

第 163 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 5 年 2 月 24 日（金）
16 時 00 分～18 時 00 分
場所：オンライン開催

（ 議 題 ）

1. 「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」
中間とりまとめについて
2. マイナンバーカードと健康保険証の一体化について

（ 報告事項 ）

1. 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険
法等の一部を改正する法律案について
2. 第 8 次医療計画等に関する検討会について

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」
中間とりまとめについて
- 資 料 2 マイナンバーカードと健康保険証の一体化について
- 資 料 3 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の
一部を改正する法律案について
- 資 料 4 6 事業目（新興感染症対応）に係る医療計画策定等にあたっての対応の
方向性（案）（抄）

参考資料 1 「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」
中間とりまとめ

参考資料 2 「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」
中間とりまとめ 参考資料

参考資料 3 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の
一部を改正する法律案要綱

委員提出資料 安藤委員提出資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

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
いのくち ゆうじ 猪口 雄二	日本医師会副会長
いぶか ようこ 井深 陽子	慶應義塾大学経済学部教授
うちぼり まさお 内堀 雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
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	早稲田大学理事・法学学術院教授
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
そでい たかこ 袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会副理事長
たなべ くにあき ◎ 田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
はた けんいちろう 羽田 健一郎	全国町村会副会長／長野県長和町長
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
ふじい りゆうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほんだ こういち 本多 孝一	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
むらかみ ようこ 村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長
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
わたなべ だいき 渡邊 大記	日本薬剤師会副会長



「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」 中間とりまとめについて

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会の設置について

(1) 名称

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会

(2) 設置形式

デジタル庁で設置した検討会議（総務省及び厚労省の協力を得て開催）

(3) 公開の取扱

議事は非公開（議事概要を公開）

(4) スケジュール

第1回	検討会（12/6開催）	論点の提示・整理、専門家WGの設置
第1回	専門家WG（12/12開催）	論点の提示・整理、構成員の意見聴取
第2回	専門家WG（12/22開催）	団体からのヒアリング
第3回	専門家WG（12/23開催）	〃
第4回	専門家WG（2/7開催）	中間とりまとめ 主な項目
第5回	専門家WG（2/16開催）	中間とりまとめ（案）
第2回	検討会（2/17開催）	中間とりまとめ

検討会、専門家ワーキンググループメンバー

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会

河野 太郎 デジタル大臣

松本 剛明 総務大臣

加藤 勝信 厚生労働大臣

専門家ワーキンググループ

村上 敬亮 デジタル庁 国民向けサービスグループ統括官

吉川 浩民 総務省 自治行政局長 (オブザーバー)

伊原 和人 厚生労働省 保険局長 全国健康保険協会

長島 公之 日本医師会 常任理事 全国知事会

遠藤 秀樹 日本歯科医師会 副会長 全国市長会

森 昌平 日本薬剤師会 副会長 全国町村会

伊藤 悦郎 健康保険組合連合会 常務理事 全国後期高齢者医療広域連合協議会

岡崎 誠也 国民健康保険中央会 会長 地方公共団体情報システム機構

(参考) ヒアリング対象団体

(第2回 専門家WG)

社会福祉法人全国社会福祉協議会
全国民生委員児童委員連合会
全国社会福祉法人経営者協議会
特定非営利活動法人
KHJ 全国ひきこもり家族会連合会
一般社団法人ひきこもり
UX 会議
公益社団法人
全国老人福祉施設協議会
公益財団法人
日本知的障害者福祉協会
一般社団法人
日本介護支援専門員協会
特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会
一般社団法人
全国手をつなぐ育成会連合会

(第3回 専門家WG)

一般社団法人
日本認知症本人ワーキンググループ
公益財団法人
全国老人クラブ連合会
公益社団法人
認知症の人と家族の会
社会福祉法人日本視覚障害者団体連合
一般社団法人
全日本ろうあ連盟
全国身体障害者施設協議会
公益社団法人
成年後見センター・リーガルサポート
千葉市
都城市

※順不同

中間とりまとめ 主な事項①

(1) マイナンバーカードの特急発行・交付の仕組みの創設等について

- 市町村の窓口に来庁して申請を行う**特急発行・交付**について、発行期間の短縮に加え、カードの発行主体であるJ-LISから申請者に直接送付することで、**申請から1週間以内（最短5日）で交付できる**新たな仕組みを創設し、**2024年秋までに**、新生児、紛失等による再交付、海外からの転入者（約150万枚/年）を含め、合計約**360万枚/年**（約1万枚/日）まで対応できる体制を構築する。

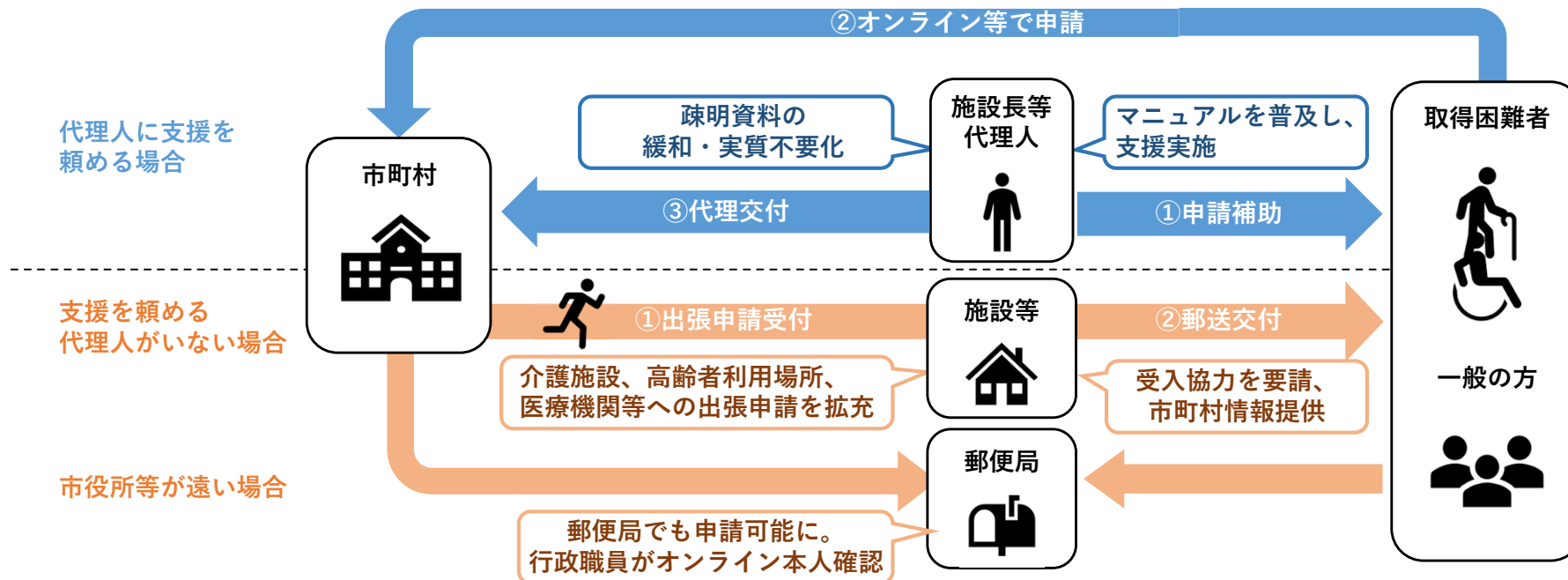
(2) マイナンバーカードの代理交付・申請補助等について

- 役所に出向くことが困難であるとして**代理交付の活用ができるケース**について、従来より幅広く**拡充・明確化**する。あわせて、困難であることを示す「**疎明資料**」について、入手が容易・費用がかからないもので対応できるよう**緩和**するとともに、**困難であることが推定される一定の場合（例：成年被後見人、中学生以下の者、75歳以上のご高齢の方）には実質不要**とし、より柔軟に代理交付の仕組みを活用することができるよう、本年度中を目途に自治体向けの事務処理要領を改訂する。
- 来年度、施設職員や支援団体等に、申請・代理交付等の支援の協力を要請する。**その際、本来業務に配慮した**マニュアルを作成・普及**するとともに、申請のとりまとめや代理での受け取り等に対する**助成**を行う。
- 知的障害者など暗証番号の設定**に困難を抱える申請者に対しては、顔認証による使用を前提としつつ、代理人に不要な負荷をかけないためにも、**暗証番号の取扱いについて検討**する。また、**写真の撮影ルール**についても、**障害等の事情に応じ柔軟に対応**することを本年度中に改めて周知する。

中間とりまとめ 主な事項②

(3) 市町村によるマイナンバーカードの申請受付・交付体制強化の対応

- ・ 介護福祉施設等の高齢者が利用しやすい場所や保険証を活用する現場である医療機関等での出張申請を本年度から推進する。
- ・ 来年度、施設等に出張申請受け入れの協力を要請し、希望する施設等の情報をとりまとめ市町村に提供する。
- ・ 上記に加え、市町村が指定した郵便局で、市町村とオンラインでつなぎ、マイナンバーカードの交付申請と市町村による本人確認を行えるようにし、発行されたカードを郵送で住民に届けられるようにする。



中間とりまとめ 主な事項③

(4) マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない場合の取扱い

- 健康保険証の廃止に合わせて、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方等については、氏名・生年月日、被保険者等記号・番号、保険者情報等が記載された**資格確認書（基本は紙）を提供する。**

（具体例）

- ・ マイナンバーカードを紛失した・更新中の者
 - ・ 介護が必要な高齢者や子どもなどマイナンバーカードを取得していない者
 - ・ ベビーシッターなどの第三者が本人に同行して本人の資格確認を補助する必要がある場合 など
- ・ 発行済みの健康保険証を1年間有効とみなす経過措置を設ける。
 - ・ 資格確認書は、本人の申請に基づき書面又は電磁的方法により、保険者より速やかに提供する。
 - ・ 資格確認書の有効期間は、1年を限度として各保険者が設定することとする。様式は国が定める。

※ 資格確認書の発行は、現行の保険証と同様、無償。

※ これまでの診療記録などデータに基づくより良い医療を可能となることや、診療報酬による患者負担の差があることなど、マイナンバーカードを保険証として利用することの意義・メリットをわかりやすく伝える。

(5) 保険者の資格情報入力のタイムラグ等への対応

- オンライン資格確認等システムについて、**保険者の迅速かつ正確なデータ登録**が確保される方策（保険者によるデータ登録（5日以内）の義務付け（事業主から保険者への届出（5日以内）と合わせて計10日以内）、資格取得届出における個人番号等の記載義務を法令上明確化等）を検討する。

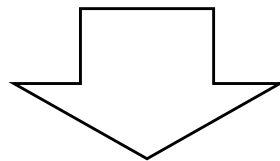
中間とりまとめ 主な事項④

(6) 第三者によるマイナンバーカードの取扱いについて

- 医療機関等の受診時にマイナンバーカードを第三者に預けることや、施設入所者のマイナンバーカードの管理の在り方などについて、**取扱いの留意点等を整理した上で周知し、安心して管理することができる環境づくりを推進する。**

(7) 乳幼児のマイナンバーカードについて

- 出生後速やかにカードを交付することができるよう、**出生届の提出にあわせて申請を行うことができるようにし、特急発行の対象とする。**
- 1歳未満でカードを申請する場合については、顔写真がないカードを交付することとする。**
(有効期間は5歳の誕生日まで)



- 中間とりまとめで具体化に至らなかった事項については、最終とりまとめに反映できるよう検討する。
- 以上により、全ての国民に行き渡るように全力を尽くす。



マイナンバーカードと健康保険証の一体化について

マイナンバーカードと健康保険証の一体化

資格確認書の仕組みの整備 【医療保険各法】

- 健康保険証を廃止するとともに、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある者（※1）が必要な保険診療等を受けられるよう、当該者からの求めに応じ、各医療保険者等は、医療機関等を受診する際の資格確認のための「資格確認書」を、書面又は電磁的方法により提供することとする。
 - （※1）マイナンバーカードを紛失した・更新中の者、介護が必要な高齢者やこどもなどマイナンバーカードを取得していない者、ベビーシッターなどの第三者が本人に同行して本人の資格確認を補助する必要がある場合など
 - （※2）資格確認書の有効期間は、1年を限度として、各保険者が設定することとする。様式は国が定める。
 - （※3）保険者が必要と認めるときは、本人からの申請によらず資格確認書を交付できることとする。（経過措置）
- 発行済みの健康保険証は、健康保険証廃止後、1年間（先に有効期間が到来する場合は有効期間まで）有効とみなす経過措置を設ける。

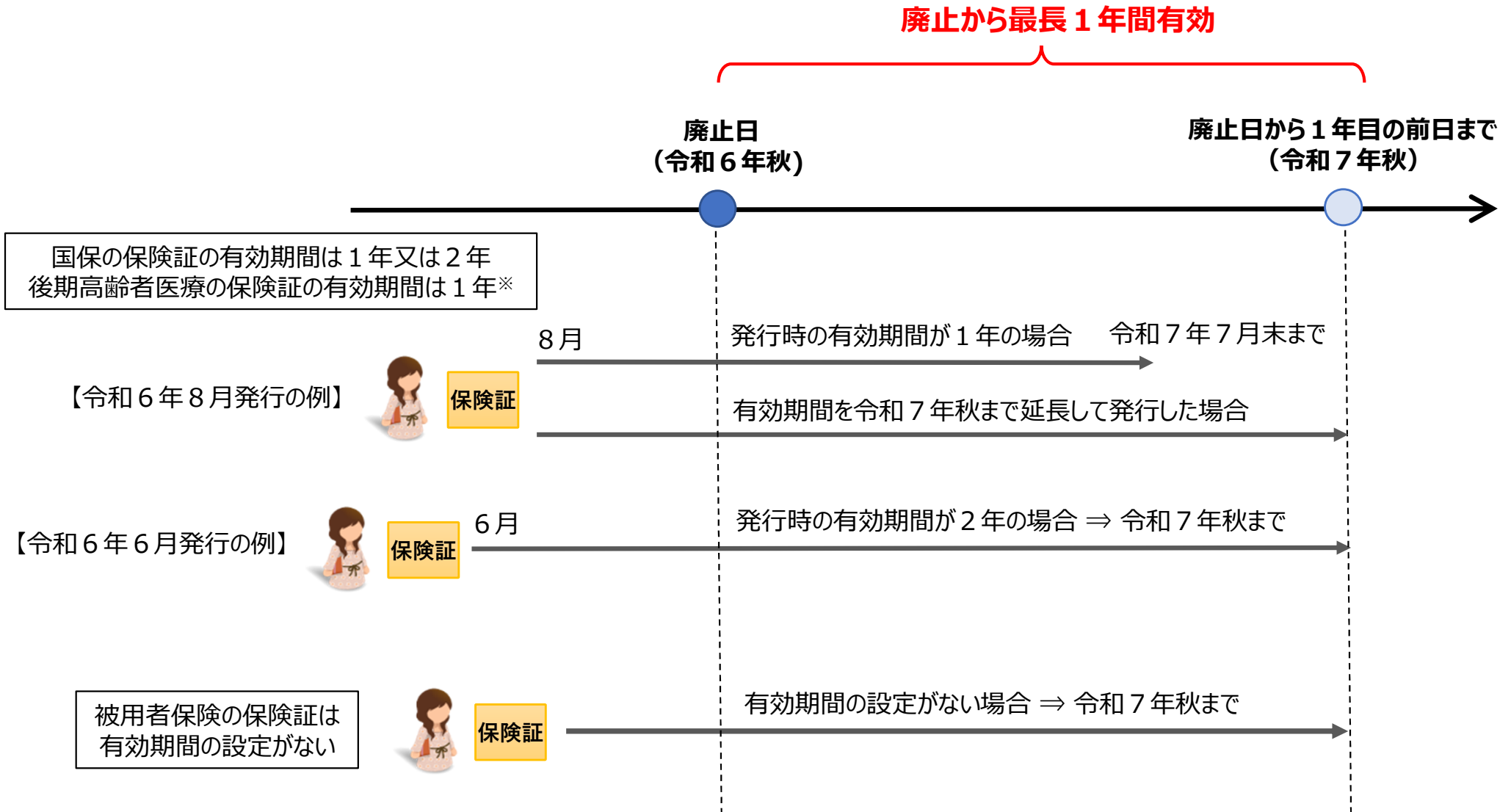
特別療養費の支給の通知の仕組みの整備 【国民健康保険法等】

- 健康保険証の廃止に伴い、短期被保険者証の仕組みは廃止する。
- 長期にわたる保険料滞納者（※5）に対する保険料の納付を促す取組として、これまで行われてきた被保険者資格証明書（現物給付を特別療養費の支給（償還払い）に変更）の交付に代えて、特別療養費の支給に変更する旨の事前通知を行うこととする。
 - （※4）現在のオンライン資格確認の仕組みでも、医療機関・薬局では、特別療養費の対象者かどうかを確認できる。保険証の廃止後は、特別療養費の対象者は、被保険者資格証明書ではなく、マイナンバーカード又は資格確認書（特別療養費の対象者である旨を記載）を提示して受診。
 - （※5）長期にわたる保険証滞納者とは、市町村が納付の勧奨、納付相談の実施等により保険料の納付に資する取組を行ったにもかかわらず、特別の事情（災害、病気、事業廃止等）なく、保険料を原則1年以上滞納している滞納者。事前通知の仕組みでも、現行の被保険者資格証明書と同様、機械的な運用を行うことなく、保険料の納付に資する取組や特別の事情の有無の把握等を適切に行った上で通知することを周知予定。

- 見直しの時期：令和6年秋を予定

発行済の健康保険証の取扱いについて

- 発行済みの健康保険証については、健康保険証廃止後、1年間（有効期間が先に到来する場合は有効期間までの間）、有効とみなす経過措置を設けることとしている。



(注) 短期被保険者証、被保険者資格証明書も同様とする

※一部の後期高齢者医療広域連合では、2年

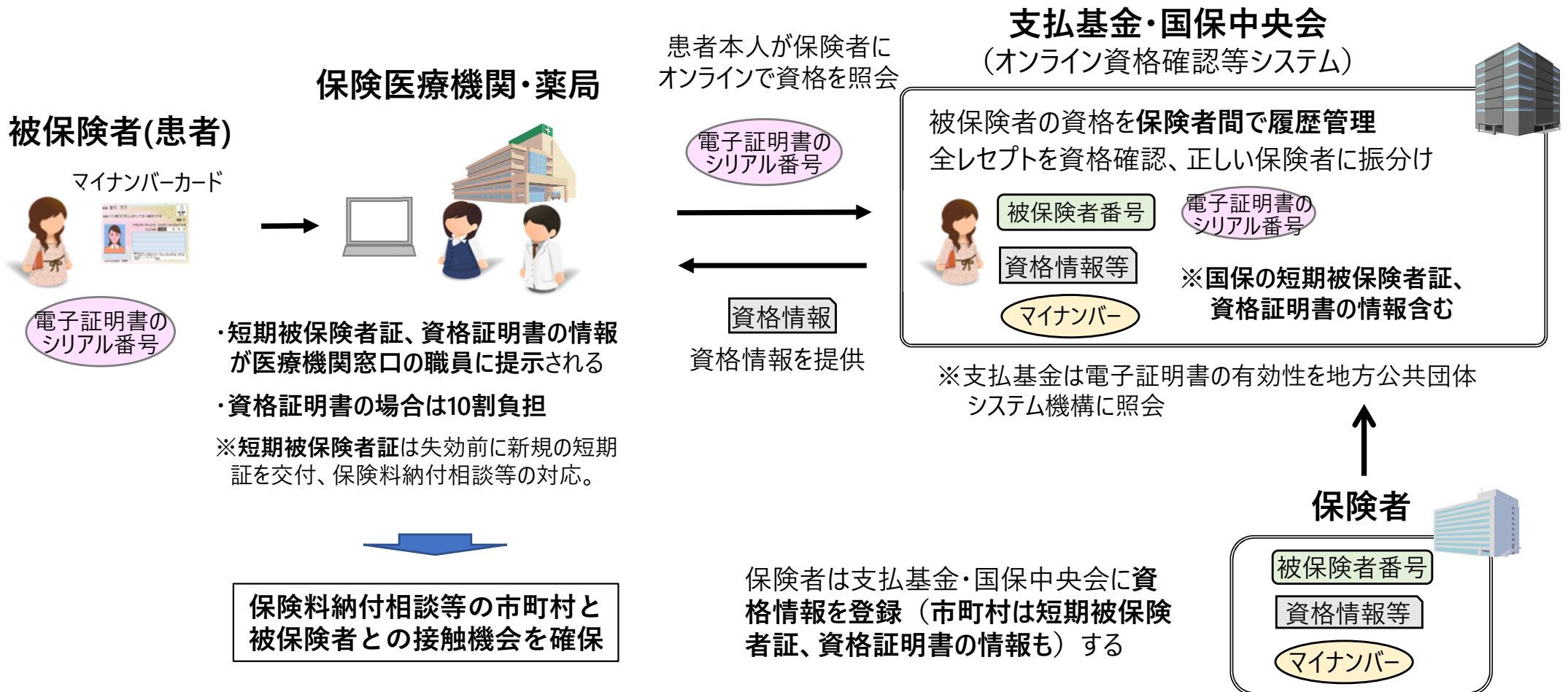
参考：国保の短期被保険者証、資格証明書の仕組み（現行）

- 国民健康保険は、被保険者全体の相互扶助で成り立つものであり、保険料の収納の確保は、制度の維持や被保険者間の負担の公平の観点から重要。滞納者に対しては、滞納処分も含めた適切な収納対策を講じる必要。
- 国民健康保険料は、毎月の給与から天引きされる健康保険料とは異なり、自主的な納付が必要であり、保険料の滞納が生じやすい。このため、「短期被保険者証」「資格証明書」を交付し、滞納者との納付相談の機会の確保など、実効ある収納対策を実施できるようにしている。

	制度概要
短期被保険者証 （交付世帯数：48万） ※令和3年6月時点 ※全世帯数：1724万（令和2年度時点）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村は、保険料滞納者に対して、<u>短期の有効期間を設定した「短期被保険者証」を交付</u>できる。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 医療機関等の窓口で提示すれば、通常の一部負担金で受診することが可能。 ※ 有効期間は個々の滞納世帯の状況に応じ、保険者が決定。（例：6ヶ月、3ヶ月、1ヶ月など）
被保険者資格証明書 （交付世帯数：9.9万） ※令和3年6月時点 ※昭和61年の導入時は、保険者の裁量による運用。介護保険制度の導入に伴い新たに介護納付金の納付も必要となったこと等から、平成12年から、法律上一定の要件に該当した場合は発行する義務を設けた。 ※後期高齢者医療制度も同様の制度があるが、原則として交付しない運用（発行実績なし（令和3年9月末日時点））	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村は、保険料を納付することができない「<u>特別の事情</u>」がないにもかかわらず、<u>原則1年以上保険料を滞納している者</u>に対して、<u>被保険者証の返還を求め</u>（返還を求められた世帯主は被保険者証の返還義務あり）、<u>「資格証明書」を交付</u>する。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 特別の事情（政令で規定） <ul style="list-style-type: none"> ・世帯主の財産が災害又は盗難にあった ・世帯主等が病気又は負傷した ・世帯主が事業を廃止又は休止した ・世帯主の事業に著しい損失があった 等 ※ 医療機関の窓口で医療費を全額支払った後、保険者に保険給付分の償還払いを申請できる。

参考：オンライン資格確認での短期被保険者証、資格証明書の仕組み（現行）

- オンライン資格確認では、市町村は、短期被保険者証、資格証明書の情報を、支払基金・国保中央会に登録し、医療機関・薬局では、患者が短期被保険者証、資格証明書を有する者かどうか分かる仕組みとなっている。
- ※顔認証付きカードリーダーでは、患者自身が短期被保険者証、資格証明書の対象かどうかはまでは表示していない。





全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案について

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直し。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【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、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

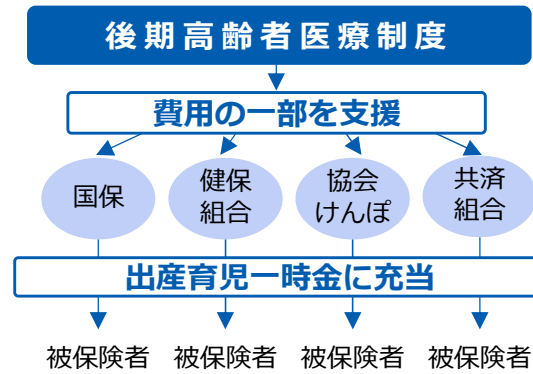
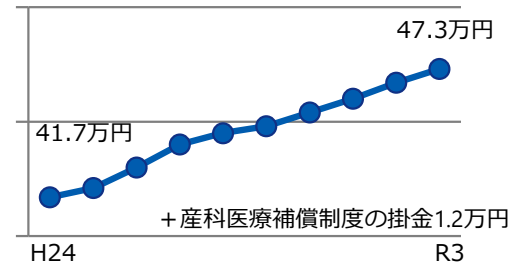
次期医療保険制度改革の主要事項

I. 出産育児一時金の引き上げ

- 出産育児一時金について、費用の見える化を行いつつ、大幅に増額（42万円→50万円/令和5年4月）
- 後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入し、子育てを全世代で支援
 - ※高齢者医療制度創設前は、全ての世代で出産育児一時金を含め子ども関連の医療費を負担

《出産費用（正常分娩）の推移》

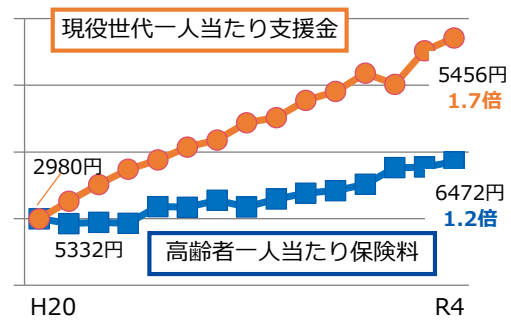
※民間医療機関を含めた全施設の平均



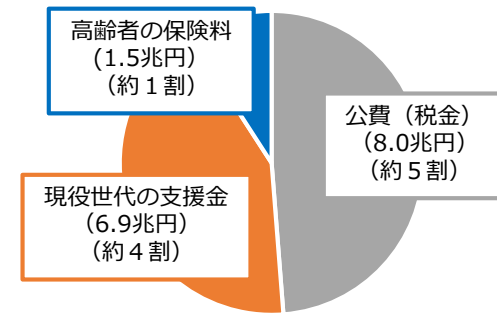
II. 高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う仕組み

- 現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合を見直し
 - 制度創設時と比べ、現役世代の支援金は1.7倍、高齢者の保険料は1.2倍の伸びとなっており、高齢者の保険料と現役世代の支援金の伸びが同じになるよう見直し。
 - 高齢者世代の保険料について、低所得層の負担増に配慮し、賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げる形で負担能力に応じた負担としつつ、激変緩和措置を講ずる。

《一人当たり保険料・支援金の推移（月額）》



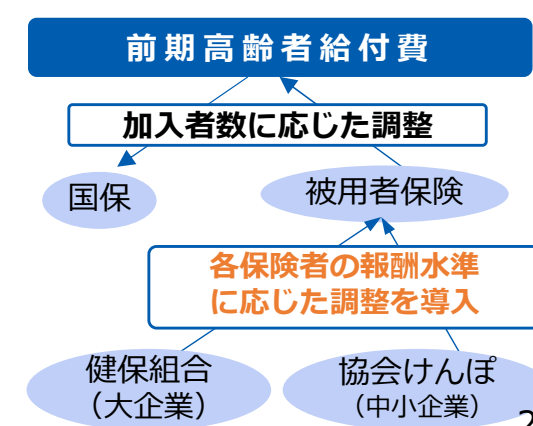
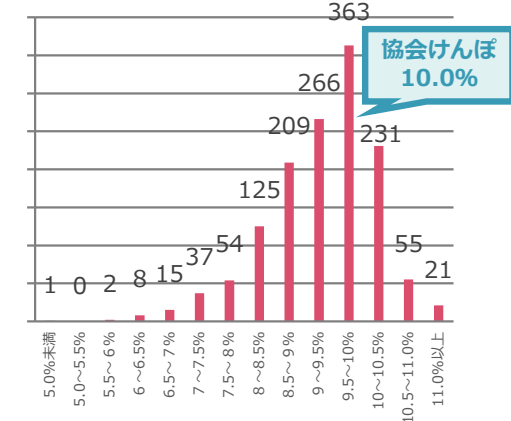
《後期高齢者医療の財源》



III. 被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化

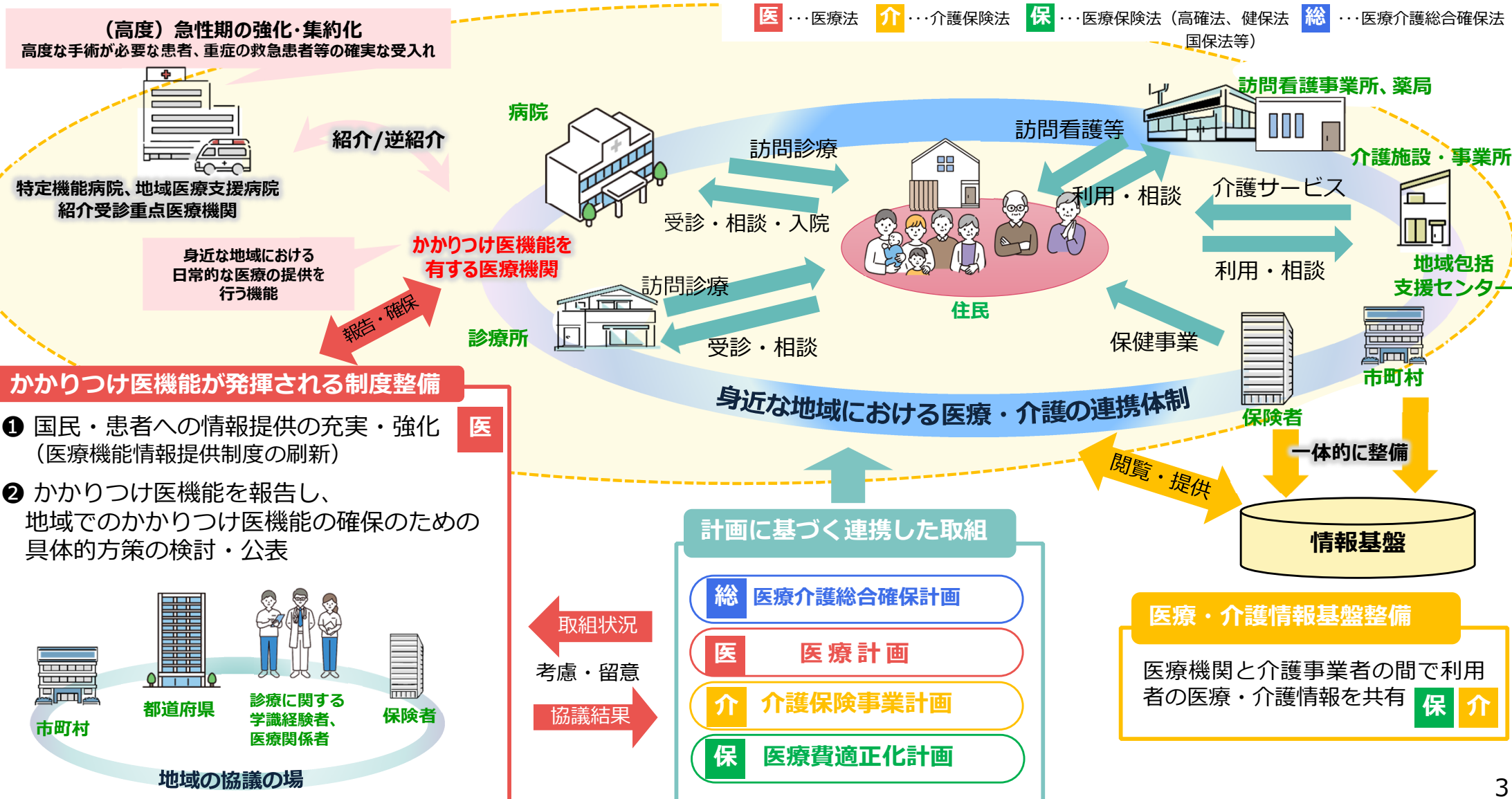
- 前期高齢者の給付費の調整において、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、「報酬水準に応じた調整」を導入
 - ※被用者保険者間の保険料率の格差が拡大。協会けんぽ（10%）以上の保険者が2割超。
- あわせて、現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに国費による更なる支援を実施

《健康保険組合の保険料率の分布（R3）》



地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。

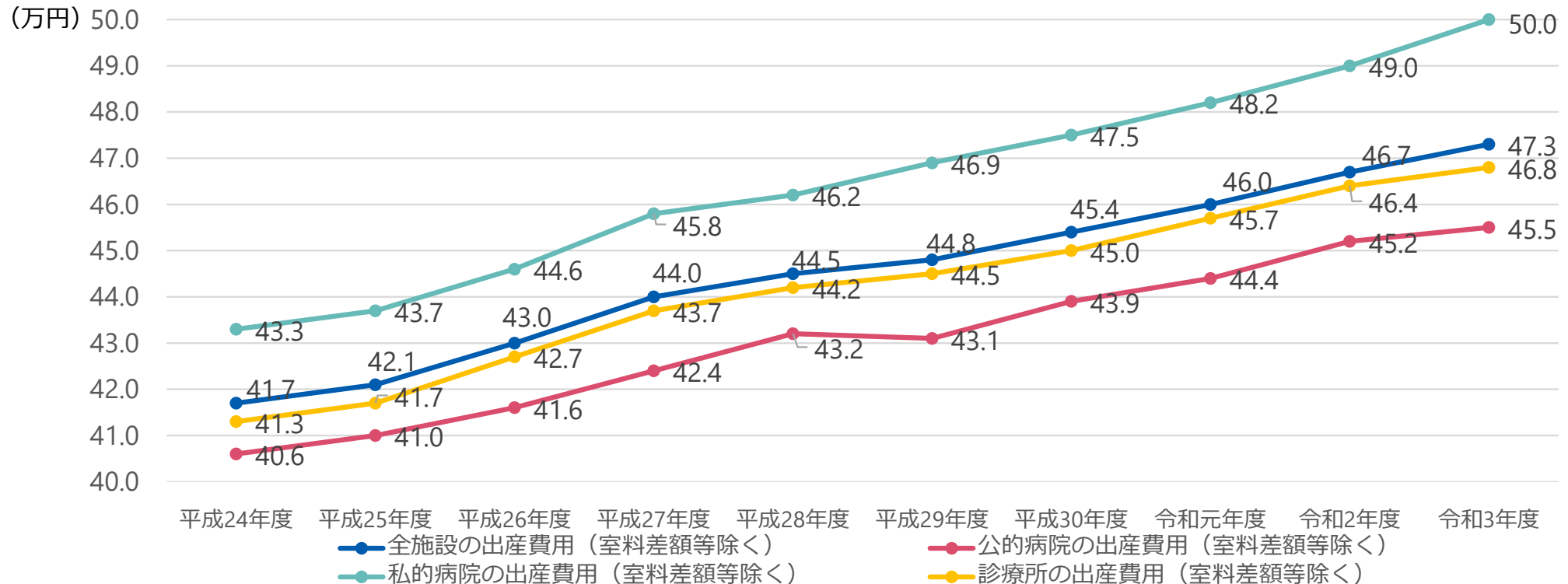


出産育児一時金の引上げ額について（政令事項）

- 出産育児一時金の額については、前回の引き上げ時は、「公的病院」の平均出産費用を勘案し、設定。
- 出産費用は年々上昇する中で、平均的な標準費用を全て賄えるようにする観点から、
 - ・「全施設」の平均出産費用を勘案するとともに、
 - ・近年の伸びを勘案し、直近の出産費用も賄える額に設定する。
- 以上より、48.0万円（令和4年度の全施設平均出産費用の推計額（※））+ 1.2万円（産科医療補償制度の掛金）= 49.2万円となるため、出産育児一時金の額は、令和5年4月から、全国一律で、**50万円**とする。

※「全施設」の平均出産費用は、ここ10年、毎年平均で1.4%上昇しており、令和4年度の平均出産費用を48.0万円と推計。

<参考：出産費用（正常分娩）の推移>



（データ）厚生労働省。室料差額、産科医療補償制度掛金、その他の費目を除く出産費用の合計額。
 （※）平成24年以降、出生数は年間平均2.5%減少傾向（2020年人口動態統計）

出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入

- 今後、生産年齢人口は急激に減少していく中で、特に少子化については、これまで様々な対策を講じてきたが、未だに少子化の流れを変えるには至っていない状況。**少子化を克服し、子育てを全世代で支援する観点から、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入。**

※後期高齢者医療制度は、**高齢者医療を社会全体で支えるという観点**に立って平成20年4月に創設。制度創設前は、出産育児一時金を含め子ども関連の医療費について、高齢者世代も負担。

(参考) 老人保健制度（高齢者医療制度創設前）

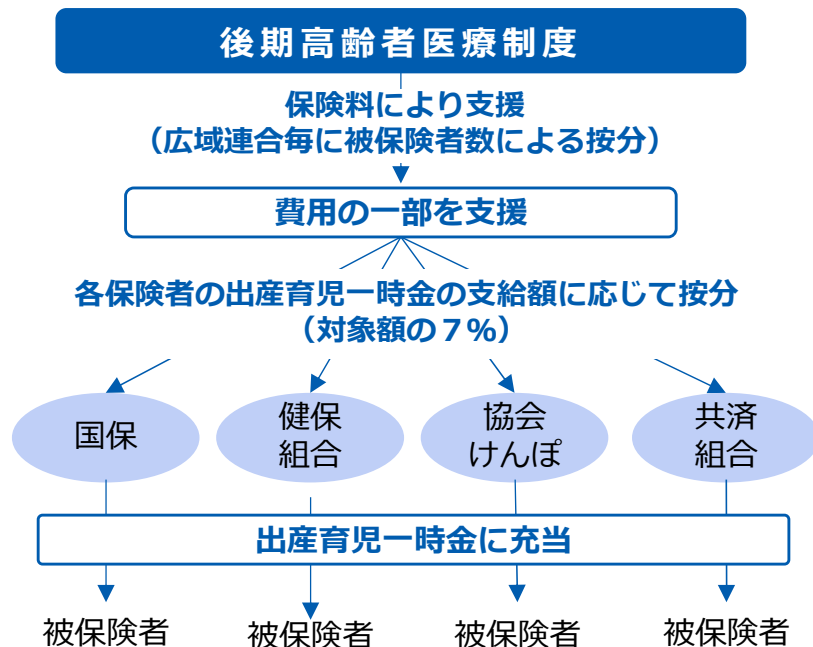
75歳以上の高齢者は国保・被用者保険に加入し、各々に保険料を納付しつつ、市町村が運営する老人保健制度から給付を受ける仕組み。

- 後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入するに当たり、**現行の現役世代・後期高齢者の保険料負担に応じ、後期高齢者医療制度の支援割合を対象額の7%と設定。**

※次期の後期高齢者医療の保険料率改定（2年毎）のタイミングである令和6年4月から導入（出産育児一時金の引き上げは令和5年4月～）。

※高齢者負担の激変緩和の観点から、令和6・7年度の負担額は1/2とする。

見直しのイメージ



■ 導入時点（令和6年度）

- 現役世代・後期高齢者の保険料負担に応じて、現役保険者・後期高齢者医療制度で出産育児一時金を按分。**

→ 後期高齢者医療の所要保険料（1.7兆円）
 \div 全医療保険制度計の所要保険料（24.4兆円） = 7%

<令和6年度の所要保険料（推計）>

全医療保険制度計	うち後期
24.4兆円	1.7兆円

※ 令和4年度予算ベースを足下として、令和6年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

■ 出産育児一時金への充当方法

- 出産育児一時金の支給実績の確定後に後期高齢者医療制度からの支援を受けるとした場合、支援を受けるまでに時間がかかることから、**支給見込みに応じて概算で支援を受け、支給実績を踏まえて確定（概算との精算）を行う仕組みとする。**
- 後期高齢者医療制度からの実際の支援は、保険者の事務を簡素にするため、後期高齢者支援金と相殺する。

出産費用の見える化について

- 出産費用の見える化を進め、妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に医療機関を選択できる環境を整備
医療機関等ごとの出産費用の状況のみならず、その医療機関等の特色やサービスの内容なども併せて公表

※法律事項ではなく、運用で対応

【対象医療機関】

直接支払制度を行っている医療機関等

【公表事項】

- ①医療機関等の特色（機能や運営体制等）
- ②室料差額や無痛分娩の取扱い等のサービス内容
- ③医療機関等における分娩に要する費用及び室料差額、無痛分娩等の内容（価格等）の公表方法
- ④平均入院日数や出産費用、妊婦合計負担額等の平均値に係る情報

※直接支払制度の専用請求書の内容に基づき算出

※一定期間における平均値であることから、分娩数が少ない医療機関等の公表は任意

【公表方法】

新たに設ける「見える化」のためのHPで医療機関等ごとに公表

【今後の進め方】

公表項目等の詳細について、有識者により令和5年夏までに検討を行い、医療保険部会に報告の上、令和6年4月を目途に見える化を実施

財政影響（出産育児一時金の増額、出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入）

- 今回の見直し（出産育児一時金の増額、出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入）に係る財政影響を制度別にみたもの。
- 出産育児一時金は50万円（8万円引き上げ）、後期高齢者医療からの支援対象額は一時金の1/2。

（2024年度：満年度ベース）

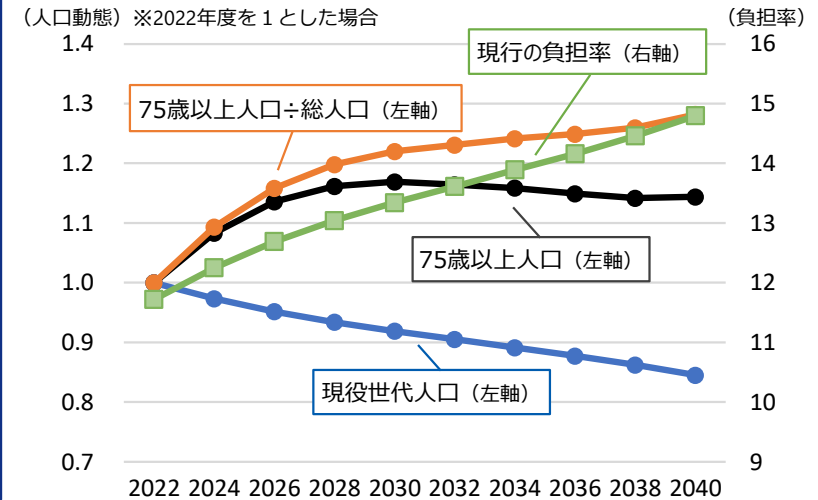
※（括弧）内は、後期高齢者医療制度からの支援導入による影響額

	42万円（現行）		50万円（+8万円）	
	給付費	加入者 一人当たり 〔〕：月額	影響額	加入者 一人当たり 〔〕：月額
合計	3,320億円		630億円 （-）	
協会けんぽ	1,440億円	3,800円〔320円〕	220億円 （▲60億円）	600円〔50円〕 （▲200円〔▲10円〕）
健保組合	1,040億円	3,800円〔310円〕	160億円 （▲40億円）	600円〔50円〕 （▲200円〔▲10円〕）
共済組合等	510億円	5,200円〔440円〕	80億円 （▲20億円）	800円〔70円〕 （▲200円〔▲20円〕）
国民健康保険	320億円	1,200円〔100円〕	60億円 （▲10億円）	200円〔20円〕 （▲20円〔▲2円〕）
後期高齢者	-	-	130億円 （130億円）	600円〔50円〕 （600円〔50円〕）

高齢者負担率の見直し

- 現行の高齢者負担率（高齢者が保険料で賄う割合）の設定方法は、現役世代の減少のみに着目しており、**制度導入以降、現役世代の負担（後期高齢者医療支援金）が大きく増加し（制度創設時と比べ、現役は1.7倍、高齢者は1.2倍の水準）、2025年までに団塊の世代が後期高齢者になる中で、当面その傾向が続く。**一方、長期的には、高齢者人口の減少局面においても、高齢者負担率が上昇し続けてしまう構造。
- 高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な仕組みとするとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制するため、**介護保険を参考に、後期高齢者1人当たり保険料と現役世代1人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう、高齢者負担率の設定方法を見直し。**

《人口動態・負担率の見直し（推計）》

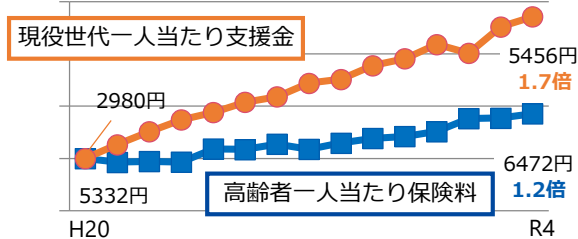


後期高齢者医療

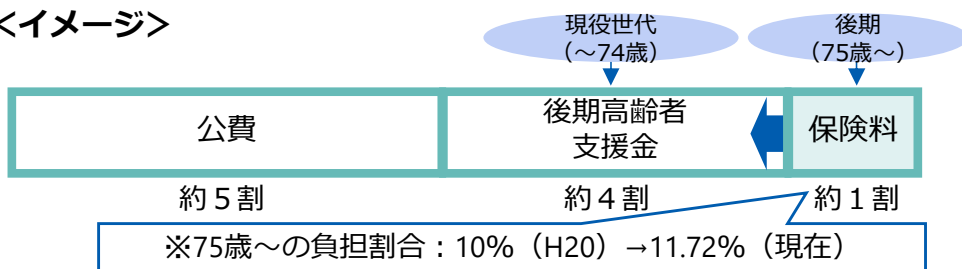
＜現行＞

- 2年に1度、**現役世代人口の減少による増加分を高齢者と現役世代で折半**するように高齢者負担率を見直し。

《一人当たり保険料・支援金の推移（月額）》



＜イメージ＞

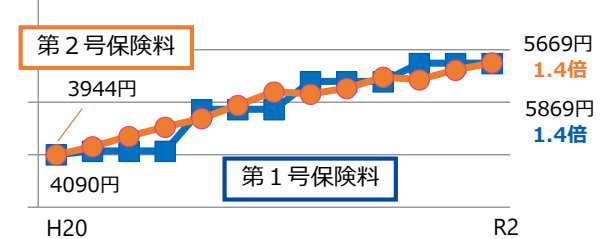


（参考）介護保険

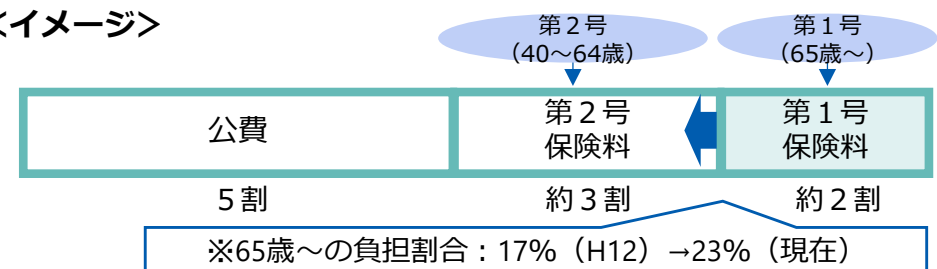
＜現行＞

- 3年に1度、第1号被保険者と第2号被保険者の**人口比に応じて負担割合を見直し。**
- **第1号被保険者と第2号被保険者の1人当たり保険料額は概ね同じ。**

《一人当たり第1号・第2号保険料の推移（月額）》



＜イメージ＞



財政影響（高齢者負担率の見直し）

- 今回の見直し（高齢者負担率の見直し）に係る財政影響を制度別にみたもの。

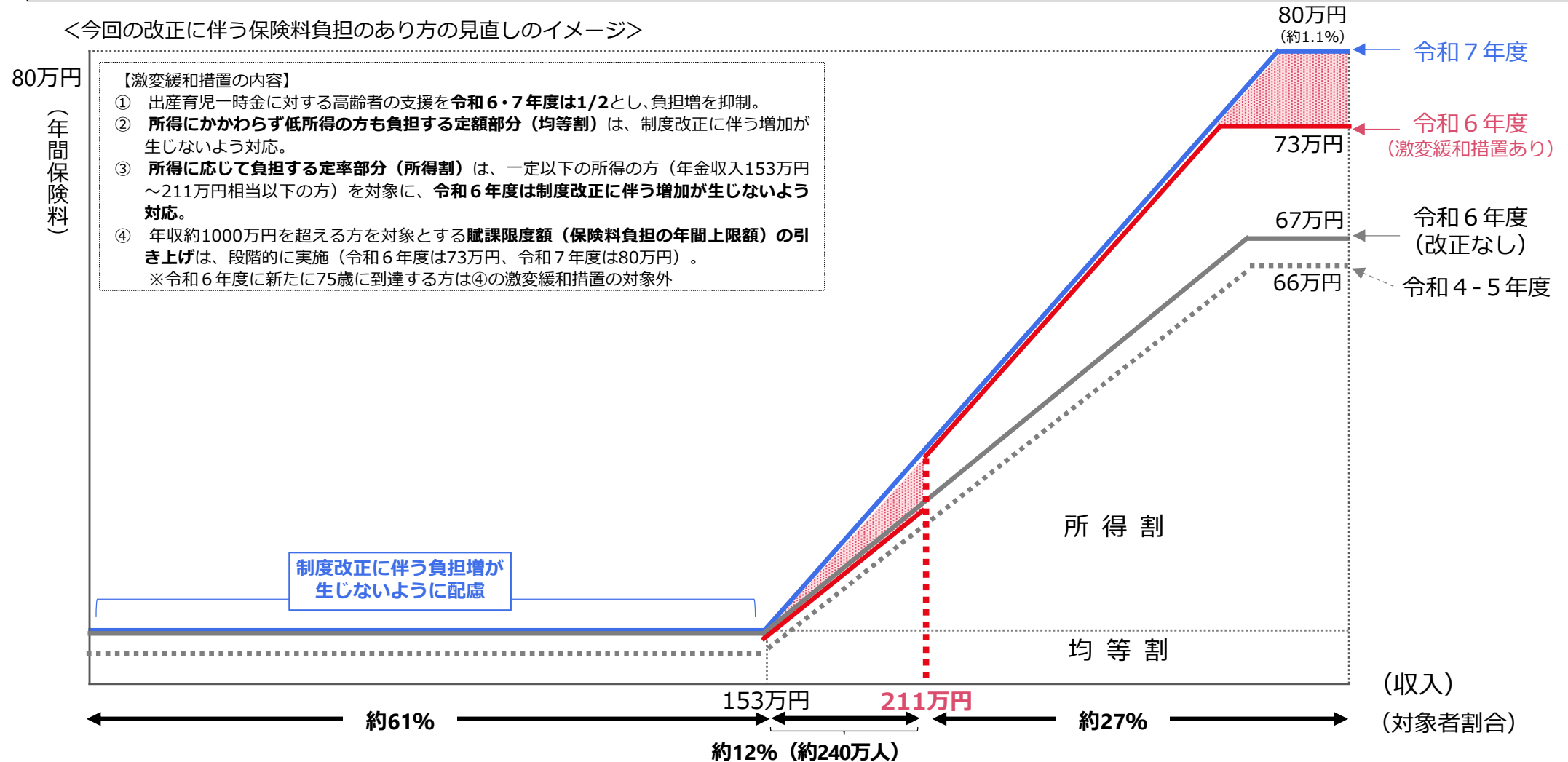
（2024年度：満年度ベース）

	保険料	加入者 一人当たり []：月額	公費		
				国	地方
合計	50億円		▲50億円	▲50億円	0億円
協会けんぽ	▲300億円	▲800円 〔▲70円〕	0億円	0億円	-
健保組合	▲290億円	▲1,000円 〔▲90円〕	-	-	-
共済組合等	▲100億円	▲1,100円 〔▲90円〕	0億円	0億円	-
国民健康保険	▲80億円	▲300円 〔▲20円〕	▲100億円	▲70億円	▲20億円
後期高齢者	820億円	4000円 〔340円〕	50億円	20億円	20億円

負担能力に応じた後期高齢者の保険料負担の見直し

- 後期高齢者医療における保険料は、高齢化等による医療費の増加を反映して、2年に1度、引き上げ。
- 今回の制度改正による、令和6年度からの新たな負担に関しては、
 - ・ 約6割の方（年金収入153万円相当以下の方）については、制度改正に伴う負担の増加が生じないようにするとともに、
 - ・ さらに約12%の方（年金収入211万円相当以下の方）についても、令和6年度は制度改正に伴う負担の増加が生じないように対応。

<今回の改正に伴う保険料負担のあり方の見直しのイメージ>



(※) 対象者割合（対象者数）は後期高齢者被保険者実態調査特別集計等に基づく推計値

後期高齢者 1 人当たり保険料額（2 年間）への影響（収入別）

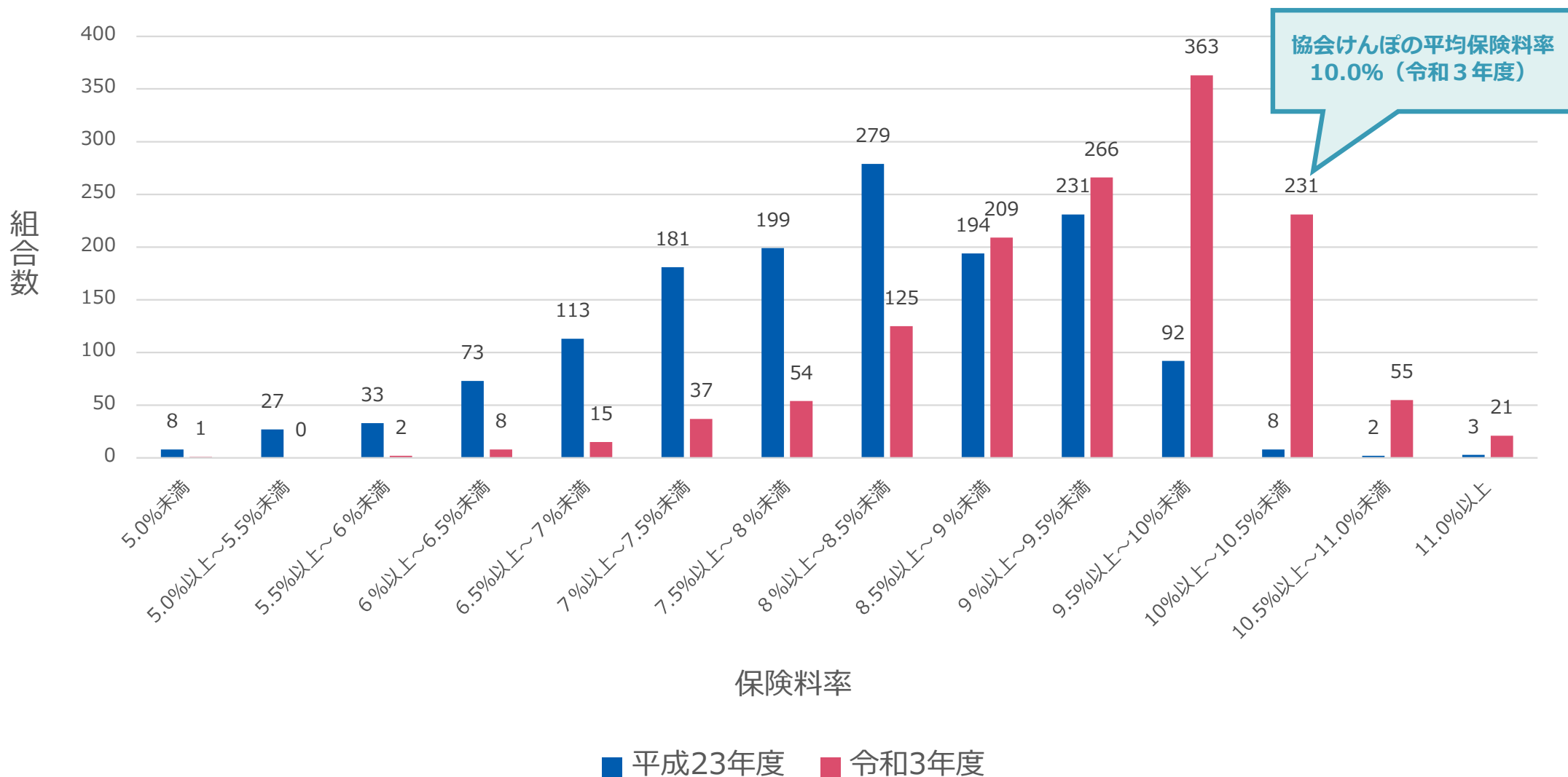
- 今回の見直しに伴う後期高齢者一人当たり保険料額（2 年間）への影響を収入別に試算したもの。

		賦課限度額 <超過割合> <到達収入>	均等割額	所得割率	保険料額 [] : 月額									
					後期1人当たり平均		年収80万円		年収200万円		年収400万円		年収1,100万円	
						増加額		増加額		増加額		増加額		増加額
改正なし	令和6・7年度	67万円 <1.30%> <976万円>	50,500円	9.87%	82,000円 [6,830円]		15,100円 [1,260円]		86,800円 [7,230円]		217,300円 [18,110円]		670,000円 [55,830円]	
改正後	令和6年度	73万円 <1.28%> <984万円>	50,500円	10.70%	86,100円 [7,170円]	+4,100円 [+340円]	15,100円 [1,260円]	制度改正 影響なし	86,800円 [7,230円]	制度改正 影響なし	231,300円 [19,270円]	+14,000円 [+1,170円]	730,000円 [60,830円]	+60,000円 [+5,000円]
	令和7年度	80万円 <1.13%> <1,049万円>			87,200円 [7,270円]	+1,100円 [+90円]	15,100円 [1,260円]	制度改正 影響なし	90,700円 [7,560円]	+3,900円 [+330円]	231,300円 [19,270円]	制度改正 影響なし	800,000円 [66,670円]	+70,000円 [+5,830円]
(参考)	令和4・5年度	66万円 <1.29%> <1,004万円>	47,800円	9.34%	77,700円 [6,470円]		14,300円 [1,190円]		82,100円 [6,840円]		205,600円 [17,140円]		660,000円 [55,000円]	

※増加額 ・ 改正後（令和6年度） ……制度改正に伴うR6における保険料負担の増加
 ・ 改正後（令和7年度） ……前年度からのR7における保険料負担の増加

健康保険組合の保険料率の分布

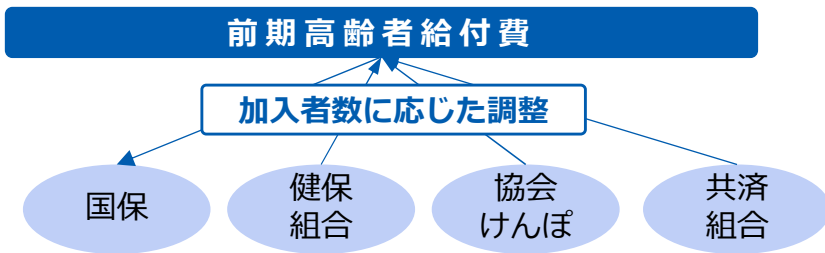
- 健保組合の平均保険料率は、平成23年度は8.0%、令和3年度は9.2%となっており（+1.2ポイント）、全体的に上昇している。
- 協会けんぽの平均保険料率以上（平成23年度は9.50%以上、令和3年度は10.00%以上）の健保組合は、平成23年度は105組合（7%）、令和3年度は307組合（22%）となっている。



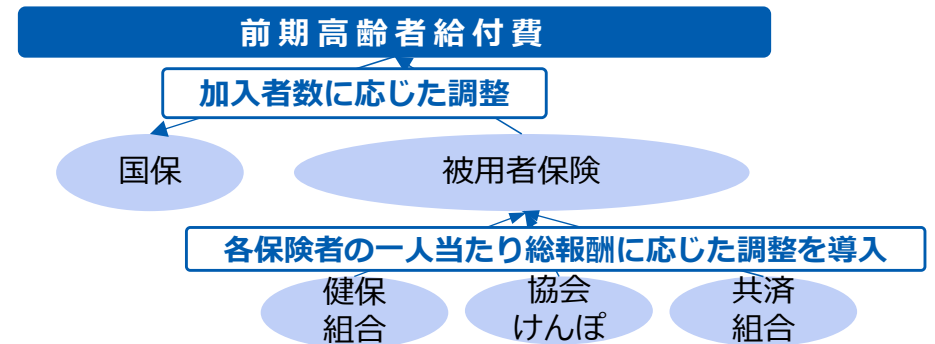
前期財政調整における報酬調整の導入

- 前期高齢者の給付費の調整は、現在、「加入者数に応じた調整」を実施。
- 負担能力に応じた負担の観点から、被用者保険間では、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的（導入の範囲は1/3）に「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）を導入。
- あわせて、現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに更なる支援を行う。

<制度創設当初～現行>



<報酬調整導入後>



報酬調整導入に伴う前期高齢者納付金の増減イメージ

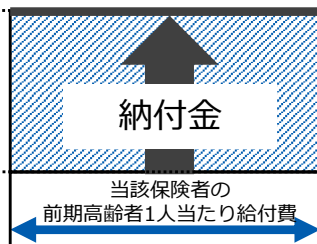
見直し後

$$\left(\frac{\text{加入者数に応じた調整}}{\text{前期高齢者加入率が全国平均とした場合の前期高齢者数}} \times \frac{\text{報酬水準に応じた調整}}{\text{当該保険者の加入者一人当たり総報酬} / \text{被用者平均の加入者一人当たり総報酬}} \right) \times \left(\frac{\text{当該保険者の実際の前期高齢者数}}{\text{当該保険者の前期高齢者数}} \right) \times \text{当該保険者の前期高齢者1人当たり給付費}$$

※報酬調整導入部分のイメージ

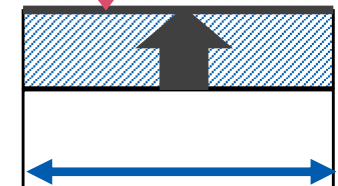
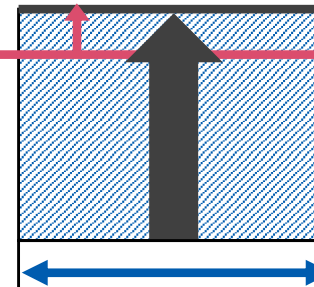
前期高齢者加入率が全国平均とした場合の前期高齢者数

当該保険者の実際の前期高齢者数



報酬水準高 ⇒ 納付金の増

報酬水準低 ⇒ 納付金の減



報酬水準が高い組合等

協会けんぽ、報酬水準が低い組合等

現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに更なる支援を行う。

前期財政調整における複数年平均給付費の使用

- 前期財政調整では、納付金の計算において前期高齢者1人当たり給付費を使用しており、給付費水準が高いほど納付金額が増加。
 - **小規模な保険者**においては、高額な医療費を必要とする前期高齢者がいるかいないかによって**毎年度の給付費水準が大きくばらつき、それによって前期高齢者納付金の変動が大きくなるという課題**が存在。
 - こうした課題に対応するため、**前期高齢者納付金の計算において複数年（3年）平均給付費を用いることとする。**
- ※ 給付費が平準化されるだけであり、複数年でみれば基本的には財政中立的。

現行の前期財政調整の仕組み（前期高齢者給付費分）

加入者数に応じた調整

$$\left(\frac{\text{前期高齢者加入率が全国平均とした場合の前期高齢者数}}{\text{前期高齢者数}} \right) \times \left(\frac{\text{当該保険者の実際の前期高齢者数}}{\text{前期高齢者数}} \right) \text{の差}$$

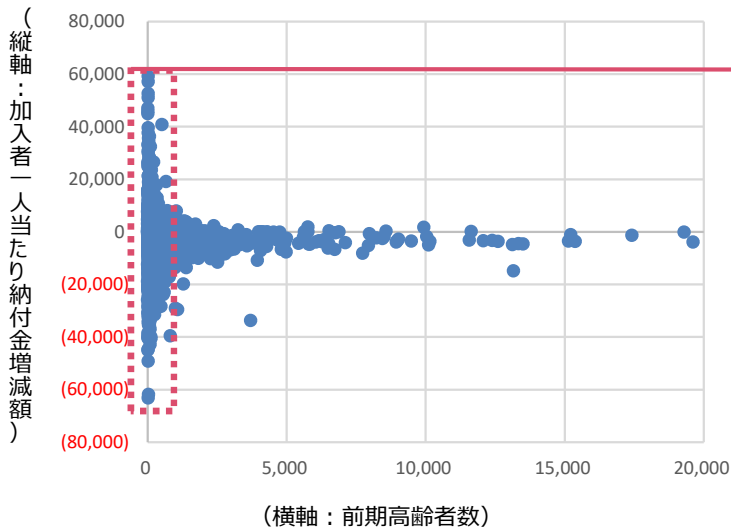
×

当該保険者の
 前期高齢者1人当たり給付費

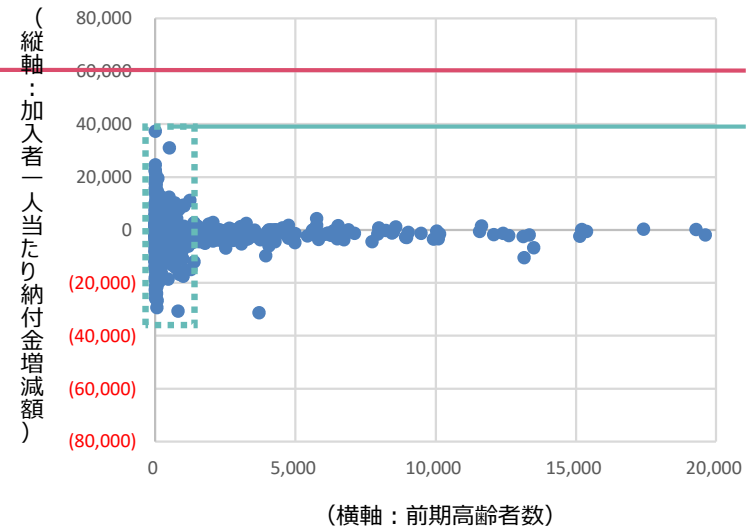
給付費水準の変化に応じて、前期高齢者納付金額が変動

加入者一人当たり前期高齢者納付金額の変動

当該年度給付費で計算した納付金額



3年平均給付費で計算した納付金額



※1 全保険者のうち、令和4年度概算賦課における前期高齢者数が2万人以下の保険者について、令和3年度から令和4年度の増減額を試算。
 ※2 3年平均給付費は前期高齢者一人当たり調整対象給付費の平均額を、当年度（令和3年度又は令和4年度）の前期高齢者数に乘じることで算出。新設保険者等で給付費が3年に満たない場合には、その満たない給付費の平均（新設2年目の場合は2年分の調整対象給付費を2で除す）を使用。

健保組合に対する更なる支援について

- 負担能力に応じた負担の観点から、前期財政調整について、被用者保険者間では、部分的（導入の範囲は1/3）に報酬調整を導入。また、後期高齢者の保険料と現役世代の支援金の一人当たりの伸び率が均衡するよう、高齢者負担率の設定方法を見直す。
- こうした医療保険制度改革に際し、他の制度における企業負担を勘案して、令和6年度から特例的に、健保組合への国費による支援を430億円追加。企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに更なる支援を行う。

拠出金負担に係る調整の仕組み

- 拠出金負担に対する特別負担調整（高齢者医療確保法第38条等）の拡充
 - ・ 拠出金負担（後期支援金、前期納付金）が過大となる保険者の負担を、全保険者と国費で軽減
 - ⇒ 国費充当（R4：100億円）を拡大し、負担軽減対象となる保険者の範囲を拡大（国費+100億円）

健保組合間での共助の仕組み

- 健保組合の交付金交付事業（健康保険法附則第2条）への財政支援
 - ・ 調整保険料（1.3%）を財源に、保険給付や拠出金の納付に要する費用の財源の財政負担の不均衡を調整
 - ⇒ 高額レセプトの発生した健保組合に対する支援を行う高額医療費交付金事業について、国費による財政支援を制度化（国費+100億円）

補助金による国からの支援

- 高齢者医療運営円滑化等補助金の拡充
 - ・ 前期納付金負担の割合・伸びに着目し、納付金負担が過大となる保険者に対して補助金で支援
 - ⇒ 予算規模（R4：720億円）を拡充し、現行の支援を見直すとともに、賃上げ等により一定以上報酬水準が引き上がった健保組合に対する補助を創設し、拠出金負担を更に軽減（国費+230億円）

財政影響（被用者保険者間の格差是正）

- 今回の見直し（被用者保険者間の格差是正）に係る財政影響を制度別にみたもの。
- 前期財政調整における報酬調整の導入の範囲は1/3。

（2024年度：満年度ベース）

前期納付金等への影響額	1 / 3 報酬調整
合計	-
協会けんぽ	▲970億円
健保組合	600億円
共済組合等	350億円
国民健康保険	20億円
後期高齢者	-

※1 健保組合に対し、高齢者負担率の見直し(▲290億円)も踏まえつつ、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに国費による更なる支援(国費+430億円)を行う。これにより、高齢者負担率の見直しと合わせた健保組合の財政影響は、▲120億円となる。

※2 報酬調整の導入に伴う導入部分に係る協会けんぽへの国庫補助の廃止等により、国費は合計▲1,290億円。

上記の影響額を含めた協会けんぽの保険料への影響額は320億円、国民健康保険の保険料への影響額は30億円。

(参考)近年、協会けんぽの報酬水準が上昇していることから、保険料負担は増加する見通しとなっているが、協会けんぽの平均報酬は、平成28年以前は13年間、被用者保険全体の平均報酬に比べ、国庫補助率の16.4%以上回っており、こうした状況下では保険料負担は減少。なお、協会けんぽの今年度末の積立金見込みは4.9兆円。

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

計画の目標・施策の見直し

① 新たな目標の設定

➤ 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供

- ・ 医療・介護の機能連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）
- ・ 高齢者の心身機能の低下に起因した疾病予防・介護予防

➤ 医療資源の効果的・効率的な活用

- ・ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
- ・ 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
（※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。

⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

➡ さらに、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、健康の保持の推進・医療の効率的な提供の取組を推進

※ 計画の目標設定に際し、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意

② 既存目標に係る効果的な取組

健康の保持 の推進

- 特定健診・保健指導の見直し
⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など

医療の効率的な 提供

- 重複投薬・多剤投与の適正化
⇒電子処方箋の活用
- 後発医薬品の使用促進
⇒個別の勧奨、フォーミュラ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

実効性向上のための体制構築

③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- ・ 保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算 等

➤ 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- ・ 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

国民健康保険制度改革の推進

- 財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の更なる深化を図るため、令和6年度からの新たな国保運営方針に基づき、保険料水準の統一や医療費適正化等の取組をより一層進める。

(1) 出産時における保険料負担の軽減【令和6年1月施行】

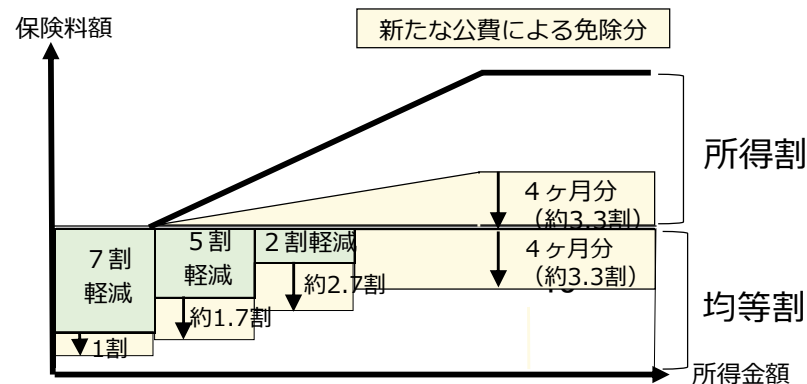
- ・子育て世帯の負担軽減、次世代育成支援等の観点から、出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（4か月間）の保険料（均等割額、所得割額）を免除する措置を創設。

※費用負担 公費（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）

所要額 4億円（令和5年度）

※7割、5割、2割軽減は、低所得世帯に対する均等割保険料の軽減措置

※令和4年4月から、未就学児の均等割保険料の軽減制度を導入



(2) 国保運営方針に基づく保険料水準の統一、医療費適正化の推進

- ・都道府県国保運営方針（都道府県内の国保運営の統一的な方針）について、対象期間の考え方や記載事項を見直し。【令和6年4月施行】
- ・「保険料水準統一加速化プラン（仮称）」を策定し、保険料水準の統一に向けた取組を支援。

（国保運営方針の見直し）

【対象期間】 おおむね6年

【記載事項】

「医療費の適正化の取組に関する事項」、「市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項」を必須記載事項化

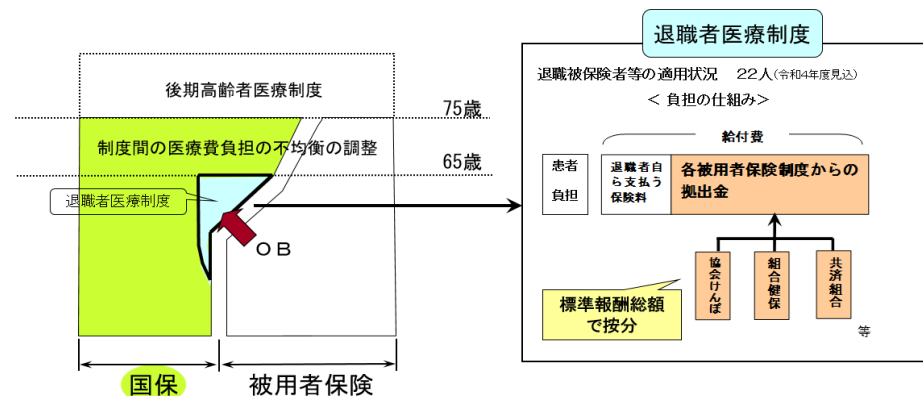
(3) その他保険者機能の強化

① 第三者行為求償事務の取組強化

- ・広域性や専門性のある事案について、市町村の委託を受けて都道府県が実施可能とする。【令和7年4月～】
- ・市町村が、官公署等の関係機関に対し、第三者の行為によって生じた事実に係る資料の提供等を求めることを可能とする。【公布日～】
- ※ 市町村は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合には、その給付額の限度で、被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得

② 退職者医療制度の廃止

- ・対象者が激減し財政調整効果が実質喪失していることを踏まえ、事務コスト削減を図る観点から、前倒しして廃止。【令和6年4月】



かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

医療機能情報提供制度 (H18)

入院	病床機能報告 (H26)
外来	有床診・病院 外来機能報告 (R3) (紹介受診重点医療機関の確認)
	無床診 かかりつけ医機能報告 (新設)
在宅	

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表(※)。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

介護情報基盤の整備

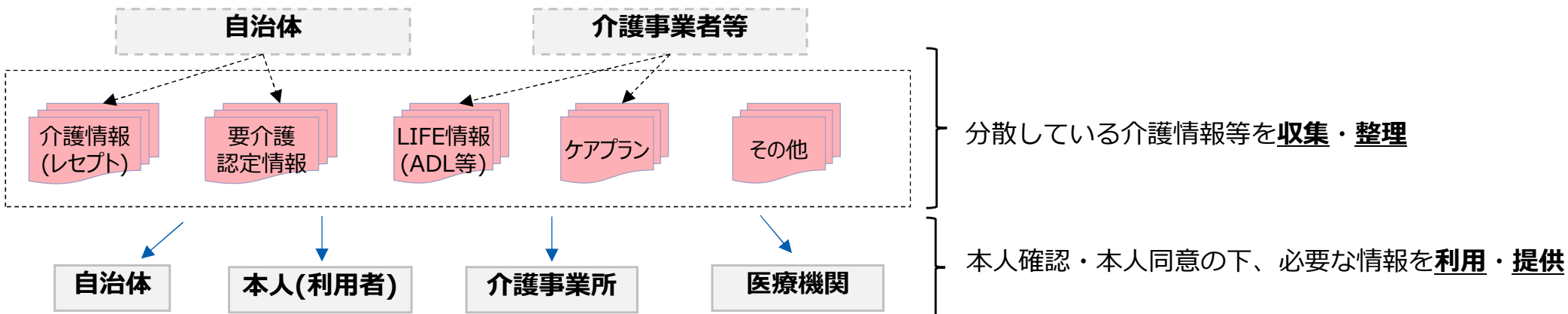
改正の趣旨

- 現在、利用者に関する介護情報等は、各介護事業所や自治体等に分散している。今後、医療・介護間の連携を強化しつつ、多様な主体が協働して高齢者を地域で支えていく地域包括ケアシステムを深化・推進するため、**自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備**する。
- 具体的には、自治体、利用者、介護事業所・医療機関について、以下のような効果が期待される。
 - ✓ 自治体：利用者が受けている自立支援・重度化防止の取組の状況等を把握し、地域の実情に応じた介護保険事業の運営に活用。
 - ✓ 利用者：利用者が自身の介護情報を閲覧できることで、自身の自立支援・重度化防止の取組の推進に繋がる。
 - ✓ 介護事業者・医療機関：本人同意の下、介護情報等を適切に活用することで、利用者提供する介護・医療サービスの質を向上。
※ さらに、紙でのやり取りが減り、事務負担が軽減される効果も期待される。
- こうした情報基盤の整備を、**保険者である市町村が実施主体であり、地域での自立した日常生活の支援を目的としている地域支援事業に位置付ける。**

改正の概要・施行期日

- 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を**地域支援事業として位置付ける。**
- 市町村は、当該事業について、**医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託**できることとする。
- 施行期日：公布後4年以内の政令で定める日（予定）

<事業のイメージ> ※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。



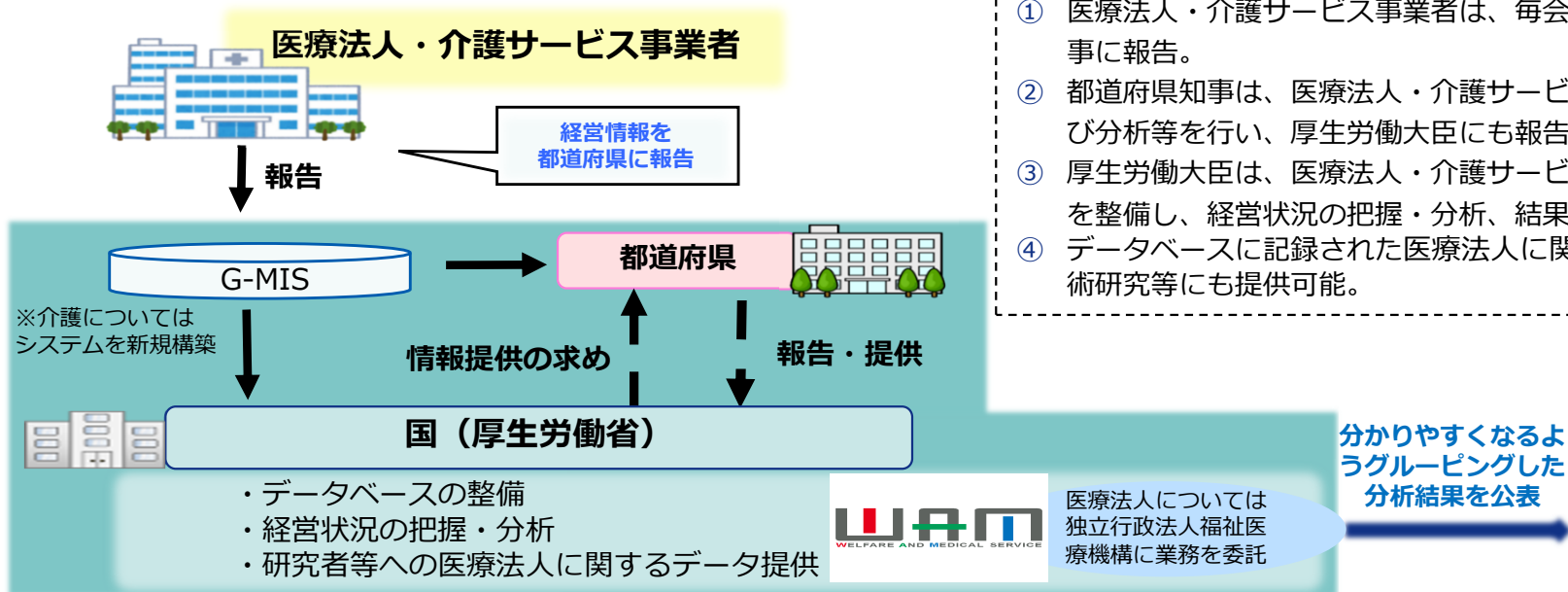
医療法人・介護サービス事業者の経営情報の調査及び分析等

- ▶ 医療・介護の置かれている現状と実態を把握するために必要な情報を収集し、政策の企画・立案に活用するとともに、国民に対して丁寧に説明していくため、①医療法人・介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベースの整備をし、②収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表、③医療法人に関するデータベースの情報を研究者等へ提供する制度を創設する。

【施行日：①及び②（医療）令和5年8月1日（介護）令和6年4月1日 ③は公布日から三年以内に政令で定める日】

【データベースの概要】

- 対象：原則、全ての医療法人・介護サービス事業者
- 収集する情報：病院・診療所及び介護施設・事業所における収益及び費用並びに、任意項目として職種別の給与（給料・賞与）及びその人数
 - （収集する内容は省令以下で規定） ※病床機能報告・外来機能報告等と連携させるとともに、データの活用に当たっては、公立医療機関の経営情報などの公開情報及び、必要に応じて統計調査も活用した分析等に取り組む。
- 公表方法：国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表



- ① 医療法人・介護サービス事業者は、毎会計年度終了後に経営情報を都道府県知事に報告。
- ② 都道府県知事は、医療法人・介護サービス事業者の活動状況等に関する調査及び分析等を行い、厚生労働大臣にも報告。
- ③ 厚生労働大臣は、医療法人・介護サービス事業者に関する情報のデータベースを整備し、経営状況の把握・分析、結果の公表。
- ④ データベースに記録された医療法人に関する情報については、研究者が行う学術研究等にも提供可能。

地域医療連携推進法人制度の見直し

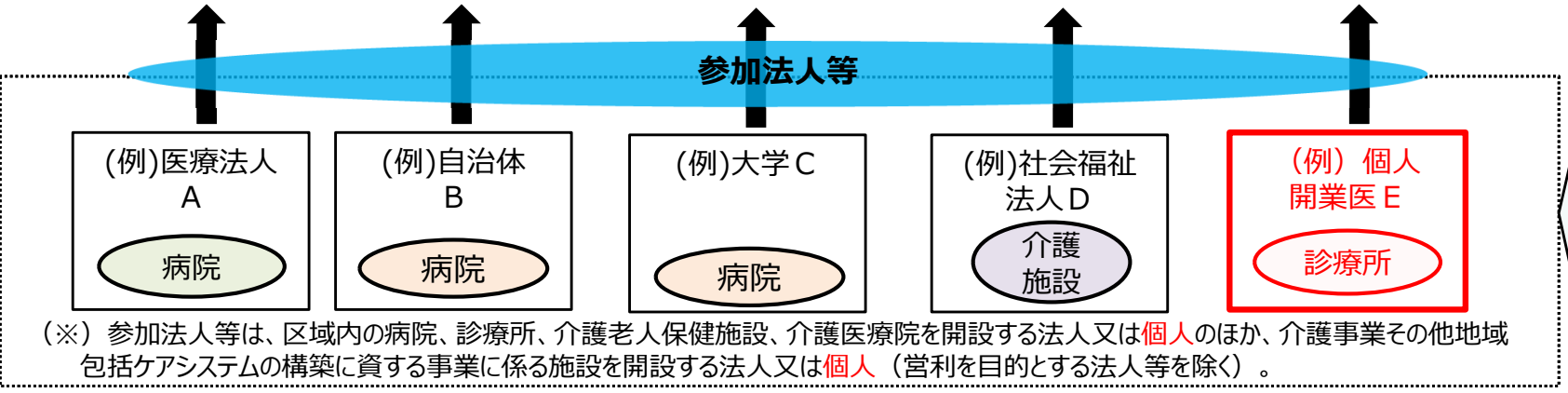
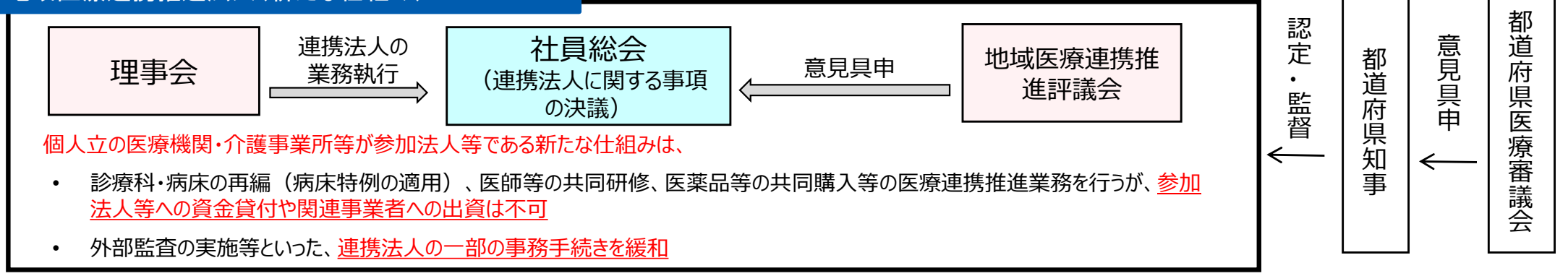
【見直し内容】

- **個人立医療機関・介護事業所等の参加を可能とする仕組みを導入**
 - ・個人立医療機関は個人用資産と医療用資産の分離が困難であること等に鑑み、カネの融通（「資金の貸付」「出資」）は不可（ヒト・モノのみ）とする。
 - ・カネの融通をしない場合には、公認会計士又は監査法人による外部監査を原則として不要とし、また、参加法人が重要事項を決定する場合の地域医療連携推進法人への意見照会のうち、一部を不要（※）とする。
- （※）意見照会が不要となる事項は①予算の決定又は変更、②借入金借入れ、③定款又は寄付行為の変更。
- **その他、事務負担の軽減のため、代表理事再任時の手続きを緩和**
 - ・具体的には、代表理事の選任時に求められる都道府県知事の認可及びその際の都道府県医療審議会への意見聴取を、再任時には不要とする。

【施行日】 令和6年4月1日

地域医療連携推進法人（新たな仕組み）

※赤字箇所が現行制度との相違点



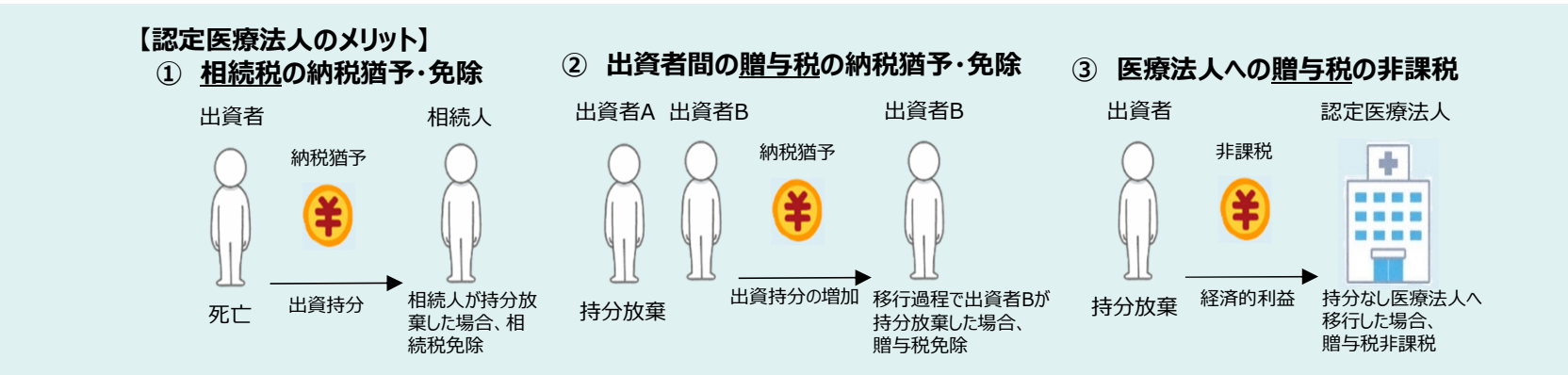
参加法人が重要事項を決定する場合に行う、連携法人への意見照会について、**新たな仕組みの地域医療連携推進法人の参加法人等は、意見照会を一部（※）不要とする。**

※①予算の決定又は変更、②借入金借入れ、③定款又は寄付行為の変更。

持分の定めのない医療法人の移行計画認定制度の延長等

1 現状

- 医療法人の「非営利性」の徹底を主眼とした**平成18年度の医療法改正**により、平成19年度以降「**持分あり医療法人**」の新設はできないこととなった。（注）医療法人の非営利性の徹底及び地域医療の安定性の確保を図るため、医療法人の残余財産の帰属すべき者から個人（出資者）を除外し、国等に限定した。
- 平成26年度の医療法改正**により「**認定医療法人制度**」が創設され、「持分あり医療法人」が「持分なし医療法人」に移行する計画を作成し、その計画が妥当である場合は、厚生労働大臣の認定を受けるとともに、**税制上の優遇を受けることができることとなった（大臣認定の後、3年以内に移行）**。3年の期限を2回延長、認定医療法人制度の活用件数は増加している。
 - （注）認定医療法人制度により、出資者の相続人への相続税及び出資者間の贈与税の非課税措置の優遇措置を導入
 - （注）平成29年10月からは、出資者の持分放棄に伴い医療法人へ課されるみなし贈与税の非課税措置も導入
 - （注）持分あり医療法人：約3.7万法人、持分なし医療法人：約2万法人（令和3年度末時点）
- 一方で、認定を受けた医療法人の中には、その後の出資者との調整期間の不足等により、認定から3年以内に放棄の同意を得ることができず、認定医療法人制度を活用できなかった法人も存在する。
 - （注）移行期限（現行、認定から3年以内）内に全ての出資者が出資持分を放棄する等による持分なしへの移行完了が必要であり、移行期限までに移行できなかった場合には、認定が取り消され、再度の認定を受けることはできない。



2 改正内容

- 認定医療法人制度**は、令和5年9月30日までの措置であるため、当該制度を**令和8年12月31日まで延長**する。
- 更なる移行促進のため、**認定から3年以内の移行期限を、認定から5年以内に緩和**する。

【施行日】 公布日

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案 における介護保険関係の主な改正事項

I. 介護情報基盤の整備 <再掲>

- **介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を医療保険者と一体的に実施**
 - 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を介護保険者である市町村の地域支援事業として位置付け
 - 市町村は、当該事業について、医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託できることとする
※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。

II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化 <再掲>

- **介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備**
 - 各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け
※職種別の給与（給料・賞与）は任意事項。
 - 国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表

III. 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

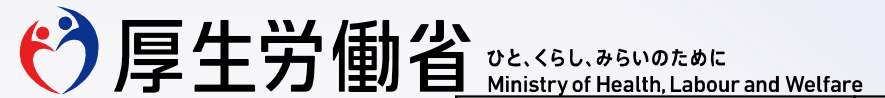
- **介護現場における生産性の向上に関して、都道府県を中心に一層取組を推進**
 - 都道府県に対し、介護サービス事業所・施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設 など

IV. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

- **看多機について、サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進める**
 - 看多機のサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化 など

V. 地域包括支援センターの体制整備等

- **地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うための体制を整備**
 - 要支援者に行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施可能とする など



厚生科学審議会感染症部会	参考 資料
令和5年2月17日	2-1

第22回第8次医療計画 等に関する検討会 一部データ等更新	資料1
令和5年2月2日	

(流行初期医療確保措置関係部分抜粋)

6事業目（新興感染症対応）に係る医療計画策定等にあつての対応の方向性（案）（抄）

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（流行初期医療確保措置）を導入する（その費用については、公費とともに、保険としても負担）。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

(5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化（一部医療機関は義務化）し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

(6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う枠組みを整備する。

(7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる枠組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う枠組みを整備する。

3. 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める（罰則付き）ことができることとする。等
このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）

(前提) 想定する新興感染症とその対応の方向性

想定する新興感染症

- 対応する新興感染症(注)は、感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症(※)、指定感染症及び新感染症を基本とする。医療計画の策定にあたっては、感染症に関する国内外の最新の知見を踏まえつつ、一定の想定を置くこととするが、まずは現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナへの対応を念頭に取り組む。

(注) 下記の定義を踏まえると、通称で「新興・再興感染症」とする場合もあるが、本資料ではそれと同義のものとして単に「新興感染症」としている。

(※) 感染症法上、新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型新型コロナウイルス感染症が定義されている。

- 実際に発生・まん延した感染症が、事前の想定とは大きく異なる事態となった場合は、その感染症の特性に合わせて協定の内容を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応を行う。

「事前の想定とは大きく異なる事態」の判断については、新型コロナへの対応(株の変異等の都度、政府方針を提示)を参考に、国として、国内外の最新の知見や、現場の状況を把握しながら、適切に判断し、周知していく。

新興感染症発生・まん延時(初期)から一定期間経過後の対応

- 流行初期には、各都道府県知事の判断を契機として、特別な協定を締結した医療機関(流行初期医療確保措置付き協定締結医療機関)を中心に対応することとなり、一定期間(3箇月を基本として必要最小限の期間を想定(※))経過後以降は、協定の内容に沿って順次、全ての協定締結医療機関が対応する。

(注) 国内での感染発生早期(感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表前の段階及び公表後の流行初期の直後)は、現行の感染症指定医療機関で対応することを想定。

(※) 令和4年11月24日参議院厚生労働委員会附帯決議

五、流行初期医療確保措置は、その費用の一部に保険料が充当される例外的かつ限定的な措置であり、実施される期間について、保険者等の負担に鑑み、速やかな補助金、診療報酬の上乗せにより、3箇月を基本として必要最小限の期間とすること。

流行状況(フェーズ)に応じた対応

- 新型コロナ対応では、国から各都道府県に対し、一般フェーズと緊急フェーズ(通常診療の相当程度の制限あり)のフェーズ設定の考え方を通知で示したうえで、各県それぞれで、感染状況のフェーズを設定し、フェーズごとに必要な病床数等を確保する計画を立てている。

新興感染症対応においても、基本的に、一定期間(3箇月を基本として必要最小限の期間を想定)経過後から、新型コロナ対応と同様のフェーズの考え方に沿って対応することとし、国として、通知において、同様の考え方を示していく。

2. 各医療措置協定について

(1) 病床関係

① 協定締結医療機関の対象基準・数値目標について

対応の方向性（案）

- 新型コロナ対応の重点医療機関の施設要件（※1）も参考に、確保している病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能となっており、また、都道府県からの要請後1～2週間（※2）を目途に即応病床の対応ができることとするほか、感染症の性状にあわせて、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、入院医療を行う。

（※1）重点医療機関の施設要件

「新型コロナウイルス感染症重点医療機関及び新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関について」

（令和4年4月1日）（抄）

- （1）病棟単位で新型コロナウイルス感染症患者あるいは疑い患者（以下「新型コロナウイルス感染症患者等」という。）専用の病床確保を行っていること。（※ 看護体制の1単位をもって病棟として取り扱う。病棟単位の考え方は診療報酬上の考え方に依拠する。）
- （2）確保しているすべての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。
- （3）新型コロナウイルス感染症患者等専用の病床は、療養病床ではないこと。なお、療養病床の設備を利用して受入体制を確保する場合には、一般病床に病床種別を変更し、受け入れること。

（※2）「今後の感染拡大に備えた 新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和3年3月24日）（抄）

『準備病床とは、一般の患者を受入れ、入院治療を行うものの、都道府県がフェーズ切り替えの要請を行った後、1週間程度（遅くとも2週間程度）を目途に即応病床とできる病床である。』

- 確保した病床を稼働させるためには、医療従事者の確保も重要であり、協定締結医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高める。
- 数値目標について、新型コロナ対応の実績（*）を参考に、その数値を上回ることを目指す。
（参考資料1）12/9医療計画検討会資料P.5「医療提供体制整備の数値目標の考え方」

（*）令和4年12月現在で約5.1万床（約2,800医療機関（うち重点医療機関は約2,000））

② 流行初期医療確保措置の対象となる協定(特別な協定)締結医療機関(入院)の数値目標・対象基準について

対応の方向性(案)

- 協定締結医療機関(入院)の中から、流行初期から対応する能力を有する医療機関について、地域の実情に応じて確保する。新型コロナ対応においては、全国で、重点医療機関が1500程度(令和3年11月時点)、そのうち総病床数が400床以上の重点医療機関が500程度(1.8万床)(令和3年11月時点)であったことを参考に、全国で、流行初期医療確保付き協定締結医療機関については500程度が目安。また、下記に基づき、入院患者数は約1.5万人、うち重症者数はその1割の約1.5千人の受入を目安とする。
- 流行初期医療確保措置の対象となる協定(入院)の基準は、以下のとおりとする。
 - ・ 病床を一定数(例えば30床(※))以上を確保し、その全てを流行初期から継続して対応する旨を内容とする協定その他これに相当する水準で都道府県知事が適当と認める内容の協定を締結していること。
(※) 2020年冬の新型コロナ入院患者数約1.5万人(うち重症者数1.5千人)÷約500機関
 - ・ 都道府県知事からの要請後原則1週間以内に即応化すること。
 - ・ 流行初期に、都道府県知事の要請後迅速に即応化するため、病床の確保に当たり影響が出る一般患者の対応について、後方支援機関(後方支援の協定を締結する医療機関)との連携も含め、あらかじめ確認を行うこと。

(参考)

2020年1月6日	・ 中国における原因不明肺炎の発生について、厚生労働省でプレスリリース
14日	・ WHOによるヒト-ヒト感染の可能性の発表
15日	・ 国内における新型コロナウイルス感染症患者1例目を確認
21日	・ 新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する関係閣僚会議の第1回会合を開催
28日	・ 指定感染症に指定する政令公布(最終的には2月1日施行)
30日	・ WHOが「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態(PHEIC)」を宣言
30日	・ 政府の新型コロナウイルス感染症対策本部第1回会合を開催

(備考)

都道府県及び医療機関等は、新型コロナを念頭に準備・取組をしていることから、新興感染症が発生した場合には、国として国内外の最新の知見等を把握し、随時都道府県及び医療機関等に周知しながら、事前の想定とは大きく異なる事態の判断も含め、機動的に対応する。

⑥ 入院における特定・第一種・第二種感染症指定医療機関の役割

対応の方向性（案）

- エボラ出血熱等の一類感染症については、特定又は第一種感染症指定医療機関を中心に対応することとなる。また、SARS等の二類感染症については、特定・第一種・第二種感染症指定医療機関を中心に対応することとなる。

新興感染症が発生した場合は、感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表前の段階においては、現行の感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応することとなる。公表後の流行初期においては、まずは当該医療機関で対応するとともに、流行初期医療確保措置付き協定締結医療機関を中心に対応し、一定期間経過後から、広く協定締結医療機関で対応することとなる。また、特定・第一種・第二種感染症指定医療機関においても、これらの協定を締結することが可能であるため、都道府県としては、協定締結医療機関の対応優先順位をあらかじめ定めておく。

（参考） 感染症指定医療機関374病院のうちコロナ対応重点医療機関は345病院（うち400床以上178病院）（令和4年12月現在）

(2) 発熱外来関係

① 協定締結医療機関の対象基準・数値目標について

対応の方向性（案）

- 新型コロナ対応の診療・検査医療機関の施設要件（※）も参考に、発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を有することとするほか、感染症の性状にあわせて、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、発熱外来を行う。

（※）「インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業交付要綱」（令和3年1月15日）（抄）
（交付の対象）

（前略）発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。以下同じ。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関や受診・相談センター（仮称）と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制（後略）

- 数値目標について、新型コロナ対応の実績（*）を参考に、その数値を上回ることを目指す。
（参考資料1）12/9医療計画検討会資料P.5「医療提供体制整備の数値目標の考え方」

（*）令和5年2月現在で診療・検査医療機関：4.2万箇所

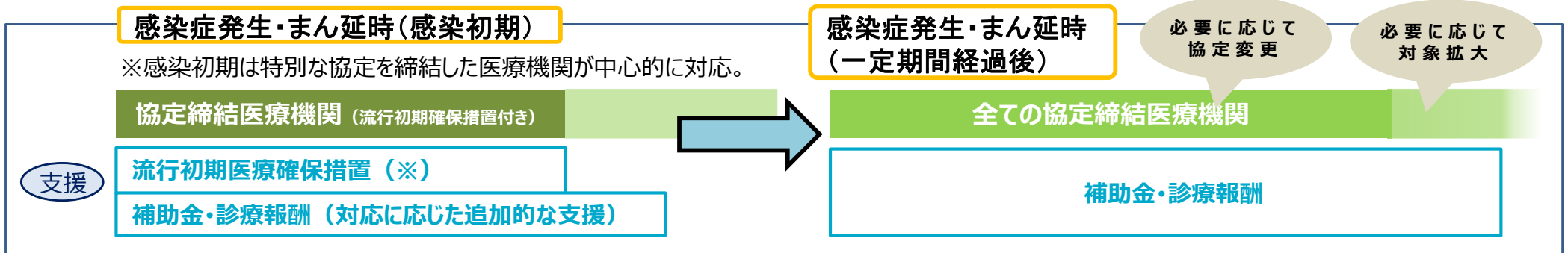
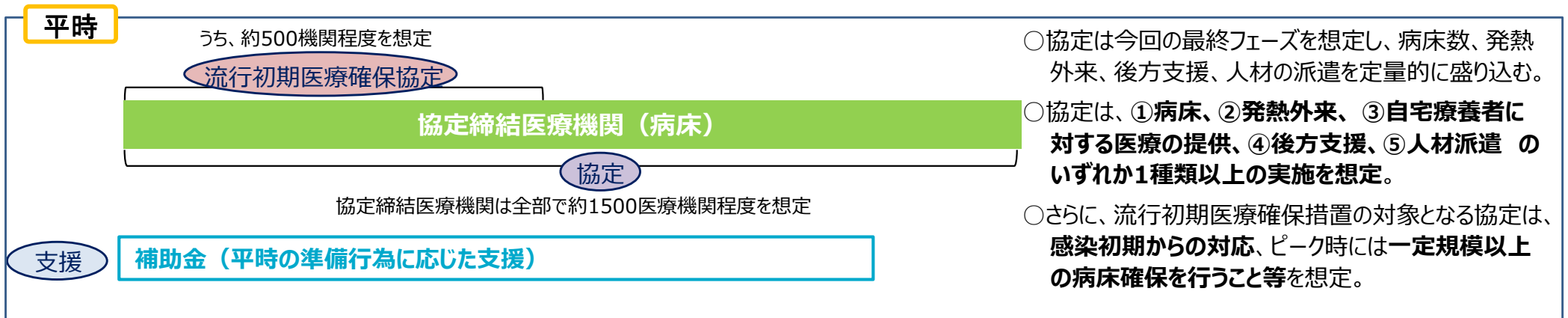
② 流行初期医療確保措置の対象となる協定(特別な協定)締結医療機関(発熱外来)の数値目標・対象基準について

対応の方向性(案)

- 協定締結医療機関(発熱外来)の中から、流行初期から対応する能力を有する医療機関について、地域の実情に応じて確保することとなる。新型コロナ対応においては、全国で、流行の初期頃(令和2年5月)の帰国者・接触者外来が約1500程度であったことを参考に、約1500機関が目安。
- 流行初期医療確保措置の対象となる協定(発熱外来)の基準は、以下のとおりとする。
 - ・ 流行初期から、一定数(例えば20人/日(※))以上、発熱患者を診察する旨を内容とする協定
その他これに相当する水準で都道府県知事が適当と認める内容の協定を締結していること。
(※) 2020年冬の新型コロナのピーク時の外来受診者数約3.3万人÷約1500機関
 - ・ 都道府県知事からの要請後原則1週間以内に発熱外来を開始すること。

都道府県と医療機関の協定の仕組み

- 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）する。※併せてPPE備蓄も位置づける。
- 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課す。
- 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。



（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設ける。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

流行初期医療確保措置

1. 措置の目的・内容

- 「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」について、協定に基づく対応により経営の自律性（一般医療の提供）を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療（感染患者への医療）の提供をすることに対し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間に限り、財政的な支援を行う。
- 支援額は、感染症医療の提供を行った月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う（※）。その上で、感染症流行前の診療報酬収入と、当該年度の診療報酬収入に補助金を加えた収入との差額になるよう精算を実施（支援額の範囲内で補助金の額を返還）。

※ 病床確保（入院医療）を行う医療機関には外来も含めた診療報酬全体を勘案し、発熱外来のみを行う医療機関には外来分の診療報酬のみを勘案する。

※ 自己負担分・公費負担医療分も補償するため、診療報酬収入の差額に10/8を乗じる。（国民医療費：医療保険・後期高齢者給付分80.5%、自己負担分12.3%、公費負担医療給付分7.3%）

2. 事業実施主体 都道府県

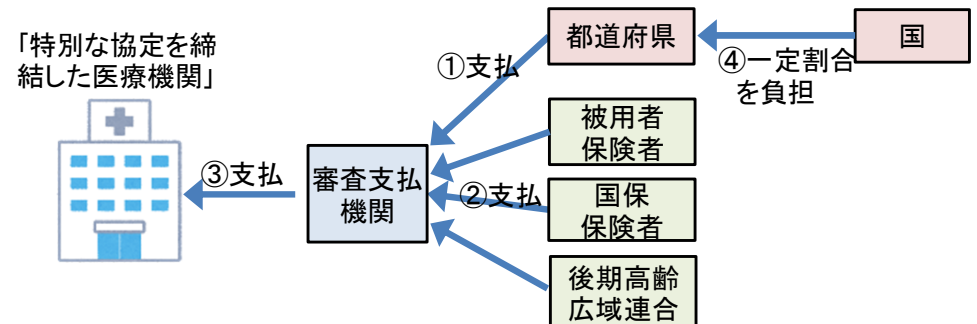
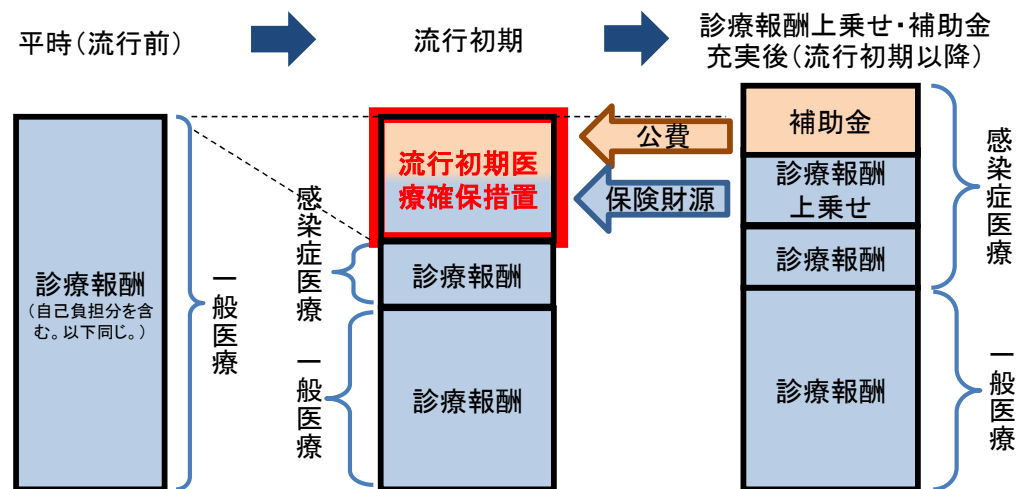
3. 費用負担

- 措置に関する費用は、公費と保険者で負担することとする。支援額の負担については、今回新型コロナウイルスへの対応を行った病院の収益構造を勘案し、公費（国、都道府県）と保険者（被用者保険、国保、後期高齢者広域連合）の負担割合は1:1とする。
- 支援額の各保険者の負担は、対象医療機関に対する直近の診療報酬支払実績に応じて按分することとする。また、保険者からの拠出金については、保険者間の財政調整（前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金）を実施し、協会けんぽ、国保、後期高齢者広域連合からの拠出には、通常の医療給付と同様に公費負担を行う。

流行初期医療確保措置の支払いスキーム（イメージ）

- ① 都道府県から、審査支払機関に対し、支援額の一定割合を支払
- ② 各保険者から、審査支払機関に対し、支援額の一定割合を支払
- ③ 審査支払機関から「特別な協定を締結した医療機関」に対し、支給対象月の2か月後に支払
- ④ 都道府県の支払い額の一定割合を国が負担

平時（流行前）、流行初期、診療報酬上乗せ・補助金充実後（流行初期以降）における「特別な協定を締結した医療機関」の収入（イメージ）



2月2日の第8次医療計画等に関する検討会及び2月17日の感染症部会でいただいた御意見

テーマ	いただいた御意見
<p>(前提) 想定する新興感染症とその対応の方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の新興感染症において、どういったものが流行するか、全く未知のもので分からないので、それと疾患の特性に応じて柔軟に対応できるような仕組みとすべき。 ・想定される感染症は、コロナと同様のものとは限らないので、常にどのようなものが来るか分からないという認識を持って対応すべき。 ・感染症が非常に感染力が強くて、一気に拡大期に入った場合、対応はどうか。 ・コロナ対応を踏襲するということだが、海外と同じような大流行が日本で発生した際にロックダウンを含めた想定をして対応するのか。 ・医療計画は予防計画と新型インフルエンザ特措法上の行動計画等の関係計画の整合性を持った記載とすべき。 ・国が最終的に統括して指示を出していったって、日本全体で動いているという形を基本にすべきであり、その旨示すべき。
<p>1. 都道府県と医療機関との協定締結にあたっての基本的方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・計画の実効性の担保が重要であり、医療計画は、平時に過剰な余力を抱える余裕がない医療提供体制であることを踏まえ策定すべき。 ・感染症は国全体の問題であり、国が策定する基本方針に基づいて、都道府県が計画を立てる場合に、地域格差が生じないようにすることが大事。 ・感染症対応できる医療機関の指定について、都道府県でばらつきがでないよう、国がガイドラインの策定など地域格差がないようにすべき。 ・協定締結を円滑に進めるには、現在のコロナ対応で行っている様々な体制整備や財政的支援が前提となり、具体的なスキームについても示すべき。 ・何ら担保がない中で、医療機関と協定締結を協議していくことは困難が予想されるため、国において補助金等の支援策を併せて示すべき。 ・感染症法上の公費負担医療は保険で賄われる以外の自己負担分に対する負担であることを明確化するべき。
<p>(数値目標について)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・数値目標について、新興感染症の特性が明らかでない中で、現在の水準を上回る目標の設定は、医療現場の実情を踏まえると困難と考えられ、地域の実情を踏まえた柔軟な目標設定や、目標実現のための方策を示すべき。 ・数値目標を設定しても、実際は計画倒れになることが恐れる事態であり、数値目標を超えた場合に、柔軟にどのように対応していくかも重要である。 ・数値目標の設定は難しいが、コロナ対応の経験が役に立つと考える。ただし、例えば小児が中心のパンデミックとなった場合には今回と異なる体制を構築する必要がある。そうした際に、今回作成しようとしている数値目標は差を見るという観点で参考になるものとする。 ・数値目標に関して、ハードに関する項目が多いが、実際にどのぐらいの人員が必要で、労務がどれぐらいであるかについても議論すべき。

2月2日の第8次医療計画等に関する検討会及び2月17日の感染症部会でいただいた御意見

テーマ	いただいた御意見
<p>2. 各医療措置協定について (病床関係)</p>	<p><① 協定締結医療機関の対象基準・数値目標について> ・医療措置協定の確実な履行を担保するためには、確保病床の稼働に必要な人員体制など、可能な限り具体的に明示することが必要ではないか。</p>
	<p><② 流行初期医療確保措置の対象となる協定（特別な協定）締結医療機関（入院）の数値目標・対象基準について> ・都道府県知事からの要請後原則1週間以内に即応化は、現実的には入院患者の移動等の対応準備等の期間も必要であることから、都道府県は医療機関と丁寧に協議をして進めていくべき。</p>
	<p><③ 疑い患者の取扱い> ・現在、新型コロナに対する検査の充実が図られ、コロナ疑いの患者は入院していないのが実態であり、その実態に応じて随時取り扱いの見直しができるようにすべき。 ・個室における差額ベッドの取扱いについて、疑い患者も含め明らかにすべき。（同意書さえあれば請求可能か。）</p>
	<p><④ 重症者用病床の確保について> ・重症者といってもECMOで対応する方や、ICUでの対応を要する方、人工呼吸器で対応する方など、一括りせずに、超重症と重症に分けて対応を考えるべきではないか。 ・重症病床の確保によって急性期が対応できなくなるようなことがないようにすべき。必要に応じて県を越えて対応するため、情報の共有をすべき。 ・重症病床においてはどれだけICUの看護師を確保できるかが重要であり、また、一般病棟のコロナ病棟においても、手厚い看護師の配置が必要であり、重症病床の確保と一般病床のコロナ病床の確保の両立が課題である。</p>

2月2日の第8次医療計画等に関する検討会及び2月17日の感染症部会でいただいた御意見

テーマ	いただいた御意見
	<p><⑤ 特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害児者、認知症患者、がん患者、外国人等）の病床確保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患を有する患者は、独立して特別な対策が必要であり、深掘りして対策を考えるべき。 ・精神科救急の場合には常時対応型の病院と輪番病院群の病院に対して、協定締結などどのような対応を求めていくべきか。 ・感染予防のための行動制限と精神保健福祉法上の行動制限の整理がつかないと現場で混乱が起これるので、整理をすべき ・特に配慮が必要な患者の認知症患者については配慮すべき事項が大変多いと考えるが、認知症患者の配慮事項について具体的に例示すべきではないか。 ・コロナ病棟の入院患者は高齢者が大半であり、介護職やADL低下防止、血栓症予防のためのリハビリ専門職等の医師・看護師以外の多職種の人材確保も必要ではないか。 <hr/> <p><⑦ 地域医療構想との関係></p> <ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症のまん延時に、基準病床数の上限を超えて増床することを前提とするのではなくて、地域医療構想も進めて医療機能の強化・分化・連携を推進して、これによって感染症対応能力の向上を図るといった視点が重要である。 <hr/> <p><入院調整></p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナでは保健所がかなりの部分の入院調整を担っていたが、新興感染症対応において役割を示すべき。 ・コロナにおいて入退院をどこでコントロールするかは非常に重要であったところであり、保健所との関係も含め、考えを示すべき。
(2) 発熱外来関係	<p><① 協定締結医療機関の対象基準・数値目標について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画の実行性の担保が重要であり、発熱外来の協定締結医療機関数の目標設定にあたっては、感染症の特性に左右されることから、過不足なく確保するという視点を持って対応すべき。 ・救急医療機関における疑い患者等の対応について、協定締結との関係も含め指針等で示すべき。

2月2日の第8次医療計画等に関する検討会及び2月17日の感染症部会でいただいた御意見

テーマ	いただいた御意見
<p>(3) 自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供関係</p>	<p><① 協定締結医療機関（病院・診療所、訪問看護ステーション、薬局）の数値目標></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域によってはオンライン診療や医療DXなどが推進されており、そういった内容を踏まえながら、自宅療養者が多くなるパンデミックに備えた計画とすべき。 ・訪問看護事業所においても、平時からの地域の事業所間の連携や、医療機関との連携体制の構築が必要であり、その旨を医療計画指針へ記載すべき。 ・今般の新型コロナ対応と同様、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションが連携をして対応していくことが重要。 <p><② 高齢者施設等に対する医療支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修体制の整備や感染設備の確保、入所されている高齢者、障害者、また、職員の方が罹患した場合に、具体的にどの医療機関に医療の提供や助言を求めるのか、あらかじめじっくり決めておくべき。 ・今回の医療計画に連動する形で、介護計画、障害福祉計画でも同様の記載を盛り込んだ上で都道府県の関係部局を通じて各施設に取組を促すべき。 ・今後の対応の方向性として、例えば各自治体の介護計画において、高齢者施設等が日頃から医療支援を受けられる医療機関を確保し、有事の際のマニュアル等の作成や訓練の実施など、必要な体制整備を進めていくことが求められるとともに、市町村など行政側においても、必要に応じて支援していくようなスキームを検討しておく必要があり、国としての考え方を示すべき。 ・全ての施設で医師や看護師による往診・派遣が可能な医療機関の事前の確保を進めることに関して、実効性が確保できる連携の構築を十分かつ丁寧に検討すべき。 ・高齢者施設の用語が適用される範囲は通所事業所や居住系施設も含まれるのか、範囲を明確化すべき。 ・入所型の福祉施設にも相当数の住民が住んでいるので、これらの施設などに医療マインドが届くような仕組みが必要。 ・高齢者施設等や在宅歯科医療において計画的に行われている在宅歯科医療は、大きな役割を果たしたところであり、新興感染症においても同様に行うことができる取り扱いとしてほしい。 ・歯科治療においてICTを活用したいろいろな情報収集の必要性が明らかになった。現在、遠隔治療というのは認められていないので、今後に向けて、介護連携を含め、調査研究をお願いしたい。
<p>(5) 人材派遣関係</p>	<p><①人材派遣の基準・数値目標></p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナでは超早期に都道府県が動く前に医療者自らボランティア的に動き、活躍したという実情があるということも踏まえ、しっかりそれをサポートするような体制をお願いしたい。 <p><人材育成></p> <ul style="list-style-type: none"> ・行政を支える者で、災害有事に対応できる人が重要であり、感染のフェーズに応じた判断ができるような経験、知識、行動力を持った方を育成すべき。

2月2日の第8次医療計画等に関する検討会及び2月17日の感染症部会でいただいた御意見

テーマ	いただいた御意見
<p>3. 協定締結プロセスにおいて考慮すべき事項</p>	<p><④ 都道府県における締結した協定等の報告・公表の内容・方法> ・協定の内容について、患者の選択に資するような情報の公表を行うということは、重要な取組であり、国民・患者が簡単に確認できる手段で公表すべき。</p> <hr/> <p><⑤ 協定が履行できない「正当な理由」の範囲> ・医療機関の実情に即して、個別に判断する必要性については理解するが、不合理な差異がなく適切な運用がなされるように示すべき。</p> <hr/> <p><⑦ 予防計画（医療計画）の数値目標と現行の医療計画の指標との関係性> ・人工呼吸器やECMOを管理するにあたり、医師のみならず、看護師や臨床工学技士などの医療人材の確保が課題であったことから、専門性の高い看護師や臨床工学技士を指標の対象とすべき。また、それが難しい場合は、重症患者対応体制強化加算を算定している割合を加えるべき</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療人材の指標には医療法での6年4月施行から追加される災害支援ナースを加えてほしい。 ・派遣可能人材については、医師や看護師など職種別の研修受講者数を指標とすべき。 ・割合を指標としているものの分母を明確にすべき。 ・指標・目標という数字があまりにも前面に出ることにより、その柔軟性が損なわれるのではないか。地域の様々な異なる状況に対応できるように考えていくべき。
<p>その他</p>	<p><自治体への速やかな説明> ・都道府県が早期に計画策定作業に入れるよう、少なくとも年度内に論点整理を行い、情報を提供するとともに、担当者説明会を行うなど、都道府県への十分な説明を行うべき。</p> <p><協定指定医療機関の名称> ・感染症法上、感染症の一類二類に対して、現状、感染症指定医療機関が特定一種二種となっているが、今回、新たに新しい一種二種ができ、それも概念が違うので、入院協定医療指定機関とか外来協定医療機関といった名称の方が分かりやすい。</p>

令和5年2月24日	第163回社会保障審議会医療保険部会	参考資料1
令和5年2月17日	デジタル庁「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」 中間とりまとめ	

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会 中間とりまとめ

マイナンバーカードは、安全・確実な本人確認ができるデジタル社会の基盤となるツールであり、社会全体のデジタル化を進めるための最も重要なインフラである。健康保険証の代わりにマイナンバーカードで医療機関・薬局を受診等することにより、患者本人の健康・医療に関するデータに基づいた、より適切な医療を受けていただくことが可能となるなどのメリットがある。

これらのメリットを国民・医療関係者に実感していただくなかで、マイナンバーカードと健康保険証の一体化を加速し、令和6年秋に保険証の廃止を目指すこととしている。本検討会において、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に向けた課題の整理と必要な対応を検討したので、中間とりまとめとして公表する。中間とりまとめで具体化に至らなかった事項については、最終とりまとめに反映できるよう検討する。これにより、マイナンバーカードが全ての国民に行き渡るように全力を尽くす。

マイナンバーカードと健康保険証一体化の意義

- マイナンバーカードによるオンライン資格確認では、医療機関・薬局の窓口で、患者自身の直近の資格情報（加入している医療保険や自己負担限度額）を確認することができ、また、本人の同意に基づき、過去の薬剤情報や特定健診情報等をその医療機関・薬局に提供することができる。
 - マイナンバーカードと健康保険証の一体化により、国民にとっては、
 - ・ 自身のこれまでの薬剤服用歴等を正確かつ網羅的に医師等に説明する手間を省きつつ、過去の健康・医療データに基づいたより適切な医療を受けることができる（重複投薬・併用禁忌の防止など）
 - ・ 転職・転居等による保険証の切替えや更新が不要となる
 - ・ 書類提出によらずに、自己負担限度額等を超える支払が免除される
 - ・ 窓口負担が安くなる
- といったメリットがある。
- ※ マイナンバーカードを利用した場合、患者負担が6円（令和5年4月から12月までは12円）安くなる。
- また、医療機関・薬局にとっては、
 - ・ 患者から問診表等で聞き取るよりも正確かつ効率的に、患者の過去の薬剤情報、特定健診情報等を確認できるようになり、より正確な情報に基づく適切な医療を提供することができる

- ・ 顔写真と電子証明書といったマイナンバーカードの機能により、顔認証等の確実な本人確認を行うことができ、資格確認も一度にできる
- ・ システムへの資格情報の入力等の手間が軽減され、誤記リスクが減少する
- ・ 正しい資格情報の確認ができないことによるレセプトの返戻を回避し、患者への手間が減る等スタッフの確認事務が減少するとともに、未収金の減少にも繋がる

ほか、保険者にとっては、

- ・ 資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による過誤請求に係る事務処理負担が減少する
- ・ 健康保険証、限度額適用認定証等に係る事務手続や認定証等の発行が減少する

等のメリットがある。

- 政府は、これらのメリットをより丁寧に国民・医療関係者へ伝えていき、マイナンバーカードと健康保険証の一体化の意義について理解を求めていくことが重要である。

さらに、マイナンバーカードによるオンライン資格確認は、今後の医療 DX の基盤となる仕組みであり、将来的には、診察券や公費負担医療の受給者証もマイナンバーカードと一体化していくことにより、ますます、国民や医療現場にとってのメリットの実感が大きくなると考えられる。こうした将来も見据えながら、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に向けて取組を加速し、令和6年秋の保険証廃止を混乱なく迎えられるよう、入念に準備する必要がある。

一体化に当たっての取組

(1) マイナンバーカードの特急発行・交付の仕組みの創設等について

- ・ 紛失等により速やかにカードを取得する必要がある場合を対象に、市町村の窓口に来庁して申請を行う特急発行・交付について、発行期間の短縮に加え、カードの発行主体である J-LIS から申請者に直接送付することで、申請から1週間以内（最短5日）で交付できる新たな仕組みを創設し、令和6年秋までに、新生児、紛失等による再交付、海外からの転入者（約150万枚/年）を含め、合計約360万枚/年（約1万枚/日）まで対応できる体制を構築する。

(2) マイナンバーカードの取得に課題がある方への環境整備（マイナンバーカードの代理交付・申請補助等）について

1) 代理交付を幅広く活用できるようにするための柔軟な対応

- ・ 交付申請者の代理人に対する交付については、やむを得ない理由により交付申請者が庁舎等に出向くことが困難であることが、診断書、障害者手帳等の「申請者の出頭が困難であることを疎明するに足りる資料」（疎明資料）により確認された場合に認められているところ、役所に出向くことが困難であるとして代理交付の活用ができるケースを従来より幅広く拡充・明確化する。あわせて、出向くことが困難であることを示す「疎明資料」について、入手が容易・費用がかからないもので対応できるよう緩和するとともに、困難であることが推定される一定の場合（例：成年被後見人、中学生以下の者、75歳以上の高齢の方）には実質不要とし、より柔軟に代理交付の仕組みを活用することができるよう本年度中を目途に自治体向けの事務処理要領を改訂する。
- ・ あわせて、本人確認書類や顔写真証明書類の作成主体の拡充・明確化についても検討し、申請手続の負担軽減を図る。

2) 申請補助・代理での受取等を行う者の確保

- ・ 来年度、施設職員や支援団体等に、申請・代理交付等の支援の協力を要請する。その際、本来業務に配慮したマニュアルを作成・普及するとともに、申請のとりまとめや代理での受け取り等に対する助成を行う。

3) 顔写真

- ・ 宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆う写真を使用する方や、乳幼児、障害のある方又は寝たきりの方等、やむを得ない理由により適切な規格の写真（正面、無帽、無背景）を撮影できない場合であっても、申請書の氏名欄に理由を記載し送付していただくか、マイナンバー総合フリーダイヤルに連絡していただくことで使用可能としているところであり、こうした対応について本年度中に改めて周知する。

4) 暗証番号の設定

- ・ 本人では暗証番号の設定に必要な作業を行うことが困難な場合について、暗証番号自体は本人に決めていただく必要があるが、設定にあたって入力補助などサポートしていただくことは可能であり、その旨をあらためて周知徹底する。
- ・ 暗証番号の設定に困難を抱える申請者に対しては、顔認証による使用を前提としつつ、代理人に不要な負荷をかけないためにも、暗証番号の取扱いについて検討する。
- ・ 暗証番号の初期化・再設定は、役所に出向くほか、市町村から事務委託を受けた郵便局及びコンビニ（署名用電子証明書のみ）で行うことが可能となっており、これらの拡充を検討する。

(3) 市町村によるマイナンバーカードの申請受付・交付体制強化の対応

- ・ 代理する人がいない等のケースに対応するため、市町村による申請受付・交付体制を強化する。

1) 出張申請等

- ・ 公民館、自治会館、老人福祉センター、地域の病院、地域包括支援センターなど高齢者などが利用しやすい場所や、健康保険証を活用する現場である医療機関、健康診断や予防接種の実施会場等での出張申請受付を本年度から推進するとともに、希望する者の個人宅等を市町村職員が各種制度の支援者とともに訪問する形での出張申請受付の推進についても検討する。
- ・ 来年度、関係団体を通じて出張申請受付を希望する介護福祉施設・障害福祉施設等を取りまとめた上で、市町村に情報提供を行い、市町村による出張申請受付を推進する。
- ・ 日本郵便とも連携し、郵便局における申請サポートを強力に推進するとともに、市町村が指定した郵便局で、市町村とオンラインでつなぎ、マイナンバーカードの交付申請受付と市町村による本人確認を行い、発行されたカードを郵送で住民に届けること等を可能とするよう、郵便局事務取扱法に、マイナンバーカードの交付に係る事務を位置付け、制度化を目指す。
- ・ マイナンバーカード交付事務費補助金による出張申請受付等への支援は令和5年度も継続する。

2) 施設等の協力

- ・ 施設や支援団体の負担への配慮が必要であるが、市町村だけで対応することは困難であることから、市町村が出張申請受付を行う際の事務的な準備や周知などについてマニュアルを作成し、施設や支援団体側にも協力を依頼する。

3) 窓口における対応・支援

- ・ 代理手続の可否やパスワード設定の介助者等による支援の取扱いなど、市町村毎に窓口の対応にばらつきがあるという声が聞かれるため、事務処理要領だけでなく、事務連絡等でこれまで整理してきた対応をあらためて市町村に周知していく。
- ・ 窓口での支援に関して、手話通訳者やろうあ者相談員の活用の推進について検討する。
- ・ 住民に向けては、J-LISにおいて運営しているコールセンターを利用することができることについて、あらためて周知していく。

4) 対面での手続

- ・ 対面での手続に対するハードルがある方について、オンライン・チャット機能・AIを活用して対面手続を不要としてほしいとの意見があつ

たが、マイナンバーカードは、対面やオンラインで安全・確実に本人確認を行うためのツールであり、なりすまし等による不正取得を防ぐため、申請時又は交付時に、市区町村の職員による対面での厳格な本人確認を経て、交付することを原則としており、対面での本人確認を経て発行することで、国際的な基準を踏まえて策定されている「行政手続におけるオンラインによる本人確認の手法に関するガイドライン」（CIO 連絡会議決定）上、最高位の保証レベルを実現しているところである。

- ・ 庁舎等に出向くことが困難である方については、出向くことが困難であることを示す疎明資料の緩和・実質不要化等により、代理交付を活用しやすくする。

（４）健康保険証廃止後の資格確認の取扱いについて

- ・ マイナンバーカードによるオンライン資格確認を基本とする。
- ・ マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方については、氏名・生年月日、被保険者等記号・番号、保険者情報等が記載された資格確認書（基本は紙）により被保険者資格を確認することとする。
- ・ 「マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方」は、具体的には、
 - ・ マイナンバーカードを紛失した・更新中の者
 - ・ 介護が必要な高齢者やこどもなどマイナンバーカードを取得していない者
 - ・ ベビーシッターや介助者等の第三者が本人に同行して本人の資格確認を補助する必要がある場合や、家族や介助者等が本人の代理として薬局に薬剤を受け取りに行く必要がある場合等が想定される。
- ・ 資格確認書は、本人の申請に基づき書面又は電磁的方法により、保険者から速やかに提供することとする。
- ・ 資格確認書の有効期間は、1年を限度として各保険者が設定することとする。また、様式は国が定める。

※ 資格確認書の発行は、現行の保険証と同様、無償。

※ より良い医療を受けることが可能となることや、診療報酬による患者負担に差があることなど、マイナンバーカード利用の意義・メリットをわかりやすく伝える。

（５）保険者の資格情報入力タイムラグ等への対応

- ・ オンライン資格確認等システムについて、保険者の迅速かつ正確なデータ登録を徹底するため、資格取得届への被保険者の個人番号等の記載義務を法令上明確化するとともに、保険者は、事業主による届出から5日以内にデータ登録を行うこととする。また、現行、事業主から保険者への届出は5日以内とされているところ、事業主が、加入前から被保険者

に係る情報を収集するよう促すなどして、当該届出が5日以内に徹底されるようにする。

- ・ 保険者によるデータ登録時に、J-LIS 照会を全件実施することとする。
- ・ J-LIS への照会を円滑に行うための文字規格や住所表記の統一について検討する。

(6) その他、健康保険証廃止後のオンライン資格確認における実務上の課題

1) 発行済みの健康保険証の取扱い

健康保険証廃止後、発行済みの健康保険証を1年間（先に有効期間が到来する場合は有効期間まで）有効とみなす経過措置を設ける。

2) マイナンバーカードの管理について

- ・ 施設等が本人に代わって入所者のマイナンバーカードを管理することに不安の声が聞かれた一方で、施設入所者等も、マイナンバーカード1枚で医療機関・薬局を受診等することにより、患者本人の過去の医療・健康情報に基づいた医療を受けるというメリットを活用いただく機会を保障する必要がある。
- ・ 医療機関・薬局の受診等の際にマイナンバーカードを第三者に預けることや、施設入所者のマイナンバーカードの管理の在り方などについて、取扱いの留意点等を整理した上で周知し、安心して管理することができる環境づくりを推進する。

(具体例)

- ・ 法定/任意代理人が被代理人のマイナンバーカードを管理する場合
- ・ 施設長が施設入所者分のマイナンバーカードを管理する場合
- ・ 乳幼児・要介護者等が医療機関・薬局受診等する際に、同行するベビーシッター・介助者等が本人のマイナンバーカードを持参する場合や、家族や介助者等が本人の代理として薬局に薬剤を受け取りに行く必要がある場合

(7) 乳幼児のマイナンバーカードについて

- ・ 乳幼児に対応した申請・交付手続の見直しを行う。具体的には、出生後速やかにカードを交付することができるよう、出生届の提出にあわせてカードの申請を行うことができるようにし、特急発行の対象とするとともに、1歳未満でカードを申請する場合については、顔写真がないカードを交付することとする（有効期間は5歳の誕生日まで）。

(8) 説明会等

- ・ マイナンバーカード及び健康保険証利用についてのメリットや制度、カードのセキュリティの周知がもっと必要という意見があった。

- ・ 公費負担医療の受給者証とマイナンバーカードを一元化すれば、カードのメリットやカード取得のインセンティブになるのではないかという意見があり、医療 DX の取組の中でその実現を図る。
- ・ 本人に届くようなカードのメリットの説明とその説明会の実践をしていく。
- ・ 障害者情報アクセシビリティ・コミュニケーション施策推進法も踏まえた対応について検討する。
- ・ 引き続き、3省庁、自治体、関係機関・組織・団体が、それぞれの主体性を発揮しつつ、相互に緊密に連携・協力し、取組を進める。
- ・ 取組においては、国民の情報リテラシーの向上も重要であり、国と自治体が協力をし、民間の各種の組織・団体と連携して、これを高めていく。

令和5年2月24日	第163回社会保障審議会医療保険部会	参考資料2
令和5年2月17日	デジタル庁「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」 中間とりまとめ 参考資料（一部更新）	

中間とりまとめ 参考資料

令和5年2月17日

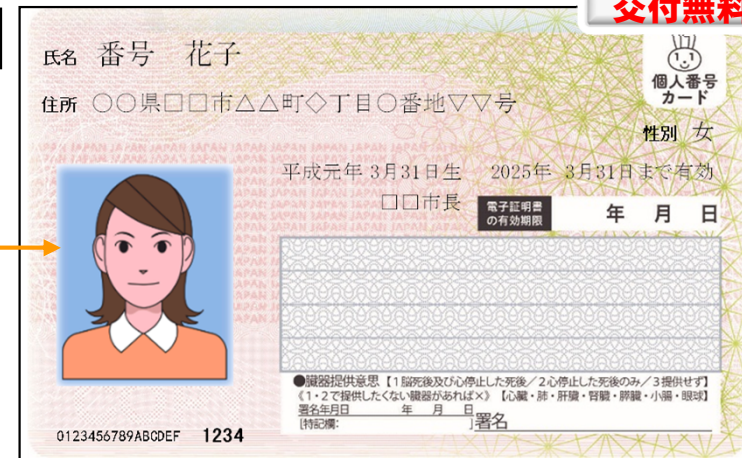
マイナンバーカードは、これからの時代の本人確認ツール

対面での本人確認

✓ 顔写真付きの本人確認書類として

- 市町村での厳格な本人確認 → 確かに本人であるという証
- 顔写真があるのでなりすましができない
- 公私での本人確認が可能

表



電子的な本人確認

✓ オンラインで安全・確実に本人を証明

- 電子証明書により、スマホやパソコンで各種手続や契約が可能
- 全国のコンビニで住民票の写しなどを取得可能
- マイナポイントの取得や健康保険証としての利用
- さらに、将来的にはAIその他の様々な先端技術の活用を実現

＜例＞窓口のAI端末にカードをかざし、本人情報の自動入力やAIとの対話により、行政手続をスムーズに

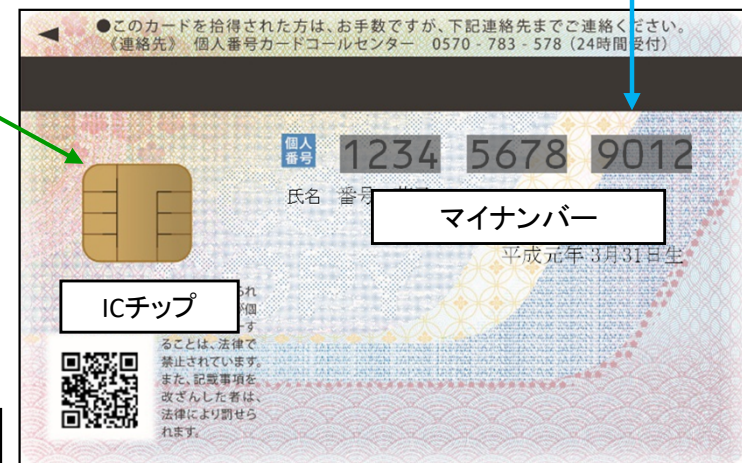
➡ **Society 5.0時代の必須ツール**

マイナンバーの提示

✓ このカードを提示することで、自分のマイナンバーを証明

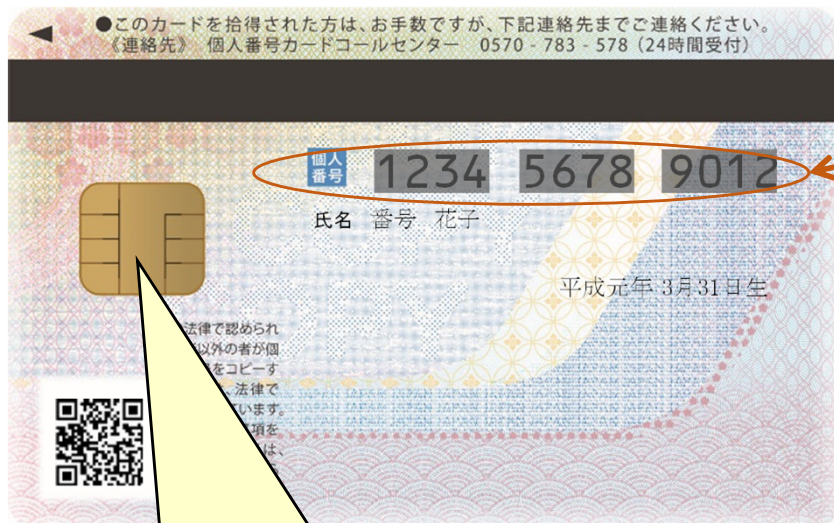
- 社会保障・税などの手続で、添付書類が不要に

裏



マイナンバーカードについて

マイナンバーカードの裏面



ICチップ内のAP構成

電子証明書
(署名用、利用者証明用)

空き領域

その他(券面情報等)

①マイナンバー

- ・社会保障、税又は災害対策分野における法定事務又は地方公共団体が条例で定める事務においてのみ利用可能
- ・マイナンバーを利用できる主体は、行政機関や雇用主など法令に規定された主体に限定されており、そうでない主体がカードの裏面をコピーする等により、マイナンバーを収集、保管することは不可

法令で利用
できる
主体が
限定

②電子証明書 (署名用電子証明書・利用者証明用電子証明書)

- ・行政機関等(e-Tax、マイナポータル、コンビニ交付等)のほか、内閣総理大臣及び総務大臣が認める民間事業者も活用可能

署名用電子証明書のイメージ

氏名
生年月日
性別
住所
発行番号
発行年月日
有効期間
発行者

署名用公開鍵

利用者証明用電子証明書のイメージ

発行番号
発行年月日
有効期間
発行者

利用者証明用
公開鍵

民間も
含めて
活用が
可
幅
広
く

③空き領域

- ・市町村・都道府県等は条例で定めるところ、国の機関等は内閣総理大臣及び総務大臣の定めるところにより利用可能
例: 印鑑登録証、国家公務員身分証

- ・新たに民間事業者も内閣総理大臣及び総務大臣の定めるところにより利用可能に

マイナンバーカードの安全性

なりすましはできません

- ✓ 顔写真入りのため、対面での悪用は困難です。



プライバシー性の高い個人情報は入っていません

- ✓ ICチップ部分には、税や年金などの個人情報は記録されません。

オンラインでの利用には電子証明書を使います
マイナンバーは使いません。

- ✓ オンラインでの電子証明書の利用には、暗証番号または顔認証が必要です。

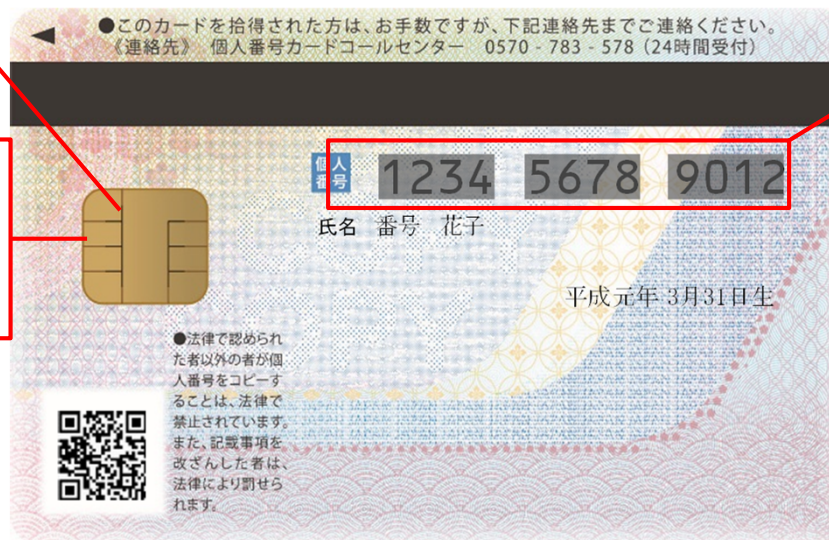
万全のセキュリティ対策

- 紛失・盗難の場合は、24時間365日体制で停止可能
- アプリ毎に暗証番号を設定し、一定回数間違くと機能ロック
- 不正に情報を読み出そうとすると、ICチップが壊れる仕組み

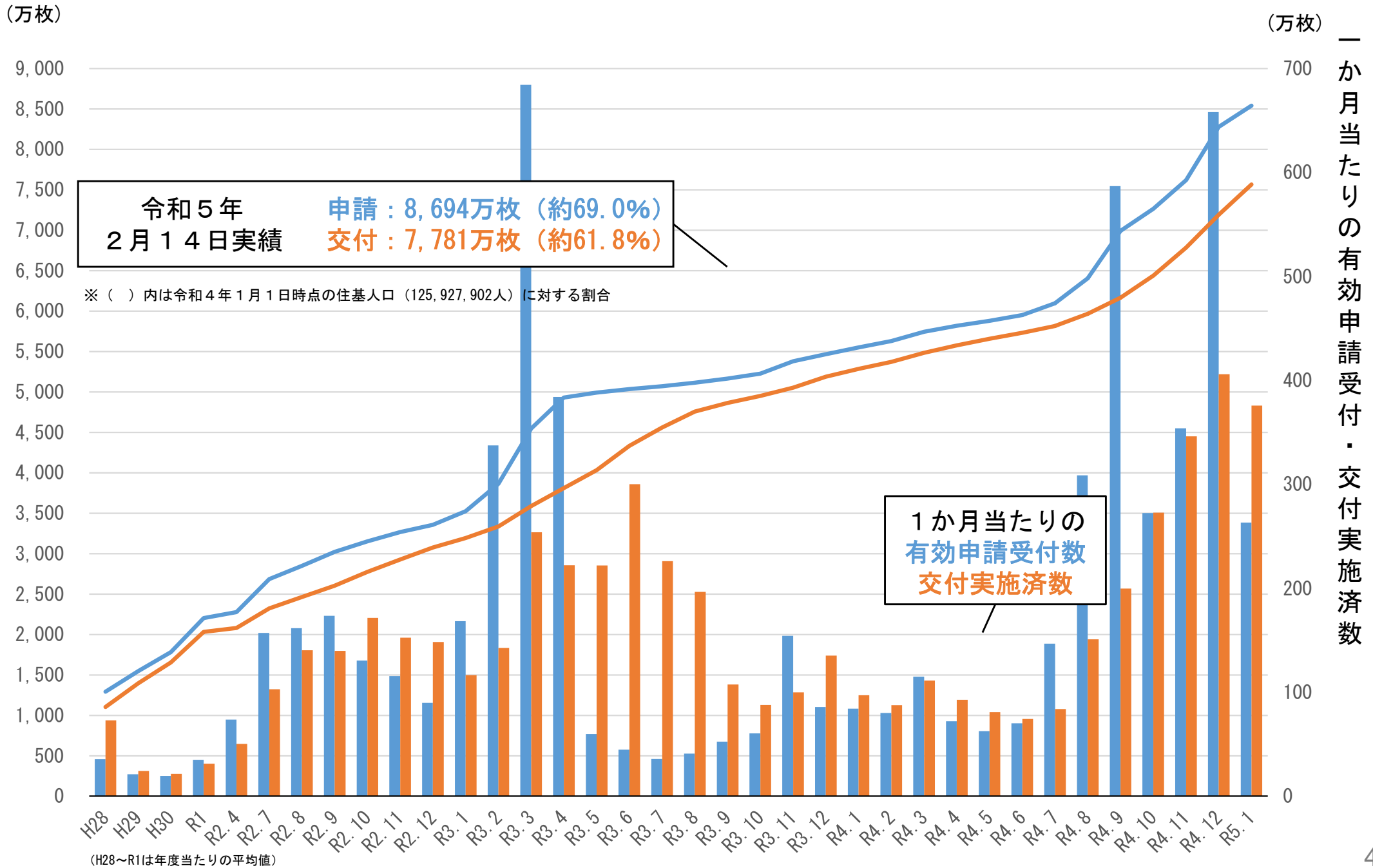


マイナンバーを見られても個人情報は盗まれません

- ✓ マイナンバーを知られても、個人情報を調べることはできません。
また、ご自身の情報が
見られる「マイナポータル」の
ログインにはカードと暗証番号
が必要です。



マイナンバーカードの申請・交付状況



マイナンバーカードと健康保険証の一体化（保険証の廃止）

- マイナンバーカードは、社会全体のデジタル化を進めるための最も重要なインフラ。このインフラを活用し、国民にマイナンバーカード1枚で受診していただくことで、健康・医療に関する多くのデータに基づいた、よりよい医療を受けていただけることが可能となる。
- **「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」を進めるため、令和6年秋に保険証の廃止を目指す。**
- 保険証の廃止に向けては、細部にわたりきめ細かく環境を整備する必要がある。また、医療を受ける国民、医療を提供する医療機関関係者などの理解が得られるよう、丁寧に取り組んでいく。
- 具体的に、以下2つの課題に取り組む。

1. 訪問診療・柔整あはき等にオンライン資格確認を導入

- 訪問診療等の居宅における資格確認の仕組みの構築。
- 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術所等に資格情報のみを取得できる簡素な仕組みの構築。

（オンライン資格確認義務化の例外医療機関等について、簡素な仕組みを導入し、必要な資格確認を行える方向で検討。）

⇒ 事業者のシステム改修及び利用機器の導入支援（173億円）、支払基金・国保中央会のオンライン資格確認等システムの改修（51億円）を実施。

※上記の予算は、厚生労働省において第二次補正予算に計上。

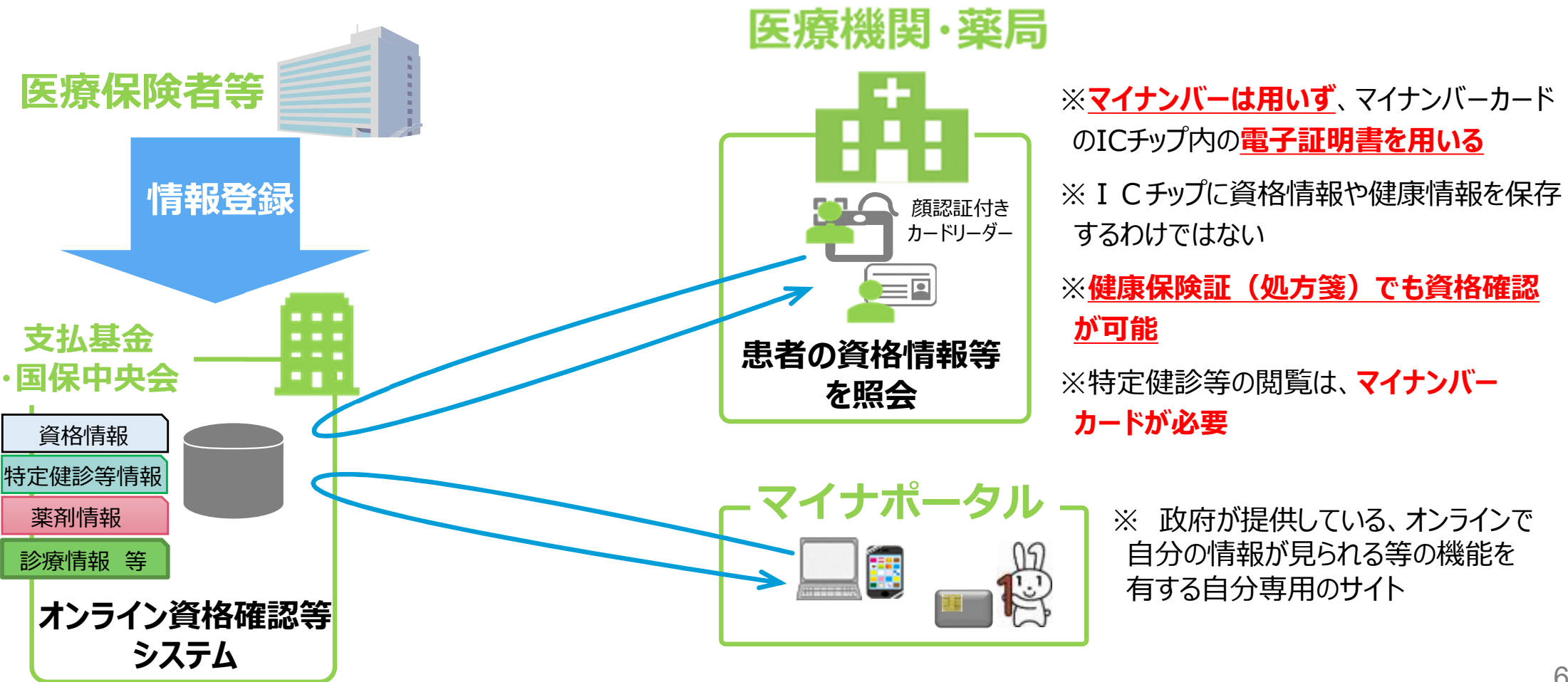
2. マイナンバーカードの取得の徹底

- 保険証の廃止に当たっては、マイナンバーカード取得の徹底に加え、カードの手続き・様式の見直しの検討が必要。

※ 何らかの事情により手元にマイナンバーカードがない方が必要な保険診療等を受ける際の事務手続などについては、今後「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」において検討を進める。

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

- ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。
- ② マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を受けられる環境に**。（マイナポータルでの閲覧も可能）



オンライン資格確認のメリット

患者

- ・マイナンバーカードを用いて、**特定健診情報等、薬剤情報、医療費通知情報を閲覧**できます。本人が同意をすれば、医療関係者と共有し、**より良い医療を受けることが出来る**ようになります。
- ・限度額適用認定証等がなくても、**窓口での限度額以上の一時的な支払いが不要**となります。（従来は、一時的に支払いをした後に還付を受けるか、事前に医療保険者等に限度額適用認定証等を申請する必要がありました。）
- ・転職等のライフイベント後でも、**健康保険証としてずっと使うことができます**（医療保険者等への加入の届出は引き続き必要です）。国民健康保険や後期高齢者医療に加入している際の**定期的な保険証の更新が不要**になります。また、**高齢受給者証（70歳から75歳になるまでの間、自己負担割合を示す証明書）の持参が不要**になります。
- ・顔認証により本人確認と保険証確認が同時に行われ、**受付が円滑**になります。保険医療機関等の窓口での資格確認がシステム化されることで、待ち時間が減少することがあります。

医療機関・薬局

- ・病院システムへの資格情報の**入力の手間が軽減され、誤記リスクが減少**します。
- ・正しい資格情報の確認ができないことでレセプト請求後に返戻されていましたが、オンラインでの即時の資格確認により**レセプトの返戻を回避でき、患者等への確認事務が減少**します。**未収金の減少**につながります。
- ・マイナンバーカードを持っている患者の同意を得て、**薬剤情報、特定健診情報等を閲覧**することが出来るようになり、**より正確な情報に基づく適切な医療を提供**することが出来ます。
- ・**災害時**には、マイナンバーカードを持っていない患者であっても、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが可能となります。（患者の同意は必要です。）
- ・被保険者証の資格確認がシステム化されることで、窓口の混雑が緩和されます。

保険者

- ・**資格喪失後の被保険者証の使用が抑制**されます。
- ・資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による**過誤請求の事務処理負担（資格喪失や異動後の資格情報の照会、医療保険者間調整、本人への請求等の事務作業）が減少**します。
- ・限度額適用認定証等の適用区分や負担割合等が保険医療機関等に正確に伝わり、**レセプトにかかる保険医療機関等との調整が減少**します。
- ・**限度額適用認定証等の申請にかかる事務手続きや認定証等の発行が減少**します。

(2023/2/19時点)

1. 顔認証付きカードリーダー申込数

210,947施設 **(91.8%)** / 229,717施設

※義務化対象施設に対する割合：**98.6%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	98.7%	98.9%
医科診療所	91.5%	98.2%
歯科診療所	88.4%	99.7%
薬局	95.4%	98.1%

参考：全施設数

病院	8,192
医科診療所	89,695
歯科診療所	70,335
薬局	61,495

2. 準備完了施設数 (カードリーダー申込数の内数)

136,113施設 **(59.3%)** / 229,717施設

※義務化対象施設に対する割合：**63.6%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	71.8%	72.0%
医科診療所	49.8%	53.5%
歯科診療所	50.7%	57.2%
薬局	81.1%	83.4%

3. 運用開始施設数 (準備完了施設数の内数)

113,835施設 **(49.6%)** / 229,717施設

※義務化対象施設に対する割合：**53.2%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	60.1%	60.3%
医科診療所	37.7%	40.5%
歯科診療所	41.6%	46.9%
薬局	74.6%	76.7%

注) 義務化対象施設数は、社会保険診療報酬支払基金にレセプト請求している医療機関・薬局の合計(213,877施設)で算出(紙媒体による請求を行っている施設を除く。令和4年11月診療分)

【参考：健康保険証の利用の登録】

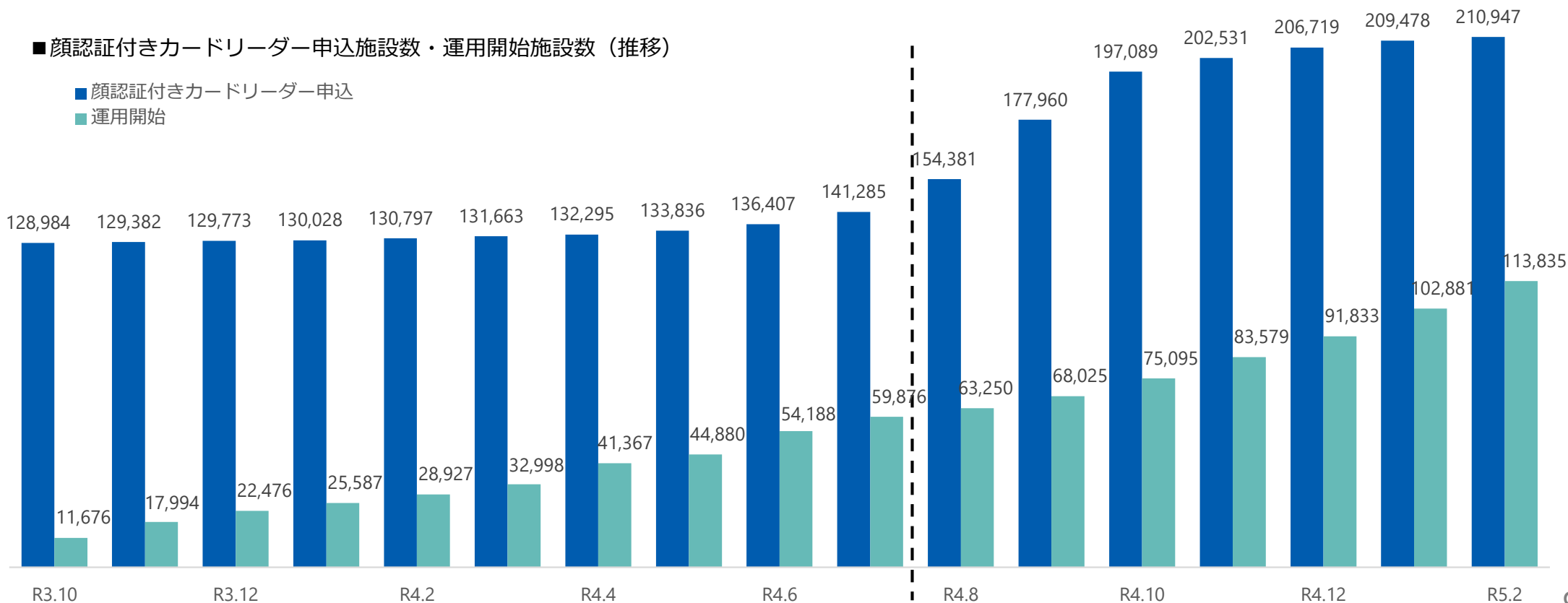
48,644,589件 カード交付枚数に対する割合 **62.0%**

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請枚数： 約8,784万枚 (人口比：69.8%)
 交付実施済数： 約7,851万枚 (人口比：62.3%)

- 医療関係団体（日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会）により設置された「オンライン資格確認推進協議会」と厚生労働省が連携して、**オンライン説明会を実施（8/24）**。
- 都道府県担当者や地域の関係団体への**地域ごとでの説明会を開催（8月以降計42回厚生労働省から直接実施）**。**都道府県単位での顔認証付きカードリーダー申し込みのとりまとめ**を求めるとともに、**市・郡単位での申込状況を公表**し取組を後押し
- 「システム事業者導入促進協議会」**を、デジタル庁・経済産業省とも連携して、**集中的に開催（計3回6/10、8/23、11/2）**。改修完了に向けた導入計画の策定を依頼など、**システム事業者向けに働きかけを強化**。

■ 顔認証付きカードリーダー申込施設数・運用開始施設数（推移）



原則義務化の経過措置

- 令和4年度末時点で、やむを得ない事情がある保険医療機関・薬局は、期限付きの経過措置を設ける。

※対象の保険医療機関・薬局は、地方厚生(支)局に原則オンラインで事前届出を行う(支払基金とも情報共有)

※令和6年4月メドで資格確認限定型・居宅同意取得型の運用を開始することとしており、こうした状況を踏まえ、今後、必要な見直しを行う。

やむを得ない事情	期限
(1) 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局(システム整備中)	システム整備が完了する日まで (遅くとも令和5年9月末まで) ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和5年9月末事業完了まで継続
(2) オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局(ネットワーク環境事情)	オン資に接続可能な光回線のネットワークが 整備されてから6ヶ月後まで ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和6年3月末事業完了まで継続
(3) 訪問診療のみを提供する保険医療機関	訪問診療のオン資(居宅同意取得型)の 運用開始(令和6年4月)まで ※ 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和6年3月末補助交付まで実施
(4) 改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局	改築工事が完了するまで 臨時施設が終了するまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
(5) 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局	廃止・休止まで (遅くとも令和6年秋まで) ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
(6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 ※ 例外措置又は(1)~(5)の類型と同視できるか個別判断	特に困難な事情が解消されるまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象

※上記のほか、患者から電子資格確認を求められた場合に応じる義務について、訪問診療等・オンライン診療の場合の経過措置(居宅同意取得型の運用開始(令和6年4月)まで)を設ける。

医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置

- 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、**(1) 初診時・調剤時の評価を見直す**とともに、**(2) 再診時についても新たに評価**を行う特例措置を講ずる。
- また、あわせてオンライン請求を更に普及する観点から、**(3) 当該加算の算定要件を見直す**特例措置を講ずることとする。
- これらの特例措置を**令和5年4月から12月まで(9か月間) 時限的に適用**する。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算

※ 本加算で、医療機関・薬局に求められる取組・体制は、次ページ

(1) 初診時・調剤時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局において、初診又は調剤を行った場合における評価の特例

- ・初診料 (医科・歯科)
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 (マイナンバーカードの利用なし) **4点 → 6点**
- ・調剤管理料 (調剤)
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 (マイナンバーカードの利用なし) **3点 (6月に1回) → 4点**

(2) 再診時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対し、再診を行った場合における評価を設ける

- ・再診料
(新) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 (マイナンバーカードの利用なし) **2点 (1月に1回)**

(3) 加算要件の特例 (オンライン請求の要件)

現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和5年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和5年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。

		現行の加算	特例措置(令和5年4~12月)
初診	マイナンバーカードを利用しない	4点	6点
	// 利用する	2点	2点
再診	マイナンバーカードを利用しない	-	2点
	// 利用する場合	-	-
調剤	マイナンバーカードを利用しない	3点	4点
	// 利用する場合	1点	1点

(続き)

【医療機関・薬局に求められること】

今般の特例で新たに設定



初診時等における診療情報取得・活用体制の充実

再診時における診療情報取得・活用体制の充実

【施設基準】（初診時・再診時共通）

- 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
 - ① オンライン請求を行っていること。
 - ② オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - ③ ②の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うこと（※）について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
- （*）①は今回の特例措置で、R5.12.31日までにオンライン請求を開始することを地方厚生局長等に届け出た場合には要件を満たしたものとみなす。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（通知）

（※）具体的の対応として問診票の標準的項目を規定（通知）

（※）再診時の具体の対応として、薬剤情報の確認や、その他必要に応じて健診情報等の確認を行う旨を規定予定（通知）

診療情報を取得・活用する効果（初診・調剤）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。
- ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

問診票の標準的項目を新たに通知で示している

問診票（初診時）
●今日の症状
●過去の病気
●他の医療機関の受診歴
●処方されている薬
●特定健診の受診歴
●アレルギーの有無
●妊娠・授乳の有無
……
※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

オン資により
確認可能

薬局

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
- ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

診療情報を取得・活用する効果（再診）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。

再診時の確認等について通知で示す予定

再診時の確認事項

- ・ 薬剤情報
- ・ その他、必要に応じて健診情報等

中医協の答申書の附帯意見（令和4年12月23日） （オンライン資格確認関係抜粋）

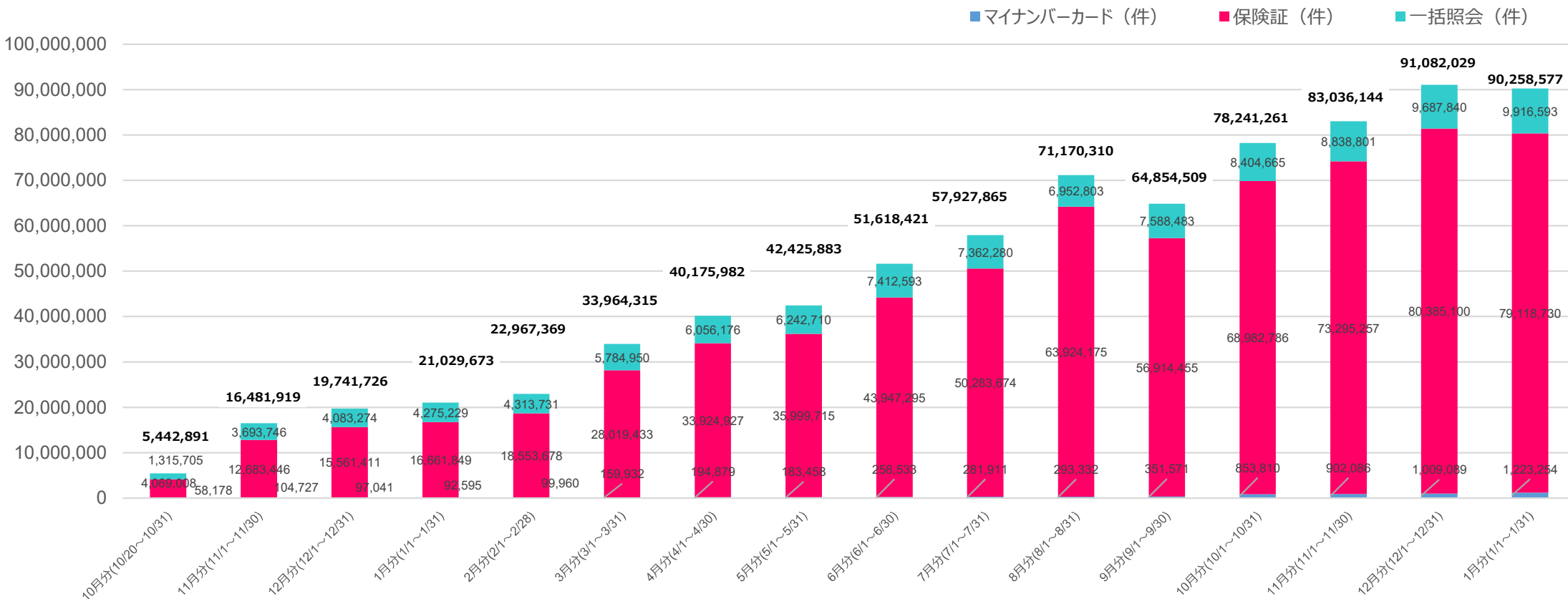
1. まずは令和5年4月のオンライン資格確認の原則義務化に向けて、更なる導入の加速化を図ること。その上で、本経過措置は真にやむを得ない事情に限定して対象を明確化し、最小限に留めるものであるという前提の下、延長を行わないこと。契約を締結したがシステム整備未完了の場合の経過措置の適用に当たっては、保険医療機関及び保険薬局、システム事業者並びに導入支援事業者に対し、当該経過措置は期限を区切って更に導入を加速化することを目指したものであるという趣旨の周知徹底を図るとともに、更なる導入に向けた取組を行い、令和5年9月末までにシステム整備を完了させること。また、その他特に困難な事情がある場合については、具体例を明確化し、特に限定的に扱うこと。
2. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る初診時・調剤時の追加的な加算、再診時の加算及び加算に係るオンライン請求要件の緩和並びに一般名処方、後発品使用体制に係る加算及び薬局における地域支援体制に係る加算の上乗せ措置については、オンライン資格確認に伴うマイナンバーカードを用いない場合の診療情報取得に係る医療機関等の負荷・手間を考慮し、オンライン資格確認等システムの導入・普及を徹底していく観点及び医薬品の供給が不安定な中、患者への適切な薬剤処方の実施や薬局の地域における協力を促進等していく観点から特例的に措置されているものであることを踏まえ、令和5年12月末までの措置とし、延長は行わないこと。また、オンライン請求の導入やその体制整備もあわせて強力に促進すること。
3. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る評価の特例については、本年8月10日の附帯意見2に照らして、患者・国民の声の聴取と医療の質の向上の状況に係る調査・検証についてまだ行われていないとの指摘を踏まえ、同附帯意見2と合わせて、早急に患者・国民の声を丁寧かつ幅広く聴き、初診時・調剤時及び今回追加された再診時において、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況等について十分に調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに中医協へ報告の上、対応を検討すること。
4. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算が、創設後、短期間のうちに見直しが行われることを踏まえ、改めて、医療DXの基盤となるオンライン資格確認について、患者がマイナンバーカードを用いて医療機関等を受診することで、健康・医療情報に関する多くのデータに基づいた安心・安全でより良い医療を受けることが可能になるなど、様々なメリットがあることについて、広く患者・国民が理解し、実感できるよう、関係者が連携して周知等に取り組んでいくこと。

オンライン資格確認の利用状況①

- 本格運用開始から令和5年1月末までの期間で、オンライン資格確認等システムを活用した資格確認が約8億件行われた。
(マイナンバーカードによるもの：約616万件、保険証によるもの：約7億件、一括照会によるもの：約1億件)

■ 運用開始施設における資格確認の利用件数

※ 一括照会：医療機関等が事前に予約患者の保険資格が有効かどうか等、オンライン資格確認等システムに一括して照会すること



【1月分の内訳】

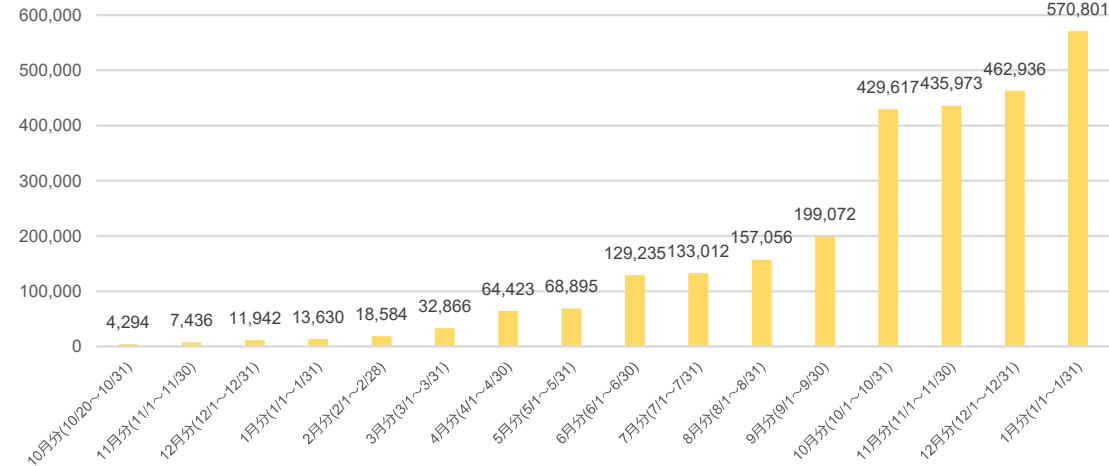
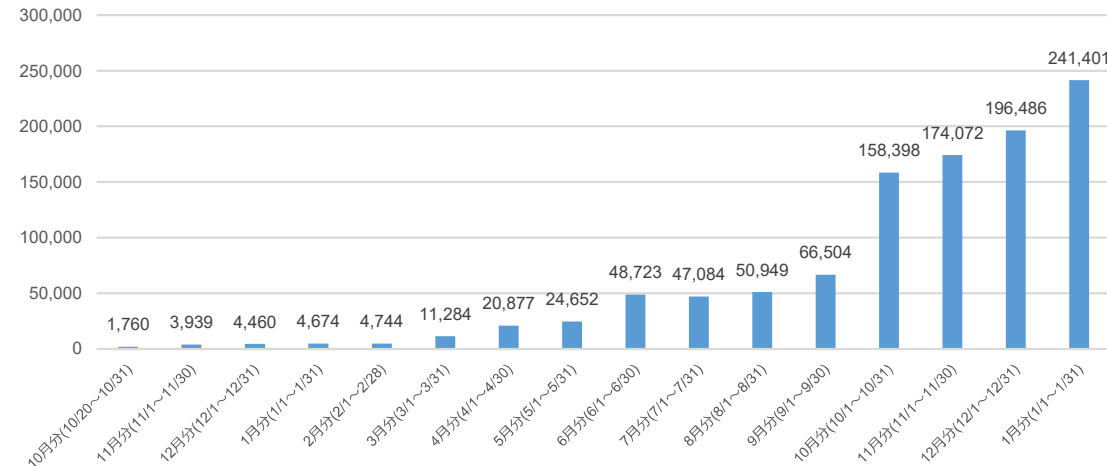
	合計 (件)	マイナンバーカード (件)	保険証 (件)	一括照会 (件)
病院	11,841,328	181,049	4,580,962	7,079,317
医科診療所	23,850,814	380,511	22,897,396	572,907
歯科診療所	7,261,726	215,387	4,817,438	2,228,901
薬局	47,304,709	446,307	46,822,934	35,468
総計	90,258,577	1,223,254	79,118,730	9,916,593

オンライン資格確認の利用状況②

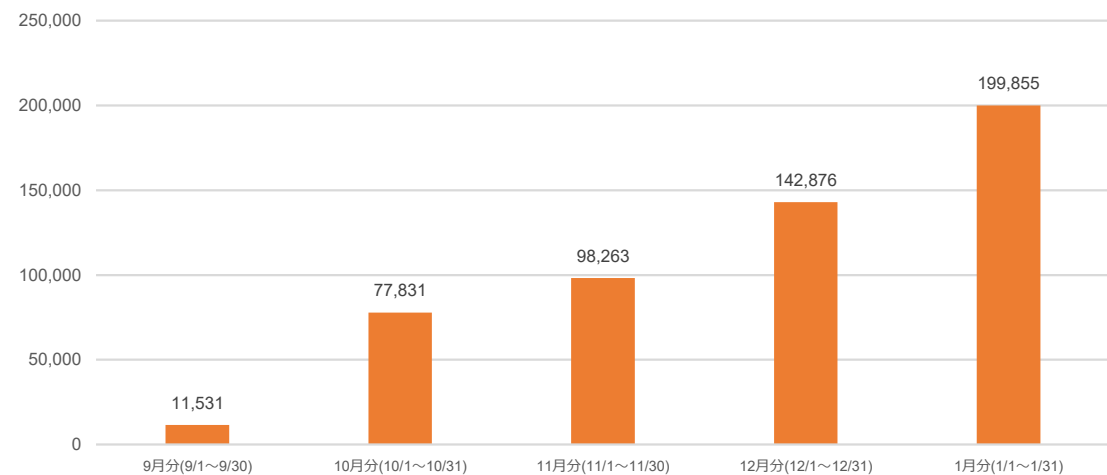
■ 特定健診等情報・薬剤情報の利用件数 ※ マイナンバーカードを持参した患者で特定健診等情報、薬剤情報の閲覧に同意をし、医療機関・薬局が利用した件数

特定健診情報閲覧の利用件数

薬剤情報閲覧の利用件数



診療情報閲覧の利用件数



【1月分の内訳】

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	24,173	37,970	26,591
医科診療所	65,351	280,427	73,657
歯科診療所	25,632	46,260	4,845
薬局	126,245	206,144	94,762
総計	241,401	570,801	199,855

オンライン資格確認における迅速かつ正確なデータ登録の確保

- マイナンバーカードと健康保険証の一体化を推進し、令和6年秋に保険証の廃止を円滑に実現するため、オンライン資格確認におけるデータ登録の更なる迅速化・正確性の確保を推進。

課題

- (1) 被保険者の資格取得から保険者のデータ登録までに時間がかかる
- (2) 個人番号未提出者の場合、保険者が自ら調査し、被保険者の資格データを登録しているが、特定できない場合や誤りが生じる場合がある

【原因】

- ・ 保険者への届出時に個人番号の提出が徹底されていない。
- ・ 個人番号未提出者について、保険者がJ-LIS（※）照会（住民基本台帳情報照会）を行っているが、個人番号の取得が難しい場合がある。

※ 地方公共団体情報システム機構

- ・ 被保険者・事業主の届出の間違い、保険者の登録間違い

対応

(1) データ登録のタイムラグ・データ未登録の解消

- ・ 資格取得の届出における被保険者の個人番号等の記載義務を法令上明確化。【省令改正】

- ・ 現行では、保険者によるデータ登録の期間の定めなし
⇒ 保険者によるデータ登録を5日以内とする。
(事業主から保険者への届出は5日以内なので、計10日以内)

【省令改正】

(2) 誤登録防止チェックの強化

- ・ 現行では、新規登録時に既存の資格情報（生年月日、カナ氏名）に突合し、不一致事例を保険者において確認。
⇒ 加えて、新規登録時に、J-LIS照会（カナ氏名・生年月日・性別の突合）を全件実施予定。

登録データの補正等の状況

○保険者から異なる個人番号が登録された事例のうち、薬剤情報・医療費通知情報が閲覧された事例

令和3年10月～11月末（※1）	1件 （同期間のオンライン資格確認利用件数：約2,200万件）
令和3年12月～令和4年11月末	4件 （同期間のオンライン資格確認利用件数：約5億8,700万件）

※1 令和3年12月23日第149回医療保険部会で公表

※2 上記の期間中に判明した保険者から異なる個人番号が登録されていた事例数は、

- ・ 令和3年10月～11月末 33件
- ・ 令和3年12月～令和4年11月 7,279件（うち7,114件は、協会けんぽにおいて資格情報の重複調査により判明）

これらの事例は、閲覧を停止し、補正（異なる個人番号等を削除）を実施。

今後、新規発生を防止するとともに、登録データの補正等を要する事例の把握に向けて、

- （1）資格取得の届出における被保険者の個人番号等の記載義務を法令上明確化
- （2）現在、保険者異動時にデータを登録する際には、全件、既存の資格情報（①生年月日、②カナ氏名）等に突合し、
①・②いずれかの不一致を検知した場合には、保険者へ通知し、確認する仕組みを実施中。
⇒ 加えて、今後、全件についてJ-LIS照会を実施予定。
- （3）あわせて、今後、マイナンバーカードと保険証の一体化のご案内とともに、確認が必要な方に対し、既登録データを送付し、ご本人による確認も検討。

都道府県別の運用開始状況（施設類型別・2月19日時点）

更新

	病院	医科診療所	歯科診療所	薬局
①	岩手(79.3%)	宮崎(56.0%)	鳥取(72.4%)	岡山(87.1%)
②	愛媛(77.8%)	鹿児島(54.8%)	宮崎(69.7%)	岩手(86.6%)
③	宮崎(75.8%)	富山(51.8%)	福井(65.9%)	青森(86.2%)
④	富山(75.5%)	山形(51.2%)	岩手(63.4%)	富山(85.2%)
⑤	鹿児島(75.2%)	石川(50.8%)	富山(61.5%)	福井(83.4%)

④③	千葉(50.5%)	京都(33.5%)	群馬(37.1%)	和歌山(68.9%)
④④	大阪(50.2%)	千葉(32.7%)	埼玉(37.0%)	長野(67.5%)
④⑤	神奈川(49.9%)	東京(30.2%)	千葉(35.0%)	佐賀(65.6%)
④⑥	東京(47.4%)	神奈川(30.0%)	神奈川(34.0%)	山梨(65.0%)
④⑦	茨城(46.6%)	島根(25.2%)	東京(30.0%)	大分(61.7%)
合計	60.1%	37.7%	41.6%	74.6%

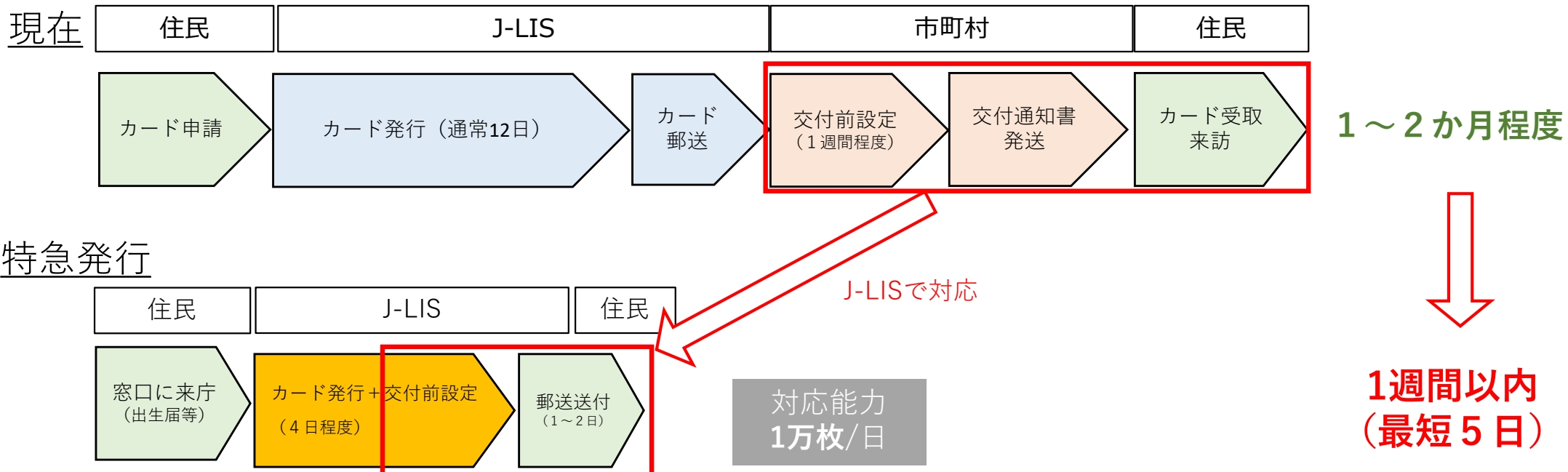
マイナンバーカードの特急発行・交付の仕組みの創設について

- 現在1～2か月程度要している申請から住民にカードが届くまでの期間について、新生児、紛失等による再交付、海外からの転入者など、特に速やかな交付が必要となる場合を対象に特急発行・交付の仕組みを創設し、**1週間以内（最短5日）に短縮**。

処理期間：1週間以内（最短5日）

対応能力：360万枚/年（新生児、紛失等による再交付、海外からの転入者など）

- 申請時に来庁して本人確認を行い、カードを郵送送付する**特急発行の特別な措置**として、通常市町村が行っているカードの有効化等の作業（**交付前設定**）をJ-LISが行い、住民に直接カードを送付。



代理交付の要件及び疎明資料の見直し案について

- マイナンバーカードは、病気、身体の障害その他のやむを得ない理由により役場に出向くことが困難であると認められるときに、代理人に対して交付することができるが、その際、出向くことが困難であることを疎明する資料（疎明資料）の提示を求めている。

（見直し方針）

- 「やむを得ない理由」に該当するケースを従来より幅広く拡充・明確化
- 疎明資料について緩和・実質不要化
 - やむを得ない理由に該当することが推定される場合は、疎明資料を実質不要化
 - 疎明資料を必要とする場合についても、入手が容易・費用がかからないもので可とし、明示

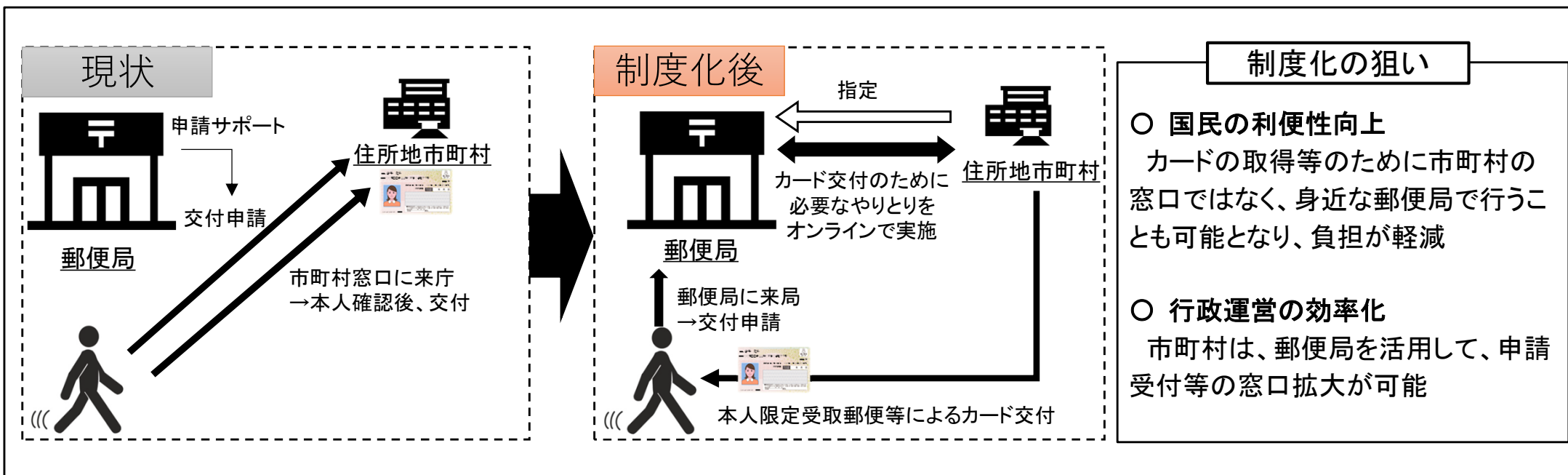
やむを得ない理由			疎明資料	
ケース	現行	見直し案	現行	見直し案(事務処理要領に追記)
成年被後見人	×	○	—	実質不要(代理権を証する書類で確認可能)
被保佐人、被補助人	×	○	—	実質不要(代理権を証する書類で確認可能)
中学生、小学生 (未就学児)	× (○)	○	—	実質不要(本人確認書類で確認可能)
75歳以上の高齢者	×	○	—	実質不要(本人確認書類で確認可能) (委任状に外出困難である旨の記載があれば可とする)
長期入院者	○	○	診断書 (運用で領収書を容認)	入院診療計画書、領収書、診療明細書、 病院長が作成する顔写真証明書
障害者	△ (身体のみ)	○	障害者手帳	障害福祉サービス受給者証、自立支援医療受給者証
施設入居者	○	○	入所証明書類	施設長が作成する顔写真証明書
要介護・要支援 認定者	△	○	(運用で介護保険被保険者 証を容認)	介護保険被保険者証、認定結果通知書、 ケアマネジャー及びその所属する事業者の長が作成する顔写真証明書
妊婦	×	○	—	母子健康手帳、妊婦健診を受診したことが確認できる領収書、受診券
海外留学	△	○	(運用で査証のコピー等を容認)	査証のコピー、留学先の学生証のコピー
高校生・高専生	×	○	—	学生証、在学証明書
ひきこもり状態にある者、 心の問題など何らかの 理由で自宅にいる者	×	○	—	公的サービス等の従事者が作成する書類

(赤字は本人確認書類としても活用できるもの)

郵便局を活用したマイナンバーカードの交付

- 日本郵便とも連携し、郵便局における申請サポートを強力に推進するとともに、市町村が指定した郵便局で、市町村とオンラインでつなぎ、マイナンバーカードの交付申請受付と市町村による本人確認を行い、発行されたカードを郵送で住民に届けること等を可能とするよう、郵便局事務取扱法に、マイナンバーカードの交付に係る事務を位置付け、制度化を目指す。

※ 郵便局事務取扱法は、地方公共団体が行う公証行為に係る事務のうち公権力の行使と一体をなす重要な事実行為を、郵便局に取り扱わせることができることとする法律。



全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案要綱

第一 健康保険法の一部改正

一 出産育児交付金等に関する事項

1 全国健康保険協会（二において「協会」という。）は、第五の四の2の出産育児関係事務費拠出金の納付に関する業務を行うものとする。こと。（第七条の二第三項関係）

2 出産育児一時金及び家族出産育児一時金の支給に要する費用（健康保険法第百一条の政令で定める金額に係る部分に限る。）の一部については、政令で定めるところにより、第五の四の3の出産育児交付金をもって充てるものとする。こと。（第百五十二条の二関係）

3 2の出産育児交付金の額の算定方法その他所要の規定の整備を行うものとする。こと。（第百五十二条の三から第百五十二条の六まで、第百六十条第三項及び附則第四条の三関係）

二 前期高齢者納付金等に関する事項

国庫は、協会が管掌する健康保険の事業の執行に要する費用のうち、療養の給付等に要する費用の額（調整対象給付費見込額の三分の一に相当する額を除く。）、前期高齢者納付金の納付に要する費用の

額に健康保険法第百五十三条第一号に掲げる額の同条第二号に掲げる額に対する割合を乗じて得た額等の合算額に千分の百三十から千分の二百までの範囲内において政令で定める割合を乗じて得た額等を補助するものとする。 (第百五十三条及び第百五十四条第一項関係)

三 支払基金等への事務の委託に関する事項

保険者は、健康保険法第二百五条の四第一項の規定により同項第二号又は第三号に掲げる事務を社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「支払基金等」という。）に委託する場合は、他の社会保険診療報酬支払基金法第一条に規定する保険者、法令の規定により医療に関する給付その他の事務を行う者であつて厚生労働省令で定めるもの及び介護保険法第三条の規定により介護保険を行う市町村（特別区を含む。以下同じ。）と共同して委託するものとする。 (第二百五条の四第二項関係)

四 健康保険組合に対する交付金に関する事項

国は、政令で定めるところにより、健康保険組合連合会に対し、政令で定める健康保険組合に対する交付金の交付に要する費用について、予算の範囲内で、その一部を負担するものとする。 (附則第

二条の二関係)

五 退職者給付拠出金の経過措置に関する事項

退職者給付拠出金の経過措置に係る規定を削除するものとする。 (改正前附則第四条の三関係)

六 その他所要の改正を行うこと。

第二 船員保険法の一部改正

一 出産育児交付金等に関する事項

第五の四の3の出産育児交付金及び第五の四の2の出産育児関係事務費拠出金 (第三の二及び第四の一において「出産育児交付金等」という。) について、第一の一に準じた改正を行うこと。 (第一百二十二

条第二項、第一百二十二条の二、第二百一十一条第二項及び附則第八条関係)

二 支払基金等への事務の委託に関する事項

支払基金等への事務の委託について、第一の三に準じた改正を行うこと。 (第一百五十三条の十第二項

関係)

三 退職者給付拠出金の経過措置に関する事項

退職者給付拠出金の経過措置について、第一の五に準じた改正を行うこと。（改正前附則第七条関

係）

四 その他所要の改正を行うこと。

第三 国民健康保険法の一部改正

一 損害賠償請求権等に関する事項

1 都道府県は、当該都道府県内の市町村による保険給付の適正な実施を確保するため、広域的又は専門的な見地から必要があると認められる場合として厚生労働省令で定める場合には、市町村から委託を受けて、当該市町村が国民健康保険法第六十四条第一項の規定により取得した同項の請求権に係る損害賠償金の徴収又は収納の事務の全部又は一部を行うことができるものとする。 （第六十四条

第三項関係）

2 1の都道府県は、国民健康保険法第六十四条第一項の規定により取得した同項の請求権に係る損害賠償金の徴収又は収納の事務を国民健康保険団体連合会（五において「連合会」という。）であつて厚生労働省令で定めるものに委託することができるものとする。 （第六十四条第四項関係）

3 国は、1の都道府県に対し、1の事務が円滑に実施されるために必要な措置を講ずるよう努めるものとする。 (第六十四条第五項関係)

4 市町村は、必要があると認めるときは、被保険者の保険給付を受けた事由が第三者の行為によつて生じたものであることを確認するために必要な事項につき、官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係者に報告を求めることができるものとする。 (第百十三条の二第一項関係)

二 出産育児交付金等に関する事項

出産育児交付金等について、第一の一に準じた改正を行うこと。 (第六十九条、第七十三条の二及び

附則第十条関係)

三 出産した被保険者等に係る国民健康保険料等の免除措置に関する事項

1 市町村は、政令で定めるところにより、一般会計から、出産する予定の被保険者又は出産した被保険者について条例で定めるところにより行う保険料の減額賦課又は第四の二による国民健康保険税の減額に基づき被保険者に係る保険料又は地方税法の規定による国民健康保険税につき減額した額の総

額を基礎とし、国民健康保険の財政の状況その他の事情を勘案して政令で定めるところにより算定した額を当該市町村の国民健康保険に関する特別会計に繰り入れなければならないものとする。

(第七十二条の三の三第一項関係)

2 国は、政令で定めるところにより、1による繰入金の二分の一に相当する額を負担するものとする。 (第七十二条の三の三第二項関係)

3 都道府県は、政令で定めるところにより、1による繰入金の四分の一に相当する額を負担するものとする。 (第七十二条の三の三第三項関係)

四 都道府県国民健康保険運営方針に関する事項

1 都道府県は、おおむね六年ごとに、都道府県国民健康保険運営方針を定めるものとする。 (第八十二条の二第一項関係)

2 都道府県は、都道府県国民健康保険運営方針において、次に掲げる事項を定めるものとする。 (第八十二条の二第二項関係)

(一) 都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営及び被保険者の健康の保持の推進に関し、当

該都道府県における医療費適正化の推進のために必要と認める事項

(二) 当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項

3 都道府県は、おおむね三年ごとに、国民健康保険法第八十二条の二第二項各号に掲げる事項等について分析及び評価を行うよう努めるとともに、都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営の確保及び当該都道府県の保険料の水準の平準化の推進その他国民健康保険事業の円滑かつ確実な実施を図るため必要があると認めるときは、当該都道府県の都道府県国民健康保険運営方針を変更するものとする。 (第八十二条の二第六項関係)

五 医療費適正化に関する事項

1 連合会は、診療報酬請求書情報等の分析等を通じた医療費適正化等に努めなければならないものとする。 (第八十五条の二関係)

2 連合会は、医療費適正化に資する情報の収集、整理及び分析並びにその結果の活用促進に関する業務を行うことができるものとする。 (第八十五条の三第三項関係)

六 支払基金等への事務の委託に関する事項

支払基金等への事務の委託について、第一の三に準じた改正を行うこと。（第百十三条の三第二項関係）

七 退職被保険者等の経過措置等に関する事項

退職被保険者等の経過措置等に係る規定を削除するものとする。 （改正前附則第六条から第二十条の五まで関係）

八 その他所要の改正を行うこと。

第四 地方税法の一部改正

一 出産育児交付金等に関する事項

出産育児交付金等について、第一の一に準じた改正を行うこと。（第七百三条の四第一項及び第三項関係）

二 出産した被保険者等に係る国民健康保険税の免除措置に関する事項

市町村は、国民健康保険税の納税義務者又はその世帯に属する被保険者が出産する予定の場合又は出産した場合には、政令で定める基準に従い当該市町村の条例で定めるところにより、当該納税義務者に

産した場合には、政令で定める基準に従い当該市町村の条例で定めるところにより、当該納税義務者に

市町村は、国民健康保険税の納税義務者又はその世帯に属する被保険者が出産する予定の場合又は出

対して課する所得割額及び被保険者均等割額を減額するものとする。 (第七百三条の五第三項関係)

三 退職被保険者等所属市町村における国民健康保険税の課税の特例に関する事項

退職被保険者等所属市町村における国民健康保険税の課税の特例に係る規定を削除するものとする。 (改正前附則第三十八条及び第三十八条の二関係)

四 その他所要の改正を行うこと。

第五 高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正

一 医療費適正化計画等に関する事項

1 高齢者の医療の確保に関する法律第四条第一項に規定する住民の高齢期における医療に要する費用の適正化を図るための取組においては、都道府県は、当該都道府県における医療提供体制の確保並びに当該都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の健全な運営を担う責務を有することと鑑み、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすものとする。 (第四条第二項関係)

2 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画において、各都道府県の医療計画に基づく事業の実施を踏まえ、計画の期間において見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果に関する事項等を定めるものとする。 (第八条第四項関係)

3 厚生労働大臣は、高齢者の医療の確保に関する法律第八条第四項第一号から第三号までに掲げる事項を定めるに当たっては、第七の一の1のかかりつけ医機能の確保に向けた取組並びに国民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意するものとする。 (第八条第五項関係)

4 都道府県は、都道府県医療費適正化計画において、次に掲げる事項を定めるものとする。 (第九条第二項関係)

(一) 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標に関する事項

(二) 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標に関する事項

- (三) 当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施を踏まえ、計画の期間において見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果に関する事項
- (四) (三)に掲げる事項並びに(一)及び(二)の目標を達成するための住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込みに関する事項
- 5 都道府県は、4の(一)及び(二)の事項等を定めるに当たっては、第七の一の1のかかりつけ医機能の確保に向けた取組並びに住民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意するものとする。 (第九条第四項関係)
- 6 都道府県は、保険者協議会の意見を聴いて、都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。 (第十二条第一項関係)
- 7 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、共同して、加入者の高齢期における健康の保持及び医療費適正化のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、都道府県ごとに、保険者協議会を組織するものとする。 (第一百五十七条の二第一項関係)

8 保険者協議会は、都道府県医療費適正化計画の実績の評価に関する調査及び分析の業務を行うものとし、厚生労働大臣は、保険者協議会が当該業務等を円滑に行うため必要な支援を行うものとする。と。(第百五十七条の二第二項及び第三項関係)

二 前期高齢者交付金等に関する事項

1 概算前期高齢者交付金の額について、被用者保険等保険者においては、次の(一)及び(二)の額の合計額とするものとする。と。(第三十四条第一項及び第三項から第八項まで関係)

(一) 当該年度における当該保険者に係る調整対象給付費見込額及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の合計額から同年度における概算調整対象基準額を控除して得た額(当該額が零を下回る場合には、零とする。)の三分の二に相当する額

(二) 当該年度における当該保険者に係る調整対象給付費見込額及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の合計額から同年度における概算報酬調整後調整対象基準額を控除して得た額(当該額が零を下回る場合には、零とする。)の三分の一に相当する額

2 調整対象給付費見込額は、当該年度、当該年度の前年度及び当該年度の前々年度の各年度における

当該保険者に係る一人平均調整対象給付費見込額の平均額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額に、厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度における当該保険者に係る前期高齢者である加入者の見込数を乗じて得た額とするものとする。 (第三十四条第二項関係)

3 確定前期高齢者交付金について、1及び2に準じた改正を行うこと。 (第三十五条第一項から第七項まで関係)

4 概算前期高齢者納付金及び確定前期高齢者納付金について、1に準じた改正を行うこと。 (第三十八条第二項及び第三十九条第二項関係)

5 国は、政令で定めるところにより、年度ごとに、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）に対して当該年度の特別負担調整見込額の総額等の三分の二を交付するものとする。

（第九十三条第三項関係）

三 後期高齢者負担率に関する事項

後期高齢者負担率は、次の1の数に2の率を乗じて得た数を3の数で除して得た率を基礎として、二年ごとに政令で定めるものとする。 (第一百条第二項関係)

1 二分の一に、当該年度における療養の給付等に要する費用の額に対する特定費用の額の割合の二分の一に相当する率を加えて得た数

2 百分の十一・七二に、当該年度における全ての後期高齢者医療広域連合に係る被保険者の見込総数を令和四年度における全ての後期高齢者医療広域連合に係る被保険者の総数で除して得た率を乗じて得た率

3 2の率に、次の(一)の率に(二)の率を乗じて得た率を加えて得た数

(一) 令和四年度における保険納付対象額を同年度における療養の給付等に要する費用の額で除して得た率

(二) 当該年度における全ての保険者に係る加入者の見込総数を令和四年度における全ての保険者に係る加入者の総数で除して得た率

四 出産育児支援金等に関する事項

1 後期高齢者医療に要する費用等について、2の出産育児支援金を対象とするものとする。 (第

百四条第一項及び第三項並びに第百十六条第二項関係)

2 支払基金は、4の支払基金の業務及び当該業務に関する事務の処理に要する費用に充てるため、年度ごとに、後期高齢者医療広域連合から出産育児支援金を、保険者から出産育児関係事務費拠出金を徴収するものとし、後期高齢者医療広域連合は出産育児支援金を納付する義務を、保険者は出産育児関係事務費拠出金を納付する義務を負うものとする。 (第二百二十四条の二及び第二百二十四条の五関係)

3 支払基金は、出産育児一時金、家族出産育児一時金、出産費及び家族出産費の支給に要する費用の一部に充てるため、保険者に対して出産育児交付金を交付するものとし、当該出産育児交付金は、2の出産育児支援金をもって充てるものとし、当該出産育児交付金の額は、医療保険各法の規定により算定される額とするものとする。 (第二百二十四条の四関係)

4 出産育児支援金及び出産育児関係事務費拠出金の額の算定方法並びに手続並びに支払基金の業務等の事項その他所要の規定の整備を行うこと。 (第二百二十四条の三、第二百二十四条の六から第二百二十四条の九まで、第三百三十四条第二項、第三百三十九条第一項、第四百二十二条、第四百二十三条、第四百二十四条第三項、第四百四十八条、第四百六十五条並びに附則第十三条の二及び第十五条関係)

五 資料の提供等に関する事項

資料の提供等について、第三の一の４に準じた改正を行うこと。（第三百三十八条第一項関係）

六 支払基金等への事務の委託に関する事項

支払基金等への事務の委託について、第一の三に準じた改正を行うこと。（第六百六十五条の二第二項

関係）

七 前期高齢者交付金及び前期高齢者納付金の額の算定の特例等に関する事項

前期高齢者交付金及び前期高齢者納付金の額の算定の特例等に係る規定を削除するものとする。

（改正前附則第十三条第二項及び第十五条関係）

八 その他所要の改正を行うこと。

第六 社会保険診療報酬支払基金法の一部改正

医療費適正化について、第三の五に準じた改正その他所要の改正を行うこと。（第一条、第一条の二及

び第十五条第一項関係）

第七 医療法の一部改正

一 病院等の管理者及び都道府県知事による報告等に関する事項

1 病院、診療所又は助産所（以下この1において「病院等」という。）の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療を受ける者が身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能（以下この第七において「かかりつけ医機能」という。）その他の病院等の機能についての十分な理解の下に病院等の選択を適切に行うために必要な情報として厚生労働省令で定める事項を当該病院等の所在地の都道府県知事に報告するとともに、当該事項を記載した書面を当該病院等において閲覧に供しなければならないものとする。 （第六条の三第一項関係）

2 都道府県知事は、1による報告を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その報告の内容を厚生労働大臣に報告するとともに、公表しなければならないものとする。 （第六条の三第三項関係）

3 厚生労働大臣は、2による報告を受けたときは、都道府県の区域を超えた広域的な見地から必要とされる情報の提供のため、都道府県知事による2の公表に関し必要な助言、勧告その他の措置を行うものとする。 （第六条の三第七項関係）

二 継続的な医療を要する者に対する説明に関する事項

五の２の確認を受けた病院又は診療所であつて、五の２の厚生労働省令で定める要件に該当する体制を有するもの（他の病院又は診療所と相互に連携して五の２の当該機能を確保する場合を含む。）の管理者は、五の１の継続的な医療を要する者に対して居宅等において必要な医療の提供をする場合その他外来医療を提供するに当たつて説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であつて、当該継続的な医療を要する者又はその家族からの求めがあつたときは、正当な理由がある場合を除き、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により、その診療を担当する医師又は歯科医師により、当該継続的な医療を要する者又はその家族に対し、次に掲げる事項の適切な説明が行われるよう努めなければならぬものとする。 （第六条の四の二関係）

- 1 疾患名
- 2 治療に関する計画
- 3 当該病院又は診療所の名称、住所及び連絡先
- 4 その他厚生労働省令で定める事項

三 地域医療支援病院及び特定機能病院の承認取消事由の追加に関する事項

地域医療支援病院及び特定機能病院の承認を取り消すことのできる事由として、これらの病院の開設者が、五の5の命令に違反したときを追加するものとする。 (第二十九条第三項及び第四項関係)

四 医療計画等の記載事項の見直しに関する事項

1 厚生労働大臣が基本方針において定めるもの及び都道府県知事が医療計画において定めるものとして、かかりつけ医機能の確保に関する事項を追加すること。 (第三十条の三第二項及び第三十条の四第二項関係)

2 厚生労働大臣は、基本方針に1の事項を定め、又はこれを変更するために必要があると認めるときは、都道府県知事又は五の1のかかりつけ医機能報告対象病院等の開設者若しくは管理者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、五の1の報告の内容その他の必要な情報の提供を求め、かかるものとする。 (第三十条の三の二第三項関係)

五 かかりつけ医機能の確保に関する事項

1 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定め

るもの（以下この五において「かかりつけ医機能報告対象病院等」という。）の管理者は、慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者として厚生労働省令で定める者（以下この五において「継続的な医療を要する者」という。）に対するかかりつけ医機能の確保のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該かかりつけ医機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならないものとする。こと。（第三十条の十八の四第一項関係）

(一) かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容

(二) (一)の機能を有するかかりつけ医機能報告対象病院等にあつては、かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する次に掲げる機能（イからニまでに掲げる機能にあつては、厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容

イ 当該かかりつけ医機能報告対象病院等の通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能

ロ 病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退

院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供する機能

ハ 居宅等において必要な医療を提供する機能

ニ 介護その他医療と密接に関連するサービスを提供する者と連携して必要な医療を提供する機能

ホ その他厚生労働省令で定める機能

(三) 当該かかりつけ医機能報告対象病院等及び他の病院又は診療所が厚生労働省令で定めるところにより相互に連携して(二)の機能を確保するときは、当該他の病院又は診療所の名称及びその連携の内容

容

(四) その他厚生労働省令で定める事項

2 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、1による報告をしたかかりつけ医機能報告対象病院等（1の(二)のイからホまでの機能のいずれかを有する旨の報告をしたものに限る。）が、当該報告に係る当該機能について、当該機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するものを有すること（他の病院又は診療所と相互に連携して当該機能を確保する場合を含む。）を

確認するものとする。 (第三十条の十八の四第二項関係)

3 2による確認を受けたかかりつけ医機能報告対象病院等の管理者は、当該確認を受けた体制について変更が生じたときは、厚生労働省令に定めるところにより、その旨を都道府県知事に報告しなければならぬものとし、この場合において、当該報告を受けた都道府県知事は、当該変更が生じた体制が2の厚生労働省令で定める要件に該当すること(他の病院又は診療所と相互に連携して2の当該機能を確保する場合を含む。)を確認するものとする。 (第三十条の十八の四第四項関係)

4 都道府県知事は、2又は3による確認をしたときは、その結果を6の協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより、これを公表するものとする。 (第三十条の十八の四第三項及び第五項関係)

5 都道府県知事は、かかりつけ医機能報告対象病院等の管理者が1若しくは3による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該かかりつけ医機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができるものとする。 (第三十条の十八の四第六項関係)

6 都道府県における外来医療に係る医療提供体制の確保に関する協議の場の協議事項として、1及び4の報告を踏まえた1の(一)及び(二)の機能の確保に必要な事項を追加するものとする。 (第三十条の十八の五第一項関係)

7 都道府県は、1の(一)及び(二)の機能の確保に必要な事項(介護その他医療と密接に関連するサービスに関するものとして厚生労働省令で定める事項に限る。)を協議する場合には、関係する市町村の参加を求めるとともに、当該市町村が作成した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第五条第一項に規定する市町村計画、介護保険法第一百七十七条第一項に規定する市町村介護保険事業計画その他医療と密接に関連するサービスに関する計画の内容を考慮するものとする。 (第三十条の十八の五第三項関係)

8 都道府県は、1の(一)及び(二)の機能の確保に必要な事項を協議する場合には、対象区域における住民の健康の保持の推進に関する施策の実施の状況、高齢者保健事業(高齢者の医療の確保に関する法律第二百二十五条第一項に規定する高齢者保健事業をいう。)その他これと一体的に行われる事業の実施の状況及び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第二条第一項に規定する地

域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意するものとする。 (第三十条の十八の五第

四項関係)

六 医療法人に関する情報の調査及び分析等に関する事項

1 都道府県知事は、地域において必要とされる医療を確保するため、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項について、調査及び分析を行い、その内容を公表するよう努めるものとする。 (第六十九条の二第一項関係)

2 医療法人(厚生労働省令で定める者を除く。)は、厚生労働省令で定めるところにより、当該医療法人が開設する病院又は診療所ごとに、その収益及び費用その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に報告しなければならないものとする。 (第六十九条の二第二項関係)

3 厚生労働大臣は、医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報を収集し、整理し、及び当該整理した情報(以下「医療法人情報」という。)の分析の結果を国民にインターネットその他の高度情報通信ネットワークの利用を通じて迅速に提供することができるよう必要な施策を実施するものとし、当該施策を実施するため必要があると認めるときは、都道府県知事に対

し、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の提供を求めることができるものとする。 (第六十九条の二第三項及び第四項関係)

4 厚生労働大臣は、その業務の遂行に支障のない範囲内において、厚生労働省令で定めるところにより、一般からの委託に応じ、医療法人情報を利用して、医療法人情報を利用して行うことについて相応の公益性を有する統計の作成及び統計的研究として厚生労働省令で定めるものを行うことができるものとする。 (第六十九条の三関係)

5 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析 (特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。) を行う者に医療法人情報を提供することができることとし、提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならないものとする。 (第六十九条の四関係)

6 5により医療法人情報の提供を受けた者は、当該医療法人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その

他の当該医療法人情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして厚生労働省令で定める措置を講じなければならないものとし、当該者若しくはその者の行う当該医療法人情報に係る調査、学術研究若しくは分析に従事する者又はこれらの者であった者は、当該医療法人情報の利用に関して知り得た医療法人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならないものとする。と。（第六十九条の五及び第六十九条の六関係）

7 独立行政法人福祉医療機構への事務の委託、手数料その他所要の規定の整備を行うこと。（第六十九条の三（公布の日から起算して三年を超えない範囲内において政令で定める日以降は第六十九条の七）、第六十九条の八、第八十五条の二、第八十五条の三及び第九十条関係）

七 地域医療連携推進法人の認定及び業務等に関する事項

1 都道府県知事の医療連携推進認定を受けることができる一般社団法人が社員とする者として、次に掲げる者を追加するものとする。こと。（第七十条第一項関係）

(一) 医療連携推進区域（医療法第七十条第一項の医療連携推進区域をいう。（二）において同じ。）において、病院等を開設する者（法人を除く。）

(二) 医療連携推進区域において、介護事業等に係る施設又は事業所を開設し、又は管理する者（法人を除く。）

2 医療連携推進業務のうち、資金の貸付けその他の社員とする者が病院等に係る業務を行うのに必要な資金を調達するための支援として厚生労働省令で定めるものについて、当該社員とする者から1の(一)及び(二)の者を除くものとする。 (第七十条第二項関係)

3 都道府県知事が医療連携推進認定をすることができる基準について、1の(一)又は(二)の者が社員である場合には、2の業務及び出資を行わない旨を定款で定めているものであることを追加するとともに、当該定めをしている一般社団法人については、予算の決定又は変更、借入金（当該会計年度内の収入をもって償還する一時の借入金を除く。）の借入れ及び定款又は寄付行為の変更に係る基準の適用を除外するものとする。 (第七十条の三第一項関係)

4 代表理事の再任については、医療連携推進認定をした都道府県知事の認可を要さないものとする。 (第七十条の十九第一項関係)

八 その他所要の改正を行うこと。

第八 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の一部改正

市町村は、市町村計画を作成するに当たっては、第七の五の六の協議の結果を考慮するものとするこ
と。(第五条第三項関係)

第九 独立行政法人福祉医療機構法の一部改正

一 独立行政法人福祉医療機構の業務に関する事項

医療法人情報に関し、第七の六の四の統計の作成等及び第七の六の五の医療法人情報の提供に関する
業務を行うことを追加するものとする。(第十二条第一項関係)

二 その他所要の改正を行うこと。

第十 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部改正

厚生労働大臣が持分の定めのない医療法人へ移行しようとする医療法人の移行に関する計画(以下この
第十において「移行計画」という。)の認定を行うことができる期限を令和八年十二月三十一日までとす
るとともに、当該認定の要件について、移行計画に記載された移行の期限が当該認定の日から起算して五
年を超えない範囲内のものであることとする。(附則第十条の三第四項及び第五項関係)

第十一 介護保険法の一部改正

一 介護サービスを提供する事業所等における生産性の向上に関する事項

1 都道府県は、介護保険法第五条第二項の助言及び援助をするに当たっては、介護サービスを提供する事業所又は施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努めなければならないものとともに、都道府県介護保険事業支援計画において、介護給付等対象サービスの提供等のための事業所又は施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する事業に関する事項について定めるよう努めるものとすること。（第五条第三項及び第百十八条第三項関係）

2 市町村介護保険事業計画において、介護給付等対象サービスの提供等のための事業所又は施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する都道府県と連携した取組に関する事項について定めるよう努めるものとする。こと。（第百十七条第三項関係）

二 複合型サービスの定義の見直しに関する事項

複合型サービスのうち、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せにより提供されるサービスに

ついて、その内容を明確化するものとする。 (第八条第二十三項関係)

三 地域包括支援センターの業務の見直しに関する事項

1 指定介護予防支援事業者の対象拡大等

(一) 介護予防支援の実施に係る介護保険法第五十八条第一項の指定の申請について、地域包括支援センターの設置者に加えて指定居宅介護支援事業者も行うことができるものとする。 (第百十五条の二十二第一項関係)

(二) 市町村長は、介護予防サービス計画の検証の実施に当たって必要があると認めるときは、(一)の申請に基づく指定を受けた指定介護予防支援事業者に対し、当該計画の実施状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の提供を求めることができるものとする。 (第百十五条の三十の二第一項関係)

2 包括的支援事業の委託規定の見直し

地域包括支援センターの設置者は、指定居宅介護支援事業者その他の厚生労働省令で定める者に対し、介護保険法第百十五条の四十五第二項第一号に掲げる事業の一部を委託することができるものと

すること。（第百十五條の四十七第四項関係）

四 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等に関する事項

1 都道府県知事は、地域において必要とされる介護サービスの確保のため、当該都道府県の区域内に介護サービスを提供する事業所又は施設を有する介護サービス事業者（厚生労働省令で定める者を除く。2及び3において同じ。）の当該事業所又は施設ごとの収益及び費用その他の厚生労働省令で定める事項（2及び3において「介護サービス事業者経営情報」という。）について、調査及び分析を行い、その内容を公表するよう努めるものとする。 （第百十五條の四十四の二第一項関係）

2 介護サービス事業者は、厚生労働省令で定めるところにより、介護サービス事業者経営情報を、当該事業所又は施設の所在地を管轄する都道府県知事に報告しなければならないものとする。 （第百十五條の四十四の二第二項関係）

3 厚生労働大臣は、介護サービス事業者経営情報を収集し、整理し、及び当該整理した情報の分析の結果を国民にインターネットその他の高度情報通信ネットワークの利用を通じて迅速に提供することができるよう必要な施策を実施するものとし、当該施策を実施するため必要があると認めるときは、

都道府県知事に対し、当該都道府県の区域内に介護サービスを提供する事業所又は施設を有する介護サービス事業者の当該事業所又は施設に係る活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の提供を求めることができるものとする。 (第百十五条の四十四の二第三項及び第四項関係)

五 介護情報の収集・提供等に係る事業の創設に関する事項

1 市町村が行う地域支援事業に、被保険者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るため、被保険者、介護サービス事業者その他の関係者が被保険者に係る情報を共有し、及び活用することを促進する事業を追加するものとする。 (第百十五条の四十五第二項関係)

2 市町村は、1の事業の実施に係る被保険者又は被保険者であった者に係る情報の収集、整理、利用又は提供に関する事務の全部又は一部を支払基金等に委託することができるものとする。 (第百十五条の四十七第十項関係)

3 市町村は、2により事務を委託する場合は、他の市町村、社会保険診療報酬支払基金法第一条に規定する保険者及び法令の規定により医療に関する給付その他の事務を行う者であって厚生労働省令で

定めるものと共同して委託するものとする。 (第百十五条の四十七第十一項関係)

4 介護サービスを利用する要介護者等の心身の状況等、当該サービスの内容その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の収集経路の変更、支払基金の業務関連規定の整備、被保険者番号等の利用制限その他所要の規定の整備を行うものとする。 (第百十八条の二第四項、第百六十条第二項、第百六十四条、第百六十五条第二項、第百六十六条第四項、第二百一条の二、第二百一条の三、第二百五条の四、第二百九条の二及び第二百十一条関係)

六 介護保険事業計画の見直しに関する事項

1 市町村は、第七の五の6の協議の結果を考慮して、市町村介護保険事業計画を作成するよう努めるものとする。 (第百十七条第五項関係)

2 市町村及び都道府県は、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の作成に当たっては、住民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意するものとする。 (第百十七条第六項及び第百十八条第六項関係)

七 その他所要の改正を行うこと。

第十二 施行期日等

一 施行期日

この法律は、令和六年四月一日から施行すること。ただし、次に掲げる事項は、それぞれ次に定める日から施行すること。（附則第一条関係）

- 1 第三の一の一部及び五、第五の一の一部及び五、第六、第十並びに二の一部の規定 公布の日
- 2 第七の六の一部の規定 令和五年八月一日
- 3 第三の三及び第四の二の規定 令和六年一月一日
- 4 第三の一の一部、第五の一の一部、第七の一の一部及び二から五まで、第八並びに第十一の六の一部の規定 令和七年四月一日
- 5 第七の六の一部及び第九の規定 公布の日から起算して三年を超えない範囲内において政令で定める日
- 6 第一の三、第二の二、第三の六、第五の六及び第十一の五の規定 公布の日から起算して四年を超えない範囲内において政令で定める日

二 検討

1 政府は、この法律の公布後、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、経済社会情勢の変化と社会の要請に対応し、受益と負担の均衡がとれた社会保障制度の確立を図るための更なる改革について速やかに検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。 (附則

第二条第一項関係)

2 政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後のそれぞれの法律(以下この2において「改正後の各法律」という。)の施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、改正後の各法律の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

(附則第二条第二項関係)

三 経過措置及び関係法律の整備

この法律の施行に関し必要な経過措置を定めるとともに、関係法律について所要の改正を行うこと。
(附則第三条から第三十一条まで関係)

協会けんぽ(旧政府管掌健康保険)傷病手当金
「精神及び行動の障害」金額と構成割合(各年10月)の推移

	件数割合(%)	金額割合(%)	金額(億円)
平成10年	5.1	5.5	9.7
平成15年	10.1	11.2	14.2
平成19年	20.0	22.3	34.3
平成25年	25.7	28.6	43.7
平成30年	29.1	31.4	61.3
令和3年	33.0	37.8	100.4

