

第112回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成30年5月25日（金）
16時00分～18時00分
場所：全国都市会館大ホール

（議 題）

1. 2040年を見据えた社会保障の将来見通しと政策課題
2. オンライン資格確認等
3. その他

（配布資料）

- | | |
|------------|---|
| 資料 1 - 1 | 2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－ |
| 資料 1 - 2 | 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づく
マンパワーのシミュレーション－概要－ |
| 資料 1 - 3 | 2040年を展望した社会保障改革についての国民的な議論の必要性 |
| 資料 1 - 4 | これまでの医療保険制度改革と一体改革後の展望 |
| 資料 2 | オンライン資格確認等について |
| 資料 3 | あはき療養費の不正対策及び受領委任制度による指導監督の仕組みの導入 |
| 参考資料 1 - 1 | 2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材） |
| 参考資料 1 - 2 | 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づく
マンパワーのシミュレーション |
| 参考資料 1 - 3 | 医療保険制度をめぐる状況 |
| 参考資料 1 - 4 | 医療保険制度に関する主な論点 |
| 委員提出資料 | 佐野、安藤、望月、藤井、南部委員提出資料 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成30年5月25日

あんど う のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いわむら まさひこ ○ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいこ 菊池 令子	日本看護協会副会長
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
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
なんぶ みちよ 南部 美智代	日本労働組合総連合会副事務局長
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
ふくだ とみかず 福田 富一	栃木県知事
ふじい りゆうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学健康学部長
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	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
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
わたなべ ひろきち 渡邊 廣吉	全国町村会行政委員会副委員長／新潟県聖籠町長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

第112回 社会保障審議会医療保険部会

平成30年5月25日（金） 16：00～18：00

全国都市会館 大ホール

○
速 記

安藤委員○
渡辺審議官○
鈴木局長○
遠藤部会長○
伊原審議官○
渡邊委員○
横尾委員○

遠藤委員○
岡崎委員○
（田中参考人）
兼子委員○
菊池委員○
（吉川参考人）
佐野委員○
菅原委員○
武久委員○
南部委員○

○森委員
○望月委員
○松原委員
○堀委員
○藤井委員
○福田委員
（國井参考人）
○樋口委員
○原委員
（齋藤参考人）

○山内課長
○泉課長
○鳥井課長
○安藤課長
○依田課長
○黒田課長
○廣瀬室長
○迫井課長
○矢田貝室長
○山内室長

○仲津留企画官
○高齢者医療課
○国民健康保険課
○深谷室長
○総務課
○連携政策課
○高度化室
○高木室長
○中山管理官
○小椋管理官

傍聴者席

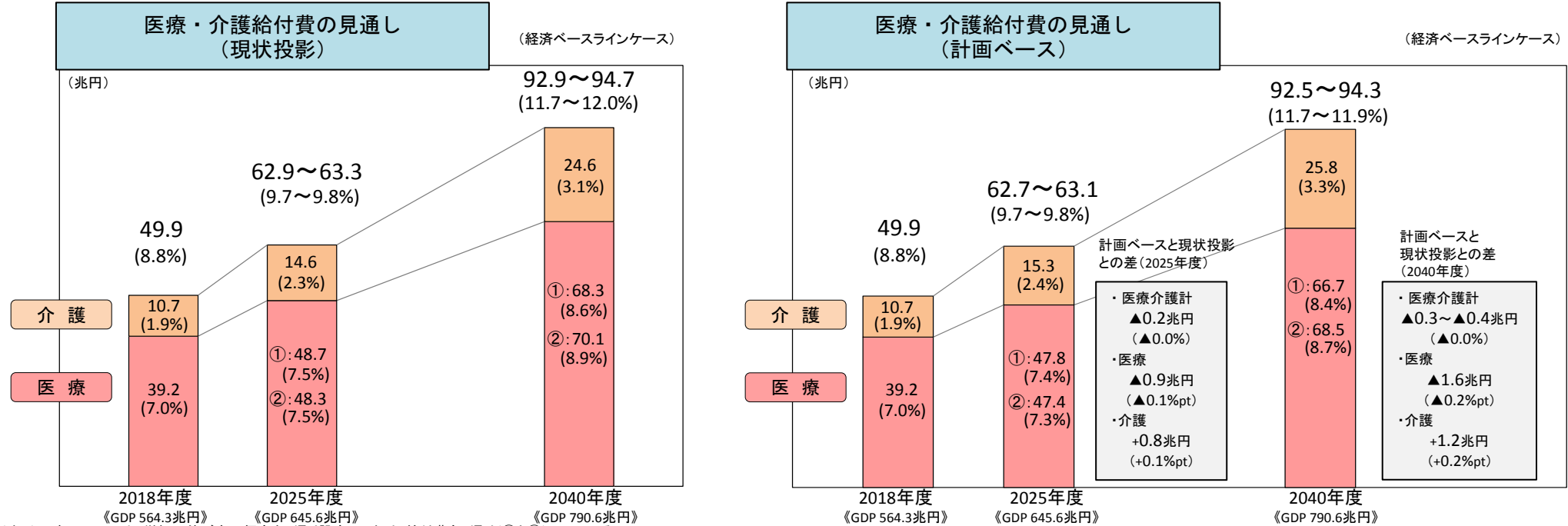
2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－

（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日）

○ 高齢者人口がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有するための議論の素材を提供するために、一定の仮定をおいた上で、将来見通しを作成。

試算結果①医療・介護給付費の見通し（計画ベースと現状投影との比較）

- 現在、全国の都道府県、市区町村において、医療・介護サービスの提供体制の改革や適正化の取組みが進められている。これらの取組みに係る各種計画（地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画）を基礎とした「計画ベース」の見通しと、現状の年齢別受療率・利用率を基に機械的に将来の患者数や利用者数を計算した「現状投影」の見通しを作成。
- 医療・介護給付費について2つの見通しを比較すると、計画ベースでは、
- ・ 医療では、病床機能の分化・連携が進むとともに、後発医薬品の普及など適正化の取組みによって、入院患者数の減少や、医療費の適正化が行われ（2040年度で▲1.6兆円）、
 - ・ 介護では、地域のニーズに応じたサービス基盤の充実が行われることで（2040年度で＋1.2兆円）
- 疾病や状態像に応じてその人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会の実現を目指したものとなっている。



（注1）医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り（①と②）示している。

（注2）「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成30年1月）」等を踏まえて計算。

なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。（ ）内は対GDP比。

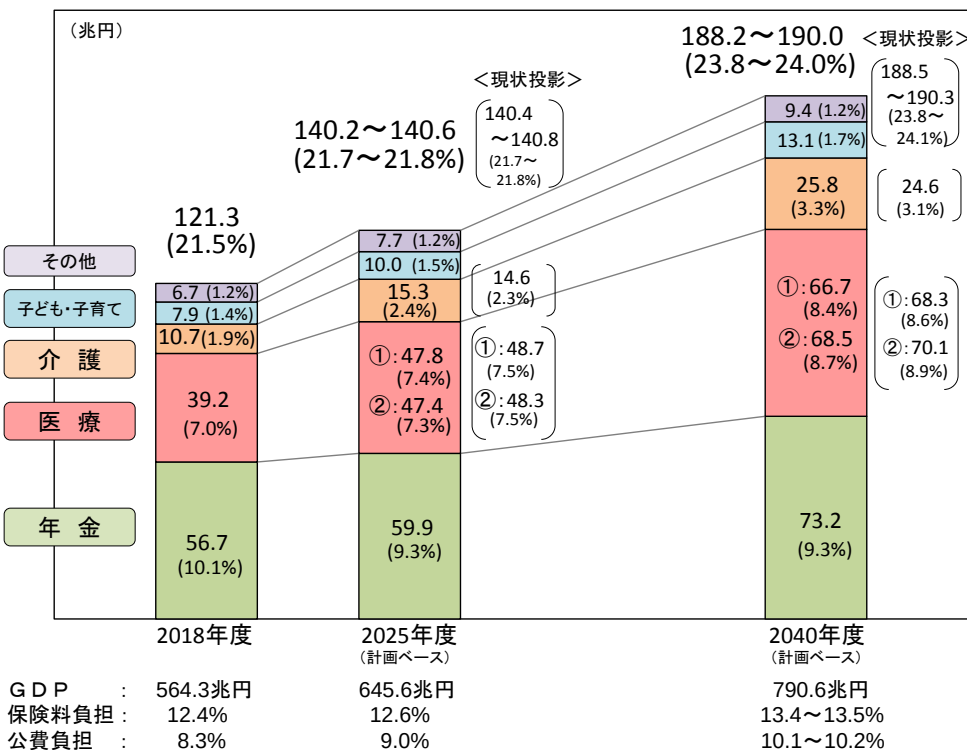
試算結果②(社会保障給付費全体の見通し)

- 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%(名目額121.3兆円)から、2025年度に21.7～21.8%(同140.2～140.6兆円)となる。その後15年間で2.1～2.2%ポイント上昇し、2040年度には23.8～24.0%(同188.2～190.0兆円)となる。(計画ベース・経済ベースラインケース※)
- 経済成長実現ケース※でも、社会保障給付費の対GDP比は概ね同様の傾向で増加するが、2040年度で比較するとベースラインケースに比べて、1%ポイント程度低い水準(対GDP比22.6～23.2%(名目額210.8～215.8兆円))(計画ベース・経済成長実現ケース)。

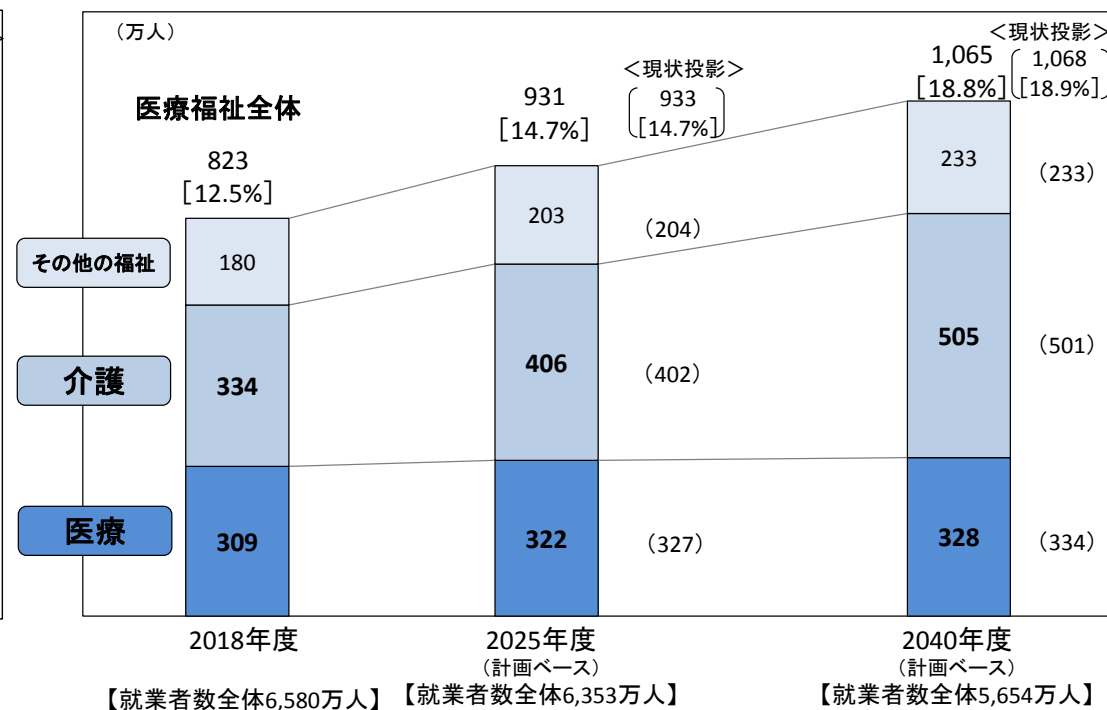
※経済ベースラインケース及び成長実現ケースの経済前提については次頁参照。

社会保障給付費の見通し

(経済ベースラインケース)



医療福祉分野における就業者の見通し



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

(注3) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が増加すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。[]内は就業者数全体に対する割合。保険料負担及び公費負担は対GDP比。

人口・経済の前提、方法等

- 足元値 平成30年度予算ベース。ただし、介護については第7期介護保険事業計画の集計値を基礎としている。
- 人口前提 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）
※ただし、子ども・子育ての推計については、2020年度以降給付の対象となる子ども数を固定した形で推計。

○ 経済前提

2027年度までは、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」（平成30年1月）等、2028年度以降は、公的年金の平成26年財政検証に基づいた前提値を使用。経済前提は2つのケースで試算（ベースラインケース（2028年度以降は平成26年財政検証ケースF）、成長実現ケース（2028年度以降は平成26年財政検証ケースE））。

		2018 (H30)	2019 (H31)	2020 (H32)	2021 (H33)	2022 (H34)	2023 (H35)	2024 (H36)	2025 (H37)	2026 (H38)	2027 (H39)	2028～ (H40～)
名目経済 成長率 (%)	成長実現	2.5	2.8	3.1	3.2	3.4	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5	1.6
	ベースライン	2.5	2.4	2.2	1.9	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7	1.3
物価 上昇率 (%)	成長実現	1.0	1.9	2.3	2.1	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.2
	ベースライン	1.0	1.6	1.7	1.3	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2

注. 賃金上昇率については、2018年度は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」（平成30年1月22日閣議決定）に基づいて1.7%と設定し、2019～2027年度までは名目経済成長率と同率、2028年度以降は平成26年財政検証の前提（ケースE・F）に基づいて2.5%としている。

○ 将来見通しの作成方法（全般的考え方）

- ・ 公的年金 平成26(2014)年財政検証に、新たな将来推計人口・経済前提を簡易的に反映。年金生活者支援給付金の実施を織り込んで計算。
- ・ 医療、介護 年齢階級別受療率等に将来推計人口を適用して需要を推計し、サービスごとの単価、伸び率等を適用。
- ・ 子ども・子育て 「子育て安心プラン」「新しい経済政策パッケージ（2兆円パッケージ）」（制度の詳細が決定していない高等教育の無償化等は反映していない）を織り込んだ上で、2020年度以降給付の対象となる子ども数を固定。
- ・ 上記以外 GDPに対する給付規模が将来にわたって変わらないことを基本として機械的に計算。
（なお、短期的には近年の予算等の動向も踏まえつつ計算。）

（留意事項）

- 本見通しは、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。特に、長期の推計であるため、長期間の人口変動の動向とこれが経済社会に与える影響、経済、雇用の動向、給付単価の伸び率の動向等が、給付費の総額や対GDP比等の結果に大きな影響を与える可能性があることに留意する必要がある。
- 本見通しは、一体改革試算と同様、患者数や利用者数などの需要を基礎とした計算となっており、供給面については必要な需給をちょうどまかなうだけの供給が行われるものと仮定して、必要マンパワーや費用等を計算している。従って、需要側である患者数が減少した際には、その減少に合わせてサービス供給量も減少することを仮定していることに留意する必要がある。
- 本見通しでは、医療においては年齢別制度別実効給付率、介護においては全体の実効給付率を現状の値で固定して将来の医療給付費および介護給付費を算出していることに留意する必要がある。
- 「計画ベース」の見通しでは、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

マンパワーのシミュレーション ー概要ー

(厚生労働省 平成30年5月21日)

平成30年5月21日
経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

- 基本となる将来見通しに加え、今後の議論に資するため、①医療・介護需要が一定程度低下した場合、②医療・介護等における生産性が向上した場合を仮定して、将来の就業者数に関するシミュレーションを実施。

【シミュレーション（１）】

○ 医療・介護需要が一定程度低下した場合

※ これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲81万人 [▲1.4%]

【シミュレーション（２）】

○ 医療・介護等における生産性が向上した場合

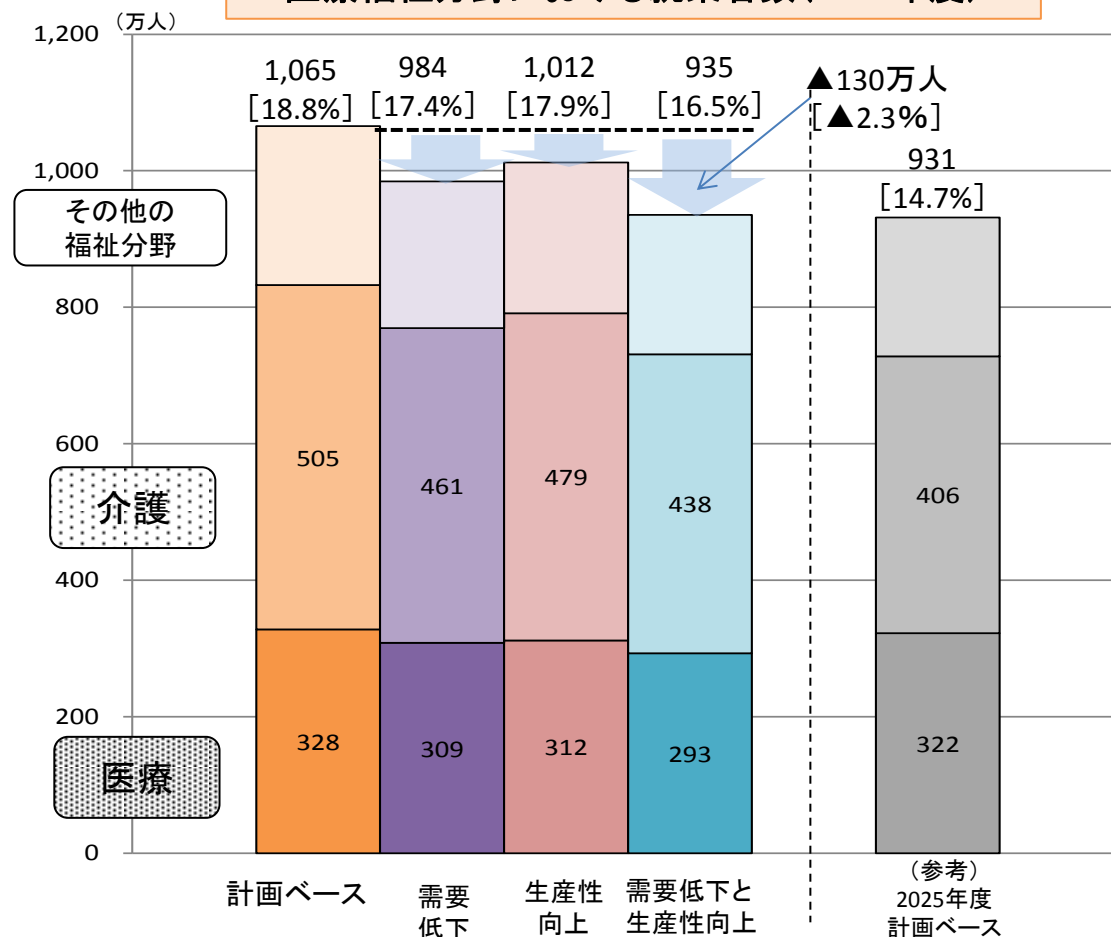
※ ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲53万人 [▲0.9%]

※、(1)と(2)が同時に生じる場合、2040年度の変化は▲130万人[▲2.3%]

医療福祉分野における就業者数(2040年度)



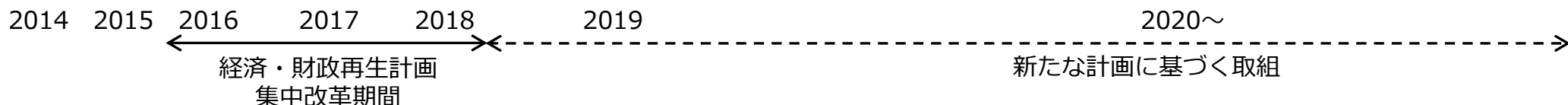
【就業者数全体5,654万人】 (注) []内は就業者数全体に対する割合。

(注) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

2040年を展望した社会保障改革についての国民的な議論の必要性

平成30年5月21日
経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

- 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。



社会保障・税一体改革等への対応

2040年を展望した社会保障改革

<社会保障の充実・安定化>

■ 社会保障の充実

- 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税込収を子ども・子育て分野に充当
- 医療・介護の充実、年金制度の改善

■ 社会保障の安定化

- 基礎年金国庫負担割合2分の1等

消費税率引上げ (2019年10月予定)

→ 一体改革に関わる 制度改革が完了

(社会保障の充実)

- 年金生活者支援給付金制度の創設
- 介護保険1号保険料軽減強化の完全実施

※ 新しい経済政策パッケージを実施

- 後期高齢者保険料軽減特例（均等割）の見直し

<持続可能性の確保のための制度改革>

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進

- 経済・財政再生計画の「目安」を達成。社会保障関係費の実質的な伸びは2016～2018年度で1.5兆円弱

<引き続き取り組む 政策課題>

これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

<新たな局面に対応した政策課題>

現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保



これらの政策課題を総合的に検討していくため、
社会保障改革の全体像に関する国民的な議論が必要

厚生労働省において、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手。可能なものから予算措置や制度改正を検討。

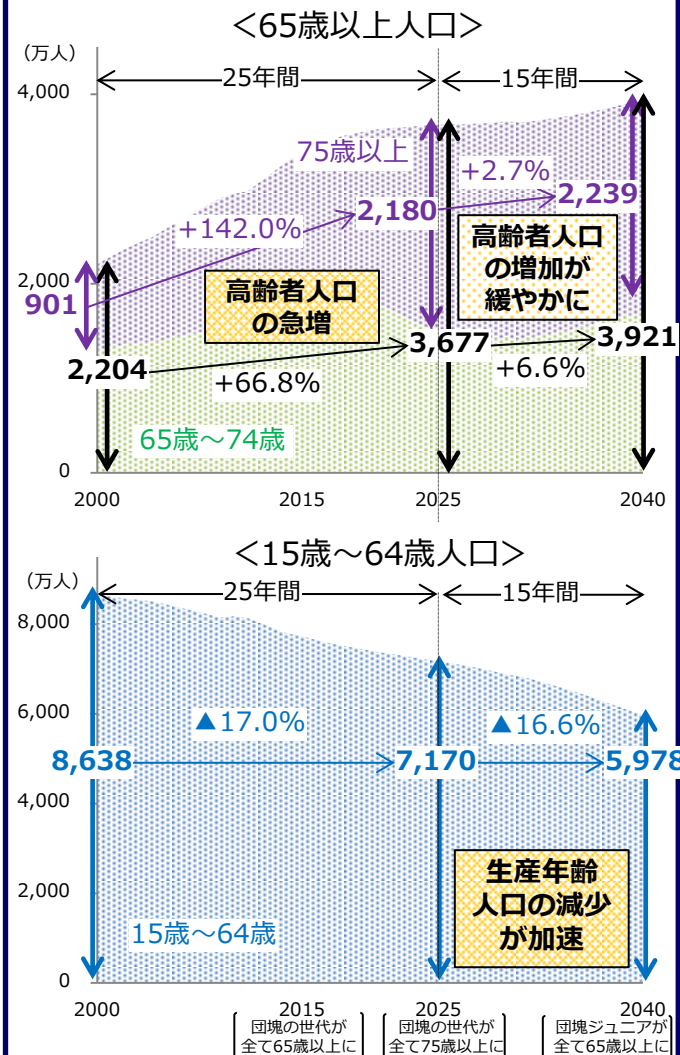
2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

人口構造の推移を見ると、2025年以降、
「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

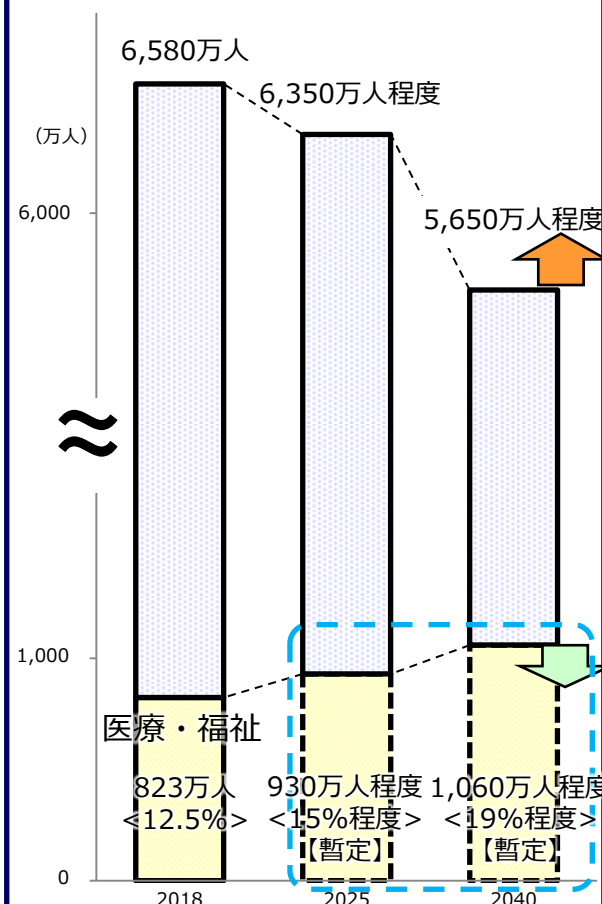


2025年以降の現役世代の人口の急減という
新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



《就業者数の推移》



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性[※]の向上を目指す。

※ サービス産出に要するマンパワー投入量。

※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出)

※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

生産年齢人口の急減という局面で健康寿命の延伸に取り組むことの重要性

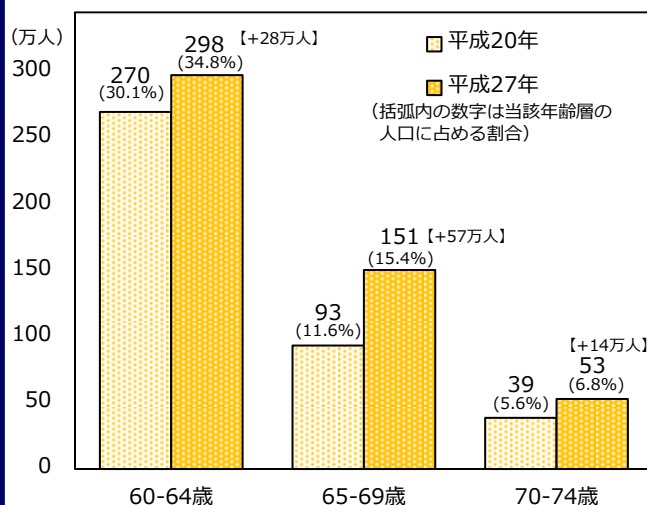
～高齢者就業の拡大を例に～

平成30年5月21日経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

- 近年の高齢者就業の拡大は、今日の経済社会において、社会保障のみならず経済社会全体に様々な好影響をもたらしている。
- 今後、生産年齢人口の急減という新たな局面を迎える我が国経済社会の活力の維持向上のためには、高齢者の方々の就労・社会参加の基盤となる健康寿命の延伸等が重要な政策課題に。

制度の支え手と保険料収入の増加

<被用者保険被保険者の推移(60～74歳)>

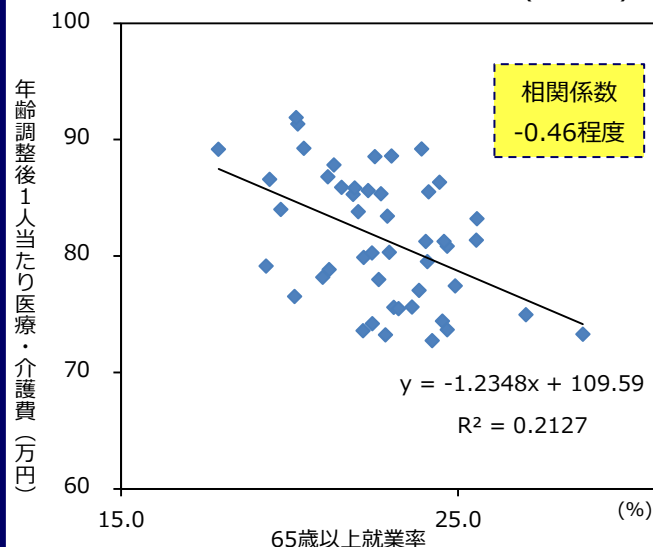


- 平成27年は平成20年と比べて、60～74歳の被用者保険被保険者数は99万人増（被保険者数全体の増（149万人）の約2/3に相当）。
- この増加した者に係る標準報酬が当該年齢の平均値（平成27年健康保険被保険者実態調査より）と同程度と仮定して、保険料収入への影響を粗く推計すると、約3,400億円の増加。

(グラフ出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

就業による健康の保持（医療・介護の需要減）

<65歳以上就業率と医療・介護費(27年度)>

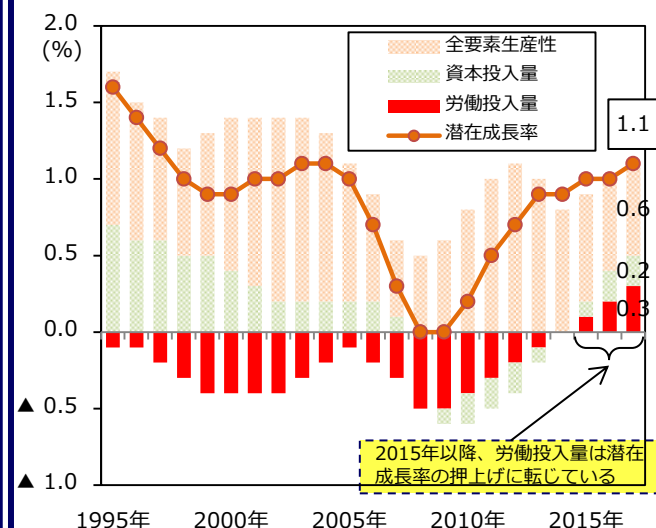


- 都道府県ごとの65歳以上就業率と年齢調整後1人当たり医療・介護費との間には負の相関。
- 厚生労働省「中高齢縦断調査」(特殊報告)によれば、1年前に就業していない者より就業している者の方が「健康」を維持する確率や、「不健康」が「健康」へ改善される確率が高いとの結果。

(グラフ出典) 65歳以上就業率は「国勢調査」。年齢調整後1人当たり医療費は、市町村国保と後期高齢者医療における年度データ。年齢調整後1人当たり介護費は、1号被保険者を対象に集計した年度データ。

労働投入増による潜在成長率の押上げ

<潜在成長率の推移>



- 労働投入量の潜在成長率への寄与を見ると、労働力人口が頭打ちとなる中で長らく押下げ要因だったが、2015年以降、押上げ要因に転換。
- 「中長期の経済財政に関する試算」の成長実現ケースは、今後潜在成長率が2%程度となる姿を描いており、これを実現するためには、高齢者の方々のさらなる就業促進を通じた労働投入量の拡大が重要。

(グラフ出典) 内閣府「月例経済報告」

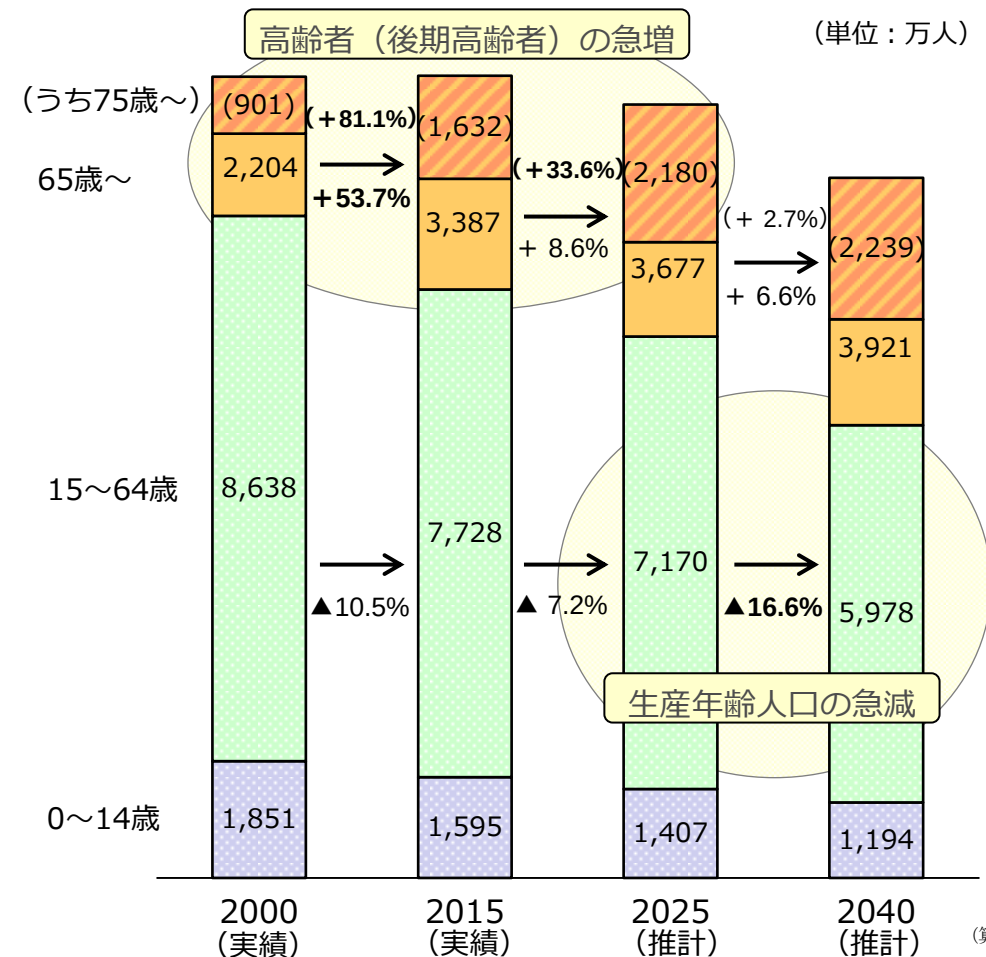
参考資料

2025年までの社会の変化と2025年以降の社会の変化

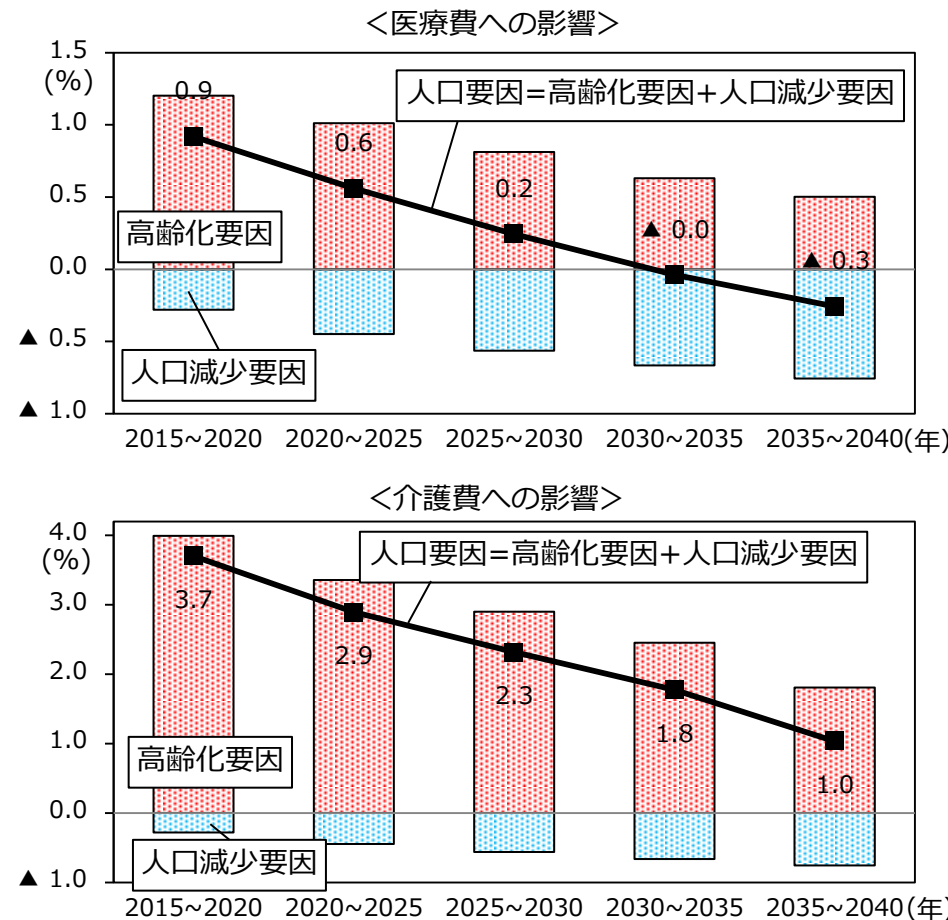
平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。
- 人口構造の変化の要因が医療・介護費の増加に及ぼす影響は、2040年にかけて逡減。

【人口構造の変化】



【人口構造の変化が医療・介護費に及ぼす影響】



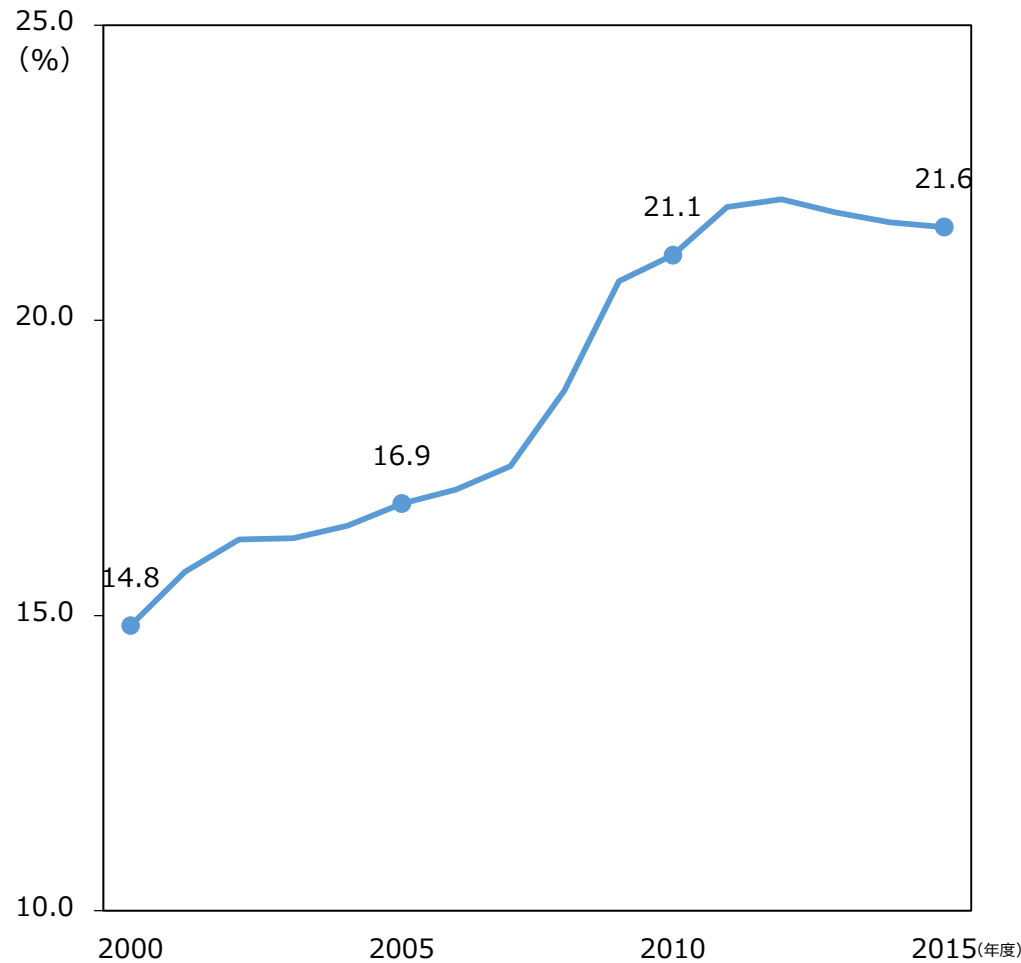
(算出方法) 年齢階級別1人当たり医療費及び介護費の実績と将来の年齢階級別人口を元に、年齢階級別1人当たり医療費・介護費を固定した場合の、将来の年齢階級別人口をベースとした医療費及び介護費を算出し、その伸び率を「人口要因」による伸び率としている。その上で、総人口の減少率を「人口減少要因」とし、「人口要因」から「人口減少要因」を除いたものを、「高齢化要因」としている。

(使用データ) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」「介護給付費等実態調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

社会保障の給付規模の推移と国際比較

平成30年5月21日経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

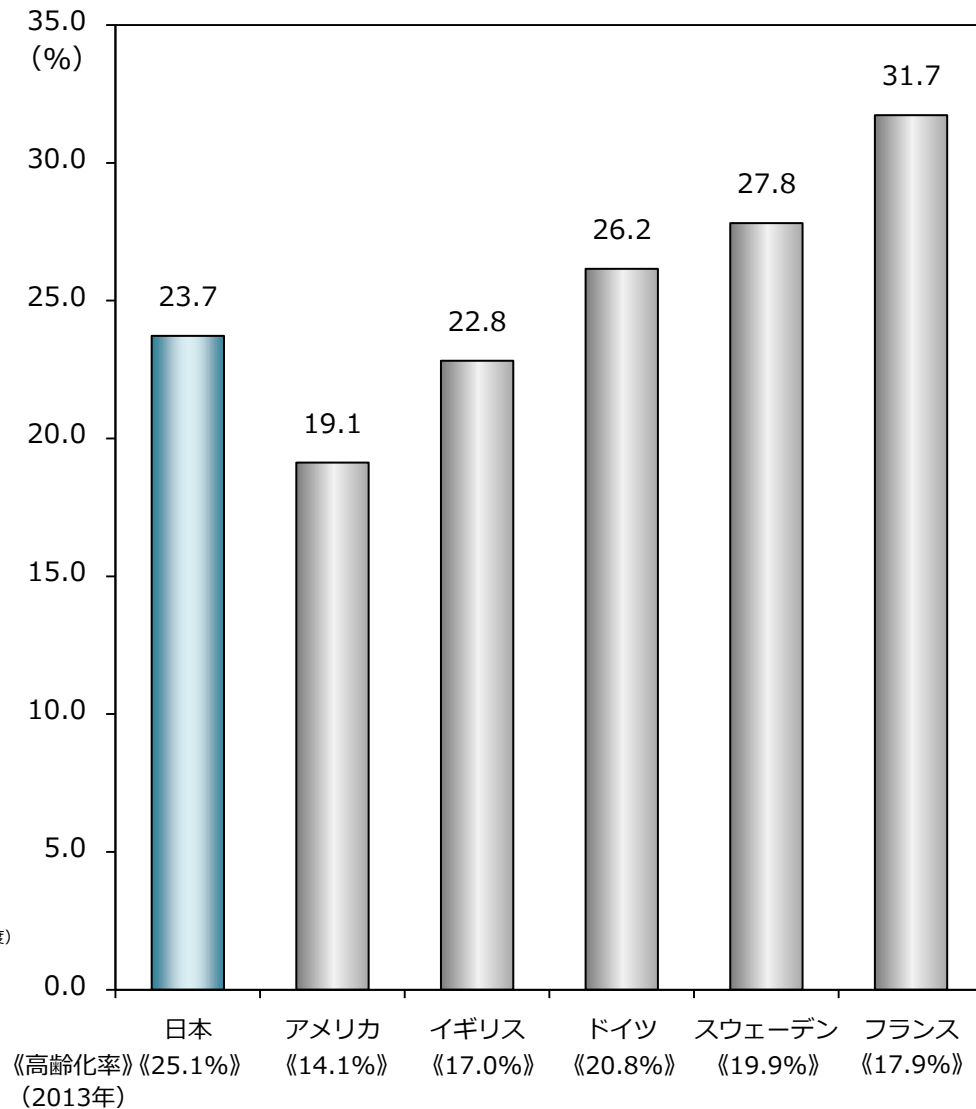
＜社会保障給付費の対GDP比の推移＞



社会保障給付費 (兆円)	78.4	88.6	105.4	114.9
名目GDP (兆円)	528.6	525.8	499.2	532.2

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」

＜社会支出の対GDP比（2013年）の国際比較＞



(出典) OECD "Social Expenditure," "Population"

(注) OECD基準に基づく「社会支出」は、施設整備費など直接個人には移転されない費用も計上されるという違いがあり、ILOの基準に基づく「社会保障給付費」に比べて範囲が広い。

これまでの医療保険制度改革と一体改革後の展望

2014 2015 ← 2016 2017 2018 → 2019 2020～

経済財政再生計画集中改革期間

新たな計画に基づく取組

社会保障・税一体改革等への対応

2040年を展望した社会保障改革

《消費税増収分等を活用した社会保障の充実》

- 地域医療介護総合確保基金(2014年度～)
- 国保等の低所得者保険料軽減措置の拡充(2014年度～)
- 国保への財政支援の拡充
(2015年度～:約1,700億円 2018年度～:約3,400億円)
- 高額療養費の見直し(2015年～)

《持続可能性の確保等のための制度改革》

- (患者負担関係)
 - 70～74歳の患者負担の見直し(2014～18年度:1割→2割)
 - 高齢者の高額療養費の見直し(2017、18年度)
 - ・一般外来:1.2万円/月→段階的に1.8万円/月
 - ・現役並み外来:外来特例廃止、3区分化
 - 紹介状のない大病院受診の定額負担
(2016年度:500床以上、18年度:400床以上)
 - 入院時の食事療養費の見直し(2016、18年度)
 - 高齢者の入院時居住費の見直し(2017、18年度)
- (保険料関係)
 - 後期高齢者保険料軽減特例の見直し(2017～19年度)
 - ・所得割:5割軽減→段階的に軽減なし
 - ・元被扶養者:9割軽減→段階的に軽減なし
 - 後期高齢者支援金の総報酬割(2015～17年度)
- (財政基盤関係・診療報酬関係)
 - 国保改革(都道府県単位の財政運営:2018年度～)
 - 薬価制度の抜本改革(2018年度～)

消費税率引上げ
(2019年10月予定)

→ 一体改革に関わる制度改革
が完了

(一体改革の社保充実)

- 年金生活者支援給付金制度の創設
- 介護保険1号保険料軽減強化の完全実施

※新しい経済政策パッケージを
実施

改革工程表2018年度内の検討課題

- 後期高齢者医療制度の患者負担の在り方
- 外来受診時の定額負担の在り方
- 薬剤自己負担の引上げ
- 医療保険制度の負担への金融資産等の反映

○ 後期高齢者保険料軽減特例
(均等割)の見直し

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での 社会の活力維持向上

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。

地域医療構想に基づく医療提供体制改革

医療費適正化計画

データヘルス改革、審査支払機関改革

今後の医療保険制度の検討について

- 消費税率引上げが予定されている2019年10月に社会保障と税の一体改革に関わる制度改革が完了が予定されており、一体改革後の社会保障改革の展望が求められる。
- 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する政策課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。
- こうした中、厚生労働省においては、2040年を展望した社会保障改革に対応していく必要があり、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性の向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手し、可能なものから予算措置や制度改正を検討していくことが必要。あわせて、医療保険制度の持続可能性の確保のため、不断の改革を進め、総合的な社会保障改革に取り組んでいくことが必要。

2040年を展望した社会保障改革
(医療保険制度関係)

1. 社会保障の持続可能性の確保

給付と負担の見直し等により制度の持続可能性の確保を図る。

- 負担能力に応じた負担の在り方(世代間・世代内)、保険給付の在り方
 - 医療保険制度の基盤・保険者機能の強化
 - 高齢者医療制度の在り方 等
- ※改革工程表の検討事項

2. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく。

- 健康寿命の延伸(介護予防と保健事業の一体的実施等)
- 被用者保険の適用拡大 等

3. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。

地域医療構想に基づく医療提供体制改革
医療費適正化計画
データヘルス改革、審査支払機関改革

オンライン資格確認等について

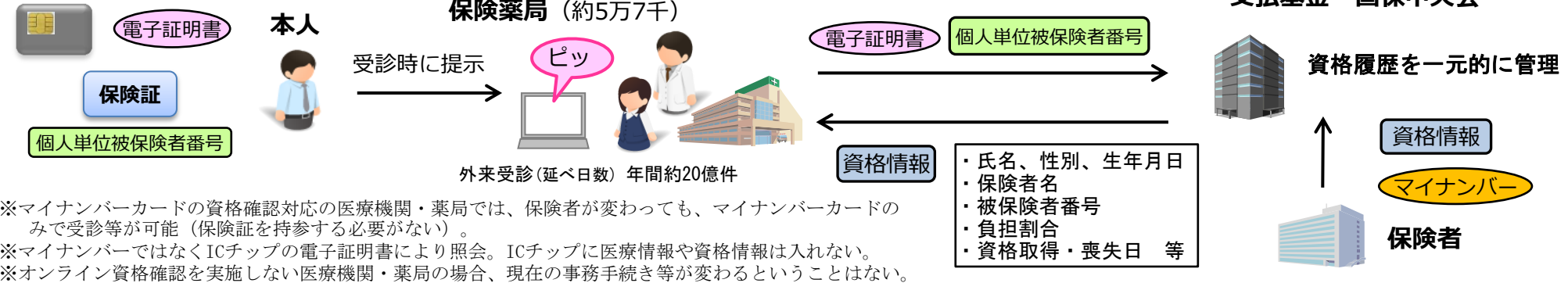
平成30年5月25日
厚生労働省保険局

オンライン資格確認の導入によるメリット

マイナンバーカードによる受診時の資格確認を可能とする（2020年度に本格運用の開始予定）

保険証のみ持参した場合、券面の個人単位被保険者番号により、資格情報の有効性を確認

マイナンバーカード（※）



※マイナンバーカードの資格確認対応の医療機関・薬局では、保険者が変わっても、マイナンバーカードのみで受診等が可能（保険証を持参する必要がない）。

※マイナンバーではなくICチップの電子証明書により照会。ICチップに医療情報や資格情報は入れない。

※オンライン資格確認を実施しない医療機関・薬局の場合、現在の事務手続き等が変わるということはない。

「見えない」「預からない」ので、医療現場で診療情報がマイナンバーと紐づけて管理されることはない

定められた利用目的以外でのマイナンバーの書き写し等は不正利用であり、法律で禁止されている。

保険者が支払基金・国保中央会に資格履歴の管理等を共同で委託

資格喪失後受診に伴う事務コスト等の解消

- 資格履歴の一元化と資格確認により、現在の資格喪失後受診に伴う保険者・医療機関等での請求確認等の事務コストが解消される。（※1）
- 資格喪失情報の連携や二重加入のチェックなど、保険者の資格管理事務の効率化ができる（支払基金から保険者に情報提供）。（※2）

高額療養費限度額適用認定証等の発行業務等の削減

- 現在、保険者が発行している高額療養費の限度額適用認定証、高齢受給者証等の各種証類をデータ化して資格確認システムに集約化することで、保険者における発行業務等を削減できる。（※3）

限度額認定証：窓口での支払いが高額療養費の自己負担限度額になる。
高齢受給者証：70～74歳で一部負担割合が2割又は1割になる者に発行。

特定健診結果や薬剤情報を照会できる仕組みの整備

- 個人単位の被保険者番号を活用して、本人が自らの特定健診結果や薬剤情報を照会したり、本人同意の下、医療機関・薬局で薬剤情報等を照会するシステムを効率的に整備できる。

保健医療データの分析の向上

- NDB(ナショナルデータベース)と介護データベースの情報の連結など、個人単位の被保険者番号を活用して、データを匿名化した上でより確実な突合が可能になり、保健医療データの分析の向上につながる。

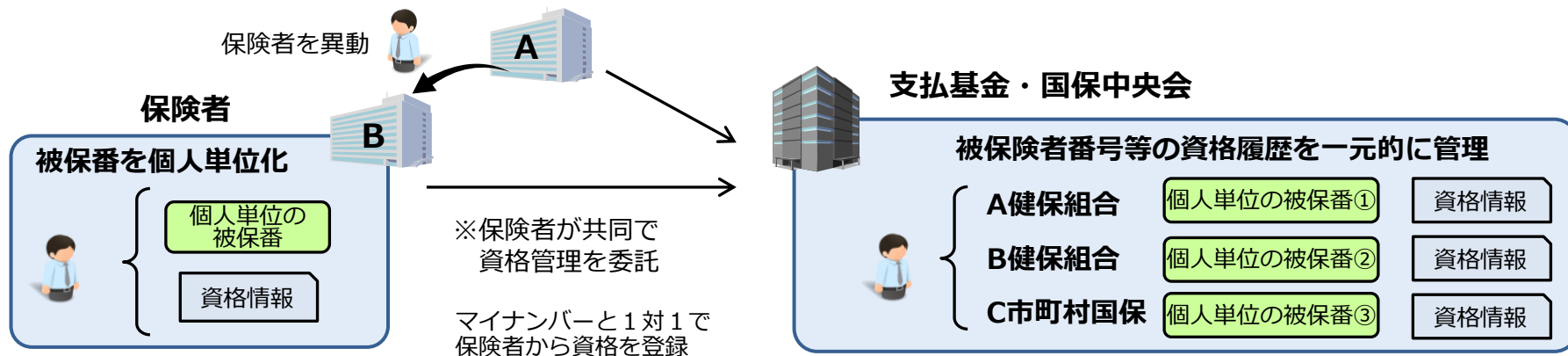
（※1）資格過誤に起因する保険者の事務負担は年間約30億円程度、保険医療機関等の事務負担は年間約50億円程度と試算される。保険証の回収の徹底が困難な保険者では未収金も発生しており、事務コストをかけて資格を追跡しても不明なケースが少なくない。資格確認の導入によってこうしたコストの解消につながる。

（※2）資格異動の事実発生日と保険証発行日とのタイムラグで生じる資格過誤についても、支払基金・国保中央会が資格履歴の情報を活用して、正しい被保険者番号をレセプトに付して保険者に請求する仕組みを整備する。

（※3）高額療養費の現金給付分（償還払い）が協会けんぽで年間73万件程度（2016年度）発生しており、これに係る審査や振込業務の削減にもつながる。

被保険者番号の個人単位での履歴管理

- 資格喪失後受診による事務コストの解消等を図るため、マイナンバーのインフラを活用して、支払基金・国保中央会が保険者の委託を受けて資格履歴を一元的に管理する仕組みを整備する。
※現行法の保険者の委託規定に基づき整備が可能。
 - 個人単位の被保険者番号については、高額療養費の世帯合算等で世帯単位の番号を引き続き使うため、現在の世帯単位の被保険者番号に2桁の個人を識別する番号を付す方向で、保険者等の関係者と調整している。
- ※1 2017年11月の医療保険部会資料では、16桁程度の案で検討としていたが、システム改修の影響が小さい方法等を精査した結果、2桁を追加する案とした。
- ※2 世帯単位の識別性も引き続き確保することで、世帯単位の処理が必要な業務はこれまでと同様の処理が可能であり、円滑な移行が可能になる。



＜現在の資格番号の体系＞ ※後期高齢者医療制度以外は世帯単位

制度	制度・都道府県	市町村	事業所	世帯	個人
協会けんぽ	保険者番号 (8桁)		記号 (8桁)	番号 (7桁)	保険者ごとに内部管理用の番号を付番するなどの対応が行われている。
健保組合・共済			保険者番号・記号 (8桁) (4桁)	番号 (7桁)	
市町村国保		保険者番号 (8桁)		番号 (7桁or8桁)	
国保組合			保険者番号・記号 (6桁) (文字等)	番号 (ハイホン含む)	
後期高齢者医療制度		保険者番号 (8桁)			被保険者番号 (8桁)

＜新しい番号体系＞

世帯単位の番号に、個人を識別する番号(2桁)を追加

後期高齢者医療制度の番号は現行のまま変更しない

- 現行の保険証に、個人を識別する2桁の番号を追加する。保険証の切替えに伴う保険者負担の軽減の運用について検討する。
- ※市町村国保では保険証の有効期限を1年又は2年としているが、健保組合や協会けんぽ等では保険証に有効期限を記載せずに資格喪失時に回収している。

○個人単位の番号付きの保険証（様式案）（2020年度中に順次切替え）

現行の保険証の記載内容に
2桁の番号を新たに追加

※後期高齢者医療制度は個人単位なので、保険証は変更しない

本人（被保険者）	2020年〇月〇日交付		
△△△△保険組合			
被保険者証	記号 1234	番号 1234567	01
氏名	番号	花子	
生年月日	平成元年3月31日生	性別	女
資格取得年月日	平成25年4月1日		
発行機関所在地	東京都千代田区〇〇〇		
保険者番号	88888888		
名称	△△△△保険組合		印

○保険証切替えに伴う保険者負担の軽減の運用案

現在発行されている保険証を回収するまで間の対応として、以下のような運用を検討。

- ・ 保険者から加入者本人に2桁の番号を通知する（通知方法は紙のほかメールも可）。
- ・ 通知には、保険証の氏名、生年月日、記号・番号、発行機関名・所在地等も記載。
- ・ 本人は受診時に保険証を提示するとともに、通知の紙又はメールの文面（携帯電話のメール画面も可）を提示し、2桁の番号を申告する（2021年4月診療分～）
- ・ 紙などの通知の提示に代えて、保険証の本人住所の自署欄に2桁番号を自署する、保険者が2桁番号のシールを貼るなどの方法を保険者が選択することも可能とする。
- ・ 本人が2桁番号を申告できない場合、医療機関・薬局では、世帯単位の番号により、レセプト請求する。

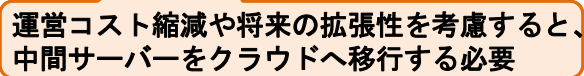
※医療関係者・保険者は、QRコードによる保険証の効率的な読取り方法を要望

○個人単位の番号の発行、レセプト請求のスケジュール（現時点の想定） ※本年夏までに関係者と調整

2020年4月以降	各保険者で個人単位の2桁番号を発行開始。可能な保険者から保険証を順次切替え
2020年4月～夏頃まで	中間サーバーの機能をクラウドに移行 ※2019年度中にクラウドに中間サーバーの機能を構築
2020年秋頃～年内	保険者からオンライン資格確認システムに個人単位の2桁番号を登録
2020年度中	オンライン資格確認の開始
2021年5月～	世帯単位の番号に個人単位の2桁番号を付してレセプト請求（4月診療分～）

中間サーバーのクラウドへの移行（検討中）

- ※ インターネットから分離された閉域の通信環境で接続するクラウドの利用を想定。
- ※ 管理者自らがシステムを構築して管理・運用する方式に代えて、クラウドを組み合わせることで、最適なセキュリティを確保しつつ、コストを合理的に削減できる。クラウドに移行することで、**現在の中間サーバーの運営経費も縮減できる。**



移行の進め方

- ① 中間サーバーの機能をクラウドに移行するため、国で調査研究と関係者との調整を進め、本年秋頃までに移行の仕様を確定させる。支払基金・国保中央会では、本年秋頃を目途に、中間サーバーのクラウド化を含めシステム開発の調達に着手する。
- ② 中間サーバーをクラウドに移行させた上で、オンライン資格確認システムの運用を開始する。システムの運用テスト期間を確保した上で、2020年度中における全保険者と全国の保険医療機関・保険薬局を対象にした運用開始を目指す。

○世界最先端IT国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画について（平成29年5月30日閣議決定）

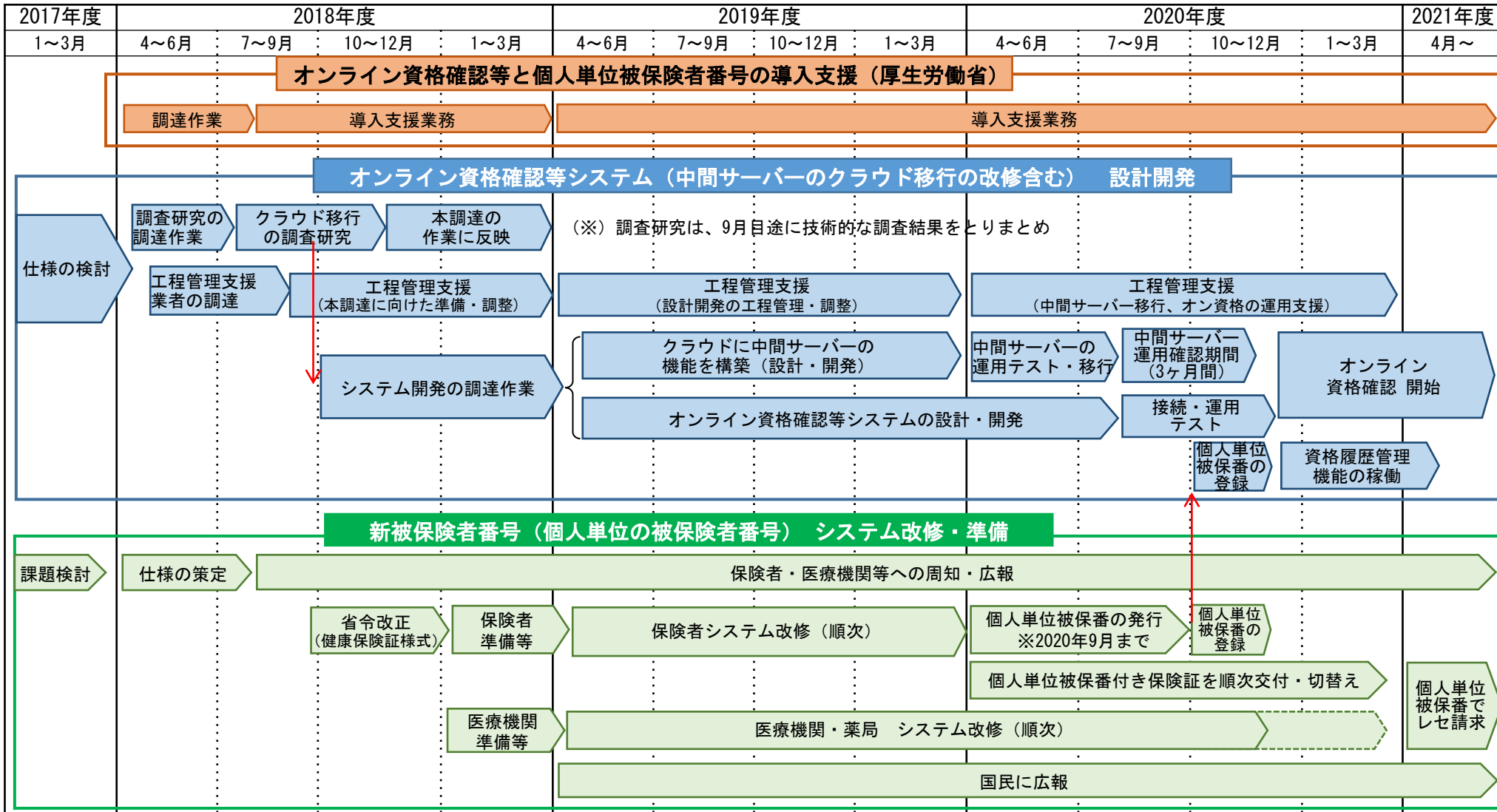
クラウド・バイ・デフォルト原則の導入

情報システムの整備に当たっては、クラウド技術の活用等により、投資対効果やサービスレベルの向上、サイバーセキュリティへの対応強化を図ることが重要。(中略)国において直接保有・管理する必要がある政府情報システムについては、標準化・共通化を図るとともに、投資対効果の検証を徹底した上で、政府共通プラットフォームへの移行を推進。これによって、行政が保有する情報システムのクラウド化を推進。

オンライン資格確認等の導入スケジュール（イメージ）

※関係者との調整で変わりうる

- 中間サーバーのクラウドへの移行は、2020年夏～秋頃と想定される。その後の運用テスト期間を考慮し、2020年度中における全保険者と全国の医療機関を対象にしたオンライン資格確認の運用開始を目指す。
- 個人単位の被保険者番号によるレセプト請求の開始時期は、資格の履歴管理の稼働後、2021年4月診療分以降とする案が考えられるが（保険証切替えは2020年度から可能な保険者から順次）、本年夏までに関係者と調整する。



特定健診データの保険者間の連携、マイナポータル等の活用（イメージ）

- 特定健診データの管理等を支払基金・国保中央会に委託する仕組みとすることで、保険者間での円滑なデータ連携ができる。マイナポータルやPHRサービス事業者を活用して、本人が経年の特定健診の記録を確認できるシステムも整備できる。

（※）PHR（Personal Health Record）サービス：個人の健康データを履歴管理し、健康管理サービスを提供。

マイナポータルやPHRサービスで特定健診の経年データを閲覧

健診結果を経年で
分かりやすく表示

保険者を異動後も
健診の履歴を管理

本人は保険者間のデータ連携に同意

本人

マイナポータル



PHRサービス



特定健診
データ

経年の特定健診
データを提供

特定健診
データ

PHRサービス
事業者

特定健診
データ

健診実施機関



支払基金・国保中央会は、保険者から
特定健診データの管理等の委託を受ける ※ 3

支払基金・国保中央会

保険者等が閉域の通信環境で
接続するクラウドを活用 ※ 1

オンライン資格
確認等システム

特定健診
データ

特定健診
データ

特定健診
データ

保険者間で特定健診データを照会・提供

保険者①

保険者②

保険者③

特定健診の経年データを
特定保健指導の場面で活用
身体に起きている変化を理解

新保険者から旧保険者に資格異動前
のデータを照会、旧保険者から提供

（※）現在は紙・電子媒体でやりとり

閉域のオンライン請求ネット
ワークなど既存インフラを活用

国への登録データの作成
（匿名化）・登録 ※ 2

NDB

厚生労働省

※ 中小事業者等の定期健診について、中小事業者の負担軽減等の観点から、健診実施機関から事業主を介することなく支払基金経由で特定健診データを保険者に登録する仕組みを検討

特定健診データ：身長・体重・血圧、血糖・血中脂質・肝機能・尿検査等の検査値、問診の結果、
血圧・血糖・血中脂質の治療薬の服薬、喫煙・飲酒、食事・運動等の生活習慣

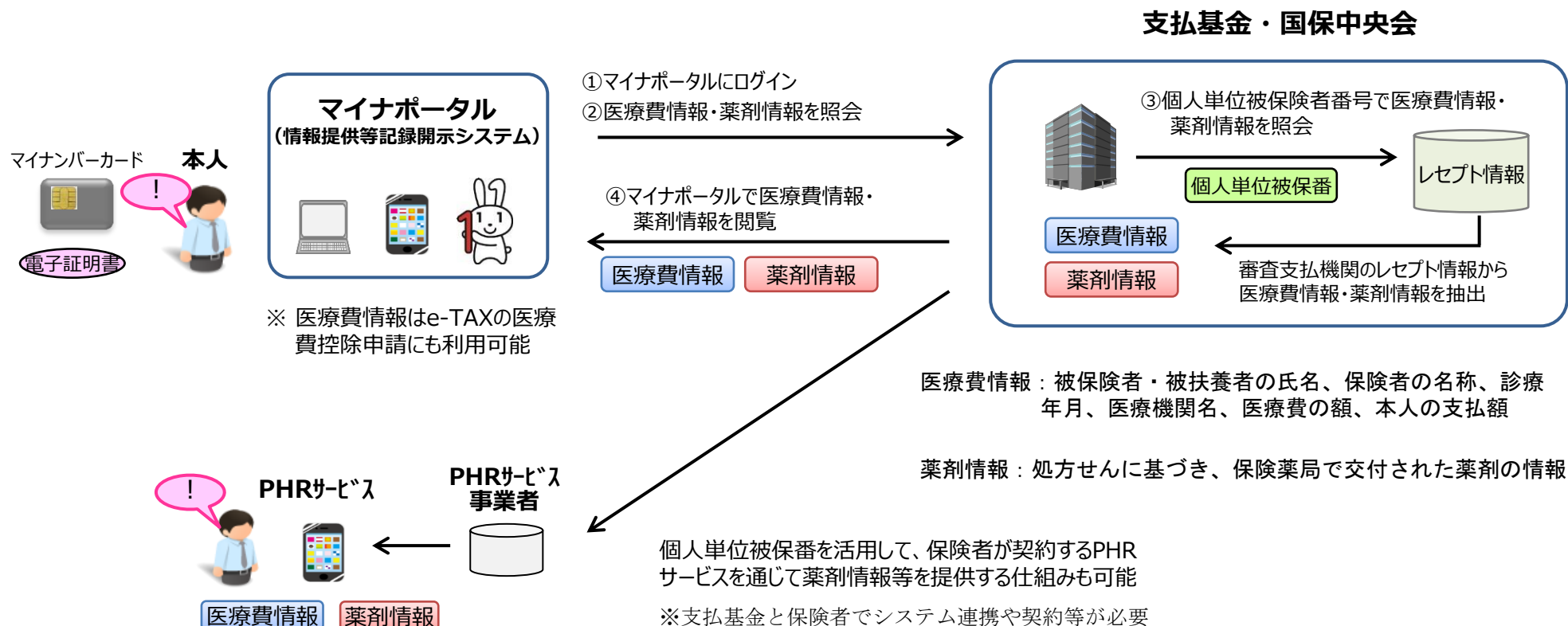
（※ 1）保険者とデータセンターとが閉域の通信環境で接続し、インターネットから分離されたクラウドを想定。

（※ 2）保険者が支払基金に登録した特定健診データを支払基金が委託を受けて匿名化することで、保険者では国に改めて登録する必要がなくなる。

（※ 3）保険者は支払基金・国保中央会に管理を委託した特定健診データについて、自ら管理することが不要になる。

マイナポータル等を活用した医療費・薬剤情報の閲覧の仕組み（イメージ）

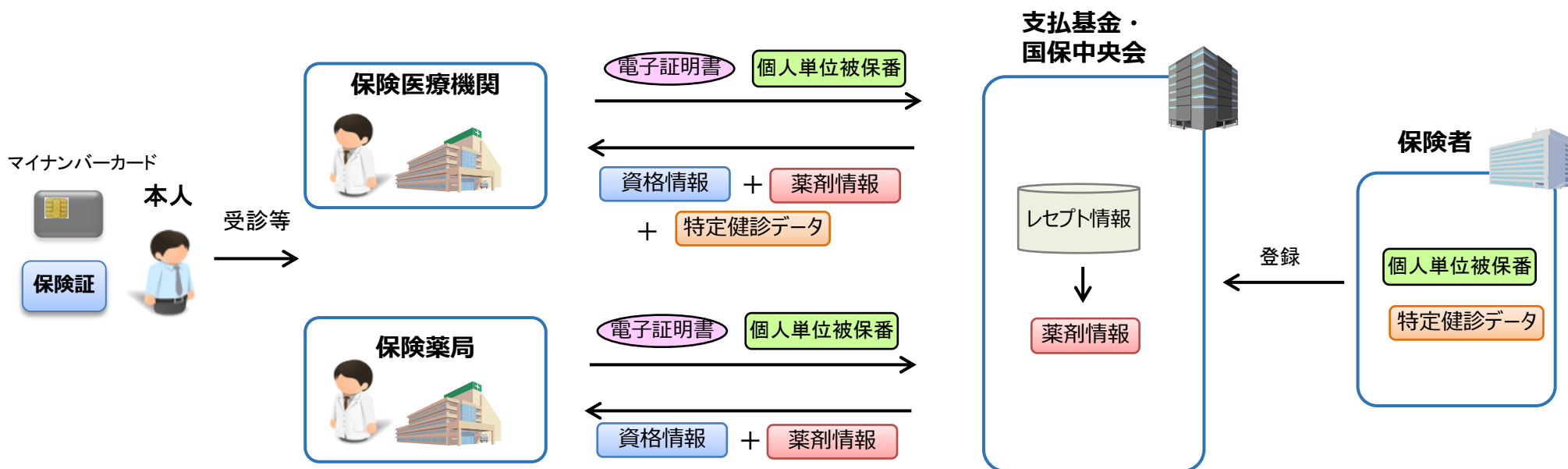
- オンライン資格確認の仕組みと審査支払機関の情報を活用して、マイナポータルで医療費情報を閲覧できるようにすることで、保険者の医療費通知の作成・送付の負担軽減や、利用者による医療情報へのアクセス向上が図られる。併せて、薬剤情報もマイナポータルやPHRサービスで閲覧できるようにすることで、利用者における服薬管理の向上が期待できる。



特定健診データ、薬剤情報の医療機関・薬局での照会の仕組み（イメージ）

- 特定健診データと薬剤情報について、本人の同意の下で、オンライン資格確認と併せて、保険医療機関・保険薬局が照会し、閲覧できるようにすることで、特定健診データの診療場面での活用や、多剤・重複投与の軽減などにつなげることができる。

※医療機関・薬局のシステム改修の規模等の精査が必要であり、導入に当たっては、関係者との十分な調整が必要。



(提供の考え方)

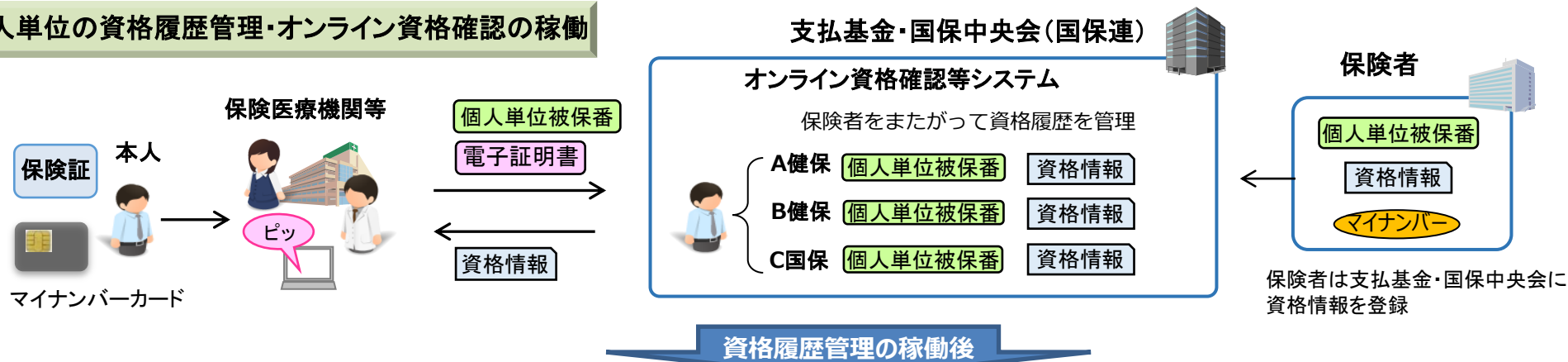
- 問診票の記載等の際、本人同意の下、医療機関・薬局が本人に代わって（本人から委任を受けて）薬剤情報を支払基金・国保中央会に照会し、支払基金・国保中央会は保険者の委託を受けてオンラインで薬剤情報を回答する、という考え方に基づく。

※ 保険者は本人からの照会への回答の事務を支払基金・国保中央会に委託。支払基金・国保中央会はレセプト情報から薬剤情報を抽出。

特定健診データ、医療費・薬剤情報の提供サービスの導入時期（検討中）

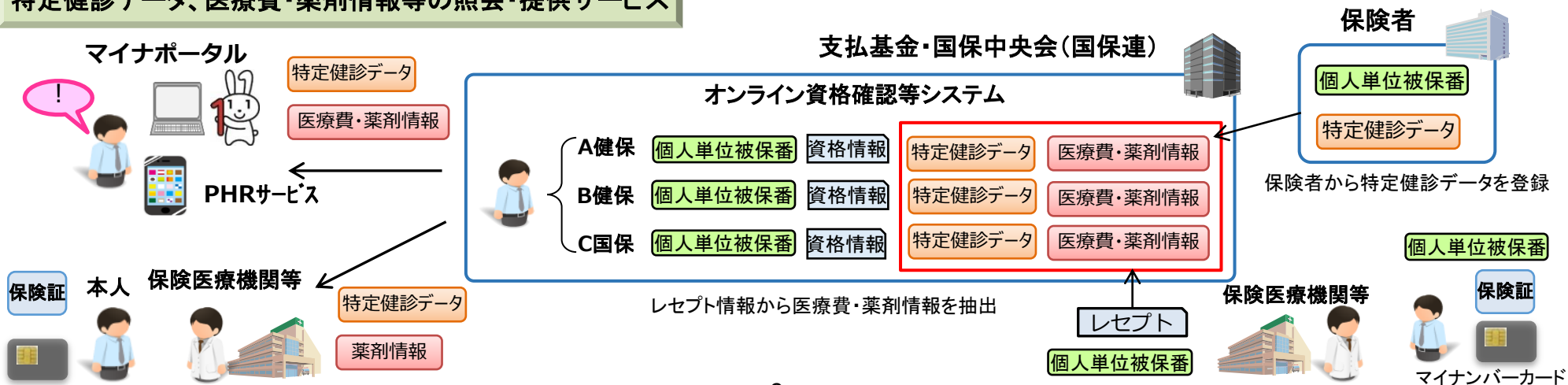
- 2020年度中に個人単位の資格履歴管理を開始した上で、2020年度の特定健診データから保険者間での連携やマイナポータル等での情報提供の開始を目指して、一体的にシステム整備に着手したい。
- 医療費・薬剤情報についても、マイナポータル等での本人等への情報提供が可能となるよう、一体的にシステム整備に着手したい。今後、仕様を精査し、システムの稼働時期について関係者と調整していく。

個人単位の資格履歴管理・オンライン資格確認の稼働



資格履歴管理の稼働後

特定健診データ、医療費・薬剤情報等の照会・提供サービス



オンライン資格確認等の運用コスト試算（精査中）※現時点の要件整理に基づく粗い見積もり

○ オンライン資格確認等の運営費用は、中間サーバーを含めた更なるコスト縮減を行うことで、保険者のトータルの負担の低減を図る。

（１）オンライン資格確認等の運用コスト試算（支払基金・国保中央会で運用するシステム部分）

単位：億円（税込）

	オンライン資格確認	特定健診データの 保険者間連携・提供	医療費・薬剤情報の提供	計
運用・保守費用（年額）	17	2	2	約20

※１ 現時点の仕様にに基づき見積もった粗い試算であり、精査が必要である（情報提供ネットワークシステムやマイナポータル等の国が運用しているシステムの運用コストは含まれていない）。初期費用は中間サーバーのクラウド化の仕様や開発方法等により変わりうるので記載していない。

※２ 上記の運用・保守費用以外に、支払基金及び国保中央会でシステムを管理する体制に要する経費が必要と見込まれる。

（参考）保険者向け中間サーバーのクラウドへの移行による運用経費の比較（試算）

単位：億円（税込）

	運用・保守費用	システム更新積立金	計
現行（2018年度）※1	33	26	59
クラウドに移行後	21～29	3	約24～32

▲約27～35

※１ 現在の中間サーバーは、管理者自らが購入したサーバー等をデータセンターに設置し、自ら管理・運用する方式（オンプレミス）である。

※２ クラウドサービスは、インターネットから分離された閉域の通信環境で接続する方式を想定。

※３ 現行の中間サーバーの設計に基づく試算であり、保守・運用経費のうち、支払基金・国保中央会での運用経費（2018年度で7億円）とデータ連携項目のシステム改修費（2018年度で4億円）は含まれていない。現時点の粗い試算であり、今後、調査研究により精査する。

（２）資格履歴の一元化・資格確認等により解消が期待される事務コスト等

	事務コスト等	備考
①資格過誤による保険者、医療機関等の事務コスト	約80億円／年（試算）	保険者分 約30億円、医療機関・薬局分 約50億円
②医療費通知を紙からウェブサービスに変えることによる保険者の事務費用の節減効果（年1回分）	約4億円（～最大40億円）	全加入者（後期高齢者除く）が紙からウェブサービスに移行した場合は約40億円。マイナンバーカード普及率11%を乗じて試算。

※１ 支払基金に2016年度（2015年4月～2016年3月診療分）に請求されたレセプトのうち、資格過誤により返戻されたレセプトは147.6万件、384.7億円である。保険証の回収の徹底が困難な保険者では未収金も発生しており、事務コストをかけて資格を追跡しても不明なケースが少なくないが、この解消にもつながる。

※２ 特定健診で保険者間の年間異動者が約500万人と推計される。現在は事務コストがかかるため保険者間での特定健診データの照会がほとんど行われていないが、資格履歴管理の仕組みにより、保険者間での効率的なデータの照会が可能になる。また、薬剤情報の提供により、多剤・重複投薬の軽減等が期待できる。

参 考 資 料

(参考1) オンライン資格確認、個人の保健医療情報の履歴管理等に関する閣議決定

○ 新しい経済政策パッケージ（平成29年12月8日閣議決定）

- ・ 医療保険の被保険者番号について、従来の世帯単位を個人単位化し、マイナンバー制度のインフラを活用して、転職・退職等で加入する保険者が変わっても個人単位で資格情報等のデータを一元的に管理する仕組みについて検討し、オンライン資格確認の2020年からの本格運用を目指す。

○ 未来投資戦略2017（平成29年6月9日閣議決定）

- ・ 個人・患者単位で、最適な健康管理・診療・ケアを提供するための基盤として、「全国保健医療情報ネットワーク」を整備する。同ネットワークは、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」と、更に基礎的な患者情報を救急時等に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等で構成し、これら自らの生涯にわたる医療等の情報を、本人が経年的に把握できる仕組みであるPHR（Personal Health Record）として自身の端末で閲覧できるようにすることを目指す。2020年度からの本格稼働に向け、本年度中に実証事業を開始しつつ、具体的なシステム構成等について検討し、来年度以降、詳細な設計に着手する。
- ・ 医療保険のオンライン資格確認及び医療等ID制度の導入について、来年度からの段階的運用開始、2020年からの本格運用を目指して、本年度から着実にシステム開発を実行する。

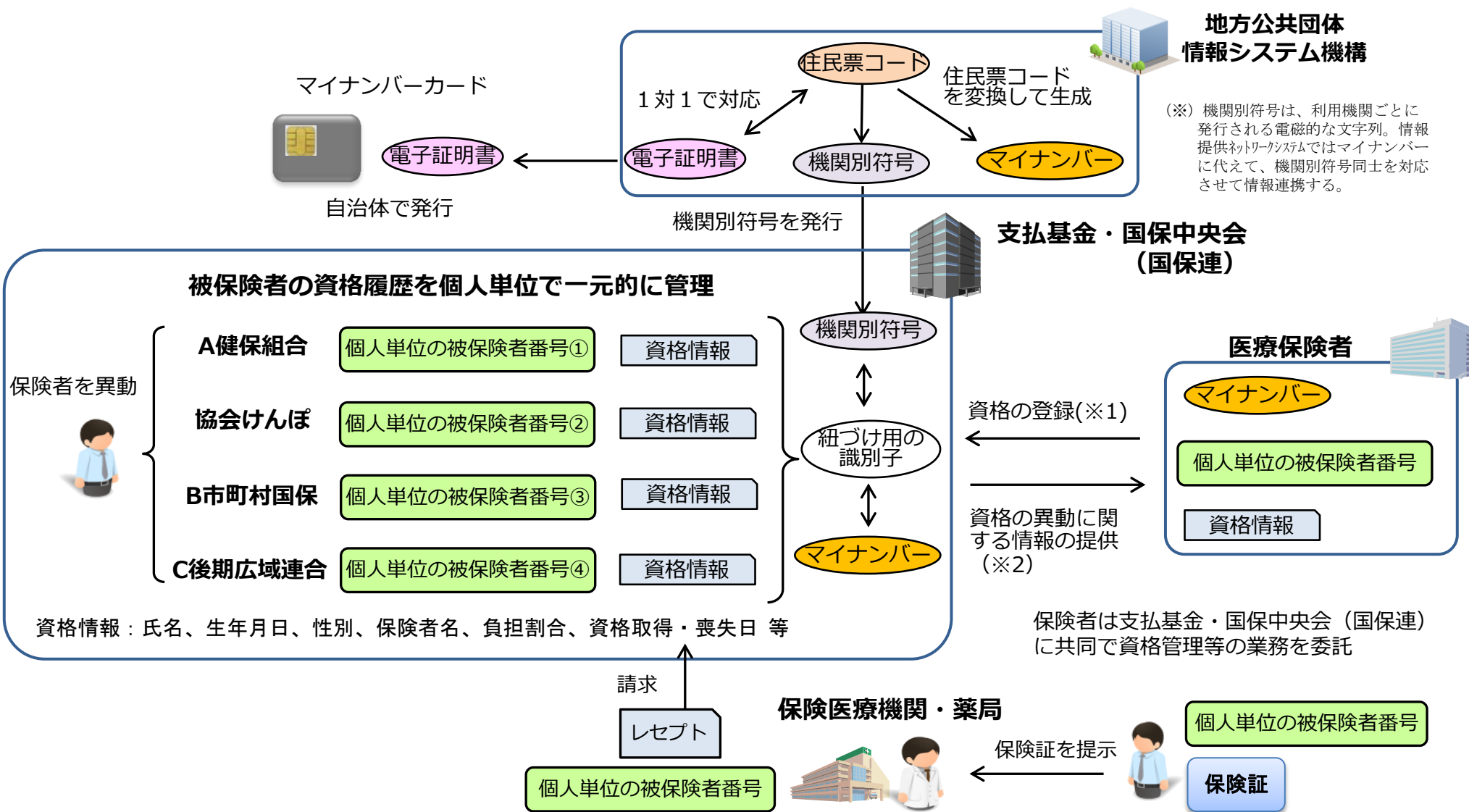
○ 日本再興戦略2016（平成28年6月2日閣議決定）

- ・ 医療保険のオンライン資格確認及び医療等ID制度の導入について、2018年度からの段階的運用開始、2020年からの本格運用を目指して、本年度中に具体的なシステムの仕組み・実務等について検討し、来年度から着実にシステム開発を実行する。その際、公的個人認証やマイナンバーカードなどオンライン資格確認のインフラを活用し、国民にとって安全で利便性が感じられる形で導入が進むような設計とした上で、開発を進めるとともに、公費負担医療の適正な運用の確保の観点からも、速やかに検討を行い、できる限り早期に必要な措置を講じる。

○ 日本再興戦略2015（平成27年6月30日閣議決定）

- ・ 患者本人が自らの医療情報を生涯にわたって経年的に把握し、健康管理に活用できるよう、特定健診データをマイナポータルを含むマイナンバー制度のインフラ等を活用し、2018年を目途に個人が電子的に把握・利用できるようにすることを目指す。

(参考2) 被保険者番号の資格履歴の一元的管理のイメージ



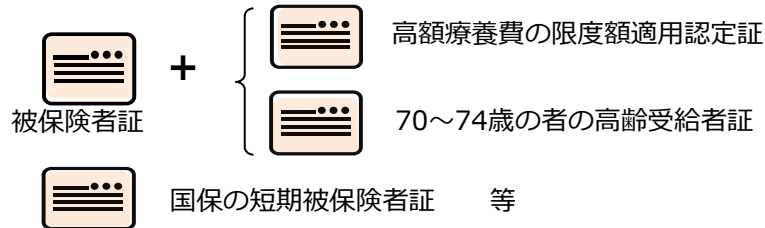
(※1) 医療保険者等向け中間サーバーを経由して、保険者から資格情報をオンライン資格確認等システムに登録(市町村国保も同様の方法を検討)。

(※2) 例えば、国保から被用者保険に異動した際、支払基金・国保中央会から国保保険者にその旨を情報提供することで、これまで異動を把握できなかったために生じていた不要な国保保険料の徴収等の事務を減らすことができる等の事務コスト軽減の効果が考えられる。

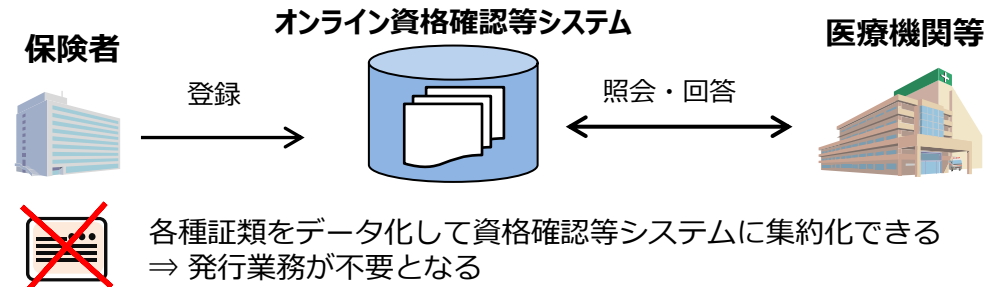
（参考3）オンライン資格確認の導入による各種証類の集約化、発行業務の削減

＜現在＞

保険者では、被保険者証に加えて、高額療養費の限度額適用認定証、高齢受給者証等の各種証類を発行している。



＜オンライン資格確認の導入後＞



※マイナンバーカードが普及し機能の代替化が進むことで、保険証の発行業務も不要にできる。

○保険者が発行している証類（資格確認の対象とすることを検討中）

分類	資格確認証等	対象者	概要等
保険者証類	高齢受給者証	70～74歳の者	70～74歳で一部負担割合が2割又は1割となる者に発行される。
	短期被保険者証 子ども短期被保険者証	特別な事情がないにもかかわらず、保険料(税)の納期限を過ぎた世帯	保険料(税)を長期間(1年未満)滞納している世帯に対し交付される、有効期間の短い保険証。短期被保険者証が交付される世帯に属する、高校生以下の子どもには、子ども短期被保険者証が交付される。
	退職被保険者証	退職者医療制度対象者	会社等を退職して国保に加入した者のうち、厚生年金又は共済年金等受給している65歳未満の者とその被扶養者(国保に加入している65歳未満の者に限る)が対象。
特例制度等	修学中の被保険者の特例による被保険証(マル学保険証)	修学中の被保険者の特例制度	修学のため親元を離れ住所を移して生活をしている学生は、単身世帯ではなく親の世帯の一員とみなされる
	住所地特例制度による被保険者証	医療機関、施設等に長期入院、入所する方	1年以上、病院等又は社会福祉施設(児童福祉施設を除く)に入院又は入所する者に発行される。
	被保険者受給資格者票 特別療養証明書	日雇特例被保険者	協会けんぽで受付し、受給資格者票に確認印を受ける(健康保険被保険者手帳に2か月で26日以上印紙貼付実績が必要)。受給資格者票の交付を受けるまでの間、日雇特例健康保険への加入実績がない者は、特別療養証明書が交付される。
証明書類	被保険者資格証明書	特別な事情がないにもかかわらず、保険料を納期限から1年以上滞納している世帯	保険料(税)を長期間(1年以上)滞納している世帯に対し、保険証の代わりに交付される国民健康保険被保険者の証明書。保険証と異なり、医療費は一旦全額自己負担となり、後日特別療養費の支給申請により一部負担金を除いた額が払い戻される。
被保険者証等と併用	限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証	高額療養費制度の対象者、うち住民税が非課税の低所得者など	事前申請により、入院や外来診療、調剤薬局等の窓口での支払上限額が法定自己負担限度額となる(還付手続きが不要になる)。低所得者には、食費負担を含めて、限度額適用・標準負担額減額認定証が交付される。
	特定疾病療養受療証	厚生労働大臣が指定した、長期にわたり高額な医療費がかかる疾病に罹患した方	高額な治療を長期間継続して行う必要がある、血友病・人工透析が必要な慢性腎不全又は抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群等の方に申請により交付される。医療機関での窓口負担が月1万円(慢性腎不全で人工透析を要する70歳未満の上位所得者の自己負担限度額は月2万円)までとなる。

(注) 自治体が管理している公費負担・地域単独事業の受給証は、システム化について自治体等と調整が必要であるため、資格確認の導入時期は検討が必要。

あはき療養費の不正対策及び受領委任制度による指導監督の仕組みの導入

平成30年4月23日

医療保険部会

あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会

あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費（以下「あはき療養費」という。）への受領委任制度の導入に当たり、以下の不正対策及び受領委任制度による指導監督の仕組みの導入に取り組む。

I 不正対策

1. 患者本人による請求内容の確認

- 架空・水増し請求を防ぐため、以下により、請求内容を患者又は家族が確認することを徹底する。

（１）患者から一部負担金の支払いを受けるときの対応

- ・ 患者から一部負担金の支払いを受けるときは、正当な理由がない限り、領収証を無償で交付するとともに、患者から求められたときは、一部負担金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書（別紙様式１－１（１日分用）、別紙様式１－２（１月分用））を交付する。

（２）月末等の対応

- ・ 施術者は、毎月、支給申請書を患者又は家族に見せ、施術を行った具体的な日付や施術内容を確認いただいた上で、支給申請書に署名又は押印を求めることとする。
- ・ その上で、施術者は、毎月、支給申請書の「写し」又は施術日数や回数、施術内容のわかる明細書（別紙様式１－２（１月分用））を、患者又は家族に交付することとする（（１）により、既にすべての施術について明細書を交付している場合を除く。）。

2. 医師の同意・再同意

- あん摩マッサージ指圧の施術に係る療養費は、筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされている。
- また、はり、きゅうの施術に係る療養費は、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症の6疾病、及び6疾病以外の疾病であって慢性的な疼痛を主症とし医師による適当な治療手段のないものが支給対象とされている。
具体的には、6疾病については医師の同意を受けて施術を受けた場合は療養費の支給対象として差し支えないとされているとともに、6疾病以外の慢性的な疼痛を主症とする疾病については、医師による適当な治療手段のないものであるかを個別に判断し支給の適否を決定することとされている。
- このように支給対象に当たるかどうかについては、留意事項通知等で示されているが、留意事項通知等に基づき、これらの支給対象に当たるかどうかを保険者が判断するため、医師の同意・再同意は重要である。
- また、あん摩マッサージ指圧、はり・きゅうの施術の対象者は高齢者が多く、地域において医師とあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師が連携を図っていくことが重要である。
- このため、医師の同意・再同意のあり方を、次のとおり見直す。

(1) 医師の同意書の様式

- ・ 保険者が、施術が支給対象に当たるかどうかを判断することに資するため、医師の同意書の様式を次のとおり見直す（別紙様式2）。

（あん摩マッサージ指圧療養費用）

- ・ 患者の住所・氏名・生年月日
- ・ 傷病名
- ・ 発病年月日
- ・ 初回の同意か・再同意かの区分（新規）
- ・ 診察日（新規）
- ・ 症状（見直し）

従前は、筋麻痺か、関節拘縮か、その他（具体的に記載）かのみであったが、施術の種類と施術部位の根拠の確認のため、筋麻痺又は関節拘縮のある部位についても○をつけることを求めることとするとともに、筋麻痺又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合にはその他欄に記載を求めることとする。

- ・ 施術の種類と施術部位

- ・ 往療の要否

- ・ 往療を必要とする理由（新規）

独歩による公共交通機関を使つての外出の可否、外出歩行が可の場合は認知症など通所して施術を受けることが困難な理由を記載するとともに、要介護度が分かる場合は要介護度を記載する。

- ・ 注意事項等（新規・任意）

施術に当たって注意すべき事項等があれば、任意に記載。

（はり・きゅう療養費用）

- ・ 患者の住所・氏名・生年月日

- ・ 病名（神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症、その他（具体的に記載））

- ・ 発病年月日

- ・ 初回の同意か・再同意かの区分（新規）

- ・ 診察日（新規）

- ・ 注意事項等（新規・任意）

施術に当たって注意すべき事項等があれば、任意に記載。

（２）同意を行う医師

- ・ 同意・再同意を求める医師は、緊急その他やむを得ない場合を除き、当該疾病について現に診察を受けている主治の医師とする。

- ・ 医師の同意・再同意は、医師の診察を受けたものでなければならないこととする。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないうち徹底する。

- ・ これらのため、同意書の様式（別紙様式２）に、「保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。」旨を追記する。

- ・ 上述のとおり、保険者が、施術が支給対象に当たるかどうかを判断するため、医師の同意・再同意は重要であり、また、施術を必要とする患者が、適切に施術を受けられるようにすることが重要である。

このため、厚生労働省は、通知等により、同意書を書く医師に対して、上記とともに、同意書の必要性や意義、留意事項通知等で示されている同意書を書く上で留意すべき事項について整理し、理解の浸透を図ることとする。

(3) 施術者による施術報告書の作成

- ・ 医師の再同意に当たっては、医師が、施術者が作成する文書により、施術の内容や患者の状態等について確認するとともに、医師の直近の診察に基づいて再同意する仕組みを導入する。
- ・ 具体的には、受領委任制度の導入に当たっては、施術者が、再同意の期間ごとに、
 - ① 施術の内容・頻度
 - ② 患者の状態・経過
 を記載した「施術報告書」(別紙様式3)を作成し、医師が当該報告書を確認するとともに、医師の直近の診察に基づき、再同意する仕組みを導入する。
- ・ 施術報告書には、医師に対して、
 - ・ 本報告書を確認の上、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の判断をいただきたいこと
 - ・ 不明点や特段の注意事項がある場合には連絡いただきたいこと
 を明記し、医師が当該報告書と直近の診察に基づいて再同意することとする。
- ・ これらにより、施術者と医師の連携を緊密にし、必要な施術が行われるようにする。
- ・ なお、(4)のとおり医師の再同意を文書で行うことに加え、施術報告書を作成することは現場の負担増となることから、当面は、施術報告書の作成は努力義務とし、やむを得ない場合には作成しなくてもよいこととする。その際、施術報告書の作成について、報酬上の手当を検討する。また、作成しない場合にも医師からの問合せに応じるなど、施術者と医師との連携を図ることとする。

(4) 再同意のあり方

- ・ あん摩マッサージ指圧、はり・きゅうについては、慢性期が対象であり、高齢な患者も多く、また医師の同意書の発行には費用負担が伴うことから、現在、医師の再同意については、3か月ごとに、口頭での再同意が認められている。
- ・ 一方、近年、あはき療養費は、合計で1000億円を超える規模になっており、また、施術が支給対象に当たるかどうかを判断するために医師の同意・再同意は重要であることから、再同意についても文書で行うべきとの意見がある。
- ・ (1)で見直した様式により再同意を文書で行った場合は、施術が支給対象に当たるかどうかの判断がより明確にできるようになるとともに、医師による注意事項等欄の記載と施術者による施術報告書の記載により、文書によりコミュニケーションを図りながら施術を行うことができるようになる。
- ・ 一方で、慢性期が対象であり、高齢な患者も多く、医師の同意書の発行には費用負担が伴うことへの配慮も必要である。
- ・ このため、再同意については、文書で行うこととするとともに、これまでと比べ、施術報告書を書くという作業が増えることや、同意を文書で行うこととした場合負担が生じることとなることを踏まえ、6か月ごととする。
その際、これまで以上に医師の同意書が重要になるとともに、地域において医師とあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師が連携を図っていくことが重要であることから、厚生労働省は、(2)のとおり、通知等により、同意書を書く医師に対して、同意書の必要性や意義、留意すべき事項等について整理し、理解の浸透を図ることとする。あわせて、制度改正の一定期間後に、制度改正の影響について検証を行うこととする。

3. 長期・頻回の施術等

○ 長期・頻回の施術等について、以下のとおり取り組む。

(1) 1年以上かつ月16回以上の施術の支給申請書の見直し・調査の実施

- ・ 初療日から1年以上かつ月16回以上の施術について、支給申請書に別紙様式（施術継続理由・状態記入書）を追加し、施術の必要性和患者の状態を記載させることとする。

- ・ 上記見直しは、平成29年7月から施行しており、疾病名とあわせて施術による患者の状態の変化を調査できるようにしている。

(2) 調査結果の収集・分析

- ・ 施術による患者の状態の変化を把握するため、施術継続理由・状態記入書を収集・分析することとする。(季節変動も把握するため、おおむね1年以上分収集・分析することとする。)
- ・ 収集した調査結果について、
 - ① 状態が改善・維持・悪化がどのような割合か
 - ② ①について、疾病名ごとに、どうなっているか
 - ③ ①について、頻度ごと(月16回以上、20回以上、24回以上等)に、どうなっているか等について分析することとする。

(3) 償還払いに戻せる仕組み

- ・ 受領委任制度を導入した場合、過剰な給付となっていないかを確認するために、償還払いに戻せる仕組みについて検討する。
- ・ 具体的には、平成30年7月以降、(2)の分析を行い、どのようなものが長期・頻回な施術にあたるかを検討し、その結果を踏まえ、保険者が、施術の必要性について、個々の患者ごとに確認する必要があると合理的に認められた場合について、当該患者の施術について償還払いに戻せる仕組みについて、検討する。

4. 往療

- あはき療養費の現状として、往療の割合が高いことがあげられる。
あん摩マッサージ指圧に係る療養費では、往療料を算定する患者の割合は約90%となっており、療養費全体に占める往療料の割合も60%を超えている。
はり、きゅうに係る療養費では、往療料を算定する患者の割合は約20%、療養費全体に占める往療料の割合は約30%となっており、近年増加している。

- あん摩マッサージ療養費の料金については、マッサージが1局所285円、5局所行っても1425円、はり又はきゅうが1回1300円（はり、きゅう併用の場合1520円）であるのに対し、往療を行った場合は、それに加えて往療料として1800円、さらに2kmを超える毎に往療距離加算770円（最大2310円）が加算される。
近年は、往療1回当たりの距離が伸びている傾向がある。
- 往療料の割合や、距離加算の状況を都道府県別にみると、大都市圏の状況と地方の状況に、大きな違いはない。（北海道よりも東京都の方が1件当たりの往療料が高い。）
- また、不正請求等の事例の6割が往療料関係となっており、特に往療料の距離の水増し、同一家屋の複数患者の施術に対する往療料の重複算定、歩行可能者に対する往療料の算定が多くなっている。
- これらを踏まえ、以下の通り、往療料の不正対策に取り組むとともに、往療料の見直しを行う。

（１）支給申請書等の書類の見直し

- ・ 往療について、受領委任制度の導入に当たっては、次のことが明確に分かるよう、支給申請書を見直す（別紙様式４）。
 - ・ 往療した日付
 - ・ 同一日同一建物への往療かどうか
 - ・ 同一日同一建物への往療の場合、往療料を算定しているか否か
 - ・ 施術者
 - ・ 往療の起点（個人情報に配慮し、患者の個人宅は丁目までとし、番地は求めないこととする）
 - ・ 施術した場所
 - ・ 往療が必要な理由
 - 独歩による公共交通機関を使つての外出の可否、外出歩行が可の場合は認知症など通所して施術を受けることが困難な理由を記載するとともに、要介護度が分かる場合は要介護度を記載する。（医師の同意書と同様の場合には転記で可とする。）
- ・ なお、出張専門で行っている施術者で、1人の施術者が複数の拠点からより往療料が高くなるよう不正に請求を行っているという指摘があった。出張

専門の者の拠点を受領委任の届出の際住民票等で確認するとともに、上記様式の見直しにより、往療の起点と施術の場所が明確に分かるようにする。

また、出張専門で行っている施術者の往療料の見直しを行うべきとの指摘があったが、現状では、施術所がある者が約85%、出張専門の者が15%となっているが、施術所がある者の約78%も、施術の全部が往療となっており、実質出張専門と同様となっている。また、あん摩マッサージ指圧師については、過去から出張専門で施術を行っている者がいるという経緯にも配慮が必要である。まずは、(2)のとおり、施術所があるか出張専門かを問わず、往療料を見直すこととする。

(2) 往療料の見直し

- ・ 現状の、施術料よりも往療料が多くなっているという現状を見直す改定を行う。
- ・ また、距離加算については、医科については平成4年に廃止されているとともに、訪問看護については昭和63年の創設当初から設けられていない。
このため、現在の交通事情や、他の訪問で行うものの報酬を踏まえ、まずは30年改定において、距離加算を引き下げ、施術料や往療料に振り替えていくこととし、さらに、その実施状況をみながら、激変緩和にも配慮しつつ、原則平成32年改定までに、距離加算の廃止や施術料と往療料を包括化した訪問施術制度の導入について検討し、結論を得る。
- ・ 距離加算を廃止する際や訪問施術制度を導入する際には、他の制度も参考に離島や中山間地等の地域に係る加算について検討する。(1)の往療内訳表についても見直しを行う。さらに、同一日、同一建物での施術の場合の料金のあり方についても検討する。

5. 療養費の審査体制

- あはき療養費の適正化のため、以下のとおり療養費の審査体制を強化する。

(1) 審査会の設置

- ・ 受領委任協定・契約において、保険者等の判断により審査会を設置して審査できることとする。

- ・ 厚生労働省は、審査会設置に当たっての要綱を定めるとともに、実際の審査のあり方等について検討する。

(2) 審査基準の明確化

- ・ 受領委任制度の導入に当たっては、これまでの留意事項通知、Q Aの整理を行い、審査基準を明確化する。これに基づき、適切に療養費の支給が行われるようにする。
- ・ 柔道整復療養費とあはき療養費の併給の実態を把握し、併給の制限など必要な対応について検討する。

(3) 請求の電子化、審査のシステム化、保険者を超えた審査など、効率的・効果的な審査体制

- ・ 受領委任制度の導入に当たっては、請求の電子化について、柔道整復療養費についての電子請求のモデル事業の状況もみながら検討する。
- ・ その上で、審査のシステム化、保険者を超えた審査などについて検討する。
- ・ その際、請求の電子化や審査基準の明確化などの状況も踏まえながら、審査支払機関での統一的な審査などについても検討していく。

6. その他

(1) 支給申請書の様式の統一

- ・ 受領委任制度の導入に当たっては、支給申請書の様式の統一を図る。

(2) 施術録の整備義務等

- ・ 受領委任制度の導入に当たっては、柔道整復療養費と同様、領収証の交付や施術録の記載・保存について義務づける。

(3) 療養費についての患者への説明義務

- ・ 受領委任制度の導入に当たっては、療養費の支給対象等、療養費を請求する上での注意事項について施術者が患者に説明することとする。

(4) 不適正な広告の是正

- ・ あん摩マッサージ指圧、はり・きゅうの広告について、ガイドラインの作成を検討し、ガイドラインに基づき、不適正な広告を掲げている施術所への指導を徹底する。
- ※ 平成 30 年度にガイドライン作成を含む広告に関する検討会を開催予定

Ⅱ 受領委任制度による指導監督の仕組みの導入

1. 受領委任契約について

- 受領委任については、原則として、柔道整復師の「受領委任の取扱規程」(契約)の例による。

(はり師、きゅう師に係る) 受領委任の取扱規程 (案)

※柔道整復療養費の規程 (契約) に倣った各項目の例

第 1 章 総則

- 1 目的
- 2～3 委任
- 4～6 受領委任の施術所及び施術管理者

第 2 章 契約

- 7 確約
- 8～9 不正請求の返還等
- 10 受領委任の申し出
- 11 受領委任の承諾
- 12 はり師、きゅう師の施術
- 13 施術所の制限
- 14 申出事項の変更等
- 15 受領委任の取扱いの中止

第 3 章 保険施術の取扱い

- 16 施術の担当方針

- 1 7 はり師、きゅう師の氏名の掲示
- 1 8 受給資格の確認等
- 1 9 療養費の算定、一部負担金の受領等
- 2 0 領収書及び明細書の交付
- 2 1 施術録の記載等
- 2 2 保険者への通知
- 2 3 施術の方針

第4章 療養費の請求

- 2 4 申請書の作成
- 2 5 申請書の送付
- 2 6 申請書の返戻

第5章 審査会

- 2 7 審査会の設置
- 2 8 審査に必要な報告等
- 2 9 守秘義務

第6章 療養費の支払い

- 3 0～3 6 療養費の支払い

第7章 再審査

- 3 7～3 8 再審査の申し出

第8章 指導・監査

- 3 9～4 2 指導・監査
- 4 3 廃止後の取扱い

第9章 その他

- 4 4 情報提供等
- 4 5 契約期間

※あん摩・マッサージ・指圧師についても同様の規程

2. 地方厚生（支）局等による指導監督等

（1）効果的・効率的な指導監督

- ・ 柔道整復療養費について平成29年10月から実施されている保険者からの情報提供や地方厚生（支）局の個別指導・監査の迅速化の取組と同様の取扱いとする。
※受領委任の取扱規程で柔道整復療養費と同様に規定するほか、新たに作成する「指導監査要綱」でも同様の取扱い

（２）保険者に対する調査の進捗状況を報告する仕組み

- ・ 保険者に対する調査の進捗状況の報告については、
 - ① 監査の結果、受領委任の取扱いの中止（相当）を行った場合の連絡
 - ② 指導又は監査において返還金が発生した場合の通知
 のほか、保険者から情報提供を受けた事案について、保険者より進捗状況の照会を受けた場合、次の状況にあるものについてはその旨を回答する。
 - ア 個別指導の結果、療養費の請求内容が妥当適切であり、返還金が発生しない場合
 - イ 監査の結果、受領委任の取扱いの中止（相当）に至らず、返還金が発生しない場合
 なお、上記の回答ができないものは、「対応継続中」と回答する。

（３）問題のあった施術所・施術者の取扱い

- ・ 問題のあった施術所・施術者については、以下のペナルティを課す。
 - ① 受領委任の契約に基づく、受領委任の取扱いの中止
※受領委任の取扱規程で柔道整復療養費と同様に規定
 - ② あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律に基づく、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師の国家資格についての行政処分
※柔道整復療養費と同様、中止の場合、厚生労働省保険局医療課へ連絡（⇒国家資格の行政処分を担当する部局へ連絡）

（４）施術所・施術管理者の登録

- ・ 受領委任制度の導入に伴い、施術所・施術管理者を、地方厚生（支）局に登録する仕組みとする。
- ・ 具体的には、以下のスケジュールで、登録を行う。

平成30年 7月～ 受領委任登録の受付

平成30年10月～ 受領委任の取扱いの開始

※今後の議論の状況等により変更があり得る。

(5) 施術管理者に研修受講や実務経験の要件を課す仕組み

- ・ 柔道整復療養費については、平成30年4月から、新たに施術管理者となる者に研修受講や実務経験の要件を課す仕組みが導入されるが、あはき療養費についても、柔道整復療養費の仕組みの実施状況を踏まえつつ、適切な仕組みを導入する。
- ・ 要件を課す仕組みの実施時期については、受領委任制度導入後一定の準備期間を考慮する必要があるが、柔道整復療養費について、専門委員会での報告書の取りまとめから施行までに1年以上の準備期間を要していることを踏まえ、平成32年4月までの実施を目指して検討、準備を行う。
- ・ 具体的には、以下のスケジュールで対応を行い、平成32年4月までの実施を目指す。

【平成30年度中】

行政における

- ・ 実務経験に関する検討
- ・ 研修カリキュラム（案）の検討
- ・ 研修実施機関の検討
- ・ 施行に向けた通知（案）の策定
- ・ 関係者への周知

【平成31年度中】

- ・ 研修実施機関の準備（検討委員会の設置、テキストの策定、研修場所、研修講師の確保、公募等）
- ・ 行政におけるシステム改修

(6) 登録の更新制

- ・ 登録の更新制（契約の更新に際し、研修受講等を課す仕組み）については、療養費を取り扱う施術者の資質向上や不正防止、不適切な取扱いの抑止のための教育の機会の提供につながるものであり、実施について検討していくことが望ましいと考えられる。

- ・ 一方で、登録の更新制については、柔道整復療養費においても導入されていない。
- ・ また、現に施術を行っている施術所全般に関わる規制であり、幅広く議論を行っていくことが必要な課題である。
- ・ このため、まずは新たに施術管理者となる者に研修受講等の要件を課す仕組みを導入することとし、その実施状況をみながら、幅広く検討を行っていくこととする。
- ・ また、他の医療関係職種については、新卒者以外の既に働いている者の研修については、関係団体で自主的に自己研鑽のための研修を実施しており、あはきについても、まずは、施術者団体の自主事業として、自己研鑽の研修を実施することも考えられるため、実施状況も踏まえながら、幅広く、実施の検討を行っていくこととする。
- ・ こうしたことから、登録を更新制とし、更新の際に研修受講を課す仕組みについては、
 - ・ 現に施術を行っている施術所の施術者に対する影響や、
 - ・ 新たに施術管理者となる者への研修の実施状況、
 - ・ さらに、施術者団体による自己研鑽のための研修の実施状況を踏まえながら、早期の導入に向けて、平成33年度中に検討し、結論を得ることとする。

(7) 施術録の作成・保存、不正請求の返還等

- ・ 施術録の作成・保存について、受領委任の取扱規程（契約）の中で義務づける。
※受領委任の取扱規程で柔道整復療養費と同様に規定
- ・ 不正請求の返還等については、受領委任の取扱規程（契約）の中で規定する。
※あはき療養費の受領委任の取扱規程で新たに規定

3. 地方厚生（支）局の体制

- ・ あはき療養費に受領委任制度を導入するに当たっては、指導監督を行う地方厚生（支）局の体制の強化が必須条件と考えられる。

- ・ 厚生労働省は、平成30年度厚生労働省機構・定員査定においては、柔道整復・あはき療養費対策を含めた人員体制の強化として、8人の増員が認められており、引き続き人員体制の確保に努める。

4. 保険者の裁量

- ・ あはき療養費の受領委任制度に参加するかどうかについては、保険者の裁量によることとする。
- ・ 厚生労働省は、受領委任制度に参加するかどうかについては保険者の裁量によることを前提としつつ、受領委任制度については、患者の負担軽減や地方厚生（支）局による指導監督等が行われるなどのメリットがあること、受領委任制度の導入にあわせて不正対策が強化されることも踏まえ、受領委任制度の適正な運用を図っていくことと合わせて、国民や保険者に対して、患者の負担軽減や不正対策など受領委任制度の趣旨や意義の周知に努め、より多くの被保険者やその家族が一定のルールと行政による指導監督等の下で適切に施術が受けられるよう、多くの保険者が受領委任制度に参加できる環境整備に努めるものとする。

以上

一部負担金明細書
 (あんま・マッサージ(1日分)用)

様

施 術 内 容 欄	マッサージ施術	円
	変形徒手矯正術施術	円
	温罨法	円
	温罨法・電気光線器具	円
	往療料	円
	施術報告書交付料	円
合計		円
一部負担金		円
保険請求額		円

年 月 日

施術所名

住所

氏名

一部負担金明細書
(はり・きゅう（１日分）用)

様

施 術 内 容 欄	初検料		円
	施 術 料	はり	円
		きゅう	円
		はり・きゅう併用	円
		電療料	円
	往療料		円
	施術報告書交付料		円
合計			円
一部負担金			円
保険請求額			円

年 月 日

施術所名

住所

氏名 _____

一部負担金明細書
 (あんま・マッサージ (1 月分) 用)

様

年 月分

施術日数

日

施 術 内 容 欄	マッサージ施術	回	円
	変形徒手矯正術施術	回	円
	温電法	回	円
	温電法・電気光線器具	回	円
	往療料	回	円
	施術報告書交付料	回	円
合計			円
一部負担金			円
保険請求額			円

年 月 日

施術所名

住所

氏名

一部負担金明細書
(はり・きゅう（１月分）用)

様

年	月	分
---	---	---

施術日数	日
------	---

施 術 内 容 欄	初検料		回	円
	施 術 料	はり	回	円
		きゅう	回	円
		はり・きゅう併用	回	円
		電療料	回	円
	往療料		回	円
	施術報告書交付料		回	円
合計			円	
一部負担金			円	
保険請求額			円	

年 月 日

施術所名

住所

氏名 _____

同意書 (あん摩・マッサージ・指圧療養費用)		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭・平 年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 (○をつけて下さい)	
診 察 日	平成 年 月 日	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい) 軀 幹 ・ 右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢
	関 節 拘 縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい) 右 肩 ・ 右 肘 ・ 右 手 首 ・ 右 股 関 節 ・ 右 膝 ・ 右 足 首 その他 左 肩 ・ 左 肘 ・ 左 手 首 ・ 左 股 関 節 ・ 左 膝 ・ 左 足 首 ()
	そ の 他	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい)
施術の種類 施術部位	マッサージ (軀 幹 右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢)	
	変形徒手矯正術 (右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢)	
往 療	1. 必要とする 2. 必要としない	
	往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれば記載下さい 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 ()	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意)	
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上の マッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。 平 成 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 保 険 医 氏 名 印		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

同意書 (はり及びきゅう療養費用)		
患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 () ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。	
発病年月日	昭・平 年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (○をつけて下さい)	
診察日	平成 年 月 日	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意) 	
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 平成 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名 印		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

施術報告書

医師 さま

- 以下のとおり、施術の状況を報告いたします。
- 本報告をご覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否についてご判断いただきますようお願いいたします。
- ご不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	年 月 日
施術の内容・頻度	
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

年 月 日

施術所名

住所

電話・FAX番号

メールアドレス

施術者氏名

往療内訳表

月分

日付	同一日・ 同一建物 記入欄	施術者名	往療の起点	施術した場所
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれば記載下さい

1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難
2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難
3. その他 ()

- 注
- ・ 同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。
 - ・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であつて、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
 - ・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
 - ・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。

社会保障審議会医療保険部会
あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会

○座長・有識者（5名）

遠藤 久夫 国立社会保障・人口問題研究所所長

新田 秀樹 中央大学法学部教授

永野 仁美 上智大学法学部教授

釜范 敏 日本医師会常任理事

清水恵一郎 日本臨床内科医会常任理事

○保険者等の意見を反映する者（6名）

高橋 直人 全国健康保険協会理事

幸野 庄司 健康保険組合連合会理事

村岡 晃 高知市健康福祉部長

松井 博 新潟県聖籠町町民課長

飯山 幸雄 国民健康保険中央会常務理事

橋本 幸夫 東京都後期高齢者医療広域連合保険部保険課長

○施術者の意見を反映する者（4名）

中村 聡 日本鍼灸師会業務執行理事

往田 和章 全日本鍼灸マッサージ師会副会長

小谷田 作夫 日本あん摩マッサージ指圧師会副会長

竹下 義樹 日本盲人会連合会長