

第 1 3 1 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年10月14日（水）
15時00分～17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の影響と対応について
2. 医療保険制度改革について
3. マイナンバーカードの健康保険証利用等について
4. 令和3年度予算概算要求（保険局関係）（報告）

（ 配布資料 ）

- 資料1－1 医療保険制度における新型コロナウイルス感染症の影響について
- 資料1－2 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
- 資 料 2 子ども・子育て支援について（不妊治療関係）
- 資 料 3 マイナンバーカードの健康保険証利用等について
- 資 料 4 令和3年度予算概算要求（保険局関係）の主な事項

- 参考資料1 議題1に関する参考資料
- 参考資料2 議題2に関する参考資料
- 参考資料3 令和3年度予算概算要求（保険局関係）参考資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年10月14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の影響について

医療費の動向 令和2年4月～6月

医療費の動向（メディアス）の月次報告については、通常、厚生労働省のホームページ上での公表としているが、令和2年4月～6月は新型コロナウイルス感染症の影響により患者の受診動向等に大きな変化があったと考えられることから、その一部をご報告するもの。

- 令和2年4～6月の医療費の伸び（対前年同月比）を見ると、4月に▲8.8%、5月に▲11.9%と10%程度の減少となったが、6月は▲2.4%の減少に留まった。
- 診療種類別では、入院外、歯科の令和2年4月～5月の減少幅が大きい。
- とりわけ、未就学者の減少、医科診療所の小児科や耳鼻咽喉科の減少が大きく、都道府県間で減少幅の差異が見られた。

（参考）

入院	：	4月に－6.5%、5月に－10.1%、6月に－4.0% の減少
入院外	：	4月に－13.7%、5月に－15.4%、6月に－2.6% の減少
歯科	：	4月に－15.3%、5月に－15.8%、6月に－0.2% の減少
調剤	：	4月に－3.1%、5月に－8.7%の減少、6月に0.1% の増加

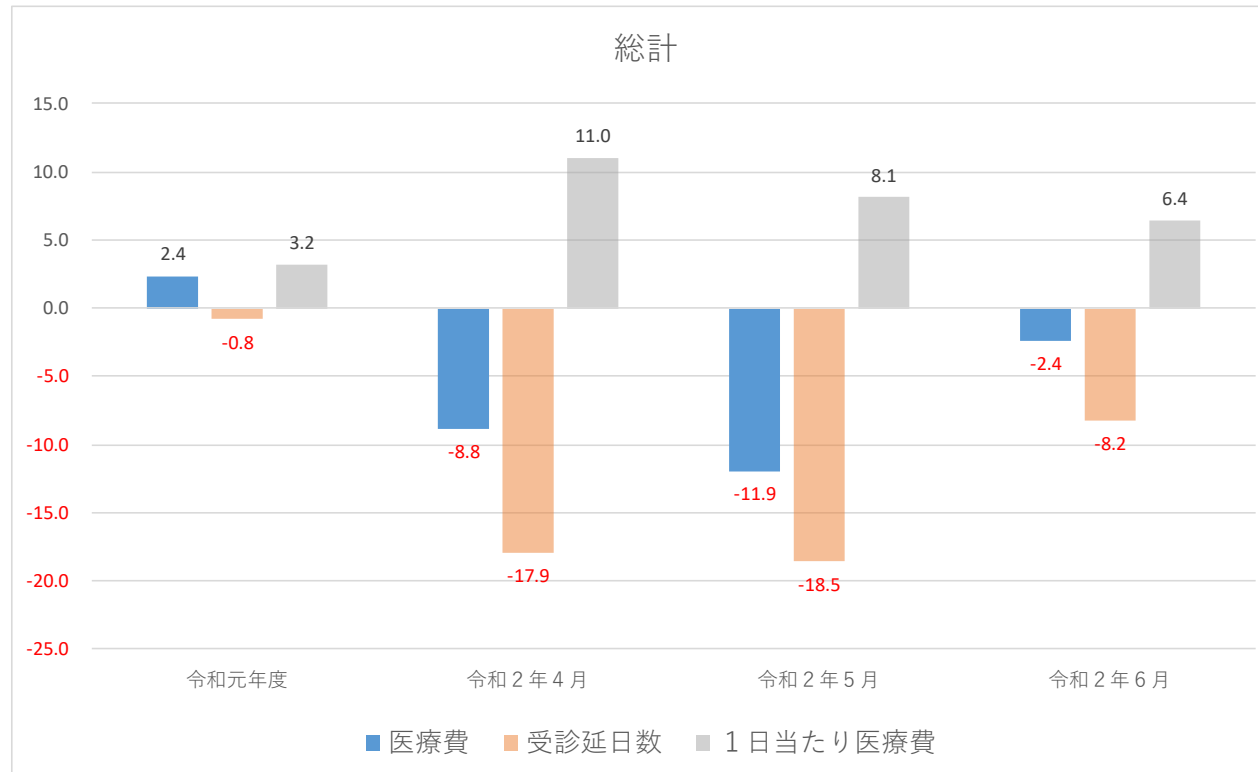
医療費の動向 令和2年4月～6月 ①概算医療費

- 令和2年4～6月の医療費の伸び（対前年同月比、以下同じ）を見ると、4月に▲8.8%、5月に▲11.9%と10%程度の減少となったが、6月は▲2.4%の減少に留まった。
- 受診延べ日数の伸びは4～5月は▲18～19%程度減少となったが、6月は▲8.2%。
- 1日当たり医療費の伸びは4～6月を通じてプラスで推移。

■ 総計の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
医療費	2.4	-8.8	-11.9	-2.4
受診延日数	-0.8	-17.9	-18.5	-8.2
1日当たり医療費	3.2	11.0	8.1	6.4



医療費の動向 令和2年4月～6月 ②－1 診療種別（入院）

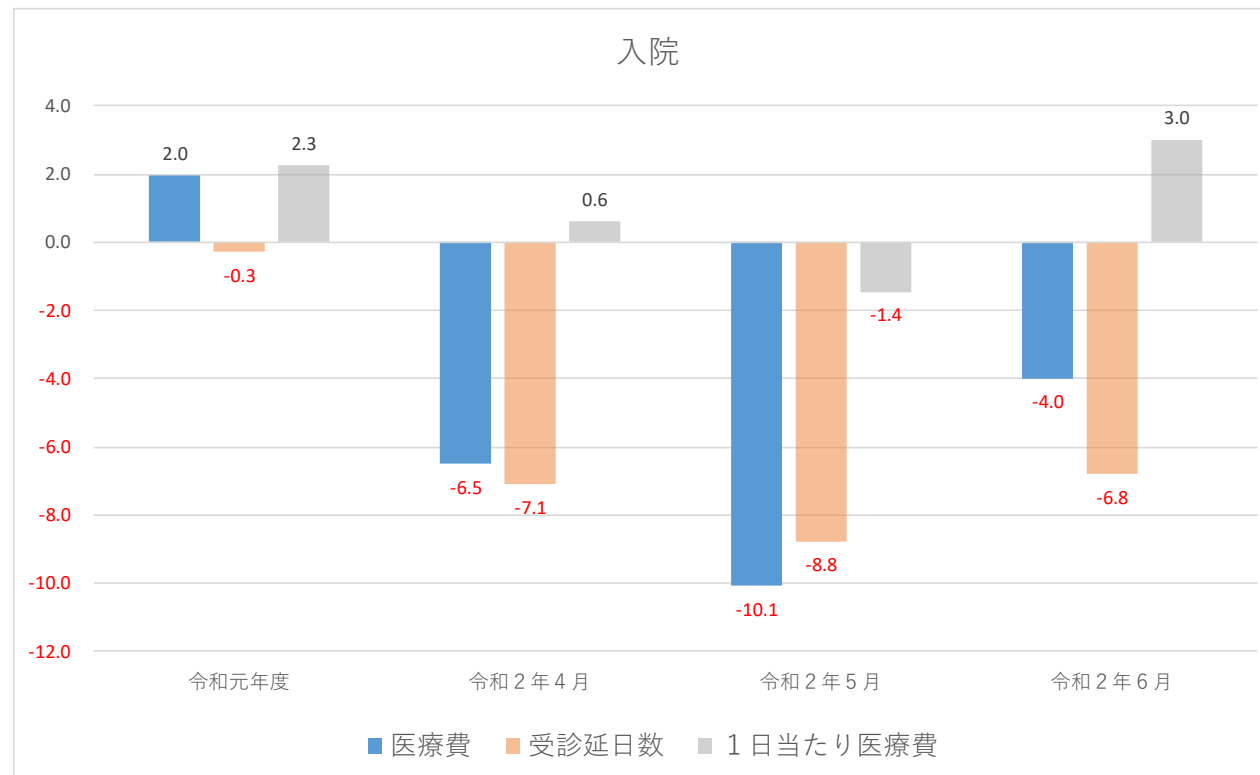
○入院医療費は4月に▲6.5%、5月に▲10.1%、6月は▲4.0%の減少。

○受診延べ日数の伸びは4～6月を通じて▲7～9%とマイナスで推移。1日当たり医療費は5月のみ減少している。

■ 入院の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
医療費	2.0	-6.5	-10.1	-4.0
受診延日数	-0.3	-7.1	-8.8	-6.8
1日当たり医療費	2.3	0.6	-1.4	3.0



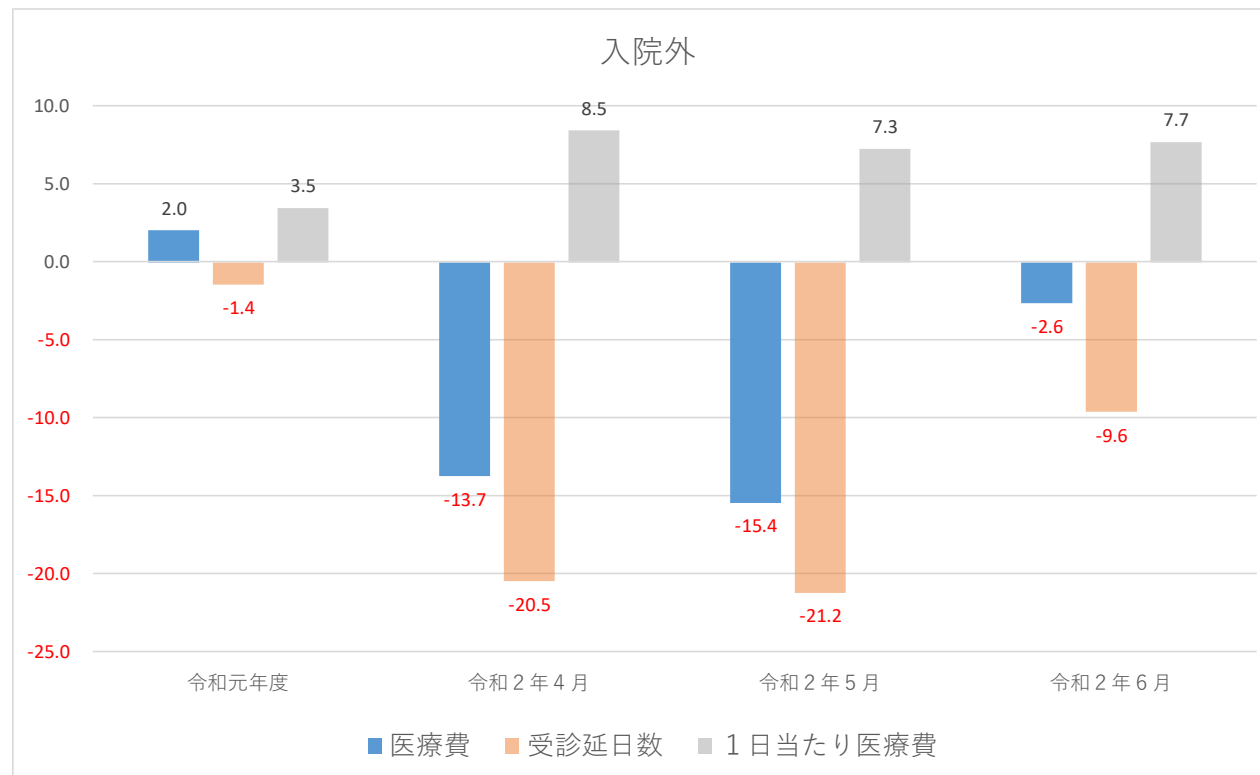
医療費の動向 令和2年4月～6月 ②－2 診療種別（入院外）

- 入院外医療費は4月に▲13.7%、5月に▲15.4%と10%を超える減少となったが、6月は▲2.6%の減少に留まった。
- 受診延べ日数は4～5月は2割を超える減少となったが、6月の減少幅は1割程度。
- 1日当たり単価は4～6月を通じて7～8%程度の増加。

■ 入院外 の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
医療費	2.0	-13.7	-15.4	-2.6
受診延日数	-1.4	-20.5	-21.2	-9.6
1日当たり医療費	3.5	8.5	7.3	7.7



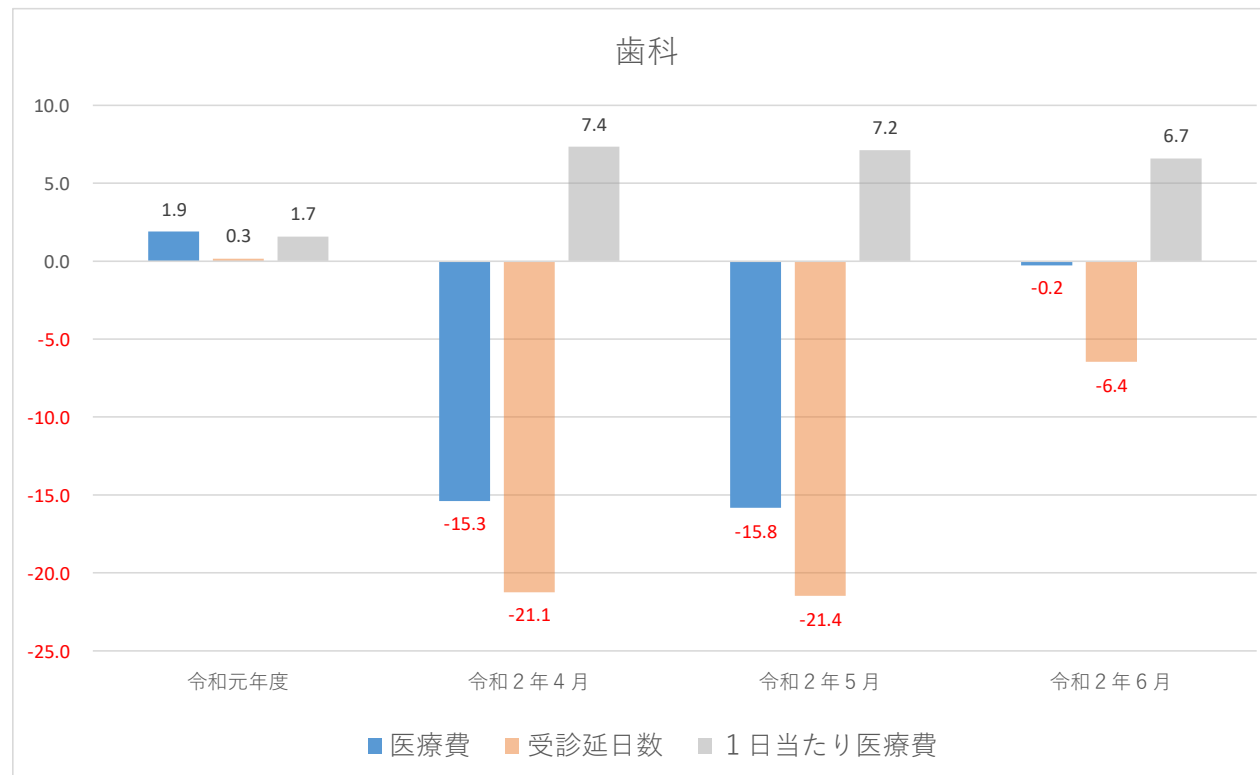
医療費の動向 令和2年4月～6月 ②－3 診療種別（歯科）

- 歯科医療費は、4月に▲15.3%、5月に▲15.8%と10%を超える減少となったが、6月は▲0.2%の減少とほぼ前年並みとなった。
- 受診延べ日数は4～5月は2割を超える減少となったが、6月の減少幅は▲6.4%。
- 1日当たり単価は4～6月を通じて6～7%程度の増加。

■ 歯科の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
医療費	1.9	-15.3	-15.8	-0.2
受診延日数	0.3	-21.1	-21.4	-6.4
1日当たり医療費	1.7	7.4	7.2	6.7



医療費の動向 令和2年4月～6月 ②－4 診療種別（調剤）

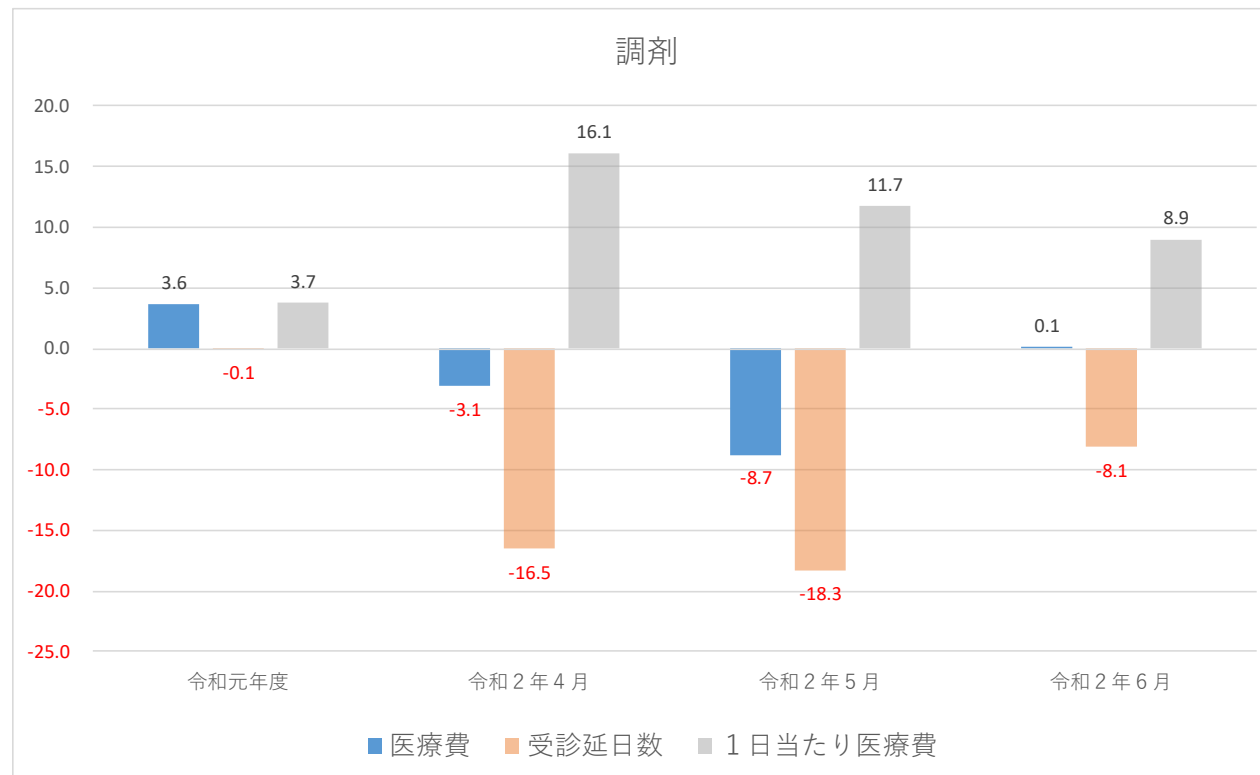
- 調剤医療費は、4月に▲3.1%、5月に▲8.7%と、他の診療種別に比べ減少幅は小さく、6月は+0.1%とほぼ前年並みとなった。
- 受診延日数は入院外と同様4～5月に大きな減少となったが、6月の減少幅は▲8.1%と縮小。
- 1日当たり医療費は4月に+16.1%と大きな伸びとなり、以降伸び率は低下傾向。

■ 調剤 の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
医療費	3.6	-3.1	-8.7	0.1
受診延日数※	-0.1	-16.5	-18.3	-8.1
1日当たり医療費	3.7	16.1	11.7	8.9

※受診延日数は「処方せん枚数（受付回数）」を集計したもの

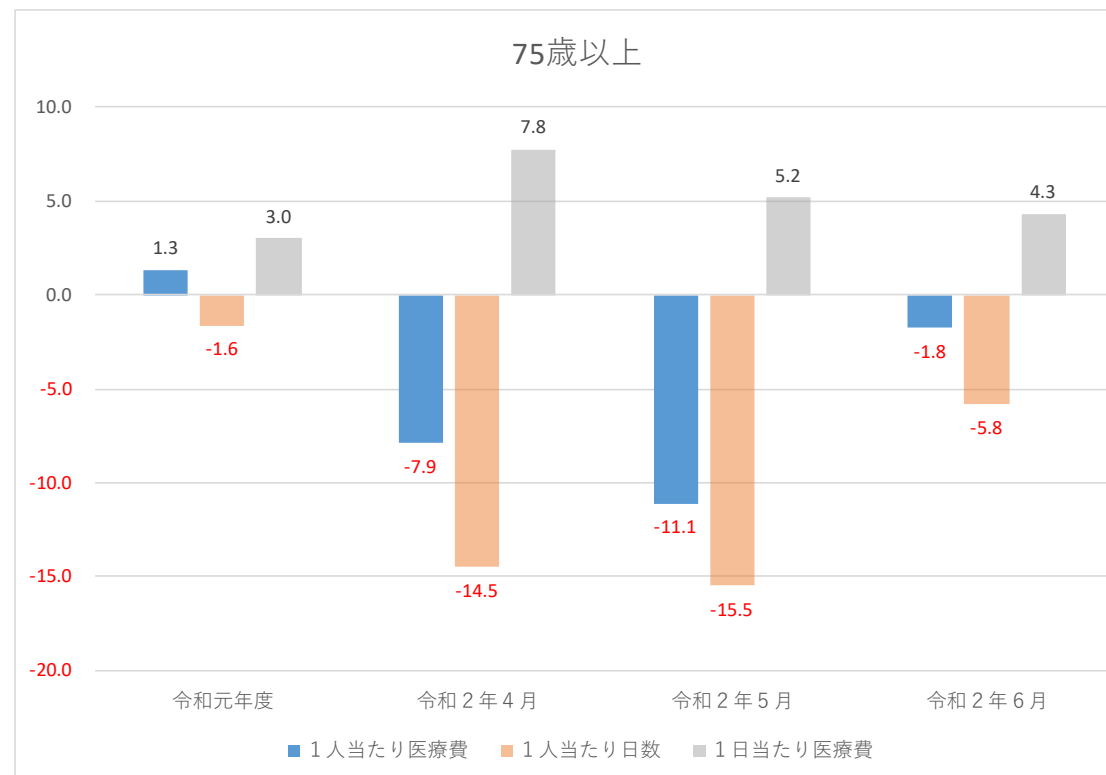


医療費の動向 令和2年4月～6月 ③－1 75歳以上の状況

○ 4月～6月の医療費の減少幅、受診日数の減少幅、1日当たり医療費の増加幅は、75歳未満と比べ小さい。

■ 75歳以上の医療費の伸び率（対前年同期比）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
1人当たり医療費	1.3	-7.9	-11.1	-1.8
1人当たり日数	-1.6	-14.5	-15.5	-5.8
1日当たり医療費	3.0	7.8	5.2	4.3

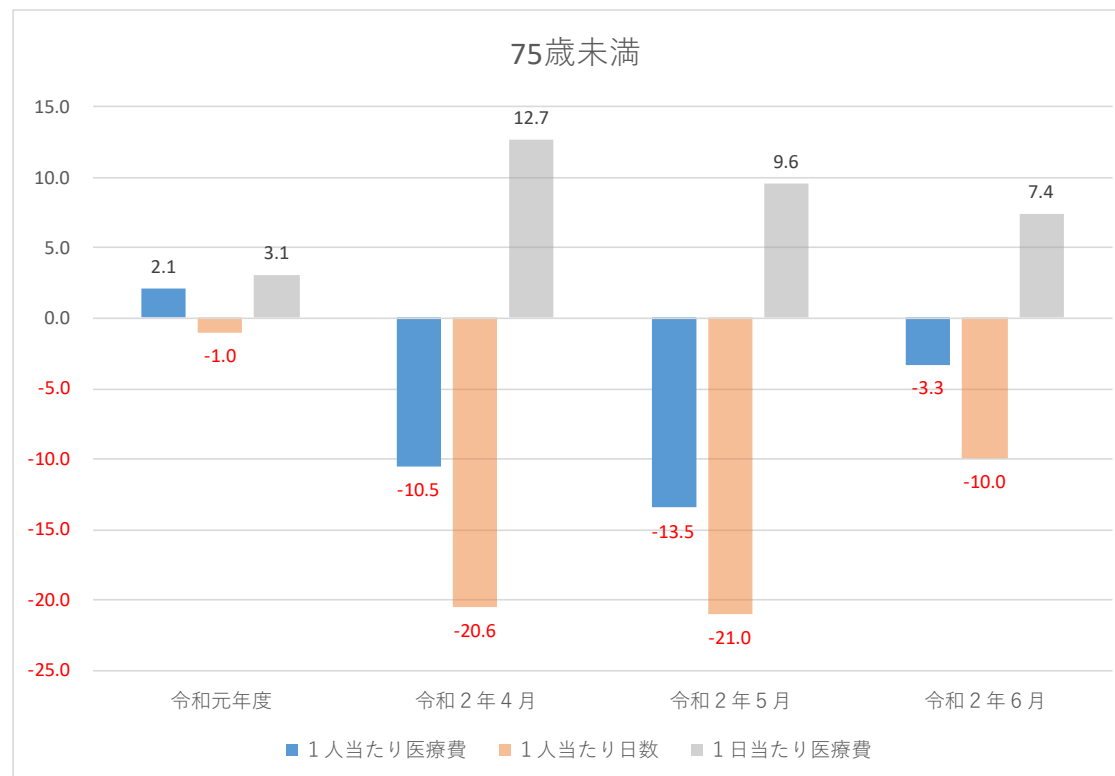


医療費の動向 令和2年4月～6月 ③－2 75歳未満の状況

○ 4月～6月の医療費の減少幅、受診日数の減少幅、1日当たり医療費の増加幅は、75歳以上と比べ大きい。

■ 75歳未満の医療費の伸び率（対前年同期比）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
1人当たり医療費	2.1	-10.5	-13.5	-3.3
1人当たり日数	-1.0	-20.6	-21.0	-10.0
1日当たり医療費	3.1	12.7	9.6	7.4

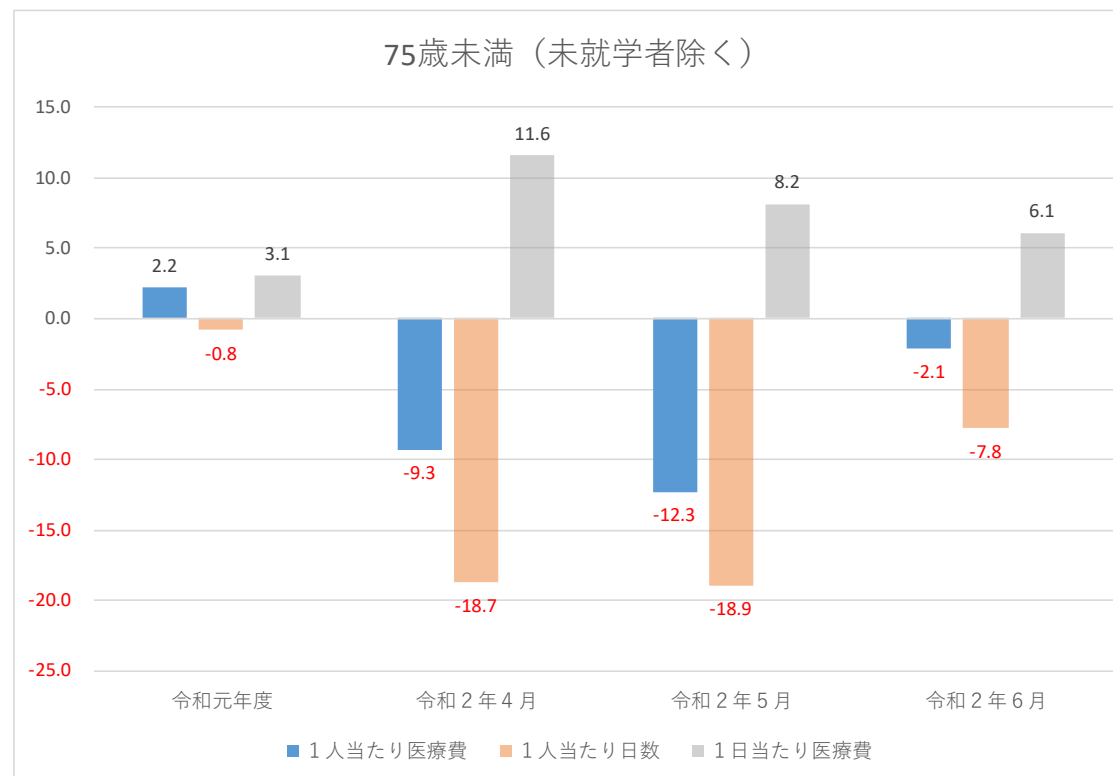


医療費の動向 令和2年4月～6月 ③－3 75歳未満（未就学者除く）の状況

○ 未就学者を除くと、医療費の減少幅、受診日数の減少幅、1日当たり医療費の増加幅は小さくなる。

■ 75歳未満（未就学者除く）の医療費の伸び率（対前年同期比）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
1人当たり医療費	2.2	-9.3	-12.3	-2.1
1人当たり日数	-0.8	-18.7	-18.9	-7.8
1日当たり医療費	3.1	11.6	8.2	6.1

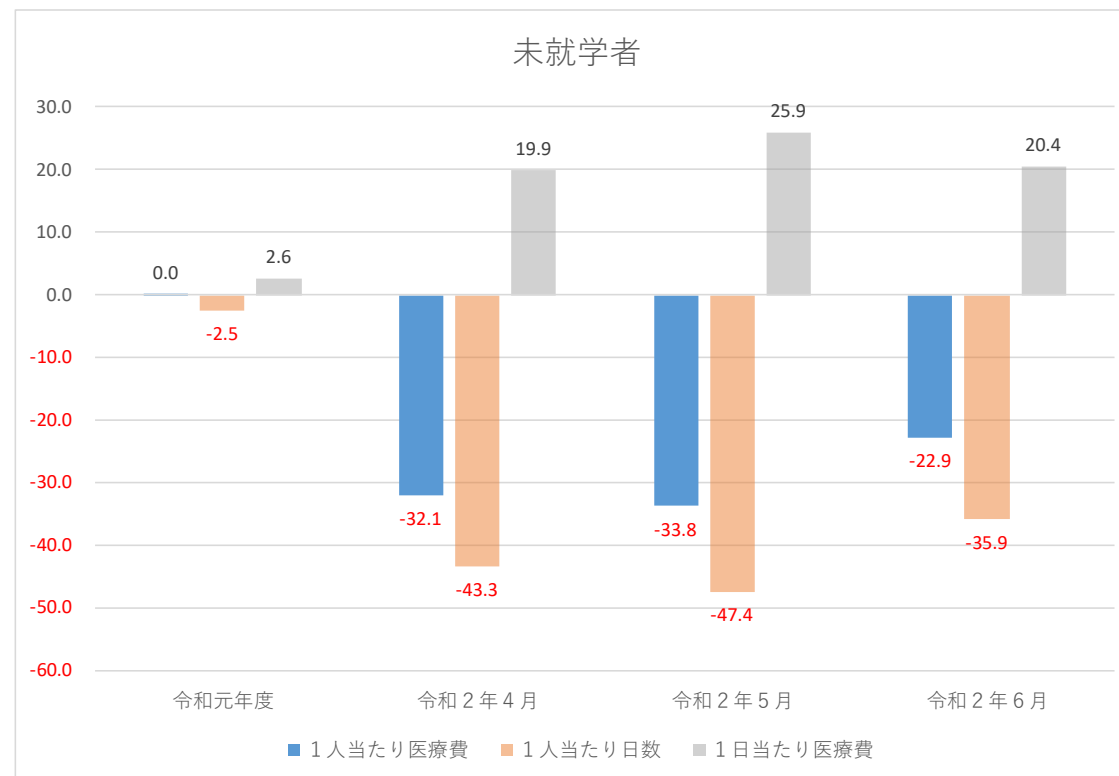


医療費の動向 令和2年4月～6月 ③－4 未就学者の状況

○未就学者については受診日数が大きく減少している。1日当たり医療費は増加しているものの、医療費としても4～6月に渡って大きく減少している。

■ 未就学者 の医療費の伸び率（対前年同期比）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
1人当たり医療費	0.0	-32.1	-33.8	-22.9
1人当たり日数	-2.5	-43.3	-47.4	-35.9
1日当たり医療費	2.6	19.9	25.9	20.4



医療費の動向 令和2年4月～6月 ④診療科別の状況

○入院外について、医科診療所の主たる診療科別の伸び率を見ると、他の診療科に比べ、小児科・耳鼻咽喉科の減少幅が大きい。

■ 伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	医療費				受診延日数				1日当たり医療費			
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
医科診療所	0.8	▲16.3	▲15.7	▲ 4.2	▲ 1.3	▲21.0	▲20.4	▲10.0	2.1	6.0	5.9	6.4
内科	0.4	▲11.6	▲12.1	▲ 2.4	▲ 1.7	▲15.6	▲18.0	▲ 8.8	2.1	4.8	7.1	7.0
小児科	0.1	▲38.4	▲44.9	▲31.9	▲ 2.2	▲42.8	▲51.1	▲40.1	2.3	7.8	12.6	13.6
外科	▲ 1.3	▲18.5	▲17.2	▲ 7.7	▲ 4.6	▲21.3	▲20.3	▲11.6	3.5	3.6	3.8	4.3
整形外科	1.8	▲18.3	▲14.9	▲ 1.6	▲ 1.0	▲22.7	▲19.1	▲ 6.8	2.8	5.7	5.1	5.5
皮膚科	1.9	▲15.2	▲ 6.0	6.2	1.2	▲14.2	▲ 5.1	5.6	0.6	▲ 1.2	▲ 1.0	0.6
産婦人科	1.4	▲14.9	▲11.9	▲ 0.1	0.8	▲15.9	▲13.8	▲ 4.2	0.6	1.2	2.3	4.3
眼科	2.3	▲19.7	▲21.4	▲ 2.0	▲ 1.3	▲25.8	▲24.0	▲ 7.5	3.6	8.1	3.4	5.9
耳鼻咽喉科	▲ 2.7	▲42.6	▲40.1	▲28.5	▲ 4.3	▲42.3	▲41.5	▲33.8	1.7	▲ 0.6	2.4	8.0
その他	2.3	▲11.1	▲10.0	0.5	1.4	▲11.2	▲10.5	▲ 1.8	0.8	0.1	0.5	2.3

医療費の動向 令和2年4月～6月 ⑤都道府県別の状況

○都道府県別に入院外の医療費の伸び率を見ると、減少幅が大きい県と小さい県で差異がある。

■伸び率（対前年同月比）

	医療費			
	令和元年度	4月	5月	6月
全国	2.0	-13.7	-15.4	-2.6
北海道	2.2	-10.9	-15.5	-0.4
青森県	1.2	-8.7	-11.8	0.2
岩手県	0.9	-6.5	-10.9	0.2
宮城県	1.7	-11.0	-14.3	-0.9
秋田県	1.2	-8.5	-10.7	1.1
山形県	0.8	-12.5	-15.3	0.1
福島県	0.9	-9.6	-14.8	-2.6
茨城県	1.6	-14.1	-14.9	-2.2
栃木県	2.5	-10.8	-14.4	-3.2
群馬県	1.6	-12.3	-14.5	-3.1
埼玉県	2.6	-16.3	-16.0	-3.6
千葉県	2.2	-15.5	-16.6	-4.3
東京都	2.9	-20.9	-19.5	-5.0
神奈川県	2.4	-16.9	-17.5	-5.0
新潟県	1.2	-8.9	-13.2	0.5
富山県	1.8	-11.9	-17.2	-2.3
石川県	1.4	-15.1	-17.8	-2.6
福井県	0.4	-17.7	-16.9	-1.2
山梨県	2.1	-13.0	-13.4	-1.3
長野県	1.9	-10.3	-13.9	-0.1
岐阜県	1.2	-14.4	-14.3	-2.1
静岡県	2.3	-8.3	-11.9	-0.3
愛知県	2.5	-12.2	-13.1	-1.3

	医療費			
	令和元年度	4月	5月	6月
全国	2.0	-13.7	-15.4	-2.6
三重県	1.2	-12.3	-14.4	-2.0
滋賀県	2.3	-14.2	-15.8	-3.2
京都府	1.8	-14.0	-15.9	-3.0
大阪府	2.1	-14.5	-15.9	-3.3
兵庫県	2.1	-15.6	-16.7	-3.2
奈良県	3.2	-11.1	-13.1	-2.3
和歌山県	0.9	-10.2	-11.8	-1.6
鳥取県	1.5	-7.6	-12.2	-1.7
島根県	1.8	-7.5	-12.5	1.3
岡山県	2.1	-8.7	-14.2	-0.9
広島県	1.7	-10.8	-14.8	-1.8
山口県	0.6	-10.8	-14.2	-2.3
徳島県	1.3	-8.5	-10.4	-0.3
香川県	1.2	-10.9	-13.4	-1.2
愛媛県	2.0	-11.8	-14.3	-2.6
高知県	0.1	-12.5	-14.3	-1.1
福岡県	1.7	-16.0	-17.1	-4.6
佐賀県	2.5	-10.0	-12.5	0.6
長崎県	1.1	-8.6	-12.4	-0.7
熊本県	1.0	-11.8	-14.4	-3.9
大分県	1.0	-12.2	-12.8	-0.5
宮崎県	2.0	-7.5	-9.5	1.2
鹿児島県	1.7	-7.2	-10.8	-0.2
沖縄県	4.2	-14.8	-19.1	-3.6

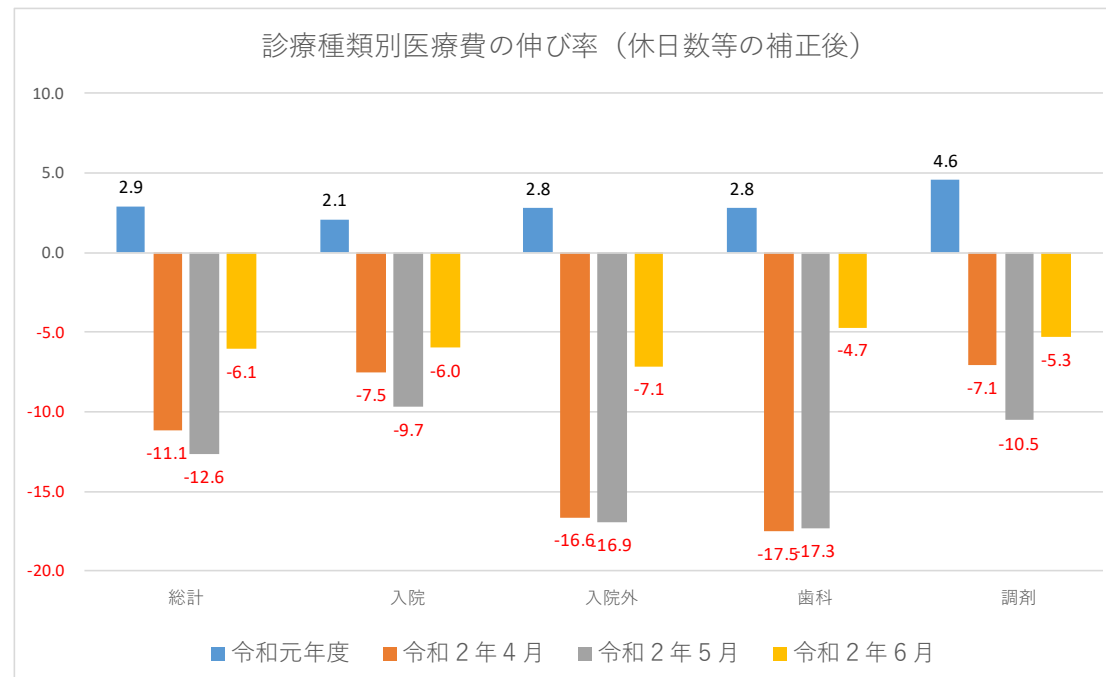
: 医療費の伸び率 上位10県（減少幅が小さい）
 : 医療費の伸び率 下位10県（減少幅が大きい）

医療費の動向 令和2年4月～6月 ⑥休日数等の調整後の医療費の伸び率

○休日数等の調整後の医療費の伸び率を見ると、いずれの診療種類においても4月～5月と6月の減少幅の差は小さくなる。

■診療種別医療費の伸び率（休日数等の補正後・対前年同期比）（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
総計	2.9	-11.1	-12.6	-6.1
入院	2.1	-7.5	-9.7	-6.0
入院外	2.8	-16.6	-16.9	-7.1
歯科	2.8	-17.5	-17.3	-4.7
調剤	4.6	-7.1	-10.5	-5.3



		令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
前年同期差 日	日曜・祭日等	+3	-1	-1	-1
	土曜	+2	0	+2	-1
	休日でない木曜	+1	+1	0	0

（参考）医療費の伸び率（対前年同月比）に対する休日数等の対前年同月差の影響補正係数（平成22年度～）

	日曜・祭日等	土曜	休日でない木曜
総計	-2.7	-1.0	-0.4
入院	-1.2	-0.8	-0.2
入院外	-3.5	-1.0	-0.6
歯科	-3.5	-1.0	-1.3
調剤	-4.2	-1.2	-0.2

注.

休日数等の影響を補正した医療費の伸び率は、平成16～21年度の各月の制度別等の1人当たり医療費の伸び率（診療報酬改定等及び閏日の影響を除く）を、日曜・祭日等（年末年始については、12月29日～1月3日を日曜として扱っている）の数、土曜日の数、休日でない木曜日の数、1定点当たりインフルエンザ報告数（国立感染症研究所感染症情報センター「サーベイランス」）、花粉症の影響を表すデータ（環境省花粉観測システムの観測地点・観測時別データの単純平均）の対前年同月差を説明変数として重回帰分析した結果を用いて補正したものである。

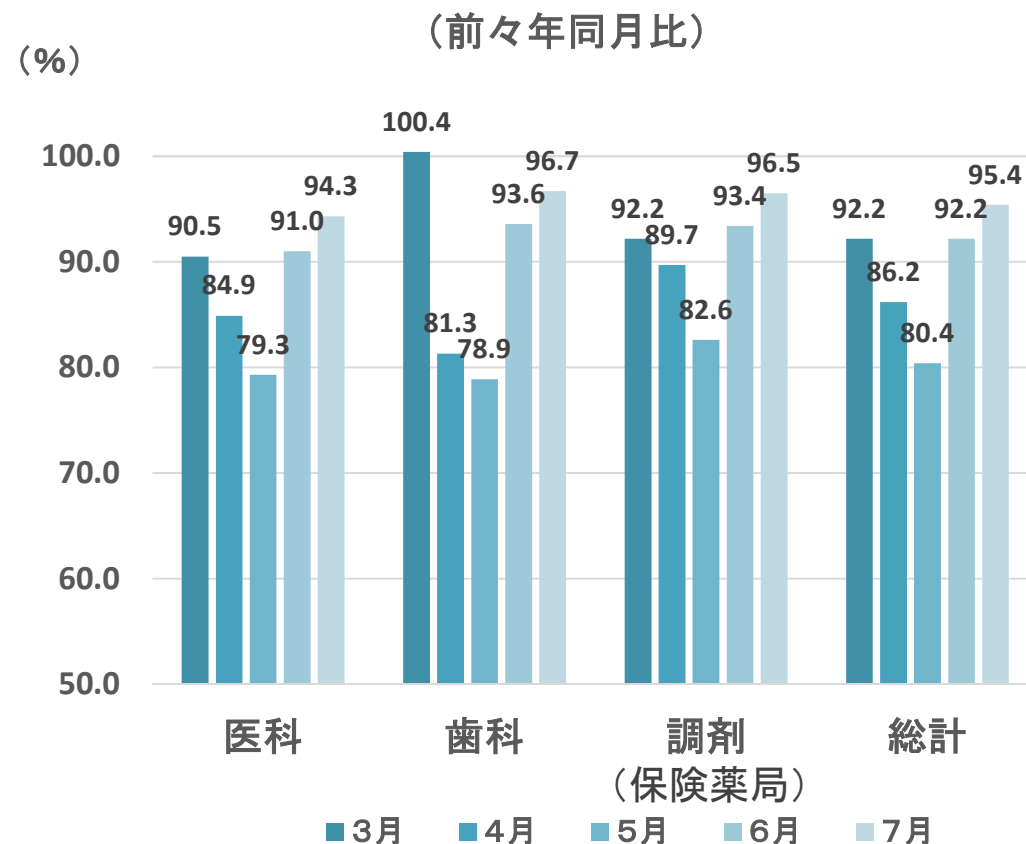
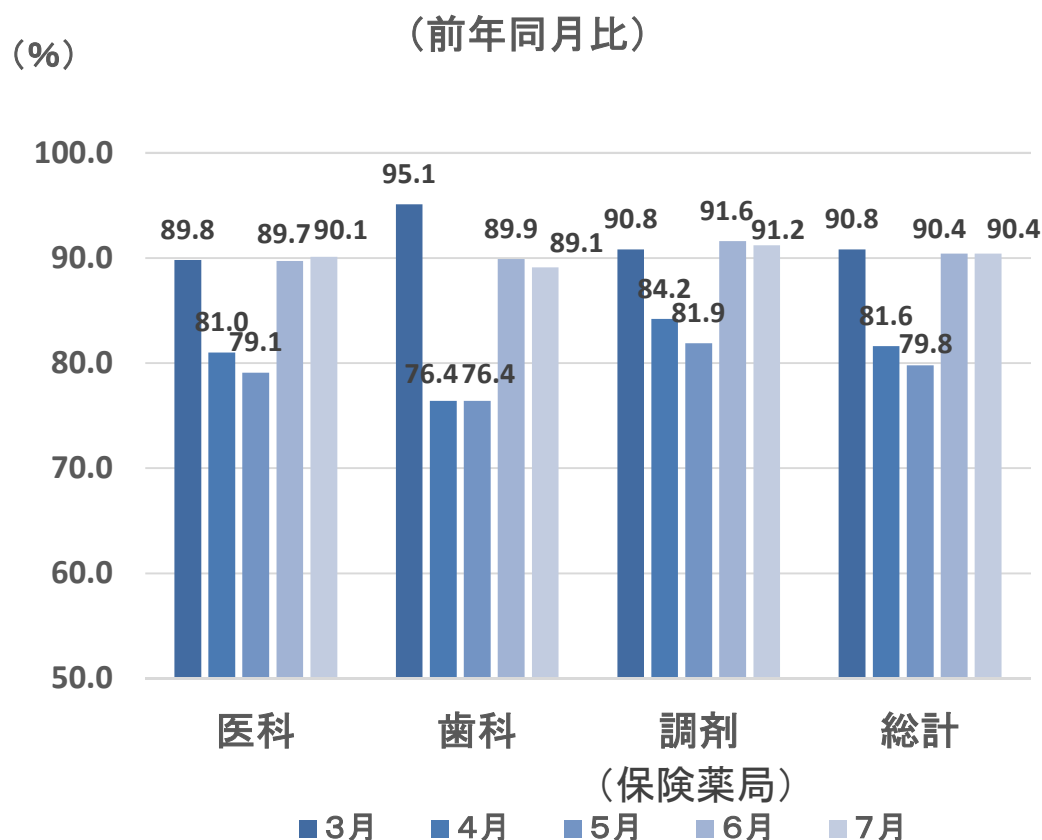
なお、総計及び公費については、医療保険計について重回帰分析した結果を用いて補正している。

レセプト件数・点数に関する調査

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化①（診療種別）

○ レセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、4月以降、医科、歯科、調剤いずれにおいても、減少が見られるが、6月には下げ幅に回復がみられた。

診療種別レセプト件数



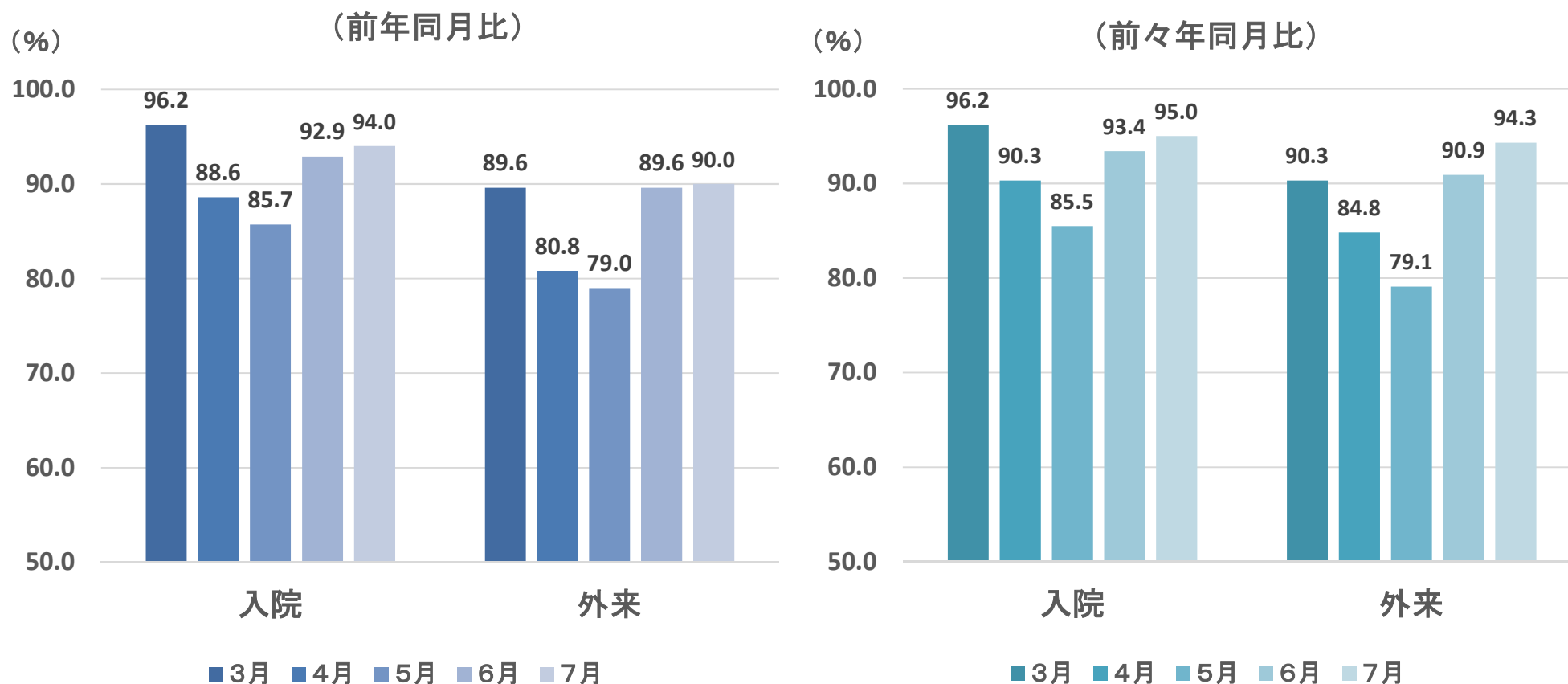
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比と前々年同月比を機械的に算出。

※2 総計には、訪問看護療養費が含まれる。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化②（医科のうち入院・外来別）

○ レセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、入院、外来ともに減少しているが、外来の減少幅の方が大きい。双方とも6月には下げ幅に回復がみられた。

医科のうち入院・外来別レセプト件数

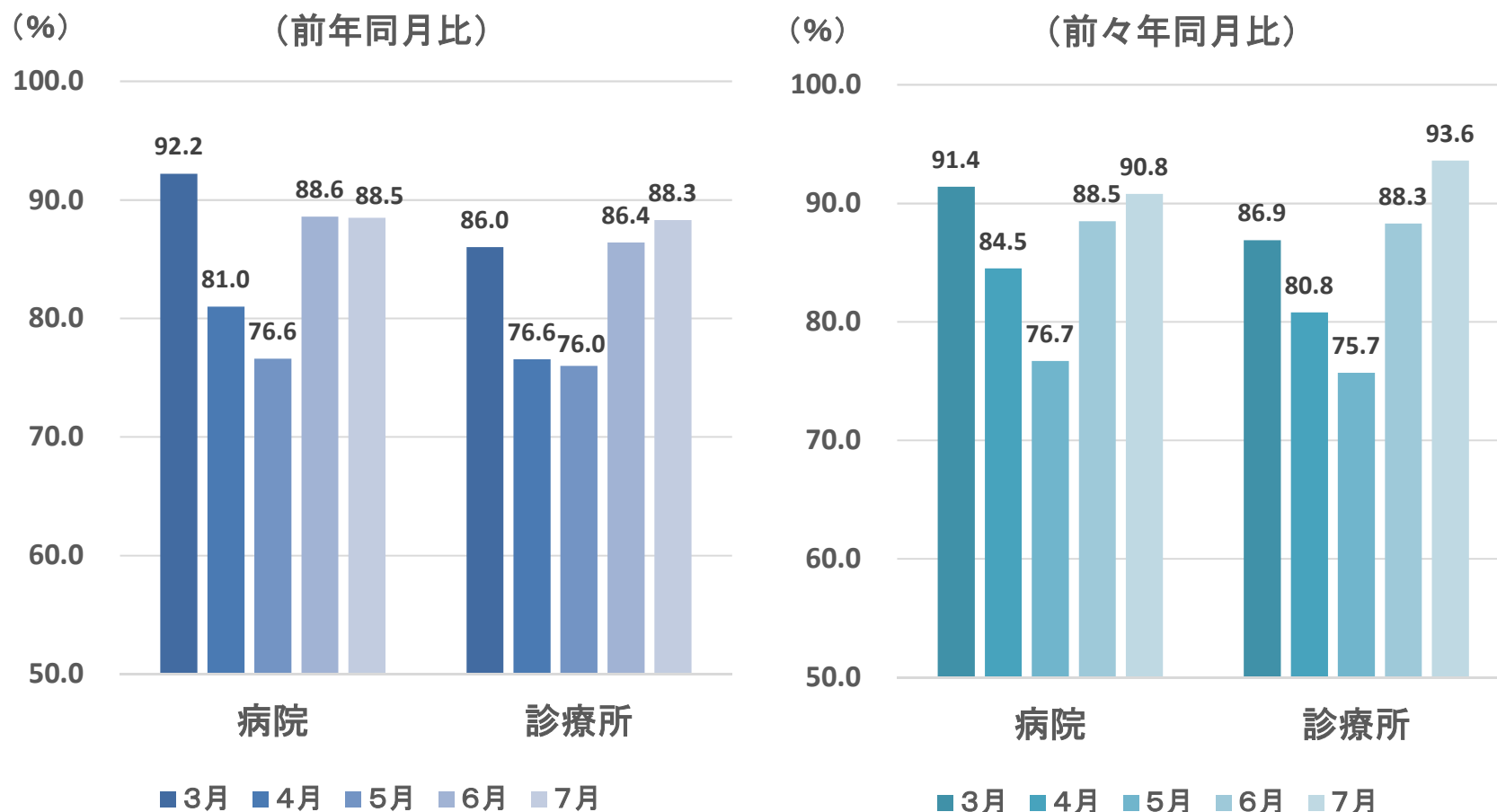


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比と前々年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化③（医科のうち病院・診療所別）

○ レセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、3月以降、病院も診療所も減少しているが、6月には下げ幅に回復がみられた。

医科のうち病院・診療所別レセプト件数

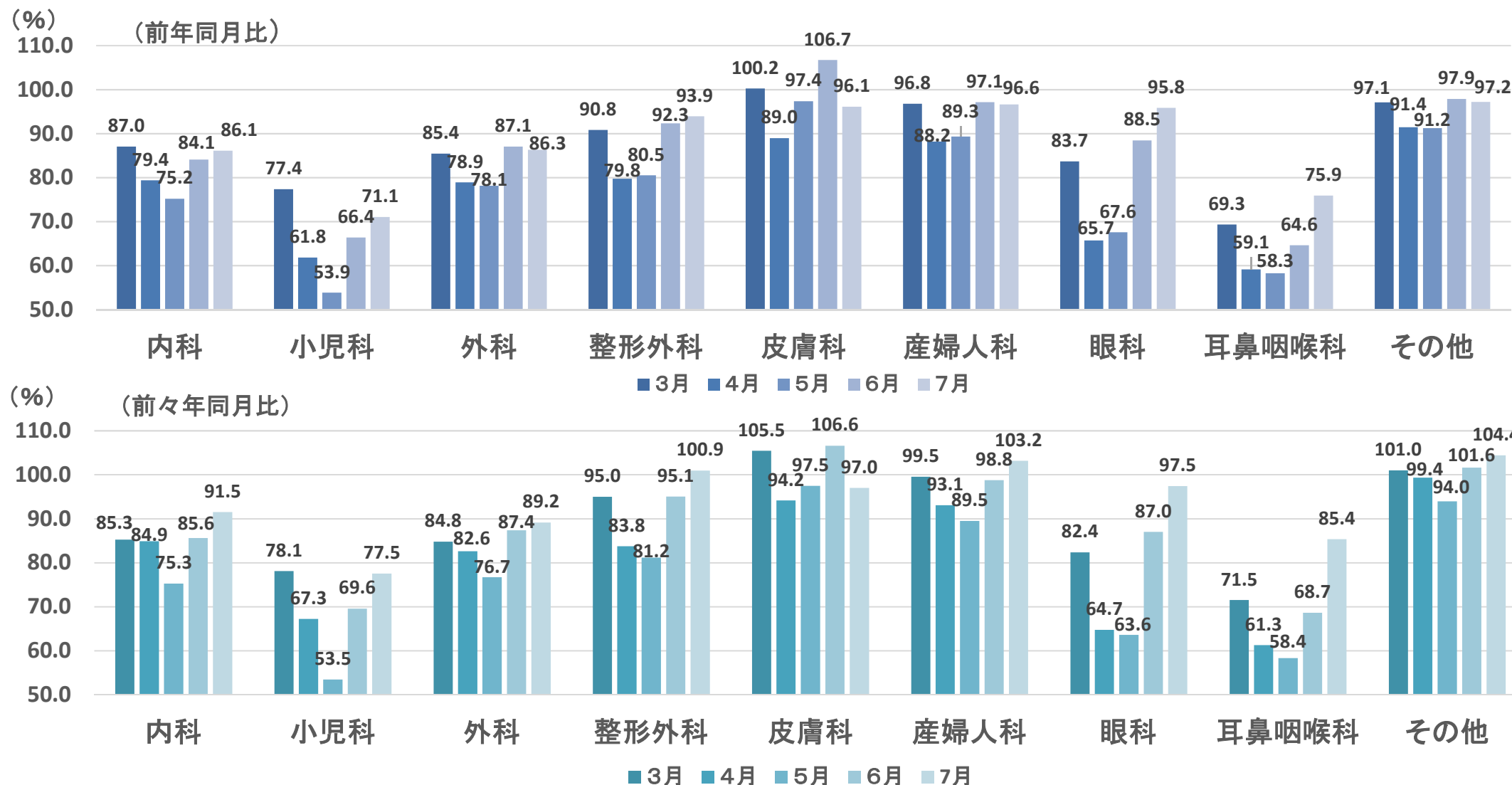


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比、前々年同月比を機械的に算出。
 ※2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化④（医科診療所の診療科別）

○ レセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、4月、5月は、いずれの診療科も減少しているが、小児科、耳鼻咽喉科の減少が顕著。6月には下げ幅に回復がみられたが、診療科ごとにバラツキがある。

医科診療所の診療科別レセプト件数

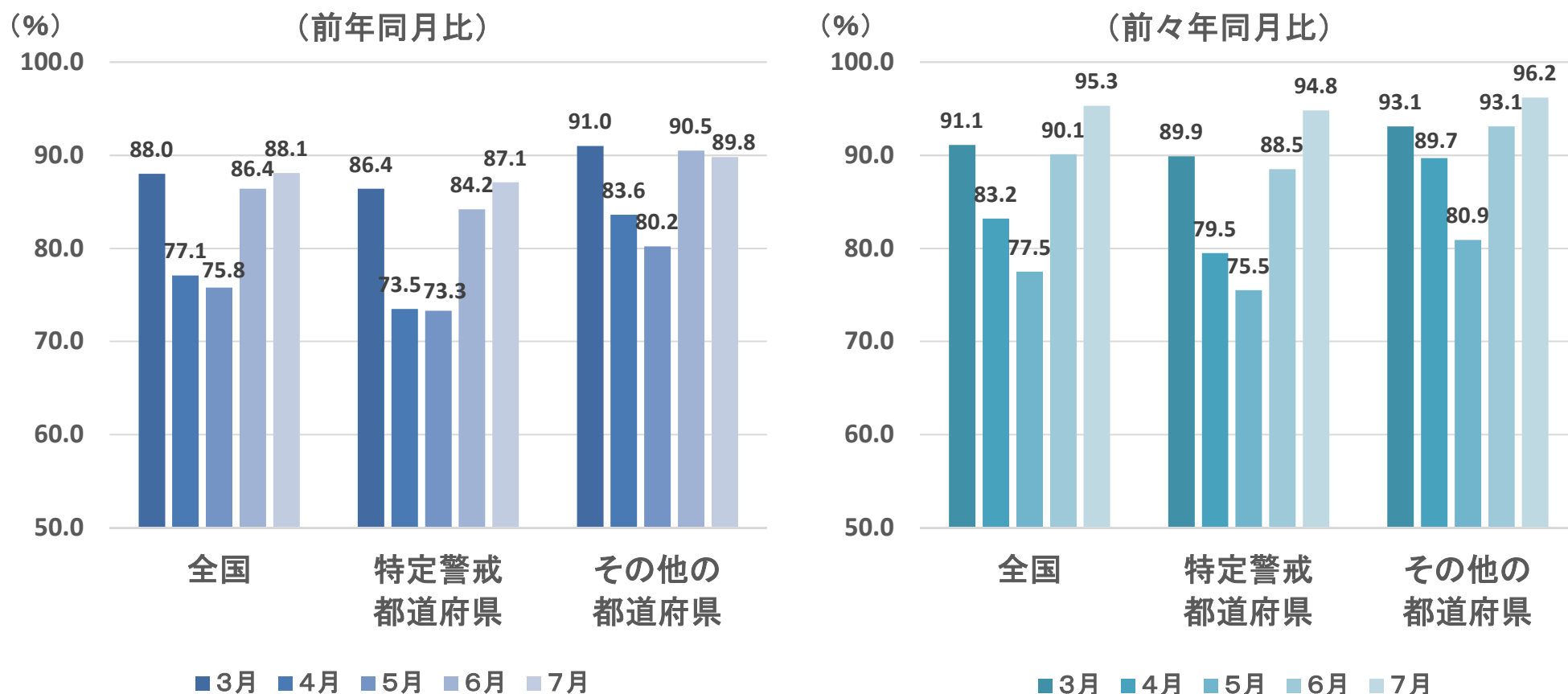


※ 1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比、前々年同月比を機械的に算出。
 ※ 2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化⑤（地域別）

○ 地域別のレセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、3月以降は、特定警戒都道府県の方が、減少幅が大きい。双方とも6月には下げ幅に回復がみられた。

地域別レセプト総件数

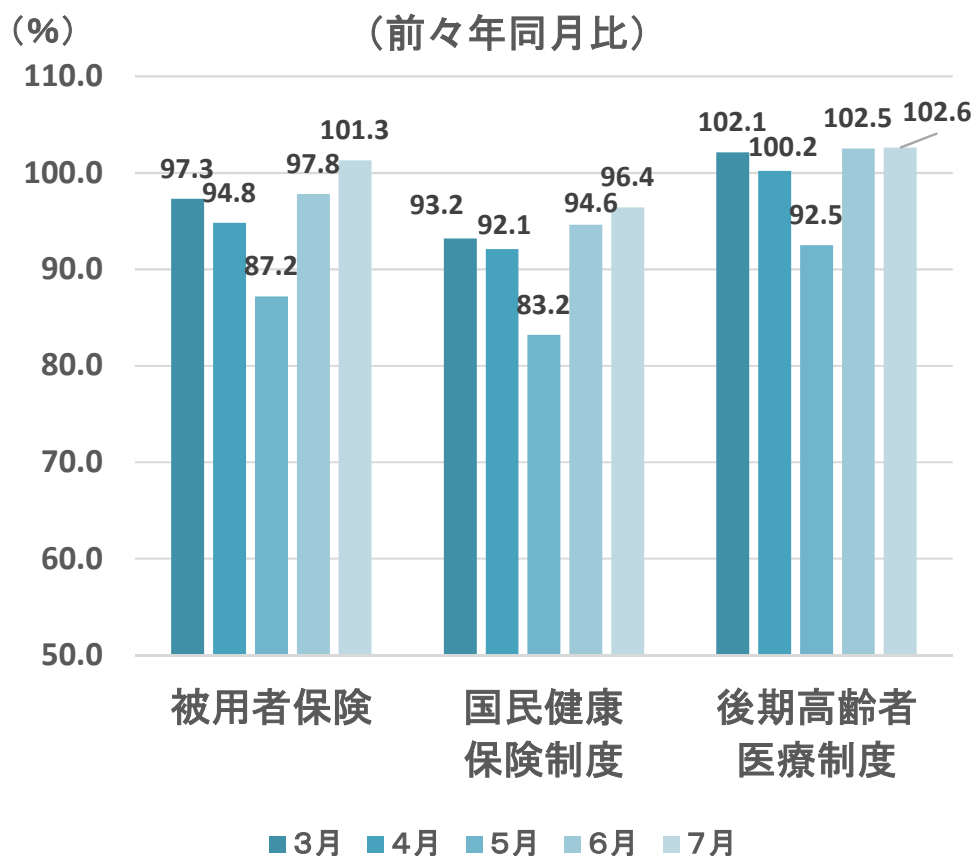
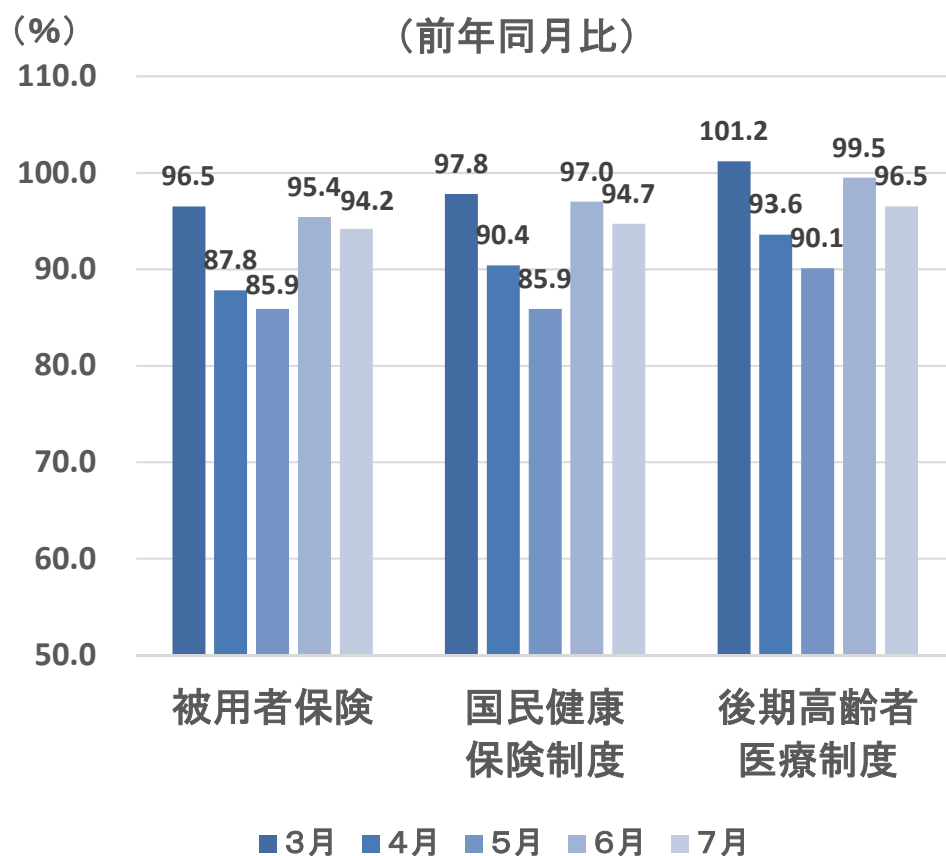


- ※ 1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比と前々年同月比を機械的に算出。
 ※ 2 特定警戒都道府県とは、4月16日に対策本部が、特に重点的に感染拡大防止の取組を進めていく必要があると位置づけた13の都道府県。
 （北海道・茨城・埼玉・千葉・東京・神奈川・岐阜・愛知・石川・京都・大阪・兵庫・福岡）

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化①（制度別）

- 制度別にレセプト点数を前年、前々年同月比で見ると、後期高齢者医療制度の減少幅が相対的に小さい。
 なお、いずれの制度においても前年同月比では、6月に減少幅が小さくなり、7月には減少幅が若干広がっている。

制度別レセプト総点数

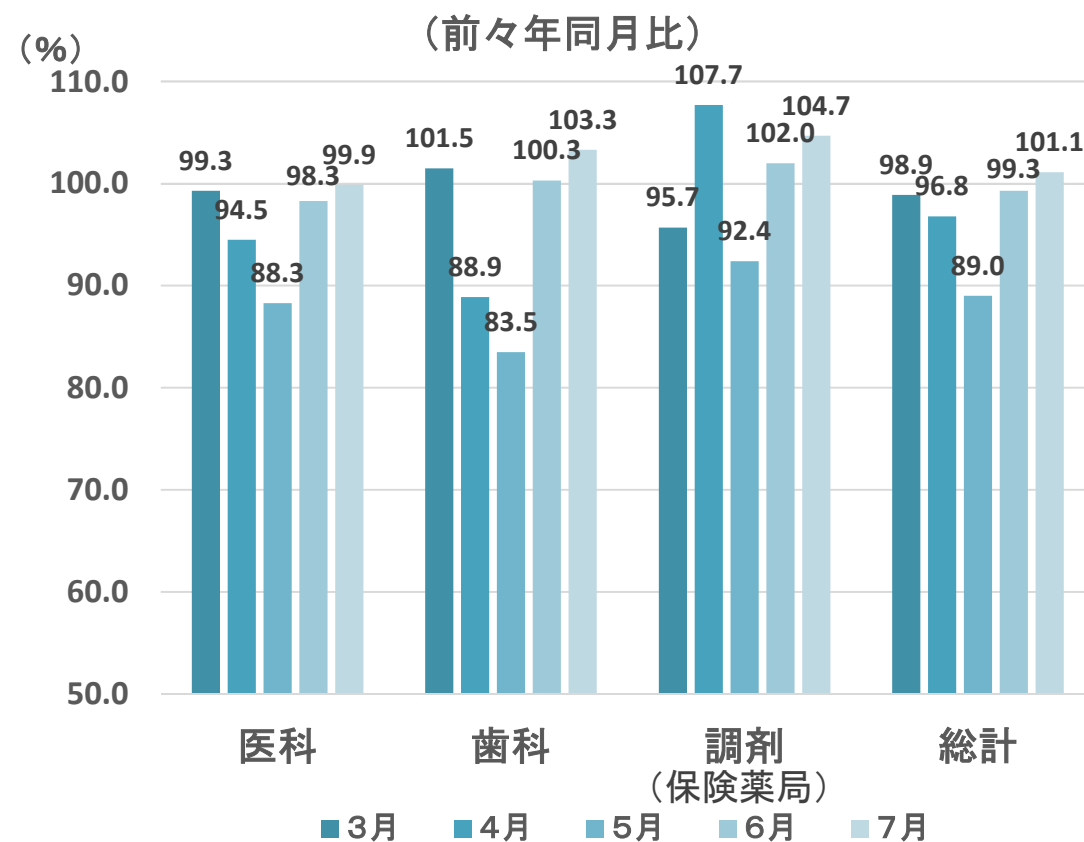
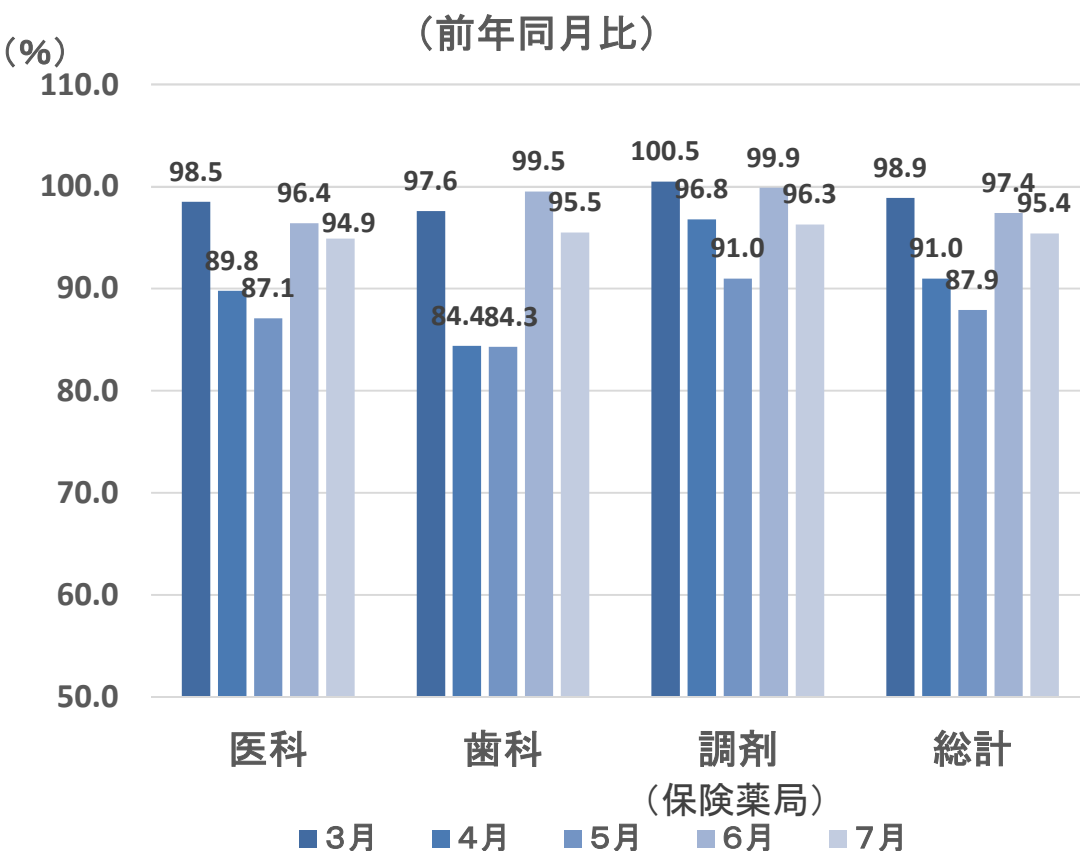


※ 1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比と前々年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化②（診療種類別）

○ レセプト点数の前年、前々年同月比で見ると、4月は医科、歯科において減少が見られ、5月には調剤も含め更に減少している。6月には下げ幅に回復がみられた。

診療種類別総点数



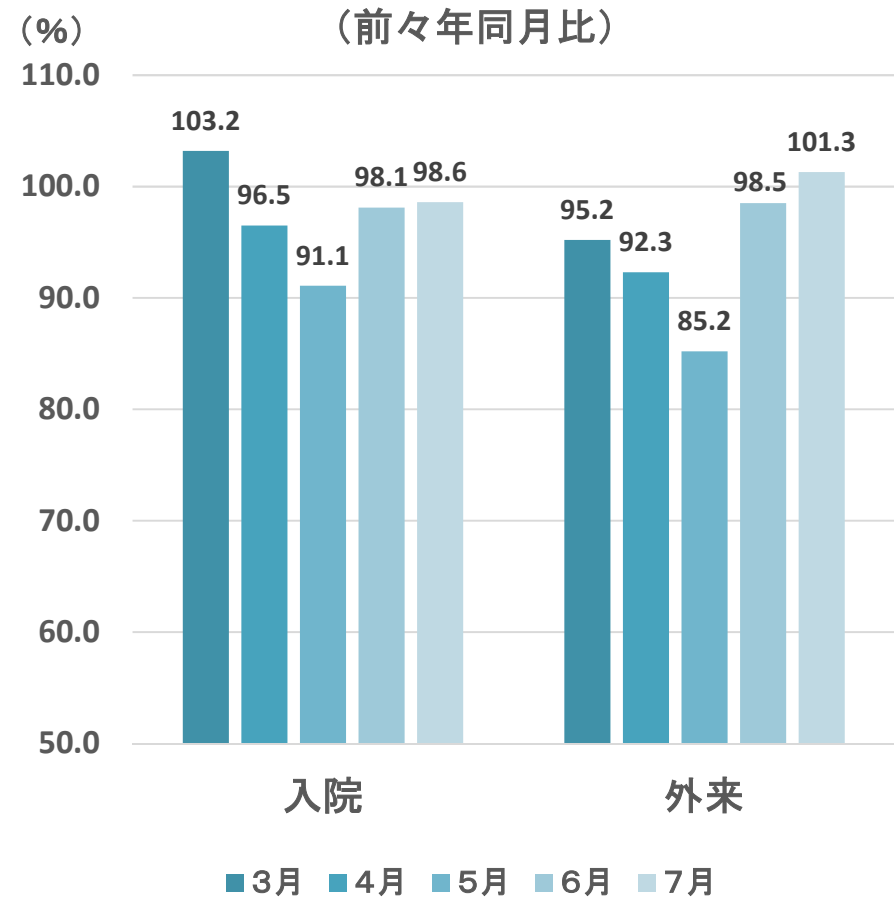
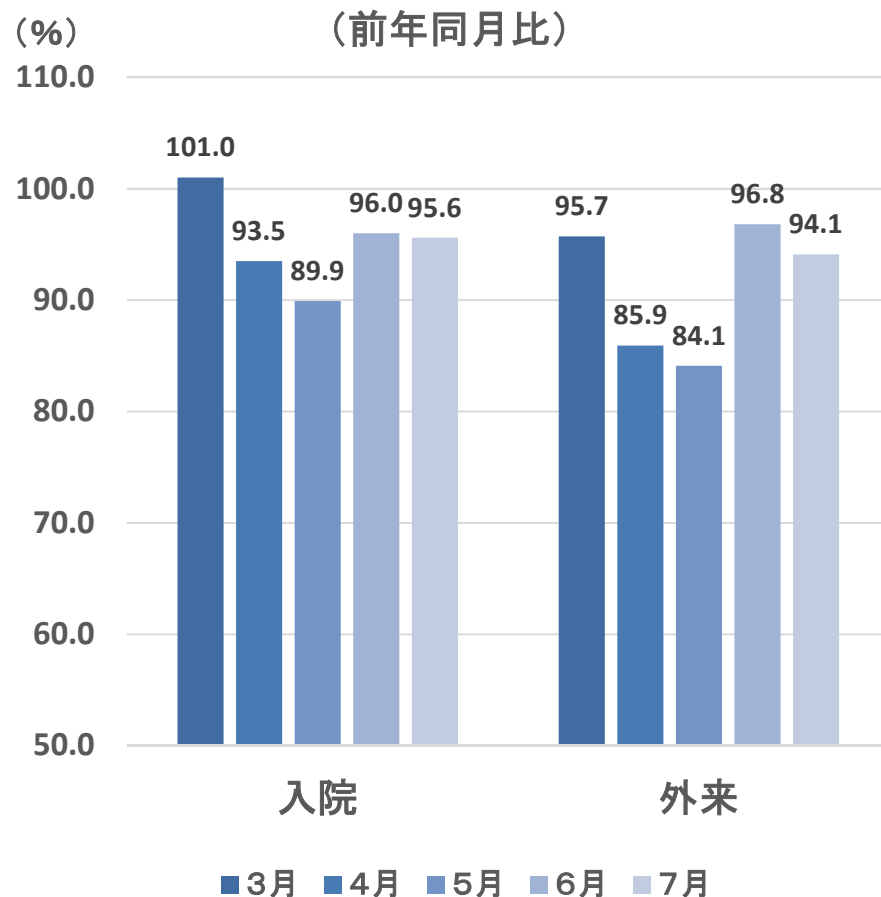
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比と前々年同月比を機械的に算出。

※2 総計には、食事・生活療養費、訪問看護療養費が含まれる。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化③（医科のうち入院・外来別）

○ レセプト点数の前年、前々年同月比で見ると、4月以降は、入院、外来ともに減少している。双方とも6月には下げ幅に回復がみられた。

医科のうち入院・外来別点数

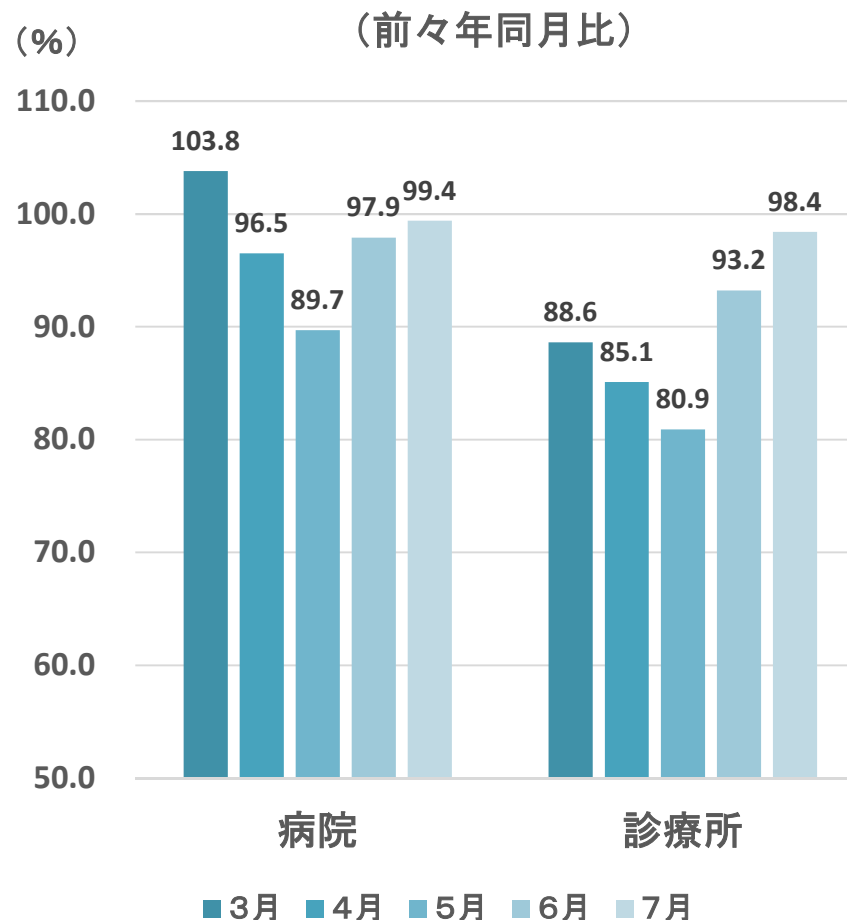
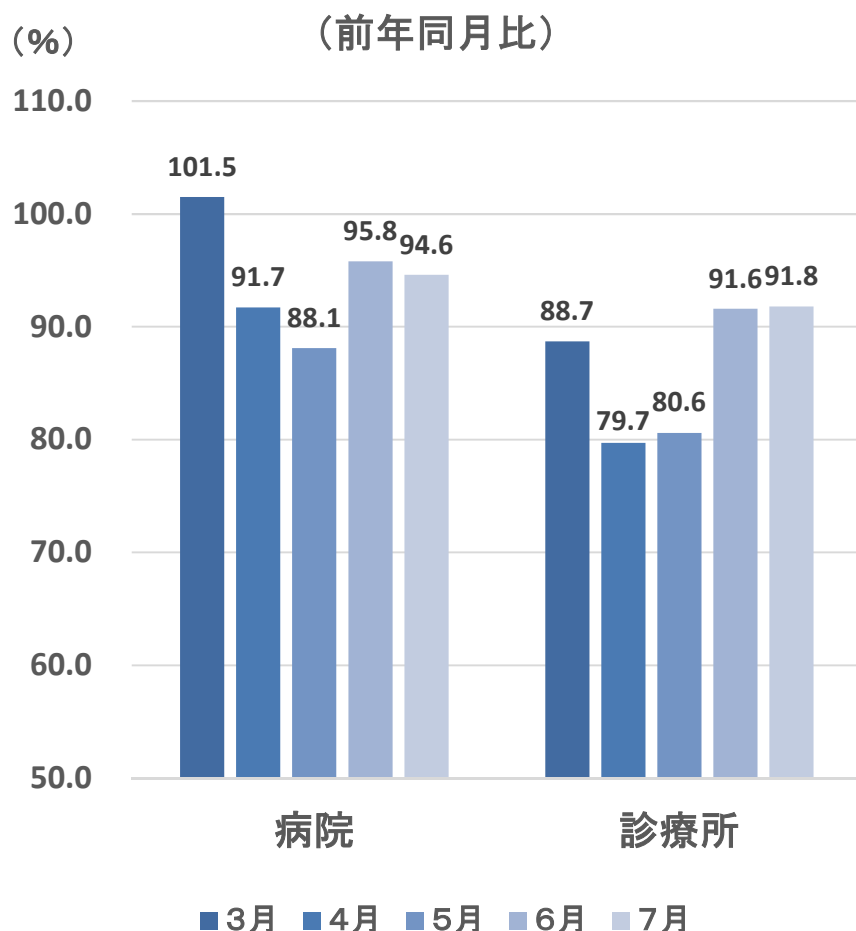


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比と前々年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化④（医科のうち病院・診療科別）

○ レセプト点数の前年、前々年同月比で見ると、4月以降は、病院も診療所も減少しているが、診療所の減少の方が大きい。双方とも6月には下げ幅に回復がみられた。

医科のうち病院・診療所別点数

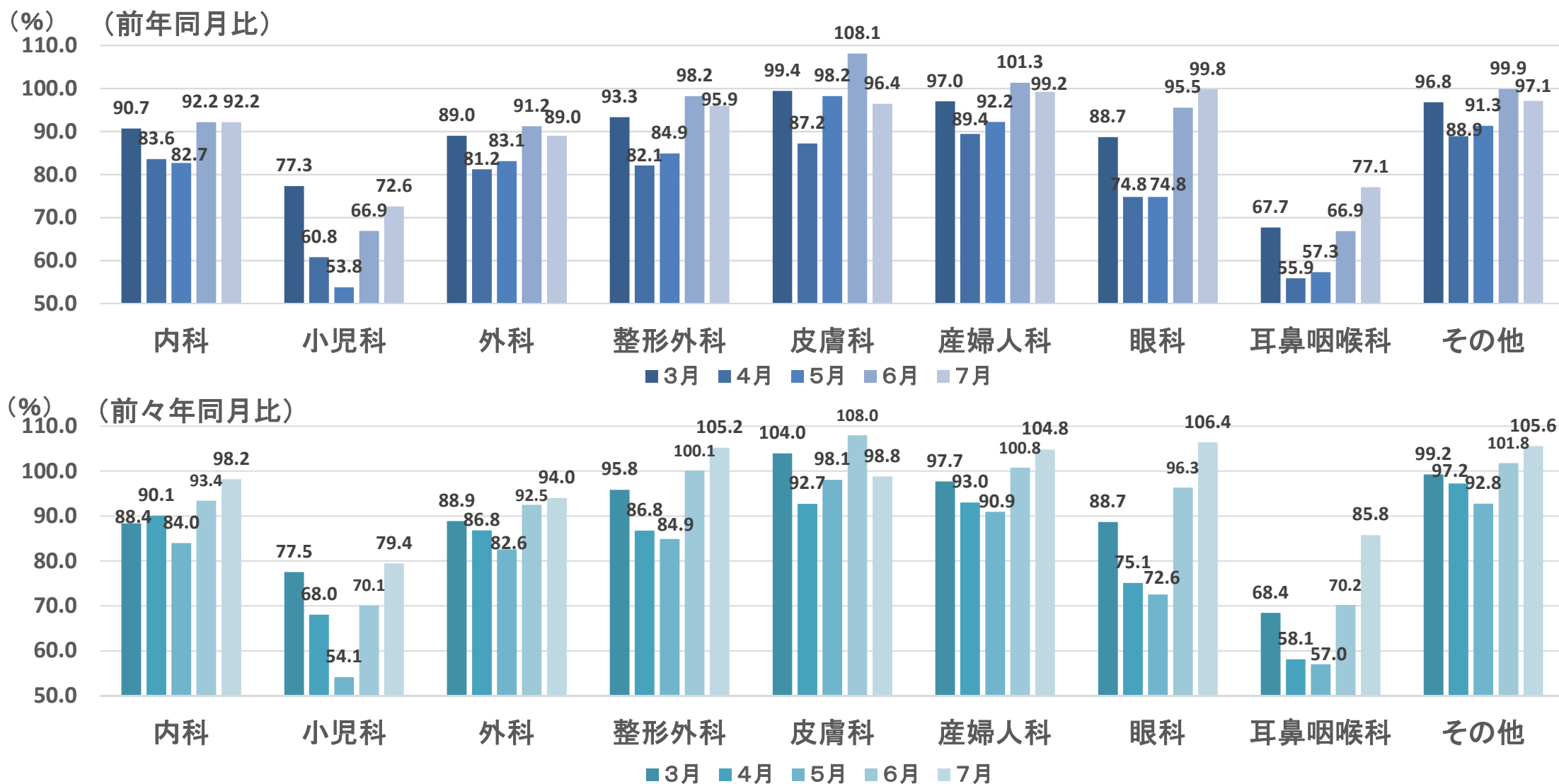


※ 1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比、前々年同月比を機械的に算出。
 ※ 2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化⑤（医科診療所の診療科別）

○ レセプト点数の前年同月比、前々年同月比で見ると、4月以降は、いずれの診療科も減少しているが、耳鼻咽喉科、小児科の減少が顕著。6月には下げ幅に回復がみられたが、診療科ごとにバラツキがある。

医科診療所の診療科別レセプト点数



※ 1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比、前々年同月比を機械的に算出。

※ 2 再審査等の調整前の数値。

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

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概要

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、無担保かつ延滞金なしで、1年間納付を猶予。

（令和2年5月保険料～）

- 緊急事態宣言に伴う自粛要請等を契機として、休業に伴い所得が急減する被保険者が相当数生じている等の特別の状況に鑑み、休業があった者について、通常の手続（随時改定）であれば、報酬の低下後4か月目から標準報酬月額・保険料が減額改定されるところ、特例的に翌月から減額改定できる等の特例を実施。

【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ICU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。

(令和2年9月15日～)

- 呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症入院患者の診療について、3倍相当の救急医療管理加算をさらに**5倍に引き上げた**。

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。

健康保険料等の納付猶予状況

- 健康保険組合では、本年 8 月支払い時点でのべ2,856事業所に対して計235.9 億円の納付が猶予されている。
- 全国健康保険協会では、本年 8 月28日時点で計1,050.3億円の納付が猶予されている。

【参考】納付猶予の特例の対象要件は以下のとおり。

- ①新型コロナウイルスの影響により、令和 2 年 2 月以降の任意の期間（1 か月以上）において、事業等に係る収入が前年同期に比べて概ね20%以上減少していること
- ②社会保険料を一時に納付することが困難であること

【健康保険組合の猶予状況】

猶予した 健康保険組合数	123組合
猶予された 事業所数	のべ2,856事業所
保険料猶予額	235.9億円

【協会けんぽの猶予状況】

保険料猶予額	1,050.3億円
--------	-----------

※数値は 8 月28日時点までの、協会管掌健康保険の健康保険料及び介護保険料の納付猶予額。

※報告件数：3 月1,388組合中1,258組合、4月以降は1,389組合中それぞれ1,232組合（4月）、1,221組合（5月）、1,174組合（6月）、1,150組合（7月）、1,045組合（8月）

※数値は 8 月支払い分までの組合管掌健康保険の健康保険料及び介護保険料の納付猶予に係るもの。

健康保険組合における健康保険料等の納付猶予状況

	3月納付分 保険料	4月納付分 保険料	5月納付分 保険料	6月納付分 保険料	7月納付分 保険料	8月納付分 保険料	合計
猶予した 健保組合数	36組合	69組合	91組合	108組合	110組合	101組合	123組合
猶予された 事業所数	81事業所	313事業所	557事業所	658事業所	648事業所	599事業所	のべ2,856事業所
保険料猶予額	2.3億円	15.2億円	44.2億円	51.8億円	57.2億円	65.2億円	235.9億円
健康保険料	2.1億円	13.8億円	40.3億円	47.3億円	52.2億円	59.5億円	215.2億円
介護保険料	0.2億円	1.3億円	3.9億円	4.5億円	5.1億円	5.7億円	20.7億円

追納額	16.2億円
猶予残額	219.7億円

※報告件数：3月1,388組合中1,258組合、4月以降1,389組合中それぞれ1,232組合（4月）、1,221組合（5月）、1,174組合（6月）、1,150組合（7月）、1,045組合（8月）

※四捨五入の影響により、合計が合わない場合がある。

新型コロナウイルス感染症の影響による休業に伴う標準報酬月額の特例改定の延長等について

今般の新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言に伴う自粛要請等を契機として、休業に伴い所得が急減する被保険者が相当数生じている等の特別の状況に鑑み、令和2年4～7月に休業による所得の急減があった者について、通常の随時改定（4ヶ月後）によって算定した額によらず、より速やかに、現状に適合した形で翌月から標準報酬月額を改定するための特例措置を講じたところ。

※ 8月28日までに、約2万事業所から申請を受理し、約1.5万事業所約19万人について、特例改定を承認。

現在においては、緊急事態宣言は解除されたものの、現下の感染状況等を踏まえて、令和2年8～12月に休業による所得の急減があった者等についても同様の特例措置等を講ずることとする。

（1）新たに休業により急減月が生じた者についての特例

事業主から、以下の①～③のいずれにも該当する者について、休業により特に報酬に著しく低下が生じた者として届出があった場合には、当該休業により報酬が特に著しく低下を生じた月（急減月（1か月）（※1））に受けた報酬の総額を基礎として、その月の翌月から標準報酬月額を改定できる特例（※2・3）を設ける。

- ① 事業主が休業をさせたことにより急減月が生じた者（時間単位を含む。）であること
- ② 急減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等級以上低下した者であること
- ③ 本特例措置による改定に本人が書面で同意していること

※1 急減月は、**令和2年8月～12月の間**

※2 本特例措置においては、固定的賃金（日給等の基礎単価）の変動を伴わない場合も対象に含む。

※3 8～12月を急減月として特例措置による改定を受けた場合、休業が回復した月に受けた報酬の総額が2等級以上上昇したときには、届出を求め、固定的賃金の変動に関わりなく、当該報酬の総額に基づきその翌月から標準報酬月額の改定を行う。

（2）既に4月又は5月を急減月として特例改定を受けている者についての特例

事業主から、以下の①～③のいずれにも該当する者について、届出があった場合には、実際の報酬の減少の有無にかかわらず、8月を急減月とみなして、8月の報酬の総額を基礎として算定した標準報酬月額を、定時決定による算定額とする特例（※）を設ける。

- ① 4月又は5月を急減月として特例措置による改定を受けた者であること
- ② 8月における報酬の総額が、9月から適用される定時決定で算定される標準報酬月額よりも、2等級以上低い者であること
- ③ 本特例措置による改定に本人が書面で同意していること

※ （1）※3の届出は同様に必要。

新型コロナウイルス感染症の影響による保険料減免及び傷病手当金の対応実績について (国民健康保険・後期高齢者医療)

- 本対応実績は8月15日時点の数値を調査 ※数値については精査中
- 保険料減免について、
 - ・ 国民健康保険における令和元年度分の減免決定数は約9万件で、減免額は約31億円、令和2年度分の減免決定数は約13万件で、減免額は約240億円
 - ・ 後期高齢者医療における令和元年度分の減免決定数は約0.3万件、減免額は約0.5億円、令和2年度分が約0.3万件、減免額は約2.8億円
- 傷病手当金について、
 - ・ 国民健康保険における支給決定数は5.7百件、支給額は約5,200万円
 - ・ 後期高齢者医療における支給決定数は0.2百件、支給額は約123万円

<国民健康保険>

○保険料減免
(令和元年度分)

減免決定件数(世帯単位)	減免決定金額
9.4万件	31.1億円

(令和2年度分)

減免決定件数(世帯単位)	減免決定金額
12.5万件	240.0億円

○傷病手当金

支給決定件数	支給決定金額
5.7百件	5200万円

※数値は市町村国保、国保組合の合計

<後期高齢者医療>

○保険料減免
(令和元年度分)

減免決定件数(被保険者単位)	減免決定金額
0.3万件	0.5億円

(令和2年度分)

減免決定件数(被保険者単位)	減免決定金額
0.3万件	2.8億円

○傷病手当金

支給決定件数	支給決定金額
0.2百件	123万円

【参考】国民健康保険の被保険者は2,870万人(1,816万世帯)、後期高齢者医療の被保険者は1,722万人(平成30年3月末時点)

特定集中治療室管理料等に係る「簡易な報告」の現状について

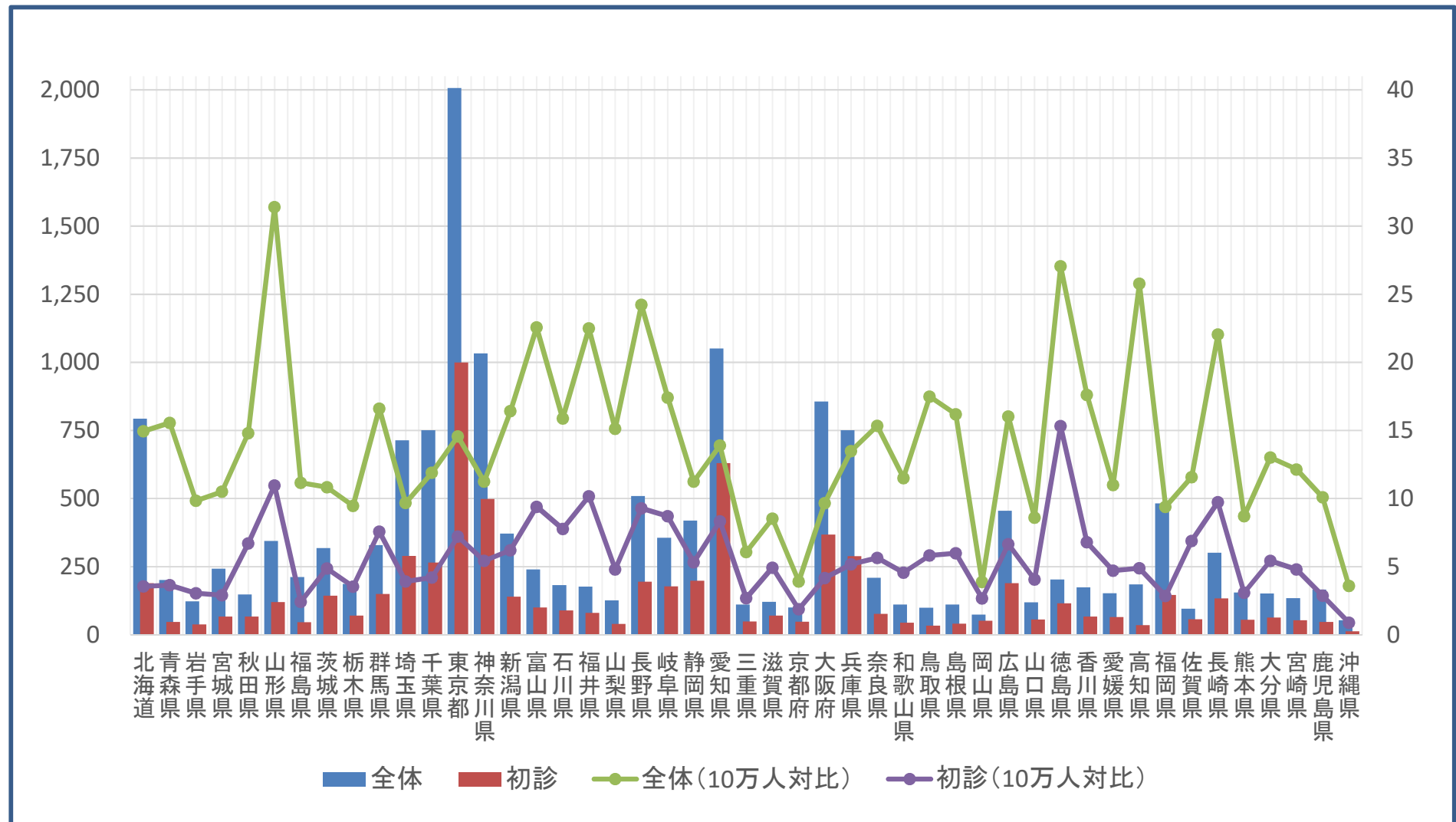
- 4月18日付け事務連絡により、新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために、特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟において、新型コロナウイルス感染症患者又は本来当該入院料を算定する病棟において受け入れるべき患者を受け入れた場合には、それぞれの入院料にかかる簡易な報告を行うことにより、該当する入院料を算定することができることとしたところ。
- 当該取扱いによる、特定集中治療室管理料等に係る簡易な報告の現状は、以下のとおり。

	4月18日 ～5月13日	5月14日 ～25日	5月26日 ～6月8日	6月9日 ～6月22日	6月23日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日	8月2日 ～9月1日	9月2日 ～10月1日	累積
ハイケアユニット入院医療管理料	1,991	959	1,032	225	218	326	652	101	5,504
ハイケアユニット入院医療管理料 1	1,707	843	853	265	170	366	609	33	4,846
ハイケアユニット入院医療管理料 2	284	116	179	-40	48	-40	43	68	658
救命救急入院料	336	173	112	26	13	179	-9	92	922
救命救急入院料 1	182	113	42	0	8	53	-30	24	392
救命救急入院料 2	29	8	20	0	5	91	12	2	167
救命救急入院料 3	60	44	-2	6	0	-15	9	6	108
救命救急入院料 4	65	8	52	20	0	50	0	60	255
特定集中治療室管理料	349	178	83	13	12	-83	132	29	713
特定集中治療室管理料 1	26	106	88	-6	-14	-124	53	8	137
特定集中治療室管理料 2	24	14	21	0	12	0	0	0	71
特定集中治療室管理料 3	280	46	-14	19	14	47	67	21	480
特定集中治療室管理料 4	19	12	-12	0	0	-6	12	0	25
総計	2,676	1,310	1,227	264	243	422	775	222	7,139

時限的・特例的な取扱いに対応する医療機関の数（都道府県別）

令和2年8月6日
第10回オンライン診療の適切な実施に関する指
針の見直しに関する検討会 資料

医療機関数(全体・初診別、都道府県別、人口10万対比)7月末時点



※医療機関数は、7月31日22時時点の都道府県からの報告集計による。

※10万人対比は、2019年度 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査(平成31年1月1日人口)に基づき、各都道府県の人口10万人あたりの医療機関数

子ども・子育て支援について (不妊治療関係)

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○ 不妊治療に係る経済的負担の軽減等

- ・ 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。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。

※ 全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告（令和2年6月25日 全世代型社会保障検討会議決定）
においても同様の記載あり

菅内閣の基本方針（令和2年9月16日閣議決定）（抄）

4. 少子化に対処し安心の社会保障を構築

喫緊の課題である少子化に対処し、誰もが安心できる社会保障制度を構築するため改革に取り組む。そのため、不妊治療への保険適用を実現し、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを生育てられる環境をつくる。さらに、制度の不公平・非効率を是正し、次世代に制度を引き継いでいく。

不妊治療の流れ(概略図)

検査



①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からない機能性不妊に大別される。
診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。

原因の治療

男性不妊の治療

精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。手術療法や薬物療法が行われる。

女性不妊の治療

子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。手術療法や薬物療法が行われる。

機能性不妊や治療が奏功しないもの

夫婦間で行われる
人工授精など

人工授精(AIH)

精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的、安価。

特定
不妊
治療

体外受精

体外で受精させ、妊娠を図る。採卵を伴うため、女性側の身体的負担が重い。主に、人工授精後や女性不妊の場合に用いられる。

顕微授精

体外受精のうち、人工的に(卵子に注射針等で精子を注入するなど)受精させるもの。

男性に対する治療

顕微鏡下精巣内精子回収法(MD-TESE)。手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する。

精子提供による
人工授精(AID)

卵子・胚提供

代理懐胎

国費で助成(不妊に悩む方への特定治療支援事業の対象)

倫理的にどこまで行ってもいいのか、対象者、親子関係、子どもの出自を知る権利、近親婚の防止、対価の授受などの特有の課題

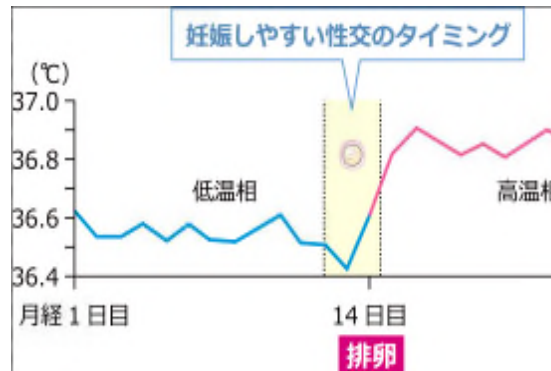
(H15厚労省の部会、H20日本学術会議で検討→法制化には至っていない)

※学会は精子提供による人工授精は容認、卵子提供はルールを示していない。胚提供・代理懐胎は禁止。

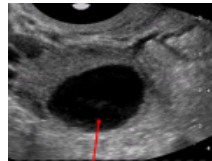
不妊治療の概要

一般不妊治療

① タイミング法

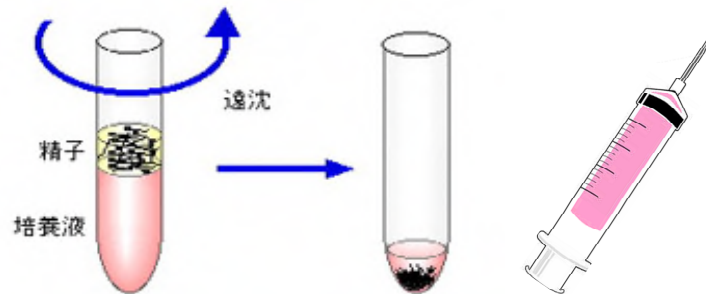


- 超音波検査や排卵検査薬を使用して性交のタイミングを決める。
(少量の排卵誘発薬を併用する場合あり)



②

② 人工授精



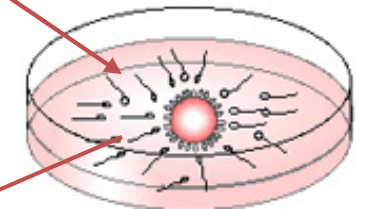
- マスターベーション等により精子を採取する。
- カテーテルを用いて調整精液を子宮内に注入する。
(少量の排卵誘発薬を併用する場合がある。)

特定不妊治療

③ 体外受精



受精卵



卵子と精子

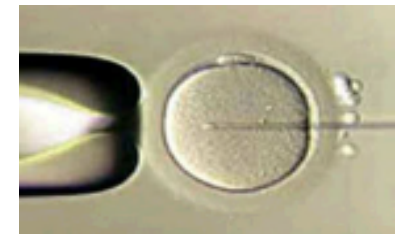
- 卵巣を穿刺し採取した卵子を、シャーレ上で精子と受精させる。
- 受精卵は3～5日培養を行った後、子宮内に移植する(※1)もしくは凍結保存(※2)。

※1 新鮮胚移植：受精が成立した後に子宮にそのまま移植

※2 凍結胚移植：受精が成立した後、母体の状態等を踏まえ、一旦凍結し、適切な時期に子宮へ移植する

④

④ 顕微授精



- 顕微鏡下に、卵子内に精子を1つ注入する。
- 精子数が少ない場合に実施するため、男性不妊治療との組み合わせが多い。
- 体外受精が複数回不成功の場合にも実施。
- 受精卵は3～5日培養を行った後、子宮内に移植する(※1)もしくは凍結保存(※2)。

不妊治療の実態

- 国は不妊治療全体の実施件数等は把握していないが、日本産婦人科学会では、学会に登録されている全ての生殖補助医療機関に対して毎年実態調査を実施している。
- この日本産科婦人科学会による実態調査の結果によると、登録施設数及び特定不妊治療による出生者数は年々増加傾向にある。

年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
特定不妊治療による出生数（人）	28,945	32,426	37,953	42,554	47,322	51,001	54,110	56,617	56,979
産婦人科学会登録施設数	591	586	589	587	598	607	604	607	未公表
（参考）全出生数（人）	1,071,305	1,050,807	1,037,232	1,029,817	1,003,609	1,005,721	977,242	946,146	918,400

日本産科婦人科学会 ART（生殖補助医療）データブック、倫理委員会 登録・調査小委員会報告、人口動態調査より

- 特定不妊治療にかかる一回あたりの費用は体外受精38万円、顕微授精43万円。
- 特定不妊治療支援事業における指定医療機関が受診等証明書に記載した領収金額等について、研究班が調査※を行い、全115 実施主体から回答を得た（平成29年度）。
- 治療ステージ別の平均領収金額は
 - 体外受精は約38 万円（最小-最大：13,030円-1,102,697円）
 - 顕微授精は約43 万円（最小-最大：58,925円-1,145,470円）

※平成30年度厚生労働科学研究「「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究」
研究代表者：前田恵理（秋田大学）

不妊に悩む方への特定治療支援事業について

R 3 概算要求額：151億円＋一部事項要求（R 2 予算額：151億円）

1. 事業の概要

- 要旨 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配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成
- 対象治療法 体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）
- 対象者 特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された法律上の婚姻をしている夫婦（治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦）
- 給付の内容
 - ① 1回15万円（初回の治療に限り30万円まで助成）
※凍結胚移植（採卵を伴わないもの）及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものについては、1回7.5万円
通算回数は、初めて助成を受けた際の治療期間初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは通算6回まで、
40歳以上43歳未満であるときは通算3回まで助成
 - ② 男性不妊治療を行った場合は15万円（初回の治療に限り30万円まで助成）
※精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術
- 所得制限 730万円（夫婦合算の所得ベース）
- 指定医療機関 事業実施主体において医療機関を指定
- 実施主体 都道府県、指定都市、中核市
- 補助率 1／2（負担割合：国1／2、都道府県・指定都市・中核市1／2）

2. 沿革

平成16年度創設	1年度あたり給付額10万円、通算助成期間2年間として制度開始
平成18年度	通算助成期間を2年間→5年間に延長
平成19年度	給付額を1年度あたり1回10万円・2回に拡充、所得制限を650万円→730万円に引き上げ
平成21年度補正	給付額1回10万円→15万円に拡充
平成23年度	1年度目を年2回→3回に拡充、通算10回まで助成
平成25年度	凍結胚移植（採卵を伴わないもの）等の給付額を見直し（15万円→7.5万円）
平成25年度補正	安心こども基金により実施
平成26年度	妻の年齢が40歳未満の新規助成対象者の場合は、通算6回まで助成（年間助成回数・通算助成期間の制限廃止）※平成25年度の有識者検討会の報告書における医学的知見等を踏まえた見直し（完全施行は平成28年度）
平成27年度	安心こども基金による実施を廃止し、当初予算に計上
平成27年度補正	初回治療の助成額を15万→30万円に拡充 男性不妊治療を行った場合、15万円を助成
平成28年度	妻の年齢が43歳以上の場合、助成対象外。妻の年齢が40歳未満の場合は通算6回まで、40歳以上43歳未満の場合は通算3回まで助成（年間助成回数・通算助成期間の制限廃止）
令和元年度	男性不妊治療にかかる初回の助成額を15万→30万円に拡充
令和3年度	予算編成過程で検討

3. 支給実績

平成16年度	17,657件
平成17年度	25,987件
平成18年度	31,048件
平成19年度	60,536件
平成20年度	72,029件
平成21年度	84,395件
平成22年度	96,458件
平成23年度	112,642件
平成24年度	134,943件
平成25年度	148,659件
平成26年度	152,320件
平成27年度	160,733件
平成28年度	141,890件
平成29年度	139,752件
平成30年度	137,928件

令和2年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 「不妊治療の実態に関する調査研究」概要

背景・目的

- 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配偶者間の不妊治療に要する費用の一部について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」において平成16年より費用助成が行われている。
- 平成10年度厚生労働科学研究「生殖補助医療技術に対する医師及び国民の意識に関する研究（矢内班）」において、不妊治療にかかる費用についての患者調査を行ったが、昨今の不妊治療に対する需要増、生殖補助医療技術の高度化等を鑑み、改めて現時点における治療実施件数、治療にかかる費用等に関する実態把握を行う必要がある。

事業内容

1. 全国の不妊治療実施医療機関における不妊治療（人工授精、体外受精、顕微授精、男性不妊治療等）の実施件数、および治療周期あたりの妊娠出産率等について調査、分析を行う。
2. 全国の不妊治療実施医療機関における不妊治療（人工授精、体外受精、顕微授精、男性不妊治療等）にかかる費用の調査、分析を行う。
3. 一般の方を対象としたアンケート調査を通じ、妊娠に対する意識や不妊治療の経験、不妊治療にかかった費用等についての調査、分析を行う。

研究期間：2020年8月～2021年3月

マイナンバーカードの健康保険証利用等について

1. マイナンバーカードの健康保険証利用について

マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みについて

- マイナンバーカードを健康保険証として利用するには、被保険者・被扶養者による**健康保険証利用の申込みが必要**。
※ マイナポータル機能を活用し、マイナンバーカードのICチップにある利用者証明用電子証明書のシリアル番号と、個人単位被保険者番号の紐づけを行う。
- 健康保険証利用の申込みを行うには、マイナンバーカードと**カードリーダー機能を備えたデバイス（スマートフォン、PC+ICカードリーダー）を用いる必要がある**。
- マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みは**生涯1回のみ**（※）。
※ マイナンバーカードの更新や電子証明書の更新による再度の申込みは不要。ただし、本人からの申請にもとづかず自治体が新しい住民票コードを付番し直すような稀なケースに限り再度の申込みが必要。

カードリーダー機能を備えたデバイスを被保険者や家族等が所持している場合

▶ 「マイナポイントアプリ」をインストールして申込み

インストールした「マイナポイントアプリ」にてマイナポイント申込後、マイナンバーカードの健康保険証利用の申込（一括登録）を行う。

マイナポイントアプリ



マイナポータルAP



・マイナンバーカード読み取り可能機種
iPhoneの場合：iPhone7以降
Android端末：81機種
(2019年8月31日現在)

▶ 「マイナポータルAP」をインストールして申込み

マイナポータルにおいてマイナンバーカードの健康保険証利用の申込を行う。

カードリーダー機能を備えたデバイスを所持していない場合

▶ 各市区町村において設置するマイナポータル用端末等から申込み

各市区町村において設置するマイナポータル用端末等から、マイナポータルにアクセスしてマイナンバーカードの健康保険証利用の申込を行う。

マイナポータル用端末



▶ 医療機関や薬局の窓口を設置する顔認証付きカードリーダーから申込み（令和3年3月（予定）以降）

医療機関や薬局の窓口を設置する顔認証付きカードリーダーから、マイナポータルにアクセスしてマイナンバーカードの健康保険証利用の申込を行う。

顔認証付きカードリーダー



マイナンバーカードでの資格確認手順（顔認証付きカードリーダー）

※各画面イメージは、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。

来院

①マイナンバーカードを置く 【患者】



本人確認

②本人確認方法を選択 【患者】

本人確認の方法を
選んでください。

顔認証を行う

暗証番号を入力

終了する

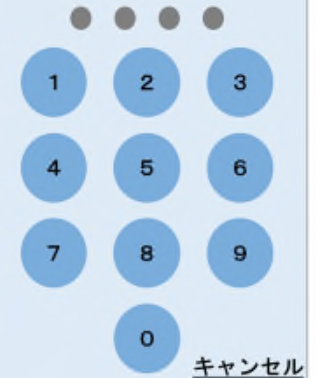
本人確認の情報は、他の
目的には使用しません。

③顔の撮影、又は暗証番号を入力 【患者】

顔を枠内に入れてください。



暗証番号を
入力してください。



同意取得

④薬剤情報・特定健診情報等の閲覧同意を選択 【患者】

過去のお薬情報を当機関
に提供することに同意し
ますか。

この情報はあなたの健康
管理のために使用します。

同意する

同意しない

過去の特定健診・高齢者健
診情報を当機関に提供す
ることに同意しますか。

この情報はあなたの健康
管理のために使用します。

同意する

同意しない

完了

⑤資格確認等が完了 【患者】

●●××様
確認が完了しました。

終了する場合は、マイナ
ンバーカードを取り出し、
待合室でお待ちください。

高額療養費制度を利用する方
はこちら

選択した場合

同意取得 ※高額療養費制度を利用する方のみ

⑥提供する情報（限度額情報等）を選択 【患者】

限度額情報を提供します
か。

提供する

提供しない

完了しました。

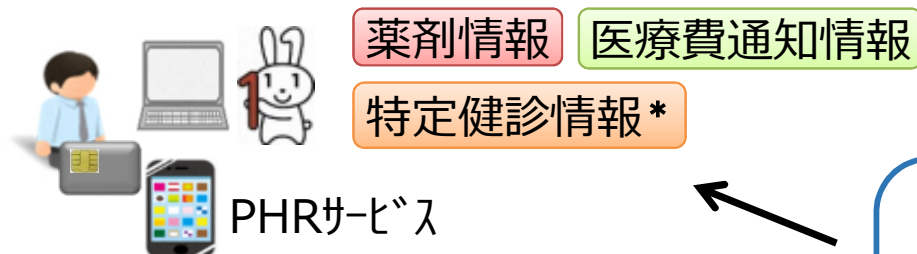
マイナンバーカードを取
り出し、待合室でお待ち
ください。

2. オンライン資格確認等システムを基盤として提供される各情報

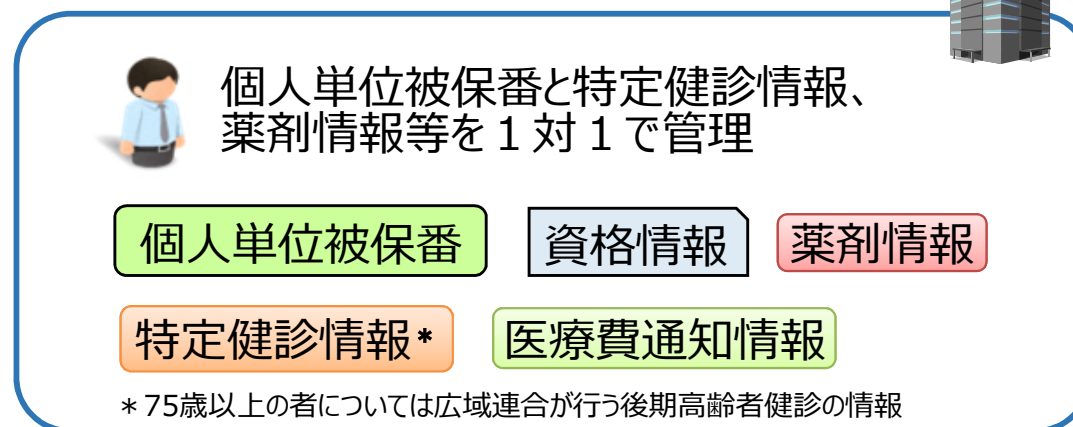
薬剤情報・特定健診情報等の閲覧の仕組み

- オンライン資格確認等システムを基盤として、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となる。

マイナポータル



支払基金・国保中央会（国保連）



- ※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。

特定健診情報と薬剤情報について

特定健診情報とは（特定健診とは）

特定健診とは、生活習慣病(糖尿病等)の予防や早期発見・改善を目的に、医療保険者が40歳以上(74歳以下)の加入者に対して実施する健康診査。特定健診情報はこの特定健診の結果の情報。(75歳以上の者については後期高齢者健診情報)

医療機関で同意した場合に閲覧可能な項目

(注) 下線の項目は後期高齢者健診においては存在しない。

- 受診者情報
(氏名、性別、生年月日、年齢、保険者番号、被保険者証等記号・番号・枝番)
- 特定健診結果情報 (※)
(診察(既往歴等)、身体計測、血圧測定、血液検査(肝機能・血糖・脂質等)、尿検査、心電図検査、眼底検査の結果)
- 質問票情報(服薬・喫煙歴等) (※)
- メタボリックシンドローム基準の該当判定 (※)
- 特定保健指導の対象基準の該当判定 (※)

※ 令和2年度以降に実施し順次登録された過去5年間分の情報が閲覧可能。

薬剤情報とは

医療機関等を受診し、医療機関等から毎月請求される医科・歯科・調剤・DPCレセプト(電子レセプト)から抽出した薬剤の情報。

医療機関・薬局で同意した場合に閲覧可能な項目

(注) 下線の項目は後期高齢者においては存在しない。

- 受診者情報
(氏名、性別、生年月日、年齢、保険者番号、被保険者証等記号・番号・枝番)
- 薬剤情報 (※)
(調剤年月日、処方医療機関識別、処方区分、使用区分、医薬品名、成分名、用法、用量、調剤数量)

※ 令和3年9月診療分のレセプト(医科・歯科・調剤・DPC)から抽出を開始し、過去3年間分の情報が閲覧可能

閲覧に同意

閲覧が可能となった場合に診療に及ぼす影響

- かかりつけの医療機関以外でも(災害時や旅先)、別の医療機関で患者の情報を確認することができ、より適切で迅速な検査、診断、治療等の実施が可能に
- 複数医療機関を受診する患者の情報を集約して把握でき、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
- 患者が医療従事者からの問診・確認へ対応する負担の軽減につながる(医療従事者側の負担軽減や対面診療の時間短縮にもつながる)

特定健診情報の閲覧イメージ

特定健康診査受診結果

作成日：2026年5月25日 1/3ページ

労働安全衛生法に基づく健康診断（事業者健診）等を受診した際、特定健康診査の基本項目を実施し、かつ事業者が保険者にその結果を提供している場合、特定健康診査として記録が表示されます。

資格情報															
氏名カナ				サンキノウタロウ		保険者番号		06999999							
氏名				三機能太郎		被保険者証等記号		1234567890							
						被保険者証等番号		1234567890							
生年月日		1975年2月20日		性別		男		年齢		51歳		枝番		01	

特定健診情報

実施日	2025/09/21
既往歴 (医師記載)	高血圧
自覚症状 (医師記載)	体がだるい めまいがする
他覚症状 (医師記載)	特記すべきことなし

実施日		受診勧奨判定値 *1	2025/09/21	2024/05/21	2023/06/22	2022/10/24	2021/03/06
基本項目	身長		173.6	173.8	173.5	173.2	173.6
	体重		76.2	74.5	72	74.4	76.2
	腹囲		94.8	91.9	93	92.1	94.8
	内臓脂肪面積 *2		—	—	—	—	—
	BMI		25.2	24.7	23.9	24.8	25.2
	収縮期血圧	▲ 140 以上	▲ 142	▲ 144	▲ 168	▲ 150	132
	拡張期血圧	▲ 90 以上	78	71	▲ 103	▲ 91	78
	中性脂肪	▲ 300 以上	144	132	102	132	144 ※
	HDL-コレステロール	▽ 34 以下	44	50	53	50	▽ 33
	LDL-コレステロール	▲ 140 以上	127	132	134	132	127
詳細項目	Non-HDLコレステロール *3	▲ 170 以上	—	—	—	—	—
	GOT	▲ 51 以上	22	16	23	16	22
	GPT	▲ 51 以上	43	31	36	31	43
	γ-GTP	▲ 101 以上	43	33	31	33	43
	空腹時血糖 *4	▲ 126 以上	89	90	91	90	89
	HbA1c *4	▲ 6.5 以上	5.3	5.2	5.2	5.2	5.3
	随時血糖 *4	▲ 126 以上	—	—	—	—	—
	尿糖		(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	尿蛋白		(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
	赤血球数		490	490	508	491	490
詳細項目	貧血 血色素量	▽ 男 12.0 以下 ▽ 女 11.0 以下	16.2	15.7	16.6	15.9	16.2
	ヘマトクリット値		46.5	46.2	49.1	45.5	46.5
	血清クレアチニン値		1.15	1.09	1.12	1.02	1.15
	清 eGFR	▽ 45.0 未満	52.7	56.2	55.1	61.8	52.7

*1～*4 別紙「説明」を参照
※がついている結果は、健診機関等により複数の検査結果が登録されているため、実際に受け取られている特定健康診査受診結果通知表の結果と異なる場合があります。

作成日：2026年5月25日 2/3ページ

実施日		2025/09/21	2024/05/21	2023/06/22	2022/10/24	2021/03/06
心電図検査	所見	所見なし	所見なし	所見なし	—	要精密検査心臓超音波
	キースワグナー分類	0	1	1 1 a	—	—
	シェイエ分類：H	0	1	2	—	—
	シェイエ分類：S	0	1	2	—	—
	SCOTT分類	1 (a)	1 (b)	1 1	—	—
詳細項目	Wong-Mitchell分類	所見なし	軽度	中等度	—	—
	改変Davis分類	網膜症なし	単純網膜症	増殖前網膜症	—	—
眼底検査	—	—	—	—	—	左側 中心性漿液性脈絡網膜炎疑い 右側 中心性漿液性脈絡網膜炎疑い
	その他の所見					
質問票（注1）	血圧を下げる薬	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし
	血糖を下げる薬・インスリン注射	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし
	コレステロール・中性脂肪を下げる薬	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし
	既往歴(脳卒中)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	既往歴(心臓病)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	既往歴(腎不全・人工透析)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	医師に貧血といわれたことあり	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	喫煙	いいえ	いいえ	はい	はい	はい
	20歳から体重が10kg以上増加	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	30分以上の運動(週2回1年以上)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	歩行・身体活動を1日1時間以上	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	歩行が速い(同年齢同性と比較)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	咀嚼	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	—	何でもかんで食べる
	人と比較して食べる速度が速い	ふつう	ふつう	ふつう	—	ふつう
	就寝前2時間に夕食(週3回以上)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	3食以外に間食・甘い飲み物	ほとんど摂取しない	ほとんど摂取しない	ほとんど摂取しない	—	ほとんど摂取しない
	朝食を抜くことが週3回以上	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	飲酒	ほとんど飲まない	ほとんど飲まない	ほとんど飲まない	—	ほとんど飲まない
	飲酒量	2～3合未満	2～3合未満	2～3合未満	—	2～3合未満
	睡眠で休養が十分とれている	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	生活習慣の改善	既に取組（6ヶ月以上）	既に取組（6ヶ月以上）	既に取組（6ヶ月以上）	—	既に取組（6ヶ月以上）
	保健指導の希望	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
※※ リスク判定 *5		予備群該当	予備群該当	予備群該当	予備群該当	予備群該当
保健指導レベル *6		動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援

(注1)質問票は、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」の「標準的な質問票」から引用、 *5～*6 別紙「説明」を参照

実施日	2025/09/21
医師の判断	高血圧 主治医の指示に従って治療をお続け下さい。

※ 各画面イメージは、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。また、医療機関のシステムにより見え方は異なる。

後期高齢者健診情報の閲覧イメージ

後期高齢者健康診査受診結果

作成日：2027年4月2日 1/3ページ

資格情報

氏名カナ	サンキノウハナコ	保険者番号	39999999
氏名	三機能花子	被保険者証等記号	—
		被保険者証等番号	1234567890
生年月日	1940年6月20日	性別	女
年齢	86歳	校番	—

健診情報

実施日	2026/07/02
既往歴 (医師記載)	高血圧
自覚症状 (医師記載)	体がだるい めまいがする
他覚症状 (医師記載)	特記すべきことなし

実施日	受診勧奨判定値 *1	2026/07/02	2025/07/23	2024/08/23	2023/05/18	2022/07/10
身長		173.6	173.8	173.5	173.2	173.6
体重		76.2	74.5	72	74.4	76.2
腹囲 (注1)		94.8	91.9	93	92.1	94.8
内臓脂肪面積 *2		—	—	—	—	—
BMI		25.2	24.7	23.9	24.8	25.2
収縮期血圧	▲ 140 以上	▲ 142	▲ 144	▲ 168	▲ 150	132
拡張期血圧	▲ 90 以上	78	71	▲ 103	▲ 91	78
中性脂肪	▲ 300 以上	144	132	102	132	144 ※
HDL-コレステロール	▽ 34 以下	44	50	53	50	▽ 33
LDL-コレステロール	▲ 140 以上	127	132	134	132	127
Non-HDLコレステロール *3	▲ 170 以上	—	—	—	—	—
GOT	▲ 51 以上	22	16	23	16	22
GPT	▲ 51 以上	43	31	36	31	43
γ-GTP	▲ 101 以上	43	33	31	33	43
空腹時血糖 *4	▲ 126 以上	89	90	91	90	89
HbA1c *4	▲ 6.5 以上	5.3	5.2	5.2	5.2	5.3
随時血糖 *4	▲ 126 以上	—	—	—	—	—
尿糖		(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
尿蛋白		(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
赤血球数		490	490	508	491	490
貧血 血色素量	▽ 男 12.0 以下 ▽ 女 11.0 以下	16.2	15.7	16.6	15.9	16.2
ヘマトクリット値		46.5	46.2	49.1	45.5	46.5
血清クレアチニン値		1.15	1.09	1.12	1.02	1.15
血清 eGFR	▽ 45.0 未満	52.7	56.2	55.1	61.8	52.7

(注1) 腹囲は任意項目
*1～*4 別紙「説明」を参照
※がついている結果は、健診機関等により複数の検査結果が登録されているため、実際に受け取られている後期高齢者健康診査の結果と異なる場合があります。

作成日：2027年4月2日 2/3ページ

実施日	2026/07/02	2025/07/23	2024/08/23	2023/05/18	2022/07/10
心電図検査	所見なし	所見なし	所見なし	—	要精密検査心臓超音波
詳細項目	キースワグナー分類 シェイエ分類：H シェイエ分類：S SCOTT分類 Wong-Mitchell分類 改変Davis分類	0 0 0 I (a) 所見なし 網膜症なし	I 1 1 I (b) 軽度 単純網膜症	I Ia 2 2 I I 中等度 増殖前網膜症	— — — — — —
眼底検査	—	—	—	—	左側 中心性漿液性脈絡網膜炎疑い 右側 中心性漿液性脈絡網膜炎疑い
その他の所見					

実施日	2026/07/02	2025/07/23	2024/08/23	2023/05/18	2022/07/10
あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	あまりよくない
毎日の生活に満足していますか	満足	やや満足	やや不満	不満	不満
1日3食きちんと食べていますか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
あなたはたばこを吸いますか	やめた	やめた	吸っている	吸っていない	吸っていない
週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
ふだんから家族や友人と付き合いですか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ

実施日	2026/07/02
医師の判断	高血圧 主治医の指示に従って治療をお続け下さい。

※ 各画面イメージは、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。また、医療機関のシステムにより見え方は異なる。

(参考) 特定健診・後期高齢者健診検査項目について

<特定健診・後期高齢者健診検査項目（抜粋）>

検査項目		検査の説明
身体計測	内臓脂肪面積	CTスキャン等で測定した腹部の断面画像にて内臓脂肪の占める断面積。腹囲に代えて測定した場合に表示します。
	BMI	「体重（kg）÷身長（m）の二乗」で算出する値で、身長に対する体重の程度を表す指標です。
血中脂質	中性脂肪	体内の中で最も多い脂肪で、数値が高いと、脂質代謝異常が疑われます。
	HDL-コレステロール	いわゆる善玉コレステロールと呼ばれるもので、数値が低いと、脂質代謝異常が疑われます。
	LDL-コレステロール	いわゆる悪玉コレステロールと呼ばれるもので、数値が高いと、脂質代謝異常が疑われます。
	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。中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合にLDL-コレステロールに代えて評価した場合に表示しています。
肝機能	GOT・GPT・γ-GTP	肝臓等に存在する酵素で、数値が高いと、肝障害等が疑われます。
血糖	空腹時血糖・HbA1c・随時血糖	血糖は血液中のブドウ糖のことで、数値が高いと、糖尿病等が疑われます。空腹時血糖とは、絶食10時間以上後に採血が実施されたもので、随時血糖とは、食事開始後から3.5時間以上10時間未満に採血が実施されたものです。HbA1cとは、過去1～2か月の血糖値の状態を反映した指標です。
尿	尿糖	糖尿病等の場合に尿中に糖が出現する場合があります。
	尿蛋白	腎臓の障害により尿中に蛋白質が出現する場合があります。
貧血	赤血球・色素量・ヘマトクリット値	血液中の赤血球や赤血球に含まれる成分の量を表したもので、数値が低いと、貧血が疑われます。
血清	血清クレアチニン値	腎臓の機能の低下にともない、体内に蓄積する血液中の成分です。数値が高いと、腎臓の機能の低下が疑われます。
	eGFR	血清クレアチニン値等より算出する腎臓の機能の指標で、数値が低いと、腎臓の機能の低下が疑われます。
心電図検査	心電図検査	心臓の電気的な活動の様子をグラフの形に記録することで、不整脈等があるか確認します。
眼底検査	眼底検査	眼の奥の血管等の状況を観察し、高血圧や糖尿病といった眼の合併症等の状態を確認します。眼底所見には様々な分類方法があり、眼底検査で確認した所見を元に分類しています。（全ての分類方法で分類していない場合があります。）
	キースワグナー分類	高血圧性変化の分類で、0群からIV群までに分類されます。段階が進むほど重症であることを示しています。
	シェイエ分類	H（0～4度）は高血圧性変化を、S（0～4度）は動脈硬化性変化を指します。段階が進むほど重症であることを示しています。
	SCOTT分類	糖尿病性網膜症の状態をIa度からVI度までに分類しています。段階が進むほど重症であることを示しています。
	Wong-Mitchell分類	循環器病のリスク評価の観点から「所見なし、軽度、中等度、重度」の4段階に分類しています。段階が進むほど重症であることを示しています。
	改変Davis分類	糖尿病性網膜症の状態を「網膜症なし、単純網膜症、増殖前網膜症、増殖網膜症」の4段階に分類しています。段階が進むほど重症であることを示しています。

※ 説明書きの文言等については、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。

薬剤情報の閲覧イメージ（１）

薬剤情報一覧

作成日：2022年1月8日 1/4ページ

氏名カナ	サンキノウタロウ	保険者番号	98765432
氏名	三機龍太郎	被保険者証等記号	1234567890
生年月日	1975年2月20日	被保険者証等番号	1234567890
性別	男	年齢	46歳
支店	00		

この薬剤情報一覧は、2021年11月までに調剤された医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。
(紙レセプトや医薬品が包括される場合など、医薬品が表示されない場合があります)

処方実績

調剤		処方医療機関識別	処方区分	使用区分	医薬品名 (成分名)	調剤数量 *4
年月	日	*1	*2		【用法】*3 / 《1回用量》*3 / 【用法等の特別指示】*3	
21年11月	28日	(001) 他院	内服	1.	セロクエル 100mg錠 (クエチアピン fumarate) 【1日1回就寝前】	1錠 30日分
					セロクエル 25mg錠 (クエチアピン fumarate) 【1日1回就寝前】	2錠 30日分
					3. ヒルナミン錠 (25mg) (レボメプロマジン maleate) 【1日1回就寝前】	1錠 30日分
					4. 向)ランドセン錠 2mg (ロメチジン) 【1日1回就寝前】	1錠 30日分
					5. フルニトラゼパム錠 2mg (フルニトラゼパム) 【1日1回就寝前】	1錠 30日分
					6. マグミット錠 500mg (酸化マグネシウム) 【1日1回就寝前】	1錠 30日分
		(002) 他院	外用	1.	ツロブテロールテープ 2mg「サワイ」 (ツロブテロール) 【外用 1日1回 1回1枚 胸部】	1枚 30日分
14日		(003) 他院	内服	1.	カルバマゼピン錠 200mg「アメル」 (カルバマゼピン) 【1日1回夕食後】	1錠 30日分
					2. カルバマゼピン錠 100mg「NP」 (カルバマゼピン) 【1日1回夕食後】	1錠 30日分
					3. アトルバスタチン錠 10mg「サント」 (アトルバスタチンカルシウム水和物) 【1日1回夕食後】	1錠 28日分
					4. アトルバスタチン錠 10mg「サント」 (アトルバスタチンカルシウム水和物) 【1日1回夕食後】	1錠 28日分
					5. カルボシステイン錠 250mg「サワイ」 (L-カルボシステイン) 【1日3回食後】	6錠 28日分

調剤年月日

調剤した期間で最新の順で表示

「医薬品名」

実際に調剤された薬剤名

「成分名」

調剤された薬剤名

「医薬品記号」

・麻薬の場合：麻)
 ・毒薬の場合：毒)
 ・覚醒剤原料の場合：覚)
 ・向精神薬の場合：向)
 を表示

「用法、用量」

いつ、どれだけ服用するか等表示

「処方医療機関識別」

調剤した病院か他院かの把握可能

調剤された機関を識別する番号が付与

「調剤年月日」
検索した期間で最新の順で表示

「医薬品名」
実際に調剤された薬剤名

「成分名」
調剤された薬剤名

「医薬品記号」
・麻薬の場合：麻)
・毒薬の場合：毒)
・覚醒剤原料の場合：覚)
・向精神薬の場合：向)
を表示

「処方医療機関識別」
・自院か他院かの把握可能
・処方された機関を識別する番号が付与

「用法、用量」
いつ、どれだけ服用するか等表示

「調剤数量」
実際に調剤された数量を表示

作成日：2022年1月8日 2/4ページ

調剤

処方
医療
機関
識別
*1

処方
区分
*2

使用
区分

医薬品名
(成分名)

調剤数量 *4

年月

日

21年11月

10日

(004) 入院
他院

注射

1. ソリュエンF注 500mL
(酢酸リンゲル)

1瓶

1回

2. ソリュエンF注 TN 50mL
(酢酸リンゲル)

2キット

1回

3. ハイドロコトロン注射液 100mg 2mL
(カルチンリン酸エステルナトリウム)

3瓶

1回

4. ネオフィリン注 250mg 2.5% 10mL
(アミノフィリン水和物)

1管

1回

8日

(004) 入院
他院

注射

1. ソルデム3 A錠 200mL
(維持液)

1袋

2回

2. リンデロン注 2mg (0.4%)
(メタグルチンリン酸エステルナトリウム)

1管

2回

3. ネオフィリン注 250mg 2.5% 10mL
(アミノフィリン水和物)

1管

2回

4. ハイドロコトロン注射液 100mg 2mL
(カルチンリン酸エステルナトリウム)

2瓶

2回

5. ネオフィリン注 200mL

1袋

2回

2. ネオフィリン注 250mg 2.5% 10mL
(アミノフィリン水和物)

1管

2回

3. 水溶性ハイドロコトロン注射液 100mg 2mL
(ヒドロカルチンリン酸エステルナトリウム)

2瓶

2回

5日

(004) 入院
他院

注射

1. ソルデム3 A錠 200mL
(維持液)

1袋

1回

2. 水溶性ハイドロコトロン注射液 100mg 2mL
(ヒドロカルチンリン酸エステルナトリウム)

2瓶

1回

4日

(004) 入院
他院

注射

1. ボスミン注 1mg 0.1% 1mL
(アドレナリン)

1管

1回

2. ソルデム3 A錠 200mL
(維持液)

1袋

1回

3. リンデロン注 2mg (0.4%)
(メタグルチンリン酸エステルナトリウム)

2管

1回

4. ネオフィリン注 250mg 2.5% 10mL
(アミノフィリン水和物)

1管

1回

1日

(005) 院内
自院

内服

1. メジコン錠 15mg
(デキストロメトラン臭化水素酸水和物)

3錠

3日分

外用

2. メプテンエア-10μg吸入 100回 0.0143% 5mL
(プロカテロール塩酸水和物)

1キット

1処方分

「処方区分」
・入院、院内、院外のいずれかで調剤されたかを表示

「使用区分」
・内服、外用、屯服※、注射、在宅のいずれの区分かを表示
※屯服：決まった時間ではなく、発作時や症状のひどいときなどに服用すること

「処方区分」
・入院、院内、院外のいずれかで調剤されたかを表示

「使用区分」
・内服、外用、屯服※、注射、在宅のいずれの区分かを表示
※屯服：決まった時間ではなく、発作時や症状のひどいときに服用すること

―― 次頁へ続く ――

※ 各画面イメージは、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。また、医療機関等のシステムにより見え方は異なる。

薬剤情報の閲覧イメージ（２）

作成日：2022年1月8日 3/4ページ

調剤 年月 日	処方 医療 機関 番号 *1	処方 区分 *2	使用 区分 *3	医薬品名 (成分名)	調剤数量 *4
				【用法】*3 / 【1回用量】*3 / 【用法等の特別指示】*3	
21年10月 10日	(001) 院外 他院	内服		1. ファモチジン錠 10mg「NP」 (ファモチジン) 【1日2回朝食後】	2錠 28日分
				2. シングレア錠 10mg (モンテルカストナトリウム) 【1日1回夕食後】	1錠 28日分
				3. アトルバスタチン錠 10mg「サント」 (アトルバスタチンカルシウム水和物) 【1日1回夕食後】	1錠 28日分
				4. カルボシステイン錠 250mg「サワイ」 (L-カルボシステイン) 【1日3回食後】	6錠 28日分
3日	(004) 院外 他院	屯服		1. ヒルナミン錠 (5mg) (レボプロマジンマレイン酸塩) 【1回用量：3錠】 / 【不眠時】	
				2. セロクエル 25mg錠 (クエチアピンマレイン酸塩) 【1回用量：1錠】 / 【屯服 中途覚醒時】	
21年9月 22日	(006) 院外 他院	内服		1. クラビット錠 500mg (レボフロキサシンとして) (レボフロキサシン水和物) 【1日1回夕食後】	1錠 4日分
				2. トラネキサム酸カプセル 250mg「トーフ」 (トラネキサム酸) 【1日3回食後】	
15日	(007) 院外 他院	内服		1. サワシリンカプセル 250 250mg (アモキシシリン水和物) 【1日3回食後】	3カプセル 3日分
				2. ロキソニン錠 60mg (ロキソプロフェンナトリウム水和物) 【1回用量：2錠】 / 【痛み時】	6錠 1処方分
		外用		3. ネオスデルリンクリーム 0.2% (ベンゼトニウム塩化物) 【1日3～4回塗る】	40mL 1処方分
				4. アフタール 25μg (トリアムシノロンアセトニド) 【1日1～2回患部に貼付】	10枚 1処方分
8日	(006) 院外 他院	内服		1. カロナール錠 200 200mg (アセトアミノフェン) 【1日3回食後】	3錠 7日分
				2. トラネキサム酸カプセル 250mg「トーフ」 (トラネキサム酸) 【1日3回食後】	3カプセル 7日分
		屯服		3. ロキソプロフェンNa錠 60mg「YD」 (ロキソプロフェンナトリウム水和物) 【1回用量：1錠】 / 【疼痛時】	10錠 1処方分

―― 次頁へ続く ――

作成日：2022年1月8日 4/4ページ

調剤 年月 日	処方 医療 機関 番号 *1	処方 区分 *2	使用 区分 *3	医薬品名 (成分名)	調剤数量 *4
				【用法】*3 / 【1回用量】*3 / 【用法等の特別指示】*3	
21年9月 1日	(001) 院外 他院	内服		1. ファモチジン錠 10mg「NP」 (ファモチジン) 【1日2回朝食後】	2錠 35日分
				2. シングレア錠 10mg (モンテルカストナトリウム) 【1日1回夕食後】	1錠 35日分
				3. アトルバスタチン錠 10mg「サント」 (アトルバスタチンカルシウム水和物) 【1日1回夕食後】	1錠 35日分
				4. カルボシステイン錠 250mg「サワイ」 (L-カルボシステイン) 【1日3回食後】	6錠 35日分

「1回用量」及び「用法等の特別指示」
1回の服薬量及び処方時の指示等を表示
(処方区分「院外」、使用区分「外用」「屯服」の場合に限る)

医薬品コードに紐づく名称で記載
(レボフロキサシンのように脱水物に換算されて
いる薬剤に関してはこのように記載される)

【注意事項】

- *1 処方又は処方箋を発行した医療機関を識別するための番号等を表示しております。
また、この番号は、薬剤情報を照会することによって付与されますので、医療機関ごとの固定された番号ではありません。
- *2 入院/院外/院外で分類し、その場合「院内」とは、入院や院外（薬局）で調剤された医薬品以外の医薬品を指します。
- *3 抽出元が調剤レセプトの場合に表示しています。
- *4 調剤時の使用方法（数量、回数、日数等）と一致しない場合があります。

※ 各画面イメージは、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。また、医療機関等のシステムにより見え方は異なる。

限度額適用認定証等情報について

被保険者・被扶養者にとってのメリット

- 医療機関・薬局に**限度額適用認定証等を提示することが原則不要**となり、窓口での支払が一定上限額となる。

現行では、高額療養費制度の現物給付*を受けるには、患者が事前に保険者に対し申請した上で、医療機関等の窓口で限度額適用認定証等を提示しなければならない。

* 高額療養費の現物給付化 高額な医療費がかかった場合、限度額適用認定証等を提示すれば、医療機関等の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめることができる仕組み。

限度額適用認定証等情報とは

高齢受給者証、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証に関する情報

医療機関・薬局で同意した場合に閲覧可能な項目

証の種類	概要	表示内容
高齢受給者証	70歳以上75歳未満の高齢者について、一部負担割合を表す証	一部負担金の割合
限度額適用認定証	高額療養費制度の適用区分を表す証	適用区分
限度額適用・標準負担額減額認定証	高額療養費制度の適用区分及び入院時の食費等の減額の対象者であることを表す証	適用区分 (長期入院該当年月日)
特定疾病療養受療証	特定疾病の認定を受けたことを表す証	認定疾病名 (自己負担限度額)

適用区分：自己負担限度額を算出する際に適用する区分 適用区分は、被保険者等の標準報酬や前年度所得の水準に応じて設定される

認定疾病：①人工透析治療を必要とする慢性腎不全

②血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病）

③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣が認める者に係るものに限る）

医療費通知情報とは

- 現在、保険者が被保険者・被扶養者に対して通知している、被保険者・被扶養者が医療機関等で支払った医療費の情報を、マイナポータルで閲覧できるようにするもの。

マイナポータルで閲覧可能な項目

- 受診者情報
(氏名、性別、生年月日、年齢、保険者番号、被保険者証等記号・番号・枝番)
- 医療費情報 (※)
(総額、保険者負担額、公費負担額、窓口負担相当額、診療年月、診療区分、診療実日数、医療機関等名称)

※ 3年間分を保存し、被保険者・被扶養者が任意に指定した範囲を閲覧可能。令和3年10月以降の情報を表示。

※ 柔整等の療養費は含まれない。

被保険者・被扶養者にとってのメリット

- マイナポータルを活用した医療費控除の申告手続きの簡素化
(マイナポータルを通じて申告に必要な医療費通知情報を取得し、e-Taxへの転記を行う)
- 医療費の領収書を管理しなくても、マイナポータルで医療費通知情報を管理可能に

※ 令和4年分の確定申告から1年分の確定申告が可能

医療費通知情報の閲覧イメージ

医療費情報一覧

作成日：2023年2月1日

1/2ページ

氏名カナ	サンキノウタロウ					保険者番号	98765432
氏名	三機能太郎					被保険者証等記号	1234567890
						被保険者証等番号	1234567890
生年月日	1975年2月20日	性別	男	年齢	47歳	枝番	00

医療費の合計

期 間	医療費の総額（円）	保険者の負担額（円）	その他の公費の負担額（円）	窓口負担相当額（円）
2021 年 9 月 ～ 2022 年 9 月	738,300	511,986	18,388	207,926

年間の合計

2021 年 1 月 ～ 2021 年 12 月	547,880	378,692	1,650	167,538
2022 年 1 月 ～ 2022 年 12 月	380,840	266,588	33,476	80,776

医療費情報明細

診療 年月	診療 区分	日数 / * 回数	医療機関等名称	*が表示されている金額は入院時の食事にかかった費用です			
				医療費の 総額（円）	保険者の 負担額（円）	その他の公費の 負担額（円）	窓口負担 相当額（円）
2021年 9 月	医科 外来	1	オン資格病院	4,790	3,353	0	1,437
2021年 9 月	調剤	1	オン資格薬局	2,900	2,030	0	870
2021年 9 月	医科 入院	7	オン資格第二病院	486,260	340,382	0	145,878
2021年 9 月	医科 入院	* 18	オン資格第二病院	* 11,520	* 3,240	* 0	* 8,280
2021年 10 月	医科 外来	1	オン資格病院	3,920	2,744	0	1,176
2021年 10 月	医科 外来	1	オン資格第二病院	4,740	3,318	0	1,422
2021年 10 月	調剤	1	オン資格薬局	4,770	3,339	0	1,431
2021年 10 月	調剤	1	オン資格第二薬局	5,700	3,990	0	1,710

※ 各画面イメージは、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。

3. 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの準備状況

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認システムの導入準備状況

1. 目標と現在の申込状況

(2020/10/11時点)

目標：医療機関等の6割程度での導入（令和3年3月時点）、概ね全ての医療機関等での導入（令和5年3月末）を目指す
（令和元年9月デジタル・ガバメント閣僚会議決定）

現状：オンライン資格確認の導入予定施設数

＜顔認証付きカードリーダー申込数＞※ 8/7から申込受付を開始

33,179施設（14.5%） / 228,319施設

【内訳】			
病院	965 /	8,287施設	11.6%
医科診療所	8,051 /	89,171施設	9.0%
歯科診療所	9,638 /	71,026施設	13.6%
薬局	14,525 /	59,835施設	24.3%

※ 紙申請・グループ申請を含む
医科・歯科併設病院の歯科は歯科診療所に含む

＜参考：ポータルサイトアカウント登録数＞

※ 最新情報の提供やオンラインでの申請のために登録をお願いしているもの

62,072施設（27.2%） / 228,319施設

＜参考：健康保険証利用の申込割合＞（2020/10/11時点）

※ 7/1から受付を開始。

マイナンバーカードの交付枚数に対する利用申込数の割合

1,163,716件（4.4%） / 26,580,612枚

【マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請受付数： 約3,071万枚 （人口比 24.2%）

交付実施済数： 約2,658万枚 （人口比 20.9%）

2. 課題

- オンライン資格確認について、医療機関や薬局、システムベンダ等への周知が不十分。
- マイナンバーカードの普及率等を踏まえ、オンライン資格確認がどのようになるのか様子見の状況。
- システムベンダによる見積もりが過大になる傾向。新型コロナウイルス感染症の影響。

3. 対応

これまでの対応

- ・【費用支援】医療情報化支援基金（総額918億円）を用意
- ・【周知】全医療機関等へのリーフレット配布
- ・【周知】医師会等と共同した説明会の実施
- ・【周知】個別システムベンダへの働きかけ、共同での説明会実施
- ・【促進】大型チェーン薬局等への個別働きかけ



これからの対応

- 遅れている病院分野での導入促進と周辺医療機関への波及効果を狙い、公的医療機関への働きかけを重点的に行う（導入状況を随時確認）
- 説明用動画を作成し、三師会等医療関係団体に更なる働きかけを行う
- カードリーダーの実物の提示等、システムベンダへの情報提供と働きかけを行う
- 病院において改修範囲を早期に明確化できるよう支援するとともに、大手システムベンダに対して見積の適正化を依頼

令和3年度予算概算要求（保険局関係）の主な事項

令和3年度予算概算要求(保険局関係)の主な事項

※()内は令和2年度予算額

地域包括ケアシステムの構築等に向けた安心で質の高い医療・介護サービスの提供

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

○ 各医療保険制度などに関する医療費国庫負担 11兆8,620億円(11兆8,620億円)

各医療保険制度などに関する医療費国庫負担に要する経費を確保し、その円滑な実施を図る。

○ 国民健康保険への財政支援 3,104億円(3,104億円)

保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた保険者への財政支援の拡充や保険者努力支援制度等を引き続き実施するために必要な経費を確保する。

○ 被用者保険への財政支援 820億円(820億円)

拠出金負担の重い被用者保険者の負担を軽減するための財政支援に必要な経費を確保する。

※薬価改定への対応については、予算編成過程で検討する。

※年金・医療等に係る経費の高齢化等に伴ういわゆる自然増、厚生年金保険事業に係る国庫負担の繰入れに必要な経費、社会保障の充実等の平年度化に伴う対前年度からの増加の取扱い等については、予算編成過程で検討する。

Society5.0の実現に向けた科学技術・イノベーションの推進等

○ 医療等分野におけるICTの利活用の促進等

① 医療保険分野における番号制度の利活用推進 108億円(145億円)

2021年3月から始まる医療保険のオンライン資格確認等システムの構築及び導入に係る周知広報等に関する必要な経費を確保する。

② 医療情報化支援基金による支援 768億円(768億円)

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等を行う。

⑤ データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備 3.7億円＋緊要（4.0億円）

レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)や介護保険総合データベースなど健康・医療・介護情報を連結して、研究者などが分析可能な環境と民間事業者を含め幅広い主体へ提供する仕組みの整備等を行う。

健康で安全な生活の確保

健康増進対策や予防・健康管理の推進

○ 健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくり

① 保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度) 1,412億円(1,412億円)

公的保険制度における疾病予防の取組を強化するため、保険者努力支援制度(国民健康保険)について、引き続き、配点のメリハリを強化するなどの適切な指標の見直しにより、予防・健康づくり等に関する取組を強力に推進する。

② データヘルス(医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業)の効果的な実施の推進

ア レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進 8.1億円+緊要(7.9億円)

医療保険者による第2期データヘルス計画に基づく予防・健康づくりの取組を推進するため、加入者への意識づけや、予防・健康づくりへのインセンティブの取組、生活習慣病の重症化予防等を推進するとともに、保険者による先進的なデータヘルスの実施を支援し、全国展開を図る。

イ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援 80百万円(88百万円)

住民の健康増進と医療費適正化について、都道府県単位で医療保険者等が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県単位で設置される保険者協議会に対して、都道府県内の医療費の調査分析など保険者のデータヘルス事業等の効果的な取組を広げるための支援を行う。

ウ 40歳未満の事業主健診情報の活用に向けたシステム構築の支援【新規】 1.0億円

特定健康診査の対象者以外の者(40歳未満の者)の事業主健診の情報をマイナポータル等を通じて自らの保健医療情報として閲覧可能とするデータヘルスの推進を図るため、当該情報を保険者に集約し、保険者から支払基金に登録するためのシステム構築に向けた調査研究を実施する。

③ 先進事業等の好事例の横展開等

ア 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進等 1.9億円(1.1億円)

令和2年度より開始された高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、広域連合・市町村向けの研修会の開催や優先介入対象リストの自動作成等の国保データベース(KDB)システムの活用ツール開発等により広域連合・市町村の取組を支援し、効果的な横展開を図る。

イ 糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援 50百万円(50百万円)

糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して、医療保険者が医療機関と連携した保健指導を実施する。

ウ 健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健の推進等 18億円(17億円)

※内保険局分7.0億円(7.0億円)

後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者の特性を踏まえた歯科健診の実施について支援を行う。

④ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援 77百万円＋緊要 (1.2億円)

健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における、先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する者を増やす支援を行う。

⑥ 健康増進効果等に関する実証事業の実施 10億円＋緊要 (7.3億円)

※内保険局分4.5億円＋緊要 (1.5億円)

データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等に関するエビデンスを確認・蓄積するための大規模実証事業を、統計学的な正確性を確保した上で実施する。

※緊要：新型コロナウイルス感染症への対応など緊要な経費として、別途要望(事項要求)

⑨保険者とかかりつけ医の共働による加入者の予防健康づくりの実施【新規】 1.0億円＋緊要

かかりつけ医等と医療保険者が協働し、加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有しながら、加入者の重症化予防に必要な栄養指導等の保健指導や地域社会で行っている相談援助等の活用を推進する。

東日本大震災や熊本地震をはじめとした災害からの復旧・復興への支援

被災者・被災施設の支援

「東日本大震災復興特別会計」計上項目

○ 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置（復興） 38億円（38億円）

東京電力福島第一原発の事故により設定された帰還困難区域等及び上位所得層を除く旧避難指示区域等・旧避難指示解除準備区域等の住民について、医療保険の一部負担金や保険料の免除等の措置を延長する場合には、引き続き保険者等の負担を軽減するための財政支援を行う。

※『「復興・創生期間」後における東日本大震災からの復興の基本方針』（令和元年12月20日閣議決定）において、「被保険者間の公平性等の観点から、適切な見直しを行う」こととされている。

議題1に関する参考資料

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者等に係る 国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険の保険料(税)の減免に対する財政支援について

R2補正予算:365億円
(国保:260.4億円、後期:8.5億円、介護:96億円)

- 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した場合には、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～12月31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		
	<u>204,460円</u> <u>～157,940円</u>	2倍 + 10,000円 4倍 (二類感染症患者入院診療加算相当)
	<u>284,220円</u> <u>～162,360円</u>	2倍 + 10,000円 4倍 (同上)
	<u>137,100円</u> <u>～84,480円</u>	2倍 + 5,000円 2倍 (同上)
	21,000円 ～18,320円	+19,000円 2倍 + 2,500円 (救急医療管理加算) (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。

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

- 新型コロナウイルス感染症入院患者の受入について、呼吸不全管理を要する中等症以上の患者に対する診療及び管理の実態等を踏まえ、特例的に以下の対応を行うこととする。

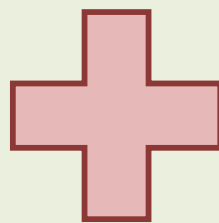
さらなる診療報酬上の対応

- 呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症入院患者に対する診療の評価の見直し

中等症の患者に対する診療・管理の実態

【重症化早期発見のために】

- ✓ 1日3回のバイタルチェック
- ✓ 一般血液、生化学、尿検査の実施
- ✓ 抗ウイルス薬投与の検討



「呼吸不全状態の中等症の患者」の場合

【敗血症・多臓器不全の併発を念頭に】

- ✓ 酸素療法の開始
- ✓ 動脈血液ガス分析・画像検査等の実施
- ✓ ステロイド薬等の投与を検討
- ✓ 人工呼吸への移行を考慮

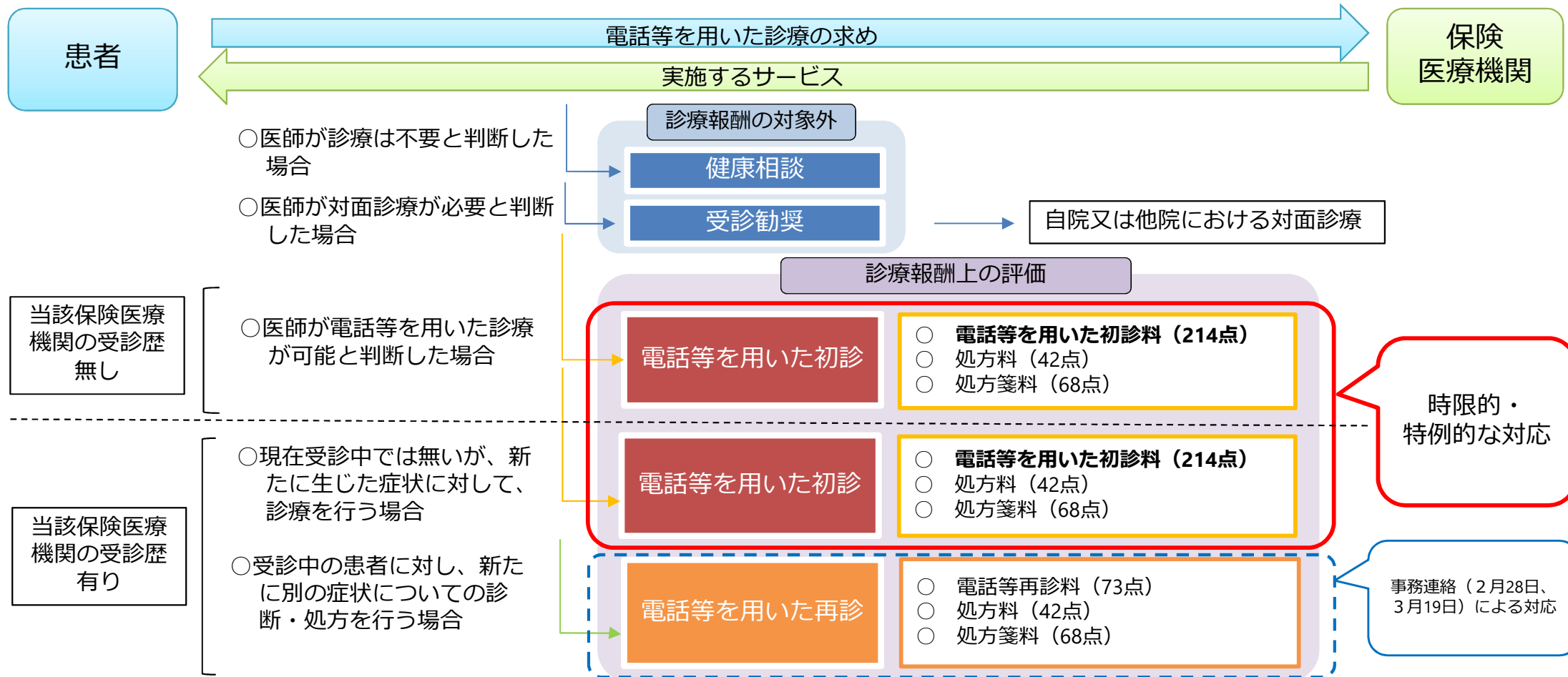


中等症患者のうち、呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者について、**救急医療管理加算の5倍相当(4,750点)**を算定できることとする。

※ 呼吸不全管理を要しない中等症患者について、救急医療管理加算の3倍相当(2,850点)の算定が可能

新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話等を用いた診療に対する 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。

※算定告示B000「特定疾患療養管理料」の注に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数

【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。

(18) 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて

臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等については、次のとおりとした。（以下、「対象医療機関等」という。）

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

また、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき区域とされた区域にかかわらず、全ての保険医療機関等について、当該臨時的な取扱いの対象とすることとする。

なお、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。

※ 訪問看護ステーションについても、同様の取扱いとする。

さらに、対象医療機関等に該当する場合は、手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件について、当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準及び届出基準の変更の届出を行わなくてもよいものとした。また、対象医療機関等に該当しなくなった後の取扱いとして、

①対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする

②対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いる

こととした。

(19) 呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者の診療について

中等症Ⅱ※（呼吸不全状態の患者）以上の臨床像の患者については、1日につき救急医療管理加算1の100分の500に相当する点数（4,750点）を算定できることとした。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き（第3版）（令和2年9月4日発行）」に記載されている中等症Ⅱと同等の状態の患者を想定

【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。

【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

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

(※) 資金繰り対策を手厚くする観点

● 7月支払分

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

二次補正予算における医療機関支援の概要

○ 新型コロナウイルス感染症の事態長期化・次なる流行の波に対応するため、新型コロナ対応を行う医療機関に対する支援と併せて、その他の医療機関に対する支援を実施

一次補正での対応 → 医療提供体制整備等の緊急対策

- ① 新型コロナ緊急包括支援交付金の創設(国費1490億円)
 - ・ 診療報酬では対応が困難な、空床確保、宿泊療養の体制整備、応援医師等派遣などを支援
- ② 診療報酬の特例的な対応（一次補正とは別途の措置）
 - ・ 重症の新型コロナ患者への一定の診療の評価を2倍に引き上げ
 - ・ 医療従事者に危険手当が支給されることを念頭に、人員配置に応じて診療報酬を引き上げ
 - ・ 一般の医療機関でも、新型コロナ疑い患者に感染予防策を講じた上で診療を行った場合に特例的な評価等
- ③ マスク、ガウン、フェイスシールド、消毒用エタノール等の確保、医療機関への配布、人工呼吸器の輸入・国内増産による確保
- ④ 福祉医療機構の優遇融資の拡充
 - ・ 償還期間の更なる延長(10年→15年)
 (予備費(第二弾)で措置)
 - ・ 貸付限度額の引上げ(病院:貸付対象外→7.2億円、診療所300万円→4000万円)
 - ・ 無利子・無担保融資の創設(利子・担保あり→無利子枠:病院1億円、診療所4000万円、無担保枠:病院3億円、診療所4000万円) 等

二次補正での対応 → 事態長期化・次なる流行の波への対応

- ① **新型コロナ緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大**(**全額国費**により措置) 16,279億円
 - ・ **既存の事業メニュー**について、事態長期化・次なる流行の波への対応として増額 3,000億円
※ このほか、一次補正の都道府県負担分(1,490億円)を国費で措置
 - ・ **新規の事業メニュー**として、以下の事業を追加 11,788億円
 - ① **重点医療機関(新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関)の病床確保等**
 - ② **患者と接する医療従事者等への慰労金の支給**
 - ③ **新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策**
 - ④ **医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援**
- ② **診療報酬の特例的な対応**(二次補正とは別途の措置)
 - ・ **重症・中等症の新型コロナ患者への診療の評価の見直し**(3倍に引き上げ)
 - ・ **重症・中等症の新型コロナ患者の範囲の見直し**(医学的な見地から引き続き管理が必要な者を追加)等
- ③ マスク、ガウン、フェイスシールド、手袋等の確保、医療機関等への配布 4,379億円
※ この他、新型コロナウイルス感染症対策予備費により1,680億円を措置
- ④ **PCR等の検査体制のさらなる強化**
 - ・ **地域外来・検査センターの設置、研修推進、PCR・抗原検査の実施** 366億円
 - ・ PCR検査機器の整備、相談センターの強化 [新型コロナ緊急包括支援交付金の内数]
 - ・ 検査試薬・検査キットの確保 179億円
 - ・ 抗体検査による感染の実態把握 14億円 等
- ⑤ **福祉医療機構の優遇融資の拡充等** 貸付原資として1.27兆円を財政融資
 - ・ **貸付限度額の引上げ**
 - ・ **無利子・無担保融資の拡大**
 - ・ 6月の資金繰り対策としての**診療報酬の概算前払い**

新型コロナウイルス感染症に対応した医療機関等への更なる支援

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関の安定的な経営を図るとともに、インフルエンザ流行期に備えた医療提供体制を確保する等のため、新型コロナウイルス感染症対策予備費等を活用して、次の①～③の観点から支援を実施。

① 新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関への支援



新型コロナ患者の病床・宿泊療養体制の整備

診療報酬の特例的な対応

重点医療機関の病床確保料の引上げ

医療資格者の労災給付の上乗せ支援

② インフルエンザ流行期への備え



救急・周産期・小児医療機関の支援

発熱外来診療体制確保支援

③ 地域医療の確保に必要な診療を継続する医療機関への支援



福祉医療機構の優遇融資の拡充等

必要な受診や健診・予防接種の呼びかけ

※このほか、PCR検査機器等の整備補助など検査体制の拡充等も実施

新型コロナウイルス感染症対策予備費による医療機関等への更なる支援(概要)

- 一次・二次補正による医療機関等支援(計1.78兆円)に加え、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関の安定的な経営を図るとともに、インフルエンザ流行期に備えた医療提供体制を確保するため、予備費を活用し、緊急的に更なる支援を行う。 1兆1,946億円

- ※ 医療機関に迅速に資金を交付するため、これまでの支援の追加措置である1及び2を除き、特例的に国が直接執行する。
- ※ このほか、PCR検査機器等の整備支援(43億円)などを実施。

1. 新型コロナウイルス感染症患者の病床・宿泊療養体制の整備

7,394億円

- 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金を増額し、10月以降分の病床や宿泊療養施設を確保するための経費を補助する。

2. 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引上げ

1,690億円

- 新型コロナウイルス感染症患者の入院に係る診療報酬の更なる引上げを特例的に行う。また、緊急包括支援交付金を増額し、手厚い人員で対応する特定機能病院等である重点医療機関の病床確保料等を引き上げる。

3. インフルエンザ流行期への備え

① インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援

2,170億円

- ・ 都道府県の指定に基づき専ら発熱患者等を対象とした外来体制をとる医療機関について、体制確保のための補助を行う。また、発熱患者の電話による相談を受ける医療機関等に対して、相談に要する費用を補助する。

② インフルエンザ流行期に感染症疑い患者を受け入れる救急医療機関等の支援

682億円

- ・ 都道府県の登録に基づき発熱した救急患者等の新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れて診療を行う救急・周産期・小児医療機関に対する支援を行う。

4. 医療資格者の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助

10億円

- 新型コロナウイルス感染症への対応を行う医療機関において、勤務する医療資格者が感染した際に労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入した場合に、保険料の一部を補助する。

※ 現下の状況に対応した地域の医療提供体制を維持・確保するための取組み・支援については、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、類型ごとの医療機関等の経営状況等も把握し、そのあり方も含め、引き続き検討する。

(参考) その他の支援

① 医療機関の資金繰り支援等

○ 福祉医療機構の無利子・無担保融資等の拡充

- ・ 前年から一定以上減収している医療機関の貸付限度額及び無利子・無担保融資上限を引き上げる。

○ 地域経済活性化支援機構(REVIC)と福祉医療機構との連携・協力による事業再生支援

既存経費により対応

② 患者の受診促進

既存経費により対応

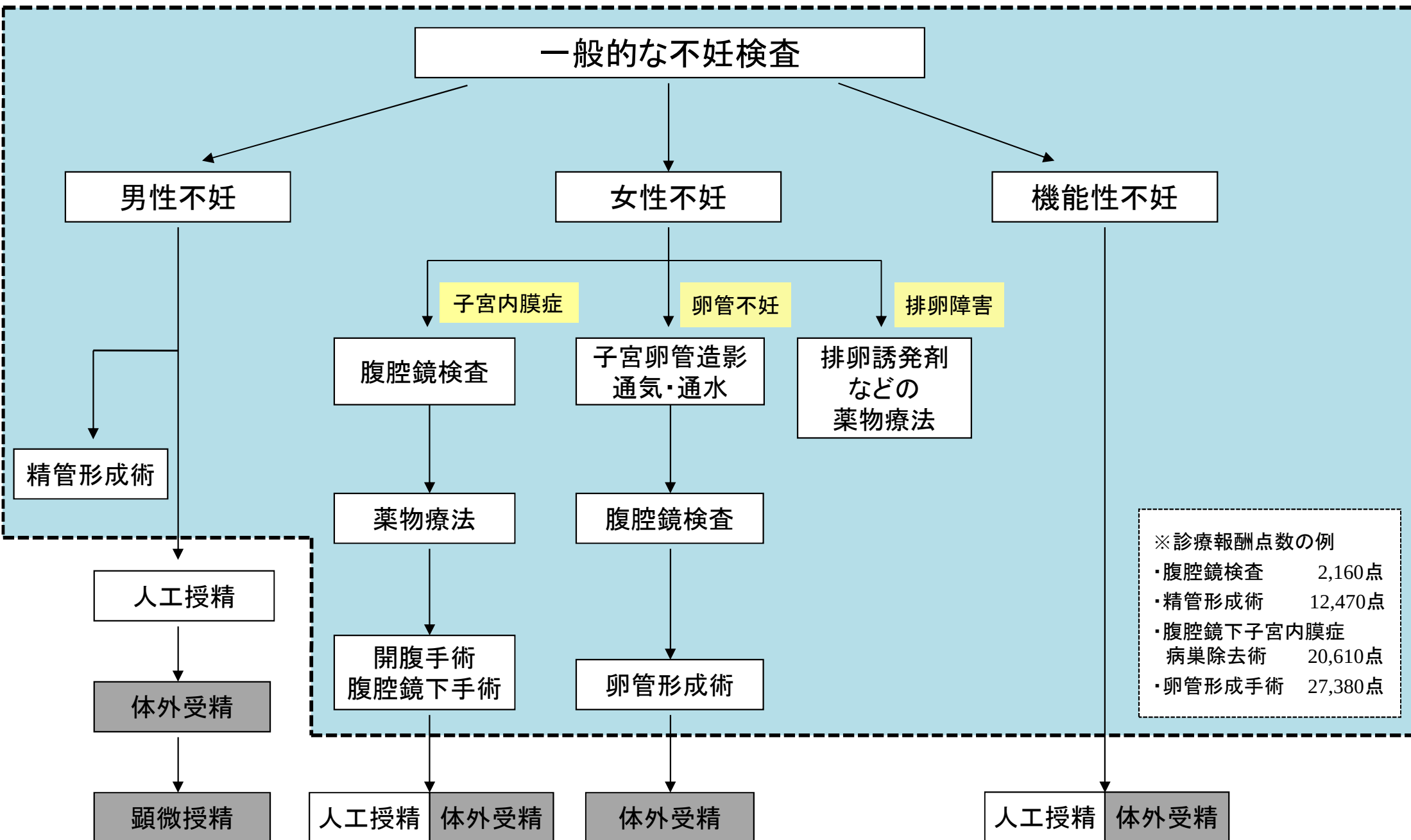
- ・ 必要な受診や健診・予防接種の促進の広報等を行う。

議題2に関する参考資料

不妊治療の流れ(概略図)

特定不妊治療

保険適用となっている領域



体外受精・顕微授精の実施数・出生児数について

1. 体外受精・顕微授精の実施数(平成29年)

	治療延べ件数(人)	出生児数(人)	累積出生児数(人)	1回の治療から出生に至る確率(%)
新鮮胚(卵)を用いた治療	249, 225	8, 557	245, 811	3. 43
体外受精を用いた治療	91, 516	3, 731	133, 191	4. 08
顕微授精を用いた治療	157, 709	4, 826	112, 620	3. 06
凍結胚(卵)を用いた治療	198, 985	48, 060	347, 543	24. 15
合 計	448, 210	56, 617	593, 354	12. 63

2. 体外受精・顕微授精による出生児数の推移

資料) 日本産科婦人科学会が集計した平成29年実績
(注: 1回の治療から出生に至る確率=「出生児数」/「治療のべ件数」(%))

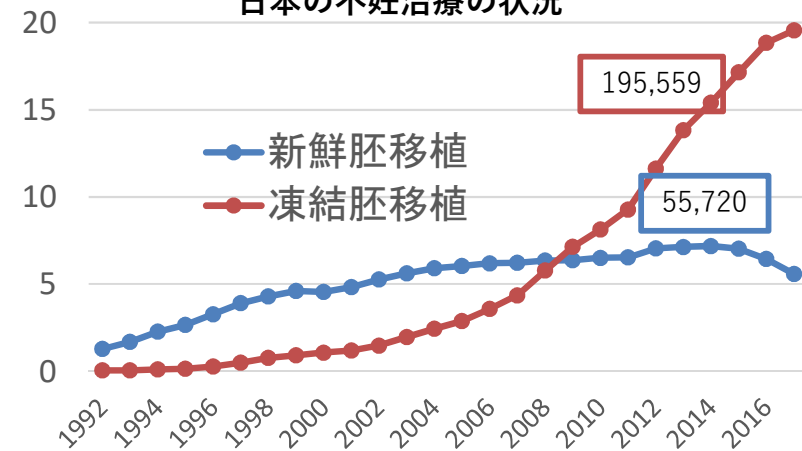
年	体外受精・顕微授精出生児数(人)	総出生児数(人)	割合(%)
2007年(H19)	19, 595	1, 089, 818	1. 80
2008年(H20)	21, 704	1, 091, 156	1. 99
2009年(H21)	26, 680	1, 070, 035	2. 49
2010年(H22)	28, 945	1, 071, 304	2. 70
2011年(H23)	32, 426	1, 050, 806	3. 09
2012年(H24)	37, 953	1, 037, 231	3. 66
2013年(H25)	42, 554	1, 029, 816	4. 13
2014年(H26)	47, 322	1, 003, 539	4. 71
2015年(H27)	51, 001	1, 005, 677	5. 07
2016年(H28)	54, 110	976, 978	5. 54
2017年(H29)	56, 617	946, 065	5. 98

(注: 体外受精・顕微授精出生児数は、新鮮胚(卵)を用いた治療数と凍結胚(卵)を用いた治療数の合計(日本産科婦人科学会の集計による)。総出生児数は、人口動態統計による。)

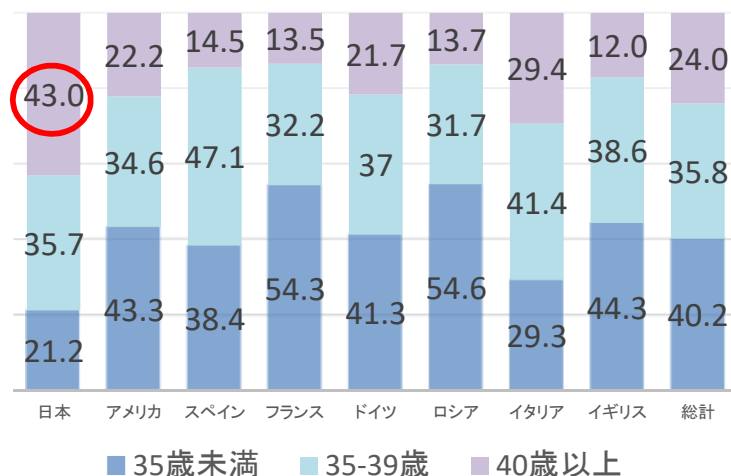
不妊治療の成績に関する国際比較について

- 不妊治療には、新鮮胚を用いた治療と凍結胚を用いた治療があり、日本では凍結胚を用いた治療が主流を占めており、凍結胚による治療が適さない患者を中心に新鮮胚を用いた治療が行われている。
- また、日本では治療成績の低い40歳以上の不妊治療の患者の割合が世界で最も高い。
- 不妊治療成績の国際比較において、新鮮胚を用いた治療で日本の出産率が低いとの指摘があるが、これは上記の事情等によるもの。治療成績を新鮮胚と凍結胚の合計で比較すると世界平均と遜色ない水準にあり、凍結胚移植の治療成績は世界平均を上回り、40歳未満の凍結胚を用いた治療では世界第2位の治療成績となっている。

日本の不妊治療の状況



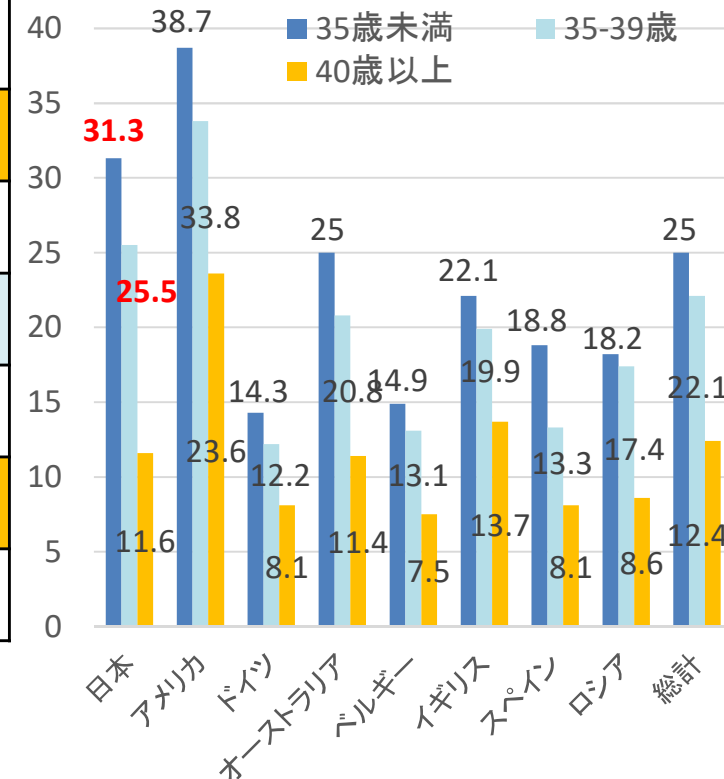
不妊治療の患者の年齢構成の国際比較



不妊治療成績の国際比較

治療	指標	日本	世界平均
採卵 ↓ 新鮮胚移植	妊娠回数/採卵 周期数 (%)	11.4	27.3
	出産回数/採卵 周期数 (%)	7.9	20.0
	出産児数/採卵 周期数 (%)	8.2	25.2
凍結融解 胚移植	出産回数/移植 周期数 (%)	23.4	21.4
	出産児数/移植 周期数 (%)	25.6	24.3
合計	出産回数/採卵 周期数 (%)	25.6	28.0
	出産児数/採卵 周期数 (%)	27.6	34.4

凍結胚の不妊症治療の出生率の国際比較



【国際的な定義・疾病分類】

<WHO-ICMART glossary> ※WHO HPより抜粋

- ・ 不妊症とは「避妊を行わない性交を定期的に12か月以上行った後、妊娠できないことによって定義される生殖器系の疾患」です。
(原文)

Infertility is “a disease of the reproductive system defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse.”

※ICMART：国際生殖補助医療監視委員会（International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies）

<ASRM（米国生殖医学会）>

- ・ 不妊症は、男性又は女性の生殖管の疾患（身体機能、システム又は臓器の不通、停止又は障害）の結果であり、子どもの妊娠又は出産まで妊娠する能力を妨げる。不妊症と推定されるために必要な、避妊せず性行をしても妊娠できなかった期間は、病歴、年齢又は身体所見による早期の評価と利用が指示されない限り、約12ヶ月である。

(原文)

Infertility is the result of a disease (an interruption, cessation, or disorder of body functions, systems, or organs) of the male or female reproductive tract which prevents the conception of a child or the ability to carry a pregnancy to delivery. The duration of unprotected intercourse with failure to conceive should be about 12 months before an infertility evaluation is undertaken, unless medical history, age, or physical findings dictate earlier evaluation and treatment.

<ICD10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）>

N97 女性不妊症 Female infertility

（無排卵に関する女性不妊症、卵管に原因する女性不妊症、子宮に原因する女性不妊症、子宮頸(部)に関連する女性不妊症、男性側要因に関連する女性不妊症、その他原因不明の女性不妊症 等）

不妊症の定義・疾病分類（国内）

【国内における定義・疾病分類】

<日本産科婦人科学会>

不妊（症）infertility, (sterility)

生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、避妊することなく通常の性交を継続的に行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない場合を不妊という。その一定期間については1年というのが一般的である。なお、妊娠のために医学的介入が必要な場合は期間を問わない。

（参考） 日本産婦人科学会の不妊症の定義は、平成27年8月に、海外の諸機関がinfertilityの定義を1年の不妊期間によるとしていることから、不妊期間を「2年というのが一般的」から「1年というのが一般的」とするよう変更されている。

（平成27年8月までの定義）

不妊（症）infertility, sterility

生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、避妊することなく性生活を行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない場合を不妊という。その一定期間については1年から3年までの諸説があるが、2年というのが一般的である。一度も妊娠しない原発性不妊と、過去に妊娠、分娩した経験のある婦人がその後妊娠しない状態となった続発性不妊とがある。また、不妊の原因によって男性不妊と女性不妊と分ける場合もある。

<日本生殖医学会>※HP「不妊症Q&A」Q2より抜粋

- ・ 「不妊症」とは、なんらかの治療をしないと、それ以降自然に妊娠する可能性がほとんどない状態をいいます。
- ・ 特に病気のない健康な男女が妊娠を希望し、避妊をせず夫婦生活（セックス）を営むと一定期間内に大多数の方が妊娠します。しかし一定期間を過ぎても妊娠しない場合、その後いくらタイミングを取っても自然に妊娠する可能性は低くなるため、不妊症と診断することが出来ます。
- ・ 結婚年齢が高くなった日本でも1年以上妊娠しない場合に不妊症と診断し、年齢が高い場合にはより早期に検査と治療を開始したほうがよいという考えが一般化してきています。

「疾病」について

医学的な疾病の定義

- 疾病の定義としては、「身体の一時的異常であって、一定の内的又は外的刺激によって惹起される異常な細胞現象」であるとされ、また、「身体中の一定の臓器組織の機能の障害に基づいて身体の臓器組織のいずれかが生理的な機能を営まない」状態であるとされている。

※このような医学的な定義は、もちろん疾病自体にはあてはまるものであろうが、健康保険法上の保険事故としての疾病の定義としては、ただちに該当するものではない。

保険事故としての疾病の定義

- 健康保険法においては、医学的な定義に該当するような疾病のうち、ある程度のまたはある範囲のものを保険事故としての疾病としており、いかなる程度のあるいはいかなる範囲の疾病を保険事故としての疾病とするかについては、次第に変化してきている。

< 施行当初（大正10年） >

疾病であっても、身体異常の結果個人の労働能力に影響を及ぼし被保険者の平常の労務に障害を来たすものを保険事故としての疾病として取り扱うこととし、労働能力にまったく関係のない疾病は除外するものとしていた。

< 昭和16年 >

従来の労働能力との関連性を払拭し、診療方針を「健康保険ノ診療ハ被保険者ノ健康保持増進上最モ妥当適切ナルモノタルヲ要シ先天性タルト後天性タルトヲ問ハズ医師トシテ治療ヲ要スト認メラルル程度ノ傷病ニ対シ之ヲ為スモノトス」と改め、労働能力と直接関係なくとも、被保険者の健康の保持増進上必要と認められれば疾病の範囲内とすることとした。

< 現在 >

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第12条において、「一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して」行うこととされている。

※保険医療機関及び保険医療養担当規則（抄）

（診療の一般的方針）

第十二条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

- 施行当初は疾病の範囲外とされていたものでも、現在では範囲内とされるものが相当数あり、その範囲は極めて広いものである。

※「健康保険法の解釈と運用 平成29年度版」より作成

令和3年度予算概算要求(保険局関係)参考資料

1. 国民健康保険への財政支援	2
2. 被用者保険への財政支援	3
3. 医療分野におけるICTの利活用の促進等	
① 医療保険分野における番号制度の利活用の推進	6
② 医療情報化支援基金による支援	8
⑤ データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備	11
4. 健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくり	
① 保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度)	12
② データヘルス(医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業)の効果的な実施の推進	
ア レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進	15
イ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援	16
ウ 40歳未満の事業主健診情報の活用に向けたシステム構築の支援	20
③ 先進事業等の好事例の横展開等	
ア 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進等	21
イ 糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援	23
ウ 健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健の推進等	24
④ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援	25
⑥ 健康増進効果等に関する実証事業の実施	27
⑨ 保険者とかかりつけ医の共働による加入者の予防健康づくりの実施	29
5. 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置(復興)	30

国保改革による財政支援の拡充について

- 国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円の財政支援の拡充を行う。

<2015年度（平成27年度）から実施>（約1,700億円）

- **低所得者対策の強化**
（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

<2018年度（平成30年度）から実施>（約1,700億円）

- **財政調整機能の強化**
（精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）

800億円

- **保険者努力支援制度**
（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円
（2019年度、2020年度は
910億円）

- **財政リスクの分散・軽減方策**
（高額医療費への対応）

60億円

※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入

※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

【参考】

（単位：億円）

	2015年度 （平成27年度）	2016年度 （平成28年度）	2017年度 （平成29年度）	2018年度 （平成30年度）	2019年度 （令和元年度）	2020年度 （令和2年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,770	1,770
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	200 ＜200＞	400 ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	— ＜2,000＞	— ＜2,000＞

※ 保険者努力支援制度については、2020年度は、上記とは別に新規500億円により予防・健康づくりを強力に推進

被用者保険の拠出金に対する支援

令和3年度概算要求額案：820億円
(令和2年度予算額：820億円)

- 被用者保険の負担が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施する。
- 具体的には、①平成29年度から対象を拡大した拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策において、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減する(枠組みを法律に規定し、制度化を行う。)とともに、②平成27年度から段階的に拡充してきた高齢者医療運営円滑化等補助金により、前期高齢者納付金の負担軽減を図る。

(参考)平成27年度(予算額:308億円)
平成28年度(予算額:370億円)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。
- (平成27年度)既存分(199億円)※に拡充分109億円を加えた308億円規模の補助金により、被用者保険者の前期高齢者納付金、後期高齢者支援金等の負担軽減を実施。
※ 総報酬に占める拠出金負担の重い被用者保険者等に対する負担軽減。
- (平成28年度)既存分(160億円)に、拡充分の210億円を加えた370億円規模の補助金により、被用者保険者の負担軽減等を更に拡充。
その他に適用拡大に伴う給付費増に対する財政支援を別途措置。

・平成29年度(予算額:820億円)
・平成30年度(予算額:820億円)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を拡充し、前期高齢者納付金負担の負担増の緩和のため、被用者保険者等への負担軽減を実施。(600億円)
※ 団塊世代が前期高齢者に到達することにより、納付金負担が増大することから、前期高齢者への移行前の平成23年度からの伸び等に着眼して、負担軽減を行う。
- 現在、保険者の支え合いで実施している拠出金(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金)負担の特に重い保険者の負担軽減策の対象を拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半する。(100億円)
※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定
※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映
- 上記に、既存分(約120億円)を加えた820億円規模の補助金財源により、被用者保険者の負担軽減を実施。
その他に適用拡大に伴う財政支援(平成28年度からの時限付き予算)を別途措置。

・令和元年度(予算額:820億円)
・令和2年度(予算額:820億円)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を維持し、前期高齢者納付金負担の負担増の緩和のため、被用者保険者等への負担軽減を実施。(600億円)
※ 令和元年度からは、600億円の財源を活用して、前期高齢者納付金の単年度の急激な伸び等に着眼した負担軽減を行っている。
- 負担軽減策の対象となる※1拠出金負担の特に重い保険者の負担軽減の費用を、引き続き、保険者の支え合い※2と国費で折半する。(100億円)
※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定
※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映
- 上記に、既存分(約120億円)を加えた820億円規模の補助金財源により、被用者保険者の負担軽減を実施。
その他に健保組合の保険者機能強化に係る支援(約18億円)を別途措置。

被用者保険者への支援について

	特別負担調整 (高齢者医療特別負担調整交付金)	高齢者医療運営円滑化等補助金																								
		(既存分)	(新規分)																							
予算額 (令和2年度)	100億円	120.4億円	600億円(※1)																							
開始年度 ・概要	＜平成29年度から＞ 拠出金負担が、義務的支出(※2)に比べ過大な保険者の負担を全保険者で按分する仕組みを拡大し、拡大部分に国費を一部充当して負担軽減を行う。 〔拠出金負担(前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金)の軽減措置〕	＜平成2年度から＞ 被用者保険の拠出金負担増の緩和を図ることを目的として、総報酬に占める前期高齢者納付金の割合(所要保険料率)が重い保険者に対して負担軽減を行う。※3	＜平成27年度から＞ 団塊世代が前期高齢者に到達することにより、前期高齢者納付金が増加することが見込まれることから、納付金負担が過大となる保険者の負担を軽減するため、前期高齢者納付金負担の伸びに着目した負担軽減を行う。 〔前期高齢者納付金負担の軽減措置〕																							
対象組合数 (令和元年度)	116組合(健115、共1)	1,065組合(健1,008、共57)※4																								
助成額	100億円	120.4億円(241組合)	575.6億円(894組合)	22.5億円(182組合)																						
助成要件 (令和元年度)	・義務的支出に占める拠出金負担の割合が53.614%以上の保険者については、その過大な負担分を全保険者で按分し、 ・それに加えて、財政力が平均以下の保険者に限り、50.04395%以上53.614%未満である部分の2分の1を国庫補助し、残りの2分の1部分を全保険者で按分する。 ⇒ 結果として、該当する保険者は、拠出金負担の割合が50.04395%を超えないこととなる。	(既存分) ・所要保険料率が健保組合平均(1.67%)の1.1倍以上、かつ、 ・被保険者一人当たり総報酬額が健保組合平均(577万円)未満の保険者を対象とする。 〔 <table><tr><td>・1.3倍～</td><td>60%助成</td></tr><tr><td>・1.2倍～1.3倍</td><td>30%助成</td></tr><tr><td>・1.1倍～1.2倍</td><td>15%助成(※5)</td></tr></table> 〕	・1.3倍～	60%助成	・1.2倍～1.3倍	30%助成	・1.1倍～1.2倍	15%助成(※5)	(新規分:平成27年度～) ・加入者一人当たりの前期高齢者納付金について、団塊世代の前期高齢者への移行前の平成23年度から令和元年度への伸び率が大きい保険者に対し、伸び率に応じて助成する。 〔 <table><tr><td>・2.5倍～</td><td>85%助成</td></tr><tr><td>・2.0倍～2.5倍</td><td>65%助成</td></tr><tr><td>・1.5倍～2.0倍</td><td>45%助成</td></tr><tr><td>・1.35倍～1.5倍</td><td>25%助成</td></tr><tr><td>・1.2倍～1.35倍</td><td>13%助成</td></tr></table> 〕	・2.5倍～	85%助成	・2.0倍～2.5倍	65%助成	・1.5倍～2.0倍	45%助成	・1.35倍～1.5倍	25%助成	・1.2倍～1.35倍	13%助成	(急増分:令和元年度～) ・加入者一人当たりの前期高齢者納付金について、平成30年度から令和元年度(単年度)又は平成29年度及び30年度の平均値(2年平均)から令和元年度への伸び率に応じて助成する。 〔 <table><tr><td>・2.0倍～</td><td>80%助成</td></tr><tr><td>・1.5倍～2.0倍</td><td>60%助成</td></tr><tr><td>・1.1倍～1.5倍</td><td>40%助成</td></tr></table> 〕	・2.0倍～	80%助成	・1.5倍～2.0倍	60%助成	・1.1倍～1.5倍	40%助成
・1.3倍～	60%助成																									
・1.2倍～1.3倍	30%助成																									
・1.1倍～1.2倍	15%助成(※5)																									
・2.5倍～	85%助成																									
・2.0倍～2.5倍	65%助成																									
・1.5倍～2.0倍	45%助成																									
・1.35倍～1.5倍	25%助成																									
・1.2倍～1.35倍	13%助成																									
・2.0倍～	80%助成																									
・1.5倍～2.0倍	60%助成																									
・1.1倍～1.5倍	40%助成																									

(※1) 旧臨給(指定組合の保険給付等に要する費用に対して行う助成事業)7.9億円を含む。

その他に、健保組合の保険者機能強化に係る支援(約18.4億円)を別途措置。

(※2) 法定給付費等+後期高齢者支援金+前期高齢者納付金

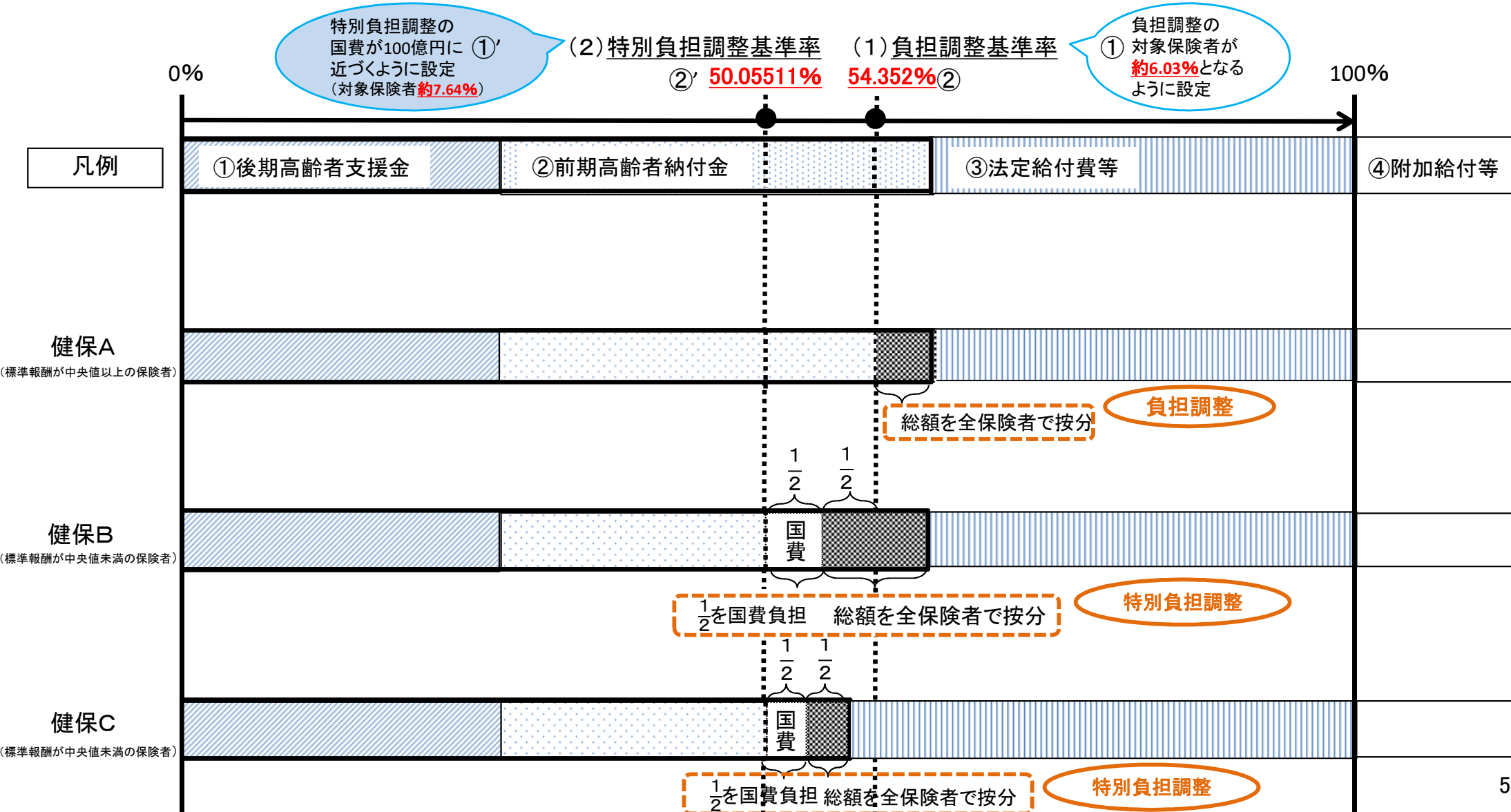
(※3) 平成29年度から被用者保険者の後期高齢者支援金の全面総報酬割が導入されたことから、所要保険料率の算出については前期高齢者納付金のみを対象としている。

(※4) 既存分・新規分(伸び率)・急増分それぞれで対象となっている保険者がいるため、重複を考慮すると1,065組合となる。

(※5) 15%助成は、全体の予算規模を勘案の上、実質11.4%助成となる。

負担調整基準率・特別負担調整基準率について

- 被用者保険における後期高齢者支援金・前期高齢者納付金の負担が増加する中で、拠出金（前期高齢者納付金・後期高齢者支援金）の負担が重い保険者を支援するため、拠出金負担が、義務的支出（前期高齢者納付金・後期高齢者支援金・法定給付費等）に比して過大となる保険者について、その過大部分を全保険者で按分し、前期高齢者納付金で調整している。



オンライン資格確認のイメージ

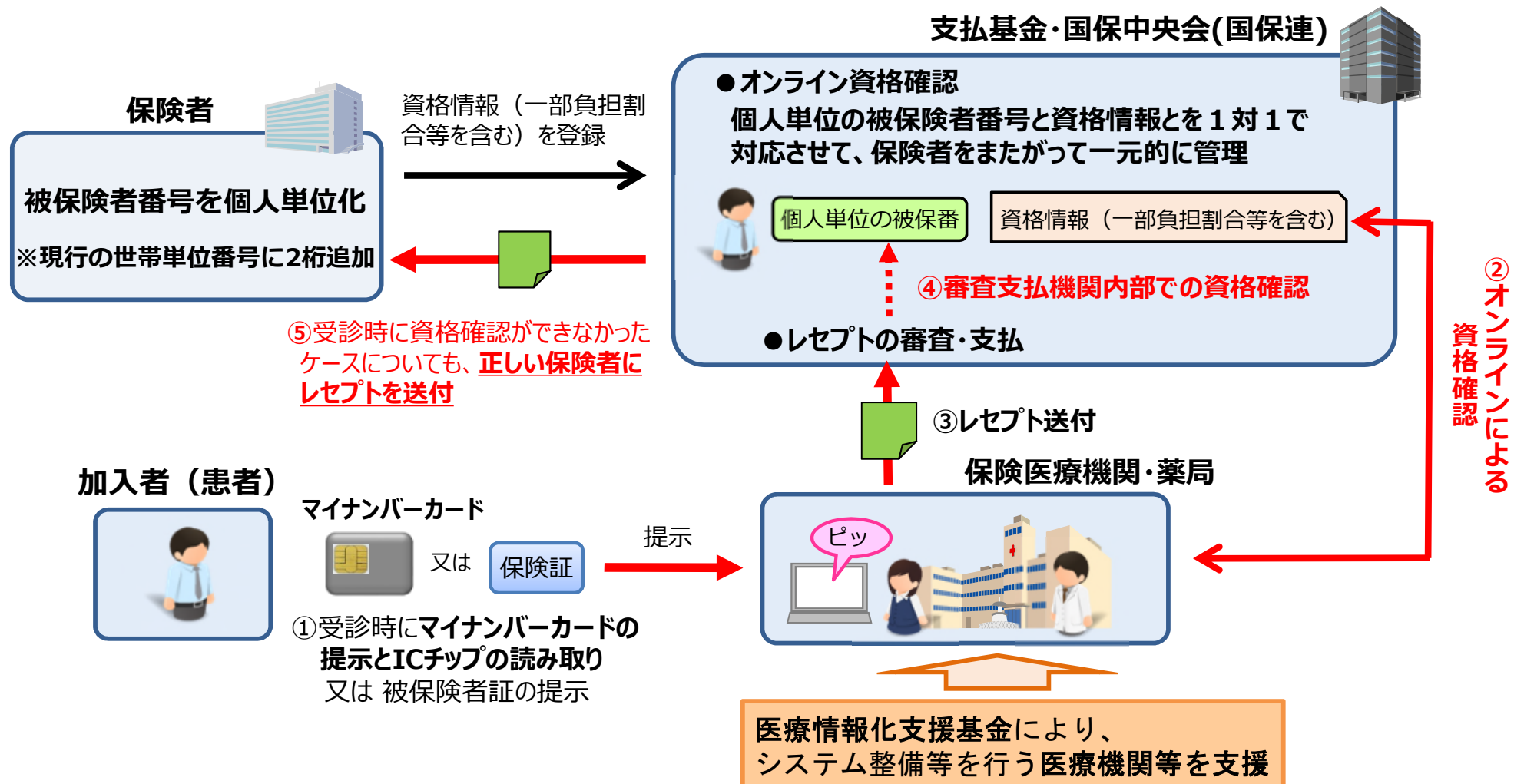
令和3年度概算要求額：108億円
(令和2年度予算額：145億円)

【導入のメリット】

○マイナンバーカードにより、医療機関・薬局で受診が可能になる。

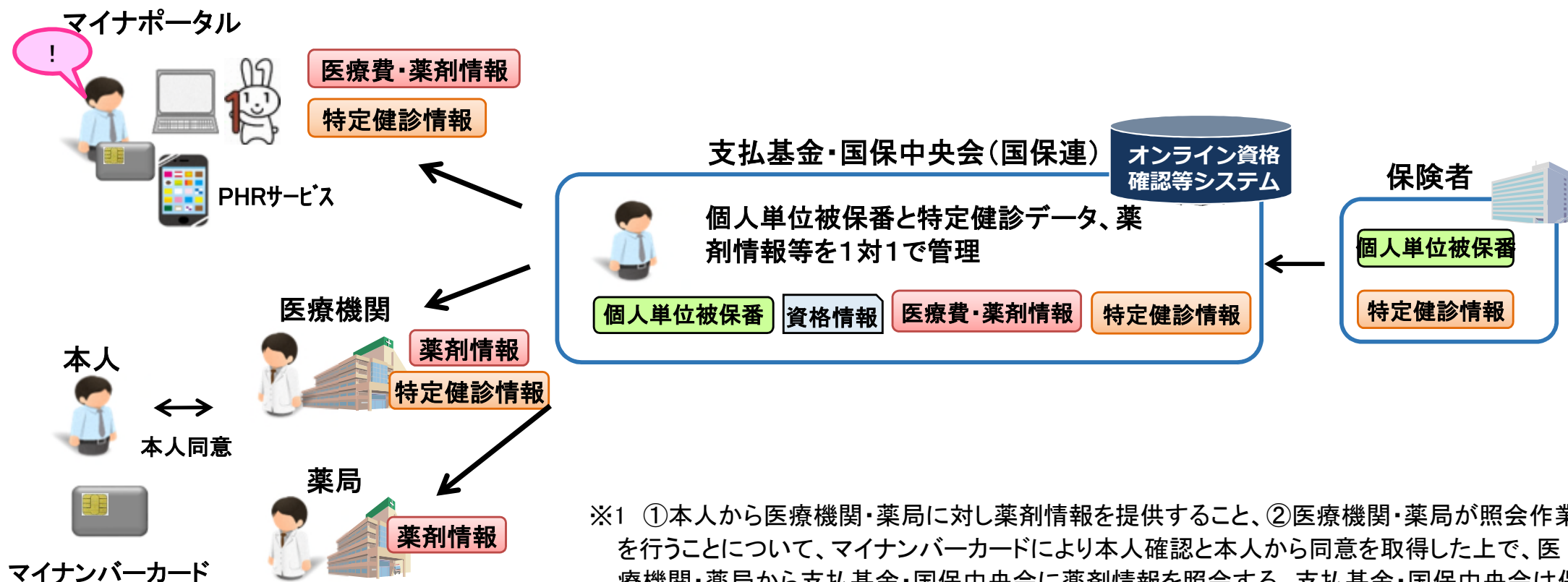
高額療養費の限度額適用認定証(※)の発行を求める必要がなくなる。 ※窓口での負担の上限額が分かる証。保険者が発行。

○保険者においては、失効保険証の利用による過誤請求や未収金が大幅に減少する。



【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。

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3つを予定している
 - 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
 - ③ 電子処方箋導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援

- 「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6月12日施行）に基づき、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）。

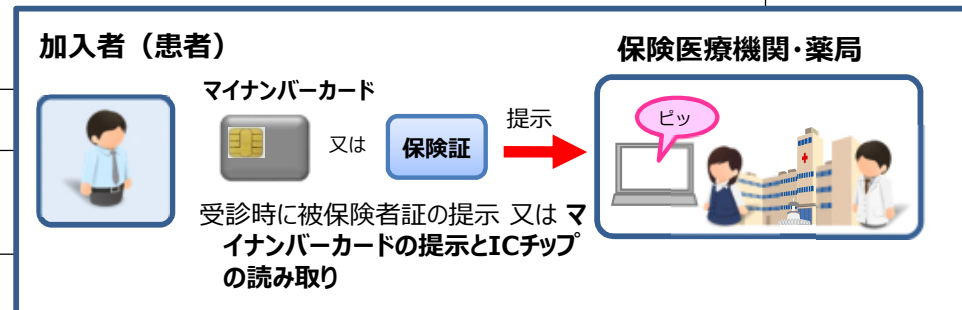
- 令和2年3月に実施要領を定め、診療所、薬局は3/4補助、病院は1/2補助等とした。



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



- また、医療機関が相互に連携可能な標準的な電子カルテシステム等の導入等を支援するため、医療情報化支援基金を拡充する。

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。



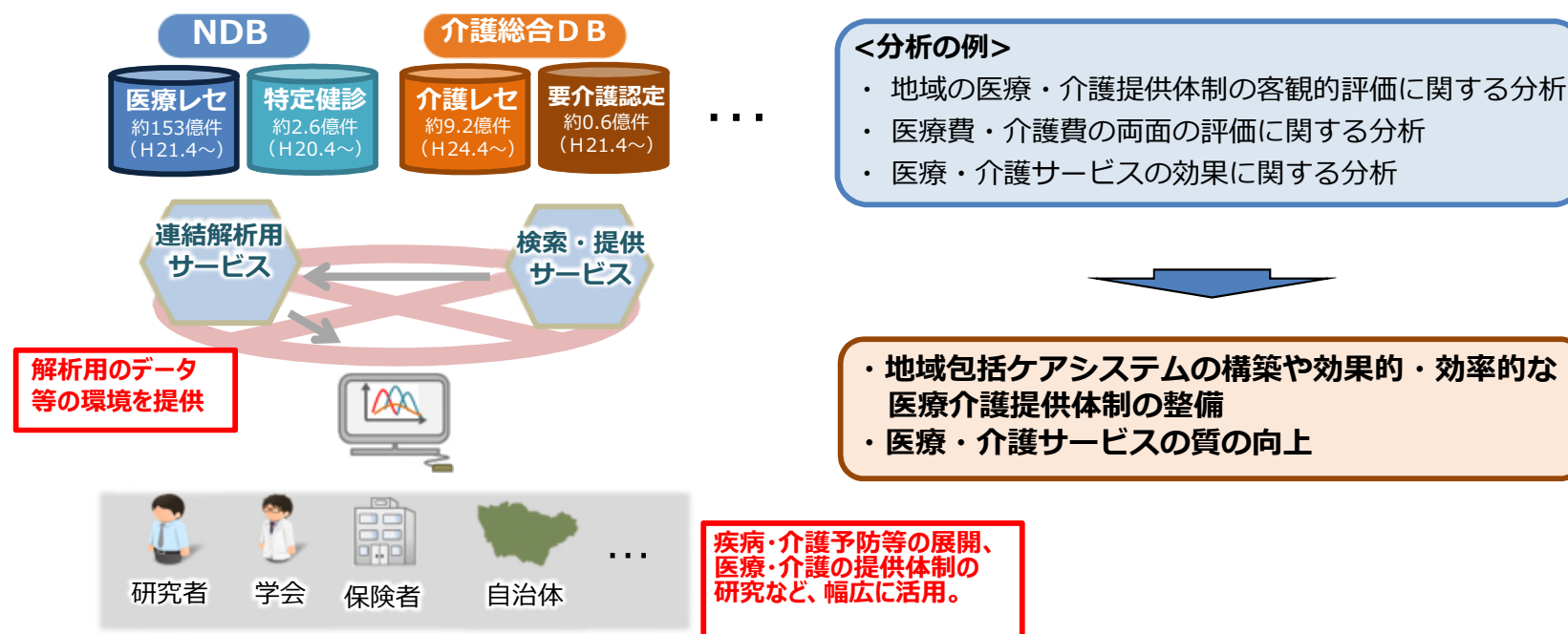
関係方面においても、今後、医療情報システムの構築にあたっては、本報告書を踏まえた対応が必要

データヘルス分析サービスの構築に向けた事業

令和3年度概算要求額（3.7億円＋緊要）
（令和2年度予算額：4億円）

成長戦略フォローアップ（令和2年7月17日閣議決定）

- NDBや介護DBの連結解析を2020年10月から本格稼働し、行政・研究者・民間事業者等の利活用を可能とする。



（事業内容）

NDBや介護DBなどの各種データベースで保有する健康・医療・介護情報を連結して分析可能な環境整備に伴い、既存のデータベース（NDB）の性能向上のための更改を行う。

保険者努力支援制度の抜本的な強化

人生100年時代を見据え、保険者努力支援制度を抜本的に強化し、新規500億円(総額550億円)により予防・健康づくりを強力に推進

事業スキーム(右図)

新規500億円について、保険者努力支援制度の中に

- ① **「事業費」として交付する部分**を設け(200億円。現行の国保ヘルスアップ事業を統合し事業総額は250億円)、

※ 政令改正を行い使途を事業費に制限

- ② **「事業費に連動」して配分する部分**(300億円)と合わせて交付

※ 既存の予防・健康づくりに関する評価指標に加え、①の予防・健康づくり事業を拡大する等により、高い点数が獲得できるような評価指標を設定し配分

⇒ ①と②と相まって、**自治体における予防・健康づくりを抜本的に後押し**

事業内容

【都道府県による基盤整備事業】

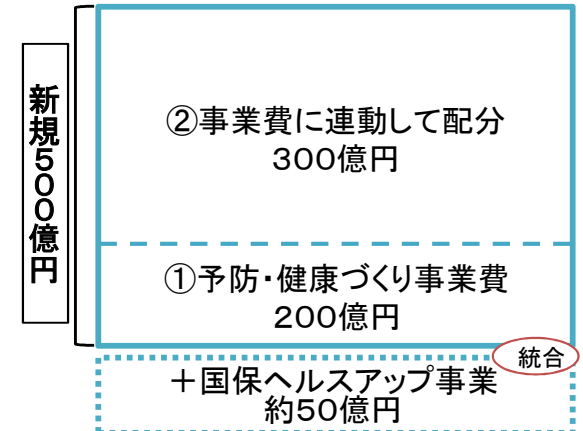
- 国保ヘルスアップ支援事業の拡充(上限額引上げ)
- ◎ 人材の確保・育成
- ◎ データ活用の強化

【市町村事業】

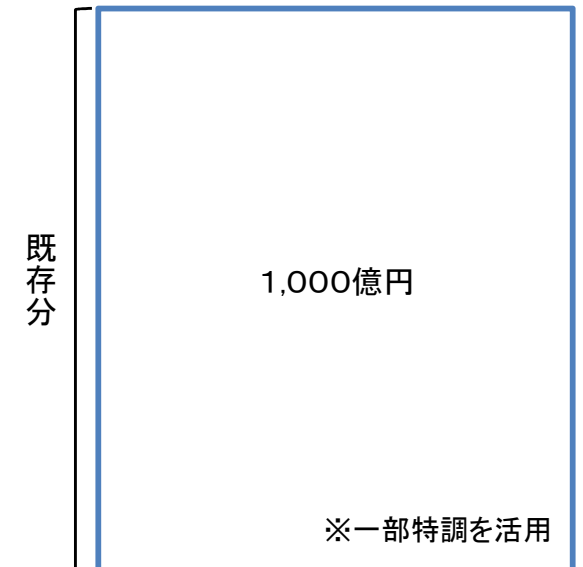
- 国保ヘルスアップ事業の拡充(上限額引上げ)
- ◎ 効果的なモデル事業の実施(※都道府県も実施可)

※ ◎は新たに設ける重点事業

【見直し後の保険者努力支援制度】



+



令和3年度の保険者努力支援制度(全体像)

市町村分（500億円程度）

保険者共通の指標

- 指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- 特定健診受診率・特定保健指導実施率
 - メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- 指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況
- がん検診受診率
 - 歯科健診受診率
- 指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
- 重症化予防の取組の実施状況
- 指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況
- 個人へのインセンティブの提供の実施
 - 個人への分かりやすい情報提供の実施
- 指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
- 重複・多剤投与者に対する取組
- 指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況
- 後発医薬品の促進の取組・使用割合

国保固有の指標

- 指標① 収納率向上に関する取組の実施状況
- 保険料（税）収納率
 - ※過年度分を含む
- 指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況
- データヘルス計画の実施状況
- 指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況
- 医療費通知の取組の実施状況
- 指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況
- 国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組
- 指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
- 第三者求償の取組状況
- 指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況
- 適切かつ健全な事業運営の実施状況
 - 法定外繰入の解消等

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価(※)
- ・特定健診・特定保健指導の実施率
 - ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
 - ・個人インセンティブの提供
 - ・後発医薬品の使用割合
 - ・保険料収納率
- ※都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 年齢調整後一人当たり医療費
- ・その水準が低い場合
 - ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合に評価
- 重症化予防のマクロ的評価
- ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
- ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組 等）
 - ・法定外繰入の解消等
 - ・保険料水準の統一
 - ・医療提供体制適正化の推進

保険者努力支援交付金(予防・健康づくり支援)の交付について

令和2年度より新たに500億円を追加し、保険者努力支援制度の中に、「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分と合わせて交付することにより、自治体における予防・健康づくりを抜本的に後押し

事業費部分(200億円※)

都道府県の事業計画(市町村事業を含む)に対して、事業費を交付

※ 現行の国保ヘルスアップ事業を統合し事業総額は250億円

事業費連動部分(300億円)

予防・健康づくりに関する評価指標を用いて、各都道府県に交付金を配分

【交付金のプロセス】

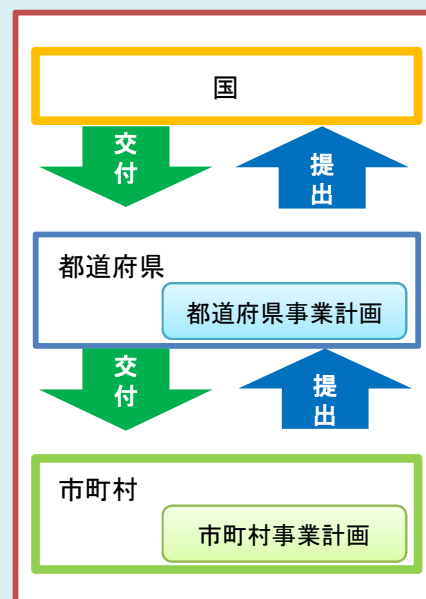
(当年度)

- ① 市町村は、市町村事業計画を作成し、都道府県に提出
- ② 都道府県は、市町村事業計画を踏まえた都道府県事業計画を作成し、国に交付申請
- ③ 国は、都道府県事業計画の内容を審査の上、交付決定し、都道府県に事業費を交付
- ④ 都道府県は、市町村に対し、市町村事業に係る事業費を交付
- ⑤ 都道府県、市町村において事業を実施

(翌年度)

- ⑥ 実績報告、国庫返還

<計画提出・交付の流れ>



【交付金の配分方法】

- 都道府県ごとに、以下の評価指標に基づいて採点

- ① 予防・健康づくりに関する評価 【150億円】
- ② 「重点事業」の取組状況 【100億円】
- ③ 「重点事業」の事業評価 【50億円】

- 上記の①～③について、それぞれ、都道府県ごとの「点数」×「合計被保険者数」＝「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分 ※保険者努力支援交付金（既存分）と同様

【交付金のプロセス】

(前年度)

- ① 国において、評価指標を決定・提示

(当年度)

- ② (都道府県事業計画を踏まえつつ) 評価指標に基づいて採点
- ③ 国は、採点結果に基づいて交付決定し、都道府県に交付金を交付
- ④ 都道府県は、当年度の保険給付費に充当する形で予算執行
⇒ 結果として生じる剰余金については、翌年度以降の調整財源として活用

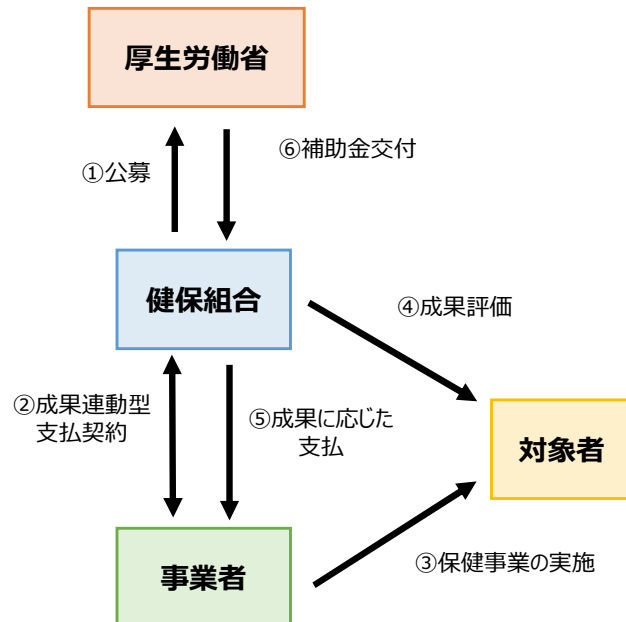
- 健康保険組合等の保険者において、データヘルスの取組を一層効果的・効率的に実施し、保険者機能を強化するための事業に係る費用を補助する。
 - ・成果連動型の民間事業者への委託方式による保健事業のスキームの構築
 - ・保健事業を共同で実施するスキームの自走化に向けた支援
 - ・評価指標の標準化や保健事業のパターン化の検討

1. 成果連動型民間委託方式(PFS)に関する補助事業

- 健保組合が成果連動型民間委託方式で保健事業を実施するにあたり、成果連動型民間委託方式の事業のスキーム構築のために係る費用を補助。

※「成果連動型民間委託契約方式（PFS）アクションプラン（令和2～4年度）」において、地方公共団体等が実施する保健事業のPFSの普及促進が掲げられており、被用者保険においても普及促進が必要。

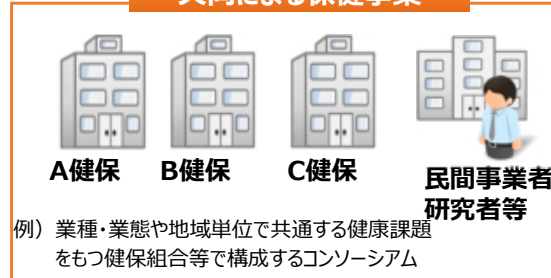
【事業イメージ】



2. 保健事業の共同化支援に関する補助事業

- これまでの取組により、複数の保険者が共同で保健事業を実施することで、保健事業費のスケールメリットを享受できるなど付加価値が得られていることから、特定保健指導等の継続的な保健事業について、保健事業の共同化が自走するよう取組を支援。

共同による保健事業



【これまでの取組】

- 平成29年～令和元年度：モデル事業実施
- 令和2年度：手引きの作成（予定）
データヘルスポータルサイトに
共同事業支援機能構築（予定）

3. 評価指標・保健事業の標準化に関する補助事業

- データヘルス・ポータルサイトに蓄積される健康課題や保健事業の実績データをもとに、個別の健康課題に応じた効果的な保健事業のパターン化（標準化）の検討に係る費用を補助。

※「新経済・財政再生計画改革工程表2019」において、効果的・効率的なデータヘルスの普及に向けて、「評価指標や保健事業の標準化」を検討することが示されている。

〈データヘルス・ポータルサイト〉

データヘルス計画の円滑な運営を支援することを目的に開設。健保組合は、ポータルサイトを活用して、計画策定および評価・見直しを実施。



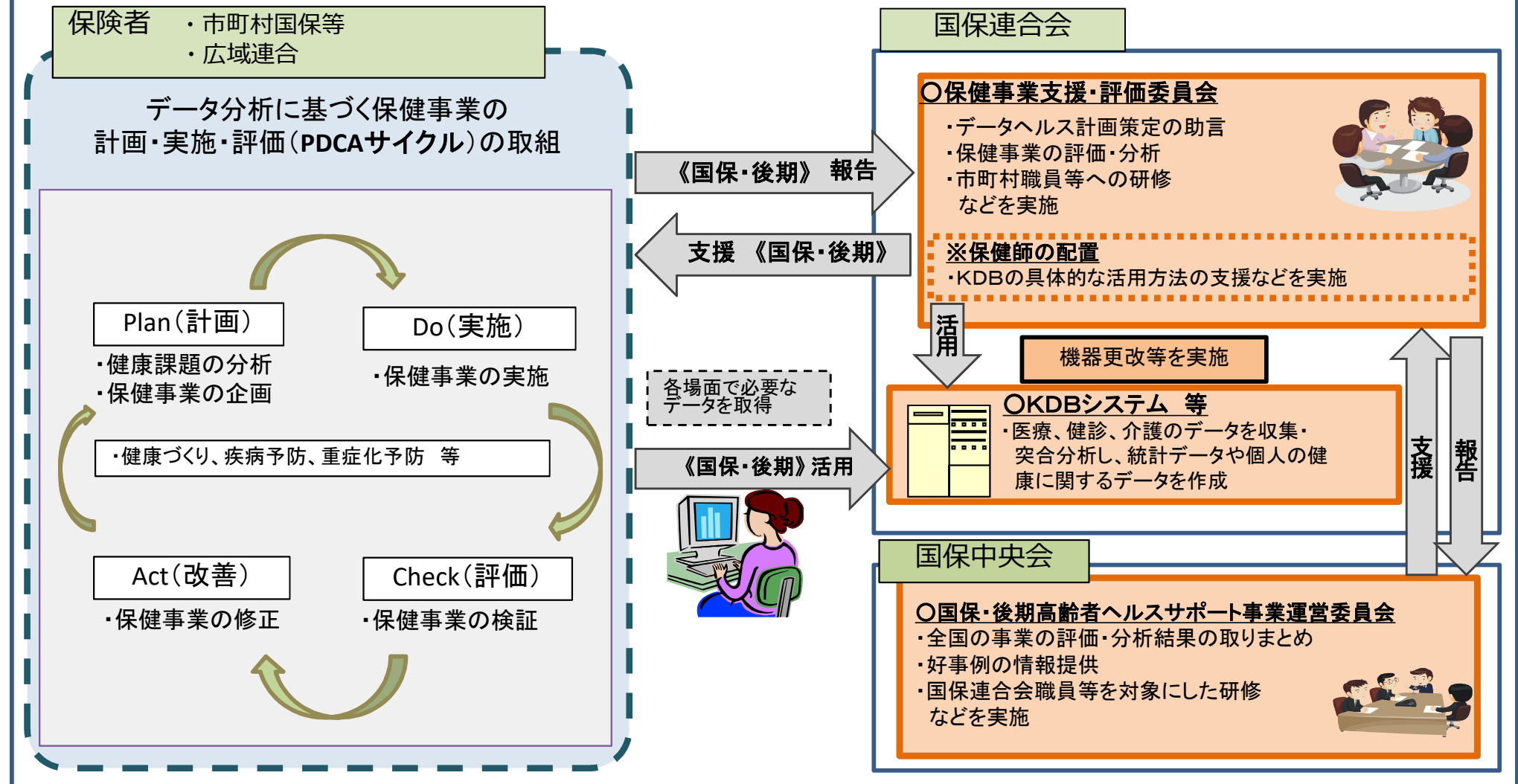
○国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

令和3年度概算要求額：4.4億円（国保：4.3億円、後期：0.1億円）

令和2年度予算額：4.3億円（国保：4.2億円、後期：0.1億円）

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業のPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な実施に向け、KDBシステム等を活用した保健事業を行う市町村国保等に対する支援を実施する。



○高齢者の保健事業のあり方検討事業

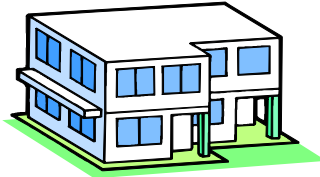
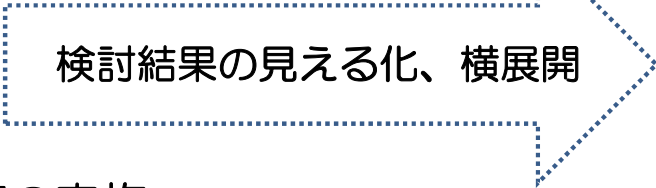
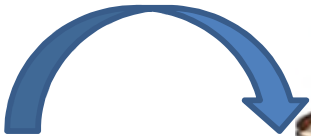
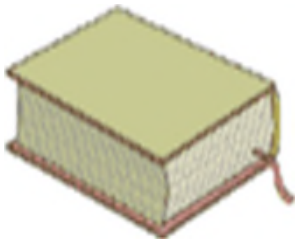
令和3年度概算要求額:0.3億円
(令和2年度予算額: 0.3億円)

＜経緯・目的＞
令和2年4月から開始された高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、市町村が円滑に取組を推進できるよう「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第2版）」を令和元年10月に策定している。
令和2年度は、本ガイドラインに基づき実施した保健事業の現状を把握するため、実施状況調査及び先進事例調査を行っているところ。
令和3年度においては、実施した調査結果等を分析し、保健事業の課題整理、効果検証等を行う。

- ＜令和元年度＞
ガイドライン（第2版）策定
- ＜令和2年度＞
保健事業の実施状況調査、
先進事例調査（予定）
- ＜令和3年度＞
保健事業の課題整理、効果検証

1. 効果検証会議の実施

- 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施の取組状況・現状分析
- 実施自治体への指導助言
- 収集したデータに基づく詳細な分析
- 取組状況を類型化し、類型ごとの効果検証を実施
- ※年3回程度開催予定
- ※専門知識のある有識者が随時参加【構成員:15人、作業チームの人員:10人程度】
- ※外部(民間シンクタンク)への委託により運営



広域連合・市町村

2. 検討班・ヒアリング等の実施

- (1) 広域連合による検討班(年2回程度開催予定)
広域連合のブロック代表を構成員として、保健事業の趣旨・目的・背景、事業実施に必要な技術的、専門的事項などについて理解を深めるとともに、課題の整理やインセンティブ指標の見直し検討等を行う。
- (2) ヒアリング(10市町村程度予定)
令和2年度より本格実施する高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、先進的な取組を実施している広域連合及び市町村等に対してヒアリングを実施。
- (3) その他、必要に応じて運営に係る会合を実施

※「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」により検討・精査

○特定健診・保健指導における医療費適正化効果検証事業

令和3年度概算要求額：0.5億円＋緊要
(令和2年度予算額：0.6億円)

レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）のデータを用いて、都道府県別に外来・入院の医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素を分析する事業や特定健診・保健指導（以下「特定健診等」という。）による検査値の改善状況・行動変容への影響、医療費適正化効果について分析し、保険者の予防・健康づくりと医療費適正化を推進するための事業

（１）医療費適正化計画等に係るデータの集計及び分析等補助業務

都道府県の医療費適正化計画のPDCAサイクルを支援するため、NDBに収録されたデータを活用して、医療費の地域差や外来・入院医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素の分析作業を行う。また、都道府県別データブックの作成や医療費適正化効果推計ツールを更新し各都道府県へ配布する。

〔主な分析内容〕

・疾患別医療費内訳、地域差分析（都道府県別、二次医療圏別、保険者種別別）、入院・入院外別、性年齢階級別、全疾患集計 等

時期	2018.4～.12	2019.4	...	2023.4	2023.6	...	2024.3	2024.4～.12
都道府県の対応	第3期計画期間							第4期計画期間
	第2期計画 実績評価 公表・報告	毎年度、進捗状況の公表（PDCA管理の実施）			第4期計画の策定		暫定評価	第3期計画 実績評価 公表・報告

（２）レセプト情報・特定健診等情報の分析等に係る支援業務

特定健診等の医療費適正化効果を検証するため、NDBに収録されたデータを活用して、様々な調査・分析用資料を作成し、公表する。また、作成された調査・分析用資料について学術的な検証を実施するため、公衆衛生及び疫学等の知見を有する有識者により構成されるワーキンググループ（WG）を設置・運営する。

〔調査・分析用資料の例〕

- ・レセプト情報と特定健診等情報を経年的に個人単位で紐付けた上で、特定保健指導の実施による検査値や医療費への効果を分析（5年間の経過分析の結果、保健指導による検査結果、医療費等への効果があることを検証し、平成28年4月に公表。）
- ・性年齢階級別、保険者種別、都道府県別の特定健診・保健指導の実施状況、メタボ率 等
- ・分析結果は、厚生労働省のホームページで広く公開

＜特定健診の検査項目＞

・質問票（服薬歴、喫煙歴 等）、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定、血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

※詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）

→心電図検査、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニン検査（2018年度～）

○保険者協議会における保健事業の効果的な実施支援事業

令和3年度概算要求額： 0. 8億円
(令和2年度予算額： 0. 9億円)

○ 保険者協議会は、都道府県単位で保険者横断的に住民の予防・健康づくりと医療費適正化を推進する取組を行っている。保険者が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県内の医療費の調査分析など、保険者が行う加入者の健康の保持増進や医療費適正化の効果的な取組を推進するために必要な体制を確保できるよう、補助するものである。

- ※1 都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者医療確保法）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。
- ※2 第3期の医療費適正化計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者協議会を通じて、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされている。

【保険者協議会が行う事業（補助率）】

◇保険者協議会の開催等（1／2）

医療計画（地域医療構想）、医療費適正化計画への意見提出に係る、専門家等を活用したデータ分析、意見聴取等を行うための保険者協議会、専門部会等の開催

◇データヘルスの推進等に係る事業（1／2）

保険者等が実施する、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るために実施する事業等

※令和2年度より補助率を10／10→1／2へ改正

◇特定健診等に係る受診率向上のための普及啓発に係る事業（1／2）

特定健診等の受診率向上のため、保険者等が共同して行う積極的な普及・啓発活動等

◇特定健診等の円滑な実施のための事業（1／2）

保険者等への情報提供を迅速かつ効率的に実施するためのHPの作成等

◇特定保健指導プログラム研修等事業（1／2）

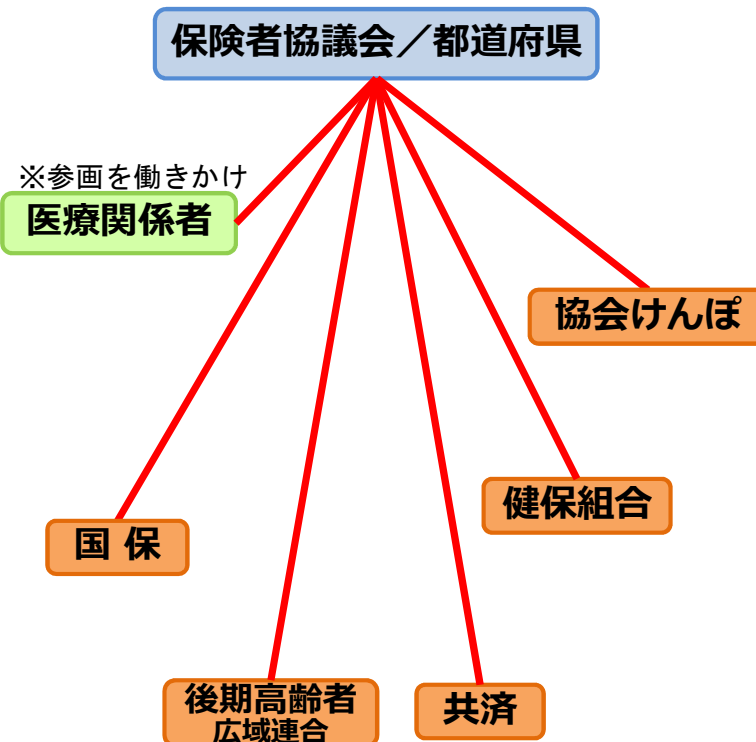
特定保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対するプログラム習得のための研修の実施

◇特定保健指導実施機関の評価事業（1／2）

◇特定健診と各種検診の同時実施の促進事業（1／2）

被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施等

医療関係者等の協力も得て、協議会を活用しながら、健康増進や医療費分析等を推進



40歳未満の事業主健診情報の活用に向けたシステム構築の支援（新規）

令和3年度概算要求額：1.0億円

- 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

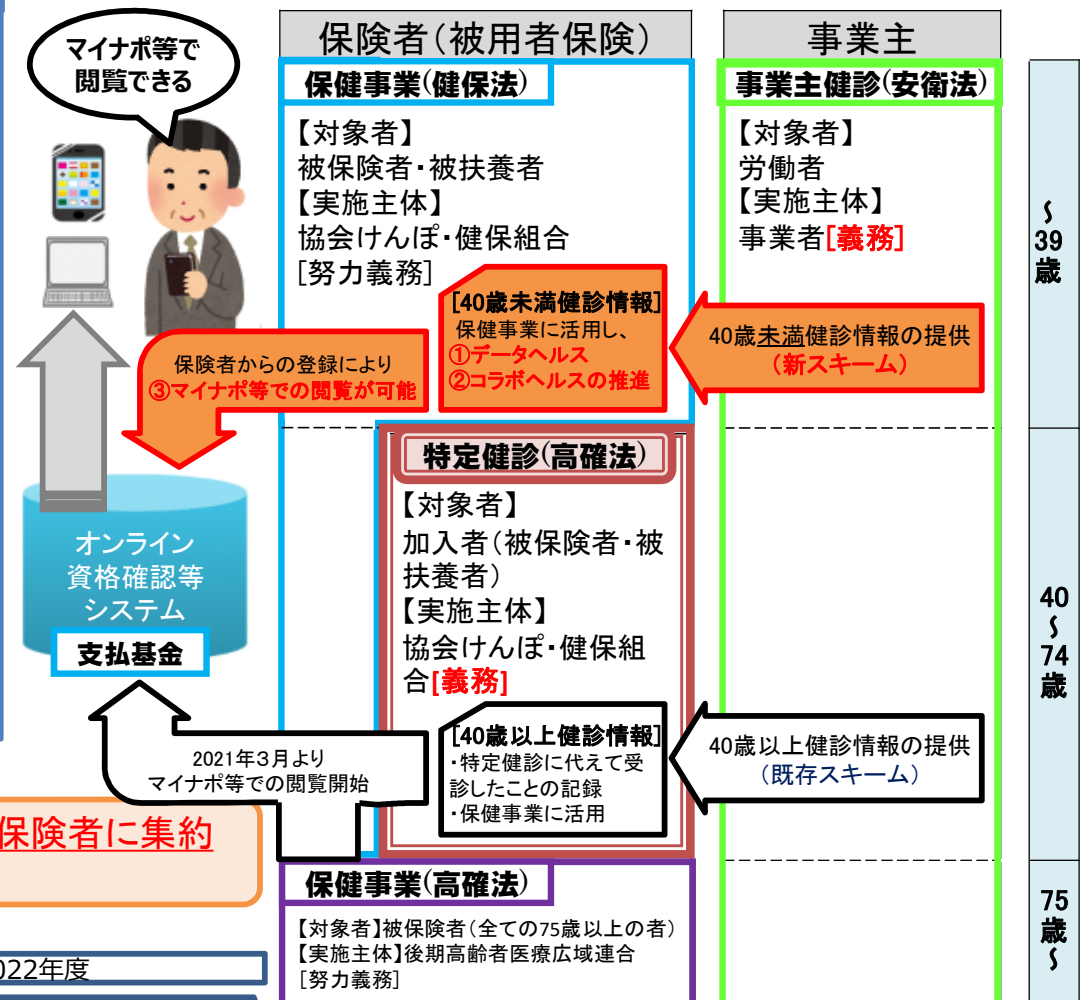
データヘルスが一層推進され、加入者の状況に応じた効率的・効果的な保健事業の実施が可能に。また、集まった情報を協会けんぽや健保連等で統計・分析することで、地域間や業種間、事業所間のデータ比較が可能になり、保険者や事業者等による加入者（＝労働者）の健康課題の把握・対策に生かされる。（40歳未満の者の生活習慣病予防対策等にも役立つ。）

【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。**

●スケジュール（案）

2020年度	2021年度	2022年度
・課題等整理、調査研究等	・システム改修（総合運用テスト含む）	・夏頃から運用開始

○ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開事業

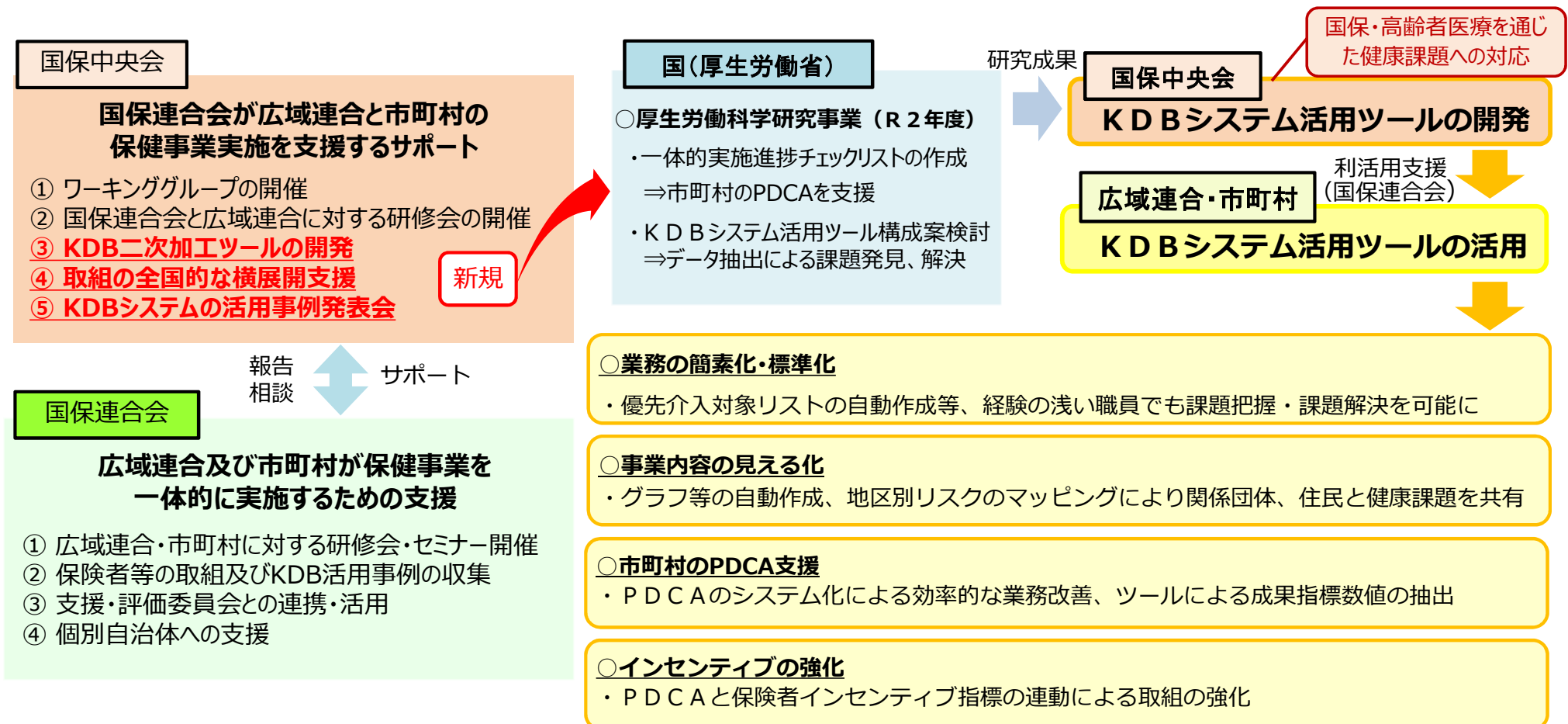
令和3年度概算要求額：1.9億円
(令和2年度予算額：1.1億円)

<目的>

令和2年度より開始された高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、令和6年度までの全市町村における取組の実施に向けて、効果的な横展開を図る。

<事業概要>

国保中央会が行うKDBシステムのデータ活用ツール開発及び国保連合会等へのサポート事業等を支援する。また、国保連合会が行う広域連合及び市町村の保健事業のサポート事業等を支援する。



KDBシステム活用ツールの開発等により市町村の業務を支援し、取組事例を全国的に横展開していく。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開事業に関するロードマップ

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4～6年度
・保健事業指針改定 ・ガイドライン改定	・PDCA、成果指標設定 ・KDB活用ツール案	令和6年度までの全市町村における実施に向けた取組	

▽横展開事業に係る既存の取組

国保中央会

- ・研修指針策定、改定
- ・連合会・広域連合向け研修
- ・KDBシステム活用情報提供

国保連合会

- ・広域連合及び市町村向け研修
- ・開始に向けた支援（R1）、取組のフォローアップ（R2～）
- ・KDBシステム利活用推進

▽令和3年度からの新たな取組

○事業展開に当たって留意すべき課題

- ・地域健康課題の適切な分析、見える化
- ・データ分析に基づく保健事業メニューの提案
- ・効果的な事業展開（評価指標の標準化）

KDBシステムを有効に活用することが必要

課題

- ・一定の抽出条件によって作成される帳票やCSVデータを組み合わせることが必要となるが、解析に習熟していない職員には困難

- ・経験の浅い職員でも、標準的な活用を可能にしておく必要がある。

⇒**KDBシステムの活用ツールの開発**

国保中央会

➤ KDBシステムの活用ツール開発

ツールの機能、効果

- ・優先介入対象者リストアップ等により課題の把握、解決を支援
- ・グラフ作成やマッピング等により事業内容が見える化
- ・指標をベースにした事業効果の測定（PDCA支援）

➤ 取組の全国的な横展開支援

- ・Webコンテンツ提供

➤ KDBシステム活用事例発表会

- ・事務の簡素化、標準化〔職員の経験等によらない標準的な活用、事務負担軽減〕
- ・事業内容の見える化〔関係団体、住民との健康課題の共有〕
- ・PDCA支援〔効果的・効率的な保健事業の展開〕
- ・インセンティブの強化〔保険者インセンティブ指標と連動した取組の強化〕

○糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援

令和3年度概算要求額：0.5億円
(令和2年度予算額：0.5億円)

(背景)

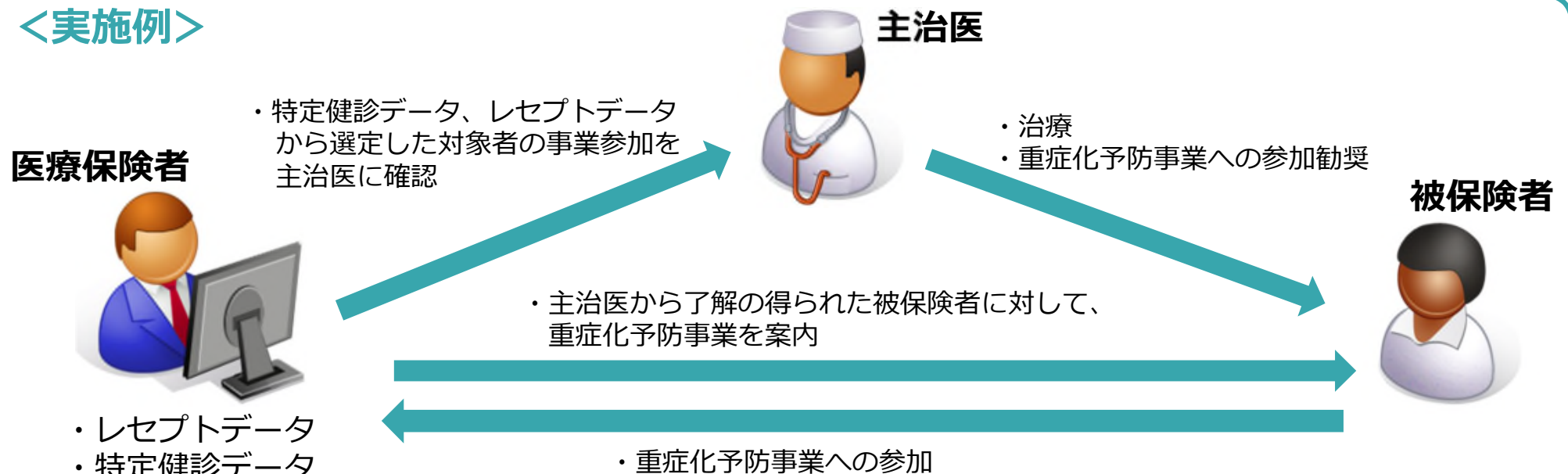
「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月17日閣議決定）及び令和2年度革新的事業活動に関する実行計画（令和2年7月17日閣議決定）において、糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、より一層推進することとされている。

日本医師会、日本糖尿病対策推進会議との連携協定に基づく「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等を参考にしながら、さらに効果的に取組を推進する。

(事業内容)

- 糖尿病性腎症の患者等であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して医療保険者が実施する、医療機関と連携した保健指導等を支援する。

<実施例>



○後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診

令和3年度概算要求額：7.0億円
(令和2年度予算額：7.0億円)

概要

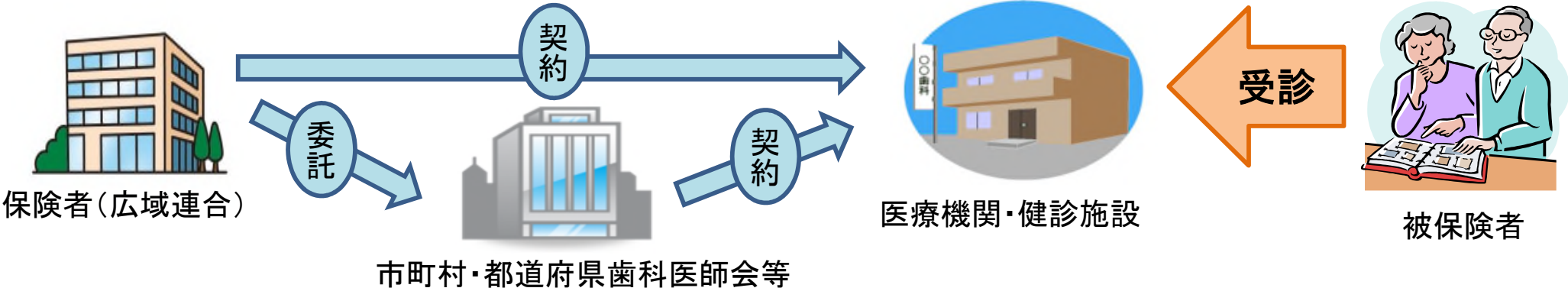
- 歯周病を起因とする細菌性心内膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能低下による誤嚥性肺炎等を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔機能の状態等をチェックする歯科健診を実施することとし、広域連合に対して国庫補助を行う。

※経済財政運営と改革の基本方針2020
細菌性やウイルス性の疾患の予防という観点も含め、口腔の健康と全身の健康の関連性を更に検証し、エビデンスの国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策・重症化予防にもつながる歯科医師、歯科衛生士による歯科口腔保健の充実、歯科医療専門職間、医科歯科、介護、障害福祉関係機関との連携を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。

- 健康増進法に基づき実施されている歯周疾患検診や、厚生労働省において平成30年10月に策定した「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」などを参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた健診内容を各広域連合で設定。

〈例：後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル〉
咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥、歯の状態等（歯の状態、粘膜の異常、歯周組織の状況）

- 市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施。



【参考：実施広域連合数】

平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
16広域連合	31広域連合	43広域連合	45広域連合	47広域連合

○予防・健康インセンティブ推進事業に係る経費

令和3年度概算要求額：0.8億円＋緊要
(令和2年度予算額：1.2億円)

2020年に向けて、健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体を増やすなどの目標を達成するための取組を支援するための経費。

(1) 日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体・保険者のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目的として、先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導で「日本健康会議」を2015年7月に発足。
- ◆ 2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ① 厚労省と日本健康会議において、毎年、全保険者を対象として調査を実施し、その結果を公表。
※2019年度調査の結果は、『日本健康会議2019』において、宣言の達成に向けた進捗状況として報告。
 - ② 「日本健康会議 データポータルサイト」を開設し、県別や業界別などの形で取組状況を「見える化」。
- ◆ 地域版の日本健康会議の開催も進めていく。

<2019年度の開催状況> ※2020年度は9月30日に開催予定

日時・会場：2019年8月23日（金）@イイノホール & カンファレンスセンター

1. 主催者・来賓挨拶

日本健康会議共同代表	日本商工会議所 会頭	三村 明夫
	厚生労働大臣	根本 匠
	経済産業大臣	世耕 弘成
	自由民主党総務会長	加藤 勝信

2. 保険者の取組状況の報告～4年目を迎えた「宣言」達成状況の概要～

(1) 「健康なまち・職場づくり宣言2020」達成状況の報告

	日本健康会議事務局長	渡辺 俊介
(2) 保険者の取組状況の報告	全国健康保険協会 理事長	安藤 伸樹
	健康保険組合連合会 常務理事	河本 滋史
	国民健康保険中央会 理事長	原 勝則

3. 地域での健康寿命延伸・健康づくりの推進先進県の取組み

	熊本県知事	蒲島 郁夫
	三重県知事	鈴木 英敬

4. 日本健康会議 一成果と今後の取組み

日本健康会議共同代表	公益社団法人日本医師会 会長	横倉 義武
(ほか、関係者から各種取組等を報告)		



『日本健康会議2019』の様子

個人の健康づくりに対する意欲を喚起する取組を、医療保険者、企業、地方自治体等の関係者の中で広げていくため、先進事例の紹介や関係者間で問題意識の共有、医療保険者等と健康・予防サービスを提供する企業等とのマッチングの機会の提供等を行うためのデータヘルス・予防サービス見本市等を開催するための経費。

(2) データヘルス・予防サービス見本市

- 保険者が高度な専門性や人的資源を豊富に有する質の高い事業者を選定し、効率的に横展開を進めていくため、2015年度から、健康・予防サービスを提供する事業者と医療保険者等とが出会い、協働・連携を推進させる場として「データヘルス・予防サービス見本市」を開催。
- 2019年度は、東京（11月26日、11月27日）で2日間開催。※2020年度は大阪（12月1日、2日）で開催予定



データヘルス・
予防サービス見本市 2020

大阪会場

開催日：2020年12月1日（火）、2日（水）
場 所： グランキューブ大阪（大阪市北区中之島）
来場者数（延べ人数）：約1,500名(予定)

データヘルス・予防サービス見本市2019の様子
※2019年度は東京で開催（11月26日、11月27日）



出展事業者 60社以上(予定)

出展事業者ブースは、
5つのテーマで展示

- ①データヘルス計画
- ②予防・健康づくりのインセンティブ
- ③生活習慣病の重症化予防・フレイル対策
- ④健康経営・職場環境の整備
- ⑤新型コロナウイルス感染症対策

主催者セミナー・
出展者セミナーも2日間開催

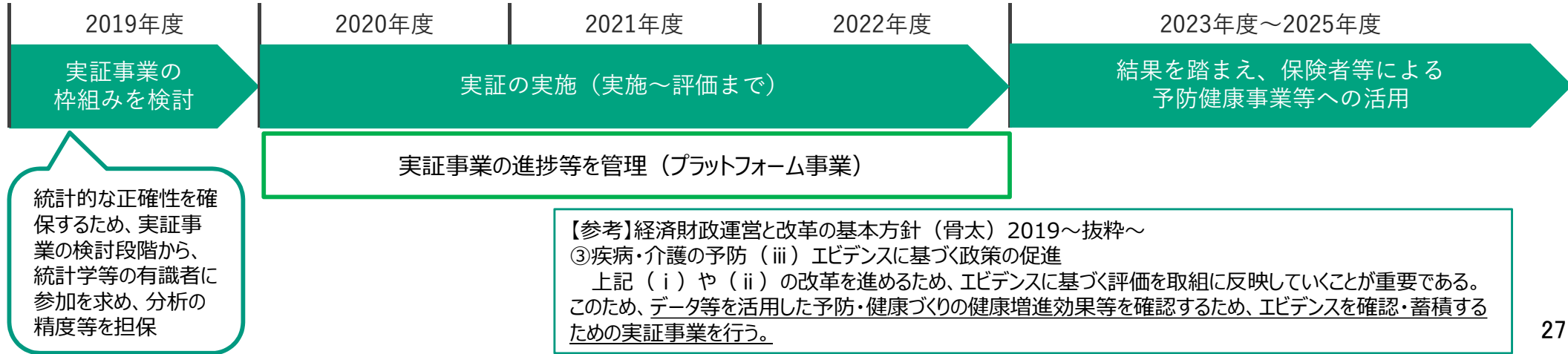
保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進するため、**予防・健康づくりの健康増進効果等のエビデンスを確認・蓄積するための実証事業**を行う。

● 実証事業の内容（予定）

- 特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業
 - がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業
 - 重症化予防プログラムの効果検証事業
 - 認知症予防プログラムの効果検証事業
 - 認知症共生社会に向けた製品・サービスの効果検証事業
 - 複数コラボヘルスを連携させた健康経営の効果検証事業
- 歯周病予防に関する実証事業
 - AI・ICT等を活用した介護予防ツール等の効果・普及実証事業
 - 健康増進施設における標準的な運動プログラム検証のための実証事業
 - 女性特有の健康課題に関するスクリーニング及び介入方法検証のための実証事業
 - 食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業
 - 健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業
- （●：厚生労働省、○：経済産業省）

● 全体スケジュール（案）

成長戦略実行計画では、2020年度から実証を開始し、その結果を踏まえて2025年度までに保険者等による予防健康事業等に活用することとされていることを踏まえ、以下のスケジュールで事業を実施する。



個別の実証事業について（保険局分）

● 特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業

特定健診・保健指導は、施行（2008年度）から10年経過し、目標（特定健診70%以上、特定保健指導45%以上（2023年度）とは以前乖離がある（それぞれ53.1%、19.5%（2017年度））ものの、実施率は着実に向上し、保険者ごとに様々取組が進んでいる。健康寿命の延伸を目指す中で、より健康増進効果等がある特定健診・保健指導の取組はどのようなものかについて、検証する。

（実証スケジュール（案））

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の 枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による 予防健康事業等への活用
・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討	・生活習慣病予防に関連する文献レビュー・保険者の取組についての調査を行い、現状のエビデンスについて整理。 ・NDB等の既存データベースでの分析。 ・事業対象者、介入手法、アウトカム等の分析デザインを検討。 ・（文献レビューと分析デザインの検討を踏まえた）実証フィールドの選定。 ・試行的なデータ収集。	・分析デザインに沿って実証フィールドでのデータ（介入実施の有無や状態の変化等のアウトカムデータ等）収集を実施	・データ収集を継続 ・分析用データの作成 ・データ分析・評価：第三者の視点も加えて実施	・2024年度（医療費適正化計画第4期の開始年度）からの特定健診等基本指針、運用等に反映

● 重症化予防プログラムの効果検証事業

人工透析にかかる医療費は年間総額約1.57兆円となっており、その主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化の観点で喫緊の課題である。専門医療機関等における介入のエビデンスは存在するが、透析導入患者をみると適切に医療を受けてこなかったケースも多く、医療機関未受診者を含めた戦略的な介入が必要である。このため、保険者において実施されている重症化予防の取組について、腎機能等一定の年月を必要とする介入・支援の効果やエビデンスを検証する。

（実証スケジュール（案））

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の 枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による 予防健康事業等への活用
・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討	・既存の研究事業の効果検証の結果を踏まえ、実証事業に反映 ・実証フィールドの検証（市町村など100保険者）	・実証フィールド（100保険者）での実施 ・病期別の介入とデータ収集	・実証フィールド（100保険者）での実施 ・実証分析・評価：第三者の視点も加えて実施	・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等への反映を検討

保険者とかかりつけ医の協働による加入者の予防健康づくり（モデル事業）（新規）

令和3年度概算要求額：1億円＋緊要・新規

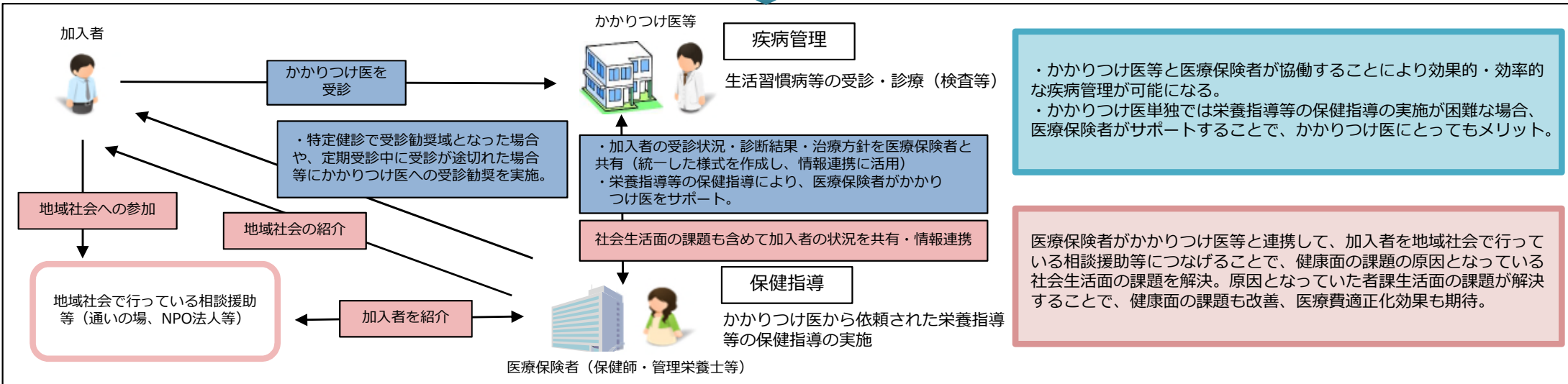
- 特定健診の結果、受診勧奨判定とされた加入者について、保険者がかかりつけ医等と連携し生活習慣病の重症化予防を図る必要があるものの、現状、かかりつけ医での診療と、特定保健指導をはじめとした医療保険者の取組との間で、連携する仕組みが乏しい。
- 社会生活面の課題が生活習慣病の治療を困難にしている場合（※）もあるため、地域社会で行っている相談援助等も活用しながら社会生活面の課題解決に向けた取組みが重要である。
- そのため、保険者による受診勧奨を契機として、かかりつけ医等と医療保険者が協働し、加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有しながら、加入者の重症化予防に必要な栄養指導等の保健指導の実施や地域社会で行っている相談援助等の活用を進めることで、加入者の健康面及び社会生活面の課題を解決するための取組みを推進する。

（※）孤立による食事意欲の低下などの社会的な課題のため糖尿病に対する食事療法が困難な場合に、地域社会での交流等につなげることで孤立を解消、食事療法にも取り組むことで糖尿病を改善

【現状】

- ・特定健診において受診勧奨領域となった加入者は医療機関を受診、疾患として診断された場合、栄養指導等を含めた診療を受ける。特定保健指導の対象者にもなっている場合、特定保健指導を別途受診する必要があるが、医療機関との連携が不十分な場合、栄養指導等が重複して実施される可能性がある。
- ・生活習慣病の重症化に影響する社会生活面の課題を解決する仕組みがない。

【望ましい姿】



● スケジュール（案）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

モデル事業実施（市町村で数力所）

モデル事業実施結果取り纏め

実施結果を踏まえ保健指導プログラム・特定健診等
実施計画へ反映

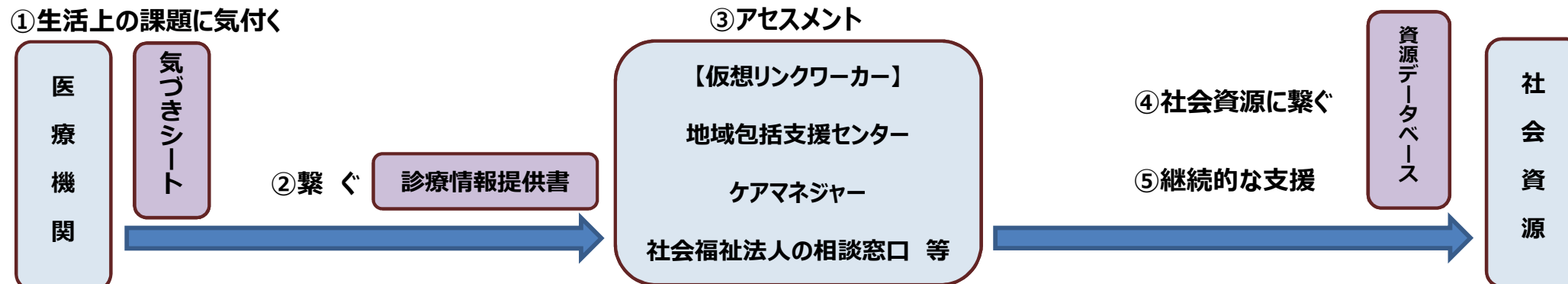
「社会的処方」の実践と検証（宇都宮市医師会）

宇都宮市医師会提供資料

【事業の目的】わが国において、日常診療の現場で患者の「生活上の課題」に気づき、地域の社会資源に繋げる『医療機関発「社会的処方」』について、「地域包括ケアシステム」の仕組みを活用した実践と、定着に向けた課題の検証を行う。

【事業のポイント】多職種協働による「医療・介護連携支援体制」と、地域支援やサービスの提供・創出を目的とする「介護予防・日常生活支援総合事業」をベースに「社会的処方」の実装を目指すことで、日本における「地域包括ケアシステム」の中の「社会的処方」のシステム構築を目指す。

【事業スキームと検証ポイント】



「医療・介護連携支援体制」

検証ポイント（手順①～②）

- ①医師等に「生活上の課題」の気づきを促す「気づきシート」の効果。
→ 「設問の聞き易さ」や「患者の反応」等の使用感と、回答の感度、特異度の検証。
- ②提供する情報の範囲
→ 医師とリンクワーカーとで、お互いに出せる情報と必要とする情報の内容について、認識の共有に向けた意見交換を行う。

検証ポイント（リンクワーカー）

- ①「リンクワーカー」としての各職種の可能性と課題。
→ 各職種の「強み」と「弱み」を、リンクワーカー活動の視点で比較・検証する。
- ②制度化にあたってのインセンティブや職務の整理。
→ 医療保険や介護保険、事業委託費等からのインセンティブ付与や、現在の職務内容を整理して、効率化と負担軽減について検討する。

「介護予防・日常生活支援総合事業」

検証ポイント（手順③～⑤）

- ①リンクワーカーのアセスメントに基づいて選定した「社会資源」の妥当性。
→ 医師からの情報とアセスメントの内容を基に、どの様に「社会資源」を絞り込んでいったのかのプロセスを確認・検証する。
- ②継続的な利用に向けた伴走型の支援。
→ 職種ごとの支援の範囲と、支援の最終目標の設定について話し合う。

検証ポイント（制度とアウトカム）

- ①一連の流れの検証（連携の課題、制度の課題 等）。
→ 職種ごとの「出来たこと」「難しかったこと」を取り上げ、連携促進を図る。
- ②アウトカム評価（エンドポイント：受療行動・生活の質と主観的健康感（幸福度） 等）。
→ 数値的な評価とランダム化比較による評価。
- ③定着に向けた取り組み。
→ 市民や関係者への普及・啓発と、現行制度（事業）の効率的活用について検討する。

東日本大震災の特別措置の延長 (医療保険者等への財政支援措置)

令和3年度概算要求額

37.9億円(37.9億円)

(ほか介護分:0.7億円(0.7億円))

(計:38.6億円(38.6億円))

()の金額は令和2年度当初予算額

1. 一部負担金の免除等による財政支援<29.3億円(29.3億円)>

①一部負担金の免除等による財政支援

(29.1億円(29.1億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の医療機関等で一部負担金を免除した保険者等への補助

②特定健診の自己負担金の免除等による財政支援等

(0.2億円(0.2億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の保険者等への補助

- ☐ 特定健康診査等に係る自己負担金に対する助成
- ☐ 避難先の保険者と被災元の保険者が実施する特定健康診査等の費用との差額に対する助成
- ☐ 被災者に対する特別措置についての周知事業

2. 保険料の免除による財政支援 <8.6億円(8.6億円)>

①保険料の免除による財政支援(7.3億円(7.3億円))※

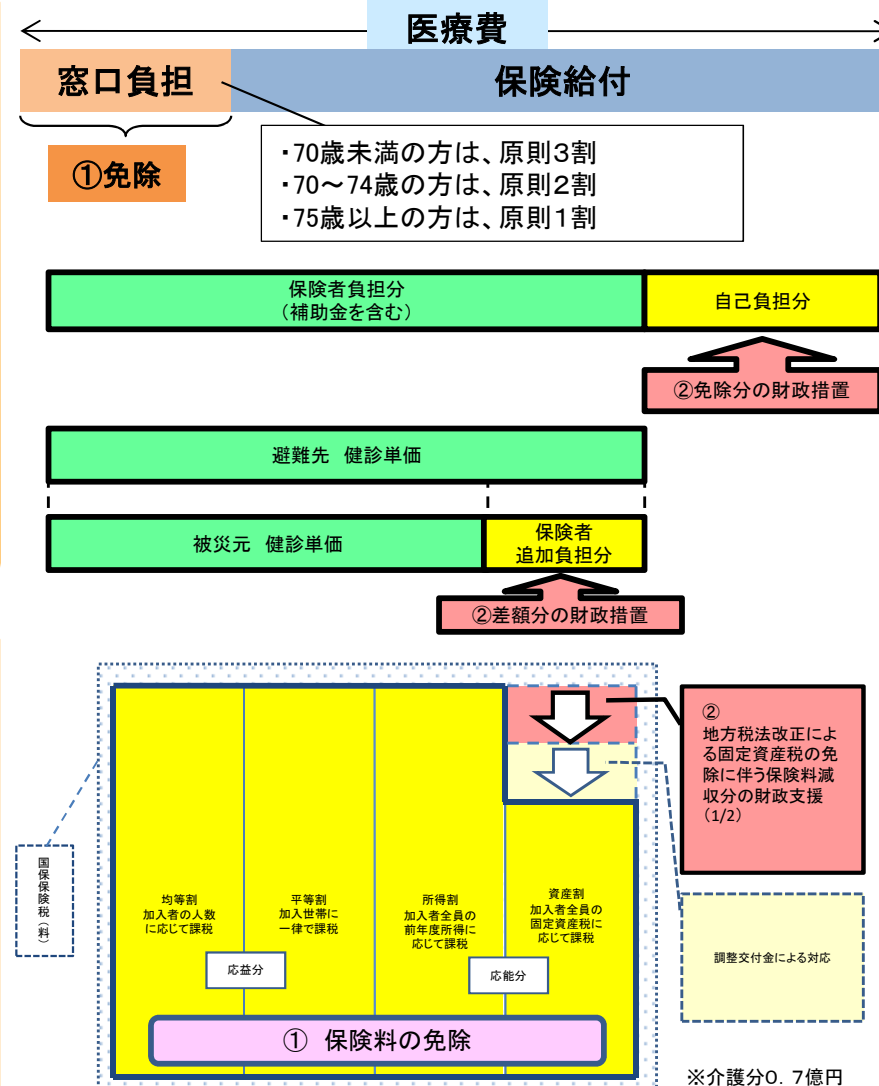
東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の保険料を免除した保険者等への補助

※このほか、介護分0.7億円(0.7億円)

②固定資産税の課税免除に伴う保険者への財政支援

(1.3億円(1.3億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の固定資産税の免除に伴う保険料減収分の1/2を財政支援



※ 特別措置については、『復興・創生期間』後における東日本大震災からの復興の基本方針(令和元年12月20日閣議決定)において、「被保険者間の公平性等の観点から、適切な見直しを行う」とこととされている。

東日本大震災の特別措置の延長(保険者内訳)

(単位:千円)

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	国保組合	後期高齢者	その他	計
1. 一部負担金等の減免による財政支援	1,509,560	257,896	825,613	29,623	301,168	6,184	2,930,044
①窓口負担金等一部負担金等の減免による財政支援	1,508,059	257,679	817,699	29,527	301,168	—	2,914,132
②特定健診等の一部負担金等の減免による財政支援等	1,501	217	7,914	96	—	6,184	15,912
2. 保険料の減免等による財政支援	—	—	588,081	37,856	235,140	—	861,077
①保険料の減免による財政支援	—	—	459,123	37,856	235,140	—	732,119
②固定資産税の課税免除に伴う保険者への財政支援	—	—	128,958	—	—	—	128,958
合 計	1,509,560	257,896	1,413,694	67,479	536,308	6,184	3,791,121

※このほか、介護保険制度に係る保険料の減免による財政支援として、71,745千円(市町村国保66,569千円、国保組合5,176千円)。
 ※後期高齢者に係る健診自己負担額免除は実施するが、財政支援対象者見込みが少なく、積極的な要請もないので予算計上しない。
 ただし、費用が生じた場合については、特別調整交付金により措置する。
 ※平成26年度においては、平成25年度と同様に特別な財政支援を延長する。ただし、10月以降は旧緊急時避難準備区域等の上位所得層を除く。
 ※平成27年度においては、平成26年度と同様に特別な財政支援を延長するが、補助率を以下のとおり変更する。
 ①被用者保険(協会けんぽ:10/10、健保組合:財政力に応じて0/3～3/3 予算額は1.25/10縮減)、②国保・後期(8/10→7/10)
 ※平成27年度においては、10月以降は旧避難指示解除準備区域等の上位所得層を除く。
 ※平成28年度においては、平成27年度と同様に特別な財政支援を延長するが、10月以降、檜葉町の上位所得層を除く。
 ※平成29年度においては、平成28年度と同様に特別な財政支援を延長するが、補助率を以下のとおり変更する。
 ①被用者保険(協会けんぽ:10/10、健保組合:財政力に応じて0/3～3/3 予算額は1.43/10縮減)、②国保・後期(7/10→6/10)
 ※平成29年度においては、10月以降は葛尾村、川内村、南相馬市、飯館村、川俣町、浪江町、富岡町の一部について、上位所得層を除く。
 ※令和元年度(平成31年度)においては、平成30年度と同様に特別な財政支援を延長するが、補助率を次のとおり変更する。(国保・後期(6/10→4/10))
 ※令和2年度においては、令和元年度と同様に特別な財政支援を延長するが、補助率を次のとおり変更する。(国保・後期(4/10→2/10))
 ※令和2年度においては、10月以降は令和元年度に避難指示が解除された区域等の上位所得層を除く。

東日本大震災における国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険の特別措置 (窓口負担・保険料の減免)

被災地全域

【震災発生(平成23年3月)から1年間】

- 住宅が全半壊・全半焼した方、主たる生計維持者が死亡したり、行方不明となっている方、東電福島第一原発事故に伴う避難指示区域等^(注1)及び特定被災区域^(注2)の住民の方等について、窓口負担・保険料を免除
- 国により**全額を財政支援**(平成23年度補正予算 及び 特別調整交付金)

※「特別調整交付金」とは、災害等による窓口負担・保険料減免などによる給付費増などを全国レベルで調整する交付金(国民健康保険等における仕組み)

避難指示区域等

【平成24年度～令和元年度】

- 窓口負担・保険料の免除を**延長**
- 国により**全額を財政支援**(復興特会 及び 特別調整交付金)
- 避難指示が解除された区域等の上位所得層^(注3)の住民
 - ・ 平成26年10月以降順次、特別措置の対象外^(注4)
 - ・ 特別措置の対象外となった場合でも、本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免が可能
⇒ 財政負担が著しい場合に、国により**減免額の8/10以内の額を財政支援**(特別調整交付金等)

特定被災区域(避難指示区域等以外)

【平成24年9月末まで】

- 窓口負担の免除及び保険料の減免を**延長**
- 国により**全額を財政支援**(特別調整交付金)

【平成24年10月以降】

- 本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免が可能
- 財政負担が著しい場合に、国により**減免額の8/10以内の額を財政支援**(特別調整交付金等)

【令和2年度】

- ① 帰還困難区域等の住民及び令和元年度以前に避難指示が解除された区域等の上位所得層以外の住民
 - 窓口負担・保険料の免除をさらに**1年延長**
 - 国により**全額を財政支援**(復興特会 及び 特別調整交付金)
- ② 令和元年度以前に避難指示が解除された区域等の上位所得層の住民
 - 本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免が可能
⇒ ②の減免について、財政負担が著しい場合に、国により**減免額の8/10以内の額を財政支援**(特別調整交付金等)

(注1)「避難指示区域等」とは、①警戒区域、②計画的避難区域、③緊急時避難準備区域、④特定避難勧奨地点(ホットスポット)と指定された4つの区域等をいう(いずれも、解除・再編された場合を含む)。

(注2)「特定被災区域」とは、災害救助法の適用地域(東京都を除く)や被災者生活再建支援法の適用地域をいう。

(注3)「上位所得層」とは、医療保険では高額療養費における上位2つの所得区分の判定基準を参考に設定(国保・後期高齢者医療では、年収約840万円以上)。介護保険では、その基準に相当する基準を設定。

(注4)平成25年度以前に避難指示が解除された旧緊急時避難準備区域等(特定避難勧奨地点を含む。)の上位所得層は平成26年10月から、平成26年度に避難指示が解除された旧避難指示解除準備区域等(田村市の一部、川内村の一部及び南相馬市の指定避難勧奨地点)の上位所得層は平成27年10月から、平成27年度に避難指示が解除された旧避難指示解除準備区域(楢葉町の一部)の上位所得層は平成28年10月から、平成28年度に避難指示が解除された旧居住制限区域等(葛尾村の一部、川内村の一部、南相馬市の一部、飯館村の一部、川俣町の一部、浪江町の一部及び富岡町の一部)の上位所得層は平成29年10月から、特別措置の対象外。令和元年度に避難指示が解除された区域等の上位所得層は令和2年10月から、特別措置の対象外とする。

(※1) (注1)・(注2)の区域等の住民については、震災発生後、他市町村へ転出した方を含む。

(※2) 避難指示区域等の窓口負担・保険料の免除措置に対する全額の財政支援の財源構成割合(復興特会:特別調整交付金)は、国保・後期高齢者医療においては、平成26年度以前の8:2から、平成27年度から7:3に、平成29年度から6:4に、令和元年度から4:6に、令和2年度から2:8に変更。介護保険においては、平成26年度以前は全額復興特会であったが、平成27年度から9:1に、平成29年度からは8:2に、令和元年度からは6:4に、令和2年度からは4:6に変更。

東日本大震災における被用者保険の特別措置 (窓口負担の免除・保険料の減免)

被災地全域

【震災発生(平成23年3月)から1年間】 (窓口負担)

- 住宅が全半壊・全半焼した方、主たる生計維持者が死亡したり、行方不明となっている方、東電福島第一原発事故に伴う避難指示区域等^(注1)の住民の方等について、窓口負担を免除
- 保険者の財政状況に応じて国により**財政支援**(平成23年度補正予算)

(保険料)

- 震災により、従業員に対する報酬の支払いに著しい支障が生じている事業所について、保険料の納付を免除
- 保険者の財政状況に応じて、国により**財政支援**(平成23年度補正予算)
⇒ 平成24年3月以降は、賃金水準に応じて保険料負担

避難指示区域等^(注1)

【平成24年度～令和元年度】

- 窓口負担の免除を延長
- 保険者の財政状況に応じて、国により**財政支援**(復興特会)
- 避難指示が解除された区域等の上位所得層^(注3)の住民
 - ・ 平成26年10月以降順次、保険者の判断で窓口負担の減免が可能^(注4)
⇒ 国による財政支援はなし(保険料負担)

特定被災区域^(注2) (避難指示区域等以外)

- 保険者判断で窓口負担の減免が可能
 - 【協会けんぽ】 窓口負担：平成24年9月末まで延長
 - 【健保組合】 窓口負担：保険者判断により延長対応
- ⇒ 国による財政支援はなし(保険料負担)

【令和2年度】

- 帰還困難区域等の住民及び令和元年度以前に避難指示が解除された区域等の上位所得層以外の住民
 - 窓口負担の免除をさらに1年延長
 - 保険者の財政状況に応じて、国により**財政支援**(復興特会)
- 令和元年度以前に避難指示が解除された区域等の上位所得層の住民
 - 保険者の判断で窓口負担の減免が可能

(注1) 「避難指示区域等」とは、①警戒区域、②計画的避難区域、③緊急時避難準備区域、④特定避難勧奨地点(ホットスポット)と指定された4つの区域等をいう(いずれも、解除・再編された場合を含む)。

(注2) 「特定被災区域」とは、災害救助法の適用地域(東京都を除く)や被災者生活再建支援法の適用地域をいう。

(注3) 「上位所得層」とは、高額療養費における上位2つの所得区分の判定基準を参考に設定(標準報酬月額53万円以上)。

(注4) 平成25年度以前に避難指示が解除された旧緊急時避難準備区域等(特定避難勧奨地点を含む。)の上位所得層は平成26年10月から、平成26年度に避難指示が解除された旧避難指示解除準備区域等(田村市の一部、川内村の一部及び南相馬市の指定避難勧奨地点)の上位所得層は平成27年10月から、平成27年度に避難指示が解除された旧避難指示解除準備区域(楡葉町の一部)の上位所得層は平成28年10月から、平成28年度及び平成29年4月1日に解除された旧居住制限区域等(葛尾村の一部、川内村の一部、南相馬市の一部、飯館村の一部、川俣町の一部、浪江町の一部及び富岡町の一部)の上位所得層は平成29年10月から、財政支援の対象外。令和元年度に避難指示が解除された区域等の上位所得層は令和2年10月から、財政支援の対象外とする。

(※) (注1)・(注2)の区域等の住民については、震災発生後、他市町村へ転出した方を含む。

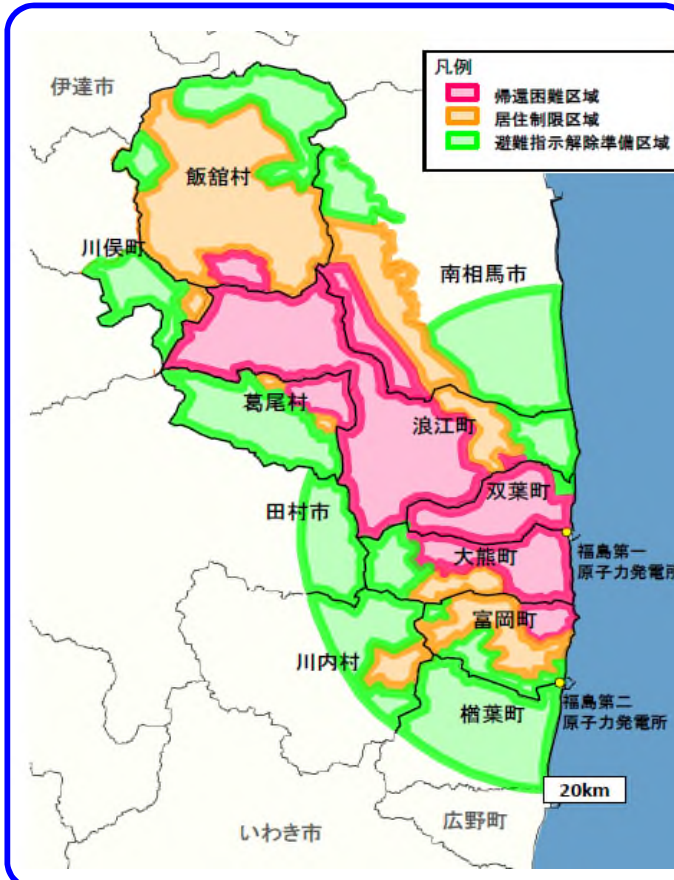
避難指示区域等の解除・再編の経過

- 旧緊急時避難準備区域等(特定避難勧奨地点を含む。)の上位所得層は、平成26年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 平成26年度に解除された旧避難指示解除準備区域(田村市の一部及び川内村の一部)及び特定避難勧奨地点(南相馬市の指定箇所)の上位所得層は、平成27年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 平成27年度に解除された旧避難指示解除準備区域(檜葉町の一部)の上位所得層は、平成28年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- これまでに指定が解除された区域の取扱いと同様に、平成28年度及び平成29年4月1日に解除された旧居住制限区域等(葛尾村の一部、川内村の一部、南相馬市の一部、飯館村の一部、川俣町の一部、浪江町の一部及び富岡町の一部)の上位所得層は、平成29年10月1日以降、特別な財政支援の対象外とする。
- 令和元年度に解除された区域等の上位所得層については、令和2年10月1日以降、特別な財政支援の対象外とする。

東日本大震災発生当初



平成25年8月の状況



令和2年3月の状況

