

長野県国民健康保険運営方針（案）

令和6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.....	2
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.....	3
2 医療費の現状と見通し.....	4
(1) 医療費の現状.....	4
ア 一人当たり実績医療費.....	4
イ 医療費の格差.....	5
ウ 年齢階層別一人当たり実績医療費 (R3).....	6
エ 地域差指数 (R3).....	7
オ 診療種別医療費.....	8
カ 高額医療費の状況.....	8
(2) 医療費の将来推計.....	9
(3) 今後に向けて.....	11
3 市町村国保財政.....	11
(1) 市町村国保財政の現状.....	11
ア 決算状況推移.....	11
イ 法定外繰入状況.....	12
ウ 前年度繰上充用.....	13
(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.....	14
ア 解消・削減すべき赤字.....	14
イ 赤字解消・削減のための取組.....	14
(4) 財政安定化基金.....	15
ア 財政安定化基金事業.....	15

イ	財政調整事業分	16
(5)	PDCAサイクルの実施	16
第3	市町村における保険料（税）の標準的な算定方法及びその水準の平準化	17
1	現状	17
(1)	各市町村の保険料（税）算定方式	17
(2)	市町村の応能・応益の賦課割合	17
(3)	市町村の賦課限度額の設定状況	18
(4)	保険料水準の格差	18
2	納付金及び標準的な保険料（税）の算定方法	19
(1)	保険料水準の統一について	19
ア	保険料水準統一の必要性	19
イ	保険料水準統一の方針	20
(2)	保険料水準の完全統一に向けた検討	21
(3)	納付金の算定方法	21
ア	納付金の配分	21
イ	応能分と応益分の割合	21
ウ	応益分における均等割と平等割の割合	22
エ	医療費水準の反映	22
オ	賦課限度額の設定	22
カ	保険者努力支援制度取組評価分（県分）の反映	23
(4)	市町村標準保険料率	23
ア	標準的な保険料（税）の算定方式	23
イ	標準的な収納率	23
(5)	各市町村の算定基準に基づく標準的な保険料（税）率	24
(6)	都道府県標準保険料率	24
3	制度改正に伴う激変緩和措置	24
4	ロードマップに伴う納付金算定方法の特例について	25
(1)	医療費指数の二次医療圏単位化に伴う激変緩和	25
(2)	医療費指数の二次医療圏単位化未実施圏域の小規模町村を対象とした激変緩和	26
5	納付金負担が大幅に減少する場合の措置	27
第4	市町村における保険料（税）の徴収の適正な実施	30
1	現状	30

(1) 市町村別保険料（税）収納率推移	30
(2) 保険料（税）の収納状況	30
(3) 保険料（税）の滞納状況	31
2 目標収納率	32
(1) 設定方法	32
(2) 保険者規模別目標収納率一覧表（令和6年度の設定例）	32
3 収納率向上の取組	32
(1) 口座振替の促進	32
(2) 現年度分の収納率向上	33
(3) 滞納対策	33
ア 滞納者との接触の機会の確保	33
イ 差押え等の滞納処分の実施	33
ウ 収納対策の共同実施	33
第5 市町村における保険給付の適正な実施	34
1 現状	34
(1) レセプト点検実施状況	34
(2) 柔道整復師療養費など療養費支給の適正化に向けた取組状況	34
(3) 第三者求償の取組状況	35
(4) 不当利得・不正利得返還金調定状況	36
2 県による保険給付の点検、不正利得の回収	36
(1) 保険給付の点検	36
(2) 大規模な不正利得返還金の回収	36
3 療養費の支給の適正化	36
4 レセプト点検の充実強化	37
5 第三者求償の推進	37
6 保険者間調整	37
7 高額療養費の多数回該当の取扱い	38
第6 県が行う国民健康保険の安定的な財政運営及び被保険者の健康の保持増進のために必要と認める医療費の適正化の取組	39
1 現状	39
(1) 特定健康診査受診率・保健指導実施率の推移	39
(2) 後発医薬品使用状況（数量ベース）	40

(3) 医療費通知・後発医薬品差額通知実施状況	40
(4) 糖尿病性腎症重症化予防の取組状況	40
(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	41
(6) メタボリックシンドローム該当者の減少率	41
(7) たばこ対策	42
(8) データヘルス計画策定状況	42
(9) 地域・職域連携における保健事業の取組	42
2 適正化に向けた取組	42
(1) 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率向上のための取組	43
(2) 後発医薬品の使用促進	44
(3) 重複・頻回受診の適正受診、重複・多剤服薬者に対する取組の推進	44
(4) 糖尿病性腎症重症化予防の取組	45
(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	45
(6) メタボ該当者の減少に向けた取組	45
(7) たばこ対策	46
(8) データヘルス計画の策定及び評価に向けた取組	46
(9) KDBの活用による保健事業の推進	47
(10) 地域・職域連携における保健事業の取組	47
第7 市町村が行う事務の広域的、効率的な運営の推進	48
1 統一的な広報	48
2 申請書様式の標準化	48
3 事務処理マニュアルの作成	48
4 高額療養費の多数回該当の取扱い（再掲）	48
5 葬祭費の統一	48
6 保険料（税）・一部負担金の減免基準の統一	48
7 第三者求償に係る県への委託事務の標準化	49
8 市町村事務処理標準システム等の導入	49
9 資格確認書の様式等の標準化	49
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	50
1 市町村の取組	50
2 県の取組	50
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	51
1 国民健康保険運営協議会の審議	51

2	長野県県・市町村国保運営連携会議での協議	51
3	保険料水準等統一ワーキンググループの設置	51
4	情報共有の推進	51
第10	検証及び見直し	52
1	PDCAサイクルの実施	52
2	国民健康保険運営方針の検証・見直し	52
	専門用語集	53

*付きの言葉は、専門用語集で解説

はじめに

1 策定の目的

国民健康保険は、被用者保険等に加入する方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。

平成 29 年度まで国民健康保険の財政は市町村単位で運営されていましたが、「年齢構成が高く医療費水準が高い」「所得水準が低く保険料（税）の負担が重い」「財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者が多い」等の構造的な課題を抱えていたことから、平成 30 年度の国保制度改革により、都道府県が市町村とともに国民健康保険の運営を担い制度の安定化を図ることとされました。

本県では、令和 2 年度に国保制度改革の趣旨を踏まえ、長野県国民健康保険運営方針を改定し、財政の安定化、市町村事務の標準化、医療費抑制の取組等を市町村と共通認識のもと行ってきました。

今後は、主に負担を担ってきた現役世代が減少し、保険者規模が一層縮小していくこと等を見据え、国保制度改革の趣旨の更なる深化を図る必要があります。

具体的には、保険料水準等の統一を加速するとともに、市町村によって異なる保険料（税）徴収や保険給付などの事務処理の統一を図り、県内のどこに住んでいても、同じ家族構成で同じ所得であれば同じ保険料（税）を負担し、給付や減免措置等が公平に受けられる制度としていくことが必要です。

併せて、一人当たり医療費は高齢化や医療の高度化等により増加傾向にあり、国保財政の安定運営のためには医療費の適正化が重要となることから、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する必要があります。

これらの趣旨を踏まえ、長野県国民健康保険運営方針の改定に当たり、「保険料水準等の統一」、「市町村事務の標準化・広域化」、「医療費適正化」の推進に向けた内容を中心に、県及び市町村が取り組むべき具体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 6 年 4 月 1 日から令和 12 年 3 月 31 日までの 6 年間とします。

第1 基本的な考え方

本県の国民健康保険制度は、高齢者の加入割合が高い、所得水準が低い、小規模保険者が多いといった国保特有の構造的課題が全国平均と比較して顕著となっており、平成30年度の制度改正の趣旨を踏まえた県単位化による国保財政の安定が急務となっています。

これらを踏まえ、本県では、令和2年度に国保運営方針の改定と併せて「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*) (以下「ロードマップ」という。)」を策定し、二次医療圏*単位での医療費指数の統一や資産割の廃止、応益割保険料の平準化等により保険料水準の統一を進めるほか、市町村事務、任意給付*及び保健事業の標準化等の検討に取り組んできたところです。

本方針の計画期間内となる令和9年度にロードマップの最終年度を迎えることから、本方針では、令和10年度以降、保険料水準等の統一の目指すべき方向性を位置づけるとともに、将来的な完全統一に向けて必要となる任意給付、保健事業費等の統一に向けた検討の必要性を示し、国民健康保険制度の「望ましい均てん化」を目指します。

併せて、市町村と連携した医療費適正化の推進、決算補填等を目的とした法定外繰入の計画的な解消等により、国保財政の安定化に取り組めます。

また、各市町村の保険料(税)算定方式、保険料(税)徴収・保険給付の実施状況、医療費適正化の取組等について、市町村ごとの状況の差の「見える化」を図ります。

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29～令和3年度で52,809人減少(減少率11.14%)しました。全国の減少率は11.61%であり、全国と比べると減少率は若干低くなっています。
- ・今後、全ての団塊の世代が75歳以上となり、後期高齢者医療制度へ移行する令和7年度まで被保険者数は急激に減少し、その後も少子化の影響により減少し続ける見込みです。
- ・高齢化率(加入者に占める65歳以上75歳未満の方の割合)は、令和3年度において、全国45.1%に対して、本県は48.8%で全国平均を上回っており、全国と比較して早いペースで高齢化が進行しています。
- ・1世帯当たりの被保険者数は、令和3年度において、全国1.50人/世帯に対して、本県は1.55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、令和3年度において、本県は20.8%で平成28年から3.1ポイント減少していますが、全国平均の20.3%と比べてやや高くなっています。

■国保被保険者加入状況等（年度末）

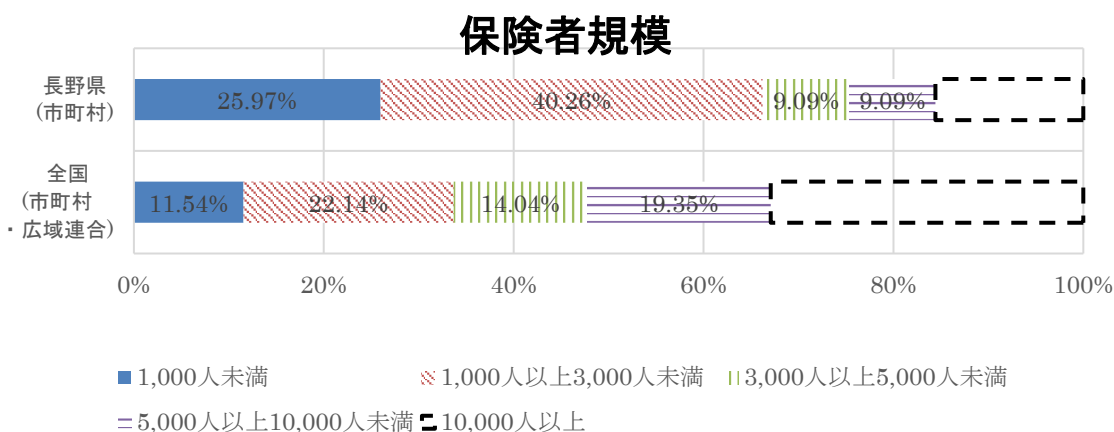
	年度	被保険者数			高齢化率	1世帯当たり被保険者数	国保加入割合 ※1
		総計	0歳～64歳	65歳～74歳			
長野県	H29	473,946	256,218	217,728	45.9%	1.63	22.9%
	H30	453,953	241,463	212,490	46.8%	1.60	22.1%
	R1	438,224	230,350	207,874	47.4%	1.58	21.5%
	R2	433,341	225,713	207,628	47.9%	1.57	21.3%
	R3	421,137	215,663	205,474	48.8%	1.55	20.8%
	R4	401,237	209,265	191,972	47.8%	1.64	20.0%
全国	H29	28,702,416	16,511,692	12,190,724	42.5%	1.58	22.7%
	H30	27,517,328	15,621,612	11,895,716	43.2%	1.56	21.8%
	R1	26,598,629	14,901,824	11,696,805	44.0%	1.53	21.1%
	R2	26,193,235	14,435,961	11,757,274	44.9%	1.52	20.8%
	R3	25,368,672	13,914,926	11,453,746	45.1%	1.50	20.3%
	R4※2	—	—	—	—	—	—

厚生労働省「国民健康保険事業年報」、総務省「人口推計」、長野県「毎月人口異動調査」

※1…各年度末翌4月1日人口に対する割合 ※2…R4全国数値は、令和6年6月公表予定

(2) 保険者の規模

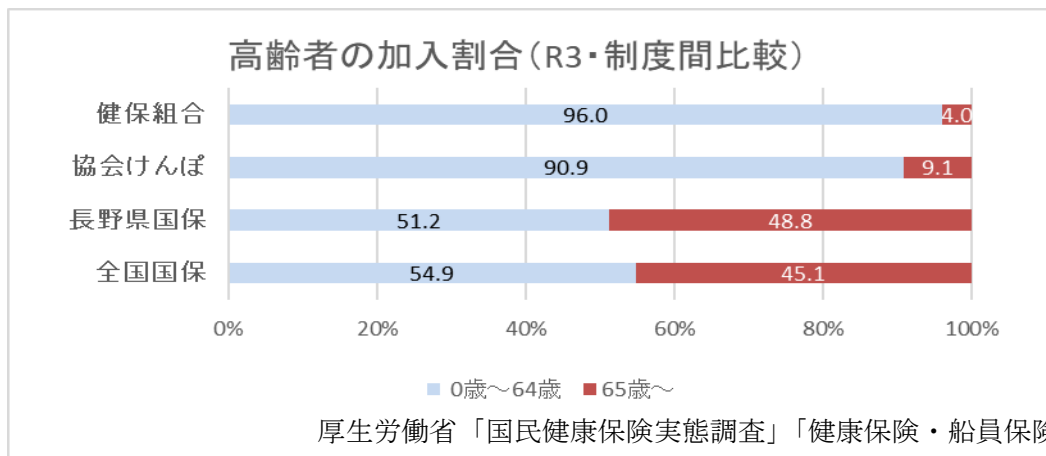
- 市町村別に被保険者数を見ると、財政が不安定になるリスクの高い小規模保険者（被保険者数が3,000人未満の保険者）が多く、全市町村のうち小規模保険者が占める割合は、令和3年度において66.23%（77市町村中51市町村）となっています（付属資料p.1）。全国は、33.68%であり、全国と比べて小規模保険者が大幅に多い状況です。



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、大半が60歳又は65歳を定年とした雇用関係を前提とする被用者保険は、その性質上高齢者の加入割合が10%未満であるのに対して、本県の市町村国保では50%以上にのぼります。(R3)



・また、被用者保険と比べて、所得水準が低く、令和元年度において、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 81 万円、組合健保より 149 万円低くなっています。ただし、収入のない子どもや、個人事業主、年金受給者が多い国保を他の制度と一概に比較することはできません。

■保険別加入者一人当たり平均所得 (R1)

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	78 万円	86 万円	159 万円	227 万円

※市町村国保 (長野県) R4 実績は付属資料 p. 11

厚生労働省「社会保障審議会医療保険部会資料」「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

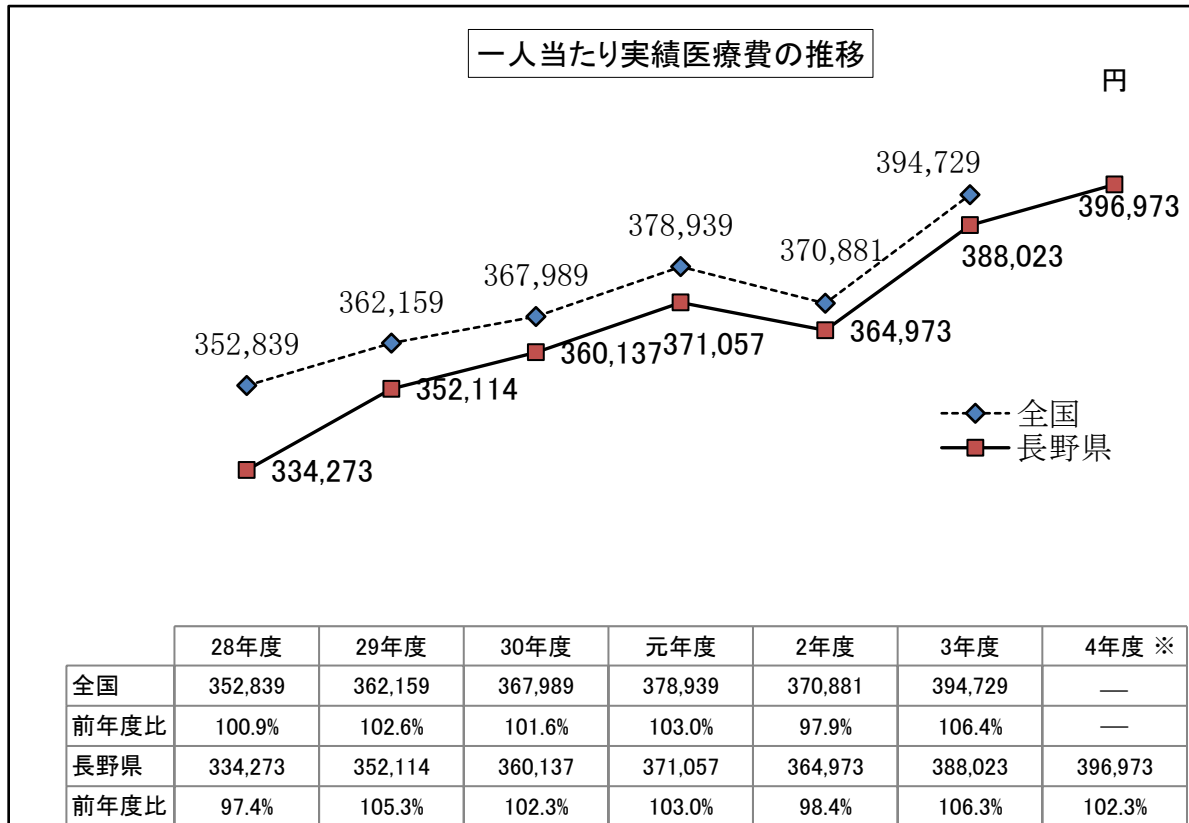
ア 一人当たり実績医療費

・本県の一人当たり実績医療費* (市町村国保) は、被保険者の高齢化と医療の高度化に伴い年々増加傾向となっています。令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症に伴う受診控えの影響で一時的に減少しましたが、令和 3 年度の伸び率は前年度比 6.3%と例年より大きく、受診控えの反動が影響したものと考えられます。

令和 4 年度については、前年度比 2.3%増と、反動はいったん落ち着いたものと見られます。

また、令和 3 年度における本県の一人当たり実績医療費は 388,023 円で全国平均の 394,729 円より低くなっており、全都道府県で 14 番目の低さとなっていますが、平成 29 年度から令和 3 年度の伸び率は 10.2%増と、全国の 9.0%増を上回っています。

・前述のとおり、県全体の一人当たり実績医療費は増加傾向となっていますが、市町村単位で見た場合、令和 3 年度において、11 の小規模保険者で一人当たり実績医療費は低下しています。小規模保険者では、高額な医療費の発生により一人当たり実績医療費が大きく変動するリスクを抱えており、国保制度の安定化を図るために解消すべき課題の一つとなっています。(付属資料 p. 3)。



※…R4 全国数値は、令和6年6月公表予定

長野県・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2.2倍であり、全国で7番目に高い格差となっています。(R3)

なお、国保制度改革初年度（H30：格差2.5倍で全国2位）と比較すると、医療費格差は縮小しています。

■一人当たり実績医療費格差状況（R3）

	最大	最小
市町村名	筑北村	南牧村
一人当たり実績医療費	528,269円	235,157円
格差	2.2倍	

長野県「国民健康保険事業状況」、厚生労働省「国民健康保険事業年報」

- また、二次医療圏内での実績医療費格差は、最大が1.682倍（佐久）、最小が1.155倍（北信）となっています（R3）（附属資料 p.3）。

（R1：最大は1.864倍（飯伊）、最小は1,117倍（上小））

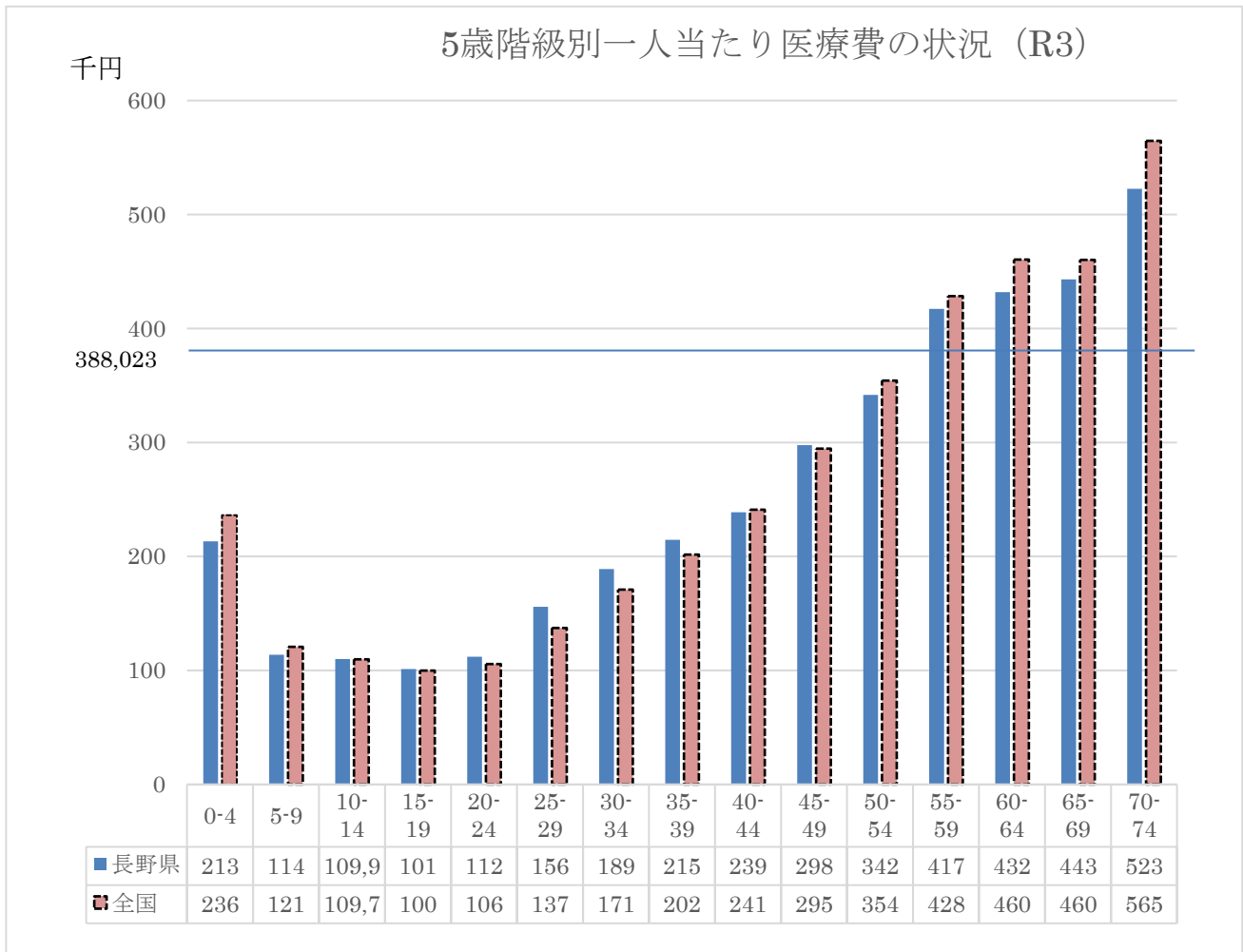
■一人当たり実績医療費二次医療圏別格差状況（R3）

二次医療圏名		市町村名	金額（円）	格差	格差順位
佐久	最大	佐久市	395,530	1.682倍	1
	最小	南牧村	235,157		
上小	最大	青木村	479,013	1.163倍	8
	最小	東御市	412,014		
諏訪	最大	岡谷市	412,792	1.354倍	6
	最小	原村	304,941		
上伊那	最大	辰野町	386,096	1.162倍	9
	最小	中川村	332,313		
飯伊	最大	天龍村	519,444	1.665倍	2
	最小	松川町	311,892		
木曾	最大	大桑村	484,132	1.453倍	5
	最小	王滝村	333,165		
松本	最大	筑北村	528,269	1.607倍	3
	最小	朝日村	328,668		
大北	最大	池田町	415,043	1.464倍	4
	最小	白馬村	283,584		
長野	最大	信濃町	423,330	1.189倍	7
	最小	小布施町	355,943		
北信	最大	栄村	393,477	1.155倍	10
	最小	野沢温泉村	340,698		

長野県「令和3年度国民健康保険事業状況」

ウ 年齢階層別一人当たり実績医療費（R3）

- ・本県で年齢階層別一人当たり実績医療費が、県全体の一人当たり実績医療費（388,023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実績医療費が高くなっています。
- ・全国平均と比較した場合、10～30代、40代後半の一人当たり実績医療費が全国平均よりも高くなっています。特に、20代・30代の若年層でその傾向が顕著となっています。



厚生労働省「国民健康保険実態調査」「医療給付費実態調査※」
 ※過誤調整等が反映されていない、全数集計ではないなど、各事業年報の実績とは異なる

エ 地域差指数 (R3)

- ・地域差指数は、地域の一人当たり実績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年齢調整した上で、全国平均を1とし指数化したものです。
- ・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。(H29: 0.944)
- ・また、診療種別の地域差指数は、入院は0.946 (H29: 0.937)、入院外+調剤は0.958 (H29: 0.956)、歯科は0.925 (H29: 0.883) 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(R3)

	合計	入院	入院外+調剤	歯科
地域差指数	0.951	0.946	0.958	0.925
全国順位	37	37	42	31

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見ると、最大（青木村）は1.140、最小（売木村）は0.588となっており、2倍弱の格差が生じています。（付属資料 p.5）
- ・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、11町村です。特に、被保険者数3,000人未満の小規模保険者の比率が高くなっています。

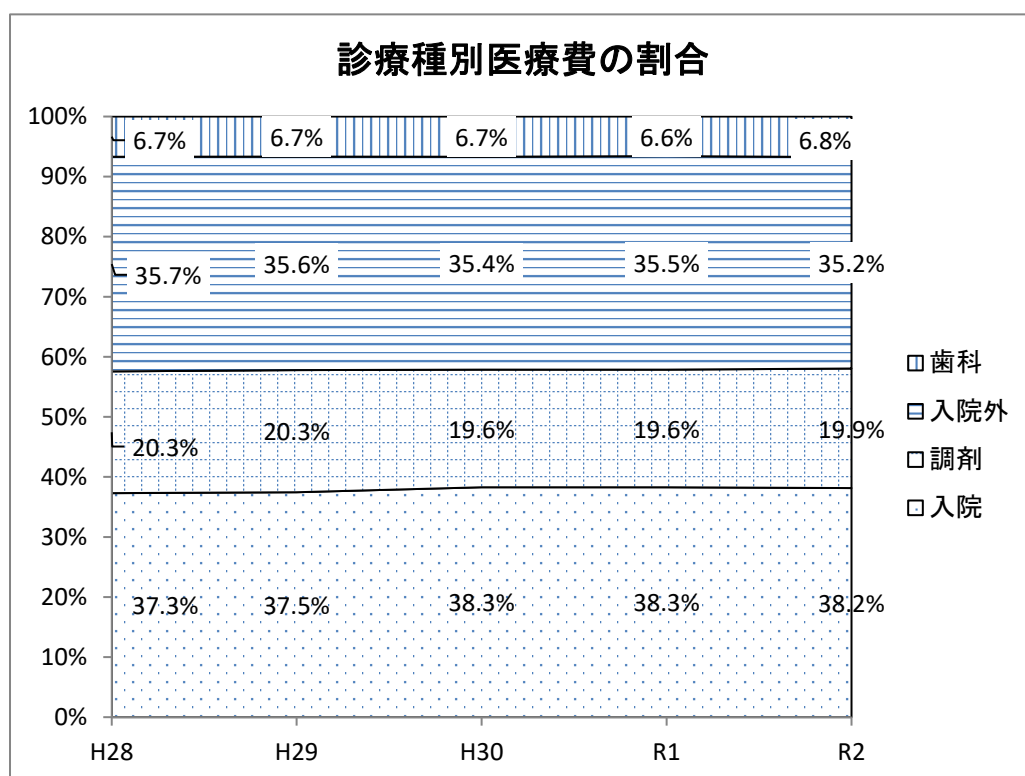
■地域差指数市町村別状況(R2)

	合計	入院	入院外 + 調剤	歯科
全国平均 (= 1) を 上回る市町村数	11 (10)	20 (15)	14 (8)	15 (7)

()内：被保険者数3,000人未満（R2平均）の保険者
厚生労働省「医療費の地域差分析」

オ 診療種別医療費

- ・令和2年度の診療費に占める各診療種別医療費の割合は、入院38.2%、入院外35.2%、調剤19.9%、歯科6.8%です。入院が上昇傾向、入院外と調剤が下降傾向となっています。



厚生労働省「国民健康保険事業年報」

カ 高額医療費の状況

- ・高額医療費（80万円超レセプトの費用額）は、令和3年において総額425億9,215万7,498円、29,704件、レセプト1件（1人・1月）当たり1,433,886円でした。医療費総額に占める割合は25.5%でした。

■高額医療費状況

	総額	件数	1件当たり	医療費に占める割合
R1	390.98 億円	28,367 件	1,378,287 円	23.5%
R2	403.82 億円	28,741 件	1,405,039 円	25.3%
R3	425.92 億円	29,704 件	1,433,886 円	25.5%

国保連合会提供データ

・市町村別にみると、3年平均で最大1.37倍の格差がありました。(付属資料 p.7)

(2) 医療費の将来推計

○医療費の推計方法

第4期医療費適正化計画(令和6年度から令和11年度)の策定にあたり、厚生労働省から提供された「都道府県医療費の将来推計ツール(以下「将来推計ツール」という。)」を使用しており、診療報酬改定の影響、高齢化の影響、後発医薬品の普及等の要素を考慮しながら「被保険者数の推計※①×一人当たり実績医療費※②」により算出しています。

なお、使用しているデータは、特に断りが無い限り、将来推計ツールに同梱されている以下の「使用データ」に記載したとおりです。

① 被保険者数の推計

推計対象年度における国立社会保障・人口問題研究所の都道府県別人口推計値に令和4年度の国保加入率(速報値)を乗じて算出しています。

使用データ：厚生労働省「国民健康保険実態調査(速報)」、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」

② 一人当たり実績医療費の推計

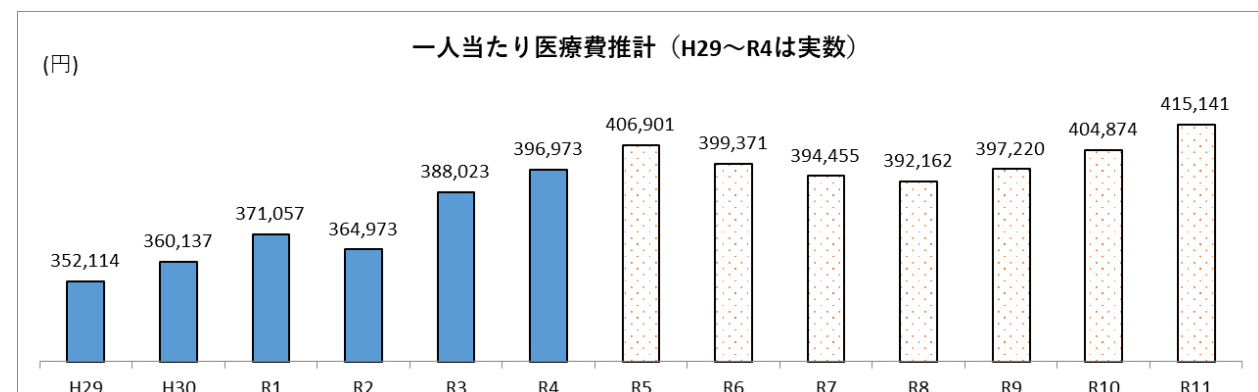
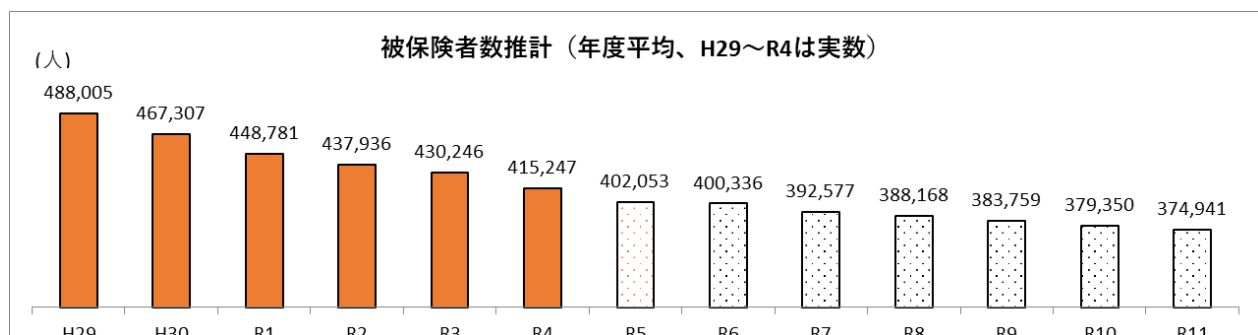
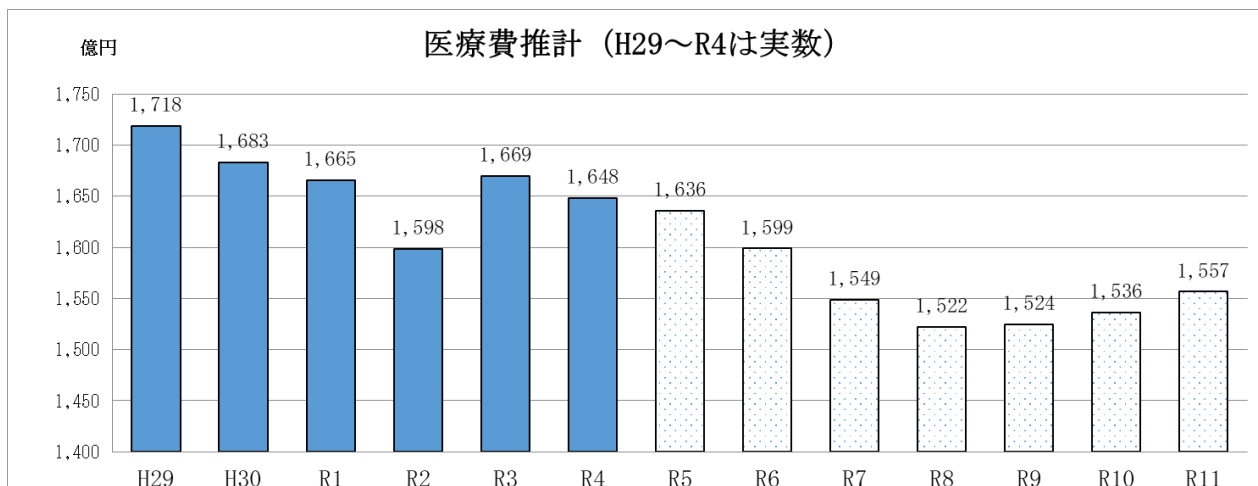
令和元年度の「国民健康保険事業年報」の診療種別医療費実績値に推計対象年度の伸び率を乗じて算出しています。

(令和2年度以降の実績値は、新型コロナウイルス感染症に伴う受診控及びその反動等の影響が考えられるため使用されていない)

伸び率は、平成27～30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、後発医薬品の普及等を勘案した伸び率を用いています。

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」

- ・将来推計ツールの試算によると、少子高齢化等による被保険者数の減少により、総医療費は年々減少していきませんが、令和8年度に底を打ち、令和9年度からは上昇に転じる見込みです。これは、一人当たり医療費の増加の影響が被保険者数の減少の影響を上回るためと考えられます。
- ・なお、令和2年度においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う受診控えによる影響により、全国的に医療費が低くなっています。



(3) 今後に向けて

本県の一人当たり実績医療費は、全国平均と比較して低い水準にありますが、更なる高齢化や、医療の高度化、高額薬剤の保険収載等も予想される中で、今後も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、保険料水準の統一を進めるとともに、県、市町村による医療費適正化の取組と、保険者努力支援制度の交付金獲得の底上げにより、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4年度 2,048 億 8849 万 9 千円、支出額は令和4年度 2,009 億 2,486 万 8 千円です。収支差引額は 39 億 6,363 万 1 千円で、令和3年度から 12 億 634 万円減少しました。(付属資料 p. 9)
- ・ 保険料(税)収入は、令和3年度から 22 億 1,272 万 2 千円減少しました。
- ・ 法定外一般会計繰入金額は収入額の 0.2% で、前年とほぼ同率です。
- ・ 基金保有額は、令和3年度から 3 億 5,355 万 2 千円増えています。

■ 国保財政収支状況

(千円)

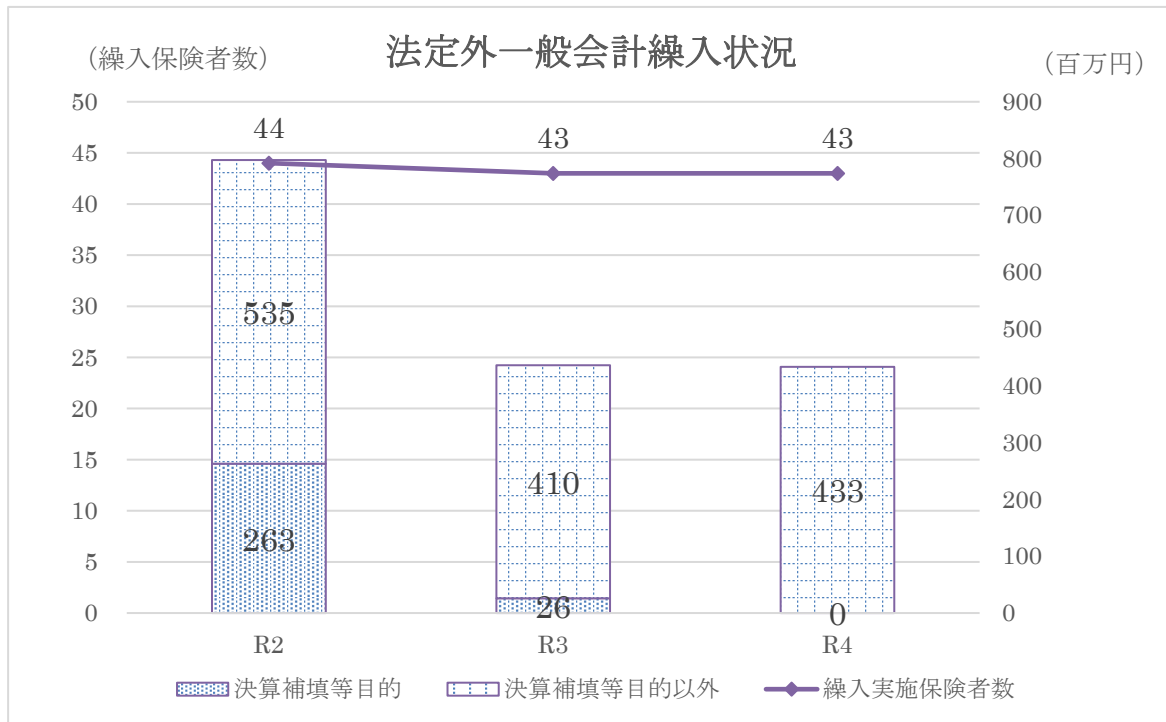
		R 3	R 4
収入	合計	209,906,192	204,888,499
	国保料(税)	41,168,122	38,955,400
	国庫支出金	107,974	8,661
	県支出金	145,930,869	144,165,658
	法定一般会計繰入金	13,692,585	13,795,556
	法定外一般会計繰入金	445,456	433,316
	基金等繰入金	1,411,814	770,505
	繰越金	5,439,957	5,014,257
	市町村債	0	0
	その他	1,709,414	1,745,146
支出	合計	204,736,221	200,924,868
	保険給付費	143,789,741	142,001,784
	事業費納付金	51,376,780	51,308,234
	医療給付費分	34,439,337	34,656,368
	後期高齢者支援金等分	12,507,937	12,265,523
	介護納付金分	4,429,507	4,386,343
	保健事業費	2,184,459	2,264,237
	基金等積立金	1,908,141	977,047
	その他	5,477,099	4,373,567
収支差引額	5,169,971	3,963,631	

※端数処理の関係で、合計額の計は必ずしも一致しない。

長野県「国民健康保険事業年報」

イ 法定外繰入状況

・国民健康保険の財政運営は、原則として必要な支出を保険料（税）と国庫負担金によりまかない、国民健康保険特別会計において収支が均衡していることが重要となりますが、市町村では必要に応じて、国保制度の運営に必要な経費を一般会計から特別会計へ繰り入れ（以下「法定外繰入」という。）を行っています。



長野県「国民健康保険事業実施状況報告」

・法定外繰入には、①保険料（税）の収納不足や保険料（税）の負担緩和を図るために繰り入れる「決算補填等目的の繰入」と②保険料（税）の減免や保健事業費に必要な経費を繰り入れる「決算補填等目的以外の繰入」の２種類に分類されます。

・このうち、①「決算補填等目的の繰入」は、受益と負担の均衡を図る観点から、解消する必要があります。

・令和４年度において、４３市町村が法定外繰入を実施し、その総額は約４億３,３３２万円となっており、内訳は、①「決算補填等目的の繰入」が約９万４千円（１市町村）、②「決算補填等目的以外の繰入」が約４億３,３２２万円（４３市町村）となっています。（付属資料 p. 10）

・①「決算補填等目的の繰入」は、平成３０年度に約９１２,５２１千円（８市町村）で実施されていました。その後、計画的な保険料（税）の改定、収納率向上の取組強化、任意給付制度の見直し等により、平成３０年度時点で実施していた市町村においては令和４年度に解消されましたが、令和４年度に１町で新たに発生しています。

・②「決算補填等目的以外の繰入」の理由は、繰入金額で見ると、保健事業に充てるための繰入が約２億９千４百万円（１９市町村）と最も多く、市町村数で見ると、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 35 市町村、次いで保健事業費に充てるための繰入が 19 市町村となっています。

■法定外一般会計繰入理由別繰入状況

		令和 4 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	94,137	0.02%	1
	任意給付に充てるため	0	0.0%	0
	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	94,137	0.02%	1
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	21,010,750	4.8%	35
	保健事業費に充てるため	294,224,601	67.9%	19
	直営診療施設に充てるため	0	0.0%	0
	基金積立	117,753,374	27.2%	3
	返済金	0	0.0%	0
	その他	233,511	0.1%	2
	小計	433,222,236	99.98%	43
合計	433,316,373	-	43	

※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、令和 3 年度に 1 村が前年度繰上充用を行いましたが、令和 4 年度において前年度繰上充用金は解消しています。

(2) 財政収支の改善に係る基本的な考え方

市町村は、国保財政に赤字が発生することのないように適正に保険料（税）率を設定します。

県は市町村の財政収支の安定を図るため、納付金*を適正に算定し、過度な黒字の発生を防ぐほか、保険料（税）の統一による急激な納付金の増加リスクの低下や、突発的な理由による納付金負担の増加に対応するため、財政安定化基金の積み増し等を行います。

併せて、保険者努力支援制度*における交付金の獲得支援を行い、市町村が集めるべき保険料（税）の圧縮に努めるほか、赤字が発生した市町村に対して、計画的な解消を図るよう助言等を行います。

(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）」の合計額としています。

イ 赤字解消・削減のための取組

(ア) 市町村の取組

赤字となる「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」が発生する可能性が生じた際は、県へ事前に相談することとします。

また、実際に赤字が生じた際は、発生の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、県へ提出します。

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（税）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（税）収納率向上による収入の確保
- ・ 保険者努力支援制度交付金の獲得

(イ) 県の取組

県は該当市町村と十分協議の上、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・助言を行うとともに、策定された「赤字解消計画」を公表します。

また、新たな赤字発生を防ぐための取組として、単年度収支が赤字となっている市町村に対して、その要因を分析して過去の市町村における解決方法の情報を提供する等により計画的な単年度収支の黒字化を促します。

併せて、保険者努力支援制度取組評価分（県分）の再配分の評価指標（後述 p. 23）において、決算補填等を目的とした法定外繰入を実施した市町村に対するマイナス評価を導入し、決算補填等を目的とした法定外繰入の実施を抑制します。

(ウ) 目標年次

ロードマップでは、令和9年度までに全ての赤字を解消することを目標としています。

原則として赤字は、発生の翌年度に解消すべきものですが、やむを得ない事情により翌年度に解消が見込めない場合は、遅くとも令和9年度を目標年次として定め、段階的に解消に向けた取組を実施することとします。

(4) 財政安定化基金

県では、国保財政の県単位化に伴い、市町村の保険料（税）収納不足や、医療費の増加等に起因する財源不足に対応するため、財政安定化基金を設置しています。

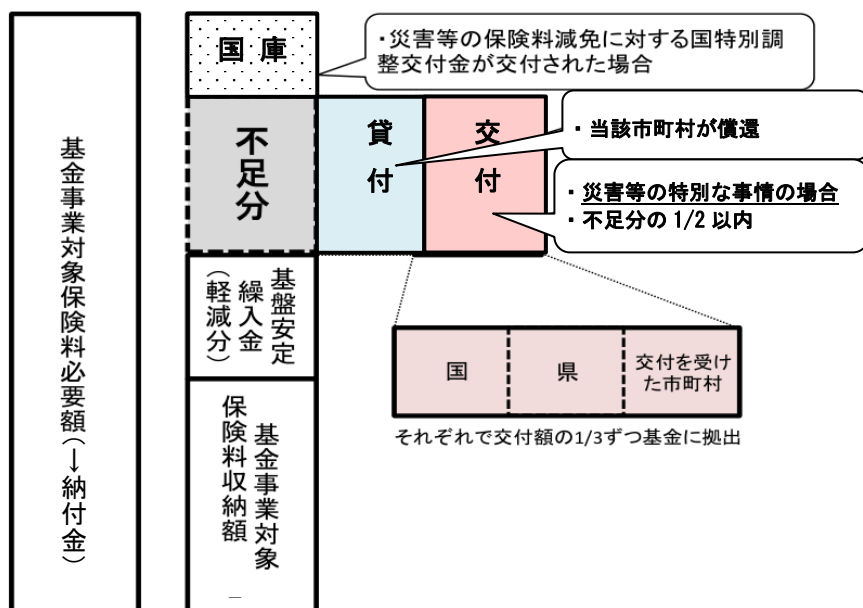
同基金は、使途別に主に次の2種類に分類されます。

ア 財政安定化基金事業

県全体の給付増や、市町村での保険料（税）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ことがないよう、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。

貸付・交付	要件	対象額	償還方法等
貸付事業	市町村による予算編成時における保険料（税）必要額に対して、収納率の減少、被保険者数の減少（総所得金額の減少を含む）により保険料（税）収納額の低下が見込まれる場合	保険料（税）収納不足額×1.1以内	翌々年度から3か年で基金へ償還
交付事業	特別な事情により保険料（税）収納額の低下が見込まれる場合 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"><p><特別な事情></p><ul style="list-style-type: none">・多数の被保険者が災害により著しい被害を受けたこと・企業の倒産その他の地域経済に特別な事情が生じたこと・上記に掲げるもののほか、被保険者の生活に影響を与える事情が生じたこと</div>	保険料（税）収納不足額の1/2以内	国、県、市町村がそれぞれ3分の1ずつを補填 このうち、市町村補填は、交付を受けていない他の市町村の負担を考慮し、当該交付を受けた市町村のみが補填する

財政安定化基金事業のイメージ



イ 財政調整事業分

急激な医療費の上昇や前期高齢者交付金*の精算等により、翌年度の納付金の大幅な上昇が見込まれる際、市町村の急激な負担増を緩和するために活用します。

財政調整事業分は、令和4年度から以下の基準により積み立てを行っており、当面の積立額の目標を、制度改正以降、前期高齢者交付金の最大精算額が22億円であったことに鑑み、20億円程度とします。

積立基準

「翌年度の一人当たり納付金」が「当該年度の一人当たり納付金」×「医療費の伸び程度」になるまで決算剰余金を納付金の減算に活用し、なお残る額があれば全額を財政調整事業分に積み立てる。

また、取崩しは、決算剰余金を全て納付金の減算に活用してもなお不足が見込まれる場合に、「翌年度の一人当たり納付金」の対前年伸び率を「医療費の伸び程度」まで抑制するために必要な額を取り崩すこととします。

取崩し額は、長野県 県・市町村国保運営連携会議幹事会で協議の上、決定します。

(5) PDCAサイクルの実施

国保財政の安定運営や、市町村が担う事務の広域化・効率的な運営に向けた取組の実施状況を把握・分析・評価した上で改善していくため、国民健康保険事業状況報告書や予算関係等資料(国概算要求前に国へ報告する市町村別の医療費等の基礎データ)等から市町村の国保運営状況の課題等を客観的に分析した上で、市町村助言を的確に行います。

市町村助言における指摘事項について、全市町村との共有を図ることにより、同様の指摘事項の発生を未然に防止します。

第3 市町村における保険料（税）の標準的な算定方法及びその水準の平準化

1 現状

(1) 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が、本県ではロードマップにおいて、算定時の資産割*を令和9年度までに廃止することとしています。

これは、かつて資産割が農地等への課税を目的としていたものの、住宅・宅地等への課税が主となってきたこと、また、特に所得が低い方の負担が大きくなってしまったためです。

令和2年度において資産割を含む4方式（医療分）を46市町村で採用していましたが、令和5年度までに27市町村まで減少しています。（付属資料 p. 12）

なお、後期高齢者等支援金分、介護納付金分についても、ほぼ同数まで減少しています。引き続き、令和9年度の資産割の完全廃止を目指し、算定方式の標準化を進めます。

■算定方式別市町村数（R5）

	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	27	26	25	所得、固定資産、 被保険者数、世帯数
3方式	50	50	52	所得、被保険者数、世帯数
2方式	0	1	0	所得、被保険者数

「国民健康保険事業実施状況報告」

(2) 市町村の応能・応益の賦課割合

・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おり、本県では応能：応益の割合は、およそ49：51として納付金を算定しています。

・市町村は、納付金の財源となる保険料（税）を徴収するために保険料（税）率を決定しますが、令和4年度の市町村全体の応能割・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、後期高齢者等支援金分ともに応能：応益=58.2：41.8となっています。

・応能分については、ロードマップに基づき資産割の廃止が進められていることから、そのほとんどが所得割によるものとなっており、応益分については、均等割の比率が高くなっています。

・市町村別にみると、61市町村で応能割の割合が50%超となっており、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 p. 14）

■ 県平均の応能・応益の賦課割合（R4）

		医療分		後期高齢者等支援金分		介護納付金分	
応能割		58.2%		58.2%		57.8%	
(所得割)	(資産割)	(56.7%)	(1.5%)	(56.8%)	(1.4%)	(56.8%)	(1.0%)
応益割		41.8%		41.8%		42.2%	
(均等割)	(平等割)	(25.2%)	(16.6%)	(26.5%)	(15.3%)	(25.0%)	(17.3%)

「令和4年度 事業年報」

（3） 市町村の賦課限度額の設定状況

- ・ 賦課限度額*は、全国の賦課限度額超過世帯割合が 1.5%となるように調整の上、国から示され、市町村はその範囲内で賦課限度額を決定します。
- ・ 令和5年度は全ての市町村において、政令の上限額である医療分 65 万円、後期高齢者支援金分 22 万円、介護納付金分 17 万円を賦課限度額としています。

（4） 保険料水準の格差

- ・ 一人当たり保険料（税）調定額の格差は、令和4年度において、最大 2.9 倍であり、平成30年度からほぼ横ばいで、全国で2番目に格差が大きくなっています。（付属資料 p. 20）

■ 一人当たり保険料（税）調定額の格差状況（H30～R4）

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
市町村	最大	小布施町 119,680 円	川上村 133,717 円	川上村 121,194 円	川上村 134,889 円	川上村 134,799 円
	最小	大鹿村 40,433 円	大鹿村 38,400 円	大鹿村 41,488 円	大鹿村 47,497 円	大鹿村 46,284 円
格差		3.0 倍	3.5 倍	2.9 倍	2.8 倍	2.9 倍

「令和4年度 国民健康保険事業年報」

2 納付金及び標準的な保険料（税）の算定方法

（1）保険料水準の統一について

ア 保険料水準統一の必要性

平成 30 年度の国保制度の都道府県単位化に伴い、県が国保財政の責任主体となったことから、県は翌年度の県全体の保険給付費の見込を算出し、各市町村の被保険者数、世帯数、所得に応じて納付金として割り当て、市町村は保険給付に必要な財源を納付金として県に収めるとともに、納付金の財源として被保険者に賦課する保険料（税）率を決定する制度が導入されました。

なお、県が納付金を算出する際、市町村の医療費水準に格差があることから、納付金相当額に年齢調整後の医療費指数※（以下「医療費指数」という。）の過去 3 か年平均を乗じています。

[年齢調整後の医療費指数]

高齢者が多いほど多くの医療費を要する等、各市町村の年齢構成の差による医療費の高低を調整した後の医療費水準を示す指数で、全国市町村の平均を 1.0 とし、それに対する各市町村の医療費水準の高低を示したものです。

令和 5 年度納付金算定に使用した医療費指数において、69 市町村が全国平均を下回っており、県平均は 0.942 となっており、全国水準よりも医療費水準は低めの傾向。（付属資料 p. 22）。

小規模保険者では、高額医療費の発生による医療費指数の急激な変動リスクを抱えており、国保制度を安定的に運営していくためには、より大きな枠組みで医療費を分かち合う制度の構築が急務となっています。

仮に、県内の被保険者数 3,000 人未満の小規模保険者において人工透析患者が新たに 10 人発生したとして試算すると、総医療費は約 1 割増加し、被保険者数が 1,000 人未満の小規模保険者においては、総医療費は約 3 割増加します。

[人工透析患者発生時の医療費シミュレーション]

人工透析患者 1 人当たりの医療費金額試算 554 万円/年※（R3 実績）

※人口透析レセプト 1 件あたり県平均 46.2 万円（R3 実績）×12 か月＝554 万円/年間

対象患者 10 人発生と仮定 ⇒ 554 万円×10 人＝5,540 万円の医療費増

○被保険者数 3,000 人未満の町村の平均総医療費（R3 実績）約 4 億 9,900 万円…A

透析患者 10 人発生（+5,540 万円）⇒ 約 5 億 5,440 万円…B 増加率（B/A）11.1%

○被保険者数 1,000 人未満の町村の平均総医療費（R3 実績）約 1 億 8,450 万円

透析患者 10 人発生（+5,540 万円）⇒ 約 2 億 3,990 万円…B 増加率（B/A）30.0%

総医療費の増加は、納付金の算定に使用している医療費指数の上昇に繋がり、単純に考えると、納付金額も総医療費の伸び率に比例して増加します。

高齢化と所得水準の低下が続く中、被保険者にとって 1 割～3 割の保険料（税）の負担増

は受け入れ難いことが予想され、収納率が大きく低下することも考えられます。

その結果、小規模保険者においては、必要な保険料（税）を集めることが出来なくなり、国保制度の単独維持が困難となる恐れがあります。

特に、本県は、小規模保険者の数が 51 町村（うち被保険者数が 1,000 人未満の小規模保険者は 20 町村）と多く、77 保険者の 66%を占めており、他都道府県と比較してこのリスクが高くなっています。

保険料水準の統一を進めると、現状において医療費水準が低い市町村では、納付金が増加するデメリットはありますが、高額医療費を要する患者の複数発生による医療費水準の急増は全ての市町村で発生し得るリスクであることから、保険料水準を県全体で統一し、大きな枠組みで安定運営を図るといった中長期的なメリットを活かしていく必要があります。

また、国保制度改革による納付金制度の導入以来、県内の保険給付を県内の全市町村、全被保険者で支え合う仕組みとなっており、県内のどこに住んでいても、同じ保険料（税）負担で同じ保険給付を受けられることが望ましいため、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば同じ保険料（税）負担となるよう、保険料水準の統一を進めていく必要があります。そのためには、医療費指数の統一という課題を解決しなければなりませんので、以下にその方針を挙げます。

イ 保険料水準統一の方針

県では、ロードマップに基づき、令和 9 年度までに、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進めています。

令和 10 年度以降は、国保制度の都道府県単位化の趣旨を更に深めていくため、県単位の統一を段階的に行うこととし、令和 12 年度までに納付金算定時に医療費指数を反映させない納付金ベースの統一を目指します。

医療費指数を反映させないことにより、医療費指数の低い市町村は、納付金の増加が見込まれ、この傾向は、特に二次医療圏の医療費指数が県平均より低い 7 圏域（佐久、諏訪、飯伊、上伊那、木曾、大北、北信）の市町村で大きくなります。

一方、医療費指数の高い市町村は、納付金の減少が見込まれ、この傾向は、特に二次医療圏の医療費指数が県平均以上の 3 圏域（長野、松本、上小）の市町村で大きくなります。

医療費指数の高い市町村の納付金減少分は、医療費指数の低い市町村が負担することになるため、現状のまま納付金ベースの統一を進めることは、医療費指数の低い市町村の理解が得られません。したがって、医療費指数の高い市町村は、納付金ベースの統一を開始する令和 10 年度までに医療費指数を令和 5 年度納付金算定時の県平均レベル（0.942）まで下げていくことが必要となります。

ただし、医療費指数の大きな変動要因は、人工透析や難病等の発生に伴う高額医療費による影響が大きく、保険者の努力による計画的な引き下げは難しいのが実態です。

一方、特定健診*受診率・特定保健指導*実施率の引き上げによる生活習慣病の発症予防、重症化予防に向けた取組や、重複・多剤服薬者への服薬指導やジェネリック医薬品の使用推奨等、保険者の努力により医療費指数の引き下げに一定の効果がある取組も考えられます。

そのため、医療費指数が県平均より高い市町村は、令和10年度に向けて特定健診受診率・特定保健指導率を令和4年度県平均レベルまで引き上げていくことを目安とし、県では、ICTを活用した健診予約システムのモデル事業の推進や、国保データベース*（以下「KDB」という。）を活用した服薬指導者対象者の抽出、指導教材の提供等により市町村の保健事業を支援します。

併せて、納付金ベースの統一を段階的に進める際、医療費指数の低い市町村の納付金の過度な増加を抑制するために、県繰入金*等を活用した財政支援を実施します。

また、納付金ベースの統一の検討過程の「見える化」を図ることとし、各市町村の納付金の増減見込みや、それに伴う国保料（税）への影響等について、被保険者及び市町村への周知を図り、保険料水準統一の必要性の理解が得られるように努めます。

（2）保険料水準の完全統一に向けた検討

国民健康保険制度が都道府県単位化された現在、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば同じ保険料（税）負担があるべき姿であることから、納付金ベースの統一の先を見据えた検討を進めていく必要があります。

市町村が被保険者に賦課する保険料（税）は、県が算定した納付金のほか、市町村が実施する保健事業や、人間ドック補助金・葬祭費等の任意給付の金額も上乗せして賦課しているため、完全統一を実現させるためには、保健事業及び任意給付のあり方を全市町村で統一する必要があります。

また、納付金を算定する際は、医療費指数のほか、各市町村の保険料（税）の収納率に応じた調整をしており、仮に収納率を反映させない状態で（収納率100%とした場合）納付金を算定した場合、滞納者の発生状況により県への納付金の財源不足が生じてしまいます。

そのため、完全統一では、全ての市町村の納付金を同じ収納率で調整する必要があり、市町村間の収納率の格差縮小に努めることが重要となります。

これらの完全統一に必要な課題については、市町村と慎重に協議を重ね、市町村との合意形成が図られた場合、令和12年度の納付金ベースの統一目標を完全統一に見直すことを検討します。

（3）納付金の算定方法

ア 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に占める割合）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。

イ 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、原則どおり、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、介護納付金分でそれぞれ設定します。

ウ 応益分における均等割と平等割の割合

前述の「ア 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 6 年：令和 2～令和 4 年、令和 7 年：令和 3 年～令和 5 年、令和 8 年：令和 4 年～令和 6 年）。この割合は、医療分、後期高齢者等支援金分、介護納付金分で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。

エ 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※p. 19）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）

本県では、「ロードマップ」に基づき、令和 4 年度分の納付金算定から、各市町村の医療費指数を 1/6 ずつ二次医療圏の医療費指数に近づけ、令和 9 年度に納付金算定に使用する医療費指数を二次医療圏の医療費指数で統一することとしています。（長野、松本、上小の 3 医療圏は、令和 9 年度までの実施を検討）

そのため、令和 9 年度分の納付金算定まで医療費指数を全て反映します。（ $\alpha = 1$ を維持）令和 10 年度以降は、県単位の統一を進めるため、段階的に医療費指数の反映度合いを引き下げ、令和 12 年度納付金算定までに医療費指数の反映を廃止します。（ $\alpha = 0$ を目指す）

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）を行うことが認められています。

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います。

オ 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。

カ 保険者努力支援制度取組評価分（県分）の反映

保険者努力支援制度は、国が定めた医療費適正化等に係る評価指標に対する達成状況に応じて国から県及び市町村に交付金が交付される仕組みです。

このうち、県に対する交付金は、「指標1 主な市町村指標の都道府県単位評価」「指標2 医療費適正化のアウトカム評価」「指標3 都道府県の取組状況の評価」により構成されます。

指標1により算定された交付金については、医療費適正化等に取り組む市町村へのインセンティブとして、県独自に定める評価指標の達成状況に応じて市町村へ再配分しています。（再配分の方法は、各市町村の納付金基礎額から控除）

一部の評価指標において、全市町村の平均得点率が7割を超える等、インセンティブが効きにくい状態となったため、令和5年度に評価指標の入れ替え、マイナス評価の導入、基礎点の廃止等の見直しを行い、令和6年度納付金算定において67,778千円相当の交付を新たなインセンティブとして市町村へ配分しました。

令和6年度以降、引き続き評価指標の検証を行うとともに、必要に応じて見直しを行います。

（4）市町村標準保険料率

市町村が賦課する際の保険料（税）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（税）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（税）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（税）の算定方式

引き続き、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、算定対象外とする資産割については、ロードマップに基づき令和9年度までに廃止することとしており、市町村による令和5年度の保険料（税）算定方式においても3方式を採用する市町村が最も多く（50市町村）なっています。

なお、応益分については、一世帯当たりの被保険者数が多い世帯の保険料（税）負担が過大とならないよう、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（税）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6年：令和2～令和4年、令和7年：令和3年～令和5年、令和8年：令和4年～令和6年）。

(5) 各市町村の算定基準に基づく標準的な保険料（税）率

県統一の標準的な保険料（税）の算定方式は3方式としますが、令和5年度現在、県内市町村の約1/3が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（税）率を示します。

(6) 都道府県標準保険料率

県は、都道府県間の保険料（税）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（税）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 制度改正に伴う激変緩和措置

県では、納付金制度導入による急激な保険料（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きました。

この激変緩和措置は、納付金制度導入に伴う影響額に対して県が財政支援を行い、その支援の対象範囲を平成30年度から令和5年度の6年間かけて段階的に縮小し、原則として令和5年度の財政支援をもって終了し、その後は必要に応じて4年間延長を検討することとしていました。

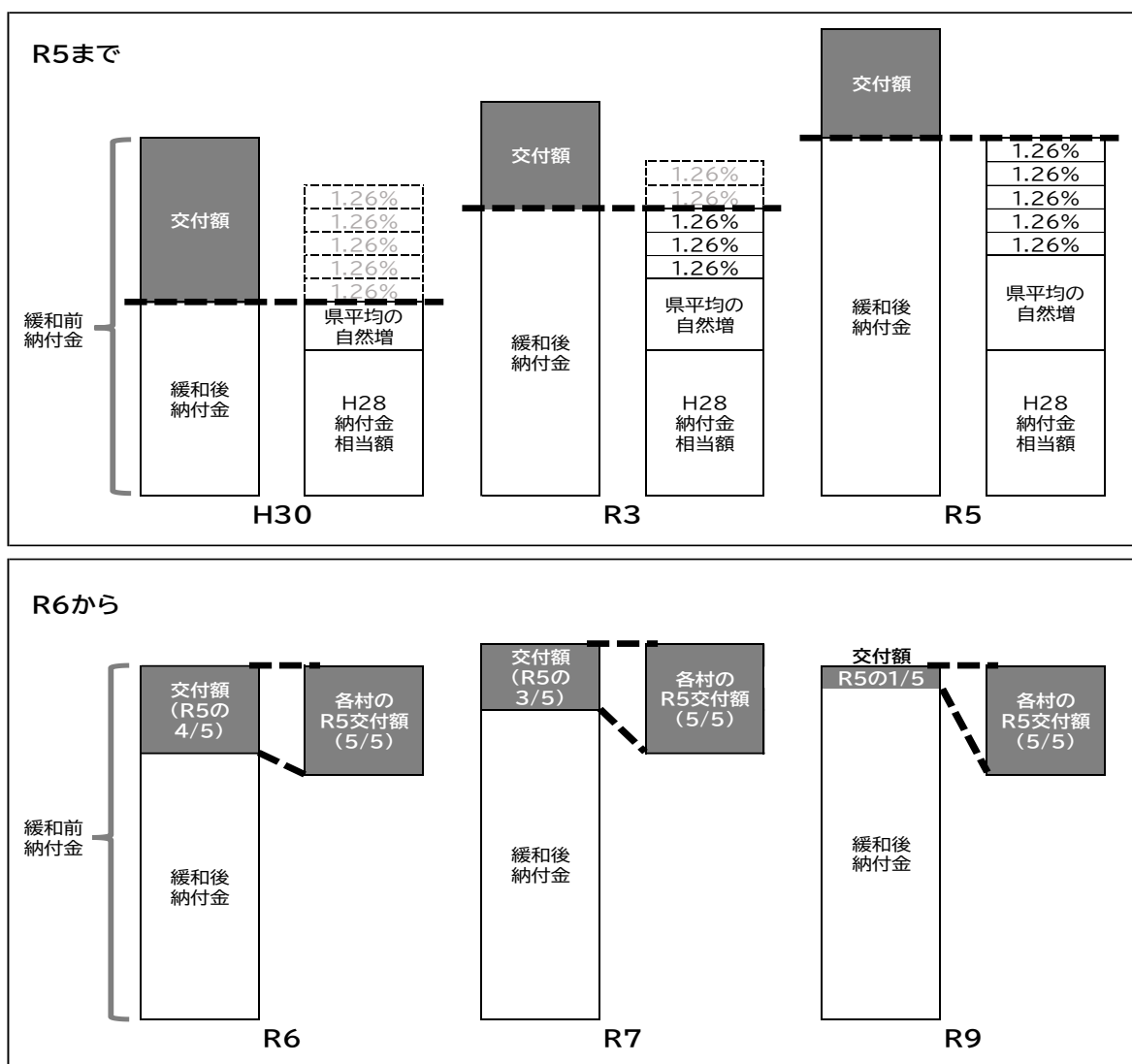
令和5年度現在、本制度の対象となる市町村は5村まで減少しており、各村の状況を分析したところ、うち3村（王滝村、根羽村、売木村）については、納付金制度導入に伴う負担増が十分に解消していないものと認められることから、激変緩和措置の対象期間を4年間延長します。

ただし、激変緩和措置の令和9年度までの確実な終了を見込むため、制度の概要を下表のとおり修正します。

■納付金制度導入に伴う激変緩和措置の概要

平成30年度～令和5年度まで	令和6年度から9年度まで
<p>各年度の納付金算定時、各市町村の一人当たり納付金額が、制度改正前の平成28年度の一人当たり納付金相当額に県平均の自然増と一定の率（※）を加えた額までとなるように県繰入金を充当。</p> <p>※一定の率（1.26%）</p> <p>制度改正後の平成30年度の納付金額の市町村の平均増加率のうちから自然増を控除した伸び率（7.55%）を、令和5年度までの6年間かけて解消できる率。</p>	<p>3村の令和5年度一人当たり交付額を各年度1/5ずつ減らした額に、被保険者数を乗じた額を各年の交付額とする。</p> <p>[各年度の交付予定額の算出方法]</p> <p>令和5年度一人当たり交付額×交付率×被保険者数</p> <p>※交付率は、段階的に縮小していく</p> <p>(R6 : 4/5、R7 : 3/5、R8 : 2/5、R9 : 1/5)</p>

■納付金制度導入に伴う激変緩和措置の交付イメージ



4 ロードマップに伴う納付金算定方法の特例について

(1) 医療費指数の二次医療圏単位化に伴う激変緩和

本県では、「ロードマップ」に基づき、令和4年度分の納付金算定から、二次医療圏単位の医療費指数が県平均より低い7圏域（長野、松本、上小以外）の市町村の医療費指数を段階的に二次医療圏の医療費指数に近づけています。

これにより納付金負担が増加する一部の市町村に対して、令和4年度から県2号繰入金による激変緩和措置を実施し、保険料水準の急激な上昇を抑制しています。

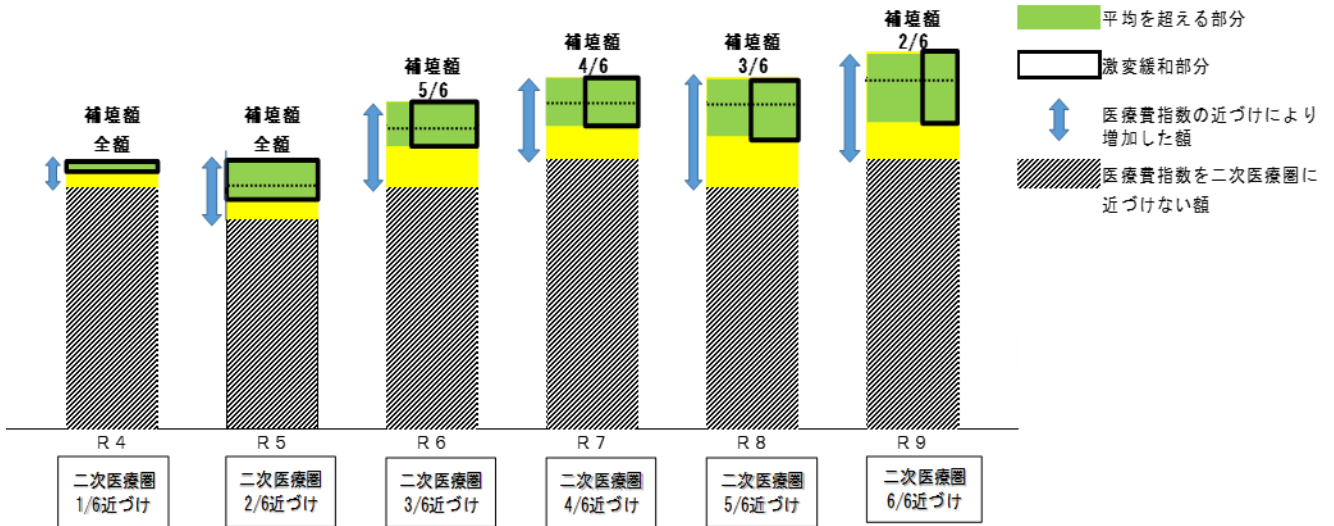
激変緩和措置の内容については、令和5年度納付金算定からその対象を拡大し、医療費指数の低い市町村に対して更なる負担軽減を図っています。

■医療費指数の二次医療圏単位化に伴う激変緩和措置の実績

納付金算定年度	対象市町村	激変緩和措置額
令和4年度	12市町村	14,485千円
令和5年度	12市町村	33,955千円

■医療費指数の二次医療圏単位化に伴う激変緩和措置の要件（令和5年度対象拡大後）

当該年度の納付金（※1）と、医療費指数を二次医療圏に近づけない方法により算定した納付金相当額を比較して、一人当たり納付金額が増加した市町村を対象に、増加率の平均（※2）を超える部分を、予算の範囲内において県2号繰入金で補填。ただし、補填額については年度ごとに徐々に減らしていく。（R4：5/6、R5：4/6、R6：3/6、R7：2/6、R8：1/6、R9：0/6）



※1 R5の場合、当該年度の納付金算定において医療費指数を2/6二次医療圏に近づけた額

※2 R5の場合 101.3%

（2） 医療費指数の二次医療圏単位化未実施圏域の小規模町村を対象とした激変緩和

医療費指数の二次医療圏単位化が未実施となっている3圏域（長野、松本、上小）については、市町村の医療費指数が直接納付金に反映されています。

小規模な町村は高額な医療費の発生によって急激に医療費指数が上昇し、納付金が増加するリスクが続くことから、ロードマップでは、二次医療圏統一が開始されるまでの間、該当圏域における小規模町村に対する激変緩和措置を行うこととしています。

そのため、令和5年度に激変緩和措置の制度内容の検討を行い、以下の内容で市町村との合意を得たため、令和6年度の納付金算定から該当町村があった場合、激変緩和措置を行うこととしました。

■ 医療費指数の二次医療圏単位化に未実施町村に対する激変緩和措置の内容

[交付条件]

3圏域の小規模町村（被保険者数3,000人未満）において、各年度の納付金を算定した結果、以下のア・イいずれにも該当した場合、一人当たり納付金が11.07を超えて上昇した分を激変緩和措置の対象とする。

- ア 対前年比較で医療費指数（納付金算定ベース）が9.91%以上増加
- イ 一人当たり納付金が11.07%以上増加

※ア、イの増加率は、いずれも全県の小規模町村（51 町村）において、各年度の医療費指数が最も大きく上昇した町村の平均値を採用

[交付限度額]

ただし、二次医療圏単位化を実施する市町村との公平性を確保するため、交付額は、被保険者一人当たりで換算した場合、医療費指数の二次医療圏単位化に伴う激変緩和措置の一人当たり交付額の平均値を超えない範囲とする。

5 納付金負担が大幅に減少する場合の措置

各年度の納付金算定の結果、市町村の納付金がこれまでの状況と比較し大幅に減少する場合、医療費適正化のインセンティブを損なわないよう、納付金額の下限值を設定します。

具体的には、各年度の納付金算定時、各市町村の一人当たり納付金額が、制度改正前の平成 28 年度の一人当たり納付金相当額を一定割合以上下回らないようにすることとします。

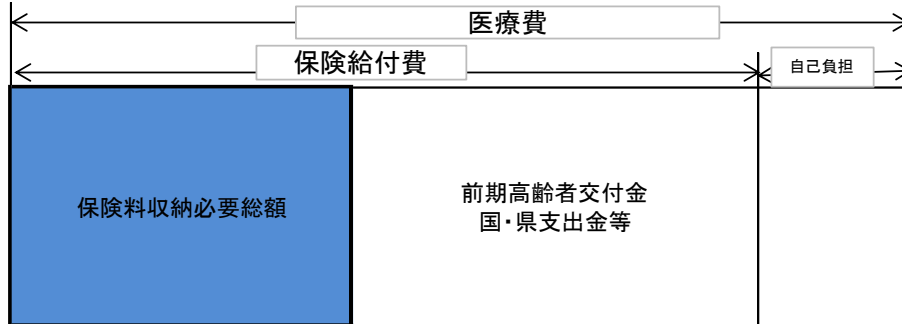
一定の割合については、県内で最も医療費指数が低い市町村の医療費指数を県平均の医療費指数で除した値とします。

なお、当該措置の適用については該当市町村と事前に協議することとし、市町村の承諾が得られた場合に限り適用することとします。

参考

納付金・市町村標準保険料率算定の流れ（イメージ）

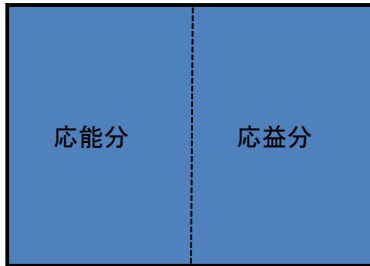
- 1 県が納付金として集めるべき総額（保険料収納必要総額）を算定します。
県全体で必要となる保険給付費等の見込額から、国・県による公費等の収入を差し引いて算定します。



- 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）。



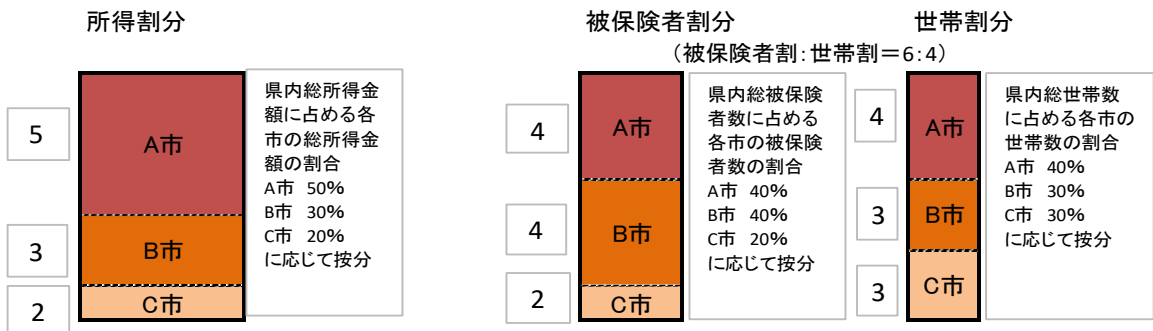
※ 納付金算定に用いる所得は、県統一の賦課限度額を超過する所得を算定の基礎から除きます。県統一の賦課限度額は、政令の上限額と同額です。

- 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。

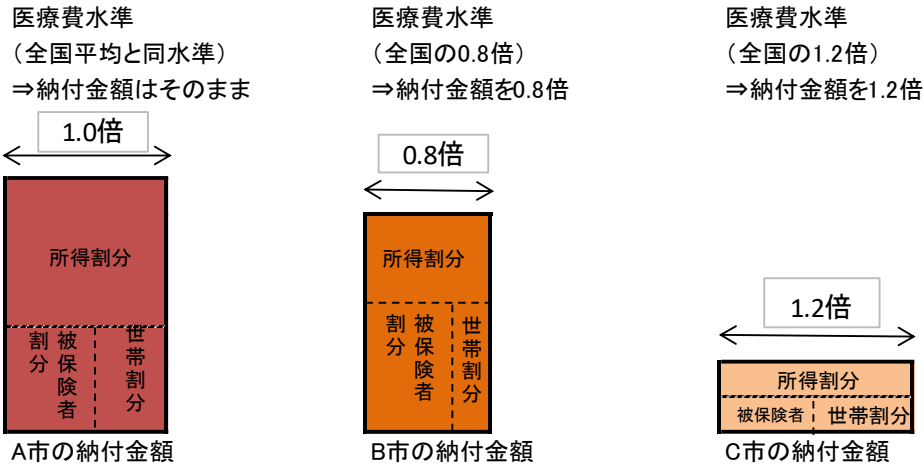
応益分は、市町村の被保険者割分と世帯割分に按分します。（長野県は被保険者割：世帯割＝6：4）

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。

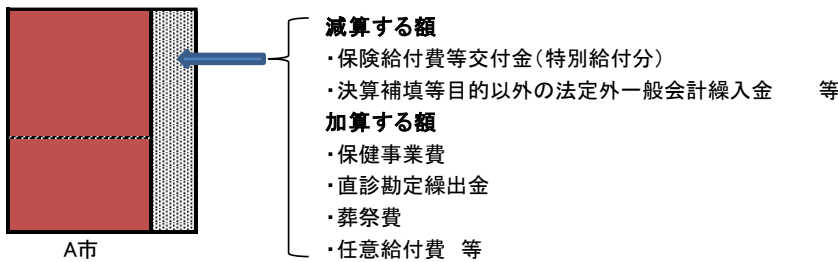


③ 応能分(所得割分)と応益分(被保険者割分、世帯割分)の合計を、各市町村の医療費水準に応じて増減調整します。



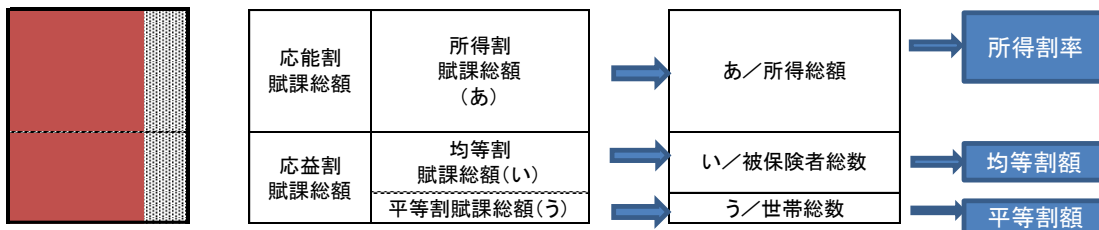
※医療費水準による調整により、保険料収納必要総額と各市町村の納付金額の計が一致しない場合には、全市町村均一の調整係数を乗じることにより一致するよう調整します。

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。

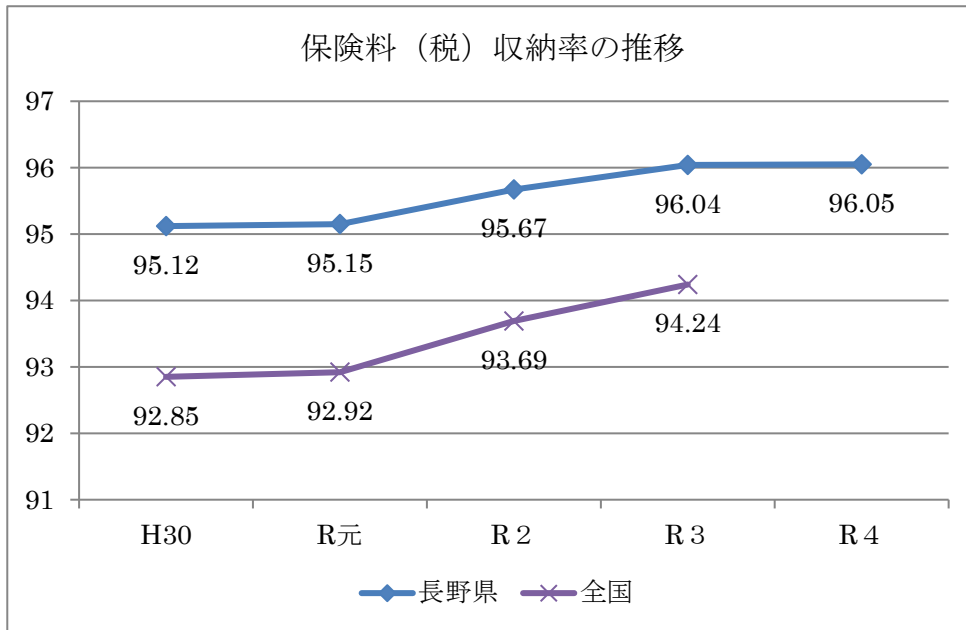
4 市町村が保険料により集めるべき額を、市町村の所得水準に応じて、応能割賦課総額と応益割賦課総額に按分します。県統一の保険料算定方式(3方式)により、市町村標準保険料率を算出するため、応益分を均等割分と平等割分に按分します。均等割と平等割の按分割合は、県全体の実績の平均を用います(およそ6:4)。
所得割賦課総額、均等割賦課総額、平等割賦課総額をそれぞれ各市町村の所得総額、被保険者総数、世帯総数で割り、保険料率(額)が算出されます。



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4年度は96.05%であり、令和3年度では96.04%で、全国平均（94.24%）より1.80%高く、全国6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」

(1) 市町村別保険料（税）収納率推移

- ・ 令和4年度において、保険料（税）収納率が100%の市町村が3保険者あります。
- ・ 令和2年度から令和4年度にかけて保険料（税）収納率が低下した市町村は24保険者です。（付属資料 p. 23）
- ・ 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。

(2) 保険料（税）の収納状況

- ・ 令和3年度は期限内納付の割合が92.4%で、全国平均より0.9%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。
- ・ 期限後納付額は減少しています。
- ・ 市町村別の口座振替率は、40%台～100%まで、市町村によって大きく差があります。（付属資料 p. 25）

■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	自動引落 (口座振替を除く)	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
R2 (全国)	世帯数	153,988	0	73,880	61,101	32	289,001	/	/	/	289,001
	収納額	24,040	0	8,112	4,957	4	37,113	114	2,722	2,836	39,949
	収納額 構成比 (%)	60.2 (48.7)	0 (-)	20.3 (32.6)	12.4 (9.6)	0.0 (0.5)	92.9 (91.4)	0.3 (-)	6.8 (-)	7.1 (8.6)	/
R3 (全国)	世帯数	153,790	5	70,809	59,230	31	283,865	/	/	/	283,865
	収納額	24,032	0	7,889	4,950	4	36,875	97	2,735	2,832	39,707
	収納額 構成比 (%)	60.5 (48.4)	- (-)	19.9 (33.1)	12.5 (9.5)	0.0 (0.5)	92.4 (91.5)	0.4 (-)	7.1 (-)	7.5 (8.5)	/
R4	世帯数	149,557	15	71,636	57,836	9	279,053	/	/	/	279,070
	収納額	22,668	0	8,042	4,600	4	35,314	80	2,231	2,311	37,625
	収納額 構成比 (%)	60.2	-	21.4	12.2	0.0	93.9	0.2	5.9	6.1	/

※付属資料 p.33

「国民健康保険実施状況報告」

(3) 保険料(税)の滞納状況

- ・滞納世帯の割合は、令和3年度は8.6%でしたが、令和4年度は8.3%まで低下しました。
- ・保険料(税)滞納額は、年々減少しており、令和4年度には50億円を下回りました。
(付属資料 p.30)

■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)
R2	280,199 (17,551,170)	27,473 (2,353,215)	9.8% (13.4%)	5,853
R3	278,357 (17,431,182)	24,069 (2,080,550)	8.6% (11.9%)	5,308
R4	274,489 (17,040,689)	22,838 (1,947,672)	8.3% (11.4%)	4,724

() 内：全国数値

国民健康保険(市町村国保)の財政状況・国民健康保険事業年報

2 目標収納率

本県は、全国平均と比較して保険料（税）収納率は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。

（1）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増加幅により設定します。

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」を令和3年度から追加しています。

（※）基準年度は、目標設定年度の2年度前とします。

（2）保険者規模別目標収納率一覧表（令和6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	51	7	7	9	2	1
目標 収納率	98.00%	97.40%	95.69%	97.28%	95.40%	94.40%

3 収納率向上の取組

市町村は上記の目標収納率を目安に更なる保険料（税）収納率の向上に向けて取り組めます。

県は市町村の収納率向上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

市町村では、被保険者の利便性に配慮する形でコンビニ決済やカード決済等の導入により収納方法の多様化に取り組んでいます。（付属資料 p. 28）

収納率向上の取組を口座振替で一本化した場合、収納方法の多様化に逆行するほか、令和5年4月より導入された地方税統一QRコード*の活用への影響等も考えられます。

とはいえ、口座振替は、一度申込を行えば、改めて手続をすることなく継続的に納付が行われ、被保険者にとっても納め忘れ防止等のメリットがあり、収納率の向上に効果が見込まれます。

県では引き続き市町村の取組を促進することとし、新たに取組を実施する場合、必要経費を県繰入金で支援します。

（２）現年度分の収納率向上

保険料（税）の徴収が困難な方への対応について、市町村が、法律の専門家や自治体の収税事務経験OB等、対象事例に応じて専門家へ相談できる体制が整っているか等の状況を踏まえ、収納率向上アドバイザーの設置を検討します。

また、被保険者の数や特性、都市部・山間部等の地域性、他の税目と併せた収納事務の実施の有無等、市町村によって収納環境に違いがあることから、市町村の規模別等で効果的な収納率向上対策を整理し、市町村へ情報提供します。

（３）滞納対策

ア 滞納者との接触の機会の確保

令和6年秋に予定している保険証廃止に併せて短期被保険者証*・資格証明書*も廃止となり、滞納者に対する接触機会の一部が失われることから、資格証明書の交付に代えて特別療養費の支給に変更する旨の事前通知や、生活困窮者自立支援担当部門と税務担当部門の連携を密にすることにより、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みます。

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。また、財産調査事務の標準的な手順や、預金等照会時の様式の共通化については、市町村の合意が得られたものからマニュアル化を行います。（付属資料 p. 26）

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

(1) 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4年度は1,731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346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
R2	1,415円	244円
R3	1,658円	271円
R4	1,731円	346円

「国民健康保険事業実施状況報告」（付属資料 p. 34）

- ・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（R4）

実施形態	市町村数
自庁点検	3
国保連合会への委託	71
業者への委託	3

「国民健康保険事業実施状況報告」

(2) 柔道整復師療養費など療養費支給の適正化に向けた取組状況

- ・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4年度において、38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
R2	36
R3	36
R4	38

「国民健康保険事業実施状況報告」（付属資料 p. 35）

(3) 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(R4)

- ・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、59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(R4)

- ・交通事故に係る求償額は、6,478万円、交通事故以外に係る求償額は17万円です。
- ・第三者に対する直接求償額は、合計728万円です。

(付属資料 p. 36)

■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	105	25,527
		任意保険	54	31,959
		第三者直接求償	10	5,008
	個人賠償責任保険 (自転車)		3	36
	第三者直接求償 (自転車)		2	2,251
	交通事故 小計		174	64,781
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)		4	145
	第三者直接求償		1	27
	交通事故以外 小計		5	172
合計		179	64,953	

「国民健康保険事業実施状況報告」

(4) 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。

■ 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）
R2	4,380	109,108
R3	4,277	81,892
R4	3,172	95,729

「国民健康保険事業実施状況報告」（付属資料 p. 39）

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

県による広域性・専門性が発揮される点検として、市町村間の異動があった被保険者に係るレセプトの縦覧点検、医療法に基づく立入調査により不適切情報等提供のあった医療機関のレセプト点検等を実施します。

市町村間を異動した被保険者の縦覧点検について、令和元年度から実施し、これまでに疑義のある案件が1件発生しています。

医療法に基づく立入調査により不適切情報等の提供は、現在までに寄せられておりませんが、引き続き、医療法所管課から情報提供があった際には、適切な対応に努めます。

(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。

県は、返還先が複数市町村に及ぶ案件で一定要件に該当した場合、市町村からの委託を受け不正利益返還金の回収を行うこととしていますが、現在まで該当案件は発生していません。

県では、引き続き制度の周知を図るとともに案件が発生した場合、適正な対応に努めます。

3 療養費の支給の適正化

市町村助言等に把握した療養費支給の適正化に係る好事例を全市町村と共有し、医療費の適正化に努めます。

柔道整復師の施術の療養費に係る患者調査の実施を促すため、保険者努力支援制度取組評価分（県分）の再配分に係る評価指標に、当該調査の実施の有無を追加します。

あはき*療養費の申請件数の多い市町村からの要望等を受け、あはき療養費審査会の設置を検討します。

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を行ってきました。県は、今後も引き続きこうした支援を実施します。

特に、国民健康保険団体連合会の介護給付システム*から提供される情報をレセプト点検で活用することにより、医療保険と介護保険の重複給付や、両制度間で同時に受けることが出来ない給付等の不適正情報の確認が可能になることから、市町村においては、介護保険担当課との連携が重要です。(付属資料 p. 40)

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、縦覧点検や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

第三者行為に係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
- ・保険給付が第三者の行為によって生じた事実に係る資料の関係機関（官公署等）への提供依頼

○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平成27年1月に設けられました。

過誤の調整は、令和2年度以降増加傾向となっており、令和4年度実績は4,538件86,092千円となっています。

県においては、被保険者の利便性の向上及び、返還金の効率的回収にも繋がるため、本取組を促進します。

7 高額療養費の多数回該当の取扱い

県では、高額療養費の多数回該当*の有無について、全ての市町村で同一基準による判定が可能となるよう判定基準を設定しています。

なお、市町村による判定が困難である場合、県と市町村が協議の上、判定を行うこととしていますが、令和4年度末現在、当該事例は発生しておらず、市町村において適切に判定が行われています。

県では、引き続き、判定困難事例が生じた場合、判定に係る助言を行うとともに、判定結果を全市町村へ情報提供することにより、市町村単独で県下統一した判定が可能となるよう支援します。

(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)

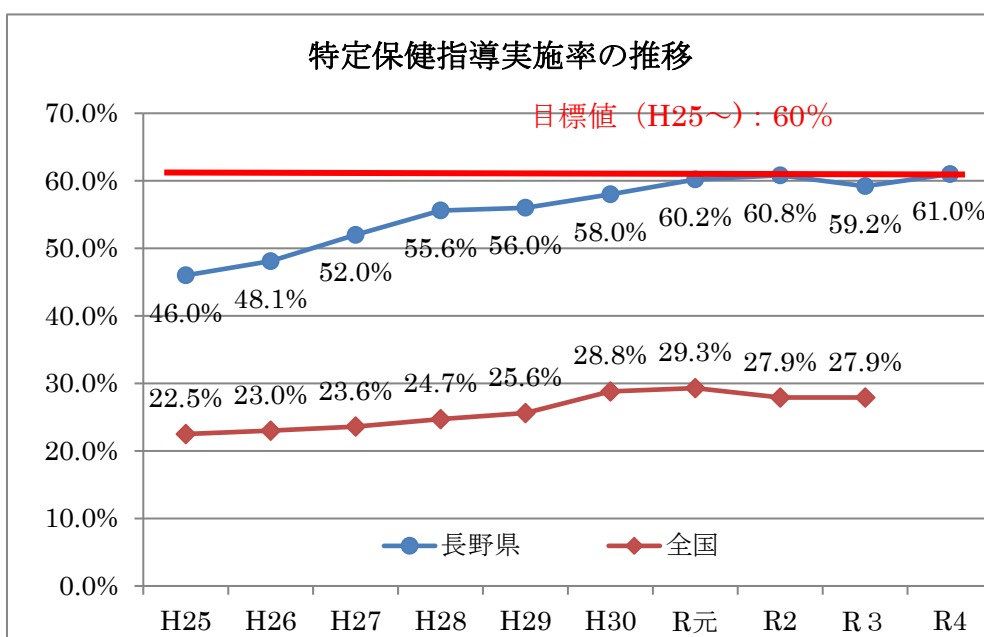
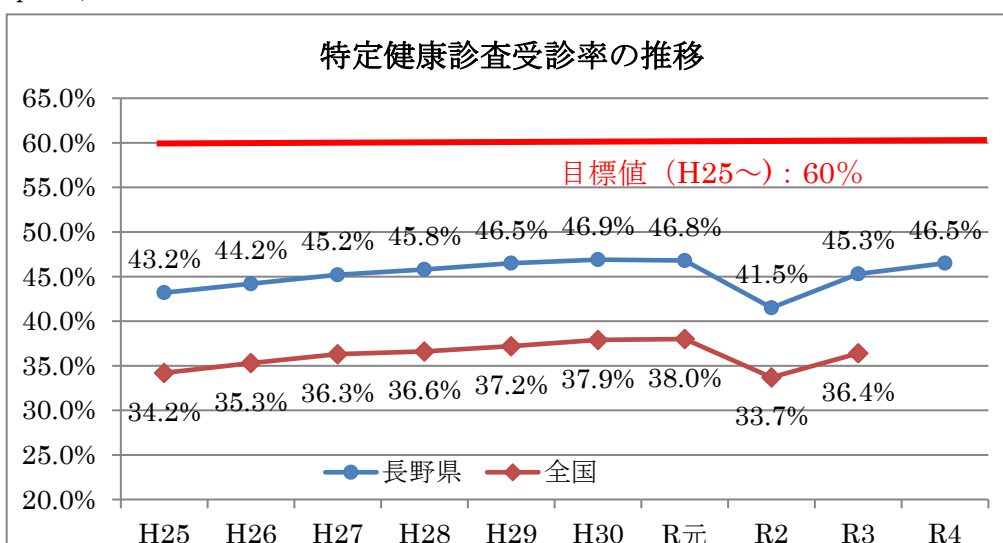
世帯分離、世帯合併等による一の世帯で完結しない住所異動（他の世帯からの異動による国保被保険者数の増加及び他の世帯への異動による国保被保険者数の減少をいう。）の場合には、異動後の世帯主が異動前に主宰していた世帯との継続性を認める。

第6 県が行う国民健康保険の安定的な財政運営及び被保険者の健康の保持増進のために必要と認める医療費の適正化の取組

1 現状

(1) 特定健康診査受診率・保健指導実施率の推移

- ・本県は、令和4年度において、特定健康診査受診率は46.5%（速報値）で、全国平均より○ポイント高く、特定保健指導実施率は61.0%（速報値）で、全国平均より○ポイント高くなっています。
- ・特定健康診査受診率は全国○位、特定保健指導実施率は全国○位でした。
- ・市町村別にみると、令和4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15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52市町村でした。（付属資料 p. 41）

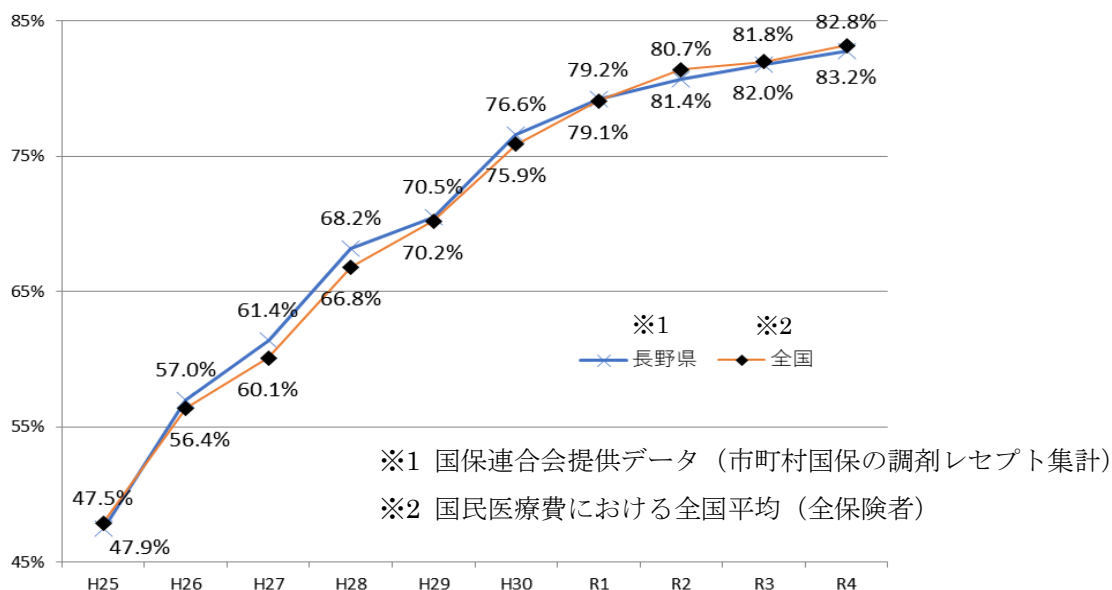


(2) 後発医薬品使用状況（数量ベース）

- ・本県は、令和4年度において、国保の後発医薬品使用割合が82.8%です。（付属資料p. 43）
- ・国民健康保険における後発医薬品使用割合の目標は特に定められていませんが、国民医療費においては、令和3年6月18日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2021」で、後発医薬品の数量シェアを令和5年度末までにすべての都道府県で80%以上とすることが目標とされています。

なお、本県の市町村国保における後発医薬品使用割合は令和2年度以降80%を超えています。

後発医薬品利用状況（数量ベース）



(3) 医療費通知・後発医薬品差額通知実施状況

- ・令和4年度においては、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77市町村でした。（付属資料p. 45）

■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
R2	77	77
R3	77	77
R4	77	77

国保連合会提供データ

(4) 糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

糖尿病性腎症重症化予防の取組数は、保険者努力支援制度の評価指標の達成状況から把握しています。令和3年度には77全市町村が達成しましたが、令和4年度には74市町村となりました。未達成の市町村の理由は、人員不足、業務逼迫等によるものでした。（付属資料p. 45）

■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
R1	73
R2	77
R3	77
R4	74

保険者努力支援制度

(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

医療費適正化のためには保険者の努力のみならず、被保険者が自ら生活習慣の改善を図る等の動機付けに向けた取組も必要です。

具体的には、市町村による予防・健康づくりに取り組んだ被保険者へのインセンティブの制度化が考えられます。県内の取組状況は以下のとおりとなっています。(付属資料 p. 45)

■インセンティブに関する取組実施市町村数

	個人へのインセンティブ事業の実施	PDCA サイクルでの事業見直しの実施	本人取組の評価をインセンティブ提供の条件にしている	健康指標の維持改善をインセンティブ提供の条件としている	商工部局等と連携し、インセンティブを提供している
H30	48	—※	—※	—※	36
R1	57	—※	27	7	50
R2	63	—※	55	43	59
R3	64	—※	58	36	56
R4	65	63	61	37	57

※…制度の評価項目に未設定

保険者努力支援制度

(6) メタボリックシンドローム該当者の減少率

メタボリックシンドローム*該当者の減少率は、KDBにより把握しています。平成30年度は20.9%の減少率でしたが、令和元年度以降、低下傾向にあり、国の目標値である25%以上の減少率には達していない状況です。

(付属資料 p. 45)

■メタボリックシンドローム該当者の減少率（％）

	総数	男性	女性
H30	20.9	19.7	23.9
R1	20.5	19.1	23.9
R2	17.2	16.0	20.2
R3	20.2	18.7	23.9
R4	20.2	19.0	23.2

特定健診・特定保健指導実施結果統括表（KDB）

（7） たばこ対策

たばこ対策における禁煙セミナーや健康教室等の禁煙を促す取組は、令和4年度から保険者努力支援制度の市町村取組評価に追加され、令和4年度は30市町村が取り組んでいました。（付属資料 p. 45）

なお、令和4年度を取組評価指標は禁煙セミナー開催等のポピュレーションアプローチのみでしたが、令和5年度からは個別保健指導（特定保健指導を除く）が追加となり、更なる取組強化が求められています。

（8） データヘルス計画策定状況

データヘルス計画は、平成25年「日本再興戦略」において、全ての保険者が健康・医療情報を活用して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し、医療費適正化を目指す計画として位置付けられ、市町村は平成26年度から策定しており、第2期計画（平成31年度～令和5年度）では、76市町村が策定しました。（付属資料 p. 45）

第3期計画（令和6年度～令和11年度）に合わせて、市町村と協議の上、全ての市町村が同じ指標で経年的にモニタリングし、全県や二次医療圏と比較することにより、健康課題を客観的に把握することを目的として、5つの共通評価指標と、17の共通して把握すべき情報（以下「共通評価指標等」という。）を設定しました。

（9） 地域・職域連携における保健事業の取組

県では、令和4年11月に協会けんぽと「健康づくりの推進に関する協定」を締結し、被用者保険から国保へ移行後の生活習慣病の発症予防及び重症化予防を促進するため、高血圧をはじめとする生活習慣病予防等の普及啓発に向けた取組を協会けんぽと連携して実施しています。

また、市町村では長野市、松本市、上田市、駒ケ根市、松川町（令和5年度現在）が協会けんぽと連携協定を締結し、特定健診やがん検診の受診促進等を行っています。

2 適正化に向けた取組

被保険者の高齢化や医療の高度化に伴い、一人当たり医療費が毎年度増加する中、医療費

を計画的に引き下げていくことは困難であるため、医療費の伸びの抑制に主眼を置いた取組が必要となります。

本県の年齢調整後一人当たり医療費*の低さは、平成 21 年度において全都道府県で 4 位でしたが、その後年々順位を下げ、把握可能な直近の実績となる令和 2 年度は 10 位となっています。

現在でも全国で比較的上位に位置しているものの、医療費の伸び率（平成 20 年～令和 2 年度）では全国で 6 番目に増加しており、他の都道府県と比較して医療費抑制の取組が遅れていることが要因の一つとして考えられます。（厚生労働省「医療費の地域差分析」）

今後、市町村は、医療費適正化を効果的に進めるために、保険者の努力により医療費適正化の直接的な効果が見込まれる内容に注力した保健事業を実施していくことが重要であり、具体的には、重複・多剤服薬者への服薬指導やジェネリック医薬品の普及啓発、リフィル処方箋*等の活用など医薬品の適正使用等の取組が考えられます。

また、併せて、生活習慣病の発症及び重症化予防についても、中長期的に医療費適正化の効果が得られることが考えられるため、特定健康診査及び特定保健指導の受診率・実施率や、メタボリックシンドローム該当者及びその予備群（以下「メタボ該当者」という。）の減少率を引き上げていくことが必要となります。

なお、これらの取組を行う際は、平成 30 年度に国が制度化した保険者努力支援制度の取組評価分の評価指標に沿った取組を進めることが重要であり、取組評価分の交付金は、各市町村の個別歳入の扱いとしていることから、各市町村の保険料（税）の増加抑制に活用することが可能です。

また、医療費水準の高い市町村で取組が進めば、保険料（税）の統一に伴い納付金負担が増加する医療費水準の低い市町村の負担軽減にも繋がります。

さらに、令和 2 年度に保険者努力支援制度に追加された事業費分に基づく保健事業を県・市町村ともに実施することにより、事業費分の実施状況に応じて国から交付される事業費連動分の交付金獲得に繋がります。事業費連動分の交付金は、県全体の納付金額の圧縮に活用しており、県・市町村の保健事業に取り組むことが保険料（税）の増加抑制に繋がりますが、14 市町村で事業費分が活用されていない状態です。（付属資料 p. 45）

以上を踏まえ、県では、医療費適正化に資する保健事業の実施に向けた市町村支援を強化し、年齢調整後一人当たり医療費の低さの全国順位を概ね 5 位以内まで引き上げることを目指すとともに、保険者努力支援制度交付金の評価指標達成及び事業費分の活用に向けた支援を行い、国交付金の獲得を通じて被保険者の保険料（税）負担軽減に努めます。

（１）特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率向上のための取組

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上については、医療費適正化計画においても取り組む施策とされています。

また、保険者努力支援制度取組評価分においては、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率を評価する指標が設定されています。

市町村においては、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の全国目標値達成に向

けて、更なる受診率及び実施率の向上を図ります。

特に、医療費指数の高い市町村においては、納付金ベースの統一を開始する令和10年度までに特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率を令和4年度県平均レベルまで引き上げていくことが、納付金ベースの統一の円滑な実施に繋がります。

県では、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を行うとともに、他市町村での効果的な取組の情報提供等、市町村が未受診者対策を推進するための支援を行います。

また、特定健康診査の未受診者対策として、40代・50代の働き盛り世代の受診率向上や事務の簡素化を目的とした、特定健診の予約方法のICT化及び予約情報の健診事業者との共同管理をモデル市町村で実施しています。令和6年度までの間、複数のモデル市町村で導入結果を検証し、効果が得られた場合、多くの市町村への普及を目指します。

（２）後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用促進の取組は、医療費適正化計画においても、バイオ後続品*（バイオシミラー）や地域フォーミュラリ*と同様に、医療の効率的な提供に資する施策とされています。

また、保険者努力支援制度取組評価分においては、後発医薬品の使用割合を評価するとともに、市町村において後発医薬品の使用状況の把握や差額通知事業の実施、後発医薬品に対する被保険者の理解促進の取組についても評価することとされています。

本県の後発医薬品使用割合は政府目標及び全国平均を超えています。9市町村が政府目標を超えていない状況です。（付属資料 p. 43）

市町村においては、後発医薬品の使用を更に促進し使用割合を向上又は維持させるために、使用状況を分析・把握した上で差額通知事業を実施し、削減額の把握や被保険者に対する情報提供に努めます。

県は、関係団体と連携し、市町村が実施する後発医薬品差額通知及び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支援します。

また、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。あわせて、市町村に後発医薬品についての説明を掲載した服薬指導教材を提供し、被保険者の理解促進を図ります。

（３）重複・頻回受診の適正受診、重複・多剤服薬者に対する取組の推進

重複・頻回受診者の適正受診及び重複・多剤服薬者の適正服薬に向けた取組は、医療費適正化計画においても取り組む施策とされています。

ただし、重複・頻回受診者に対する適正受診の指導は、医療費適正化効果が期待できるものの、医学的判断が必要となるため、慎重な対応が必要となります。

そのため、市町村は、重複・頻回受診者の状況を国保連合会から提供される対象者リスト等により把握した上で訪問指導等を行い、対象者の健康状態と受診状況を確認し、重複・頻回受診の傾向があると判断した場合は、次回受診時にかかりつけ医への相談を促します。

なお、重複・頻回受診者への対応は、医療事情が市町村ごとに異なることや、対象者の個

別事情も勘案する必要があるため、市町村ごとに地域の実情に応じた取組が必要となります。

また、重複・多剤服薬者に対する服薬指導は、直接的な医療費適正化効果が見込まれることから、今後、市町村は重点的に取り組む必要があります。(付属資料 p. 46)

なお、令和5年度に保険者努力支援制度の評価指標が改正され、これまで一つの指標とされていた重複・多剤服薬者への取組が、重複と多剤の2つに分割され、それぞれの指標に加点されることになり、国交付金の獲得支援と並行した取組が必要となることから、県では、県薬剤師会と連携の上、従来の地域薬剤師会からの薬剤師派遣による専門的な助言に加え、重複・多剤服薬者の対象者の抽出や、服薬指導技術の強化、服薬指導後の改善状況の検証方法等により、市町村への支援を強化します。

(4) 糖尿病性腎症重症化予防の取組

糖尿病性腎症重症化予防の取組は、医療費適正化計画において数値目標が掲げられており、医療費適正化を進める上で、重要な取組となります。

実際、国保被保険者の外来医療費の約1割を糖尿病医療費(令和4年度実績)が占めており、その主な要因は重症化に伴う人工透析に必要な医療費(令和3年度 レセプト1件当たり平均462,719円)が大きいと考えられることから、医療費適正化を効率的に進めるためには、糖尿病患者の重症化予防に向けた取組が重要となります。

市町村では、国保連合会から提供されている糖尿病治療中断者のリスト等を活用して対象者を把握した上で保健指導を行い、適切な医療に繋げる取組が必要となります。

県では、マンパワー不足やノウハウの不足により保健指導等が十分にできない市町村に対して、専門家派遣を通じた支援を継続します。

また、保険者努力支援制度の評価指標において、糖尿病性腎症対象者の概数把握や、未受診者を抽出した上での受診勧奨の実施等の達成状況が十分でない(令和4年度12市町村が未達成)ことから、国保連合会と連携して情報提供及び効果的な受診勧奨方法等の助言を行い、重症化予防と併せて市町村の国交付金獲得を支援します。

(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

個人へのインセンティブに関する取組は、保険者努力支援制度の評価指標にも組み込まれており、本県では評価指標のうち「健康指標の具体的な改善等インセンティブ提供条件の設定」に係る指標の達成状況が悪くなっています。(令和4年度40市町村が未達成)

(付属資料 p. 45)

市町村においては、動機付けに留まらず、被保険者に健康指標の維持・改善といったアウトカムを求めた制度としていくことが国交付金の獲得にも繋がっていくことから、県では、インセンティブの制度化により生活習慣や健康指標の改善につながった優良事例の横展開を図るほか、必要な助言を行うことにより達成状況の底上げ・国交付金獲得支援を行います。

(6) メタボ該当者の減少に向けた取組

メタボ該当者の減少に向けた取組は、医療費適正化計画において取り組む施策として数

値目標が掲げられており、医療費適正化を進める上で、重要な取組となります。

メタボ該当者は、内臓脂肪の蓄積に加え、高血糖、高血圧、脂質異常が重なり、生活習慣病の発症及び重症化するリスクが高くなることから、国が示す「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」において明記されており、メタボ該当者を減少させることは、医療費適正化に必要な取組となります。

また、メタボ該当者の減少率は、保険者努力支援制度の評価指標にも組み込まれており、指標の達成基準である第三期特定健康診査実施計画目標値（対前年 25%の減少）を達成しているのは2市町村、減少率が全国上位3割に位置しているのは22市町村（令和2年度実績）に留まっています。（付属資料 p. 45）

メタボ該当者を減少させるためには、生活習慣の改善等の行動変容を促すことが重要であり、市町村は、特定保健指導の実施率を引き上げ、該当者への適切な保健指導を実施することが必要です。

また、特定保健指導の対象者の選定にあたり、メタボ該当者であるものの、既に高血圧等で治療中の方を対象から外すことが国の標準的な健診保健指導プログラムで認められていますが、Ⅱ度高血圧*以上や HbA1c*8.0%以上等の重症化リスクのある方等、市町村の実情に応じて基準を設け、保健指導の対象としていくことが減少に向けて有効な方法であると考えられます。

県では、メタボリックシンドロームの危険性に係る保健指導教材の提供等や、効果的な保健指導手法の研修会の開催等により市町村を支援します。

（7）たばこ対策

たばこ対策は、医療費適正化計画において取り組む施策として数値目標が掲げられており、医療費適正化を進める上で、重要な取組となります。

喫煙は、国が策定した「第3次健康日本 21」においても「喫煙は循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、糖尿病等に共通した主要なリスク要因である。」と示されており、生活習慣病に繋がる危険因子となるため、生活習慣病の発症予防・重症化予防において重要です。

そのため、市町村は、喫煙率の低下に向けた禁煙セミナー等の開催や喫煙者に対する個別保健指導を実施することが必要です。

県では、これまで県薬剤師会と連携して実施している地域薬剤師会の薬剤師派遣において令和5年度から禁煙指導のメニューを追加しており、専門的な助言や禁煙指導技術の手法等を市町村に提供することにより、市町村の達成状況の底上げ・国交付金獲得支援を行います。

（8）データヘルス計画の策定及び評価に向けた取組

県では、令和6年度以降、第3期市町村データヘルス計画（令和6年度～令和11年度）に記載された共通評価指標等のデータを市町村へ提供します。

また、市町村は、データヘルス計画で設定した健康課題の改善目標について、令和8年度に中間評価を行う必要があることから、県では、必要に応じて保健事業の見直しや、健康課

題の追加や目標値の見直し等について助言を行います。

なお、データヘルス計画が未策定となっている保険者に対して、策定に必要な支援・助言等を行い全市町村での策定を目指します。

(9) KDBの活用による保健事業の推進

KDBは、国保連合会が保有する健診・医療・介護の各種データの総称であり、これら进行分析することにより市町村の健康課題を明確化し、効率的かつ効果的な保健事業の実施及び評価を行うことが可能となります。

県では、二次医療圏及び管内市町村の健康課題に応じた支援を行うため、令和3年度に県庁及び保健福祉事務所にKDBを導入するとともに、国保ヘルスアップ支援員を配置し、KDBを活用したデータ分析結果に基づいた市町村への助言や管内市町村研修を通じた情報提供等に取り組んでいます。

令和5年度現在、諏訪を除く9圏域に国保ヘルスアップ支援員を配置したほか、国民健康保険室に各圏域の支援活動を統括するヘルスアップ支援員を配置しています。

県では、国保ヘルスアップ支援員が従来の支援のほか、保険者努力支援制度の評価指標の達成に向けた保健事業の企画・立案に係る助言等が可能となるよう必要な力量形成を行うとともに、未配置の圏域への早期配置に努めます。

また、KDBを活用して、市町村単独では分析が困難となる全県や二次医療圏単位を対象とした医療費分析や同規模市町村間の比較が可能となる生活習慣病の傾向等の分析を実施し、保健事業の効率的かつ効果的な実施に向けた支援を行います。

(10) 地域・職域連携における保健事業の取組

県では、協会けんぽ被保険者の健康状態や生活習慣の状況を把握するほか、協会けんぽの保健師等による健康相談・保健指導の状況等の情報収集を行い、働き盛り世代の健康課題に応じた生活習慣病予防等の普及啓発に引き続き取り組みます。

このほか、職域連携と関連したACE（エース）プロジェクト等の県が行う保健事業の効果を高めるため、協会けんぽのメールマガジンを活用し、生活習慣病予防等に関する普及啓発資料等を配信し、更なる取組の促進を図ります。

また、連携協定を締結している市町村が、地域職域連携における保健事業の具体的な取組が行えるよう支援するほか、その効果の横展開を図り、協会けんぽと連携協定を締結する市町村数の増加を目指します。

第7 市町村が行う事務の広域的、効率的な運営の推進

1 統一的な広報

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ほか、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：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

2 申請書様式の標準化

申請様式を含む事務手続きの標準化を図ることを目標としており、令和4年度に高額療養費支給申請手続の簡素化に関する要綱（例）を示しました。

今後、市町村の取組状況を調査し、標準化を図る上での課題等を整理する等、標準化に向けた検討を継続するほか、制度改正・社会情勢等を勘案しながら、他に標準化すべき事項の追加を検討します。

3 事務処理マニュアルの作成

これまでに市町村の事務処理の標準化を目的として、保険料（税）・一部負担金減免基準や高額療養費支給申請手続の簡素化に関する要綱（例）を市町村へ示してきました。

今後、活用状況を調査し、市町村の意見を踏まえ実態に合わせて修正する等の調整を行った上で、全ての市町村で標準化の合意が得られたものから順次マニュアル化します。

4 高額療養費の多数回該当の取扱い（再掲）

5 葬祭費の統一

被保険者が死亡した場合に支給される葬祭費について、支給金額や支給要件が市町村によって異なることから、令和5年度に市町村の状況調査を実施しました。

58市町村が支給金額を5万円とし、69市町村が火葬のみの場合も支給対象としている結果となったことから、今後、多くの市町村が採用する「支給金額5万円」及び「火葬のみも支給対象」の内容で葬祭費の取扱いを統一します。

6 保険料（税）・一部負担金の減免基準の統一

令和5年度現在、保険料（税）の減免基準は69市町村で策定済であり、一部負担金の減免基準も69市町村で策定済となっています。県では、引き続き未策定の市町村に早期の策定を依頼します。

策定済の市町村においても、標準的な減免基準に独自規定を加える等、対応が異なるため、今後、市町村と協議の上、標準的な減免基準の見直しを行い、全ての市町村における同一基

準導入を目指します。

7 第三者求償に係る県への委託事務の標準化

令和7年度以降、第三者求償事務（広域的な対応が必要なものや専門性が高いもの）について、市町村から県への委託が可能となるため、県では、市町村と協議の上、県が担うべき事例や、標準的な事務の流れ等を検討します。

8 市町村事務処理標準システム等の導入

市町村事務処理標準システム（以下「標準システム」という。）は、市町村における国保事務の効率化、標準化、広域化を推進するため、国保制度改革に伴い国が主導して国民健康保険中央会とともに開発したシステムです。

標準システムの導入により、自治体単位でのシステム改修の対応が不要となり、費用の軽減が図られるほか、各種負担金等の事務マニュアルの共通化等による自治体の事務負担が軽減する等のメリットが考えられます。

また、市町村は、地方公共団体情報システムの標準化に関する法律に基づき、令和7年度末までに同法に規定する標準化基準に適合するシステムの利用が義務付けられていることから、標準システム等の同基準に適合するシステムを導入する必要があります。

なお、導入に当たっては、特別調整交付金やデジタル基盤改革支援補助金といった国の財政支援を活用することも可能です。

令和5年1月現在、11市町村において標準システムが導入済となっています。

県では、令和7年度末までに全市町村で標準化基準に適合するシステムの導入を目指すこととし、国の動向や県内市町村の進捗状況等、必要な情報提供等を行います。

9 資格確認書の様式等の標準化

令和6年秋に健康保険証が廃止され、マイナンバーによるオンライン資格確認*ができない被保険者等を対象として発行する資格確認書について、様式や有効期限等に係る事務処理の効率化を検討します。

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

高齢化が急速に進むことが見込まれる状況において、県と市町村は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、地域包括ケア体制*の構築や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施*など国民健康保険の加入段階から後期高齢者医療制度移行後を見据えて行う予防・健康づくりの取組を推進することが重要です。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。

1 市町村の取組

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第2版）における介護地域支援事業・高齢者の保健事業との一体的な取組の実施として、データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画があります。

通いの場等における医療専門職の取組には、通いの場を活用したフレイル予防の普及・促進、健康教育・相談などの実施、健康状態の把握等があります。

市町村においては、後期高齢者医療制度へ移行した方を対象として、このような保健事業を切れ目なく実施するとともに、介護予防事業との連携を図り、疾病予防と生活機能の維持を一体的に実施し、住み慣れた地域で生活できる取組、地域包括ケアの推進に資する取組を実施していきます。

2 県の取組

国は、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を令和6年度までに全市町村で実施することとしていますが、令和4年度末現在における県内の実施市町村数は65市町村となっています。未実施の市町村においては、企画・調整を行う専門職等の人員不足、業務逼迫等により実施計画の作成及び実績報告が困難であり実施条件を満たすことができない等の状況があります。（付属資料 p. 46）

県では、KDB等のデータを活用した健康課題の提供や先進事例の紹介など、効果的・効率的な支援方法や専門職の人材育成等について市町村に必要な助言や情報提供を行い、市町村の取組を支援していきます。

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 国民健康保険運営協議会の審議

国保制度運営に関する重要事項（国保運営方針、納付金及び標準保険料等の財政運営に関すること等）については、平成29年度に設置した、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（以下「運営協議会」という。）にて審議いただき、安定した国保の運営に努めます。

2 長野県県・市町村国保運営連携会議での協議

国保制度運営に関する重要事項については、平成28年度に設置した、県、県内市町村代表者、国保連合会で構成する長野県県・市町村国保運営連携会議（以下「連携会議」という。）で協議の上、運営協議会へ諮る内容を決定します。

なお、連携会議の協議内容については、市町村、市長会・町村会、国保連合会の課長レベルで構成する長野県県・市町村国保運営連携会議幹事会（以下「幹事会」という。）にて事前調整を行います。

3 保険料水準等統一ワーキンググループの設置

ロードマップに記載のある保険料水準等の統一に向けて個別に検討が必要な項目については、令和3年度に設置した、市町村の係長レベルで構成する保険料水準等統一ワーキンググループ（保険料、保健事業、市町村事務標準化等の3分野）において具体的な検討を行い、その結果を幹事会へ報告します。

4 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、年度当初に全市町村を対象とした国保主管課長会議を開催し、当該年度予定している国保制度の改正点や前年度に実施した市町村助言結果等について情報共有を図るほか、個別案件に応じて研修会や情報交換会等を開催し、市町村の取組の横展開を図ります。

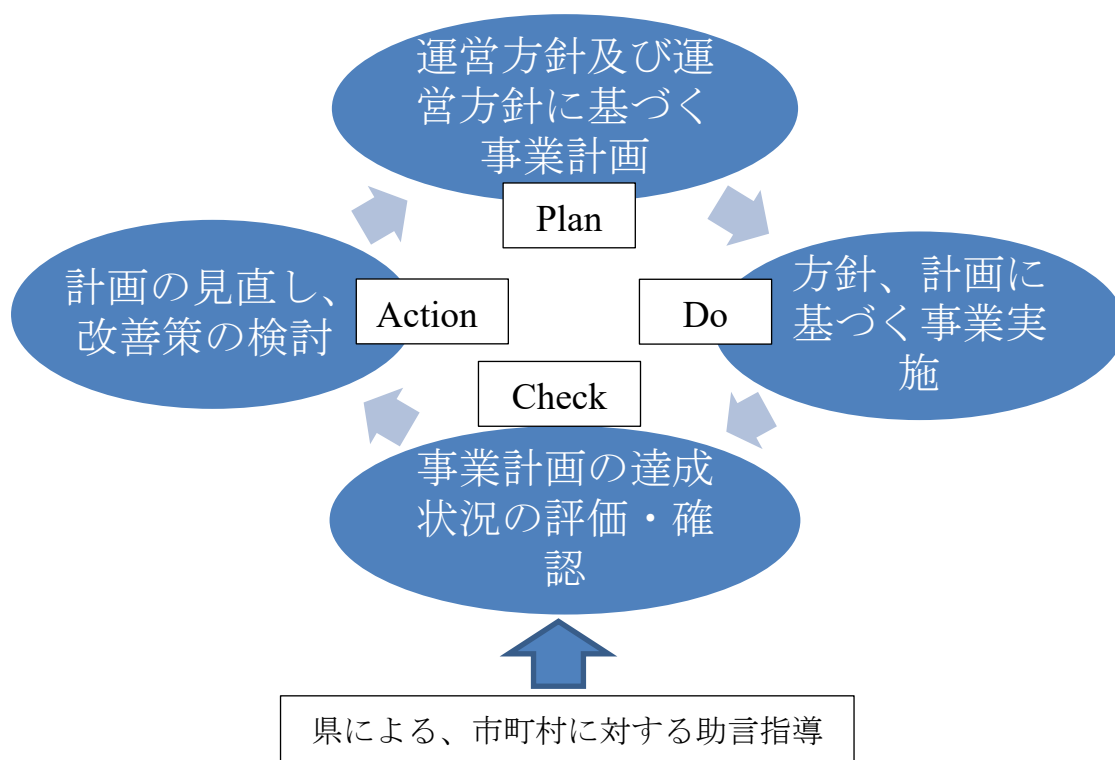
第 10 検証及び見直し

1 PDCAサイクルの実施

県及び市町村は、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。

とりわけ、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

本方針による取組の進捗状況は、各年度、長野県国民健康保険運営協議会に報告し、その取組の効果等について審議いただくほか、中間年度に当たる令和8年度に進捗状況进行评估し、必要に応じて令和9年度に見直しを行います。

また、見直しの際は、令和12年度を目標年度として定めた保険料水準の納付金ベース統一の具体的な進め方について、令和6年度以降検討を行い、その結果を反映します。

専門用語集

初出ページ	用語	解説
02	ロードマップ	県と市町村が協議の上、策定した保険料水準の統一に向けた国民健康保険運営の中期的改革方針[R3.3月策定] 納付金の算定に使用する医療費指数の二次医療圏統一、資産割の廃止、応益割額の平準化等について、令和9年度を目標年度として取り組むことを明記
02	二次医療圏	医療機能の連携と施策の効果的な推進を図る上での地域単位として、医療法に基づき、信州保健医療総合計画で定めているもの 10の広域行政圏(佐久・上小・諏訪・上伊那・飯伊・木曽・松本・大北・長野・北信)と一致
02	任意給付	いかなる内容の給付を行うかを保険者の意志に任せている保険給付のことであり、傷病手当金、出産手当金、葬祭費等がある
04	実績医療費	年齢調整をしていない、実際にかかった医療費 内訳は、保険者負担分、被保険者の窓口負担(一部負担金)等に大別
14	納付金	都道府県が、保険給付費等交付金の交付に要する費用やその他国保事業に要する費用に充てるため、市町村から徴収するもの 次の3区分に分かれており、それぞれ目的が異なる ・医療分…県全体の国民健康保険で必要となる医療費等を賄う ・後期高齢者支援金分…後期高齢者支援制度で必要となる医療費等を賄うために拠出 ・介護納付金分…介護保険制度で必要となる介護サービス費を賄うために拠出
14	保険者努力支援制度	市町村・都道府県が行う医療費適正化に向けた取組等に対して国が支援を行うために、交付金を交付する制度 ・取組評価分…保険者の医療費適正化に向けた取組等を評価する指標の達成状況に応じて交付 ・事業費分…保険者が行う健康保持増進事業に要する費用に応じて交付 ・事業費連動分…健康保持増進事業の取組等を評価する指標の達成状況に応じて交付
16	前期高齢者交付金	65歳以上75歳未満の被保険者数に応じて交付 この年齢層は現役世代より所得が低く、また医療費も高額となりやすい 国民健康保険は、被用者保険を退職したあと加入される方が多く、構成割合が高いため、当県では例年600億円以上国から交付
17	資産割	保険料(税)算定の基礎であり、世帯主及びその世帯に属する被保険者に係る固定資産税額または、固定資産税額のうち土地及び家屋の部分に係る税額により算定される
17	応能割・応益割	保険料(税)には、所得等の担税能力に応じて負担する応能割と、保険医療を受ける権利に応じて負担する応益割がある 応能割には、所得に応じて負担する所得割と、所有する資産に応じて負担する資産割があり、応益割には、1世帯ごとに負担する平等割と、世帯の人数によって負担する均等割がある
18	賦課限度額	国保においては、市町村が世帯主に対して賦課できる年間の保険料(税)の上限 被保険者の納付意欲に与える影響や、円滑な運営を確保する観点から保険料負担に一定の限度を設けている
20	特定健診(特定健康診査)	高齢者の医療の確保に関する法律に定められた、40～74歳の加入者に対して保険者が実施する健康診査
20	特定保健指導	特定健診の結果により、医療保険者が健康の保持に努める必要がある人に対して実施する保健指導
21	国保データベース(KDB)	KDBは、国保連合会が保有する健診・医療・介護の各種データの総称 これらを分析することにより、市町村の健康課題を明確化し、効率的かつ効果的な保健事業の実施及び評価を行うことが可能になる
21	県繰入金	保険給付費の9%分を県の一般会計から国保特別会計に繰り入れるもの ・1号繰入金…保険給付に活用 ・2号繰入金…市町村の特殊な事情に応じたきめ細かい調整等に活用

初出ページ	用語	解説
30	特別徴収	市町村等の税金や社会保険料を、課税等をされている本人からでなく、事業所等から徴収する方法 国保では年金天引きによる
32	地方税統一QRコード	納税者の利便性向上及び関係機関における事務負担の軽減のため、令和5年度から地方税の納付書に付すことを義務付けられたQRコード スマホによるQRコード決済をはじめ、地方税支払いサイトを経由すれば、クレジットカード・インターネットバンキング・口座振替による幅広い納付方法が選択可能 国民健康保険料(税)は市町村ごとに任意に対応することとされている
33	短期被保険者証	通常に比べ保険証の有効期限が短い被保険者証 収納率向上対策のひとつとして保険料(税)の滞納世帯に対して発行している
33	資格証明書	保険者が、保険料(税)を特別の事情がないのに滞納している世帯に対し、国保法の規定に基づき被保険者証の返還を求め、それに代わるものとして、交付する被保険者資格を証する書類 この証明書により保険医療機関にかかったときは、医療費の全額を窓口で支払う その後、保険者は当該被保険者の申請により、療養に要する費用額から、一部負担金の額を控除した額を基準として特別療養費を支給
34	レセプト点検	医療機関等から請求された診療報酬明細書(レセプト)について、被保険者の資格の有無や診療内容が保険診療と照らして適正かどうか等の点検を行うこと
35	第三者行為求償	交通事故等、第三者(加害者)の不法行為によって生じた保険給付について、保険者(市町村等)が立て替えた医療費等を加害者に対して損害賠償請求すること
36	不当利得・不正利得	・不当利得…故意なく受けたが、法律上の根拠がない保険給付(資格喪失後の受領等) ・不正利得…故意(偽り等)に受けた保険給付(無資格者が故意に他人の保険証を使用等)
36	あはき	あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の総称
37	介護給付システム	介護給付システム(介護給付適正化システム)は、介護サービス事業所等の不適正又は不正請求を発見し是正するだけでなく、受給者へサービス給付実績を提供し介護保険制度への理解の向上や介護サービス事業所に対して正しい請求を促すことを目的に構築されたシステム
38	高額療養費の多数回該当	療養を受けた月以前の1年間(12ヵ月)に、3回以上高額療養費の支給を受けた場合は、4回目からは「多数回該当」となり、自己負担限度額が軽減される
41	メタボリックシンドローム	内臓脂肪の蓄積に加え、高血糖、高血圧、脂質異常が重なり、虚血性心疾患、脳血管疾患等を発症するリスクが高くなっている状態
43	年齢調整後一人当たり医療費	年齢構成による影響を調整するため、その地域の年齢構成が全国平均と同じと仮定した場合の1人当たり医療費 歳の割に医療費が低い人が多い地域は実績医療費より低くなり、歳の割に高い人が多い地域は高くなる
43	リフィル処方箋	症状が安定している患者に対して医師の判断により処方され、一定期間内に最大3回まで繰り返し使用できる
44	バイオ後続品	バイオ医薬品(微生物や細胞がたんぱく質等を作る力を利用して製造された医薬品)の特許が切れた後に、発売される後続薬
44	地域フォーミュラリ	地域における医薬品集及びその使用方針 地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が記載されている
46	Ⅱ度高血圧	血圧は、高血圧治療ガイドライン(2019)において正常、正常高値、高値血圧、Ⅰ度高血圧(140～159/90～99mmHg)、Ⅱ度高血圧(160～179/100～109mmHg)、Ⅲ度高血圧(180～/110～mmHg)と分類され、高くなるほど高リスク

初出 ページ	用語	解説
46	HbA1c	HbA1cの数値は、1～2か月間の血糖の平均値を表し、糖尿病リスクの目安(コントロール目標)血糖正常化を目指す際の目標は6.0%未満 7.0%以上の状態は、糖尿病による合併症のリスクが高いが、高齢者等で治療の強化が難しい場合は、8.0%未満がコントロール目標
48	オンライン資格確認	医療機関や薬局の受付で、マイナンバーカードを顔認証カードリーダーに置いて、オンラインで国保被保険者の資格の確認を行うこと
50	地域包括ケア体制	地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のこと
50	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	国民健康保険や社会保険から後期高齢者医療に切り替わる前から支援を切れ目なく包括的に受けられるよう、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施すること



長野県PRキャラクター「アルクマ」
@長野県アルクマ