

東京都国民健康保険運営方針  
(改定案)

令和2年12月  
東京都



# 目 次

## 第1章 方針策定の趣旨

- 1 策定の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 策定の根拠規定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 3 対象期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

## 第2章 国民健康保険制度の意義と保険者が果たすべき役割・・・・・・・・ 1

## 第3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 被保険者の概況

- (1) 被保険者数等の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- (2) 被保険者の年齢構成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- (3) 世帯主の職業構成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- (4) 被保険者の異動状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- (5) 所得の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- (6) 都の特殊事情・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

### 2 医療費の動向

- (1) 医療費総額の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- (2) 一人当たり医療費の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- (3) 年齢構成の差異を調整した医療費の地域差指数・・・・ 6

### 3 財政状況

- (1) 収支の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- (2) 法定外一般会計繰入等の状況・・・・・・・・・・・・・・・・ 7

### 4 医療費と財政の将来の見通し

- (1) 医療費の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
- (2) 医療費の将来の見通し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

### 5 財政収支の改善に係る基本的な考え方・・・・・・・・・・・・ 10

### 6 赤字解消・削減の取組

- (1) 解消・削減すべき「赤字」・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
- (2) 削減目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
- (3) 解消・削減に向けた対応・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

### 7 財政安定化基金の設置・運用

- (1) 貸付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- (2) 交付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- (3) 取崩しについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12

## 第4章 区市町村における保険料（税）の標準的な算定方法に関する事項

### 1 保険料（税）の概要

- (1) 保険料（税）の賦課状況……………13
- (2) 保険料（税）の賦課方式……………13
- (3) 応能割と応益割の賦課割合……………13
- (4) 賦課限度額の設定状況……………13
- (5) 保険料（税）の現状……………14
- (6) 一人当たりの保険料（税）……………14

### 2 納付金及び標準保険料率の基本的な考え方……………16

### 3 納付金の算定方法

- (1) 医療費水準による調整……………17
- (2) 所得水準の調整……………17
- (3) 賦課限度額……………18
- (4) 激変緩和措置……………18

### 4 標準的な保険料（税）算定方式

- (1) 標準的な保険料（税）算定方式……………19
- (2) 応能割と応益割の賦課割合……………19
- (3) 標準的な収納率……………20

## 第5章 区市町村における保険料（税）の徴収の適正な実施に関する事項

### 1 区市町村の状況

- (1) 保険料（税）の収納の現況……………20
- (2) 滞納世帯等の状況……………21
- (3) 収納対策の状況……………21

### 2 目標収納率……………22

### 3 収納率向上対策の推進

- (1) 区市町村の取組……………23
- (2) 都の取組……………23

## 第6章 区市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

### 1 レセプト点検の実施について

- (1) 区市町村の実施状況……………24
- (2) レセプト点検の充実強化に向けた都の取組……………25

### 2 柔道整復師、あんま・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師の施術に係る療養費について

- (1) 区市町村の支給状況……………25
- (2) 支給の適正化に向けた都の取組……………26

<b>3 海外療養費について</b>	
（1）区市町村の支給状況	26
（2）支給の適正化に向けた都の取組	27
<b>4 第三者行為に係る求償事務</b>	
（1）区市町村の取組状況	27
（2）取組の強化	28
<b>5 保険者間調整の普及・促進に関する取組の推進</b>	28
<b>6 高額療養費の多数回該当の取扱い</b>	28
<b>7 都道府県による保険給付の点検、事後調整</b>	
（1）同一医療機関で算定回数が定められている診療行為等	29
（2）大規模な不正請求事案に係る返還金の徴収等	30

## 第7章 医療費の適正化の取組に関する事項

<b>1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の推進</b>	
（1）区市町村の策定状況	30
（2）計画の推進に向けた取組	31
<b>2 特定健康診査・特定保健指導の実施</b>	
（1）特定健康診査の受診状況	31
（2）特定保健指導の実施状況	32
（3）実施率向上に関するこれまでの支援	32
（4）実施率向上に向けた取組の推進	33
<b>3 糖尿病性腎症重症化予防の取組の推進</b>	
（1）糖尿病性腎症重症化予防の取組状況	34
（2）重症化予防に向けた取組の推進	35
<b>4 加入者の適正受診・適正服薬に向けた取組</b>	
（1）適正受診に向けた取組	36
（2）重複・多剤服薬者に向けた取組	37
<b>5 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進</b>	
（1）後発医薬品使用推進の取組の実施状況	37
（2）区市町村における使用割合	38
（3）後発医薬品差額通知の実施状況	38
（4）後発医薬品の使用促進に向けた取組の推進	38
<b>6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組の推進</b>	
（1）区市町村に期待される役割	39
（2）都の取組	39
<b>7 がん検診、歯科健診等他健診と連携した取組</b>	40

<b>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に関する事項</b>	
<b>1 保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関係施策との連携</b>	
(1) 都の取組	40
(2) 区市町村の取組	40
<b>2 国保データベース（KDB）システム等情報基盤の活用</b>	41
<b>第9章 区市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項</b>	
<b>1 事務の標準化</b>	
(1) 被保険者証の様式等の統一、高齢受給者証との兼用（一体化）	41
(2) 市町村事務処理標準システムの導入	42
(3) 事務処理基準の統一及び積極的な情報提供	42
<b>2 事務の効率化に向けた検討</b>	43
<b>第10章 施策の実施のために必要な都及び区市町村間の連絡調整等</b>	
1 東京都国民健康保険連携会議	43
2 広報・普及啓発活動	43
3 PDCAサイクルの実施	43
4 その他	44

**資料編**

## 第1章 方針策定の趣旨

### 1 策定の目的

国民健康保険の制度改革により、都道府県は、区市町村とともに国民健康保険の保険者となり、財政運営の責任主体として中心的な役割を担うこととされた。

区市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理や保険給付、保険料（税）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うこととされている。

このことから、東京都（以下「都」という。）と都内区市町村（以下「区市町村」という。）が一体となって、国民健康保険に関する事務を共通認識の下で実施し、安定的な財政運営及び区市町村が担う国民健康保険事業（以下「国保事業」という。）の広域化・効率化を推進するため、都内の統一的な方針として、東京都国民健康保険運営方針（以下「運営方針」という。）を定める。

### 2 策定の根拠規定

国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「法」という。）第82条の2の規定に基づき、都が策定する。

### 3 対象期間

本運営方針の対象期間は、令和3年4月1日から令和6年3月31日までとする。

## 第2章 国民健康保険制度の意義と保険者が果たすべき役割

国民健康保険は、住民である被保険者を対象として、病気、けが、出産及び死亡の場合に保険給付を行い、もって被保険者の健康の保持増進を図る、被保険者間の相互扶助を基本とした社会保険制度であり、国民皆保険制度の基礎をなすものである。そして、国保財政は、被保険者が負担する保険料（税）、国・都道府県・区市町村が負担する公費及び前期高齢者交付金等によって運営されている。

現行の国民健康保険制度には、被保険者の年齢が高く医療費水準が高い、低所得者が多く保険料（税）の確保が困難であるなどの構造的問題があり、先般の国保制度改革では、国の財政支援の拡充により、財政基盤の強化が図られたものの、依然として国保財政は厳しい状況にある。

保険者である都道府県及び区市町村は、国保財政の安定的な運営を確保し、被保険者の健康を守るため、保険給付費に見合った保険料（税）率を設定し、保険料（税）を徴収するとともに、疾病予防のための普及啓発、重症化予防のための効果的な保健事業の展開、医療費通知の実施

及び後発医薬品の使用促進等を通じて、医療費適正化に取り組むことが求められる。

### 第3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 被保険者の概況

##### (1) 被保険者数等の状況

- 区市町村数は、62（23区26市5町8村）である。
- 平成30年度末の被保険者数は、約299万人であり、全国の被保険者数（約2,752万人）に占める割合は、10%を超える。
- 都の総人口に占める国保の被保険者の割合は、21.7%となっており、ここ数年、減少傾向にある。
- 区市町村別では、世田谷区が約19万人と最も多く、最少の青ヶ島村は46人と、被保険者数に差がある。

表1 加入世帯数及び被保険者の状況（各年度3月末時点）

	加入世帯数	被保険者数		加入率
			対前年度比	
H28	221万世帯	327万人	94.6%	24.1%
H29	215万世帯	311万人	95.2%	22.8%
H30	209万世帯	299万人	96.0%	21.7%

※国民健康保険事業状況（東京都）より作成

表2 規模別区市町村数（平成31年3月末時点）

	区市町村数	都全体の被保険者数に占める割合
10万人以上	10	45.9%
5万人以上 10万人未満	13	29.6%
1万人以上 5万人未満	26	23.7%
3千人以上 1万人未満	2	0.4%
3千人未満	11	0.4%
計	62	100.0%

※国民健康保険事業状況（東京都）より作成



## (2) 被保険者の年齢構成

- 都における、被保険者の年齢階級別の構成割合は、54歳までの年齢層の割合が52.3%と全国平均の41.1%と比べ高い。
- 都の被保険者に占める前期高齢者（65～74歳）の加入割合は、平成30年度末時点で33.2%と、全国平均43.2%と比べ低い。
- 地域別にみると、特別区計は30.4%、市計は39.2%、町村計は42.8%となっており、市町村部において高くなっている。
- 区市町村別では、奥多摩町が55.0%と最も高くなっており、小笠原村が19.5%と最も低くなっている。

表3 被保険者の年齢階級別の構成割合（平成30年9月末時点）

	～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	～54歳計	55～64歳	65～74歳
	東京都	15.0%	11.1%	12.2%	14.0%	52.3%	14.2%
特別区	15.5%	12.2%	12.9%	14.5%	55.1%	14.1%	30.7%
市	13.8%	8.7%	10.7%	12.9%	46.1%	14.4%	39.5%
町村	13.3%	6.3%	9.6%	11.6%	40.8%	16.5%	42.6%
全国	13.1%	7.1%	9.6%	11.3%	41.1%	15.7%	43.2%

※国民健康保険実態調査（厚生労働省）より作成

※端数の関係上、合計が一致しない場合がある。

表4 前期高齢者の加入割合（各年度3月末時点）

	東京都			全国平均
	特別区	市	町村	
H28	32.7%	30.1%	38.3%	41.1%
H29	33.2%	30.6%	39.2%	42.5%
H30	33.2%	30.4%	39.2%	43.2%

※国民健康保険事業状況（東京都）より作成

## (3) 世帯主の職業構成

国民健康保険の世帯主の職業構成は、農林水産業が0.1%（全国平均2.3%）、その他の自営業が18.2%（同15.8%）、被用者が36.9%（同32.3%）、無職者が38.7%（同45.4%）となっており、全国と比べ、農林水産業と無職者の割合が低く、被用者の割合が高くなっている。

表5 世帯主の職業構成（平成30年9月末時点）

	農林 水産業	その他 自営業	被用者	その他	無職
都	0.1%	18.2%	36.9%	6.1%	38.7%
全国平均	2.3%	15.8%	32.3%	4.3%	45.4%

※国民健康保険実態調査（厚生労働省）「第14表-4 都道府県別、世帯主の職業別  
世帯数-全世帯-＜擬制世帯を除く＞」総数から不詳分を除き割合を算出

#### （4）被保険者の異動状況

- 平成30年度の区市町村における異動被保険者数は、延べ約158万人となっており、これを年間平均被保険者数で除した異動率は51.3%で、全国平均の41.1%と比べ高くなっている。
- また、転出者と転入者は延べ約49万人となっており、転出入率は16.0%と、全国平均の8.1%と比べ高くなっている。中でも、特別区の転出入率は18.7%と高く、全国平均の2倍を超えている。

表6 被保険者の異動状況（平成30年度）

	東京都			全国平均	
	特別区	市	町村		
異動率	51.3%	54.6%	44.5%	30.6%	41.1%
転出入率	16.0%	18.7%	10.1%	6.3%	8.1%

※全国：国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

東京都：国民健康保険事業状況（東京都）より作成

#### （5）所得の状況

- 被保険者一人当たり所得金額（旧ただし書き所得）は、平成30年所得で約110万円（全国平均約70万円）であり、全国で最も高くなっている。
- 区市町村別では、最も高い千代田区では約296万円、最も低い奥多摩町で約57万円と約5.2倍の開きがある。
- なお、平成30年度の区市町村における保険料（税）軽減世帯の割合は44.4%を占めるものの、全国の軽減世帯の割合55.2%と比較し低い。

表7 一人当たり所得金額の推移

	都平均	対前年度比	最高	最低	格差
H29	104万円	102%	245万円	58万円	4.2倍
H30	106万円	102%	235万円	65万円	3.6倍
R1	110万円	103%	296万円	57万円	5.2倍

※各年度の国民健康保険実態調査（厚生労働省）より作成

各年度の前年の所得を各年度の9月末の被保険者数により除した額

表8 保険料（税）軽減世帯の割合（平成30年度）

		東京都			全国
		特別区	市	町村	
6(7)割軽減世帯	26.8%	27.3%	25.9%	24.6%	30.6%
4(5)割軽減世帯	9.3%	8.9%	10.1%	11.7%	13.6%
2割軽減世帯	8.3%	7.5%	10.0%	11.3%	11.0%
合計	44.4%	43.7%	46.0%	47.6%	55.2%

※全国：市町村税課税状況等の調（総務省）より作成

東京都：国民健康保険事業状況（東京都）、国民健康保険基盤安定負担金交付申請関係資料より作成

※端数の関係上、合計が一致しない場合がある。

## （6）都の特殊事情

都には、小規模で地理的な特殊事情を有する島しょ地域が存在する。国保事業を行うに当たっては、これらの地域にも配慮した事業運営を行っていく必要がある。

## 2 医療費の動向

### （1）医療費総額の状況

平成30年度の医療費総額の合計は、約9,859億円で、前年度と比較すると約2.5%減少している。医療費総額が減少している要因としては、被保険者数の減少が挙げられる。

表9 医療費総額の推移

	医療費総額	対前年度比
H28	10,365億円	97.6%
H29	10,110億円	97.5%
H30	9,859億円	97.5%

※国民健康保険事業状況（東京都）より作成

### （2）一人当たり医療費の状況

- 被保険者一人当たり医療費は、平成30年度は約32.2万円であり、全国平均約36.8万円と比較して約4.6万円低いが、平成30年度の被用者保険（全国）の約16.9万円と比べ、約1.9倍となっている。
- 前年度の約31.8万円から約1.2%増で、平成28年度と比較して約3.6%の増加となっており、被保険者の高齢化と医療の高度化により、一人当たり医療費は年々増加している。
- 区市町村別では、奥多摩町が約42.4万円と最も高くなっている。

表 10 一人当たり医療費の推移

	特別区平均	市平均	町村平均	都平均	対前年度比	最高	最低	格差
H28	306千円	322千円	318千円	311千円	101.0%	421千円	171千円	2.5倍
H29	313千円	331千円	332千円	318千円	102.4%	418千円	226千円	1.8倍
H30	316千円	336千円	333千円	322千円	101.2%	424千円	211千円	2.0倍

※国民健康保険事業状況（東京都）より作成

### （3）年齢構成の差異を調整した医療費の地域差指数

- 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、全国を1として指数化した地域差指数は、平成29年度で0.981であり、全国で33位となっている。
- 診療種別ごとにみると、入院分が全国40位と低く、入院外（調剤を含む。）が12位、歯科が8位と高くなっている。

表 11 区市町村の診療種別地域差指数（年齢補正後）

	計	入院	入院外 +調剤	歯科
地域差指数	0.981	0.895	1.034	1.054
順位	33位	40位	12位	8位

※「平成29年度医療費の地域差分析」（厚生労働省）

## 3 財政状況

### （1）収支の状況

- 平成30年度の区市町村の歳入総額は1兆3,751億円で、平成29年度の1兆5,748億円に対し12.7%の減となった。
- また、歳出総額は1兆3,553億円で、平成29年度の1兆5,305億円に対し、11.4%の減となった。
- 平成30年度の国保特別会計における収入決算額から支出決算額を差し引いた収支差引額は198億円となっている。

表 12 収支状況の推移

（単位：億円）

	収入決算額	支出決算額	収支差引額
H28	16,090	15,725	365
H29	15,748	15,305	443
H30	13,751	13,553	198

※国民健康保険事業状況（東京都）より作成

## (2) 法定外一般会計繰入等の状況

- 区市町村では、被保険者の負担軽減及び保険料(税)の未収額補填等のため、一般会計から法定外繰入を行うことで、財政の均衡を図っている。
- 形式収支が黒字であっても、決算補填等を目的とした法定外一般会計繰入を行っている区市町村が、平成30年度は59区市町村となっている。
- 区市町村における平成30年度の法定外一般会計繰入金の合計額は、約646億円である。区市町村の国保特別会計の歳入に占める法定外一般会計繰入金の割合は、都全体で4.7%に及んでおり、全国の合計約1,910億円、1.4%と比較し、高い水準となっている。
- また、平成30年度の予算が不足し、令和元年度予算から繰上充用を行った区市町村はない。
- 被保険者の負担軽減等のため、一般会計から法定外繰入を行う一方で、平成30年度の被保険者一人当たりの所得に対する保険料(税)負担率については、全国平均の10.0%に対し、都平均は8.3%となっている。
- なお、全国共通に保険料水準を比較するための指数の一つである「標準化指数」(平成29年度)では、全国を1.000とした場合、都は0.916、特別区は0.978、市部は0.727、町村部は0.661となっている。

表13 法定外一般会計繰入の状況(平成30年度)

項目	決算補填等目的分計			決算補填等以外の 目的分計(注4)	一般会計繰入金 (法定外)合計		
	決算補填目的のもの (注1)	保険者の政策によるもの (注2)	過年度の赤字によるもの (注3)				
全国	金額(億円)	49	1,052	156	1,258	653	1,910
	割合	2.6%	55.1%	8.2%	65.9%	34.2%	
東京都	金額(億円)	27	511	36	574	72	646
	割合	4.2%	79.1%	5.6%	88.9%	11.1%	

(注1) 保険料の収納不足のため、高額療養費貸付金

(注2) 保険料(税)の負担緩和を図るため、地方単独事業の保険料(税)の軽減額、任意給付費に充てるため

(注3) 累積赤字補填のため、公債費、借入金利息

(注4) 保険料(税)の減免額に充てるため、地方単独事業の医療給付費波及増等、保健事業費に充てるため、直営診療施設に充てるため  
納税報奨金(納付組織交付金)等、基金積立、返済金、その他

(注5) 端数の関係上、合計が一致しない場合がある。

※国民健康保険実施状況報告(厚生労働省)より作成

表 14 歳入に占める法定外一般会計繰入金の割合の推移

	東京都			
	特別区	市	町村	
H28	6.2%	5.9%	7.0%	7.5%
H29	4.6%	3.9%	6.3%	5.4%
H30	4.7%	3.7%	6.9%	6.6%

※国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

表 15① 被保険者一人当たり所得に対する保険料（税）負担率

	一人当たり額 (A)	都道府県別一人当たり 保険料(税)調定額 (B)	負担率 (B/A)
全国平均	877千円	87,625円	10.0%
東京都	1,234千円	102,549円	8.3%

※国民健康保険実態調査及び国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

表 15② 標準化指数

	東京都		
	特別区	市	町村
0.916	0.978	0.727	0.661

※平成 29 年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析（厚生労働省）より作成

<標準化指数とは>

- 平均所得者の保険料の応益割と応能割の比率で応益割指数と応能割指数を加重平均したもの。
- 平均所得者の保険料水準を示す指標

$$\text{標準化指数} = \frac{\text{当該保険者の応能割率} \times \text{全国平均一人当たり旧ただし書所得} + \text{当該保険者の応益割額}}{\text{全国平均応能割率} \times \text{全国平均一人当たり旧ただし書所得} + \text{全国平均応益割額}}$$

## 4 医療費と財政の将来の見通し

### (1) 医療費の状況

- 国民健康保険は、被保険者の高齢化が進み、世帯主に占める無職者の割合が高い状況の中で運営されている。一人当たり医療費が毎年度上昇している中で、一人当たり所得も今後大幅な伸びは期待できない。加えて都内においては、収納率について上昇の兆しはある

- ものの、依然低い水準である。このため、国保財政において一般会計からの法定外繰入により決算補填を行っている区市町村が多い。
- 今後も医療技術の高度化と被保険者の高齢化により、医療費はさらに増嵩すると考えられ、被保険者の健康づくり等、医療費適正化の取組がますます重要となる。

表 16 現年分収納率の推移

	H26	H27	H28	H29	H30
全国	90.95%	91.45%	91.92%	92.45%	92.85%
東京都	86.74%	87.44%	87.63%	88.02%	88.55%
(全国との差)	▲ 4.21%pt	▲ 4.01%pt	▲ 4.29%pt	▲ 4.43%pt	▲ 4.30%pt
特別区	85.00%	85.73%	85.89%	86.30%	86.83%
市	91.83%	92.48%	92.70%	93.27%	93.82%
町村	93.01%	93.36%	93.63%	94.20%	94.02%

※全国：国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

東京都：国民健康保険事業状況（東京都）より作成

## (2) 医療費の将来の見通し

本運営方針の対象期間である令和3年度から令和5年度に加え、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる令和7年度における医療費の見通しは以下のとおりである。

### ア 推計医療費

区分	R3	R4	R5	R7
ア 未就学児 (0～6歳)	145億円	149億円	152億円	160億円
イ 未就学児・高齢受給者以外 (7～69歳)	6,042億円	5,938億円	5,836億円	5,637億円
ウ 高齢受給者 (70～74歳)	3,394億円	3,264億円	3,139億円	2,902億円
合計	9,581億円	9,351億円	9,127億円	8,699億円

### イ 一人当たり推計医療費

区分	R3	R4	R5	R7
ア 未就学児 (0～6歳)	232千円	240千円	249千円	266千円
イ 未就学児・高齢受給者以外 (7～69歳)	284千円	292千円	301千円	318千円
ウ 高齢受給者 (70～74歳)	593千円	596千円	598千円	602千円
合計	347千円	354千円	361千円	376千円

### <推計医療費について>

- 医療費は、国保被保険者数の動向、診療報酬改定等により影響を受けるものであり、本推計は一定の前提条件の下で推計した参考値である。

### <推計医療費の算出方法>

- 以下の年齢区分ごとの「推計年度（n年度）の被保険者数 ①」にそれぞれの「n年度の一人当たり医療費 ②」を乗じて得た推計医療費を合算

ア 未就学児

イ 未就学児・高齢受給者以外（7歳～69歳）

ウ 高齢受給者（70歳～74歳）

#### ① 推計年度（n年度）の被保険者数の算出方法

- ・ 令和3年度の被保険者数は、令和3年度の国民健康保険事業費納付金等の算定における被保険者推計数と整合を図っている。

（令和3年度の被保険者数＝令和2年度被保険者推計数（見込み）×令和元年度被保険者数（実績）から令和2年度被保険者推計数（見込み）の伸び率（推計））

- ・ 令和4年度以降（n年度）の被保険者数は以下の式により算出

（n年度の都の推計人口）i ×（国保加入率）ii

i n年度の都の推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所による『5歳階級推計人口』を基に年度ごとに推計

ii 国保加入率は、年齢区分ごとの令和3年度の被保険者推計数を、令和3年度の推計人口で除して得た割合を固定して使用し、イ 未就学児・高齢受給者以外（7歳～69歳）の年齢区分については、今後の社会保険適用拡大等の変動要因を考慮して独自に補正

#### ② n年度の一人当たり医療費の算出方法

n年度の一人当たり医療費＝（令和2年度の一人当たり医療費（見込み））×（伸び率）iii

iii 一人当たり医療費の伸び率は、平成30年度一人当たり医療費（実績）から令和2年度国民健康保険事業費納付金等の算定に用いた令和2年度一人当たり医療費（見込み）までの2か年の伸び率を単年度換算した伸び率を1年度当たりの伸び率として使用

※ 推計に使用したデータ

・ 東京都国民健康保険事業状況

・ 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（平成30年推計）』

## 5 財政収支の改善に係る基本的な考え方

- 区市町村の国保財政において必要となる費用は、原則として法定の公費負担と保険料（税）で賄うこととされており、これらの収支が均衡していることが重要である。よって、本来は、支出が増えた場合には、それを賄う保険料（税）収入を確保することが必要であるが、現状では一般会計からの法定外繰入により収支の差を埋めることで均衡を図っている区市町村が多い。

- 一般会計からの法定外繰入を行うことは、給付と負担の関係が不明



確となるほか、国保加入者以外の住民にも負担を求めることになる。

- このため、決算補填等を目的とする法定外一般会計繰入等の解消・削減すべき赤字について、計画的・段階的な解消が図られるよう取り組む必要がある。

## 6 赤字解消・削減の取組

### (1) 解消・削減すべき「赤字」

- 解消・削減すべき赤字は、「決算補填等目的の法定外一般会計繰入金金額」と「繰上充用金の増加額」の合計額とする。
- 法定外一般会計繰入金のうち、決算補填等以外の目的のものは、解消・削減の対象から除外する。

決算補填等目的	決算補填等以外の目的
(決算補填目的のもの)	⑧保険料(税)の減免額に充てるため
①保険料の収納不足のため	⑨地方単独事業の医療給付費波及増等
②高額療養費貸付金	⑩保健事業費に充てるため
(保険者の政策によるもの)	⑪直営診療施設に充てるため
③保険料(税)の負担緩和を図るため	⑫納税報奨金(納付組織交付金)等
④地方単独の保険料(税)の軽減額	⑬基金積立
⑤任意給付費に充てるため	⑭返済金
(過年度の赤字によるもの)	⑮その他
⑥累積赤字補填のため	
⑦公債費、借入金利息	

### (2) 削減目標

- 解消・削減すべき赤字については、原則として早期に解消・削減を図ることが望ましいものであるが、決算補填等を目的とする法定外一般会計繰入金的大幅な削減を行った場合、急激な保険料(税)率引上げが必要となり、被保険者に大きな影響を与えることになる。したがって、区市町村それぞれの状況等を勘案し、医療費適正化や収納率向上の取組を進めるとともに、計画的に保険料(税)率の見直しを図る必要がある。
- そのため、赤字区市町村(6(1)に記載する赤字が発生している区市町村)については、「区市町村国保財政健全化計画」に基づき、計画的に赤字を解消するものとする。

### (3) 解消・削減に向けた対応

- 都は、赤字区市町村とともに、解消・削減すべき赤字の要因分析や必要な対策の整理を行う。各区市町村は、分析結果を踏まえ、赤字解消の目標年次を定めた上で、健康づくりなどの保健事業や医療

費適正化、収納率向上の取組、適正な保険料（税）率の設定等、計画に定めた赤字削減に向けた具体的な取組を実施していく。

- 都は、医療費適正化のため、区市町村とともに、糖尿病性腎症重症化予防の取組や後発医薬品の普及について東京都医師会等関係機関と連携して取り組む等、都の役割を積極的に果たしていくほか、区市町村の取組状況を把握し、解消・削減すべき赤字の額、要因等の分析方法等、必要な助言を行っていく。また、「区市町村国保財政健全化計画」の公表（見える化）を行う。

## 7 財政安定化基金の設置・運用

国保事業の財政の安定化のため、給付増や区市町村における保険料（税）収納不足により財源不足となった場合に、一般財源からの補填等を行う必要がないよう、区市町村への貸付等を行うことを目的とした東京都国民健康保険財政安定化基金（以下「基金」という。）を設置する。

### （1）貸付について

- 保険料（税）収納額の低下により財源不足となった場合に、貸付を受けようとする区市町村の申請に基づき、都が貸付額を決定する。
- 貸付を受けた区市町村は、原則、貸付を受けた翌々年度から3年間で償還する。

### （2）交付について

- 区市町村への交付については、災害、景気変動などの特別な事情が生じた場合に、交付を受けようとする区市町村からの申請に基づき行う。なお、交付額は交付を受けようとする区市町村における財源不足額のうち保険料（税）収納不足額の1/2を上限とする。
- また、基金の交付を行った場合は、国、都及び当該交付を受けた区市町村が、1/3ずつ交付額の補填を行う。

### （3）取崩しについて

保険給付費が増大したことにより都において財源不足となった場合に、財源不足額について基金を取り崩し、都特別会計への繰入を行う。その場合、都は、取崩しを行った翌々年度以降、国民健康保険事業費納付金（以下「納付金」という。）に含めて区市町村から徴収し、基金に繰り入れる。

## 第4章 区市町村における保険料（税）の標準的な算定方法に関する事項

### 1 保険料（税）の概要

#### (1) 保険料（税）の賦課状況

- 国保事業に要する費用を賄う方法としては、法を根拠とする保険料と地方税法(昭和25年法律第226号)を根拠とする保険税の2種類の徴収方法が認められている。
- 都では、特別区、立川市及び西東京市の25区市においては保険料として、その他の37市町村においては保険税として賦課している。

#### (2) 保険料（税）の賦課方式

- 保険料（税）の基礎賦課算定方式については、賦課すべき総額を所得割、被保険者均等割によって按分する「二方式」、所得割、被保険者均等割、世帯別平等割によって按分する「三方式」、所得割、資産割、被保険者均等割、世帯別平等割によって按分する「四方式」のいずれかによることとされている。
- 都では、54区市町村が「二方式」を、1市が「三方式」を、7町村が「四方式」を採用している（令和2年度）。

#### (3) 応能割と応益割の賦課割合

- 保険料（税）は、被保険者世帯の負担能力（資力）に応じて賦課する応能割と被保険者世帯の受益（人数等）に応じて賦課する応益割で構成される。
- 区市町村の平成30年度の賦課割合は応能割：応益割＝59.3：40.7と応能割が高くなっている。

表17 賦課状況における区市町村の標準割合（一般医療分）（平成30年度）

(単位：%)

	応能割			応益割		
		所得割	資産割		被保険者均等割	世帯別平等割
東京都	59.3%	59.3%	0.0%	40.7%	40.6%	0.1%
特別区	59.5%	59.5%	0.0%	40.5%	40.5%	0.0%
市	58.7%	58.7%	0.0%	41.3%	41.1%	0.2%
町村	58.4%	55.3%	3.1%	41.6%	35.6%	6.0%

※国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

#### (4) 賦課限度額の設定状況

保険料（税）については、法に基づき政令に定める額（以下「法定

額」という。)を上限として、賦課限度額を定めることとされており、多くの区市町村は法定額と同額の賦課限度額を設定しているが、法定額を下回る額を設定している区市町村もある。

表 18 賦課限度額の設定状況（令和 2 年度）

区分	法定額	法定額と同額の 区市町村数	法定額と異なる区市町村数		
			法定額との差 2万円以内	法定額との差 5万円	法定額との差 6万円以上
医療給付費分	63万円	52	8	2	0
後期高齢者支援分	19万円	62	0	0	0
介護納付金分	17万円	52	10	0	0

※国民健康保険料（税）等の調査より作成

#### （5）保険料（税）の現状

特別区の保険料は、（別紙 1）「令和 2 年度特別区国民健康保険料一覧表」、市町村の保険料（税）は、（別紙 2）「令和 2 年度国民健康保険税（料）率等の状況（市町村）」のとおりである。

#### （6）一人当たりの保険料（税）

##### ア 全国との比較

都内の一人当たり保険料（税）は年々増加しており、平成 26 年度は 89,618 円であったが、平成 30 年度では 102,557 円と 12,939 円の増となっている。平成 30 年度における全国との比較では、14,789 円上回っている。

##### イ 都内保険者の比較

- 一人当たりの保険料（税）（平成 30 年度現年分、全被保険者分（介護分を除く。))で比較すると、最も高い千代田区で 147,237 円、最も低い檜原村で 57,725 円と、2.6 倍の開きがある。
- 令和 2 年度の各区市町村の料（税）率に基づき、夫婦 2 人・子供 2 人世帯、旧ただし書き所得 250 万円（配偶者年収 0 円）の保険料（税）を計算すると、最も高い江戸川区で 47.5 万円、最も低い御蔵島村で 16.5 万円と、2.87 倍の開きがある。
- また、単身世帯、旧ただし書き所得 0 万円（固定資産税 0 円、7 割軽減世帯）では、最も高い青ヶ島村で 2.0 万円、最も低い御蔵島村で 0.8 万円と、2.64 倍の開きがある。

表 19 一人当たり保険料（税）の推移

	全国	東京都						
			特別区	市	町村	最高	最低	格差
H26	84,871円	89,618円	96,921円	73,394円	63,945円	132,328円 (千代田区)	38,463円 (三宅村)	3.4倍
H27	84,053円	90,381円	98,110円	73,187円	65,396円	133,393円 (千代田区)	40,912円 (三宅村)	3.3倍
H28	86,369円	95,224円	102,973円	78,041円	67,640円	139,794円 (千代田区)	50,418円 (御蔵島村)	2.8倍
H29	87,535円	99,116円	108,359円	78,622円	69,297円	144,152円 (千代田区)	56,956円 (檜原村)	2.5倍
H30	87,768円	102,557円	112,178円	81,258円	72,719円	147,237円 (千代田区)	57,725円 (檜原村)	2.6倍

※全国：国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

東京都：国民健康保険事業状況（東京都）より作成

表 20 モデル世帯における保険料（税）の状況（令和2年度）

夫婦2人・子供2人世帯 の場合			単身世帯の場合		
順位	保険者名	保険料(税)	順位	保険者名	保険料(税)
1	江戸川区	474,800円	1	青ヶ島村	19,800円
2	特別区	446,950円	2	神津島村	17,100円
22	中野区	440,300円	3	江戸川区	16,560円
⋮			⋮		
60	利島村	235,250円	60	利島村	8,400円
61	小笠原村	229,400円	61	檜原村	8,100円
62	御蔵島村	165,250円	62	御蔵島村	7,500円

※特別区（千代田区、中野区、江戸川区を除く。）は、統一保険料方式を採用しているため、

保険料額は同額となる。

※介護分を除く。

※令和2年度国民健康保険料（税）等の調査より作成

表 21 医療分の保険料（税）の状況（令和2年度）

最大/最小		応能割(%)		応益割(円)		最大/最小 の格差
		所得割	資産割	均等割	世帯割	
所得割	江戸川区	7.80	-	42,000	-	2.8倍
	利島村	2.81	-	16,000	-	
均等割	江戸川区	7.80	-	42,000	-	5.4倍
	小笠原村	4.50	35.00	7,800	18,600	
世帯割	青ヶ島村	5.00	65.00	23,000	23,000	2.9倍
	御蔵島村	3.00	39.50	8,300	8,000	
賦課金額に占める割合(都平均)		59.3%	0.0%	40.6%	0.1%	

※令和2年度国民健康保険料（税）等の調査より作成

※端数の関係上、合計が一致しない場合がある。

表 22 地域（保険者）間における格差の状況（平成 30 年度）

		都平均	最大		最小		格差
1人当たりの医療費(円)		322,028	奥多摩町	423,836	小笠原村	210,819	2.0倍
1人当たりの所得額(千円)		1,061	千代田区	2,349	八丈町	653	3.6倍
1人当たりの保険料(円)		102,557	千代田区	147,237	檜原村	57,725	2.6倍
現年分保険料(税)収納率		88.55%	利島村、青ヶ島村	100.00%	御蔵島村	80.78%	
構造	人口に占める国保加入率	21.7%	神津島村	46.1%	千代田区	16.6%	
	前期高齢者の国保加入率	65.9%	御蔵島村	91.4%	千代田区	51.5%	
	国保加入者に占める前期高齢者の割合	33.2%	奥多摩町	55.0%	小笠原村	19.5%	

※国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

## 2 納付金及び標準保険料率の基本的な考え方

- 都は、区市町村の医療給付費、後期高齢者支援金、介護納付金等を全額支払う役割を担う。その財源として、国や都の法定の公費負担等を充てるほか、各区市町村の医療費水準や被保険者の所得水準により区市町村ごとの納付金を算定し、徴収する。あわせて、納付金を納めるために必要な標準保険料率を示す。
- 納付金の仕組みにおいては、年齢調整後の医療費水準や収納率が同じであれば同じ保険料水準になる仕組みとなっており、医療費適正化や収納率向上を推進していく中で、将来的には保険料水準の平準化を目指していく。
- 区市町村においては、医療費水準や保険料（税）収納率の差異があるため、直ちに統一の保険料水準を目指すことは困難である。
- まずは、納付金の算定に医療費水準を反映させ、標準保険料率算定においては、各区市町村の実態を踏まえた収納率を反映させる。
- 今後、保険者努力支援制度を活用しながら、医療費適正化や収納率向上を推進していくとともに、保険料水準の平準化を図っていく。具体的には、第一段階として、納付金算定において医療費水準等を反映せず、各区市町村の所得水準と被保険者数のみを用いることとすることを目指す。具体的な目標年次等は、今後区市町村との間で丁寧に議論を進めていく。

## 3 納付金の算定方法

各区市町村の納付金算定に当たっては、都全体の医療給付費等の見込み額から国庫負担金などの公費等の見込み額を差し引き、都全体で必要となる納付金の総額を算出し、区市町村の医療費水準及び被保険者の所得水準に応じて納付金を按分する。

#### 【納付金額算定の数式】

区市町村の納付金の額

= (都全体での必要総額)

$\times \{ \alpha \times (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1) + 1 \}$

$\times \{ \beta \times (\text{所得のシェア}) + 1 \times (\text{被保険者数のシェア}) \} \div (1 + \beta)$

$\times \gamma$

※ 医療費指数反映係数  $\alpha$  は医療費指数をどの程度反映させるかを調整する係数であり、 $\alpha = 1$  の時、医療費指数を納付金の配分に全て反映させ

$\alpha = 0$  の時、医療費指数を納付金の配分に全く反映させない。

※ 所得係数  $\beta$  は所得のシェアをどの程度納付金の配分に反映させるかを調整する係数であり、全国平均と比較した都道府県の所得水準に応じて設定する。

※ 調整係数  $\gamma$  は各区市町村の納付金基礎額の総額を都道府県の総額に合わせるための調整係数である。

算定に必要な医療費水準や所得水準の反映に係る係数等は以下のとおりとする。

#### (1) 医療費水準による調整

- 都道府県内において、区市町村間の医療費水準に差異がある場合には、医療費水準に見合わない保険料負担とならないよう、各区市町村の医療費指数を納付金に反映させることが考えられるとされている。
- 都においては、区市町村の医療費水準の差異が 1.47 倍（平成 28 年度から平成 30 年度の 3 か年平均）となっていることから、当面の間は、医療費指数反映係数  $\alpha$  は 1 とし、年齢調整後の医療費指数を全て反映させる。
- なお、医療費水準は、高齢者の割合が多いなどの年齢構成の差異が影響するため、納付金の算定において医療費指数を反映させる場合には、年齢構成の差異を調整した医療費指数を用いることとされている。

#### (2) 所得水準の調整

- 医療費水準及び収納率が同じ場合であっても、所得水準により徴収できる保険料（税）には違いが生じるため、所得水準に応じた納付金を按分する必要がある。
- 都道府県の所得水準の平均が全国平均より高い場合、所得水準の低い区市町村に過度な応益割分の納付金負担を課さないよう、所得水準に応じて、納付金の応能分の割合を大きくすることが原則とされている。

- 都は、全国平均と比べ所得水準が高いことから、所得水準の低い区市町村に過度な応益割を課さないよう、所得係数 $\beta$ は、原則どおり、都の所得水準に応じた値とする。

### (3) 賦課限度額

- 所得水準の調整を行う際に用いる各区市町村の所得総額は、各被保険者の世帯の旧ただし書き所得の総額から、推計により賦課限度額を超える所得を控除した金額を用いる。
- 賦課限度額については、政令に定める賦課限度額まで引き上げることにより、中間所得者層の負担に配慮した保険料（税）率の設定が可能となること、また、多くの区市町村では、賦課限度額を政令に定める額に設定していることから、都においては、独自の賦課限度額の設定は行わず、国が定める賦課限度額を用いる。

### (4) 激変緩和措置

納付金の仕組みの導入によって、個々の区市町村において、「各区市町村が集めるべき一人当たり保険料（税）額」が急激に上昇することがないように、以下の考え方により激変緩和を行う。

#### ア 納付金算定方法の設定

納付金算定において、激変が生じにくい医療費指数反映係数 $\alpha$ や所得係数 $\beta$ を用いることも可能とされているが、都道府県ごとに一つの計算式を用いることとされており、個別の区市町村の激変緩和には対応できないため、激変緩和のための $\alpha$ 及び $\beta$ の設定は行わない。

#### イ 都繰入金による激変緩和措置

- 区市町村の状況に応じ、都が国保財政の安定化及び区市町村の財政状況その他の事情に応じた財政の調整を行うために特別会計に繰り入れる繰入金の一部を活用した激変緩和措置を実施する。
- 「各区市町村の被保険者一人当たり納付金」が制度改革前（平成28年度）と比較して一定割合を超えて増加する区市町村を激変緩和の対象とし、一定割合を超えた分について都繰入金を交付する。

激変緩和措置の基準となる一定割合については、「平成28年度の被保険者一人当たり納付金相当額」と比較した都平均の伸び率に1%（1年当たり）を加えた割合とする。

- なお、制度改革後一定期間は、国において追加の激変緩和のための暫定措置を行うこととしているため、この間は、都繰入金に



先立ち当該暫定措置を活用する。

#### ウ 特例基金の活用

- 都繰入金の総額は、都内の医療給付費等の9%と定められている。
- 激変緩和のために都繰入金の一部を使用すると、その分、納付金総額から減算する都繰入金（定率分）の額が減少し、激変緩和の対象とならない区市町村の納付金を増加させることとなる。それを補填するために、基金の一部として設置する特例基金を活用することとする。期間は令和5年度までとし、各年度間における各区市町村の保険料水準の変化を少なくするよう、予算の範囲内において活用することとする。

### 4 標準的な保険料（税）算定方式

- 区市町村が保険料（税）率を定める際に必要となる事項の標準を、以下のとおり定めるとともに、当該標準設定に基づき、区市町村の標準保険料率を算定する。
- 都道府県が区市町村ごとの標準保険料率を示すことにより、標準的な住民負担の「見える化」を図ることとされている。
- また、全国一律の算定方法により、都道府県内全ての区市町村の保険料（税）率の標準的な水準である「都道府県標準保険料率」を示すことにより、都道府県間の住民負担の「見える化」を図ることとされている。
- なお、現在特別区では一部の区を除き、統一保険料方式を採っているが、前述のとおり、都道府県は区市町村ごとの標準保険料率を算定することとされているため、都は各区の標準保険料率を算定する。

#### (1) 標準的な保険料（税）算定方式

- 都道府県標準保険料率の算定においては、都道府県間の保険料（税）の比較を行うことが可能な「二方式」を用いることとされている。
- 区市町村標準保険料率の算定方式については、区市町村において採用されている方式を勘案し、「二方式」とする。
- なお、都が定める標準的な算定方式による標準保険料率とは別に、各区市町村の算定方式による標準保険料率を参考として示すこととする。

#### (2) 応能割と応益割の賦課割合

各区市町村の納付金は、応能分として集める割合を都の所得係数に

応じて配分することとしている。区市町村標準保険料率の算定においても、各区市町村の所得水準を反映して、各区市町村の応能割と応益割を算定する。

### (3) 標準的な収納率

- 標準的な収納率は、各区市町村が納付金を納めるために必要となる標準保険料率を算定する基礎となる値である。実態よりも大幅に高い収納率を基に標準保険料率を算定した場合には、その分、標準保険料率が引き下がり、その標準保険料率を参考にした区市町村は、必要な保険料(税)収入を集めることができなくなるおそれがある。
- このため、標準的な収納率の設定に当たっては、区市町村の実態を踏まえた値とする必要がある。
- 標準的な収納率については、なるべく区市町村の実態を反映させるため、区市町村ごとに直近の収納率の実績を用いて毎年度設定することとする。

## 第5章 区市町村における保険料(税)の徴収の適正な実施に関する事項

### 1 区市町村の状況

#### (1) 保険料(税)の収納の現況

- 都における平成30年度現年分保険料(税)の収納率は88.55%と、平成29年度(88.02%)に比べ改善され、8年連続で上昇したものの、平成30年度全国平均収納率(92.85%)と比較すると、依然として低い。
- 区市町村別では、最も高い利島村、青ヶ島村(100.00%)と、最も低い御蔵島村(80.78%)との間で約19.22ポイントの差が生じている。また、特別区の平均収納率(86.83%)と、市町村の平均収納率(93.82%)との間で約7.0ポイントの差が生じている。
- 都内の被保険者は、一般的に収納率が低い傾向にある若年層が多いことに加え、収入が不安定な非正規雇用の被用者の割合が高い、被保険者の異動率、転出入率が高い、短期留学生等の外国人が多いといった大都市の特性があり、被保険者の資格管理や所得捕捉、収納率の確保が難しいといった課題がある。

表23 世帯主の年齢階級別保険料(税)収納率(全国)

年齢階級	～24歳	25～ 34歳	35～ 44歳	45～ 54歳	55～ 64歳	65～ 74歳	合計
収納率	65.2%	76.2%	84.2%	86.5%	92.0%	97.7%	93.2%

※国民健康保険実態調査(厚生労働省保険局)より作成

平成30年9月末現在の国保世帯における平成29年度保険料(税)収納率の集計

表 16（再掲） 現年分収納率の推移

	H26	H27	H28	H29	H30
全国	90.95%	91.45%	91.92%	92.45%	92.85%
東京都	86.74%	87.44%	87.63%	88.02%	88.55%
(全国との差)	▲ 4.21%pt	▲ 4.01%pt	▲ 4.29%pt	▲ 4.43%pt	▲ 4.30%pt
特別区	85.00%	85.73%	85.89%	86.30%	86.83%
市	91.83%	92.48%	92.70%	93.27%	93.82%
町村	93.01%	93.36%	93.63%	94.20%	94.02%

※全国：国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

東京都：国民健康保険事業状況（東京都）より作成

## （２）滞納世帯等の状況

令和元年 6 月 1 日現在の滞納世帯数は約 47 万世帯となっており、国保の加入世帯数約 213 万世帯に対する割合は 22.3%となっている。

表 24 滞納世帯等の状況（滞納世帯数・割合、資格証・短期証交付世帯数）（東京都）

		H26	H27	H28	H29	H30
国保加入世帯数		2,454,154	2,305,631	2,246,742	2,185,514	2,131,616
滞納世帯数		528,073	505,741	503,998	487,424	474,881
滞納世帯割合 (%)		21.5%	21.9%	22.4%	22.3%	22.3%
資格証	保険者数	42	42	42	39	40
	交付世帯数	23,045	24,332	21,461	24,281	18,462
短期証	保険者数	57	58	59	59	59
	交付世帯数	78,996	99,183	60,036	74,076	41,843

※予算関係資料（厚生労働省）より作成（資格証・短期証の数は、翌年 6 月 1 日現在）

## （３）収納対策の状況

- 収納対策に関する要綱については、36 区市町村が策定している。
- 口座振替については全区市町村で実施されている一方、新たな取組であるマルチペイメントネットワークシステムを利用した口座振替の推進を実施している区市町村は 34 区市町村である。区市町村は、地域の実情を鑑みながら、多様な納付方法を導入し納付環境を整備することで、被保険者の利便性を高めていく必要がある。
- また、保険料（税）の口座振替による収納率は 96.75%と極めて高いことから、各区市町村においては、特に新規に加入手続を行う際に、被保険者に積極的に勧奨を行うことで、口座振替割合の向上を図っていく必要がある。

表 25 収納率向上対策別の実施状況（平成 30 年度）

項目	保険者数
(1) 要綱(緊急プラン、収納マニュアル等含む)の作成	36
(2) 収納体制の強化	
・コールセンターの設置(電話勧奨部門の設置)	28
・税の専門家の配置(嘱託等含む)	24
・収納対策研修の実施	36
・連合会に設置した収納率向上アドバイザーの活用	1
(3) 徴収方法改善等の実施状況	
・口座振替の原則化	13
①条例(施行規則等)で規定	7
②要綱(マニュアル等)の中に明記	5
③その他の方法	3
・マルチペイメントネットワークシステムを利用した口座振替の推進	34
・コンビニ収納	51
・ペイジーによる納付方法の多様化(簡素化)	11
・クレジットカードによる決済	16
・多重債務相談の実施	14
(4) 滞納処分の実施状況	
・財産調査の実施	59
・差押えの実施	55
・搜索の実施	33
・インターネット公売の活用	25
・タイヤロックの実施	26

※国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）より抜粋

表 26 収納体制取組状況（口座振替率、普通徴収、特別徴収の割合等（平成 30 年度））

	納付組織				口座振替			
	世帯数	調定額 (千円)	収納額 (千円)	収納率 (%)	世帯数	調定額 (百万円)	収納額 (百万円)	収納率 (%)
東京都	76	9,601	8,673	90.34	690,756	138,271	133,782	96.75
特別区	-	-	-	-	506,954	108,782	105,217	96.72
市	-	-	-	-	178,907	28,738	27,844	96.89
町村	76	9,601	8,673	90.34	4,895	751	721	96.00

※納付組織は新島村にのみ1組織あり

	特別徴収(年金天引き)				自主納付			
	世帯数	調定額 (百万円)	収納額 (百万円)	収納率 (%)	世帯数	調定額 (百万円)	収納額 (百万円)	収納率 (%)
東京都	205,953	15,756	15,729	99.83	1,371,625	190,221	125,184	65.81
特別区	110,302	8,235	8,208	99.66	1,000,272	142,632	89,468	62.73
市	92,499	7,265	7,265	100.00	363,773	46,572	34,946	75.04
町村	3,152	256	256	100.00	7,580	1,017	770	75.66

※国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）より作成

## 2 目標収納率

収納率向上対策の促進を図るため、次のとおり区市町村別に前年度の現年分収納率実績に対する伸び率を目標に設定する。

なお、既に現年分収納率が高い区市町村は伸び率が小さくなる傾向にあることを踏まえ、目標設定する伸び率の幅は現年分収納率の高さに応じて傾斜させる。

前年度実績	目標収納率		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
85%未満	令和2年度+1.50pp	令和3年度+1.50pp	令和4年度+1.50pp
85%以上 90%未満	令和2年度+1.00pp	令和3年度+1.00pp	令和4年度+1.00pp
90%以上 95%未満	令和2年度+0.50pp	令和3年度+0.50pp	令和4年度+0.50pp
95%以上 97%未満	令和2年度+0.10pp	令和3年度+0.10pp	令和4年度+0.10pp
97%以上 100%以下	令和2年度実績を維持	令和3年度実績を維持	令和4年度実績を維持

### 3 収納率向上対策の推進

#### (1) 区市町村の取組

国民健康保険制度は被保険者間の相互扶助による社会保険制度であり、制度を維持していく上でも、また被保険者間の負担の公平性の確保の観点からも、財源となる保険料(税)の収納確保は重要である。

そのため、区市町村は、引き続き保険料(税)の納付環境整備による被保険者の利便性向上等に取り組む。

また、保険料(税)が滞納となった場合には、滞納者に対し督促や催告を行うほか、納付相談により生活状況を把握し、必要に応じて保険料(税)の分割納付を案内するなど、きめ細かく対応する。その上で、財産調査の結果、財産があるにもかかわらず保険料(税)を納付しない場合には、法令に基づき滞納処分を行うとともに、滞納処分を執行できる財産がない場合には、執行停止を適切に行う。

収納率が低く収納不足が生じている区市町村は、収納率が低い要因(滞納状況、口座振替実施率、人員体制等)を分析し、必要な対策について整理するほか、都の示す収納率向上対策を活用することなどにより、収納率向上に取り組む。

#### (2) 都の取組

都は、区市町村が(1)の取組を推進できるよう、区市町村ごとの徴収に係る組織体制や取組状況を踏まえた助言・指導を行うとともに、担当職員の人材育成等を支援する。

##### ア 研修内容の充実・体系化

収納対策に携わる職員が、徴収業務の基礎的知識や実践的知識を習得するため、東京都国民健康保険団体連合会(以下「東京都国保連合会」という。)と連携を図り体系的な研修体制を構築し人材育

成の充実強化を図る。

イ 徴収指導員による実地支援の充実

都の徴収指導員が区市町村へ出向き、区市町村ごとの収納対策の課題に応じた個別指導を行い、実践的な技術的指導や徴収体制の整備等について支援する。特に収納率が低い区部に対しては、区ごとに収納率が低い要因を分析するとともに継続的に実地による指導を行い、支援体制の強化を図る。

ウ 都繰入金による財政支援

(ア) 収納率向上の効果が見込まれる事業に対して、事業費を交付し、区市町村の新たな取組を支援する。

(イ) 収納率目標の達成に資する取組及び収納率等の実績に応じた交付を行い、収納対策に係る区市町村の取組を支援する。

エ 指導検査による指導・助言

実地での指導検査において、収納率向上対策を重点事項として設定し、収納率が低い区市町村に対し、指導・助言を実施する。

また、収納率が前年度よりも大きく低下した区市町村、又は目標収納率を大きく下回っている区市町村に対しては、特別指導検査を実施し、当該区市町村の実態を踏まえた助言等を行う。

なお、助言に当たっては、多数の被保険者を抱えており、収納業務の効率的な実施に向けた体制構築が必要といった、大都市の課題等を踏まえた助言を行うよう努める。

オ 効果的な取組の横展開

徴収体制の一元化や債権管理の徹底（執行停止の推進等）、現年分優先の取組など、収納率向上に効果的な区市町村の取組事例を収集するとともに、他の区市町村へ情報提供を行う。

## 第6章 区市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

### 1 レセプト点検の実施について

#### (1) 区市町村の実施状況

- レセプト点検は、診療報酬等の適切な支払いを確保するとともに、被保険者の受診内容を的確に把握し、適切な処理を行うために必要不可欠であり、区市町村ではレセプト点検員の配置や業者委託などにより、点検業務を行っている。点検体制や点検内容（範囲）は区市町村ごとに異なっている。
- 診療報酬の算定方法等に係る一次点検は審査支払機関である東京都国保連合会が行い、被保険者の資格点検等の二次点検を区市町村が実施している。
- 都における平成30年度のレセプト点検の一人当たり財政効果額

は1,384円で、平成29年度(1,070円)から上昇しており、平成30年度の全国平均(537円)を上回っている。

- 区市町村(島しょ地域を除く。)別では、275円から3,451円と差があるため、区市町村の状況に応じた課題を明確にし、点検の充実強化を図る必要がある。

表27 レセプト「内容点検」一人当たり財政効果額及び効果率の推移

	効果額					効果率				
	東京都				全国平均	東京都				全国平均
	特別区	市	町村			特別区	市	町村		
H28	866円	837円	939円	621円	463円	0.35%	0.35%	0.35%	0.25%	0.16%
H29	1,070円	1,018円	1,189円	1,141円	498円	0.42%	0.41%	0.44%	0.42%	0.17%
H30	1,384円	1,376円	1,395円	1,733円	537円	0.54%	0.55%	0.50%	0.62%	0.18%

※国民健康保険実施状況報告(厚生労働省)より作成

## (2) レセプト点検の充実強化に向けた都の取組

### ア 医療給付専門指導員による取組支援等

- 区市町村のレセプト点検担当者を対象に、担当者の役割や効果的なレセプト点検方法等についての説明会を開催する。
- レセプト点検相談窓口を開設し、区市町村からの相談への対応や、技術的助言を行う。
- レセプト点検意見交換会を実施し、区市町村ごとに実例を持ち寄り、好事例や課題のある事例を共有する。

### イ 都繰入金による財政支援

レセプト点検の財政効果額が上位の区市町村に対して成績に応じた交付金を交付し、区市町村の取組を支援する。

### ウ 指導検査による指導・助言

実地での指導検査において、レセプト点検調査の充実強化を重点事項として設定し、区市町村が定めた目標値についての進行管理や、高額レセプト点検の重点化などの効果的・効率的な点検等について、実情に即した助言等を行う。

また、効果額が低い等、助言が必要な区市町村に対し、特別指導検査を実施する。

## 2 柔道整復師、あんま・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師の施術に係る療養費について

### (1) 区市町村の支給状況

- 平成30年度における柔道整復師、あんま・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師の施術に係る療養費(以下「柔道整復療養費等」)

という。)の区市町村の支給件数は、約 151 万件となっている。このうち、柔道整復療養費の支給件数は約 139 万件となっており、請求の中には、負傷の部位が複数に及ぶ、又は施術期間が長期にわたる等、施術状況の確認が必要なものがある。

- 柔道整復療養費等については、被保険者に対し、保険給付の範囲等について正しい知識の普及を図り、支給の適正化を進めることが重要である。

## (2) 支給の適正化に向けた都の取組

### ア 支給の適正化を進めるための助言・情報提供

都は、疑義のある申請書に係る患者調査や、柔道整復療養費等の施術における保険給付の範囲等について、被保険者の関心を高めるための広報等の実施について区市町村に助言するとともに、講習会の実施や取組の進んでいる区市町村や他県の取組の好事例についての情報提供などを行う。

また、ホームページ等を活用した広報に努めていく。

### イ 都繰入金による財政支援

都繰入金の交付により、区市町村の柔道整復療養費等に関する療養費支給申請書の点検体制の充実強化に関する取組を支援する。

### ウ 不正請求等への対応

区市町村等から柔道整復療養費等に関する不正請求等の疑いについて情報提供を受けたときは、相互に連携を図りつつ、必要に応じて区市町村に対する情報提供を行うほか、開設者、施術管理者、勤務する柔道整復師、あんま・マッサージ・指圧師、はり師及びきゅう師に対しては、受領委任の取扱規程に基づく指導・監査を実施する。

## 3 海外療養費について

### (1) 区市町村の支給状況

- 被保険者の海外渡航中の療養に対する海外療養費の、区市町村の支給件数は、平成 30 年度 3,054 件であり、被保険者数の多い自治体で多くなっている。
- 支給実績の少ない市町村では、翻訳・診療内容審査などの事務処理を行うためのノウハウの蓄積が難しい状況である。

また、多くの区市町村では、東京都国保連合会の共同事務を活用し、事務処理を行っている。



表 28 海外療養費の支給実績の推移

	支給保険者数				支給件数				支給額(千円)			
	東京都				東京都				東京都			
	特別区	市	町村		特別区	市	町村		特別区	市	町村	
H28	50	23	25	2	3,643	2,889	751	3	123,953	103,485	20,390	78
H29	51	23	25	3	3,180	2,547	630	3	113,226	90,201	22,912	113
H30	49	23	25	1	3,054	2,372	679	3	103,761	76,803	26,798	159

※国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）より作成

## （２）支給の適正化に向けた都の取組

翻訳・診療内容審査などの区市町村の事務処理の効率化や不正請求防止の一層の推進を図るため、都は引き続き次の取組を行う。

### ア 海外療養費事務処理等マニュアルの作成

海外療養費の支給事務については、不正請求防止の推進が求められており、都では、海外療養費事務処理等マニュアルを作成し、区市町村の適正な支給に向けた取組を支援していくほか、全国の不正請求事例を区市町村で共有するための情報提供を行っていく。

### イ 委託先事業者の情報提供

区市町村が、新たに業者委託による処理を開始する場合、円滑に事業者が事務を委託できるよう、あらかじめ区市町村の委託先事業者に係る情報を集約し、受託可能な事業者についての情報提供などを行う。

### ウ 支給実績のある医療機関の情報提供

区市町村が、特定の医療機関での受診事例が集中していないかという観点から審査できるよう、区市町村で支給実績のある海外医療機関の情報を集約し提供する。

## 4 第三者行為に係る求償事務

### （１）区市町村の取組状況

- 被保険者が第三者の不法行為（交通事故等）によって負傷又は死亡した場合、区市町村は、保険給付と被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権とを調整し、第三者に対し損害賠償請求する第三者求償事務を行っている。
- この事務は、交通事故に関する判例等の専門的な知識を要する事務であり、多くの区市町村は、東京都国保連合会に求償事務を委託している。
- 平成 28 年度からは、都内全区市町村が一般社団法人日本損害保険協会との間で覚書を締結し、交通事故の加害者又は被害者が任意保険に加入している事案については、損害保険会社が被害者に求め

られる提出書類の作成支援を行うこととなり、書類の早期提出など区市町村の事務負担の軽減が図られている。

表 29 交通事故等に係る第三者求償事務（平成 30 年度）

	都平均	全国平均
被保険者千人当たりの件数	1.01件	1.06件
被保険者千人当たりの金額	30.8万円	51.5万円

※国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）より作成

## （２）取組の強化

- 国の通知により、区市町村には、数値目標を定めた上で計画的に求償事務の取組を進めることが求められている。
- 都は、各区市町村において、第三者行為に関するレセプトの抽出及び被保険者への確認が確実に行われるとともに、数値目標に基づく計画的な求償事務の取組が推進されるよう、全国との比較や保険者努力支援制度の達成状況という観点から助言や好事例の情報提供を行う。
- また、第三者行為による被害に係る直接求償事務の取組強化のため、都、区市町村、東京都国保連合会で、東京都国保連合会における第三者求償に係る受託範囲の見直しを行い、令和元年度から直接求償についても受託の対象としている。

## 5 保険者間調整の普及・促進に関する取組の推進

- 被保険者資格喪失後の受診により発生する返還金の保険者間調整については、被保険者等の負担の軽減及び区市町村における速やかな債権の回収という点を考慮し、国が通知により事務処理の枠組みを示している。この通知に基づき、区市町村が東京都国保連合会に精算業務の一部を委託する等、区市町村の事務の効率化に資する取組が行われている。
- 今後、都は、区市町村における保険者間調整の取組状況を把握するとともに、被用者保険の保険者への協力依頼等、保険者間調整の普及・促進に向けた取組の実施について検討し、実効性のある取組を進めていく。

## 6 高額療養費の多数回該当の取扱い

- 新制度では、都道府県の区域内に住所を有する者が被保険者とされたことから、都内で区市町村をまたがる住所の異動があっても資格取

得・喪失の異動はなく、高額療養費の多数回該当を通算する。

- 多数回該当の通算は、家計の同一性、世帯の連続性を考慮して行うものとされているため、都内で区市町村をまたがる住所異動があった場合には、転入先の区市町村において、転入世帯について前住所地からの世帯の継続性を判定する新たな事務を行う必要がある。
- その判定基準については、原則として以下のとおりとする。
  - 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異動とは、次のいずれかに該当するものとする。
      - i 他の国保加入者を含む世帯と関わらず、当該世帯内の国保被保険者の数が変わらない場合の住所異動
      - ii 他の国保加入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数の増加又は減少を伴う場合の住所異動
    - II 世帯分離、世帯合併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や、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世帯主として主宰していた世帯との継続性を認める。
- なお、区市町村において統一的な運用が行えるよう、想定される基本的な判定事例をまとめた事例集を東京都国保連合会と共同で作成し、周知した。また、レアケースについては都が随時に相談に応じ事例を蓄積し、事例集を更新している。

## 7 都道府県による保険給付の点検、事後調整

保険給付の実施主体は区市町村であるため、レセプト点検は一義的には区市町村が実施すべきものであるが、都は、財政運営の責任主体であることから、法第75条の3から第75条の6までの規定に基づき、広域的・専門的見地から、区市町村が行った保険給付の点検等を実施する。

### (1) 同一医療機関で算定回数が定められている診療行為等

令和元年度から東京都国保連合会へ委託することにより、同一医療機関で算定回数が定められている診療行為等に関して都内他区市町村に転居した場合にも適切な請求がなされているかという観点から、都内で区市町村間異動があった被保険者に係るレセプトの給付点検を実施している。

## (2) 大規模な不正請求事案に係る返還金の徴収等

不正請求事案における保険医療機関等からの不正利得の徴収等の事務のうち、広域的な対応が必要な事務等については、都が一括して対応することにより、より効果的な返還金の徴収等が行われるとともに、区市町村の事務負担の軽減につながることを期待される。

そのため、大規模な不正請求事案に係る返還請求事務における返還金の徴収に関し、都は、法第65条第4項に基づく区市町村からの委託を受けて、不正請求等に係る費用返還を求める等の取組を行うことについて区市町村と協議し、不正利得の回収に係る事務処理規約を制定した。

## 第7章 医療費の適正化の取組に関する事項

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号。以下「健康保険法等改正法」という。）により、都道府県は区市町村が行う保健事業に関して、その適切かつ有効な実施を図るため、必要な支援を行うよう努めなければならないとされた（令和2年4月施行）。

また、加減算双方向での評価指標の導入や予防・健康づくり支援交付金の創設など、令和2年度交付分から保険者努力支援制度が抜本的に強化され、都道府県と区市町村における積極的な事業企画が求められている。

このため、都は、引き続き庁内横断的な連携や、東京都医師会、東京都歯科医師会、東京都薬剤師会などの関係団体との連携を進めるとともに、東京都保険者協議会（以下「保険者協議会」という。）の積極的な活用を図ることにより、都内全体の健康水準の向上や医療費適正化に資する取組を進める。

### 1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の推進

#### (1) 区市町村の策定状況

- 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（平成16年厚生労働省告示第307号）において、保険者は健康・医療情報を活用してP D C A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（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。
- 都におけるデータヘルス計画の策定状況は、令和2年7月1日現在策定済区市町村は56であり、未策定が6町村となっている。
- 区市町村におけるデータヘルス計画の策定支援として、東京都国保連合会が設置した保健事業支援・評価委員会において計画の内容

の確認・評価を実施しており、都も同委員会に参画している。

## (2) 計画の推進に向けた取組

- ① 区市町村に期待される役割
  - 区市町村は、地域の健康課題に対応した計画内容、目標設定となっているか、毎年度、評価を行った上で、必要に応じて、計画に盛り込んだ個別の保健事業の実施内容を見直すなど、PDCAサイクルに沿った事業を展開するとともに、予防・健康づくり支援交付金を積極的に活用した事業の企画実施に取り組む。
  - 第三期データヘルス計画の改定を円滑に行うため、第二期データヘルス計画の最終年度である令和 5 年度において計画の評価を行う。
  - また、未策定の町村については、東京都国保連合会や外部有識者の意見を踏まえながら、積極的に計画策定に取り組む。
- ② 都における取組
  - 都は、東京都国保連合会と連携し、全ての区市町村でデータヘルス計画の策定・見直しを行えるよう支援する。支援に当たっては、外部有識者を区市町村へ派遣し、実地による支援を行う。
  - また、計画の推進に当たっては、国保データベース（KDB）の有効活用や、国民健康保険部門と健康づくり部門とが連携した取組により、生活習慣病の発症予防や重症化予防など取組の充実が図られるよう、保険者努力支援制度の趣旨を踏まえ、予防・健康づくり支援交付金を活用して区市町村の効果的・効率的な事業を推進するとともに、区市町村の先行事例を収集し共有する。
  - 小規模町村が地域の実情に応じて円滑に事業を実施できるよう、事業の企画立案、見直し等に向けて助言、支援を行う。
  - 東京都国保連合会と連携して、保健事業支援・評価委員会において助言等を行う。
  - 保険者協議会等と連携し、効果的な保健事業の事例について共有するなど、区市町村の取組を支援していく。

## 2 特定健康診査・特定保健指導の実施

### (1) 特定健康診査の受診状況

- 特定健康診査（以下「特定健診」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 20 条に基づき、医療保険者に義務づけられたもので、高血圧症や脂質異常症、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着目した健康診査として、40 歳から 74 歳までの加入者を対象に実施するものであ

る。

- 特定健診の実施率は、平成 29 年度実績では全国で 37.2%であるのに対し、都では 44.9%となっている。
- 都内では、市町村における実施率が高く、区部における実施率が低い傾向があり、実施率に差が生じている。平成 29 年度における都内の実施率上位区市町村は、表 31 のとおりである。

## (2) 特定保健指導の実施状況

- 特定保健指導は、特定健診受診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導として行うものである。
- 都の特定保健指導の実施率は、平成 29 年度実績では 14.5%と、全国平均 (25.6%) を下回っている。
- 都の「平成 26 年度東京都福祉保健基礎調査」によると、特定保健指導を受けなかった人にその理由を聞いたところ、「現在、健康に問題はなく、必要性を感じないから」が 39.5%と最も高く、次いで「指導を受けなくても生活習慣改善について知識があり必要性を感じないから」が 27.6%、「いつも同じことを言われるから」及び「時間がとれなかったから」が 26.3%となっている。

## (3) 実施率向上に関するこれまでの支援

- 都は、区市町村が特定健診等の実施に積極的に取り組んでいると認められる場合や、被保険者に対する生活習慣改善指導の実施等、被保険者の健康増進につながる事業を実施している場合、都繰入金による財政支援を行っている。
- また、保険者協議会では、先進的な事例をまとめた事例集を作成するとともに、研修会を開催し事例の横展開を行うなど、保険者の取組を支援している。

表 30 特定健診・特定保健指導実施率の推移

	特定健診実施率				特定保健指導実施率			
	H26	H27	H28	H29	H26	H27	H28	H29
東京都	44.4%	44.9%	44.7%	44.9%	16.1%	15.7%	14.9%	14.5%
特別区	42.3%	42.9%	42.5%	42.8%	15.2%	14.9%	13.6%	13.2%
市	48.9%	49.2%	49.1%	49.3%	17.9%	17.1%	17.1%	16.7%
町村	41.0%	43.0%	44.0%	44.7%	15.5%	17.5%	20.1%	16.4%
全国	35.3%	36.3%	36.6%	37.2%	23.0%	23.6%	24.7%	25.6%

※東京都「特定健診・特定保健指導実施結果法定報告数値の提出について」より作成

表 31 特定健診・特定保健指導実施率順位（平成 29 年度）

特定健診実施率			特定保健指導実施率		
順位	保険者名	実施率	順位	保険者名	実施率
1	御蔵島村	70.8%	1	小笠原村	47.4%
2	利島村	68.8%	2	檜原村	44.4%
3	小笠原村	62.8%	3	三鷹市	42.2%
4	日の出町	57.6%	4	三宅村	41.9%
5	神津島村	56.6%	5	江戸川区	36.1%

※東京都「特定健診・特定保健指導実施結果法定報告数値の提出について」より作成

表 32 特定保健指導を受けなかった理由（複数回答）

	総数	要現 性在 を健 感じ ない 問題 はな く必	必現 要性 改善 導を に受 感っ けい なく 知て も生 活活 り習	指 導を 受け ない 知識 があ り習	か らも 同じ こと を言 われ る	ら なの いよ うな 指 導内 容か わか	時 間が とれ なか った から	仕 事が 休め なか った から	費 用が かか るか ら	そ の他	無 回 答
区市町村	76 100.0	30 39.5	21 27.6	20 26.3	4 5.3	20 26.3	11 14.5	4 5.3	12 15.8	2 2.6	

※東京都「平成 26 年度東京都福祉保健基礎調査」より作成

#### （４）実施率向上に向けた取組の推進

##### ① 区市町村に期待される役割

区市町村は、予防・健康づくり支援交付金を積極的に活用し、被保険者のメタボリックシンドロームに起因する生活習慣病の発症や重症化を予防するため、実施率向上に向けた効果的な取組を行う。

##### ア 特定健診、特定保健指導を受けやすい環境の整備

休日夜間の健診実施や健診場所の拡大、がん検診など他健診との同時実施や隣接区市町村における相互受診等、地域の実態に応じて被保険者が受診しやすい環境整備に取り組む。また、他機関での受診結果・診療での検査データの提供や特定健診受診から特定保健指導初回面接までの期間短縮など、実施率向上に向けた効果的な取組を行う。

##### イ 個人の予防・健康づくりに向けた自主的な取組、インセンティブの提供等の推進

住民一人ひとりが「自らの健康は自らがつくる」という意識を持ち、具体的行動をとることができるよう、分かりやすい健診結

果の提供等、被保険者の健康に対する気づきにつながる取組に加え、未受診理由等に対応した個別勧奨、予防・健康づくりの取組や成果に対するインセンティブの提供等の取組を行う。

## ② 都の取組

都は、区市町村が特定健診及び特定保健指導の実施率向上に向けて効果的に取り組めるよう、以下の支援を行う。

### ア 先進的な事例の収集及び情報提供

都は、受診者に配慮した健診時期や時間帯の設定、継続受診の促進に関する取組等の先進的な事例を収集し、情報提供を行うなど、被保険者が利用しやすい特定健診の実施体制を整備するよう働きかけていく。

また、特に受診率の低い40歳代、50歳代に向け、健診受診の必要性や受診の仕組みなどを分かりやすく周知する。

さらに、未受診理由等に対応した個別勧奨、広報・普及啓発等の事例を収集し、効果的な取組の横展開を促進する。

### イ 都繰入金による財政支援等

都繰入金を活用し、特定健診の受診率等が向上した区市町村に対して交付金を交付するなど、引き続き健診受診率向上に対する支援を行うとともに、受診率が低迷する区市町村に対しては、実地検査での助言等を行う。

### ウ 保険者協議会と連携した取組

保険者協議会において、特定健診・特定保健指導の担当者向け研修会や保健事業の研修会を開催するとともに、好事例の共有、国への要望等を行う。

また、被用者保険と連携し、退職者が国保移行後においても、特定健診・特定保健指導を受けるよう勧奨するなど共同で被保険者に対する普及啓発を行う。

## 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組の推進

### (1) 糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

- 糖尿病が重症化するリスクの高い、医療機関の未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とし、国は平成28年4月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定した。この中で、都道府県の役割として、「区市町村における実施状況をフォローするとともに、区市町村における円



滑な事業実施を支援する観点から、医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況を共有し、課題、対応策等について議論を進めていく」ことが示されている。さらに、平成31年4月には取組の充実を図るため国はプログラムの改定を行い、保健所を活用した取組や後期高齢者へ移行した後も連携した一体的な取組を推進することなどが示された。

- 糖尿病性腎症の早期発見・早期介入は、患者及び家族の身体的・精神的苦痛のみならず、行動の制限や金銭的支出の負担を軽減し、生涯にわたる健康保持・増進、健康寿命の延伸、ひいてはQOL（生活の質）の向上につながるものである。
- このため、都では、平成30年3月、東京都医師会、東京都糖尿病対策推進協議会との三者の連名で「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下「都版プログラム」という。）を策定し、区市町村等の関係機関と連携し、全区市町村において重症化予防の取組が進むよう支援している。
- 令和元年度に糖尿病性腎症重症化予防事業を実施している区市町村は、受診勧奨 50 区市町村、保健指導 52 区市町村となっており、年々増加している。

## （2）重症化予防に向けた取組の推進

- ① 区市町村に期待される役割
  - 区市町村は、健診データやレセプトデータ等により被保険者の疾病構造や地域の健康課題等を分析し、地区医師会等の関係機関と協議しながら対策の立案を行う。事業の実施に当たっては、東京都国保連合会の支援を受けながら、区市町村内の関係部局が連携して実施するとともに、PDCAサイクルの考え方にに基づき、事業結果を評価し必要に応じて事業の見直しを行う。
  - 都が設置する糖尿病医療連携協議会圏域別検討会において、取組状況や課題を共有するなど、顔を合わせる機会を設け連携体制を構築する。
  - また、業務の委託に当たっては、業者と円滑なコミュニケーションを図りながら、指導内容について適切な進行管理等を行う。
- ② 都の取組
  - 都版プログラムを関係団体へ周知するとともに、医療関係者等との情報共有を図る。また、区市町村が都版プログラムの取組を円滑に実施できるよう、東京都糖尿病医療連携協議会及び糖尿病医療連携圏域別検討会で区市町村の取組状況を共有するとともに、課題等について対応策の議論や助言を行い、事業実施の支援・

フォローを行う。

- 予防・健康づくり支援交付金を活用して、区市町村の効果的・効率的な事業を推進するとともに、小規模町村が地域の実情に応じて円滑に事業を実施できるよう、事業の企画立案、見直し等に向けて助言、支援を行う。
- 国の改定プログラムを踏まえ、令和元年度に実施した区市町村の取組の検証結果等を勘案しながら、都版プログラムを必要に応じて改定する。

#### 4 加入者の適正受診・適正服薬に向けた取組

##### (1) 適正受診に向けた取組

- ① 医療費通知の送付及び重複・頻回受診者への保健指導の実施状況
  - 医療費通知は、被保険者に医療費の額等を通知することにより、健康に対する認識を深めてもらうとともに、国保事業の円滑かつ健全な運営に資することを目的とし、国の通知に基づき実施している。
  - 平成30年度は、49区市町村で実施されており、平均実施回数は1.6回である。38区市町村が委託により実施しており、うち17区市町村は東京都国保連合会に委託している。
  - また、国の特別調整交付金を活用し、令和元年度は10区市町村が、重複・頻回受診者への訪問指導事業に取り組んでいる。

表 33 医療費通知の実施状況・件数等の推移

		H27	H28	H29	H30
実施区市町村		48	46	46	49
実施件数合計		2,654,578件	2,503,360件	2,217,222件	2,291,804件
平均実施回数		1.7回	1.6回	1.5回	1.6回
回数別	年6回以上	0	0	0	0
	年3～5回	3	1	2	5
	年1～2回	45	45	44	44
委託状況	国保連合会	18	17	16	17
	国保連以外	16	15	17	21
	自己対応	14	14	13	11

※国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）より作成

- ② 適正受診に向けた取組推進
  - 区市町村は、予防・健康づくり支援交付金等を活用し、重複・頻回受診者への保健指導等を行うとともに、医療費の実情、健康に関する認識を深めることを目的とし、被保険者への医療費通知の送付を行う。

## (2) 重複・多剤服薬者に向けた取組

- ① 重複・多剤服薬者への保健指導の実施状況
  - 同一疾病で受診している医療機関が複数ある場合や同じ月に同一薬剤又は同様の効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されるなどの重複・多剤服薬に関しては、被保険者に対する保健指導や残薬の解消を目指す取組等により、適正服薬の促進を図る必要がある。
  - 令和元年度に都が実施した医薬品適正使用に関する調査では、重複服薬者を対象とした事業は37区市町村、多剤服薬者を対象とした事業は10区市町村が取り組んでいる。
- ② 医薬品適正使用の取組推進
  - ア 区市町村に期待される役割
    - レセプトデータにより被保険者の服薬状況を把握した上で、重複・多剤服薬者を抽出するとともに、地区医師会等の関係機関と連携し、対象者に服薬情報の通知及び服薬指導を行う。
    - また、都が作成した共通の啓発資材を活用し、被保険者に対するお薬手帳の使用や一元化を推進するなど適正服薬の向上を図る。
  - イ 都の取組
    - 都は、予防・健康づくり支援交付金を活用し、都内全区市町村における重複・多剤服薬者への保健指導の効果的な取組に向け、東京都医師会、東京都薬剤師会等の関係機関と連携し、広域的な調整や事業の推進体制の構築支援を行う。また、区市町村が実施する効果検証について都がとりまとめを行い共有する。
    - 被保険者の飲み残しの薬を確認し服薬調整を行う薬局と連携し、被保険者の適正服薬の向上に向けた普及啓発を行う。

## 5 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

### (1) 後発医薬品使用推進の取組の実施状況

- 後発医薬品（ジェネリック医薬品）については、患者負担の軽減や医療保険財政の健全化に資することから、使用促進に向けた取組が行われているところである。
- こうした中で、高齢化による医療費の増加が見込まれ医療費の適正化が重要な課題となっている、国民健康保険をはじめとする各医療保険の保険者においても、後発医薬品の使用促進に向けた積極的な取組が求められている。
- 後発医薬品の使用促進に当たっては、区市町村の取組だけではな

く、関係機関が連携して取り組む必要がある。このため、都民が安心して後発医薬品を使用できる環境整備に向け、都では、令和元年度から、学識経験者、医療関係者、保険者団体、都民代表、区市町村代表で構成される後発医薬品安心使用促進協議会を設置し、後発医薬品の安心使用のための現状把握及び具体的方策、関係者の理解促進・連携、都民に対する後発医薬品の正しい知識の普及啓発について協議している。

## (2) 区市町村における使用割合

- 国は平成 30 年度から保険者別の後発医薬品使用割合を年に 2 回公表することとしている。
- 令和元年 9 月診療分は区市町村国保全体では 71.8%であり、区市町村の傾向を見ると、区部が低く、市町村部が高くなっている（表 34）。

## (3) 後発医薬品差額通知の実施状況

- 後発医薬品の差額通知については、平成 30 年度は 59 区市町村が実施し、取組が進んでいる。

表 35 後発医薬品差額通知の実施状況・件数の推移

	H26	H27	H28	H29	H30
東京都	54	56	57	58	59
特別区	20	22	23	23	23
市	26	26	26	26	26
町村	8	8	8	9	10
実施件数合計	466,179	499,606	521,392	586,213	491,347

※国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）より作成

## (4) 後発医薬品の使用促進に向けた取組の推進

- ① 区市町村に期待される役割
  - 後発医薬品使用希望カード・シール等の配布等を通じて、被保険者に対し、後発医薬品についての理解促進を図るとともに、差額通知の送付等による切替効果額の検証を行う。
- ② 都の取組
  - 後発医薬品使用希望カード・シール等の配布が全区市町村において効果的・効率的に実施されるよう、区市町村への助言等を行う。
  - 区市町村が行う後発医薬品の差額通知の取組について、都繰入金により支援する。

また、通知が未実施である区市町村に対しては、実施に向け助言を行い、全ての区市町村での実施を目指す。

- 都は、後発医薬品の普及について、医療関係者等の理解が得られるよう、東京都医師会、東京都薬剤師会等と連携して取り組むとともに、ホームページ等を活用した広報に努めていく。
- 区市町村における使用促進の取組の参考に資するよう、国保のレセプトデータ等を活用し区市町村別の使用割合の分析を行い地域の特徴や課題を把握する。
- 事務の標準化の取組の一つとして、被保険者証への後発医薬品使用希望の表示について検討を行う。
- 保険者協議会と連携し被保険者向けの普及啓発等を行う。

## 6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組の推進

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、健康保険法等改正法により、令和2年4月から、医療保険者である区市町村国保の保健事業及び後期高齢者の保健事業と、介護保険の地域支援事業とを一体的に実施することとなった。

### (1) 区市町村に期待される役割

- 区市町村は、実施に当たり、高齢者医療、国保、健康づくり、介護等庁内各部局間の連携体制を整備する。また、医療専門職を配置し、高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握するとともに、地域の健康課題を整理分析し、事業の企画実施を行う。
- 74歳までを対象に糖尿病性腎症重症化予防や重複・多剤服薬訪問指導事業を実施している場合は、75歳以上の後期高齢者も対象とするなど、既存事業の活用を図ることも検討する。
- 多様な通いの場の普及など、支援サービスの拡充を図る。

### (2) 都の取組

- 都は、東京都後期高齢者医療広域連合と連携し、令和6年度までに、全区市町村で一体的実施に取り組めるよう、事例の横展開、都内の健康課題の俯瞰的把握・事業の評価、医療関係団体等に対する区市町村が取り組む保健事業の協力依頼などを行う。
- 区市町村が一体的に実施する、重症化予防、フレイル予防、重複・多剤服薬者に対する保健事業等の推進を支援するとともに、関係機関と連携し、区市町村が配置する医療専門職等の人材育成等を行う。

## 7 がん検診、歯科健診等他健診と連携した取組

- 保険者努力支援制度において、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸

がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率や歯科健診受診率が全国の自治体の上位に含まれていることが評価の対象になるなど、令和2年度実施分から評価指標が拡充されている。

- 特定健診とがん検診が異なる日時に実施されている場合、被保険者は、別の日にそれぞれ受診することとなり、利便性が低いことが結果的にがん検診の受診率が低い要因の一つとなっている。
- また、糖尿病の合併症の一つとして、歯周病及び歯の喪失等があることから、歯科健診とも連携した疾病予防の取組が重要である。
- このため、特定健診とがん検診の同時実施や、かかりつけ歯科医における定期的な歯科健診受診促進の取組などにより、受診率の向上が求められる。

## 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に関する事項

### 1 保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関係施策との連携

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

こうした中、都と区市町村は、地域包括ケアシステムの構築に向け、保健医療・福祉部門と連携し、以下の取組を行う。

#### （1）都の取組

- ① 国保部門と保健医療部門等の連携による取組の推進
- ② 都内及び他道府県における、国保部門と保健医療、福祉サービス等の連携の好事例の紹介
- ③ 都繰入金を活用した、区市町村と関係団体との連携強化の取組への支援

#### （2）区市町村の取組

- ① 地域包括ケアシステムの構築に向けた部局横断的な会議体や地域包括ケアに資する地域のネットワーク等への国保部門の参画
- ② 個々の被保険者に係る保健活動等の実施状況についての、医療・

- 介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組みづくり
- ③ 国保被保険者を含む高齢者などの健康づくり等につながる住民主体の地域活動への支援
  - ④ 後期高齢者医療部門と連携した保健事業の実施（健診データの提供など）
  - ⑤ 国保直診施設を拠点とした地域包括ケアの推進に向けた取組の実施

## 2 国保データベース（KDB）システム等情報基盤の活用

健康保険法等改正法により、令和2年4月から区市町村にレセプト情報等の提供を求めることが可能となったことも踏まえ、都は、KDBシステム等の健診・医療に係る情報基盤を活用し、区市町村ごとの医療費分析を行うとともに、地域の健康課題や保健事業の実施状況を把握し、区市町村や東京都国保連合会における医療費適正化の取組や保健事業の運営が健全に行われるよう、必要な助言及び支援を行う。

## 第9章 区市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項

### 1 事務の標準化

#### (1) 被保険者証の様式等の統一、高齢受給者証との兼用（一体化）

- 被保険者証は各区市町村が交付する。
- 平成30年度の制度改革に伴い、様式を統一した。原則として、都が法施行規則に基づき提示する参考例に則った仕様とするが、区市町村章等の刷り込み、偽造防止加工、キャラクターの印刷等、一定程度のアレンジを可能とすることとしており、その扱いを継続する。

また、医療費適正化の観点から、後発医薬品の使用希望に関する表示について検討を行う。

- 被保険者証の有効期間（2年間）と色のサイクルについても、統一を継続する（次回の一斉更新は令和3年10月となる。）。
- これまで、各区市町村の判断により、高齢受給者証との兼用証の交付も可能としてきたが、被保険者等の利便性向上の観点から、今後、兼用証交付世帯の証の色や兼用証交付の統一について検討を進めていく。その検討状況によっては、次回の令和3年10月の一斉更新後の有効期間と色のサイクルについても検討を行う。

なお、兼用証を交付する世帯の被保険者証の有効期間については、1年となることに留意する必要がある。

また、健康保険法等改正法により、令和3年3月にマイナンバー

カードを被保険者証として利用するオンライン資格確認の開始が予定されている。

オンライン資格確認は、医療機関等において高齢受給者証をはじめとする各証の情報を併せて確認することが可能となる。

被保険者証及び高齢受給者証の兼用証交付の統一の検討に当たっては、オンライン資格確認の実施状況等を勘案して行う。

## (2) 市町村事務処理標準システムの導入

- 厚生労働省が区市町村に提供している「市町村事務処理標準システム」(以下「標準システム」という。)について、都内では、令和元年度末までに11区市町村が導入している。
- 標準システムの導入により、区市町村が制度改正の度に行うシステム改修費用の削減が見込まれる。また、被保険者証と高齢受給者証との兼用証の発行も対応可能であるため、証の一体化に伴うシステム改修費用の削減も見込まれる。
- 区市町村は、今後区市町村において使用している国保システムの更新や改修等の際には、標準システムの導入と、従来のシステムにおける改修の双方について、費用対効果を比較検討し、標準システムの導入を検討することとする。
- また、区市町村単独で導入するよりも、共同利用クラウド(複数の区市町村により共同で情報システムの管理運用を行い、ネットワーク経由で利用すること)での導入により、費用の削減が期待できる。
- そのため都は、各区市町村のシステム運用等に関する情報収集を行い、共同利用クラウド(市町村クラウド・ベンダークラウド)の検討に資する情報提供を行う。また、都全体の共同利用クラウド環境の構築について、費用対効果や被保険者サービス水準維持の観点を踏まえ検討を行う。

## (3) 事務処理基準の統一及び積極的な情報提供

- 区市町村が行う被保険者資格管理、給付事務、保険料(税)の賦課徴収業務における窓口対応等については、可能な限り統一的な取扱いとすることが望ましい。そこで、都は、区市町村との協議の上、平成30年3月に「東京都における国民健康保険の事務処理基準」(以下「事務処理基準」という。)を策定した。今後、事務処理基準の改正に当たっては、策定時と同様、区市町村の規模や地域の実情等に応じ様々な方法が採られていることに鑑み、被保険者へのサービス水準の維持や、各区市町村における効率的な事務処理の観点に



十分配慮しつつ、必要な検討を行う。

- また、被保険者に対する説明の際の参考に活用できるよう、都は、各区市町村の事務処理の方法について情報収集し、区市町村に提示する。平成31年3月には、都に寄せられた照会の中から参考になる事例をまとめ、検索・抽出が容易なデータベースを作成し、「事務処理例」として区市町村に提供した。今後、必要に応じて事例を追加していく。

## 2 事務の効率化に向けた検討

区市町村が行う国保の事務は、度重なる制度改正等により複雑化している。都は、平成30年度以降、国保の手引き（都共通版）外国語版の作成や、東京都国保連合会との連携による医療費通知の統一の実施等、区市町村事務の効率化及び事務負担軽減を図ってきた。

今後も引き続き、区市町村事務の実態を踏まえ、事務の効率化について区市町村と検討していく。

## 第10章 施策の実施のために必要な都及び区市町村間の連絡調整等

### 1 東京都国民健康保険連携会議

都と区市町村が一体となって国保事業を運営していくに当たっては、共通の課題を検討し、調整していくことが重要である。

そのため、引き続き、都、区市町村及び東京都国保連合会からなる東京都国民健康保険連携会議を設置し、納付金等の算定や、運営方針に係る事項等について、きめ細かく協議を行っていく。

### 2 広報・普及啓発活動

被保険者に向けた、国民健康保険制度の周知や、保険給付に対する理解の促進は重要であることから、都が広域的に行うことが効果的なものについては、対象者等に応じた媒体を活用した広報・普及啓発等に努めていく。

また、医療費適正化の取組を効果的に進めるため、都は、東京都医師会、東京都歯科医師会、東京都薬剤師会、医療機関等への協力依頼等を積極的に行っていく。

### 3 PDCAサイクルの実施

- 本運営方針に基づき国保事業を実施するに当たっては、財政運営の健全性・安定性の確保に向けた取組と、区市町村が担う事業の広域化・効率化を推進するための取組を継続的に改善するため、PDCAサイクルにより実施状況を定期的に把握・分析し、評価を行うことで検証

していくことが必要である。

- 都は、国保事業の継続的な改善に向けたP D C Aサイクルを循環させるため、本運営方針に定める取組について、都繰入金の交付基準、各種研修計画及び指導検査計画等に反映し実施する。

また、各種調査及び指導検査等により区市町村の事業状況を定期的に把握し区市町村に情報提供を行うとともに、都の取組についても、検証し必要な見直しを行う。

#### 4 その他

本運営方針に定める事項については、国保事業の運営状況及び国や都における制度改正の検討状況等を踏まえ、対象期間中であっても、必要に応じて見直しを行う。

なお、本運営方針に定める都及び区市町村の取組等については、新型コロナウイルスをはじめとする感染症の拡大等により影響を受ける場合があるため、都及び区市町村は、被保険者への影響等を踏まえ、必要に応じて取組の実施時期や方法等の見直しを行う。