

# 長野県国民健康保険運営方針

令和3年3月

長野県

しあわせ  信州



## 目次

はじめに	1
1 策定の目的	1
2 策定の根拠	1
3 方針の対象期間	1
第1 基本的な考え方	1
1 都道府県単位化により目指す姿	1
第2 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し	2
1 国保加入状況等	2
（1）被保険者の状況	2
（2）保険者の規模	3
（3）被用者保険との比較	4
2 医療費の現状と見通し	4
（1）医療費の現状	4
（2）医療費の将来推計	9
3 国保財政	11
（1）国保財政の現状	11
（2）財政収支の改善に係る基本的な考え方	14
（3）赤字解消・削減の取組、目標年次等	11
（4）財政安定化基金	16
第3 市町村における保険料（税）の標準的な算定方法	17
1 現状	17
2 納付金及び標準的な保険料の算定方法	18
（1）保険料水準の統一について	18
（2）納付金の算定方法	18
（3）市町村標準保険料率	20
（4）各市町村の算定基準に基づく標準的な保険料率	21
（5）都道府県標準保険料率	21
3 激変緩和措置	21
4 納付金負担が大幅に減少する場合の措置	23
第4 市町村における保険料（税）の徴収の適正な実施	26
1 現状	26
2 目標収納率	28
3 収納強化の取組	29
（1）口座振替の促進	29

(2) 現年度分の収納強化.....	29
(3) 滞納対策.....	29
<b>第5 市町村における保険給付の適正な実施.....</b>	<b>30</b>
1 現状.....	30
2 県による保険給付の点検、不正利得の回収.....	32
(1) 保険給付の点検.....	32
(2) 大規模な不正利得返還金の回収.....	32
3 療養費の支給の適正化.....	33
4 レセプト点検の充実強化.....	33
5 第三者求償の推進.....	33
6 保険者間調整.....	34
7 高額療養費の多数回該当の取扱い.....	34
<b>第6 医療費適正化の取組.....</b>	<b>35</b>
1 現状.....	35
2 適正化に向けた取組.....	37
(1) 特定健康診査・特定保健指導実施率向上のための取組.....	38
(2) 後発医薬品の使用促進.....	38
(3) 重複頻回受診・多剤投薬の適正化.....	38
(4) 糖尿病性腎症重症化予防の取組.....	38
(5) 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組.....	39
(6) KDB（国保データベース）システムの活用による保健事業の推進.....	39
<b>第7 市町村が担う事務の効率化、標準化.....</b>	<b>39</b>
1 市町村事務の効率化.....	39
2 市町村事務の標準化.....	40
(1) 申請書様式の標準化.....	40
(2) 事務処理マニュアルの作成.....	40
(3) 高額療養費の多数回該当の取扱い（再掲）.....	40
<b>第8 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携.....</b>	<b>40</b>
<b>第9 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の事項.....</b>	<b>41</b>
1 長野県県・市町村国保運営連携会議の設置.....	41
2 国民健康保険運営協議会の審議.....	41
3 情報共有の推進.....	41
<b>第10 検証及び見直し.....</b>	<b>41</b>
1 市町村によるPDCAサイクルの実施.....	41
2 国民健康保険運営方針の検証・見直し.....	42

## はじめに

### 1 策定の目的

国民健康保険は、被用者保険に加入する方等以外の全ての方を加入者とする公的な医療保険制度であり、また、会社等を退職したほとんどの方が国民健康保険に加入するなど、国民皆保険の根幹として堅持していかなくてはならない国が創設した社会保障制度です。

国民皆保険は、医療を必要とする方が安心して医療サービスを受けるための制度ですが、近年、医療費は高齢化や医療の高度化等により年々増大を続け、また、高額薬剤の保険適用等、急激に医療費が増大する場合もあり、国民健康保険財政を圧迫しています。

こうした中で、平成 27 年 5 月、国民健康保険法が改正され、平成 30 年度より都道府県が市町村とともに保険者に位置付けられました。市町村は地域住民との身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、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います。県は、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などの事業運営において中心的な役割を担い、国民健康保険制度の安定化を図ることとされました。

また、今後のさらなる高齢化の進展や医療の高度化による医療費の増加を抑制することが大変重要です。このため「保険者努力支援制度」を活用し、県及び市町村が協力・連携して予防・健康づくりへの取組を推進し、医療費の適正化を進める必要があります。

安定的な財政運営、市町村事務の効率化・標準化の推進や、保健事業等による医療費の増加抑制のための取組の推進等により持続可能な医療保険制度の構築を目指すという共通認識のもと、県と県内市町村が保険者として一体となって国民健康保険を運営するために、統一的な方針を定めます。

### 2 策定の根拠

本方針は、国民健康保険法第 82 条の 2 第 1 項に基づき策定します。

### 3 方針の対象期間

本方針の対象期間は令和 3 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日までの 3 年間とします。

## 第 1 基本的な考え方

### 都道府県単位化により目指す姿

国民健康保険は、高齢者の加入割合が高い、加入者の所得水準が低い、市

町村ごとの医療費、保険料の格差が大きい等の構造的課題を抱えています。本県においては、高齢者の加入割合は5割近くとなり、所得水準は全国の市町村国保と比べて低く、保険料格差は全国的な状況と比較して大きく、構造的課題が特に顕著となっています。

また、従来の市町村単位の財政運営では特に小規模市町村において、高額医療費が発生した場合などに、保険料負担の増加や年度末の急な決算補填など不安定な財政運営が強いられる状況にありました。こうした状況を踏まえ、加入者の保険料の変動リスクを軽減することを目指し、平成30年度から都道府県単位化による財政安定化を図ったところです。しかし、本県は、小規模市町村の割合が6割を超え、全国と比べて財政規模の小さな保険者が多いという特徴があります。

また、小規模市町村では長期入院患者が多い等の偶発的な理由により保険料負担が他市町村と比較して高い場合があります。都道府県単位化に伴い、「同じ所得の県民は同水準の保険料負担」という理念を踏まえ、今後も引き続き、国民健康保険運営の改革を図るとともに県内加入者の負担の平準化を図り、保険料水準の統一を目指します。

さらに、県も保険者の立場で県民の健康づくりのための保健事業の取組を各市町村と協力してこれまで以上に推進していくことで、県民の疾病予防を進め、医療費の適正化を図っていきます。

## 第2 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

### 1 国保加入状況等

#### (1) 被保険者の状況

- ・被保険者数については、平成28～30年度で42,013人減少（減少率8.47%）しましたが、全国の減少率は8.66%であり、全国と比べると減少率は低いものの、平成25～27年度の減少率は5.76%であり、以前より減少率が增大しています。
- ・高齢化率（加入者に占める65歳以上の方の割合）は、平成30年度において、全国43.2%に対して、本県は46.8%で全国と比べて高くなっており、平成28～30年度で2.2%の増加となっています。
- ・1世帯当たりの被保険者数は、平成30年度において、全国1.56人/世帯に対して、本県は1.60人/世帯であり、全国と比べてやや高くなっています。
- ・国保加入割合は、平成30年度において、本県は23.4%で平成28年から1.8%減少していますが、全国の25.0%と比べてやや低くなっています。

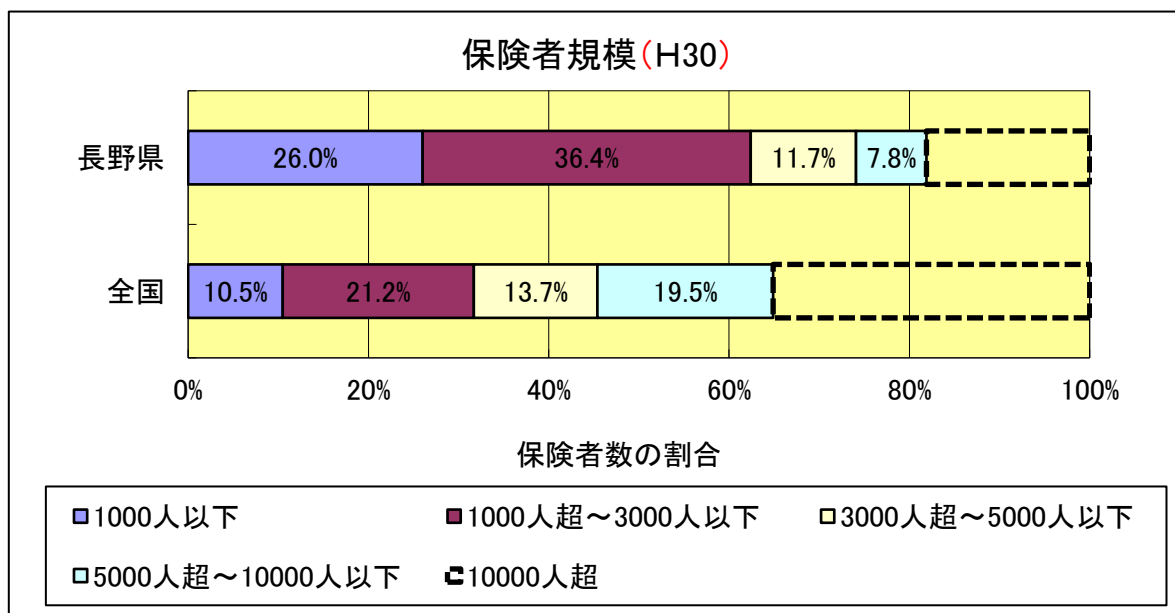
■国保被保険者加入状況等

	年度	被保険者数（人）			高齢化率	1世帯 当たり 被保険 者数	国保加 入割合
		総数	0～64歳	65～74歳			
長野県	H28	495,966	274,713	221,253	44.6%	1.65	25.2%
	H29	473,946	256,218	217,728	45.9%	1.63	24.2%
	H30	453,953	241,463	212,490	46.8%	1.60	23.4%
	R元	438,224	230,350	207,874	47.4%	1.58	21.0%
全国	H28	30,125,921	17,462,600	12,378,078	41.1%	1.61	26.6%
	H29	28,702,416	16,280,983	12,190,724	42.5%	1.58	25.9%
	H30	27,517,328	15,317,699	11,895,719	43.2%	1.56	25.0%
	R元	-	-	-	-	-	-

厚生労働省「国民健康保険事業年報」

(2) 保険者の規模

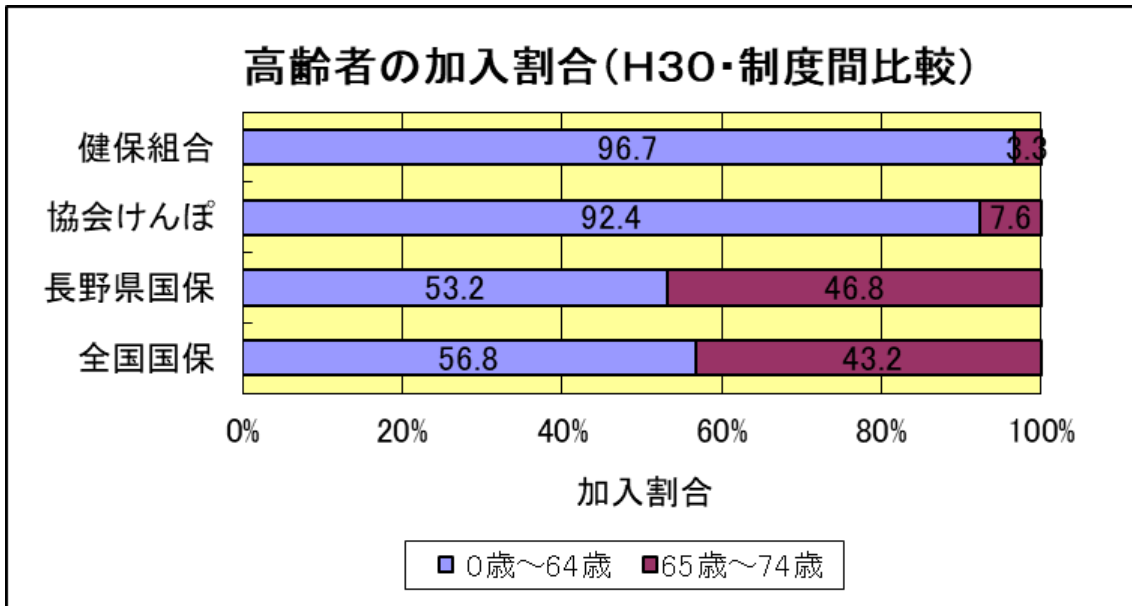
- ・市町村別に被保険者数をみると、財政が不安定になるリスクの高い小規模保険者（被保険者数が3,000人未満の保険者）が多く、平成30年度において、77市町村中48市町村（62.4%）あります（付属資料P1）。全国では、31.7%であり、全国と比べて小規模保険者が大幅に多い状況です。



厚生労働省「国民健康保険事業年報」

(3) 被用者保険との比較

- ・他の医療保険制度と比較すると、被用者保険は高齢者の加入割合が10%未満であるのに対して、本県国保では47%にのびります (H30)。



厚生労働省「国民健康保険実態調査」「健康保険実態調査」

- ・また、他の医療保険制度と比べて、所得水準が低く、平成30年度において、本県の市町村国保の加入者一人当たり平均所得は、協会けんぽより75万円、組合健保より141万円低くなっています。

■保険別加入者一人当たり平均所得 (H30)

区分	市町村国保 (長野県)	市町村国保 (全国)	協会けんぽ	組合健保
加入者一人当たり平均所得	81万円	88万円	156万円	222万円

厚生労働省「国民健康保険実態調査」

2 医療費の現状と見通し

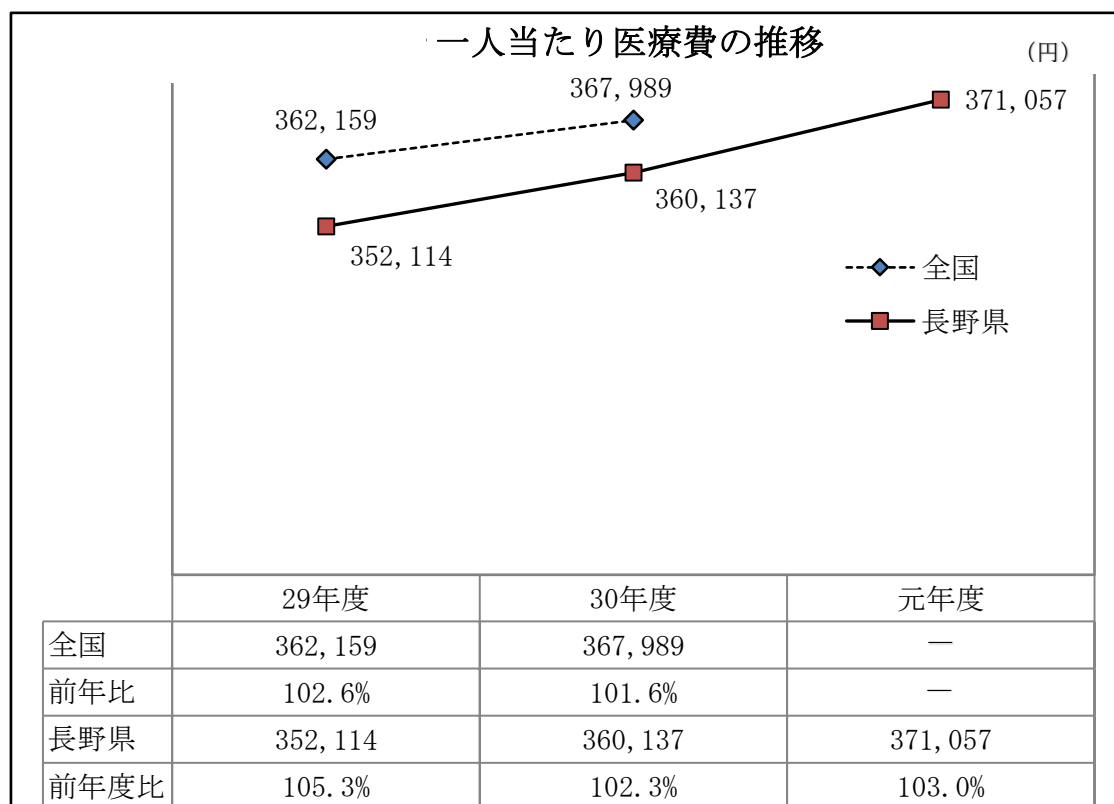
(1) 医療費の現状

ア 一人当たり医療費

- ・本県の一人当たり医療費は、令和元年度においては371,057円、前年度から3.0%伸びています。
- ・一人当たり医療費を市町村別にみると、多くの市町村で毎年上がっていますが、令和元年度においては、25市町村で一人当たり医療費が低下しました。



小規模市町村においては、高額医療費発生の有無が一人当たり医療費に大きく反映されるためと考えられます（付属資料P3）。



厚生労働省「国民健康保険事業年報」

## イ 医療費の格差

- 一人当たり実績医療費の格差は県内で最大で2.4倍となっています（R元）。

### ■一人当たり医療費格差状況（R元）

	最大	最小
市町村名	天龍村	川上村
一人当たり医療費	472,808円	199,778円
格差	2.4倍	

長野県「国民健康保険事業状況」

- また、二次医療圏内での医療費格差は、最大が1.86倍（南信州）、最小が1.12倍（上田）となっています（R元）（付属資料P3）。

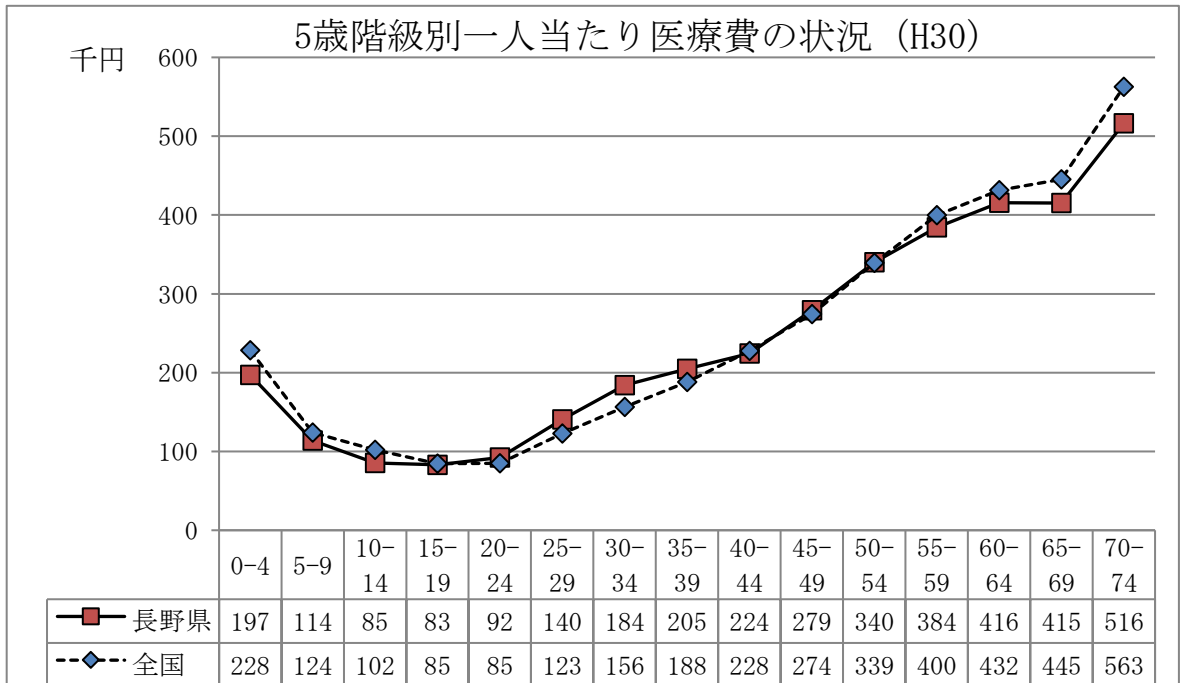
■一人当たり医療費二次医療圏別格差状況（R 元）

広域	最大	最小	格差	格差順位
佐久	365,151 円 (佐久市)	199,778 円 (川上村)	1.828 倍	2
上田	428,281 円 (青木村)	383,462 円 (上田市)	1.117 倍	10
諏訪	404,955 円 (岡谷市)	285,515 円 (原村)	1.418 倍	5
上伊那	421,128 円 (辰野町)	330,295 円 (中川村)	1.275 倍	7
南信州	472,808 円 (天龍村)	253,673 円 (売木村)	1.864 倍	1
木曾	399,526 円 (木曾町)	330,176 円 (上松町)	1.210 倍	9
松本	448,361 円 (筑北村)	300,751 円 (朝日村)	1.491 倍	4
北アルプス	396,340 円 (大町市)	250,773 円 (白馬村)	1.580 倍	3
長野	427,615 円 (小川村)	343,789 円 (小布施町)	1.244 倍	8
北信	431,796 円 (栄村)	321,847 円 (野沢温泉村)	1.342 倍	6

長野県「令和元年度国民健康保険事業状況」

ウ 年齢階層別一人当たり医療費（H30）

- ・本県で年齢階層別一人当たり医療費が、県全体の一人当たり医療費（360,137 円）を超えているのは、55 歳以上の年齢階層であり、高齢層の一人当たり医療費が高くなっています。
- ・本県は、20-39 歳及び 45-54 歳の一人当たり医療費が全国平均よりも高くなっています。特に、30-34 歳では全国平均を約 28,000 円上回っています。



厚生労働省「国民健康保険実態調査」「医療給付費実態調査」

## エ 地域差指数

- ・地域差指数は、地域の一人当たり医療費について人口の年齢構成の相違による分を補正し、指数化（全国平均＝1）したものです。
- ・本県の地域差指数は0.951となっており、全国よりも低くなっていますが、近年上昇傾向にあります。
- ・また、診療種別の地域差指数は、入院は0.952、入院外＋調剤は0.957、歯科は0.895で全国よりも低くなっていますが、近年上昇傾向にあります。

### ■診療種別地域差指数(H30)

	合計	入院	入院外 ＋調剤	歯科
地域差指数	0.951	0.952	0.957	0.895
全国順位	40	36	42	34

厚生労働省「医療費の地域差分析」

- ・市町村別の地域差指数をみると、地域差指数の高い市町村では、入院の地域差指数が高い傾向があります。他方、地域差指数の低い市町村においては、入院・入院外のいずれか、またはその両方が低い傾向があります。（付属資料P5）
- ・全診療種別の合計の地域差指数が全国平均を上回る市町村数は、10市町

村です。

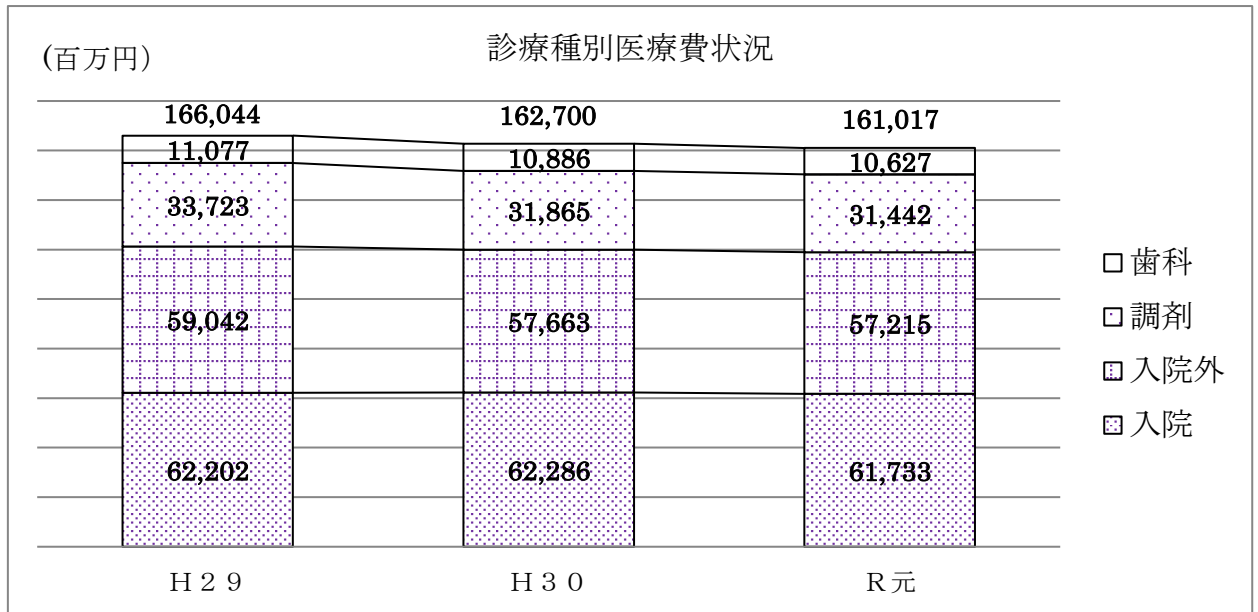
■地域差指数市町村別状況(H30)

	合計	入院	入院外 +調剤	歯科
全国平均 (= 1) を 上回る市町村数	10 (2)	21 (3)	10 (1)	12 (2)

( )内：人口 1,000 人未満の市町村  
厚生労働省「医療費の地域差分析」

オ 診療種別医療費

- 令和元年度の診療費に占める各診療種別医療費の割合は、入院 38.3%、入院外+調剤 55.1%、歯科 6.6%です。



長野県「国民健康保険事業状況」

カ 高額医療費の状況

- 一人当たり高額医療費（80万円超レセプトの80万円超部分）は、令和元年において33,783円でした。一人当たり医療費（371,057円）に占める割合は9.1%でした。

■一人当たり高額医療費状況

	一人当たり高額医療費 (円)	一人当たり医療費 に占める割合
H30	34,029	9.7%
R元	33,783	9.1%
R2	37,670	—

国保連合会提供データ

- ・市町村別にみると、高額医療費の格差は3年平均で最大で3.3倍の格差がありました（付属資料P7）。
- ・また、特に小規模市町村において、高額医療費の乱高下が生じることがあります。

## （2）医療費の将来推計

### ○医療費の推計方法

医療費＝①被保険者数×②一人当たり医療費 で算出しています。

### ①被保険者数の推計

推計対象年度における県人口推計値（5歳階級別）に平成30年度の国保加入率（5歳階級別）を乗じて算出しています。

なお、県人口推計値（5歳階級別）は過去5年実績値をもとに毎年度の数値を推計しています。

使用データ：厚生労働省「国民健康保険保実態調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」、総務省「住民基本台帳人口統計」

### ②一人当たり医療費の推計

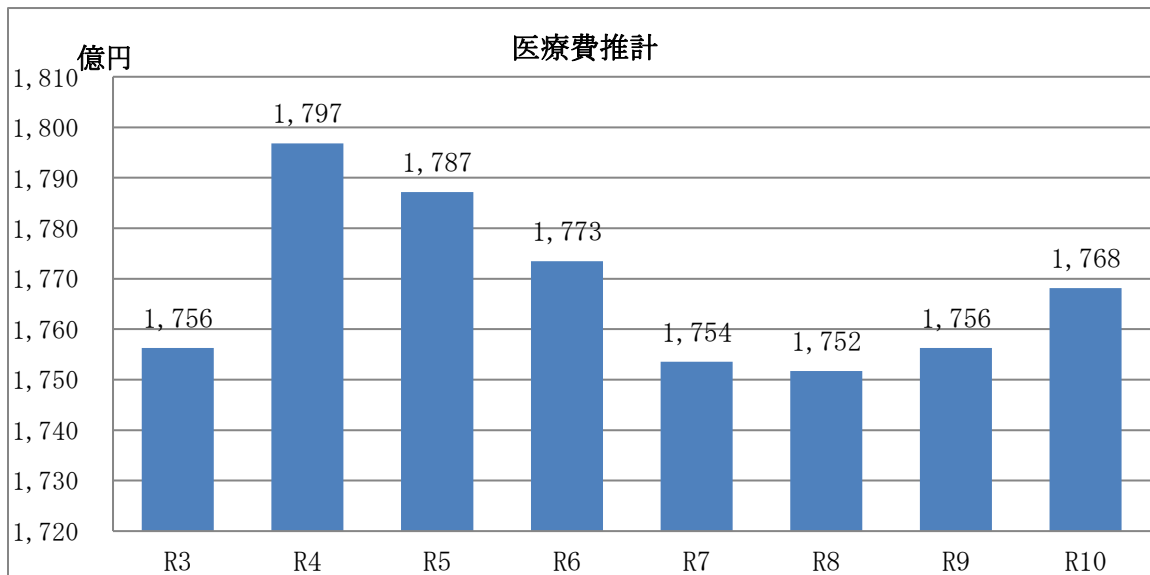
平成29年度の診療種別医療費実績値に推計対象年度の伸び率を乗じて算出しています。

伸び率は、平成24～28年度の診療種別医療費の伸び率の平均値に、人口変動率、診療報酬改定の影響、高齢化の影響等を勘案した伸び率を用いています。

※療養費等は除いている。

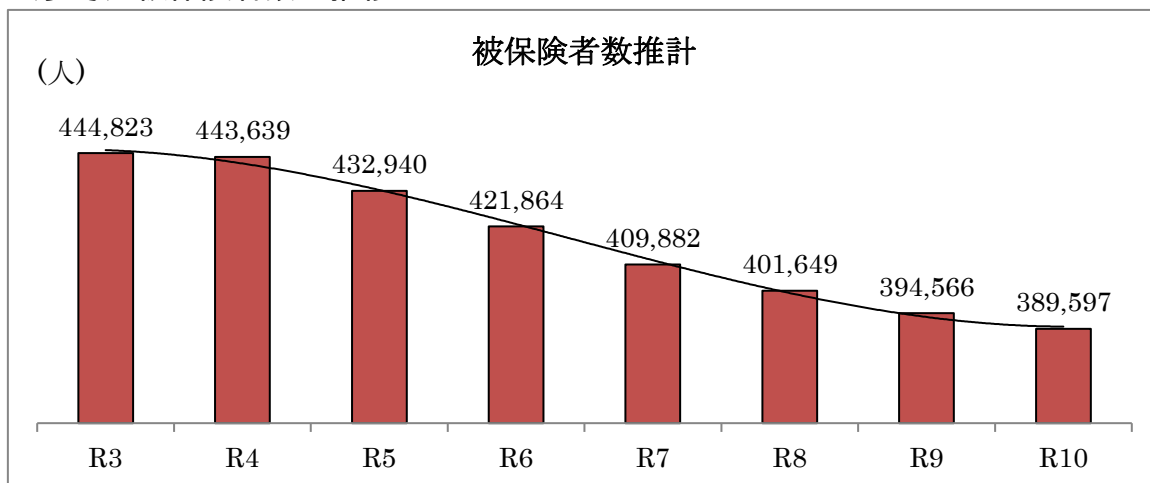
使用データ：厚生労働省「国民健康保険事業年報」、「医療給付実態調査」、「国民健康保険実態調査」、長野県「国民健康保険事業状況」

- ・総医療費は令和4年度に一旦ピークを迎えますが、令和4年度から7年度にかけて、団塊の世代が後期高齢者に移行していくことから、被保険者数が大幅減となり、医療費総額も減少する見込みです。ただし、一人当たり医療費は年々増加する見込みで、次第に医療費総額も増加する見込みです。



年度	R3	R4	R5	R6
推計医療費	1,756 億 2,571 万円	1,796 億 8,071 万円	1,787 億 1,610 万円	1,773 億 4,823 万円
一人当たり医療費	394,821 円	405,015 円	412,796 円	420,392 円
年度	R7	R8	R9	R10
推計医療費	1,753 億 5,299 万円	1,751 億 7,311 万円	1,756 億 3,064 万円	1,768 億 1,290 万円
一人当たり医療費	427,813 円	436,135 円	445,124 円	453,835 円

(参考) 被保険者数の推移



### (3) 今後に向けて

本県は、全国平均と比較して医療費は低い水準にありますが、さらなる高齢化や、医療の高度化等も予想される中で、一人当たりの医療費はますます増加する見込みです。

本方針においては、こうした現状や見通しを踏まえて、納付金制度により負担の平準化を進める(⇒第3)とともに、県、市町村で医療費適正化へのさらなる取組を行い(⇒第5)、国民健康保険制度の安定的な運営を目指します。

## 3 市町村国保財政

### (1) 市町村国保財政の現状

#### ア 決算状況推移

- ・ 県内市町村国保全体の収入額は、令和元年度 2,106 億 1,150 万円、支出額は令和元年度 2,077 億 5,608 万円です。収支差引額は 28 億 5,542 万円で、平成 30 年度から 19 億 2,187 万円減少しました。
- ・ 保険料(税)収入は、平成 30 年度から 8 億 8,445 万円減少しました。
- ・ 法定外一般会計繰入金額は収入額の 0.6%と年々減少しています。
- ・ 基金保有額は、平成 30 年度から 1 億 8,191 万円減少しています。

■国保財政収支状況

(千円)

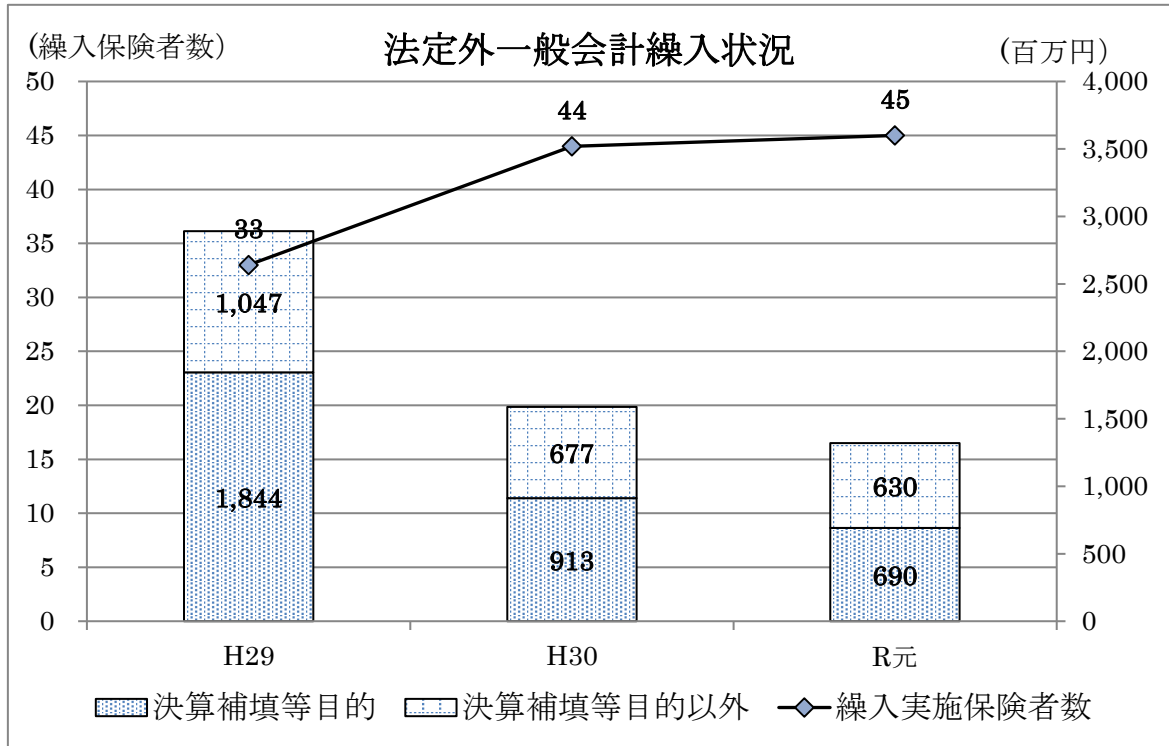
	H30	R 元
収入 合計	214,254,057	210,611,500
国保料（税）	43,763,871	42,879,424
国庫支出金	918	83,647
県支出金	145,309,601	144,599,475
法定一般会計繰入金	13,808,745	13,743,359
法定外一般会計繰入金	1,589,287	1,320,223
基金等繰入金	533,014	1,366,712
繰越金	8,467,382	4,663,607
市町村債	99,000	0
その他	682,239	1,955,053
支出 合計	209,476,771	207,756,080
保険給付費	143,461,533	142,571,988
事業費納付金	55,547,354	57,521,230
医療給付費分	38,597,166	39,733,020
後期高齢者支援金等分	12,732,327	13,077,684
介護納付金分	4,217,859	4,710,526
保健事業費	2,500,886	2,454,769
基金等積立金	2,181,010	1,039,449
その他	5,785,988	4,168,644
収支差引額	4,777,286	2,855,420

厚生労働省「国民健康保険事業年報」

イ 法定外繰入状況

- ・令和元年度、45 保険者が法定外一般会計繰入を実施し、その総額は 13 億 2,023 万円でした。前年度から、実施保険者は 1 保険者増加したものの、繰入額は約 2 億 6,900 万円減少しました。





「国民健康保険事業実施状況報告」

- 繰入理由をみると、令和元年度において、決算補填等を目的とした法定外一般会計繰入額が約6億9千万円、保健事業に充てる等の決算補填等目的以外の一般会計繰入額が、約6億3千万円でした。
- 繰入額でみると、保険料(税)の負担緩和のための繰入が、約6億37百万円で繰入額の48.2%を占め、次いで保健事業に充てるための繰入が約3億4百万円で23.0%を占めました。
- 繰入市町村数でみると、地方単独事業の医療給付費波及増等に対応するための繰入が38市町村、次いで保健事業費に充てるための繰入が18市町村でした。(付属資料P9)

■法定外一般会計繰入理由別繰入状況

		令和元年度		
		繰入額（円）	割合	繰入市町村数
決算補填等目的	保険料収納不足のため	0	0.0%	0
	医療費の増加	0	0.0%	0
	保険料（税）の負担緩和を図るため	636,842,794	48.2%	4
	任意給付に充てるため	53,510,038	4.1%	3
	累積赤字補填のため	0	0.0%	0
	公債費、借入金利息	0	0.0%	0
	小計	690,352,832	52.3%	7
決算補填等目的以外	保険料（税）の減免額に充てるため	0	0.0%	0
	地方単独事業の医療給付費波及増等	31,617,602	2.4%	38
	保健事業費に充てるため	303,861,149	23.0%	18
	直営診療施設に充てるため	0	0.0%	0
	基金積立	66,775,129	5.1%	2
	返済金	0	0.0%	0
	その他（後期高齢者健診受託分等）	227,616,000	17.2%	2
	小計	629,869,880	47.7%	45
合計		1,320,222,712	-	45

※1 理由別構成割合＝当該理由による繰入金額／法定外繰入金額合計

※2 小計、合計の繰入市町村数は、複数の理由により繰り入れている市町村があるため、各理由の繰入市町村数の計と一致しない。

※3 国民健康保険事業実施状況報告

ウ 前年度繰上充用

- ・前年度繰上充用は、会計年度経過後、その当該会計年度の歳入が歳出に対して不足する場合に、翌年度の歳入を繰り上げて、当該年度に充てることをいいます。
- ・本県では、平成 26、27 年度に 1 市ずつ前年度繰上充用を行いました。前年度繰上充用金は解消しました。（付属資料 P11）

エ 所得状況

- ・市町村別にみると、所得格差が約 4.5 倍あります。（付属資料 P12）

(2) 財政収支の改善に係る基本的な考え方

国民健康保険事業実施のために必要な費用を、保険料（税）や保険者努力

支援制度交付金及び特別調整交付金等の個別公費等でまかない、財政収支が単年度において均衡していることが健全な財政といえます。赤字が発生することのないよう、市町村は適正に保険料（税）率を設定するよう留意します。また、県は大幅に黒字が発生させることがないよう適正に納付金を算定するよう留意します。

### （3）赤字解消・削減の取組、目標年次等

#### ア 解消・削減すべき赤字

平成30年度から、市町村が解消・削減に取り組むべき「赤字」を、「決算補填等目的の法定外一般会計繰入」と「前年度繰上充用金の増加額（決算補填等目的のものに限る）」の合計額として、計画的・段階的な解消、削減を図っています。

#### イ 解消・削減の対象となる法定外一般会計繰入

法定外一般会計繰入のうち、削減・解消の対象として赤字に含まれるのは、決算補填等目的の法定外一般会計繰入です。決算補填等目的とは、以下の目的により法定外繰入を行なった場合をいいます。

- 保険料の収納不足のため
- 保険料の負担緩和を図るため
- 任意給付に充てるため
- 累積赤字補填のため
- 公債費、借入金利息

なお、上記のうち、「保険料収納不足のため」による繰入については、県に設置した財政安定化基金を活用することにより、法定外一般会計繰入の必要性は大幅に低下する見込みです。

#### ウ 赤字解消・削減のための取組

赤字である「決算補填等目的の法定外繰入」及び「前年度繰上充用金の増加額」が発生した市町村が、赤字発生翌々年度にその解消が見込まれない場合は、赤字発生の要因分析、目標年次、赤字解消・削減のための具体的取組等を記載した「赤字解消計画」を策定し、計画的に赤字を解消・削減していくこととします。県は該当市町村と十分協議のうえ、赤字解消・削減の取組や目標年次等の設定について、着実な解消につながるよう指導・助言を行います。

赤字は、発生の翌年度に解消することが望ましいものですが、法定外繰入

については、保険料負担緩和のための繰入を行ってきた市町村が、ただちに繰入を行わないこととすると保険料が急激に上昇することとなります。このような市町村においては、それぞれの状況に応じて解消・削減の目標年次を定めた計画を策定します。赤字解消・削減のための具体的な取組としては以下のものが挙げられます。

○保険料率の引き上げ

○保健事業等の医療費適正化のための取組

○保険料収納強化による収入の確保

前年度繰上充用については、発生の翌年度に解消することを基本とします。

#### (4) 財政安定化基金

##### ア 財政安定化基金の活用

県に設置する財政安定化基金は、県全体の給付増や、市町村での保険料収納不足による財源不足が生じた場合等に、一般会計からの財政補填を行う必要がないよう、県に対する貸付や市町村に対する貸付・交付に活用します。また、決算剰余金等の留保財源の積立金（特例基金に積み立てる場合に限る）等を財源とし、納付金の年度間平準等に活用します。

ここでは、市町村の保険料収納不足に対する交付について、交付要件、交付割合、市町村による交付補填のルールについての基本的な考え方を定めます。

##### イ 交付要件「特別な事情」

市町村の収納不足に対する交付は、市町村の収納意欲を削ぐことがないよう「特別な事情」があった場合に限定します。「特別な事情」とは、大規模災害、地域経済の破綻、又はこれらに類する事情とします。

##### ウ 交付額の割合

交付額の割合は市町村の保険料収納不足額の2分の1以内です。

##### エ 市町村による交付補填

市町村が負担すべき交付補填分については、交付を受けた当該市町村が補填します。

### 第3 市町村における保険料（税）の標準的な算定方法

#### 1 現状

##### ア 各市町村の保険料（税）算定方式

市町村の保険料（税）算定方式は、市町村ごとに条例で定めることとされています。

県内の大半の市町村では、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分とも4方式を採用していますが30市町村において、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分とも3方式を採用しています。後期高齢者支援金分については、2市で2方式を採用しています（付属資料P13）。

##### ■算定方式別市町村数（R2）

	医療分	後期高齢者等支援金分	介護納付金分	備考 (各方式の構成要素)
4方式	46	45	46	所得、固定資産、被保険者数、世帯数
3方式	31	30	31	所得、被保険者数、世帯数
2方式	0	2	0	所得、被保険者数

「国民健康保険事業実施状況報告」

##### イ 市町村の応能・応益の賦課割合

- ・令和元年度の市町村の保険料（税）における県全体の応能割・応益割の賦課割合は、医療分、後期高齢者等支援金分、介護納付金分のいずれにおいても、応能割による賦課割合が高く、医療分で応能：応益＝58.6：41.4となっています。
- ・所得割：資産割：均等割：平等割の割合は、令和元年度の医療分において、56.2：2.4：25.3：16.1となっています。
- ・市町村別にみると、応能割の割合が50%を超える市町村数は令和元年度の医療分で69となっており、応能割による賦課割合が高い傾向となっています（付属資料P15）。

##### ■県平均の応能・応益の賦課割合（R元）

		医療分		後期高齢者等支援金分		介護納付金分	
応能割		58.6%		58.3%		57.7%	
(所得割)	(資産割)	(56.2%)	(2.4%)	(56.0%)	(2.3%)	(56.1%)	(1.6%)
応益割		41.4%		41.7%		42.3%	
(均等割)	(平等割)	(25.3%)	(16.1%)	(26.9%)	(14.8%)	(25.1%)	(17.2%)

長野県「令和元年度 国民健康保険事業状況」

## ウ 市町村の賦課限度額の設定状況

- 令和2年度の各市町村の賦課限度額は、77市町村が法定の上限額である医療分63万円、後期高齢者支援金分19万円、介護納付金分17万円と同額です。

## エ 保険料水準の格差

- 一人当たり保険料調定額の格差は、令和元年度において、最大3.5倍となっています（付属資料P17）。

### ■一人当たり保険料調定額の格差状況（R元）

	最大	最小
市町村名	川上村	大鹿村
一人当たり調定額	133,717円	38,400円
格差	3.5倍	

長野県「国民健康保険事業状況」

## 2 納付金及び標準的な保険料の算定方法

### (1) 保険料水準の統一について

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、絶えず本県における国民健康保険制度の検証と改革が必要です。

具体的には、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。

『長野県における国民健康保険運営の中期的な改革方針（保険料水準等の統一に向けたロードマップ）』（以下、「ロードマップ」という）に従い、統一を進めます。

### (2) 納付金の算定方法

#### ア 納付金制度について

平成30年度から、都道府県が国民健康保険の財政運営を担っています。県は、保険給付費等を支払うために市町村から納付金を集めます。市町村は、納付金の支払等に充てるために保険料（税）を徴収します。

#### イ 納付金の配分

市町村ごとの納付金額は、県全体で当該年度において必要となる保険給付費等から公費等の収入を差し引いた額を、市町村ごとの応能のシェア（当該

市町村の所得が県全体の所得に占める割合)と応益のシェア(当該市町村の被保険者数が県全体の被保険者数占める割合)に応じて配分することによって算出します。

本県では、応益のシェアは被保険者数と世帯数により配分します。この配分は、医療分、後期高齢者等支援金分、介護納付金分共通です。

## ウ 応能分と応益分の割合

納付金総額に占める応能分と応益分の割合については、全国平均と比較した都道府県の所得水準によることが原則とされています。

本県では、原則通り、全国平均と比較した県の所得水準によって応能分と応益分の割合を設定します(所得係数 $\beta$ を使用します)。

本県では、 $\beta$  = およそ 0.95 であり、応能 : 応益の割合は、およそ 49 : 51 となります。この割合は、医療分、後期高齢者等支援金分、介護納付金分それぞれ設定します。

## エ 応益分における均等割と平等割の割合

前述の「イ 納付金の配分」に記載したように応益分を被保険者数と世帯数に応じて配分するため、被保険者数と世帯数の配分割合を設定する必要があります。

本県では、全市町村の保険料(税)賦課における均等割(被保険者割)と平等割(世帯割)の割合の過去3年間の平均値を用いることとします(令和3年 : 平成28~30年、令和4年 : 平成29年~令和元年、令和5年 : 平成30年~令和2年)。この割合は、医療分、後期高齢者等支援金分、介護納付金分それぞれ設定します。

なお、この割合は市町村標準保険料率を算定する際に、各市町村の応能割賦課総額を均等割賦課総額と平等割賦課総額に按分する割合としても用います。

## オ 医療費水準の反映

### ① $\alpha$ の設定

納付金(医療分)の算定においては、各市町村の医療費水準(年齢調整後の医療費指数)を反映させることができる仕組みとなっています(医療費指数反映係数 $\alpha$ による調整)。これにより、医療費がかかっている市町村は相応の負担とすることとなります。

現在の市町村単位の運営上の保険料水準は、各市町村の医療サービスの利用、疾病予防や健康づくりの取組等による医療費水準が反映されています。令和2年度の納付金算定においては、本県における市町村毎の

1人当たり医療費水準の格差は最大 2.3 倍と全国で最も大きい状況にあります。保険料の格差を縮小していくためには納付金算定において各市町村の医療費水準の反映度を引き下げていくことが必要です。しかし、ただちに各市町村の現在の医療費水準を反映しないこととすると、加入者の保険料負担の激変を生じさせる懸念があるほか、医療費適正化に取り組んできた市町村の理解を得ることは困難です。このため、当面の間、加入者の負担に大きな影響を生じさせないよう、また、医療費適正化の取組へのインセンティブを確保する観点から、**各市町村の医療費水準を全て反映して納付金を算定します（ $\alpha=1$ とします）。**

## ② 高額医療費の共同負担

医療費水準を反映させる際、各市町村の年齢調整後の医療費指数の算定において、高額医療費部分を各市町村の実績医療費から差し引いて、県全体の高額医療費分を市町村の被保険者数に応じて配分しなおす調整（高額医療費の共同負担）を行うことが可能です。

本県では、特に小規模市町村での高額医療費の発生による納付金額上昇リスクを県全体に分散する観点から、80 万円超のレセプトの 80 万円超部分について、県全体で共同負担する調整を行うこととします。

### 【※ 年齢調整後の医療費指数】

年齢調整後の医療費指数は、市町村ごとの年齢構成の差異を調整した医療費水準を示す指標です。市町村が県に納付する納付金は、本県では、医療費水準に応じた額とすることとしています。その医療費水準を表すのが年齢調整後の医療費指数です。

年齢調整後の医療費指数が 1 を下回る市町村が多く（69 市町村）、全国水準よりも医療費水準は低めの傾向であるといえます（付属資料 P19）。

## カ 賦課限度額の設定

納付金の算定において、所得総額から賦課限度額を超過する部分を除くため、賦課限度額の設定が必要です。

本県では、政令の上限額と同額の賦課限度額を用いることとしています。

## (3) 市町村標準保険料率

市町村が賦課する際の保険料率は、市町村ごとに条例で決定しますが、県は、国保法第 82 条の 3 により、県統一の標準的な保険料算定方式に基づく「市町村標準保険料率」を示しています。



市町村標準保険料率は、①各市町村のあるべき保険料率の見える化を図る、②各市町村が具体的に目指すべき値を示すという二つの役割を担うものです。

#### **ア 標準的な保険料の算定方式**

本県においては、多くの市町村において4方式を用いて算定していますが、国保被保険者の職業構成が自営業者中心であったものが、現在は年金生活者が多くを占めるようになり、必ずしも資産状況が被保険者の負担能力と直結しない傾向が強くなってきています。

そこで、本県では、市町村標準保険料率の算定方式として資産割を除いた3方式（所得割、均等割、平等割による算定）を用いることとします。

なお、応益分については、1世帯当たり被保険者数が多い世帯の保険料額が重くなりすぎないように、平等割も考慮します。

#### **イ 標準的な収納率**

各市町村が保険料で集めるべき額を標準的な収納率で割り戻した額を、市町村標準保険料率の算定の基礎として用います。

本県においては、市町村標準保険料率は、市町村ごとの収納率の過去3年間の平均値を用いて算定することとしています。（令和3年：平成28～30年、令和4年：平成29年～令和元年、令和5年：平成30年～令和2年）。

#### **（4）各市町村の算定基準に基づく標準的な保険料率**

県統一の標準的な保険料の算定方式は3方式としますが、県内市町村の多くは、4方式を採用しているため、県は市町村の現行の保険料（税）算定方式を踏まえ、各市町村の算定基準に基づく標準的な保険料率を示します。

#### **（5）都道府県標準保険料率**

県は、都道府県間の保険料負担の比較を行うことができるようにするため、全国共通の保険料算定方式（2方式）によって算出した都道府県標準保険料率を公表します。

### **3 激変緩和措置**

県では、急激な保険料（税）上昇を抑制するために、市町村での保険料（税）算定の基礎となる納付金額が著しく高額とならないよう激変緩和措置を実施しています。具体的には、納付金算定において各市町村の一人当たり納付金額の毎年の増加率が平成28年度の納付金相当額と比べた一定の率（※）までとなるよう、県繰入金を充当し市町村の納付金額を抑制します。県に支払う

納付金を抑えることで、市町村が集めるべき保険料（税）総額が抑えられ、加入者の保険料（税）額が抑えられます。なお、保険料（税）の動向は県・市町村国保運営連携会議等において毎年度検証します。

措置期間は平成30年度から原則6年間とします。ただし、緩和対象額の状況等を勘案し、さらに4年間（計10年間）を目途として延長します。また、運営方針の改定の都度、措置期間の見直しを検討します。

	対象市町村数	充当額
H30	47	18億5千万円
R元	50	22億8千万円
R2	20	1億8千万円

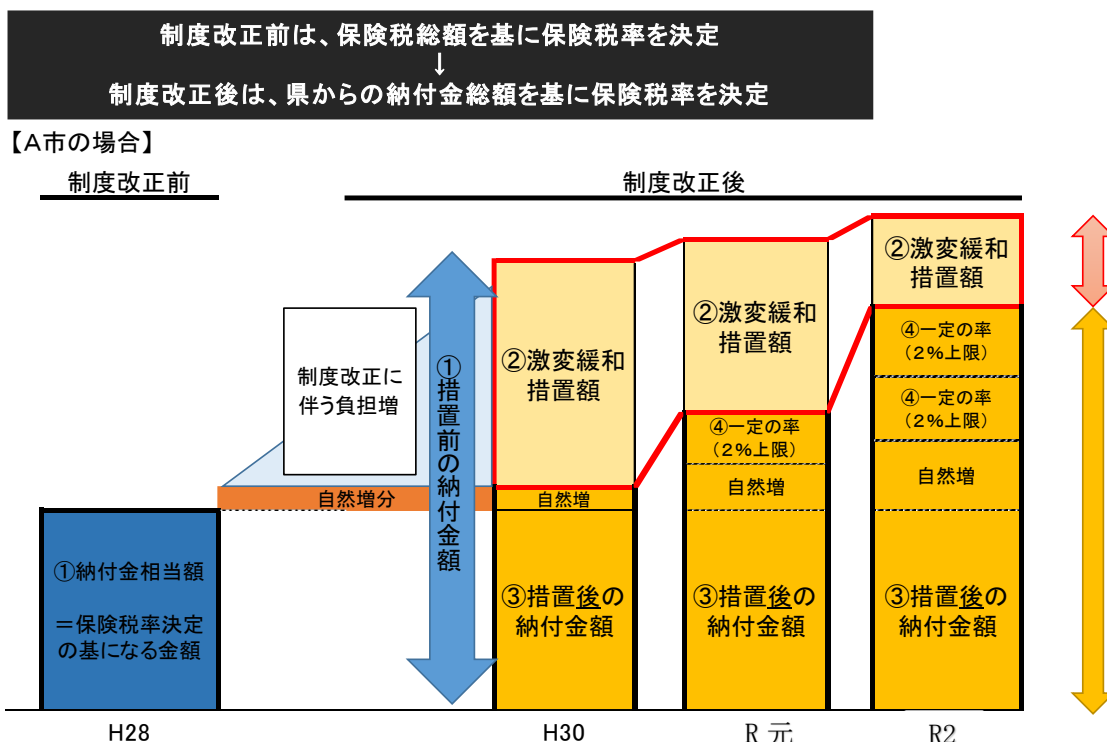
**【※ 一定の率】**

急激な負担上昇への配慮から、一定の率は2%以内（自然増は除く）とします。なお、新制度初年度である平成30年度においては特に負担上昇に配慮する観点から、一定の率は0%とします。

**4 令和4年度、令和5年度の納付金算定方法の特例について**

- ① ロードマップに従い、医療費水準の二次医療圏への統一に向けて令和4年度は医療費指数の1/6、令和5年度は2/6反映を行います。
- ② 令和2年1月国内で発生し、今なお影響のある新型コロナウイルス感染症による県内被保険者の所得減少に起因する賦課額の減少、収納率の低下等の問題について今後市町村と協議の上、対応していきます。

## 激変緩和のイメージ



- ①保険税率決定の基になる金額である制度改正前の納付金相当額が制度改正後の納付金額に増加
- ②激変緩和措置としてA市に公費を投入
- ③激変緩和措置により、保険税率決定の基礎となる金額が制度改正前の水準程度に減少
- ④激変緩和措置額は一定の率を積み増すことにより年々減少させる  
 (6年間で措置額が0円となるよう一定の率を設定するが、毎年度2%以内。  
 上限を設けることにより6年経過しても措置額が0円とならない市町村がある場合に措置期間延長。)

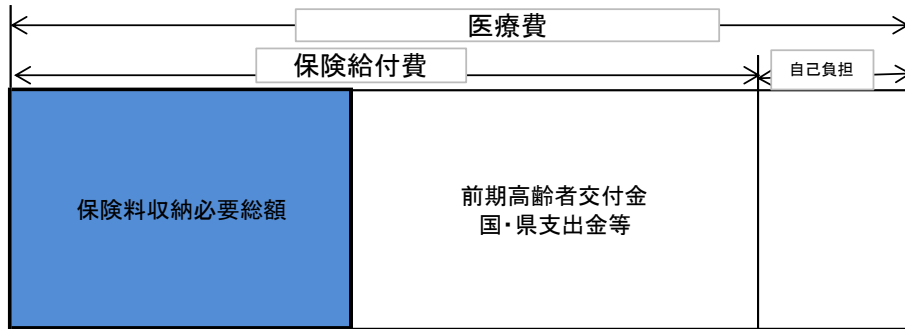
## 5 納付金負担が大幅に減少する場合の措置

市町村の納付金負担がこれまでの状況と比較し大幅に減少する場合の納付金額の下限値を設定します。下限値の具体的な数値は医療費適正化のインセンティブを損なわないよう、県内で最も低い医療費指数と県平均の医療費指数の割合による値とします。

**参考**

**納付金・市町村標準保険料率算定の流れ（イメージ）**

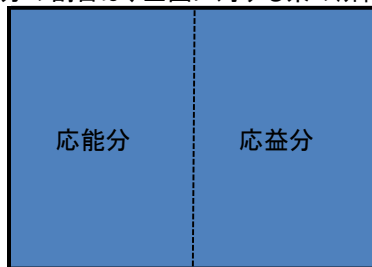
- 1 県が納付金として集めるべき総額（保険料収納必要総額）を算定します。  
 県全体で必要となる保険給付費等の見込額から、国・県による公費等の収入を差し引いて算定します。



- 2 納付金として集めるべき総額（保険料収納必要総額）を各市町村に按分します。

- ① 保険料収納必要総額を、応能分と応益分に按分します。

按分の割合は、全国に対する県の所得水準により決定します（長野県は応能：応益＝49：51）。



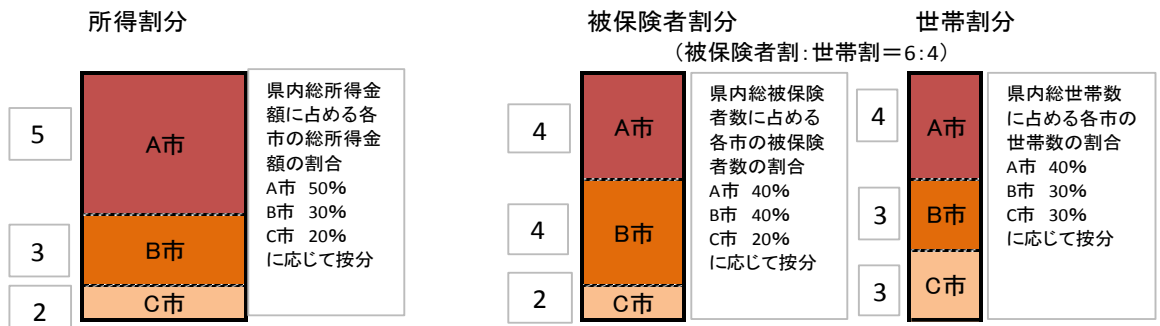
※ 納付金算定に用いる所得は、県統一の賦課限度額を超過する所得を算定の基礎から除きます。県統一の賦課限度額は、政令の上限額と同額です。

- ② 応能分は市町村の所得のシェアに応じて各市町村に配分します。

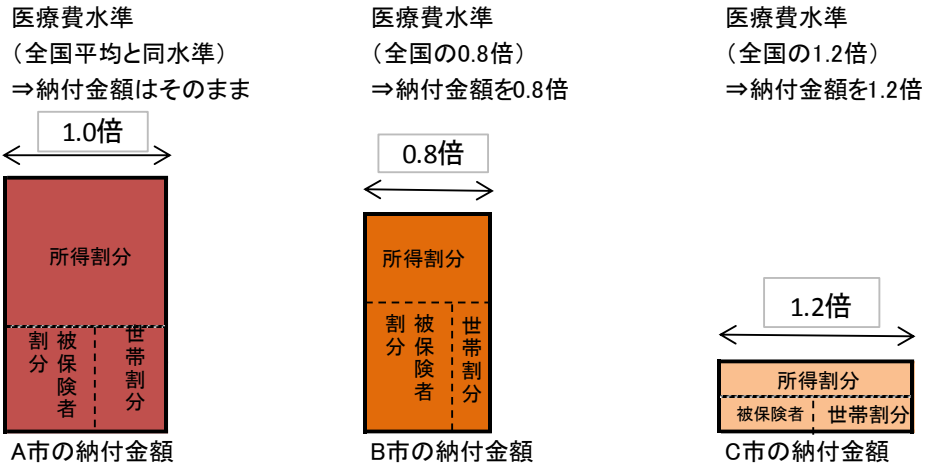
応益分は、市町村の被保険者割分と世帯割分に按分します。（長野県は被保険者割：世帯割＝6：4）

被保険者割分は、市町村の被保険者のシェアに応じて各市町村に配分します。

世帯割分は、市町村の世帯のシェアに応じて各市町村に配分します。

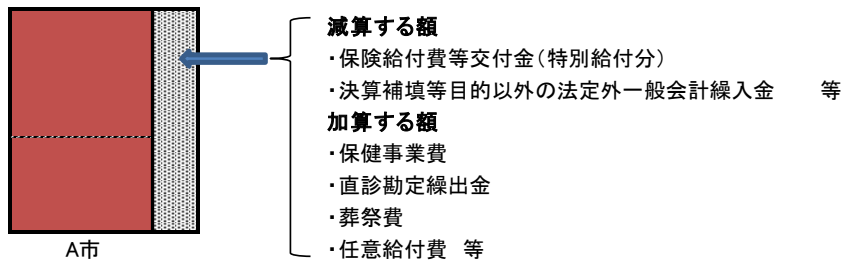


③ 応能分(所得割分)と応益分(被保険者割分、世帯割分)の合計を、各市町村の医療費水準に応じて増減調整します。



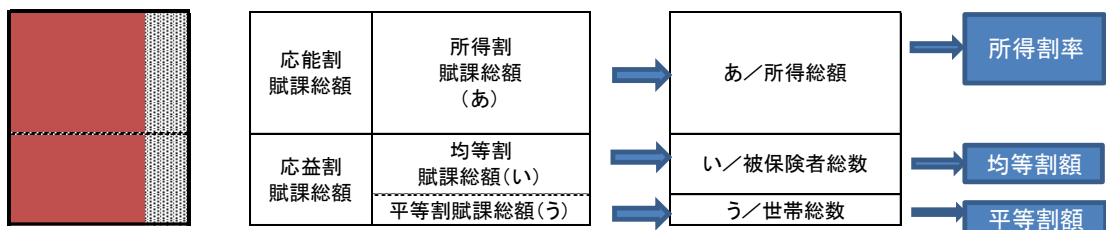
※ 医療費水準による調整により、保険料収納必要総額と各市町村の納付金額の計が一致しない場合には、全市町村均一の調整係数を乗じることにより一致するよう調整します。

3 市町村ごと交付される公費を減算し、また、市町村ごとにかかる経費(保健事業費等)を加算し、市町村が保険料により集めるべき額(標準保険料率の算定に必要な保険料総額)を算定します。



※ 市町村の保険料収納率の見込を乗じ、保険料収納不足にならないよう調整します。  
保険料収納率の見込(標準的な収納率)は、市町村ごとの保険料収納率の実績に応じて設定します。

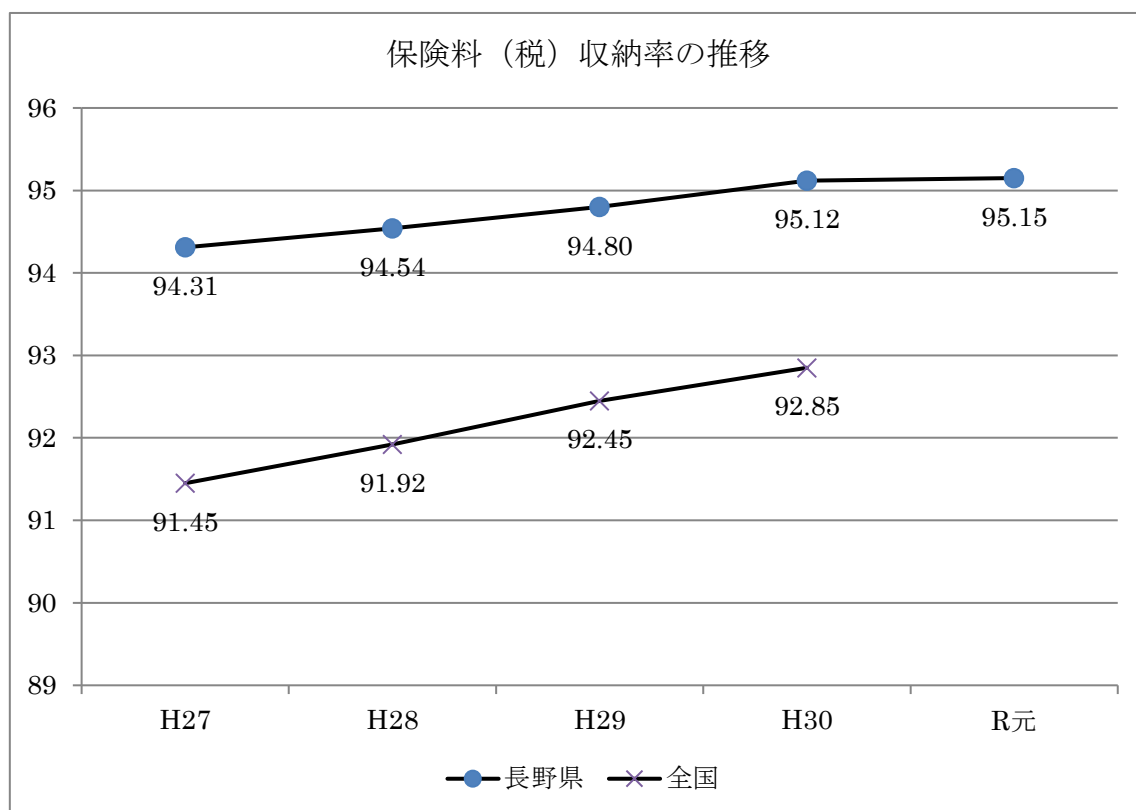
4 市町村が保険料により集めるべき額を、市町村の所得水準に応じて、応能割賦課総額と応益割賦課総額に按分します。県統一の保険料算定方式(3方式)により、市町村標準保険料率を算出するため、応益分を均等割分と平等割分に按分します。均等割と平等割の按分割合は、県全体の実績の平均を用います(およそ6:4)。所得割賦課総額、均等割賦課総額、平等割賦課総額をそれぞれ各市町村の所得総額、被保険者総数、世帯総数で割り、保険料率(額)が算出されます。



## 第4 市町村における保険料（税）の徴収の適正な実施

### 1 現状

- ・ 県内市町村の保険料（税）収納率の平均は、令和元年度は 95.15%であり、平成 30 年度では 95.12%で、全国平均（92.85%）より 2.27%高く、全国 5 位です。
- ・ 保険料（税）収納率は上昇傾向にありますが、元々の収納率が高いため、近年は伸び率が鈍化しています。



※収納率は一般被保険者現年度分 厚生労働省「国民健康保険事業年報」

### イ 市町村別保険料（税）収納率推移（付属資料 P20）

- ・ 令和元年度において、保険料（税）収納率が 100%の市町村が 5 保険者あります。
- ・ 平成 29 年度から令和元年度にかけて保険料（税）収納率が低下した市町村は 30 保険者です。
- ・ 保険者規模別にみると、保険者規模が大きくなるにつれて、保険料（税）収納率が低下する傾向がありますが、規模が大きい保険者でも、高い収納率の保険者があります。

## ウ 保険料（税）の収納状況

- ・令和元年度に期限内納付の割合が 92.4%で、全国平均より 1.8%高くなっています。
- ・本県は、口座振替、特別徴収による収納額が全国平均より多いため、収納率も全国平均より高くなっていると考えられます。
- ・期限後納付において、訪問徴収による割合、額とも減少しています。
- ・市町村別の口座振替率は、40%台～90%台まで、市町村によって大きく差があります。保険料（税）収納率の高い市町村で、口座振替率が高い傾向があります。（付属資料 P22）。

### ■納付方法別収納状況

（額：百万円）

区分		期限内					期限後			合計
		口座振替	自主納付	特別徴収 (年金天引き)	納付組織	小計	訪問	その他	小計	
H29	世帯数	166,536	74,920	58,238	60	299,754				299,754
	収納額	26,996	8,223	4,970	6	40,195	282	2,830	3,112	43,307
	収納額構成比 (%)	62.3	19.0	11.5	0.0	92.8	0.7	6.5	7.2	
H30	世帯数	164,260	70,407	57,353	46	292,066				292,066
	収納額	25,660	8,246	4,967	5	38,878	231	2,727	2,958	41,836
	収納額構成比 (%)	61.3	19.7	11.9	0.0	92.9	0.6	6.5	7.1	
R元 (全国)	世帯数	162,007	73,045	60,552	36	295,640				295,640
	収納額	25,055	8,045	4,935	5	38,040	146	2,943	3,089	41,130
	収納額構成比 (%)	60.9 (48.8)	19.6 (32.3)	12.0 (8.9)	0.0 (0.6)	92.4 (90.6)	0.4 (-)	7.1 (-)	7.5 (9.4)	

「国民健康保険実施状況報告」

## エ 保険料（税）の滞納状況

- ・滞納世帯の割合は、10%前後です。
- ・保険料（税）滞納額は、年々減少しており、平成 27 年度には 100 億円を下回

りました。

■保険料（税）滞納状況

	①世帯数	②滞納世帯数	③滞納世帯率	④保険料（税） 滞納額 （百万円）
H28	299,722 (19,596,284)	35,849 (3,112,195)	12.0% (15.9%)	8,694
H29	291,085 (18,901,729)	33,094 (2,892,929)	11.4% (15.3%)	7,974
H30	283,386 (18,376,762)	27,343 (2,671,058)	9.6% (14.5%)	7,246

( ) 内：全国数値  
長野県調査

2 目標収納率

本県は、全国平均と比較して保険料（税）収納率が高い状況にありますが、国保財源の確保を図るため、さらなる向上を目指し、市町村目標収納率を設定します。

目標収納率は、保険者規模に応じた目指すべき収納率の水準として、県内市町村保険者の保険者規模（一般被保険者数）別に設定します。

ア 設定方法

基準年度（※）の規模別平均収納率＋基準年度の前2年度分の規模別平均収納率の伸び率により設定します。

令和3年度より、被保険者数の減少に合わせた収納率とするため、保険者規模区分に「3万人以上5万人未満」を新設しました。

（※）基準年度は、目標設定年度の2年度前とします。

イ 保険者規模別目標収納率一覧表（令和3年度の設定例）

保険者規模	3千人未満	3千人以上 5千人未満	5千人以上 1万人未満	1万人以上 3万人未満	3万人以上 5万人未満	5万人以上
保険者数	48	9	6	11	2	1
目標 収納率	97.83%	96.67%	96.35%	96.24%	93.82%	92.29%



### 3 収納強化の取組

市町村は上記の目標収納率を目安にさらなる保険料（税）収納率の向上に向けて収納強化に取り組みます。

県は市町村の収納強化のために必要な助言等を行います。特に下記の点について重点的な強化を図ることとします。

#### (1) 口座振替の促進

保険料（税）収納方法別の収納率をみると、口座振替 95.59%、自主納付 60.64%となっています（R元）。

自主納付から口座振替への切り替えを促進し、収納率の向上を図ります。

#### (2) 現年度分の収納強化

現年度分の確実な徴収により、滞納繰越の発生を未然に防ぐ観点から、現年度分の収納強化を図ります。

また、保険料（税）のうち、納期内に納付された額が全体の約88%を占めていますが、納期後納付も一定程度あります。納期内の納付率を高めていくとともに、納期を過ぎた世帯に対しては、積極的な訪問実施等により納期後納付の収納強化を図ります。

#### (3) 滞納対策

##### ア 滞納者との接触の機会の確保

滞納者に対する直接面談、短期被保険者証の交付等により納付相談の機会を確保し、滞納者の状況把握に努め、個別の事情に応じた納付の促進に取り組めます。

##### イ 差押え等の滞納処分の実施

悪質滞納者に対しては、負担の公平の観点から、差押え等の滞納処分を積極的に実施します。

##### ウ 収納対策の共同実施

市町村は、長野県及び長野県内の全市町村を構成員とする広域連合『長野県地方税滞納整理機構』に委託し、国保税を含めた地方税の大口・徴収が困難な滞納事案の滞納整理を進めるとともに、徴収業務の研修への参加や各種相談を行います。

**【滞納整理機構による滞納処分の流れ】**

- ① 構成団体（県及び市町村）は、各々の選定要件に応じた滞納整理困難案件を選定し、機構に移管する。
- ② 機構は徹底した財産調査を行い、その結果により以下の処理を行う。
  - ア 財産がある場合は、滞納処分の上、徴収・換価を行い、該当の構成団体に払い出す。
  - イ 財産がない場合は、意見を付して該当の構成団体に返還し、執行停止後に不納欠損とする。

**第5 市町村における保険給付の適正な実施**

**1 現状**

**ア レセプト点検実施状況**

- ・レセプト点検の財政効果額とは、点検前の被保険者一人当たり診療報酬額に対する、レセプト点検を契機として判明した過誤調整額と返納金調定額の割合です。
- ・一人当たり財政効果額は、年々増加しており、令和元年度は1,727円でした。
- ・本県のレセプト内容点検による一人当たり財政効果額は256円です。

**■レセプト点検一人当たり財政効果額**

	被保険者一人当たり財政効果額	
		うち内容点検
H29	1,579円	198円
H30	1,729円	216円
R元	1,727円	256円

「国民健康保険事業実施状況報告」

- ・県内市町村の全市町村が、レセプト点検を実施しており、実施形態としては、市町村職員による実施（自庁点検）、国保連合会への委託、民間業者への委託があります。

**■レセプト点検実施状況（R元）**

実施形態	市町村数
自庁点検	64
国保連合会への委託	66
業者への委託	3

「国民健康保険事業実施状況報告」

※国保連合会へ委託し、かつ自庁点検も実施している市町村があるため、市町村数計が 77 を超えている。

## イ 柔道整復師療養費の患者調査実施市町村数

- ・柔道整復師療養費については、給付の適正な実施を図るよう、国通知により示されています（平成 24 年 3 月 12 日付け厚生労働省保険局医療課長他通知参照）。その中で、柔道整復師の療養費について、多部位・長期又は頻度が高い受診の疑いのあるものについて、患者調査に努めるよう示されています。
- ・本県では、令和元年度において、30 市町村が患者調査を実施しました。

### ■患者調査実施市町村数

	実施市町村数
H29	27
H30	27
R 元	30

「国民健康保険事業実施状況報告」

## ウ 第三者求償の取組状況

### ○第三者行為求償にかかる取組状況(R 元)

- ・損害保険関係団体との覚書締結、国保連合会への求償事務の委託は、全市町村が行っています。
- ・求償事務に係る数値目標の設定は、53 市町村が行っています。

### ○第三者行為求償にかかる調定状況(R 元)

- ・交通事故に係る求償額は、7,976 万円、交通事故以外に係る求償額は 732 万円です。
- ・第三者に対する直接求償額は、交通事故・交通事故以外合計 201 万円です。

■ 第三者行為求償調定状況

区分		調定件数	調定額（千円）	
交通事故	自動車 原付 ・ 自転車	自動車賠償責任保険	70	16,997
		任意保険	89	52,155
		第三者直接求償	11	8,665
	個人賠償責任保険（自転車）		2	27
	第三者直接求償（自転車）		2	1,922
	交通事故 小計		174	79,766
交通事故以外	業務上傷病		0	0
	公害健康被害		0	0
	個人賠償責任保険等（自転車事故以外）		2	7,237
	第三者直接求償		3	89
	交通事故以外 小計		5	7,326
合計		179	87,092	

「国民健康保険事業実施状況報告」

エ 不当利得・不正利得返還金調定状況

・不当利得・不正利得の返還金について、件数は近年多少増加傾向にあります。

■ 不当利得・不正利得返還金調定状況

	件数	返還金調定額（千円）
H29	5,599	103,880
H30	4,122	132,350
R 元	4,214	195,876

「国民健康保険事業実施状況報告」

2 県による保険給付の点検、不正利得の回収

(1) 保険給付の点検

県による保険給付の点検が実施可能となったことから（改正国保法第 75 条の 3）、令和元年度から県内市町村間を異動した被保険者に係る異動前後のレセプトの縦覧点検等を開始し、保険給付の適正化を図っています。

(2) 大規模な不正利得返還金の回収

保険医療機関等による大規模な不正が発覚した場合、市町村の委託を受けて、県が不正請求に係る費用返還を求められます（改正国保法第 65

条4項)。

県は、平成31年3月から、病院の不正利得返還金のうち、返還先が複数の市町村に及ぶ案件で一定の要件に該当するものについて、市町村からの委託を受け不正利得返還金の回収を行っています。

### 3 療養費の支給の適正化

柔道整復師の施術の療養費については、給付の適正化に向けて、多部位、長期又は受診頻度が高い被保険者等について、患者調査に努めるよう国から示されています。本県においても、患者調査の実施及び被保険者に対する支給対象範囲の周知・広報を推進します。

あん摩マッサージ・はり・灸の療養費の支給の適正化については、国において受領委任制度が整備されたことを受け、県内市町村では平成31年4月から令和元年6月にかけて受領委任制度を開始しました。

### 4 レセプト点検の充実強化

レセプト点検については、これまでも医療給付専門指導員による市町村助言、レセプト点検集団指導等行ってきました。県は、今後も引き続きこうした支援を実施します。

市町村は、助言、指導等を活用しながら、給付点検のスキルアップに努めるとともに、特に資格確認による過誤調整・返還請求等の事務を確実に実施します。

### 5 第三者求償の推進

第三者行為にかかる保険給付の求償事務について、市町村の求償事務の強化に向けた取組を推進します。

#### ○第三者行為による保険事故の発生を早期に発見するための取組

- ・被害届の確実な届出の励行
- ・レセプト点検等により第三者行為の疑いのあるものについて被保険者へ照会
- ・新聞やニュースを活用した交通事故等の把握
- ・消防署等他機関との連携
- ・損害保険関係団体との覚書の活用

#### ○PDCAサイクルの実施による求償の取組強化

第三者求償事務の数値目標を設定する等によるPDCAサイクルの実施  
(数値目標例)

- ・受診日又は事故日から被害届の受理日までの平均日数

- ・ 求償分の収納率

## 6 保険者間調整

国保保険者間及び国保保険者と一部被用者保険者間において、国保連合会を通じて過誤の調整を行う仕組みが設けられました。

今後は、こうした保険者間調整の仕組みも活用しながら、特に、被用者保険との保険者間調整についての活用を図り、返還金の回収に努めます。

## 7 高額療養費の多数回該当の取扱い

都道府県単位化に伴い、給付機会の拡大が図られ、都道府県内市町村間の転居の場合に高額療養費の多数回該当の該当回数が継続されることとなりました。

高額療養費の多数回該当の該当回数継続の基準である「世帯の継続性」については、高額療養費が世帯単位で家計の負担を図る目的としたものであることから、世帯を主宰する世帯主に着目した以下の基準とします。

ただし、基準によっても判定が困難な具体的な事例については、県と市町村で協議の上判定を行い、判定結果を全市町村で共有することにより、判定を統一的に行います。

### (基準Ⅰ)

単なる住所異動等の一の世帯のみで完結する住所異動の場合には、家計の同一性、世帯の連続性があるものとして、世帯の継続性を認める。一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する。

※擬制世帯主の異動は、世帯の継続性の判定対象に含めずに考えている。

- 1 他の国保被保険者を含む世帯と関わらず、当該世帯内の国保被保険者数が変わらない場合の住所異動。具体的には、転入及び世帯主の変更を想定。
- 2 他の国保被保険者を含む世帯と関わらず、資格取得・喪失による当該世帯内の国保被保険者の増加又は減少を伴う場合の住所異動。具体的には、出生、社会保険離脱及び生活保護廃止等による資格取得又は死亡、社会保険加入及び生活保護開始等による資格喪失を想定。

### (基準Ⅱ)

世帯分離、世帯合併等による一の世帯で完結しない住所異動（他の世帯からの異動による国保被保険者数の増加及び他の世帯への異動による国保被保険者数の減少をいう。）の場合には、異動後の世帯主が異動前に主宰していた世帯との継続性を認める。

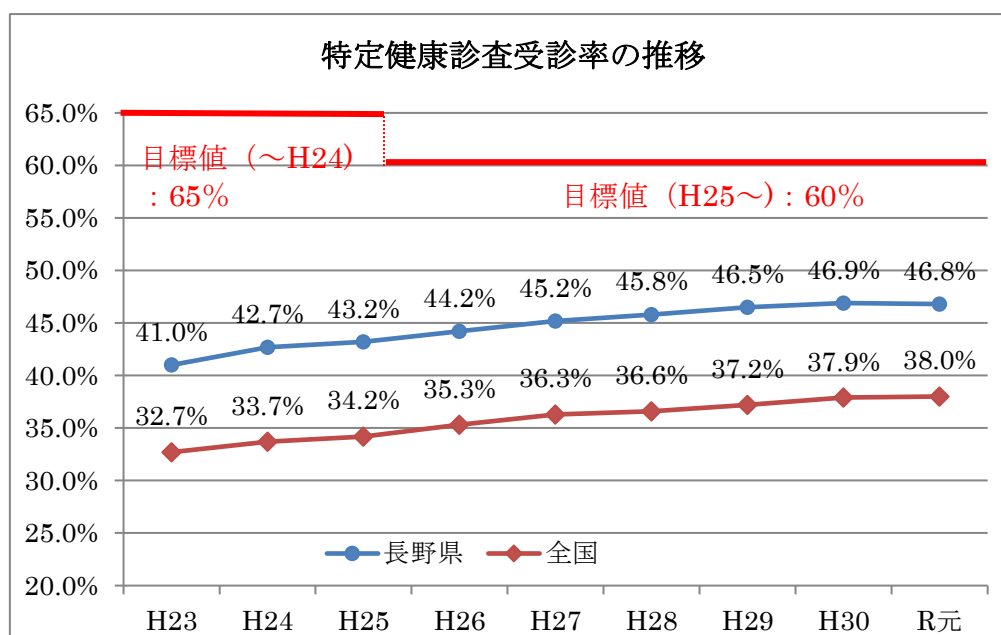
なお、同一市町村内における転居においても、上記基準を用いることとします。

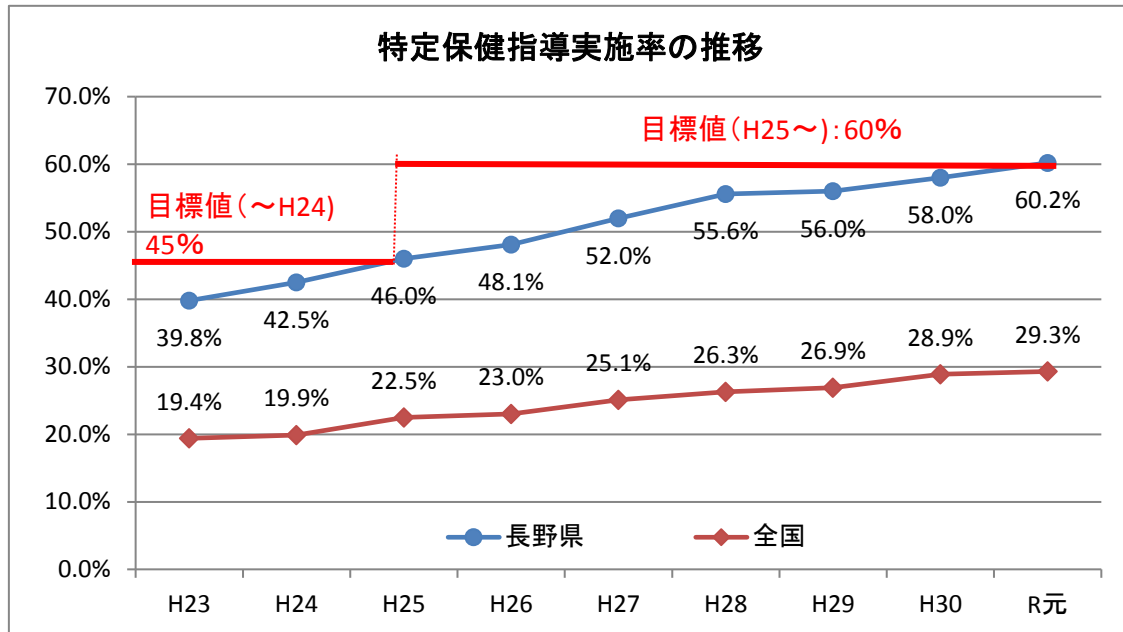
## 第6 医療費適正化の取組

### 1 現状

#### ア 特定健康診査受診率・保健指導実施率の推移

- ・本県は、令和元年度において、特定健康診査受診率は46.8%で、全国平均より8.8%高く、特定保健指導実施率は60.2%で、全国平均より30.9%高くなっています。
- ・特定健康診査受診率は全国5位、特定保健指導実施率は全国4位でした(R元)。
- ・市町村別にみると、令和元年度において、第3期特定健康診査等実施計画期間(H30~R5)における特定健康診査受診率の全国目標値(60%)を達成しているのは13市町村、特定保健指導実施率の全国目標値(60%)を達成しているのは53市町村でした(付属資料P23)。

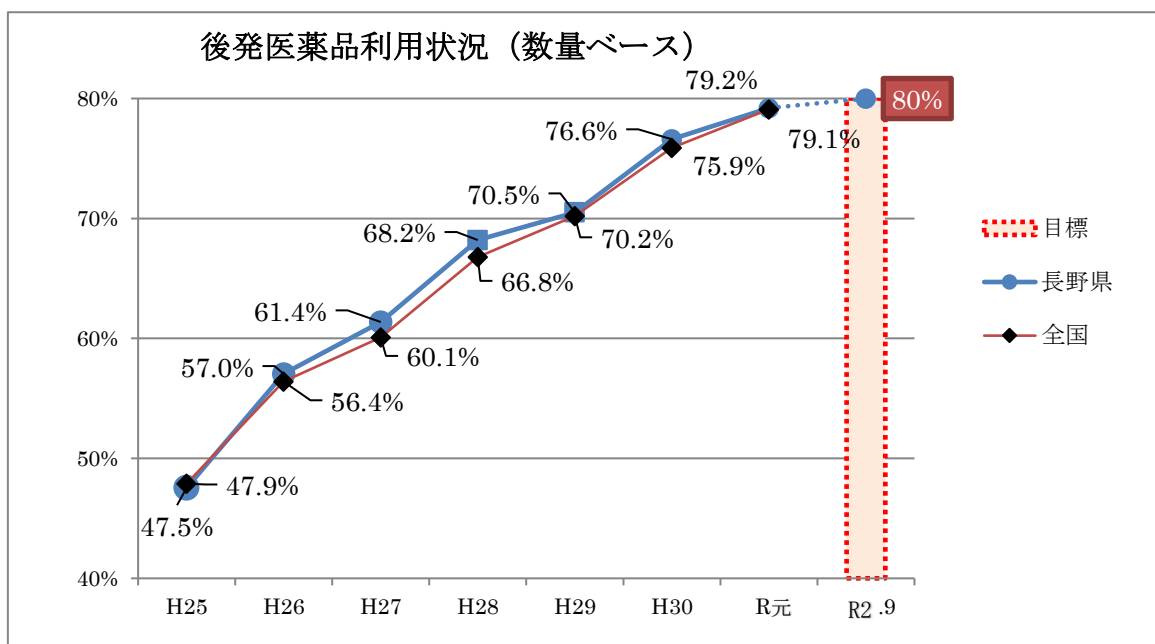




国民健康保険中央会「市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況 報告書」

#### イ 後発医薬品使用状況（数量ベース）

- ・本県国保のジェネリック医薬品の使用割合は、平成 26 年度に全国平均（全保険者）を超え、令和元年度の後発医薬品使用割合は、79.2%でした。
- ・国が平成 27 年度に示した使用割合の目標値は、令和 2 年 9 月までに 80%とされています。



国保連合会提供データ



## ウ 医療費通知・後発医薬品差額通知実施状況

- 令和元年度において、医療費通知を実施している市町村は77市町村、後発医薬品差額通知を実施している市町村数は76市町村でした。

### ■医療費通知・後発医薬品差額通知実施市町村数

	医療費通知	後発医薬品差額通知
H29	71	74
H30	75	74
R元	77	76

国保連合会提供データ

## エ 糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

- 令和元年度において、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している市町村数は73市町村でした。
- 令和元年度からは、小規模市町村に糖尿病性腎症重症化予防アドバイザーを派遣し、市町村の取組を支援しています。

### ■糖尿病等の重症化予防取組実施市町村数

	実施市町村数
H29	57
H30	73
R元	73

保険者努力支援制度

## オ データヘルス計画策定状況

- データヘルス計画は、平成26年度から市町村による策定が進められています。県内市町村では、令和元年度時点で76市町村が策定しています。

## 2 適正化に向けた取組

平成30年度から、国による保険者努力支援制度が施行されました。保険者努力支援制度は、保険者（都道府県及び市町村）の医療費適正化に向けた取組等に対する支援のため、一定の評価指標を達成した保険者に対して交付金が交付される仕組みです。同制度は令和2年度に抜本的な強化が実施されました。

保険者努力支援制度の評価指標の達成を目指すことで医療費の伸びを抑制するとともに、交付される交付金を活用して、保険料（税）の抑制にもつなげます。

なお、保険者努力支援制度交付金についてはロードマップに従い、保険料水準

統一に向けて、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いきます。

定年退職すると被用者保険から国保に移ることが多いため、県では協会けんぽと連携した将来的な国保被保険者の疾病予防や健康づくり等の保健事業を実施し、継続した健康づくり支援体制の構築を目指すとともに、県庁及び保健所に国保ヘルスアップ支援員を配置して、KDBデータの分析・提供等により、市町村の保健事業を支援しており、令和3年度よりこれらの取組を更に強化します。さらに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及び糖尿病性腎症重症化予防の取組を推進します。

また、県が保険者になったことを踏まえ、県としての保健事業や、県と市町村が共有できる医療費適正化に向けた取組の方針を定めます。

なお、ロードマップに従い、保険料水準統一に向けて市町村ごとに課題が異なる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。

#### **(1) 特定健康診査・特定保健指導実施率向上のための取組**

本県は、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率が全国平均よりも高くなっています。特定保健指導実施率は全国目標値に達していますが、特定健康診査は全国目標値60%を目標としてさらなる受診率の向上を図ります。

県は、被保険者の状況に応じた受診しやすい環境整備等の検討に着手するほか、市町村が、未受診者対策を推進できるよう、他市町村の効果的な取組の情報提供等、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の向上に向けた支援を行います。

#### **(2) 後発医薬品の使用促進**

後発医薬品差額通知の実施、後発医薬品希望カード・シールの配布等による被保険者への周知啓発事業を行い、後発医薬品の使用促進を図ります。

また、県は、ジェネリック医薬品使用促進連絡会を通じて、後発医薬品の周知啓発等による使用促進を図ります。

#### **(3) 重複頻回受診・多剤投薬の適正化**

市町村は、国保連合会から提供される、重複頻回受診疑いリスト等を活用し、適正受診指導に向けた訪問指導等の実施を推進します。その際、指導が受診抑制とならないよう留意します。

県は、関係機関と連携しながら、薬剤の適正使用に向けた取組を推進します。

#### **(4) 糖尿病性腎症重症化予防の取組**

本県では、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に

結び付け、人工透析への移行を防止するため、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を平成 28 年度に策定（平成 29 年度及び令和 2 年度に改訂）しました。

市町村はプログラムを参考としながら、さらなる効果的な重症化予防に取り組みます。

県は市町村の取組が円滑に行われるよう、郡市医師会等との連携支援、保険者協議会を通じた好事例の横展開等を行います。

#### **(5) 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組**

被保険者の健康意識の向上、被保険者に健康について関心を持ってもらうための取組が重要となっています。

そうした点から、わかりやすい情報提供や個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する健康ポイント制度等の取組を進めます。

また、商工部局との連携、地域の商店街との連携等の「健康なまちづくり」の視点を含めた事業の実施を推進します。

#### **(6) KDB（国保データベース）システムの活用による保健事業の推進**

データヘルス計画に基づく保健事業の実施が進められていますが、県は県庁及び県保健所に国保ヘルスアップ支援員を配置して、KDB を活用する等によりデータ分析を行い、医療費や生活習慣病の現状や健診結果等について「見える化」した情報の提供や保健事業の効果検証を行うとともに、成果を上げた好事例の情報の提供を行います。また市町村は、独自のデータ分析に加え、県が提供する情報を活用して保健事業の実施を推進します。

## **第 7 市町村が担う事務の効率化、標準化**

### **1 市町村事務の効率化**

市町村が行う事務の効率的な運営の推進を図る観点から、ロードマップ記載事項の他、県内統一の広報を実施すべき内容について、スケールメリットが見込めることから、長野県国民健康保険団体連合会及び長野県後期高齢者医療広域連合と連携して統一的な広報事業を実施します。

**広報内容の例：**被保険者証と高齢受給者証の一体化の広報・周知

オンライン資格確認によるマイナンバーカードの被保険者利用の広報・周知

傷病手当制度の広報・周知

社会保険へ加入した方に対する被保険者証の回収協力の広報

## 2 市町村事務の標準化

### (1) 申請書様式の標準化

県単位の国保運営である趣旨から、各種申請書の標準的な様式例を県で定め、提供します。

### (2) 事務処理マニュアルの作成

新制度が施行されること等により、市町村の保険者事務の内容に変更が生じるものがあります。そうした新たな事務についての事務処理マニュアルを作成します。

### (3) 高額療養費の多数回該当の取扱い（再掲 34 頁参照）

## 第8 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携

県が、国保の財政運営の責任主体として保険者の役割を担い、国保事業の健全な運営を進めるに当たっては、地域における包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケア体制）の構築に向けた取組の重要性や、健康保険法等改正法により令和2年4月から市町村国保の保健事業及び後期高齢者の保健事業と介護保険の地域支援事業とを一体的に実施することとなったことに留意しつつ、国保部門における取組と保健医療及び福祉サービス等に関する諸施策との有機的な連携を進めることが求められています。

その上で県と市町村は、地域包括ケア体制の構築に向け、保健医療・福祉部門と連携する必要があります。

### 具体的な取組例

#### (1) 県の取組

- 国保部門と保健医療部門等の連携による取組の推進
- 県内及び他都道府県における、国保部門と保健医療、福祉サービス等の連携の好事例の紹介

#### (2) 市町村の取組

- 地域包括ケア体制の構築に向けた部局横断的な会議体や地域包括ケアに資する地域のネットワーク等への国保部門の参画
- 個々の被保険者に係る保健活動等の実施状況についての、医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組みづくり
- 国保被保険者を含む高齢者などの健康づくり等につながる住民主体の地域

活動への支援

- 後期高齢者医療部門と連携した保健事業の実施（健診データの提供など）
- 国保直診施設等を拠点とした地域包括ケアの推進に向けた取組の実施

## 第9 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の事項

### 1 長野県県・市町村国保運営連携会議の設置

平成28年度、県、県内市町村代表者、国保連合会で構成される長野県県・市町村国保運営連携会議を設置しました。長野県県・市町村国保運営連携会議において、納付金、標準保険料率及び国保運営方針等について協議、意見交換を行います。

### 2 国民健康保険運営協議会の審議

平成29年度、有識者、関係団体、被保険者等により構成する長野県国民健康保険運営協議会を設置しました。国民健康保険運営協議会において、納付金、標準保険料率及び国保運営方針等の国民健康保険の運営にかかる重要事項について審議いただき、安定した国保の運営に努めます。

### 3 情報共有の推進

県と市町村が一体となって、国民健康保険を運営していくために、連携会議、各種研修会、定期的な情報交換会等で情報を共有し、共通認識を図ります。また、各施策における市町村の取組についての横展開を図ります。

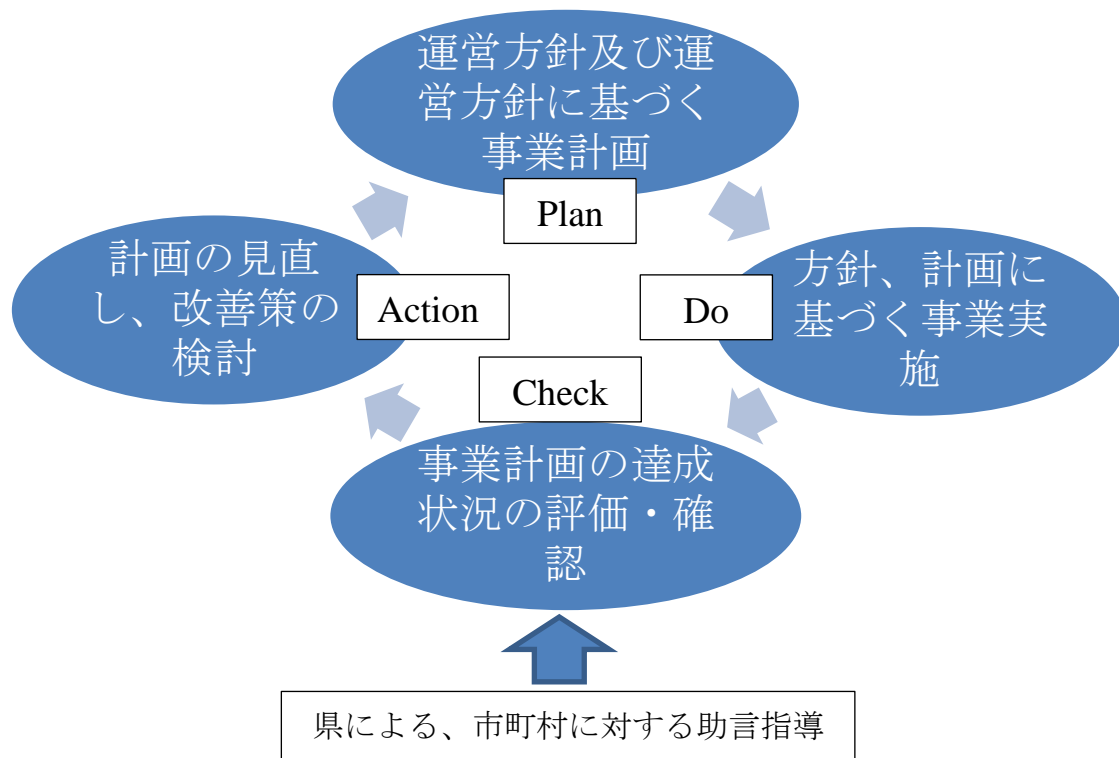
## 第10 検証及び見直し

### 1 市町村によるPDCAサイクルの実施

市町村は、本方針に定めた事項の実施状況を定期的に把握・分析し、検証を行い、継続的な改善を行うPDCAサイクル（Plan-Do-Check-Action）を実施することとし、安定的な財政運営や広域的、効率的な事業運営を図ります。

県は、市町村に対する助言（定期的に実施する一般助言及び特別な事情のある市町村に対して随時実施する特別助言）を通じて、市町村によるPDCAサイクルの実施を支援します。

## PDCA サイクルのイメージ



## 2 国民健康保険運営方針の検証・見直し

本方針に基づき行う事業の実施状況を、長野県県・市町村国保運営連携会議での協議及び長野県国民健康保険運営協議会での審議において検証し、本方針の見直しを行います。





長野県PRキャラクター「アルクマ」  
@長野県アルクマ