

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。

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

（3）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。

$$\text{特定健診受診率の都道府県平均値} = (\text{都道府県内の特定健康診査受診者数}) / (\text{都道府県内の特定健康診査受診対象者数}) \times 100$$
- ・ 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。

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

（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(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

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続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

(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 4－3〇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 都道府県の実績状況の評価について

1. 各都道府県の実績について

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 年度の実施状況进行评估）

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	5 点
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	

（留意点）

- ・ 令和 7 年度中の実施状況进行评估するものとする。
- ・ 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 年度の実施状況进行评估）

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（※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年度の実施状況进行评估）

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、市町村と協議のうえ、委託規約を策定している場合	1点

（留意点）

- ・ 令和7年度中の実施状況进行评估するものとする。
- ・ 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年度の実施状況进行评估）

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 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）	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（※2）	
③ 保険者協議会において、バイオ後続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	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働し、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関して、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。

○ こどもの医療の適正化等の取組（令和 7 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、こどもの抗菌薬処方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 7 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 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 6 年度の実施状況の評価）

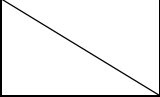
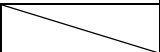
評 価 指 標	配点
① 都道府県内の全ての市町村について、市町村指標①に該当している場合	40 点
② ①の基準は満たさないが、都道府県内の全ての市町村のうち 8 割以上の市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	20 点

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）	<div style="text-align: center;">  </div>
1 $\alpha = 0$ の場合（納付金ベースの統一）	
2 $\alpha < 1$ の場合	
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	<div style="text-align: center;">  </div>

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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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）。