

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3年度分から令和4年度分への主な変更点
 - ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する指標で配点増加
 - ・ 循環器病対策、重複・多剤投与対策に関する指標が新設
 - ・ 保険料統一の取組に関する指標で配点増加
 - ・ 法定外繰入に関する指標で基準変更
- 令和4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4年度 交付額 3,249,017 千円（前年度比+1,088,971 千円）

得点 192点/305点 (63.0%) (全国15位)

一人当たり交付額 2,448 円 (1,327,248人)

令和3年度 交付額 2,160,046 千円

得点 112点/296点 (37.8%) (全国43位)

一人当たり交付額 1,599 円 (1,350,944名)

2 保険者努力支援制度（取組評価分）の前年度からの変動要因（令和3年度→令和4年度）

- 国が各県の過年度実績等から評価する指標①・②と、県が自らの当年度の取組状況を国に申告する指標③とで、前年度の得点からの増減は次のとおりとなった。

【指標①：主な市町村指標の都道府県単位評価】 38点→62点 (+24点)

- ・ 後発医薬品使用割合で増加 (+20)
- ・ 個人へのインセンティブ提供、保険料（税）の収納率で増加 (各+5)
- ・ 糖尿病等の重症化予防の取組で低下 (▲6点)

【指標②：医療費適正化のアウトカム評価】 26点→40点 (+14点)

- ・ 年齢調整後一人当たり医療費の改善状況で増加 (+20点)
- ・ 重症化予防のマクロ的評価で低下 (▲6点)

【指標③：県の取組状況に関する評価】 48点→90点（+42点）

- ・重症化予防の取組、重複・多剤投与者に対する取組で増加（各+5点）
- ・保険料水準の統一で増加（+7点）
- ・決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消において増加（+25点）
（特に、前年度該当した▲30点項目に今回は該当しなかったため）