

保険者努力支援制度(取組評価分)都道府県分 令和8年度／令和7年度比較表

令和8年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

◆(指標1)市町村指標の都道府県単位評価について【予算規模:150億円】			
(1)特定健康診査の実施率(令和5年度の実績を評価)		令和8年度	
達成基準		配点	得点
① 特定健康診査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		20	
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)	10
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)	
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)	
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)	
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)	
		20	10

+6

(2)特定保健指導の実施率(令和5年度の実績を評価)			
達成基準		配点	得点
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		20	
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)	
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)	
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)	
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)	
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)	-2
		20	-2

-6

(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)			
達成基準		配点	得点
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	
		30	

令和7年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

◆(指標1)市町村指標の都道府県単位評価について【予算規模:160億円】			
(1)特定健診の実施率(令和4年度の実績を評価)		令和7年度	
達成基準		配点	得点
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	
② ①の基準は満たさないが、特定健診受診率の都道府県平均値が上位3割相当の数値を達成している場合		(4)	
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)	
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)	
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	4
		10	4

(2)特定保健指導の実施率(令和4年度の実績を評価)			
達成基準		配点	得点
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	
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)	
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)	
④ 特定保健指導受診率の都道府県平均値が15%未満の値となっている場合		(-4)	
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	4
		10	4

令和8年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

(4)生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況(令和7年度の実績を評価)		令和8年度	
達成基準		配点	得点
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	
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が9.5割を超えている場合	7	7
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	
		20	7

-6

(市町村指標)

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

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

- 対象者の抽出基準が明確であること
- かかりつけ医と連携した取組であること
- 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
- 事業の評価を実施すること
- 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

(5)個人へのインセンティブの提供の実施(令和7年度の実績を評価)

達成基準		配点	得点
①	管内市町村のうち、市町村指標①を満たす市町村数の割合が8割を超えている場合	15	
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を満たす市町村数の割合が6割を超えている場合	(5)	5
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	
		20	5

-15

(市町村指標)

(1)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

- 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
- 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
- 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、その結果に基づき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

(2)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關して周知・啓発を行っている場合

令和7年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

(3)生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況(令和5年度の実績を評価)		令和7年度	
達成基準		配点	得点
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	8
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	
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	5
		20	13

(市町村指標)

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

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

- 対象者の抽出基準が明確であること
- かかりつけ医と連携した取組であること
- 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
- 事業の評価を実施すること
- 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、都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

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

(4)個人へのインセンティブの提供の実施(令和6年度の実績を評価)

達成基準		配点	得点
①	管内市町村のうち、市町村指標①を満たす市町村数の割合が8割を超えている場合	15	15
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を満たす市町村数の割合が6割を超えている場合	(5)	
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	5
		20	20

(市町村指標)

(1)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等を付与し、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、当該事業が一般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

(2)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關して周知・啓発を行っている場合

令和8年度 保険者努力支援制度（取組評価分） 都道府県分

(6) 個人へのわかりやすい情報提供の実施 (令和7年度の実績を評価)		令和8年度	
達成基準		配点	得点
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	
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)	
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	
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)	
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)	5
		30	5

+5

(7)後発医薬品の使用割合(令和6年度の実績を評価)				
達成基準			配点	得点
①	後発医薬品の使用割合の都道府県平均が85%を達成している場合		15	15
			15	15

-5

(8) 保険料(税) 収納率(令和6年度の実績を評価)				
達成基準			配点	得点
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	
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)	
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	
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)	
			20	0

-5

令和7年度 保険者努力支援制度（取組評価分） 都道府県分

(5)個人へのわかりやすい情報提供の実施(令和6年度の実績を評価)		令和7年度	
達成基準		配点	得点
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	
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)	
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	
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)	
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)	
		30	0

(6) 後発医薬品の使用割合（令和5年度の実績を評価）			
達成基準		配点	得点
①	後発医薬品の使用割合の都道府県平均が政府目標である目標値（80％）を達成している場合	15	15
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	5
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)	
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)	
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)	
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)	
		20	20

(7) 保険料(税) 収納率(令和5年度の実績を評価)				
達成基準			配点	得点
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	
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)	
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	
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)	5
			20	5

令和8年度 保険者努力支援制度（取組評価分） 都道府県分

(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)		令和8年度	
達成基準		配点	得点
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	
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	
		15	0

(市町村指標)

- 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
- 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

(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)

達成基準		配点	得点
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	
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	
		15	0

(市町村指標)

- 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
- 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

指標1 合計	205	40
--------	-----	----

令和7年度 保険者努力支援制度（取組評価分） 都道府県分

(8) 重複投与者に対する取組(令和6年度の実施状況の評価)		令和7年度	
達成基準		配点	得点
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	
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	
		15	0

(市町村指標)

- 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
- 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

(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)

達成基準		配点	得点
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	
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	
		15	0

(市町村指標)

- 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
- 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

指標1 合計	160	66
--------	-----	----

令和8年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

◆(指標2)医療費適正化のアウトカム評価について【予算規模:220億円】

(1)年齢調整後一人当たり医療費(令和5年度の実績値を評価)

達成基準		令和8年度
	配点	得点
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	30
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)	
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)	
	30	30

+10

(2)年齢調整後一人当たり医療費の改善状況(令和5年度の実績値を評価)

達成基準		配点	得点
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		
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)		
ウ 前年度から改善している場合	(20)	20	
エ 前年度水準を維持している場合	(15)		
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		
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	(-10)		
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も悪化している場合	(-5)		
	55	20	

+20

(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年度実績値を評価)

達成基準		配点	得点
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		
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)		
③ ①から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)		
	10	0	

(3) 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年度実績値を評価)

達成基準		配点	得点
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		
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)		
⑥ ④から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)	5	
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	(-2)		
	12	5	

+5

令和7年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

◆(指標2)医療費適正化のアウトカム評価について【予算規模:200億円】

(1)年齢調整後一人当たり医療費(令和4年度の実績値を評価)

達成基準		令和7年度
	配点	得点
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	20
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)	
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)	
	20	20

(2)年齢調整後一人当たり医療費の改善状況(令和4年度の実績値を評価)

達成基準		配点	得点
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		
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)		
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)		
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)		
⑤ ①から④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)		
	40	0	

(3) i 重症化予防のマクロ的評価(当年度の実績)(令和5年度の実績値を評価)

達成基準		配点	得点
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		
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)		
③ ①から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)		
	10	0	

(3) ii 重症化予防のマクロ的評価(前年度との比較)(令和5年度の実績値を評価)

達成基準		配点	得点
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		
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)		
⑥ ④から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)		
	10	0	

令和8年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

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

達成基準	配点	得点
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2121(第3次)の目標値1.0%未満を達成している場合	20	
	20	0

(3) iv 重症化予防のマクロの評価(HbA1c 高値未治療者の割合)(令和5年度実績を評価)

達成基準	配点	得点
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	
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)	
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%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	(3)	
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)	
	10	0

(4) i 重複投与者数(当年度の実績)(令和6年度実績を評価)

令和8年度		
達成基準	配点	得点
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	
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)	
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)	3
	10	3

-4

(4) ii 重複投与者数(前年度との比較)(令和6年度実績を評価)

達成基準	配点	得点
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	
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)	
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)	
	22	0

令和7年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

(4) i 重複投与者数(当年度の実績)(令和5年度実績を評価)

令和7年度		
達成基準	配点	得点
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	
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)	7
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)	
	10	7

(4) ii 重複投与者数(前年度との比較)(令和5年度実績を評価)

達成基準	配点	得点
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	
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)	
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)	
	20	0

令和8年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

(5) i 多剤投与者数(当年度の実績)(令和6年度実績を評価)

達成基準	配点	得点
① 都道府県の多剤投与者数(对被保険者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	
② 都道府県の多剤投与者数(对被保険者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)	7
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(对被保険者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)	
	10	7

(5) ii 多剤投与者数(前年度との比較)(令和6年度実績を評価)

達成基準	配点	得点
① 都道府県の多剤投与者数(对被保険者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	
② 都道府県の多剤投与者数(对被保険者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)	
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(对被保険者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)	
	10	0

(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)

達成基準	配点	得点
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	20
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)	
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)	
	20	20

(6) 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)

達成基準	配点	得点
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	
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)	
	40	0

(6) 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)

達成基準	配点	得点
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	
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)	
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	
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	
	20	0

指標2 合計	269	85
--------	-----	----

令和7年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

(5) i 多剤投与者数(当年度の実績)(令和5年度実績を評価)

達成基準	配点	得点
① 都道府県の多剤投与者数(对被保険者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	
② 都道府県の多剤投与者数(对被保険者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)	7
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(对被保険者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)	
	10	0

(5) ii 多剤投与者数(前年度との比較)(令和5年度実績を評価)

達成基準	配点	得点
① 都道府県の多剤投与者数(对被保険者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	10
② 都道府県の多剤投与者数(对被保険者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)	
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(对被保険者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)	
	10	10

指標2 合計	130	44
--------	-----	----

令和8年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

◆(指標3)都道府県の取組状況の評価について【予算規模:230億円】		
(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年度の実施状況の評価)		
達成基準	配点	得点
市町村における予防・健康づくり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	
	5	0

-7

○個人インセンティブの提供に係る取組の推進(令和7年度の取組状況)		
達成基準	配点	得点
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)を行っている場合	5	5
	5	5

○重複・多剤投与者に対する取組の推進(令和7年度の取組状況)		
達成基準	配点	得点
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	
	-5	0

○薬剤の適正使用の推進に係る取組(令和7年度の実施状況の評価)		
達成基準	配点	得点
④ 「フォーミュラの運用について」を地域の医師、薬剤師等の民間団体に周知する等、地域フォーミュラの作成・運用に関する周知・啓発を行っている場合	1	
⑤ 市町村の区域を超えた(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	
⑥ 市町村の区域を超えた(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	
	7	0

令和7年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

◆(指標3)都道府県の取組状況の評価について【予算規模:240億円】		
(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年度の実施状況の評価)		
達成基準	配点	得点
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	2
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	5
	7	7

○個人インセンティブの提供に係る取組の推進(令和6年度の取組状況)		
達成基準	配点	得点
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	5
	5	5

○重複・多剤投与者に対する取組の推進(令和6年度の取組状況)		
達成基準	配点	得点
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	
	-5	0

令和8年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

市町村への指導・助言等(令和7年度の実施状況を評価)		令和8年度	
達成基準		配点	得点
1. 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	3	
② 市町村と協議のうえ、委託規約を策定している場合			
③ 不正利得の回収事業について、庁内関係部局間での担当者会議を定期的に開催する等して、日頃から連携体制を構築している場合			
2. 第三者求償に関する取組状況			
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	2	
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		
③ 広域的または専門的な事業について、市町村と協議のうえ、委託規約を策定している場合	1		
		8	5

-2

○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)		令和8年度	
達成基準		配点	得点
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		5	5
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 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		10	10
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		5	5
		20	20

-5

○都道府県によるKDB等を活用した医療費分析(令和7年度の実施状況を評価)		令和8年度	
達成基準		配点	得点
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	5
		5	5

令和7年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

市町村への指導・助言等(令和6年度の実施状況を評価)		令和7年度	
達成基準		配点	得点
1. 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	3
② 市町村と協議のうえ、委託規約を策定している場合			
③ 不正利得の回収事業について、庁内関係部局間での担当者会議を定期的に開催する等して、日頃から連携体制を構築している場合			
2. 第三者求償に関する取組状況			
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	2
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	2
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	
		8	7

○保険者協議会への積極的関与(令和6年度の実施状況を評価)		令和7年度	
達成基準		配点	得点
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	5
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、保険者協議会へ提示・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	10
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	10
		25	25

○都道府県によるKDB等を活用した医療費分析(令和6年度の実施状況を評価)		令和7年度	
達成基準		配点	得点
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	5
		5	5

令和8年度 保険者努力支援制度（取組評価分） 都道府県分

○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）

達成基準	配点	得点
管内市町村のデータヘルス計画において ・都道府県で設定することが望ましい指標 ① ・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	1
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	3
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きし、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	2
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	2
	8	8

+6

○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）

達成基準	配点	得点
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		
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）	40	
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		
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の適正化につながる取組を実施している場合		
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		
	40	0

令和7年度 保険者努力支援制度（取組評価分） 都道府県分

○データヘルス計画の支援状況（令和6年度の実施状況を評価）

達成基準	配点	得点
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	2
	2	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）

達成基準	配点	得点
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		
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）	40	
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		
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の適正化につながる取組を実施している場合		
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		
	40	0

令和8年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

(2)決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の解消等(令和6年度の実施状況を評価)

達成基準	配点	得点
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	
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)	
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	-30
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)	
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	-15
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	
	40	-45

(市町村指標)

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

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
・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

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。

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

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
・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

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。

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

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
・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

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。

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

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、解消年度を令和17年度以前に見直した場合に限る。)

令和7年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

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

達成基準	配点	得点
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	
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)	
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	-30
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)	
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	-10
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	
	30	-40

(市町村指標)

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

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。

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

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 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

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

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。

令和8年度 保険者努力支援制度（取組評価分） 都道府県分

(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)			令和8年度	
達成基準			配点	得点
【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	
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)	
2 $\alpha<1$ の場合			(10)	10
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)	
【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)	
2 目標年度が令和16年度から令和18年度までの場合			(20)	
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)	15
2 目標年度が令和13年度以降の場合			(5)	
【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)	5
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)	
イ 標準的な収納率による調整の取扱			(3)	
ウ 保険料算定方法			(2)	
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)	
			90	30

+10

(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)				
達成基準			配点	得点
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	
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	
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	10
			20	10

令和7年度 保険者努力支援制度（取組評価分） 都道府県分

(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)			令和7年度	
達成基準			配点	得点
【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	
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未満として設定している場合			(20)	20
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)	
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)	
【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	
⑤ ④に該当しないが、完全統一の目標年度について、市町村と合意している場合			(20)	
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)	
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)	
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)	
			90	20

(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)				
達成基準			配点	得点
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	
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	
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	10
			20	10

令和8年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

(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)		
達成基準	配点	得点
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	
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	16
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	10
	50	26

指標3 合計	298	64
--------	-----	----

総合計 (指標1+指標2+指標3)	772	189
-------------------	-----	-----

得点率 24.5%

交付額(円)	2,507,791,000
(一人あたり)	2,223
(一人あたり・1ポイントあたり)	11.8

令和6年5月31日現在の被保険者数 1,128,290

令和7年度 保険者努力支援制度(取組評価分) 都道府県分

(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)		
達成基準	配点	得点
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	
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	16
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	10
	50	26

指標3 合計	282	67
--------	-----	----

総合計 (指標1+指標2+指標3)	572	177
-------------------	-----	-----

得点率 30.9%

交付額(円)	2,699,068,000
(一人あたり)	2,290
(一人あたり・1ポイントあたり)	12.9

令和6年5月31日現在の被保険者数 1,178,873