

保国発 0626 第2号
令和6年6月26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7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7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7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7年度の納付金算定に反映させる観点から、令和6年度中に令和7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6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7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5年度中の実施を予定していた取組について、令和5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6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6年度配点×補正係数(令和7年度配点合計／令和6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) 160点／140点

(指標2) 130点／120点

(指標3) 282点／170点 とする。

5. 令和5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6年度交付額算定までの間に減点されていない場合、令和7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6年能登半島地震の影響を考慮し、石川県については、「令和6年能登半島地震の影響に係る国民健康保険保険者努力支援交付金における特例措置の意向調査について」（令和6年5月28日厚生労働省保険局国民健康課長事務連絡）における意向調査の結果を元に、特例措置を講じる。なお、特例措置の内容については、石川県に対して別途通知する。

7. 令和7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7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7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、都道府県の取組状況を別添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6年8月2日（金）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

600億円規模を措置予定

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7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6年6月26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、9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

160億円とする。

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6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（160億円）の範囲内で交付する

なお、被保険者数は令和6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4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	6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	4点

均値が上位 3 割相当の数値を達成している場合	
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令和 3 年度実績と比較して 1 ポイント以上向上している場合	4 点

(留意点)

- ・ 令和 4 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

(2) 特定保健指導の実施率 (令和 4 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	6 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令和 3 年度実績と比較して 2 ポイント以上向上している場合	4 点

(留意点)

- ・ 令和 4 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。

$$\text{特定保健指導の都道府県平均値} = (\text{都道府県内の特定保健指導終了者数}) / (\text{都道府県内の特定保健指導対象者数}) \times 100$$

(3) 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組状況（令和6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9割を超えている場合	8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9.5割を超えている場合	7点
③ 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6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	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①を満たす市町村の割合が6割を超えている場合	5点
③ 管内市町村のうち、市町村指標（1）①及び（2）⑦を満たす市町村の割合が7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」及び「第3-4（2）個人への分かりやすい情報提供の実施」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) 個人へのわかりやすい情報提供の実施（令和6年度実績を評価）

評価指標	配点
① 管内市町村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の都道府県平均値が上位1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、管内市町村の被保険者数に対す	5点

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	
③ 管内市町村のマイナ保険証の利用率の都道府県平均値が上位 1 割相当の数値を達成している場合	20 点
④ ③の基準は満たさないが、管内市町村のマイナ保険証の利用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	10 点
⑤ ③及び④の基準は満たさないが、管内市町村のマイナ保険証の利用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	5 点

(留意点)

- 管内市町村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の都道府県平均値は、次のとおり算出する。
管内市町村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の都道府県平均値 $=$ 都道府県内のマイナンバーカードの健康保険証利用登録者数 $\div$ 都道府県内の被保険者数
- マイナ保険証の利用率の算出方法は、次のとおりとする。
マイナ保険証の利用率
 $=$ マイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数 $\div$ 外来レセプト枚数 (件数)

(6) 後発医薬品の使用割合 (令和 5 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 4 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 4 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 4 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4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5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。

(7) 保険料(税)収納率(令和5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令和4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令和4年度実績と比較して向上している場合	5点

(留意点)

- ・ 令和5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。
- ・ 保険料収納率の都道府県平均値の算定方法について

$$\text{保険料収納率の都道府県平均値} = (\text{都道府県内保険者の収納額(現年分)の合計}) / (\text{都道府県内保険者の調定額(現年分)の合計}) \times 100$$
 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。

(8) 重複投与者に対する取組(令和6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。

(9) 多剤投与者に対する取組(令和6年度の実施状況の評価)

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(2) 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、重複投与者数及び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) 重複投与者に対する取組」及び「第3-5(2) 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

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ー令和6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)の範囲内で算出する。

被保険者数は令和6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4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。

(2) 年齢調整後一人当たり医療費の改善状況（令和4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令和3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令和3年度からの改善状況が全都道府県の上位6位から10位の場合	35点
③ ①及び②の基準は満たさないが、令和元年度・令和3年度・令和4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令和3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、年齢調整後の一人当たり医療費が平成30年度・令和元年度・令和3年度の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30年度指数、令和元年度指数、令和3年度指数、令和4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2年度の実績は評価対象としない。

(3) 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	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5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、全都道府県の上位6位から10位である場合	7点
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) i 重複投与者数（当年度の実績）（令和5年度実績を評価）

評価指標	配点
① 都道府県の重複投与者数（対被保険者1万人）が少ない	10点

順に、全都道府県の上位 1 位から 5 位である場合	
② 都道府県の重複投与者数（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、都道府県の重複投与者数（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 重複投与者数（前年度との比較）（令和 5 年度実績を評価）

評価指標	配点
① 都道府県の重複投与者数（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	20 点
② 都道府県の重複投与者数（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	14 点
③ ①及び②の基準は満たさないが、都道府県の重複投与者数（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	6 点

（留意点）

- ・ 市町村指標「第 3-5（1）重複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投与者数／当該年度の都道府県の平均被保険者数）×10,000

（5） i 多剤投与者数（当年度の実績）（令和 5 年度実績を評価）

評価指標	配点
① 都道府県が多剤投与者数（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 都道府県が多剤投与者数（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、都道府県が多剤投与者数（対被保険者 1 万人）が少ない順に、全都道府県の上	3 点

位 5 割である場合	
------------	--

ii 多剤投与者数（前年度との比較）（令和 5 年度実績を評価）

評 価 指 標	配点
① 都道府県が多剤投与者数（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 都道府県が多剤投与者数（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、都道府県が多剤投与者数（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（2）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。
- ・ 都道府県が多剤投与者数（対被保険者 1 万人）の算出方法は、市町村指標「第 3-5（2）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が多剤投与者数（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 都道府県の実施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

240 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 6 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（240 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 6 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 6 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 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	2 点
② 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行っている場合	5 点

（留意点）

- ・ 令和 6 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 6 年度の実施状況を評価）

評 価 指 標	配点
③ 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 6 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6年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
④ 都道府県レベルで医療関係団体との協力体制を構築し、重複・多剤投与者に対する取組を行っていない場合	－5点

（留意点）

- ・ 令和6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6年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
（i）不正利得の回収	
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	3点
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を開催する等して、日頃から連携体制を構築している場合	
（ii）第三者求償	
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点
② 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
③ 広域的または専門的な事案について、委託規約の策定に向け市町村と協議を行う等、第三者求償事務委託の体制構築に向けた取組をしている場合	1点

（留意点）

- ・ 令和6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6年度の実施状況の評価）

評価指標	配点
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	
① 保険者協議会において、都道府県ごとの医療費の地域差を示した上で、医療関係者や保険者等に対して、医療費適正化につながる周知・啓発を行っている場合	5 点
② 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	
③ 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	10 点
④ 保険者協議会において、医療関係者や保険者等の関係者間で、マイナ保険証の利用促進に係る現状や課題の把握、問題意識の共有、課題への対応策について議論・検討を行い、マイナ保険証の利用促進につながる具体的な取組を実施している場合	10 点

（留意点）

- ・ 令和6年度中の実施状況の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。
- ・ 後発医薬品の使用促進や急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方等効果が乏しいというエビデンスがあると指摘されている医療等についての周知・啓発資料の作成等、保険者・医療関係者等のこどもの医療を含む医療費適正化に向けた取組の促進に資する、現状分析を踏まえた効果的な働きかけを想定。
- ・ 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データから、都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資する医療費のデータ等送付予定。また、都道府県がKDBデータ等のその他のレセプ

トデータ等を活用した場合も評価対象とする。

- ・ ④については、周知広報等の取組などを想定している。

○ 都道府県による KDB 等を活用した医療費分析等（令和 6 年度の実施状況
を評価）

評 価 指 標	配点
① 都道府県が、国保連合会及び管内市町村と協働・連携して、KDB 等の各種データベースを活用し、市町村の状況を比較した上で、健診データやレセプトデータ等の分析を行い、市町村に対して分析結果に基づき、課題等に関する助言を行うとともに、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 6 年度中の実施状況の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。

○ データヘルス計画の支援状況（令和 6 年度の実施状況の評価）

評 価 指 標	配点
① 人材が不足傾向の小規模の市町村国保等に対して、国保連、支援・評価委員会等からの支援を受けることができるようにするため、市町村国保の体制整備の支援等を行うとともに、国保連、支援・評価委員会等と連携し、専門職の派遣、助言等の技術的な支援等を行っている場合	2 点

（留意点）

- ・ 令和 6 年度中の実施状況の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。

- ・「国民健康保険保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」(令和5年5月18日改正)の9ページの「② 都道府県(国保部局)の役割」を参照し、積極的な保険者支援を評価する。

○ こどもの医療の適正化等の取組(令和6年度の実施状況の評価)

評価指標	配点
こどもの医療の適正化等の取組として、以下の基準を全て満たす取組を実施している場合	40点
【被保険者への取組】 ① こどもの医療の適正化につながる周知啓発等の取組を実施している場合(こどもの医療に関するガイドブックの作成・配布、「上手な医療のかかり方」に関する講座の実施等)	
【管内市町村との連携】 ② 管内市町村のうち、市町村指標③・⑤を満たす市町村の割合が9割を超えている場合	
【地域医療団体との連携】 ③ 都道府県医師会や薬剤師会等と連携して、こどもの抗菌薬処方等の適正化につながる取組を実施している場合	
【被用者保険との連携】 ④ 保険者協議会や県民会議等において、被用者保険の保険者と連携して、こどもの医療費の適正化につながる①、③の取組を実施している場合	

(留意点)

- ・令和6年度中の実施状況の評価するものとする。
- ・②については市町村指標「第4-3(2) こどもの医療の適正化等の取組」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。

(2) 決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等(令和5年度の実施状況の評価)

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③、④、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③、④、⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-10 点
⑤ 令和6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。 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5年10月～令和6年9月に提出された変更計画が対象）。	-10 点
⑥ 令和6年度以降に係る、都道府県内の計画策定対象市町村の赤字削減・解消計画について、取りまとめ及び公表を行っていない場合	-30 点

（留意点）

- ・ 令和5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6年度の実施状況を評価）

評 価 指 標	配点
【納付金ベースの統一に向けた取組】	
① 令和7年度納付金算定において、 $\alpha=0$ として設定している場合	40 点
② ①に該当しないが、 $\alpha=0$ の目標年度について市町村と合意しており、かつ目標年度が令和12年度以前の場合	
1 令和7年度納付金算定において、 α を1未満として	
	20 点

設定している場合	
2 令和7年度納付金算定において、 α を1未満として設定していない場合	15点
③ $\alpha=0$ の目標年度について市町村と合意しており、かつ目標年度が令和13年度以降の場合	5点
【完全統一に向けた取組】	
④ 令和7年度納付金算定において、完全統一を達成している場合	50点
⑤ ④に該当しないが、完全統一の目標年度（※2）について、市町村と合意している場合	20点
⑥ ⑤に該当しないが、完全統一に向けた次の取組を実施している場合	
1 市町村個別の歳入・歳出に係る完全統一後の取扱について市町村と合意している	5点
2 標準的な収納率による調整の取扱について市町村と合意している	3点
3 保険料算定方法の統一について市町村と合意している	2点

（留意点）

- ・ 令和6年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ α は納付金の算定に当たって、年齢調整後の医療費水準をどの程度反映するかを調整する係数である。
- ・ $\alpha=0$ や完全統一の目標年度は、定量的な目標である必要がある。
- ・ 完全統一は、当該都道府県内のどこに住んでいても、同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料であることを指す。
- ・ ①及び④は、合わせて得点することが可能である。
- ・ ①～③のいずれか及び⑤は、合わせて得点することが可能である。

（4）医療提供体制適正化の推進（令和6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又は再編検討区域として支援を受けている場合	5点
② 令和5年度病床機能報告の報告率が令和6年8月末時点（オープンデータベース）で100%を達成している場合	5点

③ 地域医療構想調整会議において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の合意が 100%に達している場合	10 点
---	------

(留意点)

- ・ 令和 6 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 6 年度の実施状況を評価）

評 価 指 標	配点
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標準化を実施している場合 ・ 保険料（税）の減免基準の統一 ・ 一部負担金の減免基準の統一 ・ 出産育児一時金の給付水準の統一 ・ 葬祭費の給付水準の統一	24 点
② 都道府県が中心となり、以下の項目のうち、3 点以上について、管内全市町村の事務の広域化・効率化を実施している場合 ・ 収納対策の共同実施（地方税回収機構での実施を含む） ・ 後発医薬品差額通知の送付 ・ 重複多剤投与者に対する服薬情報通知 ・ 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	16 点
③ 都道府県が中心となり、管内全市町村の事務の標準化、広域化・効率化について国民健康保険団体連合会と連携して実施している場合	10 点

(留意点)

- ・ 令和 6 年度中の実施状況を評価するものとする（令和 5 年度に実施済みの場合も評価対象）。

保 国 発 0626 第 1 号
令 和 6 年 6 月 26 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 7 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 7 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 7 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 7 年度の納付金算定に反映させる観点から、令和 6 年度中に令和 7 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 6 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 6 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 6 年 5 月 31 日現在の数値を用いることとする。
4. 令和 6 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 7 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 5 年度中の実施を予定していた取組について、令和 5 年度中に実施しなか

った場合

- ・令和6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6年度配点×補正係数〔全指標の令和7年度配点合計(988点)／令和6年度配点合計(840点)〕とする。

※小数点以下は切り捨てるものとする。

6. 令和5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6年度交付額算定までの間に減点されていない場合、令和7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6年能登半島地震の影響を考慮し、石川県内の保険者のうち例年通りの取組の実施が困難な保険者については、「令和6年能登半島地震の影響に係る国民健康保険保険者努力支援交付金における特例措置の意向調査について」（令和6年5月28日厚生労働省保険局国民健康課長事務連絡）における意向調査の結果を元に、特例措置を講じる。なお、特例措置の実施対象保険者やその措置内容については、石川県に対して別途通知する。

8. 令和7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」、「マイナンバーカードの健康保険証利用登録者数の割合」、「後発医薬品の使用割合」、「令和2年度から令和4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7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7年度中に実施するものとする。

9. 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（①自己採点表、②重複・多剤投与者数）に取りまとめるうえ、保険者からの報告内

容に誤りがないことを確認し、評価採点表（①自己採点表）については令和6年8月2日（金）までに、評価採点表（②重複・多剤投与者数）については令和6年8月23日（金）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

400億円規模を措置予定

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4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	40点
② ①の基準を達成し、かつ受診率が令和3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、受診率が令和4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	上位1割 25点 又は 上位3割 15点
10万人以上 ○○%（令和4年度上位1割） ○○%（令和4年度上位3割）	
5万人以上～10万人未満 ○○%（令和4年度上位1割） ○○%（令和4年度上位3割）	
1万人以上～5万人未満 ○○%（令和4年度上位1割） ○○%（令和4年度上位3割）	
3千人以上～1万人未満 ○○%（令和4年度上位1割） ○○%（令和4年度上位3割）	
3千人未満 ○○%（令和4年度上位1割）	

〇〇%（令和４年度上位３割）	
④ ③に該当し、かつ令和３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	２０点 （１５点）
⑤ ①及び③の基準は達成していないが、令和３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	１５点
⑥ ①、③及び⑤の基準は達成していないが、令和２年度から令和４年度までの受診率が連続して向上している場合	５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、かつ令和２年度から令和４年度までの受診率が連続して低下している場合	－１５点

（留意点）

- ・ 令和４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（妊産婦等）と保険者が確認できた者を除いた者の数をいう。
- ・ 〇〇については、別途通知する。

（２）特定保健指導の実施率（令和４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	４０点

② ①の基準を達成し、かつ実施率が令和3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、実施率が令和4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	15 点
10 万人以上 〇〇% (令和4年度上位3割)	
5 万人以上～10 万人未満 〇〇% (令和4年度上位3割)	
1 万人以上～5 万人未満 〇〇% (令和4年度上位3割)	
3 千人以上～1 万人未満 〇〇% (令和4年度上位3割)	
3 千人未満 〇〇% (令和4年度上位3割)	
④ ③に該当し、かつ令和3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	25 点 (15 点)
⑤ ①及び③の基準は達成していないが、令和3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	15 点
⑥ ①、③及び⑤の基準は達成していないが、令和2年度から令和4年度までの実施率が連続して向上している場合	5 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、かつ令和2年度から令和4年度までの実施率が連続して低下している場合	-15 点

(留意点)

- 令和4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。

$$\text{特定保健指導の実施率} = (\text{特定保健指導終了者数} / \text{特定保健指導対象者数}) \times 100$$
- 〇〇については、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4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	20 点
② ①の基準を達成している場合、減少率が令和3年度以上の値となっている場合	5 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割に当たる〇〇％を達成している場合	10 点
④ ③の基準を達成し、かつ令和3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	10 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割に当たる〇〇％を達成している場合	5 点
⑥ ⑤の基準を達成し、かつ令和3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	10 点
⑦ ①、③及び⑤の基準は達成していないが、令和3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	10 点

（留意点）

- ・ 令和4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群の減少率＝{(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群推定数}×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の変化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4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。

- ・ 〇〇については、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4年度の実績、令和6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割に当たる〇〇%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割に当たる〇〇%を達成している場合	5点
④ 令和3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4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

$$\text{受診率} = (\text{受診者数} / \text{対象者数}) \times 100$$
 - 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

$$\text{受診率} = (\text{前年度の受診者数} + \text{当該年度の受診者数} - 2\text{年連続の受診者数}) / \text{当該年度の対象者数} \times 100$$
- 平均受診率の算出方法については、次のとおりとする。

$$\text{平均受診率} = (\text{胃がん検診の受診率} + \text{肺がん検診の受診率} + \text{大腸がん検診の受診率} + \text{子宮頸がん検診の受診率} + \text{乳がん検診の受診率}) / 5$$
- 上記算出で使用する受診者数、対象者数とは、令和4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（令和3年度の受診者数、対象者数については令和3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、対象者数とする）。

【令和4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 3 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 5 年度の実績、令和 6 年度の実施状況进行评估）

評価指標	配点
① 令和 5 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○○%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、令和 5 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○○%を達成している場合	10 点
③ 令和 4 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	15 点
④ 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、歯科保健指導等）を実施している場合	5 点

（留意点）

- ・ 令和 5 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。
- ・ 指標①～③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。

歯科健診の受診率＝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。
- ・ ○○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）生活習慣病等の発症予防・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)

評価指標	配点
① 生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症）、脳血管疾患や心疾患等の循環器病、糖尿病性腎症及び慢性腎臓病（CKD）等の発症予防・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	7 点
② 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和 6 年 3 月 28 日改定）を踏まえた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	3 点
1 対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること	
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	
③ ②の基準を満たす事業を実施する場合であって、事業実施過程で事業内容について、郡市医師会をはじめとする地域の医療関係団体から助言と協力を受けている場合	5 点
④ ②の基準を満たす事業を実施する場合であって、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断している者を抽出し、受診勧奨を実施している場合	20 点
⑤ ②の基準を満たす事業を実施する場合であって、対象者の抽出基準に該当した者のうち、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者と受診勧奨や保健指導を実施していない者でアウトカム評価指標を比較している場合	5 点

⑥ 生活習慣病等の重症化予防の取組において、対象者の希望や特性等に応じて、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」等に準じた遠隔面接（情報通信技術を活用した面接）やアプリケーション等を用いた効果的な保健指導を実施できる体制を構築している場合	5 点
⑦ 健康診査の結果等市町村が把握している保健医療情報（PHR）に加え、対象者が自ら日々測定する血圧・心拍数・体重・体脂肪・食事・運動・服薬等の健康状態等に関するデータ（PHR）を活用して、生活習慣病等の重症化予防についての効果的な保健指導を実施している場合	5 点
⑧ 禁煙を促す取組（セミナーや健康教室、個別の保健指導等）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6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6年度の実施状況を評価）

評 価 指 標	配点
① 40～50歳代の特定健診受診率向上のための取組を実施している。（休日夜間早朝の特定健診を実施している等）	5 点
② 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6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6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、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	
② 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
③ 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
④ 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 6 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 6 年度の実施状況及び実績を評価）

評価指標	配点
① 保険料の算定方法・納付や各種保険給付の支給要件・申請手続方法を含む国民健康保険制度全般について、マイナ保険証のメリット・マイナ保険証での積極的な受診の周知広報を含めリーフレットを作成し、HP 等において周知・広報している場合	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、医療機関等における積極的なマイナ保険証での受診について周知・広報の取組をしている場合	5 点
③ 限度額適用認定の申請時に、HP・チラシ、申請様式等を用いて、限度額適用認定証が不要となるマイナ保険証のメリットについて周知・広報の取組をしている場合	5 点

④ 保健事業を実施する際に、マイナポータルの健康・医療情報の活用及び医療機関等における積極的なマイナ保険証での受診について周知・啓発の取組をしている場合	5 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保険証の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	2 点
⑥ 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をできるよう、交付対象者への支援を行っている場合	2 点
⑦ 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
⑧ マイナ保険証の利用率について、令和 6 年 8 月時点の利用率を 35%以上、令和 6 年 11 月時点の利用率を 50%以上とする目標をそれぞれ設定している場合	2 点
⑨ マイナ保険証の利用率について、⑧で設定した令和 6 年 8 月時点の目標を達成している場合	10 点
⑩ 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自治体の上位 1 割に当たる〇〇%を達成している場合	10 点
⑪ ⑩の基準は達成していないが、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自治体の上位 3 割に当たる〇〇%を達成している場合	5 点
⑫ マイナ保険証の利用率が全自治体の上位 1 割に当たる〇〇%を達成している場合	20 点
⑬ ⑫の基準は達成していないが、マイナ保険証の利用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
⑭ ⑫及び⑬の基準は達成していないが、マイナ保険証の利用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

(留意点)

- ・ 令和 6 年度中の実施状況及び実績を評価するものとする。
- ・ ⑧～⑭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。
- ・ 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

の算出方法は、次のとおりとする。

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

$$= \text{マイナンバーカードの健康保険証利用登録者数} / \text{被保険者数}$$

- ・ 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。
- ・ マイナ保険証の利用率の算出方法は、次のとおりとする。

マイナ保険証の利用率

$$= \text{マイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数} / \text{外来レセプト枚数 (件数)}$$

- ・ ○○については、別途通知する。

5 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

(1) 重複投与者に対する取組 (令和6年度の実施状況、令和5年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 重複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	30 点
④ 郡市区医師会や薬剤師会などの地域の医療関係団体等と連携して重複投与の対策を実施している場合	10 点

(留意点)

- ・ 令和6年度中の実施状況等を評価するものとする。
- ・ 指標③については、令和5年度の実績の前年度比較を評価する。なお、重複投与者数 (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。

$$\text{当該年度の重複投与者数 (対被保険者 1 万人)} = (\text{当該年度の平均重複投与者数} / \text{当該年度の平均被保険者数}) \times 10,000$$

- ・ 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) 多剤投与者に対する取組 (令和6年度の実施状況、令和5年度の実績を評価)

評価指標	配点
------	----

① 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 ※ 65 歳以上の者について、医薬品を n 種類以上投与されている。n は 9 以上の数。65 歳未満の者についても、適宜、設定する。	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 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

（留意点）

- ・ 令和 6 年度中の実施状況等を評価するものとする。
- ・ 指標③については、令和 5 年度の実績の前年度比較を評価する。なお、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。

当該年度の多剤投与者数（対被保険者 1 万人）＝（当該年度の平均多剤投与者数／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。

（3）薬剤の適正使用の推進に対する取組（令和 6 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 冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発を行っていない場合	-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 6 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等に関する取組の実施状況

（1）後発医薬品の促進等の取組（令和 6 年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 後発医薬品の使用割合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	5 点
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	
④ 被保険者に対し、リフィル処方箋について、周知・啓発を行っている場合（その際、分割調剤等その他の長期処方も併せて周知・啓発することも考えられる）	10 点

（留意点）

- ・ 令和 6 年度中の実施状況を評価するものとする。
- ・ リフィル処方箋に係る周知・啓発については、個々の被保険者に対し周知・啓発を実施する取組が望ましい。
- ・ 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 5 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 4 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 4 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 4 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 3 年度の使用割合から令和 5 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 5 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。
- ・ ○○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5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5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 <table border="1"> <tr> <td> 10万人以上 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割） </td><td rowspan="5"> 上位3割 50点 又は 上位5割 35点 </td></tr> <tr> <td> 5万人以上～10万人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割） </td></tr> <tr> <td> 1万人以上～5万人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割） </td></tr> <tr> <td> 3千人以上～1万人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割） </td></tr> <tr> <td> 3千人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割） </td></tr> </table>	10万人以上 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割）	上位3割 50点 又は 上位5割 35点	5万人以上～10万人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割）	1万人以上～5万人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割）	3千人以上～1万人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割）	3千人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割）	
10万人以上 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割）	上位3割 50点 又は 上位5割 35点						
5万人以上～10万人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割）							
1万人以上～5万人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割）							
3千人以上～1万人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割）							
3千人未満 ○○%（令和5年度上位3割） ○○%（令和5年度上位5割）							
② 前年度（令和4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（令和4年度及び令和5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、令和4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、収納率が令和4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、令和3年度から令和5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令和4年度実績と比較し、5ポイント以上向上している場合（令和4年度及び令和5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令和4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
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令和4年度実績と比較し、1ポイント以上向上している場合	5 点

（留意点）

- ・ 令和5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。
- ・ 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6年度の実施状況を評価）

評 価 指 標	配 点
① 新たに第3期データヘルス計画策定の手引きに基づき計画を策定し、市町村における健康課題の抽出、標準化の取組、共通の評価指標の設定、計画の目的・目標・戦略の設定、個別の保健事業及び計画の評価・見直しなどを記載し、データヘルス計画をホームページ等を通じて公表している場合	10 点
② 従来のデータヘルス計画の策定期間内であるため、第3期データヘルス計画策定の手引きに基づき、新たに計画を策定しておらず、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	
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 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	
3 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(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	
①又は②の取組に加え、以下の取組を実施している場合	
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	5 点
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	

(留意点)

- ・ 令和 6 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

(1) 医療費通知の取組の実施状況(令和 6 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ない場合	-10 点
① 以下の項目が明示されている場合 ・ 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	
--	-------------------------------	--

(留意点)

- ・ 令和6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) こどもの医療の適正化等の取組（令和6年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
①地方単独事業として実施しているこどもの医療費助成制度について、年齢にかかわらず、外来で医療機関を受診する際、窓口での支払いが必要な制度としている場合（外来医療費を無償化せず自己負担を設けている場合など）	50点
② 地方単独事業として実施しているこどもの医療費助成制度について、外来で医療機関を受診する際、窓口での支払いが不要な制度から窓口での支払いが必要な制度に、令和6年度に変更した場合（医療費助成の対象となる年齢層のうち一部の年齢層の制度変更を含む）	20点
③ 地方単独事業として実施しているこどもの医療費助成制度と合わせ、医療費助成担当部局と連携し、こどもの保護者に対して適切な受診を促す周知・啓発を実施している場合	5点
④ ③の取組を実施していない場合	-5点
⑤ こどもの急な病気やけがへの対応等（夜間・休日の小児救急医療の輪番制等の体制構築に係る案内・情報提供など）を実施している場合	5点

(留意点)

- ・ 令和6年度中の実施状況を評価するものとする。

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6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	8点
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6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6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6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 第三者求償の取組の実施状況

○第三者求償の取組状況(令和6年度の実施状況を評価。ただし、⑥及び⑦は令和5年度の実績を評価。)

評価指標	配点
① 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2種類以上の関係機関から救急搬送記録等	7点

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）	
② 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
③ 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
④ ③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
⑤ 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	3 点
⑥ 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、令和5年度の数値目標をすべて達成している場合 ※(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. 第三」の記載率。	10 点
⑦ 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、令和5年度の数値目標を2つ以上達成している場合（上記⑥を達成している市町村は除く）	5 点

（留意点）

- ・ 令和6年度中の実施状況を評価するものとする。
（ただし、⑥及び⑦については、令和5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、事務連絡「令和5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。なお、実施状況報告については別途連絡する。

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6年度の実施状況を評価。ただし、(1)①及び(2)①は令和5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 点
(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	2 点
(4) オンライン資格確認の資格情報を活用した適用の適正化	
① オンライン資格確認等システムにおける「資格重複状況結果一覧」を適用の適正化に活用している場合	2 点

(留意点)

- ・ 令和 6 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 5 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 6 年度の実施状況を評価。ただし(1)①及び②は令和 5 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	
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 5 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

(2) 一部負担金の適切な運営	
① 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 6 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については、令和 5 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 6 年 6 月 18 日付事務連絡「令和 7 年度予算関係等資料の作成について」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 6 年度の実施状況を評価。ただし(1)①は令和 5 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 5 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 6 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 5 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 5 年度の実施状況を評価）

評 価 指 標	配 点
① 令和 5 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	50 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おり、 ・ 令和 5 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減少 ・ 解消予定年度が令和 6 年度以降令和 8 年度以内の場合であって、次の要件に該当している場合	
② 令和 5 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③とする。	5 点
③ 令和 5 年度決算において削減予定額（率）を達成していない場合	-5 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おり、 ・ 令和 5 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の金額が減少 ・ 解消予定年度が令和 9 年度以降の場合であって、次の要件に該当している場合	
④ 令和 5 年度の策定予定額（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 5 年度決算において、削減予定額（率）を達成していない場合	-20 点
⑥ 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、令和 5 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減少していない場合	-25 点

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 ※令和5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5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。	-30 点
--	-------

(留意点)

- ・ 令和5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6年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
(1) 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
(2) 事務の標準化、効率化・コスト削減、広域化に係る取組	
① 地方公共団体情報システムの標準化の取組において、市町村事務処理標準システムを導入（予定含む）し、国民健康保険システムの標準化を実施する場合	3 点
② 地方公共団体情報システムの標準化の取組において、市町村事務処理標準システム又はその他の国民健康保険システムをガバメントクラウドを利用して導入（予定含む）する場合。	3 点
(3) 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 6 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。