

# 第129回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年7月9日（木）  
16時00分～18時00分  
場所：オンライン開催

## （ 議 題 ）

1. 医療保険制度改革の今後の進め方について
2. 匿名レセプト情報等の提供に関する専門委員会の設置について
3. データヘルスの検討状況について

## （ 配布資料 ）

- 資 料 1 医療保険制度改革に向けた議論の進め方  
資 料 2 匿名レセプト情報等の提供に関する専門委員会（案）の立ち上げについて  
資 料 3 データヘルスの検討状況について

- 参考資料1 医療保険制度改革についてのこれまでの主な意見  
参考資料2-1 オンライン資格確認導入に向けたご案内（リーフレット）  
参考資料2-2 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  
参考資料3 標準報酬月額の特例改定について（リーフレット）

# 社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年7月9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 りゆうた 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)

# 医療保険制度改革に向けた議論の進め方

令和2年7月9日

# 昨年6月以降の議論の経緯

- 令和元年6月 6/21 経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定)  
「年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」(以下「骨太方針2020」という。)において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。」
- 令和元年9月 9/20 全世代型社会保障検討会議設置(令和元年9月20日)  
9/27 第119回医療保険部会(キックオフ)
- 令和元年11月 11/28 第122回医療保険部会  
・全世代型社会保障検討会議での議論の状況を報告
- 令和元年12月 12/19 全世代型社会保障検討会議中間報告(令和元年12月19日)  
「本中間報告で「最終報告に向けて検討を進める」こととした兼業・副業に係る労働時間規制等の取扱いや、医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。」  
「さらに、個別政策ごとに今後の取組の進め方と時間軸を示した改革工程表を策定しており、これに則った社会保障改革の推進と一体的な取組を進める。」
- 12/19 新経済・財政再生計画改革工程表 2019(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)  
12/25 第123回医療保険部会  
・全世代型社会保障検討会議中間報告及び改革工程表2019について報告
- 令和2年1月 1/31第124回医療保険部会(再キックオフ)
- 令和2年2月 2/27 第125回医療保険部会  
・「後期高齢者の自己負担割合の在り方」  
・「現役並み所得」の判断基準の見直し
- 令和2年3月 3/12 第126回医療保険部会  
・「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大」  
・「薬剤自己負担の引上げ」  
3/26 第127回医療保険部会  
・「傷病手当金」  
・「任意継続被保険者制度」  
・「負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方」  
・「医療費について保険給付率(保険料・公費負担)と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応」  
・「新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用」  
・「予防・健康づくり」
- 令和2年4月 ~5月 新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況等に鑑み議論中止
- 令和2年6月 6/25 全世代型社会保障検討会議第2次中間報告

↑  
全世代型社会保障検討会議において有識者からのヒアリングや現場との意見交換を実施  
↓

## 第1章 はじめに

### 1. これまでの検討経緯

全世代型社会保障検討会議は昨年12月に中間報告を公表し、昨年末の時点における検討成果について中間的な整理を行った。(略)。

本年は2月19日に第6回会議を開催後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、審議を一時中断した。当初の予定では、本検討会議は本年夏に最終報告をとりまとめる予定であったが、こうした状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期することとした。これに伴い、第2回目の中間報告を行うこととした。

本年度の最終報告に向けて、与党の意見も踏まえ、検討を深めていく。

### 2. 全世代型社会保障改革の進捗状況

昨年12月の中間報告に基づき、第201回国会では以下の改革が実現した。

(予防)

成立した令和2年度当初予算において、以下が盛り込まれた。

- ① 疾病予防の取組を強化するため、国民健康保険における保険者努力支援制度(保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組み)を1.5倍に増額し、交付金の配分基準のメリハリを強化することで、自治体による予防・健康づくりを促進する。
- ② (略)
- ③ エビデンスに基づく予防・健康づくりを促進するため、予防・健康づくりの健康増進効果等を確認・蓄積するための実証事業を行う。

## 第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

昨年12月の中間報告以降、本検討会議において検討したテーマについての検討結果は以下のとおり。

### 4. 医療

昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。

## 第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

### 5. 少子化対策

少子化の問題は、結婚や出産、子育ての希望の実現を阻む様々な要因が絡み合っており、今後も、その一つ一つを粘り強く取り除いていくことで、できる限り早期に、「希望出生率1.8」の実現に取り組む。このため、少子化社会対策大綱(令和2年5月29日閣議決定)に基づき、以下の施策を含め、将来の子供達に負担を先送りすることがないように、安定的な財源を確保しつつ、有効性や優先順位を踏まえ、できることから速やかに着手する。

#### (2) 妊娠・出産への支援

##### ① 不妊治療に係る経済的負担の軽減、

不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療(体外受精、顕微授精)に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。

### 6. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた社会保障の新たな課題

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により社会保障の新たな課題が生じている。これまで令和2年度第2次補正予算等で措置した施策を迅速かつ適切に執行するとともに、今後も、セーフティネットとしての重要性が増していることに留意して、社会保障改革の議論を進める。

#### (1) 感染拡大防止に配慮した医療・介護・福祉サービスの提供等

令和2年度第2次補正予算において拡充した新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金等に基づき、感染拡大防止に配慮した医療・介護・福祉の提供体制の整備等を推進する。

具体的には、医療分野では、重点医療機関(新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関)等への病床確保料の補助や設備整備への支援、医療従事者等への慰労金の支給、医療用マスク・ガウン・手袋といった個人防護具(PPE)等の医療用物資の確保と医療機関等への配布、医療機関・薬局等への感染拡大防止等のための支援、経営が厳しい医療法人や個人診療所に対する持続化給付金による支援等で行う。(以下略)。

#### (5) エビデンスに基づく予防・健康づくりの促進

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、エビデンスに基づく予防・健康づくりを促進するため、実証事業を通じて予防・健康づくりのエビデンスを蓄積し、効果が確認された予防・健康づくりを促進する。また、保険者や事業主による予防・健康づくりの基盤として、事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みを整備する。さらに、かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる、いわゆる社会的処方についてもモデル事業を実施し、制度化にあたっての課題を検討する。

## 医療保険制度改革に向けた議論の進め方(案)

- 社会保障審議会医療保険部会では「新経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）」や「全世代型社会保障検討会議 中間報告（令和元年12月19日）」等を踏まえ、医療保険制度改革について、令和2年夏の取りまとめに向け、議論を進めてきた。
- 一方、全世代型社会保障検討会議では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い審議を一時中断した状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期し、本年6月25日に第2回目の中間報告（全世代型社会保障検討会議第2次中間報告）が行われた。
- 全世代型社会保障検討会議第2次中間報告においては、医療のテーマについて、「昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。」とされている。
- 社会保障審議会医療保険部会での議論についても、全世代型社会保障検討会議の議論の状況もみながら、進めていくこととなるため、取りまとめの時期を本年末に延期し、次回以降、取りまとめに向けた具体的な議論を進めていくこととしてはどうか。

# 參考資料

## 第1章 基本的考え方

### (1)はじめに

政府は、本年9月に全世代型社会保障検討会議を設置し、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

与党においても並行して検討が進められ、自由民主党では、①就労しやすい社会づくり、②個性・多様性を尊重し支えていく環境づくり、③社会保障の持続可能性の重視という3つの原則を念頭に議論が行われ、本年12月17日に政府に対する提言が行われた。また、公明党では、誰もが安心して暮らすことのできる全世代型社会保障の構築に向けて、本年12月18日に政府への中間提言が行われた。

本中間報告は、これら与党からの提言を踏まえ、全世代型社会保障検討会議における現時点での検討成果について、中間的な整理を行ったものである。

来年夏の最終報告に向けて、与党の意見を更にしっかり聞きつつ、検討を深めていく。

### (4)今後の改革の視点

#### (現役世代の負担上昇の抑制)

2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現行の社会保障制度を前提とすると、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進めることで、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。

#### (全ての世代が公平に支える社会保障)

世界に冠たる我が国の社会保障制度を将来世代に着実に受け継いでいくためには、制度の持続可能性が重要である。このため、改革全般を通じて、自助・共助・公助の適切な役割分担を見直しつつ、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割も踏まえ、年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある。こうした取組と併せて、必要な財源確保を図ることを通じて、中長期的に受益と負担のバランスを確保する努力を継続していく必要がある。

## 第2章 各分野の具体的方向性

### 3. 医療

#### (2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

##### ① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

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

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

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

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

## 第2章 各分野の具体的方向性

### 3. 医療

#### (2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

##### ② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

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

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

## 第2章 各分野の具体的方向性

### 4. 予防・介護

人生100年時代の安心の基盤は「健康」である。予防・健康づくりには、①個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、②健康寿命を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、③高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護予防、認知症施策の推進を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される。こうしたことにより、社会保障制度の持続可能性にもつながり得るという側面もある。

今後は、国民一人一人がより長く健康に活躍することを応援するため、病気になってからの対応だけでなく、社会全体で予防・健康づくりへの支援を強化する必要がある。

その際、社会保障教育の充実や保険者による被保険者への教育、戦略的な広報による国民への積極的な情報提供を進めるとともに、質の高い民間サービスを積極的に活用しつつ、個人が疾病や障害に対処して乗り越えていく力を高めていく必要がある。

#### (1) 保険者努力支援制度の抜本強化

保険者努力支援制度は、保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組みである。

先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を評価し、①生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、②予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを実効的に強化する。

#### (3) エビデンスに基づく政策の促進

上記(1)や(2)の改革を進め、疾病・介護予防に資する取組を促進するに当たっては、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

その際、統計学的な正確性を確保するため、国が実証事業の対象分野・実証手法等の基本的な方向性を定めるとともに、その結果を踏まえ、保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進する。

## 第3章 来年夏の最終報告に向けた検討の進め方

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目無く全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を進めることは、政府・与党の一貫した方針である。

改革の推進力は、国民の幅広い理解である。来年夏の最終報告に向けて、政府・与党ともに、今後も国民的な議論を一層深める努力を継続する。

本中間報告で「最終報告に向けて検討を進める」こととした兼業・副業に係る労働時間規制等の取扱いや、医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。

また、世論調査等を通じて、国民の不安の実態把握を進める。

さらに、個別政策ごとに今後の取組の進め方と時間軸を示した改革工程表を策定しており、これに則った社会保障改革の推進と一体的な取組を進める。

特に、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進する。国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。併せて、地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。

# 新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

## 2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る。

	取組事項	実施年度			KPI	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	<b>57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討</b>  高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。  介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。  ≪厚生労働省≫			—	—
	<b>58 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討</b>  団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。  ≪厚生労働省≫			—	—
	<b>59 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</b>  薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、骨太2020に向けて引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。  ≪厚生労働省≫			—	—

# 新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

## 2-4 給付と負担の見直し

	取組事項	実施年度			K P I		
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層	
給付と負担の見直し	60 外来受診時等の定額負担の導入を検討	病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。			—	—
			〈厚生労働省〉				
	61 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する。	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討。			—	—
			〈厚生労働省〉				
65 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討	年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。			—	—	
		〈厚生労働省〉					
66 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討	新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。	医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。			—	—	
		〈厚生労働省〉					

# 匿名レセプト情報等の提供に関する 専門委員会（案）の立ち上げについて

令和2年7月9日

厚生労働省保険局医療介護連携政策課  
保険データ企画室

## 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の概要

### 改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

### 改正の概要

- 1. オンライン資格確認の導入**【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律(高確法)、船員保険法】
  - オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止(告知要求制限)する。(公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日)
- 2. 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**【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】(令和元年10月1日)
- 3. NDB、介護DB等の連結解析等**【高確法、介護保険法、健康保険法】
  - 医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)と介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備(審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等)を行う。(DPCデータベースについても同様の規定を整備。)(令和2年10月1日(一部の規定は令和4年4月1日))
- 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等**【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
  - 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるように、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。(令和2年4月1日)
- 5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化**【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】
  - 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。(令和2年4月1日)
  - 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。(公布日)
- 6. 審査支払機関の機能の強化**【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
  - 社会保険診療報酬支払基金(支払基金)について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。(令和3年4月1日)
  - 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する(支払基金・国保連共通)。(令和2年10月1日)
  - 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する(支払基金・国保連共通)。(令和2年10月1日)
- 7. その他**
  - 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】(公布日)

## 第三者提供の対象となる提供申出者・業務

### <改正法による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律第16条の2第1項>

(国民保健の向上のための匿名医療保険等関連情報の利用又は提供)

第十六条の二 厚生労働大臣は、国民保健の向上に資するため、匿名医療保険等関連情報（医療保険等関連情報に係る特定の被保険者その他の厚生労働省令で定める者（次条において「本人」という。）を識別すること及びその作成に用いる医療保険等関連情報を復元することができないようにするために厚生労働省令で定める基準に従い加工した医療保険等関連情報をいう。以下同じ。）を利用し、又は厚生労働省令で定めるところにより、次の各号に掲げる者であつて、匿名医療保険等関連情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有すると認められる業務としてそれぞれ当該各号に定めるものを行うものに提供することができる。

- 一 国の他の行政機関及び地方公共団体 適正な保健医療サービスの提供に資する施策の企画及び立案に関する調査
- 二 大学その他の研究機関 疾病の原因並びに疾病の予防、診断及び治療の方法に関する研究その他の公衆衛生の向上及び増進に関する研究
- 三 民間事業者その他の厚生労働省令で定める者 医療分野の研究開発に資する分析その他の厚生労働省令で定める業務（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）

※介護DB（介護保険法）、DPC（健康保険法）も同様の規定を置いている。

- データの第三者提供については、現行では、ガイドラインによりその対象が国、大学等に限定されているところ。改正法により、これまで第三者提供の対象外としていた民間事業者にも匿名データの提供を行うことが可能になった。

# 委員会の立ち上げ

令和元年11月15日	資料3 一部 改変
第10回医療・介護データ等の解析基盤 に関する有識者会議	

## <改正法による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律第16条の2第3項>

(国民保健の向上のための匿名医療保険等関連情報の利用又は提供)

第十六条の二 厚生労働大臣は、国民保健の向上に資するため、匿名医療保険等関連情報（医療保険等関連情報に係る特定の被保険者その他の厚生労働省令で定める者（次条において「本人」という。）を識別すること及びその作成に用いる医療保険等関連情報を復元することができないようにするために厚生労働省令で定める基準に従い加工した医療保険等関連情報をいう。以下同じ。）を利用し、又は厚生労働省令で定めるところにより、次の各号に掲げる者であつて、匿名医療保険等関連情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有すると認められる業務としてそれぞれ当該各号に定めるものを行うものに提供することができる。

一～三 (略)

2 (略)

3 厚生労働大臣は、第一項の規定により匿名医療保険等関連情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

※介護DB（介護保険法）、DPC（健康保険法）も同様の規定を置いている。

- 匿名データの提供の可否決定の基準となる相当の公益性を有するか否かの判断については、厚生労働省による事実関係等の確認だけでなく、専門的な知見を有した者による、個々の事例に則した利用目的や利用内容、成果の公表有無等を踏まえた総合的な審査が必要になる。
- こうした、相当の公益性について確認するとともに、不適切利用による個人の権利利益の侵害防止を図るため、改正法において、匿名データの提供の可否に関し、厚生労働大臣が社会保障審議会から意見を聴く旨が規定された。

# 匿名レセプト情報等の提供に関する専門委員会（案）の立ち上げについて

## <経緯>

- 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（令和元年法律第9号。以下「改正法」という。）による高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の改正により、「匿名医療保険関連等情報（※1）を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。」とされたところである（令和2年10月1日施行）。（※2）

（※1）NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）に格納されているレセプト情報等を、患者等が特定できないように加工したデータ。現行、NDBのデータを第三者に提供する際には、保険局長が参集する「レセプト情報の提供等に関する有識者会議」においてデータ提供の可否を御議論いただいている。

現行のレセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドラインURL：

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000135460.pdf>

現行のDPCデータの提供に関するガイドラインURL：

<https://www.mhlw.go.jp/content/000498905.pdf>

（※2）改正法による健康保険法の改正により、DPCデータベースについても同様の規定が整備されている。

## <今後の方針（案）>

- 改正法により、社会保障審議会の意見を聴かなければならないとされたことを踏まえ、社会保障審議会医療保険部会の下に、匿名レセプト情報等の提供に関する専門委員会（案）（以下「専門委員会」という。）を設置し、当該専門委員会において、匿名レセプト情報等及びDPCデータ（以下「匿名データ」という。）の提供の可否について、相当の公益性及び不適切利用による個人の権利利益の侵害防止の有無等を総合的に審査することとする。

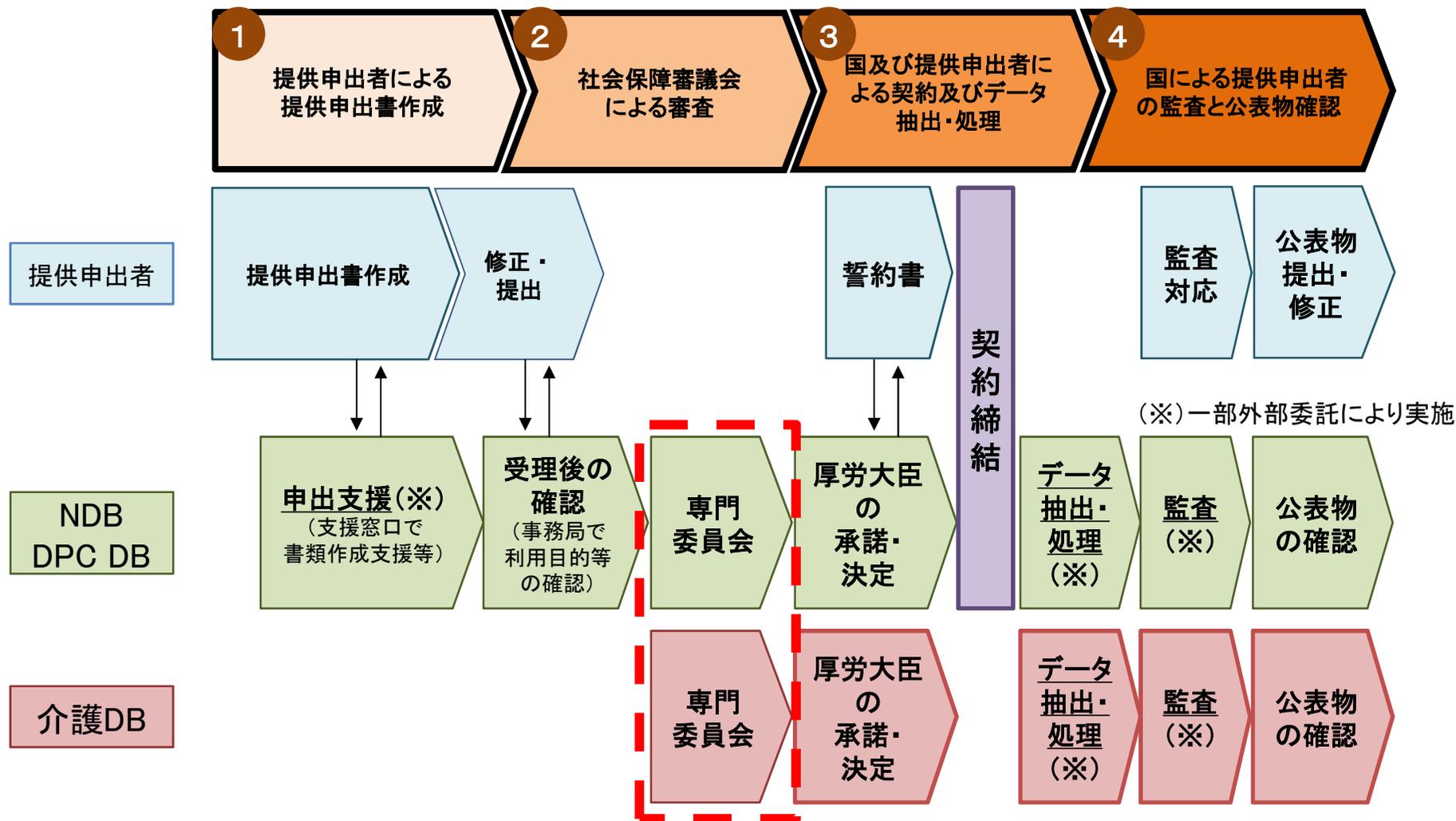
また、専門委員会の運営等は、P6の「匿名レセプト情報等の提供に関する専門委員会の設置要綱（案）」のとおりとし、より詳細な事項等については部会長と協議の上確定することとする。なお、提供申出に係る審査は、提供申出者が得た申出内容の着想を保護する観点から、非公開とする。

- 匿名データのデータ提供の流れは次ページのとおりとし、介護保険法に基づく介護DBのデータと連結して利用することができる状態での提供申出があった場合の審査については、介護保険部会の下に設置予定の専門委員会と合同開催で行うこととする。

- 「匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するガイドライン」及び「DPCデータの提供に関するガイドライン」等については、当該審査基準や提供に係る事務処理基準を定めたものであることから、本専門委員会でも内容について検討を行うこととする。

# 専門委員会での審査を含めた第三者提供の事務手続き（案）

- 改正法施行後のNDBデータの第三者提供までの事務手続き（案）については以下のとおり。  
 ※現行の第三者提供の流れと大きな差異はない。  
 現行の運用に加えて、第三者提供に係る手数料の減免・免除の申請および収納の手続きが追加される。



# 匿名レセプト情報等の提供に関する専門委員会の設置要綱（案）

## 1 設置の趣旨

社会保障審議会医療保険部会に、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（令和元年法律第9号）による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）及び改正後の健康保険法（大正11年法律第70号。以下「健保法」という。）の規定により、厚生労働大臣は匿名レセプト情報等及びDPCデータ（以下「匿名データ」という。）を第三者に提供する法的根拠が設けられたとともに、匿名データの第三者への提供に当たって、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴くこととされた。このため、匿名データの第三者への提供の可否等について専門的観点から審査を行うため、当該規定により社会保障審議会の権限に属せられた事項について調査審議するための専門委員会として、社会保障審議会医療保険部会に「匿名レセプト情報等の提供に関する専門委員会」（以下「専門委員会」という。）を設置する。

## 2 構成等

- (1) 専門委員会の委員は、別紙（準備中。部会長と相談の上確定）とする。
- (2) 専門委員会に委員長を置く。

## 3 検討項目

専門委員会は、匿名データの提供に係る事務処理及び専門委員会が行う審査の基準を定めた「匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するガイドライン」及び「DPCデータの提供に関するガイドライン」等について検討を行う。

また、匿名データの提供申出があった場合には、当該提供申出のあった匿名データの利用について、相当の公益性の有無を次の①から③までに掲げる事項等を踏まえて判断するとともに、不適切利用による個人の権利利益の侵害防止の有無等も含め総合的に審査する。

- ① 匿名データの利用目的
- ② 匿名データの利用内容
- ③ 成果の公表の有無 等

## 4 運営等

- (1) 専門委員会は、原則として、年に4回開催する。
- (2) 専門委員会の議事は原則公開とする。なお、委員長の判断により非公開とすることができる。
- (3) 専門委員会の検討の結果については、医療保険部会に毎年報告する。なお、専門委員会の議決は、医療保険部会長の同意を得て、医療保険部会の議決とすることができる。
- (4) 専門委員会の庶務は、厚生労働省保険局医療介護連携政策課において行う。
- (5) 上記のほか、専門委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が定める。

## 附 則

この要綱は、令和2年10月1日から施行する。

## 参考資料 1 参照条文①

### ◎健康保険法(大正11年法律第70号)(抄)

(国民保健の向上のための匿名診療等関連情報の利用又は提供)

第150条の2 厚生労働大臣は、国民保健の向上に資するため、匿名診療等関連情報(診療等関連情報に係る特定の被保険者その他の厚生労働省令で定める者(次条において「本人」という。)を識別すること及びその作成に用いる診療等関連情報を復元することができないようにするために厚生労働省令で定める基準に従い加工した診療等関連情報をいう。以下同じ。)を利用し、又は厚生労働省令で定めるところにより、次の各号に掲げる者であつて、匿名診療等関連情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有すると認められる業務としてそれぞれ当該各号に定めるものを行うものに提供することができる。

- 一 国の他の行政機関及び地方公共団体 適正な保健医療サービスの提供に資する施策の企画及び立案に関する調査
- 二 大学その他の研究機関 疾病の原因並びに疾病の予防、診断及び治療の方法に関する研究その他の公衆衛生の向上及び増進に関する研究
- 三 民間事業者その他の厚生労働省令で定める者 医療分野の研究開発に資する分析その他の厚生労働省令で定める業務(特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。)

2 厚生労働大臣は、前項の規定による利用又は提供を行う場合には、当該匿名診療等関連情報を高齢者の医療の確保に関する法律第十六条の二第一項に規定する匿名医療保険等関連情報、介護保険法第百十八条の三第一項に規定する匿名介護保険等関連情報その他の厚生労働省令で定めるものと連結して利用し、又は連結して利用することができる状態で提供することができる。

3 厚生労働大臣は、第一項の規定により匿名診療等関連情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

### ◎高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)(抄)

(国民保健の向上のための匿名医療保険等関連情報の利用又は提供)

第16条の2 厚生労働大臣は、国民保健の向上に資するため、匿名医療保険等関連情報(医療保険等関連情報に係る特定の被保険者その他の厚生労働省令で定める者(次条において「本人」という。)を識別すること及びその作成に用いる医療保険等関連情報を復元することができないようにするために厚生労働省令で定める基準に従い加工した医療保険等関連情報をいう。以下同じ。)を利用し、又は厚生労働省令で定めるところにより、次の各号に掲げる者であつて、匿名医療保険等関連情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有すると認められる業務としてそれぞれ当該各号に定めるものを行うものに提供することができる。

一～三 (略)

2 厚生労働大臣は、前項の規定による利用又は提供を行う場合には、当該匿名医療保険等関連情報を、健康保険法第百五十条の二第一項に規定する匿名診療等関連情報及び介護保険法第百十八条の三第一項に規定する匿名介護保険等関連情報その他の厚生労働省令で定めるものと連結して利用し、又は連結して利用することができる状態で提供することができる。

3 厚生労働大臣は、第1項の規定により匿名医療保険等関連情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

## 参考資料 1 参照条文②

### ◎社会保障審議会令（平成12年政令第282号）（抄）

（部会）

第6条 審議会及び分科会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

2 部会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、会長（分科会に置かれる部会にあっては、分科会長）が指名する。

3～5（略）

6 審議会（分科会に置かれる部会にあっては、分科会。以下この項において同じ。）は、その定めるところにより、部会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

### ◎社会保障審議会運営規則（平成13年1月30日社会保障審議会決定）（抄）

（審議会の部会の設置）

第2条 会長は、必要があると認めるときは、審議会に諮って部会（分科会に置かれる部会を除く。以下本条から第四条までにおいて同じ。）を設置することができる。

2 会長は、必要があると認めるときは、二以上の部会を合同して調査審議させることができる。

（分科会及び部会の議決）

第4条 分科会及び部会の議決は、会長の同意を得て、審議会の議決とすることができる。

（委員会の設置）

第8条 分科会長又は部会長は、必要があると認めるときは、それぞれ分科会又は部会に諮って委員会を設置することができる。

（雑則）

第10条 この規則に定めるもののほか、審議会、分科会又は部会の運営に必要な事項は、それぞれ会長、分科会長又は部会長が定める。

## 参考資料 2 社会保障審議会の会議と議事録の公開

### ◎社会保障審議会運営規則(平成13年1月30日社会保障審議会決定)(抄)

(会議の公開)

第五条 審議会の会議は公開とする。ただし、会長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、会議を非公開とすることができる。

2 会長は、会議における秩序の維持のため、傍聴人の退場を命ずるなど必要な措置をとることができる。

(議事録)

第六条 議事録における議事は、次の事項を含め、議事録に記載するものとする。

- 一 会議の日時及び場所
- 二 出席した委員、臨時委員及び専門委員の氏名
- 三 議事となった事項

2 議事録は公開とする。ただし、会長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、議事録の全部又は一部を非公開とすることができる。

3 前項の規定により議事録の全部又は一部を非公開とする場合には、会長は、非公開とした部分について議事要旨を作成し、これを公開するものとする。

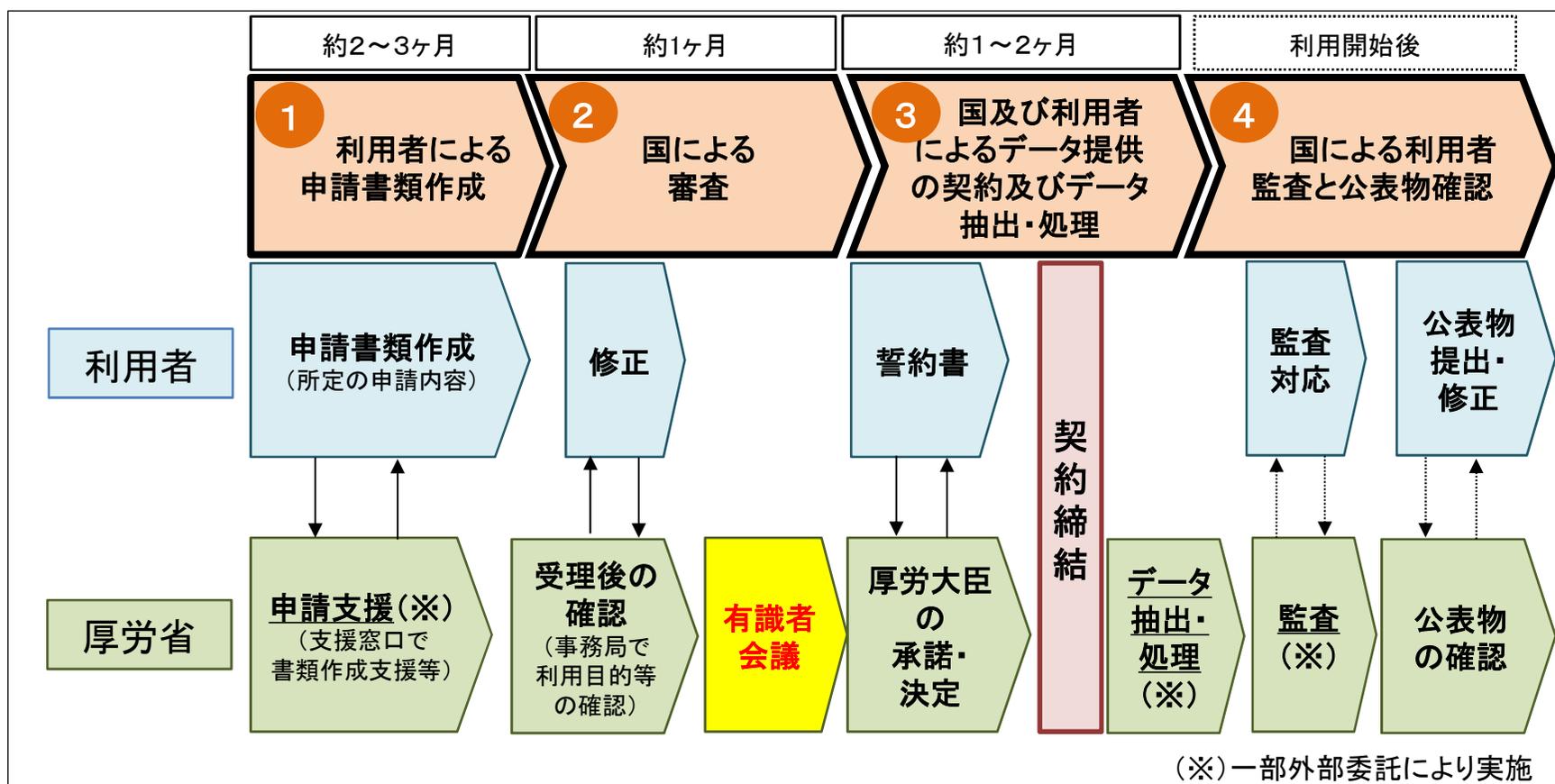
(準用規定)

第八条 第一条、第五条及び第六条の規定は、分科会及び部会に準用する。この場合において、第一条、第五条及び第六条中「会長」とあるのは、分科会にあつては「分科会長」、部会にあつては「部会長」と、第一条中「委員」とあるのは、分科会にあつては「当該分科会に属する委員」、部会にあつては「当該部会に属する委員」と、「議事に関係のある臨時委員及び専門委員」とあるのは、分科会にあつては、「当該分科会に属する臨時委員及び専門委員であつて議事に関係のある者」、部会にあつては「当該部会に属する臨時委員及び専門委員であつて議事に関係のある者」と読み替えるものとする。

## 参考資料3 現行の匿名レセプト情報等及びDPCデータの第三者提供の流れ

○ ガイドラインに規定されたルールに基づく手続は、次の4つのステップに分類できる。

- ① 利用者による申請書類作成
- ② 国による審査
- ③ 国及び利用者によるデータ提供の契約及びデータ抽出・処理
- ④ 国による利用者監査と公表物確認



## 参考資料4 現行のレセプト情報の提供等に関する有識者会議の概要

### ○現行のレセプト情報の提供等に関する有識者会議における検討

高齢者の医療の確保に関する法律第16条の規定に基づき、厚生労働省が構築するレセプト情報・特定健診等情報データベースのデータについて、高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項の規定に基づき保険者及び後期高齢者医療広域連合が厚生労働大臣に提供する情報の利用及び提供に関する指針の第3の(1)ただし書の規定に基づいて行うレセプト情報等データの提供に係る厚生労働大臣の審査の際、レセプト情報等の提供に関する有識者会議において有識者からの意見聴取を行うこととする。

#### <有識者会議における主な検討事項>

- (1) **本会議**は、データを提供する場合のデータ提供に係る事務処理及び標準化並びに有識者が行う審査基準を定めたレセプト情報等データ提供に関するガイドライン及びDPCデータの提供に関するガイドライン等について専門的な検討を行う。
- (2) **分科会**は、申出のあったデータ利用の公益性等について、次の①から⑥までに掲げる事項についてそれぞれ評価し、総合的に勘案した上で、助言する。
  - ① データの利用目的
  - ② データ利用の必要性
  - ③ データ利用の緊急性
  - ④ データ利用申請に関連する分野での過去の研究実績、データ分析に係る人的体制
  - ⑤ データの利用場所並びに保管場所及び管理方法
  - ⑥ データ分析の結果の公表の有無

#### <有識者会議における構成員の内訳>

- (1) **本会議**は18名(保険者4名、医療関係者4名、レセプトデータ等の有識者10名)
- (2) **分科会**は11名(保険者4名、医療関係者4名、レセプトデータ等の有識者3名)

高齢者の医療の確保に関する法律第十六条第二項の規定に基づき保険者及び後期高齢者医療広域連合が厚生労働大臣に提供する情報の利用及び提供に関する指針(平成22年厚生労働省告示第424号)

#### 第2 データの利用目的

##### 1 データの利用目的

- (1) データは、法第十六条第一項の規定に基づき、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資することを目的として、厚生労働大臣が行う調査及び分析並びに当該調査及び分析結果の公表のために用いるものとする。
- (2) 都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資することを目的として、調査及び分析を行うために、法第九条第六項及び第十五条第一項の規定に基づき、都道府県知事が厚生労働大臣に対し、データの提供を求める場合には、厚生労働大臣は、(1)の調査及び分析結果のほか、当該求めに係るデータを都道府県知事に提供することができる

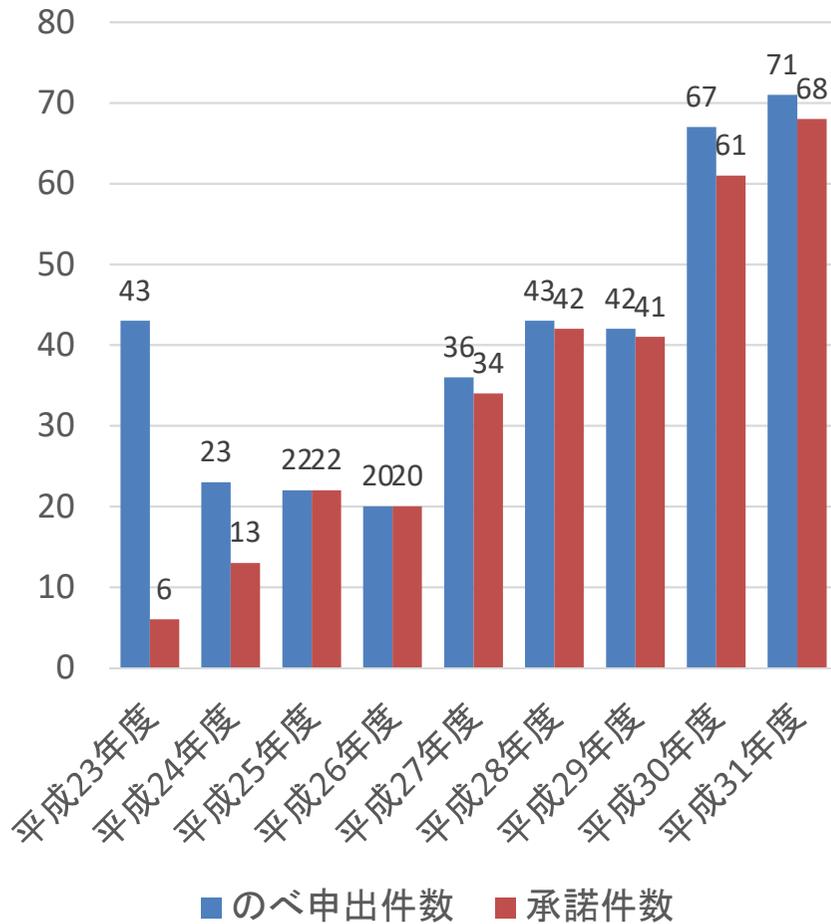
#### 第3 データの提供

##### 1 利用及び提供の制限

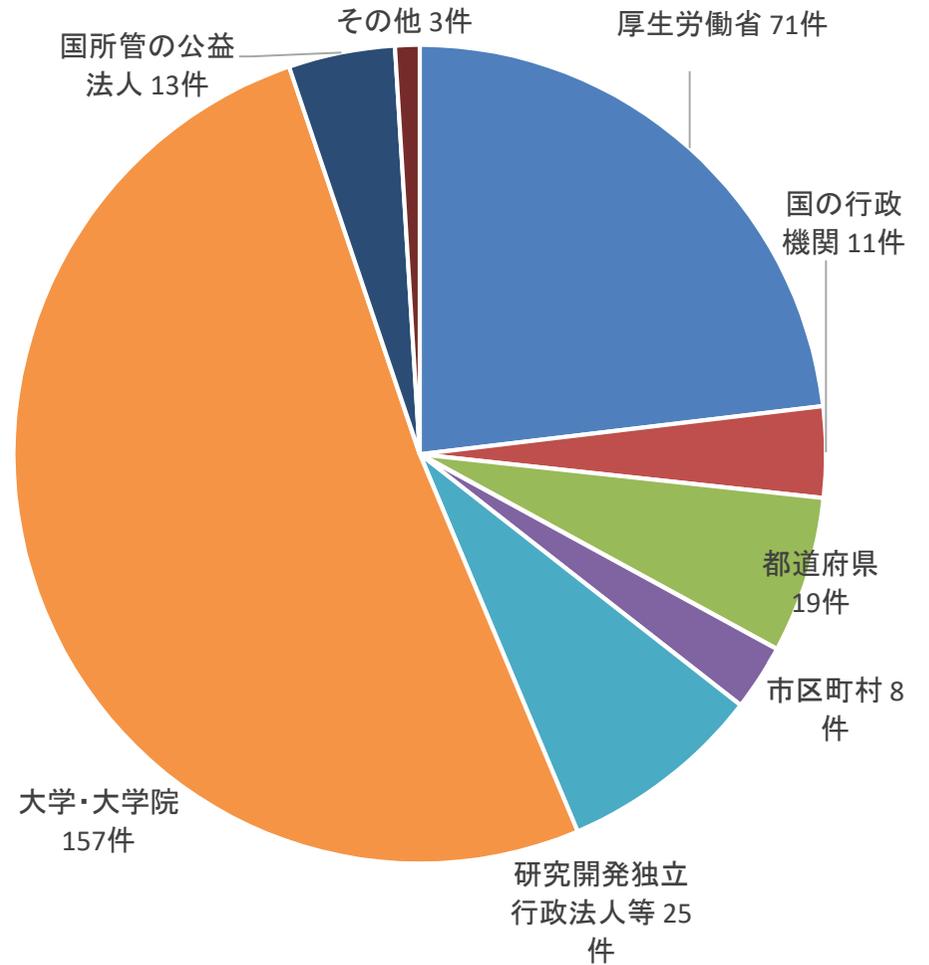
- (1) 第2に規定する場合を除き、データは管理責任者以外の者に提供してはならない。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。
  - ① 厚生労働省、その他の国の行政機関、地方公共団体等が、法令に定める所掌事務の遂行に必要な限度で、かつ、医療サービスの質の向上等を目指した正確な根拠に基づく施策の推進のために利用する場合であって、当該データの利用が公益性が高いものとして厚生労働大臣が承認した場合
  - ② ①に規定する以外の場合であって、①に規定する施策の推進に有益な分析・研究又は学術研究の発展に資する目的で行う分析・研究のためにデータを利用しようとする者が、当該分析・研究に必要な限度で当該データを利用する場合であって、当該研究の目的、研究計画、データの分析方法、データの使用・管理方法等について審査した上で、当該データの利用が公益性が高いものとして厚生労働大臣が承認した場合

# 参考資料 5 第三者提供の申出件数及び承諾件数の推移並びに提供依頼申出者の区分

第三者提供の申出件数及び承諾件数の推移



提供依頼申出者の区分(件数)



※ 367件の申出に対し、307件を承諾(令和2年3月末時点)

# データヘルスの検討状況について

令和2年7月9日

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

# 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(令和2年法律第52号)の概要

令和2年6月12日公布

## 改正の趣旨

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。

※地域共生社会：子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会（ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定））

## 改正の概要

### 1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 【社会福祉法、介護保険法】

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

### 2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進 【介護保険法、老人福祉法】

- ① 認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
- ② 市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
- ③ 介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

### 3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進 【介護保険法、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】

- ① 介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求められることができると規定する。
- ② 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

### 4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】

- ① 介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
- ② 有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
- ③ 介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。

### 5. 社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】

社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

## 施行期日

令和3年4月1日（ただし、3②及び5は公布の日から2年を超えない範囲の政令で定める日、3③及び4③は公布日）

# 医療機関等向け周知広報について

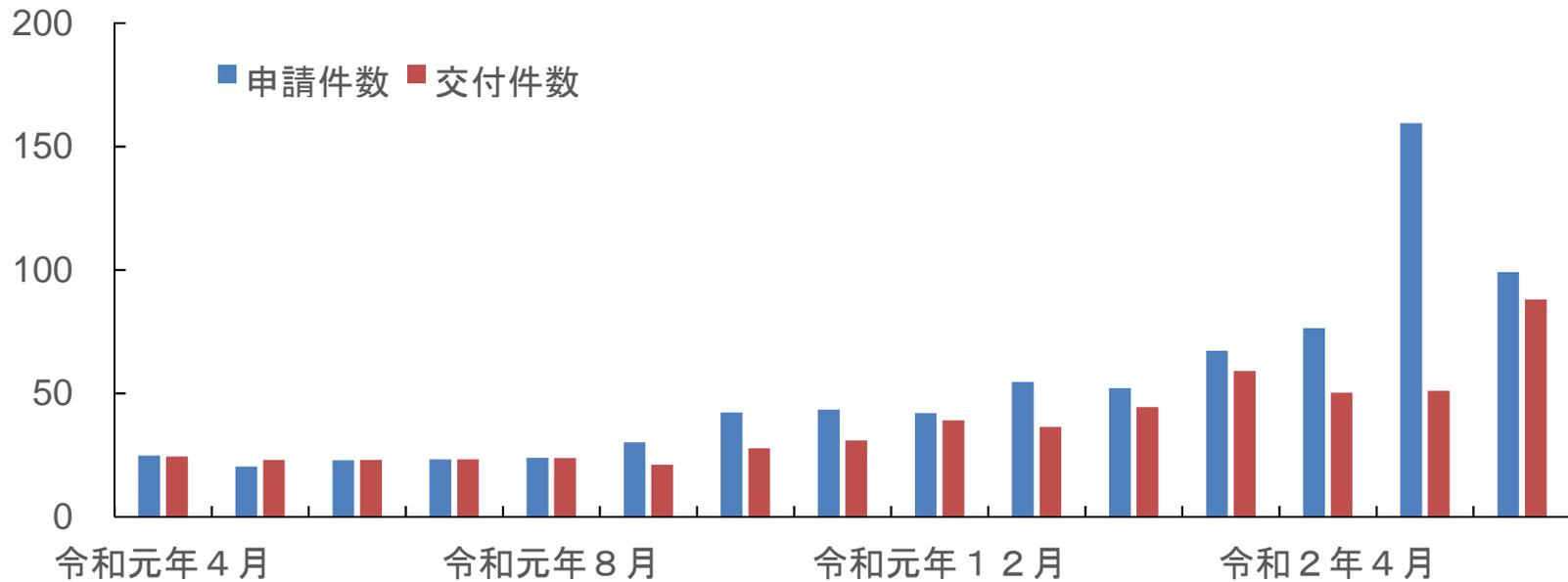
- 「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」が6月5日成立し、顔認証付カードリーダーの申し込みが8月、オンライン資格確認等システム（オン資）の利用申請が9月にそれぞれ開始される。
- 7月6日に全医療機関等にリーフレットを配布し、以降、様々な媒体の活用や個別説明等により、マイナンバーカードの保険証利用化、オンライン資格確認等システムの周知・導入促進を図っていく。
- その際には、国民、病院、診療所、薬局、ベンダ向けなど、対象者毎に効果的な施策を検討し、周知していく。 ※随時施策を追加していく予定

	2019年度(令和元年度)				2020年度(令和2年度)													
	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
マイルストーン									▼顔認証付カードリーダー申込 ▼オン資利用申請開始			▼オン資補助金申請開始						
医療機関等向けポータルサイト									オンライン資格確認に係る基本情報の提供/アカウント登録⇒適宜メールでの案内									
リーフレット									顔認証付カードリーダーの申込案内									
コールセンター									オン資利用申請の案内									
ベンダ									補助金申請の案内									
厚生労働省HP									概要及び補助内容に係る情報提供を適宜実施									
									10月よりチャットボットによる対応も追加									
									ベンダと連携した周知活動									
									オン資概要動画公開/導入の手引き									
									オン資導入後の動画/補助金Q&A									
説明会関連	厚生局単位での都道府県3師会への説明会							3師会等へ事務連発出	地域で医療関係者が集まる場での説明会									
	病院関係団体への説明会							システムベンダ説明会		主要グループ病院説明会								
								診療報酬改定説明会に含ませて周知		公的病院への勧奨								
								3師会等へ事務連発出		大型薬局への直接勧奨								
記事転載	業界雑誌・ネット記事							業界雑誌・ネット記事			業界雑誌・ネット記事など随時掲載依頼							
政府広報等								プレスリリース		プレスリリース		プレスリリース				プレスリリース		
																国民向けマイナンバーカード取得・初回登録勧奨		

## (参考) マイナンバーカードの申請件数について

	令和元年度 4月～9月	令和元年度 10月～令和2年3月	令和2年上四半期 4月～6月
月間申請枚数 (月平均)	241,873	502,190	1,116,295

2.08倍      2.32倍



総務省自治行政局住民制度課調べの資料をもとに  
厚生労働省保険局医療介護連携政策課が作成

# 新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン

※経済財政諮問会議（令和2年6月22日）加藤臨時議員提出資料（抜粋）

## データヘルス集中改革プランの基本的な考え方

- 3つの仕組みについて、オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度等の既存インフラを最大限活用しつつ、令和3年に必要な法制上の対応等を行った上で、令和4年度中に運用開始を目指し、効率的かつ迅速にデータヘルス改革を進め、新たな日常にも対応するデジタル化を通じた強靱な社会保障を構築する。

## ▶ 3つのACTIONを今後2年間で集中的に実行

### ACTION 1：全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大

患者や全国の医療機関等で医療情報を確認できる仕組みについて、対象となる情報（薬剤情報に加えて、手術・移植や透析等の情報）を拡大し、令和4年夏を目途に運用開始



### ACTION 2：電子処方箋の仕組みの構築

重複投薬の回避にも資する電子処方箋の仕組みについて、オンライン資格確認等システムを基盤とする運用に関する要件整理及び関係者間の調整を実施した上で、整理結果に基づく必要な法制上の対応とともに、医療機関等のシステム改修を行い令和4年夏を目途に運用開始



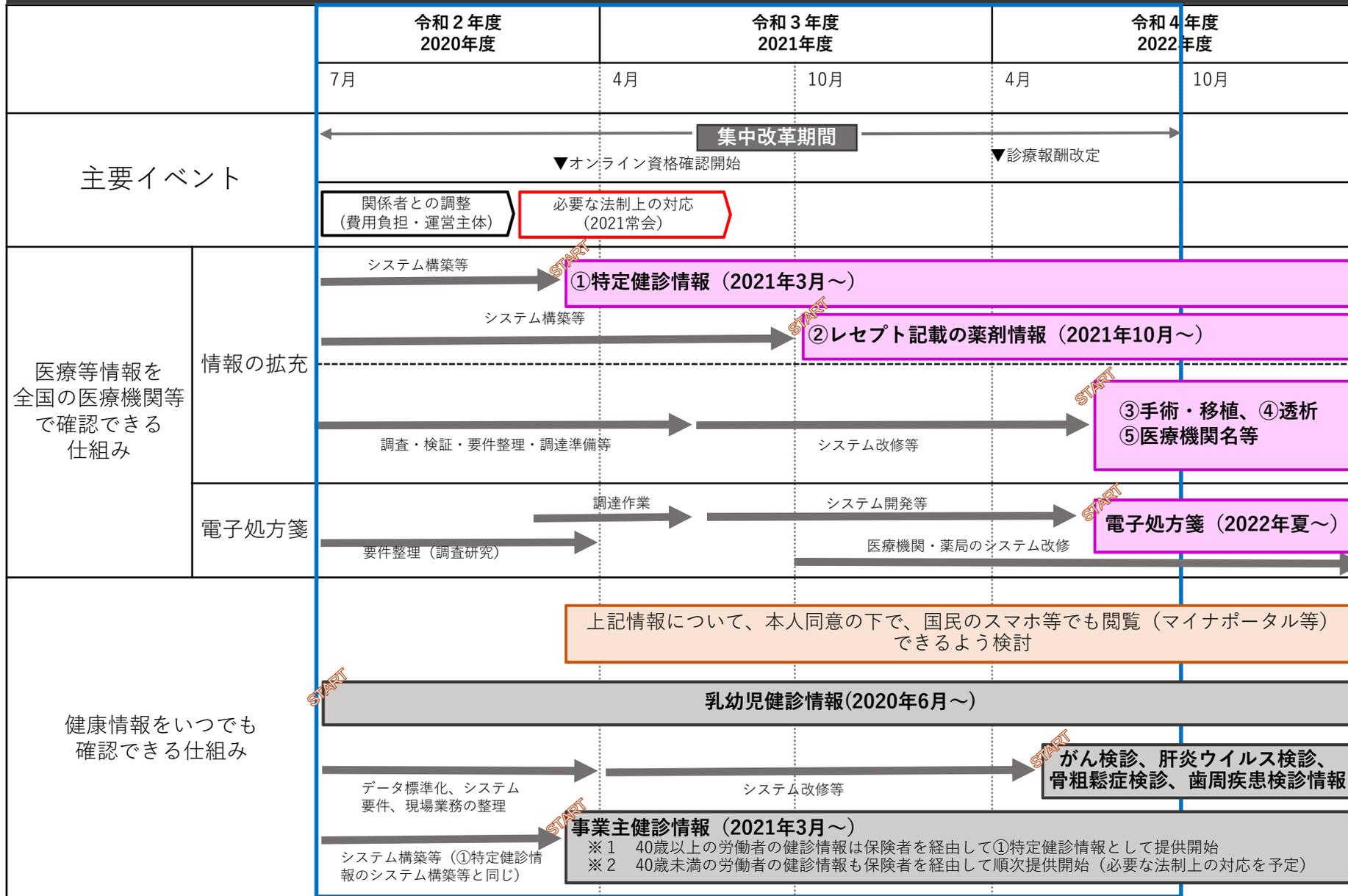
### ACTION 3：自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大

PCやスマートフォン等を通じて国民・患者が自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組みについて、健診・検診データの標準化に速やかに取り組むとともに、対象となる健診等を拡大するため、令和3年に必要な法制上の対応を行い、令和4年度早期から順次拡大し、運用



★上記のほか、医療情報システムの標準化、API活用のための環境整備といったデータヘルス改革の基盤となる取組も着実に実施。電子カルテの情報等上記以外の医療情報についても、引き続き検討。

## データヘルス集中改革プラン（2年間）の工程（案）



※1 40歳以上の労働者の健診情報は保険者を経由して①特定健診情報として提供開始  
 ※2 40歳未満の労働者の健診情報も保険者を経由して順次提供開始（必要な法制上の対応を予定）

※電子カルテの情報等上記以外の医療情報についても、引き続き検討。

## 全体スケジュール

デジタル・ガバメント閣僚会議  
(令和元年9月3日)決定

(マイナンバーカード交付枚数 (想定) )

2020年7月末	3000~4000万枚	マイナンバーカードを活用した消費活性化策に向けて
2021年3月末	6000~7000万枚	健康保険証利用の運用開始時
2022年3月末	9000~10000万枚	医療機関等のシステム改修概成見込み時
2023年3月末	ほとんどの住民がカードを保有	

(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)

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

## 医療情報を患者や全国の医療機関等で確認できる仕組み（ACTION 1）

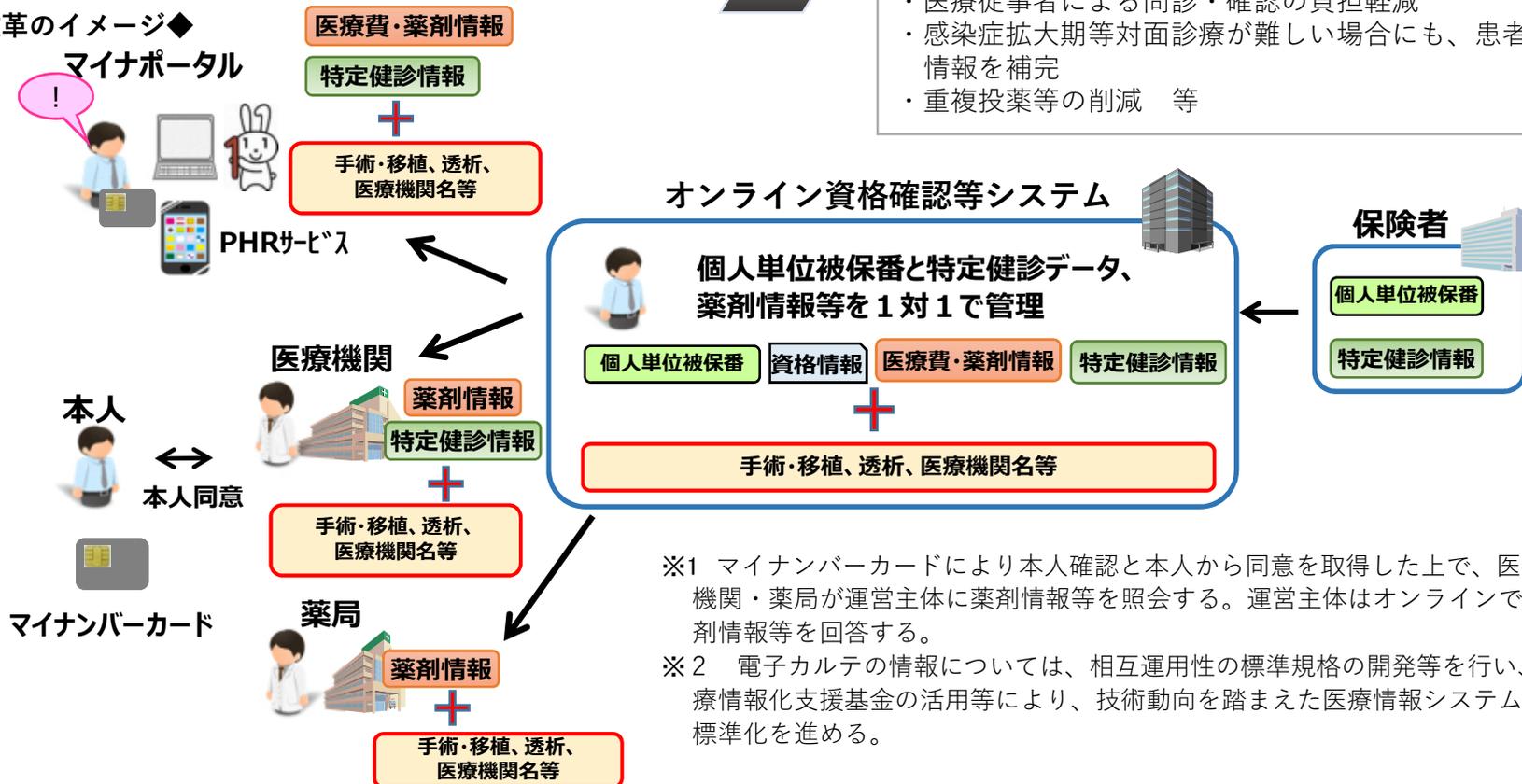
### 現状

- 災害や感染症拡大期等には、患者の医療情報の入手が難しく、重症化リスクや継続が必要な治療の把握が困難
- 高齢者や意識障害の救急患者等の抗血栓薬等の薬剤情報や過去の手術・移植歴、透析等の確認が困難
- 複数医療機関を受診する患者において、重複や併用禁忌の薬剤情報等の確認が困難

### 改革後

- ・かかりつけの医療機関が被災しても、別の医療機関が患者の情報を確認することで、必要な治療継続が容易に
- ・救急搬送された意識障害の患者等について、薬剤情報等を確認することで、より適切で迅速な検査、診断、治療等を実施
- ・複数医療機関にまたがる患者の情報を集約して把握することにより、患者の総合的な把握が求められるかかりつけ医の診療にも資する
- ・医療従事者による問診・確認の負担軽減
- ・感染症拡大期等対面診療が難しい場合にも、患者の情報を補完
- ・重複投薬等の削減 等

### ◆改革のイメージ◆



※1 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・薬局が運営主体に薬剤情報等を照会する。運営主体はオンラインで薬剤情報等を回答する。

※2 電子カルテの情報については、相互運用性の標準規格の開発等を行い、医療情報化支援基金の活用等により、技術動向を踏まえた医療情報システムの標準化を進める。

## 医療情報を患者や全国の医療機関等で確認できる仕組み（ACTION 1）の今後の進め方（案）

	医療保険部会	医政局における検討
令和2年度		
7月9日	今後の進め方（案）について議論	調査・検証・要件整理  ※論点 ・オンライン資格確認等システムで確認できる薬剤情報以外の項目の範囲 ・具体的なユースケースと想定される有用性 ・ユースケースごとの運用方法（救急時など） ・画面表示レイアウト ・データの保存期間 ・PHRにおける運用のあり方  等 (健康・医療・介護情報利活用検討会等)
秋頃	検討状況の進捗報告・議論	
1月～	医政局における検討結果の報告	調達準備
令和3年度		
春頃～		調達、システム改修
令和4年度		
夏頃～	医療情報を患者や全国の医療機関等で確認できる仕組みの拡大	

## 電子処方箋の仕組み（ACTION 2）

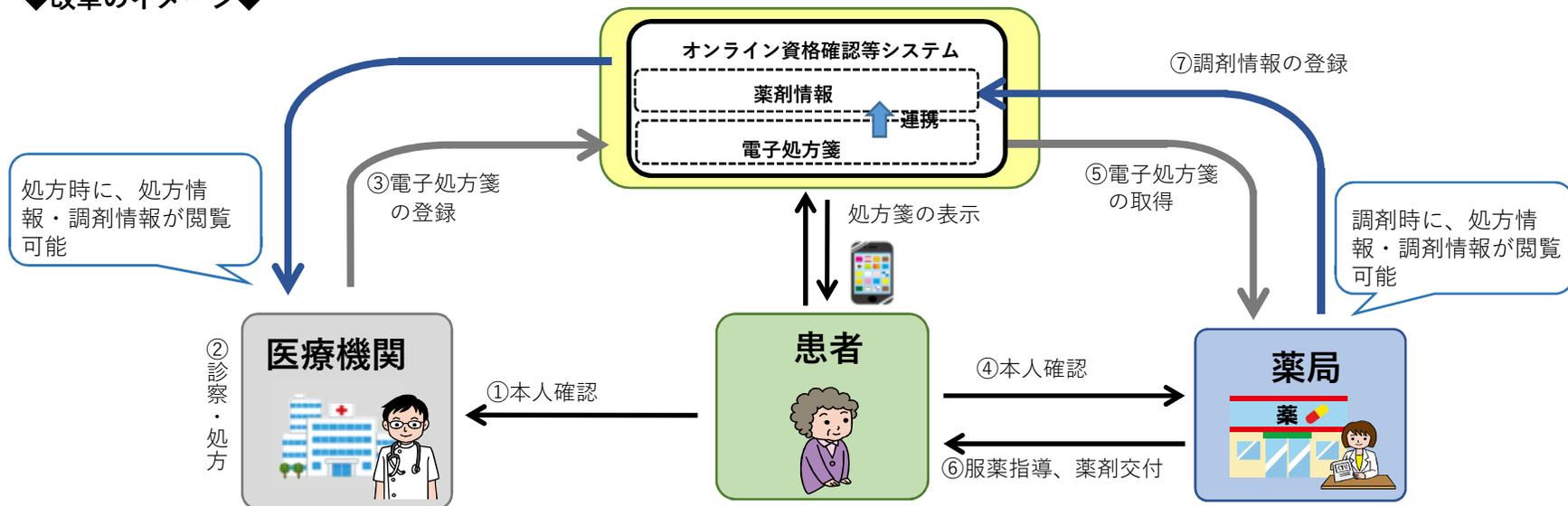
### 現状

- 病院等で受けとった紙の処方箋を薬局で渡す必要
- 医師、薬剤師の得られる情報が限られている場合があり、重複投薬が行われる可能性が否定できない
- 新型コロナウイルス感染症への対応の下ではファックス情報に基づく調剤が可能だが、事後的な紙の処方箋原本の確認作業が必要

### 改革後

- ・リアルタイムの処方情報共有（重複処方の回避）
- ・薬局における処方箋情報の入力負担軽減等
- ・患者の利便性の向上（紙の受渡し不要、オンライン診療・服薬指導の円滑な実施が可能）

### ◆改革のイメージ◆



## 電子処方箋の仕組み（ACTION 2）の実現に向けた今後の進め方（案）

	医療保険部会	医薬・生活衛生局における検討
令和2年度		
7月9日	今後の進め方（案）について議論	※調査研究において論点の検討 <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子処方箋の真正性確保について</li> <li>・患者の本人確認の方法について（患者が来院・来局しない場合を含む）</li> <li>・処方時に重複投薬を知らせる仕組みについて</li> <li>・処方情報・調剤情報のデータ保存期間について</li> <li>・処方情報・調剤情報の画面表示項目・表示レイアウトについて</li> <li>・医療機関・薬局における処方情報・調剤情報の入力方法等について</li> <li>・電子処方箋の普及・促進について</li> </ul> 等
秋頃	検討状況の進捗報告・議論	
1月～	医薬・生活衛生局における検討結果の報告	調達準備
令和3年度		
春頃～		調達、システム改修
令和4年度		
夏頃～		

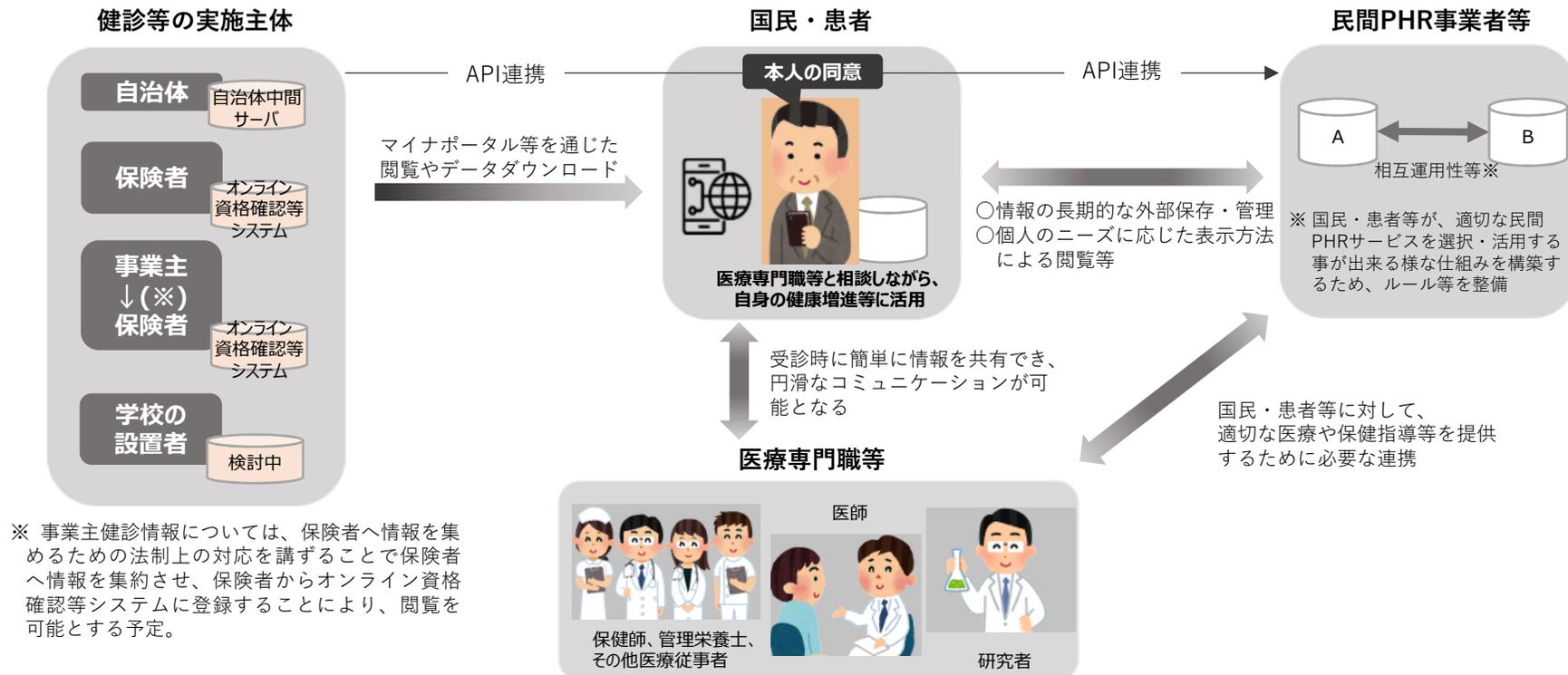
## 自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組み（ACTION 3）

### 現状

- 国民等が健診情報等にワンストップでアクセスし、閲覧・活用することが困難
- 健診結果が電子化されておらず、円滑な確認が困難であることや災害時等における紛失リスクが存在
- 新たな感染症等の発生時に、医療機関や保健所が本人から正確な情報を収集し、健康状態のフォローアップをすることが重要

### 改革後

- 国民が、マイナポータル等を通じて、自身の保健医療情報をPCやスマホ等で閲覧・活用が可能
- API連携等を通じて、個人のニーズに応じた、幅広い民間PHRサービスの活用



# 40歳未満の事業主健診情報の保険者への集約について

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

## 事業主健診の情報を保険者に集約することのメリット

### [メリット①] データヘルスの一層の推進

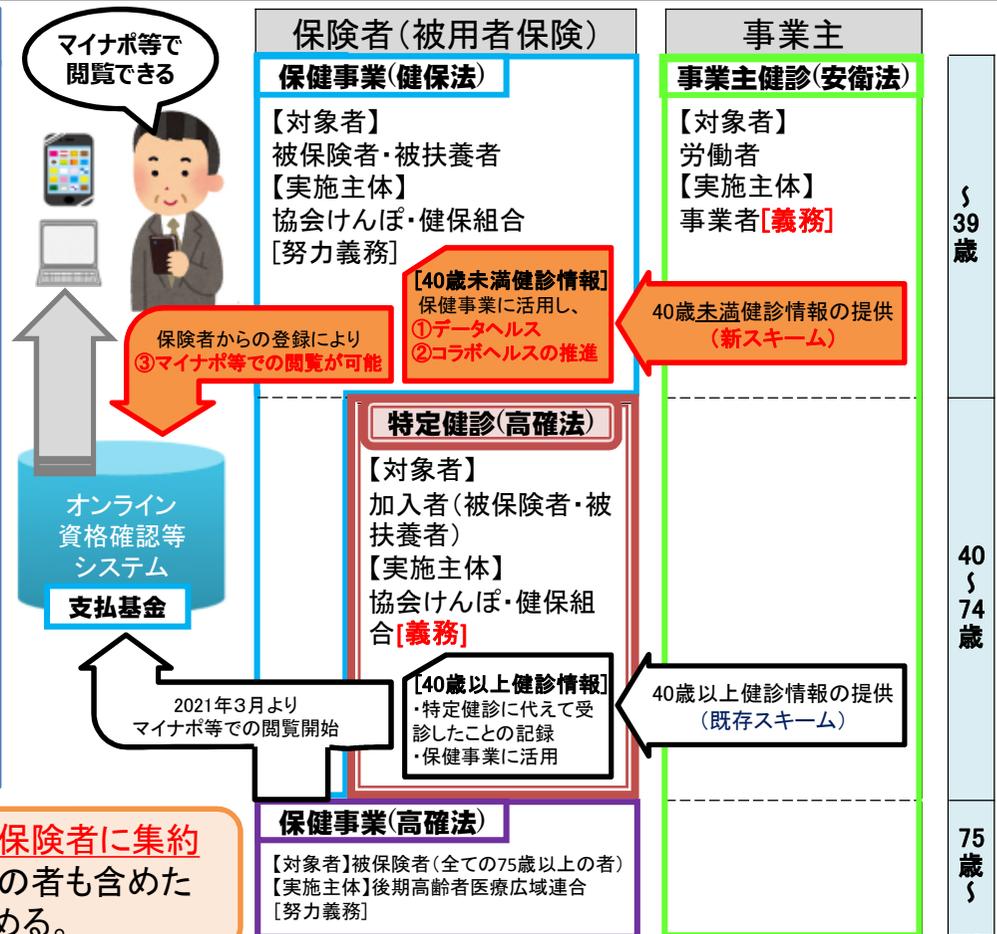
データヘルスが一層推進され、加入者の状況に応じた効率的・効果的な保健事業の実施が可能に。また、集まった情報を協会けんぽや健保連等で統計・分析することで、地域間や業種間、事業所間のデータ比較が可能になり、保険者や事業者等による加入者(=労働者)の健康課題の把握・対策に生かされる。(40歳未満の者の生活習慣病予防対策等にも役立つ。)

### [メリット②] コラボヘルスの実現につながる

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

### [メリット③] マイナポ等での健診情報の閲覧が可能に

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



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

# 医療保険制度改革についての これまでの主な意見

# 医療保険制度改革についてのこれまでの主な意見①

※議事録に基づき事務局にて整理

## 1. 後期高齢者の自己負担割合の在り方

- 一定所得以上の者を2割負担とする旨記載されたことは一歩前進。対象者をどの程度まで絞るかによっては、制度の持続性を高める効果が限定的になることが懸念される。
- 2割負担の対象範囲については、現役世代の負担軽減が目に見えるような形になるように設定すべきであり、複数のパターンを示すとともに、それぞれの対象人数や医療保険財政に与える影響等も明らかにすべき。
- 2割負担の対象の線引きは、住民税非課税世帯はともかく、対象を極力広げるような考え方でお願いしたい。
- 負担能力のある人が負担をしながら全体の社会保障制度を支えるというのが基本。そうした理解の中で、そうしなければ日本の医療制度は本当に財政的にもたなくなるということを強く感じており、窓口負担が2割となることを受け入れようという方々もおられる。
- 新たに所得区分を設定すると制度がより複雑化してしまうことや、低所得者に配慮して既に高額療養費制度が講じられていることなどを踏まえれば、後期高齢者の自己負担割合は、原則として2割とすることが必要ではないかと思う。
- 75歳以上の方々に関して、応能負担の議論は重要だと心得ているが、より慎重に丁寧にしていただきたい。
- 現在1割の方は2割になったら、医療費の負担が2倍になることから、慎重な議論が必要。
- 2割負担に伴う受診抑制により、結果として重症化につながると、逆に医療費、介護の費用を増幅させることにつながる。
- 86万円の平均所得の人たちに2割負担というのは、かなりの人達が医療から遠ざけられる。そのため、窓口負担のところで応能負担という議論は社会保障の検討ということではふさわしくないのではないか。
- 具体的な所得基準を検討するにあたっては、事務局で慎重にいろんなシミュレーションをしながら、分析、検討して可能性の案をつくっていただく必要がある。細部にまで気をつけて丁寧なルールになっていくべき。
- 所得の状況のばらつきや可処分所得など、生活実態の調査等を丁寧に議論していくことが必要。
- 2割負担を導入しても、高額療養費制度には自己負担の限度額があるため、必ずしも自己負担額が2倍にならないことを明確にし、正しい理解を得られるような形で議論を進めて欲しい。

## 2. 「現役並み所得」の判断基準の見直し

- 所得区分の線引きについて今後議論をする際には、現役並み所得がそもそも課税所得145万以上でいいのか、あるいは、控除の話も出てきたが、年金控除も含めた所得控除の話も含めてこれで本当にいいのか改めて議論すべき。
- 現在、3割になっている現役並み所得と判定をされている75歳以上高齢者の方々に対しての適用の範囲、基準についても（後期高齢者の自己負担割合の在り方と）同時に議論をして、75歳以上の高齢者の方々の中での公平性をきちんと考える必要がある。
- 現役並み所得の対象、基準を見直すときには、後期高齢者の医療費の公費負担減少分が現役世代の負担増にならないようにするのは当然だと思う。少なくとも支援金を負担する現役世代への財政支援を含めた配慮をお願いしたい。
- 現役並み所得の者が増加すると、直接的にはこれが現行制度上では、現役世代の負担増につながってしまうという問題がある。この点については全世代型社会保障検討会議の中で言われている世代間の負担の平準化、公平性を図る観点から、当該変更に伴う負担増分については、当然、現役世代の支援措置を別途検討する必要があると考えている。
- 高齢者の「現役並み所得の判断基準の見直し」については、今の仕組みのままでは現役並み所得となった段階で公費が投入されなくなる。したがって、その分、現役世代の保険料負担が増加する事態を招く形になる。これ以上現役世代の保険料負担が増加しないという観点を推し進める上では、本件の見直しを進めるに当たっては、公費投入の在り方もセットで見直すべき。

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

- 大病院受診時の定額負担に係る対象範囲の拡大、負担額の増額、そして増額分を公的医療保険の負担軽減に充てるということについては賛成なので、対象病院の範囲を狭めることなく、確実に実施していただきたい。
- 大病院は入院と専門外来を中心にし、かかりつけ医が患者の受診行動を適正化するまさにゲートキーパー的な機能を担う方向に進むべき。その中で、自らの選択で大病院を受診される患者に特別な負担をお願いするということではないか。
- 初診5000円、再診2500円以上という定額負担の仕組みはうまくいっていて、これを200床以上の一般病院に拡大するのは大変いいこと。ただ、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるというのは違和感がある。
- 初診時に5000円を払い、そのまま大病院に残ると結局勤務医の負担が増えたままなので、再診料のところを対応すべき。広げるよりも再診時の対応のほうが先。
- この議論を行うに当たっては、外来機能の分化や、かかりつけ医機能の在り方などについて十分に議論され、整理されていることが大前提。
- 病床規模だけで判断するのは疑問。何をもって大病院、中小病院か。初診、再診それぞれで、病床規模毎にどの程度が紹介状なし患者なのか、総受診回数に対する割合はどの程度か、実態を把握できる詳細なデータを示した上で議論すべき。
- 基本的に病院勤務医の負担軽減を第一に考え、次に機能分化を進めるという趣旨であり、適用範囲の拡大はそもそもの趣旨にかなっていない。一方、適用範囲がかなり病床数の少ない病院まで広がるので、救急外来が逆に増えてしまい、医師の負担が重くなる等の問題が考えられる。
- (患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するように改める、とあるが)初診5000円、再診2500円以上という定額負担は、地域の実情に応じて医療機関に考えてもらう趣旨もあり、徴収で手間取る大変さもあるので、現場のインセンティブを考えていくことも重要。
- 200床以上の一般病院という言い方になっているが、一般病院イコール一般病床とすると、この中には障害者病棟や、地域包括ケアを担うような地域密着型の病床も含まれてしまい、特に地方においてはそういった機能を担った、そこしかないような中小病院があるので、そういうことも踏まえて議論が必要。
- 大病院ですら外来の収入がなくなったら成り立たない制度。大学病院クラスの大病院は専門の外来のみで、あとは入院で働き方改革もできるような収入体系にすれば、大学病院は外来を手放す。このあたりの議論が必要。

## 4. 薬剤自己負担引上げ

- 高額な医薬品は、最新の医薬品へのアクセスを確保するため、十分な効果検証の下で、高額であっても公的保険で給付をすることを基本にしていくべき。一方で、リソースには限りがあり、市販品類似の医薬品の保険給付の在り方なども含め、保険給付の重点化を図っていくことが重要。また、薬剤給付の適正化に向けては、自己負担の見直しのみならず、後発医薬品の利用促進やセルフメディケーション税制の拡充、生活習慣病の治療薬の在り方等についても改めて検証と検討を進めるべき。
- 皆保険制度を維持するためには、大きなリスクは共助、小さなリスクは自助という方向に進まざるを得ないのではないか。その点を踏まえると、市販品類似薬については保険給付範囲からの除外や償還率の変更も考えざるを得ないのではないか。
- 国民皆保険制度を将来にわたって持続可能なものとするためには、後期高齢者の窓口2割負担の改革だけではとても実現できない。この薬剤の自己負担の引上げについても重要な取組の一つであると思うので、諸外国の例も参考にしつつ、十分な財政効果が得られるような見直しを図っていくべき。
- 疾病の治療が必要と判断して処方された医薬品は保険適用すべき。医療用と市販薬では、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合がある。また、OTC類似薬が保険から外れると、患者さんからすると保険で使える別の薬にしてほしいということになる。結果として高薬価の薬剤へシフトしてしまうのではないか。
- OTC類似薬については、医療上の必要性による適切な医薬品の選択の担保という意味で、財政問題だけで見直すことは適当ではないのではないかと。この医薬品を必要とする患者の家計の実質的な負担が増えて、医療アクセスにおける所得格差の問題につながるのではないかと。
- フランスでは医療上の有用性と対象疾患の重篤性、その2つに基づいて給付率を判断していると聞いている。仮に日本でこの制度を導入しようとした場合、今、約2万品目近くある医薬品の評価を全て見直して分類して、さらに何かあればメンテナンスをしていくということになる。そう考えると、かなり実行可能性は低いのではないかと。
- 医師としてこの薬が必要だと判断したときに、これはスイッチOTC医薬品だから使えないということは患者さんに説明しにくい。
- (薬や病気が)よく軽微なものということが言われるが、結果論であり、患者の立場で言うと、何が軽微で何が合うのかというのは本当に分からない。

## 5. 傷病手当金

- 傷病手当金制度は、そもそも労働力を回復するための生活の支えというものが趣旨だと考えている。その意味で、がん治療のために柔軟に利用したいという趣旨は理解できる。また、支給期間の取扱いが共済組合と違っている部分については共済組合を合わせるということも理解できる。
- 疾病構造が変わっていくことに対して傷病手当金の方も少しずつ変えていかないといけないのではないかと。今回そういう意味でも支給期間をそろえるということは非常に重要。
- 支給期間については、障害年金との接続ということで1年6か月と理解しているが、支給期間の見直しの経緯を確認し、障害年金との接続という趣旨がどれほど立法者意思として妥当するのかの確認が必要。また、共済組合も同じような経緯をたどってきたのかといった辺りを確認した上での議論が必要。
- 今回、見直しの論点として資格喪失後の継続給付の問題及び精神疾患等の関係の取扱いの2点を取り上げるべき。
- 資格喪失後の継続給付については、本来職場復帰を前提とするような傷病手当金ではなくて、これは休職の意思表示が必要となる雇用保険で給付すべきではないか。
- 資格喪失後の継続給付については、業務上災害と異なって退職に当たって雇用上の地位に係る法的保護がないので、雇用保険をはじめとする他の制度との交通整理というか仕分けが必要だと思うが、基本的には資格喪失後、退職後の所得保障の措置を講じるニーズ自体は高いのではないかと。
- 精神疾患については、本当に労務不能であるのかどうかという点について、判断に大変悩む事例が多い。さらに、これが資格喪失後となると、本当に労務不能なのかどうかということも含めて、保険者のほうで把握することが極めて困難。そういう面でも、実態把握もさらにした上で、この支給についての適正化を図ること、また、保険者としての調査方法や判断基準についても検討いただきたい。

## 6. 任意継続被保険者制度

- この任意継続制度では制度本来の意義が失われており、現在は国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が主な実態となっている。制度本来の意義が失われた以上は、廃止の方向で議論することが自然の流れである。一方で、さまざまな就労形態の方がいることを考慮すると、直ちに廃止するという事は難しいので、将来的な廃止を前提としつつ、見直しをしていくことが必要。
- 職域の保険と地域の保険で所得の把握時期が異なるという制度の違いに起因する、退職後の負担能力を大きく上回る保険料負担を当事者の方々に一方的に強いることを避けるという意味での任意継続の制度と認識している。職域、地域の二本立ての現行医療保険制度を続けるのならば、ある程度維持すべき。
- 国民健康保険の保険料算定が前年度所得に応じたものであり、退職前後に起こり得る急激な所得差を考えれば、保険料負担の急増を軽減する何らかの措置は必要だと思う。ただし、今の制度自体にも問題はあり、最大2年間とされている被保険者期間は可能な限り短縮されるべきであり、加入要件となっている2か月以上の勤務期間は長くすべき。
- 加入要件である勤務期間については、共済組合に合わせて、現行の2ヶ月から1年にしたらいいのではないかと。また、加入期間については、60歳未満でみると約8割が1年以内となっており、再就職までのつなぎということ考えた場合には、現行の2年から1年に短縮することでいいのではないかと。保険料の取り方については、退職時の標準報酬月額をもとに設定すれば、国保に移った場合の保険料の激変緩和ということにもなるのではないかと。
- 退職後に所得がない方が国保に移って最大2年間は退職前の高い所得に基づいて保険料を算定されてしまうケースがあることを考えると、この期間は短縮すべきではない。国保の財政負担が増大する、不安定になるという見直しについては、今後とも慎重な御検討をいただきたい。
- 加入要件の問題等の議論の際には、やはり有期労働者や派遣労働者など、比較的立場の弱い人たちにしわ寄せが回るような見直しは回避すべき。また、頻りに被保険者が保険を出入りすることで、市町村の事務コストの問題なども発生するのではないかと。そういったこと全体を含めて慎重な議論が必要。
- 船員保険についても同様の制度があるが、この船員の方々については、一定期間、休みなく海上で就労し、そして、一定期間失業するというサイクルを繰り返す場合も多く、健康保険の加入者とは仕事の性質が非常に異なっており、この部分については留意が必要。

## 7. 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方

- 年齢ではなく負担能力に応じた負担を考えていくためには、課税所得だけではなく、新たに金融資産、非課税年金、この評価も含めた所得区分の設定を検討する必要がある。
- 現役世代から見ると、負担が現役世代に偏ってしまっているのではないかという思いが非常に強い状況ではないか。1,800兆円ある金融資産の半分以上は60歳以上の高齢者が保有しており、さらに現役世代は負債も抱えている。ネットの資産で見ると高齢者と現役世代にもっと差が開いてしまう状況もあるので、少なくともこういうアンバランスを解消していくという方向性をしっかり出すことが重要。預貯金口座にマイナンバーを付番していくといった基盤整備が非常に重要だが、ただ、方向性だけでも早く議論を始めることが制度に対する信頼性を高める上でも重要。
- 公平性を担保するためには、金融資産だけをここで考慮するようにすると、金等を買に行ったりという方たちが少なからず出てくるのではないか。こういう制度を検討するのであれば、不動産も含めて実物の資産をしっかりと把握できるような仕組みを作った上で、適用するという仕組みを作ってからでないといけない。
- 金融資産のみを考慮することの妥当性が問われるのではないか。マイナンバー制度で番号を振ることにも、海外の資産も含めて番号を振れない資産もあると思われ、やはり限界があるのではないか。本当に公平性、納得性が担保されるのか。金融資産等の保有状況を考慮した負担のあり方についてはやはり慎重な対応が必要。
- 課題としては基本的に2つ。一つは正確な資産の捕捉をどうするのか、どこまで公平性を保ってできるかという議論。もう一つは、金融資産の勘案は医療保険のどの部分に対してなのか分からないが、医療保険に導入することに対する理屈づけ、合理性に関する議論。介護保険は、自己負担の部分を低所得者に対しては補填をする。そのときに資産まで勘案する。これは福祉の世界でやっていたものだから、そういう流れで整理できたわけだが、医療保険の保険料とか保険給付にフローだけでなくストックを勘案するということは、どういう論理立てを行うのか。今後、議論が必要。

### 8. 新規の医薬品や医療技術の保険収載などに際して費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用

- 新規医薬品、医療技術の保険収載の可否も含めた費用対効果評価結果の活用に向けて検討が必要。
- 高額な医薬品が次々と登場する中、医療保険財政健全化の面からも、費用対効果を図るという視点は大変重要。
- 保険収載をどうするかというところは、今すぐには難しいとしても、今の基本原則を維持しながらもできることはあるのではないか。有効性、安全性の濃淡を評価する一つの手法として費用対効果もあるのではないか。
- 有効性、安全性が確認された医薬品は速やかに保険収載するのが大前提。この前提の元で中医協において価格を調整するのが、本来の国民皆保険制度のあるべき姿である。また、高額薬剤について費用対効果が悪いからといって患者アクセスの制限や追加負担があるべきでは無い。
- 国民のために安全性、有効性が確認された医薬品は速やかに保険収載すべき。また、費用対効果評価制度は運用が開始されたばかりで体制も十分ではなく、今後事例を集積して、制度のあり方については中医協で検討していくべき。
- 制度としては昨年度から運用開始されたところ。まずはその影響の検証、課題の抽出などを行っていくべきであり、保険収載の可否の判断や償還可能な価格までの引下げといった仕組みの検討は時期尚早。
- 有効性、安全性が確認された薬剤については、基本的に保険収載をして原則として誰もが使えるようにしていくという方向性に関して賛成。一方で、財政状況も悪いという中で、スレッシュホールドという技術的な閾値までのところに関しては保険でみて、それを超える部分については保険外併用でみていくというような運用の仕方をすれば、財政と医療、薬剤へのアクセスを両立するような考え方ができるのではないか。
- 我が国の薬価制度と費用対効果評価は基本的にコンセプトが違うもの。費用対効果の議論は現行制度とどのように調和させていくかが一番重要。

※ 3月26日に開催された第127回医療保険部会において、本議題については、基本的には、中医協の議論を見守り、適宜必要な情報があれば医療保険部会に報告することとなった。

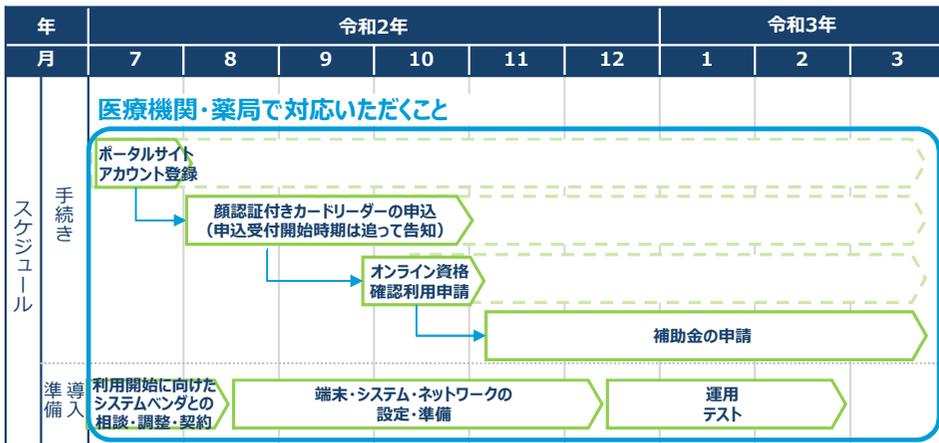
## 9. 医療費について保険給付率(保険料・公費負担)と患者負担率のバランス等を定期的に見える化等

- 将来的に負担が仮に増えるとしても、こういうものに使われるから負担するのだという場合は負担増にも納得すると思われる。例えば個人レベルで、あなたが支払う保険料の中の幾らくらいはこういうものに使われてと、個人ベースで理解できるようにすることが必要かもしれない。あるいは、例えば診療報酬改定で何%アップといったときに、患者の負担が増えるけれども、それでも医療の質を高めるのだと思えば、診療報酬の改定の結果として医療費の負担が増えたとしても理解できる。専門家ばかりだけではなくて、国民が理解できるように、どういう「見える化」が必要なのか議論が必要。
- 例えば実効給付率の推移は、時系列で自己負担と保険給付の割合を見ているわけであり、強いていえばこれを保険料と公費とに分けることも、一つのアンサーとも思われる。

- 事業主と保険者によるコラボヘルスの取組が少しずつ浸透。こうした取組を一過性のものとはせず、さらに大きなうねりとしていくために、事業主と保険者が手を携え、働く方の健康を守るという基本的な考え方や、具体的な連携の在り方を関連する法体系の中にしっかりと位置づけるなど、関係者が一丸となって取り組めるよう、確固たる土台づくりを進める必要。
- 予防については、本当に医療費を抑制する効果があるかどうかの検証が必要。
- 健康経営といった概念の中で、地域職域連携を利用し、地域の歯科医師会と協力して、歯科健診というものの充実を図るスキームを構築していただきたい。
- 予防・健康づくりの取組を進めるためには、加入者の健康状態を把握することが非常に重要。特に、事業主健診のデータ取得が課題であると考えており、事業主健診データの取得の実効性を高めるためには、労安法へ高確法同様に保険者への提出義務を追加することや、事業主健診でも生活習慣病の服薬歴や喫煙歴の問診項目を必須とすること。そして、血糖検査の取扱いをそろえていただく必要があることなど、制度面においてもデータの提供が進むような改善をしていただきたい。
- 保険者としては、現行の特定健診・特定保健指導だけでもぎりぎりのマンパワーで必死に実施しているのが現状。限られたマンパワーで、より効果的に生活習慣病リスクの低減や医療費の適正化につながる取組を実施すべき。保険者が40歳未満の方の事業者データを保有することで、これまで以上に効果的な取組が実施できるようになることを今後しっかりと整備していただきたい。
- 効果的な疾病予防対策を考慮する上で、より幅広い年齢層のデータの蓄積は社会的に非常に重要な意義があると考えられる。保険者の業務負担には十分配慮しつつも、より幅広い年齢層まで健診データ等の蓄積・利活用を進めていく方向性が良いのではないかと。
- 保険者と看護職との連携強化によって、生活習慣病の重症化予防のための事業を強化していただきたい。特に「優れた民間サービスの導入を促進」、「エビデンスに基づく施策の促進」という観点からも、保険者と医療機関の外来や訪問看護事業者の看護職との連携による重症化予防事業をぜひ検討いただきたい。
- 特定健診について、エビデンスを検証していくという今後の方向性について賛成。
- 医療費適正化計画でも、特定健診の受診率を上げようとしているが、医療費適正化に与える影響は少く、医療費適正化の目標値は別の理由で達成すると思う。医療費適正化計画には、医療費の適正化に保険者が本気で取り組むインセンティブとなる指標が入るべき。
- 健康経営の取組をさらに加速するために、例えば、健康経営の導入を支援する専門家の派遣であるとか、健康経営を推進する人材の育成に対する助成など、中小企業における健康経営の取組に対する支援をお願いしたい。

# オンライン資格確認は 令和3年3月にスタートします

オンライン資格確認の開始に向け、オンライン資格確認利用申請の受付を令和2年9月より開始します。また、顔認証付きカードリーダーの申込開始時期はポータルサイトにて告知予定※6です。



※6 顔認証付きカードリーダーのお申込時期はアカウント登録されている方にはメールでお知らせします。

今すぐ登録！

～オンライン資格確認導入に向けたご案内～

顔認証付きカードリーダーを  
無償提供し  
システム整備費も補助します

ポータルサイトにて  
アカウント登録受付が始まりました

## ポータルサイトにてアカウント登録受付中！

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係  
医療機関等向けポータルサイト



アカウント登録でできること

- ・顔認証付きカードリーダー申込
- ・オンライン資格確認利用申請
- ・補助金申請
- ・最新情報をメールでお知らせ

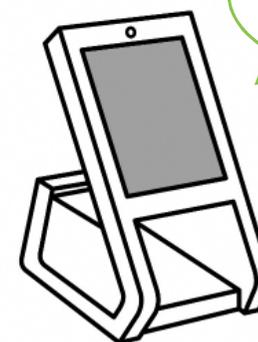


<https://www.iryohokenjyoho-portal-site.jp/>

オンライン資格確認

検索

アカウント登録で  
顔認証付きカードリーダーの  
お申込時期をメールで  
お知らせ！



お問合せ先：医療情報化支援基金  
contact@iryohokenjyoho-portal-site.jp  
☎ 0800-8007121 (通話無料)  
平日 9:00～17:00



※ お電話でのお問合せは、混み合う場合がございます。メールでのお問合せを推奨します。

# 令和3年3月（予定）から 医療機関・薬局の業務が変わります

オンライン資格確認の導入により、①受付における患者の資格情報の自動取得、②過去の薬剤情報/特定健診情報の閲覧が可能になります※1。

これまでの受付では

患者から保険証を預かって情報を入力するプロセスが手間



職員

Image

患者情報

性別	男	生年月日	1970/01/01	年齢	50歳
保険番号	12345	保険種別	国民健康保険	健康番号	12345
住所	1234	01	01	住所	東京都港区XX-XX
会社	本人	電話番号	00-XXXX-XXXX	電話番号	000-XXXX-XXXX

顔認証付きカードリーダーにより最新の資格情報を自動的に取込むことが可能に！

改善ポイント

- 顔認証付きカードリーダーによる自動受付により、患者から保険証を預かる手間の削減
- 受付における保険証情報の入力の手間の削減
- 資格過誤による返戻レセプトの削減！

これまでの診療・投薬では

これまでに処方された正確な薬剤情報がわからない...



医師/薬剤師等

Image

薬剤情報

処方年月	処方日	処方量	処方内容	処方薬剤	処方薬剤	処方薬剤	処方薬剤	処方薬剤	処方薬剤
10月	10日	10錠	内服	ロキソニン錠120mg	コメチン錠	2錠	7		
10月	10日	10錠	内服	ロキソニン錠120mg	カンザス錠100mg	1錠	3		
10月	10日	10錠	注射	アムピシリン錠	コメチン錠	1錠	1		
10月	10日	10錠	内服	アムピシリン錠100mg	ロキソニン錠	1錠	13		

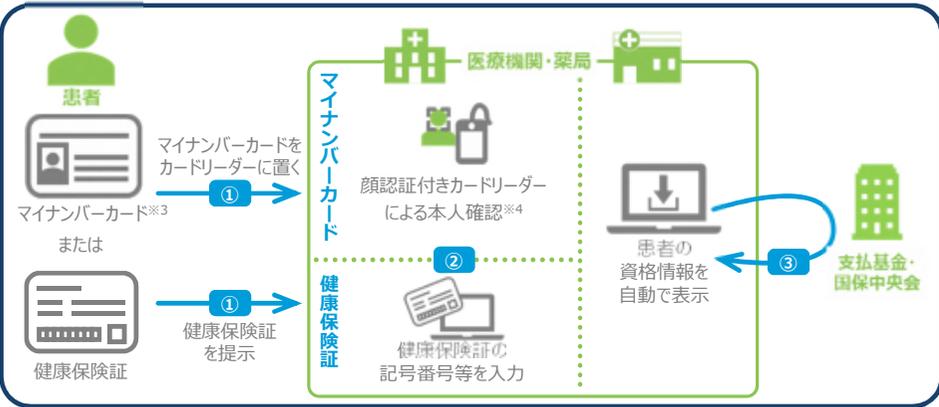
患者の同意のもと過去の薬剤情報/特定健診情報※2を閲覧することが可能に！

改善ポイント

- 過去の薬剤情報/特定健診情報を踏まえた診療・投薬が可能に
- 災害時にも患者の薬剤情報が確認できる！

※1 受付における患者の資格情報の自動取得及び過去の特定健診情報の閲覧は令和3年3月に、薬剤情報の閲覧開始は、令和3年10月に開始されます。  
 ※2 薬剤情報は、レセプトから抽出された情報となります。特定健診情報は、医療機関（病院・診療所）のみ閲覧可能です。

## オンライン資格確認の流れ（イメージ）



※3 医療機関・薬局において患者のマイナンバー（12桁の番号）を取り扱うことはありません。マイナンバーカードのICチップを利用します。  
 ※4 マイナンバーカードによる本人確認では他に、目視による顔確認及び暗証番号（4桁）による本人確認も可能です。

# オンライン資格確認スタートに向け、 医療機関・薬局の皆様をサポートします

オンライン資格確認の導入に際しては、機器等の導入に係る補助金や、ポータルサイトでの手続き等の情報提供、コールセンターによる疑問解消といったサポートをいたします。  
 また、マイナンバーカードの普及促進に向けた施策も、随時実施していく予定です。



## 補助の対象※5

**顔認証付きカードリーダーの無償提供**

例：診療所の場合、顔認証付きカードリーダーを1台無償提供



**オンライン資格確認に必要なシステム整備に係る補助金給付**

例：レセプトコンピュータ等の改修、端末（PC）の購入、ネットワークの整備等に係る費用を診療所の場合32.1万円を上限に補助



**顔認証付きカードリーダーの申込には、アカウントの登録が必要です。ポータルサイトからいますぐ登録！**

※5 補助の内容は医療機関区分によって異なります。（病院の場合：最大で顔認証付きカードリーダー3台/補助金上限95.1万円、グループで処方箋の受付が月4万回以上の大型チェーン薬局の場合：顔認証付きカードリーダー1台/補助金上限21.4万円、その他薬局の場合：診療所と同じ）詳しくはポータルサイトをご確認ください。

令和2年3月26日

第1回 医療等情報利活用WG 資料3

一部抜粋及び変更

# 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

# 健康・医療・介護情報利活用検討会 構成員

- 健康・医療・介護情報の利活用を一体的に進めるための有識者会議を医務技監のもとで開催。
- 検討会の下に、医療等情報利活用ワーキンググループと健診等情報利活用ワーキンググループを置く。  
※医療等分野情報連携基盤検討会及び国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会は、本検討会に発展的改組。

森田 朗	津田塾大学総合政策学部 教授
宍戸 常寿	東京大学大学院法学政治学研究科 教授
印南 一路	慶應義塾大学総合政策学部 教授
永井 良三	自治医科大学 学長
山本 隆一	医療情報システム開発センター 理事長
宮田 裕章	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授
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
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
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
石川 広己	日本医師会 常任理事
遠藤 秀樹	日本歯科医師会 副会長
秋山 智弥	日本看護協会 副会長
田尻 泰典	日本薬剤師会 副会長
大道 道大	日本病院会 副会長
高橋 肇	全国老人保健施設協会 常務理事
小泉 立志	全国老人福祉施設協議会 理事
牧野 和子	日本介護支援専門員協会 副会長

## 【オブザーバー】

三好 昌武	社会保険診療報酬支払基金 専務理事
齋藤 俊哉	国民健康保険中央会 理事
高橋 弘明	保健医療福祉情報システム工業会運営会議議長（敬称略）

## 情報連携が有用な保健医療情報について

- 医療機関等の中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。

# 情報連携が有用な保健医療情報について

## 【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。



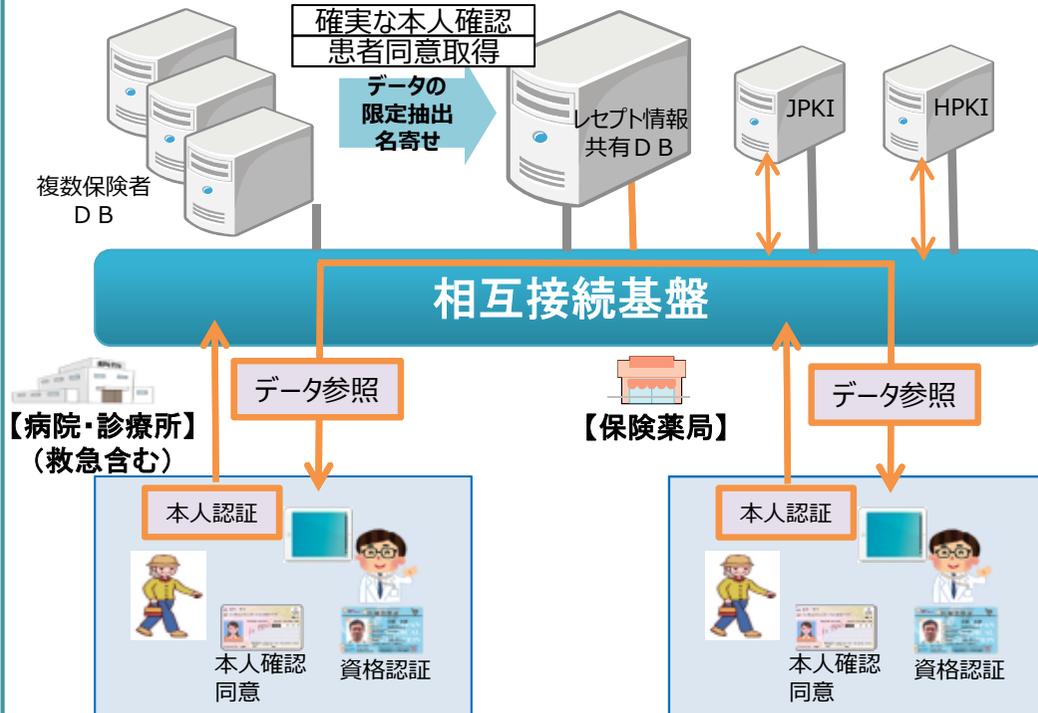
- 診療における情報連携が有用なミニマムデータについては、医療の質の向上や効率化、患者自身の健康管理や重症化予防の視点とともに、技術動向や費用対効果を踏まえて検討。
- これらの保健医療情報を全国で確認できるためには、レセプトに記載されている情報以外の情報については、医療情報を標準化しつつ医療機関外へ提供される仕組みの検討が必要。

# 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

(1) 背景・目的、調査方法

- 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まと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. 診療現場におけるレセプト情報の有用性に関する評価の収集とその分類・整理検証

- (1)レセプト情報診療支援システムの活用により、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「救急現場でのレセプト情報診療支援システムの利用」、また「後期高齢者に対するレセプト情報診療支援システムの利用」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・レセプト情報を医師・薬剤師が閲覧する仕組みが本格導入された際の利用意向を把握し、有用性を評価

2. 複数保険者に分散するレセプト情報をまと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まと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レセプト情報を医師・薬剤師が閲覧する仕組みに関する検証・考察

- (1)レセプト情報診療支援システムの機能性、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)レセプト情報を医師・薬剤師が参照する仕組みを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。

(2) 対象地域、協力体制

- 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)

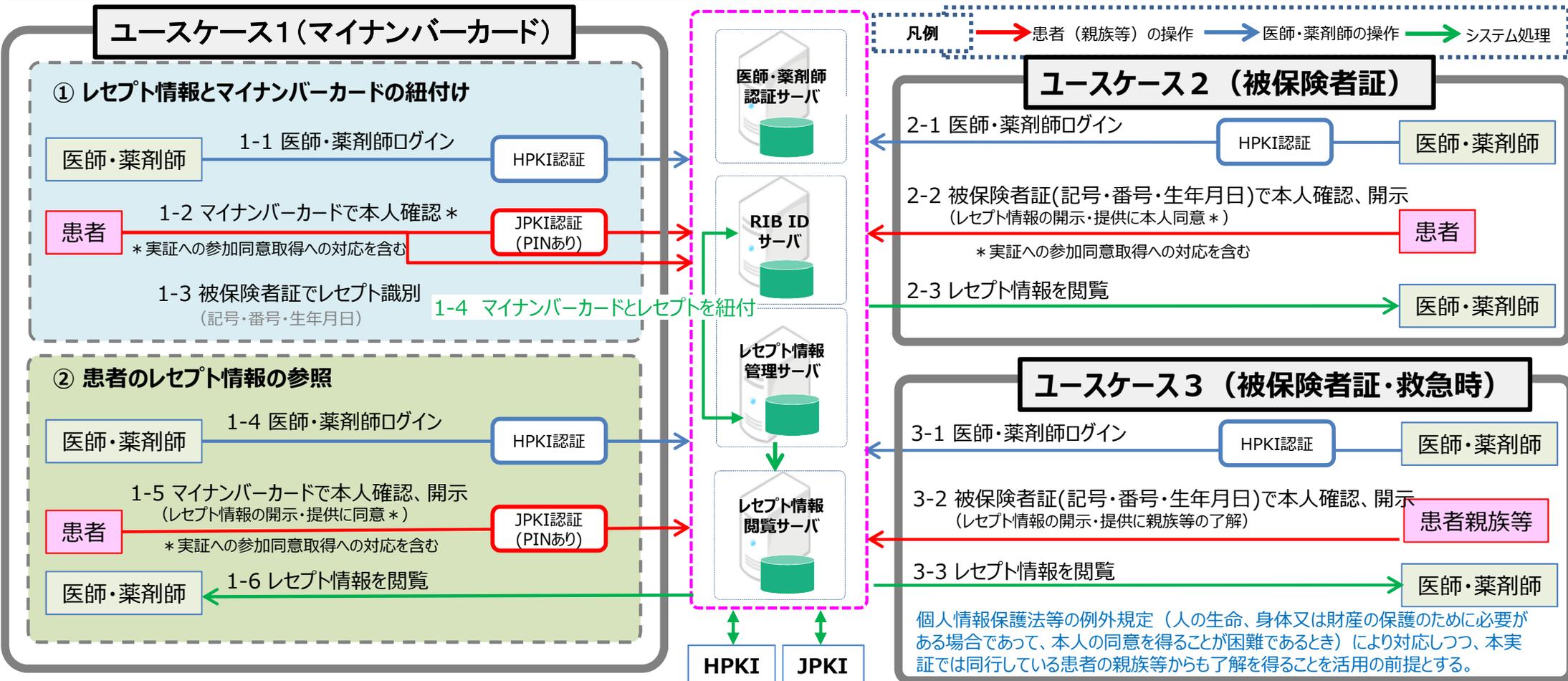
■ 三木町

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)

(3) 実証ユースケース

- ユースケース1（マイナンバーカードで本人確認。患者本人がレセプト情報の開示・提供を同意をする場合。）
  - ① 保険者が保有するレセプト情報を、マイナンバーカードで参照可能とするため、**レセプト情報とマイナンバーカードの紐付け**を実施。
  - ② 医師・薬剤師が**患者本人から同意を得た上でマイナンバーカードで本人確認（PINコード4桁入力）をし、患者のレセプト情報を参照。**
- ユースケース2（被保険者証で本人確認\*1。患者本人\*2がレセプト情報の開示・提供を同意をする場合）
  - ① 医師・薬剤師が**患者本人から同意を得た上で被保険者証で本人確認をし、患者のレセプト情報を参照。**

\*1被保険者証による本人確認は被保険者証の保有の事実と資格情報（記号・番号・生年月日）の入力結果に基づき行うもの  
 \*2認知症等により本人の認知機能の低下が見られる場合には、同行している患者の親族等へも説明し、了解を取得。
- ユースケース3（救急時の場合。個人情報保護法等の例外規定により対応しつつ、実証では同行している親族等からも了解を得るものとする。）
  - ① 医師・薬剤師が、**同行している患者の親族等からも了解を得た上で被保険者証で本人確認をし、患者のレセプト情報を参照。**

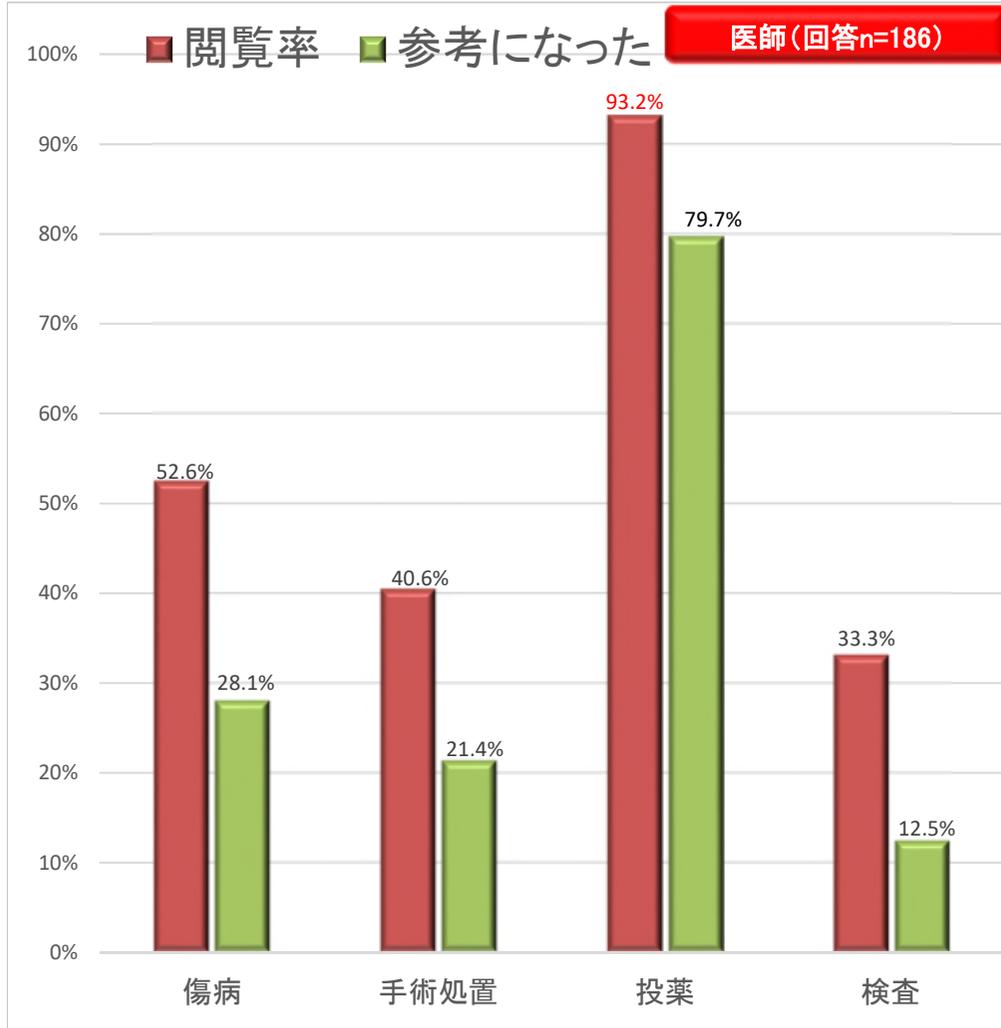


(4) 調査結果

- 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。

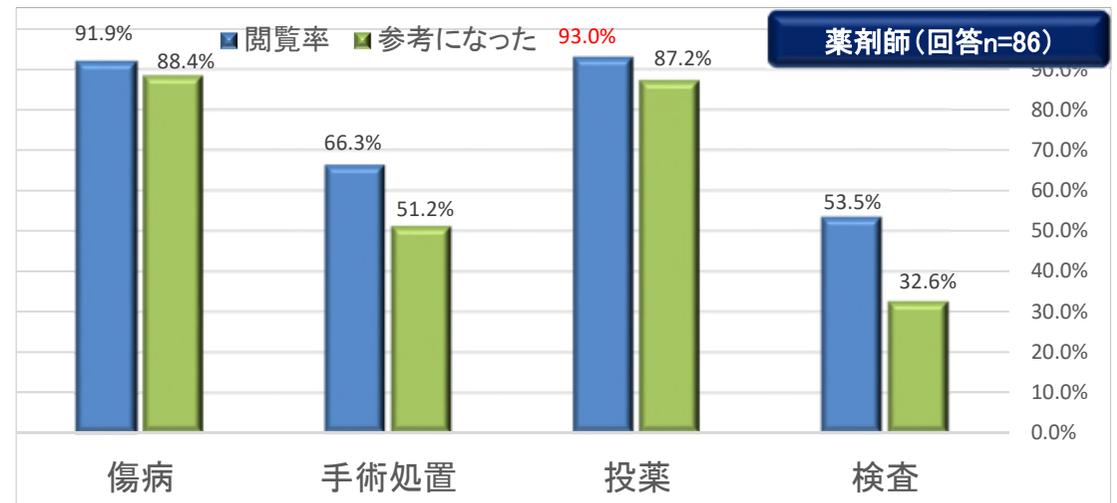
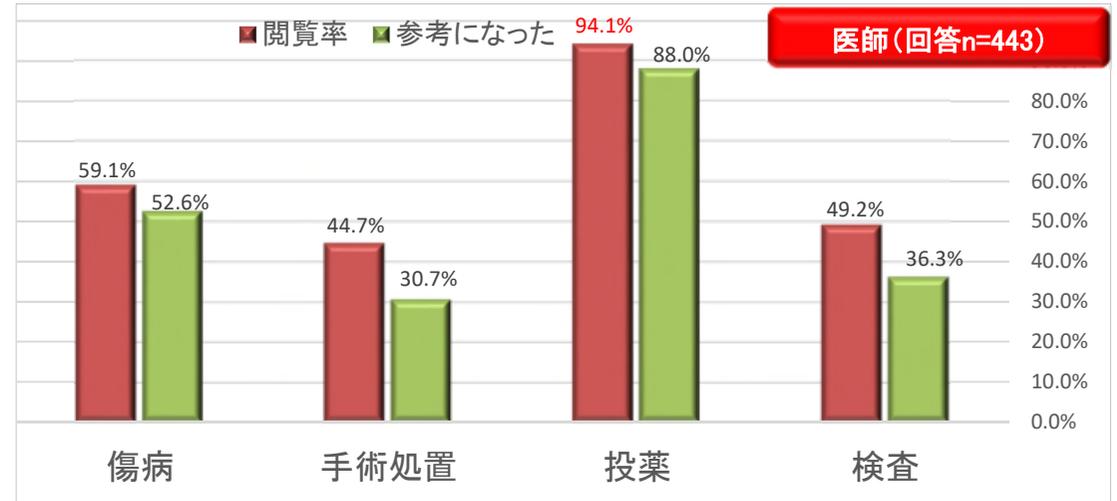
2018年度 情報項目別「閲覧」率  
(医師のみ)

(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)



## (4) 調査結果

- ・ 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) レセプト情報診療支援システムの活用により、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に関係する内視鏡検査等の検査歴はなく、記録されていた検査は血液検査のみ。また、投薬情報により過活動膀胱の薬の処方を確認したが、患者の訴えは残尿と頻尿であり、症状改善がなく現在は服用していないとのことであった。当日の治療として、脱水の回復のための点滴を実施し、神経因性膀胱に対する薬を処方した。1週間後の再受診にて、症状の改善が確認でき、患者にとって最寄りとなる当院でフォローを続けることとなった。(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。本システムの閲覧により、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された。併せて薬の内容から、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】

- ・ 腰痛の男性で、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り、余命が長い乳がんや前立腺がんでは、1年毎に定期検診を実施している。一方で、原疾患の施設では、腰痛含め骨のチェックはしていない。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の状況を確認したことで、転移性の骨腫瘍ではないことが確認できた。転移性の骨腫瘍であれば原疾患治療の病院を受診させる必要があったが、このような情報はお薬手帳では得られない。(整形外科)

### 医師 (外来再診)

- ・ 再診扱いたが、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、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が。(内科)

## (4) 調査結果

- 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) レセプト情報診療支援システムの活用により、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によって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、投薬をする上で安心につながった。また、他局での処方内容を知ることで、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があると、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。

## (4) 調査結果

- 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) 2018年度総務省調査研究事業の実証課題である「救急現場でのレセプト情報診療支援システムの利用」、また「後期高齢者に対するレセプト情報診療支援システムの利用」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】

- 救急搬送患者への抗血栓薬、抗凝固薬服用の確認のために参照した事例である。具体的には、救急搬送の高齢男性。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、内服薬及び治療歴・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。(外科と泌尿器科)

### 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)

## (4) 調査結果

- 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) レセプト情報診療支援システムの活用により、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「救急現場でのレセプト情報診療支援システムの利用」、また「後期高齢者に対するレセプト情報診療支援システムの利用」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、それまでの病院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なかった。（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も、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こないことが多い。そのような患者には有用かと思う。（内科）
- 救急時のみならず、災害時又は非常事態下のような患者に関する情報が乏しい状況では、電子データとして保管されている患者のレセプト情報（例えば、透析情報やインスリン投与に関する情報）は有用だろう。（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も、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傷病名が掲載され続けている。レセプトの性質上仕方がない面もあるかもしれないが、完治している傷病名は除いてシステム画面上に表示してほしい。（複数の医師、薬剤師）

# 診療明細書について

# 個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について

## ○医療費の内容の分かる領収書及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について（平成30年3月5日保発0305第2号）抜粋

- 3 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関（正当な理由を有する診療所を除く。）及び保険薬局については、領収証を交付するに当たっては、明細書を無償で交付しなければならないこと。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式7を参考とすること。
- 4 3の「正当な理由」に該当する診療所については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨（明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ若しくは自動入金機の改修時期を含む。）を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。
- (1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合
  - (2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合
- 5 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関（正当な理由を有する診療所を除く。）及び保険薬局）は、公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）についても、明細書を無償で発行しなければならないこと。なお、院内掲示等については、3と同様に取り扱うこと。
- 7 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目（5の場合にあっては、療養に要する費用の請求に係る計算の基礎となった項目）ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式5を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。
- さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収証に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関及び保険薬局において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。

## 診療明細書（医科入院）

入院	保険	氏名	〇〇 〇〇 様	受診日	YYYY/MM/DD
患者番号					
受診科					

部	項目名	点数	回数
医学管理	* 薬剤管理指導料2(1の患者以外の患者)	325	1
注射	* 点滴注射	276	1
	サークルス注0.1% 0.1%100mL1瓶 生理食塩液500mL 1瓶		
	* 点滴注射料	97	1
	* 無菌製剤処理料2	40	1
処置	* 救命のための気管内挿管	500	1
	* カウンターショック(その他)	3500	1
	* 人工呼吸(5時間超) 360分	819	1
	* 非開胸的心マッサージ 60分	290	1
検査	* 微生物学的検査判断料	150	1
	* 検体検査管理加算(2)	100	1
	* HCV核酸定量	437	1
リハビリ	* 心大血管疾患リハビリテーション料(1) 早期リハビリテーション加算 初期加算	280	12
入院料	* 急性期一般入院料7 一般病棟入院期間加算(14日以内)	1782	7
	* 医師事務作業補助体制加算1(50対1)	270	1
	* 救命救急入院料1(3日以内)	9869	3
	* 救命救急入院料1(4日以上7日以内)	8929	2

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

## 診療明細書（医科入院外）

入院外	保険	氏名	〇〇 〇〇 様	受診日	YYYY/MM/DD
患者番号					
受診科					

部	項目名	点数	回数
基本料	* 外来診療料	73	1
在宅	* 在宅自己注射指導管理料(月28回以上)	750	1
	* 血糖自己測定器加算(月100回以上)(1型糖尿病の患者に限る)	1490	1
処方	* 処方箋料(その他)	68	1
検査	* 生化学的検査(1)判断料	144	1
	* 血液学的検査判断料	125	1
	* B-V	30	1
	* 検体検査管理加算(1)	40	1
	* 血中微生物	40	1
	* 生化学的検査(1)(10項目以上)	112	1
	ALP		
	LAP		
	γ-GTP		
	CK		
	ChE		
	Amy		
	TP		
Alb			
BIL/総			
BIL/直			
画像診断	* 胸部 単純撮影(デジタル撮影) 画像記録用フィルム(半切) 1枚	177	1

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

## 診療明細書（歯科）

歯科		保険			
患者番号	氏名	○○ ○○ 様	受診日	YYYY/MM/DD	
部	項目名	点数	回数		
基本料	歯科初診料	234	1		
医学管理	歯科疾患管理料	110	1		
	薬剤情報提供料	10	1		
検査	歯周基本検査20歯～	200	1		
画像診断	歯科パノラマ断層撮影(デジタル)	307	1		
	電子画像管理加算	95	1		
投薬	処方料	42	1		
	調剤料(内)	9	1		
	○○錠 × ×mg 1日3回分×3日分	55	1		
処置	機械的歯面清掃処置	60	1		
手術	抜歯(臼歯)	260	1		
歯冠修復 ・欠損補綴	充填	126	1		
	充填(単)	102	1		
	充填用材料I(複合レジン系・単)	11	1		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

## 診療明細書（DPC）

入院		保険			
患者番号	氏名	○○ ○○ 様	受診日	YYYY/MM/DD	
区分	項目名	点数	回数		
診断群分類(DPC)	*DPC 5日間包括算定	13844	1		
医薬品	*フロモックス錠100mg ラックビー微粒N *点滴注射 ラクテックG注500mL フルマリン静注用1g 生食100mL *点滴注射 フルマリン静注用1g 生食100mL			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     使用された医薬品、行われた検査の名称を記載する                 </div>	
検査	*末梢血液一般検査 *CRP *血液採取(静脈) *血液学的検査判断料 *免疫学的検査判断料				

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う休業で著しく報酬が下がった場合

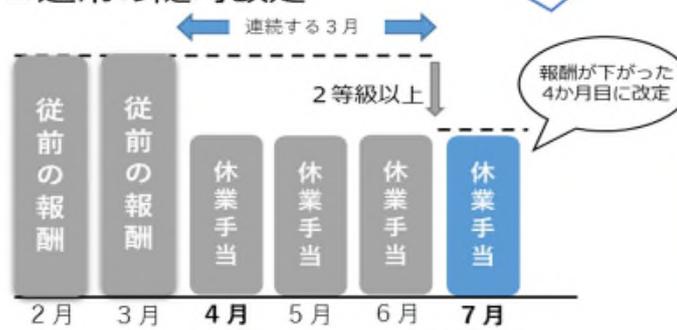
健康保険・厚生年金保険料の標準報酬月額を翌月から改定することが可能です

今般の新型コロナウイルス感染症の影響により休業した方で、休業により報酬が著しく下がった方について、一定の条件に該当する場合は、健康保険・厚生年金保険料の標準報酬月額を、通常の随時改定（4か月目に改定）によらず、**特例により翌月から改定可能**です。

例えば4月から休業手当が支払われた場合  
通常であれば4か月目の7月に改定となります。

今回の特例を利用した場合  
**5月から改定が可能**となります。

■通常の随時改定



特例

■今回の特例改定



※9月以降は原則、定時決定により決定された標準報酬月額となります。  
ただし、定時決定が行われない7・8月改定の方は、休業回復後に随時改定の届出が必要です。  
※申請により保険料が遡及して減額した場合、被保険者へ適切に保険料を返還する必要があります。

対象となる方

次のすべてに該当する方が対象となります。

- **新型コロナウイルス感染症の影響による休業（時間単位を含む）があったことにより、令和2年4月から7月までの間に、報酬が著しく低下した月が生じた方**
- **著しく報酬が低下した月に支払われた報酬の総額（1か月分）が、既に設定されている標準報酬月額に比べて2等級以上下がった方**※固定的賃金（基本給、日給等単価等）の変動がない場合も対象となります。
- **本特例措置による改定内容に本人が書面により同意している**  
※被保険者本人の十分な理解に基づく事前の同意が必要となります。  
(改定後の標準報酬月額に基づき、傷病手当金、出産手当金及び年金の額が算出されることへの同意を含みます。)  
※本特例措置は、同一の被保険者について複数回申請を行うことはできません。

対象となる保険料

- **令和2年4月から7月までの間に休業により報酬等が急減した場合に、その翌月の令和2年5月から8月分保険料が対象**となります。
- ※令和3年1月末日までに届出があったものが対象となります。それまでの間は遡及して申請が可能です。給与事務の複雑化や年末調整等への影響を最小限とするため、改定をしようとする場合はできるだけ速やかに提出をお願いします。

申請手続について

- **月額変更届（特例改定用）に申立書を添付し管轄の年金事務所に申請**してください。  
※管轄の年金事務所へ郵送してください。（窓口へのご提出も可能です。）  
※届書及び申立書については日本年金機構ホームページからダウンロードできます。

詳しくは「ねんきん加入者ダイヤル」までお気軽にご相談ください

ねんきん  
加入者ダイヤル

0570-007-123（ナビダイヤル）

03-6837-2913（050から始まる電話でおかけになる場合）

・受付時間：月～金曜日：午前8時30分～午後7時 第2土曜日：午前9時30分～午後4時



日本年金機構  
Japan Pension Service

# 標準報酬月額の特例改定 Q&A

**Q1** 固定的賃金に変動がない場合でも特例改定の対象となりますか？

**A** 今回の特例改定に限り、固定的賃金の変動の有無に関わりなく、要件に該当する場合は改定の対象となります。

(例えば、日給者の日給単価に変更はなく勤務日数が減少したことにより報酬が減少した場合、休業により報酬が支払われていない場合なども対象となります。)

**Q3** 休業のため、給与計算の基礎日数が17日未満の場合でも、特例改定の対象となりますか？

**A** 今回の特例改定に限り、新型コロナウイルス感染症の影響で事業主から休業命令や自宅待機指示などによって休業となった場合は、休業した日に報酬が支払われていなくても、給与計算の基礎日数として取り扱ってください。

その上でも、休業のあった月とその前2か月のいずれか1月でも17日未満(\*)となる場合は、特例改定の対象となりません。  
※特定適用事業所等の短時間労働者は11日未満。

**Q5** 休業が回復した場合には、届出が必要となりますか？

**A** 特例改定後に、固定的賃金の変動し、随時改定の対象となる場合には、随時改定(月額変更届)の届出を行ってください。また、7月又は8月に特例改定が行われた方には、定時決定が行われないため、今回の特例改定に限り、休業回復した月(\*)から継続した3か月間の平均報酬が2等級以上上昇した場合には、固定的賃金の変動の有無に関わりなく、必ず随時改定(月額変更届)の届出を行ってください。

※実際の報酬支払の日数が17日以上(特定適用事業所等の短時間労働者は11日以上)となった月です。

**Q2** 休業のため、給与を支給していない場合や支援金(新型コロナウイルス感染症対応休業支援金)を受ける場合でも、特例改定の対象となりますか？

**A** 給与を支給していない場合や支援金を受ける場合でも、特例改定の対象となります。

この場合、実際の給与支給額(\*)に基づき標準報酬月額を改定することとなり、報酬が支払われていない場合は、今回の特例改定に限り、最低の標準報酬月額

(健康保険は5.8万円、厚生年金保険は8.8万円)として改定することとなります。

※支援金は、給与支給額には含まれません。

**Q4** 届出内容や本人の同意などを確認できる書類の添付は必要ですか？

**A** 届出や申立書の内容を確認できる書類(休業命令等が確認できる書類、出勤簿、賃金台帳、本人の同意書等)については、添付いただく必要はありませんが、後日、事業所への調査などの際に確認を求める場合がありますので、届出日から2年間は書類を保管しておいてください。

なお、本人の同意は、被保険者の不利益とならないよう、必ず、届出を行う前にあらかじめ得ることが必要ですので、特にご注意ください。

**Q6** 通常の定時決定(算定基礎届)や随時改定(月額変更届)は、どうなるのでしょうか？

**A** 通常の定時決定(算定基礎届)や随時改定(月額変更届)については、対象者の要件や手続き方法に変更はありません。従来どおり、休業中で給与等の支給がない日は給与計算の基礎日数には含まれず、また、固定的賃金の変動があった場合のみ随時改定(月額変更届)の届出の対象となります。

