

【(第3期)長崎県国民健康保険運営方針(概要版)】

第1章 基本的事項

- 1 策定趣旨 県と市町が一体となって、国保の事業運営を共通認識の下で実施するとともに、業務の広域化、効率化を推進できるよう、県内の統一の方針を定める。
- 2 根拠規定 国民健康保険法第82条の2
- 3 対象期間 令和6年度から令和11年度までの6年間 3年ごとに、検証、見直しを実施

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

1 本県の市町国保の現状 (令和3年度)

被保険者数 303,142人 毎年3%程度減少。
県総人口に占める国保加入率は約23.4%

2 医療費の動向と将来の見通し

現状(令和3年度)

- ・前期高齢者(65~74歳)の割合 49.1%
- ・1人あたり医療費 457,611円
(全国で7番目に高い)
- ・1人あたり医療費の県内地域差 1.3倍

将来の見通し(令和5年度 令和11年度)

- 国の推計ツールによる推計
- ・医療費総額 1,222億円 1,224億円
 - ・1人あたり保険料(医療分) 82,380円 89,040円

3 財政収支の改善に係る基本的な考え方

令和3年度決算の単年度収支差引後では8市町が赤字。基金や繰越金で補填し黒字決算補填等を目的とした法定外一般会計繰入は1市が実施(令和3年度)保険料率を年度ごとに大きく増減させることがないよう、基金等を用いて財政調整を行い、年度間の納付金の伸びを平準化。

4 赤字解消・削減の取組

解消・削減すべき赤字額は「決算補填等を目的とした法定外一般会計繰入」と「繰上充用の増加額(決算補填等を目的としたものに限る)」の合算額とする。既に発生している赤字は、令和8年度までの解消に向けて取り組み、新たに発生する赤字については、県の基金貸付を活用する。市町は、赤字を発生年度の翌年度までに解消できない場合は、段階的な赤字解消に向けて実効的・具体的な手段を明記した赤字削減・解消計画を策定し、県は、市町が策定した計画をもとに県計画を策定し公表。

5 財政安定化基金の運用

国保の財政安定化のため、給付費増や保険料(税)収納不足により財源不足となる場合に備え、各市町が法定外一般会計繰入を行う必要がないよう、県に財政安定化基金を設置し、県及び市町に対して貸付又は交付を行う。
また、決算剰余金を納付金の年度間の平準化を図るために積み立てる。

第3章 保険料の標準的な算定方法及びその水準の平準化

1 保険料水準の統一について

保険料水準統一の定義

- ・「納付金ベースの統一」 納付金に各市町の医療費水準を反映しない。
 - ・「完全統一」 県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成なら同じ保険料
- 令和6年度から保険料水準統一の第一段階として、納付金ベースの統一を実施し、納付金の算定に各市町の医療費水準を反映しない。ただし、医療費水準が低い市町にとっては、急激な保険料負担の増加に繋がるため、その影響を抑えるとともに、医療費適正化等の取組を加速する仕組みとして医療費適正化インセンティブを導入。今後、完全統一の実現のため、国及び他県の取組等を参考に様々な課題の解決に取り組み完全統一の実現を目指す。

2 市町の保険料算定

保険料採用 2市町 保険税採用 19市町

算定方式は、全市町が3方式(所得割、平等割、均等割)を採用

令和3年度 1人あたり保険料調定額 86,504円(全国29位) 医療分、後期分

3 国保事業費納付金の算定方式

- (1) 算定方式 3方式(所得割、均等割、平等割)
- (2) 応能割と応益割 国が示す本県の所得係数 :1 (3) 均等割と平等割 70:30
- (4) 医療費水準の反映 医療費水準を反映しない。 = 0(令和6年度から)
- (5) 賦課限度額 政令と同じ基準
- (6) 保険者努力支援制度(県分)の活用 納付金総額から差し引く
- (7) 納付金の精算 精算は行わない

4 標準的な保険料算定方式

- (1) 算定方式 3方式(所得割、均等割、平等割)
- (2) 応能割と応益割 所得係数 ' = 1 構成割合(50:50)
- (3) 均等割と平等割 構成割合は 70:30
- (4) 賦課限度額 政令と同じ基準
- (5) 標準的な収納率 直近3年間の平均収納率実績ベースの市町別収納率

赤文字は第2期からの変更点

第4章 保険料徴収の適正な実施

1 現状 (令和3年度)

現年度(滞納繰越を除く)の県内市町の平均収納率95.1%(全国23位)
 収納率は平成26年以降毎年上昇。 最大99.0%、最少92.9%

2 収納率目標

保険者努力支援制度の評価指標(全国上位3割又は5割)を目標とする。

3 収納率向上に向けた取組等

口座振替のさらなる利用促進を図る。
 コンビニ収納など納付方法の多様化を引き続き推進し、被保険者の利便性向上を図る。
 外国人被保険者に対し、外国語の納入通知書やパンフレットを送付する等、制度の周知に努める。
 収納事務の効率化を図るため事務のデジタル化を検討する。
 徴収アドバイザー等を活用した研修会を開催する。

第5章 保険給付の適正な実施

1 現状(令和3年度)

- ・レセプト点検 内容点検による本県市町間の効果額の差3,293円
 (点検員を直接雇用する直営1市町、国保連合会など外部実施20市町)
- ・第三者行為求償事務 県内全ての市町が交通事故等に係る損害賠償請求及び収納事務を国保連合会に委託し、共同で処理。(犬噛み、食中毒、闘争など対象を拡大)
- ・療養費の支給
 申請内容の審査については県内全ての市町が国保連合会の保険者事務共同処理に参加しており、支給基準の統一化が図られている。

2 保険給付費の支給の適正化に関する事項

- ・点検体制の検討をはじめレセプト点検の充実強化を引き続き実施。
- ・県による給付点検の実施
- ・第三者求償の取組強化、県による第三者求償の実施の検討
- ・不正利得の回収事務について、広域的、または専門性の高い案件について県で受託
- ・療養費の審査は、審査基準の統一のため国保連合会に委託
- ・高額療養費多数回該当を通算する世帯の判定基準は国が示す参酌基準で判定する。

第6章 医療に必要な費用の適正化の取組に関する事項

- 1 基本的な考え方 引き続き県全体の健康水準の向上や医療費適正化の取組を推進
- 2 特定健康診査・特定保健指導
 特定健診受診環境の拡充、特定健診受診率向上に向けた取組等を推進。
 データ分析に基づき地域の健康課題を明確にし、効果的な保健事業を検討・実施。
- 3 糖尿病性腎症重症化予防
 重症化予防、人工透析移行防止を図り、健康増進と医療費の増加抑制を目的に展開
- 4 骨折予防対策
 県民への周知、検診の受診率向上、要精検者への受診勧奨等により対策を強化。
- 5 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進
 全ての市町が希望カードの配付や差額通知の発送を実施できるよう推進。
- 6 重複・頻回受診者及び重複服薬者に係る取組
 訪問指導等の取組を強化。向精神薬重複処方者への取組を全市町で実施できるよう支援。
- 7 医療費通知 引き続き全市町で実施する。
- 8 データヘルス計画の策定
 第3期計画(R6～R11)についても、PDCAサイクルに沿って分析・評価等に取り組む。

第7章 国保事業の広域的及び効率的な運営の推進

- 1 基本的な考え方
 国保連合会の保険者事務共同処理を活用し、事務の標準化、広域化、効率化を推進
- 2 広域的及び効率的な運営の推進に向けた取組
 <事務の標準化(統一化)> 今後の検討事項
 ・被保険者資格の適用除外規定の統一 ・高額療養費の支給簡素化
 ・保険料及び一部負担金等の減免基準の統一 ・事務処理システムの標準化
 <広域的な事務の実施による効率化> 今後の検討事項
 ・マイナンバーカードの保険証利用の促進 ・資格確認書の一括発行

第8章 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

- 1 地域包括ケアシステムとの連携
 引き続き関係機関・団体と連携し、地域課題の共有、対応策の検討、対象者への支援を実施する。
- 2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 市町においては、専門職を中心に、国保の保健事業について、後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業との一体的実施に取り組む。
 県は、広域的な視点から好事例の横展開、事業の評価等の必要な支援を行う。