

**令和7年度
出雲市国民健康保険事業計画**

**令和7年4月
健康福祉部 保険年金課**

《 目 次 》

はじめに.....	3
第1章 国民健康保険事業の状況.....	3
1 医療保険制度改革をめぐる状況.....	3
第2章 出雲市国民健康保険事業の現状と課題	5
1 被保険者の状況.....	5
2 決算状況.....	6
3 保険料の状況.....	8
4 保険料の収納状況.....	8
5 滞納者対策の状況.....	9
6 保険料の減免適用の状況.....	11
7 医療費の状況.....	11
8 オンライン資格確認とマイナ保険証.....	13
第3章 国民健康保険事業計画の基本的な取組.....	15
第1節 国民健康保険料の適正賦課.....	15
1 保険料率の適正な設定.....	15
2 被保険者資格の適用.....	17
第2節 収納率の向上の取組.....	17
1 収納対策について.....	17
第3節 医療費適正化の取組.....	18
1 レセプト（診療報酬明細書）点検	18
2 被保険者資格管理の適正化.....	19
3 重複・頻回受診の適正化.....	19
4 重複・多剤投薬の適正化.....	19
5 国民健康保険資格喪失による保険給付費の返納.....	19
第4節 健康づくりの取組.....	20
1 データヘルス計画の状況（健康増進課）	20
2 保健事業の推進（健康増進課）	20
3 国民健康保険被保険者も含めた出雲市民全体への取組（健康増進課）	21
4 生活習慣病予防への取組（健康増進課）	22
5 人間ドック・脳ドック検診事業の取組（健康増進課）	25
第5節 医療費と調剤費抑制への取組.....	26
1 医療費と調剤費抑制の取組.....	26
2 後発医薬品及びバイオ後続品の普及啓発.....	26

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被保険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。しかしながら、国民健康保険は中高齢者の加入割合が多いことから医療費水準が高い一方、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被保険者が多いため保険料負担が重く、構造的な課題を抱えている。更に、近年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被保険者は大幅な減少が続いている。

こうした状況の中、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「令和7年度出雲市国民健康保険事業計画」を策定する。

第1章 国民健康保険事業の状況

1 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

「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が平成27年5月27日に成立し、平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等、国民健康保険運営の中心的な役割を担うこととなった。この改革から7年が経過し国保制度をとりまく課題は拡大・変化しており、国は令和6年からの新たな国保運営方針で、国民皆保険の基盤である国保制度の安定的な運営のための取り組みを更に進めていく必要があるとしている。

改革後の都道府県と市町村の役割分担

都道府県の主な役割	市町村の主な役割
・国保運営方針を策定し、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ・国保事業費納付金の決定 ・標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率の提示 ・保険給付に必要な費用の全額を市町村に対して支払い ・市町村が行った保険給付の点検 ・市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況の把握と必要な助言や支援 ・市町村における健康・医療情報の横断的・総合的な分析 ・関係市町村相互間の連絡調整、市町村への専門的な技術又は知識を有する者の派遣、情報の提供等の支援	・国保事業費納付金の支払 ・地域住民と身近な関係の中、資格を管理（資格の取得や喪失の手続きなど） ・標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・個々の事情に応じた保険料の賦課・徴収 ・保険給付の決定 ・被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業の実施 ・生活習慣病対策としての発症予防と重症化予防の推進・特定健康診査及び特定保健指導の実施 ・データヘルス計画の策定、実施及び評価

(2) 島根県の状況

国民健康保険制度の改革により、平成 30 年から島根県が運営主体となり、国民健康保険の安定的な運営をめざす取り組みが進められてきた。

令和 6 年 3 月、県は令和 6 年度から令和 11 年度までの第 2 期国民健康保険運営方針を策定した。この運営方針では、国民健康保険制度の安定的な財政運営と市町村の事務運営の広域化・効率化を推進する取組が示された。

この中で、保険料水準の統一について、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を基本とし、統一のあり方や各課題について、運営方針中間見直し時（令和 8 年度）に向けて議論を進めることとしている。

島根県の制度別加入者の状況は次の【図 1-1、図 1-2】のとおりとなっている。

図 1-1 島根県内の人口に占める社会保険の加入者割合

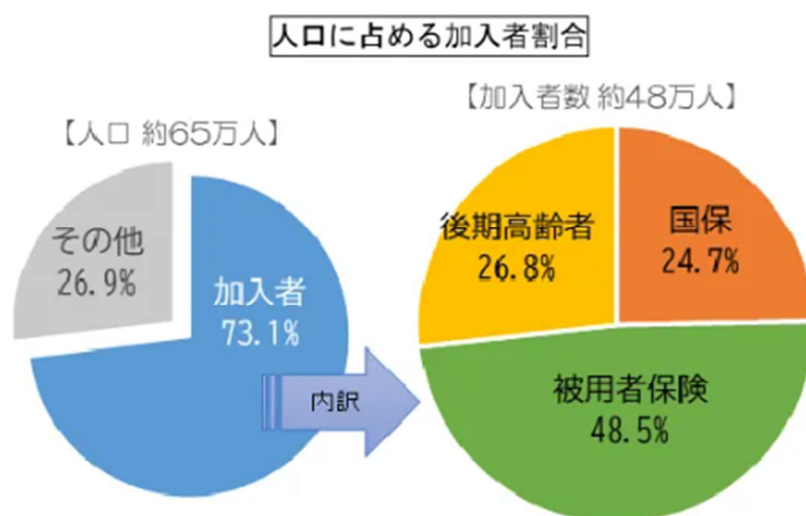
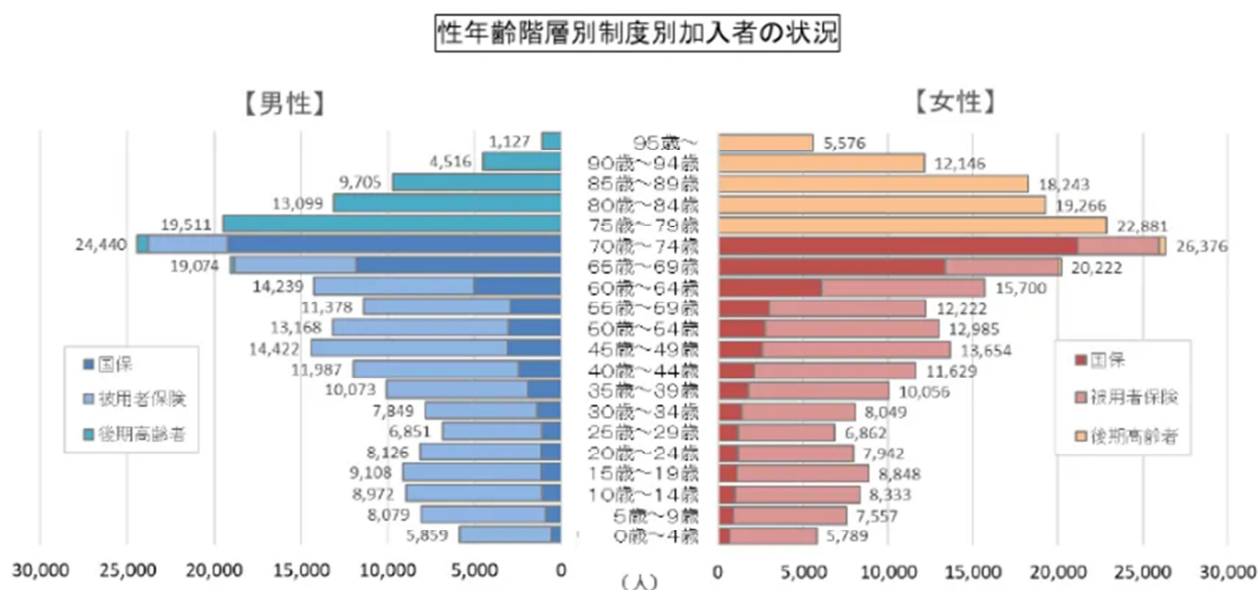


図 1-2 島根県内の生年齢階層別制度別加入者の状況



※出典 令和 5 年度島根県保険者協議会医療費等分析事業報告書

第2章 出雲市国民健康保険事業の現状と課題

1 被保険者の状況

本市の国民健康保険の被保険者の状況は【表1】及び【図2-1】のとおりで、世帯数、被保険者数はともに毎年減少している。被保険者の減少の大きな要因は、団塊の世代が後期高齢者医療制度へ移行しつつあることや被用者保険の適用拡大などがある。

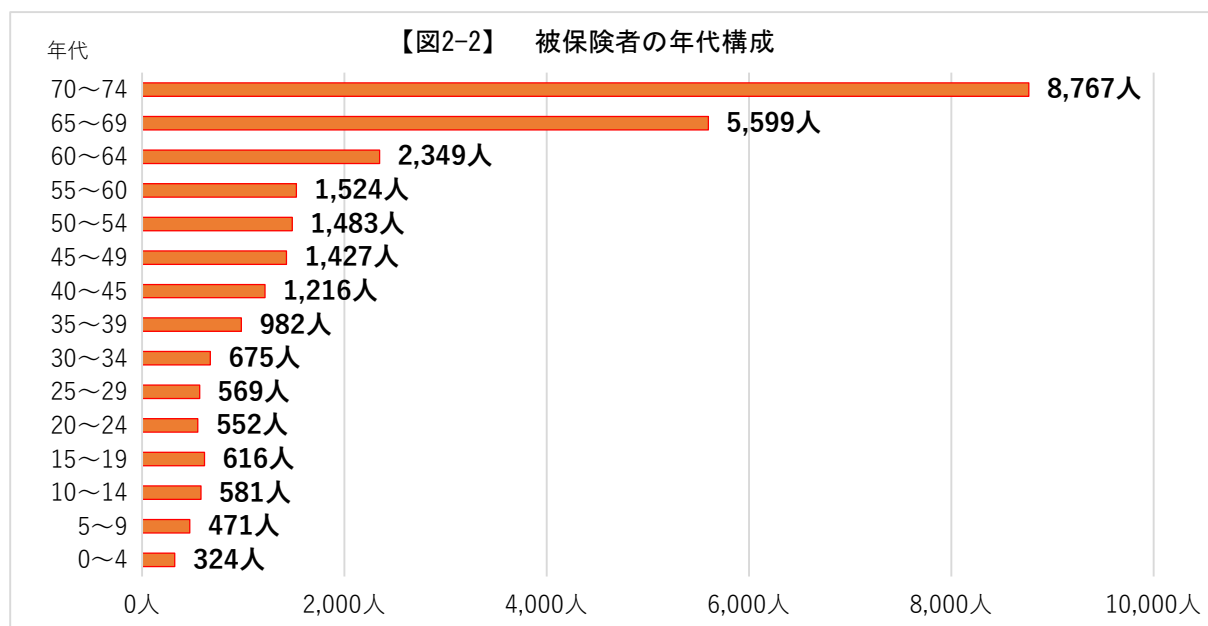
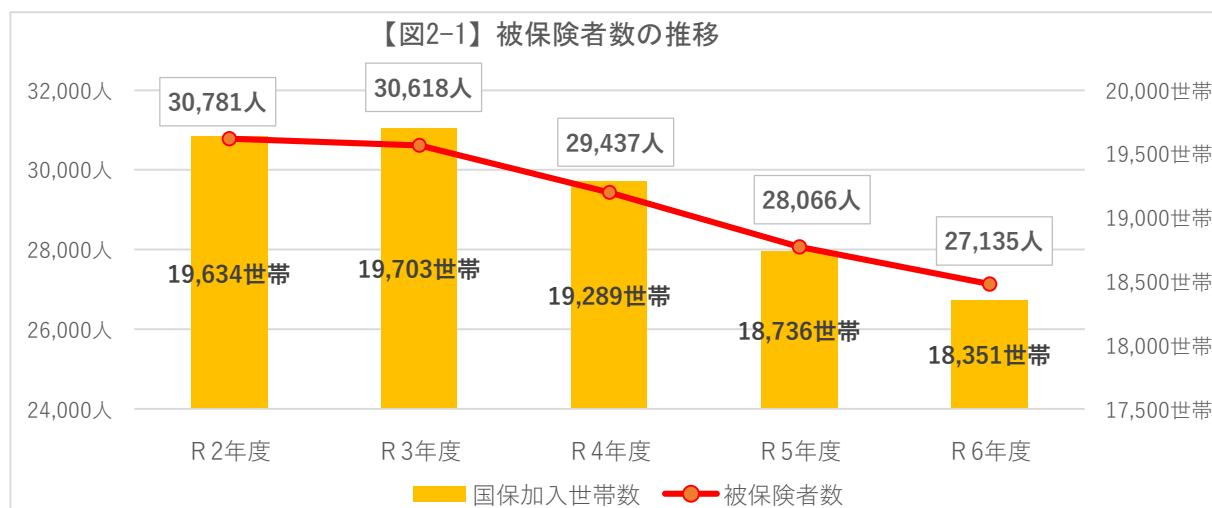
また、年齢構成は【図2-2】のとおりで、65歳以上の被保険者が過半数を超えている。

【表1】 被保険者数及び世帯数の推移

区 分	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
一般被保険者数 ①	30,781人	30,618人	29,437人	28,066人	27,135人
うち 介護2号被保険者	8,871人	8,550人	8,173人	7,982人	7,867人
国保加入世帯数	19,634世帯	19,703世帯	19,289世帯	18,736世帯	18,351世帯
出雲市の住基人口 ②	174,686人	174,769人	174,341人	172,794人	172,504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	70,615世帯
加入者の対人口比率 ①/②	17.62%	17.52%	16.88%	16.24%	15.73%

注) 介護2号被保険者(40～64歳の被保険者)

※出典：市民課調べ、国民健康保険事業報告書9月末



2 決算状況

決算状況は【表 2-1】のとおりである。令和 5 年度の決算は、歳入合計が 175 億 7,672 万円、歳出合計が 171 億 1,004 万円で、収支差引額は 4 億 6,668 万円となった。前年度の繰越金を差し引いた単年度（実質）収支は 7,945 万円の黒字になった。

一方、令和 6 年度の決算見込みは、歳入合計が 171 億 9,473 万円、歳出合計が 169 億 9,547 万円で、収支差引額は 1 億 9,925 万円となった。単年度収支は 1 億 6,712 万円の赤字となっている。前年度と比較し全体的な予算が減少している。

財政調整基金については、平成 27 年度以降毎年、基金利子を積立し、令和 6 年度末で 2 億 9,911 万円を保有している。基金保有額については、国の通知（「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）により過去 3 か年間ににおける保険給付費平均額の 5%以上に相当する金額を積み立てることとされている。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 2-1】出雲市の決算等の状況一覧

年 度	R4 年度		R5 年度		R6 年度見込み	
項 目	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 ①	17,458,154 千円	△ 456,593 千円	17,576,722 千円	118,568 千円	17,194,730 千円	△ 381,992 千円
歳出 ②	16,999,120 千円	△ 414,278 千円	17,110,041 千円	110,921 千円	16,995,471 千円	△ 114,570 千円
決算収支 ①－②	459,034 千円	△ 42,315 千円	466,681 千円	7,647 千円	199,259 千円	△ 267,422 千円
実質単年度収支 ※1	△ 42,017 千円	△ 107,547 千円	7,945 千円	49,962 千円	△ 267,422 千円	△ 275,367 千円
基金保有額	298,516 千円	298 千円	298,814 千円	298 千円	299,114 千円	300 千円
総医療費 ※2	14,312,167 千円	△1.42%	14,502,658 千円	1.33%	14,100,338 千円	△2.77%
前期高齢者(再掲)	9,631,353 千円	△1.75%	9,634,132 千円	0.03%	9,311,216 千円	△3.35%
1 人当たり医療費 ※3	485,454 円	2.20%	515,558 円	6.20%	520,246 円	0.91%
前期高齢者(再掲)	599,188 円	2.97%	638,444 円	6.55%	652,160 円	2.15%
収納率	96.67%	0.18%	96.40%	△0.28%	96.34%	△0.06%
1 人当たり調定額 ※4	101,955 円	△3.49%	104,701 円	2.69%	107,696 円	2.86%

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 実質単年度収支：決算収支から繰越金、基金繰入金、市債を差し引き、基金積立金、償還金を加えた額

※2 総医療費（保険給付費）は、療養の給付＋療養費の合計額。

※3 1 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。

※4 1 人当たり調定額（保険料総調定額／平均被保険者数）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。

令和6年度の歳入は、【表2-2】のとおりで、保険料は対前年度比7,304万円の減額、補助金・交付金は対前年度比4億2,061万円の減額であり、歳入全体は171億9,473万円で対前年度比3億7,567万円の減額を見込んでいる。

また、令和6年度の歳出は【表2-3】のとおりで、保険給付費は対前年度比4億5,527万円の減額、国保事業費納付金は対前年度比2億9,519万円の増額となり、歳出全体は169億9,547万円で対前年度比1億1,457万円の減額となり、翌年度への繰越額は1億9,926万円を見込んでいる。

【表2-2】国民健康保険事業特別会計 歳入額の内訳

(単位：千円)

歳入	R4 年度		R5 年度		R6 年度見込み	
	決算額	構成比	決算額	構成比	決算額	構成比
保険料	3,005,244	17.21%	2,927,867	16.66%	2,920,563	16.99%
補助金・交付金	12,579,286	72.05%	12,848,126	73.12%	12,427,517	72.28%
一般会計繰入金	1,304,854	7.47%	1,258,636	7.16%	1,270,889	7.39%
繰越金	501,349	2.87%	459,034	2.61%	466,681	2.71%
その他収入	67,421	0.39%	76,741	0.44%	109,080	0.63%
歳入決算額	17,458,154		17,570,404		17,194,730	

※その他収入：督促手数料、基金運用利子、諸収入

【表2-3】国民健康保険事業特別会計 歳出額の内訳

(単位：千円)

歳出	R4 年度		R5 年度		R6 年度見込み	
	決算額	構成比	決算額	構成比	決算額	構成比
保険給付費	12,346,028	72.63%	12,631,619	73.83%	12,176,351	71.64%
国保事業納付金	4,095,303	24.09%	3,930,379	22.97%	4,225,568	24.86%
保健事業	147,973	0.87%	145,434	0.85%	152,489	0.90%
基金積立	298	0.00%	298	0.00%	300	0.00%
その他支出	409,518	2.41%	402,310	2.35%	440,763	2.59%
歳出決算額	16,999,120		17,110,040		16,995,471	

※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）

3 保険料の状況

保険料については、被保険者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歳の者が負担する介護納付分の保険料の3つの構成となっている。また、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、被保険者数に応じた均等割、1世帯あたりにかかる平等割で、その全てを積み上げて決定する。

保険料の1人当たり保険料調定額の推移は【表3】のとおりである。

なお、低所得者に対しては保険料軽減制度があり、国が1/2、県が1/4、市が1/4を負担し、所得に応じて7割・5割・2割の均等割平等割保険料の軽減を適用している。

【表3】保険料の1人当たり調定額の推移

年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
医療分	79,252円	80,172円	73,124円	70,111円	69,976円	71,769円
支援金分	17,995円	18,172円	25,314円	24,804円	26,913円	27,671円
医療分+支援金分	97,247円	98,344円	98,438円	94,915円	96,889円	99,440円
介護分	25,631円	25,912円	26,179円	25,423円	27,534円	28,416円

※1人当たり調定額算出分母：年度平均被保険者数

※介護分算出分母：40歳～64歳の年度平均被保険者数

保険料の料率を決定する際には、4月末時点の被保険者数と予想される必要額を基に1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取得あるいは喪失により被保険者が異動することや、年度中途での所得申告額の増減等の状況によって調定額は変動する。

4 保険料の収納状況

国民健康保険料の決算状況は、【表4】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）、来庁時の個別相談や電話連絡など、きめ細かく滞納者と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。

【表4】保険料収納額及び収納率の推移

年度	R3年度		R4年度		R5年度		R6年度見込み	
区分	現年度	滞繰分	現年度	滞繰分	現年度	滞繰分	現年度	滞繰分
調定額	3,235,519千円	307,582千円	3,005,863千円	303,789千円	2,945,248千円	286,573千円	2,928,572千円	277,353千円
収納額	3,121,922千円	95,732千円	2,905,869千円	99,375千円	2,836,418千円	94,556千円	2,824,608千円	95,171千円
収納率	96.49%	31.12%	96.67%	32.71%	96.30%	33.00%	96.45%	34.31%
収納率	90.81%		90.80%		90.69%		91.07%	
対前年度比	△0.01%		△0.01%		△0.11%		0.38%	

5 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

令和6年12月から保険証の新規発行がなくなったことに伴い、これまで保険料を滞納している世帯に対して交付していた短期証及び資格証は交付しないこととなった。今後は、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、取扱基準を定めたうえで「特別療養費」の対象とする場合がある。「特別療養費」の対象になると、病院や薬局の窓口で一旦、全額(10割)を自己負担し、後から「特別療養費」として申請することで、保険診療分(7割または8割)が支給されることになる。この支給となった特別療養費を滞納分に充てることもできることとしている。

取扱基準については、滞納した保険料について定期的な「納付勧奨」や「特別な事情」の聞き取りを行ったうえで、滞納の期間が1年以上の長期となった場合などと定めている。

なお、対象世帯であっても18歳未満の者及び公費負担医療の対象者は、特別療養費の対象としない。

令和6年度末の状況は次のとおりとなっている。

国保世帯数	17,953 世帯
特別療養費対象世帯数	113 世帯
特別療養費対象世帯の割合	0.63%
対象人数	135 人

参考 令和5年度までの状況

区分	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
国保世帯数	19,703	100%	18,834	100%	18,415	100%
資格証世帯	44	0.22%	86	0.46%	97	0.53%
短期証世帯	320	1.62%	310	1.65%	318	1.73%

(2) 保険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 5-1】、滞納処分の内訳は【表 5-2】、不納欠損処分件数は【表 5-3】のとおりである。

収納率の向上に伴って、滞納繰越額も減少傾向にある。また、不納欠損処分についても減少傾向にある。

【表 5-1】 国保料の滞納繰越の状況

区分			R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度見込み
現年度分	件数	世帯数	1,308	1,347	1,272	1,282	1,349
		期数	5,942	6,005	5,635	5,589	5,802
	金額	(千円)	119,243	117,252	102,873	108,830	115,438
滞納繰越分	件数	世帯数	1,926	1,924	1,914	1,790	1,807
		期数	10,126	10,578	10,604	9,996	10,026
	金額	(千円)	191,856	194,257	188,277	172,838	171,455
合計	件数	世帯数	3,234	3,271	3,186	3,072	3,156
		期数	16,068	16,583	16,239	15,585	15,828
	金額	(千円)	311,099	311,509	291,150	281,668	286,893

【表 5-2】 滞納処分の内訳

年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
執行停止中	17,682 千円	22,856 千円	17,151 千円	11,432 千円
差押処分中	12,779 千円	27,272 千円	26,124 千円	24,005 千円
その他	280,638 千円	261,381 千円	247,875 千円	246,231 千円
合計	311,099 千円	311,509 千円	291,150 千円	281,668 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。

- 1 滞納処分をすることができる財産がないとき。
- 2 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。
- 3 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 5-3】 不納欠損処分件数

年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度見込み
地方税法第 15 条の 7 第 4 項	0 件	8 件	1 件	0 件	1 件
	0 千円	607 千円	7 千円	0 千円	315 千円
地方税法第 15 条の 7 第 5 項	2 件	10 件	12 件	17 件	9 件
	39 千円	818 千円	1,790 千円	1,217 千円	608 千円
地方税法第 18 条 国保法第 110 条	191 件	140 件	119 件	124 件	109 件
	19,732 千円	16,239 千円	14,424 千円	18,059 千円	9,908 千円
合 計	193 件	158 件	132 件	141 件	119 件
	19,771 千円	17,664 千円	16,221 千円	19,276 千円	10,831 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もの。

「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。

6 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、75歳になり被用者保険から後期高齢者医療保険への移行した者の65歳以上の被扶養者（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。また、令和2年度から令和4年度までは、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。減免の適用は、新型コロナウイルス感染症の影響から急増している。

適用実績は【表6】のとおりである。

【表6】減免適用実績の状況

区分	R3年度		R4年度		R5年度		R6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	74	6,663,711円	100	8,281,727円	163	13,784,354円	234	22,142,018円
災害・所得減少等	0	0円	1	10,080円	1	4,541円	0	0円
国保法59条 (拘留・在監)	4	28,789円	8	359,300円	11	286,482円	8	151,239円
旧被扶養者特例	76	2,434,499円	99	3,251,257円	131	3,700,683円	151	4,751,987円
新型コロナ減免	40	8,179,851円	22	3,120,399円				
合計	154	9,126,999円	230	15,022,763円	306	17,776,060円	393	27,045,244円

※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

7 医療費の状況

(1) 医療費と1人当たり医療費の状況

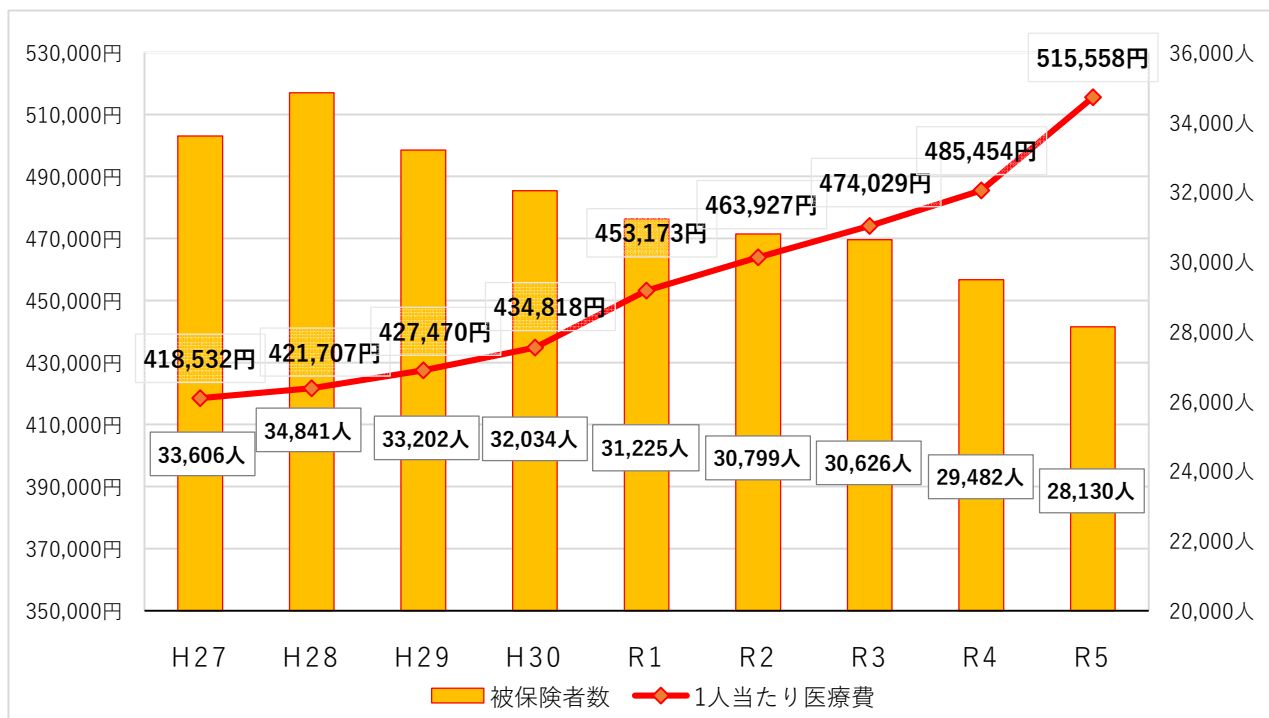
被保険者の一部負担を含む診療区分ごとの医療費と1人当たりの医療費は【表7-1】のとおりである。被保険者が減少したにもかかわらず医療費用額は横這い状況であり、1人当たりの医療費は増加している。【図3】

【表7-1】医療費と1人当たりの医療費

区分	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
入院	5,945,198千円	5,920,140千円	5,741,097千円	5,837,908千円
入院外	4,594,541千円	4,724,937千円	4,814,311千円	4,904,103千円
歯科	764,362千円	791,276千円	774,024千円	771,776千円
調剤	2,550,175千円	2,638,516千円	2,549,333千円	2,539,066千円
訪問看護	117,580千円	128,018千円	135,442千円	149,223千円
食事療養・生活療養	271,092千円	267,298千円	254,801千円	255,024千円
療養費	45,552千円	47,428千円	43,158千円	45,557千円
医療費合計	14,288,500千円	14,517,613千円	14,312,166千円	14,502,657千円
一人当たり医療費	463,927円	474,029円	485,454円	515,558円

※1人当たり医療費：年間医療費を年平均加入被保険者数で除した額 出典：国民健康保険事業報告書

【図 3】被保険者数と 1 人当たりの医療費



出典：国民健康保険事業報告書

医療費の状況は【表 7-2】のとおりである。入院、入院外ともに、レセプト（診療報酬明細書）件数は減少しているが、1 件当たりの費用と 1 人当たり費用は増加傾向にある。

【表 7-2】1 人当たりの費用額

区分		R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度見込
入院	入院件数	2.63	2.72	2.6	2.72	2.63
	レセプト件数	9,731	10,001	9,201	9,174	8,547
	1件当たり費用	645,129円	619,797円	652,703円	666,821円	674,662円
	1人当たり費用	203,830円	202,396円	203,701円	217,469円	212,755円
入院外	受診件数	80.08	82.55	84.32	86.17	86.38
	レセプト件数	295,971	303,392	298,301	290,887	280,944
	1件当たり費用	15,541円	15,585円	16,154円	16,873円	16,872円
	1人当たり費用	149,348円	154,394円	163,443円	174,483円	174,893円

※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

※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

※レセプト 医療機関が保険者に医療費を請求するための診療（行った処置や使用した薬剤等）の明細書

(2) 高額療養費の支給状況

高額療養費制度は、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、その超えた額を支給する制度である。該当世帯に対して、診療月の概ね 3 か月後以降に案内を送付し、申請により支給している。

高額療養費の支給状況は【表 7-3】のとおりである。

件数の増加はないが支給額は増加しており、特に入院分の支給額が増加している。

令和 3 年から、高額療養費支給申請を 1 度申請すると次回以降の申請を省略できるよう、手続きを簡素化した。

【表 7-3】 高額療養費の支給状況

年度		R2年度		R3年度		R4年度		R5年度	
区分		件数	支給額	件数	支給額	件数	支給額	件数	支給額
世帯合算分	多数該当	1,648	44,068千円	1,560	34,565千円	1,602	40,270千円	1,669	41,924千円
	その他	9,847	84,647千円	11,575	101,711千円	10,981	87,684千円	10,751	87,016千円
多数該当		3,296	379,928千円	3,022	326,444千円	3,015	351,736千円	2,938	349,360千円
長期疾病分		2,444	216,302千円	2,586	229,827千円	2,606	209,334千円	2,607	214,005千円
入院分		4,329	655,575千円	4,536	661,618千円	4,427	651,816千円	4,546	693,420千円
その他		3,348	98,588千円	3,571	110,053千円	3,621	115,225千円	3,579	138,724千円
他法併用分		1,819	201,202千円	1,991	192,833千円	1,925	195,936千円	2,140	212,156千円
合計		26,731	1,680,310千円	28,841	1,657,051千円	28,177	1,652,001千円	28,230	1,736,605千円

(3) 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 12 週（85 日）以上の死産や流産に対しても支給する。支給額は 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 7-4】のとおりである。

【表 7-4】 その他の保険給付の状況

区分		R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
出産育児一時金	件数	70件	68件	62件	57件	64件
	支給額	28,045千円	28,388千円	25,553千円	26,408千円	31,931千円
葬祭費	件数	238件	227件	251件	252件	217件
	支給額	7,140千円	6,810千円	7,530千円	7,560千円	6,510千円

※出産育児一時金は令和 5 年度から 1 件あたり 42 万円から 50 万円に増額

8 オンライン資格確認とマイナ保険証

令和 6 年 12 月以降は新たな保険証の発行がなくなった。現在、マイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証）を基本とする仕組みに移行している。医療機関や薬局ではマイナンバーカードを活用し、オンライン資格確認で保険証が有効かどうか最新の資格情報や高額療養費等の限度額を確認できるようになった。また、薬剤情報・特定健診情報についても、本人の同意があれば医療機関等で確認することができ、より良い医療につながるようになった。

一方、健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカードを持っていない被保険者に対しては、必要な保険診療を受けられるように「資格確認書」を交付している。また、高齢者や配慮が必要な被保険者に対しても希望に応じて資格確認書を交付している。

<参考 令和7年4月3日 厚生労働省第193回社会保障審議会医療保険部会>

令和7年2月のマイナ保険証利用人数（2,541万人）から、当該月に医療機関に受診した人の推計値（6,660万人）を用いて、1月に医療機関を受診した人のうち、マイナ保険証を利用した人の割合（推計値）を算出すると以下のとおり。

医療機関受診者に占めるマイナ保険証利用者の割合 38.2%

医療機関受診者（マイナンバーカード保有者）に占めるマイナ保険証利用者の割合 48.9%

医療機関受診者（マイナ保険証登録者）に占めるマイナ保険証利用者の割合 57.9%

※医療機関受診者数とマイナ保険証利用者数は、月内に保険者を異動し、両保険者において医療機関を受診した又はマイナ保険証を利用した場合はダブルカウントされる。

※医療機関受診者数については、加入者数に患者割合をかけることで算出。加入者数については令和6年10月までは医療保険医療費データベースによる実績値、11～2月は過去の伸び率から推計して算出。

患者割合は、令和4年度の医療給付実態調査における診療種別計の患者割合を元に、医療保険医療費データベースにおける直近の入院外+歯科の受診率を用いて推計し算出。

※医療機関受診者のうちマイナンバーカード保有者及びマイナ保険証保有者の算出は、全人口のうちマイナンバーカード保有者（78.0%）やMNC保有者のうちマイナ保険証利用登録者（84.5%）を用いて推計。

※マイナンバーカードの健康保険証利用登録件数 8,225万件（2月末現在）2月中の解除申請 1万件

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

(1) 保険料率設定の状況

保険料については、医療費分、後期高齢者支援金分、介護納付金分の保険料の3つの構成となっている。また、保険料計算の基としているのが、所得割、被保険者均等割、世帯別平等割で、それぞれの割合は保険料全体の50%、35%、15%としている。

令和3年度までの3年は料率の改定はなかったが、令和4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前年度繰越金を活用し、所得割保険料率は据え置き、均等割額を引き下げている。令和5年度は医療費の増額を見込み、医療分の料率を引き下げ、その範囲内で後期支援分と介護納付分の引き上げる調整を行った。令和6年度は、更なる医療費の増額が見込まれたことから料率を引き上げた。

また、賦課限度額については、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が、超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に引上げている。このことにより、高所得者により多くの負担を求めことになるが、その一方で中間所得者層に配慮した料率の設定が可能となる。保険料率の改定状況と賦課限度額については【表8-1、表8-2】のとおりである。

【表8-1】「医療分＋後期支援金分」保険料率の改定状況

年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度
所得割	10.74%	10.74%	10.74%	10.60%	10.40%	10.65%
均等割	37,300 円	37,300 円	37,300 円	36,800 円	36,600 円	37,800 円
平等割	27,800 円	27,800 円	27,800 円	27,300 円	26,600 円	27,200 円
1 人当たり 保険料	93,923 円	93,879 円	92,820 円	92,807 円	92,729 円	97,674 円
賦課限度額	80 万円	82 万円	82 万円	85 万円	87 万円	89 万円

【表8-2】「介護納付金分」の保険料率の改定状況

年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度
所得割	2.10%	2.10%	2.10%	2.10%	2.20%	2.35%
均等割	9,900 円	9,900 円	9,900 円	9,900 円	10,100 円	11,000 円
平等割	4,900 円	4,900 円	4,900 円	4,900 円	5,100 円	5,600 円
1 人当たり 保険料	24,065 円	24,060 円	24,428 円	24,982 円	26,768 円	28,173 円
賦課限度額	16 万円	17 万円	17 万円	17 万円	17 万円	17 万円

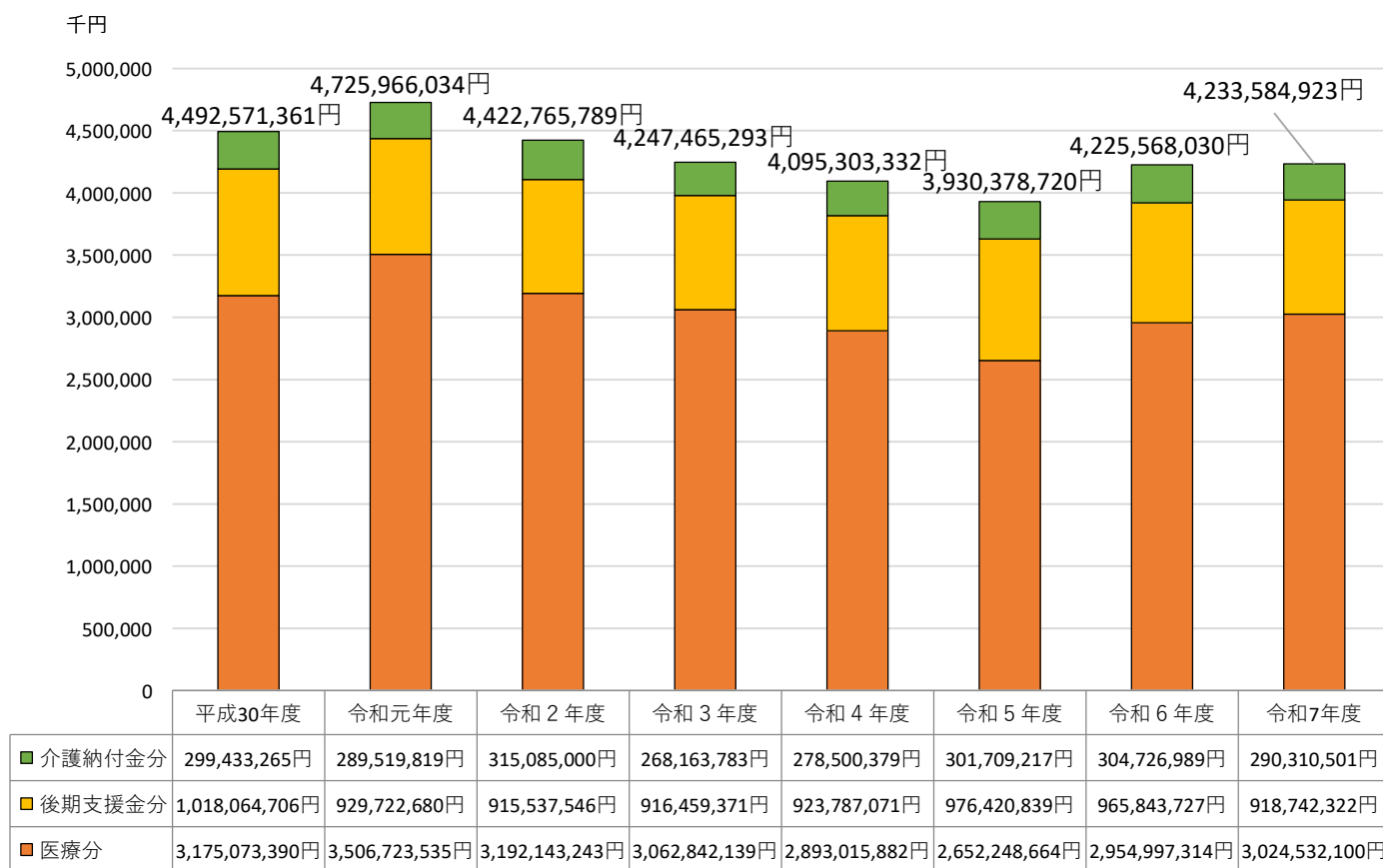
(2) 今後の保険料率設定

当該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と国や県からの補助金・交付金等を差し引いた、残りの部分が保険料で賄うべき対象となり、所得、加入世帯数、被保険者数に応じて保険料を決定してきた。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、この納付金の財源を保険料で賄っている。国民健康保健事業費納付金は、県においても必要となる医療費を推計し算定されている。

県は、「令和7年度国民健康保健事業費納付金等の算定結果について」の中で、被保険者数は減少することが見込まれる一方で、高齢被保険者の割合が高く、医療技術の進歩や高額薬剤の使用等、近年の動向を考慮すると、1人当たり医療費は今後も上昇することが見込まれる、としている。そして、国民健康保健事業費納付金の状況は、【図3】のとおり今年度も増加となっている。

このような状況から料率引上げは避けられない状況にあり、今後も引き続き、医療費適正化、保健事業の推進、収納率の向上に努めたうえで、適正な保険料率の設定を図る必要がある。

【図3】国民健康保険事業費納付金の状況（県内総額）



2 被保険者資格の適用

(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

所得状況を把握するため、被保険者に対しては正しい所得申告書の提出を求めていく。また、これまでの来庁時の聞き取りに加え、所得申告の必要性についても広報していく。更に、税の修正申告等により申告所得が変更となった場合も適切に対応していく。

第2節 収納率の向上の取組

1 収納対策について

国民健康保険は、病気やけがをしたときに安心して医療を受けることができるように、加入者全体で支えあう制度である。しかし、保険料の支払が滞ると制度自体が成り立たなくなる。

市では、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、市役所全体で情報共有を図りながら収納率向上に取組み、市民間の公平性と財源の確保に努めている。

その仕組みの中で、国民健康保険料は、保険年金課と収納課が連携して、収納率向上に取り組んでいく。また、国民健康保険だより等で納期や納付方法を周知していく。

また、今年度から国民健康保険料の納付書の送付方法を変更する。これまで納付書納付の場合は、納期限ごとに期別に納付書を送付していたが、今後は全9期分の納付書を賦課通知と同送することとした。これは、使用するシステムの変更に伴うものだが、郵送経費の削減にも繋がるものである。変更にあたっては混乱のないようお知らせ等をしていく。

(1) 納付相談の推進

手続き等での来庁の際には、滞納管理システムにより滞納者等との接触状況を確認し、保険年金課と収納課が連携し、一貫した納付指導体制をとり効率的に滞納解消をしていく。また、平日来庁できない滞納者に対し、年5回の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、特別療養費の適用や滞納処分も検討する。

(3) その他の取組

- ①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。
- ②コンビニ収納及びスマートフォン決済（PayPay、LINE Pay）を導入し、時間や場所を選ばない納付手段ができることで市民の利便性を図っている。納付書による年間納付件数のうちコンビニ収納が占める割合は、令和5年度で71.4%となっており一定の成果が出ている。

第3節 医療費適正化の取組

1 レセプト（診療報酬明細書）点検

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、被保険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、同一被保険者の数か月に渡る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である。

レセプト点検効果額は【表9】のとおりである。

【表9】レセプト点検効果額

項 目	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
レセプト請求額	10,499,678 千円	10,725,056 千円	10,565,730 千円	10,713,874 千円
財政効果額	181,701 千円	147,386 千円	153,339 千円	111,206 千円
資格点検	115,493 千円	125,845 千円	131,269 千円	79,955 千円
内容点検	7,998 千円	6,834 千円	4,338 千円	3,735 千円
第三者行為納付金等	58,210 千円	14,707 千円	17,732 千円	27,516 千円
財政効果率	1.73%	1.37%	1.45%	1.04%
前年度比較	0.82%	△0.36%	0.08%	△0.41%

出典：島根県国民健康保険連合会過誤処理状況、出雲市国民健康保険会計決算見込

(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「レセプト請求額の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 目標達成に向けて、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

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、すみやかな国保脱退手続きを促すことで、医療機関において資格喪失後受診を減らしていく。また、最新の資格情報や高額療養費等の限度額を確認できるマイナンバーカードの保険証利用を勧奨していく。

(2) 具体的な取組

令和4年度からの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う。

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レセプトから抽出し、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ていく。

4 重複・多剤投薬の適正化

健康の保持増進と医療費適正化を目的として、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者や必要以上に多種類の薬の処方を受けている者を対象に、保健師による訪問を引き続き実施する。

5 国民健康保険資格喪失による保険給付費の返納

資格を喪失しているにもかかわらず、国民健康保険資格確認書等を使い医療機関を受診した場合は、国民健康保険から医療機関に支払った保険給付分（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。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く。

（※）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

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）

「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」に基づき、健康・医療情報を活用した PDCA 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、「出雲市データヘルス計画」を策定し、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てきた。計画では、市の地域特性を把握するため、KDB（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ている。

令和5年度末に第2期出雲市データヘルス計画の期間が終了するのに伴い、それまでの計画の評価・見直しを行い、令和6年度から令和11年度までの6年間を期間とする第3期出雲市データヘルス計画を策定し、効率的な保健事業を推進している。令和8年度には第3期計画の中間評価を実施する予定である。

2 保健事業の推進（健康増進課）

国民健康保険被保険者の高齢化、医療の高度化と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がある。このことから、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。

国は、「経済財政運営と改革の基本方針2016」で、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「保険者努力支援制度」では、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、取組に応じて支援金を交付している。

県は、全国健康保険協会島根支部と締結した「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」において、市民の健康寿命の延伸と生活の質(QOL)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、データヘルス計画に基づき KDB 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、個々の状況に応じた一次予防（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）を網羅的に実施する保健事業の推進が重要となっている。

保健事業費の状況は【表 10】のとおりである。

【表 10】保健事業費の状況

年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度見込
保健事業費	148,836 千円	154,843 千円	147,974 千円	145,434 千円	152,489 千円
対国保事業費割合	0.86%	0.89%	0.87%	0.85%	0.90%
特定健康診査等費用額	118,448 千円	121,769 千円	115,449 千円	113,040 千円	118,422 千円
人間ドック・脳ドック費用額	21,932 千円	24,547 千円	20,444 千円	21,322 千円	21,526 千円
医療費・ジェネリック通知費用額	8,456 千円	8,527 千円	8,503 千円	7,830 千円	8,360 千円
服薬情報通知費用額			3,577 千円	3,242 千円	3,192 千円

※特定健康診査費用等には、特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防・脳卒中対策などを含む

※服薬情報通知は、令和 4 年度から重複・多剤の投薬者に対し通知

3 国民健康保険被保険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、「出雲市健康増進計画」を策定し、市民の健康づくりを推進してきた。現在の「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）」では健康づくり・食育の取組を一体的、かつ総合的に推進している。

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ている。特に、生活習慣病については、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、地域の健康づくりの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期出雲市データヘルス計画」では、第2期計画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。また、長期目標に健康寿命の延伸を掲げ、中期目標は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や医療費の抑制を図ることをとした。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）をもって重症化や合併症への移行を防ぐことを戦略とし、各保健事業をすすめる計画としている。

(2) 特定健康診査・特定保健指導事業

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、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ている。本市においても第3期出雲市データヘルス計画に合わせ「特定健康診査等実施計画」を策定し取組を実施している。

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。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発症予防・重症化予防に努めることとしている。

① 目標値

計画の最終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11】のとおりである。

【表11】特定健康診査等目標値

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% (43.8%)	45% (-)
特定保健指導 実施率	24% (22.3%)	32% (23.1%)	41% (28.9%)	50% (29.6%)	60% (28.1%)	35% (-)

※出雲市国民健康保険特定健康診査等実施計画目標値

令和5年度までは第3期計画。令和6年度からは第4期計画

※（ ）内は実績値。

② 具体的な取組

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を行っている。また、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の依頼を継続していく。加えて、対象者への周知・未受診者勧奨を強化し、受診しやすい環境づくり・体制の整備にも努めていく。受診率向上対策としては、次の取組を実施する。

- 1 休日の集団健診の実施
- 2 がん検診と合わせたセット型の集団健診を実施
- 3 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
- 4 国民健康保険の新規取得時の健診チラシ配布と健診勧奨通知
- 5 全国健康保険協会島根支部と協働した連名の懸垂幕を掲出

この他、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、受診率向上対策としている。また、本市独自に、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で、20 歳から 39 歳までの被保険者に対して「若年齢層健康診査」を実施している。

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を実施している。すべての未利用者への利用勧奨を目標に積極的に取り組んでおり、特に令和 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。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。利用率向上対策としては、次の取組を実施する。

- 1 保健師・栄養士による電話や訪問による個別勧奨
- 2 市役所本庁及び行政センターでの、保健指導が受けられる体制整備
- 3 休日集団健診における初回面接同日実施
- 4 Web 面談の導入やメール等の活用
- 5 保健指導スタッフのスキルアップ研修
- 6 特定保健指導受託医療機関との連絡会や医療機関への個別訪問による医療機関との連携強化

(3) 糖尿病重症化対策、糖尿病性腎症重症化予防事業

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に取り組む。また、糖尿病治療中断者の訪問等を継続する。

糖尿病性腎症重症化予防事業としては、糖尿病性腎症のリスクが高い者に、受診勧奨通知及び糖尿病性腎症に関する資料を提供している。受診状況が確認できない者には、電話で受診勧奨や状況確認をしフォローを行う。

市民への周知として、全国糖尿病週間に合わせ、広報紙へ糖尿病予防について掲載する。

(4) 糖尿病治療中断者対策

糖尿病の重症化を予防するために、直近1年間に糖尿病治療歴がある40歳以上の国民健康保険被保険者のうち、直近4か月間に糖尿病治療の確認ができなかった者を治療自己中断者とし、電話または訪問にて受診勧奨および保健指導を実施したうえで、その後の受診状況を電話やレセプト等により把握することとしている。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図る。

(5) CKD（慢性腎臓病）重症化予防対策

CKD（慢性腎臓病）の重症化の恐れがある者が、必要な検査や治療、保健指導を早期に適切に受け、腎不全や心血管病に至らず生活することを目的として、医療機関と連携しCKD重症化予防システムを構築し対策を実施している。

令和6年度には腎臓専門医の助言を受け、CKD診療ガイドラインに沿って再検査対象者および精密検査対象者の要件を変更し、出雲市医師会の協力を得て医療機関へ周知した。出雲市CKD重症化予防システムが、医療機関においても定着し連携が進んでおり、引き続き連携システムの更なる定着化を目指す。

市民への周知として広報紙でCKD重症化予防について掲載する。また、3月第2木曜日の世界腎臓デーに合わせ、市役所での懸垂幕やロールアップバナー等の掲示と市役所・行政センター待合モニターでの動画配信の他、地区での啓発活動を行う。

(6) 高血圧重症化予防対策

高血圧予防に取り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。

ハイリスクアプローチとしては、令和6年度まで、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て、糖尿病重症化予防と合わせた生活習慣病重症化予防教室を実施した。令和7年度は、国保健康相談事業を実施し、通知や電話での状況把握、健康相談を行う。また、出雲圏域脳卒中再発予防事業の一環として、脳卒中発症者への訪問指導において、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っている。

また、ポピュレーションアプローチでは、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う。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、広報紙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。

(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を目的に研修会を実施している。

研修会では、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や、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せるようにすることを目指す。また、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も目的の一つとして実施する。

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 歳までの被保険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金の軽減を図っている。

脳ドックは、脳梗塞などの脳疾患の早期発見・早期治療のため、40～69 歳の被保険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 12】ドック受診者人数

年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度
人間ドック	619 人	614 人	563 人	594 人	588 人
脳ドック	158 人	257 人	180 人	175 人	191 人

(1) 具体的な取組

①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、郵送と WEB の両方で申込みができるようにし、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。

②脳ドック

脳ドックは、出雲市立総合医療センター、ヘルスサイエンスセンター島根、出雲徳洲会病院の 3 医療機関での実施することで、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、ハガキと Web での申込みができる。

第5節 医療費と調剤費抑制への取組

1 医療費と調剤費抑制の取組

医療費抑制の取組として、医療費を確認することで健康や医療に対する理解を深めることを目的に医療費通知を送付している。また、後発医薬品及びバイオ後続品への理解と使用促進のためジェネリック医薬品自己負担軽減例額通知を送付している。

【表 13】 医療費・ジェネリック通知の状況

年度	R2年度		R3年度		R4年度		R5年度		R6年度	
通知名	医療費	ジェネリック	医療費	ジェネリック	医療費	ジェネリック	医療費	ジェネリック	医療費	ジェネリック
回数	4回	4回	4回	4回	4回	4回	4回	3回	4回	3回
件数	68,450件	4,159件	69,074件	3,364件	68,345件	2,765件	66,708件	1,913件	65,161件	1,389件

医療費総額に占める薬代の比率はおよそ2割程度（【表 7-1】参照）となっている。ジェネリック医薬品には、医薬品に対する患者負担の軽減や医療保険財政の改善等のメリットがある。そのことから、生活習慣病等の慢性疾患で常時薬剤を使用す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「軽減例額通知」を送付し、一層の利用促進を図っており、効果額は【表 14】のとおりである。

【表 14】 後発医薬品等自己負担軽減例通知による軽減効果等一覧

項 目	診療月	通知対象 人数	切替人数	切替割合	軽減効果 医療費額	1人当たり 軽減効果額
R4年度	5月	1,658人	678人	40.89%	1,264,865円	1,866円
	6月	2,218人	857人	38.64%	1,709,484円	1,995円
	7月	2,600人	1,034人	39.77%	2,237,251円	2,164円
	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
R5年度	5月	1,213人	465人	38.33%	644,750円	1,386円
	6月	1,672人	605人	36.18%	1,022,322円	1,689円
	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
R6年度	5月	848人	318人	37.50%	435,337円	1,368円
	6月	1,186人	582人	49.07%	899,409円	1,545円
	7月	1,389人	653人	47.01%	1,120,472円	1,715円
	計	3,423人	1,553人	45.37%	2,455,218円	1,580円

※国保連報告：差額通知結果から（年4回実施）

2 後発医薬品及びバイオ後続品の普及啓発

今後も後発医薬品等自己負担軽減例通知を引き続き実施し、更なる医療費抑制につなげていくこととしている。また、ジェネリック医薬品等を安心して使用していただくため、「国民健康保険・高齢者医療だより」、「広報いずも」及び市のホームページなどを利用し情報提供をするとともに、加入手続時等にジェネリック希望カードの配布を行う。