

令和6年12月4日	参考 資料2
第1回 後期高齢者医療制度保険者インセンティブ 評価指標見直しに係る実務者検討班	

保高発0328第3号
令和6年3月28日

都道府県民生主管部（局）
後期高齢者医療制度主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療広域連合事務局長 殿

厚生労働省保険局高齢者医療課長
(公 印 省 略)

令和7年度特別調整交付金（算定省令第6条第9号関係）
のうち後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ分について

標記について、令和7年度後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ分の評価指標及び当該指標を踏まえた特別調整交付金の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 算定方法及び申請方法

- 1 保険者インセンティブ分は、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）を交付対象とする。
- 2 交付額の算定方法は、第3から第6までの点数に基づき加点を行い、〔評価指標毎の加点× 被保険者数〕により算出した点数を基準として、全広域連合の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算の範囲内で交付する。
- 3 広域連合において、第3から第5までの評価指標ごとに自己採点を行い、結果を別添の採点表に記載のうえ、都道府県に送付することとする。都道府県の交付申請事務担当者は、広域連合からの報告内容に誤りがないことを確認し、令和6年10月25日（金）までに下記のメールアドレス宛てに提出すること。
 ※ メールアドレス : hokenzigu@mh1w.go.jp（広域連合係あて）
 （ファイル名は「【〇〇広域】令和7年度保険者インセンティブに係る採点表」とすること。）

4 交付見込額については、令和6年11月末に予定額を、令和7年1月末に内示予定額をお知らせする予定である。

5 石川県広域連合においては、令和6年能登半島地震に係る影響を鑑み、特例的な措置を講じる予定である。

第2 予算規模

全体で100億円とする。

第3 保険者共通の評価指標及び点数

1 健診の実施及び健診受診率向上に向けた取組の実施（令和5年度の実績を評価）
健康診査（以下「健診」という。）の実施及び健診受診率向上に向けた取組が実施
されている場合に、下記の表に基づき加点を行う。

評価基準	加点
① 健診を実施した被保険者の属する市町村が管内の全ての市町村であったか。	1点
② 広域連合の関与により健診受診率向上のための取組を実施した者の属する市町村数が管内市町村の8割を超えてい か。	1点
③ 受診率が令和4年度以上の値となっているか。	1点
④ （③を達成しており）75歳～84歳の受診率が令和4年度以 上の値となっているか。	1点
⑤ 健康状態不明者を全市町村分把握し、健診の受診勧奨等に取 り組み、健康状態不明者の割合が減少しているか。	1点
⑥ 健診において「後期高齢者の質問票」を活用している市町村 数が管内の全ての市町村であったか。	2点
⑦ 健診受診者（医療機関からの診療情報を活用した場合を含 む）数が被保険者数の30%以上となっているか。	2点

（留意点）

- ②の健診受診率向上のための取組とは、下記（1）～（4）とする。

- (1) 健診の利便性等の向上
- (2) 健診未受診者に対する通知等による個別受診勧奨
- (3) 健診の積極的な周知
- (4) その他の取組

上記（1）～（4）のうち2項目以上を実施している市町村が8割を超えて
いる場合に加点とする。

- ・ ③・④について、健康診査の受診率の算出方法は、次のとおりとする。

$$\text{健康診査の受診率} = (\text{受診者数} / \text{対象者数}) \times 100$$
- ※ 受診者数とは、健康診査における基本的な健診項目（腹囲を除く）を全て実施した者の数をいう。
- ※ 対象者数とは、当該年度の4月1日における加入者であって、各広域連合における「健診対象外者」を除いた者の数をいう。
- ・ ③・④の「受診率」については、各広域連合が、令和4年度の受診率を算出したものと同じ条件で算出すること。
- ・ ④について、75歳～84歳の受診率を算出できない場合は加点とならない。
- ・ ⑤について、健康状態不明者の割合の算出方法は、次のとおりとする。また、評価年度の前年度及び前々年度の割合を比較し、減少している場合に加点とする。

$$\text{健康状態不明者の割合} = (\text{健康状態不明者数} / \text{被保険者数})$$
- ※ 健康状態不明者数とは年度内に「健診受診なし、医療受診なし、要介護認定なし」の者の数をいう。
- ※ 「健康状態不明者数」から、市町村の「健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続」の取組により健康状態を把握できた者数を除いても差し支えない。
- ※ 被保険者数は評価年度の4月1日時点の被保険者数をいう。
- ・ ⑤について、健康状態不明者数を広域連合において把握できない場合は加点とならない。
- ・ ⑥について、「後期高齢者の質問票の活用」とは、健診時の問診で使用している場合をいう。
- ・ ⑦について、令和5年12月4日付け事務連絡「第3期データヘルス計画策定における国保データベース（KDB）システム及び一体的実施・KDB活用支援ツールの活用における留意点について」の「3データヘルス計画における健康診査受診率の算出方法について」に記載の算出方法とすること。

2 歯科健診の実施及び口腔機能に着目した検査の実施（令和5年度の実績を評価）
 歯科健康診査（以下「歯科健診」という。）の実施及び歯科健診結果を活用した取組が実施されている場合に、下記の表に基づき加点を行う。

評価基準	加点
① 歯科健診を実施した被保険者の属する市町村が管内の全ての市町村であったか。	3点
② ①については達成していないが、歯科健診を実施した被保険者の属する市町村数が管内市町村の8割を超えているか。	2点

③ 受診率が令和4年度以上の値となっているか。	1点
④ 歯科健診を実施する管内市町村の全てが、口腔機能に着目した検査項目を設定しているか。	3点
⑤ ④については達成していないが、歯科健診を実施する管内市町村のうち、口腔機能に着目した検査項目を設定している市町村数が管内市町村の7割を超えていいるか。	2点

(留意点)

- ・ ③における受診率の算出方法は、次のとおりとする。
歯科健診の受診率＝受診者数／対象者数
- ※ 受診者数とは、歯科健診を実施した者の数をいう。
- ※ 対象者数とは、当該年度の4月1日における加入者であって、各広域連合における「歯科健診対象外者」を除いた者の数をいう。
- ・ ③の「受診率」については、各広域連合が、令和4年度の受診率を算出したものと同じものを用いること。
- ・ ④・⑤について、「口腔機能に着目した検査項目」とは、「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアルの参考送付について」（平成30年10月29日事務連絡）の「咀嚼能力評価」「舌・口唇機能評価」「嚥下評価」のことであり、これらの評価を全て健診項目として設定している市町村数に応じて加点となる。

3 糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況（令和6年度の実施状況を評価）

次の（1）から（5）までの基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組が実施されている場合に、下記の表に基づき加点を行う。

- （1）対象者の抽出基準が明確であること。
- （2）かかりつけ医と連携した取組であること。
- （3）保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること。
- （4）事業の評価を実施すること。
- （5）取組の実施にあたり、各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携
(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など) を図ること。

評価基準	加点
① 取組を実施した対象者の属する市町村数が管内市町村数の7割を超えていいるか。	3点
② 「受診勧奨」の取組を実施する全市町村内において、（1）の抽出基準に基づく対象者のうち、全ての糖尿病未治療者及び治療を中断した者に対して、文書の送付等により受診勧奨が実施されており、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等が実施されているか。	2点

③ 「保健指導」の取組を実施する全市町村において、保健指導対象者の HbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、取組の実施前後でアウトカム指標により評価しているか。	2 点
④ ①で加点される全市町村において、国民健康保険の保健事業と継続して取組を実施しているか。	3 点

(留意点)

- ①から③については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等、地域の実情に応じ適切な方法により実施する。

4 被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施(令和6年度の実施状況を評価)

被保険者の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイントを付与する等個人へのインセンティブの提供の取組など、被保険者の主体的な健康づくりに対する保険者の働きかけとして実効性のある取組を行っている場合に、下記の表に基づき加点を行う。

評価基準	加点
① 被保険者の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイントを付与する等個人へのインセンティブの提供の取組を実施した者の属する市町村数が管内市町村の 5 割を超えているか。	4 点
② I C T を活用した効果的な保健指導を実施しているか。	1 点
③ P H R の活用推進など、デジタル技術を活用した生活習慣病の重症化予防・フレイル等の予防に係る効果的な保健事業を実施しているか。	1 点
④ 被保険者の予防・健康づくりを促進する観点から、マイナポータルにより健診情報等が閲覧可能であることに関して周知・啓発を行っている場合	2 点
⑤ 被保険者証更新時や納入通知書の発送時等にリーフレット等を用いてマイナンバーカードの取得促進及び被保険者証利用に係るメリットや利用申し込みの手順について周知・広報の取組をしている場合	1 点
⑥ 被保険者証更新時や納入通知書の発送時等に、リーフレット等を用いて、医療機関等における積極的なマイナンバーカードでの受診について周知・広報の取組をしている場合	1 点

⑦ 令和6年11月時点の被保険者数に対するマイナンバーカードの健康保険証利用登録者数の割合が、全広域連合の上位1位から5位である場合	2点
⑧ 令和6年11月時点の被保険者数に対するマイナンバーカードの健康保険証利用登録者数の割合が、全広域連合の上位6位から10位である場合	1点
⑨ マイナンバーカードの被保険者証としての利用率について、令和6年11月時点の目標値として50%以上を設定しているか。	1点
⑩ ⑨を満たす場合において、当該目標値を達成しているか。	2点
⑪ 令和6年11月時点のマイナンバーカードの被保険者証としての利用率が、全広域連合の上位1位から5位である場合	2点
⑫ 令和6年11月時点のマイナンバーカードの被保険者証としての利用率が、全広域連合の上位6位から10位である場合	1点

(留意点)

- ③の「PHR」とは、生涯にわたる個人の保健医療情報（健診情報、予防接種歴、薬剤情報、検査結果等診療関連情報及び個人が自ら日々測定するバイタル・歩数・食事の記録等）をいう。
- ⑦・⑧及び⑩から⑫までについては、厚生労働省において「医療保険者等向け中間サーバ等」で管理する保険者ごとのデータを用いて評価するものとする。

5 被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況（令和6年度の実施状況を評価）

評価基準	加点
<p>① 重複投薬・多剤投与者等に対し、(1)～(4)の基準を全て満たす適正受診・適正服薬を促す取組を実施（市町村への委託等を含む）した対象者の属する市町村数が管内市町村数の7割を超えているか。</p> <p>(1) 抽出基準を設定していること (2) 個別に相談・指導の取組を実施していること (3) 個別に指導票を作成・管理し、指導前後の状況を把握・分析していること (4) 指導後の状況により再指導が必要な場合に再指導を実施していること</p>	3点

② ①については達成していないが、取組を実施した対象者の属する市町村数が5割を超えてるか。	1点
③ ①又は②を満たす場合において、いずれの取組も地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等地域の医療団体と連携して適正受診・適正服薬の対策を実施しているか。	2点
④ 対象者を抽出した上、服薬情報の通知等の被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組を実施しているか。	1点
⑤ 被保険者に対し、適正服薬の取組（ポリファーマシー、長期処方、分割処方、リフィル処方箋等）について周知・啓発を行っているか。	1点

6 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況（令和5年度の実績を評価）

(1) 後発医薬品の使用割合について、下記の表に基づき加点を行う。

評価基準	加点
① 使用割合が80%以上	5点
② ①の基準は達成していないが、使用割合が広域連合上位5割に当たる使用割合に達している場合	3点
③ ①②については達成していないが、前年度と比較し、使用割合(%)が0.5ポイント以上向上	1点

(留意点)

- 評価基準のもととなる使用割合の数値については追って連絡する。

(2) 後発医薬品の使用促進について、下記の表に基づき加点を行う。

評価基準	加点
① 差額通知の送付前後で後発医薬品への切り替えが行われているか、国保連合会から提供される帳票等により確認し、切り替え率及び切り替えによる削減額を把握しているか。 ② 後発医薬品について更なる理解の促進を図るために、差額通知等において、後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報を記載しているか。	2点

(留意点)

- ①、②の両方を満たす場合に加点を行う。

第4 後期高齢者医療固有の指標及び点数

1 データヘルス計画の実施状況（令和6年度の実施状況を評価）

データヘルス計画の実施状況について、下記の表に基づき加点を行う。

評価基準	加点
① データヘルス計画に位置付けられた保健事業の実施状況や健康課題の傾向について、構成市町村別やエリア別に把握し、効率的かつ効果的な保健事業を実施しているか。	1点
② KDB等各種データベースを活用し、データヘルス計画に係る保健事業の実施・評価に必要なデータ分析を行い、分析結果に基づき必要に応じて事業内容の見直しを行っているか。	1点
③ 管内市町村に対しデータヘルス計画の共通評価指標についての理解促進を図るとともに、全ての管内市町村における共通評価指標を踏まえた取組の状況を比較分析し、必要に応じて、管内市町村に助言などの支援を行っているか。	2点
④ 管内市町村における好事例について情報収集及び分析し、管内市町村に情報提供をしているか。	1点
⑤ データヘルス計画に基づき実施している事業について、国保連合会の支援・評価委員会や大学など外部有識者による助言などの支援・評価を活用しているか。	1点

2 高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況（ハイリスクアプローチ 高齢者に対する個別的支援）（令和6年度の実施状況を評価）

次の（1）から（4）までの基準を全て満たす相談・指導を実施している場合に下記の表に基づき加点を行う。

- （1）対象者の抽出基準が明確であること。
- （2）かかりつけ医と連携した取組であること。
- （3）保健指導を実施する場合には、医療専門職が取組に携わること。
- （4）事業の評価を実施すること。

評価基準	加点
① 取組を実施（市町村への委託等を含む）した対象者の属する市町村数が管内市町村数の5割を超えているか。	3点
② ①については達成していないが、取組を実施（市町村への委託等を含む）した対象者の属する市町村数が管内市町村数の3割を超えているか。	2点
③ ①を満たす場合において、国民健康保険の保健事業又は介護保険の地域支援事業と連携して実施した市町村数が取組を実施した市町村数の8割を超えているか。	2点

(留意点)

- ・ 事業は、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等、地域の実情に応じ適切な方法により実施する。
- ・ 評価対象とする分野は次のとおりとする。なお、特別調整交付金の交付対象であるか否かにかかわらず評価を行い、2つ以上の分野について事業を行っていれば、分野ごとにそれぞれ加点できるが、同じ分野の事業について2回加点することはできない。
 - ア 低栄養に関わる相談・指導
 - イ 口腔に関わる相談・指導
 - ウ 身体的フレイル（ロコモティブシンдромを含む）に関わる相談・指導
 - エ 生活習慣病等の重症化予防に関する相談・指導（糖尿病性腎症重症化予防は除く）
 - オ 健康状態不明者の状態把握、必要なサービスへの接続

3 高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況（ポピュレーションアプローチ 通いの場等への積極的な関与）（令和6年度の実施状況を評価）

医療専門職が次のア～ウのいずれかの取組を実施している場合に下記の表に基づき加点を行う。

- ア 通いの場等において、その参加者に対して行う健康教育・健康相談
- イ 通いの場等において、後期高齢者の質問票の活用や身体計測、体力測定を実施するなど、フレイル状態等にある高齢者の把握、状態に応じた支援等の実施
- ウ 高齢者が健康に関する相談や不安等について日常的に相談が行える環境づくり

評価基準	加点
① 管内の全市町村が取組を実施（市町村への委託等含む）しているか。	5点
② ①で加点される全市町村において、事業評価を実施しているか。	3点

4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、地域包括ケアの推進等（令和6年度の実施状況を評価）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進、地域包括ケアの推進等を実施している場合に、下記の表に基づき加点を行う。

評価基準	加点
① 一体的実施について、市町村に対し、制度・保健事業の方法・データ分析・評価・事例検討などの内容で年度内に1回以上研修会を開催しているか。 (企画・調整を担当する職員を集めた情報交換会を含む)	2点
② 一体的実施の推進に当たり、広域的に共通する課題や市町村間格差等を把握し、年度内に1回以上市町村へ情報提供し、健康課題を共有しているか。	2点
③ 管内の全市町村が一体的実施の委託契約を締結しているか。	6点
④ 一体的実施の委託契約を締結している市町村の5割以上が、一体的実施で実施している全ての事業について、広域連合と同一のデータヘルス計画の共通評価指標の設定及び実施状況の確認を行っているか。	3点
⑤ 都道府県や市町村、医療や介護サービスの提供者等の関係機関と連携し、地域包括ケアの推進に関する取組が行われているか。	2点

5 保健事業の実施のために必要な体制整備、市町村後方支援の実施（令和6年度の実施状況を評価）

保健事業の実施のために必要な体制整備や市町村後方支援の実施について下記の表に基づき加点を行う。

評価基準	加点
① 保健事業の実施のために必要な体制として専門職2名以上が年間を通じて整備されているか。	3点
② 市町村の関係部局と直接対話する機会（アドバイザー派遣等を含む）を設け、KDB等を活用して事業の企画立案に必要となる健康課題に関する資料等を提供しているか（提供できる体制を整備しているか）。	2点
③ 都道府県や国保連合会と連携した上で、地域の関係者・関係団体に対し地域の状況に応じた効果的な保健事業を実施するための研修会を開催しているか。	2点
④ 都道府県に対し、保健事業の取組等について情報提供を行い、必要な助言及び適切な援助が受けられる体制を整備しているか。	2点

6 第三者求償の取組状況（令和6年度の実施状況を評価）

第三者求償の取組状況について、下記の表に基づき加点を行う。

評価基準	加点
① 第三者行為によって生じた保険給付の疑いのあるレセプトの抽出条件について、「10. 第3」の記載のほかに、「傷病名」等の条件を追加して抽出し、抽出した件数のうち9割以上の被保険者への勧奨が行われているか。	1点
② 管理職級職員も含め、国保連合会等主催の第三者求償研修に参加し、知識の習得に努めているか。	1点
③ 第三者求償事務に係る評価指標について、数値目標の設定、現状の取組の評価を実施し、求償事務の改善を図り、計画的な取組を進めているか。	1点
④ 消防や地域包括支援センター、警察、病院、保健所、消費生活センター等の関係機関から救急搬送記録等の第三者行為による傷病発見の手がかりとなる情報の提供を受ける体制を構築し、その構築した体制を用いて提供された情報をもとに勧奨を行っているか。	1点
⑤ 医療機関等窓口での傷病届提出勧奨の周知や該当レセプトへの「10. 第3」の記載の徹底に向けた医療機関との協力体制を構築しているか。	1点
⑥ 求償専門員の設置や国保連合会との連携など、第三者直接請求を行う体制を構築し、第三者直接求償を行っているか（請求すべき案件がない場合も含む）。	1点

第5 実施事業に対する評価の指標及び点数

実施事業に対する評価の有無について、下記の表に基づき加点を行う。

① 共通指標①における後期高齢者健診結果を広域連合が把握、分析し、その結果（地域の特徴、課題等）を管内市町村に提供しているか。	5点
② 共通指標②における歯科健診結果を広域連合が把握、分析し、その結果（地域の特徴、課題等）を管内市町村に提供しているか。	5点

(③) 共通指標④における被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけに関して、KDBシステム等を活用して、被保険者の行動変容につながったかなどの事業全体の効果検証を行っているか。	5点
(④) 共通指標⑤における被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組等に関して、令和5年度の重複・多剤投与者（対被保険者1万人）が令和4年度から減少しているか。	5点

(留意点)

- ・ 「当該年度の重複・多剤投与者数（対被保険者1万人）＝（当該年度の平均重複・多剤投与者数/当該年度の平均被保険者数）×10,000」

第6 事業実施等のアウトカム指標及び点数

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。そのため、当該評価を実施するうえで、各広域連合から報告を行う必要はない。

また、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、各広域連合から報告を行う必要はない。

1 重症化予防のアウトカム評価

i. 重症化予防のマクロ的評価（当年度の実績）（令和5年度実績を評価）

評価指標	加点
① 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）が少ない順に、全広域連合の上位1位から5位である場合	3点
② 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）が少ない順に、全広域連合の上位6位から10位である場合	2点
③ ①及び②の基準は満たさないが、広域連合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、全広域連合の上位5割である場合	1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）（75歳以上）を用いて評価するものとする。

ii. 重症化予防のマクロ的評価（前年度との比較）（令和5年度実績を評価）

評価指標	加点
① 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全広域連合の上位1位から5位である場合	3点
② 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全広域連合の上位6位から10位である場合	2点
③ ①及び②の基準は満たさないが、広域連合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、全広域連合の上位5割である場合	1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）（75歳以上）を用いて評価するものとする。

2 年齢調整後一人あたり医療費のアウトカム評価

i. 年齢調整後一人あたり医療費（令和4年度実績を評価）

評価指標	加点
① 年齢調整後一人当たり医療費が、全広域連合の上位1位から5位である場合	3点
② 年齢調整後一人当たり医療費が、全広域連合の上位6位から10位である場合	2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	1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。

ii. 年齢調整後一人あたり医療費の改善状況（令和4年度実績を評価）

評価指標	加点
① 年齢調整後一人当たり医療費の令和3年度からの改善状況が全広域連合の上位1位から5位である場合	5点
② 年齢調整後一人当たり医療費の令和3年度からの改善状況が全広域連合の上位6位から10位である場合	4点
③ ①及び②の基準は満たさないが、令和元年度の年齢調整後一人当たり医療費から令和4年度の年齢調整後一人当たり医療費が連續して改善している場合	3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令和3年度より改善している場合	2点
⑤ ①から④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過去3年平均値より改善している場合	1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」により評価する。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和2年度の年齢調整後一人当たり医療費は、評価対象としない。