

令和 6 年度
出雲市国民健康保険事業計画

令和 6 年 4 月
健康福祉部 保険年金課

《 目 次 》

第1章 国民健康保険制度と現状

1 はじめに	1
2 医療保険制度改革をめぐる状況	1
3 医療費の状況	2
4 国民健康保険予算、決算の状況	3

第2章 国民健康保険事業の現状と課題

第1節 国民健康保険事業の現状

1 国民健康保険加入者の状況	6
2 特別会計の決算状況	7
3 国民健康保険料の収納状況	8
4 国民健康保険料の一人当たり調定額の状況	8
5 国民健康保険料の減免適用の状況	9
6 医療費用額及び一人当たり医療費の状況	9
7 出雲市の医療費と島根県（市町村）の医療費の状況	11
8 オンライン資格確認とマイナ保険証	12

第3章 国民健康保険事業計画の基本的な取組

第1節 国民健康保険料の適正賦課

1 保険料率の適正な設定	13
2 被保険者資格の適用	14

第2節 収納率の向上の取組

1 収納対策について	15
2 収納率の状況	15
3 滞納者対策の状況	15
4 取組の方向性	17

第3節 医療費適正化への取組

1 レセプト点検	17
2 被保険者資格管理の適正化	18
3 重複・頻回受診の適正化	18
4 重複・多剤投薬の適正化	18
5 国民健康保険資格喪失による保険給付費の返納	18

第4節 健康づくりの取組

1 データヘルス計画の状況	19
2 保健事業の推進	19
3 国民健康保険加入者も含めた出雲市民全体への取組	20
4 生活習慣病予防への取組	21
5 人間ドック・脳ドック検診事業の取組	24

第5節 調剤費抑制への取組

1 ジェネリック医薬品の状況	25
2 ジェネリック医薬品へ切替えの効果額の状況	25
3 ジェネリック医薬品に関する普及啓発	25

第1章 国民健康保険事業計画と国民健康保険の状況

1 はじめに

国民皆保険制度の中核となる国民健康保険は、国や県等からの補助金と保険料を財源に加入者が病気や怪我などをした場合に必要な給付を行う助け合いの制度である。

国民健康保険は、年金生活者や失業者、非正規雇用の労働者などの低所得者層の加入者が多く、年齢構成が高く医療費も高い水準にあるなどの財政的な構造問題を抱えている。令和4年からは、団塊の世代の後期高齢者医療制度への移行により国民健康保険加入者は大幅に減少している。

本市においても同様の構造的な問題を抱え、加入者の過半数は65歳以上であり、一人当たりにかかる医療費（保険給付費）は加入者の高齢化や医療の高度化等により年々増加している。

こうした状況の中、令和6年度の本市の国民健康保険事業の健全運営の確保に向け、効果的かつ効率的な事業を推進するため、関連情報を取りまとめ、取組の方向性や目標を定めた「出雲市国民健康保険事業計画」を策定する。

2 医療保険制度改革をめぐる状況

(1) 国民健康保険制度改革の状況

平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、国民健康保険運営について中心的な役割を担い、市町村と共同して国民健康保険制度の安定化を図ることとなされた。市町村国民健康保険は引き続き、保険料の徴収・資格管理・保険給付の決定・保健事業などを担うこととなった。

都道府県は医療給付に必要な費用を算出し、市町村毎の被保険者数と所得水準を考慮し、医療費水準を反映させて国民健康保険事業費納付金を決定し、市町村はこの事業費納付金を都道府県に納付することとなった。都道府県から市町村へは、この事業費納付金と国費などの公費を財源として、市町村が保険給付に要した費用を全額交付する仕組みとなった。都道府県は将来的な保険料負担の平準化を進めるため、市町村ごとの標準保険料率を提示し、市町村は最終的な保険料率を決定していくことになった。この他、都道府県は国民健康保険の安定的な財政運営と効率的な事業運営の確保を図り、市町村が担う事務の効率化を推進するために、国民健康保険運営方針を策定する。

国は、国民健康保険の財政基盤を強化するための支援として、平成27年度から約1,700億円、平成30年度からは更に約1,700億円の公費投入により、平成30年度以降は毎年約3,400億円の財政支援の拡充を行っている。支援の概略は、以下のとおりとなっている。

＜平成27年度から実施＞

単位：億円

○低所得者対策の強化	低所得数に応じた自治体への財政支援を拡充	1,700
------------	----------------------	-------

＜平成30年度から実施＞

単位：億円

○財政調整機能の強化	精神疾患や子どもの被保険者数や非自発的失業等自治体の責めによらない要因への対応等	800
○保険者努力支援制度	医療費の適正化に向けた取組等に対する支援 具体的には、ジェネリック医療品普及の取組、保険料収納率向上対策など	910 (H30：840)
○財政リスクの分散・軽減方策	財政安定化基金の創設・高額医療費への対応	60

※財政安定化基金 2,000億円（平成27年度～30年度積立）

(2) 島根県の状況

令和 6 年 3 月、県は令和 6 年度から 11 年度までの第 2 期国民健康保険運営方針について、市町村との協議を踏まえ、国民健康保険運営協議会の諮問・答申を経たうえで策定した。

市町村ごとの事業費納付金及び標準的な保険料率の算定、保険料の徴収及び保険給付の適切な実施、事務処理の統一化、医療費適正化の取組等の運営方針をまとめた。

保険料水準の統一については、当面は各市町村の医療費水準を反映した保険料水準とし、将来的には保険料水準の統一を目指すこととした。そして統一に係る各課題の整理、検討を行い、運営方針中間見直し時（令和 8 年度）に各市町村の合意した項目を反映させるとしている。

3 医療費の状況

(1) 全国の国民医療費の状況

国の統計によれば、令和 3 年度の国民医療費は 45 兆 359 億円（前年度比 2 兆 694 億円増、4.8% 増）になり 9 年連続で 40 兆円を超えた。医療費の伸び率は直近 20 年間で最も高く、新型コロナウイルスの感染拡大による受診控えなどで医療費が大きく減少した前年度の反動で大きく増加したとみられる。一人当たりの医療費は 35 万 8,800 円（同 18,200 円増、5.3%増）であった。

また、制度区分別の医療保険給付分は、前年度に比べ被用者保険が 8.3%増、国保が 3.9%増、後期高齢者医療が 2.9%の増であった。

(2) 全国の市町村国民健康保険医療費の状況

令和 4 年度の市町村国民健康保険医療費（令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分集計）は、10 兆 334 億円（対前年度比 1.3%減）、加入者数は 2,493 万人（同 3.9%減）となった。

一人当たり医療費は 40 万 2,507 円（同 2.7%増）となった。都道府県別順位をみると、佐賀県が 50 万 2,270 円で最も高く、山口県が 50 万 1,847 円、島根県が 49 万 6,266 円の順で高い。一方、最も低いのは茨城県の 35 万 805 円であり、佐賀県との医療費格差は 1.43 倍となっている。

(3) 島根県内の市町村国民健康保険医療費の状況

令和 4 年度の医療費（令和 4 年 3 月～令和 5 年 2 月診療分集計）については、被保険者数が大きく減少し 119,563 人（対前年度比 5,607 人減・4.48%減）、費用額は約 586 億 1,600 万円で、対前年度比約 18 億 8,200 万円の減（3.11%減）となった。一人当たり費用額は 49 万 264 円で、対前年度比 6,926 円増（1.43%増）、受診率は 1241.58%で、対前年度比 19.74 ポイントの増となった。

令和 5 年度の医療費（令和 5 年 3 月～令和 6 年 2 月診療分集計）については、被保険者数が引き続き減少し 113,225 人（対前年度比 1,338 人減・5.30%減）、費用額は約 585 億 5,164 万円で、対前年度比約 6,400 万円の減（0.11%減）となった。一人当たり費用額は 51 万 7,142 円で、対前年度比 27,178 円増（5.48%増）、受診率は 1263.50%で、対前年度比 21.92 ポイントの増となった。一人当たり費用額が初めて 50 万円を超え、医科入院に係る一人当たり費用額、受診率が大きく伸びた。

（島根県国民健康保険医療費（速報値）の状況）

(4) 出雲市国民健康保険医療費の状況

令和4年度の医療費（令和4年3月～令和5年2月診療分）の年度平均被保険者数29,482人で大きく減少し（対前年度比1,144人減・3.74%減）、全体費用額は141億5,104万円で対前年度比2億759万円の減（1.45%減）となった。診療区分では、医科入院外は増加したが、医科入院と歯科、調剤は減少した。一人当たり費用額は479,988円で、対前年度比で11,148円増（2.38%増）となった。一人当たりの医療費は増加したが、被保険者数が減少したことにより、全体費用額は減少となった。

レセプト件数は、57万7,213件（対前年比1.22%減）となり、1件当たり費用額は24,516円となっている。

令和5年度の医療費（令和5年3月～令和6年2月診療分）の年度平均被保険者数28,130人で引き続き減少しており（対前年度比1,352人減・4.59%減）、全体費用額は143億3,847万円で対前年度比1億8,743万円の増（1.32%増）となった。診療区分では、医科入院と医科入院外は増加したが、歯科、調剤は減少した。一人当たり費用額は509,728円で、対前年度比で29,740円増（6.20%増）となったが、昨年と同じく県内19市町村のうち、6番目に低い。被保険者数は減少したが、一人当たりの医療費が大きく増加したため、全体費用額は増加となった。

レセプト件数は、56万6,764件（対前年比1.81%減）となり、1件当たり費用額は25,299円となっている。

（島根県国民健康保険医療費（速報値）の状況）

4 国民健康保険予算、決算の状況

(1) 国の予算状況

令和6年度予算は、都道府県が市町村国民健康保険について支出する医療給付費等の総額を約10兆3,442億円（内訳は医療給付費（地単カット後）8兆1,482億円、後期高齢者支援金1兆6,343億円、介護納付金5,617億円）と見込み、この額に対する助成費を前年度予算比で102億円減の3兆2,361億円（0.3%減）とした。

少子高齢化に伴う人口減、後期高齢者医療制度への移行や短時間労働者への被用者保険の適用拡大などの影響により、被保険者数は4.4%減少の2,280.4万人と推計する。反面、一人当たり医療費は高齢化や医療の高度化等で、42万5,693円の2.3%増と見込まれるが、差し引きの結果、被保険者数減の影響が受け、医療費総額は減少となると見込まれる。

(2) 島根県内保険者の決算状況

令和4年度の決算状況は、歳入合計が721億790万円、歳出合計が708億8,095万円で、収支差引額は12億2,695万円（前年度比4.43%増）となり、基金保有額は51億2,851万円となっている。市町村保険者別の単年度経常収支は、黒字保険者は11保険者、黒字額2億9,970万円で、赤字保険者数は8保険者、赤字額1億1,530万円である。県平均の収納率は、96.82%と前年度から0.07ポイント上昇。県平均一人当たり調定額（介護分含む）は9万4,116円で前年度に比べ2,493円減（2.58%減）となっている。

（島根県国民健康保険団体連合会『しまねの国保』）

島根県市町村保険者の決算等の状況一覧

	R2 年度		R3 年度		R4 年度	
	金額、率、数	対前年度比	金額、率、数	対前年度比	金額、率、数	対前年度比
歳入	73,430 百万円	△1,664 百万円	74,522 百万円	+1,092 百万円	72,108 百万円	△2,414 百万円
歳出	72,405 百万円	△1,783 百万円	73,347 百万円	+942 百万円	70,881 百万円	△2,466 百万円
決算収支	1,025 百万円	+119 百万円	1,175 百万円	+269 百万円	1,227 百万円	+52 百万円
単年度収支	78 百万円	+834 百万円	271 百万円	+193 百万円	184 百万円	△87 百万円
黒字額 (保険者数)	309 百万円 (10)	191 百万円 (+4)	363 百万円 (14)	54 百万円 (+4)	300 百万円 (11)	△63 百万円 (△3)
赤字額 (保険者数)	231 百万円 (9)	△643 百万円 (△4)	91 百万円 (5)	△140 百万円 (△4)	91 百万円 (8)	△140 百万円 (+3)
基金保有額	4,907 百万円	△73 百万円	4,996 百万円	89 百万円	5,128 百万円	132 百万円
総医療費	59,472,527 千円	△2.43%	61,151,656 千円	+2.82%	59,247,049 千円	△3.11%
前期高齢者(再掲)	39,540,777 千円	△0.19%	40,814,859 千円	+3.22%	40,041,835 千円	△1.89%
一人当たり医療費	469,574 円	△0.41%	488,549 円	+4.04%	495,534 円	+1.43%
前期高齢者(再掲)	552,631 円	△0.23%	566,055 円	+2.43%	584,996 円	+3.35%
収納率	96.64%	+0.49	96.75%	+0.11	96.82%	+0.07
市 平均	96.42%	+0.53	96.55%	+0.13	96.62%	+0.07
町村平均	98.40%	+0.18	98.37%	△0.03	98.51%	+0.14
一人当たり調定額	97,046 円	△0.37%	96,609 円	△0.45%	94,116 円	△2.58%
世帯数(年間平均)	84,333 世帯	△1.02%	83,984 世帯	△0.41%	81,646 世帯	△2.78%
被保険者数(年間平均)	126,652 人	△2.03%	125,170 人	△1.17%	119,562 人	△4.48%
未就学児(再掲)	2,004 人	△7.90%	1,865 人	△6.94%	1,744 人	△6.49%
前期高齢者(再掲)	71,550 人	△0.04%	72,104 人	+0.77%	68,448 人	△5.07%

島根県国民健康保険団体連合会『しまねの国保』の掲載数値使用

(3) 出雲市国民健康保険の決算状況

令和４年度の決算は、歳入合計が 174 億 5,815 万円、歳出合計が 169 億 9,912 万円で、収支差引額は 4 億 5,903 万円で前年度比 8.4%の減となり、基金保有額は 2 億 9,851 万円となった。単年度（実質）収支は、4,232 万円の赤字になった。保険料（現年分）収納率は 96.67%と前年度から 0.18 ポイント上昇した。

医療分及び後期支援分の平均一人当たり調定額は 9 万 4,915 円（前年度比 3.58%減）となっている。

出雲市の決算等の状況一覧

	R2 年度		R3 年度		R4 年度	
	金額、率、数	対前年度比	金額、率、数	対前年度比	金額、率、数	対前年度比
歳入	17,840,307 千円	+ 35,901 千円	17,914,747 千円	+ 74,440 千円	17,458,154 千円	△456,593 千円
歳出	17,404,248 千円	+ 69,456 千円	17,413,398 千円	+ 9,150 千円	16,999,120 千円	△414,278 千円
決算収支	436,059 千円	△33,555 千円	501,349 千円	+ 65,290 千円	459,034 千円	△42,315 千円
単年度収支	△33,554 千円	+ 265,500 千円	65,290 千円	+ 98,844 千円	△42,315 千円	△107,605 千円
基金保有額	297,978 千円	+ 238 千円	298,218 千円	+ 240 千円	298,516 千円	+ 298 千円
総医療費 ※1	14,288,500 千円	+ 0.98%	14,517,613 千円	+ 1.60%	14,312,167 千円	△1.42%
前期高齢者(再掲)	9,518,982 千円	+ 5.09%	9,802,676 千円	+ 8.22%	9,631,353 千円	△1.75%
一人当たり医療費※2	463,927 円	+ 2.37%	474,029 円	+ 2.18%	485,454 円	+ 2.20%
前期高齢者(再掲)	565,865 円	+ 2.94%	581,899 円	+ 5.86%	599,188 円	+ 2.97%
収納率	96.37%	+ 0.49	96.49%	+ 0.12	96.67%	+ 0.18
一人当たり調定額※3	105,678 円	+ 1.05%	105,646 円	△0.03%	101,955 円	△3.49%
世帯数(年間平均)	19,637 世帯	△0.22%	19,686 世帯	+ 0.25%	19,289 世帯	△2.02%
被保険者数(年間平均)	30,799 人	△1.36%	30,626 人	△0.56%	29,482 人	△3.74%
前期高齢者(再掲)	16,822 人	2.08%	16,846 人	2.23%	16,074 人	△4.58%

注) 各年度の決算説明書の数値及び事業年報数値による。

※1 総医療費（保険給付費）は、療養の給付＋療養費の合計額。

※2 一人当たり医療費は、統計でみる「島根の国保」の数値及び各年度の事業年報数値による。

※3 一人当たり調定額（保険料総額／医療分・後期支援分の平均被保険者総数）は決算時の状況による。また、調定額には、介護納付金分を含んでいる。

第2章 国民健康保険事業の現状と課題

第1節 国民健康保険事業の現状

1 国民健康保険加入者の状況

本市の国民健康保険の加入者の状況は【表 1-1】のとおりである。

国民健康保険加入者世帯数は、令和3年度を除き年々減少している状況が続いており、令和5年9月末は前年同時期より553世帯減の18,736世帯となっている。

被保険者数は毎年減少しており、令和5年9月末は28,066人で前年同時期から1,371人減少した。令和4年度から団塊の世代が後期高齢者医療制度へ移行したことが大きな要因である。

国民健康保険加入者の市の人口に対する加入者比率は、16.24%であり、平成28年度以降20%を下回る状況である。

また、被保険者総数のうち、40歳～64歳の介護2号被保険者は、令和5年9月末で7,982人と年々減少傾向にあり、前年同時期より191人の減少となっている。

【表 1-1】 一般・退職者別加入者・世帯数の推移

区 分	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
国保加入世帯数	19,634 世帯	19,703 世帯	19,289 世帯	18,736 世帯
一般被保険者数 ①	30,781 人	30,618 人	29,437 人	28,066 人
うち 介護2号保険者(40～64歳)	8,871 人	8,550 人	8,173 人	7,982 人
出雲市の住基世帯数	67,316 世帯	68,425 世帯	69,296 世帯	69,558 世帯
出雲市の住基人口 ②	174,686 人	174,769 人	174,341 人	172,794 人
加入者の対人口比率 ①/②	17.62%	17.52%	16.88%	16.24%

※出典：毎年9/30現在の報告値「国保実態調査」から（対象人口比は9月末の住基人口との比率）

国民健康保険の年齢別加入者の推移は【表 1-2】のとおりである。

【表 1-2】 年齢別加入者数の推移（9月末現在）

年度	区分	～19歳	20-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	計
R3	加入者数	2,152 人	8,571 人	2,928 人	6,646 人	10,321 人	30,618 人
	対前年比	97.68 %	98.56 %	91.76 %	93.66 %	107.53 %	99.46 %
	人口	31,800 人	80,210 人	10,457 人	11,470 人	14,047 人	147,984 人
	対人口比	6.77 %	10.69 %	28.00 %	57.94 %	73.47 %	20.69 %
R4	加入者数	2,094 人	8,500 人	2,725 人	6,246 人	9,872 人	29,437 人
	対前年比	97.30 %	99.17 %	93.07 %	93.98 %	95.65 %	96.14 %
	人口	31,613 人	80,040 人	10,305 人	11,066 人	13,466 人	146,490 人
	対人口比	6.62 %	10.62 %	26.44 %	56.44 %	73.31 %	20.09 %
R5	加入者数	2,008 人	8,393 人	2,510 人	5,823 人	9,332 人	28,066 人
	対前年比	95.89%	98.74%	92.11%	93.23%	94.53%	95.34%
	人口	31,209 人	79,079 人	10,219 人	10,632 人	12,859 人	143,998 人
	対人口比	6.43%	10.61%	24.56%	54.77%	72.57%	19.49%

2 特別会計の決算状況

特別会計の決算状況は【表 2-1・2-2】のとおりである。

令和 4 年度の歳入は、保険料が前年度に対し 2 億 1,241 万円の減額となり、補助金・交付金が 3 億 2,559 万円の減額で、歳入全体は 174 億 5,815 万円で前年度に対し 4 億 5,659 万円の減額であった。歳出は、保険給付費が前年度に対し 1 億 6,327 万円の減額、国保事業費納付金は 1 億 5,216 万円の減額となり、歳出全体では 169 億 9,912 万円で前年度に対し 4 億 1,428 万円の減額となり、令和 5 年度への繰越額は 4 億 5,903 万円となった。

令和 5 年度の見込みについて、歳入は、保険料は対前年度比 2 億 7,738 万円の減額、補助金・交付金は対前年度比 2 億 6,884 万円の増額であり、歳入全体は 175 億 7,040 万円で対前年度比 1 億 1,225 万円の増額を見込んでいる。

歳出は、保険給付費は対前年度比 2 億 8,559 万円の増額、国保事業費納付金は対前年度比 1 億 6,492 万円の減額となり、歳出全体は 171 億 1,004 万円で対前年度比 1 億 1,092 万円の増額となり、翌年度への繰越額は 4 億 6,036 万円を見込んでいる。

【表 2-1】国民健康保険事業特別会計 歳入額の推移

(単位：千円)

歳入	R2 年度		R3 年度		R4 年度		R5 年度見込み	
	決算額	構成比	決算額	構成比	決算額	構成比	決算額	構成比
保険料	3,258,319	18.26%	3,217,655	17.96%	3,005,244	17.21%	2,927,867	16.66%
補助金・交付金	12,689,775	71.13%	12,904,875	72.04%	12,579,286	72.05%	12,848,126	73.13%
一般会計繰入金	1,322,759	7.42%	1,255,609	7.01%	1,304,854	7.48%	1,258,636	7.16%
繰越金	469,615	2.63%	436,059	2.43%	501,349	2.87%	459,034	2.61%
その他収入	99,839	0.56%	100,549	0.56%	67,421	0.39%	76,741	0.44%
歳入決算額	17,840,307		17,914,747		17,458,154		17,570,404	

※その他収入：督促手数料＋基金運用利子＋諸収入

【表 2-2】国民健康保険事業特別会計 歳出額の推移

(単位：千円)

歳出	R2 年度		R3 年度		R4 年度		R5 年度見込み	
	決算額	構成比	決算額	構成比	決算額	構成比	決算額	構成比
保険給付費	12,352,077	70.97%	12,509,293	71.94%	12,346,028	72.63%	12,631,619	73.83%
国保事業納付金	4,422,766	25.41%	4,247,465	24.43%	4,095,303	24.09%	3,930,379	22.97%
保健事業	148,836	0.86%	154,843	0.88%	147,973	0.87%	145,434	0.85%
基金積立	238	0.00%	240	0.00%	298	0.00%	298	0.00%
その他支出	480,331	2.76%	501,557	2.75%	409,518	2.41%	402,310	2.35%
歳出決算額	17,404,248		17,413,398		16,999,120		17,110,040	

※その他支出：総務費（人件費、連合会負担金等）、諸支出金（保険料還付金、繰出金等）

実質単年度収支の推移は【表 2-3】のとおりである。

実質単年度収支は、単年度収支（当該年度実質収支－前年度実質収支）に基金積立額を加え、基金取崩し額を減じて算出している。

- ・令和 4 年度の実質単年度収支は 4,202 万円の赤字となっている。
- ・令和 5 年度の実質単年度収支は 162 万円の黒字となる見込みである。

【表 2－3】国民健康保険事業特別会計 実質単年度収支の推移

収支	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度見込み
歳入 ①	17,840,307 千円	17,914,747 千円	17,458,154 千円	17,570,404 千円
歳出 ②	17,404,248 千円	17,413,398 千円	16,999,120 千円	17,110,040 千円
形式収支 ①-②	436,059 千円	501,349 千円	459,034 千円	460,364 千円
実質収支	436,059 千円	501,349 千円	459,034 千円	460,364 千円
実質単年度収支	△ 33,318 千円	65,530 千円	△ 42,017 千円	1,628 千円

※実質収支：形式収支（歳入－歳出）－翌年度繰越し借入金

※実質単年度収支：単年度収支（実質収支－前年度実質収支）＋基金積立額－基金取崩額

3 国民健康保険料の収納状況

歳入における保険料調定額に対する収納額の決算状況は、【表 3】のとおりである。

特に、保険料収納率は、収納課及び特別債権回収室において臨戸訪問による徴収や日曜日の納付相談（年 6 回）、短期被保険者証や被保険者資格証明書の交付を活用した滞納者との接触機会を持ちながら収納率向上を図り成果を上げている。

このような取り組みの結果として、現年度分の収納率は、令和 3 年度は 96.49%で前年度を 0.12 ポイント上昇し、令和 4 年度は 96.67%で前年度を 0.18 ポイント上回った。

令和 5 年度の現年度収納率見込は 96.14%と前年度を 0.53 ポイント下回る見込みである。

【表 3】保険料収納額及び収納率の推移

年度	区分	調定額	収納額	収納率	対前年度比	収納率	対前年度比
R3	現年度	3,235,519 千円	3,121,922 千円	96.49%	+0.12	90.81%	△0.01%
	滞繰分	307,582 千円	95,732 千円	31.12%	△5.39		
R4	現年度	3,005,863 千円	2,905,869 千円	96.67%	+0.18	90.80%	△0.01%
	滞繰分	303,789 千円	99,375 千円	32.71%	+1.59		
R5 見込	現年度	2,945,248 千円	2,832,998 千円	96.18%	△0.49	90.59%	△0.21%
	滞繰分	286,739 千円	94,869 千円	33.09%	+0.38		

4 国民健康保険料の一人当たり調定額の状況

保険料については、国保被保険者の全員が負担する医療分と、後期高齢者医療制度の支援分、また、40 歳から 64 歳の被保険者が負担をする介護保険分の保険料の 3 つの構成となっている。保険料の一人当たり調定額の推移【表 4】は、当該年度の最終調定額（年度末）を当該年度の被保険者数（3 月から 2 月の平均被保険者数）で除して算出している。

保険料の料率を決定する時には、4 月末時点の被保険者数と予想される必要額を基に一人当たりの保険料を算出しているが、国民健康保険の資格の取得・喪失により被保険者が異動することや、年度中途での所得の増減等の状況により変化する。

令和 2 年度は、保険料率を据え置きとしたが賦課限度額の引き上げにより一人当たり調定額は増加した。令和 3 年度は、長期化する新型コロナウイルス感染症の影響を考慮し、医療分の均等割額を引き下げたが一人当たり調定額は微増した。

令和 4 年度は、医療分の所得割保険料率、均等割額及び平等割額を引き下げ、一人当たり調定額は大幅な減額となった。

【表 4】保険料の一人当たり調定額の推移

	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
医療分	79,252 円	80,172 円	73,124 円	70,111 円
支援金分	17,995 円	18,172 円	25,314 円	24,804 円
医療分＋支援金分	97,247 円	98,344 円	98,438 円	94,915 円
介護分	25,631 円	25,912 円	26,179 円	25,423 円

※一人当たり調定額算出分母：3月から2月の平均被保険者数

※医療分、支援分算出分母：0歳～74歳の国保加入者総数

※介護分算出分母：40歳～64歳の国保加入者総数

5 国民健康保険料の減免適用の状況

解雇や雇止めなど事業主の都合（非自発的理由）により離職した者や、夫（妻）が75歳になり後期高齢者医療保険への移行に伴う75歳未満の配偶者等（旧被扶養者特例）などを対象として、要件に該当する被保険者の保険料の減免を行っている。なお、令和2年度から4年度まで、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、収入が前年に比べ3割以上減少する被保険者に対する減免制度を実施した。

適用実績は【表 5】のとおりである。

【表 5】減免適用実績の状況

減免額単位：円

区分	R2 年度		R3 年度		R4 年度		R5 年度	
	世帯数	減免額	世帯数	減免額	世帯数	減免額	世帯数	減免額
非自発的離職者	82	6,699,923	74	6,663,711	100	8,281,727	163	13,784,354
災害・所得減少等	0	0	0	0	1	10,080	1	4,541
国保法59条 （拘留・在監）	10	157,676	4	28,789	8	359,300	11	286,482
旧被扶養者特例	67	1,699,311	76	2,434,499	99	3,251,257	131	3,700,683
新型コロナ減免	165	35,655,820	40	8,179,851	22	3,120,399	—	—
合計	324	44,212,730	194	17,306,850	230	15,022,763	306	17,776,060

※非自発的離職者：倒産・解雇・雇止め等による離職者について、前年の給与所得を30/100に相当する金額として保険料を算定

6 医療費用額及び一人当たり医療費の状況

被保険者の一部負担を含む診療区分ごとの療養給付費用額は【表 6】のとおりである。

平成28年度以降は、C型肝炎治療薬等の薬価引き下げや被保険者の減少により平成30年度まで総額は減少している。その後、入院に係る療養給付費用額が増え、令和3年度まで総額は増加している。

令和2年度の入院外に係る費用額は前年度より減少し、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受けた受診控えが原因と思われる。令和3年度の入院外の費用額は、受診控えが緩和し、令和元年度並みに増加した。

令和4年度は、被保険者数の大幅な減少が要因と思われるが、費用額は減となった。

【表 6】診療区分ごとの療養給付費用額

区分	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
入院	5,578,229 千円	5,945,198 千円	5,920,140 千円	5,741,097 千円
入院外	4,746,620 千円	4,594,541 千円	4,724,937 千円	4,814,311 千円
歯科	752,428 千円	764,362 千円	791,276 千円	774,024 千円
調剤	2,625,578 千円	2,550,175 千円	2,638,516 千円	2,549,333 千円
訪問看護	113,315 千円	117,580 千円	128,018 千円	135,442 千円
食事療養・生活療養	273,504 千円	271,092 千円	267,298 千円	254,801 千円
療養費	60,657 千円	45,552 千円	47,428 千円	43,158 千円
計	14,150,331 千円	14,288,500 千円	14,517,613 千円	14,312,166 千円

償還払いの療養費を含めた医療費用額と一人当たりの医療費は【表 6-1】のとおりである。レセプト点検や保健事業の実施、交通事故等に係る第三者行為に対する給付費の求償などにより医療費の適正化に取り組んでいるところであるが、一人当たりの医療費は増加傾向にある。

【表 6-1】医療費用額と一人当たりの医療費 () : 対前年度増減率

項目	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
医療費用額 (一般＋退職)	14,150,331 千円 (+1.59%)	14,288,500 千円 (+0.98%)	14,517,613 千円 (+1.60%)	14,312,166 千円 (△1.42%)
一人当たり 医療費	453,173 円 (+4.22%)	463,927 円 (+2.37%)	474,029 円 (+2.18%)	485,454 円 (+2.41%)

※医療費用額とは：一部負担金を含む総医療費(療養給付費＋療養費)

※一人当たり医療費：年間医療費用額(療養給付費＋療養費)を年平均加入被保険者数で除した額
(年報の決算額から)

(1) 高額療養費の支給状況

高額療養費は、1 か月に支払った医療費の自己負担額が一定額を超えた場合に支給する制度である。該当世帯に対して、診療月の概ね 3 か月後以降に申請の案内を送付し、申請の手続きにより支給している。

世帯合算、多数該当等の区分に仕分けした支給件数、支給額は【表 7-1】のとおりである。

各年度とも支給額が多いのは入院分で、次に多数該当となっている。

平成 26 年度には高額医療制度の見直しが行われ、能力に応じた負担を求める観点から、70 歳未満の所得区分を細分化(5 区分化)し、自己負担限度額も細かい設定となった。

平成 29 年度は、70 歳以上の自己負担限度額について、現役並み所得者の外来と一般世帯合計を月 44,400 円から月 57,600 円に引き上げ、多数回該当(44,400 円)を設け、一般の外来を月 12,000 円から月 14,000 円に引き上げるとともに、14 万 4,000 円の年間上限を新たに設ける制度改正が実施された。

平成 30 年度は、現役並み所得区分について細分化した上で限度額を引き上げ、一般区分については、外来を月 18,000 円に引き上げる改正が実施された。

令和 3 年 5 月に高額療養費支給申請手続きの要綱を定め、手続きの簡素化に取り組んでいる。高額療養費の支給申請を行うことにより、それ以降に高額療養費の支給に該当した場合は、その都度支給申請を要することなく、支給の決定を行っている。

【表 7-1】高額療養費の支給状況

(支給額単位：千円)

区分		世帯合算分		多数該当	長期 疾病分	入院分	その他	他法 併用分	合計
		多数該当	その他						
R1	件数	1,660	8,931	3,391	2,627	4,338	2,975	1,833	25,755
	支給額	44,323	78,216	366,453	242,771	587,707	96,741	172,226	1,588,437
R2	件数	1,648	9,847	3,296	2,444	4,329	3,348	1,819	26,731
	支給額	44,068	84,647	379,928	216,302	655,575	98,588	201,202	1,680,310
R3	件数	1,560	11,575	3,022	2,586	4,536	3,571	1,991	28,841
	支給額	34,565	101,711	326,444	229,827	661,618	110,053	192,833	1,657,051
R4	件数	1,602	10,981	3,015	2,606	4,427	3,621	1,925	28,177
	支給額	40,270	87,684	351,736	209,334	651,816	115,225	195,936	1,652,001

(2) その他の保険給付の状況

出産育児一時金は、被保険者が出産した場合に給付の対象になり、妊娠4か月以上(85日目以降)の死産や流産に対しても支給する。支給額は令和5年度から1児につき最大50万円である。

葬祭費は、被保険者の死亡に際し、葬儀を行った者に対して3万円を支給している。

出産育児給一時金及び葬祭費の支給実績は【表 7-2】のとおりである。

【表 7-2】その他の保険給付の状況

区分	出産育児一時金		葬祭費	
	件数	支給額	件数	支給額
R2 年度	70	28,045 千円	238	7,140 千円
R3 年度	68	28,388 千円	227	6,810 千円
R4 年度	62	25,553 千円	251	7,530 千円
R5 年度	61	30,145 千円	252	7,560 千円

7 出雲市の医療費と島根県（市町村）の医療費の状況

出雲市の平均被保険者数は【表 8】のとおりである。

毎年度減少しているが、令和4年度から大幅に減少した。団塊の世代の被保険者が後期高齢者医療制度へ移行したことが大きな要因である。

【表 8】平均被保険者数

()：対前年度比率

区分	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
出雲市	30,799 人 (98.6%)	30,626 人 (99.4%)	29,482 人 (96.3%)	28,130 人 (95.4%)
島根県	126,652 人 (98.0%)	125,170 人 (98.8%)	119,563 人 (95.5%)	113,225 人 (94.7%)

※出典：国保連「島根県国民健康保険医療費（速報値）の状況」から

平均被保険者数で算出した本市の国民健康保険医療費の状況は【表 8-1】のとおりである。

入院について、レセプト件数が令和元年度以降は増加傾向であったが、令和 4 年度からは大きく減少している。一件当たり費用、一人当たり費用は令和 3 年度に減少したが、令和 4 年度からは増加といている。

入院外について、レセプト件数は令和 3 年度は増加したが、令和 4 年度からは減少に転じた。受診件数、一件当たりの費用、一人当たり費用は増加傾向にある。

島根県の医療費の状況は【表 8-2】のとおりである。

【表 8－1】出雲市の医療費の状況

年度	入院				入院外			
	入院件数	レセプト件数	1 件当たり費用	1 人当たり費用	受診件数	レセプト件数	1 件当たり費用	1 人当たり費用
R2	2.63	9,731	645,129 円	203,830 円	80.08	295,971	15,541 円	149,348 円
R3	2.72	10,001	619,797 円	202,396 円	82.55	303,392	15,585 円	154,394 円
R4	2.60	9,201	652,703 円	203,701 円	84.32	298,301	16,154 円	163,443 円
R5	2.72	9,174	666,821 円	217,469 円	86.17	290,887	16,873 円	174,483 円

【表 8－2】島根県（市町村）の医療費の状況

年度	入院				入院外			
	入院件数	レセプト件数	1 件当たり費用	1 人当たり費用	受診件数	レセプト件数	1 件当たり費用	1 人当たり費用
R2	2.81	42,740	627,686 円	211,819 円	79.35	1,205,977	15,206 円	144,793 円
R3	2.88	43,228	624,252 円	215,588 円	82.23	1,235,084	15,575 円	153,683 円
R4	2.81	40,270	644,059 円	216,927 円	83.60	1,199,444	15,722 円	157,725 円
R5	2.93	39,911	656,010 円	231,239 円	84.72	1,151,050	16,257 円	165,271 円

※入院件数・受診件数：1 か月 100 人当たりの延べ件数

1 件当たり費用：レセプト 1 件当たりの医療費

※出典：国保連「島根県国民健康保険医療費（速報値）の状況」から

8 オンライン資格確認とマイナ保険証

令和 3 年 10 月から、マイナンバーカードを活用したオンライン資格確認が開始された。医療機関や薬局での保険証の資格確認の方法が変わり、その場で保険証が有効かどうか最新の資格情報、高額療養費等の限度額を確認できる。また、薬剤情報・特定健診情報について、本人の同意により医療機関等で確認できるようになった。

現在、オンライン資格確認の運用を開始している全国の医療機関等は令和 6 年 3 月末時点で 94.6%になっている。本市内において利用開始している医療機関等は 285 施設で全体の 95.3%である。

マイナンバーカードを保険証として利用できるようになるマイナ保険証について、令和 6 年 3 月末時点において利用登録をした国民は約 7,207 万人で全体の約 58%になる。

本市においては、国民健康保険に加入手続きをする方に対し、マイナ保険証についてお知らせし、利用登録の普及促進を行っている。本市の国民健康保険被保険者における利用登録は 4 月 15 日時点で 67.6%である。

国は、マイナンバーカードと健康保険証の一体化を進め、本年 12 月 2 日以降は新たな保険証の発行は終了するとしている。マイナ保険証を持っていない方に対し、必要な保険診療を受けられるように、「資格確認書」を交付する。

第3章 国民健康保険事業計画の基本的な取組

第1節 国民健康保険料の適正賦課

1 保険料率の適正な設定（保険年金課）

(1) 料率設定の状況

保険料については、0歳から74歳までの被保険者の方の医療費分を賄うものと、75歳以上後期高齢者の医療費を支援するもの、また40歳から64歳の方で負担をする介護納付分の保険料の3つの構成となっている。保険料計算の基としているのが、世帯の所得に応じた所得割、加入者数に応じた均等割、1世帯あたりに応じた平等割で、それぞれの割合は、保険料全体の50%、35%、15%となっている。

令和2年度においては、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮し、前年度繰越金の投入を見込み、保険料率を据え置いている。

令和3年度は、長期化する新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、保険料が増加しないように、前年度繰越金を活用することにより、所得割保険料率は据え置き、均等割額を引き下げた。

令和4年度は、引き続き新型コロナウイルス感染症の影響を考慮し、医療分の所得割保険料率、均等割額、平等割額を引き下げた。保険料軽減のための財源として前年度繰越金を活用した。

令和5年度は、医療分の所得割保険料率、均等割額、平等割額を引き下げた。この引き下げの範囲内で後期支援分と介護納付分の引き上げを行った。

令和2年度以降の保険料率の改定状況は【表10～表12】のとおりである。

【表10】「医療分＋後期支援金分」保険料率の改定状況

	所得割	均等割	平等割	一人当たり保険料	賦課限度額
R2年度	10.74%	37,800円	27,800円	93,879円	82万円
R3年度	10.74%	37,300円	27,800円	92,820円	82万円
R4年度	10.60%	36,800円	27,300円	92,807円	85万円
R5年度	10.40%	36,600円	26,600円	92,729円	87万円

【表11】「介護納付分」の保険料率の改定状況

	所得割	均等割	平等割	一人当たり保険料	賦課限度額
R2年度	2.10%	9,900円	4,900円	24,060円	17万円
R3年度	2.10%	9,900円	4,900円	24,428円	17万円
R4年度	2.10%	9,900円	4,900円	24,982円	17万円
R5年度	2.20%	10,100円	5,100円	26,768円	17万円

基金の保有額と活用額の推移は【表12】のとおりである。

平成27年度以降、毎年、基金利子を積立し、令和5年度末で2億9,881万円の基金残額である。

基金保有額については、国の通知により過去3カ年間ににおける保険給付費の平均額の5%以上に相当する金額を積み立てることとされている。（「平成12年度国民健康保険の保険者の予算編成について」平成12年2月18日保険発第17号都道府県民生主管部（局）長あて厚生省保険局国民健康保険課長通知）この通知に基づくと、出雲市では、約6億円以上の基金保有額が適当とされる。

【表 1 2】年度当初の基金保有額と活用額の推移

年度	R2	R3	R4	R5
当初	297,740 千円	297,978 千円	298,217 千円	298,515 千円
利子積立	238 千円	239 千円	298 千円	299 千円
合計	297,978 千円	298,217 千円	298,515 千円	298,814 千円

賦課限度額の推移は【表 13】のとおりである。

賦課限度額については、超過世帯割合が 1.5%に近づくように段階的に引き上げられており、高所得者により多くの負担を求めことになる反面、中間所得者層に配慮した料率の設定が可能となる。

賦課限度額は、国が政令で規定する額を上限として市条例において定めている。

【表 1 3】国保保険料の賦課限度額の推移

賦課区分	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度
医療分	63 万円	63 万円	65 万円	65 万円	65 万円
後期高齢者支援金等分	19 万円	19 万円	20 万円	22 万円	24 万円
介護納付金分	17 万円	17 万円	17 万円	17 万円	17 万円
合計	99 万円	99 万円	102 万円	104 万円	106 万円

(2) 今後の保険料率設定

保険料は、その年度に予測される医療費用額から被保険者が医療機関で支払う一部負担金、国や県からの補助金・交付金等を差し引いた残りが保険料で賄う対象となり、所得や世帯別の加入者数に応じて決定している。

平成 30 年度の都道府県化後は、県に国民健康保険事業費納付金を納入することになったが、基本的な状況は同じであり、この財源を保険料で賄うことになる。加入者の高齢化、医療の高度化等により一人当たり医療費は上昇傾向にあり、医療費上昇により事業費納付金が増加すると、これに見合う料率引上げは避けられない状況にある。

今後は、県が示す事業費納付金の動向を注視しながら、引き続き、医療費適正化、保健事業の推進、収納率の向上に努め、適正な保険料率の設定を図る必要がある。

2 被保険者資格の適用

保険料の適正には、加入者の資格や所得状況の把握などの早期の適用が重要である。

(1) 被保険者の適用

未適用者の早期発見に努めると共に、資格の適用及び保険料の賦課を適正に行う。

(2) 所得状況の把握

所得状況の把握については、引き続き所得申告書の提出を求めている。

これまでの来庁時の聞き取りに加え、所得申告書の必要性についても広報していく。また、税務の修正申告により申告所得が変更された場合は、担当課と連携を図り適切な対応を図っている。

第2節 収納率の向上の取組

1 収納対策について

市税、国民健康保険料、後期高齢者医療保険料等の公租公課やその他の債権に係る滞納への対策として、出雲市収納対策本部（本部長：副市長）を設置し、滞納市税等の徴収を強力に推進し、市民間の公平性と財源の確保に努めている。出雲市収納対策本部では、市役所全庁的な取組として、収納対策等について情報共有を図っている。

その中で、国民健康保険料について、保険年金課と収納課の連携による納付相談等を実施するとともに、国民健康保険だより等で納期や納付方法の周知を図った。また、国民健康保険の新規加入時に窓口で口座振替を勧奨し、市民税課と連携して口座振替を推進している。納付書により納付される方は、曜日や時間を気にせず納めることができるコンビニエンスストアでの納付、スマートフォン決済による納付も利用されている。

2 収納率の状況（収納課）

調定額と収納額は、加入者数の増減や高齢化の進展、経済・雇用環境の変化などの影響を受ける。収納率は【表 14】のとおりである。

令和2年度については、特別定額給付金が支給されたこと及び、持続化給付金等の受給要件（滞納がないこと）のある新型コロナウイルス感染症関連支援金の支給があったことから、収納率は96.37%で前年度を0.49ポイント上回った。

令和3年度については、新型コロナウイルス感染症対策の非課税世帯、子育て世帯への臨時特別給付金の支給が実施された影響、また、未納者に対する早期接触等の初動体制の強化といった収納率向上に向けた取り組みにより、収納率は96.49%で前年度を0.12ポイント上回った。

令和4年度については、新型コロナウイルス感染症対策として、引き続き非課税世帯等への臨時特別給付金が支給されるなど公的支援が継続されたこと、また、収納対策として、初動体制を重視した取り組みや差し押さえの実施により、収納率は96.67%で前年度を0.18ポイント上回った。

令和5年度については、前3か年のような大規模な給付金が実施されず、また物価高騰の影響があると考えられ、収納率は前年度を下回ると見込まれる。

【表 14】 収納率の推移

年度	現年度分	対前年度比	滞納分	対前年度比	合計	対前年度比
R2	96.37%	+0.49	36.51%	+5.34	90.82%	+0.82
R3	96.49%	+0.12	31.12%	△5.39	90.81%	△0.01
R4	96.67%	+0.18	32.71%	+1.59	90.80%	△0.01
R5 見込	96.18%	△0.49	33.09%	+0.38	90.59%	△0.21

3 滞納者対策の状況

(1) 「短期被保険者証」（短期証）及び「被保険者資格証明書」（資格証）の交付

保険料を滞納している世帯に対して交付する短期証及び資格証については、滞納保険料の納付の促進を図り、国民健康保険事業の健全な運営及び保険料負担の公平性を確保するため、その取扱基準を定め、収納課と連携のうえ適正な運用を行っている。

資格証、短期証の交付状況は【表 15】のとおりである。

取扱基準については、分納を履行している世帯及び更新時に分納の誓約がされている世帯につい

ては、原則として有効期限 6 か月の短期証を交付している。

また、分納等の相談がない世帯については、滞納者との対面の機会を確保する観点から、1～3 か月程度の短期保険証を交付する場合もある。

なお、資格証交付世帯の被保険者が、緊急に診療が必要となった旨の申し出があった場合は、状況を勘案のうえ短期証を交付している。

18 歳未満者及び公費負担医療の対象者にあつては、資格証交付世帯であっても短期証（有効期限 6 か月）の交付を行っている。

【表 15】年度末の資格証、短期証交付状況

区分	R2 年度末		R3 年度末		R4 年度末		R5 年度末	
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
出雲市世帯数	67,932	—	67,706	—	69,128	—	70,063	—
内 国保世帯数	19,634	28.88%	19,703	28.68%	18,834	27.25%	18,415	26.28%
資格証世帯	72	0.37%	44	0.22%	86	0.46%	97	0.53%
短期証世帯	346	1.76%	320	1.62%	310	1.65%	318	1.73%

(2) 国保料の滞納繰越の状況、滞納処分執行停止及び不納欠損処分について

国保料の滞納繰越の状況は【表 16】、滞納処分の内訳は【表 17-1】、不納欠損処分件数は【表 17-2】のとおりである。

収納率向上とともに、滞納繰越額も減少傾向にあることから、不納欠損処分についても減少傾向にある。

【表 16】国保料の滞納繰越の状況

区分	現年度分			滞納繰越分			合計		
	件数		金額 (千円)	件数		金額 (千円)	件数		金額 (千円)
	世帯数	期数		世帯数	期数		世帯数	期数	
R1	1,481	6,780	134,643	1,970	10,615	205,480	3,451	17,395	340,123
R2	1,308	5,942	119,243	1,926	10,126	191,856	3,234	16,068	311,099
R3	1,347	6,005	117,252	1,924	10,578	194,257	3,271	16,583	311,509
R4	1,272	5,635	102,873	1,914	10,604	188,277	3,186	16,239	291,150

【表 17-1】滞納処分の内訳

年度	執行停止中	差押処分中	その他	合計
R1	27,222 千円	15,933 千円	296,968 千円	340,123 千円
R2	17,682 千円	12,779 千円	280,638 千円	311,099 千円
R3	22,856 千円	27,272 千円	261,381 千円	311,509 千円
R4	17,151 千円	26,124 千円	247,875 千円	291,150 千円

(注) 滞納処分執行停止処分は「地方税法第 15 条の 7 第 1 項」の規定による。

地方団体の長は、滞納者につき次の各号のいずれかに該当する事実があると認めるときは、滞納処分の執行を停止することができる。

- 一 滞納処分をすることができる財産がないとき。
- 二 滞納処分をすることによってその生活を著しく窮迫させるおそれがあるとき。
- 三 その所在及び滞納処分をすることができる財産がともに不明であるとき。

【表 17-2】不納欠損処分件数

年度	地方税法第 15 条 の 7 第 4 項		地方税法第 15 条 の 7 第 5 項		地方税法第 18 条 国保法第 110 条		合 計	
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額
R1	0	0 千円	1	963 千円	201	18,465 千円	202	19,428 千円
R2	0	0 千円	2	39 千円	191	19,732 千円	193	19,771 千円
R3	8	607 千円	10	818 千円	140	16,239 千円	158	17,664 千円
R4	1	7 千円	12	1,790 千円	119	14,424 千円	158	17,664 千円

(注)「法第 15 条の 7 第 4 項」 執行停止後 3 か年を経過したもの。
「法第 15 条の 7 第 5 項」 法第 15 条の 7 第 1 項第 1 号の規定による滞納処分の執行を停止した場合において、執行停止後、ただちに消滅させることができる。
「地方税法第 18 条」 法定納期限後満 5 か年を経過したもの。
「国民健康保険法第 110 条」 徴収金を徴収する権利が 2 年を経過し、時効消滅したもの。

4 取組の方向性

(1) 納付相談の推進

平日来庁できない滞納者に対し、年 5 回、日曜納税相談を実施する。

(2) 分納者に対する対応

分納による納付者に対しては、納付相談等を通じてできる限り早期の完納を目指す取り組みを進める。不履行者については、被保険者資格証明書の交付や滞納処分も検討する。

(3) その他

- ① 滞納管理システムにより滞納者との接触状況の記録を残すことで、一貫した納付指導体制をとり徴収事務の効率化を図る。
- ② 長期滞納者については、財産調査を行い、財産の差押を行うなど、収納の確保に努める。
- ③ 平成 25 年度からコンビニ収納を導入、また、令和 3 年 4 月 1 日からスマートフォン決済 (PayPay、LINE Pay) を導入し、時間、場所を選ばない納付手段を増やすことで市民の利便性を図っている。

第 3 節 医療費適正化への取組

1 レセプト点検 (保険年金課)

レセプト点検効果額の推移は【表 18】のとおりである。

レセプト点検は、医療機関の適正な診療・請求の促進や第三者行為求償など直接的な財政効果をもたらすばかりでなく、その結果から医療費の構造や医療費の実態を把握するための基礎資料となり、さらに得られた情報が保健事業の具体的な取組みの検討材料として活用できるなど、医療費適正化の出発点となる。

本市の点検体制は、医療事務資格を持つ会計年度任用職員 3 名が行っている。請求内容点検により、再審査請求等を行うことで、不適切な医療費の支出を抑制することができ、非常に有効である。

また、給付発生原因の把握も、当該負傷原因が交通事故等の第三者行為によるものであれば、加入者から被害届の提出を求めるなど速やかな求償事務を行うことにつながる。この第三者行為求償事務についても会計年度任用職員 1 名が対応している。

さらに、同一加入者の数か月のレセプト点検から重複・頻回受診者を把握し、当該受診者に対する訪問指導を実施することにより、医療費の抑制につなげるなど、医療費の適正化に資する重要な点検となる。

【表 18】レセプト点検効果額の推移

項目	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
診療報酬明細書請求額	10,368,696 千円	10,499,678 千円	10,725,056 千円	10,565,730 千円
財政効果額	102,765 千円	190,484 千円	143,588 千円	156,349 千円
資格点検	84,933 千円	116,237 千円	119,964 千円	130,795 千円
内容点検	9,034 千円	16,037 千円	8,917 千円	7,822 千円
第三者行為納付金等	8,798 千円	58,210 千円	14,707 千円	17,732 千円
財政効果率	0.99%	1.81%	1.34%	1.48%
前年度比較	△0.46	+0.82	△0.47	+0.14

※「診療報酬明細書請求額」は年報「保険者負担額」から

(1) 目標値

レセプト点検事務により医療費の適正な支給を行う観点から、財政効果額を「診療報酬明細書請求額の1%以上」となるよう点検強化に取り組む。

(2) 取組の方向性

- ① 目標達成に向け、点検技術や知識を習得するため、県及び国民健康保険団体連合会が主催する研修会へ積極的に参加する。
- ② 第三者行為による求償事務を着実に推進する。

2 被保険者資格管理の適正化（保険年金課）

被用者保険等に加入後において、国民健康保険で受診する「資格喪失後受診」を減らし、医療費適正化を図る。

(1) 目標

国民健康保険の被保険者資格を喪失した場合は、すみやかに被保険者証を回収し、医療機関において資格喪失後受診を減らしていく。

(2) 取組の方向性

令和4年度からは、オンライン資格確認の導入に伴い、被用者保険等と国民健康保険の資格が重複している者の把握が可能となった。被保険者資格の適正な管理を推進するため、資格重複者に対し、国民健康保険の喪失を行うよう勧奨通知を発送し手続きを促す。一定期間内に手続きがない場合は、職権により国民健康保険の資格喪失処理を行っている。

3 重複・頻回受診の適正化

医療機関への重複受診者及び頻回受診者を抽出し、保健師による個別訪問等で健康相談を行い、適切な受診につなげる。

4 重複・多剤投薬の適正化

複数医療機関から同一効能の薬を重複して処方を受けている人、必要以上に多種類の薬の処方を受けている人を対象に、健康の保持増進と医療費適正化を目的として、保健師による訪問を実施している。

5 国民健康保険資格喪失による保険給付費の返納

国民健康保険加入の被保険者等が国民健康保険の被保険者資格を喪失しているにもかかわらず、国民健康保険証を使い医療機関で受診した場合、国民健康保険から医療機関に支払った保

除給付分（医療費から本人が自己負担した額を差し引いた額）を請求している。

なお、保険給付額が高額になるなど返納が困難な場合は、保険者間調整（※）を活用し、保険給付費の回収を図っている。

（※）資格喪失後の保険給付費を被保険者から委任を受けて保険者同士で調整する仕組み（一部の保険者と平成 27 年 1 月から制度化）。

第 4 節 健康づくりの取組

1 データヘルス計画の状況（健康増進課）

平成 26 年 4 月「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、医療保険者に対して、健康・医療情報を活用した 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に、保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施及び評価を行うものとなされた。

これを受け本市では、平成 27 年 3 月「第 1 期出雲市データヘルス計画」を定め、生活習慣病をはじめとする被保険者の健康増進、重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行った

出雲市における地域の特性を把握するため、K D B（国民健康保険データベース）システムから①地域の全体像の把握、②健診・医療・介護データからみる地域の健康課題、③市町村別データ、④同規模保険者比較、⑤人口及び被保険者の状況の情報を収集し、分析、検討を行い中長期的な目標を定めた。

平成 29 年度には、これまでの取組を P D C A サイクルにより評価を行い、「出雲市健康のまちづくり基本計画」と整合性を持たせた「出雲市第 2 期データヘルス計画」を平成 30 年 3 月に策定した。令和 5 年度末に計画期間を終了することから、令和 5 年度は計画の評価・見直しを行い、令和 6 年度～11 年度の 6 年間を期間とし、第 3 期データヘルス計画を策定した。

なお、後述する保険者努力支援制度（前倒し分）の「国民健康保険固有の指標」に、データヘルス計画の策定状況が例示され、特別調整交付金の交付対象とされている。

2 保健事業の推進（健康増進課）

国民健康保険加入者の高齢化、医療の高度化、健康不安を抱えた者の増加等に伴い医療費が増加してきている現状から、国民健康保険財政の安定化を図るためには、医療費適正化の推進、収納率の向上に合わせ保健事業の取組が必要不可欠となっている。

平成 28 年 6 月 2 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2016」では、医療費適正化計画や地域医療構想の策定等による取組の推進、医療費の増加要因や地域差の更なる分析、医療・介護データを連結した分析等のデータヘルスの強化、健康づくり・疾病予防・重症化予防等の取組を推進していくとした。

また、平成 30 年度からの国民健康保険の「保険者努力支援制度」は、医療費適正化の取組など保険者機能を強化するためのインセンティブを実施し、支援金を交付するとしている。

また、協会けんぽと締結した「島根県民の健康づくりの推進に向けた包括的連携に関する協定書」により、市民の健康寿命の延伸と生活の質（Q O L）の維持、向上を目指していくこととしている。

これらのことから、保健事業を推進するために、データヘルス計画に基づき K D B システム等を活用した特定健康診査の受診データ及びレセプトデータの分析を引き続き実施し、ライフステージに沿った一次予防（健康増進）、二次予防（疾病の早期発見・早期治療）、三次予防（合併症予防・重症化予防）に向けての保健事業の推進が重要となっている。

令和２年度からの保健事業費は【表 19】、医療費通知・ジェネリック通知の状況は【表 19 - 1】のとおりである。

【表 19】各年度の保健事業費の推移

年度	事業費	対全体事業費割合	特定健康診査等費用額	人間ドック・脳ドック費用額	医療費・ジェネリック通知費用額	服薬情報通知費用額
R2	148,836 千円	0.86%	118,448 千円	21,932 千円	8,456 千円	
R3	154,843 千円	0.89%	121,769 千円	24,547 千円	8,527 千円	
R4	147,974 千円	0.87%	115,449 千円	20,444 千円	8,503 千円	3,577 千円
R5 見込	145,434 千円	0.85%	113,040 千円	21,322 千円	7,830 千円	3,242 千円

※事業費は決算額で、1 億 5,000 万円程度（全体事業費割合：0.8%前後）で推移している。

※特定健康診査等は、特定健康診査、特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防・脳卒中对策など

※服薬情報通知は、R4 年度から重複・多剤の投薬者に対し通知

【表 19-1】各年度における医療費・ジェネリック通知の状況

年度	区分	回数	件数	費用額
R2	医療費通知	4 回	68,450 件	8,456 千円
	ジェネリック通知	4 回	4,159 件	
R3	医療費通知	4 回	69,074 件	8,527 千円
	ジェネリック通知	4 回	3,364 件	
R4	医療費通知	4 回	68,345 件	8,503 千円
	ジェネリック通知	4 回	2,765 件	
R5	医療費通知	4 回	66,708 件	7,830 千円
	ジェネリック通知	3 回	1,913 件	

3 国民健康保険加入者も含めた出雲市民全体への取組（健康増進課）

本市では、「健康なライフスタイルと健康なまちづくり」の実現に向け、市民が主体的に健康づくりに取り組み、生涯を通じて輝いて生きる社会をめざして、平成 20 年 3 月に「出雲市健康増進計画」を策定し、平成 25 年 3 月には中間評価を行い、市民の健康づくりを推進してきた。

平成 30 年 3 月には、健康づくり・食育の取組を一体的、かつ総合的に推進するために「出雲市健康のまちづくり基本計画（第 2 次健康増進計画・第 3 次食育推進計画）」を策定し、市民全体の健康づくりを推進している。令和 4 年度は中間評価を行った。

計画の推進にあたっては、ライフステージごとに健康課題を明確にし、健康づくりの基本目標と取組目標及び数値目標を設定した。特に、「がん」と「糖尿病」については、重症化により QOL の低下と医療費の増加につながるため、各種がん検診や特定健康診査、特定保健指導により早期発見と予防に努めている。また、市民一人ひとりが健康づくりの大切さに気づき、主体的に取り組むことができるよう地域ぐるみの健康づくりを推進してきている。

また、コミュニティセンター単位に「健康づくり推進員」を委嘱し、地区担当保健師とともに地区の健康課題を考え、さまざまな社会資源を活用し、関係機関等の協力を得ながら地域の実情に合った健康づくりを推進するとともに、地域の健康づくりネットワーク化を目指している。

4 生活習慣病予防への取組（健康増進課）

(1) 取組の方向性

「第3期データヘルス計画」は、第2期の取り組みを踏まえ、生活習慣病をはじめとする様々な健康課題に対し優先的に解消すべきものを把握し、整理したうえで必要な個別保健事業の実施方法を定めた。

第3期出雲市データヘルス計画の目指す方向性は、健康寿命の延伸を長期目標に掲げ、脳血管疾患や糖尿病性腎症をはじめとする慢性腎臓病を減少させることで、患者数及び医療費の抑制を図ることを中期目標とした。一次予防から三次予防までの保健事業を網羅的に取組むことで、重症化や合併症への移行を防ぐことを戦略とし、「高血圧対策」「糖尿病対策」「がん対策」を柱とした各保健事業をすすめる計画としている。

生活習慣病は、自覚症状がないまま進行するため、健診受診の機会の提供や状態に応じた保健指導の実施など特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の向上を図り、発症予防・重症化予防に努める。

生活習慣病予防・重症化予防対策は、医療機関と連携し、健診結果からの高血圧や糖尿病、CKD（慢性腎臓病）ハイリスク者への意識啓発や保健指導の取組を行う。また、糖尿病治療中断者の訪問等の取組を継続する。

高血圧予防に取組む地域づくりの対策として、高血圧予防のための生活習慣の知識の普及や、自分の血圧を知り自己管理する人を増やす取組、また、働き盛り世代に向けた啓発の機会を増やす等の取組を行う。

また、保健指導にあたる保健師や栄養士のスキルアップ研修を継続し、ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチまで対応できるような人材育成を行う。併せて、医療機関や健康づくりに関わるスタッフ等との連携を大切にして、一次予防から三次予防まで網羅的に保健事業を推進する。

(2) 特定健康診査・特定保健指導事業の取組

高齢者の医療の確保に関する法律により、平成20年度から、40歳から74歳までの被保険者に対する「特定健康診査」及び「特定保健指導」の実施が各保険者に義務づけられた。それにより、本市においても平成20年度以降、5年ごとに「特定健康診査等実施計画」を策定し取組を行っている。

特定健康診査・特定保健指導の目的は、糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化を予防するためにメタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満に高血糖・高血圧・高脂血症のうち2つ以上を合併した状態）の該当者や予備群を見つけ出し、その対象者に生活習慣の改善を促すものである。

特定健康診査の実施については、医療機関委託による個別健診と一部地域で実施している集団健診のいずれかの機会に受診するよう、広報紙及びホームページを中心として周知を図るとともに、個々の対象者に受診券を送付し、個別周知も行っている。また、特定健康診査の受診率向上に向けての取組として、全国健康保険協会島根支部と協働し、健診期間中に連名で懸垂幕を掲出している。

特定保健指導については、市内の保健指導実施機関に委託する保健指導と、市保健師・管理栄養士による保健指導とのいずれかの機会を利用するよう、個々の対象者へ案内文書の送付と電話や訪問による個別勧奨を行っている。

また、本市においては、独自に20歳から39歳までの被保険者に対して、早期から健康づくりに関心を持ってもらうため、特定健康診査に準じた内容の「若年齢層健康診査」を実施しており、広報紙及びホームページにより周知している。

① 目標値

計画の最終年年度に達成すべき目標を、国からの基本指針に示された特定健康診査受診率 60%、特定保健指導実施率 60%に設定しており、各年度の目標値は【表 20】のとおりである。

【表 20】特定健康診査等目標値（出雲市国民健康保険特定健康診査等実施計画より）

項目	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度
特定健康診査 受診率	47% (45.3)	50% (44.6)	53% (44.3)	56% (44.1)	60% (—)	45% (—)
特定保健指導 実施率	24% (22.3)	32% (23.1)	41% (28.9)	50% (29.6)	60% (—)	35% (—)

29 年度までは第 2 期計画。H30 年度からは第 3 期計画。R6 年度からは第 4 期計画。

※（ ）内は実績値。

② 取組の方向性

特定健康診査については、平成 22 年度から出雲市独自の血液検査の項目として、尿酸・クレアチニンを追加した。受診率向上対策として、平成 24 年度から未受診者へ勧奨通知を行い、個別健診周知期間終了後の休日に集団健診を実施している。平成 27 年度から連続健診未受診者で生活習慣病治療歴のない対象者への勧奨を開始した。国民健康保険の新規加入者への取組として、加入届出時に窓口で健診を周知するチラシを配布し、加入の翌年度に勧奨通知の送付を行っている。また、平成 28 年度には未受診理由や受診しやすい条件などを問うアンケートを実施し、この結果を基に、医療機関の協力を得て、平成 29 年度から対象者に周知する実施期間を 7 月～9 月から 7 月～10 月へ 1 か月延長した。令和 4 年度からは、労働安全衛生法、学校保健安全法等で行われた被保険者の健診結果の提出を受け、特定健康診査を行ったこととする取組を実施した。令和 5 年度は、受診率の低い若い層（40～59 歳）の受診率を高めるため、日曜日に集団健診を実施、また、がん検診と合わせたセット型の集団健診を実施し、受診しやすい健診体制を拡充させた。

生活習慣病の発病と重症化を予防するため、今後も医療機関には実施期間の確保とかかりつけ医からの受診の声かけをお願いするとともに、対象者への周知・未受診者勧奨を強化して、受診しやすい環境づくり・体制の整備に努める。

特定保健指導については、利用率向上対策として、平成 23 年度から保健師・栄養士による電話や訪問による利用勧奨を行い、平成 30 年度から市役所本庁に加えて各行政センターにおいても保健指導が受けられる体制を整え、令和元年度には休日集団健診における初回面接同日実施を導入した。令和 2 年度からは、Web 面談の導入やメール等を活用するなど、より利用しやすい体制づくりの工夫を行った。また、保健指導スタッフのスキルアップ研修を行った。令和 3 年度からは、利用勧奨強化期間を設定し、健診から保健指導までタイミングを逃さない利用勧奨の工夫を行うなどの取組を重ね、徐々に特定保健指導の実施率を上げる結果となった。

今後も、実施目標を明確にし、すべての未利用者への利用勧奨を目標に保健師・栄養士による積極的な取組を行う。また、引き続き医療機関との連携を大切に、受託医療機関における円滑な事業実施に向けたサポートに努める。

(3) 糖尿病重症化対策、糖尿病性腎症重症化予防事業

平成 27 年度から糖尿病性腎症重症化予防事業として、糖尿病性腎症重症化予防健康教室を実施した。糖尿病や糖尿病性腎症を予防するため、疾病について正しく理解し、食生活や運動について学習し生活習慣の改善を図ることや、適切な医療機関受診につなげることを目的としている。

令和 2 年度、3 年度は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、集団での教室形式の代替えとして、医師・管理栄養士による講演動画を市公式 YouTube に限定公開し対象者に案内を送付した。そのうち

重症化リスクの高い方に、電話で状況確認と受診勧奨を実施した。

令和4年度以降は、当該年度特定健康診査受診者から対象者を把握し、早期にアプローチできるよう変更した。特定健康診査データから糖尿病の重症化のリスクが高い者を対象に、重症化予防の教室開催と予防啓発資料を送付し、対象者のうち特に重症化リスクが高い方には、電話で受診勧奨や状況確認を行い、フォローを行っている。

(4) CKD（慢性腎臓病）重症化予防対策

平成30年度から医療機関と連携し、CKDの重症化の恐れがある方が、必要な検査や治療、保健指導を早期に適切に受けながら、腎不全や心血管病に至らず生活することを目的として実施した。

令和4年度の特定健康診査・人間ドック受診者9,432人の内、648人（6.8%）がCKD再検査該当者であった。再検査該当者の内429人（66.2%）が再検査を実施している。再検査の結果を受けて、10人が腎臓専門医への紹介につながった。出雲市CKD重症化予防システムが医療機関においても事業が定着し連携が進んでおり、引き続き、連携システムのさらなる定着化を目指す。

市民への周知として広報いずもでCKD重症化予防について掲載した。また、3月第2木曜日の世界腎臓デーに合わせ、市役所の懸垂幕やロールアップバナー等の掲示、地区での啓発活動を行った。

(5) 糖尿病治療中断者対策

平成30年度から糖尿病の治療中断の可能性がある方に対して、糖尿病の重症化を予防するために状況を確認し、医療機関受診勧奨を行っている。また、医療機関と連携して、血糖コントロールや合併症予防のための保健指導を実施し、重症化防止を行った。

直近1年間に糖尿病治療歴がある国民健康保険加入者40～74歳のうち、直近4か月間に糖尿病治療の確認ができなかったものを治療自己中断者として、令和4年度は23人に通知を行い、対象者へ電話または訪問にて受診勧奨および保健指導を実施し、11人（45.8%）が受診につながった。また、継続的な介入を行うことにより、令和4年度までの対象者155人のうち79人（52.6%）が再受診につながった。

(6) 高血圧重症化予防対策

平成28年度から特定健康診査データを分析し、脳卒中発症のリスクが高い者を対象とし、医師と栄養士による脳卒中予防教室を行った。令和3年度からは、特定健康診査データから脳卒中発症のリスクが高い者を対象とし予防啓発資料を送付し、特に血圧が高い者に電話で医療機関への受診勧奨や状況確認を実施した。令和4年度は、当該年度受診者から対象者を把握し、早期にアプローチできるよう変更をした。生活習慣病重症化予防教室の健康教育と、脳卒中発症のリスクが高い者への個別フォローを行い受診に繋げ、発症予防に努める取組を実施する。

また、地域全体への高血圧予防の取組として、脳卒中予防に関するチラシを活用し、脳卒中とその予防について、地区活動等で広く市民へ啓発を行い、また、血圧の自己測定を勧め、自己管理ができるよう行動変容につながる支援を行っている。さらに減塩対策の一環として、塩分チェック表の活用、食のボランティア団体と連携し、市民の食生活について振り返り、食生活の改善につながる対策を実施する。市民への周知として、広報いずもや市のホームページ等でも高血圧や脳卒中予防について掲載する。

また、出雲圏域脳卒中再発予防事業の一環で、令和2年度から実施している脳卒中発症者に対する訪問指導において、再発予防の意識づけを行うとともに、医療機関と連携し、生活習慣改善に向けて支援を行う。

(7) 保健師等のスキルアップと生活習慣病発症・重症化予防推進の体制づくり

生活習慣病発症予防及び重症予防の効果的なアプローチを行うための保健師等のスキルアップ研修会を平成 27 年度から実施している。糖尿病性腎症専門医師を講師に、平成 29 年度からは市の保健師や栄養士に加え、相談事業等に携わる管理栄養士等に対象を拡大した。さらに令和元年度から管理栄養士を講師に食生活をテーマとした研修会を開催した。令和 3 年度以降は、特定保健指導の取組事例を通じ専門職同士のグループワークを行うなど個々の意識を高めること、ナッジ理論の概要・事例共有やグループワークを通して、各自が理解を深め業務に生かすと同時に、事業について改善点等の意見交換をするなど事業のブラッシュアップを図ることを目的として実施している。

5 人間ドック・脳ドック検診事業の取組（健康増進課）

人間ドック・脳ドック検診事業は、疾病の早期発見と早期治療及び自己の健康管理についての関心を高めてもらうことを目的に実施する。

人間ドックは、30 歳から 5 歳刻みで 65 歳までの者を対象に個人通知し、希望者全員が受診できるように調整するとともに、低所得者が受診しやすいように自己負担の軽減を図っている。

脳ドックは、40～69 歳の者を対象とし、実施している。こちらも低所得者に対し、自己負担金の軽減を図っている。

【表 2 1】各年度の受診者人数

年度	人間ドック	脳ドック
R 2	619 人	158 人
R 3	614 人	257 人
R 4	563 人	180 人
R 5	594 人	175 人

取組の方向性

〈人間ドック〉

引き続き対象者への個人通知を行い、より多くの者が受診できるよう PR を行う。受診申込の利便性を高めるために、申込用ハガキの同封に加え、令和 4 年度から導入している Web 申込を定着させ、受診者数の増加をめざす。

また受診後は、実施医療機関により迅速かつ的確な結果説明、適切な専門医への紹介等により、疾病の早期発見・早期治療に結びつける。

さらに、特定保健指導該当者には、保健指導の利用を促し生活習慣病の予防につなげる。

〈脳ドック〉

令和元年度から実施医療機関に、出雲市立総合医療センターのみからヘルスサイエンスセンター島根を加え、令和 5 年度からは出雲徳洲会病院が加わり 3 医療機関での実施とする。定員を拡大し、より多くの者が受診できる体制を整えた。

また、受診申込の利便性を高めるために、令和 4 年度から Web 申込を導入している。

第5節 調剤費抑制への取組

1 ジェネリック医薬品の状況

後発医薬品（ジェネリック医薬品）は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっており、後発医薬品の普及は、患者負担の軽減、医療保険財政の改善に資するものと考えられる。

国は、令和3年に、「後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保を図り、数量シェアについて令和5年度末までに全ての都道府県で80%以上」とする目標を掲げた。令和5年9月診療分において、市町村国保のうち80%を超えているのは39都道府県、1,348市町村であり、島根県は85.8%となっている。全保険者の平均使用割合は81.86%になっている。今後は現行の全都道府県で80%以上とする数量ベース目標を維持し、令和11年度末までの主目標としたうえで、副次目標として金額シェアを65%以上に引き上げる新たな目標を設定した。

本市の後発医薬品の切り替え率（※普及率）は、令和5年度が平均85.4%であり、国の目標値を達している状況にある。

※普及率＝後発医薬品の数量／（後発医薬品がある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）

2 ジェネリック医薬品へ切替えの効果額の状況

医療費総額に占める薬代の比率は、およそ2割といわれている。安価な薬剤の使用が拡大していくことは、医療費の削減につながるものであり、加入者の窓口における金銭的な負担の軽減も図られる。特に、生活習慣病等の慢性疾患で常時薬剤を使用している被保険者に対して、ジェネリック医薬品に切替えることにより、どの程度負担が軽減されるかという「自己負担軽減例通知」を送付することによって、一層の利用促進を図る。

令和4年度、5年度の効果額は【表22】のとおりである。自己負担軽減例通知により、ジェネリック医薬品への切替えについて一定の効果がでており、令和5年度は一人当たり費用額が1,518円の軽減効果となっている。今後もこの通知を引き続き実施し、医療費抑制につなげていく。

【表22】後発医薬品自己負担軽減例通知による軽減効果等一覧

	診療月	通知対象人数	切替人数	切替割合	軽減効果費用額	一人当たり軽減効果額
4年度	R4.5月	1,658人	678人	40.89%	1,264,865円	1,866円
	R4.6月	2,218人	857人	38.64%	1,709,484円	1,995円
	R4.7月	2,600人	1,034人	39.77%	2,237,251円	2,164円
	R4.8月	2,765人	1,127人	40.76%	2,117,203円	1,879円
	計	9,241人	3,696人	40.00%	7,328,803円	1,982円
5年度	R5.5月	1,213人	465人	38.33%	644,750円	1,386円
	R5.6月	1,672人	605人	36.18%	1,022,322円	1,689円
	R5.7月	1,913人	687人	35.91%	1,000,297円	1,456円
	計	4,798人	1,757人	36.62%	2,667,369円	1,518円

※国保連報告：差額通知結果から（年4回実施）

3 ジェネリック医薬品に関する普及啓発

ジェネリック医薬品を安心して使用していただくため、「国民健康保険だより」や「広報いずも」、市のホームページを利用した情報提供やジェネリック希望カードの配布を行っていく。