

福島県国民健康保険運営方針（たたき台）

目 次

第1章 運営方針策定に当たっての基本的事項	
1 策定の目的	・・・ 1
2 策定の根拠規定	・・・ 1
3 策定年月日	・・・ 1
4 対象期間	・・・ 1
5 検証及び見直し	・・・ 1
6 福島県市町村国保広域化等支援方針の取組の継承	・・・ 1
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	・・・ 2
2 協会けんぽとの比較	・・・ 2
3 被保険者等の状況	・・・ 3
4 医療費(療養諸費)の動向及び要因分析	・・・ 9
5 国民健康保険財政の将来の見通し	・・・ 23
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	・・・ 25
2 県国保の財政運営の基本的な考え方	・・・ 26
第3節 赤字の解消・削減の取組、目標年次等	
1 赤字の定義	・・・ 26
2 赤字市町村の現状	・・・ 26
3 赤字解消計画	・・・ 26
第4節 財政安定化基金	
1 市町村への貸付	・・・ 27
2 市町村への交付	・・・ 27
3 県への貸付	・・・ 27
第5節 P D C Aサイクルの実施に関する取組	・・・ 27
第3章 市町村における保険料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	・・・ 29
2 応能割と応益割の賦課割合	・・・ 29
3 所得割・資産割・均等割・平等割の賦課割合	・・・ 29
4 賦課限度額	・・・ 29
第2節 国民健康保険事業費納付金の基本的な考え方、算定方法	
1 基本的な考え方	・・・ 30
2 算定方法	・・・ 30
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	・・・ 31
2 都道府県標準保険料率	・・・ 32
3 激変緩和措置	・・・ 32
第4節 標準的な収納率	・・・ 35
第5節 保険料(税)率の一本化	
1 基本的な考え方	・・・ 36
2 課題及び解決に向けた方向性	・・・ 36
3 保険料水準の統一及び県統一保険料	・・・ 37
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 市町村の収納率(現年度)の現状	・・・ 38
2 市町村収納率(過年度分)の現状	・・・ 38

3	口座振替率等の現状と推移	．．．	38
4	収納対策の現状	．．．	39
第2節	目標収納率		
1	現年度分	．．．	40
2	過年度分	．．．	41
第3節	収納対策		
1	口座振替の利用促進	．．．	41
2	収納担当職員の研修会の充実	．．．	41
3	徴収アドバイザーの設置	．．．	41
4	短期被保険者証・資格証明書の交付基準等の作成	．．．	41
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	．．．	42
2	柔道整復療養費	．．．	43
3	第三者求償事務	．．．	43
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	．．．	43
2	不当利得回収	．．．	44
第3節	療養費の適正化		
1	療養費の不正請求への対応	．．．	44
第4節	レセプト点検の充実強化		
1	研修会の充実	．．．	44
2	情報提供、助言・指導の充実	．．．	44
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	．．．	45
2	第三者行為による傷病の把握	．．．	45
3	被害届等に関する周知、広報	．．．	45
第6節	高額療養費の多数回該当の取扱		
1	一の世帯で完結する住所異動	．．．	45
2	一の世帯で完結しない住所異動	．．．	46
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	．．．	47
2	特定保健指導の実施状況	．．．	49
3	後発医薬品の使用状況	．．．	51
4	重複受診、頻回受診、長期受診等への訪問指導の実施状況	．．．	52
5	糖尿病性腎症重症化予防の実施状況	．．．	53
6	予防・健康づくりへの取組状況	．．．	53
7	医療費通知の実施状況	．．．	53
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	．．．	54
2	特定健診・保健指導の取組強化	．．．	55
第3節	医療費適正化計画との関係		
1	メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率	．．．	56
2	後発医薬品の使用割合	．．．	56
3	重複受診、頻回受診、重複投薬等への訪問指導等	．．．	57
4	糖尿病性腎症重症化予防	．．．	57
5	医療費通知	．．．	57
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・効果化に向けた取組		
1	被保険者証の様式	．．．	58

2	葬祭費の支給額の統一	・・・58
3	一部負担金の減免基準	・・・58
4	地方単独事業の公費化	・・・59
第2節	市町村事務処理標準システムのクラウド化	・・・59
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	地域包括システムの構築に向けての連携	・・・60
2	県が策定する保健・医療・介護等の各種計画、事業との整合性及び連携	・・・60
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	・・・61
2	運営協議会の開催	・・・61
3	その他	・・・61

第1章 運営方針策定にあたっての基本的事項

1 目的

平成27年5月の国民健康保険法の一部改正に伴い、これまで市町村が行っていた国民健康保険（以下「国保」という。）事業は、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ことにより、県と市町村が一体となって国民皆保険を支える国保制度の安定化に向けた改革が行われることになりました。

そのため、県は、市町村と共通認識の下で、保険者としての事務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、すべての市町村の意見を聴いた上で、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、この運営方針を踏まえ、国保事業の実施に努めるものとします。

2 根拠

この運営方針は、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の規定に基づき策定するものです。

3 策定年月日

平成 年 月 日

4 対象期間

福島県医療費適正化計画の計画期間に合わせて、平成30年度から平成35年度までの6年間とし、平成33年度からの後半の3年間に向けて、平成32年度に見直します。

5 検証及び取組内容の見直し

運営方針に基づく取組状況は、県と市町村の協議の場である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。）において、毎年度評価を行ない、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。）に諮り検証します。

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。

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、本項では、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、国民健康保険税（以下「国保税」という。）の負担が重く、被用者保険と比較して 1 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）・年度					構成比 (H27 年度) (%)	全国 (H26 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	26.7
	3 千人以上 5 千人未満	9	11	13	11	12	20.34	12.8
	5 千人以上 1 万人未満	9	7	5	6	5	8.47	20.2
	1 万人以上 5 万人未満	9	9	9	8	8	13.56	40.3
	5 万人以上	3	3	3	3	3	5.09	
計	59	59	59	59	59	100	100	

（出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」）

※全国（H26 年度）は速報値。保険者数は 1,716。

2 協会けんぽとの比較

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となっており、一方、被用者保険のうち協会けんぽは、事業所数、加入者数とも増加傾向となっています。

表 2-2 市町村国保と政府管掌健康保険との比較

各年度末 現在	市町村国保口		協会けんぽ		国保：社保 (A) (B) B/A口
	世帯数	被保険者数(A)	事業所数	加入者数(B)	
H22年度	304,598	557,065	27,125	628,116	1.13
	99.64	98.81	98.76	97.97	
H23年度	306,667	555,878	27,330	611,967	1.10
	100.68	99.79	100.76	97.43	
H24年度	303,322	542,739	27,856	618,256	1.14
	98.91	97.64	101.92	101.03	
H25年度	299,934	527,197	28,729	631,073	1.20
	98.88	97.14	103.13	102.07	
H26年度	296,263	510,917	29,935	642,007	1.26
	98.78	96.91	104.20	101.73	
H27年度	290,543	490,045			
	98.07	95.91			

備考 1. 下段は、対前年比(%)
 2. 市町村国保各年度末現在は、福島県「国民健康保険事業状況報告書」
 3. 福島県総数は、福島県統計課「福島県現住人口調査月報」
 4. 「協会けんぽ」については、「協会けんぽ 事業年報」

3 被保険者等の状況

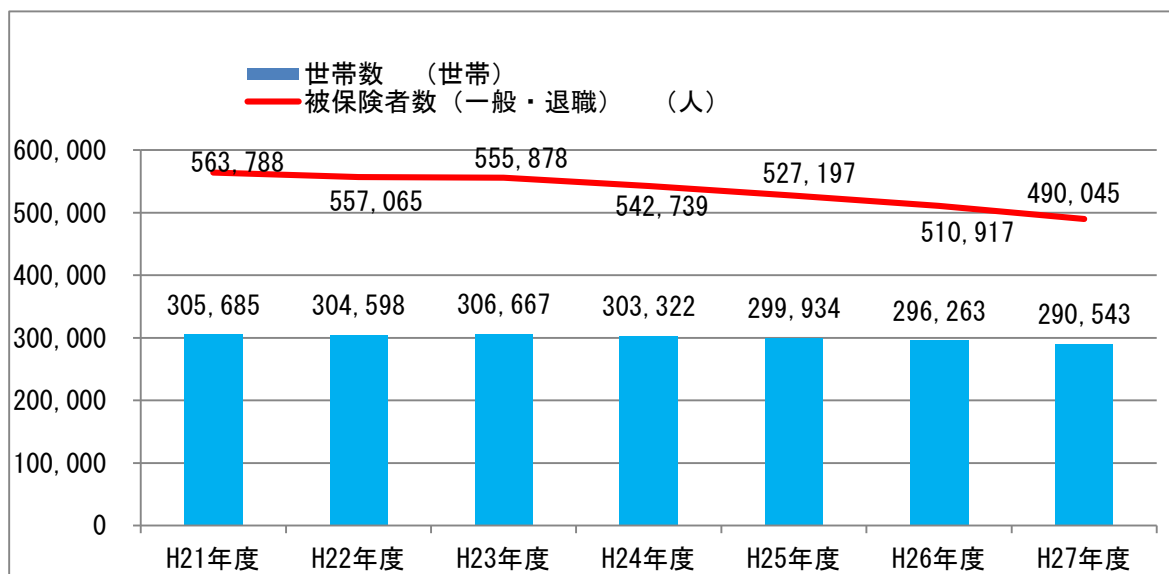
(1) 被保険者数等

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 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 平成 27 年度における、市町村国保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。

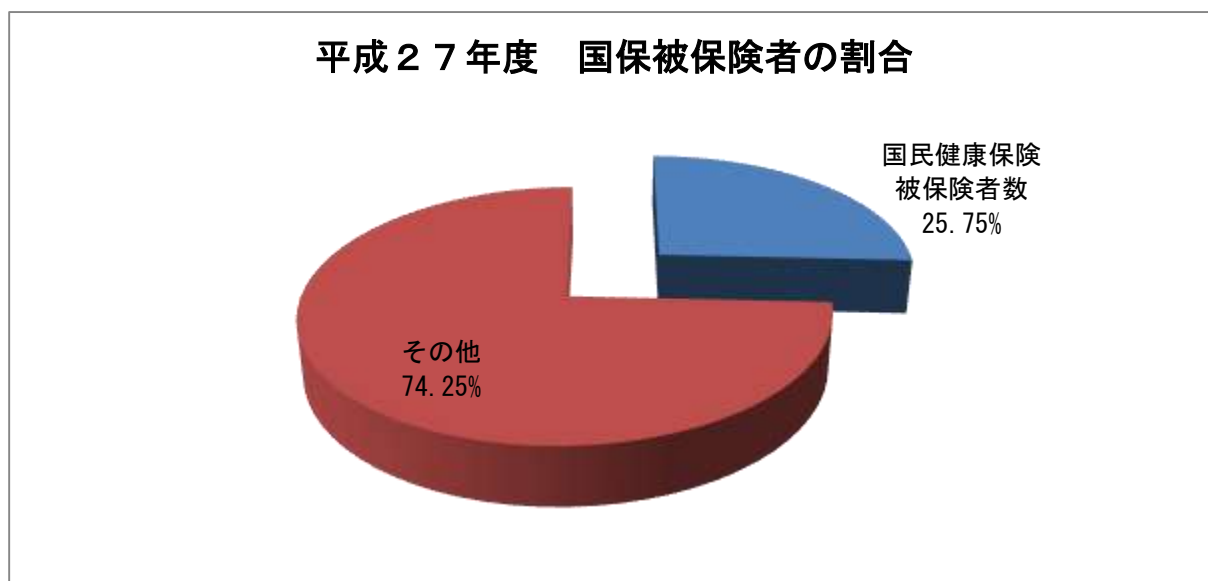
表 2-3 年度別被保険者数及び世帯数



(出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」)

表 2-4 平成 27 年度 県内人口に占める国保被保険者の割合

(単位：%)



(出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」)

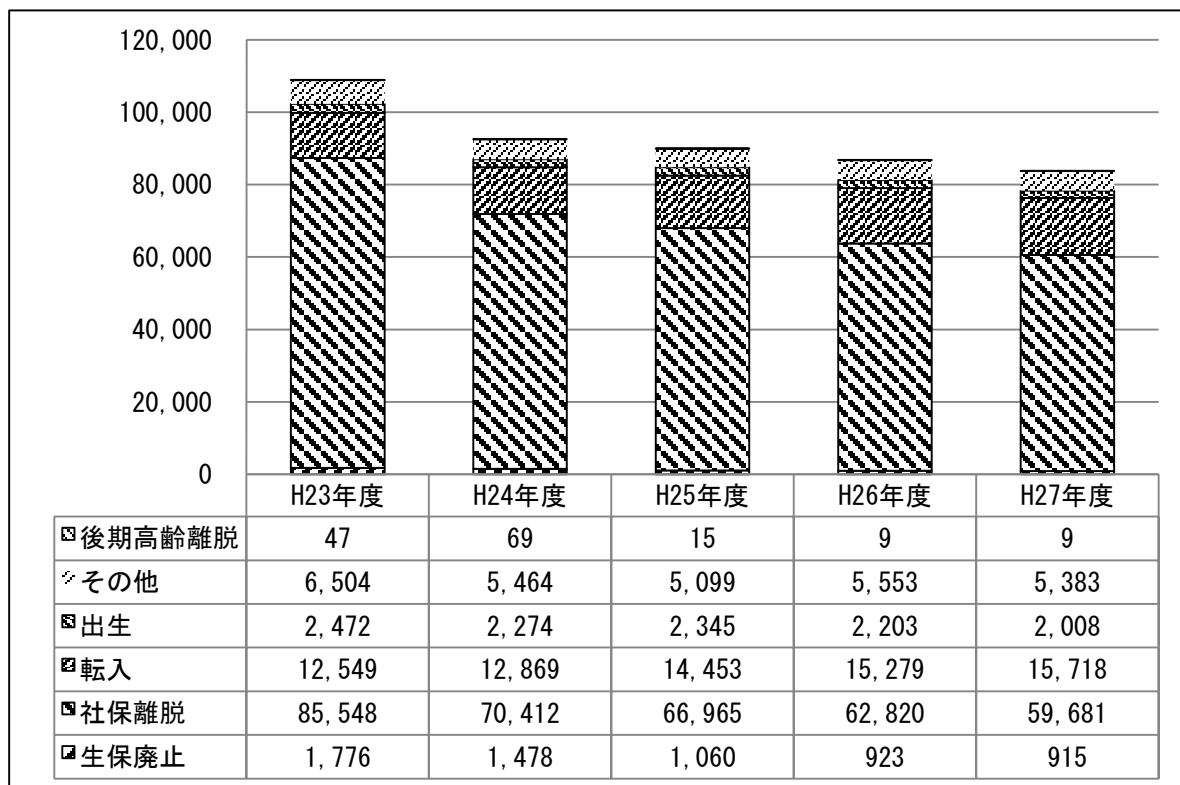
表 2-5 世帯数及び被保険者数の推移

各年度末 現在	市町村国保		福島県総数翌年4月1日現在		A/C (%)	B/D (%)
	世帯数(A)	被保険者数(B)	世帯数(C)	人口(D)		
H22年度	304,598	557,065	719,720	2,014,603	42.32%	27.65%
	99.64	98.81	98.49	99.13		
H23年度	306,667	555,878	714,202	1,969,852	42.94%	28.22%
	100.68	99.79	99.23	97.78		
H24年度	303,322	542,739	716,361	1,949,595	42.34%	27.84%
	98.91	97.64	100.30	98.97		
H25年度	299,934	527,197	722,382	1,937,530	41.52%	27.21%
	98.88	97.14	100.84	99.38		
H26年度	296,263	510,917	729,896	1,926,961	40.59%	26.51%
	98.78	96.91	101.04	99.45		
H27年度	290,543	490,045	738,871	1,903,383	39.32%	25.75%
	98.07	95.91	101.23	98.78		

- 備考
1. 下段は、対前年比(%)
 2. 市町村国保各年度末現在は、福島県「国民健康保険事業状況報告書」
 3. 福島県総数は、福島県統計課「福島県現住人口調査月報」

表 2-6 被保険者の増減状況（異動増）

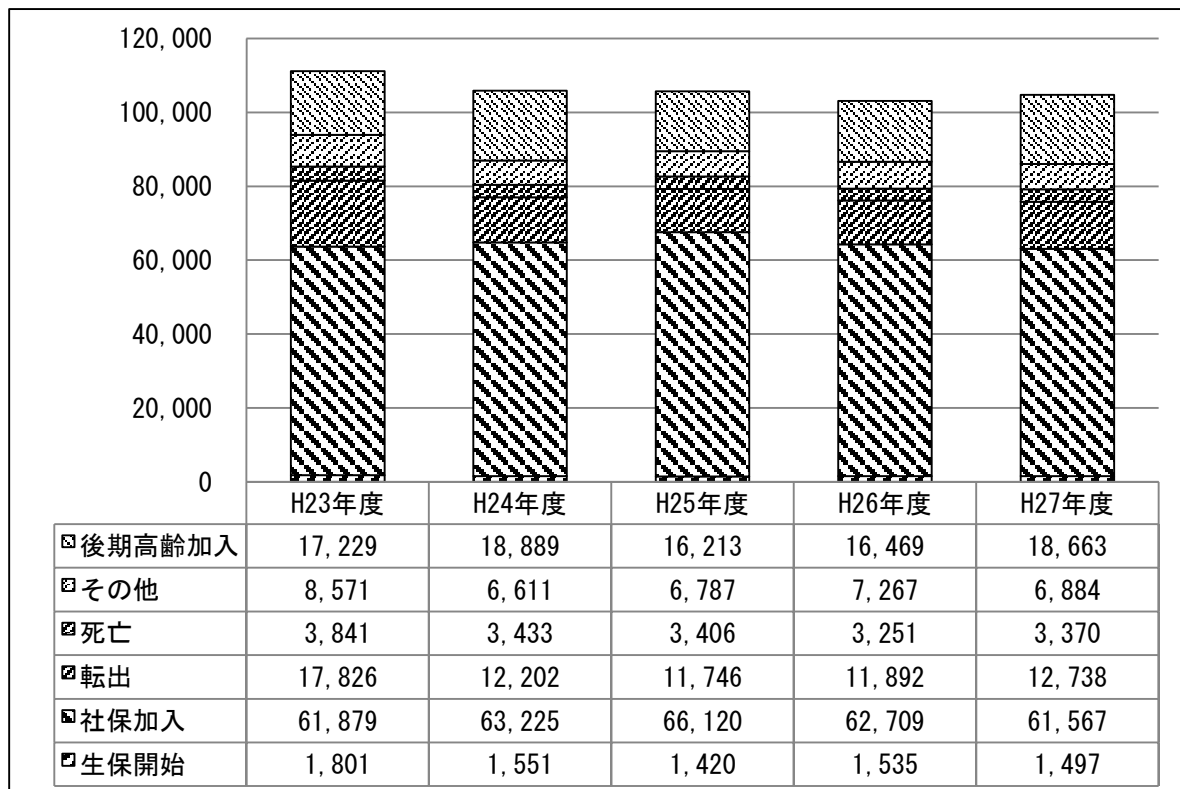
（単位：人）



（出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」）

表 2-7 被保険者の増減状況（異動減）

（単位：人）



（出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」）

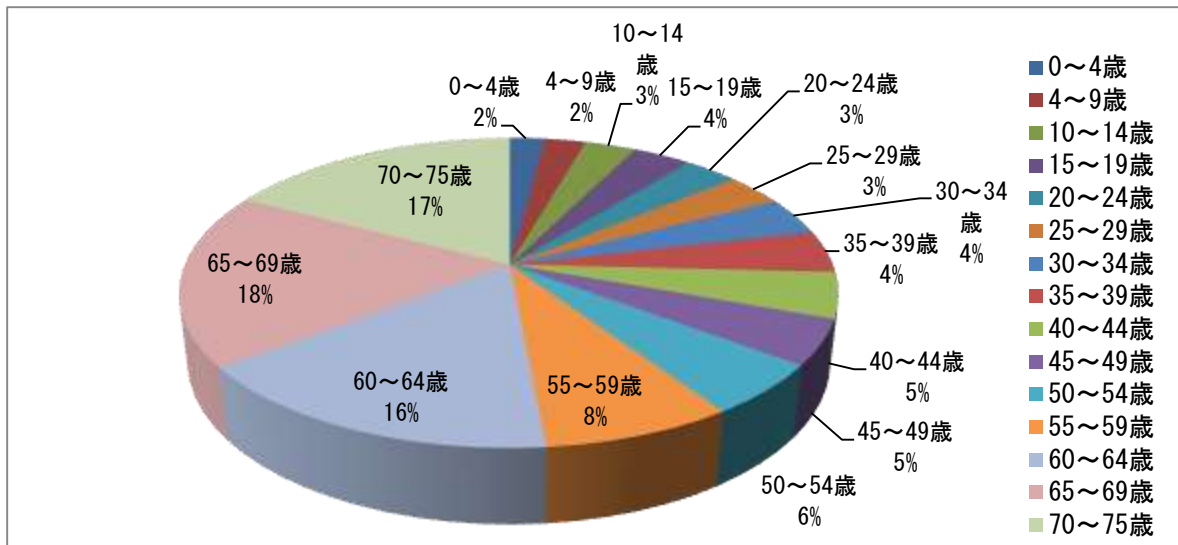
(2) 被保険者の年齢構成

平成 26 年度における被保険者の年齢構成は、65 歳～75 歳の割合が 35.48%（全国 37.09%）を占めています。全国と比較すると 1.61 ポイント低いですが、平成 24 年度以降の上昇率は、全国を上回っており高齢化が進んでいると考えられます。

なお、平成 26 年度における被保険者の平均年齢は、52.22 歳（全国 51.46 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。）

表 2-8 平成 26 年度 年齢別被保険者数割合

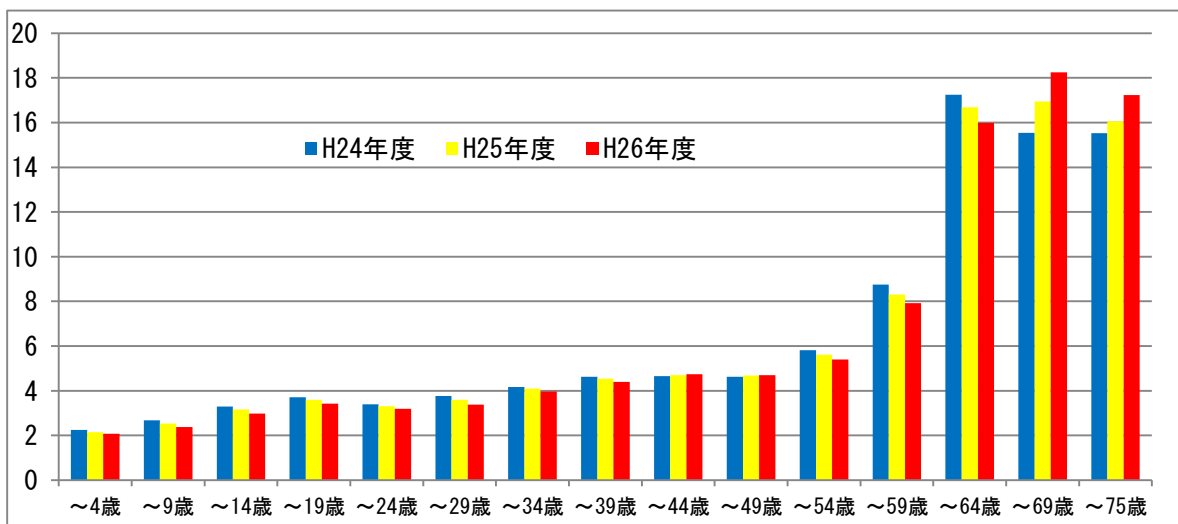
（単位：％）



（出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査（年齢階級別）」）

表 2-9 年齢階級別被保険者数の推移

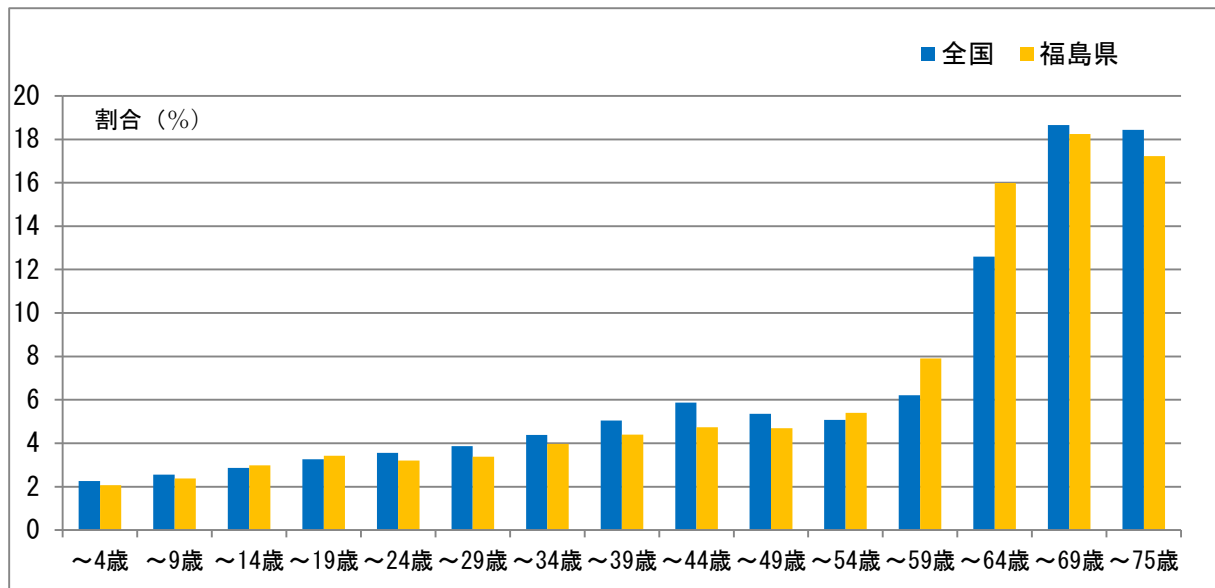
（単位：％）



（出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査（年齢階級別）」）

表 2-10 平成 26 年度 年齢階級別被保険者数割合（全国比較）

（単位：％）



（出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査（年齢階級別）」）

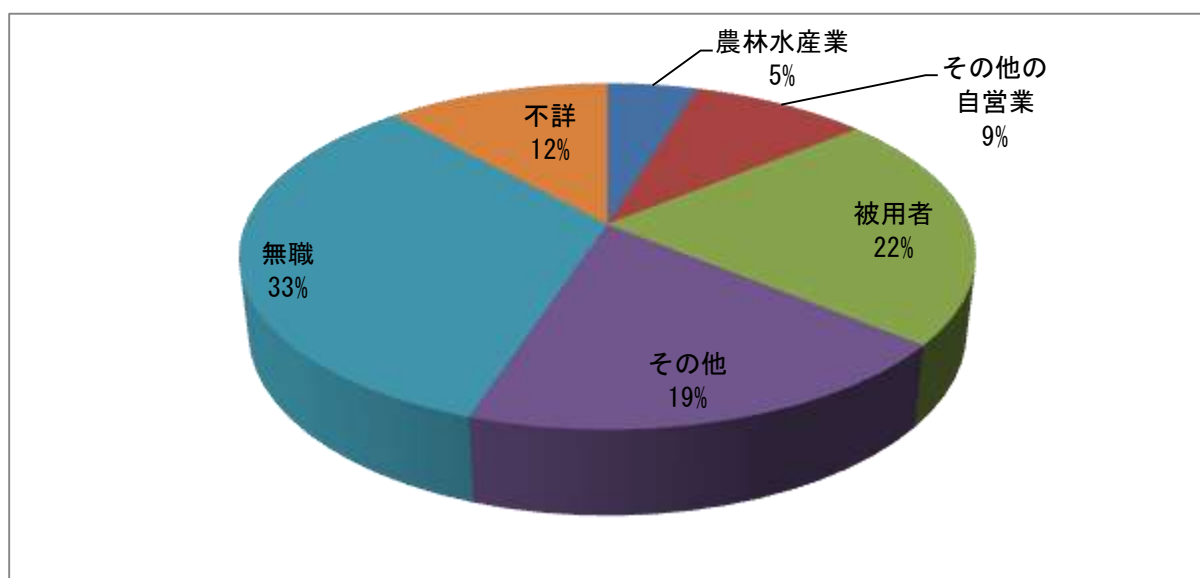
(3) 被保険者（世帯主）の職業

本県の平成 26 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 14%ですが、「無職者（年金生活者、失業者等）」と「被用者」の合計は 55%と、大きな割合を占めています。

なお、職業構成割合の推移では、「不詳」が上昇しています。

表 2-11 平成 26 年度 職業別構成割合

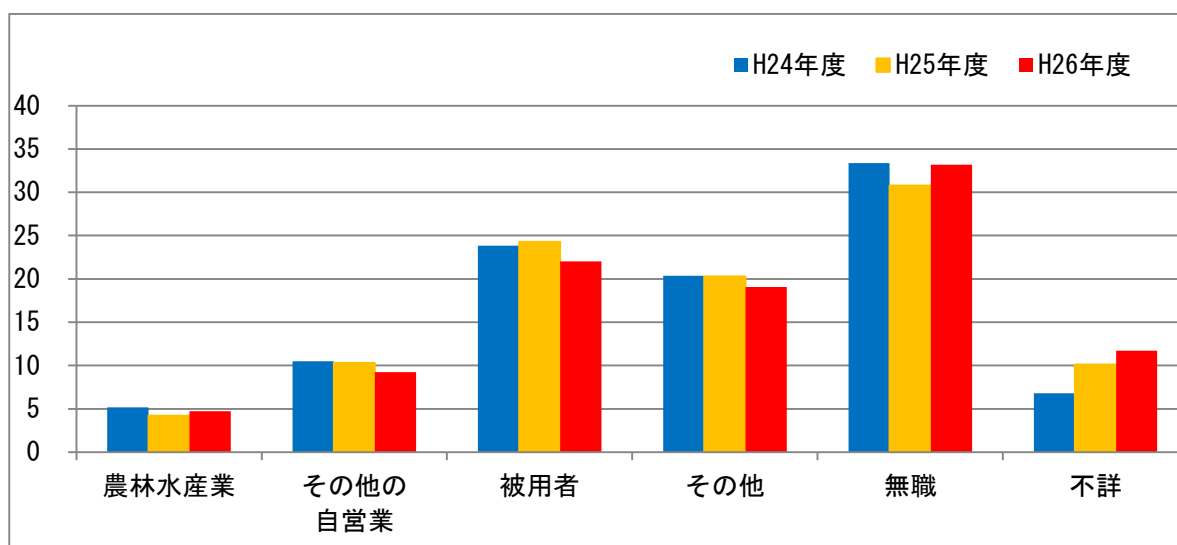
（単位：％）



（出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査（世帯票）」）

表 2-12 職業構成割合の推移

(単位：%)



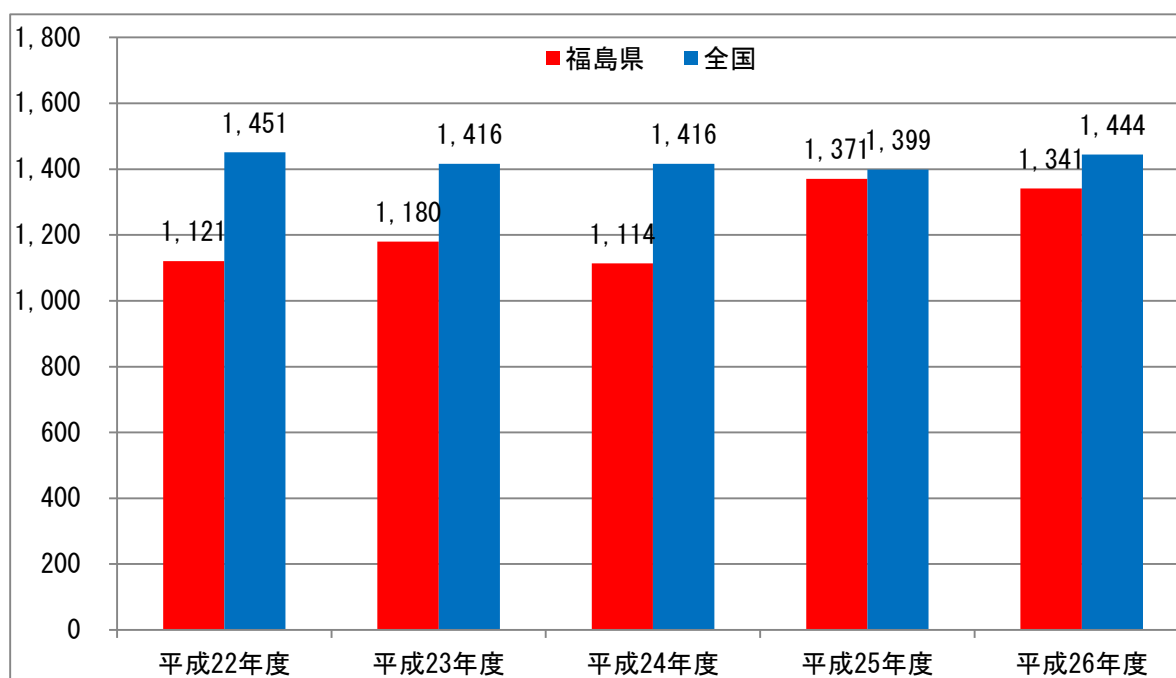
(出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査（世帯票）」)

(4) 世帯所得の状況

本県の平成 26 年度の平均所得（1世帯当たり額）は、1,341 千円で前年度より 2.19%の減少となりましたが、平成 24 年度以前との比較では高い水準となっています。全国と比較すると各年度とも下回っていますが、平成 24 年度の全国比 78.67% に対し平成 26 年度は 92.87%と、全国水準に近づきつつあります。

表 2-13 平均所得（1世帯当たり額）

(単位：千円)



(出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査」)

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。

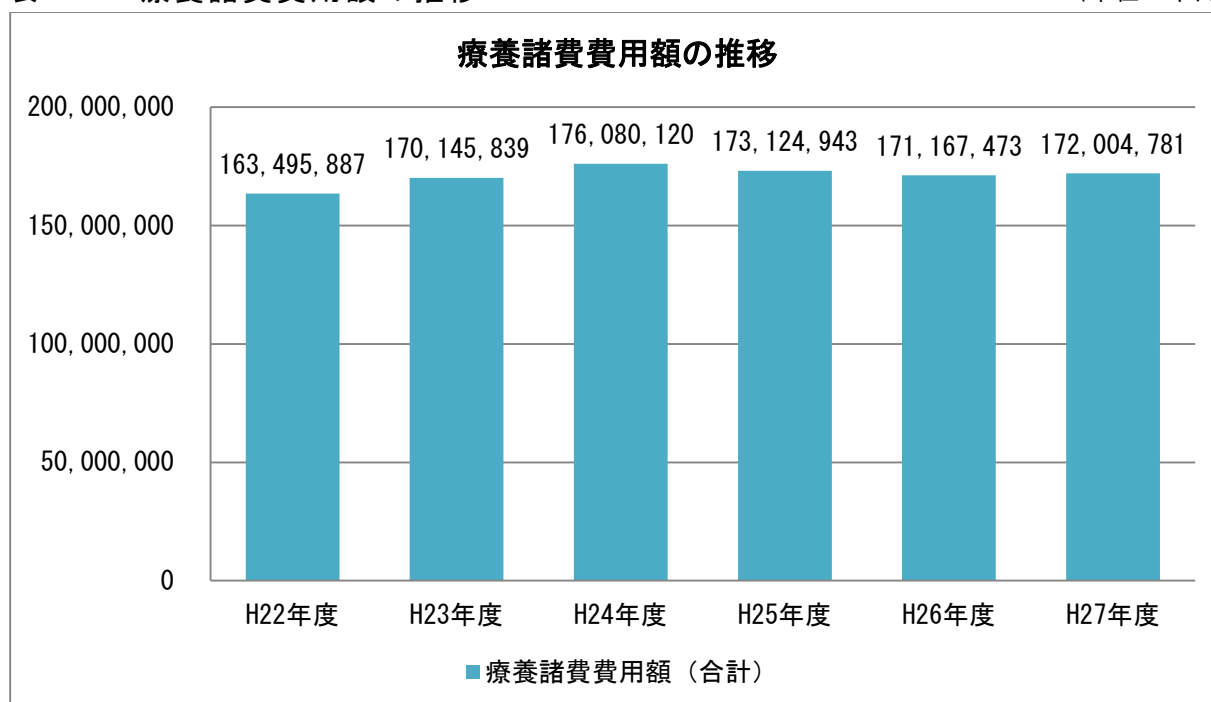
イ 平成 27 年度の被保険者 1 人当たりの医療費（療養諸費）は、341,459 円（対前年度比 13,311 円、4.06%増）となっています。

なお、平成 26 年度の全国の 1 人当たりの医療費（療養諸費）も増加傾向にあり、333,461 円（対前年比 8,918 円、2.75%増）となっており、本県より 5,313 円（1.62%）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 1 月において 8 万人弱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 1 人当たりの医療費水準は全国を上回っています。

表 2-14 療養諸費費用額の推移

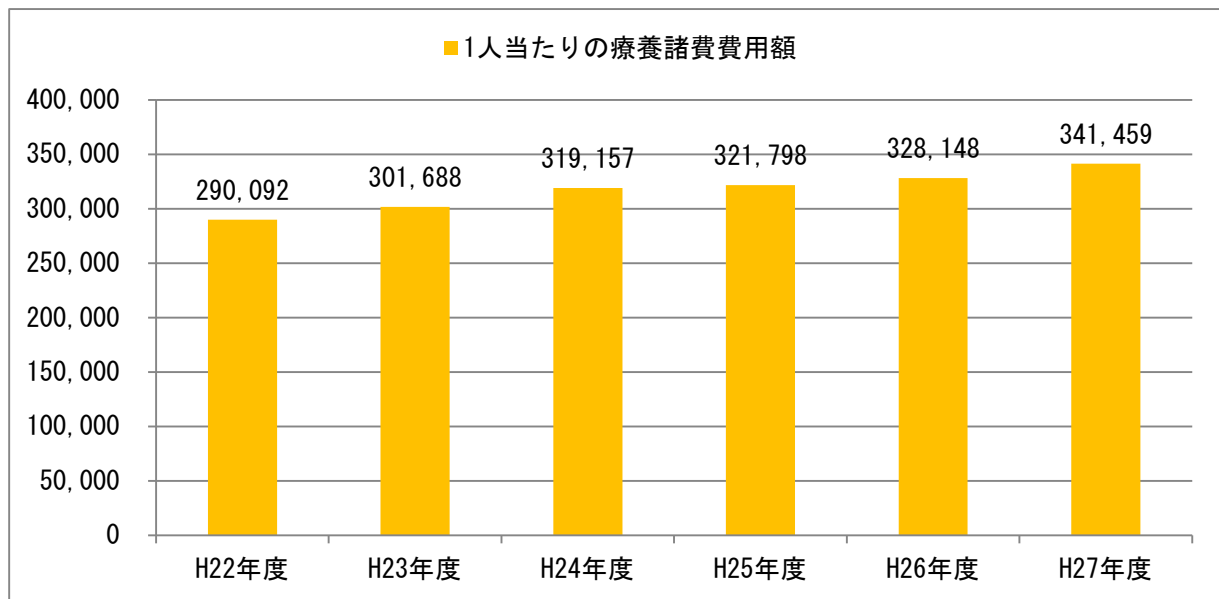
（単位：千円）



（出典：福島県「国民健康保険事業実施状況報告書」）

表 2-15 1人当たりの医療費（療養諸費費用額）

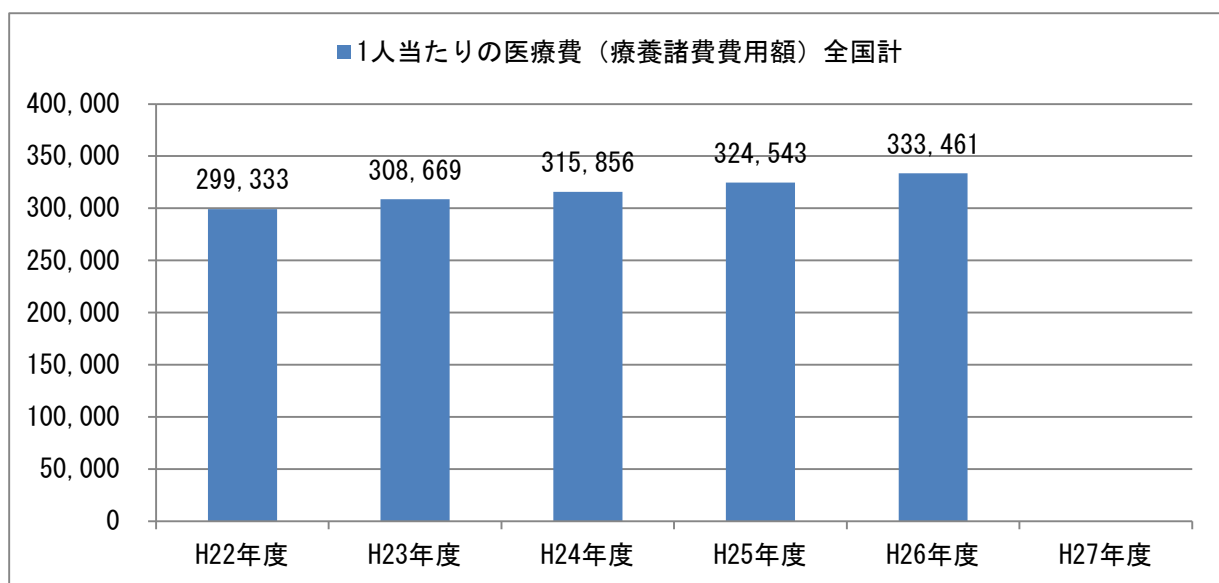
（単位：円）



（出典：福島県「国民健康保険事業実施状況報告書」）

表 2-16 1人当たりの医療費（療養諸費費用額）全国比較

（単位：円）



（出典：厚生労働省「国民健康保険事業年報・集計表」）

(2) 5歳ごとの年齢階層別医療費

平成 26 年度の全階層の 1 人当たり医療費は、324,250 円で全国平均 327,455 円を 3,205 円（▲0.98%）下回っており、全国 33 位となっています。

年齢階層別では「0 歳～4 歳」から「55 歳～59 歳」までの 1 人当たり医療費は、各階層において全国平均を上回っていますが、「60 歳～64 歳」以降の各階層では、全国平均を下回っています。

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 2-17 年齢階層別 1 人当たり医療費・診療種別計

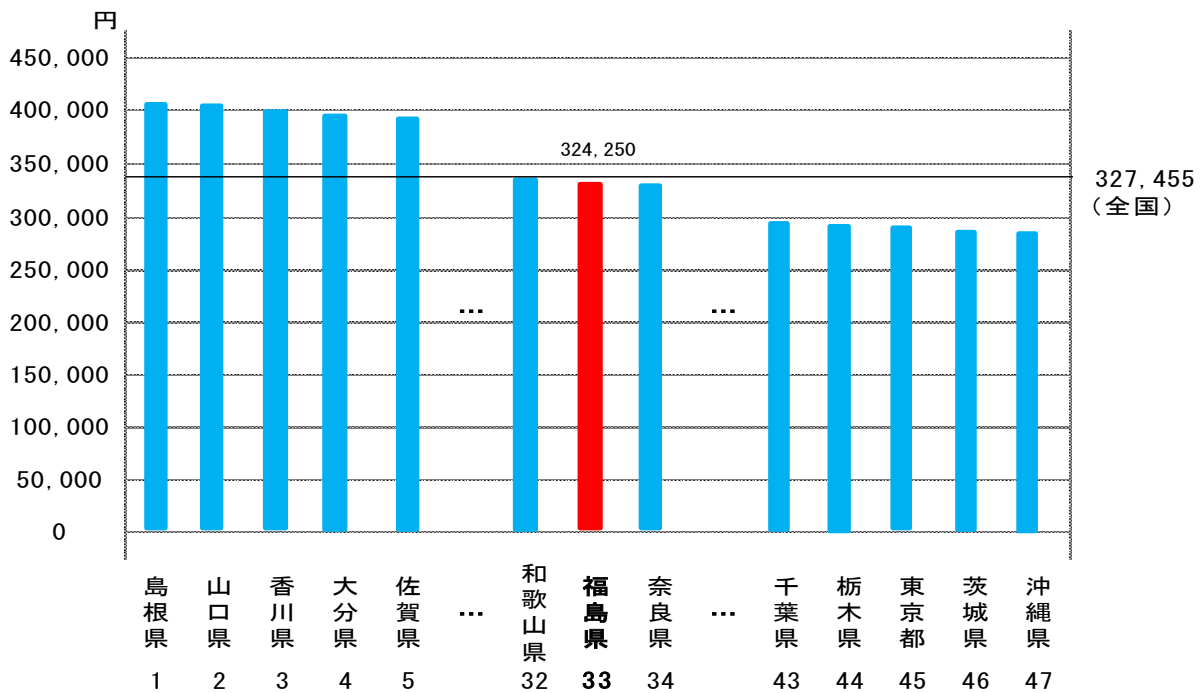
(単位：円)

区分	福島県	全国	差
年度	H26年度	H26年度	
計	324,250	327,455	▲ 3,205
0～4歳	218,549	217,627	922
5～9歳	124,191	115,763	8,428
10～14歳	91,906	89,203	2,703
15～19歳	74,990	73,715	1,275
20～24歳	90,841	80,060	10,781
25～29歳	120,483	109,353	11,130
30～34歳	150,335	136,261	14,074
35～39歳	179,870	167,292	12,578
40～44歳	224,811	199,036	25,775
45～49歳	252,820	243,147	9,673
50～54歳	313,081	300,596	12,485
55～59歳	350,679	346,494	4,185
60～64歳	384,944	389,083	▲ 4,139
65～69歳	398,518	426,628	▲ 28,110
70～74歳	523,727	566,052	▲ 42,325

(出典：厚生労働省「平成 26 年度医療費の地域差分析」)

表 2-18 1 人当たり医療費 (都道府県比較) 【平成 26 年度】

(単位：円)



(出典：厚生労働省「平成 26 年度の医療費の地域差分析」)

(3) 医療費の地域差分析

平成 26 年度の 1 人当たり医療費の地域差指数は、0.975 となっています。

震災直後の平成 23 年度は、急激に上昇し「1」を超えましたが、平成 24 年度以降は徐々に下がってきており、平成 26 年度は、震災前のほぼ同水準になっています。

平成 26 年度の年齢階層別寄与度では、65 歳以上の高齢の年齢階層のマイナス寄与度が大きくなっています。

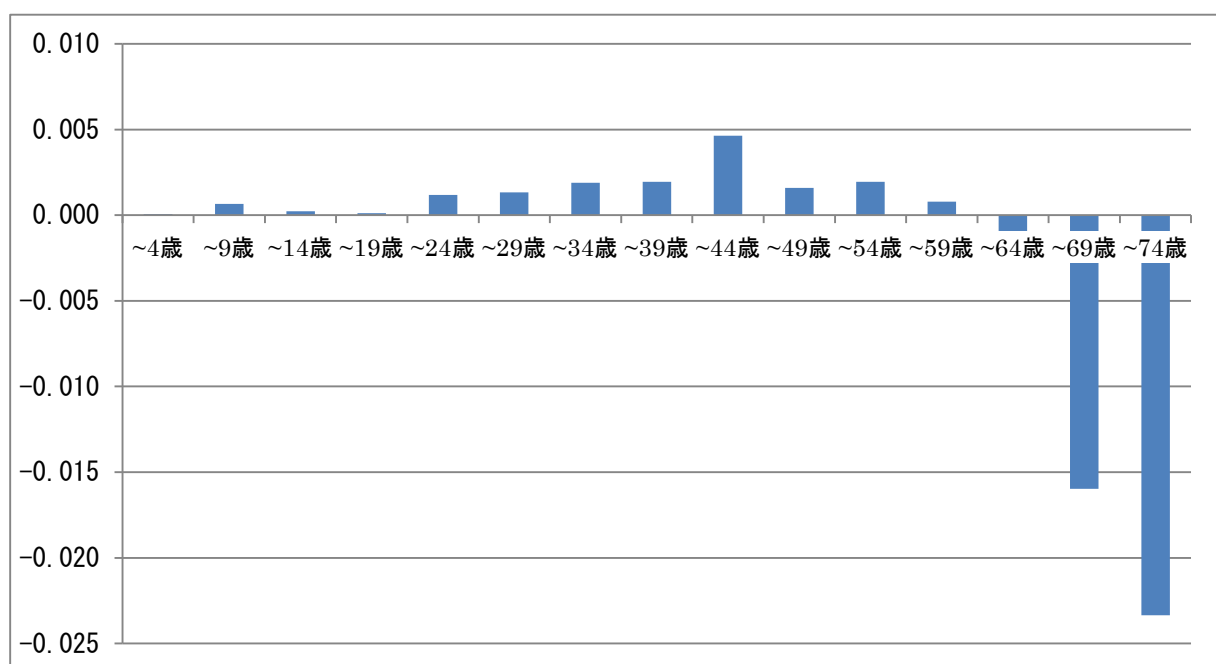
平成 26 年度の地域差指数の三要素別寄与度の 1 日当たり医療費は、入院及び歯科ではマイナスですが、入院外+調剤ではプラスになっています。また、受診率は入院及び入院外+調剤ではプラスですが、歯科ではマイナスとなっています。

表 2-19 地域差指数（年齢補正後）の推移

	地域差指数	全国順位
平成 21 年度	0.963	35 位
平成 22 年度	0.976	32 位
平成 23 年度	1.005	26 位
平成 24 年度	0.972	30 位
平成 25 年度	0.984	29 位
平成 26 年度	0.975	34 位

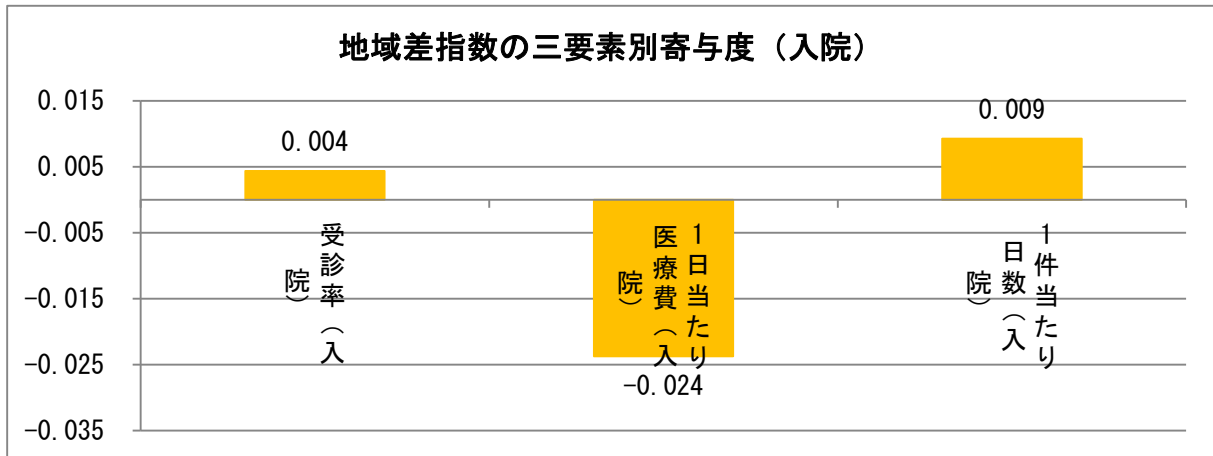
※ 地域差指数：地域の 1 人当たり医療費について、人口の年齢構成による分を補正し、指数化（全国を 1）としたもの。（出典：厚生労働省「医療費の地域差分析」）

表 2-20 平成 26 年度 地域差指数年齢階層別寄与度



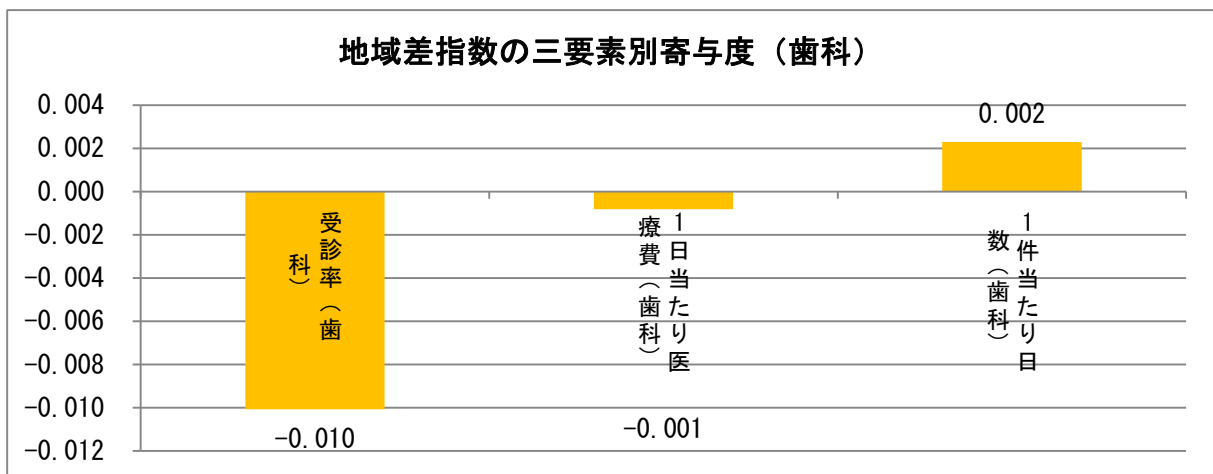
(出典：厚生労働省「平成 26 年度の医療費の地域差分析」)

表 2-21 地域差指数の三要素別寄与度（入院）



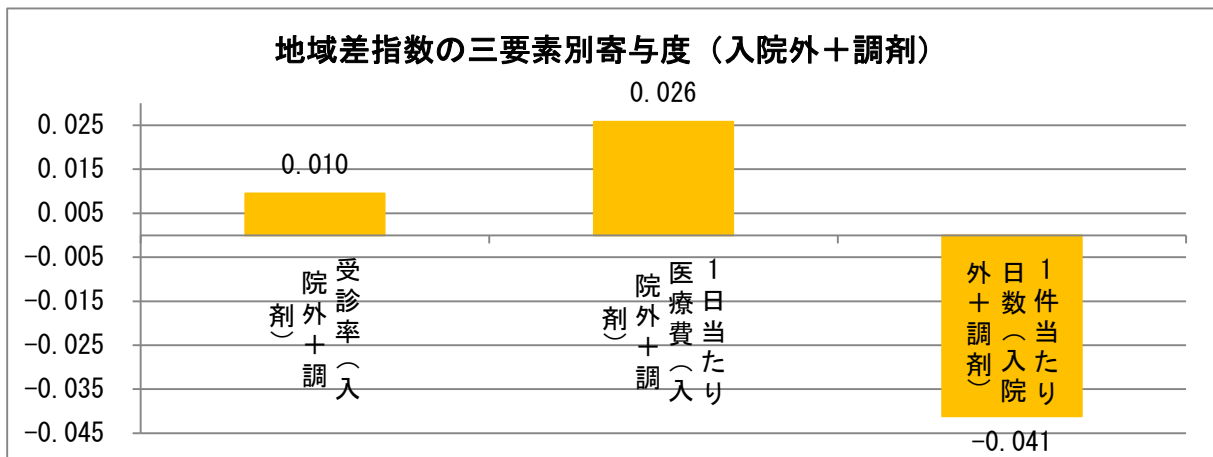
（出典：厚生労働省「平成 26 年度の医療費の地域差分析」）

表 2-22 地域差指数の三要素別寄与度（入院）



（出典：厚生労働省「平成 26 年度の医療費の地域差分析」）

表 2-23 地域差指数の三要素別寄与度（入院）



（出典：厚生労働省「平成 26 年度の医療費の地域差分析」）

表 2-24 二次医療圏ごとの 1 人当たり医療費

(単位：円)

	入院	入院外＋調剤	歯科	計
県北	120,058	171,148	21,676	312,882
県中	122,652	167,077	20,279	310,008
県南	116,563	164,115	21,063	301,741
会津	131,217	169,609	20,747	321,573
南会津	139,800	179,435	22,545	341,780
相双	127,793	206,183	26,413	360,389
いわき	132,987	194,154	21,031	348,172

(出典：厚生労働省「平成 26 年度の医療費の地域差分析」)

表 2-25 二次医療圏ごとの診療種別地域差指数

	入院	入院外＋調剤	歯科	計
県北	0.912	0.923	0.866	0.912
県中	0.978	0.956	0.845	0.956
県南	0.919	0.930	0.873	0.921
会津	0.997	0.926	0.838	0.947
南会津	1.007	0.929	0.877	0.955
相双	1.047	1.121	1.122	1.141
いわき	1.025	1.068	0.853	1.035

(出典：厚生労働省「平成 26 年度の医療費の地域差分析」)

(4) 診療種別の医療費等の状況（平成 26 年度）

ア 入院

- (7) 1人当たりの医療費は、125,284 円で全国平均 126,108 円より 824 円下回っています。若年の階層（「0 歳～4 歳」から「15 歳～19 歳」までの階層）と高齢の階層（「65 歳～69 歳」「70 歳～74 歳」の階層）は、全国平均を下回っていますが、その他の階層は全国平均を上回っています。
- (イ) 受診率は、0.23%で全国平均と同じ受診率となっています。
- (ウ) 1件当たりの日数は、16.70 日で全国平均 15.99 日より 0.71 日上回っています。若年の階層（「10 歳～14 歳」「15 歳～19 歳」の階層）は全国平均を上回っていますが、その他の階層は下回っています。
- (エ) 1日当たりの医療費は、32,014 円で全国平均 34,797 円より 2,783 円下回っています。
- (オ) 疾病分類別では、他の都道府県と同様に「精神及び行動の障害」の寄与度が最も高く、「新生物」、「消化器系の疾患」及び「妊娠、分娩及び産じょく」がプラスに作用しています。その他の疾病は、マイナスに作用していますが、そのうち「循環器系の疾患」が最も低くなっています。

表 2-26 平成 26 年度 地域差指数（入院）の疾病分類別寄与度 (単位：%)

区分	疾病例	
1 V 精神及び行動の障害	統合失調症、双極性感情障害等	0.024
2 II 新生物	胃がん、肺がん、大腸がん等	0.002
3 X I 消化器系の疾患	胃潰瘍、十二指腸潰瘍等	0.001
4 X V 妊娠、分娩及び産じょく	流産、子宮外妊娠等	0.001
5 VII 眼及び付属器の疾患	結膜炎、角膜炎等	0.000
6 X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	小頭症、ダウン症候群等	0.000
7 VIII 耳及び乳様突起の疾患	外耳炎、中耳炎等	-0.001
8 III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	鉄欠乏性貧血、無顆粒球症等	-0.002
9 IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	糖尿病、甲状腺機能低下症等	-0.002
10 X II 皮膚及び皮下組織の疾患	アトピー性皮膚炎、乾せん等	-0.002
11 I 感染症及び寄生虫症	腸チフス、サルモネラ感染症等	-0.003
12 X 呼吸器系の疾患	肺炎、インフルエンザ等	-0.003
13 VI 神経系の疾患	パーキンソン病、アルツハイマー病等	-0.005
14 X IV 腎尿路生殖器系の疾患	ネフローゼ症候群、腎不全等	-0.005
15 X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	関節リウマチ、痛風等	-0.006
16 X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	骨折、熱傷等	-0.006
17 IX 循環器系の疾患	高血圧性疾患、狭心症等	-0.018
計		-0.026

※寄与度とは、あるデータの構成要素の増減が全体の伸び率をどの程度押し上げているかを示すもの。

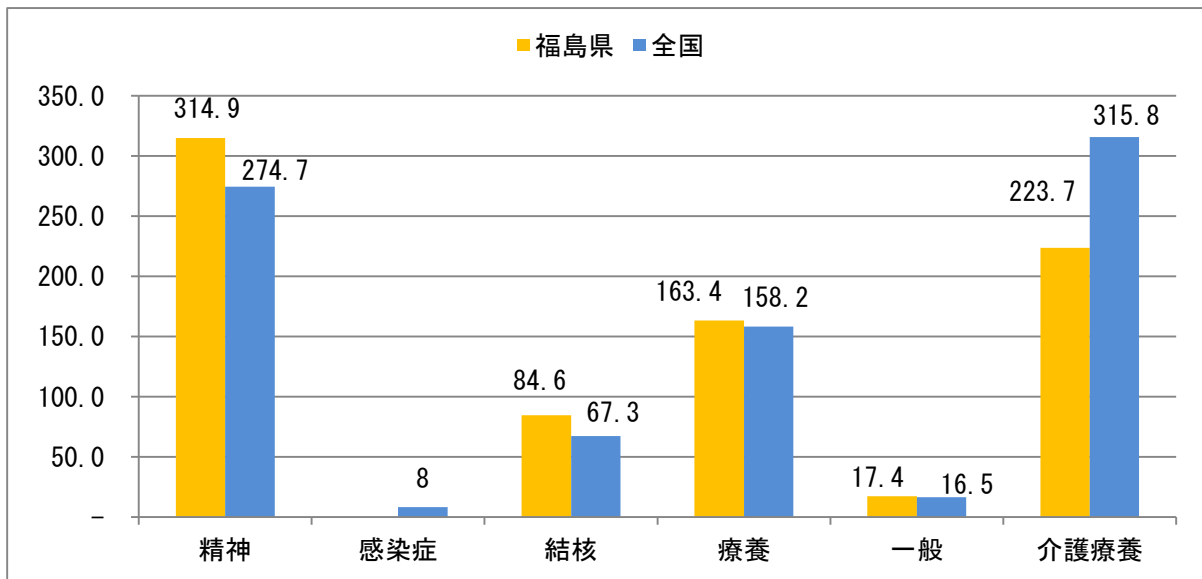
(出典：厚生労働省「平成 26 年度の医療費の地域差分析」)

(カ) 病院の平均在院日数は、全病床が 29.9 日で前年度より 0.8 日減少しましたが、全国平均 29.1 日より 0.8 日長くなっています。

病床種類別では、「精神病床」が 314.9 日（全国 274.7 日）で前年度より 14.3 日短く、「療養病棟」は 163.4 日（全国 158.2 日）で前年度より 14.3 日短く、「介護療養病棟」は、223.7 日（全国 315.8 日）で 6.8 日長くなっています。

表 2-27 平成 27 年度 病床種類別の平均在院日数

(単位：日)



(出典：厚生労働省「平成 27 年度医療施設（動態）調査病院報告（統計表 15）」)

イ 入院外（調剤を含む）

- (ア) 1人当たりの医療費は、177,355 円で全国平均 177,088 円より 267 円上回っています。高齢の階層（「60 歳～65 歳」「70 歳～74 歳」の階層）は、全国平均を下回っていますが、その他の階層は全国平均を上回っています。
- (イ) 受診率は、8.46%で全国平均 8.25%を 0.21%上回っています。階層別では、「50 歳～54 歳」以外の階層は、全て全国平均を上回っています。
- (ウ) 1件当たりの日数は、1.51 日で全国平均 1.61 日より 0.10 日下回っています。
- (エ) 1日当たりの医療費は、13,870 円で全国平均 13,163 円より 707 円上回っています。

ウ 歯科

- (ア) 1人当たりの医療費は、21,611 円で全国平均 24,258 円より 2,647 円下回っています。
- (イ) 受診率は、1.60%で全国平均 1.83%を 0.23%下回っています。
- (ウ) 1件当たりの日数は、2.07 日で全国平均 2.01 日より 0.06 日上回っています。
- (エ) 1日当たりの医療費は、6,531 円で全国平均 6,604 円より 73 円下回っています。

表 2-28 平成 27 年度 診療種別の比較

① 1人当たりの医療費

(単位：円)

	福島県(A)		全国(B)		A-B	
	H25年度	H26年度	H25年度	H26年度	H25年度	H26年度
入院	122,741	125,284	122,780	126,108	▲ 39	▲ 824
入院外	173,674	177,355	172,267	177,088	1,407	267
歯科	21,547	21,611	23,681	24,258	▲ 2,134	▲ 2,647
計	317,962	324,250	318,728	327,454	▲ 766	▲ 3,204

※「入院」は、入院診療及び食事療養・生活療養の計

「入院外」は、入院外診療及び調剤の計、「歯科」は、歯科診療の計

② 受診率

	福島県(A)		全国(B)		A-B	
	H25年度	H26年度	H25年度	H26年度	H25年度	H26年度
入院	0.23	0.23	0.22	0.23	0.01	0
入院外	8.38	8.46	8.15	8.25	0.23	0.21
歯科	1.57	1.60	1.77	1.83	▲ 0.20	▲ 0.23
計	10.18	10.29	10.14	10.31	0.04	▲ 0.02

③ 1件当たりの日数

(単位：日)

	福島県(A)		全国(B)		A-B	
	H25年度	H26年度	H25年度	H26年度	H25年度	H26年度
入院	16.50	16.70	16.12	15.99	0.38	0.71
入院外	1.51	1.51	1.65	1.63	▲ 0.14	▲ 0.12
歯科	2.13	2.07	2.06	2.01	0.07	0.06
計	1.96	1.94	2.04	2.01	0.08	▲ 0.07

④ 1日当たりの医療費

(単位：円)

	福島県(A)		全国(B)		A-B	
	H25年度	H26年度	H25年度	H26年度	H25年度	H26年度
入院	31,296	32,014	33,988	34,797	▲ 2,692	▲ 2,783
入院外	13,709	13,870	12,811	13,163	898	707
歯科	6,450	6,531	6,492	6,604	▲ 42	▲ 73
計	15,953	16,205	15,392	15,780	561	425

エ 1人当たり医療費の保険者間格差

平成26年度の1人当たり医療費は、最大が広野町の443,437円、最小が古殿町の266,571円であり、保険者間の格差は約1.7倍の現状にあります。

なお、県全体の1人当たり医療費は、全国第33位（「表2-17」参照）となっています。

平成26年度の100人当たり受診件数は1047.09件で、震災前の平成22年度と比較すると10.98%増加しており、増加傾向にあります。

表 2-29

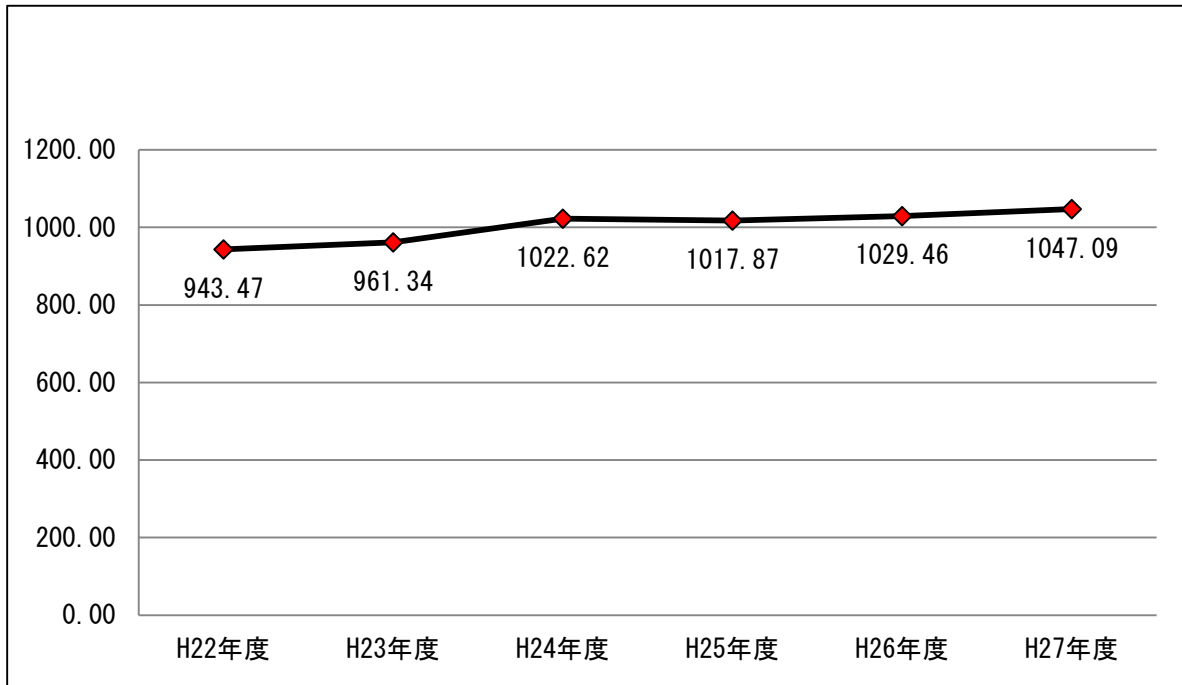
都道府県別1人当たり医療費の格差の状況（平成26年度）

		保険者別1人当たり医療費			
		最大	最小	格差	
福島県	広野町	443,437	古殿町	266,571	1.7倍

（注） 3～2月診療ベースである。

（出典：厚生労働省「国民健康保険事業年報 H26年報 事業概況」）

表 2-30 年度別100人当たり受診件数の推移（受診率）



（出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」）

オ 医療の提供状況

(ア) 人口10万対医療施設数は、平成27年10月1日現在、病院は6.6施設（対前年度±0施設、全国6.7施設）、一般診療所は71.8施設（対前年+1.2施設、全国79.5施設）となっています。

(イ) 人口10万対病床数は、平成27年10月1日現在、病院は1,335.9床（対前年度+0.8床、全国1,232.1床）、診療所は88.6床（対前年▲6.7床、全国84.7床）となっています。なお、病院の病床数は前年度より265床減少していますが、人口10万対病床数は増加となっています。

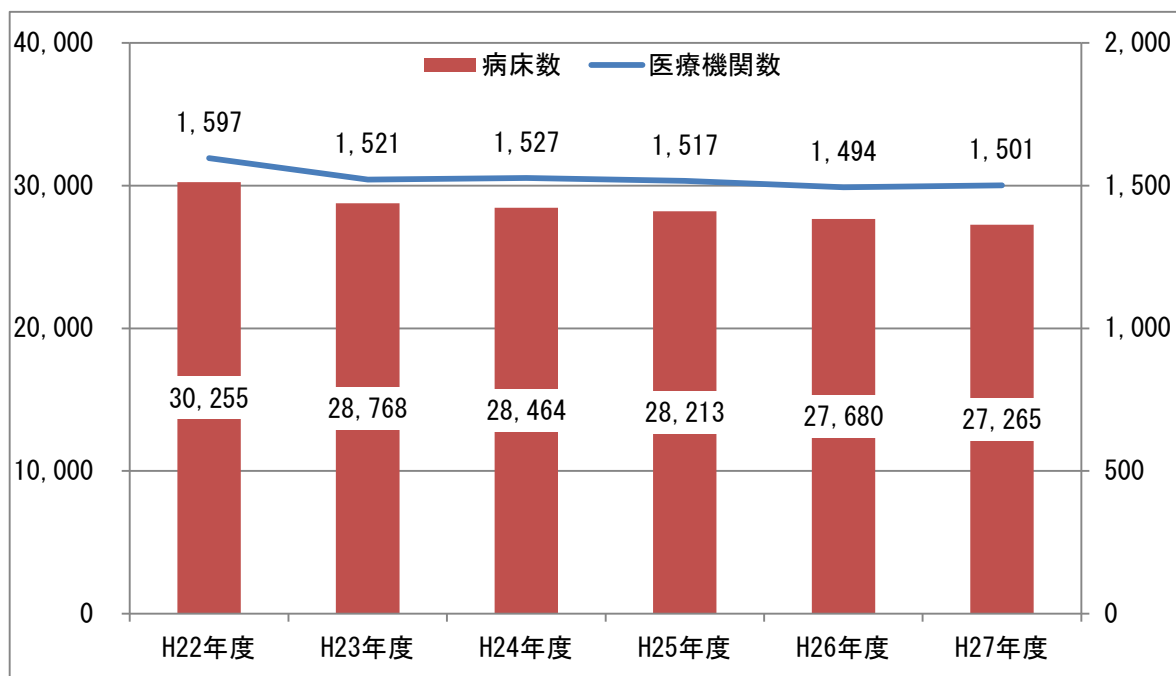
なお、診療所は、いずれも減少しています。

(ウ) 震災前（平成22年10月1日現在）との比較では、医療施設は▲96施設、病床は▲2,990床となっています。なお、医療施設の減少率は、一般診療所は▲5.70%、病院は▲9.29%、病床数の減少率は、一般診療所は▲25.26%、病院は▲8.64%となっています。

(エ) 医療費の多くは入院医療費が占めていることから、医療費と病床数には相関関係があると言われてますが、本県においては、人口10万対病床数は病院で全国平均を103.8ポイント、一般診療所で3.9ポイント上回っていますが、1人当たり医療費（入院）は、0.65ポイント下回っていますので強い相関関係は認められません。

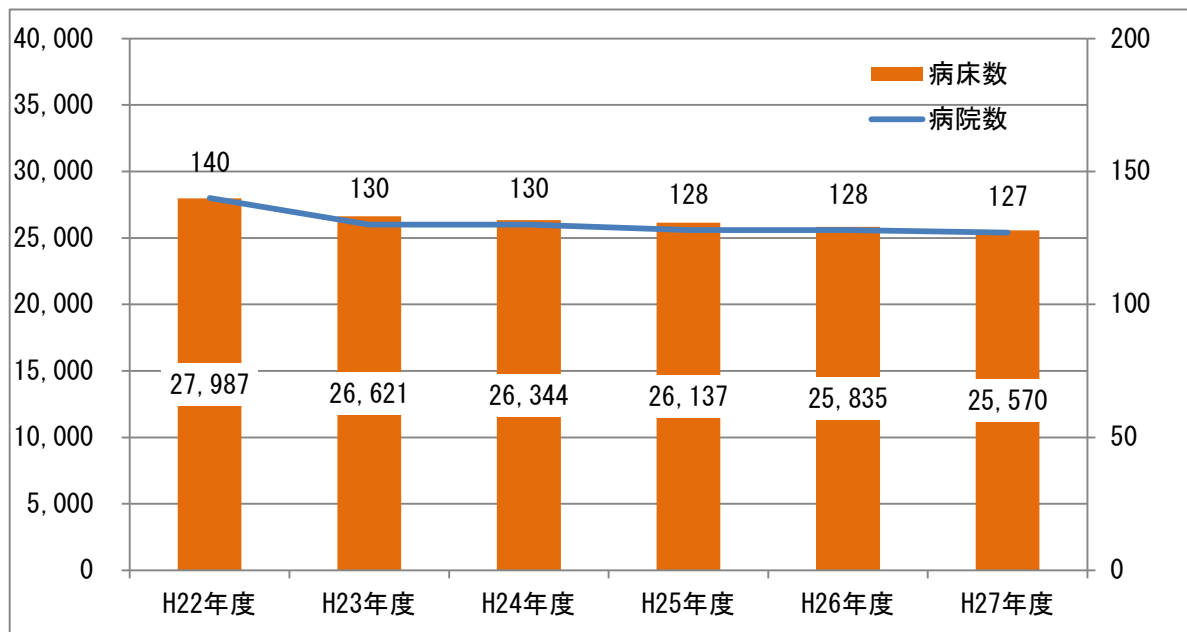
なお、本県の病床利用率は、73.1%で全国最下位となっています。

表 2-31 医療機関（病院・診療所）数及び病床数の推移



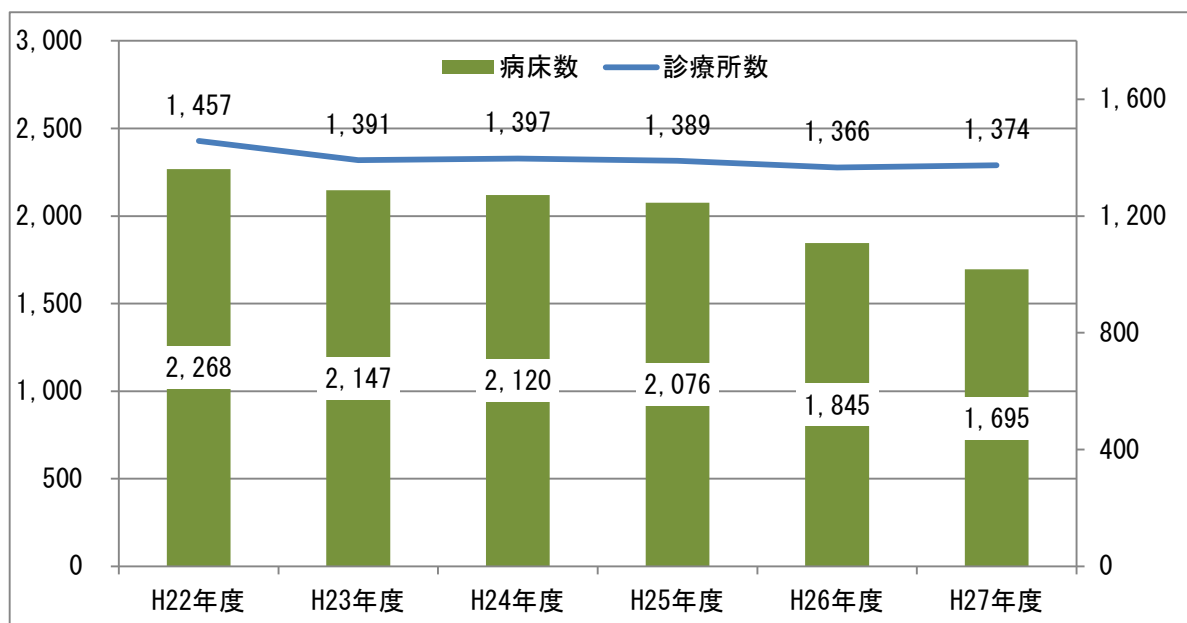
（出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査（病院・診療所）医療施設調査」）

表 2-32 病院数及び病床数の推移



(出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査（病院・診療所）医療施設調査」)

表 2-33 診療所数及び病床数の推移



(出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査（病院・診療所）医療施設調査」)

表 2-34 人口 10 万人対施設数

	病 院		一般診療所		歯 科 診療所	
	精神科 病院	一般 病院		有床 (再掲)		
H23 年度	6.5	1.2	5.4	69.9	8.2	44.2
H24 年度	6.6	1.2	5.5	71.2	8.3	44.6
H25 年度	6.6	1.2	5.4	71.4	8.1	44.7
H26 年度	6.6	1.2	5.4	70.6	6.9	44.4
H27 年度	6.6	1.2	5.4	71.8	6.4	44.7
全国 H27 年度 (参考)	6.7	0.8	5.8	79.5	6.3	54.1

(各年度 10 月 1 日現在)

(出典：厚生労働省「医療施設（動態）調査病院報告」)

表 2-35 人口 10 万人対病床数及び利用率

平成27年10月1日 現在	人口10万対病床数		病床利用率 (%)	全国順位
	病院	一般診療所		
福島県	1 335.9	88.6	73.1	47位
全国	1 232.1	84.7	80.1	

(出典：厚生労働省「医療施設（動態）調査病院報告」)

(オ) 二次医療圏ごとの人口 10 万人あたりの病院病床数は、県南地区及び南会津地区が県平均・全国平均ともに下回っています。診療所病床数は、県南地区、会津・南会津地区が県平均・全国平均ともに下回っています。

県全体では、病院病床数・診療所病床数ともに、全国平均を上回っていますが、地域ごとのばらつきは大きい状況にあります。

(カ) 二次医療圏における医療費と病床数の相関関係は、病院病床数の多い地区は 1 人当たり医療費も高い傾向にあり、相関関係がみられます。

表 2-36 二次医療圏ごとの医療施設

医療圏	病院病床数		診療所病床数		1人あたり医療費 (円)
	総数	人口10万対	総数	人口10万対	
県北	6,072	1,263.3	416	86.5	312,882
県中	7,361	1,379.0	468	87.7	310,008
県南	1,521	1,038.6	93	63.5	301,741
会津	4,078	1,617.1	127	50.4	321,573
南会津	98	347.7	19	67.4	341,780
相双	2,619	1,450.7	151	83.6	360,389
いわき	4,826	1,454.0	405	122.0	348,172
福島県	26,575	1,360.2	1,679	85.9	324,250
全国	1,565,968	1,222.8	107,626	84.0	327,455

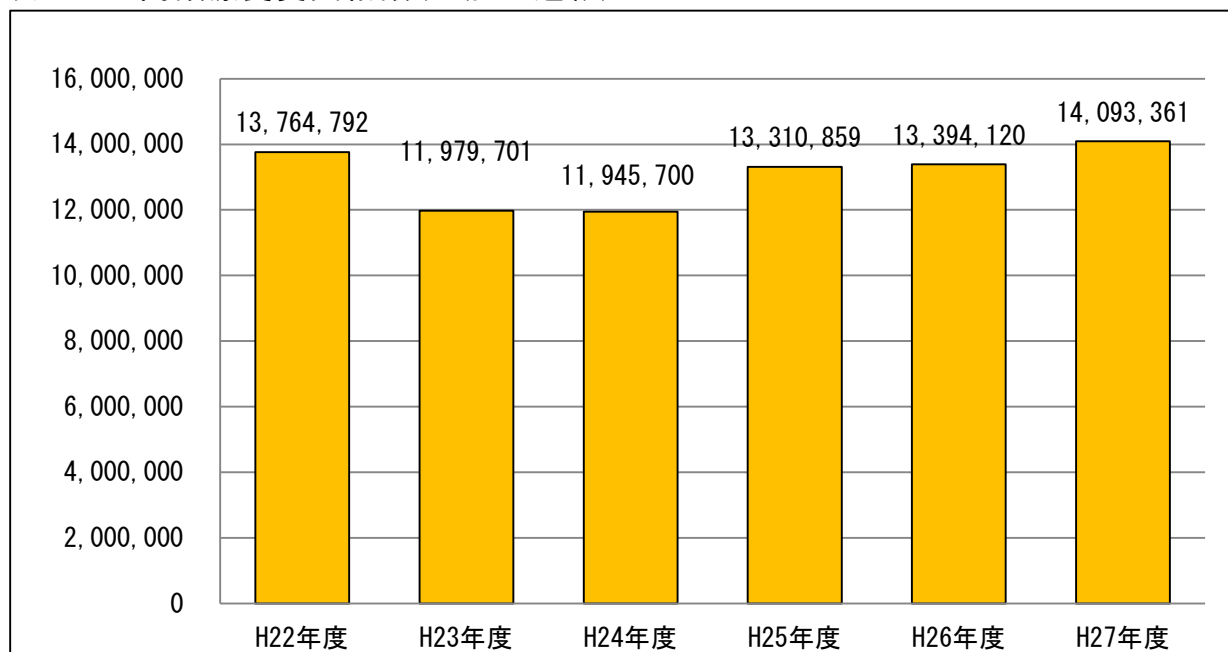
全国値は、「医療施設調査」（平成27年10月1日現在）、1人あたり医療費は、「平成26年度医療費の地域差分析」出典：病院病床数、診療所病床数は（「福島県保健福祉部調べ（平成28年4月1日現在）」）

カ 高額療養費の支給状況

平成27年度の高額療養費の支給額は、140億9,336万円で前年度比6億9,924万円（5.22%）増加しています。

表 2-37 高額療養費支給額（一般＋退職）

（単位：千円）



（出典：福島県「国民健康保険事業状況報告書」）

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（平成37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、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（平成37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

ア 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（対前年度+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。

イ 主な歳入は、国保税が15.26%（410億7,635万円）、国庫支出金が24.81%（667億7,151万円）、前期高齢者交付金が16.78%（451億5,880万円）、共同事業交付金が21.50%（578億6,727万円）となっています。

ウ 主な歳出は、保険給付費が57.66%（1,469億4,391万円）、後期高齢者支援金等が10.67%（271億8,190万円）、共同事業拠出金22.70%（578億6,096万円）となっています。

エ 保険財政共同安定化事業の対象事業が平成27年度から全ての医療費に拡大したため、共同事業交付金・拠出金は急増しました。

オ 平成27年度は保険基盤安定制度の保険者支援措置の拡充があったものの、療養給付費等交付金の減が大きく、単年度収支差額は平成26年度と比較し大幅に減少しました。

表 2-38 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) 医療費の推計

ア 被保険者数

国立社会保障・人口問題研究所がまとめた「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）の本県の75歳未満の人口に、平成27年度の被保険者数の割合を乗じて推計しました。

平成30年度 492,102人（対平成27年度 ▲2.30%）

平成37年度 445,660人（対平成27年度 ▲11.52%）

イ 医療費

療養の給付（a入院費、b入院外、c歯科、d調剤、e食事療養、f訪問看護）及び療養費等のそれぞれの費用額の伸び率平均（平成22～27年度、ただし、東日本大震災の影響が大きい平成23及び24年度を除く。）を算出します。aからgまでの合計の費用額が、平成28から平成37年度までの10年間のそれぞれの伸び率で推移すると仮定して、各年度のa～gの合計額を算出し、各年度の平均被保険者数で除して、一人当たりの療養諸費とします。

平成30年度医療費 170,547百万円（対平成27年度 ▲0.84%）

一人当たり 346,569円（対平成27年度 +1.49%）

平成37年度医療費 168,392百万円（対平成27年度 ▲2.10%）

一人当たり 377,849円（対平成27年度 +10.65%）

ウ 財政運営見通し

新制度後は、県が県全体の財政運営を担うとともに、財政支援の拡充や財政安定化基金の設置により、国民健康保険の安定化が見込まれます。

しかしながら、1人当たりの医療費が伸びる一方、被保険者数の減少により医療費は減少していくことが見込まれますが、被保険者の国保税率の上昇を抑制するためにも、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

国保事業は、国保税と国庫負担等の特定の収入をもって、保険給付を主とする特定の支出に充てる事業運営を行っています。そのため、国保事業を健全かつ安定的に運営するために、国保に関する収入支出は、市町村の一般会計とは区分し特別会計を設けて運営されています。

また、国保改革に伴い、市町村が県に国保事業費納付金（以下、「納付金」という。）を納付することにより、保険給付費等は、県が市町村に交付する保険給付費等交付金（以下、「交付金」という。）（普通給付）等で賄われます。

国保が一会計年度単位で行う短期保険であることから、国保特別会計においては、納付金に必要な支出は、当該年度の国保税や交付金（特別給付）等で賄うことにより、収支が均衡できるよう運営していくことが重要です。

そのため、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 県国保の財政運営の基本的な考え方

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（普通給付）等は、市町村から納付される納付金や国及び県公費などによって、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。

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。

なお、決算補填等目的の法定外一般会計繰入とは、下記のとおりとします。

- | | |
|---|------------------------|
| a | 決算補填目的のもの |
| | ○国保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 |
| | ○国保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 |

2 赤字市町村の現状

平成27年度の赤字市町村は13市町村（全体の22%）であり、赤字額は5億182万円です。

表 2-39 赤字市町村の現状

	赤字市町村数	赤字額
H25年度	13市町村	721,702,207円
H26年度	12市町村	460,314,000円
H27年度	13市町村	501,825,736円

3 赤字解消計画

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、国保税設定、国保税収納率等）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等を設定する赤字解消計画を策定します。

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します。なお、

その際、必要に応じて取組内容は見直すこととします。

赤字解消計画期間は、3年間を基本とし、計画の最終年度は平成35年度までとします。

第4節 財政安定化基金について【協議中】

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により財源不足となった場合に備え、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、県及び市町村に貸付を行います。また、「特別な事情」が生じた場合には、市町村に貸付又は交付を行います。

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、納付金の県への納付にあたって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の当該市町村の納付金に上乗せし、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」と認められる場合、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、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 県への貸付

保険給付費が増大又は公費の収入見込額が減少する場合、県は基金からの貸付により対応します。償還は、貸付年度の翌々年度の市町村の納付金に上乗せします。

第5節 PDCAサイクルの実施に関する取り組み

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あります。

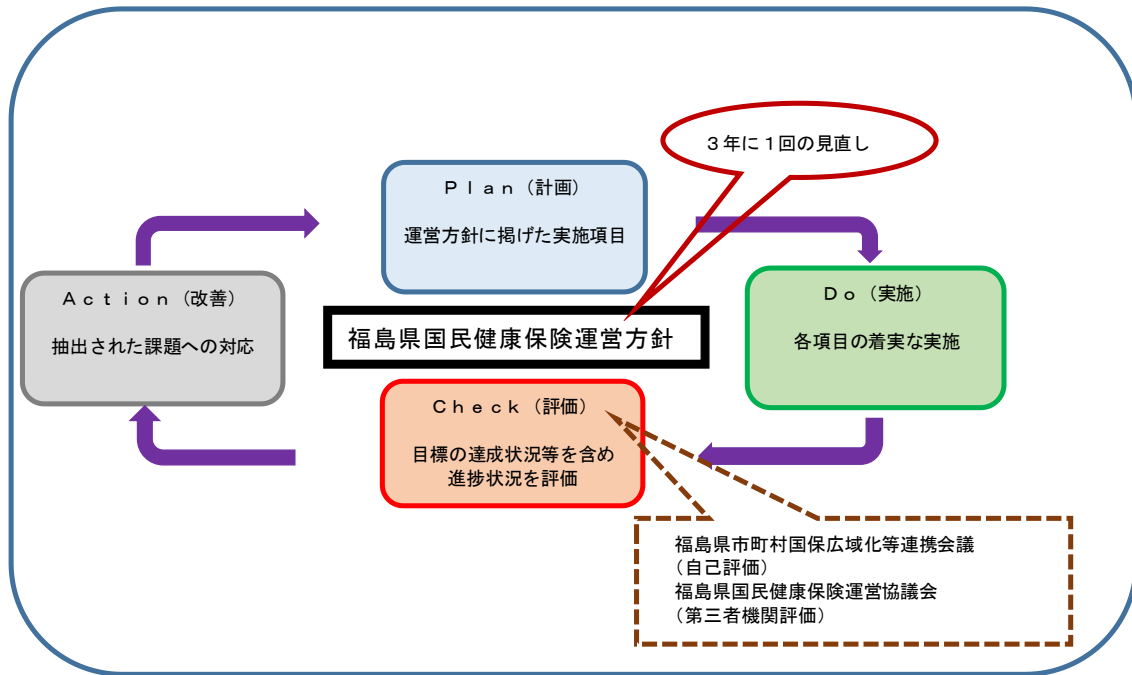
さらには、年々被保険者数が減少する中において、市町村事務の効率的・広域的な取組への検討も求められています。

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、連携会議にて自己評価を行い、さらに、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。

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せんが、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、原則3年に1回、市町村に指導・助言を行います。

表 2-40

P D C A サイクルのイメージ



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(税)率を示すことで、標準的な住民負担の「見える化」を図ることとなります。

さらに、県は、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、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

- (1) 保険料(税)については、医療分、後期高齢者支援金分及び介護納付金分の3区分に分かれています。
- (2) 算定方式については、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)の3種類があります。

表3-1 平成27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	37	22	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、両者の賦課割合については、現状では応能割の方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ますが、その賦課割合については、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59市町村ともに国保法施行令29条の7において規定する金額(医療分：54万円、後期高齢者支援金分：19万円、介護納付金分：16万円)

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、「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」（平成28年4月28日付け厚生労働省保険局国民健康保険課、以下「ガイドライン」という。）に基づいて算定します。

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 については、年齢調整を加味した医療費を指数化した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水準を反映した納付金の配分になり、0に近づくほど医療費水準を反映しない（被保険者数・世帯数と所得のみで配分）配分になります。

本県では、原子力災害による避難指示区域等を抱える市町村は、医療費の一部負担金の減額により医療費指数が高い現状にあります。そのため、 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、医療費水準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、医療費指数の県内格差が大きい現状においては、市町村の医療費水準を反映した「 $\alpha=1$ 」を基本としますが、医療費指数反映係数 α については、将来的な保険料負担の平準化を進めるため、市町村と協議をしながら設定していきます。

(3) 所得係数 β

所得係数 β は、所得のシェアをどの程度納付金の配分に反映させるかを調整する係数です。

具体的な各市町村の所得の割合と被保険者数・世帯数の割合は、次のとおりです。

$$\beta * (\text{所得の割合}) : (\text{被保険者数} \cdot \text{世帯数の割合}) \cdots \textcircled{1}$$

β は、1近辺の数値となりますが、 $\beta=1$ の場合（所得水準が全国平均の場合）は①式の所得の割合と被保険者数・世帯数の割合50:50になります。 β が1より小さい場合は、所得の割が低く、反対に、 β が1より大きい場合は、所得の割合が高くなります。

β については、「(県平均の一人当たり所得) / (全国平均の一人当たり所得)」により算出され、 β を使うことが基本とされますが、市町村の現行の賦課割合において応能割が高い現状にあるため、激変緩和の観点から β と異なる β' についての検討を進め、市町村と協議しながら設定していきます。

(4) 納付金に含める保険給付の範囲【協議中】

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に加えて、給付額が標準化される出産育児一時金及び葬祭費についても含めることとします。

(5) 高額医療費負担金等

高額医療費負担金等については、医療費反映係数 α を1に設定することにより、高額療養費が多額となり医療費指数が上昇し納付金の配分が大きくなるような市町村に配慮する必要があります。そのため、県全体から差し引くのではなく各市町村の過去の発生の状況に応じて各市町村個別に差し引く取扱いとします。

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、固定資産税総額、被保険者数及び世帯数に応じて、保険料（税）率（所得割率、資産割率）及び保険料額（均等割（人数）額、平等（世帯）割額）を算定するものです。

(1) 算定方式

支援方針において市町村の保険料（税）率算定方式については4方式から3方式を目指しています。しかしながら、今なお半数を超える市町村が4方式（表3-1）により算定しています。

4方式については固定資産税との二重課税であるとの批判があることや、利益が出ない固定資産の保有は必ずしも担税力に結びつかないなどの理由から、3方式としましたので、市町村標準保険料率についても3方式とします。

引き続き、4方式の市町村においては、3方式への移行を目指すこととします。

なお、市町村の保険料（税）算定方式については、納付金の算定に資産割を加味していないことから、平成●●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) 賦課割合

ア 応能割と応益割

応能割と応益割の賦課割合については β' : 1とし、市町村と協議しながら設定します。

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27年度の県全体の実績も

均等割：平等割＝33：17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、下記のとおりとなります

$$\text{所得割：均等割：平等割} = \frac{\beta'}{\beta' + 1} : \frac{0.7}{\beta' + 1} : \frac{0.3}{\beta' + 1}$$

2 都道府県標準保険料率

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に算定する保険料(税)率です。

なお、算定方式は、所得割と均等割の2方式で算定します。

3 激変緩和措置【協議中】

(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)率の負担が増加する可能性があります。

そのため、保険料(税)率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(2号分)及び特例基金からの繰入金により対応することとされています。

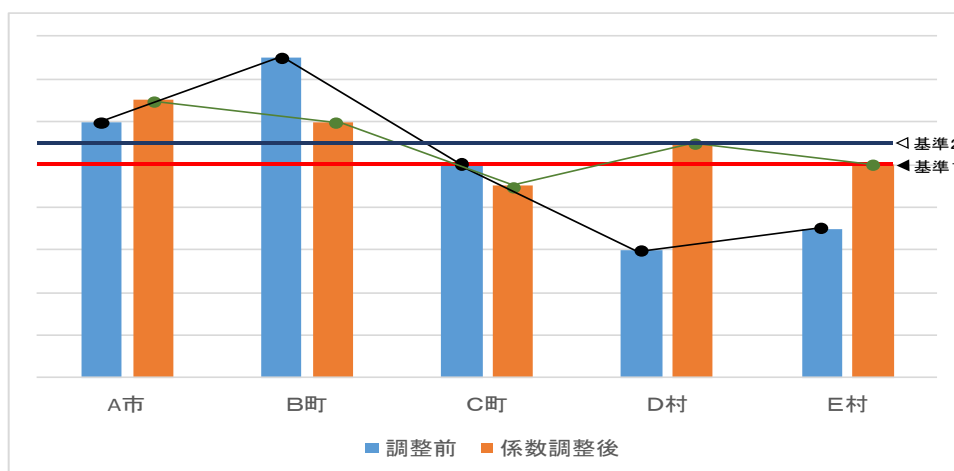
なお、国保法により特例基金は、平成30年度から平成35年度までとされているため激変緩和措置の実施期間は6年間を基本とします。

(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)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があります。

【係数調整による負担感の変動のイメージ】



係数調整後は、基準2への市町村ごとのバラツキは少なくなります。

基準 1 : 前年度と同一の一人当たり負担水準

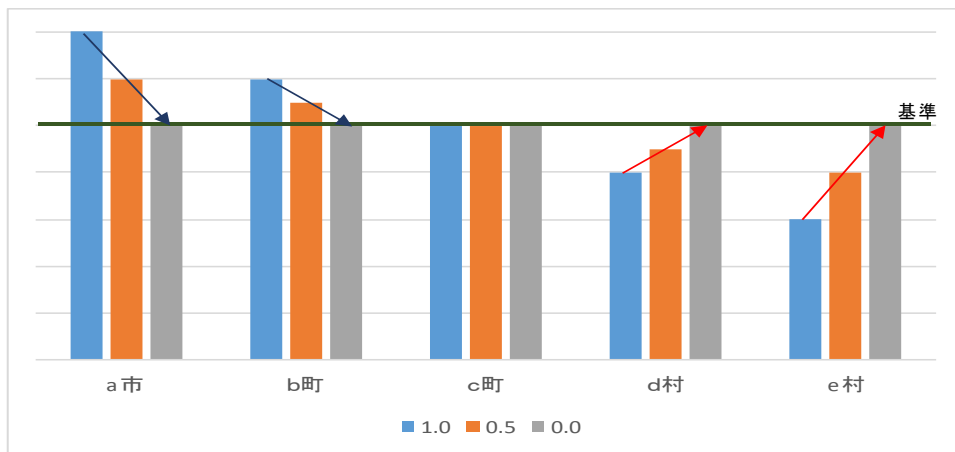
基準 2 : 医療費の伸びを加味した一人当たり負担水準)

※ 調整前は、基準 1 (前年度の一人当たり負担水準) との格差が大きいが、調整後は格差が縮まりますが、A市、D市、E市は、調整前より負担感が強くなります。

ア 医療費指数反映係数 α による調整

医療費指数反映係数 α は、医療費指数を納付金の配分にどの程度反映させるかを調整することができるので、医療費水準の格差による納付金額が算定されます (α を 1 とすれば、市町村の医療費水準に応じた負担となり、0 とすれば、医療費水準によらない負担となります)。

【医療費反映係数 α を調整することによる負担感変動のイメージ】



α を調整することにより医療費指数による基準へのバラツキが少なくなります。

※ α を 1 から 0 に変化させた際の負担感の推移状況

※ α は 1 から 0 の間の数値をとる

※ a, b, c, d, e の順に医療費指数は高いものとする

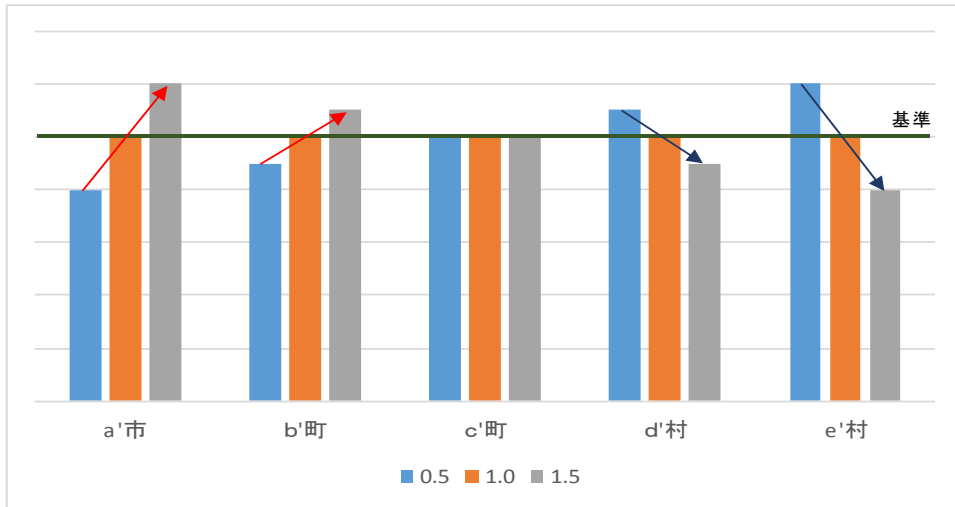
※ c は医療費指数が 1 であるとする

イ 所得係数 β (β' を設定すること) による調整

所得係数 β については、所得のシェアをどの程度納付金に反映させるのかを調整する係数であり、なお、原則は β ですが県が任意に β' を設定することもできます。

一人当たり所得の違いによる納付金額の差を調整することができます (β (β') には決められた値域はないが、“1” 近辺とされています。数値が低いほど、応益割の課税ベースが大きくなり相対的に応能割の課税ベースが小さくなるため、低所得者の相対的な負担増につながる。反対に数値が高いほど、応能割の課税ベースが大きくなり相対的に応益割の課税ベースが小さくなるので、低所得者の相対的な負担軽減につながります)。

【所得係数 β (β') を調整することによる負担感変動のイメージ】



所得水準を調整することにより基準へのバラツキが少なくなります。

- ※ β' を 0.5 から 1.5 に変化させた際の負担感の推移状況
- ※ a' , b' , c' , d' , e' の順に一人あたり所得は高いとする
- ※ c' は一人あたり所得が県平均と同値であるとする

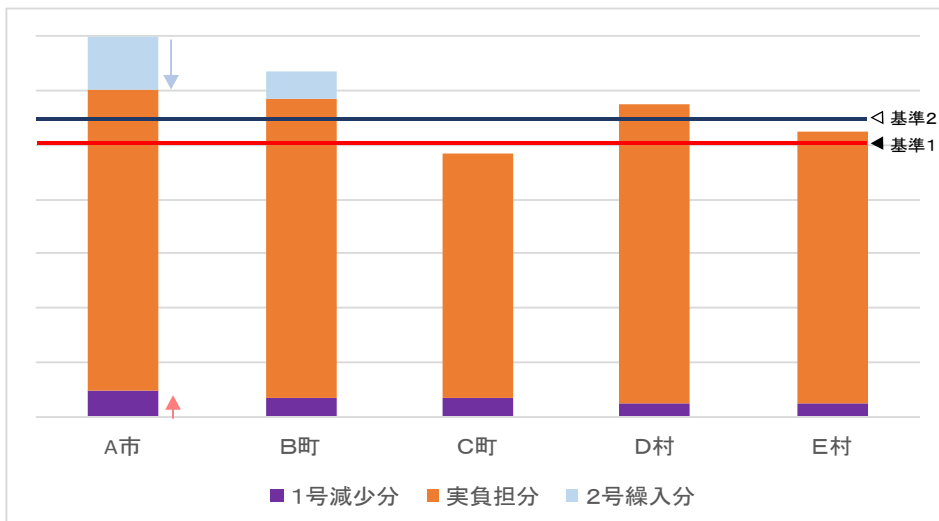
ウ 県繰入金(2号分)の活用

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国保税負担が看過できないほど大きくなるということもありません。

そこで次の調整としては、県が個別市町村ごと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。

納付金額の上昇要因としては、制度移行によるもののほかに、医療費の上昇による納付金必要額の上昇も考えられますので、この上昇（自然増）分を超えた市町村について公費充当を行います。

【県2号繰入金の充当による対応のイメージ】



医療費の上昇分を上回る部分については、県繰入金(2号分)により軽減します。

基準 1：前年度と同一の一人当たり負担水準

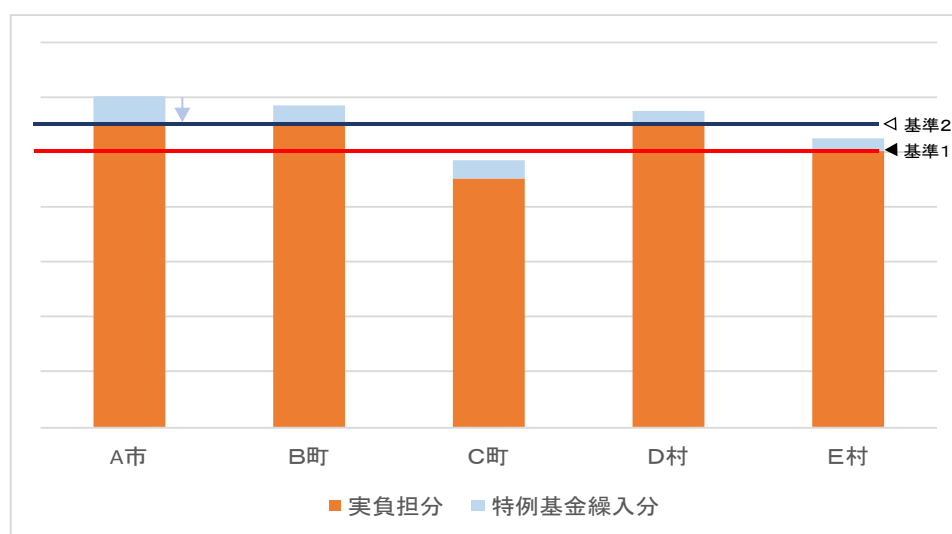
基準 2：医療費の伸びを加味した一人当たり負担水準

エ 特例基金の繰入金の活用

県 2 号繰入金による激変緩和措置が多額となると県 1 号繰入金を流用することになり、その結果、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（1 号分）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。

【特例基金繰入のイメージ】



特例基金は県繰入金（1号分）を補填することになるため、各市町村の納付金を下げることになります。

基準 1：前年度と同一の一人当たり負担水準

基準 2：医療費の伸びを加味した一人当たり負担水準

第 4 節 標準的な収納率

標準的な収納率は、市町村標準保険料率を算定する上で重要な数値です。仮に高い収納率を設定すると、市町村標準保険料率は引き下がり、それを参考に市町村が国保税率を設定した場合は、結果として必要な保険料収入得ることができなくなります。

標準的な収納率の設定については、ガイドラインにおいては、「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こと。」と規定されています。

そのため、標準的な収納率については、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。

表 3-3 保険者規模別標準的収納率

被保険者規模区分	標準的収納率
(ア)7 万人以上	87.0%
(イ)5 万人以上 7 万人未満	90.0%
(ウ)1 万人以上 5 万人未満	91.0%
(エ)7 千人以上 1 万人未満	91.5%
(オ)7 千人未満	92.0%

※ 原子力災害による旧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、国保税の減収補填がなされていますので、その公費分については、表 3-3 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）率の一本化【協議中】

1 基本的な考え方

保険料（税）率については、市町村ごとに設定することを基本としていますが、今回の制度改革により、県が財政運営の責任主体となり、保険料（税）も市町村からの納付金で賄うこととされ、その算定方法も市町村と協議のうえ、県が決定することになりますので、その協議の中で、市町村の国保税の賦課方式、医療費格差の調整、市町村ごとの保健事業等の標準化さらには標準的な収納率を調整していくと、保険料（税）の一本化について可能な仕組みとなります。

しかしながら、市町村の 1 人当たりの医療費格差が 1.65 倍（平成 26 年度 最大：広野町 443,437 円、最小：古殿町 266,571 円）中にあって、既に統一保険料としている本県の後期高齢者医療制度における医療費格差が 2.35 倍（平成 26 年度 最大：広野町 1,223,871 円、檜枝岐村：519,853 円）であります。保険者である福島県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が保険料を決定する仕組みであるため、直ちに市町村ごとに保険料（税）を決定する国保とは比較できません。

よって、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保険料とすべきという市町村との共通認識の下、様々な課題を克服しながら、段階を踏んで統一保険料を目指します。

2 課題及び解決に向けた方向性

(1) 賦課方式

3 方式とします。

(2) 保健事業及び付加給付

事業内容の統一化に向けて調整を図り、国保事業費納付金に加算します。

(3) 医療費格差

医療費の適正化に向けた取組を積極的に進め、県全体の格差是正を図ります。

3 保険料水準の統一及び統一保険料

(1) 保険料水準の統一

平成●●年度を目指し、医療費指数反応係数を0（医療費指数を反映しない納付金調整）とし、保健事業及び付加給付を標準化した後の市町村標準保険料率をもって、市町村の保険料（税）率とします。

(2) 県統一保険料

保険料水準の統一後、標準的な収納率を調整し、早期の県統一保険料を目指します。

第4章 市町村における保険料の徴収の適正な実施に関する事項

趣旨： 国保税は、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、国保財政に必要な国保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 国保税収納の現状

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、平成25年度以降は前年度を下回っており、全国平均収納率（91.45%）を1.35ポイント下回っています。

なお、平成26年度の滞納繰越分調定額は約179億円であり、現年度分調整額約438億円の4割を超える状況にあります。

表4-1 収納率（現年度）の推移

（単位：％）

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
福島県収納率	86.88	89.27	90.39	90.38	90.18	90.10
全国平均収納率	88.61	89.39	89.86	90.42	90.95	91.45
福島県全国順位	41位	37位	34位	38位	40位	42位

（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ポイント以上上昇しており、全国平均収納率も上回っています。

表4-1 収納率（過年度）の推移

（単位：％）

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
福島県収納率	13.05	14.75	18.89	18.38	19.44	20.92
全国平均収納率	14.07	15.35	16.46	17.68	18.81	-

（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

平成27年度の国保税に滞納がある世帯は、前年度より3,915世帯減少して51,899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1.54ポイント減少し17.18%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 4-2 滞納世帯の推移

	H25 年度	H26 年度	H27 年度	平均
滞納世帯数(世帯)	56,160	55,814	51,899	54,624
滞納世帯割合(%)	18.67	18.72	17.18	18.19
滞納世帯割合【全国】(%)	18.1	17.2	16.7	17.3

(出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」)

表 4-3 短期被保険者証交付の推移

	H25 年度	H26 年度	H27 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(%)	3.90	3.62	3.43	3.65
短期被保険者証交付世帯割合【全国】(%)	5.7	5.5	5.1	5.4

(出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」)

表 4-4 被保険者資格者証明書の交付の推移

	H25 年度	H26 年度	H27 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(%)	1.26	1.34	1.18	1.26
資格証明書交付世帯割【全国】(%)	1.3	1.3	1.2	1.2

(出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」)

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 4-5 のとおりですが、特にコンビニ収納(+6 市町村)、インターネット公売(+2 市町村)などに取組む市町村が増えています。

表 4-5 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ペー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) 口座振替率等の現状と推移

平成 26 年度の口座振替の実施状況は、表 4-6 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。全国ではいずれの割合も前年度より増加しており、特に、調定額割合及び収納額割合は、10 ポイント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 4-6 口座振替等の状況 (単位：%)

	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	38.91	39.51
口座振替率【全国】	40.01	40.09		
口座振替調定額割合【全国】	46.97	47.15		
口座振替収納額割合【全国】	49.76	49.77		
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	11.74		

(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

本県のこれまでの支援方針における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きました。

しかし、平成 25 年度以降、本県の収納率はわずかずつですが下降しており、また、全国平均収納率を下回り全国中位の目標を達成していません。

そのため、引き続き、支援方針と同様の 91%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 4-7 のとおり 5 区分で設定します。

表 4-7 被保険者規模別目標収納率

被保険者規模	目標収納率
(7)5万人以上	90.00%
(4)1万人以上5万人未満	92.67%
(7)3千人以上1万人未満	92.70%
(E)1千人以上3千人未満	94.39%
(オ)1千人未満	95.92%

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 26 年度においては全国平均を 0.6%上回っています。引き続き、現在の収納額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、必要な支出は国保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、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、国保運営方針における収納対策の活用や、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り組みを行います。

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の活用や、口座振替の向上に資する取り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、国保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【協議中】

県は、適正な国保税の確保や被保険者間の負担の公平を図るため、短期被保険者証・資格証明書の交付基準の作成を進めます。

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： 不正請求への対応や第三者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に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。

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す。

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26年度の点検事項別の実施状況は、資格点検は58市町村で実施しています。内容点検は、調剤報酬明細書との突合が59市町村、縦覧点検が58市町村、診療報酬点数表との照合が55市町村、第三者行為が53市町村、検算が52市町村、給付制限が51市町村で実施しています。実施状況は、前年度とほとんど変わっていません。

(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のとおりとなっています。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)

区分 年度	過誤調整分		過納金等 調定分	合計	全国
	資格	内容			
H24	1,382	630	313	2,325	1,990
H25	1,281	652	379	2,312	2,052
H26	1,168	588	404	2,160	2,057

(出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」)

(3) 一人当たりの財政効果率

過去3年度の一人当たりの財政効果額は、表5-2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5-2 レセプト点検による一人当たりの財政効果率

区分 年度	福島県		全国	
	資格	内容	資格	内容
H24	0.90	0.25	0.80	0.19
H25	0.88	0.22	0.80	0.18
H26	0.81	0.24	0.78	0.18

(出典：厚生労働省「国民健康保険事業の実施状況報告」)

2 柔道整復療養費

(1) 患者調査の実施状況

平成 26 年度は、7 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」等に対して、負傷部位や原因の調査等を実施しています。

実施市町村及び患者への調査票の送付件数とも前年度を上回っています。

(2) 医療費通知の実施状況

平成 27 年度は、49 市町村が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。

(3) 被保険者への広報

平成 26 年度は、〇〇市町村が、被保険者等に柔道整復療養費の正しい知識を普及させるため、パンフレットの配布、〇〇等を行いました。

3 第三者求償事務

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。

返納金の調定状況（交通事故に係るもの、平成 26 年度）は、次のとおりです。

傷病届の受付件数	〇〇〇件（全国	）
調定件数	〇〇〇件（全国	）
調定額	〇〇〇円（全国	）
収納額	〇〇〇円（全国	）
収納率	〇〇%（全国	）
不能欠損額	〇〇〇円（全国	）

平成 27 年度の求償事務処理は、国保連合会への委託による実施が 54 市町村、市町村による実施が 5 市町村となっています。

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。

※平成 27 年度国民健康保険事業実施状況報告の結果を受けて追記

第 2 節 県による保険給付の点検、事後調整【協議中】

1 レセプト点検【協議中】

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

実施する事務であるが、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、市町村の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取組について、市町村、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 柔道整復、はり・きゅう、マッサージの適正化

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、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、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。

第4節 レセプト点検の充実強化【協議中】

1 研修会の充実

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。

直接雇用のレセプト点検員の資質向上のため、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【協議中】

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

「一の世帯で完結する異動」とは、次のいずれかに該当するものとします。

ア 他の世帯と関わらず、当該世帯内の世帯主及び国保被保険者の数が変わらない住所異動

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世帯主及び国保被保険者の数の増加又は減少を伴う住所異動

具体的には、出産、社会保険離脱及び生活保護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、世帯合併により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世帯主及び国保被保険者の数の増加及び他の世帯への異動による世帯主及び国保被保険者の数の減少をいう。）の場合

ア 世帯主と住所の両方に変更がない世帯

具体的には、婚姻により子が独立して他市町村へ住所異動した場合の、元の住所地に残る世帯主の変更がない親世帯が該当。

イ 転入する世帯の世帯主が主宰する世帯

具体的には、子ども世帯が実家世帯と合併すると同時に、当該子どもが世帯主になって新たな世帯を形成する場合が該当。

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。)受診率は、平成26年度は38.8%(全国 35.4%)で全国を3.4%上回っています。男女別では、男性が34.2%(全国 31.4%)女性が43.4%(全国 38.9%)であり、いずれの年代でも男性の受診率が女性を下回っています。

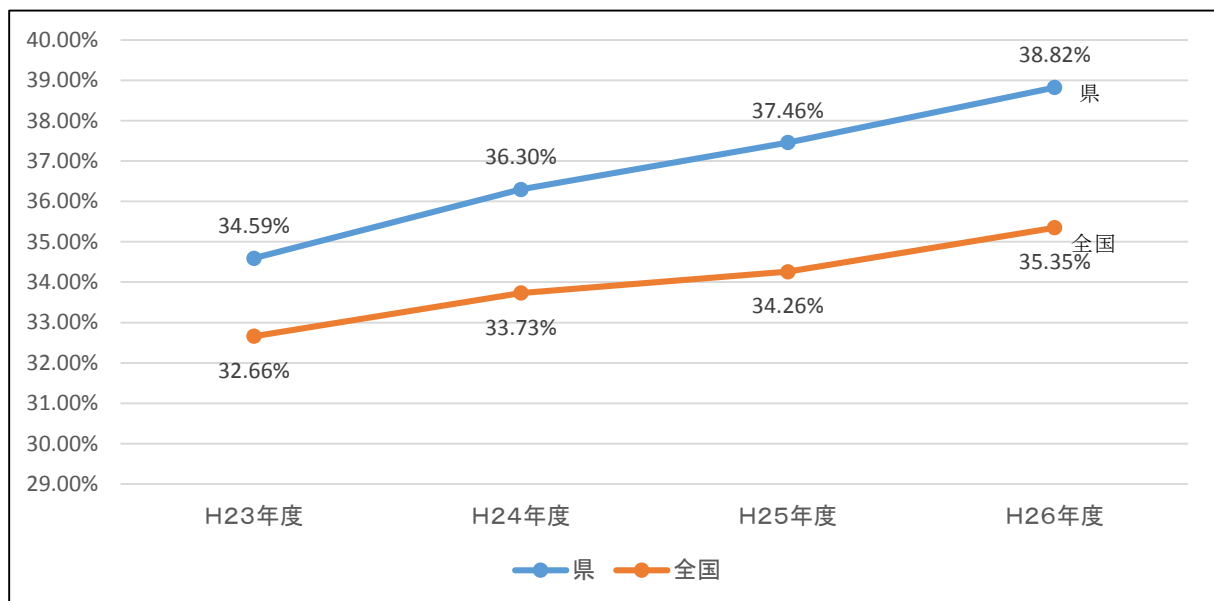
なお、市町村国保の受診率目標である60%以上を達成している市町村は、8市町村であり、うち6市町村は会津地方となっています。

保険者の規模により受診率のバラツキが大きく、また、中規模の保険者は全国平均を下回っています。

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受診率向上策を41保険者が実施していますが、ターゲットを絞ること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。

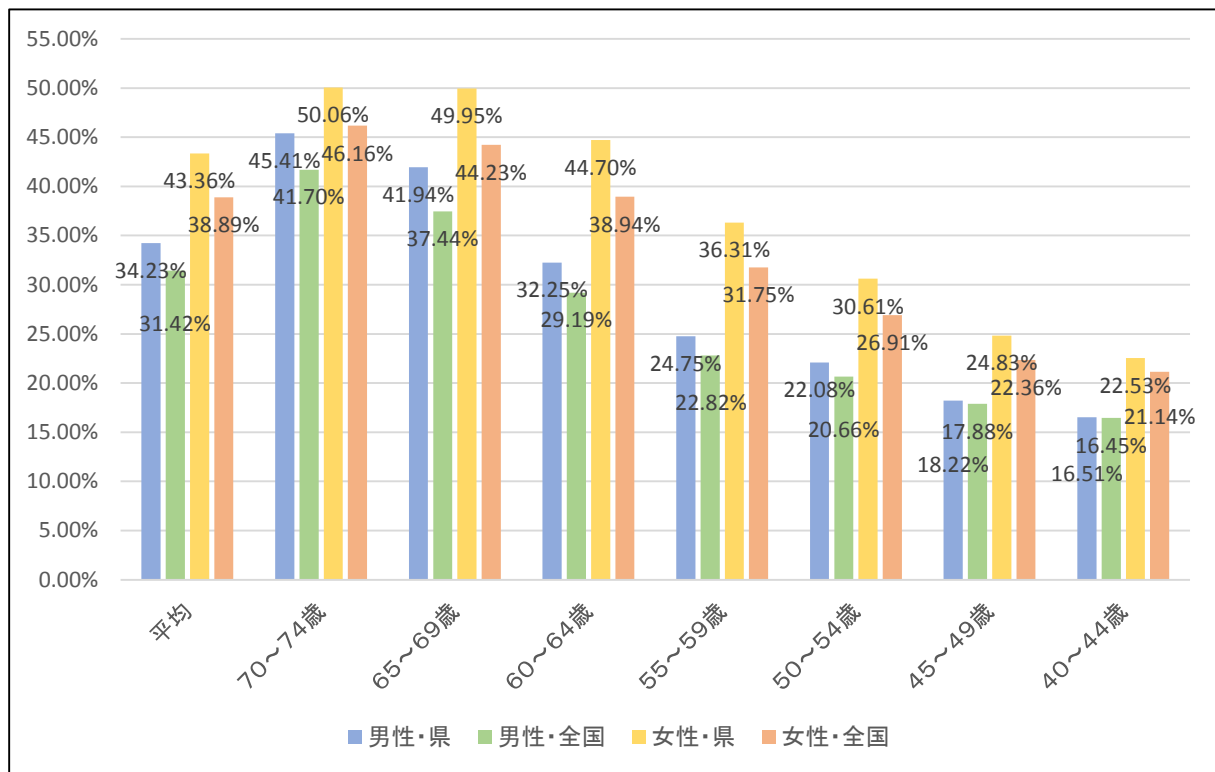
※ 特定健康検査(以下、「特定健診」という。)は、生活習慣病予防のためメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目し、40歳から74歳までの方に保険者が実施する健診です。

表6-1 特定健診実施率の推移(平成23年度～平成26年度)



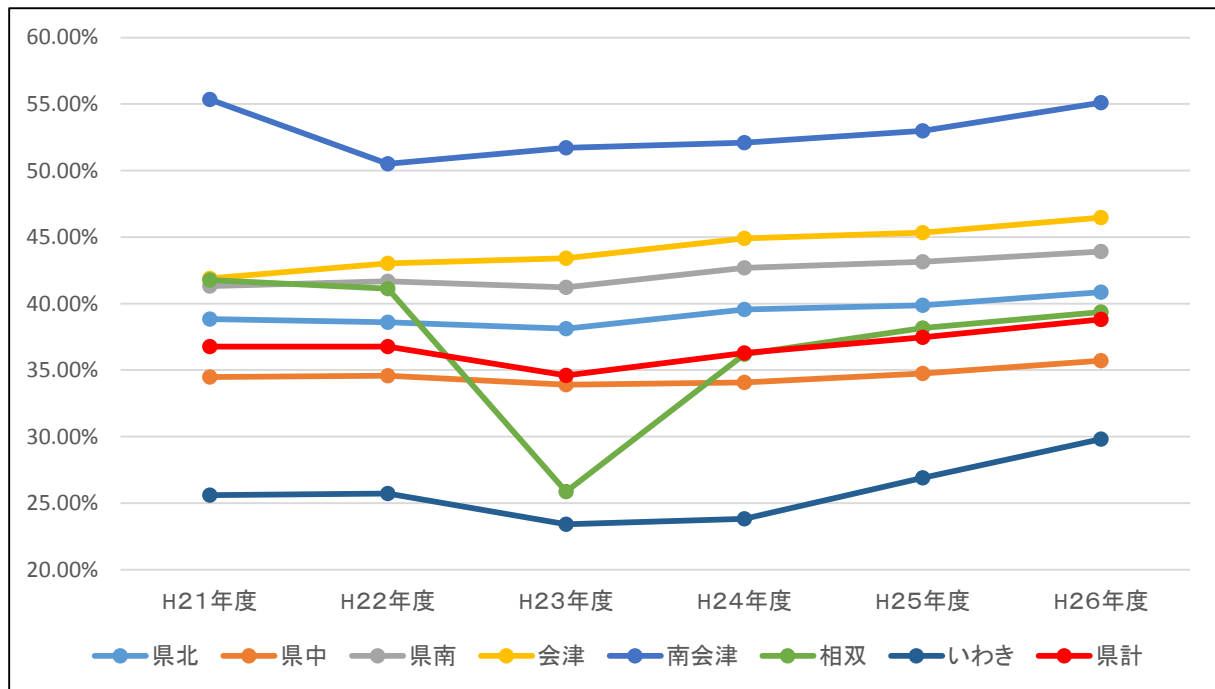
(出典: 国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況について」)

表 6-2 特定健診実施率の推移（年齢階層別の受診者（男女別）【平成 26 年度】）



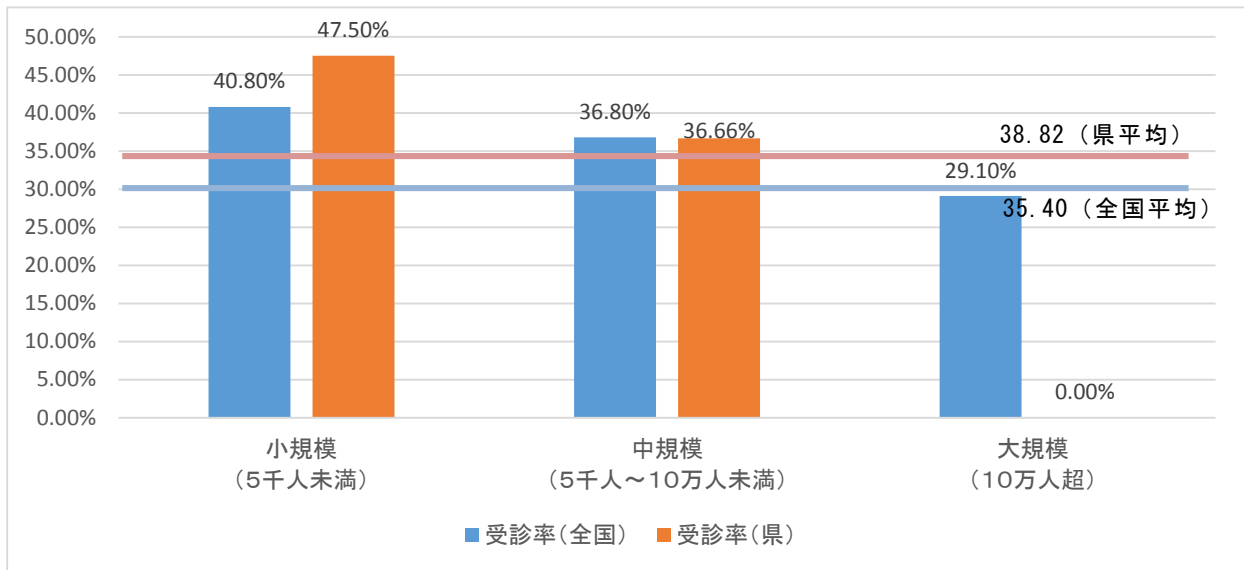
（出典：福島県国民健康保険団体連合会「ふくしまの国保の姿」
 国保中央会「市町村国保特定健診・特定健診・特定保健指導実施状況概要・報告書」）

表 6-3 特定健診実施率の推移（二次医療圏ごと）



（出典：福島県国民健康保険団体連合会「ふくしまの国保の姿」）

表 6-4 特定健診の受診率の保険者規模別【平成 26 年度】



(出典：福島県国民健康保険団体連合会「ふくしまの国保の姿」
国保中央会「特定健診・特定保健指導の実施状況について」)

2 特定保健指導の実施状況

特定保健指導(以下「保健指導」という。)実施率は、平成26年度は22.2%(全国24.4%)で全国を2.2%下回っており、「積極的支援」は16.0%(全国15.6%)、「動機付け支援」は24.8%(全国27.4%)となっています。

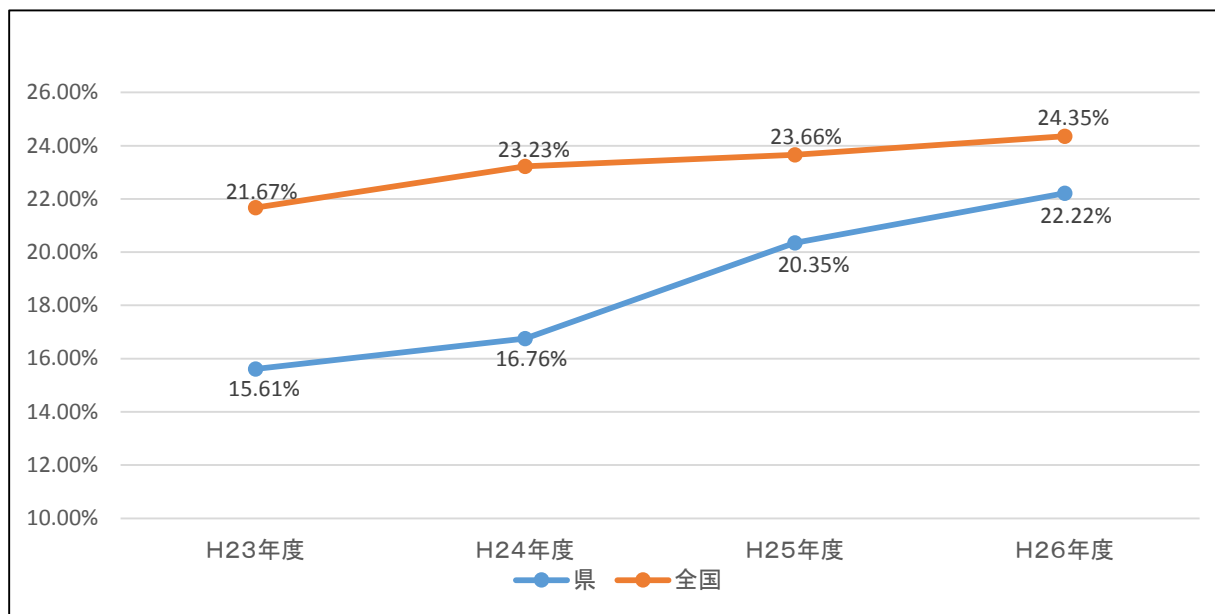
市町村国保の目標60%以上を達成している市町村は9市町村で、全て会津地方の市町村となっています。

終了率(利用者/終了者)は、全体で83.4%(全国86.3%)となっており、「積極的支援」は67.4%(全国67.6%)、「動機付け支援」は89.1%(全国91.4%)であり、いずれも全国を下回っています。

男女別では、男性が20.3%(全国22.5%)、女性が25.7%(全国28.0%)で、いずれも全国を下回っています。

※ 特定保健指導健康検査(以下、「保健指導」という。)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、医師や保健師や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。

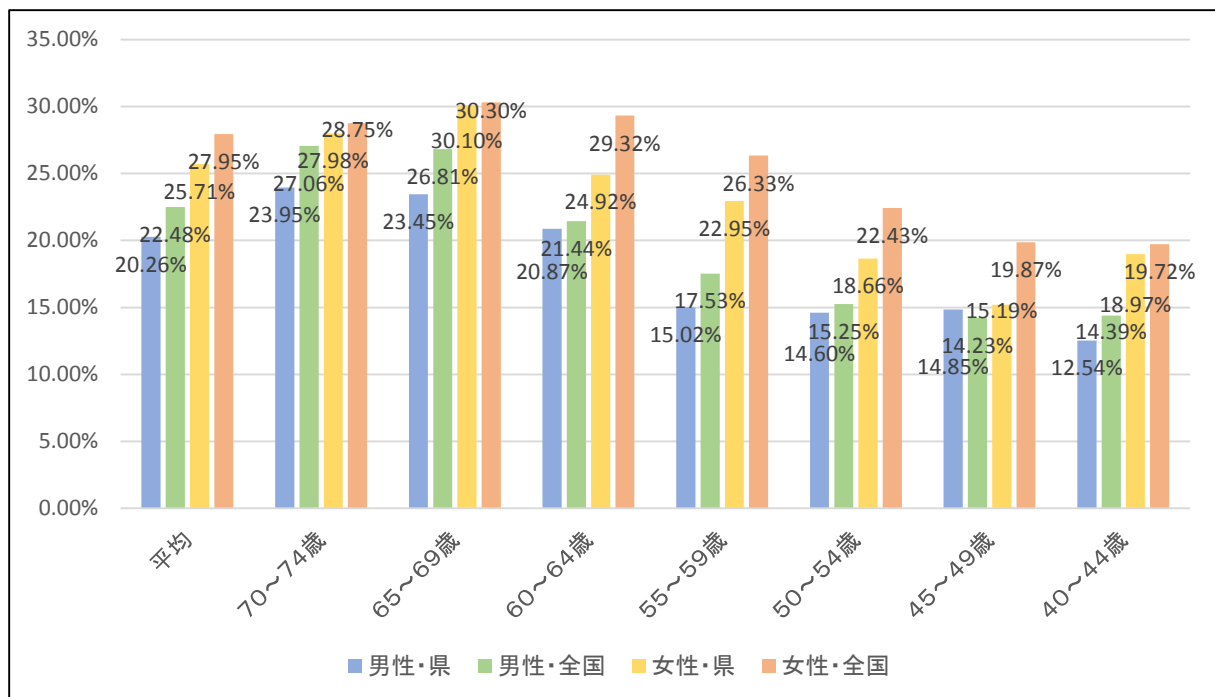
表 6-5 特定保健指導実施率の推移（平成 23 年度～平成 26 年度）



（出典：国保中央会「特定健診・特定保健指導の実施状況について」）

表 6-7 特定保健指導実施率の推移

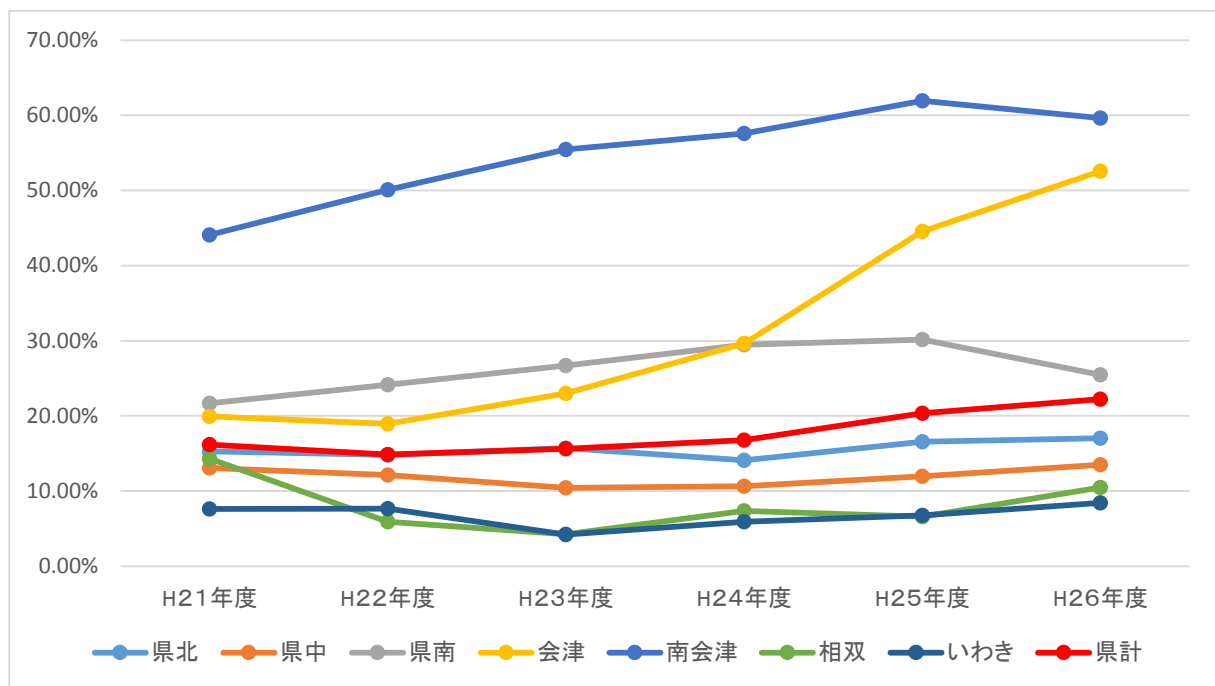
年齢階層別の実施者・対象者（男女別）【H26 年度】



（出典：：福島県国民健康保険団体連合会「ふくしまの国保のすがた（H27 年度版）」

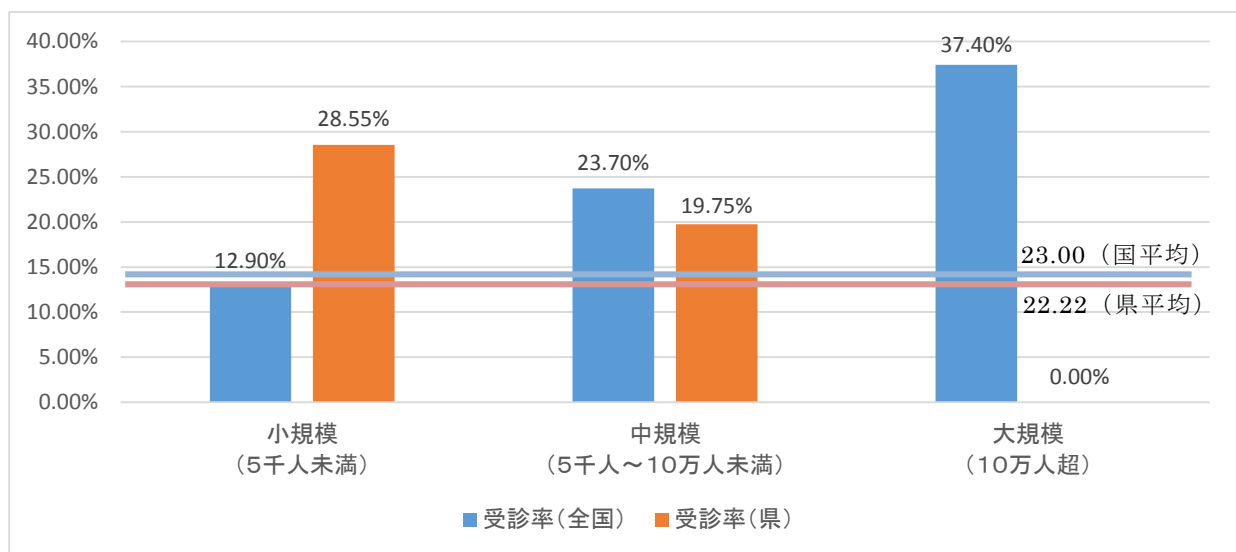
国保中央会「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況概況・報告書（H26 年度版）」

表 6-8 特定保健指導実施率の推移（二次医療圏ごと）



（出典：福島県国民健康保険団体連合会「ふくしまの国保のすがた」）

表 6-9 特定保健指導の実施率の保険者規模別【平成 26 年度】



（出典：厚生労働省「平成 26 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」）

3 後発医薬品の使用状況

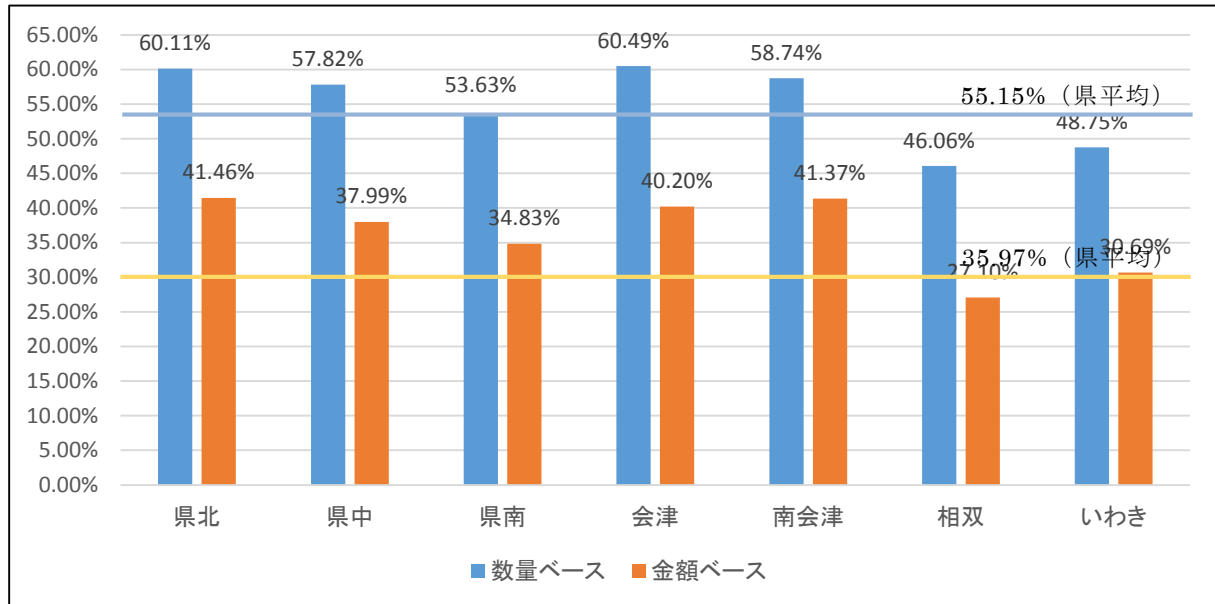
(1) 使用割合

平成 27 年度の使用割合（数量ベース、平均）は 55.1%で、全国（59.8%）を 4.7%下回っています。

二次医療圏別（数ベース）では、平成 27 年度は、会津地域の使用割合が最も高く、県北、南会津と続きます。また、相双地域は、最も低く県平均との差は 9.0%となっています。

差額通知及び使用促進啓発を実施していない市町村は、使用割合が40%後半と県平均を大きく下回っています。

表 6-9 二次医療圏ごとの使用割合（平成 27 年）



（出典：福島県国民健康保険団体連合会「ふくしまの国保のすがた」）

(2) 後発医薬品利用差額通知の実施状況

平成 28 年〇月の調査では、52 市町村(88%)が実施しています。(全国 H26 年度 87.6%)
 なお、差額通知実施後の切り替え状況の確認は、13 市町村(25%)にとどまっています。

(3) 使用促進の取組状況（平成 28 年〇月 国民健康保険課調査）

希望カード、希望シールの配布は、16 市町村(27%)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、30 市町村(50%)で実施しています。

4 重複受診、頻回受診、長期受診等への訪問指導の実施状況

平成 27 年度において、県調整交付金を活用し、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、41 市町村が実施しています。

※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

表 6-10 重複受診・頻回受診者等訪問指導実施状況

(単位：件)

	対象者人数				実施人数			
	重複受診	頻回受診	長期受診	その他	重複受診	頻回受診	長期受診	その他
H27 年度	259	213	128	1075	186	128	81	1060
H28 年度	295	279	107	1077				

(出典：福島県国民健康保険課調べ)

※「その他」は、「服薬コントロール不良」及び「40歳未満で特定保健指導基準対象又は予備群」の被保険者。

5 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3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、糖尿病の患者数は、人口10万人当たり〇〇人で全国12番目の患者数となっています。

平成27年度において、重症化予防事業を34市町村(57.6%)が実施又は実施予定であり、主な取組内容は、食事・運動に関する教室の開催、対象者への保健師・栄養士の戸別訪問指導などです。

6 予防・健康づくりへの取組状況

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。

7 医療費通知の実施状況

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。

通知回数は、6回が35保険者で最も多く、次に12回が4保険者となっています。

第2節 医療費適正化対策の充実強化

特定健診・保健指導の実施率の向上とレセプトデータと健診データを活用したデータヘルスの推進は、医療費の適正化を図りながらも被保険者の健康を守るための基本となる取組です。

また、医療費適正化に係るポピュレーションアプローチ等は、市町村国保単独で実施するよりも被用者保険と連携した取組はより大きな効果が期待されることから、被用者保険や保険者協議会と連携した積極的な取組が必要となります。

そこで、第3期医療費適正化計画との整合性を勘案しながら、予防や健康づくりに資するよう次のとおり目標を定め取り組んでいきます。

1 データヘルス計画【協議中】

(1) データヘルス計画の策定

平成 28 年度末までに策定が完了しているのは 54 市町村（91.5%）です。

平成 30 年度の新制度移行に向け、平成 30 年 3 月までに 59 全ての市町村が策定することを目指します。

県は、市町村の計画策定に当たっては、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円滑に策定が進められるよう支援します。

(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を実施するための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。

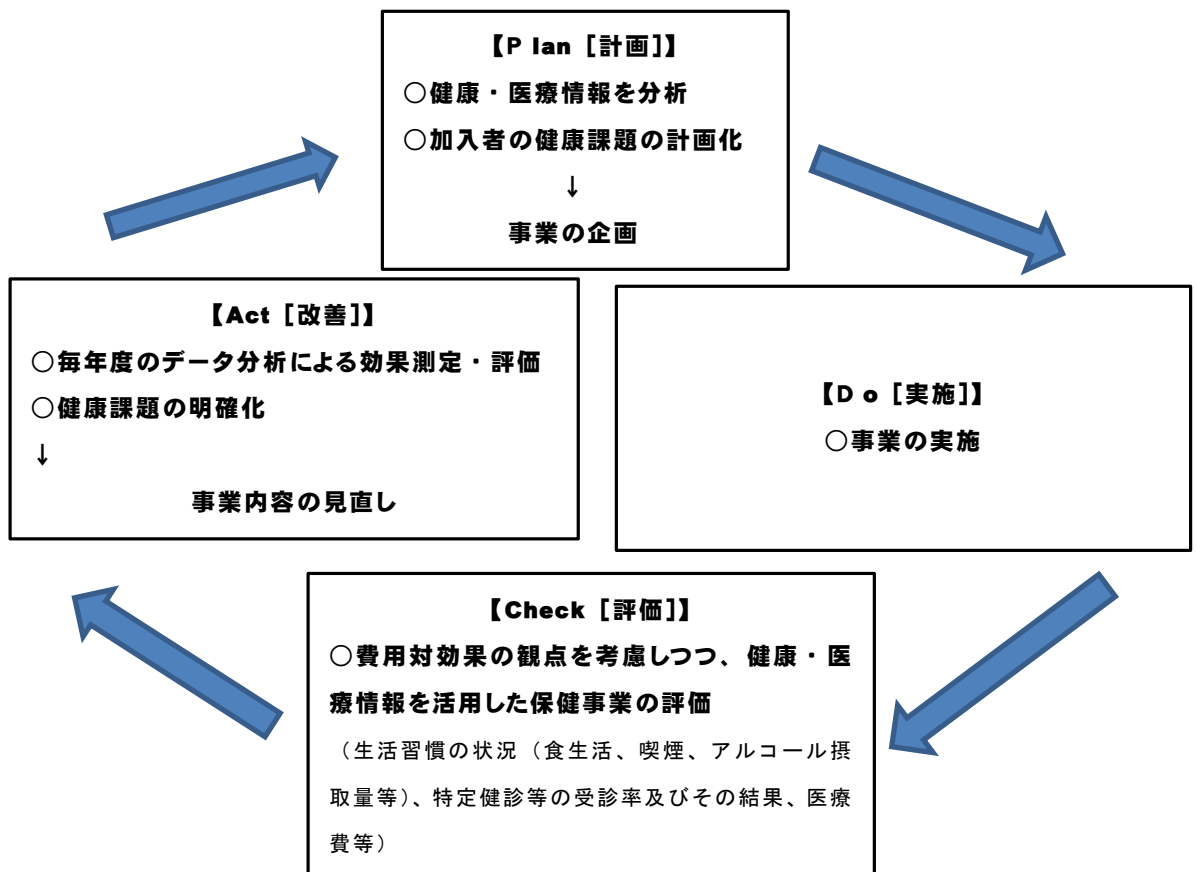
国保データベースシステムにおいては、国保と特定健診・保健指導及び介護保険等の給付情報等を結びつけて分析することが可能となっています。

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（データ分析に基づく保健事業）計画は、レセプトデータと健診データにより最大限どのような健康支援ができるか、その答えを費用対効果の測定と検証により見いだしていくものです。

※ 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 サイクルで効率的・効果的に実施される保健事業です。

データヘルス計画の P D C A サイクル



2 特定健診・保健指導の取組強化【協議中】

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等向上に向けた被保険者の受診機会の確保に努めます。

(1) 特定健診

ア 目標

国保運営方針の計画期間の見直し時まで（平成 30 年度～平成 32 年度）は、被保険者数の規模により段階的に設定します。

医療費適正化計画（平成 30 年度～35 年度）との整合性を図るため、次の計画期間（平成 33 年度～35 年度）までに、全保険者が 60%以上となるよう設定します。

表 6-11 特定健診実施率目標

	H26 年度 (実績)	H30～32 年度 (目標)	H33～35 年度 (目標)
5 万人以上	33.2%	42%以上	60%以上
1 万人以上 5 万人未満	40.4%	50%以上	60%以上
1 万人未満	47.0%	60%以上	60%以上

〈参考〉市町村国保の目標

○第 3 期特定健診等実施計画期間における目標（平成 30 年度～35 年度）

特定健診 60%以上、保健指導 60%以上

○福島県医療費適正化計画における目標（平成 30 年度～35 年度）

特定健診 70%以上、保健指導 45%以上

イ 取組の考え方

未受診者への個別の受診勧奨は効果があることから、県は受診勧奨の成果的な取組例の情報提供、横展開について助言します。

効率的な検査データの収集のため、検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。

県は、メリハリのある保険者へのインセンティブを図ります。

市町村は、効果的な個人へのインセンティブ、情報提供、横展開を図ります。

(2) 保健指導

ア 目標

平成 30 年度から 32 年度までは、被保険者数の規模により段階的に設定します。

医療費適正化計画（平成 30 年度～35 年度）との整合性を図るため、次の計画期間（平成 33 年度～35 年度）までに、全保険者が 60%以上となるよう設定します。

表 6-12 特定保健指導実施率目標

	H26 年度 (実績)	H30～32 年度 (目標)	H33～35 年度 (目標)
5 万人以上	7.7%	42%以上	60%以上
1 万人以上 5 万人未満	30.3%	50%以上	60%以上
1 万人未満	33.4%	60%以上	60%以上

イ 取組

未実施者への個別の受診勧奨は効果があることから、県は受診勧奨の効果的な取組例の情報提供や横展開を促進します。

県は、メリハリのある保険者へのインセンティブを図ります。

市町村は、効果的な個人へのインセンティブ情報提供、横展開を図ります。

第 3 節 医療費適正化計画との関係

地域の実情を考慮し、第 3 期医療費適正化計画との整合性を図りながら、次のとおり医療費適正化の充実に資する取組目標を定めます。

1 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率

本県は、平成 26 年度の特定健診（全保険者）受診者のうちメタボリックシンドロームに該当した割合が、17.1%で全国（全国平均 14.4%）2 位でした。特に本県においては、原子力発電所事故後の運動不足等の生活習慣の変化に起因しているとみられ、震災前は 15～10 位であったものが、震災後は 4～2 位に悪化しています。

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率が高くなっています。

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その改善に取り組めます。

2 後発医薬品の使用割合

後発医薬品の普及は、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

平成 35 年度までに 80%以上を目指します。

(2) 取組

県は、差額通知及び切り替え状況の確認を実施していない市町村に効果的な助言を実施します。減額効果の検証についても助言等を行うとともに、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の実施や講師の派遣等を行います。

3 重複受診、頻回受診、重複投薬等への訪問指導【協議中】

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、市町村国保における調剤費の1人当たり医療費の割合は、18.2%(平成26年度、全国)を占めています。

そのため、重複投薬や多量投薬者等に対して、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。

4 糖尿病性腎症重症化予防【協議中】

糖尿病性腎症が重症化し透析療法が必要となった場合、患者の生活の質を著しく低下させ、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年度に策定した重症化予防プログラムに基づき、対象者の抽出基準の明確化や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積極的に支援します。

市町村は、重症化リスクの高い医療機関未受診者、受診中断者に対する適切な受診勧奨や保健指導を行うことにより治療に結びつける取組や糖尿病性腎症等による通院者に対するかかりつけ医等医療と連携した保健指導により人工透析等への移行抑制に努めます。

5 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。

また、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。

※ 本県の独自取組等については、第三期医療費適正化計画の策定内容により調整予定。

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はこれまで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年度以降も効率化・広域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。

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に、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広域化についても検討します。

2 葬祭費

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いますが、次のとおり支給額にバラつきがあるため、出産育児一時金が42万円で標準化されていることから、葬祭費についても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

国保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られていることから、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、まずは国の特別調整交付金の財源補填の要件（下記通知例）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22年9月13日付け保発0913第2号 厚生労働省保険局長通知

第一 一部負担金の徴収猶予及び減免

二 一部負担金の減免

- (一) 保険者は、世帯主・・・がーの各号のいずれかに該当したことによりその生活が著しく困難となった場合において必要があると認めるときは、その申請によりその者に対し、一部負担金を減額し、又はその支払若しくは納付を免除することができること。

- ① 入院療養を受ける被保険者の属する世帯
 - ② 世帯主及び当該世帯に属する被保険者の収入・・・が生活保護法第 11 条第 1 項第 1 号から第 3 号までに定める保護のための保護金品に相当する金額の合算額（・・・）以下であり、かつ、預貯金が生活保護基準の 3 箇月以下である世帯
- (二) 一部負担金の減免の期間は、療養に要する期間を考慮し、1 箇月単位の更新制で 3 箇月までを標準とすること。ただし、3 箇月までに期間を制限するものではない。・・・

4 地方単独事業の公費化【協議中】

本県では、現在保険者が保険医療機関等から 10 割（医療費全額）で診療報酬請求を受け当該金額を支払い、一部負担金分相当額はその都度市町村国保特別会計に繰り入れる手法で会計処理を行っています。

地方単独事業の公費化とは、保険医療機関等からの診療報酬は請求書 1 枚で行うものの、公費番号（医療費助成事業を特定する番号）を付すことで、保険給付と医療費助成分に分けて請求内容を審査し、保険者と医療費助成を行っている市町村がそれぞれ支払い、医療費そのものの支払いのさらなる適正化を目指すものです。

公費化は、県内の国保の医療費支払いの流れを大きく変えることとなりますが、保険者及び保険医療機関等の十分な理解を得ながら、平成●●年〇月診療月からの実施を目指します。

* 注釈

- ①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。
- ②広域化：市町村の事務を共同で実施するもの。

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、保守費などを按分可能なため、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平成37年（2025年）を目処に、地域包括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%から平成37年度には15.2%に増加すると推計されており、また、被保険者に占める高齢者（65～74歳）の割合も平成27年度で38.4%を占め、今後とも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、国保保険者としては、保険者努力支援制度の評価指標を達成するためにも積極的な取組が必要となります。

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た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、事業との整合性及び連携

(1) 「第二次健康ふくしま21計画」（平成25年度～平成34年度）

生活習慣病対策に係る取組について、本国保運営方針の医療費適正化に向けた取組内容と整合性を図るとともに、連携した取組とします。

(2) 「第七次福島県医療計画」（平成30年度～平成35年度）

〈連携可能な取組について要検討〉

(3) 「福島県地域医療構想」（平成29年度～）

〈連携可能な取組について要検討〉

(4) 「第七次福島県介護保険事業支援計画」（平成30年度～平成32年度）

〈連携可能な取組について要検討〉

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に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、連携会議を定期的で開催し、本県の国保運営にあたっての方向性に係る県と市町村及び市町村間の意見の調整を行い、円滑な運営を図っていきます。

そのため、引き続き、標準化検討部会及び被保険者証部会を通じた具体的な施策の原案づくりを行うとともに、連携会議ワーキンググループにて十分な議論を行い、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

連携会議は12市町村、連携会議ワーキンググループは20市町村で議論しているため、議論に参加していない市町村に対しては、福島県市町村国保主管課長会議にて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。