

青森県国民健康保険運営方針
(改定案)

令和6年3月

青 森 県

目 次

内容

■はじめに

| | |
|----------------------|---|
| 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 策定後の検証・見直し体制 | 1 |

■第1章 国民健康保険の医療に要する費用の見通しと財政の状況

| | |
|------------------------------------|----|
| 1 被保険者数及び世帯数の状況 | 2 |
| 2 医療費の状況と今後の見通し | 4 |
| (1) 医療費の状況..... | 4 |
| (2) 医療費の今後の見通し..... | 11 |
| 3 国民健康保険財政の状況と財政運営の基本的な考え方 | 12 |
| (1) 国民健康保険財政の収支の状況 | 12 |
| (2) 国民健康保険財政運営の基本的な考え方 | 13 |
| 4 赤字削減及び解消の取組 | 14 |
| (1) 「赤字」及び「赤字市町村」の定義 | 14 |
| (2) 赤字削減・解消計画の策定 | 14 |
| (3) 決算補填等目的以外の法定外一般会計繰入金について | 14 |
| 5 財政安定化基金 | 14 |
| (1) 市町村に対する貸付 | 15 |
| (2) 市町村に対する交付 | 15 |
| (3) 県による取崩し | 15 |
| (4) 財政調整事業..... | 16 |
| 6 国民健康保険事業におけるPDCAサイクルの推進..... | 16 |
| (1) 概要..... | 16 |
| (2) PDCAサイクル推進に対する県による助言 | 16 |

■第2章 国民健康保険事業費納付金及び保険料の標準的な算定方法に関する事項

| | |
|-------------------------------|----|
| 1 市町村の保険料等の状況..... | 18 |
| (1) 1人当たり保険料の状況 | 18 |
| (2) 保険料の算定方式..... | 18 |
| (3) 保険料の応能・応益割合 | 19 |
| 2 保険料水準の統一についての方向性 | 19 |
| (1) 保険料水準の統一に向けた基本的な考え方 | 19 |
| (2) 保険料水準の完全統一へのスケジュール | 20 |
| (3) 検討体制..... | 21 |
| 3 納付金の算定方法..... | 22 |
| (1) 納付金の算定方式..... | 22 |
| (2) 医療費指数反映係数 α | 22 |

| | |
|----------------------------------|----|
| (3) 所得係数 β | 22 |
| (4) 高額医療費の調整..... | 22 |
| (5) 賦課限度額..... | 22 |
| (6) 保険者努力支援交付金（県分）の取扱い..... | 23 |
| (7) 特別調整交付金の取扱い..... | 23 |
| (8) 標準的な保健事業..... | 23 |
| 4 標準保険料率..... | 23 |
| (1) 市町村標準保険料率..... | 23 |
| (2) 市町村標準保険料率の算定における応能・応益割合..... | 23 |
| (3) 標準的な収納率..... | 24 |

■第3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

| | |
|------------------------------|----|
| 1 収納率及び収納対策等の状況..... | 25 |
| (1) 保険料収納率の推移..... | 25 |
| (2) 納付方法別世帯割合と保険料収納率の状況..... | 26 |
| (3) 滞納世帯数の状況..... | 27 |
| (4) 特別療養費の支給対象世帯数・割合の推移..... | 27 |
| (5) 収納対策の実施状況..... | 28 |
| (6) 滞納処分の実施状況..... | 28 |
| 2 収納率向上に向けた取組..... | 29 |
| (1) 収納対策プランの策定及び実施..... | 30 |
| (2) 収納体制の強化..... | 30 |
| (3) 納付環境の整備..... | 30 |
| (4) 財産調査・滞納処分の実施..... | 30 |

■第4章 市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

| | |
|--|----|
| 1 レセプト（診療報酬明細書）の審査及び点検..... | 31 |
| (1) 市町村のレセプト点検の実施状況..... | 31 |
| (2) 市町村のレセプトの審査及び点検の充実..... | 31 |
| (3) 県によるレセプト点検の実施..... | 31 |
| 2 第三者行為求償事務の取組..... | 31 |
| (1) 市町村の取組..... | 31 |
| (2) 広域的、専門的事案への対応..... | 32 |
| 3 保険医療機関等への指導及び診療報酬等の返還事務..... | 32 |
| 4 療養費の支給の適正化..... | 32 |
| (1) 柔道整復施術療養費及びあん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費..... | 32 |
| (2) 海外療養費..... | 32 |
| 5 高額療養費の取扱い..... | 33 |
| (1) 多数回該当..... | 33 |
| (2) 高額介護合算・外来年間合算..... | 33 |
| (3) 高額療養費の支給申請手続きの簡素化..... | 33 |

■第5章 医療費適正化の取組に関する事項

| | |
|--------------------|----|
| 1 県民の健康の保持の推進..... | 34 |
|--------------------|----|

| | |
|---|----|
| (1) 特定健康診査の実施率..... | 34 |
| (2) 特定保健指導の実施率..... | 34 |
| (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍（特定保健指導対象者）の割合 | 34 |
| (4) 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進..... | 34 |
| (5) その他予防・健康づくりの推進 | 34 |
| 2 医療の効率的な提供の推進 | 34 |
| (1) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進 | 34 |
| (2) 医薬品の適正使用の推進 | 34 |
| (3) 医療資源の効果的・効率的な活用の推進 | 34 |
| (4) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進 | 34 |

■第6章 市町村の国民健康保険事業の効率化に関する事項

| | |
|----------------------------------|----|
| 1 保険者事務の取組..... | 35 |
| 2 市町村事務処理標準システム | 35 |
| 3 保健事業の取組 | 36 |
| 4 マイナンバーカードと健康保険証の一体化に係る取組 | 36 |

■第7章 保健・医療・介護・福祉・その他の関連施策との連携に関する事項

| | |
|----------------------------------|----|
| 1 保健・医療・介護・福祉等に関する各種計画との連携 | 37 |
| 2 市町村の役割..... | 37 |
| 3 市町村に対する県の役割と支援 | 37 |

■はじめに

1 策定の目的

国民健康保険制度は、被用者保険に加入する者等を除く全ての地域住民を被保険者とする公的医療保険制度であり、国民皆保険制度の中核として重要な役割を果たしてきたところであるが、被保険者の高齢化・低所得化、医療費の増嵩などにより、特に小規模保険者において財政が不安定になりやすいといった構造的な課題を抱えてきた。

こうした課題に対応するため、平成30年4月1日施行の改正国民健康保険法（昭和33年法律第192号）により、平成30年度から、都道府県が市町村とともに国民健康保険制度の運営を担うこととなった。

都道府県と市町村が一体となり、財政運営、資格管理、保険給付、保険料¹率の決定、保険料の賦課・徴収、保健事業その他の保険者事務を共通認識のもとで実施するとともに、国民健康保険の安定的な財政運営及び国民健康保険事業の効率化を推進することを目的とし、国民健康保険事業の運営に関する統一的な指針として、都道府県国民健康保険運営方針を策定することとされたものである。

このため、本県では、平成29年度に青森県国民健康保険運営方針を策定し、令和2年度に見直しを行い、各市町村は、本方針を踏まえ、国民健康保険事業の実施に努めているところである。

策定から3年が経過した今般、本県の国民健康保険事業における新たな統一的指針を示すため、これまでの取組状況に係る検証を踏まえて本運営方針を見直し、改定を行うこととした。

県及び市町村は、今後、改定後の運営方針に沿って国民健康保険事業を実施するとともに、国民健康保険の安定的な運営に向けた環境整備を図る。

2 策定の根拠規定

国民健康保険法第82条の2

3 策定年月日

令和6年3月 日

4 対象期間

対象期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とし、3年ごとに検証を行い、必要がある場合には見直しを行う。

5 策定後の検証・見直し体制

本運営方針の見直しにあたっては、国民健康保険の被保険者代表、保険医又は保険薬剤師代表、公益代表、被用者保険代表を構成員とする青森県国民健康保険運営協議会での審議において、運営方針に基づく取組状況の検証・評価を行い、その結果に基づいて行うこととする。

また、本運営方針に基づく施策の実施、事業運営上の課題解決のための検討及び本運営方針の見直し並びに情報の共有のため、必要に応じて青森県国民健康保険市町村等連携会議等により意見交換及び意見調整を行う。

¹ 国民健康保険事業に要する費用について、地方税法を根拠とする保険税又は国民健康保険法を根拠とする保険料のいずれかにより賄っているが、本運営方針では、保険料及び保険税を「保険料」として表記する。

第1章 国民健康保険の医療に要する費用の見通しと財政の状況

国民健康保険財政を安定的に運営していくためには、これまでの医療費の状況を把握し、今後の見通しについて県と市町村が認識を共有することが重要である。

そのため、本章において、国民健康保険の医療費の見通しと財政状況等を示すものである。

なお、本章の図表に使用されている数値等は、特に断りのない場合においては国民健康保険に係るものとする。

1 被保険者数及び世帯数の状況

本県の令和4年度末現在の市町村国保は40保険者となっており、被保険者規模別に見ると、被保険者数が2千人未満の保険者は13保険者、2千人以上5千人未満の保険者は17保険者となっている(表1)。

また、本県の令和4年度末現在の市町村国保の世帯数は179,108世帯で対前年度比3.4%の減少、被保険者数は271,080人で対前年度比4.9%の減少となっている(図1)。

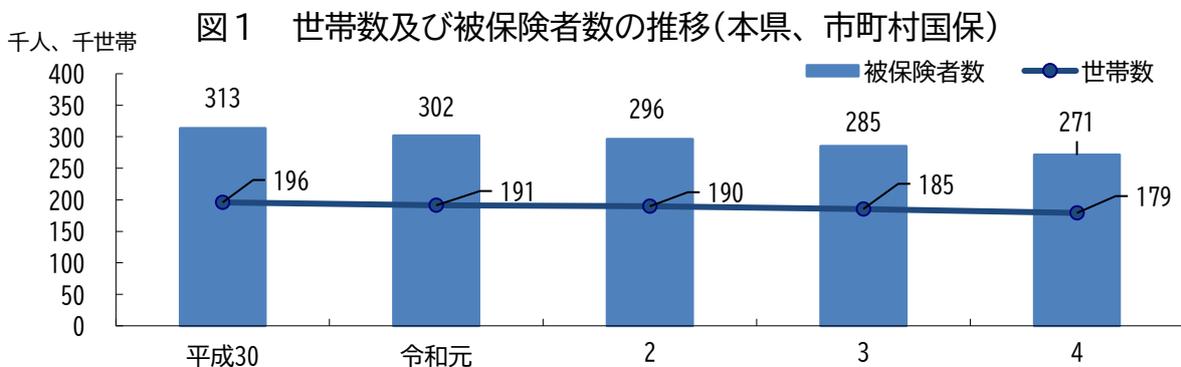
なお、国民健康保険の被保険者数は、これまでも実施されてきた被用者保険の適用拡大や団塊の世代の後期高齢者医療制度への移行により減少してきたところであるが、今後の適用拡大²や人口減少により、さらに減少することが見込まれる。

表1 被保険者規模別保険者数

(単位：保険者)

| 被保険者数 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 | 令和3年度 | 令和4年度 |
|-------------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 5万人以上 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 1万人以上～5万人未満 | 5 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 |
| 5千人以上～1万人未満 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 |
| 2千人以上～5千人未満 | 19 | 18 | 16 | 16 | 16 | 16 | 17 |
| 2千人未満 | 8 | 10 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| (再掲) 1千人未満 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 計 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 |

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）、令和4年度は県速報値



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）、令和4年度は県速報値

² 年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律（令和2年法律第40号）により、長期化する高齢期の経済基盤の充実を図るため、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大等の措置が講じられ、従業員数100人超（R4.10.1施行）、50人超（R6.10.1施行）の企業等で働く短時間労働者に対し被用者保険の適用が順次拡大されることとなった。

本県の被保険者総数に占める65～74歳の前期高齢者の割合は、平成30年度の43.5%から令和4年度には48.3%と4.8ポイント上昇しており、被保険者の年齢構成においても高齢化が進んでいることがうかがえる（図2）。

また、世帯主の職業構成割合は、無職者の割合（42.6%）が4割程度と、最も大きくなっている（図3）。

図2 国保被保険者の年齢構成の推移（本県、単位：%）

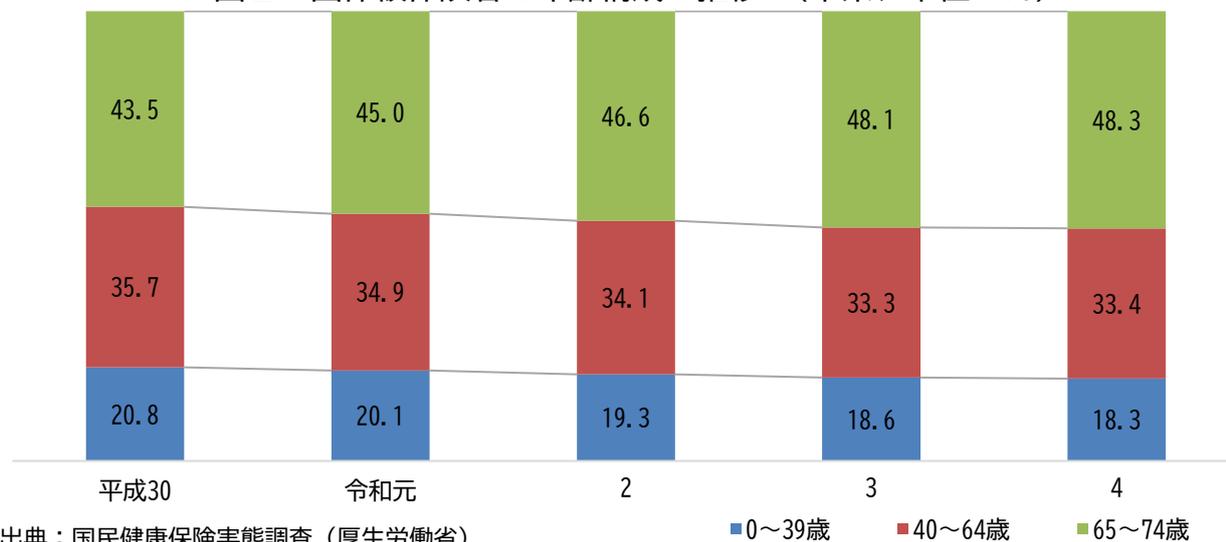
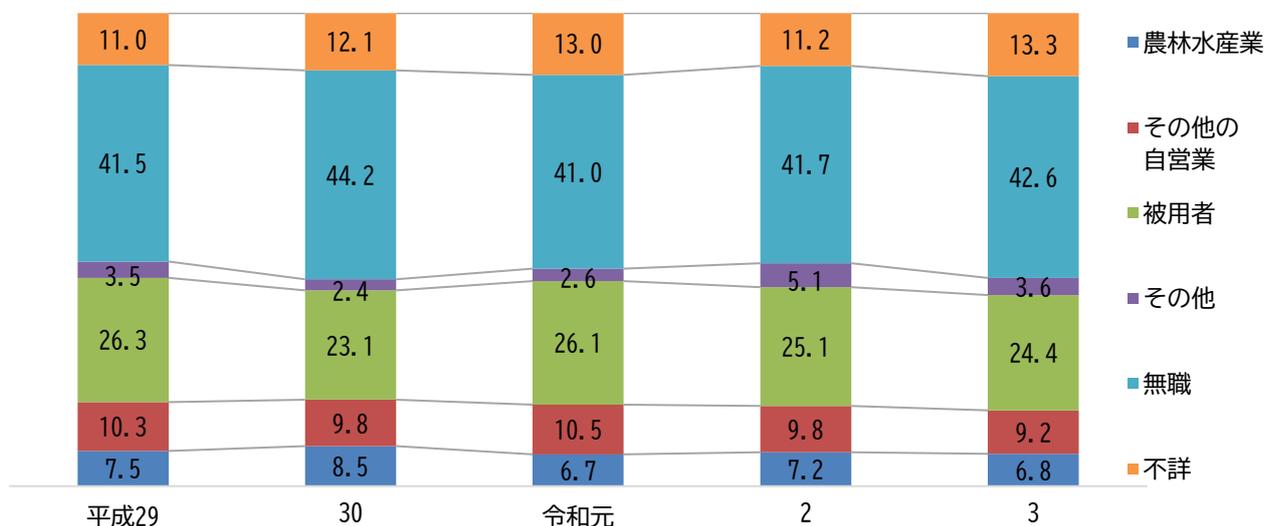


図3 国保世帯主の職業構成割合（本県、単位：%）

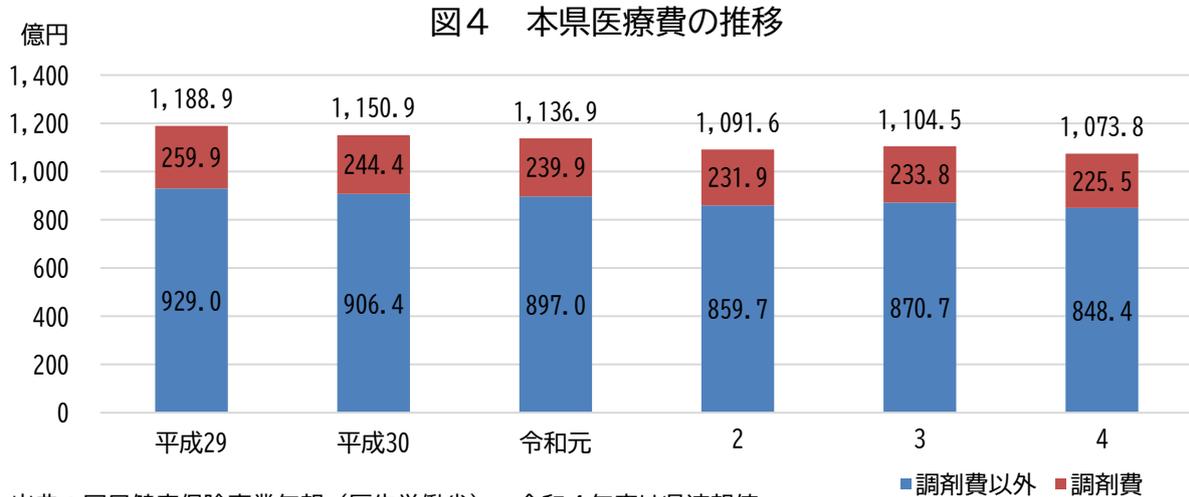


2 医療費の状況と今後の見通し

(1) 医療費の状況

① 本県医療費の推移

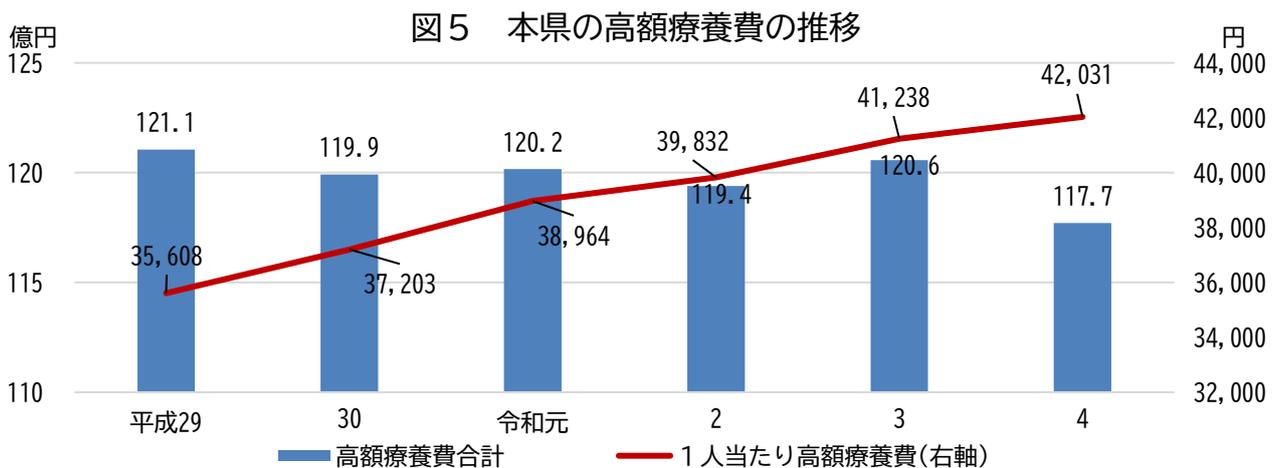
令和4年度の本県市町村国保の医療費総額は1,073億8千万円となっている。被保険者の高齢化や、医療の高度化を伴いつつも、被保険者数の減少を背景として、医療費の総額は減少傾向が続いている（図4）。



② 本県の高額療養費の推移

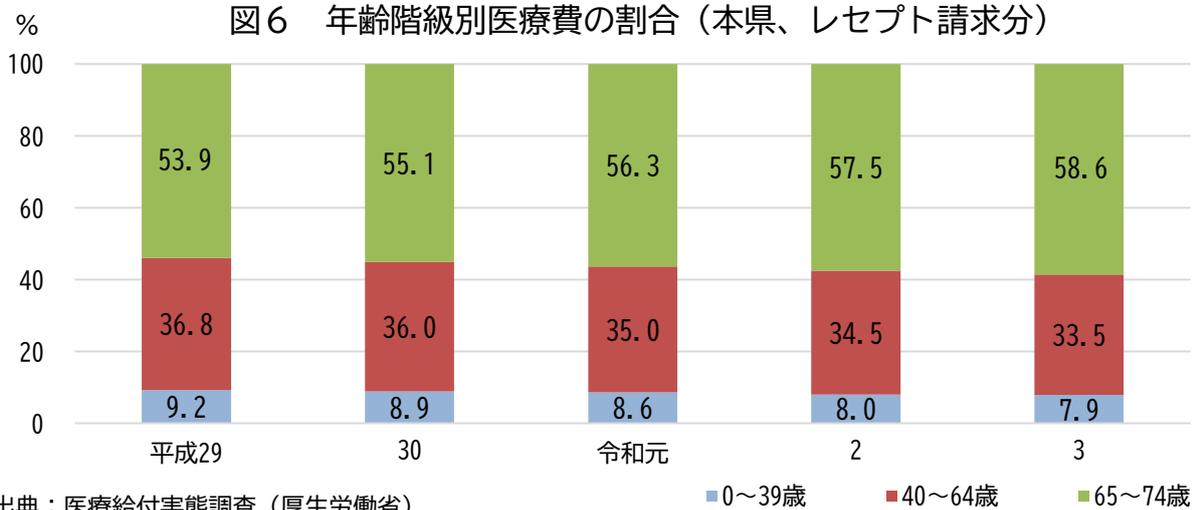
令和4年度の本県市町村国保の高額療養費は117億7千万円となっている。高額療養費は多少の増減があるものの、概ね横ばい状態にある（図5）。

なお、1人当たり的高額療養費は上昇傾向が続いている。



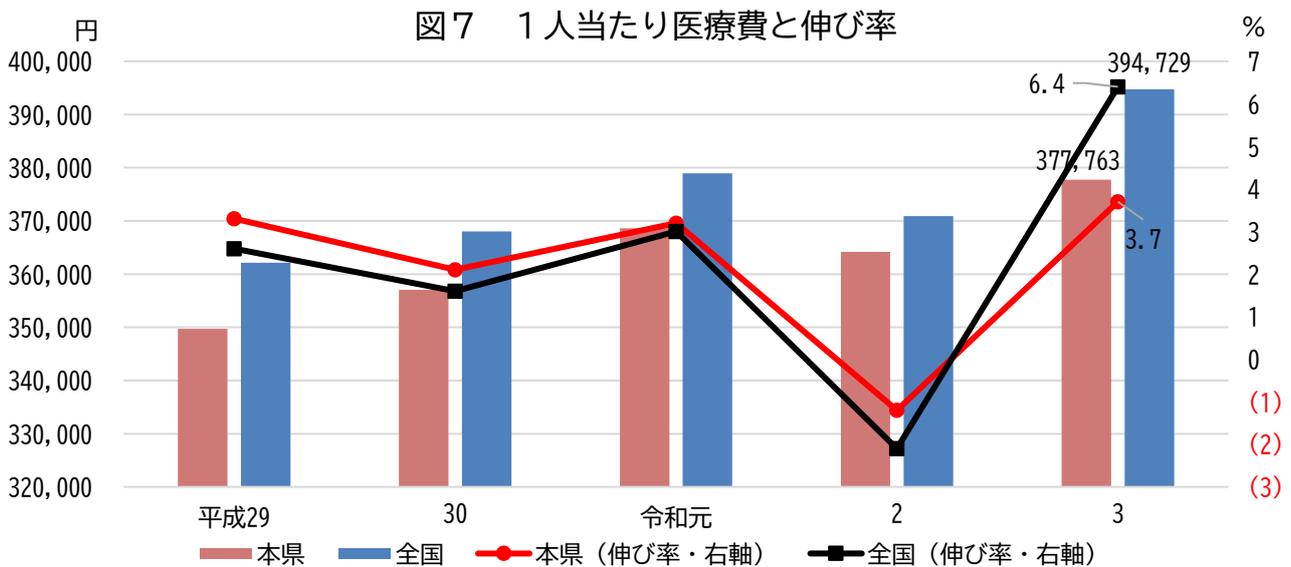
③ 年齢階級別医療費の状況

本縣市町村国保の年齢階級別の医療費の割合は、0～39歳が全体の1割弱程度、40～64歳が4割弱程度となっている。被保険者の高齢化に伴って、65～74歳の医療費は平成29年度の53.9%（637億3千万円）から令和3年度には58.6%（641億2千万円）となっている（図6）。



④ 1人当たり医療費の状況

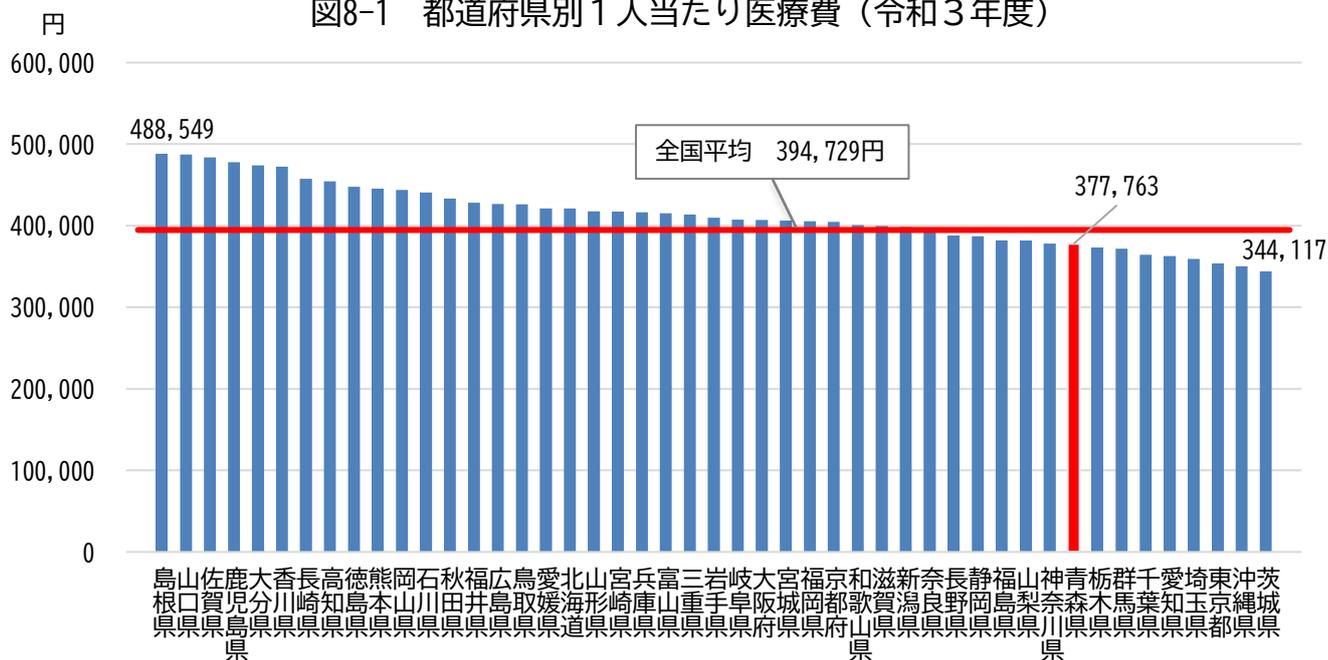
本縣市町村国保の被保険者1人当たりの医療費は、例年、全国平均を下回っている。伸び率は全国平均を上回っていたが、令和3年度は全国平均の伸び率が上回ったことにより、医療費の差額が広がっている（図7）。



令和3年度の本縣市町村国保の1人当たり医療費は377,763円（39位）であり、全国平均（394,729円）の0.96倍、最も高い島根県（488,549円）の0.77倍となっている（図8-1）。

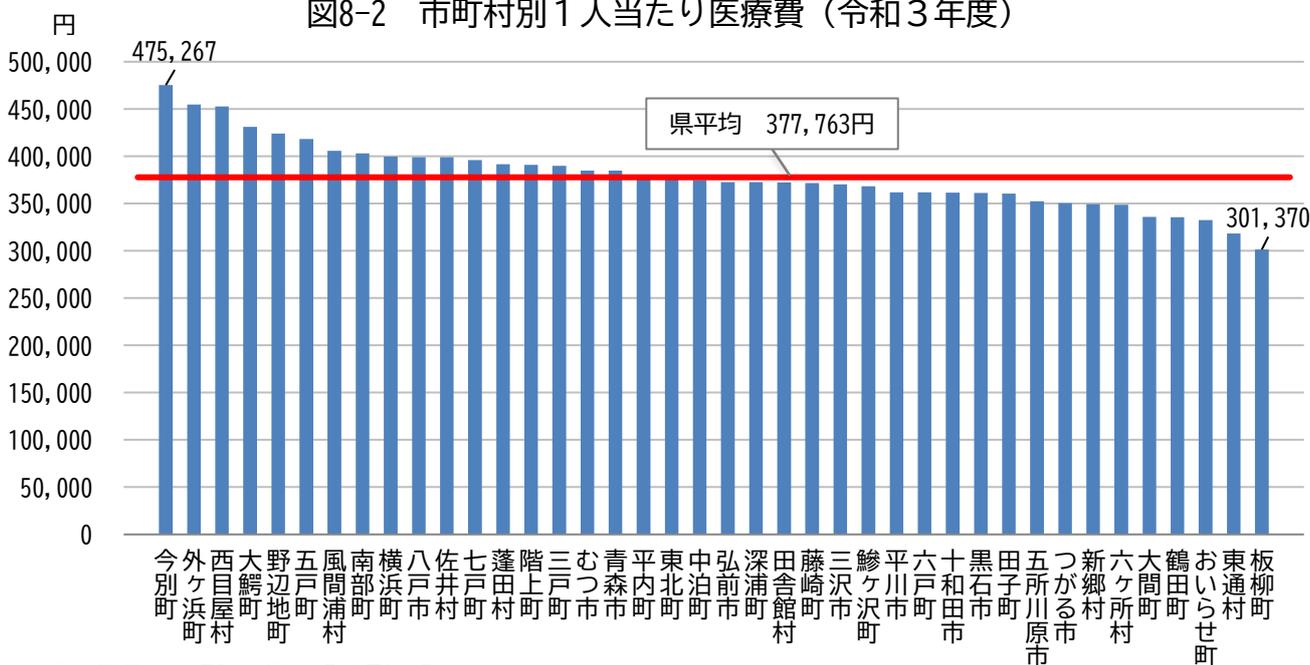
また、令和3年度の県内市町村別の1人当たり医療費は、最も高い今別町(475,267円)と最も低い板柳町(301,370円)では1.58倍の差が生じている(図8-2)。

図8-1 都道府県別1人当たり医療費(令和3年度)



出典：国民健康保険事業年報(厚生労働省)

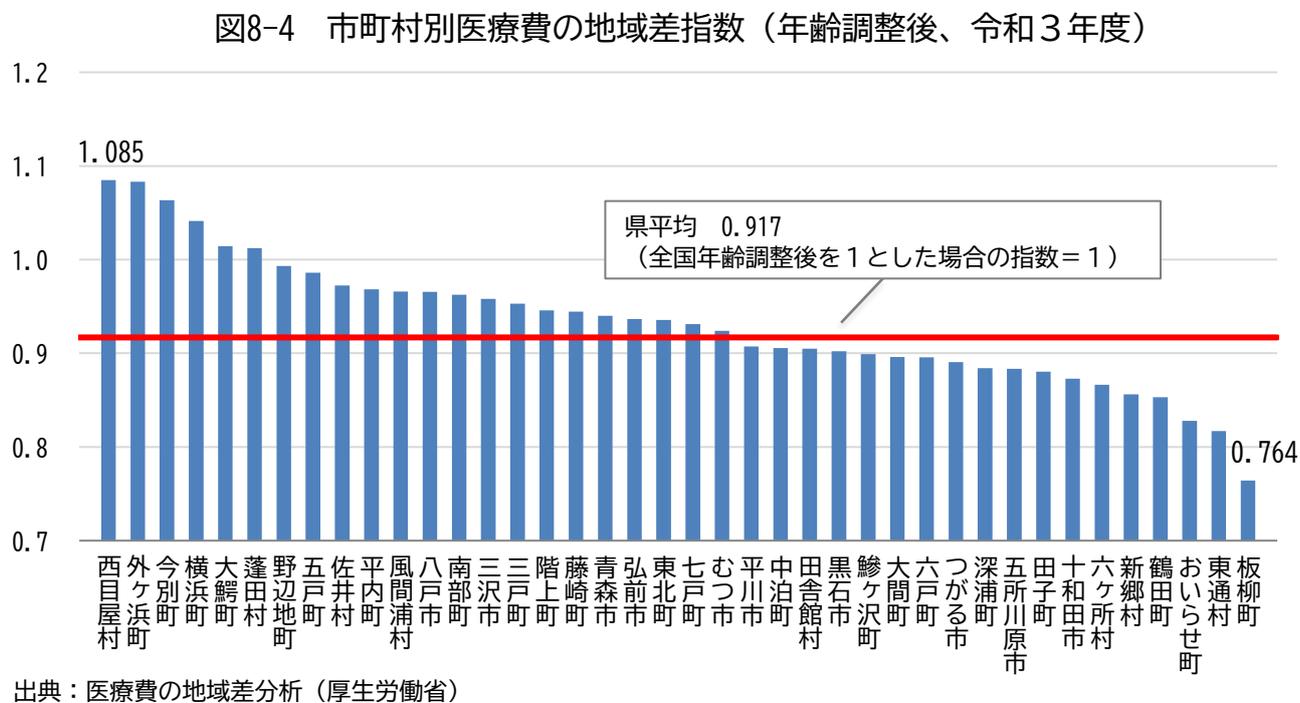
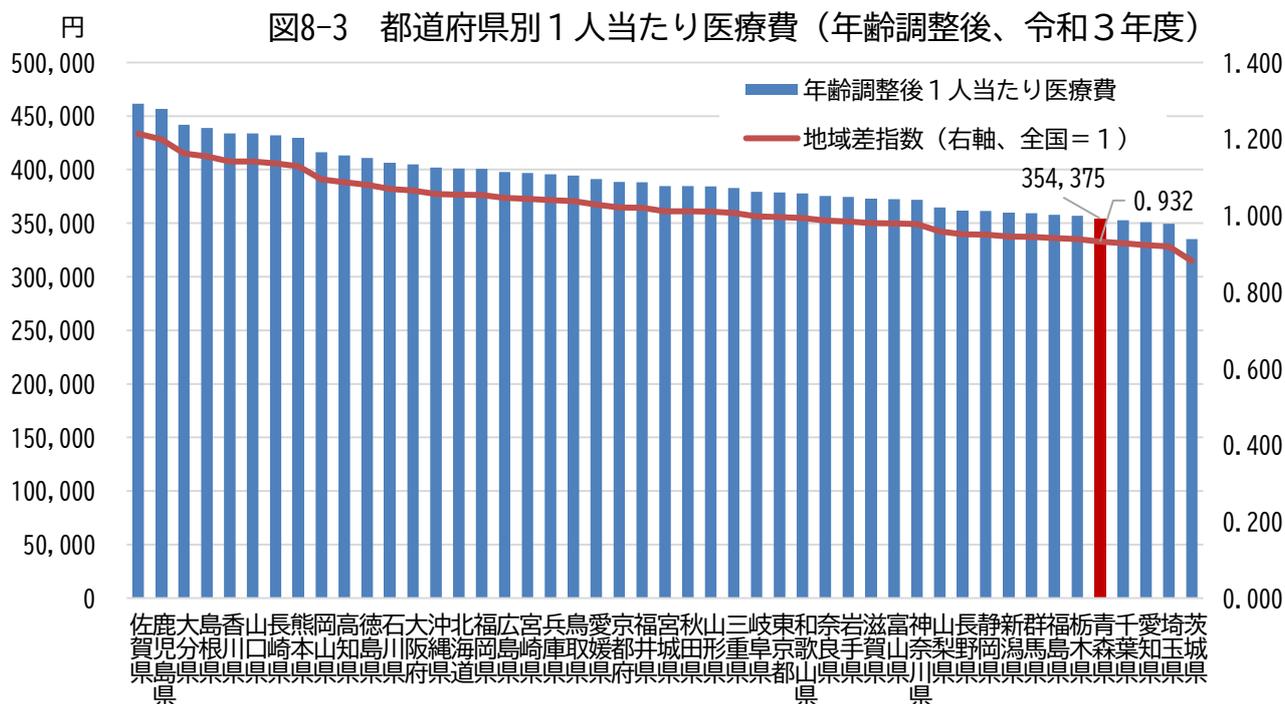
図8-2 市町村別1人当たり医療費(令和3年度)



出典：国民健康保険事業年報(県速報値)

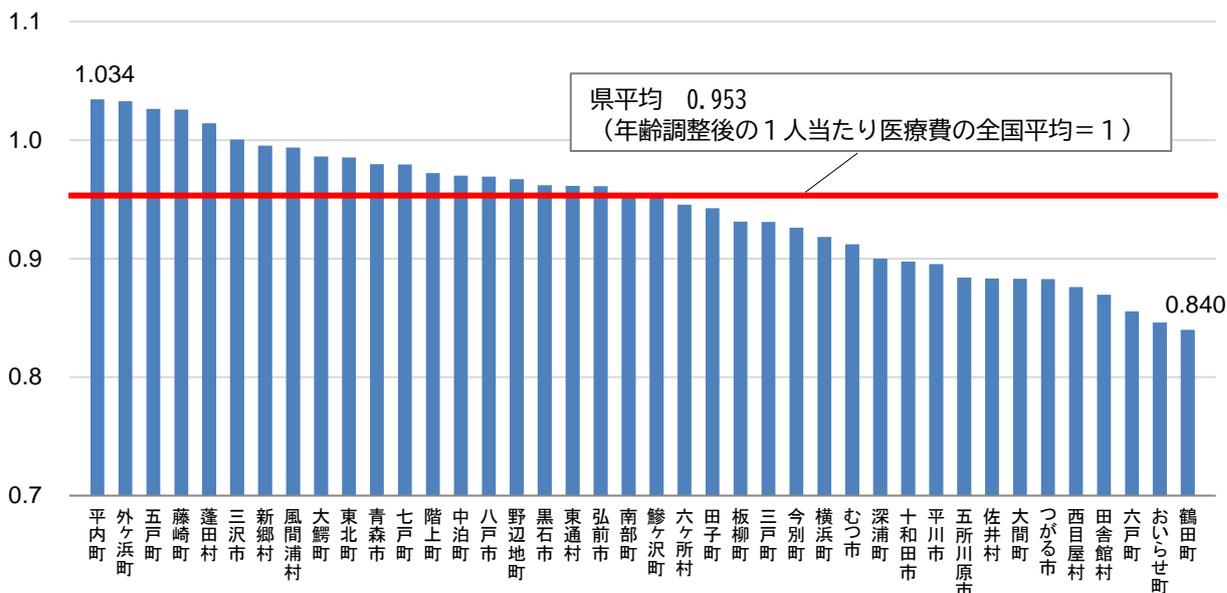
令和3年度の本県市町村国保の年齢調整後の1人当たり医療費は354,375円(43位)であり、最も高い佐賀県(461,579円)の0.77倍となっている(図8-3)。

また、地域差指数³により県内市町村別に年齢調整後の1人当たり医療費を見ると、全国平均の1を上回ったのは6町村となっている（図8-4）。



³ 1人当たり医療費について、地域ごとの年齢構成の違いを補正し、全国平均を1として指数化したもの。

図8-4 市町村別医療費の地域差指数（年齢調整後、平成29年度）



⑤ 診療種別実績医療費の状況

令和3年度の本県市町村国保の1人当たり医療費（実績）について、入院医療費は137,404円で、全国平均と比較して9,807円低く、入院外医療費（調剤含む）は207,873円で、全国平均と比較して732円高く、歯科医療費は21,198円で、全国平均と比較して4,750円低い（表2）。

表2 1人当たり医療費実績（令和3年度）

| 区分 | 本県 | 全国平均 | 差引 |
|--------|---------|---------|---------|
| 入院 | 137,404 | 147,211 | △ 9,807 |
| 入院外+調剤 | 207,873 | 207,141 | 732 |
| 歯科 | 21,198 | 25,948 | △ 4,750 |

出典：医療費の地域差分析（厚生労働省）

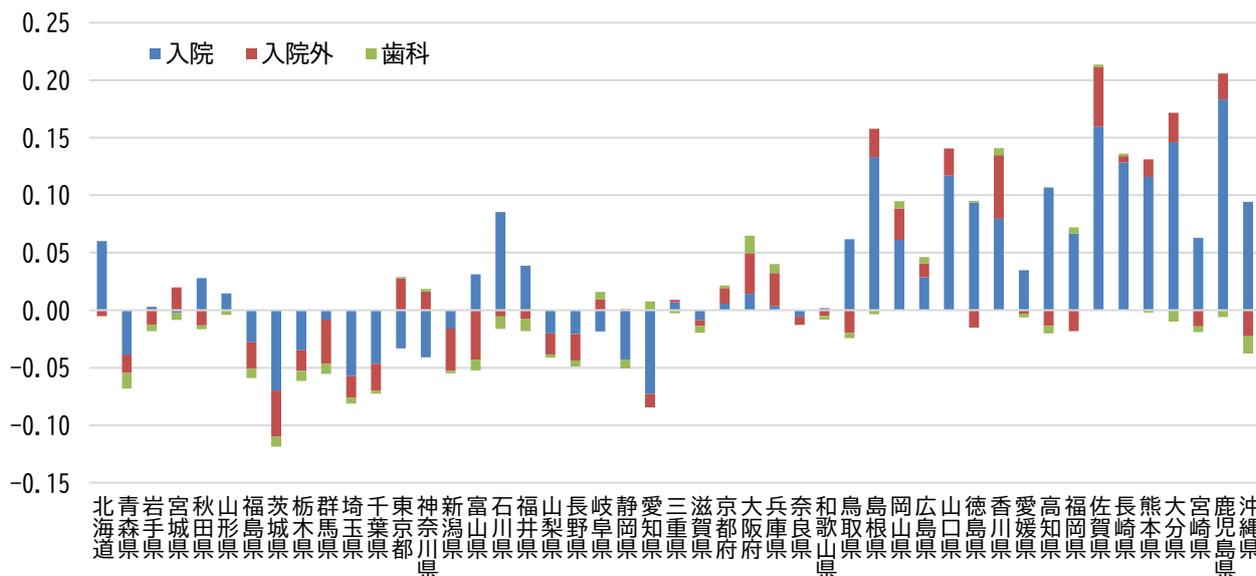
⑥ 地域差指数の診療種別寄与度及び年齢階級別寄与度⁴

本県の地域差指数の診療種別寄与度は、入院、入院外、歯科ともにマイナスとなっている（図9）。

また、本県の地域差指数の年齢階級別寄与度は、10～19歳、50～59歳、60～69歳、70～74歳の年齢階級における寄与度がマイナスとなっており、特に比較的寄与度が大きいとされる60歳以上の年齢階級における寄与度がマイナスであることが、1人当たり医療費が全国平均を下回る要因の1つとなっている（図10）。

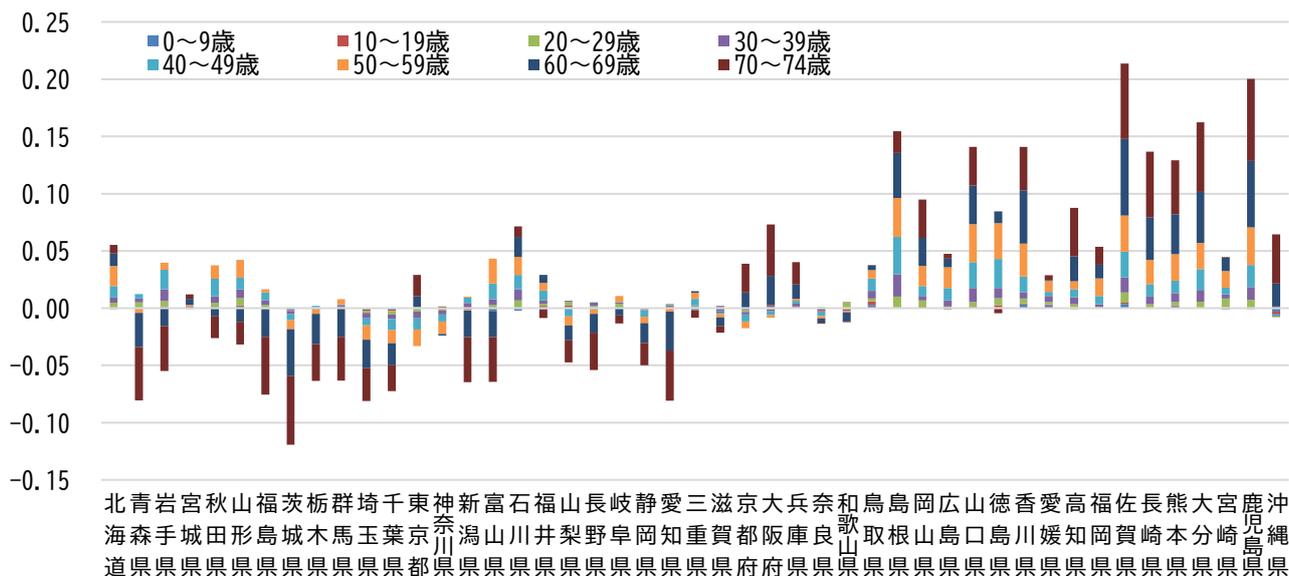
⁴ 寄与度：あるデータの構成要素の増減が全体の伸び率をどの程度押し上げているかを示すもの。

図9 地域差指数の診療種別寄与度（令和3年度）



出典：医療費の地域差分析（厚生労働省）

図10 地域差指数の年齢階級別寄与度（令和3年度）



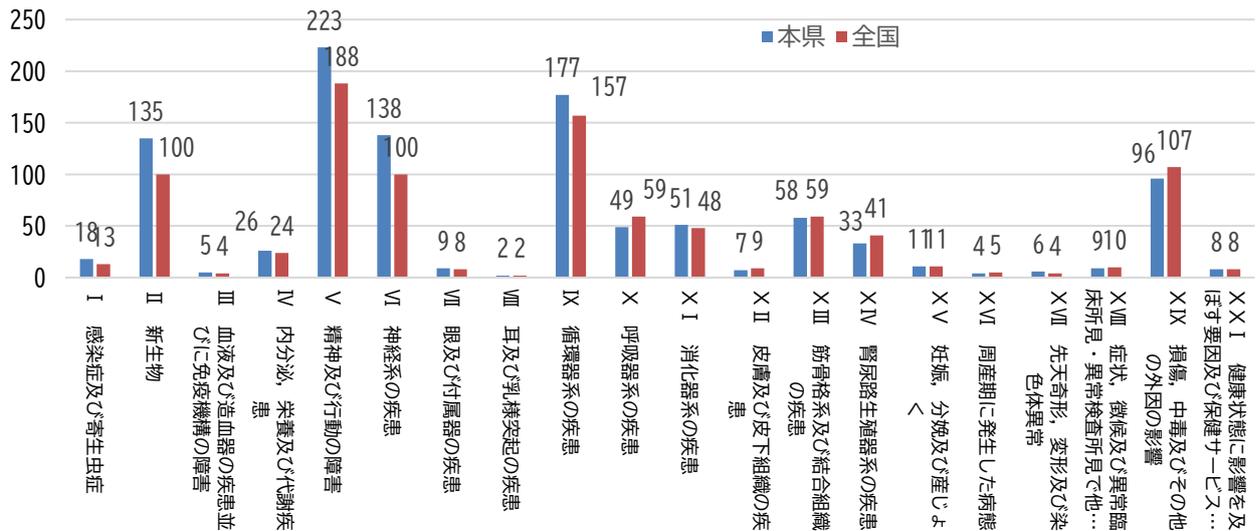
出典：医療費の地域差分析（厚生労働省）

ア 入院

厚生労働省の令和2年患者調査⁵によると、本県の人口10万人当たりの傷病分類別入院受療率では、全国平均と比べて「精神及び行動の障害」、「新生物」、「神経系の疾患」、「循環器系の疾患」などの受療率が高くなっている（図11）。

⁵病院の入院は二次医療圏別、病院の外来及び診療所は都道府県別に層化無作為抽出した医療施設を利用した患者を対象とした調査であり、国民健康保険被保険者以外も含まれる。

図11 人口10万人当たりの傷病分類別入院受療率（令和2年）

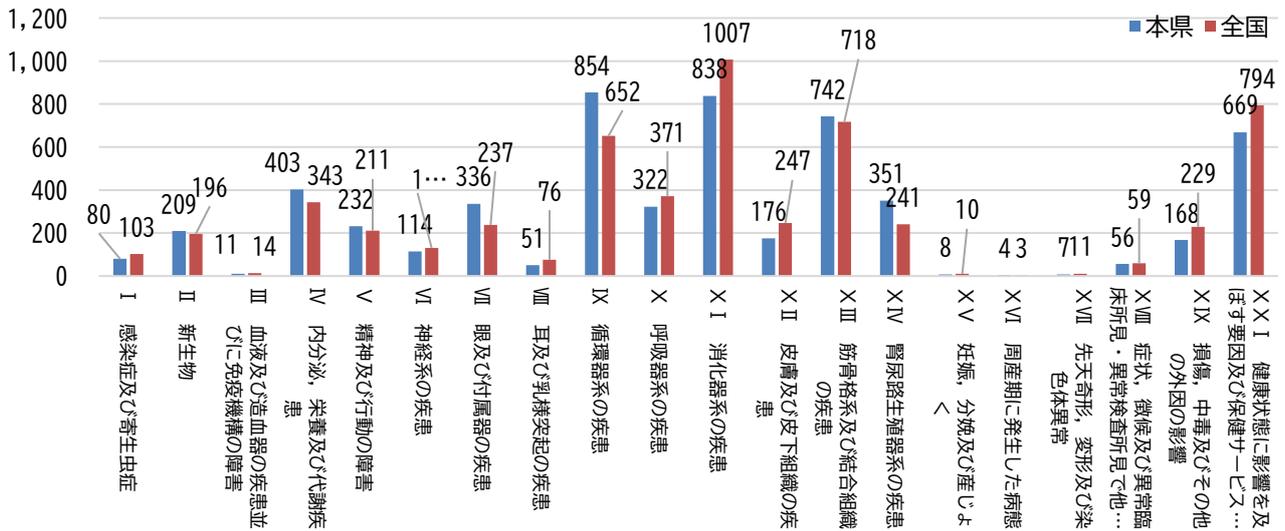


出典：患者調査（厚生労働省）

イ 入院外+調剤

厚生労働省の令和2年患者調査によると、本県の人口10万人当たりの傷病分類別外来受療率では、全国平均と比べて「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「精神及び行動の障害」、「眼及び付属器の疾患」、「循環器系の疾患」、「泌尿路生殖器系の疾患」などの受療率が高くなっている（図12）。経緯

図12 人口10万人当たりの傷病分類別外来受療率（令和2年）

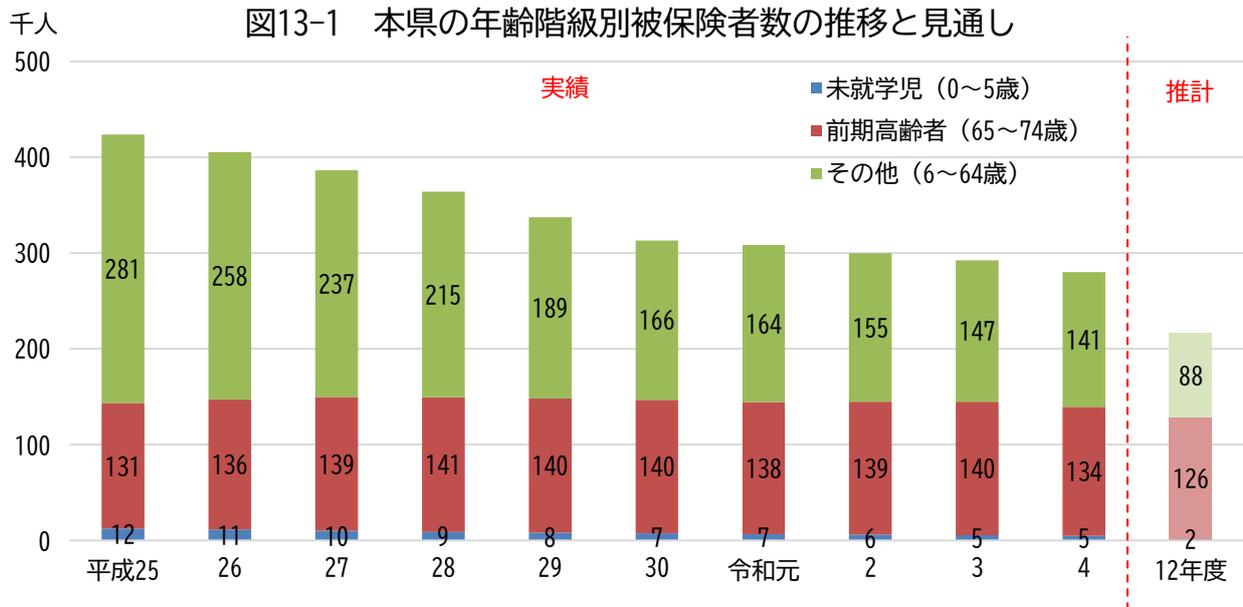


出典：患者調査（厚生労働省）

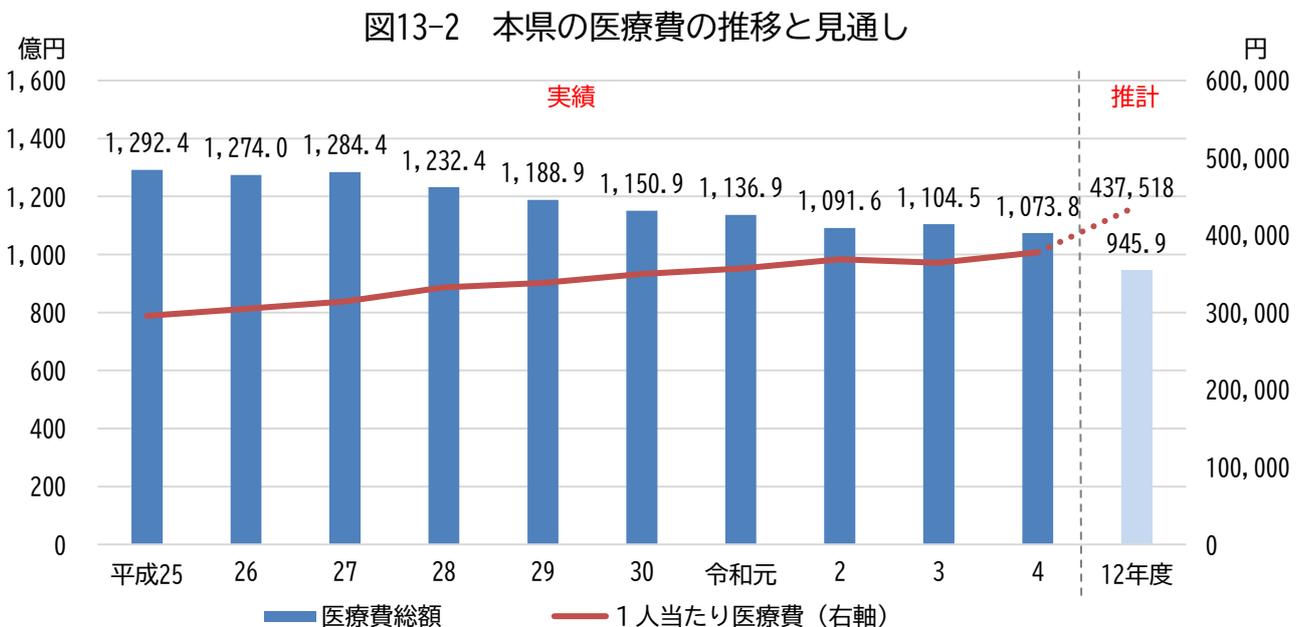
(2) 医療費の今後の見通し

本縣市町村国保の医療費総額は、いわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となる令和7年度以降も、被保険者数の減少に伴い減少する見込みとなっている（図13-1、13-2）。なお、令和12年度の数值は過去の実績伸び率に基づく推計によるものであり、当該推計にあたっては、今後の被用者保険の適用拡大や診療報酬の改定等に係る影響は見込んでいない。

1人当たり医療費は、医療の高度化や被保険者の高齢化等を背景に、増加傾向にあると考えられる。



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）、令和4年度は県速報値
 ※令和12年度は過去の実績数値をもとに県高齢福祉保険課において推計



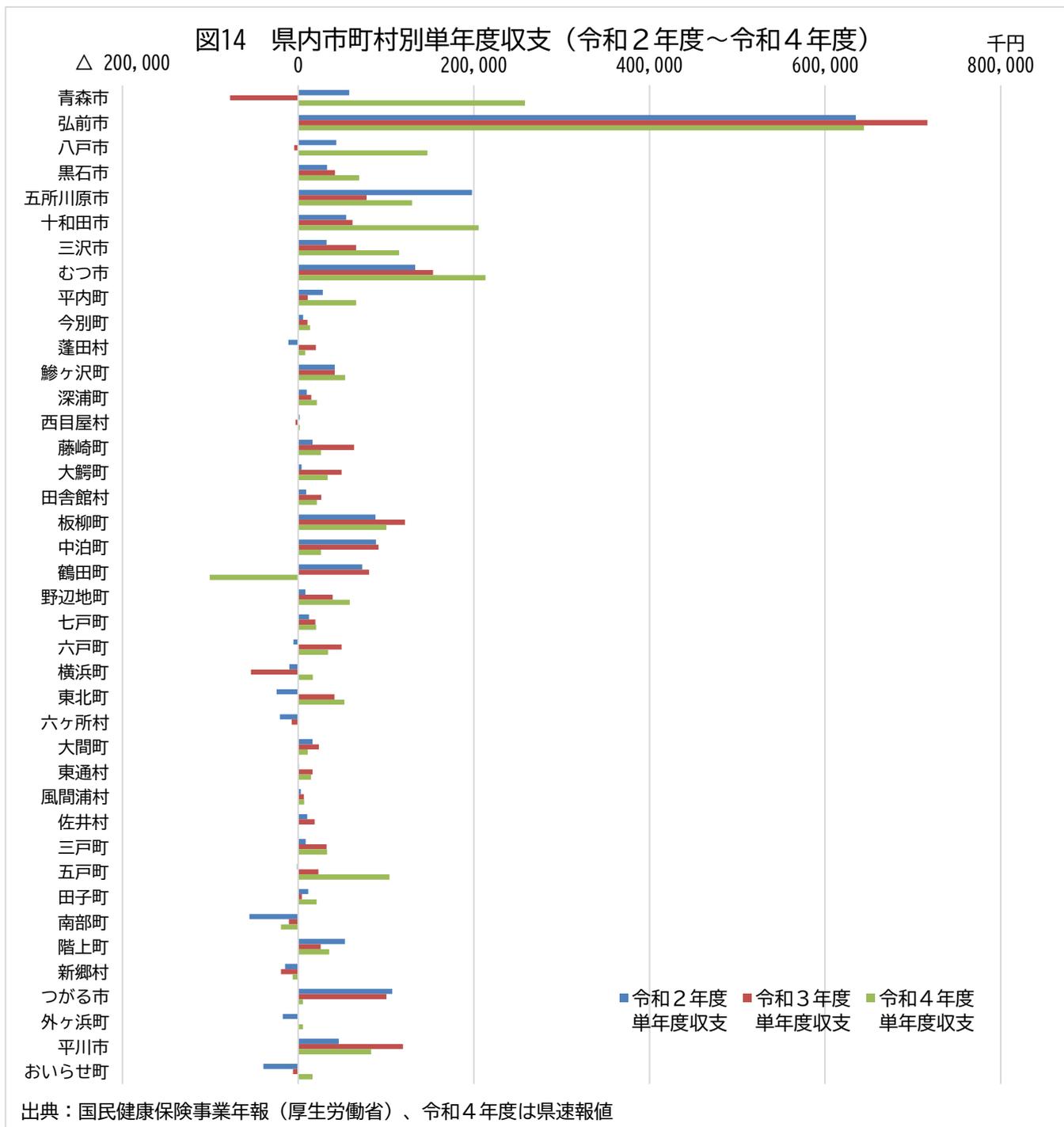
出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）、令和4年度は県速報値
 ※令和12年度は過去の実績数値をもとに県高齢福祉保険課において推計

3 国民健康保険財政の状況と財政運営の基本的な考え方

(1) 国民健康保険財政の収支の状況

令和4年度において単年度収支⁶が赤字となったのは4市町村（鶴田町、佐井村、南部町、新郷村）である（図14）。単年度収支が赤字となった場合においては、前年度繰越金や財政調整基金により収支の均衡を保つことが基本である。

なお、令和3年度と令和4年度における決算収支⁷は、全市町村において黒字となっている。



⁶ 単年度収入（歳入総額から基金等繰入金、繰越金、市町村債を差し引いた額）と、単年度支出（歳出総額から基金等積立金、前年度繰上充用金、公債費を差し引いた額）との差額。

⁷ 「単年度収入」に基金等繰入金、繰越金、市町村債を加えた「収入合計」と、「単年度支出」に基金等積立金、前年度繰上充用金、公債費を加えた「支出合計」との差額

(2) 国民健康保険財政運営の基本的な考え方

平成30年度の国民健康保険制度改革において、都道府県は、市町村とともに国民健康保険の運営を行い、国民健康保険の財政運営の責任主体として安定的な財政運営や効率的な事業運営において中心的な役割を担うことにより、国民健康保険制度の安定化を図ることとされた。

この趣旨に基づき、県及び市町村の国民健康保険の財政運営については次の考え方を基本として実施することとする。

① 県国民健康保険特別会計

県は国民健康保険に係る特別会計（以下「県国民健康保険特別会計」という。）を設置し、国民健康保険財政の責任主体として「入」と「出」を管理する。

県国民健康保険特別会計については、国民健康保険が一会計年度単位で行う短期保険であることから、必要な支出を国民健康保険事業費納付金（以下「納付金」という。）や国庫負担金等により賄うことで、当該年度の収支の均衡を保ち安定的な運営に努める。

また、過大な繰越金が生じないように、財政収支を見極めながら財政運営を行うことで、適切な保険料水準の維持に努めるものとする。

なお、繰越金が生じた場合は、県は、市町村の意見も聴いた上で、これを、市町村の納付金を減算、市町村が担う事業の効率化に資する取組の財源に充てることができるものとする。

② 国民健康保険事業費納付金

県は、第2章3「納付金の算定方法」により納付金の額を決定し、市町村に対し通知する。市町村は、通知された額の納付金を県に対し全額納付する。

③ 国民健康保険保険給付費等交付金

県は、保険給付の実施その他の国民健康保険事業の円滑かつ確実な実施を図り、県内の市町村の財政状況その他の事情に応じた調整を行うため、市町村に対し国民健康保険保険給付費等交付金（以下「保険給付費等交付金」という。）を交付する。

保険給付費等交付金には、普通交付金と特別交付金の2つがある。

ア 普通交付金

市町村の保険給付の実績に応じて、その同額を交付するものであり、市町村の保険給付額と普通交付金は一致する。

イ 特別交付金

市町村の財政状況その他の事情に応じて交付するものであり、国の特別調整交付金の市町村交付分、県繰入金⁸のうち市町村交付分、市町村に対する保険者努力支援制度分及び特定健診・保健指導負担金分がある。

県繰入金については、従前より、その一部を市町村の取組状況に応じて交付するインセンティブ構造とし、国保事業を含む保健・福祉関係の幅広い評価項目を設定してきた。今後は、保険料水準統一を見据えて、評価項目を国保事業に重点化する方向で見直すこととし、県において、保険料ワーキンググループでの議論等を通じて市町村の意見も聴いた上

⁸ 国民健康保険の財政の安定化や県内市町村の財政の状況その他の事情に応じた財政調整を行うため、県が一般会計から県国民健康保険特別会計に繰り入れることとされている繰入金のこと。政令で定める算定対象額の100分の9に相当する金額とされている。

で、令和7年度からの適用に向けた検討を進める。

④ 市町村国民健康保険特別会計

市町村国民健康保険特別会計においても、国民健康保険が一会計年度単位の短期保険であることから、原則として、必要な支出を保険料や交付金等により賄い、法定外一般会計繰入や翌年度予算からの繰上充用に頼ることなく当該年度の収支の均衡を保ち、安定的な運営に努めることとする。

4 赤字削減及び解消の取組

(1) 「赤字」及び「赤字市町村」の定義

① 赤字

赤字削減・解消計画における「削減・解消すべき赤字」（以下「赤字」という。）とは、市町村の国民健康保険特別会計における決算補填等目的の法定外一般会計繰入金及び繰上充用金の新規増加分とする。

② 赤字市町村

赤字市町村とは、決算において赤字が生じ、翌々年度までに赤字の解消が見込まれない市町村をいう。

(2) 赤字削減・解消計画の策定

赤字市町村は赤字削減・解消計画を策定し、計画年次ごとの赤字の削減予定額又は削減予定率（赤字額に占める削減予定額の割合をいう。）とともに、赤字削減・解消のための基本方針及び取組内容を定めるものとする。

赤字市町村が策定する赤字削減・解消計画の計画期間は、原則として6年以内とする。

なお、赤字の発生年度から翌々年度までに赤字の解消が確実に見込まれる場合には、計画の策定は不要とする。

県は、市町村から提出された計画をとりまとめ、県赤字削減・解消計画を策定するとともに、県ホームページにおいて公表することとする。

(3) 決算補填等目的以外の法定外一般会計繰入金について

決算補填等目的以外の法定外一般会計繰入金については、ここでいう赤字には含まないものであるが、国民健康保険制度が社会保険制度であり、相互扶助を原則とする保険制度である以上、受益と負担の公平を図る観点からは、法定外の一般会計繰入に頼ることなく、保険料等により賄うことが基本であるため、本来は削減・解消することが望ましい。

5 財政安定化基金

国民健康保険事業の財政の安定化を図るため、保険料の収納不足や保険給付の増加により財源が不足した場合に、法定外一般会計繰入を行う必要がないよう、県に財政安定化基金を設置し、市町村に対する貸付・交付又は県による取崩しを行う。

また、国民健康保険の安定的な財政運営の確保を図るため、財政調整事業として、毎年度の決算剰余金を財政安定化基金へ積み立て、必要に応じて取り崩しを行う。

なお、保険料水準の完全統一後の財政安定化基金の取扱い（納付金積算対象外事業への交付、市町村財政調整基金の取扱い等）について保険料ワーキンググループで検討し、令和10年度末⁹までに結論を得る。

（１）市町村に対する貸付

① 貸付要件

市町村において保険料の収納不足等により財源が不足すると認められる場合に、当該市町村の申請に基づき無利子で貸付を行う。

② 貸付額

貸付を受けようとする市町村の収納不足見込額を基本とするが、最終的な貸付額は県において審査の上、決定する。

③ 貸付額の償還

貸付金の返済分については、貸付年度の翌々年度以降の納付金に上乗せし、原則として3年以内で償還する。

（２）市町村に対する交付

① 交付要件

市町村において、災害等その他の特別な事情が生じたと認められる場合に、当該市町村の申請に基づき交付する。

② 交付額

交付を受けようとする市町村の交付申請額並びに保険料収納の状況等を踏まえて、県が収納不足額の2分の1を上限として決定する。

③ 交付額の補填

国・県・交付を受けた市町村が、当該市町村への交付額の3分の1に相当する額をそれぞれ拠出して補填することを基本とする。

（３）県による取崩し

① 取崩しの要件

県は、県全体の保険給付の増加により保険給付費等交付金の財源が不足した時は、財政安定化基金を取り崩し、保険給付費等交付金に充てる。

② 取崩額

上記①の不足額について、財政安定化基金を取り崩し、県国民健康保険特別会計に繰り入れる。

⁹令和12年度からの保険料水準の完全統一に当たって、その前年度には納付金算定や市町村の条例改正、周知広報等が必要となるため、それまでに納付金算定に影響のある事項について決定している必要があることから、令和10年度末を目標としている。以下、令和10年度末を目標としている項目について同じ。

③ 財政安定化基金への繰入れ

原則として取崩しを行った年度の翌々年度から3年間で、取崩額と同額を納付金に含めて市町村から徴収し、財政安定化基金に繰り入れる。

(4) 財政調整事業

① 取崩しの要件

県は、国民健康保険の安定的な財政運営の確保を図るため、以下のいずれかに該当する場合に、不足額について、財政安定化基金を取り崩し、国民健康保険特別会計に繰り入れることができる。

ア 被保険者一人当たりの国民健康保険事業費納付金の額が、前年度の額を上回ることが見込まれる場合

イ 市町村の被保険者一人当たりの国民健康保険事業費納付金の額が、前年度の額を上回ることが見込まれる場合

ウ 前々年度の概算前期高齢者交付金の額が同年度の確定前期高齢者交付金の額を上回る場合

エ その他医療に要する費用、財政の状況等からみて国民健康保険の安定的な財政運営の確保を図るために繰入れが必要であると認められる場合

② 財政安定化基金への積み立て

各年度の決算剰余金の範囲内で財政調整事業分として財政安定化基金へ積み立てる。

6 国民健康保険事業におけるPDCAサイクルの推進

(1) 概要

本運営方針に基づき国民健康保険事業を実施するにあたっては、県が担う安定的な財政運営と、市町村が担う事業の効率化に向けた取組を継続的に実施していくことが重要である。

このため、市町村は自ら実施する資格管理・給付事務・保健事業等の事務・事業についてPDCAサイクルを推進し、県は市町村の事業の実施状況を定期的に把握・分析するとともに、県単位の国民健康保険事業のPDCAサイクルを推進することとする。

(2) PDCAサイクル推進に対する県による助言

市町村は、国民健康保険事業の実施に当たり、市町村が担う事業の効率化に向けた取組についてのPDCAサイクルを推進し、県に対してPDCAサイクルの実施状況を報告する。

県は、市町村に対して法に基づく技術的助言を行う際に、PDCAサイクルの推進についても必要な助言を行う。

また、本運営方針に基づき市町村が行う取組及びその成果については、県特別交付金（県繰入金分）において、毎年客観的な指標及び基準により評価を行い、評価の結果に応じて市町村に対し交付金を配分する。

<PDCAサイクルの推進に係る取組例>

| 区分 | 市町村における取組（例） | 県における取組（例） |
|----------------|--|--|
| Plan (計画) | <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の策定 ・データヘルス計画の策定 ・収納対策プランの策定 ・赤字削減・解消計画の策定 | <ul style="list-style-type: none"> ・運営方針に基づく事業計画の策定 ・指導監督の実施計画策定 |
| Do (実施) | <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画に基づく事業実施 ・運営方針に基づく事業実施 ・保健事業の実施 ・収納対策の実施 ・赤字削減・解消に向けた取組 | <ul style="list-style-type: none"> ・運営方針に基づく事業実施 |
| Check (評価) | <ul style="list-style-type: none"> ・運営協議会における実施状況報告 ・県への実施状況報告 | <ul style="list-style-type: none"> ・達成状況の検証・評価 ・運営協議会、連携会議における報告 ・指導監督の実施 |
| Action (改善) | <ul style="list-style-type: none"> ・事務等の見直し及び改善 | <ul style="list-style-type: none"> ・運営方針の見直し ・指導監督の実施結果通知 |

■第2章 国民健康保険事業費納付金及び保険料の標準的な算定方法に関する事項

平成30年度からの国民健康保険制度においては、都道府県が国民健康保険の財政運営を担う仕組みの中で、納付金及び標準保険料率等を算定し、その結果を市町村に示すこととなっている。

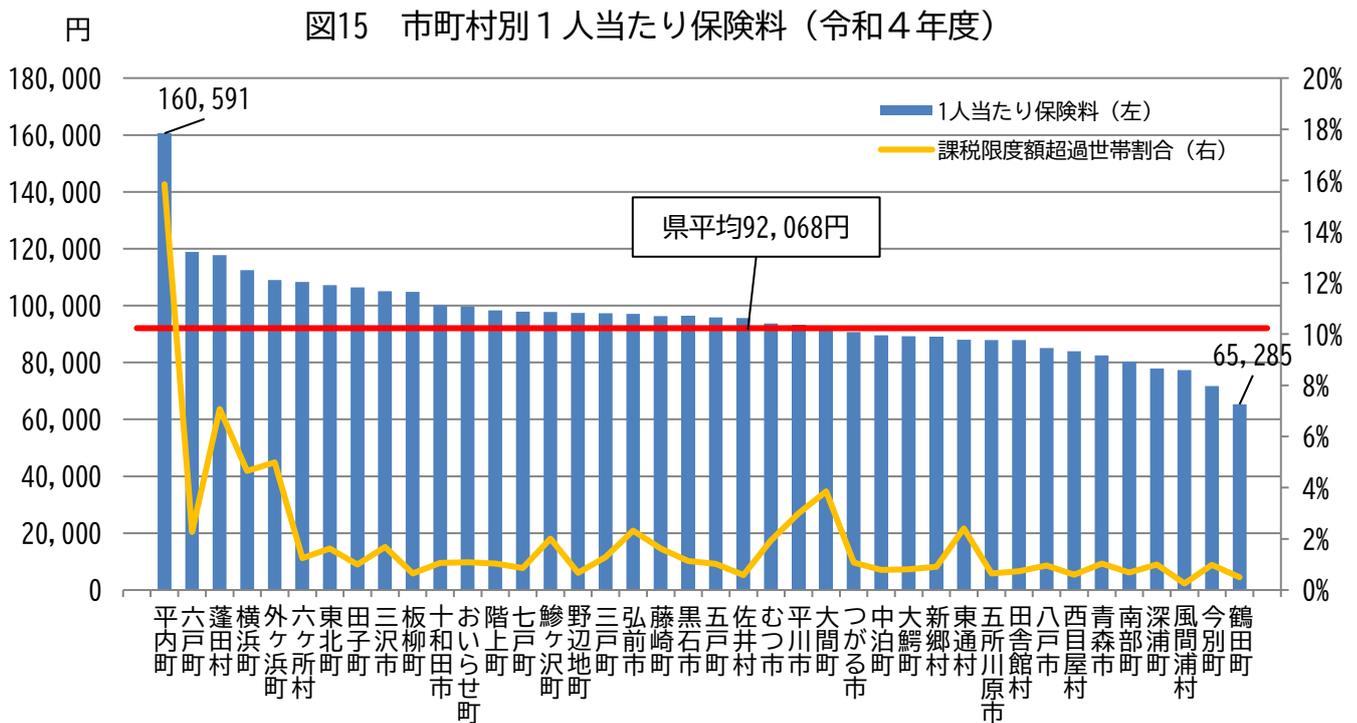
納付金の配分及び標準保険料率の設定のあり方については、『「国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について（ガイドライン）」の改定について』（令和3年9月15日付け保発0915第5号厚生労働省保険局長通知の別添。以下「ガイドライン」という。）において制度趣旨や基本的なルールが示されているところである。

本章では、本県における市町村の保険料等の状況や、県と市町村が、ガイドラインの内容を踏まえて協議・決定した納付金及び標準保険料率の算定方法等を示すものである。

1 市町村の保険料等の状況

(1) 1人当たり保険料の状況

令和4年度の各市町村の1人当たり保険料は、平内町（160,591円）が最も高く、最も低い鶴田町（65,285円）と2.46倍の差が生じている（図15）。



出典：国民健康保険事業年報（県速報値）※介護納付金分を含む
課税限度額超過世帯割合は国民健康保険料（税）賦課状況調べ（令和5年10月31日現在）

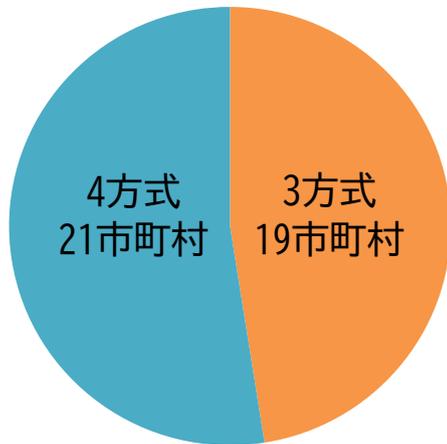
(2) 保険料の算定方式

国民健康保険事業に要する費用について、市町村は地方税法を根拠とする保険税又は国民健康保険法を根拠とする保険料のいずれかにより賄っている。本県においては、保険税を賦課している保険者が39市町村、保険料を賦課している保険者が1市となっている。

保険料の算定方式については、市町村別では4方式（所得割・資産割・被保険者均等割（以下「均等割」という。）・世帯別平等割（以下「平等割」という。））を採用している市町村

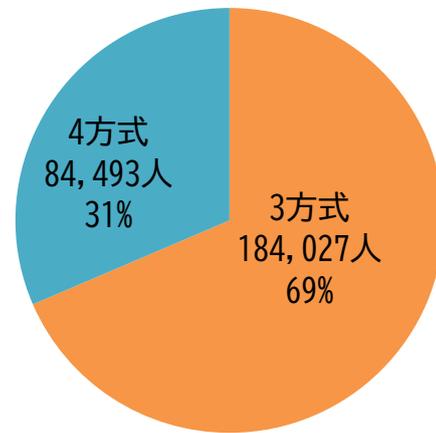
が多い（26市町村）が、被保険者数で見ると3方式（所得割・均等割・平等割）の割合が高くなっている（図16-1、16-2）。

図16-1 県内市町村の保険料算定方式（令和5年度・医療分）



出典：県高齢福祉保険課調べ

図16-2 県内市町村の保険料算定方式（令和5年度・医療分、被保険者数ベース）



出典：国民健康保険事業令和5年7月月報（県集計値）

（3）保険料の応能・応益割合¹⁰

令和5年度の県内市町村の保険料の応益割合は、多くの市町村で50%に近い賦課割合となっている（表3）。

表3 応益割合（令和5年度・本算定時点）

| 応益割合 | 市町村数 |
|------------|------|
| 55%以上 | 3 |
| 50%以上55%未満 | 17 |
| 45%以上50%未満 | 9 |
| 45%未満 | 11 |
| 計 | 40 |

出典：県高齢福祉保険課調べ

2 保険料水準の統一についての方向性

（1）保険料水準の統一に向けた基本的な考え方

平成30年度から都道府県単位化された国民健康保険制度においては、これまでの市町村における被保険者相互の支え合いの仕組みに、県内の市町村相互の支え合いの仕組みが加わることにより、県全体で負担を分かち合うこととなった。

上記の仕組みの趣旨に鑑みれば、県全体で被保険者間の受益と負担が公平となるよう、県内のどの市町村に居住していても、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば同じ保険料額となること（保険料水準の完全統一）が望ましいと考えられる。

¹⁰ 課税総額における応能割（所得割・資産割）と応益割（均等割・平等割）の負担割合。

保険料水準の完全統一を実現するためには、収納率の差異、保健事業や地方単独事業の実施状況の差異など、多くの課題が残されているが、それらの課題については、令和5年度に設置したワーキンググループ等により、県と市町村が引き続き協議を行っていく。ワーキンググループの設置は保険料の完全統一までを基本とし、その後も検討が必要な事項がある場合は、新たなワーキンググループの設置を検討する。

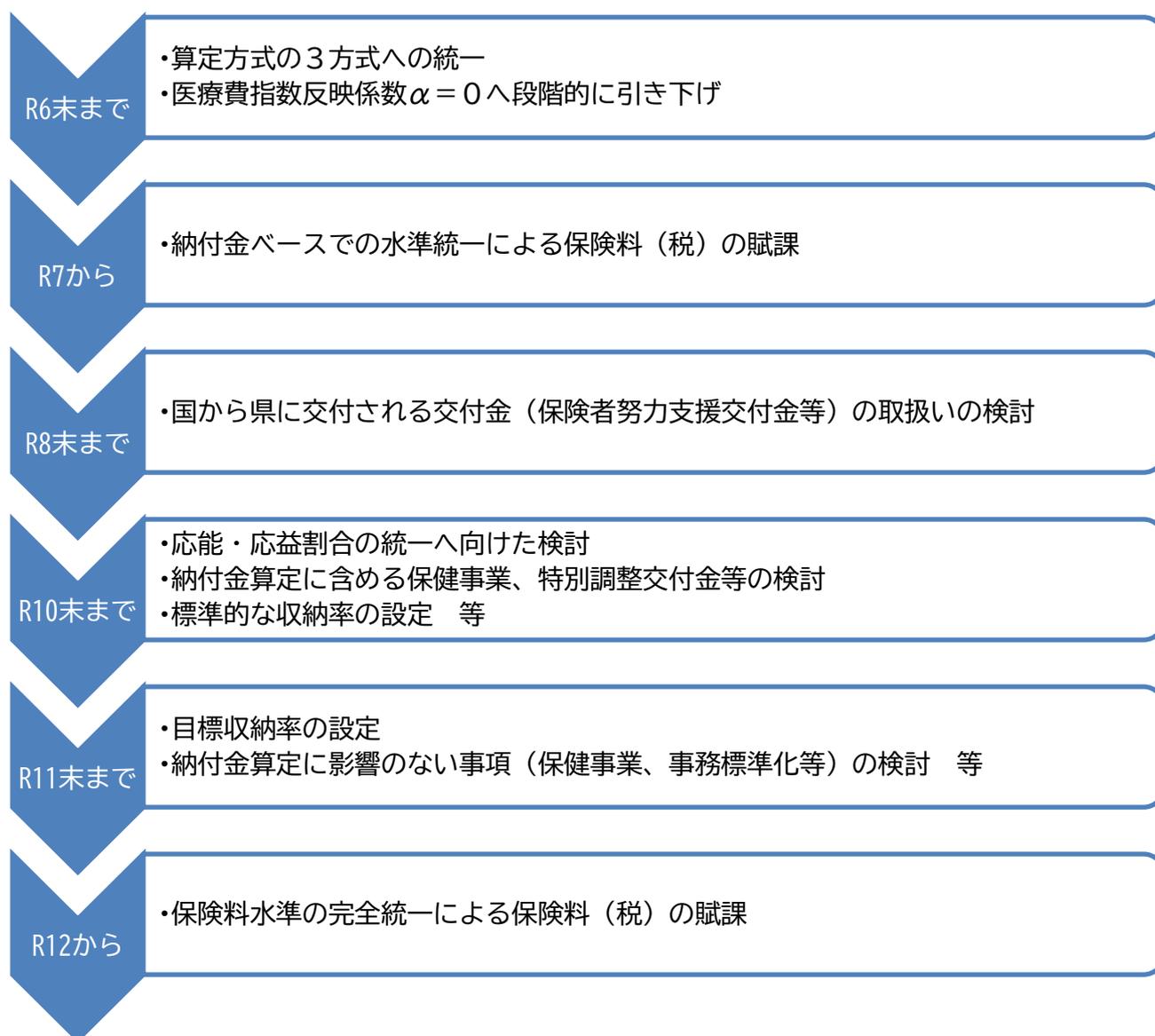
(2) 保険料水準の完全統一へのスケジュール

保険料水準の完全統一へ向けて検討を要する各項目について然るべき時期までに結論を得た上で、令和12年度から、完全統一された保険料による賦課を開始することを目指す。

完全統一までのステップとして、納付金算定時の医療費指数反映係数 α を段階的に引き下げ、令和7年度分の算定からゼロとし、納付金ベースでの水準統一による賦課を開始する。

市町村においては、賦課方式について、医療・後期・介護の全てを、遅くとも令和7年度から3方式（所得割・均等割・平等割）となるようにする。

また、市町村が設定する賦課限度額は、引き続き、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）又は地方税法施行令（昭和25年政令第245号）に定める額と同額とする。



(3) 検討体制

令和5年度に設置した4つのワーキンググループにおいて、以下の主な検討項目を中心に市町村と協議を行い、市町村連携会議等により市町村の合意を得る。

① 保険料ワーキンググループ

○収入（以下の項目の共同配分を検討）

- ・保険者努力支援制度(県分)
- ・国特別調整交付金
- ・保険基盤安定負担金
- ・財政安定化支援事業繰入金

○支出（以下の項目の共同負担を検討）

- ・審査支払手数料
- ・葬祭諸費
- ・出産育児諸費
- ・その他保険給付

○賦課割合

○賦課限度額の設定

○財政安定化基金 等

② 保健事業ワーキンググループ

○保健事業費の定義

○保険料水準の統一における保健事業の位置づけ

○標準的な保健事業

○特定健診等負担金の納付金への反映

○地方単独事業の減額調整分 等

③ 収納対策ワーキンググループ

○目標収納率

○県の支援内容

○統一保険料率の算定に使用する標準的な収納率

○目標収納率に対するインセンティブ

○滞納世帯への対応（短期被保険者証・被保険者資格証明書の廃止に伴う対応を含む）

○保険料の納期 等

④ 事務標準化ワーキンググループ

○医療費通知等の統一

○高額療養費の支給簡素化

○国保資格管理の考え方の整理

○事務の簡素化に向けた様式統一や共同事業化 等

3 納付金の算定方法

納付金の算定は「所得水準」に応じて市町村ごとに計算を行う（令和6年度分の算定までは「年齢構成の差異を調整した医療費水準」を含む）。納付金の算定において、医療分・後期高齢者支援金分・介護納付金分はそれぞれ個別に納付金総額を算定した上で、市町村ごとの納付金額を算定し、合算することとする。

県又は市町村の被保険者1人当たり納付金額が、基準とする年度から増加すると見込まれる場合に、県において、市町村に意見を聴いた上で、財政安定化基金（財政調整事業）の活用により、納付金額を調整することがある。

（1）納付金の算定方式

納付金の算定方式は、納付金ベースでの保険料水準の統一により統一する3方式（所得割・均等割・平等割）とする。

（2）医療費指数反映係数 α

医療費指数反映係数 α は、各市町村の年齢調整後医療費指数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（ $0 \leq \alpha \leq 1$ ）であり、 $\alpha = 1$ の時は医療費指数が納付金に全て反映され、 $\alpha = 0$ の時は医療費指数が納付金に反映されないこととなる。

本県では、平成30年度の国民健康保険制度改革の直後においては、当時のガイドラインに示された原則どおり、 $\alpha = 1$ として納付金を算定してきたところであるが、令和3年度分の納付金算定から段階的に引き下げており、令和7年度分から $\alpha = 0$ とする。

（3）所得係数 β

所得係数 β は、各市町村の所得水準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あり、全国平均を1とした場合の各都道府県の所得水準を示すものである。

本県においては、各市町村の負担能力に応じた納付金負担とする観点から、ガイドラインにおいて示された原則どおり、「 $\beta =$ 青森県の所得水準」として算定する。

保険料水準の完全統一後の所得係数 β は、保険料ワーキンググループにおいて検討を行い、令和10年度末までに結論を得る。

（4）高額医療費の調整

レセプト（診療報酬明細書）1件当たりの額が著しく高額な場合は、高額医療費負担金や特別高額医療費共同事業負担金により一定の負担緩和が図られているが、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の更なる緩和を図る観点から、レセプト1件当たりの額が80万円超の高額医療費のうち、80万円を超える部分については、県内全市町村の被保険者数で按分する方法により共同負担する。

（5）賦課限度額

納付金及び市町村標準保険料率の算定のために県が設定する賦課限度額は、国民健康保険法施行令又は地方税法施行令に定める額と同額とする。

なお、所得水準の算出にあたっては、所得が著しく高い被保険者の影響で市町村の所得水準を過度に引き上げることがないように、推計を用いて賦課限度額を超える所得を控除する必要がある。

(6) 保険者努力支援交付金¹¹（県分）の取扱い

保険者努力支援交付金（県分）については、医療費適正化や収納率の向上等、市町村ごとに差異がある取組について、インセンティブを働かせることを通じて県全体の底上げを図っていく必要があることから、保険者努力支援制度（市町村分）の評価結果に基づく配分を行う。

保険料水準の完全統一後の取扱いについては、保険料ワーキンググループにおいて検討を行い、令和8年度末までに結論を得る。

(7) 特別調整交付金の取扱い

国から市町村に交付される特別調整交付金について、保険料水準の完全統一後の取扱いについては、保険料ワーキンググループにおいて検討を行い、令和10年度末までに結論を得る。

なお、医療費水準に応じて交付される分については、優先的に検討を進める。

(8) 標準的な保健事業

現在、各市町村が実施している保健事業について、その費用は納付金算定に含まれておらず、各市町村が保険料に上乗せして徴収している。保険料水準の完全統一に当たっては、保健事業も納付金算定に含める必要があるが、実施内容に市町村間で差が大きい事業もあることから、納付金算定に含める標準的な保健事業を保健事業ワーキンググループにおいて検討を行い、令和10年度末までに結論を得る。

4 標準保険料率

(1) 市町村標準保険料率

市町村標準保険料率は、標準的な住民負担の「見える化」を図るために、県内の市町村ごとの保険料率の標準的な水準を示す数値であり、県が定める算定基準により算定する。本県の市町村標準保険料率は、納付金と同様に、3方式により算定することとする。

また、県は、標準的な算定方式に加えて、保険料の算定方式が統一される令和7年度までに限り、各市町村の算定方式に基づく標準的な保険料率を市町村に別途提示する。

市町村は、県が示す市町村標準保険料率等を参考に、それぞれの保険料算定方式や予定収納率に基づき保険料率を定め、保険料を被保険者に賦課・徴収するとともに、県に納付金を納める。

(2) 市町村標準保険料率の算定における応能・応益割合

ガイドラインによると、納付金の算定において、応能割（所得割・資産割）：応益割（均等割・平等割）の割合については、応能割部分に所得水準を反映させることとされている。その

¹¹ 保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対して交付される交付金。収納率向上や医療費適正化等の適正かつ客観的な指標に基づき交付され、県分と市町村分がある。令和2年度から新たに事業費分と事業費連動分が追加された。

ため、市町村標準保険料率の算定にあたっては、納付金の算定との均衡を図り、応能割：応益割の割合を「所得係数 β ：1」として算定する。

また、応益部分については、市町村が従来の政令¹²で規定された標準割合を参考に保険料率を設定してきた経緯を踏まえ、均等割と平等割を「70:30」に設定して市町村標準保険料率を算定する。

(3) 標準的な収納率

収納率は、保険者の規模（被保険者数）により異なる傾向にあるため、市町村標準保険料率の算定にあたっては、標準的な収納率を保険者規模別に設定する。

保険者規模別の区分は、「5万人以上10万人未満の市」、「5万人未満の市」、「町村」の3区分とする。

また、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、一般被保険者分の過去3か年度の平均の収納率（現年度分）を標準的な収納率として設定する。

保険料水準の完全統一後の標準的な収納率については、保険料ワーキンググループ及び収納対策ワーキンググループにおいて検討を行い、令和10年度末までに結論を得る。

¹² 平成30年4月1日以降、納付金及び標準保険料率の算定時に所得水準を反映することとされたため、政令の標準割合に関する規定は廃止された。

■第3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

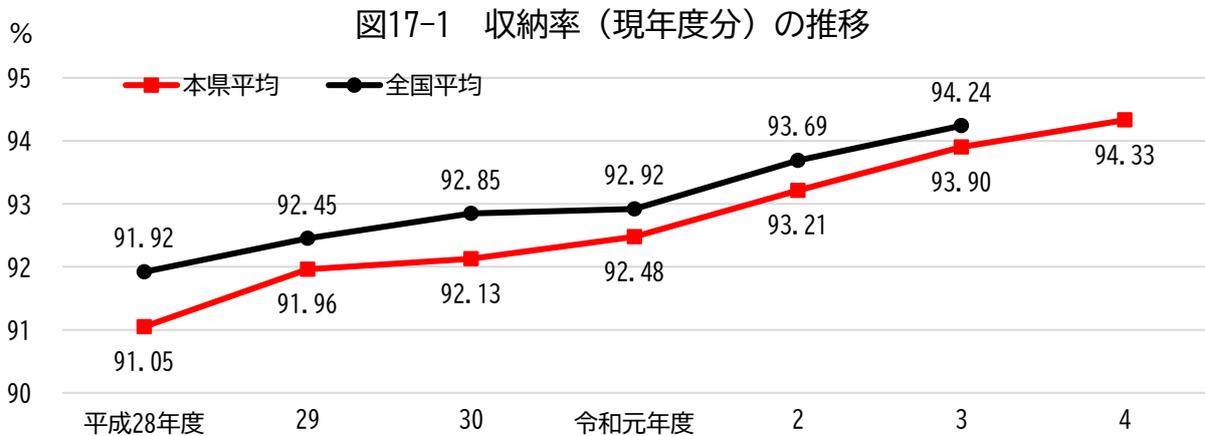
本章では、市町村が保険料の収納率を向上させるための徴収事務に関する取組事項等を定めるものである。

1 収納率及び収納対策等の状況

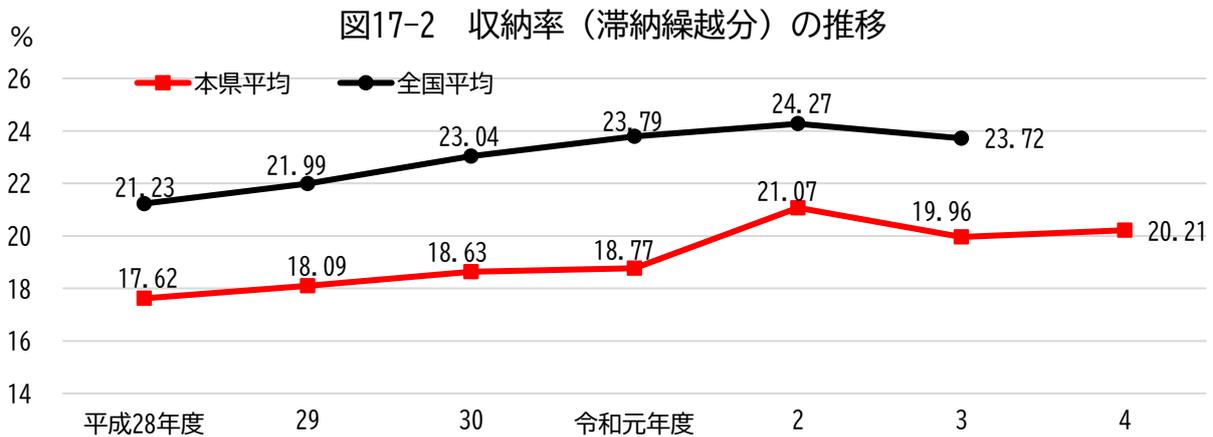
(1) 保険料収納率の推移

令和4年度の本県の現年度分の保険料収納率は、94.33%となっている。また、令和4年度の本県の滞納繰越分の保険料収納率は、20.21%となっている（図17-1、17-2）。

本県・全国とも収納率は上昇傾向にあるが、本県平均は全国平均を下回る状況が続いている。



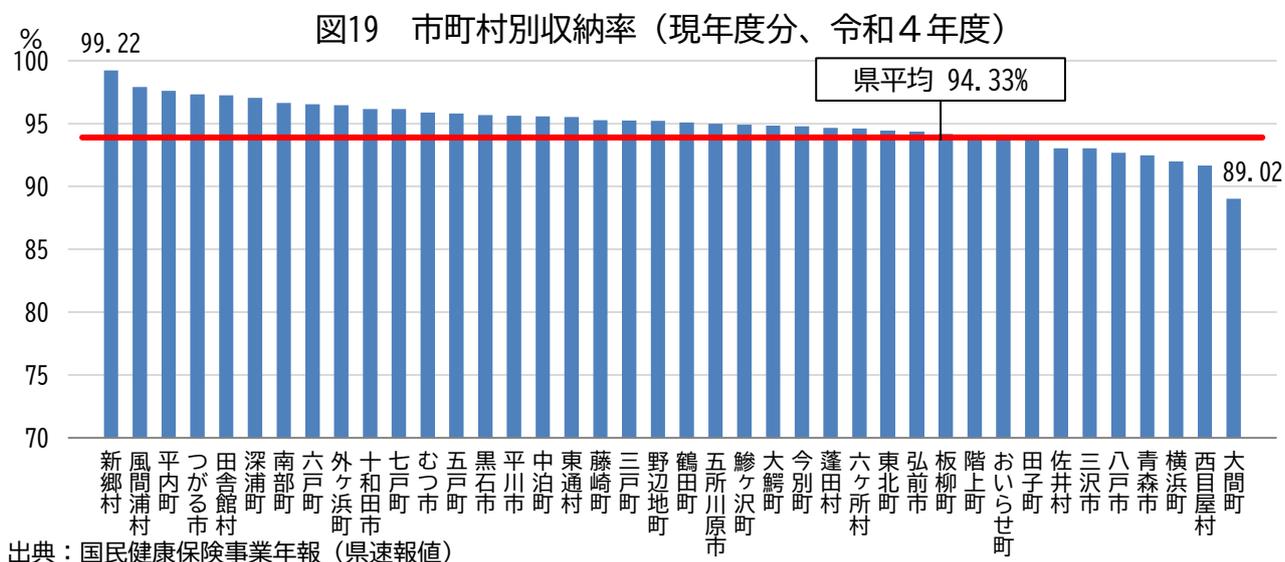
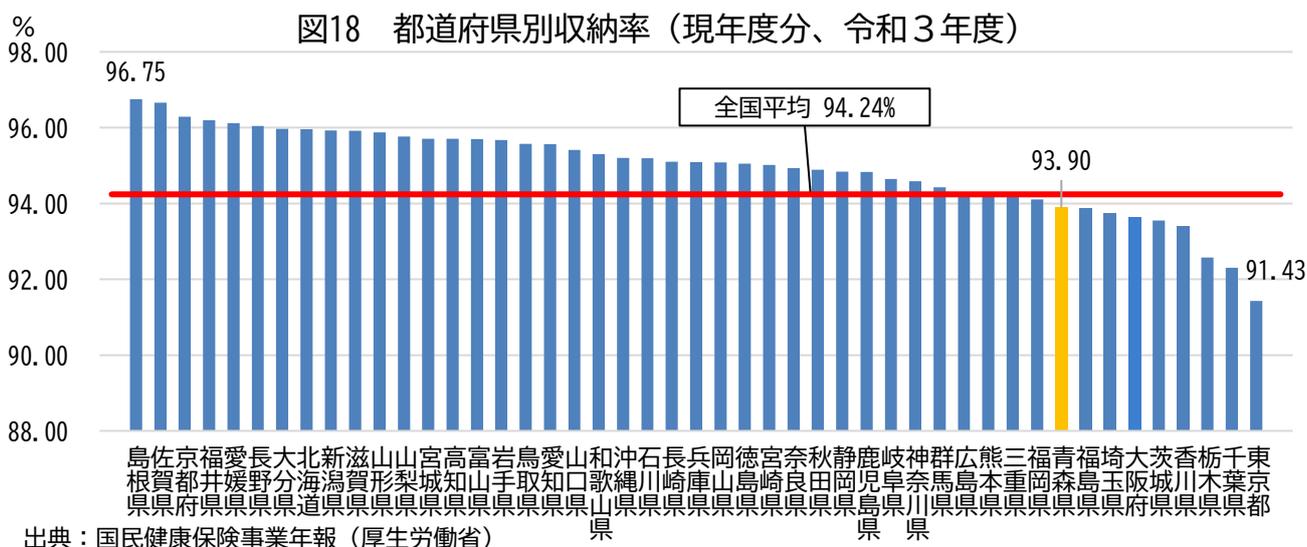
出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）、令和4年度は県速報値



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）、令和4年度は県速報値

令和3年度の本県の収納率（93.90%）は、最も高い島根県（96.75%）よりも2.85ポイント低く、全国で39位となっている（図18）。

また、令和4年度の県内市町村の収納率は、最も高い新郷村（99.22%）と最も低い大間町（89.02%）では10.2ポイントの差がある状況となっている（図19）。



(2) 納付方法別世帯割合と保険料収納率の状況

令和3年度の本県の納付方法別世帯割合（加入率）は、「自主納付」によるものが50.39%と最も多く、次いで「特別徴収」が22.45%、「口座振替」が18.33%、「納付組織」が8.83%となっている。全国平均と比較すると、本県は「口座振替」の割合が低く、「納付組織」と「特別徴収」及び「自主納付」による割合が高くなっている（表4）。

なお、本県の納付方法別の保険料収納率（令和3年度現年度分）は、いずれも全国平均とほぼ同水準となっている。

表4 納付方法別世帯割合(加入率)と収納率（令和3年度）（単位：%）

| 区分 | 納付組織 | | 口座振替 | | 特別徴収 | | 自主納付 | | 収納率 |
|----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 加入率 | 収納率 | 加入率 | 収納率 | 加入率 | 収納率 | 加入率 | 収納率 | |
| 本県 | 8.83 | 96.03 | 18.33 | 96.97 | 22.45 | 99.85 | 50.39 | 73.37 | 93.90 |
| 全国 | 0.37 | 94.27 | 39.80 | 97.05 | 16.27 | 99.90 | 43.56 | 71.40 | 94.24 |

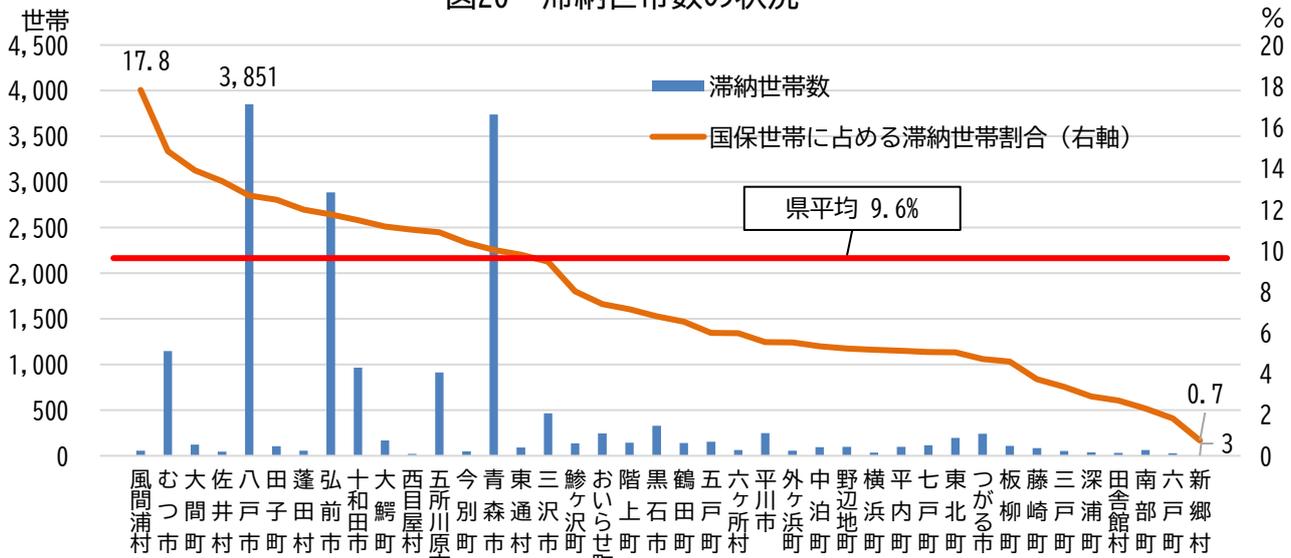
出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）、収納率は現年度分

(3) 滞納世帯数の状況

令和5年6月1日現在の本県の滞納世帯数は17,488世帯で、国保世帯に占める滞納世帯の割合は、県平均で9.6%となっている。

また、県内市町村の滞納世帯の割合は、最高が風間浦村の17.8%、最低が新郷村の0.7%となっている（図20）。

図20 滞納世帯数の状況

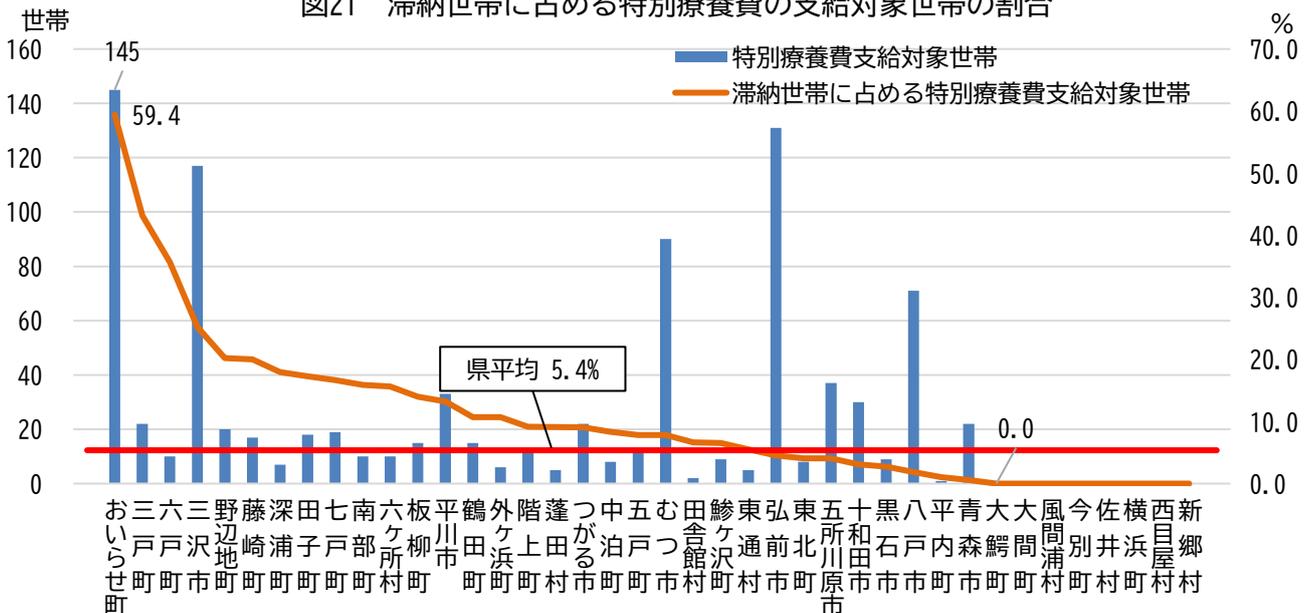


出典：厚生労働省予算関係資料をもとに作成（令和5年6月1日現在）

(4) 特別療養費の支給対象世帯数・割合の推移

令和5年6月1日現在の本県の特別療養費の支給対象世帯数は939世帯で、滞納世帯に占める割合は、県平均で5.4%となっている。（図21）。

図21 滞納世帯に占める特別療養費の支給対象世帯の割合



出典：厚生労働省予算関係資料をもとに作成（令和5年6月1日現在）

(5) 収納対策の実施状況

収納率の向上のために有効と考えられている取組について、令和3年度における本県市町村の実施状況は次のとおりである。滞納整理機構への滞納処分の移管、財産調査の実施、差押えの実施等については、9割を超える市町村が実施している。一方で、本県市町村においては、マルチペイメントネットワークを活用した口座振替、クレジットカードによる決済、搜索の実施、インターネット公売の活用、滞納者所有の自動車のタイヤロックの実施等については、全国と比較して取組が進んでいない状況にある（表5）。

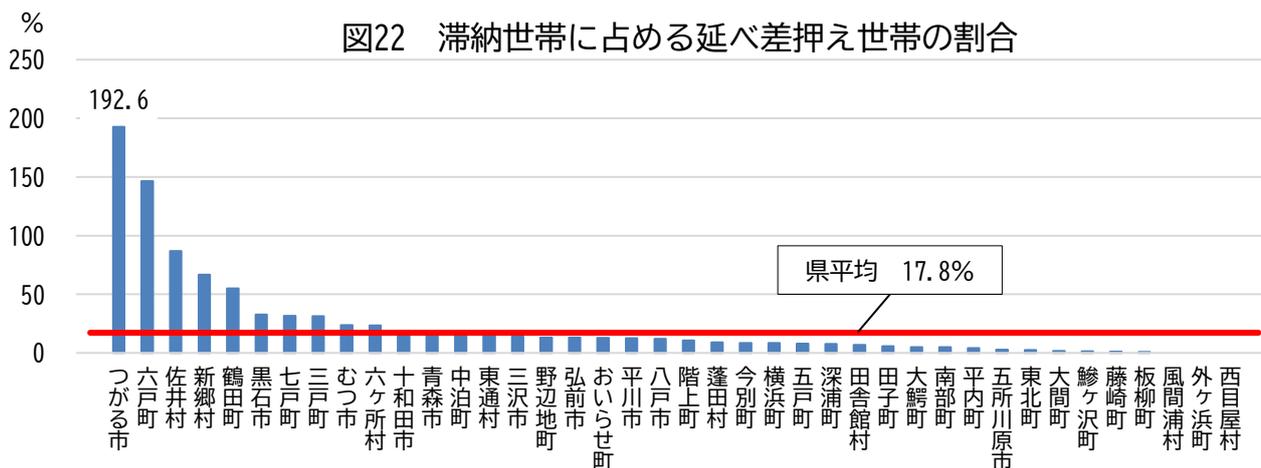
表5 収納対策の実施状況（令和3年度）

| 収納対策 | 本県 | | 全国 |
|----------------------------|--------|-------------|------|
| | 実施保険者数 | 実施保険者の割合（%） | |
| 収納対策に関する要綱（プラン・マニュアル）の作成 | 26 | 65.0 | 71.3 |
| コールセンターの設置（電話勧奨） | 2 | 5.0 | 16.1 |
| 滞納整理機構への滞納処分の移管 | 38 | 95.0 | 38.4 |
| 税の専門家の配置 | 2 | 5.0 | 17.7 |
| 収納対策研修の実施 | 22 | 55.0 | 62.6 |
| 連合会に設置した収納率向上アドバイザーの活用 | 0 | 0.0 | 7.3 |
| 口座振替の実施 | 38 | 95.0 | 99.8 |
| マルチペイメントネットワークを活用した口座振替の推進 | 1 | 2.5 | 20.0 |
| コンビニ収納 | 27 | 67.5 | 80.2 |
| ペイジーによる納付方法の多様化（簡素化） | 3 | 7.5 | 13.5 |
| クレジットカードによる決済 | 3 | 7.5 | 14.8 |
| 多重債務相談の実施 | 12 | 30.0 | 39.0 |
| 財産調査の実施 | 40 | 100.0 | 94.6 |
| 差押えの実施 | 40 | 100.0 | 93.2 |
| 搜索の実施 | 9 | 22.5 | 52.7 |
| インターネット公売の活用 | 7 | 17.5 | 42.6 |
| 滞納者所有の自動車のタイヤロックの実施 | 6 | 15.0 | 38.9 |
| 徴収猶予の実施 | 29 | 72.5 | 71.2 |
| 換価の猶予の実施 | 15 | 37.5 | 52.2 |
| 滞納処分の停止の実施 | 34 | 85.0 | 86.1 |

出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）

(6) 滞納処分の実施状況

令和5年6月1日現在の滞納世帯に占める延べ差押え世帯の割合は最高（つがる市）が192.6%、最低（風間浦村、外ヶ浜町、西目屋村）がゼロとなっている（図22）。



出典：国民健康保険事業実施状況報告（県速報値）及び厚生労働省予算資料をもとに作成

滞納世帯数は令和5年6月1日時点、延べ差押え世帯数は令和4年度

※納期ごとに差押えを実施した場合は、納期ごとの差押えをそれぞれ1件として計上しているため、割合が100%を超える場合がある

2 収納率向上に向けた取組

市町村は、県が示す標準保険料率を参考に保険料率を決定し、納付金や保健事業費等を賄うための保険料を賦課・徴収することとなるが、国民健康保険の持続的かつ安定的な財政運営のためには、それぞれの市町村の収納率向上は不可欠である。

そのため、県は、市町村における収納率の向上を図る観点から、市町村の収納率目標を設定するものである。

県が設定する収納率目標については、引き続き、全国の保険者規模別の平均収納率を採用することとし、n年度の保険者規模別の全国平均値をn+2年度（2か年度後）の県内市町村の収納率目標値として設定する（表6）。

また、保険料水準の完全統一後の目標収納率の設定については、収納対策ワーキンググループ等において検討を行い、令和11年度末までに結論を得る。

なお、上記の収納率目標値を達成している市町村については、県特別交付金（県繰入金分）や保険者努力支援交付金の獲得等を目的として、さらなる収納率の向上を目指すこととする。

各市町村は、目標値を達成するため、例えば以下のような収納対策を実施する。

表6 保険者規模別の国保料の収納率の状況（現年度分）（単位：％）

| 区分 | 本県（令和4年度） | 全国（令和2年度） |
|---------------|-----------|-----------|
| 全市町村 | 94.33 | 93.69 |
| 5万人以上10万人未満の市 | 92.48 | 92.78 |
| 5万人未満の市 | 94.47 | 94.57 |
| 町村 | 95.24 | 96.09 |

出典：本県分は国民健康保険事業年報速報値を集計、

全国分は「国民健康保険（市町村）の財政状況について」（厚生労働省）による

※市部における保険者規模は、年度平均の被保険者数による

(1) 収納対策プランの策定及び実施

効果的かつ効率的な収納対策を実施するための収納対策プラン（収納対策マニュアル等を含む。）を策定する。

また、作成した収納対策プランに基づき、市町村の実態に応じて、収納率目標の達成に資する取組を行うとともに、取組についての評価を行い、必要に応じて見直しを行う。

(2) 収納体制の強化

納付相談及び訪問徴収の実施、コールセンターの設置等について、必要な人員の確保及び体制の強化を図る。

また、厚生労働省が委嘱する国民健康保険料（税）収納率向上アドバイザーを活用した取組等を実施する。

(3) 納付環境の整備

本県においては、ペイジー¹³やクレジットカード等を活用した口座振替を実施している市町村が少ない状況にあるため、これらの納付方法を含めた多様な納付環境の整備に努める。

(4) 財産調査・滞納処分の実施

短期被保険者証及び被保険者資格証明書の廃止に伴い、滞納世帯との接触の機会が減少することから、特別療養費の支給に変更する旨の事前通知の活用等による、納付相談機会の獲得に取り組むとともに、滞納世帯の状況に応じて、適正に財産調査を行い、滞納処分を実施する。

また、青森県市町村税滞納整理機構を活用し、収納対策に努める。

¹³ 公共料金・税金等について、口座振替契約の受付を収納機関の窓口端末やモバイル端末、ATM やインターネットバンキングを利用し行うことができ、また、支払いを行うと即時に支払い情報（消し込み情報）が収納機関に通知されるサービス。

■第4章 市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

本章では、国民健康保険制度の基本事業である保険給付が統一的なルールに従って確実に行われ、必要な保険給付が着実に行われるようにするために取り組む事項等を定めるものである。

1 レセプト（診療報酬明細書）の審査及び点検

（1）市町村のレセプト点検の実施状況

保険者が診療報酬の適切な支払いを確保するためには、保険医療機関から提出・請求されたレセプトの診療内容・請求内容を審査し、請求誤り等がないか確認する必要がある。

本県においては、二次点検業務について、青森県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）への委託により実施しているのは36市町村、点検員を配置して自ら実施しているのが4市町村（令和5年度）となっている。

（2）市町村のレセプトの審査及び点検の充実

県は国保連合会と連携し、市町村のレセプト点検担当者を対象とした研修等を開催し職員の資質向上を図る。また、被保険者の受診動向や疾病特徴の把握・分析を行う。

あわせて、市町村に対して県及び国保連合会がレセプト点検に係る助言を行い、市町村において効率的な点検業務が行われるよう支援する。

（3）県によるレセプト点検の実施

レセプト点検は一義的には市町村が実施すべきものであるが、県は、広域的な視点から、県内市町村間の異動があった被保険者のレセプト点検を行うとともに、専門的見地に基づくレセプト点検を行っていく。

2 第三者行為求償事務の取組

（1）市町村の取組

保険給付の適正な執行のためには第三者行為求償事務の適正な実施は必要不可欠であり、各市町村において、例えば次のような取組を強化する必要がある。

① 周知広報の強化

ホームページ、広報紙や医療費通知等を活用した制度周知

② 発見手段の拡大

消防等の関係機関との連携等による発見手段の拡大

③ 国保連合会等との連携強化

国保連合会に委託して実施している第三者行為求償事務共同処理事業の効果的な活用と、国保連合会が実施する第三者行為求償事務に関する研修会等による職員の資質向上

④ 第三者行為求償事務アドバイザーの活用

市町村における第三者行為求償事務についての課題解決を目的とした第三者行為求償事

務アドバイザーの積極的な活用

(2) 広域的、専門的事案への対応

令和7年度以降、都道府県は、市町村による保険給付の適正な実施を確保するため、広域的・専門的見地から必要があると認めるときは、市町村から委託を受けて、第三者行為求償事務を行うことが可能となることから、市町村と協議を行い、令和6年度末までに、県が当該事務を実施する要件や取扱方針について定める。

3 保険医療機関等への指導及び診療報酬等の返還事務

保険給付の適正な実施に資するものとして、県は東北厚生局青森事務所と合同で、保険医療機関及び保険医（保険薬局及び保険薬剤師）を対象に、保険診療（保険調剤）の報酬に係る指導・監査を実施している。

診療報酬（調剤報酬含む。以下同じ。）の請求のうち、算定要件を満たしていない等、その妥当性を欠くものについては、市町村が保険医療機関からの返還に係る事務を行っている。

また、平成30年度からは、県が市町村からの委託を受けて、不正請求等に係る返還事務のうち広域的な対応が必要なもの又は専門性が高いものを行うことができることとなった。県は事務処理方針等に基づき、事案ごとに対象を整理したうえで実施する。

4 療養費の支給の適正化

(1) 柔道整復施術療養費及びあん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費

柔道整復師及びあん摩マッサージ指圧師、はり師・きゅう師による施術については、医学的見地から医師が施術を必要と認めた場合には療養費の対象とされている。

市町村は、療養費の適正化への取組の一環として、被保険者に対し、上記療養費の支給対象となる負傷等についての正しい知識を普及させるため、パンフレットの配布等により周知を図るとともに、医師の同意の有無や往療料の必要性について審査を行う。

また、多部位にわたる施術や、長期又は頻度が高い施術を受けた被保険者等に対しては、文書や聞き取り等により施術の状況等を確認し、療養費の支給の適正化に努める。

県は、各市町村の療養費の支給に関する事務の点検を行い、市町村に対して随時助言を行う。

(2) 海外療養費

被保険者が海外渡航中に療養等を受けた場合については、当該被保険者からの申請により、海外療養費が支給される。

市町村は、海外療養費の不正請求対策に係る費用についての国の財政支援を活用し、海外において療養等を受けたとされる被保険者の渡航の事実や、支給申請に係る療養等が当該渡航期間内に行われたものであることを確認するなど、的確に審査を行う。

県は、国から提供された全国の不正請求事例について各市町村に情報提供するほか、不正請求が疑われる事例が発生した場合には、市町村において効率的な審査が行われるよう助言するなど、必要な支援を行う。

5 高額療養費の取扱い

(1) 多数回該当

県が保険者となることに伴い、平成30年度からは、高額療養費の多数回該当の判定において、県内の市町村間における異動であって、かつ世帯の継続性が認められる場合には、直近12月間で通算して算定することとなった。県内で市町村をまたぐ住所の異動があった場合、資格取得・喪失の異動はないものとして高額療養費の多数回該当を通算することとし、世帯の継続性等の判定にあたっては、国の通知をもとに判断する。

(2) 高額介護合算・外来年間合算

高額療養費においては支給額が1,000円以上、高額介護合算療養費においては支給額が500円超となる被保険者に申請勧奨通知を行うよう努める。上記の基準を超える市町村は、システム改修費用や事務負担の増加等を配慮しつつ、可能な限り早期の改善に努めるものとする。

勧奨通知は、被保険者の利便性を考慮してターンアラウンド方式¹⁴を目指すこととし、各市町村が実情を踏まえて導入に努めることとする。

(3) 高額療養費の支給申請手続きの簡素化

高額療養費の申請について、被保険者の口座情報等を登録することで、その都度窓口での申請を省略し現物給付できる「支給簡素化」については、被保険者が受ける恩恵が大きく、また、市町村の窓口対応負担も減少することが想定されるため、基本的に全市町村で実施すべきものと考えられるが、事務手続き上の課題もあることから、事務標準化ワーキンググループを活用し、実施に向けた検討を進める。

¹⁴ 被保険者番号、被保険者名、受診医療機関等の必要事項をあらかじめ記載した申請書を被保険者に送付する方式

■第5章 医療費適正化の取組に関する事項

本章では、医療費適正化計画（第四期）に基づき実施する「健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」を図るための取組について定めるものである。

第5章の内容は、令和5年度中に策定する医療費適正化計画（第四期）に準拠することとする。以下は掲載する予定の項目。
第四期計画策定に合わせて反映させる。

1 県民の健康の保持の推進

- (1) 特定健康診査の実施率
- (2) 特定保健指導の実施率
- (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍（特定保健指導対象者）の割合
- (4) 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進
- (5) その他予防・健康づくりの推進
 - ① たばこ対策
 - ② 予防接種
 - ③ 生活習慣病の重症化予防
 - ④ その他予防・健康づくりの推進

2 医療の効率的な提供の推進

- (1) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進
- (2) 医薬品の適正使用の推進
- (3) 医療資源の効果的・効率的な活用の推進
- (4) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進

■第6章 市町村の国民健康保険事業の効率化に関する事項

本章では、今後の被保険者数の減少に伴う市町村の事務効率の低下や、今後の制度改正等に伴う事務コストの増加に対応するための、市町村事務の広域化・標準化の推進と効率化を図るための取組等を定めるものである。

1 保険者事務の取組

現在、市町村は、国保連合会への委託により、被保険者証等の作成、高額療養費等の計算処理、各種統計資料の作成、資格・給付管理等の事務を実施している。

その他、市町村が担う事務のうち、効率化に向けて広域化・標準化すべきものについて、県、市町村、国保連合会が協議を行い、関係機関と調整を行っていく。

2 市町村事務処理標準システム

市町村が行う国民健康保険制度における資格管理や保険料の賦課・収納等の業務を支援するため、国が開発した市町村事務処理標準システム（以下「標準システム」という。）は、制度改正の度に発生していた多額の改修費用や、膨大な作業時間の削減を可能としている。

標準システムの導入にあたっては、アプリケーションが無償配付されることや、市町村における自庁システムを管理している既存ベンダも導入・保守の対応が可能であることに加え、令和7年度までに生じる導入費用（令和8年度稼働開始）について、国の特別調整交付金による財政支援が行われることで、技術的・費用的な負担は緩和されている。

県内市町村においては、同一のシステムを利用することにより、市町村間の機能格差の解消に繋がるとともに、制度改正が生じた場合も国が対応システムを提供することで、改修に係るコスト削減による安定的な財政運営への寄与が見込まれ、また、標準システム導入により市町村事務の広域化・標準化が進んでいくことは、被保険者のサービスの充実にも繋がるものと考えられる。

令和5年度における標準システムの導入状況は、本県は18市町村（導入率45.0%）、全国では581市町村（導入率33.4%）となっている。

また、今後の導入予定は、本県は25市町村（導入率62.5%）、全国では894市町村（導入率51.3%）となっている（表7）。

今後、県としては市町村事務の効率化のため、市町村と協力し情報共有を図りつつ、共同クラウドを含めた標準システムの導入に向けて、積極的な取組を行う。

表7 市町村事務処理標準システムの導入状況

| 区分 | | 導入済み | 導入予定 | | |
|--------------|----|-------|-------|-------|---------|
| | | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度以降 |
| 累計導入 市町村数 | 全国 | 581 | 629 | 795 | 894 |
| | 青森 | 18 | 18 | 21 | 25 |
| 累計導入率 | 全国 | 33.4% | 36.1% | 45.7% | 51.3% |
| | 青森 | 45.0% | 45.0% | 52.5% | 62.5% |

※令和8年度以降には導入時期未定も含む

出典：国民健康保険中央会調査

3 保健事業の取組

現在、市町村及び国保連合会は、共同して特定健診の受診促進に係る広報を行っている。

また、国保連合会が中心となって、特定健診・特定保健指導等の研修会・意見交換会の実施、特定健診データや国保データベース（KDB）の活用に関する研修、データヘルス計画及び個別保健事業計画の策定・評価に対する支援、国保ヘルスアップ事業の支援・評価等を行っている。

その他、保健事業の取組のうち、効率化に向けて広域化・標準化すべきものについて、県、市町村、国保連合会が協議を行い、関係機関と調整を行っていく。

4 マイナンバーカードと健康保険証の一体化に係る取組

国の方針に基づき、令和6年秋予定の健康保険証廃止に向け、全ての被保険者が、安心して確実に必要な保険診療を受けられるよう、マイナンバーカードによるオンライン資格確認ができない方に交付する資格確認書について、当分の間、本人の申請によらず、保険者が交付する運用とする。

また、資格確認書の様式や有効期限等を県内で統一し広域的に取り扱うことについて、事務標準化ワーキンググループ等を活用し、市町村と協議を行う。

なお、マイナンバーカードと健康保険証の紐付けに当たっては、基本4情報（氏名、生年月日、性別、住所）による確認を徹底する。

■第7章 保健・医療・介護・福祉・その他の関連施策との連携に関する事項

本章では、青森県に暮らす全ての人々が安心して暮らすことのできる地域社会を実現するため、保健・医療・介護・福祉分野等の諸施策と連携した取組の実施等について定めるものである。

1 保健・医療・介護・福祉等に関する各種計画との連携

県及び市町村が運営する国民健康保険は、被保険者が安心して適時適切な医療サービスを受できる地域社会を実現するための基本的な仕組みとして、今日に至るまで一貫して県及び市町村の健康福祉行政において重要な役割を果たしてきた。

国民健康保険は保健・医療・介護・福祉の関連施策において、引き続き積極的かつ重要な役割を果たしていく必要があることから、本運営方針に基づく取組は、青森県保健医療計画、青森県健康増進計画（健康あおもり24）、青森県医療費適正化計画、青森県老人福祉計画・青森県介護保険事業支援計画・青森県介護給付費適正化計画（あおもり高齢者すこやか自立プラン2024）、青森障害福祉計画、青森県地域福祉支援計画等に基づく取組と連携を図り進めていく。

2 市町村の役割

県が定める保健・医療・介護・福祉等に関する各種計画と連携を図りながら、市町村国保の取組を進めるものとする。

さらに、住民にとって最も身近な行政機関である市町村には、「地域づくり」に貢献する取組を実施することも期待されている。

具体的な取組内容については、それぞれの市町村において、それぞれの地域資源を把握し、関係者と協議を重ねていく中で、創意工夫が生まれ、多種多様な実践が重ねられていくべきものであるが、例えば以下のような取組を実施することが考えられる。

- 国保データベース（KDB）システム等を活用しつつ、保健事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者を抽出し、関係機関との共有を図ること
- 令和6年度から全市町村で実施される「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」について、国保連合会及び取組主体である青森県後期高齢者医療広域連合に加え医療関係団体等と連携し、更なる推進を図ること。
- 医療資源が不十分な地域における保健・医療・福祉を支える拠点としての機能を発揮してきた国保直診施設を積極的に活用して、保健・医療・介護・福祉体制を充実・強化し、地域貢献活動へも主体的に寄与していくこと

3 市町村に対する県の役割と支援

県（国保担当部門）は、国民健康保険の財政運営を担う施策の中心的な立場から、市町村の国保担当部門との連携を更に深めていくとともに、県及び市町村の保健・医療・介護・福祉政策担当部門と一層の連携を図っていく必要がある。

具体的には、県は、国保連合会とも密接に連携を図りながら、以下のような取組を進めることで、市町村への必要な支援を行うものとする。

- それぞれの市町村国保が保有するデータだけではなく、保健・医療・介護・福祉の幅広いデータを横断的に収集し、分析を加えた上で、それぞれの地域の課題をより深く理解し、市町村国保の事業運営の効率的・効果的な実施につなげることができるよう情報提供する。
- 県内の市町村国保の相互間の比較検討を行い、また、青森県の市町村国保の全国の中での位置付けなどを分析することで、それぞれの市町村国保が自身をより客観的に捉えることが可能となる情報提供を行う。
- 医師・歯科医師・薬剤師・看護職・リハ専門職・管理栄養士・社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員・介護福祉士等の専門職は「地域づくり」には欠かせない存在であることから、県として、職能団体とも連携しつつ、市町村が必要とする人材・知見等を得られる環境を整備する。
- 県全体の健康づくりの取組の推進にあたり、国保事業の中で獲得された知見等を活かす観点から、健康づくり担当部門に対して、積極的なデータ提供を行い、将来を見据えた地域保健の実施、健康づくりの展開に貢献する。

1 青森県国民健康保険運営協議会委員名簿

| 委員構成 | 氏名 | 役職名 |
|------------------|--------|----------------------|
| 被保険者代表 | 松橋 久美子 | 青森県J A女性組織協議会会長理事 |
| | 蝦名 和美 | 蝦名和美税理士・社会保険労務士事務所所長 |
| | 築館 武憲 | 単位老人クラブ（三内いなほ会）会長 |
| | 宮川 政子 | 公募（青森商工会議所女性会 理事） |
| 保険医又は 保険薬剤師代表 | 齋藤 吉春 | （公社）青森県医師会副会長 |
| | 村上 淳一 | （一社）青森県歯科医師会副会長 |
| | 河原木 智 | （一社）青森県薬剤師会副会長 |
| | 丹野 弘晃 | （公社）全国自治体病院協議会青森県支部長 |
| 公益代表 | 坂本 美洋 | 青森県国民健康保険運営協議会連絡会会長 |
| | 吉池 信男 | 公立大学法人青森県立保健大学理事長 |
| | 須藤 昭彦 | （公財）青森県総合健診センター常務理事 |
| | 柁谷 京子 | （公社）青森県看護協会会長 |
| 被用者保険代表 | 工藤 達也 | 全国健康保険協会青森支部長 |
| | 工藤 一男 | 青森県市町村職員共済組合事務局長 |
| | 木村 敏賢 | 青森銀行健康保険組合常務理事 |

2 青森県国民健康保険運営方針改定の経緯

| 日程 | 内容 |
|---------------------|---|
| 令和5年11月10日 | ○市町村からの法定意見聴取 |
| 令和5年11月27日 | ○令和5年度青森県国民健康保険市町村等連携会議 ・国民健康保険運営方針改定素案 |
| 令和5年12月22日 | ○令和5年度第1回青森県国民健康保険運営協議会 ・青森県国民健康保険運営方針の改定に向けた検証 ・国民健康保険運営方針改定素案 |
| 令和6年1月25日 ～2月23日 | ○パブリックコメントの実施 ・県民からの意見募集 |
| 令和6年3月 日 | ○令和5年度第3回青森県国民健康保険運営協議会 ・国民健康保険運営方針案について諮問 ・同協議会より答申 |