



福島県国民健康保険運営方針

平成29年11月
(令和3年3月改正)
福島県保健福祉部

目 次

第1章 運営方針策定に当たっての基本的事項	
1 目的	・・・ 1
2 根拠	・・・ 1
3 策定年月日	・・・ 1
4 対象期間	・・・ 2
5 P D C Aサイクルの実施に関する取組（検証と取組内容の見直し）	・・・ 2
6 福島県市町村国保広域化等支援方針の取組の継承	・・・ 3
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1節 医療費の動向と将来の見通し	
1 市町村国保の概況	・・・ 4
2 被用者保険との比較	・・・ 4
3 被保険者等の状況	・・・ 5
4 医療費（療養諸費）の動向及び要因分析	・・・ 7
5 国民健康保険財政の将来の見通し	・・・ 10
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	・・・ 13
2 県の国保財政の運営の基本的な考え方	・・・ 13
第3節 赤字の解消・削減の取組、目標年次等	
1 赤字市町村の現状	・・・ 14
2 赤字の定義	・・・ 14
3 赤字解消・削減計画	・・・ 14
第4節 財政安定化基金	
1 市町村への貸付	・・・ 15
2 市町村への交付	・・・ 15
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）	・・・ 15
4 特例事業への活用（国保法附則第25条）	・・・ 15
第3章 市町村における保険料（税）の標準的な算定方法に関する事項	
第1節 保険料（税）の算定方式の現状	
1 各市町村の保険料（税）算定方式	・・・ 16
2 応能割と応益割の賦課割合	・・・ 16
3 所得割・資産割・均等割・平等割の賦課割合	・・・ 16
4 賦課限度額	・・・ 16
第2節 納付金の基本的な考え方、算定方法	
1 基本的な考え方	・・・ 17
2 算定方法	・・・ 17
第3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	・・・ 19
2 都道府県標準保険料率の算定方式	・・・ 19
3 激変緩和措置	・・・ 20
第4節 標準的な収納率	・・・ 20
第5節 保険料（税）水準の統一	
1 基本的な考え方	・・・ 21
2 実現に向けた方向性	・・・ 21
3 取組期間と移行期間及び統一予定時期	・・・ 22
第4章 市町村における保険料（税）の徴収の適正な実施に関する事項	
第1節 保険料（税）収納の現状	
1 収納率（現年度）の現状	・・・ 23

2	収納率（過年度分）の現状	. . . 23
3	保険料（税）の滞納世帯数等	. . . 24
4	収納対策の現状	. . . 25
第2節	目標収納率	
1	現年度分	. . . 26
2	過年度分	. . . 26
第3節	収納対策	
1	口座振替の利用促進	. . . 27
2	収納担当職員の研修会の充実	. . . 27
3	徴収アドバイザーの設置	. . . 27
4	短期被保険者証・資格証明書の交付基準等の作成	. . . 27
第5章	市町村における保険給付の適正な実施に関する事項	
第1節	保険給付の適正化に向けた取組の現状	
1	レセプト点検	. . . 28
2	療養費（あん摩・マッサージ・指圧、はり・きゅう及び柔道整復）	. . . 29
3	海外療養費	. . . 29
4	第三者行為求償事務	. . . 29
第2節	県による保険給付の点検、事後調整	
1	レセプト点検	. . . 30
2	不正利得回収	. . . 30
第3節	療養費の適正化	
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の適正化	. . . 31
2	海外療養費の適正化	. . . 31
第4節	レセプト点検の充実強化	
1	研修会の充実等	. . . 31
2	情報提供、助言・指導の充実	. . . 31
第5節	第三者行為求償事務の取組の強化	
1	第三者行為求償事務に係る評価指標及び数値目標の設定	. . . 31
2	第三者行為求償による傷病届の把握	. . . 32
3	傷病届等に関する周知・啓発	. . . 32
第6節	高額療養費の多数回該当の取扱い	
1	一の世帯で完結する住所異動	. . . 32
2	一の世帯で完結しない住所異動	. . . 33
第6章	医療費の適正化の取組に関する事項	
第1節	医療費適正化の現状	
1	特定健康診査の実施状況	. . . 34
2	特定保健指導の実施状況	. . . 35
3	メタリックシート・ロム該当者・予備群の状況	. . . 37
4	後発医薬品の使用状況	. . . 37
5	重複受診、頻回受診、長期受診、重複投薬等への訪問指導の実施状況	. . . 38
6	糖尿病性腎症重症化予防の実施状況	. . . 38
7	予防・健康づくりへの取組状況	. . . 39
8	医療費通知の実施状況	. . . 39
第2節	医療費適正化対策の充実強化	
1	データヘルス計画	. . . 39
2	特定健診・特定保健指導の取組強化	. . . 40
3	メタリックシート・ロム該当者・予備群の減少	. . . 41
4	後発医薬品の使用促進	. . . 41

5	重複受診、頻回受診、重複投薬等への訪問指導等	・・・41
6	糖尿病性腎症重症化予防	・・・41
7	医療費通知	・・・42
第3節	医療費適正化計画との関係	・・・42
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に関する事項	
第1節	標準化、広域化、効率化に向けた取組	
1	被保険者証の様式	・・・43
2	葬祭費の支給額	・・・43
3	一部負担金の減免基準	・・・43
4	地方単独医療費助成事業の公費化	・・・44
第2節	市町村事務処理標準システムのクラウド化による共同利用	・・・44
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に関する事項	
1	地域包括ケアシステムの構築に向けての連携	・・・45
2	県が策定する保健・医療・介護等の各種計画との整合性	・・・45
第9章	施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他県が必要と認める事項	
1	福島県市町村国保広域化等連携会議の開催	・・・46
2	運営協議会の開催	・・・46
3	その他	・・・46

第 1 章 運営方針策定にあたっての基本的事項

1 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」（※）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ています。

そのため、今後も高齢化の進展等に伴い医療費の伸びが見込まれる中、国保の財政運営が大変厳しさを増していくことを踏まえ、持続可能な国保制度を堅持するため、財政支援の拡充（毎年 3,400 億円の公費投入）による財政基盤の強化及び都道府県が新たに保険者に加わり広域化することで、財政運営上の多様なリスクを分散し安定化を図るという、制度創設以来最大の国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号、以下「国保法」という。）の改正が平成 27 年 5 月に行われました。

この新制度は、小規模な保険者の多い国保の安定化を図り、全ての保険者において国保のサービスを確保し、国民皆保険を守って行こうとするものです。

※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。

(2) 策定の目的

平成 30 年度より県が財政運営の責任主体となり、市町村は、引き続き資格管理、保険給付、保険料（税）の賦課・収納及び保健事業等の地域におけるきめ細かな事業を担うという役割分担により、国保事業を実施します。

そのため、県は、市町村と共通認識の下で、国保事業を実施するとともに、市町村が担う事業の効率化や広域化を促進できるよう、共通の指針となる福島県国民健康保険運営方針（以下「運営方針」という。）を策定するものです。

市町村は、運営方針を踏まえ、国保事業の実施に努めます。

2 根拠

この運営方針は、国保法第 82 条の 2 の規定に基づき策定します。

3 策定年月日

平成 29 年 11 月 13 日

4 対象期間

第三期福島県医療費適正化計画（以下「医療費適正化計画」という。）の計画期間に合わせて、平成30年度から令和5年度までの6年間とし、令和3年度からの後半の3年間に向けて、令和2年度に見直します。

5 PDCAサイクルの実施に関する取組（検証と取組内容の見直し）

県全体の国保事業が円滑に運営されるためには、県と市町村のそれぞれの役割分担の下、運営方針に掲げた各実施項目への連携した着実な取組が必要です。

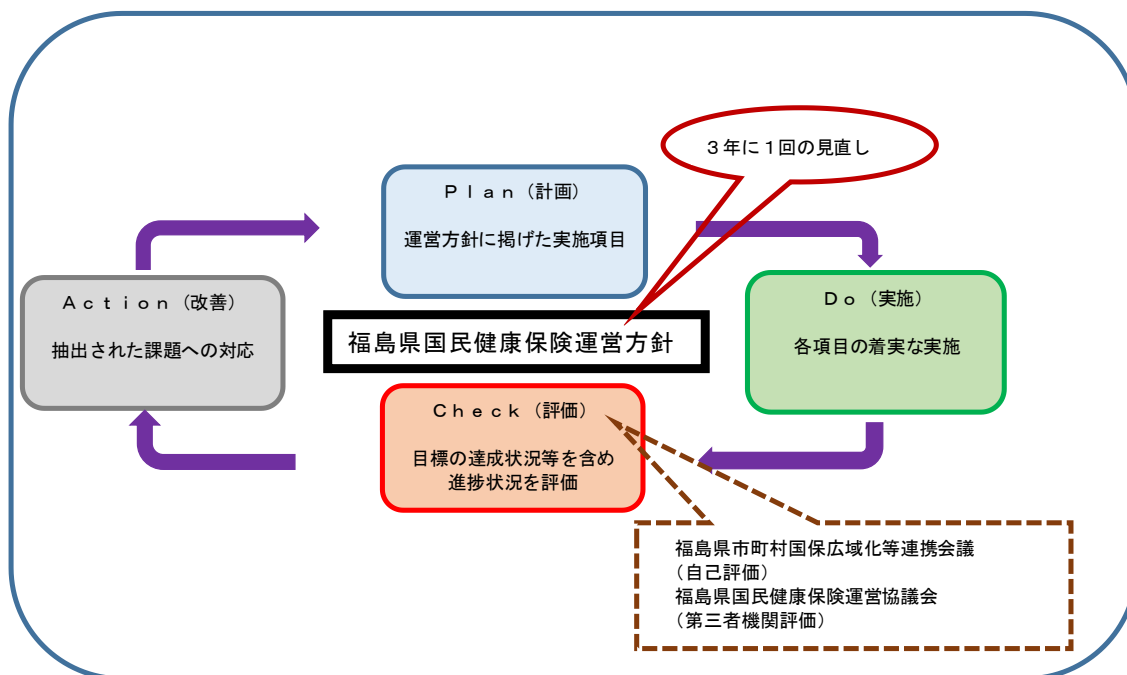
さらには、年々被保険者数が減少する中であって、安定的な財政運営や市町村事務の効率的・広域的な取組への検討も求められています。

そこで、本運営方針に基づき、県と市町村が行った成果については、毎年度福島県市町村国保広域化等連携会議（以下「連携会議」という。）で自己評価を行い、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（以下「運営協議会」という。）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行うこととします。

一方、この国保改革は、県と市町村とが連携したいわゆる共同事業ではありますが、県は県内の国保事業の中心的な役割を果たすこととされているため、国保法第4条第2項の規定に基づき、市町村に指導・助言を行います。その分析結果については、PDCAサイクルを循環させ継続的な改善に向けて取組みます。

図 1-1 PDCAサイクルのイメージ



6 福島県市町村国保広域化等支援方針の取組の継承

平成 22 年 12 月に策定し、これまで 2 回にわたって改定してきた福島県市町村国保広域化等支援方針（以下「支援方針」という。）では、目標収納率を設定し収納率向上に向けた対策や保険財政共同安定化事業を通じ被保険者の保険料（税）の平準化など広域化に向けた取組を進めてきましたが、その取組の成果はこの運営方針に引き継ぐこととし、取組のさらなる拡充を行っていきます。

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： 新制度においては、県が国保の安定的な財政運営について中心的な役割を担うため、本章では、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るものです。

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、平成 27 年度末の被保険者数 3,000 人未満のいわゆる小規模保険者数は、半数を超える 31 保険者となっています。

なお、全国の小規模保険者は、全保険者数の 4 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。

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 (H27 年度) (%)	全国 (H27 年度) (%)	
	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度			
被 保 険 者 数	3 千人未満	29	29	29	31	31	52.54	28.26
	3 千人以上 5 千人未満	9	11	13	11	12	20.34	12.88
	5 千人以上 1 万人未満	9	7	5	6	5	8.47	20.16
	1 万人以上 5 万人未満	9	9	9	8	8	13.56	31.06
	5 万人以上	3	3	3	3	3	5.09	7.64
計	59	59	59	59	59	100	100	

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業年報・集計表」）

※全国の保険者数は 1,716（平成 27 年度）

2 被用者保険との比較

市町村国保は、平成 24 年度以降世帯数、被保険者数とも減少傾向にあります。一方、被用者保険のうち協会けんぽは、事業所数、被保険者数とも増加傾向となっており、健保組合の被保険者数は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	市町村国保口		協会けんぽ		健保組合		福島県人口 人口(D)	国保 A/D	協会けんぽ B/D	健保組合 C/D
	世帯数	被保険者数(A)	事業所数	被保険者数(B)	団体数	被保険者数(C)				
H22年度	304,599	557,065	27,125	628,116	7	27,497	2,014,603	27.65	31.18	1.36
	-	-	-	-	-	-	-			
H23年度	306,667	555,878	27,330	611,967	7	27,041	1,969,852	28.22	31.07	1.37
	100.68	99.79	100.76	97.43	100.00	98.34	97.78			
H24年度	303,322	542,739	27,856	618,256	7	26,594	1,949,595	27.84	31.71	1.36
	98.91	97.64	101.92	101.03	100.00	98.35	98.97			
H25年度	299,934	527,197	28,729	631,073	7	26,369	1,937,530	27.21	32.57	1.36
	98.88	97.14	103.13	102.07	100.00	99.15	99.38			
H26年度	296,263	510,917	29,935	642,007	7	26,101	1,926,961	26.51	33.32	1.35
	98.78	96.91	104.20	101.73	100.00	98.98	99.45			
H27年度	290,543	490,045	31,711	651,158	7	25,952	1,903,383	25.75	34.21	1.36
	98.07	95.91	105.93	101.43	100.00	99.43	98.78			

備考
 1. 下段は、対前年比(%)
 2. 市町村国保は、福島県「国民健康保険事業状況報告書」
 3. 「協会けんぽ」は、協会けんぽ「事業年報」
 4. 「健康保険組合」は、健康保険組合連合会福島連合会資料
 5. 協会けんぽ及び健保組合の「被保険者数」は、被扶養者数を含む。
 6. 福島県人口は、翌年4月1日現在のもの。
 (福島県統計課 福島県現住人口調査年報)

3 被保険者等の状況

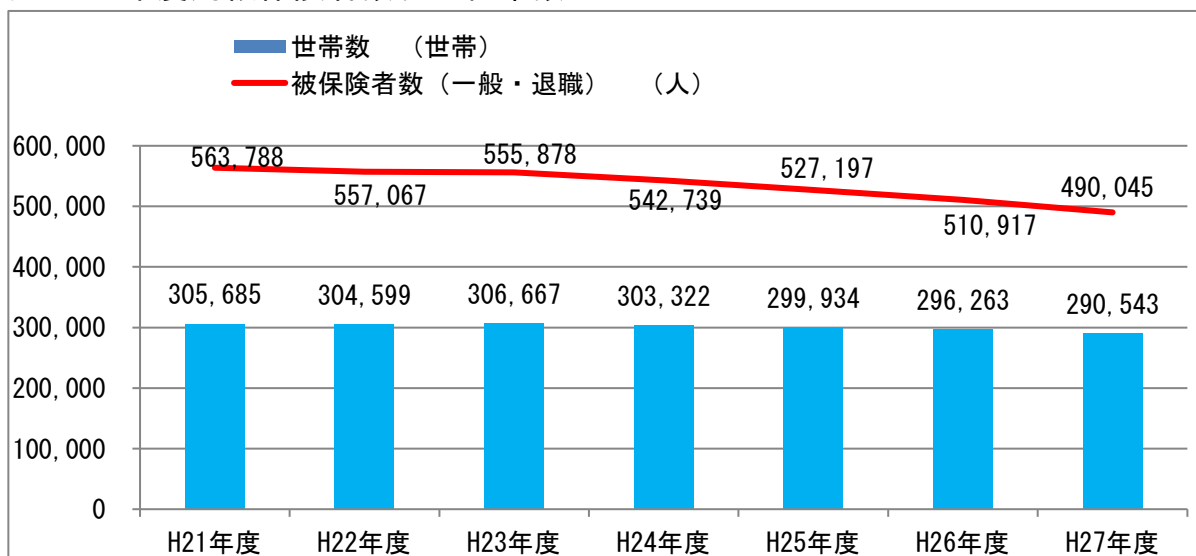
(1) 被保険者数等

ア 本県の平成27年度末における市町村国保の世帯数は、290,543世帯(対前年度▲5,720世帯、▲1.93%)、被保険者数は490,045人(対前年度▲20,872人、▲4.09%)であり、平成23年度以降、世帯数及び被保険者数とも減少傾向となっています。

イ 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 平成27年度における被保険者の県内人口に占める割合は25.75%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」)

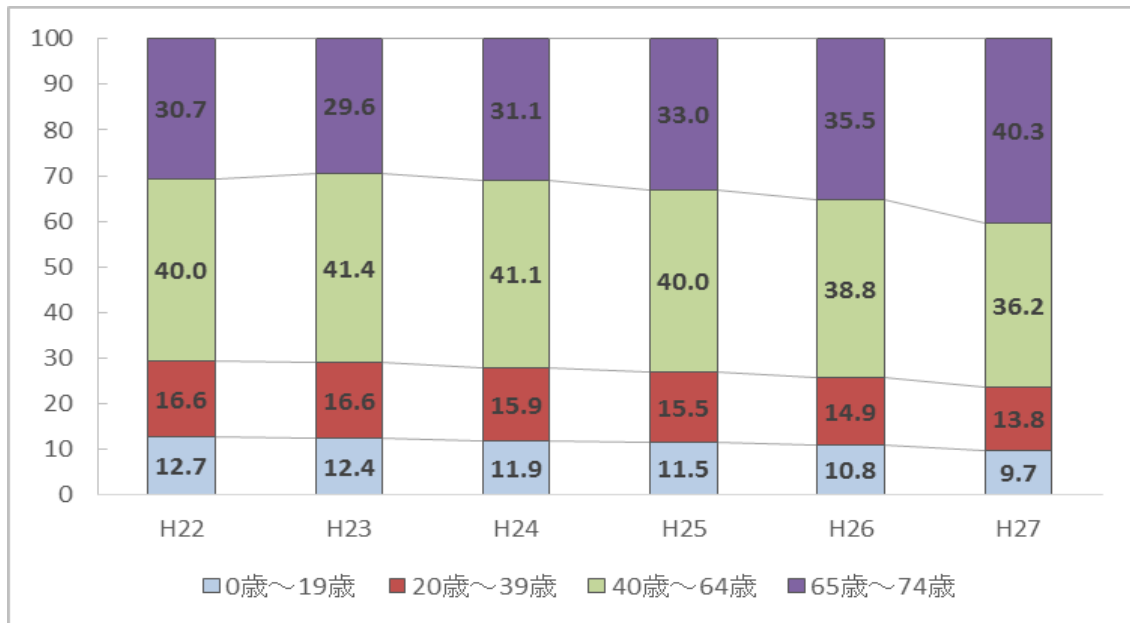
(2) 被保険者の年齢構成

平成 27 年度における被保険者の年齢構成は、「65 歳～74 歳」の割合が 40.3%（全国 40.5%）を占めています。全国と比較すると 0.2%低いですが、「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」の割合は大きく増加しています。

なお、平成 28 年度における被保険者の平均年齢は、53.45 歳（全国 52.34 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

（単位：％）



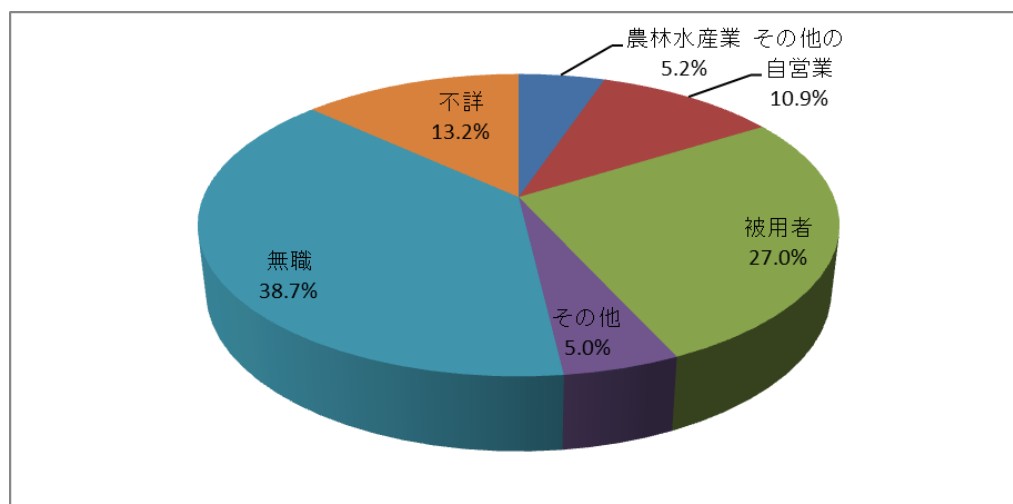
（出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査（年齢階級別）」）

(3) 被保険者（世帯主）の職業

本県の平成 27 年度の職業別構成割合は、「農林水産業」や「その他の自営業」のいわゆる自営業主は 16.1%ですが、「無職者（年金生活者、失業者等）」と「被用者」の合計は 65.7%と、全体の 2/3 を占めています。

図 2-5 平成 27 年度 職業別構成割合

(単位：%)



(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) 医療費（療養諸費）の推移

ア 平成 27 年度の医療費（療養諸費）は、1,720 億 478 万円で対前年度 0.49%増加しました。平成 24 年度までは増加していましたが、平成 25 年度からは減少に転じ、その後は、ほぼ横ばいとなっています。

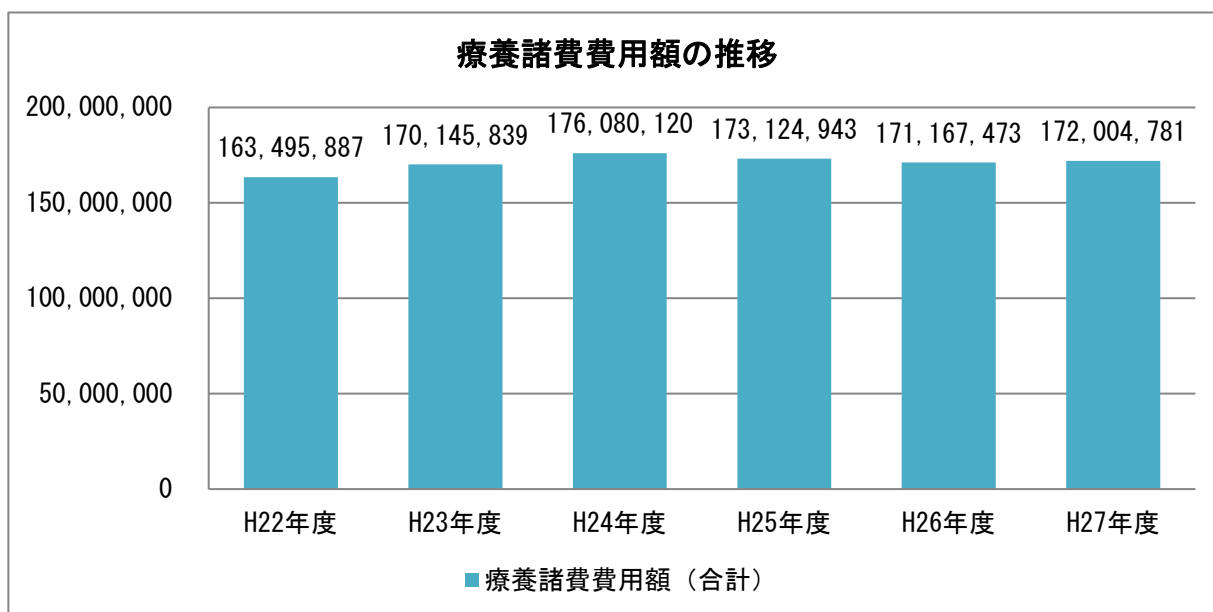
イ 平成 27 年度の被保険者一人当たりの医療費（療養諸費）は、341,459 円（対前年度比 13,311 円増、4.06%増）となっています。

なお、平成 27 年度の全国の一人当たりの医療費（療養諸費）も増加傾向にあり、349,697 円（対前年比 16,236 円増、4.87%増）となっており、本県より 8,238 円（2.41%）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、平成 29 年 9 月において約 5.5 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により、避難指示区域等を抱える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 療養諸費費用額の推移

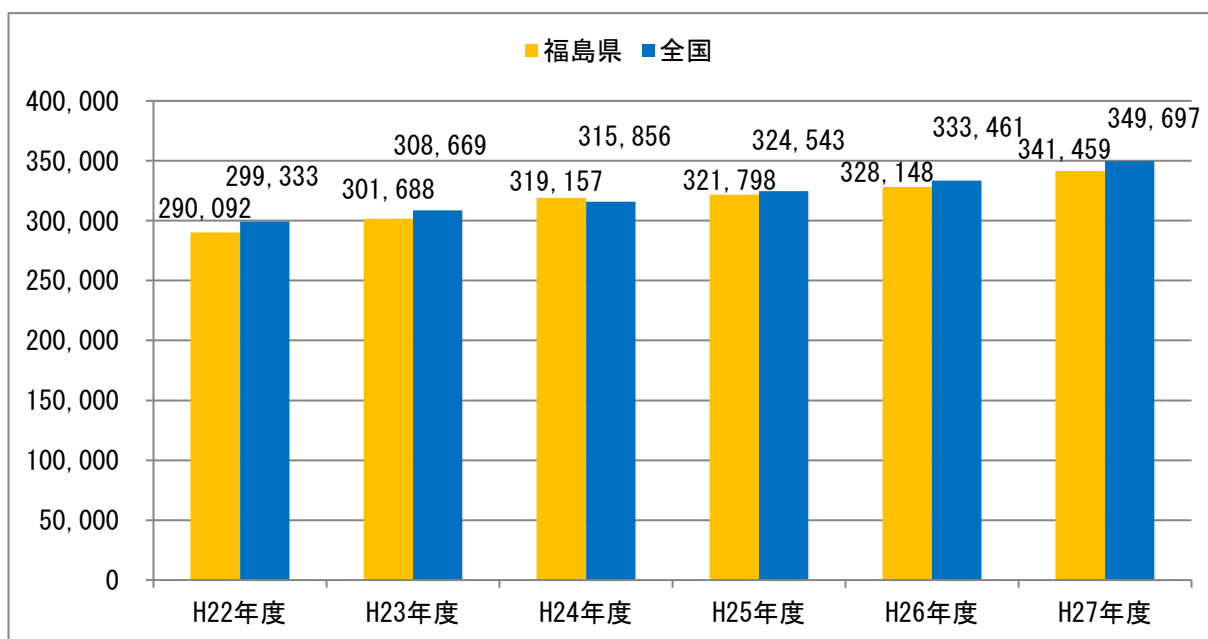
(単位：千円)



(出典：福島県「国民健康保険事業実施状況報告書」)

図 2-7 一人当たりの医療費（療養諸費費用額）

(単位：円)



(出典：福島県「国民健康保険事業実施状況報告書」)

(出典：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た額。

(2) 5歳ごとの年齢階層別医療費

平成27年度の全階層の一人当たり医療費は、337,469円で全国平均343,485円を6,016円(▲1.75%)下回っており、全国35位となっています。

年齢階層別では「0～4歳」、「60～64歳」、「65～69歳」及び「70～74歳」で全国平均を下回っており、「15～19歳」以降では、年齢が上がるにつれて医療費が増加しています。

本県では、いわゆる医療費が高いと言われる高齢の年齢階層の医療費が全国平均を下回っていることから、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。

表 2-8 年齢階層別一人当たり医療費計

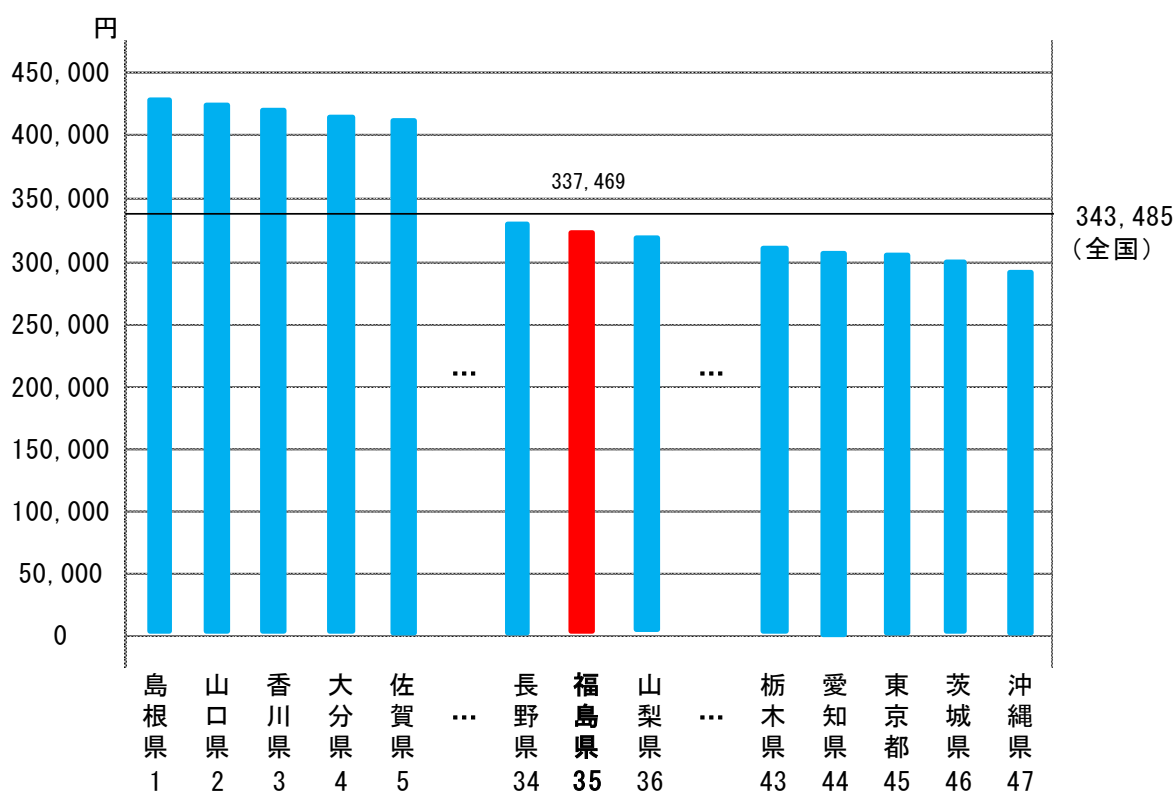
(単位：円)

区分	福島県	全国	差
	H27年度	H27年度	
計	337,469	343,485	▲ 6,016
0～4歳	215,525	219,599	▲ 4,074
5～9歳	125,177	121,061	4,116
10～14歳	96,466	93,474	2,992
15～19歳	80,430	76,048	4,382
20～24歳	88,213	81,339	6,874
25～29歳	130,620	113,254	17,366
30～34歳	149,106	141,706	7,400
35～39歳	178,686	173,944	4,742
40～44歳	234,142	209,062	25,080
45～49歳	275,100	254,801	20,299
50～54歳	321,044	315,341	5,703
55～59歳	373,961	364,032	9,929
60～64歳	398,889	404,545	▲ 5,656
65～69歳	407,069	440,561	▲ 33,492
70～74歳	534,351	585,002	▲ 50,651

(出典：厚生労働省「平成27年度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た額。

図 2-9 一人当たり医療費（都道府県比較）【平成 27 年度】（単位：円）



（出典：厚生労働省「平成 27 年度医療費の地域差分析」）

5 国民健康保険財政の将来の見通し

団塊の世代が全て75歳以上の後期高齢者となり、医療・介護の需要が増大すると予想されている2025年（令和7年）を見据え、各地域の医療需要等への提供体制を定めた「福島県地域医療構想」が平成28年12月に策定されました。本運営方針においても、保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策との有機的な連携を図る必要があることから、2025年（令和7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

平成 27 年度市町村国保事業の決算状況は、歳入総額が 2,691 億 7,523 万円（対年度+12.19%）、歳出総額が 2,548 億 4,116 万円（対前年度+13.51%）、収支差引額は 143 億 3,406 万円（対前年度▲7.02%）、単年度収支差引額は、3,400 万円（対前年度▲97.39%）となっています。

表 2-10 市町村国保収支状況

収入	割合	H27 年度 (単位:円)	H26 年度 (単位:円)	伸び率
保険(料)税	15.26%	41,076,357,876	43,038,499,676	▲4.56%
国庫支出金	24.81%	66,771,514,217	69,874,205,871	▲4.44%
療養給付費等交付金	3.29%	8,844,342,258	12,471,010,911	▲29.08%
前期高齢者交付金	16.78%	45,158,807,049	42,550,663,683	6.13%
都道府県支出金	4.72%	12,707,362,266	13,367,429,503	▲4.94%
共同事業交付金	21.50%	57,867,279,153	25,634,748,656	125.74%
繰入金	7.30%	19,656,339,882	16,469,837,417	19.35%
その他の収入	0.38%	1,025,132,137	1,249,482,323	▲17.96%
単年度収入	94.03%	253,107,134,838	224,655,878,040	12.66%
基金等繰入金	0.22%	590,572,742	1,145,160,633	▲48.43%
繰越金	5.72%	15,394,527,893	14,124,813,909	8.99%
市町村債	0.03%	83,000,000	0	-
収入合計	100.00%	269,175,235,473	239,925,852,582	12.19%
支出	割合	H27 年度 (単位:円)	H26 年度 (単位:円)	伸び率
総務費	1.53%	3,894,685,752	3,846,786,741	1.25%
保険給付費	57.66%	146,943,915,373	145,763,584,058	0.81%
後期高齢者支援金等	10.67%	27,181,901,026	28,248,831,749	▲3.78%
前期高齢者納付金等	0.01%	18,047,852	22,047,619	▲18.14%
老人保健拠出金	0.00%	1,081,235	1,081,235	0.00%
介護納付金	4.55%	11,593,148,711	13,320,215,436	▲12.97%
共同事業拠出金	22.70%	57,860,962,022	25,634,096,093	125.72%
保健事業費	0.79%	2,009,929,734	1,960,243,177	2.53%
直診勘定繰出金	0.08%	200,070,965	130,267,965	53.58%
その他の支出	1.32%	3,369,385,048	4,425,708,946	▲23.87%
単年度支出	99.31%	253,073,127,718	223,352,863,019	13.31%
基金等積立金	0.65%	1,646,647,568	1,035,408,459	59.03%
前年度繰上充用金	0.00%	0	0	0.00%
公債費	0.05%	121,393,000	121,393,000	0.00%
支出合計	100.00%	254,841,168,286	224,509,664,478	13.51%
単年度収支差引額		34,007,120	1,303,015,021	▲97.39%
収支差引額		14,334,067,187	15,416,188,104	▲7.02%

(出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」)

(2) 将来の見通し

ア 被保険者数の推計方法

団塊の世代が後期高齢者となる令和 7 年度の被保険者数を次の算出方法により推計します。

$$A \times (B / C)$$

A : 「日本の地域別将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所)における福島県の令和 7 年度の 5 歳階級別人口

※平成 27 年度の推計値と実績値との差に応じて調整します。

B : 平成 28 年度「国民健康保険実態調査報告」における福島県の 5 歳階級の国民健康保険の被保険者数(平成 28 年 9 月末現在)

C : 福島県の 5 歳階級別人口(平成 28 年 10 月 1 日現在)

※被保険者数の平成 29 年度推計値と平成 29 年 8 月末現在実績値との差に応じて調整します。

令和 2 年度の被保険者数は、上記算出方法に 5 歳階級別人口の推移状況を加味して推計します。

イ 医療費の推計方法

平成 24 年度から平成 27 年度までの医療費を 5 歳階級別にわけ、それぞれの一人当たり医療費の平均伸び率を算出します。

平成 28 年度の一人当たり医療費に上記平均伸び率を乗じて、令和 2 年度及び令和 7 年度の一人当たり医療費の推計値を算出します。

一人当たり医療費の推計値に上記アの被保険者の推計値を乗じて算出した医療費総額(推計値)に、医療費適正化計画による効果推計値を加味し、令和 2 年度及び令和 7 年度の医療費総額の推計値を算出します。

ウ 推計結果

令和 2 年度における医療費は、1,625 億円(対平成 28 年度比 99%)、被保険者数 44.0 万人(対平成 28 年度比 92%)、一人当たり医療費 369,082 円(対平成 28 年度比 107%)と見込まれます。

令和 7 年度における医療費は、1,599 億円(対平成 28 年度比 97%)、被保険者数 41.4 万人(対平成 28 年度比 87%)、一人当たり医療費 386,337 円(対平成 28 年度比 112%)と見込まれます。

表 2-11 被保険者数、医療費及び一人当たり医療費の推計

	平成 28 年度	令和 2 年度	令和 7 年度
医療費	1,646 億円	1,625 億円	1,599 億円
対平成 28 年度比	-	99%	97%
被保険者数	47.8 万人	44.0 万人	41.4 万人
対平成 28 年度比	-	92%	87%
一人当たり医療費	344,255 円	369,082 円	386,337 円
対平成 28 年度比	-	107%	112%

エ 財政運営の見通し

平成 30 年度以降は、県が財政運営の責任主体を担い、財政支援の拡充や財政安定化基金の設置により、国保の財政運営の安定化が見込まれます。

しかしながら、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伸びることが見込まれることから、被保険者の保険料（税）の上昇を抑えるためにも、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、特別会計を設置し運営されていますが、一会計年度単位で行う短期保険であることから、保険料（税）と国庫負担金等の特定の収入をもって、収支が均衡できるよう運営していくことが重要です。

新制度移行後は、公費による財政支援の拡充や国民健康保険事業費納付金（以下「納付金」という。）制度、国民健康保険保険給付費等交付金（以下「交付金」という。）制度の導入により、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するものと考えられることから、決算補填等を目的とした法定外の一般会計繰入などについては、段階的に解消・削減する必要があります。

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、県は一般会計とは区別し特別会計を設けて財政運営をしていきます。原則として、市町村の保険給付費を賄う交付金（普通交付金）は、市町村から納付される納付金や国、県公費等によって、収支が均衡できるよう運営していくことが重要です。

そこで、納付金については適正に算定することはもとより、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。

決算剰余金等の留保財源の活用方法については、医療費水準の変動や前期高齢者交付金の精算等への備えを含め、市町村と協議します。

第3節 赤字の解消・削減の取組、目標年次等

1 赤字市町村の現状

平成27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）が赤字の市町村は35市町村（全体の59%）で、赤字額は4億4,868万円であり、厳しい財政状況となっています。

表2-12 赤字市町村数及び実質単年度収支差引額

	赤字市町村数	実質単年度収支差引額
H25年度	38市町村	▲1,419,694,370円
H26年度	33市町村	▲197,627,312円
H27年度	35市町村	▲448,683,236円

2 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
【前期納付金・後期支援金・介護納付金分含む】
- 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

3 赤字解消・削減計画

赤字市町村においては、赤字についての要因分析（医療費水準、保険料（税）設定、保険料（税）収納率等）を行うとともに、必要な対策について整理し、赤字解消・削減の取組や目標年次について県と協議を行った上で赤字解消・削減計画を策定します。

計画策定後の毎年度の取組については、市町村自らが評価し県が検証することとし、県は計画の進捗状況に応じて取組の見直し等の助言、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市町村は、6年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。

(参考) 計画的に解消・削減すべき赤字の定義による財政状況 (H27 決算を基にした試算値)

	赤字市町村数	赤字額
H27 年度	8 市町村	175,789,407 円

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、保険給付費増や保険料(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。

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、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 年間で償還します。

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 を交付します。交付額の補填は、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 ずつを補填します。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。

4 特例事業への活用 (国保法附則第 25 条)

平成 30 年度から令和 5 年度までの間、激変緩和措置など国保事業の健全な運営の確 保のための資金の交付に充てることができます。

第3章 市町村における保険料(税)の標準的な算定方法に関する事項

趣旨： 新制度では、県が、標準的な保険料(税)の算定方法や標準的な収納率を定め、それらに基づき算定された市町村標準保険料率を示すことで、標準的な住民負担の「見える化」を図り、全国一律の算定方法により県の標準保険料率を示すことで、都道府県間の住民負担の「見える化」を図ります。

また、標準保険料率は、国保法第82条の3第4項により速やかに公表します。

第1節 保険料(税)の算定方式の現状

1 各市町村の保険料(税)算定方式

算定方式は、2方式(所得割、均等(人数)割)、3方式(所得割、均等割、平等(世帯)割)、4方式(所得割、資産割、均等割、平等割)があり、本県の状況は表3-1のとおりです。

表3-1 平成28年度 県内市町村の算定方式

	保険者数		
	4方式	3方式	2方式
医療分	36	23	0
後期分	35	23	1
介護分	35	23	1

(出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」)

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が高い傾向にあります。

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、国保法施行令(以下「政令」という。)第29条の7で規定された割合(※)を基本としつつ、各市町村の状況に応じた賦課割合となっています。

※ 2方式にあつては所得割：均等割＝50：50、3方式にあつては所得割：均等割：平等割＝50：35：15、4方式にあつては所得割：資産割：均等割：平等割＝40：10：35：15

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国保法施行令29条の7において規定する金額で設定しています。

第2節 納付金の基本的な考え方、算定方法

1 基本的な考え方

納付金制度は、平成30年度から県が国保財政の責任主体となるため、新たに設けられた制度であり、市町村が被保険者から保険料（税）を収納して県に納付するものです。

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、改訂された場合には、それに則して対応します。

2 算定方法

(1) 算定方式

標準保険料率の算定を3方式で行うため（第3節1の(1)参照）、納付金についても考え方の統一のため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「 $\alpha=1$ 」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（ $\alpha=0$ ）

※ 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）

(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。

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)」により算出した所得係数「 β 」を基本としますが、次の事項に配慮しつつ、市町村と協議して「 β' 」の検討を行いながら設定していきます。

なお、第 3 節 1(2)市町村標準保険料率の賦課割合で使用する所得係数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。

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。

(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。

(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。

(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。

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、年度途中で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。

(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3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（一般被保険者分）をもとに、各市町村の所得総額や被保険者数等に応じて、保険料率を算定するものです。

(1) 算定方式

支援方針を踏まえ、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 」を基本としますが、低所得者の負担を著しく増加させないため、市町村と協議して「 β' 」の検討を行いながら設定していきます。

なお、第2節2(3)納付金配分で使用する所得係数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。

$$\begin{array}{l} \text{所得割：均等割：平等割} \\ = \end{array} \quad \frac{\beta}{\beta+1} : \frac{0.7}{\beta+1} : \frac{0.3}{\beta+1}$$

例： $\beta=1$ の場合　1:0.7:0.3（＝50:35:15）

(3) 賦課限度額

賦課限度額については、県内すべての市町村が政令に定める基準どおりとしていることから、当該基準による賦課限度額とします。

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率が比較できるように算定する保険料率です。

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。

3 激変緩和措置

(1) 制度の概要

現行制度から新制度に移行するに当たって、納付金及び標準保険料率の仕組みが導入されることで、従来は各市町村で算定していた保険料（税）を県全体で算定することになり、一部の市町村では、保険料（税）の負担が増加する可能性があります。

そのため、保険料（税）の急増を抑えるために、激変が生じにくい係数（ α 、 β ）の値を用いること、県繰入金及び特例基金からの繰入により対応することとされています。

(2) 納付金の算定方法（ α 、 β ）の設定

激変が生じにくい係数（ α 、 β ）の値を用いることで、県全体において市町村の納付金額のバランスを取ることができるため、必要に応じて市町村と協議して設定していきます。

ただし、この係数（ α 、 β ）の設定によって、市町村の中には納付金額が増加し負担感が強まる可能性もあります。

(3) 県繰入金の活用

α 及び β による調整を行っても、一部の市町村においては、納付金額が過大となり被保険者への保険料（税）負担が大きくなる可能性があります。

そこで次の調整としては、県繰入金を活用して県が個別市町村に公費充当を行い、負担感を一定程度まで軽減する対応を行います。

(4) 特例基金の繰入金の活用

県繰入金による激変緩和措置が多額となると、各市町村が負担する納付金の全体額が増加してしまいます。

そこで、県繰入金の減少分について、特例基金からの繰入れにより補填することで、市町村の納付金額への影響を抑えることとします。

なお、国保法により特例基金は、平成 30 年度から令和 5 年度までの間保険料（税）の上昇抑制に充てることができることとされています。

第 4 節 標準的な収納率

標準的な収納率の設定について、運営方針策定要領では、「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こと。」と規定されています。

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保険者規模別により定めます。具体的には、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ため、直近 3 か年の保険者規模別平均収納率を毎年度設定します。

表 3-2 保険者規模別標準的収納率

被保険者規模区分	算出方法
(ア)7 万人以上	直近 3 か年の平均 を毎年度設定
(イ)2 万人以上 7 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	

※ 被保険者規模区分は、平成 28 年度の年間平均被保険者数を運営方針期間中（平成 30 年度から令和 5 年度まで）適用します。

※ 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、保険料（税）が減免されているため、その公費分については、表 3-2 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 5 節 保険料（税）水準の統一

1 基本的な考え方

現在、市町村間においては、医療費水準や保険料（税）水準に格差があり、保険料（税）の算定方式等にも差異が見られます。

このような状況において、平成 30 年度から保険料（税）水準の統一を実施するには課題が多く、保険料（税）負担の急変を招くため、医療サービスの均質化や医療費適正化への取組を推進し、負担能力に応じた負担を考慮していく必要があります。

保険料（税）率のあり方については、県内どこに居住しても同じ所得であれば同じ保険料（税）とすべきという市町村との共通認識の下、将来的には県統一保険料（税）率を目指します。

2 実現に向けた方向性

(1) 算定方式

3 方式とします。4 方式を採用している市町村は、引き続き 3 方式への移行を計画し、県全体としては、令和 5 年度までに全市町村が 3 方式となることを目指します。

(2) 次の事項の状況を見つつ、保険料（税）水準の統一に向けた取組を推進していきます。

- ア 被災市町村の復興状況
- イ 保険料（税）負担の激変緩和措置の状況
- ウ 医療計画の進捗状況
- エ 医療費適正化計画の進捗状況
- オ 市町村事務の標準化の状況
- カ 保険料（税）収納率の状況

3 取組期間と移行期間及び統一予定時期

運営方針の対象期間である令和 5 年度までを保険料（税）水準の統一に向けた医療費格差の縮小や市町村事務の標準化、保険料収納率向上等の取組期間とし、令和 6 年度に納付金算定における所得係数と標準保険料算定における所得係数を同値とすること（所得係数 β 値の統一）を目標とします。

令和 6 年度から令和 10 年度までを県統一保険料率に向かう移行期間とし、納付金算定において、①医療費等の状況の反映に係る調整（医療費指数反映係数 $\alpha=0$ に向けた調整）、②経費や公費の県単位化に向けた調整、③保険料収納率による調整を段階的に実施します。

県統一保険料率の統一予定時期は令和 11 年度とします。

ただし、必要と認められる場合は、当分の間、県と市町村が協議の上、例外的な取扱いを可とします。

第4章 市町村における保険料（税）の徴収の適正な実施に関する事項

趣旨： 保険料（税）は、国保財政の「収入面」にあたり、これを適正に徴収し確保することは国保財政安定の前提となります。

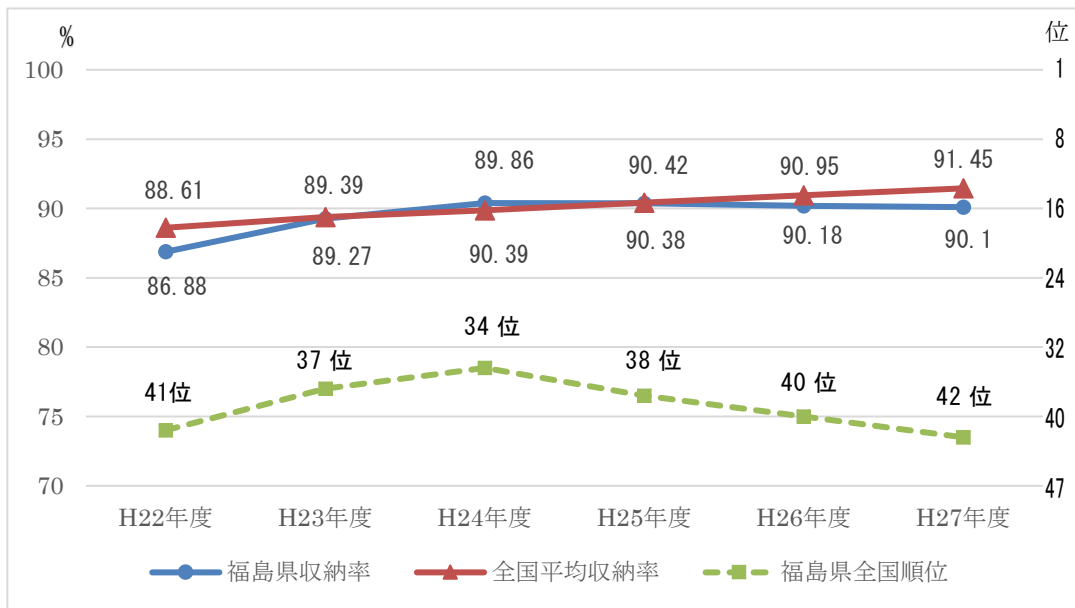
そのため、国保財政に必要な保険料（税）を徴収できるよう、適正な実施のための取組事項を定めます。

第1節 保険料（税）収納の現状

1 収納率（現年度）の現状

平成27年度の収納率は90.10%（全国42位）であり、全国平均収納率（91.45%）を1.35%下回っています。また、平成27年度の収納率が前年度を下回ったのは全国で3県であり、本県の減少率（▲0.09%）が最も高い現状にあります。（全国平均の増減率は、+0.05%）

図4-1 収納率（現年度）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」）

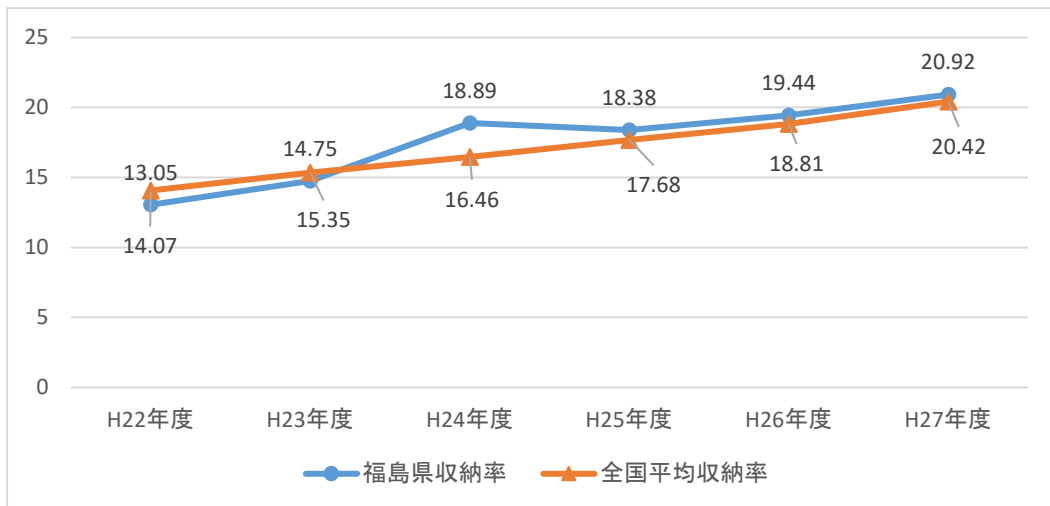
2 収納率（過年度分）の現状

平成27年度の収納率は、20.92%であり、平成25年度以降は毎年度1%以上上昇しており、全国平均収納率も上回っています。

なお、平成27年度の滞納繰越分調定額は約165億円であり、現年度分調定額約417億円の約4割に近い額となっています。

図 4-2 収納率（過年度）の推移

（単位：％）



（出典：国民健康保険事業の実施状況報告）

3 保険料（税）の滞納世帯数等

平成 28 年度の保険料（税）に滞納がある世帯は、前年度より 3,859 世帯減少して 51,955 世帯です。市町村国保の全世帯に占める割合も、前年度に比べて 1.6%減少し 17.1%となっています。

また、短期被保険者証交付世帯は 414 世帯減、資格証明書交付世帯は 407 世帯減といずれも減少しました。

表 4-3 滞納世帯の推移（各年 6 月 1 日現在）

	H26 年度	H27 年度	H28 年度	平均
滞納世帯数(世帯)	56,160	55,814	51,955	54,643
滞納世帯割合(%)	18.7	18.7	17.1	18.2
滞納世帯割合【全国】(%)	17.2	16.7	15.9	16.6

（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）

	H26 年度	H27 年度	H28 年度	平均
短期被保険者証交付世帯数(世帯)	11,721	10,786	10,372	10,960
短期被保険者証交付世帯割合(%)	3.9	3.6	3.4	3.7
短期被保険者証交付世帯割合【全国】(%)	5.5	5.1	5.0	5.2

（出典：厚生労働省「政府予算等関係資料」）

表 4-5 被保険者資格証明書の交付の推移（各年 6 月 1 日現在）

	H26 年度	H27 年度	H28 年度	平均
資格証明書交付世帯数(世帯)	3,785	3,984	3,577	3,782
資格証明書交付世帯割合(%)	1.3	1.3	1.2	1.3
資格証明書交付世帯割【全国】(%)	1.3	1.2	1.0	1.2

（出典：厚生労働省「政府予算等関係資料」）

4 収納対策の現状

(1) 各種収納対策について

平成 27 年度の収納対策は表 4-6 のとおりですが、特にコンビニ収納（対平成 26 年度 +6 市町村）、インターネット公売（対平成 26 年度 +2 市町村）などに取組む市町村が増えています。

表 4-6 収納対策実施状況（平成 27 年度）

	市町村数	実施割合
(1) 要綱（緊急プラン、収納マニュアル等含む）の作成	34	58%
(2) 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%
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%
③税の専門家の配置（嘱託等含む）	10	17%
④収納対策研修の実施	22	37%
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%
(3) 徴収方法改善等		
①口座振替の原則化	6	10%
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	2%
③コンビニ収納	28	47%
④ペイジーによる納付方法の多様化（簡素化）	0	0%
⑤クレジットカードによる決済	2	3%
⑥多重債務相談の実施	17	29%
(4) 滞納処分		
①財産調査の実施	52	88%
②差押えの実施	51	86%
③搜索の実施	15	25%
④インターネット公売の実施	18	31%
⑤タイヤロックの実施	8	14%

（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と推移

平成 27 年度の口座振替の実施状況は、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います。全国との比較では、調定額割合及び収納額割合は、10%以上の差があります。

一方、平成 27 年度の特別徴収の世帯割合は、前年度より増加しています。全国と比較しても高い世帯割合となっています。

表 4-7 口座振替等の状況

(単：%)

	H25 年度	H26 年度	H27 年度	平均
口座振替世帯割合	32.82	32.14	31.08	32.01
口座振替調定額割合	37.95	37.61	36.81	37.46
口座振替収納額割合	39.96	39.65	38.93	39.51
口座振替世帯割合【全国】	40.01	40.11	40.12	40.08
口座振替調定額割合【全国】	46.97	47.13	47.11	47.07
口座振替収納額割合【全国】	49.76	49.77	49.47	49.67
特別徴収世帯割合	13.83	14.75	15.46	14.68
特別徴収世帯割合【全国】	10.99	11.75	12.55	11.76

(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

1 現年度分

本県のこれまでの目標収納率の考え方は、県全体の収納率が全国順位中位を目指すこととしています。

令和 5 年度までの期間において 94.54% (※) を県全体の目標収納率とし、被保険者規模別については、表 4-8 のとおり 5 区分で設定します。

(※) 令和 5 年度時点における全国 33 位の収納率を推計したもの

表 4-8 被保険者規模別目標収納率

被保険者規模	目標収納率
(ア) 3 万人以上	94.34%
(イ) 1 万人以上 3 万人未満	94.37%
(ウ) 3 千人以上 1 万人未満	94.37%
(エ) 1 千人以上 3 千人未満	95.82%
(オ) 1 千人未満	98.47%

2 過年度分

支援方針における過年度分の目標収納率 (20%) は、平成 27 年度において達成しており、また、平成 27 年度においては全国平均を 0.5% 上回っています。引き続き、現在の収納率を維持するよう目標収納率を 20% とします。

第3節 収納対策

国保は一会計年度単位で行う短期保険であることから、必要な支出は保険料（税）と国庫負担等の公費等で賄うことが、国保財政を安定的に運営していくためには重要なことです。

一方、本県の収納率は、東日本大震災以降 90%をわずかに上回る率で推移し、順位も全国で 40 位前後と決して高くはありません。国保財政の安定化や被保険者の公平な負担、被保険者の負担増の縮小・解消を図るため、収納率向上の対策に積極的に取り組む必要があります。

そこで、収納率が低く収納不足が生じている市町村は、収納不足について不断に要因分析を行い、その分析結果については P D C A サイクルを用いて収納対策に反映します。

その上で、次の収納対策の活用や効果的と思われる対策（差押え、給与照会、短期被保険者証・資格証明書の発行、電話催告・戸別訪問等）に取り組めます。

県は、滞納繰越とならないように現年度収納を向上させること、県全体の収納率向上を効果的に行うことにより重点を置きながら、市町村や福島県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）とともに、次の収納対策の強化に資する取組みや効果的と思われる対策（成果を上げている取組事例の調査、分析及び市町村への横展開等）に取り組めます。

1 口座振替の利用促進

口座振替は、被保険者にとって、納め忘れがなく支払いの手間が省ける安心で便利な納付方法です。また、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るとともに、県はラジオや広報誌などを活用した広報や口座振替の向上に資する取組みへの支援などにより、口座振替利用を促進します。

2 収納担当職員の研修会の充実

県は、保険料（税）担当職員が必要とするノウハウを的確に習得できるよう研修内容をより精査するなどして、収納率向上に資する研修会を国保連合会とともに実施します。

3 徴収アドバイザーの設置

県は、地方公共団体における徴収のノウハウを豊富に有する徴収アドバイザーの設置について検討します。

4 短期被保険者証・資格証明書の交付基準の作成

県は、適正な保険料（税）の確保や被保険者間の負担の公平性を図るため、短期被保険者証・資格証明書の交付基準を作成し、市町村における事務手続きの標準化を進めます。

第5章 市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

趣旨： 不正請求への対応、第三者行為求償事務など広域的な対応や一定の専門性が求められる事務を適正かつ着実に実施するためには、市町村のみでは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よう、県が中心となって取組事項を定めま

第1節 保険給付の適正化に向けた取組の現状

1 レセプト点検

(1) 点検調査の実施状況

平成27年度の点検事項別の実施状況は、資格点検は58市町村が実施しています。内容点検は、調剤報酬明細書との突合を59市町村、縦覧点検を58市町村、診療報酬点数表との照合を55市町村、第三者行為求償に係る点検を53市町村、給付制限に係る点検を51市町村で実施しています。（厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）

また、平成30年度から国保連合会によるレセプト点検の共同実施が始まりますが、平成29年6月時点で40市町村が委託の意向を示しています。（福島県国保連合会調べ）

(2) 一人当たりの財政効果額

過去3年度の一人当たりの財政効果額は、表5-1のとおりで、いずれも全国より高い効果額となっています。

表5-1 レセプト点検による一人当たりの財政効果額

（単位：円）

	福島県	全国
H25年度	2,312	2,052
H26年度	2,155	2,061
H27年度	1,928	1,866

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」）

※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の。

(3) 財政効果率

過去3年度の財政効果率は、表5-2のとおりで、いずれも全国より高い効果率となっています。

表 5-2 レセプト点検による財政効果率

(単位：%)

	福島県	全国
H25 年度	0.88	0.80
H26 年度	0.80	0.78
H27 年度	0.69	0.67

(出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」)

※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。

2 療養費（あん摩・マッサージ・指圧、はり・きゅう及び柔道整復）

(1) 患者調査の実施状況（平成 29 年 7 月 福島県国民健康保険課調査）

4 市町村が、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」に対して、負傷部位や原因の調査等を実施しています。

(2) 医療費通知の実施状況（平成 29 年 7 月 福島県国民健康保険課調査）

49 市町村が、被保険者に対して、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。

(3) 被保険者への広報（平成 29 年 7 月 福島県国民健康保険課調査）

21 市町村が、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。

3 海外療養費

平成 27 年度の申請受理市町村数は 17 市町村(28.8%)で、申請件数は市が 102 件(84.3%)、町村が 19 件(15.7%)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 5-3 海外療養費事務の実施状況

区分	H25年度	H26年度	H27年度
申請受理市町村数	13	18	17
市	7	9	8
町村	6	9	9
申請件数(件)	162	132	121
市	154	106	102
町村	8	26	19
支給件数(件)	161	130	119
支給額(円)	12,743,536	5,273,601	7,398,245

(出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」)

4 第三者行為求償事務

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署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。

表 5-4 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)
H26年度	209	207	143,934,304	—	130,270,039	90.5
H27年度	249	191	112,482,219	78.1	86,229,470	76.7
H28年度	230	217	227,754,708	202.5	110,652,833	48.6

(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等について」)

平成 28 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。

なお、国の第三者行為求償事務アドバイザーの活用状況については、平成 27 年度の活用実績は、1 件（電話相談）となっています。

第 2 節 県による保険給付の点検、事後調整

1 レセプト点検

レセプト点検は、新制度においても、保険給付の実施主体である市町村が一義的には実施する事務であります。県が財政運営の責任主体となることに伴い、県においては広域的又は医療に関する専門的な見地から、市町村が行った保険給付の点検等が可能となります。

そのため、県は、医療監視情報等を活用した専門性を生かした点検や県内各市町村への転居後の請求情報の把握による点検等広域性を発揮した点検について、市町村及び国保連合会と連携し取り組んでいきます。

2 不正利得回収

不正利得に係る案件のうち、県内の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（広域的な対応が必要な案件）及び返還金の回収に法的手続き等が必要と想定される案件（専門性を要する案件）の返還請求等の事務を市町村からの委託を受けて県が実施することについて、今後市町村と協議していきます。

第3節 療養費の適正化

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の適正化

療養費は、本来患者が費用の全額を支払った後、保険者に請求し支払いを受ける「償還払い」が原則ですが、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。

このような不正請求は、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、調査方法を検討することとします。

また、保険者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 海外療養費の適正化

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、こうした不正請求について、一層の対策を進めることが求められています。

県で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。

また、市町村は、支給申請時にパスポート等の提示を求め、渡航の事実を確認するとともに、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の強化を図ります。

第4節 レセプト点検の充実強化

1 研修会の充実等

市町村のレセプト点検は、点検員の直接雇用、業者への委託又はその併用により実施されています。

県は、直接雇用のレセプト点検員の資質向上のため、「レセプト点検事務の手引き」を活用し、基礎知識の習得を図るとともに、国保連合会と連携し、レセプト点検員を対象とした医療給付専門指導員による研修会を引き続き実施します。

2 情報提供、助言・指導の充実

県に設置した医療給付専門指導員によるレセプト点検の現地指導を引き続き実施するとともに、点検の充実に向けた事例等の情報提供を実施します。

第5節 第三者行為求償事務の取組の強化

1 第三者行為求償事務に係る評価指標及び数値目標の設定

市町村は、まず現状を評価し求償事務の改善を図るとともに、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ることが重要です。

その上で県は、各市町村における数値目標等を把握し、取組に関して適切な指導・助言、情報提供、研修会の開催などを実施するとともに、第三者行為求償事務アドバイザーの活用や県医師会等の関係機関との連携を行うなどにより県全体の第三者行為求償事務の底上げに努めていきます。

2 第三者行為求償による傷病届の把握

第三者行為による被害に係る求償事務の取組強化に当たっては、その契機となる傷病届を被保険者から確実に提出してもらう必要があります。

そこで、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。

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いについて、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。

第6節 高額療養費の多数回該当の取扱い

平成30年度以降は、県も国保の保険者になることに伴い、県内の他市町村に住所異動があっても、世帯の継続性が保たれている場合は、転出地における高額療養費の多数回該当に係る該当回数を転入地に引き継ぎ、前住所地から通算されることとなります。

県内市町村から転入した場合の世帯の継続性は、次により判定することとします。

なお、次により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。

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します。

- (1) 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

- (2) 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の廃止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。

- (1) 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。

- (2) 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。

第6章 医療費の適正化の取組に関する事項

趣旨： 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。

また、予防や健康づくりなどの保健事業は、被保険者の健康の保持増進や生活の質の向上に資する取組であるため、その充実強化を図るための取組を定めます。

第1節 医療費適正化の現状

1 特定健康診査の実施状況

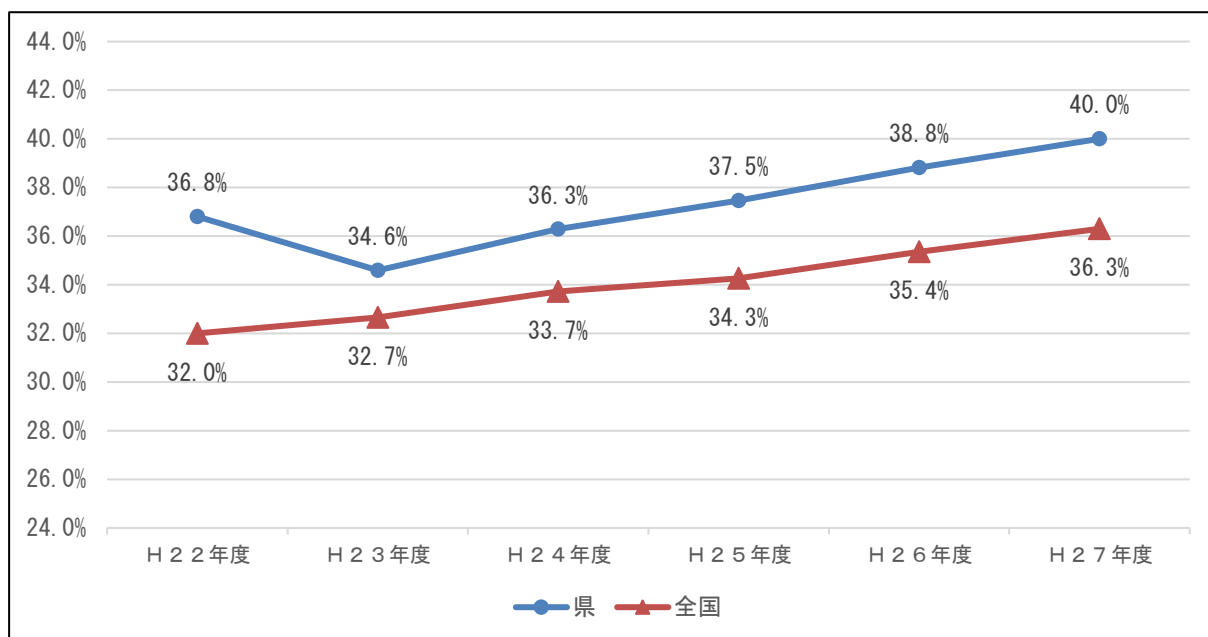
特定健康診査（以下「特定健診」という。）実施率は、平成27年度は40.0%（全国36.3%）で全国を3.7%上回っています。男女別では、男性が35.2%（全国32.4%）、女性が44.6%（全国39.8%）であり、全ての年代で男性の実施率が女性を下回っています。

なお、市町村国保の実施率目標である60%以上を達成している市町村は、11市町村であり、うち9市町村は会津・南会津地方となっています。

平成26年度において、自己負担の軽減やがん検診と同時実施、土日祝日・夜間の実施のいずれかの実施率向上策を41保険者が実施していますが、実施率が低い年齢層への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あります。

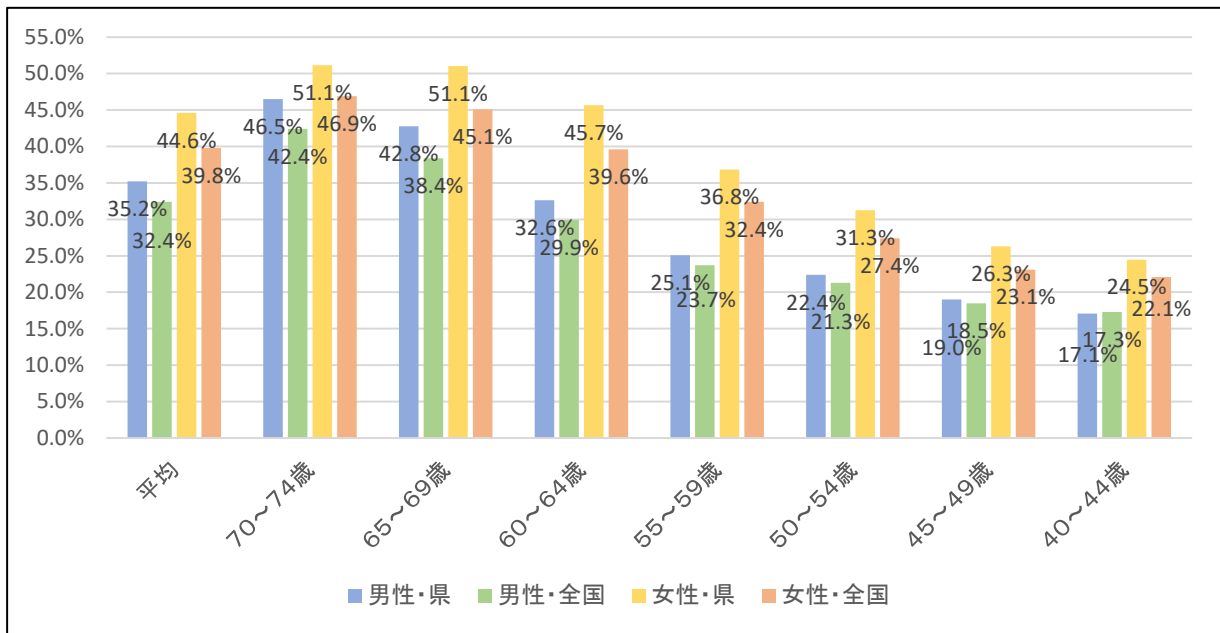
※ 特定健康診査（以下、「特定健診」という。）は、生活習慣病予防のためメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、40歳から74歳までの方に保険者が実施する健診です。

図6-1 特定健診実施率の推移（平成22年度～平成27年度）



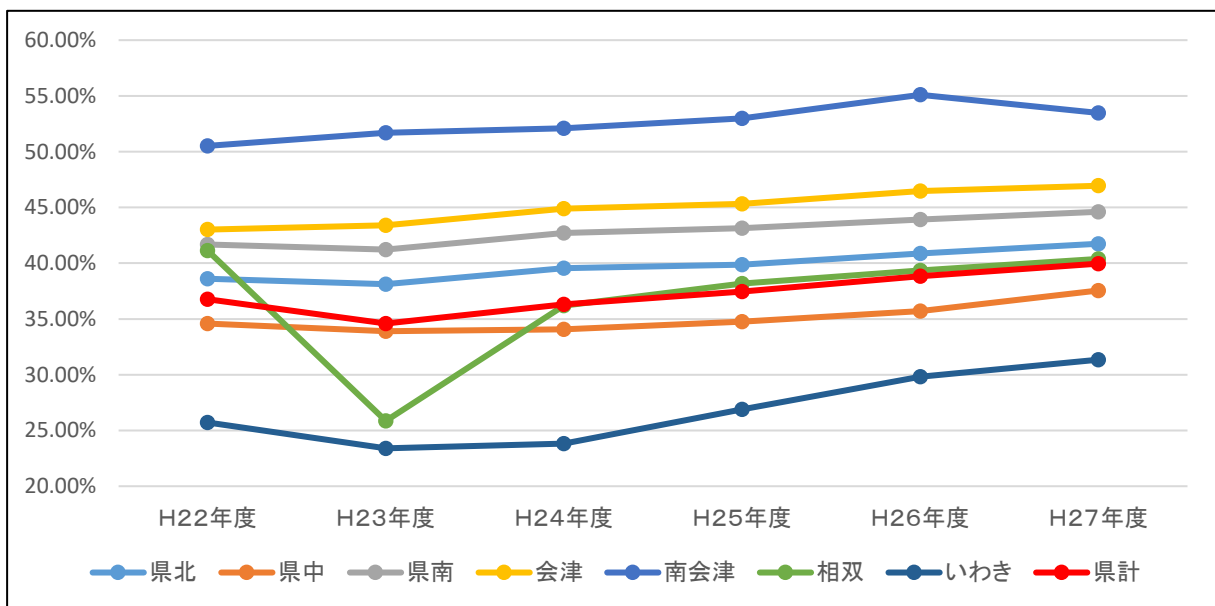
（出典：国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況概況報告書」）

図 6-2 男女別・年齢階級別の特定健診実施率（平成 27 年度）



（出典：福島県国保連合会「特定健診受診率・特定保健指導終了率等」
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 6-3 二次医療圏別の特定健診実施率の推移（平成 22 年度～平成 27 年度）



（出典：福島県国保連合会「特定健診受診率・特定保健指導終了率等」）

2 特定保健指導の実施状況

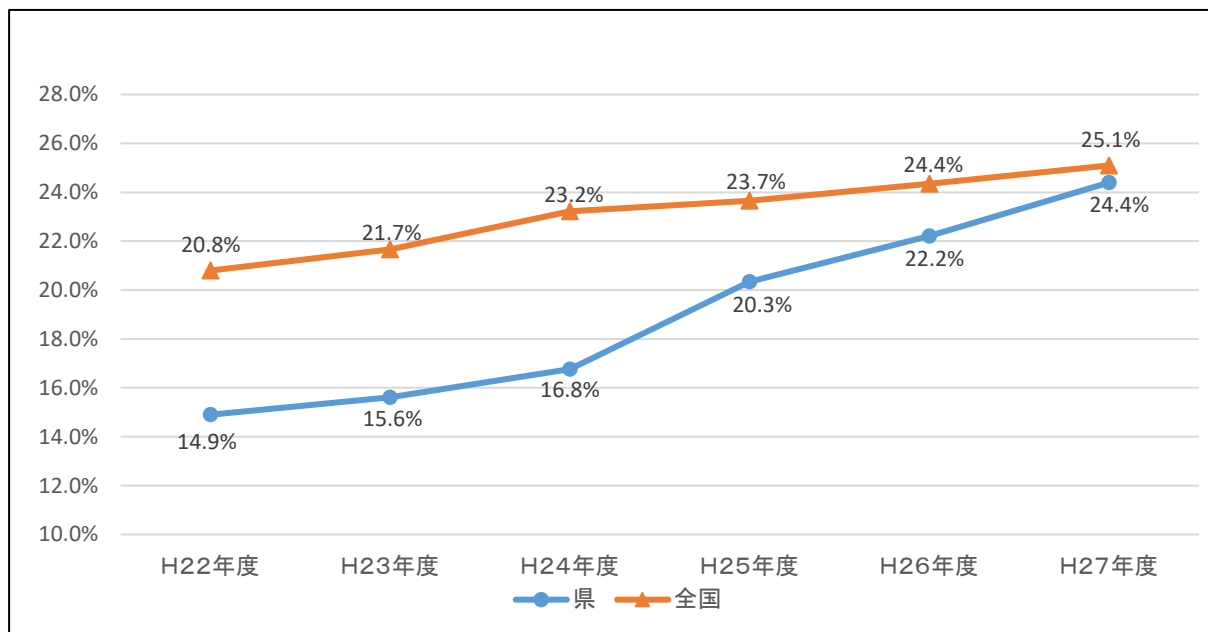
特定保健指導実施率は、平成 27 年度は 24.4%（全国 25.1%）で全国を 0.7% 下回っており、「積極的支援」は 16.7%（全国 15.8%）、「動機付け支援」は 27.5%（全国 28.3%）となっています。

市町村国保の目標 60% 以上を達成している市町村は 10 市町村であり、うち 8 市町村は会津・南会津地方となっています。

男女別では、男性が22.6%（全国 23.3%）、女性が27.4%（全国 28.7%）で、いずれも全国を下回っています。

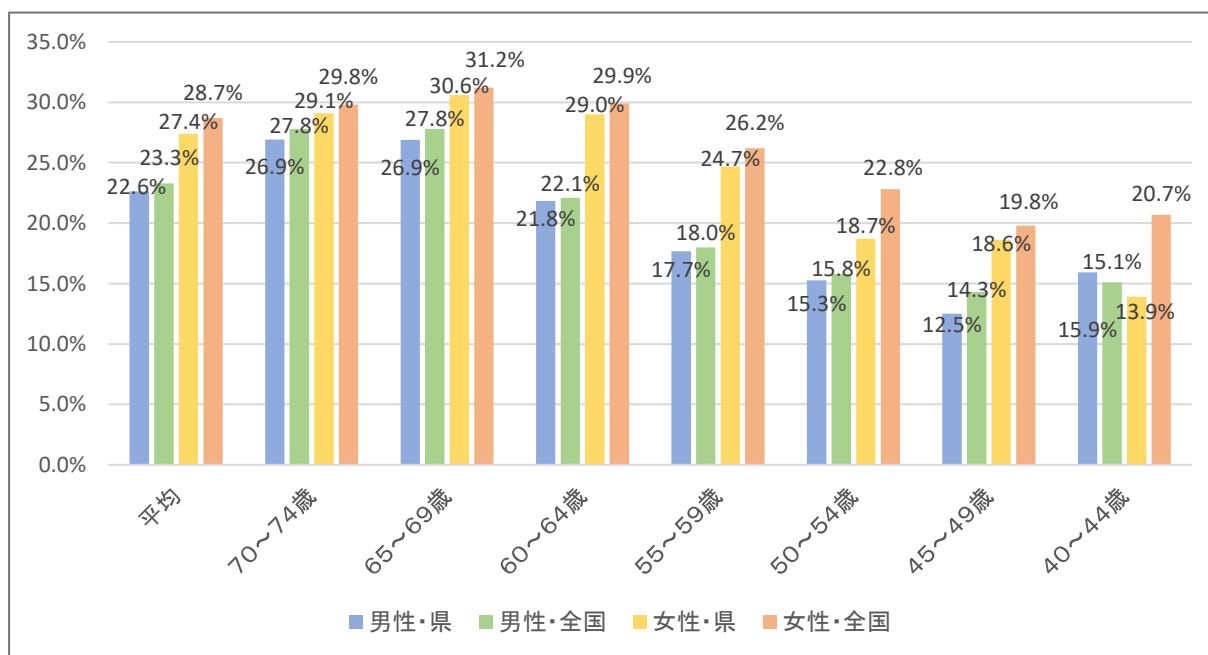
※ 特定保健指導は、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、医師、保健師及び管理栄養士等が生活習慣を見直すためのサポートをします。リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援があります。

図 6-4 特定保健指導実施率の推移（平成 22 年度～平成 27 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況報告書」）

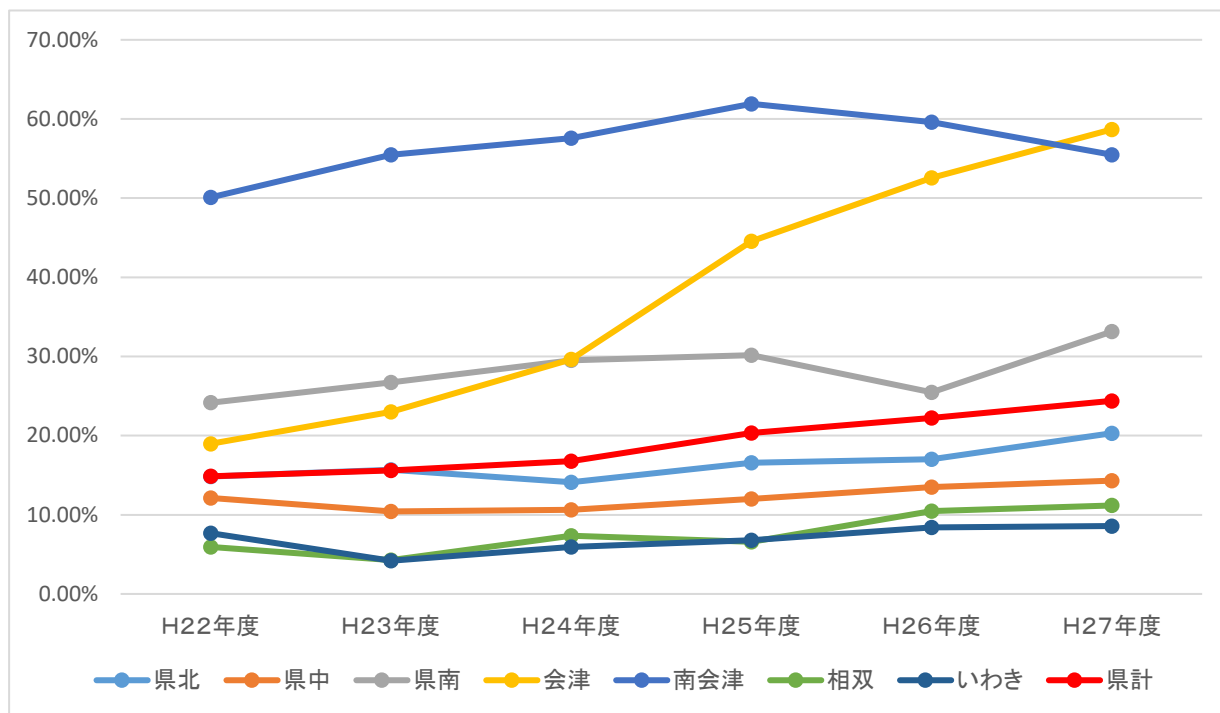
図 6-5 男女別・年齢階級別の特定保健指導実施率（H27 年度）



（出典：福島県国保連合会資料

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 6-6 二次医療圏別の特定保健指導実施率の推移（平成 22 年度～平成 27 年度）



（出典：福島県国保連合会資料）

3 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

平成 27 年度において、本県のメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は、31.6%であり、全国（27.4%）で 2 番目に多い状況です。（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」）

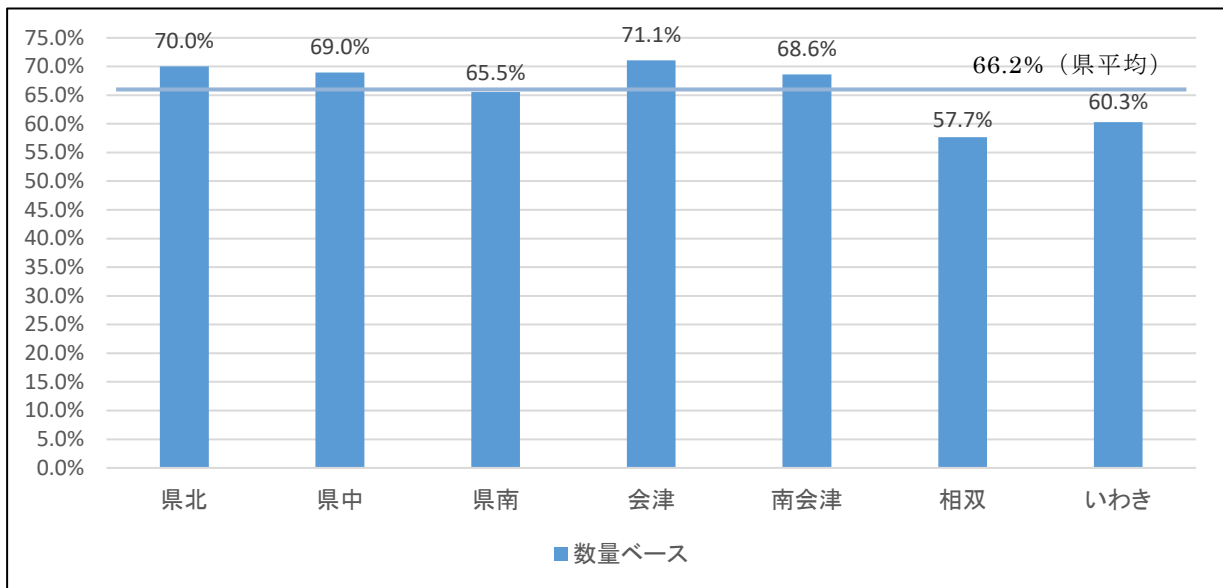
また、本県においては、糖尿病、心疾患（高血圧性を除く）、脳血管疾患などメタボリックシンドロームに起因するとみられる生活習慣病による死亡数が半数以上を占めています。

4 後発医薬品の使用状況

(1) 使用割合

平成 28 年の本県の使用割合（数量ベース、平均）は 66.2%であり、二次医療圏別（数量ベース）では、会津地域の使用割合が最も高く、県北、県中と続きます。また、相双地域は、最も低く県平均との差は 8.5%となっています。

図 6-7 二次医療圏別の使用割合（平成 28 年）



（出典：福島県国保連合会資料）

- (2) 後発医薬品利用差額通知の実施状況（厚生労働省「国民健康保健事業実施状況報告」）
 平成 28 年度において、差額通知は、57 市町村（96.6%）が実施しています。
 また、差額通知は、53 市町村が国保連合会に委託し、4 市町村が国保連合会以外の業者に委託して実施しています。

- (3) 使用促進の取組状況（平成 28 年 6 月 福島県国民健康保険課調査）
 希望カード、希望シールの配布は、17 市町村（28.8%）が実施しています。
 パンフレットや広報誌の活用などの使用促進の啓発は、31 市町村（52.5%）で実施しています。

5 重複受診、頻回受診、長期受診、重複投薬等への訪問指導の実施状況

平成 28 年度において、県調整交付金を活用した保健師による重複受診、頻回受診、長期受診等に係る訪問指導は、39 市町村が実施しています。（福島県国民健康保険課調べ）
 また、平成 28 年度において、重複投薬者を把握し、文書の送付等の取組を実施しているのは 16 市町村です。（保険者努力支援制度（平成 28 年度前倒し分）に係る実績報告）

- ※重複受診…同一傷病で 2 カ所以上の医療機関を受診
- 頻回受診…同一傷病で同一診療科目を概ね 15 回以上受診
- 長期受診…6 ヶ月を超える加療を継続
- 重複投薬…複数の医療機関から同一の薬効の薬剤を処方

6 糖尿病性腎症重症化予防の実施状況

本県における一人当たりの糖尿病患者の入院外の医療費は、年間 3 万円超であり全国で 4 番目に高い医療費となっています。（厚生労働省保険局調べ）
 また、平成 28 年における本県の糖尿病による死亡率（人口 10 万対）は 16.3 人で全国 3 番目となっています。（厚生労働省「人口動態統計」）

平成 28 年度における重症化予防事業の取組状況は、29 市町村（49.2%）が実施しており、主な取組内容としては、未受診者等への受診勧奨やかかりつけ医と連携した保健指導などです。（保険者努力支援制度（平成 28 年度前倒し分）に係る実績報告）

7 予防・健康づくりへの取組状況（福島県国民健康保険課調べ）

平成 27 年度において、48 市町村（81.4%）が取り組んでいます。

主な取組内容は、健康相談会の開催・参加者へのインセンティブ、中学生を対象とした啓発活動、ロコモ予防教室の開催などです。

8 医療費通知の実施状況（厚生労働省「国民健康保険事業実施状況報告」）

平成 28 年度において、58 市町村（98.3%）の保険者が実施しています。

1 年間の通知回数は、31 市町村が 6 回で最も多くなっています。

また、医療費通知は、54 市町村が国保連合会に委託、3 市町村が国保連合会以外の業者に委託、1 市町村が自ら実施しています。

第 2 節 医療費適正化対策の充実強化

第 2 章でも記述したとおり、本県の一人当たりの医療費は増加していくことが予想されることから、被保険者が負担する保険料（税）の上昇抑制や国保財政の安定化を図るため、医療費の適正化をより一層進めていく必要があります。

そこで、県及び市町村は、保険者努力支援制度に定められる取組内容を勘案しながら、医療費適正化に資する取組を推進していきます。

1 データヘルス計画

(1) データヘルス計画の策定等

平成 28 年度末までに策定が完了しているのは 49 市町村（83.1%）です。

平成 30 年度末までに全ての市町村が計画を策定することを目指します。また、計画期間が終了した市町村は、次期データヘルス計画を策定します。

県は、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において円滑な計画の策定及び推進ができるよう支援します。

(2) データヘルス計画の P D C A サイクルによる実施

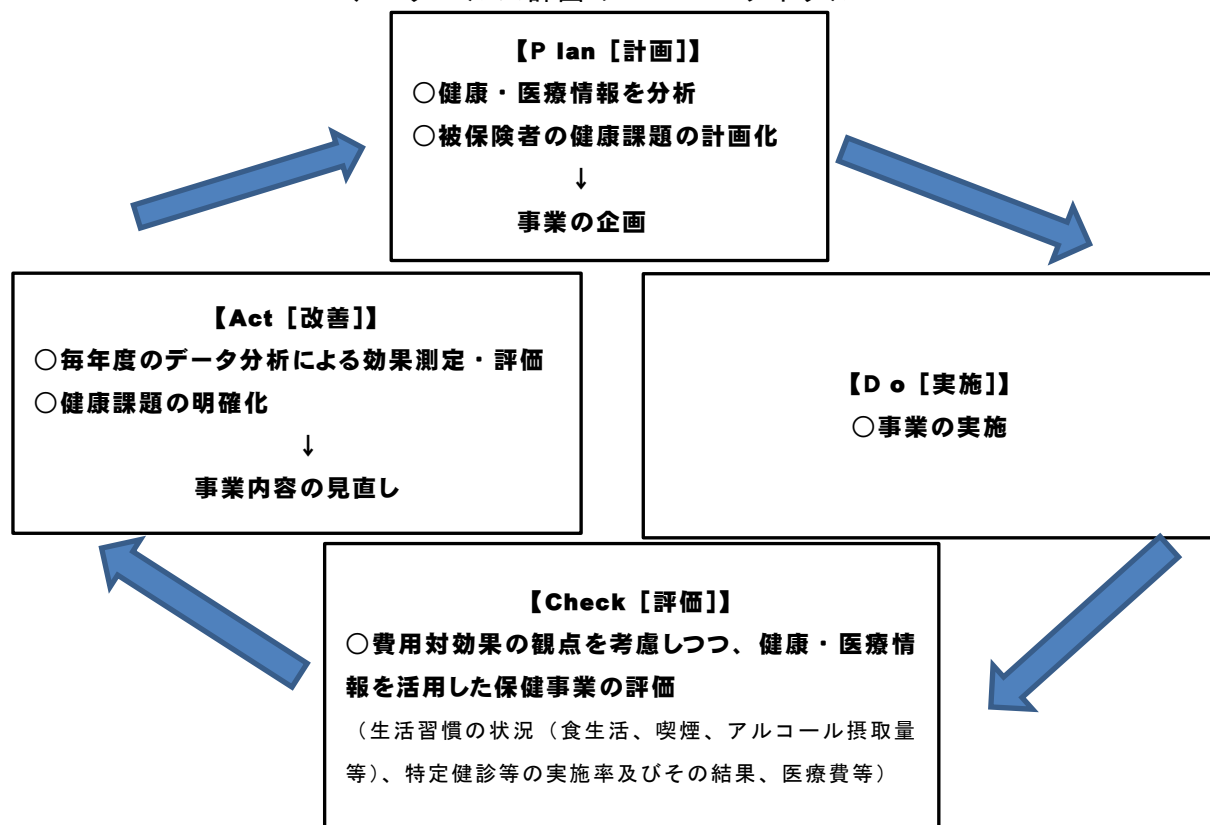
健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施計画を策定し、その実施及び評価を行います。

国保データベースシステムにおいては、国保と特定健診・特定保健指導及び介護保険等の給付情報等を結びつけて分析することが可能となっています。

P D C A サイクルのうち、特に「評価」と「改善」を重視し、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。

※ データヘルスは、レセプトデータ、健診情報等のデータ分析に基づき P D C A サイクルに沿って効率的・効果的に実施される保健事業です。

データヘルス計画のPDCAサイクル



2 特定健診・特定保健指導の取組強化

市町村は、特定健診等により、被保険者の経年的な健康状態の把握や特定健診等の効果の評価に基づく効果的・効率的な資源投入が可能となることから、特定健診等の実施率向上に向けた被保険者の受診機会の確保に努めます。

(1) 目標

第3期特定健診等実施計画（平成30年度～令和5年度）における目標との整合性を図るため、令和5年度までに、全保険者が特定健診実施率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〉市町村国保の目標

○第3期特定健診等実施計画における目標（平成30年度～令和5年度）
特定健診 実施率 60%以上、特定保健指導 実施率 60%以上

(2) 取組

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等の効果的な取組例等の情報提供を通じた横展開を図るとともに、市町村の特定健診の情報を県のホームページに掲載するなど普及啓発に努めます。また、実施率向上に向けてインセンティブの強化を図るとともに、効率的な検査データの収集のため、健診等のデータの提供について医療機関との連携に努めます。

市町村は、実施率の向上に向けて特定健診受診者及び特定保健指導利用者に対して効果的なインセンティブを付与する他、被保険者の健康状態の把握に資するため、特定健診受診者に対して健診結果を通知するとともに、被保険者の健康状態に応じた生活習慣の改善に対する助言等の提供に努めます。

3 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少

県は、市町村と協力し県民に運動を促す取組として「健民アプリ」の導入による働き世代を中心とした運動の意識付けの取組や、食生活改善の取組などを実施します。

4 後発医薬品の使用促進

後発医薬品は、先発医薬品に比べ薬価が安く、その普及は被保険者の負担軽減、医療保険財政の改善に寄与するものです。

(1) 目標

令和2年9月までに使用割合（数量ベース）80%以上を目指し、その後も80%以上を維持します。

(2) 取組

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、使用促進に向けたインセンティブの強化を図り市町村の取組を支援します。また、後発医薬品への理解を深めてもらうための広報や一般向け出前講座を実施する他、医療関係者等の理解促進を図るため、「福島県後発医薬品安心使用促進協議会」と連携して、医療関係者を対象とした研修会の開催等の取組を実施します。

5 重複受診、頻回受診、重複投薬等への訪問指導等

市町村は、レセプト情報等により重複受診、頻回受診者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る取組を実施しています。

一方、平成28年度の市町村国保における調剤費の一人当たり医療費に占める割合は、20.5%で、全国（18.4%）を2.1%上回っています。（国保中央会「医療費速報」）

そのため、重複投薬や多投薬者等に対して、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。

6 糖尿病性腎症重症化予防

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、また、国保の財政にも大きな影響を及ぼします。

県は、県医師会、県糖尿病対策推進会議等関係団体と協力し平成29年度に策定（令和2年度改定）した重症化予防プログラムにおいて保健指導を行うべき重症化予防対象者の基準などを明確化するとともに、当該プログラムに基づき地域の医師会等の関係団体と問題意識を共有し有効な重症化予防の取組ができるよう市町村を支援します。また、市町村の重症化予防の取組をより一層推進するためインセンティブの強化を図ります。

市町村は、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い、被保険者の健康保持・増進、QOLの維持とともに、医療費の適正化に努めます。

7 医療費通知

医療費通知は、自らがかった医療費の実情を理解してもらうとともに、健康に対する認識を深めてもらうため実施しています。

医療費通知を被保険者が見ることで、受診していない請求がなされていることが判明することもあり、医療費の適正化にも寄与している側面があります。

また、ほとんどの市町村において、医療費通知の送付を実施していることから、医療費通知が医療費適正化に有効に活用されるよう、被保険者への普及啓発の取組を促進していきます。

県は、全ての市町村が実施できるよう助言を行うとともに、通知回数や通知内容などについて検証し、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力し検討していきます。

第3節 医療費適正化計画との関係

医療費の適正化については、保険料（税）の上昇抑制や国保財政の安定化を図るため第2節において記述した県及び市町村の取組を推進する他、県は、医療費適正化計画（平成30年度～令和5年度）を策定し、医療保険制度の枠組みを超えて全県において、県民生活の質の維持・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んでいくこととしています。

具体的には、医療費適正化計画において、「県民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」に関して政策目標及び目標を達成するための施策を定めた上で、その施策を推進するために関係者に期待される役割、例えば、医療保険者に期待される役割としては、各保険者が掲げる特定健診・特定保健指導実施率等の数値目標の達成に向けて取り組むこと等が示されています。

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対策に取り組んでいくこととしています。

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に関する事項

趣旨： 市町村が担う事務において、これまで59市町村がそれぞれに行ってききましたが、制度改革を機に、標準化を進めるべきもの、あるいは広域的に実施することで効率化が図れるものなどについて定めます。

また、平成30年度以降も標準化、広域化、効率化が図られる業務については、引き続き検討していきます。

※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

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を基本として、各市町村が所要の調整を加えて発行していますが、制度改革を機に、被保険者（特に県内異動者）や医療機関にわかりやすくするため、平成30年度から被保険者証の様式を統一します。

また、平成30年度以降もさらなる事務の効率化、標準化に向け、更新時の被保険者証の印刷等の集約化についても検討します。

2 葬祭費の支給額

葬祭費は、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支給しており、平成30年度から5万円に標準化します。

表7-1 葬祭費の支給状況

葬祭費支給額	市町村数
30,000円	4市町
50,000円	52市町村
60,000円	3市町村

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、基準の統一には課題が多い現状にあります。

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（下記通知）をもって標準化します。

※「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 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が、市町村毎と助成事業毎によって異なっています。

この取扱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（以下「地単公費化」という。）を進めます。

地単公費化を図ることで、保険医療機関等からの診療報酬請求について、国等公費による医療費助成事業と同様に法定給付割合の診療報酬明細書に公費番号を付すことで、保険給付分と医療費助成分を明確に分けて請求することができ、医療費の支払方法が標準化されます。また、これにより、保険給付分の請求支払について、県から国保連合会に直接支払うことが可能となり、市町村の事務負担の軽減が図られることとなります。

現在、任意給付（保険給付 10 割）で実施している地方単独医療費助成事業（18 歳までの被保険者に係る医療費助成及び妊産婦医療費助成）については、できる限り早い時期に課題の解決と開始時期の決定を行えるよう、関係者との協議を進めていきます。

第 2 節 市町村事務処理標準システムのクラウド化による共同利用

今回の制度改革に伴い、国は、市町村の事務の効率化、コスト削減、標準化を進めるため、市町村事務処理標準システム（以下、「標準システム」という。）を開発し導入を促進しています。

導入の可否については、市町村の住民基本台帳ネットワークシステム等の基幹システムとの連携及び運用を含めたコストなどを踏まえ、市町村が総合的に判断することとなります。

標準システムのクラウド化による複数市町村での共同利用（以下、「共同利用」という。）については、システムの運用状況や市町村におけるシステムや共同利用の希望、他都道府県の共同利用の成果などを踏まえ、必要に応じて検討して行きます。

共同利用のメリットは、クラウドサービスとして提供される一部の IT 資産の使用料、保守費などの按分が可能なため、費用削減が期待できます。

共同利用可能なクラウドベンダの有無、市町村数に応じた費用削減効果の有無、運用面と費用面のバランスなどが、現在想定される課題です。

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に関する事項

趣旨： 団塊の世代が後期高齢者となる令和7年（2025年）を目処に、地域包括ケアシステムの構築を市町村や県が、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作り上げていく必要があるため、医療保険と保健・介護・福祉分野等の施策等との連携の取組を定める。

1 地域包括ケアシステムの構築に向けての連携

本県総人口に占める後期高齢者（75歳以上）の割合は、平成27年度12.9%から令和7年度には15.2%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、可能な限り住み慣れた地域において、自分らしい生活を人生の最期まで送れるよう地域の包括的な支援・サービス提供体制である地域包括ケアシステムの構築は重要であり、国保保険者として、地域包括ケアシステムに関する施策との連携を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5月第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の整備等がなされたところであり、着実な事業実施が重要であります。

そのため、県においては、国保データベース（KDB）システムなどの健康・医療情報の情報基盤を活用し、各市町村の保健事業の実施に係る課題の分析や情報提供などの支援を行っていきます。

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、本運営方針と県が策定する以下の計画等と連携し、保険医療福祉サービスを推進します。

- (1) 「第二次健康ふくしま21計画」（平成25年度～令和4年度）
- (2) 「第七次福島県医療計画」（平成30年度～令和5年度）
- (3) 「福島県地域医療構想」（平成29年度～）
- (4) 「第七次福島県介護保険事業支援計画」（平成30年度～令和2年度）

第9章 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他 県が必要と認める事項

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が協力、連携していくことが重要であることから、関係者間の意見交換や協議の場に関する取組を定める。

1 福島県市町村国保広域化等連携会議の開催

国保事務の標準化、効率化、広域化の推進及び医療費の適正化に向けた取組の充実、収納対策を進めるため、本県の国保運営に当たっての方向性について県と市町村及び市町村間の意見の調整を行い、円滑な運営を図る必要があります。

そのため、引き続き、連携会議を定期的で開催し、十分な議論を行い、意見の集約を行うこととします。

2 運営協議会の開催

平成 29 年度に設置した運営協議会において、県が処理することとされている重要な事項について審議します。

- (1) 福島県国民健康保険運営方針
- (2) 国保事業費納付金の徴収
- (3) その他国保事業の運営に関する重要事項

3 その他

福島県市町村国保主管課長会議を開催し、情報提供に努める一方、国保連合会と協力し定期的に地区ごとに意見交換会を開催し、多くの市町村の意見を県全体の国保運営に反映させます。