点
③ 不正利得の回収事案について、庁内関係部局間での担当者会議を定期的を開催する等して、日頃から連携体制を構築している場合	1 点
(iii) 第三者求償	
① 第三者求償に係る市町村の設定目標を把握し、その取組状況を確認している又は確認予定としている場合	1 点
② 研修の機会等を活用して、第三者求償の目的や債権管理等に関する助言を行っている又は行う予定としている場合	1 点
③ 都道府県が設置する県立病院や保健所等の機関が第三者行為に関する情報を市町村に提供している又は提供予定としている場合	1 点

(留意点)

- ・ 2019 年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。

○ 保険者協議会への積極的関与（2019年度の実施状況を評価）

評価指標		配点
保険者協議会への積極的関与について、以下の基準を全て満たす取組を実施している場合		5点
①	保険者協議会の事務局を、都道府県が自ら担う、又は国保連と共同で担っている場合	
②	保険者協議会を、医療関係者等（2以上の団体）の参画を得て開催している場合	
③	医療費の調査分析等のための人材育成を行っている場合	
④	③の人材育成にあたり、KDBの活用に向けた取組（操作研修等）を行っている場合	
⑤	厚生労働省から提供される医療費適正化計画に関する医療費データ（NDB）を、保険者協議会へ提示・提供している場合	
⑥	被用者保険の保険者と覚書等を締結して、データ連携・解析を行っている場合	5点

（留意点）

- ・ 2019年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。
- ・ 都道府県が単独で事務局を担う場合と、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）と共同で担う場合のいずれであっても評価対象とする。
- ・ 保険者協議会への関係者の参画が、正式な構成員である場合と、オブザーバーである場合のいずれであっても評価対象とする。
- ・ 都道府県が行う人材育成、保険者協議会が行う人材育成いずれでも評価対象とする。人材育成の対象者は、都道府県職員、国保連職員、保険者協議会の参加者等のいずれであっても評価対象とする。人材育成の内容については、数日間の研修実施、1日の研修会の開催等の様々な形態が考えられる。
- ・ 厚生労働省から提供する医療費データについては、毎年度、NDBデータを活用して、例えば、都道府県毎の入院・外来別の医療費、疾病別医療費、後発医薬品使用割合、特定健診実施率等を送付予定。

○ 都道府県による KDB 等を活用した医療費分析（2019 年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
都道府県が、健診データやレセプトデータ等の活用により、管内市町村国保に関する医療費等の分析を行い、その結果を見える化（県・同規模・全国との比較、経年比較等）した上で市町村へ提供するとともに、優先すべき健康課題等に関し助言を行っている場合	10 点

（留意点）

- ・ 2019 年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。
- ・ 都道府県内の横断的な健康・医療データを活用し、これまで市町村単独では分析ができなかった比較分析等を行い、市町村に提供することを評価する。
- ・ 分析については、KDB を活用した市町村国保横断的な分析（管内の全市町村比較等）厚生労働省から提供される都道府県ごとの医療費データ（NDB）等を活用した保険者横断的な分析（市町村国保、国民健康保険組合、後期高齢者医療制度、被用者保険等の保険者別比較等）等が考えられる。

（2）決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の解消等（2018 年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 都道府県内の全ての市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	30 点
② ①の基準は満たさないが、都道府県内の市町村のうち 7 割以上の市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	10 点
③ 都道府県内の計画策定対象市町村のうち 3 割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-10 点
④ ③の基準は満たさないが、都道府県内の計画策定対象市町村のうち 1 割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-5 点

⑤ 都道府県内の計画策定対象市町村の赤字削減・解消計画について、全て取りまとめ及び公表を行っている場合	5 点
⑥ 都道府県内の計画策定対象市町村の赤字削減・解消計画について、取りまとめ及び公表を全く行っていない場合	-5 点

(留意点)

- ・ 2018 年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。

(3) 医療提供体制適正化の推進 (2019 年度の実施状況を評価)

評 価 指 標		配点
医療提供体制適正化の推進について、①及び②の基準を満たしている場合		4 点
① 2018 年度病床機能報告の報告率が 2019 年 6 月末報告時点で 100%を達成している場合	② 地域医療構想調整会議において、公立・公的病院等の具体的対応方針の合意率が 100%を達成している場合	
③ 地域医療構想調整会議において、全ての民間医療機関の対応方針の議論を開始している場合		13 点
④ 地域医療構想調整会議において、非稼働病棟を有する医療機関の合意された全ての対応方針の内容に非稼働病床の解消が含まれる場合		8 点

(留意点)

- ・ 2019 年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 厚生労働省医政局地域医療計画課にて行う地域医療構想の取組状況の把握の結果により評価を行うため、当該評価を実施する上で、各都道府県から報告を行う必要はない。