

保国発 0803 第 2 号
令和 2 年 8 月 3 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 ）

令和 3 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、令和 3 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. 令和 3 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令和 3 年度の納付金算定に反映させる観点から、令和 2 年度中に令和 3 年度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. 令和 2 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、令和 3 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。
 - ・ 令和元年 9 月以降の実施を予定していた取組について、令和元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。）
 - ・ 令和元年 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令和2年度配点×補正係
数(令和3年度配点合計/令和2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/110点

(指標2) 80点/80点

(指標3) 126点/120点 とする。

5. 令和3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(4) 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3年度保険者努力
支援制度交付金交付要綱(仮称)」をもって、令和3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(令和3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2年9月4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-hoken@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 主な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

「令和3年度保険者努力支援制度(市町村分)について」(令和2年7
月●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—令和 2 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 2 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) 特定健康診査の受診率 (平成 30 年度実績を評価)

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平成 29 年度実績と比較して 1 ポイント以上向上している場合	5 点

(留意点)

- 平成 30 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。

$$\text{特定健診受診率の都道府県平均値} = (\text{都道府県内の特定健康診査受診者数}) / (\text{都道府県内の特定健康診査受診対象者数}) \times 100$$

(2) 特定保健指導の実施率（平成 30 年度実績を評価）

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平成 29 年度実績と比較して 2 ポイント以上向上している場合	5 点

(留意点)

- ・ 平成 30 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。

$$\text{特定保健指導の都道府県平均値} = (\text{都道府県内の特定保健指導終了者数}) / (\text{都道府県内の特定保健指導対象者数}) \times 100$$

(3) 糖尿病等の重症化予防の取組状況（令和 2 年度実績を評価）

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 9.5 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 8 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及び⑦を満たす市町村の割合が 8 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⑨を満たす市町村の割合が 8 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（令和2年度実績を評価）

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8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6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6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（令和元年度実績を評価）

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政府目標である目標値(80%)を達成している場合	16点
② ①の基準を達成し、かつ後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が平成30年度以上の値となっている場合	6点
③ 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5割相当の数値を達成している場合	6点
④ 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平成30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
⑤ ①及び④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平成30年度実績と比較して4.5ポイント以上向上している場合	9点
⑥ ①、④及び⑤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平成30年度実績と比較して4ポイント以上向上している場合	6点

(留意点)

- ・ 令和元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(令和元年度実績を評価)

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平成 30 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値が平成 30 年度実績と比較して向上している場合	5 点

(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。
- ・ 令和元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—令和 2 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 2 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（平成 30 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 位から 10 位である場合	15 点
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（平成 30 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、平成 27 年度の年齢調整後一人当たり医療費から平成 30 年度の年齢調整後一人当たり医療費が連続して改善している場合	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」の平成 28 年度指数、平成 29 年度指数、平成 30 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) (令和元年度実績を評価)

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 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 1 万人) が少ない順に、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 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 NDB 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 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 (前年度との比較) (令和元年度実績を評価)

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 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 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 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 NDB 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 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.（4）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—令和2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2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(令和2年度の実施状況の評価)

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 国版プログラムの改定(H31.4)を踏まえ、都道府県版重症化予防プログラムの改定を行っている場合	5点
② 都道府県内の複数の二次医療圏単位等において、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 複数の市町村に共通する広域的な課題に対して保健所による積極的な支援を実施するとともに、都道府県単位の医療関係団体等に対し市町村保健事業への協力を依頼している場合	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)及び広域的な評価(医療圏や保健所管轄地域の単位)を実施	5点

し、市町村に情報提供した上で、次年度の事業展開に向けた具体的な助言を実施している場合	
⑤ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組の推進に資するよう、事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析、好事例の横展開を行っている場合	5点

(留意点)

- ・ 令和2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（令和2年度の実施状況の評価）

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具体的な支援（指針の策定、関係団体との調整、ICT活用のための環境整備等）を行っている場合	5点

(留意点)

- ・ 令和2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。

○市町村への指導・助言等（令和2年度の実施状況の評価）

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	3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で開催する等により、日頃から連携体制を構築している場合	
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	
(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	1点

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	
(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	
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	2点

(留意点)

- ・ 令和2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（令和2年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
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合会と共同で担うとともに、保険者協議会の運営に当たり、国保主管部局以外の部局との連携を図っている場合	1点
保険者協議会への積極的関与について、以下の基準を満たす取組を実施している場合	
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	2点
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）について、保険者協議会に提示・提供するとともに、大学や有識者と連携して分析を行っている場合	2点

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)

- ・ 令和2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（参加実績があるものに限る）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等（令和2年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 都道府県が、KDB システムから出力される健康スコアリングレポートを用いて、管内市町村国保の状況を比較した上で医療費等の分析を行い、その結果を市町村に提供するとともに、スコアリングレポートから見える課題等に関し助言を行っている場合	5点
② 都道府県が、市町村と協働して、健診データやレセプトデータ等を活用し、課題に応じた事業の企画立案及び事業評価の支援を行っている場合	5点

(留意点)

- ・ 令和2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）や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の解消等（令和元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8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2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	-30 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	-10 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行っていない場合	-10 点

(留意点)

- ・ 令和元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) 保険料水準の統一に向けた取組の実施状況（令和2年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 連携会議等において保険料水準の統一の定義、前提条件等の具体的な議論を実施しており、かつ、保険料算定方式の統一に向けた取組、標準保険料率と実際の保険料率の見える化等を実施している場合	6点
② ①の基準は満たさないが、連携会議等において保険料水準の統一の定義、前提条件等の具体的な議論を実施している場合	3点
③ ①の基準は満たさないが、保険料算定方式の統一に向けた取組、標準保険料率と実際の保険料率の見える化等を実施している場合	3点

(留意点)

- ・ 令和2年度中の実施状況を評価するものとする。

(4) 医療提供体制適正化の推進（令和2年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 令和元年度病床機能報告の報告率が令和2年8月末報告時点で100%を達成している場合	5点
② 地域医療構想調整会議において、対応方針の議論を開始している民間医療機関の病床の割合が100%を達成している場合	10点
③ 地域医療構想調整会議において、対応方針の合意をした非稼働病棟を有する医療機関の病床の割合が100%であり、合意された内容に全ての非稼働病床の解消が含まれる場合	10点

(留意点)

- ・ 令和2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。