

東京都国民健康保険運営方針

令和6年2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

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	2
(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	7
(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	9

5 財政収支の改善に係る基本的な考え方

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（区市町村）	12
(3) 削減目標（都全体）	13
(4) 新たに法定外繰入を行う区市町村が発生した場合の対応方針	13
(5) 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	14
------------	----

(2) 交付について	14
(3) 取崩しについて	14
(4) 財政調整事業について	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	15
(3) 応能割と応益割の賦課割合	15
(4) 賦課限度額の設定状況	15
(5) 保険料（税）の現状	16
(6) 一人当たりの保険料（税）	16

2 納付金及び標準保険料率の基本的な考え方

(1) 保険料水準統一の定義	18
(2) 保険料水準の統一に向けた基本的な考え方	19
(3) 納付金ベースの統一の目標年度	19
(4) 保険料水準統一に向けた検討の組織体制やスケジュール	19

3 納付金の算定方法

(1) 医療費水準による調整	21
(2) 所得水準の調整	21
(3) 区市町村ごとの個別事情による納付金額調整の共同負担化	22
(4) 賦課限度額	22
(5) 納付金ベースの統一に向けた経過措置	22

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	23
(2) 応能割と応益割の賦課割合	23
(3) 標準的な収納率	23

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	23
(2) 滞納世帯等の状況	25
(3) 収納対策の状況	25

2 目標収納率

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、あん摩マッサージ指圧師、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	30
(2) 支給の適正化に向けた都の取組	30
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	31
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	32
5 高額療養費の多数回該当の取扱い	33
6 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 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及び標準化の推進	34
(2) 計画の推進に向けた取組	35
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	36
(2) 特定保健指導の実施状況	36
(3) 特定健診・特定保健指導の推進	37
3 生活習慣病発症・重症化予防の取組の推進	
(1) 生活習慣病発症・重症化予防の取組状況	38
(2) 発症・重症化予防に向けた取組の推進	39
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	40
(2) 医薬品適正使用に向けた取組	41
5 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進	
(1) 後発医薬品使用促進の取組の実施状況	41
(2) 後発医薬品の使用促進に向けた取組の推進	42
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	

（1）区市町村の取組状況	43
（2）一体的実施の推進に向けた取組	44

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	
（1）都の取組	45
（2）区市町村の取組	45
2 国保データベース（KDB）システム等情報基盤の活用	45

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）オンライン資格確認の普及に向けた取組	46
（2）市町村事務処理標準システム等の導入	46
（3）事務処理基準の統一及び積極的な情報提供	47
2 事務の効率化に向けた検討	47

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	48
2 広報・普及啓発活動	48
3 P D C Aサイクルの実施	48
4 その他	48

資料編（別添資料編参照）

第1章 方針策定の趣旨

1 策定の目的

平成30年度の制度改革により、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。

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6年4月1日から令和12年3月31日までとする。運営方針に基づく取組の状況を3年ごとに分析、評価を行い、必要に応じて方針の見直しを行う。

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。
- 令和3年度末の被保険者数は、約271万人であり、全国の被保険者数（約2,537万人）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、19.6%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18万人と最も多く、最少の青ヶ島村は37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	
R1	204万世帯	288万人	96.4%	20.8%
R2	201万世帯	281万人	97.7%	20.3%
R3	196万世帯	271万人	96.4%	19.6%

※ 国民健康保険事業状況（東京都）より

表2 規模別区市町村数（令和4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	8	38.8%
5万人以上10万人未満	12	30.9%
1万人以上5万人未満	29	29.5%
3千人以上1万人未満	2	0.4%
3千人未満	11	0.4%
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50.2%と全国平均の39.6%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、令和3年度末時点で34.4%と、全国平均45.1%と比べ低い。
- 地域別にみると、特別区計は31.7%、市計は39.9%、町村計は44.9%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57.4%と最も高くなっている、小笠原村が19.3%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（令和3年9月末時点）

	～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	～54歳	55～64歳	65～74歳
					計		
東京都	13.3%	10.7%	11.6%	14.6%	50.2%	15.0%	34.8%
特別区	13.6%	11.8%	12.3%	15.2%	52.9%	15.0%	32.1%
市	12.7%	8.4%	10.1%	13.6%	44.8%	14.8%	40.5%
町村	12.8%	6.1%	9.0%	12.3%	40.2%	14.7%	45.1%
全国	11.9%	6.7%	9.0%	12.0%	39.6%	14.8%	45.5%

※ 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	
R1	33.6%	30.9%	39.5%	43.8%
R2	34.2%	31.5%	40.0%	44.4%
R3	34.4%	31.7%	39.9%	44.9%

※ 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0.04%（全国平均2.21%）、その他の自営業が23.14%（同17.18%）、被用者が35.51%（同32.53%）、無職者が35.75%（同43.26%）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、その他自営業と被用者の割合が高くなっている。

表5 世帯主の職業構成（令和3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	0.04%	23.14%	35.51%	5.57%	35.75%
全国	2.21%	17.18%	32.53%	4.83%	43.26%

※ 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

- 令和3年度の区市町村における異動被保険者数は、延べ約134万人となっており、これを年間平均被保険者数で除した異動率は48.2%で、全国平均の39.6%と比べ高くなっている。
- また、転出者と転入者は延べ約37万人となっており、転出入率は13.4%と、全国平均の6.8%と比べ高くなっている。中でも、特別区の転出入率は15.4%と高く、全国平均の2倍を超えていている。

表6 被保険者の異動状況（令和3年度）

	東京都			全国平均
	特別区	市	町村	
異動率	48.2%	51.0%	42.5%	32.7%
転出入率	13.4%	15.4%	9.1%	6.4%

※ 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、令和3年所得で約114万円（全国平均約72万円）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306万円、最も低い奥多摩町で約64万円と約4.8倍の開きがある。
- なお、令和3年度の区市町村における保険料（税）軽減世帯の割合は46.4%を占めるものの、全国の軽減世帯の割合56.0%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	地域差	全国平均
R2	103万円	94%	288万円	49万円	5.9倍	68万円
R3	102万円	99%	302万円	62万円	4.9倍	67万円
R4	114万円	112%	306万円	64万円	4.8倍	72万円

※ 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（令和3年度）

	東京都				全国
		特別区	市	町村	
6(7)割軽減世帯	28.3%	28.8%	27.0%	26.2%	31.2%
4(5)割軽減世帯	9.8%	9.5%	10.6%	12.2%	13.9%
2割軽減世帯	8.3%	7.7%	9.8%	11.1%	10.9%
合計	46.4%	46.0%	47.4%	49.5%	56.0%

※ 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

（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

令和3年度の医療費総額の合計は、約9,834億円で、前年度と比較すると約6.5%増加している。医療費総額が増加している要因としては、高齢化や医療の高度化などによる自然増に加え、新型コロナウイルス感染症の影響による減少の反動など様々な要因が挙げられる。

表9 医療費総額の推移

	医療費総額	対前年度比
R1	9,760億円	99.0%
R2	9,234億円	94.6%
R3	9,834億円	106.5%

※ 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、令和3年度は約35.4万円であり、全国平均約37.7万円と比較して約2.3万円低いが、令和3年度の被用者保険（全国）の約18.2万円と比べ、約1.9倍となっている。
- 前年度の約32.3万円から約9.6%増で、令和元年度と比較して約6.9%の増加となっており、被保険者の高齢化と医療の高度化等により、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48.5万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	地域差
R1	325千 円	345千 円	342千 円	331千 円	102.8%	492千 円	218千 円	2.3倍
R2	318千 円	334千 円	336千 円	323千 円	97.5%	431千 円	213千 円	2.0倍
R3	351千 円	360千 円	353千 円	354千 円	109.6%	485千 円	215千 円	2.3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、令和2年度で0.972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42位と低く、入院外（調剤を含む。）が13位、歯科が16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	0.972	0.889	1.03	1.006
順位	34位	42位	13位	16位

※ 「令和2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

- 令和3年度の区市町村の歳入総額は1兆3,327億円で、令和2年度の1兆2,888億円に対し3.4%の増となった。
- また、歳出総額は1兆3,060億円で、令和2年度の1兆2,621億円に対し、3.5%の増となった。
- 令和3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267億円となっている。

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
R1	13,309	13,121	189
R2	12,888	12,621	267
R3	13,327	13,060	267

※ 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、令和3年度は57区市町村となっている。
- 区市町村における令和3年度の法定外一般会計繰入金の合計額は、約414億円である。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3.1%に及んでおり、全国の合計約1,281億円、1.0%と比較し、高い水準となっている。
- また、令和3年度の予算が不足し、令和4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、令和3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9.6%に対し、都平均は7.3%となっている。

表 13 法定外一般会計繰入の状況（令和3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
		決算補填項目的のもの (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）	6	638	29	674	607 1,281
	割合	0.5%	49.8%	2.3%	52.6%	47.4%
東京都	金額（億円）	3	315	6	323	90 414
	割合	0.7%	76.1%	1.4%	78.0%	21.7%

(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
R1	4.3%	3.3%	6.6%
R2	3.7%	2.6%	6.2%
R3	3.1%	1.9%	5.8%
			5.6%

※ 国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

表 15 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）調定期額 (B)	負担率 (B/A)
全国平均	929 千円	89,266 円	9.6%
東京都	1,440 千円	105,050 円	7.3%

※ R3年度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

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、医療費は更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

	H29	H30	R1	R2	R3
全国	92.45%	92.85%	92.92%	93.69%	94.24%
東京都 (全国との差)	88.02%	88.55%	88.92%	90.26%	91.43%
	▲ 4.43%pt	▲ 4.30%pt	▲ 4.00%pt	▲ 3.43%pt	▲ 2.81%pt
特別区	86.30%	86.83%	87.33%	88.76%	90.09%
市	93.27%	93.82%	93.70%	94.54%	95.26%
町村	94.20%	94.02%	94.03%	95.41%	95.49%

※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 6 年度から令和 11 年度における医療費の見通しは以下のとおりである。
- なお、ア及びイの推計については、以下「推計医療費の算出方法」に記載のとおり、国の規定する標準的な推計方法により算出しているものであり、納付金算定における医療費推計とは異なるものであることに留意が必要である。
- 医療費適正化の取組としては、特定健康診査を始めとした各保険者のデータヘルス計画に基づく取組、後発医薬品の使用促進の取組などを実施しており、区市町村国保における医療費適正化の取組については第 7 章に記載のとおりである。

ア 推計医療費

区分	R6	R7	R8	R9	R10	R11
医療費適正化の取組を行った前の医療費	11,301 億円	11,323 億円	11,493 億円	11,735 億円	12,048 億円	12,434 億円
医療費適正化の取組を行った場合の医療費	11,191 億円	11,212 億円	11,380 億円	11,620 億円	11,930 億円	12,313 億円

イ 一人当たり推計医療費

区分	R6	R7	R8	R9	R10	R11
医療費適正化の取組を行った前の医療費	424 千円	428 千円	433 千円	440 千円	450 千円	463 千円
医療費適正化の取組を行った場合の医療費	420 千円	424 千円	428 千円	436 千円	446 千円	458 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。
- 都道府県国民健康保険運営方針策定要領では、国保運営方針において、医療費適正化計画における国保の医療費の見込みやその推計方法を参考とすることが望ましいとされており、第四期東京都医療費適正化計画の医療費推計方法により算出することとする。

＜推計医療費の算出方法＞

- 医療費適正化計画における医療費の見込みの推計方法については、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」において標準的な都道府県医療費の推計方法が示されており、推計にあたっては国から「医療費適正化計画関係推計ツール」が配布されている。
- 医療費適正化の取組を行う前の都道府県医療費の推計値は、基準年度（令和元年度）の都道府県別の入院外及び歯科別の国民医療費を都道府県別人口で除して算出した一人当たり医療費に、令和元年度から推計年度までの一人当たり医療費の推計伸び率及び都道府県別将来推計人口を乗じて算出する。
- 医療費適正化の取組を行った場合の都道府県医療費の推計値は、健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に向けた取組により達成が見込まれる医療費適正化の効果の推計値を医療費適正化の取組を行う前の都道府県医療費の推計値から減じて算出する。
- 医療保険の制度区分（市町村国保・後期高齢者医療・被用者保険等）別の医療費は、各医療保険の事業年報等によって把握されているため、国民医療費を基に算出されている各年度の都道府県医療費の推計値を、基準年度（令和元年度）の医療保険に係る都道府県医療費及び都道府県別国民医療費により補正し、区市町村国保の推計医療費は、都道府県別将来推計人口等を用いて推計した区市町村国保加入者数を基に算出した区市町村国保医療費割合を乗じて算出する。

※ 都道府県医療費の推計に使用するデータは次に掲げる統計を基礎とする。

- ① 患者統計（厚生労働省政策統括官）
- ② 病院報告（厚生労働省政策統括官）
- ③ 医療費の動向（厚生労働省保険局）
- ④ 国民医療費（厚生労働省保険局）
- ⑤ 後期高齢者医療事業年報（厚生労働省保険局）
- ⑥ 国民健康保険事業年報（厚生労働省保険局）
- ⑦ 健康保険・船員保険事業年報（厚生労働省保険局）
- ⑧ 国民健康保険実態調査（厚生労働省保険局）
- ⑨ 後期高齢者医療制度被保険者実態調査（厚生労働省保険局）
- ⑩ 都道府県別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）
- ⑪ その他国勢統計（総務省統計局）、推計人口（総務省統計局）等

5 財政収支の改善に係る基本的な考え方

- 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、公費負担のほか、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正確となるほか、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・削減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（区市町村）

- 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（6（1）に記載する解消・削減すべき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・段階的に解消・削減すべき赤字を解消・削減するものとする。

（3）削減目標（都全体）

令和3年度時点では、57区市町村が決算補填等を目的とした一般会計からの法定外繰入を行っているが、これを令和8年度末には35区市町村、令和11年度末に18区市町村とすることを目指す。

（4）新たに法定外繰入を行う区市町村が発生した場合の対応方針

赤字の解消又は削減については、国民健康保険が一会計年度を収支として行う短期保険であることに鑑み、原則として赤字発生年度の翌年度に解消を図ることが望ましい。しかし、被保険者の保険料負担の急変を踏まえると、単年度での赤字の解消が困難な場合は、5年度以内の計画を策定し、段階的に赤字を削減し、できる限り赤字を解消するよう努めるものとする。

（5）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、解消・削減すべき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、計画に定めた解消・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」及び法定外繰入等の額、解消予定年次等を見る化し、毎年度公表を行う。

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。

(4) 財政調整事業について

- 都特別会計において生じた決算剰余金を財政調整事業分として積み立て、①都又は区市町村の1人当たり納付金額が前年度の額を上回る場合、②前々年度の概算前期高齢者交付金の額が確定前期高齢者交付金の額を上回る場合、③その他安定的な財政運営の確保のために必要な場合に取り崩して活用することが可能とされた。
- なお、財政調整事業への積立及び処分の基準については、決算剰余金が発生した際に、その規模等を考慮した上で、区市町村の意見も踏まえ、基準を検討する。

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）の基礎賦課分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、57 区市町村が「二方式」を、2 町が「三方式」を、3 村が「四方式」を採用している（令和 5 年度）。
- 今後の保険料水準の完全統一を見据え、都は、町村と課題を共有し、二方式への移行について助言等を実施していく。

(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。
- 区市町村の令和 3 年度の賦課割合は応能割：応益割 = 59.1 : 40.8 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）（令和 3 年度）

	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%	59.1%	0.0%	40.8%	40.8%
特別区	59.5%	59.5%	0.0%	40.5%	40.5%
市	58.2%	58.2%	0.0%	41.8%	41.8%
町村	57.4%	56.3%	1.1%	42.6%	36.8%
					5.8%

※ 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。
- 保険料（税）については、負担能力に応じた公平なものとする必

要があり、賦課限度額の引き上げにより中間所得層の被保険者に配慮した保険料（税）の設定が可能となることからも、法定額と同額の賦課限度額への統一を検討していく。

表 18 賦課限度額の設定状況（令和 5 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 万円未満	法定額との差 2 万円以上 5 万円未満	法定額との差 5 万円以上
医療給付費分	65 万円	59	2	1	0
後期高齢者支援分	22 万円	53	6	3	0
介護納付金分	17 万円	60	2	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 5 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 5 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。

財源となる保険料（税）の収納確保に当たっては、適正な保険料（税）率の賦課設定が求められる。

（6）一人当たりの保険料（税）

ア 全国との比較

都内の人一人当たり保険料（税）は年々増加しており、平成 29 年度は 99,116 円であったが、令和 3 年度では 105,050 円と 5,934 円の増となっている。令和 3 年度における全国との比較では、15,710 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）（令和 3 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 155,457 円、最も低い檜原村で 58,478 円と、2.7 倍の開きがある。
- 令和 5 年度の各区市町村の料（税）率に基づき、大人 2 人・子供 2 人（小学生以上）世帯、旧ただし書き所得 260 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 53.3 万円、最も低い御蔵島村で 16.9 万円と、3.15 倍の開きがある。

- また、単身世帯、旧ただし書き所得 0 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	地域差	
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
R1	89,125円	104,395円	113,962円	83,356円	73,778円	152,208円 (千代田区)	52,822円 (御蔵島村)	2.9倍
R2	88,937円	103,130円	111,514円	85,012円	74,777円	152,992円 (千代田区)	56,467円 (利島村)	2.7倍
R3	89,340円	105,050円	113,710円	86,642円	75,376円	155,457円 (千代田区)	58,478円 (檜原村)	2.7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 5 年度）

大人 2 人・子供 2 人(小学生以上) 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	532,960 円	1	青ヶ島村	19,800 円
2	中野区	494,340 円	2	江戸川区	18,990 円
3	特別区	489,740 円	3	特別区	18,030 円
⋮			⋮		
60	小笠原村	245,400 円	60	国立市	9,000 円
61	利島村	240,180 円	61	利島村	8,400 円
62	御蔵島村	169,300 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っているため、保険料額は同額となる。

※ 介護分を除く。

※ 令和 5 年度国民健康保険料（税）率等の調査より作成

表21 医療分の保険料（税）の状況（令和5年度）

最大/最小		応能割(%)		応益割(円)		最大/最小の地域差
		所得割	資産割	均等割	世帯割	
所得割	江戸川区	8.00	-	47,100	-	2.8倍
	利島村	2.81	-	16,000	-	
均等割	江戸川区	8.00	-	47,100	-	6.0倍
	小笠原村	4.50	35.00	7,800	22,600	
世帯割	青ヶ島村	5.00	65.00	23,000	23,000	2.9倍
	御藏島村	3.00	39.50	8,300	8,000	

※ 令和5年度国民健康保険料（税）率等の調査より作成

表22 地域（保険者）間における格差の状況（令和3年度）

		都平均	最大		最小		地域差
1人当たりの医療費(円)		353,908	奥多摩町	485,219	小笠原村	214,910	2.3倍
1人当たりの所得額(千円)		1,017	千代田区	3,017	三宅村	615	4.9倍
1人当たりの保険料(円)		105,050	千代田区	155,457	檜原村	58,478	2.7倍
現年度分保険料(税)収納率		91.43%	利島村 御藏島村	100.00%	新宿区	84.53%	
構造	人口に占める国保加入率	19.6%	神津島村	40.0%	千代田区	15.3%	
	前期高齢者の国保加入率	63.2%	御藏島村	86.1%	千代田区	49.9%	
	国保加入者に占める前期高齢者の割合	34.4%	奥多摩町	57.4%	小笠原村	19.3%	

※ 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。

また、平成30年度の広域化以降、保険料水準の統一に向け、区市町村と課題整理等を行ってきた。

（1）保険料水準統一の定義

保険料水準の統一については、都内のどこに住んでいても、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば同じ保険料水準とする「完全統一」と、各区市町村の納付金にそれぞれの医療費水準を反映させない「納付金（算定基礎額）ベースにおける統一」（以下「納付金ベースの統一」という）の大きく2つの手法がある。

（2）保険料水準の統一に向けた基本的な考え方

保険料水準の完全統一を進めることは、区市町村ごとの医療費水準を保険料に反映させないことにより、特に小規模な保険者において、高額な医療費が発生した場合の年度間の保険料の変動を抑えることができるなど国保財政の安定化が図られるほか、都内のどこに住んでいても、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば同じ保険料水準となり、被保険者間の公平性の観点から望ましいとされている。

都においては、将来的に完全統一を目指していくが、区市町村における医療費水準や保険料（税）収納率等の差異があるため、直ちに完全統一とすることは困難である。

そのため、まずは、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、納付金ベースの統一に取り組む。

（3）納付金ベースの統一の目標年度

令和6年度から、納付金算定において、医療費指数反映係数 α （以下「 α 」という）を現在の1から段階的に引き下げるとともに、区市町村ごとの個別事情による納付金額調整を共同負担化し、令和11年度までに $\alpha=0$ とし、令和12年度に納付金ベースの統一を目指す。

（4）保険料水準統一に向けた検討の組織体制やスケジュール

保険料水準の統一に向けた検討は、連携会議を中心に行う。さらに、課題ごとにワーキンググループを設置する等して、都と区市町村間での議論を深めていく。

また、次頁のとおり、令和6年度以降の工程表を策定し、令和8年度の運営方針の中間見直しに併せて、影響の検証を行う。

納付金ベースの統一に向けた工程表

年度	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	R12~
【参考】都運営方針	●改定			対象期間 ●中間見直し			●改定	次期運営方針
保険料水準の平準化								納付金ベースの統一
●医療費指数反映係数 (a) $a = 1 \Rightarrow a = 0$	a = 1	0.83	0.66	0.5	0.33	0.16	0	0
医療費水準を反映				aを段階的に引き下げ				医療費水準を反映しない
●区市町村ごとの個別事情による納付金額調整 (c \Rightarrow d) 区市町村毎の算定 ⇒都全体の共同負担 ※一部項目は継続協議	区市町村ごとに加減算			R 6 年度から共同負担				原則、都全体で共同負担
●納付金ベースの統一後 (準統一・完全統一) に向けた検討				● 審査支払手数料 ● 高額医療費負担金、特別高額医療費共同事業負担金 ● 国特別調整交付金(都道府県分) ※子ども分				
				● 他の項目について引き続き検討			共同負担等	
				● 都費補助(地方単独事業の医療費波及分)等				
					●準統一に向けた諸条件の課題整理、検討 ・賦課方式、賦課限度額、保健事業、収納率、法定外繰入等			

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】

$$\begin{aligned} \text{区市町村の納付金の額} \\ = & \text{ (都全体での必要総額)} \\ & \times \{ \alpha \times (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1) + 1 \} \\ & \times \{ \beta \times (\text{所得のシェア}) + 1 \times (\text{被保険者数のシェア}) \} \div (1 + \beta) \\ & \times \gamma \end{aligned}$$

- ※ 医療費指数反映係数 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。
- 都においては、納付金ベースの統一を図るため、令和6年度より α を毎年 0.17 (※3年目及び6年目は調整のため 0.16) ずつ引き下げ、令和11年度に $\alpha = 0$ とする。

(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 β は、原則どおり、都の所得水準に応じた値とする。

(3) 区市町村ごとの個別事情による納付金額調整の共同負担化

納付金算定において区市町村ごとの収入・費用としていた、審査支払手数料、高額医療費負担金、特別高額医療費共同事業負担金、国特別調整交付金（都道府県分（子ども分等））について、令和6年度から都全体での共同負担とする。また、その他の項目は、引き続き検討を行っていく。

(4) 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。

(5) 納付金ベースの統一に向けた経過措置

納付金ベースの統一に向けた α の引き下げ等の納付金の算定方法の変更に伴い、算定前年度の条件（ α 、共同負担の状況）を用いた算定結果と比較し、一人当たりの納付金額が増加する区市町村に対して、その影響額の3／4について、都繰入金の一部を活用した緩和措置を実施する。

緩和措置に活用した都繰入金と同額を一般会計から特別会計へ繰り入れ、区市町村の納付金負担に対する支援を実施する。（令和6年度から令和11年度までの時限措置）

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

- 都における令和3年度現年分保険料（税）の収納率は91.43%と、令和2年度（90.26%）に比べ改善され、11年連続で上昇したものの、令和3年度全国平均収納率（94.24%）と比較すると、依然として低い。
- 一方で、都における令和3年度滞納繰越分保険料（税）の収納率は29.10%と、令和3年度全国平均収納率（23.72%）を上回っている。
- 区市町村別の現年分収納率では、最も高い利島村、御藏島村（100.00%）と、最も低い新宿区（84.53%）との間で約15.47ポイントの差が生じている。また、特別区の平均収納率（90.09%）と、市の平均収納率（95.26%）との間で約5.2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	57.2%	78.2%	87.1%	88.3%	92.7%	98.0%	94.0%

※ 国民健康保険実態調査（厚生労働省保険局）より作成

令和3年9月末現在の国保世帯における令和2年度保険料（税）収納率の集計

表16 ①（再掲） 現年分収納率の推移

	H29	H30	R1	R2	R3
全国	92.45%	92.85%	92.92%	93.69%	94.24%
東京都 (全国との差)	88.02%	88.55%	88.92%	90.26%	91.43%
	▲ 4.43%pt	▲ 4.30%pt	▲ 4.00%pt	▲ 3.43%pt	▲ 2.81%pt
特別区	86.30%	86.83%	87.33%	88.76%	90.09%
市	93.27%	93.82%	93.70%	94.54%	95.26%
町村	94.20%	94.02%	94.03%	95.41%	95.49%

※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 16 ② 滞納繰越分収納率の推移

	H29	H30	R1	R2	R3
全国	21.99%	23.04%	23.79%	24.27%	23.72%
東京都 (全国との差)	28.76%	29.43%	30.64%	27.97%	29.10%
	6.77%pt	6.39%pt	6.85%pt	3.70%pt	5.38%pt
特別区	28.16%	28.30%	30.01%	26.61%	27.79%
市	30.94%	33.96%	33.45%	34.02%	35.10%
町村	31.75%	30.38%	30.97%	32.86%	33.18%

※ 国民健康保険事業年報（厚生労働省）より作成

（2）滞納世帯等の状況

令和3年度の滞納世帯数は約36万世帯となっており、国保の加入世帯数約199万世帯に対する割合は18.2%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）

	H29	H30	R1	R2	R3
国保加入世帯数	2,185,514	2,131,616	2,078,153	2,039,488	1,986,880
滞納世帯数	487,424	474,881	455,703	404,046	360,713
滞納世帯割合(%)	22.3%	22.3%	21.9%	19.8%	18.2%
資格証	交付保険者数	39	40	39	37
	交付世帯数	24,281	18,462	14,242	8,408
短期証	交付保険者数	59	59	58	56
	交付世帯数	74,076	41,843	58,396	35,104

※ 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33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97.17%と、自主納付70.45%と比べて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（令和3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)	30
・ 税の専門家の配置(嘱託等含む)	20
・ 収納対策研修の実施	41
・ 連合会に設置した収納率向上アドバイザーの活用	5
(3) 徴収方法改善等の実施状況	
・ 口座振替の原則化	19
①条例(施行規則等)で規定	9
②要綱(マニュアル等)の中に明記	13
③その他の方法	5
・ 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	33
・ 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)	19
・ クレジットカードによる決済	34
・ 多重債務相談の実施	15
(4) 滞納処分の実施状況	
・ 財産調査の実施	58
・ 差押えの実施	57
・ 捜索の実施	32
・ インターネット公売の活用	23
・ 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（令和3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	65	8,547	8,354	97.75	672,934	132,659	128,906	97.17
特別区	-	-	-	-	494,366	103,374	100,264	96.99
市	-	-	-	-	174,289	28,630	28,007	97.82
町村	65	8,547	8,354	97.75	4,279	655	635	97.06

	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	202,880	15,211	15,196	99.90	1,193,634	175,137	123,388	70.45
特別区	106,857	7,759	7,745	99.82	841,275	128,387	86,780	67.59
市	93,109	7,208	7,207	99.98	345,001	45,799	35,875	78.33
町村	2,914	244	244	100.00	7,358	952	732	76.95

※ 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ほか、最も高い収納率の区分の場合は、99%以上を維持することを目標とする。

前年度の現年分収納率	目標収納率
	令和6～8年度
85%未満	前年度実績+1.50pp
85%以上 90%未満	前年度実績+1.00pp
90%以上 95%未満	前年度実績+0.50pp
95%以上 97%未満	前年度実績+0.10pp
97%以上 99%未満	前年度または前々年度実績以上※
99%以上 100%以下	99%以上を維持

※ 前年度または前々年度収納率も同区分内であることが必要

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、滞納者に対し催告を行うほか、納付相談により生活状況を把握するなど、滞納者それぞれの状況に応じて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

都の徴収指導員が実地又はオンライン等により、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全国平均収納率以上を目標とした収納率等の実績に応じた交付を行うとともに、業務のデジタル化等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

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。
- 都における令和3年度のレセプト点検の一人当たり財政効果額は2,861円で、令和2年度(2,824円)から上昇しており、令和3年度の全国平均(2,056円)を上回っている。
- 区市町村(島しょ地域を除く。)別では、1,685円から4,775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「資格点検」及び「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				全国平均	
	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			
R1	2,835円	2,966円	2,561円	1,888円	2,130円	1.08%	1.16%	0.92%	0.68%	0.69%
R2	2,824円	3,001円	2,459円	1,651円	2,015円	1.08%	1.18%	0.89%	0.68%	0.66%
R3	2,861円	3,049円	2,467円	1,917円	2,056円	1.00%	1.08%	0.84%	0.67%	0.63%

※ 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テーマ別の課題に応じて実施し、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

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、あん摩マッサージ指圧師、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

- 令和3年度における柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、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118万件となっている。このうち、柔道整復療養費の支給件数は約107万件となっており、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、講習会を実施し、柔道整復療養費の適正化に向けた区市町村の取組を支援する。

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連絡や相談を受けたときは、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、あん摩マッサージ指圧師、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、令和3年度1,163件である。

- 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
H29	51	23	25	3	3,180	2,547	630	3	113,226
H30	49	23	25	1	3,054	2,372	679	3	103,761
R1	44	23	21	0	2,923	2,299	624	0	101,282
R2	45	23	22	0	1,100	873	227	0	41,902
R3	44	23	21	0	1,163	910	253	0	44,361
									78
									113
									159
									0
									0
									0

※ 国民健康保険実施状況報告（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。

（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。

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、円滑に事業者に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。

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。

- 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（令和 3 年度）

	都平均	全国平均
被保険者千人当たりの件数	0.87 件	0.92 件
被保険者千人当たりの金額	31.1 万円	42.7 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、体制・取組の更なる強化と P D C A サイクルの徹底により、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、該当レセプトへの必要事項の記載の徹底等について、東京都医師会など関係機関と協力体制を構築し、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よう支援するとともに、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。
- なお、法改正により、都道府県は、令和 7 年 4 月から、区市町村の委託を受けて、第三者行為求償事務のうち、広域的な対応が必要なもの、専門性が高いものについて事務を行うことができるとされたことから、都は、都道府県と区市町村の役割分担の考え方や委託事務の具体例等の国の動向を踏まえ、適切に対応していく。

5 高額療養費の多数回該当の取扱い

- 制度改革により、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つた場合には、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必要がある。
- 都は、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するとともに、レアケースについては隨時に相談に応じ事例を蓄積し、事例集を更新していく。

6 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している。

(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つ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

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、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ている。

第7章 医療費の適正化の取組に関する事項

法82条1項により、区市町村は特定健康診査等を行うものとするほか、被保険者の健康の保持増進のために必要な保健事業を行うように努めなければならないこととされており、法82条13項により、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に、必要な支援を行うよう努めなければならないとされている。

また、加減算双方面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、都と区市町村においては積極的な事業企画を進めてきた。

都は、第四期東京都医療費適正化計画等に掲げる関連施策との整合性を図り、府内横断的な連携や、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及び標準化の推進

- 保険者においては、被保険者の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられる。
- 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。
- 都においては、令和2年度末時点で全区市町村でデータヘルス計画が策定されている。
- データヘルス計画は、国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（令和5年5月18日改正）において、保険者の健康課題を効果的・効率的に解決するために、各保険者において最低限把握すべき情報や共通の評価指標等を都道府県単位で設定する、計画の標準化を推進することとされた。
- 都においては、東京大学及び東京都国保連合会と連携して令和2年度から3か年実施した全区市町村への個別支援の成果を踏まえ、「東京都区市町村国民健康保険データヘルス計画策定の手引き」を作成し、保険者が「第3期データヘルス計画標準化ツール®（以下「標準化ツール」という。）」を活用して最低限把握すべき情報を提示するとともに、経年的に把握すべき指標を「東京都区市町村国保データヘルス計画共通の評価指標（以下「共通評価指標」という。）」として設定することにより、データヘルス計画の標準化を推進していく。

(2) 計画の推進に向けた取組

ア 区市町村に期待される役割

- 区市町村は、特定健診データやレセプトデータ等を分析して地域の健康課題を把握し、地域の特徴を踏まえた目標や評価指標を設定して、健康課題の解決に向けて効果的・効率的な保健事業を実施するための計画を策定する。
- 毎年度、計画の評価を行った上で、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、P D C A 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。
- 第四期データヘルス計画の改定を円滑に行うため、第三期データヘルス計画の最終年度である令和 11 年度において計画の評価を行う。

イ 都の取組

- 区市町村が計画策定に活用できるよう、計画策定の流れや健康課題を把握するために必要な情報を具体的に示した「標準化ツール」を提供するとともに、各区市町村が「標準化ツール」に記載した計画を集計し、都内の傾向や特徴を区市町村に情報提供する。
- 区市町村が計画の目標や評価指標の設定に活用できるよう「共通評価指標」を設定するとともに、健康課題や保健事業の実施状況の把握に活用できるよう「共通評価指標」の実績値及び都平均との割合の差を毎年度各区市町村に提供する。
- 「標準化ツール」により把握した保健事業の方法や体制及び「共通評価指標」により把握した都内区市町村の健康状態や健康課題の状況を活用し、区市町村における効果的な保健事業の実施を支援する。
- また、計画の推進に当たっては、国保データベース（K D B）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とともに、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。
- 特定健診の結果、対象者自身が生活習慣等の問題点を発見し、意識化することで、生活習慣の改善や早期の医療機関への受診等の行動変容に効果的につながることが重要である。
- 特定健診の実施率は、令和 3 年度実績では全国で 36.4% であるのに対し、都では 42.9% 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。

(2) 特定保健指導の実施状況

- 特定保健指導は、特定健診の結果から特定保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病を予防するものである。
- 令和 6 年度からの第 4 期特定健診等実施計画期間からは対象者の行動変容につながり、成果が出たことを評価するものとして、特定保健指導の評価方法に従来からのプロセス評価に加えてアウトカム評価が導入される。
- 都の特定保健指導の実施率は、令和 3 年度実績では 13.8% と、全国平均の 27.9% を下回っている。

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			
	H30	R1	R2	R3	H30	R1	R2	R3
東京都	44.7%	44.2%	40.8%	42.9%	15.3%	13.9%	14.2%	13.8%
特別区	42.5%	41.7%	38.9%	40.9%	14.3%	12.9%	13.5%	13.3%
市	49.4%	49.2%	44.7%	47.0%	17.0%	15.6%	15.4%	14.7%
町村	46.1%	46.8%	41.4%	44.5%	16.6%	18.3%	18.5%	17.6%
全国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	28.8%	29.3%	27.9%	27.9%

※ 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）より作成

表31 特定健診・特定保健指導実施率順位（令和3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	68.8%	1	江戸川区	44.0%
2	小笠原村	67.2%	2	東村山市	38.8%
3	日の出町	61.2%	3	大島町	31.4%
4	御蔵島村	57.7%	4	三宅村	30.8%
5	神津島村	55.4%	5	檜原村	27.3%

※ 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）より作成

（3）特定健診・特定保健指導の推進

ア 区市町村に期待される役割

- 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特定健診を受診しやすい環境整備に取り組む。
- 他機関での受診結果・診療での検査データの提供、予防・健康づくり支援交付金を活用した未受診理由等に対応した個別勧奨、40歳到達者や新規国保加入者への受診勧奨等、特定健診実施率向上に向けた効果的な取組を行う。
- 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、予防・健康づくり支援交付金を活用した未利用理由等に対応した利用勧奨等、特定保健指導実施率向上に向けた効果的な取組を行う。

イ 都の取組

- 都は、特定健診を受診しやすい環境整備や個別勧奨等の特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けて効果的な取組を横展開するとともに、特定健診・特定保健指導のアウトカム向上に向けた先進的な事例の収集等により、生活習慣病の発症・重症化予防につながる取組を促進する。
- 都繰入金を活用し、特定健診・特定保健指導の実施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、引き続き実施率向上に対する支援を行うとともに、実施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。
- 保険者協議会と連携し、特定健診・特定保健指導等の担当者向け研修会を開催するとともに、好事例の共有、退職者の国保移行後の健診受診を促進するための普及啓発、国への要望等を行う。

3 生活習慣病発症・重症化予防の取組の推進

(1) 生活習慣病発症・重症化予防の取組状況

- 生活習慣病の発症・重症化を予防するためには、生活習慣の改善を図ることや、医療機関を受診し、かかりつけ医の指導の下、適切な薬の服用等、継続した治療を行うことが重要である。
- 特に、糖尿病は、初期には自覚症状が乏しく、糖尿病になり、血糖値が高い状態が持続すると、糖尿病性腎症による人工透析や、糖尿病網膜症による失明など、深刻な合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させるのみならず、医療財政にも大きな負担となる。
- 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。
- 都では、平成30年3月に東京都医師会、東京都糖尿病対策推進協議会との三者の連名で策定した「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。）を保険者における重症化予防の取組の質を高めるために令和4年3月に改定し、全区市町村において関係機関と連携した重症化予防の取組が進むよう支援している。
- 令和4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57区市町村、保健指導58区市町村となっており、年々増加している。
- 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、歯科健診と連携した疾病予防の取組が重要であり、保険者努力支援制度においても胃がん、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評価の対象になっている。
- また、都内の疾病別医療費（令和3年度分医療費適正化計画関係データセットより）のうち循環器系の疾患が占める割合は第1位であり、17.3%となっている。
- 循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、循環器病の主要な危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD）等の予防及び早期発見のためにも、健康診査の受診や、

行動変容をもたらす保健指導が重要である。

- 保険者には、循環器病の発症予防と早期発見に向けた取組や知識の普及啓発が求められている。

(2) 発症・重症化予防に向けた取組の推進

ア 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、保健衛生部門等の府内関係部局や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。
- 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、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。
- 生活習慣病の発症・重症化予防のため、特定健診の結果やレセプト情報を活用して、生活習慣病や生活習慣病予備群の人に対して医療機関への受診勧奨、保健指導等の取組を行う。
- 糖尿病性腎症重症化予防事業の実施に当たっては、都版プログラムを参考に、レセプト情報を活用した重症化リスクの高い健診未受診者への受診勧奨を行うなど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。保健指導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い、事業結果を評価し必要に応じて事業の見直しを行うとともに、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。

イ 都の取組

- 糖尿病性腎症重症化予防について、都版プログラムを必要に応じて改定し、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。
- 特定健診受診時等の機会を捉えて、都が作成した啓発リーフレット及びウェブページを活用し、循環器病のリスクや生活習慣改善の取組について周知啓発を行うモデル事業を実施し、効果検証

を行い区市町村へ横展開する。

- 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。

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

- ア 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るとともに、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。
 - 令和3年度は、59区市町村で実施されており、平均実施回数は1.7回である。49区市町村が委託により実施しており、うち27区市町村は東京都国保連合会に委託している。
 - また、国の予防・健康づくり支援交付金を活用し、令和4年度は20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32 医療費通知の実施状況・件数等の推移

		H30	R1	R2	R3
実施区市町村		49	52	57	59
実施件数合計		2,291,804件	2,090,685件	2,131,030件	2,113,485件
平均実施回数		1.6回	1.6回	1.6回	1.7回
回数別	年6回以上	0	1	1	1
	年3~5回	5	1	0	1
	年1~2回	44	50	56	57
委託状況	国保連合会	17	20	27	27
	国保連以外	21	23	20	22
	自己対応	11	9	10	10

※ 国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）より作成

イ 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、マイナポータル活用も含め、国の方針に則した内容で全ての区市町村において、被保険

者への医療費通知の取組を行う。

(2) 医薬品適正使用に向けた取組

ア 医薬品適正使用に向けた取組の実施状況

- 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能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4年度に服薬情報通知送付・服薬管理指導等の重複・多剤服薬者対策に取り組んでいるのは46区市町村で、年々増加している。
- 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（令和5年7月20日一部改正）では、多剤投与について高齢者に対する6種類以上の投与を目安として取り組む等取組対象を広げるとともに、急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方の適正化やリフィル処方箋の活用により、医療資源の効果的・効率的な活用の推進を図ることとされている。

イ 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・多剤服薬者を抽出し、効果的な取組となるよう地区医師会、地区薬剤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。
- 保険者協議会と連携し、抗菌薬の適正服薬やリフィル処方箋の活用など被保険者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) 後発医薬品使用促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おり、国は骨太方針 2021 で「後発医薬品の数量シェアを、2023 年度末までに全ての都道府県で 80%以上とする」という目標を掲げている。

- 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。
- 令和 4 年 9 月診療分は区市町村国保全体では 76.8% 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。
- 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。
- 後発医薬品の差額通知については、令和 3 年度は 59 区市町村が実施し、取組が進んでいる。
- なお、国は令和 5 年度に後発医薬品使用促進の目標を金額ベース等の観点を踏まえて見直すこととしており、バイオ後続品については、令和 11 年度末までにバイオ後続品に 80% 以上置き換わった成分数が全体の成分数の 60% 以上にするという目標を設定している。

表 33 後発医薬品差額通知の実施状況・件数の推移

	H29	H30	R1	R2	R3
東京都	58	59	59	59	59
特別区	23	23	23	23	23
市	26	26	26	26	26
町村	9	10	10	10	10
実施件数合計	586,213	491,347	468,151	409,385	388,930

※ 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取組の推進

ア 区市町村に期待される役割

- 都が作成している普及啓発媒体等を活用し、被保険者に対して

後発医薬品についての理解促進を図る。

- 都が提供する「地域別ジェネリックカルテ」等を活用して後発医薬品の使用割合等を把握し、差額通知の送付等により後発医薬品への切替えの促進及び切替効果額の検証を行うとともに、地域の後発医薬品の使用割合等の情報共有など地域の関係団体との連携を促進する。
- イ 都の取組
 - 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区市町村に提供するほか、都医師会・都薬剤師会と共有し、区市町村における地域の関係機関と連携した取組を推進する。
 - 都は、国その後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進の目標を踏まえた目標の設定を検討するとともに、後発医薬品安心使用促進協議会等において必要な取組を検討する。

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

高齢者は、複数の慢性疾患を有することに加えて、認知機能や社会的なつながりが低下する特性があり、疾病予防と生活機能維持の両面にわたる支援を必要としている。こうした高齢者的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、医療保険におけ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取組が開始された。

(1) 区市町村の取組状況

法改正を踏まえた一体的実施の取組の推進に向け、各区市町村において、高齢者医療、国保、健康づくり、介護等府内各部局間の連携体制の整備が図られるとともに、一体的実施に係る基本的な取組方針や、事業企画の検討が行われた。令和2年度以降、関係団体との連携を図りながら、医療、介護データの分析、高齢者の状況に応じた支援、通いの場への参画などの取組を実施する区市町村が増加している。

一方、目標・評価指標の設定や、事業の評価・効果検証、企画・調整を行う医療専門職等の確保が困難であることなどから、引き続き実施に向けて検討している区市町村もある。

(2) 一体的実施の推進に向けた取組

ア 区市町村に期待される役割

- 医療、介護データの分析などにより、高齢者の健康課題を把握した上で、低栄養の防止やフレイル予防など高齢者の状況に応じた支援や、閉じこもりがちで健康状態が不明な高齢者に対するアウトリーチ支援、通いの場における健康相談などの実施により、支援ニーズを有する高齢者を必要な医療、介護サービスにつなげ、疾病予防や重症化予防を促進し、健康長寿延伸につなげる取組が求められている。
- この取組を効果的に実施するため、区市町村は、高齢者医療、国保、健康づくり、介護等府内各部局間をコーディネイトする医療専門職を配置して連携体制を整備し、KDBシステムの活用などにより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。
- また、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。

イ 都の取組

- 都は、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、東京都後期高齢者医療広域連合と連携して必要な情報提供を行うとともに、区市町村に対する事務検査・助言等の際に、事業実施の検討状況をヒアリングし、課題を把握したうえで、取組を開始するために必要な技術的助言や既に実施している区市町村の取組事例の紹介などを行ってきた。
- また、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才培养等を支援してきた。
- 令和6年度以降についても、区市町村の状況を踏まえて、医療専門職の人才培养をはじめ、事業評価、効果検証などを適切に実施するための手法などに関する情報提供について検討し、区市町村が効果的に取り組むことができるよう支援していく。

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

- ア 国保部門と保健医療部門等の連携による取組の推進
- イ 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
- ウ 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

- ア 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
- イ 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
- ウ 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
- エ 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）
- オ 国保直診施設等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) オンライン資格確認の普及に向けた取組

- これまで、被保険者証については、有効期間（2年間）と色のサイクルを統一し、令和5年10月に令和7年9月末までの有効期限の被保険者証を更新したところである。
- 国は、マイナンバーカードと被保険者証の一体化を進めるため、令和6年12月2日に被保険者証を廃止するとしている。
- 国は、マイナンバーカード保険証を保有していない方全てに資格確認書を交付するとしており、被保険者の利便性や医療機関の事務負担軽減の観点から、資格確認書の標準案を示すなど、オンライン資格確認の普及・促進に向け、都は、区市町村への情報提供や国への提案等を行っていく。

(2) 市町村事務処理標準システム等の導入

- 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3年12月末までに18区市町村が導入している。
- 「地方公共団体情報システムの標準化に関する法律」（令和3年法律第40号）が制定され、国民健康保険を含む地方自治体の基幹業務について標準化のために策定される基準（省令）に適合したシステムの利用が義務付けられた。また、「地方公共団体情報システム標準化基本方針」（令和4年10月、デジタル庁）により、令和7年度末までにシステムの標準化及びガバメントクラウドへの移行を完了させることとされている。
- 区市町村は、令和7年度末までにガバメントクラウドの活用を伴うシステム標準化を実施する。
- 都は、区市町村へシステム運用等に関する情報提供を行うとともに、システム標準化の進捗状況を把握していく。

表 34 区市町村におけるシステム標準化対応スケジュール

	令和4年度までに導入済	令和5年度	令和6年度	令和7年度	未定	合計
標準システム	19	3	3	9	(注) 1	35
準拠システム		0	1	26	0	27
合計	19	3	4	35	1	62

(注) 令和5年度中に導入年次を決定予定

※ 令和 5 年 10 月 東京都国民健康保険課調べ

(3) 事務処理基準の統一及び積極的な情報提供

- 保険料水準の統一に向け、各市町村における住民サービス等に大きく差異が生じないよう、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、実務者会議において検討のうえ、所要の改正を行ってきた。今後も、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、住民サービスの向上と均てん化に向けて、必要な検討や対応を行う。
- 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。引き続き、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）外国語版の作成や医療費通知の統一的実施等、東京都国保連合会等と連携し、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・普及啓発等に努めしていく。

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 P D C A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、P D C A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。