福島県国民健康保険運営方針の中間見直しに係る新旧対応表

新	旧
第１章　基本的事項 **１　策定の目的** (1) 背景 我が国は、誰もが安心して医療を受けられるよう、全ての国民が何らかの公的な医療保険に加入する「国民皆保険」を実現しています。 なかでも、国民健康保険（以下「国保」という。）は、「相扶共済※1」の精神のもと、これまで医療保険制度の基盤として、また、国民皆保険の最後の拠り所として重要な役割を担ってきました。 しかし、少子高齢化、就業構造の変化など社会経済状況が大きく変化する中、国保は、「小規模保険者が多数存在している」、「高齢者、非正規雇用労働者など所得の低い被保険者が大きな割合を占めている」、「年齢構成が高く、医療費水準が高い」など様々な構造的な課題を抱え、財政が不安定になりやすいことが懸念されます。 また、被保険者側からみれば、保険給付は全国共通であるものの、保険料（税）は市町村ごとに大きく異なることから、どこに居住しても、世帯や所得が同一であれば同じ保険料（税）となることが望まれています。 このような課題を改善し、国保制度を安定的に運営するため、『持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成 27 年法律第 31 号)』が施行され、国保への財政支援の拡充（毎年 3,400 億円の公費投入）を行うことにより財政基盤を強化するとともに、平成 30 年度から都道府県も保険者として、安定的な財政運営や効率的な事業運営などにおいて、中心的な役割を担うことになりました。 ※１　相扶共済…保険事故により生ずる個人の経済的損害を加入者相互において分担すること。	**第１章　基本的事項** **１　策定の目的** (1) 背景 我が国は、誰もが安心して医療を受けられるよう、全ての国民が何らかの公的な医療保険に加入する「国民皆保険」を実現しています。 なかでも、国民健康保険（以下「国保」という。）は、「相扶共済（※1）」の精神のもと、これまで医療保険制度の基盤として、また、国民皆保険の最後の拠り所として重要な役割を担ってきました。 しかし、少子高齢化、就業構造の変化など社会経済状況が大きく変化する中、国保は、「小規模保険者が多数存在している」、「高齢者、非正規雇用労働者など所得の低い被保険者が大きな割合を占めている」、「年齢構成が高く、医療費水準が高い」など様々な構造的な課題を抱え、財政が不安定になりやすいことが懸念されます。 また、被保険者側からみれば、保険給付は全国共通であるものの、保険料（税）は市町村ごとに大きく異なることから、どこに居住しても、世帯や所得が同一であれば同じ保険料（税）となることが望まれています。 このような課題を改善し、国保制度を安定的に運営するため、『持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成 27 年法律第 31 号)』が施行され、国保への財政支援の拡充（毎年 3,400 億円の公費投入）を行うことにより財政基盤を強化するとともに、平成 30 年度から都道府県も保険者として、安定的な財政運営や効率的な事業運営などにおいて、中心的な役割を担うことになりました。 ※１　相扶共済…保険事故により生ずる個人の経済的損害を加入者相互において分担すること。

新	旧
(2) 策定の目的 平成 30 年度以降の国保制度において、県は財政運営の責任主体として中心的な役割を担う一方で、住民に身近な行政を行う市町村において、資格管理、保険給付、保険税の賦課・徴収、保健事業等の地域におけるきめ細かな事業を引き続き担い、県と市町村が一体となって、国保事業を運営しています。 この「福島県国民健康保険運営方針（以下「本運営方針」という。）」は、県と市町村が共通認識のもと、安定的な財政運営及び市町村事務の広域化や効率化を推進できるよう、国保運営にかかる統一的な方針を定めるものです。	(2) 策定の目的 平成 30 年度以降の国保制度において、県は財政運営の責任主体として中心的な役割を担う一方で、住民に身近な行政を行う市町村において、資格管理、保険給付、保険料（税）の賦課・徴収、保健事業等の地域におけるきめ細かな事業を引き続き担い、県と市町村が一体となって、国保事業を運営しています。 この「福島県国民健康保険運営方針（以下「本運営方針」という。）」は、県と市町村が共通認識のもと、安定的な財政運営及び市町村事務の広域化や効率化を推進できるよう、国保運営にかかる統一的な方針を定めるものです。
２　策定の根拠 本運営方針は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号、以下「国保法」という。）第 82 条の２に基づき、県が策定します。	**２　策定の根拠** 本運営方針は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号、以下「国保法」という。）第 82 条の２に基づき、県が策定します。
３　策定年月日 令和６年２月 29 日	**３　策定年月日** 令和６年２月 29 日
４　対象期間 令和６年４月１日から令和 12 年３月 31 日までの６年間とし、中間年となる令和８年度に検証を行い、必要に応じて見直しを行うこととします。	**４　対象期間** 令和６年４月１日から令和 12 年３月 31 日までの６年間とし、中間年となる令和８年度に検証を行い、必要に応じて見直しを行うこととします。
５　検証・評価 県全体の国保事業を円滑に運営するためには、県と市町村の役割分担の下、本運営方針に掲げた各実施項目を着実に推進する必要があります。 さらには、年々被保険者数が減少する中にあって、安定的な財政運営や	**５　検証・評価** 県全体の国保事業を円滑に運営するためには、県と市町村の役割分担の下、本運営方針に掲げた各実施項目を着実に推進する必要があります。 さらには、年々被保険者数が減少する中にあって、安定的な財政運営や

新	旧
市町村事務の効率的・広域的な取組への検討も求められています。 　そこで、本運営方針に基づき、県と市町村が実施した事業については、毎年度福島県市町村国保運営安定化等連携会議で検証を行い、課題・論点等の整理を行った上で、福島県国民健康保険運営協議会において評価を受け、次年度以降の取組に反映させるＰＤＣＡサイクルを確立します。 　その際、取組内容の見直しが必要な場合は、対象期間内であっても修正を行うこととします。 　一方、国保事業は、県と市町村が連携して実施する共同事業ではありますが、県は財政運営の責任主体として中心的な役割を担うことから、国保法第４条第２項に基づき、市町村に指導・助言を行います。その結果については、ＰＤＣＡサイクルを循環させ、継続的な改善に向けて取り組みます。  図 1-1　ＰＤＣＡサイクルのイメージ	市町村事務の効率的・広域的な取組への検討も求められています。 　そこで、本運営方針に基づき、県と市町村が実施した事業については、毎年度福島県市町村国保運営安定化等連携会議で検証を行い、課題・論点等の整理を行った上で、福島県国民健康保険運営協議会において評価を受け、次年度以降の取組に反映させるＰＤＣＡサイクルを確立します。 　その際、取組内容の見直しが必要な場合は、対象期間内であっても修正を行うこととします。 　一方、国保事業は、県と市町村が連携して実施する共同事業ではありますが、県は財政運営の責任主体として中心的な役割を担うことから、国保法第４条第２項に基づき、市町村に指導・助言を行います。その結果については、ＰＤＣＡサイクルを循環させ、継続的な改善に向けて取り組みます。  図 1-1　ＰＤＣＡサイクルのイメージ

新	旧
## 第２章　国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し	## 第２章　国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し
〔趣旨〕 中長期的に安定的な国保財政を運営していくためには、これまでの医療費の動向を把握し、将来の国保財政の見通しを示すとともに、その要因の分析を行うことが重要です。国保の安定的な財政運営について、県が中心的な役割を担うことから、国保事業の財政収支の基礎となる医療費や将来の国保財政の見通しについて定めます。	〔趣旨〕 中長期的に安定的な国保財政を運営していくためには、これまでの医療費の動向を把握し、将来の国保財政の見通しを示すとともに、その要因の分析を行うことが重要です。国保の安定的な財政運営について、県が中心的な役割を担うことから、国保事業の財政収支の基礎となる医療費や将来の国保財政の見通しについて定めます。
### 第１節　医療費の動向と将来の見通し	### 第１節　医療費の動向と将来の見通し
１　市町村国保の概況 本県の市町村国保の保険者数は、59 保険者です。そのうち、被保険者数 3,000 人未満のいわゆる小規模保険者数は、令和５年度末で半数を超える 38 保険者となっています。 なお、全国 1,716 保険者のうち、小規模保険者数は 607 保険者で、全体の３分の１程度となっています。 また、全国の市町村国保同様、被保険者の多くが低所得者あるいは高齢者であるため、保険税の負担が重いことや被用者保険と比較して一人当たりの医療費水準が高い傾向にあるなど構造的な問題を抱えています。	**１　市町村国保の概況** 本県の市町村国保の保険者数は、59 保険者です。そのうち、被保険者数 3,000 人未満のいわゆる小規模保険者数は、令和３年度末で半数を超える 35 保険者となっています。 なお、全国 1,716 保険者のうち、小規模保険者数は 568 保険者で、全体の３分の１程度となっています。 また、全国の市町村国保同様、被保険者の多くが低所得者あるいは高齢者であるため、保険料（税）の負担が重いことや被用者保険と比較して一人当たりの医療費水準が高い傾向にあるなど構造的な問題を抱えています。

新

表 2-1　被保険者数規模別保険者数の推移

区分		保険者数(市町村)						構成比(R5年度)(%)	全国(R5年度)	
		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度		保険者数(市町村)	構成比(%)
被保険者数	５万人以上	3	3	3	3	2	2	3.39	91	5.30
	１万以上５万未満	7	7	7	7	8	7	11.86	445	25.93
	５千以上１万未満	5	5	5	4	4	5	8.48	325	18.94
	３千以上５千未満	10	9	9	10	10	7	11.86	248	14.45
	３千未満	34	35	35	35	35	38	64.41	607	35.38
		59	59	59	59	59	59	100.00	1,716	100.00

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業年報・集計表」）

２　被用者保険との比較

市町村国保は、世帯数・被保険者数とも減少傾向にあります。

また、被用者保険のうち全国健康保険協会福島支部（以下「協会けんぽ」という。）は、事業所数は増加しているものの、加入者数は令和元年度以降減少傾向にあり、健康保険組合連合会福島連合会（以下「健保組合」という。）の加入者数も減少傾向を示しています。

表 2-2　市町村国保と被用者保険との比較

各年度末現在	市町村国保		協会けんぽ		健保組合		福島県人口	福島県人口に対する割合		
								国保	協会けんぽ	健保組合
	世帯数	被保険者数(A)	事業所数	加入者数(B)	団体数	加入者数(C)	人口(D)	A/D	B/D	C/D
H30年度	258,934	415,422	35,273	674,052			1,848,516	22.47%	36.46%	0.00%
	96.87	95.24	102.83	100.02			99.00			
R元年度	254,317	403,049	35,902	673,113			1,830,006	22.02%	36.78%	0.00%
	98.22	97.02	101.78	99.86			99.00			
R2年度	253,827	398,270	36,385	663,859			1,818,818	21.90%	36.50%	0.00%
	99.81	98.81	101.35	98.63			99.39			
R3年度	251,237	389,267	37,194	652,628	確認中		1,796,494	21.67%	36.33%	0.00%
	98.98	97.74	102.22	98.31			98.77			
R4年度	243,509	370,280	37,361	630,744			1,773,566	20.88%	35.56%	0.00%
	96.92	95.12	100.45	96.65			98.73			
R5年度	237,103	355,072	37,745	620,511			1,749,990	20.29%	35.46%	0.00%
	97.37	95.89	101.03	98.38			98.66			

（出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」、「福島県現住人口調査年報」、協会けんぽ「事業年報」）

旧

表 2-1　被保険者数規模別保険者数の推移

区分		保険者数(市町村)						構成比(R3年度)	全国(R3年度)
		H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度		
被保険者数	５万人以上	3	3	3	3	3	3	5.08%	6.29%
	１万以上５万人未満	7	7	7	7	7	7	11.86%	27.63%
	５千人以上１万人未満	5	5	5	5	5	4	6.78%	18.76%
	３千人以上５千人未満	12	11	10	9	9	10	16.95%	14.22%
	３千人未満	32	33	34	35	35	35	59.32%	33.10%
	計	59	59	59	59	59	59	100.00%	100.00%

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業年報・集計表」）

２　被用者保険との比較

市町村国保は、世帯数・被保険者数とも減少傾向にあります。

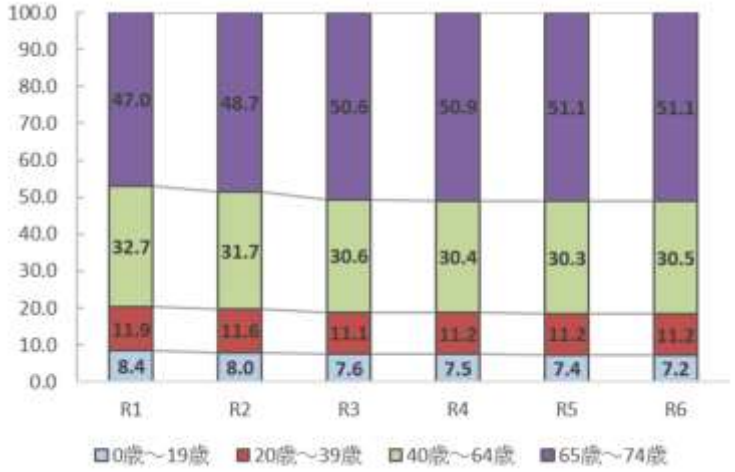
また、被用者保険のうち全国健康保険協会福島支部（以下「協会けんぽ」という。）は、事業所数は増加しているものの、加入者数は令和元年度以降減少傾向にあり、健康保険組合連合会福島連合会（以下「健保組合」という。）の加入者数も減少傾向を示しています。

表 2-2　市町村国保と被用者保険との比較

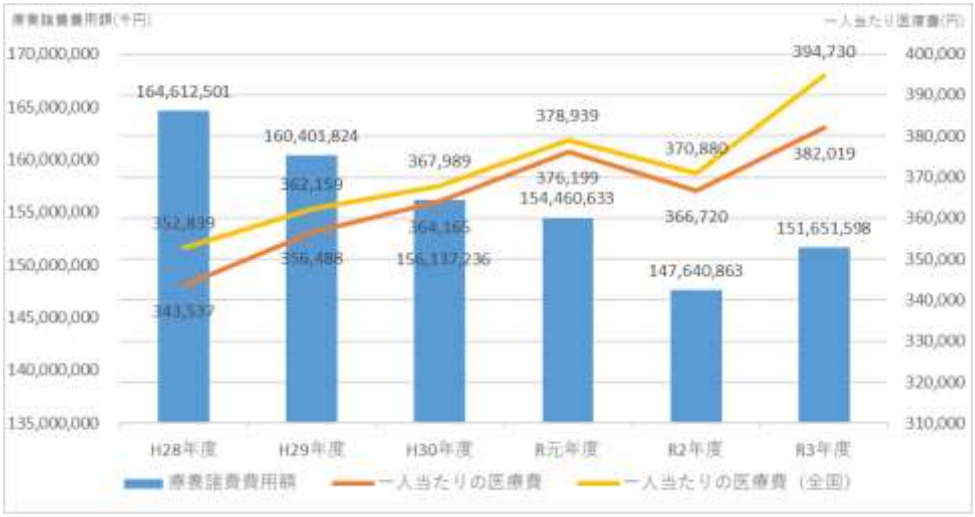
各年度末現在	市町村国保		協会けんぽ		健保組合		福島県人口	福島県人口に対する割合		
	世帯数	被保険者数(A)	事業所数	加入者数(B)	団体数	加入者数(C)	(D)	国保(A/D)	協会けんぽ(B/D)	健保組合(C/D)
H28年度	278,350	461,107	33,270	666,661	7	25,929	1,886,317	24.44%	35.34%	1.37%
	—	—	—	—	—	—	—			
H29年度	267,314	436,162	34,301	673,891	7	25,696	1,867,150	23.36%	36.09%	1.38%
	▲3.96%	▲5.41%	3.10%	1.08%	0.00%	▲0.90%	▲1.02%			
H30年度	258,934	415,422	35,273	674,052	7	25,301	1,848,516	22.47%	36.46%	1.37%
	▲3.13%	▲4.76%	2.83%	0.02%	0.00%	▲1.54%	▲1.00%			
R元年度	254,317	403,049	35,902	673,113	6	21,218	1,830,006	22.02%	36.78%	1.16%
	▲1.78%	▲2.98%	1.78%	▲0.14%	▲14.29%	▲16.14%	▲1.00%			
R2年度	253,827	398,270	36,385	663,859	6	21,280	1,818,818	21.90%	36.50%	1.17%
	▲0.19%	▲1.19%	1.35%	▲1.37%	0.00%	0.29%	▲0.61%			
R3年度	251,237	389,267	37,194	652,628	6	20,412	1,796,497	21.67%	36.33%	1.14%
	▲1.02%	▲2.26%	2.22%	▲1.69%	0.00%	▲4.08%	▲1.23%			

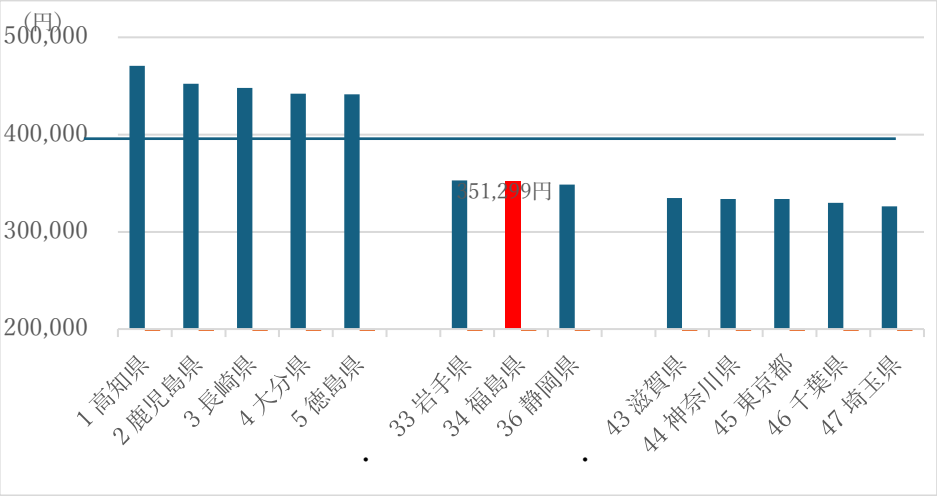
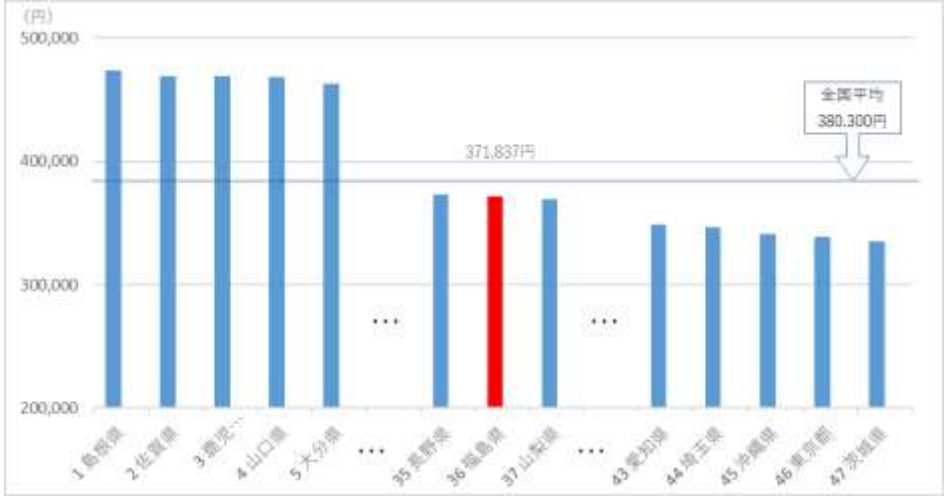
（出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」、「福島県現住人口調査年報」、協会けんぽ「事業年報」）

新	旧
備考　１．各年度の下段は、対前年比（%）。 ２．健保組合の数値は、県の照会に対する回答による。 ３．協会けんぽ及び健保組合の「加入者数」は被扶養者を含む。 ４．福島県人口は、翌年４月１日時点のもの。	備考　１．各年度の下段は、対前年比（%）。 ２．健保組合の数値は、県の照会に対する回答による。 ３．協会けんぽ及び健保組合の「加入者数」は被扶養者を含む。 ４．福島県人口は、翌年４月１日時点のもの。
３　被保険者等の状況	**３　被保険者等の状況**
(1) 被保険者数等	(1) 被保険者数等
ア　令和５年度末における市町村国保の世帯数は、237,013 世帯（対前年度　▲6,496 世帯、▲2.63%）、被保険者数は 355,072 人（対前年度▲15,208 人、▲4.11%）であり、世帯数及び被保険者数とも減少傾向にあります。	ア　令和３年度末における市町村国保の世帯数は、251,237 世帯（対前年度　▲2,590 世帯、▲1.02%）、被保険者数は 389,267 人（対前年度▲9,003 人、▲2.26%）であり、世帯数及び被保険者数とも減少傾向にあります。
イ　市町村国保被保険者の資格異動状況は、異動増加（加入）・異動減少（離脱）ともに社会保険の離脱・加入によるものが最も多くなっています。	イ　市町村国保被保険者の資格異動状況は、異動増加（加入）・異動減少（離脱）ともに社会保険の離脱・加入によるものが最も多くなっています。
ウ　令和５年度末における、市町村国保被保険者（237,013 人）の県内人口（1,749,990 人）に占める割合は 20.29%であり、年々減少傾向にあります。	ウ　令和３年度末における、市町村国保被保険者（389,267 人）の県内人口（1,796,497 人）に占める割合は 21.67%であり、年々減少傾向にあります。
 図 2-3　年度別被保険者数及び世帯数 （出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」）	 図 2-3　年度別被保険者数及び世帯数 （出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」）

新	旧
(2) 被保険者の年齢構成 令和６年度における被保険者の年齢構成は、「65 歳～74 歳」の割合が 51.1%と半数を占めています。「０歳から 64 歳」までの各年齢区分の割合が減少している一方、「65 歳～74 歳」の割合は全国平均（43.1%）と比較しても 8.03 ポイント高くなっており、その割合は年々増加しています。 なお、令和６年度における被保険者の平均年齢は、56.4 歳（全国 53.3 歳）となっています（厚生労働省「国民健康保険実態調査（保険者票）」年齢階級別より、中央値を用いた推計値）。	(2) 被保険者の年齢構成 令和３年度における被保険者の年齢構成は、「65 歳～74 歳」の割合が 50.6%と半数を占めています。「０歳から 64 歳」までの各年齢区分の割合が減少している一方、「65 歳～74 歳」の割合は全国平均（45.5%）と比較しても 5.1 ポイント高くなっており、その割合は年々増加しています。 なお、令和３年度における被保険者の平均年齢は、56.69 歳（全国 54.41 歳）となっています（厚生労働省「国民健康保険実態調査（保険者票）」年齢階級別より、中央値を用いた推計値）。
	
図 2-4　年齢別被保険者数の推移 （出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査（年齢階級別）」）	図 2-4　年齢別被保険者数の推移 （出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査（年齢階級別）」）
(3) 被保険者（世帯主）の職業 本県の令和６年度の職業別構成割合は、「農林水産業」や「その他の自営業」のいわゆる自営業者は 16.48%ですが、「無職者（年金生活者、失業者等）」と「被用者」の合計は 77.56%と、全体の約３／４を占めています。	(3) 被保険者（世帯主）の職業 本県の令和３年度の職業別構成割合は、「農林水産業」や「その他の自営業」のいわゆる自営業者は 16.27%ですが、「無職者（年金生活者、失業者等）」と「被用者」の合計は 73.23%と、全体の約３／４を占めています。

新	旧
 図 2-5　職業別構成割合 （出典：福島県「国民健康保険課調査」）	 図 2-5　職業別構成割合 （出典：福島県「国民健康保険課調査」）
4　医療費（療養諸費）の動向及び要因分析 (1) 市町村国保における医療費（療養諸費）の推移 ア　令和５年度の医療費（療養諸費）は、1,494 億 4,247 万円で年々減少傾向にあります。 イ　令和５年度の被保険者一人当たりの医療費（療養諸費）は、408,985 円（対前年度比 16,206 円増、1.04%増）となっています。 なお、全国の一人当たりの医療費（療養諸費）も増加傾向にあり、令和５年度は 394,730 円（対前年比 23,850 円減、0.98%減）となっており、本県を　　下回っています。	**4　医療費（療養諸費）の動向及び要因分析** (1) 市町村国保における医療費（療養諸費）の推移 ア　令和３年度の医療費（療養諸費）は、1,516 億 5,159 万円で年々減少傾向にあります。 なお、新型コロナウイルス感染症による受診控えにより大幅に減少した令和２年度に対し、2.72%増加しました。 イ　令和３年度の被保険者一人当たりの医療費（療養諸費）は、382,019 円（対前年度比 15,299 円増、4.17%増）となっています。 なお、全国の一人当たりの医療費（療養諸費）も増加傾向にあり、令和３年度は 394,730 円（対前年比 9,087 円減、6.43%減）となっており、本県を 12,711 円（3.32%）上回っています。

新	旧
ウ　平成 23 年３月 11 日に発生した東日本大震災、さらには東京電力福島第一原子力発電所事故（以下「原子力災害」という。）により、令和８年６月において約 2.3 万人の県民が避難を余儀なくされており、避難生活の長期化の影響等により、被災市町村の一人当たりの医療費水準は全国を上回っています。	ウ　平成 23 年３月 11 日に発生した東日本大震災、さらには東京電力福島第一原子力発電所事故（以下「原子力災害」という。）により、令和５年６月において約 2.7 万人の県民が避難を余儀なくされており、避難生活の長期化の影響等により、被災市町村の一人当たりの医療費水準は全国を上回っています。
	
図 2-6 療養諸費費用額と一人当たりの医療費の推移 （出典：福島県「国民健康保険事業実施状況報告書」、厚生労働省「国民健康保険事業年報・集計表」） 備考　一人当たりの医療費は、療養諸費（療養の給付等+療養費等）を各年間平均の被保険者数で除して得た額。	図 2-6 療養諸費費用額と一人当たりの医療費の推移 （出典：福島県「国民健康保険事業実施状況報告書」、厚生労働省「国民健康保険事業年報・集計表」） 備考　一人当たりの医療費は、療養諸費（療養の給付等+療養費等）を各年間平均の被保険者数で除して得た額。
(2) 年齢階層別医療費 令和５年度の総医療費（市町村国保以外も含む）に対する一人当たり医療費は、351,299 円で全国平均 402,157 円を 50,858 円（▲12.65%）下回っており、全国 34 位となっています。	(2) 年齢階層別医療費 令和３年度の総医療費（市町村国保以外も含む）に対する一人当たり医療費は、371,837 円で全国平均 380,300 円を 8,463 円（▲2.23%）下回っており、全国 36 位となっています。

新	旧
年齢階層別では「０～４歳」、「５～９歳」、「10～14 歳」及び「60～64歳」以降の階層で全国平均を下回っており、また、「15～19 歳」以降では、年齢が上がるにつれて医療費が増加する傾向にあります。 本県では、医療費が高いとされる高齢の年齢階層の医療費が全国平均以下にあることから、全体としても全国平均を下回っているものと考えられます。	年齢階層別では「０～４歳」、「５～９歳」及び「55～59歳」以降の階層で全国平均を下回っており、また、「10～14 歳」以降では、年齢が上がるにつれて医療費が増加する傾向にあります。 本県では、医療費が高いとされる高齢の年齢階層の医療費が全国平均以下にあることから、全体としても全国平均を下回っているものと考えられます。
	
図 2-7　一人当たり医療費の都道府県比較（令和５年度） （出典：厚生労働省「医療費の地域差分析」）	図 2-7　一人当たり医療費の都道府県比較（令和３年度） （出典：厚生労働省「医療費の地域差分析」）

新	旧
	
図 2-8 年齢階層別の被保険者数と一人当たり医療費計（令和５年度） （出典：厚生労働省「医療費の地域差分析」） 備考　一人当たりの医療費は、療養費等を含まない医療費（入院医療費（入院時食事・生活療養に係る医療費を含む）＋入院外医療費（調剤医療費を含む）＋歯科医療費）を各年度末現在の被保険者数で除して得た額。	図 2-8 年齢階層別の被保険者数と一人当たり医療費計（令和３年度） （出典：厚生労働省「医療費の地域差分析」） 備考　一人当たりの医療費は、療養費等を含まない医療費（入院医療費（入院時食事・生活療養に係る医療費を含む）＋入院外医療費（調剤医療費を含む）＋歯科医療費）を各年度末現在の被保険者数で除して得た額。
５　国民健康保険財政の将来の見通し 本運営方針に関連する福島県医療計画、医療費適正化計画等に基づく施策との有機的な連携を図る必要があることから、各計画の対象期間である令和 11 年までの国保の財政運営の見通しを推計することとします。 (1) 市町村国保収支状況 令和５年度における市町村国保事業の決算状況は、歳入総額が 1,897 億 5,591 万円（対前年度▲1.42%）、歳出総額が 1,848 億 2,021 万円（対前	**５　国民健康保険財政の将来の見通し** 本運営方針に関連する福島県医療計画、医療費適正化計画等に基づく施策との有機的な連携を図る必要があることから、各計画の対象期間である令和 11 年までの国保の財政運営の見通しを推計することとします。 (1) 市町村国保収支状況 令和４年度における市町村国保事業の決算状況は、歳入総額が 1,924 億 8,860 万円（対前年度▲1.54%）、歳出総額が 1,863 億 1,153 万円（対前

新	旧
年度▲0.80%）、収支差引額は 49 億 3,561 万円（対前年度▲20.1%）、単年度収支差引額は、▲5 億 5,734 万円（対前年度▲44.32%）となっています。	年度▲1.63%）、収支差引額は 61 億 7,707 万円（対前年度＋1.34%）、単年度収支差引額は、▲10 億 106 万円（対前年度▲57.04%）となっています。

新

表2－9　市町村国保収支状況

収入	割合	R5年度(円)	R4年度(円)	伸び率
保険税	15.38%	29,185,396,808	29,860,625,259	▲ 2.26%
国庫支出金	0.68%	1,282,826,000	1,395,878,000	▲ 8.10%
都道府県支出金	70.54%	133,859,998,223	134,865,999,897	▲ 0.75%
連合会支出金	0.00%	0	0	―
一般会計繰入金	9.00%	17,068,662,904	17,181,966,850	▲ 0.66%
直診勘定繰入金	0.00%	0	0	―
その他の収入	0.32%	616,167,655	590,277,772	4.39%
単年度収入		182,013,051,590	183,894,747,778	
基金等繰入金	0.82%	1,560,250,125	2,492,517,576	▲ 37.40%
繰越金	3.26%	6,182,679,142	6,101,336,424	1.33%
市町村債	0.00%	0	0	―
収入合計	100.00%	189,755,980,857	192,488,601,778	▲ 1.42%

支出	割合	R5年度(円)	R4年度(円)	伸び率
総務費	2.05%	3,783,890,888	3,755,899,619	0.75%
保険給付費	70.49%	130,280,578,596	130,766,708,458	▲ 0.37%
国民健康保険事業費納付金	24.66%	45,578,414,950	47,327,471,875	▲ 3.70%
財政安定化基金拠出金	0.00%	0	0	―
保健事業費	1.22%	2,253,410,852	2,232,550,296	0.93%
保険給付費等交付金償還金	0.05%	90,407,763	43,019,222	110.16%
直診勘定繰出金	0.09%	169,571,800	204,749,108	▲ 17.18%
その他の支出	0.22%	414,115,844	565,248,269	▲ 26.74%
単年度支出		182,570,390,693	184,895,646,847	▲ 1.26%
基金等積立金	1.22%	2,248,700,150	1,403,114,294	60.26%
前年度繰上充用金	0.00%	0	0	―
公債費	0.00%	1,200,000	12,611,000	▲ 90.48%
支出合計	100.00%	184,820,290,843	186,311,372,141	▲ 0.80%

単年度収支差引額		▲ 557,339,103	▲ 1,000,899,069	▲ 44.32%
収支差引額		4,935,690,014	6,177,229,637	▲ 20.10%

（出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」）

旧

表 2-9　市町村国保収支状況

収入	割合	R4年度（円）	R3年度（円）	伸び率
保険税	15.51%	29,860,625,259	31,269,816,097	▲ 4.51%
国庫支出金	0.73%	1,395,878,000	1,458,171,000	▲ 4.27%
都道府県支出金	70.06%	134,865,999,897	135,731,455,960	▲ 0.64%
連合会支出金	0.00%	0	0	―
一般会計繰入金	8.93%	17,181,966,850	16,386,003,779	4.86%
直診勘定繰入金	0.00%	0	0	―
その他の収入	0.31%	590,277,772	681,853,285	▲ 13.43%
単年度収入		183,894,747,778	185,527,300,121	
基金等繰入金	1.29%	2,492,517,576	2,782,594,680	▲ 10.42%
繰越金	3.17%	6,101,336,424	7,192,536,244	▲ 15.17%
市町村債	0.00%	0	0	―
収入合計	100.00%	192,488,601,778	195,502,431,045	▲ 1.54%

支出	割合	R4年度（円）	R3年度（円）	伸び率
総務費	2.02%	3,755,899,619	3,726,621,190	0.79%
保険給付費	70.19%	130,766,870,054	131,335,846,526	▲ 0.43%
国民健康保険事業費納付金	25.40%	47,327,471,875	49,882,642,583	▲ 5.12%
財政安定化基金拠出金	0.00%	0	0	―
保健事業費	1.20%	2,232,550,296	2,209,767,156	1.03%
保険給付費等交付金償還金	0.02%	42,267,222	41,060,728	2.94%
直診勘定繰出金	0.11%	197,138,836	249,762,800	▲ 21.07%
その他の支出	0.31%	573,610,541	411,957,648	39.24%
単年度支出		184,895,808,443	187,857,658,631	▲ 1.58%
基金等積立金	0.75%	1,403,114,294	1,537,023,906	▲ 8.71%
前年度繰上充用金	0.00%	0	0	―
公債費	0.01%	12,611,000	12,611,000	0.00%
支出合計	100.00%	186,311,533,737	189,407,293,537	▲ 1.63%

単年度収支差引額		▲ 1,001,060,665	▲ 2,330,358,510	▲ 57.04%
収支差引額		6,177,068,041	6,095,137,508	1.34%

（出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」）

新	旧
(2) 将来の見通し ア　被保険者数の推計方法 本運営方針の中間見直し時期である令和８年度及び保険税水準の統一年度としている令和 11 年度の被保険者数は、令和５年度の国保事業費納付金算定時に推計した被保険者数を基に推計します。 例えば、令和５年度における１歳の被保険者数は、令和８年度における４歳の被保険者数、令和 11 年度おける７歳の被保険者数として取扱います。 ０歳の被保険者数については、15～49 歳女性の被保険者数を２倍した数値に男女の出生率の平均を乗じて算出しています。出生率については、令和５年度の推計値を基に算出します。 イ　医療費の推計方法 各年齢区分（未就学児、一般、70 歳以上一般、70 歳以上現役並み）の令和元年度から令和５年度までの医療費と被保険者数により、各年度の一人当たり医療費及び単年度伸び率の平均を算出します。 算出した平均伸び率を令和５年度算定時の各年齢区分の一人当たり医療費に乗じて、令和８年度及び令和 11 年度の一人当たり医療費を算出します。 算出した一人当たり医療費に推計した被保険者数を乗じて令和８年度及び令和 11 年度の医療費総額を算出します。 ※　令和２年度の医療費の実績は、新型コロナウイルス感染症による受診控え等の影響を受けているため使用せず、国保事業費納付金算定時の推計値を使用します。	(2) 将来の見通し ア　被保険者数の推計方法 本運営方針の中間見直し時期である令和８年度及び保険料（税）水準の統一年度としている令和 11 年度の被保険者数は、令和５年度の国保事業費納付金算定時に推計した被保険者数を基に推計します。 例えば、令和５年度における１歳の被保険者数は、令和８年度における４歳の被保険者数、令和 11 年度おける７歳の被保険者数として取扱います。 ０歳の被保険者数については、15～49 歳女性の被保険者数を２倍した数値に男女の出生率の平均を乗じて算出しています。出生率については、令和５年度の推計値を基に算出します。 イ　医療費の推計方法 各年齢区分（未就学児、一般、70 歳以上一般、70 歳以上現役並み）の令和元年度から令和５年度までの医療費と被保険者数により、各年度の一人当たり医療費及び単年度伸び率の平均を算出します。 算出した平均伸び率を令和５年度算定時の各年齢区分の一人当たり医療費に乗じて、令和８年度及び令和 11 年度の一人当たり医療費を算出します。 算出した一人当たり医療費に推計した被保険者数を乗じて令和８年度及び令和 11 年度の医療費総額を算出します。 ※　令和２年度の医療費の実績は、新型コロナウイルス感染症による受診控え等の影響を受けているため使用せず、国保事業費納付金算定時の推計値を使用します。

新

ウ　推計結果

令和８年度における医療費は 1,312 億円（対令和４年度比▲13.0%）、被保険者数 30.5 万人（対令和４年度比▲20.6%）、一人当たり医療費 439,156 円（対令和４年度比 11.8%）と見込まれます。

また、令和 11 年度における医療費は 1,109 億円（対令和４年度比▲26.5%）、被保険者数 24.9 万人（対令和４年度比▲35.2%）、一人当たり医療費 470,893 円（対令和４年度比 19.9%）と見込まれます。

表 2-10　被保険者数、医療費及び一人当たり医療費の推計

	令和４年度	令和８年度	令和11年度
医療費	1,508 億円	1,312 億円	1,109 億円
対令和４年度比	―	▲ 13.0%	▲ 26.5%
被保険者数	38.4 万人	30.5 万人	24.9 万人
対令和４年度比	―	▲ 20.6%	▲ 35.2%
一人当たり医療費	392,775 円	439,156 円	470,893 円
対令和４年度比	―	11.8%	19.9%

エ　財政運営の見通し

今後も被保険者数の減少により医療費総額は減少していく一方、一人当たりの医療費は増加することが見込まれることから、被保険者の保険税の負担の増加を抑え、安定的な財政運営を行うためにも、医療費の適正化をより一層進めていく必要があります。

第２節　財政収支の改善に係る基本的な考え方

１　市町村国保の財政運営の基本的な考え方

国保は、一会計年度単位で行う短期保険です。国保財政を安定的に運営していくためには、原則として、必要な支出を保険料（税）や国庫負担金

旧

ウ　推計結果

令和８年度における医療費は 1,312 億円（対令和４年度比▲13.0%）、被保険者数 30.5 万人（対令和４年度比▲20.6%）、一人当たり医療費 439,156 円（対令和４年度比 11.8%）と見込まれます。

また、令和 11 年度における医療費は 1,109 億円（対令和４年度比▲26.5%）、被保険者数 24.9 万人（対令和４年度比▲35.2%）、一人当たり医療費 470,893 円（対令和４年度比 19.9%）と見込まれます。

表 2-10　被保険者数、医療費及び一人当たり医療費の推計

	令和４年度	令和８年度	令和11年度
医療費	1,508 億円	1,312 億円	1,109 億円
対令和４年度比	―	▲ 13.0%	▲ 26.5%
被保険者数	38.4 万人	30.5 万人	24.9 万人
対令和４年度比	―	▲ 20.6%	▲ 35.2%
一人当たり医療費	392,775 円	439,156 円	470,893 円
対令和４年度比	―	11.8%	19.9%

エ　財政運営の見通し

今後も被保険者数の減少により医療費総額は減少していく一方、一人当たりの医療費は増加することが見込まれることから、被保険者の保険料（税）の負担の増加を抑え、安定的な財政運営を行うためにも、医療費の適正化をより一層進めていく必要があります。

第２節　財政収支の改善に係る基本的な考え方

１　市町村国保の財政運営の基本的な考え方

国保は、一会計年度単位で行う短期保険です。国保財政を安定的に運営していくためには、原則として、必要な支出を保険料（税）や国庫負担金

新	旧
などで賄うことにより、国保特別会計において収支が均衡していることが重要です。 公費による財政支援の拡充や国保事業費納付金（以下「納付金」という。）制度、国民健康保険給付費等交付金（以下「交付金」という。）制度の導入に伴い、決算補填等を目的とした法定外の一般会計繰入の必要性は大幅に減少しています。今後も決算補填等を目的とした法定外の一般会計繰入が行われないよう安定的な運営に努めます。	などで賄うことにより、国保特別会計において収支が均衡していることが重要です。 公費による財政支援の拡充や国保事業費納付金（以下「納付金」という。）制度、国民健康保険給付費等交付金（以下「交付金」という。）制度の導入に伴い、決算補填等を目的とした法定外の一般会計繰入の必要性は大幅に減少しています。今後も決算補填等を目的とした法定外の一般会計繰入が行われないよう安定的な運営に努めます。
２　県の国保財政の運営に係る基本的な考え方 市町村国保と同様に、県は特別会計を設けて財政運営を行います。原則として、必要な支出を納付金や国庫負担金などで賄うことにより、収支が均衡していることが重要です。 また、県内市町村における国保事業の健全な運営を確保することも重要であるため、県の特別会計においては必要以上の黒字や繰越金を保有せず、各年度の保険税水準が過度に変動しないよう配慮しながら、納付金を適正に算定する必要があります。保険給付費の急激な増加などが生じた場合には、県に設置された財政安定化基金を活用し、安定的な財政運営を図ります。 決算剰余金が生じた場合は、原則として県基金に積み立てます。しかしながら、決算剰余金は、その大部分が被保険者の保険税であり、受益者負担の観点から被保険者に還元する必要があります。 このことから、剰余金の活用方法については、次の基本的な考え方に基づき、市町村と協議し決定します。 ・財政運営の状況を踏まえる。 ・県内全被保険者に平等に還元する。 ・できるだけ短期間での活用に努める。 ・年度間で納付金が大きく変動しないように調整を行う（年度間の平準化を図る）。	**２　県の国保財政の運営に係る基本的な考え方** 市町村国保と同様に、県は特別会計を設けて財政運営を行います。原則として、必要な支出を納付金や国庫負担金などで賄うことにより、収支が均衡していることが重要です。 また、同時に、県内の市町村における事業運営が健全に行われることも重要であるため、県の特別会計において、必要以上に黒字幅や繰越金を確保することのないよう、また、一方で各年の保険料（税）水準が過度に上下することがないよう納付金を適正に算定する必要があります。保険給付費の急激な増加などが生じた際には、県に設置された財政安定化基金を活用し、安定的な財政運営を目指します。 決算剰余金が生じた場合は、原則として県基金に積み立てます。しかしながら、決算剰余金は、その大部分が被保険者の保険料（税）であり、受益者負担の観点から被保険者に還元する必要があります。 このことから、剰余金の活用方法については、次の基本的な考え方に基づき、市町村と協議し決定します。 ・財政運営の状況を踏まえる。 ・県内全被保険者に平等に還元する。 ・できるだけ短期間での活用に努める。 ・年度間で納付金が大きく変動しないように調整を行う（年度間の平準化を図る）。

新	旧
第３節　赤字の解消・削減の取組、目標年次等	第３節　赤字の解消・削減の取組、目標年次等
１　赤字の定義 市町村国保が解消・削減すべき赤字額については、「決算補填等目的の法定外一般会計繰入額」及び「繰上充用金の増加額」であることを基本とします。 決算補填等目的の法定外一般会計繰入は次のとおりとします。 a は財政安定化基金を活用することで赤字が発生しなくなるため、計画的に解消・削減すべき赤字は、b 及び c を基本とします。 a　決算補填目的のもの ・保険税の収納不足のため ・医療費の増加 b　保険者の政策によるもの ・保険税の負担緩和を図るため ・任意給付に充てるため c　過年度の赤字によるもの ・累積赤字補填のため ・公債費、借入金利息	**１　赤字の定義** 市町村国保が解消・削減すべき赤字額については、「決算補填等目的の法定外一般会計繰入額」及び「繰上充用金の増加額」であることを基本とします。 決算補填等目的の法定外一般会計繰入は次のとおりとします。 a は財政安定化基金を活用することで赤字が発生しなくなるため、計画的に解消・削減すべき赤字は、b 及び c を基本とします。 a　決算補填目的のもの ・保険料（税）の収納不足のため ・医療費の増加 b　保険者の政策によるもの ・保険料（税）の負担緩和を図るため ・任意給付に充てるため c　過年度の赤字によるもの ・累積赤字補填のため ・公債費、借入金利息
２　市町村の収支状況 令和５年度の実質単年度収支差引額（単年度収支差引額 － 一般会計繰入のうち決算補填目的に繰り入れた額）がマイナスとなった市町村は 31 市町村（全体の 52.5%）で、その額は 5 億 823 万円となっています。 なお、令和４年度以降の決算において、一般会計繰入金のうち、決算補填目的で繰り入れをした市町村はなく、現在、赤字解消・消滅計画を策定している市町村はありません。	**２　市町村の収支状況** 令和４年度の実質単年度収支差引額（単年度収支差引額 － 一般会計繰入のうち決算補填目的に繰り入れた額）がマイナスとなった市町村は 38 市町村（全体の 64.4%）で、その額は 10 億 106 万円となっています。 なお、令和４年度＿＿＿決算において、一般会計繰入金のうち、決算補填目的で繰り入れをした市町村はなく、現在、赤字解消・消滅計画を策定している市町村はありません。

新

表 2-11　市町村の実質単年度収支差引額

	マイナスの市町村数	実質単年度収支差引額
H30 年度	44 市町村	▲2,740,855,733 円
R元年度	33 市町村	▲639,907,126 円
R２年度	23 市町村	816,528,031 円
R３年度	44 市町村	▲ 2,307,324,449 円
R４年度	38 市町村	▲ 966,309,286 円
R５年度	31 市町村	▲508,235,246 円

３　赤字解消・削減計画

赤字市町村においては、赤字に至った要因分析（医療費水準、国保税設定、国保税収納率等）を行うとともに、県と協議を行った上で、赤字の解消・削減に向けた基本方針、実効的・具体的な取組内容、赤字解消の目標年度等を定めた計画を策定します。

市町村は計画策定後、自らの取組について、毎年度、評価・分析します。県は赤字市町村の財政状況を注視するとともに、計画の進捗状況に応じて取組の見通し等の助言、指導を行います。

計画期間は、保険税が短期間で著しく増加しないよう配慮し、単年度での赤字解消が困難な場合は、５年度以内を基本とした計画を策定し、計画的、段階的な赤字の解消・削減に取り組むこととします。

さらに、県は、法定外繰入等を行っていない市町村の財政状況等も注視し、新たな法定外繰入等が生じないよう、市町村担当者会議等、あらゆる機会を活用し、定期的に助言等を行います。

旧

表 2-11　市町村の実質単年度収支差引額

	マイナスの市町村数	実質単年度収支差引額
H30 年度	４５市町村	▲ 2,892,064,421 円
R元年度	３３市町村	▲ 590,600,188 円
R２年度	２３市町村	822,717,473 円
R３年度	４４市町村	▲ 2,330,358,510 円
R４年度	３８市町村	▲ 1,001,060,665 円

３　赤字解消・削減計画

赤字市町村においては、赤字に至った要因分析（医療費水準、国保税設定、国保税収納率等）を行うとともに、県と協議を行った上で、赤字の解消・削減に向けた基本方針、実効的・具体的な取組内容、赤字解消の目標年度等を定めた計画を策定します。

市町村は計画策定後、自らの取組について、毎年度、評価・分析します。県は赤字市町村の財政状況を注視するとともに、計画の進捗状況に応じて取組の見通し等の助言、指導を行います。

計画期間は、保険料（税）が短期間で著しく増加しないよう配慮し、単年度での赤字解消が困難な場合は、５年度以内を基本とした計画を策定し、計画的、段階的な赤字の解消・削減に取り組むこととします。

さらに、県は、法定外繰入等を行っていない市町村の財政状況等も注視し、新たな法定外繰入等が生じないよう、市町村担当者会議等、あらゆる機会を活用し、定期的に助言等を行います。

新	旧
第４節　財政安定化基金	第４節　財政安定化基金
国保法第 81 条の２に基づき、国保財政の安定化を図るため、保険給付増や国保税収納不足等により財源不足となった場合に備え、決算補填等を目的とした法定外の一般会計繰入を行う必要がないよう、県は財政安定化基金を設置しています。 また、令和４年度より、都道府県の財政調整機能の更なる強化の観点から、財政安定化基金に新たに年度間の財政調整機能が追加され、各会計年度で生じた決算剰余金を財政調整事業分として財政安定化基金へ積み立てることが可能となりました。県は、この財政安定化基金を活用しながら、保険税の平準化等に資する財政調整を行うなど、国保の安定的な財政運営に取り組みます。 なお、財政調整事業分に係る会計は、他の財政安定化基金に係る会計と区分経理する必要があります。 これらを踏まえ、法令に基づき、次のように基金を活用します。	国保法第 81 条の２に基づき、国保財政の安定化を図るため、保険給付増や国保税収納不足等により財源不足となった場合に備え、決算補填等を目的とした法定外の一般会計繰入を行う必要がないよう、県は財政安定化基金を設置しています。 また、令和４年度より、都道府県の財政調整機能の更なる強化の観点から、財政安定化基金に新たに年度間の財政調整機能が追加され、各会計年度で生じた決算剰余金を財政調整事業分として財政安定化基金へ積み立てることが可能となりました。県は、この財政安定化基金を活用しながら、保険料（税）の平準化等に資する財政調整を行うなど、国保の安定的な財政運営に取り組みます。 なお、財政調整事業分に係る会計は、他の財政安定化基金に係る会計と区分経理する必要があります。 これらを踏まえ、法令に基づき、次のように基金を活用します。
１　市町村への貸付 収納率の低下、被保険者数及び総所得額の減少などにより、市町村に財源不足が生じる場合、市町村の申請に基づき、県が貸付を決定します。無利子貸付とし、償還は、貸付年度の翌々年度から原則３年間とします。	**１　市町村への貸付** 収納率の低下、被保険者数及び総所得額の減少などにより、市町村に財源不足が生じる場合、市町村の申請に基づき、県が貸付を決定します。無利子貸付とし、償還は、貸付年度の翌々年度から原則３年間とします。
２　市町村への交付 多数の被保険者の生活に影響を与える災害の場合など「特別な事情」により市町村に財源不足が生じる場合に、法令で定めるところにより、収納不足額の２分の１以内の額を当該市町村に交付します。交付を行った場合、交付年度の翌々年度に、国、県及び市町村がそれぞれ３分の１ずつを	**２　市町村への交付** 多数の被保険者の生活に影響を与える災害の場合など「特別な事情」により市町村に財源不足が生じる場合に、法令で定めるところにより、収納不足額の２分の１以内の額を当該市町村に交付します。交付を行った場合、交付年度の翌々年度に、国、県及び市町村がそれぞれ３分の１ずつを

新	旧
補填します。なお、市町村分については、当該交付を受けた市町村が補填することを基本とします。	補填します。なお、市町村分については、当該交付を受けた市町村が補填することを基本とします。
３　県による基金取崩及び県の国保特別会計への繰入（県への貸付） 保険給付費の増大等により財政収支に不均衡が生じる場合、県は基金を取崩し、県の国保特別会計に繰り入れます。県は取崩した年度の翌々年度から原則３年間で、取崩した金額と同額を、全市町村から納付金として徴収し、基金に繰り入れます。	**３　県による基金取崩及び県の国保特別会計への繰入（県への貸付）** 保険給付費の増大等により財政収支に不均衡が生じる場合、県は基金を取崩し、県の国保特別会計に繰り入れます。県は取崩した年度の翌々年度から原則３年間で、取崩した金額と同額を、全市町村から納付金として徴収し、基金に繰り入れます。
４　財政調整事業 医療費水準の変動や前期高齢者交付金の変動に備え、国民健康保険の安定的な財政運営の確保を図るために必要があると認められる場合に、県は市町村と協議の上、決算剰余金について財政調整事業分として積み立てた額の範囲内で基金を取り崩し、県の国保特別会計に繰り入れます。 市町村との協議により、令和 11 年度に統一するにあたり納付金が不足するおそれへのリスク対策等として、次のとおり基金を確保することとしています。 ①　毎年度、県歳出予算である予備費の執行があった場合に備えて、財源として 10 億円（次年度分も含めて 20 億円）を確保する。 ②　統一標準保険料率を令和８年度末に示すことに対するリスク対策として、令和 11 年度当初時点で 40 億円を確保する。 ③　令和 11 年度の納付金等負担軽減のため、①②の他に 10 億円を活用可能とする。 ④　令和９、10 年度の保険料低減のために活用可能な額は、①～③の計 70 億円を除いた分である。	**４　財政調整事業** 医療費水準の変動や前期高齢者交付金の変動に備え、国民健康保険の安定的な財政運営の確保を図るために必要があると認められる場合に、県は市町村と協議の上、決算剰余金について財政調整事業分として積み立てた額の範囲内で基金を取り崩し、県の国保特別会計に繰り入れます。

新	旧
第３章 市町村における保険税の標準的な算定方法及びその水準の平準化	**第３章 市町村における保険料(税)の標準的な算定方法及びその水準の平準化**
〔趣旨〕 県は、標準的な保険料（税）算定方法や標準的な収納率を定め、市町村標準保険料（税）率を算定することにより、標準的な住民負担の「見える化」を図ります。あわせて、全国一律の算定方法により県の標準保険料(税)率を示すことで、他の都道府県との比較が可能となります。算定した標準保険料（税）率は、国保法第 82 条の３第４項に基づき速やかに公表します。 また、受益と負担の公平性を図る観点から、県内市町村の保険税水準の差を解消するため、保険税水準の統一に向けた取組を進めます。	〔趣旨〕 県は、標準的な保険料（税）算定方法や標準的な収納率を定め、市町村標準保険料（税）率を算定することにより、標準的な住民負担の「見える化」を図ります。あわせて、全国一律の算定方法により県の標準保険料(税)率を示すことで、他の都道府県との比較が可能となります。算定した標準保険料（税）率は、国保法第 82 条の３第４項に基づき速やかに公表します。 また、受益と負担の公平性を図る観点から、県内市町村の保険料（税）水準の差を解消するため、保険料（税）水準の統一に向けた取組を進めます。
第１節　保険税水準の統一	第１節　保険料（税）水準の統一
１　統一に向けた基本的な考え方 被保険者数の減少に伴い、保険者規模が縮小する中、県が管内市町村の国保事業や財政を一体的に管理することで安定的な運営を持続させる必要があります。保険税水準の統一を進めることで、市町村ごとの医療費水準を保険税に反映させないこととなり、特に小規模保険者において、高額な医療費が発生した場合の年度間の保険税の変動を抑えることができます。 また、保険給付については、県内の全市町村、全被保険者で支え合う仕組みとなっており、県内のどこに居住し　ても、同じ保険給付を、同じ保険税負担で受けられることが望ましいため、同じ所得水準・同じ世帯構成	**１　統一に向けた基本的な考え方** 被保険者数の減少に伴い、保険者規模が縮小する中、県が管内市町村の国保事業や財政を一体的に管理することで安定的な運営を持続させる必要があります。保険料（税）水準の統一を進めることで、市町村ごとの医療費水準を保険料（税）に反映させないこととなり、特に小規模保険者において、高額な医療費が発生した場合の年度間の保険料（税）の変動を抑えることができます。 また、保険給付については、県内の全市町村、全被保険者で支え合う仕組みとなっており、県内のどこに住んでいても、同じ保険給付を、同じ保険料（税）負担で受けられることが望ましいため、同じ所得水準・同じ世

新	旧
であれば同じ保険税負担となるよう、保険料（税）水準の統一を進めていく必要があります。 　さらに、受益と負担の公平性の観点から、同一の保険税を支払うのであれば、同程度の被保険者サービスを提供することも必要であると考えます。	帯構成であれば同じ保険料（税）負担となるよう、保険料（税）水準の統一を進めていく必要があります。 　さらに、受益と負担の公平性の観点から、同一の保険料（税）を支払うのであれば、同程度の被保険者サービスを提供することも必要であると考えます。
２　統一の定義に関する事項 　次のとおり厚生労働省保険局国民健康保険課が定義する完全統一を目指します。 　＜保険料水準統一加速化プラン（第３版）より抜粋＞ 　完全統一は、都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成である世帯が、原則として同一の保険料負担となる状態と定義する。具体的には、次の要件を満たすものとする。 　（ｉ） 都道府県内全市町村の保険料率及び賦課限度額が同一であること。 　（ii）（ｉ）のもとでの保険料算定の結果、各市町村が必要な保険料収入を得ることができること。	**２　統一の定義に関する事項** 　県内どこに居住しても同じ世帯構成で同じ所得であれば、同じ保険料（税）となる完全統一を目指します。
３　統一の目標年度 　令和 11 年度とします。	**３　統一の目標年度** 　令和 11 年度とします。
４　統一に向けたスケジュール 　令和６年度から令和 10 年度までを移行期間とし、激変緩和措置を講じつつ、統一に向けた取組を進めます。	**４　統一に向けたスケジュール** 　令和６年度から令和 10 年度までを移行期間とし、激変緩和措置を講じつつ、統一に向けた取組を進めます。

新

５　移行期間の取組

(1) 納付金算定における調整

納付金を算定する際は、以下の調整を段階的に実施します。

① 医療費指数反映係数 α＝０に向けた調整

② 経費や公費の県単位化に向けた調整

③ 保険税収納率による調整

表 3－1　納付金算定における調整スケジュール

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
①医療費指数反映係数の調整		α=0.8 (80%反映)	α=0.6 (60%反映)	α=0.4 (40%反映)	α=0.2 (20%反映)	α=0 (反映させない)
②経費や公費の県単位化に向けた調整		当該市町村 80%活用可 (20%県単位化)	当該市町村 60%活用可 (40%県単位化)	当該市町村 40%活用可 (60%県単位化)	当該市町村 20%活用可 (80%県単位化)	当該市町村 活用不可 (100%県単位化)
③保険税収納率による調整		20%反映	40%反映	60%反映	80%反映	100%反映

(2) 保険税の算定方式等

算定方式は、３方式（所得割、均等割、平等割）とします。

また、保険税水準の統一にあたり、保険税が激変することがないよう、必要に応じて保険税率の改定を行います。

(3) その他の検討事項

次の項目について、統一に向けた検討が必要なことから、市町村と協議の上、方針を決定します。

・市町村財政調整基金の在り方

・２号繰入金の交付基準の見直し（インセンティブ公費の検討）

・地方単独事業（条例減免や子どもの均等割保険料等）

・県財政安定化基金の償還方法

旧

５　移行期間の取組

(1) 納付金算定における調整

納付金を算定する際は、以下の調整を段階的に実施します。

① 医療費指数反映係数 α＝０に向けた調整

② 経費や公費の県単位化に向けた調整

③ 保険料（税）収納率による調整

表 3－1　納付金算定における調整スケジュール

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
① 医療費指数反映係数の調整		α=0.8 (80%反映)	α=0.6 (60%反映)	α=0.4 (40%反映)	α=0.2 (20%反映)	α=0 (反映させない)
② 経費や公費の県単位化に向けた調整		当該市町村 80%活用可 (20%県単位化)	当該市町村 60%活用可 (40%県単位化)	当該市町村 40%活用可 (60%県単位化)	当該市町村 20%活用可 (80%県単位化)	当該市町村 活用不可 (100%県単位化)
③ 保険料(税)収納率による調整		20%反映	40%反映	60%反映	80%反映	100%反映

(2) 保険料（税）の算定方式等

算定方式は、３方式（所得割、均等割、平等割）とします。

また、保険料（税）水準の統一にあたり、保険料（税）が激変することがないよう、必要に応じて保険料（税）率の改定を行います。

(3) その他の検討事項

次の項目について、統一に向けた検討が必要なことから、市町村と協議の上、方針を決定します。

・市町村財政調整基金の在り方

・２号繰入金の交付基準の見直し（インセンティブ公費の検討）

・地方単独事業（条例減免や子どもの均等割保険料等）

・県財政安定化基金の償還方法

新	旧
・保険税の納付方法 ・保険税の納付回数、納付月 ・滞納処分方針 ・保健事業（予防・健康づくり、医療費適正化に関する取組） ・特定健康診査、特定保健指導の実施方法 ・市町村事務の標準化、広域化　など	・保険料（税）の納付方法 ・保険料（税）の納付回数、納付月 ・滞納処分方針 ・保健事業（予防・健康づくり、医療費適正化に関する取組） ・特定健康診査、特定保健指導の実施方法 ・市町村事務の標準化、広域化　など
６　例外的な取扱い 統一時の激変緩和等のために一定期間、例外的な取扱いを認めるとともに、該当市町村がわずかである直営診療施設運営費など、統一の対象とするとかえって公平性が確保できなくなるものについては、統一の例外（対象外）とします。 例外として取り扱う期間や項目については、今後、各市町村と協議の上、方針を決定することとしており、経費では令和 10 年度まで地方単独事業の減額調整分を例外とし令和 11 年度から納付金に算定しない（除外）とする方針となりました。そのほか、経費の直診勘定繰出金と公費の保健事業関係（公費）の内、直診施設に係る特別調整交付金は例外とし、標準保険料率に影響しないように相殺します。	**６　例外的な取扱い** 統一時の激変緩和等のために一定期間、例外的な取扱いを認めるとともに、該当市町村がわずかである直営診療施設運営費など、統一の対象とするとかえって公平性が確保できなくなるものについては、統一の例外（対象外）とします。 例外として取り扱う期間や項目については、今後、各市町村と協議の上、方針を決定します。
第２節　保険税の算定方式の現状	第２節　保険料（税）の算定方式の現状
１　各市町村の保険税算定方式 令和８年度から 59 市町村が３方式（所得割、均等割、平等割）、　により算定しています。	**１　各市町村の保険料（税）算定方式** 58 市町村が３方式（所得割、均等割、平等割）、１市町村が４方式（所得割、資産割、均等割、平等割）により算定しています。

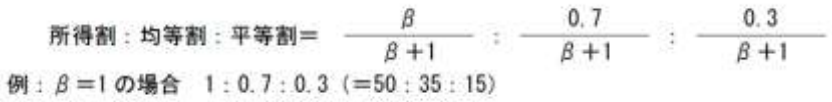
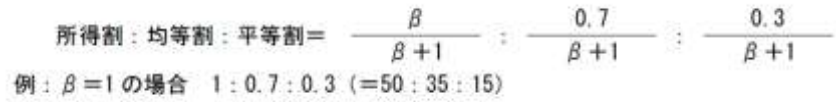
新	旧
２　応能割と応益割の賦課割合 保険税には、応能割（被保険者の負担能力に応じて賦課される割合）と応益割（被保険者及び世帯に一律に賦課される金額）があり、本県の賦課割合は応能割の方が高い傾向にあります。	**２　応能割と応益割の賦課割合** 保険料（税）には、応能割（被保険者の負担能力に応じて賦課される割合）と応益割（被保険者及び世帯に一律に賦課される金額）があり、本県の賦課割合は応能割の方が高い傾向にあります。
３　所得割・均等割・平等割の賦課割合 応能割には所得割、応益割には均等割及び平等割があり、現在は各市町村の状況に応じた賦課割合となっています。	**３　所得割・資産割・均等割・平等割の賦課割合** 応能割には所得割及び資産割、応益割には均等割及び平等割があり、現在は各市町村の状況に応じた賦課割合となっています。
４　賦課限度額 賦課限度額については、現在県内すべての市町村が地方税法施行令第56条の88の２において規定する金額（令和８年７月現在…医療分：67万円、後期高齢者支援金分：26万円、介護納付金分：17万円、子ども・子育て支援納付金分：3万円）で設定しています。	**４　賦課限度額** 賦課限度額については、現在県内すべての市町村が政令第29条の７において規定する金額（令和５年４月現在…医療分：65万円、後期高齢者支援金分：22万円、介護納付金分：17万円）、で設定しています。
第３節　納付金の基本的な考え方、算定方法	第３節　納付金の基本的な考え方、算定方法
１　基本的な考え方 納付金の算定は、県全体の医療費推計をもとに、納付金必要総額を算出し、各市町村の所得、被保険者数・世帯数及び医療費実績によって市町村ごとに按分した上で、県が決定します。 詳細な算定方法については、厚生労働省保険局国民健康保険課が示す「国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について」（以下「ガイドライン」という。）に基づいて算定し、改定された場合には、それに則して対応します。	**１　基本的な考え方** 納付金の算定は、県全体の医療費推計をもとに、納付金必要総額を算出し、各市町村の所得、被保険者数・世帯数及び医療費実績によって市町村ごとに按分した上で、県が決定します。 詳細な算定方法については、厚生労働省保険局国民健康保険課が示す「国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について」（以下「ガイドライン」という。）に基づいて算定し、改定された場合には、それに則して対応します。

新	旧
２　算定方法 (1) 算定方式 市町村標準保険料率の算定を３方式で行うため、納付金についても３方式で計算します。 (2) 医療費指数反映係数 α 医療費指数反映係数 α は、年齢調整後の医療費指数※２を各市町村の納付金にどの程度反映させるかを調整する係数です。 α は、０から１までの範囲内の値とし、１に近づくほど医療費指数を反映した納付金の按分になり、０に近づくほど医療費指数を反映しない（被保険者数・世帯数と所得のみで按分）按分になります。 一般的に、α を０に近づけるほど医療費指数が低い市町村の負担が大きくなり、医療費指数の高い市町村の納付金を負担することになります。 統一に向けては、医療費を県全体で支え合う仕組みとすることから、令和 11 年度に α を０にする調整を令和７年度の納付金から段階的に実施しています。 ※２　年齢調整後の医療費指数は、市町村の医療費水準を表す指数で、「当該市町村の５歳階級別の１人あたり医療費が全国平均であった場合の１人あたり医療費」と「当該市町村の実績の１人あたり医療費」を比較することで算出されます。（直近３年間の平均）	**２　算定方法** (1) 算定方式 市町村標準保険料率の算定を３方式で行うため、納付金についても３方式で計算します。 (2) 医療費指数反映係数 α 医療費指数反映係数 α は、年齢調整後の医療費指数（※２）を各市町村の納付金にどの程度反映させるかを調整する係数です。 α は、０から１までの範囲内の値とし、１に近づくほど医療費指数を反映した納付金の按分になり、0 に近づくほど医療費指数を反映しない（被保険者数・世帯数と所得のみで按分）按分になります。 一般的に、α を０に近づけるほど医療費指数が低い市町村の負担が大きくなり、医療費指数の高い市町村の納付金を負担することになります。 そのため、市町村の医療費指数をすべて直接的に反映した「α＝１」を基本としますが、次の事項に配慮しつつ、市町村と協議をしながら設定していきます。 ア　市町村間医療費格差 イ　医療費適正化の取組 ウ　保険料（税）負担の激変 エ　保険料（税）水準の統一（α＝0） ※２　年齢調整後の医療費指数は、市町村の医療費水準を表す指数で、「当該市町村の５歳階級別の１人あたり医療費が全国平均であった場合の１人あたり医療費」と「当該市町村の実績の１人あたり医療費」を比較することで算出されます。（直近３年間の平均）

新	旧
(3) 所得係数 β 所得係数 β は、所得のシェアを各市町村の納付金にどの程度反映させるかを調整する係数で、国が「(県平均の一人当たり所得)／(全国平均の一人当たり所得)」により算出します。 所得水準が全国平均である都道府県では β が１となり、所得のシェアと被保険者数・世帯数のシェアの割合は 50：50 になります。 β が１より小さい場合は、所得のシェアの割合が低く、反対に、β が１より大きい場合は、所得のシェアの割合が高くなります。 令和６年度の納付金から国が示す「β値」を採用しています。	(3) 所得係数 β 所得係数 β は、所得のシェアを各市町村の納付金にどの程度反映させるかを調整する係数で、国が「(県平均の一人当たり所得)／(全国平均の一人当たり所得)」により算出します。 所得水準が全国平均である都道府県では β が１となり、所得のシェアと被保険者数・世帯数のシェアの割合は 50：50 になります。 β が１より小さい場合は、所得のシェアの割合が低く、反対に、β が１より大きい場合は、所得のシェアの割合が高くなります。 これまでは、次の事項に配慮する必要があったことから、市町村と協議の上、県独自の「β’値」を設定し、調整を行ってきましたが、保険料(税)水準の統一に向け、令和６年に国が示す「β 値」と県独自の「β’値」が統一されることになります。 ア　市町村間所得格差 イ　各所得階層の影響 ウ　保険料（税）負担の激変
(4) 応益割における均等割と平等割との割合 これまで市町村においては、政令で示されていた標準割合（均等割：平等割＝35：15）に準拠し賦課割合を決めていた経緯があり、また、平成 28 年度の県全体の実績も均等割：平等割＝（医療分 33：17、後期・介護分 34：16）で当該標準割合に近似した割合になっているため、この標準割合を引き継いで、均等割：平等割＝35：15 とします。	(4) 応益割における均等割と平等割との割合 これまで市町村においては、政令で示されていた標準割合（均等割：平等割＝35：15）に準拠し賦課割合を決めていた経緯があり、また、平成 28 年度の県全体の実績も均等割：平等割＝（医療分 33：17、後期・介護分 34：16）で当該標準割合に近似した割合になっているため、この標準割合を引き継いで、均等割：平等割＝35：15 とします。
(5) 標準的な収納率による調整（δの設定） δ は、収納率の高低による納付金額への影響を反映させる係数です。δ をＯから１にすると収納率が高い市町村ほど納付金額は多くなりますが、標準的な収納率で割り戻すことで公平な調整が行われます。令和 11	

新	旧
年度に δ を１にする調整を令和７年度の納付金から段階的に実施しています。	
(6) 必要総額の調整（γ の設定） γ は、各市町村の納付金額の合計額が医療費水準や所得水準の調整による影響で県の必要総額と異なる場合、必要総額に合わせるための調整係数であり、この係数を用いて各市町村の納付金額の調整を行います。	(5) 必要総額の調整（γ の設定） γ は、各市町村の納付金額の合計額が医療費水準や所得水準の調整による影響で県の必要総額と異なる場合、必要総額に合わせるための調整係数であり、この係数を用いて各市町村の納付金額の調整を行います。
(7) 納付金に含める保険給付の範囲 納付金に含める保険給付の範囲については、ガイドラインで規定されている、療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費です。 県内各市町村の国保事務の標準化を踏まえ、納付金算定に係る考え方等の整理を十分に行いながら、保険税水準の統一を目指し、市町村と協議して範囲拡大を進めており、審査支払手数料、葬祭費、出産育児一時金の直接払いに係る手数料及び出産育児一時金の支給に要した費用を納付金に含める保険給付の範囲（普通交付金の交付額）としています。今後も検討していきます。	(6) 納付金に含める保険給付の範囲 納付金に含める保険給付の範囲については、ガイドラインで規定されている、療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費です。 今後、県内各市町村の国保事務の標準化を踏まえ、納付金算定に係る考え方等の整理を十分に行いながら、保険料（税）水準の統一を目指し、市町村と協議して範囲拡大を進めていきます。
(8) 高額医療費負担金等 高額医療費負担金や特別高額医療費共同事業負担金の活用により、基本的には当該医療費が発生した市町村の保険税負担の増加は抑制されます。 統一に向けては、医療費を県全体で支え合う仕組みとすることから、令和 11 年度に α を０にする調整を令和６年度から段階的に実施しています。したがって、県全体で分かち合うことで高額な医療費が発生した際の	(7) 高額医療費負担金等 高額医療費負担金や特別高額医療費共同事業負担金の活用により、基本的には当該医療費が発生した市町村の保険料（税）負担の増加は抑制されますが、一方で発生した高額な医療費は、当該市町村の医療費指数（発生した年の２年後以降）に反映されます。

新	旧
リスクへの対応が可能となっていきます。負担金の取扱いが今後どうなるか、国の動向を注視していきます。	
	しかし、医療費指数は、３年間の医療費の平均により算出されるため、一時的な高額医療費の発生の影響は緩和されます。また、年度途中に高額な医療費が発生しても、保険給付費等交付金により全額賄われます。 そのため、本県では高額医療費の共同負担は行わないことを基本とし、小規模市町村において著しく高額な医療費が発生した場合のリスクに対して、県全体で共同負担する仕組みや激変緩和措置等、必要に応じた対応を市町村と協議していきます。
(9) 納付金の精算 市町村の国保運営の安定化のため、納付金の精算は行いません。	(8) 納付金の精算 市町村の国保運営の安定化のため、納付金の精算は行いません。
第４節　標準保険料率の基本的な考え方、算定方法	第４節　標準保険料率の基本的な考え方、算定方法
１　市町村標準保険料率 市町村標準保険料率は、県が市町村ごとに按分した納付金をもとに、各市町村の所得総額や被保険者数等に応じて、保険料（税）率を算定するものです。	**１　市町村標準保険料率** 市町村標準保険料率は、県が市町村ごとに按分した納付金をもとに、各市町村の所得総額や被保険者数等に応じて、保険料（税）率を算定するものです。
(1) 算定方式 市町村標準保険料率の算定方式は、３方式とします。	(1) 算定方式 市町村標準保険料率の算定方式は、３方式とします。
(2) 賦課割合 ア　応能割と応益割 応能割と応益割の賦課割合は、国が「(県平均の一人当たり所得)／(全	(2) 賦課割合 ア　応能割と応益割 応能割と応益割の賦課割合は、国が「(県平均の一人当たり所得)／(全

新	旧
国平均の一人当たり所得)」により算出した所得係数「β」を基本とします なお、第３節２(３)納付金配分で使用する所得係数「β」と同じ値とすることで、保険税水準の統一を目指します。 イ　均等割と平等割 これまで市町村においては、政令で示されていた標準割合（均等割：平等割＝35：15）に準拠し賦課割合を決めていた経緯があり、また、平成 28 年度の県全体の実績も均等割：平等割＝（医療分 33：17、後期・介護分 34：16）で当該標準割合に近似した割合になっているため、この標準割合を引き継いで、均等割：平等割＝35：15 とします。 具体的な賦課割合については、次のとおりとなります。  例：β＝1 の場合　1：0.7：0.3（＝50：35：15）	国平均の一人当たり所得)」により算出した所得係数「β」を基本とします なお、第３節２(３)納付金配分で使用する所得係数「β」と同じ値とすることで、保険料（税）水準の統一を目指します。 イ　均等割と平等割 これまで市町村においては、政令で示されていた標準割合（均等割：平等割＝35：15）に準拠し賦課割合を決めていた経緯があり、また、平成 28 年度の県全体の実績も均等割：平等割＝（医療分 33：17、後期・介護分 34：16）で当該標準割合に近似した割合になっているため、この標準割合を引き継いで、均等割：平等割＝35：15 とします。 具体的な賦課割合については、次のとおりとなります。  例：β＝1 の場合　1：0.7：0.3（＝50：35：15）
(3) 賦課限度額 現在、全市町村が地方税法施行令に定める賦課限度額としていることから、引き続き、当該基準により賦課します。	(3) 賦課限度額 現在、全市町村が政令＿＿＿＿に定める賦課限度額としていることから、引き続き、当該基準により賦課します。
２　都道府県標準保険料率の算定方式 都道府県標準保険料率は、都道府県間の保険料（税）率が比較できるよう算定する保険料（税）率です。 なお、算定方式は、全国共通であるため、ガイドラインに規定のとおり所得割と均等割の２方式で算定します。	**２　都道府県標準保険料率の算定方式** 都道府県標準保険料率は、都道府県間の保険料（税）率が比較できるよう算定する保険料（税）率です。 なお、算定方式は、全国共通であるため、ガイドラインに規定のとおり所得割と均等割の２方式で算定します。

新	旧
第５節　標準的な収納率	第５節　標準的な収納率
標準的な収納率については、目標収納率とは異なり、市町村標準保険料率を算定するに当たっての基礎となる値です。標準的な収納率の算出に当たっては、各市町村の収納率の実態を踏まえた実現可能な水準としつつ、低い収納率に合わせることなく、保険者規模別や市町村別などにより適切に設定する必要があります。 そのため、標準的な収納率は、各市町村が実現可能な収納率であって、市町村の自助努力により標準的な収納率を上回れば、インセンティブが働くように設定します。具体的には、直近３か年の保険者規模別平均収納率を設定する等、特定年度に生じた収納率の変動の影響を受けにくくするように設定します。 具体的には、運営方針の目標収納率における被保険者規模別に設定（算定）すること、直近３か年の平均収納率と目標収納率のいずれか小さい方を標準的な収納率として設定することとして、市町村と協議の上設定しています。 なお、本県におけるモラルハザード防止の仕組みによる標準的な収納率の設定上、収納額の不足が生じ、基金等で補填が必要な市町村が発生する厳しい設定となっています。以上のことから、将来的には状況の変化に応じて見直す必要があるため、引き続き検討していきます。	標準的な収納率については、目標収納率とは異なり、市町村標準保険料率を算定するに当たっての基礎となる値です。標準的な収納率の算出に当たっては、各市町村の収納率の実態を踏まえた実現可能な水準としつつ、かつ、低い収納率に合わせることなく、例えば、保険者規模別や市町村別などにより適切に設定する必要があります。 そのため、標準的な収納率は、各市町村が実現可能な収納率であって、市町村の自助努力により標準的な収納率を上回れば、インセンティブが働くように設定します。具体的には、直近３か年の保険者規模別平均収納率を設定する等、特定年度に生じた収納率の変動の影響を受けにくくするように設定します。 なお、令和 11 年度の保険料（税）水準の統一に向けた標準的な収納率の具体的な設定方法については、標準的な収納率を段階的に納付金へ反映させる方法と併せて、市町村と協議の上、方針を決定します。

新

表 3-2　本運営方針における目標収納率（令和６年２月策定）

被保険者数	目標収納率
３万人以上	96.88%
１万人以上３万人未満	97.07%
３千人以上１万人未満	97.07%
１千人以上３千人未満	98.18%
１千人未満	98.47%

注　保険者規模区分は、令和３年度の年間平均被保険者数を適用し、令和６年度から令和 11 年度までを対象期間として算定に反映します。

原子力災害による避難指示区域等を有する市町村に関しては、国の特別な財政支援により、保険税が減免されているため、その公費分については、表 3-1 によらず収納率を 100%とし換算した後の収納率とします。

第４章　市町村における保険税の徴収の適正な実施

〔趣旨〕

国保税は、国保財政の「収入面」にあたり、市町村が適正に徴収することが国保の安定的な財政運営の前提となります。そのため、必要な国保税を徴収することができるよう、市町村の収納率向上のための取組事項を定めます。

第１節　国保税収納の現状

１　現年度分の収納率

令和５年度の収納率は、94.07%（全国 40 位）であり、全国平均収納率

旧

表 3-2　被保険者規模区分と標準的収納率の算定方法

被保険者規模区分	算出方法
（ア）６万人以上	直近３か年の平均を毎年度設定
（イ）２万人以上６万人未満	
（ウ）６千人以上２万人未満	
（エ）３千人以上６千人未満	
（オ）３千人未満	

注　被保険者規模区分は、令和３年度の年間平均被保険者数を適用し、

原子力災害による避難指示区域等を有する市町村に関しては、国の特別な財政支援により、保険料（税）が減免されているため、その公費分については、表 3-1 によらず収納率を 100%とし換算した後の収納率とします。

第４章　市町村における保険料(税)の徴収の適正な実施

〔趣旨〕

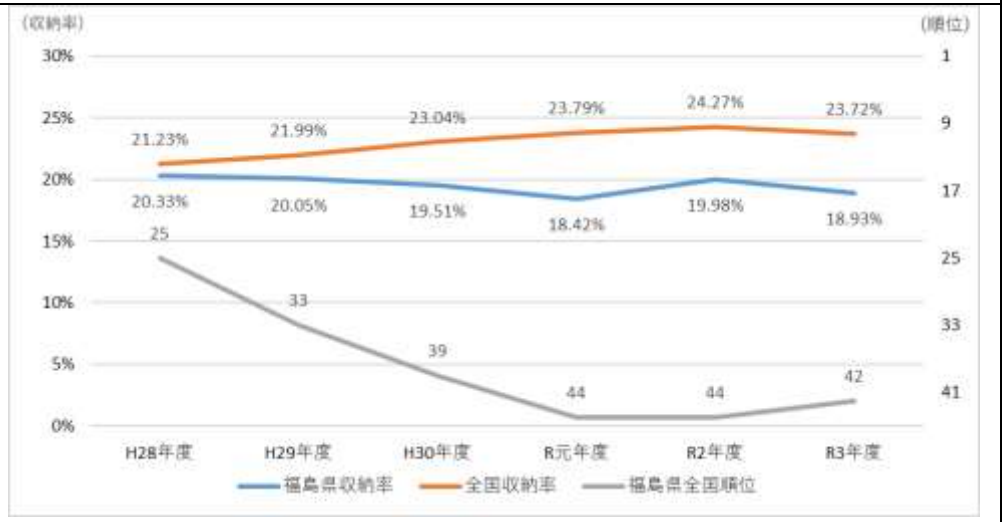
国保税は、国保財政の「収入面」にあたり、市町村が適正に徴収することが国保の安定的な財政運営の前提となります。そのため、必要な国保税を徴収することができるよう、市町村の収納率向上のための取組事項を定めます。

第１節　国保税収納の現状

１　現年度分の収納率

令和３年度の収納率は、93.88%（全国 40 位）であり、全国平均収納率

新	旧
94.20%を 0.13 ポイント下回っています。本県の収納率は年々向上しており、全国平均との差も減少していますが、全国順位は 40 位前後となっています。  図 4-1　現年度分の収納率の推移（福島県と全国の比較） （出典：厚生労働省「国民健康保険（市町村）の財政状況について」）	（94.24%）を 0.36 ポイント下回っています。本県の収納率は年々向上しており、全国平均との差も減少していますが、全国順位は 40 位前後となっています。  図 4-1　現年度分の収納率の推移（福島県と全国の比較） （出典：厚生労働省「国民健康保険（市町村）の財政状況について」）
２　過年度分の収納率 令和５年度の収納率は、18.07%（全国 42 位）であり、全国平均収納率（24.32%）を 6.25 ポイント下回っています。 なお、令和５年度の滞納繰越分調定額は、約 85 億円であり、現年度分調定額約 306 億円の約３割に近い額となっています。	**２　過年度分の収納率** 令和３年度の収納率は、18.93%（全国 42 位）であり、全国平均収納率（23.72%）を 4.79 ポイント下回っています。 なお、令和３年度の滞納繰越分調定額は、約 103 億円であり、現年度分調定額約 311 億円の約３割に近い額となっています。

新	旧
	
図 4-2　過年度分の収納率の推移（福島県と全国の比較） （出典：国民健康保険事業の実施状況報告）	図 4-2　過年度分の収納率の推移（福島県と全国の比較） （出典：国民健康保険事業の実施状況報告）
３　国保税の滞納世帯数等 令和５年度の国保税滞納世帯数は、前年度より 9,957 世帯減少して 24,125 世帯です。市町村国保の全世帯 247,961 世帯に占める割合は、前年度に比べて 3.7 ポイント減少し 9.7%となっています。 また、短期被保険者証交付世帯は 5,285 世帯（前年比 470 世帯減）、資格証明書交付世帯は 1,018 世帯（前年度比 470 世帯減）といずれも減少しました。 なお、短期被保険者証は、令和６年 12 月２日のマイナ保険証移行に伴い廃止され、市町村等が国保税の納付に資する取組を行ったにもかかわらず長期間滞納している場合は、原則として特別療養費※3の対象となります。	**３　国保税の滞納世帯数等** 令和３年度の国保税滞納世帯数は、前年度より 576 世帯減少して 34,082 世帯です。市町村国保の全世帯(251,237 世帯)に占める割合も、前年度に比べて 0.1 ポイント減少し 13.4%となっています。 また、短期被保険者証交付世帯は 5,755 世帯（前年比 93 世帯減）、資格証明書交付世帯は 1,075 （前年度比 254 世帯減）といずれも減少しました。 これは、新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、発熱等の症状のある方の受診控えを防ぐとともに、市町村窓口に納付相談等で来庁するこ

新

※３　国民健康保険料を１年以上滞納し、自治体からの催告や相談にも応じなかった場合、医療費の 10 割を一時的に自己負担させ、後から払い戻す制度。

表 4-3　滞納世帯の推移（各年 6 月 1 日現在）

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	対R元年度
滞納世帯数（世帯）	38,154	34,658	34,082	24,125	23,426	▲ 14,728
滞納世帯割合（%）	14.7	13.5	13.4	9.7	9.7	▲ 5.0
滞納世帯割合【全国】（%）	13.4	11.9	11.4	11.5	11.4	▲ 2.0

（出典：厚生労働省「政府予算等関係資料」）

表 4-4　短期被保険者証交付の推移（各年 6 月 1 日現在）

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	対R元年度
短期被保険者証交付世帯数（世帯）	6,492	5,848	5,755	5,285	4,657	▲ 1,835
短期被保険者証交付世帯割合（%）	2.5	2.3	2.3	2.1	1.9	▲ 0.6
短期被保険者証交付世帯割合【全国】（%）	3.2	2.7	2.6	2.3	2.1	▲ 1.1

（出典：厚生労働省「政府予算等関係資料」）

表 4-5　被保険者資格者証明書の交付の推移（各年 6 月 1 日現在）

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	対R元年度
資格証明書交付世帯数（世帯）	2,062	1,329	1,075	1,018	1,021	▲ 1,041
資格証明書交付世帯割合（%）	0.8	0.5	0.4	0.4	0.4	▲ 0.4
資格証明書交付世帯割合【全国】（%）	0.7	0.6	0.5	0.5	0.5	▲ 0.2

（出典：厚生労働省「政府予算等関係資料」）

旧

とを避ける必要があったことが減少の要因の一つと考えられます。

表 4-3　滞納世帯の推移（各年 6 月 1 日現在）

	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	対H28年度
滞納世帯数（世帯）	51,955	51,129	47,586	42,402	34,658	34,082	▲ 17,873
滞納世帯割合（%、ﾎﾟｲﾝﾄ）	17.1	18.4	17.7	16.3	13.5	13.4	▲ 3.7
滞納世帯割合【全国】（%、ﾎﾟｲﾝﾄ）	15.9	17.2	16.7	15.9	11.9	11.4	▲ 4.5

（出典：厚生労働省「政府予算等関係資料」）

表 4-4　短期被保険者証交付の推移（各年 6 月 1 日現在）

	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	対H28年度
短期被保険者証交付世帯数（世帯）	10,372	8,939	7,726	6,925	5,848	5,755	▲ 4,617
短期被保険者証交付世帯割合（%、ﾎﾟｲﾝﾄ）	3.4	3.2	2.9	2.7	2.3	2.3	▲ 1.1
短期被保険者証交付世帯割合【全国】（%、ﾎﾟｲﾝﾄ）	5.0	5.5	5.1	5.0	2.7	2.6	▲ 2.4

（出典：厚生労働省「政府予算等関係資料」）

表 4-5　被保険者資格者証明書の交付の推移（各年 6 月 1 日現在）

	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	対H28年度
資格証明書交付世帯数（世帯）	3,577	3,408	2,953	2,534	1,329	1,075	▲ 2,502
資格証明書交付世帯割合（%、ﾎﾟｲﾝﾄ）	1.2	1.2	1.1	1.0	0.5	0.4	▲ 0.8
資格証明書交付世帯割合【全国】（%、ﾎﾟｲﾝﾄ）	1.0	1.3	1.2	1.0	0.6	0.5	▲ 0.5

（出典：厚生労働省「政府予算等関係資料」）

新

4　収納対策の現状

(1) 各種収納対策について

令和５年度の収納対策は表 4-6 のとおりですが、特に収納対策の研修の実施（対令和３年度 +４市町村）、クレジットカードによる決済（対令和３年度 +１０市町村）などに取り組む市町村が増えています。

表 4-6　収納対策実施状況（令和５年度）

項目	収納対策	R3年度		R4年度		R5年度	
		市町村数	実施割合	市町村数	実施割合	市町村数	実施割合
要綱等作成	①緊急プラン、収納マニュアル等の作成	47	79.7%	44	74.6%	44	74.6%
収納体制の強化	①コールセンターの設置（電話勧奨部門の設置）	4	6.8%	4	6.8%	4	6.8%
	②滞納整理機構の設置又は滞納整理機構への滞納処分の移管を実施	15	25.4%	15	25.4%	15	25.4%
	③税の専門家の配置（嘱託等含む）	5	8.5%	4	6.8%	4	6.8%
	④収納対策研修の実施	21	35.6%	25	42.4%	25	42.4%
	⑤連合会に設置した収納率向上対策アドバイザーの活用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
徴収方法改善等	①口座振替の原則化	7	11.9%	7	11.9%	7	11.9%
	②マルチペイメントネットワークシステムを利用した口座振替の推進	1	1.7%	4	6.8%	4	6.8%
	③コンビニ収納	39	66.1%	40	67.8%	40	67.8%
	④ペイジーによる納付方法の多様化（簡素化）	0	0.0%	5	8.5%	5	8.5%
	⑤クレジットカードによる決済	4	6.8%	14	23.7%	14	23.7%
	⑥多重債務相談の実施	17	28.8%	17	28.8%	17	28.8%
滞納処分	①財産調査の実施	52	88.1%	54	91.5%	54	91.5%
	②差押えの実施	50	84.7%	51	86.4%	51	86.4%
	③捜索の実施	13	22.0%	15	25.4%	15	25.4%
	④インターネット公売の実施	16	27.1%	17	28.8%	17	28.8%
	⑤タイヤロックの実施	8	13.6%	11	18.6%	11	18.6%
	⑥滞納処分の停止の実施	43	72.9%	42	71.2%	42	71.2%

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）

(2) 口座振替世帯割合等の現状

令和５年度の口座振替の状況は、表 4-7 のとおり世帯割合、調定額割合、収納額割合とも前年度より減少しており、全国と比較して 11 ポイント以上低い割合となっています。

一方、令和５年度の特別徴収の世帯割合は、前年度より増加しており、

旧

4　収納対策の現状

(1) 各種収納対策について

令和３年度の収納対策は表 4-6 のとおりですが、特に収納マニュアル等の作成（対平成 27 年度 ＋13 市町村）、コンビニ収納（対平成 27 年度 ＋11 市町村）などに取り組む市町村が増えています。

表 4-6　収納対策実施状況（令和３年度）

項目	収納対策	H27年度		H30年度		R３年度	
		市町村数	実施割合	市町村数	実施割合	市町村数	実施割合
要綱等作成	①緊急プラン、収納マニュアル等の作成	34	57.6%	41	69.5%	47	79.7%
収納体制の強化	①コールセンターの設置（電話勧奨部門の設置）	2	3.4%	3	5.1%	4	6.8%
	②滞納整理機構の設置又は滞納整理機構への滞納処分の移管を実施	15	25.4%	15	25.4%	15	25.4%
	③税の専門家の配置（嘱託等含む）	10	16.9%	6	10.2%	5	8.5%
	④収納対策研修の実施	22	37.3%	22	37.3%	21	35.6%
	⑤連合会に設置した収納率向上対策アドバイザーの活用	2	3.4%	4	6.8%	0	0.0%
徴収方法改善等	①口座振替の原則化	6	10.2%	6	10.2%	7	11.9%
	②マルチペイメントネットワークシステムを利用した口座振替の推進	1	1.7%	1	1.7%	1	1.7%
	③コンビニ収納	28	47.5%	37	62.7%	39	66.1%
	④ペイジーによる納付方法の多様化（簡素化）	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%
	⑤クレジットカードによる決済	2	3.4%	3	5.1%	4	6.8%
	⑥多重債務相談の実施	17	28.8%	18	30.5%	17	28.8%
滞納処分	①財産調査の実施	52	88.1%	51	86.4%	52	88.1%
	②差押えの実施	51	86.4%	48	81.4%	50	84.7%
	③捜索の実施	15	25.4%	15	25.4%	13	22.0%
	④インターネット公売の実施	18	30.5%	18	30.5%	16	27.1%
	⑤タイヤロックの実施	8	13.6%	8	13.6%	8	13.6%
	⑥滞納処分の停止の実施	－	－	39	66.1%	43	72.9%

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）

(2) 口座振替世帯割合等の現状

令和３年度の口座振替の状況は、表 4-7 のとおり世帯割合、調定額割合、収納額割合とも前年度より減少しており、全国と比較して 10 ポイント以上低い割合となっています。

一方、令和３年度の特別徴収の世帯割合は、前年度より増加しており、

新

全国と比較しても高い割合となっています。

表 4-7　口座振替等の状況

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	対H30年度
口座振替世帯割合	福島県	29.7%	28.7%	28.4%	28.6%	28.6%	27.5%	▲2.2ポイント
	全　国	39.6%	39.3%	39.2%	39.8%	39.6%	39.6%	0.0ポイント
口座振替調定額割合	福島県	36.6%	35.6%	35.5%	35.2%	35.3%	35.2%	▲1.4ポイント
	全　国	47.0%	46.6%	46.9%	47.0%	46.6%	46.8%	▲0.2ポイント
口座振替収納額割合	福島県	37.4%	36.5%	36.4%	36.1%	36.1%	36.0%	▲1.4ポイント
	全　国	48.8%	48.4%	48.6%	48.4%	48.0%	48.1%	▲0.7ポイント
特別徴収世帯割合	福島県	19.8%	21.2%	22.2%	22.7%	23.2%	24.8%	5.0ポイント
	全　国	15.1%	15.6%	16.2%	16.3%	15.7%	15.3%	0.2ポイント

（出典：国民健康保険事業の実施状況報告）

旧

全国と比較しても高い割合となっています。

表 4-7　口座振替等の状況

		H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	対H28年度
口座振替世帯割合	福島県	30.9%	30.1%	29.7%	28.7%	28.4%	28.6%	▲2.4ポイント
	全　国	39.8%	39.6%	39.6%	39.3%	39.2%	39.8%	0.0ポイント
口座振替調定額割合	福島県	37.1%	36.9%	36.6%	35.6%	35.5%	35.2%	▲1.9ポイント
	全　国	47.1%	47.0%	47.0%	46.6%	46.9%	47.0%	▲0.1ポイント
口座振替収納額割合	福島県	38.5%	38.1%	37.4%	36.5%	36.4%	36.1%	▲2.4ポイント
	全　国	49.3%	48.9%	48.8%	48.4%	48.6%	48.4%	▲0.9ポイント
特別徴収世帯割合	福島県	17.2%	18.8%	19.8%	21.2%	22.2%	22.7%	5.6ポイント
	全　国	13.7%	14.6%	15.1%	15.6%	16.2%	16.3%	2.5ポイント

（出典：国民健康保険事業の実施状況報告）

第２節　目標収納率の設定

１　現年度分

これまで、県全体の収納率が全国中位の順位になるよう収納対策に取り組んできましたが、現在も全国で 40 位前後と決して高くありません。保険税水準の統一にあたっては、県全体の収納率向上が必要であるため、全国中位以上の順位を目指すこととします。

全国中位の順位になるためには、令和 11 年度までの期間における県全体の目標収納率を 97.12%※３とし、その目標を達成するため、被保険者数の規模により表 4-8 のとおり 5 区分で設定し、収納率向上に取り組みます。

※３　令和 11 年度時点における全国 25 位の収納率を推計したもの

第２節　目標収納率の設定

１　現年度分

これまで、県全体の収納率が全国中位の順位になるよう収納対策に取り組んできましたが、現在も全国で 40 位前後と決して高くありません。保険料（税）水準の統一にあたっては、県全体の収納率向上が必要であるため、全国中位以上の順位を目指すこととします。

全国中位の順位になるためには、令和 11 年度までの期間における県全体の目標収納率を 97.12%※３とし、その目標を達成するため、被保険者数の規模により表 4-8 のとおり 5 区分で設定し、収納率向上に取り組みます。

※３　令和 11 年度時点における全国 25 位の収納率を推計したもの

新

表 4-8　被保険者数の規模別目標収納率

被保険者数	目標収納率
３万人以上	96.88%
１万人以上３万人未満	97.07%
３千人以上１万人未満	97.07%
１千人以上３千人未満	98.18%
１千人未満	98.47%

２　過年度分

これまで過年度分は、目標収納率を 20%に設定していましたが、平成 30 年度以降、その目標が達成されていません。また、令和５年度において、全国平均収納率 24.32%を 6.25 ポイント下回っていることから、引き続き、過年度分の目標収納率は 20%とします。

第３節　収納対策

国保財政の安定化や被保険者の公平な税負担、被保険者の負担増の縮小・解消を図るため、収納率向上対策に積極的に取り組む必要があります。

保険税水準の統一にあたっては、県全体の収納率向上が必要であり、そのためには、収納率の低い市町村の収納率向上が不可欠となります。

そこで、収納率が低い市町村は、その要因分析を行い、その分析結果についてはＰＤＣＡサイクルを用いて収納対策に反映します。その上で、効果的と思われる収納対策（催告書発付、電話催告・臨戸訪問、財産調査、給与照会、財産差押等）に取り組みます。

また、滞納繰越とならないように現年度分の徴収対策により重点を置きながら、市町村とともに、次の収納対策の強化に取り組みます。

旧

表 4-8　被保険者数の規模別目標収納率

被保険者数	目標収納率
３万人以上	96.88%
１万人以上３万人未満	97.07%
３千人以上１万人未満	97.07%
１千人以上３千人未満	98.18%
１千人未満	98.47%

２　過年度分

これまで過年度分は、目標収納率を 20%に設定していましたが、平成 30 年度以降、その目標が達成されていません。また、令和３年度において、全国平均収納率 23.72%を 4.79 ポイント下回っていることから、引き続き、過年度分の目標収納率は 20%とします。

第３節　収納対策

国保財政の安定化や被保険者の公平な税負担、被保険者の負担増の縮小・解消を図るため、収納率向上対策に積極的に取り組む必要があります。

保険料（税）水準の統一にあたっては、県全体の収納率向上が必要であり、そのためには、収納率の低い市町村の収納率向上が不可欠となります。

そこで、収納率が低い市町村は、その要因分析を行い、その分析結果についてはＰＤＣＡサイクルを用いて収納対策に反映します。その上で、効果的と思われる収納対策（催告書発付、電話催告・臨戸訪問、財産調査、給与照会、財産差押等）に取り組みます。

また、滞納繰越とならないように現年度分の徴収対策により重点を置きながら、市町村とともに、次の収納対策の強化に取り組みます。

新	旧
１　口座振替等の利用促進 収納率の向上及び被保険者の利便性向上を図るための有効な方法であることから、市町村における国保料(税)の納付は口座振替を原則とし、併せてコンビニ収納や eLTAX の活用など多様な納付手段の確保により納期内納付の確保を検討します。	**１　口座振替等の利用促進** 口座振替は、被保険者にとって、納め忘れがなく、安心で便利な納付方法であり、収納率向上の有効な方法であることから、市町村は口座振替の原則化を進めます。 また、コンビニ収納や eLTAX の活用など、効果的な納付方法について検討します。
２　関係課との連携による収納体制の強化 県は、関係課が連携し、「市町村税滞納整理スキルアップ支援業務」を実施し、県職員を派遣し収納対策を支援するとともに、研修の実施により市町村の収納対策及び収納率向上を支援します。	**２　関係課との連携による収納体制の強化** 県は、関係課が連携し、「市町村税滞納整理スキルアップ支援業務」を実施します。県職員を市町村の税務担当課に派遣し、市町村が行う収納対策への支援を行うとともに、市町村の管理職や収納担当職員に対して、収納率向上に資する研修会を実施します。
３　国保税徴収アドバイザーの設置 県は、地方税に関する徴収スキルを豊富に有する国保税徴収アドバイザーを設置し、市町村の収納対策等について、助言・指導を行います。	**３　　徴収アドバイザーの設置** 県は、地方税に関する徴収スキルを豊富に有する徴収アドバイザーを設置し、市町村の収納対策等について、助言・指導を行います。
４　収納対策マニュアル等の活用 市町村は、「福島県国民健康保険税収納率向上対策ガイドライン（令和４年７月 26 日福島県国民健康保険課長通知)」及び「滞納処分マニュアル」を活用し、収納対策の強化に取り組みます。	**４　収納対策マニュアル　の活用** 市町村は、県が滞納整理の基本的事項をまとめて作成した「収納率向上ガイドライン」を活用し、収納率向上に取り組みます。
５　市町村の取組評価 市町村は、ＰＤＣＡサイクルを循環させ、収納対策にかかる取組状況を評価します。	**５　市町村の取組評価** 市町村は『収納状況・取組状況等評価シート』を活用し、ＰＤＣＡサイクルを循環させ、収納対策にかかる取組状況を評価します。

新	旧
６　保険税水準の統一に向けた取組 保険税水準の統一にあたっては、標準的な収納率を用いて納付金及び標準保険料率を算定します（第３章第５節参照）。収納率が低い市町村は、その要因分析（滞納状況、口座振替率、人員体制等）を行うとともに、必要な対策について整理する必要があります。標準的な収納率を上回った市町村は余剰金が発生することとなり、独自財源を確保できます。 また、各市町村の納付回数が異なることにより、納付一回当たりの負担感が異なることから、全市町村で納付時期と納付回数を統一します。 さらに、差押え等の滞納処分の公平性の観点から、「滞納処分方針」を策定し、全市町村が共通認識のもと、滞納処分を進めます。	**６　保険料（税）水準の統一に向けた取組** 保険料（税）水準の統一にあたっては、標準的な収納率を用いて納付金及び標準保険料率を算定します（第３章第５節参照）。収納率が低い市町村は、その要因分析（滞納状況、口座振替率、人員体制等）を行うとともに、必要な対策について整理する必要があります。あわせて、収納率の高い市町村に対して、どのようなインセンティブを与えるかを検討します。 また、各市町村の納付回数が異なることにより、納付一回当たりの負担感が異なることから、全市町村で納付時期と納付回数を統一します。 さらに、差押え等の滞納処分の公平性の観点から、「滞納処分方針」を策定し、全市町村が共通認識のもと、滞納処分を進めます。
７　外国人の国保税未納入防止の取組 令和８年４月以降、市町村は条例改正を行うことで、海外からの入国初年度の国民健康保険料（税）について前納を求める仕組みを導入できることとされました。県は、市町村における前納制度の導入及び活用について必要な支援を行います。	
第５章　市町村における保険給付の適正な実施	**第５章　市町村における保険給付の適正な実施**
〔趣旨〕 保険給付は保険制度の基本事項であり、統一的なルールの下にその事務が実施されますが、不正請求への対応、療養費の支給の適正化及び第三者行為求償事務など広域的な対応が必要なものや一定の専門性が求められるものなど、市町村のみでは効率的に対応しきれない場合があります。 そこで、国保財政を「支出面」から管理する上で、保険給付の実務が法令に基づく統一的なルールに従って確実に行われるための取組事項を定めます。	〔趣旨〕 保険給付は保険制度の基本事項であり、統一的なルールの下にその事務が実施されますが、不正請求への対応、療養費の支給の適正化及び第三者行為求償事務など広域的な対応が必要なものや一定の専門性が求められるものなど、市町村のみでは効率的に対応しきれない場合があります。 そこで、国保財政を「支出面」から管理する上で、保険給付の実務が法令に基づく統一的なルールに従って確実に行われるための取組事項を定めます。

新

第１節　レセプト点検

１　現状と課題

(1) 点検調査の実施状況

市町村におけるレセプト点検は、点検員の直接雇用、福島県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）等への委託、またはその併用により実施されています。

令和４年度の点検事項別の実施状況は、資格点検は全市町村が実施しています。内容点検は、「縦覧点検」及び「調剤報酬明細書との突合」は全市町村が実施していますが、「診療報酬点数表との照合」並びに「検算」については未実施※4の市町村があり、点検体制構築が課題となっています。

※4　全レセプトの 50%以上の点検を行っている場合に、「実施している」として集計しています。

表 5-1　点検事項別実施保険者の状況（単位：市町村）

		Ｒ２年度	Ｒ３年度	Ｒ４年度
資格点検		５７	５９	５９
内容点検	縦覧点検	５８	５９	５８
	診療報酬点数表との照合	５１	５５	５３
	調剤報酬明細書との突合	５６	５９	５８
	検算	４６	５０	４９

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）

旧

第１節　レセプト点検

１　現状と課題

(1) 点検調査の実施状況

市町村におけるレセプト点検は、点検員の直接雇用、福島県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）等への委託、またはその併用により実施されています。

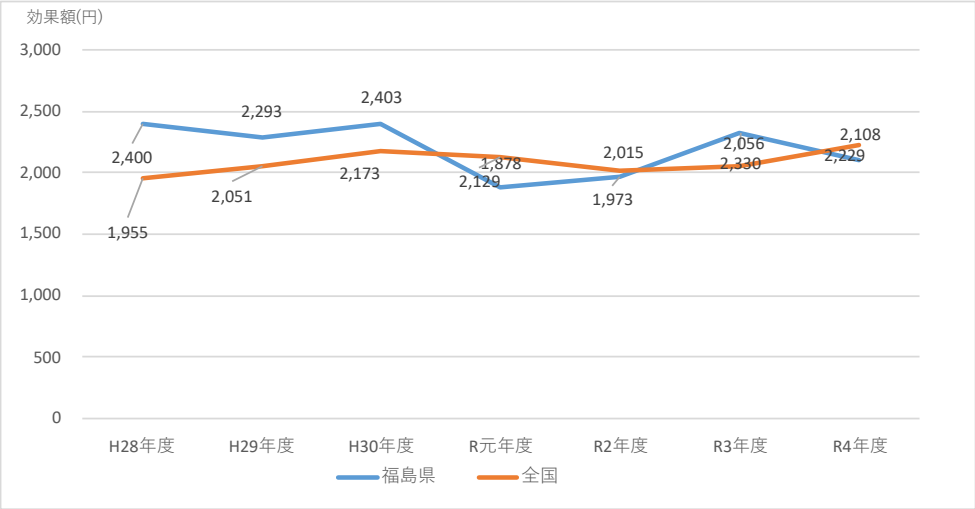
令和３年度の点検事項別の実施状況は、資格点検は全市町村が実施しています。内容点検は、「縦覧点検」及び「調剤報酬明細書との突合」は全市町村が実施していますが、「診療報酬点数表との照合」並びに「検算」については未実施※4の市町村があり、点検体制構築が課題となっています。

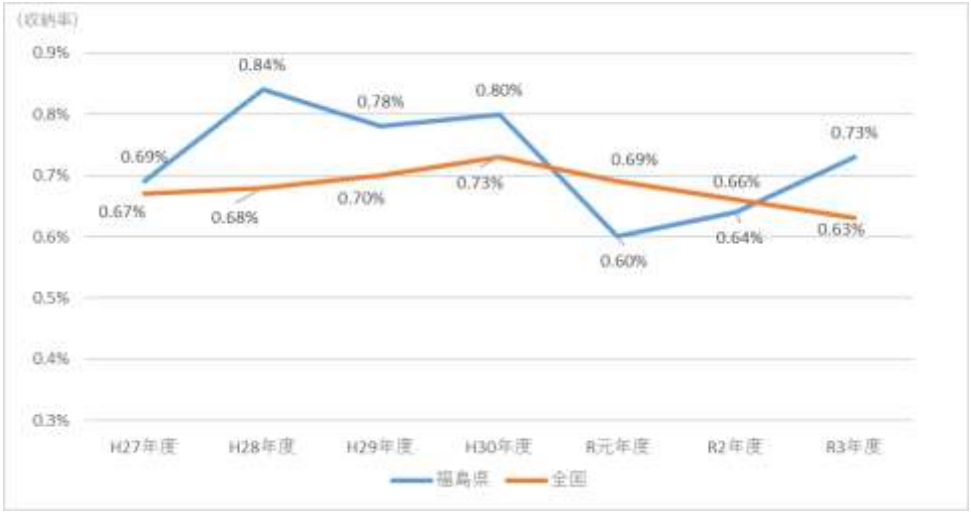
※4　全レセプトの 50%以上の点検を行っている場合に、「実施している」として集計しています。

表 5-1　点検事項別実施保険者の状況（単位：市町村）

		R元年度	Ｒ２年度	Ｒ３年度
資格点検		５５	５７	５９
内容点検	縦覧点検	５７	５８	５９
	診療報酬点数表との照合	５２	５１	５５
	調剤報酬明細書との突合	５７	５６	５９
	検算	４５	４６	５０

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）

新	旧
(2) 一人当たりの財政効果額 令和４年度の被保険者一人当たりの財政効果額※５は、全国平均よりも低い状況となっています。 ※５ 財政効果額：レセプト点検による過誤調整金額等を平均被保険者数で除したもの。  図 5-2 レセプト点検による一人当たりの財政効果額 （出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）	(2) 一人当たりの財政効果額 令和３年度の被保険者一人当たりの財政効果額※５は、全国平均よりも高い状況となっています。 しかしながら、県内市町村の財政効果額を令和３年度実績で比較すると、最も高い保険者（4,566 円）と最も低い保険者（110 円）とでは約 41.5 倍の差があります 。 ※５ 財政効果額：レセプト点検による過誤調整金額等を平均被保険者数で除したもの。  図 5-2 レセプト点検による一人当たりの財政効果額 （出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）
(3) 財政効果率 令和４年度の財政効果率※６は、全国平均よりも高い状況となっています。 県内市町村の財政効果率を令和３年度実績で比較すると、最も高い保険者（1.67%）と最も低い保険者（0.02%）とでは 84 倍	(3) 財政効果率 令和３年度の財政効果率※６は、全国平均よりも高い状況となっています。 しかしながら、県内市町村の財政効果率を令和３年度実績で比較すると、最も高い保険者（1.44%）と最も低い保険者（0.04%）とでは 36 倍

新	旧
の差があります 。 ※6　財政効果率：レセプト点検による過誤調整金額等を診療報酬保険者負担総額で除したもの。	の差があります 。 ※6　財政効果率：レセプト点検による過誤調整金額等を診療報酬保険者負担総額で除したもの。
	
図 5-3　レセプト点検による財政効果率 （出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）	図 5-3　レセプト点検による財政効果率 （出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）
2　今後の方針 レセプト点検の充実強化により財政効果率向上を図るため、国保連合会と連携し、次の取組を進めます。 (1) 研修会の充実等 県は、市町村職員の点検知識習得に向けた研修会を開催します。 (2) 医療給付専門指導員の設置 県は、医療給付専門指導員を設置し、点検の充実に向けた事例等を市	**2　今後の方針** レセプト点検の充実強化により財政効果率向上を図るため、国保連合会と連携し、次の取組を進めます。 (1) 県における点検の実施 県は、専門性（医療監視で把握した情報の活用等）や広域性（県内他市町村への転居後の請求情報の把握等）を発揮した点検を実施します。 (2) 研修会の充実等 県は、市町村職員の点検知識習得に向けた研修会を開催します。 (3) 医療給付専門指導員の設置 県は、医療給付専門指導員を設置し、点検の充実に向けた事例等を市

新	旧
町村に情報提供するとともに、必要に応じて市町村への助言・指導を行います。 (3) 市町村における点検体制の整備 市町村は、レセプト点検を適正に実施するため、より効果的な点検体制の整備を目指し、引き続き点検の充実強化に努めることとします。	町村に情報提供するとともに、必要に応じて市町村への助言・指導を行います。 (4) 市町村における点検体制の整備 市町村は、レセプト点検を適正に実施するため、より効果的な点検体制の整備を目指し、引き続き点検の充実強化に努めることとします。
第２節　療養費支給の適正化	第２節　療養費支給の適正化
１　あん摩･マッサージ･指圧、はり･きゅう及び柔道整復の療養費 (1) 現状と課題 あん摩・マッサージ・指圧及びはり・きゅうについては、保険者が施術所等の代理受領を認めている場合、往診料や施術回数の水増し等による不正請求が生じている可能性があります。 一方、柔道整復は、例外的な取扱いとして患者が自己負担分を柔道整復師に支払い、柔道整復師が患者に代わって残りの費用を保険者に請求する「受領委任払」が認められているため、いわゆる「部位転がし」等による不正請求が生じる可能性があります。 そのため、以下の取組を実施しています。 ア　患者調査 施術状況を確認し支給の適正化を図るために「多部位、長期または頻度が高い施術患者」等に対して、負傷部位や原因の調査等を実施しています。 イ　医療費通知 被保険者等に自身の健康や柔道整復療養費の制度への意識を深めるよう医療費通知に柔道整復療養費を含めて通知しています。 ウ　被保険者への広報 被保険者等に柔道整復療養費等の正しい知識を普及させるため、パンフレットの配布、市町村広報誌への記事掲載等を行っています。	**１　あん摩･マッサージ･指圧、はり･きゅう及び柔道整復の療養費** (1) 現状と課題 あん摩・マッサージ・指圧及びはり・きゅうについては、保険者が施術所等の代理受領を認めている場合、往診料や施術回数の水増し等による不正請求が生じている可能性があります。 一方、柔道整復は、例外的な取扱いとして患者が自己負担分を柔道整復師に支払い、柔道整復師が患者に代わって残りの費用を保険者に請求する「受領委任払」が認められているため、いわゆる「部位転がし」等による不正請求が生じる可能性があります。 そのため、以下の取組を実施しています。 ア　患者調査 施術状況を確認し支給の適正化を図るために「多部位、長期または頻度が高い施術患者」等に対して、負傷部位や原因の調査等を実施しています。 イ　医療費通知 被保険者等に自身の健康や柔道整復療養費の制度への意識を深めるよう医療費通知に柔道整復療養費を含めて通知しています。 ウ　被保険者への広報 被保険者等に柔道整復療養費等の正しい知識を普及させるため、パンフレットの配布、市町村広報誌への記事掲載等を行っています。

新

(2) 今後の方針

不正請求への対応強化を図るため、次の取組を進めます。

ア　不正請求は、複数の保険者にまたがる場合が多いため、該当市町村や国保連合会、後期高齢者医療広域連合と連携を図りながら、調査方法を検討します。

イ　市町村等の調査を支援しつつ事例を積み上げながら、調査マニュアルの作成について検討します。

２　海外療養費

(1) 現状と課題

令和６年度の申請受理市町村数は 11 市町村（11.9%）で、申請件数は市が 61 件（73.5%）、町村が 22 件（26.5%）となっています。

申請件数が少ない町村においては、翻訳や診療内容審査等の事務処理を行うためのノウハウが蓄積されにくい現状にあります。

表 5-4　海外療養費事務の実施状況

区分	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
申請受理市町村数	9	10	7	8	10	11
市	6	7	6	7	7	6
町村	3	3	1	1	3	5
申請件数(件)	120	89	129	155	133	83
市	110	85	127	152	67	61
町村	10	4	2	3	66	22
支給件数(件)	116	43	121	155	133	82
支給額(円)	5,682,623	4,075,901	4,162,493	6,738,971	9,879,013	362,568

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）

旧

(2) 今後の方針

不正請求への対応強化を図るため、次の取組を進めます。

ア　不正請求は、複数の保険者にまたがる場合が多いため、該当市町村や国保連合会、後期高齢者医療広域連合と連携を図りながら、調査方法を検討します。

イ　市町村等の調査を支援しつつ事例を積み上げながら、調査マニュアルの作成について検討します。

２　海外療養費

(1) 現状と課題

令和３年度の申請受理市町村数は７市町村（11.9%）で、申請件数は市が 127 件（98.4%）、町村が２件（1.6%）となっています。

申請件数が少ない町村においては、翻訳や診療内容審査等の事務処理を行うためのノウハウが蓄積されにくい現状にあります。

表 5-4　海外療養費事務の実施状況

区分	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R２年度	R３年度
申請受理市町村数	13	11	11	9	10	7
市	11	8	7	6	7	6
町村	2	3	4	3	3	1
申請件数（件）	106	70	142	120	89	129
市	103	64	122	110	85	127
町村	3	6	20	10	4	2
支給件数（件）	90	68	136	116	43	121
支給額（円）	7,313,289	3,064,853	2,990,632	5,682,623	4,075,901	4,162,493

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）

新	旧
(2) 今後の方針 国保において、海外療養費の不正請求事案が複数明らかになっており、より一層の対策を進めることが求められています。 ア　市町村は、支給申請時に渡航確認書類（旅券、航空券、その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し）及び保険者が海外療養の内容について当該海外療養を担当した者に照会することへの同意書の提出を求め、渡航の事実を確認するとともに、渡航の理由、居住実態等について聞き取りを行います。 イ　市町村は、必要に応じて、申請書類の再翻訳や海外医療機関等への診療内容等の照会業務を国保連合会に委託するなど、海外療養費の支給申請に対する審査を強化します。 ウ　県は、不正請求事例について各市町村に情報提供するとともに、市町村が行う支給申請書類の審査に対して助言等を行い支援します。	(2) 今後の方針 国保において、海外療養費の不正請求事案が複数明らかになっており、より一層の対策を進めることが求められています。 ア　市町村は、支給申請時に渡航確認書類（旅券、航空券、その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し）及び保険者が海外療養の内容について当該海外療養を担当した者に照会することへの同意書の提出を求め、渡航の事実を確認するとともに、渡航の理由、居住実態等について聞き取りを行います。 イ　市町村は、必要に応じて、申請書類の再翻訳や海外医療機関等への診療内容等の照会業務を国保連合会に委託するなど、海外療養費の支給申請に対する審査を強化します。 ウ　県は、不正請求事例について各市町村に情報提供するとともに、市町村が行う支給申請書類の審査に対して助言等を行い支援します。
３　不正利得回収 (1) 現状と課題 市町村は、不正利得に係る案件のうち、広域的な対応が必要な案件（複数の市町村にまたがるなど広域的に処理することが効果的・効率的と考えられる案件）及び専門性を要する案件（返還金の回収に法的手続き等が必要と想定される案件）の返還請求等の事務を県に委託することができます。 なお、これまで県が受託した案件はありません。	**３　不正利得回収** (1) 現状と課題 市町村は、不正利得に係る案件のうち、広域的な対応が必要な案件（複数の市町村にまたがるなど広域的に処理することが効果的・効率的と考えられる案件）及び専門性を要する案件（返還金の回収に法的手続き等が必要と想定される案件）の返還請求等の事務を県に委託することができます。 なお、これまで県が受託した案件はありません。
(2) 今後の方針 不正利得が疑われる案件について、関係市町村と連携し適切に対応するとともに、他の市町村や関係機関に情報共有することにより、療養費支給の適正化を目指します。	(2) 今後の方針 不正利得が疑われる案件について、関係市町村と連携し適切に対応するとともに、他の市町村や関係機関に情報共有することにより、療養費支給の適正化を目指します。

新

第３節　第三者行為求償事務

１　現状と課題

市町村は、保険給付の事由が第三者行為によって生じたものであるときは、国保法第 64 条第１項の規定により、保険給付を行うと同時に、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権を代位取得することとされています。

国保財政の健全な運営を確保するために、被保険者には「第三者行為による傷病届」の提出について周知徹底するとともに、担当職員の求償技術の向上や警察等関係機関との連携強化を図り、迅速かつ適切な事務処理に努めています。

また、自動車事故による被害の確実な把握と速やかな求償の実施のため、平成 28 年３月 18 日に、各市町村からの委任を受けた国保連合会が損害保険協会等との間で「交通事故に係る第三者行為による傷病届等の提出に関する覚書」を締結しました。

なお、令和８年度の求償事務処理は、国保連合会による共同実施が 58 市町村、市町村による実施が１市町村となっています。

表 5-5　第三者行為求償事務の実施状況

	受託件数	請求件数	求償額(円)【A】	求償額伸び率	応償額(円)【B】	応償率【B/A】
R2年度	249	251	208,712,314	―	180,052,018	86.3%
R3年度	269	271	167,311,900	▲ 19.8%	122,186,822	73.0%
R4年度	226	217	133,043,794	▲ 20.5%	109,461,672	82.3%
R5年度	208	200	138,338,738	4.0%	129,578,320	93.7%
R6年度	174	161	109,970,950	▲ 20.5%	99,172,738	90.2%
R7年度	160	162	175,287,750	59.4%	88,925,986	50.7%

旧

第３節　第三者行為求償事務

１　現状と課題

市町村は、保険給付の事由が第三者行為によって生じたものであるときは、国保法第 64 条第１項の規定により、保険給付を行うと同時に、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権を代位取得することとされています。

国保財政の健全な運営を確保するために、被保険者には「第三者行為による傷病届」の提出について周知徹底するとともに、担当職員の求償技術の向上や警察等関係機関との連携強化を図り、迅速かつ適切な事務処理に努めています。

また、自動車事故による被害の確実な把握と速やかな求償の実施のため、平成 28 年３月 18 日に、各市町村からの委任を受けた国保連合会が損害保険協会等との間で「交通事故に係る第三者行為による傷病届等の提出に関する覚書」を締結しました。

なお、令和５年度の求償事務処理は、国保連合会による共同実施が 58 市町村、市町村による実施が１市町村となっています。

表 5-5　第三者行為求償事務の実施状況

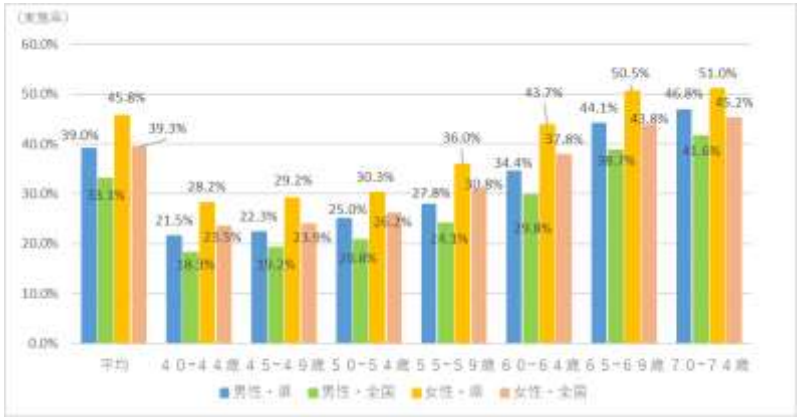
	受託件数	請求件数	求償額(円)【A】	求償額伸び率	応償額(円)【B】	応償率【B/A】
H28年度	230	217	227,754,708	―	110,652,833	48.6%
H29年度	211	229	230,212,401	1.1%	147,992,638	64.3%
H30年度	269	247	172,469,732	▲ 25.1%	144,289,461	83.7%
R元年度	192	257	252,209,495	46.2%	141,823,948	56.2%
R2年度	249	251	208,712,314	▲ 17.2%	180,052,018	86.3%
R3年度	269	271	167,311,900	▲ 19.8%	122,186,822	73.0%

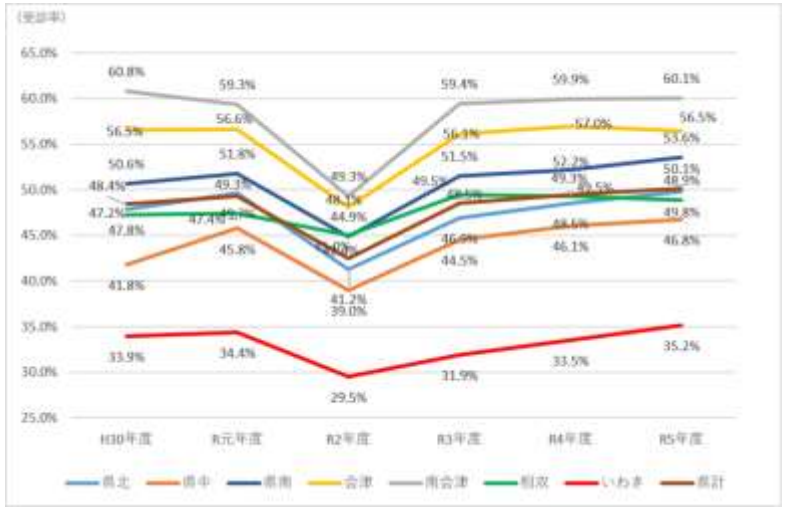
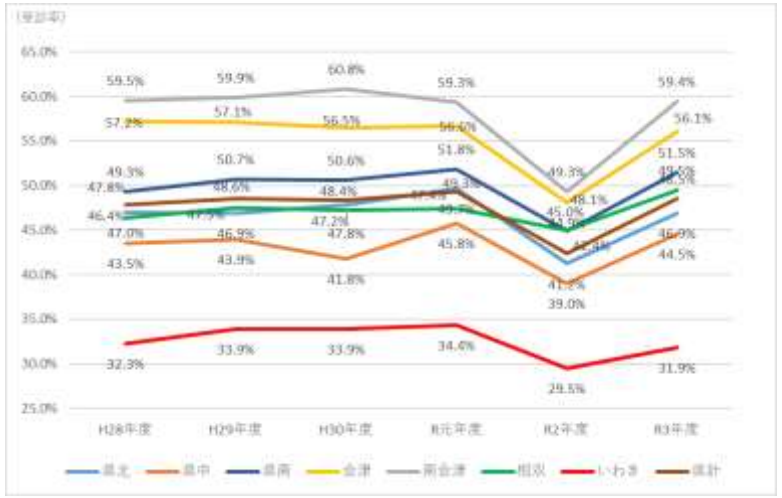
新	旧
（出典：福島県国民健康保険団体連合会「第三者行為求償事務実施状況について」）	（出典：福島県国民健康保険団体連合会「第三者行為求償事務実施状況について」）
２　今後の方針 第三者行為求償の取組強化を図るため、次の取組を進めます。 (1) 第三者行為求償事務に係る数値目標の設定と評価 市町村は、評価指標（傷病届の自主的な提出率、傷病届受理日までの平均日数、レセプトによる第三者行為の発見率、レセプトへの「10.第三」の記載率）に対する数値目標を定めて、計画的な取組を進めることにより、ＰＤＣＡサイクルを確立して取組強化を図ります。 その上で県は、各市町村の数値目標等を把握し、取組に関して適切な助言・指導を行います。	**２　今後の方針** 第三者行為求償の取組強化を図るため、次の取組を進めます。 (1) 第三者行為求償事務に係る数値目標の設定と評価 市町村は、評価指標（傷病届の自主的な提出率、傷病届受理日までの平均日数、レセプトによる第三者行為の発見率、レセプトへの「10.第三」の記載率）に対する数値目標を定めて、計画的な取組を進めることにより、ＰＤＣＡサイクルを確立して取組強化を図ります。 その上で県は、各市町村の数値目標等を把握し、取組に関して適切な助言・指導を行います。
(2) 届出のない第三者行為求償案件の発見 傷病届の未届出を解消するため、市町村は、療養費等各種申請書、診療報酬明細書、報道情報、警察等関係機関を通じた確認など「発見の取組」について順次実施することとします。 県は、交通事故等発生状況の提供体制の構築に向け、警察等関係機関と調整するとともに、食中毒発生状況を情報提供するなど、市町村の取組を支援します。	(2) 届出のない第三者行為求償案件の発見 傷病届の未届出を解消するため、市町村は、療養費等各種申請書、診療報酬明細書、報道情報、警察等関係機関を通じた確認など「発見の取組」について順次実施することとします。 県は、交通事故等発生状況の提供体制の構築に向け、警察等関係機関と調整するとともに、食中毒発生状況を情報提供するなど、市町村の取組を支援します。
(3) 傷病届等に関する周知・啓発 交通事故等第三者の行為が原因で医療機関を受診した場合の医療保険の取扱について、被保険者に周知しその認識度を高めることが重要であるため、県及び市町村は、広報誌やホームページなどの広報媒体を活用し、協力して周知・啓発に努めます。	(3) 傷病届等に関する周知・啓発 交通事故等第三者の行為が原因で医療機関を受診した場合の医療保険の取扱について、被保険者に周知しその認識度を高めることが重要であるため、県及び市町村は、広報誌やホームページなどの広報媒体を活用し、協力して周知・啓発に努めます。
(4) 求償能力向上に資する取組 第三者行為求償事務の課題に対応するために、国が委嘱している第三	(4) 求償能力向上に資する取組 第三者行為求償事務の課題に対応するために、国が委嘱している第三

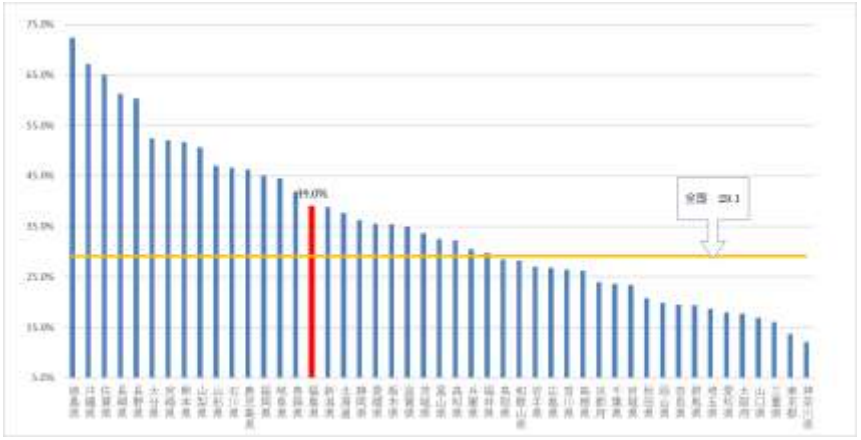
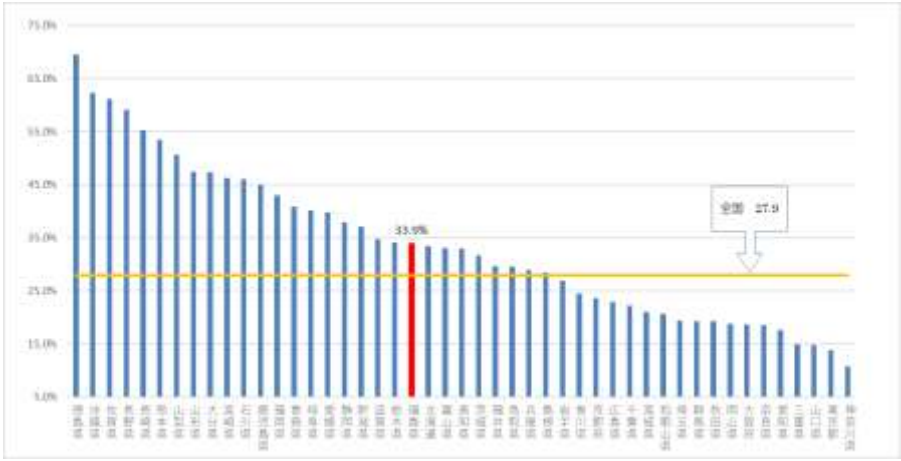
新	旧
者行為求償事務アドバイザーの活用を進めます。 　また、県は担当者説明会等を通して　　、職員の能力向上を図り、求償事務の取組を強化します。	者行為求償事務アドバイザーの活用を進めます。 　また、県は研修会　　等を開催するなど、職員の能力向上を図り、求償事務の取組を強化します。
第４節　高額療養費の多数回該当の取扱い	第４節　高額療養費の多数回該当の取扱い
１　現状と課題 　高額療養費の多数回該当とは、直近 12 か月の間に３回以上高額療養費の対象になった場合、多数回該当の限度額が適用され、４回目以降はさらに自己負担限度額が引き下がる特例制度です。 　県内の他市町村に転出した場合でも、世帯の継続性が保たれていることが確認できれば、多数回該当に係る通算回数が転出先自治体に引き継がれます。 　なお、世帯の継続性の判定が難しい事例があることや申請勧奨事務の標準化の必要があることなどの課題があります。	**１　現状と課題** 　高額療養費の多数回該当とは、直近 12 か月の間に３回以上高額療養費の対象になった場合、多数回該当の限度額が適用され、４回目以降はさらに自己負担限度額が引き下がる特例制度です。 　県内の他市町村に転出した場合でも、世帯の継続性が保たれていることが確認できれば、多数回該当に係る通算回数が転出先自治体に引き継がれます。 　なお、世帯の継続性の判定が難しい事例があることや申請勧奨事務の標準化の必要があることなどの課題があります。
２　今後の方針 　県内市町村からの転入世帯の継続性は、次により判定することとしますが、判定が難しい場合は、その都度県と協議することとし、当該結果については、全市町村で共有することとします。 　また、多数回該当の申請勧奨事務について、各市町村の実情を把握するとともに、今後の取組について検討します。	**２　今後の方針** 　県内市町村からの転入世帯の継続性は、次により判定することとしますが、判定が難しい場合は、その都度県と協議することとし、当該結果については、全市町村で共有することとします。 　また、多数回該当の申請勧奨事務について、各市町村の実情を把握するとともに、今後の取組について検討します。
(1) 一の世帯で完結する住所異動 　単なる住所異動で一の世帯のみで完結する住所異動の場合には、世帯の分離や合併を伴わないため、世帯の継続性を認めます。 　「一の世帯で完結する住所異動」とは、次のいずれかに該当するものと	(1) 一の世帯で完結する住所異動 　単なる住所異動で一の世帯のみで完結する住所異動の場合には、世帯の分離や合併を伴わないため、世帯の継続性を認めます。 　「一の世帯で完結する住所異動」とは、次のいずれかに該当するものと

新	旧
します。 ア　他の国保加入者を含む世帯と関わらず、当該世帯内の国保被保険者の数が変わらない場合の住所異動 　具体的には、単なる転入及び世帯主の変更に伴う住所異動が該当 イ　他の国保加入者を含む世帯と関わらず、資格の取得又は喪失による当該世帯内の国保被保険者の数の増加又は減少を伴う場合の住所異動 　具体的には、出産、社会保険離脱及び生活保護等による資格取得又は死亡、社会保険加入及び生活保護開始等による資格喪失を伴う場合の住所異動 (2) 一の世帯で完結しない住所異動 　世帯分離、世帯合併による一の世帯で完結しない住所異動（他の世帯からの異動による国保被保険者の数の増加及び他の世帯への異動による国保被保険者の数の減少をいう。）の場合には、異動後の世帯主が異動前に世帯主として主宰していた世帯との継続性を認めます。 　「一の世帯で完結しない住所異動」では、次の場合に継続性を認めます。 ア　子ども世帯が親世帯と合併し、それと同時に、当該子ども世帯が世帯主になる場合の住所異動 　世帯合併後の世帯主に着目して、子どもが異動前に主宰していた世帯に継続性を認めます。 イ　親世帯から子ども世帯が世帯分離し、新たな世帯を主宰する場合の住所異動 世帯分離後の世帯主に着目して、異動前に主宰していた世帯との継続性を認めるため、子ども世帯には継続性を認めず、親世帯が該当します。ただし、世帯主が子どもに変更された後に世帯分離する場合は、子ども世帯に継続性を認めます。	します。 ア　他の国保加入者を含む世帯と関わらず、当該世帯内の国保被保険者の数が変わらない場合の住所異動 　具体的には、単なる転入及び世帯主の変更に伴う住所異動が該当 イ　他の国保加入者を含む世帯と関わらず、資格の取得又は喪失による当該世帯内の国保被保険者の数の増加又は減少を伴う場合の住所異動 　具体的には、出産、社会保険離脱及び生活保護等による資格取得又は死亡、社会保険加入及び生活保護開始等による資格喪失を伴う場合の住所異動 (2) 一の世帯で完結しない住所異動 　世帯分離、世帯合併による一の世帯で完結しない住所異動（他の世帯からの異動による国保被保険者の数の増加及び他の世帯への異動による国保被保険者の数の減少をいう。）の場合には、異動後の世帯主が異動前に世帯主として主宰していた世帯との継続性を認めます。 　「一の世帯で完結しない住所異動」では、次の場合に継続性を認めます。 ア　子ども世帯が親世帯と合併し、それと同時に、当該子ども世帯が世帯主になる場合の住所異動 　世帯合併後の世帯主に着目して、子どもが異動前に主宰していた世帯に継続性を認めます。 イ　親世帯から子ども世帯が世帯分離し、新たな世帯を主宰する場合の住所異動 世帯分離後の世帯主に着目して、異動前に主宰していた世帯との継続性を認めるため、子ども世帯には継続性を認めず、親世帯が該当します。ただし、世帯主が子どもに変更された後に世帯分離する場合は、子ども世帯に継続性を認めます。

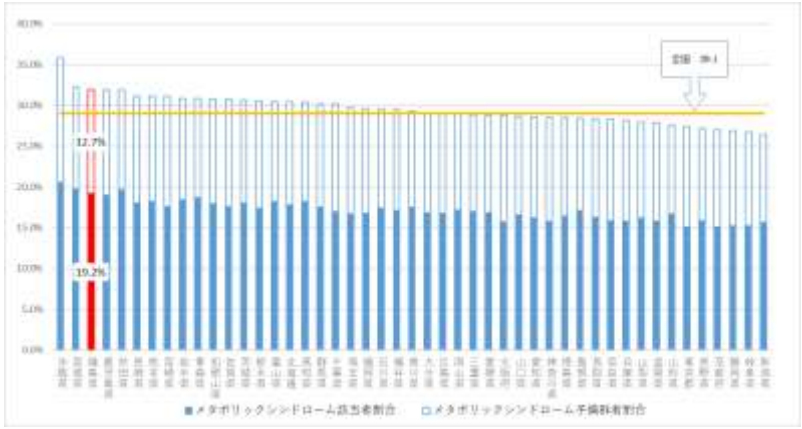
新	旧
# 第６章　医療費の適正化の取組	# 第６章　医療費の適正化の取組
〔趣旨〕 近年、国保の被保険者数は年々減少しているものの、被保険者全体に占める 65 歳から 74 歳までの前期高齢者の割合は増加しています。県は、市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握し、医療費適正化計画とも整合性を取る形で、予防・健康づくりや重症化予防等の医療費適正化の取組を推進する必要があります。 こうした背景も踏まえ、国保の財政運営の「支出面」の中心である医療費の適正化を行い、国保財政の基盤強化を図るための取組を定めます。	〔趣旨〕 近年、国保の被保険者数は年々減少しているものの、被保険者全体に占める 65 歳から 74 歳までの前期高齢者の割合は増加しています。県は、市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握し、医療費適正化計画とも整合性を取る形で、予防・健康づくりや重症化予防等の医療費適正化の取組を推進する必要があります。 こうした背景も踏まえ、国保の財政運営の「支出面」の中心である医療費の適正化を行い、国保財政の基盤強化を図るための取組を定めます。
## 第１節　特定健康診査・特定保健指導	## 第１節　特定健康診査・特定保健指導
１　現状と課題 (1) 特定健康診査の実施状況 令和５年度の特定健康診査（以下「特定健診」という。）実施率は、44.4%で、全国平均（38.2%）を 6.2 ポイント上回っており、全国順位は 10 位となっています。 男女別では、男性が 40.8%（全国平均 34.8%）、女性が 47.9%（全国平均 41.2%）であり、全ての年代で男性の実施率が女性を下回っています。 なお、市町村国保の目標実施率である 60%以上を達成している市町村は 10 市町村であり、うち８市町村が会津・南会津地方となっています。 特に受診率が低い 40～50 歳代を対象に、土日祝日・夜間に特定健診を実施するなどの実施率向上対策を 53 市町村が実施していますが、積極的な受診勧奨の実施など効果的な方策について、さらに検証していく必要が	**１　現状と課題** (1) 特定健康診査の実施状況 令和３年度の特定健康診査（以下「特定健診」という。）実施率は、42.3%で、全国平均（36.4%）を 5.9 ポイント上回っており、全国順位は 12 位となっています。 男女別では、男性が 39.0%（全国平均 33.1%）、女性が 45.8%（全国平均 39.3%）であり、全ての年代で男性の実施率が女性を下回っています。 なお、市町村国保の目標実施率である 60%以上を達成している市町村は 10 市町村であり、うち８市町村が会津・南会津地方となっています。 特に受診率が低い 40～50 歳代を対象に、土日祝日・夜間に特定健診を実施するなどの実施率向上対策を 53 市町村が実施していますが、積極的な受診勧奨の実施など効果的な方策について、さらに検証していく必要が

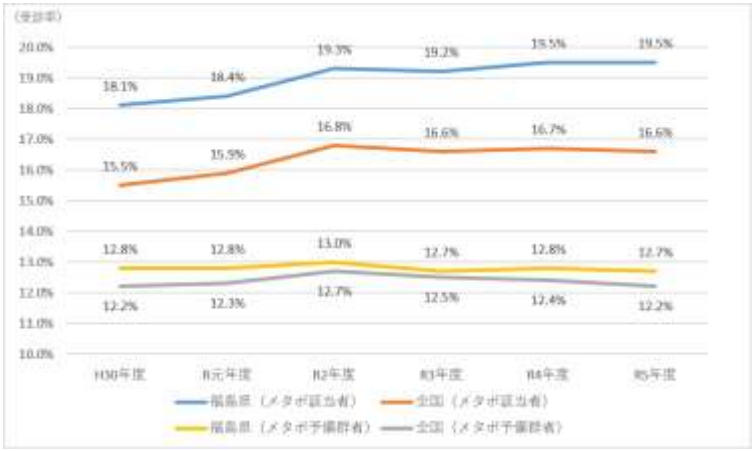
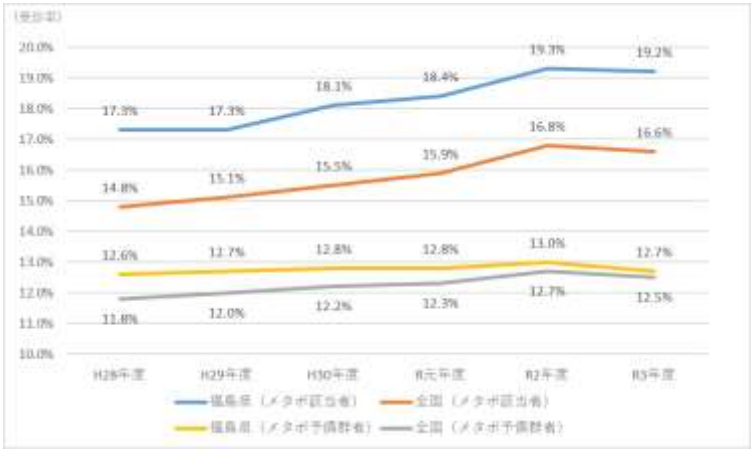
新	旧
あります。 ※　特定健診は、生活習慣病予防のためメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、40 歳から 74 歳までの方を対象に保険者が実施する健診です。	あります。 ※　特定健診は、生活習慣病予防のためメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、40 歳から 74 歳までの方を対象に保険者が実施する健診です。
	
図 6-1　特定健診実施率の推移 （出典：国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況概況報告書」）	図 6-1　特定健診実施率の推移 （出典：国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況概況報告書」）
	
図 6-2 男女別・年齢階級別の特定健診実施率（令和５年度） （出典：国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況概要報告書」）	図 6-2 男女別・年齢階級別の特定健診実施率（令和３年度） （出典：国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況概要報告書」）

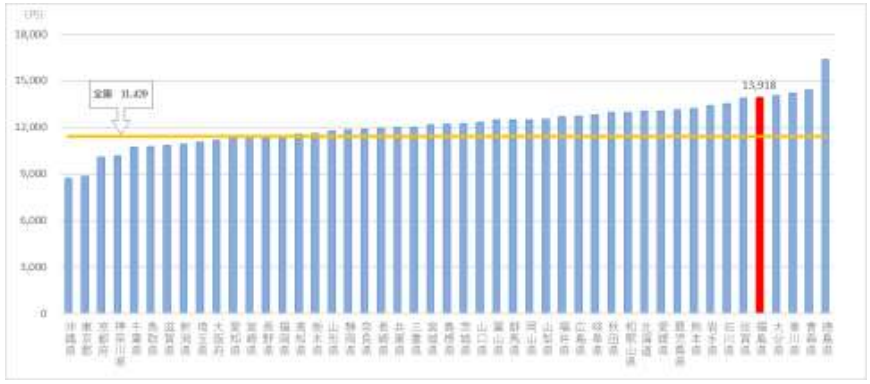
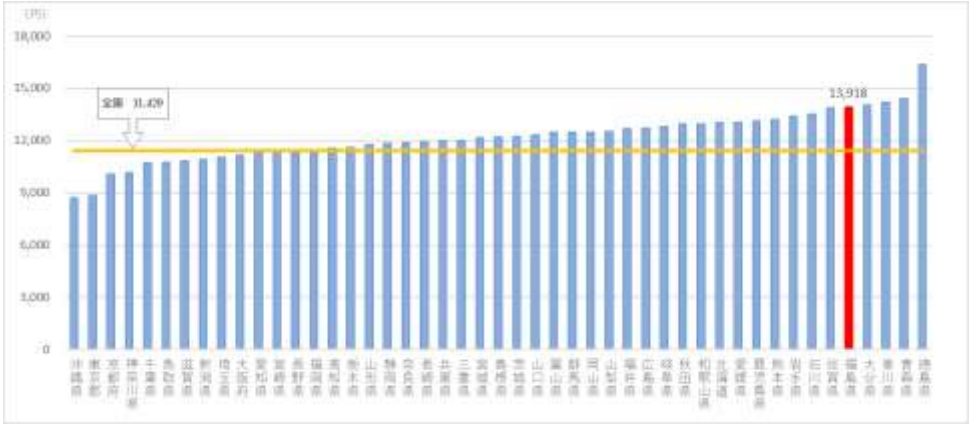
新	旧
 図 6-3　二次医療圏別の特定健診実施率の推移 （出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」）	 図 6-3　二次医療圏別の特定健診実施率の推移 （出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」）
(2) 特定保健指導の実施状況 令和５年度の特定保健指導※7実施率は 39.0%で、全国平均（29.1%）を 9.9 ポイント上回っており、「積極的支援」は 25.0%（全国平均 18.3%）、「動機付け支援」は 43.1%（全国平均 32.5%）となっています。 市町村国保の目標実施率である 60%以上を達成している市町村は 17 市町村であり、うち 10 市町村が会津・南会津地方となっています。 ※7　特定保健指導は、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、医師、保健師及び管理栄養士等が生活習慣を見直すためのサポートをするものです。リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援があります。	(2) 特定保健指導の実施状況 令和３年度の特定保健指導（※7）実施率は 33.9%で、全国平均（27.9%）を 6.0 ポイント上回っており、「積極的支援」は 21.6%（全国平均 17.8%）、「動機付け支援」は 37.5%（全国平均 31.1%）となっています。 市町村国保の目標実施率である 60%以上を達成している市町村は 17 市町村であり、うち 10 市町村が会津・南会津地方となっています。 ※7　特定保健指導は、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、医師、保健師及び管理栄養士等が生活習慣を見直すためのサポートをするものです。リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援があります。

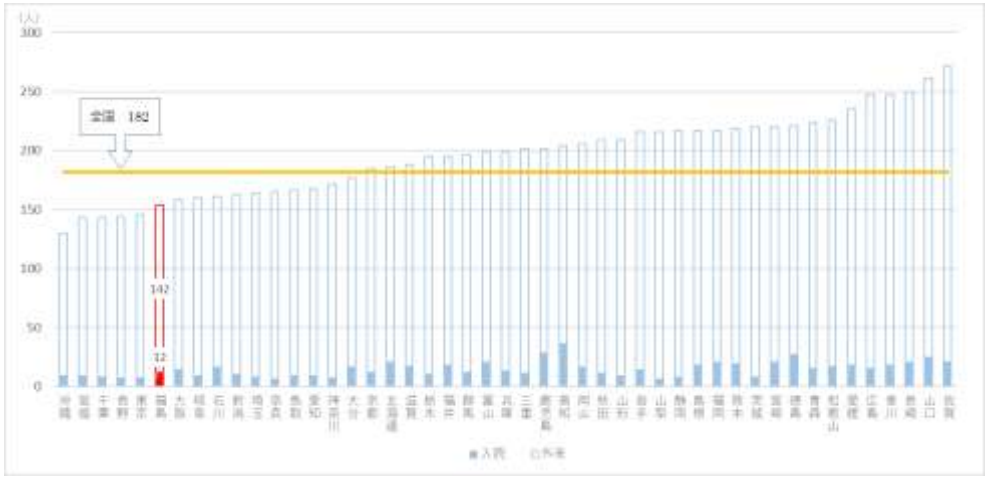
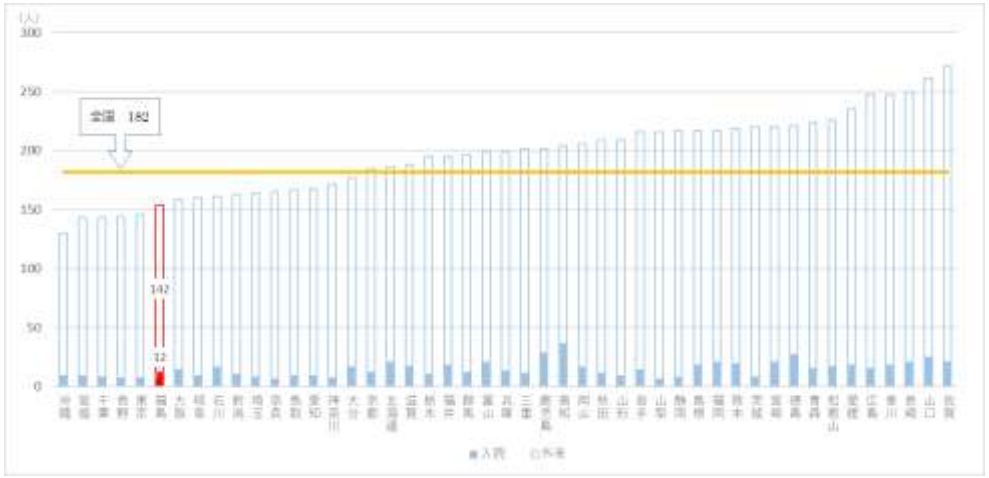
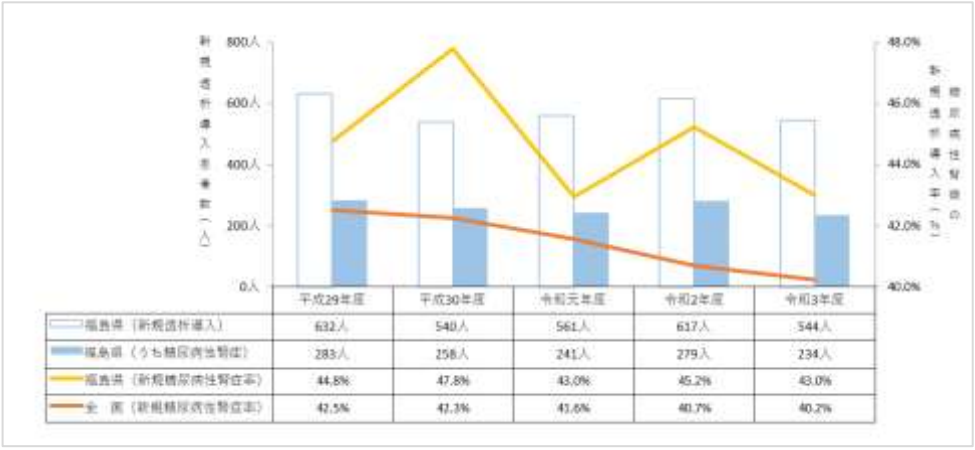
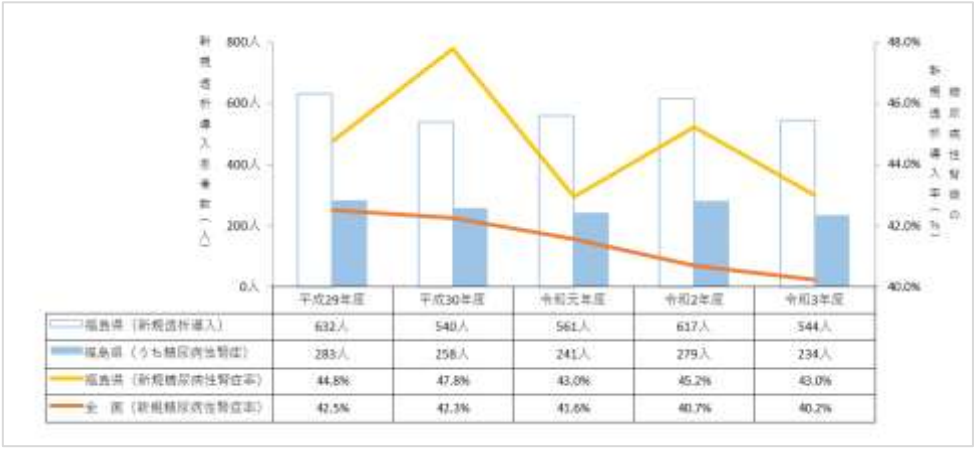
新	旧
	
図 6-4　特定保健指導実施率の推移 （出典：国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況概況報告書」）	図 6-4　特定保健指導実施率の推移 （出典：国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況概況報告書」）
	
図 6-5　特定保健指導実施率の割合 （出典：国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況概況報告書」）	図 6-5　特定保健指導実施率の割合 （出典：国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況概況報告書」）

新	旧
２　今後の方針 (1) 目標の設定 第四期特定健診等実施計画（令和６年度～令和 11 年度）における目標との整合性を図るため、令和 11 年度までに、全市町村が特定健診実施率 60%以上、特定保健指導実施率 60%以上となるよう設定します。 〈参考〉第四期特定健診等実施計画における目標 市町村国保：特定健診実施率 60%以上、特定保健指導実施率 60%以上 全 保 険 者：特定健診実施率 70%以上、特定保健指導実施率 45%以上 (2) 主な取組 ア　実施率向上対策 県は、実施率の高い地域等について要因分析を行い、市町村に対して受診勧奨の効果的な取組等の横展開を図るとともに、地域の実情に応じた工夫を図りつつ、より効果の高い取組を実施している市町村に対してインセンティブを付与するなど、実施率向上に向けた取組を進めます。 イ　特定健診・特定保健指導に携わる人材育成 県は、保健事業に従事する市町村の保健師等の保健指導知識・技術の習得を支援するため、研修会を開催します。 ウ　市町村における健診結果データ等の活用推進支援 市町村は、特定健診・特定保健指導関連データとレセプトを突合し、得られたデータから取組の効果を評価し、質の高いサービスを提供することが求められます。そのため、県は、市町村における健診等データの有効活用や、効果的な保健指導の実施について助言や支援を行うよう努めるとともに、健診データ等の分析を行い、本方針の評価・見直しに活用します。	**２　今後の方針** (1) 目標の設定 第四期特定健診等実施計画（令和６年度～令和 11 年度）における目標との整合性を図るため、令和 11 年度までに、全市町村が特定健診実施率 60%以上、特定保健指導実施率 60%以上となるよう設定します。 〈参考〉第四期特定健診等実施計画における目標 市町村国保：特定健診実施率 60%以上、特定保健指導実施率 60%以上 全 保 険 者：特定健診実施率 70%以上、特定保健指導実施率 45%以上 (2) 主な取組 ア　実施率向上対策 県は、実施率の高い地域等について要因分析を行い、市町村に対して受診勧奨の効果的な取組等の横展開を図るとともに、地域の実情に応じた工夫を図りつつ、より効果の高い取組を実施している市町村に対してインセンティブを付与するなど、実施率向上に向けた取組を進めます。 イ　特定健診・特定保健指導に携わる人材育成 県は、保健事業に従事する市町村の保健師等の保健指導知識・技術の習得を支援するため、研修会を開催します。 ウ　市町村における健診結果データ等の活用推進支援 市町村は、特定健診・特定保健指導関連データとレセプトを突合し、得られたデータから取組の効果を評価し、質の高いサービスを提供することが求められます。そのため、県は、市町村における健診等データの有効活用や、効果的な保健指導の実施について助言や支援を行うよう努めるとともに、健診データ等の分析を行い、本方針の評価・見直しに活用します。

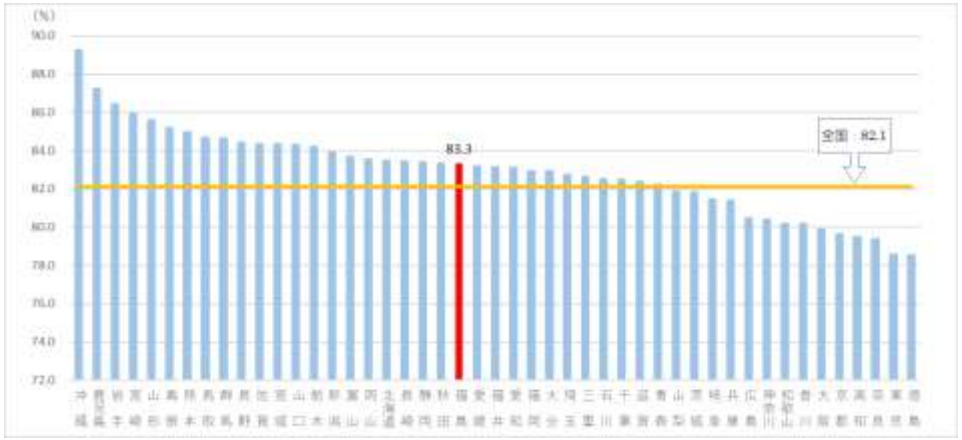
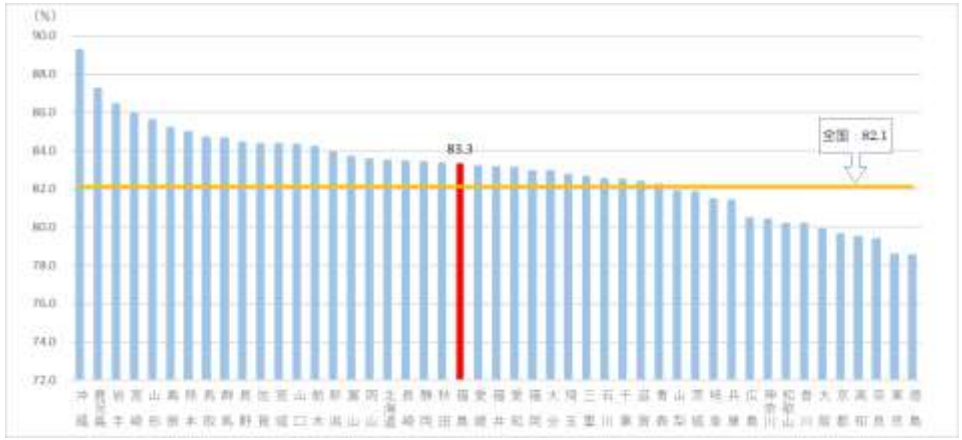
新	旧
第２節　メタボリックシンドローム対策	第２節　メタボリックシンドローム対策
１　現状と課題 特定健診受診者のうち、令和５年度におけるメタボリックシンドローム該当者は 19.5%（全国平均 16.6%）、予備群者は 12.7%（全国平均 12.2%）で、いずれも全国平均を上回り、メタボリックシンドローム該当者と予備群者を合わせると全国で３番目に多い状況になっています。 メタボリックシンドロームは、内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態を指します。もともと急性心筋梗塞の死亡率が高かった本県にとって、メタボリックシンドローム該当者の増加は大きな懸念材料です。	**１　現状と課題** 特定健診受診者のうち、令和３年度におけるメタボリックシンドローム該当者は 19.2%（全国平均 16.6%）、予備群者は 12.7%（全国平均 12.5%）で、いずれも全国平均を上回り、メタボリックシンドローム該当者と予備群者を合わせると全国で３番目に多い状況になっています。 メタボリックシンドロームは、内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態を指します。もともと急性心筋梗塞の死亡率が高かった本県にとって、メタボリックシンドローム該当者の増加は大きな懸念材料です。
 図 6-6　メタボリックシンドローム該当者・予備群者の割合 （出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」）	 図 6-6　メタボリックシンドローム該当者・予備群者の割合 （出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」）

新	旧
 図 6-7　メタボリックシンドローム該当者・予備群者の割合の年次推移 （出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」）	 図 6-7　メタボリックシンドローム該当者・予備群者の割合の年次推移 （出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」）
２　今後の方針 (1) 生活習慣病の早期発見・早期治療 市町村は、特定健診により生活習慣改善の必要性が高いメタボリックシンドロームの該当者・予備群者を効率的かつ確実に抽出するとともに、きめ細かな保健指導によって、一人一人の状態に合わせ、食事や運動などの生活習慣を確実に改善できるよう取組を強化します。 (2) 健康づくりに関する普及・啓発 県は、市町村や企業等と連携して、メタボリックシンドロームの始まりとなる肥満予防や減塩などに重点的に取り組むことによりメタボリックシンドローム該当者の割合の減少を図るとともに、予備群者に至らないための取組を推進します。 また、「ふくしま健民アプリ」の活用を促し、運動の意識付けや食生活改善の取組など、健康維持につながる生活習慣の定着化を図ります。	**２　今後の方針** (1) 生活習慣病の早期発見・早期治療 市町村は、特定健診により生活習慣改善の必要性が高いメタボリックシンドロームの該当者・予備群者を効率的かつ確実に抽出するとともに、きめ細かな保健指導によって、一人一人の状態に合わせ、食事や運動などの生活習慣を確実に改善できるよう取組を強化します。 (2) 健康づくりに関する普及・啓発 県は、市町村や企業等と連携して、メタボリックシンドロームの始まりとなる肥満予防や減塩などに重点的に取り組むことによりメタボリックシンドローム該当者の割合の減少を図るとともに、予備群者に至らないための取組を推進します。 また、「ふくしま健民アプリ」を活用　　し、運動の意識付けや食生活改善の取組など、健康維持につながる生活習慣の定着化を図ります。

新	旧
第３節　糖尿病性腎症重症化予防	第３節　糖尿病性腎症重症化予防
１　現状と課題 令和３年度における糖尿病患者の人口１人当たり入院外医療費※8は、年間 13,918 円と全国で５番目に高く、受療率は全国で６番目に低い状況となっています。 また、新規透析患者数に占める糖尿病性腎症が原因である者の割合は、全体の約半数を占め、全国平均より高い割合で推移しています。 ※8　NDB より都道府県別の糖尿病患者に係る入院外医療費を集計し、それを都道府県別の（患者調査による糖尿病患者数／NDB による糖尿病患者数）を調整係数として乗じたうえで、人口当たりで除すことにより算出。	**１　現状と課題** 令和３年度における糖尿病患者の人口１人当たり入院外医療費(※8)は、年間 13,918 円と全国で５番目に高く、受療率は全国で６番目に低い状況となっています。 また、新規透析患者数に占める糖尿病性腎症が原因である者の割合は、全体の約半数を占め、全国平均より高い割合で推移しています。 ※8　NDB より都道府県別の糖尿病患者に係る入院外医療費を集計し、それを都道府県別の（患者調査による糖尿病患者数／NDB による糖尿病患者数）を調整係数として乗じたうえで、人口当たりで除すことにより算出。
 図 6-8　１人当たり糖尿病入院外医療費の都道府県別状況（令和３年度） （出典：厚生労働省「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について」）	 図 6-8　１人当たり糖尿病入院外医療費の都道府県別状況（令和３年度） （出典：厚生労働省「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について」）

新	旧
	
図 6-9　糖尿病受療率（人口 10 万対） （出典：厚生労働省「令和２年患者調査」）	図 6-9　糖尿病受療率（人口 10 万対） （出典：厚生労働省「令和２年患者調査」）
	
図 6-10　新規透析導入患者の推移 （出典：日本透析医学学会「新規透析入院患者と糖尿病性腎症について」）	図 6-10　新規透析導入患者の推移 （出典：日本透析医学学会「新規透析入院患者と糖尿病性腎症について」）

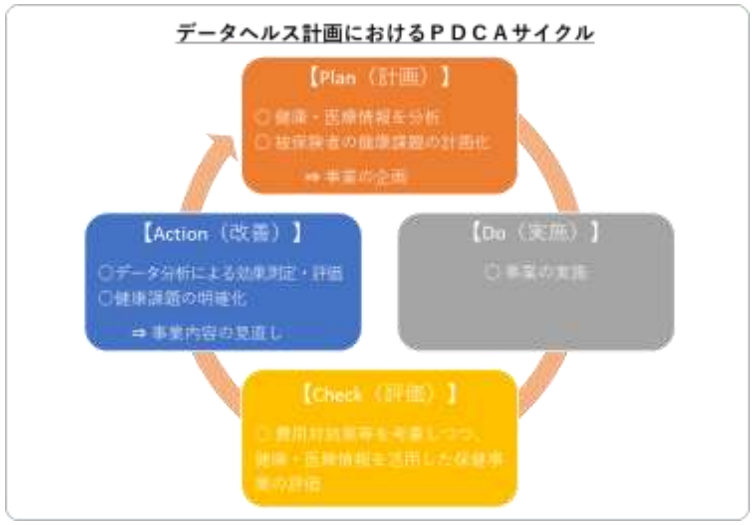
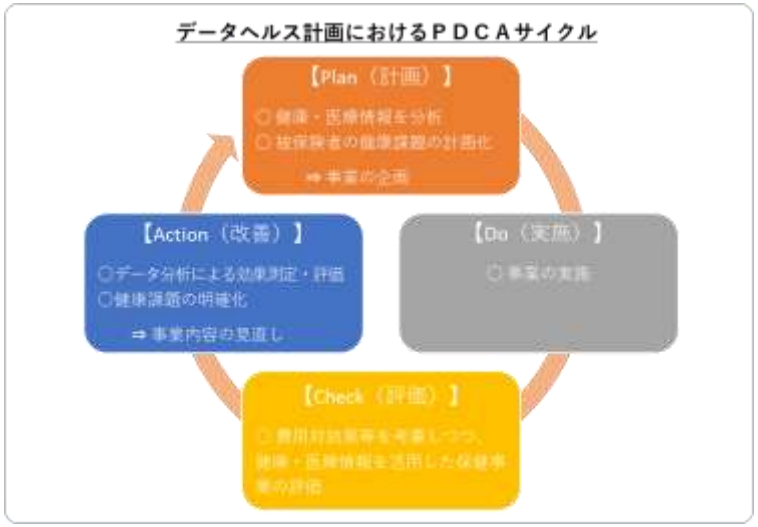
新	旧
注：統計調査結果は日本透析医学会により提供されたものであるが、結果の利用、解析、結果および解釈は県が独自に行っているものであり、日本透析医学会の考えを反映するものではない。	注：統計調査結果は日本透析医学会により提供されたものであるが、結果の利用、解析、結果および解釈は県が独自に行っているものであり、日本透析医学会の考えを反映するものではない。
２　今後の方針 糖尿病性腎症が重症化し、透析療法が必要となった場合、患者のQuality Of Life(QOL)を著しく低下させ、国保財政にも大きな影響を及ぼすことから、以下の取組を推進します。	**２　今後の方針** 糖尿病性腎症が重症化し、透析療法が必要となった場合、患者のQuality Of Life(QOL)を著しく低下させ、国保財政にも大きな影響を及ぼすことから、以下の取組を推進します。
(1) 糖尿病の早期発見・早期介入 市町村は、特定健康診査・特定保健指導の着実な実施により、糖尿病の早期発見･早期介入を推進し､糖尿病合併症の発症進展の抑制に努めます。また､通院中の者であっても糖尿病の重症化リスクが高い対象者に対しては、医療関係者と連携した保健指導を行うよう努めます。	(1) 糖尿病の早期発見・早期介入 市町村は、特定健康診査・特定保健指導の着実な実施により、糖尿病の早期発見･早期介入を推進し､糖尿病合併症の発症進展の抑制に努めます。また､通院中の者であっても糖尿病の重症化リスクが高い対象者に対しては、医療関係者と連携した保健指導を行うよう努めます。
(2) 関係機関等と連携した市町村支援 県は、県医師会及び県糖尿病対策推進会議と連名で平成29年度に「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定しました。このプログラムに基づき、市町村は重症化リスクが高い対象者を選定し、医療関係者等と連携して有効な重症化予防事業を実施します。県は、その事業が円滑に実施できるよう市町村を支援します。	(2) 関係機関等と連携した市町村支援 県は、県医師会及び県糖尿病対策推進会議と連名で平成29年度に「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定しました。このプログラムに基づき、市町村は重症化リスクが高い対象者を選定し、医療関係者等と連携して有効な重症化予防事業を実施します。県は、その事業が円滑に実施できるよう市町村を支援します。
(3) 糖尿病性腎症重症化予防に向けた市町村国保への支援 県は、保健福祉事務所に設置した連絡会議を通じて、市町村及び医療関係者との連携を図るとともに､指導経験の豊富な保健師等を保健福祉事務所に配置し､生活習慣病の改善につながる保健指導の実施方法等について助言等を行うことにより、重症化予防に向けた実践的な支援を行います。	(3) 糖尿病性腎症重症化予防に向けた市町村国保への支援 県は、保健福祉事務所に設置した連絡会議を通じて、市町村及び医療関係者との連携を図るとともに､指導経験の豊富な保健師等を保健福祉事務所に配置し､生活習慣病の改善につながる保健指導の実施方法等について助言等を行うことにより、重症化予防に向けた実践的な支援を行います。

新	旧
第４節　後発医薬品（ジェネリック医薬品）及びバイオシミラー	第４節　後発医薬品（ジェネリック医薬品）
１　現状と課題 (1) 使用割合 令和３年度の本県の後発医薬品の使用割合は、数量ベースで 83.3%と、第４期福島県医療費適正化計画基本方針で示されている目標値である 80%を超えています。一方、金額ベースでは 56.2%となっており、同方針で示されている目標値である 65%には達していません。	**１　現状と課題** (1) 使用割合 令和３年度の本県の使用割合は、数量ベースで 83.3%と全国平均（82.1%）より高く、第四期医療費適正化計画基本方針で示されている目標値 80%を超えています。
	
図 6-11　処方薬に占める後発医薬品の割合（令和３年度） （出典：厚生労働省「調剤医薬費の動向」	図 6-11　処方薬に占める後発医薬品の割合（令和３年度） （出典：厚生労働省「調剤医薬費の動向」
(2) 後発医薬品利用差額通知の実施状況 令和３年度において、全市町村が差額通知を実施しています。 また、差額通知の作成は、55 市町村が国保連合会に委託し、４市町村がその他の業者に委託しています。	(2) 後発医薬品利用差額通知の実施状況 令和３年度において、全市町村が差額通知を実施しています。 また、差額通知の作成は、55 市町村が国保連合会に委託し、４市町村がその他の業者に委託しています。

新	旧
２　今後の方針 (1) 目標 後発医薬品の使用割合を数量ベースで 80%以上を維持するとともに、金額ベースで 65%以上を目指します。 バイオシミラーに 80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の 60%以上を目指します。 (2) 主な取組 ア　差額通知の送付 県は、全ての市町村が差額通知及び切り替え状況の確認を実施できるよう助言を行うとともに、後発医薬品使用促進に向けた県交付金でのインセンティブを付与するなど、市町村の取組を支援します。 イ　周知・啓発 県は、後発医薬品への理解醸成を図るための広報や一般向け出前講座を実施するとともに、「福島県後発医薬品安心使用促進協議会」と連携し、後発医薬品及びバイオシミラーの利用促進に向けた周知・啓発に取り組みます。	**２　今後の方針** (1) 目標 使用割合が数量ベースで 80%以上を維持することを目指します。 (2) 主な取組 ア　差額通知の送付 県は、全ての市町村が差額通知及び切り替え状況の確認を実施できるよう助言を行うとともに、後発医薬品使用促進に向けた県交付金でのインセンティブを付与するなど、市町村の取組を支援します。 イ　周知・啓発 県は、後発医薬品への理解醸成を図るための広報や一般向け出前講座を実施するとともに、「福島県後発医薬品安心使用促進協議会」と連携し、利用促進に向けた周知・啓発に取り組みます。
第５節　重複受診、頻回受診等	第５節　重複受診、頻回受診等
１　現状と課題 令和４年度において、保健師による重複受診、頻回受診、長期受診等※[9]に係る訪問指導は、45 市町村が実施しています。 また、重複・多剤投与者を把握し、文書送付等の取組を実施しているのは 25 市町村です。	**１　現状と課題** 令和４年度において、保健師による重複受診、頻回受診、長期受診等※[9]に係る訪問指導は、45 市町村が実施しています。 また、重複・多剤投与者を把握し、文書送付等の取組を実施しているのは 25 市町村です。

新	旧
※9　重複受診…同一傷病で２か所以上の医療機関を受診 頻回受診…同一傷病で同一月内に同一診療科目を概ね 15 回以上受診 長期受診…６か月を超える加療を継続 重複・多剤投与…複数の医療機関から同一の薬効の薬剤を処方	※9　重複受診…同一傷病で２か所以上の医療機関を受診 頻回受診…同一傷病で同一月内に同一診療科目を概ね 15 回以上受診 長期受診…６か月を超える加療を継続 重複・多剤投与…複数の医療機関から同一の薬効の薬剤を処方
２　今後の方針 (1) 重複受診、頻回受診者等への訪問指導等 市町村は、レセプト情報等により重複受診、頻回受診等の対象者を抽出し、保健師等の訪問指導を行うことにより、適正受診を図ります。 (2) 関係団体との連携 重複投与や多剤投与者等に対して、地域薬剤師会の協力を得て薬剤師等による訪問指導を行い、医薬品の適正使用を促進していく必要があります。県は、レセプト情報による対象者の抽出や訪問活動のあり方などについて、県薬剤師会等と連携して取り組むとともに、市町村の取組に対してインセンティブの推進も検討していきます。	**２　今後の方針** (1) 重複受診、頻回受診者等への訪問指導等 市町村は、レセプト情報等により重複受診、頻回受診等の対象者を抽出し、保健師等の訪問指導を行うことにより、適正受診を図ります。 (2) 関係団体との連携 重複投与や多剤投与者等に対して、地域薬剤師会の協力を得て薬剤師等による訪問指導を行い、医薬品の適正使用を促進していく必要があります。県は、レセプト情報による対象者の抽出や訪問活動のあり方などについて、県薬剤師会等と連携して取り組むとともに、市町村の取組に対してインセンティブの推進も検討していきます。
第６節　医療費通知	第６節　医療費通知
１　現状と課題 原則として、令和８年度から年１回の通知とすることとしています。 ただし、医療費通知の作成を国保連合会に委託していない市町村における経過措置として、システム改修等の都合により令和８年度から年１回の通知とすることが困難な場合は、令和９年度以降に対応して差し支えないこととしています。 なお、年１回の通知とした際の対象診療月については、前年 11 月診療分から当年 10 月診療分としています。	**１　現状と課題** 令和４年度における通知回数は、58 市町村が年６回以上、１市町村が年５回となっています。 また、医療費通知について、55 市町村が国保連合会に委託、３市町村がその他の業者に委託、１市町村が自ら作成しています。

新	旧
また、確定申告を見据え、年毎の合計欄を設けることと、併せて、「確定申告の際は、当年 11～12 月診療分の領収書を持参すること」といった旨の文言を記載することとしています。 医療費通知は、自らの医療費の実情を理解してもらい、健康に対する認識を深めてもらうとともに、身に覚えのない請求が含まれていないか確認してもらうことで医療費適正化を図るものです。 一方で、医療費抑制にどの程度有効であるか、検証する必要があります。	医療費通知は、自らの医療費の実情を理解してもらい、健康に対する認識を深めてもらうとともに、身に覚えのない請求が含まれていないか確認してもらうことで医療費適正化を図るものです。 一方で、医療費抑制にどの程度有効であるか、検証する必要があります。
２　今後の方針	**２　今後の方針**
効果的・効率的な実施方法の検討 県は、医療費抑制の有効性を検証するとともに、通知回数や通知内容などについて、費用対効果も考慮した効果的・効率的な実施方法を市町村と協議し、決定します。	(1) 効果的・効率的な実施方法の検討 県は、医療費抑制の有効性を検証するとともに、通知回数や通知内容などについて、費用対効果も考慮した効果的・効率的な実施方法を市町村と協議し、決定します。
第７節　市町村データヘルス計画	第７節　市町村データヘルス計画
１　現状と課題	**１　現状と課題**
市町村は、第三期市町村データヘルス計画（令和６年度～令和 11 年度）を策定しています。 県は、市町村ごとの医療データを抽出・集計し、各市町村に提供するほか、国保連合会や保健事業支援・評価委員会と連携を図りながら、市町村が計画に基づく保健事業を円滑に実施できるよう支援します。	市町村は、第三期市町村データヘルス計画（令和６年度～令和 11 年度）を策定します。 県は、市町村ごとの医療データを抽出・集計し、各市町村に提供するほか、国保連合会や保健事業支援・評価委員会と連携を図りながら、市町村が円滑に計画を策定することができるよう支援します。
２　今後の方針	**２　今後の方針**
(1) 評価・検証 市町村は、策定した計画についてＰＤＣＡサイクルを循環させ、継続的	(1) 評価・検証 市町村は、策定した計画についてＰＤＣＡサイクルを循環させ、継続的

新	旧
な評価・改善を行います。 　また、国保データベース（ＫＤＢ）システムを活用し、医療費の適正化、発症予防、さらには、重症化予防に資するデータ分析や保健事業の企画・実施・評価に取り組みます。 　県は、市町村がデータに基づく効果的な保健事業を実施できるよう、医療データの提供や分析結果の共有、助言等を通じて支援します。	な評価・改善を行います。 　また、国保データベース（ＫＤＢ）システムを活用し、医療費の適正化、発症予防、さらには、重症化予防を意識したデータ分析や事業の構築に向けた取組を行います。
 図 6-12　データヘルス計画におけるＰＤＣＡサイクル	 図 6-12　データヘルス計画におけるＰＤＣＡサイクル
第８節　医療費適正化計画との関係	第８節　医療費適正化計画との関係
１　現状と課題 　県は、第４期福島県医療費適正化計画（令和６年度～令和 11 年度）を	**１　現状と課題** 　県は、第４期福島県医療費適正化計画（令和６年度～令和 11 年度）を

新	旧
策定し、医療保険制度の枠組みを超え、全県民の生活の質の維持・向上を図りながら、医療費の過度の増大を抑え、持続可能な医療提供体制の確保に取り組むこととしています。 　具体的には、「県民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に関して、政策目標並びに目標を達成するための施策、さらにその施策を推進するために関係者に期待される役割が定められています。医療保険者には、各保険者が実施する特定健診・特定保健指導について、実施率等の数値目標を定め、その達成に向けた取組が示されています。	策定し、医療保険制度の枠組みを超え、全県民の生活の質の維持・向上を図りながら、医療費の過度の増大を抑え、持続可能な医療提供体制の確保に取り組むこととしています。 　具体的には、「県民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に関して、政策目標並びに目標を達成するための施策、さらにその施策を推進するために関係者に期待される役割が定められています。医療保険者には、各保険者が実施する特定健診・特定保健指導について、実施率等の数値目標を定め、その達成に向けた取組が示されています。
２　今後の方針 　本運営方針においても、第４期福島県医療費適正化計画との整合を図りながら、同計画における目標や施策、関係者に期待される役割等の内容を踏まえ、県及び市町村が医療費適正化に資する取組を推進します。	**２　今後の方針** 　本運営方針においても、　こうした医療費適正化計画における目標や施策、関係者に期待される役割等の内容を踏まえ、県及び市町村が医療費適正化に資する取組を推進します。
第７章　市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進	**第７章　市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進**
〔趣旨〕 　市町村が担う事務について、これまで市町村は、法令の範囲内で独自の運用を行ってきましたが、一方で、保険給付は全国共通であるため、被保険者が受けられるサービスも同程度であることが望まれます。 　このため、県内の各市町村における住民サービス等に大きく差異が生じないよう、事務の標準化・広域化※10 によって、住民サービスを向上しつつ均てん化することが重要です。特に、今後も被保険者数の減少によって小規模化が進む保険者にとって、事務の効率化を進めることは住民サービスの向上に大きく寄与すると考えられます。 　また、国において、都道府県国民健康保険団体連合会の役割を強化し、自治体支援の持続可能なモデルの構築を検討するための会議が開催され、	〔趣旨〕 　市町村が担う事務について、これまで市町村は、法令の範囲内で独自の運用を行ってきましたが、一方で、保険給付は全国共通であるため、被保険者が受けられるサービスも同程度であることが望まれます。 　このため、県内の各市町村における住民サービス等に大きく差異が生じないよう、事務の標準化・広域化 (※10) によって、住民サービスを向上しつつ均てん化することが重要です。特に、今後も被保険者数の減少によって小規模化が進む保険者にとって、事務の効率化を進めることは住民サービスの向上に大きく寄与すると考えられます。

新	旧
令和８年３月に中間とりまとめが公表されました。 　このことから、県は、市町村の意向・要望を聴取した上で、市町村が担う事務の標準化、広域化及び効率化を図る取組について検討します。 ※10　標準化：市町村が基準を決めるに当たって基本となるもの。ただし、市町村の事情により標準化したものと異なる取扱いとすることができる。 広域化：市町村の事務を共同で実施するもの。	 　このことから、県は、市町村の意向・要望を聴取した上で、市町村が担う事務の標準化、広域化及び効率化を図る取組について検討します。 ※10　標準化：市町村が基準を決めるに当たって基本となるもの。ただし、市町村の事情により標準化したものと異なる取扱いとすることができる。 広域化：市町村の事務を共同で実施するもの。
第１節　標準化、広域化、効率化に向けた取組	第１節　標準化、広域化、効率化に向けた取組
１　これまでの標準化等の取組 (1) 資格確認書の様式 資格確認書の様式は、被保険者（特に県内異動者）や医療機関の混乱が生じるおそれを考慮し、令和８年度に様式を統一しました。 (2) 葬祭費の支給額 被保険者が死亡した場合、各市町村が条例の定めるところにより葬祭費を支給していますが、平成 30 年度から支給額を全市町村５万円に標準化しました。 (3) 一部負担金の減免基準 一部負担金の減免については、平成 30 年度から国の特別調整交付金の財源補填の要件※11 をもって標準化しました。	**１　これまでの標準化等の取組** (1) 被保険者証の様式 被保険者証の様式は、国保法施行規則の様式に基づき、各市町村が所要の調整を加えて発行していましたが、様式が異なることで被保険者（特に県内異動者）や医療機関の混乱が生じるおそれがあるため、平成 30 年度から被保険者証の様式を統一しました。 (2) 葬祭費の支給額 被保険者が死亡した場合、各市町村が条例の定めるところにより葬祭費を支給していますが、平成 30 年度から支給額を全市町村５万円に標準化しました。 (3) 一部負担金の減免基準 保険料（税）及び一部負担金の減免については、市町村が地域の事情を踏まえて基準を定めていることから、基準の統一には多くの課題があります。そこで、一部負担金の減免については、平成 30 年度から国の特別調整交付金の財源補填の要件（※11）をもって標準化しました。

新	旧
※11 「一部負担金の徴収猶予及び減免並びに療養取扱機関の一部負担金の取扱いについて（平成 28 年 3 月 31 日付け保発 0331 第 23 号厚生労働省保険局長通知）」	※11 「一部負担金の徴収猶予及び減免並びに療養取扱機関の一部負担金の取扱いについて（平成 28 年 3 月 31 日付け保発 0331 第 23 号厚生労働省保険局長通知）」
(4) 高額療養費支給事務の簡素化 高額療養費制度においては、各市町村の判断により、被保険者の申請手続を簡素化することが可能であり、そのことにより、被保険者の申請に係る負担及び市区町村の事務負担を軽減することができるため、令和７年度に取扱基準等を定めました。	
２　標準化、広域化等に向けた検討 県は、市町村の意向・要望を聴取した上で、市町村が担う事務の共通化、収納対策や医療費適正化対策の共同実施、職員に対する研修会の実施など、標準化、広域化及び効率化を図る取組について検討します。	**２　標準化、広域化等に向けた検討** 県は、市町村の意向・要望を聴取した上で、市町村が担う事務の共通化、収納対策や医療費適正化対策の共同実施、職員に対する研修会の実施など、標準化、広域化及び効率化を図る取組について検討します。
	(1) 高額療養費支給事務の標準化 高額療養費制度においては、各市町村の判断により、被保険者の申請手続を簡素化することが可能になりました。それにより、被保険者の申請に係る負担及び市区町村の事務負担を軽減することができるため、今後、簡素化に向けた検討を進めます。
(1) 地方単独医療費助成事業の公費化 本県では、地方単独医療費助成事業について、保険医療機関等での被保険者の受診方法、診療報酬の請求支払方法等の取扱いが、市町村や助成事業毎によって異なっています。 この取扱いを国等公費による医療費助成事業と同じ受診方法、請求支払方法等に標準化するため、まずは、子ども医療費助成事業の公費化を進めます。	(2) 地方単独医療費助成事業の公費化 本県では、地方単独医療費助成事業について、保険医療機関等での被保険者の受診方法、診療報酬の請求支払方法等の取扱いが、市町村や助成事業毎によって異なっています。 この取扱いを国等公費による医療費助成事業と同じ受診方法、請求支払方法等に標準化するため、　　地方単独医療費助成事業の公費化を進めます。

新	旧
(2) 保険税の減免に係る基準の統一 市町村が個別に制定している条例減免について、統一にあたって県内どの市町村に住んでいても同様のサービスを実施することを原則として、減免の基準や減免費用の在り方を市町村と検討を進めていきます。	
３　市町村事務の共同実施 市町村における現在の運営上の課題等を把握するとともに、次の業務について、共同化に向けた検討を進めていきます。	**３　市町村事務の共同実施** 市町村における現在の運営上の課題等を把握するとともに、次の業務について、共同化に向けた検討を進めていきます。
(1) 保険者事務の共同実施 ア　通知等の作成 資格確認書等の作成、被保険者台帳の作成、高額療養費の申請勧奨通知の作成、療養費支給決定帳票の作成、高額療養費支給申請・決定帳票の作成、高額療養費通知の作成 イ　計算処理 高額療養費支給額計算処理業務、高額介護合算療養費支給額計算処理業務 ウ　統計資料 事業月報・年報による各種統計資料の作成 エ　資格・給付関係 資格管理業務、資格・給付確認業務、被保険者資格及び異動処理事務、給付記録管理業務 オ　その他 各種広報事業、国庫補助金等関係事務、共同処理データの提供、市町村標準システムへの参加促進	(1) 保険者事務の共同実施 ア　通知等の作成 資格確認書等の作成、被保険者台帳の作成、高額療養費の申請勧奨通知の作成、療養費支給決定帳票の作成、高額療養費支給申請・決定帳票の作成、高額療養費通知の作成 イ　計算処理 高額療養費支給額計算処理業務、高額介護合算療養費支給額計算処理業務 ウ　統計資料 事業月報・年報による各種統計資料の作成 エ　資格・給付関係 資格管理業務、資格・給付確認業務、被保険者資格及び異動処理事務、給付記録管理業務 オ　その他 各種広報事業、国庫補助金等関係事務、共同処理データの提供、市町村標準システムへの参加促進
(2) 医療費適正化の共同実施 医療費通知の実施、後発医薬品差額通知書の実施、後発医薬品調剤実績・削減効果実績の作成、レセプト点検の実施、レセプト点検担当職員への研	(2) 医療費適正化の共同実施 医療費通知の実施、後発医薬品差額通知書の実施、後発医薬品調剤実績・削減効果実績の作成、レセプト点検の実施、レセプト点検担当職員への研

新	旧
修、第三者行為求償事務共同処理事業、医療費適正化に関するデータの分析・提供	修、第三者行為求償事務共同処理事業、医療費適正化に関するデータの分析・提供
(3) 収納対策の共同実施 納期内納付・口座振替の促進等に係る広報	(3) 収納対策の共同実施 納期内納付・口座振替の促進等に係る広報
(4) 保健事業の共同実施 特定健診の受診促進に係る広報、特定健診・特定保健指導等の研修会・意見交換会の実施、特定健診データの活用に関する研修、特定保健指導の実施方法等に関する情報共有、特定健診・特定保健指導の委託単価・自己負担額の統一、重複・頻回受診者に対する訪問指導の実施、糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施	(4) 保健事業の共同実施 特定健診の受診促進に係る広報、特定健診・特定保健指導等の研修会・意見交換会の実施、特定健診データの活用に関する研修、特定保健指導の共通プログラムの作成、特定健診・特定保健指導の委託単価・自己負担額の統一、重複・頻回受診者に対する訪問指導の実施、糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施
第２節　市町村事務処理標準システムの導入	第２節　市町村事務処理標準システムの導入
市町村が担う事務の標準化、広域化及び効率化のためには、自治体ＤＸの推進が不可欠であり、市町村が使用する事務処理システムの標準化も重要です。 地方公共団体情報システムの標準化に関する法律（令和３年法律第 40 号）に基づき、令和７年度末までに標準化基準に適合するシステムの利用が義務付けられていることから、国は、「市町村事務処理標準システム 」についても、この標準化基準に対応してガバメントクラウドに実装し、順次、機能を追加することとしています。 そのため、市町村においても、国保の「市町村事務処理標準システム」を導入することにより、制度改正に伴う自治体単位でのシステム改修の対応が不要になるほか、事務の標準化によって、システムの運用コストの縮減、自治体の事務負担の軽減など、国保制度の効率的な運営につなげることができます。	市町村が担う事務の標準化、広域化及び効率化のためには、自治体ＤＸの推進が不可欠であり、市町村が使用する事務処理システムの標準化も重要です。 地方公共団体情報システムの標準化に関する法律（令和３年法律第 40 号）に基づき、令和７年度末までに標準化基準に適合するシステムの利用が義務付けられていることから、国は、「市町村事務処理標準システム 」についても、この標準化基準に対応してガバメントクラウドに実装し、順次、機能を追加することとしています。 そのため、市町村においても、国保の「市町村事務処理標準システム」を導入することにより、制度改正に伴う自治体単位でのシステム改修の対応が不要になるほか、事務の標準化によって、システムの運用コストの縮減、自治体の事務負担の軽減など、国保制度の効率的な運営につなげることができます。

新	旧
なお、標準準拠システムへの移行が令和８年度以降とならざるを得ないことが具体化したシステムについては、デジタル庁、総務省及び制度所管省庁が、概ね５年以内に標準準拠システムへ移行できるよう積極的に支援することとされています。 県は、市町村事務処理標準システムの導入に対する国の動向について市町村に情報提供を行うなど、導入に向けた支援を行います。	県は、市町村事務処理標準システムの導入に対する国の動向について市町村に情報提供を行うなど、導入に向けた支援を行います。
第８章　保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携	**第８章　保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携**
〔趣旨〕 令和 22（2040）年に向けて生産年齢人口が急減し、85 歳以上人口が急激に増加していくことが見込まれる中で、地域包括ケアシステムを市町村や県が、地域の自主性や主体性に基づき、かつ地域の特性に応じて深化・推進させることが必要となっています。 県は、従来から広域的な立場から医療提供体制の確保や、保健医療サービス・ 福祉サービスなどを推進する上で役割を果たしてきたことから、医療保険はもとより、保健・介護・福祉分野等の諸施策との連携した取組を定めます。	〔趣旨〕 令和 22（2040）年に向けて生産年齢人口が急減し、85 歳以上人口が急激に増加していくことが見込まれる中で、地域包括ケアシステムを市町村や県が、地域の自主性や主体性に基づき、かつ地域の特性に応じて深化・推進させることが必要となっています。 県は、従来から広域的な立場から医療提供体制の確保や、保健医療サービス・ 福祉サービスなどを推進する上で役割を果たしてきたことから、医療保険はもとより、保健・介護・福祉分野等の諸施策との連携した取組を定めます。
１　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 本県総人口に占める後期高齢者（75 歳以上）の割合は、令和５年度の 17.1%から令和 12 年度には 22.8%に増加すると推計されており、高齢化により医療費は増加することが考えられます。 そこで、高齢者が可能な限り安心した生活が送れる地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域の包括的な支援・サービス提供	**１　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施** 本県総人口に占める後期高齢者（75 歳以上）の割合は、令和５年度の 17.1%から令和 12 年度には 22.8%に増加すると推計されており、高齢化により医療費は増加することが考えられます。 そこで、高齢者が可能な限り安心した生活が送れる地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域の包括的な支援・サービス提供

新	旧
体制である地域包括ケアシステムの構築は重要であり、保険者である市町村や県が積極的に推進する必要があります。 　また、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第９号）」により、市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について規定が整備されました。これにより、高齢者の心身機能の低下等の様々な課題に対し、きめ細かな支援をするため、福島県後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明確化し、市町村における介護保険の地域支援事業や国保の保健事業を一体的に実施します。 　県は、こうした取組を支援するため、専門的見地からの助言や好事例の横展開、健康・医療の情報基盤である国保データベース（ＫＤＢ）システム等を活用した保健事業の課題分析や情報提供などを行います。	体制である地域包括ケアシステムの構築は重要であり、保険者である市町村や県が積極的に推進する必要があります。 　また、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第９号）」により、市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について規定が整備されました。これにより、高齢者の心身機能の低下等の様々な課題に対し、きめ細かな支援をするため、福島県後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明確化し、市町村における介護保険の地域支援事業や国保の保健事業を一体的に実施します。 　また、県は、こうした取組を支援するため、専門的見地からの助言や好事例の横展開、健康・医療の情報基盤である国保データベース（ＫＤＢ）システム等を活用した保健事業の課題分析や情報提供などを行います。
２　県が策定する保健・医療・介護等の各種計画との整合性 　県は広域的な保険者として、本運営方針及び関連、本運営方針内に記載のあ計画並びに県が策定する以下の計画等と連携し、保健医療福祉サービスを推進します。 (1)「第三次健康ふくしま 21 計画」（令和６年度～令和 15 年度） (2)「第八次福島県医療計画」（令和６年度～令和 11 年度） (3)「第４期福島県医療費適正化計画」（令和６年度～令和 11 年度） (4)「福島県地域医療構想」（平成 29 年度～） (5)「第十次福島県高齢者福祉計画・第九次福島県介護保険事業支援計画」（令和６年度～令和８年度）	**２　県が策定する保健・医療・介護等の各種計画との整合性** 　県は広域的な保険者として、本運営方針と、本運営方針内に記載のある各種計画等のほか、県が策定する以下の計画等と連携し、保健医療福祉サービスを推進します。 (1)「第三次健康ふくしま 21 計画」（令和６年度～令和 15 年度） (2)「第八次福島県医療計画」（令和６年度～令和 11 年度） (3)「第４期福島県医療費適正化計画」（令和６年度～令和 11 年度） (4)「福島県地域医療構想」（平成 29 年度～） (5)「第十次福島県高齢者福祉計画・第九次福島県介護保険事業支援計画」（令和６年度～令和８年度）

新	旧
第９章　国民健康保険の健全な運営のための連絡調整	**第９章　国民健康保険の健全な運営のための連絡調整**
〔趣旨〕 国保事業の運営を円滑かつ安定的に実施するためには、県、市町村及び国保連合会等関係機関の連携が重要であることから、関係者間の協議や意見交換の場に関する事項を定めます。	〔趣旨〕 国保事業の運営を円滑かつ安定的に実施するためには、県、市町村及び国保連合会等関係機関の連携が重要であることから、関係者間の協議や意見交換の場に関する事項を定めます。
１　福島県国民健康保険運営協議会の設置 国保法第 11 条第１項に基づき福島県国民健康保険運営協議会を設置し、国保事業の運営に関する以下の事項について審議します。 （1）国保事業費納付金の徴収 （2）本運営方針の作成 （3）その他国保事業の運営に関する重要事項	**１　福島県国民健康保険運営協議会の設置** 国保法第 11 条第１項に基づき福島県国民健康保険運営協議会を設置し、国保事業の運営に関する以下の事項について審議します。 （1）国保事業費納付金の徴収 （2）福島県国民健康保険運営方針の作成 （3）その他国保事業の運営に関する重要事項
２　福島県市町村国保運営安定化等連携会議の設置 本運営方針の作成、変更、検証、見直し等のための意見交換及び調整を行うため、福島県市町村国保運営安定化等連携会議（以下「連携会議」という。）を設置しています。国保事業の運営を円滑かつ安定的に実施するため、連携会議を定期的に開催し、十分な議論を行い、意見の集約を行います。 また、連携会議には次のワーキンググループを設置し、具体的な課題等について協議します。 （1）納付金班 （2）収納対策班 （3）資格・給付班 （4）医療費適正化班	**２　福島県市町村国保運営安定化等連携会議の設置** 福島県国民健康保険運営方針の作成、変更、検証、見直し等のための意見交換及び調整を行うため、福島県市町村国保運営安定化等連携会議（以下「連携会議」という。）を設置しています。国保事業の運営を円滑かつ安定的に実施するため、連携会議を定期的に開催し、十分な議論を行い、意見の集約を行います。 また、連携会議には次のワーキンググループを設置し、具体的な課題等について協議します。 （1）納付金班 （2）収納対策班 （3）資格・給付班 （4）医療費適正化班

新	旧
３　福島県国民健康保険審査会の設置 国保法第 92 条に基づき国民健康保険審査会を設置し、保険給付に関する処分又は保険料（税）その他国保法の規定による徴収金に関する処分に対する不服申立について審査します。 **４　福島県国民健康保険団体連合会・保険者協議会等との連携強化** 本運営方針に掲げる施策等が円滑に実施できるよう、国保連合会、保険者協議会及びその他関係団体との連携を図ります。	**３　福島県国民健康保険審査会の設置** 国保法第 92 条に基づき国民健康保険審査会を設置し、保険給付に関する処分又は保険料（税）その他国保法の規定による徴収金に関する処分に対する不服申立について審査します。 **４　福島県国民健康保険団体連合会・保険者協議会等との連携強化** 本運営方針に掲げる施策等が円滑に実施できるよう、国保連合会、保険者協議会及びその他関係団体との連携を図ります。