

# 関係者の負担軽減策関係

# 関係者の負担軽減策

- これまでの研究・医療WGや合同委員会における議論を踏まえて、関係者の事務負担を軽減し、より効率的な制度運営を図るため、
  - ・ データ登録のオンライン化
  - ・ 臨床調査個人票の簡素化 を進めることとしている。
- これらに加えて、次の事務について、負担を軽減する方向で検討することとしてはどうか。

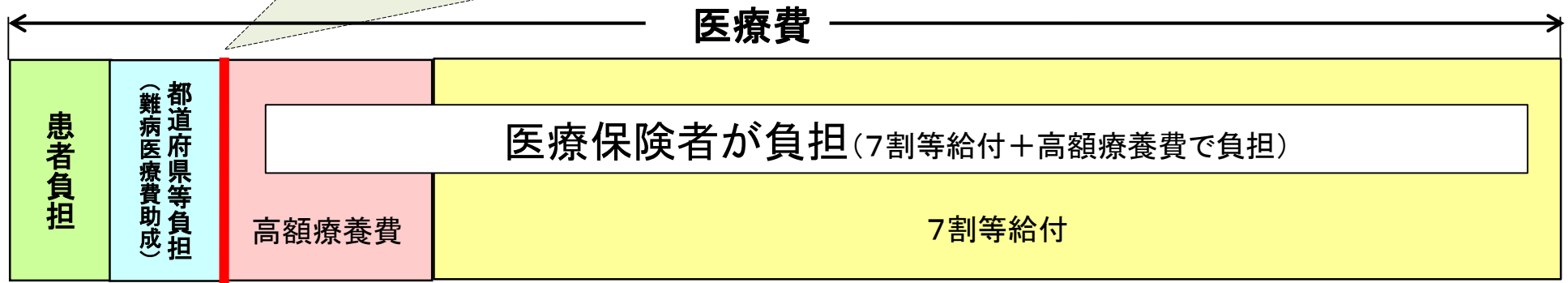
| 事務の内容                          | 対応の方向性（案）  |
|--------------------------------|--|
| ①医療保険の所得区分の確認事務（いわゆる「保険者照会」）   | 令和3年3月から導入されるオンライン資格確認の普及状況を踏まえつつ、事務の簡素化について検討。    |
| ②指定難病の受給者証への個別指定医療機関名の記載       | 包括的な記載を認める方向で検討。                                   |
| ③医療費助成の申請書類等への「性別」の記載          | 廃止の方向で検討（臨個票には性別の記載あり）。                            |
| ④難病指定医のオンライン研修システムに関するID等の付与事務 | 自治体から指定医に対するID等付与事務が効率的なものとなるよう、所要のシステム改修を行う方向で検討。 |

※①～④いずれも、令和2年度地方分権改革提案における要望事項。

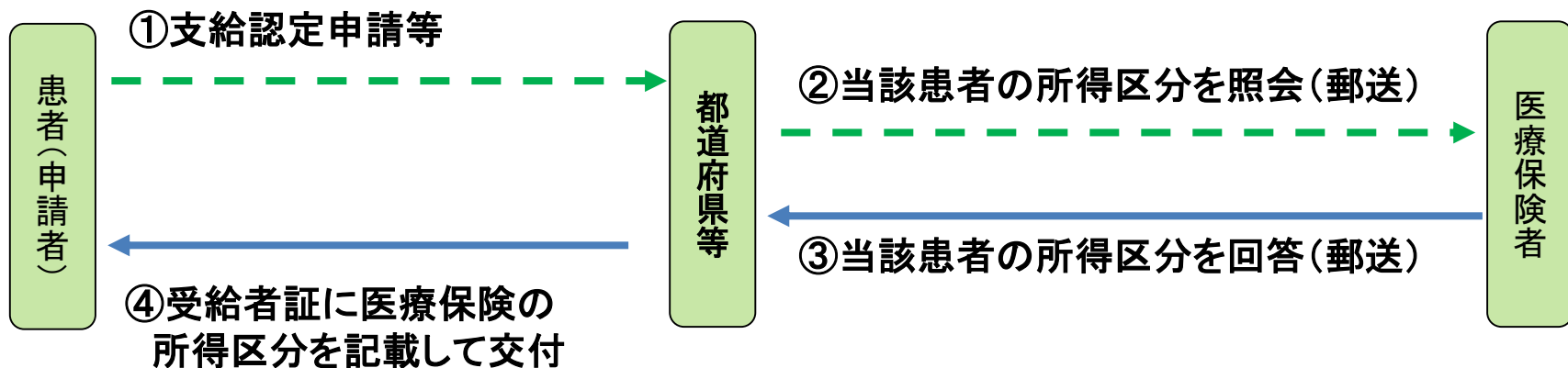
**① 医療保険の所得区分の確認事務  
（いわゆる「保険者照会」） 関係**

## 1. 医療費の負担のルール

- ① 医療機関は、一定のルールに基づき、難病患者の医療費を「医療保険者」「都道府県等」「患者本人」に請求。
- ② 医療機関が医療保険者に請求する金額が分かるよう、医療保険の所得区分を、難病の医療受給者証に記載。
- ③ 具体的には、都道府県等が医療保険者に当該患者の所得区分を照会・確認した上で、難病の医療受給者証に記載。



## 2. 医療保険の所得区分の確認事務の流れ(現行の事務の流れのイメージ)



# 受給者証の様式例

別紙様式第2号（表面）

| 特 定 医 療 費 （ 指 定 難 病 ） 受 給 者 証   |   |             |   |             |             |
|---|---|-------------|---|-------------|-------------|
| 公費負担者番号   |   |             |   |             |             |
| 特定医療費受給者番号  |   |             |   |             |             |
| 受<br>診<br>者   | フリガナ  |             |   | 性別          | 生年月日        |
|   | 氏名  |             |   | 男・女         | 年 月 日       |
|   | フリガナ  |             |   |             |             |
|   | 住所  |             |   |             |             |
|   | 保険者（※1）                                       |             |   |             |             |
| 被保険者証の<br>記号及び番号（※2）  |   |             |   | 適用区分        |             |
| 病 名   |   |             |   |             |             |
| 保<br>護<br>者<br>（<br>受<br>診<br>者<br>が<br>1<br>8<br>歳<br>未<br>滿<br>の<br>場<br>合<br>記<br>入<br>） | フリガナ  |             |   |             | 続柄          |
|   | 氏名  |             |   |             |             |
|   | フリガナ  |             |   |             |             |
|   | 住所  |             |   |             |             |
| 指<br>定<br>医<br>療<br>機<br>関<br>名   | 病院・診療所  |             |   | 所在地         |             |
|   | 薬 局   |             |   | 所在地         |             |
|   | 訪問看護事業者等                                      |             |   | 所在地         |             |
| 負<br>担  | 自己負担上限額                                       | 月 額         | 円 | 要<br>区<br>分 |             |
|   | 人工呼吸器等装置                                      | 該 当 ・ 非 該 当 |   | 高額かつ長期      | 該 当 ・ 非 該 当 |
|   | 軽症高額該当  | 該 当 ・ 非 該 当 |   |             |             |
|   | 受診者と同じ世帯内にいる<br>指定難病又は小児慢性特定疾病の<br>医療費助成の対象患者 |             |   | 有 ・ 無       |             |
| 有効期間  | 年 月 日 から 年 月 日 まで                             |             |   |             |             |
| 上記のとおり認定する。<br>年 月 日 ○○○○都道府県知事 印   |   |             |   |             |             |

※1 後期高齢者医療広域連合を含む  
 ※2 後期高齢者医療制度においては被保険者番号

# 令和2年度地方分権提案（抜粋）

## （項目名：指定難病の医療受給者証への医療保険の所得区分の記載の見直し）

### ○ 求める措置の具体的内容

- ・医療機関の窓口で医療保険の所得区分を確認できる新たな枠組みを構築のうえ、受給者証への記載を廃止する。
- ・地方自治体等の負担増の実態を十分に把握し、複雑、膨大化している事務負担の軽減を図ること。

### ○ 具体的な支障事例

- ・照会に対する保険者からの回答に時間を要することにより、申請から医療受給者証発行までの期間が長期化しており、受給者に不利益（医療費立替負担）が生じている。
- ・保険者による所得区分の記載ミスや、区分変更の際の連絡もれ、変更の際の連絡に時間を要すること等により、受給者が医療受給者証を医療機関に提示する際、所得区分が誤っている場合や最新でない場合があり（年間100件程度）、医療機関の事務に混乱を生じさせており、これに係る問合せも多い。

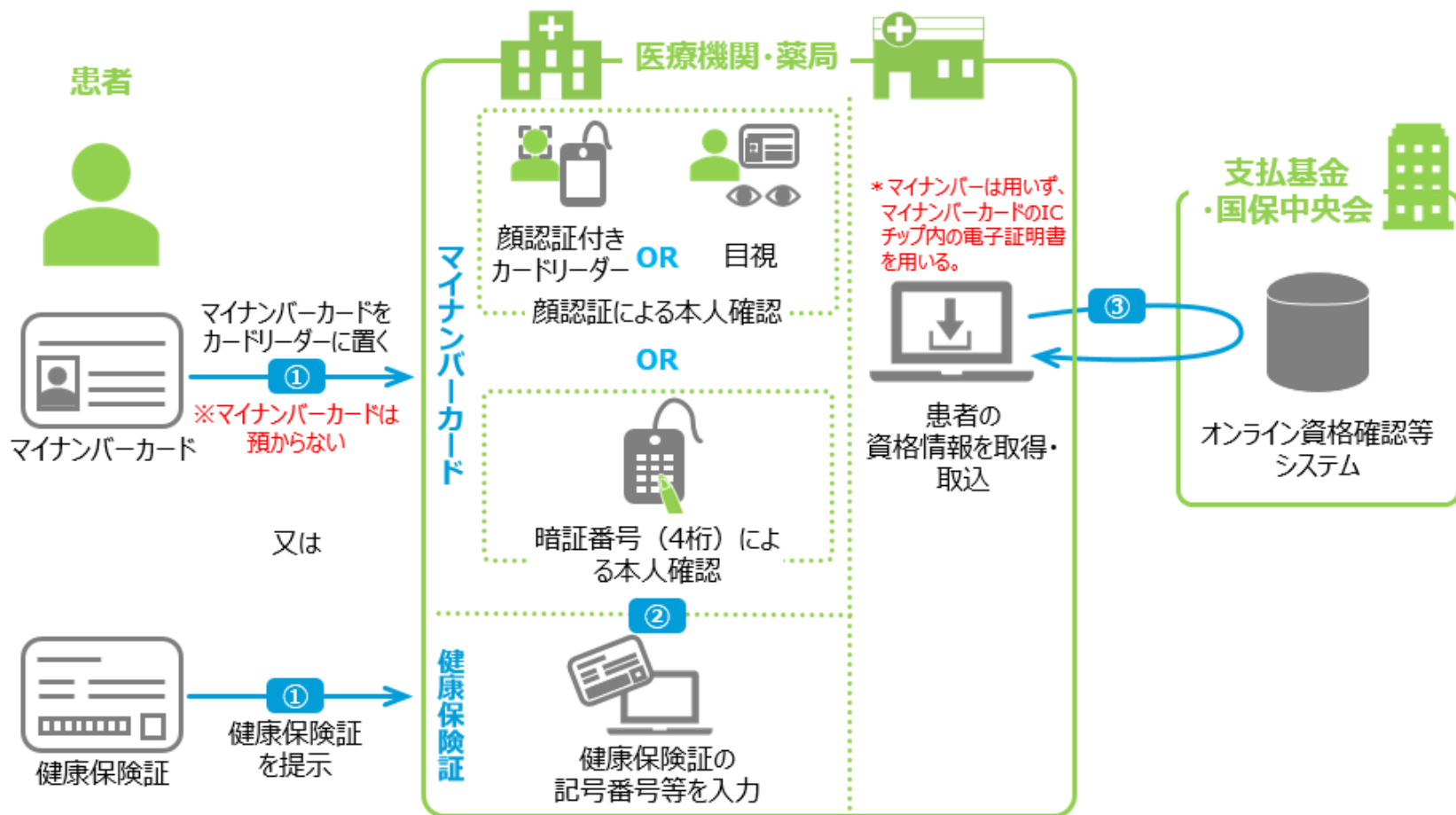
### ○ 制度改正による効果

- ・受給者証の発行までに要する時間が大幅に短縮されるため、受給者が事業を円滑に利用できるようになり、市民サービスの向上につながる。
- ・保険者への照会・回答に要する事務が省略又は簡素化されることにより、地方自治体及び保険者の事務の負担軽減が見込まれる。

# 1. オンライン資格確認とは ～ 資格確認は保険制度の基本 ～

オンライン資格確認では、マイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号番号等により、オンラインで資格情報の確認ができます。

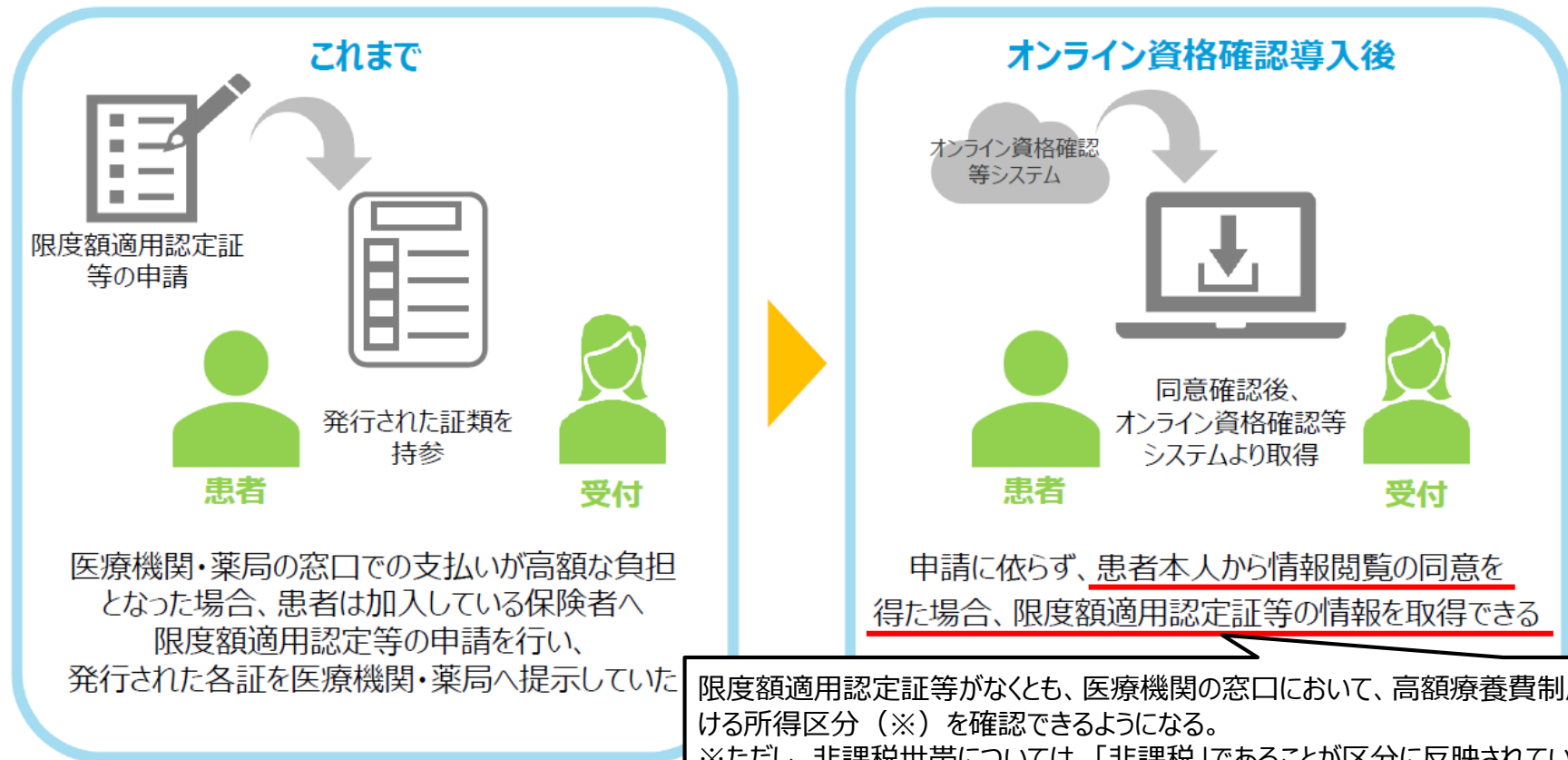
令和3年3月からマイナンバーカードを持参し、保険資格の確認をする患者が増えてきます。全ての患者が診療等を受けられるよう準備をお願いします。



### 3. メリット：限度額適用認定証等の連携

これまで限度額適用認定証等は加入者（患者）が保険者へ必要となった際に申請を行わなければ、発行されませんでした。

オンライン資格確認を導入いただければ、**加入者（患者）から保険者への申請がなくても、限度額情報を取得**でき、加入者(患者)は限度額以上の医療費を窓口で支払う必要がなくなります。



限度額適用認定証等がなくとも、医療機関の窓口において、高額療養費制度における所得区分（※）を確認できるようになる。  
※ただし、非課税世帯については、「非課税」であることが区分に反映されていないため、保険者において「非課税」であることを確認する必要がある。



## ② 指定難病の受給者証への個別指定医療機関名の記載関係

# 受給者証の例（指定医療機関名の記載）

別紙様式第2号（表面）

| 特定医療費（指定難病）受給者証                 |                                       |              |       |             |
|---------------------------------|---------------------------------------|--------------|-------|-------------|
| 公費負担者番号                         |                                       |              |       |             |
| 特定医療費受給者番号                      |                                       |              |       |             |
| 受<br>診<br>者                     | フリガナ                                  | 性別           | 生年月日  |             |
|                                 | 氏名                                    | 男・女          | 年 月 日 |             |
|                                 | フリガナ                                  |              |       |             |
|                                 | 住所                                    |              |       |             |
|                                 | 保険者（※1）                               |              |       |             |
| 被保険者証の記号及び番号（※2）                |                                       | 適用区分         |       |             |
| 病 名                             |                                       |              |       |             |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合記入）             | フリガナ                                  |              |       | 続 柄         |
|                                 | 氏名                                    |              |       |             |
|                                 | フリガナ                                  |              |       |             |
|                                 | 住所                                    |              |       |             |
| 指<br>定<br>医<br>療<br>機<br>関<br>名 | 病院・診療所                                | 所在地          |       |             |
|                                 | 薬 局                                   | 所在地          |       |             |
|                                 | 訪問看護事業者等                              | 所在地          |       |             |
| 負<br>担                          | 自己負担上限額                               | 月額           | 円     | 適用区分        |
|                                 | 人工呼吸器等装置                              | 該 当 ・ 非 該 当  |       | 高額かつ長期      |
|                                 | 軽症高額該当                                | 該 当 ・ 非 該 当  |       | 該 当 ・ 非 該 当 |
|                                 | 受診者と同じ世帯内にある指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の対象患者 |              | 有 ・ 無 |             |
| 有効期間                            |                                       | 年 月 日 から     |       | 年 月 日 まで    |
| 上記のとおり認定する。                     |                                       |              |       |             |
| 年 月 日                           |                                       | 〇〇〇〇都道府県知事 印 |       |             |

※1 後期高齢者医療広域連合を含む  
 ※2 後期高齢者医療制度においては被保険者番号

## 指定難病における取扱い

- 受給者証には、個別の指定医療機関名を記載することとなっている（難病法第7条第4項）。
- 記載されていない指定医療機関を受診するためには、自治体に対して、変更申請を行う必要がある。

## 小慢における取扱い

- 受給者証には「指定小児慢性特定疾病医療機関に関する事項」を記載することとなっている（児童福祉法施行規則第7条の22）。
- 包括的な記載が認められているため、受診する指定小児慢性特定疾病医療機関が変わっても、記載に変更がなければ変更申請の必要はない。

# 令和2年度地方分権提案（抜粋）

## （項目名：受給者証への指定医療機関名の記載の廃止）

### ○ 制度の背景

- ・受給者証に患者が指定医療機関以外の医療機関を受診して特定医療費の支給を受けられなくなる可能性がある。
- ・難病は、希少で、根本的な治療がなく長期療養が必要なものであるため、その治療に当たっては、長期にわたる症状や治療の経過等を把握した上で患者にとって適切な治療が選択されるべきである

### ○ 求める措置の具体的内容

- ・難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく医療費助成制度の運用について、申請者等の負担軽減を図るため、事前の申告を廃止し、すべての難病指定医療機関での受診であれば助成対象とするよう改正を求める。

### ○ 具体的な支障事例

- ・患者が受診を希望する医療機関を申告することとなり、緊急その他やむを得ない場合を除き当該医療機関以外での診療等は医療費助成の対象とならない。
- ・受診を希望する医療機関を追加、変更する場合は、その都度、保健所において変更手続を行う必要があるため、患者及び患者の親族にとって負担となっている。

### ○ 制度改正による効果

- ・変更申請を行う必要がなくなり、患者負担及び地方自治体の事務の負担軽減が見込まれる。

## 受給者証への個別指定医療機関名の記載について（指定難病の場合）

- 指定難病については、法律により個別の指定医療機関の名称を受給者証に記載することとなっているが、小児慢性特定疾病については、個別の指定医療機関名の記載を求めている。
- 一部の自治体では、指定難病の受給者証についても包括的な記載を行っているところがある。

### ○難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）

#### 第七条

1・2 （略）

3 都道府県は、支給認定をしたときは、厚生労働省令で定めるところにより、指定医療機関の中から、当該支給認定を受けた指定難病の患者が特定医療を受けるものを定めるものとする。

4 都道府県は、支給認定をしたときは、支給認定を受けた指定難病の患者又はその保護者(以下「支給認定患者等」という。)に対し、厚生労働省令で定めるところにより、支給認定の有効期間、前項の規定により定められた指定医療機関の名称その他の厚生労働省令で定める事項を記載した医療受給者証(以下「医療受給者証」という。)を交付しなければならない。

5～8 （略）

# 受給者証への個別指定医療機関名の記載について（小慢の場合）（その①）

- 小慢については、医療を受ける指定医療機関を定める仕組みは同様であるが、個別の指定医療機関の名称を受給者証に記載することまでは求められておらず、事務連絡で包括記載を認めている。

## ○児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）

### 第十九条の三

#### ①～④（略）

- ⑤ 都道府県は、医療費支給認定をしたときは、厚生労働省令で定めるところにより、指定小児慢性特定疾病医療機関の中から、当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等が小児慢性特定疾病医療支援を受けるものを定めるものとする。

#### ⑥（略）

- ⑦ 都道府県は、医療費支給認定をしたときは、当該医療費支給認定を受けた小児慢性特定疾病児童等の保護者(以下「医療費支給認定保護者」という。)に対し、**厚生労働省令で定めるところにより、医療費支給認定の有効期間を記載した医療受給者証(以下「医療受給者証」という。)を交付しなければならない。**

#### ⑤～⑪（略）

## ○児童福祉法施行規則（昭和二十三年厚生省令第十一号）

- 第七条の二十二 都道府県は、法第十九条の三第七項の規定に基づき、次の各号に掲げる事項を記載した医療受給者証を交付しなければならない。

#### 一～四（略）

- 五 **当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等が指定小児慢性特定疾病医療支援を受ける指定小児慢性特定疾病医療機関に関する事項**

#### 六～八（略）

## 受給者証への個別指定医療機関名の記載について（小慢の場合）（その②）

- 小慢については、医療を受ける指定医療機関を定める仕組みは同様であるが、個別の指定医療機関の名称を受給者証に記載することまでは求められておらず、事務連絡で包括記載を認めている。

### ○令和2年3月27日付け事務連絡

小児慢性特定疾病対策Q&Aの一部改正について

#### 【質問】

受給者証に記載する指定医療機関について、「〇〇県の指定医療機関」といったように個別の記載を不要とすることは可能か。

#### 【回答】

受給者証については、児童福祉法施行規則第7条の22で「指定小児慢性特定疾病医療機関に関する事項」と規定しているのみ。児童等が受診時に困らなければ裁量の範囲内でお尋ねのような記載としていただいてもかまわない。

## ③ 医療費助成の申請書類等への 「性別」の記載関係

# 医療費助成の申請書類等への「性別」の記載について

## 申請書

| 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更） <small>(※1)</small>   |                          |          |                          |                       |                          |       |  |  |  |
|--|--------------------------|----------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-------|--|--|--|
| 受<br>診<br>者  | フリガナ                     |          | 性別 男・女                   | 生年月日                  |                          |       |  |  |  |
|  | 氏名                       |          |                          |                       | 年 月 日                    |       |  |  |  |
|  | 個人番号                     |          |                          |                       |                          |       |  |  |  |
|  | フリガナ                     |          |                          |                       |                          |       |  |  |  |
| 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>険   | 住所                       |          |                          |                       | 電話                       |       |  |  |  |
|  | 被保険者氏名                   |          |                          |                       | 受診者との続柄                  |       |  |  |  |
|  | 保険種別                     |          |                          |                       | 被保険者証の記号・番号              |       |  |  |  |
|  | 被保険者証の発行機関名              |          |                          |                       | 所在地                      |       |  |  |  |
| 申<br>請<br>者  | フリガナ                     |          |                          |                       | 受診者との関係                  |       |  |  |  |
|  | 氏名                       |          |                          |                       |                          | 年 月 日 |  |  |  |
|  | 個人番号                     |          |                          |                       |                          |       |  |  |  |
|  | フリガナ                     |          |                          |                       | 電話番号 <small>(※2)</small> |       |  |  |  |
| 住所 <small>(※2)</small>   |                          |          |                          |                       |                          |       |  |  |  |
| 病名   |                          |          |                          |                       |                          |       |  |  |  |
| 自己負担上乗額の特別<br>(該当するものに口)   | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等装置 | <input type="checkbox"/> | 高額かつ長期<br>(高額難病治療継続者) |                          |       |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> | 軽症高額該当   |                          |                       |                          |       |  |  |  |
| 今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者   |                          |          |                          | 有(氏名) . . . 無         |                          |       |  |  |  |
| 受診を希望する<br>(指定)医療機関<br>(薬局、訪問診療事業者<br>等を含む)  | 医療機関名                    |          |                          | 所在地                   |                          |       |  |  |  |
|  |                          |          |                          |                       |                          |       |  |  |  |
| 受給者番号 <small>(※3)</small>  |                          |          |                          |                       |                          |       |  |  |  |
| 臨床調査個人票の研究利用についての同意<br>指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が指定難病等の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることについて、厚生労働大臣に対し同意する（詳細については別添を参照）。<br><input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない |                          |          |                          |                       |                          |       |  |  |  |
| 私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。<br>申請者氏名 印 <small>(※4)</small><br>年 月 日<br>〇〇〇〇都道府県知事 殿  |                          |          |                          |                       |                          |       |  |  |  |

## 受給者証

別紙様式第2号（表調）

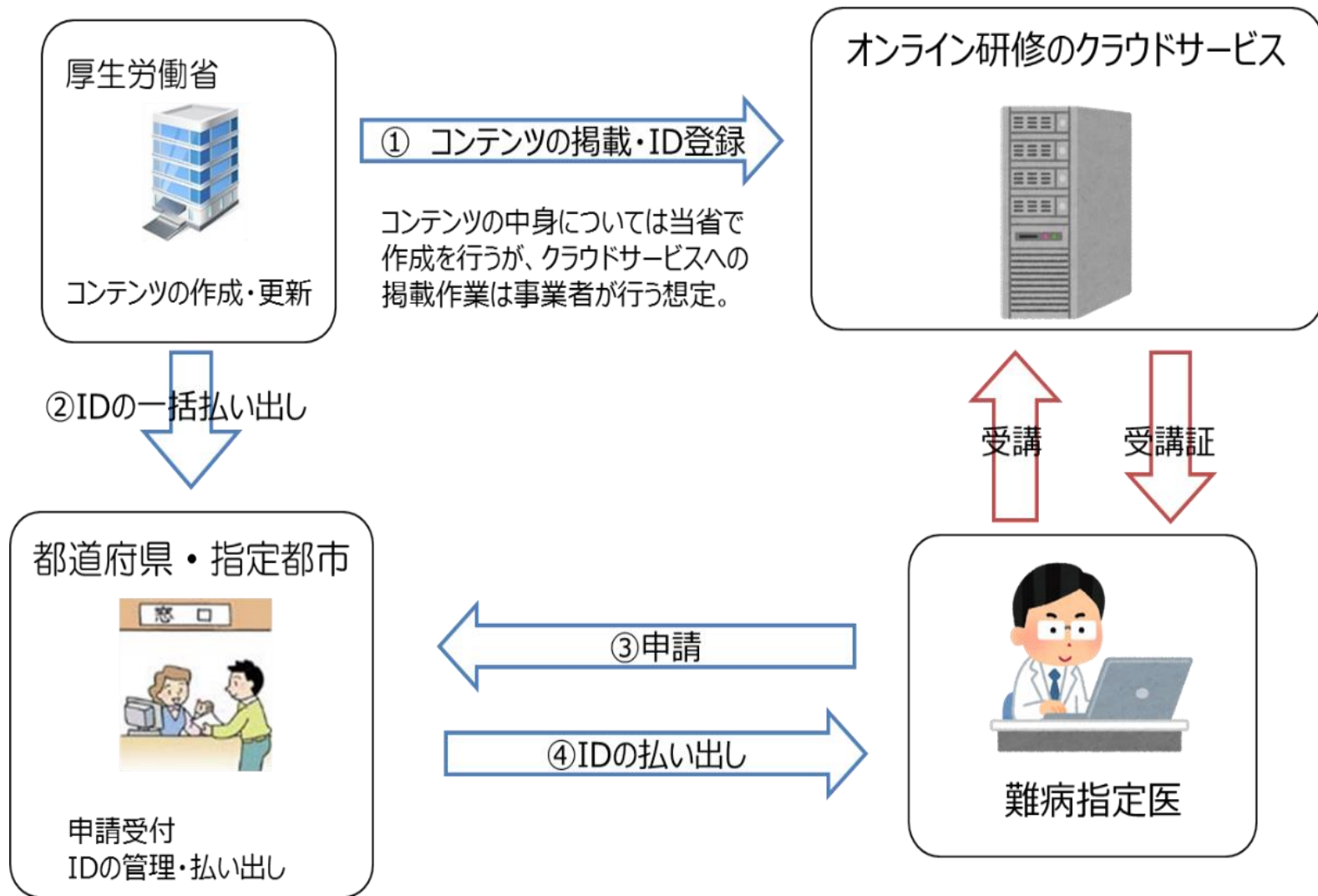
| 特定医療費（指定難病）受給者証                       |                                  |          |        |      |          |             |        |  |  |
|---------------------------------------|----------------------------------|----------|--------|------|----------|-------------|--------|--|--|
| 公費負担者番号                               |                                  |          |        |      |          |             |        |  |  |
| 特定医療費受給者番号                            |                                  |          |        |      |          |             |        |  |  |
| 受<br>診<br>者                           | フリガナ                             |          | 性別 男・女 | 生年月日 |          |             |        |  |  |
|                                       | 氏名                               |          |        |      | 年 月 日    |             |        |  |  |
|                                       | フリガナ                             |          |        |      |          |             |        |  |  |
|                                       | 住所                               |          |        |      |          |             |        |  |  |
| 保<br>険<br>者 <small>(※1)</small>       | 被保険者証の記号及び番号 <small>(※2)</small> |          |        | 適用区分 |          |             |        |  |  |
|                                       |                                  |          |        |      |          |             |        |  |  |
| 病名                                    |                                  |          |        |      |          |             |        |  |  |
| 保<br>護<br>者<br>(受診者が18歳未満<br>の場合記入)   | フリガナ                             |          |        |      | 続柄       |             |        |  |  |
|                                       | 氏名                               |          |        |      |          |             |        |  |  |
|                                       | フリガナ                             |          |        |      |          |             |        |  |  |
| 住所                                    |                                  |          |        |      |          |             |        |  |  |
| 指<br>定<br>医<br>療<br>機<br>関<br>名       | 病院・診療所                           |          |        |      | 所在地      |             |        |  |  |
|                                       | 薬局                               |          |        |      | 所在地      |             |        |  |  |
|                                       | 訪問診療事業者等                         |          |        |      | 所在地      |             |        |  |  |
| 負<br>担                                | 自己負担上乗額                          | 月額       |        |      | 円        | 層<br>区<br>分 |        |  |  |
|                                       | 人工呼吸器等装置                         | 該当・非該当   |        |      | 高額かつ長期   |             | 該当・非該当 |  |  |
|                                       | 軽症高額該当                           | 該当・非該当   |        |      |          |             |        |  |  |
| 受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の対象患者 |                                  |          |        | 有・無  |          |             |        |  |  |
| 有効期間                                  |                                  | 年 月 日 から |        |      | 年 月 日 まで |             |        |  |  |
| 上記のとおり認定する。<br>年 月 日 〇〇〇〇都道府県知事 印     |                                  |          |        |      |          |             |        |  |  |

※1 後期高齢者医療広域連合を含む  
※2 後期高齢者医療制度においては被保険者番号



## ④ 難病指定医のオンライン研修システムに関する ID等の付与事務関係

# 難病指定医のオンライン研修システムのID等の付与事務について



# 參考資料

## データ登録のオンライン化による指定医の負担軽減（イメージ）

- データ登録のオンライン化による指定医の主な負担軽減策は以下のとおり。特に、「前回値踏襲機能」においては、前回登録情報の50%程度が踏襲可能であり、患者の同意を取得することで、医療機関をまたがった場合であっても連携が可能になる。

|   | 指定医の負荷軽減策           | 具体的な内容   | 対応・想定される効果   |
|---|---------------------|--|--|
| 1 | 電子カルテや院内のシステムとの連携機能 | 電子カルテや院内のシステムからデータを抽出し、登録を行う。                                      | データ連携仕様を示し、一括登録を行うことは可能であるが、以下の課題がある。 <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関ごとに電子カルテ等の仕様は異なっており、医療機関において個別の開発が必要。</li> <li>電子カルテの項目から臨個票・医療意見書の項目に連携できる項目は限定的である。</li> <li>登録時にチェックに係ることによる手戻りが発生する。</li> </ul> |
| 2 | 前回値踏襲機能             | 毎年登録を行うという指定難病・小児慢性特定疾病の制度を踏まえ、前回登録された情報を呼び出し、変更があった項目についてのみ登録を行う。 | 前年度以前のデータの再利用により、入力負荷が軽減される。<br>※ なお、利用状況を監視することでセキュリティを確保   |
| 3 | 医療クレーク等との連携支援機能     | 医療クレーク等と連携し、記載をしている指定医に向け、医療クレーク等による下書き、コメントを付与することを可能にする。         | 医療クレーク等との連携を効率化し、指定医の入力負荷が軽減される。   |
| 4 | チェック機能              | 臨個票・医療意見書の作成時に入力内容をチェックする。   | 作成時に入力内容をチェックすることで、自治体等からの内容照会の対応の負荷が軽減される。  |
| 5 | 自動計算機能              | 現在、医師が手動で計算を行っている合計値や平均値について自動で計算を行う。                              | 計算に係る負荷が軽減される。   |

## データ登録のオンライン化による自治体の負担軽減（イメージ）

- データ登録のオンライン化による自治体の主な負担軽減策は以下のとおり。
- ・ 指定医等の入力時のチェック機能
  - ・ 自治体の審査における機械判定機能
  - ・ 国への臨床調査個人票送付の省略

|   | 自治体の負荷軽減策        | 具体的な内容   | 対応・想定される効果                                 |
|---|------------------|--|--|
| 1 | 指定医等の入力時のチェック機能  | 臨個票・医療意見書の作成時に入力内容をチェックする。   | 作成時に入力内容をチェックすることで、指定医等への内容照会の対応の負荷が軽減される。 |
| 2 | 自治体の審査における機械判定機能 | 診断基準及び重症度について、通知で示されている内容と指定医が入力を行った内容について、整合性がとれているか確認を行う。              | 機械判定機能を導入することにより、自治体の確認の負担が軽減される。          |
| 3 | 国への臨床調査個人票送付の省略  | 申請書に添付された臨個票・医療意見書について、現在は、複写を行い、国に郵送を求めているが、オンライン化後は、システム上で同意の有無の登録を行う。 | 臨床調査個人票の複写及び送付に係る作業が効率化され、負担が軽減される。        |

## 制度見直しの議論を踏まえた当面の対応方針について②

現在も合同委員会で議論されているが、難病・小児慢性特定疾病研究・医療ワーキンググループにおいて示された「対応の方向性」に沿った形で、以下の対応とすることとしてはどうか。

### 臨床調査個人票について

○関係者の事務負担軽減を図る観点から、診断基準や重症度分類に係る項目を明確に分けるために以下のように臨床調査個人票の構成を変更してはどうか。

| 現在の臨床調査個人票の主な構成例   | 変更案<br>(一部の疾患で既に用いられている構成) |
|--|----------------------------|
| ■ 行政記載欄  | ■ 行政記載欄                    |
| ■ 基本情報   | ■ 基本情報                     |
| ■ 診断基準に関する事項<br>(主要所見、臨床/検査所見、鑑別診断、診断のカテゴリ、<br>症状の概要、経過、特記すべき事項など) | ■ 診断基準に関する事項               |
| ■ 発症と経過  | ■ 重症度分類に関する事項              |
| ■ 治療その他  | ■ その他の臨床情報                 |
| ■ 重症度分類に関する事項  | ■ 人工呼吸器に関する事項              |
| ■ 人工呼吸器に関する事項  | ■ 特記事項                     |

○上記の取り組みと合わせて「調査研究の意義を損なわない範囲で項目の簡素化」を行うこととしてはどうか。そのためには、個別疾病の特性や疾病間の公平性等の観点から専門的な検討が必要なため、研究班等で検討することとしてはどうか。