

東京都国民健康保険運営方針(案)

平成 29 年 11 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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- (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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
- (2) 医療費の将来の見通し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10

5 財政収支の改善に係る基本的な考え方・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

6 赤字解消・削減の取組

- (1) 解消・削減すべき「赤字」・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- (2) 削減目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- (3) 解消・削減に向けた対応・・・・・・・・・・・・・・・・ 13

7 財政安定化基金の設置・運用

- (1) 貸付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
- (2) 交付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

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……………14
- (2) 保険料（税）の賦課方式……………14
- (3) 応能割と応益割の賦課割合……………14
- (4) 賦課限度額の設定状況……………15
- (5) 保険料（税）の現状……………15
- (6) 一人当たりの保険料（税）……………15

2 国民健康保険事業費納付金及び標準保険料率の基本的な考え方……………17

3 納付金の算定方法

- (1) 医療費水準による調整……………18
- (2) 所得水準の調整……………19
- (3) 賦課限度額……………19
- (4) 激変緩和措置……………19

4 標準的な保険料（税）算定方式

- (1) 標準的な算定方式……………20
- (2) 応能割と応益割の賦課割合……………21
- (3) 標準的な収納率……………21

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……………21
- (2) 滞納世帯等の状況……………22
- (3) 収納対策の状況……………22

2 目標収納率

- (1) 区市町村規模別目標収納率の設定……………24

3 収納率向上対策の推進

- (1) 区市町村の取組……………27
- (2) 都の取組……………27

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……………28
- (2) レセプト点検の充実強化に向けた都の取組……………29

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……………29

(2) 支給の適正化に向けた都の取組	29
3 海外療養費について	
(1) 区市町村の支給状況	30
(2) 支給の適正化に向けた都の取組	30
4 第三者行為に係る求償事務	
(1) 区市町村の取組状況	31
(2) 取組の強化	31
5 保険者間調整の普及・促進に関する取組の推進	32
6 高額療養費の多数回該当の取扱い	32
7 都道府県による保険給付の点検、事後調整	
(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	33
(2) 大規模な不正請求事案に係る返還金の徴収等	33

第7章 医療費の適正化の取組に関する事項

1 特定健診・特定健康指導の実施	
(1) 特定健康診査の受診状況	33
(2) 特定保健指導の実施状況	34
(3) 実施率向上に関するこれまでの支援	34
(4) 実施率向上に向けた都の取組	34
2 保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定	
(1) 区市町村の策定状況	35
(2) 計画策定の推進に向けた都の取組	35
3 糖尿病性腎症重症化予防の取組の推進	36
4 加入者の適正受診・適正服薬に向けた取組	
(1) 医療費通知の実施状況	36
(2) 重複受診や重複投薬への訪問指導の実施状況	37
(3) 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の充実	37
5 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進	
(1) 後発医薬品差額通知の実施状況	37
(2) 後発医薬品の使用促進に向けた都の取組	38

第8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) 被保険者証の様式の統一	38
(2) 事務処理基準の統一	39
2 事務の効率化に向けた検討	40

第9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	
（1） 都の取組	40
（2） 区市町村の取組	40
2 国保データベース（KDB）システム等情報基盤の活用	41
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	41
2 広報・普及啓発活動	41
3 PDCAサイクルの実施	41
4 その他	42
資料編	43

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、平成30年度から都道府県は、区市町村と共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、平成30年4月1日から平成33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、以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、今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。

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や、重症化予防のための効果的な保健事業の展開や、医療費通知の

実施、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27年度末の被保険者数は、約345万人であり、全国の被保険者数（約3,182万人）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、25.6%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21万人と最も多く、最少の青ヶ島村は55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	
H25	236万世帯	367万人	98.4%	27.7%
H26	233万世帯	358万人	97.6%	26.8%
H27	229万世帯	345万人	96.5%	25.6%

※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28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	12	52.6%
5万人以上 10万人未満	13	24.7%
1万人以上 5万人未満	25	22.2%
3千人以上 1万人未満	3	0.3%
3千人未満	9	0.2%
計	62	100%

※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53.2%と全国平均の43.2%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27年度末時点で31.9%と、全国平均39.5%と比べ低い。
- しかし、前年度と比較すると0.9ポイント高くなっており、被保険者の高齢化が進んでいる。
- 地域別にみると、特別区計は29.6%、市計は37.1%、町村計は38.0%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50.2%と最も高くなっており、小笠原村が17.3%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27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%	11.6%	13.4%	13.2%	53.2%	15.0%
特別区	15.3%	12.6%	14.1%	13.7%	55.8%	14.8%	29.5%
市	14.4%	9.4%	11.9%	12.0%	47.7%	15.5%	36.8%
町村	15.0%	7.3%	10.7%	10.7%	43.7%	18.6%	37.7%
全国	14.1%	7.9%	10.6%	10.6%	43.2%	17.8%	38.9%

※国民健康保険実態調査（厚生労働省）より作成

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		
H25	29.6%	27.6%	34.1%	34.0%	35.6%
H26	31.0%	28.8%	35.8%	36.2%	37.8%
H27	31.9%	29.6%	37.1%	38.0%	39.5%

※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2.5%）、その他の自営業が16.3%（同14.5%）、被用者が40.0%（同34.1%）、無職者が37.9%（同44.1%）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27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%	16.3%	40.0%	5.6%	37.9%
全国平均	2.5%	14.5%	34.1%	4.8%	44.1%

※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＞」総額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27年度の区市町村における異動被保険者数は、延べ約159万人となっており、これを年間平均被保険者数で除した異動率は44.8%で、全国平均の37.5%と比べ高くなっている。
- また、転出者と転入者は延べ約48万人となっており、転出入率は13.5%と、全国平均の7.2%と比べ高くなっている。中でも、特別区の転出入率は15.5%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27年度）

	東京都			全国平均
	特別区	市	町村	
異動率	44.8%	47.3%	39.7%	37.5%
転出入率	13.5%	15.5%	9.1%	7.2%

※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27年所得で約103万円（全国平均約68万円）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272万円、最も低い檜原村で約60万円と約4.5倍の開きがある。
- なお、平成27年度の区市町村における保険料（税）軽減世帯の割合は42.1%を占めるものの、全国の軽減世帯の割合52.5%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
H26	101万円	108%	251万円	59万円	4.3倍
H27	101万円	99%	250万円	56万円	4.4倍
H28	103万円	102%	272万円	60万円	4.5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27年度）

	東京都			全国	
	特別区	市	町村		
6(7)割軽減世帯	25.3%	25.6%	24.5%	24.0%	29.5%
4(5)割軽減世帯	8.7%	8.5%	9.4%	10.7%	12.4%
2割軽減世帯	8.1%	7.5%	9.7%	10.5%	10.6%
合計	42.1%	41.5%	43.5%	45.2%	52.5%

※ 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、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

（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。国保事業を行うにあたっては、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27年度の医療費総額の合計は、約1兆973億円で、前年度と比較し約1%増加している。被保険者数が減少しているにもかかわらず、医療費総額が増加している要因としては、高額新薬の保険収載が挙げられる。

なお、平成28年度には上記高額新薬について薬価の引き下げが行われた。

表9 医療費総額の推移

	医療費総額	対前年度比
H25	10,870億円	101.1%
H26	10,869億円	100.0%
H27	10,973億円	101.0%

※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 27 年度は約 31.0 万円であり、全国平均約 35.0 万円と比較して約 4.0 万円低いが、平成 27 年度の被用者保険（全国）の約 16.3 万円と比べ、約 1.9 倍となっている。
- 前年度の約 29.8 万円から約 4.0% 増で、平成 22 年度と比較して約 14.4% 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、新島村が約 40.9 万円と最も高く、小笠原村が約 20.2 万円と最も低くなっており、約 2.0 倍の開きがある。

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
H25	290千円	297千円	299千円	292千円	102.4%	556千円	171千円	3.3倍
H26	295千円	305千円	305千円	298千円	102.1%	384千円	192千円	2.0倍
H27	307千円	318千円	313千円	310千円	104.0%	409千円	202千円	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 27 年度で 0.976 であり、全国で 34 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（調剤含む）が 15 位、歯科が 7 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	0.976	0.893	1.023	1.062
順位	34位	40位	15位	7位

※「平成 27 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 27 年度の区市町村の歳入総額は 1 兆 6,411 億円で、平成 26 年度の 1 兆 4,108 億円に対し、16.3% の増となった。
- また、歳出総額は 1 兆 6,155 億円で、平成 26 年度の 1 兆 3,838 億円に対し、16.7% の増となった。
- 各区市町村の財政状況をみると、赤字（*）は 3 区市町村で、区

市町村の赤字総額は約 6 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	収支差引額内訳			
				黒字保険者		赤字保険者	
				保険者数	剰余金	保険者数	不足額
H25	14,132	13,828	304	57	316	5	12
H26	14,108	13,838	270	57	281	5	11
H27	16,411	16,155	256	59	262	3	6

※国民健康保険事業状況（東京都）より作成

- * 本項における「赤字」は、当該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がマイナスの場合をいう。なお、翌年度の一般会計から繰上充用を行った場合、「赤字が生じた」ことになる。

(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 27 年度は 61 区市町村となっている。
- 区市町村における平成 27 年度の法定外一般会計繰入金の合計額は、約 1,169 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 7.1%に及んでおり、全国の合計約 3,856 億円、2.3%と比較し、高い水準となっている。
- また、平成 27 年度の予算が不足し、平成 28 年度予算から繰上充用を行った区市町村も 3 区市町村あり、その額は約 6 億円にのぼる。
- 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 27 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 7.1%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 27 年度）では、全国を 1.000 とした場合、都は 0.854、特別区は 0.905、市部は 0.693、町村部は 0.639 となっている。

表 13 法定外一般会計繰入の状況（平成 27 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3)	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)				
全 国	金額(億円)	475	2,560	3,034	822	3,856
	割合	12.3%	66.4%	78.7%	21.3%	
東 京 都	金額(億円)	48	990	1,038	131	1,169
	割合	4.1%	84.7%	88.8%	11.2%	

(注1)単年度の決算補填のため、累積赤字補填のため、医療費の増加、後期高齢者支援金、公債費・借入金利息高額療養費貸付金

(注2)保険料(税)の負担緩和を図るため、保険料(税)の減免額に充てるため、地方単独の保険料(税)の軽減額任意給付に充てるため

(注3)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4)全国の値は速報値である。

(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
H25	8.3%	7.9%	9.3%	10.4%
H26	8.0%	7.5%	9.2%	10.8%
H27	7.1%	6.5%	8.4%	9.6%

※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	844千円	84,156円	10.0%
東京都	1,285千円	90,582円	7.1%

※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
0.85	4.90	3.69	3.69

※平成 27 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

$$\text{標準化指数} = \frac{\text{当該保険者の応能割率} \times \text{全国平均1人当たり旧ただし書所得} + \text{当該保険者の応益割額}}{\text{全国平均応能割率} \times \text{全国平均1人当たり旧ただし書所得} + \text{全国平均応益割額}}$$

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、区市町村国保財政においては一般会計からの繰入により決算補填を行っている団体が多い。
- 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、医療費の伸びを抑制するための取組がますます重要となる。

表 16 現年分収納率の推移

	H23	H24	H25	H26	H27
全国	89.39%	89.86%	90.42%	90.95%	91.45%
東京都	85.32%	85.63%	86.20%	86.74%	87.44%
(全国との差)	▲ 4.07%	▲ 4.23%	▲ 4.22%	▲ 4.21%	▲ 4.01%
特別区	83.68%	83.90%	84.49%	85.00%	85.73%
市	90.05%	91.26%	91.14%	91.83%	92.48%
町村	91.32%	89.51%	92.78%	93.01%	93.36%

※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平成30年度から平成32年度に加え、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる平成37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	H30	H31	H32	H37
ア 未就学児 (0～6歳)	168億円	165億円	162億円	146億円
イ 未就学児・高齢受給者以外 (7～69歳)	6,810億円	6,929億円	7,054億円	7,751億円
ウ 高齢受給者 (70～74歳)	3,383億円	3,498億円	3,617億円	3,092億円
合計	10,361億円	10,592億円	10,833億円	10,989億円

イ 一人当たり推計医療費

区分	H30	H31	H32	H37
ア 未就学児 (0～6歳)	210千円	210千円	210千円	210千円
イ 未就学児・高齢受給者以外 (7～69歳)	273千円	279千円	286千円	320千円
ウ 高齢受給者 (70～74歳)	621千円	628千円	634千円	666千円
合計	332千円	340千円	348千円	372千円

＜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。
- 平成 30 年度の被保険者の推計は、平成 30 年度の国保事業費納付金等の算定における被保険者数推計と整合を図っているが、本推計においては、平成 30 年度に予定されている診療報酬改定の影響は加味していないなど、平成 30 年度の国保事業費納付金等の算定における医療費推計とは若干異なる。

＜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

- ・平成 30 年度の被保険者数は、平成 29 年 8 月までの実績に基づく被保険者数の伸び率等を踏まえ、平成 28 年 10 月の短時間労働者の社会保険適用拡大等の変動要因を考慮して推計
- ・平成 31 年度以降（n 年度）の被保険者は以下の式により算出

$(n \text{ 年度の東京都の推計人口}) \times (\text{国保加入率})$

i n 年度の東京都の推計人口は、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、年齢区分ごとの平成 30 年度の被保険者推計数を、平成 30 年度の推計人口で除して得た割合を固定して使用

- ② n 年度の一人当たり医療費の算出方法

$n \text{ 年度の一人当たり医療費} = (\text{平成 28 年度の一人当たり医療費}) \times (\text{伸び率})$

iii 一人当たり医療費の伸び率は、平成 24 年度から平成 28 年度までの平均伸び率を一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（平成 28 年度については速報値）
- ・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 25 年 3 月推計）』

5 財政収支の改善に係る基本的な考え方

- 国保の給付等に要する費用は、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、医療費増等により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。
- しかし、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。

- 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強いることになる。
- 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の額」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、決算補填等目的以外のものは、解消・削減の対象から除外する。

決算補填等目的	決算補填等目的以外
(保険者判断によらないもの)	⑦保険料の減免額に充てるため
①保険料の収納不足のため	⑧地方単独事業の医療給付費波及増等
②医療費の増加	⑨保健事業費に充てるため
(保険者判断によるもの)	(保険料算定に算入していない場合に計上)
③保険料(税)の負担緩和を図るため (前期高齢者納付金・後期支援金・介護納付金を含む。)	⑩直営診療施設に充てるため
④任意給付に充てるため	⑪基金積立金
(過年度の赤字によるもの)	⑫返済金
⑤累積赤字補填のため	⑬その他
⑥公債費、借入金利息	

A：平成30年度以降、財政安定化基金の貸付対象となり、赤字は発生しない。

B：解消・削減すべき赤字

(2) 削減目標

- 新制度移行に伴う財政支援措置の拡充、財源不足に対応するための財政安定化基金の設置、保険給付に要した費用を都道府県が全額交付する仕組みの導入に伴い、予期せぬ医療費増や保険料(税)収納不足等の発生による法定外一般会計繰入金の額は低くなる見込みである。
- 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の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（*）については、「区市町村国保財政健全化計画」を策定し、計画的に赤字を解消するものとする。

* 赤字区市町村とは、平成 28 年度決算に赤字（（1）で述べた解消・削減すべき赤字をいう。以下同じ。）が発生した区市町村と平成 29 年度に赤字の発生が見込まれる区市町村（補正等の実情も踏まえて判断）で、改革施行後の平成 30 年度以降も継続して赤字の発生が見込まれる区市町村をいう。

なお、本運営方針策定時において赤字区市町村に該当しなかった区市町村であっても、平成 30 年度以降の実績額として赤字が発生した場合には、赤字解消・削減の取組や目標年次を定めることとする。

（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、赤字削減に向けた具体的な取組を計画に定め、実施していく。
- 都は、保険給付費の伸びを抑制するため、区市町村と共に、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医師会等関係機関と連携して取組む等、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。

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、東京都国民健康保険財政安定化基金（以下「基金」という。）を設置し、都及び区市町村に対して貸付又は交付を行う。

（1）貸付について

ア 区市町村に対する貸付

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。

償還金は、貸付年度の翌年度以降の納付金に上乗せすることとし、原則3年で償還する。

イ 都に対する貸付

保険給付費が増大したことにより財源不足となった場合に、財源不足額について財政安定化基金を取り崩し、都特別会計に繰入を行う。都は、翌年度以降納付金に含めて区市町村から徴収し、基金に繰り入れる。

(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、財源不足額のうち保険料（税）収納不足額の1/2を交付することとする。
- 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。

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、44区市町村が「二方式」を、6市町村が「三方式」を、12市町村が「四方式」を採用している（平成29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27年度の賦課割合は応能割:応益割=59.1:40.9

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 27 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	59.1%	58.9%	0.2%	40.9%	40.0%	0.9%
特別区	59.2%	59.2%	0.0%	40.8%	40.8%	0.0%
市	58.9%	58.1%	0.8%	41.1%	37.6%	3.5%
町村	59.2%	56.2%	3.0%	40.8%	34.1%	6.7%

※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（平成 29 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 1万円	法定額との 差 2万円	法定額との 差 3万円以上
医療給付費分	54万円	51	0	7	4
後期高齢者支援分	19万円	51	0	7	4
介護納付金分	16万円	58	0	2	2

※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）「平成 29 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）「平成 29 年度国民健康保険税（料）率等の状況」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 23 年度は 82,787 円であったが、平成 27 年度では 90,582 円と 7,795 円の増となっている。平成 27 年度における全国との比較では、6,426 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 27 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 133,622 円、最も低い三宅村で 40,705 円と、3.3 倍の開きがある。
- 平成 29 年度の各区市町村の料（税）率に基づき、夫婦 2 人（40 代）・子供 2 人世帯、旧ただし書き所得 250 万円（妻年収 0 円）の保険料（税）を計算すると、最も高い特別区で 43.4 万円、最も低い御蔵島村で 16.5 万円と、2.62 倍の開きがある。
- また、単身世帯（70 歳）、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	
H23	81,698円	82,787円	89,260円	68,515円	61,880円	119,684円 (千代田区)	41,949円 (三宅村)	2.9倍
H24	82,744円	84,866円	91,115円	71,238円	62,462円	120,724円 (千代田区)	40,953円 (三宅村)	2.9倍
H25	84,815円	87,769円	94,854円	72,273円	64,905円	126,531円 (千代田区)	42,231円 (三宅村)	3.0倍
H26	84,952円	90,127円	97,496円	74,043円	64,310円	132,900円 (千代田区)	38,930円 (三宅村)	3.4倍
H27	84,156円	90,582円	98,375円	73,452円	65,452円	133,622円 (千代田区)	40,705円 (三宅村)	3.3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より作成

表 20 モデル世帯における保険料（税）の状況（平成 29 年度）

夫妻2人(40代)・ 子ども2人世帯の場合			単身世帯(70歳)の場合		
順位	保険者名	保険料(税)	順位	保険者名	保険料(税)
1	特別区	433,750円	1	青ヶ島村	19,800円
2	立川市	379,150円	2	東村山市	14,940円
3	昭島市	352,250円	3	特別区	14,850円
⋮			⋮		
38	小笠原村	214,400円	38	稲城市	8,430円
39	新島村	212,500円	39	檜原村	8,100円
40	御蔵島村	165,250円	40	御蔵島村	7,500円

※特別区は、統一保険料方式を採っているため、保険料額は同一となる。

※平成 29 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（平成 29 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	特別区	7.47	-	38,400	-	2.5倍
	三宅村・御蔵島村	3	40.00/39.50	11,500/8,300	16,400/8,000	
均等割	特別区	7.47	-	38,400	-	4.9倍
	小笠原村	4.5	35.00	7,800	12,600	
世帯割	青ヶ島村	5	65.00	23,000	23,000	10.5倍
	東久留米市	4.71	-	30,700	2,200	
賦課金額に占める割合(都平均)		58.9%	0.2%	40.0%	0.9%	

※平成 29 年度国民健康保険料（税）等の調査より作成

表 22 地域（保険者）間における格差の状況（平成 27 年度）

		都平均	最大		最小		格差
1人当たりの医療費(円)		310,163	新島村	408,538	小笠原村	201,879	2.0倍
1人当たりの所得額(千円)		1,008	港区	2,501	檜原村	563	4.4倍
1人当たりの保険料(円)		90,582	千代田区	133,622	三宅村	40,705	3.3倍
現年度分保険料(税)収納率		87.44%	利島村	99.86%	足立区	82.15%	
構造	人口に占める国保加入率	25.6%	神津島村	49.1%	千代田区	19.7%	
	前期高齢者の国保加入率	11.6%	奥多摩町	20.9%	中央区	8.4%	
	国保加入者に占める前期高齢者の割合	31.9%	奥多摩町	50.2%	小笠原村	17.3%	

※国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

2 国民健康保険事業費納付金及び標準保険料率の基本的な考え方

- 平成 30 年度から、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。
- 新制度においては、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）収納率の差異が大きく、医療費水準が低い区市町村に対して、医療費水準に見合わない保険料負担を課すこと及び現状の収納率の差異を考慮せず一律の標準保険料率を示すことは適切ではないため、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中で、保険料水準の平準化を図っていく。

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)

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

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

$\times \gamma$

※ 医療費反映係数 α 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 β 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 γ 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

- 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、納付金の算定に当たっては、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。
- 都道府県内において、区市町村間の医療費水準に差異が大きい場合には、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原則とされている。
- 都においては、区市町村の医療費水準の差異が 1.88 倍（平成 25 年度から平成 27 年度の 3 か年平均）となっていることから、係数 α は原則どおり 1 とし、年齢調整後の医療費指数を全て反映させる。

(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 β 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

新制度移行に伴う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1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 α や所得係数 β 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 α 及び β 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 1 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 1 人当たり納付金相当額」と比較した都平均の伸び率に 1%を加えた割合とする。

○ なお、制度改革当初は、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計画的に活用することとする。期間は平成 35 年度までとし、各年度間における各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。
- 収納率は、一般的には区市町村の規模と相関性が見られるが、同規模の区市町村でも、現状の収納率には差異があることから、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 27 年度現年分保険料（税）の収納率は 87.44%と、平成 26 年度（86.74%）に比べ改善され、5 年連続で上昇したものの、平成 27 年度全国平均収納率（91.45%）（速報値）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（99.86%）と、最も低い足立区（82.15%）との間で約 17.7 ポイントの差が生じている。また、特別区の平均収納率（85.73%）と、市町村の平均収納率（93.36%）との間で約 7.6 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%	74.7%	82.9%	83.3%	91.6%	97.4%	92.0%

※国民健康保険実態調査（厚生労働省保険局）より作成

平成 27 年 9 月末現在の国保世帯における平成 26 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

	H23	H24	H25	H26	H27
全国	89.39%	89.86%	90.42%	90.95%	91.45%
東京都	85.32%	85.63%	86.20%	86.74%	87.44%
（全国との差）	▲ 4.07%	▲ 4.23%	▲ 4.22%	▲ 4.21%	▲ 4.01%
特別区	83.68%	83.90%	84.49%	85.00%	85.73%
市	90.05%	91.26%	91.14%	91.83%	92.48%
町村	91.32%	89.51%	92.78%	93.01%	93.36%

※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より作成

（2）滞納世帯等の状況

平成 28 年 6 月 1 日現在の滞納世帯数は約 51 万世帯となっており、国保の加入世帯数約 231 万世帯に対する割合は 21.9%となっている。

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

	H23	H24	H25	H26	H27	
国保加入世帯数	2,421,295	2,384,824	2,474,068	2,454,154	2,305,631	
滞納世帯数	555,883	574,753	550,816	528,073	505,741	
滞納世帯割合 (%)	23.0%	24.1%	22.3%	21.5%	21.9%	
資格証	保険者数	43	43	43	42	
	交付世帯数	26,217	25,825	28,324	23,045	24,332
短期証	保険者数	59	59	59	57	57
	交付世帯数	134,884	91,611	119,953	78,996	99,183

※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、半数の 31 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を実施している区市町村は 25 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 96.76%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 27 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	31
(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)	30
・滞納整理機構の設置又は滞納整理機構への滞納処分の移管を実施	2
・税の専門家の配置(嘱託等含む)	24
・収納対策研修の実施	35
・連合会に設置した収納率向上アドバイザーの活用	3
(3) 徴収方法改善等の実施状況	
・口座振替の原則化	11
①条例(施行規則等)で規定	5
②要綱(マニュアル等)の中に明記	3
③その他の方法	4
・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	25
・コンビニ収納	50
・ペイジーによる納付方法の多様化(簡素化)	10
・クレジットカードによる決済	8
・多重債務相談の実施	17
(4) 滞納処分の実施状況	
・財産調査の実施	57
・差押えの実施	55
・捜索の実施	28
・インターネット公売の活用	22
・タイヤロックの実施	23

※

国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）より作成

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 27 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	98	13,303	12,802	96.23	757,365	144,084	139,413	96.76
特別区	-	-	-	-	560,610	111,820	108,492	97.02
市	-	-	-	-	191,208	31,424	30,117	95.84
町村	98	13,303	12,802	96.23	5,547	840	803	95.63

※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	214,583	15,562	15,544	99.88	1,437,937	193,040	126,252	65.40
特別区	116,305	8,420	8,401	99.78	1,030,042	143,659	89,618	62.38
市	95,394	6,927	6,927	100.00	399,284	48,293	35,856	74.25
町村	2,884	216	216	99.98	8,611	1,088	778	71.49

※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、区市町村規模などが収納率に与える影響を考慮して区市町村規模別の目標収納率を設定する。目標収納率の設定方法は以下のとおりである。

(1) 区市町村規模別目標収納率の設定

ア 目標設定の考え方

- (ア) 都内には、規模の大きい区市町村が多く、転出入等の異動率が高い等、保険料収納確保に課題があること等に配慮が必要なため、区市町村規模別の全国平均収納率を目指すこととする。

区市町村規模別の全国平均収納率

	規模 1	規模 2	規模 3	規模 4
被保険者数	10 万人以上	5 万人以上 10 万人未満	5 万人未満	町村部平均
H27	88.61%	90.01%	92.57%	94.49%

※平成 27 年度国民健康保険（区市町村）の財政状況について（速報）より作成

- (イ) 現年分収納率は、区市町村規模と相関性が見られるため、被保険者数の規模に応じた 4 つの区分 を設ける。
- (ウ) 現年分を確実に収納することにより、新規滞納発生を防止する

ことが重要であるため、目標収納率は現年分について設定する。

(エ) 平成 28 年度において平成 30 年度の目標収納率を上回る区市町村は、より高い収納率を目標とし、平成 32 年度までの具体的な数値目標は各区市町村において設定する。

イ 目標収納率

(ア) 被保険者数が 1 万人以上の区市町村（規模 1 から規模 3）について

（規模 1 から規模 3）までのそれぞれの区分ごとに、平成 27 年度の同規模の全国平均収納率との差から、平成 28 年度における前年度からの平均収納率の伸びを差し引き、平成 29 年度から平成 32 年度までの 4 年度で除した値を、規模別の 1 年度当たりの目標収納向上率とする。

(イ) 被保険者数が 1 万人未満の区市町村（規模 4）について

平成 27 年度の町村部の全国平均収納率を同年度の平均収納率が上回っているものの、引き続き収納率の向上に努める必要があることから、目標収納向上率は、人口規模が（規模 4）に最も近い（規模 3）の目標収納向上率の 2 分の 1 とする。

(ウ) 規模別の平成 28 年度平均収納率に、上記(ア)及び(イ)の目標収納向上率を 1 年度ごとに加えた値を、各年度（平成 30 年度から平成 32 年度）の規模別目標収納率とする。

(エ) 目標収納率は、対象期間中であっても、社会情勢の変化などの状況に応じて適宜見直しを行う。

保険料(税) 収納率及び規模別目標収納率

規模	区市町村名	被保険者数 (28年3月末)	収納率				目標収納率			
			27年度 (※)	28年度(暫定値) 前年度比	全国平均 (27年度)	29年度(想定値) 前年度比	30年度	31年度	32年度	
1 10万人以上 (12保険者)	4 新宿区	103,782	83.22	81.19 ▲ 2.03	毎年度 0.54 引上げ	87.00	5.81	87.54	88.08	88.62
	8 江東区	118,380	86.41	86.92 0.51			0.08			
	11 大田区	167,197	87.49	87.66 0.17			▲ 0.66			
	12 世田谷区	214,371	86.40	86.36 ▲ 0.04			0.64			
	15 杉並区	140,902	84.06	84.66 0.60			2.34			
	19 板橋区	143,733	84.00	84.10 0.10			2.90			
	20 練馬区	173,818	88.09	87.99 ▲ 0.10			▲ 0.99			
	21 足立区	196,980	82.15	82.97 0.82			4.03			
	22 葛飾区	122,813	83.92	85.15 1.23			1.85			
	23 江戸川区	173,543	89.21	89.28 0.07			▲ 2.28			
	24 八王子市	150,289	90.33	90.04 ▲ 0.29			▲ 3.04			
	32 町田市	108,165	92.04	92.61 0.57			▲ 5.61			
	加重平均		86.27	86.46 0.19			88.61			
2 5万人以上 10万人未満 (12保険者)	3 港区	61,954	82.72	82.88 0.16	毎年度 0.91 引上げ	87.30	4.42	88.21	89.12	90.03
	6 台東区	57,746	84.79	84.53 ▲ 0.26			2.77			
	7 墨田区	68,582	85.23	84.73 ▲ 0.50			2.57			
	9 品川区	88,767	89.36	91.68 2.32			▲ 4.38			
	10 目黒区	67,777	87.35	87.32 ▲ 0.03			▲ 0.02			
	13 渋谷区	62,878	83.16	82.84 ▲ 0.32			4.46			
	14 中野区	90,063	85.69	85.27 ▲ 0.42			2.03			
	16 豊島区	85,978	83.91	83.67 ▲ 0.24			3.63			
	17 北区	93,351	84.58	84.65 0.07			2.65			
	18 荒川区	61,045	88.05	88.53 0.48			▲ 1.24			
	29 府中市	60,415	93.25	93.13 ▲ 0.12			▲ 5.83			
	31 調布市	53,504	92.45	92.45 0.00			▲ 5.16			
	加重平均		86.25	86.39 0.14			90.01			
3 1万人以上 5万人未満 (26保険者)	1 千代田区	11,611	91.28	91.29 0.01	毎年度 0.05 引上げ	92.43	1.14	92.48	92.53	92.58
	2 中央区	30,846	86.05	86.63 0.58			5.80			
	5 文京区	47,022	88.31	87.98 ▲ 0.33			4.45			
	25 立川市	45,502	90.57	91.06 0.49			1.37			
	26 武蔵野市	33,149	93.42	93.61 0.19			▲ 1.18			
	27 三鷹市	43,728	93.22	93.08 ▲ 0.14			▲ 0.65			
	28 青梅市	37,442	92.33	92.81 0.48			▲ 0.38			
	30 昭島市	29,713	92.78	93.13 0.35			▲ 0.70			
	33 福生市	18,404	89.47	89.17 ▲ 0.30			3.26			
	34 羽村市	15,065	90.60	91.01 0.41			1.42			
	35 瑞穂町	10,778	90.66	91.53 0.87			0.90			
	36 あきる野市	23,084	95.03	95.39 0.36			▲ 2.96			
	42 日野市	42,443	94.09	94.16 0.07			▲ 1.73			
	44 多摩市	39,298	93.36	94.42 1.06			▲ 1.99			
	45 稲城市	19,566	96.12	96.30 0.18			▲ 3.87			
	46 国立市	18,611	96.07	96.20 0.13			▲ 3.77			
	47 狛江市	20,114	97.61	98.02 0.41			▲ 5.59			
	48 小金井市	26,226	93.99	95.25 1.26			▲ 2.82			
	49 国分寺市	26,765	94.41	94.70 0.29			▲ 2.27			
	51 武蔵村山市	21,949	91.82	91.74 ▲ 0.08			0.69			
52 東大和市	22,751	92.62	92.99 0.37	▲ 0.56						
53 東村山市	38,703	91.47	91.61 0.14	0.82						
54 清瀬市	19,758	91.65	91.62 ▲ 0.03	0.81						
55 東久留米市	31,059	94.77	94.91 0.14	▲ 2.48						
57 西東京市	48,776	90.72	91.50 0.78	0.93						
58 小平市	44,880	92.40	92.49 0.09	▲ 0.06						
加重平均		92.10	92.38 0.28	92.57	0.05					
4 町村部 (1万人未満) (13保険者)	37 日の出町	5,121	93.73	94.30 0.57	毎年度 0.03 引上げ	94.88	0.58	95.91	94.94	94.97
	39 檜原村	784	99.17	99.41 0.24			▲ 4.53			
	40 奥多摩町	1,642	98.26	98.98 0.72			▲ 4.10			
	59 大島町	3,058	94.01	93.79 ▲ 0.22			1.09			
	60 利島村	107	99.86	100.00 0.14			▲ 5.12			
	61 新島村	1,102	94.44	95.04 0.60			▲ 0.16			
	62 神津島村	919	98.69	99.12 0.43			▲ 4.24			
	63 三宅村	892	87.32	88.46 1.14			6.42			
	64 御蔵島村	109	98.89	100.00 1.11			▲ 5.12			
	65 八丈町	3,256	94.40	93.03 ▲ 1.37			1.85			
66 青ヶ島村	55	99.65	99.13 ▲ 0.52	▲ 4.25						
67 小笠原村	1,097	97.80	97.69 ▲ 0.11	▲ 2.81						
加重平均		94.93	94.85 ▲ 0.08	94.49	0.03					

特別区	86.16	85.89	▲ 0.27
市町村	92.17	92.72	0.55
東京都計	87.44	87.63	0.19
全国	91.45		
全国平均との差	4.01		

※ 網掛けは27年度の実績が32年度の規模別目標収納率を超えている保険者である。

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、収納不足の要因(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 徴収指導員による取組支援等

(ア) テーマ別研修の実施

収納対策のテーマ別研修を実施し、業務に係る実践的知識の習得や組織として滞納整理を進める体制づくりを支援する。

(イ) 実地支援の実施

都の徴収指導員が区市町村へ継続して出向き、区市町村ごとの収納対策の課題に応じて、具体的な支援を実施する。

イ 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。

ウ 褒賞制度

効果的な収納対策を行う区市町村に対して表彰を行うとともに、優れた取組や先進的な取組について、他の区市町村職員の参考となる

よう周知する。

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、また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、助言にあたっては、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。

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27年度のレセプト点検の一人当たり財政効果額は816円で、平成26年度（813円）から上昇しており、平成27年度の全国平均（448円）を上回っている。
- 区市町村（島しょ地域を除く）別では、404円から1,657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および効果率の推移

	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		
H25	781円	766円	809円	1,021円	482円	0.35%	0.35%	0.34%	0.44%	0.19%
H26	813円	792円	865円	734円	467円	0.35%	0.35%	0.35%	0.30%	0.18%
H27	816円	777円	907円	770円	448円	0.34%	0.33%	0.35%	0.31%	0.16%

※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。

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27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194万件となっている。このうち、柔道整復療養費の支給件数は約181万件となっており、請求の中には、負傷の部位が複数に及ぶ、また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、施術管理者及び勤務する柔道整復師に対しては、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27年度 3,825 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。
- 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るほか、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	
H25	50	23	26	1	5,228	4,114	1,107	7	176,180	140,950	35,193	38
H26	51	23	25	3	4,839	3,781	1,047	11	164,373	133,947	30,262	164
H27	46	22	24	0	3,825	3,044	781	0	117,368	93,934	23,434	0

※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、都は次の取組を行う。

ア 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、円滑に事業者にも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。

イ 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 27 年度）

	都平均	全国平均
被保険者千人当たりの件数	2.31件	1.16件
被保険者千人当たりの金額	30.8万円	46.6万円

※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、東京都国保連合会や国が委嘱している第三者求償事務アドバイザーと連携した助言等の支援や、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についても、東京都国保連合会との連携を図りながら推進していく。

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市町村等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、都は予め、想定される基本的な判定事例をまとめた事例集を作成し、周知するとともに、レアケースについては都が随時に相談に応じていくほか、事例

を蓄積し、適宜各区市町村に情報提供していく。

7 都道府県による保険給付の点検、事後調整

新制度移行後においても、保険給付の実施主体は引き続き区市町村が担うこととされていることから、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、新たに財政運営の責任主体となることから、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

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については、今後、都と東京都国保連合会において連携を図りながら、必要な点検を行うこととする。

(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、国民健康保険法第 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、区市町村との協議を進める。

第 7 章 医療費の適正化の取組に関する事項

1 特定健診・特定健康指導の実施

(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。
- 都においては、特定健診の実施率は伸びており、平成 27 年度実績では全国で 36.3%であるのに対し、都の区市町村国保では 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 27 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 27 年度実績では 15.7%と、全国平均（23.6%）を下回っている。

(3) 実施率向上に関するこれまでの支援

都は、区市町村が特定健康診査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、都特別調整交付金による財政支援を行っている。

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			
	H24	H25	H26	H27	H24	H25	H26	H27
東京都	43.6%	43.6%	44.4%	44.9%	16.0%	14.6%	16.1%	15.7%
特別区	41.7%	41.7%	42.3%	42.9%	14.6%	13.6%	15.2%	14.9%
市	47.9%	47.9%	48.9%	49.2%	18.8%	16.6%	17.9%	17.1%
町村	37.0%	40.2%	41.0%	43.0%	19.8%	13.6%	15.5%	17.5%
全国	33.7%	34.2%	35.3%	36.3%	19.9%	22.5%	23.0%	23.6%

※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 27 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	利島村	68.5%	1	利島村	66.7%
2	小笠原村	65.1%	2	神津島村	50.0%
3	稲城市	56.4%	3	三鷹市	41.8%
4	神津島村	56.3%	4	江戸川区	33.0%
5	府中市	55.0%	5	新島村	29.7%

※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

(4) 実施率向上に向けた都の取組

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などの先進的な事例を収集し、情報提供を行う。

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、区市町村において未受診者に対する個別勧奨等、広報・

普及啓発等の取組が推進されるよう、必要な支援を行う。

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 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、区市町村には、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、インセンティブの提供等の取組が求められている。都は、インセンティブ付与の事業など、他道府県や区市町村における先進的な取組について情報提供する等、必要な支援を行う。

2 保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定

（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、平成29年7月1日現在策定済区市町村は40であり、全国の市町村国保の約9割と比較し、低い状況となっている。
- 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）計画策定の推進に向けた都の取組

- 都は、東京都国保連合会と連携して、今後、全ての区市町村において計画が策定されるよう支援するほか、引き続き保健事業支援・評価委員会において助言等を行う。
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、必要な助言を行う。

3 糖尿病性腎症重症化予防の取組の推進

- 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行く」ことが示されている。
- 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り、都は、全区市町村において重症化予防の取組が進むよう、支援していく必要がある。
- 一部の区市町村では、国のプログラム策定に先立ち、糖尿病性腎症重症化予防への積極的な取組が行われていることから、都は、これらの区市町村において、本事業がより効果的に実施できるよう、現状や課題の把握に努め、必要な支援を行う。
- また、今後、新たに事業を開始する区市町村が円滑に事業に取り組めるよう、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定するとともに、関係機関への働きかけを行う。また、糖尿病対策推進会議等と連携し、地域における取組状況や課題について情報共有し、必要な検討を行う。

4 加入者の適正受診・適正服薬に向けた取組

(1) 医療費通知の実施状況

- 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。
- 現在都では、48 区市町村で実施されており、平成 27 年度の平均実施回数は 1.7 回である。34 区市町村が委託により実施しており、うち 18 区市町村は東京都国保連合会に委託している。

表 32 医療費通知の実施状況・件数等の推移

	H24	H25	H26	H27
実施区市町村	51	51	48	48
実施件数合計	2,793,844件	2,851,543件	2,815,923件	2,654,578件
平均実施回数	1.7回	1.8回	1.8回	1.7回
回数別	年6回以上	0	1	0
	年3～5回	2	2	3
	年1～2回	49	48	44
委託状況	国保連合会	18	19	16
	国保連以外	12	14	16
	自己対応	21	18	16

※国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）より作成

（２）重複受診や重複投薬への訪問指導の実施状況

- 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また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受診・重複投薬に関しては、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、適正受診・適正服薬の促進を図る必要がある。
- 平成 28 年度に、都特別調整交付金を活用し被保険者に対する指導を実施しているのは4 区市町村である。

（３）加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の充実

- 引き続き、適正受診・適正服薬に対する普及啓発を図るため、都は、都内での統一的な医療費通知の実施に向けた検討を進めるとともに、都繰入金を活用し、区市町村における重複受診・重複投薬に関する被保険者への保健指導等の取組を支援する。
また、医師会、薬剤師会等と連携し、普及啓発等の取組を促進していく。

5 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

（１）後発医薬品差額通知の実施状況

- 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被保険者においても、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。
- 後発医薬品の差額通知については、平成 27 年度は 55 区市町村が実施し、取組が進んでいる。積極的な取組を進める一方で、小規模で

地理的な特殊性を有する島しょ地域においては、医薬品の在庫保有に限りがあること等の事情への配慮が必要である。

表 33 後発医薬品差額通知の実施状況・件数の推移

	H23	H24	H25	H26	H27
東京都	14	36	48	54	56
特別区	1	6	14	20	22
市	9	21	25	26	26
町村	4	9	9	8	8
実施件数合計	20,014	153,237	300,506	466,179	499,606

※国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）より作成

（２）後発医薬品の使用促進に向けた都の取組

- 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、医師会、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。
- 今後、各区市町村における後発医薬品の使用割合を把握できた際には、区市町村の目標達成に向けた取組を都繰入金により支援する。

第 8 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）被保険者証の様式の統一

- 新制度移行後も、被保険者証は各区市町村が交付する。新制度移行に伴い、「区市町村による資格管理の開始日」を「適用開始年月日」として位置付けることや、名称が東京都国民健康保険者証となること等から、様式が改正されるが、新制度の円滑な施行の観点から、施行当初は被保険者証の有効期限が満了するまでの間、従来の様式を活用することも可能とされている。

区市町村においては、従来から申し合わせにより、被保険者証の色と有効期間（2年間）のサイクルが統一されており、次回の一斉更新は平成 31 年 10 月となっている。

- そのため、次回一斉更新時期に新様式への切替を行うこととし、引

き続き、色・有効期間（2年間）のサイクルを継続する。

様式は統一し、原則として都が改正後の国民健康保険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する。

- また、各区市町村の判断により、高齢受給者証との兼用証の発行も可能とする。

（2）事務処理基準の統一

- 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、都内各区市町村において、事務処理基準が大きく異なると、区市町村間異動等の際に被保険者への説明が困難となる等、被保険者サービスの観点から好ましくないため、可能な限り統一的な取扱いとすることが望ましい。
- しかし、各区市町村においては、これまで、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から、標準的な事務処理基準の設定に当たっては、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、都内での区市町村をまたがる住所異動において、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。

表 34 平成 30 年度から標準的な事務処理基準を設定する事務

資格関係	賦課関係
1. 窓口対応 ① 世帯主以外の者の申請の際の委任状の取扱い ② 資格得喪時の根拠書類 ③ 根拠書類が持参されなかった場合の対応 2. 被保険者証の発行基準 ① 即日交付の条件 ② 本人確認の必要書類 ③ 住所地以外への送付条件 3. 高齢受給者証 住所地以外への送付条件 4. 国保税納税通知書・国保料納付書 住所地以外への送付条件 5. 外国人被保険者証の有効期間の取扱い 6. 基準収入額適用申請書の勸奨対象者	○減免事由 1. 生活保護（生活扶助）受給開始 2. 生活保護（生活扶助以外）受給開始 3. 世帯主死亡又は障害による生活困窮 4. 世帯主失業又は事業不振による生活困窮 5. 世帯主疾病又は負傷による収入減収 6. 収監時等による施設入所

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、区市町村事務の実態を踏まえ、事務の効率化及び事務負担軽減に向け、東京都国保連合会等と連携し、表 35 の事業を順次実施する。

また、新制度移行後も、区市町村と、事務の効率化について検討を継続していく。

表 35 平成 30 年度以降事務の効率化を実施する事業

1. 国保の手引き（都共通版）外国語版…平成30年度から準備開始
2. 医療費通知の統一の実施…平成31年度実施に向けて検討

第 9 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。

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

都は、国保データベースシステム等の健診・医療に係る情報基盤を活用し、区市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握するとともに、区市町村や東京都国保連合会における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

新制度移行後、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、平成30年度以降も、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、都医師会、都歯科医師会、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サイクルのもとで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PDCA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。