

令和7年12月9日	参考 資料4
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0711第1号
令和7年7月11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8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8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8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8年度の納付金算定に反映させる観点から、令和7年度中に令和8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7年度の評価指標毎の減点) ×被保険者数〕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7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7年5月31日現在の数値を用いることとする。

4. 令和7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8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6年度中の実施を予定していた取組について、令和6年度中に実施しな

かつた場合

- ・ 令和 7 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 7 年度配点 × 補正係数〔全指標の令和 8 年度配点合計 (897 点) / 令和 7 年度配点合計 (988 点)〕とする。

※ 小数点以下は切り捨てるものとする。

6. 令和 6 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 7 年度交付額算定までの間に減点されていない場合、令和 8 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 7 年 7 月 9 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 8 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（「特定健康診査の実施率」、「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 3 年度から令和 5 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 8 年度国民健康保険保険者努力支援交付要綱（仮称）」をもって、令和 8 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、評価採点表（①自己採点表）については令和7年8月13日（水）までに、評価採点表（②重複・多剤投与者数）については令和7年9月9日（火）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）特定健康診査の実施率（令和5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	30点
② ①の基準を達成し、かつ、実施率が前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、特定健康診査実施率が特定健診対象者数規模別の中央値を達成し、かつ、令和3年度～令和5年度まで実施率を維持している場合 ※ 「実施率を維持」は「対前年度比で減少していない」と定義 ※ 令和5年度の中央値を超えており、かつ、令和3年度～令和5年度の実施率が低下していない場合を評価 ○○%（特定健診対象者数が10万人以上の大規模保険者） ○○%（特定健診対象者数が5千人以上10万人未満の中規模保険者） ○○%（特定健診対象者数が5千人未満の小規模保険者）	20点
④ ①及び③の基準は達成していないが、前年度の実績と比較し、実施率が3ポイント以上向上している場合	15点
⑤ ①及び③の基準は達成していないが、前年度の実績と比較し、実施率が2ポイント以上向上している場合（④の基準を達成している場合を除く）	10点

⑥ ①及び③の基準は達成していないが、前年度の実績と比較し、実施率が 1 ポイント以上向上している場合 (④及び⑤の基準を達成している場合を除く)	5 点
⑦ 特定健康診査実施率が特定健診対象者数規模別の下位 25%未満の値となっている場合 (④～⑥の基準を達成している場合を除く)	
○○% (特定健診対象者数が 10 万人以上の大規模保険者)	-15 点
○○% (特定健診対象者数が 5 千人以上 10 万人未満の中規模保険者)	
○○% (特定健診対象者数が 5 千人未満の小規模保険者)	

(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「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。
- 特定健康診査の実施率の算出方法は、次のとおりとする。

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

※ 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。

- については、別途通知する。

(2) 特定保健指導の実施率(令和 5 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	30 点
② ①の基準を達成し、かつ、実施率が前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、特定保健指導実施率が特定健診対象者数規模別の中央値を達成し、かつ、令和 3 年度～令和 5 年度まで実施率を維持している場合 ※ 「実施率を維持」は「対前年度比で減少していない」と定義	20 点

※ 令和5年度の中央値を超えており、かつ、令和3年度～令和5年度の実施率が低下していない場合を評価	
○○% (特定健診対象者数が10万人以上の大規模保険者)	
○○% (特定健診対象者数が5千人以上 10万人未満の中規模保険者)	
○○% (特定健診対象者数が5千人未満の小規模保険者)	
④ ①及び③の基準は達成していないが、前年度の実績と比較し、実施率が3ポイント以上向上している場合	15点
⑤ ①及び③の基準は達成していないが、前年度の実績と比較し、実施率が2ポイント以上向上している場合 (④の基準を達成している場合を除く)	10点
⑥ ①及び③の基準は達成していないが、前年度の実績と比較し、実施率が1ポイント以上向上している場合 (④及び⑤の基準を達成している場合を除く)	5点
⑦ 特定保健指導実施率が特定健診対象者数規模別の下位25%未満の値となっている場合 (④～⑥の基準を達成している場合を除く)	
○○% (特定健診対象者数が10万人以上の大規模保険者)	-15点
○○% (特定健診対象者数が5千人以上 10万人未満の中規模保険者)	
○○% (特定健診対象者数が5千人未満の小規模保険者)	

(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データを用いて評価するものとする。
- 特定健康診査の実施率の算出方法は、次のとおりとする。

$$\text{特定健康診査の実施率} = (\text{受診者数} / \text{対象者数}) \times 100$$
- 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。
- 特定保健指導の実施率の算出方法は、次のとおりとする。

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

- については、別途通知する。

(3) 特定健康診査及び特定保健指導の実施率（令和5年度の実績を評価）

評価指標	配点
① 特定健康診査及び特定保健指導の実施率がともに特定健診対象者数規模別の上位25%の値を達成している場合	30点
○○%（特定健診対象者数が10万人以上の大規模保険者）	
○○%（特定健診対象者数が5千人以上10万人未満の中規模保険者）	
○○%（特定健診対象者数が5千人未満の小規模保険者）	

(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。
特定保健指導の実施率＝（特定保健指導終了者数／特定保健指導対象者数）
×100
- については、別途通知する。

(4) 特定の年代における特定健康診査実施率向上の取組の実施状況（令和5年度の実績を評価）

評価指標	配点
① 59歳以下の特定健康診査実施率が、前年度の実績と比較して1ポイント以上向上している場合	10点
② 40～44歳の特定健康診査実施率が、前年度の実績と比較して1ポイント以上向上している場合	15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「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。
- 特定健康診査の実施率の算出方法は、次のとおりとする。

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

※ 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。

(5) 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 5 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、減少率が前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 0 より大きい場合	10 点
④ ③の基準を達成し、かつ、前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、前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 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 = $\{(\text{平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数} - \text{当該年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}) / \text{平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定数} \} \times 100$

※ 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 5 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。

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 5 年度の実績、令和 7 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つのがん検診のいずれかのうち、1つのがん検診が国の目標値(60%)を達成している場合	7点
② 胃がん、肺がん、大腸がんの3つのがん検診の平均受診率が25%を達成している場合	7点
③ ②の基準は達成していないが、胃がん、肺がん、大腸がん、の3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	5点
④ ②及び③の基準は達成していないが、胃がん、肺がん、大腸がんの3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	2点
⑤ 子宮頸がん、乳がんの2つのがん検診の平均受診率が25%を達成している場合	7点
⑥ ⑤の基準は達成していないが、子宮頸がん、乳がんの2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	5点
⑦ ⑤及び⑥の基準は達成していないが、子宮頸がん、乳がんの2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	2点
⑧ 前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	4点
⑨ 受診率の向上のため、胃がん、肺がん、大腸がんの3つのがん検診のいずれかと特定健診を一体的に実施し、かつ、事前に被保険者に対し一体的に受診できる旨を案内している場合	2点
⑩ 受診率向上のため、子宮頸がん、乳がんの2つのがん検診のいずれかと特定健診を一体的に実施し、かつ、事前に被保険者に対し一体的に受診できる旨を案内している場合	3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。
- ・ 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。
 - 胃がん、肺がん、大腸がんの平均受診率の算出方法について
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）／3
 - 子宮頸がん、乳がんの平均受診率の算出方法について
平均受診率＝（子宮頸がん検診の受診率+乳がん検診の受診率）／2
- ・ 上記算出で使用する受診者数、対象者数とは、令和5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4年度の受診者数、対象者数については令和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、対象者数とする）。
【令和5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】
(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6年度の実績を評価）

評価指標	配点
① 令和6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	20点
② ①の基準は達成していないが、令和6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5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

（留意点）

- ・ 令和6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 7 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、地域の医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会等と連携して実施し、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	5 点
② ①の取組において、参加者と非参加者との比較等による効果検証を実施している場合	3 点
③ ②の効果検証結果及び上手な医療のかかり方等をホームページ、広報誌、セミナー、健康教室等により周知を行っている場合	2 点
④ 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 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	2 点

	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	
⑤	④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
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	10 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電子データ（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	10 点
⑧	「禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版」を参考に、喫煙関連疾患（がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）等）対策を兼ねた禁煙を促す取組（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（特定保健指導に該当する保健指導以外）	3 点

(留意点)

- ・ 令和7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) 特定健康診査実施率向上の取組の実施状況（令和7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 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7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7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
<p>① 一般住民の自主的な予防・健康づくりを推進するため、以下の基準をすべて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</p> <p>1 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提供する事業や、ポイント付与を介さずに取組や成果に対して直接報奨を提供する事業などであること。</p> <p>2 プログラム等の中で、健診受診、各種健康教室への参加、ウォーキング、ジョギング、体重・血圧・食事の記録等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こと。</p> <p>3 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の効果検証や、その結果に基づく事業改善を行うなどPDCAサイクルで事業の振り返りを実施していること。</p>	10点
② ①の基準を満たす事業を実施する場合であって、本人の取組の成果として、健診の検査値、喫煙状況、アルコール摂取状況のいずれか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	20点
③ 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	5点

(留意点)

- ・令和7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7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周知を行っている場合。	1点
② ①を達成したうえで、マイナ保険証での受診についてリーフレットを作成し、 自治体 HP において掲載し、周知・広報を行っている場合。	2点
自治体 HP 以外の広報媒体において掲載し、周知・広報を行っている場合。	2点
③ 資格確認書等の更新時や納入通知書の発送時、または保健事業を実施する際等において、リーフレット等を用いて、医療機関等での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。	3点
④ ③を達成したうえで、自治体 HP 等にマイナ保険証の利用に係る初回登録の手順について記載がある場合。	3点
⑤ 限度額適用認証の申請時に、HP・チラシ等を用いて、マイナ保険証を利用すると限度額適用認定証が不要となる旨の周知・広報の取組をしている場合。	3点
⑥ 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する周知・啓発を行っている場合。	3点
⑦ マイナンバーカードの交付対象者に対し交付後すぐに健康保険証の利用登録をできるよう、府内で連携して交付対象者への支援を行っている場合。	2点
⑧ 令和7年8月時点のマイナンバーカードの健康保険証としての利用率が、50%以上となっている場合。	10点
⑨ ⑧については達成していないが、令和7年8月時点のマイナンバーカードの健康保険証としての利用率が、令和6年8月時点の2倍以上となっている場合。	7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7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
＝マイナンバーカードの健康保険証利用登録者数／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
＝マイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数／外来レセプト枚数(件数)
- 〇〇については、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7年度の実施状況、令和6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、服薬情報の通知や行政、医療機関、薬局等が個別に訪問・指導する等の取組を実施し、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	5点
② ①を実施した上で、改善状況を確認できない本人や支援者(本人・家族、処方医師、薬剤師等)に服薬状況や副作用の状況を確認し、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7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6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7年度の実施状況、令和6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、服薬情報の通知や行政、医療機関、薬局等が個別に訪問・指導する等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、改善状況を確認できない本人や支援者（本人・家族、処方医師、薬剤師等）に服薬状況や副作用の状況を確認し、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7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6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7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 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	2点

② ①の取組について、個々の被保険者に対し、窓口での説明や医療費通知等を活用して、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	3 点
③ 地域フォーミュラリ（※）の作成・運用に関して地域の医師、薬剤師などの民間団体が開催する会議体に参画している場合 ※ 地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針。	3 点

（留意点）

- ・ 令和 7 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 7 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 個々の被保険者に対し、リフィル処方箋及びバイオ後続品について、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 7 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6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が85%を達成している場合	70点
② ①の基準は満たさず、かつ、令和4年度の使用割合から令和6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6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。

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6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6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	
10万人以上 ○○%（令和6年度上位3割） ○○%（令和6年度上位5割）	上位3割 50点
5万人以上～10万人未満 ○○%（令和6年度上位3割） ○○%（令和6年度上位5割）	又は 上位5割 35点
1万人以上～5万人未満 ○○%（令和6年度上位3割） ○○%（令和6年度上位5割）	
3千人以上～1万人未満 ○○%（令和6年度上位3割） ○○%（令和6年度上位5割）	
3千人未満 ○○%（令和6年度上位3割） ○○%（令和6年度上位5割）	

② 前年度（令和5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5年度及び令和6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5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5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4年度から令和6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5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5年度及び令和6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5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5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6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。

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7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 第3期データヘルス計画に基づき6年度に実施した保健事業等について、計画の評価及び見直しの検討を行い、かつ、その計画をホームページ等を通じて公表し実施している場合（検討の結果変更なし含む）	5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		
<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>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>	2点	

(留意点)

- ・ 令和7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

○こどもの医療の適正化等の取組（令和7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）	20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7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）	10点

③ 地方単独事業として実施している子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、子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 子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7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7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	5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7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7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	5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	5点

(留意点)

- ・ 令和 7 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 7 年度の実施状況を評価。ただし、⑥及び⑦は令和 6 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）	7点
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 6 年度の数値目標をすべて達成している場合 ※ 傷病届の早期提出割合、勧奨後の傷病届早期提出割合、傷病届受理日までの平均日数、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 6 年度の数値目標を 2 つ以上達	5点

成している場合（上記⑥を達成している市町村は除く）	
---------------------------	--

(留意点)

- 令和7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6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6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7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
(1) 所得未申告世帯の調査	
① 当初賦課決定から年度末にかけて未申告世帯に対して申告の勧奨を行い、応対がない未申告世帯に対しては所得調査を実施し、所得を把握している場合	3点
(2) 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」及び「加入勧奨ファイル」を適用の適正化に活用している場合	4点

(留意点)

- 令和7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) 給付の適正化状況（令和7年度の実施状況を評価。ただし(1)③は令和6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 資格点検・内容点検とともにレセプト全件について実施しており、医科レセプトと調剤レセプトとの突合、縦覧点検、横覧点検、介護レセプトとの突合のすべてを実施している場合	3点
③ ②の取組に加え、令和6年度（4～3月）の内容点検分の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いる場合	2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7年度中の実施状況を評価するものとする。
(ただし、(1)③については、令和6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7年6月25日付事務連絡「令和8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7年度の実施状況を評価。ただし(1)①は令和6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6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・クレジットカード・ペイジー等のマルチペイメントネットワークサービス・QRコード決済（PayPay等）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 (各1点)	4点
③ 滞納者がいる場合において、再三の督促、催促にもかかわらず納付に応じない滞納者について、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	3点

<p>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</p>	
<p>④ 滞納者がいる場合において、電話、訪問等を通じて納付相談を促し、電話又は窓口等における納付相談の機会を設けるとともに、納付相談に応じた滞納者に対して、災害その他特別の事情の有無を確認するとともに、必要に応じて保険料（税）の分割納付等による計画的な納付を促すという取組を行っていない場合</p>	-3 点
<p>⑤ 滞納者がいる場合において、必要に応じて、税関係の部署などと連携する等により差押えや換価、保険料（税）への充当のいずれも実施していない場合</p>	-2 点
<p>(2) 外国人被保険者への周知</p>	
<p>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・督促状・催告書等を作成し、制度の周知・収納率の向上を図っている場合</p>	3 点
<p>② 住基登録を行う部署での手続後に国保部署の窓口を案内する等の切れ目のない業務フローの確立や、外国人転入者向けのリーフレットに国保の制度説明も掲載するなど、他部署と連携した加入手続や制度の説明を行っている場合</p>	2 点
<p>③ 庁内にて翻訳機や外国語対応の可能な専任の人員等により国保制度の説明を行える体制が恒常に整っている場合</p>	2 点

(留意点)

- ・ 令和7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6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6年度の実施状況を評価）※⑨を除く

評価指標	配点
<p>① 令和6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</p>	60 点

<p>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、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和6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 <ul style="list-style-type: none"> ・解消予定年度が令和7年度及び令和8年度の場合であって、次の要件に該当している場合 	
<p>② 令和6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。</p>	15点
<p>③ 令和6年度決算において削減予定額（率）を達成していない場合</p> <p>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、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和6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 <ul style="list-style-type: none"> ・解消予定年度が令和9年度以降令和17年度以内の場合であって、次の要件に該当している場合 	-15点
<p>④ 令和6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。</p>	-5点
<p>⑤ 令和6年度決算において、削減予定額（率）を達成していない場合</p>	-30点
<p>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、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和6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 <ul style="list-style-type: none"> ・解消予定年度が令和18年度以降の場合であって、次の要件に該当している場合 	
<p>⑥ 令和6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⑦とする。</p>	-15点
<p>⑦ 令和6年度決算において、削減予定額（率）を達成していない場合</p>	-40点
<p>⑧ 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</p>	-40点

が、令和 6 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	
⑨ 令和 7 年度中に赤字削減・解消計画の見直しを行い、解消予定年度を繰り上げた場合（解消予定年度が令和 18 年度以降である市町村については、解消予定年度を令和 17 年度以前に見直した場合に限る。）	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。
(ただし、⑨については、令和 7 年度中の実施状況を評価する。)
- ・ 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 7 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 7 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。

保国発0711第2号
令和7年7月11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8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8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8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8年度の納付金算定に反映させる観点から、令和7年度中に令和8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7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8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6年度中の実施を予定していた取組について、令和6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7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7年度配点×補正係数(令和8年度配点合計／令和7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) 205点／160点

(指標2) 269点／130点

(指標3) 298点／282点 とする。

5. 令和6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7年度交付額算定までの間に減点されていない場合、令和8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7年7月9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8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、「第5-4(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8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8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7年8月13日(水)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

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8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7年7月11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

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7年度の評価指標毎の減点）×都道府県内被保険者数〕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、被保険者数は令和7年5月31日現在の数値を用いることとする。

評価指標及び点数について

（1）特定健康診査の実施率（令和5年度実績を評価）

評価指標	配点
① 特定健康診査実施率の都道府県平均値が目標値（60%）を達成している場合	20点
② ①の基準は達成していないが、特定健康診査の実施率の都道府県平均値が、市町村国保（全体）の平均値を達成し、かつ、令和3年度～令和5年度までの実施率を維持している場合 ※「受診率を維持」は「対前年度比で減少していない」と定義 ※都道府県平均値が令和5年度の市町村国保（全体）の平均値を超えており、かつ、令和3年度～令和5年度の都道府県平均値が低下していない場合を評価	10点

③ 特定健康診査の実施率の都道府県平均値が、前年度実績と比較し、3 ポイント以上向上している場合（上記①及び②の基準を達成している場合を除く）	6 点
④ 特定健康診査の実施率の都道府県平均値が、前年度実績と比較し、2 ポイント以上向上している場合（上記①～③の基準を達成している場合を除く）	3 点
⑤ 特定健康診査の実施率の都道府県平均値が、前年度実績と比較し、1 ポイント以上向上している場合（上記①～④の基準を達成している場合を除く）	1 点
⑥ 特定健康診査の実施率の都道府県平均値が、前年度水準よりも悪化している場合	-2 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「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 5 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目標値（60%）を達成している場合	20 点
② ①の基準は達成していないが、特定保健指導の実施率の都道府県平均値が、市町村国保（全体）の平均値を達成し、かつ、令和 3 年度～令和 5 年度までの実施率を維持している場合 ※「実施率を維持」は「対前年度比で減少していない」と定義 ※都道府県平均値が令和 5 年度の市町村国保（全体）の平均値を超えており、かつ、令和 3 年度～令和 5 年度の都道府県平均値が低下していない場合を評価	10 点
③ 特定保健指導の実施率の都道府県平均値が、前年度実績と比較し、3 ポイント以上向上している場合（上記①及び②の基準を達成している場合を除く）	6 点
④ 特定保健指導の実施率の都道府県平均値が、前年度実績	3 点

と比較し、2 ポイント以上向上している場合（上記①～③の基準を達成している場合を除く）	
⑤ 特定保健指導の実施率の都道府県平均値が、前年度実績と比較し、1 ポイント以上向上している場合（上記①～④の基準を達成している場合を除く）	1 点
⑥ 特定保健指導の実施率の都道府県平均値が、前年度水準よりも 1 ポイント以上悪化している場合	-2 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

（3）特定健康診査及び特定保健指導の実施率（令和 5 年度実績を評価）

評価指標	配点
① 特定健康診査及び特定保健指導実施率が、ともに都道府県の上位 5 位を達成している場合	30 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「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
- 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

（4）生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組状況（令和 7 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 9.5 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④を満たす市町村の割合	7 点

が9.5割を超えている場合	
③ 管内市町村のうち、市町村指標⑤を満たす市町村の割合が9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。

(5) 個人インセンティブの提供（令和7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）⑥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。

(6) 個人へのわかりやすい情報提供の実施（令和7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	5点
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	5点

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	
-------------------------------------	--

(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／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／外来レセプト枚数(件数)

(7) 後発医薬品の使用割合 (令和 6 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 85% を達成している場合	15 点

(留意点)

- 令和 6 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。

(8) 保険料 (税) 収納率 (令和 6 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 5 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 5 年度実績と比較して向上している場合	5 点

(留意点)

- 令和 6 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
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。

(9) 重複投与者に対する取組(令和7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。

(10) 多剤投与者に対する取組(令和7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(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

220 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 7 年度の評価指標毎の減点) × 都道府県内被保険者数〕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（220 億円）の範囲内で算出する。

被保険者数は令和 7 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 5 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	30 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	20 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	15 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 5 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、以下のいずれかに該当する場合	
ア 前年度から改善しており、改善率が全都道府県の上位 1 位から 5 位の場合	40 点
イ 前年度から改善しており、改善率が全都道府県の上位 6 位から 10 位の場合	35 点
ウ 前年度から改善している場合	20 点

エ 前年度水準を維持（※1）している場合	15点
② 年齢調整後一人当たり医療費が前々年度から連續して改善している場合	15点
③ 年齢調整後一人当たり医療費が前々年度水準及び前年度水準よりも悪化している場合（※2、※3）	-10点
④ ③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水準より悪化している場合（※2、※3）	-5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、令和元年度指数、令和3年度指数、令和4年度指数、令和5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。

※1 「維持」とは、令和元年度、令和3年度及び令和4年度平均を超えていない場合を指す。

※2 「悪化」とは、前年度と比較して年齢調整後一人当たり医療費が+であり、かつ、前年度水準（令和元年度、令和3年度及び令和4年度の平均値）を超えている場合を指す。（前々年度水準は、平成30年度、令和元年度及び令和3年度の平均値）

※3 都道府県指標「第3-3（1）特定健康診査の実施率」、「第3-3（2）特定保健指導の実施率」、「第3-3（3）特定健康診査及び特定保健指導の実施率」のいずれかに加え、「第3-3（4）生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組状況」、「第3-3（5）個人インセンティブの提供」及び「第3-3（7）後発医薬品の使用割合」のいずれもを得点している都道府県は対象外とする。

(3) i 重症化予防のマクロ的評価（年齢調整後新規透析導入患者数における当年度の実績）（令和6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	3点

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	
---	--

ii 重症化予防のマクロ的評価（年齢調整後新規透析導入患者数における前年度との比較）（令和6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	12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	9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	5点
⑦ 都道府県の年齢調整後新規透析患者数（対象被保険者1万人）が悪化した場合（※1）	-2点

iii 重症化予防のマクロ的評価（血糖コントロール不良者の割合）（令和5年度実績を評価）

評価指標	配点
① 都道府県の特定健康診査受診者で HbA1c を測定されている者のうち、HbA1c8.0%以上の者の割合が健康日本21（第3次）の目標値1.0%未満を達成している場合	20点

iv 重症化予防のマクロ的評価（HbA1c 高値未治療者*の割合）（令和5年度実績を評価）

評価指標	配点
① 都道府県の特定健康診査受診者で HbA1c を測定されている者のうち、HbA1c8.0%以上の未治療者の割合が少ない順に、全都道府県の上位1位から5位である場合	10点
② 都道府県の特定健康診査受診者で HbA1c を測定されている者のうち、HbA1c8.0%以上の未治療者の割合が少ない順に、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、都道府県の特定健康診査受診者で HbA1c を測定されている者のうち、HbA1c8.0%	3点

以上の未治療者の割合が少ない順に、全都道府県の上位5割である場合	
④ 都道府県の特定健康診査受診者で HbA1c を測定されている者のうち、HbA1c8.0%以上の未治療者の割合が、前年度水準より悪化している場合（※2）	-2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。

※1 都道府県指標「第3－3（4）生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組状況」②または③のいずれかを得点している都道府県は対象外とする。

※2 特定保健指導の実施率の都道府県平均値が前年度水準よりも向上している都道府県は対象外とする。

（4）i 重複投与者数（当年度の実績）（令和6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6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	22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	16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	8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6年度実績を評価）

評価指標	配点
① 都道府県の多剤投与者数（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 都道府県の多剤投与者数（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、都道府県の多剤投与者数（対被保険者1万人）が少ない順に、全都道府県の上位5割である場合	3点

ii 多剤投与者数（前年度との比較）（令和6年度実績を評価）

評価指標	配点
① 都道府県の多剤投与者数（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。
- 都道府県の多剤投与者数（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の多剤投与者数（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

(6) i こどもの一人当たり医療費等（令和5年度実績を評価）

評価指標	配点
① こどもの一人当たり医療費（外来。以下同じ。）が、全都道府県の上位1位から5位である場合	20点
② こどもの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 こどもの一人当たり受診頻度（外来）が、前年度水準よりも悪化している場合（※）	-2点

ii こどもの一人当たり医療費の改善状況（令和5年度実績を評価）

評価指標	配点
① こどもの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 こどもの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6位から10位の場合	35点

iii こどもの一人当たり抗菌薬処方量（令和5年度実績を評価）

評価指標	配点
① こどもの人口一人当たり抗菌薬処方量（外来）が少ない順に全都道府県の上位1位から5位の場合	10点
② こどもの人口一人当たり抗菌薬処方量（外来）が少ない順に全都道府県の上位6位から10位の場合	5点
③ こどもの人口一人当たり抗菌薬処方量（外来）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	10点
④ こどもの人口一人当たり抗菌薬処方量（外来）の前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	5点

（留意点）

※ 管轄市町村の過半数が市町村指標「第4-3○こどもの医療の適正化等の取組」③を満たす都道府県は対象外とする。

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（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

230 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 7 年度の評価指標毎の減点）×都道府県内被保険者数〕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（230 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 7 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

○ 予防・健康づくりの取組（令和 7 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ため、本庁・管轄保健所が市町村ヒアリングを実施し、市町村それぞれの実情に合わせた保健事業が可能になるように支援し、本庁・管轄保健所から受けた報告から都道府県における取組を見直している場合	5 点

（留意点）

- ・ 令和 7 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 7 年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
② 個人へのインセンティブの提供について、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	5 点

場合	
----	--

(留意点)

- ・ 令和7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7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
③ 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7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。

○ 薬剤の適正使用の推進に係る取組（令和7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
④ 「フォーミュラリの運用について（※1）」を地域の医師、薬剤師等の民間団体に周知する等、地域フォーミュラリ（※2）の作成・運用に関する周知・啓発を行っている場合	1点
⑤ 市町村の区域を越えた（二次医療圏等）地域フォーミュラリの作成・運用に関して行政機関が開催する会議体において検討している場合	3点
⑥ 市町村の区域を越えた（二次医療圏等）地域フォーミュラリの作成・運用に関して地域の医師、薬剤師等の民間団体が開催する会議体に参画している場合	3点

(留意点)

- ・ 令和7年度中の実施状況を評価するものとする。

※1 令和5年7月7日 保医発0707第7号、保連発0707第1号、医政産情企発0707第1号、薬生安発0707第1号

※2 地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針。

○ 市町村への指導・助言等（令和7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
(i) 不正利得の回収 <ul style="list-style-type: none"> 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、府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 	3点
(ii) 第三者求償 <ul style="list-style-type: none"> 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 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 ③ 広域的または専門的な事案について、市町村と協議のうえ、委託規約を策定している場合 	2点 2点 1点

（留意点）

- ・ 令和7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7年度の実施状況を評価）

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 <ul style="list-style-type: none"> ① 他の都道府県との医療費の地域差を分析した上で、保険者協議会に当該地域差のデータを示し、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（※1） 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（※2） ③ 保険者協議会において、バイオ後継品を含む後発医薬品の使用促進についても取り上げ、都道府県後発医 	5点 10点

薬品使用促進協議会と連携しながら取組を進めている場合（※3）	
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（※4）	5点

(留意点)

- ・ 令和7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 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・医療関係者等の子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している。

※2 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。人材育成の対象者は、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。

※3 保険者協議会において、後発医薬品の使用促進に積極的な保険者の取組事例を共有することや、都道府県後発医薬品使用促進協議会が設置されている場合には、保険者協議会との間で後発医薬品の使用促進に資する情報を共有し、保険者協議会においても取り上げることを想定している。

※4 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7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7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。

○ データヘルス計画、一体的実施の支援状況（令和7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
① 管内市町村のデータヘルス計画において <ul style="list-style-type: none"> 都道府県で設定することが望ましい指標 地域実情に応じて都道府県が設定する指標 各都道府県で個別に設定している指標 について設定されているかを把握している場合	1点
② ①を達成している場合で、標準化の意図を市町村に説明する等により、すべての市町村が指標の設定に取り組むよう働きかけている場合	3点
③ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組について、国保連合会や広域連合と共に、国民健康保険運営方針または保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策に沿って、市町村に対する支援を実施している場合	2点
④ 庁内の健康増進、後期高齢者医療、介護保険担当部門と国保保健事業、介護予防事業、後期高齢者医療の一体的実施について、意見交換や情報収集の機会を設け、かつ、得られた情報について市町村に情報提供するなど、管内市町村における取組の改善を図っている場合	2点

（留意点）

- 令和7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。
- 「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。

○ 子どもの医療の適正化等の取組（令和7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
子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	
【被保険者への取組】 ① 子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（子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）	40点
【管内市区町村との連携】 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、子どもの抗菌薬処方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、子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7年度中の実施状況を評価するものとする。
- ②については市町村指標「第4－3 子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6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	40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	20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、⑦又は⑧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、⑦又は⑧に該当している場合	-15点
⑤ 令和7年4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6年10月～令和7年4月に提出された変更計画が対象）。	-15点
⑥ 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	-35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。
- 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7年度の実施状況を評価）

評価指標	配点
【保険料水準統一の達成状況】	
① 令和8年度納付金算定において、完全統一を達成している場合	90点
② 令和8年度納付金算定において、 α の値を以下のとおり設定している場合（①に該当する場合を除く）	
1 $\alpha = 0$ の場合（納付金ベースの統一）	40点
2 $\alpha < 1$ の場合	10点
③ 令和8年度納付金算定において、二次医療圏ごとの統一を達成している場合（②に該当する場合を除く）	10点
【保険料水準統一の目標年度の設定状況】	
④ 完全統一の目標年度を市町村と合意している場合	

1 目標年度が令和 15 年度以前の場合	30 点
2 目標年度が令和 16 年度から令和 18 年度までの場合	20 点
⑤ 納付金ベースの統一の目標年度を市町村と合意している場合	
1 目標年度が令和 12 年度以前の場合	15 点
2 目標年度が令和 13 年度以降の場合	5 点
【保険料水準統一に向けた取組の状況】	
⑥ 保険料水準の統一に向けて次の取組を実施している場合	
1 保険料水準統一に向けた議論を行う場を設け、定期的に市町村と具体的な議論を行っている場合	5 点
2 完全統一に向けて下記の項目について合意を得ている場合	
ア 市町村個別の歳入・歳出に係る完全統一後の取扱	5 点
イ 標準的な収納率による調整の取扱	3 点
ウ 保険料算定方法	2 点
⑦ 保険料水準統一に向けて市町村と具体的な議論を行っていない場合	-15 点

(留意点)

- 令和 7 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。

(4) 医療提供体制適正化の推進（令和 7 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 6 年度病床機能報告の報告率が令和 7 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7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7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7年度中の実施状況を評価するものとする（令和6年度に実施済みの場合も評価対象）。