

第 3 期宮崎県国民健康保険運営方針

令和 5 年 12 月

宮 崎 県

目 次

第 1 章 国民健康保険運営方針に関する基本的な事項

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

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

1 保険者及び被保険者等の状況	2
(1) 保険者	2
(2) 国保世帯数と被保険者数	2
(3) 被保険者の年齢構成	3
(4) 国保世帯主の職業	3
2 医療費の動向と将来の見通し	4
(1) 医療費の現状	4
(2) 医療費の今後の見通し	6
3 国民健康保険財政の現状と今後の見通し	9
(1) 国民健康保険財政運営の現状	9
(2) 国民健康保険財政運営の基本的な考え方	12
(3) 市町村国民健康保険特別会計	12
(4) 宮崎県国民健康保険特別会計	12
4 赤字解消・削減の取組、目標年次等	13
(1) 解消・削減すべき赤字の定義	13
(2) 赤字解消・削減のための取組	13
(3) 赤字解消・削減に向けた目標年次	13
5 財政安定化基金	14
(1) 基金の貸付	14

（２）基金の交付	15
（３）財政調整	15
6 国民健康保険P D C Aサイクルの実施	16

第３章 国民健康保険事業費納付金並びに保険税の標準的な算定方法及びその水準の平準化に関する事項

1 市町村における現状	17
（１）賦課方式等	17
（２）賦課割合	17
2 国民健康保険事業費納付金算定の考え方	18
（１）納付金算定における医療費水準による調整	18
（２）納付金算定における所得水準による調整	19
3 保険税の標準的な算定方法及びその水準の平準化に関する事項	19
（１）市町村標準保険税率	19
（２）保険税の標準的な算定方法	19
（３）保険税水準の平準化について	20

第４章 市町村における保険税の徴収の適正な実施に関する事項

1 収納対策等の現状	22
（１）本県の収納率の推移	22
（２）市町村における収納対策の状況	23
2 収納対策の強化に資する取組	27
（１）収納率目標の設定	27
（２）収納率低下の要因分析	27
（３）収納率向上の取組	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

1 レセプト点検	29
----------------	----

(1) レセプト点検の実施状況	29
(2) レセプト点検の充実強化	30
2 第三者行為求償事務の取組	31
(1) 第三者行為求償事務の現状	31
(2) 第三者行為求償事務の取組強化	32
3 不当・不正請求への対応	33
(1) 過誤調整の取組強化	33
(2) 不正請求	33
4 療養費の支給の適正化	34
(1) 柔道整復施術療養費	34
(2) はり・きゅう、あんまマッサージ療養費	34
(3) 海外療養費	35
(4) 資格遡及時の保険給付	36
(5) 移送費、その他療養費	36
5 高額療養費の多数回該当の取扱い	37
(1) 高額療養費の多数回該当に係る該当回数の引継ぎ	37
(2) 世帯の継続性の判断	37

第6章 医療費適正化の取組に関する事項

1 医療費適正化の取組状況	38
(1) 特定健康診査の実施状況	38
(2) 特定保健指導の実施状況	38
(3) 医療費通知の実施状況	39
(4) 後発医薬品の使用状況	40
(5) 後発医薬品の普及促進	41
(6) 重複・頻回受診、重複服薬に対する訪問指導の実施状況	42
(7) 糖尿病性腎症重症化予防の実施状況	43
(8) 都道府県国保ヘルスアップ支援事業の実施状況	43
2 医療費適正化に向けた取組の強化	44
(1) データヘルスの推進	44
(2) 特定健康診査実施率向上に向けた取組	44

(3) 特定保健指導実施率向上に向けた取組	46
(4) 医療費通知の充実	46
(5) 後発医薬品の使用促進	46
(6) 適正受診・適正服薬の推進	47
(7) 糖尿病性腎症重症化予防の取組	47
(8) 歯科健診の推進	48
(9) 個人へのインセンティブの提供の推進	48
(10) 地域包括ケアの推進	48
(11) ロコモティブシンドローム対策の推進	49
(12) たばこ対策	49
(13) 啓発事業	49
(14) 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	49
(15) 保険者努力支援交付金等を活用した積極的な事業の企画	50
3 第4期宮崎県医療費適正化計画との関係	50

第7章 市町村の国民健康保健事業の運営の標準化、広域化 及び効率化に関する事項

1 標準的、広域的及び効率的な運営の推進に向けた取組	51
(1) 事務の標準化、広域化及び効率化についての検討	51
(2) 市町村事務処理標準システム等の導入	51
(3) 各種支給申請における事務の取扱い	51
(4) 事業の共同実施	51
(5) 標準的な事務取扱要領等の作成	52
(6) 書籍等の共同購入	53

第8章 保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策等 との連携に関する事項

1 基本的な考え方	54
-----------	----

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 | 基本的な考え方 | 54 |
| 2 | 宮崎県国民健康保険運営方針の見直し | 55 |

第 1 章 国民健康保険運営方針に関する基本的な事項

1 策定の目的

国民健康保険制度においては、平成30年度から県も保険者となり、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の確保等の事業運営において中心的な役割を担うこととされています。

一方、市町村においても、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険税率の決定、賦課・徴収、保健事業等の地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととされています。

そのため、県と市町村が一体となって、財政運営、資格管理、保険給付、保険税率の決定、保険税の賦課・徴収、保健事業その他の保険者の事務を共通認識の下で実施するとともに、各市町村が事業の広域化や効率化を推進できるよう、本県における統一的な国民健康保険の運営方針として、「第3期宮崎県国民健康保険運営方針」を策定します。

2 策定の根拠規定

国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条の2

3 策定年月日

令和5年12月26日

4 対象期間

令和6年度から令和11年度までの6年間です。

ただし、3年ごとに検証し見直しを行うこととします。

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

1 保険者及び被保険者等の状況

(1) 保険者

市町村国保の保険者は、令和3年度末で26保険者となっており、被保険者数が3千人未満である小規模保険者は約35%の9保険者となっています。

このうち、令和3年度末の被保険者数が1千人未満の保険者は5保険者となっています。[表1]

[表1] 被保険者規模別保険者数（宮崎県）

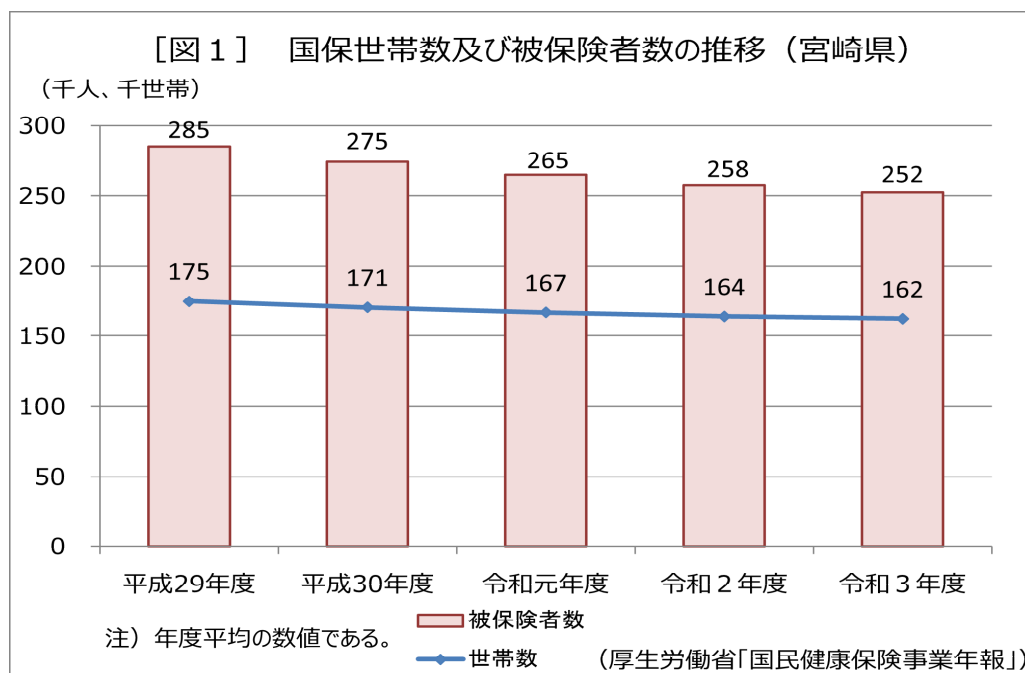
被保険者数	(年度・保険者数)					
	H29	H30	R1	R2	R3	R3 構成比
5万人以上	1	1	1	1	1	4%
1万人以上5万人未満	5	5	5	5	5	19%
5千人以上1万人未満	7	6	6	4	3	12%
3千人以上5千人未満	4	5	5	7	8	31%
3千人未満	9	9	9	9	9	35%
(再掲) 1千人未満	3	3	3	3	5	19%
計	26	26	26	26	26	100%

(厚生労働省「国民健康保険事業年報」)

(2) 国保世帯数と被保険者数

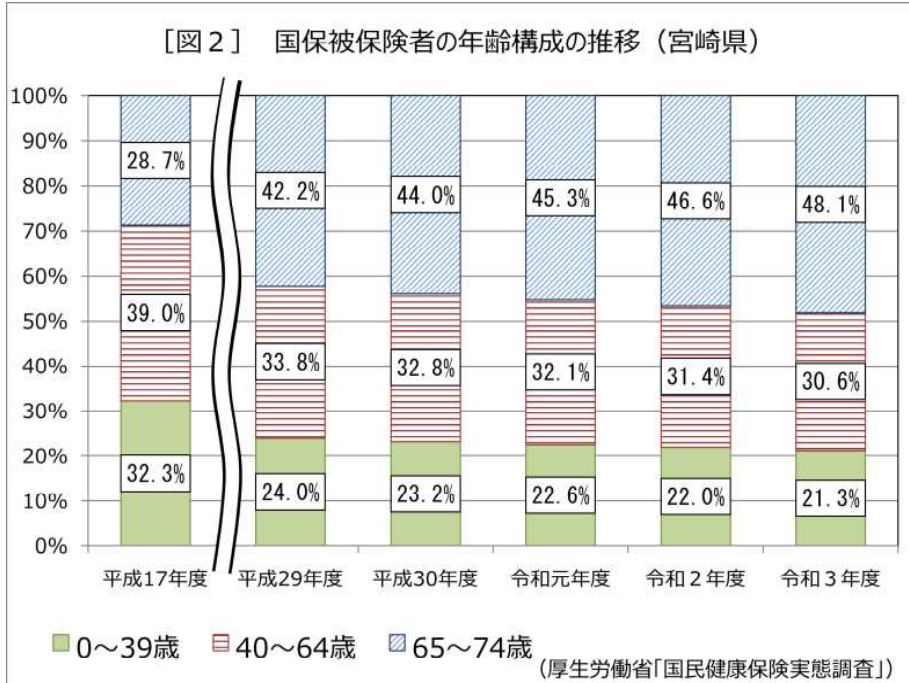
県内の国保世帯数及び被保険者数は、年々減少傾向にあり、令和3年度の世帯数は平成29年度と比べて7.2%減の162,421世帯となっています。

また、令和3年度の被保険者数は、平成29年度と比べて11.6%減の252,422人となっています。[図1]



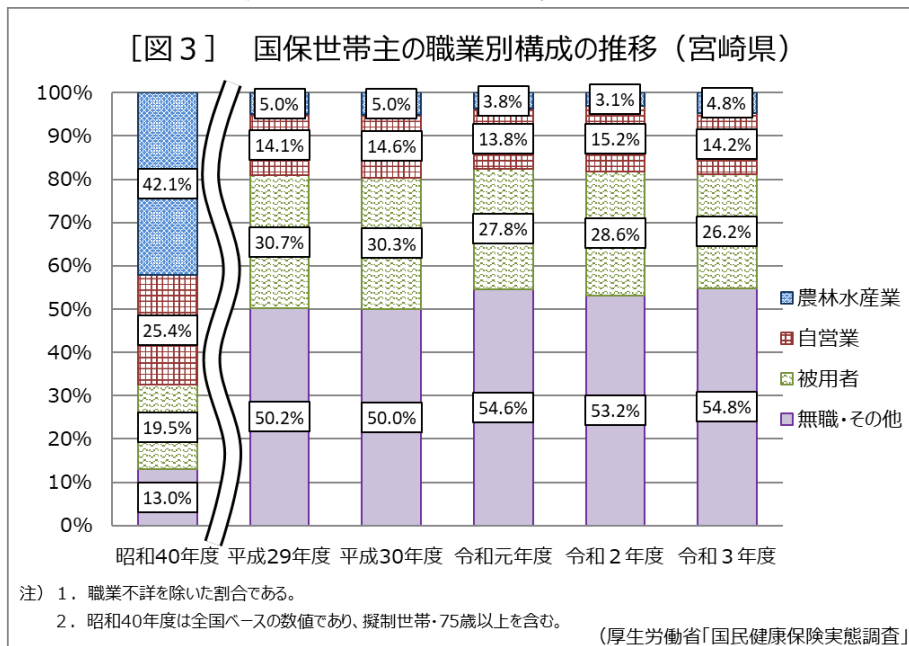
（３）被保険者の年齢構成

本県の国保被保険者の年齢構成の推移をみると、65歳から74歳までの前期高齢者の割合は、平成17年度は28.7%であったものが、令和3年度には48.1%に増加しており、国保被保険者の高齢化が進行している状況にあります。〔図2〕



（４）国保世帯主の職業

国保世帯主の職業は、昭和40年度では、農林水産業が42.1%、自営業が25.4%で、農林水産業と自営業が半数以上を占めていました。しかしながら、令和3年度には、農林水産業と自営業を合わせても19.0%に過ぎず、一方で、無職（退職者等）・その他の割合が最も多くなってきており、54.8%を占める状況となっています。〔図3〕



2 医療費の動向と将来の見通し

(1) 医療費の現状

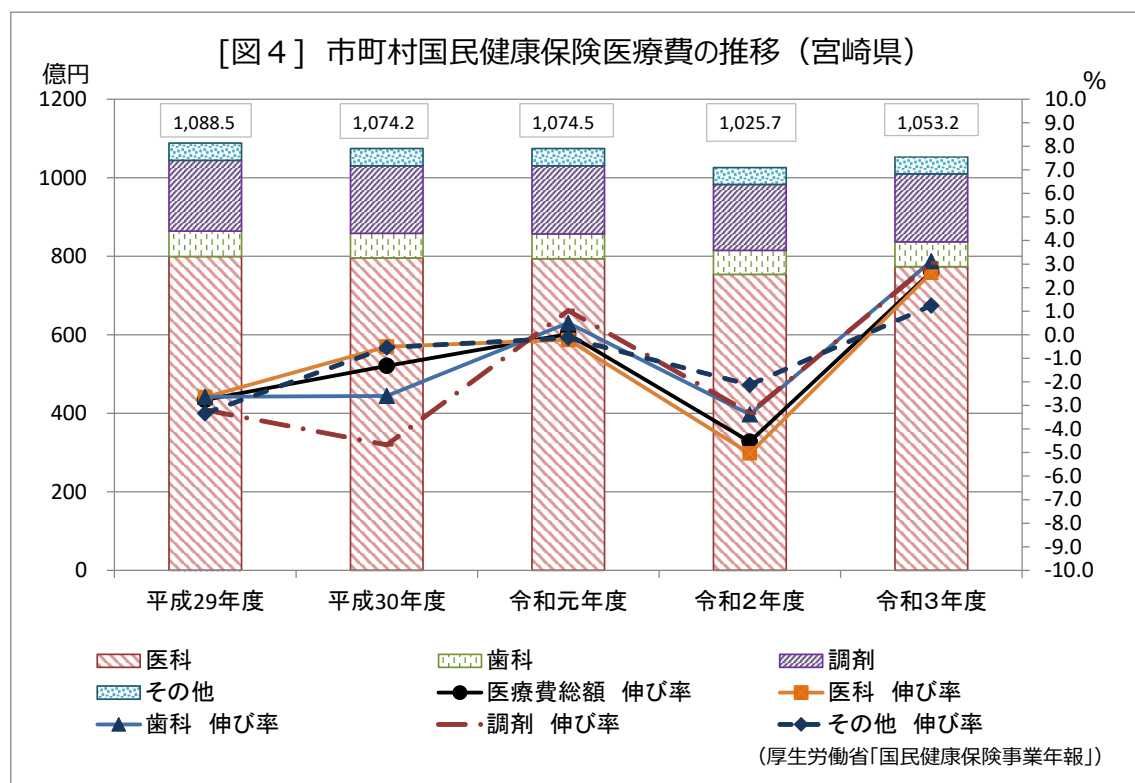
① 本県市町村国民健康保険医療費の推移

本県の医療費について見ると、令和3年度は1,053億2千万円となっており、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えにより減少しましたが、令和3年度はその影響が緩和され増加に転じました。[表2][図4]

[表2] 市町村国民健康保険医療費の推移（宮崎県）

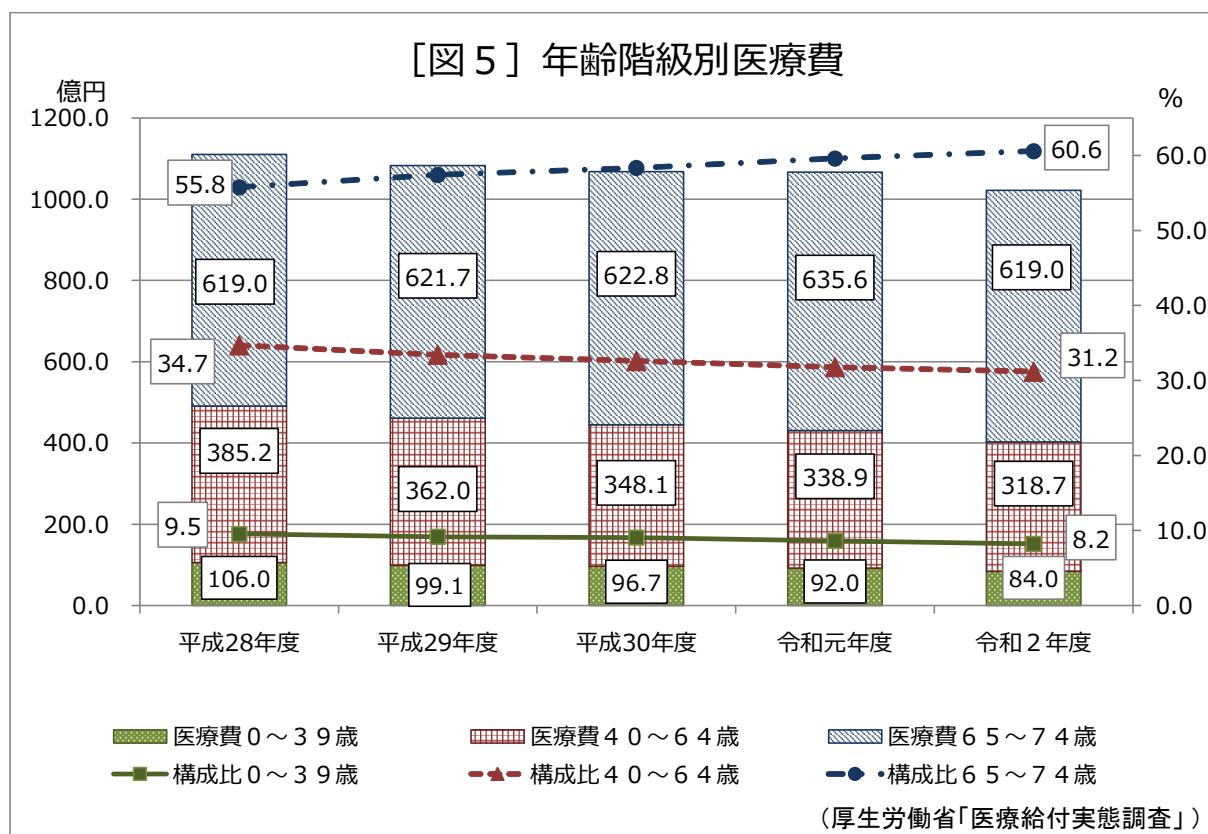
		平成29年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度	
		医療費 (億円)	伸び率 (%)	医療費 (億円)	伸び率 (%)	医療費 (億円)	伸び率 (%)	医療費 (億円)	伸び率 (%)	医療費 (億円)	伸び率 (%)
総額（全国）		107,092.3	△ 2.9	104,193.3	△ 2.7	103,057.5	△ 1.1	98,422.9	△ 4.5	102,604.9	4.2
宮 崎 県	総 額	1,088.5	△ 2.8	1,074.2	△ 1.3	1,074.5	0.0	1,025.7	△ 4.5	1,053.2	2.7
	医 科	799.6	△ 2.6	795.6	△ 0.5	793.9	△ 0.2	754.0	△ 5.0	773.8	2.6
	歯 科	64.4	△ 2.6	62.7	△ 2.6	63.0	0.5	60.9	△ 3.4	62.8	3.1
	調 剤	180.3	△ 3.2	171.9	△ 4.7	173.7	1.0	167.9	△ 3.3	173.0	3.1
	その他	44.2	△ 3.3	44.0	△ 0.5	43.9	△ 0.1	43.0	△ 2.1	43.5	1.2

（厚生労働省「国民健康保険事業年報」）



② 年齢階級別医療費の状況

本県の年齢階級別医療費の状況を見ると、0～39歳は全体の1割程度、40～64歳が3割程度となっています。被保険者の年齢構成の高齢化に伴い、65～74歳の医療費は平成28年度の619億円（55.8%）から令和2年度では619億円（60.6%）と、4か年で4.8ポイント増加し、医療費全体の6割程度を占める状況となっています。[図5]



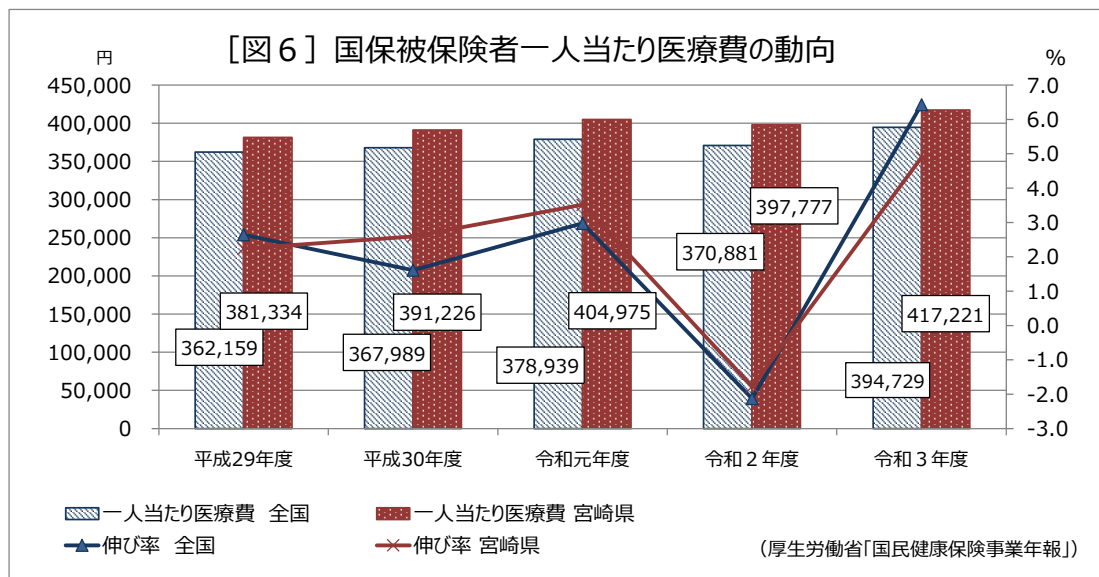
③ 一人当たり医療費の動向

被保険者一人当たりの医療費を見ると、各年度とも全国平均を上回っています。医療費の多くを占める高齢者の増加に伴い、一人当たり医療費は増加傾向にあります。令和3年度の一人当たり医療費を都道府県別に見ると、417,221円（20位）であり、全国平均（394,729円）の1.06倍となっています。〔表3〕〔図6〕

〔表 3〕 国保被保険者一人当たり医療費の動向

区分		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
一人当たり医療費（円）	全国	362,159	367,989	378,939	370,881	394,729
	宮崎	381,334	391,226	404,975	397,777	417,221
伸び率（%）	全国	2.6	1.6	3.0	-2.1	6.4
	宮崎	2.2	2.6	3.5	-1.8	4.9

(厚生労働省「国民健康保険事業年報」)



(2) 医療費の今後の見通し

被保険者数については、人口減少や被用者保険の適用者増、後期高齢者医療制度への移行により、減少傾向がさらに進むものと予測されます。

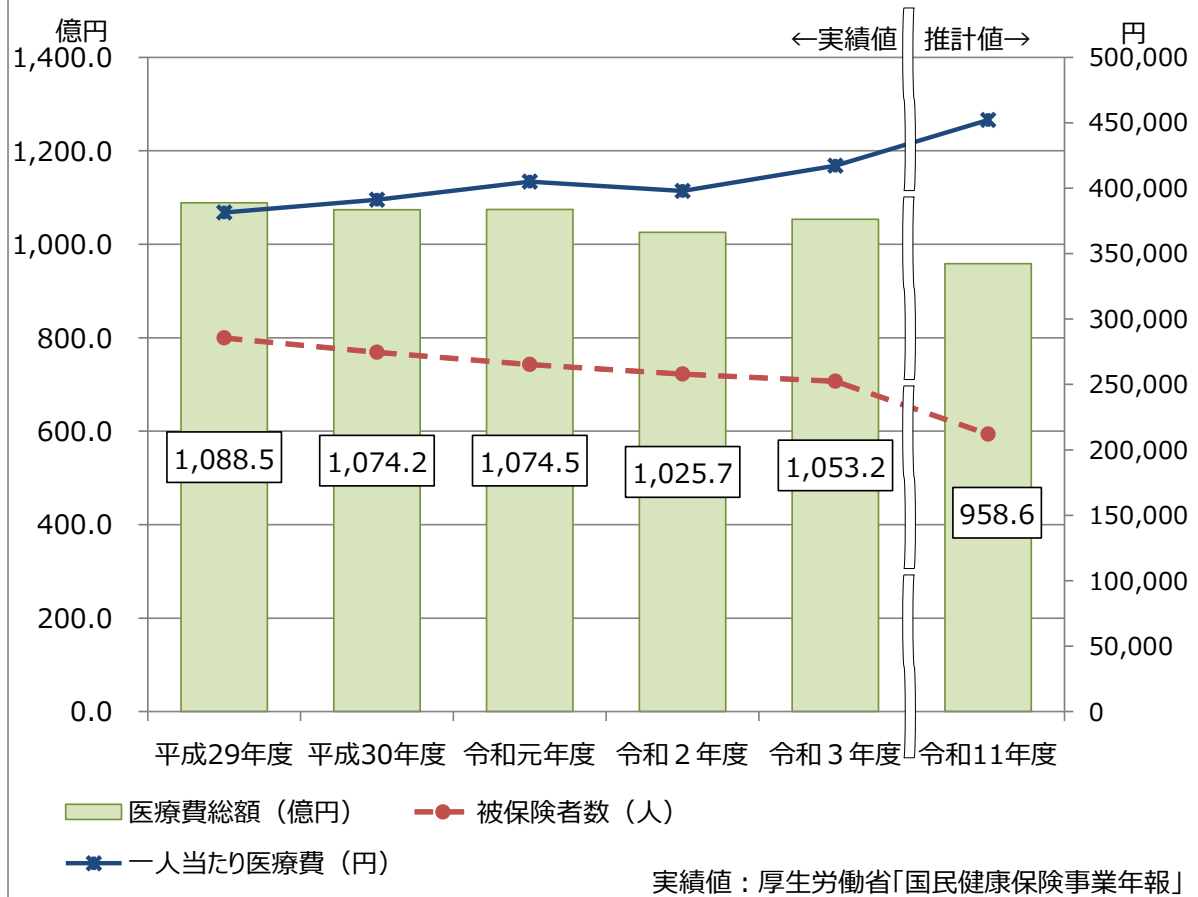
令和4年度以降は、一時的には新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えの反動で医療費が増加する可能性があるものの、団塊の世代(1947年～1949年生まれ)が75歳に到達することにより、国民健康保険医療費の増加傾向は抑えられ、その後は減少に転じる見通しです。[表4][図7]

〔表4〕 市町村国民健康保険医療費の将来推計（宮崎県）

	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11年度
医療費総額（億円）	1,088.5	1,074.2	1,074.5	1,025.7	1,053.2	958.6
被保険者数（人）	285,454	274,563	265,322	257,860	252,422	212,076
一人当たり医療費（円）	381,334	391,226	404,975	397,777	417,221	451,999

実績値：厚生労働省「国民健康保険事業年報」

〔図 7〕 市町村国民健康保険医療費の将来推計（宮崎県）



将来推計の方法

(i) 前提条件

現時点での制度等は変更がないものとして、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」を参考に、算定基礎期間を平成27年度から令和元年度までの5年間、基準年度を令和元年度として推計しました。

(ii) 被保険者数の算出

推計の基本となる将来推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所による宮崎県の年齢5歳階級別の将来推計（平成30年推計）を使用しました。（5年ごとに推計されているため、令和11年度の推計人口については、令和7年度から令和12年度までの年度間の変動が一定率であるものとして算出しました。）

市町村国保の被保険者数は、厚生労働省「国民健康保険実態調査報告（令和3年度）」の都道府県別年齢5歳階級別被保険者数を使用し、この被保険者数と、令和3年10月1日現在の宮崎県の年齢5歳階級別人口により、各年齢階級別の被保険者比率（被保険者数の対人口比：加入率）を求めました。この加入率が将来も一定であると仮定して、将来推計人口に乗じて被保険者数を推計しました。

(iii) 一人当たり医療費の算出

市町村国保の医療費は、厚生労働省「国民健康保険事業年報」の医療費を使用し、被保険者数で除して一人当たり医療費を求めました。

将来の医療費の伸び率については、算定基礎期間における一人当たり医療費の平均伸び率を用いて推計しました。なお、一人当たり医療費については、0～64歳と65歳～74歳に分けて推計し、全体の一人当たり医療費は、(iv) で求めた医療費を(ii) で求めた被保険者数で除して求めました。

(iv) 医療費の将来推計

(ii) で求めた被保険者数に、(iii) で求めた0～64歳と65歳～74歳の一人当たり医療費をそれぞれ乗じた後、それらを合算して医療費を求めました。

3 国民健康保険財政の現状と今後の見通し

(1) 国民健康保険財政運営の現状

令和3年度の市町村国保特会の決算収支状況は、県全体の収入総額（B）が1,311億3,028万5千円、支出総額（D）が1,278億5,700万円となっており、県全体の収支差引合計額（ $F = B - D$ ）は、約32億7,328万6千円の黒字となっています。

また、単年度の収支状況は、県全体の単年度収入総額（A）が1,293億4,405万5千円、単年度支出総額（C）が1,272億1,939万2千円となっており、県全体の単年度収支差引額（ $E = A - C$ ）は、約21億2,466万4千円の黒字となっています。

この結果、令和3年度の県全体の市町村基金保有額は前年度と比べて増加しています。一方で、全市町村のうち6市町村が赤字となっており、これらの市町村は、財政調整基金からの繰入れや、前年度繰越金により、収支バランスを保っています。また、一部の市町村において、決算補填等目的の法定外一般会計繰入を行っています。[表5-1][図8][図9-1][図9-2]

また、令和3年度の県国保特会の決算収支状況は、収入総額（B）が1,275億8,688万8千円、支出総額（D）が1,224億4,502万9千円となっており、収支差引合計額（ $F = B - D$ ）は、約51億4,185万9千円の黒字となっています。単年度収支差引額（ $E = A - C$ ）も、約11億1,753万4千円の黒字となっています。[表5-2]

なお、令和3年度末現在の県財政安定化基金の保有額は、約95億2,914万2千円となっています。

〔表 5 - 1〕市町村国民健康保険特別会計の決算収支状況

(単位：百万円)

区分			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	
収入	単年度 収入	保険税	26,695	24,751	24,154	24,325	23,586	
		国庫支出金	36,528	2	60	190	42	
		都道府県交付金	7,741	93,811	94,231	90,748	93,279	
		前期高齢者交付金	36,526	0	0	0	0	
		一般会計繰入金	13,051	12,278	12,279	12,094	12,081	
		(うち、保険税の負担緩和や 決算補填目的のための一般 会計繰入金)	50	5	5	5	5	
		共同事業交付金	35,084	0	0	0	0	
		その他	2,761	643	374	383	357	
		小計 A	158,386	131,484	131,099	127,739	129,344	
		基金繰入金	353	195	1,411	1,445	358	
	繰越金	4,088	5,023	2,262	1,230	1,428		
	市町村債	0	0	0	0	0		
合計(収入総額) B			162,827	136,703	134,772	130,414	131,130	
支出	単年度 支出	保険給付費	92,120	91,257	91,641	87,944	90,309	
		後期高齢者支援金	15,778	0	0	0	0	
		介護納付金	6,062	0	0	0	0	
		共同事業拠出金	35,085	0	0	0	0	
		国保事業費納付金	0	33,559	36,439	35,964	32,368	
		その他	5,725	6,250	4,494	4,492	4,543	
		小計 C	154,770	131,065	132,573	128,399	127,219	
		基金積立金	896	1,858	702	334	632	
	前年度繰上充用金(欠損補填)	0	0	0	0	0		
	公債費	0	5	5	5	5		
	合計(支出総額) D			155,666	132,929	133,280	128,739	127,857
	単年度収支差引額 E=A-C			3,617	419	-1,475	-660	2,125
収支差引合計額 (収入総額－支出総額) F=B-D			7,161	3,774	1,492	1,675	3,273	

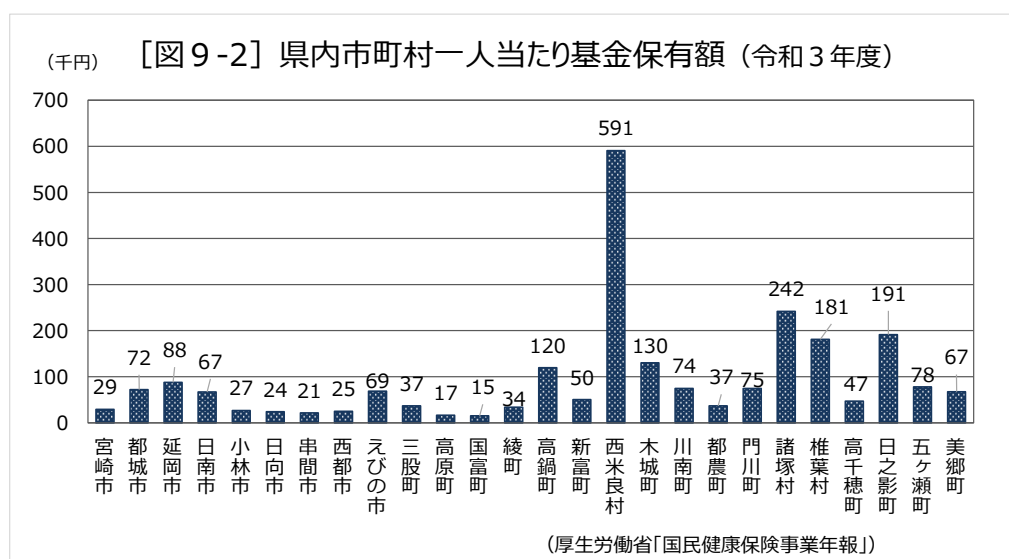
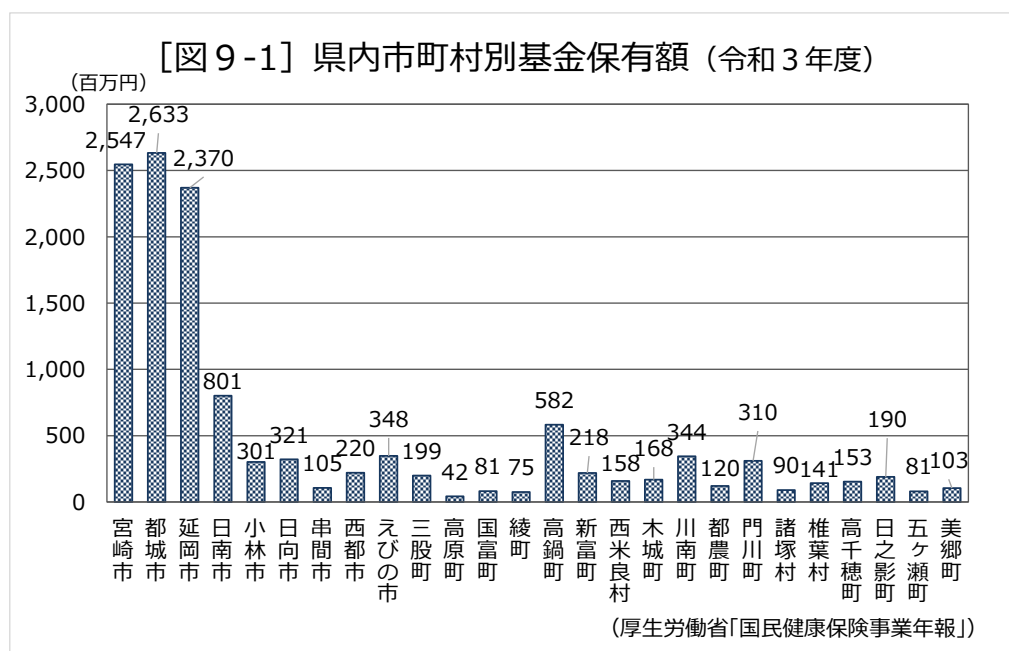
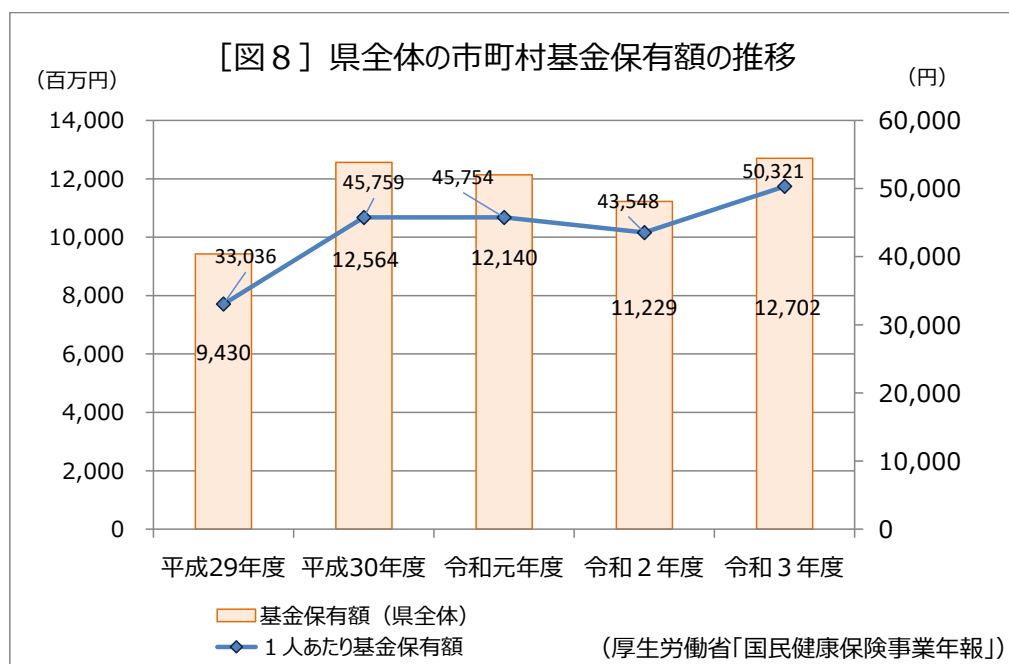
(厚生労働省「国民健康保険事業年報」)

〔表 5 - 2〕県国民健康保険特別会計の決算収支状況

(単位：千円)

区分			令和3年度
収入	単年度 収入	国保事業費納付金	32,367,427
		国庫支出金	36,240,183
		諸収入（前期高齢者交付金等）	42,704,030
		一般会計繰入金	6,886,310
		保険給付費等交付金返還金	105,160
		その他	111
		小計 A	118,303,221
	基金繰入金		1,250,000
	繰越金		8,033,667
	合計（収入総額） B		127,586,888
支出	単年度 支出	保険給付費等交付金	93,277,916
		後期高齢者支援金等	15,329,309
		前期高齢者納付金等	29,561
		介護納付金	5,459,460
		共同事業拠出金	131,881
		償還金	2,793,531
		その他	164,029
	小計 C	117,185,687	
	基金積立金		5,259,342
	前年度繰上充用金		0
合計（支出総額） D		122,445,029	
単年度収支差引額 E=A－C		1,117,534	
収支差引合計額 （収入総額－支出総額） F=B－D		5,141,859	

(厚生労働省「国民健康保険事業年報」)



（２）国民健康保険財政運営の基本的な考え方

国民健康保険の財政運営は、会計年度独立の原則により一会計年度で行うこととされているため、必要な支出を保険税や国庫負担金等により賄い、当該年度の特別会計の収支を均衡させる必要があります。

（３）市町村国民健康保険特別会計

平成30年度以降の市町村国民健康保険特別会計は、国の財政支援の拡充により、財政基盤が強化されています。また、新たな国保事業費納付金の仕組みにおいては、保険税で集めるべき額は給付費増等に影響されないことから、市町村の収支は均衡が図られることになります。

しかしながら、実際には、国民健康保険は高齢者の割合が高く医療費水準が高い一方で、無職・その他の割合が高く所得水準が低いなど、構造的な問題を抱えている上、被保険者数の減少傾向はさらに進み、1人当たりの保険税必要額は長期的に増加していくことが見込まれるため、その財政運営は厳しい状況が続く見通しです。

市町村においては、財政調整基金の保有状況や、これまでの医療費適正化や収納率向上への取組状況が異なりますが、赤字削減・解消計画を策定した市町村は、各計画に沿った計画的・段階的な赤字の解消に向けた取組を進め、その他の市町村も将来的に厳しい財政運営が続くことを見据えた計画的な取組が必要となります。

（４）宮崎県国民健康保険特別会計

平成30年度から、県が財政運営の責任主体となり県全体の国保財政の収入と支出を管理することになったため、県に新たに国民健康保険特別会計を設置しました。県の特別会計においては、保険給付等に責任を持つとともに、医療費の動向を踏まえながら、保険給付費等を見込むことで、収支を均衡させ、県内全市町村の財政状況の安定化を図る必要があります。

4 赤字解消・削減の取組、目標年次等

国民健康保険の財政を安定的に運営していくためには、原則として、必要な支出を保険税や国庫支出金等で賄うことにより、国民健康保険特別会計の財政収支が均衡することが重要です。赤字が発生している市町村は、収納率の向上や医療費適正化、保険税率の適正な設定等、実効性のある取組を推進し、計画的・段階的に赤字の解消を図る必要があります。

(1) 解消・削減すべき赤字の定義

解消・削減すべき赤字額は、「決算補填等目的の法定外一般会計繰入額」と「前年度繰上充用金の増加額」の合算額です。

(2) 赤字解消・削減のための取組

① 市町村の取組

決算に赤字が発生した市町村であって、翌々年度以降も継続して赤字の発生が見込まれる市町村は、赤字発生要因を分析し、県と協議の上、必要に応じて「赤字削減・解消計画書」を作成して県に提出し、赤字の削減・解消を図ることとします。

赤字削減・解消計画書の作成に当たっては、赤字削減・解消のための基本方針、実効的・具体的な取組内容、赤字解消の目標年次及び年次ごとの計画を定めることとします。

② 県の取組

県は、市町村の赤字の要因分析、要因を踏まえた取組内容、解消予定年次の設定根拠等について丁寧に確認を行い、助言等を行うこととします。

また、各市町村の法定外繰入等の額、解消予定年次等の見える化を進めるため、県においてとりまとめた赤字削減・解消計画書を公表することとします。

(3) 赤字解消・削減に向けた目標年次

国民健康保険の運営は、一会計年度を収支として行うものであることから、赤字が発生した場合は、原則として赤字発生年度の翌年度に解消を図ることが望ましいと考えます。しかし、単年度での解消を図ることにより被保険者の保険税負担に急変が生じるなど、単年度での赤字の解消が困難な場合は、5年以内の目標を定め、段階的に赤字を削減し、その解消に努めるものとします。

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、保険給付費の増大や保険税収納不足により財源不足となった場合に備え、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、一定の条件のもとで市町村に対する貸付及び交付並びに県の特別会計への繰入れを行うものとします。また、医療費水準の変動や前期高齢者交付金の精算等に備え、国民健康保険の安定的な財政運営の確保を図るために必要があると認められる場合には、積み立てた決算剰余金を県の特別会計へ繰り入れる、年度間の財政調整を行うものとします。

なお、市町村において造成されている財政調整基金については、平成30年度以降も、不測の場合に活用するため、また、国保財政基盤の一層の安定化を図るため、引き続き保有することとします。

(1) 基金の貸付

① 市町村に対する貸付

ア 貸付要件

保険税収納額の低下などにより財源不足が見込まれる場合に、当該市町村からの申請に基づき貸付を行います。

イ 貸付額

貸付を受けようとする市町村の交付申請額に基づき、県において保険税収納不足見込額を算定し、貸付額を決定します。

ウ 貸付額の償還

貸付年度の翌々年度から原則3年間で市町村から基金へ償還します。
なお、貸付利子については無利子とします。

② 県の特別会計への繰入れ

ア 繰入要件

保険給付費等が増大したことにより、財源不足が見込まれる場合に、繰入れを行います。

イ 繰入額

財源不足見込額について、県国民健康保険特別会計に繰入れを行います。

ウ 繰入額の償還

県内全市町村からの徴収金を財源に県から基金へ償還することとします。徴収金については、繰入れを行った翌々年度以降の各市町村の納付金算定に反映させ、原則3年間で徴収します。

(2) 基金の交付

① 交付要件

下記の事情により、予算編成時に見込めなかった多額の収納不足が発生し、財政収支に不均衡が生じると見込まれる場合に、当該市町村からの申請に基づき交付するものとします。

ア 災害（台風、洪水、噴火、地震など）が発生し、多数の被保険者の生活等に深刻な影響を与えた場合

イ 地域企業の破綻や主要産物の価格が大幅に下落するなど地域の産業に特別な事情が生じた場合

ウ その他、上記に類する深刻な影響が多数の被保険者に生じた場合

② 交付額

交付を受けようとする市町村の交付申請額に基づき、県において保険税収納状況等を踏まえて算定した保険税収納不足見込額の2分の1を上限とし、交付額を決定します。

③ 交付額の補填

国・県・市町村が、それぞれ交付額の3分の1に相当する額を補填することとします。

このうち市町村分の補填については、交付を受けた市町村が拠出することとし、原則交付年度の翌々年度に徴収します。

(3) 財政調整

① 繰入要件

毎年度、以下に掲げる要件のいずれかに該当する場合に、決算剰余金について財政調整事業分として積み立てた額の範囲内で県国民健康保険特別会計に繰り入れることができるものとします。

ア 当該年度の県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当該年度の前年度の当該額を一定以上上回ることが見込まれる場合

イ 当該年度の県内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当該年度の前年度の当該額を一定以上上回ることが見込まれる場合

ウ 当該年度の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 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 繰入額

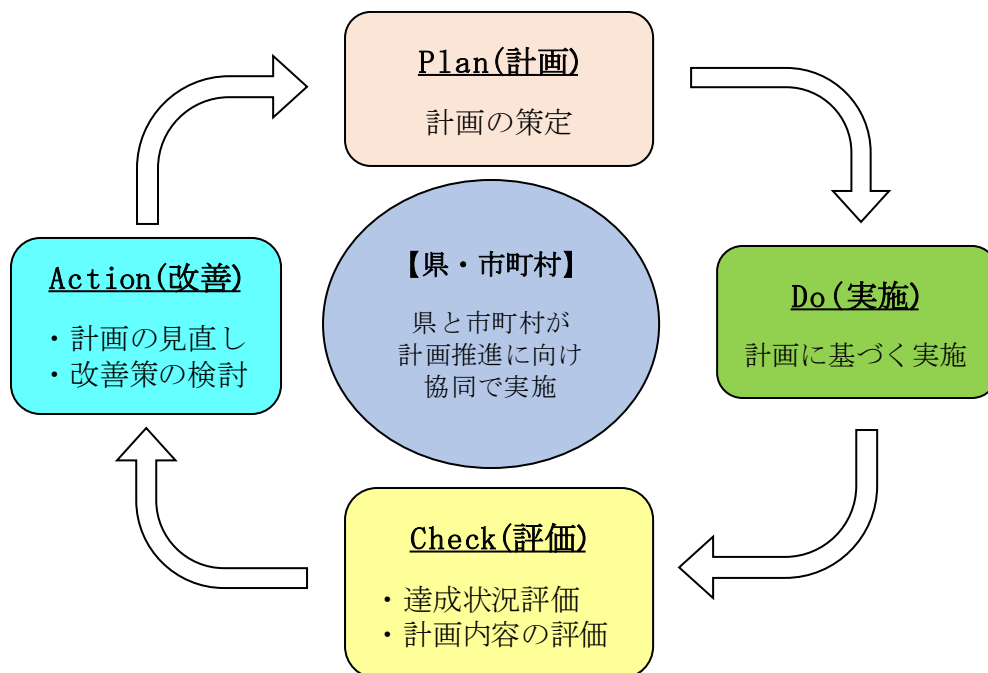
財政調整事業分として積み立てた決算剰余金の額の範囲内で、必要と認められる額の繰入れを行います。

6 国民健康保険PDCAサイクルの実施

運営方針に基づき国民健康保険事業を実施するに当たっては、県が担う安定的な財政運営と、市町村が担う事業の広域的・効率的な運営に向けた取組を継続的に改善していくことが重要です。

このため、県は、事務打合せ（＊）や宮崎県市町村国保連携会議等の機会を活用し、事業の実施状況を定期的に把握・分析するとともに、宮崎県国民健康保険運営協議会で評価・検証を行い、事業の継続的な改善に向けたPDCAサイクルの循環を図ります。

＊「国民健康保険の市町村保険者及び国民健康保険組合並びに国民健康保険団体連合会の指導監督について（基本通知）」（平成31年1月23日保発0123第2号厚生労働省保険局長通知）に基づき、定期的に市町村を訪問して実地で行う指導・助言。



第3章 国民健康保険事業費納付金並びに保険税の標準的な算定方法及びその水準の平準化に関する事項

1 市町村における現状

(1) 賦課方式等

国民健康保険制度に要する費用の賦課方法として、国民健康保険法を根拠とする「保険料」による賦課と、地方税法を根拠とする「保険税」による賦課の2種類があります。本県においては全ての市町村で「保険税」による賦課を行っています。

保険税の算定方式としては、所得割と被保険者均等割による2方式、2方式に世帯別平等割を加えた3方式、3方式に資産割を加えた4方式がありますが、本県における令和5年度の保険税算定方式は、表6のとおりとなっています。[表6]

[表6] 県内市町村における保険税算定方式（令和5年度）

	(市町村数)		
	2方式	3方式	4方式
医療分	1	7	18
後期支援金分	1	7	18
介護納付金分	3	6	17

(参考) 2方式：所得割+被保険者均等割

3方式：所得割+被保険者均等割+世帯別平等割

4方式：所得割+資産割+被保険者均等割+世帯別平等割

(2) 賦課割合

改正前の地方税法においては、応能割（所得割及び資産割）と応益割（被保険者均等割及び世帯別平等割）の標準的な割合は、50：50、3方式の所得割、被保険者均等割、世帯別平等割の標準的な割合は、50：35：15、また、4方式の所得割、資産割、被保険者均等割、世帯別平等割の標準的な割合は、40：10：35：15とされていました。

県内市町村においても、標準的な割合を基本とした賦課割合による保険税率となっています。[表7]

[表7] 応能割と応益割の割合（令和2年度）

応能割	応益割	市町村数
40%～50%未満	50%～60%未満	3
50%～60%未満	40%～50%未満	19
60%～70%未満	30%～40%未満	4

(厚生労働省「国民健康保険事業年報」を基に算出)

2 国民健康保険事業費納付金算定の考え方

国民健康保険事業費納付金（以下「納付金」という。）は「年齢構成の差異を調整した医療費水準」（以下「医療費水準」という。）と「所得水準」に応じて算定を行うこととします。

また、医療分・後期高齢者支援金分・介護納付金分をそれぞれ市町村ごとに算定し、それらを合算することとします。

（１）納付金算定における医療費水準による調整

医療費水準による調整は、各市町村の年齢調整後の医療費指数※¹ と、その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 α ※²によって行います。

本県においては、市町村間の医療費水準の差異を考慮し、市町村の医療費適正化の機能が積極的に発揮されるよう、各市町村の納付金の配分に医療費水準を全て反映（ $\alpha = 1$ により算定）してきましたが、保険者規模が縮小する中、小規模の保険者ほど影響の大きい高額医療費の発生等による納付金の変動のリスクを抑え、各市町村の負担能力に応じて納付金を配分する仕組みとする必要があることから、段階的に α を引き下げ、各市町村の納付金の配分に医療費水準を反映させないこととします。

なお、 α の引下げに当たっては、納付金や保険税が急激に変動することのないよう配慮し、県2号繰入金等の活用により医療費適正化のインセンティブを確保します。

※1 年齢調整後の医療費指数について

高齢者の割合が多いなどの年齢構成の差異が医療費水準の高低に影響する場合があることから、各市町村の年齢構成の差異を調整した医療費指数。

年齢調整後の医療費指数＝当該市町村の実績の1人当たり医療費／当該市町村の各年齢階級別の1人当たり医療費が全国平均であった場合の医療費

※2 α （医療費指数反映係数）について

医療費指数反映係数 α は、納付金算定において、各市町村の年齢調整後の医療費指数をどの程度反映させるかを調整する係数。

$0 \leq \alpha \leq 1$ の範囲で設定するものであり、 $\alpha = 1$ の場合は、年齢調整後の医療費指数を納付金の配分に全て反映することとなり、医療費水準が高い市町村は、医療費水準が低い市町村よりも、高い納付金が算定されることとなる。 $\alpha = 0$ の場合は、各市町村の医療費水準が納付金の配分に全く反映されないこととなる。

(2) 納付金算定における所得水準による調整

所得水準による調整は、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所得係数 β ※によって行います。

国のガイドラインでは、応能に応じて配分する納付金と応益に応じて配分する納付金の割合は $\beta:1$ で按分することが原則とされており、本県においても、納付金の算定における応能割と応益割の割合は、 $\beta:1$ とします。

※ β （所得係数）について

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あり、全国平均と比較した都道府県の所得水準に応じて設定する。具体的には、 β は「都道府県平均の一人当たり所得」を「全国平均の一人当たり所得」で除した値であり、所得水準が全国平均である都道府県は $\beta=1$ となる。

3 保険税の標準的な算定方法及びその水準の平準化に関する事項

(1) 市町村標準保険税率

市町村ごとの標準的な保険税率の水準を示すとともに、他市町村との保険税率の比較に用いるため、標準的な保険税算定方式や賦課割合等を用いた市町村標準保険税率（県の算定方式に基づくもの）を算定します。

また、市町村における保険税率設定の際の具体的な参考とするため、各市町村の算定基準を用いた市町村標準保険税率（市町村の算定方式に基づくもの）もあわせて算定します。

市町村は、県へ納める納付金の財源とするため、県が示す市町村標準保険税率を参考に、それぞれの保険税算定方式や予定収納率等に基づき、保険税率を定め、保険税を賦課・徴収します。

(2) 保険税の標準的な算定方法

① 標準的な保険税算定方式

県内市町村の保険税算定方式は、4方式（所得割・資産割・被保険者均等割・世帯別平等割）が最も多いものの、資産割については、収益性のない居住用の土地建物にも賦課され、住所地外の市町村に所有している資産は賦課の対象とならない等、応能分であるにもかかわらず必ずしも被保険者の負担能力を反映できていない面があり、全国的にも廃止する市町村が増加しています。

このため、本県の標準的な保険税算定方式は、医療分、後期支援金分、介護納付金分とともに3方式（所得割・被保険者均等割・世帯別平等割）とし、県内の被保険者の負担の公平性を確保するため、県内全ての市町村において3方式とすることを目指し、令和6年度以降、移行可能な市町村から随時移行することとします。

② 賦課割合

市町村標準保険税率（県の算定方式に基づくもの）の応能割と応益割の割合は、国のガイドラインで示されている原則どおり、納付金と同じ割合（応能割：応益割＝ β ：1）とします。

また、応益割の賦課割合は、県内市町村において、改正前の地方税法で定められていた標準割合（被保険者均等割：世帯別平等割＝70：30）を目安として設定されているため、納付金及び市町村標準保険税率（県の算定方式に基づくもの）の算定に用いる応益割の賦課割合についても、被保険者均等割：世帯別平等割＝70：30とします。

③ 賦課限度額

賦課限度額は、県内のほとんどの市町村において、地方税法施行令に定める額と同額となっています。

こうした状況を踏まえ、納付金及び市町村標準保険税率の算定に用いる賦課限度額についても、地方税法施行令に定める額と同額とします。

（参考）地方税法施行令に定める賦課限度額（令和5年度）

基礎分（医療分）65万円、後期高齢者支援金等分（後期支援金分）22万円、
介護納付金分17万円（合計104万円）

④ 標準的な収納率

標準的な収納率は、目標とする収納率とは異なり、市町村標準保険税率の算定に用いる値となります。

実態よりも大幅に高い収納率を基に市町村標準保険税率を算定した場合は、保険税収入額が多く見込まれることになるため、実際の収納率が当初設定した率を下回ると、本来必要な保険税収入を集めることができなくなるおそれがあります。

標準的な収納率の設定に当たっては、各市町村の収納率の実態を踏まえた適切な水準とする必要があるため、各市町村の過去3か年度の「合計収納額」／「合計調定額」※とし、標準的な収納率の上限値は97.0%とします。

※合計収納額及び合計調定額は、居所不明分除く・現年・一般被保険者分。

（3）保険税水準の平準化について

各市町村の保険税は、現在、医療費水準、保健事業や任意給付の内容、保険税の対象とする費用の範囲、収納率、算定方法等、様々な要因により差異が生じており、直ちに統一することは困難です。

一方で、被保険者数の減少に伴い、保険者規模が縮小しており、県内の国民健康保険事業によるサービスの安定的な供給や、急激な保険税負担の増加を抑制する観点から、事業に要する費用を県全体で負担する仕組みとし、将来的には、県内の被保険者が同じサービスを同じ保険税負担で受けられるようにすることが望ましいと考えます。

このため、本県においては、将来的には、県内のどこに住んでいても同じ所得水準・同じ世帯構成であれば同じ保険税とする完全統一（※統一する範囲は今後の協議において市町村間で合意した内容による。）を目指すこととし、被保険者の受益と負担のバランスを考慮しつつ、市町村と県との間で課題ごとに議論を深めていきます。

また、並行して、医療費水準、収納率、個々の取組等における市町村間の差異について、市町村と分析や検討を進め、解消に努めることとします。

なお、保険税水準の統一については、各市町村の合意形成が重要であることから、全市町村が参加する宮崎県市町村国保連携会議及び各部会において、継続的に、互いに連携して議論を進めることとします。

【統一に係る検討のスケジュール】

（令和８年度まで）

- ・ 市町村と県との間で課題ごとに検討を進め、統一する範囲や統一の目標年度について議論する。

（令和１１年度まで）

- ・ 令和８年度までの議論を踏まえ、課題解決に向けた検討、調整等を行う。

第4章 市町村における保険税の徴収の適正な実施に関する事項

1 収納対策等の現状

(1) 本県の収納率の推移

令和3年度の現年度分の平均保険税収納率は、95.01%となっており、全国平均の94.22%を0.79ポイント上回っています。[図10]

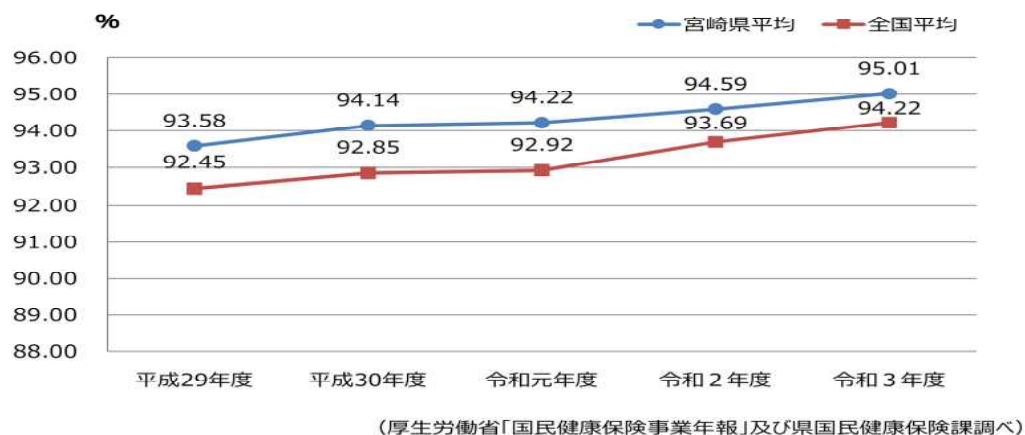
一方で、令和3年度の滞納繰越分の平均保険税収納率は、21.33%となっており、全国平均の23.79%を2.46ポイント下回っています。[図11]

収納率は全国的に上昇傾向にあり、本県も徐々に上昇していますが、滞納繰越分の収納率は全国平均を下回る状況が続いています。

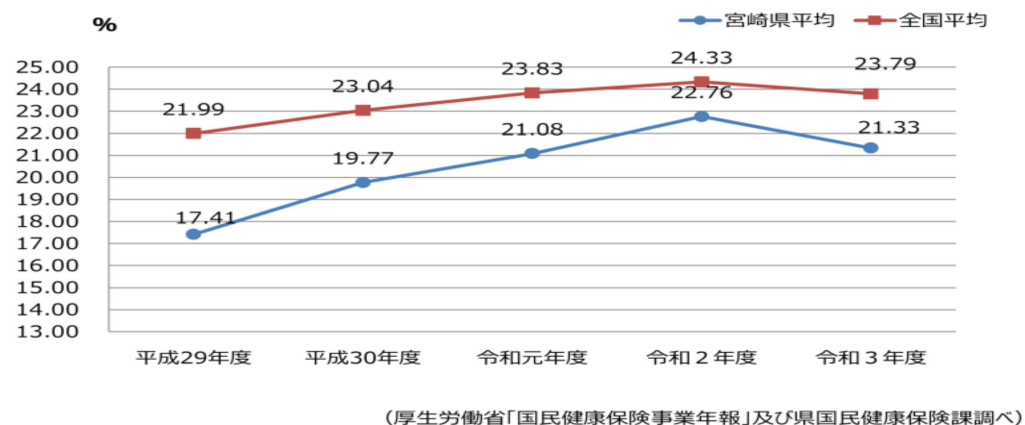
市町村別に見ると、令和3年度の現年度分収納率が最も高いのは西米良村と諸塚村の100%、最も低いのは宮崎市の93.21%であり、6.79ポイントの差があります。[図12]

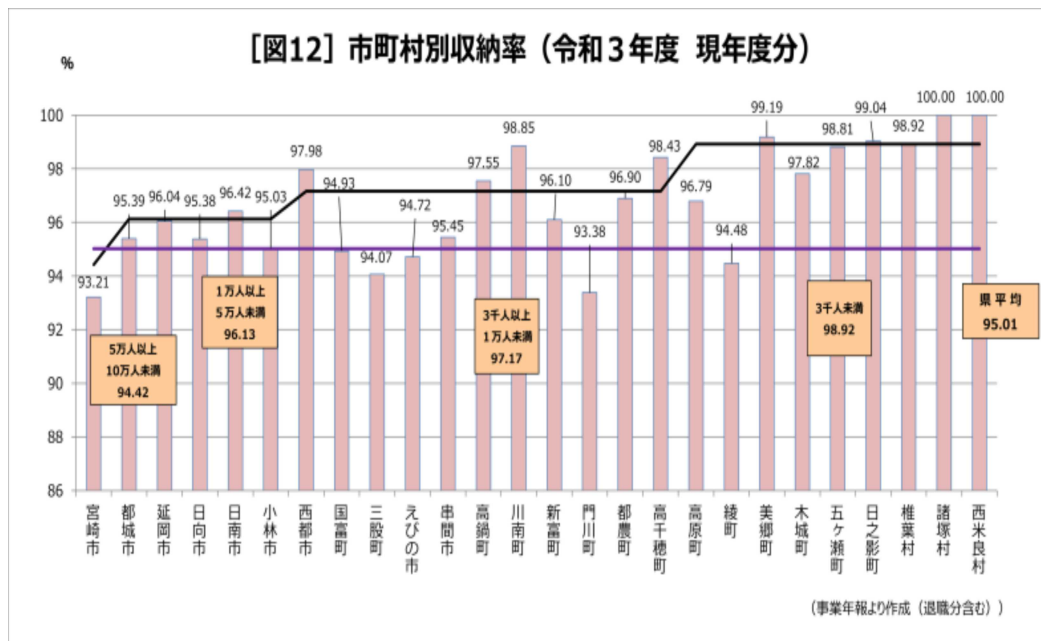
また、令和3年度の現年度分の平均保険税収納率は、前年度と比較して、0.42ポイント上昇した一方、滞納繰越分の収納率は1.43ポイント減少しています。

【図10】 収納率（現年度分）の推移



【図11】 収納率（滞納繰越分）の推移





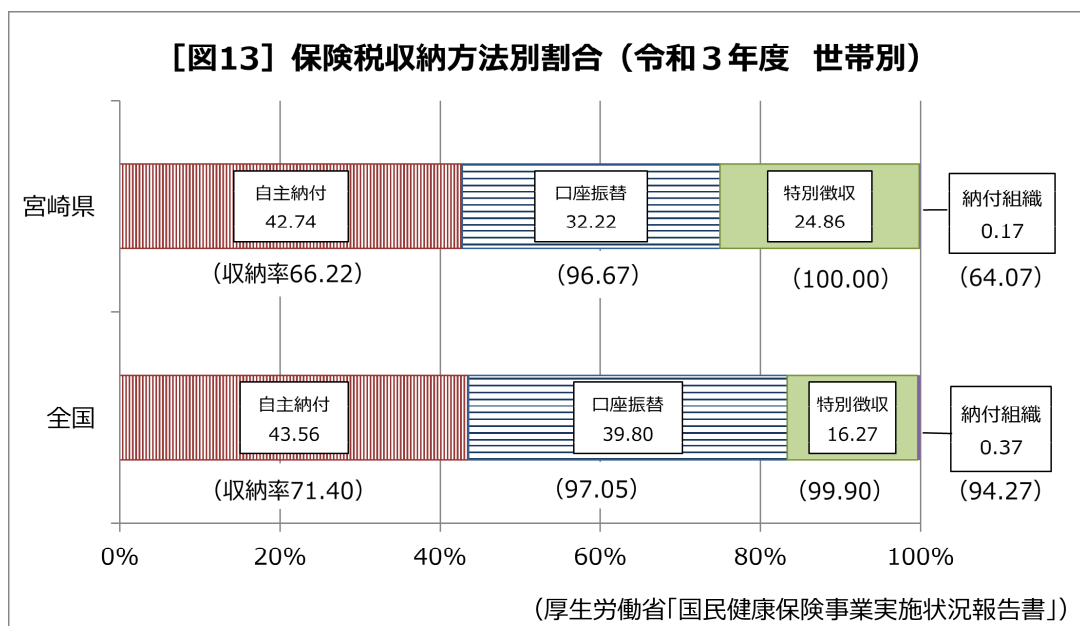
市町村の規模区分	収納率目標
5万人以上10万人未満	94.42
1万人以上5万人未満	96.13
3千人以上1万人未満	97.17
3千人未満	98.92

（県国民健康保険課調べ）

（２）市町村における収納対策の状況

① 収納方法別割合

令和3年度の収納方法別割合は、「自主納付」が42.74%と最も高く、次いで「口座振替」が32.22%、「特別徴収（年金天引き）」が24.86%、「納付組織」が0.17%となっており、口座振替の割合は、全国平均39.80%と比較すると7.58ポイント下回っています。〔図13〕



② 収納対策の状況

令和3年度の収納方法別による収納率は、自主納付66.22%、口座振替96.67%、特別徴収100.00%、納付組織64.07%となっており、口座振替の収納率は、自主納付の収納率に比べて高い水準にあります。[表8]

本県の収納対策を見ると、県内全市町村が口座振替を実施しており、また、22市町村がコンビニ収納を実施しています。[表9]

[表8] 保険税収納方法別割合（令和3年度 世帯別）

	自主納付		口座振替		特別徴収		納付組織	
	加入率	収納率	加入率	収納率	加入率	収納率	加入率	収納率
宮崎県	42.74	66.22	32.22	96.67	24.86	100.00	0.17	64.07
全国	43.56	71.40	39.80	97.05	16.27	99.90	0.37	94.27
差	-0.82	-5.18	-7.58	-0.38	8.59	0.10	-0.20	-30.20

（厚生労働省「国民健康保険事業実施状況報告書」）

[表9] 市町村における収納対策の状況（令和3年度）

収納対策	実施市町村数
口座振替の実施	26
コンビニ収納	22
口座振替の原則化	7
コールセンターの設置	1
MPN※を利用した口座振替の推進	2
ページーによる納付方法の多様化（簡素化）	3
クレジットカードの利用による納付	0

（厚生労働省「国民健康保険事業実施状況報告書」）

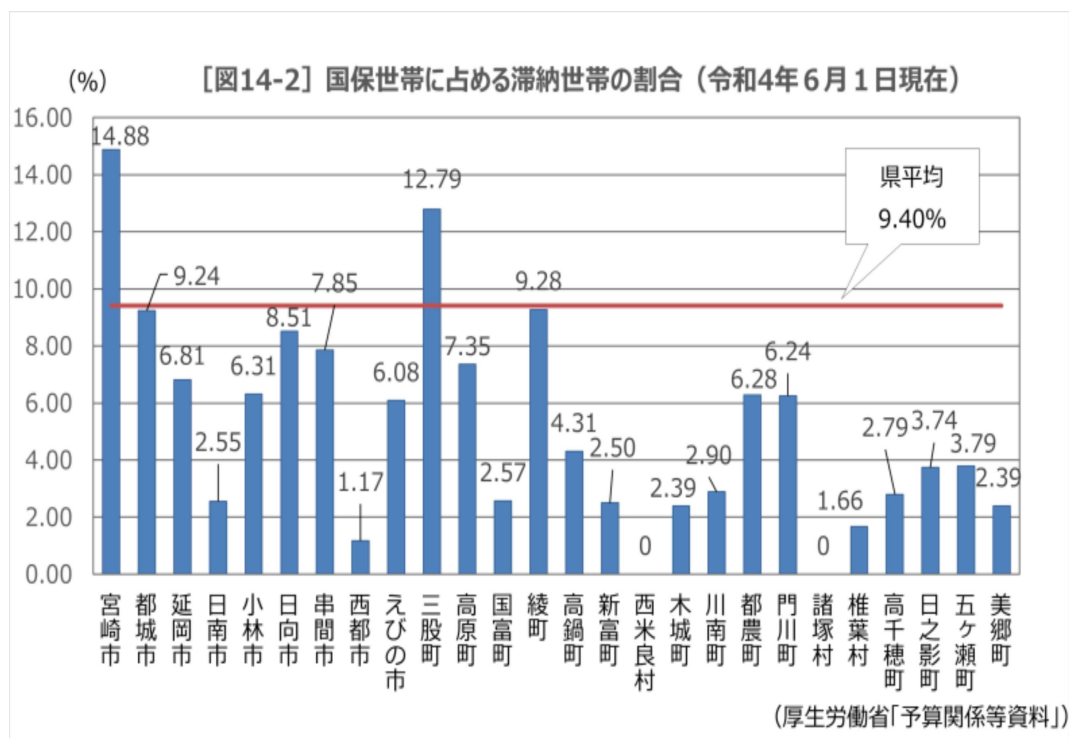
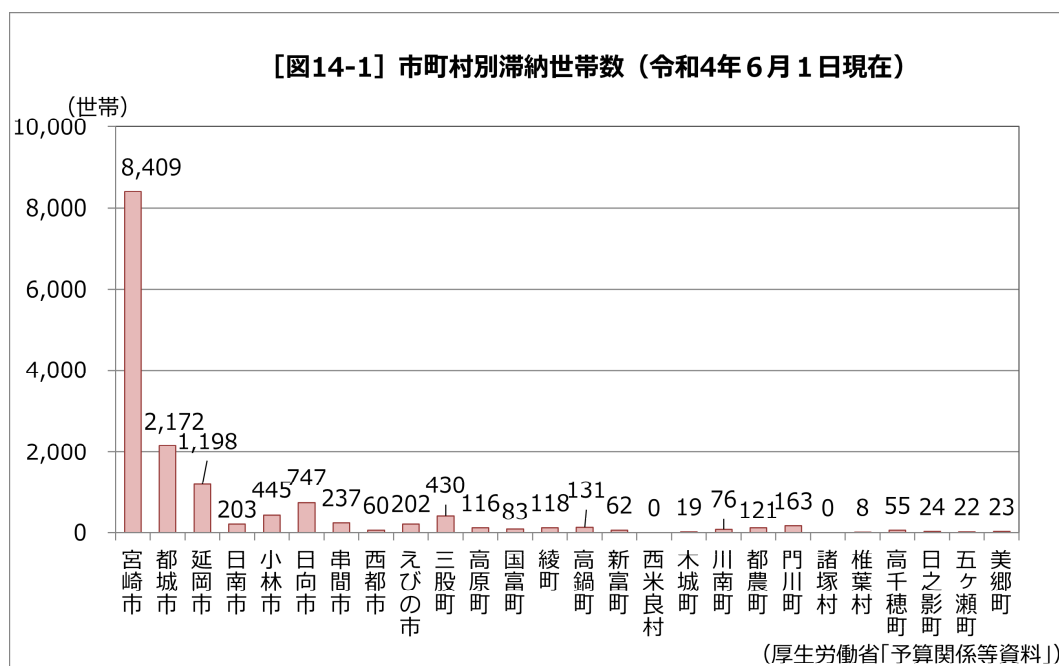
※MPN（マルチペイメントネットワーク）について

ATMやインターネットバンキングを利用した税の支払い、パソコンやATM等で口座振替の新規受付や変更等が可能なサービス。

③ 滞納世帯数の状況

令和3年度における本県の滞納世帯数は15,124世帯で、国保世帯に占める割合は9.40%となっています。なお、令和2年度の滞納世帯数は17,201世帯、国保世帯に占める割合は10.46%となっており、令和3年度は前年度よりも1.06ポイント改善しています。

市町村別の滞納世帯割合は、最も高い市町村は宮崎市（14.88%）、最も低い市町村は西米良村及び諸塚村（0%）で、滞納世帯の割合が平均値（9.40%）以上の市町村は2市町となっています。[図14-1][図14-2]



④ 短期被保険者証及び被保険者資格証明書の交付状況

令和3年度における短期被保険者証及び被保険者資格証明書の交付状況は、短期被保険者証が6,204世帯で、国保世帯に占める割合は3.85%、被保険者資格証明書が791世帯で、国保世帯に占める割合は0.49%となっています。なお、令和2年度における短期被保険者証交付世帯数は6,596世帯で、国保世帯に占める割合は4.01%であったため、0.16%改善しており、同年度における被保険者資格証明書交付世帯数は976世帯で、国保世帯に占める割合は0.59%であったため、0.09%改善しています。

また、令和 6 年秋以降、被保険者証とマイナンバーカードが一体化されることに伴い、短期被保険者証及び被保険者資格証明書が廃止され、特別の事情がなく 1 年以上保険税を滞納している場合には、償還払いとなる特別療養費の支給に変更する旨の事前通知を行った上で、特別療養費を支給することとなります。

⑤ 滞納処分の実施状況

令和 3 年度の滞納処分の実施状況は、県内で 18 市町村が差押えを実施しており、差押件数が 5,495 件、差押金額が 11 億 5,500 万円となっています。令和 2 年度と比較して、差押件数が 359 件、差押金額が 1 億 4,300 万円増加しています。[表 10]

[表 10] 滞納処分の実施状況

年度	差押件数（件）	差押金額（円）
平成 29 年度	7,923	1,650,702,513
平成 30 年度	8,158	1,766,124,203
令和元年度	7,595	1,576,039,737
令和 2 年度	5,136	1,012,106,590
令和 3 年度	5,495	1,155,805,771

（厚生労働省「国民健康保険事業実施状況報告書」）

⑥ 滞納対策の状況

本県では滞納対策として、税務課、市町村課、国民健康保険課合同で徴収事務研修（基礎研修、徴収マネジメント研修、滞納整理実務研修）を実施しています。[表 11]

[表 11] 市町村における滞納対策の状況（令和 3 年度）

滞 納 対 策	実施市町村数
財産調査	23
差押えの実施	22
搜索の実施	18
インターネット公売の活用	13
タイヤロックの実施	15
多重債務相談の実施	12
収納対策研修の実施	17
税の専門家の配置（嘱託等含む）	2
収納向上対策アドバイザーの活用	2

（厚生労働省「国民健康保険事業実施状況報告書」）

2 収納対策の強化に資する取組

(1) 収納率目標の設定

本県の収納率目標については、市町村向けの保険者努力支援制度※における収納率の評価指標を参考に、N年度の収納実績に基づく全自治体の上位3割に当たる被保険者数規模別の収納率とし、当該収納率をN+2年度の本県の収納率目標とします。[表12]

また、税負担の公平性を確保し、将来的な保険税負担の平準化を図っていくためにも、高い水準での収納率の向上に努めていくこととします。

※保険者努力支援制度とは

医療費適正化への取組や国保固有の構造問題への対応等を、定められた指標（後発医薬品使用割合や収納率等）に基づき評価し、保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対し国が交付金を交付する制度。

[表12] 収納率の現状（令和3年度 現年度分）

（単位：％）		
市町村の規模区分	宮崎県 （令和3年度）	全国上位3割 （令和元年度）
5万人以上10万人未満	93.21	94.42
1万人以上5万人未満	95.63	96.13
3千人以上1万人未満	96.28	97.17
3千人未満	97.43	98.92

（県国民健康保険課調べ）

(2) 収納率低下の要因分析

収納率が目標を下回っている市町村は、収納率低下の要因（口座振替率、コンビニ収納の導入、収納対策に関する要綱の改正等）を細かく分析し、その改善に必要な対策を講じるとともに、納税相談等の機会を通じて滞納者の状況を把握し、速やかな滞納整理の実施に努めます。

また、収納率目標を上回っている市町村においても、毎年度収納対策の見直しを行い、さらなる収納率の向上に努めます。

(3) 収納率向上の取組

① 口座振替の原則化

口座振替により納付する者の納期内納付率は、自主納付者と比較して高い水準にあります。また、口座振替による納期内納付者が増加すれば新規滞納世帯の発生を防ぐことができるため、普通徴収による場合は、口座振替を原則とし、被保険者へ口座振替による納付を積極的に推奨します。

また、口座登録の簡素化が期待されるマルチペイメントネットワークの導入は、導入以降に発生する運用経費等を考慮した上で、検討していくこととします。

② 徴収事務の効率化

国民健康保険税滞納整理マニュアルを活用し、定期的な研修会等を実施することで、収納担当職員の資質向上に努めます。

③ 共同徴収の実施

人員不足により滞納処分等が困難な市町村においては、近隣市町村等と相互に併任人事を行い、共同で搜索等の滞納処分を実施します。

④ 公売会等への参加

搜索等で差し押さえた動産を換価するため、市町村は、住民税担当課等と庁内で連携して公売を行うとともに、他市町村との合同公売会やインターネット公売を積極的に活用します。

また、県は、県内で実施される合同公売会の情報を市町村へ提供します。

⑤ 徴収事務研修の実施

県は、税務課・市町村課・国民健康保険課が連携し、年間を通して計画的に、滞納整理等に関する基礎研修及び実務研修等を実施します。

研修では、生活困窮者の自立支援など関係部局との連携を促し、徴税吏員の総合的なスキルアップを図ります。

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

1 レセプト点検

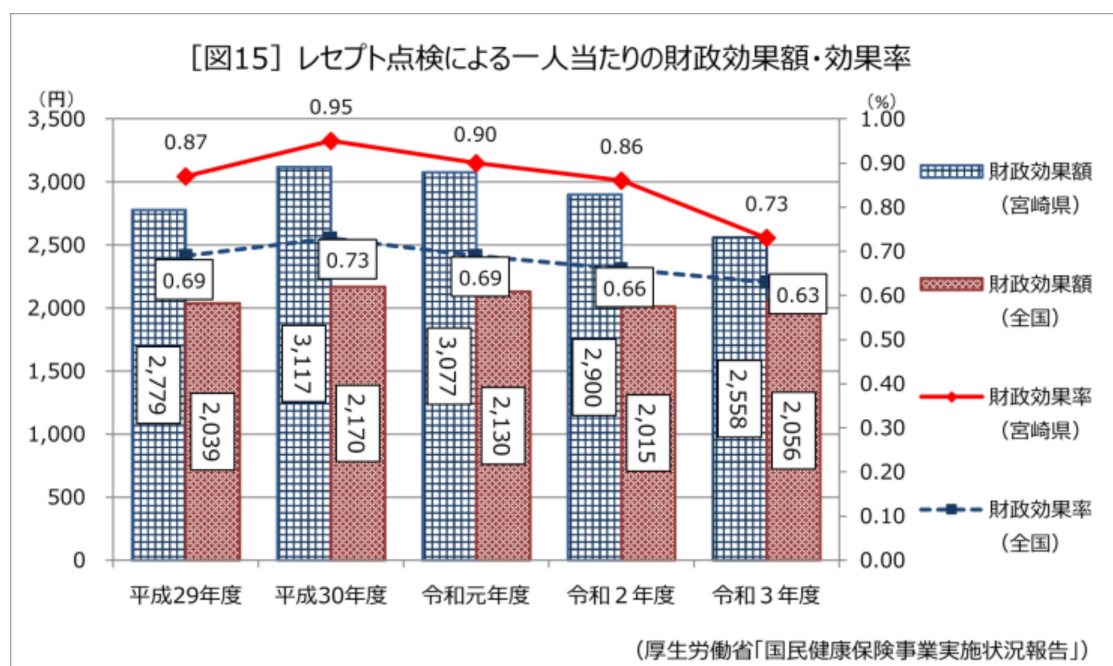
保険医療機関等から請求された診療報酬明細書（レセプト）は、保険給付が適正に実施されていることを確認する必要があると、国民健康保険診療報酬審査委員会における審査を行い、さらに市町村ごとにレセプト二次点検を行っています。

（1）レセプト点検の実施状況

市町村のレセプト点検は、国保連合会への委託、民間業者への委託又はレセプト点検員の直接雇用により実施されています。

レセプト点検の効果を見ると、被保険者一人当たりの財政効果額と財政効果率は全国平均を上回っていますが、緩やかな減少傾向にあります。[図15]

一方、市町村別でみると、令和3年度における被保険者一人当たりの財政効果額は、最大で3,946円、最小で123円となっています。[図16-1] [図16-2]

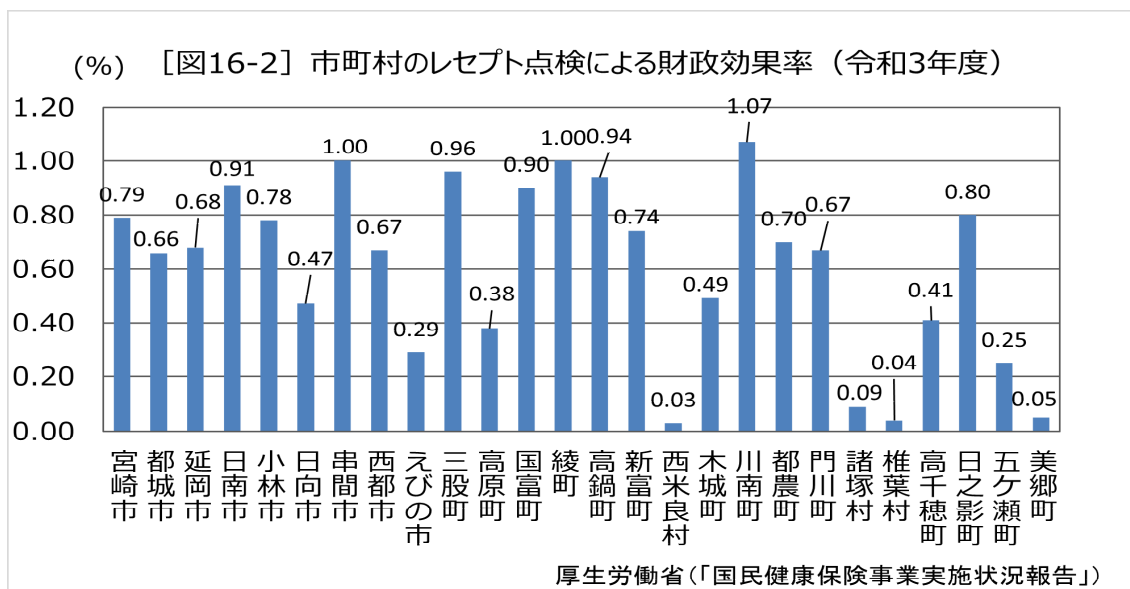
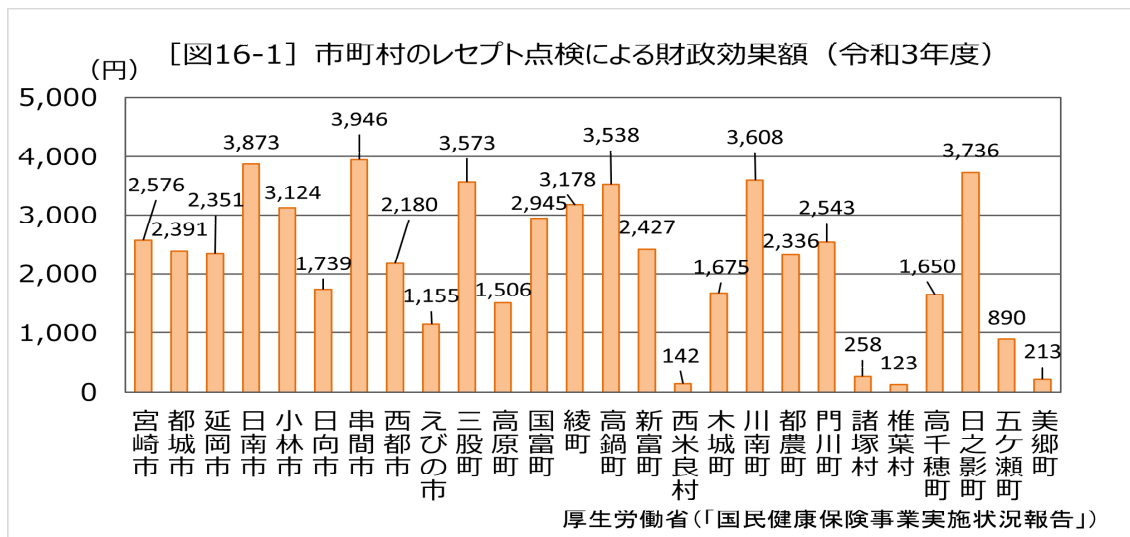


※財政効果額について

レセプト点検により査定（減額）となった金額。

※財政効果率について

レセプト点検により査定（減額）となった額を保険者負担額総額で除したもの。



(2) レセプト点検の充実強化

- ① 市町村は、引き続きレセプト点検の充実強化・適正な実施に努めます。
 - ア レセプト点検確認事務研修会への参加
 - イ 介護保険との給付調整の確認
- ② 県は、引き続き市町村が行うレセプト点検の充実強化による点検水準の底上げを図り、市町村が効率的に二次点検を行えるよう支援します。
 - ア レセプト点検確認事務研修会の開催（国保連合会共催）
 - イ 医療給付専門指導員による市町村へのレセプト点検実地指導
 - ウ 市町村に対する定期的・計画的な指導・助言の実施

また、県として市町村の取組を支援する観点から、広域的又は専門的な見地から給付点検を実施します。

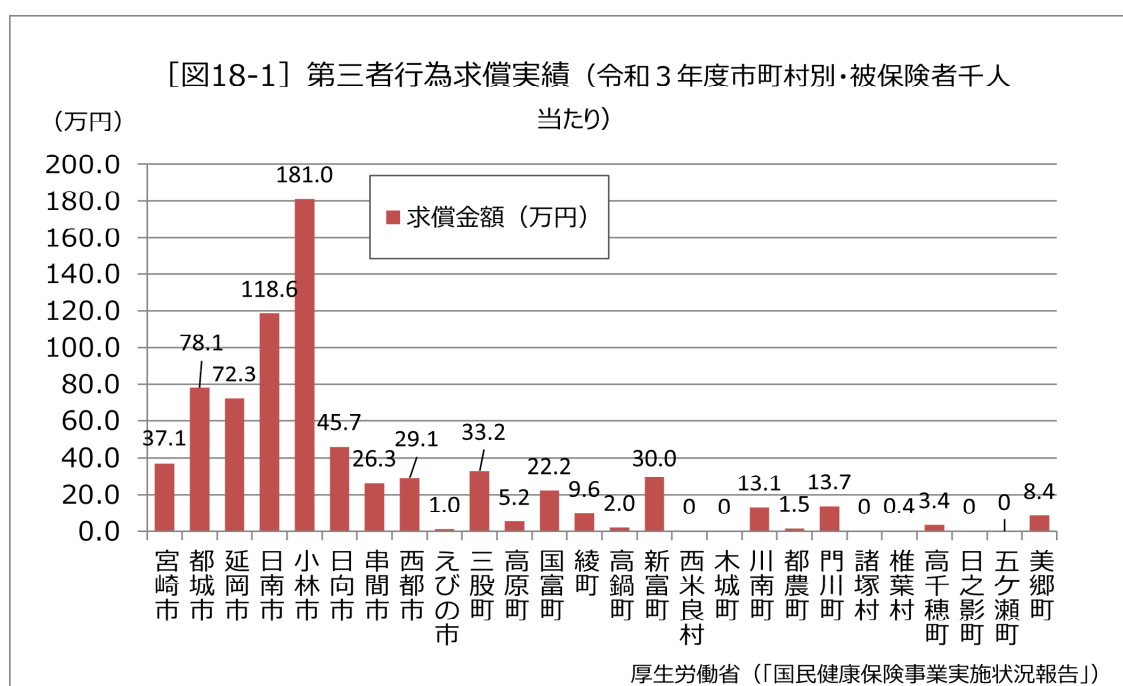
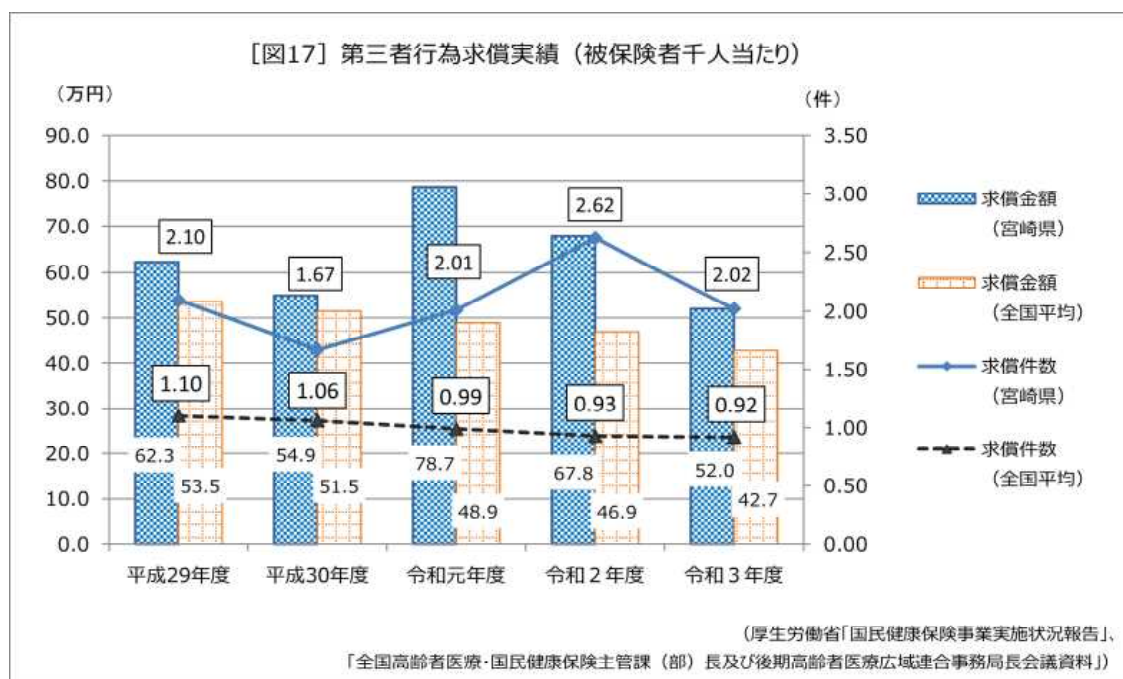
2 第三者行為求償事務の取組

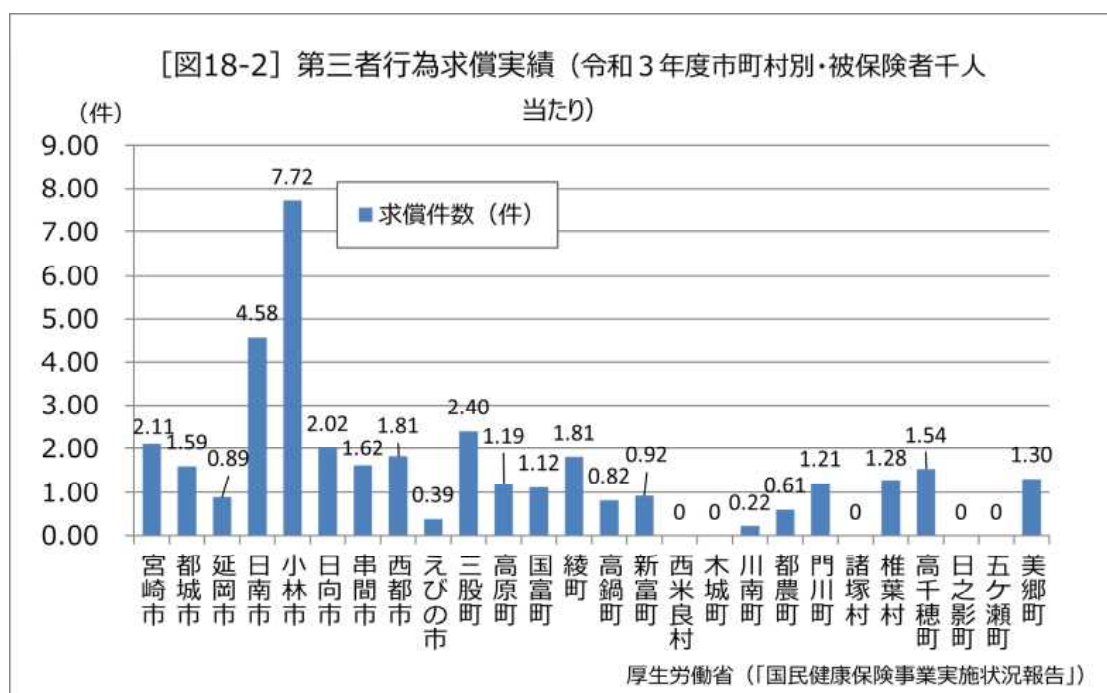
市町村は、保険給付の事由が第三者行為によって生じたものであるときは、国民健康保険法第64条第1項の規定により、保険給付を行うと同時に、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権を代位取得することとされています。

(1) 第三者行為求償事務の現状

第三者行為求償事務については、国保連合会が全市町村からの委託を受け、請求から収納までを共同事業として行っています。

第三者求償の実績は、県全体では全国平均を上回っています。[図17][図18]





（２） 第三者行為求償事務の取組強化

市町村、国保連合会及び県がそれぞれの役割に応じて、体制を強化し、第三者求償の取組の強化につなげます。

① 市町村

- ア 数値目標を設定するなど、PDCAサイクルの循環による継続的な求償事務の取組
- イ 国保連合会作成の標準的な事務処理マニュアルの活用
- ウ 各種支給申請書に第三者行為の有無の記載欄を設定
- エ レセプト点検による、第三者行為の疑いレセプトの抽出と被保険者への照会
- オ 消防（救急搬送情報）・警察（被害届情報）機関等との連携について、地域の実情に応じた検討

② 国保連合会

- ア 市町村に対する求償事務研修の充実
- イ 市町村巡回訪問による個別支援

③ 県

- ア 市町村における数値目標や取組計画等を把握し、継続的な取組の強化が図られるよう、必要な助言の実施
- イ 保険医療機関に対して、レセプト特記事項欄への「10・第三」記入の依頼
- ウ 国保連合会と連携し、損害保険団体に対して、覚書に基づく被害届

の作成支援の依頼

エ 保健所と連携して食中毒及び咬傷事故を把握し、被害者情報を市町村へ提供

オ 令和7年度以降、国民健康保険法第64条第3項に基づき、広域的・専門的見地から必要と認められるときは、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ため、その取扱いに係る検討

3 不当・不正請求への対応

(1) 過誤調整の取組強化

資格喪失後の受診により発生する返還金について、被保険者等の負担の軽減及び市町村等における速やかな債権の回収を進めるために、保険者間調整など地域の実情に応じた効果的な取組について市町村と検討します。

(2) 不正請求

保険医療機関等による不正請求事案については、九州厚生局と県が合同で医療機関への指導・監査によりその事実を確認し、不正請求等があった場合には、市町村国保に係る分については、国保連合会による過誤調整や市町村へ直接診療報酬の返還（令和3年度は該当なし）を求めています。[表13]

[表13] 不正請求に係る診療報酬等の返還請求状況（令和3年度）

（単位：件、円）

区分	医療機関等数	調定額（※2）	収納金額	未回収金額
返還請求（※1）	0	0	0	0

（県国民健康保険課調べ）

※1 指導及び監査等で判明した不正請求に係る診療報酬等で、市町村が保険医療機関等へ直接返還請求したもの

※2 加算金は含まない

平成30年度以降は、保険医療機関等による大規模な不正が発覚した場合、県が、国民健康保険法第65条第4項に基づく市町村からの委託を受けて、不正請求等に係る費用返還を求める等の取組を行うことができるとされたところです。

当該事務については、県が市町村から委託を受ける不正利得の対象事案などを「保険医療機関等又は指定訪問看護事業所に係る不正利得の回収に係る事務処理規約」として整理を行い、委託の対象となる事案は、次の各号のいずれかに該当するものとしています。

① 広域的な対応が必要なもの

不正利得の回収に係る事務が県内の２以上の市町村の被保険者に関するもの

② 専門性の高いもの

次に掲げるもの

ア 健康保険法（大正11年法律第70号）第80条の規定に基づく保険医療機関等の指定の取消し、同法第81条の規定に基づく保険医若しくは保険薬剤師の登録の取消し又は同法第95条の規定に基づく指定訪問看護事業者の指定の取消しを受け、開設者の所在状況等が把握困難なもの

イ 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者が無資力又はこれに近い状態であるもの

ウ 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者につき、破産法（平成16年法律第75号）第30条第１項の規定により破産手続開始の決定がされているもの又はこれに近い状態であるもの

4 療養費の支給の適正化

（１）柔道整復施術療養費

被保険者が柔道整復師の施術を受けた場合の費用は療養費として支給されますが、その支給方法は、療養費の例外的な取扱いとして、地方厚生局長及び都道府県知事との協定等に基づき、施術者が療養費を保険者に請求する受領委任方式により行われています。

柔道整復施術療養費の適正化については、現在、国において様々な方策が検討されているところであり、県は、国の検討状況を踏まえながら、柔道整復療養費の支給適正化を推進するための取組を検討していきます。

また、市町村においては、支給前における被保険者資格の適正な点検、柔道整復施術療養費に係る患者調査の実施に関する標準的な取扱いに基づいた適切な患者調査を着実に実施できるよう、国保連合会等関係機関と連携して取り組みます。

（２）はり・きゅう、あんまマッサージ療養費

はり師、きゅう師、あんまマッサージ指圧師から施術を受けた場合においては、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ます。

被保険者が施術を受けた場合の費用は療養費として支給されますが、そ

の支給方法は、療養費の例外的な取扱いとして、地方厚生局長及び都道府県知事との協定に基づき、施術者が療養費を保険者に請求する受領委任方式により、一部で行われています。

はり・きゅう、あんまマッサージ療養費の適正化については、受領委任方式の導入により、審査委員会の設置や国及び県の指導体制の整備が図られたところですが、引き続き国の検討状況を踏まえながら、課題である不正請求対策について検討していきます。

(3) 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の費用については、海外療養費として申請することにより支給されますが、県内における支給申請は、主に市部において行われており、申請自体が少ない町村部においては、審査や事務処理を行うためのノウハウが蓄積されにくい状況にあります。[表14]

[表14] 市町村における海外療養費支給状況

(単位：件、円)

年度	支給件数		支給額
平成29年度	16		349,813
	市	11	174,970
	町村	5	174,843
平成30年度	28		1,643,831
	市	25	1,326,485
	町村	3	317,346
令和元年度	27		1,571,730
	市	21	597,661
	町村	6	974,069
令和2年度	4		1,336,730
	市	3	137,658
	町村	1	1,199,072
令和3年度	4		1,293,838
	市	3	94,766
	町村	1	1,199,072

(厚生労働省「国民健康保険事業実施状況報告」より作成)

このため県は、市町村における適正な支給や事務の効率化、不正請求対策に資するための取組を行います。

- ① 市町村の好事例から事務取扱をまとめることによる、審査の効率化・標準化
- ② 国保連合会と連携した不正請求対策調査の実施体制の強化及び市町村における標準的な活用
- ③ 県における広域的な視点での点検及び不正請求や疑義が生じた場合の市町村への情報提供

(4) 資格遡及时的保険給付

国民健康保険法第54条第2項の規定により、被保険者が被保険者証を提示せずに診療や調剤を受けた場合に、保険者がやむを得ない理由によると認めるときは、療養の給付等に代えて療養費を支給します。14日以上遡及して資格取得した場合の療養費の支給についても、給付を認めるやむを得ない理由であるかどうか市町村ごとに判断しているところです。

県は、市町村において判断に迷った事例（支給例及び不支給例）を集めて共有し、市町村における給付決定の適正化を助言していきます。

(5) 移送費、その他療養費

被保険者が療養の給付を受けるため、病院又は診療所に移送されたときは、移送費として申請することにより支給されます。また、骨髄移植や臓器移植の際の搬送に要した費用は、療養費として申請することにより支給され、その給付額は移送費の算定方法に準じて算定されます。

県内における移送費の事例は年に数件程度ですが、事例が様々であり、市町村において支給決定の判断が困難となっています。県は、市町村の支給事例を集めて共有し、市町村における支給決定の適正化や効率化を助言していきます。[表15]

[表15] 移送費支給実績

(単位：件、円)

年度	件数	保険者負担額
平成29年度	0	0
平成30年度	3	164,218
令和元年度	5	231,110
令和2年度	1	32,200
令和3年度	2	4,112,912

(厚生労働省「国民健康保険事業年報」)

5 高額療養費の多数回該当の取扱い

(1) 高額療養費の多数回該当に係る該当回数の引継ぎ

平成30年度から県も国民健康保険の保険者となったことに伴い、被保険者が県内市町村間で住所異動があったときに、世帯の継続性が認められる場合には、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を通算することとなっています。

(2) 世帯の継続性の判断

① 高額療養費制度は、世帯員の療養に要した費用は世帯主が負担したものと取り扱った上で、家計の負担軽減を図ることを目的としているため、世帯を主宰し、主たる生計維持者である世帯主に着目して、世帯の継続性を判定することを原則とします。

② 県内市町村間の住所異動における多数回該当の通算は、転入地市町村で世帯の継続性の判定を行うこととし、その判定基準は国の参酌基準によることとし、以下のとおりとします。

ア 一つの世帯のみで完結する住所異動の場合、家計の同一性や世帯の連続性があるものとして、世帯の継続性を認めます。なお、「一つ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します。

- 1) 他の世帯と関わらず、当該世帯の構成員の数が変わらない場合の住所異動
- 2) 他の世帯と関わらず、資格取得又は喪失による当該世帯内の世帯主及び国保加入者数の増加又は減少を伴う場合の住所異動

イ 世帯分離や世帯合併による一つの世帯で完結しない住所異動の場合、継続性を認める世帯については、次のいずれかに該当するものとしします。

- 1) 世帯主と住所の両方に変更がない世帯
- 2) 転入する世帯の世帯主が主宰する世帯

③ 市町村内の住所異動における多数回該当の通算は、②の判定基準により行うこととし、当該市町村において世帯の継続性を判定します。

第6章 医療費適正化の取組に関する事項

1 医療費適正化の取組状況

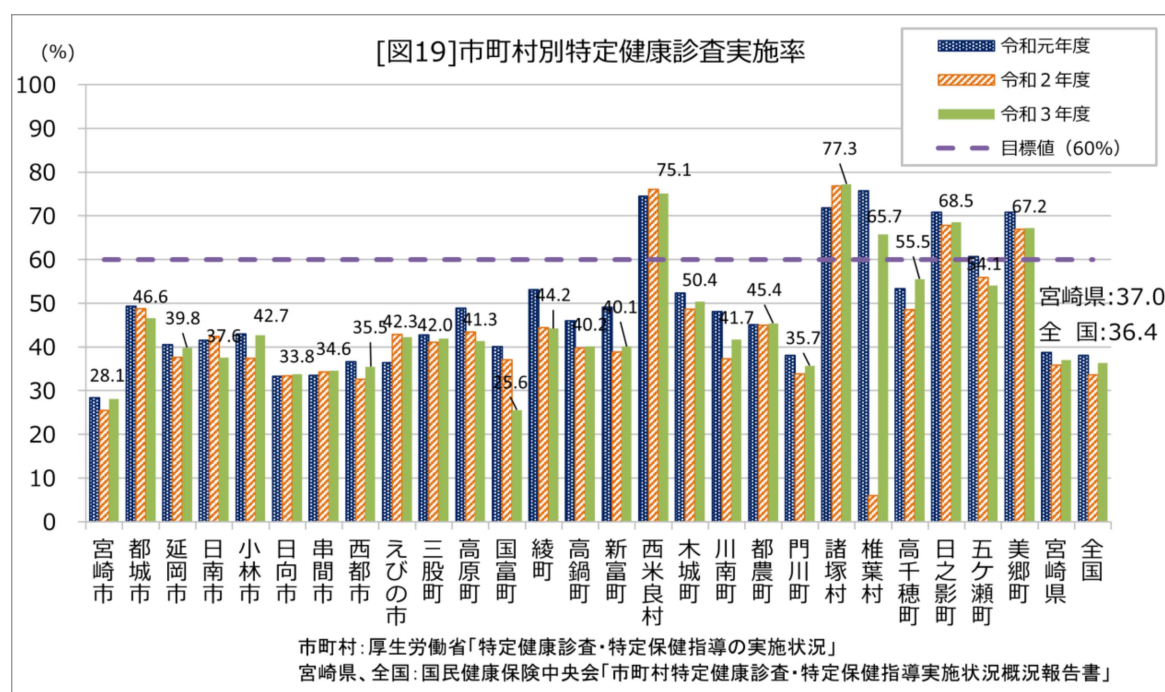
(1) 特定健康診査の実施状況

特定健康診査（以下「特定健診」という。）は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、この該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行う健康診査です。平成20年度から40歳から74歳までの方を対象に実施することが医療保険者に義務付けられています。

本県市町村国保の令和3年度実施率は37.0%となっており、新型コロナウイルス感染症流行の影響のあった令和2年度と比較すると、微増していますが、第3期医療費適正化計画における目標値（60%）との乖離は大きい状況です。

県内では、最高が諸塚村（77.3%）、最低が国富町（25.6%）となっており、5町村が目標値（60%）を達成しています。椎葉村の59.7ポイントを筆頭に18市町村の実施率が伸びています。一方、令和2年度実績に比べると国富町の11.5ポイントを筆頭に8市町村の実施率が低下しています。

[図19]



(2) 特定保健指導の実施状況

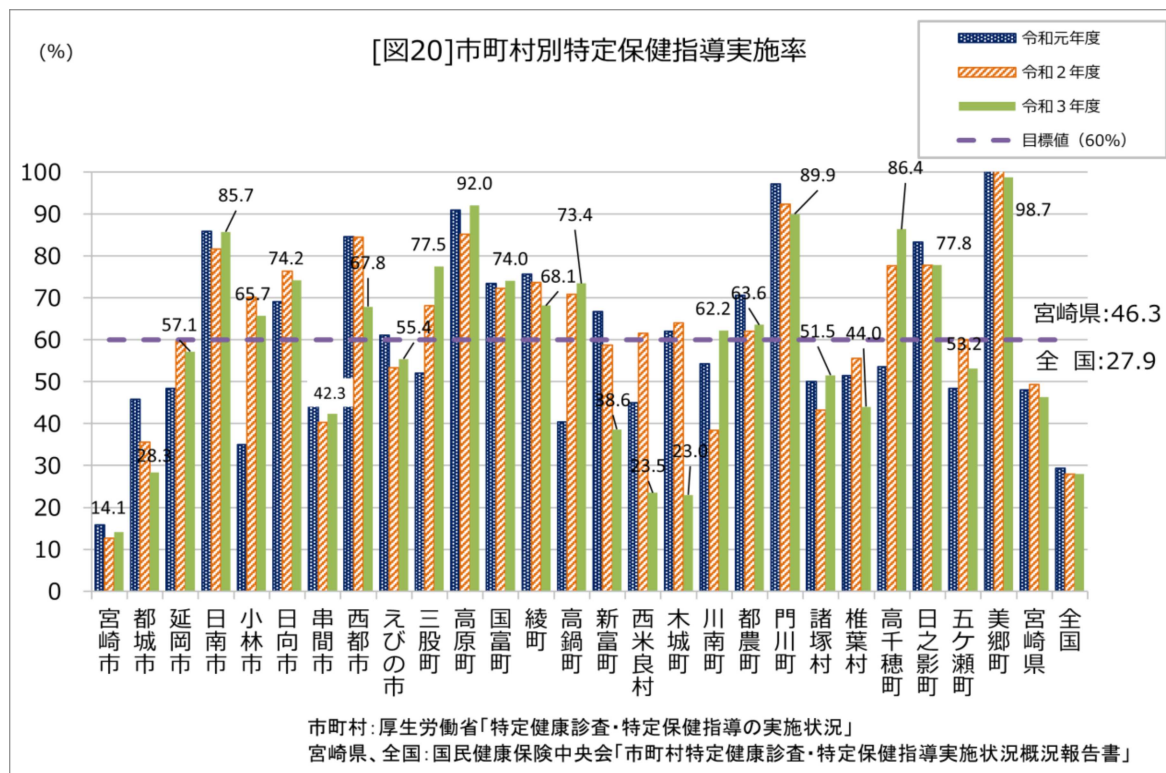
特定保健指導は、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、

生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、本人が生活習慣を見直すために保健師、管理栄養士等の専門職が支援する保健指導です。特定健診と同様に医療保険者に義務付けられています。

本県市町村国保の令和3年度実施率は46.3%となっており令和2年度と比較し、微増しているものの、第3期医療費適正化計画における目標値(60%)との乖離は大きい状況です。

県内では、最高が美郷町(98.7%)、最低が宮崎市(14.1%)となっており、15市町村が目標値(60%)を達成しています。令和2年度実績に比べると、川南町の23.8ポイントを筆頭に13市町村の実施率が伸びています。

[図20]



(3) 医療費通知の実施状況

医療費通知は、被保険者世帯に受診年月、受診者名、医療機関名、医療費の額等を通知することにより、被保険者の健康意識の向上や医療費の適正化等をねらいとして行うものです。

本県では、国保連合会への委託により全ての市町村で実施され、令和3年度の実施回数は、5市町村が年5回以上、20市町村が4回、1市が年3回となっています。[表16]

[表16]医療費通知の実施状況

(単位：市町村、件、回)

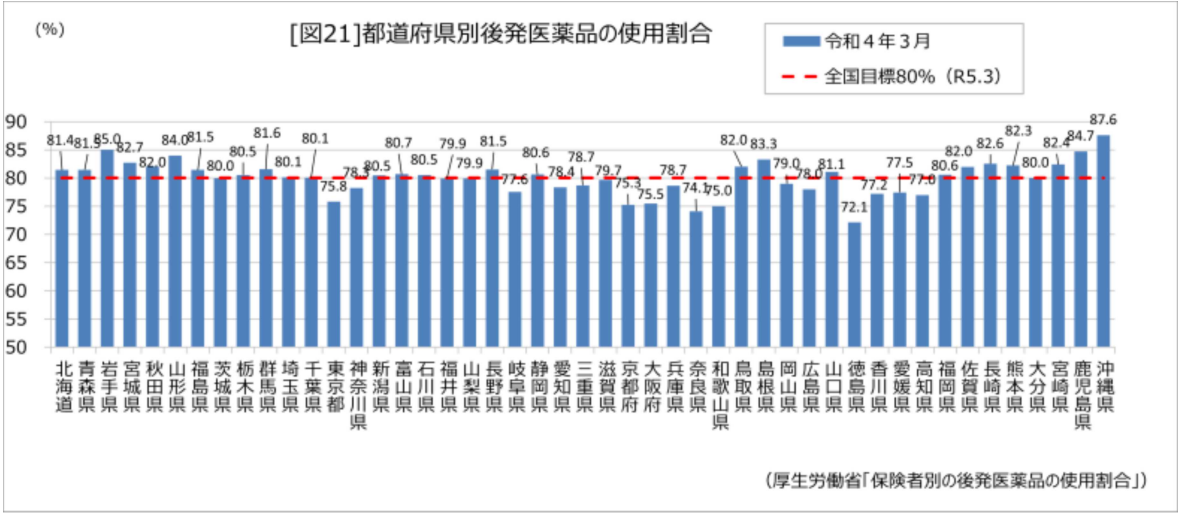
区分		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
市町村数		26	26	26	26	26
実施件数		859,704	802,408	726,352	675,720	581,767
実施回数	年5回以上	25	19	8	6	5
	年4回	1	7	18	19	20
	年3回	0	0	0	1	1

(県国民健康保険課調べ)

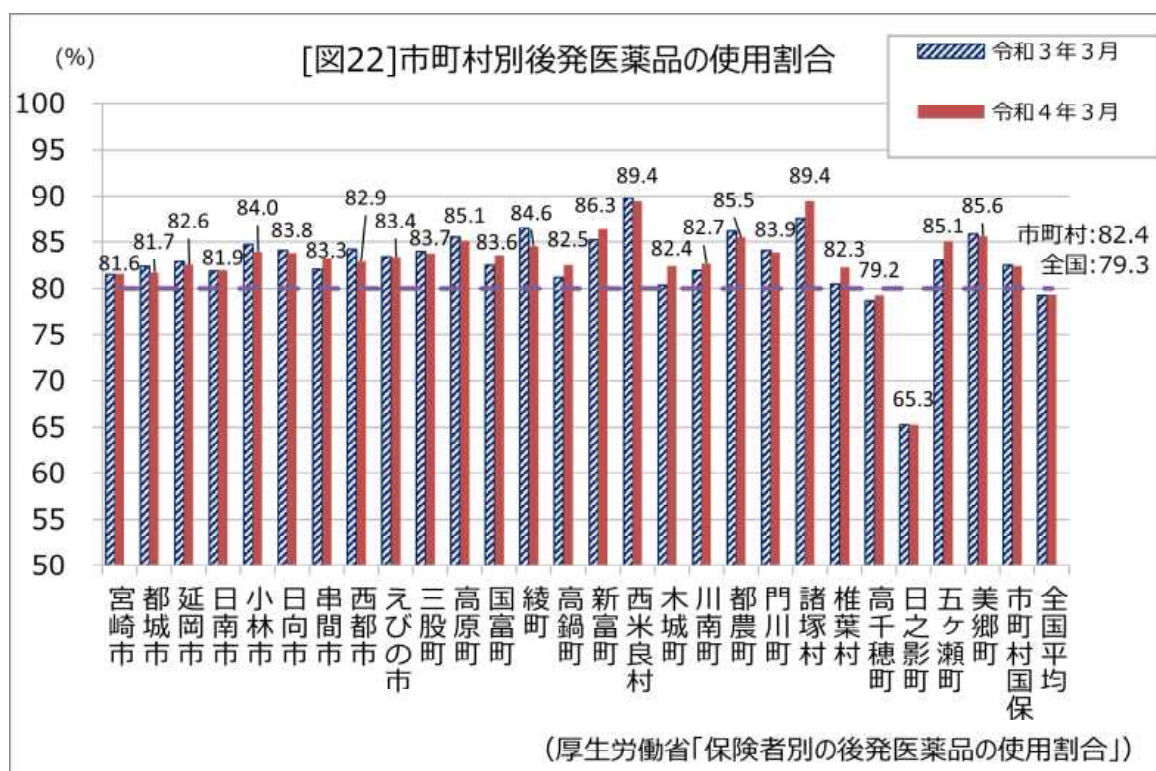
(4) 後発医薬品の使用状況

「経済財政運営と改革の基本方針2021（令和3年6月閣議決定）」において、令和5年度末までに後発医薬品のシェアを80%以上とする目標が設定されています。

本県全体における後発医薬品の使用割合は、全国を上回っています。このうち、市町村国保はさらに高い水準にあり、令和4年3月の使用割合が82.4%であり、全国8位となっています。〔図21〕



県内では、最高が諸塚村（89.4%）、最低が日之影町（65.3%）となっており、既に24市町村が、2023年度末までの目標値（80%）を達成しています。〔図22〕



(5) 後発医薬品の普及促進

後発医薬品の普及促進のため、全ての市町村で希望カード（シール）の配布や、後発医薬品利用差額通知書（以下「差額通知」という。）の送付に取り組んでいるほか、一部の市町村で広報紙を活用した啓発を実施しています。

差額通知は国保連合会等への委託により実施され、平成30年度からは、公費受給者や子どもを含む全ての被保険者を対象とし、少なくとも一人当たり差額効果額が200円以上である方に、年3回以上実施することとしています。また、令和3年度実施回数は、平均で3.1回となっています。

本県では、平成22年度に関係団体（県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県病院薬剤師会等）が参画する「宮崎県ジェネリック医薬品安心使用促進協議会」を設置し、患者及び医療関係者をはじめ県民が安心して後発医薬品を使用できるよう啓発事業等を推進しています。[表17][表18]

[表17]後発差額通知の実施状況

(単位：市町村、件、回)

区分	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
実施市町村数	25	26	26	26	26
実施件数	41,374	36,526	36,352	35,670	32,553
平均実施回数	2.3	3.1	3.3	3.2	3.1

(県国民健康保険課調べ)

[表18]後発差額通知の対象とする差額効果額

(単位：市町村)

区分	指定しない	100円以上	200円以上
市町村数	1	2	23

(令和2年6月 県国民健康保険課調べ)

(6) 重複・頻回受診、重複服薬に対する訪問指導の実施状況

重複・頻回受診者に対する市町村の訪問指導は、保健師や看護師により実施されています。令和3年度は、重複受診者に対する訪問指導を7市町が、頻回受診者に対する訪問指導を8市町が実施しており、いずれも実施していないのは17市町村でした。[表19]

また、重複服薬者に対する訪問指導を実施したのは11市町村でした。[表20]

[表19]重複・頻回受診者等の訪問指導実施状況（令和3年度）

(単位：市町村、人)

区分	重複受診	頻回受診	長期入院	未実施
実施市町村数	7	8	0	17
対象者数	193	102	65	
訪問指導実施者数	78	51	0	

(令和4年度国民健康保険市町村一般事務打合せ資料より作成)

[表20]重複服薬者の訪問指導実施状況（令和3年度）

(単位：市町村、人)

区分	実施中	未実施
実施市町村数	11	15
対象者数	1,782	
訪問指導実施者数	57	

(令和4年度国民健康保険市町村一般事務打合せ資料より作成)

なお、県では、平成30年度から、重複服薬者の訪問指導に同伴する薬剤師を派遣する宮崎県市町村国保適正服薬促進支援事業を実施しており、令和4年度は、2市で2件の訪問指導を実施しました。また、令和4年度から、適正服薬支援のための薬剤情報通知事業を開始し、重複・多剤服用等の疑いのある被保険者に対して、医療機関や薬局への相談を促す等の啓発通知を送付しています。

(7) 糖尿病性腎症重症化予防の実施状況

生活習慣が発症に関わるとされる2型糖尿病は、様々な合併症を引き起こし、患者の生活の質の低下を招く要因となります。このため、県医師会をはじめとする関係者が一層の連携を図り、糖尿病対策に向けた取組を促進することを目的に、宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第2期）が策定されています。

本県では、この指針や市町村独自の重症化予防プログラムに基づき、全ての市町村が糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいます。

(8) 都道府県国保ヘルスアップ支援事業の実施状況

県は、国の交付金等を活用して次の事業を実施し、市町村の実施する保健事業の支援に取り組んでいます。

- ① 国保特定健診実施率向上対策事業
- ② 国保データベース（KDB）システムを活用した分析事業
- ③ 事業者健診データ活用事業
- ④ 糖尿病性腎症重症化予防に関する研修
- ⑤ 重複服薬者等訪問指導事業
- ⑥ 予防・健康づくりに関する啓発事業

2 医療費適正化に向けた取組の強化

高齢化の進展や医療の高度化により増大する医療費に対しては、国民健康保険財政を健全化するための取組に加え、県民一人ひとりが積極的に健康の保持・増進を図る取組が必要です。

平成30年度に創設された保険者努力支援制度においては、予防・健康づくりに関する評価指標が設けられ、保健事業に積極的に取り組む保険者に対するインセンティブとなっており、さらに、令和2年度からは「予防・健康づくり支援分（事業費分・事業費連動分）」が拡充され、自治体における予防・健康づくりが抜本的に後押しされています。

この交付金制度を活用し、県と市町村が連携して、予防・健康づくりに重点的に取り組み、医療費の適正化と歳入確保による保険財政の健全化を図ります。

また、県は、地域の実情を把握の上、取組の進んでいる市町村の事例の情報提供等を通じた横展開や、市町村に対する定期的・計画的な指導・助言の実施等、医療費適正化対策の充実強化に努めます。

（１）データヘルスの推進

市町村は、データヘルス計画に基づくPDCAサイクルに沿って効果的・効率的な保健事業の実施に努め、保健事業支援・評価委員会や国保連合会の支援を活用し、定期的に見直します。

県は、国保データベース（KDB）システムなどの健診・医療・介護等に係る情報基盤を活用し、市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握するとともに、市町村や国保連合会における保健事業の運営が健全に行われるよう、必要な助言及び支援を行います。

（２）特定健康診査実施率向上に向けた取組

生活習慣病は自覚症状がないまま進行することから、特定健診は県民が生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけ、県民に受診を促す取組が必要です。

県は、実施率の向上に向け市町村が独自に取り組んでいる先駆的な取組や、今後、実施しようとしている取組を積極的に支援します。

① 医療機関との連携

かかりつけ医等による受診勧奨や、診療における検査データの活用（みなし健診）について医師会等の関係団体と連携して取り組みます。

② がん検診等との同時実施、共同実施

本県全ての市町村において、可能な限り、特定健診とがん検診等を同時に実施しています。また、市町村によっては、全国健康保険協会（協会けんぽ）等の被扶養者の健診と共同して実施しています。引き続き、県民の受診機会の拡大を図るため、積極的に取り組んでいきます。

③ 健診内容の充実

県内の全ての市町村で、血清クレアチニン検査を追加実施しているほか、各市町村では、地域の実情に応じて、健康課題の解決や魅力ある健診とするため、健診メニューの充実に努めています。引き続き、好事例の横展開を図りながら、効果的な健診メニューについては、全ての市町村が統一して実施できるよう、県としても支援していきます。

具体的な健診メニューは、県内医療費の分析により明らかになった取り組むべき健康課題の解決のために、検査結果に基づく保健指導等により医療費適正化の効果があるものを検討していきます。

④ 事業者健診データの入手

「平成28年度国民健康保険実態調査報告」の県集計によると、本県の擬制世帯でない40歳以上の世帯主のうち、被用者の割合は14.7%です。このことから、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づく事業者健診を受診している被保険者が相当数存在すると推測できます。

市町村は、健診の受診希望調査や受診勧奨の機会を利用し、事業者健診の対象者の把握と健診データの入手に取り組めます。

県は、市町村が健診機関等を通じて健診データを入手する仕組みづくりを支援します。

⑤ 若年健診（39歳以下）の推進

本県では、39歳以下（概ね30歳まで）の被保険者を対象に特定健診に準じた健診を実施している市町村があります。こうした若年健診は、若い世代に自らの健康増進や疾病予防に関心を持ってもらう格好の機会ともなることから、積極的に実施します。

⑥ 特定健診広報月間の設定

5月及び10月を「特定健診広報月間」と定め、県、市町村、国保連合会及び保険者協議会が連携し、集中的に特定健診の受診を呼びかけ、効果的な広報・啓発に努めます。

（３）特定保健指導実施率向上に向けた取組

県民を生活習慣病等の発症リスクから守るため、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者や予備群に行動変容を促す取組が必要です。

特定健診実施率向上に伴い増加する指導対象者に対応するため、健康増進部門と庁内連携を図り必要な専門職員の確保に努めていきます。また、県、国保連合会、保険者協議会が実施する研修会を活用して人材育成・力量形成を図ります。

国保連合会においても、在宅保健師等を派遣する事業等を通じてマンパワーが不足している市町村を支援します。

（４）医療費通知の充実

給付の適正化を図るため、１年間の医療費を漏れなく、被保険者が確定申告に使用できるよう、適切な時期に通知します。

また、医療費通知の効果を高めるため、保険者努力支援制度の評価指標に設定されている「医療費の額及び医療費の総額又は保険給付費の額」、「受診年月」、「医療機関名」、「入院・通院・歯科・薬局の別及び日数」、「柔道整復療養費」に加え、「はり・きゅう、あんまマッサージ療養費」を通知します。

（５）後発医薬品の使用促進

国の施策としての「後発医薬品の数量シェアを令和５年度末までに８０％以上にする」目標は、宮崎県では平成３０年度以降、継続して達成しています。引き続き、以下の取組を推進し、さらなる使用促進に努めます。

① 差額通知の充実

差額通知は、公費受給者や子どもを含む全ての被保険者を対象とし、少なくとも一人当たり差額効果額が２００円以上である方に、年３回以上実施します。

また、定期的に差額通知による効果額を確認し、より効果的な通知内容に見直します。

② 希望カード（シール）等の配布

被保険者証の更新や納付書の送付時だけでなく、窓口で被保険者証や公費受給者証を交付する際にも希望カード（シール）・保険証ケース等を配布します。

なお、令和６年秋以降、被保険者証とマイナンバーカードが一体化されることに伴い、希望カード等の配布方法について検討していきます。

(6) 適正受診・適正服薬の推進

同じ病気で複数の医療機関を受診することは、医療費を増やすだけでなく、重複する検査や投薬によりかえって体に悪影響を与える恐れがあります。また、限りある医療資源を守り育てる上でも安易な夜間、休日等の時間外受診は控える必要があります。市町村は、県民の健康と医療への関心を高め、その理解と協力が得られるよう、以下の取組を推進します。

① 保健指導の強化

市町村は、定期的（少なくとも年1回以上）に国保連合会の支援により重複・頻回受診者や重複服薬者を把握し、治療上の必要がある等やむを得ない場合を除き、被保険者やその家族に対し訪問等による保健指導を実施します。

なお、訪問指導の際には、残薬（飲み残し）を含む服薬状況の聞き取りを行い、問題がある場合にはかかりつけ医、かかりつけ薬局への相談を勧奨します。

② お薬手帳の普及・啓発

被保険者がお薬手帳を医療機関や保険薬局に提示することで、重複服薬・併用禁忌を防げ、適切な服薬につながることから、関係機関と連携して手帳の普及や正しい使い方の一層の啓発に取り組みます。

(7) 糖尿病性腎症重症化予防の取組

「宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第2期）」の取組を推進するため、次のとおり取り組みます。

① プログラムへの取組

市町村は、本指針を参考にして、啓発や健康教育、健診結果説明や情報提供、医療機関への受診勧奨を行う等、郡市医師会等の関係機関と連携して、地域の実情に応じた発症予防や重症化予防の取組を推進します。

県は、重症化予防事業推進のための研修を実施するなど、医療体制の構築や連携体制の推進に取り組みます。

② 対象者の抽出

市町村は、重症化予防の取組を効率的に実施するため、国保データベース（KDB）システム等を活用して重症化予防対象者の抽出を実施します。

③ 連携手帳の活用促進

糖尿病専門医、かかりつけ医及び行政等の連携のためには、糖尿病連携手帳の活用が効果的であることから、研修会やモデル事業の実施により連携手帳の普及を図ります。

(8) 歯科健診の推進

歯・口腔の健康づくりは健康の保持増進に重要な役割を果たしていることから、本県でも8020運動※が推進されています。健康増進法に基づく健康増進事業の一環としての歯周疾患検診のほか、定期的な歯科健診受診のきっかけとなるよう、歯科健診及び歯科保健指導の積極的な実施を促します。

※8020運動について

8020（ハチマルニイマル）運動とは、80歳になっても20本以上自分の歯を保とうという運動。

(9) 個人へのインセンティブの提供の推進

健康マイレージ事業※を通じて、個人へインセンティブを付与し、健康無関心層に健診受診を促すなど健康づくりに取り組む市町村があります。

市町村は、個人の健康づくりだけではなく、「健康なまちづくり」という視点のもと、健康増進、商工、教育等の他部門の施策と連携を図り、積極的に個人インセンティブ事業に取り組みます。

県は、宮崎県国民健康保険保険給付費等交付金及び国民健康保険事業費納付金に関する条例第3条第3項第3号に定める特別交付金（いわゆる「2号繰入金」）により、市町村の個人インセンティブ事業を財政的に支援します。

※健康マイレージ事業について

健康マイレージ事業とは、特定健診やがん検診の受診者、健康や介護予防に関する講習会等への参加者に対して市町村がポイントを付与し、たまったポイントに応じて地元産品を受け取る等の特典を受けることができる仕組み。

(10) 地域包括ケアの推進

本県においても、団塊の世代の全てが75歳に到達する令和7年以降に向けて、県民の医療と介護の需要がさらに増加することが見込まれています。

医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築に向けて、市町村国保としても庁内の部門横断的な議論の場や地域包括ケアに資する地域のネットワーク等に積極的に参画します。

(11) ロコモティブシンドローム対策の推進

本県では、健康長寿社会の実現のため「宮崎県ロコモティブシンドローム※対策協議会」を設置し、その普及・定着に取り組んでいます。市町村においてもロコモ度測定やロコモ体操を健康教室に取り入れるなど、一層の普及・定着に努めます。

※ロコモティブシンドロームについて

ロコモティブシンドローム（略称：ロコモ、和名：運動器症候群）とは、筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器のいずれか、あるいは複数に障がいが起こり、「立つ」「歩く」といった機能が低下している状態のことであり、進行すると日常生活にも支障が生じ、介護が必要になるリスクが高くなるとされている。

(12) たばこ対策

喫煙は、生活習慣病発症の最大の危険因子の一つであり、受動喫煙による健康被害も社会問題化しています。市町村においても、特定健診や特定保健指導を実施する際に、喫煙者に喫煙が及ぼす健康への影響について啓発し、たばこをやめたいと考えている人には禁煙支援や禁煙外来等に関する情報提供を行います。

(13) 啓発事業

県民一人ひとりが、自らの健康に関心を持ち、日ごろから健康の増進、疾病の予防等に積極的に取り組むとともに、疾病の予防や早期発見のため、特定健診及び特定保健指導を受けることが重要であり、医療保険者においても、受診機会の拡充に努めることが求められています。

市町村は、広報紙や掲示物、自治会組織等を活用し、医療費の適正化について、一層の啓発に取り組みます。

(14) 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

市町村は、高齢者の心身の特性に応じたきめ細かな支援を実施するため、後期高齢者医療広域連合と連携し、介護保険の地域支援事業と国民健康保険の保健事業の一体的な実施に努めます。

県は、市町村及び後期高齢者医療広域連合が行う保健事業の適切かつ有効な実施を図るために必要な支援を行います。

(15) 保険者努力支援交付金等を活用した積極的な事業の企画

県は、市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握するとともに、市町村における保健事業の健全な運営に必要な助言及び支援を行います。

また、市町村が実施する保健事業が効率的・効果的に実施されるよう、人材の育成・確保やデータ活用を目的とした事業の企画に努めます。

3 第4期宮崎県医療費適正化計画との関係

市町村は、第4期宮崎県医療費適正化計画を一つの指標とし、共通する理念の中で市町村ごとの実情を踏まえた医療費適正化対策の推進に努めます。

第7章 市町村の国民健康保険事業の運営の標準化、広域化及び効率化に関する事項

1 標準的、広域的及び効率的な運営の推進に向けた取組

(1) 事務の標準化、広域化及び効率化についての検討

葬祭費の給付額、保健事業の統一等、住民サービスの向上及び均てん化につながる事項について、保険税水準の統一の議論と並行して検討します。

(2) 市町村事務処理標準システム等の導入

法改正による改修の中長期的コスト削減・リスク回避、市町村事務遂行の効率化、共同処理や広域化が図られやすくなることから、市町村事務処理標準システム又は標準準拠システムの導入を標準とします。

導入時期に関しては、「デジタル・ガバメント実行計画」において、令和7年度末までに標準準拠システムを利用できるようにすることとされていることから、令和7年度までの導入を目標とします。

(3) 各種支給申請における事務の取扱い

事務の効率化及び被保険者の負担軽減を図るため、各種支給申請書等への押印廃止を推進するとともに、高額療養費の支給申請時の領収書確認の省略を標準とし、支給簡素化にも取り組みます。

(4) 事業の共同実施

市町村と国保連合会が共同して、又は保険者協議会において実施している事業は、既存の枠組みで取組を継続させることが効率的であることから、引き続き実施します。[表21]

[表21] 共同実施する事業(令和5年度実績)

(単位:市町村)

区分			実施(対象) 市町村数
保 険 者 事 務	通知等の作成	高額療養費の申請勧奨通知の作成	21
		高額療養費支給申請書の作成	26
	計算処理	高額療養費支給額計算処理業務	26
		高額介護合算療養費支給額計算処理業務	26
		退職被保険者の適用適正化電算処理業務	26
	統計資料	疾病統計業務	26
		事業月報・年報による各種統計資料作成	26
	その他	各種広報事業	26
		国庫補助金等関係事務及びシステムの共同利用	26
		共同処理データの提供	26
医 療 費 適 正 化	医療費通知		26
	後発医薬品差額通知書		25
	後発医薬品調剤実績・削減効果実績の作成		26
	レセプト点検		22
	レセプト点検担当職員への研修		26
	第三者行為求償事務共同処理事業		26
	医療費適正化に関するデータ提供		26
	高度な医療費分析		26
保 健 ※ 事 業	特定健診の受診促進に係る広報		26
	特定健診・特定保健指導等の研修会・意見交換会の実施		26
	特定健診データの活用に関する研修		26

※保健事業の一部については保険者協議会も実施

(県国民健康保険課調べ)

(5) 標準的な事務取扱要領等の作成

市町村が担う事務の共同処理や広域化による効率的な事業運営を図る必要がありますが、これまで市町村はそれぞれに国保運営を担ってきたため、市町村の事務処理にはばらつきがあります。そのばらつきが共同処理や効率的な事業運営を妨げる要因となっているため、標準的な事務取扱要領等を定め、ばらつきの解消に努めます。

① 策定済みの標準的な事務取扱要領等

- ア 国民健康保険資格管理マニュアル
- イ 国民健康保険税滞納整理マニュアル
- ウ 標準的な国民健康保険税の減免に関する要綱
- エ 標準的な国民健康保険税滞納世帯に関する措置の実施要綱
- オ 標準的な国民健康保険税滞納世帯に関する措置の事務取扱

- カ 標準的な一部負担金の徴収猶予及び減免に関する要綱
- キ 標準的な一部負担金の保険者徴収に関する事務取扱
- ク 標準的な給付制限に関する事務取扱及び給付制限事例集
- ケ 標準的な海外療養費の支給申請に関する事務取扱
- コ 移送費、その他療養費事例集
- サ 特定健診と診療が重複する場合の費用に関する標準的な取扱い
- シ 標準的な有床義歯の再製作に関する事務取扱
- ス 柔道整復施術療養費に係る患者調査の実施に関する標準的な取扱い

② 策定予定の標準的な事務取扱要領等

地方単独事業に係る療養と高額療養費の給付調整について、調整額の算定方法及び地方単独事業担当部門との調整方法の標準的な取扱いを定めたマニュアルを作成します。

(6) 書籍等の共同購入

書籍等の共同購入は、スケールメリットによる経費削減効果が大きいことから、引き続き、国保連合会と連携して実施します。

第8章 保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策等との連携に関する事項

1 基本的な考え方

本運営方針に関係する保健・医療・福祉分野の取組には、主な計画として次のものがあり、本運営方針に定める取組を推進するほか、これらの施策と連携し、国保の分野から各施策を推進します。

- ① 宮崎県医療計画（地域医療構想含む）（第8次）
- ② 宮崎県健康増進計画「健康みやざき行動計画21（第3次）」
- ③ 宮崎県医療費適正化計画（第4期）
- ④ 宮崎県介護保険事業支援計画（第9期）
- ⑤ 宮崎県障がい福祉計画（第7期）

県は、国保データベース（KDB）に代表される健康・医療・介護等に係る情報基盤を活用して医療費等の分析を行い、市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握するとともに、本県の健康増進計画である「健康みやざき行動計画21(第3次)」を踏まえて、市町村や国保連合会における保健事業の運営が健全に行われるよう、必要な助言及び支援を行うこととします。

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 基本的な考え方

市町村は国民健康保険事業の運営に当たり、本運営方針を踏まえた事業の実施に努めるとともに、国民健康保険の安定的な運営に向けた環境整備を県とともに進めるものとします。

運営方針の見直しや、運営方針に定める施策の実施に必要となる事項の検討、市町村における課題の検討・情報の共有等のため、必要に応じて宮崎県市町村国保連携会議等の場において意見交換及び意見の調整を行います。

2 宮崎県国民健康保険運営方針の見直し

本運営方針は、3年ごとに検証して見直しを行うこととしますが、次のような手順で進めます。

なお、それ以前に見直しが必要な場合には、この手順を基に見直しを行います。

【国保運営方針の見直し手順】

