

平成24年3月22日	資料2
第8回保険者による 健診・保健指導等に関する検討会	

後期高齢者支援金の加算減算制度について

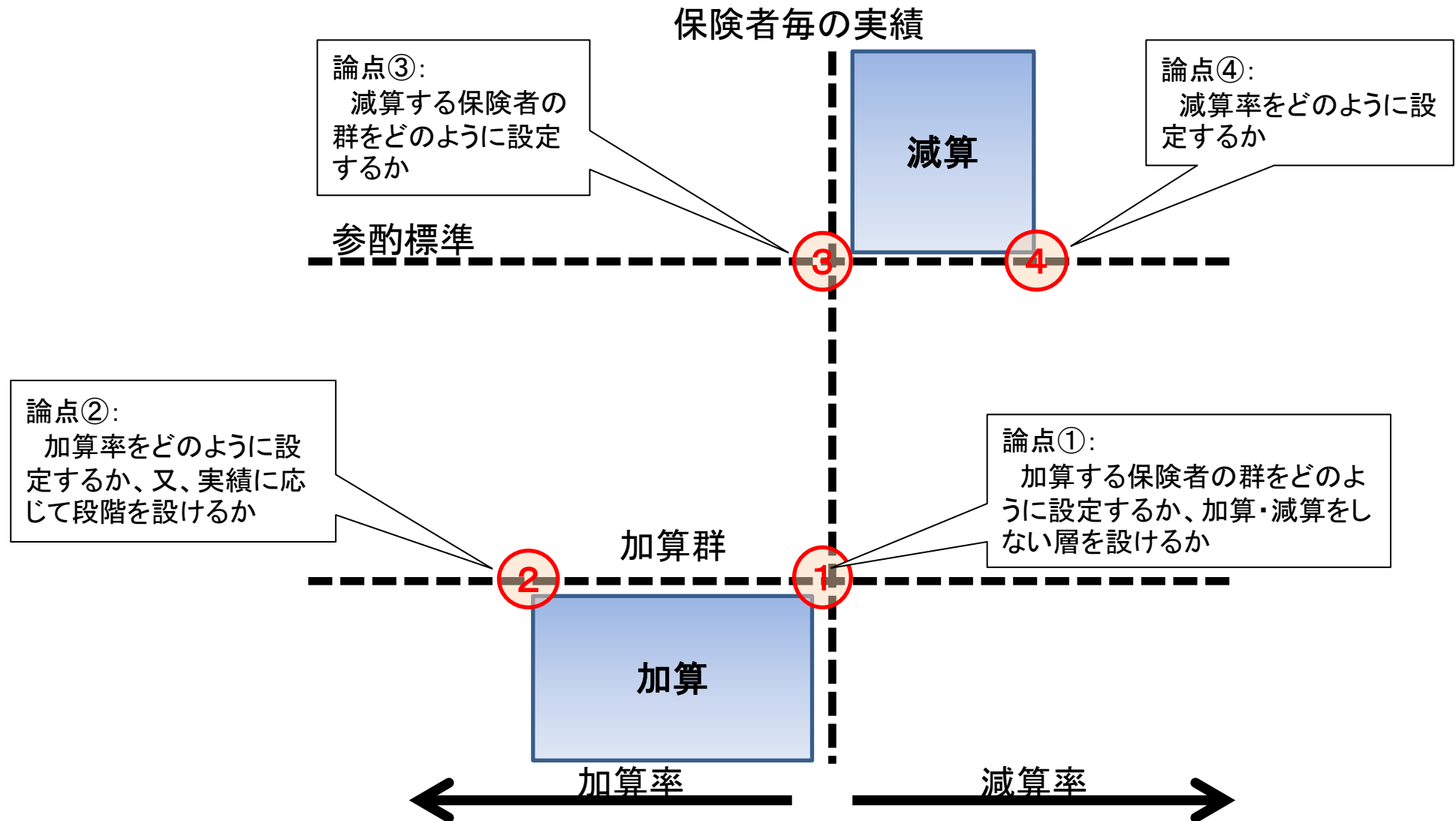
平成24年3月22日

厚生労働省保険局総務課

後期高齢者支援金の加算減算制度についての論点

○後期高齢者支援金の加算減算制度の実施にあたっては、加算額と減算額を同額とすること等以外の主な事項は政令で今後定めることとなっており、以下のような4つの論点がある。

○前回の検討会では、加算減算をしない層を設けることを支持する意見や、逆に加算は広く薄く目標を達成しなかった保検者全体に対して行うことを支持する意見の双方があった。



加算・減算制度の基本的な仕組みについて

<考え方>

○特定健診・保健指導が導入された20年度から24年度までの実績については、24年度の実施状況を25年度の後期高齢者支援金の算定に反映させることで評価することとなっている。今後、26年度以降の後期高齢者支援金の算定にあたっては、毎年度の実績を評価に反映することとしている。

○今後の加算・減算の実施方法については、大きく分けると、以下の2つの方法があると考えられる。

- ①特定健診・保健指導の実施の取組みが進んでいない保険者に対して、過度な影響を与えないことに留意して加算率を決定し、同額を目標を達成した保険者の減算に充てる方法
- ②より目標達成保険者へのインセンティブを重視し、まず達成保険者の減算率を決定した上で、同額を他の保険者に対して加算する方法



<方向性>

○上記①に示した加算率を先に決定する方法は、加算対象保険者となった場合の影響があらかじめ明らかとなる一方、目標達成保険者の数が増えると、加算率は一定のため、達成保険者に対する減算率が減少する。そのため、事前に目標達成することにより、どの程度の減算率が設定されるか予測できないという面がある。

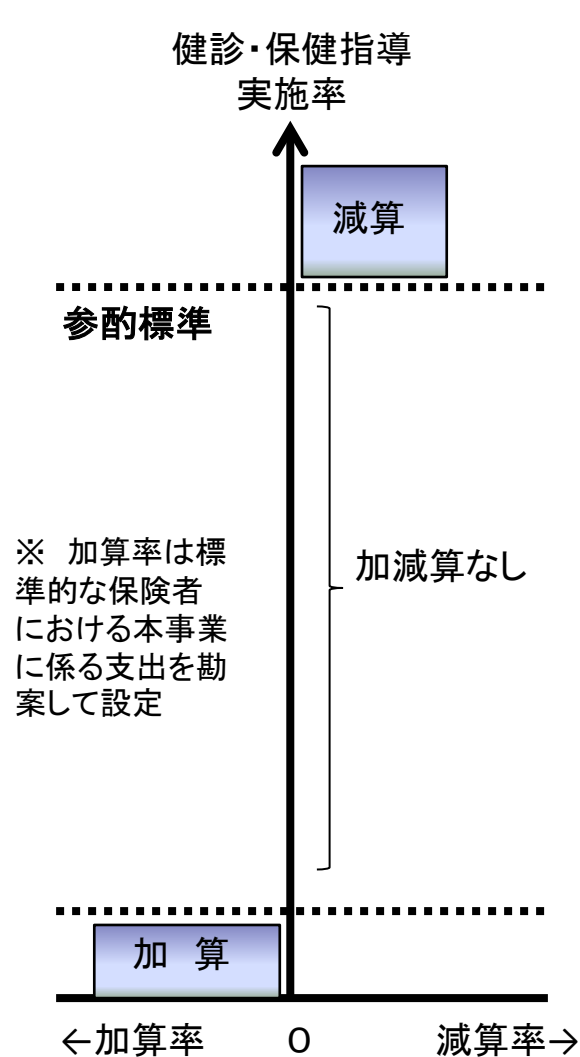
○一方、逆に上記②に示した減算率を先に決定する方法は、目標達成保険者の数が増えると、その他の保険者に加算される額が多くなるため、加算額の規模が事前に保険者に予測できないという面がある。

○負担を求めるのであれば、その根拠を明確にするべきとの御意見もあり、保険者の財政に過度な影響を与えないことを基本的な考え方とすれば、①のように、まず加算率を決定した後、加算額と同額について、目標を達成した保険者の支援金の減算を行う方法がよいのではないかと考えられる。

加算・減算の方向性・考え方

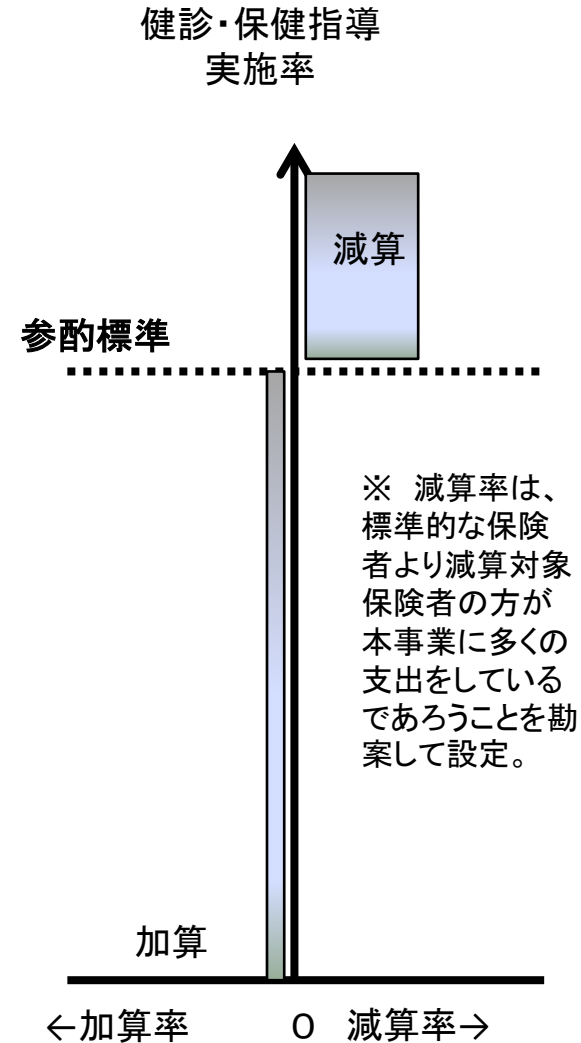
<加算に着眼>

○まず加算額を決定し、同額を達成保険者に対し減算



<減算に着眼>

○まず減算額を確定し、同額を達成保険者以外の保険者に広く分担



保険者毎の状況の違いについて

<特定健診・保健指導を実施する上での保険者毎の状況の違いについて>

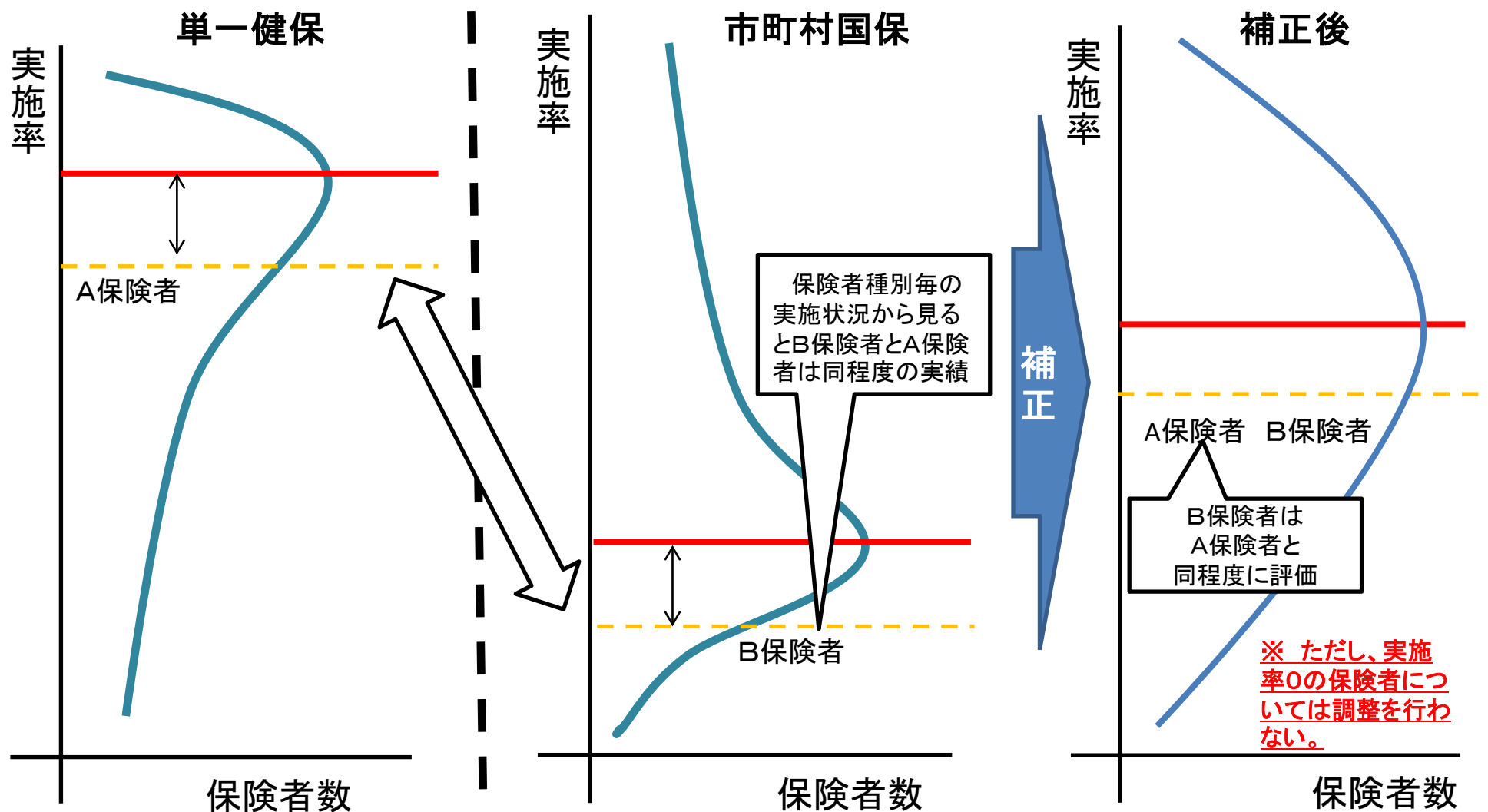
- 被用者保険の保険者は、労働安全衛生法に基づく事業主健診のデータを特定健診に代えることができるようになっており、少なくとも被保険者本人に対する特定健診実施率は、これを活用することで向上させることができる。
- 一方で、被用者保険の保険者においては、被扶養者に対しての健診実施を事業所で行うことは困難な場合が多いことから、その実施率を向上させることに課題がある。
- 地域保険の保険者においては、人口や行政区分が区々であり、特定健診・保健指導の実施評価にあたって一律に論じることは難しい、との意見もあった。
- 市町村国保においては、高齢者が多く服薬治療中の者が多い等により、特定保健指導の対象となる者が少ないといった事情があるなど、構造的な違いもある。
- その他、統計的に明確な傾向はなかったものの、保険者の置かれている地域性(同一地域内の健診機関等の多寡など)といった要素も考慮する必要があるといった意見がある。
- また、適用事業所となった場合強制加入となる協会けんぽや、国民皆保険制度の「最後の砦」として低所得者・無職者等が多く加入する市町村国保と、その他の保険者とは、保険者の性質として異なる面があると考えられる。

<方向性>

- 保険者毎の状況の違いについては、事業主健診の取得や保険者としての位置づけなど、保険者種別による違いが多いことから、加算減算制度の実施にあたっては、市町村国保、単一健保といった種別毎の違いを考慮するため一定の調整を行った上で特定健診・保健指導の実績を評価することを基本的な考え方とし、さらに可能な範囲で個別の事情への必要な対応を行うこととしてはどうか(具体的には、次ページ以降)。

保険者種別毎の実施率の調整のイメージ

- 後期高齢者支援金の加算減算にあたっては、保険者種別毎の実施率の状況から見て同程度に努力をしている保険者は同程度の評価とするよう調整を行うことを基本として、特定健診・保健指導それぞれについて保険者種別毎の実施状況の分布を、一定の分布状況に補正した上で、その調整後の実施率を以て評価することとする。
- ただし、実施率0の保険者については、全く取組みを行っていないことから調整は行わないこととする。



25年度後期高齢者支援金に係る加算・減算の具体的な方法(案)

<減算する保険者>

特定健診・保健指導の2つの参酌標準を両方達成した保険者

<加算する保険者>

特定健診・保健指導の仕組みは、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導を実施することを目的としているものであり、特定健診から特定保健指導の実施までを通して評価する、との観点から、以下の式により、各保険者について算出した値を以て判断。

(調整後特定健診実施率) × (調整後特定保健指導実施率)

- ① 実施率が0の場合には、調整は行わない。特定健診・保健指導実施率が0.1%未満の場合、実施率は0とする。ただし、特定保健指導実施率を0とすると、健診受診率が反映されなくなるため、上記の式では0.04%として計算する。
- ② 足元の実績において、特定保健指導の実施率が0の保険者が相当程度存在することを踏まえ、24年度実績の評価にあたっては、特定健診・保健指導の取組みが特に進んでいないと考えられる保険者に限定して加算を行うこととしてはどうか。

<加算率の設定>

特定健診・保健指導への取組みが進んでいない保険者については、その分の事業に要する費用が少ないと考えられることから、全保険者の支出する特定健診・保健指導の総事業費が、全保険者が支払う後期高齢者支援金の総額に占める割合の半分(0.23%)を加算率とする。この値は24年度の実績を用いて再計算する考え方もあるが、予見可能性の観点から、現時点で0.23%に確定する。

【算出式】

平成22年度確定後期高齢者支援金:約4兆9,713億円

平成22年度の特定健診・保健指導の総事業費(国庫補助・負担金、都道府県負担除く):約225億円(※)

※ 全保険者の特定健診・保健指導に要した費用(受診者負担も含む)。広報等に要した費用は含まれない。また、労働安全衛生法に基づく事業主健診及び共済組合における特定健診・保健指導等の費用も含まれていない。

$$225億円 \div 4兆9,713億円 \div 2 = 0.23\%$$

調整後実施率の具体的な計算方法

※ 以下、特定健診の実施率を調整する場合の例として、市町村国保の実施率の分布状況を単一健保に合致するよう補正する場合の方法を示す。(特定保健指導の実施率の調整については、市町村国保の実施率の分布に合致するよう調整を行う。)

【表記方法】

- ・単一健保の実施率の平均: A_k
- ・単一健保の実施率の標準偏差: S_k
- ・市町村国保の実施率 : $T_1, T_2, T_3, \dots, T_s$ (T_s : 市町村国保の保険者 s の実施率)
- ・市町村国保の実施率の標準偏差: S_s

【計算方法】

①市町村国保の保険者の実施率を単一健保の実施率の標準偏差と合うように変換

$$T_s \times S_k / S_s = S_{sk} \text{ (変換後実施率)}$$

②変換後の実施率の平均をとり、その平均と単一健保の実施率の平均との差を個々の保険者の変換後実施率に足す

$$1/n \sum S_{sk} = A_{sk} \text{ (変換後実施率の平均)}$$

$$S_{sk} + A_k - A_{sk} = \text{個々の保険者の調整後実施率}$$

調整後特定健診実施率の計算例

＜前提＞平成24年度の特定健診の実施状況（以下はここでは便宜的に21年度のデータを用いているが、実際の計算は24年度における計数を基に算定。）

ある市町村国保Aの特定健診実施率:30%
市町村国保の特定健診の実施率の平均:35.64%
市町村国保の特定健診実施率の標準偏差:11.63

単一健保の特定健診の実施率の平均:67.20%
単一健保の特定健診実施率の標準偏差:14.49

※ 平均と標準偏差は、実施率0の保険者を除いて計算。

＜計算例＞実際の計算は24年度における計数を基に算定。ここでは便宜的に21年度をデータを用いている。

市町村国保Aの変換後実施率 = $30\% \times 14.49 / 11.63 = 37.4\%$

市町村国保の変換後実施率の平均 = 44.44%

市町村国保Aの調整済特定健診実施率 = $37.4\% + 67.20\% - 44.44\%$
= 60.16%

※ 上記の計算に基づいた場合、仮に実施率0にも調整を行うとすると、上記式の37.4%が0となることから、特定健診を全く実施していないにもかかわらず20%程度の実施率と計算されてしまうことから、実施率0の保険者については、調整は行わない。

ただし、調整後実施係数の計算にあたって、保健指導の実施率が0の場合、そのまま計算すると特定健診の実施率の実績が反映されなくなることから、特定保健指導実施率が0でない保険者の最低実施率が0.1%であることを勘案し、これより低い0.04%として計算を行う。

調整後の各保険者の実施率について

【特定健診の実施率】

単一健保の実施率の分布状況を標準として各保険者種別毎の実施率を調整

単一健保	市町村国保	国保組合	総合健保	共済組合
0%	0%	0%	0%	0%
40%	13.9%	6.8%	29.3%	46.9%
60%	29.9%	23.8%	50.5%	62.3%
80%	45.9%	40.6%	71.7%	77.7%

【特定保健指導の実施率】

市町村国保の実施率の分布状況を標準として各保険者種別毎の実施率を調整

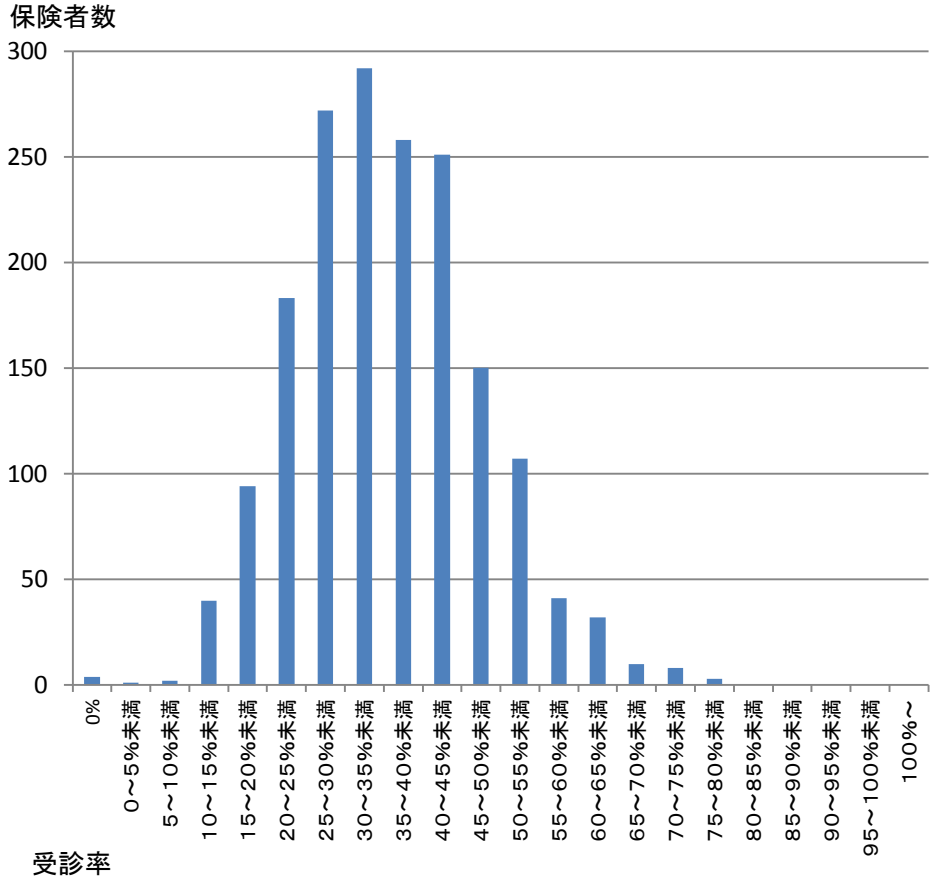
市町村国保	国保組合	単一健保	総合健保	共済組合
0%	0%	0%	0%	0%
10%	—	2.4%	0.8%	0.7%
30%	8.0%	21.2%	11.1%	12.7%
50%	24.0%	40%	21.5%	24.8%

(注) 特定健診・保健指導とも実施率0の保険者は、調整を行わない。

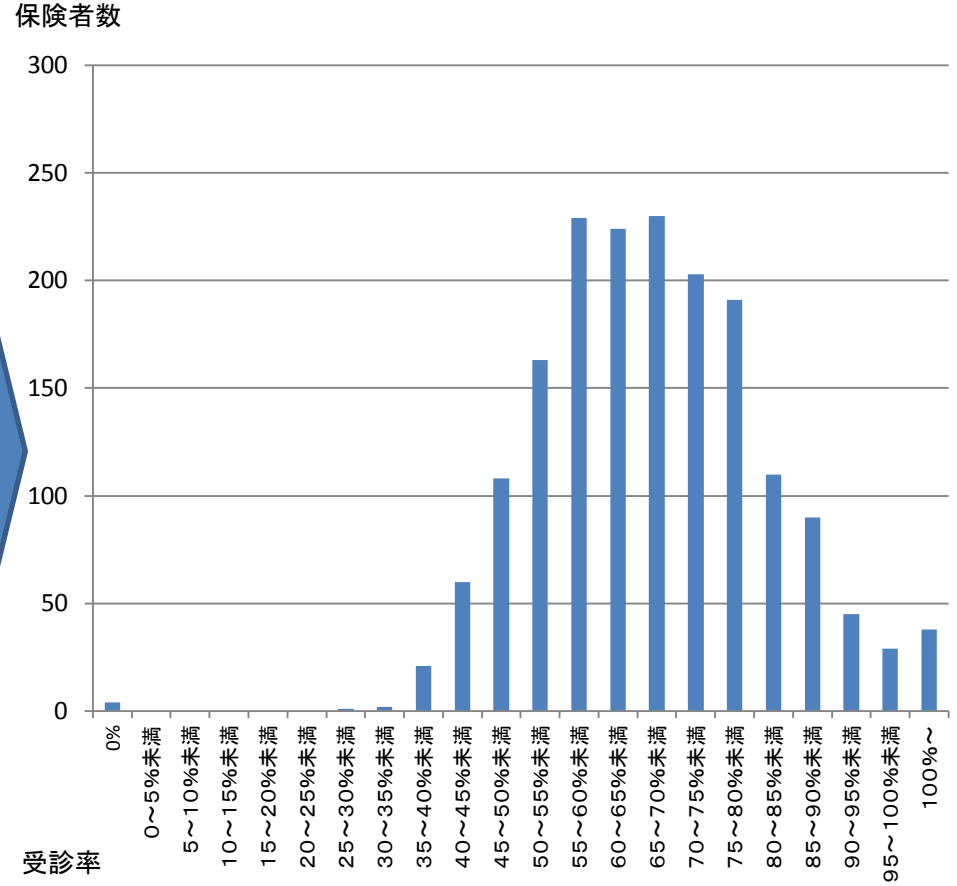
(参考)実施率調整のイメージ

(市町村国保の調整後の特定健診実施率の分布状況)

市町村国保の特定健診実施率の分布



調整後の分布



保険者の個別事情への対応

保険者の状況

<市町村国保について>

- 市町村国保については、対象者の数や市・町・村などの行政区分や、対象者の規模によって特定健診・保健指導の実績評価にあたって考慮する必要があるとの意見がある。
- 実際に市町村国保における健診実施率の上位10%保険者を見ると、相対的に村や町が多く、市が少ない。
- 実施率の上位10%保険者のうち20%以上が500人未満の小規模な保険者となっている。

<その他被災などの特別の事情がある保険者>

- 評価対象となる24年度においても、医療保険制度においては東日本大震災に起因する一部負担金の免除措置が一部継続されており、こうした点も勘案すると共に、震災以外にも不慮の災害等により取組みが進まなかったなどの事情がある保険者へ何らかの対応が必要ではないか。
- 極めて小規模の保険者においては、特定保健指導対象者が少数で、かつ保健指導途中で服薬を開始するなどして保健指導を中断する者がいた等の事情により、結果的に保健指導実施率が極めて低くなってしまいうケースが起こりうる。
- 協会けんぽは強制加入であるなどのために必ずしも個々の事業所が主体的に加入しておらず、保険者と事業主との距離感が相対的に大きく、事業所内での保健指導においては、事業主の協力を得難い場合がある。また小規模の事業所が全国に散在し、1事業所あたりの特定保健指導対象者が少なく効率的な保健指導の実施等について課題がある。
- 日本私立学校振興・共済事業団についても、事業主と保険者の一体性が相対的に薄く、また規模が小さい複数の事業主が全国に散在しているといった事情がある。

<対応案>

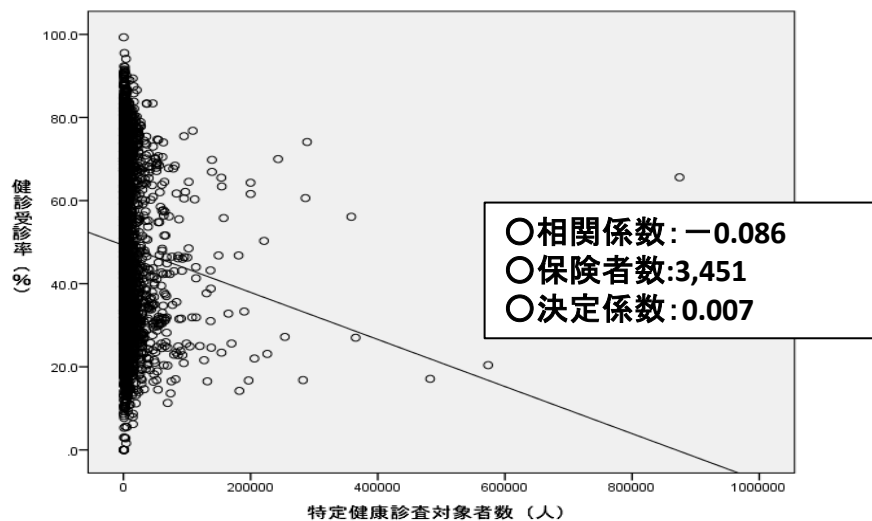
- 明確な統計的裏づけがあるわけではないが、市町村国保の特定健診・保健指導の実施率の評価にあたっては、特定健診対象者の規模に応じ、10万人以上、10万人～5000人、5000人以下の3区分で調整を行うこととしてはどうか。
- 災害の被害を受けたなどの事情がある保険者や極めて小規模の保険者については、特殊な事情で実施率が実情とかけ離れていると認められる場合に、加減算を個別に適用しないことができることとし、その要件について、今後、関係者と調整することとしてはどうか。

※ 協会けんぽ、日本私立学校振興・共済事業団の取扱いについては検討中。

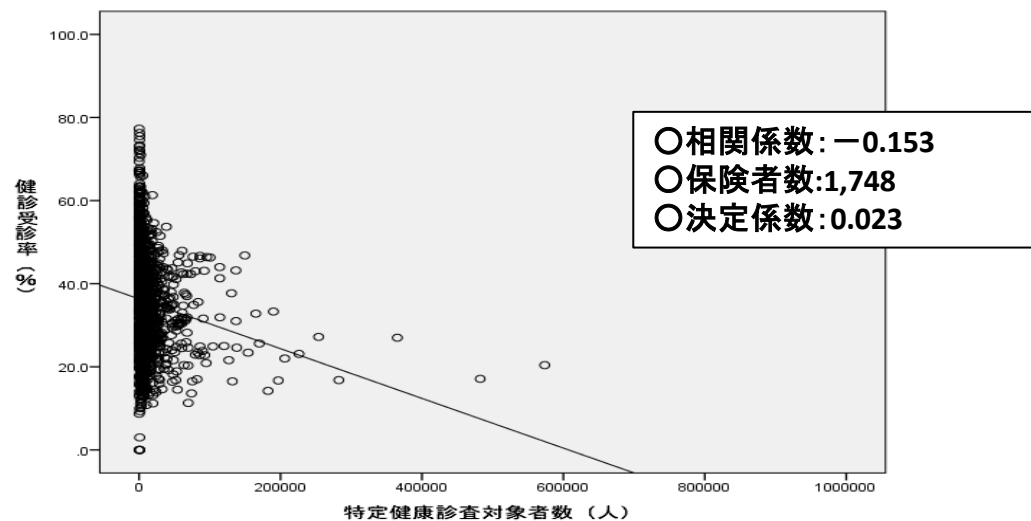
特定健診の対象者数(全体、市町村国保・国保組合)

- 保険者種別毎の特定健診の対象者数と特定健診実施率との関係を見ると、全保険者、市町村国保、国保組合とも特に強い相関関係は認められなかった。

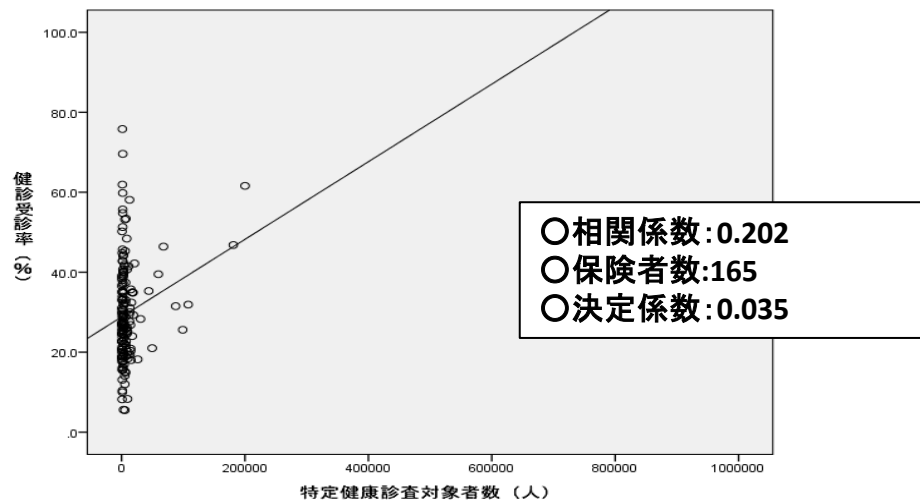
【全保険者(協会けんぽ除く)】



【市町村国保】



【国保組合】

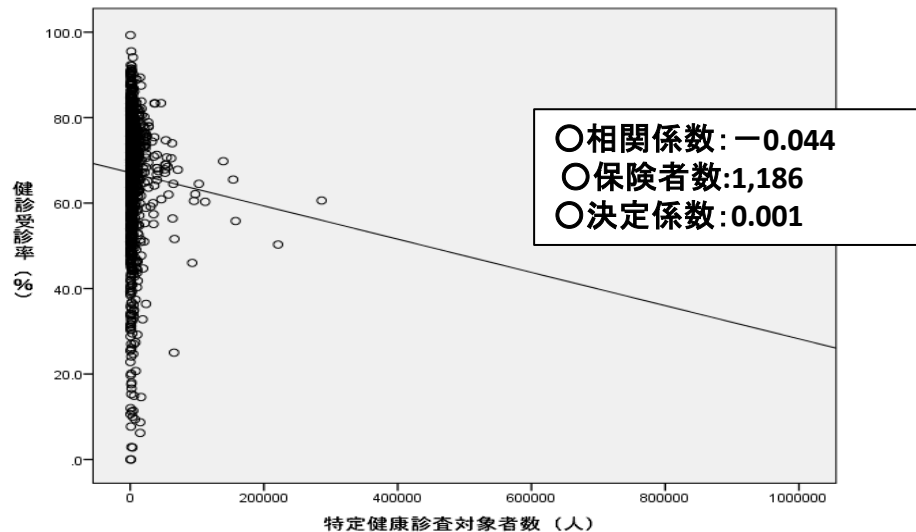


※特定健診の対象者数が多い国保組合の中には、事業主健診を実施している全国規模の保険者が含まれている。

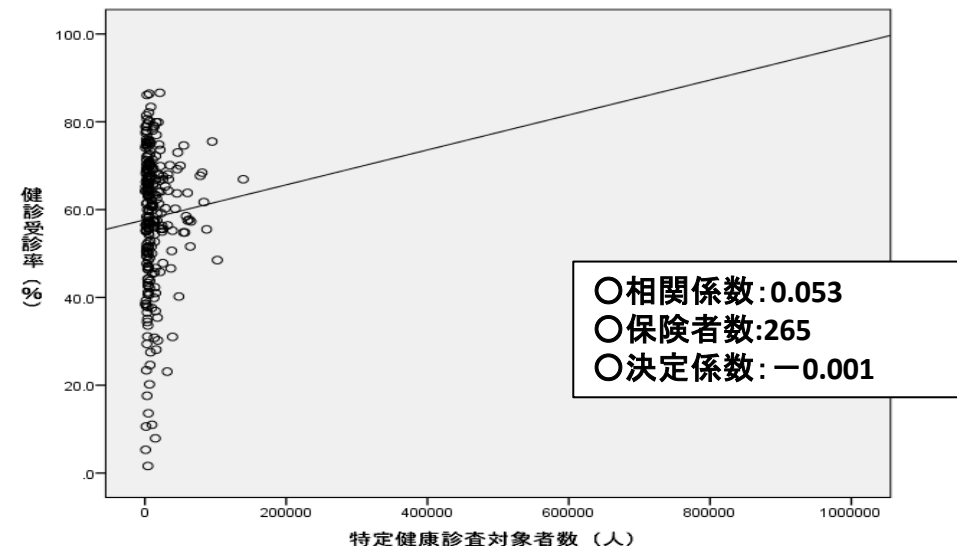
特定健診の対象者数(被用者保険)

○ 被用者保険の保険者においては、単一健保、総合健保、共済組合とも、特定健診の対象者数と特定健診の受診率の間に特に強い相関関係は認められなかった。

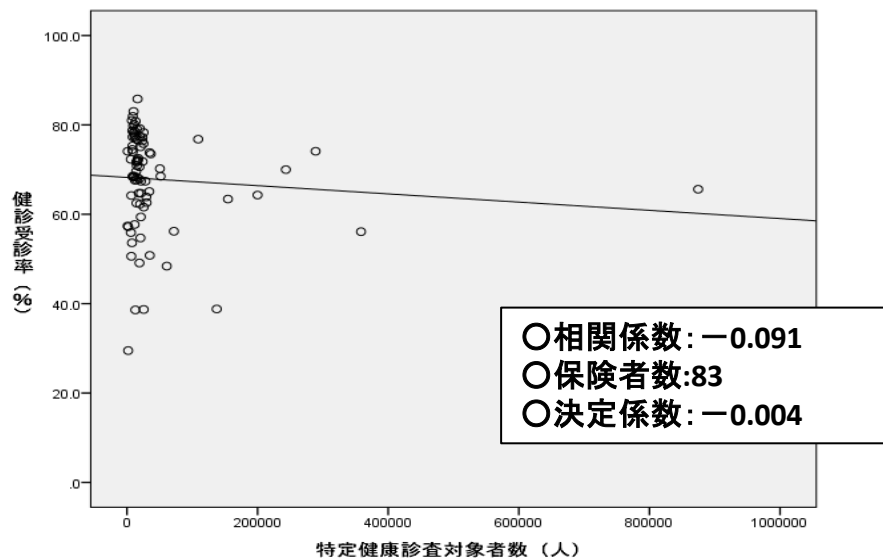
【単一健保】



【総合健保】



【共済組合】



(参考)市町村国保における保険者の規模と健診実施率との関係

(1) 行政区分

健診実施率の上位に位置する保険者は、全保険者と比較して、相対的に村や町が多く、市が少ない。

	健診実施率50.9%以上 (約上位から10%保険者)		健診実施率21%以下 (下位から約10%保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
村	65	36.9%	8	4.6%	182	10.4%
町	85	48.3%	75	42.9%	757	43.3%
市	26	14.8%	72	41.1%	686	39.2%
特例市	0	0.0%	4	2.3%	39	2.2%
中核市	0	0.0%	10	5.7%	41	2.3%
政令指定都市	0	0.0%	6	3.4%	20	1.1%
特別区	0	0.0%	0	0.0%	23	1.3%
合計	176	100.0%	175	100.0%	1748	100.0%

(2) 健診対象者の規模

健診実施率の上位に位置する保険者は、500人未満が20.5%を占めている。

	健診実施率50.9%以上 (上位から約10%保険者)		健診実施率21%以下 (下位から約10%保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
500人未満	36	20.5%	5	2.9%	74	4.2%
500～1,000人未満	32	18.2%	14	8.0%	129	7.4%
1,000～5,000人未満	78	44.3%	61	34.9%	666	38.1%
5,000～10,000人未満	17	9.7%	41	23.4%	343	19.6%
10,000～50,000人未満	13	7.4%	38	21.7%	449	25.7%
50,000～100,000未満	0	0.0%	10	5.7%	61	3.5%
100,000～500,000人未満	0	0.0%	5	2.9%	25	1.4%
500,000～10,000,000未満	0	0.0%	1	0.6%	1	0.1%
10,000,000人以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(参考)市町村国保の規模別実施状況

区分	保険者数	特定健診平均実施率	特定保健指導平均実施率
特定健診対象者10万人以上	26	28.25%	17.39%
10万人～5000人	853	33.26%	25.12%
5000人以下	869	38.04%	31.07%

(注)平均の実施率は、各保険者の対象者数による重み付けを考慮しないで、単純に保険者毎の実施率を保険者数で除して算出している。(保険者毎の対象者数を勘案せず、実施率のみで保険者の評価は行われるため)

(参考) 健保組合における保険者の規模と健診実施率との関係

【単一健保】

	健診実施率81.8%以上 (上位から約10%保険者)		健診実施率48.3%以下 (下位から約10%保険者)		全保険者	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
500人未満	12	9.8%	13	10.7%	100	8.4%
500～1,000人未満	20	16.3%	17	14.0%	170	14.2%
1,000～5,000人未満	70	56.9%	58	47.9%	625	52.4%
5,000～10,000人未満	12	9.8%	17	14.0%	144	12.1%
10,000～20,000人未満	6	4.9%	13	10.7%	80	6.7%
20,000～30,000人未満	0	0.0%	1	0.8%	31	2.6%
30,000～40,000人未満	2	1.6%	0	0.0%	15	1.3%
40,000～50,000人未満	1	0.8%	0	0.0%	3	0.3%
500,000～100,000人未満	0	0.0%	2	1.7%	18	1.5%
100,000人以上	0	0.0%	0	0.0%	7	0.6%
合計	123	100%	121	100%	1193	100.0%

【総合健保】

	健診実施率75.3%以上 (上位から約10%保険者)		健診実施率38.0%以下 (下位から約10%保険者)		全保険者	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
500人未満	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%
500～1,000人未満	0	0.0%	0	0.0%	2	0.8%
1,000～5,000人未満	13	50.0%	13	48.1%	101	38.5%
5,000～10,000人未満	5	19.2%	5	18.5%	63	24.0%
10,000～20,000人未満	6	23.1%	7	25.9%	43	16.4%
20,000～30,000人未満	1	3.8%	0	0.0%	20	7.6%
30,000～40,000人未満	0	0.0%	2	7.4%	10	3.8%
40,000～50,000人未満	0	0.0%	0	0.0%	5	1.9%
500,000～100,000人未満	1	3.8%	0	0.0%	15	5.7%
100,000人以上	0	0.0%	0	0.0%	2	0.8%
合計	26	100.0%	27	100.0%	262	100.0%

(参考)被用者保険の保険者における 1事業所当たりの対象者数

	事業所数	被保険者数	健診対象者数	1事業所当たり 被保険者数	1事業所当たり 健診対象者数	特定保健指導 対象者数	1事業所当たり 保健指導 対象者数
単一健保	22,591	9,609,339	7,498,872	425.4	331.9	1,015,055	45.0
総合	92,116	6,111,414	3,662,542	66.3	39.8	473,355	5.1
協会けんぽ	1,622,704	19,592,000	13,150,489	12.0	8.1	847,652	0.5

(注)協会けんぽの適用事業所数、被保険者数の計数は、平成22年度事業報告参照。

保険者種別毎の調整済実施係数の状況①

本来であれば、24年度実績に基づき計算すべきものであるが、21年度実績に基づいて、加算率0.23%の影響額を試算してみたもの。

調整済実施係数 ^{※3}	調整済実施率の例		保険者種類別	保険者数	加入者数(合計) ^{※1}	加算額(合計) ^{※2}	加入者1人当たり加算額
	特定健康診査実施率	特定保健指導実施率					
0.0015未満	15%未満	1%	市町村国保	77	201,000	2,200万円	114円
			国保組合	76	548,000	6,200万円	114円
			単一健保	272	1,900,000 ^{※4}	22,700万円 ^{※4}	120円
			総合健保	45	180,200 ^{※4}	20,900万円 ^{※4}	116円
			共済組合	4	474,000	6,000万円	127円
0.0015以上 0.002未満	20%未満	1%	市町村国保	1	28,000	300万円	114円
			国保組合	0	0	—	—
			単一健保	0	0	—	—
			総合健保	0	0	—	—
			共済組合	0	0	—	—
0.0020以上 0.0025未満	25%未満	1%	市町村国保	0	0	—	—
			国保組合	0	0	—	—
			単一健保	0	0	—	—
			総合健保	0	0	—	—
			共済組合	0	0	—	—
0.0025以上 0.0030未満	30%未満	1%	市町村国保	2	16,000	200万円	114円
			国保組合	0	0	—	—
			単一健保	0	0	—	—
			総合健保	0	0	—	—
			共済組合	0	0	—	—
0.0030以上 0.0035未満	35%未満	1%	市町村国保	0	0	—	—
			国保組合	0	0	—	—
			単一健保	0	0	—	—
			総合健保	0	0	—	—
			共済組合	0	0	—	—

※1 加入者数(合計)は百人単位を四捨五入した数。平成24年度見込み加入者数。

※2 加算額(合計)は、10万円単位を四捨五入した数。平成24年度概算額による。

※3 調整済実施係数は、平成21年特定健康診査・特定保健指導集計情報ファイルの実施率より算出。

※4 調整済実施係数0.015未満保険者のうち、平成24年度後期高齢者支援金との突合可能な単一健保262、総合健保44保険者の加入者数、加算額を合計。

保険者種別毎の調整済実施係数の状況②

国保組合、単一健保、総合健保、共済組合における、調整済実施係数0.0015の次に低い実施係数は以下のとおり。

調整済実施係数 ※3	調整済実施率の例		保険者 種類別	保険者数 (合計)	加入者数 (合計)※1	加算額 (合計)※2	加入者1人当 り加算額
	特定健康診査実 施率	特定保健指導 実施率					
0.084	84%	10%	国保組合	1	67,000	700万円	114円
0.024	24%	10%	単一健保	1	19,000	200万円	121円
0.041	41%	10%	総合健保	1	6,000	100万円未満	—
0.032	32%	10%	共済組合	1	4,000	100万円未満	—

【減算保険者】

	保険者数	加入者数(合計)※2	後期高齢者支援金額 (合計)	加算対象保険者を実施計数 0.0015未満とした場合の減算率
市町村国保	9	10,000	約5億円	【減算率】 約3.7% 【減算額】 約5億8,000万円
国保組合	0	0	0円	
単一健保	30	241,000	約125億円	
総合健保	1	9,000	約5億円	
共済組合	1	40,000	約21億円	
合計	41	300,000	約156億円	

※1 加入者数(合計)は百人単位を四捨五入した数。平成24年度見込み加入者数。

※2 加算額(合計)は、10万円単位を四捨五入した数。平成24年度概算額による。

※3 調整済実施係数は、平成21年特定健康診査・特定保健指導集計情報ファイルの実施率より算出。

保険者種別毎に実施率を調整することについて

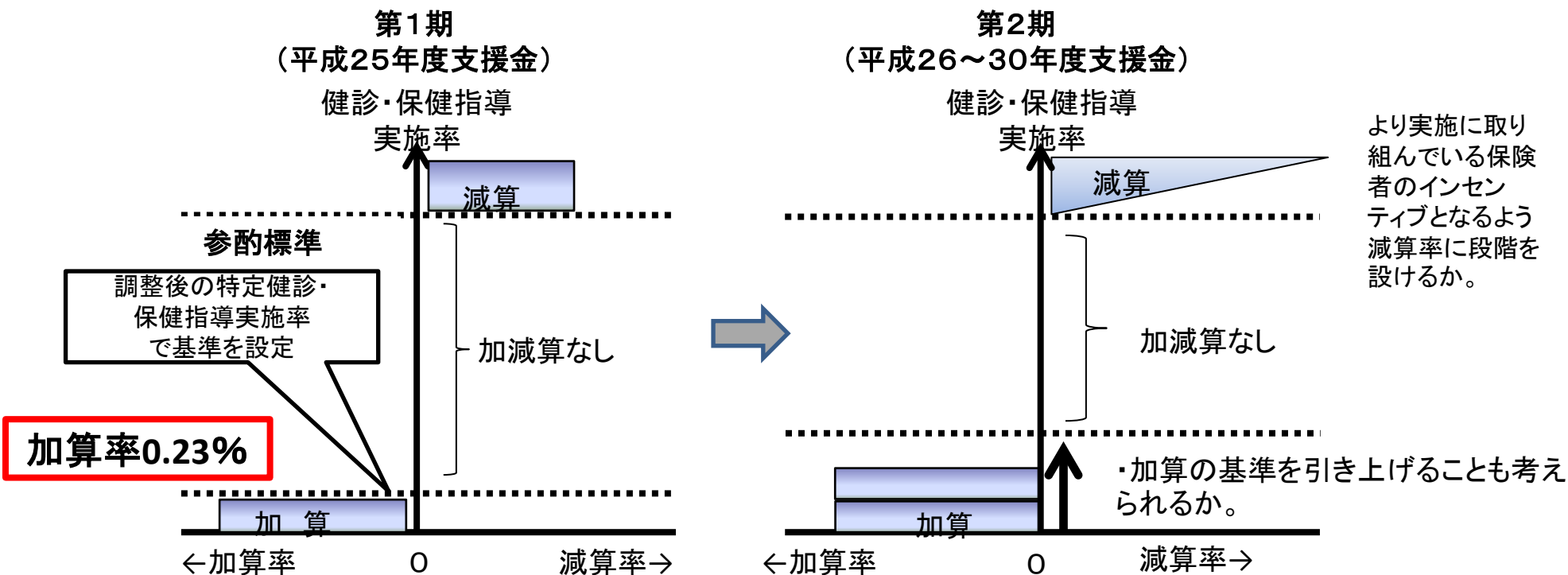
＜保険者種別毎に実施率を調整する際の留意事項＞

- 各保険者の特定健診・保健指導への取組みについて保険者種別毎における実施状況を以て評価する方法は、結果として実施状況が相対的に低い保険者種別の実施率を引き上げて評価することとなる。
- 逆に実施率が相対的に高い保険者種別(特定健診実施率では単一健保、特定保健指導実施率では市町村国保)に所属する保険者のうち、実施率が相対的に低い保険者は、実施率の調整がなされないこととなる。
- この方法は、保険者種別毎の実施率に相対的に大きな開きがある場合、10ページの表のように調整幅も大きくなり、実施率が相対的に低い保険者種別に所属する保険者は、わずかな取組みにより、相対的に高い実施率と評価されることになる。
 - ※ 例えば、総合健保は0.8%の特定保健指導実施率により、市町村国保の10%実施と同程度の評価となる。
- 保険者種別毎の実施率の調整は、各保険者の様々な制度的な特質をある程度反映して実施率の評価を行うことができるが、現時点のように保険者種別間の取組状況の差が大きい中で、取組みが特に進んでいない保険者の範囲を限定的に捉える場合には、公平な取扱いとなるよう特に留意を要すると考えられる。

平成26年度以降の加算・減算方法の考え方

<論点>

- 26年度以降の加算・減算に当たり勘案する事項としては、保険者種別に応じた調整を行った後の特定健診実施率と特定保健指導実施率で良いか。他に勘案すべき事項はあるか。
- 加算の対象となる保険者の範囲については、全体として実施率が向上していくことを勘案し、例えば次期特定健診等実施計画の最終年度である平成30年度の後期高齢者支援金の算定までの間、加算の対象となる基準を引き上げる、といったことが考えられるかどうか。
- 予見可能性を高めるため、加算する率は、評価の対象となる25年度の特定健診・保健指導の取組開始前にあらかじめ設定する必要があるのではないか。
- 減算の対象となる保険者の範囲については、保険者の目標の参酌標準の具体像と併せて議論いただく予定。
- 減算率については、より取組みを進めた保険者へのインセンティブとなるよう減算率に段階を設ける、といったことが考えられるか。



後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する意見についての考え方の整理（案）

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用に関する本検討会でのご意見のうち、これまでの加算・減算に係る事務局提案において言及できていないと考えられる事項についての考え方を整理した。

検討会における意見	考え方(案)
○被保険者が、加入する保険者を選べない現状の下では、40代以上の健診の実施率と保健指導の実施率をそのまま加・減算の根拠に使うということについては納得ができない。	○被保険者は、組合会(健保組合)、運営委員会(全国健康保険協会)、市町村議会及び国民健康保険運営協議会(市町村国保)、組合会(国保組合)等への参加を通じて、特定健診等への取組も含めた保険者による事業運営に参画できる仕組みとなっているため、保険者の保健事業の運営にも一定の関与ができると考えられる。
○40歳から74歳までの被保険者の保険者間の移動を、どのように考慮するのか。	○加算・減算制度は、当該年度の加入者に対する保険者の特定健診・特定保健指導の取組を、翌年度分の後期高齢者支援金に反映させるものであり、同一の者に対する、74歳以下の時点での保健事業の実施と75歳以上になってからの医療費を結び付けて評価するものではない。ただし、医療費適正化のエビデンスを示すことができるよう、今後も医療費適正化の検証に努める。
○後期高齢者の医療費に、ある時期の保険者が責任を持つという点には同意できない。	
○医療費は、特定健診・保健指導という保健活動との相関度は必ずしも高くなく、医師数、医療機関数、高齢者数等で医療費は非常に多くなるものであり、健診率・保健指導率で見られるのか非常に疑問。	○医療費との関連性をより明確に示すエビデンスを示すことができるよう、今後も医療費適正化効果の検証に努める。
○加入者が、健診を受けることが権利であり義務であるという意識を持てるよう、運転免許の更新のように、3年に一度、健診を受けないと保険証が来ないなど、加入者が主体的に取り組む仕組みを併せて検討すべき。	○保険者における取組の支援方法について、今後の検討課題としたい。
○せめてイコールフットイングと関係者が納得するグルーピングの中での競争であるべき。規模やバックグラウンドが全く違う保険者間で競争してペナルティを課していくことは極めて困難。	○評価に当たってグループを設けて当該グループ内で加算・減算を実施する場合には、母集団が小規模になることから、共通のルールで加算・減算を実施できない場合等が生じるおそれ。また、グループの設定方法について考え方の整理が必要。

※ 加算・減算制度と、積極的支援・動機付け支援毎の取組や被扶養者対策の市町村委託との関係等について、検討中。