

第128回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年6月19日（金）
10時00分～12時00分
場所：オンライン開催

（議 題）

1. 医療保険制度における新型コロナウイルス感染症への対応について（報告）
2. 「健康・医療・介護情報利活用検討会」の検討状況について

（配布資料）

- 資 料 1 医療保険制度における新型コロナウイルス感染症に対する対応について
資 料 2 健康・医療・介護情報の利活用に向けた検討課題に関する意見の整理

- 参考資料1－1 健康・医療・介護情報利活用検討会開催要綱
参考資料1－2 オンライン資格確認等システムについて 参考資料
参考資料1－3 健診・検診情報を本人が電子的に確認・利活用できる仕組みの在り方
参考資料
参考資料1－4 医療等情報を本人や全国の医療機関等において確認・利活用できる仕組みの在り方 参考資料
参考資料1－5 電子処方箋の実現に向けた環境整備 参考資料
参考資料2 堀元委員提出資料（全世代型社会保障制度における医療改革推進の重要性）

委員提出資料 藤井委員提出資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年5月2日

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いしがみ ちひろ 石上 千博	日本労働組合総連合会副事務局長
いちのせ まさた 一瀬 政太	全国町村会理事／長崎県波佐見町長
いぶか ようこ 井深 陽子	慶應義塾大学経済学部教授
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学大学院法学研究科長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
はやし まさずみ 林 正純	日本歯科医師会常務理事
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ひらい しんじ 平井 伸治	全国知事会社会保障常任委員会委員長／鳥取県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ふじわら ひろゆき 藤原 弘之	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

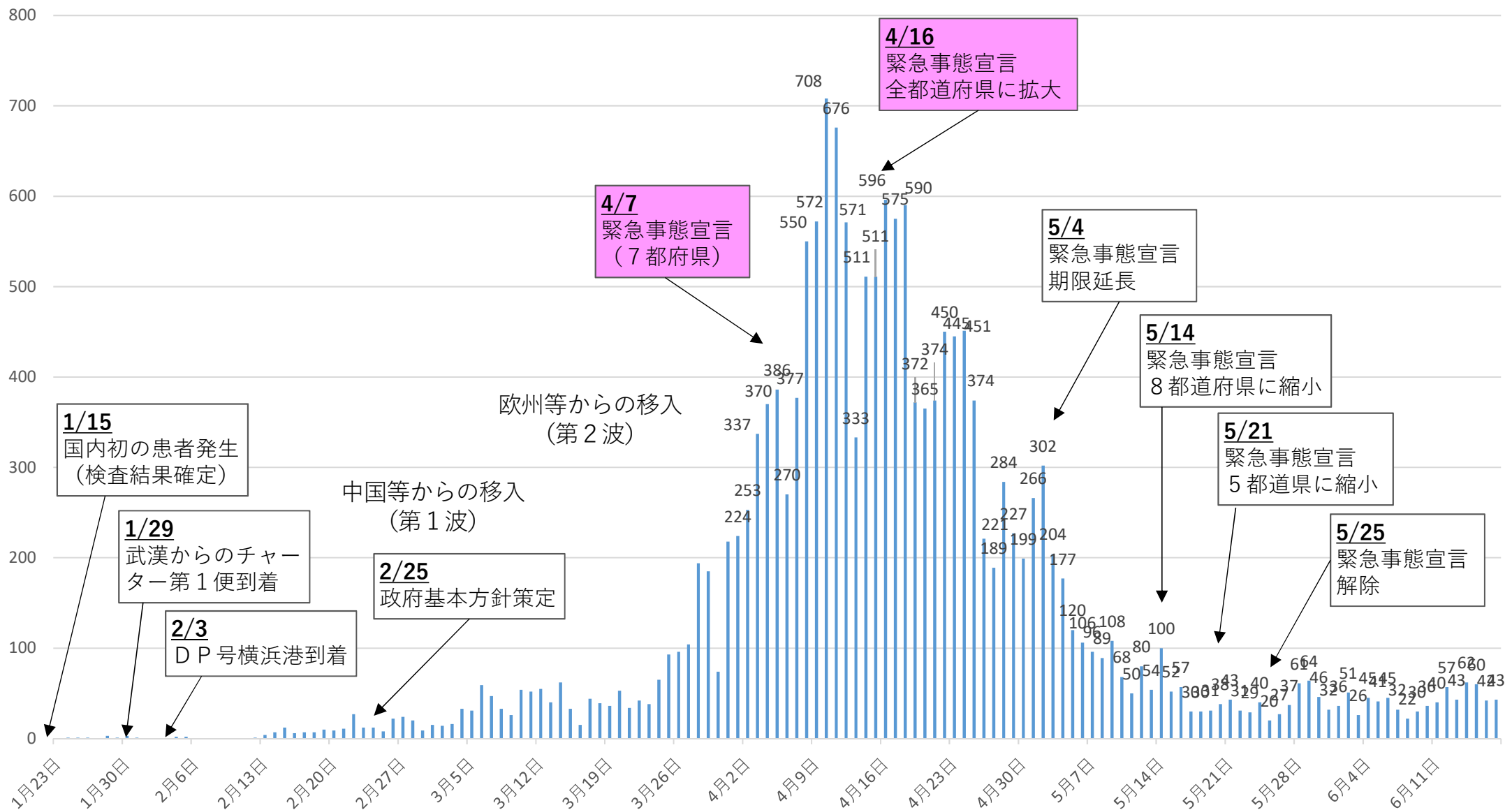
医療保険制度における 新型コロナウイルス感染症に対する対応について

令和2年6月19日
厚生労働省保険局

新型コロナウイルス感染症にかかる経緯と国内発生動向

令和2年6月17日24時時点

報告日別新規陽性者数



※1 都道府県から数日分まとめて国に報告された場合には、本来の報告日別に過去に遡って計上している。なお、重複事例の有無等の数値の精査を行っている。

※2 5月10日まで報告がなかった東京都の症例については、確定日に報告があったものとして追加した。

医療保険制度における新型コロナウイルス感染症に対する対応について

- 政府は、新型コロナウイルス感染症への対策は危機管理上重大な課題であるとの認識の下、国民の生命を守るための様々な措置を実施。
- 医療保険制度においても、新型コロナウイルス感染症に係る医療提供体制の強化、また、新型コロナウイルス感染症の影響等により収入が下がっている方々、事業環境が悪化している中小企業、小規模事業者等への支援等の観点に基づき、随時、必要な対策を実施。

1. 保険料の減免、猶予等

【被用者保険】（令和2年2月～）

- ・ 令和2年2月1日以後における、一定の期間（1か月以上）において、収入に相当の減少（前年同期比概ね20%以上の減）があった方について、保険料を、無担保かつ延滞税なしで、1年間納付を猶予。

【国民健康保険、後期高齢者医療制度】（令和2年2月～）

- ・ 新型コロナウイルスの影響により収入が減少した被保険者等に対し保険料（税）の減免を実施。
- ・ 保険料（税）の減免を実施した保険者に対し、減免に要する費用の全額の財政支援を実施。【第1次補正予算】

2. 傷病手当金の対応

【被用者保険】（令和2年1月～）

- 傷病手当金の支給が円滑に行われるよう、「新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の支給に関するQ & A」を3月6日付けで発出し、以下について周知。
 - ・ 発熱などの症状があるため自宅療養を行った期間についても、労務に服することが出来なかった期間に該当すること
 - ・ やむを得ず医療機関を受診できなかった場合は、医師の意見書がなくとも、事業主の証明書により、保険者が労務不能と認め、支給することが可能であること

【国民健康保険・後期高齢者医療制度】（令和2年1月～）

- 国内の感染拡大防止の観点から、保険者が、被用者のうち新型コロナウイルス感染症に感染した者、又は発熱等の症状があり感染が疑われる者に傷病手当金を支給する場合に、国が特例的に特別調整交付金により財政支援を実施。

3. 特定健診・特定保健指導等における対応

【緊急事態宣言期間中（令和2年4月8日に以下の内容の通知を発出）】

- 緊急事態宣言の対象地域において、実施を控えること。
- 緊急事態宣言の対象地域外においては、実施の必要性の検討に当たって、基本的対処方針等を踏まえ、十分に留意すること。
- 保険者努力支援制度、後期高齢者支援金の加算・減算制度及び後期高齢者医療制度の保険者インセンティブの取扱いについては、新型コロナウイルス感染症による特定健康診査等の実施率等への影響等を踏まえて、関係者と調整しつつ検討することを予定していること。

【緊急事態宣言解除後（令和2年5月26日に以下の内容の通知を発出）】

- 緊急事態宣言解除後においては、地域における感染の状況や感染拡大防止策の対応状況等を踏まえて、実施方法や実施時期等を判断し、関係者や実施機関等と適宜相談の上で実施すること。仮に延期等の措置をとる場合には、延期等により特定健康診査等を受診できない者に対し、別に特定健康診査等を受ける機会を設けること。
- 再度緊急事態宣言が行われた場合には、
 - ・ 集団で実施するものについては、緊急事態宣言の期間において、原則として実施を延期すること。ただし、特定健康診査等を実施する必要性や緊急性が高いと判断される場合には、感染拡大防止等に特に留意の上、緊急事態宣言の期間において特定健康診査等を実施しても差し支えないこと。
 - ・ 個別で実施するものについては、その実施時期や実施方法、実施の必要性や緊急性等を踏まえ、関係者や実施機関等と適宜相談の上で実施するかどうかが判断すること。
- 特定健康診査等を実施する場合には、適切な感染拡大防止策等を講じた上で実施すること。
- 高齢者保健事業については、特に高齢者の場合、長期間の外出自粛により生活が不活発になる等の健康影響が危惧されること等を念頭に置きつつ、実施方法や実施時期等を判断し、関係者等と適宜相談の上で実施するよう要請。実施に当たって参考となる感染拡大防止策や留意点を提示。また、一部市町村における高齢者に対する支援策の現状や取組の工夫等について情報提供。

4. PCR検査、抗原検査の保険適用

（令和2年3月6日～）

- 新型コロナウイルス感染症の患者であることが疑われる者に対し新型コロナウイルス感染症の診断を目的として行った場合又は新型コロナウイルス感染症の治療を目的として入院している者に対し退院可能かどうかの判断を目的とした**PCR検査**を実施した場合に、**医療保険を適用**できることとした。

（令和2年5月13日～）

- 新型コロナウイルス感染症の患者であることが疑われる者に対し新型コロナウイルス感染症の診断を目的として**抗原検査**を実施した場合に、**医療保険を適用**できることとした。

（令和2年6月2日～）

- これまで保険適用となっていた検体に加え、**唾液からの検体**を用いてPCR検査を実施した場合も、**医療保険を適用**できることとした。

5. 診療報酬上の対応

①新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

(令和2年4月8日～)

- **新型コロナウイルスへの感染を疑う患者**に、必要な感染予防策を講じた上で実施される**外来診療**を評価し、**院内トリアージ実施料（300点/回）**を算定できることとした。
- **入院を要する新型コロナウイルス感染症患者**に、必要な感染予防策を講じた上で実施される診療を評価し、**救急医療管理加算（950点/日、特例的に、14日間まで算定可能）**、及び**二類感染症入院診療加算（250点/日）**を算定できることとした。

(令和2年4月18日～)

- **重症の新型コロナウイルス感染症患者（※1）**について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟に**入院している場合の評価を2倍に引き上げた**。
 - **中等症の新型コロナウイルス感染症患者（※2）**について、**救急医療管理加算の2倍相当（1,900点）**の加算を算定できることとした。
 - 医療従事者の感染リスクを伴う診療を評価し、人員配置に応じ、**二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を2～4倍算定できることとした**。
- ※1 E C M O（対外式心肺補助）や人工呼吸器による管理等、呼吸器を中心とした多臓器不全に対する管理を要する患者 ※2 酸素療法が必要な患者

(令和2年5月26日～)

- **重症及び中等症の新型コロナウイルス感染症患者**について、専用病床の確保などを行った上で受け入れた場合、2倍に引き上げた評価をさらに**3倍に引き上げた**。また、中等症患者のうち、**継続的な診療が必要な場合**には、救急医療管理加算の3倍相当の加算について、**15日目以降も算定できることとした**。
- ※ 例：特定集中治療室管理料3（平時）9,697点 → 臨時特例（2倍）19,394点 → 更なる見直し（3倍）29,091点
- 診療報酬上の重症・中等症の新型コロナ患者の**対象範囲**について、**医学的な見地から引き続き I C U 等における管理が必要な者を追加した**。
 - **新型コロナウイルス感染症の疑似症として入院措置がなされている期間は、今般の感染症患者に対する特例的な取扱いの対象となることを明確化した**。

②初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について（令和2年4月10日～）

- 時限的・特例的な対応として、初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をする場合には、**初診料214点（歯科については185点）を算定できることとした**。また、その際、医薬品の処方を行い、又は、ファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、**調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料、又は薬剤料を算定できることとした**。
- 保険薬局において、保険医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話や情報通信機器を用いて服薬指導を行う場合について、**調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料料を、（その他の要件を満たした場合）薬剤服用歴管理指導料等を算定できることとした**。
- **慢性疾患を有する定期受診患者**に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合について、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、**対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、管理料等を算定していた患者**に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、**月1回に限り147点（歯科については55点）を算定できることとした**。

※いずれも、中央社会保険医療協議会において了承

6. 診療報酬の概算前払い

(令和2年6月)

- 医療機関等への（独）福祉医療機構等の融資が実施されるまでの間の対策として、本来7月に支払われる5月診療分の診療報酬等の一部を6月に受け取ることを希望する医療機関等に対して、審査支払機関が概算前払いを実施。

参考資料

- 保険者は、条例又は規約の定めるところにより、特別な理由がある者に対し、保険料（税）の減免を行うことができる。
- 今般、以下の条件により、新型コロナウイルスの影響により収入が減少した被保険者等の保険料（税）の減免を行う保険者に対し、減免に要する費用の全額の財政支援を行う。

要件	①新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った世帯 ⇒ 保険料（税）を全額免除 ②新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の収入減少（※）が見込まれる世帯 ⇒ 保険料（税）の一部を減額 ※主たる生計維持者の収入減少が見込まれる方で、（１）～（３）の全てに該当する場合 （１）事業収入や給与収入など、収入の種類ごとに見た収入のいずれかが、前年に比べて10分の３以上減少する見込みであること （２）前年の所得の合計額が1000万円以下であること（※国保及び後期の場合） （３）収入減少が見込まれる種類の所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下であること
補助割合	10/10（一般財源：特別調整交付金＝６：４）

※ 通常は減免額が保険料総額の３％（後期高齢者医療は１％）以上となる場合に特別調整交付金にて、8/10支援

① 施策の目的

イベントの自粛要請や入国制限措置など、新型コロナウイルスの感染拡大防止のための措置に起因して多くの事業者の収入が急減しているという現下の状況を踏まえ、手元資金を事業継続のために回していただけるよう、国税・地方税及び社会保険料について1年間納付を猶予する特例を設ける。

② 施策の概要

令和2年2月1日以後における、一定の期間(1か月以上)において、収入に相当の減少(前年同期比概ね20%以上の減)があった方について、国税・地方税及び社会保険料を、無担保かつ延滞税なしで、1年間納付を猶予する。
※本特例は、令和2年2月1日から令和3年1月31日までに納期限が到来する国税等について適用する。その際、施行日前に納期限が到来している国税等についても遡及して適用することができることとする。

③ 施策の具体的内容

現行（財産の損失が生じていない場合（注））	特 例（案）
○ 一定の期間（原則1年）において、大幅な赤字が発生した場合に納税を猶予。 ○ 一時の納税ができないと認められる場合に適用。 ・ 向こう1か月の事業資金を考慮。 ・ 収支や財産状況を示す書類の提出が必要。 提出が困難な場合は口頭説明も可（柔軟な運用）。 ○ 原則として、担保の提供が必要。 ○ 延滞税は軽減（年1.6%）。 （注）新型コロナウイルス感染症の影響により財産に損失が生じた場合は現状でも延滞税は免除。	○ 令和2年2月1日以後における一定の期間（1か月以上）において、収入に相当の減少※があった場合について1年間納税を猶予。 ※ 前年同期比概ね20%以上の減 ○ 一時の納税が困難と認められる場合に適用。 ・ 少なくとも向こう半年間の事業資金を考慮するなど 納税者の置かれた状況に配慮し適切に対応。 ・ 左記柔軟な運用を継続。 ○ 担保は不要。 ○ 延滞税は免除。

新型コロナウイルス感染症に関する健康保険法における傷病手当金の対応について

1. 制度概要

- 疾病又は負傷の療養のため労務不能となり、収入の喪失又は減少を来たした場合に、これをある程度補填し、生活保障を行う趣旨から、傷病手当金が支給される。
- 具体的には、健康保険の被保険者（任意継続被保険者を除く。）が業務外の事由による療養のため労務に服することができないとき、その労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労務に服することができない期間、支給される。

（※）支給額は、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。

（参考）

支給件数：約190万件（被用者制度分）うち協会けんぽ110万件、健保組合70万件、共済組合10万件（平成29年度）

支給金額：約3,600億円（被用者保険分）うち協会けんぽ1,900億円、健保組合1,500億円、共済組合200億円（平成29年度）

2. 新型コロナウイルス感染症に関する対応

- 傷病手当金の概要について、企業や労働者向けに作成した「新型コロナウイルスに関するQ & A」に盛り込み、厚生労働省のHPにおいて周知を実施。
- 傷病手当金の支給が円滑に行われるよう、「新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の支給に関するQ & A」を3月6日付けで発出し、以下について周知。
 - ・ 発熱などの症状があるため自宅療養を行った期間についても、労務に服することが出来なかった期間に該当すること
 - ・ やむを得ず医療機関を受診できなかった場合は、医師の意見書がなくとも、事業主の証明書により、保険者が労務不能と認め、支給することが可能であること

新型コロナウイルス感染症に関する国保・後期高齢者医療における傷病手当金の対応について

1. 制度概要

- 国保制度等においては、様々な就業形態の者が加入していることを踏まえ、傷病手当金については、条例を制定して支給することができることとしている（いわゆる「任意給付」）。

2. 新型コロナウイルス感染症に関する対応

- 国内の感染拡大防止の観点から、保険者が傷病手当金を支給する場合に、**国が特例的に特別調整交付金により財政支援**を行うこととする。

●対象者

被用者のうち、新型コロナウイルス感染症に感染した者、又は発熱等の症状があり感染が疑われる者

●支給要件

労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労務に服することができない期間

●支給額

直近の継続した3月間の給与収入の合計額を就労日数で除した金額 × 2 / 3 × 日数

※ 上記の支給額について、特別調整交付金により財政支援。

●適用

令和2年1月1日～9月30日で療養のため労務に服することができない期間（ただし、入院が継続する場合等は健康保険と同様、最長1年6月まで）

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

- 新型コロナウイルス感染症患者の外来診療及び入院管理について、「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」を踏まえた診療報酬上の特例的な対応は、以下のとおり（令和2年4月8日付け事務連絡発出）。

外来における対応

新型コロナウイルスへの感染を疑う患者

- 必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療を評価

B001-2-5
院内トリアージ実施料
(300点/回)

入院における対応 ※

入院を必要とする
新型コロナウイルス
感染症患者

- 入院を必要とする新型コロナウイルス感染症患者に対する診療を評価
- 必要な感染予防策を講じた上で実施される診療を評価

感染症病棟、一般病棟

A205
救急医療管理加算
(950点/日)

- 特例的に、14日間まで算定できることとする

A210の2
二類感染症患者入院診療
加算
(250点/日)

※ 個室又は陰圧室において受け入れた場合については、二類感染症患者療養環境特別加算（200～500点/日）を算定できることを明確化。

※ 感染症病棟及び一般病棟のみで新型コロナウイルス感染症患者を受け入れることが困難な場合が想定されることを踏まえ、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は療養病棟入院基本料を算定する病棟に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた場合については、それぞれ、在宅患者支援病床初期加算（300点/日）又は在宅患者支援療養病床初期加算（350点/日）を算定できることを明確化。

新型コロナウイルス感染症患者（中等症・重症）の受入に係る特例的な対応

1. 「重症」の新型コロナウイルス感染症患者の治療に係る評価

- ECMO（体外式心肺補助）や人工呼吸器（持続陽圧呼吸法（CPAP）等を含む。）による管理等、呼吸器を中心とした多臓器不全に対する管理を要する患者への診療の評価が必要
→ 特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している重症の新型コロナウイルス感染症患者に対する治療への評価を2倍に引き上げることとする。※ 特定の患者についてはより長期間高い評価とする。

2. 「中等症」の新型コロナウイルス感染症患者の治療に係る評価

- 中等症以上の患者（※酸素療法が必要な患者を想定）の重症化や、他の患者及び医療従事者への感染を防ぐことが必要
→ 中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者については、救急医療管理加算の2倍相当（約2万円弱）の加算を算定できることとする。

3. 医療従事者の感染リスクを伴う診療の評価

- 医療従事者の感染リスクを伴う診療の評価が必要
→ 人員配置に応じて、追加的に二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を2～4倍算定できることとする。（例：ICUの場合 患者一人当たり約1万円/日）

※ 1 について、簡易な報告で柔軟に算定できるようにする（2及び3は届出不要）

現在		
重症者 (ECMO、人工呼吸器)	救命救急入院料 (救命救急センター)	102,230円 (3日以内) ～78,970円 (8日～14日以内)
	特定集中治療室管理料 (ICU)	142,110円 (3日以内) ～81,180円 (8日～14日以内)
	ハイケアユニット 入院医療管理料 (HCU)	68,550円 ～42,240円
中等症 (酸素療法)	急性期一般入院基本料	21,000円 +9,500円 + 2,500円 ～18,320円 (救急医療管理加算) (二類感染症患者入院診療加算)



見直し後		
204,460円 ～157,940円	2倍	+ 10,000円 4倍 (二類感染症患者入院診療加算相当)
284,220円 ～162,360円	2倍	+ 10,000円 4倍 (同上)
137,100円 ～84,480円	2倍	+ 5,000円 2倍 (同上)
21,000円 ～18,320円	+19,000円 2倍 (救急医療管理加算)	+ 2,500円 (同左)

4/8に措置済み

新型コロナウイルス感染症患者の受入に係る特例的な対応

- 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の増加に対応可能な医療体制の構築に向けて、患者の診療に係る実態等を踏まえ、特例的に以下の対応をすることとする。（令和2年5月26日付け事務連絡発出）

1. 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価の見直し（＊1）

- 重症の新型コロナウイルス感染症患者について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している場合の評価を3倍に引き上げる。
※ 例：特定集中治療室管理料3（平時）9,697点 → 臨時特例（2倍）19,394点 → 更なる見直し（3倍）29,091点
- 中等症の新型コロナウイルス感染症患者について、救急医療管理加算の3倍相当（2,850点）の加算を算定できることとする。
＊1 専用病床の確保などを行った上で新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行う医療機関であること。

2. 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の範囲の見直し

- 重症患者の対象範囲について、医学的な見地からICU等における管理が必要な患者を追加する。
- 中等症患者の対象範囲について、医学的な見地から急変に係るリスク管理が必要な患者（＊2）を追加する。
＊2 免疫抑制状態にある患者の酸素療法が終了した後の状態など、急変等のリスクを鑑み、宿泊療養、自宅療養の対象とすべきでない者を想定。

3. 長期・継続的な治療を要する新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価

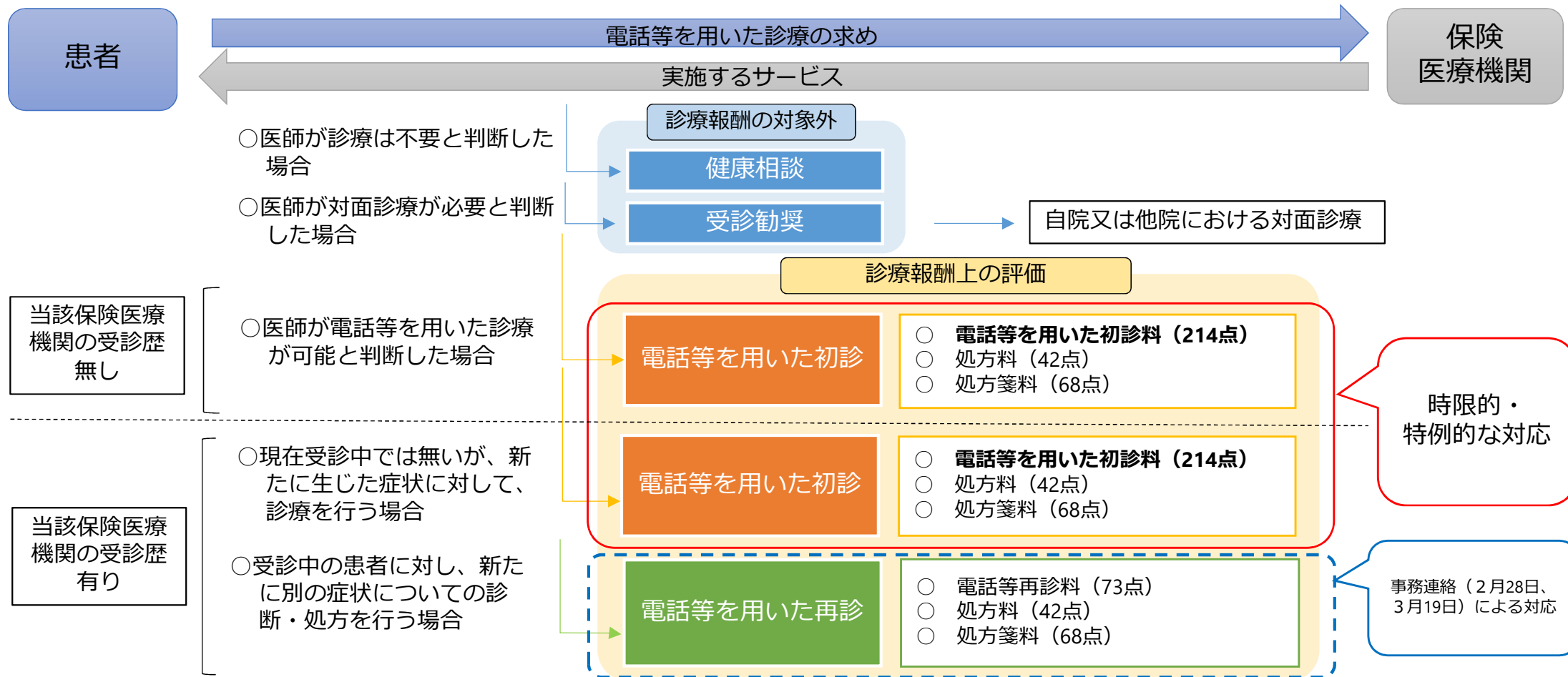
- 中等症患者のうち、継続的な診療が必要な場合には、救急医療管理加算の3倍相当の加算について、15日目以降も算定できることとする。
- 新型コロナウイルス感染症から回復した患者について、転院を受け入れた医療機関への評価を設ける。

4. 疑似症患者の取扱いの明確化

- 新型コロナウイルス感染症の疑似症として入院措置がなされている期間については、今般の新型コロナウイルス感染症患者に対する特例的な取扱いの対象となることを明確化する。

診療報酬上の臨時的な取扱いについて

- 新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑み、時限的・特例的な対応として、「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）が発出されたことを踏まえ、当該事務連絡に関連する診療報酬の取扱いについて、以下の対応としてはどうか。



- 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話等を用いた診療を行う以前より、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して、電話等を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、**147点（※）**を算定することとしてはどうか。

- 薬局で医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話等による服薬指導を行った場合でも調剤技術料、薬剤料、特定保険医療材料料及び薬剤服用歴管理指導料等を算定できることとしてはどうか。

【診療報酬の算定について】

○ 患者の急激な増加等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

(1) 医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を行わないこととした。

(2) 施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより、入院患者が一時的に急増等した場合や、学校等の臨時休学に伴い、看護師が自宅での子育て等を理由として勤務することが困難になった場合等においては、当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出は不要とした。

(3) 看護配置の変動に関する取扱い

(2)と同様の場合において、看護要員の比率等に変動があった場合でも当面、変更の届出は不要とした。

(4) DPC対象病院の要件等の取扱い

(2)と同様の場合において、看護要員の数等の施設基準を満たさなくなった場合については、「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当せず、届出は不要とした。

(5) 本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。また、会議室等病棟以外の場所入院させた場合には、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定することとした。

(6) 研修等の取扱いについて

定期的な研修や医療機関間の評価を要件としている項目の一部について、研修や評価を実施できるようになるまでの間、実施を延期することができることとした。

(7) 電話や情報通信機器を用いた診療等の取扱いについて

慢性疾患等を有する定期受診患者等について、電話や情報通信機器を用いて診療し医薬品の処方を行い、ファクシミリ等で処方箋情報が送付される場合、電話等再診料等を算定できることとした。（外来診療料も同様の取扱い。）

また、上記の場合であって、療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料等を支給した場合に、在宅療養指導管理料等を算定できることとした。

さらに、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、管理料等を算定していた患者に対しては、「情報通信機器を用いた場合」の管理料を算定できることとした。

調剤報酬においては、上記の場合であって、当該処方箋情報を受け付けた保険薬局において、当該処方箋情報に基づく調剤を行った場合、調剤技術料等を算定できることとした。

(8) 緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れるために、緊急に開設する必要がある保険医療機関について、新たに基本診療料の届出を行う場合においては、要件審査を終えた月の診療分についても当該基本診療料を算定できることとした。

(9) D P C / P D P S における取扱い

令和2年3月31日までの期間において、医療資源を最も投入した病名が新型コロナウイルス感染症であった症例については、包括評価の対象外とした。

(10) 外来における対応について

必要な感染予防策を講じた上で実施する外来診療について、受診の時間帯によらず、院内トリアージ実施料を算定できることとした。

(11) 入院における対応について

新型コロナウイルス感染症患者の入院診療について、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた患者（入院基本料又は特定入院基本料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定しているものに限る。）について、救急医療管理加算1を算定できることとした。また、その際、最長14日算定できることとした。

さらに、必要な感染予防策を講じた上で実施する新型コロナウイルス感染症患者の入院診療について、第二種感染症指定医療機関の指定の有無に関わらず、二類感染症患者入院診療加算を算定できることとした。

(12) 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について

時限的・特例的な対応として、初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をする場合には、初診料214点（歯科については185点）を算定できることとした。また、その際、医薬品の処方を行い、又は、ファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料、又は薬剤料を算定できることとした。

また、保険薬局において、保険医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話や情報通信機器を用いて服薬指導を行う場合について、調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料料を、（その他の要件を満たした場合）薬剤服用歴管理指導料等を算定できることとした。

さらに、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合について、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、管理料等を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、月1回に限り147点（歯科については55点）を算定できることとした。

(13) 重症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療について

救命救急入院料、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟において、ICU等における管理が必要な重症の新型コロナウイルス感染症患者については、2倍の点数を算定できることとした。

また、新型コロナウイルス感染症患者のうち、次の状態の患者については、それぞれ次の日数を上限として、特定集中治療室管理料等を算定できることとした。

- (1) 急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する患者 21 日
- (2) 体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者 35 日

(14) 患者の重症化等を防ぐための管理及び医療従事者の感染リスクを伴う診療について

中等症（酸素吸入が必要な状態や急変に係るリスク管理が必要な患者）の新型コロナウイルス感染症患者については、14日を限度として1日につき救急医療管理加算1の100分の200に相当する点数（1,900点）を算定できることとした。

また、新型コロナウイルス感染症患者に対する、医療従事者の感染リスクを伴う診療に係る評価として、看護配置に応じて、1日につき別に示す二類感染症患者入院診療加算に相当する点数を算定できることとした。

さらに、新型コロナウイルス感染症から回復した後の転院先においても算定できることとした。

(15) 在宅医療における対応について

必要な感染予防策を講じた上で実施する往診等について、院内トリアージ実施料を算定できることとした（訪問看護については、特別管理加算を算定できることとした。）。

また、定期的な訪問を予定していたが、新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者等からの要望等により、訪問できず、代わりに電話等を用いて診療等を実施した場合には、患者等に十分に説明し同意を得た上で、在宅時医学総合管理料等（※）を算定できることとした（訪問看護については、訪問看護管理療養費、訪問薬剤管理指導については、薬剤服用歴管理指導料の「1」の点数を算定できることとした。）。

※ なお、令和2年4月については、緊急事態宣言が発令された等の状況に鑑み、患者等に十分に説明し同意を得た上で、訪問診療を行えず、電話等による診療のみの場合であっても、在宅時医学総合管理料等を算定できることとした。

(16) 専用病床の確保などを行った上で患者の受入れを行う医療機関における診療について

重症の新型コロナウイルス感染症患者の診療について、2倍に引き上げた点数をさらに3倍に引き上げた。

また、中等症の新型コロナウイルス感染症患者の診療について、救急医療管理加算1の100分の200に相当する点数（1,900点）に引き上げた点数をさらに100分の300（2,850点）に引き上げるとともに、15日目以降も算定できることとした。

(17) 疑似症患者の取扱いの明確化について

新型コロナウイルス感染症の疑似症として入院措置がなされている期間については、今般の新型コロナウイルス感染症患者に対する特例的な取扱いの対象となることを明確化することとした。

【SARS-COV-2（新型コロナウイルス）核酸検出等について】

○ PCR検査の保険適用について

新型コロナウイルス感染症の患者であることが疑われる者に対し新型コロナウイルス感染症の診断を目的として行った場合又は新型コロナウイルス感染症の治療を目的として入院している者に対し退院可能かどうかの判断を目的としたPCR検査を実施した場合に、医療保険を適用できることとした（あわせて、DPC病院や特定機能病院においてPCR検査を実施した場合に出来高で算定できることとした。）。

○ 抗原検査の保険適用について

新型コロナウイルス感染症の患者であることが疑われる者に対し新型コロナウイルス感染症の診断を目的として抗原検査を実施した場合に、医療保険を適用できることとした。（あわせて、DPC病院や特定機能病院において抗原検査を実施した場合に出来高で算定できることとした。）。

○ 無症状の患者に対する核酸検出について

SARS-COV-2（新型コロナウイルス）核酸検出を、無症状の患者に対して、医師が必要と判断し、実施した場合は算定できることを明確化した。

【その他】

○ 医療機関の開設に伴う保険医療機関の指定について

保険医療機関の指定について迅速かつ柔軟に対応することとし、指定期日について、当該医療機関の開設日に遡って指定を認めることとした。

○ 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく臨時の医療施設について

保険医療機関の指定を受けた臨時の医療施設についても、診療報酬の算定方法に基づき算定することとした。

医療機関等の資金繰り対策としての診療報酬等の概算前払い

- 福祉医療機構等の融資が実施されるまでの間の対策として、本来7月に支払われる5月診療分の診療報酬等の一部を6月に受け取ることを希望する医療機関等(薬局・訪問看護ステーションを含む)に対して、概算前払いを実施する。
- 概算前払い額は、令和2年4月診療分(6月支払分)の額と令和元年12月～令和2年2月診療分の3か月平均額との差額に8分の10を乗じた額とする。
- 7月の診療報酬等の支払時には、6月に前払いした分を減額する(減額できない場合は医療機関等から審査支払機関に一括納付)。ただし、融資の遅れなどにより7月の診療報酬等の減額が困難な医療機関等に対しては、猶予の相談に応じる。

※ 申請受付開始: 5月27日(水)、申請締切: 6月5日(金)(必着)、前払い分の支払い: 6月22日(月)

支払額の例

【前提条件】

令和元年12月～令和2年2月診療分の3か月平均診療報酬支払額: 20億円

令和2年4月診療分の診療報酬支払額: 16億円、令和2年5月診療分の診療報酬支払額: 16億円

【本スキームによる支払額】

● 6月支払分

5億円

$$\begin{array}{c} \text{16億円} \\ \left(\begin{array}{c} \text{4月診療分の} \\ \text{診療報酬支払額} \end{array} \right) \end{array} + \left[\begin{array}{c} \left(\begin{array}{c} \text{20億円} \\ \left(\begin{array}{c} \text{3ヶ月平均の} \\ \text{診療報酬支払額} \end{array} \right) \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{16億円} \\ \left(\begin{array}{c} \text{4月診療分の} \\ \text{診療報酬支払額} \end{array} \right) \end{array} \right) \end{array} \right] \times \frac{10}{8} (\text{※}) = \text{21億円}$$

(※) 資金繰り対策を手厚くする観点

● 7月支払分

$$\text{16億円} - \text{5億円} = \text{11億円}$$

健康・医療・介護情報の利活用に向けた検討課題に関する意見の整理

1. 総論（基本的な考え方）

【5/18 検討会に提示した検討課題】

- ① 患者・国民にとって有用で、安心・安全で、利便性の高い仕組みとすることを第一の目的と考えて良いか
- ② まずは、オンライン資格確認システムやマイナンバー制度といった既存のインフラを活用することで、迅速かつ効率的に利活用を進めていくこととしてはどうか
特に新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、迅速なデータ利活用を進めるべきではないか
- ③ 全国的に医療機関と薬局を結ぶ既存のネットワークとしてはオンライン請求ネットワークもあるが、情報の利活用に関し、活用することについてどのように考えるか
- ④ 新型コロナウイルス感染症のような感染症が拡大している状況や大きな地震等の災害時においても、患者・国民、さらには医療関係者のためになる情報の利活用のあり方はどうあるべきか
- ⑤ 医療関係者にとって、適切な医療等サービスの提供や負担軽減・働き方改革にも繋がる情報の利活用のあり方はどうあるべきか
- ⑥ 健康・医療・介護情報を利活用する仕組みを構築、運用していくにあたってのセキュリティについて、どう考えるか

【関係する意見】

- ・ 新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大等も念頭に情報の利活用を進めていくのは国民のコンセンサスを得やすいと考える。
- ・ 救急対応や災害時のデータの活用については、患者・国民等の支援に役立つ
- ・ 平時と平時以外のそれぞれにおいて、「利便性」と「安心・安全」のバランスを考慮することが必要
- ・ 費用対効果や費用負担のあり方について検討すべき
- ・ 非常時におけるセキュリティレベルについて検討しておくべき

意見の整理とそれを踏まえた今後の方向

- 情報の利活用は、国民にとって有用で、安心・安全で、利便性の高いものを目指す。
- さらに、健康・医療・介護情報の利活用は、通常時だけでなく情報の取得等に制約がある新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大期・流行期、病院等のデータが確認できなくなるような大地震等の災害時、意識障害等で患者の情報の取得が難しい救急医療の現場等の通常時と異なる場面においても、有用と考えられ、速やかに進める。
- まずは、オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度など既存のインフラをできる限り活用することで、迅速かつ効率的に利活用を進める。その際、セキュリティや費用対効果にも十分配慮しつつ、速やかに費用負担の在り方について結論を得る。

2. 各論

(1) 健診・検診情報を本人が電子的に確認・利活用できる仕組みの在り方

【5/18 検討会に提示した検討課題】

- ① 各種健診・検診情報（※）の情報管理主体が保険者・自治体・事業主等異なっている中、国民が生涯に渡る健康データにアクセスできるようにするための情報提供の在り方をどう考えるか
※ 乳幼児健診、特定健診、事業主健診、がん検診、骨粗鬆症検診 等
- ② オンライン資格確認等システムの構築により、40 歳以上の一人ひとりの特定健診情報が閲覧できるようになるが、今後更に、この仕組みをどのように活用していくべきか
- ③ 健診・検診結果について、関係 機関が効率的に情報連携し、国民に情報提供するためには、情報の電子化やデータ形式の標準化が必要となるが、どのように進めていくか
- ④ 国民にとって最も利便性の高いインフラを整えていくため、官民や個人の役割分担を整理するとともに、基盤となるインフラについては国や自治体等で整備することについて、どのように考えるか
その上で、国民等が既に民間 PHR サービスを利用している状況も踏まえ、国民や関係機関等が安全で 適切なサービスを選択・活用するためのルール作りや運用・メンテナンスを行う体制の整備について、どのように考えるか
また、マイナポータル等との API 連携等について、どのように考えるか
- ⑤ 新型コロナウイルス感染症の発生時や災害時のような非常事態において、患者・国民、更には保健所・医療機関による取組に資する情報の利活用の在り方はどうあるべきか
また、災害時等のデータ逸失の防止を含め、適切な情報管理の在り方はどうあるべきか

【関係する意見】

- ・ 多くの人が使うようになるとセキュリティをどう保つか要検討
- ・ 健診・検診情報の民間活用も進んでおり、ルール作り等環境整備を急ぐ必要
- ・ 事業主健診結果の活用のため、保険者にデータが集まる方策を検討して欲しい
- ・ 学校健診の情報も重要であり、一体的に進めて欲しい
- ・ 健診・検診情報だけでなく、薬剤情報なども含めて検討して欲しい。

意見の整理とそれを踏まえた今後の方向

- 各種健診、検診情報の情報管理主体が保険者、自治体、事業主等異なっている中、国民が生涯に渡る自分の健康データにアクセスできるよう、速やかに各種健診・検診情報が閲覧・利用できる仕組みを構築することとする。
- オンライン資格確認等システムにより、40 歳以上の事業主健診情報は高齢者医療確保法に基づき保険者を經由して特定健診情報として提供される。加えて、40 歳未満の事業主健診情報についても有効な活用を図るため、保険者へ情報を集めるための法制上の対応を講ずることとする。

- こうした取組に加え、自治体健診・学校健診等についても一体的に進めることとする。
- マイナポータルによる閲覧とともに、民間活用を進めるに当たって、国が中心となってルールを作成することも含め必要な環境整備を早急に行うこととする。

(2) 医療等情報を本人や全国の医療機関等において確認・利活用できる仕組みの在り方

【5/18 検討会に提示した検討課題】

- ① 診療における情報連携が有用なミニマムデータについては、医療の質の向上や効率化、患者自身の健康管理や重症化予防の視点とともに、技術動向や費用対効果を踏まえて検討することについてどう考えるか
- ② レセプトに基づく情報については、全国一律に統一された様式で集約されており、例えば、以下のような状況において有用と考えられ、これらのデータ項目を、患者本人や全国の医療機関等が確認・利活用できる仕組みを早期に構築していくことについて、どう考えるか
(例)
 - ✓ 高齢者や意識障害の救急患者等本人や家族から情報が得られない場合でも、抗血栓薬等の薬剤情報や過去の手術・移植歴、透析、特定健診情報等を把握することで、救急医療等に有用
 - ✓ 高齢者をはじめとして複数の医療機関等を受診する患者について、集約された薬剤情報等を把握することで、重複や併用禁忌の確認やかかりつけ医に期待される総合的な診療に有用
 - ✓ 高齢者や認知症等の患者が増え、本人が覚えていない、うまく話せないことが多く、過去の受診した医療機関名等の情報を正確に把握することで、必要な医療情報の照会・入手や、医療従事者による確認の負担軽減に有用
 - ✓ 地震等の災害や、新型コロナウイルス感染症のような感染症の拡大時等に、かかりつけ医等通常の医療機関等にかかることが困難な場合や、オンライン診療等が行われる場合において、薬剤情報や傷病名等から、重症化リスクのある患者や継続が必要な治療の把握に有用
- ③ レセプト情報以外の医療情報については、医療情報を標準化しつつ医療機関外へ提供される仕組みの検討が必要であり、新型コロナウイルス感染症拡大時における医療現場の情報連携のニーズや実態、薬剤情報等のレセプト情報の利活用の状況等を踏まえながら、医療情報システムの標準化を進め、さらなる検討を進めることについてどう考えるか

【関係する意見】

- ・ レセプト情報は項目が決まっており、全国の保険医療機関が提供しているため有用
- ・ 検査結果の一部も提供できれば公衆衛生上非常に有用な情報になる
- ・ レセプト情報はタイムラグがある。最新の情報を確認できる仕組みも引き続き検討が必要
- ・ 地域医療情報連携ネットワークと全国のレセプト情報の活用との役割分担を整理する必要
- ・ 医療的ケア児等に関して、家族等が入力する方法で処方情報や検査画像、日々のケア記録等を共有する仕組みが試行的に始まっており、こうした仕組みも参考とすべき
- ・ 災害時の身元確認に資する口腔診査情報標準コード仕様を導入すべき

意見の整理とそれを踏まえた今後の方向

- まずは、全国一律に統一されて集約されているオンライン資格確認等システムにある薬剤情報に加えて、手術情報等の情報を活用する。これは、
 - ― 救急、災害時、感染症拡大期など、緊急時やかかりつけの医療機関に診てもらうことが難しい場合においても必要な医療情報の迅速な把握が可能になる
 - ― 複数の医療機関等を受診する患者の総合的な診療に有用
 - ― 高齢者などで本人の記憶があいまいな場合でも、正確な医療情報を入手できるなど有用であり、全国の医療機関等がこうした医療情報を確認・利用できる仕組みを構築することとする。
- 薬剤情報に加えて確認・利活用できることとする情報は、現在でも患者に交付されている診療明細書に記載されている医療機関名、診療報酬が算定される手術・移植、透析といった診療行為の項目のほか、医療関係者間において患者を診療する際に有用と考えられる項目とする。
- なお、全国の医療機関等で医療情報を活用するに当たっては、地域医療情報連携ネットワークにおける取組も踏まえながら運用を検討する。
- さらに、学会等の取組も参考に、技術動向を踏まえた電子カルテの標準化を進めつつ、上記以外の医療情報についても、退院時サマリや検査結果等情報項目の拡大や、できる限り最新の情報を共有できる方策について、オンライン資格確認等システムにある情報の活用の成果等も踏まえつつ検討を進める。

(3) 電子処方箋の実現に向けた環境整備

【5/18 検討会に提示した検討課題】

- ① これまでの紙の処方箋を患者が自ら運ぶ仕組みではなく、患者の利便性を考えた処方箋情報の電子的な共有の仕組みのあり方についてどのように考えるか
- ② 現行の電子処方箋ガイドラインに基づく電子処方箋の利用が確認されていない現状において、国民の誰もが利用できる仕組みとするための方策をどのように考えるか
- ③ 処方箋情報の電子的な共有の仕組みの実現に際して、全国で利用でき、処方情報や調剤情報を活用することによって重複投薬の回避にも資する仕組みとすることについてどのように考えるか
- ④ 新型コロナウイルス感染症への対応下でファクス情報に基づく調剤が可能となっているが、事後的な紙の処方箋原本の確認作業が必要となっている等の現状を踏まえ、医療機関・薬局での負担軽減を図るための仕組みについてどのように考えるか
- ⑤ 全国的に医療機関と薬局を結ぶ既存のネットワークとしてはオンライン請求ネットワークが考えられるところであるが、オンライン資格確認システムとして過去の薬剤情報の確認などができるようになる状況も踏まえ、同ネットワークを利用しリアルタイムで情報を共有する仕組みについてどのように考えるか

【関係する意見】

- ・ 電子処方箋が全国で利用できることやリアルタイムで情報共有する仕組みであることは必要
- ・ 電子処方箋の導入に際しては、紙を電子化するというだけではなく、デジタルを主と考えることが必要
- ・ 処方情報・調剤情報の共有を患者が望まない場合があり得ることを踏まえた情報共有の仕組みを検討すべき
- ・ 電子処方箋の真正性を確保するための方策を検討すべき

意見の整理とそれを踏まえた今後の方向

- 電子処方箋については、全国で利用できるものとし、患者の利便性向上とともに、重複投薬の回避、医療機関・薬局の負担軽減にも資する仕組みとする。
- リアルタイムで情報を共有する仕組みとして、全国的に医療機関と薬局を結ぶオンライン資格確認等システムのネットワークの活用を検討することとする。
- 処方箋の真正性確保のあり方について検討することとする。

令和2年6月19日	第128回社会保障審議会医療保険部会	参考資料1-1
第3回健康・医療・介護情報利活用検討会(令和2年6月15日) 参考資料1		

令和2年6月

健康・医療・介護情報利活用検討会開催要綱

1. 開催の趣旨

少子高齢化に伴う医療・介護サービスの担い手の減少が進む中で、健康・医療・介護分野のデータや ICT を積極的に活用することにより、国民一人ひとりの健康寿命の延伸や国民の利便性向上を図るとともに、医療や介護現場において、サービスの質を維持・向上しつつ、その効率化や生産性の向上を図っていくことが重要である。このため、厚生労働省では、データヘルス改革推進本部を設置して、データヘルス改革を推進している。

今後、医療等の現場において、保健医療従事者が患者等の過去の保健医療情報を適切に確認することが可能になれば、より適切な医療等サービスを、より迅速に提供できることなどが期待される。また、国民や患者が、スマートフォン等を通じて自身の保健医療情報を閲覧・確認できる環境を整えることで、日常生活改善や健康増進等につながる可能性があり、さらに、本人同意の下に医療・介護現場で役立てることも期待される。

これまで「医療等分野情報連携基盤検討会」や「国民の健康づくりに向けた PHR の推進に関する検討会」で検討してきたこれらの課題等について、費用対効果や情報セキュリティの観点も踏まえて一体的に検討し、健康・医療・介護情報の利活用を推進するため、本検討会（以下「検討会」という。）を開催する。

2. 検討事項

- (1) 保健医療情報を、全国の医療機関等で確認できる仕組みや本人が電子的に把握する仕組みの在り方に関する事項
- (2) その他健康・医療・介護情報の利活用に関する事項

3. 構成員

- (1) 検討会の構成員及びオブザーバーは、別紙のとおりとする。
- (2) 検討会の構成員の任期は2年間とし、再任を妨げない。
- (3) 検討会に座長を置き、座長は検討会の構成員の中から選出することとし、座長代理は、座長が指名することができる。
- (4) 座長は、必要に応じて、構成員以外の関係者の出席を求めることができる。

4. 運営

- (1) 医務技監が検討会を開催する。
- (2) 検討会は公開とする。ただし、公開することにより、個人情報保護に支障を及ぼすおそれがある場合、知的財産権その他個人若しくは団体の権利利益が不当に侵害されるおそれがある場合又は国の安全が害されるおそれがある場合には、座長は、会議を非公開とすることができる。
- (3) 検討会の下にワーキンググループを置くことができる。
- (4) 検討会の庶務は、医政局、健康局、医薬・生活衛生局、老健局及び保険局の協力

を得て、政策統括官（統計・情報政策、政策評価担当）付情報化担当参事官室が行う。

（５）その他、検討会の運営に必要な事項は、座長が定める。

健康・医療・介護情報利活用検討会 構成員

秋山 智弥	公益社団法人日本看護協会副会長
石川 広己	公益社団法人日本医師会常任理事
印南 一路	慶應義塾大学総合政策学部教授
遠藤 秀樹	公益社団法人日本歯科医師会副会長
大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長
小泉 立志	公益社団法人全国老人福祉施設協議会理事
穴戸 常寿	東京大学大学院法学政治学研究科教授
高倉 弘喜	国立情報学研究所アーキテクチャ科学研究系教授
高橋 肇	公益社団法人全国老人保健施設協会常務理事
田尻 泰典	公益社団法人日本薬剤師会副会長
田宮 菜奈子	筑波大学医学医療系教授
利光 久美子	愛媛大学医学部附属病院栄養部部長
○ 永井 良三	自治医科大学学長
牧野 和子	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
松川 紀代	認定 NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 委員バンク登録会員
宮田 裕章	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
◎ 森田 朗	津田塾大学総合政策学部教授
山本 隆一	一般財団法人医療情報システム開発センター理事長
【オブザーバー】	
齋藤 俊哉	公益社団法人国民健康保険中央会理事
色紙 義朗	一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会運営会議議長
三好 昌武	社会保険診療報酬支払基金専務理事

(五十音順：敬称略)
(座長：◎、座長代理：○)

オンライン資格確認等システムについて 参考資料

令和2年6月15日

オンライン資格確認の導入

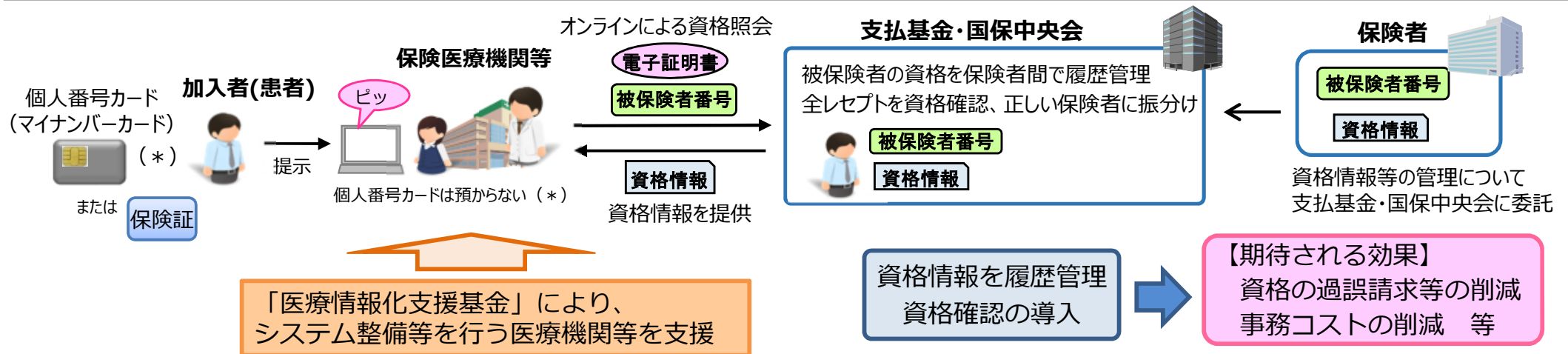
医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（概要資料）

（１）オンライン資格確認の導入

- ①保険医療機関等で療養の給付等を受ける場合の被保険者資格の確認について、個人番号カードによるオンライン資格確認を導入する。
- ②国、保険者、保険医療機関等の関係者は、個人番号カードによるオンライン資格確認等の手続きの電子化により、医療保険事務が円滑に実施されるよう、協力するものとする。
- ③オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局の初期導入経費を補助するため医療情報化支援基金を創設する。

（２）被保険者記号・番号の個人単位化、告知要求制限の創設

- ①被保険者記号・番号について、世帯単位にかえて個人単位（被保険者又は被扶養者ごと）に定めることとする。
これにより、保険者を異動しても個々人として資格管理が可能となる。
※ 75才以上の方の被保険者番号は現在も個人単位なので変わらない。
- ②プライバシー保護の観点から、健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する。
※ 告知要求制限の内容（基礎年金番号、個人番号にも同様の措置あり）
①健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する。
②健康保険事業とこれに関連する事務以外で、業として、被保険者記号・番号の告知を要求する、又はデータベースを構成することを制限する。
これらに違反した場合の勧告・命令、立入検査、罰則を設ける。



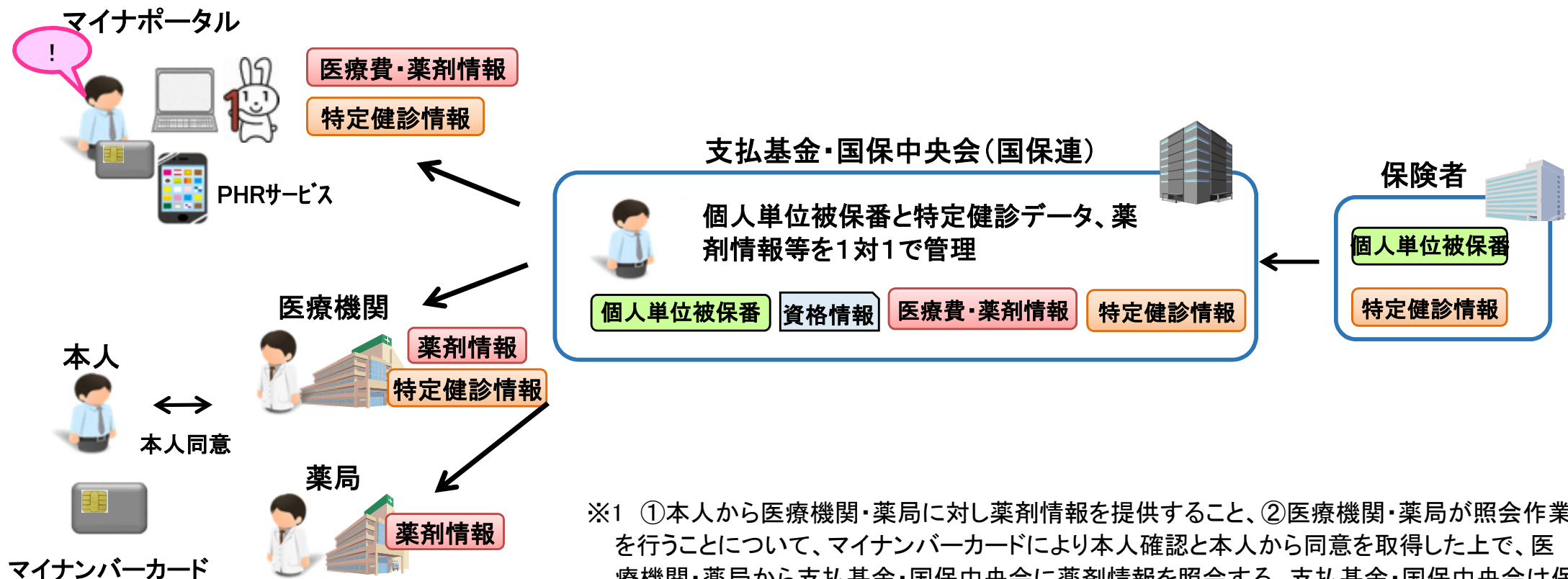
* マイナンバーカードのICチップ内の電子証明書を読み取る。マイナンバーは使わない。医療機関等でマイナンバーと診療情報が紐付くことはない。

プライバシー保護の観点から、健康保険事業・関連事務以外に被保険者番号の告知の要求を制限する措置を創設

薬剤情報、医療費情報、特定健診データのマイナポータル等での閲覧の仕組み

【導入により何が変わるのか】

- 患者本人や医療機関等において、薬剤情報や特定健診情報等の経年データの閲覧が可能。
⇒ 加入者の予防・健康づくり等が期待できる。



※1 ①本人から医療機関・薬局に対し薬剤情報を提供すること、②医療機関・薬局が照会作業を行うことについて、マイナンバーカードにより本人確認と本人から同意を取得した上で、医療機関・薬局から支払基金・国保中央会に薬剤情報を照会する。支払基金・国保中央会は保険者の委託を受けてオンラインで薬剤情報を回答する。

※2 医療機関・薬局における本人確認と本人同意の取得の履歴管理は、オンライン資格確認等システムにより、マイナンバーカードの電子証明書を用いて行う。

マイナンバーカードの健康保険証利用に向けた取組状況等について

取組状況等

オンライン資格確認システムの構築

- 令和3年3月からの利用開始を目指し、厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金（支払基金）、各保険者において、システム整備・改修を実施中。
- 令和2年夏頃から、支払基金と各保険者との間のシステム運用テストを実施予定。
- 令和2年秋頃から順次、保険者から支払基金のシステムに医療保険資格情報を登録予定。

保険医療機関・薬局におけるマイナンバーカード読取端末やシステムの導入にむけて

- 令和元年12月から、都道府県医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院団体等に対して説明会を実施。
- 令和2年2月から、顔認証付きカードリーダーの仕様書等を公表。顔認証付きカードリーダーの審査の受付開始。
- 令和2年3月、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、病院団体等に、オンライン資格確認開始に向けた協力・周知の依頼文を发出。
- 令和2年通常国会で「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案」が成立。支払基金において顔認証付きカードリーダーを一括調達し、医療機関及び薬局に配布を開始する。

医療情報化支援基金（医療提供体制設備整備交付金）実施要領

〔令和元年度予算：300億円 令和2年度予算：768億円〕

	病院			大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が月4 万回以上の薬局)	診療所・薬局 (大型チェーン薬局以外)
顔認証付き カードリーダー	1台導入する場合 1台あたり9.9万円までの 現物を1台提供	2台導入する場合 1台あたり9.9万円までの 現物を2台提供	3台導入する場合 1台あたり9.9万円までの 現物を3台提供	1台導入する場合 1台あたり9.9万円までの 現物を1台提供	1台導入する場合 1台あたり9.9万円までの 現物を1台提供
補助の内容	105万円を上限に補助 ※事業額の210.1万円を上限 に、その1/2を補助	100.1万円を上限に補助 ※事業額の200.2万円を上限に、 その1/2を補助	95.1万円を上限に補助 ※事業額の190.3万円を上限に、 その1/2を補助	21.4万円を上限に 補助 ※事業額の42.9万円を上限に、 その1/2を補助	32.1万円を上限に 補助 ※事業額の42.9万円を上限に、 その3/4を補助

※ 消費税分(10%)も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額。

各保険者におけるマイナンバーカードの取得支援等

- 各保険者において、被保険者等へのカード取得支援等を実施
 - ・国家公務員共済組合と地方公務員共済組合では交付申請書の配布により、被保険者のカード取得を支援
 - ・令和2年2月 市町村国民健康保険・後期高齢者医療制度担当部局等に、①被保険者証の更新時にマイナンバーカードの取得申請書等の送付（7月より送付開始）、②市町村窓口でのマイナンバーカードの初回登録等の手続支援の依頼等に関する通知を发出。
 - ・令和2年3月 医療保険者向けポータルサイト「デジタルPMO」に、マイナンバーカード取得促進に関するリーフレット等を掲載・周知。

医療情報化支援基金（マイナンバーカード保険証利用等）

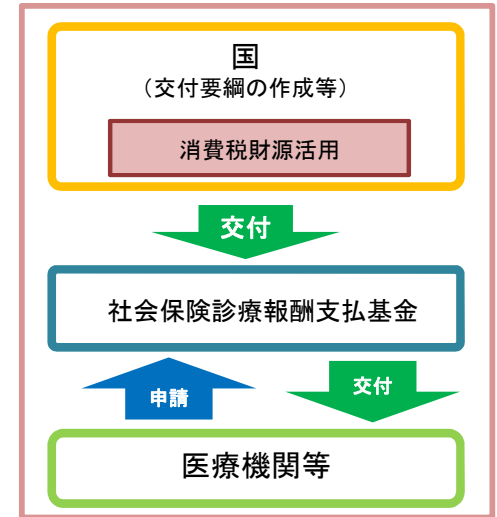
現状及び課題

- 技術革新が進む中で、医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、令和元年度において、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるICT化を支援する。（「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」を改正。令和元年10月1日施行）

【対象事業】

- ・ 当該基金の対象事業として、次の2つを予定している。（令和元年度予算：300億円、令和2年度予算：768億円）
 - ① オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援
 - ② 電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援

- 令和2年通常国会で「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案」が成立。顔認証付きカードリーダーを支払基金で一括調達し、医療機関及び薬局に配布（無償）する。
- 令和2年3月に実施要領を定め、診療所、薬局は3/4補助、病院は1/2補助等とした。



今後の方針

- 令和3(2021)年3月からのオンライン資格確認の運用開始に向けて、具体的な支援内容等について検討を進める。
 - マイナンバーカードの健康保険証としての医療機関等の利用環境整備に係る全体スケジュール(令和元年9月デジタル・ガバメント閣僚会議決定)

2019年10月	「医療情報化支援基金」設置、医療機関等におけるシステムの検討を継続
2020年8月	詳細な仕様の確定、各ベンダのソフト開発を受け、医療機関等におけるシステム整備開始
2021年3月末	健康保険証利用の本格運用 医療機関等の6割程度での導入を目指す
2021年10月	マイナポータルでの薬剤情報の閲覧開始
2022年3月末	2022年診療報酬改定に伴うシステム改修時 医療機関等の9割程度での導入を目指す
2023年3月末	概ね全ての医療機関等での導入を目指す

加入者（患者）



マイナンバーカード

又は 保険証

提示

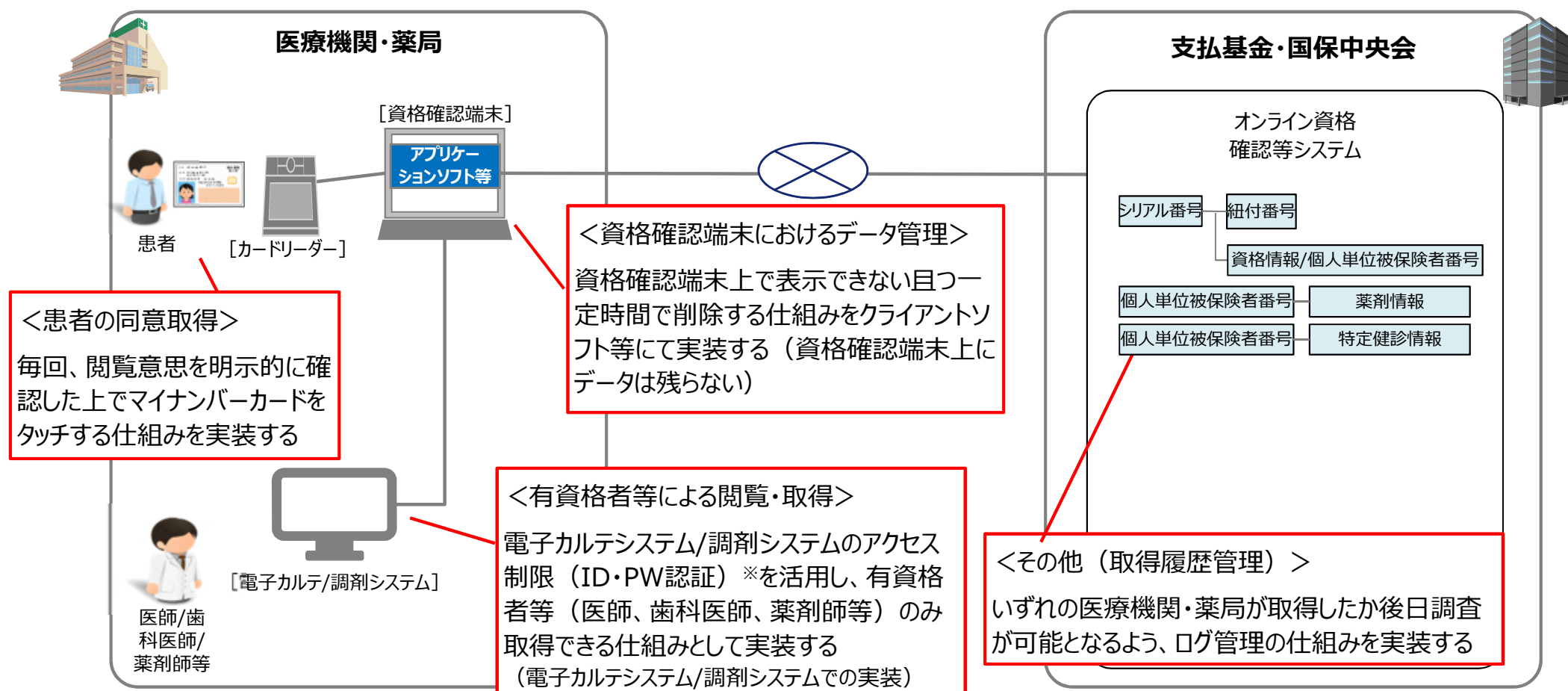
受診時に被保険者証の提示 又は マイナンバーカードの提示とICチップの読み取り

保険医療機関・薬局



オンライン資格確認安全に閲覧するための方法

- 薬剤情報・特定健診情報の閲覧に際しては、同意意思を明示的に確認した上でマイナンバーカードによる本人確認をしていたことにより、**患者本人からの同意取得を毎回行う**ことをシステム上で担保する。（過去に知り得た被保険者番号を悪用した取得等ができないような仕組み）
- また、資格確認端末上で表示できない仕組みや電子カルテ/調剤システムに原則導入済みの仕組み（アクセス制限）により、**有資格者等のみが取得できる**ことをシステム上で担保する。（受付職員による取得等ができないような仕組み）



※ 薬局には特定健診情報を提供しない。

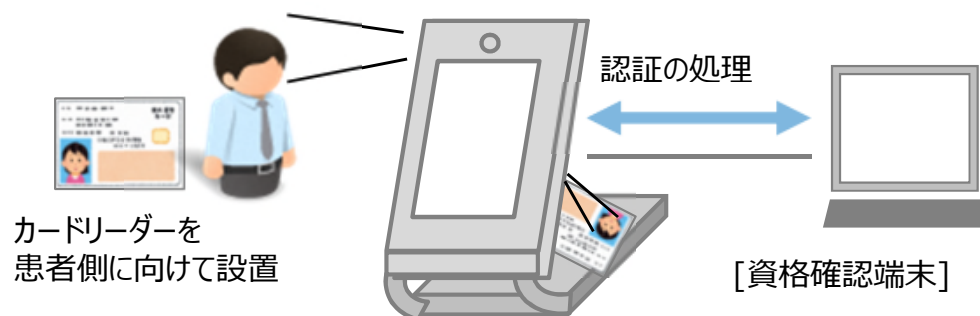
※ 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第5版）」では、ID・パスワードのみによる認証ではその運用によってリスクが大きくなること、2つの独立した要素を用いて行う方式（2要素認証）を採用することが望ましいこと、今後認証に係る技術の端末への実装状況等を考慮し出来るだけ早期に2要素認証に対応すること、とされている。今後とも認証に係る技術の端末への実装状況等を考慮することが必要。

顔認証付きカードリーダーにおける

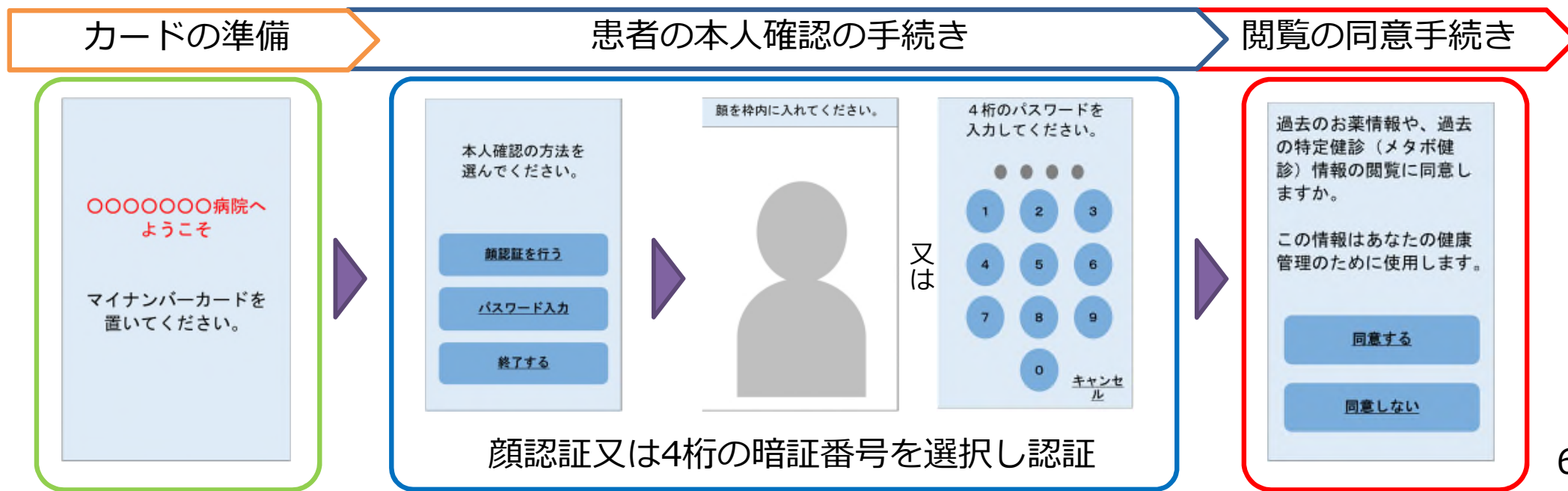
「患者の本人確認」と「薬剤情報等の閲覧の同意取得」について

- マイナンバーカードの保険証利用において、顔認証又は4桁の暗証番号により本人確認ができる。
- 医療機関等が薬剤情報・特定健診情報の閲覧する際は、同意意思を明示的に確認した上で患者本人からの同意を毎回取得することをシステム上で担保している。
(過去に知り得た被保険者番号を悪用した取得等ができないような仕組み)

＜顔認証付きカードリーダーのイメージ＞



<ディスプレイの画面遷移>



レセプトとは①

診療報酬明細書(医科入院)

樣式第二(一)

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. 盗印の類は、記入しないこと。

診療報酬明細書(医科入院外)

様式第二(二)

備考 1. この用紙は、A列4冊とすること。
2. 捺印の欄は、記入しないこと。

レセプトとは②

診療報酬明細書(歯科)

[illegible]

調劑報酬明細書

[illegible]

特定健康診査について

対象者	実施年度中に40-75歳に達する加入者(被保険者・被扶養者) 実施年度を通じて加入している(年度途中に加入・脱退がない)者 除外規定(妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等)に該当しない者 ※年度途中に75歳に達する加入者は、75歳に到達するまでの間が対象
基本的な健診の項目	○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等) ○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ○ 理学的検査(身体診察) ○ 血圧測定 ○ 血液検査 ・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール*¹) ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖*²) ・ 肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP) ○ 検尿(尿糖、尿蛋白)
詳細な健診の項目	○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) ○ 血清クレアチニン検査 ※一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施

* 1 : 中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)で評価してもよい。

* 2 : やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未満とする。

健診・検診情報を本人が電子的に 確認・利活用できる仕組みの在り方 参考資料

令和2年6月15日

国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会

目 的

- 急激な少子高齢化、人口減少が進む我が国にあって、更なる健康寿命の延伸に向けた取組を進めることが重要である。そのための仕組みの一つとして、世界的には、**個人の健康診断結果や服薬歴等の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組みであるpersonal health record(PHR)**の考え方が広がっている。
- 我が国では、2020年度から特定健診、乳幼児健診等、2021年度から薬剤情報について、マイナポータルにより提供することとされており、これらを通じて予防、健康づくりの推進等が期待されている。
- また、「経済財政と運営の基本方針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)においては、「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年度を目途に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策をも含め、2020年夏までに工程化する**」こととされており、今後は他の健康・医療等情報等も含めたPHRの活用も期待される。
- 既に進んでいる事業の状況も踏まえつつ、**我が国のPHRについての目的や方向性を明確にした上で、自身の健康に関する情報について電子データ等の形で円滑な提供や適切な管理、効果的な利活用が可能となる環境を整備していくため、関係省庁や省内関係部局との連携の下、「国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会」を開催し、必要な検討を行う。**

構 成 員

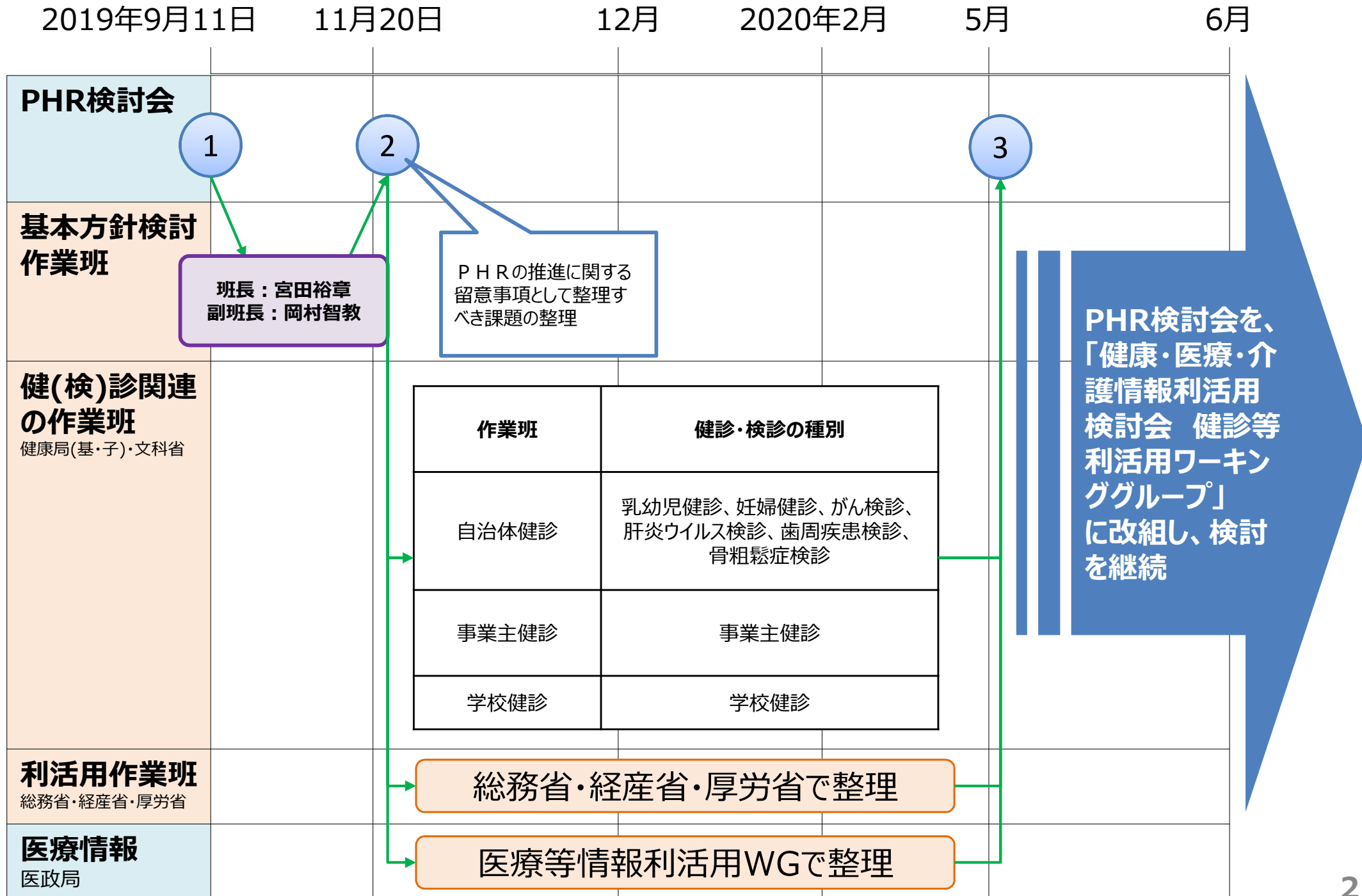
◎座長 (五十音順、敬称略)

- 岡村 智教 慶應義塾大学衛生学公衆衛生学教室教授
- 中山 健夫 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野教授
- ◎永井 良三 自治医科大学学長
- 長島 公之 公益社団法人日本医師会常任理事
- 樋口 範雄 武蔵野大学法学部法律学科特任教授
- 松田 晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学産業保健データサイエンスセンター教授
- 宮田 裕章 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOMI理事長
- 山本 隆一 一般社団法人医療情報システム開発センター理事長

関係省庁

- 厚生労働省 健康局 健康課(事務局)、がん・疾病対策課
医政局 総務課医療情報化推進室、研究開発振興課、歯科保健課
医薬・生活衛生局 総務課
労働基準局 安全衛生部労働衛生課
子ども家庭局 母子保健課
保険局 医療介護連携政策課保険データ企画室、
医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室
政策統括官付情報化担当参事官室
- 内閣官房 情報通信技術(IT) 総合戦略室
- 内閣官房 健康医療戦略室
- 内閣府 大臣官房 番号制度担当室
- 総務省 情報流通行政局 情報流通振興課 情報流通高度化推進室
- 文部科学省 初等中等教育局 健康教育・食育課
- 経済産業省 商務・サービスグループヘルスケア産業課

「国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会」の開催経緯と今後



国民・患者視点に立ったPHRの検討における留意事項 ～PHRにおける健診（検診）情報等の取扱いについて～

本留意事項の位置づけ

- PHRについては、国民・患者の保健医療情報を本人自身が活用して予防・健康づくり等に活用するとともに、それを本人同意の下に医療・介護現場で役立てることを目指す。
- 個人の保健医療情報をサマリー化・ヒストリー化など個人が理解しやすい形で提供することで、自らの健康管理・予防行動につなげられるようにするとともに、本人の希望によって医師等に提供し、診療等にも活用できるようにすることで、より質の高い医療・介護の提供が可能となる。
- また、国や自治体等による公衆衛生施策や保健事業、医療的ケアが必要な障害児者を含む者への災害等の緊急時での利用や保健医療分野の研究への二次利用など、年齢や性別、障害の有無等にかかわらず誰もがより良い保健医療を享受するための活用を目指す。

策定の趣旨

本留意事項はPHR全体において、まずは健診情報等の取扱いについて必要な検討を行う上で踏まえるべき留意事項を整理するものである。

国民・患者視点に立ったPHRの意義

- 保健医療情報をPHRとして活用することで、予防医学や診療等において重要な本人の行動変容等の自己管理、医療従事者等による介入、研究等に必要環境の整備を目指す。
- PHRの利用目的としては、①個人の日常生活習慣の改善等の健康的な行動の醸成、②効果的・効率的な医療等の提供、③公衆衛生施策や保健事業の実効性向上、災害等の緊急時の利用、④保健医療分野の研究が想定される。

PHRにおける健診情報等の取扱いに関する留意事項

（１）基本的な考え方

- 今後の保健医療分野の取組を進める上での基盤として、PHRの整備が必要。
- PHRは、「国民・患者視点に立ったPHRの意義」の①～④のような利用目的が存在しているが、まずは、「①個人の日常生活習慣の改善等の健康的な行動の醸成」のための利用を想定して健診情報等を活用できるよう整備。
- また、保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組み等の議論と一体的に、②～④のための活用も検討。

（２）PHRとして提供する健診情報等

- 精度や解釈について安定性があり、エビデンスが確立され、診療ガイドライン等で整理されているものや、既に一般的に個人に提供され理解が進んでいる法定の健診等の情報からPHRとして提供。
- 画像データ等については、保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みや介護情報の収集や閲覧のための仕組み等と一体的に検討し、国民・患者が円滑にアクセスできるように検討。
- 情報セキュリティに関する啓発等を推進し、安心してPHRを利用できるようにすることが必要。

（３）情報提供等の在り方

- 情報の提供や閲覧、保存方法等について、国・自治体・公的機関や医療機関・介護施設・薬局、民間事業者、個人の役割分担を含めて整理。国民誰もが自らのPHRにおける情報を活用できるように、基盤となるインフラは、国・自治体・公的機関が整備

ア 円滑な提供・閲覧等

（ア）情報の電子化・標準化

- 効率的な運用や情報連携を行うため、国において情報の電子化やデータ形式の標準化、APIの公開等を進めることが必要。

（イ）情報閲覧時の一覧性等の確保

- 過去の情報も含めてサマリー化・ヒストリー化など理解しやすい形で閲覧できる環境等を整備。

（ウ）既存インフラを活用した本人への情報提供

- 各制度趣旨や費用対便益等を踏まえ、まずはマイナポータルの活用可能性を検討するとともに、API連携等の環境も整備。

イ 適切な管理

（ア）PHRの利用目的を踏まえたデータの保存期間

- 保健医療情報に関するシステムを効率的に活用して、国民が必要とする生涯の保健医療情報をPHRで閲覧できる環境を整備。

（イ）保健医療情報を適切に取り扱うための仕組みの整備

- PHRとして各健診情報等を活用する際には、適切な本人同意やセキュリティの確保等の環境整備が必要。
- 継続的な個人のヘルスリテラシーの向上や、未然に個人の不利益を防止する仕組みを検討。

（別紙）

～民間事業者におけるPHRの利活用及び遵守すべきルールに関する留意事項～

1 情報の相互運用性

- 情報の継続性等の観点から、民間PHR事業者間の情報の相互運用性を確保。

2 民間PHRサービス提供における個人情報の適切な管理

- 民間PHR事業者間における保健医療情報の適切な取扱いや必要なセキュリティ水準等の一定のルールを検討。

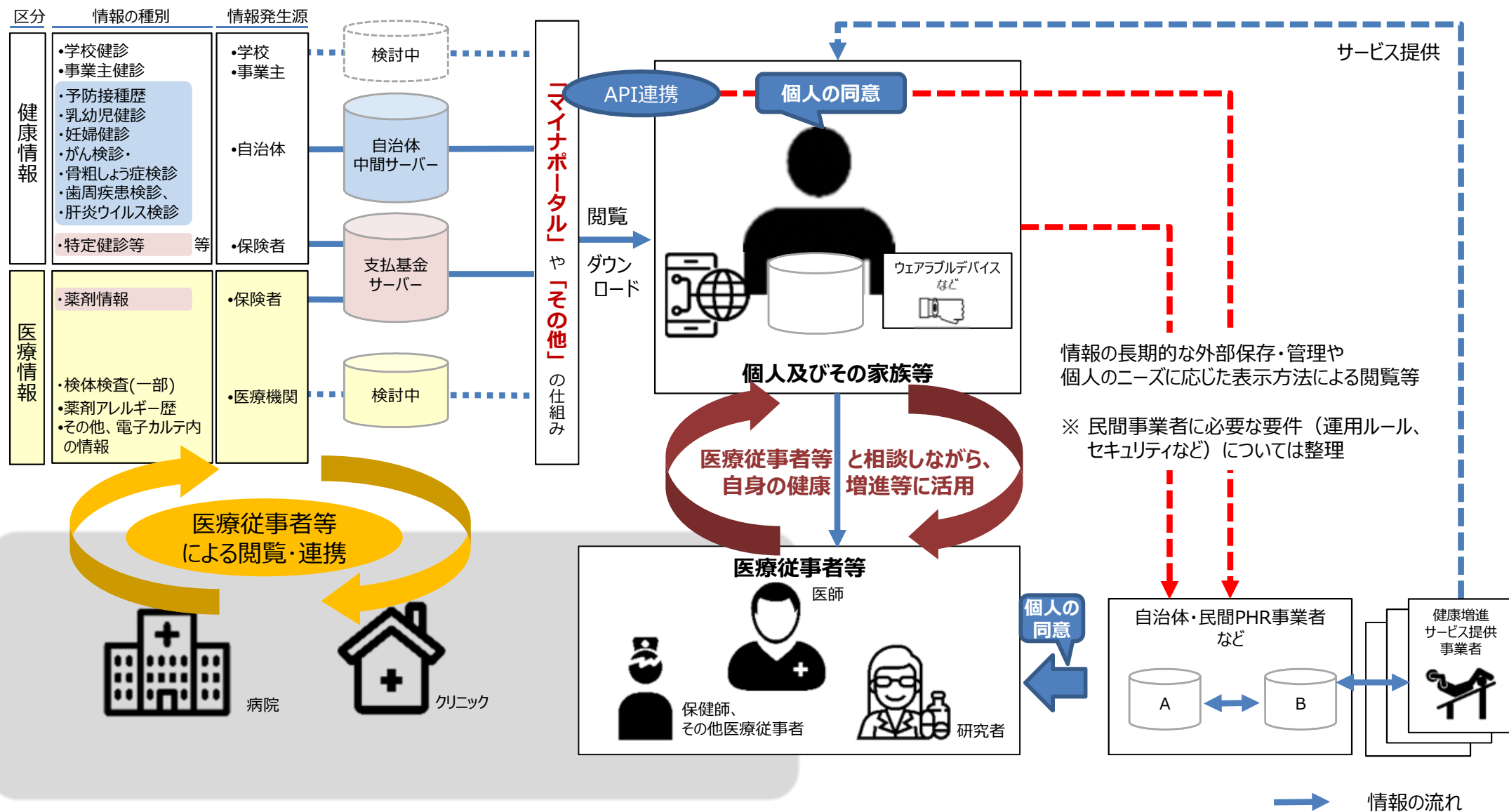
3 幅広い民間PHRサービスの活性化

- 一部の民間PHR事業者によるデータの囲い込み等を回避し、民間PHR事業者の育成や参入を促進する方策等を検討。

取扱い情報

個人による閲覧 (PHR)

情報の利活用

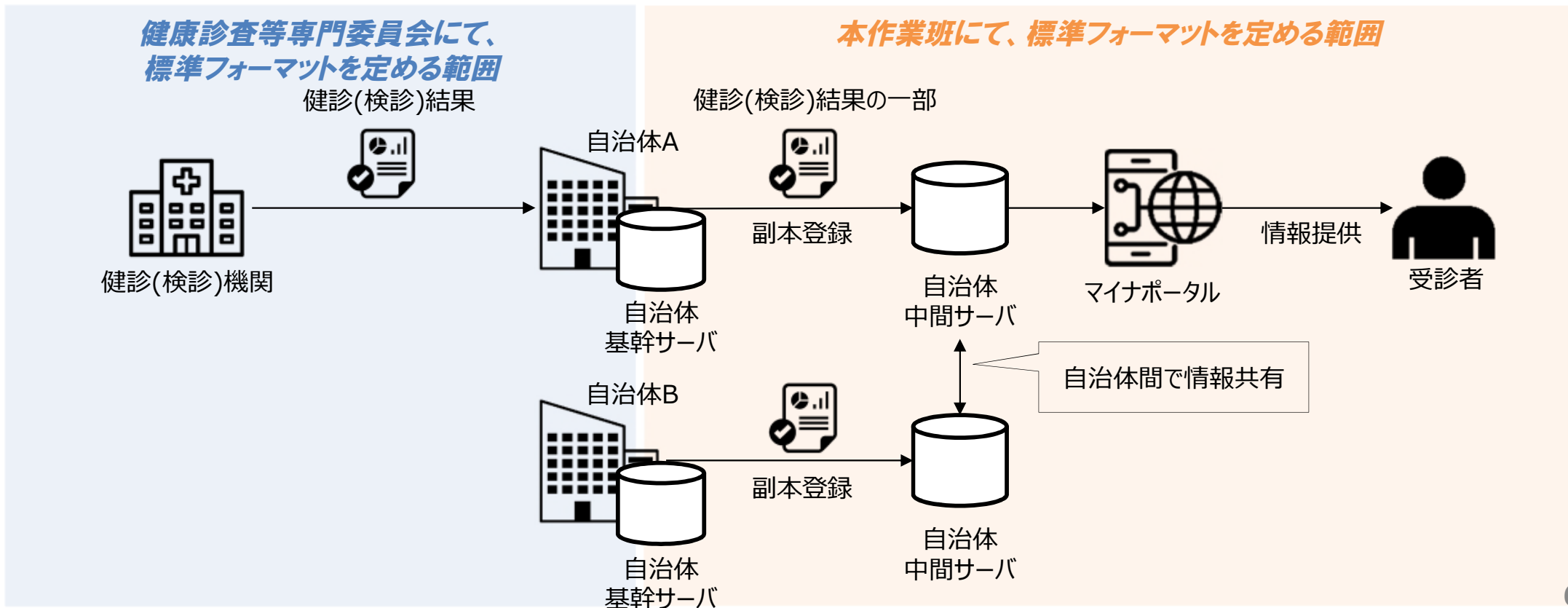


自治体健診作業班資料

自治体検診情報のマイナポータルを活用した情報提供のイメージ

- 健康増進法に基づく自治体検診（がん、肝炎ウイルス、骨粗鬆症、歯周疾患）については、既に特定健診や乳幼児健診等がマイナポータルを通じた情報提供を予定していることから、既存のインフラの活用の観点も踏まえ、自治体中間サーバを介したマイナポータルからの提供に向けて、環境整備を行う。
- また、新旧自治体間でのデータの引継ぎが円滑に行われるように、必要な環境整備を行う。その際、自治体中間サーバを活用する場合は、番号法において番号利用事務の別表2に記載するなど、必要な法令の整備を行う。
- さらに、自治体や保険者などの異なる健康増進事業実施者間における情報共有についても検討が必要。
- 関係者間の情報連携を進めるため、健康診査等専門委員会にて定める標準フォーマットとPHRとして定める標準フォーマットの整合性を図っていくものとする。

マイナポータルを活用したデータ提供のイメージ



健診情報の生涯にわたる閲覧

- 国民・患者視点に立ち、国民が自らのニーズに応じて、生涯にわたって自らの健診情報等を閲覧・活用できる環境を整備することが必要。
- その際、「①自治体等によって保健事業等に健診情報等を適切に活用するために必要な保存」と「②個人が自身のニーズに応じて活用するための保存」に分けて整理するとともに、国民・患者が「気付いたときには情報の保存期間が終わり、削除されていた」という状況を回避するための仕組みも併せて整備する必要がある。

「気付いたときには情報の保存期間が終わり削除されていた」という状況の回避するため、例えば、以下のような対応を検討してはどうか。

- ・ 保存期間が終了し、情報を削除する際には、本人に対して、その旨を知らせるとともに、必要に応じて情報をダウンロードし、自ら管理する方法を紹介。
- ・ 加えて、民間 P H R 事業者の利用が前提とならないように、個人が自らの P C やスマホ等に円滑にダウンロードするためのアプリ等の提供。

受診① 健診増進事業実施者による健診事業の一環としての保存

**必要な
措置**

② 個人による保存

生涯

各健診等情報の一次利用（本人による閲覧、自治体等による保健指導など）を想定して、保存期間を設定。

（想定される保存期間）

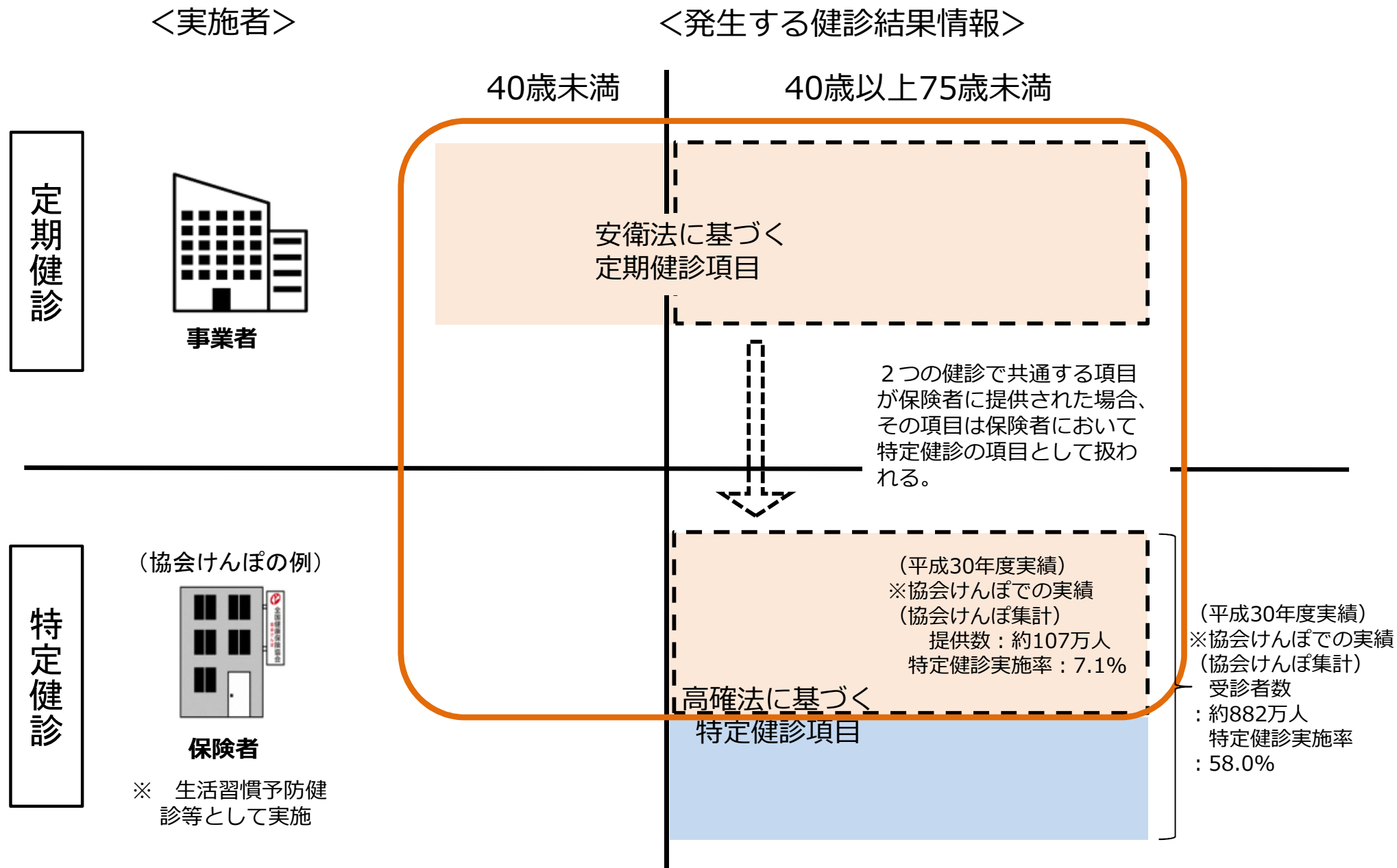
- ・ 乳幼児健診：学校保健への引き継ぎまで（7年）
- ・ がん検診：指針による規定（5年）
- ・ 肝炎ウイルス検診：生涯
- ・ 骨粗鬆症検診：健診3回分（10年）
- ・ 歯周疾患検診：健診2回分（10年） など

個人のニーズに応じて、適切に健診情報等を管理できる環境を整備。

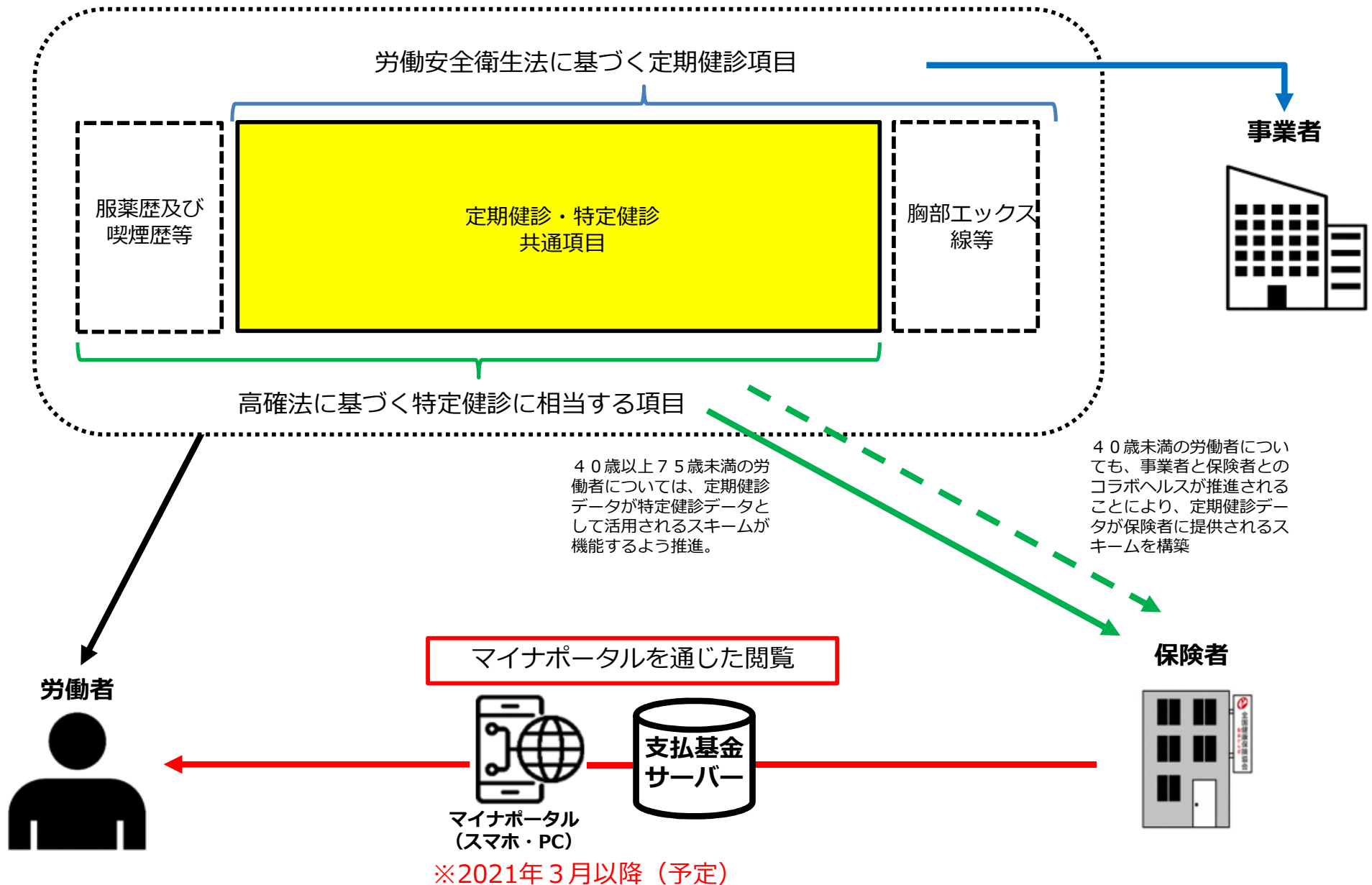
- ・ 国による情報ダウンロード用アプリ等の開発
- ・ 民間 P H R 事業者のルール整備 など

事業主健診作業班資料

事業主健診作業班における検討範囲について

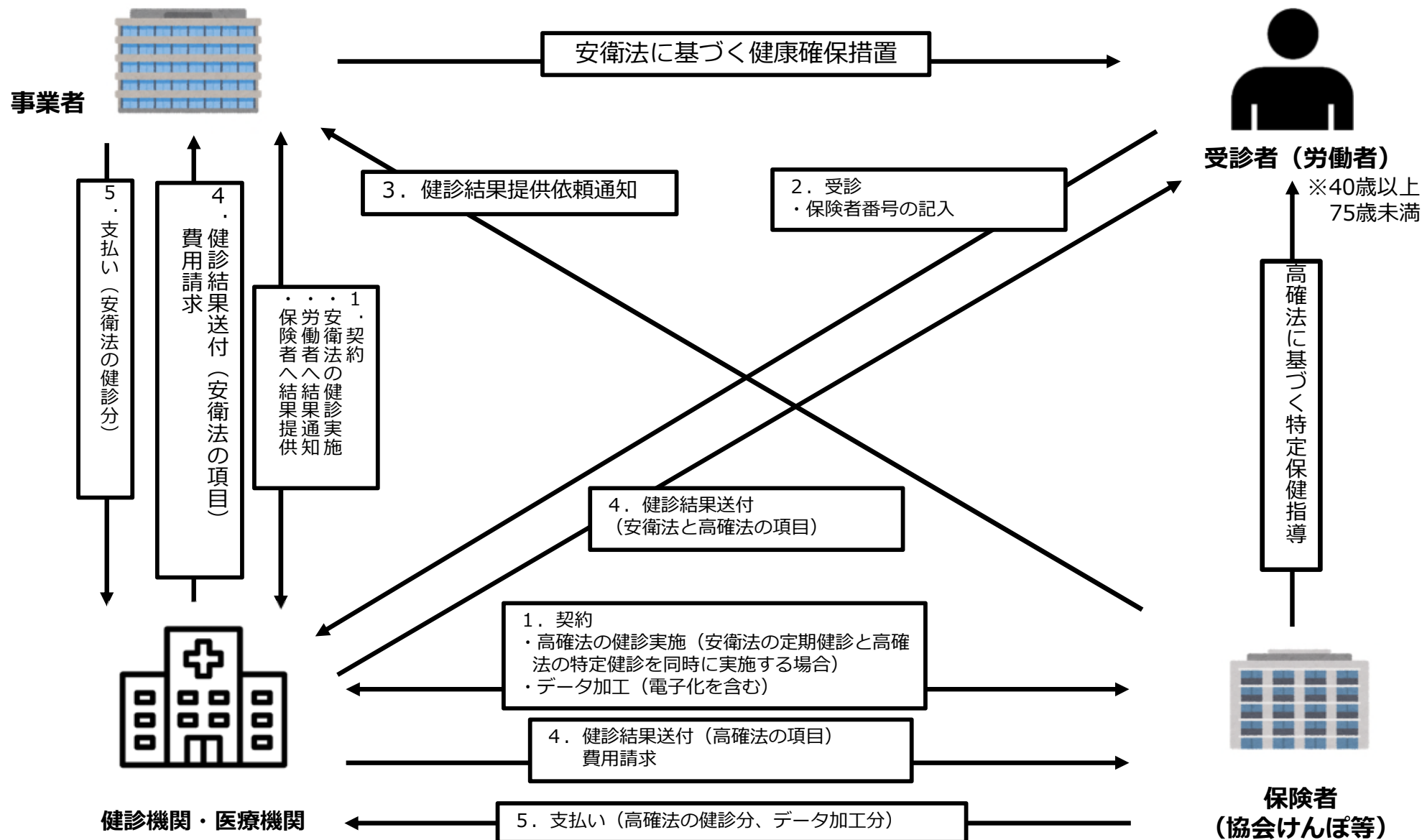


労働者の健診結果の閲覧について(方針案)



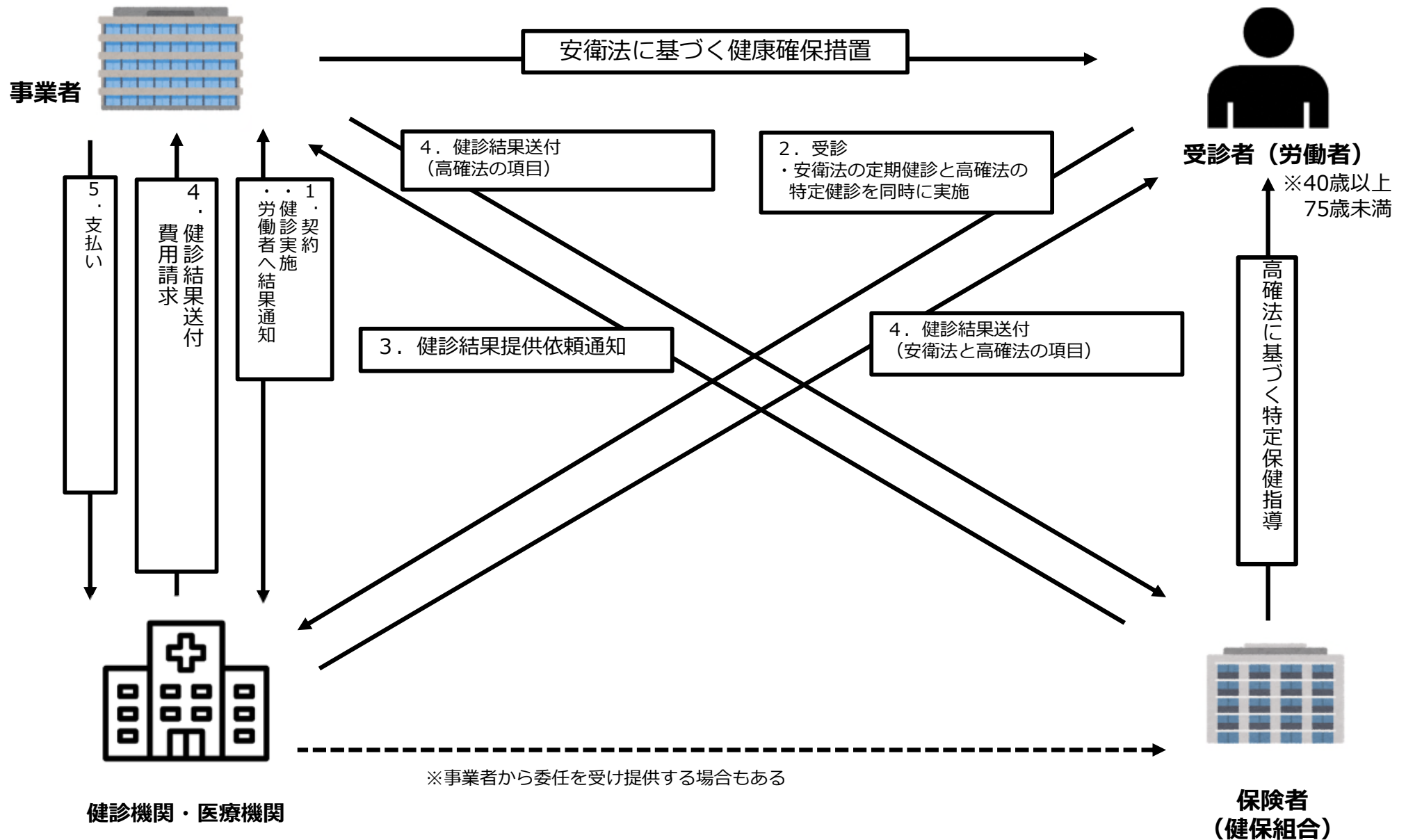
事業者から協会けんぽ等への健診結果の提供について(案)

○ 健診機関を通じて保険者へ健診結果を提供



事業者から健保組合への健診結果の提供について(案)

○ 事業者から保険者へ健診結果を提供



※ここに掲げたスキームはあくまで一例であり、事業所・健診機関・保険者が三者契約を締結して実施するなどのケースも想定される。

利活用作業班資料

- 様々な民間PHRサービスが既に存在※し、今後更なる利活用も想定されている。
PHR検討会においてまとめられた「国民・患者視点に立ったPHRの検討における留意事項」を踏まえ、民間PHRサービスの適正かつ効果的な利活用を進めるための環境整備について、PHR検討会の下に「民間利活用作業班」を設け、検討を進めている。
- 第1回(1/15)、第2回(2/19)、第3回(4月にメール審議)で検討を行い、次頁の論点について検討。
 - ・ 国で整理すべき事項（特に情報セキュリティや個人情報の取扱い）
 - ・ 民間事業者・業界で実務的に整理すべき事項（特に幅広い民間サービスの活性化）など、今後の対応・工程表について検討を進めているところ。

※ 民間PHRサービスの実態

- 「民間PHRサービス」としては、単に個人の健康情報等を記録(record)するだけでなく、それに基づき生活習慣の改善方法等の提示、健康増進サービスの推奨等、個人の自己管理をサポートするものも多い。
- 実際の使われ方としては、
 - ・ 個人が健康増進等目的で利用する場合
 - ・ 保険者の保健指導、企業の健康経営・福利厚生等の一環として個人にアプリの利用を促す場合
 - ・ 医療機関が疾患管理・二次予防のために患者にアプリの利用を促す場合等がある。(用途によって、安全性・有効性や、個人情報の取扱いに等について論点も少しずつ異なる)

第1回の議論を踏まえた今後の検討の進め方について(たたき台)

- 民間PHRサービスは、以下の3つの機能に類型化できる。
 - ① 個人の保健医療情報を記録管理・閲覧する機能
 - ② ①に基づき、生活習慣改善等に向けたリコメンドを行う機能
 - ③ ①又は②に加え、記録された保健医療情報を研究開発等のために第三者提供を行う機能
- それぞれの機能について、以下の点が特に重要である。
 - ①記録管理・閲覧機能 … 情報の相互運用性と情報セキュリティ
 - ②リコメンド機能 … 生活習慣改善等に向けたリコメンド機能の安全性・有効性などの質の担保
 - ③第三者提供機能 … プライバシー、個人情報の適切な取扱い
- 情報セキュリティや個人情報の適切な取扱いについては、既存の関連ガイドライン等と重複しないように留意しつつ、新たな対応が必要となる範囲については政府として基本的な方針を示した上で、その後、民間において運用、メンテナンスしていくことが望ましい。
- 生活習慣改善等に向けたリコメンド機能の安全性・有効性等については、適切かつ幅広い民間PHRサービスの活性化の観点から、政府で議論するもののほか、民間PHR事業者が業界として団体をつくり、実務的なルールを整備、メンテナンスしていくことが望ましい。
- 本作業班で検討するPHR事業者の範囲について、既存の関連ガイドライン等との関係にも配慮しつつ、整理する必要がある。
 - 例) 健診機関が行っている受診者向けの情報公開サービス
 - 地域医療連携の中で患者自身がデータを見ることができるサービス

学校健診関連資料

学校健康診断情報のPHR推進について

データ時代における学校健康診断情報の利活用検討会（令和元年10月～）

【議論の概要】

- 健診時点のみならずそれまでの発育や健康状態の経過等を含めた情報を合わせて把握・蓄積することにより、保健指導や本人の健康の保持増進にもより効果的に役立てることが期待される。
- 教育委員会の中には、健康診断結果等のデータの分析を外部委託している例や、保健部局と連携してデータ分析を行っている例などもみられる。また、例えば「学校保健統計」においても、より詳細なデータを収集しやすくなり、分析の充実を図りやすくなること等も期待される。
- 教員の仕事は、教えることがメインであるため、PHRを進める前提として、校務処理全体を電子化することにより、事務処理にかかる時間を削減し、本務に集中できる環境作りを目指すことが必要。 I C T 環境等の整備を図り、校務全体の I C T 化と一体として進める必要。
- 学校健康診断の項目は法令上定められているが、自治体により独自の項目を加えてあったり、記載の仕方については、現場に任されており、統一されていない。どのような項目をどのような形式で提供するかを国により統一化することが必要。
- 学校健康診断情報を電子的に記録している割合は小中学校で9割、高等学校で7割程度。また、学校保健に関しては、統合型校務支援システムとは別に、独自のソフトを導入している学校も多い。（電子的に記録している学校のうち、小中高の約6割が校務支援ソフトを利用している。その他、エクセル等を使用している学校もある。）
- 学校健康診断結果の電子情報を、本人等に返す方法については、健康診断票にQRコードを付して返す方法、マイナポータルを通じて閲覧できるようにする方法、クラウド上に情報を載せて本人等にアクセス権限を付す方法など、様々な制度設計の可能性が考えられる。

「今後の方向性」

- 学校の統合型校務支援システムにおける、PHR用の学校健康診断結果データの標準フォーマットを策定する。
- 学校のICT環境の整備を図り、校務全体のICT化と一体として検討を重ね、調査研究で明らかになった課題を克服する手法について最も効率的でコストが少ない方策を追求する。



学校健康診断情報のマイナポータル等を通じたPHRの実現可能性に関する調査研究（令和2年1月～3月）

マイナンバーと児童生徒等の健診結果を紐づけ、中間サーバーに登録する方法（法改正が必要）

【メリット】

- ◆ 個人番号利用のための既存の仕組みを活用できるため、整備コストを抑えることができる。
- ◆ 進学先・転学先から進学元・転学元の教育委員会に情報提供ネットワークシステムを利用した情報照会の仕組みを活かすことができる。

【デメリット】

- ◆ 学校又は教育委員会が児童生徒等の家庭からマイナンバーを安全・確実に取得し、健康診断情報と紐づける作業が発生。この校務を担うための人的コストがかかる。
- ◆ 私立・国立学校は自治体の中間サーバーに登録できない。

マイナポータルと連携した民間送達を用いる方法

【メリット】

- ◆ 学校または教育委員会がマイナンバーを取り扱う必要がない。

【デメリット】

- ◆ 設置者ごとに健診データ用のサーバーを新たに設置することとなり、相当のコストが発生する。また、民間送達サービスの利用料がかかり、そのコストを誰が負担するか。
- ◆ 同一市町村以外へ進学・転学した際に引き継ぐためには別の仕組みが必要。



医療等情報を本人や全国の医療機関等において 確認・利活用できる仕組みの在り方 参考資料

令和2年6月15日

保健医療情報を全国の医療機関等で 確認できる仕組みについて

保健医療記録として共有するデータ項目のイメージ（案）

第2回医療等分野情報連携基盤検討会（平成30年7月26日）
資料を一部改変

	通常診療時の情報（現状）	保健医療記録（案）	救急時に共有する医療情報（案）
（変更時に更新） 基本情報	- 氏名、性別、生年月日 - 保険情報 審査支払機関情報、保険者情報、被保険者情報 - 公費に関する情報 区分・公費・負担割合・課税所得区分など - 医療機関・薬局情報 カルテ番号、調剤録番号、診療・調剤年月、保険医氏名、麻薬免許番号	- 氏名、性別、生年月日 - 保険情報 審査支払機関情報、保険者情報、被保険者情報 - 公費に関する情報 区分・公費・負担割合・課税所得区分など - 医療機関・薬局情報 カルテ番号、調剤録番号、診療・調剤年月、保険医氏名、麻薬免許番号	- 氏名、性別、生年月日 - 保険情報 審査支払機関情報、保険者情報、被保険者情報 - 公費に関する情報 区分・公費・負担割合・課税所得区分など - 受診医療機関・薬局情報（年月別） - 最終受診医療機関・薬局情報（場合により複数） カルテ番号、調剤録番号
（診療の都度発生） 診療行為関連情報	- 診療行為に対応する傷病名情報 - 診療行為の内容に関する情報 診療実施年月日、診療内容、検査、処置、処方・調剤、手術、麻酔、輸血、移植、入退院（入院日、退院日）、食事、使用された特定機材、リハビリ情報 - DPC病院入院関連情報 入院情報（病棟移動、予定・緊急入院）、前回退院年月、入院時年齢、出生時体重、JCS（意識障害）、Burn Index、重症度 - 症状に関する情報	- 診療行為に対応する傷病名情報 - 診療行為の内容に関する情報 診療実施年月日、診療内容、検査、処置、処方・調剤、手術、麻酔、輸血、移植、入退院（入院日、退院日）、食事、使用された特定機材、リハビリ情報 - DPC病院入院関連情報 入院情報（病棟移動、予定・緊急入院）、前回退院年月、入院時年齢、出生時体重、JCS（意識障害）、Burn Index、重症度 - 症状に関する情報	- 病歴情報 主傷病名と受診医療機関リスト（受診年月） - 手術関連情報、麻酔歴、輸血歴 - 検査関連情報 - 薬剤情報 服薬中薬剤情報（必要なら過去の利用履歴） - 材料関連情報・特定材料使用歴 - 処方せん内容 - 症状に関する情報 関連する疾患、材料に対応
レポート等	- DPCデータ - 検査結果（血算・生化・生理 など） - 画像、画像診断レポート - 病理レポート - 看護サマリ - 退院時サマリ - 診療情報提供書 - 健診情報	- DPCデータ - 退院時サマリ（検査結果を含む） - 診療情報提供書（検査結果を含む） ※画像を添付できる場合あり - 特定健診情報	※ 医療機関、薬局のレセコン・電子カルテから収集するデータを基本に整理しているが、データの収集元や保管方法を含め、精査中。

（注）介護保険関連情報については、共有するデータ項目やデータの収集元、保管先を含め、今後検討

情報連携が有用な保健医療情報について

- 医療機関等の間で保健医療情報を確認するのに有用なユースケースやデータ項目等について、診療現場の意見を収集するため調査を実施。
- 診療現場における情報連携について主な意見は以下のとおり。

【救急時】

＜レセプトに記載されている情報のうち有用と思われる情報＞

- ・救急時の処置や治療等の判断に抗凝固薬や抗血栓薬等の服用を把握することが重要だが、特に高齢者は服用している薬の数も多く、本人も家族もよく分からないことが多い。（薬剤情報）
- ・降圧薬を服用している場合、緊急手術時の麻酔後に血圧が下がり手術に影響を及ぼす場合があり、事前の把握が有用。（薬剤情報）
- ・薬剤の代謝機能が悪化し、薬剤濃度が上がることで起こる疾患については、薬剤情報が把握できると推測できるため、非常に有用（薬剤情報）
- ・過去の手術歴が把握できれば、原因不明の出血等の救急患者について検査を効率的に行うことができる。（手術情報）
- ・ステント術等の心疾患治療歴を把握することができれば、患者の基礎疾患が推測され、術中麻酔による血圧低下、心筋梗塞の発生リスクの上昇等を考慮することができるが、患者が正確に覚えていない場合が多い。（手術情報）
- ・診断にあたって既往歴は有用であり、疑い病名が含まれることを認識した上で活用することはあり得る。（傷病名）

＜上記以外でさらに有用と思われる情報＞

- ・薬剤情報は有用だが、レセプトは1ヶ月以上後の情報であるため、処方・調剤された段階での情報があるとさらに有用。（処方・調剤情報）
- ・例えば、透析患者で特に月水金に透析を受けている患者は、日曜日から月曜日の夜間に急変しやすく、救急搬送時にかかりつけ医と連絡が難しい場合が多い。このように、救急時で患者の状況が分からない時は、薬剤情報やアレルギー情報等の把握が有用。（処方・調剤情報、アレルギー情報）
- ・症状を診た上で既往歴を把握できれば、診断するのに有用。（傷病名）

＜その他＞

- ・意識障害のある患者や患者からの情報が正確でないケース（忘れた・把握していない等）などにおいて、情報連携の仕組みが非常に有効。

【外来（初診・再診）、入院時】

＜レセプトに記載されている情報のうち有用と思われる情報＞

- ・麻酔時に服用している薬によって血圧が変動することがあり、予め薬剤情報を把握しておくことが有用。（薬剤情報）
- ・高齢者や独居、認知症等の患者について、過去にかかっていた医療機関を本人が覚えていない、うまく話せないことが多く、照会もできずに情報入手が困難。過去にどの医療機関名にかかっていたかわかるとよい。（医療機関名等の基本情報）
- ・MRI検査が禁忌となる心臓ペースメーカーや人工内耳等の手術歴を正確に把握することで、検査実施の判断や事故防止に有用。（手術情報）
- ・手術の術式は正確なものが記録されており、実際行われたことがわかるため有用。（手術情報）
- ・手術や移植、処置など、過去に行われた治療の情報は有用（移植情報）
- ・既往歴は有用であり、疑い病名が含まれることを認識した上で活用することはあり得る。（傷病名）

＜上記以外でさらに有用と思われる情報＞

- ・診療情報提供書を患者が持参しないことが多く、患者自身や家族が取りに行ったり、医師自身が手紙で請求するなど、入手に多くの手間がかかっている。（診療情報提供書）
- ・過去の検査結果との比較により、急性増悪しているのか、慢性的な状態かを判断し、治療等の迅速な検討に有用。特に、特定健診や生活習慣病関連の項目、感染症情報等の結果が有用。（検体検査結果）
- ・腎機能の低下や妊婦の凝固障害等を予め確認することで、治療等の迅速な検討に有用。（検体検査結果）
- ・歯を削る治療の際に、予め感染症情報が把握しておくなど医療従事者の感染防止対策を講ずる上で有用。（検体検査結果、感染症情報）
- ・めまいを訴えた患者が心房細動だったり、妊娠高血圧症の患者が頭痛を訴え脳出血だったり、主症状と基礎疾患の情報により、重篤な疾患の鑑別や優先順位をつけた診察に有用。（傷病名）
- ・アレルギー情報や併用禁忌薬の確認は診療に重要だが、患者が把握していなかったり、関係していないと患者が判断して伝えない場合あり。（アレルギー情報）

＜その他＞

以下のような事例があり、システムで自動的に情報が入手できる仕組みが必要。

- ・週に数日しかない専門外来の診療情報を確認するのに、手紙のやり取りだけで2週間程度かかってしまう。
- ・薬局から医療機関に必要な情報を確認するが、医療機関側の診察時間と重なったり、照会時にカルテが手元にない等、情報の入手が難しい場合がある。

【退院時】

＜レセプトに記載されている情報のうち有用と思われる情報＞

- ・治療の継続性の観点から、過去（入院前）の薬剤情報の把握が有用。（薬剤情報）

＜上記以外でさらに有用と思われる情報＞

- ・退院時サマリは、傷病名、退院時処方、検査結果、画像結果等がコンパクトにまとまっており、短い時間で情報を把握するのに非常に有用。（退院時サマリ）
- ・専門的な入院治療では遠方からの患者が多く、退院後、地元の医療機関で診てもらう際に詳細な情報提供を行う必要あり。画像情報の互換性がないためにファイル形式を変換、CD-Rに焼き直すなど手間がかかっている。（退院時サマリ、画像情報）

＜その他＞

- ・退院時カンファレンスに参加できない医師やスタッフがおり、基幹病院とかかりつけ医の相互で必要な医療情報を円滑に連携できる仕組みが有用。

【災害時】

＜レセプト情報のうち有用と思われる情報＞

- ・平常時に使用していたインスリンの種類、量、用法が分かると対応ができる。（薬剤情報）

＜上記以外でさらに有用と思われる情報＞

- ・震災や台風の際に透析患者を受け入れを行うことがあり、患者の情報が少しでもあると有用。透析患者は週単位で服薬内容が変わることがあるため、最新の薬剤情報の確認が必要。（処方・調剤情報）

【PHR】

- ・自身が閲覧したい情報項目と回答した割合として、「薬剤情報」「検体検査結果」等が高かった。



- 診療における情報連携が有用なミニマムデータについては、医療の質の向上や効率化、患者自身の健康管理や重症化予防の視点とともに、技術動向や費用対効果を踏まえて検討。
- これらの保健医療情報を全国で確認できるためには、レセプトに記載されている情報以外の情報については、医療情報を標準化しつつ医療機関外へ提供される仕組みの検討が必要。

標準的な医療情報システムについて

オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設

令和元年度予算 300億円

- 技術革新が進む中で、医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、令和元年度において、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるICT化を支援する。（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の改正。令和元年10月1日施行）

医療情報化支援基金（令和元年度）の対象事業

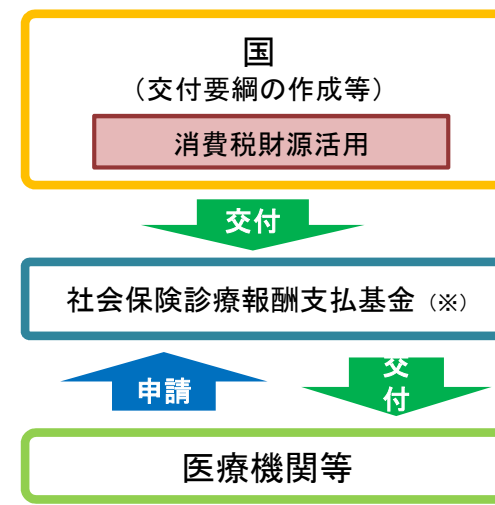
1 オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援

オンライン資格確認を円滑に導入するため、保険医療機関・薬局での初期導入経費（システム整備・改修等）を補助

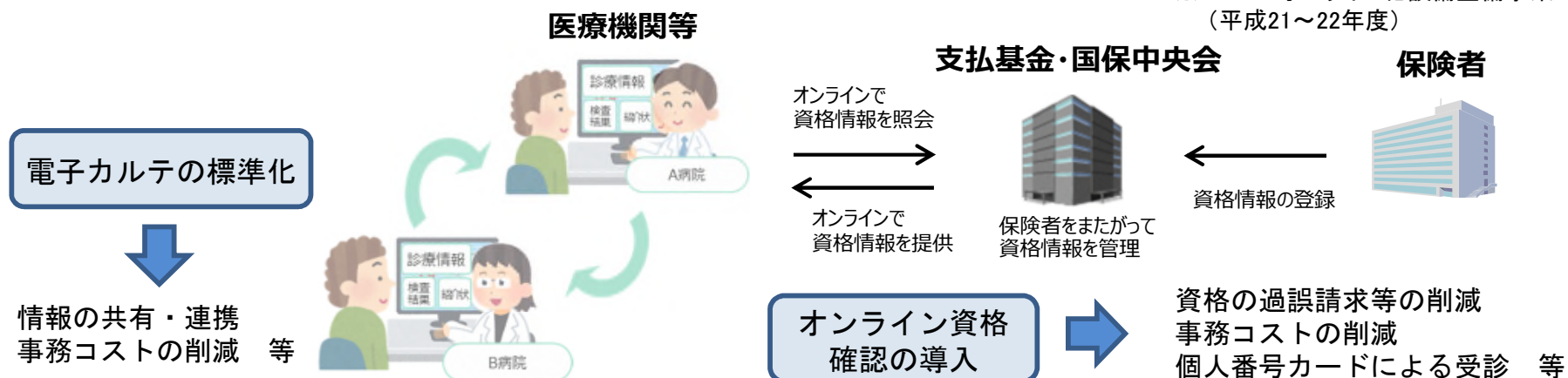
2 電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援

国の指定する標準規格を用いて相互に連携可能な電子カルテシステム等を導入する医療機関での初期導入経費を補助

〔支援スキーム〕



※レセプトオンライン化設備整備事業の実績有り
(平成21～22年度)



標準的な医療情報システムの検討について

標準的な医療情報システムについて、技術的側面（内閣官房の検討会）と、制度的側面（厚生労働省の検討会）の2段階で検討する。

標準的医療情報システムに関する検討会（内閣官房健康・医療戦略室）

標準的な医療情報システムについては、省庁横断的に技術的・専門的議論を行う必要があることから、内閣官房健康・医療戦略室下の検討会「標準的医療情報システムに関する検討会」を開催。

医療等情報利活用ワーキンググループ（厚生労働省）

上記検討会のとりまとめを踏まえ、医療現場等の関係者が参画する本WG（医療等情報利活用ワーキンググループ）において、「医療情報化支援基金」の趣旨に照らした補助要件や、標準的電子カルテの普及方策等、具体的な施策へ反映させるための検討を行う予定。

「技術面から見た標準的医療情報システムの在り方について」概要

(令和元年11月29日 次世代医療ICT基盤協議会 標準的医療情報システムに関する検討会)

厚生労働省
作成資料

検討会の趣旨・構成員

○情報通信技術の今後の見通し等も念頭に、技術面から電子カルテをはじめとする医療情報システムの標準的なあり方を明らかにすることを目的とし、健康・医療戦略推進本部・次世代医療ICT基盤協議会のもとに開催された有識者会議。

※2019年10月8日、24日、11月24日に開催。事務局：内閣官房・健康・医療戦略室。

○構成員

山本 隆一（座長、医療情報標準化推進（HELICS）協議会会長） 齋藤 洋平（フューチャー株式会社取締役）
杉浦 隆幸（合同会社エルプラス代表者、日本ハッカー協会代表理事） 松村 泰志（大阪大学大学院医学系研究科情報統合医学講座教授）
矢作 尚久（社会保険診療報酬支払基金特別技術顧問、慶應義塾大学政策・メディア研究科准教授）

今後の医療情報システムに求められる考え方

<目的>

- ▶ 主な課題としては、①医療機関間の医療情報共有やPHR等、施設外での医療データ管理・流通、②医療の実態評価や臨床研究等へのリアルワールドデータの活用、③医療の質・安全向上のためのシステム等、医療現場の意思決定支援への活用、への対応。
- ▶ 技術は10年単位で推移。統一された電子カルテ、画一化された製品は現実的ではない。

<基本的な考え方>

- ▶ 全体構想（グランドデザイン）が重要、クラウドベースで効率的で安全なシステムとなる可能性も追求
- ▶ 医師等がデータの流通を制御できるようにするための基盤として、データの外部出力機能、データの構造化、ハウスコードの標準コードへの変換、標準フォーマットで出力するAPI等を実装する必要がある

<具体的な対応>

- ▶ HL7 FHIR（データがXML又はJSON形式で表現され、アプリケーション連携が非常にしやすい）の普及が一つの方向性
- ▶ 標準的なコードの拡大（検査・処方・病名等の必要な標準規格から実装）
- ▶ セキュリティや個人情報保護に対応する仕組みの構築
 - ・ OS等が最新の状態で安定して使用可能であること、アプリケーションの継続的なセキュリティ対策の実施、IoT化された医療機器のセキュリティ対策、クラウド型の電子カルテでは、インターネット接続状態でのセキュリティ対策。
 - ・ なりすまし等を防止するため、HPKI(Healthcare Public Key Infrastructure) の普及と現場での具体的な利用の在り方を前提とした検討。

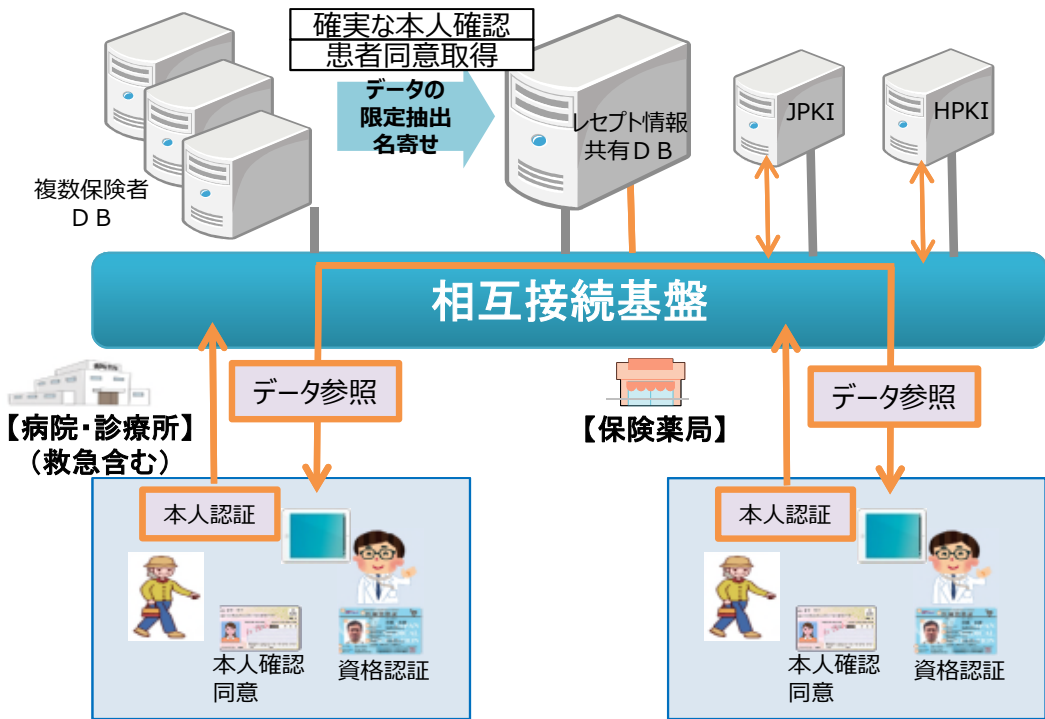


関係方面においても、今後、医療情報システムの構築にあたっては、本報告書を踏まえた対応が必要

ネットワークを活用した医療機関・保険者間連携に 関する調査 概要(未定稿)

- 医療機関・保険者間でのレセプト情報連携のモデル構築に向け、2018年度総務省調査研究事業の実証課題である「**レセプト情報の診療現場における有用性の更なる検証**」、「**レセプト情報を診療現場で活用するための仕組みのユーザビリティ向上**」の解決を目指し、保険者が保有するレセプトデータを患者本人の提供同意の下、医師又は薬剤師に開示する仕組み（以下、「**レセプト情報診療支援システム**」）を用いて実証を行い、**診療現場における有用性の評価の収集とその分類・整理検証**、**複数保険者に分散するレセプト情報を纏めて閲覧可能とするシステムの検証**、**普及展開を見据えた仕組みに関する検証・考察**を実施。

- 背景：2018年度総務省調査研究事業では、一国保のレセプト情報を病院・診療所医師にて活用する実証を行い、レセプト情報の診療現場における有用性について一定の評価が得られた。結果、今後の課題として、レセプト情報の診療現場における有用性の更なる検証、それに向け、後期高齢者のレセプト情報を実証に取り入れること、医師のみにとどまらず薬剤師にとっての有用性の検証、多忙を極める診療現場においてレセプトデータを活用するための仕組みのユーザビリティ向上、複数の保険者が分散して保有するレセプトデータをまとめて閲覧可能とする仕組みとすること、が挙げられた。
- 目的：2018年度総務省調査研究事業の一国保に加え、隣接地区の一国保、及び同地域における後期高齢者医療広域連合が保有するレセプト情報を活用する。また実証モニターとして医師に加え薬剤師が参加することによって、レセプトデータの診療現場における更なる有用性を検証するとともに、仕組みの技術的課題、機能性、操作性、医師・薬剤師の業務フローに照らした運用手順、普及局面を想定した導入の際の費用面につき、検証、考察を実施。



■ 主な調査項目

1. 診療現場における有用性に関する評価の収集とその分類・整理検証

- (1) 仕組みの活用により、診療に有用な情報がどの程度容易に得られたかについての評価
- (2) 2018年度総務省調査研究事業の実証課題である「救急現場での利用」、また「後期高齢者の利用」について検証し、その有用性を評価
- (3) 医師・薬剤師へのレセプト情報提供に関する患者側意識・利用意向を把握し、有用性を評価

2. 複数保険者に分散するレセプト情報を纏めて閲覧可能とするシステムの検証

2018年度総務省調査研究事業の実証課題から、複数保険者に分散して保管されている同一患者のレセプト情報を纏め上げる仕組みを実際に構築・運用し、その課題点を整理・検証

3. 普及展開を見据えた仕組みに関する検証・考察

- (1) 仕組みの機能性、操作性に関する評価の収集とその分類・整理
- (2) 医療機関・保険薬局の現状の業務フローに照らした運用手順の検証
- (3) 導入する際の費用面に関する検証
- (4) 本番環境での実現可能性の検討

■ 本フィールドの目指すべき姿

- 請求情報として全国共通の仕様にて保険者毎に一元管理されているレセプトを診療の基本情報として効率的・効果的に活用する仕組みが全国に普及する状況を目指す。
- 本実証では、上記の目指すべき姿の検討に向けて、システムの構築に係る技術的課題、医療上の有用性・機能性に関する評価、医療現場の実際の業務フローに照らした運用手順の考察、導入にかかる費用面の検証を進める。

- 2018年度総務省調査研究事業において参画頂いた香川県高松市に加え、隣接自治体の三木町を実証地域として選定。実証に参加する医師・薬剤師は、高松市及び三木町に属する地区医師会・薬剤師会の役員を中心に募集を行い、**19の医療機関**において**約30名の医師が100名以上の国保・後期高齢者制度の被保険者に、10の保険薬局**において**10名の薬剤師が50名以上の国保及び後期高齢者制度の被保険者に**活用することを計画。

■ 高松市

項目	値	出典
人口	約419千人(187千世帯)	香川県ＨＰより(2019.3.1)
国保、後期高齢者被保険者数	約91千名、約56千名	高松市データヘルス計画より（2018.3）
同月間レセプト件数	約21.2万件	総務省統計局より
医療機関数	667施設(病院35、診療所415、保険薬局217)	香川県ＨＰより(2017.10.1)
医師数、薬剤師数	1,146名、608名	香川県ＨＰより(2016.12.31)
マイナンバーカード交付率	12.5%	総務省ＨＰより(2019.11.1)

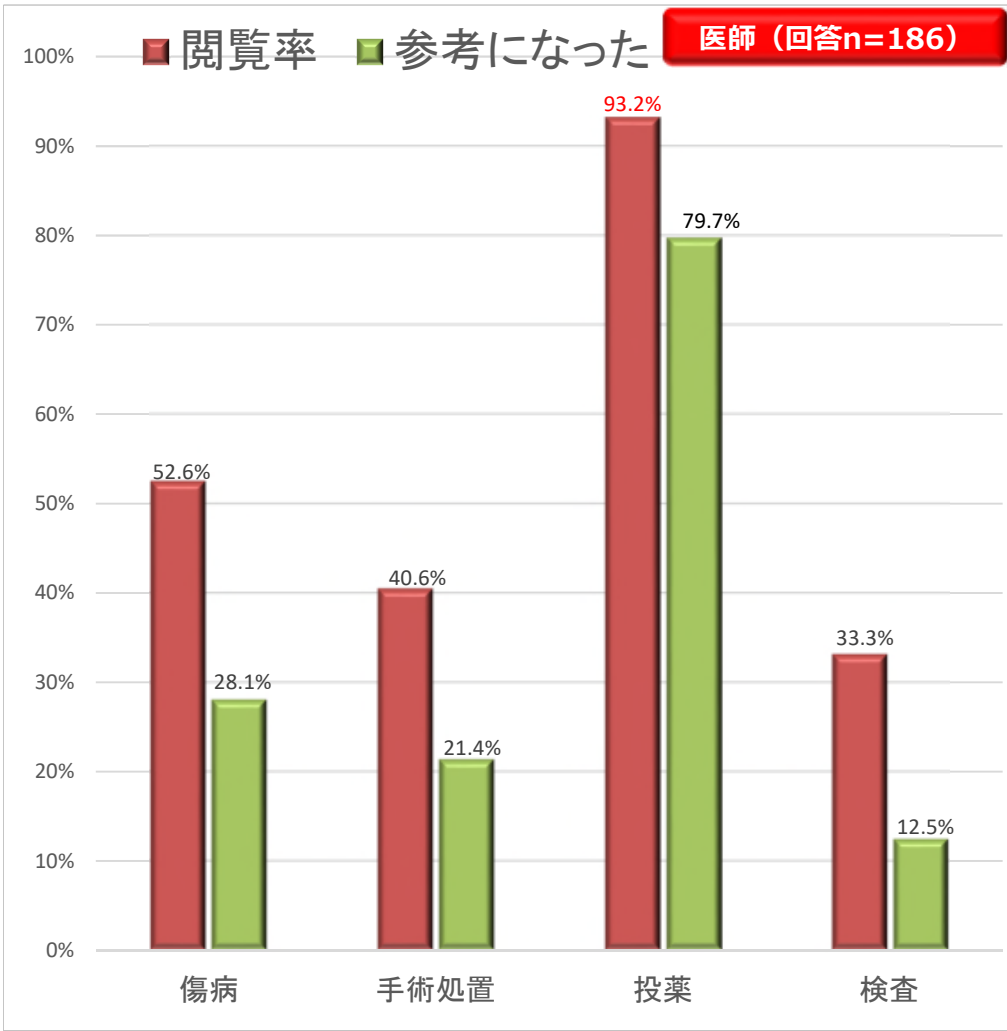
■ 三木町

項目	値	出典
人口	約27千人(11千世帯)	香川県ＨＰより(2019.3.1)
国保、後期高齢者被保険者数	約7千名、4千名	三木町データヘルス計画より（2016.3）
同月間レセプト件数	約1.6万件	総務省統計局より
医療機関数	32施設(病院3、診療所17、保険薬局12)	香川県ＨＰより(2017.10.1)
医師数、薬剤師数	26名、32名	香川県ＨＰより(2016.12.31)
マイナンバーカード交付率	10.3%	総務省ＨＰより(2019.11.1)

- 評価シートにおける、医師・薬剤師モニターが各情報項目ごとに閲覧したと回答した割合及び有用性に関する評価割合を2018年度の結果と対比できる形でとりまとめた。医師においては、閲覧している情報項目は、2018年度と同様の傾向（投薬情報が最多）。
- 2019年度は昨年度と比較し、閲覧している各情報項目において、「参考になった」との回答割合が高かった。

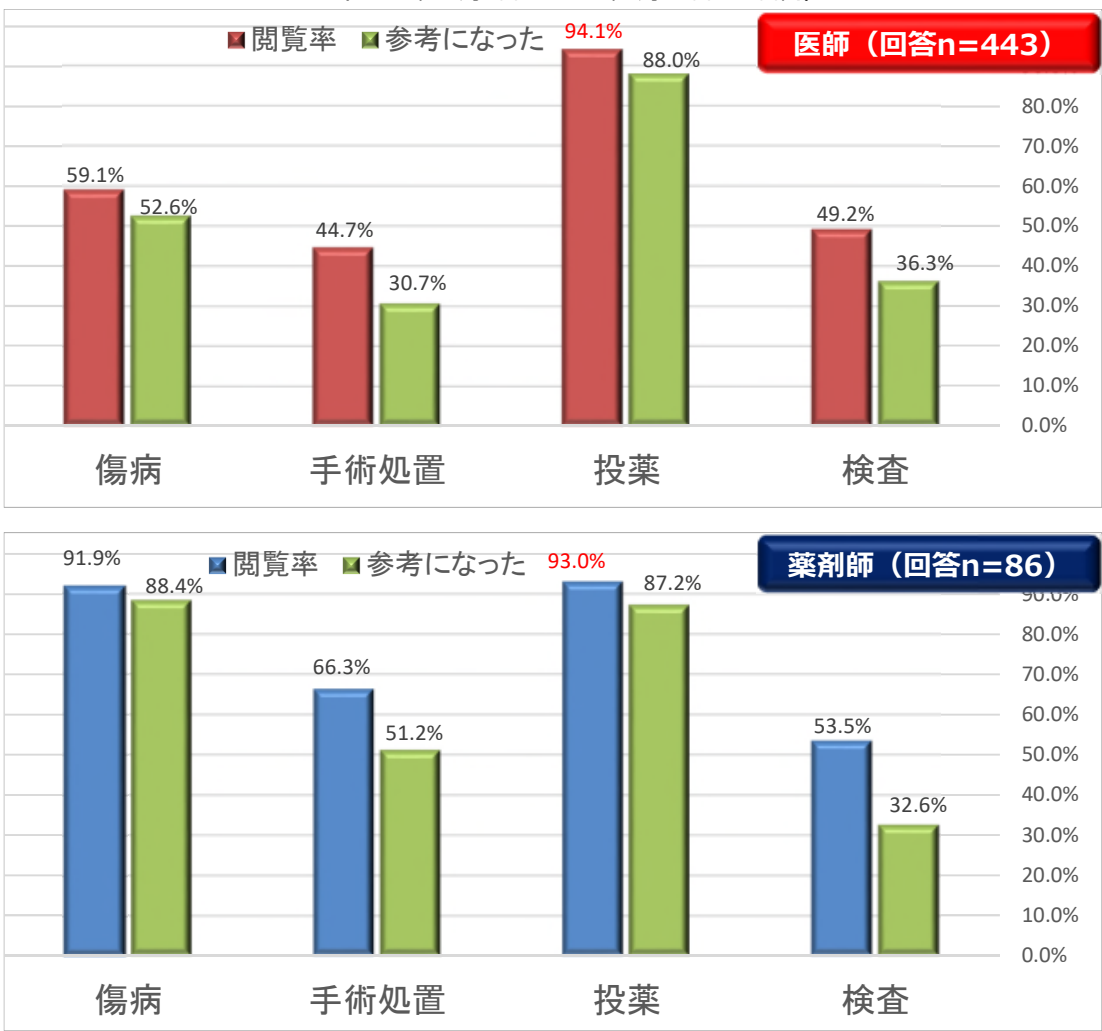
2018年度 情報項目別「閲覧」率
(医師のみ)

(2018年11月19日～2019年2月16日 90日間) (活用評価シート調べ)



2019年度 情報項目別「閲覧」率
(医師及び薬剤師)

(2019年12月9日～2020年2月15日 69日間) (活用評価シート調べ)



- ・ 医師に対し、**医療機関におけるレセプト情報診療支援システムの有用性**についてインタビューを実施。
- ・ 外来診療において、**情報の少ない初診時、体調の変化が見られた再診時**等で、**患者の曖昧な記憶の補完**や、**新たな情報の取得**ができるとの評価を得た。一方で、**時間がないことで利用が限られてしまう**との指摘もあった。

医師のご意見 (一部抜粋)

(1)「仕組みの活用により、診療に有用な情報がどの程度容易に得られたかについての評価」

医師 (外来初診)

【背景の理解、検査実施の検討のために、『投薬情報』、『検査情報』を参照】

- ・ 過去に通院歴があったが3年ぶりに来院の高齢ひとり暮らしの患者。食事が摂れない状況が続き、倦怠感があった。問診では胃潰瘍で他の医療機関に通院しているというが、記憶が曖昧でお薬手帳の内容も本人から聞き取った内容とかなり相違があった。本システムで確認するも胃潰瘍の検査歴はなかった。投薬情報の確認により、過活動膀胱の薬が処方されていたが、改善されなかったことから、現在は服用していないことがわかった。治療として回復のための点滴と神経因性膀胱のための薬を処方した。(内科全般、消化器系が専門)

【治療方針の検討のために、『傷病情報』、『投薬情報』を参照】

- ・ 認知症の疑いのあるひとり暮らしの女性が、親族とともに受診。過去に医療機関を受診していたようだが詳細は不明。お薬手帳もなく、親族も状況が分からず、持参薬所持もなかった。本システムを閲覧し、服用していた薬の服用が、突然途切れたことが分かり、そのタイミングから、認知が進み、服用を止めていたことが推測できた。薬の内容から、どの程度の病状かも推測できた。また、受診先が整形外科、内科であろうことも推測でき、当院での認知症対応とあわせて、整形外科、内科での治療も可能となった。(脳神経外科)

【主訴の原疾患を確認し、治療方針の検討のために、レセプト情報を参照】

- ・ 腰痛の男性。既往ははっきりせず。腰痛には、加齢による骨粗鬆症以外にも、転移性の骨腫瘍によるものもある。転移性の骨腫瘍であれば原疾患治療の病院に受診させる必要がある。本システムを閲覧し、傷病情報で癌の既往、検査情報で定期的な検診を確認したことで、転移性の骨腫瘍ではないことが確認できた。(整形外科)

医師 (外来再診)

- ・ 再診扱いだが、異なる部位の症状を訴えるケースでは有用。ある意味、初診と同じだと捉えている。(整形外科)
- ・ 定期通院している患者でも体調の変化時には有用。複数医療機関での受診患者も多く、他院での治療状況の確認は参考になる。(内科)
- ・ 整形外科や耳鼻咽喉科などの院内処置や検査情報の確認には有用。かかりつけ医師として、他治療への取り組みをサポートすることにも活用できる。また、検査の有無が分かれば、重複検査も回避できる。(内科)

医師 課題

- ・ 利用したかったが、以降の患者が待機している中で、初診では利用しづらい。(外科)
- ・ 初診の患者で利用したかったができなかった。患者からの聞き取り、治療行為の前に、実証内容の説明、同意と本人確認をし、ようやく閲覧ということをしていては、患者は不信感が生じるのではないか。この仕組みが、世の中に周知されれば、変わるかもしれない。(内科)

- ・ 薬剤師に対し、**保険薬局におけるレセプト情報診療支援システムの有用性**についてインタビューを実施。
- ・ **服薬指導**において、**患者の曖昧な記憶の補完、新たな情報の取得ができる**との評価を得た。一方で、**次の患者が待っているケースでは利用したくてもできない、初来局の患者は特に利用できなかった**、との指摘もあった。

薬剤師のご意見 (一部抜粋)

(1)「仕組みの活用により、診療に有用な情報がどの程度容易に得られたかについての評価」

薬剤師 (薬学的管理 服薬指導)

【抗コリン薬の処方箋応需時の、処方監査、服薬指導のために参照】

- ・ お薬手帳のない患者で眼科と泌尿器科に通院中。薬の名前は覚えていないが、薬の用量が変わったという情報を患者から得られた。本システムでそれを把握することができた。さらに、患者サマリーで緑内障の既往歴を確認し、投薬情報からは処方薬名を確認。閉塞性 (原発閉塞隅角緑内障) ではないことがわかった。直接聞いた情報とあわせて適切な服薬指導に役に立った。

【患者の服薬状況の一元管理のために参照】

- ・ 服用していた薬の変遷がわかることは良かった。A病院でXという降圧剤を使用後、効かなかったのでB病院でYという降圧剤を使用した、という履歴を確認することができた。

【患者背景の理解を含めた継続的な服薬指導のために参照】

- ・ 患者の背景や傷病を知ることコミュニケーションを図ることができた。眼科の情報は、以前お薬手帳でチェックし、緑内障の治療をしていることは知っていたが、検査歴を確認することで白内障も患っていることがわかった。緑内障の人は白内障も進行し、場合によっては同時手術のケースもあるので確認できてよかった。

【患者背景の理解から患者との信頼関係構築のために参照】

- ・ 処方内容に疑問を持っていたが、傷病名を知り処方意図を理解でき、安心につながった。また、他局での処方内容を知ること、患者からの聞き取り内容の裏付けがとれ、患者が薬の名前と内容を間違っていることがわかり、修正することができた。

【服薬状況の理解と継続的な服薬指導を行う時に参照】

- ・ 検査項目の一覧は役に立った。当薬局隣接の医院では血液検査を腎機能、肝機能の悪い人は2カ月に1回、それ以外は3、4カ月に1回程度実施している。薬の副作用はその多くが服用初期に現れると考えている。薬の変更や追加があったときは特に注意を払っている。

【お薬手帳が不完全な時に参照】

- ・ 毎回お薬手帳を持ってきてくれているが、必ず日付順にならんでいるとは限らず、空きページに貼られているケースもある。その点で、正確な投薬歴は役に立つと考える。

薬剤師 課題

- ・ 次の患者が待機していたら、待たせられないので、閲覧を続けたくても、それ以上できなかった。
- ・ 初めての来局で、お薬手帳を持っていない患者に使うのが有効だと思うのだが、多忙でのためできず、定期来局者で、理解を得やすい患者で利用した。
- ・ 場所の問題で端末機が患者から離れているところにあると、患者にとっては何を見られているか、と考え不信感につながりかねない。

- ・ 医師に対して、**救急現場での利用**について、医師、薬剤師に対して、**後期高齢者への利用**についてインタビューを実施。
- ・ **救急現場での利用**は迅速な対応が求められるため、利用は限定的。有用事例がある一方で、**医師が説明、同意取得、本人確認、閲覧を、処置と並行して行うことは困難**であり、また医療機関名がないことで問い合わせができない、といった指摘もあった。
- ・ **後期高齢者の利用**は**受診者数が単純に多く、複数の医療機関受診者も多い**こと、また、**記憶が曖昧な者も多い**ことから、有用性があるとの評価。一方で、複数の手術歴がある患者がいることを踏まえ、生涯にわたる手術情報が必要との指摘もあった。

医師・薬剤師のご意見 (一部抜粋)

(2) 「救急現場での利用」、また「後期高齢者の利用」について検証し、その有用性を評価」

救急での利用

【救急対応が必要な患者への初期対応の検討のために参照】

- ・ 腰痛で当院での治療歴ある患者が、胸痛にて来院。緊急性有りと判断し本システムを参照。週一回程度の通院で高血圧、高脂血症等の循環器疾患に対して服薬中であることが判明。心筋梗塞等の可能性を考慮し、心臓カテーテルが可能な施設を紹介。紹介すべき医療機関の考察や紹介状を書くための参考になった。(外科、消化器科、整形外科)

【救急搬送患者への抗血栓薬、抗凝固薬服用の確認のために参照】

- ・ 救急搬送の80歳代男性。大腿骨骨折。お薬手帳はなく、本人、家族の記憶だけでは、他院での治療情報や、既往症も不明。現在の他院治療状況、服薬状況の確認を行い、抗血栓薬、抗凝固薬の服用がないことを確認した。治療方針の検討の参考となった。(整形外科)

【救急搬送患者の背景理解のために参照】

- ・ 四肢麻痺による在宅寝たきり状態（意識障害なし）の患者が往診医の紹介で当院へ救急搬送。症状は尿閉で、内服薬および治療歴・入院加療の確認のために、本システムを参照。患者背景の理解のために参考になった。(泌尿器科)

救急 課題

- ・ 説明、同意、端末へのアクセスなど短時間でできないと利用できない。レセプト情報を否定はしないが、現状では利用できない。(救急、外科)
- ・ 迅速な対応が求められる中、処置と並行して、説明から同意取得まで、医師が行うことは困難。(泌尿器科)
- ・ 医療機関名がないと、情報を得ても問い合わせができない。(外科)

後期高齢者への利用

- ・ 後期高齢者では特に活用したい対象者が多い。実際に来局される患者の7割近くは高齢者。その患者の情報が閲覧できるのは有用。(薬局)

後期高齢者 課題

- ・ 若いころの手術の影響を確認したいようなケースがある。手術歴や検査歴はより長い情報を得たい。(内科)

- ・ 医師、薬剤師へのインタビューにて、その他にも、**今後の可能性、期待、課題**についての声を収集。
- ・ レセプト情報診療支援システムへの**更なる期待として、休日当番、夜間診療、災害時等**、患者情報がほとんどないケースで有用との声があった。一方、**急性期病院では、直近の情報が必要との指摘**もあった。

医師・薬剤師のご意見 (一部抜粋)

(1)「仕組みの活用により、診療に有用な情報がどの程度容易に得られたかについての評価」

(2)「救急現場での利用」、また「後期高齢者の利用」について検証し、その有用性を評価」

その他のご意見 期待 可能性

- ・ 整形では普段から歯科の先生から患者の骨粗鬆症に関する問い合わせがある（ビスホスホネート製剤による顎骨壊死のリスク回避）。歯科医師ともレセプト情報を共有できれば有用だと思う。（整形外科）
- ・ 休日当番医や夜間診療時では誰が来るかわからず、情報が容易に得られないので有用。（外科、消化器科、整形外科）
- ・ 通院から施設入所や在宅へ切り替わった患者において、それまでの医療機関毎の情報は紹介状で得られるものもあるが、内容が不十分なこともある。施設の担当医もしており、そのような機会の際に利用したかった。（内科）
- ・ エリアによって、患者の意識は異なるかもしれない。この地域のお年寄りには、お薬手帳は薬局毎に所有していて、一元化されていないことが多い。当該の傷病で通院時に行く薬局のお薬手帳しか持っていないことが多い。そのような患者には有用かと思う。（内科）
- ・ 災害時には、透析情報やインスリン投与などの情報が有用だろう。（外科、消化器科、整形外科）
- ・ 病棟での利用も有用と思う。骨折で入院した患者で、内科的疾患があり服用薬がたくさんあるようなケースでは、何の病気で薬を服用しているのかを知りたい。（外科）
- ・ 患者は、どのような画面を見ているのか分かることで、安心する。レセプト情報の画面のサンプルを提示して、仕組みの説明をした。（薬局）
- ・ こうした仕組みを、利用して診察するというやり方もあるということ、患者さんに理解してもらいたいと考えつつ、利用した。（整形外科）
- ・ たくさんある情報から重要な情報のみを得たい。診療報酬点数で高額なもののみを抽出する方法も1つ。（内科）

その他のご意見 課題

- ・ 急性期病院では、直近の情報が必要。（泌尿器科）
- ・ 利用目的が不明確だと使いにくい。何か情報を得られないかという視点では、診療時の利用は限定的。（外科、内科）
- ・ 全患者が対象でないとダメ。限られた時間の中で利用するために、事前に予約患者から対象者を抽出したが、あまりにも手間。（外科）
- ・ 使い方が分からないと、効率的に利用できない。患者サマリーを利用するようになって活用しやすくなった。（薬局）
- ・ 実際には治療しているかもしれないが、同一の傷病名が掲載され続けている。完治している傷病名は除いてほしい。（複数の医師、薬剤師）

令和2年6月19日	第128回社会保障審議会医療保険部会	参考資料1－5
第3回健康・医療・介護情報利活用検討会（令和2年6月15日） 参考資料6		

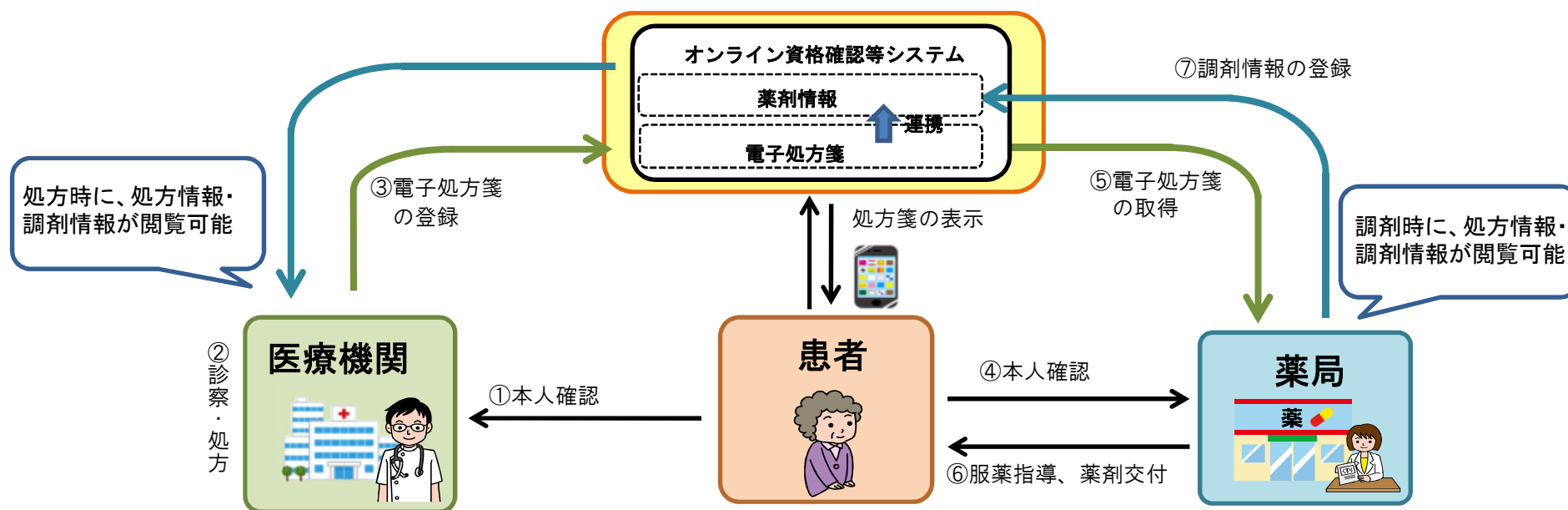
電子処方箋の実現に向けた環境整備 参考資料

令和2年6月15日

オンライン資格確認の基盤を活用した電子処方箋の運用と処方情報・調剤情報の活用

仕組みの概要

- オンライン資格確認の基盤を活用した電子処方箋のサーバーを設置する。
- 医療機関は電子処方箋を登録する。
- 薬局において、患者の本人確認を行い、電子処方箋のサーバーから当該患者の電子処方箋を取得する。
- 薬局は調剤情報を電子処方箋サーバーに登録する。
- ※ 電子処方箋の情報を活用し、処方情報・調剤情報を他の医療機関・薬局で閲覧することを可能とする仕組みを構築する。



想定しているメリット

- 医療機関と薬局の間での情報の連携に貢献する（疑義照会や調剤情報の確認等の負担の軽減）。
- 薬局における処方箋記載情報の入力負担を軽減する。
- 薬局が紙ベースの処方箋原本を受けとる必要がないことから、処方箋発行後すみやかに、オンライン服薬指導を行い、薬局から患者宅に薬を送付することが可能になる。
- 処方情報・調剤情報を医療機関・薬局間で共有することにより、不要な重複投薬の削減につながる。

全世代型社会保障制度における医療改革推進の重要性

東海大学健康学部

堀 真奈美

新型コロナで混乱する社会情勢であっても、2040年までの未来を見据えて、地域医療構想の推進等をはじめとする医療提供体制の改革、後期高齢者医療制度の負担の見直し、国保改革を含む保険者機能の強化、医療費適正化計画の実効性の強化等を含む医療保険の持続可能性確保のための改革は遅滞なく進めることが重要であると考えます。関係者の皆さまには今後とも立場、利害を超えた国民的議論が喚起されるようご審議の程お願いします。

■ 全世代型社会保障改革推進の重要性

- ・ 新型コロナ感染症対策において、医療供給体制の基盤強化をはじめとした社会・経済的な安心の確保は重要であるが、第一次、第二次補正を経て日本の財政状況は中長期的により厳しいものとなっており、医療保険財政を取り巻く環境もこれまで以上に厳しくなると思われる。
- ・ 厚生労働省が『2040年を展望した社会保障・働き方改革』で示すように、「誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す」という視点から、「多様な就労参加」、「健康寿命の延伸」、「医療福祉サービス改革の推進」は重要だが、特に「給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保」は必要不可欠である。
- ・ これらは、痛みを伴う改革になりうることから敬遠されがちであるが、中長期的に安心した医療を受けるためにも必要不可欠であり、国民に正面からその必要性を理解してもらうことが喫緊の課題であると考えます。
- ・ パソナ総合研究所（2020）『全世代型社会保障に関する意識調査』によると、医療保険制度改革の方向性に対する問いで、国民医療費の増加抑制のために「保険の適用範囲を含む各種見直しを許容」する人が28.2%となっており、保険料アップや増税、自己負担などの「負担増を許容」する人も合計で22.1%に上っている。同調査では、現行の社会保障制度が「持続可能」と考える人は4.3%に過ぎず、「わからない」とする人を除いたほとんどの人が「持続不可能」と回答している。漠然とした不安は国民にあると思われるが、不安を払拭するためにも、改革の推進が必要であると考えます。

■ 医療供給体制の機能強化

- ・ 新型コロナ感染拡大対策で地域医療提供体制に係る都道府県の責任がこれまで以上に鮮明になり、地域主体で受益と負担を総合的にマネジメントしていくことが益々必要となる。
- ・ 地域医療構想による病床再編は遅滞なく進める必要がある。地域医療構想の理念は、病床数の単純な削減ということではなく、地域の実情にあった病床の役割分担と連携強化、地域包括ケアシステムを推進することである。新型コロナ等の感染症に対しても発生時に使用できるよう危機管理と柔軟な対応ができれば病床再編は可能であり、病床マネジメントの重要性がより認識されたと考えられる。
- ・ 新型コロナウイルス感染症対策の中で見られたオンライン診療や医療機関の受診行動など、新しい医療の在り方は患者の賢い受診行動促進という視点でも推進すべきである。

■ 給付と負担の見直し

① 紹介状なしで受診する場合等の定額負担

- ・ 諸外国と比較して、我が国の外来受診頻度は高く、多くは少額受診である。アクセスがしやすいという評価もできる

一方で、その全てが医療上必要かつ適切な受診であるかは不明である。特に大病院に紹介状なしで受診する場合の必要性（初診）は検証が必要。

- ・ 医師総数に対して外来受診回数が多いことから、医師の「働き方」という視点からも是正が必要である。紹介状なしで受診する患者を減らすことは、新しい医師の「働き方」にとってもプラスである。
- ・ 患者の適切な受診行動の普及啓発、医師の相談機能（かかりつけ医機能、オンライン診療、電話相談含む）の充実が進めば、受診回数が相対的に多い患者にとっても、物理的に負担の大きい、不要不急の受診回数を減らすことができると考えられる。
- ・ 認知症高齢者や複数疾患を抱える高齢者、要介護高齢者等にとっては受診回数が多いことがプラスになるとは限らない。多重投薬や重複診療を是正するためにも、患者の適切な受診行動の普及啓発、医師の相談機能の充実が重要であり、結果として医療の質を下げず、患者の QOL 向上にもつながると考えられる。
- ・ 医療経済学の知見では、医療サービスの需要の価格弾力性は総じて小さい。

② 後期高齢者の自己負担割合 2 割の導入

- ・ 後期高齢者医療の患者負担の問題は人口構成上最も大きな層である団塊世代が後期高齢者になることに伴う問題であり、団塊の世代が後期高齢者となる前に混乱を最小限に減らすためにも導入の必要がある。
- ・ 世代間公平性の確保にも貢献し、共助の前提として必要となる社会的連帯を維持するためにも重要である。
- ・ 将来的には、年齢を問わず、同様に窓口で自己負担をすることは社会保険としても望ましい（高額療養費で重大な疾病リスクは保障可、低所得者への一定配慮、長期療養患者等への激減緩和処置は必要）。

* 保険料、税金等の負担増（応能負担）が社会保険方式の基本であり、本来、応益負担である自己負担増加だけでは持続可能性の確保には程遠いため、制度そのものの負担構造のあり方の見直しも将来的には必要。

③ イノベーションと保険給付の両立

- ・ 医療資源は限られているが、財源構造の見直しをはからなければ、新しい技術の保険適用を継続し続けるのはより困難になる。保険外併用療養制度の見直しを含め、新しい技術が保険適用される際に、既に適用されている古くなった技術を見直すことで、保険給付全体の適正化を図ることは可能である。
- ・ 新規医薬品等が自動的・半永続的に収載される仕組みの見直しが必要である（Ex、既収載品についても費用対効果、有効性等から償還率の段階的変更等、市販類似薬の適用見直し・給付率の調整）。

④ 国保改革を含む保健者機能強化

- ・ 地域医療構想の推進のみならず、国保の保険者機能が発揮されるには、国保の保険者である都道府県の役割、権限強化が重要である。
- ・ 法定外繰り入れは減少傾向にあるものの依然として残っており、国保においても他の制度と同様に財政均衡の努力義務を明確にすべきである。現役世代の被用者保険からの総報酬割を導入した経緯を考えても、重要である。
- ・ 医療費適正化においても、データヘルスの推進はもとより、実効性のある指標を設定、PDCA 検証が求められる。

以上

持続可能な社会保障制度の構築に向けた意見

2020年4月15日

日本商工会議所

東京商工会議所

I. はじめに(現状認識)

病気、怪我、老齢、失業などのリスクに直面し自立した生活が維持できなくなった個人を、社会全体で支え合う仕組みである社会保障制度は、長らくセーフティネットとしてわが国に根付き、国民の生活を支えてきた。しかしながら、制度創設時には想定できなかったほどのスピードで進展する少子高齢化により、わが国の人口構造は大きく変化し、それに伴い、制度を支えるために現役世代や企業が負担する社会保険料は、賃金を上回るペースで上昇を続けている（図1）。2022年には団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になりはじめることも影響し、2018年に約120兆円であった社会保障給付は、今後、経済成長を上回るペースで増大すると見込まれており（図2）、医療・介護・年金を合わせた社会保険料率が30%となる時代が目前に迫る（図3）など、すでに限界に達している現役世代や企業の保険料負担は、今後一層過重になることが予想されている。

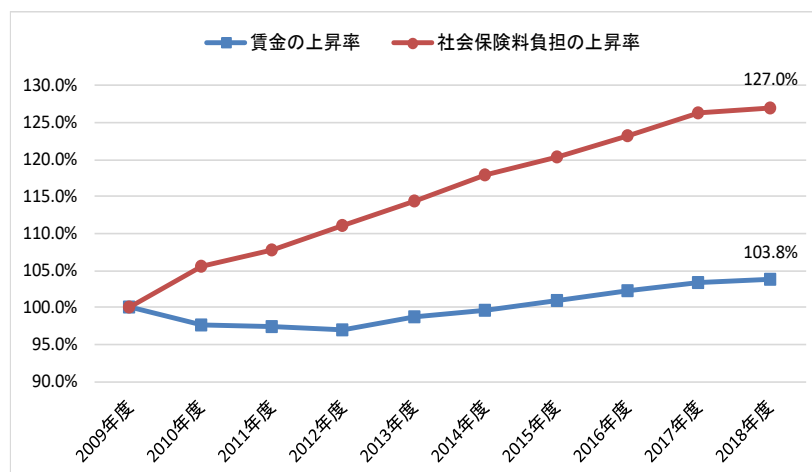
また、将来にわたって見込まれる社会保障給付の増大とそれに伴う社会保険料の上昇は、社会保障制度に対する不安、とりわけ現役世代にとっては、自らの将来に対する不安に繋がっており、このことが、足元で個人消費が低迷する大きな要因となり、これに伴って、企業の投資意欲が削がれるなど、わが国経済が持続的な成長を実現するうえでの大きな障害となっている。さらに、若い世代が家庭を持ち、子どもを産み、育てることに慎重になるなど少子化の一因にもなっている。

加えて、社会保障給付の増大は、歳出面における社会保障費の増加とそれによる財政赤字を構造的に引き起こしており、赤字国債の発行額は足元で約25兆円程度、累積で約900兆円にも達している。

このように、わが国の社会保障制度は、人口構造の変化に応じた抜本的な改革が行われず今日まで来たことで、あらゆる課題を誘発している。そこで今般、商工会議所は、持続可能な社会保障制度の構築に向け、本意見を取りまとめた。政府におかれては、雇用の約7割を支え、社会保険料の約4割を拠出する中小企業の実態を踏まえた本意見を真摯に受け止め、長期安定政権が確立されている今こそ、政策の軸足を「足元の安心」から「将来の安心」へシフトし、痛みを伴う改革にも真正面から取り組むことで、将来世代が、“人生100年時代”を明るく展望できる社会を実現することを強く期待する。

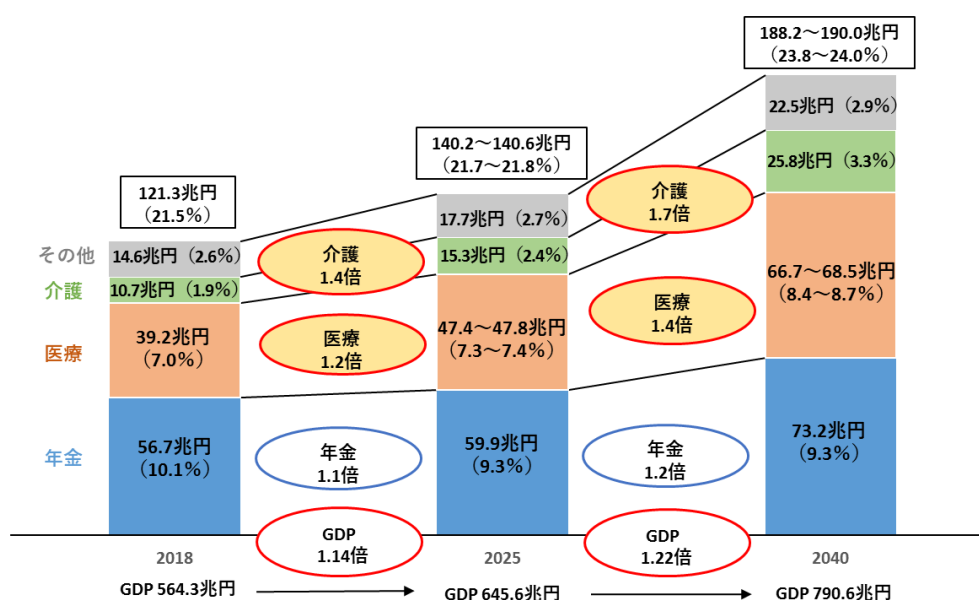
商工会議所としても、働き方改革や健康経営の普及・促進により、中小企業の従業員の健康増進を図り、社会保障給付の抑制に努めていく所存である。

(図1) 賃金と社会保険料負担の上昇率



出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」等から事務局作成

(図2) 将来の社会保障給付の見通し



出典：財務省「財政制度分科会」(2019年4月23日)資料

(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」
(計画ベース・経済ベースラインケース)(2018年5月公表))

(図3) 将来の社会保険料率の見通し

	2019年度	2022年度	2025年度
健保組合の平均保険料率	9.218%	9.8%	10.4%
介護保険料率	1.573%	2.0%	2.3%
年金保険料率	18.3%	18.3%	18.3%
合計	29.091%	30.1%	31.0%

(※保険料率は労使負担分の合計)

出典：健康保険組合連合会「今、必要な医療保険の重点施策-2022年危機に向けた健保連の提案-」(2019年9月9日)

Ⅱ．社会保障制度改革に向けた基本的考え方

上記の現状認識に基づき、商工会議所は、以下の4つの「基本的考え方」の下、社会保障制度改革を進める必要があると考える。

①世代間の公平性確保

増大する社会保障給付の主な対象は高齢者である一方で、それを支える負担は現役世代や企業に偏っており、こうした現状をあらためる必要がある。また、現状、高齢者世帯に偏っている給付については、可能な限り少子化対策に資する形で現役世代への給付に振り向けていく必要がある。

(例) マクロ経済スライドにおける名目下限措置の撤廃

社会保障制度改革や女性、高齢者の活躍を通じた財源確保による少子化対策の充実 等

②高所得の高齢者の負担増

①に関連し、増加の一途を辿り、すでに限界に達している現役世代や企業にかかる負担を抑制するためには、所得が高い高齢者には相応の負担をしてもらう必要がある。

(例) 後期高齢者（75歳以上）の窓口負担割合の原則2割への引き上げ

介護サービスの利用者負担の引き上げ 等

③現役世代や企業にかかる負担の抑制

①に関連し、医療・介護・年金を合わせた社会保険料率が30%となる時代が目前に迫るなど、すでに限界に達し、今後一層過重となることが予想される現役世代や企業の保険料負担を抑制する必要がある。

(例) 高齢者医療制度への拠出金のあり方の見直し 等

④小さなリスクには「自助」で対応するという生き方・暮らし方の推進

社会保障制度の守備範囲を見直すとともに、「自助」の範囲を広げ、過度に社会保障制度に依存しない生き方・暮らし方を推進していく必要がある。

(例) 薬剤の保険給付範囲の見直し

健康経営の普及・促進

私的年金の普及・拡大 等

Ⅲ. 各分野(医療、介護、年金等)で取り組むべき改革項目

1. 医療

(1)後期高齢者(75 歳以上)の窓口負担割合の原則2割への引き上げ

医療保険財政の健全化と世代間の公平性確保の観点から、後期高齢者(75 歳以上)の窓口負担割合を現状の原則 1 割から、原則 2 割へと引き上げるべきである。

なお、2019 年 12 月にまとめられた「全世代型社会保障検討会議中間報告」に、後期高齢者の窓口負担割合について、「一定所得以上は 2 割とする」ことが盛り込まれたが、所得要件の設定如何によって制度の持続性を高める効果が限定的になってしまうこと、負担割合が 1 割、2 割、3 割（現役並み所得者）の 3 種類になってしまい制度が複雑化すること、低所得者に対して過度な負担とならないようすでに「高額療養費制度」が講じられていることなどを踏まえ、原則として 2 割に引き上げるべきである。

加えて、将来的には、70 歳～74 歳の高齢者の窓口負担割合を現状の 2 割から、原則 3 割へと引き上げることも検討すべきである。

(2)いわゆる“ワンコイン型”の受診時定額負担の導入

広く薄く、国民全体で医療保険財源を負担するため、すべての医療機関で外来受診した患者から一律で少額の定額負担を求める、いわゆる“ワンコイン型”の受診時定額負担を導入すべきである。

なお、2019 年 12 月にまとめられた「全世代型社会保障検討会議中間報告」に、紹介状なしで大病院を受診した場合に患者に定額を負担してもらうという、現行の受診時定額負担の「大幅な拡充」が盛り込まれたが、本措置は元々、病院と診療所間の機能分化の観点から導入されたものである。したがって、中間報告にあるとおり「増額分を公的医療保険の負担を軽減するよう改める」としても、医療保険財政の健全化の面から言えば不十分と考える。

一方、わが国国民全体の年間外来受診回数（医科、歯科の合計）は約 21 億回と言われており、患者の受診行動が変化し受診回数が減少するとの指摘はあるものの、仮に 1 回の受診につき 100 円を徴収するとした場合であっても、相当程度の財源の確保が期待できると考える。

(3) 薬剤の保険給付範囲の見直し

医療費を抑制するためには、医療費全体の約2割を占めると言われる薬剤費の削減は避けて通れない。例えば、現在、ビタミン製剤、うがい薬、湿布薬（70枚超）については保険給付の対象外とされているが、医療保険財政への影響を見極めつつ、小さなリスクには「自助」で対応していくという考え方の下、薬剤の保険給付範囲の見直しをさらに進めていく必要がある。

その際、例えば、海外の事例を参考に、薬剤の種類や有効性等に応じて、自己負担割合を引き上げるという方策も検討すべきである。

(4) マイナンバーカードやICTを活用した多重投薬や重複診療の抑制

多重投薬や重複診療は、医療保険財政の面のみならず、過剰な投薬により患者に悪影響を及ぼすポリファーマシーの観点からも徹底的に無くしていく必要がある。これには、マイナンバーカードやICTを活用し、医師が処方箋を作成する段階で、患者個人の投薬歴や受診歴を把握できるようにし、明らかな過剰投薬の場合は処方しないように促す、あるいは処方できないようにする仕組み、さらには、重複診療を抑制する仕組みを構築することが効果的と考える。

なお、現在政府は、患者本人の同意の下で、マイナンバーカードにより、医師が患者の投薬歴等を知ることができる仕組みの導入を検討中であるが、これが導入されたとしても、本人同意が前提のもとでは、同意がない限り医師も投薬歴等を知りえず、結果的に患者にとって過剰な投薬が行われてしまう可能性は排除できない。したがって、明らかに過剰投薬が疑われる場合には、患者本人の同意に関わらず、医師が患者の投薬歴等を把握できるような仕組みとする必要がある。

また、医療費の削減に向けては、薬の飲み残しや飲み忘れ等による残薬の解消も重要である。そのためには、上記仕組みの下、医師が処方箋を作成する段階で、過度に処方日数が長期にならないよう促すことや、薬剤師による残薬把握と医師への処方日数調整を強化していくことも有効である。

(5) 高齢者医療制度への拠出金のあり方を見直し

現状、全国健康保険協会（協会けんぽ）の支出の約3.5割、健康保険組合の支出の約4割が、高齢者医療への拠出金（仕送り）に充てられているなど、高齢者を支える現役世代の負担は過重となっている。特に、2017年度に導入された後期高齢者支援金の全面総報酬割の影響もあり、健康保険組合の一部（約3割）では、加入者のために使

う医療給付費よりも高齢者への拠出金の方が上回るケースが発生している。

こうした状況を踏まえ、例えば、健康保険組合が高齢者医療に拠出する割合に一定の上限を設け、これを超える場合には国による補助を行うことなど、高齢者医療制度への拠出金のあり方を見直し、現役世代の負担軽減を図る必要がある。

(6)健康経営の普及・促進

健康経営は、医療費の削減のみならず、従業員へのメンタルヘルス対策などによる組織の活性化や人材の定着、生産性の向上、企業のイメージアップとそれによる人材の確保などを通じて、企業業績や企業価値の向上に繋がるものであり、特に中小企業がその取り組みを進められるよう、積極的に普及・促進を図る必要がある。このため、例えば、健康経営を導入しようとする中小企業に対する専門家（健康経営アドバイザー）の派遣や、中小企業が健康経営を推進する専門人材（健康経営アドバイザー）を育成する際の助成措置の創設、健康経営優良法人認定を受けた企業に対するインセンティブの拡充（公共調達における加点評価を行う自治体の拡充等）などを講じる必要がある。

加えて、健康保険組合など保険者が保有する健診データやレセプトデータを活用し、保険者と企業が積極的に連携して、加入者の予防・健康づくりを効果的・効率的に実行する「コラボヘルス」も、引き続き推進していく必要がある。

(7)小さなリスクには「自助」で対応するという生き方・暮らし方の意識醸成

わが国の国民1人あたりの年間外来受診回数（医科）は、OECD平均の6.8回を大きく上回る12.6回となっており、日本国民は国際的に見て、頻繁に医療機関を受診している状況にある。こうした点を踏まえれば、国民に、あらゆる場面で過度に社会保障制度に依存せず、大きなリスクには「共助」（社会保障制度）、小さなリスクには「自助」で対応するという生き方・暮らし方の意識を高めてもらう必要がある。

このため、例えば、政府広報等を活用し、医療機関へのかかり方や薬の使い方、医療費の財源や使われ方について周知することや、セルフメディケーション税制の対象となる医薬品を拡大するとともにその活用を推進するなど、「自助」による生き方・暮らし方に向けた国民の意識醸成を図る必要がある。

(8) 医師・診療科目等の偏在是正

医療の現場は、医師の都市部への集中、外科医・産科医・救急医等の不足、病院勤務医・看護職員の過重労働、医療事故リスクの増大など様々な問題を抱えている。これらの問題のなかには医師の地理的偏在や診療科目の偏在に起因しているものも少なくない。高齢化に伴う医療ニーズが増大するなか、地域包括ケアシステムを整備する観点、あるいは地方創生を推進する観点からも、一日も早い偏在是正が望まれる。また、今般の新型コロナウイルス感染症対策の観点からも、非対面型遠隔診療の充実・強化があらためて認識されているところである。このため、ICTを活用したオンライン診療・服薬指導の普及により、医師不足地域でも一定水準の医療サービスを受けられる環境整備を進める必要がある。

さらに、大学医学部の入学定員における地域枠や地元出身者枠の増員に加え、小児科医、産科医、救急医などが不足する一方で、眼科や歯科などが増加を続ける診療科目の偏在を是正するため、診療報酬の加減によって政策誘導を図る必要がある。

(9) 健康・医療産業の成長力強化

社会保障制度改革を進めるにあたっては、民間の力を活用するという視点も重要である。このため、健康・医療分野におけるセンサーやロボット、ウェアラブル機器など次世代技術を活用した実証実験に対する支援や、次世代技術の社会実装を加速させるための規制緩和、高度な技術を有するものづくり分野の中堅・中小企業の健康・医療分野への参入支援など、国をあげて、健康・医療産業の成長力強化を加速していく必要がある。

2. 介護

(1) 介護サービスの利用者負担の引き上げ

介護給付費は、2000年の制度発足時の約3.2兆円から、2017年度では約9.4兆円まで増大しており、年金や医療と比べて金額ベースでは少ないものの、その伸び率は高い状況にある。これまで、利用者の負担割合を元々の1割のみから、所得に応じて2割や3割とする制度改革が行われてきたが、現状でも利用者のほとんど（9割強）が依然として1割負担の枠内で収まっている。今後、医療給付費を上回るペースで介護給付費が増大することが見込まれるなかで、現状の介護サービスをこのまま続けていけば、それを支える保険料はさらに大幅に上昇することが予想されている。

このため、現役世代や企業にかかる負担抑制と世代間格差是正の観点から、低所得者への過度な負担増に配慮しつつ、現状、2割とされている対象を拡大することなどにより、介護サービスの利用者負担を引き上げていくべきである。

なお、介護保険における2019年度予算ベースの利用者負担の総額は、約9,000億円となっている。

(2) ケアマネジメントにおける利用者負担の検討

介護サービス利用者の介護状態、生活状況、本人の希望等を把握し、様々な介護サービスのなかからその種類や利用頻度を定める計画書（ケアプラン）を作成し、それに従ってサービスが提供されるよう事業者と調整し、実際のサービスの状況を確認し、実績を市町村に報告するという一連の流れである「ケアマネジメント」については、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、介護保険制度の創設以来、利用者負担が設定されてこなかった。

一方、介護保険制度の創設から約20年が経ち、利用者を含めた関係者の間ですでに本サービスの利用が浸透・定着してきていること、利用者負担を通じて、サービスの質の向上につながること、ケアマネジメント以外のサービスでは利用者負担が求められていること、加えて、利用者負担を導入して給付に制限を加えることで現役世代や企業にかかる負担抑制と世代間格差の是正に繋がるといった指摘がされているところである。

こうした観点から、ケアマネジメントについては、適切な介護サービスの利用を阻害しないよう配慮しつつ、将来的に利用者負担を求めることについて、検討していくことが求められる。

(3) 軽度者に対する生活援助サービスの地域支援事業への移行

現在、要支援者への訪問介護・通所介護は、介護保険の給付範囲から除外され、自治体によっては、NPOやボランティアなどが主体となった多様な生活援助サービスが提供されるなど、全国一律ではない地域の実情にあった事業が展開されている。これに関し、要介護者への生活援助サービスについても、地域の実情にあわせて実施した方が効果的であると同時に、介護保険給付の抑制による現役世代や企業の負担抑制と世代間格差是正に繋がるとの指摘がされているところである。

こうした点を踏まえ、要介護者のうち軽度者に対する生活援助サービスは、地域支援事業へ移行すべきである。

(4)介護分野における規制緩和・手続簡素化

介護事業者にとって、介護の現場における書類の多さや手続の煩雑さは深刻な課題となっており、人手不足に直面している介護事業者における生産性向上や人材確保に向け、ケアマネージャーや介護福祉士が、現場でのサービスに専念できる環境を整備することは不可欠となっている。

このため、例えばICTの活用などを前提に、毎月1回以上実施することが義務付けられているケアマネージャーによる利用者宅の訪問・面接の回数を削減することなど、介護分野における規制緩和や手続簡素化を徹底的に行う必要がある。

3. 年金

(1)マクロ経済スライドにおける名目下限措置の撤廃

現在の高齢者の年金給付額を抑制し、現役世代が将来もらえる年金給付額を確保する仕組みであるマクロ経済スライドは、年金制度の持続性確保と世代間格差是正の観点から優れた制度であると言える。しかしながら、名目下限措置（名目上の年金給付額が、前年度の年金給付額を下回らないようにする措置）が設定されていることにより、2004年の導入以来、これまで3度しか発動されておらず、その効果が十分に発揮されていない。

このため、同制度における名目下限措置は撤廃する必要がある。

(2)高所得者の基礎年金(国庫負担分)の段階的な減額

老齢基礎年金の1/2は国庫負担（消費税が充当）となっているが、財政健全化の観点から、一定年収を超えた高額所得者については、年収に応じて徐々に基礎年金における国庫支給分を減額していく措置（クローバック）を導入すべきである。

(3)私的年金の普及・拡大

2004年の年金制度改正により、年金財政のフレームワークが導入され、将来にわたって保険料水準を固定しつつ、その範囲内で給付を賄えるよう、年金の給付水準を調整する仕組みが整備された。その結果、2019年の財政検証では、一定の条件のもとで将来にわたり所得代替率50%が確保されるものの、現状の61.7%と比較すると、その水準は下落することとなる。

老後の生活を安定、安心したものとするためには、国民一人ひとりが現役世代のうちから老後に向けた資産形成に取り組み、公的年金に頼り過ぎない、「自助」の考え方を取り入れた老後の生き方・暮らし方を志向していくことが重要となる。国は、こうした国民の意識醸成を図るための環境整備を行っていく必要がある。

このため、企業年金の積立金にかかる特別法人税の撤廃をはじめ、企業年金等の掛金の拠出限度額（原則 iDeCo2.3 万円/月、企業型確定拠出年金 5.5 万円/月）の引き上げ、企業型確定拠出年金におけるマッチング拠出の自由化、iDeCo 等の加入手続のオンライン化などに加え、将来的には、一定の拠出限度額内で、iDeCo や企業型確定拠出年金等を自由に組み合わせて拠出できるようにするといった、私的年金の普及・拡大に向けた制度改革を行うべきである。

(4) 第3号被保険者制度の抜本的見直し

年金をはじめとする現在の社会保障制度は、終身雇用や年功序列、男性が世帯主で専業主婦の妻と子どもを養うという、昔ながらの雇用・家族形態を標準モデルとしてきているが、現在は、そのような標準モデルより共働き世帯が多数となるなど、働き方や家族のあり方が大きく変化している。

こうした状況変化を踏まえ、また、働く女性との公平性を確保するため、第3号被保険者制度については、廃止を含め抜本的な見直しを行うべきである。

4. 保険料の未納対策

国税庁と連携して適用促進を行うことなどにより、厚生年金保険の未適用事業者が減少してきていることは評価できる。

こうした取り組みをこれまで以上に推進し、「国民皆保険・皆年金」の大原則の下、社会保険料未納者を徹底的に無くすことで、制度の持続性をさらに高めていくとともに、現状、保険料を負担している者が抱く不公平感を払拭することが求められる。

IV. 社会保障制度改革を進めるうえで不可欠な取り組み

以上、持続可能な社会保障制度の構築に向け、医療、介護、年金等の各分野において取り組むべき改革項目を示してきたが、これだけで制度の持続性が確保されるわけではなく、制度の“支え手”である労働力人口を増やしていくことが何より重要である。そのためには、女性、高齢者、外国人など、多様な人材が活躍できる環境を整備することが必要であり、中小企業への改正女性活躍推進法の周知、企業と高齢者とのマッチング強化、外国人材の受入れに係る相談機能の強化・拡充等を進めていくことが求められる。他方、将来の労働力人口の増に向けては、少子化対策を徹底的に講じていくことが必要不可欠であり、ライフプランニング教育の実施、不妊治療への助成の拡充、シングルマザーに対する支援、商工会議所などが実施する婚活事業への支援などの施策を総動員していくことが求められる。

また、社会保障制度に関する知識の不足や誤った認識が、社会保障制度に対する国民の不安に繋がっている面もあることから、国民に対して、社会保障制度の仕組みや必要性をわかりやすく周知することが重要であり、その際は、改革のプロセスや内容をわかりやすく“見える化”することや、子どもから社会人までの幅広い世代に対して、「薬育」（薬の正しい服用の仕方や副作用などについての教育）や「社会保障教育」を行っていくことが必要である。

加えて、近年、次々に誕生する高額新薬・高額医療や終末期医療などについて、どこまで「共助」（社会保障制度）でカバーするのかといった、人の生死に関わる根源的なテーマについて真摯に向き合い、国民的議論を巻き起こしていくことも必要である。

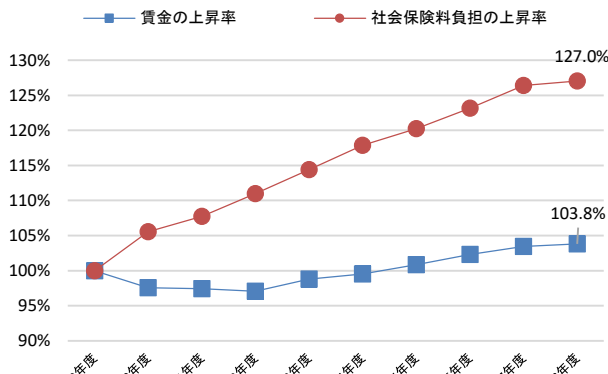
以 上

持続可能な社会保障制度の構築に向けた意見【概要】

I. はじめに(現状認識)

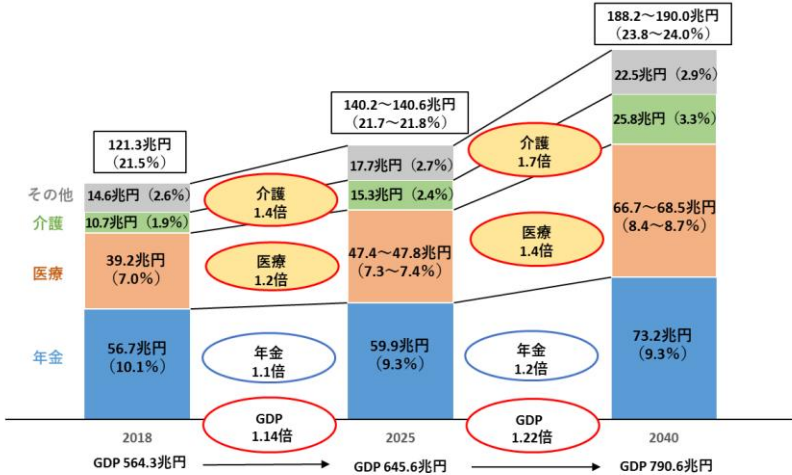
- 少子高齢化により、わが国の人口構造は大きく変化。それに伴い、社会保障制度を支えるために現役世代や企業が負担する社会保険料は賃金を上回るペースで上昇(図1)。2022年には団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になりはじめることも影響し、2018年に約120兆円であった社会保障給付は、今後、経済成長を上回るペースで増大すると見込まれており(図2)、医療・介護・年金を合わせた社会保険料率が30%となる時代が目前に迫るなど、すでに限界に達している現役世代や企業の保険料負担は、今後一層過重になることが予想されている(図3)
- また、社会保障給付の増大と社会保険料の上昇は、社会保障制度自体に対する不安に繋がり、個人消費の低迷、企業の投資意欲の減退に加え、少子化の一因にもなっている。さらに、社会保障給付の増大は、社会保障費の増加とそれによる財政赤字も引き起こしている
- こうした状況を踏まえ、商工会議所は、持続可能な社会保障制度の構築に向け、本意見を取りまとめた。政府におかれては、長期安定政権が確立されている今こそ、政策の軸足を「足元の安心」から「将来の安心」へシフトし、痛みを伴う改革にも真正面から取り組むことで、将来世代が、“人生100年時代”を明るく展望できる社会を実現することを強く期待
- 商工会議所としても、働き方改革や健康経営の普及・促進により、中小企業の従業員の健康増進を図り、社会保障給付の抑制に努めていく

(図1) 賃金と社会保険料負担の上昇率



出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」等から事務局作成

(図2) 将来の社会保障給付の見通し



出典：財務省「財政制度分科会」資料

(図3) 将来の社会保険料率の見通し

	2019年度	2022年度	2025年度
健康保険組合の平均保険料率	9.218%	9.8%	10.4%
介護保険料率	1.573%	2.0%	2.3%
年金保険料率	18.3%	18.3%	18.3%
合計	29.091%	30.1%	31.0%

(※保険料率は労使負担分の合計)

出典：健康保険組合連合会「今、必要な医療保険の重点施策－2022年危機に向けた健保連の提案－」

II. 社会保障制度改革に向けた基本的考え方

○商工会議所は、以下の4つの「基本的考え方」の下、社会保障制度改革を進める必要があると考える

①世代間の公平性確保

②高所得の高齢者の負担増

③現役世代や企業にかかる負担の抑制

④小さなリスクには「自助」で対応するという生き方・暮らし方の推進

III. 各分野(医療、介護、年金等)で取り組むべき改革項目

1. 医療

(1)後期高齢者(75歳以上)の窓口負担割合の原則2割への引き上げ

「全世代型社会保障検討会議中間報告」に、後期高齢者の窓口負担割合について、「一定所得以上は2割とする」ことが盛り込まれたが、所得要件の設定如何によって制度の持続性を高める効果が限定的になってしまうこと、負担割合が1割、2割、3割の3種類になってしまい制度が複雑化すること、低所得者に対して過度な負担とならないようすでに「高額療養費制度」が講じられていることなどを踏まえ、原則として2割に引き上げるべき

(2)いわゆる“ワンコイン型”の受診時定額負担の導入

「全世代型社会保障検討会議中間報告」に、紹介状なしで大病院を受診した場合に患者に定額を負担してもらうという、現行制度の大幅な拡充が盛り込まれたが、本措置は元々、病院と診療所間の機能分化の観点から導入されたものであり、医療保険財政健全化の面から言えば不十分

一方、わが国国民全体の年間外来受診回数は約21億回と言われており、仮に1回の受診につき100円を徴収するとした場合であっても、相当程度の財源の確保が期待できる

(3)薬剤の保険給付範囲の見直し

医療費を抑制するためには、医療費全体の約2割を占めると言われる薬剤費の削減は避けて通れない。例えば、現在、ビタミン製剤、うがい薬、湿布薬(70枚超)については保険給付の対象外とされているが、医療保険財政への影響を見極めつつ、小さなリスクには「自助」で対応していくという考え方の下、薬剤の保険給付範囲の見直しをさらに進めていく必要がある

その際、例えば、海外の事例を参考に、薬剤の種類や有効性等に応じて、自己負担割合を引き上げるという方策も検討すべき

(4)マイナンバーカードやICTを活用した多重投薬や重複診療の抑制

(5)高齢者医療制度への拠出金のあり方の見直し

(6)健康経営の普及・促進

(7)小さなリスクには「自助」で対応するという生き方・暮らし方の意識醸成

(8)医師・診療科目等の偏在是正

(9)健康・医療産業の成長力強化

2. 介護

(1)介護サービスの利用者負担の引き上げ

(2)ケアマネジメントにおける利用者負担の検討

(3)軽度者に対する生活援助サービスの地域支援事業への移行

(4)介護分野における規制緩和・手続簡素化

3. 年金

(1)マクロ経済スライドにおける名目下限措置の撤廃

(2)高所得者の基礎年金(国庫負担分)の段階的な減額

(3)私的年金の普及・拡大

(4)第3号被保険者制度の抜本的見直し

4. 保険料の未納対策

IV. 社会保障制度改革を進めるうえで不可欠な取り組み

- 何より重要なのは、制度の“支え手”である労働力人口を増やしていくこと。女性、高齢者、外国人など、多様な人材が活躍できる環境の整備や、将来の労働力人口の増に向け、少子化対策を徹底的に講じていくことが必要不可欠
- また、国民に対して、社会保障制度の仕組みや必要性をわかりやすく周知することが重要であり、その際は、改革のプロセスや内容をわかりやすく“見える化”することや、子どもたちから社会人までの幅広い世代対して、「薬育」(薬の正しい服用の仕方などについての教育)や「社会保障教育」を行っていくことが必要
- 加えて、次々に誕生する高額新薬・高額医療や終末期医療などについて、どこまで社会保障制度でカバーするのかといった、人の生死に関わる根源的なテーマについて、国民的議論を巻き起こしていくことも必要