

長野県における
国民健康保険運営の中期的改革方針
(保険料水準等の統一に向けたロードマップ)

令和 3年 3月

長野県



目 次

これまでの経緯	1
第1 課題と対応	1
1 国保運営の標準化に向けた課題	1
(1) 保険給付の標準化について	1
(2) 保険料水準の統一について	2
2 最終的に目指す姿	4
(1) 完全統一案	4
(2) 準統一案	5
(3) 標準保険料率の採用案	6
第2 令和9年度までの国保運営の改革方針	6
1 改革方針のコンセプト	6
2 分野毎の方針	7
(1) 医療費指数	7
(2) 保険料	8
(3) 個別公費	11
(4) 収納率	11
(5) 保健事業、任意給付等	12
(6) 県が実施する保健事業	12
(7) 市町村事務の効率化、標準化	12
3 令和9年度における長野県の国保運営の姿	13
参考資料（ロードマップ策定に向けた経過）	14

これまでの経緯

国民健康保険（以下「国保」という。）は、加入者の皆様が保険料をあらかじめ出しあっておき、いざ医療にかかる時には、どんなに高額な医療費がかかっても、医療費の一部を支払えば医療サービスを受けられるようにする仕組みです。

しかしながら、国保は、被保険者の年齢構成が高く医療費水準が高いこと、低所得者の被保険者が多く所得水準が低いこと、小規模保険者が多く財政が不安定になりやすいこと、などの構造的な問題を抱えています。

このため、国保制度の安定的な運営ができるように、平成 30 年度から県も市町村とともに国保の運営を担い、県が財政運営の責任主体となりました。

平成 30 年度からの新制度による、本県の国保運営は概ね順調に実施されておりますが、今後も少子高齢化や過疎化の進行による被保険者の減少が見込まれる中では、保険者である県と市町村で、中長期的に持続可能な運営を図るために、絶えず制度の検証と改革をする必要があります。

具体的に、国保の持続可能性を高めるためには、保険給付と保険料の両側面に対し、県内市町村の平準化を進め、被保険者間の公平な負担による制度の継続性を図ることが必要と認識しています。

国においても、国保の都道府県単位化の趣旨の深化を一層図ることが重要として、令和 2 年 5 月に国保運営方針策定要領を改定し、その中では保険料水準の統一について、都道府県において将来的に目指すことを明確化し、地域の実情を踏まえながら、市町村との具体的な議論を進めるように求めています。

これら状況を踏まえて、平成 30 年度から県と市町村で検討を進めた結果、主に保険料（税）水準の統一に向け、納付金の算定方法を見直すなどの必要な改革と保健事業の取組の方向性等を示した、国保運営の行程表（ロードマップ）を策定することとしました。

第 1 課題と対応

1 国保運営の標準化に向けた課題

（1）保険給付の標準化について

本県では、平成 30 年度の国保運営の都道府県単位化により、市町村が直接保険料を収納し、保険給付を責任を持って支払う形から、県が市町村に必要な納付金をお願いし、保険給付は県が責任を持って支払う形に変更されました。

その結果、平成 30 年度及び令和元年度は、以下の保険給付を行いました。

階層区分	H 3 0			R 元		
	件数	金額 (円)	割合 (%)	件数	金額 (円)	割合 (%)
400万円超	536	3,046,979,618	1.82	571	3,373,591,635	2.03
400～80万円超	26,371	35,102,456,661	21.02	27,054	35,853,793,439	21.52
80～30万円超	80,446	37,811,989,225	22.64	81,024	38,239,919,529	22.95
その他	7,574,184	91,016,866,117	54.51	7,435,995	89,128,791,708	53.50
合計	7,681,537	166,978,291,621	100.00	7,544,644	166,596,096,311	100.00

これらの中には一件当たりの金額が、平成 30 年度は約 2 千 5 百万円、令和元年度は約 5 千万円になる高額な給付もあります。

一方、保険給付に関しては、高額療養費の多数回該当の世帯の継続性における判定困難事例や、領収書の添付、未申告者への再勧奨の取扱いなど、市町村毎に若干異なる場合もあります。都道府県単位化に伴い、事務処理の効率化と事務の標準化をさらに進め、「県内どこに住んでも同じ給付」が受けられるように努める必要があります。

(2) 保険料水準の統一について

国保運営が都道府県単位化された現在、「同じ県内で同じ家族構成で同じ所得であれば、同じ保険料」があるべき姿と考えますが、長野県は、全国的に見ても市町村数が多く、県内市町村間の医療費や所得、保険料等の格差も全国上位に位置しており、国保料(税)水準の統一は難しい県であると言えます。

具体的には主に以下 5 点の課題があります。

① 納付金算定における医療費水準の反映

現状は市町村が県に納める納付金の算定の際に、各市町村の医療費の多寡を表す、年齢調整後の医療費指数を反映して、納付金額の増加や減少のインセンティブを確保しています。これにより各市町村が医療費の増加抑制の取組みを行うことで、保険料の増加を抑制することができます。

しかし、小規模な町村では、人工透析など的高額な医療費が発生すると、医療費指数が大きく変動して納付金額も同様に大きく変動します。この場合、県が各市町村に示す、納付金額を賄うための参考の標準保険料率も大きく変動するため、市町村は保険料率の設定に苦慮することになります。

一方、市町村による保健事業の取組みでは容易に医療費の増加を抑制できない分野である、精神疾患の患者が多い小規模な村もあり、こうしたところでは常に納付金額が多く被保険者の保険料負担が重くなっている、是正を図る必要があります。

また、都市部と山間部とでは、医療機関(提供体制)へのアクセスのしやすさが大きく異なることが、市町村間の医療費水準の格差の一要因とも考えられます。保険料の統一にあたっては、医療提供体制は短期間で平準化されるものではないことから、こうし

た医療機関の提供体制の地域差をどのように捉えて、どのように保険料で扱うのかは課題であります。

<標準保険料率の変動が大きい町村の状況>

市町村名	被保険者数	医療費指数			標準保険料率					
					R元(c)		R2(d)		増減(d-c)	
		R元(a)	R2(b)	伸び率(b/a)	所得割	応益割(均等+平等)	所得割	応益割(均等+平等)	所得割	応益割(均等+平等)
A村	320人	0.803	0.902	112.3%	3.50%	25,610円	3.97%	29,211円	0.47%	3,601円
B町	819人	0.983	0.933	94.9%	8.15%	59,560円	6.28%	46,233円	-1.87%	-13,327円

<所得に占める保険料の割合が高い村の状況>

番号	市町村名	被保険者数	医療費指数	一人当たり所得額(a)(※)	一人当たり調定額(b)	所得に占める割合(b/a)	備考(県平均)
69	C村	591人	1.0752	395,814円	88,298円	22.3%	16.0%
68	D村	1,119人	1.0942	423,216円	85,815円	20.3%	

※ 基礎控除後の所得。擬制世帯主の所得は除く。

② 保険料算定方式及び応能・応益割合

保険料(税)算定方式は、市町村ごとに条例で定めており、県内市町村では約6割の市町村が所得割・資産割・均等割・平等割からなる4方式を採用し、残りの市町村は資産割の無い3方式を採用しているため、いずれかに統一する必要があります。また、被保険者一人当たり・一世帯当たり賦課される応益割額(均等割・平等割)は、県内市町村で大きな差があり、県が各市町村に示す標準保険料率と比較して著しく低い金額を設定している市町村もありますので、中長期的には標準保険料率に近づける必要があります。

なお、算定方式の変更、応益割額の引上げを行った場合に、個々の被保険者にとっては、負担が大きく変わる可能性があり、一定の配慮が必要となります。

③ 市町村に交付される「個別公費」の取扱い

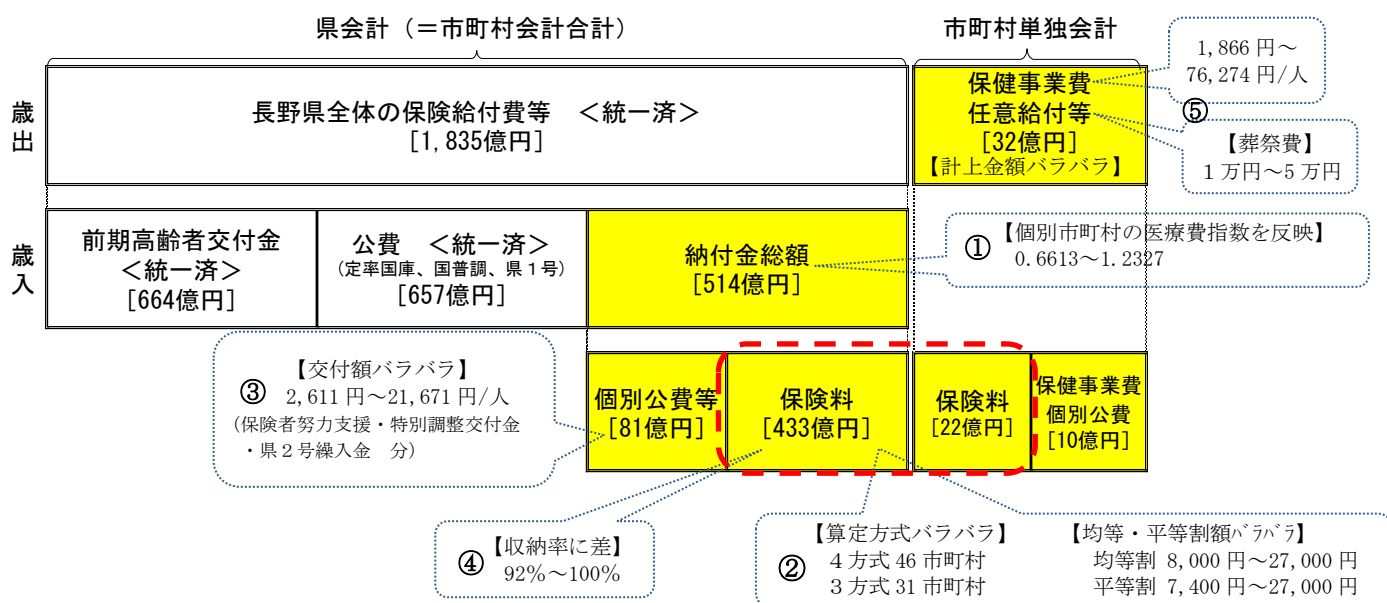
国特別調整交付金や、県2号繰入金、保険者努力支援交付金など、各市町村の事情や努力に応じて交付される公費により、各市町村は県に納める納付金の原資に充てることで、被保険者に賦課する保険料を少なくしています。保険料水準を統一するためには、最終的にこれらを県全体で均す必要がありますが、その一方で、市町村職員の医療費適正化や収納率向上などに取り組むためのモチベーションの低下が懸念されますので、両者の共存が必要となります。

④ 市町村間の収納率の格差

収納率は、小規模な町村は高く、大規模な市は低くなる傾向があり、県内では100%から92%と大きな差があります。保険料（税）率を県内で完全統一するためには、県平均の収納率を採用する必要がありますが、収納率が低い市町村はその分保険料が未納となり、収納率が高い市町村がその未納分を賄う構図となるため、収納率の高い市町村の被保険者の理解を得ることはそのままでは困難といった実態があります。

⑤ 保健事業費、任意給付等

各市町村が実施する保健事業や任意給付等の費用は、現状では県の納付金算定の対象外となります。各市町村では県が示す納付金にこれら費用を加えて、保険料（税）率を算定しています。保険料（税）を完全統一するには、これら費用も納付金算定対象とする必要がありますが、保健事業に要する費用の平準化や給付金額等を標準化ないし統一しないと、市町村間の公平性が保たれないといった課題もあります。



2 最終的に目指す姿

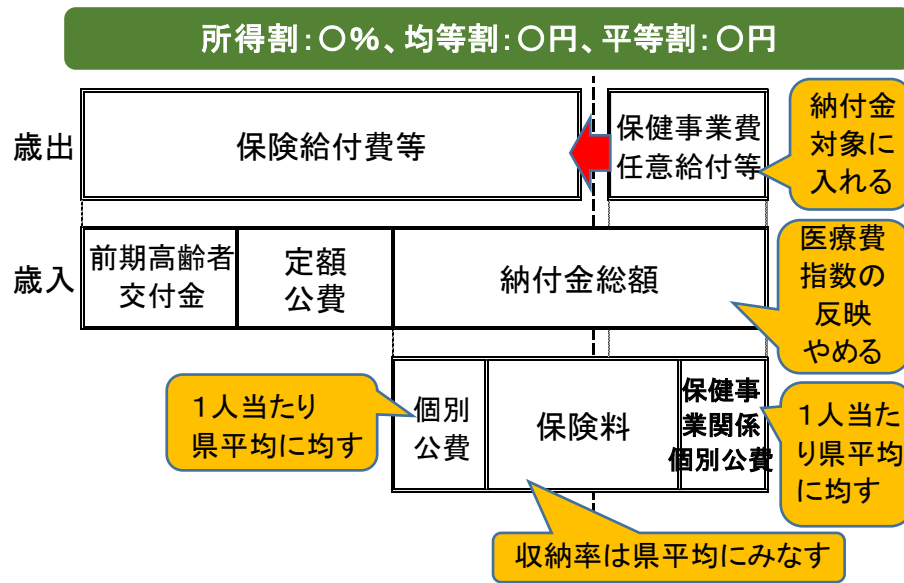
保険料統一の最終的な目指す姿は、いくつかの案が考えられます。下記の3つの案はあくまで、典型的なものであり、これらに準じたものもありえます。本県の目指す姿については、現段階では各市町村によって様々な意見があり、集約することができません。最終的に目指す姿については、令和7～8年頃までに検討を重ね、具体化を図ってまいります。当面は、最終的に目指す姿のどちらへでも行ける中間地点を、令和9年度までに到達できるようなロードマップを示します。(※第2を参照)

(1) 完全統一案

所得割、均等割、平等割が全て県統一したもので賦課するもので、後期高齢者医療制度に近いものです。

統一に向けては県内市町村で差があるものを全て、県統一・県単位化・県平均に

均す必要があり、クリアすべき課題は大きいですが、被保険者からすると保険料統一が目に見えて判り易いものとなります。

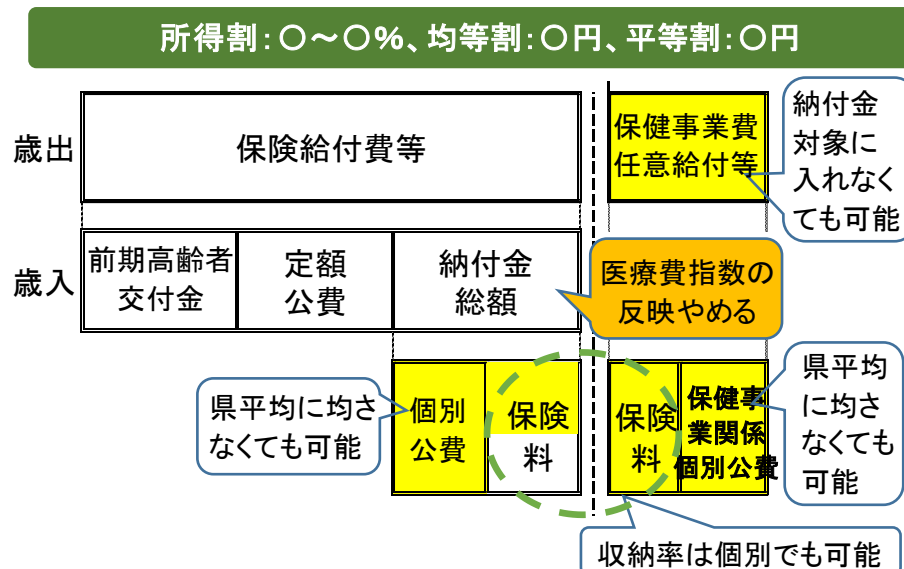


(2) 準統一案

完全統一が難しい場合に考えられるもので、所得割だけは個々の市町村により異なりますが、均等割・平等割は、県内市町村で同額に賦課するものです。

納付金算定に医療費水準を反映しないことができれば、応益割分を各市町村の被保険者数と世帯数で均等に配分することになり、各市町村で均等割・平等割を同額で賦課することができるものです。所得割の差については、各市町村の被保険者の所得水準の差、収納率の差、市町村毎に課題が異なる保健事業に関する事業費の差、保険者努力支援交付金の交付額の差として所得割で説明できるもので、完全統一と比較してクリアすべき課題は少なくなります。

応益割のみ賦課される低所得者の場合に限り、「県内で同じ保険料」という形になります。



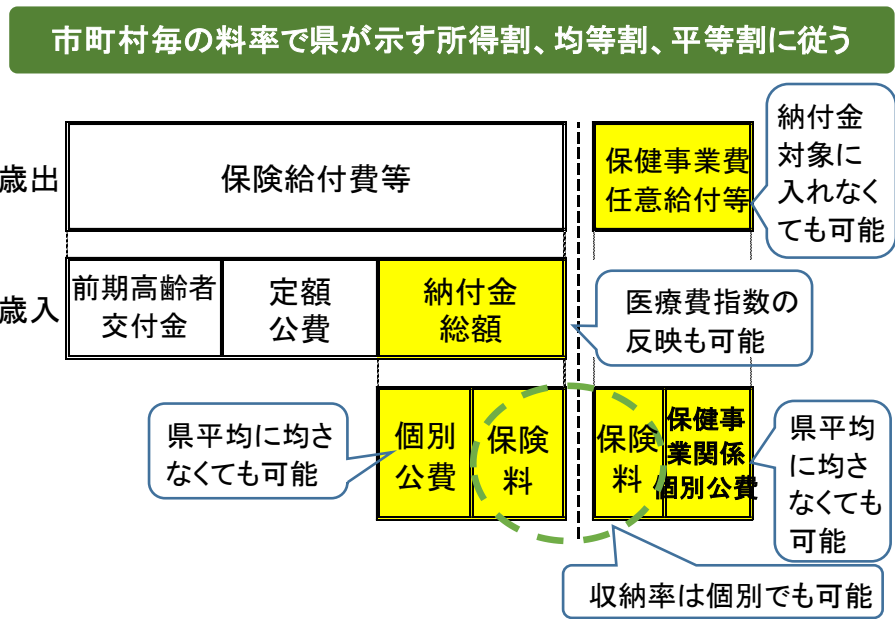
(3) 標準保険料率の採用案

上記(1)(2)を目指す場合は、医療費指数の反映をやめる必要がありますが、この了解が得られない場合に、後述の第2に記載する二次医療圏統一(二次医療圏(※)毎の医療費指数を反映)をもって本県での統一とする場合に考えられるものです。

現在、県が市町村毎に示している標準保険料率を、二次医療圏毎の標準保険料率で示し、これにより各市町村で賦課してもらいます。

二次医療圏での料率は同じになりますが、被保険者からすると統一感があまり感じられません。

なお、二次医療圏内の平均収納率を採用しない場合には、同じ二次医療圏内でも、やや標準保険料率が違うことになります。



※県下10圏域(佐久・上田・諏訪・上伊那・南信州・木曾・松本・北アルプス・長野・北信)

第2 令和9年度までの国保運営の改革方針(統一に向けたロードマップ)

1 改革方針のコンセプト

- 概ね二次医療圏での医療費指数の統一と、応益割額の平準化を目指します。
- 最終的な目指す姿のどこにでも行けるように、現状の保険料率の格差是正を図ります。

県内市町村においては、特に医療費指数の低い町村では、いきなり県統一には否定的な意見が多数あります。

ただし、小規模町村では、人工透析患者等の発生により、急激に医療費指数が上がり、納付金(保険料)が上がるリスクがあるため、より大きな枠で医療費を分ち合うことは必要です。

このため、まずは令和9年度までに原則二次医療圏で納付金算定に反映する医療費指数を統一するとともに、県も含めた市町村国保の保健事業の充実により、各圏域の医療費指数の差の縮小を目指します。

また、今後統一を進めていくに当たり、県内市町村の保険料（税）の算定方式が4方式と3方式に分かれていることや、応益割（均等割・平等割）の金額にかなりのバラつきがあるといった課題があり、これらを一定程度揃えていく必要があります。このため、令和9年度までに資産割を廃止するとともに、応益割額を二次医療圏の標準保険料率の応益割額に近づけて行きます。

2 分野毎の方針

(1) 医療費指数

ア 二次医療圏の医療費指数が県平均以下の7医療圏（※次頁表を参照）

○納付金算定に反映する各市町村の医療費指数を、令和4年度から段階的に二次医療圏の医療費指数に1/6ずつ近づけ、令和9年度に二次医療圏に統一します。

小規模町村での高額な医療費の発生による医療費指数の急激な変動リスクを抑えるためには、より大きな枠組みで医療費を分ち合うことが必要でありますので、市町村単位から二次医療圏単位に変更してまいります。被保険者が受ける医療サービスは二次医療圏単位でほぼ完結していることから、被保険者に御理解をいただくようお願いしてまいります。

これにより、各市町村の納付金額の年度間の変動も一定程度抑えられ、市町村長が中長期的に安定した保険料（税）率の設定が可能となり、被保険者に対する頻繁な保険料改定のお願いを減らすことができるようになります。

イ 二次医療圏の医療費指数が県平均以上の3医療圏（※次頁表を参照）

○引き続き各市町村の医療費指数を納付金算定に反映しますが、できるだけ早い時期の二次医療圏統一を目指します。

これら圏域内の医療費指数が低い市町村から見ますと、県平均よりも高い二次医療圏の医療費指数に引き上げることは被保険者の理解が得られないため、当面は個々の市町村単位を継続します。

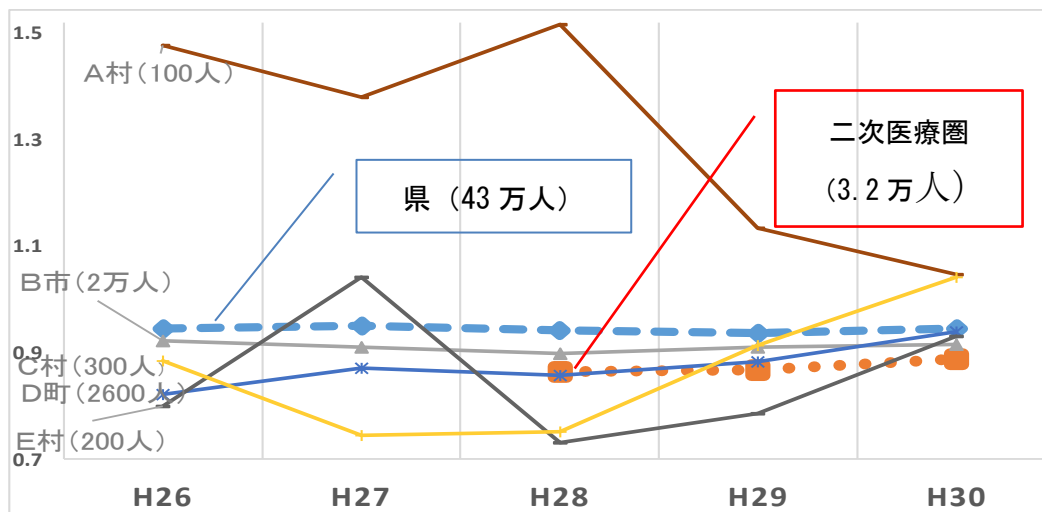
ただし、これら圏域の医療費指数の高い市町村における生活習慣病関連被保険者等への積極的介入を図るなど、県も関与しながら保健事業の取組みを強化して、医療費水準を抑えるために努力します。

一方、これら圏域内の小規模町村では、引き続き高額な医療費の発生により医療費指数が上がり、納付金額も上がるリスクが続きます。こうした場合は、県で激変緩和措置を行い、二次医療圏統一になるまでの間、当該町村における保険料の急激な上昇を抑えてまいります。

<長野県の医療費指数（R2納付金数値）「県平均0.9413」>

「ア」 県平均以下								「イ」 県平均以上		
広域 (%)	南信州 0.8728 (△7.3)	佐久 0.8969 (△4.7)	上伊那 0.9069 (△3.7)	木曾 0.9088 (△3.5)	北アルプス 0.9121 (△3.1)	北信 0.9176 (△2.5)	諏訪 0.9275 (△1.5)	長野 0.9582 (1.8)	上田 0.9637 (2.4)	松本 0.9963 (5.8)
広域 最小 (%)	下條村 0.7177 (△23.8)	川上村 0.7685 (△18.4)	飯島町 0.8344 (△11.4)	王滝村 0.6613 (△29.7)	小谷村 0.7578 (△19.5)	栄村 0.8421 (△10.5)	富士見町 0.8113 (△13.8)	小布施町 0.8648 (△8.1)	長和町 0.9341 (△0.8)	朝日村 0.8378 (△11.0)
広域 最大 (%)	平谷村 1.2327 (31.0)	北相木村 0.9387 (△0.3)	箕輪町 0.9159 (△2.7)	大桑村 0.9680 (2.8)	大町市 0.9682 (2.9)	飯山市 0.9771 (3.8)	諏訪市 0.9550 (1.5)	小川村 1.1500 (22.2)	青木村 0.9883 (5.0)	生坂村 1.1107 (18.0)

<年齢調整後の医療費指数の推移（南信州地域の一部市町村）>



【期待される効果】

市町村が適切な保険料（税）率の改定を行えるようになります。
 保健事業の取り組みでは疾病予防が困難な被保険者の比較的高額な医療費負担について、二次医療圏単位のより大きな枠で助け合うことができます。

(2) 保険料

ア 資産割の廃止

○資産割を令和9年度までに廃止します。(各市町村の準備が整い次第となります)

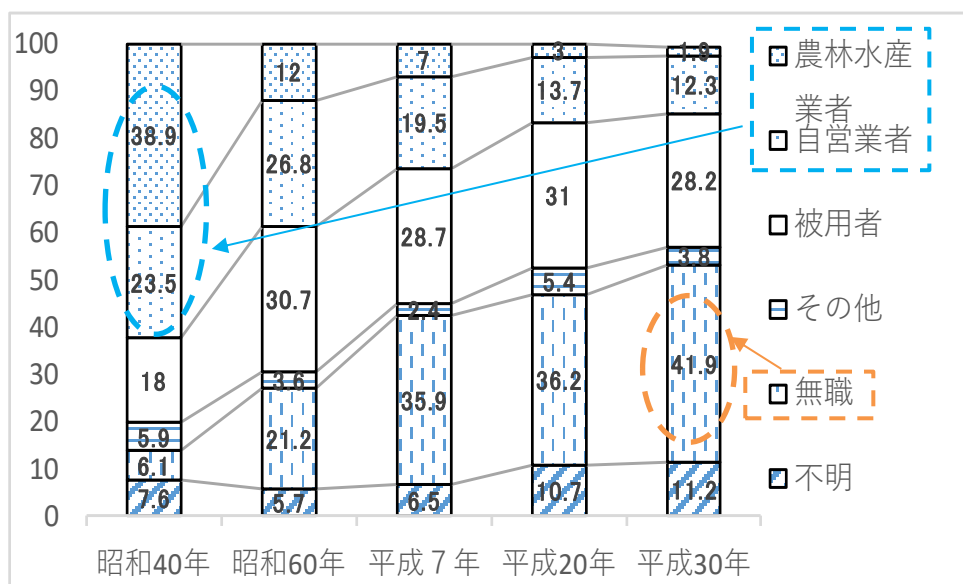
資産割は、かつて自営業者等が多かった頃の農地等の生産資産に対する課税が主でしたが、近年は、住宅・宅地等の生活資産への課税が主になっています。年金生活者等の低所得者であっても、応益割保険料のような7・5・2割軽減の制度も無い資産割は、負担が大きくなっています。また、金融資産や他市町村にある農地等には課税出来ないことから、不公平との意見もあります。

資産割の生活資産への課税重視の傾向は、今後も強まることが予想され、全国的にも本県でも廃止の方向であることから、令和9年度までに廃止することとします。

資産割の廃止分は、被保険者に広く負担していただくこととなりますが、低所得者に対する均等割・平等割の新規負担分は、公費による保険料軽減制度により個人負担が緩和されますので、市町村ではこの点を考慮して、料率を決めていただきます。

ただし、資産割率が著しく多く、かつ既に応益割保険料が高い一部の村においては、応益割への新たな負担増は大変であるとのことから、県では低所得者等の負担軽減を独自に村にお願いし、県2号繰入金による支援を行います。

＜全国の市町村国保の世帯主の職業別構成割合の推移＞



＜長野県の賦課方式別保険者の状況（医療分）＞

賦課方式	～H29		H30		R2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
4方式	74	95.1%	59	76.6%	46	59.7%
3方式	3	3.9%	18	23.4%	31	40.3%

＜全国の賦課方式別保険者の状況（医療分）＞

賦課方式	H20		H29		H30	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
4方式	1,263	74.3%	1,012	59.0%	664	38.7%
3方式	387	22.7%	625	36.5%	949	55.4%
2方式	51	3.0%	77	4.5%	101	5.9%

【期待される効果】

将来的に自営業者の割合が更に減ることを鑑み資産割を廃止し、応益割（低所得者の収入に応じた軽減制度あり）と、所得割（収入に応じて負担）に移行してまいります。

イ 応益割保険料（均等・平等割）を標準保険料に近づけます。

○令和9年度までに、原則二次医療圏の医療費水準による標準保険料に、各市町村の応益割保険料を近づけます。

本県の国保被保険者は平成26年度の53万人から令和元年度の43万人と大幅に減少しており、今後もパートタイム労働者の健康保険の適用拡大などによる減少も予想されます。また、平成26年度から令和元年度の一人当たりの個人県民税や県民所得は着実に上がっていますが、国保の一人当たり所得は減少傾向です。

本県の後期高齢者医療制度の応益割保険料が、一人一世帯当たり4万円程度であることや、二次医療圏単位の標準保険料の応益割保険料も、4万円前後であることを踏まえると、中長期的な国保の財政運営の安定化を図るため、また、今後の保険料収入を確保する観点から、応益割保険料の低い市町村にあっては、当該応益割保険料を一定程度引き上げる必要があります。

なお、国では令和4年度から子どもの均等割軽減制度の導入を検討しており、国が示した案によると、就学前の子どもがいる世帯は所得の多寡に関わらず均等割保険料の負担が軽減されることとなります。しかし、中所得者で子どもがいない世帯及び就学児のいる世帯は、低所得者等の応益割保険料軽減制度に該当しないため、そのままでは保険料負担は緩和されません。応益割保険料が低い市町村で応益割保険料を一定程度引き上げ、その分で所得割保険料を引き下げることによって、こうした中所得者の負担緩和が可能となります。

以上の事情を勘案して、現行の応益割保険料が著しく低い町村においては、応益割保険料の引き上げを行った際に、低所得者の応益割保険料の負担増は大変であることから、県では独自の低所得者の負担軽減措置を町村にお願いし、減収分は県2号繰入金による支援を行います。

ただし、新型コロナウイルス感染症の影響による被保険者の所得減少が予想されることや、低所得者の負担軽減措置の具体的な実施方法の検討が必要なことから、応益割保険料の引き上げは、令和4年度以降から実施することを基本としますが、資産割を廃止して応益割保険料に振り向ける市町村も想定されることから、実施時期は、個別市町村で判断することとなります。

<長野県国保一人当たり所得等の状況>

	H26	H27 (前年比、%)	H28 (前年比、%)	H29 (前年比、%)	H30 (前年比、%)	R元 (前年比、%)	備考
国保一人当たり所得(円)	605,318	579,384 (△4.28)	600,039 (3.56)	557,569 (△7.08)	559,687 (0.38)	570,490 (1.93)	国保調整交付金賦課状況調査数値
個人県民税一人当たり税額(円)	60,385	61,791 (2.33)	61,919 (0.21)	62,282 (0.59)	62,530 (0.40)	63,742 (1.94)	
県民所得一人当たり額(円)	2,610,000	2,701,000 (3.49)	2,728,000 (1.00)	2,876,000 (5.43)	2,882,000 (0.21)	2,940,000 (2.01)	県民所得は前年数値

【期待される効果】

中長期的に国保財政を安定化させるため、応益割保険料の著しく低い町村の応益割保険料の引上げは必要となります。その結果、長野県全体で、軽減制度が適用されない中所得者の保険料上昇を抑えることにつながります。

子どもの均等割軽減制度の導入が検討されている昨今、応益割保険料の水準をそろえ、中所得者の所得割の負担を緩和することは、子どもがいる世帯間のより平等な処遇にも寄与します。

(3) 個別公費

○当面は個々の市町村の努力等により配分された金額を、当該市町村の財源として配分します。

保険料統一のためには、県全体で「個別公費」を均すことが必要ですが、それにより市町村職員の医療費適正化や収納率向上などに取り組むためのモチベーションが低下するため、引き続き個々の市町村の努力に応じて配分すべきとの意見が市町村関係者から多くありました。

このため、当面は、引き続き各市町村の努力等に応じた配分とします。なお本県においては、保険者努力支援制度交付金都道府県分の指標①（約5億円弱）を、各市町村の予防・健康づくり事業への取組や、収納率の状況を評価して個別市町村に再配分を行っており、インセンティブの確保は重要と認識しています。

保険者努力支援制度交付金については、県の関与を高め、特に交付金の少ない市町村の底上げ支援を図ってまいります。時間をかけて各市町村の差を少なくした上で、県統一を検討します。

【期待される効果】

保険者努力支援制度交付金の交付額が少ない市町村について、県の関与を高め底上げを図っていくことで、県内被保険者に賦課する保険料総額を圧縮していきます。

(4) 収納率

○当面は個別の市町村の収納率を従来どおり用います。

収納率は100%から92%と市町村間の差が大きく、県平均の収納率に均すことは収納率の高い市町村の被保険者の理解が得られません。

収納率の低い市町村の底上げを図るため、条例規則等による口座振替の義務付け（ペイジー等の導入を前提）、その他各種向上対策に関し、県と市町村で引き続き協議し、市町村間の差が少なくなったところで、県統一を検討します。

【期待される効果】

収納率を上げることで、長野県全体で、被保険者に対し不足分として上乘せする賦課額を減らすことができます。

(5) 保健事業、任意給付等

○保健事業費の計上の標準化の検討、人間ドック補助金等の統一を進めます。

人間ドック補助金等の標準化について、来年度以降、県と市町村のワーキンググループ等で検討を進め、合意が得られたものから県統一の対象とします。

結核精神給付金の取扱いは、過去の経緯も踏まえ、慎重な検討が必要な内容です。

令和9年度は統一までの途中期間でもありますので、検討の対象とはしません。

その他、保健事業の標準化については、引き続きワーキンググループ等で検討していきます。

【期待される効果】

全市町村で合意できれば、県内どこに住んでも、人間ドック等の受診費用に対する公平な補助が受けられます。

(6) 県が実施する保健事業

各県保健所にKDB（国保データベース）システムを導入して、二次医療圏域単位の分析等により、圏域・市町村毎に異なる健康課題を明確化し、個々の課題に対する市町村支援を実施してまいります。また、協会けんぽと連携して、将来的な国保被保険者に対する保健指導等に参画するなど、疾病予防や健康づくりを進めてまいります。

とりわけ、県として小規模町村の保健事業の運営に関し、依頼に応じて支援を行います。

【期待される効果】

保健所に導入するKDBデータの活用により、地域で共通する健康課題が明らかになり、市町村間で協調した取組みによる、圏域毎の一体的な健康づくりが推進されます。

40代～50代に対する保健事業の強化により、自営業者はもとより、会社員等が定年退職後に国保に加入してきた際の、医療費の増加を抑えることができます。

(7) 市町村事務の標準化及び効率化

市町村が行う以下の事務に関し、市町村間で取扱いが異なるものについて、事務の標準化及び効率化を推進してまいります。

ア 事務の標準化

国保関係の事務の総点検を行い、国保連合会への委託を含め、効率化を図り、被保険者への早期の給付決定等の検討も行います。

イ 保険給付の標準化

高額療養費の多数回該当の世帯の継続性の判定困難事例や、申請時における領収書の取扱いなどの標準化を検討し、公平な保険給付に努めます。

ウ 減免制度の標準化

保険料（税）・一部負担金の減免基準について、令和2年度に県が標準的な減免基準を定め、これらを参考にして、これまで基準の無かった市町村でも一定の基準を定めることになりました。

なお、県が示した標準的な減免基準は、あくまで最低限の足並みをそろえるものであり、各市町村の減免基準を実質的に統一するか否かについては、引き続きワーキンググループ等で検討していきます。

【期待される効果】

県内どこの市町村であっても、公平な給付と減免措置等が受けられます。

市町村事務の効率化により、被保険者へのサービス提供の迅速化等が図られます。

3 令和9年度における長野県の国保運営の姿 [R2納付金算定数値による]

①医療費指数

⇒ 県平均以下の7医療圏は二次医療圏単位で統一。

〔医療費指数 0.87~0.93、格差 1.06 倍〕

⇒ 保健事業の強化により長野・松本・上田医療圏で医療費指数が高い市町村の医療費指数は低下傾向となり、二次医療圏統一に向けた検討を始められる状況。

〔※長野市 0.96、須坂市 0.96、高山村 0.96、飯綱町 0.96、小川村 1.14、松本市 1.00、塩尻市 0.98、筑北村 1.09、麻績村 1.07、生坂村 1.11、安曇野市 0.96、上田市 0.96、東御市 0.95、青木村 0.98 ⇒ それぞれ 0.2 ポイント程度低下〕

②保険料

⇒資産割は全市町村で廃止。

⇒保険料が著しく低い町村の応益割額は、標準保険料の応益割額に近づいている。

〔2万円以下（2村）⇒ 3万円程度、3万円以下（7町村）⇒ 4万円程度〕

③個別公費

⇒保険者努力支援制度等の交付額が、県内市町村間で一定程度平準化。

〔最高 21,671 円～最低 2,611 円 ⇒ 個々の市町村が県平均 5,280 円以上〕

※保険者努力支援（県分の指標①、市町村分）・特別調整交付金・県2号繰入金

④収納率

⇒県平均（95.1%）以下の収納率の14市町村で、条例・規則による口座振替の原則化が義務付けされたり、その他の収納率向上の取組により、収納率が96%程度に向上。

県全体の平均収納率も96%後半に向上。

⑤保健事業

⇒人間ドック補助金の標準的な実施基準が定められ、納付金算定対象に含めて実施。

⇒出産育児一時金・葬祭費の金額を統一。

⑥法定外繰入

⇒決算補填目的の法定外繰入は全て解消。

〔注：それぞれ取組みが順調に行われた場合〕

【参考資料】

ロードマップ策定に向けた経過

1 ワーキンググループの実施

ロードマップを策定するため、市町村との意見交換の場として、令和元年度に「医療費」「保険料」「標準化」の3つのワーキンググループ（WG）を設置し、各8市町村、計24市町村の参加を得て、上記の様々な課題について意見交換を行い、ロードマップの策定に係る、6つの論点整理を行いました。

(1) 主な検討項目

医療費WG	■医療費水準と医療提供体制の地域差の現状分析・平準化の範囲等 ■医療費適正化インセンティブと保健事業の平準化
保険料WG	■収納率格差の現状分析・格差縮小対策等 ■収納率格差を踏まえた統一保険料率
標準化WG	■算定方式の統一 ■市町村任意給付事業・各種基準の統一 ■被保険者にとってのメリット

(2) 開催状況 令和元年5月～12月まで計12回

(3) 検討結果（論点整理）

- 論点1 市町村に交付される交付金の取扱い
- 論点2 市町村間の医療費格差の許容範囲
- 論点3 市町村間の収納率格差の許容範囲
- 論点4 保健事業の平準化
- 論点5 市町村独自の任意給付等の統一
- 論点6 保険料応益割の統一・資産割の廃止

2 市町村長等との意見交換

- (1) 令和元年度のWGでの検討で整理された6つの論点と方向性（案）について、全市町村長及び市町村国保担当者へ説明のうえ意見交換を実施しました。

ア 市町村長

令和2年4月～7月 計23回

イ 市町村国保担当者

令和2年8月～10月 計13回

- (2) 上記(1)でいただいたご意見を踏まえてロードマップたたき台を作成し、全市町村長への説明及び意見交換を実施しました。

令和2年12月～令和3年2月 計39回

(3) 主な意見

①医療費水準	<ul style="list-style-type: none">・医療費水準が県平均より低い圏域では、ひとまず二次医療圏で統一が必要・二次医療圏内の医療費水準の格差是正のため、県の関与を高めることが必要・人工透析患者等が複数発生すると、小規模な町村では医療費が急激に上がり大変・住民の努力が一定程度医療費水準の高低に影響しており、それを反映しバランスをとるなら、二次医療圏で統一と考える
②個別公費	<ul style="list-style-type: none">・保険者努力支援等の努力に対するインセンティブは引き続き残すべき
③保険料	<ul style="list-style-type: none">・急激に保険料（税）率が上がらないように、時間をかけて・資産割は不公平であり廃止すべき・資産割はR 9までであれば廃止可能
④収納率	<ul style="list-style-type: none">・収納率は100%～92%と市町村間で差が大きく、県平均の収納率にすることは、収納率の高い市町村の被保険者の理解が得られない
⑤保健事業等	<ul style="list-style-type: none">・市町村独自の保健事業は上手く残して欲しい・人間ドック補助金などは統一して欲しい