

高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定等に関する省令第四十条の三の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準の一部を改正する件（案）に関する意見募集の結果について

令和8年9月30日
厚生労働省
保険局保険課

高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定等に関する省令第四十条の三の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準の一部を改正する件（案）について、令和8年7月13日（月）から同年8月13日（木）まで御意見を募集したところ、16件の御意見をいただきました。

お寄せいただいた御意見の要旨とそれに対する考え方について、内容により分類し、以下のとおり取りまとめたので、公表いたします。

皆様の御協力に深く御礼申し上げますとともに、今後とも厚生労働行政の推進に御協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

No.	案に対する御意見の要旨	御意見に対する厚生労働省の考え方
1	現行の総合評価指標では、就業時間中に特定保健指導を受けられるよう事業主が配慮することが評価されていますが、健診そのもの、がん検診、再検査及び精密検査を受けるための時間的・経済的負担についても評価する必要があります。 時給制の短時間労働者等は、健診や精密検査を受けるために仕事を休むと、その時間分の賃金が減少する場合があります。自営業者についても、受診費用に加え、休業による収入減少や代替要員を確保できない負担があります。このため、健診制度や	特定健康診査等の実施率向上のためには、加入者の受診しやすい環境を整備することが重要であり、保険者が加入者の受診状況や健康課題を把握し、それを踏まえて保健事業を実施することが重要であるとのご意見として承ります。 一方、勤務時間中の健診等に係る賃金の取扱い、雇用上の不利益の防止、雇用形態別の受診率の把握等については、今回の改正事項の対象ではありま

費用補助が設けられていても、実際には受診できないことがあります。 保険者及び事業主が、勤務時間内の健診・再検査を認めているか、有給扱いその他の賃金減少を防ぐ措置を設けているか、夜間・休日・巡回健診等の選択肢を確保しているかを評価項目に加えてください。また、全体の受診率だけでなく、正規雇用、短時間労働、有期雇用等の雇用形態別に実受診率を把握し、受診できなかった理由を確認すべきです。 短時間労働者については、労働時間及び収入の変動によって、被用者保険、市町村国保又は被扶養者資格の間を移動することがあります。社会保険加入や保険者変更によって、従前の健診補助、受診案内及び健診履歴が途切れないよう、保険者間の引継ぎと PHR による継続的な閲覧を評価してください。 さらに、有期雇用者や短時間労働者の中には、健診で異常が発見されたことによる雇止め、契約不更新、シフト削減、配置上の不利益等を懸念し、健診又は精密検査をためらう者がいると考えられます。健診結果及び健康情報の目的外利用を防止し、異常が見つかった者が不利益を受けることなく、精密検査、治療及び就業継続支援を受けられる体制についても評価項目に加えてください。 制度の設置件数だけでなく、収入、雇用形態、勤務時間及び雇用上の不安を含め、対象者が実際に健診・精密検査を受けられたかを評価することを求めます。	せん。また、保険者変更に伴う健診情報の引継ぎや PHR による健診情報の継続的な閲覧についても、今回の改正事項の対象ではありません。このため、今回の改正において、ご提案の事項を新たな評価項目として追加することは予定しておりません。 なお、加入者の受診状況や受診しにくい要因を把握し、その結果を保健事業の実施・改善に活用するという観点については、今後の施策の参考とさせていただきます。
--	---

	今回の意見では、「社会保険に入ると損だから加入しない方がよい」という論点ではなく、働き方や保険資格が変わっても健診機会を失わせないことを中心に置くと、総合評価指標との関係が明確になります。	
2	改正には賛同します。 本意見は、先に提出した被扶養者、資格喪失者、短時間労働者等の健診機会に関する意見を補足するものである。 今回の総合評価指標は、保険者が単独で実施・把握・申告できる取組を中心に構成されている。そのため、事業主健診、被扶養者健診、市町村国保の健診、後期高齢者医療、任意継続、PHR、雇用上の配慮等をまたぐ問題が、各制度の境界で把握されにくくなっている。 例えば、病気や障害による離職、雇止め、被扶養者資格の喪失、短時間労働と社会保険加入との移動、親や配偶者の退職等によって、本人の健康状態が変わらなくても、健診の対象、費用補助及び健診情報の継続性が変化する。この問題は、一つの保険者の健診実施率や事業の設置状況だけでは評価できない。 専門的なワーキンググループにおいても、所掌する保険制度及び既存の集計データを中心に検討した場合、雇用、障害福祉、自治体保健、個人情報保護及び医療 DX を横断する課題が検討対象から漏れるおそれがある。 今後の総合評価指標の見直しに当たっては、保険者別の評価だけでなく、加入者本人を基準として、就職、離職、扶養関係及び保険者の変更を通じて健診・治療・健康情報が継続しているかを検	本案に賛成のご意見として承ります。 就職、離職、扶養関係の変更、保険者の変更等に伴い、加入者の健診機会や保健事業の利用環境が変化する場合があることについては、加入者の健康保持増進を図る観点から重要な課題であると考えています。 一方、今回の総合評価指標は、各保険者における健康課題の把握及びそれに応じた保健事業の実施状況等を評価するものであり、複数の保険制度や関係機関にまたがる健診・医療情報の継続性を、加入者本人を基準として横断的に評価することを直接の目的としたものではありません。 このため、加入者本人を基準とした保険者横断的な評価や、新たな横断的な検討の場を設けることについては、今回の改正事項の対象ではありません。 なお、保険者の変更等に伴う健診機会や健康情報の継続性の確保については、重要な観点である

	証していただきたい。また、保険局内外の関係部局、自治体、保険者及び当事者を含む横断的な検討の場を設けることを求める。	認識しており、今後の施策の参考とさせていただきます。
3	健康保険組合によっては、被扶養配偶者に対して年齢を問わず健診や人間ドックの補助を設けています。しかし、ここでいう配偶者は、単に法律上又は事実上の配偶者である者ではなく、健康保険上の被扶養配偶者として認定された者に限られます。 例えば、父親が定年後、母親がパートで働き退職して別の職場へ、成人した子が休業中などの場合、母親が勤務先の健康保険組合に任意継続被保険者として加入していても、その収入が少なく、夫や成人した子を「母親によって主として生計を維持されている被扶養者」として認定する条件を満たさない場合があります。この場合、母親本人は被保険者として人間ドック等の補助を利用できる一方、夫は配偶者であっても被扶養配偶者ではないため利用できず、成人した子も被扶養者ではないため利用できません。 その結果、同じ世帯の家族がいずれも低所得であっても、任意継続被保険者本人だけが健診補助を受け、配偶者や子は別の医療保険に加入し、同等の補助を受けられない場合があります。特に、夫が年金生活者で、その後 75 歳に達して後期高齢者医療制度へ移行した場合には、被扶養配偶者として健診を受ける機会がないまま、健康保険組合の制度から完全に外れることがあります。 したがって、「被扶養配偶者向け健診を設けていること」だけを評価するのでは不十分です。配偶者でありながら被扶養者認定を受けられない者、被扶養者になれず市町村国保に加入する成人した子、後期高齢者医療制度へ移行した者を含め、同一世帯内で誰	加入者の健診機会の確保、及び保険者の変更等に伴う健診機会の継続性が重要であるとのご意見として承ります。 一方、今回の総合評価指標は、各保険者における特定健康診査・特定保健指導等の実施状況及び加入者の健康の保持増進のための取組状況を評価するものであり、異なる医療保険制度にまたがる健診機会を横断的に評価することを目的としたものではありません。 このため、今回の改正において、保険者間の連携や医療保険制度・保険者の変更等に伴う健診機会の継続的な確保を、新たな評価項目として追加することは予定しておりません。 なお、医療保険制度や保険者の変更等により健診機会が途切れることのないようにするとのご指摘については、今後の施策の参考とさせていただきます。

	に健診機会があり、誰が制度の対象外となっているかを把握する必要があります。 健診機会が、本人の健康上の必要性や自費負担能力ではなく、被保険者との収入比較、扶養認定、続柄、年齢及び加入する保険者の違いによって分断されないよう、保険者間の連携と代替的な健診機会を確保すべきです。	
4	PHR の体制整備における事業主健診を受けない 40 歳未満の加入者への対応について 別紙大項目 1 の「PHR の体制整備 1・2」では、40 歳未満の事業主健診データについて、事業主への提供依頼、データの受領及び支払基金への提出が評価されています。 しかし、40 歳未満の者には、自営業者、無職者、求職者、被扶養者、短時間労働者、学生、病気や障害により離職又は休職している者など、事業主健診を受ける機会がない者も少なくありません。 現在の指標では、事業主健診を受ける者のデータ収集体制を整備すれば得点できる一方、事業主健診を受けない 40 歳未満の者について、健診機会や PHR へのデータ登録経路を確保しているかは評価されません。このままでは、雇用形態や就業状況によって健診データの蓄積及び本人による閲覧に格差が生じるおそれがあります。 このため、PHR の体制整備については、事業主健診データの提供依頼及び提出の有無だけでなく、40 歳未満の加入者全体を分	40 歳未満の加入者について、事業主健診を受ける機会のない者も含め、健診機会の確保及び健診結果を本人が閲覧できる環境の整備を評価すべのご意見として承ります。 今回の改正では、40 歳未満の事業主健診データについて、事業主から提供を受け、支払基金に提出するとともに、加入者がマイナポータルで自身の健診情報を閲覧できるようにしていることを新たに評価することとしています。このため、事業主への提供依頼等の取組だけでなく、実際に健診情報を本人が閲覧できる状態にすることも評価します。 一方、今回の評価指標は、事業主健診データの取得・提出及び PHR の活用に向けた体制整備を評価するものであり、事業主健診を受ける機会のない者に対する代替的な健診機会の確保や、異なる医

母として、健診受診機会及び健診結果の閲覧可能性を評価してください。 また、事業主健診を受けない者に対し、保険者又は自治体による若年者健診、被扶養者健診、任意健診への補助、医療機関で受けた検査結果の登録等の代替的な経路を設けることを評価項目に加えてください。 さらに、就職、離職、独立、扶養関係の変更等により保険者が変更された場合でも、本人が過去の健診情報を継続して閲覧できるよう、保険者間及び自治体とのデータ連携を進めることを求めます。 この指標は「PHR の体制整備」と名付けられていますが、実際には 40 歳未満について、事業主健診を受けている人のデータを、事業主から保険者が受け取り、支払基金へ提出するという、雇用されている人を中心とした経路しか評価していません。 問題になる人 特に抜け落ちやすいのは、次のような 40 歳未満の人です。 自営業者・フリーランス、無職、求職中の人、病気や障害で離職・休職している人、家族の被扶養者、家事・育児・介護を担っている人、事業主健診の対象にならない短時間労働者、学生退職して健康保険から国民健康保険へ移った人 このうち自営業者や無職の人は通常、市町村国保など別の保険制度に加入するため、この健保組合等を対象とした評価制度が	療保険制度・保険者間のデータ連携等を評価するものではありません。 このため、今回の改正において、これらを新たな評価項目として追加することは予定しておりません。なお、ご指摘については、今後の施策の検討に当たっての参考とさせていただきます。
---	--

	らは直接外れる、という整理になる可能性があります。しかし、それで問題がなくなるわけではありません。むしろ、国全体の PHR 政策として見ると、会社に勤め、事業主健診を受けられる人だけ健診データが継続して蓄積され、自営業者・無職・扶養家族などには同じ経路がないというデータ格差が生じます。 指標上の大きな欠陥 現在の指標では、保険者は、事業主にデータ提供を依頼する受け取った事業主健診データを提出することで得点できます。しかし、40 歳未満の加入者全体のうち、何人が健診を受け、何人のデータがマイナポータルで閲覧可能になったかは評価していません。 そのため、事業主健診を受けられない人が多数取り残されても、保険者は「PHR 体制を整備した」と評価され得ます。これは「体制整備」というより、既に存在する事業主健診データの収集体制だけを評価しているともいえます。 パブコメで求められる修正 次のような意見が考えられます。 1. 40 歳未満の加入者全体を対象にする 「40 歳未満の事業主健診データ」だけでなく、40 歳未満の加入者のうち、事業主健診を受けない者を含む健診機会及び健診データ登録体制を評価対象にするべきです。 2. 代替健診を用意する	
--	---	--

	事業主健診を受けられない人については、保険者や自治体が、若年者健診、被扶養者健診、任意健診への補助、医療機関で受けた検査結果の本人による登録、自治体健診データの連携などの代替経路を用意し、その結果を本人がマイナポータル等で閲覧できるようにする必要があります。 3. 保険制度を移ってもデータを途切れさせない 就職、離職、扶養入り、独立などによって、健保組合、協会けんぽ、市町村国保、共済の間を移動しても、本人の健診情報を継続して閲覧できる仕組みが必要です。 これは前に挙げた「資格喪失・保険者変更時の健康管理」ともつながります。この意見は単なる「無職の人にも配慮してください」ではありません。制度設計上、事業主に依頼したかというプロセス評価ではなく、加入者全体に PHR が届いているかというカバレッジ評価に変更すべきと指摘できます。 特に、指標 2 は必須項目なのに、指標 3 は必須ではありません。つまり、事業主に依頼してマイナ保険証を広報するところまでは強く求めながら、実際にデータを受領して本人が閲覧可能にすることは必須ではない、という構造もあります。 ここも併せて、「依頼・広報」よりも、「実際に本人がデータを閲覧できる状態」を重く評価し、少なくとも同等に必須化すべきです。	
5	就労・扶養・居住形態及び保険者の変更をまたぐ健康管理の継続について	保険者の変更等を跨いで、加入者の健診機会の確保及び健康管理を継続的に確保することが重要であるとのご意見として承ります。

総合評価指標について、継続的に同一の事業主に雇用され、同一の住所及び保険者の下で生活している加入者だけでなく、長期間被扶養者であった者、配偶者の退職により保険資格が変更される者、離職後に再就職した者、短時間・非正規労働者、住民票所在地と実際の居住地が異なる者等を含めた評価としてください。 これらの者については、事業主、保険者及び自治体のいずれが健診機会及び受診勧奨を確保するのかが不明確になり、健診情報、がん検診、予防接種、服薬管理及び精神保健支援が途切れるおそれがあります。 保険者変更時の本人への情報提供及び PHR の継続、被扶養者資格の喪失時の案内、住民票とは別の連絡先の登録、実際の居住地域での健診・検診の利用、障害や精神疾患に応じた非デジタル手段及び家族・支援者による手続補助を評価項目に加えてください。 また、文書の発送や広報の実施のみを評価するのではなく、本人が実際に情報を受け取り、予約、受診、精密検査及び治療継続に結び付いたかを評価してください。 総合評価指標では、事業主健診データの取得、事業主とのコラボヘルス、就業時間中の保健指導など、事業主との継続的な雇用関係がある加入者を中心とした取組が高く評価されています。 しかし、長期間専業主婦であった者、被扶養者、短時間・非正規労働者、小規模事業所で働く者、離職と再就職を経験した者	また、被扶養者等の加入者に対する保健事業については、加入者の健康の保持増進に向けた保険者の取組を評価する観点から、既に総合評価指標の評価対象としているところです。 一方、今回の総合評価指標は、各保険者における特定健康診査・特定保健指導等の実施状況及び加入者の健康の保持増進のための取組状況を評価するものであり、就労状況や居住状況等の変化を含め、複数の医療保険制度や関係機関にまたがる健康管理の継続性を横断的に評価することを目的としたものではありません。 このため、今回の改正において、保険者変更に伴う健診情報の継続や、事業主健診を受けられない者への代替的な健診機会、保険者ごとの加入者の属性や事業主の規模等を踏まえた評価を新たな評価項目として追加することは予定しておりません。 なお、加入者の実情に応じた健診機会の確保や、保険者の変更等に伴う健康管理の継続についてのご指摘は、今後の施策の参考とさせていただきます。
---	---

等は、同じ年齢及び健康状態であっても、勤務先の規模や週の所定労働時間によって、事業主健診、人間ドック補助、がん検診その他の保健事業を利用できる範囲が異なります。 例えば、大規模事業所で一定時間以上働き社会保険の被保険者となった期間には人間ドック等の補助を受けられても、小規模な飲食店のみで働く場合や週 20 時間未満で働く場合には、同様の健診機会を得られないことがあります。健康上の必要性ではなく、勤務先の規模及び労働時間によって予防医療へのアクセスが左右されることは適切ではありません。 このため、総合評価指標においては、被保険者本人だけでなく、被扶養者、短時間労働者、任意継続被保険者及び資格喪失者を含め、年齢及び健康上の必要性に応じた同等の健診機会を確保しているかを評価してください。 特に、事業主健診を受けられない者に対する人間ドック、がん検診、骨粗鬆症検診、歯科健診等の費用補助及び代替健診の提供、並びに保険者変更前後の健診情報の継続を評価項目に加えることを求めます。 今回の制度は、保険者の取組を競わせる仕組みですが、保険者ごとに加入者の属性や事業主の規模が違います。総合評価点の上位 20%を減算対象とするため、資金や人員のある大企業系健保ほど、人間ドックや健康アプリ、専門職による指導を用意しやすい可能性があります。 したがって、	
---	--

	既に予防医療が充実している大企業の保険者をさらに優遇するだけでなく、小規模事業所、短時間労働者、被扶養者など、健診機会の乏しい層をどれだけカバーしたかを評価すべきである	
6	総合評価指標における資格喪失時の健康管理の継続及び障害・慢性疾患への配慮について 別紙大項目4の「退職後の健康管理の働きかけ」について、対象を定年退職者や退職者セミナー参加者に限定せず、病気・障害による退職、雇止め、転職、被扶養者資格の喪失等を含む「資格喪失・保険者変更時の健康管理の継続支援」として評価することを求めます。 健康上の支援を特に必要とする人ほど、突然の離職や就労困難により、退職者セミナー等を経ずに健康保険の資格を失うことがあります。この際、国民健康保険等への加入手続、治療・服薬の継続、健診・保健事業に関する情報が十分に引き継がれず、受診中断や重症化につながるおそれがあります。 保険者が、資格喪失予定者に対して直接、次の保険制度、相談窓口、健診・予防接種・服薬継続等を案内するとともに、本人の同意に基づき、必要な健康情報を次の保険者又は本人に機械可読な形式で提供する取組を評価対象としてください。	資格喪失・保険者変更時における健康管理の継続や、障害、慢性疾患等の健康状態に配慮した保健事業の実施が重要であるとのご意見については、保険者における予防・健康づくりを進める上で重要な観点であると考えています。 一方、保険者の変更等に伴う健康情報の継続的な引継ぎや、障害・慢性疾患等の個々の加入者の状況を踏まえた評価方法を新たに設定することについては、今回の改正事項の対象ではありません。加入者の健康状態や生活状況等に応じて、必要な保健事業を利用できる環境を整備することや、保険者の取組を適切に評価することについては、今後の施策の参考とさせていただきます。 なお、後発医薬品の使用割合については、現行の総合評価指標において、80%を基準値として設定するとともに、保険者の責めに帰することができない事由により基準値を達成できない場合には、個別に状況を勘案することとしています。今回の

また、肥満解消率、運動習慣、インセンティブ事業等の評価に当たっては、障害、慢性疾患、精神疾患、服薬副作用等により一般的な数値目標の達成が困難な加入者が不利益を受けないよう、リスク調整、代替的な参加方法、受診・治療継続や生活機能の改善を含む評価方法を明記してください。 1. 「退職後」ではなく、離職・資格喪失時全体を対象にする別紙では、「退職者セミナーでの情報提供」と、国保・後期高齢者医療へのバトンタッチが評価されています。 しかし、健康上もっと支援が必要なのは、定年退職者だけではありません。 病気や障害による休職・退職、雇止めや契約終了、家族の扶養から外れる場合、転職や短期間の無保険状態、自営業・国保への移行、精神疾患などで退職者セミナーに参加できない人、こうした人ほど、治療・服薬・健診・相談支援が途切れやすいのに、現在の「退職者セミナー」中心の書き方では漏れる可能性があります。「退職後の健康管理」ではなく、「資格喪失・保険者変更時の健康管理の継続支援」へ改めることを求めるのが、かなり具体的で独自性のある意見です。 2. 障害や服薬副作用を考慮しない評価を避ける 別紙では、BMI・腹囲による「肥満解消率」、運動・食事・睡眠・飲酒・喫煙の改善などが多数の得点項目になっています。一方、「こころの健康づくり」は5点です。 ここでは次の問題を指摘できます。	改正においては、当該基準値や評価方法の見直しは行っていないことから、供給不足等の事情を踏まえた新たな除外ルールを今回の改正において設けることは予定しておりません。
--	--

抗精神病薬やステロイドなどの副作用で体重が増える人、身体障害や慢性疲労で運動が難しい人、摂食障害の人などを、単純な BMI・腹囲改善率で評価すると、そのような加入者が多い保険者ほど不利になります。 また、保険者側に、改善しやすい人だけを事業対象にする、数値改善を過度に迫る、障害者や重症者を「成果が出にくい対象」と見るという誘因を生じさせかねません。 したがって、年齢、障害、疾患、服薬、社会経済状況などを考慮したリスク調整や、体重だけでなく、受診継続、症状安定、生活機能、QOL なども評価すべきだと提案できます。 3. 健康ポイントを事実上のペナルティにしない 「インセンティブを活用した事業」には 6 点が設定され、健康行動や成果にポイント等を付与する仕組みが評価されます。 これ自体は悪くありませんが、実施方法によっては、障害や病気のため歩数・減量・健診参加などを達成しにくい人が不利益を受けます。 評価要件に、参加は任意とする、保険料や医療給付を不利益に扱わない、障害特性に応じた代替活動を用意する、結果だけでなく、受診・相談・治療継続なども評価する、デジタル機器を使えない人にも同等の参加方法を設けることを加えるべきだ、という意見が考えられます。 4. PHR・健康アプリにアクセシビリティと本人の権利を入れる案では、健康アプリ等のデジタル活用、40 歳未満の事業主健診データの取得、マイナポータルでの閲覧、マイナ保険証の周知	
---	--

	が評価対象です。しかし、単にデータを集めたりアプリを導入したりするだけでは不十分です。視覚・聴覚・知的・精神・発達障害へのアクセシビリティ、紙・電話・窓口など非デジタル手段の維持、本人がデータ内容を確認・訂正できる仕組み、利用目的、第三者提供、AI 利用の明示、保険者変更時のデータポータビリティ、被扶養者や 40 歳未満で事業主健診を受けない人への代替健診まで評価項目に含めるべきです。 特に「マイナ保険証の周知をしたか」よりも、「必要な人が実際に健診データへアクセスできたか」を重視するよう求めるとよいと思います。 5. 「全保険者の上位 20%」だけではなく、改善度も評価する案では、必須条件を満たしたうえで、総合評価点が全保険者の上位 20%であることが減算要件です。 この相対評価には、毎年必ず約 80%が対象外になる、大規模で資金力のある保険者が有利 高齢者、障害者、慢性疾患患者が多い保険者が不利、小規模保険者が専門職やアプリをそろえにくい、全体の水準が上がっても減算対象数が増えないという問題があります。 「上位 20%」だけでなく、一定の絶対基準を満たした保険者や、前年度から大きく改善した保険者も対象にすること、保険者規模・加入者構成別に評価することを提案できます。 6. 後発医薬品 80%を機械的に必須条件にしない	
--	---	--

	後発医薬品使用率 80%以上が必須条件になっています。案には、保険者の責任でない事情がある場合の個別考慮もありますが、かなり抽象的です。 次の事情を明示的に除外・調整対象とするよう求められます。 医薬品供給不足、特定の剤形や添加物が必要な場合、副作用やアレルギー、精神科薬など、変更により症状や服薬継続が不安定になる場合 医師が医学的必要性から先発品を指定した場合 錠剤の大きさ、包装、開封性などアクセシビリティ上の理由 また、多剤投与対策についても、単純に薬の数を減らすのではなく、本人、主治医、薬剤師が連携し、離脱症状や病状悪化を防ぐことを評価すべきです。	
7	被扶養者等の健診機会及び保険者間格差の評価について 健康保険組合によっては、被保険者本人だけでなく、被扶養配偶者や 40 歳以上の被扶養者に対して、簡易人間ドック、婦人科検診、委託健診機関の利用、遠隔地での受診費用補助等を実施しています。このような取組は、事業主健診を受ける機会のない専業主婦、無職者、療養者等の健康管理に重要であり、積極的に評価すべきです。 一方で、同じ年齢や健康状態であっても、本人又は家族が加入する保険者、勤務先の規模、雇用形態、扶養関係及び保険資格	被扶養者を含む加入者の健診機会の確保が重要であるとのご意見については、保険者における予防・健康づくりを進める上で重要な観点であると考えています。 被扶養者に対する健診については、被扶養者の健康の保持増進及び健診受診機会の確保に向けた保険者の取組を評価する観点から、既に総合評価指標の評価対象としているところです。 一方、今回の総合評価指標の改正は、異なる医療保険制度にまたがる健診機会を、加入者本人や世

の変更によって、利用できる健診の内容や費用補助に大きな差があります。 特に、被扶養配偶者には年齢を問わず健診を提供する一方、配偶者以外の被扶養者については40歳以上に限定している保険者があります。その場合、40歳未満の障害者、無職者、学生、療養者等は、事業主健診を受けられず、被用者保険の被扶養者であるため市町村国保の健診も利用できず、加入する健康保険組合の被扶養者健診にも該当しないという制度上の空白が生じます。 さらに、対象年齢である40歳に到達する前後に、被保険者である親が定年退職するなどして保険資格を失った場合には、対象年齢に達しても当該健康保険組合の健診を一度も利用できないまま制度から外れる可能性があります。健診機会が、本人の健康上の必要性ではなく、続柄、年齢及び親の退職時期によって左右されることは適切ではありません。 このため、総合評価指標においては、事業主健診データの提出状況や特定健診の実施率だけでなく、被保険者、被扶養配偶者及びその他の被扶養者について、年齢別・続柄別にどの程度の健診機会が確保されているか、また、被保険者本人との間にどの程度の格差があるかを評価してください。	帯を基準として横断的に評価することを目的としたものではありません。 このため、今回の改正において、被保険者と被扶養者との健診機会の格差、年齢・続柄・就業状況等に応じた健診機会の確保、保険者間の連携や医療保険制度をまたいだ健診情報の継続等を新たな評価項目として追加することは予定しておりません。 また、40歳未満の事業主健診を受けない被扶養者に対する代替的な健診機会や、医療機関で受けた検査結果のPHR登録等についても、今回の改正事項の対象ではありません。 なお、被扶養者を含む加入者が、就業状況、扶養関係や保険者の変更等にかかわらず、必要な健診機会を確保できるようにすることについては、今後の施策の参考とさせていただきます。
--	--

40 歳未満の加入者に関する PHR 整備についても、事業主健診データの取得のみを評価する現在の考え方では、事業主健診を受けない被扶養者が対象から漏れます。保険者に対し、事業主健診を受けていない被扶養者の人数及び割合を把握させるとともに、若年者健診、任意健診への補助、医療機関で受けた検査結果の PHR 登録等、事業主健診以外の代替経路を確保することを評価項目に加えてください。 また、制度を設けているだけでは、実際の健診機会が保障されているとは限りません。委託健診機関までの距離、交通手段、費用の立替え、予約手続、補助申請の負担、精神・知的・身体障害等による利用上の困難を考慮し、制度の有無だけでなく、対象者に占める実際の受診率、受診を断念した理由及び合理的配慮の実施状況を評価する必要があります。 定期的に医療機関へ通院していることをもって、健診機会が確保されているとみなすべきでもありません。通常の診療では、受診目的や自覚症状に応じた範囲の診察・検査が中心となり、生活習慣病、がん、眼科・歯科疾患その他の全身的な予防健診を当然に代替するものではありません。 事業主健診を受けない 40 歳未満の被扶養者については、自覚症状が現れ、自費で人間ドックを受けたり、保険診療を受けたりする段階になるまで、異常が把握されない可能性があります。	
---	--

	人間ドック費用についても、検査によって重大な疾病が発見され、その後治療に移行した場合等を除き、一般には医療費控除の対象とならないため、本人の経済的負担のみによって受診機会を確保することは適切ではありません。 したがって、保険者に対し、事業主健診を受けない被扶養者の人数を把握し、年齢、続柄及び就業状況にかかわらず、一定の基本健診、服薬による身体的影響の確認、がん検診等を利用できる代替的な健診機会を設けることを、総合評価指標に加えるべきです。 あわせて、市町村国保、被用者保険、自治体独自健診等のうち、どの制度がどの対象者の健診を担うのかを明確にし、いずれの制度にも該当しない者を生じさせない仕組みを整備してください。 就職、退職、配偶者や親の定年、扶養関係の変更等によって加入する保険者が変わった場合にも、過去の健診結果を本人がPHRで継続して閲覧でき、新たな保険者が既往の健診状況を踏まえて、必要な健診案内を行える仕組みについても評価対象に加えることを求めます。	
8	実際に、定期的に内科へ通院し、毎月のように血液検査を受けていた者であっても、通常の診療では把握されなかった異常	保険資格の変更に伴う健診機会の継続性について評価すべきとの御意見として承ります。

が、退職後も勤務先の健康保険を任意継続し、充実した健診を受けたことによって発見された例がある。 通常の診療における血液検査は、受診目的、症状、既往症及び服薬管理等に応じて項目が選択されるため、採血を定期的に受けていることをもって、全身的な健診を受けているとはいえない。また、一般的な特定健診では、肝機能や腎機能について一部の指標を確認できる場合があっても、骨密度、膵臓の異常、腹部臓器の形態的異常等まで網羅的に確認できるものではない。 この事例では、健康保険を任意継続したことによって充実した検査を受ける機会が維持され、その結果として異常を発見することができた。任意継続を選択せず、国保の通常の健診や日常的な通院のみに移行していれば、同じ検査を受ける機会がなく、異常を探す契機自体が失われ、発見が遅れていた可能性がある。 したがって、定期通院の有無や通常の血液検査の実施をもって、健診機会が確保されていると評価すべきではない。どの臓器及び疾病を対象とする検査が実際に提供されているか、保険資格の変更後にも同等の検査機会が継続されるかを評価する必要がある。	今回の総合評価指標は、各保険者における特定健康診査・特定保健指導等の実施状況及び加入者の健康の保持増進のための取組状況を評価するものであり、異なる医療保険制度にまたがる健診機会を横断的に評価することを目的としたものではありません。 このため、今回の改正において、保険者間の連携や医療保険制度・保険者の変更等に伴う健診機会の継続的な確保を、新たな評価項目として追加することは予定しておりません。 なお、医療保険制度や保険者の変更等により健診機会が途切れることのないようにするとのご指摘については、今後の施策の参考とさせていただきます。
---	---

9	【総論】 予防・健康づくりおよび重症化予防における保険者の主体的な取り組みを促すという本改正案の趣旨には深く賛同いたします。しかしながら、提示されている評価指標および減算基準の一部には、現在の医薬品供給体制の状況や保険者の実務的な限界に照らし、達成が極めて困難であるか、あるいは努力が報われない構造が見受けられます。 保険者のモチベーションを維持・向上させ、より実効性の高い健康づくりを強力に推進する観点から、制度の骨子を維持したまま比較的容易に実行可能と考えられる改善策を以下に提案いたします。 【各論：具体的な懸念点と改善提案】 (1) 減算基準における「上位 20%」足切りの緩和および段階的減算の導入 ・現状の課題： 減算対象となるために、個別の厳しい客観要件（デジタル、実施率、コラボヘルス、後発医薬品 80%以上等）を全てクリアした上で、さらに「総合評価の合計点数が全保険者の上位 20%に該当すること」という二重の足切り基準が設けられています。これでは、全ての要件を高いレベルで達成し、前年度より大幅に点数を伸ばした保険者であっても、他団体の状況次第で一切減算が受けられない事態が生じます。努力が報われない構造	改正案の趣旨に賛同するご意見として承ります。 ご提案の各事項はいずれも今回の総合評価指標及び減算基準に関する事項ですが、今回の改正では、保険者の取組状況を客観的に評価し、予防・健康づくりの取組を促進する観点から、現行の評価方法を基本として必要な見直しを行うこととしており、ご提案の趣旨も踏まえつつ検討した結果、今回の改正において、ご提案の方法への変更は予定しておりません。 なお、40 歳未満の事業主健診データについては、事業主からのデータ提供・提出の状況に加え、プロセスを評価する指標として事業主に対して当該データの提供を依頼する保険者の取組についても、総合評価指標において評価することとしています。 なお、後発医薬品の使用割合については、保険者の責めに帰することができない事由がある場合には、個別に状況を勘案することとしています。このため、今回の改正においては、現行の取扱いを維持することとしています。
---	---	---

は、保険者の自主的な健康投資への意欲を著しく削ぐ懸念があります。 ・改善提案： 全ての客観要件をクリアした保険者に対しては、上位 20%に届かない場合でも、努力を評価して「段階的な減算（例えば通常の半分の減算率を適用する等）」を設ける、もしくは初年度から 2 年間は「上位 30%」とする等の激変緩和措置の導入を提案いたします。これにより、挑戦するすべての保険者のモチベーション維持に繋がります。 (2) 40 歳未満の「事業主健診データ」提供回収における評価方法の柔軟化 ・現状の課題： 40 歳未満の事業主健診データについては、40 歳以上の特定健診とは異なり、法的な提出義務がありません。特に中小規模の事業主を多数抱える総合型健康保険組合においては、事業主の理解度やシステム環境に依存するため、保険者の努力だけではデータの回収率をコントロールできません。 ・改善提案： データ提出の完了を必須とするのではなく、「全事業主に対して期限内に所定の様式で情報提供依頼を完了した実績（プロセスの実施）」をもって、当該評価項目の「実施」とみなす、あるいは「回収率が前年度から向上している場合」を評価するなどの柔軟な評価方法への見直しを提案いたします。これによ	保険者の取組を適切に評価し、予防・健康づくりの取組を促進するというご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。
---	--

	り、事業主の協力が得られにくい環境にある保険者も不利益を被らなくなります。 (3) 後発医薬品使用割合 80%基準における「客観的な供給不安定品目除外ルール」の策定 ・現状の課題： 後発医薬品の使用割合 80%以上という基準に対し、昨今のジェネリック医薬品の供給停止や出荷調整の影響により、現場では「処方したくても薬が手に入らない」事態が常態化しています。案では「責めに帰することができない事由がある場合は個別に状況を勘案する」とされていますが、保険者ごとに個別の理由を申告・精査するプロセスは、保険者・国双方に極めて大きな事務負担（本末転倒な労力）を強いることになります。 ・改善提案： 個別の申し出・個別勘案に頼るのではなく、国が公表している「限定出荷・供給停止となっている後発医薬品の品目リスト」をあらかじめ指定し、当該品目を分子・分母の算出対象から自動的に除外した「実質的後発医薬品使用割合」を NDB 集計等で自動算出して評価に用いるルールとすることを提案いたします。これにより、公平かつ簡素な事務手続きで、供給不安の影響を完全に排除した客観的評価が可能になります。 (4) 被扶養者における特定健診・特定保健指導の配点算出式（掛け算方式）の見直し ・現状の課題：	
--	--	--

	被扶養者の配点（10 点上限）において、「特定健診の達成率 × 特定保健指導の達成率 × 10」という掛け算の算出式が採用されています。被扶養者は被保険者に比べて受診勧奨への反応が低く、コントロールが非常に難しい対象です。この掛け算方式では、例えばどちらか一方の実施率がわずかに落ち込むだけで全体の得点が壊滅的に減点されてしまい、もう一方でどれだけ高い成果を上げていても努力が完全に相殺されてしまいます。 ・改善提案： 算出式を掛け算ではなく、足し算方式（例：「特定健診の達成率 × 5 + 特定保健指導の達成率 × 5」）に改めることを提案いたします。これにより、片方の分野での地道な取り組みと成果が、必ず点数として評価されるようになり、指導現場のモチベーション維持に大きく貢献します。 (5) 「平均値以上」を評価基準とする生活習慣関連項目における「前年比向上」の加点措置 ・現状の課題： 生活習慣（運動、食事、睡眠、飲酒、禁煙）の改善項目において、「前年度の割合が保険者種別の平均値以上であること」が1点から5点（上限5点）を得る基準となっています。すべての保険者が努力して全体の底上げが進んだ場合、平均値そのものが毎年上昇するため、前年と同様あるいはそれ以上の努力をして数値を維持・改善していても、「平均値未滿」となれば評	
--	---	--

	価がゼロ点になりかねない構造（エンドレスな追いかけっこ）になっています。 ・改善提案： 平均値をクリアしていない場合でも、「前々年度から前年度にかけての向上幅（改善トレンド）」を段階的に評価し、確実に得点（例えば、上昇幅に応じて1点から3点の段階評価など）ができる仕組みを恒久化することを提案いたします。これにより、現在の数値が低くても、改善に向けて継続して取り組む保険者を正当に後押しすることができます。 【結び】 本改正が、現場の負担を最小限に抑えつつ、すべての保険者が前向きに健康増進・疾病予防に取り組める持続可能な制度となるよう、上記の改善点について前向きなご検討をいただけますと幸いです。	
10	精神疾患のある加入者の身体健康管理及び健診機会の評価について 精神疾患のある加入者については、こころの健康づくりのみならず、身体疾患の予防及び早期発見のための健診機会を総合評価指標に位置付けるべきです。 精神疾患のある者の中には、症状や障害特性により安定した就労を継続することが難しく、短時間労働、有期雇用、無職等と	今回の改正では、総合評価指標における「こころの健康づくり」を引き続き評価の対象とするとともに、配点の見直しを行っております。 一方、精神疾患のある方の身体的健康管理や健診機会の確保、障害特性等に応じた保健事業の評価の在り方については、今回の改正の対象事項ではございませんが、今後の保険者による予防・健康

なり、所得が低い者がいます。このような場合、自費による人間ドックや任意健診を継続的に受けることは経済的に困難です。 また、精神科へ定期的に通院していることをもって、身体の健康管理が十分に行われているとみなすべきではありません。精神科診療は精神症状及び服薬管理を主な目的としており、通常の診療や採血のみでは、全身的な健診を当然に代替するものではありません。 向精神薬を長期間又は複数服用する者については、薬剤の種類及び本人の状態に応じ、体重、血糖、脂質代謝、肝機能、腎機能その他の身体的影響を継続的に確認する必要がある場合があります。精神疾患のある者について身体疾患の発見が遅れることのないよう、精神科と内科等との連携や、定期的な身体検査の機会を評価してください。 さらに、精神疾患の症状として、意欲低下、強い疲労、集中困難等がある者については、運動習慣の改善、健康教室への参加又は自主的な健康管理を求めるだけでは十分ではありません。現在の総合評価指標では運動、食生活、睡眠等の行動変容が重視されていますが、障害特性によりこれらの取組への参加が困難な者について、本人の努力不足として扱わず、個別支援、訪	づくりの取組の推進に当たっての参考にさせていただきます。
--	-------------------------------------

	問・オンライン対応、受診同行、短時間で受けられる健診等の代替的な支援を評価すべきです。 精神疾患のある加入者について、障害の有無、就業状況及び所得階層別に健診受診率を把握し、事業主健診を受けない者がどの程度存在するかを確認してください。また、基本健診に加え、服薬による身体的影響の確認及び本人の健康リスクに応じた追加検査、人間ドック等への補助を行う保険者の取組を評価項目に加えることを求めます。 精神疾患のある者は、精神医療を受けていることを理由として身体健診の必要性が低いのではなく、就労、所得、障害特性及び服薬等の事情を考慮すれば、むしろ身体疾患を早期に発見するための健診機会を確保する必要があります。 特に統合失調症を念頭に置くなれば、WHO は一般人口より平均寿命が約 9 年短く、その背景として心血管・代謝・感染症などの身体疾患を挙げています。厚労省の薬局向け疾患別対応マニュアルも、統合失調症患者は生活習慣病併発リスクが高く、抗精神病薬には糖代謝へ影響する薬剤が多いとしています。 また、例えばリスペリドンの PMDA 資料にも、高血糖・糖尿病悪化、体重変化、AST 増加、血中クレアチニン増加などが記載さ	
--	--	--

	れています。したがって、「精神科に毎月通院して薬を受け取っているから身体管理も十分」とは限りません。 厚労省自身、統合失調症の特性として意欲低下、疲れやすさ、集中力を保ちにくいことなどを示しています。単純に「運動習慣を改善してください」「健康づくり事業に参加してください」と働きかけるだけでは参加が難しい人がある、という主張にも公的な根拠があります。	
11	改正において 40 歳未満の事業主健診データの事業主への提供依頼を行っていること、とありますが、今回個人情報保護法案の改正において仮にこの提供依頼にてトラブルが起きた場合、被害が千人以下の場合は何の対策もされないということでしょうか。健診データも個人情報です。きちんとプライバシーの対策をしてもらわなくては今回の改正に賛成できません。	今回の改正では、40 歳未満の事業主健診データの活用に向けた取組を評価対象に追加していますが、個人情報の取扱いについては、本改正とは別に関係法令等に基づき適切に対応されるものと承知しております。
12	デジタル活用の改正整備とありますが、個人情報保護法の改正が採決され、デジタル庁の大臣が「削除しきれない」から「本名や住所も企業に渡す」という発言を議会でしました。デジタルの整備するならば、絶対に個人情報を守る整備をしてください。そうでなくては安心できません。	今回の改正では、保険者によるデジタル技術の活用を評価する観点から、新たに「デジタル活用推進」の評価項目を設けていますが、個人情報の取扱いについては、本改正とは別に関係法令等に基づき適切に対応されるものと考えております。
13	保険者、健保組合・共済組合などに 健診、保健指導、ジェネリック推進、マイナ保険証普及、企業連携等を本気でやらせるためのペナルティ制度を強化しようとしているが、個人の判断に任せるといいながらそのような促進活動は矛盾していると思います。	今回の改正では、40 歳未満の事業主健診データの活用や加入者による健診情報の閲覧環境の整備を推進する観点から、PHR の体制整備に係る評価項目を引き続き設けることとしています。このうち、マイナンバーカードの健康保険証利用に係る

		メリットや初回登録手順の周知・広報については、加入者が自身の健診情報等を活用できる環境整備に資する取組として位置付けていることから、見直しは行わないこととしています。 なお、本評価項目は、保険者による周知・広報の取組を評価するものであり、加入者に対してマイナンバーカードの取得又は健康保険証利用を義務付けるものではありません。
14	1. 医療費適正化の実際の成果を重視すること 保険者による予防、重症化予防及び健康づくりを評価し、成果を上げた保険者について後期高齢者支援金を減算する方向性には一定の合理性があると考えます。一方、医療保険財政を持続可能なものとするためには、健診、保健指導、後発医薬品の利用率等だけではなく、実際に加入者の健康状態が改善し、重症化や不要な医療費が減少したかを重視すべきです。保険者が「何を実施したか」だけでなく、「その結果として何が改善したか」を中心とする評価制度を要望します。 2. 不要・重複診療等による医療費増加を抑制すること 同一又は類似する症状について複数の医療機関を不必要に受診すること、医学的必要性の乏しい頻回受診、重複検査、重複投薬等について、レセプト等を活用して把握し、適正な受診につなげる保険者の取組を積極的に評価してください。ただし、単純に受診回数や医療費を減らせば評価される制度にはすべきで	今回の改正では、重複投薬・多剤投与対策に関する評価項目を新たに追加するなど、保険者による医療費適正化の取組を評価することとしています。 また、総合評価指標においては、取組の実施状況のみならず、特定健診・特定保健指導の実施率や生活習慣病の重症化予防等に関する取組・成果についても評価することとしています。 なお、外国人被保険者等に係る医療費や医療保険の不正利用への対応に関するご意見については、本改正の対象事項ではありません。 ご指摘の医療費そのものの適正化効果や費用対効果を含む評価手法、高額医療費を要した加入者の取扱いその他の制度全般の在り方については、今

はありません。必要な診療まで抑制すれば、疾病の発見が遅れたり重症化したりすることで、患者の不利益だけでなく将来的な医療費増加につながる可能性があります。したがって、必要な医療を確保した上で、不要・重複・不適正な医療利用をどの程度削減できたかを評価してください。 3. 高額医療費を要した加入者を単純にマイナス評価しないことがん、心疾患その他の重篤な疾病、手術、長期入院等によって、一時的に多額の医療費を必要とすることがあります。このような医学的に必要な高額医療費まで保険者の取組不足として単純に評価すれば、重篤な患者を多く抱える保険者ほど不利になる可能性があります。一定額以上の医療費が発生した加入者について、疾病の性質、予防可能性、治療内容等を踏まえ、保険者の努力とは直接関係しない医療費について統計上適切に調整することを検討してください。単純な一人当たり医療費の低さではなく、削減可能だった医療費をどの程度削減できたかを評価する制度とすることを要望します。 4. 重篤な疾病からの復帰後の成果を評価すること 重篤な疾病によって高額な医療費を必要とした加入者についても、治療終了後又は病状安定後の保険者の取組を評価してください。例えば、治療・療養後に社会生活や就労等へ復帰し、その後一定期間にわたって適切な治療継続、健康状態の維持、再発・再入院・重症化の防止等が確認された場合には、保険者による保健指導や重症化予防等の成果として加点することを検討してください。	回の改正において、ご提案の評価方法等を導入することは予定しておりませんが、今後の保険者による予防・健康づくりの取組の推進に当たっての参考にさせていただきます。
---	--

	一時的に高額な医療費が発生したことだけを見るのではなく、発症→治療→回復・復帰→再発・重症化防止までを中長期的に評価する仕組みが必要と考えます。これにより、単なる医療費削減ではなく、必要な治療を受けた後の健康維持まで保険者が支援するインセンティブになると考えます。 5. 高額医療費対象者を利用した評価上の「抜け道」を防止すること 高額な医療費を必要とした加入者について統計上の調整や対象除外を認める場合には、それ自体が評価を操作する抜け道とならない制度が必要です。 例えば、医療費の高い加入者だけを評価対象から除外すれば、実際には医療費適正化の成果がなくても、見かけ上の一人当たり医療費や健康指標を改善させることが可能になります。 そのため、対象除外を認める場合には全国統一の客観的基準を設け、保険者が任意に対象者を選択できないようにしてください。除外人数、除外理由、対象となった医療費規模等を記録し、監査可能とすることを求めます。 年度をまたいで高額医療費が発生する場合や、一度対象外となった加入者が翌年度以降どのように評価されるかについても統一ルールを設け、評価年度を利用した恣意的な対象選別を防止してください。 重大な虚偽申告や意図的な対象者選別によって減算を受けた場合には、減算の取消し等を行える制度も必要と考えます。 6. 医療費そのものの削減・適正化成果を検証すること	
--	---	--

	今回の評価指標には、特定健診、特定保健指導、肥満解消、受診勧奨、糖尿病等の重症化予防などが設定されています。 これらに加え、中長期的には、一人当たり医療費、予防可能な重症化による入院、再入院、重複投薬、重複・頻回受診等が実際にどの程度改善したのかも検証してください。 多数の事業を実施して高得点を得ても、健康状態や医療費に改善が確認できなければ、その事業の有効性と費用対効果を見直す必要があります。 7. 外国人に係る医療費の実態を把握・公表すること 医療保険財政の持続可能性を検討するのであれば、外国人被保険者等に係る医療費についても客観的な実態把握を行うことを要望します。 法令上・統計上適切な区分を用いて、医療費総額、一人当たり医療費、高額療養費、海外療養費等を、個人を特定できない統計として分析することを検討してください。 日本人を含む制度全体のデータと比較・分析し、特定の利用形態に著しく高額な医療費、不自然な請求等が確認された場合には原因を検証してください。 外国人に係る医療費についても、推測ではなく客観的な統計に基づいて議論できるようにすることを求めます。 8. 外国人等による不正利用への対策を強化すること 外国人被保険者等について、法律上必要な加入資格等を正確に確認し、資格喪失後の利用、他人名義・なりすまし、虚偽申	
--	--	--

請、不正な資格取得、架空請求その他の不正によって医療保険財政に損失が生じないように対策してください。 特に海外療養費等、国内診療と比較して事実確認が困難な給付については、請求内容及び医療機関等の実在性を適切に確認することを要望します。 不正が確認された場合には返還請求等を厳格に行い、不正利用の件数、金額、主な手口及び返還実績について、個人情報に配慮した統計を可能な範囲で公表してください。 9. 保険者の自己申告による評価の信頼性を確保すること 今回の総合評価指標には、NDB による集計だけでなく保険者申告によって評価される項目もあります。 後期高齢者支援金の減算という経済的利益につながる以上、必要に応じて申告内容の根拠資料を確認し、虚偽・誇大申告を防止してください。 重大な虚偽申告によって減算を受けたことが判明した場合には、減算取消し等を行える制度を求めます。特に高額医療費対象者の除外や統計上の調整を導入する場合には、その処理について第三者が検証できるようにしてください。 10. 上位 20%という相対評価だけに依存しないこと 総合評価指標の合計点が上位 20%であることを要件とする場合、実際に十分な健康改善・医療費適正化を達成した保険者でも、他の保険者との順位によって減算対象にならない可能性があります。反対に、上位 20%であっても、制度全体として十分な成果を達成しているとは限りません。	
---	--

順位だけではなく、重症化率、再入院、健康状態、削減可能な医療費等について客観的な成果基準を設定し、絶対評価と相対評価を適切に組み合わせることを要望します。 11. マイナ保険証の周知より実際の成果を評価すること 今回の基準では、マイナンバーカードの健康保険証利用のメリットや初回登録方法を周知することも要件に含まれています。デジタル化を進めること自体とは別に、本制度は保険者による予防、健康づくり及び医療費適正化の成果を評価する制度であるべきです。 単に広報・周知を行ったことではなく、資格確認の正確性向上、重複投薬防止、不正利用防止、事務費削減等の具体的成果につながったかを評価してください。 12. 後発医薬品について実際の費用対効果を評価すること 後発医薬品の使用割合 80%以上という基準について、医療費適正化という目的は理解できます。 一方、単純な使用割合だけを追求するのではなく、医師・薬剤師による医学的判断、患者の状態、供給状況等を考慮し、必要な治療を妨げない制度としてください。 後発医薬品の利用によって、実際にどの程度医療費を削減できたのかという成果も検証することを求めます。 13. 効果の低い健康事業を漫然と継続しないこと 健康アプリ、健康イベント、保健指導その他の事業について、実施したことだけを評価するのではなく、投入した費用と成果を検証してください。	
---	--

	多額の費用を投入しても健康改善、重症化予防又は医療費適正化について十分な成果が確認できない事業については、内容の変更・縮小・終了を含めて見直すことを要望します。 限られた保険料等を使用する以上、「何を実施したか」だけでなく「いくら使用し、どの程度の成果を得たか」という費用対効果を重視してください。 14. 制度全体の継続的な検証と公表 制度開始後には、健診・保健指導等の実施率だけでなく、健康状態の改善、重症化、再入院、不要・重複受診、重複投薬、一人当たり医療費、高額医療費、不正利用等がどのように変化したか継続的に検証してください。 高額医療費対象者について統計上の調整等を行う場合には、その人数、基準及び評価への影響についても検証可能な形で管理することを求めます。 また、外国人被保険者等に係る医療費や不正利用についても、客観的な統計を整備し、制度改善に活用してください。 15. 総括 医療保険財政を持続可能なものとするためには、加入者に健診や保健指導を求めるだけではなく、不要・重複診療、頻回受診、重複投薬、不正請求、不正利用、効果の低い健康事業等について幅広く検証し、削減可能な医療費を減らす必要があります。 一方、重篤な疾病等によって医学的に必要な高額医療を受けた加入者まで「医療費を多く使った者」として不利益に扱うこと	
--	--	--

	は適切ではありません。保険者についても、そのような加入者を抱えていることだけを理由に不当に低く評価すべきではありません。 重篤な疾病から回復・復帰した後、再発・再入院・重症化等を防止できた場合には、その後の保険者の支援成果として評価する仕組みを検討してください。 同時に、高額医療費を使用した加入者を恣意的に評価対象から除外して成績を良く見せる抜け道は認めず、全国統一基準、継続的な追跡及び監査によって防止してください。 「必要な医療を削る」のではなく、「不要・重複・不正・費用対効果の低い支出を削減する」ことを医療費適正化の基本とし、必要な高額治療を受けた人については治療後の健康維持・重症化防止まで含め、保険者の実際の成果を公平かつ客観的に評価する制度とすることを要望します。	
15	デジタル活用の体制整備において、加入者がマイナポータルで自身の健診情報を閲覧できるようにしていること、とありますが、マイナンバーカードは任意です。任意のものに配点をつけることは、マイナンバーカードを作れ、つくらせろと命令しているも同然です。デジタル化は必要ですがマイナンバーカードを義務化させるような政策の進め方は反対です。マイナンバーカードの義務化も反対です。	PHR の体制整備②について、加入者が自身の健診情報を閲覧できる環境整備を推進する観点から、新たに評価項目を設けています。 なお、本評価項目は、加入者が自身の健診情報を活用できる環境整備に関する保険者の取組を評価するものであり、マイナンバーカードの取得を義務付けるものではありません。
16	制度変更の理由が不明瞭。「新経済・財政再生計画改革工程表」を根拠とするが、具体的にどのような効果が期待され、なぜ現行基準では不十分なのかが明確に示されていない。	今回の改正は、保険者による予防・健康づくりの取組をより適切に評価する観点から、健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の改正等

		を踏まえ、新たな評価項目の追加及び総合評価指標の配点の見直しを行うものです。 具体的には、性差に応じた健康支援、ロコモティブシンドローム対策、重複投薬・多剤投与対策、デジタル活用推進等について新たに評価対象に追加するとともに、特定健診・特定保健指導の実施率のみならず、多様な保健事業の取組状況についても評価できるよう見直しを行うこととしています。
--	--	---

※上記のほか、10 件の今回の意見募集に関係ない御意見をいただきました。