

令和元年度

国民健康保険事業年報

千葉県

目 次

《用語の説明》	1
《事業概要》	7
1. 保険者、世帯数及び被保険者数の状況	8
2. 保険給付の状況	11
3. 保険料（税）の状況	18
4. 財政収支の状況	23
5. 保健事業の状況	27
6. 市町村別一人当たりの医療費（＝療養諸費）	28
《事業年報集計表》	31
国民健康保険事業状況報告書（事業年報）集計表＜県計＞	32
国民健康保険事業状況報告書（事業年報）集計表＜市町村計＞	41
国民健康保険事業状況報告書（事業年報）集計表＜組合計＞	48
《統計表》	54

※ 目次上の被保険者区分の定義

[全体]・・・国民健康保険全被保険者分（[一般]+[退職]）

[一般]・・・一般被保険者分（国民健康保険被保険者で退職被保険者等以外の者）

[退職]・・・退職被保険者等分（国民健康保険退職者医療制度の被保険者及び被扶養者）

第1表	年度別	世帯数・被保険者数等の状況	55
第2-1表	年度別	保険給付の状況[一般]	56
-2表	年度別	保険給付の状況[退職]	58
-3表	年度別	保険給付の状況[全体]	60
第3表	年度別	診療費諸率	62

第4-1表	一般状況（その1）世帯数・被保険者数(年度末現在).....	64
-2表	一般状況（その2）被保険者数・介護第2号被保険者数等(年間平均).....	68
-3表	一般状況（その3）被保険者増減内訳・事務職員数.....	70
-4表	一般状況（その4）退職被保険者数等（年度末現在・年間平均）.....	74
第5-1表	経理状況（収入）その1～その5.....	78
-2表	経理状況（支出）その1～その5.....	96
-3表	経理状況（基金等保有額及び市町村債・組合債）.....	116
-4表	経理状況（資産・負債等）.....	120
第6-1表	被保険者一人当たり経理関係諸費（収入）その1～その2.....	124
-2表	被保険者一人当たり経理関係諸費（支出）その1～その3.....	132
第7-1表	保険料（税）賦課状況（医療給付費分）[一般] その1～その2.....	142
-2表	保険料（税）賦課状況（医療給付費分）[退職] その1～その2.....	150
-3表	保険料（税）賦課状況（医療給付費分）[全体] その1～その2.....	158
-4表	保険料（税）賦課状況（後期高齢者支援金分）[一般] その1～その2.....	166
-5表	保険料（税）賦課状況（後期高齢者支援金分）[退職] その1～その2.....	174
-6表	保険料（税）賦課状況（後期高齢者支援金分）[全体] その1～その2.....	182
-7表	保険料（税）賦課状況（介護納付金分）[全体] その1～その2.....	190
-8表	保険料（税）賦課状況（医療給付費分+後期高齢者支援金分+介護納付金分） [全体] その1～その2.....	198
第8-1表	保険料（税）収納状況[一般].....	206
-2表	保険料（税）収納状況[退職].....	210
-3表	保険料（税）収納状況[全体].....	214
第9表	収納率及び収納関係諸率[全体].....	218
第10-1表	保険給付等支払状況[一般] その1～その2.....	222
-2表	保険給付等支払状況[退職] その1～その2.....	230

第11-1表	医療給付の状況[一般] その1～その4	236
-2表	医療給付の状況[一般：前期高齢者分再掲]	252
-3表	医療給付の状況[一般：70歳以上一般分再掲]	256
-4表	医療給付の状況[一般：70歳以上現役並み所得者分再掲]	260
-5表	医療給付の状況[一般：未就学児分再掲]	264
-6表	医療給付の状況[退職] その1～その4	268
-7表	医療給付の状況[退職：未就学児分再掲]	284
-8表	医療給付の状況[全体] その1～その4	288
第12-1表	高額療養費の状況[一般]	304
-2表	高額療養費の状況[一般：前期高齢者分再掲]	308
-3表	高額療養費の状況[一般：70歳以上一般分再掲]	312
-4表	高額療養費の状況[一般：70歳以上現役並み所得者分再掲]	316
-5表	高額療養費の状況[一般：未就学児分再掲]	320
-6表	高額療養費の状況[退職]	324
-7表	高額療養費の状況[退職：未就学児分再掲]	328
-8表	高額療養費の状況[全体]	332
第13表	その他の保険給付の状況[全体]	336
第14-1表	診療費諸率[一般]	340
-2表	診療費諸率[退職]	344
-3表	診療費諸率[全体]	348
第15表	一人当たり療養（医療）諸費費用額（順位表）	352
第16表	保険者別 年齢階級別被保険者数（市町村・0～74歳）[全体]	356
第17表	保険者別 保健事業の状況[全体]	360
第18表	レセプト点検にかかる調査点検効果の状況[全体]	361

《附表》	362
附表 1	市町村別人口に占める国保加入被保険者の割合[全体] (順位表)	363
附表 2	市町村別世帯数に占める国保加入世帯の割合[全体] (順位表)	364
附表 3	被保険者総数に占める退職被保険者の割合 (順位表)	365
附表 4	受診率[全体] (順位表)	366
附表 5	1件当たり日数[全体] (順位表)	367
附表 6	1日当たり診療費[全体] (順位表)	368
附表 7	1人当たり診療費[全体] (順位表)	369
附表 8	1人当たり療養 (医療) 諸費費用額[全体] (順位表)	370
附表 9	保険料 (税) 収納率 (現年分) [全体] (順位表)	371
附表 10	保険料 (税) 収納率 (現年分+滞納繰越分) [全体] (順位表)	372
附表 11	保険料 (税) 1人当たり調定額 (その1 : 現年分/全体) [全体] (順位表)	373
附表 12	保険料 (税) 1人当たり調定額 (その2 : 医療分・介護分・後期分別) [全体]	374
附表 13	保険料 (税) 1世帯当たり調定額 (現年分) [全体] (順位表)	375
附表 14	賦課割合[一般] (医療給付費分)	376
附表 15	国民健康保険料 (税) 滞納世帯数[全体]	377
附表 16	国民健康保険料 (税) 滞納額 (現年分) [全体]	378
附表 17	国民健康保険料 (税) 滞納処分等の状況	379

用語の説明

◎被保険者の区分

1. 一般被保険者

2 以外の国保被保険者を指す。

2. 退職被保険者等

国保被保険者のうち、被用者年金の老齢（退職）年金の受給権者であって、被用者年金の加入期間が20年以上若しくは40歳に達した月以降の加入期間が10年以上である者と、その被扶養者のことを指す。

◎国民健康保険法による保険給付関係

1. 療養の給付

被保険者の疾病及び負傷に対して保険医療機関等から直接に医療という現物をもって給付することをいう。

診療費（入院、入院外、歯科）と調剤の支給額の合計である。

被保険者は療養の給付を受ける際は一部負担金を負担する。

《一部負担割合》

未就学児 2割

就学児以上70歳未満 3割

70歳以上（一般、低所得者Ⅱ・Ⅰ）. 2割

70歳以上（現役並み所得者）. 3割

2. 入院時食事療養・生活療養費

入院時食事療養費とは、入院及びその療養に伴う世話、その他の看護の給付と併せて受けた食事に要した費用のことであり、平成6年10月より療養の給付より分離し別個の給付として位置付けられた。平成18年4月より負担方法が1日単位から1食単位へ変更され、それに伴い標準負担額が変更された。また、平成18年10月より療養病床に入院する70歳以上の被保険者について、食事療養費の標準負担額が変更されるとともに、新たに生活療養費として居住費（光熱水費）にかかる負担が追加され、居住費の標準負担額が設定された。

3. 訪問看護療養費

在宅の寝たきりの患者等に対し、看護師等を訪問させる、介護に重点をおいた看護サービスの提供にかかる費用を指す。

4. 療養費

療養の給付を行うことが困難な場合、緊急その他やむを得ない場合等において、療養に要した費用を被保険者が一時支払い、事後にその費用を被保険者に現金で支給するものである。

平成13年1月から海外での病気やけがの治療に対しても海外療養費として給付されることになった。

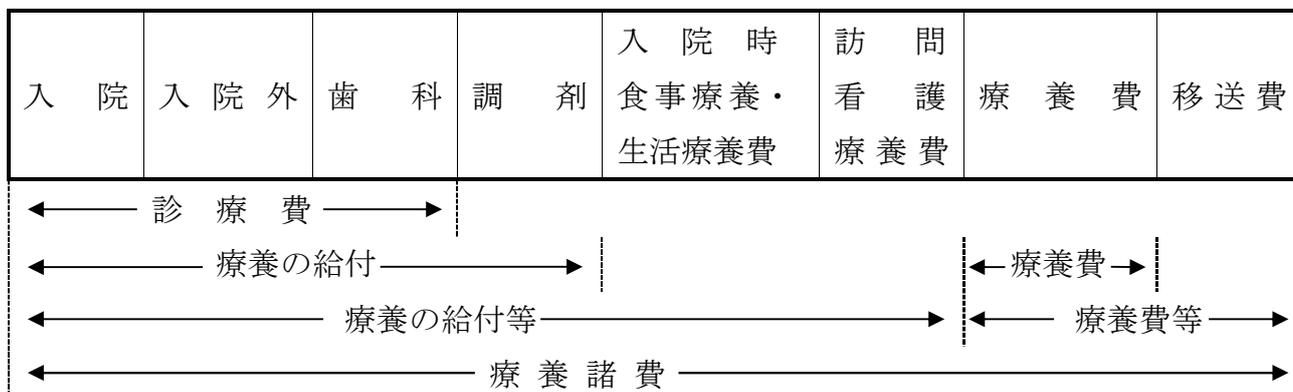
5. 移送費

入院治療や転院を要する場合で、緊急その他やむを得ない理由により自動車等を利用して移送の費用がかかったときに、保険者が必要と認めた場合に支給するものである。

6. 療養諸費費用額

療養の給付、入院時食事療養・生活療養費、訪問看護療養費、療養費及び移送費の費用額の合計である。

$$\text{療養諸費費用額} = \text{保険者負担分} + \text{一部負担金} + \text{他法負担分}$$



7. 高額療養費

(1) 1人・1か月・同一医療機関において、一部負担金が次の自己負担限度額を超えるときに支給するものである。

※持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年法律第12号)の規定に基づく「負担能力に応じた負担を求めるための観点から的高額療養費の見直し」に係る措置として、高額療養費の所得区分及び算定基準額(自己負担限度額)等はきめ細やかに設定されることとなった。

《 70歳未満の自己負担限度額 》

(表1)

年間所得区分	算定基準額(円)
901万円超 (区分:ア)	252,600+(総医療費-842,000)×1% 〈多数回該当:140,100〉
600万円超 901万円以下(イ)	167,400+(総医療費-558,000)×1% 〈多数回該当:93,000〉
210万円超 600万円以下(ウ)	80,100+(総医療費-267,000)×1% 〈多数回該当:44,400〉
210万円以下 (エ)	57,600 〈多数回該当:44,400〉
住民税非課税 (オ)	35,400 〈多数回該当:24,600〉

※所得とは、「基礎控除後の総所得金額等」に当たる。

《 70歳以上の自己負担限度額 》

一般及び低所得者Ⅰ・Ⅱの者については、外来(個人単位)の限度額を適用後、外来+入院(世帯単位)での限度額を適用する。

【外来(個人単位)自己負担限度額】

- 一 般 18,000円
- 現役並み所得者 Ⅲ(課税所得690万円以上)
→表1の区分アの算定基準額を適用
- Ⅱ(課税所得380万円以上)
→表1の区分イの算定基準額を適用
- Ⅰ(課税所得145万円以上)
→表1の区分ウの算定基準額を適用
- 低所得者Ⅱ・Ⅰ 8,000円

【外来+入院（世帯単位）自己負担限度額】

一 般	→表 1 の区分エの算定基準額を適用
現役並み所得者	Ⅲ（課税所得 690 万円以上）
	→表 1 の区分アの算定基準額を適用
	Ⅱ（課税所得 380 万円以上）
	→表 1 の区分イの算定基準額を適用
	Ⅰ（課税所得 145 万円以上）
	→表 1 の区分ウの算定基準額を適用
低所得者Ⅱ	24,600 円
低所得者Ⅰ	15,000 円

現役並み所得者とは、同一世帯に住民税課税所得※が 145 万円以上の 70～74 歳の国保被保険者がいる者を指す。但し、70～74 歳の国保被保険者の収入合計が、2 人以上で 520 万円未満、1 人で 383 万円未満の場合は、申請により「一般」の区分となる。

低所得者Ⅱとは、同一世帯の世帯主及び国保被保険者が住民税非課税の者（低所得者Ⅰ以外の者）を指す。

低所得者Ⅰとは、同一世帯の世帯主及び国保被保険者が住民税非課税で、その世帯の各所得が必要経費・控除（年金の所得は控除額を 80 万円として計算）を差し引いたときに 0 円となる者を指す。

※昭和 20 年 1 月 2 日以降生まれの 70～74 歳の国保被保険者がいる世帯のうち、70～74 歳の国保被保険者の「基礎控除後の総所得金額等」の合計額が 210 万円以下の場合、「一般」の区分と同様となる。

（2）世帯合算

同一月・同一世帯で、21,000 円以上の自己負担額を 2 回以上支払った場合、それらを合算して自己負担限度額を超える部分について支給する。（70 歳未満の者同士で合算する場合）

70 歳未満の者と 70 歳以上 75 歳未満の者で合算する場合

→70 歳以上 75 歳未満の者について自己負担限度額を計算した後、70 歳未満の者の合算対象額（21,000 円以上の自己負担額）を合算して 70 歳未満の者の自己負担限度額を超える部分について支給する。

70歳以上75歳未満の者同士で合算する場合

→個人単位で外来（個人単位）の限度額を適用し、その後、同じ世帯の70歳以上75歳未満の者の入院を含む自己負担額を合算して、外来＋入院（世帯単位）の限度額を超えた分について支給する。

(3) 多数該当

過去12か月間に、同一世帯で高額療養費の支給が4回以上あった場合は、4回目以降の自己負担限度額は以下のとおりとなる。

《4回目以降の自己負担限度額（70歳未満）》

年間所得区分	4回目以降（円）
901万円超	140,100
600万円超 901万円以下	93,000
210万円超 600万円以下	44,400
210万円以下（住民税非課税世帯除く）	44,400
住民税非課税世帯	24,600

《4回目以降の自己負担限度額（70歳以上）》

一 般	→44,400円
現役並み所得者	Ⅲ（課税所得 690万円以上）→140,100円
	Ⅱ（課税所得 380万円以上）→93,000円
	Ⅰ（課税所得 145万円以上）→44,400円

(4) 特定疾病

特定疾病該当者の場合、特定疾病に係る医療費の自己負担が1か月につき10,000円（医療機関ごと）になる。なお、慢性腎不全で人工透析が必要な70歳未満の上位所得者（表1の区分ア・イに当たる者）は上記負担額が20,000円になる。

8. その他の保険給付

出産育児一時金、葬祭費等の支給を指す。

◎諸率

1. 年間平均被保険者数（世帯数）

平成31年3月から令和2年2月（国民健康保険組合は平成31年4月から令和2年3月）までの各月末における被保険者数（世帯数）の合計を12で除した数値をいう。

2. 件数（受診件数）

毎月支給決定された件数（診療報酬明細書（レセプト）等の枚数）の総数をいう。

3. 日数

診療した実日数をいう。

4. 受診率

受診件数を被保険者数で除したものをいい、月間の件数を月末の被保険者数で除したものを月別受診率、年間の総件数を年間平均被保険者数で除したものを年間受診率という。本書では100倍して100人当たりの受診件数にしている。

5. 1件当たり日数

年間診療日数を年間受診件数で除したもので、入院の場合は1か月間における平均入院日数、外来では1か月間の平均通院日数を意味する。

6. 1日当たり診療費

診療に要した年間費用額を診療実日数（年間）で除したものであり、1日当たりの診療単価ともいえる。

7. 1人当たり診療費

診療に要した年間費用額を年間平均被保険者数で除したものである。