

長野県国民健康保険運営方針

平成 29 年 12 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.....	2
1 都道府県単位化により目指す姿.....	2
2 長野県における国民健康保険運営のポイント.....	2
(1) 保険料負担水準のあり方.....	2
(2) 保険料負担に対する配慮.....	2
(3) 保健事業の積極的推進と医療費の増加抑制.....	3
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.....	3
1 国保加入状況等.....	3
(1) 被保険者の状況.....	3
(2) 保険者の規模.....	4
(3) 被用者保険との比較.....	4
2 医療費の現状と見通し.....	5
(1) 医療費の現状.....	5
(2) 医療費の将来推計.....	10
3 国保財政.....	12
(1) 国保財政の現状.....	12
(2) 財政収支の改善に係る基本的な考え方.....	15
(3) 赤字解消・削減の取組、目標年次等.....	15
(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.....	19
(3) 市町村標準保険料率.....	21
(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.....	22
3 激変緩和措置.....	22
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	28
	(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
第5	市町村における保険給付の適正な実施	30
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	32
4	レセプト点検の充実強化	32
5	第三者求償の推進	33
6	保険者間調整	33
7	高額療養費の多数回該当の取扱い	33
第6	医療費適正化の取組	34
1	現状	34
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	37
	(2) 後発医薬品の使用促進	37
	(3) 重複頻回受診・多剤投薬の適正化	37
	(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	38
	(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	38
第7	市町村が担う事務の効率化、標準化	38
1	市町村事務の効率化	38
	(1) 被保険者証と高齢受給者証の一体交付	38
	(2) 広報事業	39
	(3) 大規模な不正利得返還金の回収（再掲）	39
2	市町村事務の標準化	39
	(1) 申請書様式の標準化	39
	(2) 事務処理マニュアルの作成	39
	(3) 高額療養費の多数回該当の取扱い（再掲）	39
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	40
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	40
1	長野県県・市町村国保運営連携会議の設置	40

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
第 10	検証及び見直し	41
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、真に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。

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、小規模保険者が多く財政が不安定になりやすい、保険者ごとの医療費、保険料の格差が大きい等の構造的課題を抱えています。これまでも国、都道府県、市町村による公費投入に加え、被用者保険からの支援なども行われてきました。

こうした中で、平成 27 年 5 月、国民健康保険法が改正され、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。このため新制度で創設される「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。

新制度において、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平成 30 年 4 月 1 日から平成 33 年 3 月 31 日までの 3 年間とします。

第1 基本的な考え方

1 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4割を超え、所得水準は全国の市町村国保と比べて低く、保険料格差は全国で1番大きく、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す。特に本県は、小規模市町村の割合が5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。

こうした状況を踏まえ、都道府県単位化による財政安定化を図り、加入者の保険料の変動リスクを軽減します。

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、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、県も保険者に新たに加わり、県が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。

2 長野県における国民健康保険運営のポイント

(1) 保険料負担水準のあり方

将来的な保険料水準の統一に向けて、中長期的には①市町村毎の医療費水準の保険料負担への反映度の引き下げ、②県が示す標準保険料率に沿った各市町村の保険料率設定、③法定外一般会計繰入の解消を進めます。

なお、新制度施行後ただちに保険料水準を統一することは、加入者の保険料負担の急激な上昇を招く場合があることから、当面の間は、①各市町村の医療費水準を保険料負担に反映する、②県統一の保険料算定方式に基づく標準保険料率に加え、市町村ごとの現行の保険料算定方式を踏まえ、市町村毎の算定方式に基づく保険料率も示す、③法定外一般会計繰入は市町村ごと定める目標年次に沿って段階的、計画的な解消、削減を図ることとします。

(2) 保険料負担に対する配慮

今般の制度改革により納付金制度が導入され、県内市町村同士の支え合い

の観点に加わることにより、各市町村の所得水準等によって従来よりも負担が上がる市町村も下がる市町村もあります。市町村の負担の変動は、加入者の保険料負担の変動に直結するため、県は納付金算定において加入者の保険料負担への影響を十分に考慮します。具体的には、①市町村の医療費水準の差異を反映した納付金算定を行うこと、②制度改革に伴う負担変動を抑制するための原則6年間の激変緩和措置を講ずること、③1レセプト80万円を超える高額医療費を県内全市町村共同で負担し合うことにより、急激に保険料負担が増加しないよう配慮します。

また、医療費が乱高下しやすい小規模市町村を中心に、保険料負担の年度間の変動について配慮することも検討します。

(3) 保健事業の積極的推進と医療費の増加抑制

保険料負担の増加は医療費の伸びと相関関係が強いため、平成30年度から新設される「保険者努力支援制度」(インセンティブ)を活用し、特定健診の受診促進や後発医薬品の使用促進等の医療費適正化に資する取組を促進します。

県は、健康づくりの県民運動「ACEプロジェクト」を推進するとともに、市町村等が行うデータヘルス計画に基づく健康づくりの取組を更に促進することで、健康長寿の暮らしをすすめ、医療費の増加抑制を目指します。

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25～27年度で31,821人減少(減少率5.76%)しましたが、全国の減少率は6.33%であり、全国と比べると減少率は低くなっています。
- ・高齢化率(加入者に占める65歳以上の方の割合)は、平成27年度において、全国39.5%に対して、本県は42.9%で全国と比べて高くなっており、平成25～27年度で4.0%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27年度において、全国1.64人/世帯に対して、本県は1.71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27年度において、本県は26.2%で平成25年から1.3%減少していますが、全国の25.3%と比べてやや高い加入割合です。

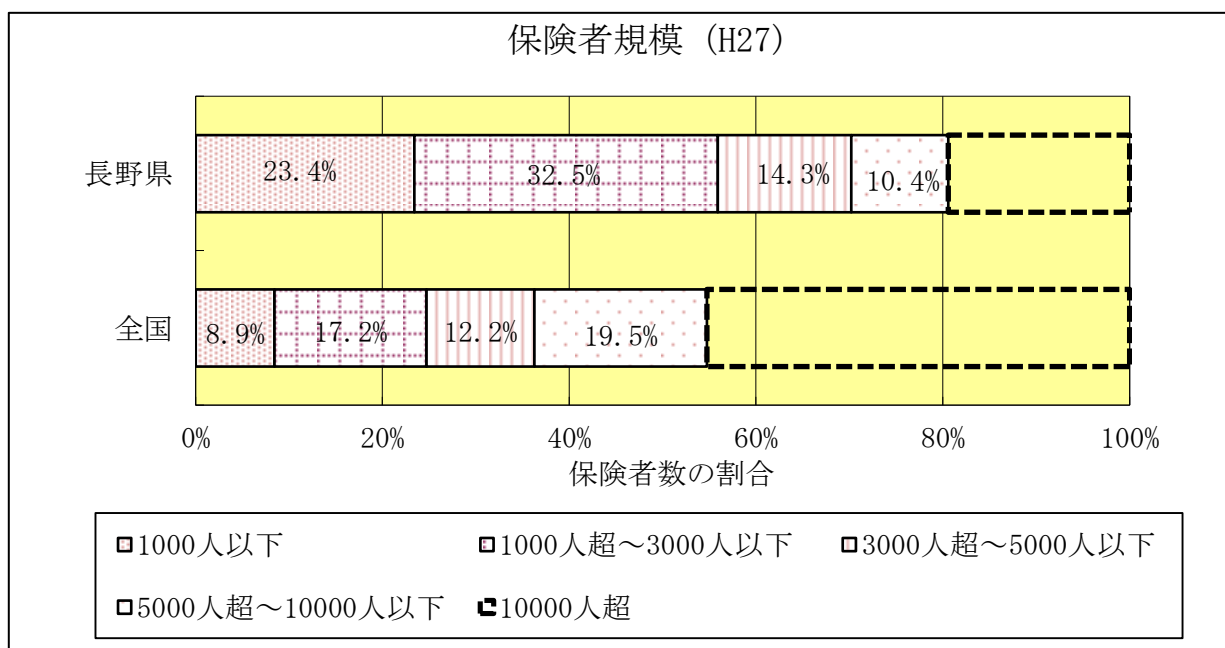
■国保被保険者加入状況等

	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	H25	551,996	337,519	214,477	38.9%	1.76	27.5%
	H26	538,154	316,647	221,507	41.2%	1.75	26.9%
	H27	520,175	296,904	223,271	42.9%	1.71	26.2%
全国	H25	33,972,865	21,866,663	12,106,202	35.6%	1.69	26.9%
	H26	33,025,431	20,546,327	12,479,104	37.8%	1.67	26.2%
	H27	31,822,403	19,258,950	12,563,453	39.5%	1.64	25.3%

厚生労働省「国民健康保険事業年報」

(2) 保険者の規模

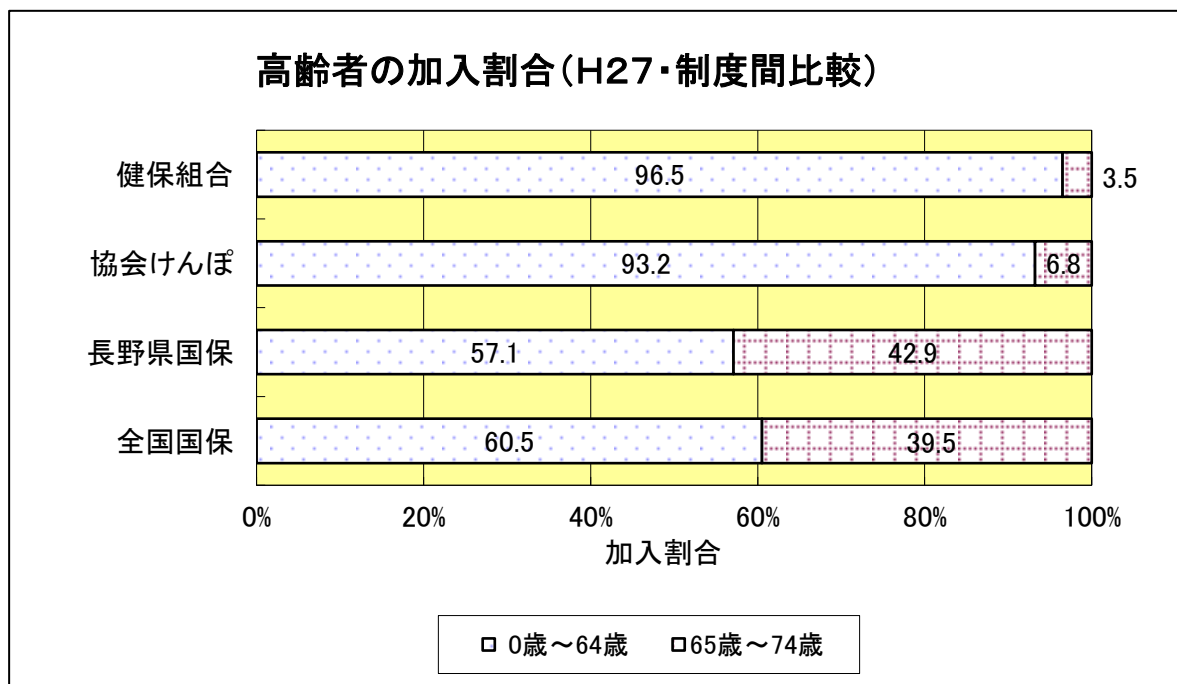
- ・市町村別に被保険者数をみると、財政が不安定になるリスクの高い小規模保険者（被保険者数が3,000人未満の保険者）が多く、平成27年度において、77市町村中43市町村（55.9%）あります（付属資料P1）。全国では、26.1%であり、全国と比べて小規模保険者が大幅に多くなっています。



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43%にのびります（H27）。



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 26 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 66 万円、組合健保より 131 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（H26）

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	76 万円	86 万円	142 万円	207 万円

国民健康保険中央会資料、
厚生労働省「国民健康保険実態調査」

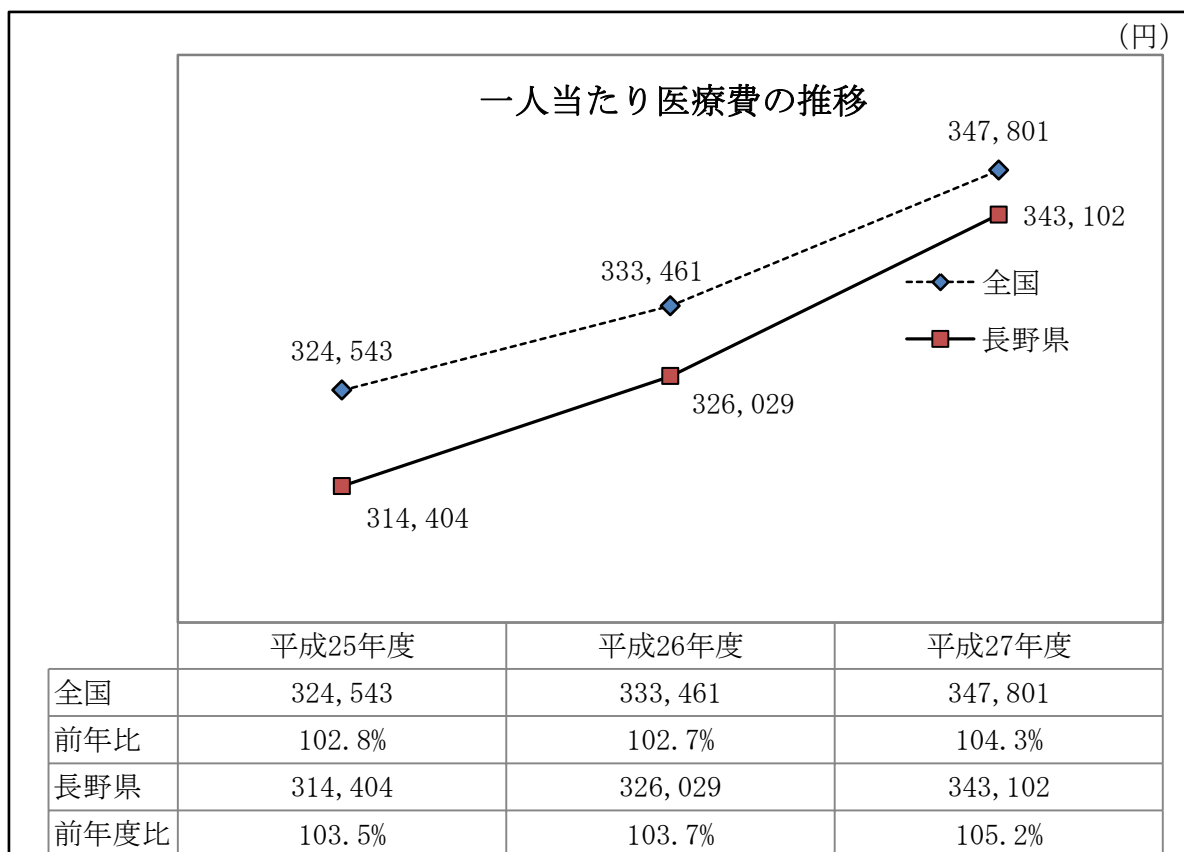
2 医療費の現状と見通し

（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、平成 27 年度においては 343,102 円、前年度から 5.2%伸びています。平成 27 年度には、高額薬剤が保険適用となったことから、例年よりも一人当たり医療費の伸び率が高くなりましたが、全国と比較して 4,699 円低くなっています。

- 一人当たり医療費を市町村別にみると、多くの市町村では前年度より増加する傾向（61市町村で増加）ですが、小規模市町村において一人当たり医療費が減少する場合があります。平成27年度においては、16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最大で2.2倍であり、全国で2番目に格差が大きくなっています（H27）。

■一人当たり医療費格差状況（H26）

	最大	最小
市町村名	小川村	川上村
一人当たり医療費	464,871円	209,722円
格差	2.2倍	

長野県「国民健康保険事業状況」

- ・また、二次医療圏別の医療費格差は、最大が1.73倍（飯伊）、最小が1.13倍（上小）となっています（H27）（付属資料P3）。

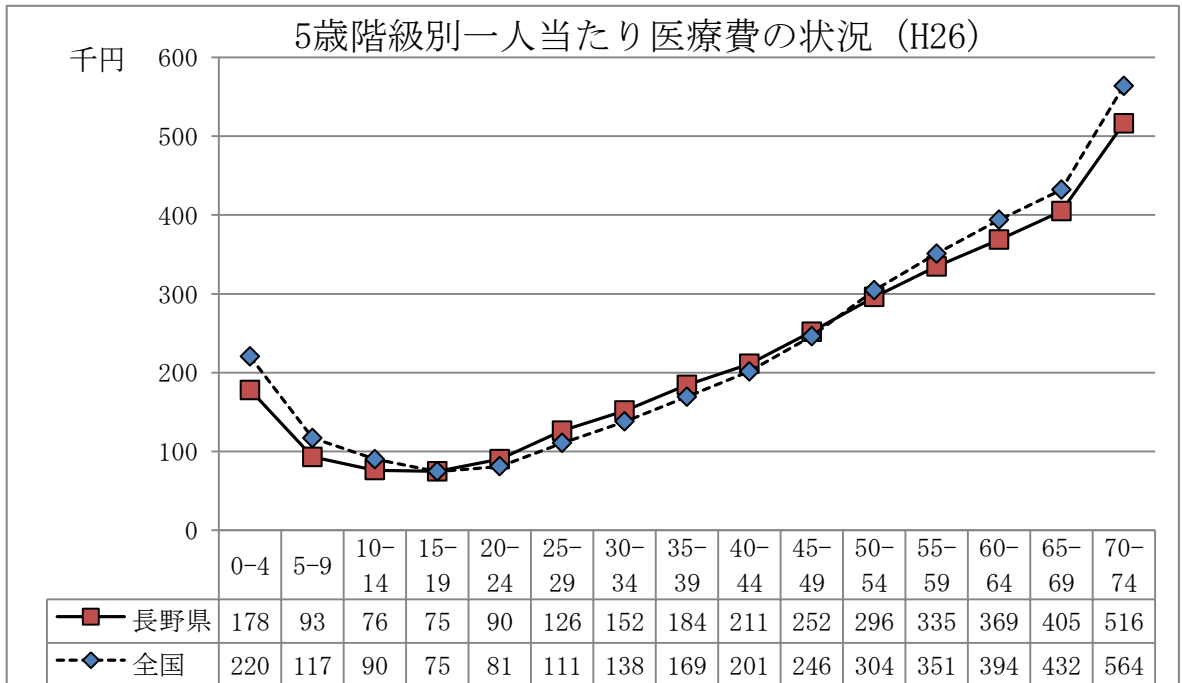
■一人当たり医療費二次医療圏別格差状況（H27）

二次医療圏名	最大	最小	格差	格差順位
佐久	351,913円 （立科町）	209,913円 （川上村）	1.678倍	2
上小	386,497円 （青木村）	343,085円 （東御市）	1.127倍	10
諏訪	367,025円 （下諏訪町）	304,127円 （富士見町）	1.207倍	9
上伊那	366,149円 （辰野町）	302,518円 （宮田村）	1.210倍	8
飯伊	456,513円 （平谷村）	263,442円 （豊丘村）	1.733倍	1
木曾	406,484円 （南木曾町）	303,269円 （王滝村）	1.340倍	6
松本	444,918円 （麻績村）	281,452円 （朝日村）	1.581倍	4
大北	380,636円 （大町市）	229,085円 （小谷村）	1.662倍	3
長野	464,871円 （小川村）	324,153円 （小布施町）	1.434倍	5
北信	369,342円 （飯山市）	295,612円 （野沢温泉村）	1.249倍	7

長野県「平成27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（H26）

- ・本県で年齢階層別一人当たり医療費が、全体の一人当たり医療費（326,029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、20-49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、25-39歳では全国平均を約15,000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0.948となっており、全国よりも低くなっています。
- ・また、診療種別の地域差指数は、入院は0.928、入院外＋調剤は0.967、歯科は0.927で、全体的に低い傾向にあります。

■診療種別地域差指数(H26)

	合計	入院	入院外 ＋調剤	歯科
地域差指数	0.948	0.928	0.967	0.927
全国順位	39	35	42	41

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。

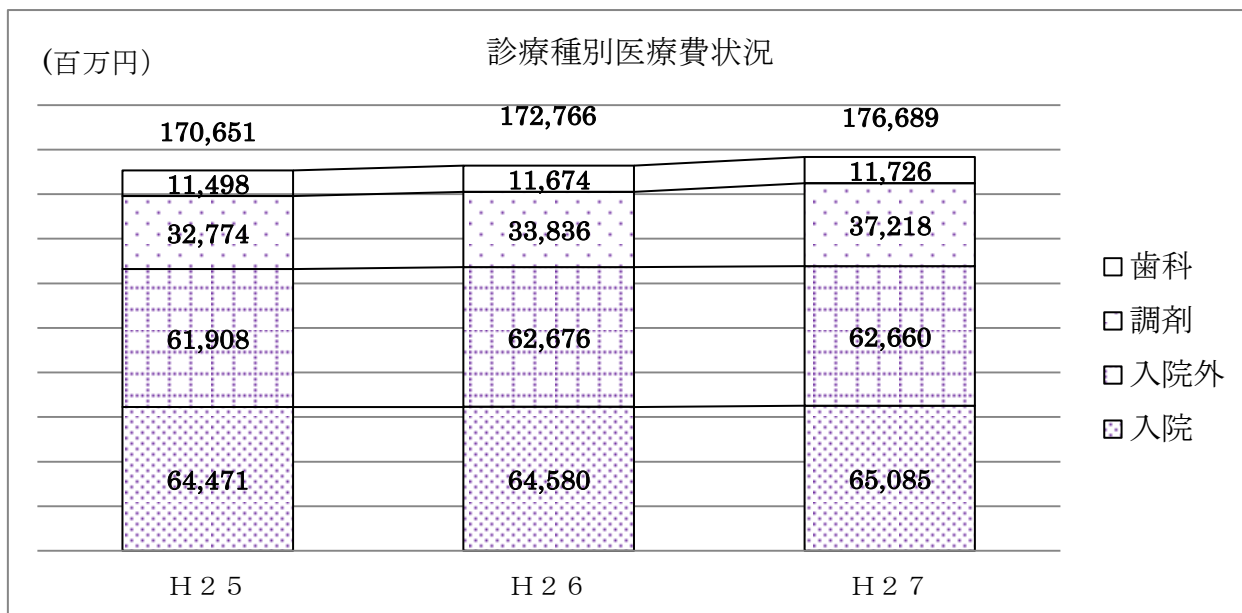
■ 地域差指数市町村別状況 (H26)

	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	19	12	5

厚生労働省「医療費の地域差分析」

オ 診療種別医療費

- ・平成 27 年度は、調剤費が前年度に比べて、約 33 億 8,200 万円 (10.0%) 増加しました。高額薬剤の保険適用による影響と考えられます。
- ・平成 27 年度の診療費に占める各診療種別医療費の割合は、入院 38.0%、入院外+調剤 55.5%、歯科 6.5%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、平成 27 年度において 29,169 円でした。一人当たり医療費 (343,102 円) に占める割合は 8.5%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
H25	22,982	7.3%
H26	25,904	7.7%
H27	29,169	8.5%

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一人当たり医療費の格差（2.2倍）以上に大きく、平成27年度は最大で4.9倍の格差がありました（附属資料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27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

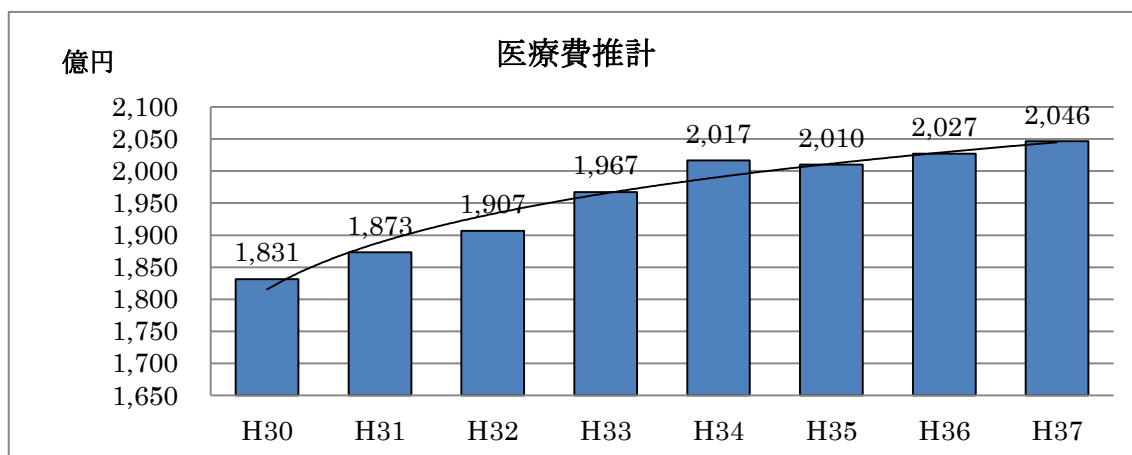
平成26年度の診療種別医療費実績値に推計対象年度の伸び率を乗じて算出しています。

伸び率は、平成21～25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。

平成27年度実績値が直近の実績値ですが、高額薬剤による影響を推計から除くため、算定基礎から除いています。

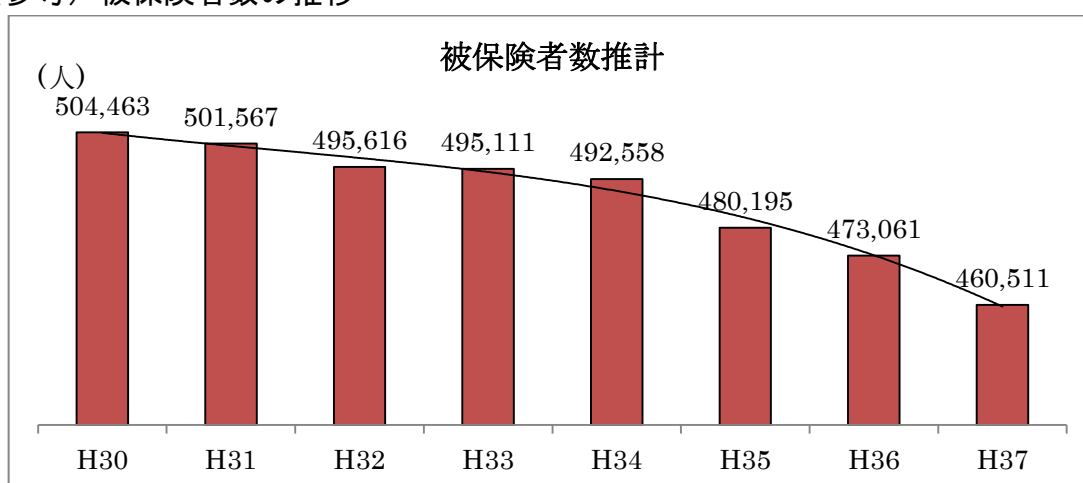
使用データ：厚生労働省「国民健康保険事業年報」、「医療給付実態調査」、「国民健康保険実態調査」、長野県「国民健康保険事業状況」

- ・平成 34 年度までは、総医療費は年平均 45 億円程度の伸びですが、平成 35 年度から 37 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、医療費総額の伸びは年平均 13 億円程度となり、鈍化する見込みです。ただし、一人当たり医療費は年々増加する見込みです。
- ・平成 37 年度において、医療費総額は約 2,046 億円となり、平成 30 年度から 215 億円程度増となる見込みです。



年度	H30	H31	H32	H33
推計医療費	1,831 億 4,958 万円	1,873 億 1,680 万円	1,906 億 9,214 万円	1,967 億 3,048 万円
一人当たり医療費	363,059 円	373,463 円	384,758 円	397,346 円
年度	H34	H35	H36	H37
推計医療費	2,016 億 5,533 万円	2,010 億 2,020 万円	2,027 億 2,380 万円	2,046 億 2,434 万円
一人当たり医療費	409,404 円	418,622 円	428,536 円	444,342 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、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、納付金制度の導入により負担の平準化を進める（⇒第2）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 国保財政

(1) 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、平成 27 年度 2,591 億 9,841 万円、支出額は平成 27 年度 2,545 億 2,947 万円です。収支差引額は 46 億 6,894 万円で、平成 25 年度から 22 億 7,320 万円減少しました。
- ・ 保険料（税）収入は、平成 25 年度から 14 億 9,190 万円減少しました。
- ・ 前期高齢者の加入割合に応じて交付される前期高齢者交付金による収入は平成 25 年度から 19 億 8,998 万円増加しました。
- ・ 保険基盤安定繰入金は、平成 26、27 年度に行われた財政支援の拡充により、平成 25 年から 36 億 8,668 万円（60.7%）増と、大幅に増加しました。
- ・ 法定外一般会計繰入金額は収入額の 1%強で推移しています。
- ・ 基金繰入金による収入が増えている一方、基金への積立金は、毎年度繰入額を下回っているため、基金保有額が年々減少しています。
- ・ 収入・支出とも、平成 27 年度に総額が大きく伸びているのは、保険財政共同安定化事業の対象医療費拡大によるものです。

■国保財政収支状況

(千円)

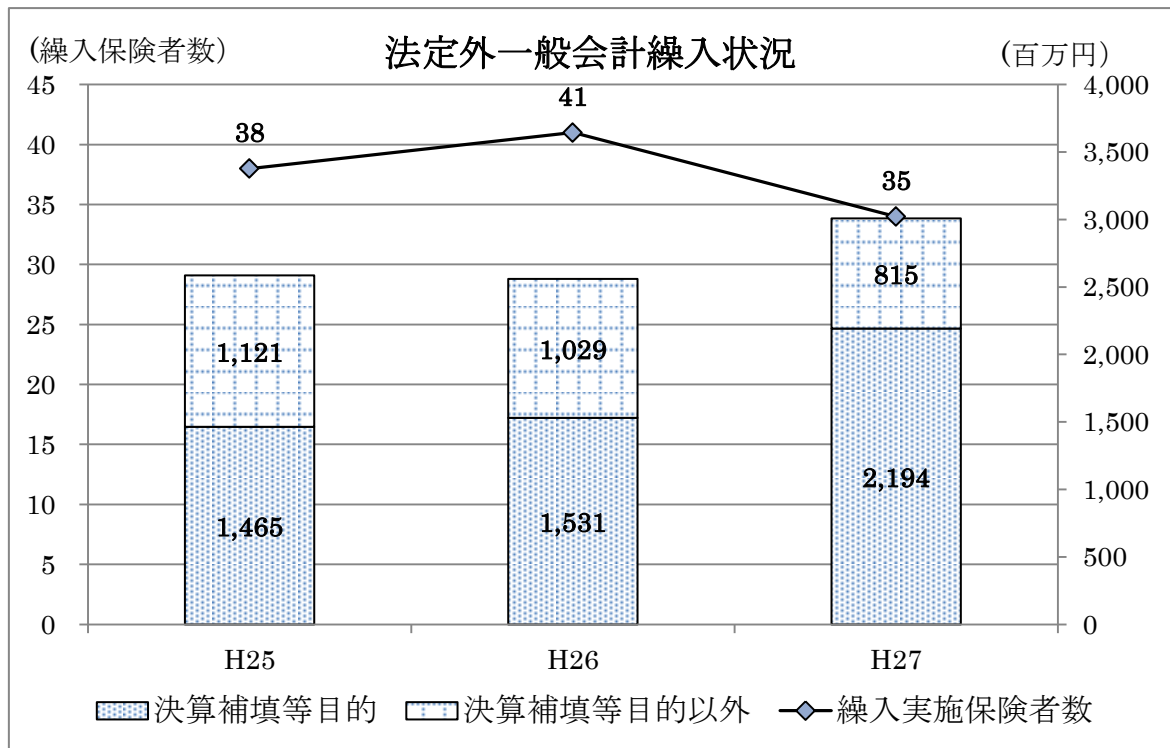
	H25	H26	H27
収入 合計	223,793,071	227,079,338	259,198,411
国保料（税）	47,151,718	46,337,649	45,659,818
国庫支出金	47,995,888	50,488,307	52,129,921
前期高齢者交付金	58,887,347	59,047,016	60,877,329
県支出金	10,737,697	11,416,840	11,639,934
保険基盤安定繰入金	6,071,170	7,052,382	9,757,853
法定外一般会計繰入金	2,586,672	2,560,027	3,008,942
基金等繰入金	1,740,012	2,376,312	3,085,913
繰越金	6,541,422	6,743,629	5,688,103
その他	42,081,145	41,057,176	67,350,598

支出 合計	216,850,936	221,338,675	254,529,471
保険給付費	146,186,518	149,314,256	153,512,938
後期高齢者支援金等	28,953,484	29,152,384	29,187,905
介護納付金	12,233,942	12,343,020	11,281,565
保健事業費	2,313,581	2,448,876	2,500,469
基金等積立金	1,047,476	692,285	1,579,988
その他	26,115,935	27,387,854	56,466,606
収支差引額	6,942,135	5,740,663	4,668,940

厚生労働省「国民健康保険事業年報」

イ 法定外繰入状況

- 平成 27 年度、35 保険者が法定外一般会計繰入を実施し、その総額は 30 億 894 万 1,951 円でした。前年度から、実施保険者は 6 保険者減少したものの、繰入額は約 4 億 4,900 万円増加しました。



「国民健康保険事業実施状況報告」

- 繰入理由をみると、平成 27 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 22 億円、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 8 億円でした。
- 繰入額でみると、保険料（税）の負担緩和のための繰入が、約 15 億円で繰入額の 51.6% を占め、次いで医療費の増加が約 5 億 7 千万円で 19% を占め

ました。

- ・繰入市町村数で見ると、保険料（税）の負担緩和を図るための繰入が 16 市町村、次いで保健事業費に充てるための繰入がほぼ同数の 15 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

		平成 27 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	571,911,725	19.0%	6
	保険料（税）の負担緩和を図るため	1,552,815,148	51.6%	16
	任意給付に充てるため	69,271,999	2.3%	4
	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	2,193,998,872	72.9%	22
決算補填等目的以外	保険料（税）の減免額に充てるため	56,981,280	1.9%	2
	地方単独事業の医療給付費波及増等	0	0.0%	0
	保健事業費に充てるため	202,686,399	6.7%	15
	直営診療施設に充てるため	0	0.0%	0
	基金積立	332,044,000	11.0%	3
	返済金	0	0.0%	0
	その他（個人番号システム整備等）	223,231,400	7.4%	7
	小計	814,943,079	27.1%	24
合計		3,008,941,951	-	35

※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 4.6 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)や国庫負担金等でまかない、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、県は大幅に黒字を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、削減を図ります。

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
- 医療費の増加
- 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」、「医療費の増加」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。

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、3市町において、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（H28）

	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	74	71	71	所得、固定資産、 被保険者数、世帯数
3方式	3	4	6	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

- ・平成27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＝57.7：43.3となっています。
- ・所得割：資産割：均等割：平等割の割合は、平成27年度の医療分において、53.3：4.4：26.3：16.0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平成27年度の医療分で63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（H27）

	医療分		後期高齢者等支援金分		介護納付金分	
応能割	57.7%		57.9%		57.3%	
(所得割) (資産割)	(53.3%)	(4.4%)	(54.1%)	(3.8%)	(54.4%)	(2.9%)
応益割	42.3%		42.1%		42.7%	
(均等割) (平等割)	(26.3%)	(16.0%)	(27.5%)	(14.6%)	(25.4%)	(17.3%)

長野県「平成27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

- ・平成 28 年度の各市町村の賦課限度額は、76 市町村が法定の上限額である医療分 54 万円、後期高齢者支援金分 19 万円、介護納付金分 16 万円と同額です。1 市のみ医療分 52 万円、後期高齢者支援金分 16 万円、介護納付金分 13 万円となっています。

エ 保険料水準の格差

- ・一人当たり保険料調定額の格差は、平成 27 年度において、最大 3.4 倍であり、全国で一番格差が大きくなっています（付属資料 P17）。
- ・保険料水準の格差は、市町村ごとの年齢構成の違いにより前期高齢者交付金額に差が生じ、保険料（税）によって賄うべき収入額に差が生じるためと考えられます。

■一人当たり保険料調定額の格差状況（H27）

	最大	最小
市町村名	川上村	大鹿村
一人当たり調定額	133,185 円	38,657 円
格差	3.4 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

将来的な保険料水準の統一に向けて、中長期的には①市町村毎の医療費水準の保険料負担への反映度の引き下げ、②県が示す標準保険料率に沿った各市町村の保険料率設定、③法定外一般会計繰入の解消を進めます。

今後は、保険者努力支援制度を活用し、保健事業等の医療費適正化のための取組により医療費水準の格差を縮小させること等により、医療費水準反映度の引き下げに向けて課題の解消を図ります。

なお、保険料水準の統一のためには、上記の他に、各市町村の保健事業等の平準化、保険料算定方式の統一、さらには保険料（税）収納率の平準化も必要です。

県は、毎年度、統一に向けた課題の解消状況を把握し、また、段階的な取組の方向性及び目標年次を含めたロードマップについて、市町村と意見交換しながら、本方針の次期改定時までには検討します。

(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 β を使用します）。

本県では、 β = 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（平成 30 年度納付金の算定においては、平成 25～27 年度）。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 α 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 α 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。平成 27 年度においては、本県における市町村毎の 1 人当たり医療費の格差は最大 2.2 倍と全国で 2 番目に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、新制度施行時に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、新制度施行後当面の間、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が、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。

本県においては、一人当たり実績医療費での格差は平成 27 年度で 2.2 倍程度となっていますが、年齢調整後の医療費指数での格差は 1.7 倍程度となります。

年齢調整後の医療費指数が 1 を下回る市町村が多く（67 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ます。

(3) 市町村標準保険料率

平成 30 年度以降も、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ます。(平成 30 年度の市町村標準保険料率の算定では、平成 25～27 年度)。

(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

平成30年度から財政運営の仕組みが変わることにより、平成29年度以前と比べて保険料（税）が著しく変動する可能性があります。

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。

措置期間は新制度施行から原則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。

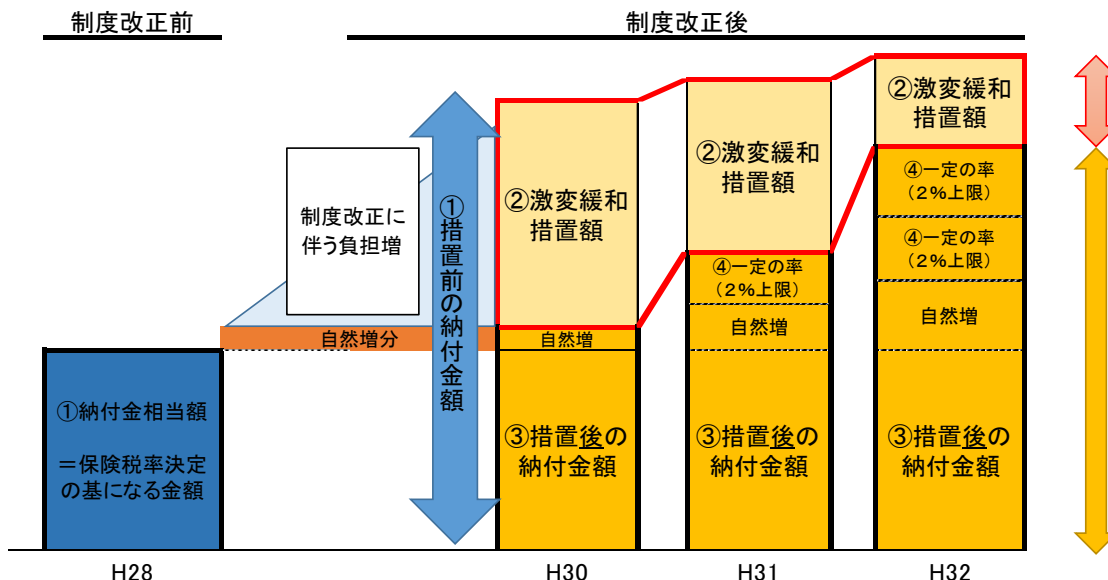
【※ 一定の率】

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。

激変緩和のイメージ

制度改正前は、保険税総額を基に保険税率を決定
↓
制度改正後は、県からの納付金総額を基に保険税率を決定

【A市の場合】



- 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。)

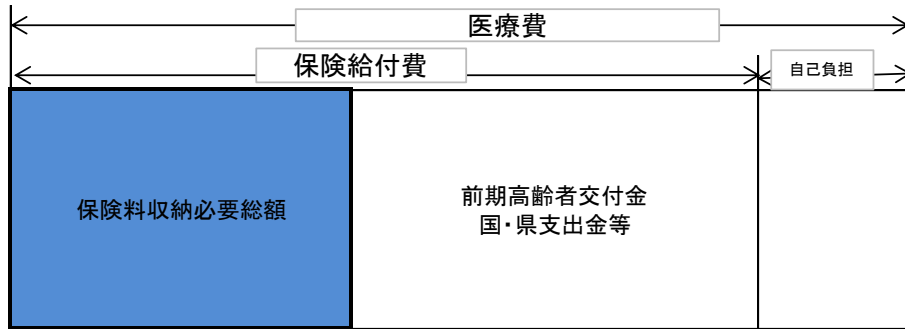
4 納付金負担が大幅に減少する場合の措置

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）

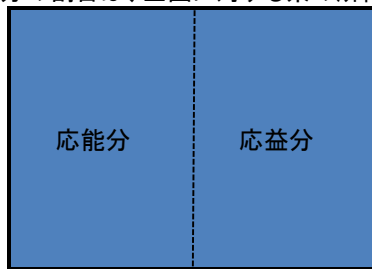
- 1 県が納付金として集めるべき総額（保険料収納必要総額）を算定します。
 県全体で必要となる保険給付費等の見込額から、国・県による公費等の収入を差し引いて算定します。



- 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）。



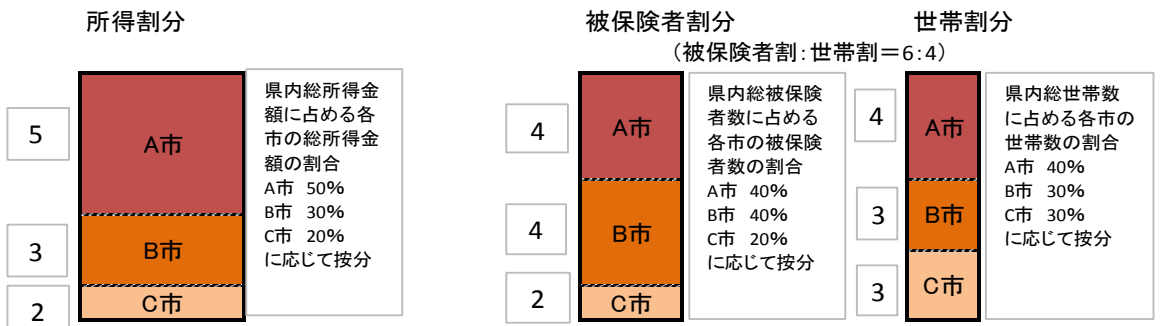
※ 納付金算定に用いる所得は、県統一の賦課限度額を超過する所得を算定の基礎から除きます。県統一の賦課限度額は、政令の上限額と同額です。

- 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。

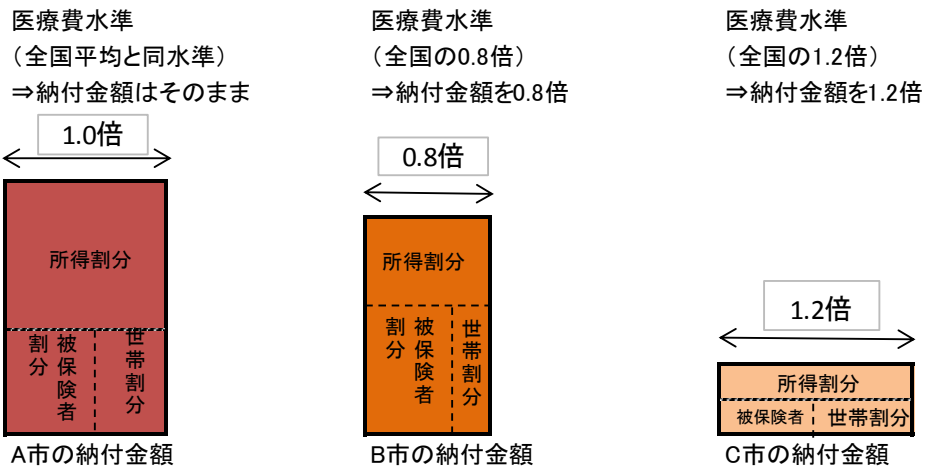
応益分は、市町村の被保険者割分と世帯割分に按分します。（長野県は被保険者割：世帯割＝6：4）

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。

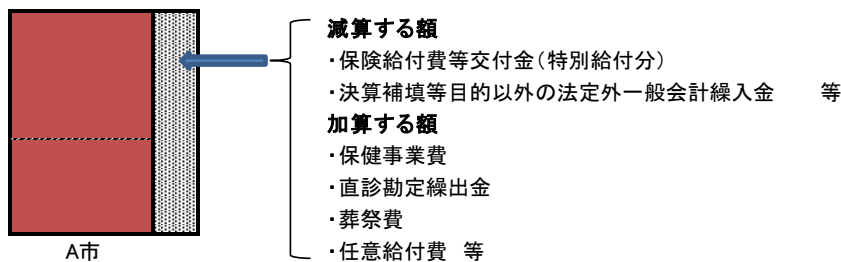


- ③ 応能分(所得割分)と応益分(被保険者割分、世帯割分)の合計を、各市町村の医療費水準に応じて増減調整します。



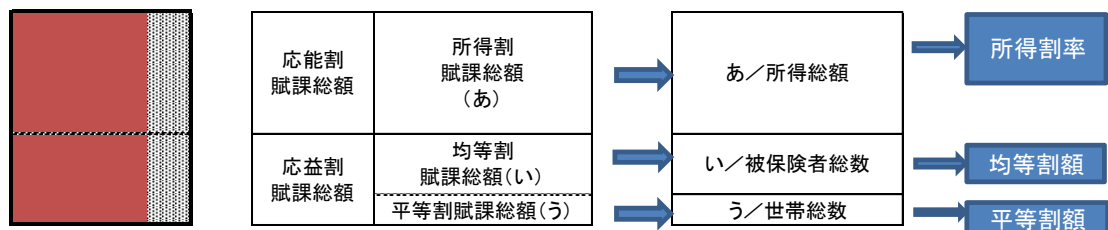
※ 医療費水準による調整により、保険料収納必要総額と各市町村の納付金額の計が一致しない場合には、全市町村均一の調整係数を乗じることにより一致するよう調整します。

- 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。

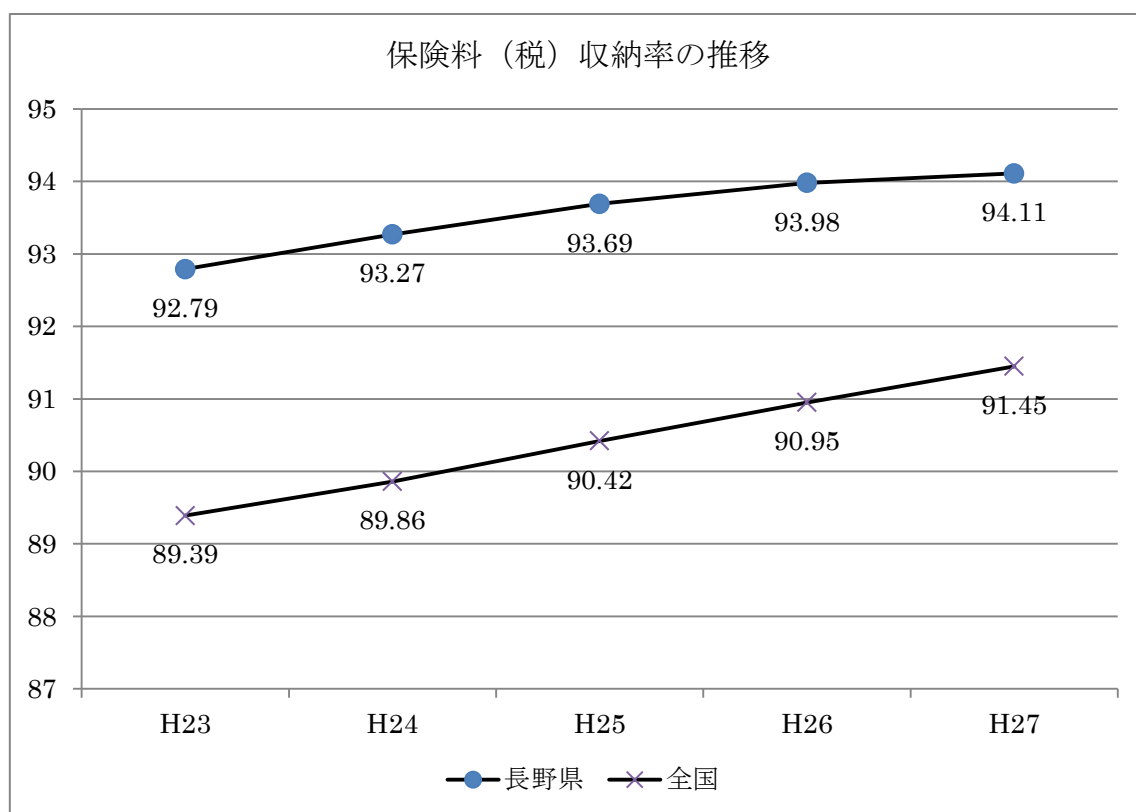


第4 市町村における保険料（税）の徴収の適正な実施

1 現状

ア 保険料（税）収納率の推移、全国比較

- ・ 県内市町村の保険料（税）収納率の平均は、平成 27 年度において 94.11%で、全国平均（91.45%）より 2.66%高く、全国 4 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）

- ・ 平成 27 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 25 年度から 27 年度にかけて保険料（税）収納率が低下した市町村は 17 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

- ・平成 27 年度に期限内納付の割合が 91.5%で、全国平均より 1%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	
H25	世帯数	187,122	96,470	44,247	257	328,096			328,096
	収納額	29,101	7,874	3,952	72	40,999	306	3,424	44,729
	収納額 構成比 (%)	65.1	17.6	8.8	0.2	91.7	0.7	7.7	8.3
H26	世帯数	187,035	88,821	50,235	70	326,161			326,161
	収納額	28,473	7,628	4,308	8	40,417	249	3,403	44,069
	収納額 構成比 (%)	64.6	17.3	9.8	0.0	91.7	0.6	7.7	8.3
H27 (全国)	世帯数	180,719	81,651	57,513	61	319,944			319,944
	収納額	27,693	7,581	4,483	6	39,763	226	3,486	43,475
	収納額 構成比 (%)	63.7 (49.5)	17.4 (32.7)	10.3 (7.4)	0.0 (0.9)	91.5 (90.5)	0.5 (-)	8.0 (-)	8.5 (9.5)

「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%を超える程度です。
- ・保険料（税）滞納額は、年々減少しており、平成 27 年度に 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）
H25	321,742	40,655	12.6%	11,000
H26	314,851	41,606	13.2%	10,173
H27	311,733	35,908	11.5%	9,535

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。

（※）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（平成29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 5万人未満	5万人以上
保険者数	43	10	7	13	2
目標 収納率	98.0%	97.0%	96.0%	95.0%	91.5%

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が、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 95.42%、自主納付 60.24%となっています(H27)。

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90%以上を占めていますが、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、平成27年度は1,867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217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
H25	1,607円	232円
H26	1,748円	267円
H27	1,867円	217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（H27）

実施形態	市町村数
自庁点検	59
国保連合会への委託	64
業者への委託	2

「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、平成 27 年度において、18 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
H25	16
H26	16
H27	18

「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 (H28)

- ・ 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、75 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 (H28)

- ・ 交通事故に係る求償額は、7,631 万円、交通事故以外に係る求償額は 185 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 51 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	原付 自動車 ・	自動車賠償責任保険	83	15,713
		任意保険	55	57,786
		第三者直接求償	7	2,780
	個人賠償責任保険 (自転車)	1	39	
	第三者直接求償 (自転車)	0	0	
	交通事故 小計	146	76,318	
交通事故以外	業務上傷病	20	1,341	
	公害健康被害	0	0	
	個人賠償責任保険等 (自転車事故以外)	0	0	
	第三者直接求償	3	511	
	交通事故以外 小計	23	1,852	
合計		169	78,170	

「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、件数は近年減少傾向にありますが、返還金調定額は、平成 27 年度に大幅に増加しました。

■ 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）
H25	6,973	88,437
H26	5,480	79,091
H27	4,709	222,538

「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

平成 30 年度からは、県による保険給付の点検が実施可能となります（改正国保法第 75 条の 3）。

今後、費用対効果等を考慮し、県による保険給付の点検のあり方について、市町村と協議の上、検討していきます。

(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ることができます（改正国保法第 65 条 4 項）。

県は一括して対応することが効果的・効率的と考えられる事案については、市町村からの委託を受け不正利得返還金の回収を行います。

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。

また、今後は、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、国の取組の動向を注視しながら、関係機関と連携し、対応していきます。

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① 一の世帯で完結する住所異動
世帯の分離や合併を伴わないため、世帯の継続性を認める。

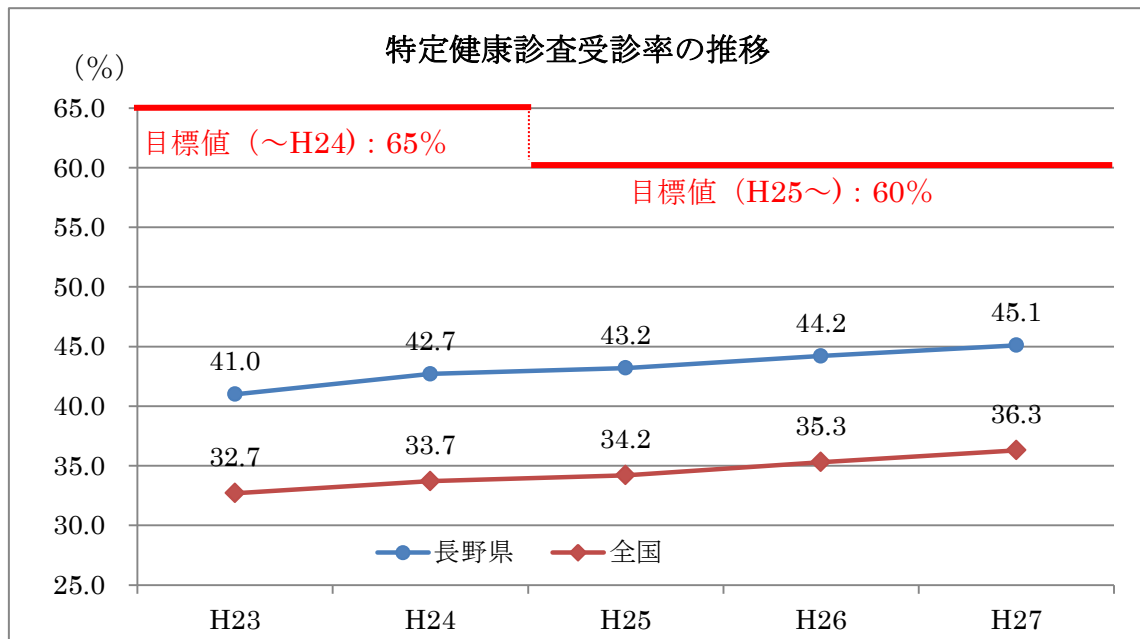
基準② 一の世帯で完結しない住所異動
ア 世帯主と住所の両方に変更がない世帯に対して、世帯の継続性を認める。
イ 転入する世帯の世帯主が主宰する世帯に対して、世帯の継続性を認める。

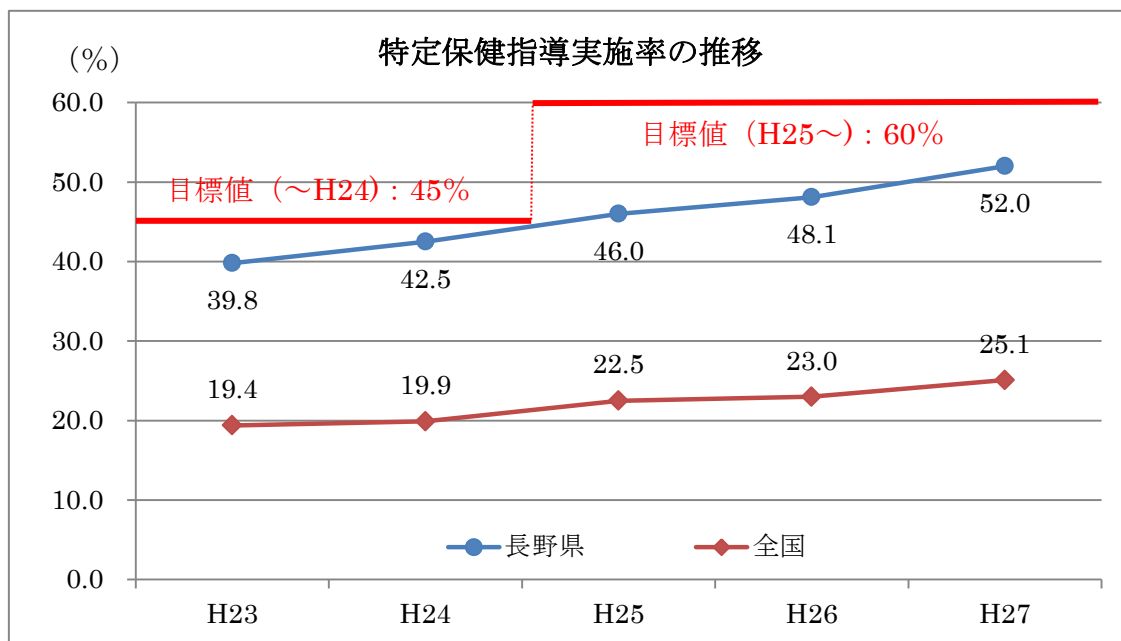
第6 医療費適正化の取組

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、平成27年度において、特定健康診査受診率は45.2%で、全国平均より8.9%高く、特定保健指導実施率は52.0%で、全国平均より24.9%高くなっています。
- ・特定健康診査受診率は全国3位、特定保健指導実施率は全国6位でした(H27)。
- ・市町村別にみると、平成27年度において、第2期特定健康診査等実施計画期間(H25～29)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9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44市町村でした(付属資料P23)。

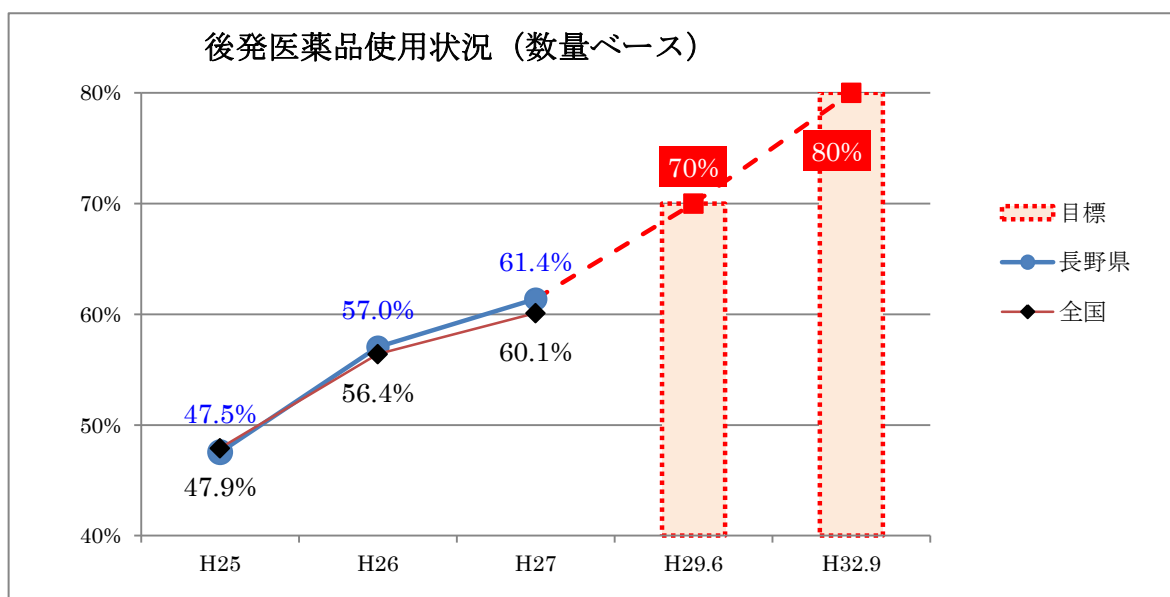




国民健康保険中央会「市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況 報告書」

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、平成 27 年度の後発医薬品使用割合は、61.4%でした。
- ・国が平成 27 年度に示した使用割合の目標値は、平成 32 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

- 平成 27 年度において、医療費通知を実施している市町村は 69 市町村、後発医薬品差額通知を実施している市町村数は 70 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
H25	66	58
H26	69	64
H27	69	70

「国民健康保険事業実施状況報告」

エ 糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

- 平成 28 年度において、糖尿病性腎症重症化予防の取組として受診勧奨を 59 市町村、保健指導を 55 市町村が行いました。

1 平成 28 年度中の事業実施状況

実施している	実施していない
62	15

2 実施している場合の実施内容

受診勧奨のみ	保健指導のみ	両方
7	3	52

3 取組状況

取組状況	市町村数
対象者の抽出基準を設けている	59
かかりつけ医と連携している	53
保健指導を実施する場合に専門職が携わっている	62
事業評価を実施している	55

H29.2 長野県調べ

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、平成 28 年度時点で 70 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す。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。

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。

県では、県民の方の健康づくりの促進のため『ACEプロジェクト』を展開しています。県民の方の健康づくり意識の向上は、健康長寿の増進のみならず保険料の抑制や保険財政の安定化につながるものであることから、県では『ACEプロジェクト』による健康づくりの推進を図ります。

また、県が保険者になることを踏まえ、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。

※ACEプロジェクト：県が展開する健康づくり県民運動の名称です。ACEは脳卒中等の生活習慣病予防に効果のあるAction（体を動かす）、Check（健診を受ける）、Eat（健康に食べる）を表し、世界で一番（ACE）の健康長寿を目指す想いを込めたものです。

（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が、全国目標値である特定健康診査60%、特定保健指導60%を目標としてさらなる向上を図ります。

県は、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。

また、保険者を異動した場合の健診データの提供を受けやすい環境づくりを、保険者協議会を通じて推進します。

（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 年度に策定しました。

市町村はプログラムを参考としながら、全市町村で受診勧奨の取組を開始することを目指すとともに、さらなる効果的な重症化予防に取り組めます。

県は、市町村が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

被保険者の方の健康意識の向上、被保険者の方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 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」した情報や、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、以下の取組について、広域的实施を検討していきます。

(1) 被保険者証と高齢受給者証の一体交付

本県では現在、国民健康保険の被保険者証は、毎年 10 月 1 日に一斉更新を行うこととしています。他方、70 歳以上の被保険者の方に交付される高齢受給者証は、毎年 8 月 1 日に更新しているため、70 歳以上の被保険者の方は、

医療機関で受診する際に提示する証を 2 枚交付されています。

被保険者の方の利便性を考慮して、被保険者証と高齢受給者証の一体的交付の実施を目指します。

その際は、発送準備作業の共同化など、市町村の事務の効率化を検討します。

(2) 広報事業

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、統一的な広報事業を実施します。

広報内容の例：国保制度改革（国保都道府県単位化）に係る事項
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

(3) 大規模な不正利得返還金の回収（再掲）

県が一括して対応することが効果的・効率的と考えられる事案について、県は市町村からの委託を受けて不正利得返還金の回収を実施します。

実施内容等の詳細については、国が示す委託契約案の内容を参考としながら、今後、県と市町村で協議し、決定します。

2 市町村事務の標準化

(1) 申請書様式の標準化

県単位の国保運営となる趣旨から、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

納付金・交付金制度の導入等、新制度が施行されることにより、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）

高額療養費の多数回該当の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凶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① 一の世帯で完結する住所異動

世帯の分離や合併を伴わないため、世帯の継続性を認める。

基準② 一の世帯で完結しない住所異動

ア 世帯主と住所の両方に変更がない世帯に対して、世帯の継続性を認める。

イ 転入する世帯の世帯主が主宰する世帯に対して、世帯の継続性を認める。

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

2025年を目途に重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が重要となっています。

国保部局においても、まずは、市町村ごとに目指すべき方向性を決定していく部局横断的な会議の場に積極的に参加し、その方向性を共有すること、重要性を認識することが必要です。

その上で、構築に向けて、①課題を抱える被保険者の把握と働きかけ、②地域で被保険者を支える仕組みづくり、③地域で被保険者を支えるまちづくり、④国保直診施設の積極的活用等の取組を行っていくことが期待されています。

具体的な取組例としては、

- 地域包括ケアシステムに資する地域のネットワークへの国保部局の参画
- レセプトデータを活用した健康事業、介護予防、生活支援の対象者となる被保険者の洗い出しと訪問等の働きかけ
- データ分析結果や訪問による実態把握に基づき、情報を他部局へ提供
- 後期高齢者医療制度と連携した保健事業の実施
- 介護保険制度と連携した介護予防の観点も盛り込んだ健康教室の開催

等が考えられます。

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。

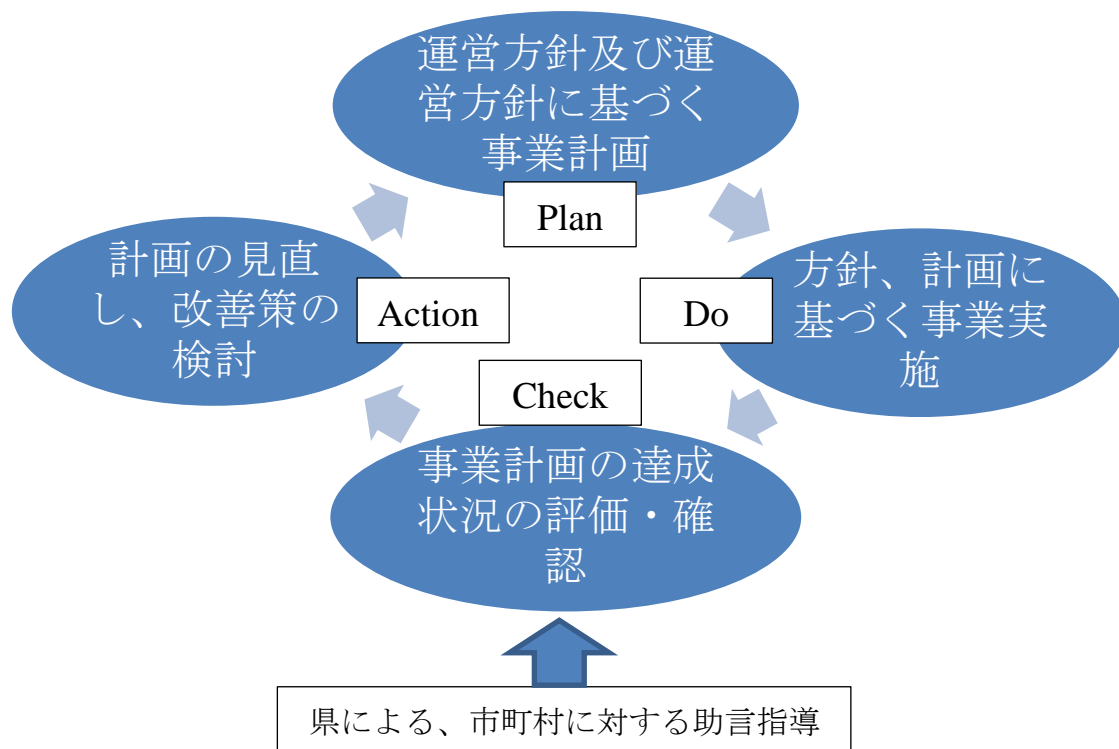
第 10 検証及び見直し

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 P D C A 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 P D C A 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