

保険者努力支援制度について

～本県の国民健康保険運営状況～

令和 8 年 8 月 2 7 日

岡山県子ども・福祉部 長寿社会課

目 次

1	保険者努力支援制度の概要	-----	2
2	令和8年度取組評価分の結果	-----	1 1
3	令和9年度保険者努力支援制度	-----	1 9
4	今後に向けて	-----	2 5

1 保険者努力支援制度の概要

※出典：厚生労働省資料等

国民健康保険制度改革の状況

国保が抱える構造的課題

- ①年齢構成が高く、医療費水準が高い
- ②所得水準が低い
- ③保険料負担が重い
- ④保険料（税）の収納率
- ⑤一般会計繰入・繰上充用
- ⑥財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在
- ⑦市町村間の格差

国保改革（平成30年度～）

①財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担

- ・都道府県が財政運営の主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担う
- ・市町村は、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う
- ・都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
- ・都道府県に財政安定化基金を設置

②財政支援の拡充

- ・財政支援の拡充により、財政基盤を強化（毎年約3,400億円）
低所得者対策の強化、**保険者努力支援制度** 等

今後の主な課題

平成30年度改革が現在、概ね順調に実施されており、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「**財政運営の都道府県単位化**」の趣旨の深化を図るため、令和6年度からの新たな国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進める。

○保険料水準の統一に向けた議論、事務の広域化・標準化の推進

将来的には都道府県での保険料水準の完全統一を目指すこととし、都道府県と市町村で、統一に向けた議論をより一層深めていくことが重要。また、保険料水準の統一のためには、市町村の保険料算定方式の統一や保険料の収納対策、保健事業等の幅広い観点から、市町村の事務処理を広域化・標準化していく必要がある。

○医療費適正化の更なる推進

保険者努力支援制度で予防・健康づくりが拡充されたことも踏まえ、都道府県内全体の医療費適正化に資する取組を推進

○法定外繰入等の解消

赤字解消計画の策定・状況の見える化等を通じて、解消に向けた実行性のある取組を推進

※上記の他、国会での附帯決議、骨太方針・改革工程表、地方団体の要望事項等について、地方団体と協議を進める。

各保険者の比較（令和5年度）

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (令和6年3月末)	1,716	1	1,380	85	47
加入者数 (令和6年3月末)	2,309万人 (1,590万世帯)	3,954万人 (被保険者2,521万人 被扶養者1,433万人)	2,803万人 (被保険者1,668万人 被扶養者1,135万人)	979万人 (被保険者576万人 被扶養者402万人)	1,978万人
加入者平均年齢 (令和5年度9月末)	54.0歳	38.9歳	36.1歳	35.3歳	82.7歳
65～74歳の割合 (令和5年度)	43.8%	8.2%	3.6%	3.5%	1.3%(※1)
加入者一人当たり 医療費(令和5年度)	41.7万円	21.0万円	19.3万円	20.0万円	96.4万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和5年度)	99万円 (一世帯当たり 145万円)	182万円 (一世帯当たり(※3) 286万円)	253万円 (一世帯当たり(※3) 425万円)	244万円 (一世帯当たり(※3) 413万円)	94万円
加入者一人当たり 平均保険料 (令和5年度)(※4) ＜事業主負担＞	9.3万円 (一世帯当たり 13.6万円)	13.0万円＜26.0万円＞ (被保険者一人当たり 20.5万円＜40.9万円＞)	14.4万円＜31.4万円＞ (被保険者一人当たり 24.1万円＜52.8万円＞)	14.8万円＜29.5万円＞ (被保険者一人当たり 25.0万円＜50.0万円＞)	7.9万円
保険料負担率	9.3%	7.2%	5.7%	6.1%	8.4%
公費負担	給付費等の50% ＋保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への補助		給付費等の約50% ＋保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和7年度予算ベース)	4兆552億円 (国2兆9,190億円)	1兆1,871億円 (全額国費)	1,253億円 (全額国費)		9兆5,133億円 (国6兆367億円)

(※1) 一定の障害の状態にある首の広域連合の認定を受けた者の割合。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたものを加入者数で除したものの。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である(令和4年度税制に基づき算出)。

(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

令和8年度当初予算案 3,071億円（3,071億円） ※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円（※）の財政支援の拡充を行っている。
（※公費（国及び地方の合計額））

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

<2015年度（平成27年度）から実施>（約1,700億円）

○ **低所得者対策の強化**

（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

<2018年度（平成30年度）から実施>（約1,700億円）

○ **財政調整機能の強化**

（精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）

800億円

○ **保険者努力支援制度**

（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円

（2019～2026年度は910億円）

○ **財政リスクの分散・軽減方策**

（高額医療費への対応）

60億円

※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入

※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

※ 保険者努力支援制度は、2020年度より、上記とは別に事業費分・事業費連動分を新設し、予防・健康づくりを強力に推進

令和8年度の公費について（拡充分の全体像の現時点の案）

○財政調整機能の強化

（財政調整交付金の実質的増額）

【800億円程度】

＜普調＞【600億円程度】

＜特調（都道府県分）＞【100億円程度】

・子どもの被保険者【100億円程度】

＜特調（市町村分）＞【100億円程度】

・精神疾患【70億円程度】、非自発的失業【30億円程度】

○保険者努力支援制度

・医療費の適正化に向けた

取組等に対する支援

【800億円程度】

＜都道府県分＞【600億円程度】

・医療費適正化の取組状況（都道府県平均）【150億円程度】

・医療費水準に着目した評価【220億円程度】

・各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況【230億円程度】

＜市町村分＞【000億円程度】

※別途、特調より追加

合計400億円
程度

合計
1,000億円の
インセンティブ
制度

※ 予算額については、予算編成過程において検討する。

※ 特別高額医療費共同事業への国庫補助について、60億円を確保することを想定。

令和9年度の公費について（拡充分の全体像の現時点の案）

○財政調整機能の強化

（財政調整交付金の実質的増額）

【800億円程度】

＜普調＞【600億円程度】

＜特調（都道府県分）＞【100億円程度】

・子どもの被保険者【100億円程度】

＜特調（市町村分）＞【100億円程度】

・精神疾患【70億円程度】、非自発的失業【30億円程度】

○保険者努力支援制度

・医療費の適正化に向けた
取組等に対する支援

【800億円程度】

＜都道府県分＞【600億円程度】

- ・医療費適正化の取組状況（都道府県平均）【150億円程度】
- ・医療費水準に着目した評価【220億円程度】
- ・各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況【230億円程度】

＜市町村分＞【〇〇〇億円程度】

※別途、特調より追加

合計400億円
程度

合計
1,000億円の
インセンティブ
制度

※ 予算額については、予算編成過程において検討する。

※ 特別高額医療費共同事業への国庫補助について、60億円を確保。

国民健康保険制度における都道府県・市町村・国保連合会の役割分担

- ・国保の財政運営の都道府県単位化に当たっては、一気に都道府県で一つの保険者とすることを避け、都道府県の果たすべき役割と市町村が果たすべき役割を一つ一つ検証した。結果的に、保険者機能を発揮するための最適な役割分担を追求した。

改革の方向性			
国保制度運営	○ 都道府県は、管内市町村や国保関係者と協議した上で、<u>都道府県内の国保の運営の統一的な方針としての国保運営方針</u>を示し、<u>市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化</u>を推進 ○ 市町村は、住民に身近な自治体として、被保険者の<u>資格管理、保険料の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業</u>などを適切に実施 ○ 国保連合会は、保険者の共同目的達成のため、<u>審査支払業務の他、給付の適正化や保健事業等を都道府県単位で支援</u>		
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割	国保連合会の主な役割
資格管理	・ 国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進	・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理（ <u>被保険者証等の発行</u> ）	・ 保険者事務共同電算処理
保険料の決定、賦課・徴収	・ 標準的な算定方法等により、 <u>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</u>	・ <u>標準保険料率等を参考に保険料率を決定</u> ・ 個々の事情に応じた賦課・徴収	・ 保険料適正算定への支援
保険給付	・ <u>給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</u> ・ 市町村が行った保険給付の点検	・ 保険給付の決定 ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等	・ 診療報酬の審査支払業務 ・ <u>第三者行為損害賠償求償事務</u> ・ <u>レセプト点検の支援</u>
保健事業	・ <u>市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握</u> ・ 市町村の保健事業の運営が健全に行われるよう、必要な助言及び支援 ・ <u>市町村における健康・医療情報の横断的・総合的な分析</u> ・ 関係市町村相互間の連絡調整、市町村への専門的な技術又は知識を有する者の派遣、情報の提供等の支援	・ 被保険者の特性に応じた <u>きめ細かい保健事業</u> を実施 ・ <u>健康・医療情報の活用及びPDCAサイクルに沿った事業運営</u> ・ <u>生活習慣病対策としての発症予防と重症化予防の推進</u> ・ <u>特定健康診査及び特定保健指導の実施</u> ・ データヘルス計画の策定、実施及び評価	・ 特定健診・特定保健指導に係る費用の支払及びデータ管理 ・ <u>KDBシステムを活用した統計情報や個人の健康に関するデータの作成</u> ・ <u>データヘルス計画の策定・評価の支援</u> ・ <u>国保ヘルスアップ（支援）事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の支援</u>

令和8年度当初予算案 1,292億円（1,292億円） ※（）内は前年度当初予算額。

1 事業の目的・概要

平成27年国保法等改正により、市町村国保について、医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する保険者努力支援制度を創設。

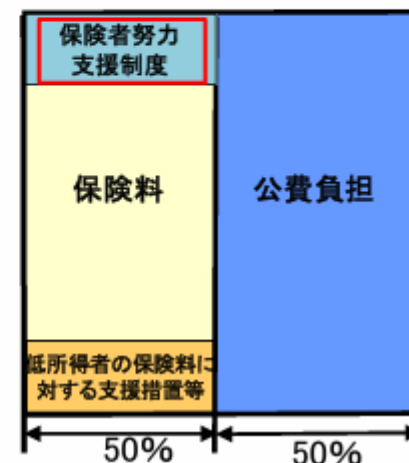
<取組評価分>（事業開始年度：平成30年度）

- 医療費適正化に向けた取組等を評価する指標を設定し、都道府県・市町村の達成状況に応じて交付金を交付
 - ・財政規模：912億円 ※特別調整交付金（88億円）を活用し事業の財政規模は総額約1000億円

<予防・健康づくり支援分（事業費分・事業費連動分）>（事業開始年度：令和2年度）

- 予防・健康づくり事業の事業費として都道府県・市町村に交付金を交付（事業費分）
 - ・財政規模：152億円 ※従来の国保ヘルスアップ事業（特別調整交付金）を統合し事業の財政規模は総額202億円
- 予防・健康づくり事業に関する評価指標を用いて都道府県に交付金を交付（事業費連動分）
 - ・財政規模：228億円

国保財政の仕組み（イメージ）



2 事業のスキーム・実施主体等

取組評価分	予防・健康づくり支援分（事業費分・事業費連動分）	
【交付金の配分方法】 ○ 都道府県・市町村ごとに、医療費適正化に向けた取組等に関する評価指標に基づいて採点 ○ 都道府県・市町村ごとの「点数」×「合計被保険者数」＝「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分 【交付金のプロセス】 （前年度） ① 国において評価指標を決定・提示 ② 都道府県・市町村は評価指標に関する取組の実施状況を報告し、国において採点 ③ 国は、採点結果に基づいて交付見込額を内示（当年度） ④ 都道府県は市町村分も含め交付申請を行い、国は採点結果に基づいて交付決定し、都道府県に交付金を交付 ⑤ 都道府県は市町村に対し、市町村分の交付金を交付	【（事業費分）交付金の配分方法】 ○ 都道府県・市町村ごとに、予防・健康づくり事業の事業費として配分 【（事業費分）交付金のプロセス】 （当年度） ① 市町村は、市町村事業計画を作成し、都道府県に提出 ② 都道府県は、市町村事業計画を踏まえた都道府県事業計画を作成し、国に交付申請 ③ 国は、都道府県事業計画の内容を審査の上、交付決定し、都道府県に事業費を交付 ④ 都道府県は市町村に対し、市町村事業に係る事業費を交付 ⑤ 都道府県、市町村において事業を実施	【（事業費連動分）交付金の配分方法】 ○ 都道府県ごとに、予防・健康づくり事業に関する評価指標に基づいて採点 ○ 都道府県ごとの「点数」×「合計被保険者数」＝「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分 【（事業費連動分）交付金のプロセス】 （前年度） ① 国において評価指標を決定・提示（当年度） ② （都道府県事業計画を踏まえつつ）評価指標に基づいて採点 ③ 国は、採点結果に基づいて交付決定し、都道府県に交付金を交付 ④ 都道府県は、当年度の保険給付費に充当する形で予算執行

保険者努力支援制度がもたらす効果

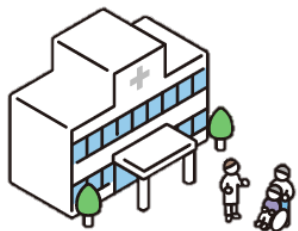


● 健康増進や医療費の適正化の促進

全国的な水準と比較することで、国保の運営状況を客観的に把握できます。

● 納付金の抑制（県分交付金）

県分の評価には、市町村指標の平均値や達成率によるものが含まれています。
県分交付金を医療給付費の財源として活用することで、納付金の抑制につながります。



● 保険料（税）の負担軽減（市町村分交付金）

市町村分交付金を有効活用することで、保険料（税）の抑制につながります。



過年度実績として数年後に交付額に反映される指標も多いため、
着実かつ継続的な取組が必要です。

2 令和 8 年度の取組評価分の結果

令和8年度の保険者努力支援制度 取組評価分

市町村分（400億円程度）

保険者共通の指標

- 指標① 特定健診・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
- 特定健診受診率・特定保健指導実施率
 - メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- 指標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
- がん検診受診率
 - 歯科健診受診率
- 指標③ 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況
- 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況
 - 特定健診受診率向上の取組実施状況
- 指標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
- 個人へのインセンティブの提供の実施
 - 個人への分かりやすい情報提供の実施
- 指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
- 重複投与者・多剤投与者に対する取組
 - 薬剤の適正使用の推進に対する取組
- 指標⑥ 後発医薬品の使用促進等に関する取組の実施状況
- 後発医薬品の促進等の取組・使用割合

国保固有の指標

- 指標① 収納率向上に関する取組の実施状況
- 保険料（税）収納率
 - ※過年度分を含む
- 指標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
- 指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況
- 医療費通知の取組の実施状況
 - こどもの医療の適正化等の取組
- 指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況
- 国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組
- 指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
- 第三者求償の取組状況
- 指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況
- 適切かつ健全な事業運営の実施状況
 - 法定外繰入の解消等

多様な視点から
運営状況を評価

都道府県分（600億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価(※)
- ・特定健診・特定保健指導の実施率
 - ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
 - ・個人インセンティブの提供
 - ・個人への分かりやすい情報提供の実施
 - ・後発医薬品の使用割合
 - ・保険料収納率
 - ・重複投与者・多剤投与者に対する取組
- ※都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 年齢調整後一人当たり医療費
- ・その水準が低い場合
 - ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合
- 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が少ない場合等
- 重複投与者数・多剤投与者数
- ・重複投与者数・多剤投与者数が少ない場合
 - ・こどもの一人当たり医療費が少ない場合

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
- ・医療費適正化等の主体的な取組状況
(こどもの医療の適正化等の取組、保険者協議会、データ分析、予防・健康づくり等)
 - ・法定外繰入の解消等
 - ・保険料水準の統一
 - ・医療提供体制適正化の推進
 - ・事務の広域的及び効率的な運営の推進

令和8年度保険者努力支援交付金 指標別評価結果

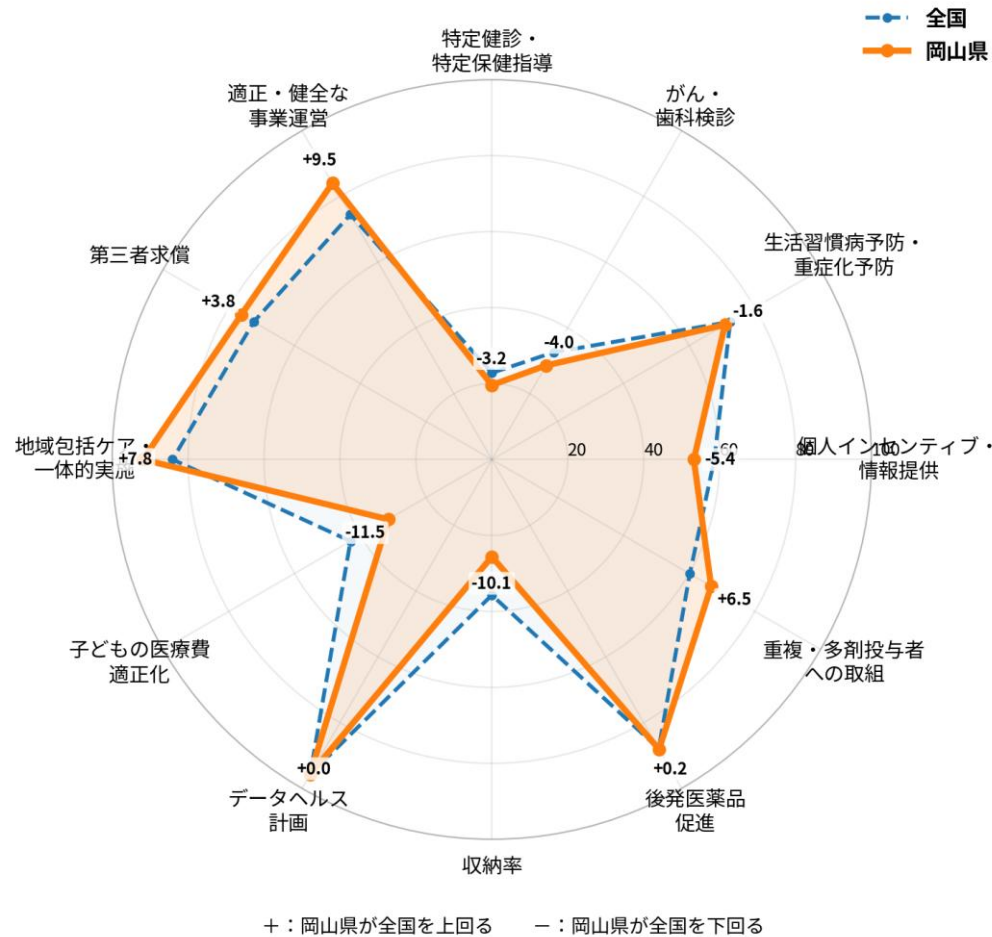
評価指標			平均点(得点)		得点率		1人当たり交付額	
			岡山県	全国	岡山県	全国	岡山県	全国
市町村分	保険者共通の指標	① 特定健診・特定保健指導の受診率、メタボ該当者等の減少率(160点満点)	31.3点	36.5点	19.6%	22.8%	1,944円	1,798円
		② がん・歯科検診の受診率(65点満点)	18.6点	21.2点	28.6%	32.6%		
		③ 生活習慣病発症予防・重症化予防の取組(65点満点)	46.1点	47.1点	70.9%	72.5%		
		④ 個人インセンティブ・情報提供(94点満点)	50.0点	55.1点	53.2%	58.6%		
		⑤ 重複・多剤投与者に対する取組(103点満点)	68.7点	62.0点	66.7%	60.2%		
		⑥ 後発医薬品促進の取組・使用割合(90点満点)	79.3点	79.1点	88.1%	87.9%		
	国保有の指標	① 収納率(100点満点)	25.6点	35.7点	25.6%	35.7%		
		② データヘルス計画の取組(7点満点)	6.7点	6.7点	95.7%	95.7%		
		③ 子どもの医療費の適正化の取組(30点満点)	9.4点	12.9点	31.5%	43.0%		
		④ 地域包括ケア・一体的実施(27点満点)	24.8点	22.7点	91.9%	84.1%		
		⑤ 第三者求償の取組(41点満点)	31.3点	29.7点	76.2%	72.4%		
		⑥ 適正化かつ健全な事業運営(115点満点)	96.6点	85.7点	84.0%	74.5%		
	合計		488.3点	494.4点	54.4%	55.1%		
都道府県分	① 主な市町村指標※の都道府県単位評価(205点満点) ※特定健診受診率、後発医薬品使用割合、収納率等		76.0点	73.6点	37.1%	35.9%	2,962円	2,915円
	② 医療費適正化のアウトカム評価(269点満点) (1人当たり医療費等)		39.0点	63.4点	14.5%	23.6%		
	③ 都道府県の取組状況(298点満点)		236.0点	176.3点	79.2%	59.2%		
	合計		351.0点	313.4点	45.5%	40.5%		

…全国平均より下位のもの

保険者努力支援制度からみた岡山県の特徴・課題 ①

保険者努力支援制度 | 市町村分

岡山県と全国の得点率比較 (数値は全国との差：ポイント)



全国比較から見えるポイント

強み

適正・健全な事業運営 +9.5pt

全国を大きく上回り、運営面は相対的に高評価。

・適正な賦課・徴収、法定外繰入の解消

強み

地域包括ケア・一体的実施 +7.8pt

地域連携・高齢者施策との一体的な取組が強み。

・部局横断体制、KDB活用、後期高齢者との一体実施

強み

重複・多剤投与者への取組 +6.5pt

適正服薬に向けた取組は全国水準を上回る。

・対象者の適切な抽出、実態把握、訪問・指導

課題

子どもの医療費適正化 ▲11.5pt

全国との差が最も大。

・窓口負担、適正受診の啓発

課題

収納率 ▲10.1pt

保険料（税）収納率の改善が必要。

・規模収納率の全国比較、対前年度比較

課題

特定健診受診率等 ▲3.2pt

受診率等の底上げが必要。

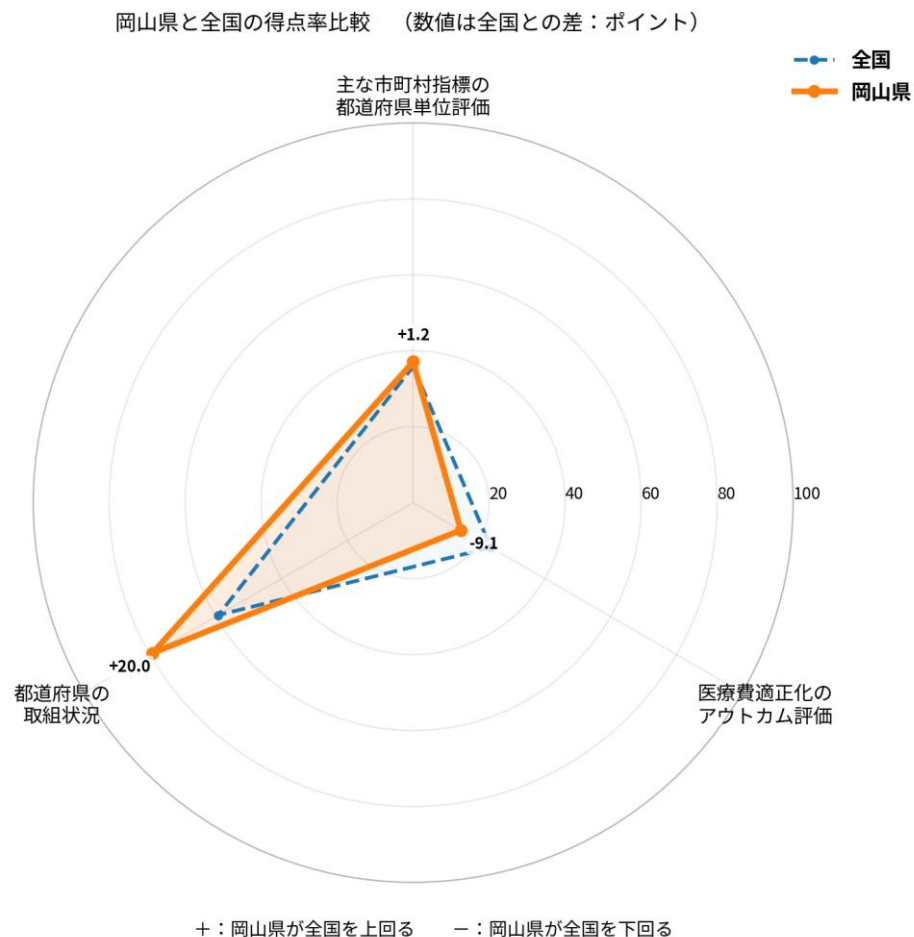
・規模受診率等の全国比較、対前年度比較

⇒ 強みを維持しつつ、課題改善の方策を検討

注：得点率ベースで全国と比較。差は岡山県－全国（ポイント）。

保険者努力支援制度からみた岡山県の特徴・課題 ②

保険者努力支援制度 | 都道府県分



全国比較から見えるポイント

強み

都道府県の取組状況 +20.0pt

79.2%と高く、全国59.2%を大幅に上回る。

- ・予防・健康づくりに関する保健所による積極的な市町村支援
- ・不正利得の回収や第三者求償に関する助言
- ・KDBを活用した医療費分析や市町村データヘルス計画への支援

強み

主な市町村指標の都道府県単位評価 +1.2pt

37.1%で全国35.9%をわずかに上回り、概ね全国水準を確保。

- ・特定健診・指導の受診率等、重症化予防、重複・多剤投与者への対応等

課題

医療費適正化のアウトカム評価 ▲9.1pt

14.5%で全国23.6%を大きく下回る。

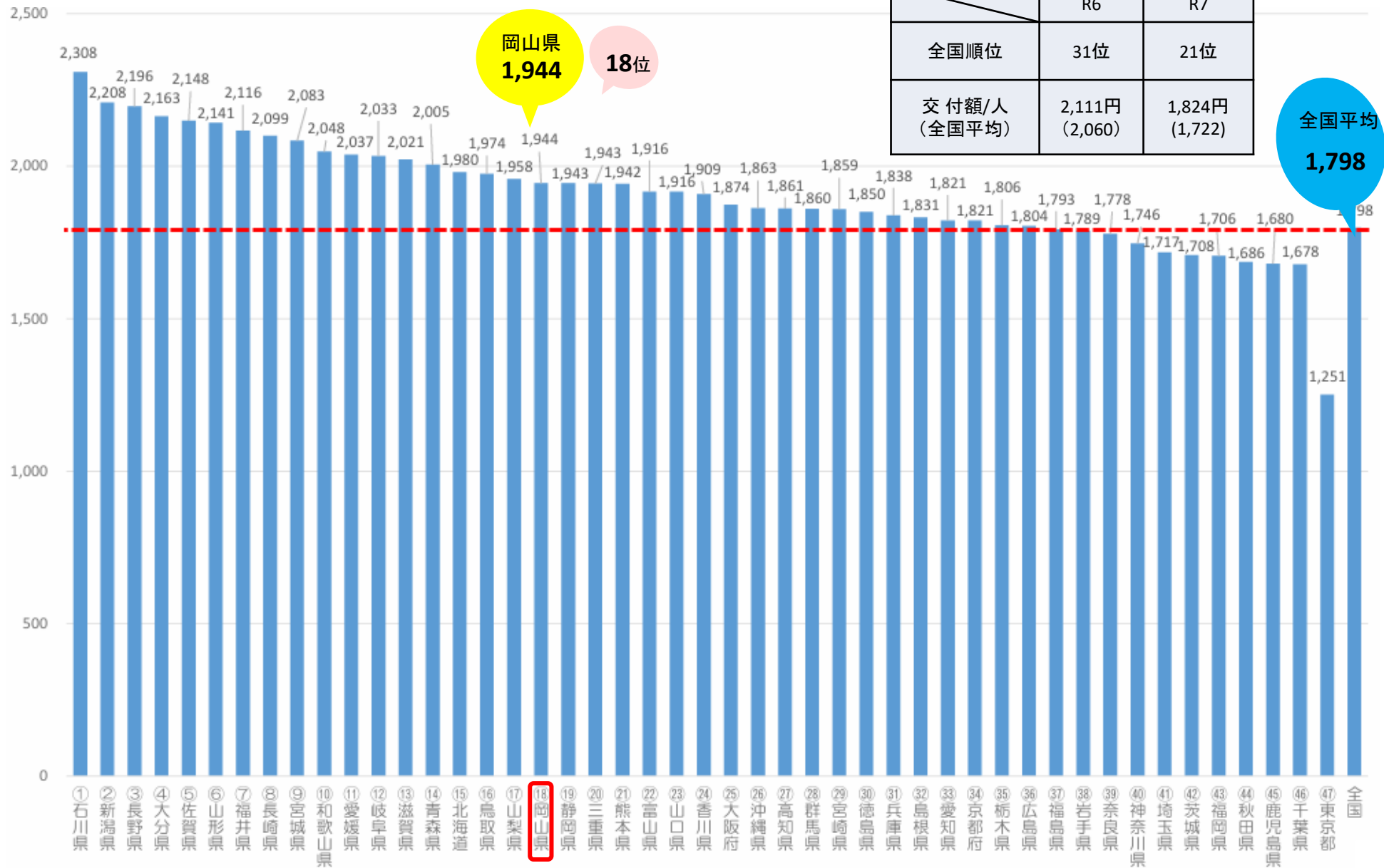
- ・年齢調整後医療費の全国比較、対前年度比較
- ・年齢調整後新規透析導入患者数
- ・重複・多剤投与者者数
- ・子どもの一人当たり医療費

⇒ 県の取組は高評価。医療費適正化の取組の「成果」を高めることが課題

注：得点率ベースで全国と比較。差は岡山県－全国（ポイント）。

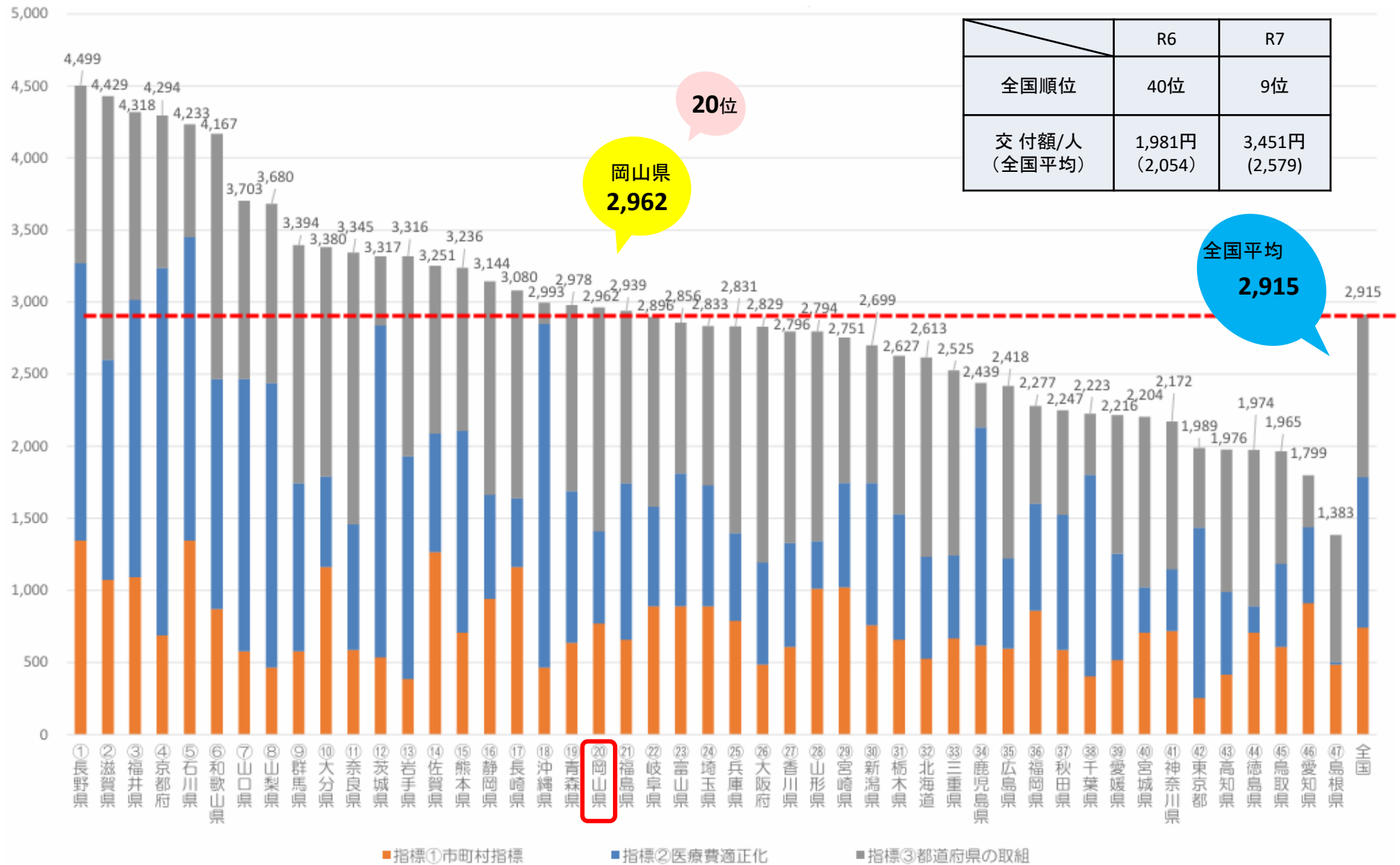
令和8年度保険者努力支援制度 取組評価分（市町村分）
一人当たり交付額

速報値



令和8年度保険者努力支援制度 取組評価分（都道府県分） 一人当たり交付額

速報値



3 令和 9 年度保険者努力支援制度

令和9年度の保険者努力支援制度 取組評価分

市町村分（400億円程度）

保険者共通の指標	国保固有の指標
指標① 特定健診・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 ○特定健診実施率・特定保健指導実施率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況 ○保険料（税）収納率 ※過年度分を含む
指標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 ○がん検診受診率等 ○歯科健診受診率等	指標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
指標③ 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況 ○生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況 ○特定健診実施率向上の取組実施状況	指標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
指標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 ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況 ○国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複投与者・多剤投与者に対する取組 ○薬剤の適正使用の推進に対する取組	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況 ○第三者求償の取組状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進等に関する取組の実施状況 ○後発医薬品の促進等の取組・使用割合	指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況 ○適切かつ健全な事業運営の実施状況 ○法定外繰入の解消等

都道府県分（600億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価	指標② 医療費適正化のアウトカム評価	指標③ 都道府県の取組状況
○主な市町村指標の都道府県単位評価(※) ・特定健診・特定保健指導の実施率 ・生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組状況 ・個人インセンティブの提供 ・個人への分かりやすい情報提供の実施 ・後発医薬品の使用割合 ・保険料収納率 ・重複投与者・多剤投与者に対する取組 ※都道府県平均等に基づく評価	○年齢調整後一人当たり医療費 ・その水準が低い場合 ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合 ○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が少ない場合等 ○重複投与者数・多剤投与者数 ・重複投与者数・多剤投与者数が少ない場合 ・こどもの一人当たり医療費が少ない場合	○都道府県の取組状況 ・医療費適正化等の主体的な取組状況 (こどもの医療の適正化等の取組、保険者協議会、データ分析、予防・健康づくり 等) ・法定外繰入の解消等 ・保険料水準の統一 ・医療提供体制適正化の推進 ・事務の広域的及び効率的な運営の推進

取組評価分(市町村分) 各年度配点比較

区分	指標	令和3年度		令和4年度		令和5年度		令和6年度		令和7年度		令和8年度		令和9年度	
		配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合
共通①	(1)特定健康診査実施率	70	7.0%	70	7.3%	70	7.4%	50	6.0%	50	5.1%	40	4.5%	40	4.5%
	(2)特定保健指導実施率	70	7.0%	70	7.3%	70	7.4%	50	6.0%	50	5.1%	40	4.5%	40	4.5%
	(3)特定健康診査実施率及び特定保健指導の実施率	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	3.3%	30	3.4%
	(4)特定の年代における特定健診実施率	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	2.8%	25	2.8%
	(5)メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率	50	5.0%	50	5.2%	50	5.3%	25	3.0%	25	2.5%	25	2.8%	25	2.8%
共通②	(1)がん検診受診率等	40	4.0%	40	4.2%	40	4.3%	40	4.8%	40	4.1%	30	3.3%	41	4.6%
	(2)歯科健診受診率等	30	3.0%	30	3.1%	35	3.7%	35	4.2%	35	3.5%	35	3.9%	35	3.9%
共通③	発症予防・重症化予防の取組	120	12.0%	120	12.5%	100	10.6%	70	8.3%	70	7.1%	65	7.2%	75	8.4%
共通④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	9.0%	45	4.7%	45	4.8%	40	4.8%	40	4.0%	35	3.9%	35	3.9%
	(2)個人への分かりやすい情報提供	20	2.0%	15	1.6%	20	2.1%	24	2.9%	71	7.2%	59	6.6%	34	3.8%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	5.0%	50	5.2%	50	5.3%	85	10.1%	105	10.6%	103	11.5%	103	11.5%
共通⑥	(1)後発医薬品の促進等の取組	130	13.0%	130	13.5%	130	13.8%	140	16.7%	140	14.2%	90	10.0%	90	10.1%
	(2)後発医薬品の使用割合														
固有①	保険料(税)収納率	100	10.0%	100	10.4%	100	10.6%	100	11.9%	100	10.1%	100	11.1%	100	11.2%
固有②	データヘルス計画の実施状況	40	4.0%	30	3.1%	25	2.7%	15	1.8%	15	1.5%	7	0.8%	7	0.8%
固有③	こどもの医療の適正化等の取組	—	—	—	—	—	—	—	—	60	6.1%	30	3.3%	30	3.4%
固有④	地域包括ケア・一体的実施	30	3.0%	40	4.2%	40	4.3%	40	4.8%	40	4.0%	27	3.0%	27	3.0%
固有⑤	第三者求償の取組	40	4.0%	50	5.2%	50	5.3%	41	4.9%	41	4.1%	41	4.6%	41	4.6%
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	95	9.5%	100	10.4%	100	10.6%	85	10.1%	106	10.7%	115	12.8%	115	12.9%
全体	体制構築加点含む	1,000	100%	960	100%	940	100%	840	100%	988	100.0%	897	100.0%	893	100.0%

取組評価分(都道府県分) 各年度配点比較

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価【150億円程度】	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
(i) 特定健診実施率・特定保健指導実施率	24	25	25	20	20	70	70
(ii) 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組	26	25	35	20	20	20	20
(iii) 個人インセンティブの提供・個人への分かりやすい情報提供	18	20	20	30	50	50	40
(iv) 後発医薬品の使用割合	22	20	20	20	20	15	15
(v) 保険料(税)収納率	20	20	20	20	20	20	20
(vi) 重複・多剤投与者に対する取組	－	－	15	30	30	30	30
合計	110	110	135	140	160	205	195
指標② 医療費適正化のアウトカム評価【220億円程度】	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
(i) 年齢調整後一人当たり医療費	60	60	60	60	60	85	85
(ii) 重症化予防のマクロ的評価	20	20	20	20	20	52	52
(iii) 重複・多剤投与者数	－	－	10	40	50	52	52
(iv) こどもの一人当たり医療費等	－	－	－	－	－	80	80
合計	80	80	90	120	130	269	269
指標③ 都道府県の取組状況に関する評価【230億円程度】	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
(i) 医療費適正化等の主体的な取組状況							
・予防・健康づくりの取組等	30	40	40	22	12	17	17
・市町村への指導・助言等	10	10	10	8	8	8	8
・保険者協議会への積極的関与	10	10	10	15	25	20	20
・都道府県によるKDB等を活用した医療費分析等	10	10	10	5	5	5	5
・データヘルス計画、一体的実施の支援状況	－	－	－	－	2	8	8
・こどもの医療の適正化等の取組	－	－	－	－	40	40	40
(ii) 法定外一般会計繰入の解消等・保険料水準の統一	41	40	40	80	120	130	135
(iii) 医療提供体制適正化の推進	5	5	5	20	20	20	15
(iv) 事務の広域的及び効率的な運営の推進	－	－	10	20	50	50	70
合計	106	115	125	170	282	298	318
全体	296	305	350	430	572	772	782

令和9年度都道府県取組評価分

令和8年度実施分

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)		配点	該当数	達成率
【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	4%
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	9	19%
2	$\alpha < 1$ の場合	10	27	57%
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	0	0%
【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	17	36%
2	目標年度が令和16年度から令和18年度までの場合	20	4	9%
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	28	60%
2	目標年度が令和13年度以降の場合	5	3	6%
【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	42	89%
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	6	13%
イ	標準的な収納率による調整の取扱	3	7	15%
ウ	保険料算定方法	2	15	32%
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	2	4%

【指標③：保険料水準の統一に向けた取組状況】

令和9年度実施分

保険料水準の統一に向けた取組の実施状況 (令和8年度の実施状況を評価)		配点
【保険料水準統一の達成状況】		
① 令和9年度納付金算定において、完全統一を達成している場合		95
② 令和9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	
③ 令和9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	
2 目標年度が令和13年度以降の場合	5	
⑥ 令和8年度の国保運営方針の中間見直しにおいて、既に設定している完全統一の目標年度を前倒して再設定する場合		5
⑦ 令和8年度の国保運営方針の中間見直しにおいて、完全統一の目標年度を設定しない場合（納付金ベースの統一を達成しておらず、かつ納付金ベースの統一の目標年度を設定しない場合を除く。）		-10
⑧ 令和8年度の国保運営方針の中間見直しにおいて、納付金ベースの統一及び完全統一いずれの目標年度も設定しない場合		-20
【保険料水準統一に向けた取組の状況】		
⑨ 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	
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	
⑩ 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



【令和9年度指標の考え方】

- 国保運営方針の中間見直しにおける保険料水準統一の目標年度の設定や、統一の早期達成を促進する観点から、指標の見直しを行う。

※1 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。
 ※2 目標年度は、定量的な目標である必要がある。
 ※3 減点指標については、次年度以降さらに減点幅を拡大する予定であることを留意すること。

令和9年度都道府県取組評価分

【指標③：事務の広域的及び効率的な運営の推進】

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)	配点	該当数	達成率
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	35	74%
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	34	72%
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	44	94%



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8年度の実施状況を評価)	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
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
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
③ 1 都道府県、市町村及び国保連合会が参加する市町村の事務の標準化・広域化に資する打合せを開催している場合	10
2 1の打合せを踏まえ、事務の共同処理や委託等の方針を決定した場合	20

【令和9年度指標の考え方】

- 保険料水準の統一や業務の効率化に寄与する取組について、評価を行う。
- 令和7年度の実施状況も推進するため、実施状況は令和8年度時点の状況の評価とする。（令和7年度に実施済であっても評価対象となる）
- 自治体の事務負担軽減に向けた都道府県国民健康保険団体連合会の役割強化に関する会議を踏まえ、指標を明確化する。

4 今後に向けて

効率的、安定的、持続的な国保運営に向けて

【総 括】

- 保険者努力支援制度の評価視点で見ると、全般的に県及び市町村の取組基盤は強い。
⇒保険者として「やるべきこと」はやっている。
- 一方で、特定健診・保健指導の受診率等や医療費水準、収納率等の面において、十分な成果が得られていない。
- また、令和9年度の評価指標では、保険料水準の統一や事務の広域的及び効率的な運営に向けた取組に関する比重が高められた。



- ◎ 従来からの課題については、引き続き、市町村と国保運営の現状及び課題についての認識を共有しつつ、取組努力が必ずしも十分な成果につながっていない要因分析を行うとともに、国保連合会や大学等に協力を求めながら、着実に改善を図っていく。
- ◎ 保険料水準の統一や事務の広域的及び効率的な運営については、交付金の獲得による財政面でのメリットも考慮しつつ、効率的、安定的、持続的な国保運営に向けて、積極的に取り組む。