

保険者努力支援制度（都道府県分）について

1 保険者努力支援制度（取組評価分）の概要

- 被保険者の健康づくり、医療費の適正化、国保財政の健全化等に向けた努力を行う
保険者を客観的な指標で評価・採点
- 得点状況に応じて、翌年度に交付金を按分交付することで、保険者の取組を支援
(国の総交付額：都道府県分と市町村分とがあり、それぞれで約500億円)
- 令和6年度分のうち、都道府県分の本県交付見込額は、次のとおりとなった。

令和6年度 交付額 2,362,583千円 (前年度比 ▲625,599千円)

得点 158点/430点 (36.7%) (全国41位)

一人当たり交付額 1,918円 (1,232,095人)

令和5年度 交付額 2,988,182千円

得点 198点/350点 (56.6%) (全国19位)

一人当たり交付額 2,327円 (1,283,975人)

2 令和6年度交付見込み分に係る得点状況

- 国が「県の過年度実績等」を基に評価する指標①・②と、県が「令和5年度取組状況等」を国に申告する指標③があり、前年度の得点からの増減は次のとおりとなった。

※ 1点は約1,300万円
(7点約9,400万円)

【**指標①：県内市町村の取組状況による評価**】 67点 → 74点 (+7点)

市町村における、保険料徴収の状況や予防・健康づくりの取組などについて、収納率の状況や取組市町村数などにより評価される。

(獲得点数の主な増減)

・健康ポイント事業に取り組む市町村が増加したことによる増加 (+10点)

(住民の自主的な健康づくりの取組等を健康ポイントにより評価・促進する事業を実施する市町村数が全体の8割以上の場合に評価される。令和5年度取組市町村が増加し8割を超えたことから、前年度より10点増加している。)

令和4年度 75.9% (41市町村) → 令和5年度 81.5% (44市町村)

・後発医薬品使用割合が対前年度比で向上したことによる増加（+5点）

（令和4年度の後発医薬品使用割合の県平均値が令和3年度以上となっている場合に評価される。令和4年度の使用割合が令和3年度より1.4ポイント向上ことから、前年度より5点増加している。）

令和4年3月 80.1% → 令和5年3月 81.5% ※ 1.4ポイント向上

・保険料収納率の都道府県平均値の向上が少ないことによる減少（▲5点）

（令和4年度の収納率が令和3年度と比べて向上している場合に評価され、0.6ポイント以上向上している場合には高く評価される。令和4年度の収納率の令和3年度からの向上が0.1ポイントだったことから、前年度より5点減少している。）

令和3年度 93.39% → 令和4年度 93.40% ※ 0.1ポイント向上 +5点
(0.6ポイント未満)

（参考：昨年度の評価） 注：昨年度は新型コロナウイルス感染症の影響を考慮し平成30年度と比較

平成30年度 91.11% → 令和3年度 92.31% ※ 1.2ポイント向上 +10点
(0.6ポイント以上)

【課題と今後の取組】

保険料収納率は保険財政の健全化に向け重要な項目であることから、引き続き、市町村の取組への助言・指導を行う。

また、健康ポイント事業の推進や、後発医薬品の使用割合の向上についても、継続して助言等を行っていく。

【指標②：医療費適正化の成果による評価】 43点 → 36点（▲7点）
※ 1点は 約2,200万円 (7点 約1億6,000万円)

千葉県における医療費水準や人工透析を行う患者数などを全国と比較することにより、重症化予防等の医療費適正化についてアウトカム（成果）で評価される。

（獲得点数の主な増減）

・医薬品の重複投与者（※）数の全国比較による評価で増加（+10点）

（医薬品の重複投与者数が少ない順に全国の都道府県で上位5位以内である場合に評価される。令和4年度の千葉県における重複投与者数が全国の都道府県の上位5位以内だったため10点増加している。）

※ 同じ効能を持つ医薬品を複数の医療機関から重複して処方されている方

・一人当たり医療費の改善状況による評価で減少（▲20点）

（令和3年度の一人当たり医療費が令和元年度より減少している場合に評価される。令和3年度の一人当たり医療費が令和元年度より増加したため20点減少している。）

令和元年度 347,435円 → 令和3年度 364,332円

・人工透析を行う患者数の全国比較による評価で減少（▲3点）

（新規に人工透析を開始した患者数の減少幅が全国の都道府県で上位5割である場合に評価される。令和4年度において、千葉県の新規透析患者の減少幅が全国の都道府県の上位5割ではなくなったため3点減少している。）

※ いずれも都道府県ごとの年齢構成の差異を補正するため、被保険者1万人あたりの患者数に置き換えて評価。

【課題と今後の取組】

医薬品の重複服薬は薬物有害事象などの副作用により健康を害することもあり、適正な服薬を促すことにより結果として医療費の適正化につながることから、引き続き、県内市町村における医薬品の適正服薬への取組を推進する必要がある。

また、人工透析には年間500万円程度の医療費がかかり、保険財政への影響も大きいことから、引き続き、県内市町村における糖尿病性腎症の重症化予防を推進していく。

※ 1点は 約1,100万円
(40点 約4億5,000万円)

【指標③：県の取組状況に関する評価】 88点 → 48点（▲40点）

県が行う医療費適正化や保険料水準の統一に向けた取組、県内市町村における財政運営に対する指導・助言の取組などにより評価される。

（獲得点数の主な増減）

・保険料水準の統一に向けた取組状況への評価による増加（+7点）

（保険給付費を賄うため市町村が県へ支払う納付金を算定する際に、医療費の多寡を反映させるために用いる指数「α」による調整を廃止することについて、令和12年度までに市町村と合意している場合に評価される。千葉県では既に市町村と協議のうえ合意しているため、7点増加している。）

・決算補填等目的の法定外一般会計繰入が解消されていないことによる減少（▲20点）

（決算補填等目的の法定外一般会計繰入に関して「法定外一般会計繰入の金額が減少していない市町村」や「赤字を解消する時期が令和9年度以降の市町村」の数が全市町村の1割以上の場合に減点される。令和4年度決算において、54市町村中、6市町村が該当したことで全市町村の1割以上となったため20点減少している。）

・評価指標への配点の減少に伴う減少（▲25点）

（昨年度に引き続き達成している取組のうち、国が評価する際の配点が減少したことに伴う減少）

市町村における生活習慣病重症化予防の取組に対する県の支援 30点 → 12点（▲18点）

レセプト点検の担当者の配置等による市町村への指導・助言 2点 → 0点（▲2点）

特定健診・レセプトデータ等の分析に基づく市町村への助言 10点 → 5点（▲5点）

【課題と今後の取組】

「決算補填目的の法定外一般会計繰入」に関して、繰入金額が減少していない市町村が増加していることから、該当する市町村へ「決算補填目的の法定外一般会計繰入」の早期解消を促していく。

また、保険者努力支援制度において、国が評価指標として位置付ける取組内容が変化していることから、国の動向を踏まえつつ、保険財政の健全化等のため県が取り組むべき内容について検討していく。

【指標 ①～③ 合計】 198点 → 158点 (▲40点)

指標①から③までの合計で獲得点数が40点減少し、また、新たな評価指標が追加されたことや配点の見直しにより、全体点数が350点から430点に増加したため、得点率では56.6%から36.7%に減少した。

そのため、交付金額も625,599千円の減となる2,362,583千円となる見込み。