

第108回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成29年11月8日（水）
16時00分～18時00分
場所：グラウンドアーク半蔵門富士東の間（4階）

（ 議 題 ）

1. 骨太2017、経済・財政再生計画改革工程表の指摘事項
2. オンライン資格確認等及び訪問看護レセプト電子化
3. 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額

（ 配布資料 ）

- 資料 1 - 1 後期高齢者の窓口負担について
- 資料 1 - 2 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について
- 資料 2 - 1 オンライン資格確認等について
- 資料 2 - 2 訪問看護レセプトの電子化について
- 資料 3 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について

委員提出資料 岡崎委員提出資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成29年11月8日

あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いわむら まさひこ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長 / 高知市長
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいこ 菊池 令子	日本看護協会副会長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
なんぶ みちよ 南部 美智代	日本労働組合総連合会副事務局長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会保障常任委員会委員長 / 栃木県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 / 多久市長
わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授
わたなべ ひるきち 渡邊 廣吉	全国町村会副会長 / 新潟県聖籠町長

印は部会長、 印は部会長代理である。

(五十音順)

第108回 社会保障審議会医療保険部会

平成29年11月8日(水) 16:00 - 18:00

グランドアーク半蔵門 富士東の間

速記

安藤委員
渡辺審議官
鈴木局長
遠藤部長
岩部会長代理
伊原審議官
渡邊委員
横尾委員

遠藤委員
岡崎委員
(村岡参考人)
兼子委員
菊池委員
白川委員
菅原委員
武久委員
南部委員
(平川参考人)

森委員
(安部参考人)
望月委員
松原委員
堀委員
藤井委員
福田委員
(小竹参考人)
樋口委員
原委員

山内課長
泉課長
鳥井課長
安藤課長
依田課長
黒田課長
赤羽根室長
末岡参事官
迫井課長
古元企画官

仲津留企画官
高齢者医療課
国民健康保険課
保険課
友田室長
総務課
高木室長
連携政策課
笹子企画官
矢田貝室長
小椋管理官
中山管理官

傍聴者席

後期高齢者の窓口負担について

平成29年11月8日
厚生労働省保険局

法律の検討規定

○ 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(抄)

(平成25年12月13日公布・施行)

(医療制度)

第4条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、医療保険各法(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。)第七条第一項に規定する医療保険各法をいう。第七項第二号ニにおいて同じ。)による医療保険制度及び高齢者医療確保法による後期高齢者医療制度(同項において「医療保険制度等」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として、医療制度について、この条に定めるところにより、必要な改革を行うものとする。

2～6 (略)

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一～三 (略)

8 政府は、前項の措置を平成26年度から平成29年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

9 政府は、第7項の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。

10～11 (略)

○ 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律(抄)

(平成27年5月29日公布・施行)

附 則

(検討)

第2条 政府は、この法律の公布後において、持続可能な医療保険制度を構築する観点から、医療に要する費用の適正化、医療保険の保険給付の範囲及び加入者等の負担能力に応じた医療に要する費用の負担の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

経済財政運営と改革の基本方針等

○ 経済財政運営と改革の基本方針2015(抄) (平成27年6月30日 閣議決定)

(負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化)

- ・ 社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する(略)。

○ 経済・財政再生アクション・プログラム(抄) (平成27年12月24日 経済財政諮問会議決定)

3. 主要分野毎の改革の取組

(2) 負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化

(取組方針・時間軸)

世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、

- (ii) 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、関係審議会等において検討し、集中改革期間中に結論を得る。

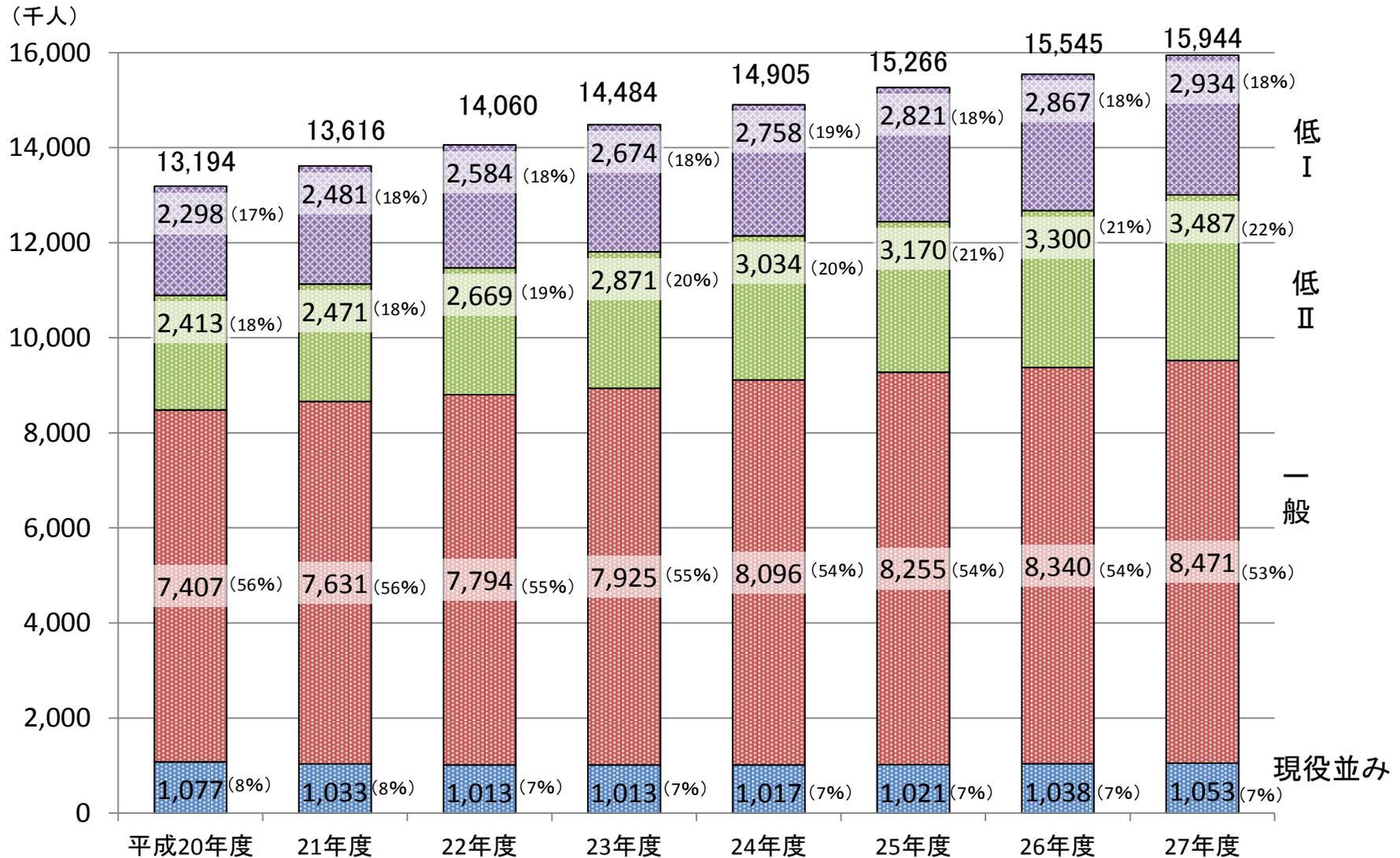
	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>						
	<p>＜⑭世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討＞</p> <p>＜(i)高額療養費制度の在り方＞</p> <p>外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内での負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討</p> <p>高額療養費制度の見直しを2017年8月から段階的に実施</p>						
	<p>＜(ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方＞</p> <p>医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論</p>						
	<p>＜⑯医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討＞</p> <p>医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討</p> <p>マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</p> <p>マイナンバーの活用については、改正マイナンバー法(公布日(平成27年9月9日)から3年以内に施行予定)による預金口座への付番開始後3年を目途とする見直しの検討に併せて、実施上の課題を検討</p>						

高齢者を取り巻く環境①

(人口の動向)

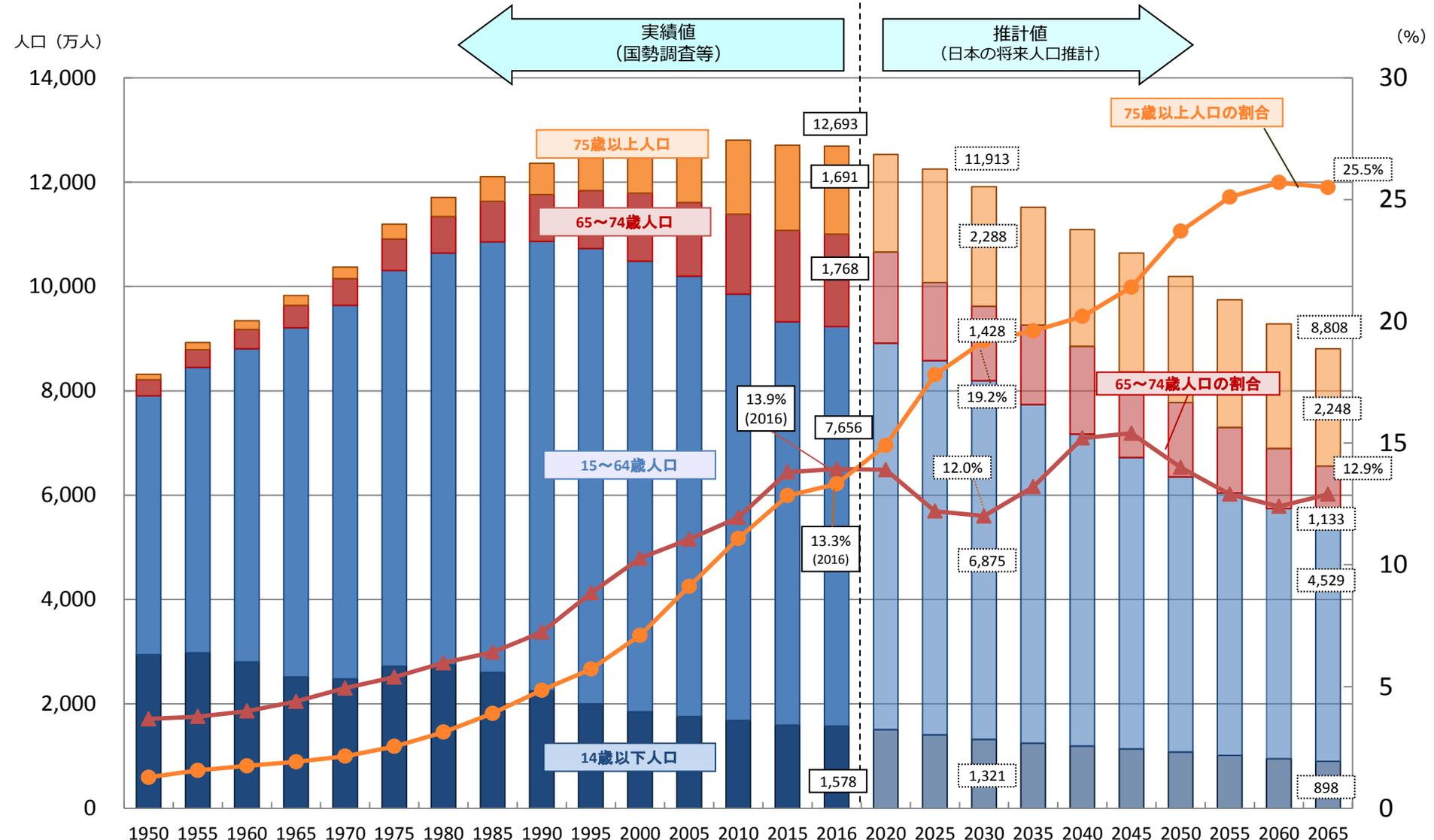
後期高齢者医療制度の被保険者数の推移(所得階層別)

○ 後期高齢者医療制度の被保険者数は、平成27年度は約1,594万人(平成20年度から約21%増)となり、総人口の8人に1人は75歳以上。



今後の年齢階級別人口の推計

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていく中、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していき、2055年には人口の4人に1人が75歳以上となると推計。



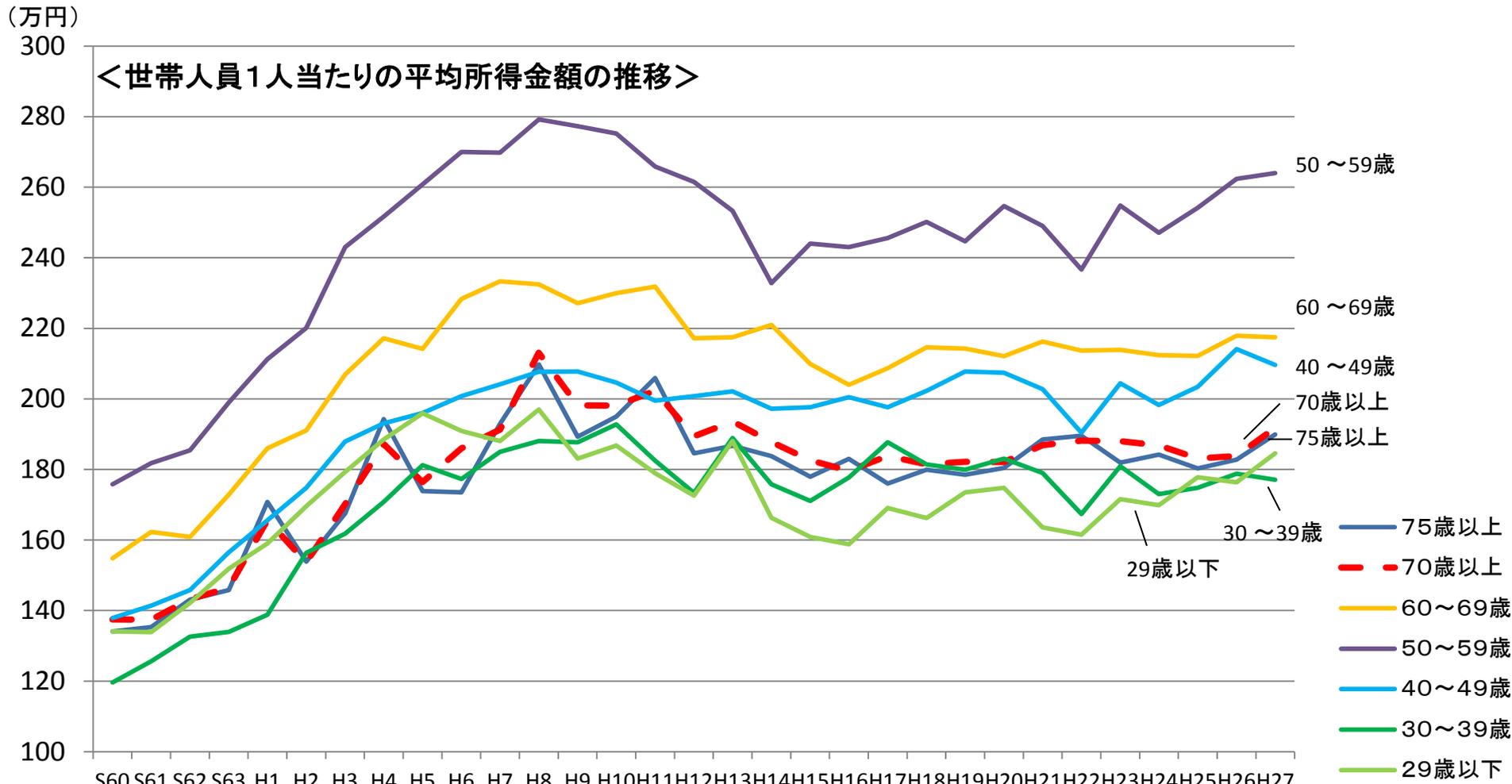
資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」

高齢者を取り巻く環境②

(家計の状況)

年齢階級別の平均所得額の推移

○ 70歳以上や75歳以上の者が世帯主である世帯の1人当たり所得額は、ここ10年ほど概ね横ばい。

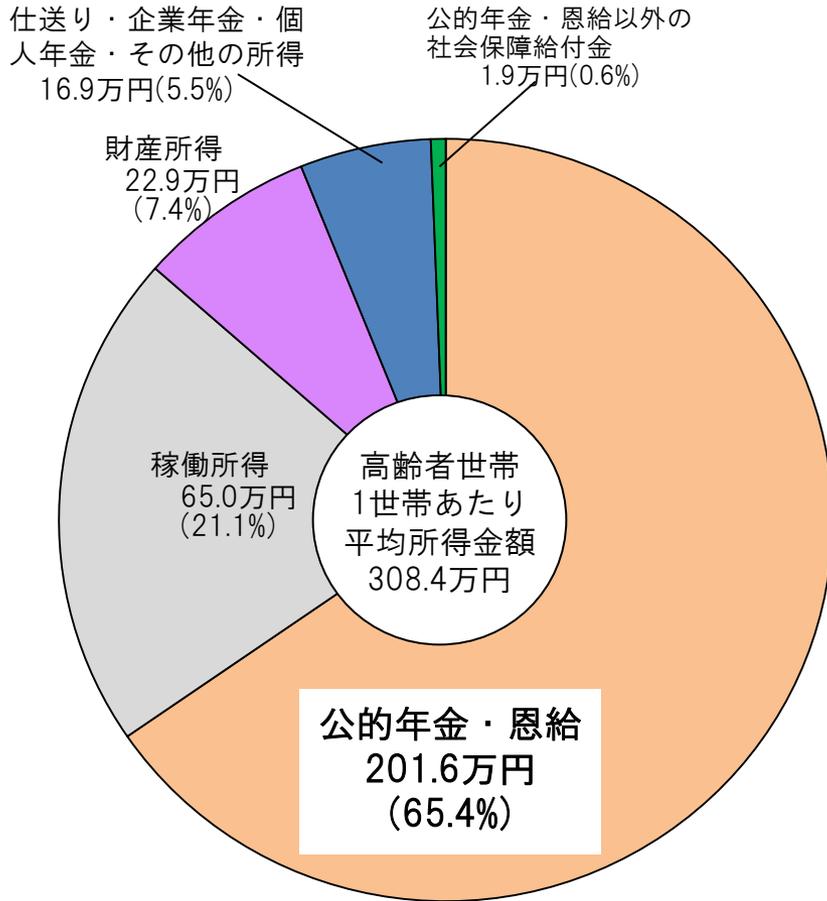


出典: 国民生活基礎調査(平成28年)を基に作成

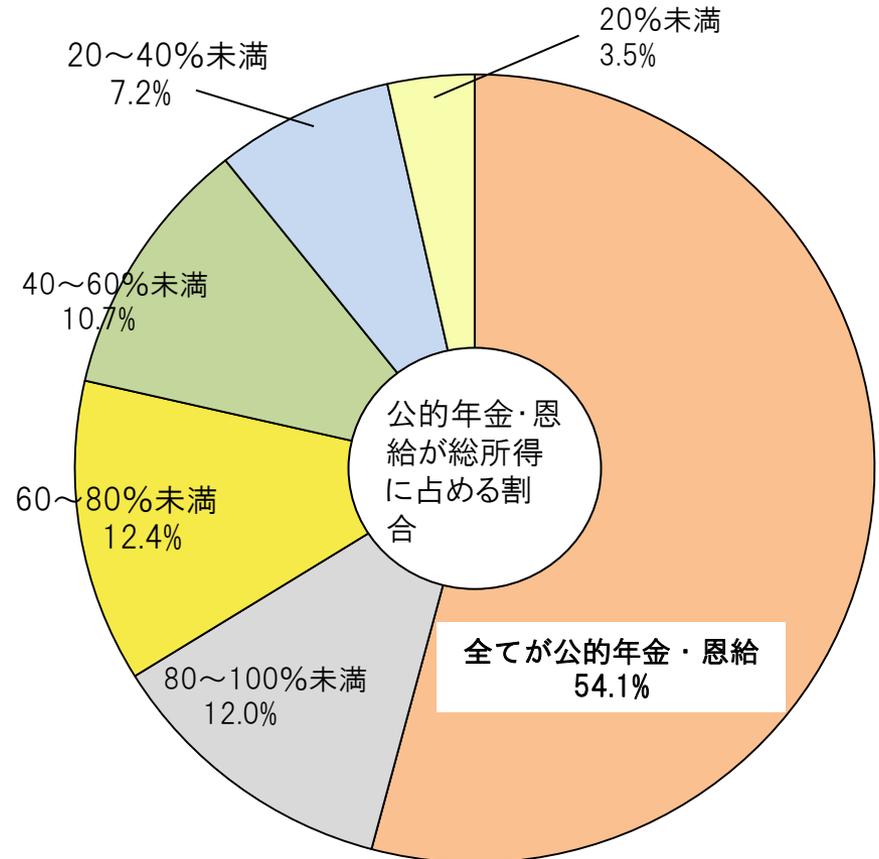
高齢者世帯の所得の内訳

- 高齢者世帯の所得の約7割を公的年金等が占める。
- 約5割の高齢者世帯の所得が公的年金等のみとなっている。

<高齢者世帯の所得の種類別 1世帯あたり平均所得金額>



<公的年金・恩給を受給している高齢者世帯における公的年金・恩給の総所得に占める割合別世帯数の構成割合>



※ ここでいう高齢者世帯とは、65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

出典：平成28年国民生活基礎調査(厚生労働省)を基に作成

高齢者の貯蓄の状況

- 世帯主が65歳以上の世帯における平均貯蓄額は約1,300万円。
- 分布においては貯蓄がない者と高額貯蓄の者の割合が高く、「貯蓄なし又は貯蓄額100万円未満」の割合は増加傾向。

世帯主年齢65歳以上の世帯について

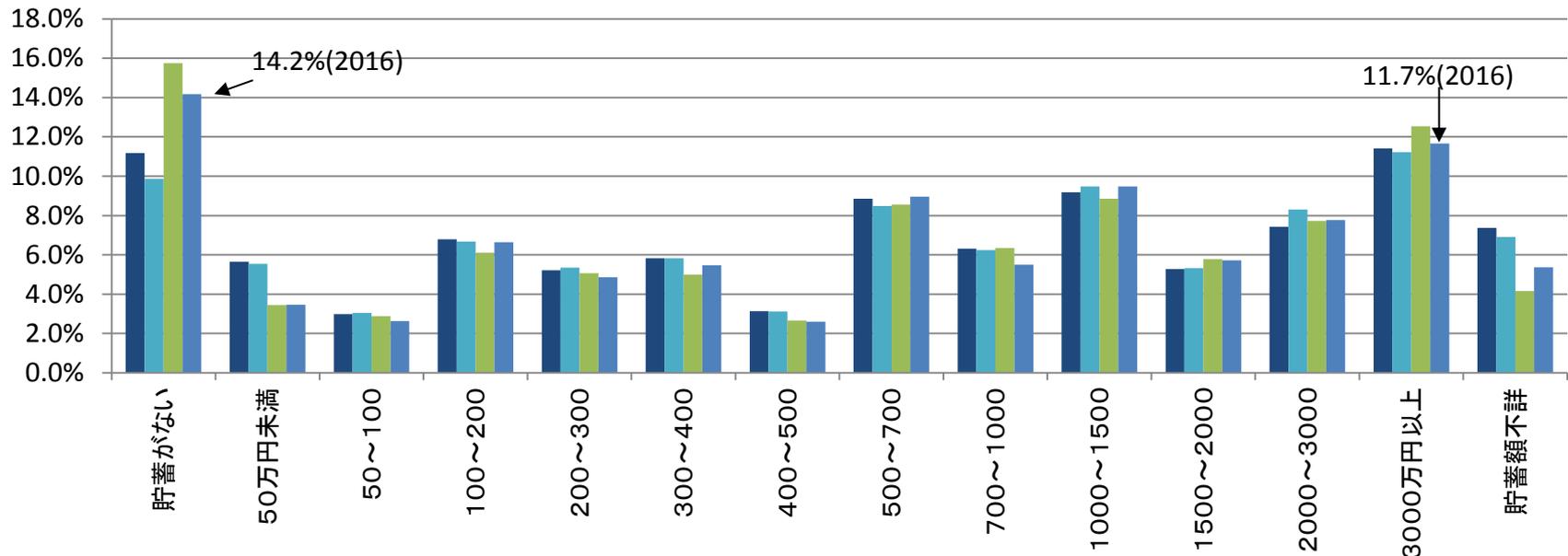
<平均貯蓄額>

※千円単位で四捨五入した金額

	2007年	2010年	2013年	2016年
平均額(万円)	1,334	1,300	1,339	1,286

<貯蓄の分布の状況>

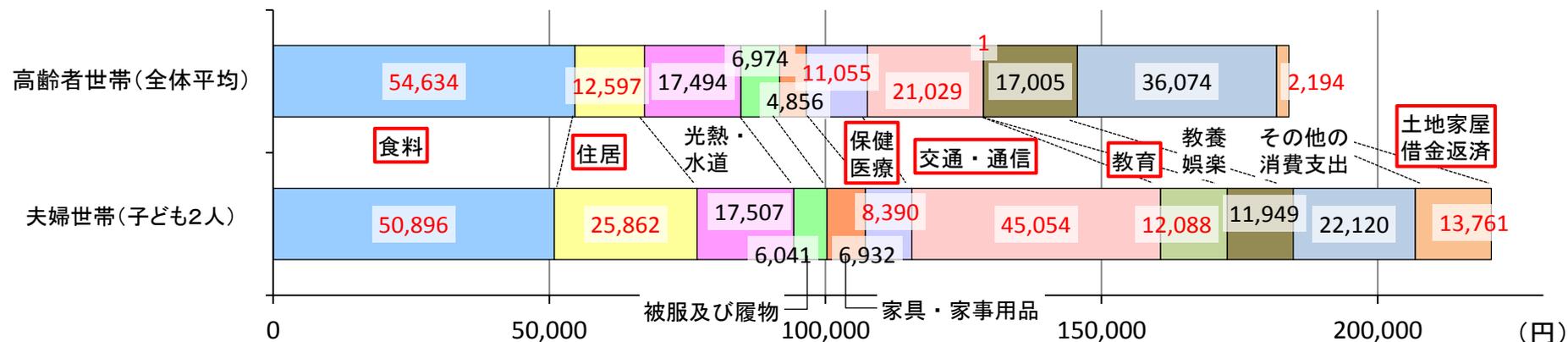
■ 2007年 ■ 2010年 ■ 2013年 ■ 2016年



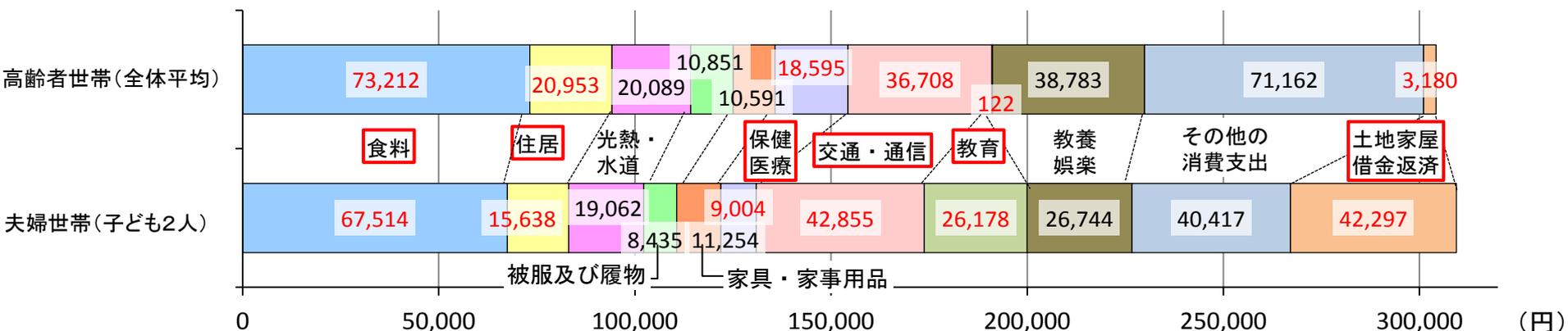
高齢者世帯と夫婦世帯(子ども2人)の消費支出内訳の比較(年間収入階級別)

○ 現役世代と高齢者世代の消費支出について比較すると、高齢者世帯は保健医療に関する支出が多い一方、現役世帯は教育や土地家屋借金返済を始めとする他の支出が多くなっている。

<年間収入階級 200万円～300万円>



<年間収入階級 500万円～600万円>



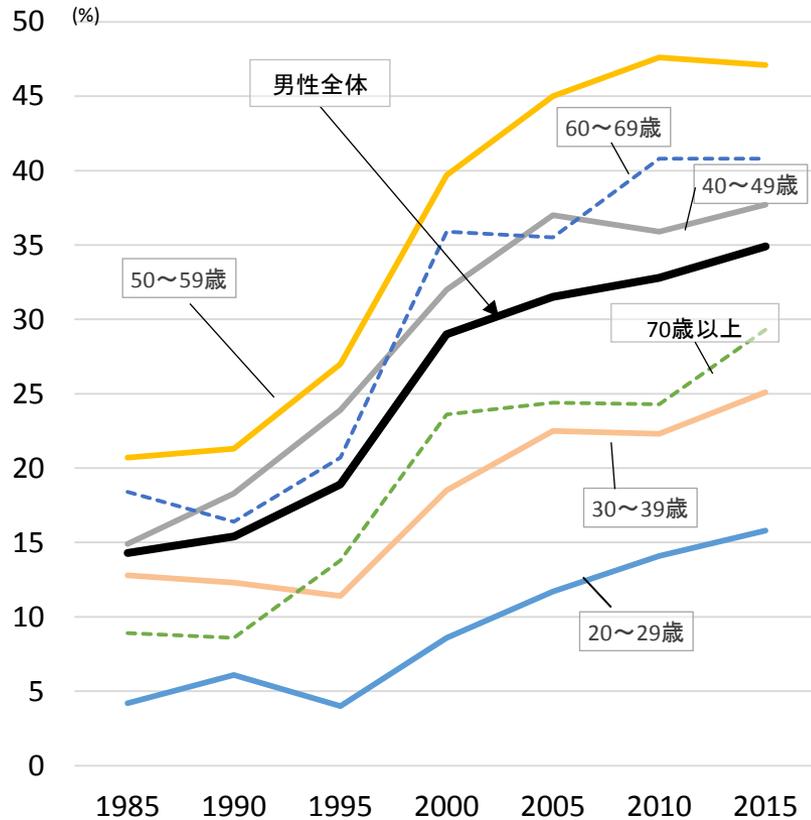
(注1) 高齢者世帯は65歳以上夫婦のみ世帯、夫婦世帯(子ども2人)は夫婦と未婚の子ども2人(世帯主のみ有業者)の世帯。

(注2) 非消費支出は、高齢者世帯については、「全国消費実態調査」で記載されている全ての支出項目を記載。現役世帯については、「土地家屋借金返済」のみを記載し、このほか、所得税や社会保険料などの支出項目がある。

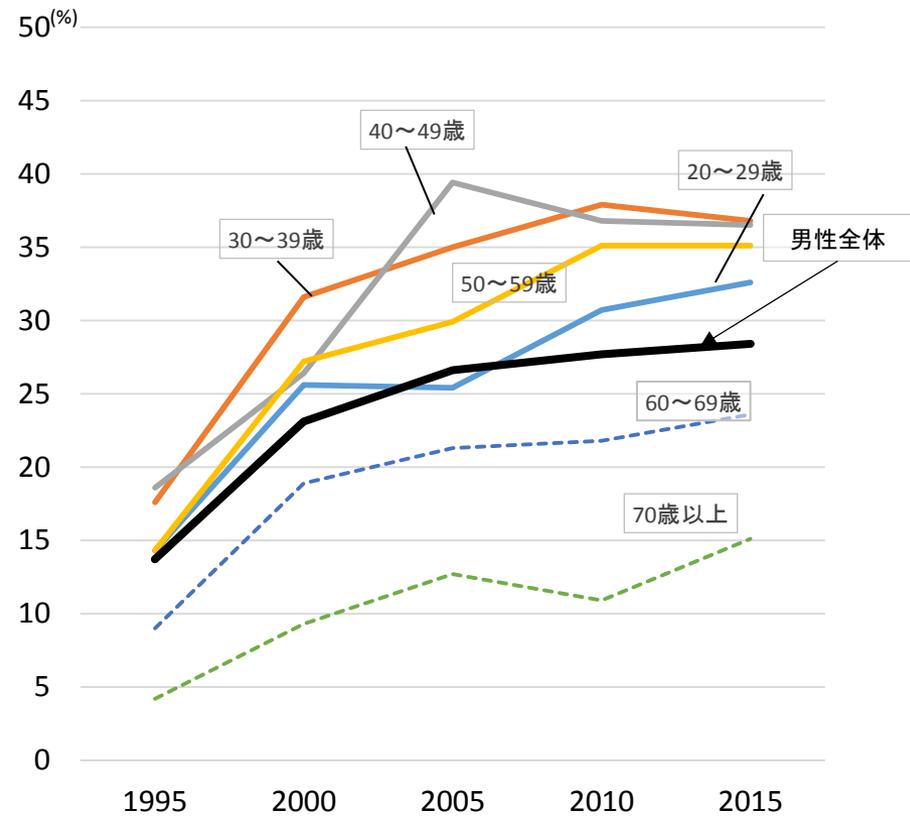
老後の生活設計等についての見通しへの不安【男性】

- 老後の生活設計や今後の収入・資産の見通しに不安や悩みを感じる人の割合は増加傾向。
- 今後の収入や資産の見通しに対する不安を感じる人の割合は、30代、40代、50代、20代、60代、70代の順に高い。

「老後の生活設計」について不安や悩みを感じる人の割合



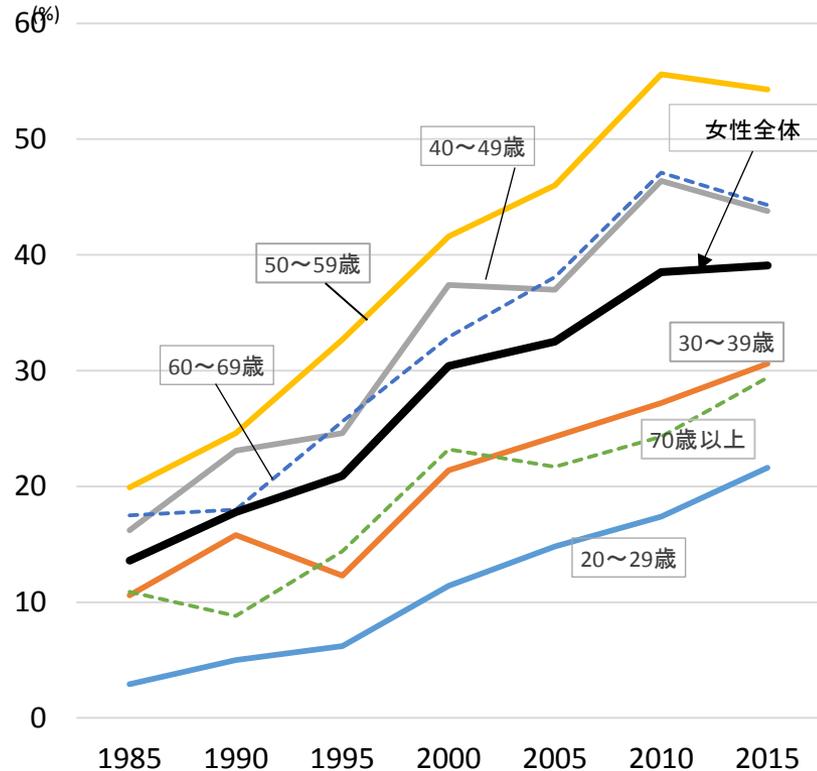
「今後の収入や資産の見通し」について不安や悩みを感じる人の割合



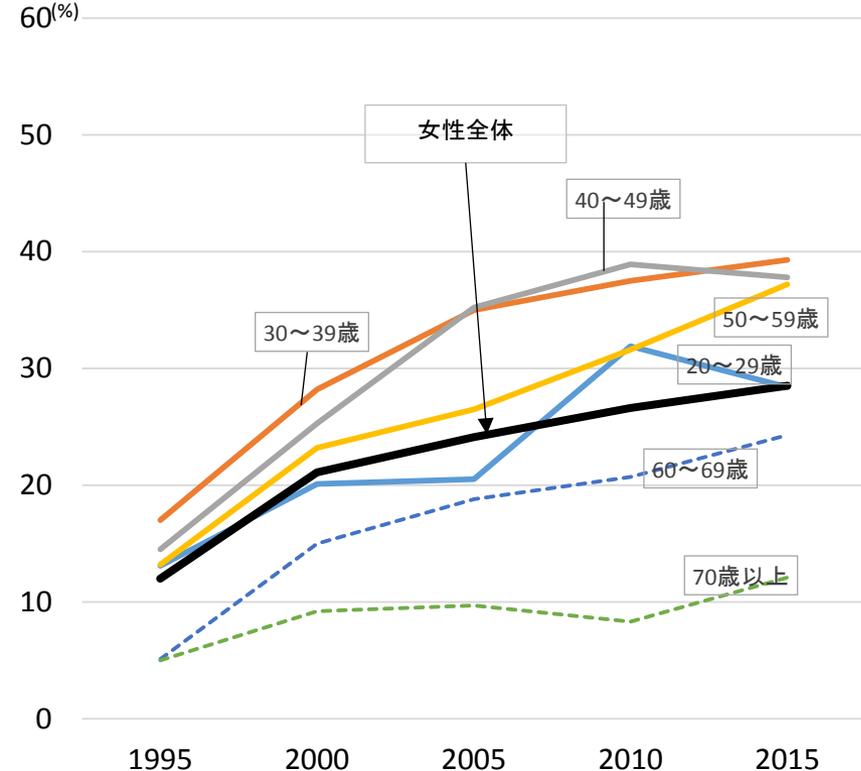
老後の生活設計等についての見通しへの不安【女性】

- 老後の生活設計や今後の収入・資産の見通しに不安や悩みを感じる人の割合は増加傾向。
- 直近は傾向にややばらつき。老後の生活設計については、20代・30代・70代で不安や悩みを感じている人の割合が増加している一方、40代・50代・60代は減少。今後の収入・資産の見通しについて不安や悩みを感じる人の割合は、30代・50代・60代・70代は増加している一方で、20代・40代は減少。

「老後の生活設計」について不安や悩みを感じる人の割合



「今後の収入や資産の見通し」について不安や悩みを感じる人の割合

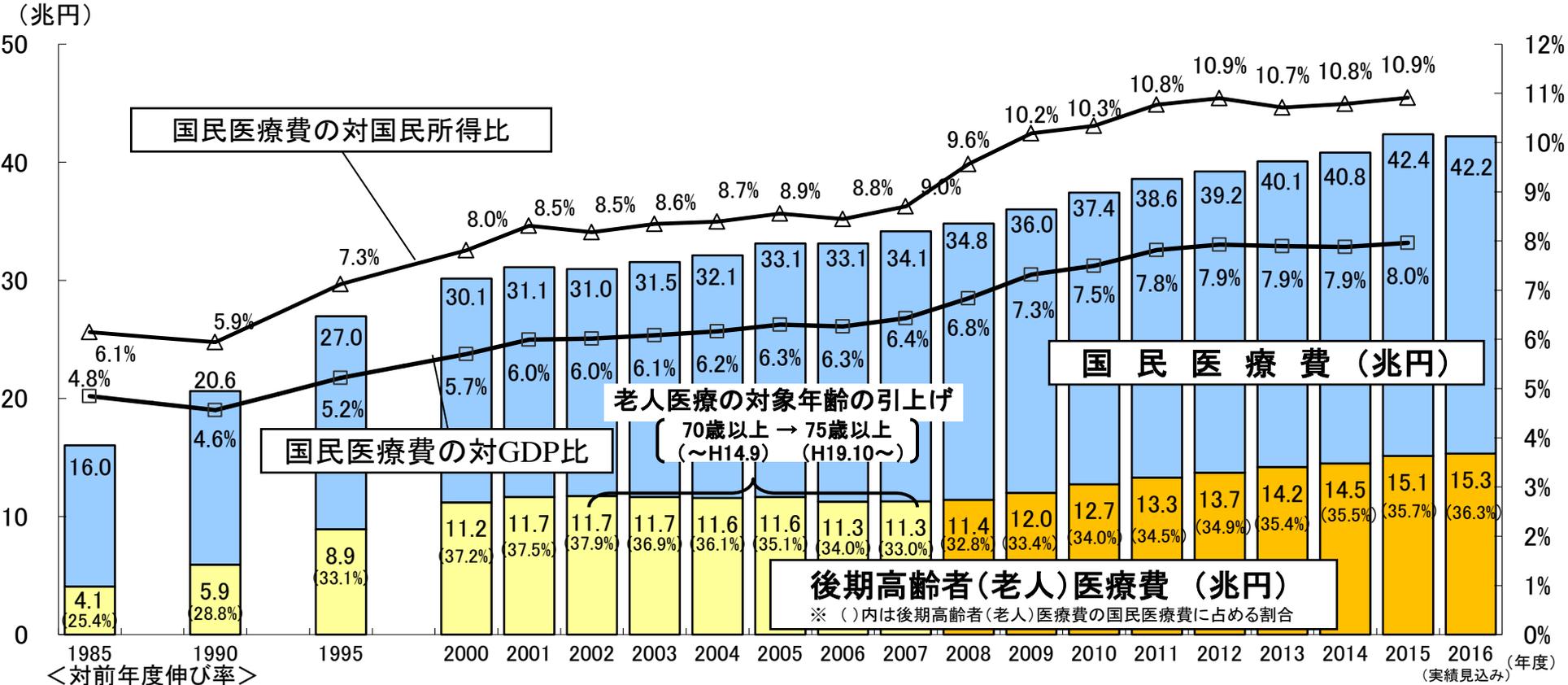


高齢者の医療費の動向と特性

医療費の動向

○ 近年、国民医療費は対前年比+2~3%程度の伸びであったが、2015(平成27)年度は+4%近い伸びとなり、2016(平成28)年度は▲0.4%と減少している。

○ 2016(平成28)年度は、国民医療費42.2兆円のうち、15.3兆円(36.3%)が後期高齢者医療費。



	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.4
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.2

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2016年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2016年度分は、2015年度の国民医療費に2016年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

出典: 国民医療費及び平成28年度医療費の動向(概算医療費)

医療費の伸び率の要因分解

○ 近年の医療費の伸び率を要因分解すると、「高齢化」で+1.0~1.6%前後の伸び率となっている。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.4%
人口増の影響 ②	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%
診療報酬改定等 ④		-1.0%		-	3.16%		-	0.82%		0.19%		0.004%		-0.84%
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	0.0%
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担等		H20.4 未就学 2割負担						H26.4 70-74歳 2割負担 (注5)		

注1: 医療費の伸び率は、平成27年度までは国民医療費の伸び率、平成28年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)の伸び率であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成28年度の高齢化の影響は、平成27年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成27、28年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計値である。

注3: 平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

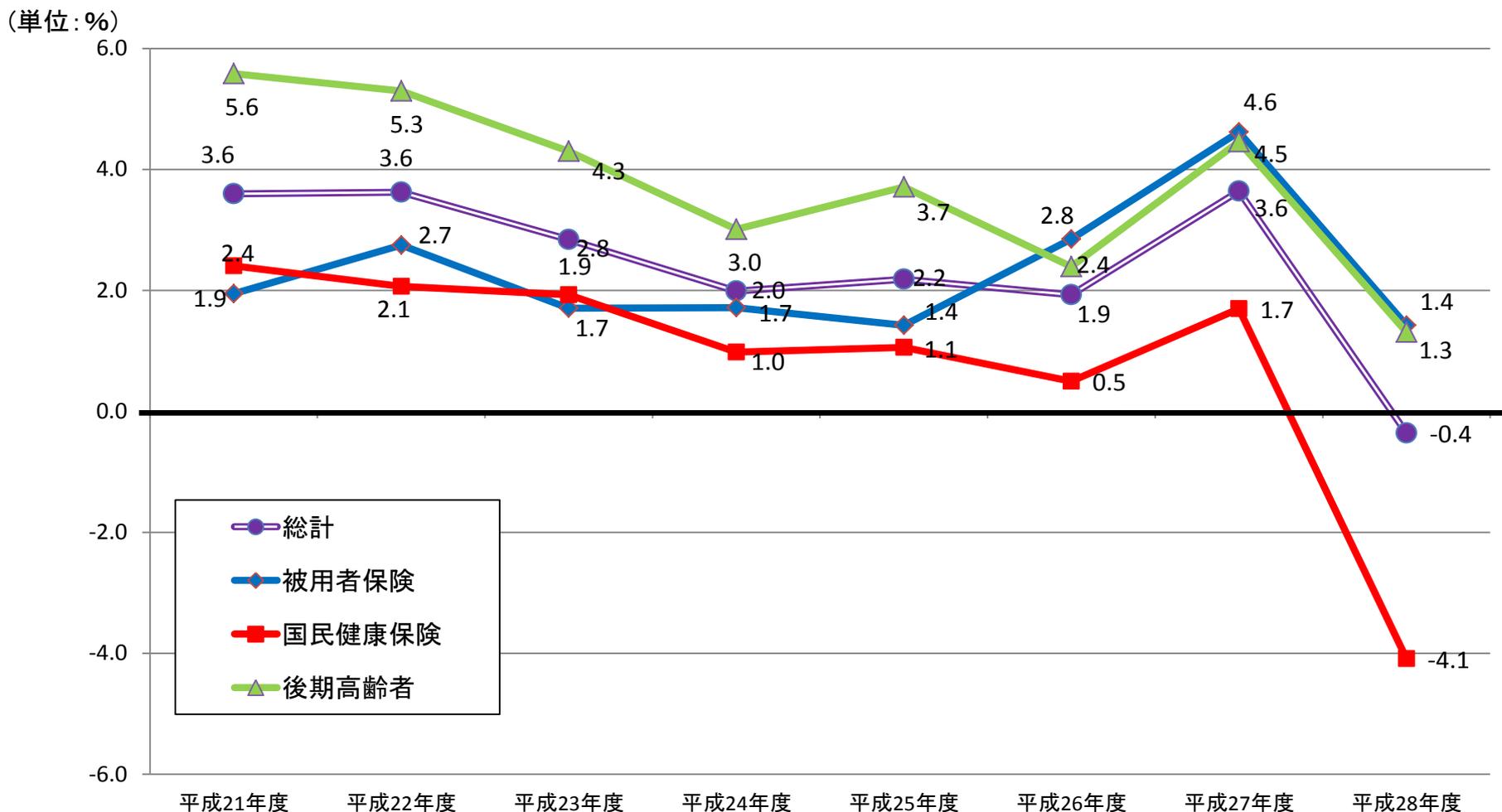
注4: 平成28年度の「再算定通常分」とは市場拡大再算定による薬価の見直し、「再算定特例分」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施を指す。

注5: 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

出典: 平成27年度までは国民医療費、平成28年度については医療費の動向(概算医療費)

医療保険制度別 医療費の伸び率(対前年度比)

○ 後期高齢者の医療費の伸び率(対前年度比)は、その他の制度の伸び率よりも概ね高くなっており、平成21～26年度まで約2%から約6%で推移し、平成27年度は4.5%、平成28年度は1.3%となっている。

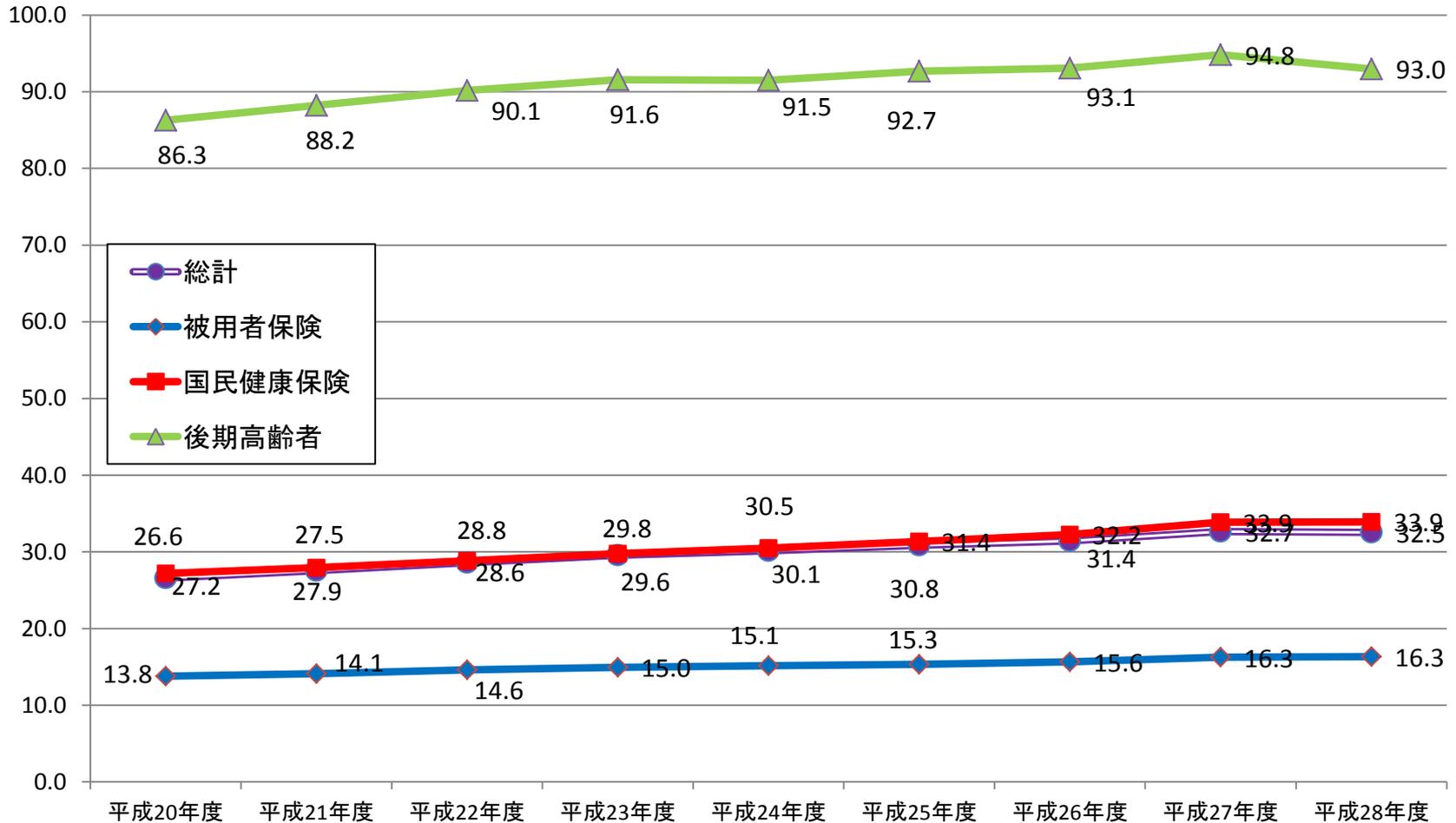


出典: 医療費の動向調査(平成28年度)
注: 休日等の影響を補正した後の数値。

医療保険制度別 1人当たり医療費

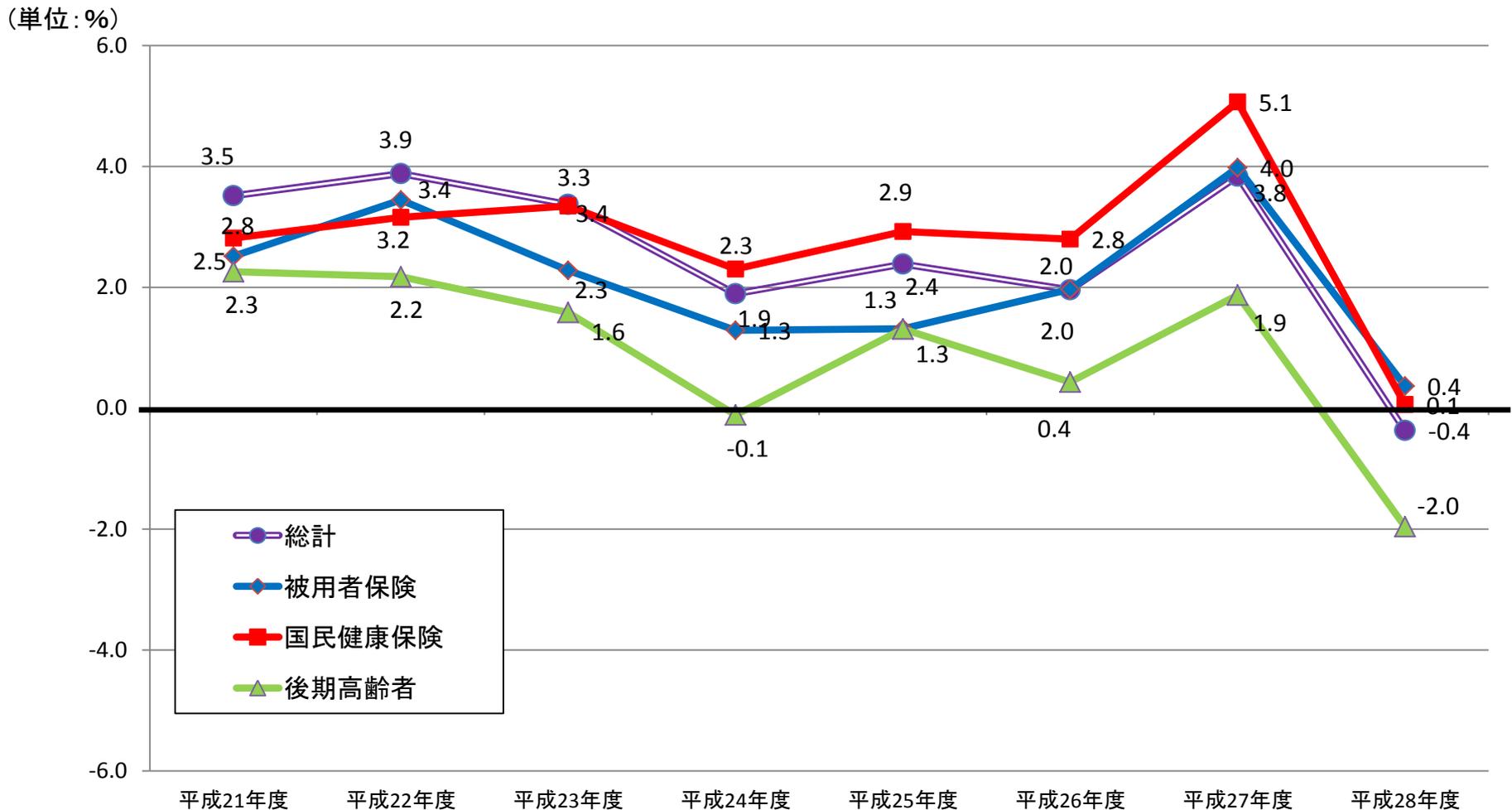
○ 後期高齢者の1人当たり医療費は約93万円(平成28年度)であり、医療制度総計・国民健康保険の約3倍、被用者保険の約6倍で推移している。

(単位:万円)



医療保険制度別 1人当たり医療費の伸び率(対前年度比)

○ 後期高齢者の1人当たり医療費の伸び率(対前年度比)は、その他の制度の伸び率よりも概ね低くなっており、平成21～26年度までは約0%から約2%で推移し、平成27年度は1.9%、平成28年度は-2.0%となっている。



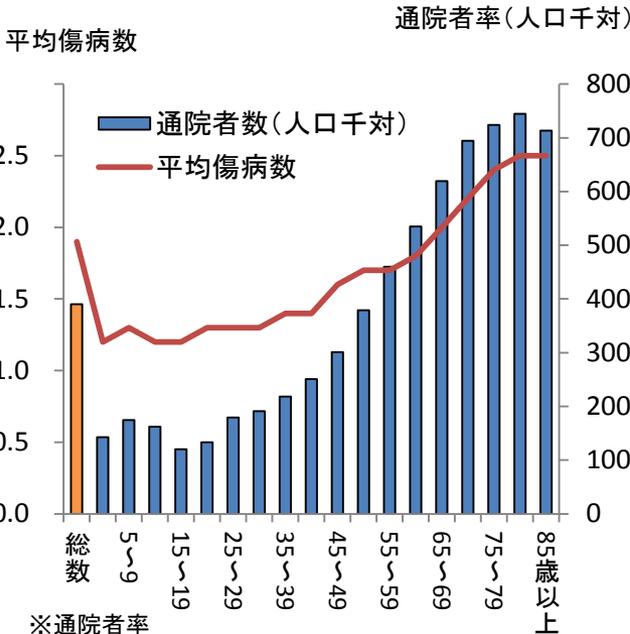
出典:医療費の動向調査(平成28年度)

年齢別の傷病数、投薬数、入院期間

- 年齢の上昇にしたがい、
 - ・ 平均傷病数及び通院率が増加
 - ・ 処方される薬剤数が増加
 - ・ 入院期間が長い患者の割合が増加し、1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。

年齢別平均傷病数と通院者率

- 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。

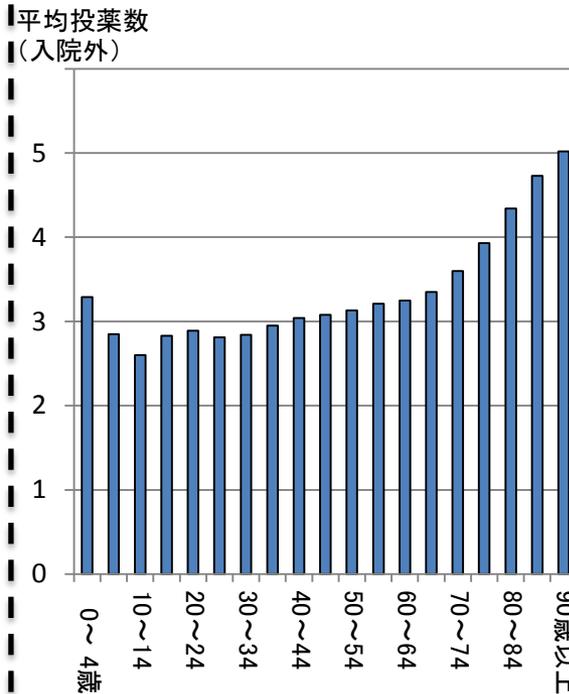


※通院者率
 = 通院者数 ÷ 世帯人員数 × 1,000
 ※ 通院者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。(往診、訪問診療を含む。)
 ※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典: 平成28年 国民生活基礎調査を基に作成

年齢別平均投薬数(1件当たり)

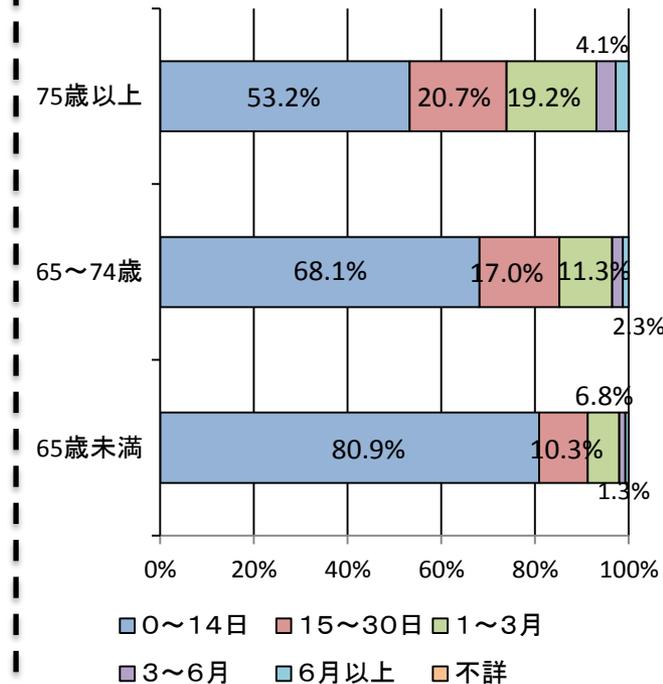
- 高齢になるほど、投薬される薬剤数が増加する。



出典: 社会医療行為別統計(平成28年6月審査分)第7表

年代別にみた入院期間

- 高齢になるほど入院期間が長い患者の割合が増加する。
- 1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。

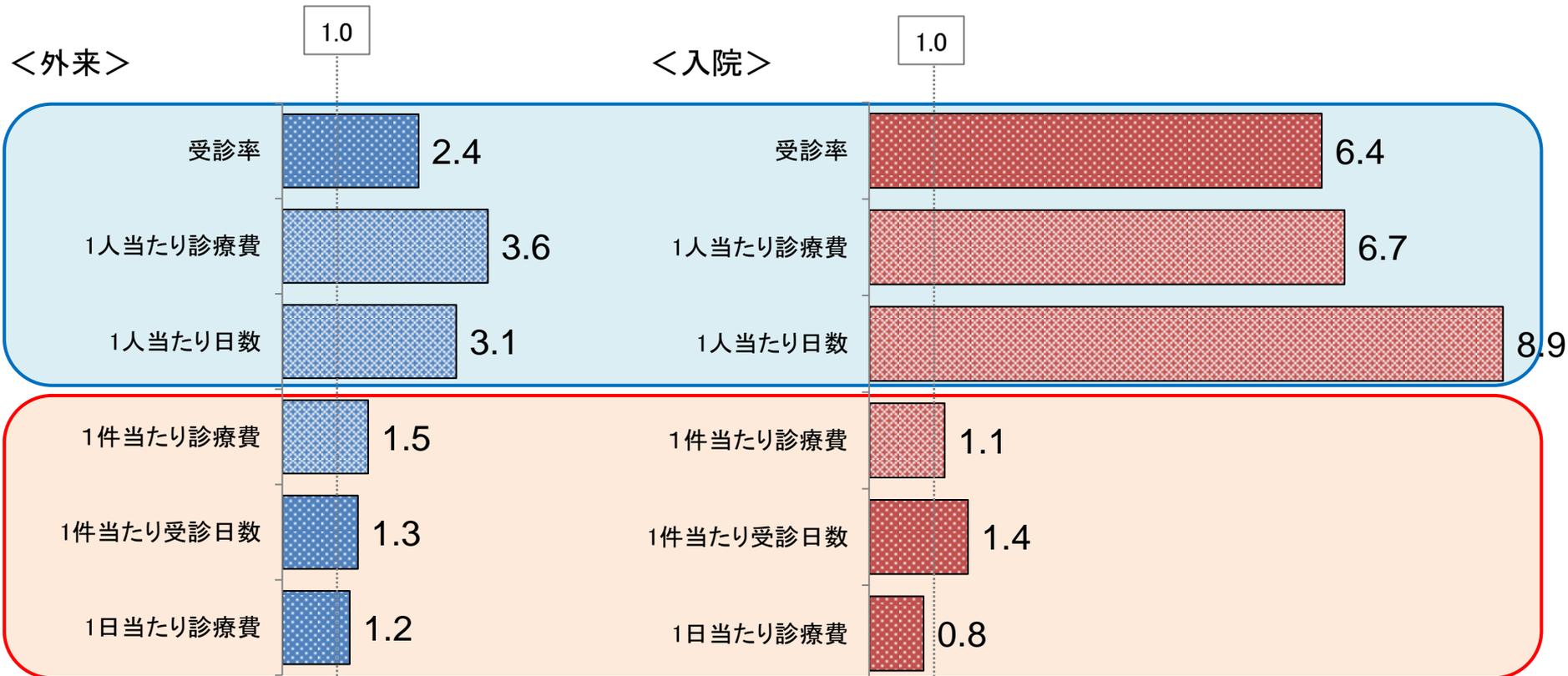


出典: 患者調査(平成26年)

若人と比較した後期高齢者医療費の特性

- 後期高齢者は若人(後期高齢者以外の者)に比べて受診率が高く、入院・外来とも、1人当たりで見ると診療費や日数に大きな差がある。
- これは受診率の違いが主な原因であり、実際に診療を受けたレセプト1件当たりで見ると、受診日数や診療費に大きな差はない。

若人を1とした場合の後期高齢者医療の値(倍)



※1 後期高齢者とは後期高齢者医療制度の被保険者であり、若人とは後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者である。

※2 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費を含んでおり、外来は、入院外(医科)及び調剤費用額の合計である。

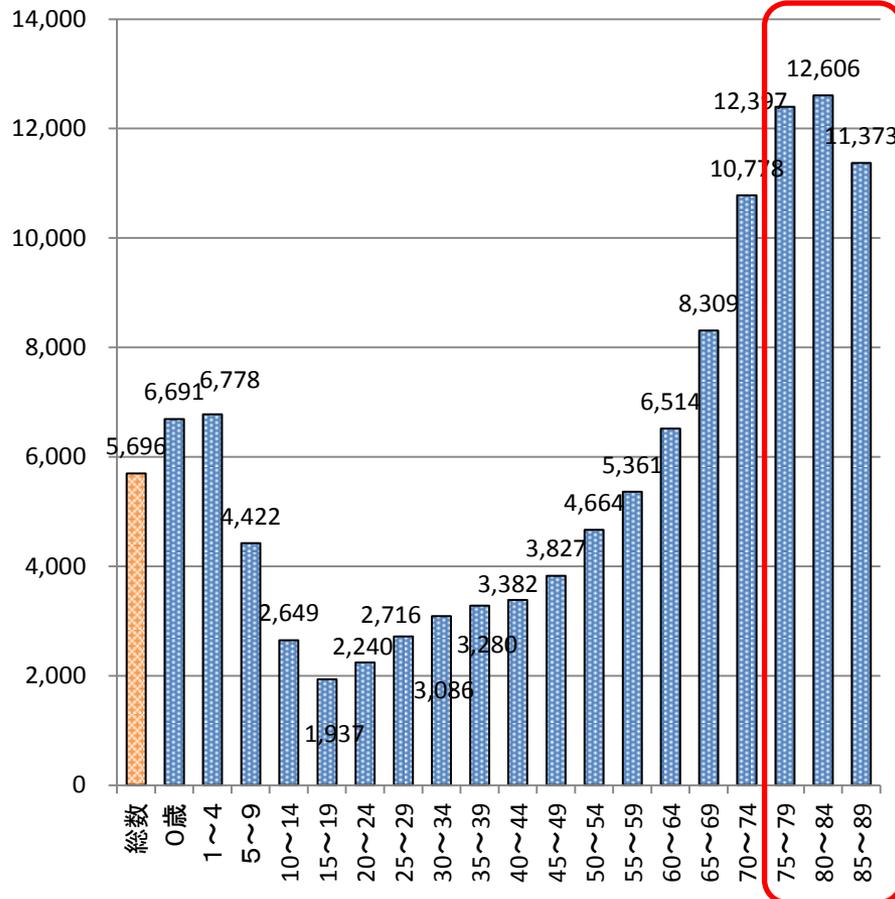
出典:各制度の事業年報等をもとに保険局高齢者医療課で作成。

外来受療率・入院受療率の比較

- 受療率は、特定の日に、人口10万人に対して何人が診療行為を受けているかを示したものの。
- 受療率は加齢に伴い増加する傾向にあるが、特に入院受療率は後期高齢期になって増加する率が高い傾向にある。

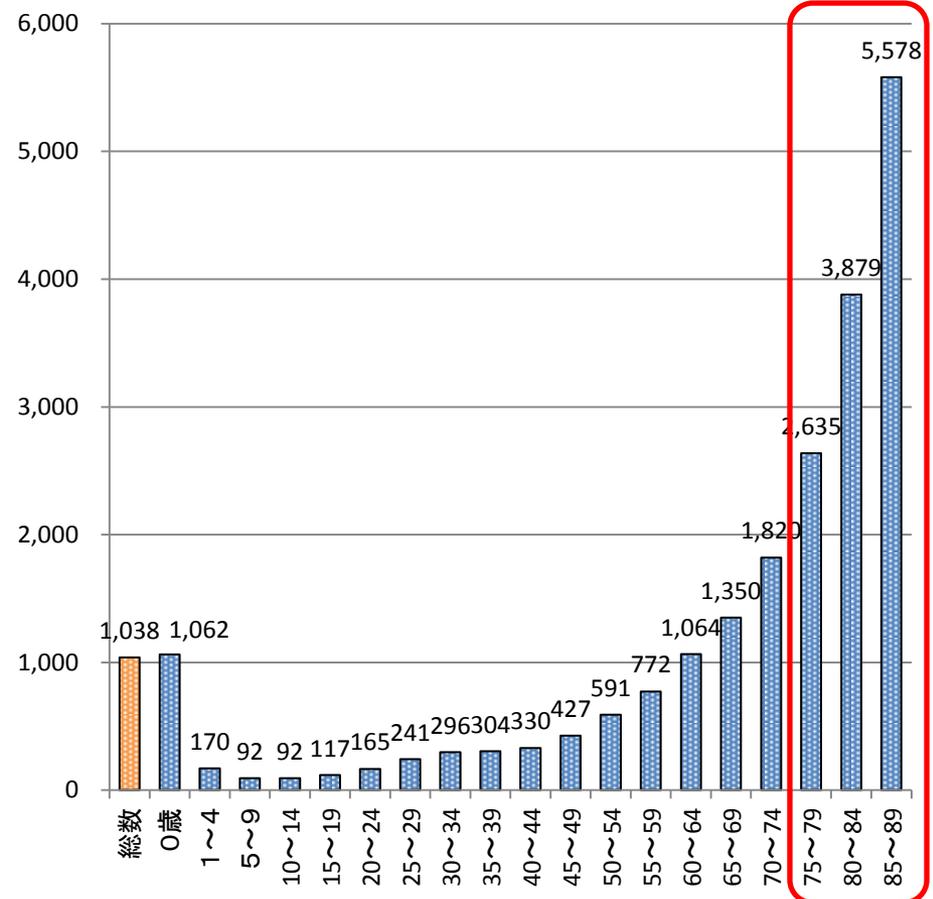
年齢階級別の受療率(外来)

(人口10万対)



年齢階級別の受療率(入院)

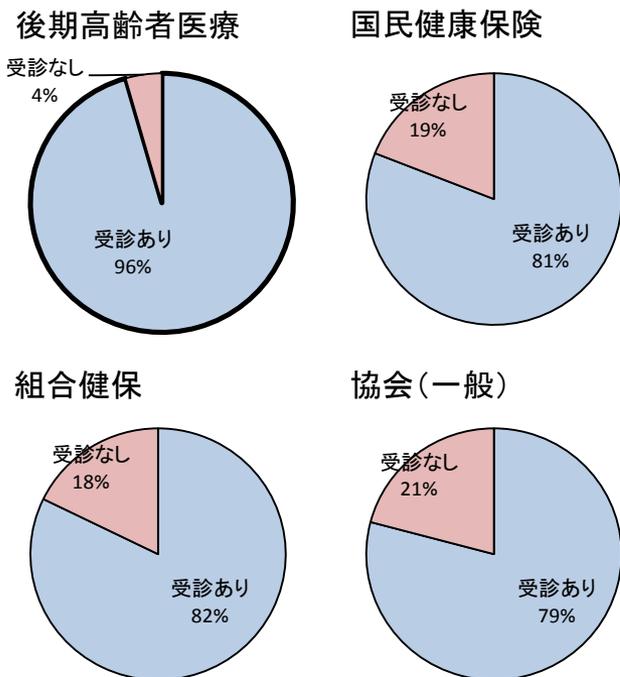
(人口10万対)



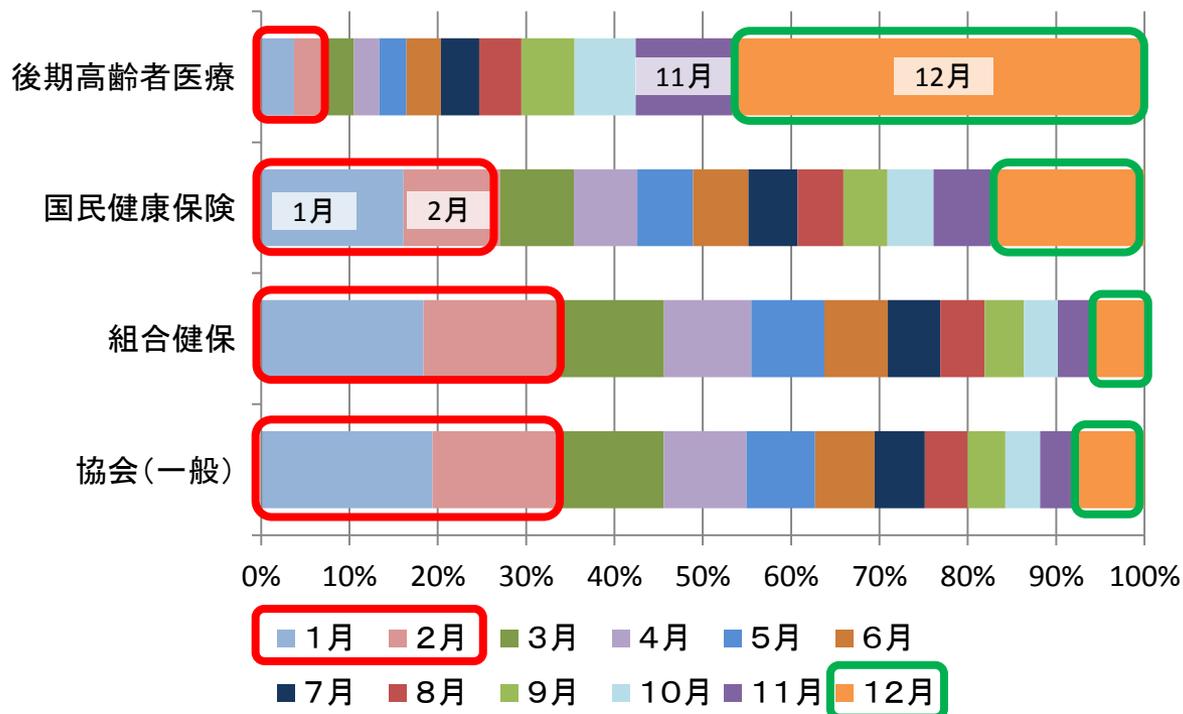
外来の受診動向の比較

- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2ヶ月以下の割合は、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療では1割弱。
- また、後期高齢者医療では、外来受診者のうち5割弱の者が毎月診療を受けている。

年間で外来受診した患者の割合



受診ありの者の受診月数



出典: 医療給付実態調査(平成27年度)

(注) 1. 集計対象は、協会(一般)、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したのから、平成27年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

患者の1ヶ月間の受診医療機関数

○ 後期高齢者医療では1ヶ月の間に87.1%の者が医療機関を受診しており、そのうち50%以上が受診医療機関数2件以上となっている。

医療保険制度別、受診した医療機関数別患者割合（平成28年3月）

（単位：%）

	受診した医療機関数別受診者						受診しなかった者
	総計	1件	2件	3件	4件	5件以上	
協会(一般)	48.9 (100.0)	32.7 (67.0)	11.9 (24.4)	3.3 (6.7)	0.8 (1.6)	0.2 (0.4)	51.1
組合健保	48.9 (100.0)	32.6 (66.6)	12.0 (24.5)	3.3 (6.8)	0.8 (1.6)	0.2 (0.5)	51.1
国民健康保険	58.0 (100.0)	35.1 (60.5)	15.7 (27.1)	5.2 (9.0)	1.5 (2.5)	0.5 (0.9)	42.0
後期高齢者医療	87.1 (100.0)	41.0 (47.1)	27.8 (31.9)	12.3 (14.1)	4.3 (4.9)	1.7 (2.0)	12.9

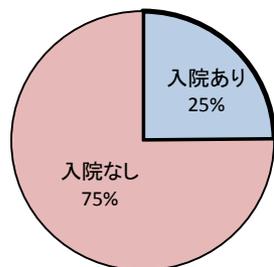
- （注） 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。
 2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである（「名寄せ」という。）。
 3. 入院、入院外又は歯科のいずれかの診療を受けた者の数を各医療保険制度の平成28年3月末の加入者数で除したものである。
 4. （ ）内の数値は、受診した者について受診した医療機関数の総計を100とした割合である。

入院の受診動向及び年代別にみた在院期間等の比較

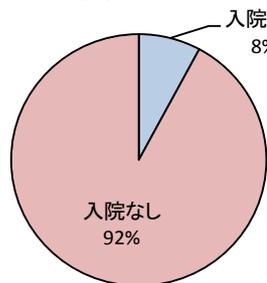
- 1年のうち入院したことのある患者の割合は、被用者保険及び国民健康保険では10%未満であるのに対し、後期高齢者医療では約25%となっている。
- 高齢になるほど在院期間は長くなり、平均在院日数も長くなっている。

年間で入院した患者の割合

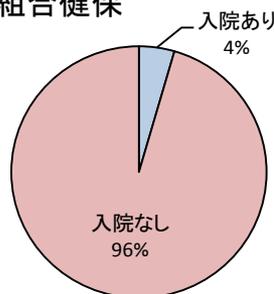
後期高齢者医療



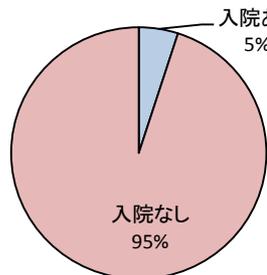
国民健康保険



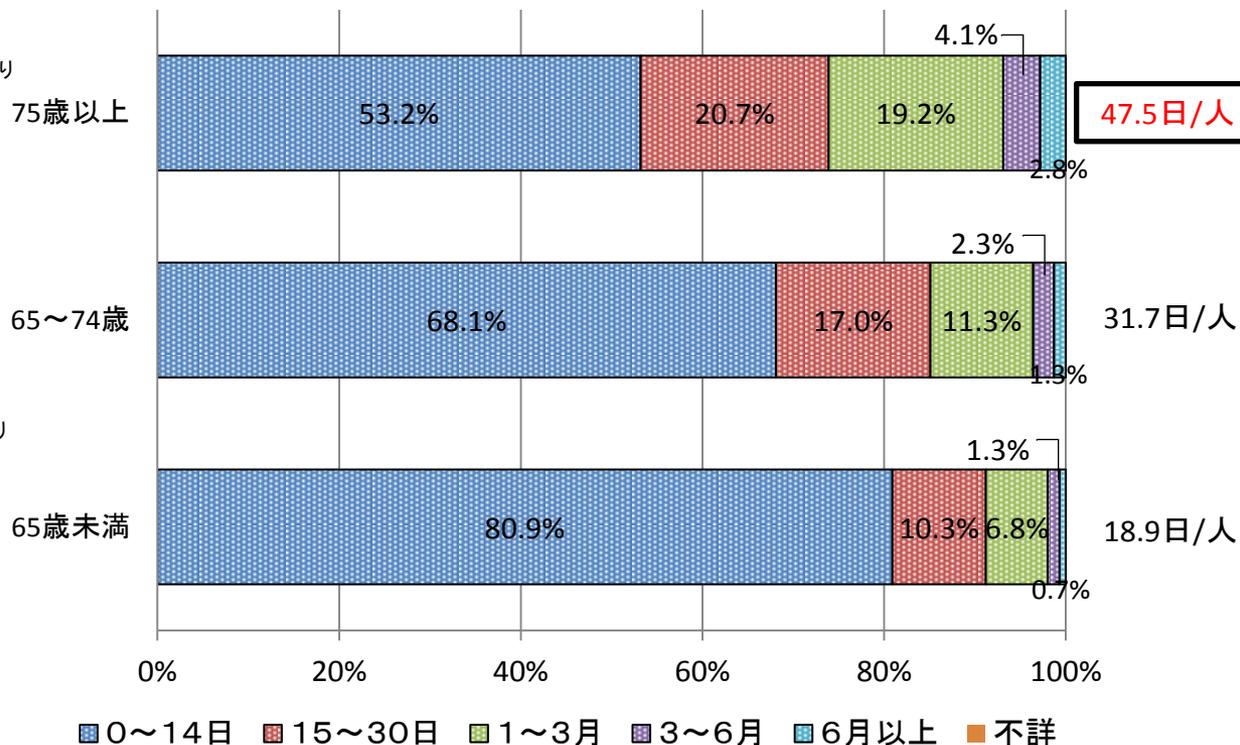
組合健保



協会(一般)



年代別にみた在院期間及び平均在院日数



出典：医療給付実態調査(平成27年度)

(注)名寄せしたレセプトについて、平成27年度中に入院が発生した場合は「入院あり」となる。

出典：患者調査(平成26年)

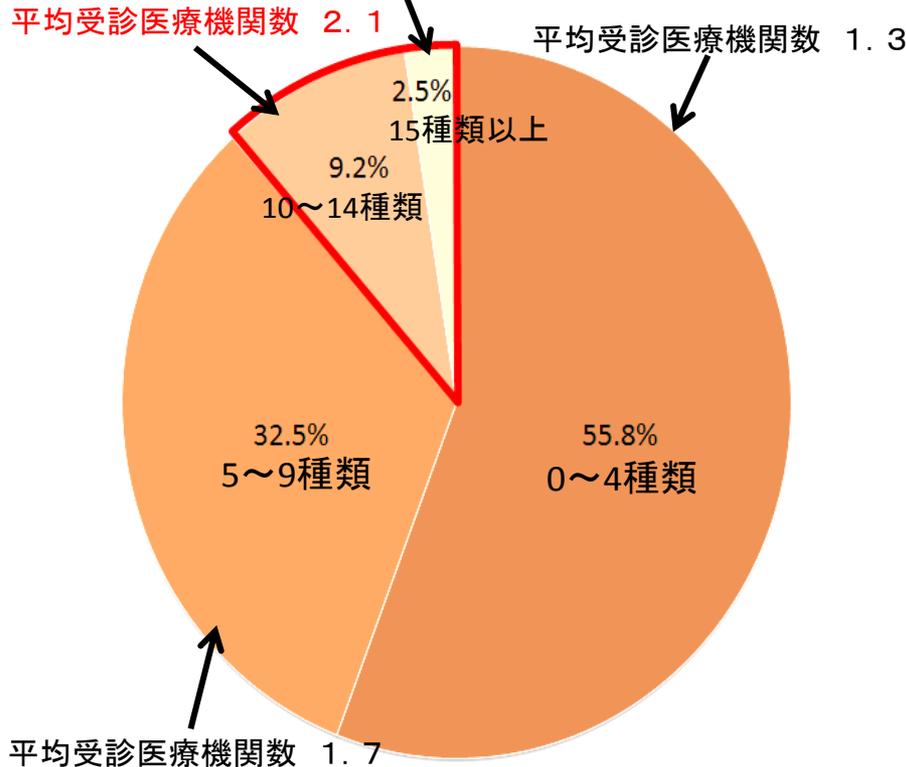
(注)1. 平成26年9月に退院した患者について、その入院期間を集計したもの(抽出、推計値)。
2. 年代別に見た平均在院日数は、患者調査(平成26年度)による推計退院患者数及び退院患者の平均在院日数を基に高齢者医療課で推計したもの。

高齢者の多剤投与の状況

高齢者の投薬については、複数の医療機関から合計10種類を超えて投薬されている患者が一定割合存在している。

例1

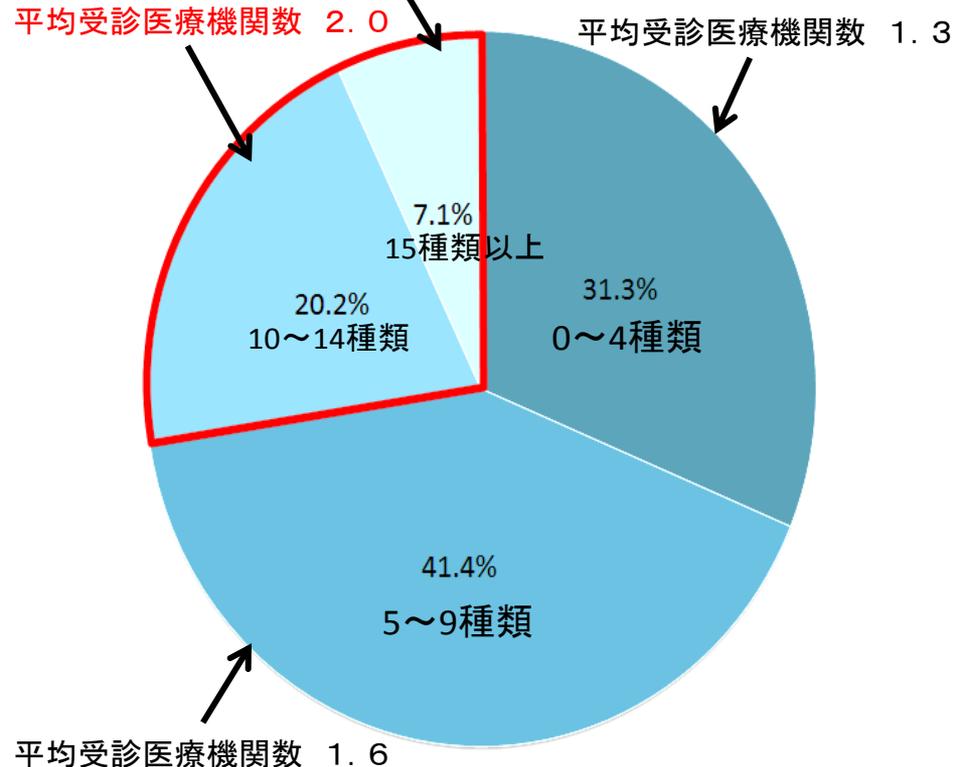
平均受診医療機関数 2.6



※A市国民健康保険の65歳以上74歳以下の被保険者に係る平成26年11月の診療データより集計

例2

平均受診医療機関数 2.5

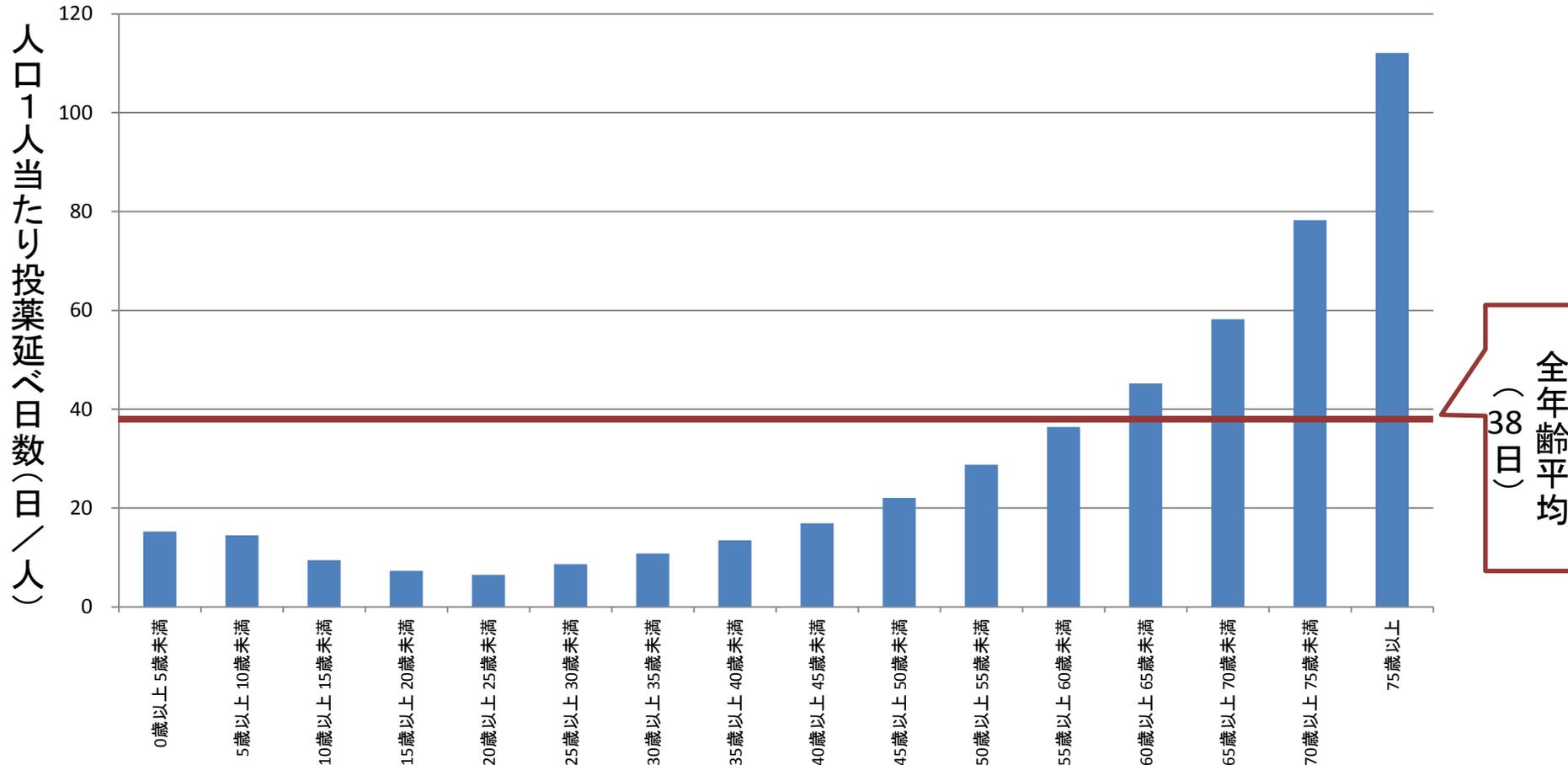


※B県後期高齢者医療広域連合の被保険者(75歳以上)に係る平成26年12月の診療データより集計

年齢階級別人口1人当たり内服薬投薬延べ日数

○ 特定の月(平成28年3月)における人口1人当たり投薬延べ日数(投薬数×日数)を年齢階級別にみると、75歳以上の投薬延べ日数は、全年齢平均の約3倍。

＜年齢階級別人口1人当たり内服薬投薬延べ日数(平成28年3月)＞



高齢者の内服薬数

- 2疾病以上の慢性疾患を有する高齢者では、平均約6剤の処方が行われている。
- 認知症の高齢者においても、約6剤以上の多剤の処方が行われている。

2疾病以上の慢性疾患を有する高齢者に
自院で処方された内服薬数の分布



n=2,566 (うち無回答753)

平均: 5.8剤

※ 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2疾病以上を有するが、地域包括診療料等を算定していない患者を対象に調査したもの

認知症に慢性疾患を合併する患者に対して自院で処方された内服薬数の分布



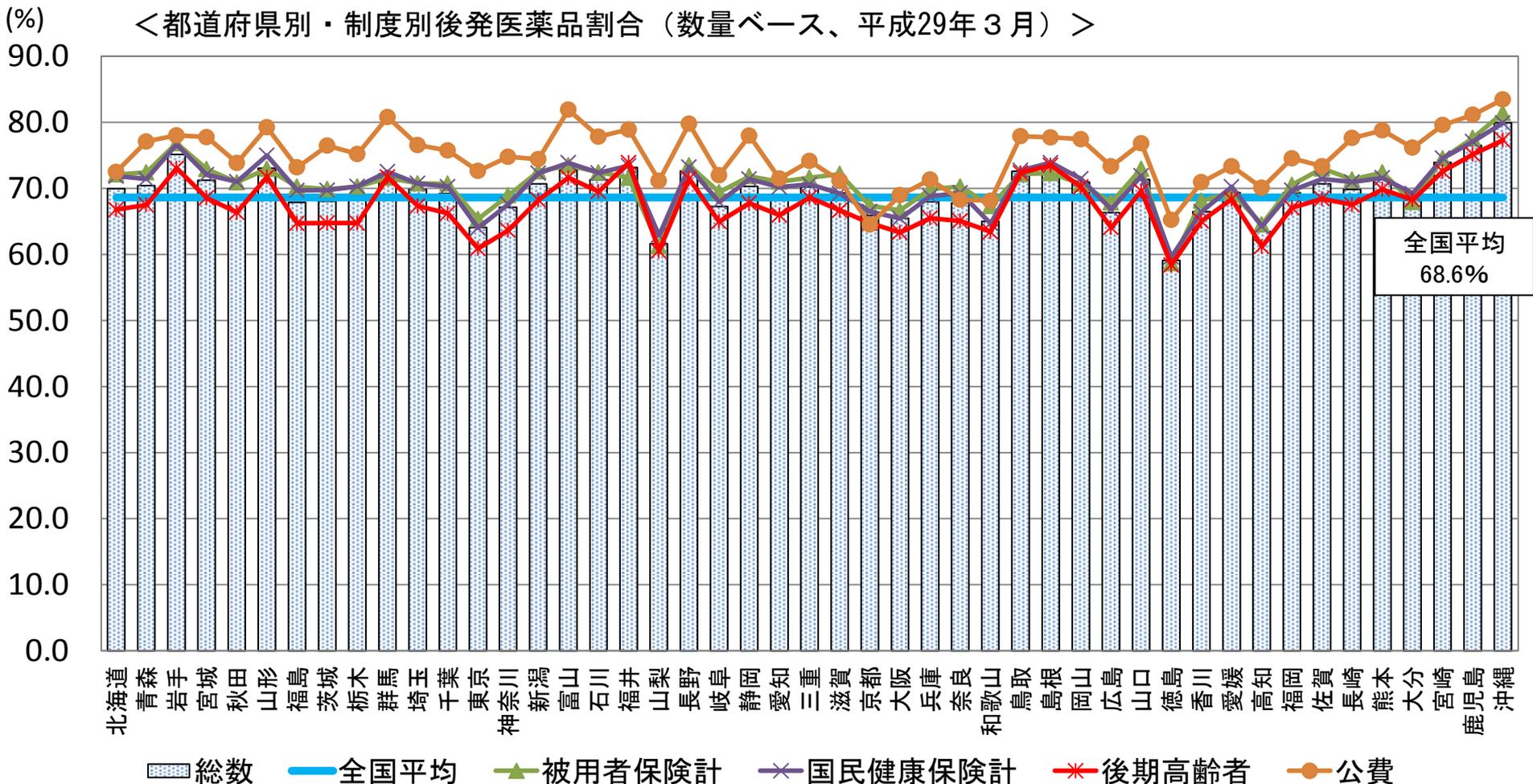
n=1,841 (うち無回答27)

平均: 5.7剤

※ 認知症を有する患者(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上で医師が認知症と判断したもので、高血圧症・糖尿病・脂質異常症以外の慢性疾患を有する患者を対象に調査したもの

都道府県別・制度別後発医薬品割合

- 後発医薬品割合は、全国平均で見ると、被用者保険が69.9%、国民健康保険が69.3%に対して、後期高齢者は66.4%となっている。
- 後発医薬品割合を制度別にみると、概ね全ての都道府県で、他の保険制度と比較して、後期高齢者医療の後発医薬品の割合が小さい。



出典：平成28年度 調剤医療費の動向（厚生労働省保険局調査課）を基に作成

高齢者医療制度に係る財政

医療保険制度の体系

後期高齢者医療制度

約15兆円

- ・75歳以上
- ・約1,690万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1,690万人)約7兆円(再掲)※3

65歳

国民健康保険

(市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、非正規雇用者等
- ・約3,480万人
- ・保険者数:約1,900

約10兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,830万人
- ・保険者数:1

約6兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,850万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約5兆円

共済組合

- ・公務員
- ・約860万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成29年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療(対象者約90万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,690万人)の内訳は、国保約1,300万人、協会けんぽ約280万人、健保組約90万人、共済組約10万人。

高齢者医療制度の財政

- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

後期高齢者医療制度

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,690万人

<後期高齢者医療費>

16.8兆円(平成29年度予算ベース)

給付費 15.4兆円

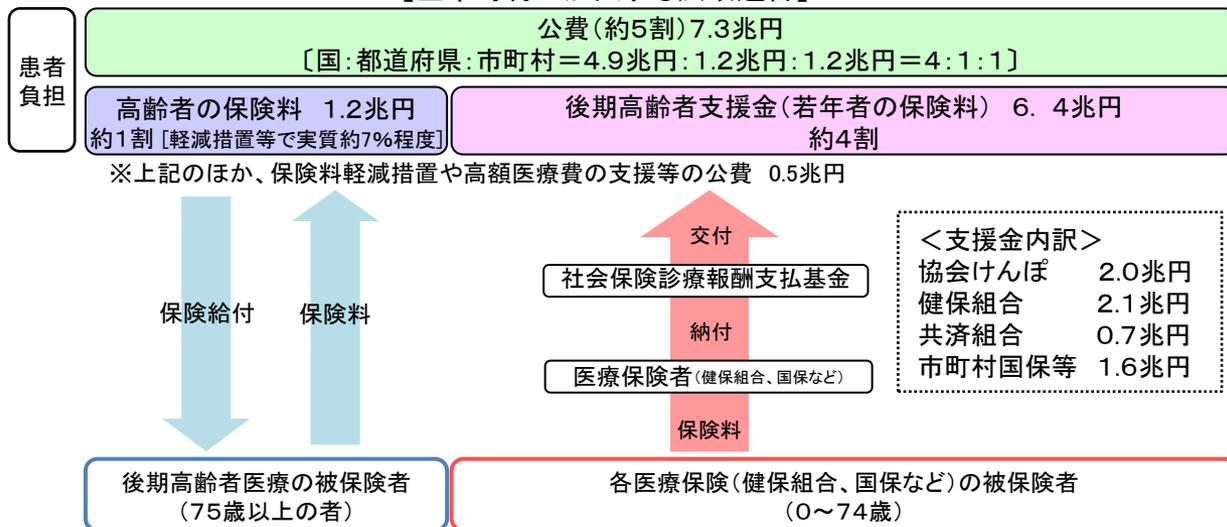
患者負担 1.3兆円

<保険料額(平成28・29年度見込)>

全国平均 約5,660円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は約380円/月

【全市町村が加入する広域連合】



前期高齢者に係る財政調整

<対象者数>

65～74歳の高齢者

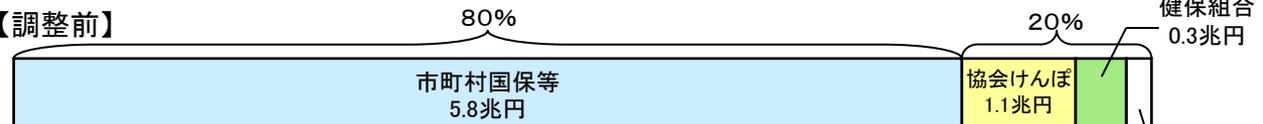
約1,690万人

<前期高齢者給付費>

7.3兆円

(平成29年度予算ベース)

【調整前】

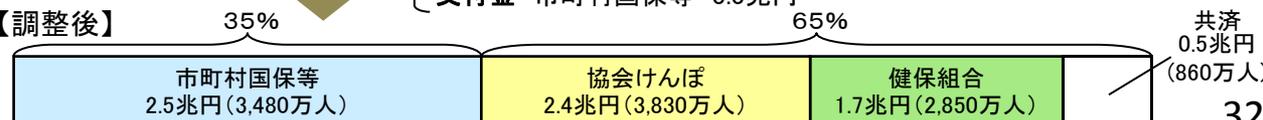


75歳未満の加入者数に応じて負担

納付金 協会けんぽ 1.4兆円、健保 1.3兆円、共済 0.5兆円

交付金 市町村国保等 3.3兆円

【調整後】



後期高齢者支援金の推移

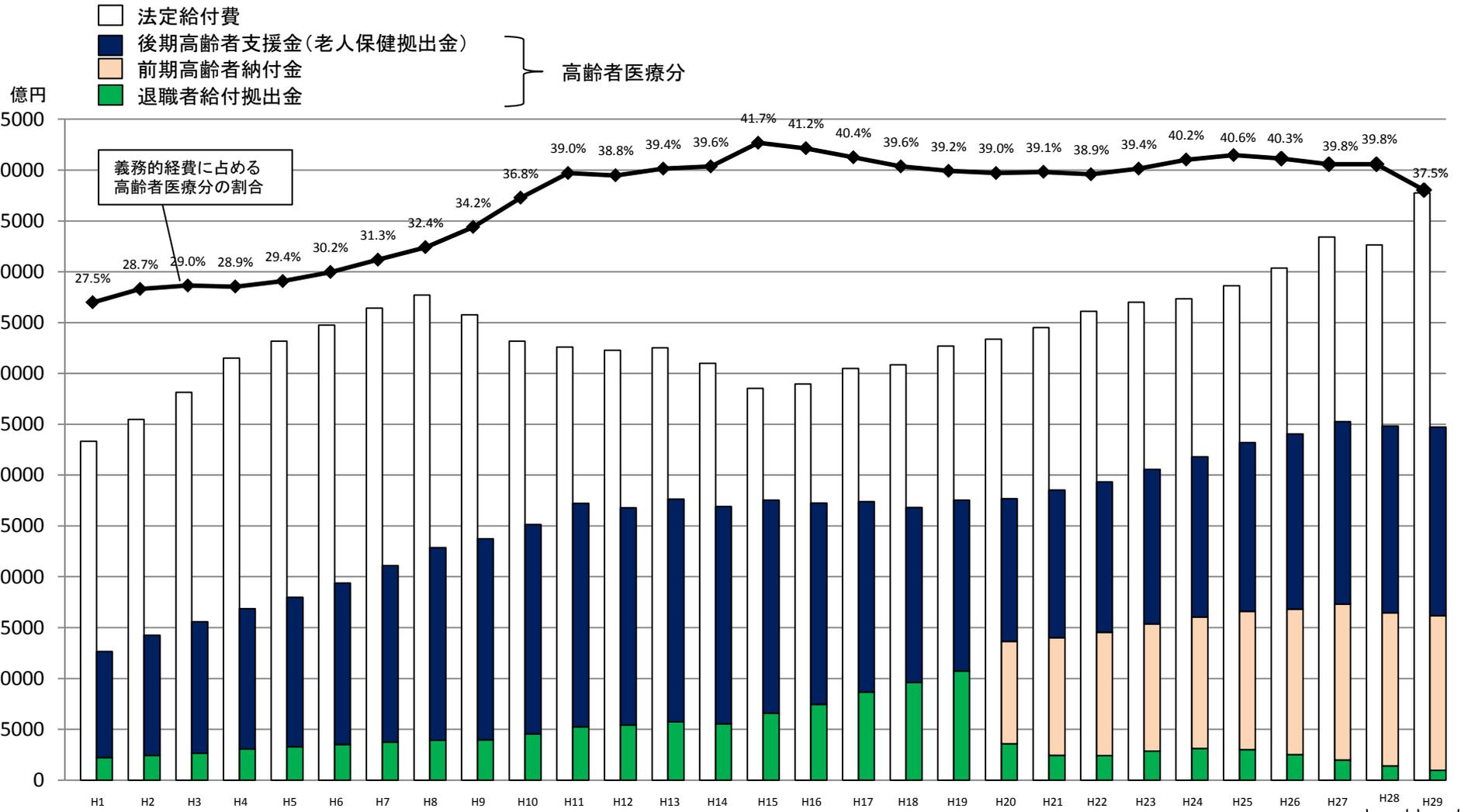
(兆円)



出典：医療保険に関する基礎資料～平成26年度の医療費等の状況～（平成28年12月）

高齢者医療への拠出負担の推移(協会けんぽ)

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、37.5%(平成29年度予算ベース)となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

(概算) (予算)

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成27年度までは実績額を、平成28年度は概算額を、平成29年度は予算額を用いている。

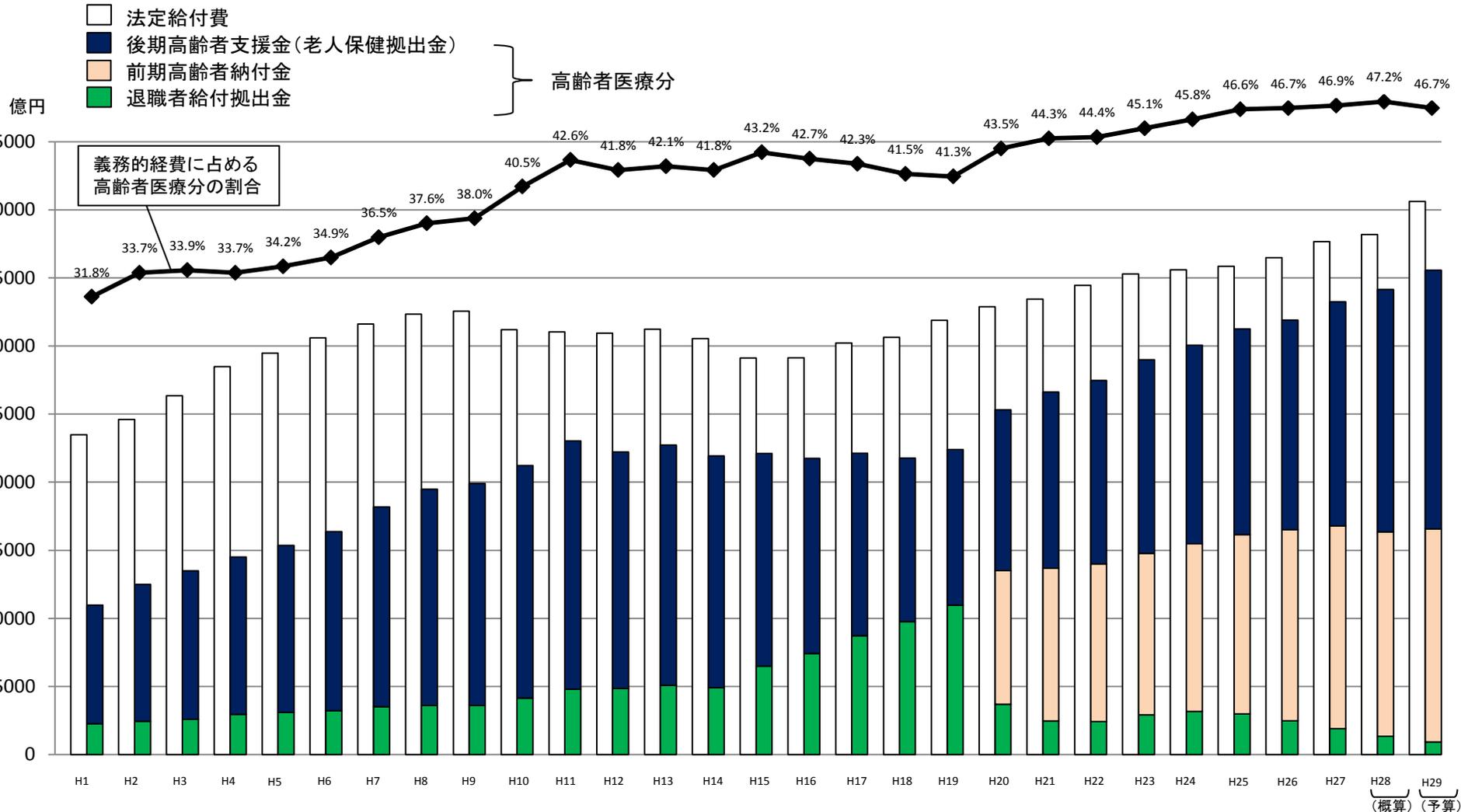
※後期高齢者支援金等は、平成27年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成28年度は概算賦課額。平成29年度は予算額。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度は全面総報酬割としている。

※前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、46.7%(平成29年度予算ベース)となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

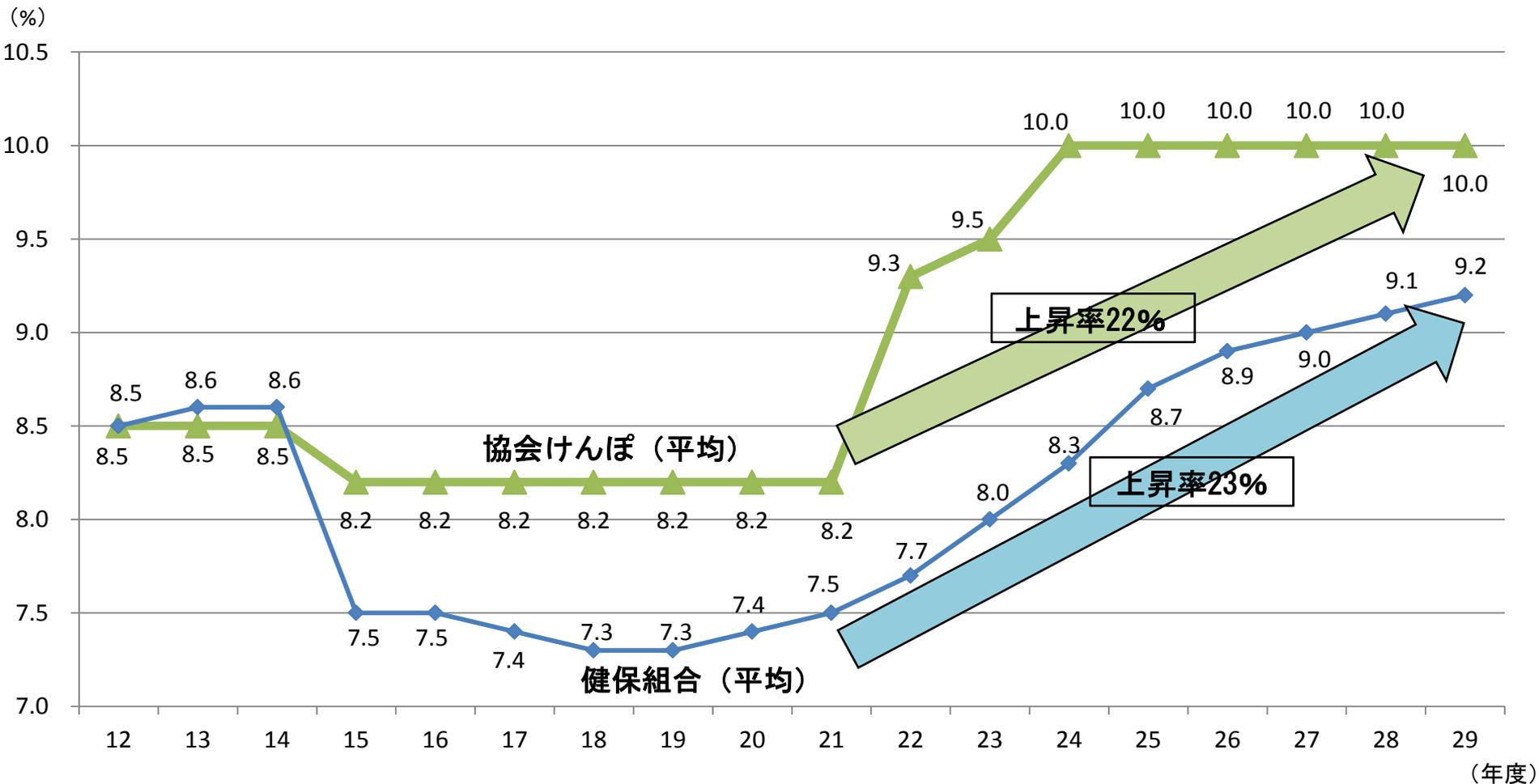
※法定給付費は、平成27年度までは実績額を、平成28年度は概算額を、平成29年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成27年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成28年度は概算賦課額を、平成29年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度は全面総報酬割としている。

協会けんぽと健康保険組合の保険料率の推移

○ 近年、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている(協会けんぽは、24年度以降10.0%で推移)。



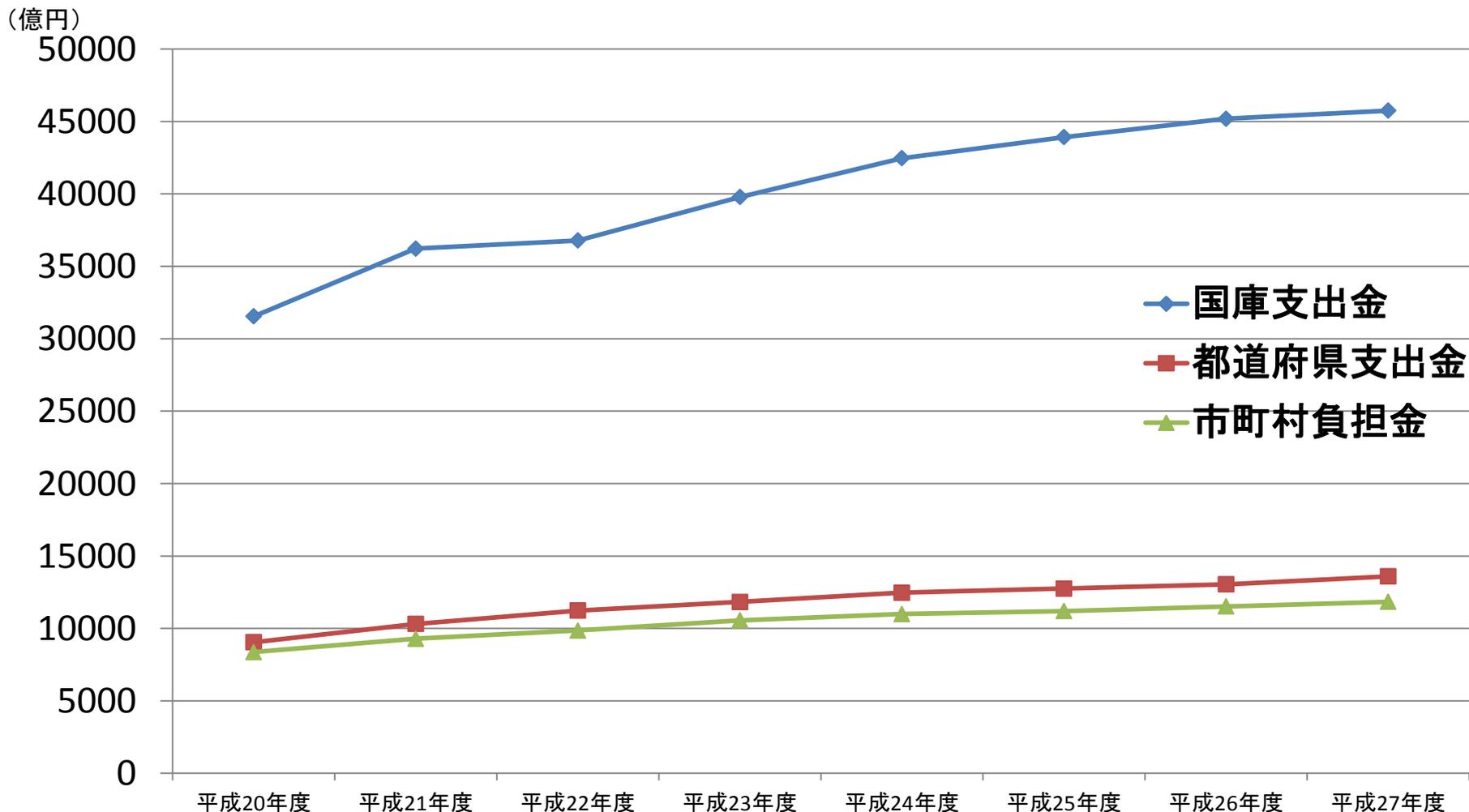
(※1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制(賞与にも月収と同じ保険料率を賦課)の導入によるものである。

(※2) 健康保険組合の保険料率(調整保険料率含む)は、平成26年度までは決算、27年度は決算見込、28年度は予算、29年度は予算早期集計の数値である。

(※3) 協会けんぽは全国平均の保険料率である。(平成29年度 最高:佐賀支部 10.47% 最低:新潟支部 9.69%)

後期高齢者医療広域連合への公費支出の推移

○ 後期高齢者医療広域連合への公費支出は、制度創設(平成20年度)以降、増加傾向にあり、国庫支出金については、平成27年度は約4.6兆円(平成20年度比約45%増)。



高齢者医療制度に係る給付と負担

医療費の一部負担（自己負担）割合について

○ それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。

- ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割。）。
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割※（現役並み所得者は3割。）。
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。

※ 平成26年4月以降70歳となる者が対象。これまで、予算措置により1割に凍結してきたが、世代間の公平を図る観点から止めるべき等との指摘を踏まえ、平成26年度から、高齢者の生活に過大な影響が生じることのないよう配慮を行った上で、段階的に2割とした。

	一般・低所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	3割負担
70歳	2割負担 ※平成26年4月以降70歳になる者から	
6歳 (義務教育就学後)	3割負担	
	2割負担	

高齢者の窓口負担の主な経緯

昭和48年 老人医療費の無料化(70歳以上)

昭和58年 老人保健法が施行され、患者負担を導入
(外来1ヶ月400円、入院1日300円、但し低所得者は入院1日300円)

昭和61年～平成7年 患者負担を段階的に引き上げ

平成9年9月 患者負担の見直し
(外来月4回まで1日500円、入院1日1,000円、外来薬剤は種類数・日数に応じて負担する薬剤一部負担を創設)

平成11年4月 ①患者負担を段階的に引き上げ、②7月から国が薬剤一部負担を代わって支払うことを内容とする臨時特例措置を実施(平成13年1月廃止)

平成13年1月 定率1割負担導入
(①個人単位・医療機関単位の月額上限制度、②世帯単位・複数医療機関単位の高額医療費制度の創設)

平成14年10月 一定以上所得者は2割負担、一般区分と住民税非課税区分は1割負担
(①月額上限制度と高額医療費制度を高額療養費制度に一本化、②高額療養費制度に外来上限を設定)

平成18年6月 健康保険法等の一部を改正する法律成立(20年度から70～74歳患者負担を1割→2割)

平成18年10月 現役並み所得区分は3割負担、高額療養費の限度額引き上げ

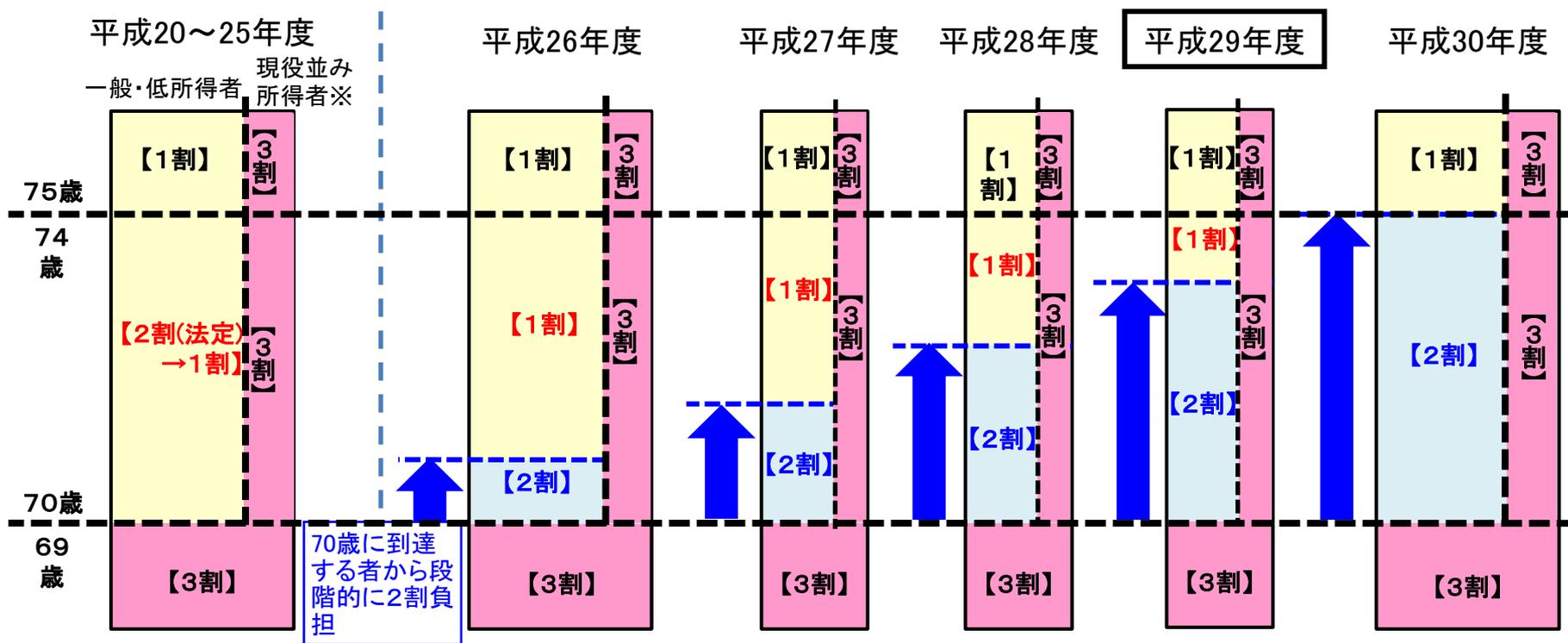
平成19年10月 70～74歳患者負担の2割への引き上げを凍結(19年度補正予算約2,000億円)

平成26年4月 70～74歳患者負担について、新たに70歳になる方から2割負担(平成30年度末まで)

平成28年12月 高額療養費制度の見直し内容が決定(平成29年8月と平成30年8月の2段階で見直し)

70～74歳の自己負担の特例措置の見直し

- 社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえ、以下の見直しを実施。
 - ・ 平成26年4月に新たに70歳になる者(69歳まで3割負担だった者)から、段階的に法定負担割合(2割)とする(個人で見ると負担増にならない)。
 ※ 70歳になる月の翌月の診療から2割負担(4月に70歳になる者は、5月の診療から2割負担)。
 - ・ 平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置(1割)を継続する。
- 平成29年度予算 930億円 (参考)平成28年度予算 1,146億円、平成27年度予算 1,433億円、平成26年度予算 1,806億円、平成25年度分予算 1,898億円



※ 現役並み所得者・・・国保世帯：課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯、被用者保険：標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者(ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合(平成27年1月以降、新たに70歳となる被保険者の属する国保世帯に限る。))は除く

高額療養費制度の見直し

制度概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い(※)される制度。
(※)入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

見直し概要

- 第1段階目(29年8月～30年7月)では、平成29年7月までの枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額(世帯)については、多数回該当を設定。
- 第2段階目(30年8月～)では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
- 一般区分については、7月31日を基準日として、1年間(8月～翌7月)の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限を設ける。
※年間上限額は基準日に一般もしくは住民税非課税区分である場合に対象となる。

○～29年7月(70歳以上)

区分	外来(個人)	限度額(世帯※1)
現役並み <small>(年収約370万円以上)</small> 健保 <small>標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上</small>	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 <small>(年収156万～370万円)</small> 健保 <small>標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満 ※2</small>	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○現行(29年8月～30年7月)

区分	外来(個人)	限度額(世帯※1)
現役並み	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	14,000円 (年間上限 14.4万円 ※3)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○2段階目(30年8月～)

区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯※1)
年収約1160万円～ <small>標報83万円以上 課税所得690万円以上</small>	252,600円 + 1% <140,100円>	
年収約770万～約1160万円 <small>標報53～79万円 課税所得380万円以上</small>	167,400円 + 1% <93,000円>	
年収約370万～約770万円 <small>標報28～50万円 課税所得145万円以上</small>	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般	18,000円 (年間上限 14.4万円 ※3)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○現行(69歳以下)

区分	限度額(世帯)
現役並み	252,600円 + 1% <140,100円>
一般	167,400円 + 1% <93,000円>
一般	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	35,400円 <24,600円>

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者
 ※2 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。
 ※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。
 <>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額(多数回該当)。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

(平成29年8月～平成30年7月)

加入者数(※5)

()は年齢区分ごとに占める割合

75歳

現役並み所得者 (年収約370万円～)	負担割合	外来(個人ごと)	80,100+ (医療費－267,000) × 1% <多数回: 44,400>
健保: 標準28万円以上 国保・後期: 課税所得145万以上	3割	57,600	
一般(～年収約370万円)	1割	14,000 年間上限 14.4万円(※4)	57,600 <多数回: 44,400>
健保: 標準26万円以下(※1) 国保・後期: 課税所得145万円未満(※1)(※2)			
住民税非課税		8,000	24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000



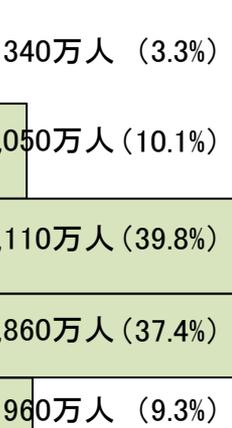
70歳

現役並み所得者 (年収約370万円～)	負担割合	外来(個人ごと)	80,100+ (医療費－267,000) × 1% <多数回: 44,400>
健保: 標準28万円以上 国保・後期: 課税所得145万以上	3割	57,600	
一般(～年収約370万円)	2割(※3)	14,000 年間上限 14.4万円(※4)	57,600 <多数回: 44,400>
健保: 標準26万円以下(※1) 国保・後期: 課税所得145万円未満(※1)(※2)			
住民税非課税		8,000	24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000



70歳未満

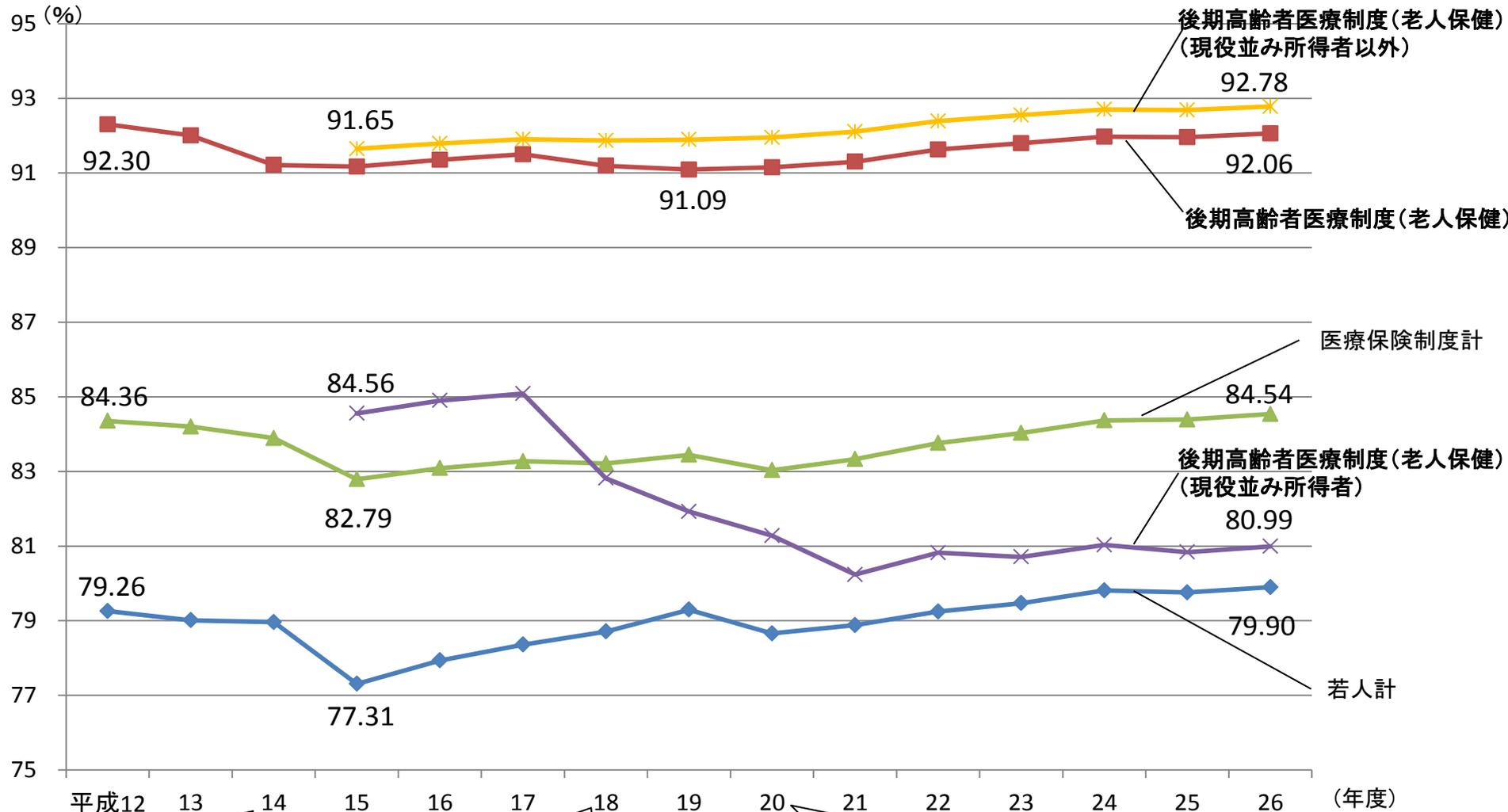
	負担割合	月単位の上限額(円)	
年収約1,160万円～ 健保: 標準83万円以上 国保: 旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600+	(医療費－842,000) × 1% <多数回該当: 140,100>
年収約770～約1,160万円 健保: 標準53万～79万円 国保: 旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+	(医療費－558,000) × 1% <多数回該当: 93,000>
年収約370～約770万円 健保: 標準28万～50万円 国保: 旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+	(医療費－267,000) × 1% <多数回該当: 44,400>
～年収約370万円 健保: 標準26万円以下 国保: 旧ただし書き所得210万円以下		57,600	<多数回該当: 44,400>
住民税非課税		35,400	<多数回該当: 24,600>



※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。 ※3 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。 ※4 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。 ※5 加入者数は一定の仮定を置いた粗い推計(平成27年度加入者ベース)。

実効給付率の推移

○ 平成26年度の後期高齢者の実効給付率は92.06%。このうち、現役並み所得者は80.99%、現役並み所得者以外のものは92.78%。



H14.10～70歳以上
: 定率1割(現役並み2割)

H15.4～健保
: 2割→3割

H18.10～70歳以上
: 現役並み: 2割→3割

H20.4～後期高齢者医療制度発足
70～74歳(凍結)/義務教育前: 2割

H26.4～70～74歳
: 順次凍結解除

(注1) 予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

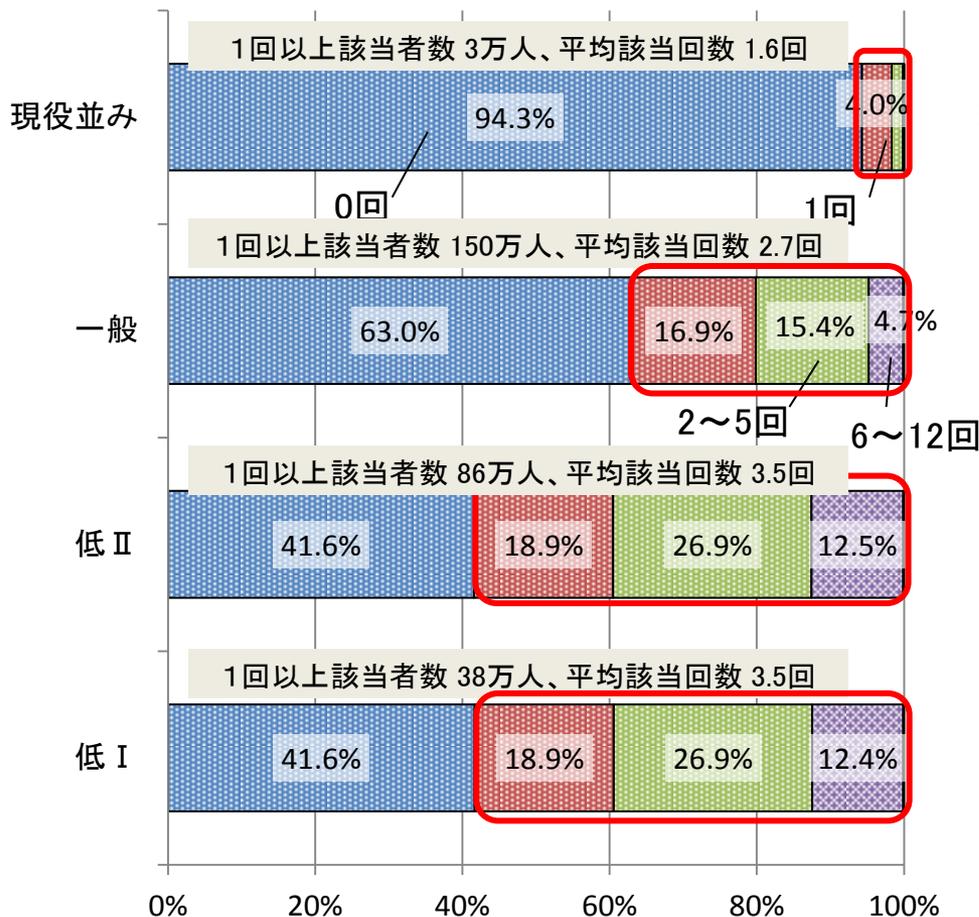
(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

出典: 各制度の事業年報等を基に作成

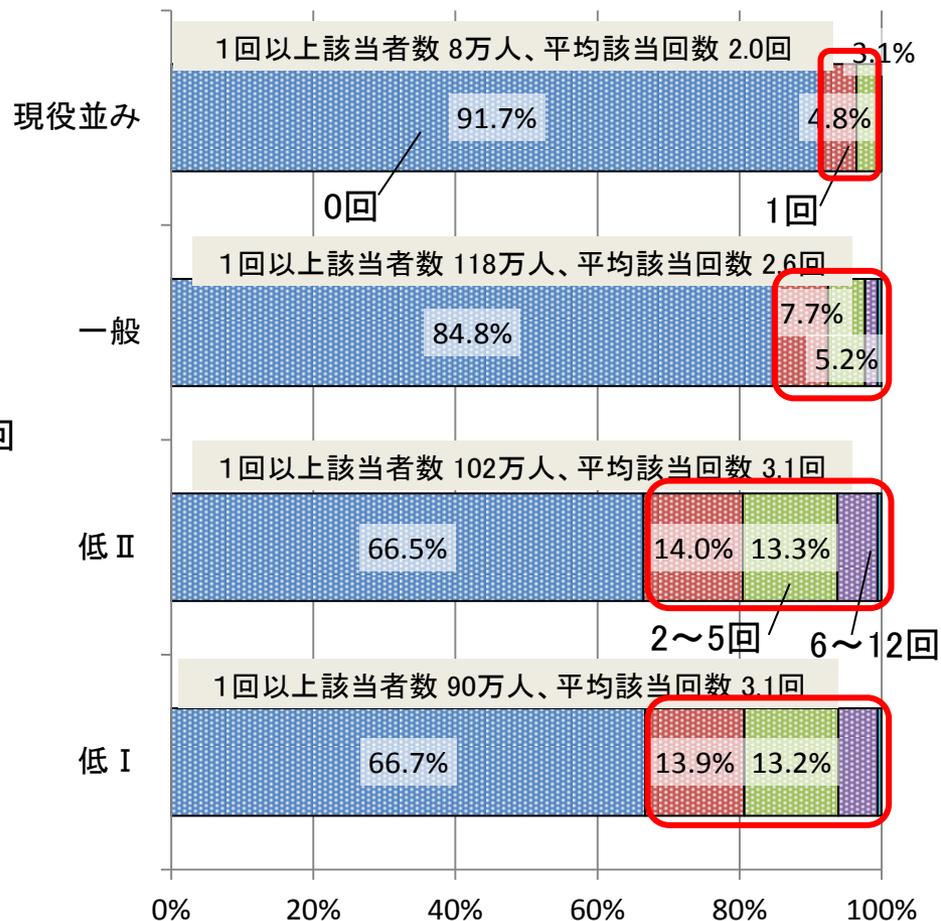
外来特例への該当者の状況

- 70～74歳で年に1回以上外来特例に該当する者は、低所得者は約6割、一般区分は4割以下、現役並みは1割以下となっている。
- 75歳以上で年に1回以上外来特例に該当する者は、低所得者は約3割、一般区分は2割弱、現役並みは1割未満となっている。

<70～74歳>



<75歳以上>



後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

制度概要

- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている(青色部分)。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算による特例措置を実施している(赤色部分)。
- 軽減特例の対象者は916万人、当該軽減に要する費用は、国費が945億円、地財措置が159億円であった。(平成28年度予算)

見直し内容

- 所得割は、平成29年度に2割軽減、平成30年度に本則(軽減なし)とする。
- 均等割は、低所得者に配慮して今般は据え置きとし、介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直す。
- 元被扶養者の所得割は、当面は賦課せず、賦課開始時期を引き続き検討。
- 元被扶養者の均等割は、平成29年度に7割軽減、平成30年度に5割軽減、平成31年度に本則(軽減なし)とする。

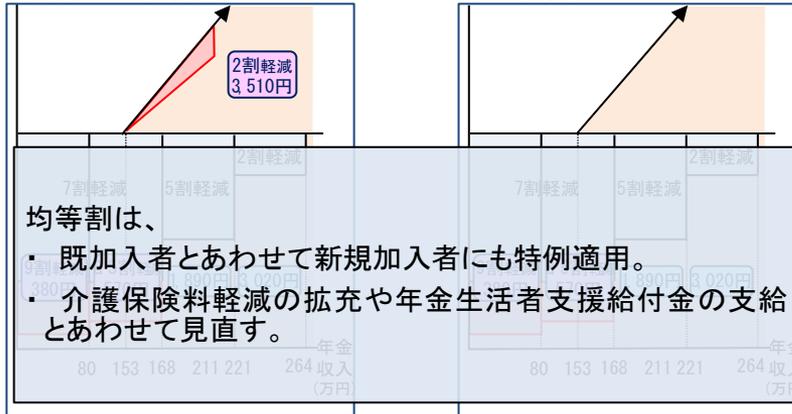
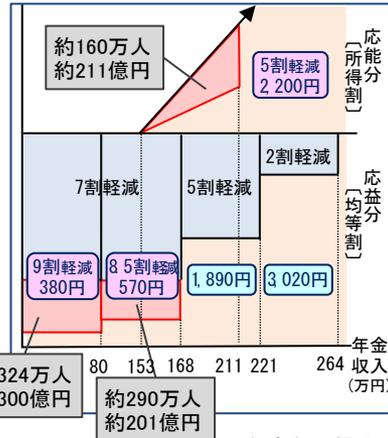
[~28年度]

[現行(29年度)]

[30年度]

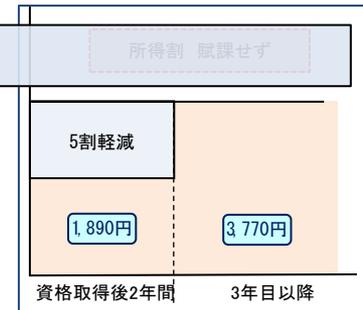
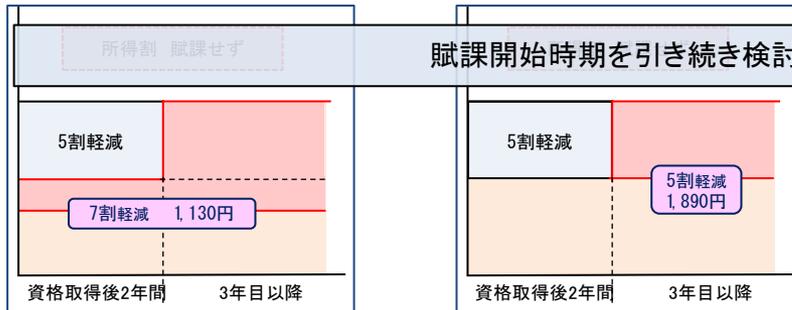
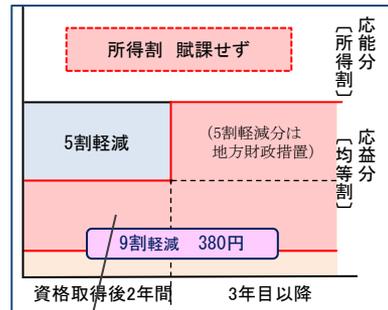
[31年度~]

所得割・均等割の軽減



※年金収入額は、夫婦世帯における夫の年金収入の例(妻の年金収入80万円以下の場合)。

元被扶養者の軽減

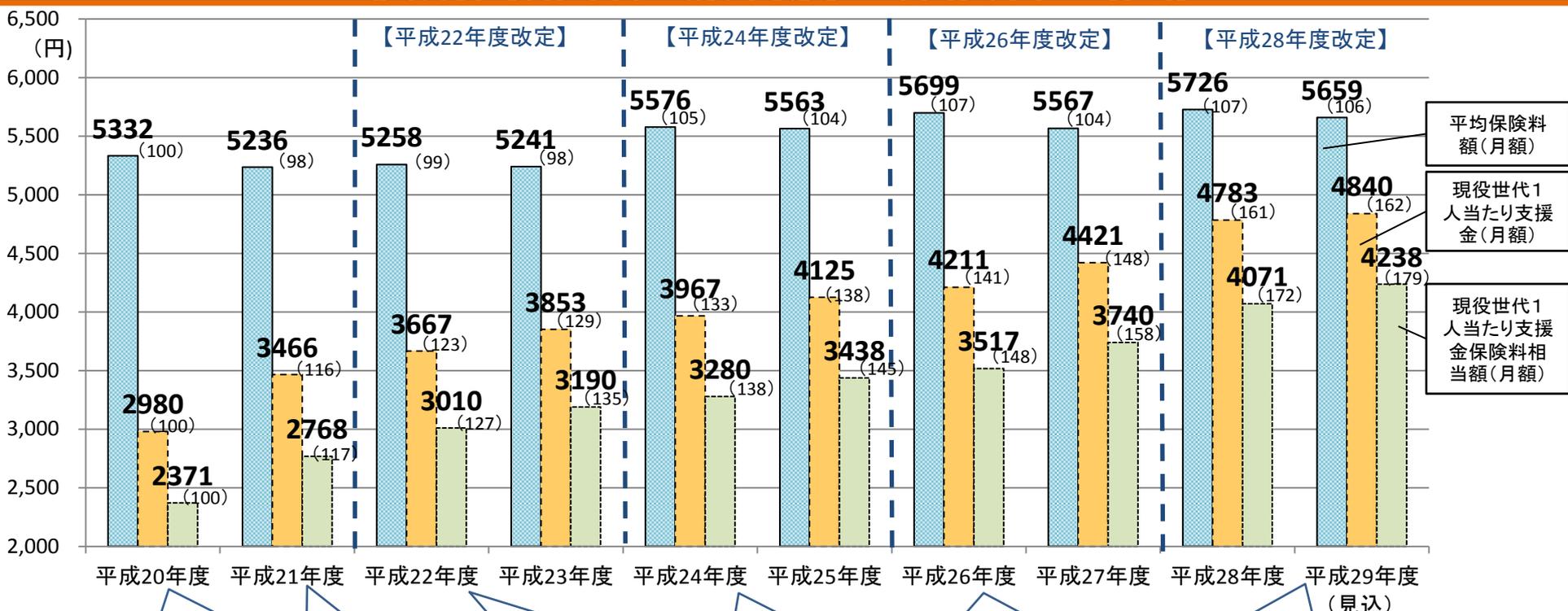


■ 法令上の軽減 ■ 特例的な軽減 ■ 現在の保険料額

169万人
(233億円(国費))
(159億円(地財))

※ 保険料額は、平成28・29年度全国平均保険料率により算出。 ※ 応能分(所得割)は、個人で判定、個人で賦課。応益分(均等割)は、世帯で判定、個人で賦課。
※ 金額及び対象者数は平成28年度予算ベース。

後期高齢者医療制度の保険料の推移



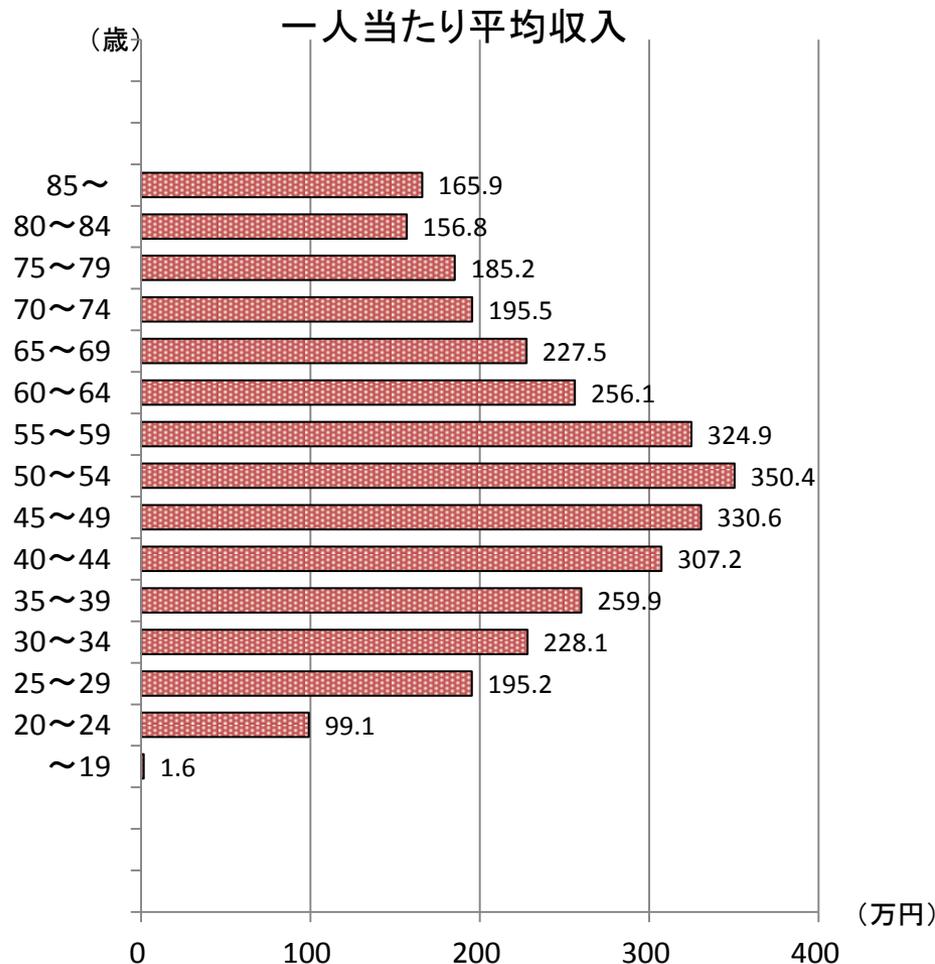
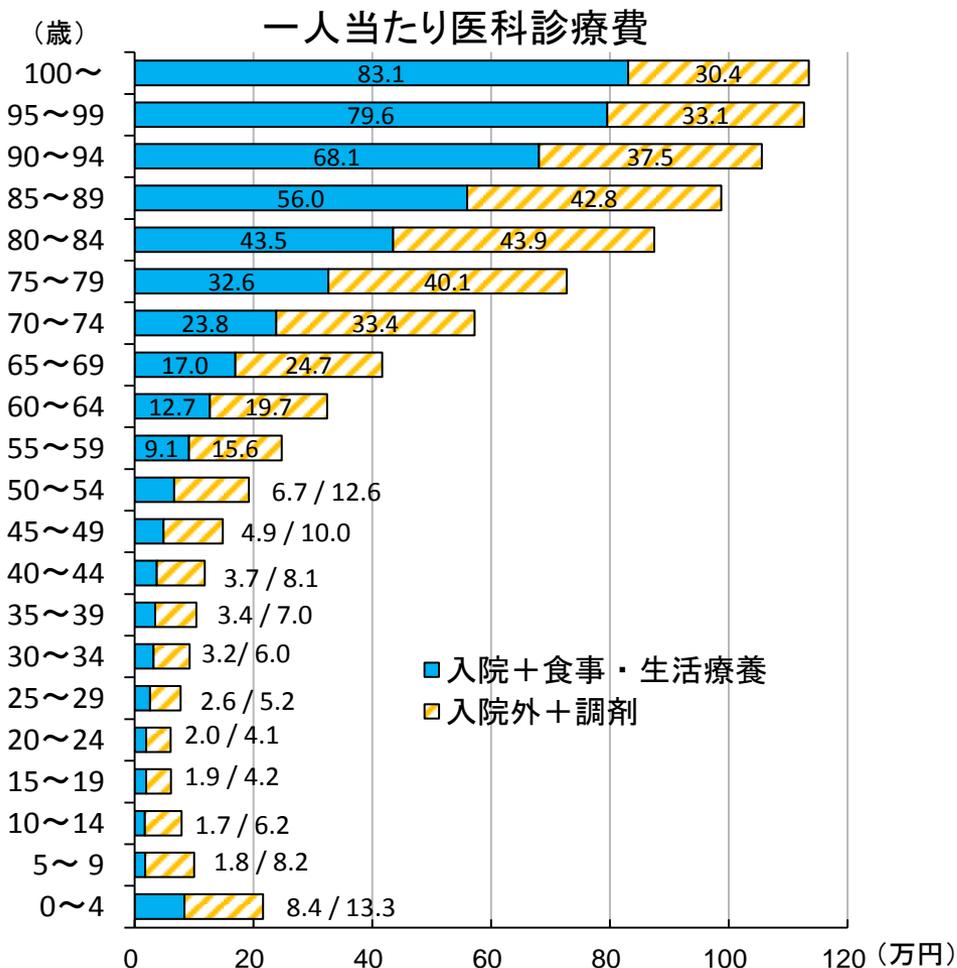
- ・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減
・元被扶養者に対する均等割9割軽減
- ・低所得者に対する均等割9割軽減
- ・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例(法改正)
- ・賦課限度額 年50万円→55万円
- ・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大
・賦課限度額 年55万円→57万円
- ・所得割5割軽減→2割軽減
・元被扶養者に対する均等割9割軽減→7割軽減

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (113)	82.9万円 (116)	84.3万円 (118)	84.6万円 (118)	85.5万円 (120)	85.8万円 (120)	87.5万円 (122)	86.1万円 (120)	—
高齢者負担率	10.00% (100)		10.26% (103)			10.51% (105)		10.73% (107)		10.99% (110)

※ 平均保険料額は平成20～28年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づく実績額、平成29年度は平28・29年度保険料改定時見込み(平成29年度の保険料軽減特例見直しの影響は含まれていない)。
 ※ 支援金は、平成20～27年度は確定賦課、平成28・29年度は概算賦課ベース。
 ※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～27年度は確定賦課、平成28・29年度は予算ベース。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)
 ※ 支援金、支援金保険料相当分の平成28・29年度(見込)については、平成28年10月以降の適用拡大を含めた平成28年度の金額。
 ※ 支援金、支援金保険料相当分及び1人当たり医療給付費の伸びについては、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。
 ※ 1人当たり医療給付費は平成20～27年度までは後期高齢者医療事業年報に基づく実績額、平成28年度は速報ベース。
 ※ ()内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

年齢階級別の1人当たり医科診療費及び平均収入について

○ 一人当たり医科診療費は高齢になるほど上昇し、70歳代までは入院外の割合が高いが、80歳代後半以降は入院の割合が高い。



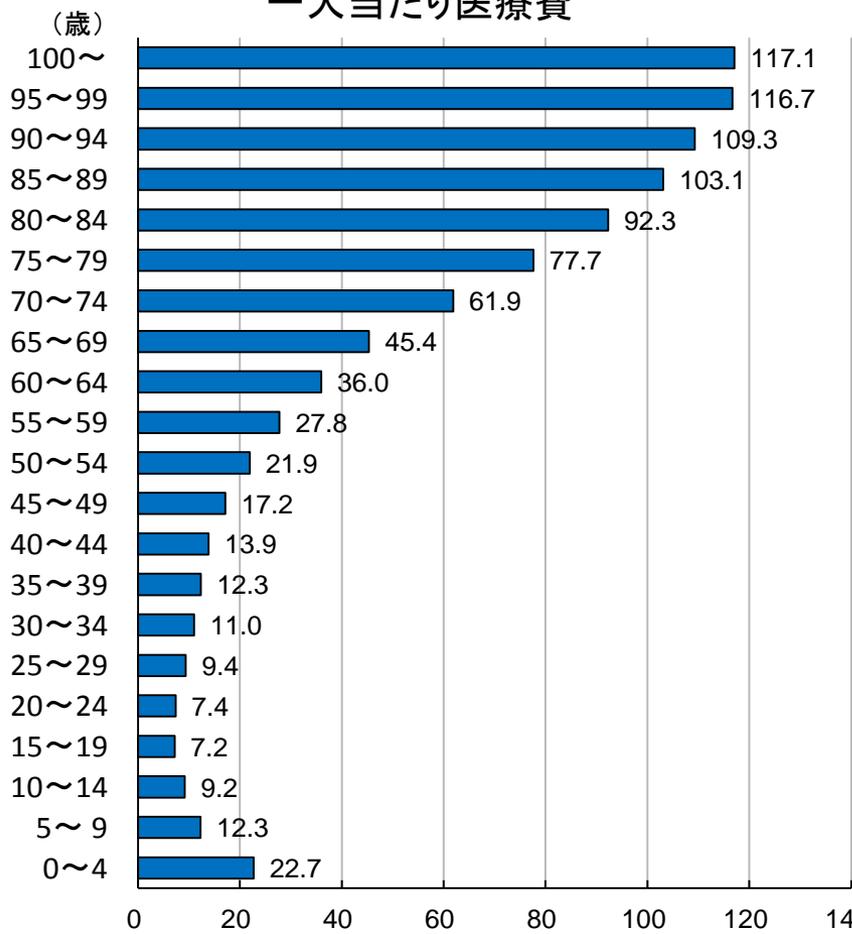
※ 一人当たり医科診療費は医療保険に関する基礎資料～平成26年度の医療費等の状況～による。

※ 一人当たり平均収入額は、平成26年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成25年の数値。

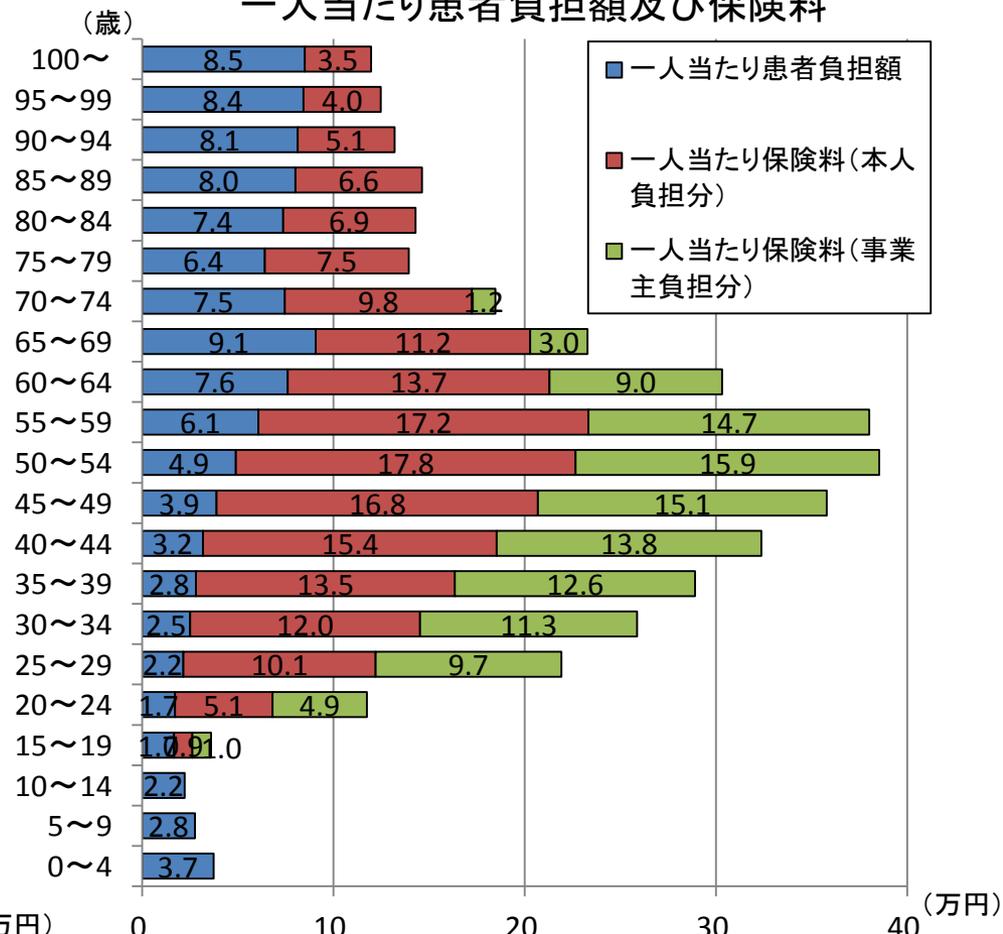
年齢階級別の1人当たり医療費・患者負担額及び保険料について

- 年齢階級別に、患者負担額に保険料を加えた負担の額をみると、現役世代の負担が多い。
- ただし、これは、高齢期に増加する医療費が、社会連帯の精神に基づく後期高齢者支援金を通じて、現役世代の保険料によっても賄われていることによるもの。

一人当たり医療費



一人当たり患者負担額及び保険料



※ 一人当たり医療費は、「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等により作成した平成26年度の数値。

※ 一人当たり患者負担額及び保険料は、「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)に基づき作成した平成26年度の数値。

年齢階級別の負担状況

平均収入に対する負担(自己負担+保険料)の割合(年間ベース)

年齢 【負担割合】	平均収入	自己負担+保険料※4	収入に対する 自己負担+保険料※4の割合
75歳以上 【1割、現役並み所得3割】	175万円	14.2万円	8.1%
70～74歳 【2割※1、現役並み所得者3割】	193万円	18.4万円 (17.2万円)	9.5% (8.9%)
65～69歳 【3割】	230万円	23.3万円 (20.3万円)	10.2% (8.8%)
20～64歳 【3割】	287万円	29.8万円 (17.7万円)	10.4% (6.2%)

※1 平成26年4月以降70歳に達した者から自己負担割合は2割であるが、表の自己負担は平成26年4月以前に70歳に達している者も2割負担だとした場合の数値。

※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成26年度の数値。

※3 平均収入額は、平成27年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成26年の数値。

※4 カッコ内の数値は、保険料について事業主負担分を除いた場合の数値。

後期高齢者の窓口負担のあり方について

「経済・財政再生計画 改革工程表」において、「医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、」検討していくこととなっているが、高齢者を取り巻く環境や高齢者医療費の動向や特性、高齢者医療制度の状況等を踏まえ、どのように考えるか

金融資産等の保有状況を考慮に入れた 負担の在り方について

平成29年11月8日
厚生労働省保険局

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>						
	<p><㉔世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討></p> <p><(i)高額療養費制度の在り方></p> <p>外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討</p>	<p>高額療養費制度の見直しを2017年8月から段階的に実施</p>					
	<p><(ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方></p> <p>医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論</p>						
	<p><㉕医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討></p> <p>医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討</p>	<p>マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</p>					
				<p>マイナンバーの活用については、改正マイナンバー法(公布日(平成27年9月9日)から3年以内に施行予定)による預金口座への付番開始後3年を目途とする見直しの検討に併せて、実施上の課題を検討</p>			

公的医療保険における保険給付と患者の自己負担

- 医療保険制度においては、被保険者の所得等を勘案して自己負担額が決められているが、金融資産については勘案していない。

〈医療保険制度における主な保険給付〉

(平成29年10月現在)

療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前:8割、義務教育就学後から70歳未満:7割、 70歳以上75歳未満:8割(※)(現役並み所得者(現役世代の平均的な課税所得(年145万円)以上の課税所得を有する者):7割) 75歳以上:9割(現役並み所得者:7割)																
入院時食事療養費	食事療養標準負担額:一食につき360円	低所得者: 一食につき210円 (低所得者で90日を超える入院: 一食につき160円) 特に所得の低い低所得者(70歳以上): 一食につき100円															
入院時生活療養費 (65歳~)	生活療養標準負担額:一食につき460円(*)+370円(居住費) (*)入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関では420円	低所得者: 一食につき210円(食費)+370円(居住費) 特に所得の低い低所得者: 一食につき130円(食費)+370円(居住費) 老齢福祉年金受給者: 一食につき100円(食費)+0円(居住費) 注:難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額															
高額療養費 (自己負担限度額)	70歳未満の者 (括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当) <年収約1,160万円~> $252,600円 + (医療費 - 842,000) \times 1\%$ (140,100円) <年収約770~約1,160万円> $167,400円 + (医療費 - 558,000) \times 1\%$ (93,000円) <年収約370~約770万円> $80,100円 + (医療費 - 267,000) \times 1\%$ (44,400円) <~年収約370万円> 57,600円 (44,400円) <住民税非課税> 35,400円 (24,600円)	70歳以上の者 <table border="0"> <tr> <td></td> <td>入院</td> <td>外来【個人ごと】</td> </tr> <tr> <td><現役並み所得者></td> <td>80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% (44,400円)</td> <td>57,600円</td> </tr> <tr> <td><一般></td> <td>57,600円 (44,400円)</td> <td>14,000円 (年間上限144,000円)</td> </tr> <tr> <td><低所得者></td> <td>24,600円</td> <td>8,000円</td> </tr> <tr> <td><低所得者のうち特に所得の低い者></td> <td>15,000円</td> <td>8,000円</td> </tr> </table>		入院	外来【個人ごと】	<現役並み所得者>	80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% (44,400円)	57,600円	<一般>	57,600円 (44,400円)	14,000円 (年間上限144,000円)	<低所得者>	24,600円	8,000円	<低所得者のうち特に所得の低い者>	15,000円	8,000円
	入院	外来【個人ごと】															
<現役並み所得者>	80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% (44,400円)	57,600円															
<一般>	57,600円 (44,400円)	14,000円 (年間上限144,000円)															
<低所得者>	24,600円	8,000円															
<低所得者のうち特に所得の低い者>	15,000円	8,000円															

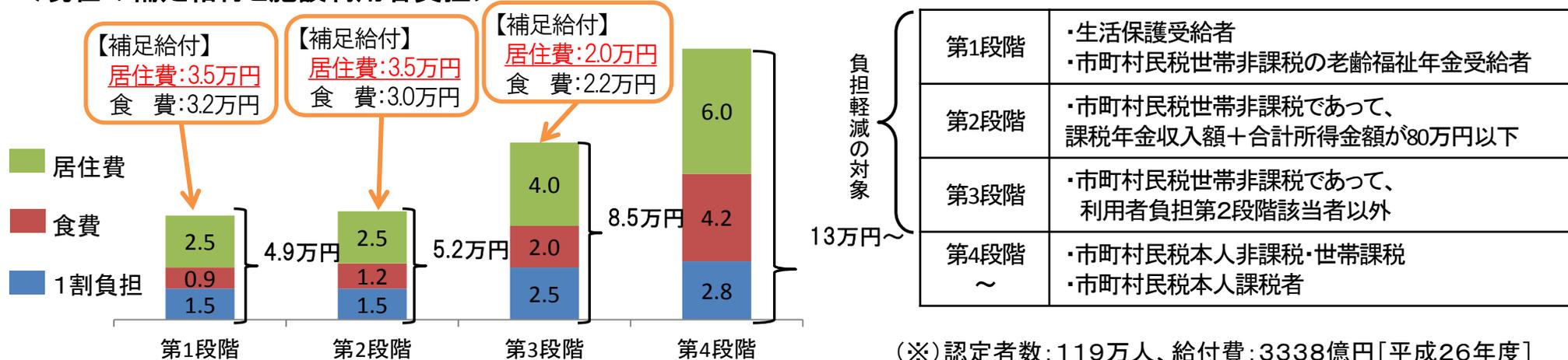
※ 平成20年4月から70歳以上75歳未満の窓口負担は1割に据え置かれていたが、平成26年4月以降新たに70歳になる被保険者等から段階的に2割となる。

介護保険における平成26年改正における補足給付の見直し【平成27年8月施行(一部平成28年8月)】

平成28年8月19日
介護保険部会資料(一部改変)

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

<現在の補足給付と施設利用者負担> ※ ユニット型個室の例



<要件の見直し>

① 預貯金等

一定額超の預貯金等(単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超)がある場合には、対象外。→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ(加算金)を設ける

② 配偶者の所得

施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外

③ 非課税年金収入

補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金(遺族年金・障害年金)も勘案する

①、②: 平成27年8月施行、③: 平成28年8月施行

医療保険及び介護保険における食事・居住に係る給付の比較

○ 医療保険では、病院等における食事・居住サービスは、入院患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、保険給付の対象として、在宅でもかかる費用として、食費及び居住費（※）を自己負担としている。

（※）居住費（光熱水費相当額）は療養病床のみが対象。

○ 介護保険では、介護保険施設等における食事・居住サービスは、在宅との公平性等の観点から、保険給付の対象外（原則自己負担）として、福祉的な観点から、低所得者に対して補足給付を支給。

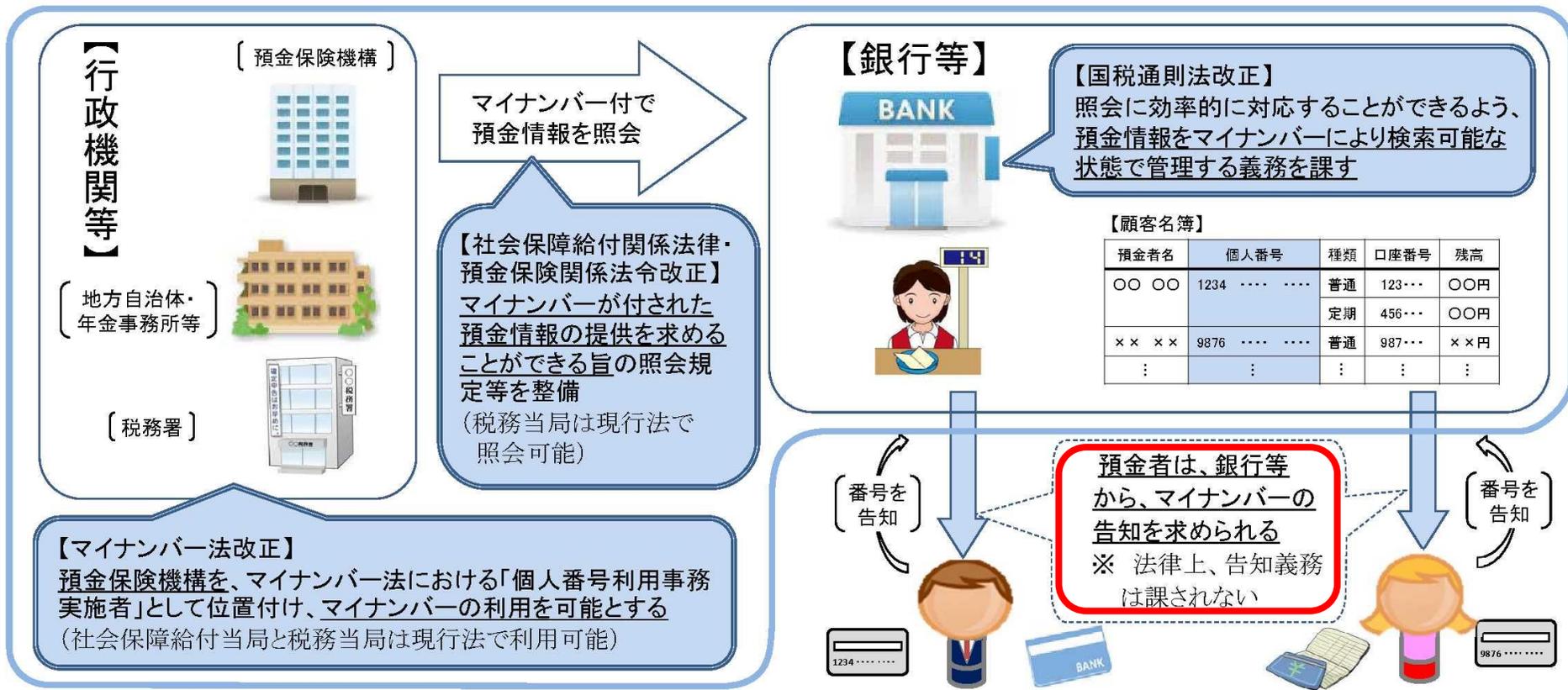
	医療保険 (入院時生活療養費)	介護保険 (介護施設における補足給付)
食事・居住サービス	保険給付の対象	保険給付の対象外（原則自己負担）
給付の性質	食事の提供、温度・照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養（健保法第63条第2項）	福祉的な観点からの低所得者の負担軽減措置
給付主体	健康保険組合、協会けんぽ、共済組合、市町村、国保組合、広域連合	市町村
負担の減額対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者（住民税非課税者、老齢福祉年金受給者） ・病状の程度が重篤な者又は常時の若しくは集中的な医療的処置、手術その他の治療を要する者として厚生労働大臣が定める者 ・指定難病の患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者（※）（住民税非課税者、老齢福祉年金・生活保護受給者） <p>（※）低所得者の判定に当たっては、預貯金等を勘案</p>

預金口座へのマイナンバーの付番の概要

マイナンバーが付された預金情報の効率的な利用について

マイナンバー法等の改正により、新たに預金保険でマイナンバーを利用できるようにするとともに、その改正法案の中で、国民年金法、国税通則法等を改正し、銀行等に対する社会保障制度の資力調査や国税・地方税の税務調査でマイナンバーが付された預金情報を効率的に利用できるよう所要の措置を講ずる（平成30年1月から施行予定。なお、マイナンバーは平成28年1月から利用開始）。

（注）内閣官房において、マイナンバー法などの関係法律の改正を一括法案として提出し、平成27年9月に成立。



【付番促進のための見直し措置の検討】

付番開始後3年を目途に、預金口座に対する付番状況等を踏まえて、必要と認められるときは、預金口座への付番促進のための所要の措置を講じる旨の見直し規定を法案の附則に規定。

金融資産に関するマイナンバーの付番状況について

- 平成28年1月以降、改正所得税法等の施行により、金融資産に関して、利用者にマイナンバーの告知を義務づけているケースは以下の通り。

マイナンバーの提供を求められる主なケース

法律に基づき、社会保障や税の行政事務に利用するため、勤務先や金融機関等からマイナンバーの提供を求められることがあります。

※マイナンバーを提供する際は、個人番号カード等の本人確認書類をご用意ください。なお、下記の提供を求める者から電話をかけてマイナンバーの提供を求めることはありません。

※民間事業者がマイナンバーを目的外で利用したり、行政機関と民間事業者のデータベースがネットワークでつながることもありません。

※マイナンバー制度の導入後も、行政機関が把握できる個人情報の種類は今までどおり法令に基づくものに限られており、行政機関が何でも把握できるようになるものではありません。

提供を求める者 (※代理人又は委託を受けた者も含む)	提供する必要のある者
勤務先	<ul style="list-style-type: none">・給与、退職金などを受け取る方・厚生年金、健康保険及び雇用保険の資格を取得される方・国民年金の第三号被保険者(従業員の配偶者) など
契約先 (契約先企業、講演等の主催企業 など)	<ul style="list-style-type: none">・報酬、料金、契約金を受け取る方 など (例: 士業、外交員、集金人、保険代理人、馬主、プロスポーツ選手、ホステス等への報酬、社会保険診療報酬支払基金が支払う診療報酬、原稿料、講演料、画料 など)
不動産業者等 (不動産仲介料、不動産使用料(家賃)を支払う法人)	<ul style="list-style-type: none">・不動産業者又は法人から年間100万円超の不動産譲渡の対価、又は年間15万円超の不動産仲介料もしくは不動産使用料(家賃)を受け取られる方
金融機関等 (銀行、証券会社、生命保険会社、損害保険会社、先物取引業者、金地金販売会社 など)	<ul style="list-style-type: none">・金融機関で株、投資信託、公社債などの証券取引をされている方 (※平成30年1月から、預貯金口座への付番を開始予定。ただし、番号の提供は任意。) (※既存口座で行う証券取引については、平成28年以降3年間の猶予あり。)・非課税適用の預貯金・財形貯蓄をされている方・国外送金又は国外からの送金の受領をされる方・生命保険契約・損害保険契約(支払額100万円超の死亡保険、年間支払額20万超の年金保険、支払額100万円超の一時払い特約・満期返戻金特約等)、又は共済契約をされている方・先物取引(FX取引等)をされている方・信託会社に信託されている方・1回200万円超の金の地金を売却される方・非上場株の配当を受け取る株主 など
税務署、日本年金機構、ハローワーク、労働基準監督署、都道府県、市町村、全国健康保険協会、健康保険組合	<ul style="list-style-type: none">・社会保障、税、災害対策に係る行政手続を行う方 (例: 生活保護、雇用保険の申請、健康保険給付の申請、平成28年分以降の税の確定申告等)

金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について

- 昨年の医療保険部会では、「医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うこと」について議論し、実務的な課題、制度的な課題及び財政効果に関する課題について以下のようなご意見があったところ。

【主なご意見】

（実務的な課題について）

- 負担能力に応じた負担を求める観点から、将来的にはマイナンバーを活用した金融資産等を勘案する仕組みを考えるべきではないか。
- 市町村が運営している介護保険とは異なり、被用者保険者が金融資産を把握するのは現実的ではないのではないかと。
- 現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースであることを考えると、時期尚早ではないかと。

（制度的な課題について）

- 介護保険では、低所得者への補足給付が福祉的・経過的な性格を有することに鑑みて資産勘案を行っているが、医療保険において保険給付としている入院時の食費・居住費とはそもそも性格が異なるのではないかと。

（財政効果に関する課題について）

- 事務負担の増加に比して、財政効果はあまり見込めないのではないかと。

- 改革工程表では、「マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法」について検討することとなっているが、昨年の議論も踏まえつつ、この点についてどう考えるか。

參考資料

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

(平成29年8月～平成30年7月)

加入者数(※5)

()は年齢区分ごとに占める割合

年齢区分	負担割合	月単位の上限額 (円)		加入者数 (万人)	割合 (%)
		外來 (個人ごと)	80,100+ (医療費 - 267,000) × 1% <多数回: 44,400>		
75歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保: 標報28万円以上 国保・後期: 課税所得145万以上	3割	57,600	110	6.6%
	一般 (～年収約370万円) 健保: 標報26万円以下(※1) 国保・後期: 課税所得145万円未満(※1)(※2)	1割	14,000 年間上限 14.4万円(※4)	850	53.1%
	住民税非課税		24,600	350	21.9%
	住民税非課税 (所得が一定以下)		8,000	290	18.4%
70歳～74歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保: 標報28万円以上 国保・後期: 課税所得145万以上	3割	57,600	60	9.1%
	一般 (～年収約370万円) 健保: 標報26万円以下(※1) 国保・後期: 課税所得145万円未満(※1)(※2)	2割(※3)	14,000 年間上限 14.4万円(※4)	420	59.5%
	住民税非課税		24,600	150	21.6%
	住民税非課税 (所得が一定以下)		8,000	70	9.9%
70歳未満	年収約1,160万円～ 健保: 標報83万円以上 国保: 旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600+ (医療費-842,000) × 1% <多数回該当: 140,100>	340	3.3%
	年収約770～約1,160万円 健保: 標報53万～79万円 国保: 旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+ (医療費-558,000) × 1% <多数回該当: 93,000>	1,050	10.1%
	年収約370～約770万円 健保: 標報28万～50万円 国保: 旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+ (医療費-267,000) × 1% <多数回該当: 44,400>	4,110	39.8%
	～年収約370万円 健保: 標報26万円以下 国保: 旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当: 44,400>	3,860	37.4%
	住民税非課税		35,400 <多数回該当: 24,600>	960	9.3%

※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

※4 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外來の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

※5 加入者数は一定の仮定を置いた粗い推計(平成27年度加入者ベース)。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事(生活)療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み>

入院時食事療養費 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)	入院時生活療養費 (療養病床に入院する65歳以上の者)	
	医療区分Ⅰ (医療区分Ⅱ、Ⅲ以外の者)	医療区分Ⅱ、Ⅲ (スモン、筋ジス等)
<p>保険給付 280円 自己負担 (食材費、調理費) 360円(注) 640円</p> <p>別途負担なし (入院基本料の中で評価:3割負担)</p>	<p>保険給付 94円 自己負担 (食材費、調理費) 460円 554円</p> <p>保険給付 28円 自己負担 (光熱水費) 370円 398円</p>	<p>保険給付 194円 自己負担 (食材費、調理費) 360円(注) 554円</p> <p>保険給付 198円 自己負担 (光熱水費) 200円 398円</p>
(食費:1食) (居住費:1日)	(食費:1食) (居住費:1日)	(食費:1食) (居住費:1日)

(参考) 介護保険施設(老健・療養の多床室)における食費・居住費の自己負担限度額

一般所得者 (介護保険の給付なし)	低所得者 (介護保険の補足給付あり)
<p>全額自己負担 ※金額は施設との契約による</p> <p>1380円</p>	<p>補足給付 730円 自己負担 650円 1380円</p> <p>自己負担 370円</p>
(食費:1日) (居住費:1日)	(食費:1日) (居住費:1日)

※ 上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。

※ 上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村民税非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村民税非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

(注) 平成27年国保法等改正により、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引上げ。ただし、難病・小児慢性特定疾病患者等は、1食260円で据え置き。

※ 介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額(基準額)と自己負担限度額を定めた上で、その差額を保険給付している。

※ 上記補足給付の自己負担限度額は、利用者負担第3段階の場合のもの。利用者負担第1段階(生活保護受給者等)の場合、自己負担限度額は食費が1日あたり300円、居住費が0円となる。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費における標準負担額

- 入院時の食事代については、一般病床・精神病床等、65歳未満の療養病床、65歳以上の療養病床のうち医療区分Ⅱ・Ⅲの入院患者（一般所得）について、1食260円の自己負担であったが、平成27年国保法等改正により、低所得者及び難病・小児慢性特定疾病患者を除き、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引き上げられる。
- 入院時の居住費については、平成29年10月から、65歳以上の医療療養病床に入院する方の光熱水費相当額に係る患者負担について、医療区分Ⅰの患者については1日320円から370円に引き上げ、医療区分Ⅱ・Ⅲの患者については1日0円から200円、平成30年4月から、1日200円から1日370円に引き上げられる（ただし、指定難病患者は負担を据え置き）。

		療養病床		一般病床・精神病床等
		医療区分Ⅰ	医療区分Ⅱ、Ⅲ	
65歳未満	一般所得	食費460円/食 (H30.4～)		
	低所得	食費210円/食 (注1)		
65歳以上	一般所得	食費460円/食 (注2) 居住費370円/日	食費460円/食 (H30.4～) (注2) 居住費370円 (H30.4～)	食費460円/食 (H30.4～)
	低所得Ⅱ	食費210円/食 居住費370円/日	食費210円/食 (注1) 居住費370円 (H30.4～)	食費210円/食 (注1)
	低所得Ⅰ (70歳以上のみ)	食費130円/食 (注3) 居住費370円/日 (注3)	食費100円/食 居住費370円 (H30.4～)	食費100円/食

(注1) 入院日数が90日を超える者は、一食160円

(注2) 管理栄養士又は栄養士による適時・適温の食事の提供等の基準を満たさない場合、一食420円

(注3) 老齢福祉年金を受給している等の場合は、一食100円、居住費0円

※ 低所得Ⅱ、低所得：(健保)被保険者が市町村民税非課税、(国保)世帯の被保険者全員が市町村民税非課税、(後期)世帯員全員が市町村民税非課税

※ 低所得Ⅰ：(健保)被保険者及び被扶養者の所得が一定以下、(国保)世帯の被保険者全員の所得が一定以下、(後期)世帯員全員の所得が一定以下

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
- 標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護受給者 世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 	かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> 世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下 	
第3段階	<ul style="list-style-type: none"> 世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外 	
第4段階	<ul style="list-style-type: none"> 世帯に課税者がいる者 市町村民税本人課税者 	

※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

			基準費用額 （日額（月額））	負担限度額（日額（月額））		
				第1段階	第2段階	第3段階
食費			1,380円（4.2万円）	300円（0.9万円）	390円（1.2万円）	650円（2.0万円）
居住費	多床室	特養等	840円（2.5万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
		老健・療養等	370円（1.1万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
	従来型個室	特養等	1,150円（3.5万円）	320円（1.0万円）	420円（1.3万円）	820円（2.5万円）
		老健・療養等	1,640円（5.0万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型準個室		1,640円（5.0万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型個室		1,970円（6.0万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）	1,310円（4.0万円）

平成27年8月 &
平成28年8月施行

補足給付の見直しについて

概要

- ① 配偶者の所得の勘案【平成27年8月施行】
世帯分離していても配偶者の所得を勘案
- ② 預貯金等の勘案【平成27年8月施行】
預貯金等について、単身の場合は1000万円以下、夫婦の場合は2000万円以下であることを要件に追加
- ③ 非課税年金の勘案【平成28年8月施行】
第2段階と第3段階は、年金収入及び合計所得金額の合計額で判定しているが、遺族年金及び障害年金といった非課税年金の額もこの額に含めて判定

①配偶者の所得の勘案

(確認方法)

- 配偶者の有無については、申請書に配偶者の氏名、生年月日、住所等の欄を設け、申請に当たり記入。
- 必要に応じて戸籍調査を実施。
具体的には、
 - ・補足給付申請者の本籍地の市町村に対し、補足給付申請者の戸籍を照会し、配偶者の有無を確認
 - ・配偶者の住所地市町村に配偶者の所得を照会とする方向で調整中。

(配偶者の範囲)

- 婚姻届を提出していない事実婚も含む。
- ①DV防止法における配偶者からの暴力を受けた場合や、②行方不明の場合、③①②に準ずる場合(※)は対象外。
※ ①、②に準ずる場合を幅広く解することは適当でないが、たとえばDV防止法における暴力を行った者が補足給付申請者となる場合などが考えられる。

②預貯金等の勘案(1)

(預貯金等の範囲)

○ 勘案の対象とする預貯金等の基本的考え方は以下のとおり

- ・ 資産性があるもの、換金性が高いもの、かつ価格評価が容易なものを資産勘案の対象とする。
- ・ 価格評価を確認できる書類の入手が容易なものについては添付を求める。

種類	対象か否か	確認方法
預貯金(普通・定期)	○	通帳の写し(インターネットバンクであれば口座残高ページの写し)
有価証券(株式・国債・地方債・社債など)	○	証券会社や銀行の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
金・銀(積立購入を含む)など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	○	購入先の銀行等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
投資信託	○	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
タンス預金(現金)	○	自己申告
負債(借入金・住宅ローンなど)	○	借用証書など
生命保険	×	—
自動車	×	—
貴金属(腕時計・宝石など、時価評価額の把握が困難であるもの)	×	—
その他高価な価値のあるもの(絵画・骨董品・家財など)	×	—

②預貯金等の勘案(2)

(適正な申告の確保方策)

① 通帳の写し

- ・ 申請の際、申請日の直近から、原則として2か月前までの通帳の写しを添付。
- ・ 提出は必要に応じ求める(毎年までは求めないことも可)。

② 不正行為への加算金

- ・ 給付した額の返還に加えて給付額の最大2倍の加算金(給付額含め3倍)を課することができる。

③ 金融機関への照会

- ・ 法203条に基づき銀行等への預貯金の照会を行うことが可能であり、必要に応じて実施。
- ・ 申請書に、預貯金等の金融機関への照会について本人及び配偶者(内縁含む)の同意記入欄を設ける。
- ・ 金融機関への照会方法については、本店一括照会の活用の可能性も含め、関係団体と調整中。

③非課税年金の勘案

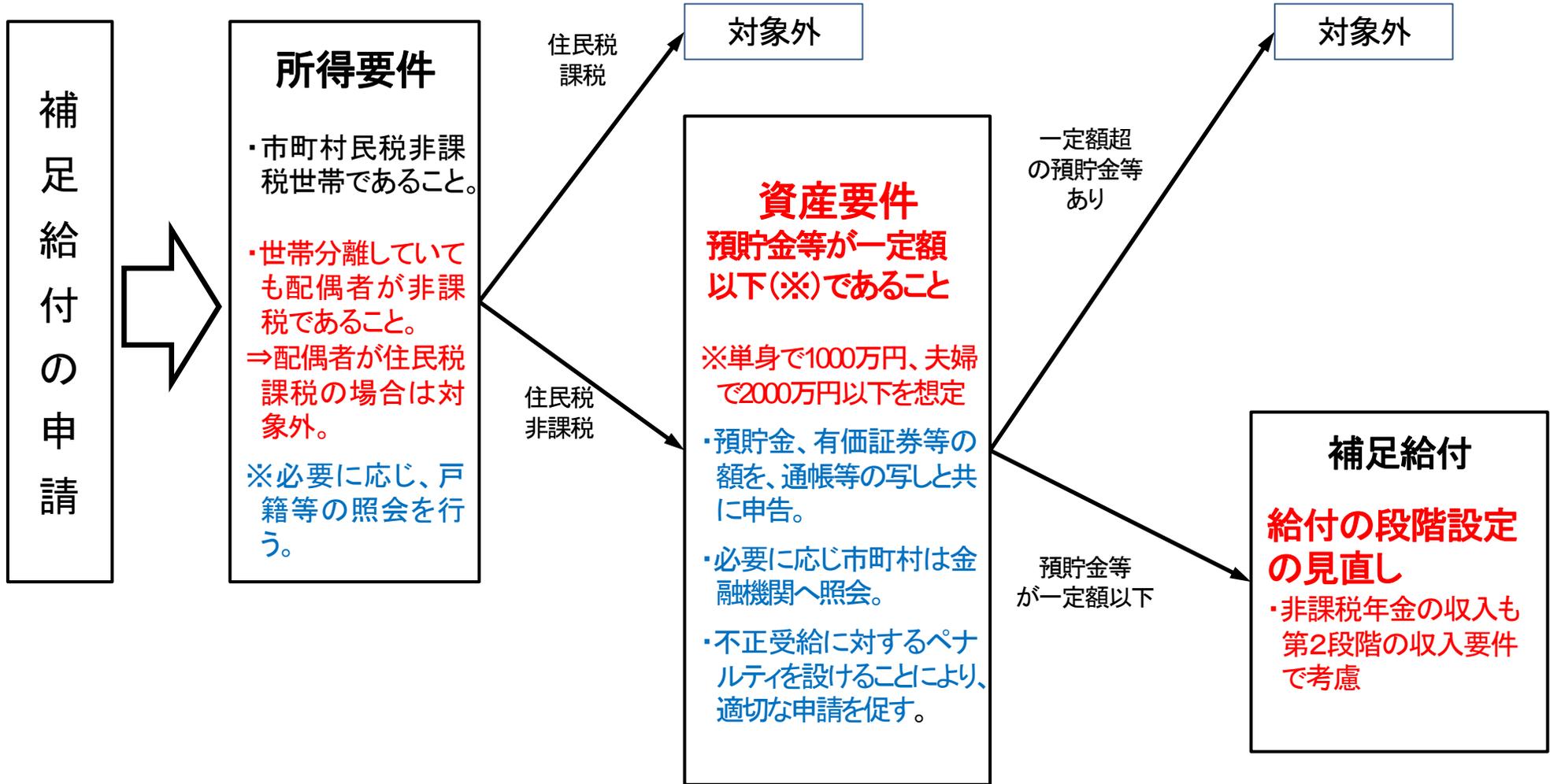
(勘案する年金の範囲)

○ 勘案する年金としては、

- ・ 国民年金法による遺族基礎年金・障害基礎年金
 - ・ 厚生年金保険法による遺族厚生年金・障害厚生年金
 - ・ 共済各法による遺族共済年金・障害共済年金
- 等を想定しており、具体的には告示で定めることとする。

(判定方法)

- 市町村に年金保険者から非課税年金に係る情報を提供する仕組みを設けることを現在検討中。
- 各市町村には、特別徴収対象者と同様に、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会を經由して情報提供が行われ、これにより判定する仕組みとする予定。



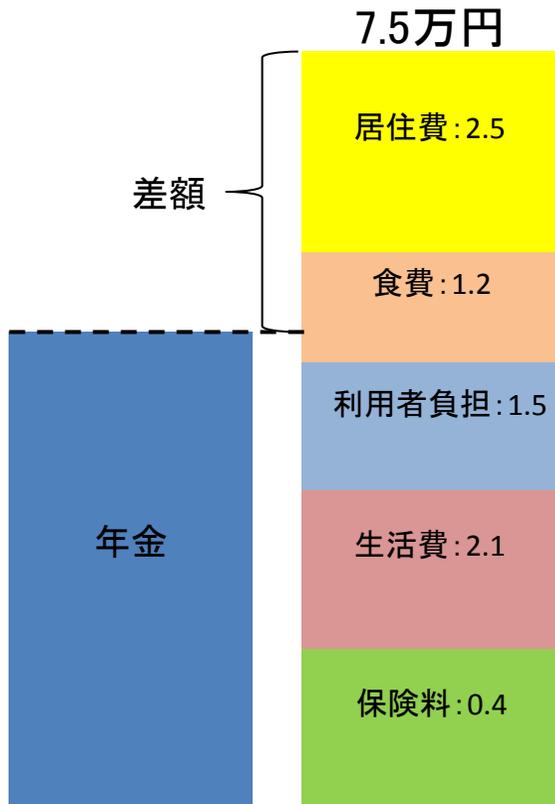
施設での生活にかかる費用等の目安（案）

平成25年9月25日
介護保険部会資料

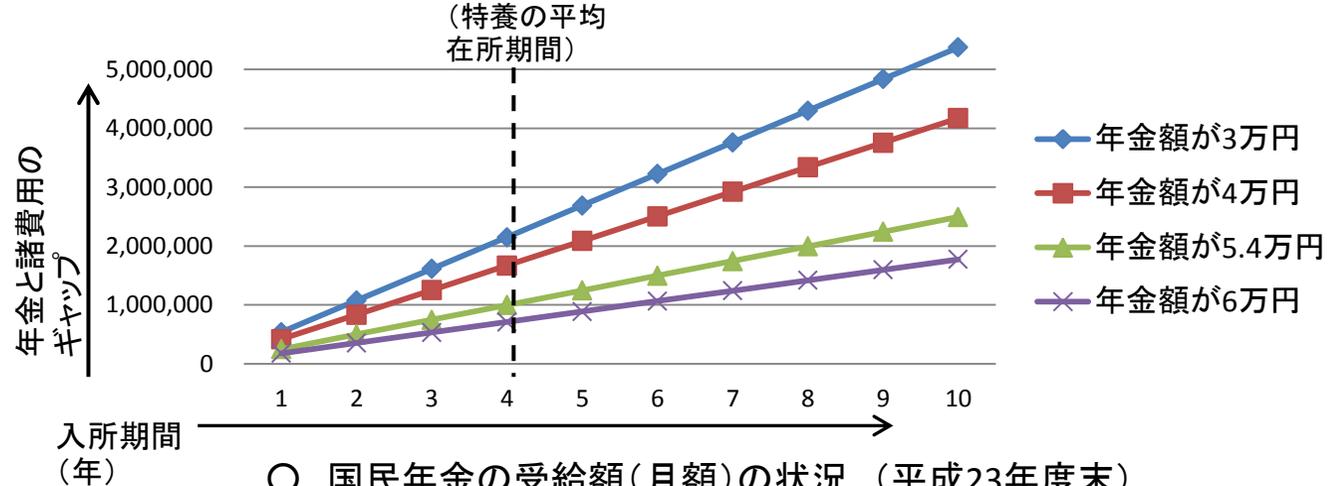
ユニット型の施設に入所した場合

- 基準額を下回る場合には補足給付の対象となることから、年金収入が少なくても、ユニット型個室に入居して補足給付による負担軽減を受けつつ食費・居住費、利用者負担、その他の生活費、各種保険料を負担することができることを想定。
- 特養の場合には9割以上の入所者が10年以内に退所している。
- また、国民年金受給月額は平均5.5万円。9割の者が月額3万円以上となっている。
- ユニット型の施設に入所した場合でも、預貯金500万円程度があれば年金額が低い者でも補足給付を受けながら10年居住することができる。

- 国民年金受給者がユニット型個室に入居した場合の一月当たりの費用



- 「差額」を入所期間に応じて積み上げ。



- 国民年金の受給額(月額)の状況 (平成23年度末)

月額(万円)	人数	割合	累積割合
～ 1	116,884	0.4%	0.4%
1 ～ 2	351,978	1.3%	1.8%
2 ～ 3	1,111,636	4.2%	6.0%
3 ～ 4	3,515,140	13.3%	19.2%
4 ～ 5	3,715,496	14.0%	33.2%
5 ～ 6	5,085,167	19.2%	52.4%
6 ～ 7	11,174,592	42.2%	94.6%
7 ～	1,433,330	5.4%	100.0%

平均: 54,612円

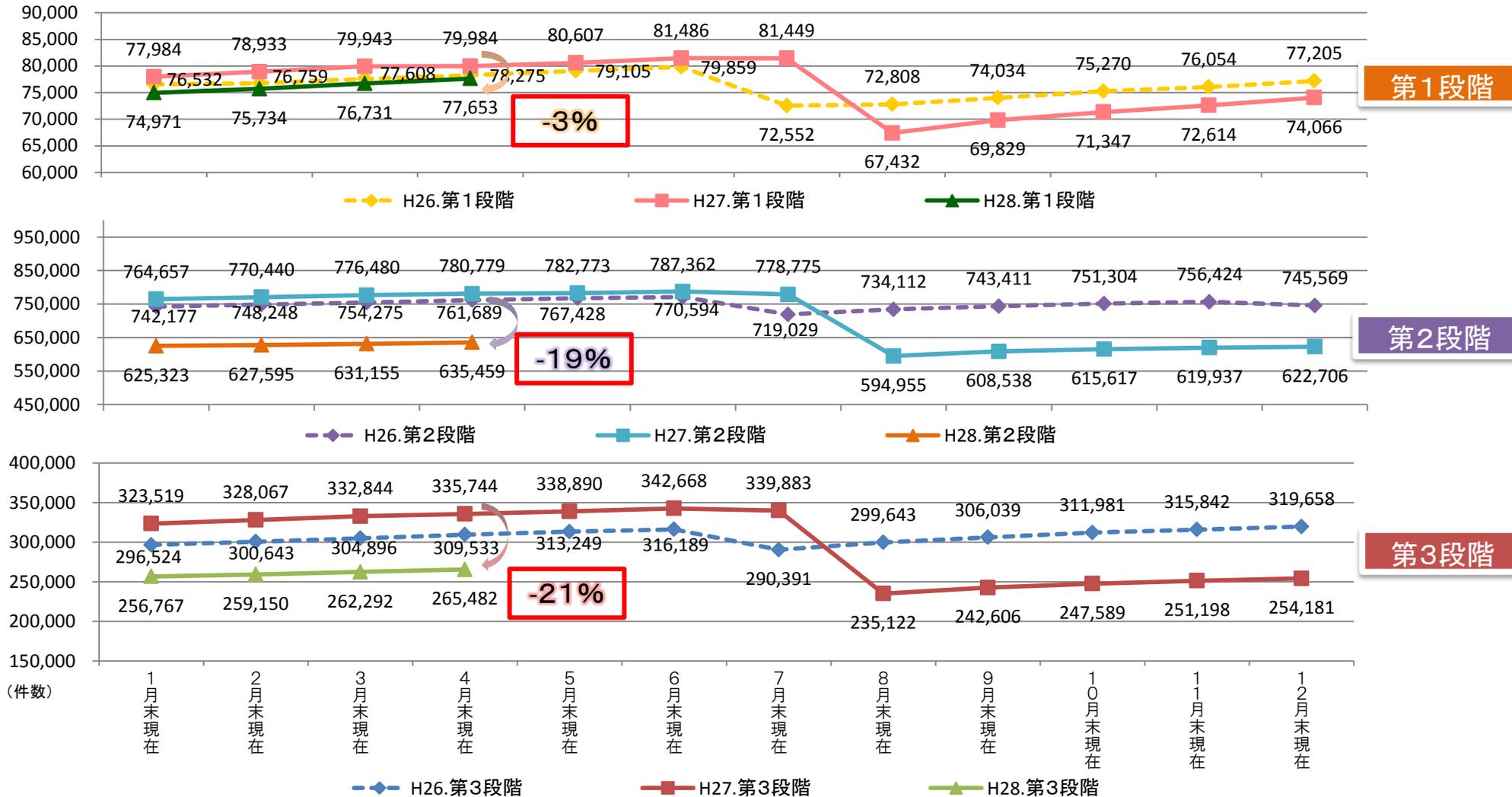
出典: 平成23年度厚生年金
保険・国民年金事業報告

補足給付の認定件数の推移

平成28年8月19日
介護保険部会資料

○ 補足給付の8月以降の認定件数は、前年に比べて減少している。

○ 直近のデータ（平成28年4月末現在）により対前年同月比をみると、第1段階で-3%、第2段階で-19%、第3段階で-21%となっており、所得段階が高くなるにつれて、制度見直しの影響が大きく出ている。



※更新時期については、平成26年度までは7月であったが、平成27年度からは8月に改正された。

資産等の照会に係る参考条文

- 介護保険の補足給付の支給に当たり、介護保険法第203条に基づき、銀行等への預貯金の照会を行うことが可能であり、必要に応じて実施している。
- 一方、医療保険では、被用者保険者については、現行法上、銀行等への預貯金の照会を行うことはできない。

健康保険法	国民健康保険法	高齢者の医療の確保に関する法律
<p>(資料の提供)</p> <p>第199条 厚生労働大臣は、被保険者の資格、標準報酬又は保険料に関し必要があると認めるときは、官公署に対し、法人の事業所の名称、所在地その他必要な資料の提供を求めることができる。</p> <p>2 厚生労働大臣は、第63条第3項第1号又は第88条第1項の指定に関し必要があると認めるときは、当該指定に係る開設者若しくは管理者又は申請者の社会保険料の納付状況につき、当該社会保険料を徴収する者に対し、必要な書類の閲覧又は資料の提供を求めすることができる。</p>	<p>(資料の提供等)</p> <p>第113条の2 市町村は、被保険者の資格、保険給付及び保険料に関し必要があると認めるときは、被保険者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主の資産若しくは収入の状況又は国民年金の被保険者の種別の変更若しくは国民年金法の規定による保険料の納付状況につき、官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係者に報告を求めすることができる。</p> <p>2 (略)</p>	<p>(資料の提供等)</p> <p>第138条 後期高齢者医療広域連合は、被保険者の資格、後期高齢者医療給付及び保険料に関して必要があると認めるときは、被保険者、被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する第107条第2項に規定する老齢等年金給付の支給状況につき、市町村その他の官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人に報告を求めすることができる。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 市町村は、保険料の徴収に関して必要があると認めるときは、被保険者、被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する第107条第2項に規定する老齢等年金給付の支給状況につき、官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人に報告を求めすることができる。</p>

(参考) 介護保険法 (平成9年法律第123号) (抄)

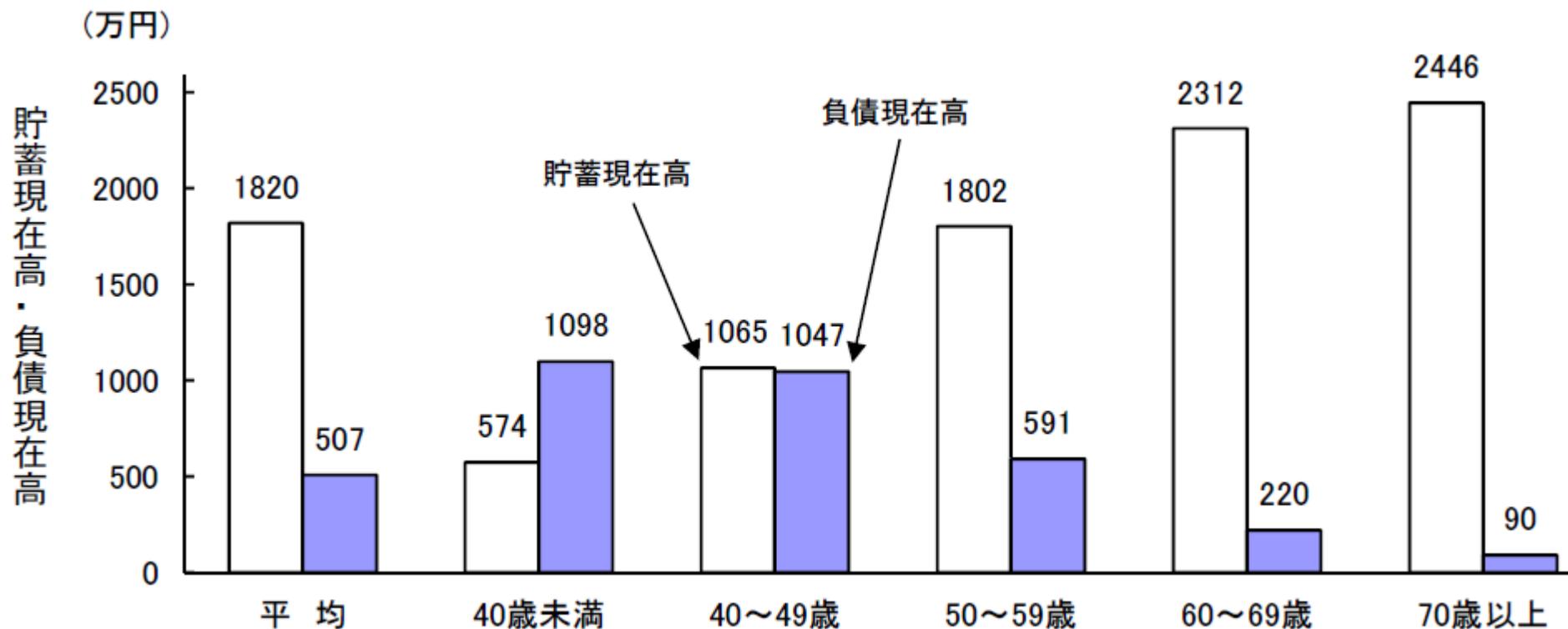
(資料の提供等)

第203条 市町村は、保険給付、地域支援事業及び保険料に関して必要があると認めるときは、被保険者、被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する老齢等年金給付の支給状況につき、官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人に報告を求めることができる。

2 (略)

世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(2人以上の世帯)

- 2人以上世帯における貯蓄現在高は、40歳未満の世帯が574万円であるのに対し、60歳～69歳の世帯は2312万円、70歳以上の世帯は2446万円となっている。
- また、負債額は40歳未満が最も多く、それ以降は年齢階級が高くなるに従って少なくなる。

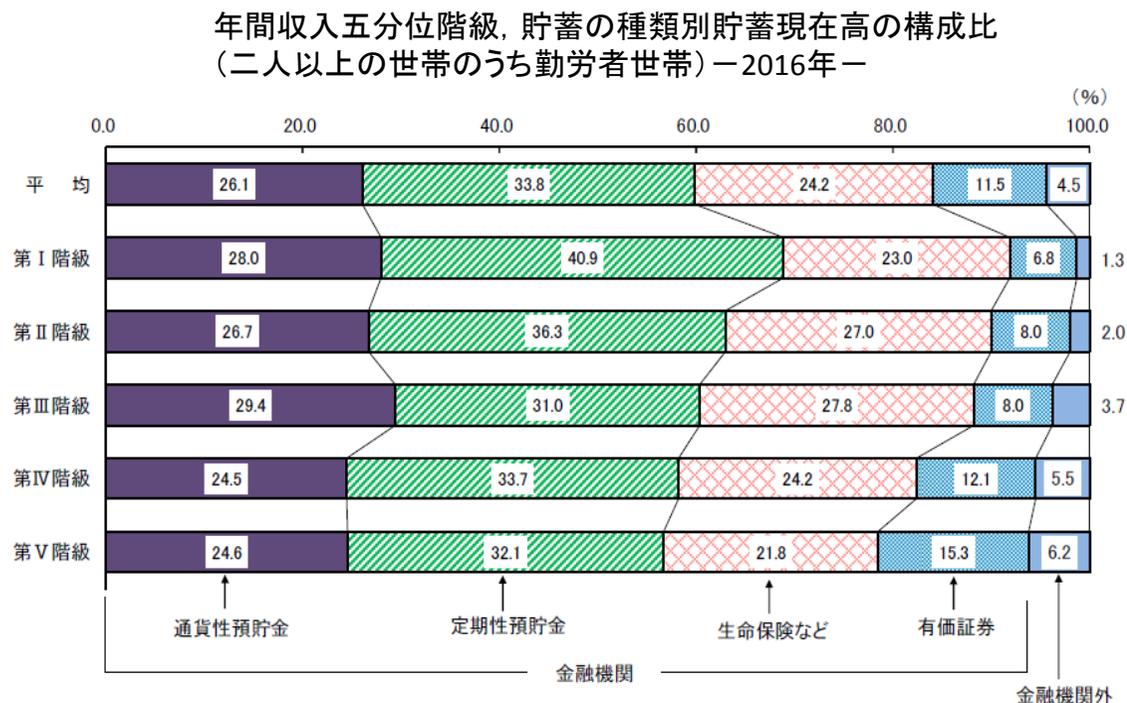
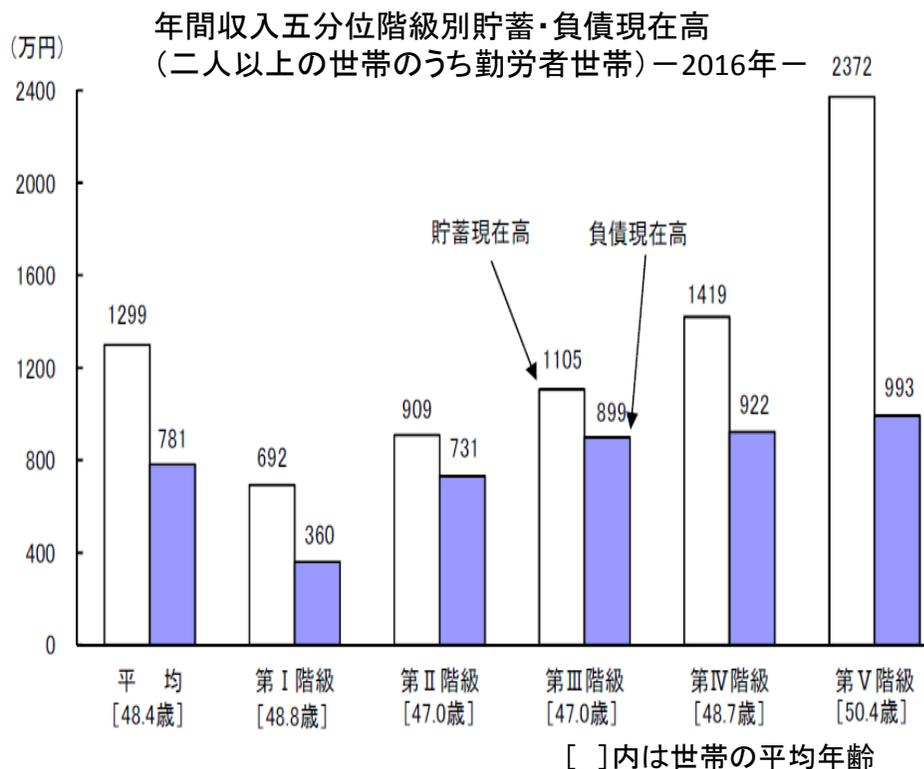


勤労者世帯における年間収入階級別貯蓄負債残高及び貯蓄の種類別構成比

- 二人以上の世帯のうち勤労者世帯について年間収入階級別(※)に1世帯当たりの貯蓄現在高をみると、年間収入が最も低い第Ⅰ階級が692万円、年間収入が最も高い第Ⅴ階級が2,372万円となっており、年間収入が高くなるに従って貯蓄現在高が多くなっている。
- 貯蓄の種類別貯蓄現在高の構成比をみると、通貨性預貯金は第Ⅲ階級が29.4%と最も高く、第Ⅳ階級が24.5%と最も低くなっている。定期性預貯金は第Ⅰ階級が40.9%と最も高く、第Ⅲ階級が31.0%と最も低くなっている。有価証券は第Ⅴ階級が15.3%と最も高く、第Ⅰ階級が6.8%と最も低くなっている。

※階級は年間収入に応じて5階級に分けている。

第Ⅰ階級(～449万円)、第Ⅱ階級(449～588万円)、第Ⅲ階級(588～733万円)、第Ⅳ階級(733～923万円)、第Ⅴ階級(923万円～)



オンライン資格確認等について

平成29年11月8日
厚生労働省保険局

被保険者番号の個人単位化と資格履歴の一元管理

現状・課題

○ 世帯単位での付番

- ・ 現在の被保険者番号は、基本的に**世帯単位**。保険者は個人（特に被扶養者）の状況把握までは求めていない。
適切な保険制度の運用のためにも、保険者として、個人単位での状況把握をどう行うかが課題。
- ・ 今後、保健事業を通じた被保険者の健康管理等の役割が保険者に一層期待されている中、個人単位でデータを連結できない現在の状態は、データヘルスの推進の観点からも課題。

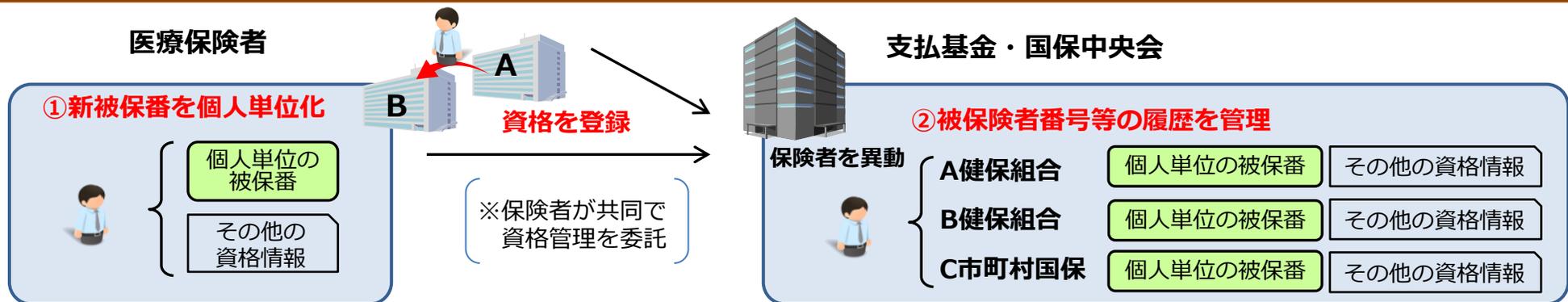
○ 保険者ごとの管理

- ・ 各保険者でそれぞれ被保険者番号を付番しており、**資格管理も保険者ごと**。
- ・ 加入する保険が変わる場合、個人の資格情報(※)は引き継がれず、継続的な資格管理がされていない。

※氏名、生年月日、性別、被保険者番号、資格取得日、負担割合など

対応方針

- ① 加入する保険が変わっても、個人単位で資格情報等のデータをつなげることを容易にするため、**被保険者番号を個人単位化**。（※医療等分野の情報連携に用いる識別子（ID）としての活用も想定。）
- ② 新しい被保険者番号も保険の変更に伴い変わることとなるが、加入する保険によらず資格情報等を連結させて管理するため、個別の保険者に代わって**支払基金・国保中央会が一元的に管理**する。
※ マイナンバー制度の情報連携のために構築されている既存のインフラを活用



オンライン資格確認

現状・課題

- ・ 現行の健康保険証による資格確認では、資格喪失後の未回収の保険証による受診や、それに伴う過誤請求が請求時に判明。保険者・医療機関等の双方に負担が発生。

対応方針

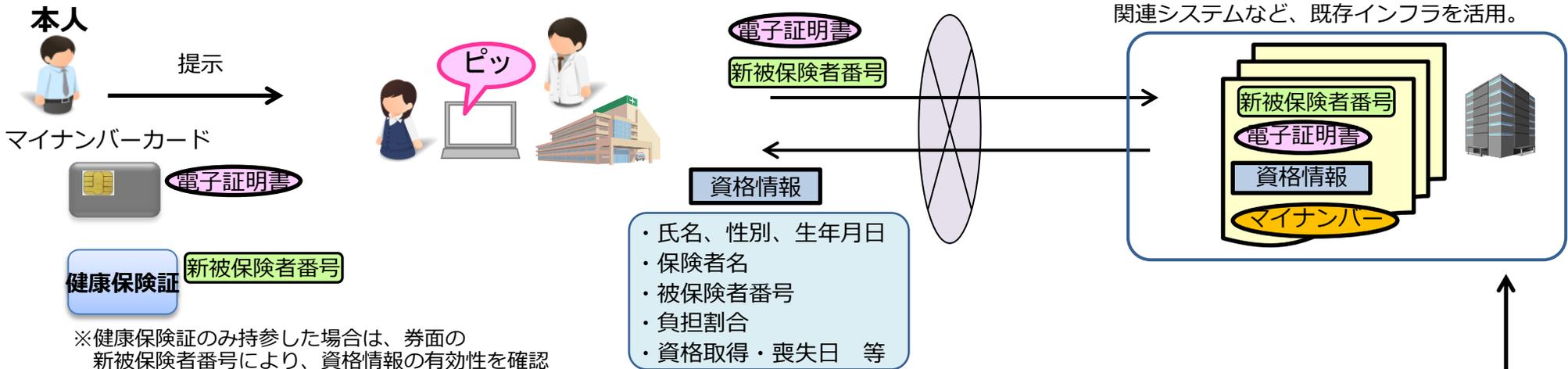
- ・ マイナンバーカードの電子証明書を保険医療機関・薬局の窓口で読み取って、受診時やレセプト請求前等に**オンラインで支払基金・国保中央会に資格情報を照会・確認する仕組みを整備**する。

※外来受診（延べ日数）
年間約20億件

保険医療機関（約17万7千）
保険薬局（約5万7千）

レセプト請求の専用回線など
既存のインフラを活用

オンライン資格確認サービス
【支払基金・国保中央会が共同で運営】
※レセプト請求の専用回線や保険者のマイナンバー
関連システムなど、既存インフラを活用。



「見えない」「預からない」ので、医療現場で
診療情報がマイナンバーと紐づけて管理されることはない

※定められた利用目的以外での
マイナンバーの書き写し等は
不正利用であり、法律で禁止されている

マイナポータルを活用した特定健診データの個人向け提供サービス

現状・課題

○ 健康管理の必要性

- ・ 特定健診・保健指導の実施率は年々上昇。予防・健康づくりの重要性は、「骨太の方針」・「未来投資戦略2017」にも明記されており、一層の取組が求められる。
このため、インセンティブ改革の実施とあわせて、国民一人一人の行動変容を促すことが重要。

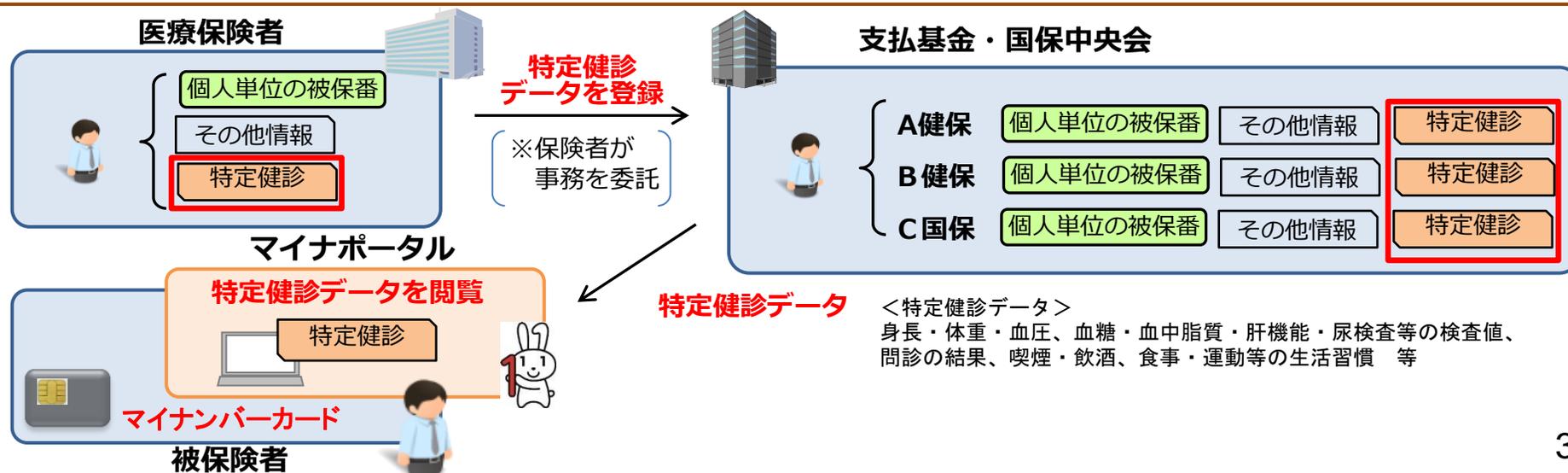
○ 保険者ごとの管理

- ・ 現在は、保険者ごとに被保険者の特定健診等のデータを管理。
- ・ 加入する保険が変わる場合、個人のデータは引き継がれず、継続的に把握されていない。

対応方針

- ・ 加入する保険が変わっても、過去のデータも含めて閲覧できるシステムを構築。
マイナポータルを活用し、特定健診データを本人に提供。

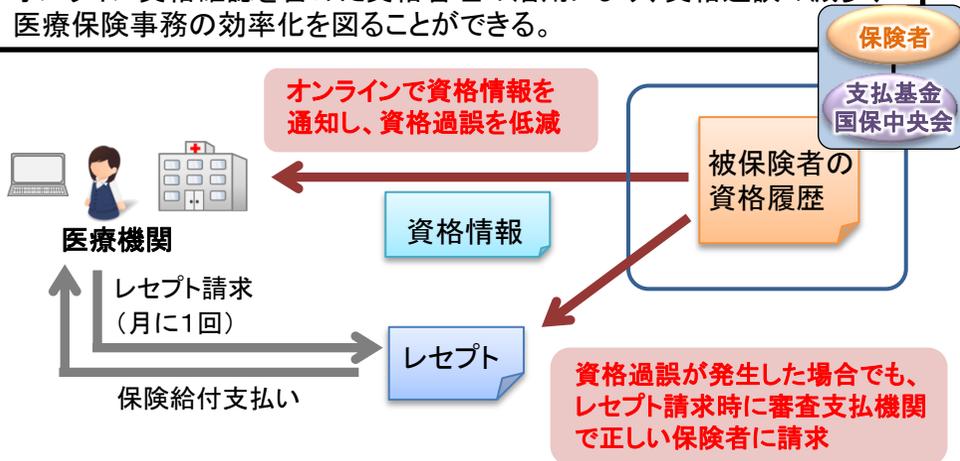
※ コストを抑えつつ、効率的な開発を進める観点から、支払基金・国保中央会において被保険者個人の資格情報を継続的・一元的に管理する仕組み（オンライン資格確認）を活用。



被保険者番号の活用可能性

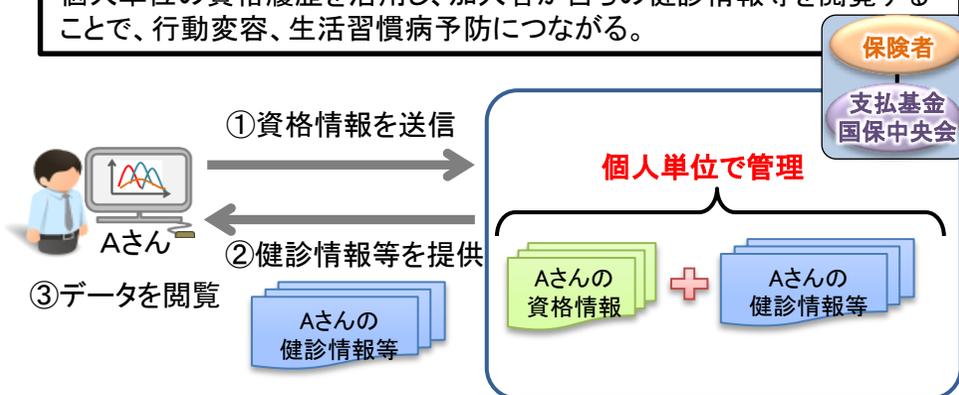
1. 医療保険事務の効率化

オンライン資格確認を含めた資格管理の活用により、資格過誤の減少、医療保険事務の効率化を図ることができる。



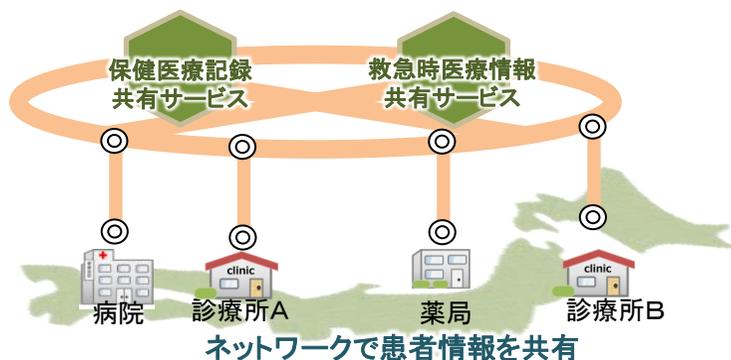
2. 保健医療データの個人向け提供サービス

個人単位の資格履歴を活用し、加入者が自らの健診情報等を閲覧することで、行動変容、生活習慣病予防につながる。



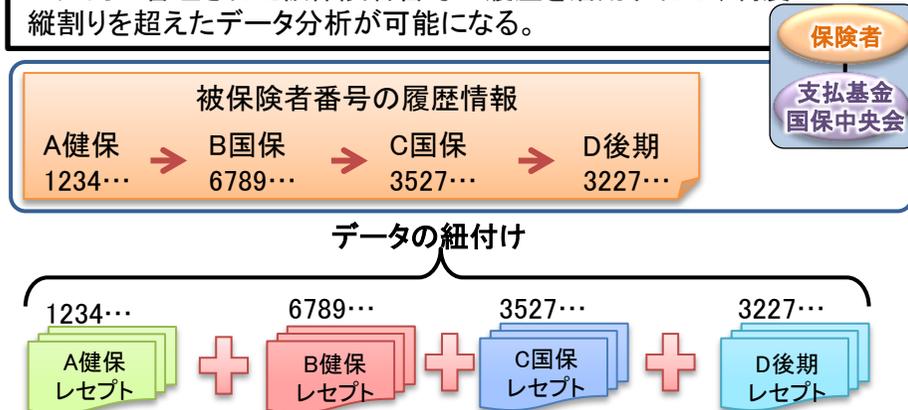
3. 保健医療情報の連携推進

新被保険者番号の活用で、医療機関・薬局等での情報連携が推進され、患者情報の共有により医療の質の向上や適正化等の効果も期待される。



4. 制度の縦割りを越えた保健医療データ分析

一元的に管理された被保険者番号の履歴を活用すれば、制度の縦割りを越えたデータ分析が可能になる。



※ 個人単位化された被保険者番号は、医療等分野の情報連携に用いる識別子 (ID) としての活用も見込まれる。

參考資料

個人の保健医療情報の履歴管理、オンライン資格確認等に関する閣議決定

○ 未来投資戦略2017（平成29年6月9日閣議決定）

- ・ 個人・患者単位で、最適な健康管理・診療・ケアを提供するための基盤として、「全国保健医療情報ネットワーク」を整備する。同ネットワークは、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」と、更に基礎的な患者情報を救急時等に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等で構成し、これら自らの生涯にわたる医療等の情報を、本人が経年的に把握できる仕組みであるPHR（Personal Health Record）として自身の端末で閲覧できるようにすることを目指す。2020年度からの本格稼働に向け、本年度中に実証事業を開始しつつ、具体的なシステム構成等について検討し、来年度以降、詳細な設計に着手する。
- ・ 医療保険のオンライン資格確認及び医療等ID制度の導入について、来年度からの段階的運用開始、2020年からの本格運用を目指して、本年度から着実にシステム開発を実行する。

○ 日本再興戦略2016（平成28年6月2日閣議決定）

- ・ 医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会報告書（昨年12月10日同研究会取りまとめ）を踏まえ、医療保険のオンライン資格確認及び医療等ID制度の導入について、2018年度からの段階的運用開始、2020年からの本格運用を目指して、本年度中に具体的なシステムの仕組み・実務等について検討し、来年度から着実にシステム開発を実行する。
その際、公的個人認証やマイナンバーカードなどオンライン資格確認のインフラを活用し、国民にとって安全で利便性が感じられる形で導入が進むような設計とした上で、開発を進めるとともに、公費負担医療の適正な運用の確保の観点からも、速やかに検討を行い、できる限り早期に必要な措置を講じる。

○ 日本再興戦略2015（平成27年6月30日閣議決定）

- ・ 公的個人認証や個人番号カードなどマイナンバー制度のインフラを活用して、医療等分野における番号制度を導入することとし、これを基盤として、医療等分野の情報連携を強力に推進する。
具体的にはまず、2017年7月以降早期に医療保険のオンライン資格確認システムを整備し、医療機関の窓口において個人番号カードを健康保険証として利用することを可能とし、医療等分野の情報連携の共通基盤を構築する。また、地域の医療情報連携や研究開発の促進、医療の質の向上に向け、医療等分野における番号の具体的制度設計や、固有の番号が付された個人情報取扱いルールについて検討を行い、2015年末までに一定の結論を得て、2018年度からオンライン資格確認の基盤も活用して医療等分野における番号の段階的運用を開始し、2020年までに本格運用を目指す。
- ・ 患者本人が自らの医療情報を生涯にわたって経年的に把握し、健康管理に活用できるよう、特定健診データをマイナポータルを含むマイナンバー制度のインフラ等を活用し、2018年を目途に個人が電子的に把握・利用できるようにすることを目指す。

○ 経済財政運営と改革の基本方針2017～人材への投資を通じた生産性向上～（平成29年6月9日閣議決定） 抄

第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

3. 主要分野ごとの改革の取組

（1）社会保障

①基本的な考え方

全ての団塊の世代が後期高齢者となる2025年度を見据え、データヘルスや予防等を通じて、国民の生活の質（QOL）を向上させるとともに、世界に冠たる国民皆保険・皆年金を維持し、これを次世代に引き渡すことを目指す。このため、「経済・財政再生計画」に掲げられた44の改革項目について、今年度や来年度以降の検討・取組事項も含めて速やかに検討し、改革工程表に沿って着実に改革を実行していく。

（後略）

④健康増進・予防の推進等

・健康なまちづくりの視点を含め、市町村国保のデータヘルスの取組を推進するとともに、国保の保険者努力支援制度や都道府県繰入金の活用を促すことにより、国保のインセンティブ措置を強化する。後期高齢者支援金の加算・減算制度について段階的に法定上限（±10%）まで引き上げるなどの見直しにより、インセンティブを強化するとともに、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を2017年度（平成29年度）実績から公表する。

・産業医・産業保健機能の強化や健康経営を担う専門人材の活用促進を図りつつ、企業が保険者との連携を通じて健康経営を促進し、健康増進・予防づくりにおける優良事例の全国展開を図る。

○ 未来投資戦略2017（平成29年6月9日閣議決定） 抄

第2 具体的施策

I Society 5.0 に向けた戦略分野

1. 健康・医療・介護

（2）新たに講ずべき具体的施策

団塊の世代が全て75歳以上となる「2025年問題」に間に合うよう、技術革新を最大限活用し、個人・患者本位で、最適な健康管理と診療、自立支援に軸足を置いた介護など、新しい健康・医療・介護システムを構築する。オールジャパンでのデータ利活用基盤を構築し、個人の状態に合った効果の高いサービス提供による、健康寿命の延伸と高齢者の自立した生活を実現する。また、AI、ロボット等も組み合わせて現場の生産性を上げながら、高齢化・人口減少下でも質が高く、効率的な健康・医療・介護のサービス提供を可能とするモデルを構築する。こうした仕組みを支えるため、効果的な民間サービスの育成・普及を促すとともに、日本発の優れた医薬品・医療機器等の開発・事業化を進める。このように、費用対効果も勘案しつつ、基盤構築・制度改革・民間投資促進を一体的に進め、2020年には新しいシステムを構築し、国民が安心できる医療・介護が2025年に国民生活に定着していることを目指す。

（後略）

i) 技術革新を活用し、健康管理と病気・介護予防、自立支援に軸足を置いた、新しい健康・医療・介護システムの構築

① データ利活用基盤の構築

・ 個人・患者本位で、最適な健康管理・診療・ケアを提供するための基盤として、「全国保健医療情報ネットワーク」を整備する。同ネットワークは、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」と、更に基礎的な患者情報を救急時に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等で構成し、これら自らの生涯にわたる医療等の情報を、本人が経年的に把握できる仕組みであるPHR（Personal Health Record）として自身の端末で閲覧できるようにすることを目指す。2020年度からの本格稼働に向け、本年度中に実証事業を開始しつつ、具体的なシステム構成等について検討し、来年度以降、詳細な設計に着手する。

② 保険者や経営者によるデータを活用した個人の予防・健康づくりの強化

・ 予防・健康づくり等に向けた加入者の行動変容を促す保険者の取組を推進するため、保険者に対するインセンティブを強化する。健保組合・共済組合については、後期高齢者支援金の加算・減算制度について、加算率・減算率ともに、来年度から段階的に引き上げて2020年度には最大で法定上限の10%まで引き上げる。協会けんぽについては来年度からインセンティブ制度を本格実施し、2020年度から都道府県単位保険料率に反映する。国保については来年度から保険者努力支援制度を本格実施する。各制度共通の評価指標は、特定健診・特定保健指導の実施率に加え、がん検診、歯科健診の実施状況やICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うこと等を追加することで、予防・健康づくりなど医療費適正化に資する多様な取組をバランス良く評価するものとする。また、保険者の責任を明確化するため、全保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を今年度実績から公表し、開示を強化する。

オンライン資格確認の整備に当たり、個人単位の被保険者番号を導入することについて

(1) 医療保険制度では、マイナンバー制度の施行に際して、各保険者や制度全体の運用コストの低減の観点から、支払基金・国保中央会が保険者等の委託を受けて、情報提供ネットワークシステムに一元的に接続する仕組みとし、国保法等の改正（H27年5月成立）により、保険者等から支払基金・国保連への業務委託の規定を整備した。

厚生労働省・支払基金・国保中央会では、情報連携の開始に向けて、医療保険制度の中間サーバーについて、H27年度にソフトウェア、H28年度にハードウェアを整備した。H29年7月から情報連携を試行的に開始しており、H29年秋頃からは本格的に運用開始予定である（H30年7月からは共済も参加予定）。

※）中間サーバー：マイナンバー制度の情報連携に用いる個人情報の副本を登録し、情報提供ネットワークシステムを通じて、情報照会・提供の機能をもつ。支払基金・国保中央会が、協会けんぽ・健保組合・国保組合・後期高齢者医療広域連合の委託を受けて、集約化して整備。

(2) オンライン資格確認については、未来投資戦略2017で、H30年度からの段階的運用開始、H32年からの本格運用を目指して、H29年度から着実にシステム開発を実行するとされている。

(3) 現在の被保険者番号は世帯単位のため、個人単位で継続して効率的に資格管理することが難しい。このため、オンライン資格確認の導入に当たっては、保険者・医療関係者等と協議の上、一定の準備期間を置いて、被保険者番号を個人単位（新被保険者番号）に切り替えた後、オンライン資格確認を本格導入する段取りとする必要がある（本格導入までは試行運用により、医療現場での運用の課題等を検証）。また、より効率的、効果的にオンライン資格確認をするためには、マイナンバーのインフラも活用しながら、加入者の資格履歴を継続的に管理する必要がある。

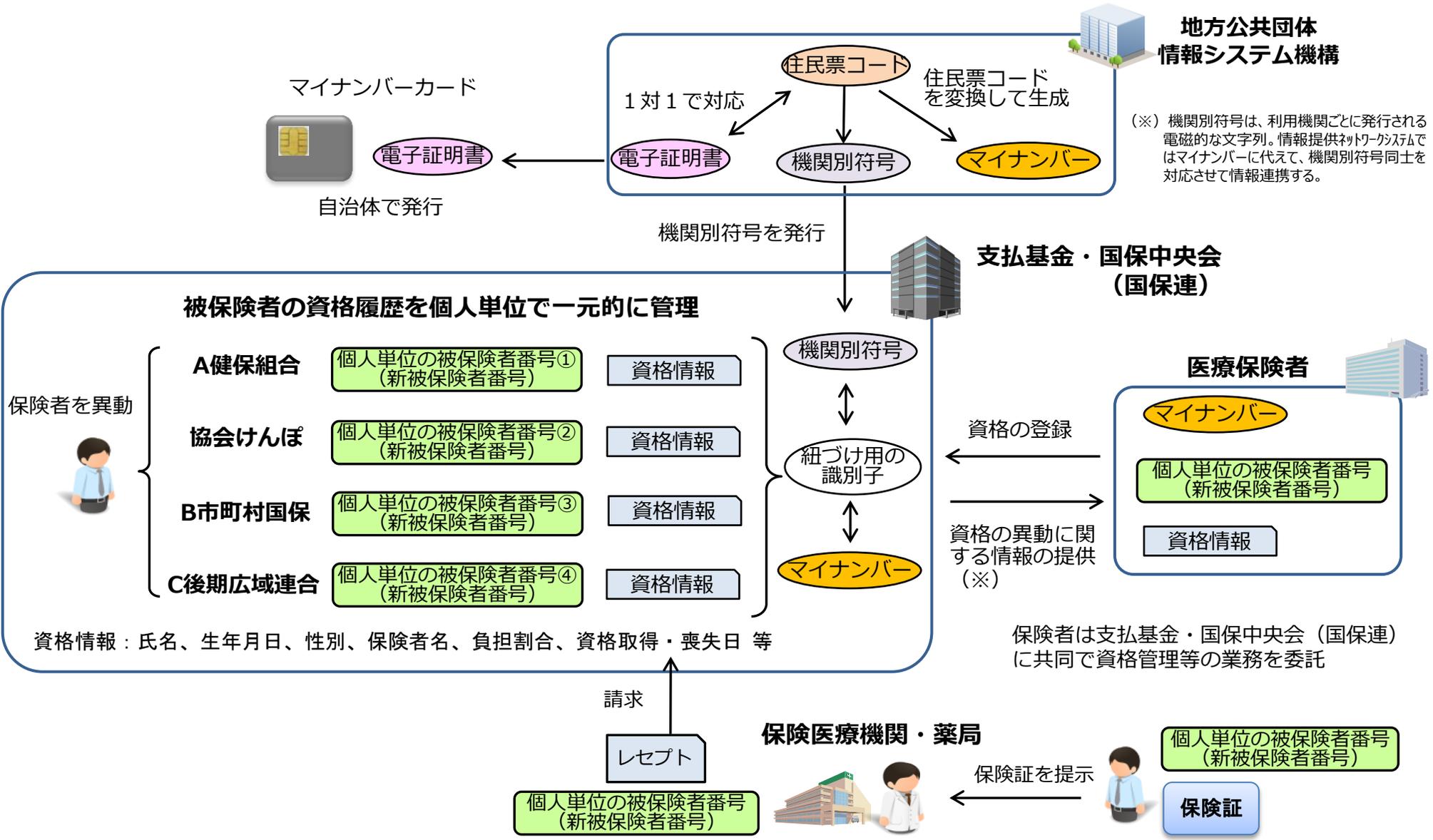
※）オンライン資格確認のランニングコストは保険者負担を想定しているが、過大な負担とならないよう、できるだけ効率的な仕組みとする必要がある。

(4) なお、個人単位の被保険者番号（新被保険者番号）は、保険者を異動すると変わる番号であるが、加入者の資格履歴を継続して管理する資格確認のインフラを整備すれば、医療等分野の情報連携に用いる識別子（ID）として比較的低コストで導入可能と考えられる。

(参考) 未来投資戦略2017（平成29年6月9日閣議決定）

- ・ 医療保険のオンライン資格確認及び医療等ID制度の導入について、来年度からの段階的運用開始、2020年からの本格運用を目指して、本年度から着実にシステム開発を実行する。

被保険者番号の資格履歴の一元的管理のイメージ

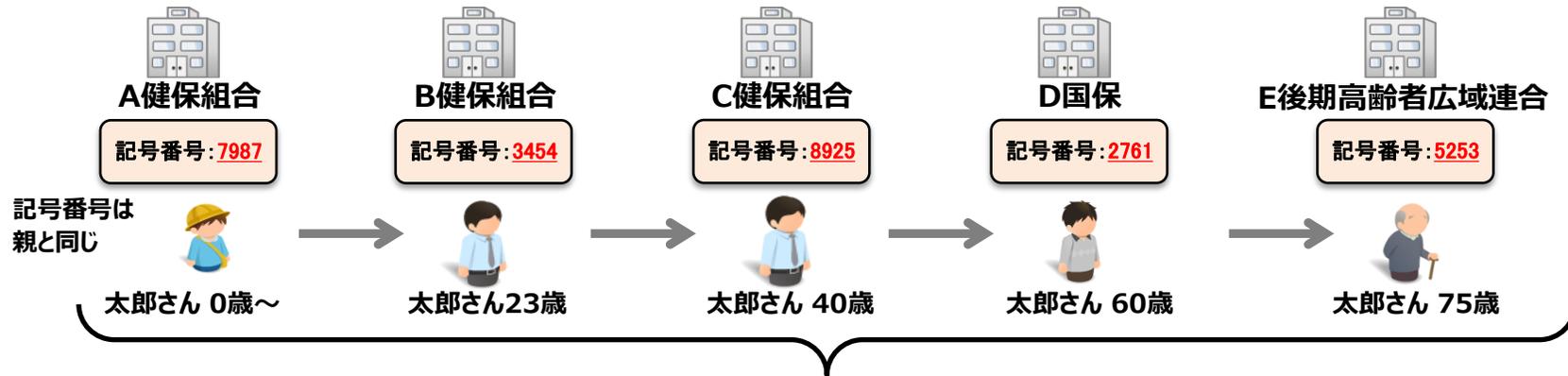


(※) 例えば、国保から被用者保険に異動した際、支払基金・国保中央会から国保保険者にその旨を情報提供することで、これまで異動を把握できなかったために生じていた不要な国保保険料の徴収等の事務を減らすことができる等の事務コスト軽減の効果が考えられる。

保険者をまたいだ継続的な資格管理（イメージ）

1. 資格管理の現状

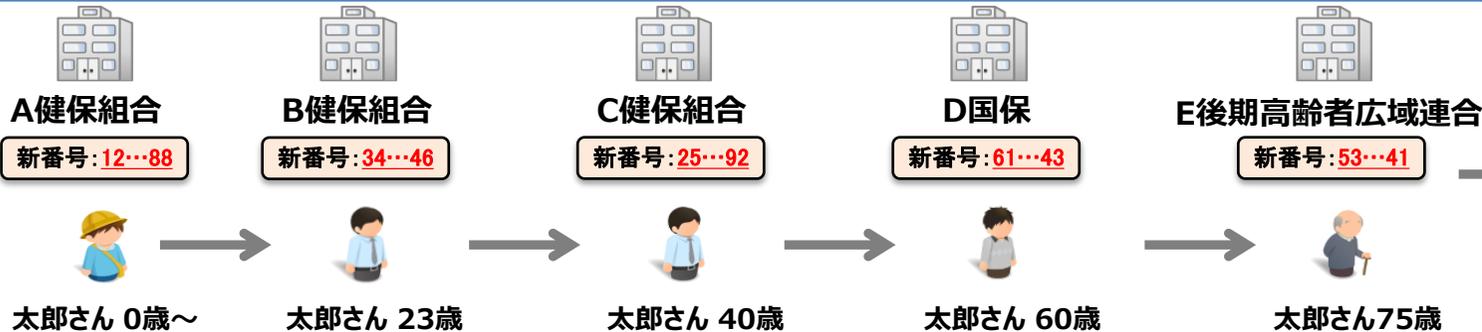
- 現在は、被保険者記号番号は世帯単位でふりだされ、各保険者が管理している。このため、現在の被保険者記号番号だけでは個人単位で保険者をまたいだ継続的なサービス提供の資格管理が難しい。



資格履歴は各保険者がばらばらに把握しているため、保険者をまたいだ履歴の全体像は誰も把握していない。

2. 被保険者番号の個人単位化／資格履歴の一元的管理

- 被保険者番号を個人単位化し、支払基金・中央会で資格履歴を一元的に管理することで、個人単位で保険者をまたいだ継続的なサービス提供の資格管理が可能になる。



支払基金・国保中央会
生涯の新被保番と
資格履歴を管理

太郎さんの資格履歴

0歳～	A健保	12...88
23歳	B健保	34...46
40歳	C健保	25...92
60歳	D国保	61...43
75歳	E広域	53...41

被保険者番号の個人単位化・資格履歴の一元管理による保険者のメリット（検討中）

1. オンライン資格確認の導入、保険者・保険医療機関等の資格確認事務の効率化（2020年度～本格実施）

- ① 個人単位での資格管理により、リアルタイムで資格情報を検索し、医療機関に返すオンライン資格確認が実現する。これにより、レセプトの資格過誤請求の減少や未回収の保険証による受診の減少など、医療保険事務の効率化が図られる。
- ② 健保組合における被扶養からの離脱や健保組合への加入等による市町村国保の資格喪失など、保険者が気づかないうちに資格喪失している事案について、支払基金・国保中央会で把握し、保険者に注意喚起することが可能になる。
(※) 例えば、国保から被用者保険に異動した際、支払基金・国保中央会から国保保険者にその旨を情報提供することで、これまで異動を把握できなかったために生じていた不要な国保保険料の徴収等の事務を減らすことができる等の事務コスト軽減効果が期待できる。
- ③ 資格異動の事実発生日と保険証発行日とのタイムラグで生じる資格過誤についても、支払基金・国保中央会が、資格履歴管理システムを活用して、正しい被保険者番号をレセプトに付して保険者に請求することにより、保険者と保険医療機関・薬局の資格過誤の事務コストを大幅に軽減できる。
(※) システム上の対応や支払基金・国保連が、保険者、保険医療機関・薬局から委託を受けて行うという整理が可能かどうかなどを検討。

2. 保健医療データの個人向け提供サービスの推進（2020年度～）

個人単位で資格履歴を管理することにより、本人が保険者を異動しても特定健診やレセプトのデータを継続して管理・閲覧するための効率的なシステム整備が可能となり、個人向けの保健医療データの提供サービスが推進される。これにより、被保険者等の行動変容が促され、生活習慣病予防による医療費適正化効果も見込まれる。

3. 医療機関・薬局等の情報連携の推進、救急時の患者情報の共有、多剤・重複投薬等の適正化等

個人単位の被保険者番号を活用して、電子処方箋の発行など医療機関・薬局等の情報連携が推進される。これにより、救急時の患者情報の共有や多剤・重複投薬の適正化等の効果も期待される。

4. 生涯を通じたデータ分析による保健医療の質の向上

個人単位の被保険者番号を活用して、確実なデータ突合が可能になり、生涯を通じた保健医療データの分析ができる。
(※) 例えば、NDBでは、ハッシュ関数を活用したデータの紐付けが行われているが、データ上の制約から、データ同士の連結には一定の限界がある。個人単位の被保険者番号の資格履歴の一元管理によって、こうした課題もシステム上での解決が可能となる。

新被保険者番号のイメージ

- 現在、医療保険制度の資格管理は、保険者ごとに世帯単位で被保険者番号の発行・管理を行っており、保険者を異動すると保険者間をまたいだデータの連携が難しい。協会けんぽ・健保組合・共済・市町村国保・国保組合では、**被保険者番号が世帯単位のため、この番号のみでは保険者を異動すると個人単位で継続してデータを管理することができない。**

<現在の医療保険の資格番号の体系>

制度	制度・都道府県	市町村	事業所	世帯	個人
協会けんぽ	保険者番号 (8桁)		記号 (8桁)	番号 (7桁)	保険者ごとに内部管理用の番号を付番するなどの対応が行われている。
健保組合・共済			保険者番号・記号 (8桁) (4桁)	番号 (7桁)	
市町村国保	保険者番号・記号 (8桁) (文字orなし)			番号 (7桁or8桁)	
国保組合			保険者番号・記号 (6桁) (文字等)	番号 (ハイホン含む)	
後期高齢者医療制度	保険者番号 (8桁)				被保険者番号 (8桁)



<新被保険者番号：新しい医療保険の資格番号の体系>

- **新被保険者番号は、保険者を異動すると変更される16桁程度の番号を新たに付番し、原則として保険者番号を組み合わせる用いることとした上で、番号の履歴を継続して一元的に管理する仕組みとする。**
- **後期高齢者医療広域連合は、既に被保険者番号が個人単位化されているので、そのまま用いることでシステム改修費用を最小化できる。保険者、医療関係者、審査支払機関を含め、医療保険制度全体で、できるだけシステム改修のコストを小さくする観点から、①支払基金・国保中央会が便宜的に生成した番号を用いる仕組みとするか、②保険者が一定のルールに基づき自ら生成する番号を用いる仕組みとするか、保険者がコスト面も踏まえて選択できるようにすることを含め、番号の桁数等を検討する。**

制度	保険者	個人
医療保険制度全体	保険者番号 (8桁)	被保険者番号 (16桁程度)

(※) 後期高齢者医療制度は、被保険者番号が既に個人単位なので、例えば、資格履歴管理システムで便宜的に0を必要な桁数だけ加える方法がある。

新しい健康保険証の様式等（検討中）

- 個人単位の被保険者番号を記載した新しい健康保険証の様式については、保険者等と調整して確定の上、平成31年度以降、順次、発行していく。また、対応している保険医療機関等では、マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認を可能とする。
- (※) 保険医療機関等で健康保険証に代えてマイナンバーカードを用いて資格確認ができるよう、開始までに療養担当規則等の省令改正も行う予定。

現行の健康保険証

本人(被保険者) 平成29年10月31日交付

〇〇保険組合
被保険者証 記号 番号 1234567

氏名 番号 花子
生年月日 平成元年3月31日生 性別 女
資格取得年月日 平成25年4月1日

発行機関所在地 東京都千代田区〇〇〇

保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
名称 〇〇保険組合

印

新しい健康保険証（当面は両者を併用）

- 健康保険証 ※内容や表示形式は、現時点の案であり、今後、保険者等と調整する。

本人(被保険者)

〇〇保険組合 被保険者証 記号 番号 1234567

個人単位
被保険者番号 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4

氏名 番号 花子
生年月日 平成元年3月31日生 性別 女
資格取得年月日 平成25年4月1日

発行機関所在地 東京都千代田区〇〇〇

保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
名称 〇〇保険組合

印

新たに追加

○マイナンバーカード

氏名 番号 花子

住所 〇〇県〇〇市△△町◇丁目〇番地▽▽号
番号花 〇〇号生 性別 女

平成元年 3月 31日生 2025年 3月 31日まで有効
〇〇市長 氏名 年 月 日

0123456789AB0123 1234

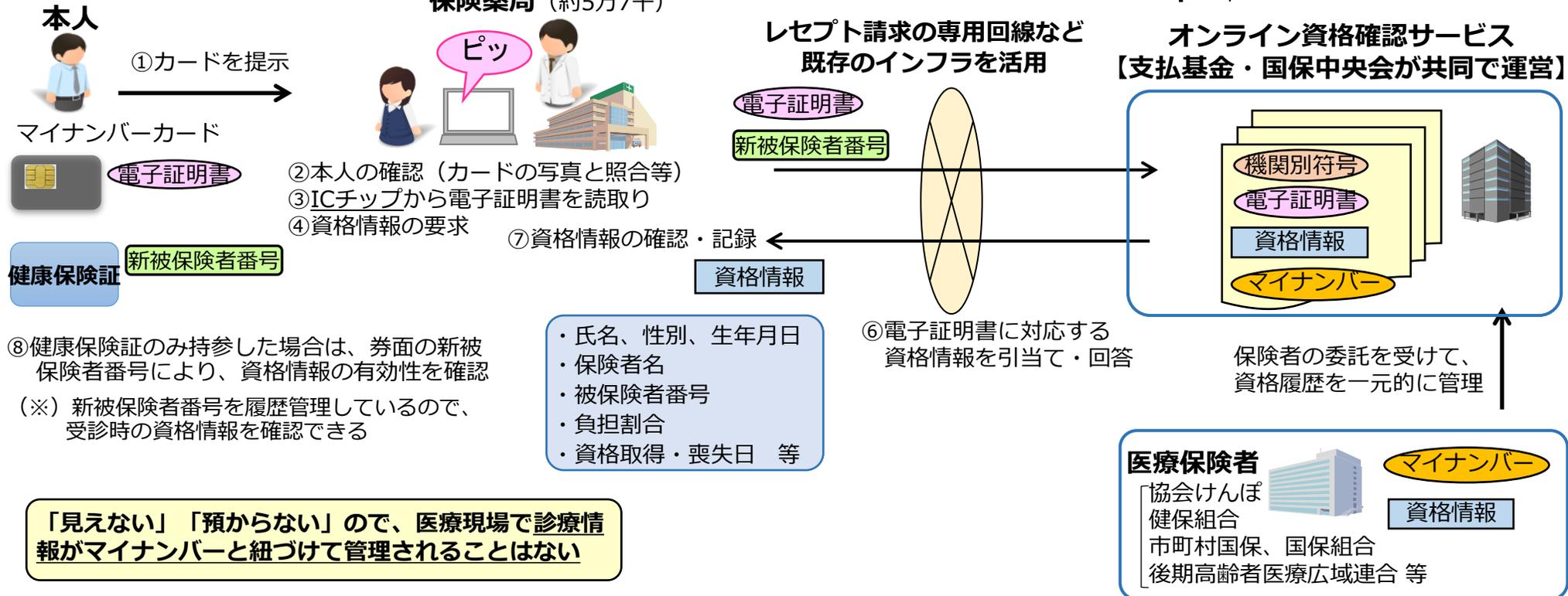
（マイナンバーカードによるオンライン資格確認に対応している医療機関で利用可能。初診時はオンライン資格確認対応の医療機関かどうか分からない場合があるので、健康保険証も持参することを想定）

医療保険におけるオンライン資格確認の仕組み（イメージ）

- マイナンバーカードの電子証明書を保険医療機関・薬局の窓口で読み取って、受診時やレセプト請求前等にオンラインで、支払基金・国保中央会に資格情報を照会・確認する仕組みを整備する。
 - 患者本人がマイナンバーカードを持参せず、健康保険証のみ持参した場合には、券面の新被保険者番号により、資格情報の有効性を確認する（新被保険者番号を履歴管理しているため、受診時の資格情報を確認できる）。
- （※）運営コスト等をできるだけ抑えるため、マイナンバーのインフラと医療保険の既存インフラを組み合わせ、安全で効率的な仕組みを整備する。

- （※1）マイナンバーカードの中に、資格情報や医療情報は入れない。
 （※2）医療現場等での運用は、医療機関・保険者等関係者と協議して検討する。

※外来受診（延べ日数）年間約20億件

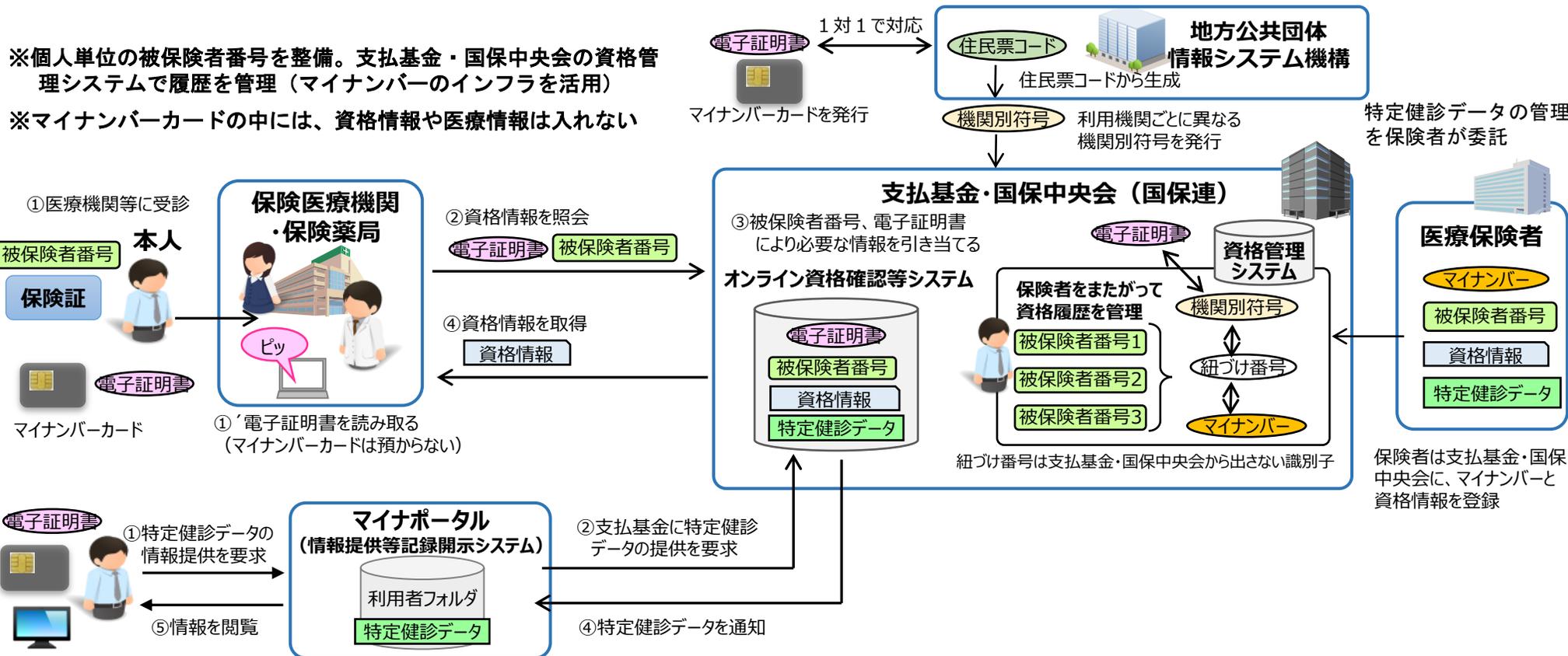


（※）定められた利用目的以外でのマイナンバーの書き写し等は不正利用であり、法律で禁止されている

マイナポータルを活用した特定健診データの個人向け提供サービス（イメージ）

○ 支払基金・国保中央会において、保険者間で一元的に資格履歴を管理する仕組みを活用して、保険者から共同で委託を受けて、特定健診データを本人に提供するサービスを整備する（オンライン資格確認の仕組みを活用するため、一体的に整備）。

（※）市町村国保は、国保連ごとの特定健診データベースにより特定健診情報を管理しており、効率的にサービスを提供することが可能である。被用者保険は、支払基金が特定健診情報の管理について保険者から委託を受けた上で、効率的にサービスを提供する仕組みを検討する。保険者間の特定健診データの連携も、本人同意の下で効率的に対応できるよう、仕様を検討する。マイナポータルの画面等の仕様は、効率的で分かりやすい仕様を検討する。

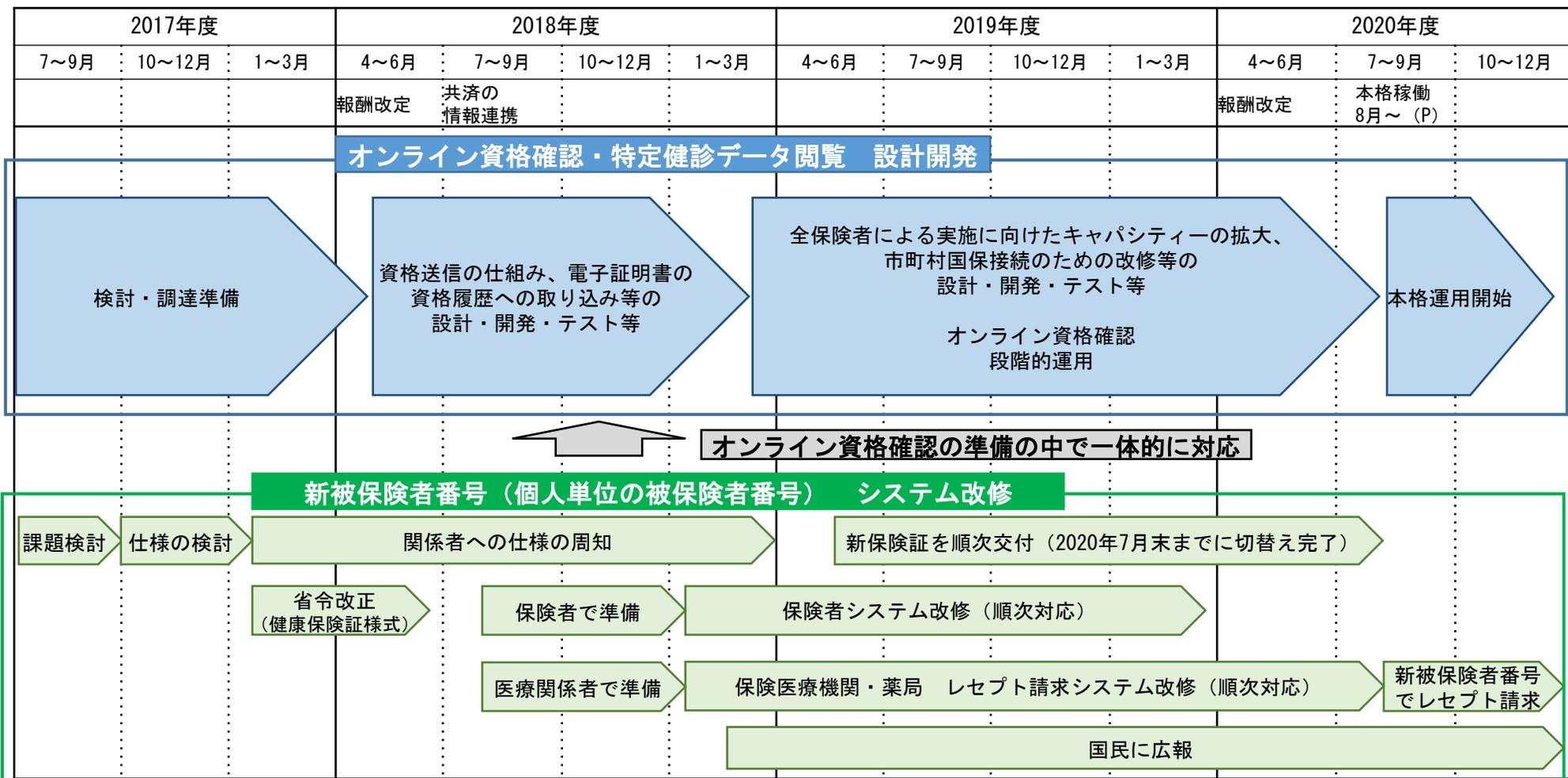


資格情報：氏名、生年月日、性別、保険者名、負担割合、資格取得・喪失日 等

特定健診データ：身長・体重・血圧、血糖・血中脂質・肝機能・尿検査等の検査値、問診の結果、血圧・血糖・血中脂質の治療薬の服薬、喫煙・飲酒、食事・運動等の生活習慣

被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認のスケジュール（検討中）

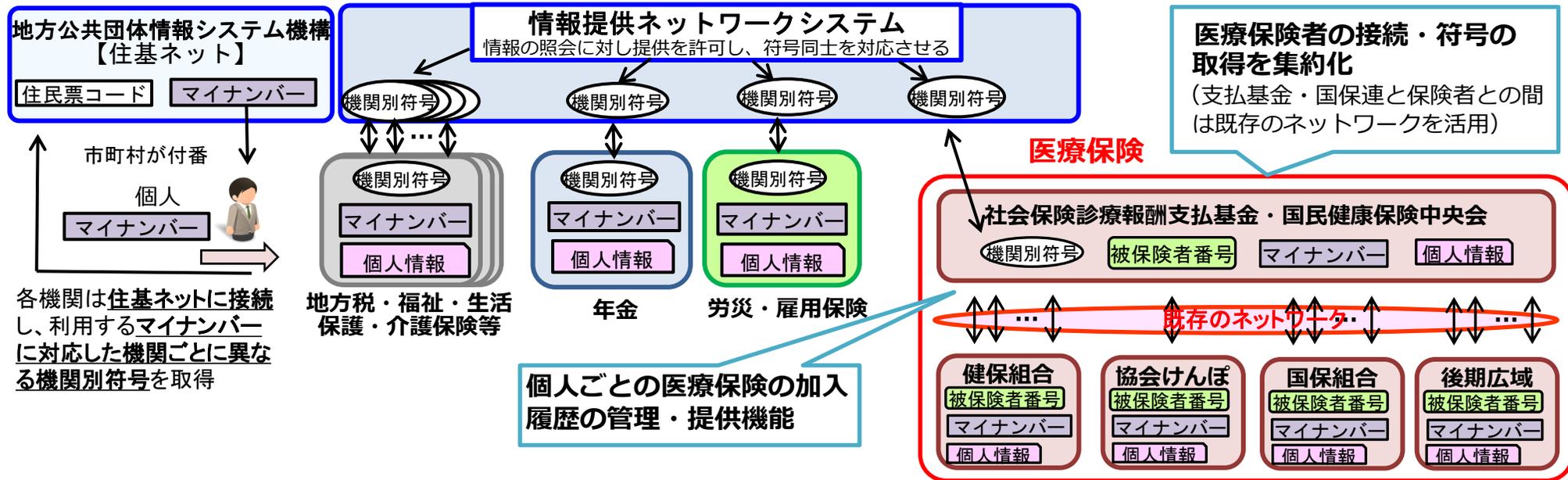
- **新被保険者番号（個人単位の被保険者番号）**は、オンライン資格確認の前提になるので、**オンライン資格確認と一体的に準備を進める必要がある**。保険者や保険医療機関等におけるシステム改修の着手は、**早くても、2018年4月の都道府県国保や診療報酬改定の円滑な施行を待ってから対応する必要がある**。
- **新被保険者番号を記載した新しい健康保険証**は、既存の加入者へは、早ければ、①被用者保険は定時決定（2019年7月1日）後から順次発行、②市町村国保は2019年10月頃（定期的な発行時）から順次発行し、**2020年7月末までに完了（2020年8月診療分、9月請求分から新被保険者番号でレセプト請求）**するスケジュールについて**関係者と調整する**。
- **健康保険証には、当分の間、世帯単位の被保険者番号と新被保険者番号を併記する**。



保険者事務の支払基金・国保連への共同委託の法的整備（平成27年国民健康保険法等改正）

- マイナンバー制度の施行に伴い、保険者は住基ネットに接続して機関別符号を取得し、情報提供ネットワークシステムに接続する必要があったが、保険者が個別に接続すると多大なコストがかかる（被保険者が異動するつど住基ネットへの接続費用がかかる、保険者ごとに住基ネット接続の固定費や専任職員の確保が必要になるなど）という課題があった。
- このため、医療保険制度（健保組合、協会けんぽ、後期広域連合、国保組合）では、支払基金と国保中央会（国保連）が保険者の委託を受けて、①住基ネットと情報提供ネットワークシステムに一元的に接続する、②中間サーバー（マイナンバー制度の情報連携に用いる個人情報の副本を登録したもの）を保険者間で集約することで、保険者の負担を軽減する仕組みとした。

（※）「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（平成27年5月成立・公布、平成28年4月施行）において、保険者が保険給付、保険料徴収等に関する情報の収集、利用等に関する事務を、支払基金又は国保連に共同で委託できる旨、医療保険各法に規定した。

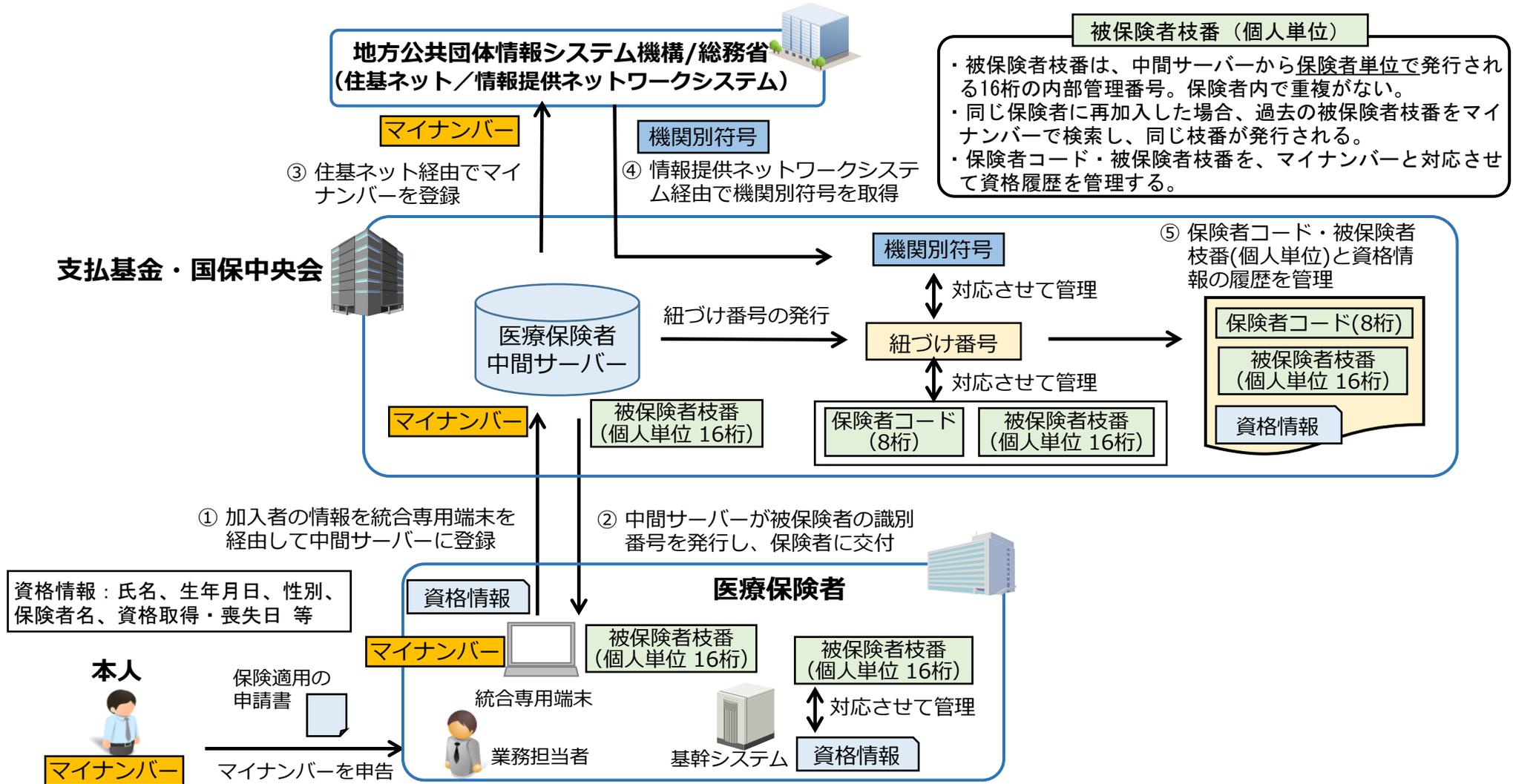


（※1）市町村国保は、医療保険者の中間サーバーではなく、自治体共同の中間サーバーを利用している。

（※2）情報提供ネットワークシステムとの接続（機関別符号の取得等）は、便宜上、支払基金が国保中央会分も含めて行う仕組みとしている。

中間サーバーにおける個人単位の被保険者管理の仕組み

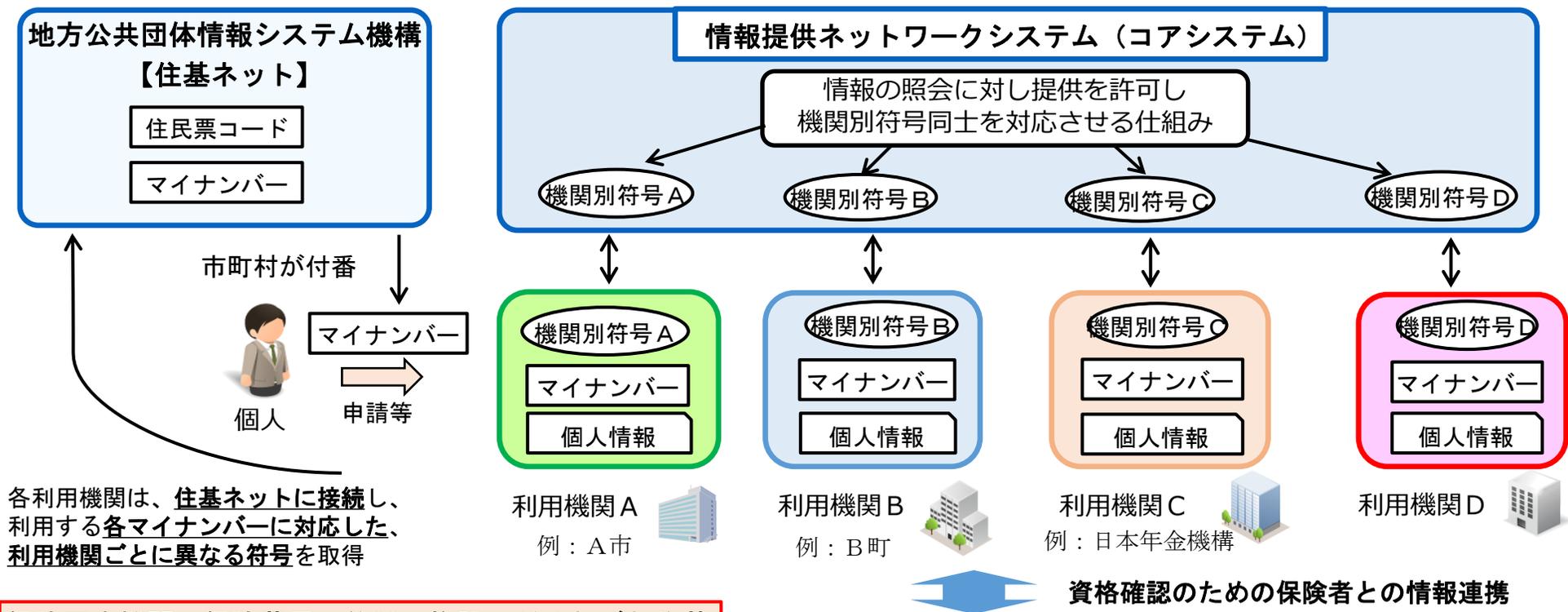
○ 支払基金・国保中央会が管理する中間サーバーの資格管理システムと各保険者の基幹システムでは、マイナンバーと対応して「保険者コード(8桁)+被保険者枝番(16桁)」により、個人単位で資格情報を管理する仕組みとしている。



※ 協会けんぽの加入者は、年金機構が適用事務を行う。
 ※ 現在の被保険者番号(世帯単位)は、保険者のシステムでは、保険者ごとに仕様が異なる固有の識別番号を付して、個人単位で管理されており、各保険者の基幹システムではこの識別番号と被保険者枝番とを対応させて管理している。

医療機関での情報連携に当たり、マイナンバーを直接利用することが困難な理由

- マイナンバー制度の情報連携（個人情報の照会と提供）のインフラは、仮にマイナンバーが漏洩しても悪意のある者がマイナンバーを用いて個人情報にアクセスできないよう、情報連携にはマイナンバー(12桁の数字)そのものを用いず、利用機関ごとに異なる「機関別符号」を用いて情報連携する仕組みとしている。これにより芋づる式の情報漏えいも防止している。
- このため、医療機関だけ情報連携にマイナンバー(12桁の数字)そのものを用いるのは、マイナンバーのセキュリティの仕組みと矛盾する。また、仮に、医療機関をマイナンバーの利用機関に位置づけ、個々の医療機関が住基ネットに接続して機関別符号を取得する方法とした場合、個々の医療機関ごとに専任職員の配置など多大なコストや実務上の課題が生じ、実現可能性が乏しい。



各利用機関は、住基ネットに接続し、利用する各マイナンバーに対応した、利用機関ごとに異なる符号を取得

保険医療機関・保険薬局（約23万施設）がそれぞれ住基ネットに接続して機関別符号を取得し、情報提供ネットワークシステムに接続するのは、各医療機関の負担や制度全体でも大きなコストがかかり、実現可能性が乏しい。

(※) 住基ネットの接続・利用は、指紋認証や専任職員の配置などの体制整備が必要。住基法上の位置付けも必要。

資格確認のための保険者との情報連携
各保険医療機関、保険薬局（約23万施設）

病院 約8,600カ所
 診療所 約10万カ所
 歯科診療所 約6.8万カ所
 薬局 約5.7万カ所