

令和4年11月29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 国 発 0630 第 2 号
令 和 4 年 6 月 30 日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生労働省保険局国民健康保険課長
(公 印 省 略)

令和5年度保険者努力支援制度（取組評価分）の都道府県分について

標記について、令和5年度保険者努力支援制度（取組評価分）の都道府県分の評価指標及び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 算定方法及び事業見込額調査について

1. 令和5年度保険者努力支援制度（取組評価分）の都道府県分は、全都道府県を交付対象とする。
2. 保険者努力支援制度（取組評価分）の交付額を令和5年度の納付金算定に反映させる観点から、令和4年度中に令和5年度交付見込額を算定することとする。また、都道府県に交付する交付額は、第3から第5までの指標ごとに算出される交付額を合算したものとする。
3. 令和4年度交付額算定時に評価対象とした取組に係る実績調査を行い、その結果、以下のいずれかに該当した場合、令和5年度の交付見込額の算定基礎となる評価において、減点を行うこととする。
 - ・ 令和3年度中の実施を予定していた取組について、令和3年度中に実施しなかった場合（市町村が実施しなかった場合も含む。）
 - ・ 令和4年度交付額算定時に報告されていた過年度の実施状況に誤りが判明した場合（市町村が報告していた過年度の実施状況に誤りが判明

した場合も含む。)

※ 予定していなかった取組を実施した場合や、申請誤り等による加点は行わないこととする。

なお、上記実績調査については、別途通知する。

4. 3. の減点の算出方法は、減点対象の指標毎の令和4年度配点×補正係数(令和5年度配点合計／令和4年度配点合計)とする。

※ 小数点以下は切り捨てるものとする。

※ 補正係数は、(指標1) 135点／110点
(指標2) 90点／80点
(指標3) 125点／115点 とする。

5. 令和3年度以前の交付額算定時に評価対象とした取組について、実施していないことが判明し、かつ、令和4年度交付額算定までの間に減点されていない場合、令和5年度の交付見込額の算定基礎となる評価において減点を行うこととするので、該当の事案があれば実績調査の際に併せて報告すること。この場合の減点の算出方法は、原則として4. と同様に、当該年度の配点に補正係数を乗じることとする。

6. 令和5年度の保険者努力支援制度(取組評価分)の交付見込額算定にあたり、都道府県において、評価指標ごとに自己採点を行うものとし、その点数を国へ提出すること(「第3 主な市町村指標の都道府県単位評価について」及び「第4 医療費適正化のアウトカム評価について」、「第5－4. (2) 決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等①～④、4. (4) 医療提供体制適正化の推進」を除く。)。なお、正式な交付申請は、「令和5年度保険者努力支援制度交付金交付要綱(仮称)」をもって、令和5年度中に実施するものとする。

7. 都道府県の事務担当者は、都道府県の取組状況を別添(令和5年度都道府県分)の評価採点表に入力のうえ、報告内容に誤りがないことを確認の上、令和4年8月4日(木)までに下記のアドレスへ電子メールで提出すること。

※アドレス: kokuho-hoken@mhlw.go.jp (保険者努力支援係あて)

第2 予算規模について

500億円規模を措置予定

第3 主な市町村指標の都道府県単位評価について

1. 各都道府県の報告について

「令和5年度保険者努力支援制度（取組評価分）の市町村分について」（令和4年6月30日付厚生労働省保険局国民健康保険課長通知）第3及び第4で定める指標（以下「市町村指標」という。）のうち、7指標について、国において都道府県平均値を算出することにより評価を行うこととする。そのため、当該評価を実施するうえで、各都道府県から報告を行う必要はない。

2. 予算規模について

200億円とする。

3. 交付額の算定方法について

〔（評価指標毎の得点の合計—令和4年度の評価指標毎の減点）×都道府県内被保険者数（退職被保険者を含む。）〕により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算（200億円）の範囲内で交付する。

なお、被保険者数は令和4年5月31日現在の数値を用いることとする。

4. 評価指標及び点数について

（1）特定健康診査の受診率（令和元年度実績を評価）

評価指標	配点
① 特定健診受診率の都道府県平均値が第三期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成している場合	7点
② ①の基準は満たさないが、特定健診受診率の都道府県平均値が上位3割相当の数値を達成している場合	4点
③ ①及び②の基準は満たさないが、特定健診受診率の都道府県平均値が上位5割相当の数値を達成している場合	2点
④ 特定健診受診率の都道府県平均値が30%未満の値となっている場合	-4点
⑤ 特定健診受診率の都道府県平均値が平成30年度実績と比較して1ポイント以上向上している場合	5点

(留意点)

- ・ 令和元年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。
- ・ 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。
- ・ 特定健診受診率の都道府県平均値の算出方法は、次のとおりとする。
特定健診受診率の都道府県平均値=(都道府県内の特定健康診査受診者数)／(都道府県内の特定健康診査受診対象者数) × 100
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和元年度受診率については数値を補正し、評価を行う。(令和元年度又は令和2年度実績値が、令和元年度補正值よりも高い場合は、いずれか高い方の実績で評価する。)

※ 令和元年度3月分を過去3年度における実績により補正

3月受診者数が年間受診者数に占める割合 (A) = 平成28～平成30年度3月受診者数／平成28～平成30年度年間受診者数

補正值=令和元年度4～2月受診者数 ÷ (1 - A) ÷ 令和元年度対象者数

(2) 特定保健指導の実施率(令和元年度実績を評価)

評価指標	配点
① 特定保健指導実施率の都道府県平均値が第三期特定健診査等実施計画期間における目標値(60%)を達成している場合	8点
② ①の基準は満たさないが、特定保健指導実施率の都道府県平均値が上位3割相当の数値を達成している場合	4点
③ ①及び②の基準は満たさないが、特定保健指導実施率の都道府県平均値が上位5割相当の数値を達成している場合	2点
④ 特定保健指導実施率の都道府県平均値が15%未満の値となっている場合	-4点
⑤ 特定保健指導実施率の都道府県平均値が平成30年度実績と比較して2ポイント以上向上している場合	5点

(留意点)

- ・ 令和元年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。

- 厚生労働省において NDB 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。
- 特定保健指導の都道府県平均値の算出方法は、次のとおりとする。
特定保健指導の都道府県平均値 = (都道府県内の特定保健指導終了者数)／(都道府県内の特定保健指導対象者数) × 100
- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和元年度実施率については数値を補正し、評価を行う。(令和元年度又は令和2年度実績値が、令和元年度補正值よりも高い場合は、いずれか高い方の実績で評価する。)

※ 令和2年3～5月に初回面接実施分を平成30年度実績により補正
平成30年度特定保健指導終了者のうち令和元年3～5月に初回面接を実施した割合 (A) = 令和元年3～5月初回面接実施者数／平成30年度特定保健指導終了者数
補正值 = (令和元年度特定保健指導終了者数 - 令和2年3～5月初回面接実施者数) ÷ (1 - A) ÷ 令和元年度対象者数

(3) 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組状況(令和4年度実績を評価)

評価指標	配点
① 管内市町村のうち、市町村指標①を満たす市町村の割合が8割を超えている場合	10点
② 管内市町村のうち、市町村指標②を満たす市町村の割合が9割を超えている場合	10点
③ 管内市町村のうち、市町村指標③を満たす市町村の割合が9割を超えている場合	10点
④ 管内市町村のうち、市町村指標④を満たす市町村の割合が8割を超えている場合	5点

(留意点)

- 市町村指標「第3-3(1) 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況」の各市町村の実績を踏まえ、厚生労働省において評価を行うこととする。

(4) 個人へのインセンティブの提供の実施(令和4年度実績を評価)

評価指標	配点
① 管内市町村のうち、市町村指標①及び②を満たす市町村の割合が8割を超えている場合	15点
② ①の基準は満たさないが、管内市町村のうち市町村指標	5点

①及び②を満たす市町村の割合が 6 割を超えている場合	
③ 管内市町村のうち、市町村指標（1）①、②及び（2）④を満たす市町村の割合が 6 割を超えている場合	5 点

(留意点)

- 市町村指標「第3－4（1）個人へのインセンティブの提供の実施」の各市町村の実績を踏まえ、厚生労働省において評価を行うこととする。

（5）後発医薬品の使用割合（令和3年度実績を評価）

評価指標	配点
① 後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が政府目標である目標値（80%）を達成している場合	15 点
② ①の基準を達成し、かつ後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が令和2年度以上の値となっている場合	5 点
③ ①の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が上位7割相当の数値を達成している場合	5 点
④ ①の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が令和2年度実績と比較して 3.0 ポイント以上向上している場合	10 点
⑤ ①及び④の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が令和2年度実績と比較して 2.5 ポイント以上向上している場合	8 点
⑥ ①、④及び⑤の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が令和2年度実績と比較して 2.0 ポイント以上向上している場合	6 点

(留意点)

- 令和3年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率をあわせて評価する。
- 厚生労働省においてNDBから抽出される都道府県別後発医薬品使用割合を用いて評価するものとする。

（6）保険料（税）収納率（令和元年度実績を評価）

評価指標	配点
① 保険料収納率の都道府県平均値が上位2割相当の数値を達成している場合	10 点
② ①の基準は満たさないが、保険料収納率の都道府県平均値が上位4割相当の数値を達成している場合	5 点

③ 保険料収納率の都道府県平均値が平成 30 年度の実績と比較して 0.6 ポイント以上向上している場合	10 点
④ ③の基準は満たさないが、保険料収納率の都道府県平均値が平成 30 年度実績と比較して向上している場合	5 点

(留意点)

- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和元年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。
※ 令和 2 年度又は 3 年度実績が、令和元年度実績よりも高い場合は、いずれか高い方の実績を評価する。
- ・ 保険料収納率の都道府県平均値の算定方法について
保険料収納率の都道府県平均値 = (都道府県内保険者の収納額(現年分)の合計) / (都道府県内保険者の調定額(現年分)の合計) × 100
なお、居所不明者分調定額は控除するものとする。
- ・ 実績を評価する際、市町村が報告する国民健康保険事業状況報告(以下「事業年報」という。)の数値で確認を行うため、事業年報の提出にあたっては、誤りのないよう留意されたい。

(7) 重複・多剤投与者に対する取組(令和 4 年度の実施状況を評価)

評価指標	配点
① 管内市町村のうち、市町村指標①を満たす市町村の割合が 9 割を越えている場合	5 点
② 管内市町村のうち、市町村指標②を満たす市町村の割合が 9 割を越えている場合	10 点

(留意点)

- ・ 市町村指標「第 3-5(1) 重複・多剤投与者に対する取組」の各市町村の実績を踏まえ、厚生労働省において評価を行うこととする。

第 4 医療費適正化のアウトカム評価について

1. 各都道府県の報告について

年齢調整後一人当たり医療費については、都道府県ごとの国民健康保険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し、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 NDB 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。また、重複・多剤投与者数については、厚生労働省において市町村指標「第 3-5(1) 重複・多剤投与者に対する取組」の各市町村の実績を踏まえ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、各都道府県から報告を

行う必要はない。

2. 予算規模について

150 億円とする。

3. 交付額の算定方法について

〔(評価指標毎の得点の合計—令和4年度の評価指標毎の減点) × 都道府県内被保険者数(退職被保険者を含む。)〕により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算(150 億円)の範囲内で算出する。

被保険者数は令和4年5月31日現在の数値を用いることとする。

4. 評価指標及び点数について

(1) 年齢調整後一人当たり医療費(令和元年度実績を評価)

評価指標	配点
① 年齢調整後一人当たり医療費が、全都道府県の上位1位から5位である場合	20点
② 年齢調整後一人当たり医療費が、全都道府県の上位6位から10位である場合	15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	10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。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和元年度の実績を評価する。

(2) 年齢調整後一人当たり医療費の改善状況(令和元年度実績を評価)

評価指標	配点
① 年齢調整後一人当たり医療費の前年度からの改善状況が全都道府県の上位1位から5位の場合	40点
② 年齢調整後一人当たり医療費の前年度からの改善状況	35点

が全都道府県の上位 6 位から 10 位の場合	
③ ①及び②の基準は満たさないが、平成 29 年度の年齢調整後一人当たり医療費から令和元年度の年齢調整後一人当たり医療費が連続して改善している場合	25 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前年度より改善している場合	20 点
⑤ ①から④までの基準は満たさないが、年齢調整後の人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	15 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」の平成 28 年度指数、平成 29 年度指数、平成 30 年度指数、令和元年度指数の比較により評価する。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和元年度の実績の前年度比較等を評価する。

(3) i 重症化予防のマクロ的評価（当年度の実績）（令和 3 年度実績を評価）

評 価 指 標	配点
① 都道府県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、全都道府県の上位 1 位から 5 位である場合	10 点
② 都道府県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、全都道府県の上位 6 位から 10 位である場合	7 点
③ ①及び②の基準は満たさないが、都道府県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、全都道府県の上位 5 割である場合	3 点

ii 重症化予防のマクロ的評価（前年度との比較）（令和 3 年度実績を評価）

評 価 指 標	配点
④ 都道府県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、全都道府県の上位 1 位から 5 位である場合	10 点
⑤ 都道府県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、全都道府県	7 点

の上位 6 位から 10 位である場合	
⑥ ④及び⑤の基準は満たさないが、都道府県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、全都道府県の上位 5 割である場合	3 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のうち、糖尿病薬のレセプトを持つ被保険者数（対被保険者 1 万人）を用いて評価するものとする。

(4) 重複・多剤投与者数（前年度との比較）（令和 3 年度実績を評価）

評 価 指 標	配点
① 都道府県の重複・多剤投与者数（対被保険者 1 万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位 1 位から 5 位である場合	10 点
② 都道府県の重複・多剤投与者数（対被保険者 1 万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位 6 位から 10 位である場合	7 点
③ ①及び②の基準は満たさないが、都道府県の重複・多剤投与者数（対被保険者 1 万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位 5 割である場合	3 点

(留意点)

- 市町村指標「第 3-5 (1) 重複・多剤投与者に対する取組」の各市町村の実績を踏まえ、厚生労働省において評価を行うこととする。
- 都道府県の重複・多剤投与者数（対被保険者 1 万人）の算出方法は、市町村指標「第 3-5 (1) 重複・多剤投与者に対する取組」の各市町村の実績を踏まえ、次のとおりとする。

当該年度の都道府県の重複・多剤投与者数（対被保険者 1 万人） = (当該年度の都道府県の平均重複・多剤投与者数／当該年度の都道府県の平均被保険者数) × 10,000

第 5 都道府県の取組状況の評価について

1. 各都道府県の報告について

医療費適正化等に関する取組の実施状況について評価を行う。都道府県においては、取組状況を別添の様式に入力のうえ、国へ報告するものとする（4. (2) 決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等①～④、(4) 医療提供体制適正化の推進を除く。）。

2. 予算規模について

150 億円とする。

3. 交付額の算定方法について

〔評価指標毎の得点の合計—令和 4 年度の評価指標毎の減点) × 都道府県内被保険者数 (退職被保険者を含む。)〕により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算 (150 億円) の範囲内で交付する。

なお、算出に使用する被保険者数は令和 4 年 5 月 31 日現在の数値を用いることとする。

4. 評価指標及び点数

(1) 医療費適正化等の主体的な取組状況

○ 重症化予防の取組 (令和 4 年度の実施状況を評価)

評価指標	配点
市町村における生活習慣病重症化予防の取組を促進するため、次の支援策を講じている場合	
① 都道府県内の複数の二次医療圏単位等において、対策会議 (管内市町村における取組状況の把握と課題の分析、関係機関の具体的な連携方法の検討、広域的な課題の抽出と対応策の検討など) を実施している場合	5 点
② 複数の市町村に共通する広域的な課題に対して保健所による積極的な支援を実施するとともに、都道府県単位の医療関係団体等に対し市町村保健事業への協力を依頼している場合	5 点
③ 都道府県循環器病対策推進協議会等と連携し、循環器病の発症予防及び合併症の発症等の対策を推進するため、循環器病とその多様な後遺症に関する十分かつ的確な情報提供を行い、さらに発症後早期の対応やその必要性に関する知識の普及啓発に取り組んでいる場合	10 点
④ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組が着実に進むよう、市町村の取組状況の把握や分析を行った上で、好事例の横展開や積極的な助言を行うとともに、専門職の育成・確保の支援、医療関係団体への協力依頼またはトップセミナー等を活用した市町村幹部の理解促進を	10 点

行っている場合	
---------	--

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。

○個人インセンティブの提供に係る取組の推進（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
⑤ 個人へのインセンティブの提供について、都道府県が個人の健康指標の維持や改善を成果としてインセンティブを提供する取組を実施している場合や、市町村が取組を実施できるように、具体的な支援（指針の策定、関係団体との調整、ICT活用のための環境整備等）を行っている場合	5点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。

○重複・多剤投与者に対する取組の推進（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
⑥ 重複・多剤投与者に対する取組について、KDBシステム等を活用し、管内市町村における重複処方の状況を把握した上で、市町村が取組を実施できるように、普及啓発及び関係団体への協力依頼や協働した取組を行っている場合	5点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。

○ 市町村への指導・助言等（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
(i) 納付点検	
① 都道府県は、市町村から納付点検調査に要する情報の	2点

提供を求めるために、包括的な合意を得ている場合	
② 給付点検調査のための担当者を配置し、庁内関係部局間での担当者会議を定期的に開催する等により、日頃から連携体制を構築している場合	
③ 給付点検調査に係る事務処理方針を策定している場合	
(ii) 不正利得の回収	3点
① 国保部局において、債権回収に係る事務処理方針を策定している場合	
② 市町村と協議のうえ、委託規約を策定している場合	
③ 不正利得の回収事案について、庁内関係部局間での担当者会議を定期的に開催する等して、日頃から連携体制を構築している場合	
(iii) 第三者求償	2点
① 第三者求償に係る市町村の設定目標について、前年度の達成状況や管内の他市町村の状況も踏まえて、具体的に助言を行っており、また、その目標の取組状況を確認している場合	
② 第三者求償の目的や債権管理等に関する助言できる体制を構築し、研修や相談において助言を実施している場合	
③ 管内全ての市町村が、研修会に参加している又は都道府県による巡回指導（連合会との共催を含む）を受けている場合	1点
④ 都道府県が設置する県立病院や保健所等の機関が第三者行為に関する情報を市町村に提供している場合	2点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。

○ 保険者協議会への積極的関与（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 保険者協議会の事務局を都道府県が自ら担う又は国保連合会と共同で担うとともに、保険者協議会の運営に当たり、国保主管部局以外の部局との連携を図っている場合	1点

保険者協議会への積極的関与について、以下の基準を満たす取組を実施している場合	
② 保険者協議会を、医療関係者等（2以上の団体）の参画を得て開催している場合	2点
③ 医療費の調査分析等のための人材育成を行っている場合	
④ 厚生労働省から提供される医療費適正化計画に関する医療費データ（NDB）について、保険者協議会に提示・提供するとともに、大学や有識者と連携して分析を行っている場合	2点
⑤ 被用者保険の保険者と覚書等を締結して、データ連携・解析を行っている場合	5点

（留意点）

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。
- ・ 都道府県が単独で事務局を担う場合と、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）と共同で担う場合のいずれであっても評価対象とする。
- ・ 保険者協議会への関係者の参画が、正式な構成員である場合と、オブザーバーである場合（参加実績があるものに限る）のいずれであっても評価対象とする。
- ・ 都道府県が行う人材育成、保険者協議会が行う人材育成いずれも評価対象とする。人材育成の対象者は、都道府県職員、国保連職員、保険者協議会の参加者等のいずれであっても評価対象とする。人材育成の内容については、数日間の研修実施、1日の研修会の開催等の様々な形態が考えられる。
- ・ 厚生労働省から提供する医療費データについては、毎年度、NDBデータを活用して、例えば、都道府県毎の入院・外来別の医療費、疾病別医療費、後発医薬品使用割合、特定健診実施率等を送付予定。

○ 都道府県によるKDB等を活用した医療費分析等（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 都道府県が、国保連合会と協働・連携して健康スコア	5点

・ リングレポートの活用等 KDB 等各種データベースを活用して、管内市町村国保の状況を比較した上で医療費等の分析を行い、その結果を市町村に提供するとともに、分析結果から見える課題等に関し助言を行っている場合	
② ①の取組に加え、都道府県が、市町村及び国保連合会と協働・連携して、医療費適正化の観点から健診データやレセプトデータ等を分析し、市町村に対して課題に応じた事業の企画立案及び事業評価の支援を行っている場合	5 点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。
- ・ 都道府県内の横断的な健康・医療データを活用し、これまで市町村単独では分析ができなかった比較分析等を行い、市町村に提供することを評価する。
- ・ 分析については、国保データベースシステム（KDB）を活用した市町村国保横断的な分析（管内の全市町村比較等）や厚生労働省から提供される都道府県ごとの医療費データ（NDB）等を活用した保険者横断的な分析（市町村国保、国民健康保険組合、後期高齢者医療制度、被用者保険等の保険者別比較等）等が考えられる。

(2) 決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等（令和3年度の実施状況を評価）

評 価 指 標	配点
① 都道府県内の全ての市町村について、市町村指標①に該当している場合	30 点
② ①の基準は満たさないが、都道府県内の全ての市町村のうち8割以上の市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	10 点
③ 都道府県内の全ての市町村のうち1割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-30 点
④ ③の基準は満たさないが、都道府県内の全ての市町村のうち0.5割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-10 点

<p>⑤ 令和4年9月末時点で、都道府県内の全ての市町村のうち1割以上の市町村が、赤字削減・解消計画の解消予定年度が令和8年度までになっていない場合。</p> <p>ただし、解消予定年度を令和9年度以降としていた計画策定対象市町村が解消予定年度を令和8年度までに変更し、1割以上純減した場合を除く（令和3年10月～令和4年9月に提出された変更計画が対象）。</p>	-10点
--	------

(留意点)

- ・ 令和3年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 都道府県においては、実施状況を別添の様式を用いて国へ報告するものとする。
- ・ ①～④については、市町村指標「第4－6（4）法定外繰入の解消等」の各市町村の実績を踏まえ、厚生労働省において評価を行うこととする。

(3) 保険料水準の統一に向けた取組の実施状況（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 取組内容とその取組時期を具体的に記載したロードマップや工程表を作成している場合	4点
② 取組内容とその取組時期を具体的に記載したロードマップや工程表を令和5年度末までに作成することを市町村と合意している場合	2点
③ 連携会議等において保険料水準の統一の定義、かつ、前提条件等の具体的な議論を実施している場合	3点
④ 保険料算定方式の統一に向けた取組、かつ、標準保険料率と実際の保険料率の見える化等を実施している場合	3点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。

(4) 医療提供体制適正化の推進（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 1以上の構想区域が重点支援区域に選定されている場合	5点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。

- 厚生労働省医政局地域医療計画課にて行う地域医療構想の取組状況の把握の結果により評価を行うため、当該評価を実施する上で、各都道府県から報告を行う必要はない。

(5) 市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進（令和3年度の実施状況を評価）

評 価 指 標	配点
<p>① 都道府県が中心となり、以下の項目のうち、2点以上について、管内全市町村の事務の広域化・効率化・標準化を実施している場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者証の作成及び様式統一 ・保険料（税）又は一部負担金の減免基準の統一 ・収納対策の共同実施（地方税回収機構での実施を含む） ・県内市町村間の異動があった場合の被保険者のレセプト点検 ・重複多剤投与者に対する服薬情報通知 ・特定健診及び特定保健指導の促進に係る広報 	10点

(留意点)

- 令和3年度中の実施状況を評価するものとする。

保国発0630第1号
令和4年6月30日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生労働省保険局国民健康保険課長
(公 印 省 略)

令和5年度保険者努力支援制度（取組評価分）の市町村分について

標記について、令和5年度保険者努力支援制度（取組評価分）の市町村分の評価指標及び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 算定方法及び事業見込額調査について

1. 令和5年度保険者努力支援制度（取組評価分）の市町村分は、全保険者を交付対象とする。
2. 保険者努力支援制度（取組評価分）の交付額を令和5年度の納付金算定に反映させる観点から、令和4年度中に令和5年度の交付見込額を算定することとする。
3. 交付額の算定方法は、[(評価指標毎の加点－令和4年度の評価指標毎の減点) × 被保険者数（退職被保険者を含む。）]により算出した点数を基準として、全保険者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。
広域連合については、構成市町村ごとの加点〔評価指標毎の加点 × 構成市町村内の被保険者数〕から構成市町村ごとの減点〔令和4年度の評価指標毎の減点 × 構成市町村内の被保険者数〕を引いた点数とする。
なお、被保険者数は令和4年5月31日現在の数値を用いることとする。
4. 令和4年度交付額算定時に評価対象とした取組に係る実績調査は、8月上旬を目途に実施する。その結果、以下のいずれかに該当した場合、令和5年度の交付見込額の算定基礎となる評価において、減点を行うこととする。
・令和3年度中の実施を予定していた取組について、令和3年度中に実施しなか

った場合

- ・令和4年度交付額算定時に報告されていた過年度の実施状況に誤りが判明した場合

※ 予定していなかった取組を実施した場合や、申請誤り等による加点は行わないこととする。

なお、上記実績調査については、別途通知する。

5. 4. の減点の算出方法は、減点対象の指標毎の令和4年度配点×補正係数〔全指標の令和5年度配点合計(940点)／令和4年度配点合計(960点)〕とする。
※小数点以下は切り捨てるものとする。

6. 令和3年度以前の交付額算定時に評価対象とした取組について、実施していないことが判明し、かつ、令和4年度交付額算定までの間に減点されていない場合、令和5年度の交付見込額の算定基礎となる評価において減点を行うこととするので、該当の事案があれば実績調査の際に併せて報告すること。この場合の減点の算出方法は、原則として5. と同様に、当該年度の配点に補正係数を乗じることとする。

7. 令和5年度の保険者努力支援制度（取組評価分）の交付見込額算定にあたり、各市町村において、評価指標ごとに自己採点を行うものとし、その点数を都道府県で取りまとめることとする（「特定健康診査の受診率」、「特定保健指導の実施率」、「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率」、「がん検診受診率」、「後発医薬品の使用割合」、「平成30年度から令和3年度の保険料（税）収納率」、「自動引落により保険料を納付している世帯数の割合」を除く。）。なお、正式な交付申請は、「令和5年度国民健康保険保険者努力支援交付金交付要綱（仮称）」をもって、令和5年度中に実施するものとする。

8. 都道府県の事務担当者は、管内の各保険者の取組状況を別添の評価採点表（令和5年度市町村分）に取りまとめのうえ、保険者からの報告内容に誤りがないことを確認し、令和4年8月4日（木）までに下記のアドレスへ電子メールで提出すること。

※メールアドレス：kokuho-hoken@mhlw.go.jp（保険者努力支援係あて）

第2 予算規模について 500億円規模を措置予定

第3 保険者共通の評価指標及び点数について

1 特定健康診査・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

(1) 特定健康診査の受診率（令和元年度の実績を評価）

評価指標	配点
① 第三期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成している場合	50点
② ①の基準を達成し、かつ受診率が平成30年度以上の値となっている場合	20点
③ ①の基準は達成していないが、受診率が令和元年度の市町村規模別の自治体上位1割又は上位3割に当たる受診率を達成している場合	
10万人以上 ○○%（令和元年度上位1割） ○○%（令和元年度上位3割）	上位1割 30点
5万人以上～10万人未満 ○○%（令和元年度上位1割） ○○%（令和元年度上位3割）	又は 上位3割 20点
1万人以上～5万人未満 ○○%（令和元年度上位1割） ○○%（令和元年度上位3割）	
3千人以上～1万人未満 ○○%（令和元年度上位1割） ○○%（令和元年度上位3割）	
3千人未満 ○○%（令和元年度上位1割） ○○%（令和元年度上位3割）	
④ ③に該当し、かつ平成30年度の実績と比較し、受診率が3（1.5）ポイント以上向上している場合	35点 (25点)
⑤ ①及び③の基準は達成していないが、平成30年度の実績と比較し、受診率が3ポイント以上向上している場合	25点
⑥ ①、③及び⑤の基準は達成していないが、平成29年度の受診率から令和元年度の受診率が連続して向上している場合	10点
⑦ 受診率が25%以上33%未満の値となっている場合（⑤又は⑥の基準を達成している場合を除く。）	-15点

⑧ 受診率が 25%未満の値となっている場合 (⑤又は⑥の基準を達成している場合を除く。)	-30 点
⑨ ①及び③の基準は満たさず、かつ平成 29 年度の受診率から令和元年度の受診率が連續して低下している場合	-15 点

(留意点)

- 令和元年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。
- 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。
- 特定健康診査の受診率の算出方法は、次のとおりとする。

$$\text{特定健康診査の受診率} = (\text{受診者数} / \text{対象者数}) \times 100$$

※ 受診者数とは、特定健康診査における基本的な健診項目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、当該年度において 40 歳以上 74 歳以下に達する者のうち、年度途中における異動者(加入、脱退)及び平成 20 年厚生労働省告示第 3 号に規定する各項のいずれかに該当する者(妊娠婦等)と保険者が確認できた者を除いた者の数をいう。

・ 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和元年度受診率については数値を補正し、評価を行う。(令和元年度又は令和 2 年度実績値が、令和元年度補正值よりも高い場合は、いずれか高い方の実績で評価する。)

※ 令和元年度 3 月分を過去 3 年度における実績により補正

$$\text{3 月受診者数が年間受診者数に占める割合 (A)} = \text{平成 28 } \sim \text{ 平成 30 年度 3 月受診者数} / \text{ 平成 28 } \sim \text{ 平成 30 年度年間受診者数}$$

$$\text{補正值} = \text{令和元年度 4 } \sim \text{ 2 月受診者数} \div (1 - A) \div \text{令和元年度対象者数}$$

- については、別途通知する。

(2) 特定保健指導の実施率(令和元年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 第三期特定健康診査等実施計画期間における目標値(60%)を達成している場合	50 点
② ①の基準を達成し、かつ実施率が平成 30 年度以上の値となっている場合	20 点
③ ①の基準は達成していないが、実施率が令和元年度の市町村規模別の自治体上位 3 割に当たる実施率を達成している場合	20 点

10万人以上 ○○% (令和元年度上位3割)	
5万人以上～10万人未満 ○○% (令和元年度上位3割)	
1万人以上～5万人未満 ○○% (令和元年度上位3割)	
3千人以上～1万人未満 ○○% (令和元年度上位3割)	
3千人未満 ○○% (令和元年度上位3割)	
④ ③に該当し、かつ平成30年度の実績と比較し、実施率が5（3）ポイント以上向上している場合	35点 (25点)
⑤ ①及び③の基準は達成していないが、平成30年度の実績と比較し、実施率が5ポイント以上向上している場合	25点
⑥ ①、③及び⑤の基準は達成していないが、平成29年度の実施率から令和元年度の実施率が連續して向上している場合	10点
⑦ 実施率が10%以上15%未満の値となっている場合（⑤又は⑥の基準を達成している場合を除く。）	-15点
⑧ 実施率が10%未満の値となっている場合（⑤又は⑥の基準を達成している場合を除く。）	-30点
⑨ ①及び③の基準は満たさず、かつ平成29年度の実施率から令和元年度の実施率が連續して低下している場合	-15点

(留意点)

- 令和元年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。
- 厚生労働省においてNDB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。
- 特定保健指導の実施率の算出方法は、次のとおりとする。

$$\text{特定保健指導の実施率} = (\text{特定保健指導終了者数} / \text{特定保健指導対象者数}) \times 100$$

- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和元年度実施率については数値を補正し、評価を行う。（令和元年度又は令和2年度実績値が、令和元年度補正值よりも高い場合は、いずれか高い方の実績で評価する。）

※ 令和2年3～5月に初回面接実施分を平成30年度実績により補正

平成30年度特定保健指導終了者のうち令和元年3～5月に初回面接を実施した割合（A）＝令和元年3～5月初回面接実施者数／平成30年度特定保

健指導終了者数

補正值 = (令和元年度特定保健指導終了者数 - 令和2年3~5月初回面接実施者数) ÷ (1 - A) ÷ 令和元年度対象者数

- については、別途通知する。

(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（令和2年度の実績を評価）

評価指標	配点
① 第三期特定健康診査等実施計画期間における目標値(25%)を達成している場合	40点
② ①の基準を達成している場合、減少率が令和元年度以上の値となっている場合	10点
③ ①の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位3割に当たる○○%を達成している場合	20点
④ ③の基準を達成し、かつ令和元年度の実績と比較し、減少率が2ポイント以上向上している場合	20点
⑤ ①及び③の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位5割に当たる○○%を達成している場合	15点
⑥ ⑤の基準を達成し、かつ令和元年度の実績と比較し、減少率が2ポイント以上向上している場合	20点
⑦ ①、③及び⑤の基準は達成していないが、令和元年度の実績と比較し、減少率が3ポイント以上向上している場合	20点

（留意点）

- 令和2年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。
- 厚生労働省において保険者から支払基金に対して報告される特定健康診査等実施状況データを用いて保険者ごとに評価するものとする。
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率の算出方法については、次のとおりとする。

メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率 = { (平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数 - 当該年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数) ÷ 平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定数 } × 100

※ 算出に用いるそれぞれの推定数は、特定健康診査の実施率による影響及び年齢構成の変化による影響を排除するため、性別・年齢階層別（40~64歳・65~74歳）に各年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群者の出現割合を算出し、令和2年度の特定健診受診対象者数

を乗じて算出した推定数をいう。

- ・ ○○については、別途通知する。

2 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

(1) がん検診受診率等（令和元年度の実績、令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が25%を達成している場合	15点
② ①の基準は達成していないが、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全自治体の上位3割に当たる○○%を達成している場合	10点
③ ①及び②の基準は達成していないが、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全自治体の上位5割に当たる○○%を達成している場合	5点
④ 平成30年度の実績と比較し、平均受診率が1ポイント以上向上している場合	20点
⑤ 受診率の向上のため、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診いずれかと特定健診を一体的に実施している場合	2点
⑥ 子宮頸がん及び乳がんのがん検診と特定健診を一体的に実施している場合	3点

(留意点)

- ・ 令和元年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。
- ・ 各がん検診の受診率の算出方法は、次のとおりとする。
 - 肺がん及び大腸がんの検診受診率の算出方法について
受診率 = (受診者数 / 対象者数) × 100
 - 胃がん、子宮頸がん及び乳がんの検診受診率の算出方法について
受診率 = (前年度の受診者数 + 当該年度の受診者数 - 2年連続の受診者数) / 当該年度の対象者数 × 100
- ・ 平均受診率の算出方法については、次のとおりとする。
平均受診率 = (胃がん検診の受診率 + 肺がん検診の受診率 + 大腸がん検診の受診率 + 子宮頸がん検診の受診率 + 乳がん検診の受診率) / 5
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和元年度受診率については数値を補正し、評価を行う。（令和元年度又は令和2年度実績値が、令和元年度補

正值よりも高い場合は、いずれか高い方の実績で評価する。)

※ 令和元年度3月分を平成30年度における実績により補正

○ 肺がん及び大腸がんの検診受診率の補正方法について

3月受診者数が年間受診者数に占める割合 (A) = 平成30年度3月受診者数／平成30年度年間受診者数

補正值 = 令和元年度4～2月受診者数 ÷ (1 - A) ÷ 令和元年度対象者数

○ 胃がん、子宮頸がん及び乳がんの検診受診率の補正方法について

3月受診者数が年間受診者数に占める割合 (A) = (平成29年度3月受診者数 + 平成30年度3月受診者数 - 平成30年度3月受診者のうち2年連続受診者数) ÷ (平成29年度年間受診者数 + 平成30年度年間受診者数 - 平成30年度受診者のうち2年連続受診者数)

補正值 = (平成30年度4～2月受診者数 + 令和元年度4～2月受診者数 - 令和元年度4～2月受診者のうち2年連続受診者数) ÷ (1 - A) ÷ 令和元年度対象者数

- 上記算出で使用する受診者数、対象者数とは、令和元年度地域保健・健康増進事業報告における国民健康保険被保険者の受診者数、対象者数をいう(前年度の受診者数、対象者数については平成30年度地域保健・健康増進事業報告、令和2年度実績の算出で使用する受診者数、対象者数については、令和2年度の同報告における国民健康保険被保険者の受診者数、対象者数とする)。

【令和2年度地域保健・健康増進事業報告 利用する統計表（閲覧（健康増進編）市区町村表）胃がん：表番号 20-2、肺がん・大腸がん：表番号 20-1、子宮頸がん：表番号 20-3、乳がん：表番号 20-4】

【令和元年度地域保健・健康増進事業報告 利用する統計表（閲覧（健康増進編）市区町村表）胃がん：表番号 20-2、肺がん・大腸がん：表番号 20-1、子宮頸がん：表番号 20-3、乳がん：表番号 20-4】

【平成30年度地域保健・健康増進事業報告 利用する統計表（閲覧（健康増進編）市区町村表）胃がん：表番号 20-2、肺がん・大腸がん：表番号 20-1、子宮頸がん：表番号 20-3、乳がん：表番号 20-4】

(参考ホームページ)

「地域保健・健康増進事業報告」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/32-19.html>

- については、別途通知する。

(2) 歯科健診受診率等（令和4年度の実施状況、令和元年度の実績を評価）

評価指標	配点
① 歯科健診を実施（※）している場合	10点

※ 歯周疾患（病）検診、歯科疾患（病）検診を含む。	
② 令和元年度の歯科健診の受診率が全自治体の上位3割に当たる〇〇%を達成している場合	10点
③ ②の基準は達成していないが、令和元年度の歯科健診の受診率が全自治体の上位5割に当たる〇〇%を達成している場合	5点
④ 平成30年度の実績と比較し、受診率が1ポイント以上向上している場合	10点
⑤ 口腔内の健康の保持増進のための取組（セミナーや健康教室等）を実施している場合	5点

（留意点）

- 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、歯科健診の受診率については令和元年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率をあわせて評価するものとする。

※ 令和2年度又は3年度実績が、令和元年度実績よりも高い場合は、いずれか高い方の実績で評価する。

- 指標②～④の歯科健診の受診率は、地域保健・健康増進事業報告において事業報告を行っている歯周疾患（病）検診の実施状況に基づき算定するものとする。

歯科検診の受診率＝受診者数／対象者数

※ 対象者数とは、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳、50歳、60歳及び70歳の者の総計をいう。

※ 受診者数については、地域保健・健康増進事業報告の報告内容の基礎となる数値をいい、同報告の内容を確認の上、内容の整合性をとること。

- 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。
- 〇〇については、別途通知する。

3 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況

（1）生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 生活習慣病の発症予防や重症化予防の正しい理解促進のため、KDB等データを用いて健康課題を抽出し、保健衛生部門と連携して、健康教育等のポピュレーションアプローチの取組を行っている場合	15点

② 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組において、検査結果（BMI、血圧、HbA1c 等）を確認し、アウトカム指標により評価している場合	15 点
③ 以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している場合 ※ 取組方法については、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の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する	
1 対象者の抽出基準が明確であること	5 点
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 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて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	
④ 健診結果のみならず、レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用し、糖尿病性腎症対象者の概数を把握した上で、特定健診受診者で糖尿病基準に該当（糖尿病性腎症含む）するが医療機関未受診の者及び特定健診未受診者で過去に糖尿病治療歴があり現在治療中止している者を抽出し、受診勧奨を実施している場合	30 点
⑤ 禁煙を促す取組（セミナーや健康教室等）を実施している場合（特定健診・特定保健指導以外）	5 点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。

(2) 特定健診受診率向上の取組の実施状況（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 40～50歳代が特定健診を受診しやすくなるよう、休日夜間の特定健診を実施している場合	10 点
②若い世代から健診への意識を高めるため、40歳未満を対象とした健診を実施し、かつ、40歳未満の被保険者に対し、健康意識の向上と健診等の実施率向上のための周知・啓発を行って	10 点

いる場合	
③ 40歳未満を対象とした健診実施後、健診結果において、生活習慣の改善が特に必要と認められる者に対して保健指導を行っている、かつ医療機関を受診する必要があると判断された者に対して医療機関の受診勧奨を行っている場合	10点

(留意点)

- ・令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。

4 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

(1) 個人へのインセンティブの提供の実施（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
以下の基準を満たす個人へのインセンティブの提供の取組を実施している場合	
① 一般住民の自主的な予防・健康づくりを推進するため、住民の予防・健康づくりの取組や成果に応じてポイントを付与し、そのポイント数に応じて報奨を設ける等の事業を実施している場合	5点
② ①の事業の実施後、当該事業が住民の行動変容につながったかどうか効果検証を行った上で、当該検証に基づき事業改善を行うなどPDCAサイクルで事業の見直しを実施している場合	10点
①及び②の基準を満たす事業を実施する場合であって、以下を満たす事業を実施している場合	
③ プログラム等の中での本人の取組に対する評価を、個人へのインセンティブの提供の条件としている場合	10点
④ 本人の取組の成果としての健康指標の維持や改善を、個人へのインセンティブの提供の条件としている場合	10点
⑤ 商工部局や都市整備部局等との連携または地域の民間企業や商店街との連携による「健康なまちづくり」の視点を含めた個人へのインセンティブ提供に関する事業を実施している場合	10点

(留意点)

- ・令和4年度中の実施状況を評価するものとする。

- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。

(2) 個人への分かりやすい情報提供の実施（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 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について周知・広報の取組をしている場合	5点
② 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被保険者証利用に係るメリットや初回登録の手順について周知・広報の取組をしている場合	5点
③ 市町村の国民健康保険担当部局と住民制度担当部局が連携・協力することにより、マイナンバーカードの交付対象者が一気通貫で被保険者証の利用申込ができるよう、交付対象者への支援を行っている場合	5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特定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	5点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。

5 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

(1) 重複・多剤投与者に対する取組（令和4年度の実施状況、令和3年度の実績を評価）

評価指標	配点
① 重複・多剤投与者の抽出基準を設定し、対象者を抽出した上で、服薬情報の通知や個別に訪問・指導するなどの取組を実施し、かつ、取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認し実施前後で評価している場合	10点
② ①を実施した上で、本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認し、実施前後で評価している場合	15点
③ 重複・多剤投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること	10点
④ 郡市区医師会や薬剤師会等地域の医療関係団体と連携して重複・多剤投与の対策を実施している場合	5点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 指標①の抽出基準については、重複投薬者、多剤投与者いずれの基準であっても評価対象とする。
- ・ 指標③については、令和3年度の実績の前年度比較を評価する。なお、重複・多剤投与者数（対被保険者1万人）は厚生労働省において算出するが、算出方法は、次のとおりとする。

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

- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。

(2) 薬剤の適正使用の推進に対する取組（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 被保険者に対し、お薬手帳を1冊にまとめるこやポリファーマシーに関する周知・啓発を行っている場合	5点
② 被保険者に対し、セルフメディケーションの推進（OTC医薬品の普及を含む）のための周知・啓発を行っている場合	5点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。

6 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

(1) 後発医薬品の促進の取組（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 後発医薬品の使用状況について、年齢別等に類型化し、把握した上で、事業の目標数値を設定し、事業計画等に記載している場合	5点
①の取組に加え、以下の基準を全て満たす後発医薬品の差額通知の事業を実施している場合	
② 通知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場合	
③ 被保険者に対し、後発医薬品についての更なる理解の促進を図るため、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場合	5点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。

(2) 後発医薬品の使用割合（令和3年度の実績を評価）

評価指標	配点
① 後発医薬品の使用割合の政府目標である目標値（80%）を達成している場合	70点
② ①の基準を達成し、かつ使用割合が全自治体上位1割に当たる〇〇%を達成している場合	20点
③ ①の基準を達成し、かつ令和2年度の実績と比較し、使用割合が向上している場合	30点
④ ①の基準は達成していないが、使用割合が全自治体上位7割に当たる〇〇%を達成している場合	30点
⑤ ④の基準を達成し、かつ令和2年度の実績と比較し、使用割合が3ポイント以上向上している場合	25点
⑥ ①及び④の基準は達成していないが、令和2年度の実績と比較し、使用割合が3ポイント以上向上している場合	20点
⑦ ①の基準は満たさず、かつ令和元年度の使用割合から令和3年度の使用割合が連続して低下している場合	-10点

(留意点)

- ・ 令和3年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。
- ・ 厚生労働省においてNDBから抽出される保険者ごとの後発医薬品使用割合を用いて評価するものとする。
- ・ 〇〇については、別途通知する。

第4 国保固有の評価指標及び点数

1 収納率向上に関する取組の実施状況

○保険料（税）収納率（令和元年度実績を評価）

評価指標	配点
① 現年度分の収納率が令和元年度の市町村規模別の全自治体上位3割又は上位5割に当たる収納率を達成している場合	上位3割 50点

10万人以上 ○○% (令和元年度上位3割) ○○% (令和元年度上位5割)	又は 上位5割 35点
5万人以上～10万人未満 ○○% (令和元年度上位3割) ○○% (令和元年度上位5割)	
1万人以上～5万人未満 ○○% (令和元年度上位3割) ○○% (令和元年度上位5割)	
3千人以上～1万人未満 ○○% (令和元年度上位3割) ○○% (令和元年度上位5割)	
3千人未満 ○○% (令和元年度上位3割) ○○% (令和元年度上位5割)	
② 前年度(平成30年度)実績と比較し現年度分の収納率が1ポイント以上向上している場合(平成30年度及び令和元年度の収納率が99%以上である場合を含む)	25点
③ ②の基準は達成していないが、平成30年度実績と比較し収納率が0.5ポイント以上向上している場合(①で上位3割の収納率を達成している自治体において、収納率が平成30年度以上の値となっている場合を含む)	10点
④ ②及び③の基準は達成していないが、平成29年度から令和元年度の3か年平均の収納率が①の基準の上位5割の収納率を満たしている場合	5点
⑤ 滞納繰越分の収納率が平成30年度実績と比較し、5ポイント以上向上している場合(平成30年度及び令和元年度の滞納繰越分の収納率が99%以上、又は滞納繰越分がない場合を含む)	25点
⑥ ⑤の基準は達成していないが、滞納繰越分の収納率が平成30年度実績と比較し、2ポイント以上向上している場合	10点

<p>⑦ ⑤及び⑥の基準は達成していないが、滞納繰越分の収納率が平成30年度実績と比較し、1ポイント以上向上している場合</p>	<p>5点</p>
--	-----------

(留意点)

- ・新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和元年度の実績の達成状況及び前年度比の伸び率等をあわせて評価する。
※ 令和2年度又は3年度実績が、令和元年度実績よりも高い場合は、いずれか高い方の実績を評価する。
- ・実績を評価する際、市町村が報告する国民健康保険事業状況報告（以下「事業年報」という。）の数値で確認を行うため、事業年報の回答にあたっては、誤りのないよう留意すること。
- ・○○については、別途通知する。

2 医療費の分析等に関する取組の実施状況

○データヘルス計画の実施状況（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
<p>以下の基準を全て満たすデータヘルス計画の取組を実施している場合</p>	
<p>① データヘルス計画をホームページ等を通じて公表の上、これに基づき保健事業を実施している</p> <p>② データヘルス計画に係る個別の保健事業について、データヘルス計画の目標等を踏まえたアウトカム指標を設定の上、実施しており、事業の実施後も、そのアウトカム指標に基づき評価を行っている</p>	<p>10点</p>
<p>①及び②の取組に加え、以下の取組を実施している場合</p>	<p>△</p>
<p>③ データヘルス計画に係る保健事業の実施・評価に当たり、都道府県（保健所含む。）から意見を求める場を設置している場合や都道府県（保健所含む。）へ助言を求めている場合</p>	<p>5点</p>
<p>④ データヘルス計画に係る保健事業の実施・評価に当たり、外部有識者として地域の医師会等の保健医療関係者等を構成員とする委員会または協議会等（国保連合会の支援評価委員会等）の助言を得ている場合</p>	<p>5点</p>
<p>⑤ 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</p>	<p>5点</p>

(医療費分析を含む。) を行い、分析結果に基づき、 必要に応じて事業内容等の見直しを行っている場合	
--	--

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。

3 給付の適正化に関する取組の実施状況

○医療費通知の取組の実施状況（令和4年度の実施状況を評価）

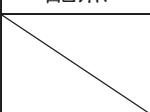
評価指標	配点
医療費通知について、次の要件を満たす取組を実施している場合 <ul style="list-style-type: none"> ① 以下の項目が明示されている場合 <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者が支払った医療費の額及び医療費の総額（10割）又は保険給付費の額 ・受診年月 ・医療機関名 ・入院、通院、歯科、薬局の別及び日数 ・柔道整復療養費 ② 1年分の医療費を漏れなく通知している場合 ③ 確定申告に使用可能な医療費通知について、確定申告開始前までに10月診療分までの記載がなされたものを必要な情報提供を行った上で、適切に通知している場合 	15点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。

4 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況

（1）地域包括ケア推進の取組（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
国保の視点から地域包括ケアの推進に資する下記のような取組を国保部局で実施している場合	
① 地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に国保部局として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の	8点

課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	
② KDB 等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施(お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等)	7 点
③ 国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	5 点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。
- ・ その際、指標毎に対応する取組を精査の上、入力すること。

(2) 一体的実施の取組（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施	10 点
② ①の事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB 等を活用した分析を総合的に実施	10 点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。

5 第三者求償の実施状況

○第三者求償の取組状況（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 各市町村のホームページにおける第三者求償のページ等において、傷病届の提出義務について周知し、傷病届の様式(覚書様式)と、第三者行為の有無の記載欄を設けた高額療養費等の各種申請書をダウンロードできるようにしている場合	5 点
② 消防や地域包括支援センター、警察、病院、保健所、消費	7 点

生活センター等の2種類以上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が構築されており、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た場合（勧奨すべき案件がない場合も含む）	
③ 医療機関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場合	7点
④ レセプトの抽出条件として、「10. 第3」の記載のほかに、「傷病名」等の条件を追加している場合	7点
⑤ ④の基準を満たす場合であって、勧奨すべき抽出件数のうち勧奨割合が9割以上の場合	7点
⑥ 国保連合会等主催の第三者求償研修に参加していない場合	-5点
⑦ 管理職級職員も含め第三者求償研修に参加している場合	7点
⑧ 第三者求償事務に係る評価指標の4指標（※）について、目標を設定しており、前年度の実績から改善するものとなっている場合（令和3年8月6日国民健康保険課長通知） ※(1)傷病届の早期提出割合(2)勧奨後の傷病届早期提出割合(3)傷病届受理日までの平均日数(4)レセプトへの「10. 第3」の記載率。	10点

（留意点）

- 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。
- 報告内容については、令和4年6月20日付事務連絡「令和3年度における国民健康保険事業の実施状況報告について」（以下「事業実施状況報告」という。）における報告内容を確認の上、内容の整合性をとること。

6 適正かつ健全な事業運営の実施状況

（1）適用の適正化状況（令和4年度の実施状況を評価。ただし、（1）①及び（2）①は令和3年度の実績を評価）

評価指標	配点
（1）居所不明被保険者の調査	
① 「取扱要領」を策定しており、かつ、居所不明被保険者の調査を行い、職権による住基抹消を担当課へ依	2点

	頼するなど、その解消に努めている場合（居所不明被保険者がいない場合も含む。）	
(2) 所得未申告世帯の調査		
① 全世帯に占める推計賦課世帯及び未申告世帯の割合が、前年度と比較して、減少している場合	3点	
(3) 国年被保険者情報を活用した適用の適正化		
① 日本年金機構と契約を締結して、国民年金被保険者情報を適用の適正化に活用している場合	3点	

(留意点)

- 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
(ただし、(1)①及び(2)①については、令和3年度の実績を評価する。)
- 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。
- 報告内容については、事業実施状況報告における報告内容を確認の上、内容の整合性をとること。

(2) 給付の適正化状況（令和4年度の実施状況を評価。ただし(1)①、②及び③は令和3年度の実績を評価）

評価指標	配点
(1) レセプト点検の充実・強化	
複数の医療機関で受診した同一患者に係るレセプト点検を行っており、次の要件を満たす取組を実施している場合	
① 柔道整復療養費について、多部位、長期または頻度が高い施術患者に対して、負傷部位や原因の調査等を実施し、患者に対する適正受診の指導を行っている場合	5点
② 令和3年度（4～3月）の1人当たりの財政効果額が前年度（4～3月）と比較して、向上しており、かつ1人当たりの財政効果額が全国平均を上回っている場合	5点
③ 介護保険との給付調整を行うため、介護保険関係課からの情報提供（国民健康保険団体連合会介護給付適正化システムから提供される突合情報）を受け適切にレセプト点検を行っている場合	5点

(2) 一部負担金の適切な運営	
① 一部負担金の減免基準を定めている場合	2点
② 医療機関からの申請がある場合、一部負担金の保険者徴収制度を適切に運営している場合（医療機関から申請がない場合も含む）	3点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
(ただし、(1)①、②及び③については、令和3年度の実績を評価する。)
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。
- ・ 報告内容については、事業実施状況報告及び令和4年6月10日付事務連絡「令和5年度予算関係等資料の作成について」（以下「予算関係資料」という。）における報告内容を確認の上、内容の整合性をとること。

(3) 保険料（税）収納対策状況

(令和4年度の実施状況を評価。ただし(1)①は令和3年度の実績を評価)

評価指標	配点
(1) 保険料（税）収納率の確保・向上	
① 令和3年度の普通徴収について、口座振替やクレジットカード払い等、自動引落により保険料を納付している世帯数の割合が、前年度より向上している場合	7点
② コンビニ収納やペイジー等、被保険者による保険料自主納付方法の利便性拡大に寄与する取組を実施している場合	5点
③ 滞納者について、再三の督促、催促にもかかわらず納付に応じない場合は、実情を踏まえた上で財産調査、差押え等の滞納処分を行う方針を定めており、かつ、滞納理由が経済的な困窮であること等を把握した場合に、自立相談支援機関を案内するなど、必要に応じて生活困窮者自立支援制度担当部局との連携を行っている場合	5点
(2) 外国人被保険者への周知	

① 外国人被保険者に対し、国保制度の概要（保険料納付の必要性を含む）について記載された外国語のパンフレットや納入通知書等を作成し、制度の周知・収納率の向上を図っている場合	3点
---	----

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
(ただし、(1)①については、令和3年度の実績を評価する。)
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。
- ・ (1)①については、厚生労働省において事業実施状況報告における報告データを用いて評価するものとする。

(4) 法定外繰入の解消等（令和3年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 令和3年度決算において決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合	30点
赤字の解消期限（6年以内）、年次毎の削減予定額（率）及び具体的な取組内容を定めた赤字削減・解消計画を策定している場合であって、次の要件に該当している場合	
② 令和3年度の削減予定額（率）を達成している場合	20点
③ 令和3年度の削減予定額（率）は達成していないが、その1/2以上の額（率）を削減している場合	10点
赤字の削減目標年次、削減予定額（率）及び具体的な取組内容を定めた赤字削減・解消計画を策定しているが、解消期限（6年以内）を定めていない場合であって、次の要件に該当している場合	
④ 令和3年度の削減予定額（率）を達成している場合 ※計画初年度からの平均削減予定額（率）が10%未満の場合は、達成していたとしても⑤とする。	5点
⑤ 令和3年度決算において決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の金額は増加していないが、削減予定額（率）は達成していない場合	-15点
⑥ 令和3年度決算において決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の金額が増加している場合	-25点

<p>⑦ 計画策定対象市町村※であるにもかかわらず、赤字削減・解消計画を策定していない場合、又は赤字削減・解消計画を策定しているが、赤字の削減目標年次、削減予定額（率）若しくは具体的な取組内容のいずれかを定めていない場合</p> <p>※令和3年度までに赤字の解消が確実に見込まれるとして赤字削減・解消計画を策定していなかったが、令和3年度決算において決算補填等目的の法定外繰入等を行っている場合を含む。</p>	-30点
--	------

(留意点)

- ・ 令和3年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。
- ・ 報告内容については、事業実施状況報告及び事業年報における報告内容を確認の上、内容の整合性をとること。

(5) その他（令和4年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
(1) 国保従事職員研修の状況	
① 国保初任者や管理職等を対象に、年度当初に研修計画等を策定し、都道府県、連合会または関係団体等が主催する研修会、事務説明会に職員が計画的に参加している場合	2点
(2) 国保運営協議会の体制強化	
① 国保運営協議会の体制強化のために、被用者保険の代表委員を加えている場合	3点
(3) 事務の標準化、効率化・コスト削減、広域化に係る取組	
① 事務の標準化を図り、制度改正の度に生じるコストの発生を抑えるために、市町村事務処理標準システム又は標準準拠システム（国が策定する統一的な基準に適合した情報システムをいう。）を導入している場合	6点
② 事務の共同化、効率化・コスト削減、広域化、セキュリティ強化等を図るために、都道府県内の複数市町村によるシステムの共同利用（クラウド等）を導入している	3点

場合、また、自庁システムの場合は、将来的に市町村事務処理標準システム又は標準準拠システム（国が策定する統一的な基準に適合した情報システムをいう。）への切り替えを予定している場合	
(4) 被保険者証と高齢受給者証の一体化の推進	
① 被保険者の負担軽減等の観点から、被保険者証と高齢受給者証を一体化している場合（令和4年度中の実施予定を含む。）	3点
(5) 申請手続きの利便性の向上	
① 被保険者から保険者への申請手続きについて、オンラインによる手続を設けている場合	5点

(留意点)

- ・ 令和4年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ 保険者は、都道府県に別添の様式を用いて実施状況を報告するものとする。
- ・ 報告内容については、予算関係資料における報告内容を確認の上、内容の整合性をとること。