

高齢者医療制度の現状と課題

第29回 地方から考える「社会保障フォーラム」

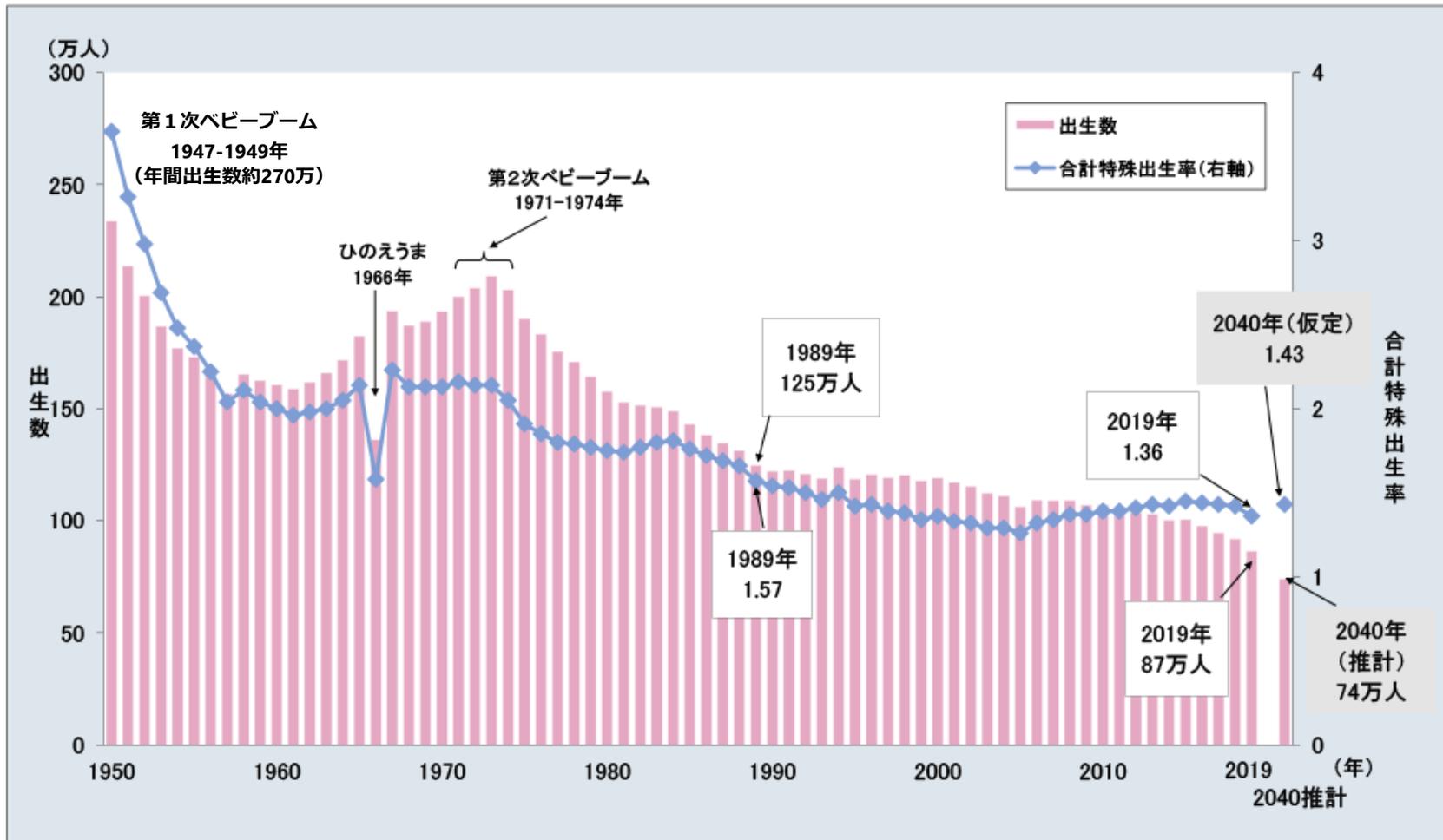
令和5年11月7日
厚生労働省 保険局高齢者医療課
課長 安中 健

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

高齢者医療をめぐる状況

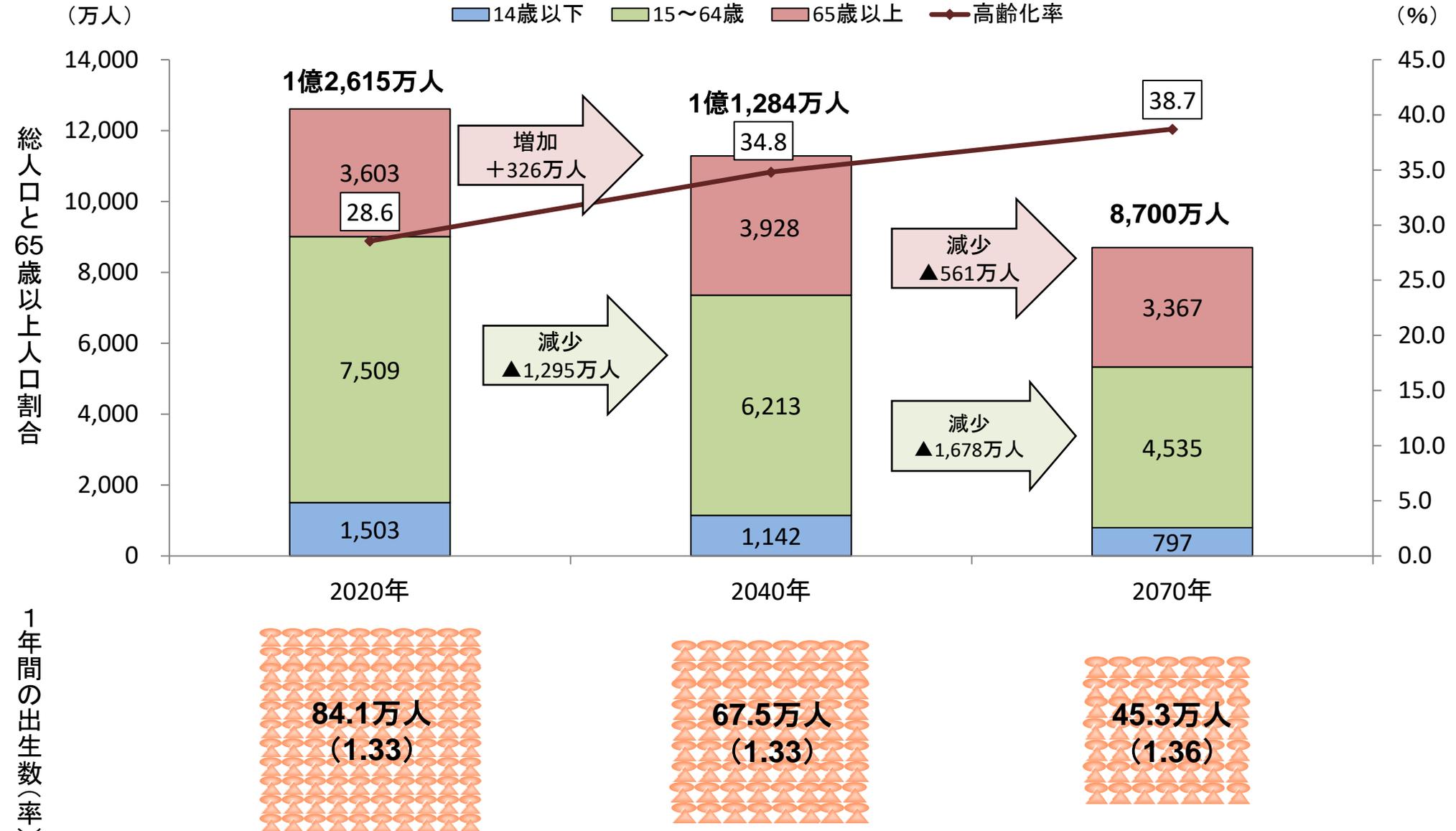
日本の出生数、合計特殊出生率の推移

図表 1-1-7 出生数、合計特殊出生率の推移



資料：2019年までは厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」（2019年は概数）、2040年の出生数は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」における出生中位・死亡中位仮定による推計値。

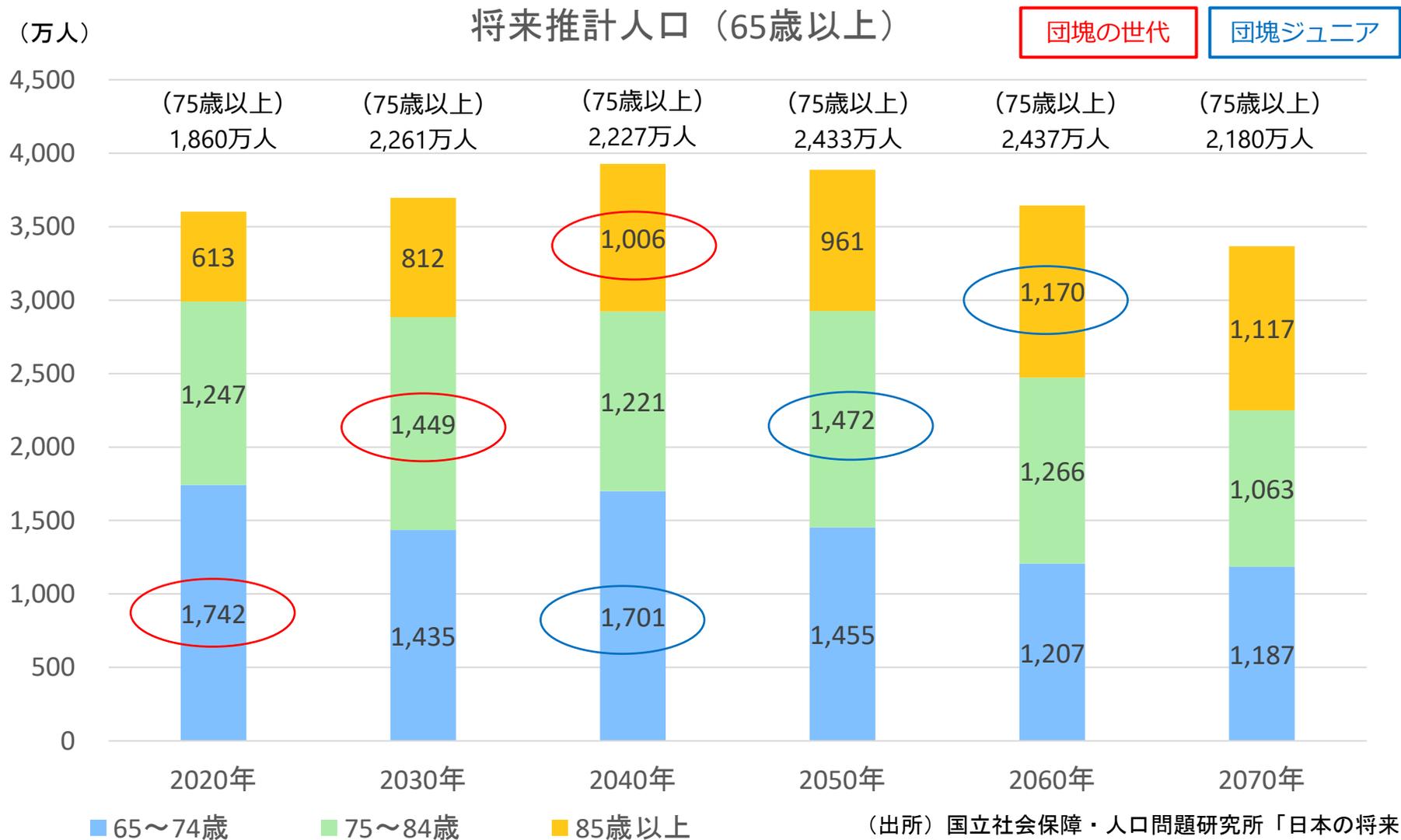
今後の人口構造の急速な変化



(出所) 2020年の人口は総務省「国勢調査」、出生数は厚生労働省「人口動態統計」

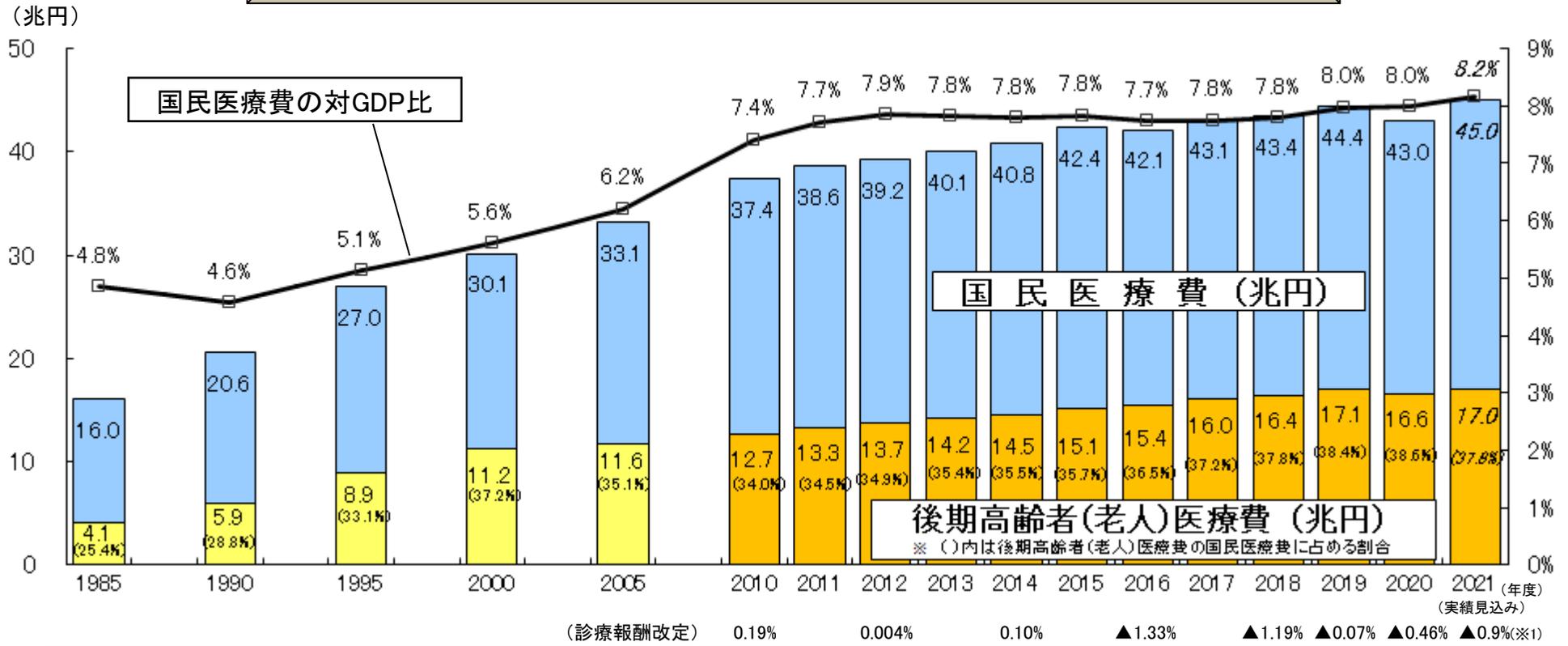
2040年及び2070年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)、出生数は日本人。

将来推計人口（65歳以上）



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

医療費の動向



- (主な制度改正) 2000年以降
- ・介護保険制度施行 (2000)
 - ・高齢者1割負担導入 (2000)
 - ・高齢者1割負担徹底 (2002)
 - ・老人医療の対象年齢5年間で段階的引上げ (2002~2007)
 - ・被用者本人3割負担等 (2003)
 - ・現役並み所得高齢者3割負担等 (2006)
 - ・未就学児2割負担 (2008)
 - ・70-74歳2割負担(※2) (2014)

<対前年度伸び率>

(%)

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.6
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	2.7
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.2	0.0	▲3.5	2.4

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 後期高齢者(老人)医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。

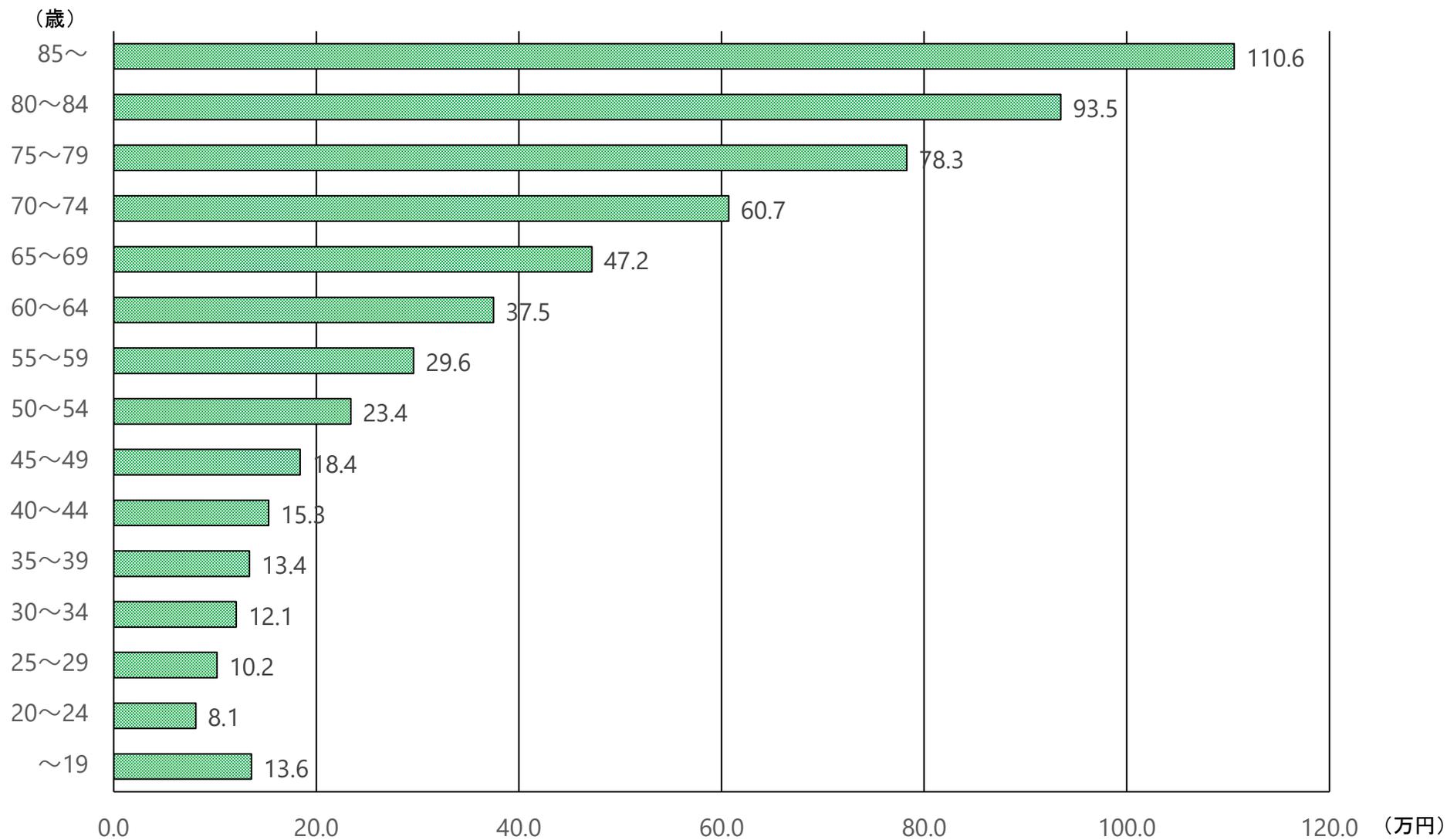
注3 2021年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費、以下同じ。)は実績見込みである。2021年度分は、2020年度の国民医療費に2021年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※1)2021年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

(※2)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。

年齢階級別の1人当たり医療費

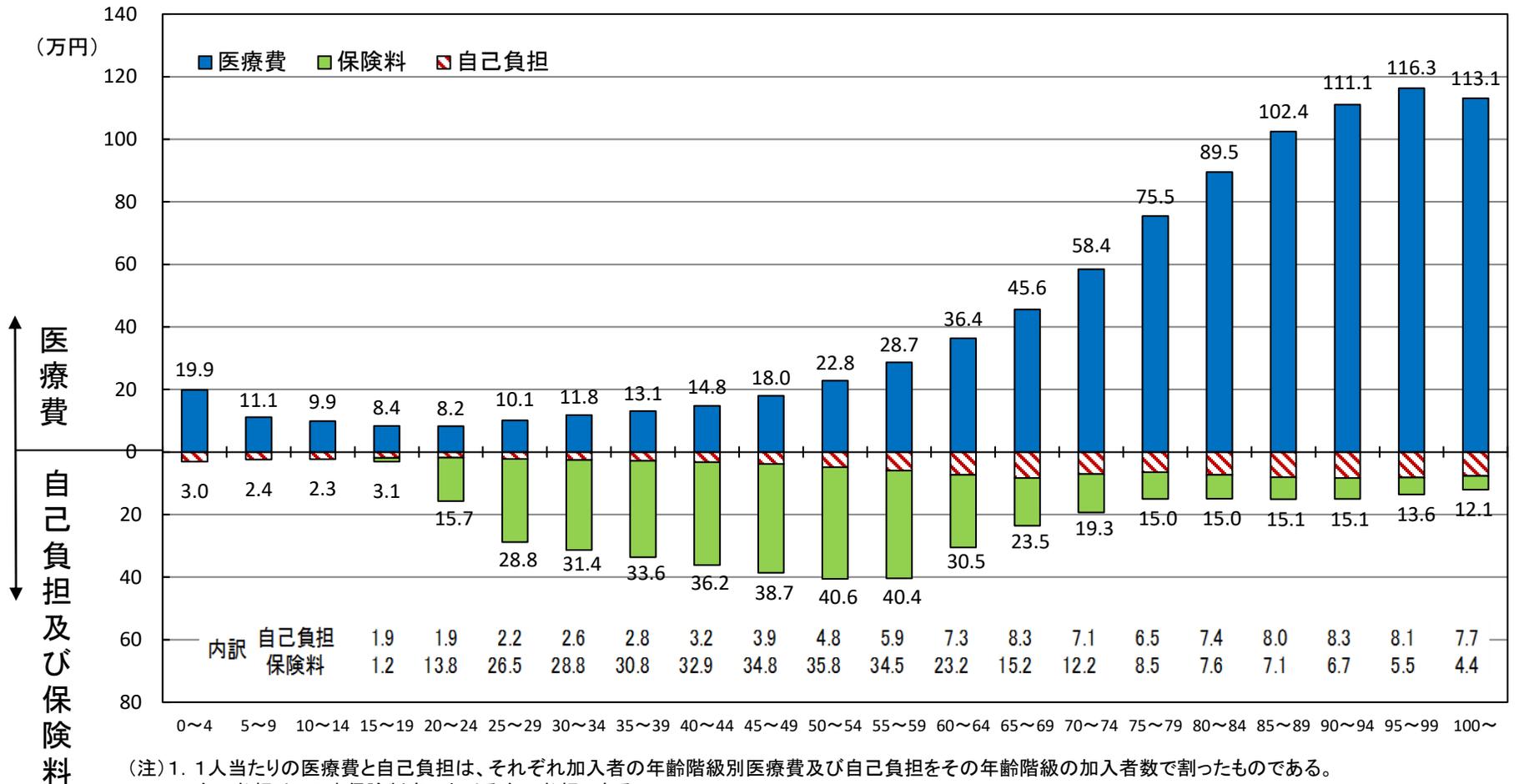
○ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。



【出典】医療保険に関する基礎資料～令和元年度の医療費等の状況～

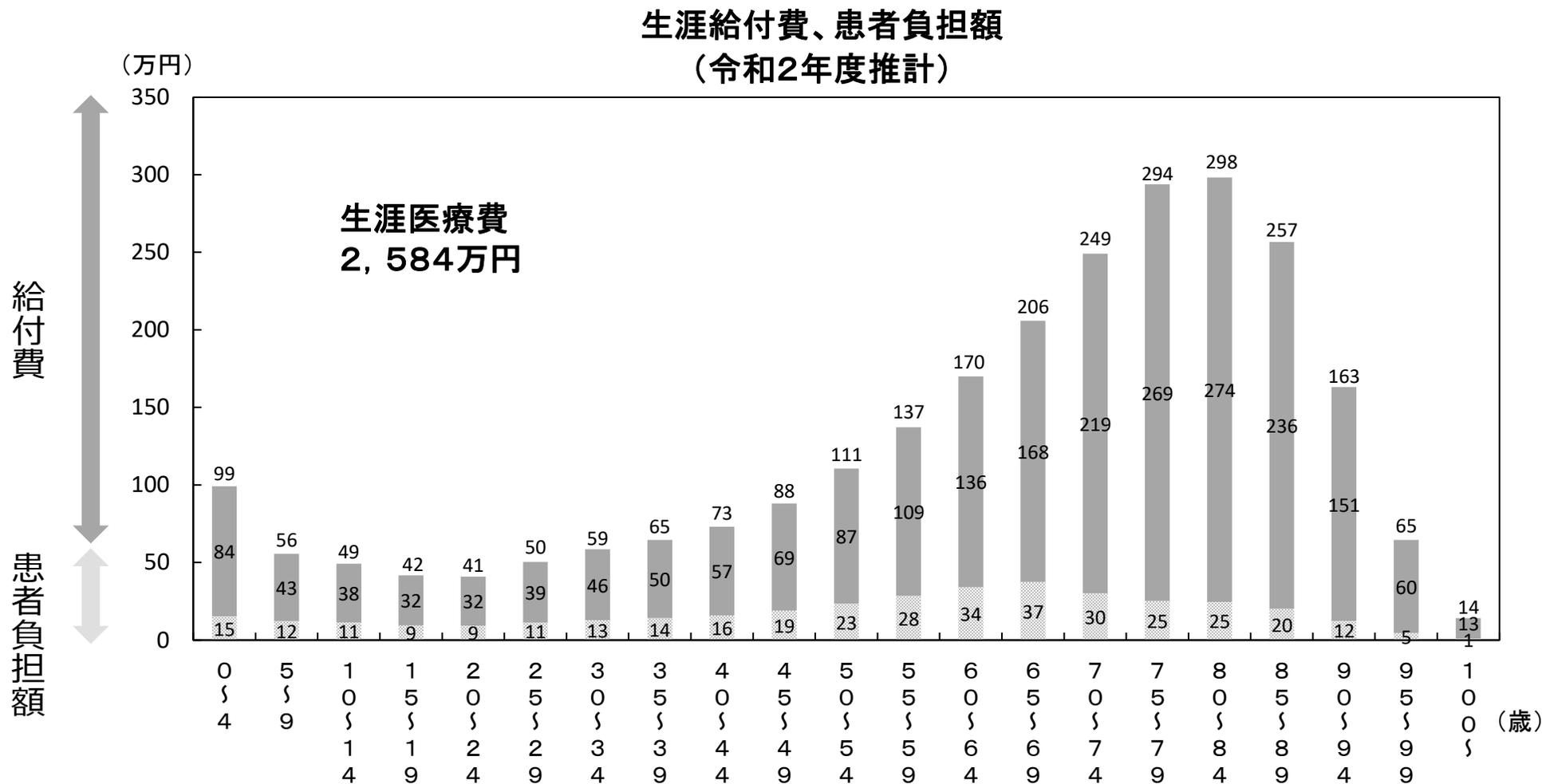
年齢による医療費と負担額の違い（令和2年度）

一般的に、年齢が高いほど平均的な医療費は高くなります。一方で、保険料の負担額は現役世代の間が比較的高くなります。



生涯医療費（令和2年度）

直近のデータを元に計算した生涯医療費は、約2,600万円となっています。生涯医療費のうち医療保険給付で賄われる部分は、約2,200万円となり、医療費の約85%は医療保険から賄われることとなります。

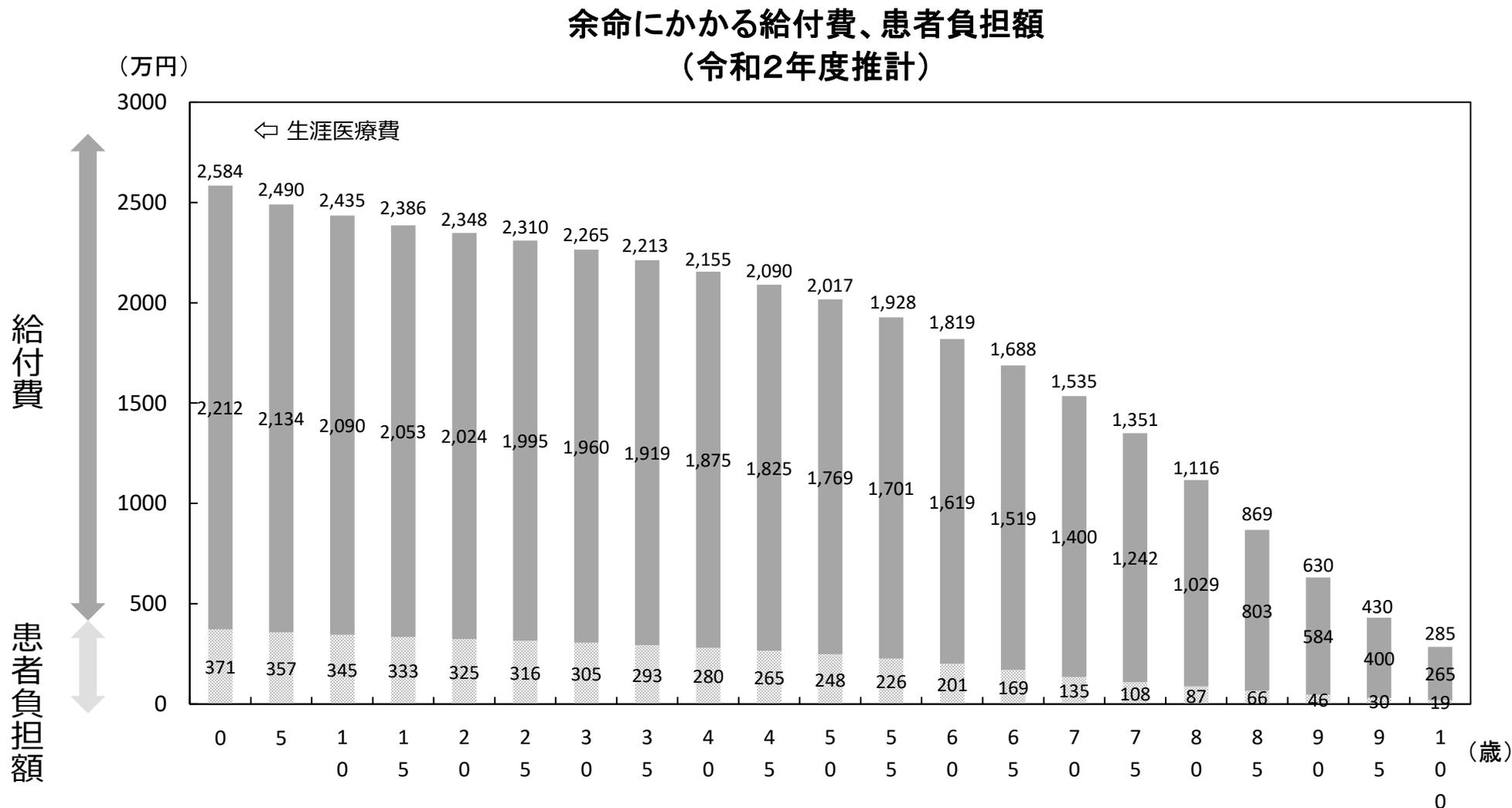


(注) 1. 令和2年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、令和2年完全生命表による定常人口を適用して推計したものである。

2. 労災等を含めた生涯医療費は約2,700万円(男女別では男性で約2,600万円、女性で約2,800万円)である。

余命にかかる医療費（令和2年度）

ある年齢に達した人がその後にかかる平均的な医療費（給付費、患者負担額）を表しています。



(注) 令和2年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、令和2年度人口推計ならびに令和2年完全生命表による生存数および定常人口を適用して推計したものである。 9

高齢者医療制度の基本構造

2-1

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療保険制度の体系

後期高齢者医療制度

約18兆円

- ・75歳以上
- ・約1,970万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1,540万人)約7兆円(再掲) ※3

65歳

国民健康保険
(都道府県・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2,750万人
- ・保険者数:約1,900

約9兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,890万人
- ・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2,790万人
- ・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970万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額(給付費)は、令和5年度予算ベースの数値。

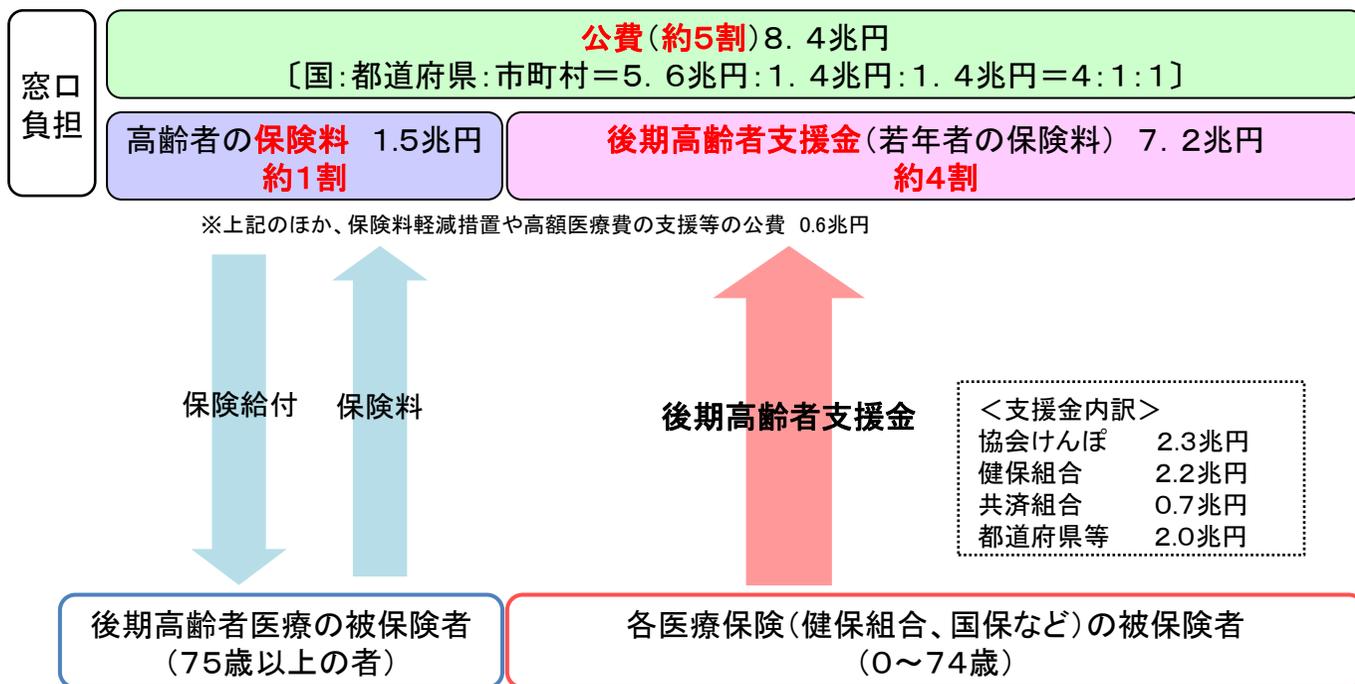
※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約11万人)、経過措置として退職者医療がある。

※3 前期高齢者数(約1,540万人)の内訳は、国保約1,100万人、協会けんぽ約320万人、健保組約90万人、共済組約20万人。

後期高齢者医療制度の概要

- 高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上の方の医療費（保険給付）について、現役世代からの支援金と公費で約9割を賄っている。
- 後期高齢者医療制度は、全市町村が加入する広域連合が運営している。

【全市町村が加入する広域連合】



〈後期高齢者医療費〉

19.2兆円(令和5年度予算ベース)

給付費 17.7兆円

患者負担 1.6兆円

〈保険料額(令和4・5年度見込)〉

全国平均 約6,470円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は
約1,190円/月

医療保険制度の体系

後期高齢者医療制度

約18兆円

- ・75歳以上
- ・約1,970万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1,540万人)約7兆円(再掲) ※3

65歳

国民健康保険
(都道府県・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2,750万人
- ・保険者数:約1,900

約9兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,890万人
- ・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2,790万人
- ・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970万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額(給付費)は、令和5年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約11万人)、経過措置として退職者医療がある。

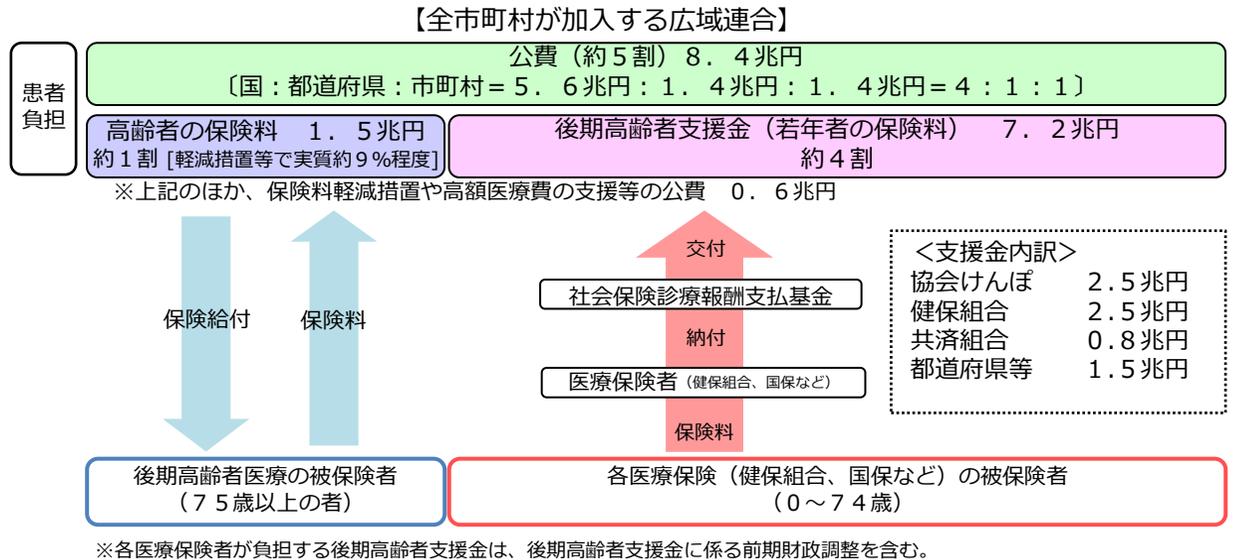
※3 前期高齢者数(約1,540万人)の内訳は、国保約1,100万人、協会けんぽ約320万人、健保組約90万人、共済組約20万人。

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。

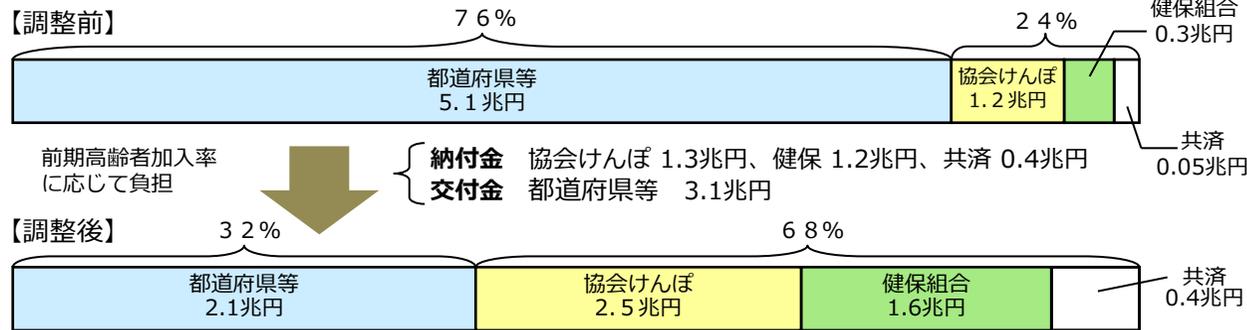
後期高齢者医療制度

<対象者数>	
75歳以上の高齢者	約1,970万人
<後期高齢者医療費>	
19.2兆円 (令和5年度予算ベース)	
給付費	17.7兆円
患者負担	1.6兆円



前期高齢者に係る財政調整

<対象者数>	
65～74歳の高齢者	約1,530万人
<前期高齢者給付費>	
6.7兆円	(令和5年度予算ベース)



※ 数値は令和5年度予算ベース。

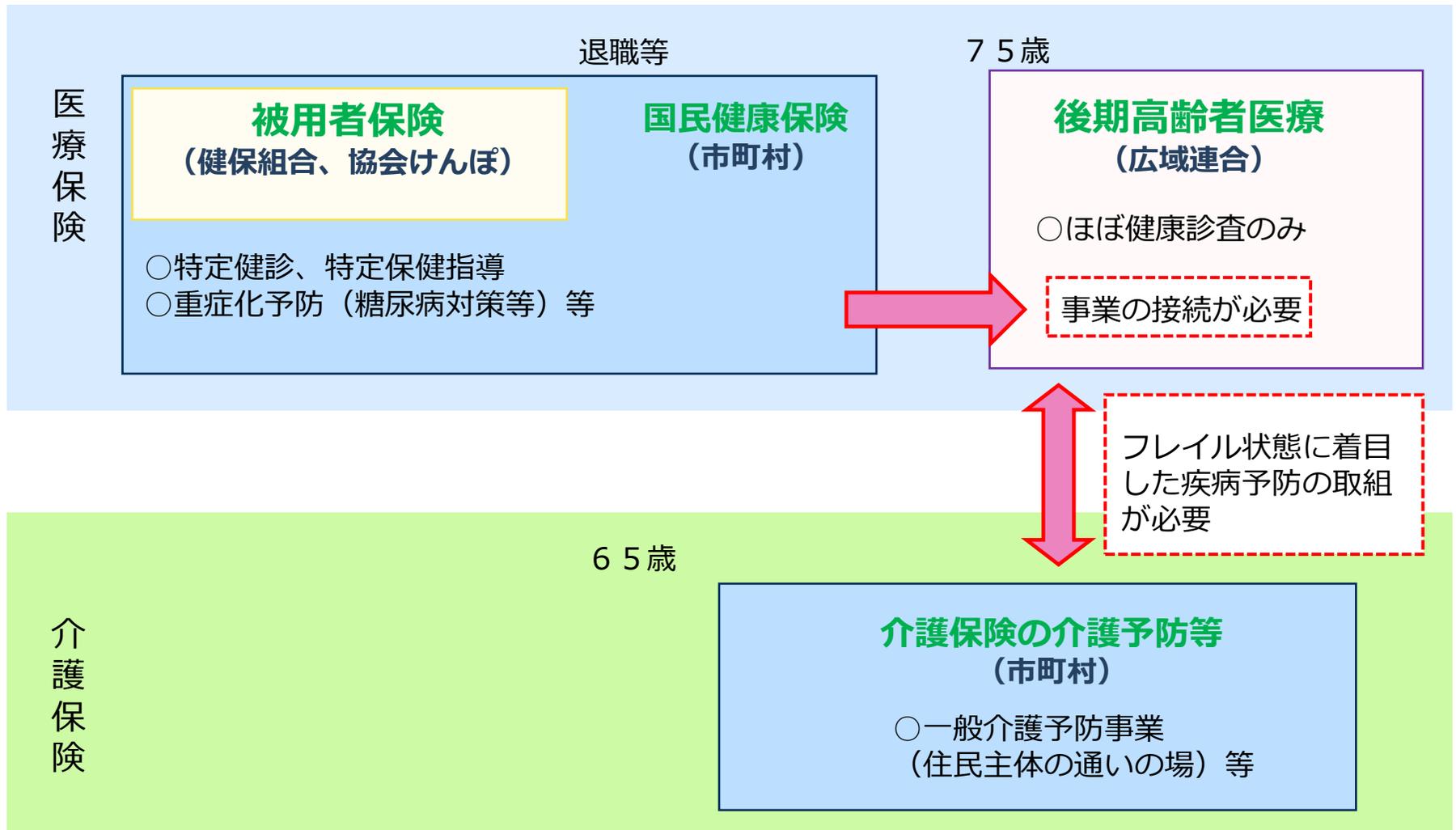
高齢者の保健事業

一 高齢者の保健事業と 介護予防の一体的実施

3



高齢者の保健事業と介護予防の現状と課題



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者保健事業（後期高齢者） + 国民健康保険保健事業(国保) + 地域支援事業（介護保険）



3事業の「一体的実施」

○高齢者の医療の確保に関する法律

第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業（以下「高齢者保健事業」という。）を行うように努めなければならない。

3 後期高齢者医療広域連合は、高齢者保健事業を行うに当たっては、市町村及び保険者との連携を図るとともに、高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、高齢者保健事業を効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かなものとするため、市町村との連携の下に、市町村が実施する国民健康保険法第八十二条第五項に規定する高齢者の心身の特性に応じた事業（次条第一項において「**国民健康保険保健事業**」という。）及び介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する**地域支援事業**（次条第一項において「**地域支援事業**」という。）と**一体的に実施するものとする。**

○国民健康保険法

第82条 市町村及び組合は、特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であつて、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

5 市町村は、第一項の規定により市町村が行う被保険者の健康の保持増進のために必要な事業のうち、高齢者の心身の特性に応じた事業を行うに当たっては、高齢者の医療の確保に関する法律第百二十五条第一項に規定する**高齢者保健事業及び介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する地域支援事業と一体的に実施するよう努めるものとする。**

○介護保険法

第115条の45

6 市町村は、地域支援事業を行うに当たっては、高齢者保健事業（高齢者の医療の確保に関する法律第百二十五条第一項に規定する高齢者保健事業をいう。以下この条及び第百十七条第三項第九号において同じ。）を行う後期高齢者医療広域連合（同法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。以下この条において同じ。）との連携を図るとともに、高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、地域支援事業を効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かなものとするため、**高齢者保健事業及び国民健康保険法第八十二条第五項に規定する高齢者の心身の特性に応じた事業（同号において「**国民健康保険保健事業**」という。）と一体的に実施するよう努めるものとする。**

高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きより

○ **一体的実施は「高齢者保健事業の中心」**

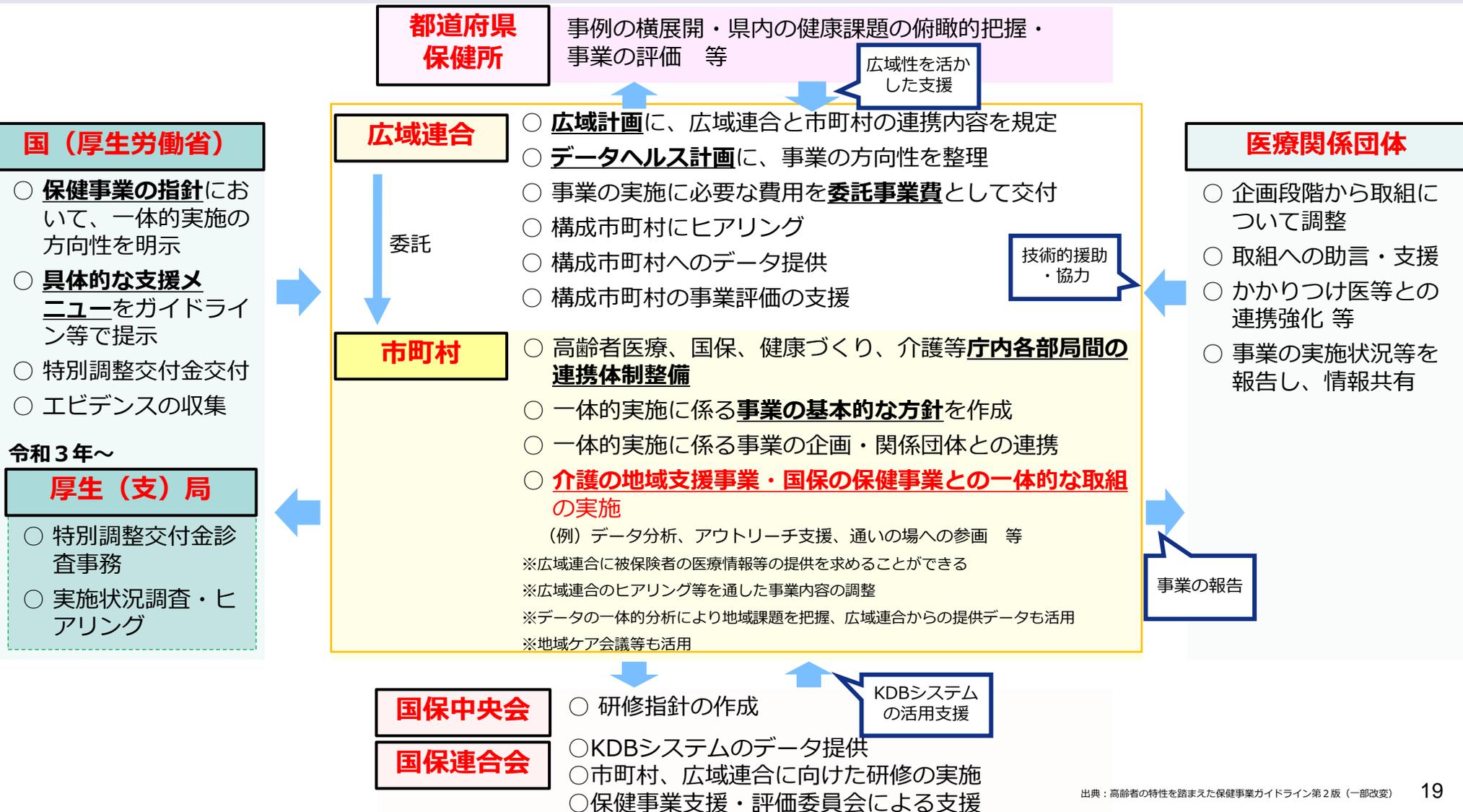


【高齢者保健事業の目的】

- **生活習慣病を初めとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる高齢者を増やすことが最大の目的。**
- **効果的な保健事業の実施により、生涯にわたる健康の保持増進、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、要介護認定率の低下や介護給付費の減少に資すると考えられる。**

一体的実施の推進に向けた体制整備

- 高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業について、広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。



高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析



国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

①市町村は次の医療専門職を配置
 ・事業全体のコーディネーターや企画調整・分析を行うため、市町村に保健師等を配置
 ・高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行うため、日常生活圏域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置

経費は広域連合が交付（保険料財源＋特別調整交付金）
 ○企画・調整・分析等を行う医療専門職の配置
 ○日常生活圏域に医療専門職の配置等に要する費用（委託事業費）

高齢者

※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援

保健事業

- ⑤国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

疾病予防・重症化予防

- ・健診結果等を活用した保健指導
- ・かかりつけ医と連携した疾病管理や重症化予防
- ・健康教育、健康相談、適切な受診勧奨等
- ・介護予防との一体的なフレイル予防（運動・栄養・口腔等）の取組

- ⑥社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組へ

介護予防の事業等

生活機能の改善

- ⑨民間機関の連携等、通いの場的大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

- ⑦医療専門職が、通いの場等にも積極的に関与

- ⑩市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

かかりつけ医等

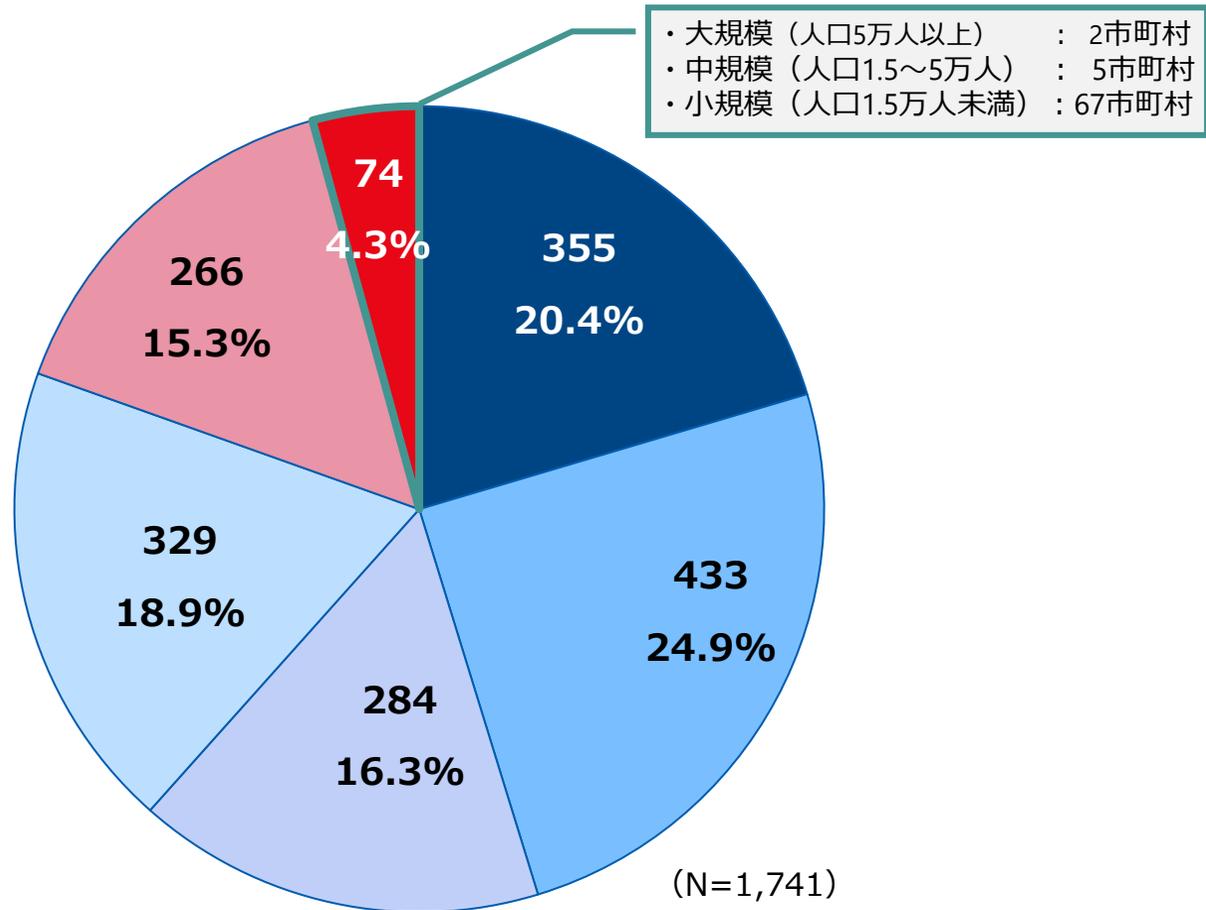
- ⑧通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、
 ・通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
 ・ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
 ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

(令和4年度一体的実施実施状況調査) 一体的実施の実施状況及び実施予定

- 令和4年度までに一体的実施を受託する市町村（見込みを含む）は**1,072市町村（61.6%）**であった。
- 一体的実施を受託していない市町村のうち、令和5年度受託予定は329市町村（18.9%）、令和6年度受託予定は266市町村（15.3%）であった。 ⇒ **令和6年度までに1,667市町村（約96%）で実施の目途**
- 受託予定時期が決まっていない市町村は74市町村（4.3%）であった。

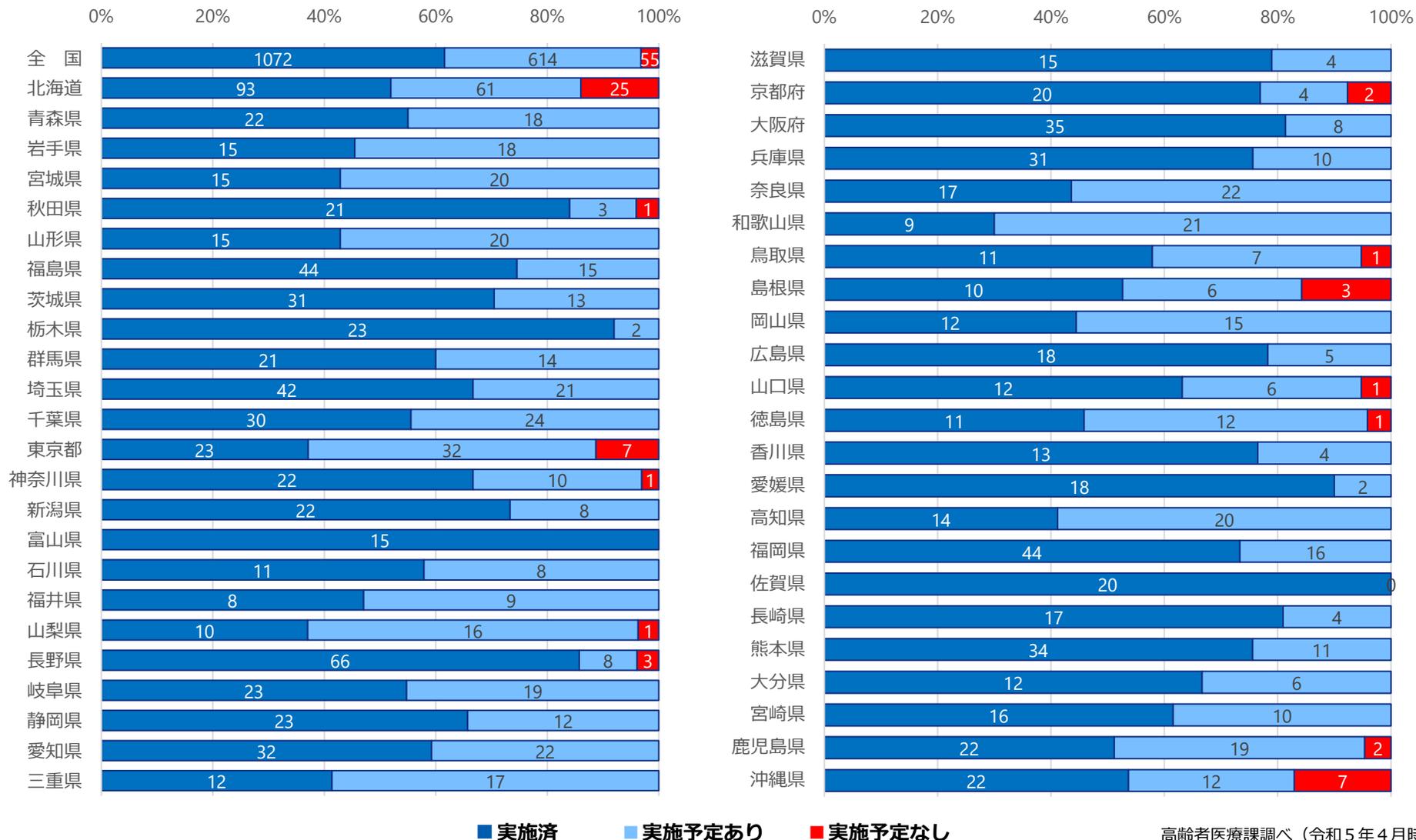
- 令和2年度から受託
- 令和3年度から受託
- 令和4年度から受託（予定含む）
- 令和5年度から受託予定
- 令和6年度から受託予定
- 未定（令和6年度までの受託の予定はない）



(令和5年4月末時点) 都道府県別の一体的実施の実施状況及び実施予定

- 令和5年度ですべての市町村で実施（予定含む）している都道府県は34県（全都道府県の72%）であった。実施予定なし市町村は55市町村（全市町村の約3%）であった。

(N=1,741)



一体的実施における主な取組及び事業実施市町村数

事業の企画

KDBを活用したデータ分析

医療専門職によって健康・医療・介護情報による地域の健康課題の把握を行い、庁内外の関係者間で健康課題の共有や既存の関連事業との調整、地域の医療関係団体等の連携を進め、事業全体の企画・調整・分析を行う。

高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ） n=1,072市町村

取組区分	実施市町村数	取組区分	実施市町村数
低栄養に関わる相談・指導	481	糖尿病性腎症重症化予防に関わる相談・指導	640
口腔に関わる相談・指導	250	生活習慣病等重症化予防(身体的フレイル含む)に関わる相談・指導	681
重複・頻回受診者、重複・多剤投薬者への相談・指導	245	健康状態不明者への対応	683

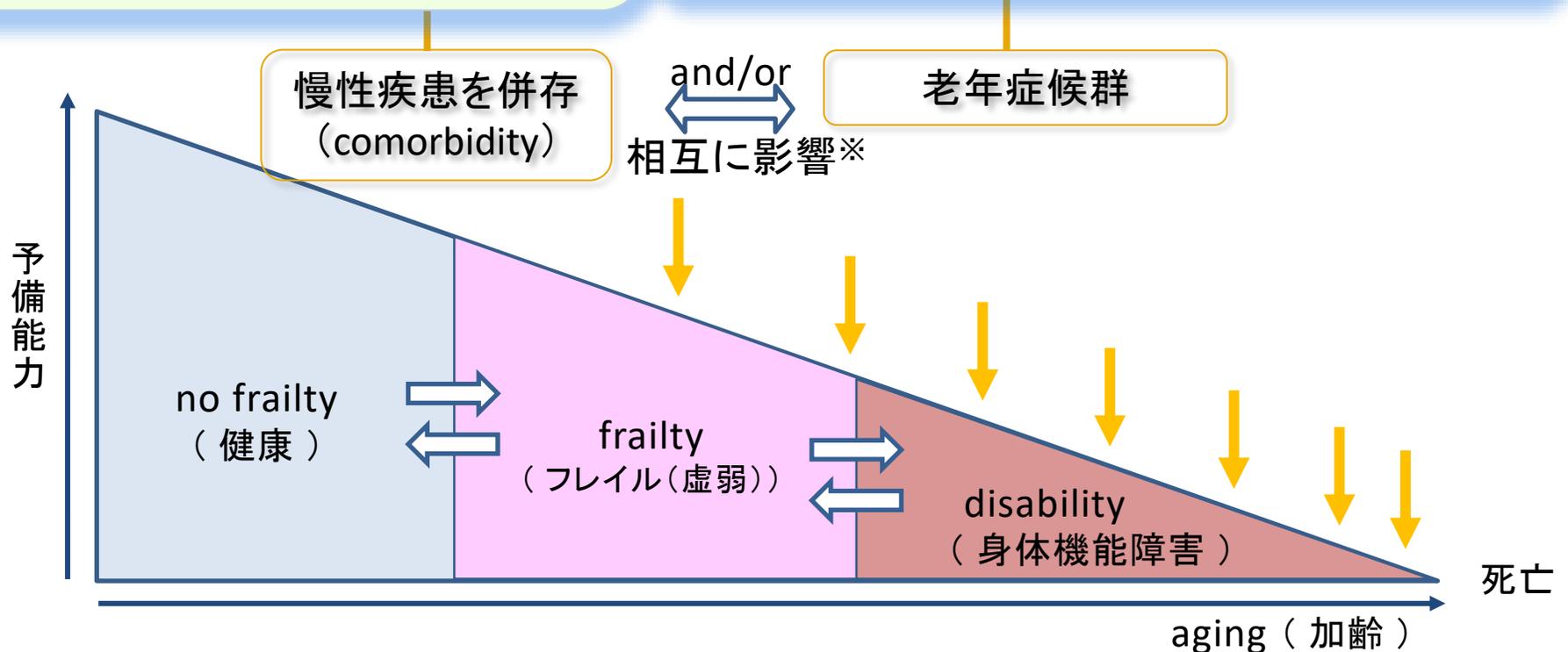
通いの場等への積極的関与（ポピュレーションアプローチ） n=1,072市町村

取組区分	実施市町村数
フレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談の実施	1,049
後期高齢者の質問票を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援の実施	779
高齢者の健康に関する相談や不安等について気軽に相談が行える環境づくり	509

高齢者の健康状態の特性等について

- 高血圧
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 糖尿病
- 慢性腎疾患(CKD)
- 呼吸器疾患
- 悪性腫瘍
- 骨粗鬆症
- 変形性関節症等、生活習慣や加齢に伴う疾患

- 認知機能障害
- めまい
- 摂食・嚥下障害
- 視力障害
- うつ
- 貧血
- 難聴
- せん妄
- 易感染性
- 体重減少
- サルコペニア(筋量低下)



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』(日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018)によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、**身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく**、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

後期高齢者の質問票

後期高齢者の質問票の役割

- 1) 特定健康診査の「標準的な質問票」に代わるものとして、後期高齢者に対する健康診査（以下：健診）の場で質問票を用いた問診（情報収集）を実施し、**高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握する。**
- 2) 診療や通いの場等においても質問票を用いて健康状態を評価することにより、住民や保健事業・介護予防担当者等が高齢者のフレイルに対する関心を高め、生活改善を促すことが期待される。
- 3) 質問票の回答内容とKDBシステムから抽出した健診・医療・介護情報を併用し、高齢者を必要な保健事業や医療機関受診につなげ、地域で高齢者の健康を支える。
- 4) 保健指導における健康状態のアセスメントとして活用するとともに、**行動変容の評価指標として用いる。**
- 5) KDBシステムにデータを収載・分析することにより、事業評価を実施可能とし、PDCAサイクルによる保健事業に資する。

質問項目の考え方

- フレイルなど高齢者の特性を踏まえ健康状態を総合的に把握するという目的から、下記の10類型に整理した。
(1)健康状態、(2)心の健康状態、(3)食習慣、(4)口腔機能、(5)体重変化、(6)運動・転倒、(7)認知機能、(8)喫煙、(9)社会参加、(10)ソーシャルサポート
- 高齢者の負担を考慮し、質問項目数を**15項目**に絞り込んだ。

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食



質問票を用いた健康状態の評価

- 本質問票を用いた評価は、健診の際に活用されることを想定しているが、市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）における通いの場やかかりつけ医の医療機関など、様々な場面で健康状態が評価されることが期待される。

①健診の場で実施する

⇒健診を受診した際に、本質問票を用いて健康状態を評価する。
健診時は多くの高齢者にアプローチができる機会である。

②通いの場（地域サロン等）で実施する

⇒通いの場等に参加する高齢者に対して本質問票を用いた健康評価を実施する。

③かかりつけ医（医療機関）等の受診の際に実施する

⇒医療機関を受診した高齢者に対して、本質問票を用いた健康評価を実施する。

後期高齢者の質問票

質問票の内容

類型化	No	質問文	回答
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	① よい ② まあよい ③ ふつう ④ あまりよくない ⑤ よくない
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	① 満足 ② やや満足 ③ やや不満 ④ 不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	① はい ② いいえ
口腔機能	4	半年前に比べて固いもの（*）が食べにくくなりましたか * さきいか、たくあんなど	① はい ② いいえ
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	① はい ② いいえ
体重変化	6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	① はい ② いいえ
運動・転倒	7	以前に比べて歩く速度が遅くなって来たと思いますか	① はい ② いいえ
	8	この1年間に転んだことがありますか	① はい ② いいえ
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	① はい ② いいえ
認知機能	10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	① はい ② いいえ
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	① はい ② いいえ
喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	① 吸っている ② 吸っていない ③ やめた
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	① はい ② いいえ
	14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	① はい ② いいえ
ソーシャルサポート	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	① はい ② いいえ

4-1

全世代型社会保障の構築に向けて

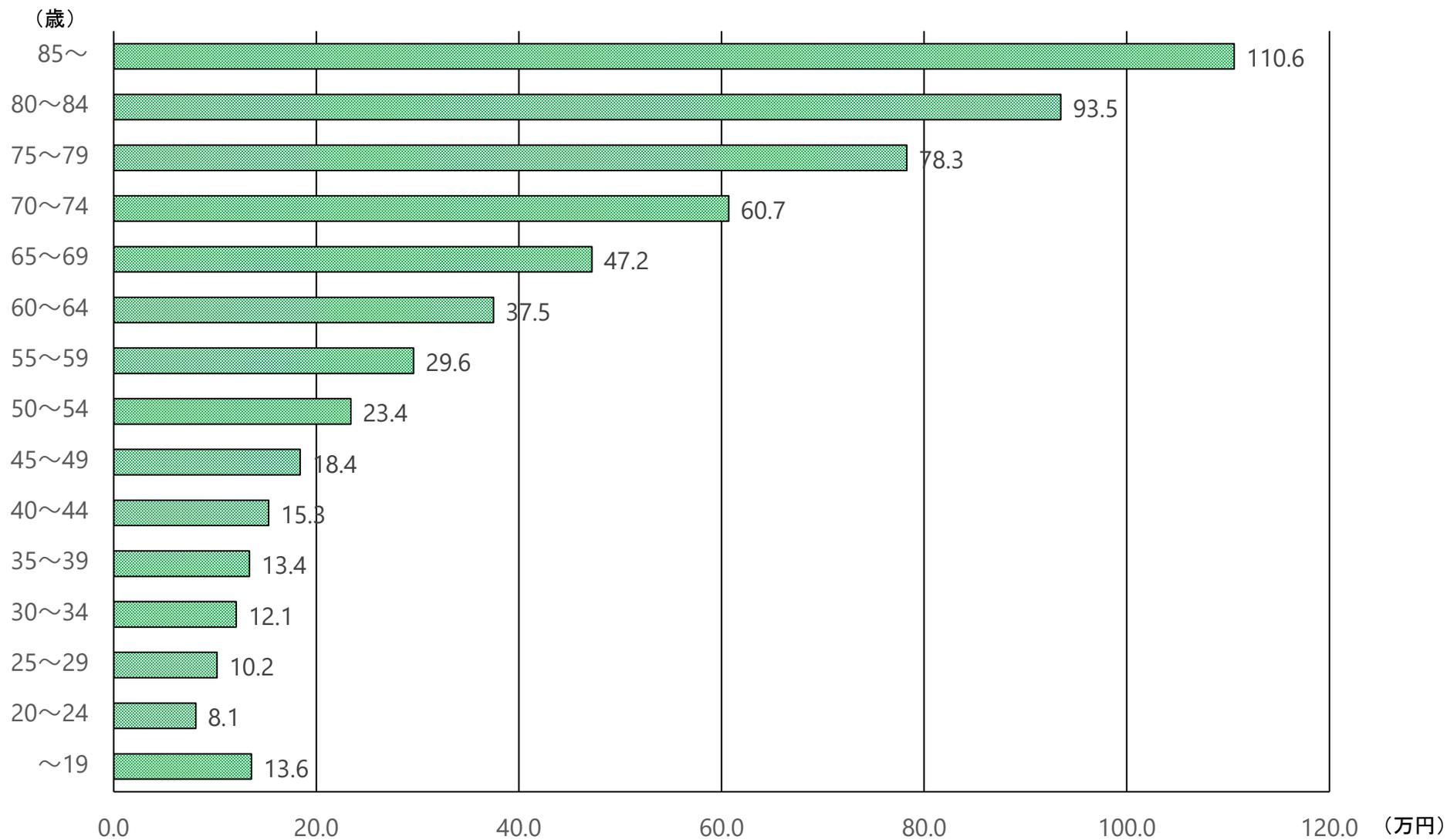
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

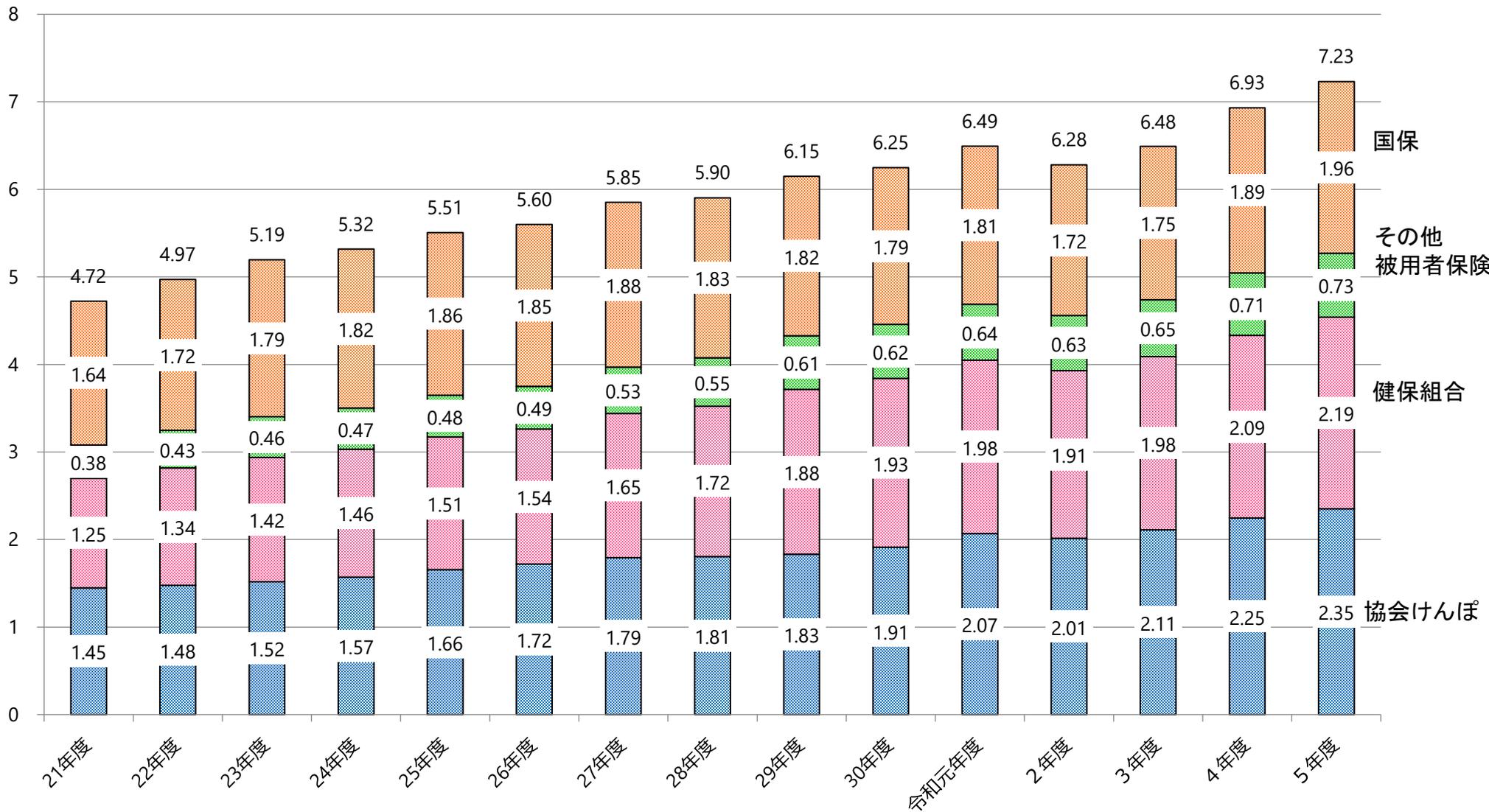
年齢階級別の1人当たり医療費

○ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。



後期高齢者支援金の推移

(兆円)



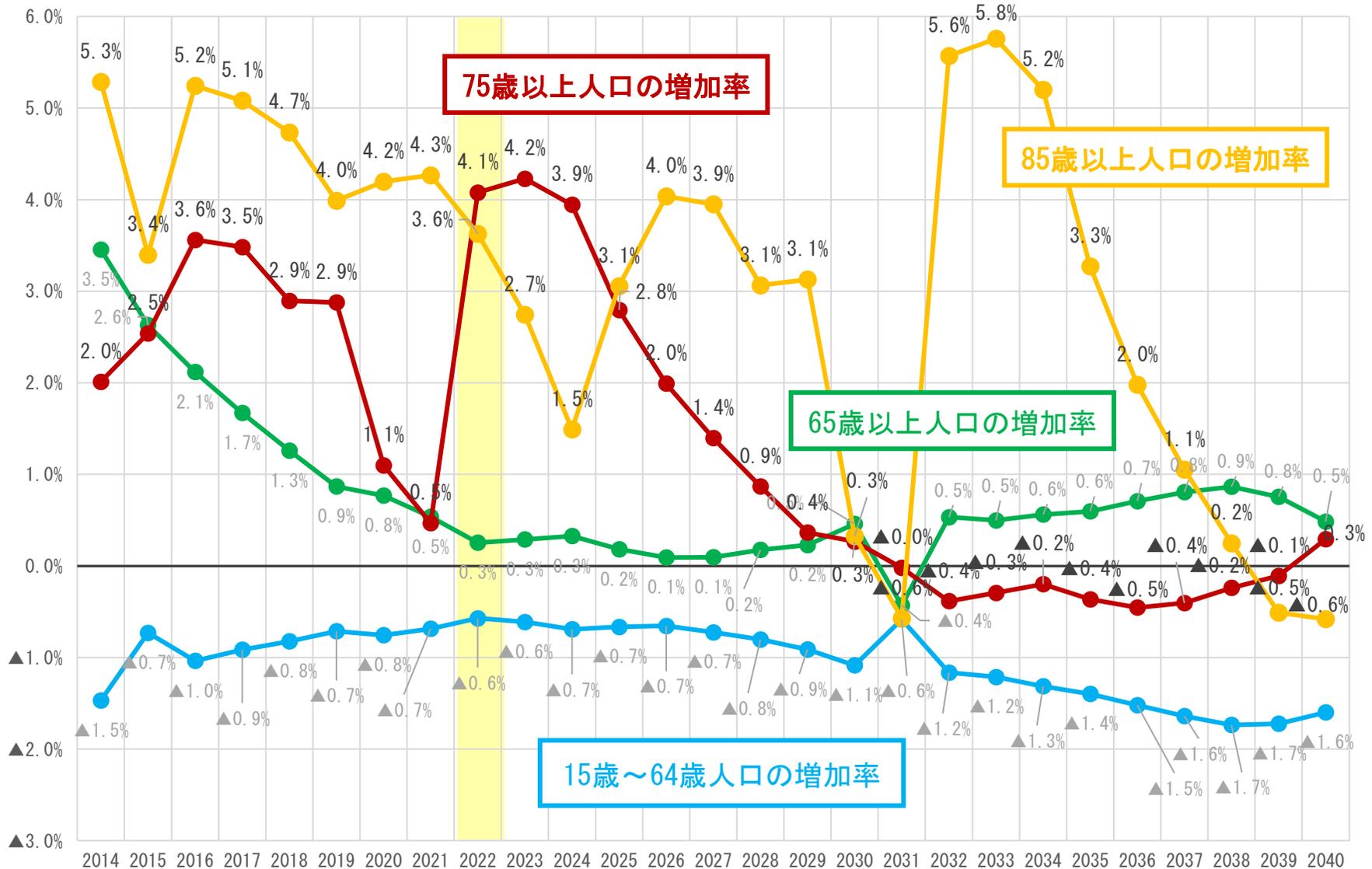
※ 令和元年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～令和元年度の医療費等の状況～(令和4年1月))。

令和2年度及び令和3年度は確定賦課ベース、令和4年度及び令和5年度は概算賦課ベース。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移

○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し

- 現役世代の保険料負担の上昇を抑制するため、後期高齢者の患者負担割合への一定の所得がある方への2割負担の導入については、**令和4年10月1日**から施行する。

[① 2割負担の所得基準]

- **課税所得が28万円以上かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が200万円以上**(※)の方が2割負担の対象

※ 単身世帯の場合。複数世帯の場合は、320万円以上。

※ 対象者は約370万人。被保険者全体(約1,815万人)に占める割合は、20%。

[② 配慮措置]

- **長期頻回受診患者等への配慮措置**として、2割負担への変更により影響が大きい**外来患者**について、施行後**3年間**、ひとつき分の1割負担の場合と比べた負担増を、最大でも**3,000円に抑える措置**を導入。
- 2割負担となる方で、高額療養費の口座が登録されていない方には、**施行に際して各都道府県の広域連合や市区町村から申請書を郵送**。

※ 同一の医療機関での受診については、現物給付化(上限額以上窓口で支払わなくてよい取扱い)。

※ 別の医療機関や調剤薬局、同一の医療機関であっても医科・歯科別の場合は現物給付の対象とならないが、申請によりこれらを合算したひとつき当たりの負担増加額は最大でも3,000円となり、超える分は4か月後を目処に、高額療養費として、事前に登録されている口座へ後日償還される。



※住民税非課税世帯の方は基本的に1割負担となります。

(参考) 財政影響 (※令和4年10月1日施行ベース。括弧内は満年度ベース。)

給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減)	公費		
			国費	地方費	
▲790億円 (▲1,880億円)	▲300億円 (▲720億円)	▲80億円 (▲180億円)	▲410億円※ (▲980億円)	▲260億円 (▲630億円)	▲150億円 (▲350億円)

※ 国保からの後期高齢者支援金に公費が含まれるため、後期高齢者支援金に係る公費を合わせると▲440億円(うち、国費▲290億円、地方費▲160億円)。

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、現役並み所得者以外の一定所得以上の者は2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。
- （※）令和4年10月1日から施行。

	一般所得者等	一定以上所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	2割負担	3割負担
70歳	2割負担		3割負担
6歳 (義務教育就学後)	3割負担		
	2割負担		

4
-2

令和 5 年度の制度改革 ～前通常国会で改正法成立～

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

（全世代型社会保障の構築）

全世代型社会保障は、「成長と分配の好循環」を実現するためにも、給付と負担のバランスを確保しつつ、若年期、壮中年期及び高齢期のそれぞれの世代で安心できるよう構築する必要がある。そのために、社会保険を始めとする共助について、包摂的で中立的な仕組みとし、制度による分断や格差、就労の歪みが生じないようにする。これにより、我が国の中間層を支え、その厚みを増すことに寄与する。給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、能力に応じて皆が支え合うことを基本としながら、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障をバランスよく確保する。その際、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、後期高齢者医療制度の保険料賦課限度額の引上げを含む保険料負担の在り方等各種保険制度における負担能力に応じた負担の在り方等※1の総合的な検討を進める。全世代型社会保障の構築に向けて、世代間の対立に陥ることなく、全世代にわたって広く基本的な考え方を共有し、国民的な議論を進めていく。

※1 これまでの経済財政運営と改革の基本方針や新経済・財政再生計画改革工程表に掲げられた医療・介護等に関する事項を含む。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

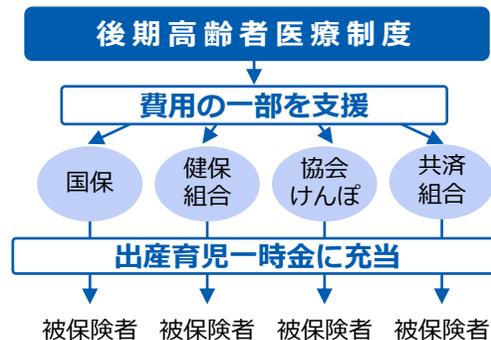
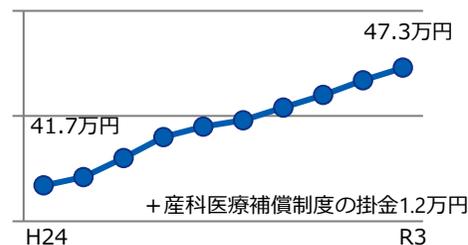
医療保険制度改革の主要事項

I. 出産育児一時金の引き上げ

- 出産育児一時金について、費用の見える化を行いつつ、大幅に増額（42万円→50万円/令和5年4月）
- **後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入し、子育てを全世代で支援**
※高齢者医療制度創設前は、全ての世代で出産育児一時金を含め子ども関連の医療費を負担

《出産費用（正常分娩）の推移》

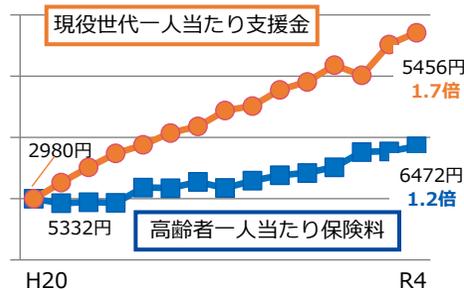
※民間医療機関を含めた全施設の平均



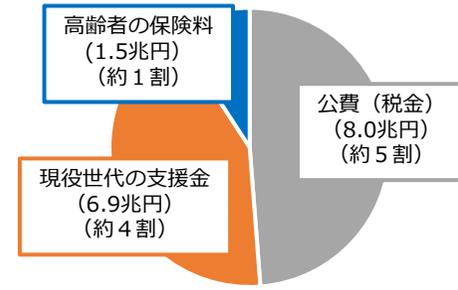
II. 高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う仕組み

- 現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者医療における**高齢者の保険料負担割合を見直し**
 - ▶ 制度創設時と比べ、現役世代の支援金は1.7倍、高齢者の保険料は1.2倍の伸びとなっており、**高齢者の保険料と現役世代の支援金の伸びが同じになるよう見直し**。
 - ▶ 高齢者世代の保険料について、低所得層の負担増に配慮し、賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げる形で負担能力に応じた負担としつつ、激変緩和措置を講ずる。

《一人当たり保険料・支援金の推移（月額）》



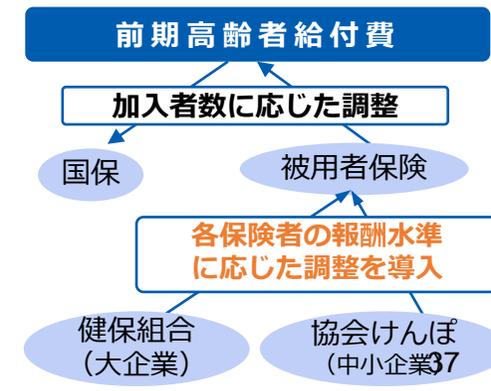
《後期高齢者医療の財源》



III. 被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化

- 前期高齢者の給付費の調整において、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、「報酬水準に応じた調整」を導入
※被用者保険者間の保険料率の格差が拡大。協会けんぽ（10%）以上の保険者が2割超。
- あわせて、現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに国費による更なる支援を実施

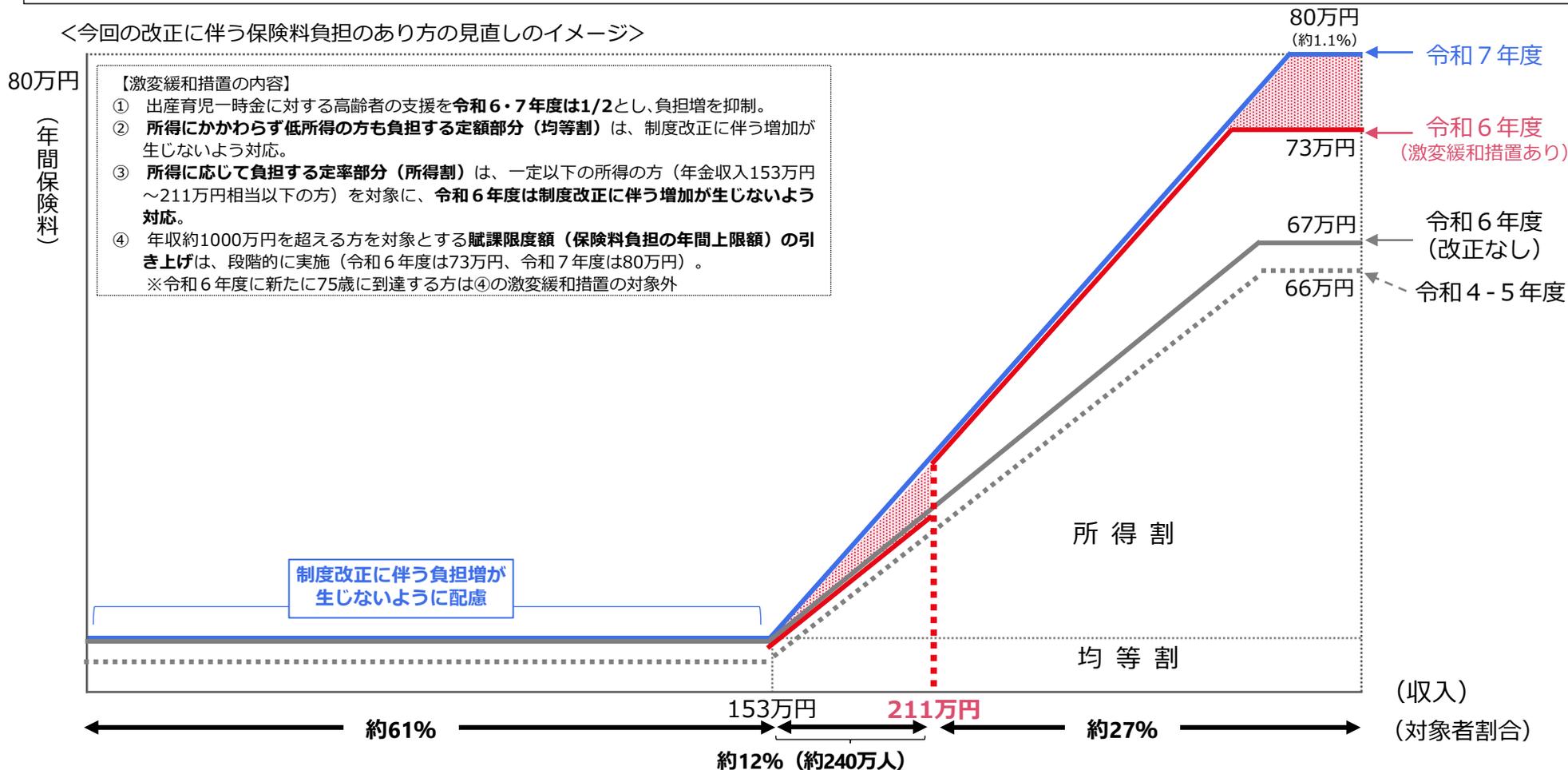
《健康保険組合の保険料率の分布（R3）》



負担能力に応じた後期高齢者の保険料負担の見直し

- 後期高齢者医療における保険料は、高齢化等による医療費の増加を反映して、2年に1度、引き上げ。
- 今回の制度改正による、令和6年度からの新たな負担に関しては、
 - ・ 約6割の方（年金収入153万円相当以下の方）については、制度改正に伴う負担の増加が生じないようにするとともに、
 - ・ さらに約12%の方（年金収入211万円相当以下の方）についても、令和6年度は制度改正に伴う負担の増加が生じないように対応。

<今回の改正に伴う保険料負担のあり方の見直しのイメージ>



(※) 対象者割合（対象者数）は後期高齢者被保険者実態調査特別集計等に基づく推計値

後期高齢者 1 人当たり保険料額（2 年間）への影響（収入別）

- 今回の見直しに伴う後期高齢者一人当たり保険料額（2 年間）への影響を収入別に試算したものの。

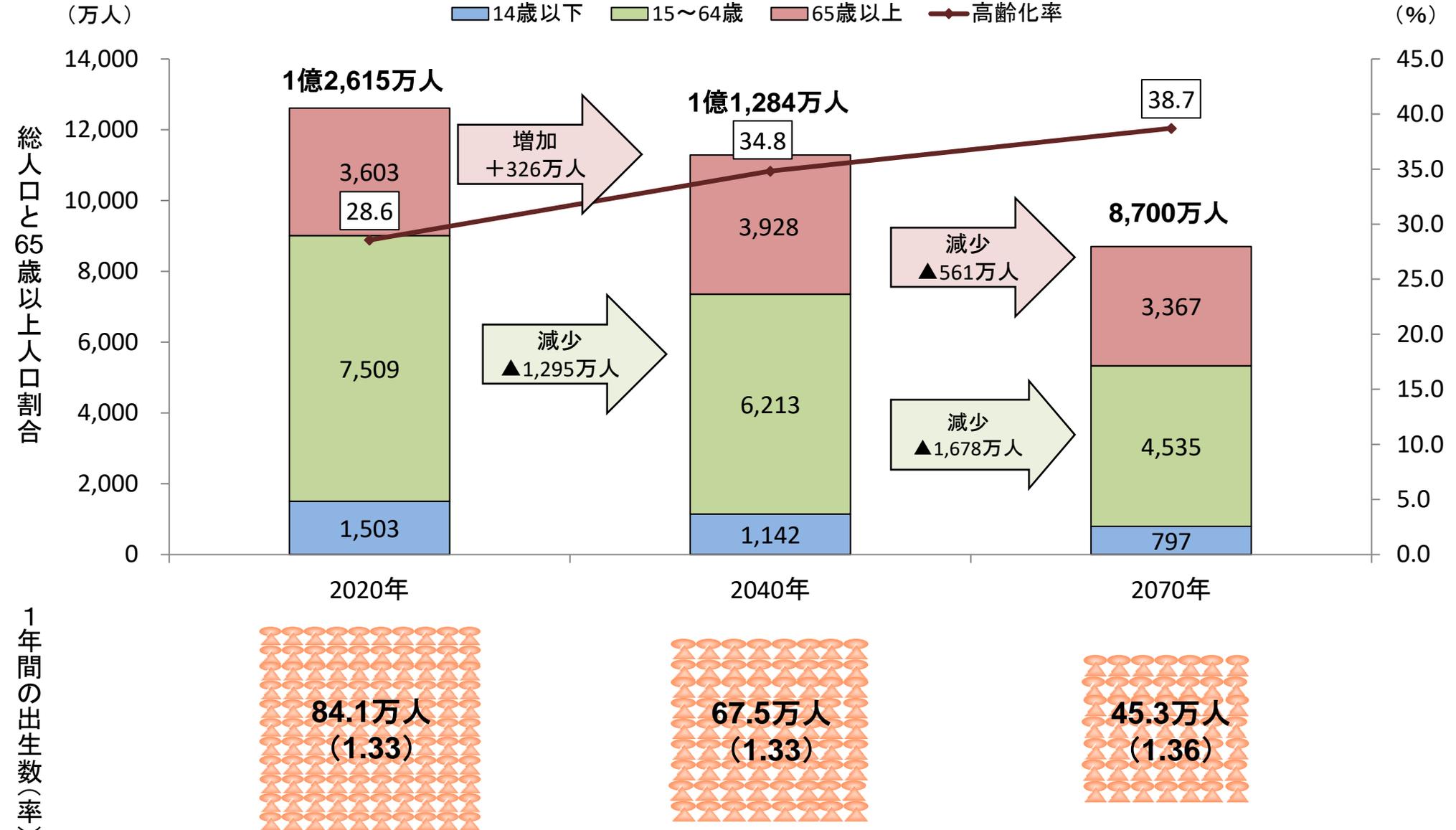
		賦課限度額 <超過割合> <到達収入>	均等割額	所得割率	保険料額 [] : 月額									
					後期1人当たり平均		年収80万円		年収200万円		年収400万円		年収1,100万円	
						増加額		増加額		増加額		増加額		増加額
改正なし	令和6・7年度	67万円 <1.30%> <976万円>	50,500円	9.87%	82,000円 [6,830円]		15,100円 [1,260円]		86,800円 [7,230円]		217,300円 [18,110円]		670,000円 [55,830円]	
改正後	令和6年度	73万円 <1.28%> <984万円>	50,500円	10.70%	86,100円 [7,170円]	+4,100円 [+340円]	15,100円 [1,260円]	制度改正 影響なし	86,800円 [7,230円]	制度改正 影響なし	231,300円 [19,270円]	+14,000円 [+1,170円]	730,000円 [60,830円]	+60,000円 [+5,000円]
	令和7年度	80万円 <1.13%> <1,049万円>			87,200円 [7,270円]	+1,100円 [+90円]	15,100円 [1,260円]	制度改正 影響なし	90,700円 [7,560円]	+3,900円 [+330円]	231,300円 [19,270円]	制度改正 影響なし	800,000円 [66,670円]	+70,000円 [+5,830円]
(参考)	令和4・5年度	66万円 <1.29%> <1,004万円>	47,800円	9.34%	77,700円 [6,470円]		14,300円 [1,190円]		82,100円 [6,840円]		205,600円 [17,140円]		660,000円 [55,000円]	

※増加額 ・改正後（令和6年度）
 ・改正後（令和7年度）
 ……制度改正に伴うR6における保険料負担の増加
 ……前年度からのR7における保険料負担の増加

今後の検討課題



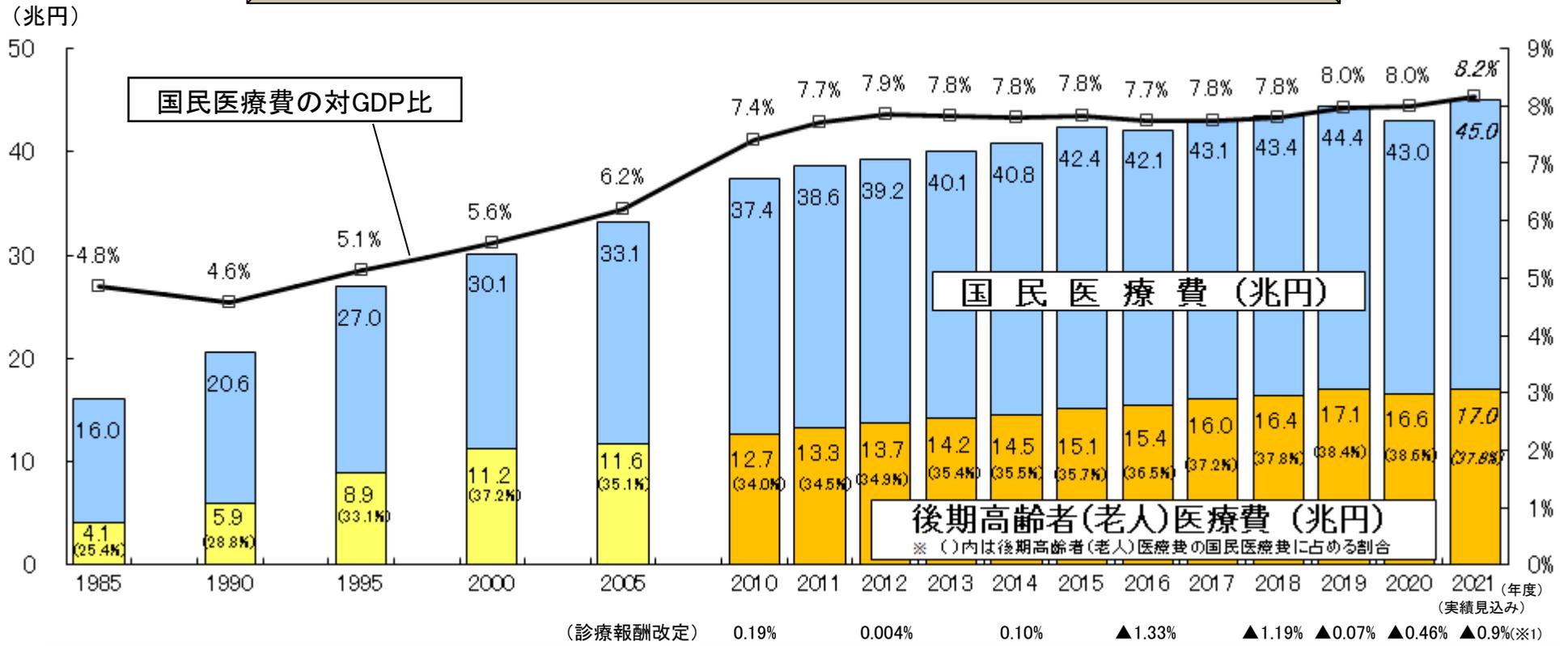
今後の人口構造の急速な変化



(出所) 2020年の人口は総務省「国勢調査」、出生数は厚生労働省「人口動態統計」

2040年及び2070年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)、出生数は日本人。

医療費の動向



- (主な制度改正) 2000年以降
- ・介護保険制度施行 (2000)
 - ・高齢者1割負担導入 (2000)
 - ・高齢者1割負担徹底 (2002)
 - ・老人医療の対象年齢5年間で段階的引上げ (2002~2007)
 - ・被用者本人3割負担等 (2003)
 - ・現役並み所得高齢者3割負担等 (2006)
 - ・未就学児2割負担 (2008)
 - ・70-74歳2割負担(※2) (2014)

<対前年度伸び率>

(%)

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.6
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	2.7
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.2	0.0	▲3.5	2.4

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 後期高齢者(老人)医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。

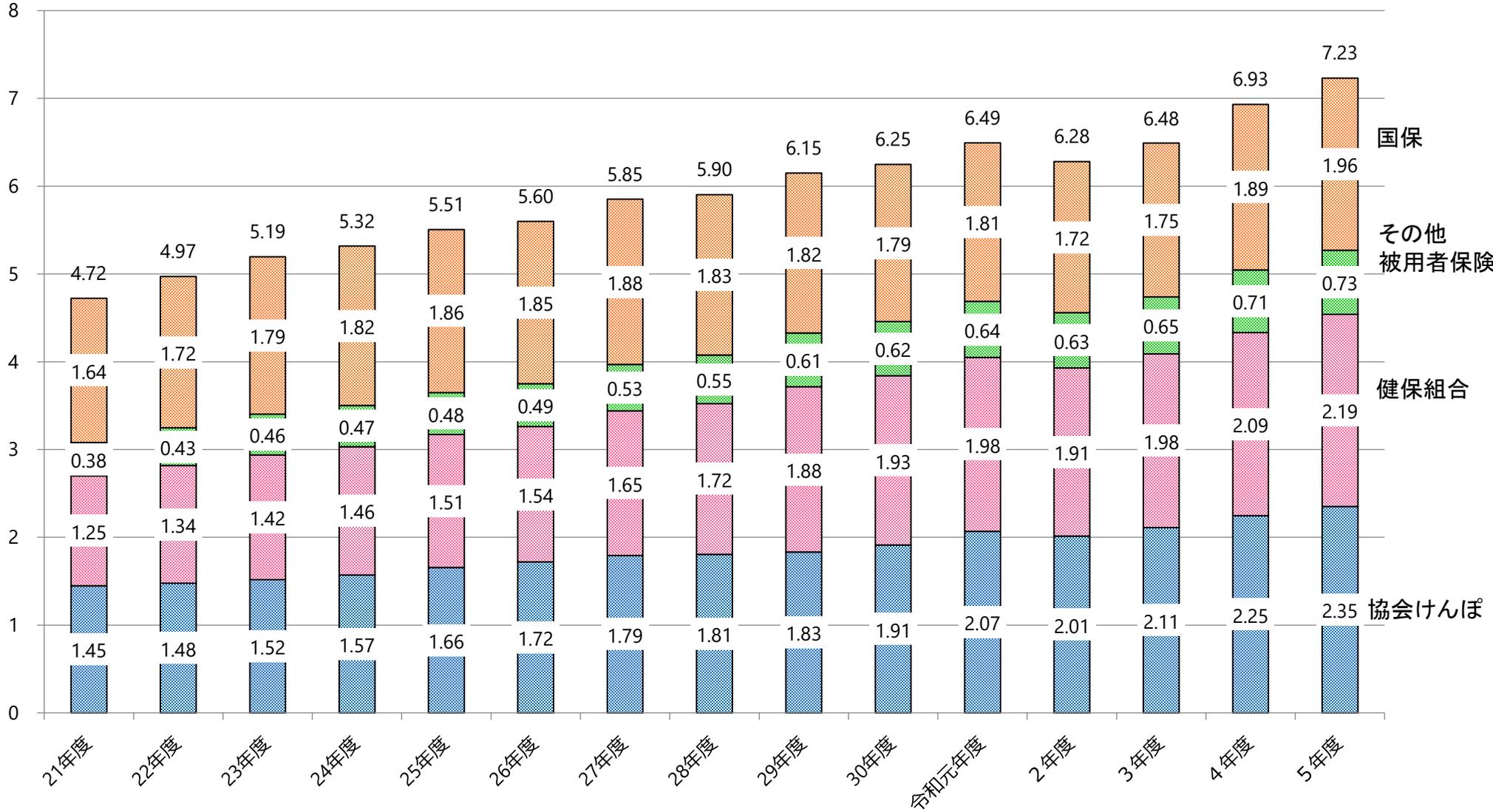
注3 2021年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費、以下同じ。)は実績見込みである。2021年度分は、2020年度の国民医療費に2021年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※1)2021年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

(※2)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。

後期高齢者支援金の推移

(兆円)



※ 令和元年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～令和元年度の医療費等の状況～(令和4年1月))。

令和2年度及び令和3年度は確定賦課ベース、令和4年度及び令和5年度は概算賦課ベース。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

改正法の検討規定

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）

（検討）

第二条 政府は、この法律の公布後、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、経済社会情勢の変化と社会の要請に対応し、**受益と負担の均衡がとれた社会保障制度の確立を図るための更なる改革について速やかに検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。**

2 政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後のそれぞれの法律（以下この項において「改正後の各法律」という。）の施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、改正後の各法律の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

(参考) 骨太方針・改革工程表2022におけるその他の検討事項について

現役並み所得 の判断基準の 見直し

- 後期高齢者の窓口負担割合は、現役並み所得を有する方は3割とされており、現役並み所得の判断基準については、改革工程表等において、現役との均衡の観点から、見直しを検討することとされている。
- 現役並み所得の判断基準の見直しについては、以下の理由から、引き続き検討することとしてはどうか。
 - 窓口負担割合の見直し（一定以上所得のある方への2割負担の導入）が令和4年10月に施行されたところであり、施行の状況等を注視する必要があること
 - 現役並み所得者への医療給付費については公費負担がないため、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することに留意する必要があること

負担への金融 資産・所得の 反映の在り方

- 医療保険制度における負担は、市町村民税の課税所得等に応じて決定。能力に応じた負担を求める観点から、これに加えて金融資産を勘案することについては、例えば、以下の課題。
 - 預貯金口座への付番は開始しているものの、全ての預貯金口座に付番はなされておらず、また、負債を把握することも困難。
 - そのため、仮に介護保険の補足給付（※）と同様に資産要件を勘案することとした場合、保険者等は、相応の事務負担を要することとなる。
 - これに加えて、介護保険の補足給付が、低所得者向けに食費、居住費を福祉的に給付する仕組みであることを踏まえ、医療保険において金融資産等の保有状況を反映することの理屈をどのように整理するのか。※ 介護保険においては、低所得者向けに食費・居住費を福祉的に給付する「補足給付」に資産要件を設けており、各保険者（市区町村）が、自己申告ベースで通帳の写しを確認するか、本人同意を得た上で、金融機関に対して照会することにより、申請者等の預貯金の状況を把握している。また、食費・居住費に係る負担限度額認定の対象となっている者は、全国で約120万人（令和2年度年介護保険事業状況報告）
- また、令和3年の改正法の審議において、株や債券などの譲渡、配当、利子所得において、源泉徴収で課税関係を終了させ、確定申告を行わないものについては、市町村民税の課税所得等に勘案されないことについて、不公平との指摘（確定申告を行った場合には、課税所得等に勘案される）。公平性の観点から重要な指摘である一方で、どのようにこうした金融所得の情報を把握するかなどの課題がある。
- こうした課題や、金融所得に対する税制の在り方等も踏えつつ、引き続き検討することとしてはどうか。

広域連合による事務処理が 行われている 後期高齢者 医療制度の 在り方の検討

- 骨太方針において「中長期的課題として、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方（略）の検討を深める」こととされている。財政制度等審議会においては、医療費適正化計画の策定や地域医療構想の推進等の医療提供体制の整備の主体と財政運営の責任主体が切り離され、ガバナンスが相対的に曖昧との指摘。
- 他方で、現在都道府県単位の保険料水準統一に取り組んでいる国民健康保険と違い、後期高齢者医療では、広域連合が保険料を設定し、都道府県内で保険料水準は統一。また、広域連合には、令和4年10月からの窓口負担割合の見直しに当たっても、配慮措置を含め、円滑な施行に取り組んでいただいている状況であり、こうした事務処理を着実に進め、安定的な事務運営を達成することが必要。
- こうした状況を踏まえつつ、地方公共団体の意見を十分に踏まえながら、引き続き中長期的な課題として検討を深めていくこととしてはどうか。

(参考) 現役並み所得の判断基準について

現役並み所得区分の判定基準

- ① 国保・後期高齢者医療制度加入者の場合は、**課税所得145万円以上** かつ、
- ② **収入額の合計が単身383万円以上、世帯520万円以上**

区 分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
現役並み所得	課税所得145万円以上 年収単身約383万円以上、複数約520万円以上	3割	収入に応じて80,100～252,600円 + (医療費 - 267,000～842,000円) × 1% <多数回該当：44,400円～140,100円>	
一定以上所得	課税所得28万円以上 年金収入 + その他の合計所得金額が 単身約200万円以上、複数320万円以上	2割	18,000円 〔年14.4万円〕 負担増加額3,000円以内 (令和4年10月～令和7年9月)	
一般	課税所得28万円未満 住民税が課税されている世帯で「一定以上所得」以外	1割	18,000円 〔年14.4万円〕	57,600円 <多数回該当：44,400円>
低所得Ⅱ	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下			15,000円

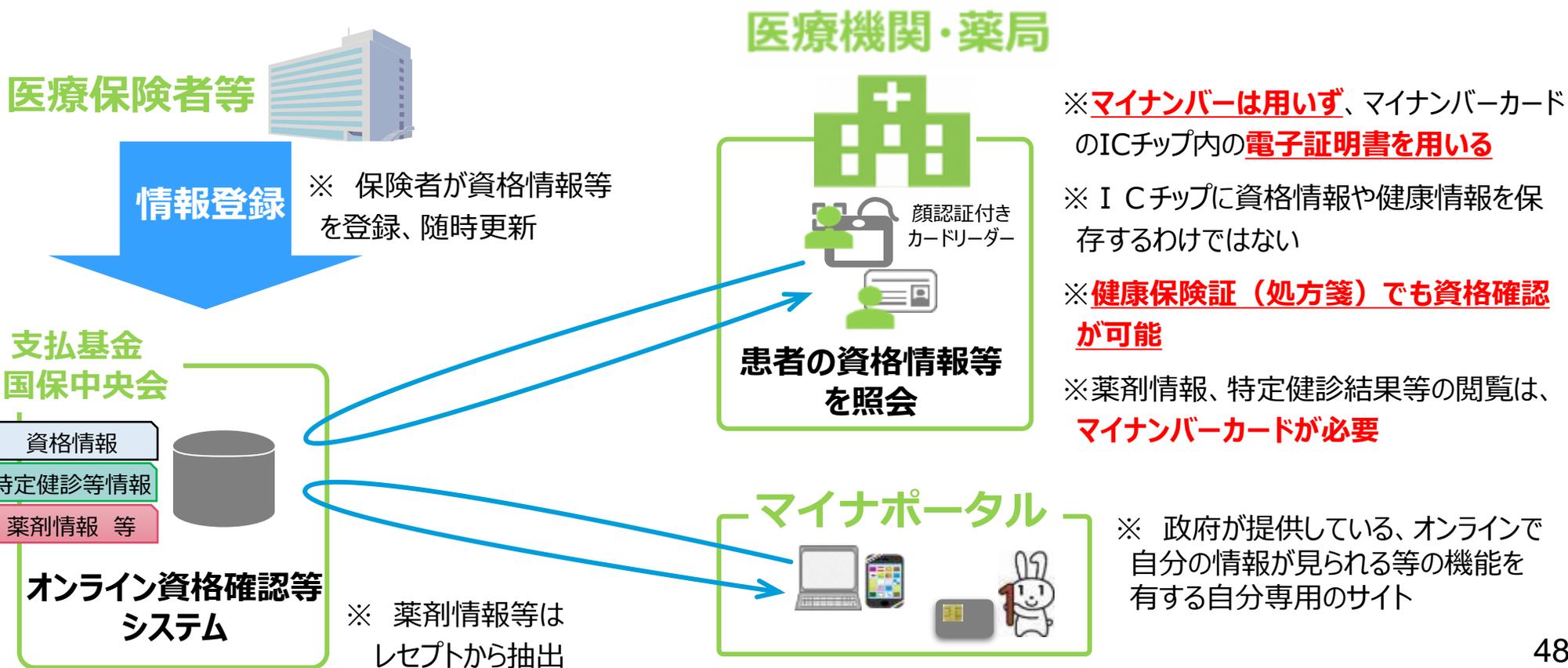
→ 現役並み所得を有する後期高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。

最近の課題

マイナンバーカードと保険証の一体化

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

- ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。
- ② マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において薬剤情報や特定健診等の情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を受けられる環境に**。（マイナポータルでの閲覧も可能）



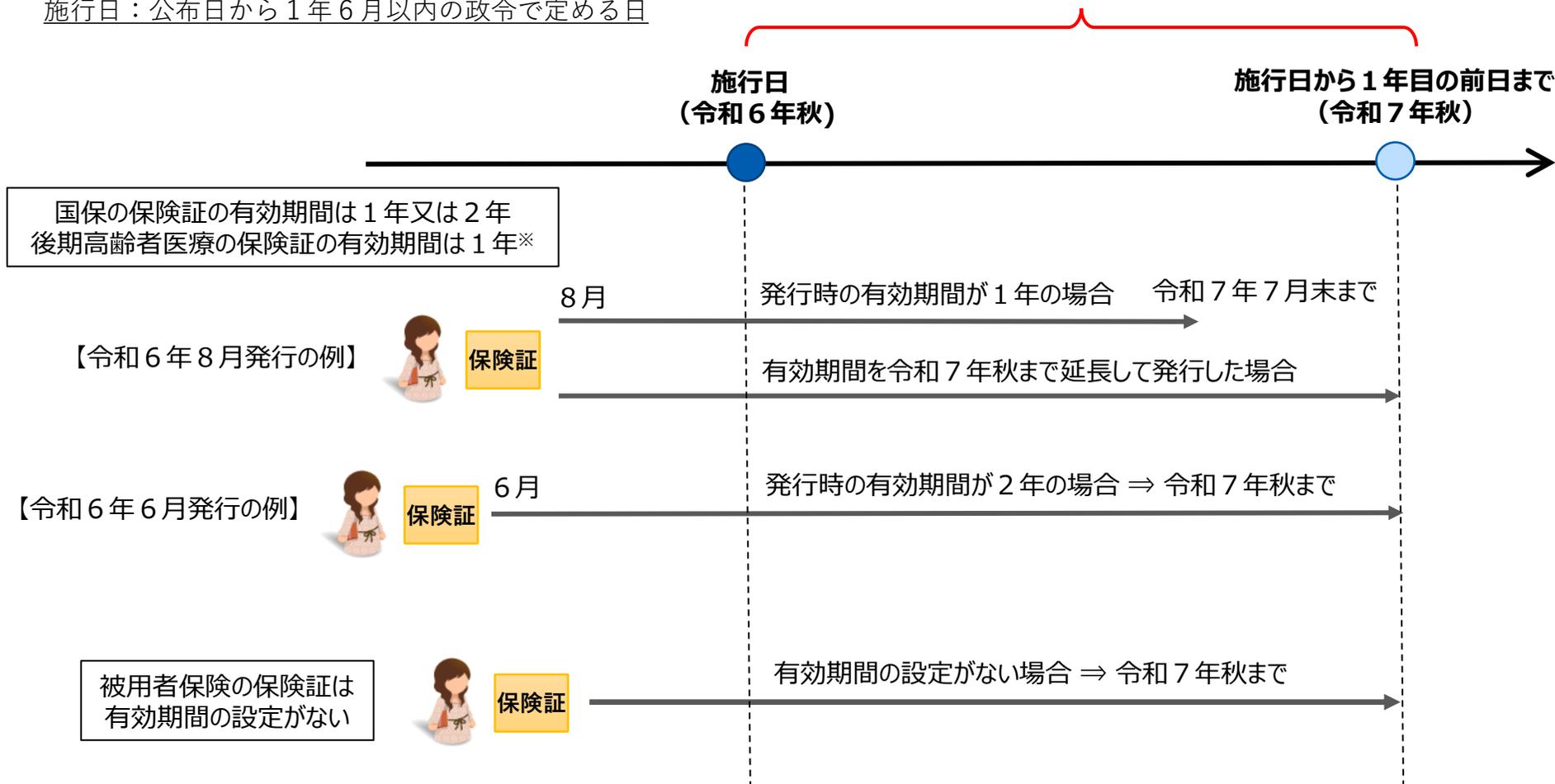
参考：発行済の健康保険証の取扱いについて マイナンバー法等の一部改正法

○ 発行済みの健康保険証については、健康保険証廃止後、1年間（有効期間が先に到来する場合は有効期間までの間）、有効とみなす経過措置を設けている。

公布日：令和5年6月9日

施行日：公布日から1年6月以内の政令で定める日

廃止から最長1年間有効



(注) 短期被保険者証、被保険者資格証明書も同様とする

施行日以降は、新たに保険証を発行することはできない

※一部の後期高齢者医療広域連合では、2年

令和6年秋の健康保険証廃止以降の資格確認書の取扱い

- 当分の間、マイナ保険証を保有していない方全てに資格確認書を申請によらず交付
⇒ 加入者全員にマイナ保険証又は資格確認書を交付
- 資格確認書の有効期間は5年以内で保険者が設定（更新あり）

< 従前の方針案と課題 >

< 対応案 >

対象者・交付方法

- 原則、本人の申請に基づき交付
※現在は、加入者全員に保険証を交付
- 要介護高齢者、障害者等の要配慮者が支援者による支援を受けて受診する際、マイナ保険証での受診が難しい場合がある



- 当分の間、**マイナ保険証を保有していない方全てに申請によらず交付**
⇒**加入者全員にマイナ保険証又は資格確認書**を交付
- マイナ保険証を保有していても申請により資格確認書が交付された要配慮者について、継続的に必要と見込まれる場合には、更新時に申請によらず交付
- 一度登録した後も、マイナ保険証の利用登録の**解除を可能**とし、資格確認書を交付

有効期間等

- 1年間を上限
 - ・保険者の実務への影響大（現行の保険証）
被用者保険：原則有効期間なし
地域保険：2年の保険者もあり
 - ・被保険者の更新手続き負担大
（要介護高齢者、障害者含め毎年手続発生）



- 現行の保険証の発行実務等（被用者保険の平均加入期間等）を踏まえつつ、不正使用等を防止
⇒ **5年以内**で保険者が設定（更新あり）
- 様式も、現行の実務・システムを活用
⇒ サイズ：カード型（はがき型を含む）
材質：紙、プラスチック

1. 新規の誤り事案の発生を防止

(1) 新規登録データの正確性確保

- 資格取得の届出における被保険者の個人番号等の記載義務を法令上明確化【省令改正:6/1施行】
- やむを得ず保険者がJ-LIS照会して加入者の個人番号を取得する場合には、必ず5情報（漢字氏名、カナ氏名、生年月日、性別、住所）により照会を行うこと明確化【通知改正:6/1施行】

(2) 新規登録データの全件チェック

- 新規登録時に全件J-LIS照会を実施【システム改修を行い、来年度から実施予定】

2. 登録済みデータの点検

(3) 全保険者による点検

- 全保険者に対し、漢字氏名や住所を確認せずに、3情報一致により個人番号を取得するなど、加入者のデータ登録等を行う際の**本来の事務処理要領と異なる方法**で行ったことはなかったか**点検を要請**。該当する加入者情報がある場合には、J-LIS照会による5情報の一致等の確認を行うこととし、**6月末までに作業状況の報告を、7月末までに作業結果の報告を**求める。

(4) 登録済みデータ全体のチェック

- 医療情報という特性も踏まえ、入念的に、(3)の点検対象外のものも含めた**登録済みデータ全体についてJ-LIS照会による確認を実施**。

登録データの正確性の確保（全件チェックの概要）

- J-LIS照会により取得した「生年月日、性別、カナ氏名・漢字氏名、住所」と医療保険のデータ（中間サーバ内のデータ）を突合。
- 被用者保険では、住民基本台帳上の情報によることを要件とせず、本人からの届出に基づいて加入者の登録を行っており、同一人物であっても、住民基本台帳上の情報との不一致が生じる場合がある。
- 不一致の内容に応じて、資格情報や医療情報の閲覧を一時的に停止。**保険者や事業主において既に確認済のものその他確認可能なものは点検した上で、必要に応じ、ご本人に確認**を求める。本人の情報であることが確認できた場合に、閲覧停止を解除。

医療保険のデータ （中間サーバ）

※登録内容のイメージ

個人番号	漢字氏名	カナ氏名	生年月日	性別	住所
*1111	厚労太郎	コウロウ タロウ	2001/01/06	男	東京都千代田区霞が関・・・
*2222	渡辺次郎	ワタベ ジロウ	1995/04/06	男	東京都新宿区・・・ (居所登録)
・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・

J-LIS（住基）のデータ

※登録内容のイメージ

個人番号	漢字氏名	カナ氏名	生年月日	性別	住所
*1111	厚労太郎	コウロウ タロウ	2001/01/06	男	東京都千代田区霞が関・・・
*2222	渡邊次郎	ワタベ ジロウ	1995/04/06	男	北海道札幌市西区 ・・・
・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・

個人番号で照会し、
氏名等の情報を突合
【1.6億件】
(過去情報含む)

不一致データを
確認

◎ 不一致の状況に応じて、資格情報や医療情報の閲覧を一時的に停止

保険者・事業主チェック

必要に応じ
本人への確認

◎ 誤登録でないケースが太宗

名前：外国籍者の表記方法、外字例) リシユン (Li Shun、李駿)
吉田 (吉田)

住所：居所登録、未登録、マンション・アパート名の表記