

EABuS

官民共通認証基盤検討部会

報告書

医療・介護分野における本人確認ユースケース

NPO 法人東アジア国際ビジネス支援センター官民共通認証基盤検討部会
2013/12/10

目次

序章 報告書の対象と位置付け.....	1
1. 中間報告書の論点.....	1
2. 下期検討テーマ.....	2
第1章 医療・介護分野における本人確認のユースケース.....	4
1 ユースケースの全体像.....	4
2 適用領域における本人確認.....	5
1) 医療保険被保険者数等の状況.....	5
2) 被保険者等資格の異動.....	7
3) 医療保険被保険者資格の保険者間異動における本人確認.....	12
3 給付・支払領域における本人確認.....	17
1) 医療・介護サービス給付の状況.....	17
2) 医療・介護サービス給付・支払における個人情報の関連.....	21
第2章 ユースケースにみる本人確認の課題.....	33
1. 被保険者資格異動に関わる課題.....	33
1) 被保険者資格得喪手続.....	33
2) 医療機関等による被保険者資格の照会.....	34
3) レセプト審査における被保険者資格確認.....	34
4) 被保険者自身による診療内容の確認.....	35
5) 被保険者資格異動に関わる課題のまとめ.....	35
2. 被保険者および被扶養者の個人識別.....	35
1) 被保険者番号等の個人識別子としての役割.....	36
2) 被保険者番号等の継続性と変更履歴.....	36
3) 「個人番号」(通称マイナンバー) 利用における課題.....	37
3. ユースケースにみる本人確認の課題の総括.....	39
1) 被保険者の資格得喪に関する課題.....	39
2) 被保険者等の個人識別に関する課題.....	39
3) 「個人番号」の利用に関する課題.....	40
第3章 課題の解決と期待効果.....	41
1. ユースケースにおける個人識別子の導入.....	41
1) 個人を特定できる番号制度と本人を確認できる被保険者証の必要性.....	41
2) 被保険者証記号番号と医療番号のあり方について.....	42
2. 被保険者等資格確認情報の統合管理.....	46
1) 被保険者等資格確認情報の統合管理の基本的考え方.....	46
2) 資格確認情報の統合管理体制.....	48

3) 資格確認情報管理システムのイメージ.....	50
3. 期待効果.....	52
1) 医療保険加入および保険料徴収の適正化.....	52
2) 被保険者資格確認および診療報酬請求審査の効率化.....	52
3) 期待効果の数値化試算.....	52
【提 言】	54

序章 報告書の対象と位置付け

1. 中間報告書の論点

官民共通認証基盤検討部会では、昨 2012 年 10 月に中間報告書を上梓した。

中間報告書では、官民が提供する様々なサービスにおける本人確認の手段についてその実態を把握するとともに、「本人の実在性（架空の人物でないこと）」と「本人との同一性（正しく本人であること）」という、本人確認の上で重要な 2 点の確認項目について、それらのサービスに伴う本人確認が適正に行われているか等の観点から考察を行った。

考察の結果、本人確認書類と本人確認プロセスにおいて、以下の問題点を指摘した。

(1) 本人確認書類の問題点

- ① 本人確認を第一の目的とした国民悉皆的な証明書類が存在していない。
- ② 一般的に本人確認の用に供される書類（運転免許証、健康保険証等）は元来、対象者の資格などの属性を証明する書類であり、本人確認に用いることが本来の目的ではない。
- ③ 本人確認書類の目的や証明事項は多様であり、そのため結果として本人確認のためには必要のない情報まで開示されてしまうという脆弱性を持つ。
- ④ 犯罪収益移転防止法では、本人確認書類として認められるものは一定の有効期限があるものとされているが、慣例上有効期限のない資格証明書が本人確認書類として使われているケースが存在する。

(2) 本人確認プロセスの問題点

- ① 窓口での本人確認プロセスは、戸籍法、住民基本台帳法および犯罪収益移転防止法では法制化されているが、その確認手順や確認証跡については国としての統一ルールが明確にされておらず、市町村の例規、事務要領あるいは事業者やその団体の内規等に委ねられる部分が多い。
- ② 通常、実在性の有無は提出される証明書類のみを以って確認しており、リアルタイムの本人確認ができない。例えば運転免許証が紛失等で失効されていた場合、これら失効情報を管理する公安委員会のデータベースに対して免許証番号で有効性の照会を行うことが考えられるが、このような確認手段を導入することは現実的には不可能に近い。
- ③ 郵送による本人確認は「本人確認書類の写しを同封する」としているケースが多いが、これも受け取った側は何をもって実在性・同一性の確認とするのかが不明であり、当然「なりすまし」の可能性などの脆弱性が生じる可能性がある。
- ④ 本人確認の証跡として、本人確認書類のコピーや番号の転記などが行われているが、その記録の管理や照会方法は不透明であり、形式的に本人確認のルールを遵守しただけで実効性を伴わないケースが多い。

こうした問題点を解決する上では、その対象である本人のアイデンティティを確実に証明するための仕組みの導入が重要であり、『本人確認判断基準の策定』が今後の重要な論点になると結論付けた。さらに、中間報告書作成当時審議中であった番号法案（当時は『マイナンバー法案』と言われていた）は、本人確認判断基準の上で重要な役割を担い得ることから、本法案が成立することでわが国も国民の **Identification** を確実にを行う基盤の整備に向けた足がかりを持つことができるとの期待を述べた。

番号法¹は、本年 2013 年 5 月 24 日に成立し、2015 年 10 月には個人番号の通知がなされ、2016 年 1 月には個人番号カードの配布が計画され、個人番号による社会保障と税分野での本格的な運用を開始することが決定した。

そこで、個人番号及び法人番号が、実際の本人確認を行われる場面においてどのように機能するのかについて、以下の仮説に基づいて検証を行うことにした。

- ① 前提として個人を官民共通で一意に識別する悉皆的番号制度が実現される
- ② 本人確認のための情報を公簿として管理する官民共通認証基盤が構築される
- ③ 認証基盤の運用制度および体制が整備される
- ④ 手続・取引等における本人確認のために官民共通認証基盤へアクセスする手段が提供される
- ⑤ 官民共通認証基盤は本人確認の記録を集中管理し、必要に応じてその記録を開示する
- ⑥ 官民共通認証基盤の運用機関は申請に基づいて個人証明書を交付し、その有効性情報を管理する

2. 下期検討テーマ

上記検証を行う上で、実際の本人確認場面のユースケースを設定することで、より具体的な検証を行うことができるとの考えから「医療・介護分野」にフォーカスし、当分野における本人確認の実態と問題点を検証し、番号適用における最適と考えられるユースケースを提起することにした。

医療・介護分野を取り上げた理由は以下のとおりである。

- 官民の複数機関がそれぞれの領域で個人の本人確認をする
- 1つの手続で本人確認および本人の資格等属性確認の対象が複数ある
- 社会保障分野ではステークホルダーが多く、共通の識別子による情報連携における本人確認が問題となっている

医療・介護分野では、被保険者の資格管理を中心とした適用領域、実際の医療・介護サービスを提供する給付領域、被保険者の資格を管理する支払領域の 3 つの領域があるが、本人確認に関する諸問題は、以下のように主として適用領域と給付領域において生じる。

【適用領域における主な課題】

¹ 正式名称は「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」と称する。

- ・ 被用者が退職後、国保あるいは健保任意継続加入手続を忘れ、無保険状態になる。
- ・ 被用者が死亡し、その被扶養者が国保加入手続を忘れ、無保険状態になる。
- ・ 健保被扶養者が就職等で他健保に加入したが、被扶養者異動届を忘れ二重加入状態になる。
- ・ 健保被扶養者が起業等で資格を喪失したが、国保加入手続を忘れ、無保険状態になる。
- ・ 就職により生活保護廃止となった者が健保被保険者欠格※1であることを知らず、無保険状態になる。

【給付領域における主な問題例】

- ・ 失効した被保険者証あるいは医療券で受診する。
- ・ 入院や通院期間中に被保険者証が失効する。
- ・ 盗難や拾得した他人の被保険者証あるいは偽造被保険者証で受診する。

こうした課題を解決するためには、医療保険制度横断的な被保険者資格情報の統合管理が必要であるとの仮説を提示し、統合管理に向けた本人の実在性及び本人との同一性について、以下検証を行った。

者資格を取得するため、本人確認の視点からは医療保険に準拠すると考えられる。75歳到達時に自動取得する後期高齢者医療制度の被保険者についても同様である。

表 1 医療・介護分野における主要イベントの個人識別子と本人確認

	イベント	被保険者等個人識別子	被保険者等本人確認	備考
①	就退職、異動 保険料天引	従業員番号	雇用者による確認	
②	健保被保険者資格得喪 被保険者証交付・回収 保険料算定・徴収	被保険者記号番号(医療)	雇用者による確認	40歳以上は介護保険料を併徴
③	国保被保険者資格得喪 被保険者証交付・回収 保険料徴収	被保険者記号番号(医療)	住民票届 他法資格得喪確認	40歳以上は介護保険料併徴
④	医療扶助申請 医療券等交付	受給者番号	福祉事務所の面接、調査	生活保護世帯は医療保険被保険者の対象外
⑤	受診等 診察券発行	被保険者記号番号(医療) (健保被扶養者は識別不可)	被保険者証提示	医療機関内では独自の患者番号等で個人時期別
⑥	要介護認定 ケアプラン作成	被保険者番号(介護)	被保険者証提示	65歳到達時に被保険者証交付
⑦	介護サービス依頼	被保険者番号(介護)	被保険者証提示	
⑧	ケアプラン共有	被保険者暗号(介護)		
⑨	診療報酬請求	被保険者記号番号(医療)		
⑩	介護報酬請求	被保険者番号(介護)		
⑪	審査済診療報酬請求	被保険者記号番号(医療)		健保組合毎に振分け/医療扶助分は市町村に振分け
⑫	審査済診療報酬請求	被保険者記号番号(医療)		市区町村毎に振分け
⑬	審査済介護報酬請求	被保険者番号(介護)		介護保険者(市町村、広域連合等)に振分け
⑭	被保険者資格返戻	被保険者記号番号(医療)		被保険者資格の喪失あるいは過誤によるアンマッチ分
⑮	高額介護・療養合算給付	被保険者記号番号(医療) 被保険者番号(介護)	医療および介護被保険者 証の提示	自己負担限度額を超えた介護および医療費の合算額の給付

2 適用領域における本人確認

1) 医療保険被保険者数等の状況

我国の医療保険は表 2 に示す代表的な保険者によって運用されており、それぞれの根拠法に基づいて個別の被保険者資格管理や保険料賦課等がされている。これ等の各医療保険制度への加入者総数は約 128 百万人³であり、ほぼ国民皆保険の状態に近いと云える。

医療保険制度毎の加入者の分布は図 2 のとおりで、健康保険や各種共済組合を含む被用者医療保険（以下健保等という）の加入者が過半数（約 58%）を占めている。その内の半数は被保険者（組合員）の被扶養者であり、その本人確認（実在性および扶養要件具備確認）は、本ユースケースの検討における重要なテーマの一つである。

³ 各医療保険制度の被保険者、組合員および健保、共済組合の被扶養者数の合計値。各制度によって調査年度が異なるため若干の誤差の可能性はある。

表 2 医療保険の保険者の状況

医療保険制度	団体数	根拠法	備考
国民健康保険	1,723	国民健康保険法	市区町村単位
国民健康保険組合	165	国民健康保険法	職種単位
健康保険組合	1,447	健康保険法	職域単位
全国健康保険協会	1	健康保険法	船員保険を含む
後期高齢者医療制度	47	高齢者の医療の確保に関する法律	広域連合単位
国家公務員共済組合	20	国家公務員共済組合法	
地方公務員共済組合	64	地方公務員等共済組合法	
私学共済事業	1	私立学校教職員共済法	
合計	3,468		

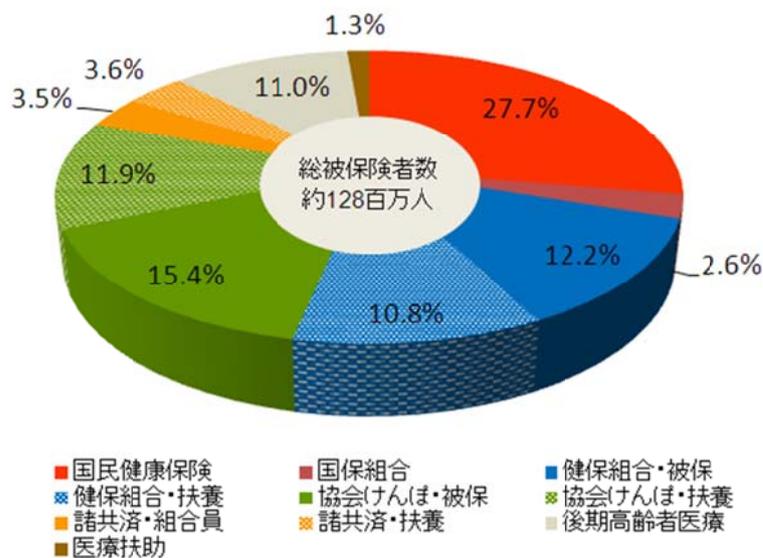


図 2 医療保険制度毎の被保険者等の分布状況⁴

出典：厚生労働白書 平成 24 年度

補足資料：

国民健康保険事業年報（平成 23 年度）／ 健保・船員被保険者実態調査報告（平成 23 年度）／ 後期高齢者医療事業
 状況報告（平成 24 年）／ 地方公務員共済組合等事業年報（平成 22 年度）／ 国家公務員共済組合事業統計年報（平
 成 22 年度）／ 私学共済制度統計要覧（平成 24 年度）／ 被保護者調査・厚生労働省（平成 23 年度）

⁴ 調査年度が異なるため各医療保険制度間での比較には重複等若干の誤差が考えられる。図中諸共済とあるのは国家公務員共済、地方公務員共済、私学共済の合算値である。また、医療扶助は生活保護受給者の内、医療扶助受給者を指す。

2) 被保険者等資格の異動

このように我国の医療保険制度には複数の保険者があり、それぞれの被保険者資格の要件は異なっている。したがって、資格要件に変更があると被保険者資格を喪失し、新たな要件に適合する保険者の被保険者資格を取得する必要がある。

本ユースケースでは保険者を国民健康保険と健保等に大別して、被保険者資格得喪およびその他の資格適用に関する手続における本人確認のプロセスを整理する。

① 被保険者資格異動の状況

国保および健保を合わせた被保険者等資格の年間異動件数⁵は約 3,600 万件であり、総被保険者数の約 27%が資格を得喪している。このうち国保の異動事由別件数の割合は図 3 のとおりであり、医療保険制度間（国保・健保間）の異動が、取得 32%、喪失 24%と最も多く、本ユースケースにおける被保険者資格得喪に関わる本人確認の観点からも注目すべき点である。また、生活保護に関わる資格異動では保護廃止による国保資格取得よりも保護開始による資格喪失件数が 3 倍強となっており、生活保護受給者の急増の一端が覗える。

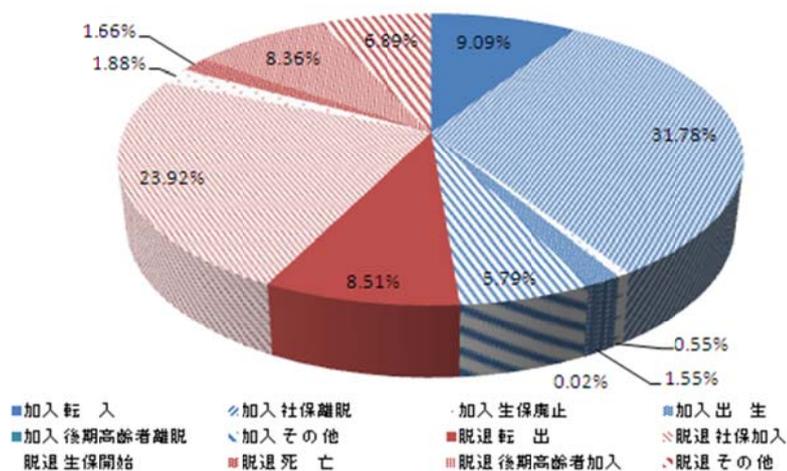


図 3 国保被保険者年間異動の状況（出典：国民健康保険事業年報（平成 23 年度））

健保の資格異動については異動事由別の統計が把握できなかったため、協会けんぽと健保組合別に被保険者と被扶養者の異動状況を表 3 のとおり集計した⁶。表 3 に示す年間異動率は異動件数の加入被保険者数または被扶養者数に対する割合である。健保組合に比べて協会けんぽの異動率は被保険者、被扶養者合わせて約 43%と 10 ポイント程高く、中小企業を中心とした流動的な雇用状況を反映しているといえる。したがって、本ユースケースの本人確認基盤においては、協会けんぽに焦点を当てて検討することも意味あることと考えられる。

⁵ 被保険者および被扶養者の合計異動件数。各種共済、後期高齢者、船員等は含まない。個人にとっては被保険者資格得喪は就職等の同一イベントに関する複数の手続であるが、ここでは資格異動の規模を把握するために個別の異動としてカウントした。

⁶ 表 3 において、出典資料に示される健保組合の異動件数は平成 23 年 10 月異動分の 1/50 を抽出した値であり、この値に 50 x 12 を乗じて年間異動件数を推計した。

表 3 健保被保険者資格の年間異動件数 (出典：健保・船員被保険者実態調査報告 (平成 23 年度))

人数単位(千人)	協会けんぽ			健保組合			健保計			
	被保険者	被扶養者	加入者計	被保険者	被扶養者	加入者計	被保険者	被扶養者	加入者計	
全加入者数	19,773	15,227	35,000	15,635	13,915	29,550	35,408	29,142	64,550	
異動件数/年	加入	4,036	2,968	7,003	2,438	1,447	3,885	6,474	4,414	10,888
	脱退	4,008	4,008	8,016	2,905	1,849	4,754	6,913	5,857	12,770
	計	8,044	6,976	15,020	5,343	3,296	8,639	13,387	10,272	23,659
年間異動率	加入	20.41%	19.49%	20.01%	15.60%	10.40%	13.15%	18.29%	15.15%	16.87%
	脱退	20.27%	26.32%	22.90%	18.58%	13.29%	16.09%	19.52%	20.10%	19.78%
	計	40.68%	45.81%	42.91%	34.17%	23.69%	29.23%	37.81%	35.25%	36.65%

② 健保等被用者医療保険の被保険者資格異動における本人確認

● 被保険者および事業主の本人確認

被用者に関わる医療・介護保険適用に関する手続は雇用者である事業主（適用事業所）が関わるケースが多く、次のように類型化できる。⁷

類型	被保険者	事業主	保険者	手続例
1		起票・確認	⇒ 審査・受理・決定	Ⓐ、Ⓕ
2	起票	⇒ 確認・追記・証明	⇒ 審査・受理・決定	Ⓒ、Ⓖ
3	起票	⇒	審査・受理・決定	Ⓑ、Ⓖ

類型 1、2 においては手続の対象である被保険者の本人確認（実在性と資格要件具備）および手続をする者である事業主の本人確認（実在性と同一性）が必要となる。また、類型 1、2 では事業主が被保険者の実質的な本人確認をする運用がされているが、最終的な責任は保険者にあるとされている。（健保法 39 条）

事業者が行う多くの手続は必要書類の郵送または電子申請で行われ、通常、対面による本人確認（同一性）は行われない。手続の対象である被保険者および被扶養者の本人確認（実在性）⁸は資格要件具備（事業主の従業員であるという属性）の確認と併せて行う。

一方、手続をする者である事業主の本人確認（実在性）は、書面の場合は代表者の署名捺印、電子申請の場合は代表者の公的個人認証サービスが発行する証明書を利用した電子署名による。

● 被扶養者の本人確認

被保険者医療保険では、被保険者本人と共にその被扶養者も加入することができる。被扶養者は一般的には被保険者によって生計を維持している者であり、その要件は所得税の扶養控除対象者とほぼ同様である。

被扶養者の本人確認（実在性と要件具備）は被保険者からの届出を事業主が所得税源泉徴収で申告された被扶養者と突合できる者について確認し、他の者については証憑を添付して保険者に提出する。

被扶養者の個人識別は被保険者の記号番号に加えて氏名、生年月日等により行われ、特段

⁷ 手続例に示すアルファベットは図 4 内の本人確認ケースと突合するための記号である。

⁸ 日本年金機構は 2012 年 10 月より事業主に対して資格取得時の本人確認の徹底を求め、年金手帳による基礎年金番号が確認できない場合、被保険者資格取得を不受理とする取扱としている。
http://www.nenkin.go.jp/n/open_imgs/service/0000006871.pdf

の個人識別番号等は付与されない。このことは、特に診療記録等の今後の利活用のための個人識別に関する課題となる可能性がある。

以上の健保等の適用領域における主要手続と本人確認ケースを概観すると図 4 および表 4 のようになる。

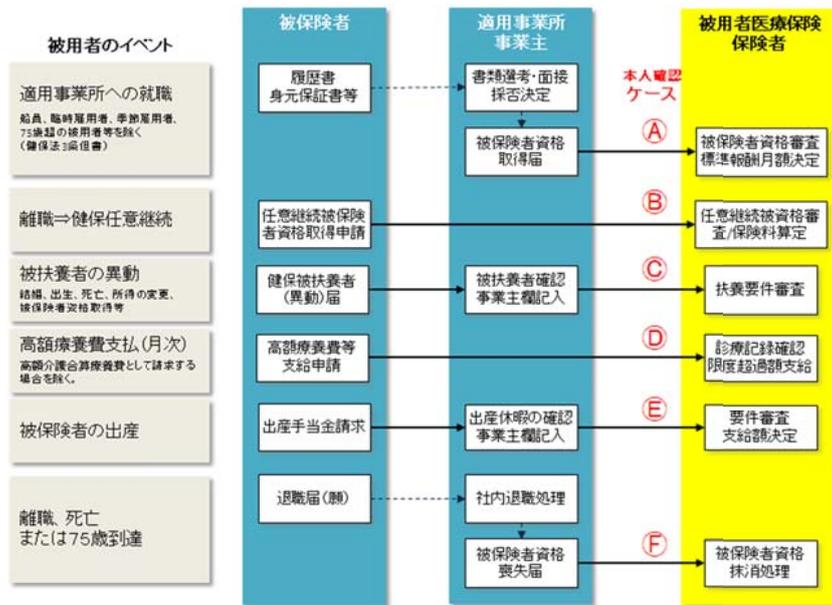


図 4 健保等適用領域における主要手続と本人確認ケース

表 4 本人確認ケースの概要

ケース	手続の概要	手続をする者	保険者による本人確認
①	適用事業所の被用者となった者の被保険者資格を取得する届出(健保法35条)	事業主(健保法48条)	被用者の本人確認および被保険者資格該当 ^{※1} の判断は雇用形態等により事業主が行い、保険者としての本人確認は行わない。協会けんぽの場合、20歳超の者については添付された年金手帳との照合による本人確認が可能である。事業主(届出人)の本人確認は代表者捺印(電子手続の場合は公的個人認証)による。ただし、社労士が電子手続する場合は社労士の電子認証のみで代表者認証は省略できる。
②	被保険者が離職後、在職時と同じ健康保険の被保険者および被扶養者資格を任意で取得する申請(健保法3、37条、施行規則42条)	離職者本人	申請書の本人氏名(自書)、捺印および離職前の被保険者記号番号が資格喪失していることの確認によって本人確認する。
③	被保険者が扶養する者を、被保険者資格取得時、定期(年次)および被扶養者要件の異動時に事業主を経由して保険者に届出(健保法3条7項、施行規則38条)	被保険者本人(事業主経由)	被扶養者の実在性確認および扶養要件の認定は、添付証憑書類等により保険者が行う。(保険局長昭52年9号通知) 所得税の被扶養者については事業主が確認したことを届事業主欄にマーク証憑書類を省略できる。事業主の本人確認は①と同じ。
④	被保険者および被扶養者の月間療養費の自己負担合算額について限度額超過分の支給を保険者に申請(健保法115条)	被保険者本人	申請書の自署あるいは捺印および記号番号によって被保険者の本人確認を行う。通常は保険者から被保険者への通知へのターンアラウンドとして申請することにより、より確実な本人確認を可能にしている。さらに被保険者への通知のみで申請なしに限度超過分を支給する保険者もある。また、入院等の場合、限度額適用認定証 ^{※2} により限度内の自己負担分を医療機関で支払い、事後の高額療養費支給手続を省略することもできる。保険者は認定証交付申請書の捺印等によって本人確認を行う。
⑤	被保険者の出産休業期間中の手当(出産手当金)の支給を事業主を経由して保険者に申請(健保法102条)	被保険者本人(事業主経由)	申請書の自署あるいは捺印および記号番号によって被保険者の本人確認を行う。事業主欄の記入・証明により事実上事業主も被保険者の本人確認を行う。事業主の本人確認は①と同じ。
⑥	被用者の離職等によって被保険者およびその被扶養者の資格を喪失する届出(健保法36条)	事業主(健保法48条)	資格喪失する被保険者の本人確認は届に記載された被保険者の記号番号および回収した被保険者証によって行う。事業主の本人確認は①と同じ。

③ 適用領域における社会保険労務士（以下社労士と略称する）の役割

被用者医療保険における諸手続きでは雇用者の代理人として社労士が大きな役割を果たしている。現在、社労士は約 36,000 人登録されており、その約 1/3 は特定の適用事業所に勤務する勤務社労士である。また、適用事業所に対する社労士の関与率は概ね 30%となっている。

社労士の業務は提出代行および事務代理⁹と人事、労務に関する相談、指導等のコンサルテーション¹⁰に大別され、その範囲は事業主との契約による。本ユースケースに関わる業務については、社労士はこれ等の業務遂行の基礎情報である関与先の労働者名簿や賃金台帳を管理し、被用者の異動等による必要手続を行う。社労士によるこれ等の手続では証憑書類添付の省略が認められ、電子申請の場合は社労士の電子認証のみで事業主の電子署名の省略が認められている。

しかし、被用者の本人確認はあくまでも事業主の責任であり、社労士の役割ではない。そのため、社労士連合会ではホームページ等で事業主に対して資格取得時の被保険者本人確認の徹底を促している¹¹。

また、社労士は適用事業所だけでなく、国民年金や国民健康保険等個人が行う社会保険関係の手続についても代理・代行を行うことができ¹²、最近では老齢基礎年金裁定請求等の個人の手続代行が増加傾向にある。

④ 国民健康保険における本人確認

● 国民健康保険被保険者と世帯主

国民健康保険（以下国保と略称）では全ての加入者が被保険者であり被扶養者の概念はないが、適用領域では国保世帯という単位で被保険者資格を管理する。国保世帯は住民基本台帳の世帯に準じた単位で、通常住民基本台帳上の世帯主が国保世帯の世帯主となり、国保世帯に属する被保険者の資格に関わる届出や国保税（あるいは国保料）納税の義務を負う¹³。住民基本台帳上の世帯主は国保被保険者でない場合も原則として国保世帯主（擬制世帯主）となるが、同一国保世帯の被保険者の中から国保世帯主となることを申述することもできる。

● 国保世帯主および被保険者の本人確認

適用領域における届出義務者である世帯主は住基台帳照合（実在性確認）および本人確認書類提示（同一性確認）¹⁴によって本人確認する。

⁹ 社労士法 2 条 1 項 1 号（提出代行）、2 号（事務代理）。事務代理は各手続の所管官公署による調査等に対して事業主の代理として主張や意見陳述等を行う。

¹⁰ 社労士法 2 条 1 項 3 号 社労士の専権業務ではない。

¹¹ 全国社労連合会ホームページ <https://www.shakaihokenroumushi.jp/general-person/topics/2012/0905.htm>

¹² 社労士法 2 条別表 1 項番 25：国民健康保険、項番 26 国民年金、他

¹³ 国保法 9 条 被保険者の属する世帯の世帯主は、厚生労働省令の定めるところにより、その世帯に属する被保険者の資格の取得及び喪失に関する事項その他必要な事項を市町村に届け出なければならない。

76 条 保険者は、国民健康保険事業に要する費用に充てるため、世帯主から保険料を徴収しなければならない。

¹⁴ 住民基本台帳法 12 条 3 項、同施行令 5 条ならびに住民基本台帳事務処理要綱に示される本人確認書類に準拠して運

届出対象者である被保険者は住民基本台帳との照合により実在性および届出人である世帯主と同一世帯に属することを確認する。

- 同一事由による住基異動と国保被保険者資格異動の本人確認

住民基本台帳の異動届に国保関係の必要事項を付記することで国保資格の届出をしたことになる¹⁵。例えば、転入届は国保資格取得届、転居届は国保住所変更届、転出届は国保資格喪失届を兼ねる。この場合、住基届出における本人確認により国保届出についても本人確認されたことになる。

- 健保等と国保間の被保険者資格異動

健保等離脱（離職等）による国保被保険者資格取得の場合、健保被保険者資格喪失証明等の添付、提示により健保被保険者であったことおよび資格喪失日を確認する。また、健保等加入（就職等）による国保被保険者資格喪失の場合、健保等被保険者証または健保等被保険者資格取得証明書の添付、提示により健保等の被保険者になったことおよび資格取得日を確認する。健保等の被扶養者の扶養要件の変更により被扶養者単独で国保被保険者資格を得喪する場合も同様の確認が必要とされる。

- 医療扶助（生活保護）受給者と国保被保険者間の資格異動

生活保護の医療扶助開始となった世帯に属する者は国保被保険者資格を喪失し、廃止となり健保等に加入しない者は国保被保険者資格を取得する¹⁶。通常、健保等の被保険者は一定レベルの給与所得があると考えられるので、生活保護受給対象になるケースは稀である。医療扶助廃止または開始による国保被保険者資格得喪は生活保護のそれぞれの証明書を添付して届出なければならない。

以上の国保適用領域における主要手続と本人確認ケースを概観すると図 5 のようになる。

用される。

¹⁵国保法 9 条 14 項 住民基本台帳法第 22 条から第 24 条まで規定による届出があつたときは、その届出と同一の事由に基づく 1 項又は 9 項の規定による届出があつたものとみなす。

¹⁶ 国保法 6 条（国保適用除外）9 項 生活保護法による保護を受けている世帯に属する者

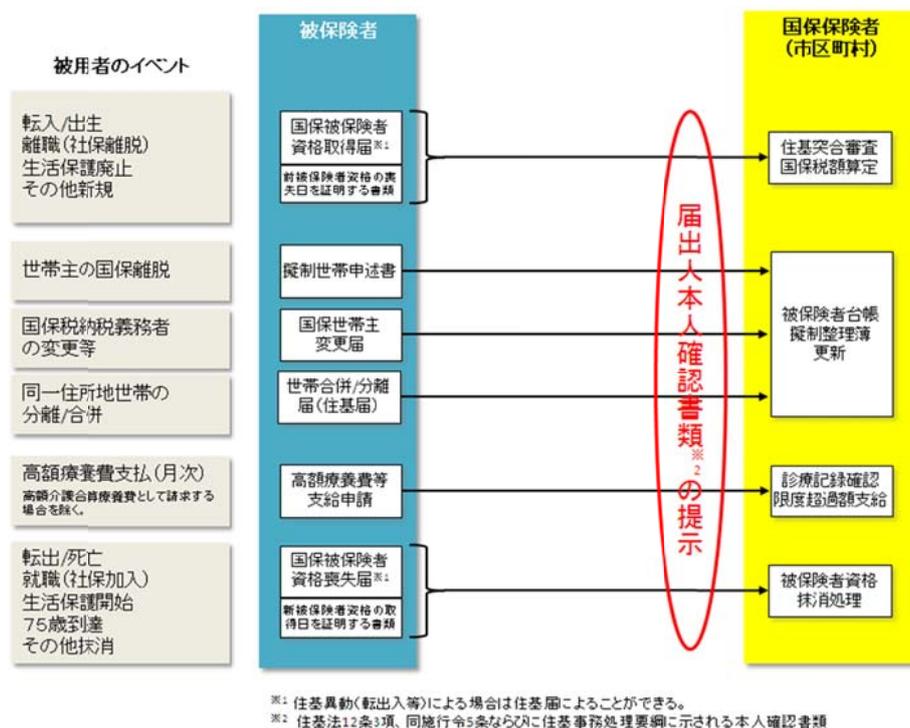


図 5 国民健康保険適用領域における主要手続と本人確認

3) 医療保険被保険者資格の保険者間異動における本人確認

我国の医療保険は、法制度上では全ての居住者が国民健康保険に加入することを原則として、健保等加入者を適用除外として位置付けている¹⁷が、現実には図 2 に見られるように健保等被保険者が過半数（57%強）を占めており、医療保険の原則と適用除外が逆転、あるいは並立している状態とも云える。各医療保険制度に加入する被保険者および被扶養者の資格情報は、それぞれの制度の約 3,500 団体の保険者が個別に管理している。（表 2）したがって、被保険者あるいは被扶養者が就職、退職あるいは婚姻、離婚等により加入する保険者を変更する場合は、それぞれの保険者に対する資格得喪等の手続と共に、本人確認および資格要件具備確認のための資料提示が求められる。このような被保険者資格の保険者間異動のケースをまとめると図 5 のようになる。

表 5 において、表側は異動前の喪失する被保険者資格、表頭は異動後の取得する資格を示している。また、各ケースにおいて「届出人」および「本人確認手段」は異動後の資格取得について示している。各行および各列の○記号は異動のケースを表す。例えば、①行①列のケースは健保等の被保険者が期間を置かずに会社を変える（転職）異動を示している。また、被保険者にとって一つのイベント（就職や退職等）であっても複数の異動ケースが生じることもある。例えば上記転職のイベントで被保険者に被扶養者がある場合、①①の

¹⁷ 国保法 5 条では「市町村又は特別区の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする。」と定め、同法 6 条において健康保険、船員保険、国家公務員共済、地方公務員共済、私学共済の被保険者および被扶養者、後期高齢者医療制度被保険者、生活保護受給世帯に属する者を 5 条の適用除外と定めている。

ケースと共に㊸㊹のケースが生じ、これ等は別の手続として行われる。

なお、表 5 では出生や死亡等で一方向の被保険者・被扶養者資格得喪のケースは省略している。

このような、保険者間被保険者・被扶養者資格異動で留意されるケースには以下のようなものがある。

- 健保等非適用事業所の被用者、健保法 3 条該当被用者

事業所が非適用事業所である場合、あるいは日雇い等の雇用条件の場合等¹⁸では被用者の理解不足により健保等に加入していると誤解する可能性がある。通常、健保等では資格得喪手続を被用者ではなく雇用者が行うことも誤解を生む原因の一つとも考えられる。国保被保険者の場合は国保資格喪失手続においてチェックされるが、㊸㊹（転職）や㊺㊻（保護廃止）のケースでは無保険状態になる可能性がある。

- 健保等被保険者死亡による被扶養者要件の喪失

国保の場合、国保世帯主の死亡によってもその世帯員の被保険者資格は継続されるが、健保等の場合、被保険者の死亡によってその被扶養者は自動的に資格を喪失する。当該被扶養者が就職等によって健保等に加入しない場合、㊸㊹または㊺㊻のケースとなり、国保資格取得の手続を怠ると無保険状態になる可能性がある。

- 健保等任意継続被保険者

健保等では離職後 2 年間任意継続被保険者として離職前の健保等に加入することができる¹⁹が、その被保険者資格得喪や被扶養者異動届等の手続や保険料納付は雇用者（事業主）を経由せず、被保険者自身が行う。（図 4 の㊸）そのため、任意継続被保険者についてはケース㊸㊹～㊺㊻の届出人・本人確認手段は該当せず、届出人は被保険者自身、本人確認手段は雇用者の確認に因らず保険者が確認可能な資料を添付することになる。特に、被扶養者の異動については任意継続被保険者が届出を怠ると保険者が独自に把握することは困難であり手続が煩雑となる。保険者が独自に設ける特例退職者医療制度等についても同様である。

- 後期高齢者医療制度への自動移行

健保等および国保の被保険者および被扶養者は 75 歳到達時に自動的にその被保険者資格を喪失し、後期高齢者医療制度の被保険者資格を取得する。後期高齢者医療制度では、各個人が独立した被保険者²⁰となり、被扶養者または世帯主という考え方はない。したがって健保等の被保険者（任意継続および特例退職被保険者を含む）が後期高齢者医療制度に移

¹⁸ 健保法 3 条 2～5 項に該当する雇用条件。2 項 臨時に使用される者であつて、次に掲げる者。イ 日々雇い入れられる者、ロ 二月以内の期間を定めて使用される者：3 項事業所又は事務所で所在地が一定しないものに使用される者。：4 項 季節的業務に使用される者：5 項 臨時的事業の事業所に使用される者。

¹⁹ 健保法 3 条 4 項【任意継続被保険者の申出】、37 条【資格取得】、38 条【資格喪失】

²⁰ 高齢者の医療の確保に関する法律 50 条 次の各号のいずれかに該当する者は、後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者とする。

一 後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する 75 歳以上の者

二 後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する 65 歳以上 75 歳未満の者であつて、政令で定める程度の障害の状態にある旨の当該後期高齢者医療広域連合の認定を受けた者

行した場合（ケース④⑤）、その被扶養者が75歳未到達であれば③③または④④のケースとなるが、その手続きを怠ると無保険状態となる可能性がある。国保におけるケース③⑤も同様であり、世帯主変更の申出等（ケース④③）が必要となる。特に後期高齢者医療制度加入と従前医療保険被保険者資格喪失は本人による手続きなしに自動的に行われるので、高齢な当事者が気付かないあるいは理解できてないことが考えられ、行政機関や地域団体等による注意喚起あるいは支援が必要である。

その他、医療保険制度間、保険者間の被保険者および被扶養者異動に関しては、一つのイベントについて表5の各ケースの様々な組合せが考えられるが、概ね次のような論点に集約することができる。

(ア) 保険者間の連携による被保険者資格得喪の相互確認

国保の被保険者資格得喪は居住者（世帯主）による届出によって受理され、住民票の異動を伴う場合は並行して処理され、保険者（市町村）間の連携によって被保険者資格得喪が相互に確認される²¹。一方、健保等の被保険者資格得喪は雇用主が保険者に届出るが、保険者間の連携はなく資格得喪の相互確認はできない。また、国保と健保等間の資格得喪は国保側の保険者によって確認される²²が、健保等側では確認しない。

(イ) 届出人（手続きをする者）の責務

国保の被保険者資格に関する手続きは届出主義であり、その届出は世帯主の責務である²³。そのため、世帯主の理解不足や誤解等によって届出を忘失し被保険者資格を取得できない可能性がある。一方、健保等の被保険者に関する手続きは雇用者（事業者）が行う²⁴ため、手続きを忘失する可能性は少ないが、雇用主は実質的に被保険者や被扶養者の本人確認や資格要件確認の責務を求められ、正当な被保険者資格管理のためには雇用者のコンプライアンスに因るところが大きい。

(ウ) 被保険者および被扶養者の識別

現行の医療保険制度では、被保険者は記号・番号によって識別されている。記号は健保等では適用事業所あるいは職域、国保では市町村を表し、番号は記号内の連番で被保険者個人を特定する。記号番号には次の特徴があり必ずしも個人識別子としてはふさわしくない。

- ・ 被保険者の資格異動によって変更され継続的な個人識別はできない。
- ・ 健保等加入者の約半数を占める被扶養者を識別できない。（被保険者と同一記号番号）
- ・ 本来、保険料収納管理と診療報酬請求の単位として付番されている。

²¹ 転出地が交付する転出証明書と転入処理後転入地が転出地に送付する転入通知書による。

²² 健保等保険者が交付する被保険者資格喪失証明書と被保険者証（または被保険者資格取得証明書）による。

²³ 国保法9条：被保険者の属する世帯の世帯主（以下単に「世帯主」という。）はその世帯に属する被保険者の資格の取得及び喪失に関する事項その他必要な事項を市町村に届け出なければならない。

²⁴ 健保法48条：適用事業所の事業主は、厚生労働省令で定めるところにより、被保険者の資格の取得及び喪失並びに報酬月額及び賞与額に関する事項を保険者等に届け出なければならない。

(エ) 被保険者および被扶養者の資格要件の確認

各医療保険制度の被保険者および被扶養者にはそれぞれ個別の資格要件があり、資格取得の際には本人の実在性確認と共に、資格要件具備の確認が必要になる。実在性は健保等では雇用者による確認、国保では住民基本台帳突合による確認が行われているが、資格要件具備の確認は上記（ア）のように保険者間連携が十分ではないため、届出人による証憑資料の添付、提示が必要となる。

(オ) 届出人（手続をする者）の本人確認

健保等の被保険者資格に関する届出人は雇用者であり、雇用者であることの確認は次のように行われるが、個別の被保険者と雇用関係にあることの確認は労働者名簿²⁵等によるとされているが、現実には省略されることが多い。

- ・ 書面の場合は代表者の署名捺印、電子申請の場合は代表者の公的個人認証サービスが発行する証明書を利用した電子署名による。
- ・ 電子申請により社労士が事務代理または提出代行する場合は社労士の電子認証により手続をする者を確認し、事業主の電子署名は不要とされている。

国保の届出人は世帯主であり、その確認は住民基本台帳との突合により実在性を確認し、同一性の確認には住民基本台帳事務の本人確認手順²⁶が準用される。

²⁵ 労働基準法 107 条による法定調書。本来労働保険関係で定められた書類であるが、社会保険関係でも準用される。この他、雇用関係の確認には出勤簿、タイムカード等も用いられる。

²⁶ 住民基本台帳法 12 条 3 項および同施行令 5 条により総務省が定めた住民基本台帳事務処理要綱（総務省）による本人確認手順

表 5 被保険者の保険者間異動における資格得喪と本人確認

資格取得 資格喪失		被用者医療保険		国民健康保険		⑤ 後期高齢者 医療制度	⑥ 医療扶助 (生活保護)	
		① 被保険者	② 被扶養者	③ 被保険者 (世帯主)	④ 被保険者 (世帯員)			
被用者医療保険	A 被保険者	ケース	転職	離職・婚姻等	離職	離職・婚姻等	75歳到達	離職
		届出人	雇用者	被保険者⇒雇用主	国保世帯主(新規)	国保世帯主	申請なし	被保護世帯主
		本人確認手段	雇用者による面接等	所得税扶養控除申告等	健保資格喪失証明書 本人確認書類	健保資格喪失証明書 本人確認書類	本人への通知	ケースワーカーによる 面談・調査
	B 被扶養者	ケース	就職	婚姻等	離婚等	婚姻等	75歳到達	離婚等
		届出人	雇用者	被保険者⇒雇用主	国保世帯主(新規)	国保世帯主	申請なし	被保護世帯主
		本人確認手段	雇用者による面接等	所得税扶養控除申告等	健保資格喪失証明書 本人確認書類	健保資格喪失証明書 本人確認書類	本人への通知	ケースワーカーによる 面談・調査
国民健康保険	C 被保険者 (世帯主)	ケース	就職	婚姻等	転入(全部)	転入(一部)	75歳到達	廃業等
		届出人	雇用者	被保険者⇒雇用主	国保世帯主(新規)	国保世帯主	申請なし	被保護世帯主
		本人確認手段	雇用者による面接等	所得税扶養控除申告 等照合	転出証明書、本人確 認書類	転出証明書、届出人の 本人確認書類	本人への通知	ケースワーカーによる 面談・調査
	D 被保険者 (世帯員)	ケース	就職	婚姻等	世帯分離等	転入(一部)	75歳到達時	廃業等
		届出人	雇用者	被保険者⇒雇用主	国保世帯主(新規)	国保世帯主	申請なし	被保護世帯主
		本人確認手段	雇用者による面接等	所得税扶養控除申告 等	転出証明書、本人確 認書類	転出証明書、届出人の 本人確認書類	75歳到達時	ケースワーカーによる 面談・調査
E 後期高齢者 医療制度	ケース	-	-	-	-	転入(越広域連)	年金受給停止等	
	届出人	-	-	-	-	被保険者	被保護世帯主	
	本人確認手段	-	-	-	-	負担区分等証明書、 本人確認書類	ケースワーカーによる 面談・調査	
F 医療扶助受給 者(生活保護)	ケース	就職	婚姻等	保護廃止	婚姻等	-	転入転居(越管轄)	
	届出人	雇用者	被保険者⇒雇用主	国保世帯主(新規)	国保世帯主	-	被保護世帯主	
	本人確認手段	雇用者による面接等	所得税扶養控除申告 等	保護廃止決定通知書 本人確認書類	保護廃止決定通知書、 本人確認書類	-	ケースワーカーによる 面談・調査	

3 給付・支払領域における本人確認

1) 医療・介護サービス給付の状況

給付領域における主要なステークホルダーは受診者（患者）や要介護者等のクライアントと医療機関や介護事業者等のサービス提供者である。サービス提供者の性格（開設者等）や役割は多岐にわたり、それぞれの方法でクライアントの個人識別、本人・資格確認を行っている。本ユースケースに関する検討ではその状況を整理し、規模感を把握することが解決策を検討する上で重要である。

① 医療サービス

サービス提供者である医療機関は、設立者から大きく分類すると国公立²⁷と民間があり、また設備規模や診療行為の内容から病院と診療所²⁸に分けられ、その状況は図 6 のとおりである。

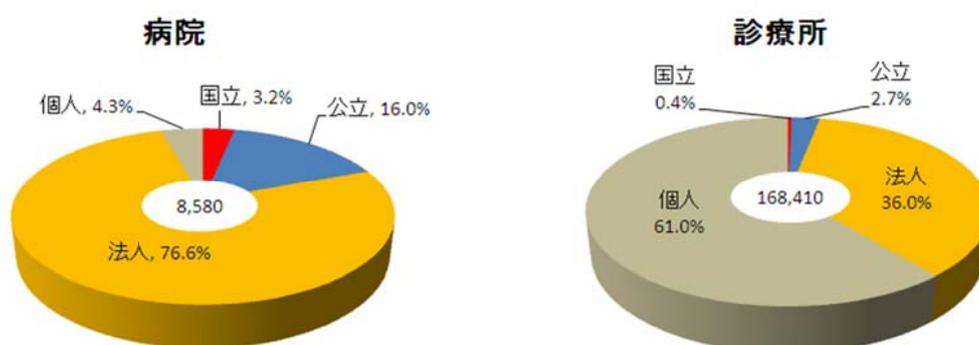


図 6 設立者別医療機関の状況（出典：厚生省 医療施設調査 平成 24 年度末現在）

病院の 81%、診療所の 97%の設立者は民間（法人、個人）であり、官民共通の個人識別と本人確認基盤を必要とする所以である。特に、医療サービスの起点である診療所での本人確認は重要であり、診療所の 61%を占める約 10 万の個人診療所を含めた基盤とすることが要件となる。

このことは、病院および診療所が扱う患者の状況（図 7）から見ると、医療保険被保険者証等で被保険者資格等および本人確認を行う最初の機会である初診受付の 76%が診療所によることから、診療所が患者の個人識別、被保険者資格および本人確認の起点として重要であることを示している。

さらに、2012 年 11 月現在、419 の地域医療支援病院²⁹と 84 の特定機能病院³⁰の承認を受けた病院があり、地域医療を最適化するための階層型の医療連携体制の拠点となっている。

²⁷ 国立には独立行政法人、国立大学法人を含み、公立には地方公共団体、日本赤十字社、済生会、健保連等被保険者連合会を含む。

²⁸ 医療法 1 の 5 条：20 人以上の入院患者を収容できる医療施設を病院、19 床以下を診療所と定めている。図 6 および図 7 では一般診療所に歯科診療所の値を含めている。

²⁹ 地域医療支援病院：医療法 4 条による病院。通常 200 床以上の病院で都道府県知事の承認が必要。

³⁰ 特定機能病院：医療法 4 の 2 条による病院であり、特定疾患の専門的診療を提供できる、通常 400 床以上の病院で、厚生労働大臣の承認が必要。

特に地域医療支援病院は二次医療圏³¹毎に1以上配置することを目標として整備が進められており、この医療連携体制の運用には診療所あるいは一般病院と地域医療支援病院との診療情報共有のための患者個人の識別と本人確認基盤が必須である。



図 7 医療機関の月間患者数 (出典：厚労省医療施設調査 平成 23 年 9 月分)

② 介護サービス

介護サービスの提供者である介護事業所は施設サービス事業所と居宅サービス事業所に大別される。居宅サービスはさらに表 6 のようなサービスに分類され、介護事業者は通常複数のサービスを提供する。したがって、表 6 の事業所数は重複している可能性があり、その合計値は延べ事業者数と考えられる。

表 6 居宅サービスの種類と事業所数 (出典：厚労省介護サービス施設・事業所調査 平成 23 年 10 月)

居宅サービスの種類	事業所数	通称
訪問介護	21,315	ホームヘルプサービス
訪問入浴介護	2,002	
訪問看護ステーション	5,212	
通所介護	2,4381	デイサービス
通所リハビリテーション	5,948	ディケア
短期入所生活介護	7,515	ショートステイ
短期入所療養介護	4,726	
特定施設入居者生活介護	3,165	ケアハウス等
福祉用具貸与	5,212	
特定福祉用具販売	5,336	
居宅介護支援	27,705	ケアマネージャー

³¹ 二次医療圏：医療法 30 条の 4 および医療法施行規則 30 条の 29 10 項により都道府県知事が定めた、同一都道府県内で通念上生活圏を同じくする複数の市町村の地域。

また、施設サービスには介護老人福祉施設³²、介護老人保健施設³³および介護療養型医療施設³⁴があり、その役割、入所条件等は表 7 のとおりである。

表 7 介護施設サービスの種類

施設名称	別称または通称	入所条件等	入所期間等
介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム(特養)	要介護状態で居宅介護が困難。	原則終身（住民票の異動）
介護老人保健施設	老人保健施設(老健)	要介護状態でリハビリが必要	原則 3 カ月、退所後居宅介護
介護療養型医療施設	(介護型)療養病床	要介護状態で療養が必要	療養を要する期間

介護サービス事業所のサービスの種類毎の構成は図 8 のとおりである³⁵。

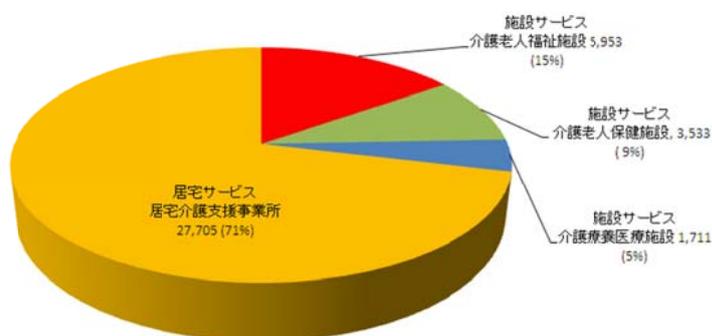


図 8 介護サービス施設・事業所の状況（出典：厚労省介護サービス施設・事業所調査 平成 23 年 10 月）

図 8 で注目されるのは、介護サービス給付における居宅サービス事業所が占める割合の大きさである。すなわち、施設サービスの収容能力が飽和状態に近く³⁶、入所待機要介護者に対する居宅サービス需要が増大していることを示していると考えられる。

このことは、要介護度毎の介護サービス受給状況（図 9）でも示されている。すなわち、居宅サービスの要介護度 4、5 の重度クライアントの受給数が施設サービスとほぼ同数であり、居宅サービスの役割が大きいことが分かる。

³² 介護老人福祉施設：介護保険法 8 条 26 項および老人福祉法 20 条の 5

³³ 介護老人保健施設：介護保険法 8 条 27 項

³⁴ 介護療養型医療施設：医療法 7 条 2 項 4 号 2018 年 3 月に廃止予定

³⁵ 居宅サービス事業所はサービスの種類毎の事業所数が重複している可能性があるため、居宅サービスの最も基本的なサービスである居宅介護支援事業所数を近似値とした。

³⁶ 介護施設の利用率（入所者数／収容能力）：老人福祉施設 98.4%、老人保健施設 92.2%、介護療養型医療施設 93.9%（出典：厚労省介護サービス施設・事業所調査 平成 23 年 10 月）

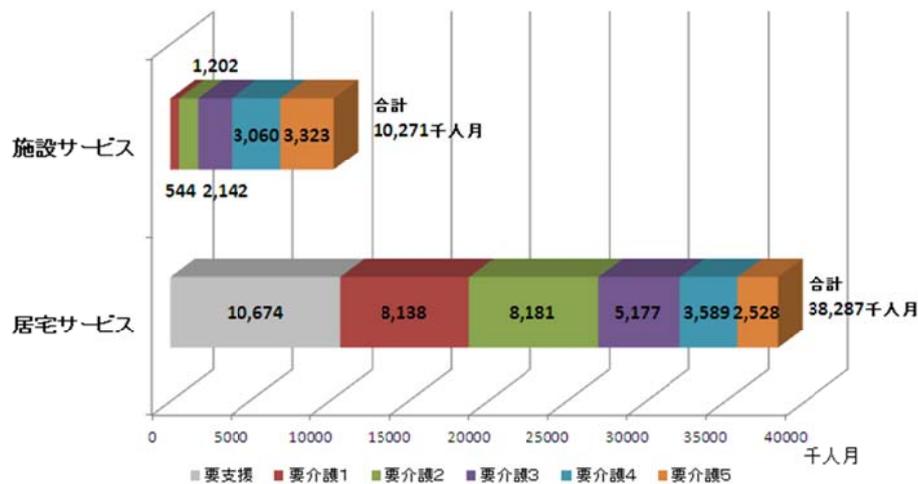


図 9 要介護度別介護サービス受給状況（出典：厚労省介護保険事業報告（年報）平成 23 年度）

しかし、居宅サービスでは表 6 に見るように多様な介護サービスを提供する事業所が連携して個別の要介護者を介護する必要があり、ケアマネージャーを中心としたケアプランと介護記録の情報共有のために個人の識別と本人確認のための基盤整備が重要となる。

また、図 9 の居宅および施設サービス受給数を受給者員数に換算³⁷すると概ね 400 万人となり、要支援・介護認定を受けている 530 万人（平成 23 年度）のうち、約 130 万人は介護保険の給付を受けていないと推計できる。同様に推計すると、特に要介護度 4、5 の認定を受けた重度の要介護者 127 万人のうち、約 23 万人が介護サービスを受けていない状態である可能性も考えられる。

このように要支援・介護認定を受けたにも関わらず、介護保険の給付を受給していないクライアントに対して行政や地域包括支援センターがプッシュ型で受給を勧めるためにも官民での情報共有および個人識別・本人確認のための共通基盤が有効であると考えられる。

³⁷ 介護保険事業報告では月単位の受給者数を年間で積算した延人月で示されており、受給者の員数は 12 ヶ月で除算して概数を推計した。

2) 医療・介護サービス給付・支払における個人情報の関連

給付領域と支払領域はサービス給付とその料金決済という関連があることから、患者等クライアントの個人情報の関連に関して両領域を併せて考察する。両領域における個人情報の関連を概括すると図 10 のようになる。

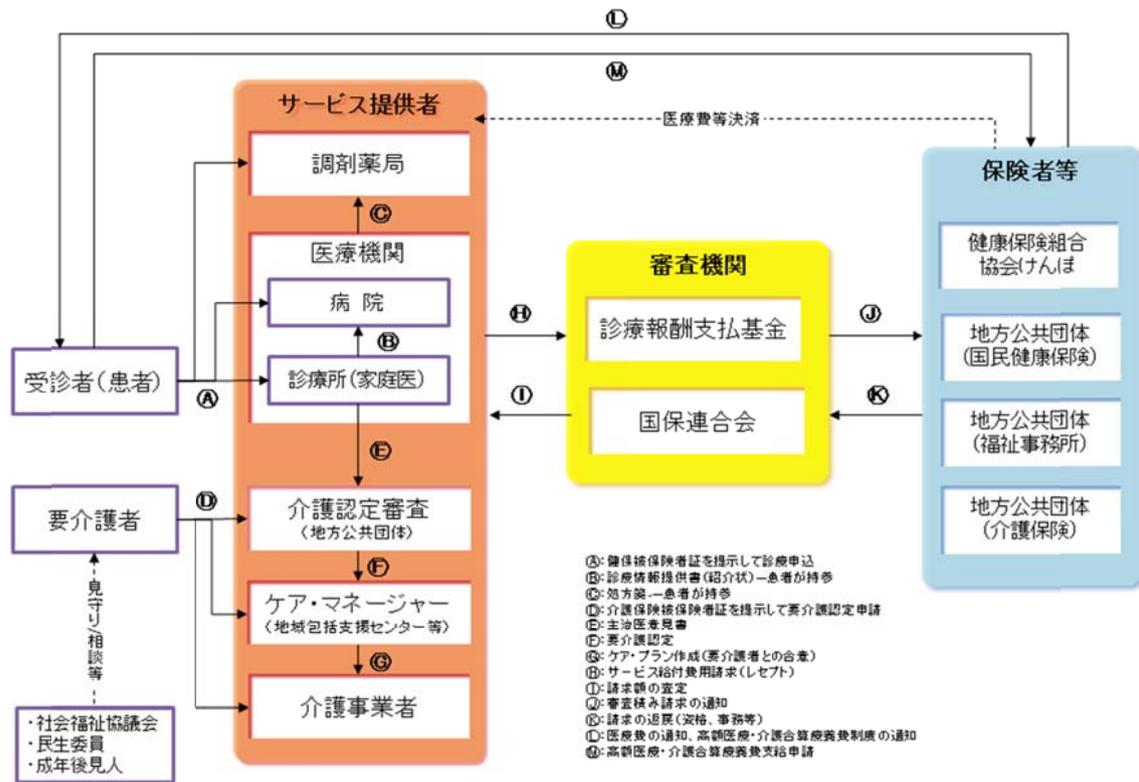


図 10 医療・介護サービス給付および支払の個人情報関連の概要

① サービス機関相互の情報共有と本人確認

(以下、文中の①等の囲み英文字は図 10 内の文字に対応する)

● 診療所・病院相互

前節でも述べたように医療サービスの起点となる医療機関における初診受付①は、医療保険被保険者証や生活保護医療券の提示による被保険者資格および本人確認の原点である。地域医療支援病院や特定機能病院での初診受付では被保険者証の他に他医療機関の発行した診療情報提供書(通称:紹介状)の提出②が必要となる³⁸。地域医療支援病院等を含む 605 の大規模病院を対象とした厚生労働省の調査³⁹では、年間の初診 91,100 件のうち

³⁸ 地域医療支援病院および特定機能病院は原則として独自の初診患者は受けず、診療所や一般病院の診療の支援あるいは特定疾患診療に関する専門診療という機能役割を持つ。その機能を果たすために例外的に初診を希望する患者に対しては高額の特定療養費(保険給付対象外)を請求して抑制を図る。

³⁹ 第 6 回特定機能病院および地域医療支援病院のあり方に関する検討会(2013 年厚労省) 参考 2 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000337cm.html>)

36,300 件が紹介状によるもので紹介率は 40%弱であり、地域医療連携体制はまだ十分に機能していないことを示している。診療情報提供書は診療所等での診療経緯や検査結果等が記載され患者本人が持参することから、結果的に医療機関間の診療情報共有と本人確認の役割をある程度果たしているとも考えられる。しかし、平成 23 年度の社会保障審議会医療部会においてとりまとめられた「医療提供体制の改革に関する意見」⁴⁰が目指す地域医療連携体制を拡充するためには、診療情報提供書による散発的な情報共有ではなく、共通の個人識別・本人確認による体系的な情報共有基盤として整備する必要がある。

- 診療所・病院と調剤薬局

診療結果によって医療機関が発行する処方箋^㉔についても同様に調剤薬局との情報共有と本人確認の役割を持つとも考えられるが、指示書としての性格が強い。

- 診療所・病院と介護事業者

医療サービスと介護サービス間の情報共有は要介護認定申請時^㉕の主治医意見書^㉖が起点となり、要介護認定審査会の決定^㉗およびケアプラン策定^㉘において参照される。しかし、日常の介護サービス現場で医療サービスの診療記録や介護記録を共有するための体系的仕組みはない。

- 介護施設サービス事業者

介護サービスにおける本人確認および要介護認定の確認は介護保険被保険者証^㉙による。介護老人福祉施設等の施設サービスでは、入所時に介護保険被保険者証と共に要介護者本人および親族等との面談、聴取り等によって確認され、入所後は継続的な日常介護や定期的な要介護認定やケアプランの更新等の所内での情報共有が図られている。表 7 のとおり介護老人福祉施設（特養）は原則終身入居であるのに対し他の施設は一定期間入所を原則としているが、現実には長期入所が恒常化し 3 施設サービス全体では入所者の異動率は概ね 0.3%と推計⁴¹できる。したがって、施設間での情報共有の必要性は小さいが、介護老人保健施設（老健）はその役割から考えると医療サービスとの共通個人識別による情報共有が有効と推察できる。

- 居宅サービス

前述のとおり、居宅サービスはケアマネージャーが作成・更新し、要介護者本人またはその親族等の主な介護者が同意したケアプラン^㉚を中心に複数の事業者が居宅介護サービスを提供する。したがって、ケアプランとサービス提供の状況等介護記録に関する情報の共有はケアマネージャーと介護事業者間だけでなく、主な介護者との間でも重要である。このような情報共有のためには共通の個人識別と本人確認の基盤が必要であり、特に独居高齢者や老々居宅介護のケースでは親族以外の介護者が日常の介護に当たるため、介護者の本人確認と主な介護者であることの確認が求められる。

⁴⁰ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001zh6h-att/2r9852000001zhag.pdf>

⁴¹ 厚労省介護保険事業状況報告（平成 23 年度）により施設サービス入所者の年間延人月値と実人月値から推計した割合。

② サービス提供機関と支払（審査・保険者）機関間の情報共有と本人確認

病院、診療所、介護施設等のサービス提供機関が提供したサービスの対価は、診療（介護）報酬請求書（レセプト）を審査機関（支払基金あるいは国保連合会）へ月次提出⁴²する^㊸ことにより、次の手順で精算される。

● 請求内容の審査

審査機関は提出されたレセプトの内容を審査し、適正なもの、および軽微な誤りのあるものは修正（査定）して保険者に送付し^㊹、診療内容に疑義がある場合は医療機関等へ差戻す^㊺。原則としてレセプトは電子的に（オンラインまたは電磁媒体で）提出することとされており⁴³、2011年5月請求分の例ではその普及状況は表8のとおりである。

表8 電子レセプトの普及状況（2011年5月提出件数割合）

	オンライン	電磁媒体	書面
合計	65.0%	23.8%	11.2%
医科	61.6%	32.9%	5.5%
歯科	8.5%	36.8%	54.7%
調剤	98.5%	1.4%	0.1%

出典：第44回社会保障審議会医療保険部会資料12（平成23年7月）

この電子化の主な狙いは診療報酬の支払いの早期化であり、国保中央会の試算では書面による請求に比べ4～10日早く支払が可能であり、医療機関の金利負担を軽減できるとしている。この効果は従前の書面による請求処理を踏襲して電子化で置き換えた効果であり、抜本的な業務改革にはつながっていない。

● 保険者による被保険者資格確認と報酬支払

各保険者は審査機関より送付されたレセプトの被保険者資格を確認した上で医療機関等へ報酬を支払う。被保険者資格が確認できないレセプトは審査機関へ返戻し^㊻、支払は行わない（資格返戻）。また、審査機関の審査または査定に疑義がある場合は審査機関へ再審査を申し出る。

審査機関と保険者間のレセプト送受は2011年4月からオンライン化が義務付けられ⁴⁴、ほぼすべての保険者は2011年度内にオンライン対応済みである。したがって、原則として

⁴²被用者医療保険分および医療扶助（生活保護）分は支払基金へ、国保分、後期高齢者医療分および介護保険分を被保険者の居住都道府県の国保連合会へ、それぞれ保険制度毎に仕分けて提出。

⁴³ 医科と調剤は2009年から、歯科は2011年から電子化が実施された。2005年の医療制度改革大綱では電子化が義務化されたが、民主党の政策INDEX2009で原則的にとされた。

⁴⁴ レセプトのオンライン受取には例外的に猶予が認められている。止むを得ない理由によるシステム導入の遅れ、ネットワーク障害、保険者施設の改修期間中等の猶予要件があり、2011年4月時点では市町村国保、後期高齢者医療広域連合等が猶予保険者に該当したが同年度中には99%オンライン化が完了した。

医療機関から保険者までのレセプトの流れはシームレスに電子化されたといえる。

このレセプトのスムーズな流れを阻害する大きな要因の一つは資格返戻であり、その事由の状況は図 11 のとおりである。返戻事由の 82%強を資格喪失後受診、記号番号誤り、本人・家族取り違え、認定外家族（被扶養者）等の本人識別と確認に関するケースが占めており、その原因の多くは医療機関での受付時の本人確認および被保険者資格確認に起因すると思われる。このことは、前節でも述べたように、診療開始時の本人確認、被保険者資格確認の重要性を示している。

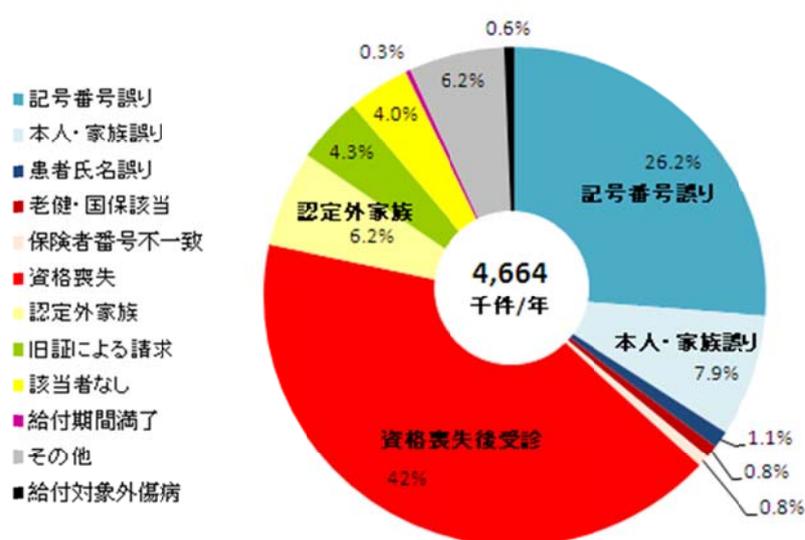


図 11 資格返戻事由の状況

出典：厚生省社会保障カード（仮称）の在り方に関する検討会資料 2011 年 3 月

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0306-6c.pdf>

● レセプトの返戻と再審査

以上のように審査機関および保険者から請求内容が不適正、あるいは記載事項が不備と判断されたレセプトは医療機関へ返戻される。医療機関は審査返戻となった請求内容や査定内容を精査・確認し、資格返戻分については受診者本人に被保険者資格の再確認等により記載事項を修正して、次回請求時（月次）に再審査分として審査機関に提出する。特に資格返戻分については受診者との連絡がとれず資格確認に時間がかかる、あるいは不可能なケースもあり、医療機関の負担となっている。

審査機関における年間審査件数は表 9 のとおりである。支払基金と国保連を合わせた年間審査件数は約 16 億件であり、その内、再審査分は約 1,400 万件で全体の 1%弱ではあるが

審査機関にとっては重複処理であり、医療機関にとっても再審査請求のための調査等の労力や、支払いが遅れることによる金利等の負担は大きい。また、資格等返戻約 437.6 万件と医療機関による再審査請求 58.5 万件の差（約 379.1 万件）の大きさは被保険者資格の事後調査の難しさを物語っており、医療機関の未回収金の原因となっている。仮に再審査請求できなかった分のうち資格返戻理由の 26.2%を占める記号番号誤り（図 11 参照）が未回収金になるとすれば、その推計額はレセプト当たり平均 13,150 円として⁴⁵、年間約 131 億円となる。

表 9 審査機関の年間取扱件数（2011 年 5 月から 2012 年 4 月）

（単位：千件）

	審査機関計	支払基金	国保連計
原審査	1,590,497	625,110	965,387
再審査	保険者請求	13,791	4,953
	医療機関請求	585	271
審査計	1,604,873	630,334	974,539
査定・審査返戻	8,202	6,275	1,927
資格等返戻	4,376	292	4,084
返戻計	12,578	6,567	6,011

出典：支払基金における審査状況（総括）平成 23 年度 および 国民健康保険中央会 - 審査情報 - 審査取扱件数

支払基金 http://www.ssk.or.jp/tokeijoho/shinsatokei/shinsajokyo_h23/index.html

国保中央会 http://www.kokuho.or.jp/inspect/siryousiryousu_kensuu_130301_2.pdf

● 被保険者資格の事前確認

このようにレセプト審査において被保険者資格が確認できない場合、その調査、再審査請求の労力とコスト、特に医療機関における金利負担増や未回収金の負担は甚大である。その解消のために 2011 年 10 月から支払基金によって「オンラインによる請求前資格確認」（以下、事前資格確認という）サービスが開始された。その狙いは資格返戻による再審査から支払までの期間を短縮することにある。その概要は図 12 のとおりであり、事前資格確認によって資格返戻分が保険者に届く期間が最短で 2 か月短縮される。また、再審査請求件数の減少によって審査機関と保険者の労力が削減され、2013 年 5 月には資格返戻に関わる再審査件数が事前資格確認サービス開始前（2010 年）の約半数⁴⁶になったという報告もある。

このように、事前資格確認は一定の効果があがっているものの、あくまでも診療後の被保

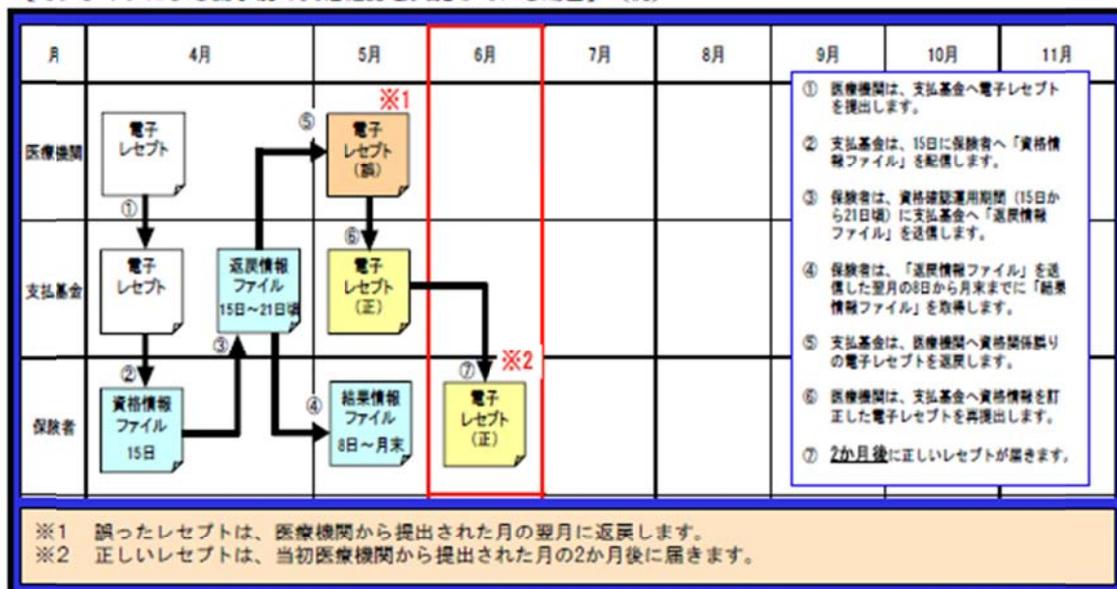
⁴⁵ 厚労省・平成 24 年社会医療行為別調査により、資格返戻は外来ケースに多いという想定で医科入院外（外来）レセプト当たり平均点数、1,314.9 点を参照した。<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa12/dl/ika.pdf>

⁴⁶ 2010 年度の月平均の再審査請求件数 32.5 万件が事前資格確認によって 2013 年 5 月に 17.9 万件に減少
http://www.ssk.or.jp/rezept/online/files/leaflet_01.pdf

険者資格確認であり、資格返戻となったレセプトの受診者の被保険者資格等の調査に関わる労力とコストの削減にはつながらない。

また、2013年4月現在、事前資格確認を実施している保険者は協会けんぽを含めて322団体であり、支払基金の対象保険者の約20%強に過ぎない。さらに、現時点では国保連ではこのサービスは提供されておらず、医療機関から見るとまだ事前資格確認ができるレセプトは限られている。

【オンラインによる請求前の資格確認を実施している場合】(例)



【オンラインによる請求前の資格確認を実施していない場合】(例)

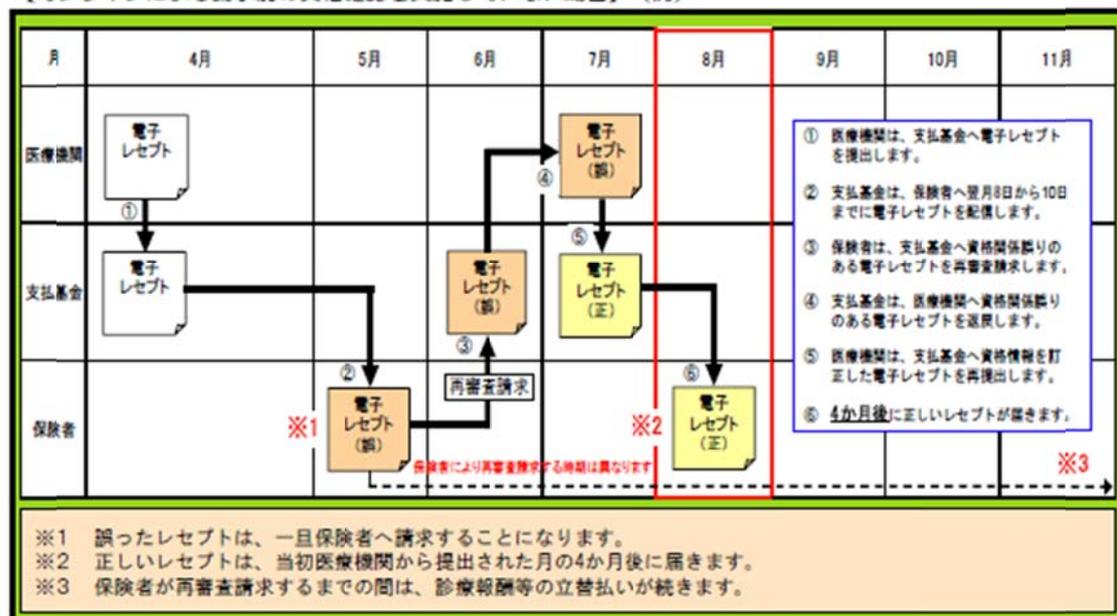


図 12 事前資格確認と従前の資格返戻の流れの比較

(出典：支払基金リーフレット http://www.ssk.or.jp/rezept/online/files/leaflet_01.pdf)

③ 保険者と被保険者間の支払に関する情報共有と本人確認

以上のように審査機関による審査・査定と保険者による被保険者資格確認をクリアしたレセプトは医療機関への支払によって診療報酬の決済が完結する。しかし、これ等の審査、確認は受診した被保険者が確認することはできないため、一部医療機関の不正（架空）請求や他人の成りすまし受診等はチェックできない。そこで、最近では保険者と被保険者間での次のような情報共有によって、医療保険制度の適正運用を図る保険者が増加している。

● 「医療費のお知らせ」（以降、医療費通知という）の確認

多くの保険者はレセプトによる個人毎の診療報酬決済の結果を被保険者に通知している①。組合管掌健保の多くは毎月、市町村国保および後期高齢者医療広域は隔月に通知するケースが多く、協会けんぽは年単位の事業者を経由して通知している。

また、2010年の厚労省令第25号⁴⁷により医療機関には領収書に加えて診療内容の明細書の発行が義務付けられた。このことにより、被保険者は自分が受けた診療の合計額だけでなくその明細（診療内容）を把握して、医療費通知と照合することにより自分が医療機関から実際に受けた医療サービスと、医療機関が保険者に報酬を請求した医療サービスが一致するか否かを確認することができる。

しかし、このような医療費通知や領収書・明細書に関する被保険者の認知度は必ずしも高くない。健保連の調査⁴⁸によれば、「医療費のお知らせ」に対する被保険者の意識は次のとおりである。

- 医療費通知を受け取っている者は75.3%、そのうち3%はインターネットで閲覧している。残り24.7%は受取っていない、または知らない回答している。
- 医療費通知を受け取っている者のうち、領収書等との照合確認している者は8.5%、受診した医療機関や日付等のみ確認している者は74.4%、何も確認していない者は17.1%となっている。
- 医療費通知は受診月から1～2ヶ月以内に受け取ることが望ましいとする者が73%を占めている。現行どおり3～4ヶ月でよいとする者は15.8%となっている。

このような被保険者の医療保険適正化に対する意識向上を目指して、保険者はそれぞれのホームページ等で医療費通知と医療機関発行の領収書・明細書との照合確認の重要性を啓蒙している。例えば、ある健康保険組合のホームページでは医療費通知について次のように掲載している。

⁴⁷ 保険医療機関及び保険医療養担当規則5条の2第2項
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/dl/index-004.pdf>

⁴⁸ 健保連が2009年に実施したインターネットアンケート調査。サンプル数約3,300人
http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa21_02.pdf

パナソニック健保では、健康管理と医療費への関心を高め、医療費の適正化につなげるために、医療費についての通知を作成して、該当する方にお届けしています。また、4月には被保険者（本人）と被扶養者（家族）の皆さんの1年間（1月～12月の間）の医療費総額をお1人ごとに累計して掲載しています。

医療機関で受け取った領収書と照らしあわせて受診した医療機関、診療年月、受診日数

パナソニック健康保険組合ホームページより <http://phio.panasonic.co.jp/hoken/shikumi/torikumi/iryouhi.htm>

さらに、この健保組合では難解な「医療費のお知らせ」の見方を図13のように被保険者に分かり易く説明している。

受診された医療機関の名称で、定期的にパナソニック健保で登録を行なっています。

- ・パナソニック健保で未登録の場合は表示していません。
- ・名称が18文字を超える場合は、19文字以降を省略しています。
- ・印字できない文字については、*または■を表示しています。

医師・歯科・調剤・療養費・柔整師・訪問に区分されます。

- ・調剤…処方箋により調剤薬局で投薬を受けた分
- ・療養費…コルセット代などの請求分。
- ・柔整師…柔道整復師(接骨院)受診分。
- ・訪問…指定訪問看護事業者より訪問看護を受けた分。

医療機関で受診された日数です。

原則として、請求書提出の翌月に給付しています。

I 保険給付金支給決定のお知らせ

被保険者名	給付内容	支給期間	決定額	精算額	支給額	会社負担
健保 太郎	傷病手当金	平成20年2月1日～平成20年3月15日	291,492		291,492	
健保 太郎	傷病手当付加金	平成20年2月1日～平成20年3月15日	237,705		237,705	
計			529,197		529,197	

II 医療費のお知らせ ※医療費総額が1万円以上のものみ掲載

受診者名	医療機関名	診療区分	診療年月	診療日数	医療費総額	医療機関へ支払った額	パナソニック健保が負担した額	お支払いの番号	
健保 太郎	〇〇総合病院	医科入院	20:1	20	1,042,400	726,800	220,110	54,800	2819
健保 太郎	〇〇総合病院	医科入院	19:12	2	204,240	142,680		35,000	27913
健保 花子	△△診療所	医科外来	20:1	5	145,000	116,000	28,000	28,000	46136
計				27	1,391,640	985,480	220,110	89,800	

◆◆平成19年1月～12月までの医療費の累計◆◆

被保険者名	入院日数	通院日数	医療費総額	被保険者名	入院日数	通院日数	医療費総額
健保 太郎	32	30	1,382,719	健保 太郎	19	6	243,620
健保 太郎				健保 花子	6	1	136,660
計			1,626,339	計			380,280

II 今月の健保支給額合計

合計	金額
I 合計	529,197円
II 合計	309,910円
支給額合計	839,107円

医療費総額には入院時食事療養費が含まれます。

医療費総額から受診者の自己負担分を差し引いた額であり、健保が医療機関に支払っている額です。
(入院時食事療養費から食事療養標準負担額を控除した額を含む)

前年度の年間医療費の累計は4月お知らせ時のみとなっております。

医療機関であなたが負担した額にもとづき、一定の基準で健保から高額療養費や付加給付として還付するものです。原則として受診日より3ヶ月後に還付します。不支給の場合は、下記のようなメッセージが表示されます。

- ・公費対象のため不支給
- ・歯科未装着分のため不支給
- ・交通事故等により不支給
- ・給付制限のため不支給
- ・松下記念病院受診分
- ・センター受診投薬分
- ・管理室投薬分のため不支給
- ・会社立替療養費のため不支給

健保から還付または給付する総額です。

お知らせの内容にご不審がある場合、この番号でお問い合わせください。

高齢受給者（70歳以上）の自己負担割合は原則2割ですが、平成21年3月31日までは1割に据え置きとなり、差額の1割相当額を公費（指定公費）が負担しているため、下記のメッセージが表示されます。

- ・指定公費負担有

図13 「医療費のお知らせ」の見方の掲載例

<http://phio.panasonic.co.jp/hoken/shikumi/torikumi/pdf/mikata.pdf>

保険者のこのような啓蒙活動にもかかわらず、被保険者にとって受診と請求内容を確認する上で困難なことは受診から通知までの期間の長さである。医療機関から提出されるレセ

プトは審査機関の審査と保険者の資格確認がそれぞれ月次一括で行われるため、通知が被保険者に届くのは最短でも受診から 3 ヶ月後であり、その間被保険者に受診の内容を記憶し、領収書・明細書を保存することを求めることには無理がある。

さらに、被保険者あるいは受診者にとっては、受診時に受け取る診療費自己負担分の領収書の難解さ（図 14）も確認を困難にしている原因である。

領 収 証

患者番号		氏 名			請求期間（入院の場合）			
		様			平成 年 月 日～平成 年 月 日			
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分	
			平成 年 月 日					
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投 薬	
	点	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療	
	点	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	診断群分類（DPC）	食事療養	生活療養				
点	点	円	円					
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他			保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担	
					合 計	円	円	円
	(内訳)	(内訳)			負担額	円	円	円
					領収額 合 計			円

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇病院 領収印

図 14 診療費自己負担分領収書（医科の例）

被保険者にとっては領収書の各項目と医療費通知（図 13）の項目の対比や表記方法（点数表記等）はなじみのないものであり確認は容易ではない。また、領収書での個人識別は医療機関固有の「患者番号」であり、同一人であっても異なる「患者番号」となる。被保険者資格識別のための記号番号を記載する項目はない。したがって、被保険者自身以外が本人の領収書であることを確認する項目は氏名だけであり、機械的な照合は困難である。

医療費通知と領収書・明細書の照合は一般的な商取引における納品検収あるいは棚卸に相当するもので、この確認処理は被保険者に委ねるのではなく、診療報酬の最終決済機関である保険者によって確認する仕組みが必要である。その仕組みの鍵となる要件は次の 2 点である。

- 被保険者等が受取った領収書・明細書の内容を自分が受けた診療であることを確認し、その情報を加入する保険者と共有できること。
- 領収書・明細書とレセプトの受診者の個人識別子、および被保険者資格識別が一致していること。前述のとおり、現行の領収書等は医療機関固有の「患者番号」で個人を識別しており、同一人であっても医療機関によって異なる。

● 高額療養費制度および高額医療・介護合算療養費制度の支給手続

療養費の自己負担額には月間の上限額⁴⁹が設けられ、上限を超えて支払った自己負担額は保険者から支給（還付）される。支給を受けるための手続は保険者によって異なり、次のような方法がある。

- (ア) 被保険者が1ヶ月分の医療機関等の領収書を合計して上限を超えているか判断し、支給申請書および添付書類を整えて保険者に申請する。一部の国保でこの方法を採用している。㊾（この場合でも支給申請の勧奨は行っている）
- (イ) 保険者から該当者に送付された高額療養費支給申請書に必要な事項を記入し、医療機関等の領収書の写しを添付して支給申請する。協会けんぽおよび多くの国保ではこの方法を採用している。㊿および㊾
- (ウ) 被保険者からの申請なしに、保険者がレセプトから支給額を判断し被保険者の登録口座に振込む。被保険者には医療費通知と併せて支給が通知される。組合管掌健保、共済組合、後期高齢者医療広域連合等の多くがこの方法を採用している。㊿

2010年の高額療養費支給件数は全医療保険制度で4,518万件、うち2,580万件(57%)は後期高齢者医療が占めており⁵⁰、75歳以上の高齢者の医療費の負担が大きいことを示している。ただし、月途中で被保険者資格の得喪があると、月間の医療費を両保険者で按分するので各保険者単位では高額療養費の上限に届かないケースもある。

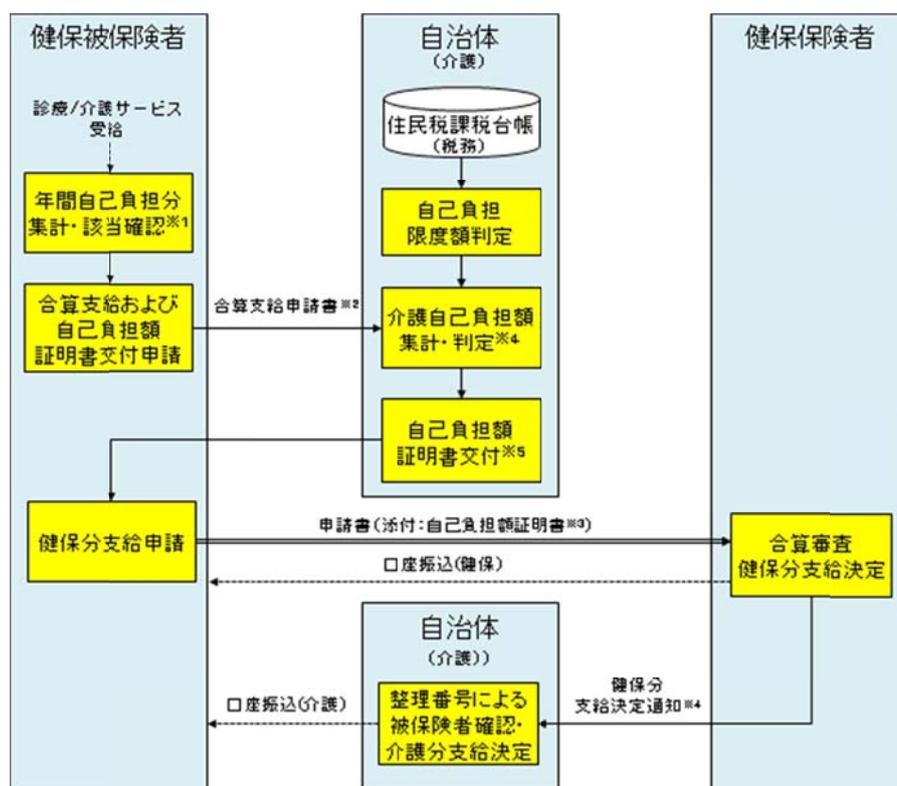
このような高齢者が介護保険サービスを受けている場合は、高額医療・介護合算療養費制度を選択⁵¹することもできる。この制度は毎年8月から7月末までの同一世帯の医療および介護の療養費の自己負担合算額が上限額を超えた分を支給する制度で、手続は毎年一回である。

国保の場合は保険者が介護保険と同じ市町村であることから、被保険者からの申請なしに市町村で合算を判断し支給する。被用者医療保険の場合は医療保険と介護保険の保険者が異なることから、被保険者は領収書で自己世帯の自己負担支払額を集計し介護保険者（市町村）の判定を受けて医療保険者に対して支給申請手続きを行う。（図15参照）

⁴⁹ 上限額は被保険者の所得水準および年齢段階によって定められている。被用者医療保険の場合は本人と被扶養者分、国保の場合は国保世帯分の合算。

⁵⁰平成24年第58回社会保障審議会医療保険部会資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002oecie-att/2r9852000002oeww.pdf>

⁵¹ 両制度併給はできない。



- ※1: 健保被保険者は世帯単位の年間自己負担分を自己把握する必要がある
- ※2: 正式名称は「高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書」
- ※3: 自治体(介護保険者)は証明書整理番号を付記して交付
- ※4: 健保保険者は支給決定通知に自己負担額証明書整理番号を付記して自治体(介護)に通知

図 15 被用者医療保険被保険者の高額医療・介護療養費支給申請手続の流れ

この制度は2008年に施行されたが、2010年度の支給件数は64.1万件、うち62.7件(97.7%)は後期高齢者医療の被保険者であり⁵²、高額療養費制度に比べて桁違いに支給件数が少ないことと、後期高齢者医療被保険者の割合が圧倒的に大きいことが分かる。

高額医療・介護合算療養費制度は現在の高齢化社会において、医療と介護のサービスを合わせて受ける被保険者にとって非常に有効な制度であるが、その普及が進まないのは制度施行後間もないことによる周知度の低さの他に次のような原因が考えられる。

- 手続の複雑さ。特に被用者医療保険の被保険者にとっては図 15 にあるように、1年間の領収書の保存、整理等手続の負担が大きい。被用者医療保険の支給件数がわずかに106件(2010年)であることがこのことの証左である。
- 医療保険と介護保険での個人識別の方法が異なること。特に被用者医療保険の被扶養者の識別子は氏名、生年月日等であり一意性に欠けるため、個人単位の識別子である介護保険記号番号との突合が難しい。

⁵² 平成24年第58回社会保障審議会医療保険部会資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002oeje-att/2r9852000002oeww.pdf>

- 世帯合算の制度であるが世帯単位の把握が困難。特に後期高齢者医療制度と介護保険は個人単位の制度であり、世帯や被扶養者の概念がなく両制度の被保険者世帯を把握するためには市町村の住民基本台帳との照合が必要となる。

このように、今後普及が期待される高額医療・介護合算療養費制度においては、手続の簡素化と共に確実な個人識別子の導入が重要といえる。

第2章 ユースケースにみる本人確認の課題

我国の医療保険制度では健康保険法等の医療保険諸法⁵³にもとづいて官民約 3,500 の保険者がそれぞれに加入する被保険者の情報を個別に管理している（表 2 および図 2 参照）。

被保険者は保険者の範囲でユニークな記号番号によって識別、本人確認されるが、保険者横断的に識別することはできない。また、健保等の被用者医療保険では、被保険者の被扶養者を個別に識別する番号等はない。一方、国保では全ての加入者が被保険者として記号番号でユニークに識別され被扶養者という概念はない。生計維持関係は国保世帯という括りで管理され、国保税（料）の納入義務や資格異動の届出義務は国保世帯主が負うが、国保世帯を識別する番号等はない⁵⁴。さらに、後期高齢者医療制度や介護保険においては被保険者の識別は完全に個人単位であり、生計維持関係の把握は必要な都度住民基本台帳との照合が必要になる。

このような医療保険制度下における個人の識別、本人確認および資格要件確認に関しては適用、給付、支払（審査）の各領域で様々な課題がある。特に今後、被保険者等の情報の電子化を各領域で推進するためには早期に解決すべき課題である。

本章では、第 2 章で示した本ユースケース（医療・介護分野）の状況からこれ等の課題を抽出し論点を整理する。

1. 被保険者資格異動に関わる課題

1) 被保険者資格得喪手続

医療保険被保険者の就・離職や転出入等 1 つのイベントに対して資格取得と喪失の 2 つの手続が必要であることは第 2 章表 5 のとおりである。特に国保と被用者健保等の医療保険制度をまたがる資格異動においては、保険者間の被保険者に関する情報連携が十分ではなく、資格取得の都度被保険者資格要件（他制度の被保険者でないこと）と本人であることの確認が必要となる。また、国民皆保険のセイフティネットともいえる国保の被保険者資格得喪においては被用者保険等他法の被保険者資格との重複あるいは医療保険被保険者資格の空白期間がないことの確認が求められる。

現行の手続では、被用者保険から国保被保険者資格へ異動する場合、健保等保険者の交付した健保被保険者資格喪失証明書を添付し、逆に被用者保険加入によって国保資格を喪失する場合は被用者保険の被保険者証の提示あるいは資格取得証明書の添付によってこの確認を行っているが、この手続を確実に実施するためには被保険者の注意（あるいは意識）と手続の負担を強いることになる。特に、被扶養者の制度間異動については錯誤等による手続の不備、忘失の可能性が高い。

⁵³ 健康保険法、国民健康保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員共済組合法、私学教職員共済組合法、船員保険法等

⁵⁴ 国保世帯は住民基本台帳の世帯とすることが原則であり、住民基本台帳の世帯番号を準用するケースは多いが、この番号は当該市町村内のみでユニークである。

このような被保険者等の保険者間資格異動の件数は第2章で述べたとおり年間約3,600万件と全被保険者の約27%を占め、中でも図3にあるように国保と被用者保険間の得喪の割合が取得32%、喪失24%と大きい。したがって、国保と被用者保険の保険者間連携によって被保険者による資格得喪手続を軽減あるいは廃止することが可能であれば、被保険者資格管理の確実性向上と被保険者の負担軽減の効果が大きいといえる。

2) 医療機関等による被保険者資格の照会

給付領域における被保険者等の本人および資格の確認は診療記録の管理や診療報酬請求の確実さに関わる重要な出発点である。現在、この確認は初診受付時および再診期間中の月初に被保険者証の提示によって行われているが、これは「被保険者証の所持者は券面に記載されている氏名と記号番号の本人である」という前提によるもので、拾得、盗取した被保険者証や仲間内の使い廻し等の成りすましには無防備である。また、被保険者資格喪失後も返納を怠り、あるいは被保険者証の紛失届出や国保税(料)滞納等によって券面の有効期限内に失効した被保険者証であっても、これを提示することによって有効と誤認され得る。さらに、再診期間あるいは入院期間中に被保険者資格を喪失した場合、月初の確認あるいは被保険者の申出があるまでは誤った被保険者資格で診療が行われることになる。

被保険者証所持者が被保険者本人であり、被保険者資格が有効であることを確認する手段は券面記載事項のみで、他の確認手段がないためこのような不都合が生じる。

仮に、初診・再診を問わず診療受付時に被保険者資格をリアルタイムで保険者への照会によって確認するという運用をすればこの問題は解決する。しかし、全国の医療機関が受け付ける初診と再診の外来受診者は月間約14万件(図7参照)であり、医療機関1日当たりで単純平均すると病院では246件、診療所では29件の資格照会が必要となる。一方、保険者1日当たりでは約2,000件の被保険者資格確認の照会に応じることが求められ、電話等による通常的手段による照会では対応が困難であり何等かの電子的照会手段が必要である。

3) レセプト審査における被保険者資格確認

レセプトの審査機関(支払基金および国保連)は医療機関から請求された診療報酬の診療内容は審査するが、対象である被保険者の実在性と資格の確認はできない。被保険者の確認はその情報を管理している各保険者が行うが、そのタイミング図12のように審査の翌月、医療機関の請求から2ヶ月後になる。

レセプトに記載されている被保険者の実在と資格が確認されたケースは診療報酬が支払われるが、確認されないケースは資格返戻となり、医療機関で調査の上、次回請求時に再審査請求として審査機関に送付する。この場合、診療期間終了後、受診時の被保険者資格の確認は異動履歴が統合管理されていないので本人への問合せ以外に方法がない。第2章でも述べたように、電子化されたレセプトでは審査前の事前資格確認を受けることもできるが、短縮できる期間は1ヶ月であり、このサービスに対応している保険者はまだ少ないので、大きな効果は期待できない。また、このような再審査請求という方法は表9にみられ

るように、全審査件数に占める割合は小さいものの審査機関の負担を大きくする要因であり、審査と同時に被保険者資格の確認が可能な仕組みが望ましい。

4) 被保険者自身による診療内容の確認

さらに、成りすまし受診や医療機関の不正請求を発見するためには、被保険者が自分および被扶養者が実際に受診した診療と医療機関がレセプトで請求した内容を可能な限り早期（医療機関への支払前）に確認できる仕組みが必要である。特に医療・介護の専門外の者が容易に照合・確認できることが望まれる。

この仕組みは適正な医療保険制度運用のためには重要であると同時に、全ての医療保険制度の被保険者に対して高額療養費あるいは高額医療・介護合算療養費に関する手続もプッシュ型で提供可能となる。

5) 被保険者資格異動に関わる課題のまとめ

以上の被保険者資格異動に関わる課題を整理すると次の4点に集約される。

- 被保険者資格異動手続漏れ等による無保険期間や重複加入による二重保険料負担の可能性がある。
- 医療機関や介護事業所における受診者や被介護者の本人確認および被保険者資格確認の確実な手段がなく、最終的には医療機関の未回収診療報酬の発生を招いている。
- レセプト審査時に被保険者資格確認の手段がなく、再審査請求による重複審査の労力と診療報酬支払の遅延の原因となっている。
- 被保険者が自分の受けた医療・介護サービスに対する診療報酬等の請求内容を確認する機会と方法が不十分で、成りすまし受診や不正請求の原因の一つとなっている。

2. 被保険者および被扶養者の個人識別

医療・介護の分野で被保険者の識別子として使用されている記号番号（以下記号のないケースも含む）は保険者の範囲で一意であるが、保険者外部では個人を一意に識別することはできない。また、記号番号の付番管理は各保険者が行い、概ね表 10 のような構成となっており桁数や記号の意味について統一性はない。

これ等の記号番号は保険者が被保険者の資格得喪、保険料徴収、療養費給付等を管理するためのもので、その範囲では十分機能を果たしているといえるが、必ずしも被保険者あるいは被扶養者の個人を特定する目的をもっているとはいえない。

このような視点で、以下に当分野における個人識別に関わる課題を考察する。

表 10 被保険者記号番号の構成の概要

保険者	記号	番号
協会けんぽ	事業所の識別（8桁）2008年協会けんぽ発足により従前の漢字・ひらがなから数字に変更された。	事業所内連番（最大6桁）
健康保険組合	グループ会社や特退等の識別。桁数と意味は保険者によって異なる。	基本的に記号内連番。事業所の社員番号を使うケースもある。記号と併せて8~9桁が多い。
医療保険 国民健康保険	退職者医療等の被保険者区分の識別。桁数と意味は保険者によって異なる。記号を設定しない保険者も多い。東京都国保連は都内全市区町に4桁の記号を付番している。	市町村内連番（概ね6~8桁、人口規模によって異なる）
後期高齢者医療	なし	広域連合内連番（8桁）
介護保険	なし	市町村あるいは広域連合内連番（10桁）
<p>この他、各種共済組合等の被保険者記号番号についても桁数、意味はそれぞれ保険者によって異なり、記号には漢字・ひらがなを含むものもある。なお、電子レセプトの標準仕様では記号番号を併せた桁数を最大19桁としている。</p>		

1) 被保険者番号等の個人識別子としての役割

前述のように被保険者番号等は個人識別子としての役割は極めて限定的である。保険者間で共通する個人識別が不確実であることは、被保険者の転出入や就離職等による被保険者資格得喪時に被保険者の本人確認と関係保険者間での情報共有が十分にできず、被保険者資格の重複や空白期間の可能性の原因となる。

また、被用者医療保険における被扶養者は固有の識別子がなく、その扶養者と同一の記号番号に加えて本人の氏名等によって識別されており、被扶養者を個人として一意に識別する上での不確実性が残る。

2) 被保険者番号等の継続性と変更履歴

被保険者記号番号は被保険者資格得喪によって変更されるため個人識別のための継続性がなく、その変更履歴を記録する仕組みはない。

被保険者記号番号は被保険者資格得喪以外にも、次のような場合には、同一保険者内においても変更される可能性があり、継続的に個人識別を識別することを難しくする原因となっている。

- 被用者医療保険における事業所等の合併
- 被保険者の退職による任意継続や特例退職被保険者への資格移行
- 国民健康保険における市町村合併
- 要介護認定を受けた生活保護（介護扶助）受給者が 65 歳に到達した場合⁵⁵
- その他、健康保険組合の解散、合併等

したがって、レセプトの資格返戻等で遡及して被保険者資格の確認が必要となる場合や、保険料の未納分を遡及徴収する場合等の調査が困難である。

さらに、医療・介護制度共通の継続的な個人識別の手段の欠如は医療提供体制の改革が目指す「地域医療連携体制」や厚生労働省の施策「在宅医療・介護あんしん 2012」⁵⁶の実現を困難にする。

3) 「個人番号」（通称マイナンバー）利用における課題

本ユースケースで示す医療・介護分野において上記のような課題を解決するために、制度、と保険者横断的かつ継続的に個人識別を可能にする手段として 2013 年に成立した行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（以下番号法という）で定める「個人番号」を利用することが考えられる。すなわち、被保険者記号番号を保険者の範囲内で被保険者資格を識別するための識別子、個人番号を制度横断的に被保険者および被扶養者を個人として識別するための識別子として位置付け両者を併用する考え方である。

この法律では「個人番号」の利用を別表第 1 で示される 93 の「個人番号利用事務⁵⁷」およびその実施者に制限している（同法 6 条）。本ユースケースの主なプレイヤーについて「個人番号利用事務」との関係を整理すると表 11 のようになる。表 11 の黄色部分に示すプレイヤーの事務は「行政事務」ではなく、別表第 1 に該当する項番はないが、次のような位置付けで「個人番号」を利用できるとも理解できる。

(ア) 適用事業所の事業主、医療機関および介護事業者の事務は、他人の「個人番号」を記載した書面の提出その他の他人の個人番号を利用した事務（同法 6 条 3 項）であり「個人番号関係事務⁵⁸」とみなすことができ、具体的には次のような解釈である。

- 適用事業所の事業主：被保険者資格得喪届や報酬月額算定基礎届等に被保険者の「個人番号」を付記する。
- 医療機関：レセプトに受診者の「個人番号」を付記して請求する、あるいは命令に

⁵⁵ 65 歳未満の生活保護受給者で要介護認定を受けている者は H+9 桁の数字（2～4 桁は福祉事務所番号）で表される被保険者番号が付番されている。

⁵⁶ 平成 24 年 6 月厚生労働省医政局、老健局、保健局資料「提言型政策仕分け、医療・介護の連携」
http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/dl/teigen_05_02.pdf

⁵⁷ 番号法 2 条 9 項「個人番号利用事務」とは、行政機関、地方公共団体、独立行政法人等その他の行政事務を処理する者が（中略）特定個人情報ファイルにおいて個人情報を効率的に検索し、及び管理するために必要な限度で個人番号を利用して処理する事務をいう。

⁵⁸ 番号法 2 条 10 項「個人番号関係事務」とは、第 6 条第 3 項の規定により個人番号利用事務に関して行われる他人の個人番号を利用して行う事務をいう。

応じて診療録等に受診者の「個人番号」を付記して報告または提示する⁵⁹。

- 介護事業者：介護給付費請求書等に要介護者の「個人番号」を付記して請求する。
- 特に同法 12 条で求められる「本人確認の措置⁶⁰」は本ユースケースにおける「個人番号利用（または関係）事務実施者」の中で唯一被保険者と対面する医療機関および介護事業者のみが可能である。

(イ) 支払基金および国保連合会は、レセプト等による請求内容の審査を関係諸法の保険者から委託を受けて行う⁶¹のであり、同法 6 条 1 項の末尾「当該事務の全部又は一部の委託を受けた者も同様とする」に該当するとみなすことができる。

表 11 本ユースケースの主なプレーヤーと番号法別表 1 の関係

プレーヤー	項番	根拠法	個人番号利用等事務
被用者 医療保険	厚生労働大臣	1、3 健保法 5 条、他	協会けんぽ、船員保険被保険者資格確認、保険料決定
	協会けんぽ	2、4 健保法、他	当該各法による保険給付の支給、保険料の徴収事務
	健康保険組合	2 健保法	
	私学共済	22 私学共済法	当該各法による短期給付（医療保険）事務
	国公務員共済	28 国公務員共済法	
	地公務員共済	39 地公務員共済法	
市 町村	国民健康保険	30 国民健康保険法	当該各法による保険給付の支給、保険料の徴収事務
	介護保険	68 介護保険法	
後期高齢者医療広域連合	59	高齢者医療確保法	
福祉事務所	15	生活保護法	生活保護法による保護の決定および実施
適用事業所の事業主		健康保険法	被保険者資格得喪並びに報酬月額等の届出（48 条） 被扶養者の確認、届出（健規 38 条）
医療機関		健康保険法	給付費用の請求（健 76 条、国 45 条）
		国民健康保険法	診療録等の提示（健 60 条、国 45 条の 2）
介護事業者		介護保険法	41 条 9 項、他
支払基金		支払基金法	レセプト審査（支 1 条、健 76 条 5 項）他
国保連合会		国民健康保険法	レセプト審査（国 45 条 5 項）
		介護保険法	介護費用請求審査（介 176 条、41 条 10 項、他）

※「項番」は別表 1 の対応する項番を示す。※プレーヤー、法律等の名称は略称または通称を含む。

⁵⁹ 健保法 60 条 厚生労働大臣は、保険給付を行うにつき必要があると認めるときは、医師等に対し、その行った診療等に関し、報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提示を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

⁶⁰ 番号法 12 条 個人番号利用事務等実施者は本人から個人番号の提供を受けるときは当該提供をする者から個人番号カードの提示を受けることその他その者が本人であることを確認するための措置として政令で定める措置をとらなければならない。

⁶¹ 健保法 76 条 5 項：保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金又国民健康保険団体連合会に委託することができる。国保法 45 条 5 項：保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を国保団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金に委託することができる。

以上のように、本ユースケースの主なプレーヤーはそれぞれの位置づけで「個人情報」を利用できるという理解もできるが、上記（ア）の医療機関については、「個人番号」の利用について異論が出されている。その主な主張は次のとおりである⁶²。

- 医療等分野でやりとりされる情報は機微性の高い情報を含み、関係者の数と情報量も多いことから、広分野で利用される「個人番号」とは別の仕組みを検討すべき。
- 医療等分野における識別子である「医療等 ID（仮称）」とそれに基づく認証・認可機能、情報提供ネットワークシステムとの接続機能を有する「医療等情報中継 DB（仮称）」の導入。
- 対象とする関係機関は医療等サービス提供者（医療機関、薬局、介護事業者など）、医療保険者、国の行政機関、地方公共団体、上記のほか第三者機関又は主務大臣が個別に承認する者

この議論に関しては第3章で更に検討するが、図1に示した3領域を念頭に「医療等 ID」の適用範囲を明確にすると共に、複数の識別子を使い分けることについての国民の混乱と負担を避ける解決策が望まれる。

3. ユースケースにみる本人確認の課題の総括

本ユースケースの課題の論点を整理すると次のように総括できる。

1) 被保険者の資格得喪に関する課題

- － 被保険者資格得喪の届出を怠ると無保険あるいは重複加入期間が発生する。
 - ・ 被用者の場合、雇用者に届出義務があり本人は直接手続を確認できない。（善良な雇用者を前提とした手続である。）
 - ・ 国保の場合、届出主義であり届出についての積極的な勧奨が行われない。
- － 被保険者資格得喪の履歴の把握が難しい。
 - ・ レセプトの資格返戻に関する調査が困難で医療機関の金利負担や未収金の原因となる。
 - ・ 被保険者資格異動があると高額療養費や高額医療・介護合算療養費の給付が受けられないケースが発生する。

2) 被保険者等の個人識別に関する課題

- － 被保険者証記号番号は保険者が被保険者資格の識別子であり、個人の識別と本人確認には限界がある。

⁶²第7回社会保障分野サブワーキンググループ及び医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会の合同開催（2012年7月23日）資料3「医療等分野の情報連携のための基盤のあり方について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002fy2a-att/2r9852000002fy7q.pdf>

- ・ 被用者医療保険の被扶養者を一意に識別できない。
 - ・ 被保険者資格異動によって記号番号が変わるため、個人を継続的に識別できない。
 - ・ 記号番号による本人確認の仕組みがない。また、被保険者証にも顔写真等同一性を確認する手段がない。
- － 国民健康保険世帯の識別が不確実であり、特に擬制世帯において被保険者との関係の把握が複雑となる。
- ・ 高額療養費や高額医療・介護療養費等、世帯単位で合算支給する手続において世帯主の確認等煩雑となる。
 - ・ 国民健康保険世帯と住民基本台帳世帯は必ずしも一致しないため、市町村は重複管理する必要がある。

3) 「個人番号」の利用に関する課題

- － 「個人番号」を本ユースケースの給付領域で利用することについて異論がある。
- ・ 医療等分野で扱う個人情報は他分野に比べ機微性が高いことが異論の主たる根拠であるが、機微性の具体的な評価は十分ではない。
 - ・ 独立した医療等 ID と情報連携基盤は国民や医療機関等の混乱と負担、および社会的コストの重複を招く可能性がある。
- － 番号法における医療機関および介護事業者の位置付けが不透明である。
- ・ 医療機関および介護事業者は給付領域における「個人番号」による本人確認の起点であり、「個人番号利用事務実施者」たる保険者にはその機会がない。
 - ・ 医療等 ID が導入された場合、医療機関および介護事業者は診療録管理とレセプト等の請求のために識別子の二重管理を強いられる。

第3章 課題の解決と期待効果

前章で述べたとおり、当ユースケースの本人および被保険者資格確認の課題は被保険者および被扶養者に関する個人識別の継続性と被保険者資格確認のための関係機関相互の情報共有に要約できる。

本章ではその解決策として、今回法制化された個人番号の利用による被保険者等の個人識別、および被保険者等資格情報の統合管理という仮説を立て、それぞれの検証を行う。

1. ユースケースにおける個人識別子の導入

1) 個人を特定できる番号制度と本人を確認できる被保険者証の必要性

前章の課題を踏まえ、現行の医療保険制度における被保険者証および被保険者証記号番号の問題を下記に整理する。

○被保険者証の問題

- ・ 現在、被保険者証が世帯単位書類から個人単位のカードへと切替えられたが、このカードには顔写真等本人と結びつけるための情報が記載されていないため、本人のものであることを確実に確認できるものとはなっていない。つまり、被保険者証と本人の同一性が確保できていないという欠陥がある。
- ・ ICカードではなく、プラスチックカードのため偽造がしやすいという欠点がある。

○被保険者証記号番号の問題

- ・ 被用者医療保険の被保険者証記号番号は医療保険被保険者単位に付番されているため、被保険者証記号番号では被扶養者個人を特定できない。
- ・ 転職、失業、転出入などで医療保険が切り替わるたびに被保険者証記号番号が変わるため、個人の診療履歴や健康診断履歴が追いかけられない。

このように、医療分野における本人確認のカードと番号という基礎がしっかりとしていないため、さらに次のような問題を引き起こしている。

- ・ カードに顔写真がないため、一枚の被保険者証が（性別や年代が同等である）複数の人間に使いまわしされる。これによって、医療費負担を回避する者が増加し、医療保険の財政事情を圧迫している。また、レセプト審査において矛盾した診療や投薬などが発生することになり、診療報酬の支払にも影響が出てくる。さらに、EHR/PHRを構築しようとした時に、矛盾したデータ（例えば、同一人物なのに血液型が異なるカルテなど）を統合してしまう危険性がある。
- ・ 正しいレセプトの審査をするためには、被保険者証記号番号（世帯単位）で収集されるレセプトデータを個人単位に仕分けしなければならない。現在では対処療法的に生年月日を使って仕分けしているが、同生年月日の双子などは区別ができない。被保険者証記号番号と併せて個人単位の識別子がなければ、今後のEHR/PHR構築や疫学データの蓄積などにおいて大きな障害となる。

- ・ 転職などで医療保険が切替わるたびに被保険者証記号番号が変わってしまうため、EHR/PHR を構築しようとしてもデータが分断されてつなげない、疫学的なデータとして蓄積してきたデータが途中で分断されてしまうという不都合が生じる。
- ・ 国民皆保険であるにも関わらず、国民の医療保険加入実態が番号で把握できないため、医療保険の空白期間ができることがある。例えば、離職して被用者保険を脱退した場合、届出なければ国民健康保険に加入せずに済むため、病気にならない限り、そのまま加入しないことがある。このようなケースは、負担すべき保険料を負担しない者を増やすだけであり、医療保険という相互扶助の制度を揺るがしかねない。
- ・ 医療保険切替え時の不整合により、事務調整で大きな負担がかかっている。例えば、期限切れの被保険者証を使ってしまった場合など、医療機関と医療保険者との間でその負担の調整をしなければならず、大きな事務負担を招いている。
- ・ 医療保険が切替わるたびに被保険者証記号番号が変わるという不安定な制度のため、通院患者は毎月医療機関に被保険者証を提示しなければならないという大きな負担を強いられている。さらに、実家への帰省や旅行などで被保険者証を持参していない時に医療にかかると、その場で医療費を全額負担しなければならないばかりか、保険負担分を取り戻すため後日被保険者証を持参しなければならない等、手続で非常に大きな負担がかかっている。

2) 被保険者証記号番号と医療番号のあり方について

現行の番号法では、医療保険の適用領域のみ「個人番号」を適用することになっている。そして、診療記録等を含む医療分野の番号制度については、特別法を制定するという法的枠組みとなっている。

「個人番号」は「保険料の徴収および保険給付の支給等」で使われることになっており、医療保険者は個人番号利用事務実施者として定められているものの、国保連合会や診療報酬支払基金、および医療機関は個人番号利用事務実施者として定められていない。つまり、第2章3)の解釈が成り立たないとすると、医療機関と審査機関では「個人番号」は使われず、従来どおり被保険者証記号番号が使われることになる。

本ユースケースにおける個人識別の基本的要件について被保険者証記号番号とあるべき識別子は表12のように整理できる。

表 12 本ユースケースにおける個人識別の基本的要件

要件	要件の説明	被保険者証記号番号(現行)	医療・介護分野の要求
一意性	個人を重複なしに確実に特定でき、本人確認の基本となること。	保険者の内部では一意であるが、外部では保険者番号と組合せないと一意にならない。	日本国内の全居住者に対して一意となること。
悉皆性	サービスの対象となる個人に漏れなく付番され、識別できること。	被用者医療保険では被扶養者には付番されない。	日本国内の全居住者に付番されること。
継続性	個人の身分(家族関係)や職業等の属性の変更に問わず同一人として識別できること。	被保険者資格得喪によって変更される。	出生等から死亡後までの永久番号であること。
共通性	医療・介護分野以外に、将来的に雇用や生活保護等の社会保障分野とのサービスや個人情報の連携を拡張できること。	医療保険サービスに特化して個人を識別する。	社会保障・税分野共通に個人を識別すること。
表意性	識別子によって個人の属性等が表わされること。	「記号」部分は保険者固有の意味を持つ。	継続性や共通性を損なうため必ずしも必要としない。

被保険者証記号番号が今後もそのまま使われることになると、前項であげた問題は一向に解決せず、「個人番号」が導入されても積み残されたままになるであろう。早急に、被保険者証記号番号に代わる番号の導入が求められる。

どのような番号を導入すべきかについては、政府の検討報告書を参考に考えたい。政府は、「医療分野等において…(中略)…特に機微性の高い情報が含まれていることから、個人情報保護法成立の際、特に個人情報の漏洩が深刻なプライバシー侵害につながる危険性があるとして医療分野等の個別法を検討することが衆参両院で付帯決議されている」(社会保障・税番号大綱 2011.6.30)という理由から、「個人情報保護法より厳格な取扱いを求めることから、…(中略)…特に機微性の高い医療情報等の取扱いに関し、個人情報保護法又は番号法の特別法として、その機微性や情報の特性に配慮した特段の措置を定める法制を番号法と併せて整備する」(同)という法的枠組みを作った。そして、医療情報の番号を規定する特別法を制定する準備として、政府内に社会保障分野サブワーキンググループを設置し、その内容を検討した。この社会保障分野サブワーキンググループの検討結果については、「医療等分野における情報の利活用と保護のための環境整備のあり方に関する報告書(2012.9.12)」として公表された。この報告書は、報告書本文・報告書要旨・参考資料の三部作となっていて、医療番号の方向性について3つの表現が異なっている。

報告書本文では、情報連携基盤の項で「個人番号」とは異なる医療等分野でのみ使える番号や安全で分散的な情報連携の基盤を設ける必要がある」と書いてあるだけで、小さな扱いとなっている。ところが報告書要旨では「個人番号」とは異なる、医療等分野でのみ使える番号や安全で分散的な情報連携の基盤を設ける必要がある」と、「、」を挿入して強調されており、さらに参考資料では「個人に対してはマイナンバーとは異なる医療等の分野で使える可視化された番号(医療等 ID(仮称))を国民一人に1つ付番する」と明確な書き方になっている。すなわち、「医療番号は「個人番号」とは異なる番号を国民一人ひとりに付番

し、医療情報の連携は「個人番号」の仕組みとは異なる仕組みを作る」という結論となっている。

報告書では医療番号の持つ特性について述べられているが、医療番号の特性として考えられる下記 5 点のうち、最初の 2 点しか考慮していないように思われる。医療情報が機微な情報であることに疑いはないが、そればかりが強調され、その他の特性についてほとんど考慮されていないようにみえる。

- ・ 患者の病気や身体的特徴（DNA 含む）など非常に機微な情報を扱うこと
- ・ 個人を特定した医療情報の蓄積および分析は、健康な社会の実現という社会全体の利益になること
- ・ 患者の生命に関わる重大な情報を扱うこと（情報の取り違え、情報入手の遅延等が致命的になるケースもある）
- ・ 患者を取り巻く多くの関係者（医師・看護師・薬剤師・介護事業者・自治体など）が利用すること
- ・ 大規模災害のときには、プライバシーよりも人命を尊重した情報の取り扱いが要求されること

例えば、在宅医療と介護の現場では、医師・看護師・薬剤師・介護事業者や自治体関係者などが関わり、医療保険・介護保険・福祉事務については「個人番号」が使われる。「個人番号」と医療番号が異なる番号となれば、情報流通の阻害や番号間違いによる情報の取り違えが起き、ケアされる患者に健康上あるいは行政手続き上の問題が起きることだろう。そして、医療分野でもマイ・ポータルを使うことになっているが、「個人番号」に基づいて設計されているマイ・ポータルに、医療番号がスムーズに連携できるのかも疑問である。

さらに、大規模災害時など、被災者への対応において、「個人番号」と医療番号を使い分けることは混乱をもたらすだろう。要援護者リストには「個人番号」が付記され、災害時にはそのリストを頼りに、迅速に要援護者の支援をしなければならない。要援護者に服用している医薬品を届けなければならないとき、処方箋は医療番号で管理されているため番号の変換処理に手間取ったり、服用する相手や薬品を取り違えてしまう可能性がある。

医療情報は機微な情報であるとともに、生命に関わる重大な情報であることをもって認識すべきである。そして、機微な情報の保護と重大な情報へのアクセス性とはトレードオフの関係にある。機微な情報だからといってアクセスしにくい状況が生じれば、生命に危険が及ぶこともある。逆に生命への危険を極小化するためにアクセスが容易であると、情報漏えいの危険性が生じる。しかし、個人の生命とプライバシーのどちらが重要なのかを考えれば、生命の方を重視すべきではないだろうか。

医療分野の情報の管理については、被保険者証記号番号を「個人番号」とし、医療番号＝「個人番号」というできるだけシンプルな仕組みとし、有資格者がその資格階層に応じて情報を迅速に利用しやすい環境が望まれる。それと同時に、有資格者の適正な階層管理、

無資格者のアクセス排除等、アクセス管理を厳格なものとしてセキュリティを確保すべきである。

そして、緊急時・非常時に備え、資格管理の柔軟な対応（権限を越えたアクセス等）が可能となることも求められる。緊急時・非常時においては、プライバシーよりも人命を優先すべきであるからだ。報告書では「機微性の高い情報」という表現が何度も出現するが、機微性の対象者やそのレベルについて何ら定義されていない。「機微性の高い情報」という言葉が一人歩きすると、問題の本質を見失う可能性がある。

今回の番号法の附則 6 条では、施行後 3 年を目途として規定の見直しをすることが定められており、拙速に医療等分野独自の個人識別や情報連携の仕組みを構築するのではなく、同法の見直しの中で以上の論点に対応することが、国民の混乱と負担を避ける意味でも重要であると考ええる。

2. 被保険者等資格確認情報の統合管理

現行の医療保険制度では、第2章表2のように約3,500団体の保険者がそれぞれの加入被保険者の資格情報を個別に管理している。そのため被保険者が保険者間で異動する場合、その都度各保険者は本人確認および被保険者資格要件や資格重複有無等の確認が必要となる。また、医療機関や介護事業者等のサービス提供者が被保険者資格を確認する手段は被保険者証のみであり、本人であることや資格失効の確認は確実にはできない。さらに、レセプト等による報酬請求の審査においても、被保険者資格は図12のようにレセプトが保険者に送付されるまでは確認できず、表9で示す資格返戻のような手戻りが発生し、関係機関の労力増加と診療報酬等の支払の遅れや未回収金の発生を招く原因となる。

その解決策として、全医療保険制度の被保険者資格確認情報を統合管理し、保険者、審査機関および医療機関等が共有する仕組みという仮説について以下に検証する。

1) 被保険者等資格確認情報の統合管理の基本的考え方

(ア) 被保険者等資格確認情報の要件

被保険者等資格確認情報（以下資格確認情報という）に求められる主要な要件は次のとおりである。

- ① 最新の被保険者資格とその異動履歴を統合管理する。
そのために、各保険者は被保険者等の資格得喪処理後速やかに資格確認情報統合管理者に通知する。
- ② 医療機関や審査機関等の関係機関からの資格確認照会に即時対応する。
このことにより、これらの機関のサービス提供時や診療報酬等請求時の被保険者資格確認を確実にする。
- ③ 被保険者および被扶養者を保険者横断的かつ継続的に個人として一意に識別する。
そのために、「個人番号」⁶³による個人識別が適当である。前節で述べたように、医療等分野における個人番号の利用については異論があるが、本仮説ではこれを容認する立場を採る。

(イ) 被保険者等の資格確認に必要な情報

資格確認情報の統合管理では被保険者および被扶養者に関する全ての情報を統合する必要はなく、資格確認のために必要十分な情報に限定する必要がある。すなわち、統合管理する情報は各保険者が管理する被保険者等の情報と置換わるものではなく、部分的に重複管理することになり、そのために発生する管理ワークロードの重複やセキュリティ上の問題を削減することが望ましい。いわば、資格確認情報は被保険者等に関する情報のメタデータとして位置付けるべきである。

具体的には、次の二つの方法が考えられる。

⁶³ 「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」で規程される個人番号をいう。

① 被保険者等が加入する保険者の情報を統合管理する。

被保険者等の「個人番号」と加入する保険者番号を対にして統合管理する、すなわち、被保険者等の資格確認情報の所在情報を管理する方法である。この方法によれば、統合管理と保険者との重複管理は最小限となり、管理ワークロードやコストを抑制することができる。しかし、医療機関等からの資格確認の照会には図 16 に示すように統合管理情報から保険者を特定し、保険者の被保険者資格情報にアクセスするという手順が必要となり、上記要件の②を満たすことは難しい。

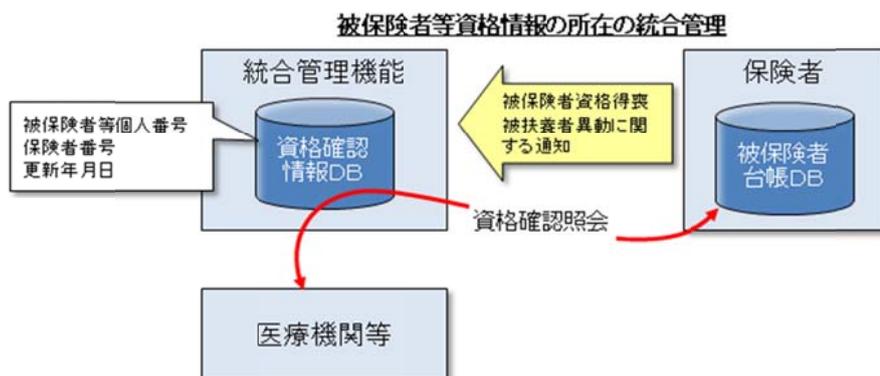


図 16 被保険者等資格情報所在の統合管理の概念

② 資格確認に必要な十分な情報を統合管理する。

被保険者の「個人番号」に加えて、対面で本人確認と被保険者等資格確認のために必要な情報を統合管理する方法である（図 17）。統合管理する情報は保険者と一部重複するが、確認照会は容易になる。本仮説ではこの方法による統合管理を想定する。

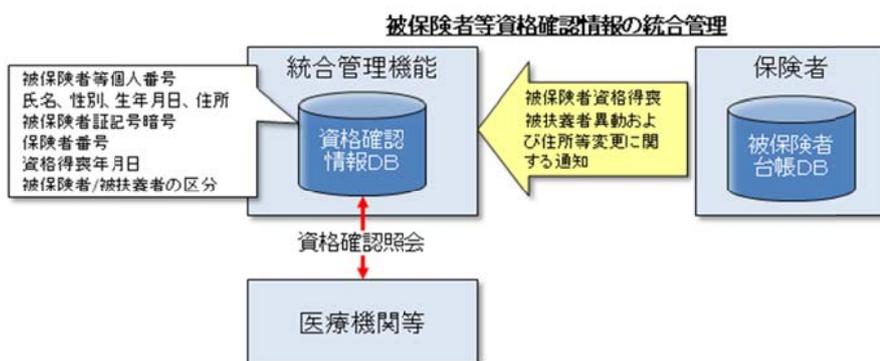


図 17 被保険者等資格確認情報の統合管理の概念

(ウ) 統合管理のシステム環境

資格確認情報は「個人番号」を含むことから「特定個人情報」に該当し、これを統合管理するデータベースは「特定個人情報ファイル」である。したがって、本仮説では保険者、医療機関等および審査機関等から資格確認情報へのアクセスは「情報提供ネットワークシステムに準ずる仕組み」によることとする。また、資格確認情報のデータベースやこれを管理するサーバーは既存のクラウドサービスを利用することが考えられる。

一方、資格確認情報へ被保険者等の資格得喪を通知する各保険者における被保険者資格管理業務のシステム化の状況も本仮説の検証に影響する。国保、協会けんぽおよび大規模健保組合の業務はほぼシステム化されていると想定されるが、小規模健保組合の状況は不明である。ちなみに国保と協会けんぽの被保険者および被扶養者は全体の 55%を占めており（図 1 参照）、当初この範囲で運用を開始し、徐々に範囲を拡大することも考えられる。特に国保における健保との資格異動（社保加入、離脱）の国保異動全体に占める割合は 56%であり（図 3 参照）、運用当初に国保被保険者を含めることは資格確認情報の効果を早期に実証することが可能であると考えられる。

また、医療機関等が資格確認情報を照会する場合、提示された被保険者証の券面から「個人番号」を端末から入力することになるが、前節で示したような IC カードを利用した被保険者証の場合、その読取機能を持つ端末の利用が考えられる。この場合、IC カードを「個人番号カード」とすることによって、資格確認と同時に本人認証も可能となる。

2) 資格確認情報の統合管理体制

資格確認情報を統合管理する運用主体を行政機関とするケースと民間団体とするケースが考えられる。

① 行政機関を運用主体とするケース

このケースは国保の保険者である市町村が住民に関する資格確認情報を住民基本台帳と連携して悉皆的に統合管理するという考え方である。また、市町村は介護保険の保険者でもあり、今後計画されると想定できる高齢者に対する医療・介護の統合的サービスへの対応にとっても有効である。このケースでは住民の転出入に伴って資格確認情報を市町村間で移管する必要があるが、LGWAN による情報交換、あるいは自治体クラウドを階層構造とした情報共有による解決が考えられる。

しかし、全市町村が同一基準で一斉に運用する必要があることから、同様に全市町村を対象としたシステム化事例である住民基本台帳ネットワーク構築プロジェクトに見られるように、法制化も含め標準仕様の策定が長期化する恐れがある。

② 民間団体を運用主体とするケース

民間サービスとして資格確認情報を統合管理して提供する考え方である。保険者の任意であることから、運用開始時点から全被保険者、被扶養者を網羅することにはならないが、早期に資格確認の実績と効果を実現し、段階的にサービスの範囲を拡大するというスモー

ル・スタートのアプローチが可能である。

このケースの具体的運用主体はこのサービスの受益者たる保険者や医療機関等が構成する団体が適当であり、例えば次のような団体が考えられる。

- ・ 社会保険診療報酬支払基金
- ・ 健康保険組合連合会および全国健康保険協会（協会けんぽ）
- ・ 国民健康保険中央会
- ・ 全国病院協会、日本病院会、あるいは日本病院団体協議会

また、社会保険被保険者資格の適用に関する実務に関与している社会保険労務士の団体である全国社会保険労務士会連合会のサービス運用への参加も意味がある。例えば、社労士が関与する適用事業所の被保険者および被扶養者約2,200万人分⁶⁴の資格確認情報を統合管理し社労士間で共有することにより、社労士業務をより効率化する可能性が考えられる。さらに、関与先適用事業所の被保険者資格整合性の確認や個人が行う手続への関与等の社労士ビジネス範囲の拡大にもつながる可能性も考えられる。

しかし、民間のサービスとしてのビジネスモデルとしては、運用主体自身の業務効率化と資格確認情報アクセスに対する利用料収入等による運用コストのリカバリーが考えられるが、更に精査が必要である。

③ 両ケースの比較

上記両ケースを比較すると表 13 のようになる。両ケースとも費用対効果あるいはビジネスモデルの面からの更なる検証が必要である。なお、期待効果については次節で述べる。

表 13 資格確認情報統合管理体制の比較

比較項目	案1 居住地市町村によるサービス	案2 民間運用主体によるサービス
サービス提供者の動機付け	資格得喪手続をプッシュ型で提供し、国民皆保険の原則を実現できる。	確実に資格確認をすることができ、報酬請求や審査事務の効率化や未収金削減を実現できる。
被保険者資格情報の範囲	国保、後期高齢者、医療扶助をベースとして、協会けんぽ、健保組合、共済等他法へ適用範囲を拡大	協会けんぽ等被用者保険をベースとして、国保、後期高齢者、医療扶助へ適用範囲を拡大
ビジネス・モデル	新たな行政サービスとして全市町村統一ルールで実施する。保険者、医療機関等の受益者から手数料を徴収。	運用主体団体の業務効率化や未収金、金利負担抑制のための投資。保険者、医療機関等の外部受益者から使用料を徴収することも検討。
実現の可能性、スピード	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全市町村統一ルールとするためには、国の法制化やガイドのために、実現までに長期間必要となる。 ・ 各市町村の個別条例による場合は、統一ルールのための会議体が必要となる。 	対象とする資格情報の範囲を限定したモデル・スタートが可能であり、早期に効果を実証できる。また、クラウドサービスにより、全国的に統一したサービス提供できる。
特定個人情報の取扱	法6条別表1の市町村個人番号利用事務として追加が必要	個人番号利用事務実施者である保険者からの委託を受けた者という位置付け(法2条11項)が考えられるが、根本的には法附則6条による民間での個人番号利用等の新たなルール制定が必要。
拡張性、将来性	国保の都道府県移行や後期高齢者医療制度の改革等、今後考えられる制度改革への柔軟な対応が難しい。	医療・介護保険制度改革やTPPによる生損保会社等の医療・介護保険参入に対しても対応可能なビジネス・モデルとすることができる。

⁶⁴ 被用者医療保険被保険者、被扶養者数を約7,350人(図1)、社労士関与率約30%とした試算

3) 資格確認情報管理システムのイメージ

前節で考察した両ケースのイメージは次のようになる。いずれも目指すべきゴールを示すものであり、いくつかの段階を経て実現することを想定している。また、ネットワーク等の実装上のシステム構成は精査する必要がある。

① 行政機関（市町村）を運用主体とするケース

市町村が資格確認情報を統合管理するケースのイメージは図 18 のとおりである。この図では、市町村が個別にシステムを導入し、市町村間の情報連携は LGWAN あるいは住基ネットによることを想定しているが、自治体クラウドを市町村、都道府県、全国のレベルで階層的に構築して全国統一的なサービスとすることも考えられる。

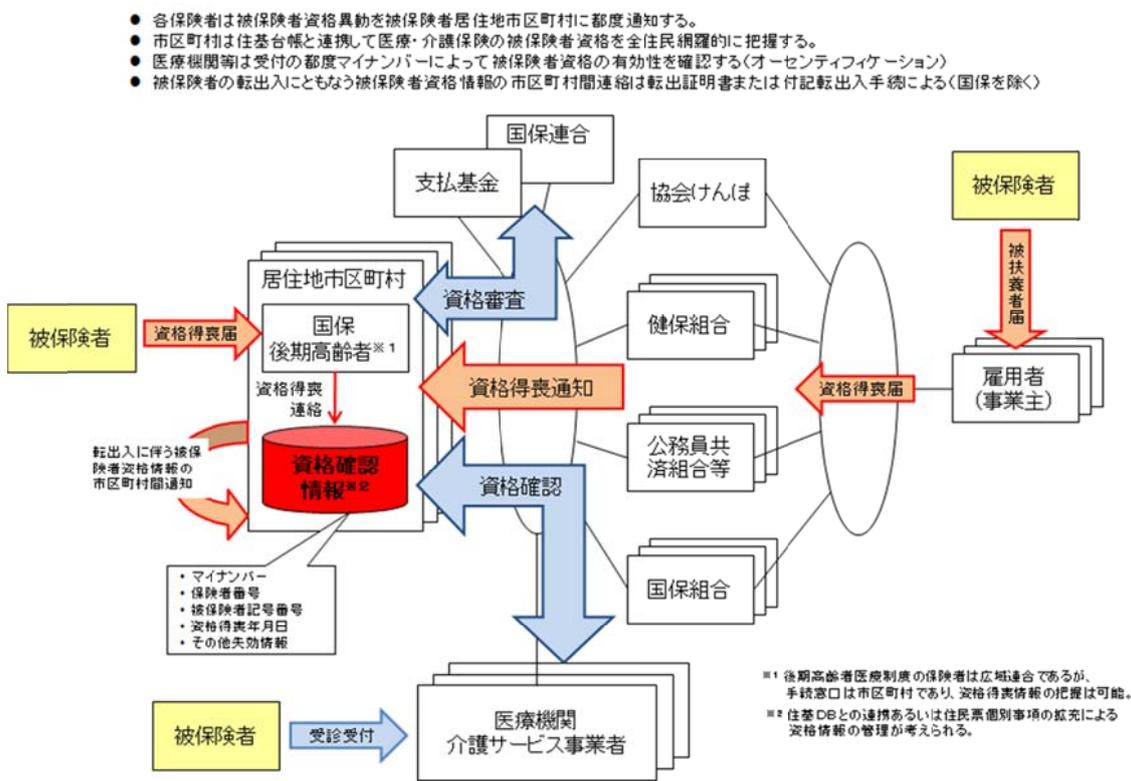


図 18 市町村による資格確認情報統合管理サービスのイメージ

② 民間団体を運用主体とするケース

民間団体が資格確認情報を統合管理するケースのイメージは図 19 のとおりである。この図で民間運用主体とは前節で述べたとおり、このサービスの受益者たる保険者や医療機関等が構成する団体であり新たな組織の創設は想定しない。また、サービスのシステム基盤も既存の民間クラウドサービスを想定している。

- 民間の運用主体は健保被保険者資格得喪手続の個人履歴をクラウドで管理
- 医療機関や審査機関はサービス利用者登録して資格確認情報を照会
- 社労士は届出時に資格履歴を確認、国保等必要な関連手続も併せて処理

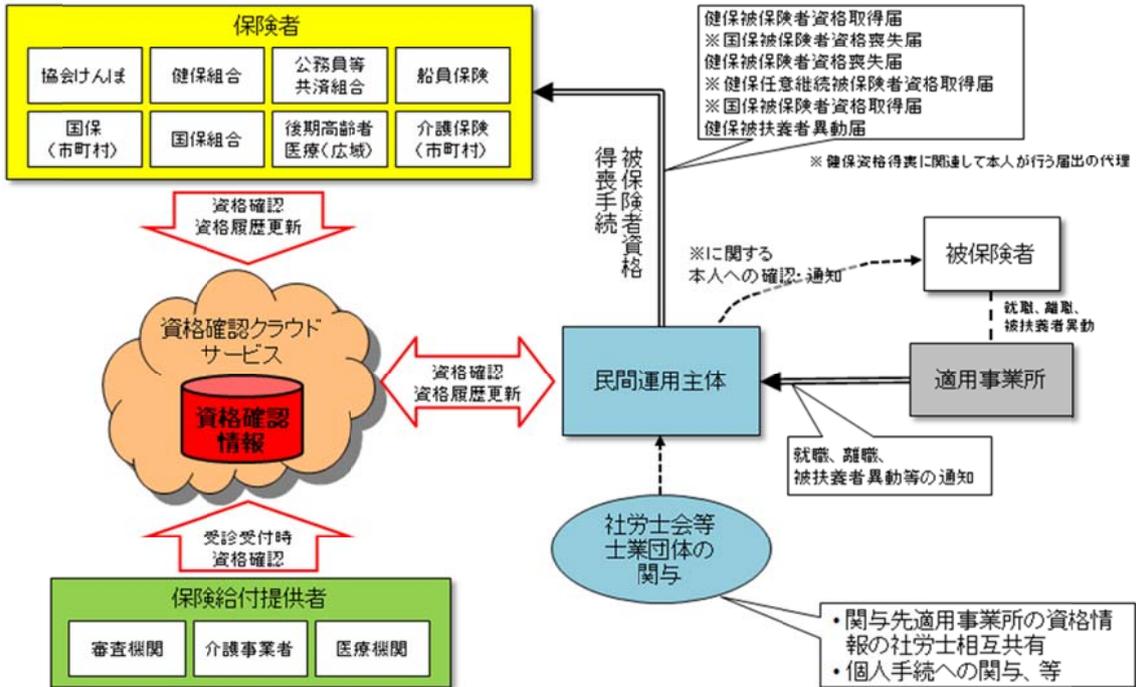


図 19 民間団体による資格確認情報統合管理サービスのイメージ

3. 期待効果

1) 医療保険加入および保険料徴収の適正化

雇用の流動化により、平成 22 年度の 1 年間で、労働者全体のうち離職者が 643 万人、入職者が 631 万人であり、この中で転職による入職者は 402 万人と言う報告がある。

また、国民年金未加入者の数は、平成 10 年調査で、第 1 号未加入者は、74 万 4 千人と言う報告がある。

- ・ 保険料収納の適正化

離職／入職／転職の際に、気づかずに保険料未払いの空白期間が生じる可能性がある。行政にとっては、番号制度の納税情報から就労等の状況を把握でき、保険料の未払い期間の確認が容易に可能になる。

また、滞納の保険料は年利 14.6%課せられる免責されない債務になることから、未納者にとっても、未納額の早期把握は、高利率を課せられた保険料の支払いを回避できることになる。

- ・ 未加入者／減額申請者の管理

生活困窮による特別な事情を有する人に関しては、番号制度による生活保護情報とのデータ連携を行ない、適切な対応が効率的に実施可能になる。

2) 被保険者資格確認および診療報酬請求審査の効率化

- ・ その他、医療機関の確認の容易性

保険証の有効性については、番号制度導入により履歴情報を集約することにより、一元管理が可能になる。

医療機関の窓口では、統合された番号の照会により、容易に保険証の有効性を確認することが出来る。

3) 期待効果の数値化試算

図 20 は本章で考察した課題の解決策に関する上記期待効果を効果エリア毎に数値化試算した結果である。この効果試算のうち、保険者と医療機関等については、2011 年 3 月の厚労省社会保障カード（仮称）の在り方に関する検討会資料（前出）を参照した。この資料は当時検討された社会保障カードの効果に関するものであるが、被保険者等の資格確認を確実にすることによる効果という意味で本ユースケースと同趣旨であり、同様の効果を得られるといえる。

また、審査機関については資格・事務返戻減少による再審査事務コストおよび人件費の削減額を効果値とした。この試算による期待効果額は年間約 413 億円であり、中でもサービス提供者である医療機関等の効果が大きい。医療機関においてはこの試算の他にも受診者の個人識別と本人確認を確実にすることから得られる診療記録の管理等における効果は大きいといえる。

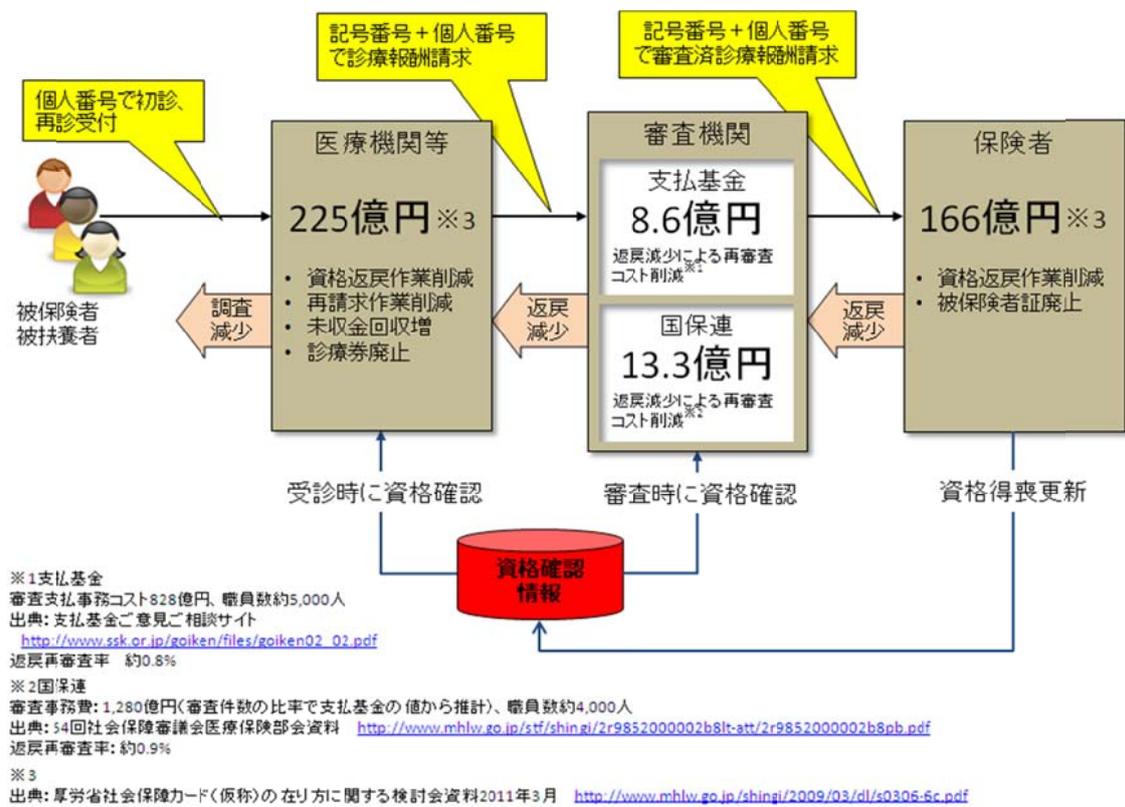


図 20 資格確認情報統合管理の期待効果試算

【提 言】

以上、医療・介護分野における本人確認をユースケースとした官民共通認証基盤についての考察で明らかになったことは、本人確認のための認証は本人が実在すること（実在性）、および現に手続をする者が本人と同一であること（同一性）だけでなく、サービスの実務では受益者としての本人の資格あるいは属性に関する認証も併せて行うことが必須であるということである。特に、本ユースケースでは複数のステークホルダーがそれぞれの方法で個人を識別し、資格や属性を管理することにより業務が複雑になっていることが明らかになった。

本検討部会の報告を締め括るに当って、本ユースケースの課題と解決策の考察から、次の2点を等分野に関係する各機関や団体に提言する。

提言 1. 確実な個人識別のための「個人番号」の導入

当分野における個人識別は今回法制化された「個人番号」によって、確実かつ継続的に個人を識別し、認証することが適当である。当分野で現在主に用いられている「記号番号」は保険料徴収と診療報酬請求の単位であり、被扶養者を含めた個人識別の用には不十分である。また、「個人番号」の導入は今後求められる当分野と年金、雇用・労働、生活保護等の社会保障の他分野とのサービス連携も可能にする。

提言 2. 資格に関する情報の統合管理と共有

国民皆保険の原則は複数の医療保険制度によって支えられており、個人は就離職、結婚、転出入等のライフスタイルの変化に応じて被保険者あるいはその被扶養者としての資格は制度間あるいは保険者間で異動する。このような資格の異動を適格に反映した資格情報を統合管理し、これを照会、確認することにより、資格に関する不整合を排除し、業務効率化とコスト削減を実現できる。また、今後の拡充が求められる高齢者を中心とした医療・介護サービスの連携や生損保会社等の参入が活発化する医療・介護保険サービスとの連携への対応も可能と考えられる。