

議題1に関する参考資料

後期高齢者の窓口負担割合の在り方

後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

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)	外来と入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
			現役並み所得Ⅲ	課税所得690万円以上 年収約1,160万円以上
現役並み所得Ⅱ	課税所得380万円以上 年収約770万円以上	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% 〈多数回該当: 93,000円〉		
現役並み所得Ⅰ	課税所得145万円以上 年収約383万円以上	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数回該当: 44,400円〉		
小計: 約115万人 (約7%)				
一般	課税所得145万円未満 年収約155~383万円 (※2)(※3)	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	住民税非課税 年収約80~155万円		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ	住民税非課税 (所得がない者) 年収約80万円以下			15,000円
約900万人 (約53%)				
約385万人 (約23%)				
約300万人 (約18%)				

計: 約1700万人

※1 年収は単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。
 ※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 旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※4 「低所得Ⅰ」の所得のうち公的年金等に係る雑所得の金額は、公的年金等控除を「80万円」として計算する。
 ※5 人数は後期高齢者医療事業状況報告による(平成29年度実績ベース)。

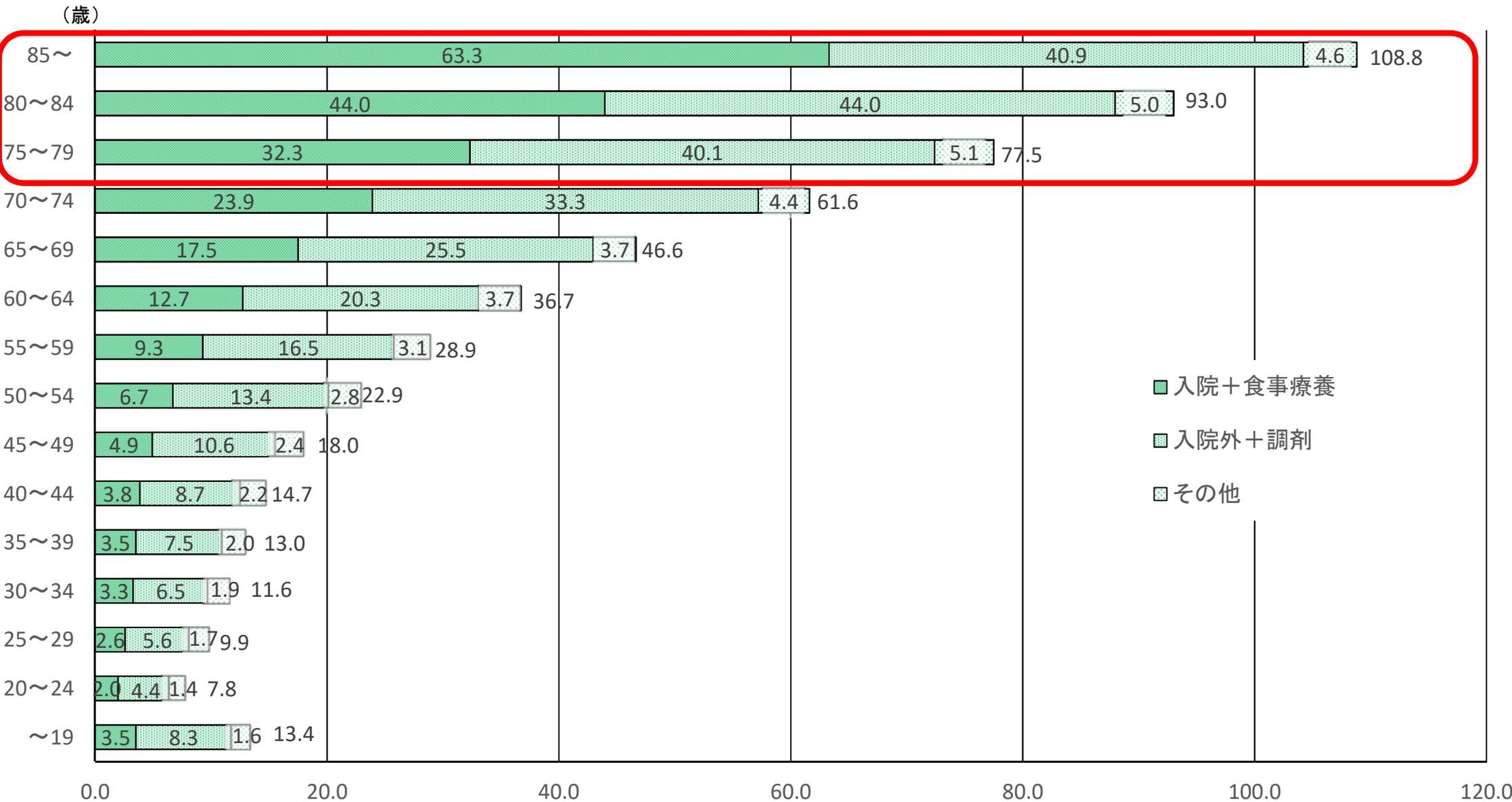
医療保険制度の患者一部負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～			
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度														後期高齢者 医療制度	
国保	3割	高齢者	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所 得者3割)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)									
	被用者本人									定額負担	2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに70歳に 達している者は1割 (平成26年4月以降70歳にな る者から2割)								
被用者家族		5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))	3割 薬剤一部負 担の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)									
	被用者本人			定額 →1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担	3割 (義務教育就学前2割)													
被用者家族	5割	若人	被用者家族	3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))														

- (注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
 ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
 ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

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。

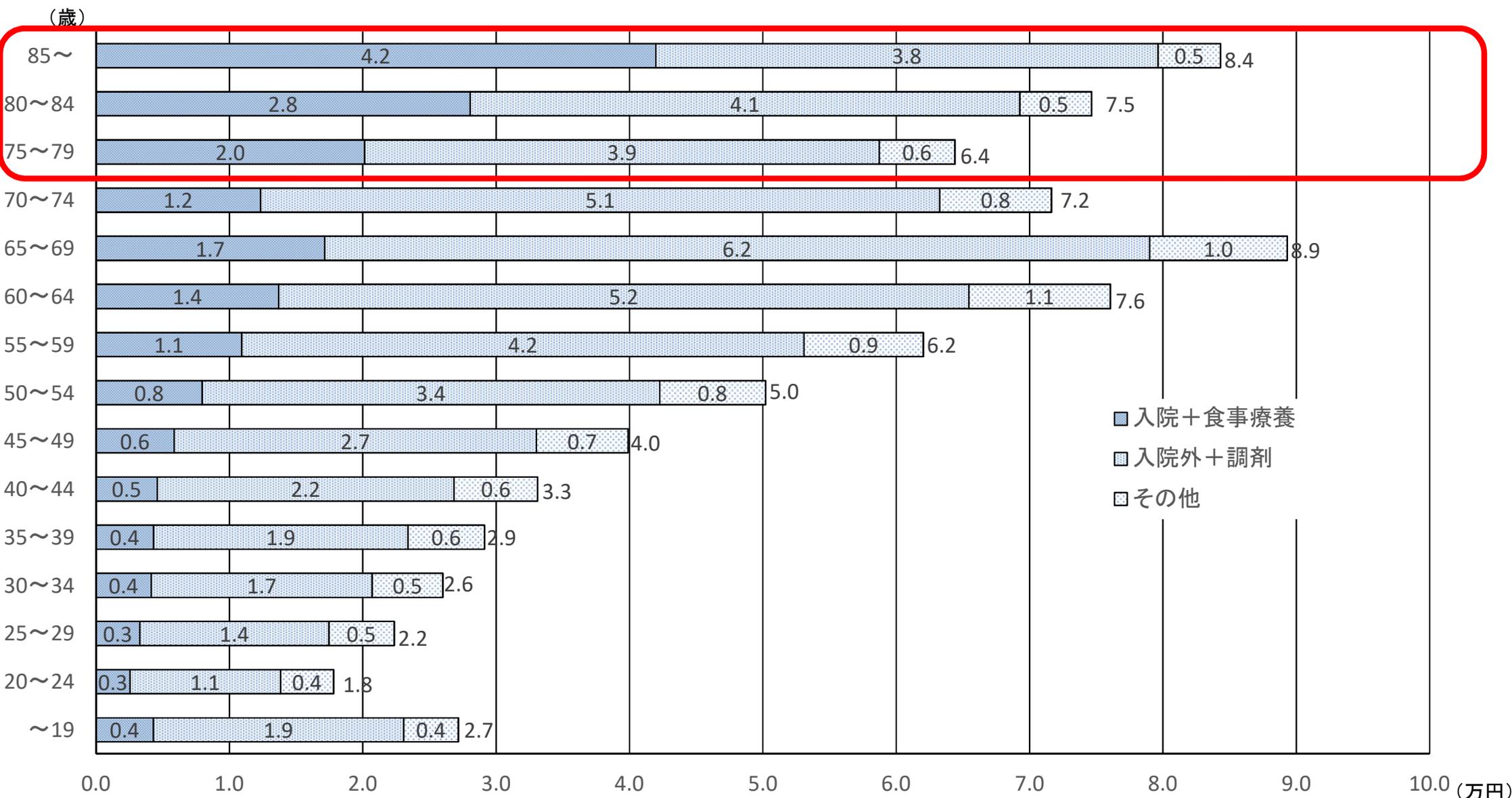


【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～
「その他」は歯科、療養費など

(万円)
4

年齢階級別の1人当たり窓口負担額

○ 高齢になるにつれて医療費が増加することから、80歳以降、窓口負担額は70～74歳以上に高くなる



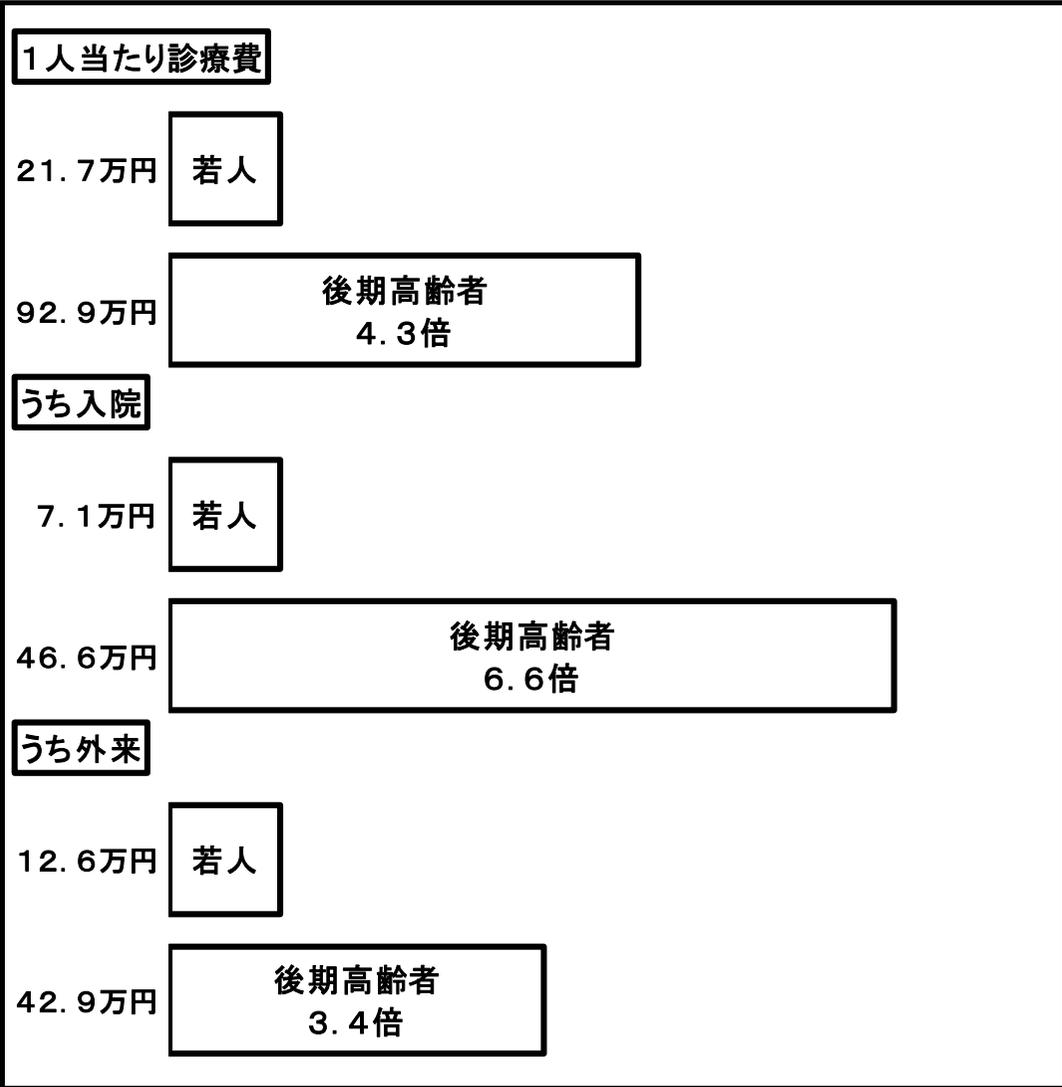
【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

「その他」は歯科、療養費など

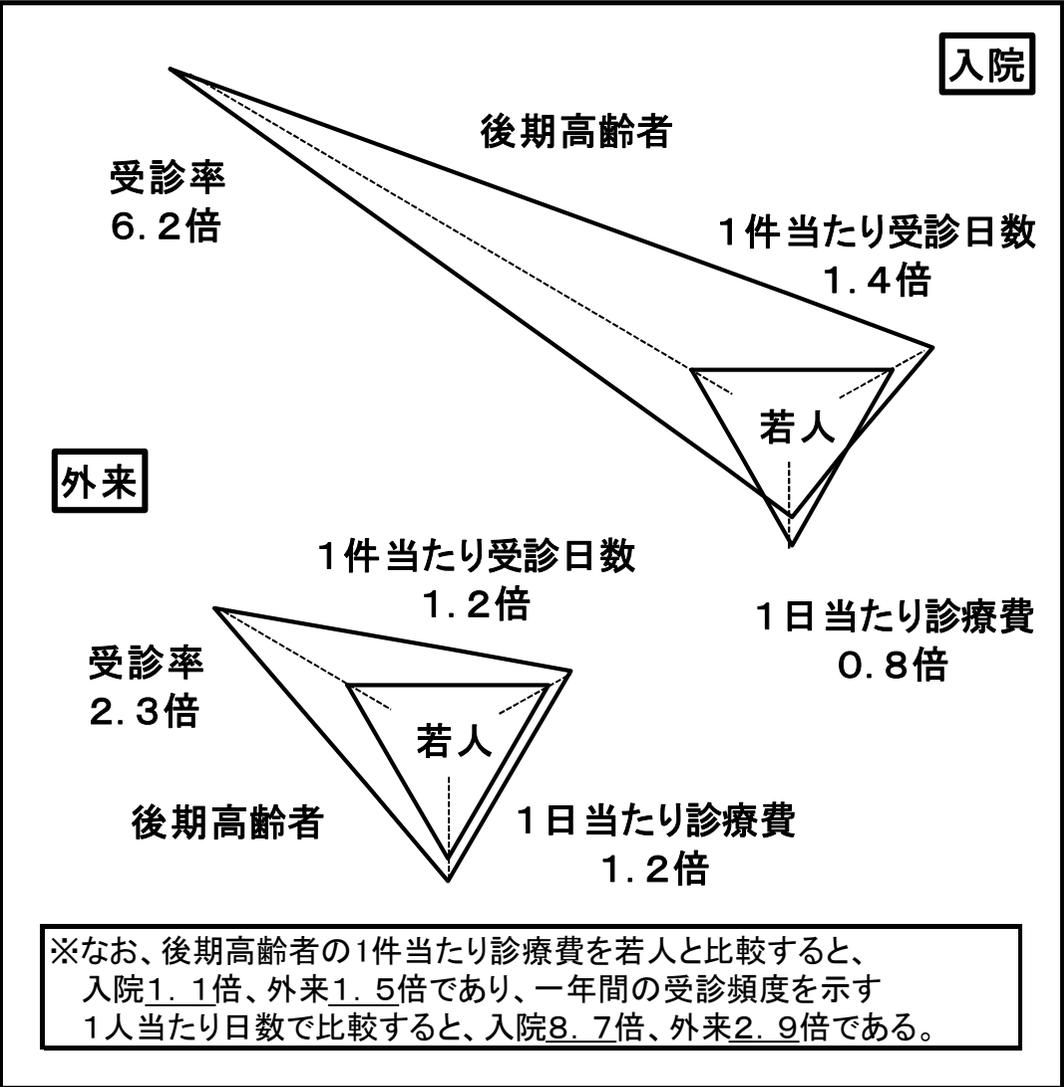
注) 窓口負担割合は、75歳以上は1割(現役並み所得者は3割)、70歳から74歳までの者は2割(現役並み所得者は3割)、70歳未満の者は3割。6歳(義務教育就学前)未満の者は2割。
 なお、70歳～74歳までの者の2割は、平成26年4月以降70歳となる者が対象であり、その他の者は1割。

後期高齢者医療費の特性

1人当たり診療費の若人との比較(平成29年度)



三要素の比較(平成29年度)



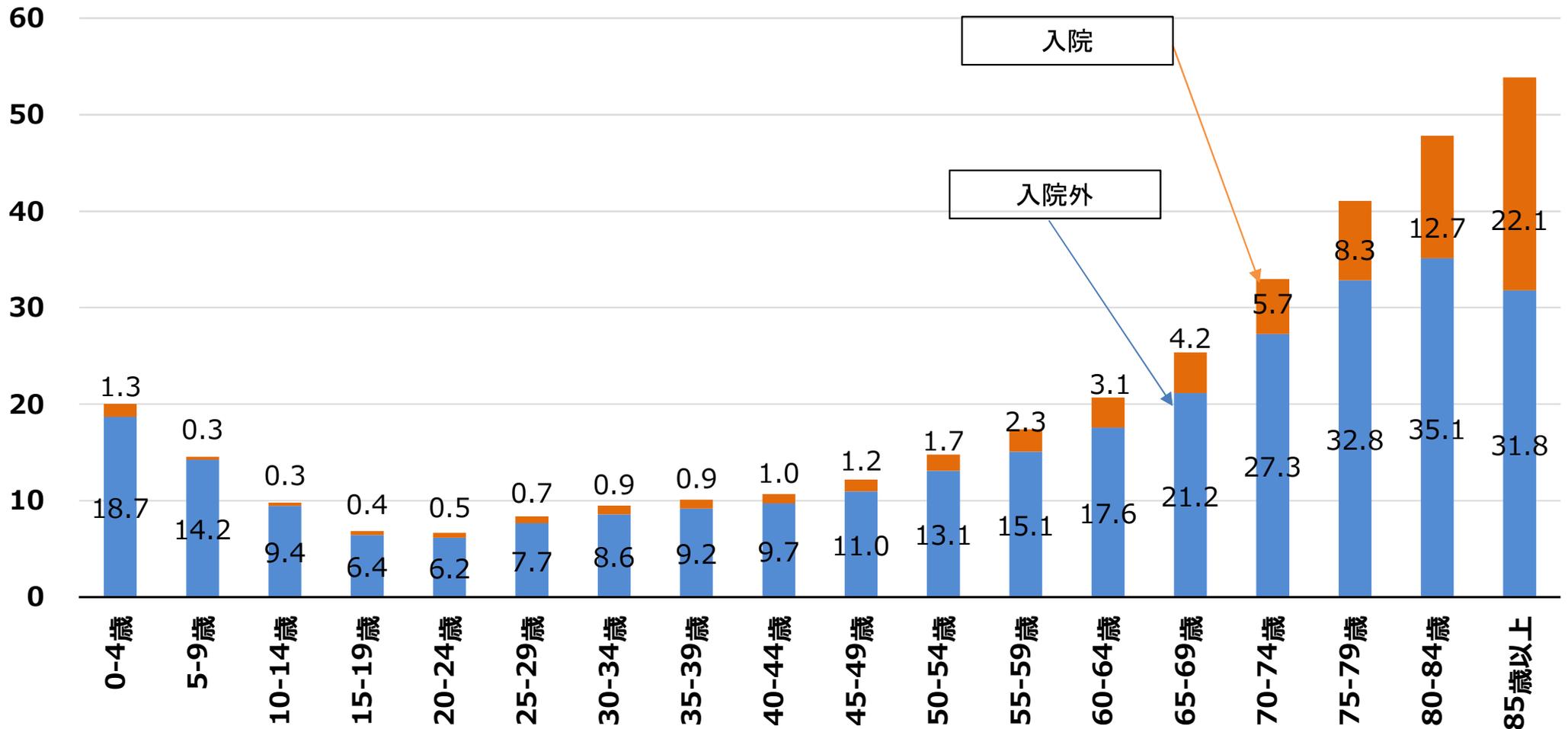
(注) 1. 後期高齢者とは後期高齢者医療制度の被保険者であり、若人とは後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者である。
 2. 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費(医科)を含んでおり、外来は、入院外(医科)及び調剤費用額の合計である。
 3. 後期高齢者の1人当たり医療費は94.5万円となっており、若人の1人当たり医療費22.1万円の4.3倍となっている。
 (資料)各制度の事業年報等を基に保険局調査課で作成。

年齢階級別 1 人当たり入院・受診日数

○ 1 人当たり日数は、高齢になるほど増加。

年齢階級別 1 人当たり日数 (医科・歯科、2017年度)

1 人当たり日数 (日)



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(2017年度)を基に作成。

※訪問診療、往診は基本的に「入院外」に計上されているが、往診の一部は「入院」に計上されている。

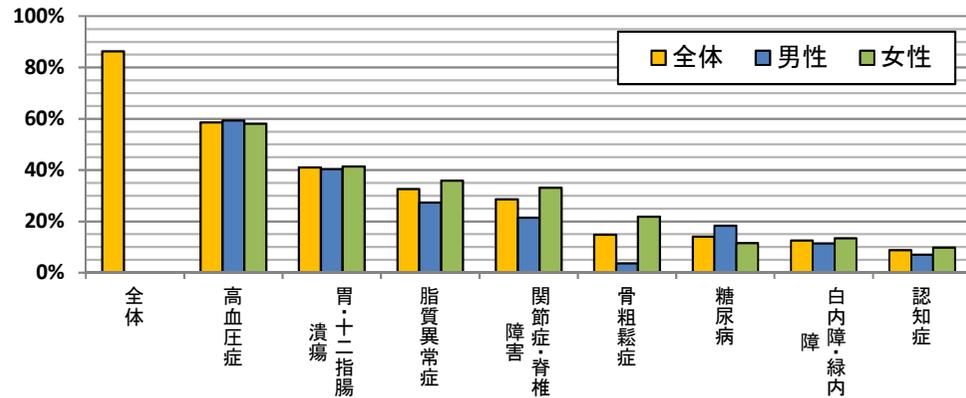
後期高齢者の疾患保有状況(慢性疾患)

- 後期高齢者の86%は、外来で何らかの慢性疾患を治療
- 後期高齢者の64%は、2種類以上の慢性疾患を治療

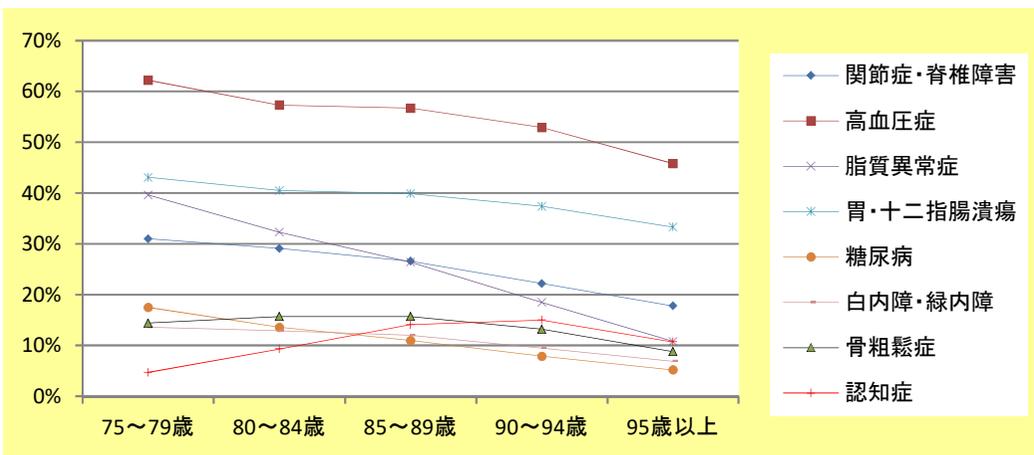
外来治療中の慢性疾患

- 疾患別治療患者の割合(有病率)

86%の後期高齢者は、いずれかの慢性疾患を治療している

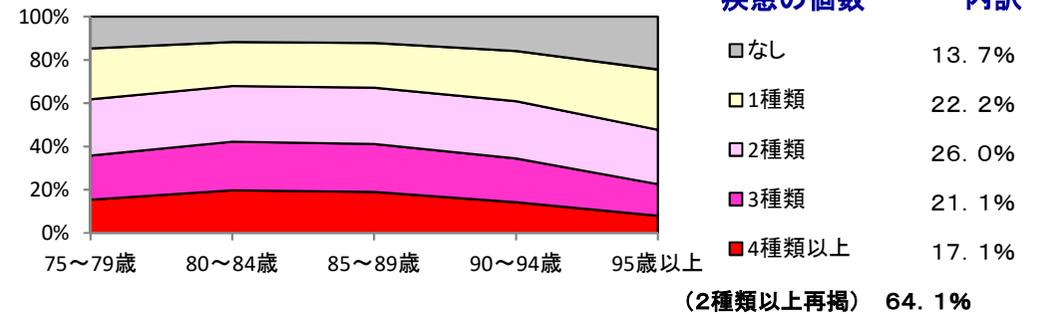


- 年齢階級別にみた有病率の違い
高齢になるほど認知症が増える



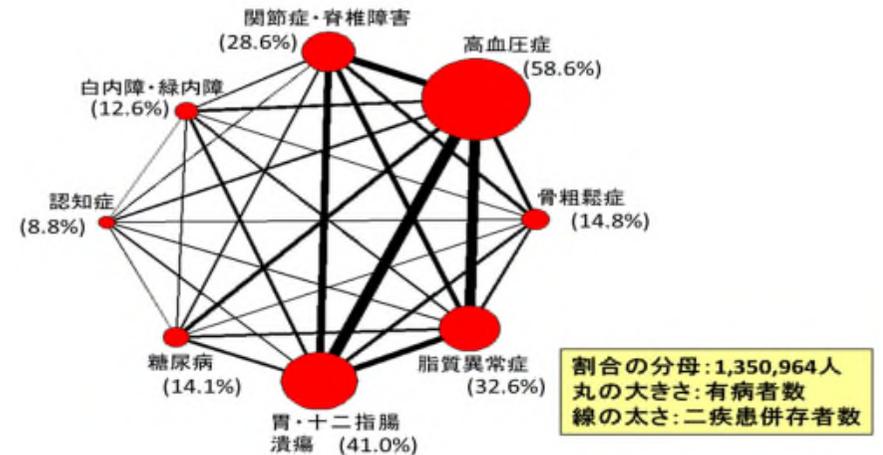
多病の状況

- 慢性疾患8種類の一人あたりの保有個数の内訳
慢性疾患を2種類以上抱える者は80歳代で最も多く、その後は減少する



- 疾患併存の頻度(ネットワーク分析)

内科系疾患(高血圧症・脂質異常症・胃・十二指腸潰瘍)の他、筋骨格系疾患の併存も多い

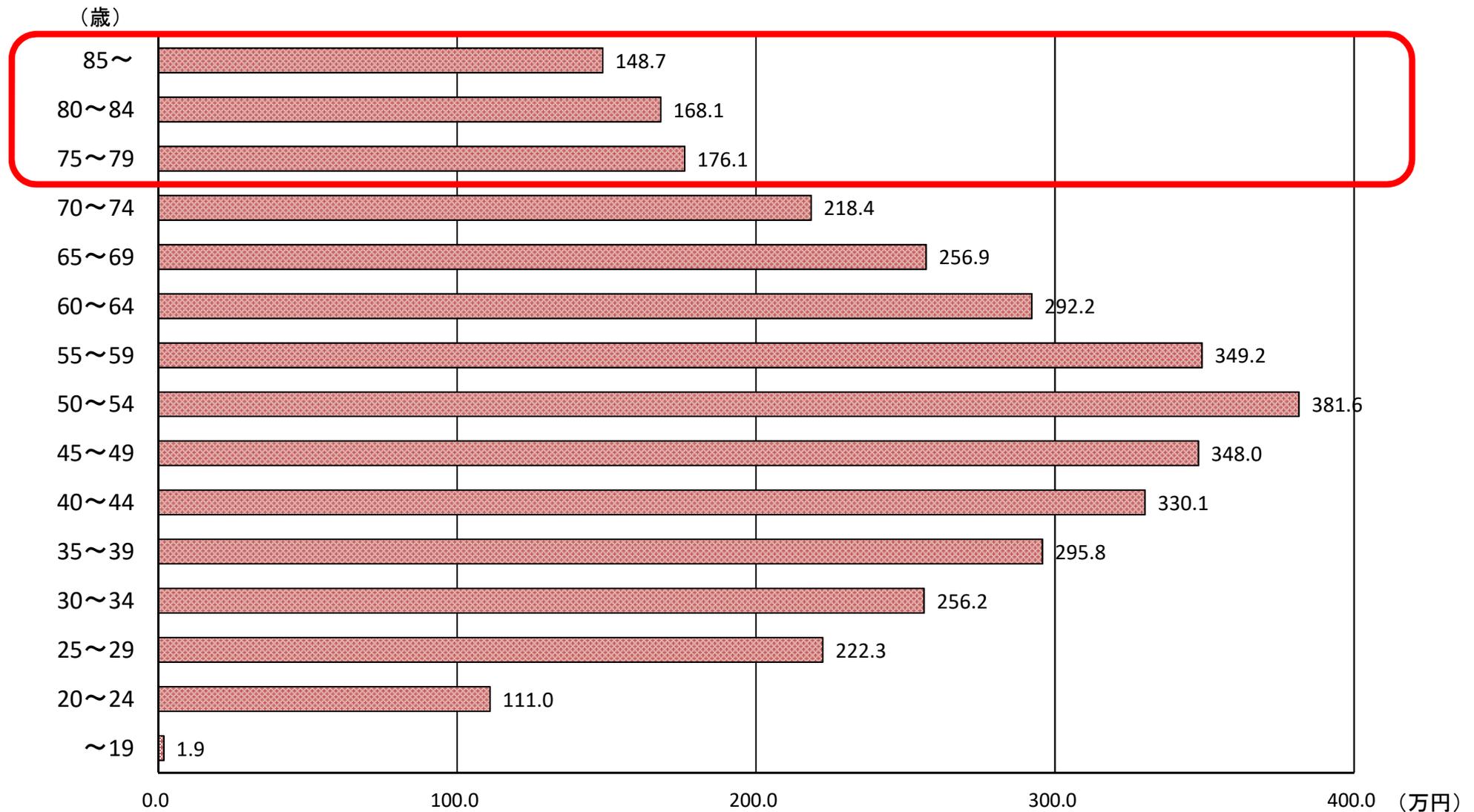


※ 分析の前提: 東京都後期高齢者医療の平成25年9月から平成26年7月の外来レセプトから、「レセプト病名あり」かつ「対象医薬品処方あり」の医科及び調剤レセプトを抽出して分析。

出典: 「東京都後期高齢者医療にかかる医療費分析結果報告書」 東京都後期高齢者医療広域連合(東京都健康長寿医療センター取りまとめ)

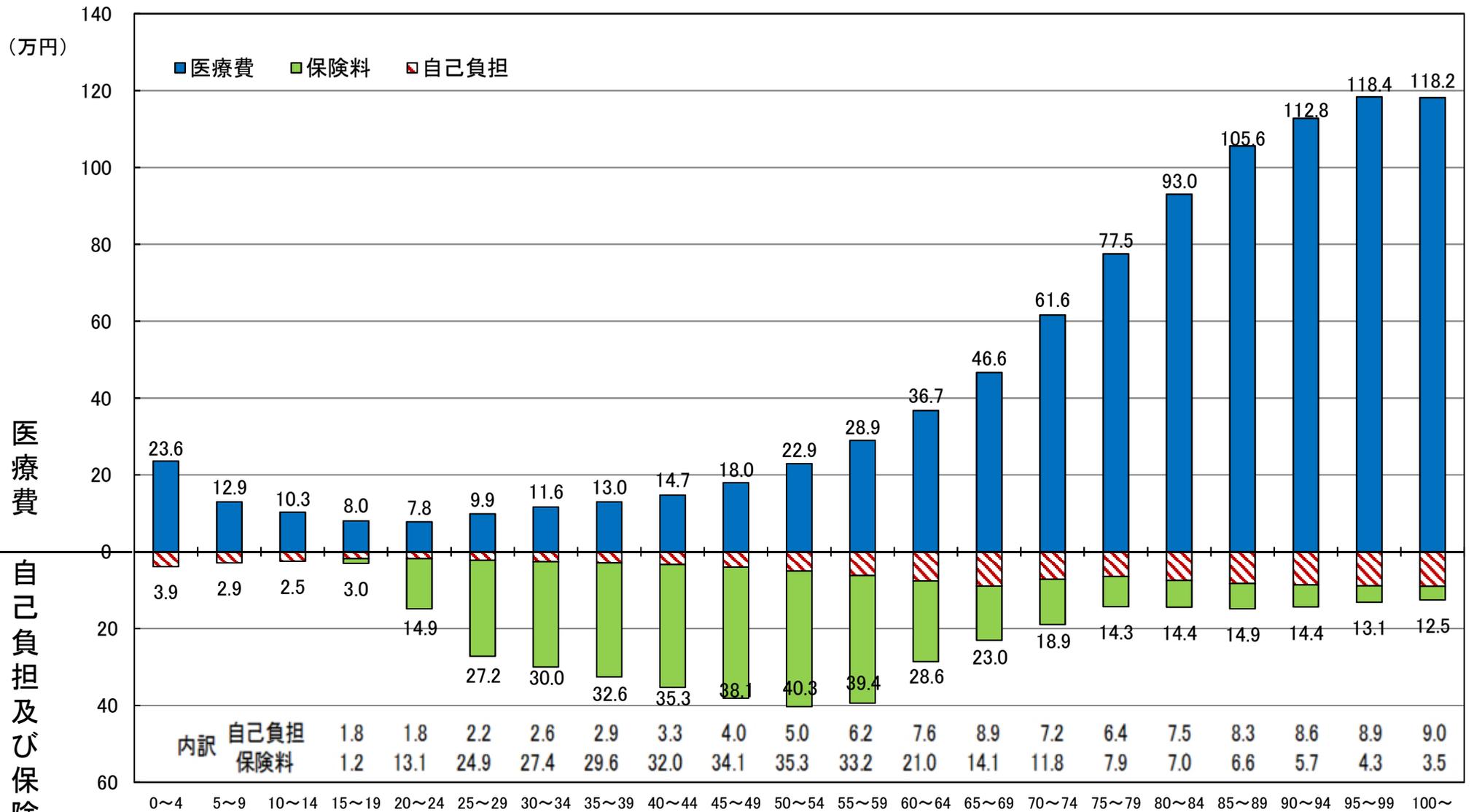
年齢階級別の平均収入

○ 1人当たり平均収入を年齢階層別に見ると、50～54歳の約382万円をピークに、一貫して低下が続く。



※ 2019年(令和元年)国民生活基礎調査(保険局高齢者医療課による特別集計)による2018年(平成30年)の数値。

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成29年度実績に基づく推計値)

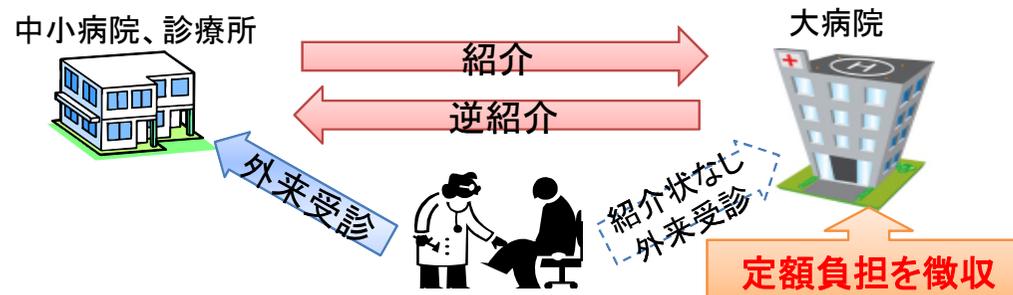


- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を 図るための定額負担の拡大について

紹介状なしで受診する場合等の定額負担

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。
- ① 特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
⇒ 本年4月から対象となる病院について、現行の「特定機能病院及び許可病床400床の地域医療支援病院」から「特定機能病院と一般病床を有する地域医療支援病院（一般病床が200床未満であるものを除く）」とすることとしている。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



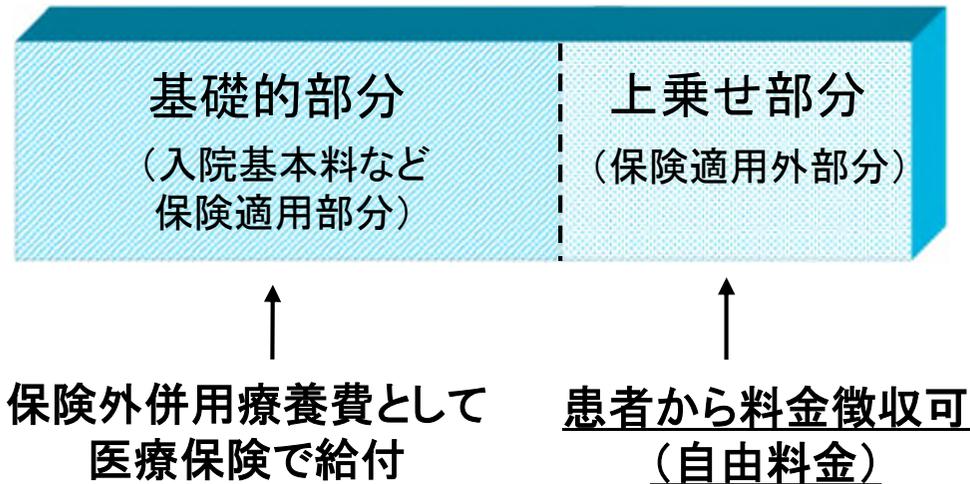
保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- ① ② } 保険導入のための評価を行うもの
- ③ → 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○ 評価療養

- 先進医療(先進A:21技術、先進B:60技術 令和2年4月時点)
- 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養

○ 選定療養

- 特別の療養環境(差額ベッド)
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 大病院の再診
- 小児う蝕の指導管理
- 180日以上入院
- 制限回数を超える医療行為
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

特定機能病院及び地域医療支援病院の概要

	特定機能病院	地域医療支援病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	86 (平成31年4月時点)	607 (平成30年12月時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ 紹介率50%以上、逆紹介率40%以上であること。 ○ 病床数は400床以上であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① 紹介率が80%以上 ② 紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上 ③ 紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上 ○ 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。

病床規模別の病院数

	病床数(※1)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
平成30年度改定後の定額負担(義務)対象病院	400床以上	86 (1.0%)	433 (4.1%) ※2	124 (1.5%)	538 (6.4%)
令和2年度改定後の定額負担(義務)対象病院	200～399床	0 (0%)	233 (2.8%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
定額負担(任意)対象病院	200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7031 (83.6%)	7058 (83.9%)
	全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

出典：特定機能病院一覧等を基に医療課において作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より医療課が集計）

※1 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

※2 現行は許可病床400床以上の病院が定額負担の徴収義務の対象であるため、上記400床以上の地域医療支援病院数には、一般病床数は400床未満だが、一般病床の他に療養病床や精神病床等を有し、合計で400床以上となっている病院数(19病院)を含めている。

予防・健康づくり

40歳未満の事業主健診情報の保険者への集約について

- 高齢者医療確保法では、保険者は、40歳以上の加入者に特定健康診査を実施しなければならないが、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受けた加入者については、これをもって特定健康診査を受けたものとしてすることができることとされている。
- このため、同法では、保険者は事業者に対して事業主健診の情報の提供を求めることができ、また提供を求められた事業者は事業主健診の情報を提供しなければならないこととされている。(実態として特に中小企業等からの提供実績が低いという課題がある。)
- 一方、40歳未満の者については、特定健康診査の実施義務はないが、健康保険法等では、保険者は、全ての被保険者等に対し、健康教育、健康相談、健康診査等の保健事業を行うように努めなければならないこととされている。

事業主健診の情報を保険者に集約することのメリット

[メリット①] データヘルスの一層の推進

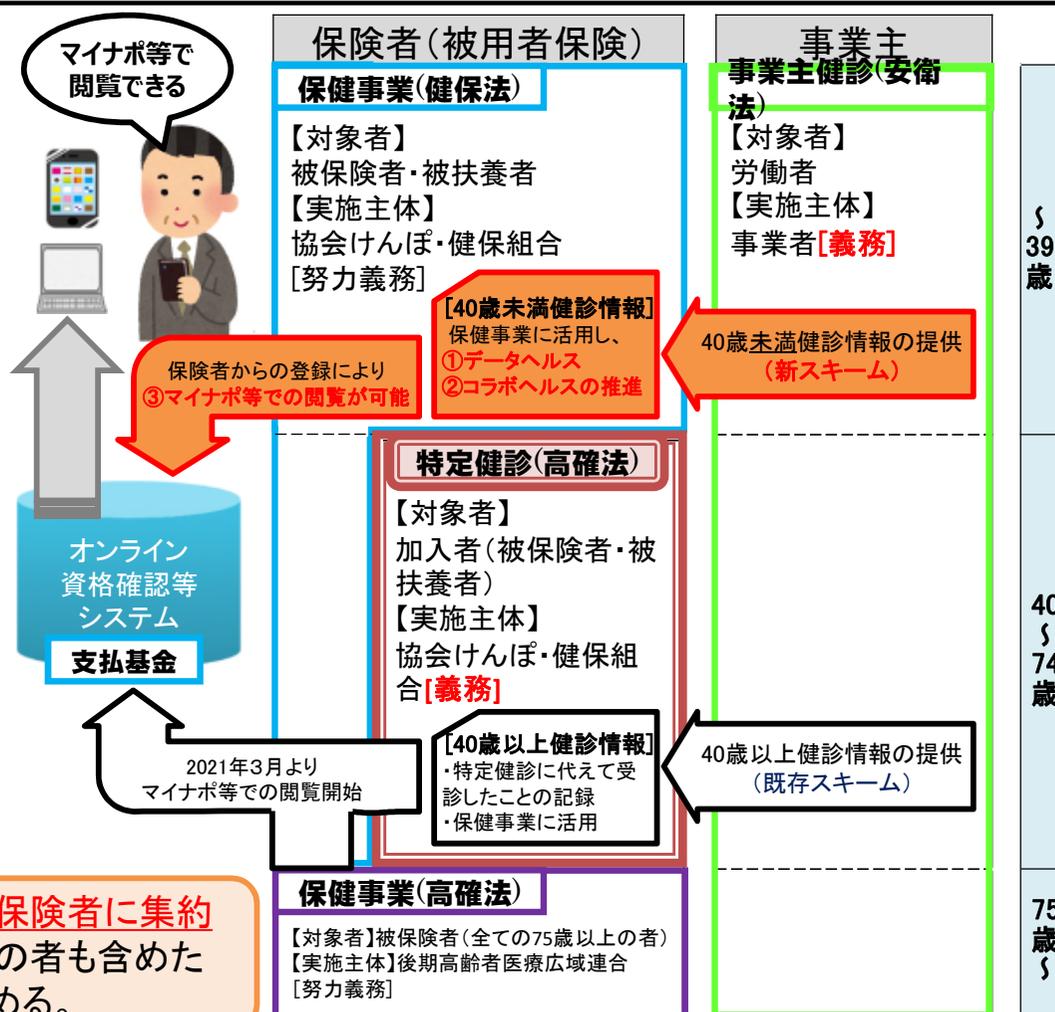
データヘルスが一層推進され、加入者の状況に応じた効率的・効果的な保健事業の実施が可能に。また、集まった情報を協会けんぽや健保連等で統計・分析することで、地域間や業種間、事業所間のデータ比較が可能になり、保険者や事業者等による加入者(=労働者)の健康課題の把握・対策に生かされる。(40歳未満の者の生活習慣病予防対策等にも役立つ。)

[メリット②] コラボヘルスの実現につながる

保険者と事業者等が同じ情報を基に連携して加入者の健康確保を進めることが可能になり、コラボヘルス(保険者と事業者等の積極的連携による加入者の予防・健康づくりの推進)の実現につながる。

[メリット③] マイナポ等での健診情報の閲覧が可能に

特定健康診査の情報は、保険者による支払基金等のオンライン資格確認等システムへの登録を通じ、マイナポータル等で個人や医療機関での閲覧を可能とする予定だが、事業主健診の情報の保険者への提供は、事業主健診を受けた労働者の健診情報をマイナポータル等で閲覧できるようにするために必要不可欠。



以上のメリットを踏まえ、**40歳未満の者の事業主健診情報も保険者に集約するための法制上の対応を講じていく。**あわせて、40歳以上の者も含めた事業主健診情報の保険者への提供促進のための取組を進める。

事業主健診における保険者との連携について

<背景>

- 「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」(昭和63年9月1日健康保持増進のための指針公示第1号。以下「THP指針」という。)において、健康保持増進対策の推進体制を確立するための事業場外資源として、医療保険者を位置づけており、事業場における健康保持増進に係る課題の把握や目標の設定等の際には、医療保険者から提供される情報等、客観的な数値を活用することが望ましい旨、示している(これらの内容は令和2年3月31日のTHP指針改正で位置づけ。)
 - 「経済財政運営と改革の基本方針2019～「令和」新時代:「Society 5.0」への挑戦～」(令和元年6月21日閣議決定)等において、「生まれてから学校、職場など生涯にわたる健診・検診情報の予防等への分析・活用を進めるため、マイナポータルを活用するPHRとの関係も含めて対応を整理し、健診・検診情報を2022年度を目処に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策も含め、2020年夏までに工程化する。」等と記載されており、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号。以下「安衛法」という。)事業主健診データをマイナポータルで本人に提供することが求められている。
 - 40歳以上の労働者の事業主健診データについては、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に基づき、保険者が事業主に対して安衛法に基づく定期健診結果の提供を求めることができることとなっており、また、事業主は求めに応じて提供しなければならないこととなっている。保険者に提供した健診データについては、令和3年3月より、順次、特定健診データとしてマイナポータル等で労働者や医療機関が閲覧できるようになる予定である。しかし、法令上不要となっている同意取得の問題等により、中小企業等から保険者(協会けんぽ)への事業主健診データの提供が進んでいないとの指摘がある。
- <高齢者の医療の確保に関する法律>
第27条(略)
- 2 保険者は、加入者を使用している事業者等又は使用していた事業者等に対し、厚生労働省令で定めるところにより、労働安全衛生法その他の法令に基づき当該事業者等が保存している当該加入者に係る健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。
 - 3 前2項の規定により、特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録又は健康診断に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者又は事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。
- 保険者に事業主健診データを提供することは、PHRの推進やコラボヘルス等の推進による労働者の健康保持増進につながり、さらに、労働者が健康になることによって企業の労働生産性向上や経営改善・経済成長にもつながるため、労働者・事業者双方にメリットがあると考えられる。

<今後の対応の方向性>

上記の趣旨等を踏まえ、労働者の健康保持増進の措置として、保険者との連携をより一層推進する。

(1)運用上の対応

- ・ 事業者の同意なしで健診機関から保険者に直接健診結果を送るための条項を盛り込んだ、事業者と健診機関の契約書のひな形を作成し、健診機関から保険者に健診データを直接送ることを推進する。
- ・ 健診機関から保険者を經由してマイナポータルで提供されるまでの健診データの流れをスムーズにするために必要な保険者番号や被保険者番号等を健診時に取得するため、その記載欄を設けた問診票のひな形を作成し、その使用を推進する。
- ・ 安衛法の定期健診時に、運用上、定期健診と特定健診の全項目を一体的に実施することを推進する。また、血糖検査の取扱いを特定健診に揃える。

(2)THP指針の充実・強化

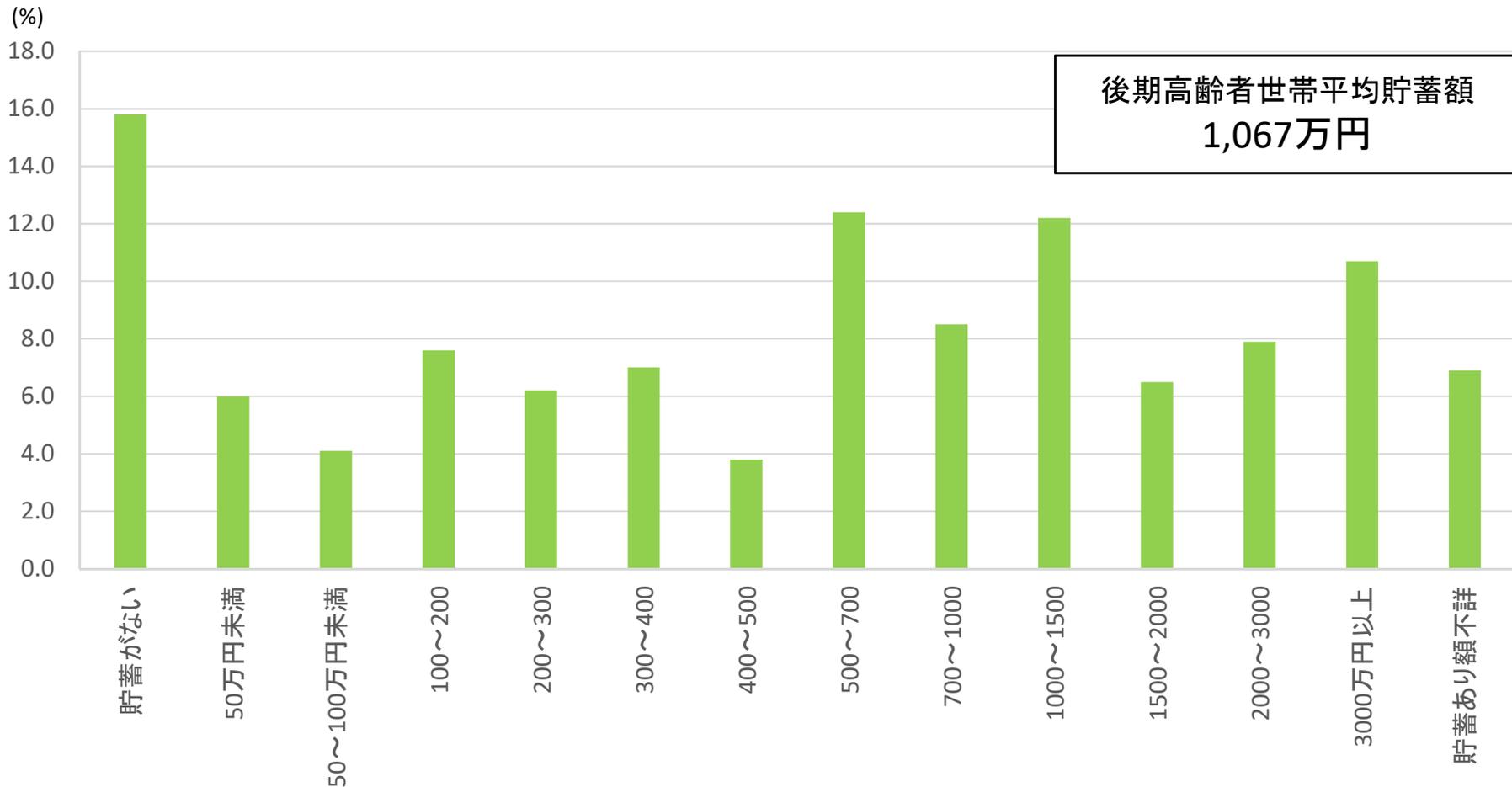
- ・ THP指針に、保険者に事業主健診データを提供すべき旨等を規定する方向で検討する。

負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方

後期高齢者世帯の貯蓄の状況

- 後期高齢者世帯における平均貯蓄額は約1,070万円。
- 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い。

＜後期高齢者世帯の貯蓄額の分布＞

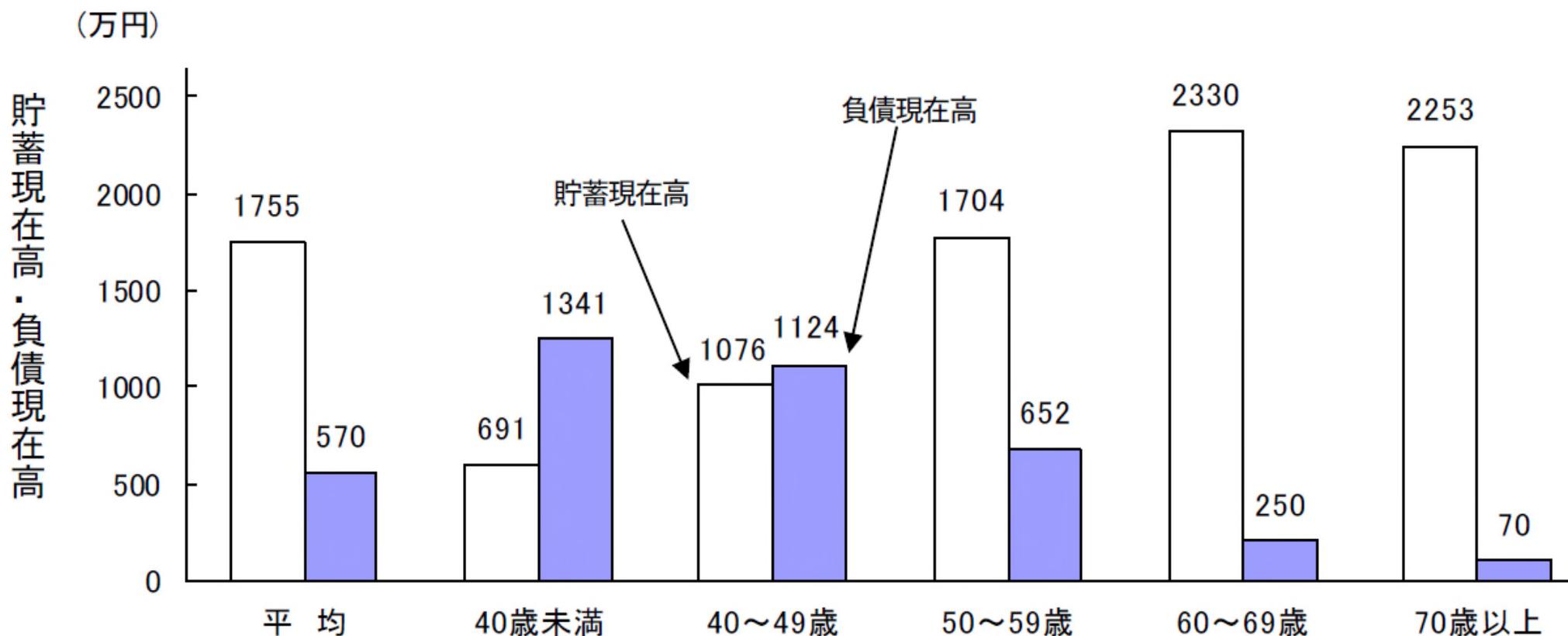


※ 後期高齢者世帯とは、75歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

※ 2019年(令和元年)国民生活基礎調査(保険局高齢者医療課による特別集計)による2018年(平成30年)の数値。

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691万円であるのに対し、60歳～69歳の世帯は2,330万円、70歳以上の世帯は2,253万円となっている。
- 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。



[出典]総務省「家計調査年報(貯蓄・負債編)」令和元年(2019年)

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つつ、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）としつつ、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>

- 平成17年の介護保険法改正により、施設サービス・短期入所サービス利用者の食費・居住費を保険給付の対象外とした。
- これに併せて、市町村民税非課税世帯等の者について、所得に応じた利用者負担段階ごとに食費・居住費の本人支出額（負担限度額）を設定し、標準的な費用の額（基準費用額）との差額を介護保険から給付することとした（いわゆる補足給付）。
- 平成26年の介護保険法改正では、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、
 - ① 一定額超の預貯金等（単身1,000万円超、夫婦世帯2,000万円超）がある場合には対象外（平成27年8月施行）
 - ② 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には対象外（平成27年8月施行）
 - ③ 利用者負担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（平成28年8月施行）
 の見直しが行われた。

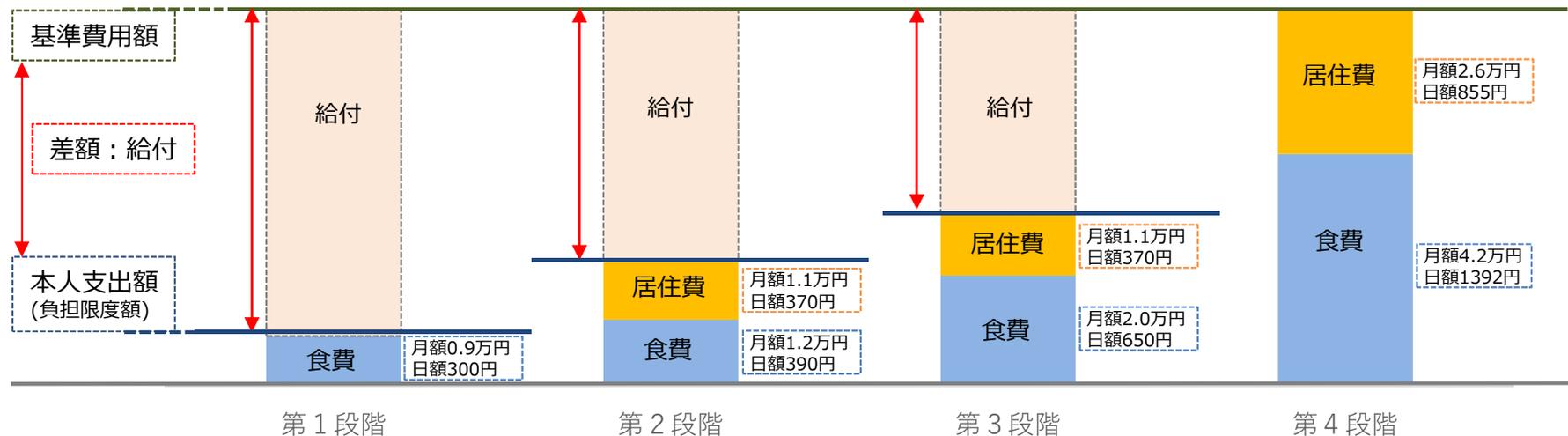
〔対象者〕

利用者負担段階	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
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 (補足給付の対象外)	<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

〔預貯金等の資産要件〕
単身：1,000万円以下
夫婦：2,000万円以下

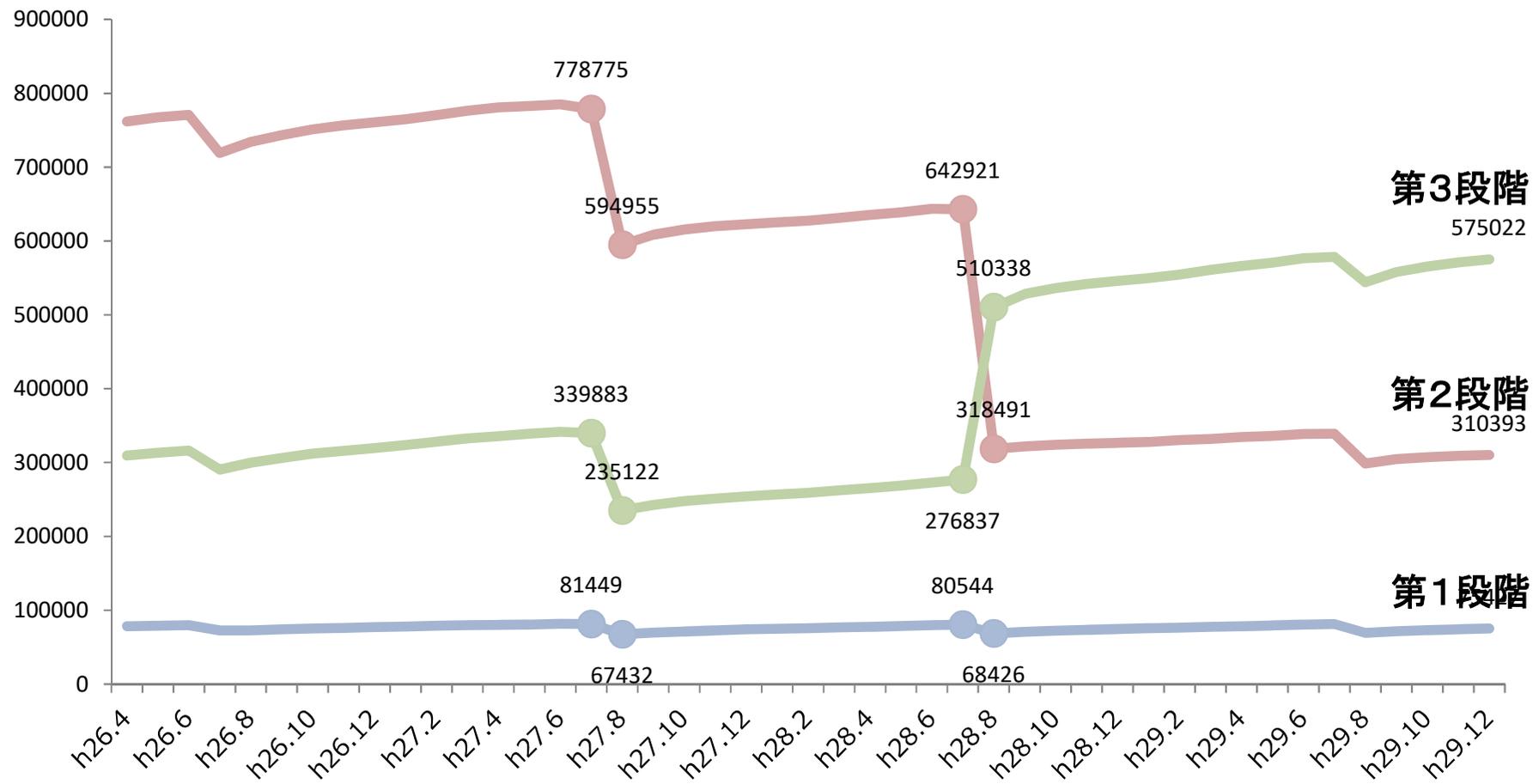
〔給付の仕組み〕

- 特別養護老人ホーム・多床室※の場合 ※ 基準費用額・負担限度額（食費・居住費）は、居室類型（ユニット型個室・従来型個室等）ごとに日額で設定



補足給付の件数(食費・総数)

- 補足給付の支給要件の厳格化(配偶者勘案・預貯金勘案)を行った平成27年8月に件数が大きく下がっている。配偶者勘案と預貯金勘案の影響度合いについては不明。
- また、さらに支給要件の厳格化(非課税年金勘案)を行った平成28年8月に第2段階の件数が大きく下がるとともに、第3段階の件数が大きく上がっている。



預貯金口座への付番について

預貯金口座への付番については、社会保障制度の所得・資産要件を適正に執行する観点や、適正・公平な税務執行の観点等から、金融機関の預貯金口座をマイナンバーと紐付け、金融機関に対する社会保障の資力調査や税務調査の際にマイナンバーを利用して照会できるようにすることにより、現行法で認められている資力調査や税務調査の実効性を高めるものである。また、預金保険法又は農水産業協同組合貯金保険法の規定に基づき、預貯金口座の名寄せ事務にも、マイナンバーを利用できるようにするものである。

【行政機関等】

〔預金保険機構・農水産業協同組合貯金保険機構〕



〔地方自治体・年金事務所等〕



〔税務署〕



マイナンバー付で
預貯金情報を照会

【社会保障給付関係法律・預金保険関係法令改正】
マイナンバーが付された預貯金情報の提供を求めることができる旨の照会規定等を整備

【マイナンバー法改正】

預金保険機構及び農水産業協同組合貯金保険機構を、マイナンバー法における「個人番号利用事務実施者」として位置付け、マイナンバーの利用を可能とする など

【金融機関】

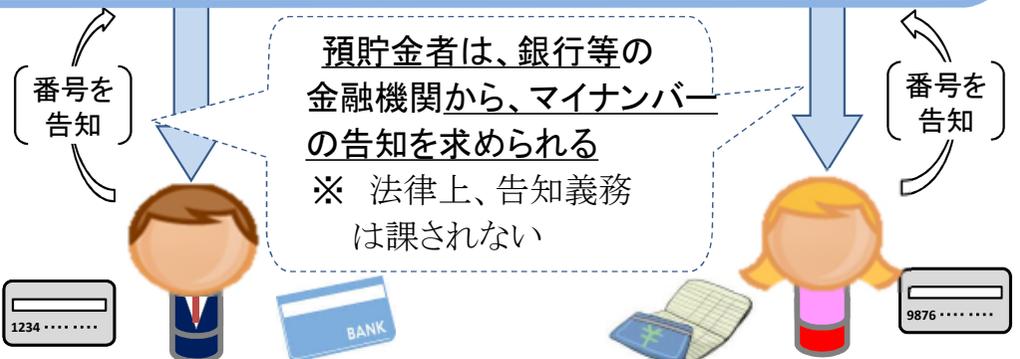


【国税通則法・地方税法改正】

照会に効率的に対応することができるよう、**預貯金情報をマイナンバーにより検索可能な状態で管理する義務を課す**

【顧客名簿】

預金者名	個人番号	種類	口座番号	残高
〇〇 〇〇	1234 …… ……	普通	123…	〇〇円
		定期	456…	〇〇円
×× ××	9876 …… ……	普通	987…	××円
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮



【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、預貯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、預貯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。

マイナンバーカード及びマイナンバーの活用の促進（追加措置）

令和2年6月5日第7回
デジタルガバメント閣僚
会議 資料1より抜粋

強靱な社会経済構造の一環として、マイナンバーカード・マイナンバーを基盤としたデジタル社会の構築を進めることとし、諮問会議の緊急提言及び党の提言等を踏まえ、マイナンバーカード・マイナンバーの活用促進を図る。

(1) 新型コロナウイルス感染症対策を踏まえた手続きの簡素化・迅速化の一層の促進

- 電子申請等：雇用調整助成金、国税の確定申告・納付、運転免許証に係る運転可能期間の延長 等
- 給付事務：各種給付金（国民向け現金給付等）、緊急小口資金、住居確保給付金、給付型奨学金 等

(2) マイナンバーカード・マイナンバーの一層の活用

- 障害者手帳：障害者割引に手帳の提示が不要とできるよう、公共交通機関等にデジタル対応を要請する。
- PHR(Personal Health Record)：予防接種歴、乳幼児健診や特定健診などに加え、令和4年を目途に、その他の健診・検診情報（事業主健診、がん検診、学校健診等）の提供開始に向けた環境整備を進めるとともに、オンライン資格確認システム等との連携も含め、マイナンバーカードを活用して生涯にわたる健康データを一覧性をもって提供できるよう取り組む。
- e-Tax等：年末調整等の手続きに必要な情報（保険料控除証明書等）の申告書への自動入力等について、令和2年10月から開始し、さらに、入力できる情報（医療費、公金振込口座等）を順次拡大する。
- 公金振込口座の設定：国税還付、年金給付、各種給付金（国民向け現金給付等）、緊急小口資金、被災者生活再建支援金、各種奨学金等の公金の受取手続きの簡素化・迅速化に向け、公金振込口座設定のための環境整備を進める。その際、本人の同意等を前提に今回の特別定額給付金で登録された口座の活用も検討。
- 預金付番：様々な災害等の緊急時や相続時にデジタル化のメリットを享受できる仕組みを構築するとともに、公平な全世代型社会保障を実現していくため、公金振込口座の設定を含め預金付番の在り方について検討を進め、本年中に結論を得る。（H27改正マイナンバー法附則12条：令和3年1月までの検討条項） 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。

(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。

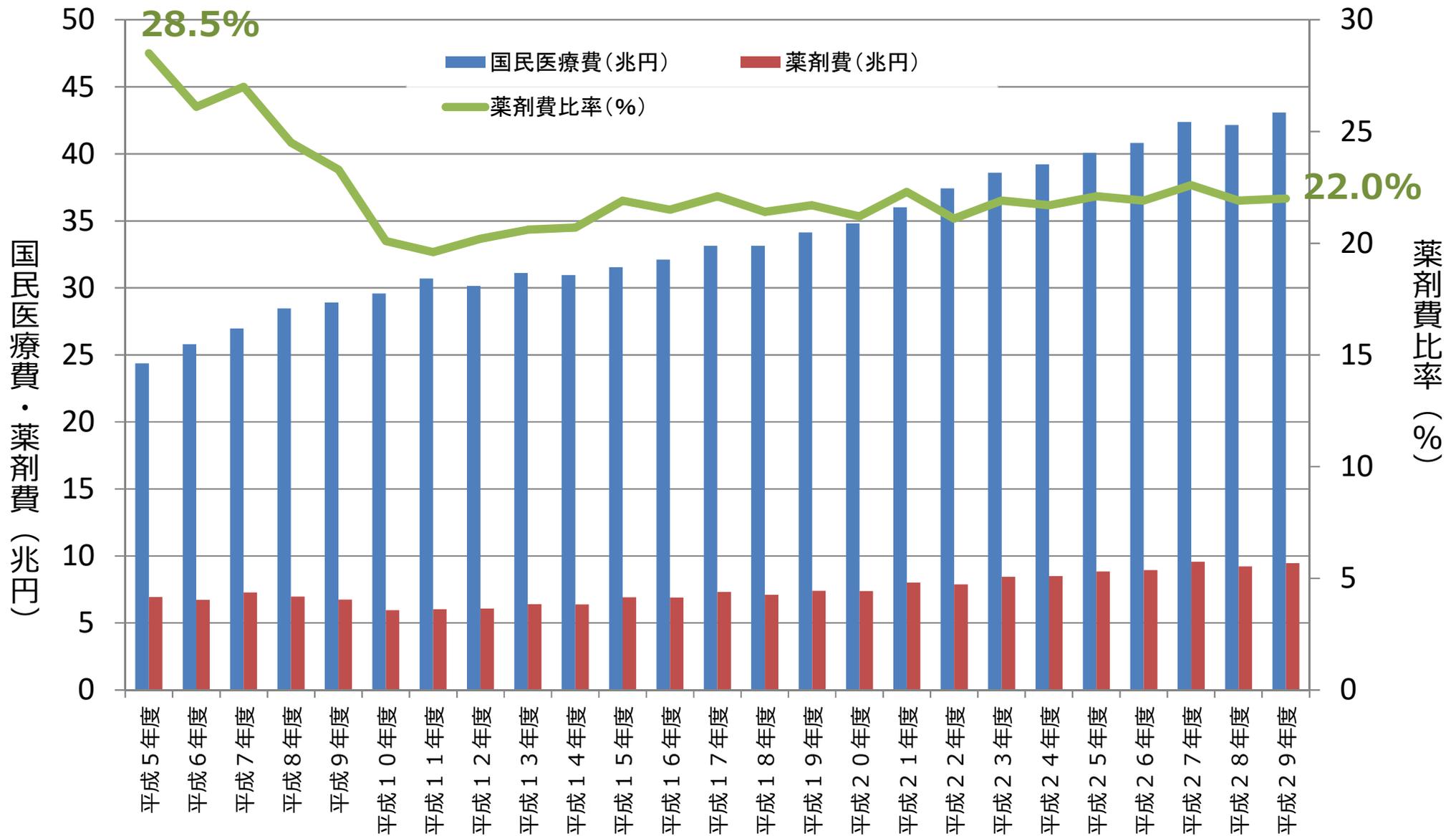
(財政効果に関する課題について)

- 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。

薬剤自己負担の引上げ

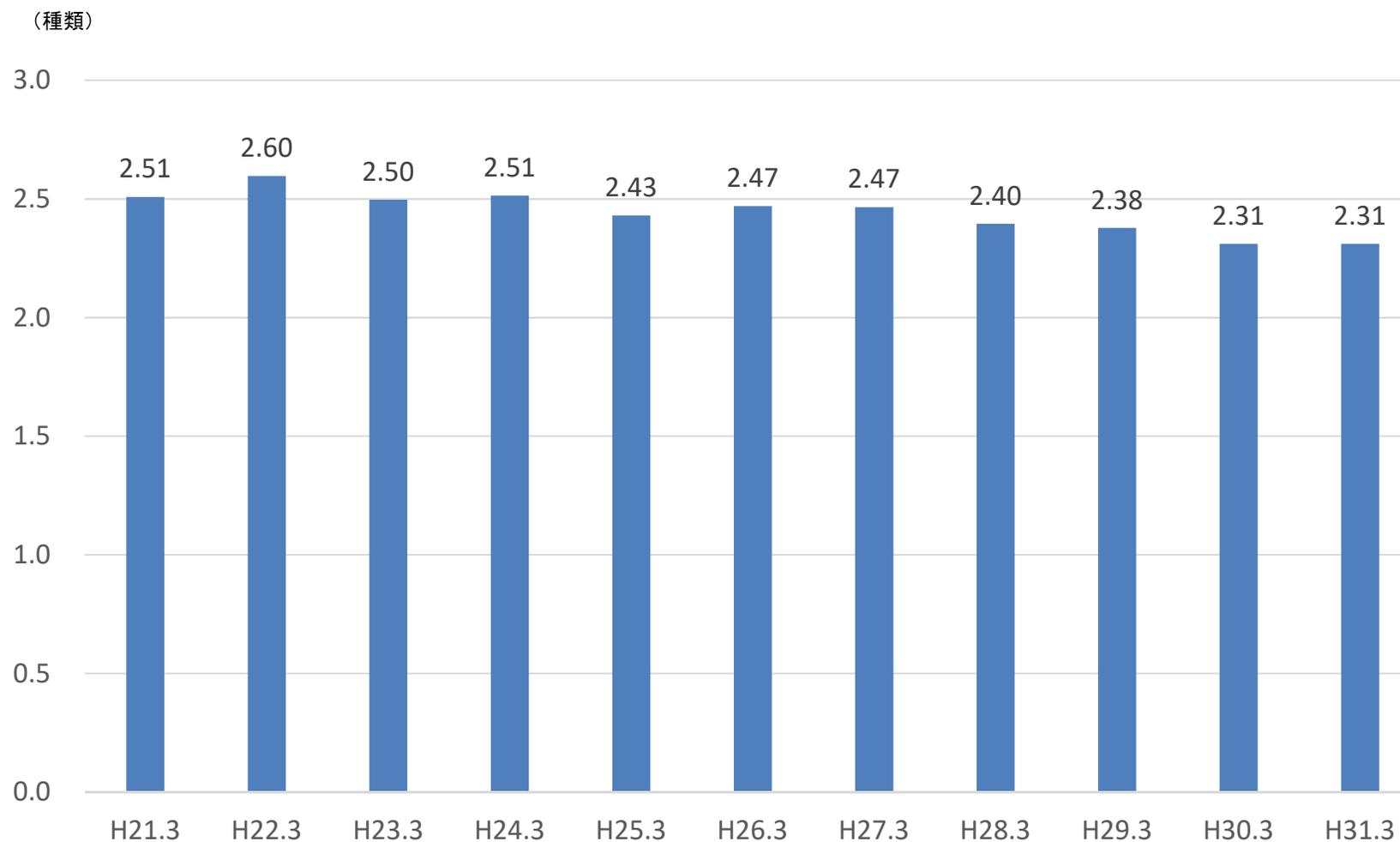
薬剤費、薬剤費比率等の年次推移



中医協 薬-2 元. 11. 8資料の「薬剤費及び推定乖離率の年次推移」を基に作成
 (DPCを始めとする薬剤費が入院料に包括して算定される場合の薬剤費は含まれていない。)

処方箋1枚当たり内服薬薬剤種類数(65歳未満)

○ 65歳未満の処方箋1枚当たり内服薬薬剤種類数は、10年前と比べ減少している。



出典:「調剤医療費の動向(平成31年3月号)」(厚生労働省保険局調査課)を基に作成

保険給付範囲の在り方の見直し：薬剤自己負担の引上げ

- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、制度の持続可能性を確保していくためには **小さなリスクへの保険給付の在り方**を検討する必要。
- リスクに応じた自己負担や市販品と医療用医薬品とのバランスといった観点等を踏まえ、① **OTC医薬品**と同一の有効成分を含む医療用医薬品に対する保険給付の在り方の見直し、② **薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定**、③ **薬剤費の一定額までの全額自己負担**などの手法を検討すべき。

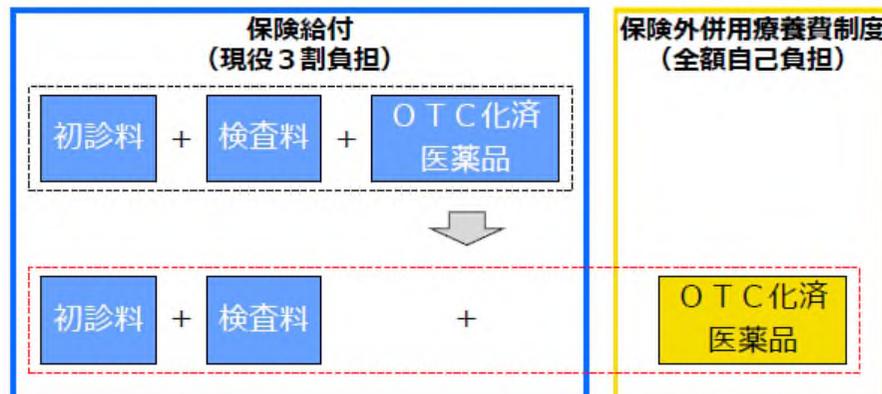
◆ これまでに取り組んできた医薬品の適正給付の例
(以下を保険算定の対象外とする措置)

⇒ 保険給付の抑制の効果は不十分

2012年度	単なる栄養補給目的のビタミン製剤の投与
2014年度	治療目的以外のうがい薬単体の投与
2016年度	必要性のない70枚超の湿布薬の投与

① 保険外併用療養費制度の活用

⇒ 薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のまま医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



② 薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定
(フランスの例)

抗がん剤等の代替性のない高額医薬品		0%
国民連帯の観点から負担を行うべき医療上の利益を評価して分類(医薬品の有効性等)	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

③ 薬剤費の一定額までの全額自己負担
(スウェーデンの例)

年間の薬剤費	自己負担額
1,150クローネまで	全額自己負担
1,150クローネから5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ=11円
(令和元年11月中において適用される裁定外国為替相場)

保険給付範囲の在り方の見直し（薬剤自己負担の引上げ）

- 諸外国では、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や、一定額までの全額自己負担など、薬剤の負担について技術料とは異なる仕組みが設けられている。
- OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品は、医療機関での処方によりOTC医薬品より大幅に低い負担で入手可能。セルフメディケーションの推進に逆行し公平性も損ねている。

◆ 薬剤自己負担の国際比較

日本	原則 3 割 + 高額療養費制度（技術料も含む実効負担率：15%） （義務教育就学前：2 割、70～74歳：2 割、75歳以上：1 割）
ドイツ	10%定率負担（各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ） （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
フランス	薬剤の種類に応じて自己負担割合を設定 （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
スウェーデン	1,150クローネまで全額自己負担、より高額の場合一定の自己負担割合 （注）上限は年間2,300クローネ

◆ 医療用医薬品と市販品（OTC医薬品）の比較

種 類	医療用医薬品				OTC医薬品	
	銘柄	薬価	3 割負担 (現役)	1 割負担 (高齢者)	銘柄	価格
湿布	AA	300円	90円	30円	A	2,598円
ビタミン剤	BB	530円	159円	53円	B	4,048円
漢方薬(感冒)	CC	1,010円	303円	101円	C	4,730円
皮膚保湿剤	DD	1,300円	390円	130円	D	2,493円

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることには留意が必要。

※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。

※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。

薬剤給付の適正化の観点からのこれまでの診療報酬改定での対応

H24年度診療報酬改定

○ 単なる栄養補給目的でのビタミン剤の投与

ビタミン剤については、

- ① 当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、
 - ② 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、
 - ③ 医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したとき
- を除き、これを算定しない。

H26年度診療報酬改定

○ 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

H28年度診療報酬改定

○ 外来患者について、1処方につき計70枚を超えて投薬する湿布薬

- ① 外来患者に対して、1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
- ② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

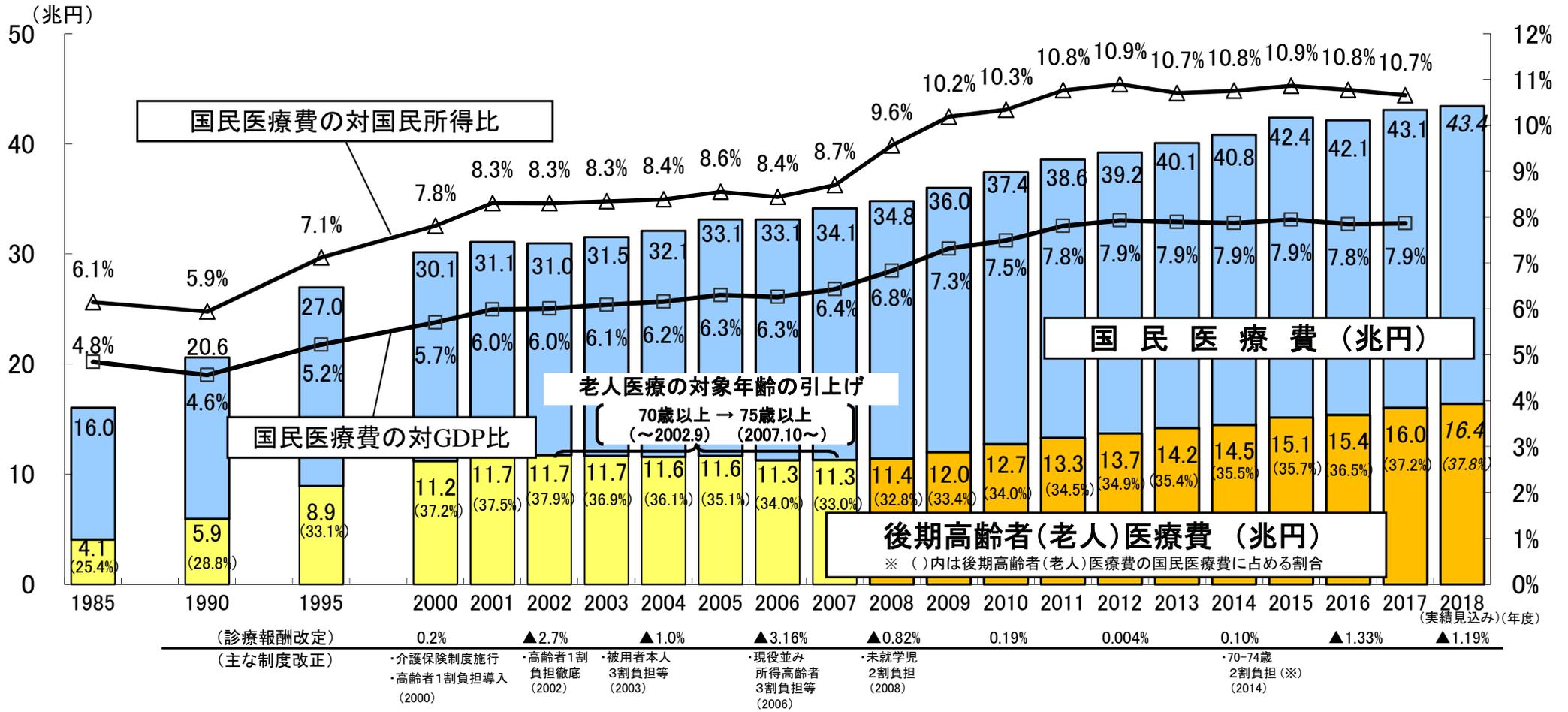
H30年度診療報酬改定

○ 疾病の改善の目的外での血行促進・皮膚保湿剤の処方

入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等
の定期的に見える化等

医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)
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	▲0.5	2.2	0.8
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	1.6	4.2	2.4
国民所得	7.2	8.1	2.7	2.4	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	4.0	1.4	2.8	0.3	3.3	—
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.7	2.0	—

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 2018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。2018年度分は、2017年度の国民医療費に2018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。

医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸び率のうち、人口及び報酬改定の影響を除いた「その他」は近年1～2%程度であり、令和元年度は1.6%。
その要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	H15年度 (2003)	H16年度 (2004)	H17年度 (2005)	H18年度 (2006)	H19年度 (2007)	H20年度 (2008)	H21年度 (2009)	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)
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%	-0.5%	2.2%	0.8% (注1)	2.4% (注1)
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%	-0.2%	-0.2%	-0.2%
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%	1.2%	1.1% (注2)	1.0% (注2)
診療報酬改定等 ④		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		0.1% -1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)
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%	-0.1%	1.2%	1.1% (注1)	1.6%
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7)					

注1: 医療費の伸び率は、平成29年度までは国民医療費の伸び率、平成30年度、令和元年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)の伸び率(上表の斜体字、速報値)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成30年度の高齢化の影響は、平成29年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成29、30年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計値である。

令和元年度の高齢化の影響は、平成29年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成30、令和元年度の年齢階級別(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年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-1.03%。

なお、「市場拡大再算定の特例分等」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等を指す。

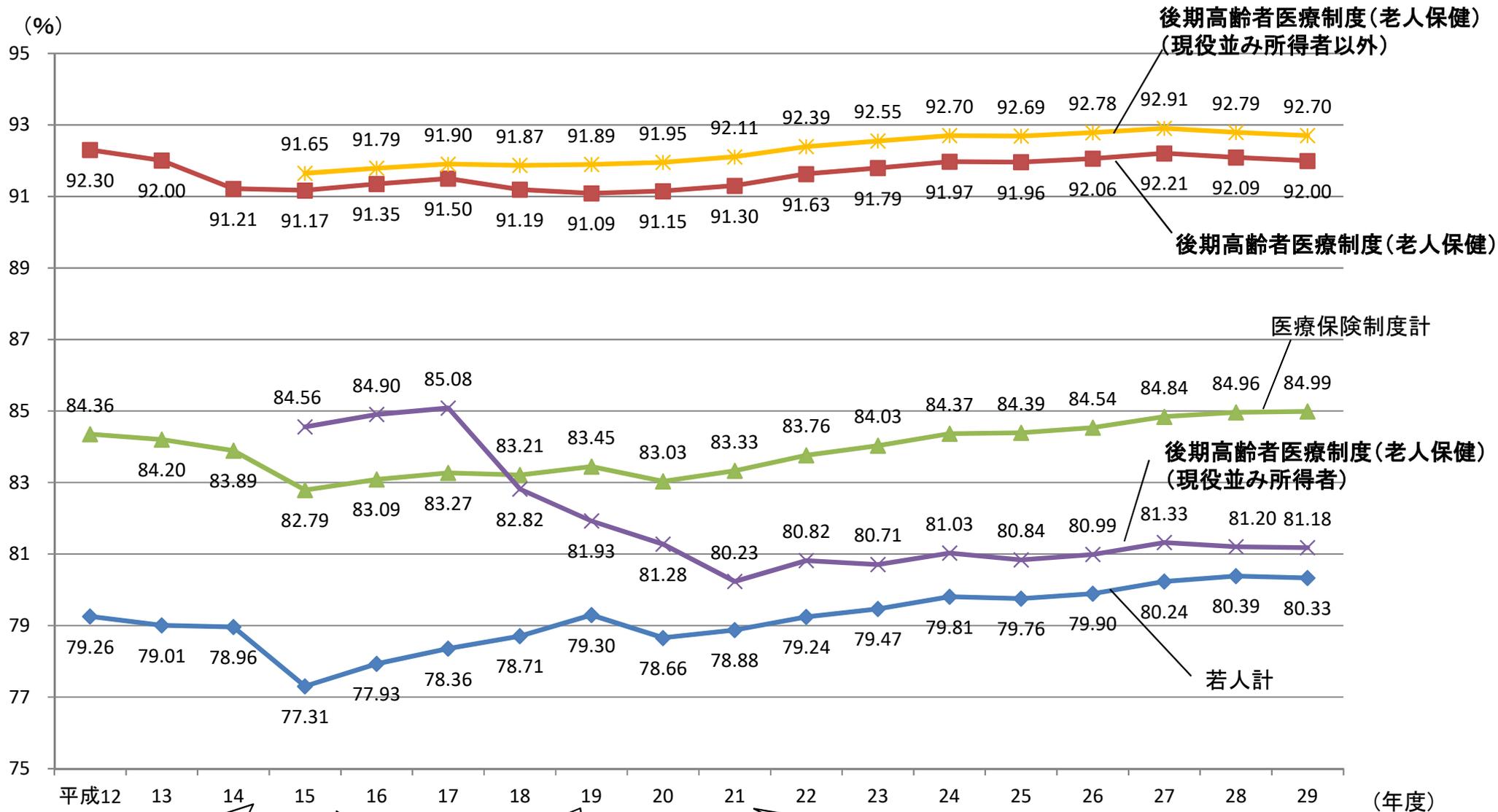
注5: 平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-0.9%。

注6: 令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定(診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%)のうち影響を受ける期間を考慮した値。

注7: 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。

実効給付率の推移

○ 平成29年度の後期高齢者の実効給付率は92.00%。このうち、現役並み所得者は81.18%、現役並み所得者以外のものは92.70%。



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

これまでの診療報酬改定、保険料・患者負担の見直しについて

	H14年度	18年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	R1年度
保険料			国保の低所得者の保険料軽減措置の拡充			後期高齢者保険料軽減特例の見直し ・所得割 5割軽減 → 軽減なし(H30.4) ・均等割 9割、8.5割軽減 → 7割軽減※ (R1.10) ・元被扶養者均等割 9割軽減 → 軽減なし(H31.4) ※8.5割軽減の者は年金生活者支援給付金等のない低所得者であることに鑑み、1年間は8.5割軽減と本則の差を補填。		医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健保法等の一部改正
					後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入			
								国保の低所得者（保険料の軽減対象者）数に応じた保険者への財政支援
患者負担	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 入院時の居住費の導入 高額療養費の上限引き上げ	高額療養費の見直し (70歳未満) 所得区分細分化(3区分→5区分)			70歳～74歳の窓口負担の見直し 1割→2割 入院時の食費の引上げ 260円/食→460円/食(一般所得) 入院時の居住費の引上げ 0円/日→370円/日 ※65歳以上の医療度の高い患者 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入 ※特定機能病院及び許可病床400床以上に紹介状なし初診時5,000円 高額療養費の見直し (70歳以上) 一般(外来)1.2万円/月→1.8万円/月 一般(世帯)4.44万円/月→5.76万円/月 現役並み(外来)4.44万円/月→特例廃止 現役並み(世帯)8.01万円/月→3区分化		
診療報酬	本体 ▲1.3% 薬価等 ▲1.4% 【参考】 本体+薬価等 ▲2.7%	本体 ▲1.36% 薬価等 ▲1.8% 【参考】 本体+薬価等 ▲3.16%	(通常改定分) 本体 +0.1% 薬価等 ▲1.36% (消費税対応分) 本体 +0.63% 薬価等 +0.73% (合計) 本体 +0.73% 薬価等 ▲0.63% 【参考】 本体+薬価等 +0.1%		本体 +0.49% 薬価※1 ▲1.82% 【参考】 本体+薬価等※2 ▲1.33% ※1 うち、市場拡大再算定の特例分等 ▲0.29%、実勢価等改定分▲1.52% (市場拡大再算定(通常分)を除くと、▲1.33%) ※2 実勢価等改定分で計算すると、▲1.03%	本体 +0.55% 薬価※1 ▲1.74% 【参考】 本体+薬価等※2 ▲1.19% ※1 うち、薬価制度改革分▲0.29%、実勢価等改定分▲1.45% ※2 実勢価等改定分で計算すると▲0.9%	(消費税引上げに伴う対応) 本体 +0.41% 薬価等※ ▲0.48% 【参考】 本体+薬価等 ▲0.07% ※ うち、消費税対応分+0.47%、実勢価改定分▲0.95%	

「現役並み所得」の判断基準の見直し

70歳以上の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区分	判定基準 (後期、国保の場合)	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 <small>(※1)</small> 後期：約115万人 国保・健保：約70万人	課税所得145万円以上 年収約383万円以上 (※2)
一般 後期：約900万人 国保・健保：約425万人	課税所得145万円未満 (※3) (※4) 年収約155～383万円 (※2)	70-74歳 2割 75歳以上 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 後期：約385万人 国保・健保：約155万人	住民税非課税 年収約80～155万円 (※5)		24,600円	
低所得Ⅰ 後期：約300万人 国保・健保：約65万人	住民税非課税 (所得がない者) 年収約80万円以下 (※5) (※6)		8,000円 15,000円	

※1 現役並み所得区分は「Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」の3区分に細分化されている。

※2 単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

※3 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。

※4 旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※5 年金収入のみの単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

※6 個人の所得のうち、公的年金等に係る雑所得の金額は、公的年金等控除を「80万円」として計算する。

※7 人数は各制度の事業年報等を基に保険局調査課で推計(平成29年度実績ベース)。なお、国保・健保には、船員保険・共済組合も含まれている。

課税所得要件・基準収入額要件の計算方法とその変遷

※標準報酬月額28万円で算出
※年金額はモデル年金を使用

平成14年10月～

【現役世代：夫婦2人世帯】

402万円（給与のみ）

＜諸控除：278万円＞

- ・給与所得控除（134万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（33万円）
- ・配偶者特別控除（33万円）
- ・社会保険料控除（45万円）

＜課税所得（年額）＞

124万円

平成17年8月～

【現役世代：夫婦2人世帯】

389万円（給与のみ）

＜諸控除：244万円＞

- ・給与所得控除（132万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（33万円）
- ・社会保険料控除（46万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

平成18年8月～

【現役世代：夫婦2人世帯】

386万円（給与のみ）

＜諸控除：241万円＞

- ・給与所得控除（131万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（33万円）
- ・社会保険料控除（44万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

【高齢者：単身世帯】

450万円

（給与：244万円
年金：205万円）

＜諸控除：325万円＞

- ・給与所得控除（91万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・社会保険料控除（13万円）
- ・公的年金等控除（140万円）
- ・老年者控除（48万円）

＜課税所得（年額）＞

124万円

【高齢者：夫婦2人世帯】

637万円

（給与：351万円
年金：285万円
夫 205万円
妻 80万円）

＜諸控除：512万円＞

- ・給与所得控除（123万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（38万円）
- ・配偶者特別控除（33万円）
- ・社会保険料控除（17万円）
- ・公的年金等控除（220万円）
- ・老年者控除（48万円）

＜課税所得（年額）＞

124万円

【高齢者：単身世帯】

484万円

（給与：280万円
年金：203万円）

＜諸控除：338万円＞

- ・給与所得控除（102万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・社会保険料控除（15万円）
- ・公的年金等控除（140万円）
- ・老年者控除（48万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

【高齢者：夫婦2人世帯】

621万円

（給与：337万円
年金：283万円
夫 203万円
妻 80万円）

＜諸控除：475万円＞

- ・給与所得控除（119万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（38万円）
- ・社会保険料控除（17万円）
- ・公的年金等控除（220万円）
- ・老年者控除（48万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

【高齢者：単身世帯】

383万円

（給与：182万円
年金：201万円）

＜諸控除：237万円＞

- ・給与所得控除（73万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・社会保険料控除（11万円）
- ・公的年金等控除（120万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

【高齢者：夫婦2人世帯】

520万円

（給与：240万円
年金：280万円
夫 201万円
妻 79万円）

＜諸控除：374万円＞

- ・給与所得控除（90万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（38万円）
- ・社会保険料控除（14万円）
- ・公的年金等控除（199万円）

＜課税所得（年額）＞

145万円

41

【課税所得要件（収入）諸控除】

【基準収入額要件（課税所得要件＋諸控除）】

現役並み所得区分の判定基準について

【現役並み所得区分の判定基準】

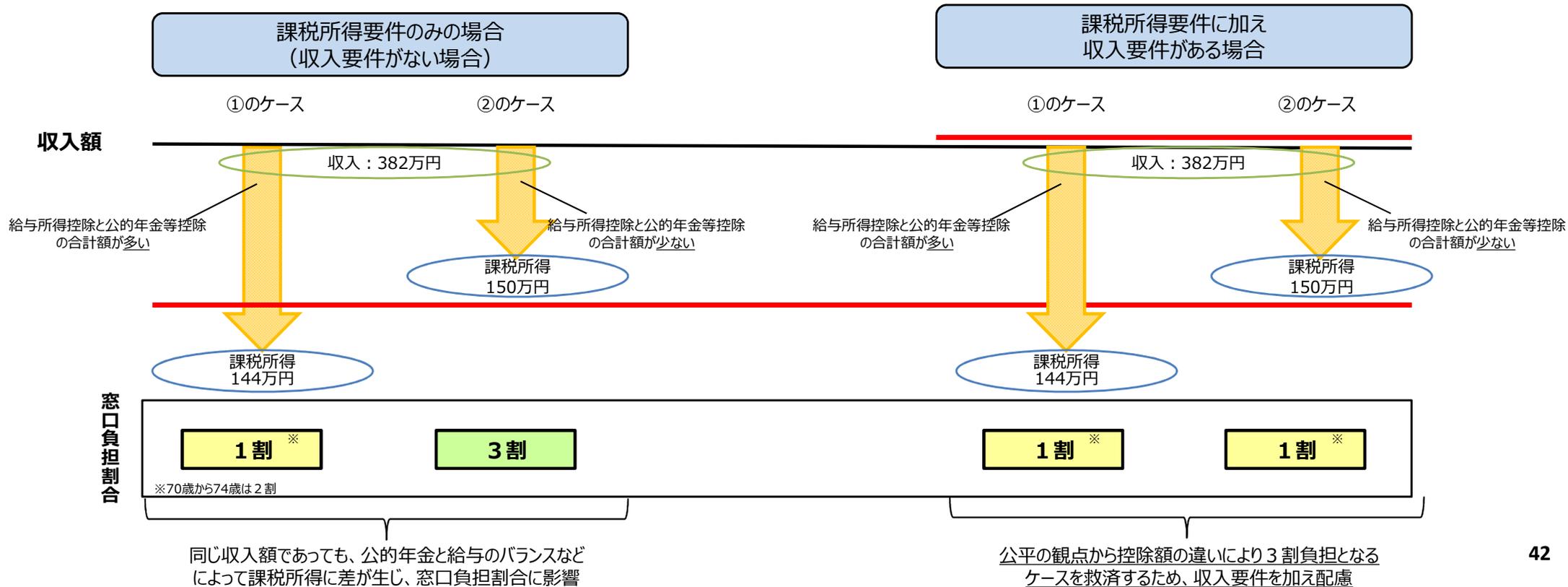
- ① 国保・後期高齢者医療制度加入者の場合は、課税所得145万円以上。かつ、
- ② 収入額の合計が単身383万円以上、世帯520万円以上

【基準収入要件の設定の経緯】

- 同一の収入額であっても、収入の形態によっては控除額が少なくなり、課税所得145万円を超える（3割負担）ケースが生じる。
- 平成14年の現役並み所得区分導入時に、公平の観点からこうしたケースを救済すべきとの指摘があったことから、課税所得要件に加えて、収入による判定も行うこととして基準収入額を定めた。

（例）：収入額の合計額が同じ382万円で、その内訳が異なる場合（75歳以上単身世帯のケース）

- ① 年金収入が多い（年金収入201万円＋給与収入181万円）ケース
- ② 年金収入が少ない（年金収入71万円＋給与収入311万円）ケース



後期高齢者医療制度の財政の概要

(令和2年度予算ベース)

医療給付費等総額：16.6兆円

都道府県単位の広域連合

← 53% → ← 47% →

財政安定化基金

○保険料未納リスク、給付増リスクに対応するため、国・都道府県・広域連合（保険料）が1/3ずつ拠出して、都道府県に基金を設置し、貸付等を行う。

0.1兆円程度（基金残高）

高額医療費に対する支援

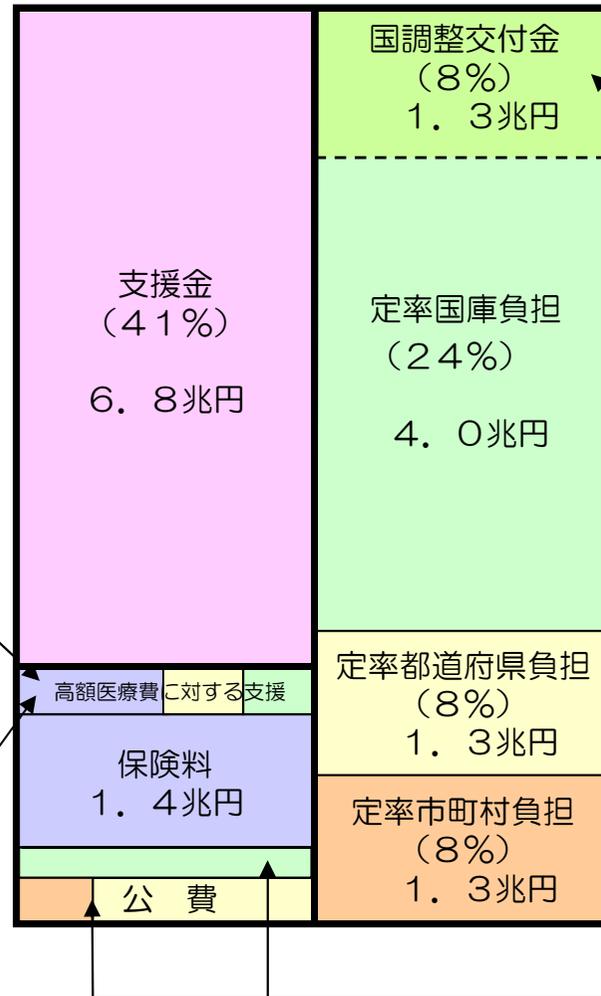
○高額な医療費による財政影響を緩和するため、1件80万円を超えるレセプトに係る医療費の一定部分について、国・都道府県が1/4ずつ負担する。

0.3兆円

特別高額医療費共同事業

○著しく高額な医療費による財政影響を緩和するため、広域連合からの拠出により、1件400万円を超えるレセプトに係る医療費の200万円超分について、財政調整を行う。

50億円（うち国10億円）



調整交付金（国）

○普通調整交付金（調整交付金の9/10）
…広域連合間の所得格差による財政力不均衡を調整するために交付する。

○特別調整交付金（調整交付金の1/10）
…災害その他特別の事情を考慮して交付する。

・保険基盤安定制度（低所得者等の保険料軽減）

・保険料特例軽減

○保険基盤安定制度

- ・低所得者等の保険料軽減
- …均等割7割・5割・2割軽減、被扶養者の5割軽減（資格取得後2年間分）
- <市町村1/4、都道府県3/4>

0.3兆円程度

○保険料特例軽減（国）

- ・低所得者の更なる保険料軽減
- …均等割8.5割軽減

127億円

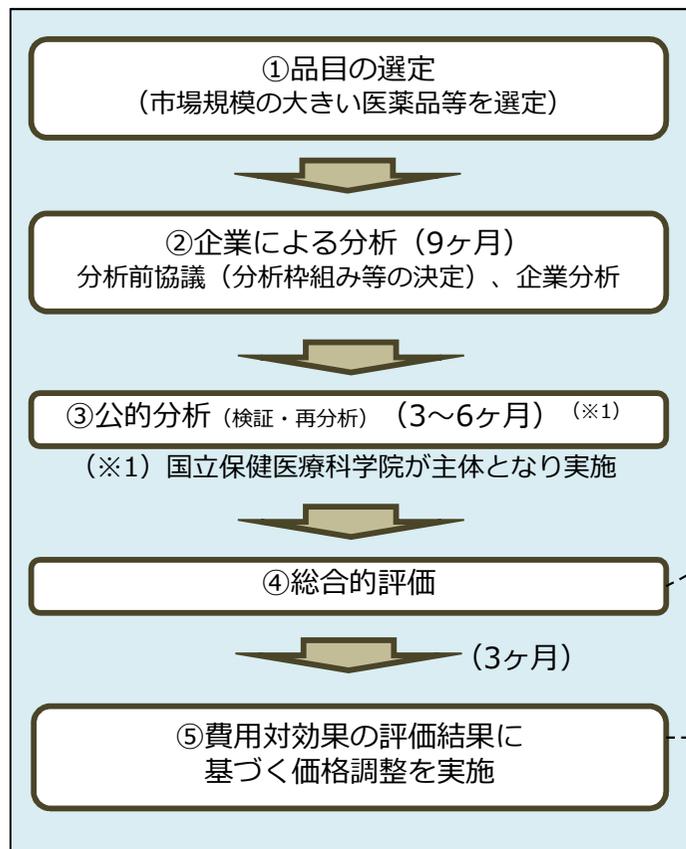
※ 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は47%となっている。

今後の医薬品等の費用対効果評価の活用

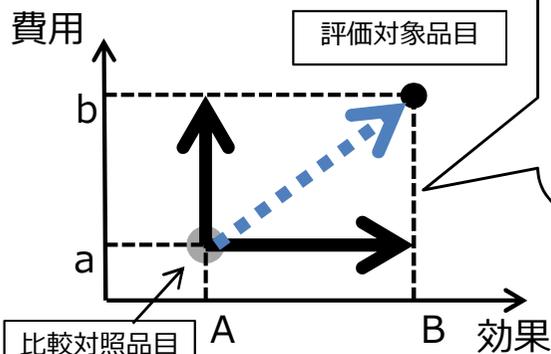
費用対効果評価制度について（概要）

- 費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる。
- 今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

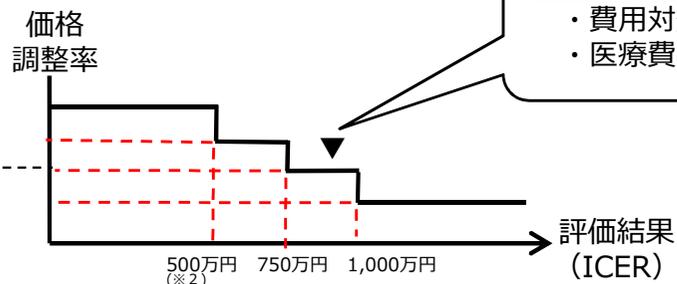
$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮(※2)

評価結果に応じて対象品目の価格を調整(※3)

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ



(※2) 抗がん剤等については、通常よりも高い基準 (750万円/QALY) を用いる。

(※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

(7) 費用対効果評価に係る今後の検討について

中医協においては、2012年5月に費用対効果評価部会を設置し、我が国における費用対効果評価の在り方について検討を進めてきた。

今回の骨子のとりまとめに当たっては、これまでの中医協における検討、試行的導入の結果、有識者の検討結果及び関係業界からの意見等を踏まえ、費用対効果評価専門部会及び合同部会において論点整理及び対応案の検討を行った。

本年4月より、本骨子の内容に基づき運用をすすめるとともに、費用対効果評価にかかる事例を集積し、体制の充実を図ることとする。

その上で、適正な価格設定を行うという費用対効果評価の趣旨や、医療保険財政への影響度、価格設定の透明性確保等の観点を踏まえ、より効率的かつ透明性の高い仕組みとするため、諸外国における取組も参考にしながら、選定基準の拡充、分析プロセス、総合的評価、価格調整方法及び保険収載時の活用のあり方等について検討する。

また、総合的評価や価格調整において配慮する要素や品目の範囲、配慮の方法等については、今後企業から提出される分析結果や諸外国における運用等を参考に検討を行うこととする。

費用対効果評価の対象品目と現状について（令和2年8月19日時点）

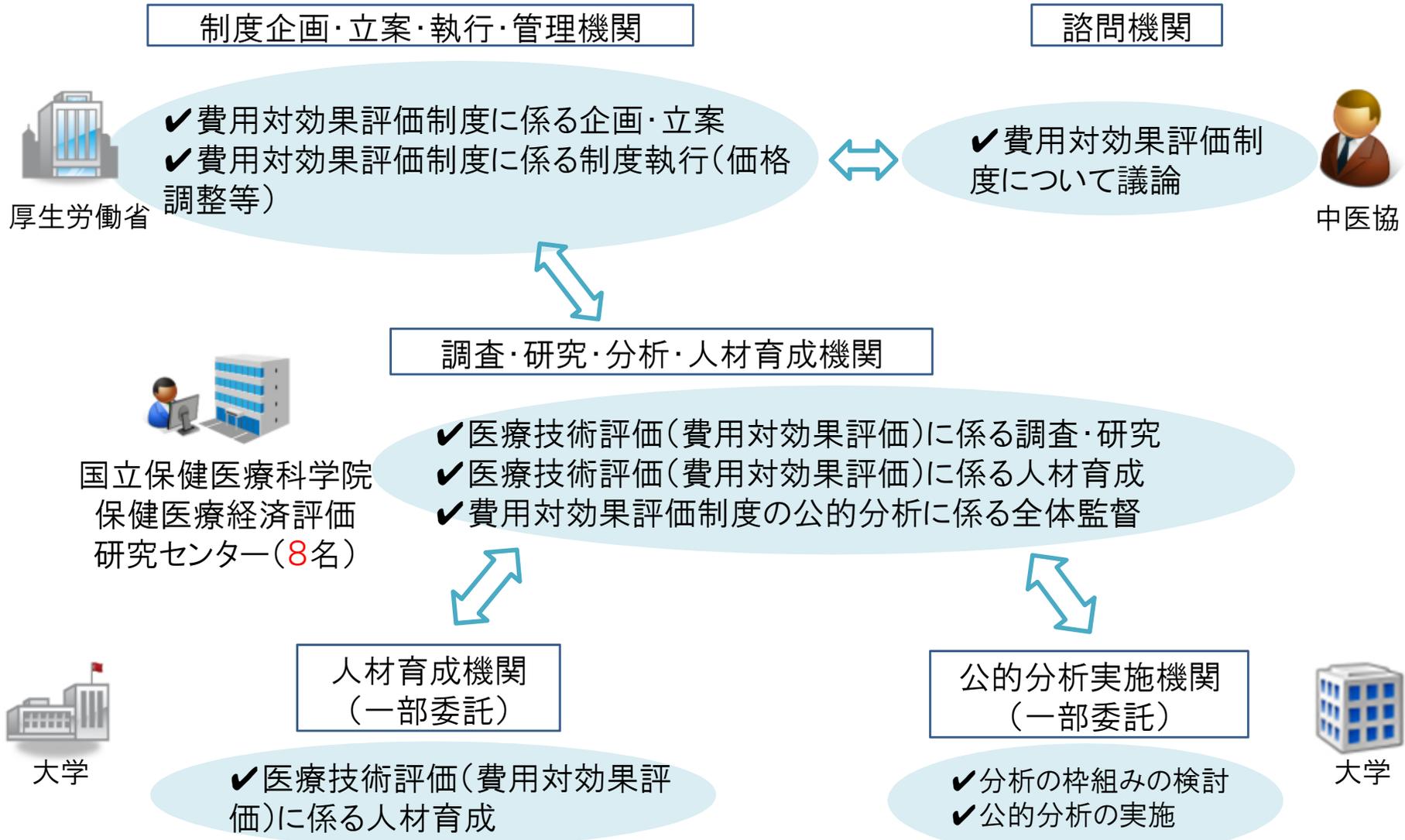
品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系 加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
①テリルジー (グラクオ・スミスクライン)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	4,012.30円 (14吸入1キット) 8,597.70円 (30吸入1キット)	10%	236億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2019/5/15	公的分析中
②キムリア (ノバルティスファーマ)	白血病	33,493,407円	35%×0.2※2 (7%)	72億円	H 3 (単価が高い)	2019/5/15	公的分析中
③ユルトミリス (アレクシオファーマ)	発作性夜間 ヘモグロビン尿症	717,605円	5%	331億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2019/8/28	公的分析中
④ビレーズトリエアロス フィア (アストラゼネカ)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	4,012.30円	なし	189億円	H 5 (テリルジーの 類似品目)	2019/8/28	分析は行わない (テリルジーの 分析結果に準じる)
⑤トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	168.90円 (10mg錠) 253.40円 (20mg錠)	5%	227億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2019/11/13	企業分析中
⑥コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	82.90円 (2.5mg錠) 145.40円 (5mg錠) 201.90円 (7.5mg錠)	35%	57.5億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2019/11/13	企業分析中
⑦ノクサフィル※3 (MSD)	深在性真菌症	3,109.10円 (100mg錠)	なし	112億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/4/8	企業分析中
⑧カボメティクス (武田薬品工業)	腎細胞癌	8,007.60円 (20mg錠) 22,333.00円 (60mg錠)	10%	127億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	分析前協議中
⑨エンハーツ (第一三共)	乳癌	165,074円	5%	129億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	分析前協議中
⑩ゾルゲンスマ (ノバルティスファーマ)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H 3 (単価が高い)	2020/5/13	分析前協議中
⑪エンレスト (ノバルティスファーマ)	慢性心不全	65.70円 (50mg錠) 115.20円 (100mg錠) 201.90円 (200mg錠)	なし	141億円	H 5 (コラランの 類似品目)	2020/8/19	分析は行わない (コラランの 分析結果に準じる)
⑫エナジア (ノバルティスファーマ)	気管支喘息	291.90円 (中用量) 331.40円 (高用量)	なし	251億円	H 5 (テリルジーの 類似品目)	2020/8/19	分析は行わない (テリルジーの 分析結果に準じる)

※1 収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

※2 加算係数(製品総原価の開示度に応じた加算率)・・・開示度80%以上:1.0、50~80%:0.6、50%未満:0.2

※3 ノクサフィルは内用薬(ノクサフィル錠100mg)のみが費用対効果評価対象。

費用対効果評価制度の体制と人材育成



慶應義塾大学 (2020年4月～)

聖路加国際大学・立命館大学・慶応義塾大学

* 科学院及び大学で育成した人材については、医療技術に係る調査・研究機関や公的分析実施機関等での活躍を想定

医療経済評価コース（HTAコース）

学内

- 修士学生
- 博士学生
- *健康マネジメント研究科学生
が中心となるが、
他研究科学生
も履修可能

医療経済評価コース科目（全11科目・20単位）

疫学・統計学に関する科目群（全4科目・8単位）

- 基礎疫学（2）
- 基礎生物統計学Ⅰ（2）
- 基礎生物統計学Ⅱ（2）
- 応用生物統計学（2）

医療経済評価に関する科目群（全7科目・12単位）

- 医療制度とレギュラトリーサイエンス（2）
 - 医療経済学Ⅱ（2）
 - 医薬経済学（2）
 - QOLと費用の評価（2）
 - 費用対効果評価演習（2）
 - 医療経済評価モデル解析演習（1）
 - 医療経済評価特論（1）
- *下線科目は2年次履修を
想定
*1年半での全単位取得を
想定

学外

- 科目等履修生

全20単位取得によりサーティフィケート（修了証）を授与

*20単位取得段階で申請者に対して授与

- HTAコース参加者（ただし、全員が最終的にサーティフィケートを希望するとは限らない）
 - 51名（うち修士1年次22名、修士2年次24名、博士2名、科目等履修生3名）
- 今年度中に全単位取得が可能な参加者（2年次履修想定科目2科目の履修者）
 - 26名（うち修士1年次4名、修士2年次22名）

*修士1年次は公衆衛生学・早期修了制度希望者

*人数については、2020年6月22日時点のもの



慶應義塾大学大学院

健康マネジメント研究科 49

諸外国における医薬品に係る費用対効果評価の活用状況(一覧)

令和2年3月26日時点
厚生労働省保険局医療課調べ

	イギリス	オーストラリア	スウェーデン	オランダ	フランス	ドイツ
財源	税方式	税方式	税方式	社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式
評価機関	National Institute for Health and Care Excellence	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	Zorginstituut Nederland	Haute Autorité de Santé	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
設立年	1999年	1954年(※1)	2002年	1949年	2005年	2004年
人員	618名 (医薬品は9組織に分析を委託)	20名 (医薬品は6大学に分析を委託)	140名	400名	425名	231名
評価基準	2~3万ポンド (致死性疾患、終末期における治療の場合は5万ポンドまで許容)	4万5千~5万豪ドル(抗悪性腫瘍薬については75,000豪ドル) (公表はされていない)	50万~100万クローネ (公表はされていない)	1~8万ユーロ (疾患により変動)	公表されていない	公表されていない
評価結果の活用方法(※2)	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	価格交渉に用いる	価格交渉に用いる	価格交渉に用いる(※3)
品目選定数	56件 (2018/2019で公表されたTAのガイダンス数)	86件 (2018/2019でPBACに申請されたMajor submission数)	40~60品目 (年間評価品目数)	32件 (2016年の企業からの申請数)	19件 (2018年の評価品目数)	なし
(備考)	医薬品アクセス制限への反発を受けて、以下の仕組みを導入 ・Patient Access Scheme(2009年~) ・Cancer Drug Fund(2011年~)	評価の結果、償還が推奨されない品目に対応する以下の仕組みを導入 ・リスク共有スキーム(※4)	評価の結果、不確実性のため償還が推奨されない品目に対応する以下の仕組みを導入 ・Managed entry agreements(2014年に既存の条件付き償還の制度を改定)	—	—	—

※1 費用対効果の評価の開始は1993年。

※2 算出された増分費用効果比(ICER)を価格に反映させる具体的な方法を公表している国はない。

※3 ドイツでは企業との価格交渉が合意に至らない場合に、必要に応じて費用対効果評価を実施することとしているが、これまでに実施した例はない。

※4 保険者と企業の間で取り決めを行い、企業が価格引下げや薬剤費の一部を負担する等により、償還が認められるスキーム。

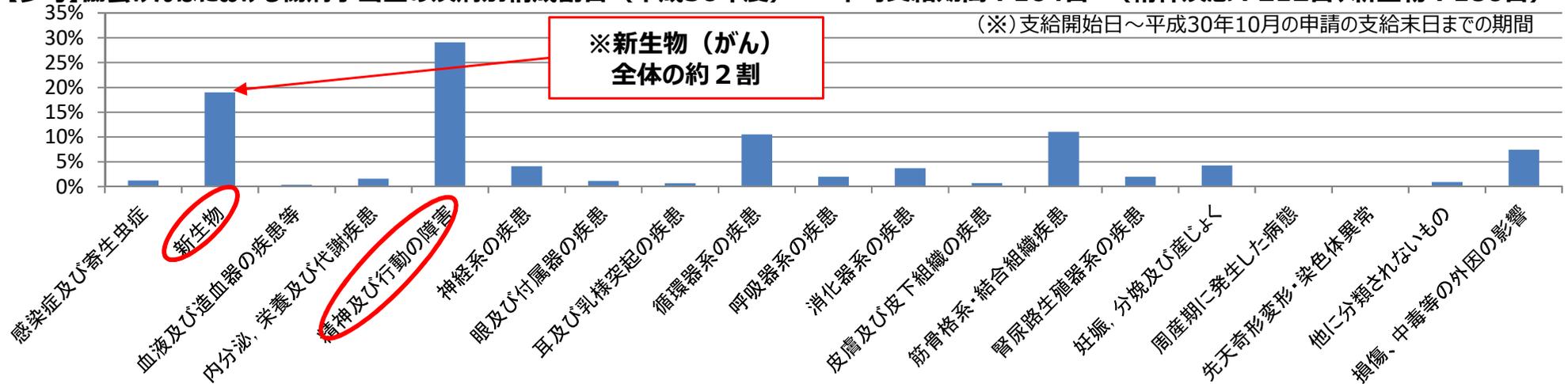
傷病手当金について

傷病手当金について

給付要件	被保険者が業務外の事由による療養のため業務に服することができないときは、その業務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から業務に服することができない期間、支給される。
支給期間	同一の疾病・負傷に関して、支給を始めた日から起算して1年6月を超えない期間
支給額	1日につき、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の 3分の2に相当する金額（休業した日単位で支給） 。 <small>（※）国共済・地共済は、標準報酬の月額平均額の22分の1に相当する額の3分の2に相当する額 私学共済は、標準報酬月額の平均額の22分の1に相当する額の100分の80に相当する額</small> なお、被保険者期間が12か月に満たない者については、 ①当該被保険者の被保険者期間における標準報酬月額の平均額 ②当該被保険者の属する保険者の全被保険者の標準報酬月額の平均額 のいずれか低い額を算定の基礎とする。
支給件数 (平成29年度)	約190万件（被用者保険分）うち協会けんぽ110万件、健保組合70万件、共済組合10万件 <small>（※）平成29年度中に支給決定された件数。申請のタイミングは被保険者によって異なるが、同一の疾病に対する支給について、複数回に分けて支給申請・支給決定が行われた場合には、それぞれ1件の支給として計算。</small>
支給金額 (平成29年度)	約3600億円（被用者保険分）うち協会けんぽ1900億円、健保組合1500億円、共済組合200億円

【参考】協会けんぽにおける傷病手当金の疾病別構成割合（平成30年度）

平均支給期間：164日（精神疾患：212日、新生物：180日）



傷病手当金の継続給付の概要

○ 資格喪失時に受けていた傷病手当金について、一年以上被保険者であった者については、資格喪失後も、同一の保険者から傷病手当金を継続して受給できることとなっている。

※ 出産手当金等の現金給付にも同様の仕組みがある。

支給要件

- ・被保険者の資格を喪失した日の前日までに一年以上被保険者であったこと
- ・資格喪失時において、傷病手当金の支給を受けていること
- ・継続して受給していること

支給額

- ・受給している傷病手当金の額
- ※1日につき、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する金額。

支給される期間

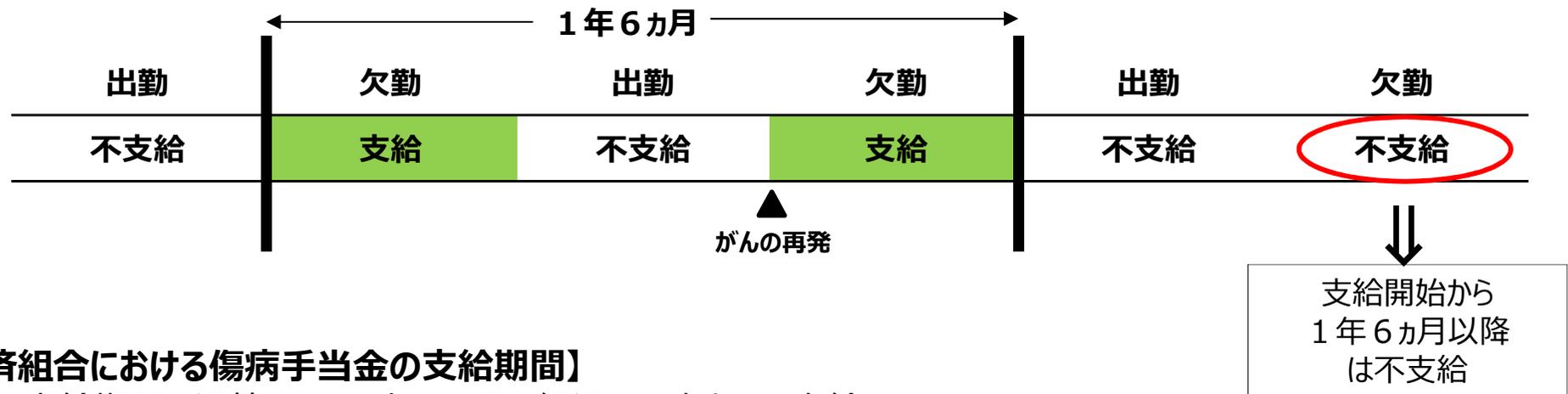
- ・被保険者として受けることができるはずであった期間
- ※例えば、資格喪失前に6か月傷病手当金を受給している場合、受給できる期間は残り1年。

傷病手当金の支給期間について

- 健康保険における傷病手当金は、支給開始から起算して1年6か月を超えない期間支給する仕組みとなっており、1年6か月経過後は、同一の疾病等を事由に支給されない。
- 一方、共済組合における傷病手当金は、支給期間を通算して1年6か月を経過した時点までは支給される仕組みとなっている。

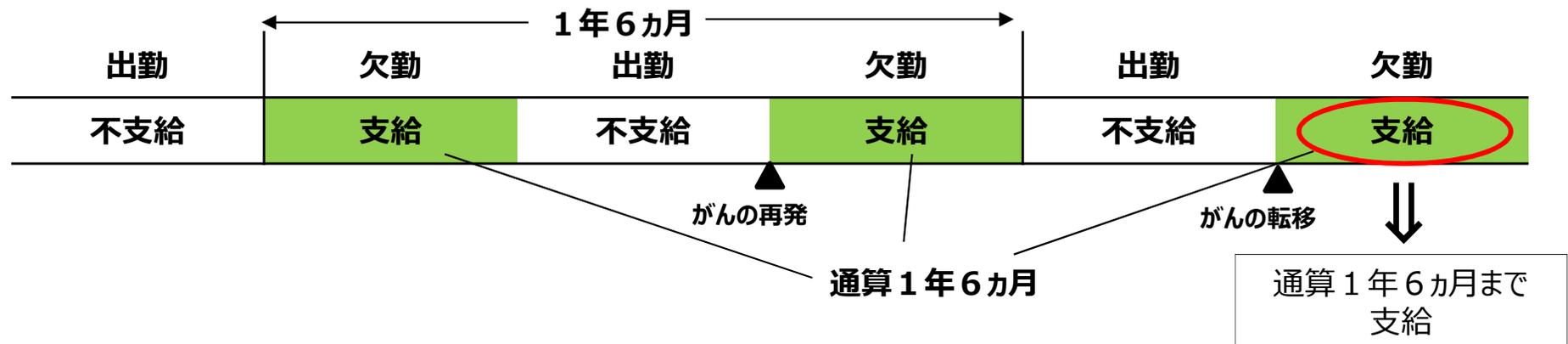
【健康保険における傷病手当金の支給期間】

⇒ 支給開始から1年6か月を経過する時点まで支給（1年6か月後に同じ疾病が生じた場合は不支給）



【共済組合における傷病手当金の支給期間】

⇒ 支給期間を通算して、1年6か月を経過した時点まで支給。



がん対策推進基本計画（第3期）（平成30年3月9日閣議決定）

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

① 就労支援について

地域がん登録全国推計による年齢別がん罹患者数データによれば、平成24(2012)年において、がん患者の約3人に1人は、20歳から64歳までの就労可能年齢でがんに罹患している。また、平成14(2002)年において、20歳から64歳までのがんの罹患者数は、約19万人であったが、平成24(2012)年における20歳から64歳までの罹患者数は、約26万人に増加しており、就労可能年齢でがんに罹患している者の数は、増加している。

また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの5年相対生存率は、56.9%(平成12(2000)年～平成14(2002)年)、58.9%(平成15(2003)年～平成17(2005)年)、62.1%(平成18(2006)年～平成20(2008)年)と年々上昇しており、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められている。

（イ）職場や地域における就労支援について

（現状・課題）

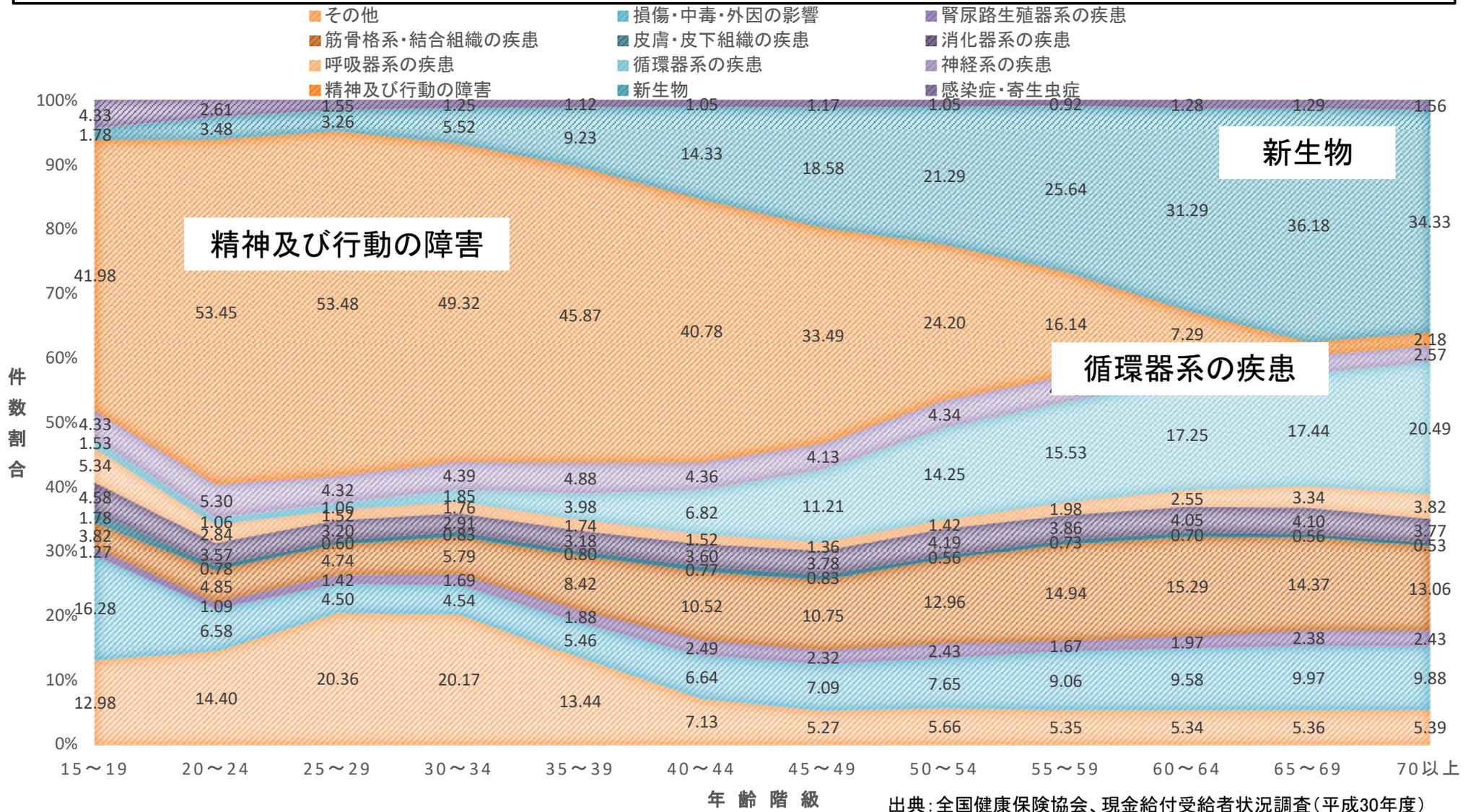
（略）傷病手当金については、がん治療のために入退院を繰り返す場合や、がんが再発した場合に、患者が柔軟に利用できないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

（略）国は、治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

傷病手当金の年齢別・疾病別構成割合（協会けんぽ）

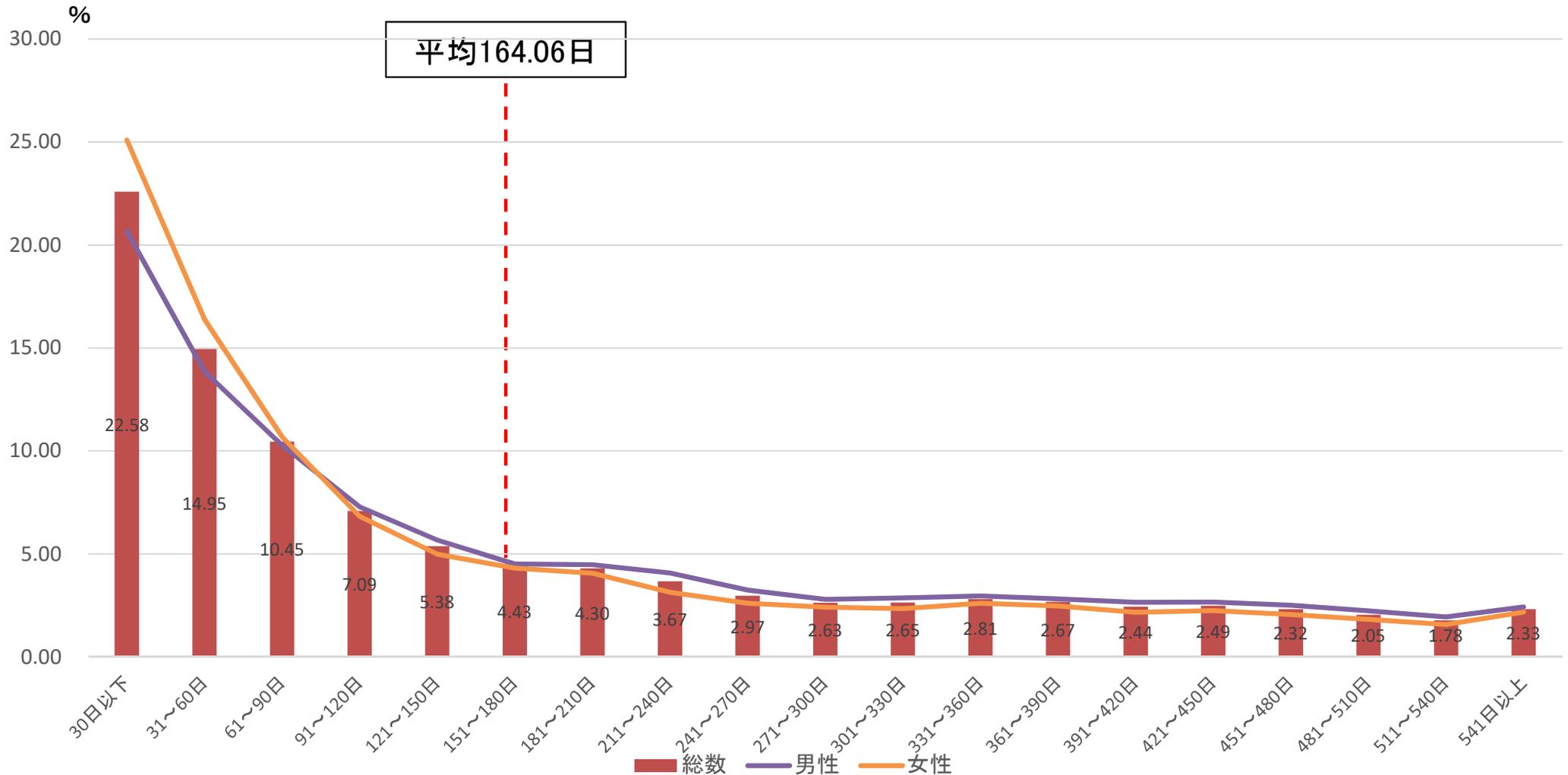
○ 年齢階級別にみた傷病手当金の傷病別の件数割合について、協会けんぽのデータをみると、「精神及び行動の障害」の割合は、55歳未満の階級では最も割合が高く、年齢階級が高くなるほど減少。「新生物」の割合は、年齢階級が高くなるほど増加し、55歳以上では最も割合が高い。



出典：全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査(平成30年度)

傷病手当金の支給期間の分布（協会けんぽ）

- 傷病手当金の支給期間(※)について、協会けんぽのデータを見ると、
- ・平均支給期間は約164日(男性172.96日、女性151.42日)となっており、
 - ・全体の支給件数に占める割合は、30日以下は23%、90日以内は48%となっている。
- (※) 支給開始日～平成30年10月の申請の支給末日までの期間

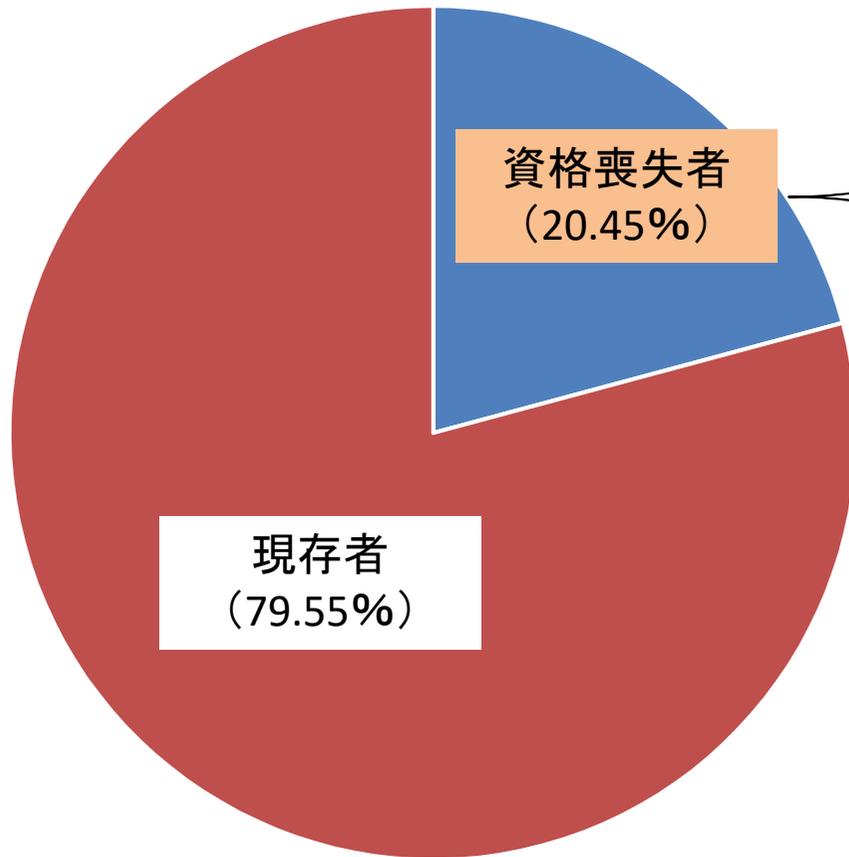


(出典) 全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査(平成30年度)

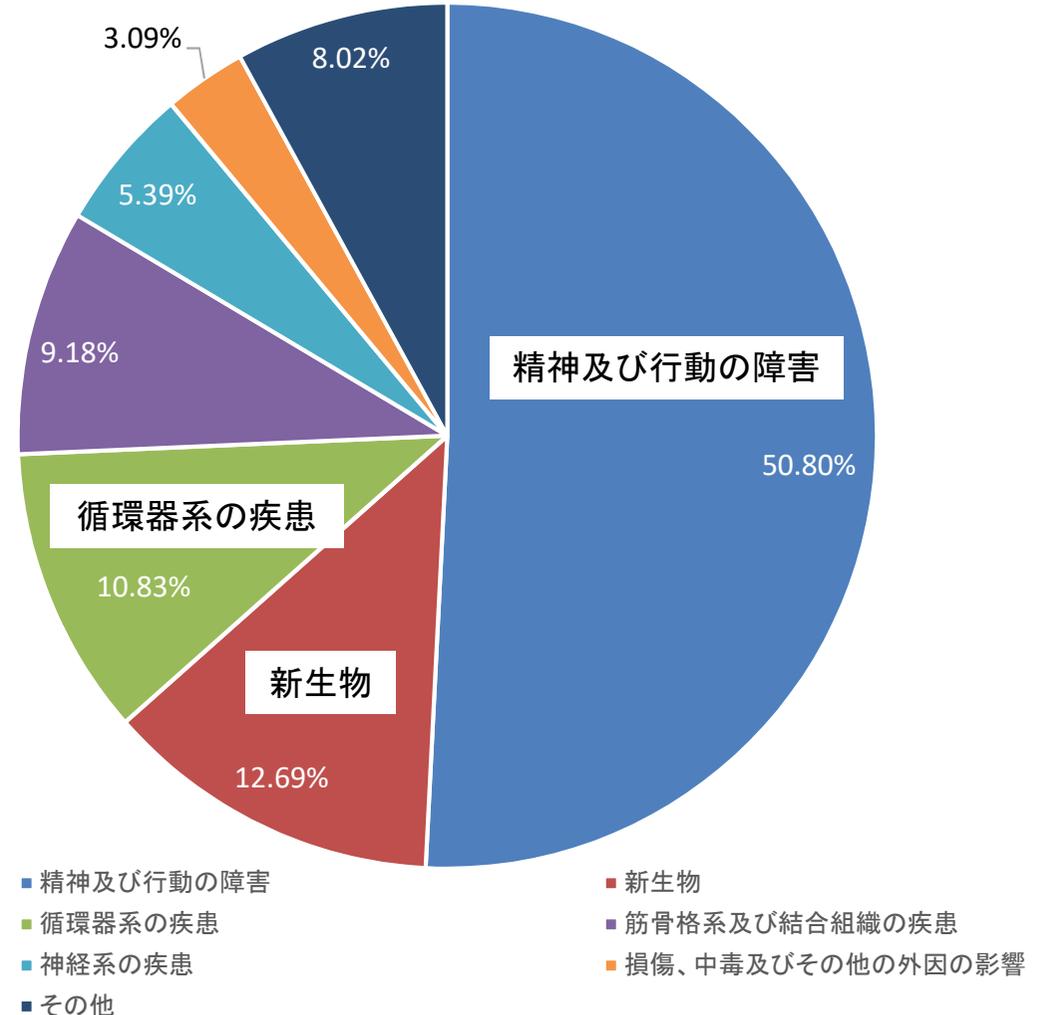
傷病手当金の継続給付の支給状況（協会けんぽ）

- 協会けんぽにおける傷病手当金の支給件数のうち、資格喪失者に対する継続給付は全体の約20%。
- 資格喪失者の傷病別構成割合は、「精神及び行動の障害」(51%)、「新生物」(13%)、「循環器系の疾患」(11%)の順で多くなっている。

傷病手当金支給件数の割合



資格喪失後継続給付傷病別構成割合



任意継続被保険者制度について

任意継続被保険者制度の概要

- 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度。

(任意継続被保険者制度の概要)

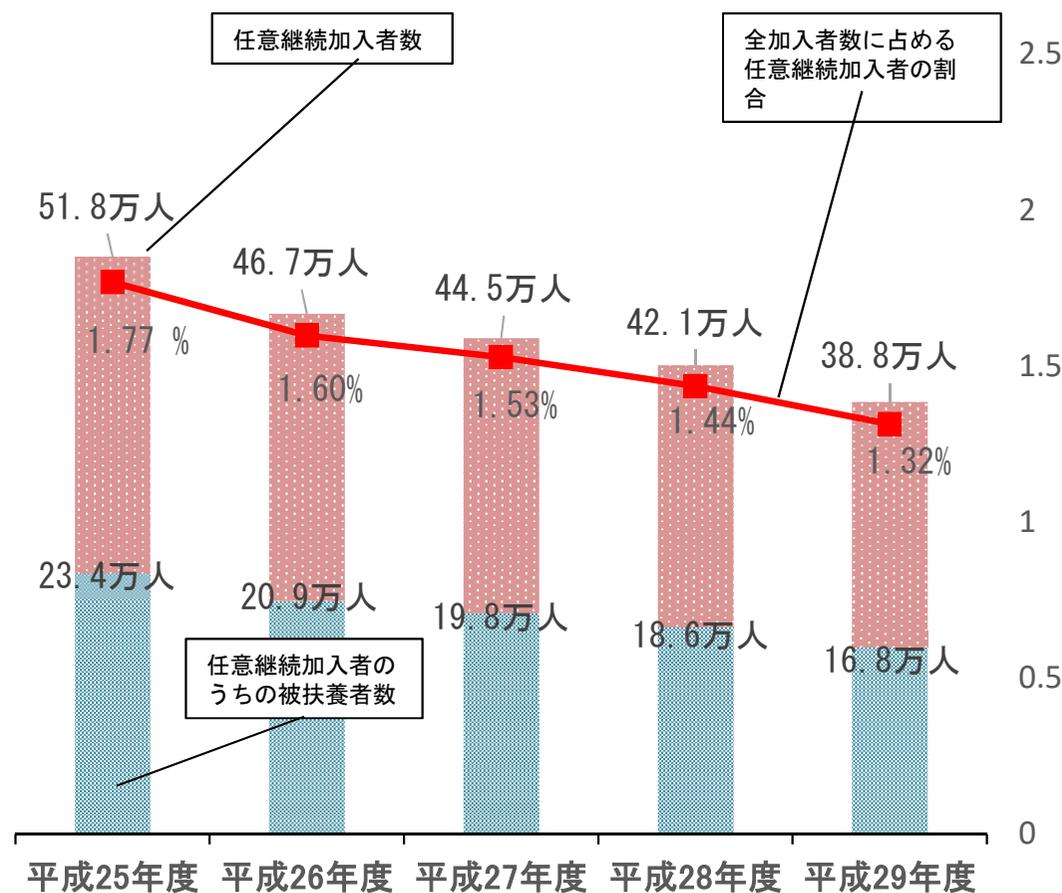
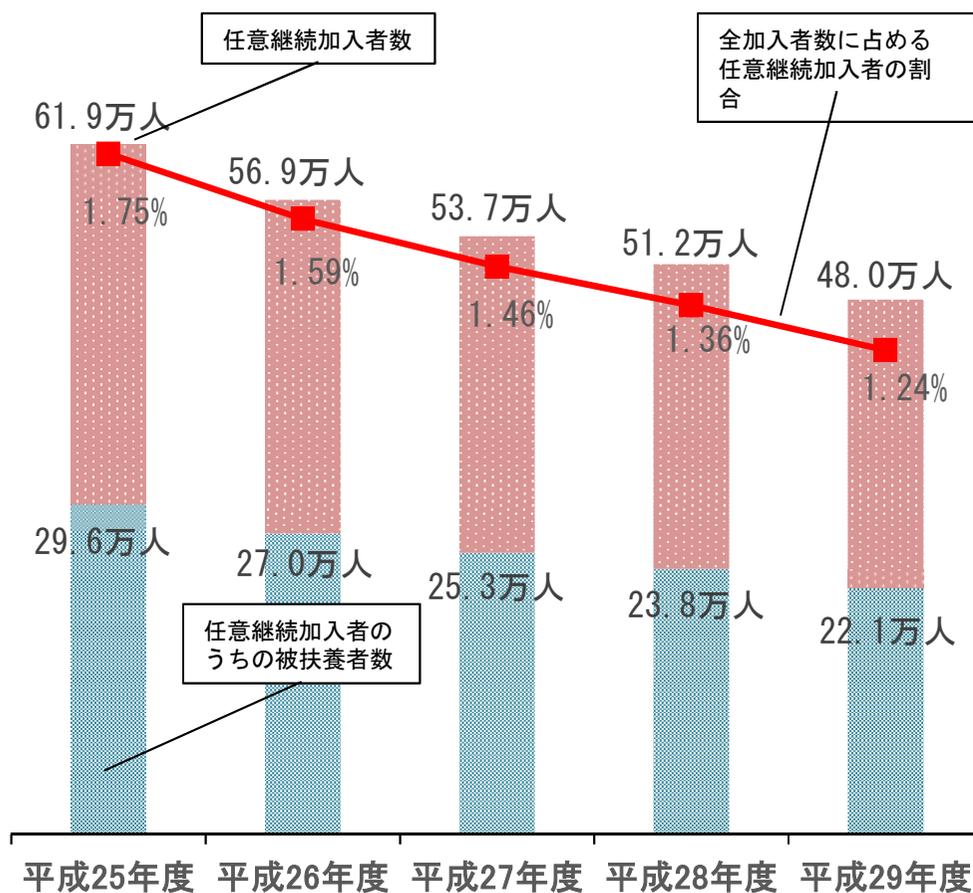
<p>加入要件 (勤務期間)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 資格喪失の日の前日まで継続して<u>2か月以上</u>被保険者であったこと
<p>資格喪失事由</p>	<ul style="list-style-type: none"> 任意継続被保険者となった日から起算して<u>2年</u>を経過したとき 死亡したとき 保険料を納付期日までに納付しなかったとき 被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
<p>保険料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 全額被保険者負担(事業主負担なし) ①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額 ※のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担 <p>※ 健保組合が当該平均した額の範囲内において規約で定めた額がある時は、その額</p>

任意継続加入者数の推移

○ 平成25年度から平成29年度までにかけて、協会けんぽ及び健保組合の任意継続加入者（被扶養者を含む。）の数は減少傾向にあり、平成29年度は約87万人となっている。

(協会けんぽ)

(健保組合)



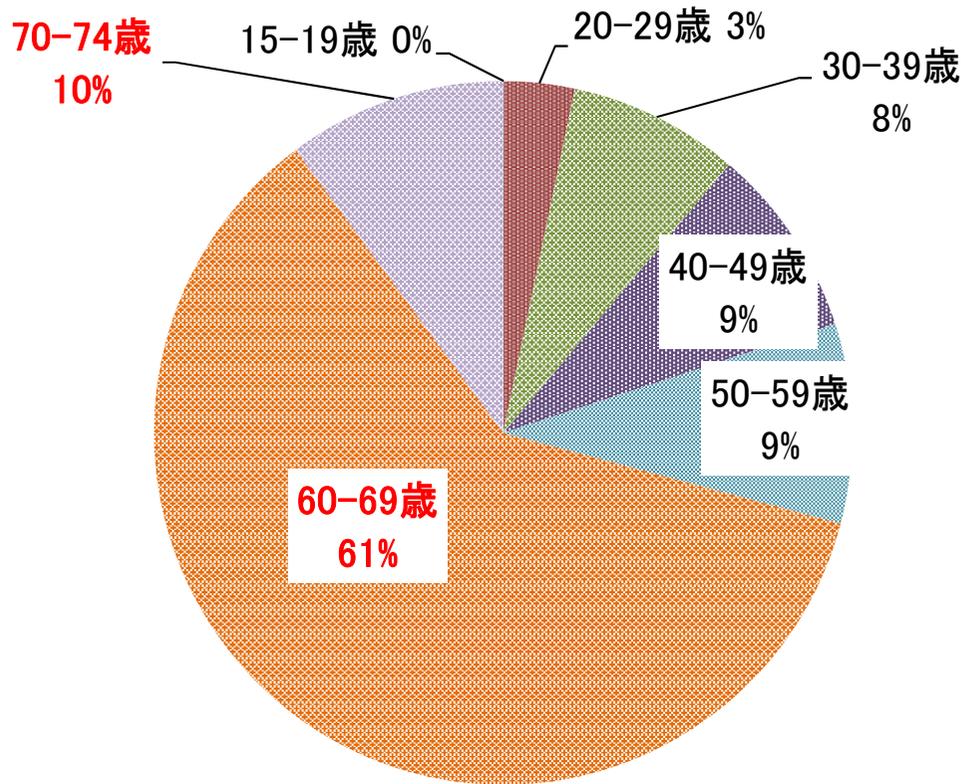
※1 協会けんぽについては、健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者及び船員保険の被保険者を除く
 ※2 数字は単年度平均

(出所) 健康保険・船員保険事業年報(平成25年度～平成29年度)

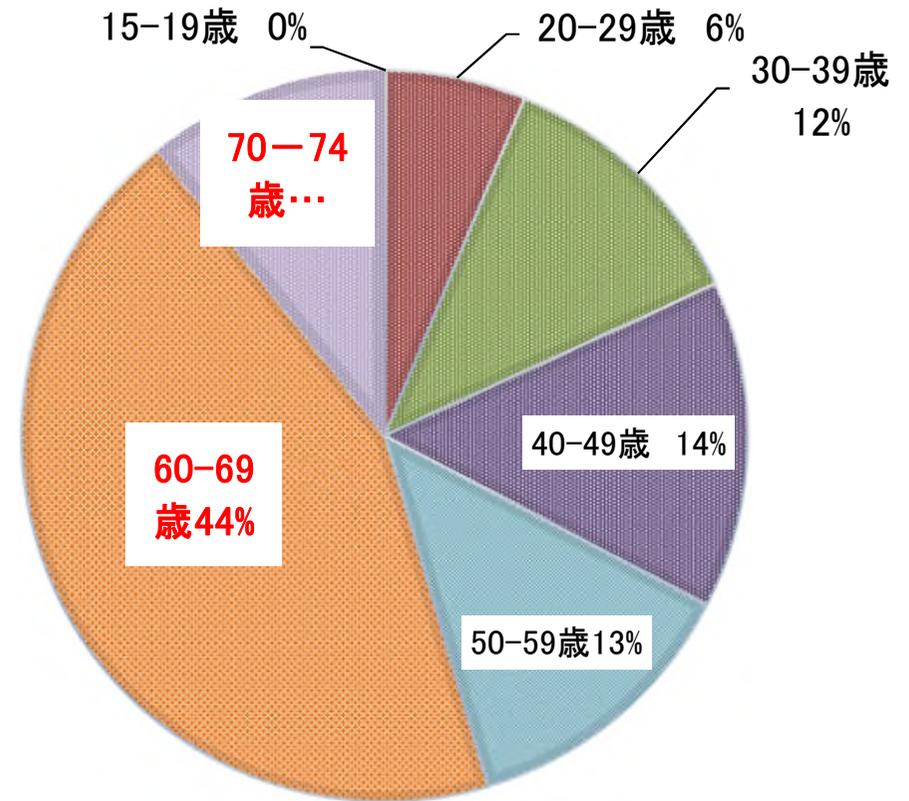
協会けんぽにおける任意継続被保険者の年齢構成の推移

- 任意継続被保険者の年齢構成をみると、近年は若年層が増加しているが、60歳以上の者が全体の約5割を占めている。
- 60歳以上の者の割合は約7割(平成25年度)から約5割(平成30年度)に減少している。

(平成25年度)



(平成30年度)



年齢(歳)	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~74	計
任意継続被保険者数(人)	91	9,776	23,728	26,301	27,470	182,056	30,356	299,778

(出所)協会けんぽの調査に基づき作成(平成26年3月時点)

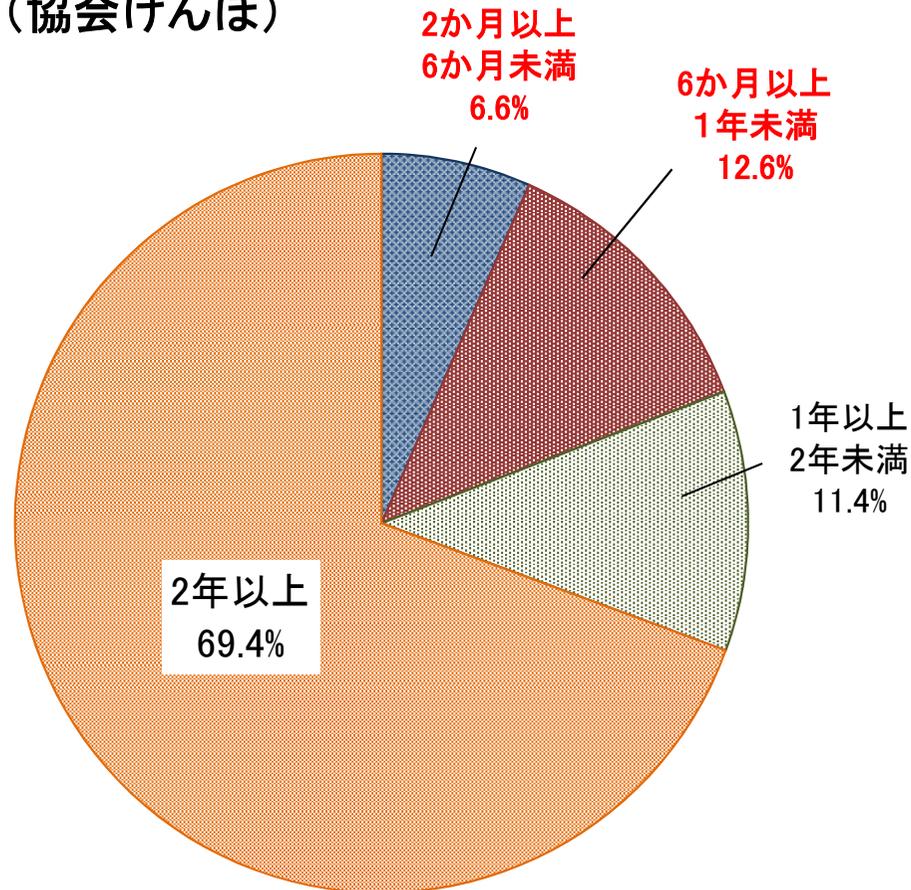
年齢(歳)	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~74	計
任意継続被保険者数(人)	142	15,392	29,251	35,566	31,392	107,822	26,524	246,089

(出所)協会けんぽの調査に基づき作成(平成31年3月時点)

任意継続被保険者の勤務期間

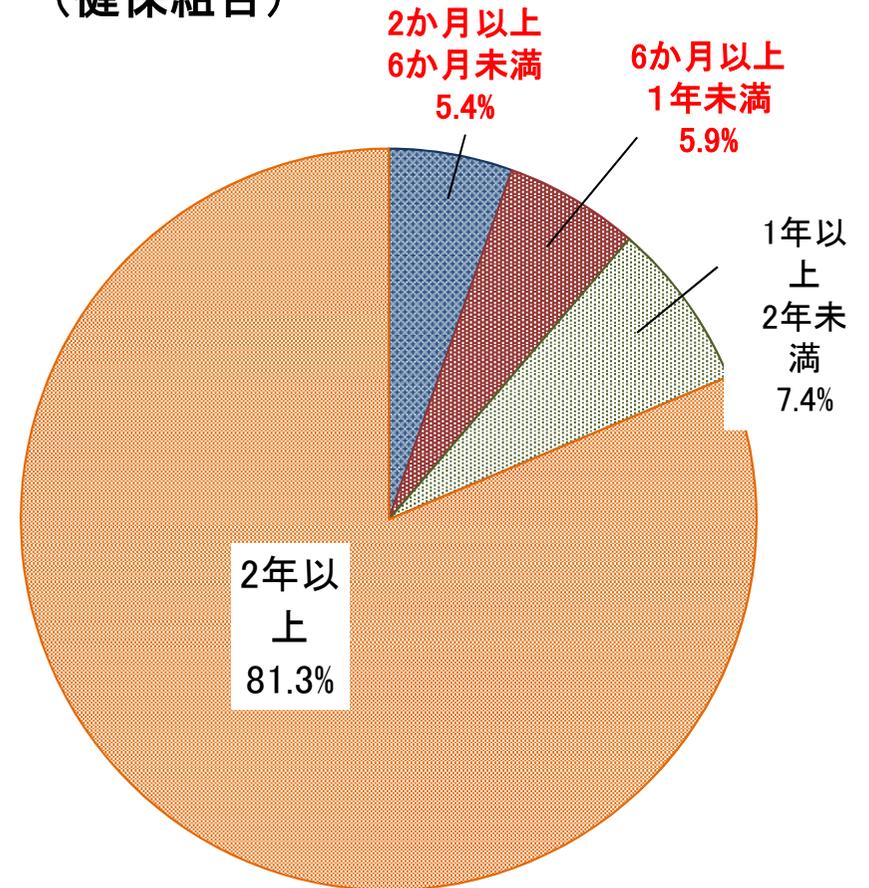
○ 任意継続被保険者の勤務期間は、協会けんぽは2割、健保組合は1割の者が2ヶ月以上1年未満となっている。

(協会けんぽ)



(出所)協会けんぽの調査に基づき作成(平成25年度)

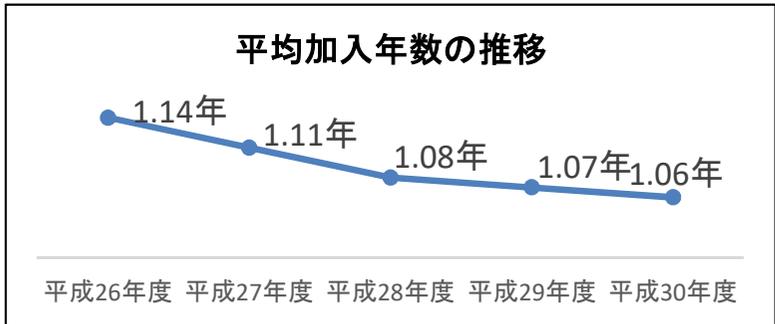
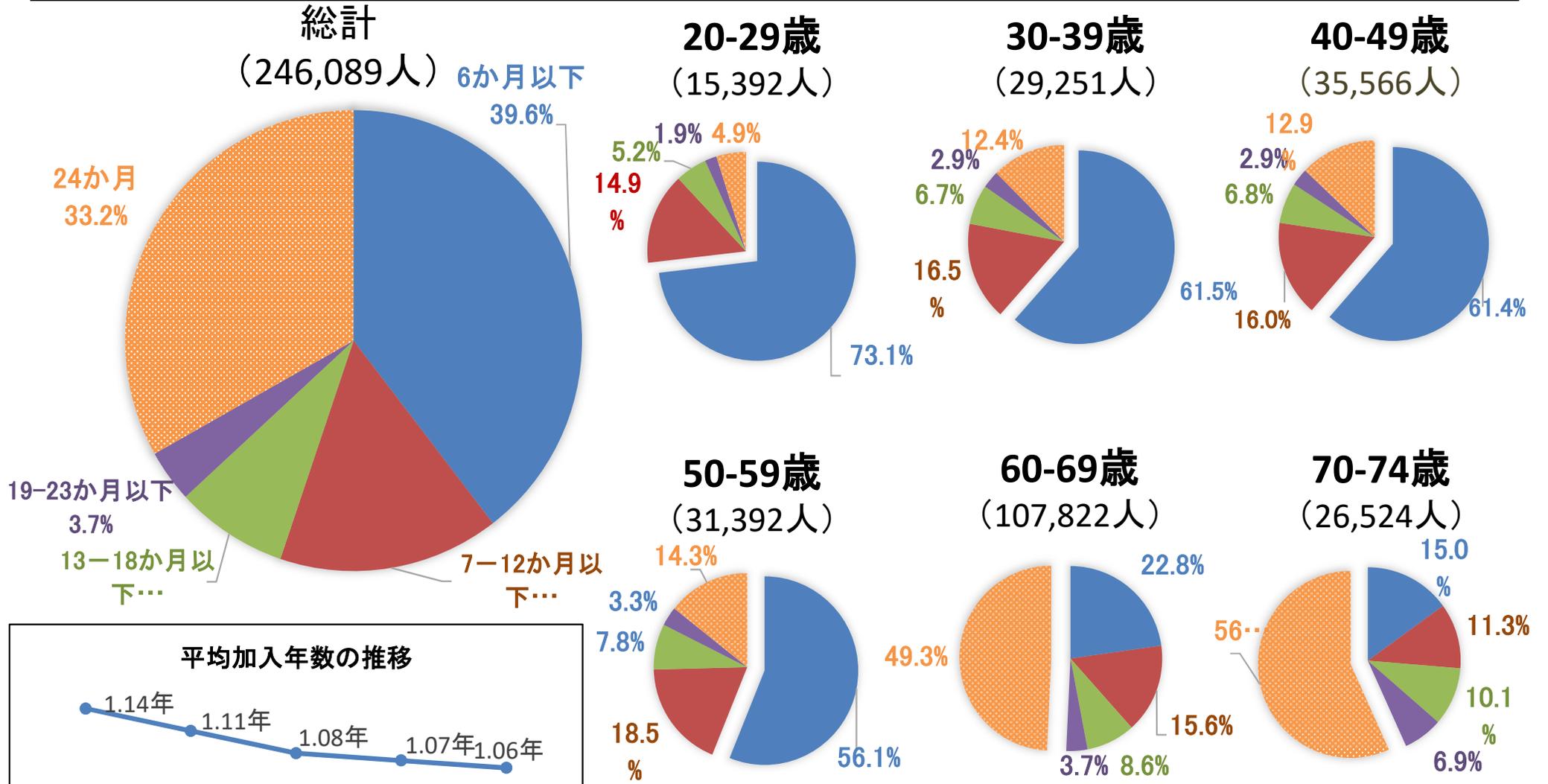
(健保組合)



(出所)健康保険組合連合会の調査より抜粋(94組合にて集計)(平成25年度)

年代別の任意継続被保険者制度加入期間

- 60歳未満までは加入期間6カ月以下が5割以上を占めており、60歳以降は加入期間2年間が約5割以上を占めている。
- 平均加入年数は年々減少傾向にある。



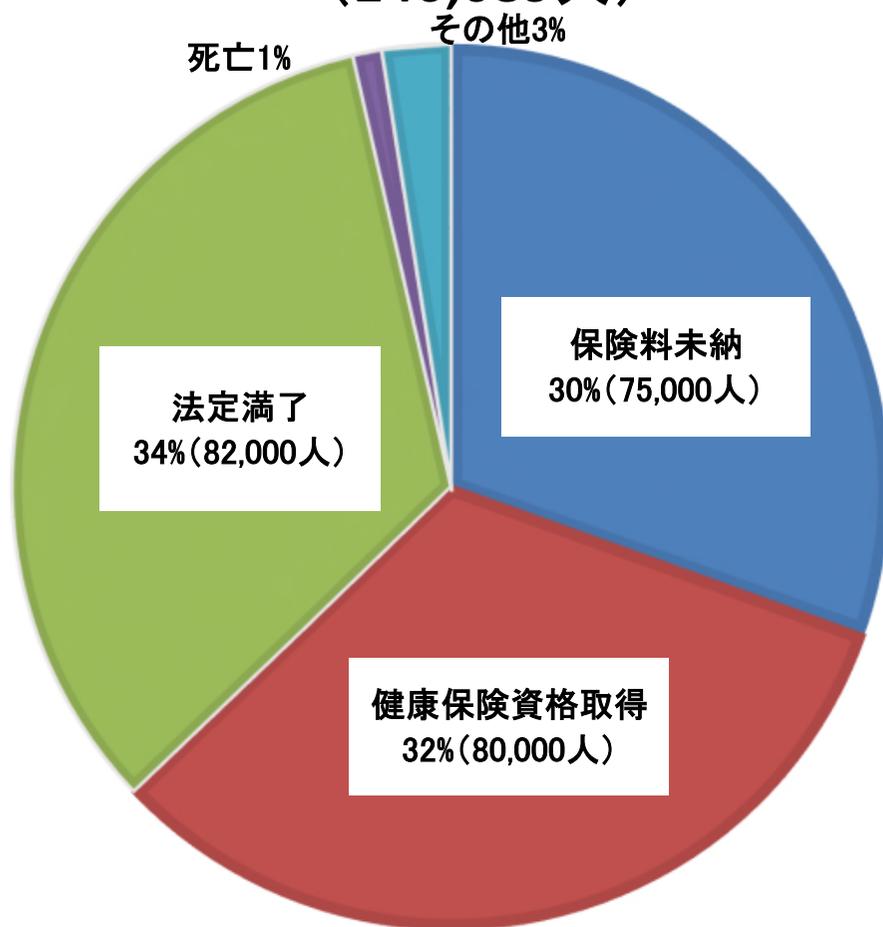
平成31年3月末時点
(出所)協会けんぽの調査に基づき作成

任意継続被保険者制度の資格喪失理由

- 平成30年度における任意継続被保険者制度の資格喪失理由は法定満了が34%、次いで健康保険等の資格取得が32%、保険料未納が30%となっている。
- 現行では、自主的に任意継続被保険者から外れることができない制度となっている。

資格喪失理由（平成30年度）

(246,089人)



(参照条文)

○健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

(任意継続被保険者の資格喪失)

第三十八条 任意継続被保険者は、次の各号のいずれかに該当するに至った日の翌日(第四号から第六号までのいずれかに該当するに至ったときは、その日)から、その資格を喪失する。

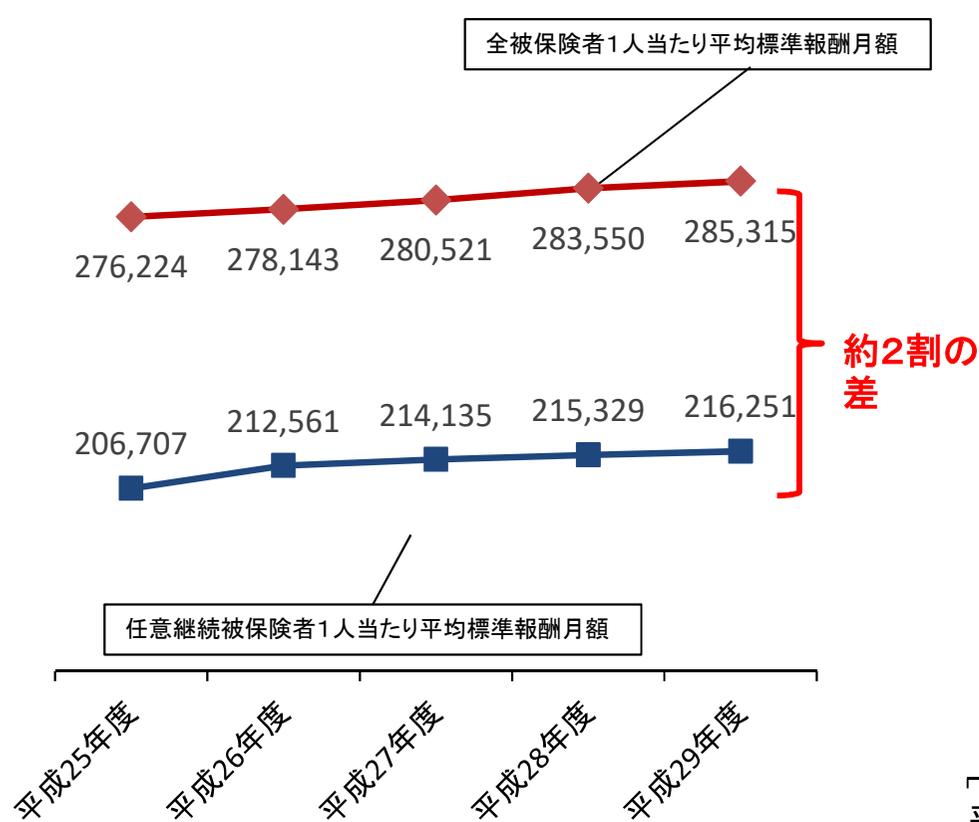
- 一 任意継続被保険者となった日から起算して二年を経過したとき。
- 二 死亡したとき。
- 三 保険料(初めて納付すべき保険料を除く。)を納付期日までに納付しなかったとき(納付の遅延について正当な理由があると保険者が認めたときを除く。)
- 四 被保険者となったとき。
- 五 船員保険の被保険者となったとき。
- 六 後期高齢者医療の被保険者等となったとき。

(出所)協会けんぽの調査に基づき作成

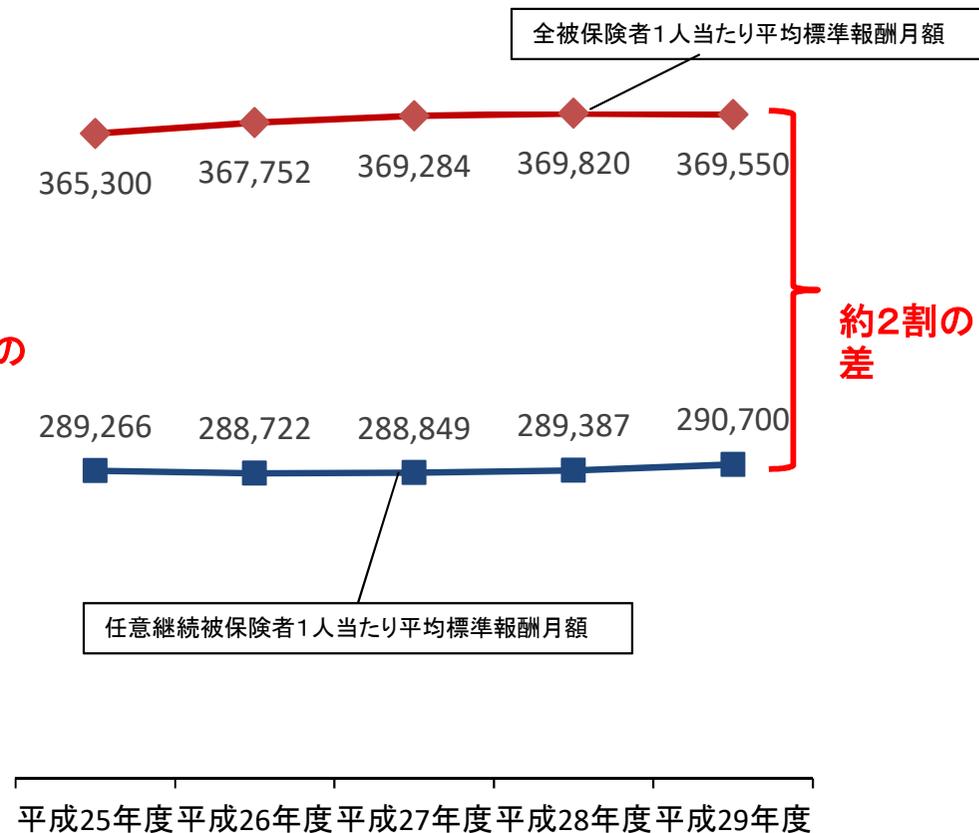
任意継続被保険者と一般被保険者の平均標準報酬月額と比較

- 任意継続被保険者の標準報酬月額は①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額となるため、全被保険者の平均標準報酬月額を下回ることとなる。
 - 任意継続被保険者1人当たり平均標準報酬月額は、全被保険者(※)の約8割の水準となっている。
- (※) 任意継続被保険者を含む。協会けんぽについては、日雇特例被保険者を除く。

(協会けんぽ)



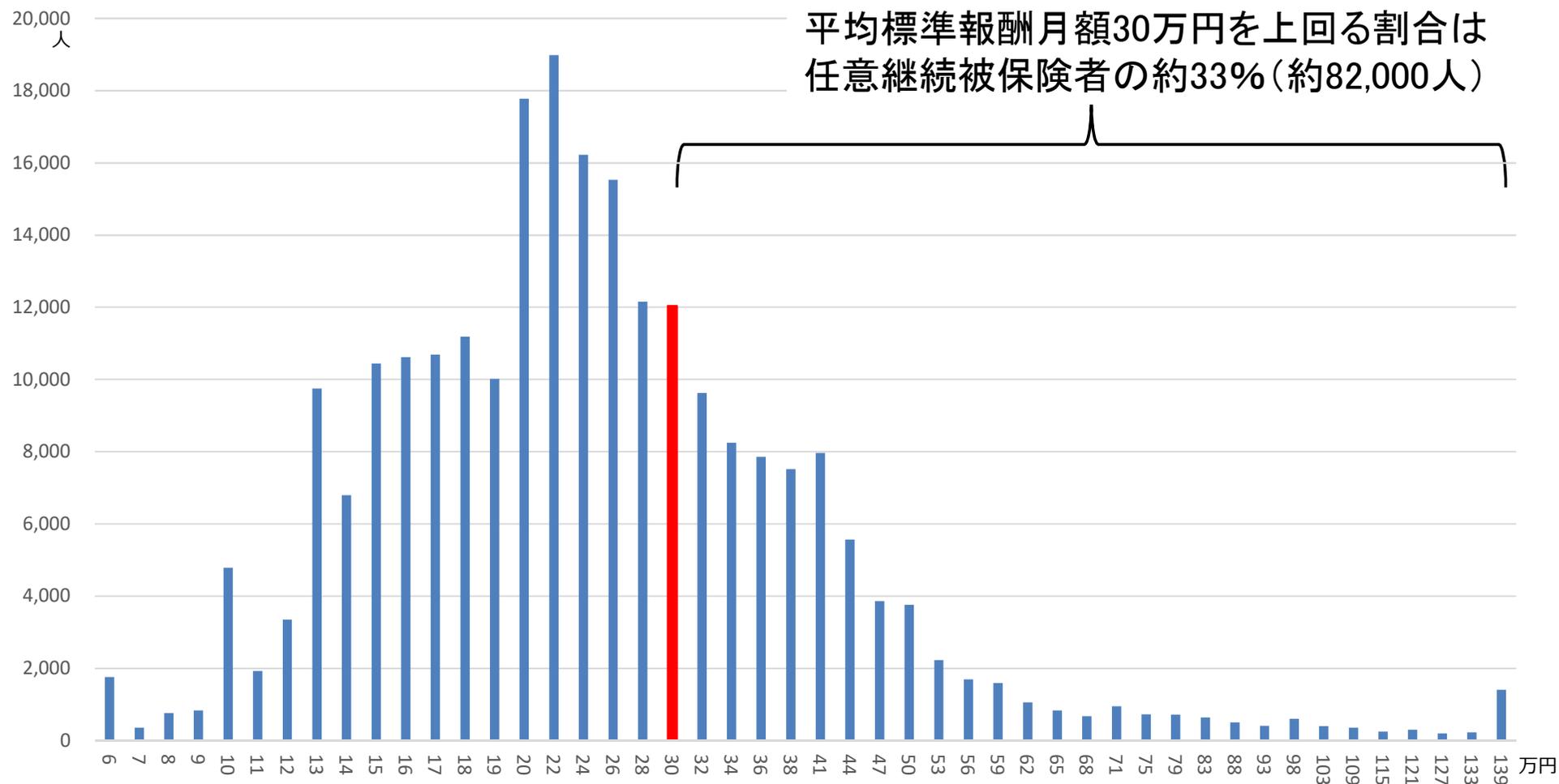
(健保組合)



(出所) 健康保険・船員保険事業年報 (平成25年度～平成29年度)

協会けんぽにおける任意継続被保険者の標準報酬月額分布

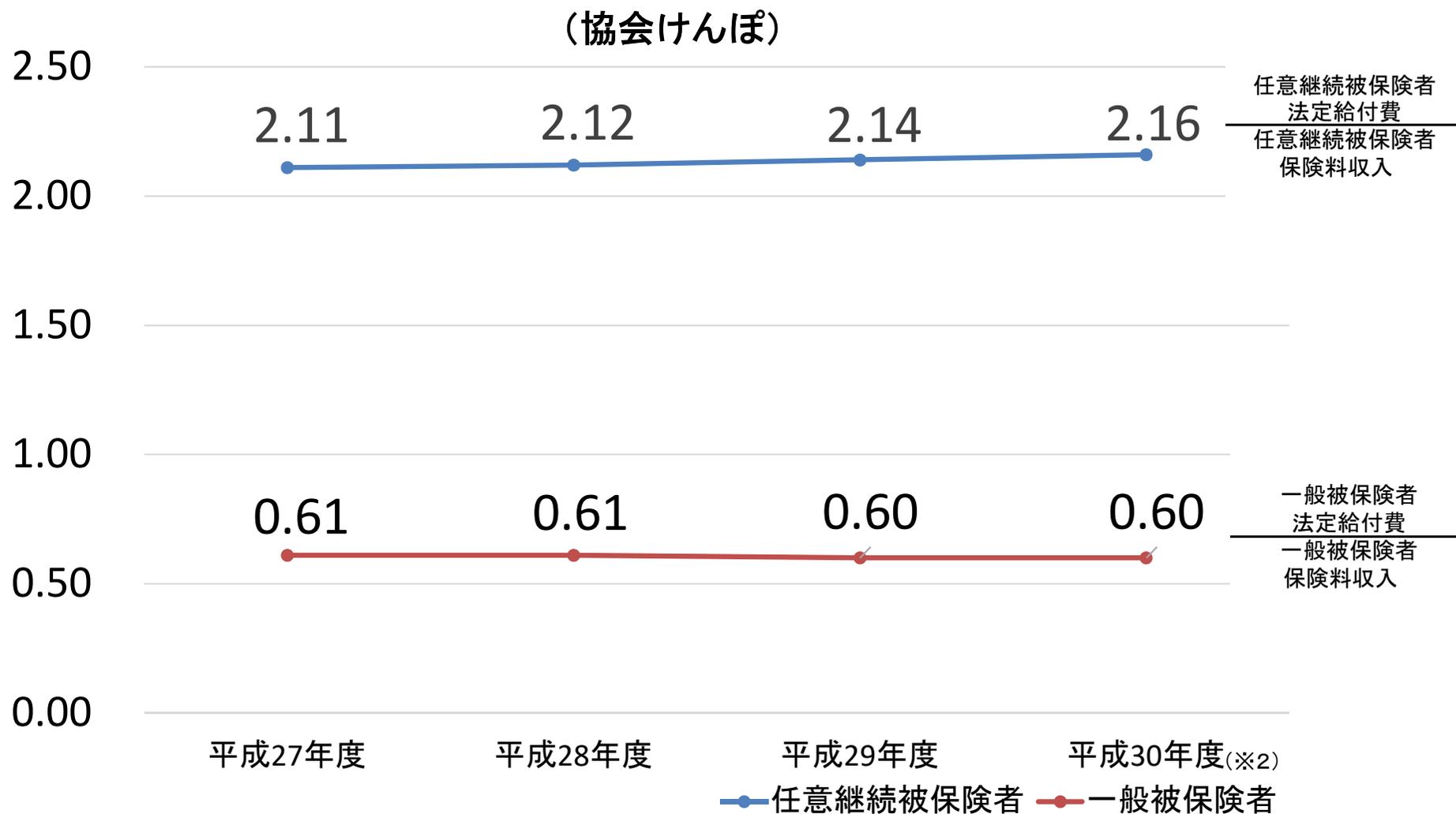
○ 協会けんぽの被保険者の平均標準報酬月額は30万円であり、退職時の標準報酬月額がこれを上回る場合には、被保険者は30万円に保険料率を乗じた額を保険料として負担することとなる。



(出所)協会けんぽの調査に基づき作成

任意継続被保険者に係る保険料収入に占める法定給付費の割合

○ 協会けんぽにおける平成30年度の保険料収入に占める法定給付費(※1)の割合は、任意継続被保険者では約2.2倍、全加入者では約0.6倍となっている。



(※1) 法定給付費は、療養の給付、出産育児一時金、傷病手当金、高額療養費等を含み、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金は含まない。

(※2) 現時点見込み額
(出所) 協会けんぽ事業年報及び協会けんぽの調査に基づき作成

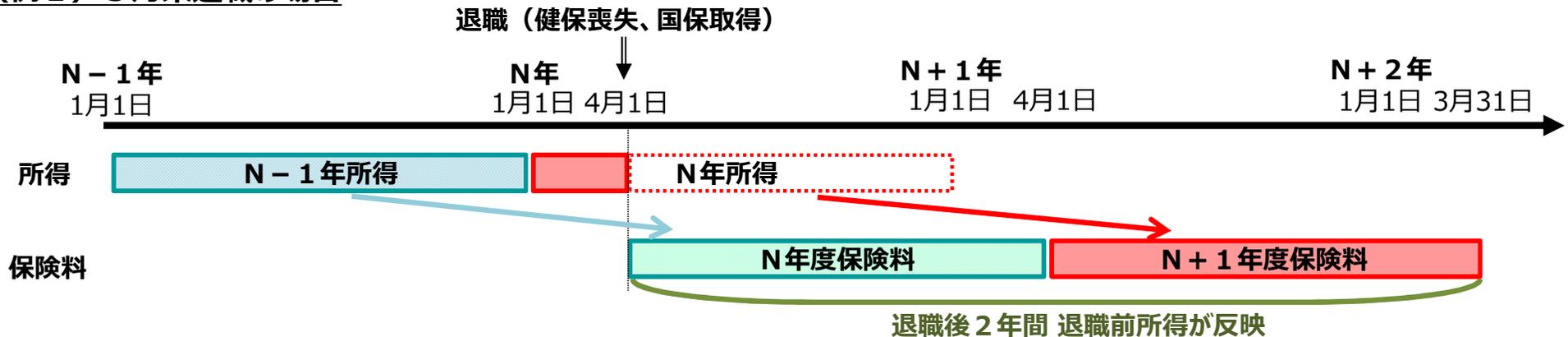
任意継続被保険者制度の意義

- 任意継続被保険者制度は、①国民皆保険実現(昭和36年)までは、解雇・退職に伴う無保険の回避、②給付率7割統一(平成15年)までは、国保への移行による給付率の低下の防止が主たる目的であったが、③現状では、国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が、その実質的な意義となっている。

※ 国民健康保険は、前年所得を基準に保険料(所得割部分)が算定されることから、退職後に所得がないにも関わらず、退職時の高い所得に基づく高い保険料額が算定される場合がある。

<国民健康保険料(所得割分)の算定方法>

(例1) 3月末退職の場合



(例2) 9月末退職の場合

