

平成30年4月から

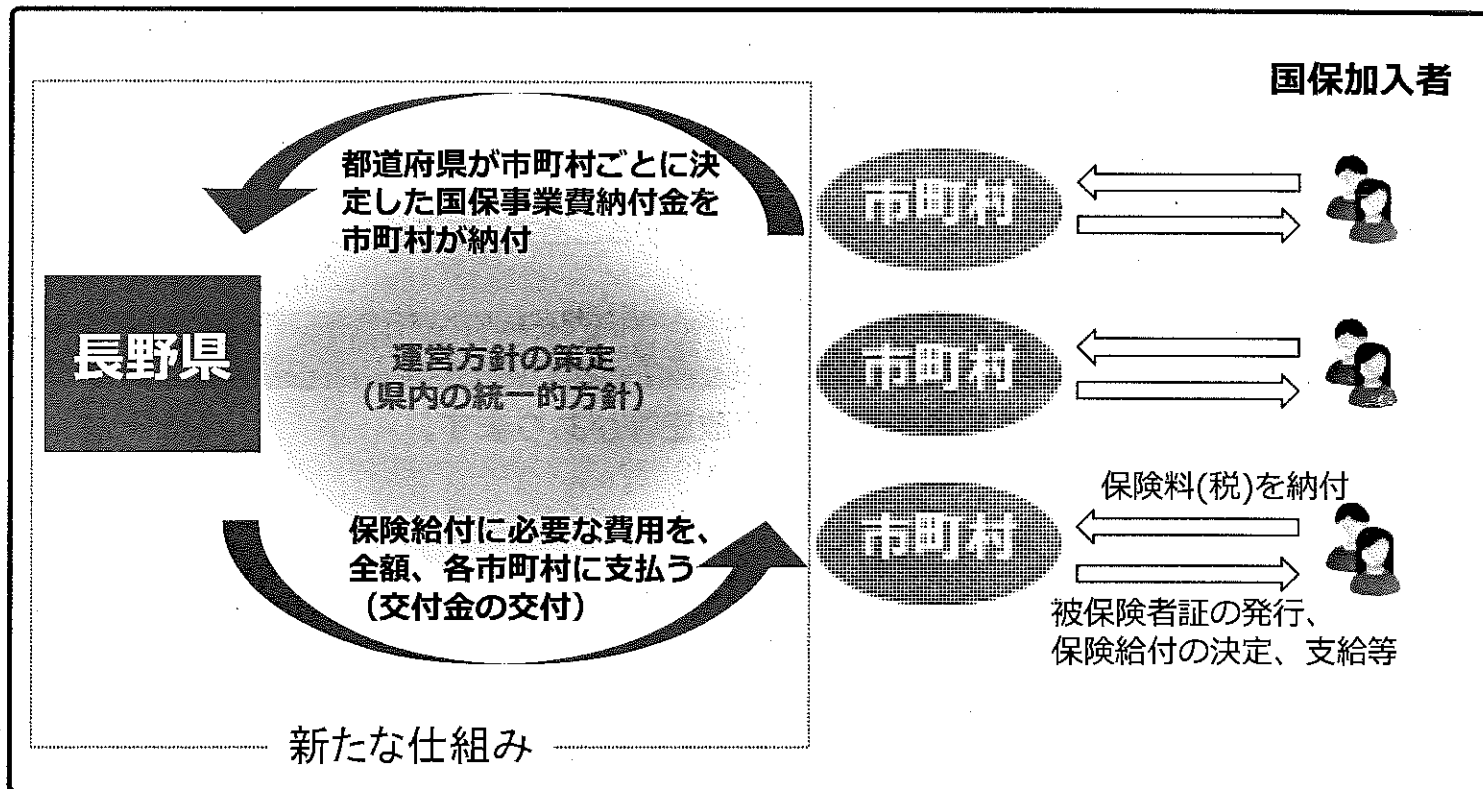
資料 No.

1

国民健康保険制度が変わります

国民皆保険を将来にわたって守り続けるため、平成30年4月から、これまでの市町村に加え、

都道府県も国民健康保険制度を担うことになりました



都道府県と市町村の役割分担

- 都道府県は、国民健康保険の財政運営の責任主体として、国民健康保険の収入と支出を管理します。
- 市町村は、従来どおり、住民との身近な関係の中で、保険料(税)の賦課・徴収、被保険者証の発行、保険給付の決定、支給等を担います。

都道府県の主な役割	市町村の主な役割
<ul style="list-style-type: none"> ・ 財政運営の責任主体 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国保事業費納付金を都道府県に納付
<ul style="list-style-type: none"> ・ 国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資格を管理 (被保険者証等の発行)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村ごとの標準保険料率を算定・公表 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 標準保険料率等を参考に保険料(税)率を決定 ・ 保険料(税)の賦課・徴収
<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険給付費等交付金の市町村への支払い 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険給付の決定、支給

なぜ制度を見直すのですか？

下記の課題に対応し、国民健康保険制度を将来にわたって守るためです。

課題	見直しの柱
○加入者の高齢化により医療費が増えている ○所得水準が低く保険料の負担が重い ○小規模保険者が多い（財政が不安定になりやすい） ○財政赤字の保険者も多く存在する	○国による3400億円の追加的な財政支援 ○都道府県が市町村とともに国保保険者となり、 財政運営の責任主体となる

県も保険者となるとどのような効果がありますか？

国民健康保険財政の安定化と市町村による公平な支え合いが図られます。

- 新たな仕組み（※表面イメージ図参照）の導入により、財政規模が拡大し、国民健康保険財政が安定します。
- 市町村が医療費水準・所得水準に応じた納付金を負担することで、市町村どうしの公平な負担により財政が運営されます。

国保加入者にはどのような影響がありますか？

高額療養費の負担軽減、被保険者証の様式改正等があります。

主な変更点

- 県内で他の市町村に引っ越した場合でも、引っ越し前と同じ世帯であることが認められるときは、高額療養費の上限額支払い回数のカウントが通算され、経済的な負担が軽減されます。
- 平成30年度以降の一斉更新から、新しい被保険者証等には、お住まいの都道府県名が標記されるようになります。
- 新たな仕組みでは、保険料(税)の算定の基礎が変更となるため、保険料(税)率に影響が出る可能性があります。保険料(税)負担が急激に著しく上がらないように、激変緩和措置を実施します。

これまでと変わらない点

- 資格や保険料(税)の賦課・徴収、保険給付等の身近な窓口は、引き続きお住まいの市町村です。

国民健康保険は、国民皆保険の根幹をなす制度です。

持続可能な社会保障制度の確立を図るため、

平成30年度からの制度見直しにご理解、ご協力をお願いいたします。

わからないこと、困ったことがあれば、ご相談ください

国民健康保険の窓口は、平成30年4月以降も引き続きお住いの市町村です。

詳細は、お住いの市町村窓口にお問い合わせください。

または、長野県国民健康保険室ホームページをご覧ください。

(<http://www.pref.nagano.lg.jp/kokuho/index.html>)

長野県国民健康保険運営方針の概要

はじめに

- 1 策定の目的 財政の安定化、市町村事務の効率化、医療費抑制の取組の推進等の国保の運営を、県と市町村が共通認識のもと行っていくために策定する。
- 2 策定の根拠 国民健康保険法第 82 条の 2 第 1 項
- 3 方針の対象期間 平成 30 年 4 月 1 日から平成 33 年 3 月 31 日までの 3 年間

第 1 基本的な考え方

別紙記載のとおり

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

- ・被保険者数平成 25～27 年度で 31,821 人減少したが、全国と比べると減少率は低い。
- ・高齢化率（加入者に占める 65 歳以上の方の割合）は、本県は 42.9%（全国 39.5%）で増加傾向。
- ・小規模保険者が 77 市町村中 43 市町村（55.9%）ある（H27）。全国 26.1%と比べて大幅に多い。

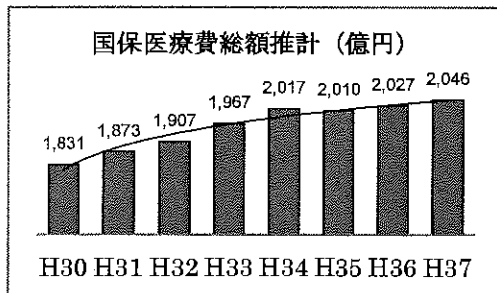
2 医療費の現状と見通し

（1）医療費の現状

- ・一人当たり医療費は、343,102 円、高額薬剤の保険適用の影響もあり、前年度から 5.2%伸びた（H27）。
- ・一人当たり実績医療費の格差は最大で 2.2 倍、全国で 2 番目に格差が大きい（H27）。
- ・高額医療費の市町村間格差は 4.9 倍。小規模市町村では高額医療費の乱高下が生じることがある。

（2）医療費の将来推計

- ・平成 35～37 年度、団塊の世代が後期高齢者に移行し、国保医療費の伸びは鈍化する見込。
- ・平成 37 年度、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。



年度	H30	H33	H37
推計総医療費	1,831 億 4,958 万円	1,967 億 3,048 万円	2,046 億 2,434 万円
一人当たり医療費	363,059 円	397,346 円	444,342 円

3 国保財政

（1）現状

- ・平成 27 年度、35 保険者が法定外一般会計繰入を実施し、総額は 30 億 894 万 1,951 円。
- ・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（H27）。うち、保険料（税）の負担緩和のための繰入が約 15 億円、医療費の増加による繰入が約 5 億 7 千万円。
- ・高額医療費の市町村間格差は 4.9 倍。小規模市町村では高額医療費の乱高下が生じることがある。

（2）財政収支の改善に係る基本的な考え方

保険給付に必要な費用は保険料や国庫負担金等によりまかない、単年度財政収支の均衡を図る。

(3) 赤字解消・削減の取組、目標年次等

◆**解消・削減すべき赤字** 「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分（決算補填等目的のものに限る）」の合計額とする。

◆**解消・削減の対象となる法定外一般会計繰入** 以下の目的で法定外繰入を行った場合をいう。

- 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

◆**赤字解消・削減のための取組** 市町村は赤字発生要因分析、赤字解消・削減の目標年次、解消・削減のための具体的取組を記載した赤字解消計画を策定し、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・助言を行う。

(4) 財政安定化基金

特別な事情(大規模災害、地域経済の破綻、これらに類する事情)により市町村に保険料収納不足が生じた場合、不足額の1/2以内を基金から交付し、交付を受けた市町村が交付額の1/3を補填する。

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

- ・県内の大半の市町村で、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分とも4方式を採用している。
- ・県全体の応能割・応益割の賦課割合は、応能割による賦課割合が高い。
- ・一人当たり保険料調定額の格差は、最大3.4倍であり、全国で一番格差が大きい(H27)。

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る。

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する。

(2) 納付金の算定方法

◆**納付金の配分** 市町村毎の所得、被保険者数、世帯数により配分する。

◆**応能分と応益分の割合** 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する（応能：応益＝およそ49：51）。

◆**応益分における均等割と平等割の割合** 均等割と平等割の割合の過去3年間の平均値を用いる。

◆**医療費水準の反映**

① **αの設定** 本県は医療費格差が2.2倍と全国で2番目に高く、ただちに納付金額に医療費水準を反映させないこととすると加入者の保険料負担に激変を生じさせる懸念があることから当面の間、医療費水準の差を全て反映させる（ $\alpha=1$ ）。

② **高額医療費の共同負担** 県全体で高額医療費を共同負担する調整を行う。

(3) 市町村標準保険料率

◆**標準的な保険料の算定方式** 3方式（所得割、均等割、平等割による算定）を用いる。

◆**応益分における均等割と平等割の割合** 均等割と平等割の割合の過去3年間の平均値を用いる。

(4) 各市町村の算定基準に基づく標準的な保険料率

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も示す。

3 激変緩和措置

急激な保険料（税）上昇を抑制するために、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（自然増分は含めず毎年 2%以内）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する。保険料（税）の動向は毎年度検証する。

措置期間は制度施行から原則 6 年間とするが、緩和対象額の状況等を勘案し、さらに 4 年間（計 10 年間）を目途として延長する。また、方針の改定の都度、措置期間の見直しを検討する。

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に、医療費適正化のインセンティブを損なわない範囲で、減少の下限値を設定する。

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、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。

2 目標収納率

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）別に設定する。

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する。（※基準年度は、目標設定年度の 2 年度前とする。）

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
目標収納率	98.0%	97.0%	96.0%	95.0%	91.5%

3 収納強化の取組

◆口座振替の促進 ◆現年度分の収納強化 ◆滞納対策（滞納者との接触の機会の確保、差押え等の滞納処分の実施、収納対策の共同実施（地方税滞納整理機構の活用）

第 5 市町村における保険給付の適正な実施

1 現状

- ・ レセプト点検実施状況 一人当たり財政効果額 1,867 円（H27）
- ・ 柔道整復師療養費の患者調査実施市町村数 18 市町村（H27）
- ・ 第三者求償の取組状況 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、全市町村が実施。求償事務に係る数値目標は、75 市町村が設定。

（保険給付の適正な実施に向けた取組）

- ◆県による保険給付の点検 ◆大規模な不正利得返還金の回収
- ◆柔道整復師の療養費の給付の適正化 ◆あん摩マッサージ・はり・灸の療養費の給付の適正化
- ◆レセプト点検の充実強化 ◆第三者求償の推進 ◆保険者間調整
- ◆高額療養費の多数回該当の取扱い

第6 医療費適正化の取組

1 現状

- ・特定健康診査受診率 45.2%(全国 36.3%) (H27)
- ・特定保健指導実施率 52.0%(全国 27.1%) (H27)
- ・後発医薬品使用割合 61.4%(全国 60.1%) (H27) ・後発医薬品差額通知実施 70 市町村 (H27)
- ・医療費通知実施 69 市町村 ・データヘルス計画策定 70 市町村 (H28)
- ・糖尿病性腎症重症化予防の取組状況 受診勧奨 59 市町村、保健指導 55 市町村 (H28)

2 適正化に向けた取組

- ・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）の抑制にもつなげる。
- ・県民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、県民運動『ACEプロジェクト』による、健康づくりの推進を図る。
(具体的取組)
- ◆特定健康診査・特定保健指導実施率向上のための取組 ◆後発医薬品の使用促進
- ◆重複頻回受診・多剤投薬の適正化 ◆糖尿病性腎症重症化予防の取組
- ◆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
- ◆KDBの活用による保健事業の推進

第7 市町村が行う事務の効率化、標準化

1 市町村事務の効率化

- ◆被保険者証と高齢受給者証の一体交付 ◆広報事業 ◆大規模な不正利得返還金の回収

2 市町村事務の標準化

- ◆申請書様式の標準化 ◆事務処理マニュアルの作成 ◆高額療養費の多数回該当の取扱い

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

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る。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が重要となる。

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・市町村国民健康保険運営連携会議の設置

2 国民健康保険運営協議会の審議

- ### 3 情報共有の推進
- 県、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、共通認識を図る。

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、継続的な改善を行うPDCAサイクル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る。県は、市町村に対する助言を通じて、市町村によるPDCAサイクルの実施を支援する。

- ### 2 国民健康保険運営方針の検証・見直し
- 本方針に基づき実施する事業の実施状況を、国保運営連携会議及び国民健康保険運営協議会において検証し、本方針の見直しを行う。

長野県国民健康保険運営方針の基本的な考え方

健康福祉部 国民健康保険室

1 制度改革の基本理念

医療保険制度の根幹である国民健康保険制度を持続可能なものとするため、国民健康保険の財政運営を都道府県単位化して安定的な運営を図る。

< 県民が必要とする医療サービスを安心して受けられる制度を目指す。 >

2 都道府県単位化により目指す姿

○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。小規模市町村においては、高額医療費の発生による年度末の急な決算補填の懸念など不安定な財政運営が強いられる状況にある。都道府県単位化による財政安定化を図り、保険料の変動リスクを軽減する。

○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る。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、将来的な保険料水準の統一を目指す。

○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ることによる、医療費の適正化に取り組む。

3 長野県国民健康保険運営方針のポイント

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ていく。

なお、現在の市町村単位の保険料水準は、各市町村の医療費の状況が反映されており、一人当たり医療費格差が2.2倍(H27)と全国で2番目に大きい本県においては、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に、各市町村の医療費水準が反映された保険料負担とする。

○県は、保険料水準の統一に向けたロードマップについて、市町村と意見交換しながら、方針の次期改定時期（3年後）までに検討する。

② 保険料負担に対する配慮

○加入者の保険料負担への影響を十分に考慮する。具体的には、県は保険料算定の基礎となる納付金の算定において、①医療費水準の差異を納付金に反映させること ②激変緩和措置(※)を講ずること ③I レセプト80万円を超える高額医療費を県内全市町村で共同して負担することで急激に保険料負担が増加しないよう配慮する。

※激変緩和措置

県では、負担が増加する市町村については、市町村での保険料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する。具体的には、各市町村の一人当たり納付金額の毎年の増加率が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する。毎年の増加率は、6年目まで自然増を除き2%以内とするが、平成30年度は特に保険料負担の変動に配慮し、一定の率を0%とする。

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いため、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、特定健診の受診等の医療費適正化に資する取組を促進する。

○県は長野県の県民運動「ACEプロジェクト」の推進や市町村が行う健康づくりへの支援により、健康長寿をすすめ、医療費の増加抑制を目指す。

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、従来各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。

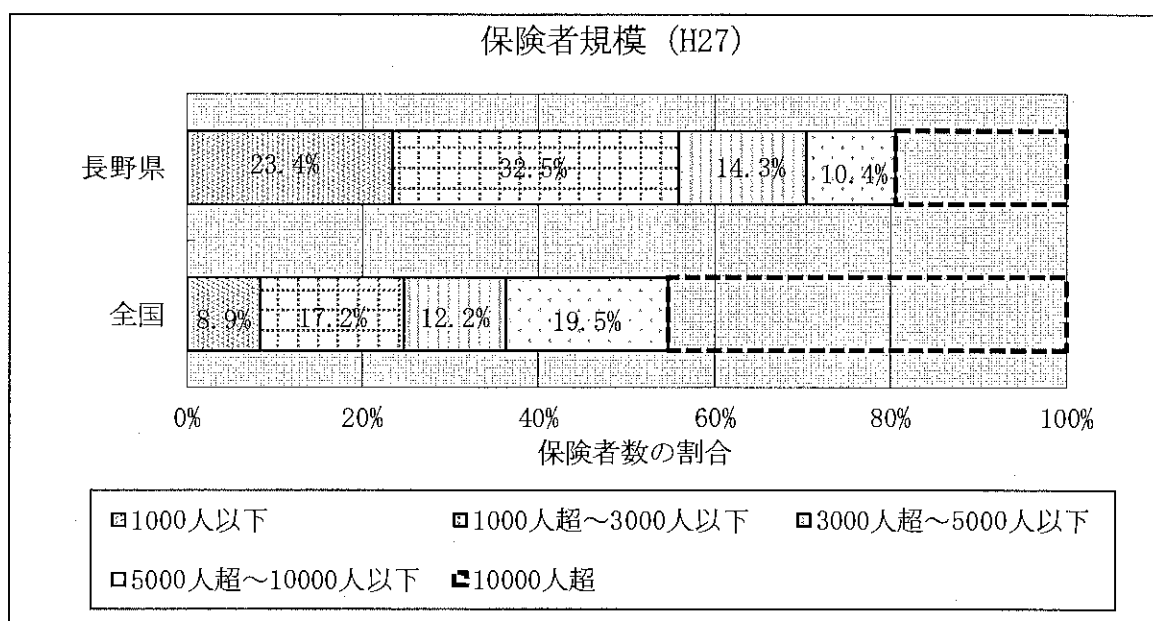
■国保被保険者加入状況等

	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

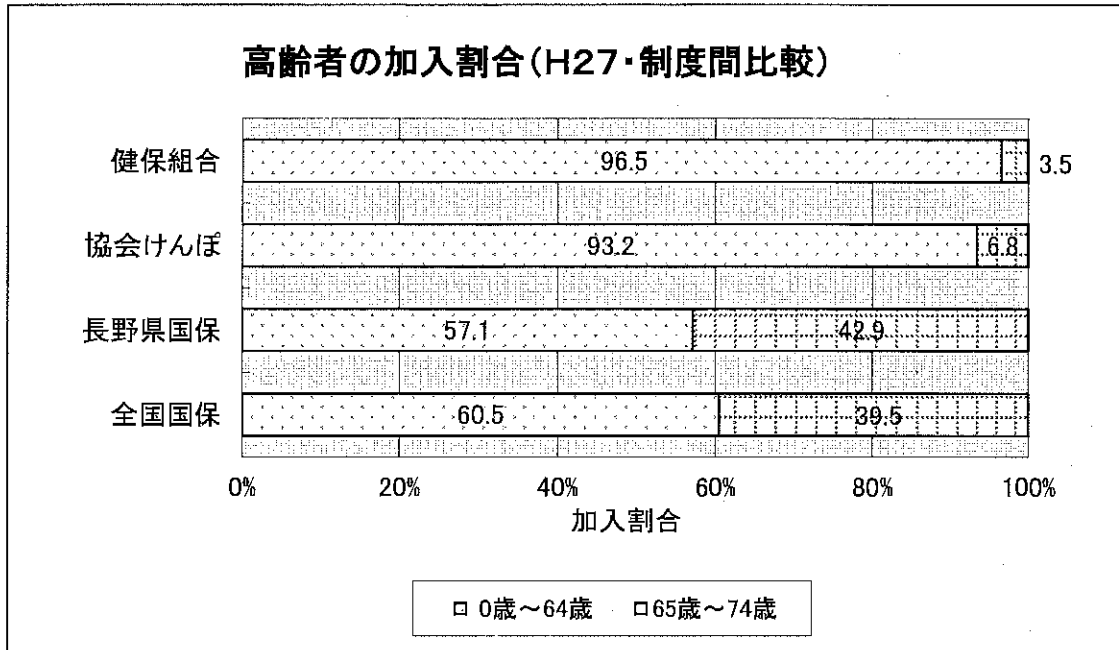
- ・市町村別に被保険者数をみると、財政が不安定になるリスクの高い小規模保険者（被保険者数が3,000人未満の保険者）が多く、平成27年度において、77市町村中43市町村（55.9%）あります（付属資料P1）。全国では、26.1%であり、全国と比べて小規模保険者が大幅に多くなっています。



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」

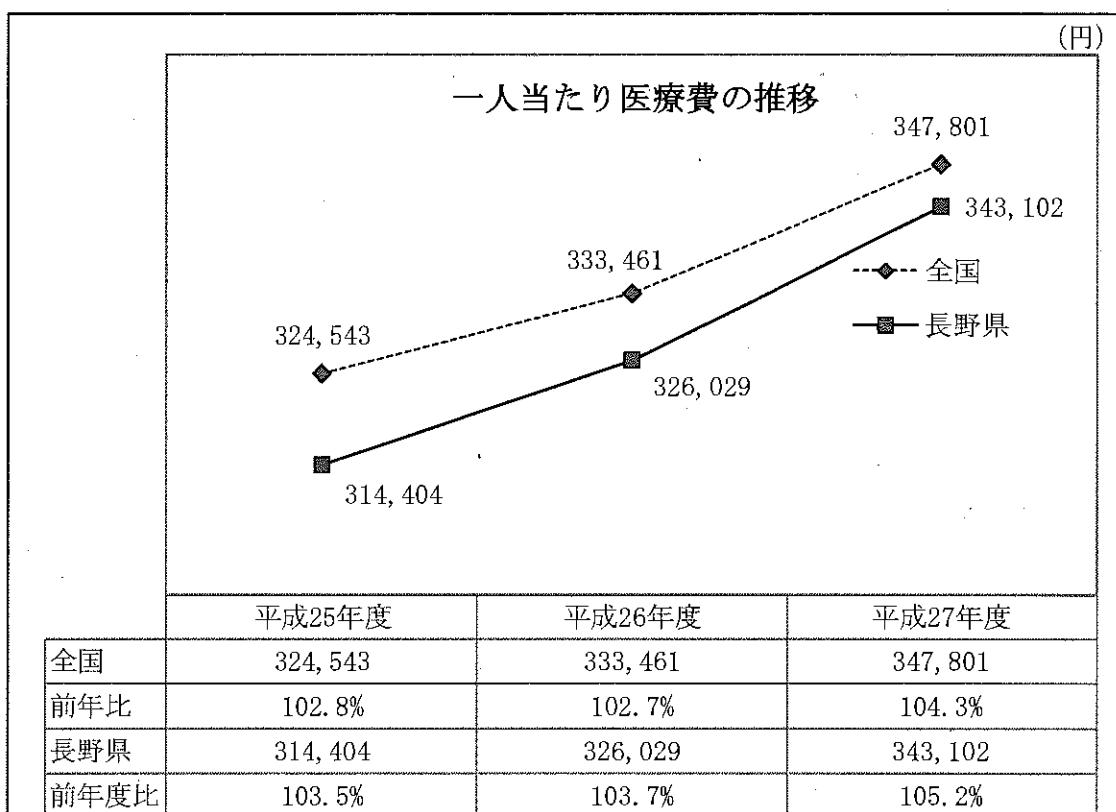
2 医療費の現状と見通し

(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）。

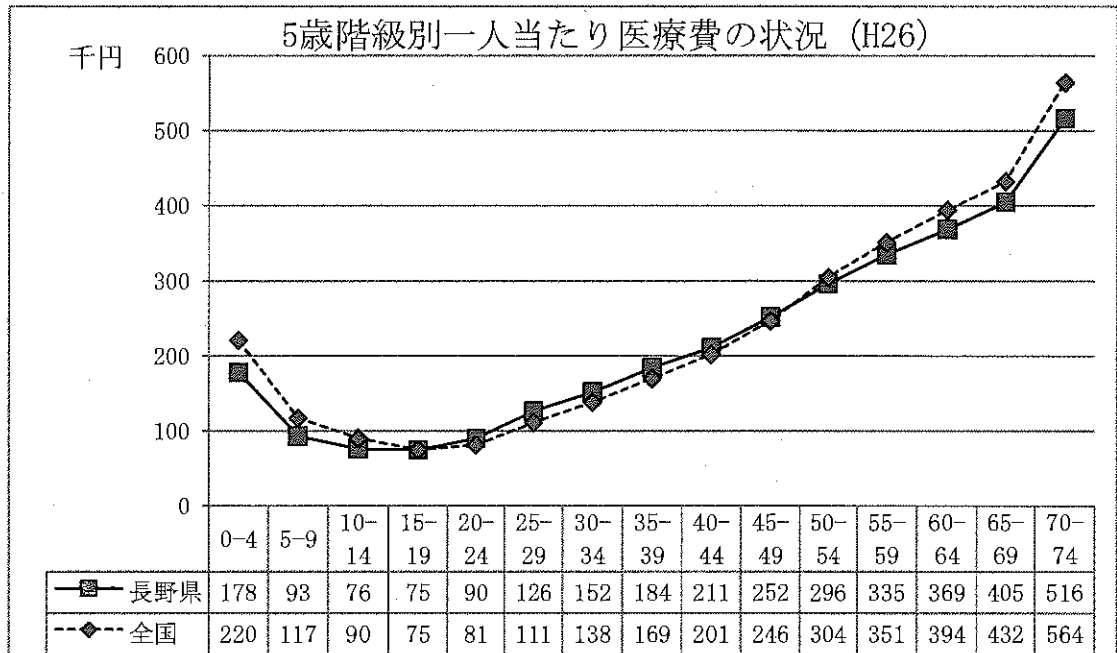
■一人当たり医療費二次医療圏別格差状況（H27）

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。

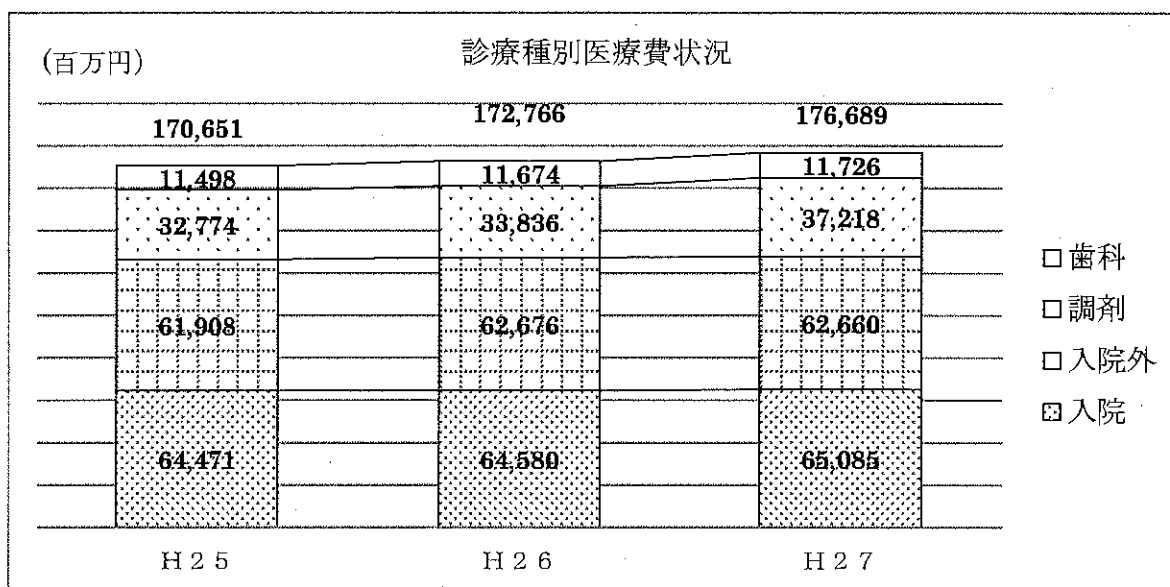
■地域差指数市町村別状況(H26)

	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（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

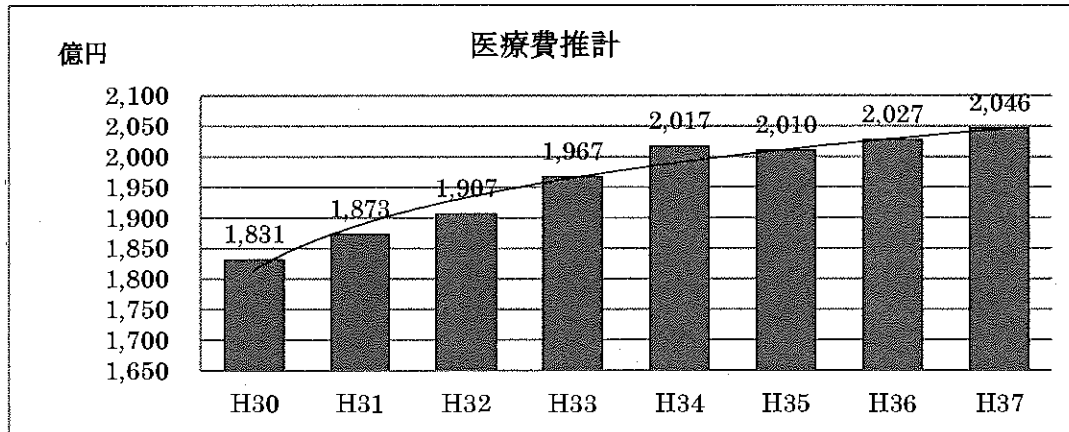
平成26年度の診療種別医療費実績値に推計対象年度の伸び率を乗じて算出しています。

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。

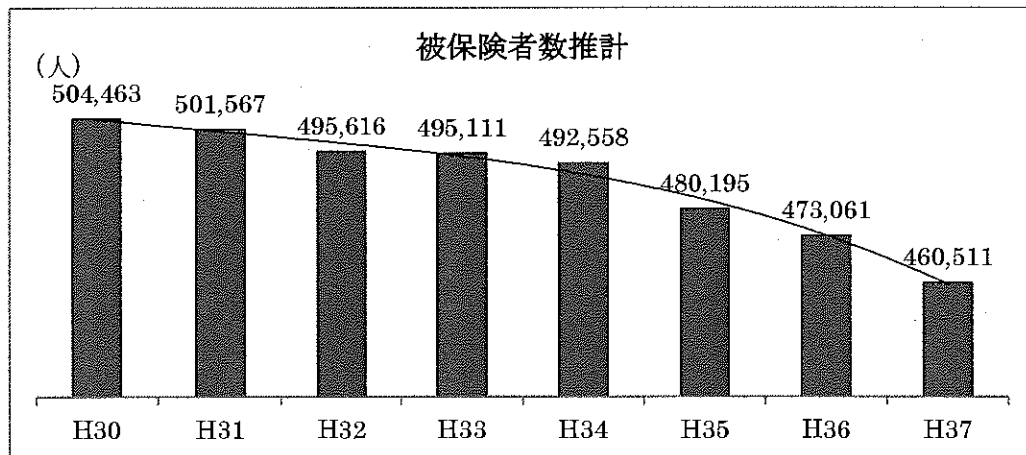
使用データ：厚生労働省「国民健康保険事業年報」、「医療給付実態調査」、「国民健康保険実態調査」、長野県「国民健康保険事業状況」

- ・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)

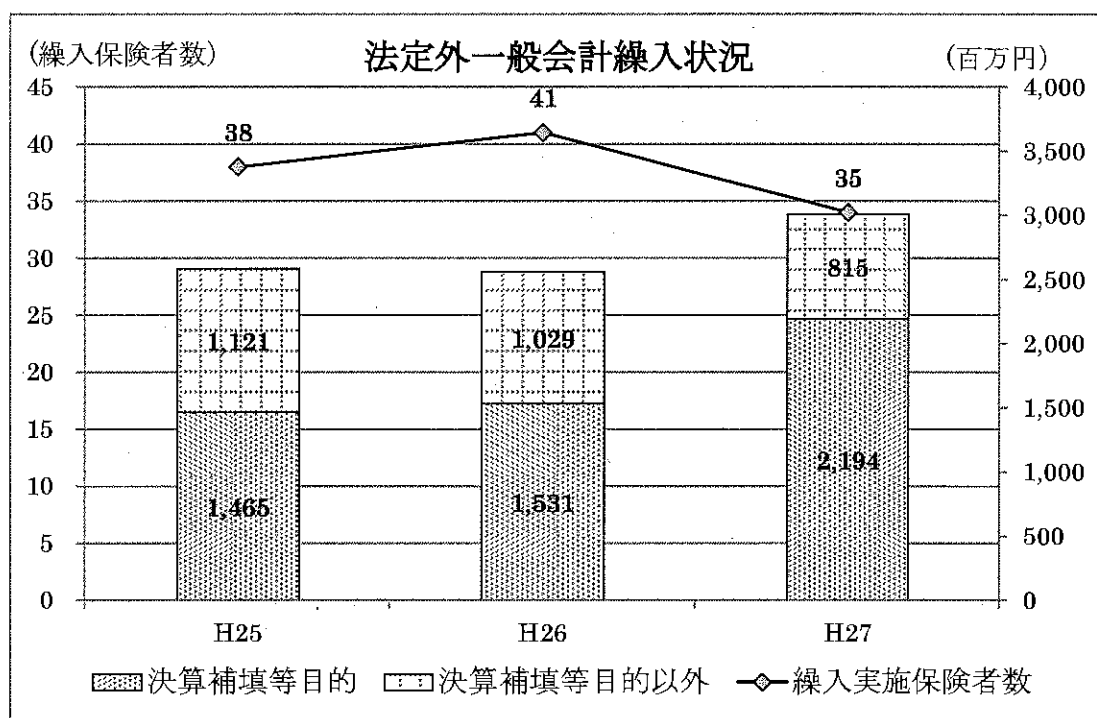
	H25	H26	H27
収入 合計	223,793,071	227,079,338	259,198,411
国保料(税)	47,151,718	46,337,649	45,659,818
国庫支出金	47,995,888	50,488,307	52,129,921
前期高齢者交付金	58,887,347	59,047,016	60,877,329
県支出金	10,737,697	11,416,840	11,639,934
保険基盤安定繰入金	6,071,170	7,052,382	9,757,853
法定外一般会計繰入金	2,586,672	2,560,027	3,008,942
基金等繰入金	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。

- ・繰入市町村数でみると、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。

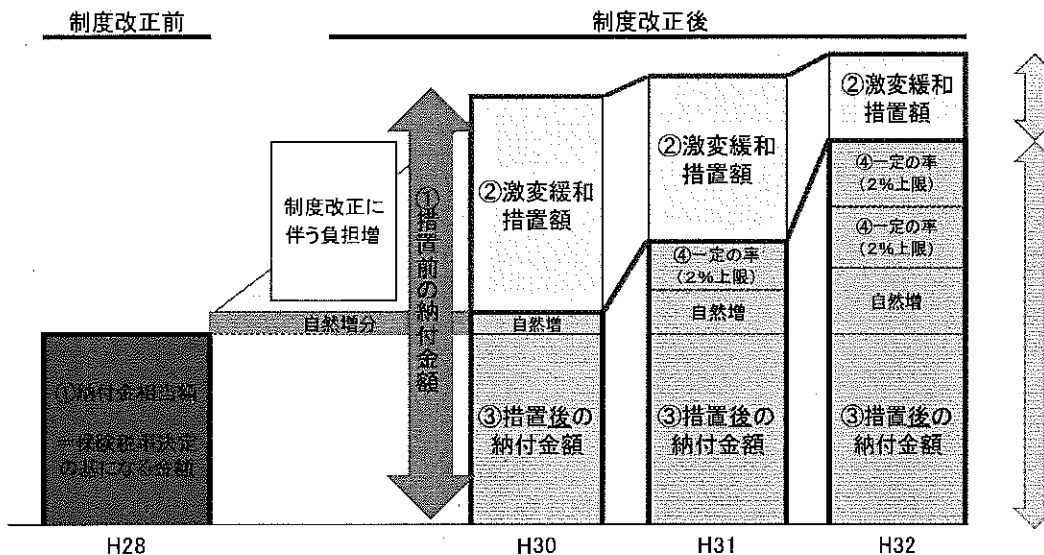
【※ 一定の率】

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、標準額額額を基に保険料率を決定
 制度改正後は、県からの納付金額額を基に保険料率を決定

【A市の場合】



- ①保険料率決定の基と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、保険料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。)

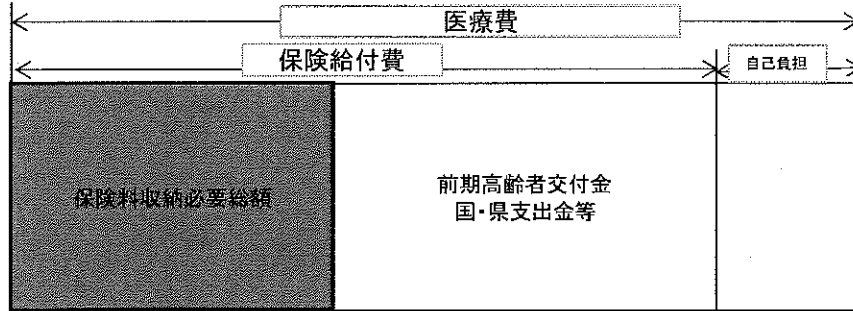
4 納付金負担が大幅に減少する場合の措置

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。

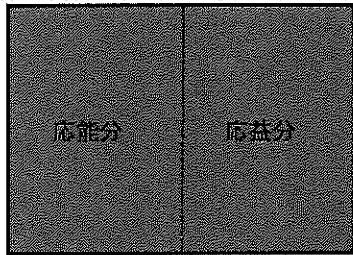
参考

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。

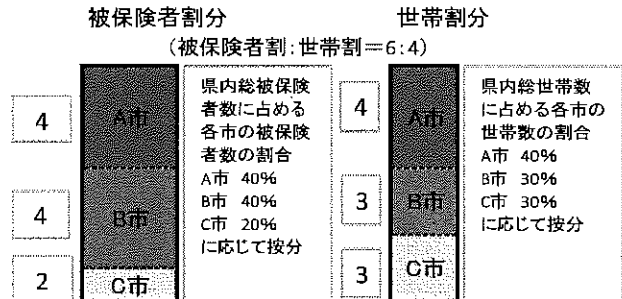
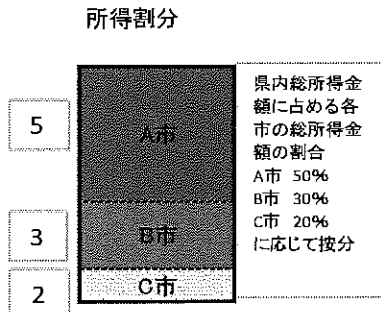


- 2 納付金として集めるべき総額（保険料収納必要総額）を各市町村に按分します。
 - ① 保険料収納必要総額を、応能分と応益分に按分します。
按分の割合は、全国に対する県の所得水準により決定します（長野県は応能：応益＝49：51）。

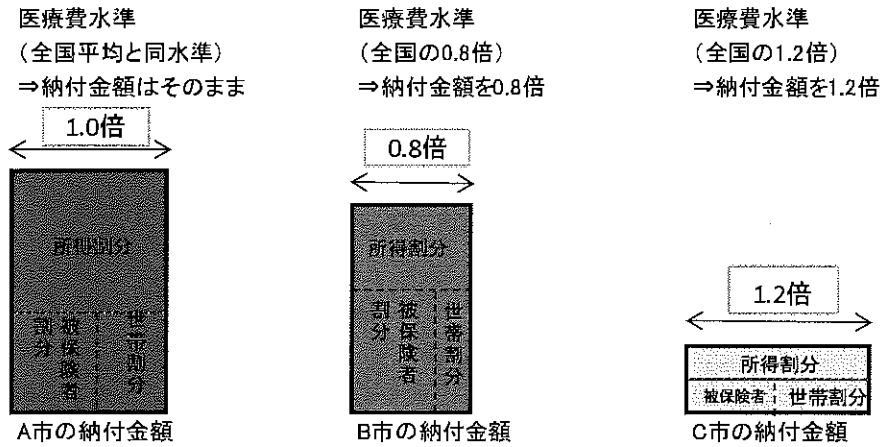


※ 納付金算定に用いる所得は、県統一の賦課限度額を超過する所得を算定の基礎から除きます。県統一の賦課限度額は、政令の上限額と同額です。

- 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。

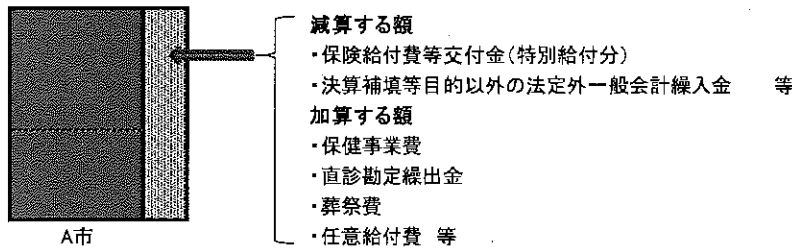


③ 応能分(所得割分)と応益分(被保険者割分、世帯割分)の合計を、各市町村の医療費水準に応じて増減調整します。



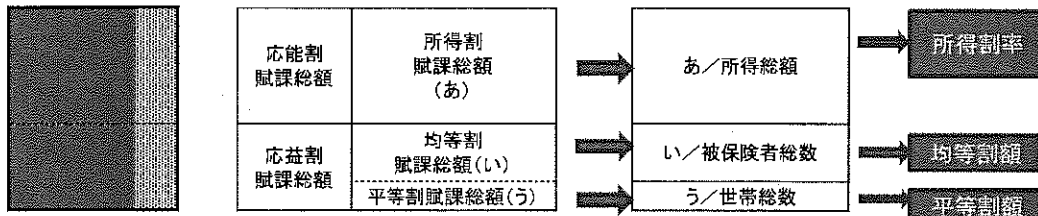
※医療費水準による調整により、保険料収納必要総額と各市町村の納付金額の計が一致しない場合には、全市町村均一の調整係数を乗じることにより一致するよう調整します。

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。

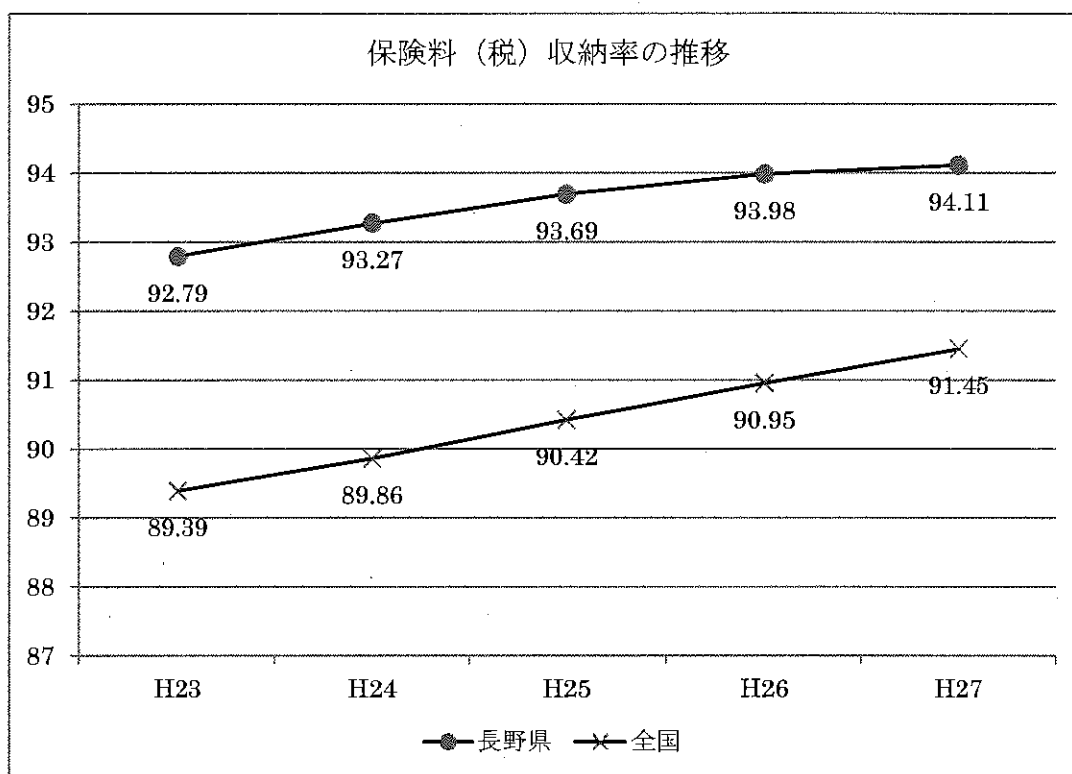


第4 市町村における保険料（税）の徴収の適正な実施

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）収納率の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。

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	自動車 原付 ・	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。

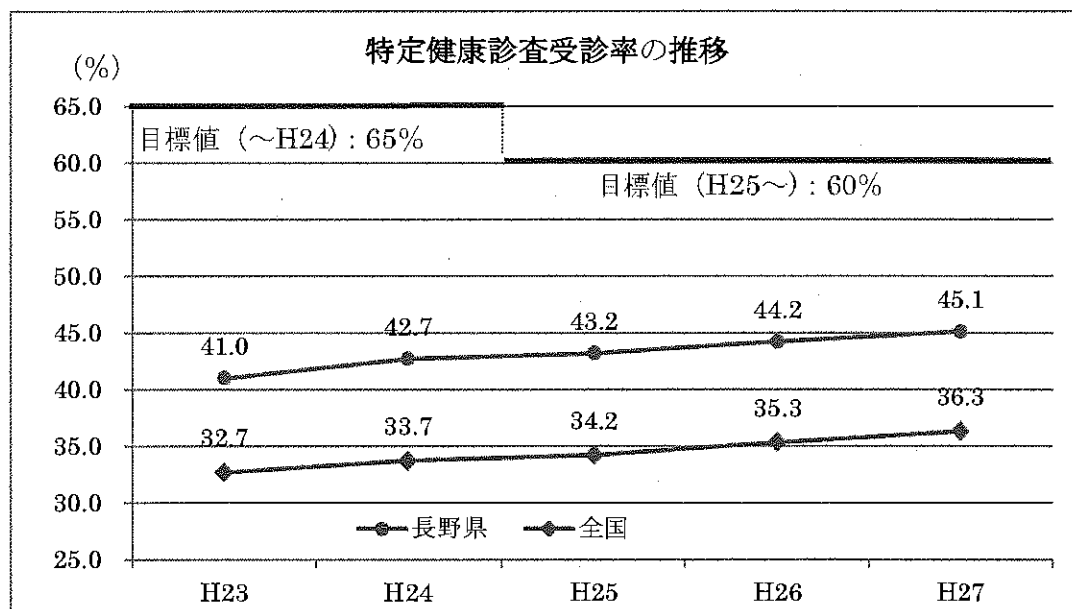
イ 転入する世帯の世帯主が主宰する世帯に対して、世帯の継続性を認める。

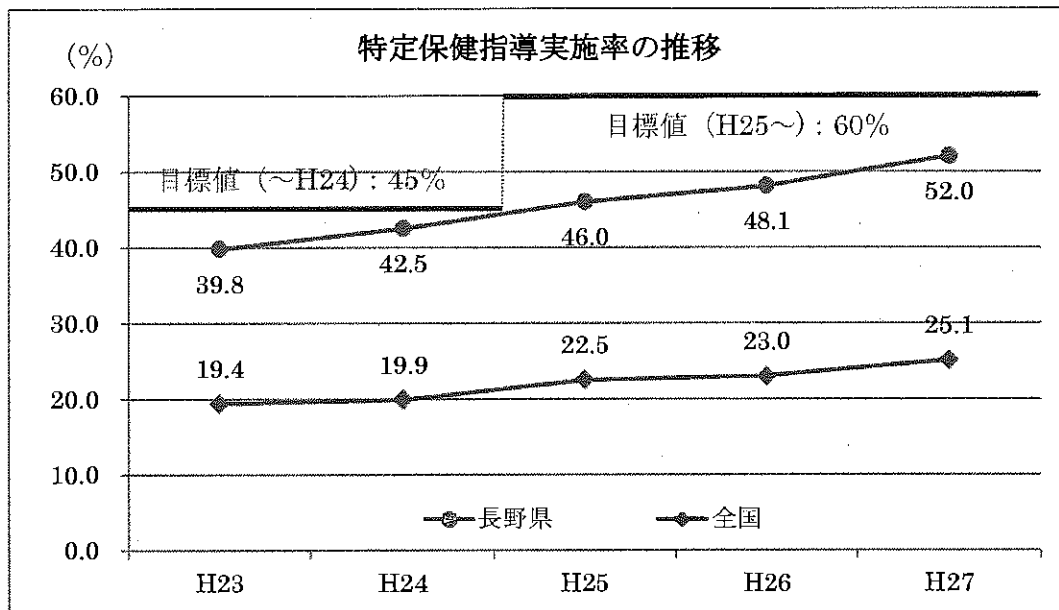
第6 医療費適正化の取組

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)。

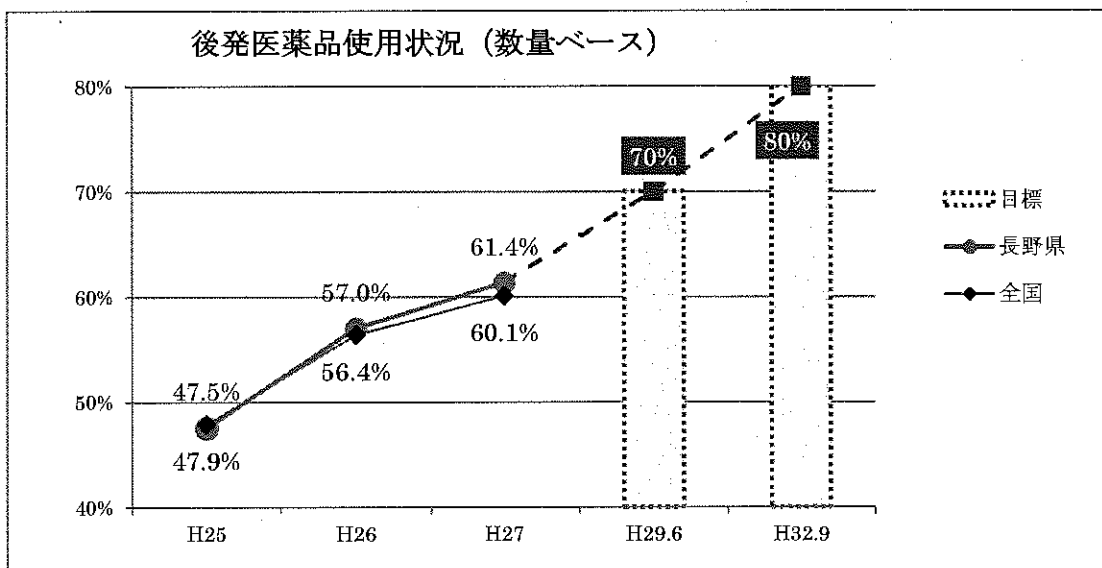




国民健康保険中央会「市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況 報告書」

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円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。

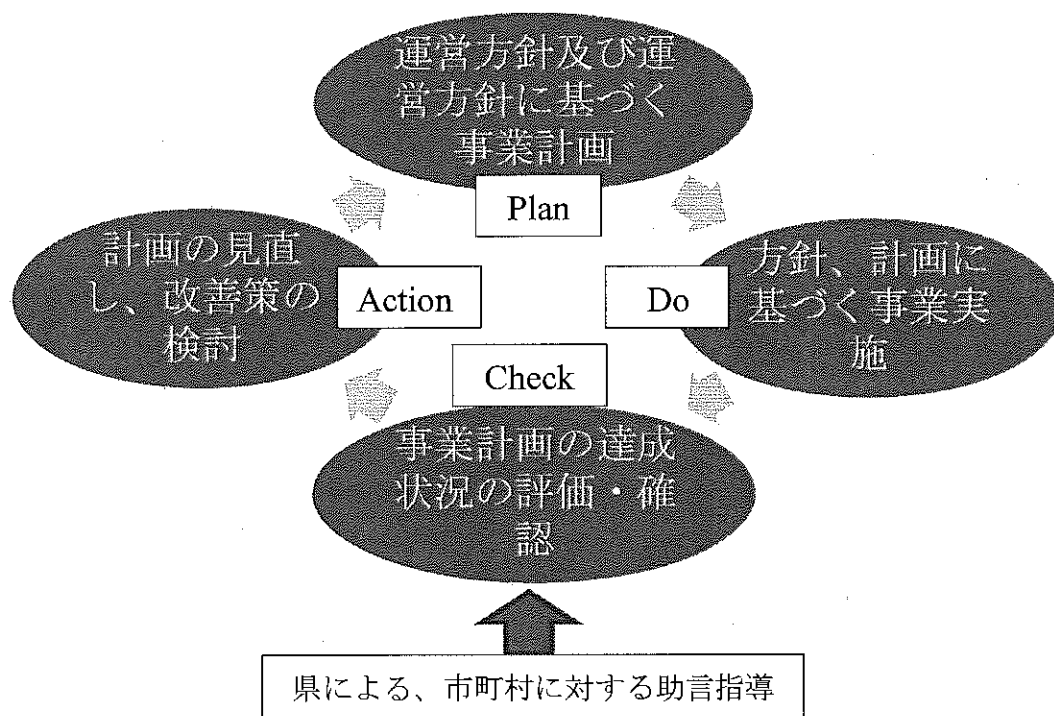
第 10 検証及び見直し

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 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

国保事業費納付金等の算定結果について

1 佐久市の H30 年度国民健康保険事業費納付金等

(1) 国民健康保険事業費納付金

区分	一般分	退職分	一般+退職
医療分	1,731,161 千円	9,405 千円	1,740,566 千円
後期分	588,131 千円	3,299 千円	591,430 千円
介護分	176,674 千円		176,674 千円
合計	—	—	2,508,670 千円

(2) 標準保険税率

区分	所得割率	資産割率	均等割額	平等割額
医療分	7.39%	14.76%	18,796 円	21,877 円
後期分	2.68%	2.66%	6,470 円	7,526 円
介護分	2.04%	2.05%	5,853 円	4,225 円

2 算定の目的

国から示される確定係数を用いて県で平成 30 年度の国民健康保険事業費納付金及び標準保険料率の算定を行った。

【参照通知】

- 「国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について（ガイドライン）」の改定について（平成 29 年 7 月 10 日付け厚生労働省保険局長通知別添 1）
- 「平成 29 年度における国民健康保険事業費納付金及び標準保険料率の算定に用いる係数について（通知）」（平成 29 年 12 月 25 日付け厚生労働省保険局国民健康保険課長通知。以下、「確定係数通知」という。）
- 「都道府県及び市町村における平成 30 年度国民健康保険特別会計予算編成に当たっての留意事項についての一部改正について」（平成 29 年 12 月 27 日付け厚生労働省保険局国民健康保険課長通知。以下、「予算編成通知」という。）

3 算定の前提条件

これまでの県・市町村における協議結果に基づき、以下の前提条件のもと確定係数による算定を行った。

- (1) H30 年度予算ベースで算定
- (2) 公費拡充分の一部（1,700 億円うち 1,600 億円）を算入（表 1 参照）
- (3) これまでの市町村との協議により決定した事項について、納付金及び標準保険料率の算定に反映（※）

協議結果等の主な反映事項

① 医療費の推計方法

医療費推計は、システムの推計値を使用せず（※）、今般国から提示された方法（平成 28 年度被保険者一人当たり診療費に H24 年度から H26 年度の 2 年分の伸び率を乗じて推計）により算出している。

※ システムの推計値は、H27 年度から H29 年度の伸び率を使用しているため、H27 年度から H28 年度の低い伸び率の影響を大きく受け、推計値が低く出てしまう。

② 激変緩和の実施方法

激変緩和は納付金相当額ベース（※）で丈比べを行い、一定割合 0.96%（自然増 0.96%、 $+α0%$ （※））で実施。

財源は国暫定措置（約 4.9 億円）、特別調整交付金による追加激変緩和措置（約 1.6 億円）、県 1 号繰入金（約 11.9 億円）。特例基金は約 4.5 億円使用。

下限割合は実施していない。

※ 丈比べ元の納付金相当額については、医療分は H25 年度～H28 年度の 4 年平均、後期介護は H28 年度の単年度の数値を使用。

※ 自然増については、以下の通り算出

【医療分：+2.83%】

県全体の一人当たり納付金相当額の前年度伸び率の 3 年平均（H25、H26、H28。高額薬剤の影響を除くため、H27 は除外）を 2 乗したものを自然増とする（H30 年度は H28～H30 の 2 年分の伸び率が自然増となるため、2 乗する必要がある）。

【佐久市の状況】

・医療分：+2.86%

【後期分：△2.31%・介護分：△5.00%】

H28 と H30 の告示額から一人当たり公費を除いた額（＝一人当たり納付金相当額）の伸びを自然増とする。

【佐久市の状況】

・後期分：△3.85%・介護分：△9.65%

【合算分：+0.96%】

医療・後期・介護それぞれの自然増の加重平均とする。

【佐久市の状況】

・合算分：+0.22%

③ 県の予備費

県の予備費として約 5.8 億円計上（県全体の保険給付費の 0.4%）

④ その他の収入、その他の支出

各市町村から報告を受けたその他の収入、その他の支出を標準保険料率の算定に必要な保険料総額に反映

【佐久市の状況】

・ その他収入：5億2,125万5千円

保険基盤安定繰入金（保険者支援分）：2億336万5千円

その他市の繰入金：7,970万8千円

保険者努力支援制度分：4,414万9千円

県交付金：9,458万4千円

過年度保険料収入：8,934万2千円

その他収入：1,010万7千円

・ その他支出：1億9,888万3千円

保健事業：4,906万8千円

出産育児諸費：3,571万8千円

葬祭諸費：800万円

結核精神給付金：2,000万円

特定健診費用：7,154万6千円

予備費：100万円

その他支出：1,355万1千円

⑤ 保険者努力支援制度・国特調・県繰入金2号分（再掲）

算定時点でH30年度の額が見込めるものについて反映

【佐久市の状況】

・ 保険者努力支援制度：4,414万9千円（再掲）

・ 国特調：5,646万円（再掲）

・ 県繰入金2号分：1,088万2千円（再掲）

⑥ 地方単独事業の減額調整分の納付金への上乗せ分を反映

【佐久市の状況】

・ 地方単独事業の減額調整分の納付金への上乗せ分：170万1千円

（佐久市減額調整見込額：260万8千円－県補助90万7千円）

・ 佐久市では、この上乗せ分について、同額を一般会計からの繰入金で補てんするため、
実質の上乗せ分は無い（納付金等の算定上も考慮しています）。

表 1 確定係数による算定の概要

		H30年1月	
		算定(確定係数)	
対象予算		H30年度予算ベース	
制度前提		新制度(都道府県単位)	
追加公費		(全国ベース) 約 1,600 億円	(長野県) 約 24.1 億円
内訳	普通調整交付金	約 300 億円	約 3.4 億円
	暫定措置	約 300 億円	約 4.9 億円
	特別調整交付金(※2)	約 100 億円(子ども)	約 1.6 億円(約 2.9 億円)
	保険者努力(都道府県)	約 500 億円	約 7.6 億円
	保険者努力(市町村)	約 330 億円 (別途特調より 170 億)	約 5.6 億円 (約 8.5 億円)
	特別高額医療費共同事業	約 60 億円	約 1 億円
その他		①経営努力分の経過措置を反映 ②特調による追加激変緩和措置として 100 億円を交付 ③前期高齢者交付金等がほぼ確定額に	①経営努力分: 約 3.8 億円 ②特調による追加激変緩和措置: 約 1.6 億円

※1 () は既存の国調整交付金を含めた金額

※2 結核・精神、非自発分(約 100 億円)については未反映。追加公費の総額部分については四捨五入を行っている。

4 H30年度算定結果の概要

(1) 被保険者数・世帯数の見込み

H30年度の県内の被保険者数・世帯数の推計は、H29年8月末時点の実績値を活用し、H27年度からH28年度の伸び率を参照して推計することを基本とするが、70歳以上の被保険者数の推計値について補正を行っている。(※)

区分	被保険者数(月平均)	世帯数(月平均)
医療分・後期分 (一般)	474,344 人	280,570 世帯
介護分 (一般+退職)	145,064 人	132,903 世帯

(※) H30年度の70歳以上の被保険者数は、団塊の世代がH29年度から移行するため、増加することが想定される。しかし、戦争末期の出生減・人口減の影響を受けた世代の影響により、全国的にH27年度からH28年度で落ち込んでいる傾向があり、H27年度からH28年度の伸び率とすると、H30年度の70歳以上の被保険者数の推計値がH29年度から減少するため。

【佐久市の状況】

区 分	被保険者数（月平均）		世帯数（月平均）	
	H30 年度	H28 年度	H30 年度	H28 年度
医療分・後期分 （一般）	22,467 人	23,328 人	13,451 世帯	13,739 世帯
介護分 （一般+退職）	6,979 人	8,190 人	6,602 世帯	7,062 世帯

(2) 医療給付費等（一般被保険者分）の見込み

事業月報数値（H28 実績に H24～H26 の伸び率を乗じて推計）に基づき、納付金算定標準システムで算出した医療給付費等の見込みは、医療給付費は約 1,440 億円で、H28 実績比 101.92%（一人当たり額 106.00%）、後期高齢者支援金及び介護納付金を含めた合計は、約 1,797 億円となっている。

区 分	納付金システム推計 ①	H28 実績額（速報値）②	①/②
医療分	143,950,552 千円	141,235,388 千円	101.92%
後期高齢者支援金	26,481,770 千円	28,023,445 千円	94.50%
介護納付金	9,255,978 千円	10,498,341 千円	88.17%
合 計	179,688,300 千円	179,757,174 千円	99.96%

又、医療給付費等から公費等を除いた納付金額は約 570 億円（※）

（※）特例基金の約 4.5 億円を繰入した後の数値となっている。

【佐久市の状況】

区 分	納付金システム推計 ①	H28 実績額（速報値）②	①/②
医療分	6,721,786 千円	6,412,153 千円	104.83%
後期高齢者支援金	（県単位推計のため数値なし）	1,252,679 千円	—
介護納付金	（県単位推計のため数値なし）	502,239 千円	—
合 計	—	8,167,071 千円	—

(3) 医療費指数（H26 年度～H28 年度の平均）の状況

医療費指数の県内最大と最小の格差は、約 1.96 倍となっている。

県全体の平均は、0.950 と全国平均の 1 よりも低い。

	県 全 体		広 域 別			
			《格差最大》飯伊地区		《格差最小》上小地区	
	市町村名	医療費指数	市町村名	医療費指数	市町村名	医療費指数
最大	A 市町村	1.466	A 市町村	1.466	D 市町村	0.967
最小	B 市町村	0.749	C 市町村	0.774	E 市町村	0.911
格差		1.956		1.894		1.063

【佐久市の状況】

- ・医療費指数：0.936（県内77市町村中、高い方から31番目）

(4) 一人当たり総所得額（一般被保険者分）の状況

一人当たり総所得額（賦課限度額控除後（医療分））の、県内最大と最少の格差は、約3.2倍となっている。

	市町村名	金額	最大最小の格差	県平均
最大	F市町村	1,134,104円	3.185	548,675円
最小	G市町村	356,123円		

※総所得額とは、収入額から必要経費（給与控除、公的年金控除等）を差し引いたもので、各種所得控除（配偶者控除、社会保険料控除等）前の金額を言う。

※納付金算定に用いた総所得額は、H29年度本算定時の数値をベースにしている。

【佐久市の状況】

- ・一人当たり総所得金額：498,489円（県内77市町村中、高い方から54番目）

(5) 一人当たり納付金額（一般被保険者分）（激変緩和前）

- ① 一人当たり納付金額 県平均 120,148円

② 最大・最少の格差

一人当たり納付金額の金額ベースの最大・最少の格差は2.48倍

	一人当たり納付金額（激変緩和前）						最大 最小 の 格差
	《最大》			《最小》			
	市町村名	金額・伸率 (H28比)	増減額	市町村名	金額・伸率 (H28比)	増減額	
金額 ベース	A市町村	195,848円	+82,009円	I市町村	78,843円	△22,957円	2.48
伸率 ベース	H市町村	188.14%	+64,403円	I市町村	77.45%	△22,957円	

【佐久市の状況】

- ・一人当たり納付金額：111,095円（県内77市町村中、高い方から50番目）
- ・H28年度納付金ベース金額との比較増減額：+200円（+0.18%）

(6) 激変緩和措置の状況（一人当たり納付金額）

① 増加市町村の状況

増加市町村：50<激変緩和対象：伸び率100.96%以上⇒47>

伸率	100~ 105未満	105~ 110未満	110~ 120未満	120~ 150未満	150以上	計
増加市町村数	18 (15)	10	14	5	3	50

② 減少市町村の状況

減少市町村：27<下限割合超過対象：伸び率 78.9%未満⇒1>

伸率	100未満95	95未満90	90未満85	85未満80	80未満	計
減少市町村数	17	7	2	0	1	27

③ 措置基準

<増加市町村（激変緩和措置）>

一人当たり納付額がH28年度納付金ベース金額との対比で100.96%<一定割合>を超える場合

<減少市町村（下限割合の設定）>

一人当たり納付金額がH28年度納付金ベース金額との対比で78.9%<一定割合>を下回る場合。但し、H30年度は下限値の設定は行わない

④ 措置総額

<増加市町村>47市町村 約18億5千万円

⑤ 一人当たり納付金額の変化

A市町村（金額最大）195,848円⇒114,930円（▲80,918円）

H市町村（伸び最大）137,474円⇒73,772円（▲63,702円）

⑥ H28年度とH30年度緩和後の状況

金額ベースの伸び率が高い上位の5市町村⇒1,238円～1,297円の増加

⑦ 最大・最少の格差（激変緩和後）

激変緩和措置実施後の一人当たり納付金額の金額ベースの最大・最少の格差は1.85倍

	一人当たり納付金額（激変緩和後）						最大 最小 の 格差
	《最大》			《最小》			
	市町村名	金額・伸率 (H28比)	増減額	市町村名	金額・伸率 (H28比)	増減額	
金額 ベース	J市町村	136,533円	+1,297円	H市町村	73,772円	+701円	1.85
伸率 ベース	J市町村 他	100.96%	+1,297円 他	I市町村	77.45%	△22,957円	

【佐久市の状況】・・・佐久市は激変緩和対象市町村に該当しない。

- ・一人当たり納付金額（激変緩和前）：111,095円（再掲）（順位も変動なし）
- ・H28年度納付金ベース金額との比較増減額：+200円（+0.18%）（再掲）

(7) 一人当たり保険料額（一般被保険者分）（激変緩和前）

① 一人当たり保険料額 県平均 114,960 円

・ H28 年度県平均保険料額との比較増減額：+9,640 円（+9.15%）

② 最大・最少の格差

一人当たり保険料の伸率ベースの最大・最小の格差は 2.57 倍

	一人当たり納付金額（激変緩和前）						最大
	《最大》			《最小》			最小
	市町村名	金額・伸率 (H28 比)	増減額	市町村名	金額・伸率 (H28 比)	増減額	の 格差
伸率 ベース	U 市町村	181.82%	+47,710 円	T 市町村	70.79%	△32,481 円	2.57

【佐久市の状況】

・ 一人当たり保険料額：103,578 円（H28 年度保険料額との比較増減額：+926 円）

・ H28 年度保険料額からの伸率：100.90%（県内 77 市町村中、高い方から 53 番目）

5 一人当たり納付金額の増減要因

H28 年の納付金ベースの金額と比較して、H30 年の納付金額に増減がある場合、以下の要因が考えられる。

(1) 所得水準の影響

納付金額は所得水準に応じて各市町村に配分されることから、所得が高い市町村は、所得割分の納付金額が多く算定され、一人当たり納付金額が増加する。

(2) 前期高齢者交付金及び国普通調整交付金の影響

前期高齢者交付金及び国普通調整交付金の受け入れが県一括となるため、前期高齢者交付金及び国普通調整交付金が多く交付されていた市町村では、これまでの市町村毎に交付を受け入れる場合と比較して、納付金額の抑制効果が少なくなり、一人当たり納付金額が増加する。

(3) 医療費水準の影響

医療費水準の高い市町村は、医療分の納付金額が多く算定され、一人当たり納付金額が増加する。

(4) 公費の精算額の影響

H30 年度及び H31 年度の納付金算定では、H29 年度まで市町村個別に交付されていた前期高齢者交付金等が翌々年度に精算されるため、本来の医療費水準、所得水準による納付金額とは異なる場合がある。

6 算定結果の留意事項

(1) 公費の精算分について

H30年度、H31年度の納付金算定では、前期高齢者納付金・交付金、後期高齢者支援金、介護納付金について、市町村ごとの納付金額に前々年度（H28年度、H29年度）の精算額が反映されるため、精算額の規模によっては、納付金額や市町村標準保険料率が、各市町村の医療費水準及び所得水準に基づく配分結果から大きく増減する可能性があります。

(2) 下限割合の設定について

本年度は下限割合の設定による調整は行っていません。

（下限割合 78.90%、対象市町村数：1市町村）

(3) 地方単独事業の減額調整分の納付金への上乗せについて

H30年8月から開始となる福祉医療費給付事業の現物給付方式導入に伴う療養給付費負担金等（療養給付費負担金及び県繰入金）の地方単独事業の減額調整分については、県において推計したH30年度の療養給付費負担金及び県繰入金の減額調整見込み額から、県助成分（※）を控除した金額を各市町村の納付金に上乗せしています。

また、国普通調整交付金の地方単独事業の減額調整分については、市町村ごとに減額調整見込み額を算出することが困難であるため、納付金への上乗せは行わず、減額調整分は予備費及び県助成分等により対応することとします。

また、当該減額調整分について各市町村において一般会計から繰入を行う場合の繰入金額は「標準保険料率の算定に必要な保険料総額」の減算項目として計上しています。

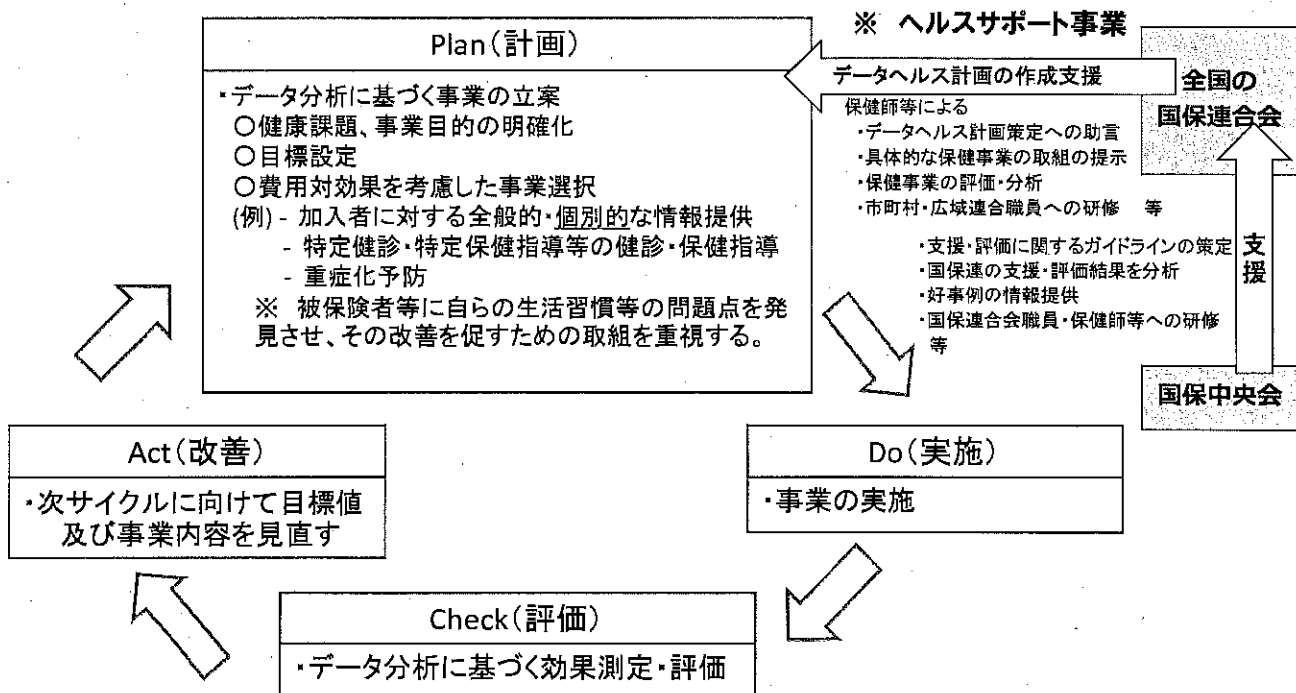
※ 現物給付化により生じた減額調整額の内、小中学生分の2分の1

※ 減額調整見込み額は、過年度の減額対象医療費の実績を基に推計するため、見込みと実績の差は後年度において精算されることとなります。

データヘルス計画の概要

「データヘルス計画」とは

- レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく、効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画
- ※ 計画の策定にあたって、電子化された健康・医療情報を分析し、被保険者等の健康課題を明確にした上で、事業の企画を行う。



保険者によるデータ分析に基づく保健事業（データヘルス）の実施

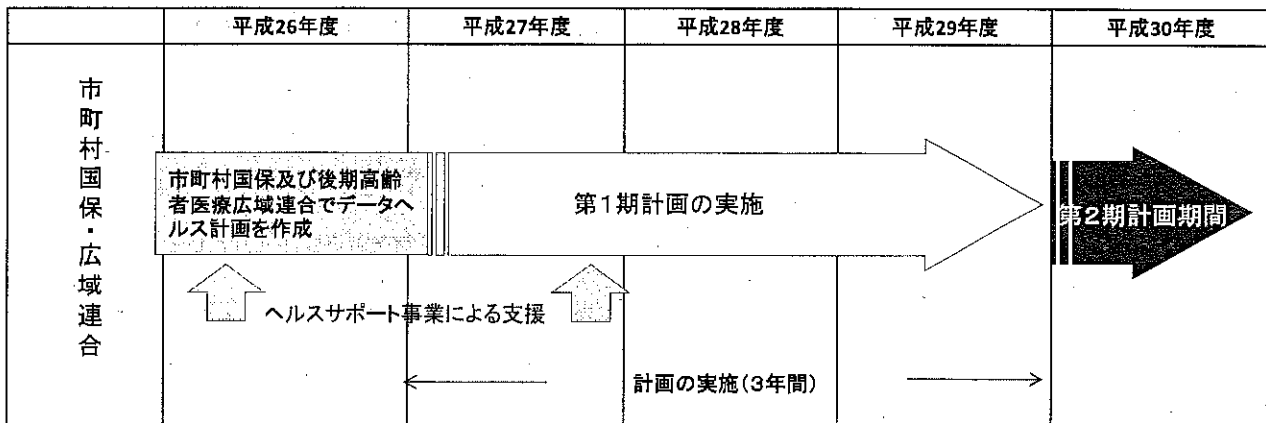
- 平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合等に対して、データヘルス計画の作成と事業実施等を求めることとされ、平成26年4月には保健事業の実施等に関する指針の改正等を実施。

日本再興戦略(平成25年6月14日閣議決定)抄

健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針(告示)を今年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画(仮称)」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。

- 医療保険者が、平成26年度以降、順次、レセプト・健診情報等を活用した「データヘルス計画」の作成・公表を行い、平成27年度までにレセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を実施することを推進。市町村国保等においては、中央・都道府県レベルで有識者等からなる支援体制を整備し、データヘルスへの取組の支援を進めていく。
- 今後、全ての医療保険者が保険者機能をより一層発揮し、加入者の健康の保持増進に資する取組が円滑に進むよう、国としても支援していく。

<データヘルス計画の実施スケジュール>



国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針について

平成16年厚生労働省告示第307号
(一部改正)平成26年厚生労働省告示第140号

- 健康増進法が平成15年5月1日に施行されたことを踏まえ、保険者が行う特定健康診査及び特定保健指導などの保健事業に関して、その効果的かつ効率的な実施を図るため、平成16年7月、保健事業の実施等に関する指針を策定。
- 「日本再興戦略」(平成25年6月閣議決定)を踏まえて、平成26年3月、当該指針を一部改正し、健康・医療情報の分析に基づく効果的かつ効率的な保健事業がPDCAサイクルに沿って実施されるよう、初めてデータヘルス計画が位置づけられた。

指針改正により規定されたデータヘルス計画に関する事項

- 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の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。
 - ・ 実施計画の策定は、特定健康診査の結果、診療報酬明細書等情報等を活用し、保険者、被保険者等ごとに、生活習慣の状況、健康状態、医療機関への受診状況、医療費の状況等を把握し、分析すること。
 - ・ 実施計画に基づく事業の実施に当たり、特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上を図り、被保険者の健康状態に関する情報の把握を適切に行うとともに、特定健康診査の結果等を踏まえ、対象者を健康状態等により分類し、それぞれの分類にとって効果が高いと予測される事業を提供するよう努めること。
 - ・ 事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮しつつ行うこと。
 - ・ 少なくとも毎年度効果の測定及び評価を行い、必要に応じて事業内容等の見直しを行うこと。
 - ・ 計画期間は、特定健康診査等実施計画等との整合性も踏まえ、複数年とし、策定した実施計画は、分かりやすい形でホームページ等を通じて公表すること。

後期高齢者医療においても、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」(平成26年厚生労働省告示第141号)を定め、データヘルス計画に関する事項について国保と同様に規定している。

保健事業実施計画(データヘルス計画)作成の手引き【国保】

○「日本再興戦略」(平成25年6月閣議決定)や国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正(平成26年3月)を踏まえ、保険者がデータヘルス計画を策定するに当たって盛り込むべき事項や留意点等をまとめた「手引き」を平成26年6月に策定。

- 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項
 - ◎計画期間
 - ・医療費適正化計画の第2期の最終年度である平成29年度までとすることが望ましい。
 - ◎計画に記載する事項
 - ◎背景の整理
 - ・年齢、性別等のデータを把握し、被保険者の特徴を記載するとともに、過去の取組や関係部署が実施する保健事業等との関連も含めて記載する。
 - ◎健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握
 - ・健診受診率や各種検査項目の有所見率を分析し、有所見者割合の高い項目や年代を把握する。
 - ・医療費の負担額が大きい疾患や将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患を明確にし、予防可能な疾患が見極める。等
 - ◎目的・目標の設定
 - ・保健事業で取り組むべき健康課題を明確にした後に設定される目的を記載し、この目的達成に必要な成果目標(中長期的なものは、医療費の変化、費用対効果等、短期的なものは、血圧、血糖値等の各種検査値の変化等)を記載する。
 - ◎保健事業の実施内容
 - ・「目的」「目標」等からなる概要を記載し、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせた事業を展開する。
 - ・個別事業の評価指標は、計画策定の段階で、ストラクチャー(事業構成・実施体制)、プロセス(実施過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(成果)の4つの観点とし、毎年度評価を行い必要に応じて翌年度の事業内容等の見直しを行う。
 - ◎評価方法の設定
 - ・評価指標や評価情報は計画策定の段階で設定し、評価は可能な限り数値(目標値設定は「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第2次))」を参考にするなど)で行うこと(アウトカム(成果))が望ましい。
 - ◎計画の見直し
 - ・最終年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行うこと及び、評価の時期(毎年度評価、最終年度評価など保険者の状況に応じて設定)を記載する。また、作業スケジュールや、見直しのための検討の場を設ける場合にはメンバー構成等についても記載する。
 - ◎計画の公表・周知
 - ・策定した計画の周知方法(広報誌やホームページへの掲載等)を記載する。
 - ◎その他(運営上の留意事項、個人情報の保護、計画策定に当たっての留意事項)
 - ・市町村の国保部門においては、関係部署(一般衛生、介護部門)との連携が重要であり、関係部署の事業を活用するなど記載する。
 - ・個人情報の取扱い(個人情報の保護に関する条例等の遵守)に関する事項を記載する。
 - ・関係部署等で構成する協議の場において、計画策定を検討し、保険者の状況を踏まえた協議・合意を得ること。
- 策定における支援
 - ◎国保・後期高齢者ヘルスサポート事業(支援・評価委員会を設置し、KDB等を活用した保健事業の実施計画の策定や実施の支援等)
 - ◎国保ヘルスアップ事業評価事業報告書(ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトカム評価の基準等が示されている)

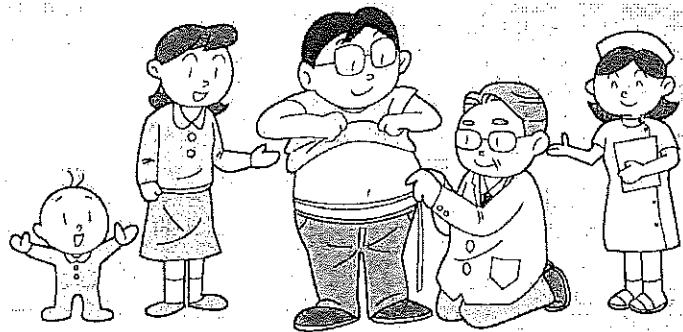
後期高齢者医療においても、平成26年7月、広域連合を対象に、市町村国保と同趣旨の「手引き」を策定。

データヘルス計画策定状況(都道府県別)

都道府県	保険者数	データヘルス計画策定状況					未着手	都道府県	保険者数	データヘルス計画策定状況					未着手		
		策定している	策定中の場合			策定している				策定中の場合			策定している	策定中の場合			
			平成28年度中	平成29年度中	それ以外					平成28年度中	平成29年度中	それ以外		平成28年度中		平成29年度中	それ以外
北海道	157	84	36	9	1	27	滋賀県	19	19	0	0	0	0				
青森県	40	27	7	5	0	1	京都府	26	18	7	0	0	1				
岩手県	33	28	4	1	0	0	大阪府	43	34	5	0	0	4				
宮城県	35	20	11	0	0	4	兵庫県	41	27	14	0	0	0				
秋田県	25	5	6	14	0	0	奈良県	39	13	11	5	0	10				
山形県	32	30	2	0	0	0	和歌山県	30	8	7	2	1	12				
福島県	59	28	22	4	1	4	鳥取県	19	6	6	0	0	7				
茨城県	44	34	10	0	0	0	島根県	19	8	3	5	1	2				
栃木県	25	10	14	1	0	0	岡山県	27	15	6	1	1	4				
群馬県	35	20	7	2	0	6	広島県	23	18	5	0	0	0				
埼玉県	63	16	30	9	2	6	山口県	19	16	3	0	0	0				
千葉県	54	33	12	3	0	6	徳島県	24	23	0	1	0	0				
東京都	62	30	12	5	1	14	香川県	17	14	3	0	0	0				
神奈川県	33	11	10	3	2	7	愛媛県	20	19	1	0	0	0				
新潟県	30	22	7	1	0	0	高知県	34	28	6	0	0	0				
富山県	15	14	1	0	0	0	福岡県	60	49	9	2	0	0				
石川県	19	19	0	0	0	0	佐賀県	20	18	2	0	0	0				
福井県	17	13	2	1	1	0	長崎県	21	21	0	0	0	0				
山梨県	27	10	9	3	0	5	熊本県	45	39	5	1	0	0				
長野県	77	62	8	4	0	3	大分県	18	16	1	0	0	1				
岐阜県	42	20	13	3	0	6	宮崎県	26	26	0	0	0	0				
静岡県	35	28	3	1	0	3	鹿児島県	43	33	9	0	0	1				
愛知県	54	40	1	10	1	2	沖縄県	41	39	2	0	0	0				
三重県	29	20	6	0	0	3	計	1,716	1,131	338	96	12	139				

※後期高齢者医療においては、全ての広域連合でデータヘルス計画を策定済み。

特定健診・特定保健指導の制度の概要



特定健診・特定保健指導の制度について

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき医療保険者は特定健診・保健指導を実施

制度概要

- 根拠法:「高齢者の医療の確保に関する法律」
- 実施主体:医療保険者
- 対象:40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者
- 内容(健診):高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査を実施
- 内容(保健指導):健診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対して特定保健指導を実施。
- 実施計画:医療保険者は5年ごとに特定健診等実施計画を策定
* 第3期からは6年ごと
- 計画期間:第1期(平成20年度～平成24年度)(5年間)
第2期(平成25年度～平成29年度)(5年間)
第3期(平成30年度～平成35年度)(6年間)
- 健診項目及び対象者:特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(厚生労働省令)等により規定

定義

○「高齢者の医療の確保に関する法律」

(特定健康診査等基本指針)

第十八条 厚生労働大臣は、特定健康診査(糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。)及び特定保健指導(特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。)の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針(以下「特定健康診査等基本指針」という。)を定めるものとする。

○「高齢者の医療の確保に関する法律施行令」

(法第十八条第一項に規定する政令で定める生活習慣病)

第一条 高齢者の医療の確保に関する法律(以下「法」という。)第十八条第一項に規定する政令で定める生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって、内臓脂肪(腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。)の蓄積に起因するものとする。

日本の健診(検診)制度の概要

全体像

- 医療保険者や事業主は、高齢者の医療の確保に関する法律、労働安全衛生法等の個別法に基づく健康診査(健康診断)を実施。
- 市町村は、健康増進法に基づき、特定健診の対象とならない者の健康診査を実施。
- 市町村は、健康増進法に基づき、一定年齢の住民を対象としてがん検診などの各種検診を実施。(医療保険者や事業主は任意に実施)

母子保健 児童 生徒等	母子保健法 【対象者】1歳6か月児、3歳児 【実施主体】市町村<義務> ※その他の乳幼児及び妊産婦に対しては、市町村が、必要に応じ、健康診査を実施又は健康診査を受けることを勧奨	学校保健安全法 【対象者】在学中の幼児、児童、生徒又は学生 ※就学時健診については小学校入学前の児童 【実施主体】学校(幼稚園から大学までを含む。) <義務>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>被保険者・被扶養者</th> <th>うち労働者</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 医療保険各法 (健康保険法、国民健康保険法等) 【対象者】被保険者・被扶養者 【実施主体】保険者<努力義務> </td> <td> 労働安全衛生法 【対象者】常時使用する労働者※労働者にも受診義務あり 【実施主体】事業者 <義務> ※一定の有害な業務に従事する労働者には特殊健康診断を実施 </td> <td> 健康増進法 【対象者】住民(生活保護受給者等を含む) 【実施主体】市町村<努力義務> 【種類】 ・歯周疾患検診 ・骨粗鬆症検診 ・肝炎ウイルス検診 ・がん検診 ・高齢者医療確保法に基づく特定健診の非対象者に対する健康診査・保健指導 </td> </tr> <tr> <td> 高齢者医療確保法 【対象者】加入者 【実施主体】保険者<義務> </td> <td> 特定健診 ※労働安全衛生法に基づく事業者健診を受けるべき者については、事業者健診の受診を優先する。事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診の結果を、特定健診の結果として利用可能。 </td> <td></td> </tr> <tr> <td> 高齢者医療確保法 【対象者】被保険者 【実施主体】後期高齢者医療広域連合<努力義務> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		被保険者・被扶養者	うち労働者	その他	医療保険各法 (健康保険法、国民健康保険法等) 【対象者】被保険者・被扶養者 【実施主体】保険者<努力義務>	労働安全衛生法 【対象者】常時使用する労働者※労働者にも受診義務あり 【実施主体】事業者 <義務> ※一定の有害な業務に従事する労働者には特殊健康診断を実施	健康増進法 【対象者】住民(生活保護受給者等を含む) 【実施主体】市町村<努力義務> 【種類】 ・歯周疾患検診 ・骨粗鬆症検診 ・肝炎ウイルス検診 ・がん検診 ・高齢者医療確保法に基づく特定健診の非対象者に対する健康診査・保健指導	高齢者医療確保法 【対象者】加入者 【実施主体】保険者<義務>	特定健診 ※労働安全衛生法に基づく事業者健診を受けるべき者については、事業者健診の受診を優先する。事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診の結果を、特定健診の結果として利用可能。		高齢者医療確保法 【対象者】被保険者 【実施主体】後期高齢者医療広域連合<努力義務>	
被保険者・被扶養者	うち労働者	その他											
医療保険各法 (健康保険法、国民健康保険法等) 【対象者】被保険者・被扶養者 【実施主体】保険者<努力義務>	労働安全衛生法 【対象者】常時使用する労働者※労働者にも受診義務あり 【実施主体】事業者 <義務> ※一定の有害な業務に従事する労働者には特殊健康診断を実施	健康増進法 【対象者】住民(生活保護受給者等を含む) 【実施主体】市町村<努力義務> 【種類】 ・歯周疾患検診 ・骨粗鬆症検診 ・肝炎ウイルス検診 ・がん検診 ・高齢者医療確保法に基づく特定健診の非対象者に対する健康診査・保健指導											
高齢者医療確保法 【対象者】加入者 【実施主体】保険者<義務>	特定健診 ※労働安全衛生法に基づく事業者健診を受けるべき者については、事業者健診の受診を優先する。事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診の結果を、特定健診の結果として利用可能。												
高齢者医療確保法 【対象者】被保険者 【実施主体】後期高齢者医療広域連合<努力義務>													
がん検診 胃がん検診 子宮頸がん検診 肺がん検診 大腸がん検診	保険者や事業主が任意で実施・助成		健康増進法 【対象者】一定年齢以上の住民 【がん検診の種類】 胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診										

佐久市国民健康保険 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）（案）
 ・第3期特定健康診査等実施計画（案）の概要

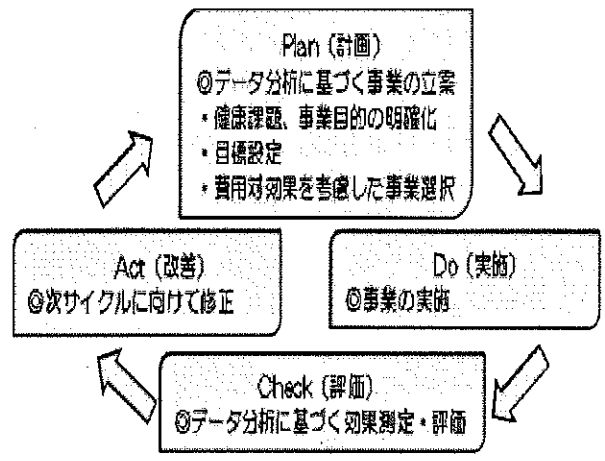
第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

第1節 背景

「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」が一部改正され、保険者は、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の実施を図るための「保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこととされた。

第2節 計画策定の目的

国の「保健事業実施指針」に基づき、平成27年3月「第1期データヘルス計画」を策定し、保健事業を実施してきた。
 平成29年度をもって、第1期データヘルス計画の計画期間が満了になることから、引き続き新たな計画を策定し、「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する。
 また、「第3期特定健康診査等実施計画」を本計画と一体的に策定し、具体的な実施方法を定める。



第3節 計画の位置づけ

佐久市健康づくり21計画、佐久市介護保険事業計画、信州保健医療『PDCAサイクル』総合計画との整合を図る。

第4節 実施体制・関係者連携

- 【実施主体・関係部局】
 - ・国保医療課が実施主体となるが、健康づくり推進課、高齢者福祉課など関係部局等とも連携を図る。
- 【外部有識者など】
 - ・県や国保連、国保運営協議会や三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）等の外部有識者などとの連携を推進する。
- 【被保険者】
 - ・被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、被保険者自身が自らの健康状態を理解して主体的かつ積極的に取り組むことが重要である。

第5節 計画期間

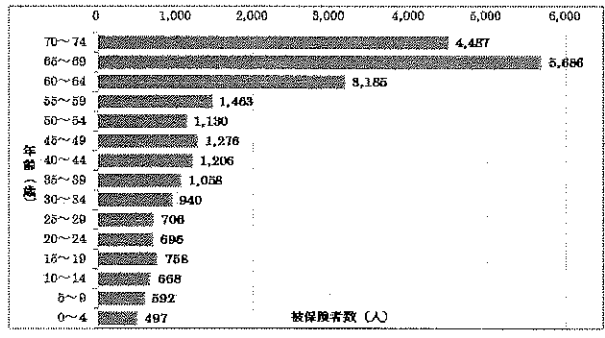
平成30年度から平成35年度まで（6年間）

第2章 第1期計画の評価と現状分析による本市の健康課題

第1節 第1期計画の評価

1 第1期計画期間中の推移等

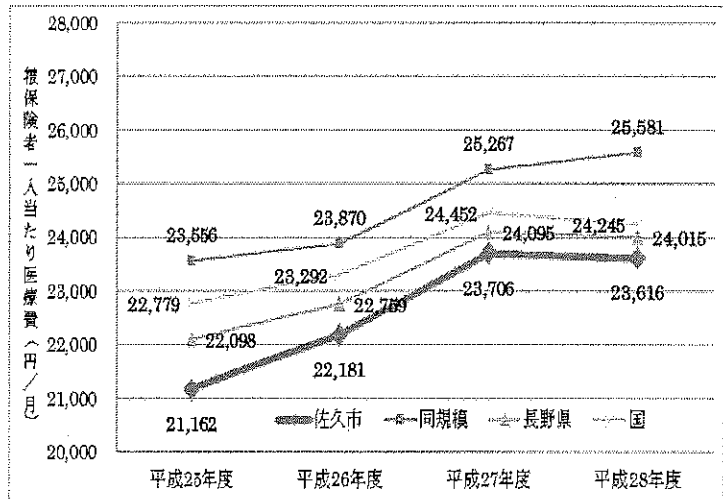
- 【佐久市の人口・国保被保険者の状況】
 - ・佐久市の人口は、99,073人で、高齢化率（65歳以上）は30.1%に達している。（H29.10.1現在）
 - ・佐久市国保被保険者の年齢構成は、60歳以上が全体の55%を占めており、65歳以上の高齢者は全体の42%となっている。（H28年度末現在）



『H29年度 佐久市国保被保険者の年齢構成』

【佐久市国保医療費の状況】

- ・佐久市国保被保険者一人当たりの医療費は、月平均23,616円となっており、同規模・県・国より低い金額となっているが、年々増加傾向にある。(H28年度)
- ・一人当たりの医療費を入院と外来別で見ると、外来ではH26年度から国・県より高くなっている。
- ・医療費総額に占める生活習慣病の割合は、約3割を占めている。同規模・県・国から比べるとやや低い傾向にある。(H28年度)



『経年比較 被保険者一人当たり医療費』

2 短期目標に対する取組と評価・考察

【目標①】糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドロームの減少

【取組み】

- ・生活習慣病予備群や特定保健指導予備群に対する内臓脂肪型肥満等に着目した保健指導の実施(地域集団健診会場ごとの結果報告会など) ほか

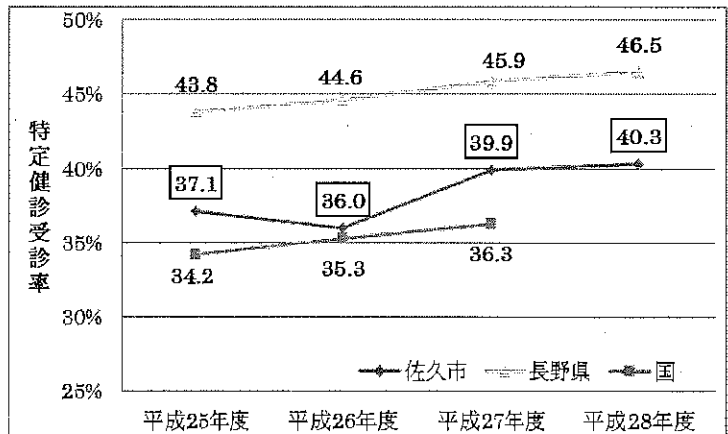
【評価と考察】被保険者のうち19.7%が高血圧症、16.3%が脂質異常症、10.1%が糖尿病治療を受けており、その割合はH25年度より増加し、目標を達成できていない。

【目標②】特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上

【取組み】

- ・未受診者へのはがきや電話による個別受診勧奨
- ・5歳刻みの年齢(節目年齢)の特定健診料金の無料化 ほか

【評価と考察】特定健診受診率は、H28年度で40.3%となり、年々微増してきたものの、目標値(60.0%)は達成できていない。特定保健指導実施率は、H28年度で61.2%となり、年々増加してきており、目標値(60.0%)を達成している。



『経年比較 特定健診受診率』

3 中長期目標に対する取組と考察

【目標】3疾患(虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析)に係るそれぞれの患者数の伸び率を3%以内に抑制

【取組み】

- ・慢性腎臓病予防のための医療機関受診勧奨と治療中の者への保健指導
- ・糖尿病が重症化することで起こる問題を防ぐことを目的とした保健事業をかかりつけ医と保健師、栄養士など行政が連携して実施 ほか

【考察】H25年度の3疾患の患者数とH28年度の患者数を見ると、虚血性心疾患は5.8%、脳血管疾患は12.7%伸びており、人工透析は3.2%減少している。

第2節 健康・医療情報等による現状分析

1 死亡の要因

佐久市の死亡原因は、1位「がん」、2位「心臓病」、3位「脳疾患」となっている。H26年度とH28年度を比較すると「がん」・「腎不全」・「糖尿病」で死亡割合が上昇している。

2 佐久市国保医療費の状況

【医療費負担の大きい疾患】

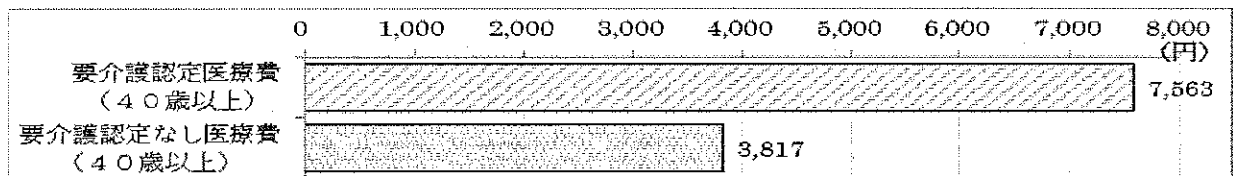
・レセプトが200万円以上になる疾患で、長期入院（6か月以上の入院）・長期化する疾患である人工透析患者において、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症が占める割合は高く、医療費負担が大きい疾患としてあげられる。

【一件当たり医療費】

・H28年度は、入院では、1位：心疾患、2位：脳血管疾患、3位：悪性新生物、外来では、1位：腎不全、2位：悪性新生物、3位：糖尿病となっている。

3 介護保険との関係

・要介護認定者では、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患、腎不全）や糖尿病の有病割合が高い状況にある。また、年齢が上がるごとに認知症、筋・骨格疾患の有病割合も増加する。
 ・要介護認定者の医療費は、非認定者の医療費の約2倍となっている



【H28年度 介護認定の有無における医療費の比較】

4 特定健診受診者の実態

【健診結果の状況】

・健診結果の各項目において、保健指導判定値以上となった被保険者の割合は、男女ともに空腹時血糖・HbA1cの項目がH25年度より増加している。
 ・H28年度の健診結果を県の数値を基準に標準化し比較すると、男女とも空腹時血糖・HbA1c及び女性のGPTの割合が県数値と比べ有りに高くなっている。

【メタボリックシンドローム該当者の状況】

・メタボリックシンドローム該当者の該当項目としては、血圧の値が高い方が多く、また、血圧・血糖・脂質を併発している方が多い状況である。(H28年度)

	性別	年齢	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
			25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上
			人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合
H25	男性	合計	822 28.3	1,322 45.5	829 28.5	540 18.6	234 8.0	1,121 38.5	1,706 58.7	—	1,110 38.2	687 23.6	1,503 51.7	—
		40-64	338 32.1	475 45.2	353 33.6	258 24.5	93 8.8	365 34.7	539 51.2	—	336 31.9	279 26.5	597 56.7	—
		65-74	484 26.1	847 45.6	476 25.6	282 15.2	141 7.6	756 40.7	1,167 62.9	—	774 41.7	408 22.0	906 48.8	—
	女性	合計	898 24.3	1,435 46.5	831 26.9	635 20.6	230 7.5	1,363 44.2	2,076 67.3	199 6.5	1,118 36.3	671 21.8	1,537 48.5	21 0.7
		40-64	325 34.8	418 46.1	300 33.1	270 29.8	80 8.8	334 36.8	524 57.8	89 9.8	268 29.5	242 26.7	507 55.9	6 0.7
		65-74	573 26.3	1,017 46.7	531 24.4	365 16.8	150 6.9	1,029 47.3	1,552 71.3	110 5.1	850 39.0	429 19.7	1,030 47.3	15 0.7
		国	30.6	50.2	28.2	20.5	8.6	28.3	55.7	13.8	49.4	24.1	47.5	1.8
		県	27.9	46.3	28.0	19.9	8.6	30.5	65.2	16.4	43.9	25.1	46.9	1.5
H28	男性	合計	765 21.4	557 15.6	586 16.4	332 9.3	81 2.3	891 24.9	2,145 60.1	—	1,130 31.6	509 14.2	2,254 63.1	—
		40-64	271 19.7	191 13.9	209 15.2	144 10.5	26 1.9	278 20.2	699 50.8	—	310 22.5	208 15.1	871 63.3	—
		65-74	494 22.5	366 16.7	377 17.2	188 8.6	55 2.5	613 27.9	1,446 65.8	—	820 37.3	301 13.7	1,383 62.9	—
	女性	合計	713 19.9	555 15.5	557 15.5	344 9.6	78 2.2	1,093 30.5	2,353 65.6	24 0.7	1,087 30.3	473 13.2	2,187 61.0	1 0.0
		40-64	224 19.6	154 13.5	161 14.1	112 9.8	30 2.6	274 24.0	650 56.8	7 0.6	247 21.5	169 14.8	678 59.3	0 0.0
		65-74	489 20.0	401 16.4	396 16.2	232 9.5	48 2.0	819 33.5	1,703 69.7	17 0.7	840 34.4	304 12.4	1,509 61.8	1 0.0
		国	20.6	17.3	16.2	8.7	1.8	17.0	55.2	1.8	42.7	14.4	57.2	0.2
		県	19.2	15.4	17.0	8.3	2.1	18.1	65.9	2.1	38.3	15.1	56.1	0.2

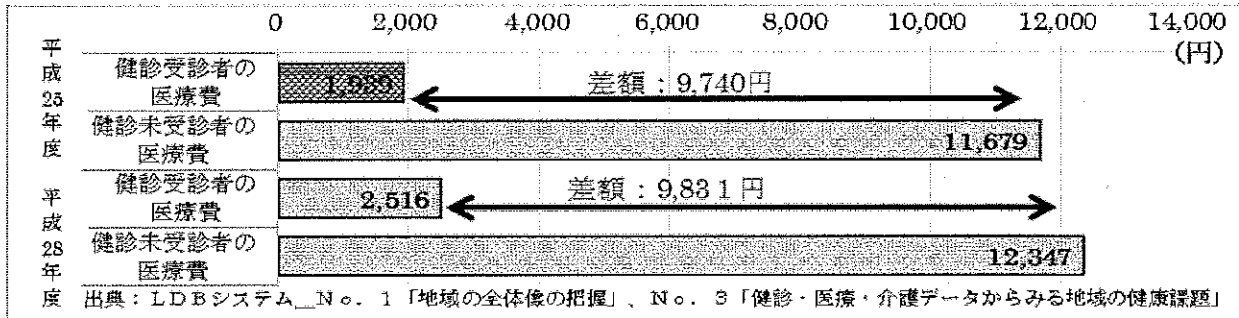
【健診結果における保健指導判定値以上者の割合】

【重症化予防対象者の状況】

- ・健診受診者のうち、各ガイドラインなどによる重症化予防対象者は1,940人（28.1%）おり、そのうち638人（32.9%）が未治療である。（H28年度）

【未受診者の把握】

- ・特定健診対象者のうち、40～64歳の70.3%、65～74歳の52.2%は健診が未受診となっている。
- ・健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、未受診者の医療費は一万円程多く、その差はH25年度より拡大している。（健診受診者と未受診者の生活習慣病治療にかかる費用を比較すると、28,562円の差がある。）



『健診受診者と未受診者の医療費比較』

5 その他の保健事業の実施状況

- ・がん検診、歯周病健診の状況
- ・ジェネリック医薬品の使用率の状況

第3節 佐久市の健康課題

1 健康・医療情報等から明らかになった佐久市の状況（まとめ）

【死亡】

- ・がん・腎不全・糖尿病での死亡割合が上昇している。 など

【医療】

- ・国保被保険者の一人当たり医療費は、H28年度で月平均23,616円であり、増加傾向にある。
- ・医療費総額に占める生活習慣病の割合は31.8%を占める。
- ・国保被保険者のうち、19.7%が高血圧症、16.3%が脂質異常症、10.1%が糖尿病治療を受けている。そのうち約7割は65歳以上が占めている。 など

【介護】

- ・要介護認定者では、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患、腎不全）や糖尿病の有病割合が高い。 など

【健診】

- ・特定健診受診率は、H28年度で40.3%と年々微増してはいるが、県平均よりは低い。
- ・40～64歳の特定健診受診率は29.7%となっており、若い世代の受診率が低い。
- ・特定健診対象者のうち、40～64歳の70.3%、65～74歳の52.2%は健診未受診となっている。
- ・特定保健指導実施率は、H28年度で61.2%と年々増加している。
- ・健診受診者のうち、男性のメタボリックシンドローム該当者の割合は県より高いが同規模・国よりは低い。一方、女性は同規模・県・国より低い。
- ・健診受診者のうち、各ガイドラインなどによる重症化予防対象者は1,940人（28.1%）いるが、そのうち638人（32.9%）は治療に結びついていない。 など

2 保健事業で取り組むべき健康課題

【課題①】特定健診受診率の向上

- ・特定健診受診率が県平均より低く、自分の健康状態を把握していない方が多い。自分の健康状態を把握するためにも特定健診を受けることが重要であり、特定健診受診率向上への取組みは、佐久市の最重要課題である。

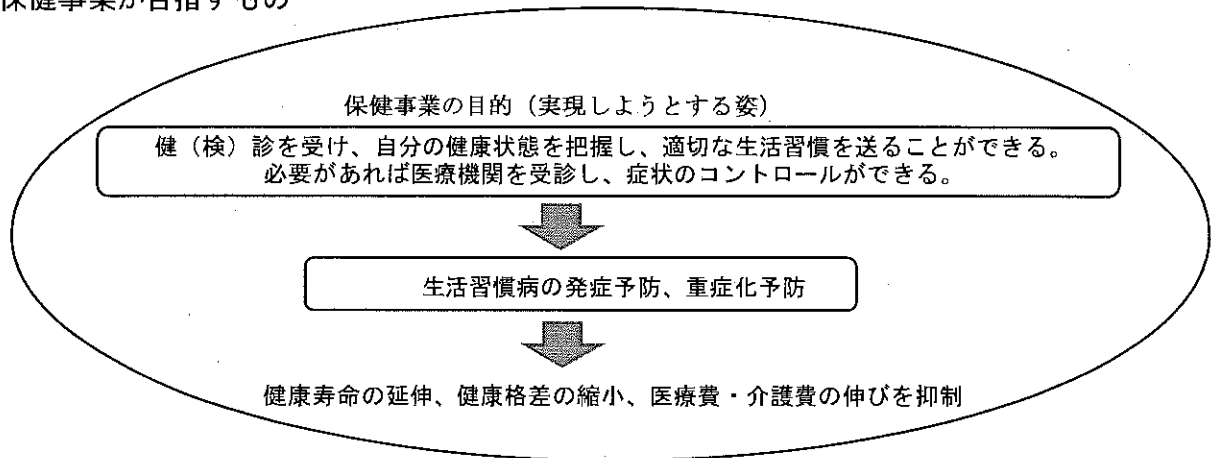
【課題②】生活習慣病の発症・重症化予防等のための保健事業の実施

- ・虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析などの医療費・介護費のかかる疾病への重症化を防ぐためにも、適切な医療を受診し、症状のコントロールが図れるように保健指導を行い、予防可能な疾病を発症させない、また重症化させない取組みが重要となる。

第3章 健康課題解決のための保健事業

第1節 保健事業の目的と目標

1 保健事業が目指すもの



2 目標の設定

【短期目標】

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症などによる人工透析の発症・重症化を予防するために、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームなどを減らしていくことを短期目標とし、併せて、生活習慣病の発症予防・重症化予防のために、特定健診受診率の向上を図る。

【中長期目標】

医療費が高額となる疾患、6か月以上の入院における疾患、長期化することで高額となる疾患であり、要介護認定者の有病状況の多い疾患でもある虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症などの患者数の伸びを縮減していく。

第2節 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

高血圧症、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームなどを減らすために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していく。そのためには、重症化予防の取組み（ハイリスクアプローチ）とポピュレーションアプローチを組み合わせる。

2 取組内容

【ポピュレーションアプローチ】

- ・健診結果報告会における生活習慣病等予防指導
- ・生活習慣病等重症化予防講演会
- ・保健補導員会、食生活改善推進協議会など、組織の育成・強化 ほか

【ハイリスクアプローチ】

- ・精密検査未受診者への受診勧奨
- ・ハイリスク者の健診受診勧奨
- ・生活習慣病等重症化予防等事業（糖尿性腎症重症化予防、慢性腎臓病予防、循環器疾患予防）
- ・保健指導従事者研修会 ほか

【その他】

- ・がん検診、歯周病検診の受診率の向上
- ・ジェネリック医薬品の使用促進 ほか

第4章 特定健診・特定保健指導の実施 (第3期特定健康診査等実施計画)

第1節 実施計画の概要

- ・H20年度より、40歳以上の被保険者について、生活習慣病に着目した特定健康診査・特定保健指導の実施が医療保険者に義務付けられた。佐久市国民健康保険においても、「第1期特定健康診査等実施計画(H20～24年度)」、「第2期特定健康診査等実施計画(H25～H29年度)」を策定し、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、重症化予防などの取組みを推進してきた。
- ・第2期計画の満了に伴い、新たにH30年度からH35年度までを実施期間とする第3期計画を策定する。
- ・特定健診及び特定保健指導は、生活習慣の改善を図り、糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的に、メタボリックシンドロームに着目した健康診査(特定健診)を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い方を抽出し、対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導(特定保健指導)を行う。

第2節 目標値の設定

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診実施率	43.0%	45.0%	47.0%	49.0%	51.0%	53.0%
特定保健指導実施率	70.0%以上					

参考：基本指針における市町村国保目標値 特定健診実施率60.0% 特定保健指導実施率60.0%

第3節 特定健康診査等の対象者の見込み

		H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診	対象者数	17,315人	16,823人	16,567人	16,465人	15,864人	15,303人
	受診者数	7,445人	7,570人	7,786人	8,068人	8,091人	8,111人
特定保健指導	対象者数	865人	896人	938人	987人	1,004人	1,019人
	受診者数	605人	627人	656人	690人	702人	713人

※対象者数及び受診者数ともに推計値

第4節 特定健診の実施方法

1 概要

	集団健診	個別健診
実施期間	市が指定する期日	年度の4月下旬から2月下旬までとし、期日においては市が定める
実施場所	保健センターや地区会館など市内公共施設を利用して巡回で行い、委託契約を結んだ健診機関において実施	委託契約を結んだ指定医療機関において実施
外部委託の有無	健診機関などへ委託	佐久医師会へ委託
周知方法	集団健診、個別健診ともに、個人ごとに受診券を送付し、特定健康診査の実施を周知する。さらに、健診受診期間内において期日を区切り未受診者を把握し、個別に受診勧奨を行う。 その他、各種チラシの配布、ポスターの掲示、「FMさくいだいら」への出演、特定健康診査受診促進キャンペーンの実施などにより健診の必要性について啓発を図る。	

2 実施項目

国が定めた項目(いわゆる基本的な健診の項目)に加え、追加の検査を実施

3 特定健診受診率向上に向けた取組み

【受診勧奨】

- ・はがき・電話による個別受診勧奨
- ・国保途中加入者への窓口での受診勧奨 ほか

【関係機関との連携】

- ・事業者健診などによる健診データの提供
- ・医療機関との適切な連携
- ・保健指導員会との連携 ほか

【健診の工夫】

- ・特定健診とがん検診の同時実施
- ・土日の健診実施
- ・受診料の自己負担額の軽減 ほか

第5節 特定保健指導の実施方法

1 実施内容

特定健診の検査結果から、保健指導判定値を超えている場合、次の表の分類により、必要となる保健指導の種類（動機付け支援・積極的支援）を判定し、各対象者へ支援を行う。

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40-64歳
≧85cm (男性)	2つ以上該当		あり	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当				
上記以外 で BMI≧2.5	3つ該当		あり	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当				
	1つ該当				

<保健指導判定値>

- ①血糖：空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dl以上又はHbA1c5.6%
- ②脂質：中性脂肪150mg/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧：収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

2 特定健診・保健指導対象者の優先順位と支援方法

特定健診・保健指導対象者に特定健診の実施状況や健診結果などから保健指導の優先順位をつけ、保健指導レベルに応じた支援を行う。

3 実施時期

年間を通じて実施する。

第6節 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。

第7節 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、特定健診実施年度の翌年度の11月1日までに国等へ報告する。

第5章 計画の評価・見直し

第1節 評価の時期

計画の見直しは、3年後のH32年度に進捗確認のための中間評価を行う。また、計画の最終年度のH35年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れ評価を行う。

第2節 評価方法・体制

- ・ 健診・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の実施と、保険者努力支援制度において4つの指標で評価する。
- ・ 具体的には、国保データベース（KDB）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収録されるので、受診率、受療率、医療の動向などは随時確認し、保健事業に活かしていく。
- ・ 特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。
- ・ 重症化予防事業の実施状況は毎年取りまとめ、長野県国民健康保険団体連合会に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言などを適宜受けるものとする。

図表 1：保健事業評価における4つの指標

指標	内容
ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	事業の運営状況(予算なども含む)を定期的に管理できる体制を整備しているか 保健指導実施のための専門職の配置 KDBシステム活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	保健指導などの手順・教材はそろっているか 必要なデータは入手できているか スケジュールどおり行われているか
アウトプット (保健事業の実施量)	特定健診受診率、特定保健指導実施率 計画した保健事業を実施したか 保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	設定した目標に達することができたか(検査データの変化、医療費の変化、糖尿病など生活習慣病の有病者の変化、要介護認定率など)

『保健事業評価における4つの指標』

第3節 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体などへのインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度が創設されたことから、その評価指標も踏まえ、保健事業を実施する。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

第1節 計画の公表・周知

佐久市広報紙及びホームページに掲載し、周知する。

第2節 個人情報の取扱い

個人情報の取り扱いは、佐久市個人情報保護条例に基づき行う。

第7章 地域包括ケアに係る取組み

高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの推進が必要となる。
住み慣れた地域で、国保被保険者を支えるための連携を図る。

