

医療DXの推進等について

厚生労働省 医政局 特定医薬品開発支援・医療情報参事官室

電子カルテ情報共有サービスの費用負担の在り方について（案）

- 電子カルテ情報共有サービスは、少子高齢化・人口減少社会において、医療機関等間での電子的な情報共有によって、より安全で質の高い医療を効率的に提供していくための基盤である。患者（被保険者）、医療機関、保険者、国等にそれぞれ一定のメリットがもたらされる。
- そのため、以下の考え方に基づき、それぞれが電子カルテ情報共有サービス全体に要する費用を一定程度負担することとしてはどうか。

国	良質かつ効率的な医療提供体制を構築する責任を果たす観点から、電子カルテ情報共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や、医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修への財政補助（※1）など、サービスの立ち上げに要する費用を負担。 また、電子カルテ未導入の診療所向けに、標準型電子カルテを開発・普及させていく。
医療機関	より安全で質の高い医療を効率的に提供するため、電子カルテ情報の共有に必要な電子カルテシステムの標準化対応の改修（※1）を行うとともに、未導入の医療機関においては標準型電子カルテ等を導入（※2）を進める。システムの必要な運用保守を行いながら、3文書6情報を登録するための費用を負担。
保険者等	被保険者がより安全で質が高い医療を効率的に受けられるようにし、効果的・効率的な医療制度を実現するため、制度として一定程度確立した後において、電子カルテ情報共有サービスに係るシステム・DB等の運用費用（※3）を負担。

※1 病院の電子カルテシステム改修に要する費用について、医療情報化支援基金により、1/2を補助。

※2 「医療DXの推進に関する工程表」（令和5年6月）において、「電子カルテシステムを未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援策を検討しつつ、遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」とされている。

※3 電子カルテ情報共有サービスに係るシステム・DB等の運用費用としては、約18億円程度/年となる見込み（精査中）。医療保険者等の加入者1人当たり月額約1.25円程度。

- 電子カルテ情報共有サービスに係るシステム・DB等については、3文書6情報の共有開始以降も、共有する情報の追加や感染症発生届との連携など必要な機能追加に伴う開発が一定期間継続する見込みである。また、電子カルテ情報共有サービスが一定程度普及するまでには一定期間を要する。国はこうしたことも踏まえ、電子カルテ情報共有サービスが速やかに普及するよう、あらゆる方策を講じるものとする。

社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直しについて①

診療報酬の審査支払機能を適切に維持しながら、地方関係者の参画を得つつ、医療DX業務に係る国のガバナンスを発揮し、柔軟で一元的な意思決定を確保するため、以下のように組織体制を見直すこととしてはどうか。

(1) 「運営会議（仮称）」の設置について

- ・ 4者構成16人体制の現行の理事会に代えて、新たな意思決定機関として、**「運営会議」（仮）を設置**する。
- ・ 運営会議は、**学識経験者、被保険者、地方自治体、保険者（地域保険代表を含む。）、診療担当者の体制**で構成する。
- ・ 運営会議は、理事長等の役員の選任、予算・決算の作成・変更、定款・事業計画等の作成・変更、医療DX中期計画の策定、その他の重要事項の議決を所掌するものとする。

※運営会議には、厚労大臣が指名する職員が意見を述べるができる。また、必要な関係者の意見を求めることができる。

※上記の運営会議委員については、厚労大臣の認可制とし、命令違反等の場合の厚労大臣の解任命令・解任権を設ける。

役員についても、現行どおりであるが、運営会議委員と同様の規定を設ける。

(2) 「審査支払運営委員会（仮称）」の設置について

- ・ 審査支払業務については、新たに**「審査支払運営委員会」（仮）を設け、これまでの理事会と同様の4者構成16人の体制で運営**し、運営委員は法人の役員とする。
- ・ 審査支払に関する予算・決算や事業計画等については、「審査支払運営委員会」の専決事項とする。

(3) 医療DXの推進体制について

- ・ 現在の常勤役員である理事長・理事の中に、**情報通信技術に関する高度かつ専門的な知識を有する理事（CIO）を加える**こととする。医療DX関連業務については、**運営会議における全体方針の決定を受けて、理事長・CIO等が中心となって、執行していく体制**とする。

※必要に応じて外部の有識者の意見を聴く。

改組後

現行

<運営会議（仮）>（非役員）9名

【構成】※1

- ・学識経験者、被保険者、地方自治体 各1名
- ・保険者（地域保険代表を含む） 3名
- ・診療担当者 3名

※1 厚労大臣が指名する職員・必要な関係者が出席して意見を述べる
ことができる。また、必要な関係者の意見を求めることができる。

【所掌】

- ・役員を選任・解任、予算・決算、定款・事業計画等の作成・変更、
医療DX中期計画の策定、その他の重要事項の議決 ※2
- ※2 審査支払に係る部分は審査支払運営委員会の専決事項とする。

役員を選任・解任（厚労大臣認可）
業務を監視・監督

【執行部】役員
理事長、専務理事、常勤理事3名（うち1名をCIOとする）

運営委員を選任・解任
（厚労大臣認可）

<審査支払運営委員会（仮）>（役員）

【構成】※現行の理事会構成と同じ

- ・公益代表（理事長、専務理事、常勤理事2名）
- ・保険者代表運営委員
- ・診療側代表運営委員
- ・被保険者代表運営委員

【所掌】

- ・審査支払に関する予算・決算、事業計
画等の決定・執行（専決）

<医療DXの推進体制>

【構成】

※速やかな意思決定が
可能な人数とする

- ・理事長
- ・CIO（医療DX担当理事）
- ・COO（非役員）
- ・国保中央会役員 等

※必要に応じ外部有識者の意見を聴く

【所掌】

- ・医療DX関連業務の執行

大臣

選任・解任
の認可
命令違反等
の場合の
解任命令、
解任

<理事会>（役員）16名

【構成】※四者構成

- ・公益代表理事
- ・保険者代表理事
- ・診療担当者代表理事
- ・被保険者代表理事

【所掌】

- ・予算・決算、事業計画等の重要事項
の議決

大臣

選任・解任
の認可
命令違反等
の場合の
解任命令、
解任

【執行部】公益代表理事（役員）
理事長、専務理事、常勤理事2名

※理事長、専務理事、常勤理事、監事は、
改組後においても、引き続き、業務執行
及び監査を実施。

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化（公費負担医療・地方単独医療費助成におけるオンライン資格確認）について

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化の全国展開（案）

✓ マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化については、オンライン資格確認に必要なシステムが設計・開発されるとともに、令和5・6年度に183自治体（22都道府県、161市町村）が先行実施事業に参加。

✓ 「医療DXの推進に関する工程表（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）」「デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和6年6月21日閣議決定）」に基づき、順次、参加自治体を拡大しつつ、令和8年度（2026年度）以降、全国展開の体制を構築し、公費負担医療・地方単独医療費助成におけるオンライン資格確認（マイナ保険証による資格確認）を推進。

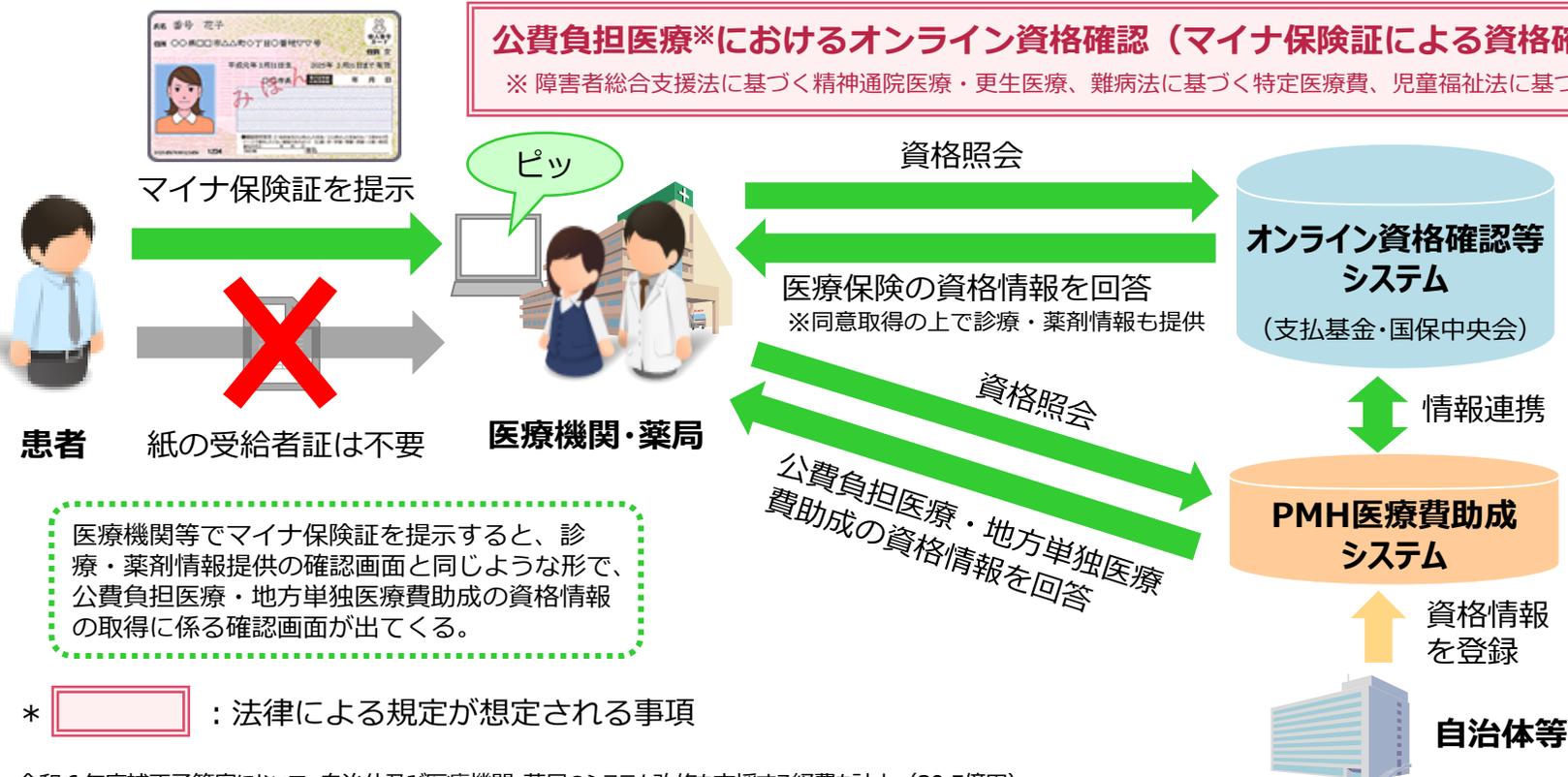
※ 公費負担医療や地方単独医療費助成（子ども医療費助成など）には様々な制度があり、自治体ごとに多様なシステム等が構築されていること、自治体システム標準化の取組状況等も踏まえる必要があることから、令和8年度以降、全国展開の体制を構築した上で、順次、自治体や医療機関・薬局におけるシステム対応*を推進。

* 自治体システムの改修：自治体の各業務システムからPMH医療費助成システムに医療費助成に係る資格情報を定期的に登録するための自治体の各業務システムの改修

* 医療機関・薬局のシステムの改修：オンライン資格確認端末から出力された医療費助成に係る資格情報をレセプトコンピュータに取り込むためのレセプトコンピュータの改修

公費負担医療*におけるオンライン資格確認（マイナ保険証による資格確認）を制度化

※ 障害者総合支援法に基づく精神通院医療・更生医療、難病法に基づく特定医療費、児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費など



支払基金又は国保連において、システムの管理・運用等の業務を全国規模で実施

※ 福祉事務所が実施主体である生活保護のオンライン資格確認の費用負担等を勘案し、公費負担医療・地方単独医療費助成の実施主体である自治体（都道府県、市区町村）等に、上記業務に要する費用の負担をお願いしたい（運用費用の詳細は、後述のとおり）

* ：法律による規定が想定される事項

* 令和6年度補正予算案において、自治体及び医療機関・薬局のシステム改修を支援する経費を計上（30.5億円）。

・自治体システムの改修への支援 基準額500万円、補助率1/2

・医療機関・薬局のシステムの改修への支援 ①病院：28.3万円を上限に補助（事業額56.6万円の1/2を補助） ②診療所（医科・歯科）・薬局（大型チェーン薬局以外）：5.4万円を上限に補助（事業額7.3万円の3/4を補助） ③大型チェーン薬局：3.6万円を上限に補助（事業額7.3万円の1/2を補助）

オンライン資格確認を制度化する公費負担医療（案）

法律名	給付名	実施主体
障害者総合支援法	精神通院医療	都道府県、指定都市
	更生医療	市区町村
	育成医療	市区町村
	療養介護医療	市区町村
難病法	特定医療費	都道府県、指定都市
児童福祉法 (障害児入所医療、肢体不自由児通所医療はこども家庭庁所管)	小児慢性特定疾病医療費	都道府県、指定都市、中核市、児相設置市
	障害児入所医療	都道府県、指定都市、児相設置市
	肢体不自由児通所医療	市区町村
母子保健法（こども家庭庁所管）	養育医療	市区町村
感染症法	結核患者の医療	都道府県、保健所設置市、特別区
	新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者の医療	都道府県、保健所設置市、特別区
	新感染症外出自粛対象者の医療	都道府県、保健所設置市、特別区
被爆者援護法	認定疾病医療	国
	一般疾病医療費	国
特定B型肝炎感染者特別措置法	定期検査費	支払基金
	特定無症候性持続感染者に対する母子感染防止医療費	支払基金
石綿健康被害救済法（環境省所管）	医療費	(独) 環境再生保全機構
水俣病特措法（環境省所管）	療養費	熊本県、鹿児島県、新潟県

※ 上記のほか、以下の予算事業に基づく公費負担医療においても、オンライン資格確認を制度化。

- ・ 肝炎治療特別促進事業
- ・ 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業
- ・ 特定疾患治療研究事業
- ・ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
- ・ 第二種健康診断特例区域治療支援事業
- ・ 水俣病総合対策医療事業（環境省所管）

※ 地方単独医療費助成については、自治体の判断に基づき、オンライン資格確認を導入するかどうかを決定。地方単独医療費助成におけるオンライン資格確認の導入によって、事務手続き・負担の効率化など、患者（住民）、自治体及び医療機関・薬局にメリットが発生することが想定されるため、各自治体においては、地方単独医療費助成におけるオンライン資格確認の導入をご検討いただきたい。

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化のメリット

マイナ保険証1枚で公費負担医療・地方単独医療費助成（こども医療費助成など）のオンライン資格確認も行えるようになり、公費負担医療・地方単独医療費助成に係る紙の受給者証の持参や医療機関等への提示が不要になることで、患者（住民）、自治体、医療機関・薬局に以下のメリットの発生が想定。



患者 (住民)

- ✓ 紙の受給者証を持参する手間が軽減するとともに、紙の受給者証の紛失リスクがなくなり、持参忘れによる再来院も防止される。
 - ✓ マイナ保険証の利便性の向上によって、マイナ保険証の利用が促進されることにより、患者本人の薬剤や診療のデータに基づくより良い医療の提供が図られる。
- ※ 年齢階級別マイナ保険証利用率（令和6年10月）を見ると、マイナ保険証に加えて子ども医療費の受給者証を提示することが一般的である子ども（0歳～19歳）は7%台～8%台となっており、20歳以上の13%台～21%台に比べて利用率が低い。このため、マイナ保険証と公費負担医療・地方単独医療費助成の受給者証の一体化によって、マイナ保険証の利用が促進されると想定される。



自治体等

- ✓ 正確な資格情報に基づき医療機関・薬局から請求が行われることになるため（資格過誤請求が減少）、医療費の支払に係る事務負担を軽減できる。
- ✓ 医療機関・薬局で正確な資格確認が行えるようになるので、資格確認に関する自治体への照会が減る。また、患者の受給者証忘れによって自治体が償還払いを行うことが防げる。これらによって、自治体の事務負担を軽減できる。
- ✓ マイナ保険証での対応を希望する受給者に対して受給者証を発行しないこととした場合、受給者証を定期的に印刷・発行するための事務負担やコストが削減できる。
- ✓ 自治体区域外で受診等した場合でも医療機関・薬局で正確な資格情報の確認が行えるようになるため、地方単独医療費助成の制度情報をまとめた「地単公費マスタ」の整備・活用をあわせて実施することで、自治体区域外で受診等した場合の現物給付化を推進でき、自治体の償還事務の負担を軽減できる。
- ✓ 住民の利便性向上に資するとともに、マイナ保険証の利用促進を通じて、住民に対して薬剤や診療のデータに基づくより良い医療の提供が図られる。



医療機関 薬局

- ✓ 医療保険の資格情報及び受給者証情報の手動入力の負荷をセットで削減できるとともに、医療費助成の資格を有しているかどうかの確認に係る事務負担を軽減できる。
- ✓ 正確な資格情報に基づき請求を行えるようになるため（資格過誤請求が減少）、医療費の請求に係る事務負担を軽減できる。
- ✓ マイナ保険証の利用促進を通じて、患者本人の薬剤や診療のデータを把握して医療を提供することができる。

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化（公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認）の全国展開に係る運用費用について（案）

【先行実施について】

- マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化（公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認）の先行実施（令和5年度～）においては、円滑な基盤整備を図るため、国において、オンライン資格確認を行うためのPMHシステム等の設計・開発・改修・運用等に係る費用を全額負担するとともに、事業や補助の実施を通じて、自治体システムや医療機関・薬局のシステムの改修に係る費用について、国として費用負担を行っている。

〔これまでの国の費用負担〕 合計 実績：29億円 予算額：5.7億円 + 42.1億円の内数

- ・ PMHシステム等の設計・開発・改修・運用等（PMH全体）：13.4億円【デジタル庁】
 - ・ 先行実施事業に参加する自治体における自治体システムの改修（調査研究含む）：15.6億円【デジタル庁】
 - ・ 先行実施事業に参加する医療機関・薬局におけるシステム改修（予算額）：5.7億円【厚労省】 + 42.1億円の内数【デジタル庁】
- ※ 上記に加えて、令和6年度補正予算案において、自治体及び医療機関・薬局のシステム改修を支援するための経費（30.5億円、厚労省）を計上。

【全国展開の体制の構築以後の運用費用（案）】 ※令和9年度～を想定

- 全国展開の体制の構築以後、公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認の実施に当たって必要となるシステムの管理・運用等の業務を実施するための費用については、福祉事務所が実施主体である生活保護のオンライン資格確認における費用負担方法や、今般のオンライン資格確認の実施が自治体等の事務負担・コストの削減及び住民の利便性の向上等に資する点を勘案し、各公費負担医療・地方単独医療費助成の実施主体（実施機関）である自治体（都道府県、市区町村）等においてご負担をお願いしたい。
- 具体的には、公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認に参加した自治体（都道府県、市区町村）等が、PMH医療費助成システムに登録した受給者数に基づき、登録受給者1人当たり月額単価に応じた金額をご負担いただくことをお願いしたい。具体的な運用費用については、現在精査中であるが、負担額のイメージは、以下のとおり。

〔登録受給者数1人当たり月額単価のイメージ（令和6年度ベース）〕 2円程度（精査中）

- * 登録受給者数が約1,000万人の想定 * 中間サーバーを含む
- * 地方単独医療費助成は自治体独自の判断に基づく多様な制度であること等から、受給者情報の正確性の確保は自治体等において対応いただく想定。
- * なお、自治体において新規に公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認の導入を図る際に、PMH医療費助成システムへの資格登録等に調整を要することに鑑み、全国展開の体制の構築以後、新規に公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認の導入を図る自治体については、上記の月額単価とは別に、新規導入に係る費用のご負担をお願いすることを検討。

※ 参考：既存のオンライン資格確認等における加入者1人当たり月額単価（令和6年度） * 中間サーバー・電子処方箋を含む
・ 生活保護（医療扶助）：7.74円 ・ 市町村国保：2.94円 ・ 後期高齢者医療広域連合：3.01円

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化（公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認）の全国展開に係る運用費用について（案）【続き】

[参考：運用費用負担（精査中）と解消が期待される自治体の事務コスト（粗い試算）]

①人口100万人の都道府県において登録受給者数が3.2万人だった場合

○運用費用負担（精査中）

仮に登録受給者数1人当たり月額単価が2.0円の場合、年額76.8万円程度

○解消が期待される自治体の事務コスト（粗い試算）

年額約170万円程度（資格過誤による事務コスト：約150万円程度、照会受け・償還払いの事務コスト：約20万円程度）

※その他、紙の受給者証を持参・提示する手間が軽減するなど、住民の利便性向上につながる

②人口10万人の市区町村において登録受給者数が1.7万人だった場合

○運用費用負担（精査中）

仮に登録受給者数1人当たり月額単価が2.0円の場合、年額40.8万円程度

○解消が期待される自治体の事務コスト（粗い試算）

年額約90万円程度（資格過誤による事務コスト：約80万円程度、照会受け・償還払いの事務コスト：約10万円程度）

※その他、紙の受給者証を持参・提示する手間が軽減するなど、住民の利便性向上につながる

* 資格過誤による事務コストについては、令和3年度の医療保険における診療費・調剤の受診率（合計15.1件/人）や、令和元年度において支払基金が審査した医科歯科計の請求件数のうちの資格返戻の比率（請求1万件当たり16.2件）等を勘案して試算。

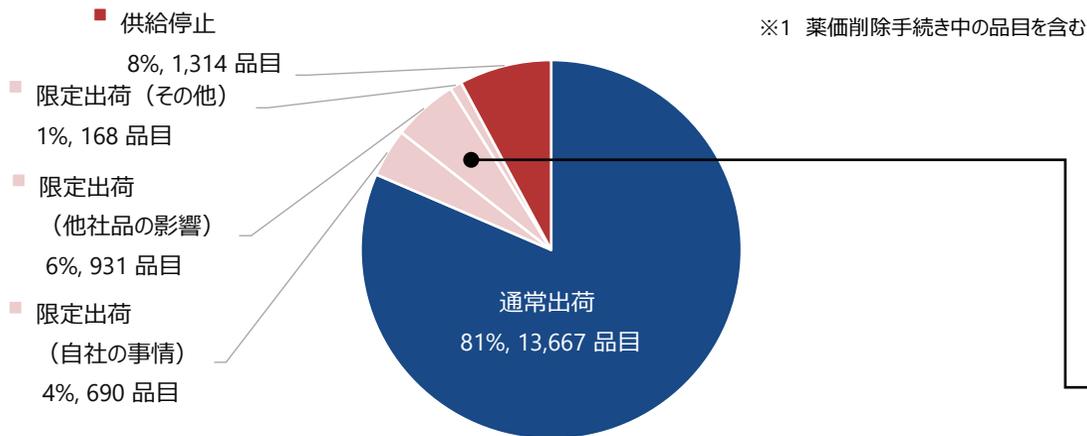
医療用医薬品の安定供給確保策について



製造販売業者の対応状況—医薬品全体（令和6年10月）

- 製造販売業者の対応状況については、調査対象17,349品目に対し、16,770品目の回答を得た。
- 結果としては、**限定出荷・供給停止が合計19%**（3,103品目）であり、限定出荷の要因としては「**他社品の影響**」によるものが**最多**であった。

1 医薬品全体の対応状況 ※1



カテゴリー別：「供給停止」、「限定出荷」の割合

2024年10月調査結果	供給停止		限定出荷	
	銘柄数	構成比	銘柄数	構成比
先発品	88	7%	173	10%
長期収載品 ※	42	3%	113	6%
後発品	928	71%	1,026	57%
その他の医薬品 ※	256	19%	477	27%
合計	1,314	100%	1,789	100%

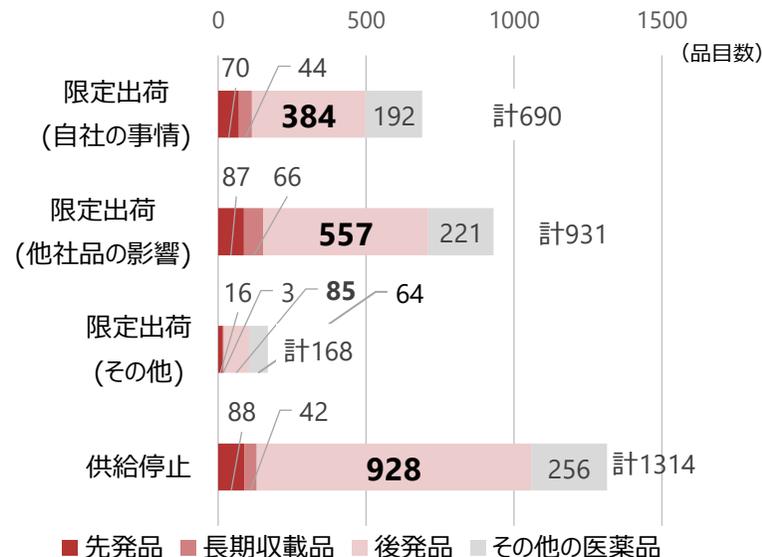
項目の定義

※長期収載品：後発品のある先発品
 ※その他の医薬品：局方品、漢方エキス剤、生薬、生物製剤（ワクチン、血液製剤等）、承認が昭和42年以前の医薬品など

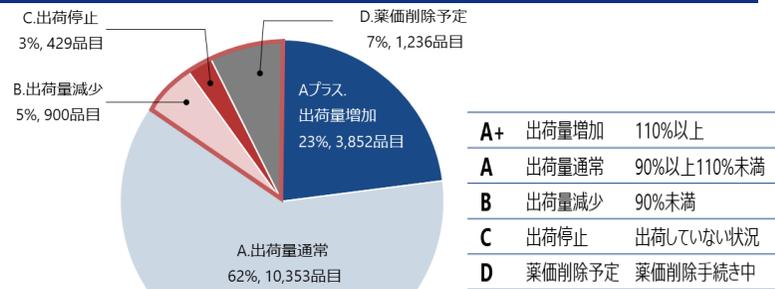
カテゴリー別：限定出荷の要因（自社事情、他社品の影響）分析

2024年10月調査結果	限定出荷			
	自社の事情	他社品の影響	その他	合計
先発品	70	87	16	173
	40%	50%	9%	100%
長期収載品 ※	44	66	3	113
	39%	58%	3%	100%
後発品	384	557	85	1,026
	37%	54%	8%	100%
その他の医薬品 ※	192	221	64	477
	40%	46%	13%	100%
合計	690	931	168	1,789
	39%	52%	9%	100%

2 限定出荷・供給停止の内訳



3 医薬品全体の出荷量の状況



(参考) 安定供給確保マネジメントシステムの構築について

第17回「医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議」資料(一部改変)

～これまでの議論を踏まえた整理～

- 医療用医薬品の安定供給体制の確保に向けて、次のような取組みを検討することとしてはどうか。

平時：供給不安発生前

有事：供給不安発生後

個々の企業における
安定供給確保

需給状況の把握・調整

供給不安解消策

製薬企業における
安定供給確保に
向けた体制整備

- 安定供給の確保のため、製薬企業に対し、手順書等の整備や、一定の在庫や生産管理等(安定供給確保措置)を、法令上の遵守事項とする。
- 特に、安定供給確保措置の遵守を徹底するとともに、厚生労働省からの要請等への適切な対応を担保する観点から、安定供給責任者の設置については、法令上の義務とする。

供給不安の迅速な把握／報告徴収／協力要請

- 供給不安報告・供給状況報告を法令に位置づけ、その徹底を求める。
- 現在、供給不安報告・供給状況報告等を受けた厚生労働省は、
 - ・ 製薬企業、卸等に、供給状況に関する報告徴収を求めるとともに、
 - ・ 製薬企業、卸、医療機関、薬局等に必要な協力要請を行っているが、こうした対応も法令に位置づけることとする。

安定確保医薬品の供給確保要請

- 安定確保医薬品を法令に位置づけることとする。※指定時からの状況を踏まえ必要な見直しを行う。
- 安定確保医薬品について、供給不足のおそれがある場合、法令上、感染症対策物資と同様に、次のような措置を講ずることができるようにするとともに、サプライチェーン強靱化の観点から必要な要請を行えることとする。
 - ・ 生産促進等の要請(安定確保医薬品カテゴリーA・Bを想定)
 - ・ 報告徴収(平時からのモニタリング)(同A・B・Cを想定) ※実際の対象医薬品は、おって検討。

需給データを活用したモニタリングの実施

- 電子処方箋システムや平時からのモニタリングのデータを活用し、費用対効果も踏まえつつ供給不安の兆候や市場全体の供給状況を把握する取組を検証・実施する。

需給データを活用したモニタリングの実施

背景・課題

- 現在、様々な医療用医薬品について、供給不足の問題が発生しているが、市場全体の供給状況や、現場の需給状況を把握するビッグデータは整備されていない。
- 製造販売業者にとっても、こうしたデータを把握することができれば、市場の全体状況を把握することが可能となるほか、厚生労働省としても、供給不足の兆候を把握し、いち早く対応することが可能となる可能性がある。

検討の方向性（案）

- 現在、支払基金が管理する電子処方箋管理システムは、NDBと異なり、薬局等における調剤データが迅速に格納される。こうしたデータを、医療用医薬品の需給状況の把握の観点から、厚生労働大臣が調査・分析できる旨の規定を設け、モニタリングの取組に活用できることとしてはどうか。

※ なお、製造販売業者から医薬品の需給状況についての報告を求める規定（平時モニタリング）については、

- 感染症対策物資については、既に感染症法に整備されているほか、
- 安定供給確保医薬品については、（3）の措置を実施すれば、必要な規定が整備される。

救急時医療情報閲覧の開始について

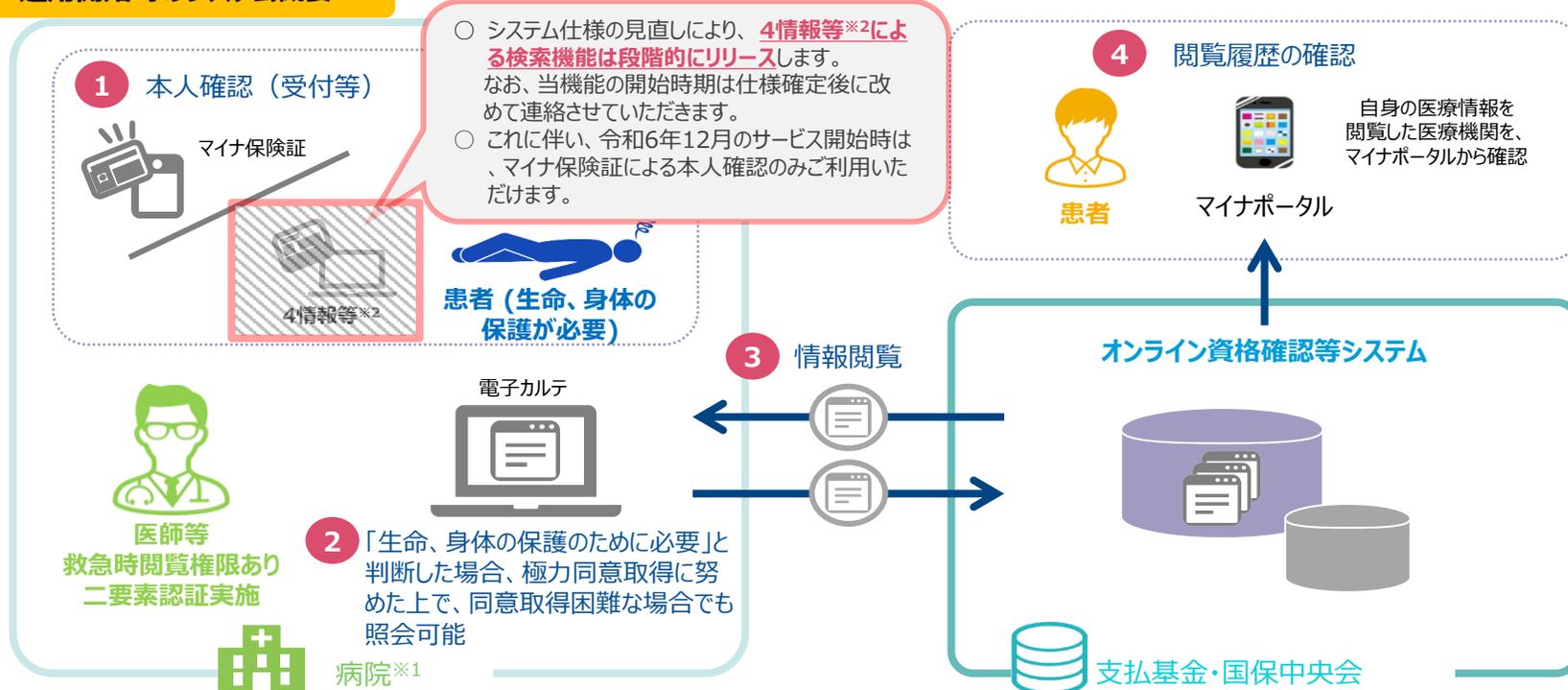


救急時医療情報閲覧の開始について

オンライン資格確認等システム基盤を活用した医療情報閲覧機能については、「通常外来」「災害時」の利用に加え、「救急時」における利用（「救急時医療情報閲覧機能」）を令和6年12月9日より開始したところ。

救急時医療情報閲覧機能により、病院においては※1、**患者の生命、身体の保護のために必要な場合、マイナ保険証等により本人確認を行うこと**によって、**患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧**できるようになる。※3

運用開始時のシステム概要



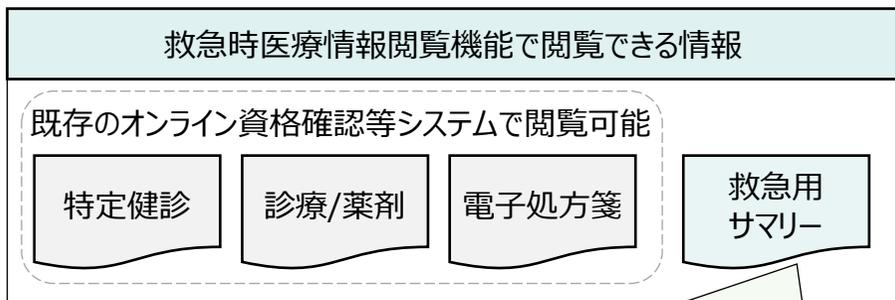
※1 救急時医療情報閲覧機能は、「患者の生命、身体の保護のために必要がある場合」を対象とした仕組みであるため、主に救急患者を受け入れる一次救急～三次救急告示病院および病院を対象とした機能です。病院以外の医療機関等（診療所・薬局）には開放を想定しない機能となります。

※2 4情報等：①氏名 ②生年月日 ③性別 ④住所 または 保険者名称（被保険者番号等情報による本人確認も可能）

※3 令和6年度の運用コストは国で負担し、令和7年度の運用コスト（約2,000万円）がオンライン資格確認等システムの運用費用に追加される。

救急時医療情報閲覧で閲覧可能な情報

救急時医療情報閲覧機能では、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療／薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された**救急用サマリー**の閲覧が可能。



救急用サマリーの項目・期間

項目	期間	参考：通常表示における期間
受診歴	3か月	5年
電子処方箋情報（※1）	45日	100日
薬剤情報（※2）	3か月	5年
手術情報	5年	5年
診療情報（※2）	3か月	5年
透析情報	3か月	5年
健診情報（※2）	健診実施日を表示	5年

※1：電子処方箋情報については、既に電子処方箋管理サービスを導入済みの医療機関等で登録された情報が閲覧可能。（救急用サマリーでは電子処方箋管理サービスに登録された情報のうち調剤情報のみ閲覧可能）

※2：薬剤情報については令和3年9月診療分のレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、診療情報については令和4年6月以降に提出されたレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、特定健診情報については令和2年度以降に実施し順次登録された情報が閲覧可能。

救急用サマリーの表示イメージ（PDF）

救急用 診療／薬剤情報一覧 作成日：2022年8月26日 1 / 1ページ

氏名カナ シノボリ 知時 保険者番号 12345678
 氏名 診療 太郎 被保険者証等記号 1234567
 生年月日 1962年5月21日 性別 男 年齢 60歳 被保険者証等番号 12345
 枝番 00

この診療／薬剤情報一覧は、以下期間の診療行為及び医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。（紙レセプトや包括の場合など、診療行為／医薬品が表示されない場合があります）

受診歴 ※直近3か月分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

医療機関名	受診歴
資格クリニック	22年7月
資格医院	22年6月

調剤結果情報 ※直近45日分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

調剤	処方使用	医薬品名	調剤数量
年月日	区分区分	(成分名)	
22年8月 2日	院内 外用 1	フルティフォーム125エアゾール56吸入用 (フルチカゾンプロピオン酸エステル・ホルモテロールフルマル酸塩水和物) 【1日2回朝夕食後 服用】	42吸引 1処方分

レセプトに基づく薬剤実績 ※直近3か月分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

調剤	処方使用	医薬品名	調剤数量
年月日	区分区分	(成分名)	
22年7月 19日	院内 外用 1	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1%「イウキ」1mg (ゲンタマイシン硫酸塩)	10g 1処方分
22年6月 18日	院内 内服 1	向) マイスリー錠5mg (ゾルピデム酒石酸塩) 【1日1回就寝前服用】	1錠 14日分

--- 次頁へ続く ---

【注意事項】

- *1 医薬品の場合、入院/外来/院外で分類し、「外来」とは入院及び院外（薬局）以外で調剤された医薬品を指します。また、診療行為の場合、入院/外来で分類しています。
- *2 抽出元が調剤レセプトの場合に表示しています。
- *3 調剤時の使用方法（数量、日数、回数等）と一致しない場合があります。

救急用
※データ表示
期間を限定

参考資料



電子カルテ情報共有サービスの概要

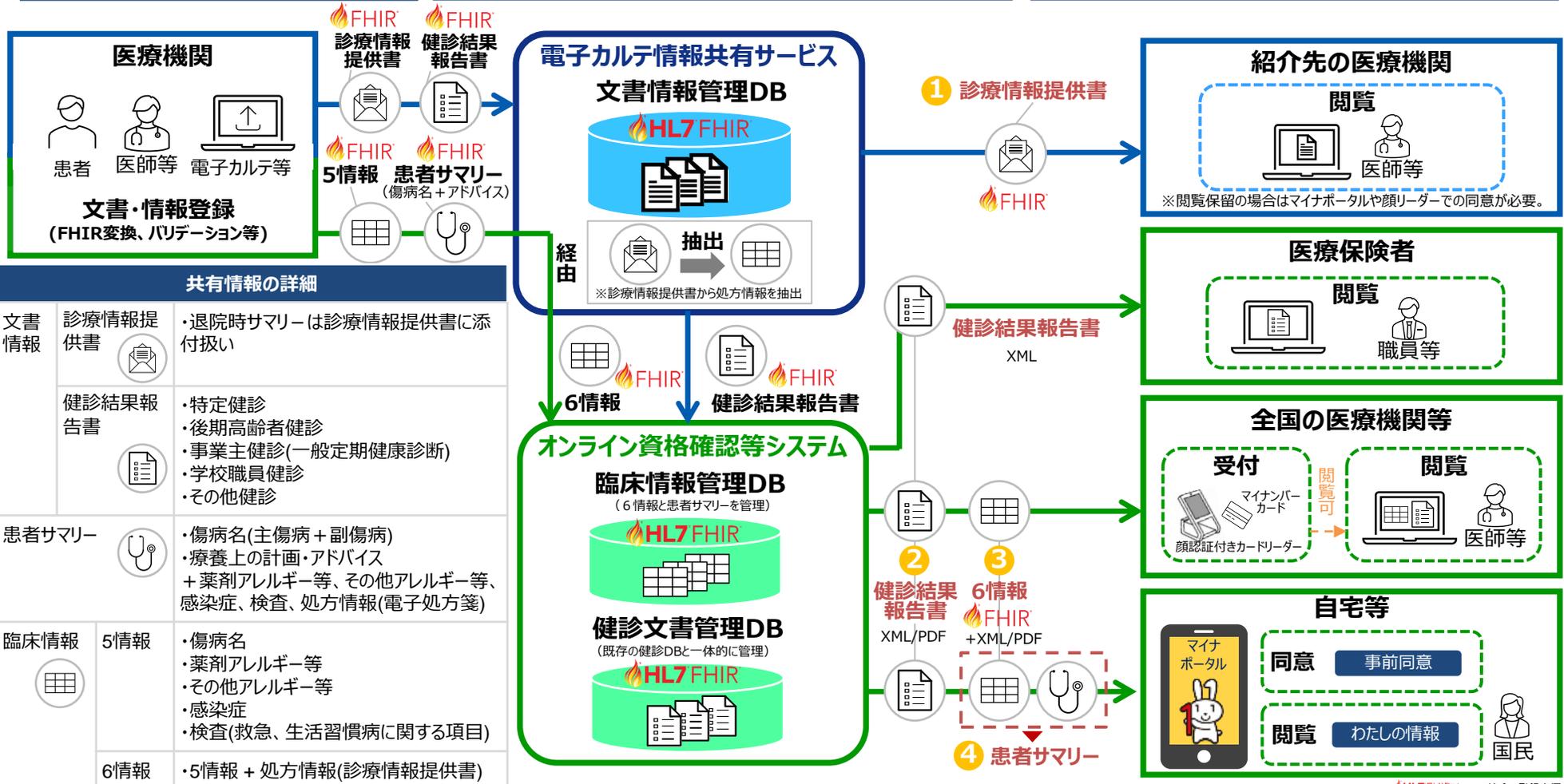
令和6年6月版

- 1 診療情報提供書送付サービス：診療情報提供書を電子で共有できるサービス。（退院時サマリーについては診療情報提供書に添付）
- 2 健診結果報告書閲覧サービス：各種健診結果を医療保険者及び全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービス。
- 3 6情報閲覧サービス：患者の6情報を全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービス。
- 4 患者サマリー閲覧サービス：患者サマリーを本人等が閲覧できるサービス。

登録

保存管理

取得・閲覧



電子カルテ情報共有サービスの想定される主なメリットについて

<p>患者・被保険者</p>	<p>①日常診療のみならず、救急時や災害時を含めて、全国の医療機関等で、患者の医療情報を踏まえた、より質の高い安全な医療を受けることが可能となる。</p> <p>例) ・医療機関等が、患者の傷病名や検査結果、薬剤アレルギーに関する情報等を閲覧することができるようになり、より安全な医療を受けられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後、透析情報も共有されれば、災害時など転院先で透析治療を続ける際にも有用。 ・今後、歯科医療機関・薬局や訪問看護ステーションとの情報共有に用いることができれば、医科歯科の連携や、病院と在宅医療・訪問看護との連携がさらに進む。 <p>②外来での待ち時間が減るなど、より効率的な受診が可能となる。</p> <p>例) ・診療情報提供書が電子的に送付されるようなることで、紙文書の作成や交付に関する待ち時間がなくなる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別の日に、文書を受け取るために医療機関等を訪問する必要もなくなる。 <p>③自分の医療情報等を健康管理や疾病予防に役立てることができる。</p>
<p>医療機関等</p>	<p>①日常診療のみならず、救急時や災害時を含めて、全国の医療機関等で、患者の医療情報を踏まえた、より質の高い安全な医療を提供することが可能となる。</p> <p>例) ・患者の傷病名や検査結果等を把握することにより、救急や災害時に患者へのより安全な診療が可能になる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域における機能分化と連携、医科歯科連携、病院・在宅・訪問看護との連携がさらに進む。 <p>②医療機関等の事務コスト削減効果が見込まれる。</p> <p>例) ・診療情報提供書の電子的共有による事務コスト減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6情報の共有による問診等の効率化 <p>③効率的な働き方が可能となり、魅力ある職場環境の実現・医療の担い手の確保にも資する</p>
<p>医療保険者</p>	<p>①全国の医療機関等で3文書・6情報が共有されることで、より効率的な医療提供体制となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者・被保険者のより効率的な受診が可能となる。健康管理や疾病予防に役立てることができる。 ・3文書6情報の共有により、診療・投薬・検査等でより効果的・効率的な医療提供が可能となる。 <p>②特定健診や事業者健診の結果をこれまでよりも迅速かつ確実に取得することができ、速やかな保健指導や受診勧奨が可能となる。健診結果を保険者で電子化する手間が削減される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、保険者が健診結果を取得するのに1～3か月を要しているケースが多く、長い場合には6か月のケースも。 <p>③電子カルテ情報共有サービスで収集するカルテ情報の二次利用により、医療・介護サービスの費用対効果や質の評価に関する分析が可能</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査値等のアウトカムデータとレセプトデータ等を連結解析することで、費用対効果や質の評価の分析を精緻に行うことができる。

組織体制の見直しについて②

改組後

<運営会議（仮）>（非役員）※現行の理事会の半数程度とする

【構成】※1

- ・学識経験者、被保険者
- ・保険者（地域保険・地域行政代表を含む）
- ・診療担当者

※1 厚労大臣が指名する職員・必要な関係者が出席して意見を述べる
ことができる。また、必要な関係者の意見を求めることができる。

【所掌】

- ・役員の選任・解任、予算・決算、定款・事業計画等の作成・変更、
医療DX中期計画の策定、その他の重要事項の議決 ※2
- ※2 審査支払に係る部分は審査支払運営委員会の専決事項とする。

役員を選任・解任（厚労大臣認可）
業務を監視・監督

【執行部】役員
理事長、専務理事、常勤理事3名（うち1名をCIOとする）

運営委員を選任・解任
（厚労大臣認可）

<審査支払運営委員会（仮）>（役員）

【構成】※現行の理事会構成と同じ

- ・公益代表（理事長、専務理事、常勤理事2名）
- ・保険者代表運営委員
- ・診療側代表運営委員
- ・被保険者代表運営委員

【所掌】

- ・審査支払に関する予算・決算、事業計
画等の決定・執行（専決）

<医療DXの推進体制>

【構成】

※速やかな意思決定が
可能な人数とする

- ・理事長
- ・CIO（医療DX担当理事）
- ・COO（非役員）
- ・国保中央会役員 等

※必要に応じ外部有識者の意見を聴く

【所掌】

- ・医療DX関連業務の執行

大臣

選任・解任
の認可
命令違反等
の場合の
解任命令、
解任

現行

<理事会>（役員）

【構成】※四者構成

- ・公益代表理事
- ・保険者代表理事
- ・診療担当者代表理事
- ・被保険者代表理事

【所掌】

- ・予算・決算、事業計画等の重要事項
の議決

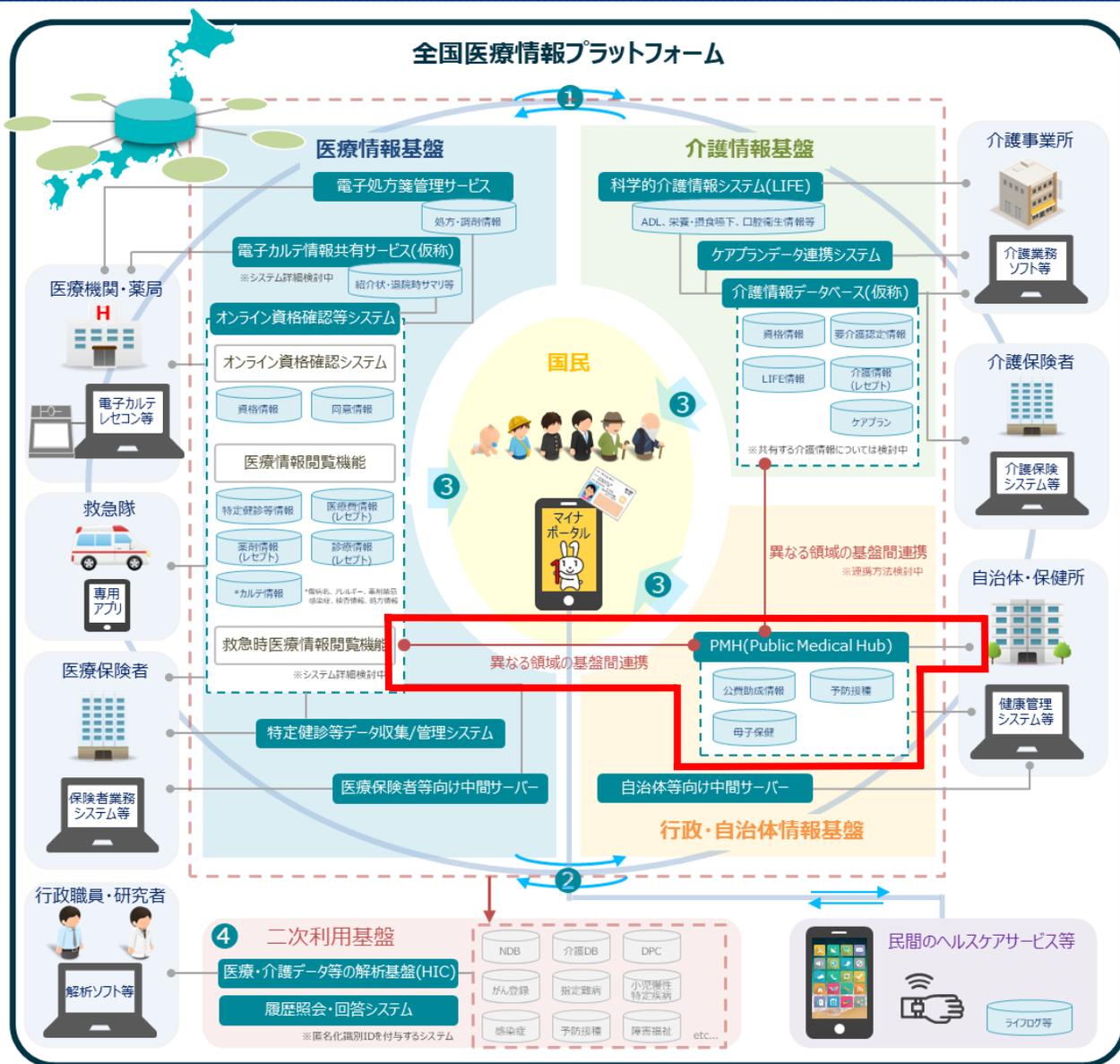
大臣

選任・解任
の認可
命令違反等
の場合の
解任命令、
解任

【執行部】公益代表理事（役員）
理事長、専務理事、常勤理事2名

※理事長、専務理事、常勤理事、監事は、
改組後においても、引き続き、業務執行
及び監査を実施。

全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）



「医療DXのユースケース・メリット例」

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予約票や接種券がデジタル化され、速やかに接種動員が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予約票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。



4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



自治体と医療機関・薬局をつなぐ情報連携基盤（PublicMedicalHub(PMH)）により実現するマイナンバーカードを活用した医療分野のデジタル化の取組

- 自治体が実施する、こどもなどの医療費助成、予防接種、母子保健分野における情報を医療機関・薬局に連携して、マイナンバーカードによりそれらの情報を活用する取組について、**令和5年度から、希望する自治体・医療機関・薬局において先行的に着手。**
- 全国的な運用**に向けて、今後、具体的な仕組みを検討。

(先行実施の進捗状況)

- ・令和5年度は、16自治体87医療機関・薬局を選定し、医療費助成の分野は、本年3月から事業を開始し、予防接種・母子保健分野は、同年夏頃を目途として順次開始予定。
- ・令和6年度は、医療費助成分野で更に180自治体を選定し、累計で183自治体で先行実施。補助金により医療機関・薬局も拡大していく予定。予防接種・母子保健分野では、予防接種B類の追加、里帰り出産への対応等のPMHの機能拡充を予定。

【PMHのユースケース】

(医療費助成)

- ✓ マイナ保険証を医療費助成の受給者証として利用し、医療機関で受診できるようにする

(予防接種・母子保健・自治体検診)

- ✓ 事前に予診票や問診票をスマホ等で入力し、マイナンバーカードを接種券・受診券として利用できるようにする
- ✓ マイナポータルから、接種勧奨・受診勧奨を行い、接種・健診忘れを防ぐとともに、接種履歴や健診結果がリアルタイムでマイナポータル上で確認できるようにする



◎医療DXの推進に関する工程表（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）（抄）

Ⅲ 具体的な施策及び到達点

（2）全国医療情報プラットフォームの構築

②自治体、介護事業所等とも、必要な情報を安全に共有できる仕組みの構築

医療や介護などのサービスの提供に関し、患者、自治体、医療機関、介護事業所等で紙の書類のやりとりがされており、患者にとって書類・手帳を持ち運ぶ手間となっているだけでなく、各機関において都度入力する必要があり、また各機関間での情報の共有に限界がある。

こうした業務フローを見直し、関係機関や行政機関等の中で必要な情報を安全に交換できる情報連携の仕組みを整備し、自治体システムの標準化の取組と連動しながら、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係る情報を共有していく。また、個人が行政手続に必要な情報を入力しオンラインで申請ができる機能をマイナポータルに追加し、医療や介護などの手続をオンラインで完結させる。

（略）

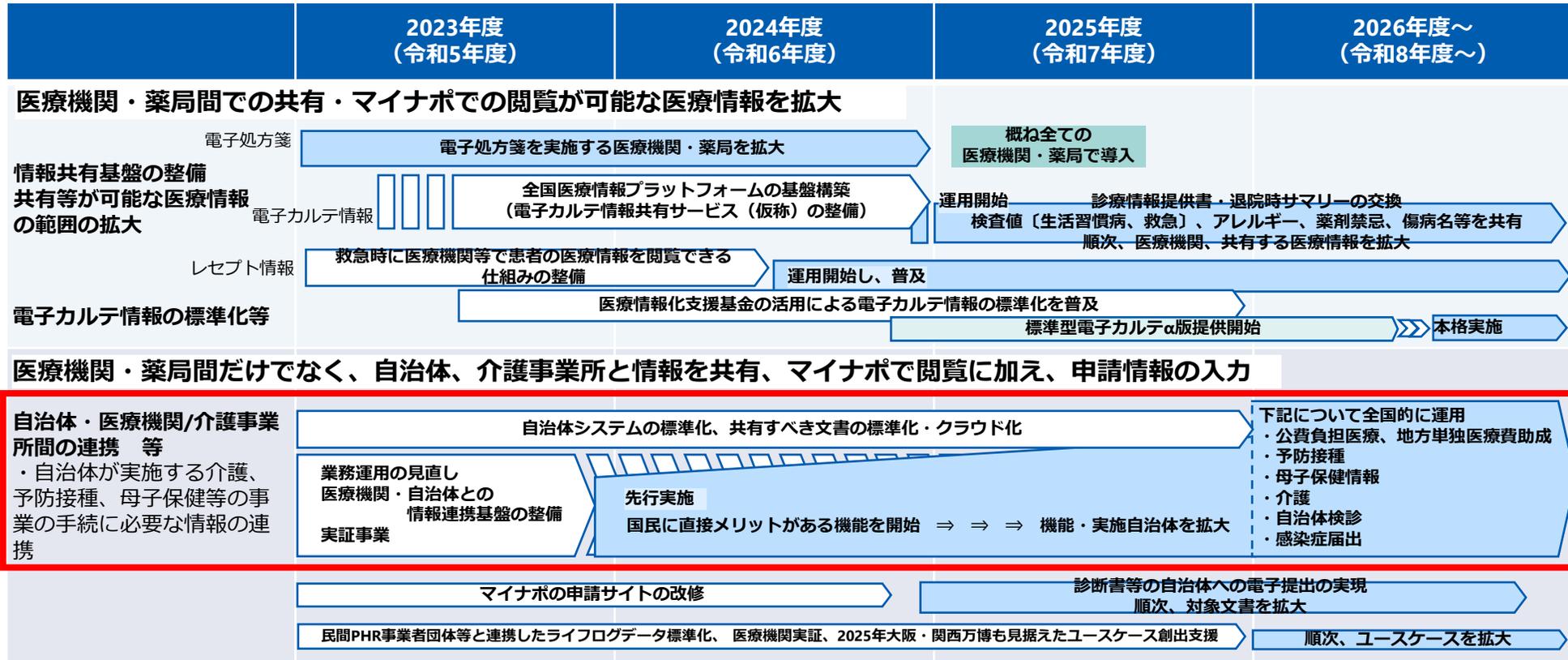
公費負担医療及び地方単独医療費助成への、オンライン資格確認等システムの対応拡大については、2023年度中に調査研究及び希望する自治体における事業を開始し、これらの取組を踏まえたシステム改善や、自治体システムの標準化の取組の状況などを踏まえながら、順次、参加する自治体や医療機関を拡大し、全国展開をしていく。

（略）

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化関係 閣議決定・政府決定②

◎ 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）（抄）

全国医療情報プラットフォームの構築



※医療DX推進本部：総理を本部長、官房長官・厚労大臣・デジタル大臣を本部長代理、総務大臣・経産大臣を本部員として内閣に設置された本部。

◎デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和6年6月21日閣議決定）（抄）

第1 目指す姿、理念・原則、重点的な取組

5. 重点課題に対応するための重点的な取組 / (1) デジタル共通基盤構築の強化・加速 / ① デジタル共通基盤構築
A 個人におけるデジタル完結の基盤となるマイナンバー制度/マイナンバーカードに係る取組の強化・加速

B マイナンバーカードの普及と利活用の推進

c 健康・医療・介護分野におけるマイナンバーカードを活用したデジタル化

法律にその実施根拠がある公費負担医療や地方公共団体が単独に設けた医療費等の助成制度（以下「公費負担医療制度等」という。）の受給者証、予防接種の接種券、母子保健（健診）の受診券、医療機関の診察券、介護保険証等をマイナンバーカードと一体化することにより、マイナンバーカード一枚で受診できる環境整備など、医療DXの推進に関する工程表等に基づき取組を進める。

マイナンバーカードを公費負担医療制度等の受給者証として利用する取組については2023年度末より、予防接種の接種券、母子保健（健診）の受診券、介護保険証として利用する取組については、2024年度より先行実施の対象自治体において順次事業を開始するとともに、その上で、全国的な運用を2026年度以降より順次開始する。

第3 重点政策一覧 / 1. デジタル化による成長戦略

○ [No.1-15] 医療費助成の受給者証や診察券とマイナンバーカードの一体化 ※医療費助成の受給者証関連抜粋

- ・ 法律にその実施根拠がある公費負担医療や子ども医療費等の地方公共団体が単独に設けた医療費等の助成制度の受給者証及び医療機関の診察券のマイナンバーカード化を推進し、マイナンバーカード一枚で医療機関・薬局を受診等できる環境整備を進める。
- ・ マイナンバーカードを医療費助成の受給者証として利用できるようにする取組については、2023年度から、希望する自治体で運用を開始している。2024年度は、先行実施の対象自治体を大幅に拡大することを目指し、その上で、早期の全国展開を図る。

具体的な目標： <受給者証とマイナンバーカードの一体化>

2023年度：情報連携基盤の整備と先行実施事業の開始

2024年度・2025年度：情報連携基盤の機能拡充と先行実施事業の参加自治体の拡大

2026年度以降：全国的な運用の順次開始

主担当省庁： デジタル庁

先行実施事業（令和5・6年度）の実施状況

◎都道府県の実施状況（22都道府県が参加）

種類	公費負担医療				地方単独医療費助成
	難病	小児慢性	結核患者の医療	精神通院 (自立支援医療)	その他※
実施都道府県数	19	18	4	13	2

※こども医療費助成、障害者医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成以外の地方単独医療費助成

参加都道府県 青森県、宮城県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、富山県、愛知県、三重県、滋賀県、大阪府、兵庫県、島根県、岡山県、広島県、香川県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県

◎市町村の実施状況（161市町村が参加）

種類	公費負担医療							地方単独医療費助成			
	難病	小児慢性	結核患者の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			こども	障がい	ひとり親	その他
					精神通院	更生医療	育成医療				
実施市町村数	1	9	3	15	1	33	33	149	131	141	48

参加市町村

①北海道：帯広市、上士幌町、芽室町、幕別町、池田町、浦幌町 / ②青森県：三沢市、つがる市、深浦町 / ③岩手県：一関市、九戸村 / ④宮城県：仙台市、大崎市
 ⑤秋田県：由利本荘市、湯沢市 / ⑥山形県：米沢市、酒田市 / ⑦茨城県：笠間市、鹿嶋市、桜川市 / ⑧栃木県：栃木市、那須塩原市
 ⑨群馬県：下仁田町、甘楽町 / ⑩埼玉県：川口市、戸田市、新座市、松伏町 / ⑪千葉県：銚子市、木更津市、松戸市、我孫子市、芝山町
 ⑫東京都：調布市、瑞穂町、日の出町、奥多摩町 / ⑬神奈川県：横浜市、平塚市、藤沢市、茅ヶ崎市 / ⑭新潟県：加茂市、南魚沼市 / ⑮石川県：加賀市
 ⑯山梨県：甲府市、富士吉田市、都留市、山梨市、韮崎市、笛吹市、甲州市、忍野村
 ⑰長野県：須坂市、塩尻市、佐久市、南牧村、南木曾町、大桑村、築北村、池田町、坂城町 / ⑱岐阜県：海津市、養老町 / ⑲静岡県：浜松市、御殿場市、南伊豆町
 ⑳愛知県：名古屋市長、一宮市、津島市、豊田市、小牧市、愛西市、清須市、弥富市、あま市、長久手市、飛島村、設楽町、東栄町、豊根村
 ㉑三重県：津市、伊勢市、松阪市、鈴鹿市、名張市、亀山市、伊賀市、多気町、明和町、大台町、玉城町、度会町、大紀町、南伊勢町、紀北町、御浜町
 ㉒滋賀県：彦根市、近江八幡市、守山市、甲賀市、野洲市、米原市 / ㉓京都府：舞鶴市、宇治市、宮津市、亀岡市、八幡市、木津川市、精華町
 ㉔大阪府：岸和田市、豊中市、枚方市、松原市、柏原市、羽曳野市、摂津市、東大阪市、泉南市、四條畷市
 ㉕兵庫県：尼崎市、西宮市、伊丹市、西脇市、宝塚市、三木市、小野市、加西市、加東市、多可町、神戸市 / ㉖奈良県：川西町、田原本町、広陵町
 ㉗和歌山県：和歌山市 / ㉘島根県：松江市、出雲市 / ㉙岡山県：岡山市、倉敷市、玉野市、瀬戸内市、赤磐市、吉備中央町 / ㉚広島県：福山市、神石高原町
 ㉛徳島県：阿南市、上板町、つるぎ町 / ㉜香川県：東かがわ市、宇多津町 / ㉝愛媛県：松山市、鬼北町 / ㉞福岡県：柳川市 / ㉟佐賀県：佐賀市
 ㊱長崎県：大村市、平戸市 / ㊲熊本県：熊本市 / ㊳大分県：別府市 / ㊴宮崎県：都城市 / ㊵沖縄県：那覇市、金武町、渡嘉敷村

令和6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加都道府県一覧

No.	都道府県名	公費負担医療							地方単独医療費助成				
		難病	小児慢性	結核患者 の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			こども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
						精神通院	更生医療	育成医療					
1	青森県	○	○			○							
2	宮城県	○	○			○							
3	茨城県	○	○										
4	栃木県	○	○			○							
5	群馬県			○									
6	埼玉県	○	○										
7	千葉県	○	○			○							
8	東京都	○	○			○					○	通院患者医療費助成(低所得者対策)、難病医療費助成(都単独疾病)、特殊医療費助成(人工透析を必要とする腎不全)、被爆者の子に対する医療費助成	
9	富山県	○	○			○							
10	愛知県	○	○										
11	三重県	○	○										
12	滋賀県					○							
13	大阪府	○	○			○							
14	兵庫県	○	○										
15	島根県					○							
16	岡山県	○	○	○		○							
17	広島県	○	○										
18	香川県	○	○								○	香川県指定難病医療費助成	
19	佐賀県	○	○	○		○							
20	長崎県	○				○							
21	熊本県	○	○	○		○							
22	大分県	○	○										
合計		19	18	4	0	13	0	0	0	0	0	2	

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧①

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療							地方単独医療費助成				
			難病	小児慢性	結核患者 の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			子ども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
							精神通院	更生医療	育成医療					
1	北海道	帯広市				○		○	○	○	○	○		
2		上士幌町								○	○	○		
3		芽室町								○	○	○		
4		幕別町								○	○	○		
5		池田町								○	○	○		
6		浦幌町								○	○	○		
7	青森県	三沢市						○	○	○				
8		つがる市						○	○	○		○		
9		深浦町							○	○	○		○	
10	岩手県	一関市								○	○	○	○	妊産婦
11		九戸村								○	○	○	○	妊産婦、老人、寡婦
12	宮城県	仙台市								○	○	○		
13		大崎市								○	○	○		
14	秋田県	由利本荘市						○	○	○	○	○		
15		湯沢市								○	○	○		
16	山形県	米沢市						○	○	○	○	○		
17		酒田市								○	○	○		
18	茨城県	笠間市								○	○	○	○	妊産婦
19		鹿嶋市								○	○	○	○	妊産婦
20		桜川市								○	○	○	○	妊産婦
21	栃木県	栃木市								○				
22		那須塩原市								○		○	○	重度心身障害者医療費助成、妊産婦医療費助成
23	群馬県	下仁田町								○	○	○		
24		甘楽町								○	○	○		
25	埼玉県	川口市		○		○								
26		戸田市								○		○		
27		新座市								○		○		
28		松伏町								○	○	○		

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧②

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療						地方単独医療費助成					
			難病	小児慢性	結核患者 の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			子ども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
							精神通院	更生医療	育成医療					
29	千葉県	銚子市								○		○		
30		木更津市								○		○		
31		松戸市								○		○		
32		我孫子市						○	○	○	○	○		
33		芝山町								○		○		
34	東京都	調布市								○		○		
35		瑞穂町								○	○	○		
36		日の出町								○	○	○		
37		奥多摩町								○				
38	神奈川県	横浜市								○	○	○		
39		平塚市				○				○				
40		藤沢市						○						
41		茅ヶ崎市								○	○	○		
42	新潟県	加茂市								○	○	○	○	妊産婦
43		南魚沼市								○	○	○		
44	石川県	加賀市								○				
45	山梨県	甲府市		○	○	○				○	○	○		
46		富士吉田市								○	○	○		
47		都留市								○		○		
48		山梨市								○	○	○		
49		韮崎市								○	○	○		
50		笛吹市								○	○	○		
51		甲州市								○	○	○		
52	忍野村								○		○			
53	長野県	須坂市								○	○	○		
54		塩尻市								○	○	○		
55		佐久市								○	○	○	○	妊産婦
56		南牧村								○	○	○	○	妊婦、寡婦

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧③

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療							地方単独医療費助成				
			難病	小児慢性	結核患者 の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			こども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
							精神通院	更生医療	育成医療					
57	長野県 (続)	南木曾町								○	○	○		
58		大桑村								○	○	○		
59		筑北村								○	○	○		
60		池田町								○	○	○		
61		坂城町								○	○	○		
62	岐阜県	海津市								○	○	○		
63		養老町								○	○	○		
64	静岡県	浜松市	○	○				○						
65		御殿場市								○	○	○		
66		南伊豆町								○				
67	愛知県	名古屋市								○	○	○	○	福祉給付金
68		一宮市		○	○	○			○	○	○	○	○	後期高齢者福祉、精神障害(精神通院)
69		津島市								○	○	○	○	精神、後期高齢
70		豊田市		○		○			○	○	○	○	○	福祉給付金
71		小牧市								○	○	○	○	後期高齢者福祉
72		愛西市								○	○	○	○	精神障害者医療、後期高齢者福祉医療
73		清須市								○	○	○	○	精神障害者医療、後期高齢者福祉医療
74		弥富市								○	○	○	○	精神障害者医療、後期高齢者福祉医療
75		あま市								○	○	○	○	精神障害者医療、後期高齢者福祉医療
76		長久手市				○								
77		飛島村								○	○	○	○	精神障害者、後期高齢者
78		設楽町								○	○	○	○	精神、後期高齢
79		東栄町								○	○	○	○	精神、後期高齢
80		豊根村								○	○	○	○	精神、後期高齢
81	三重県	津市								○	○	○	○	妊産婦、精神
82		伊勢市								○	○	○		
83		松阪市								○	○	○		
84		鈴鹿市								○	○	○		

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧④

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療						地方単独医療費助成					その他詳細
			難病	小児慢性	結核患者 の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			こども	障がい	ひとり親	その他	
							精神通院	更生医療	育成医療					
85	三重県 (続)	名張市								○	○	○		
86		亀山市								○	○	○		
87		伊賀市								○	○	○		
88		多気町								○	○	○		
89		明和町								○	○	○		
90		大台町								○	○	○	○	65歳以上重度
91		玉城町								○	○	○		
92		度会町								○	○	○		
93		大紀町								○	○	○		
94		南伊勢町								○	○	○		
95		紀北町								○	○	○		
96		御浜町								○	○	○		
97	滋賀県	彦根市								○	○	○	○	低所得老人、ひとり暮らし(高齢)寡婦、精神科通院
98		近江八幡市								○	○	○	○	低所得老人、ひとり暮らし(高齢)寡婦
99		守山市								○	○	○	○	低所得老人、ひとり暮らし(高齢)寡婦、精神科通院
100		甲賀市								○	○	○	○	低所得老人、精神障がい、ひとり暮らし寡婦、ひとり暮らし高齢寡婦
101		野洲市								○	○	○	○	低所得老人、ひとり暮らし(高齢)寡婦、精神科通院
102		米原市								○	○	○	○	低所得老人、ひとり暮らし(高齢)寡婦、精神科通院
103	京都府	舞鶴市									○			
104		宇治市								○	○	○	○	老人医療助成、重度心身障害老人健康管理事業
105		宮津市								○	○	○	○	老人医療助成、重度心身障害老人健康管理事業
106		亀岡市								○	○	○		
107		八幡市								○	○	○	○	老人医療助成、重度心身障害老人健康管理事業
108		木津川市								○	○	○	○	老人医療助成、重度心身障害老人健康管理事業
109		精華町								○	○			
110	大阪府	岸和田市									○			
111		豊中市								○	○	○		
112		枚方市								○	○	○		

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧⑤

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療						地方単独医療費助成					
			難病	小児慢性	結核患者の医療	未熟児養育医療	自立支援医療			こども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
							精神通院	更生医療	育成医療					
113	大阪府 (続)	松原市								○	○	○		
114		柏原市								○	○	○		
115		羽曳野市				○		○	○	○	○	○		
116		摂津市								○	○	○		
117		東大阪市								○	○	○		
118		泉南市								○	○	○		
119		四條畷市								○	○	○		
120	兵庫県	尼崎市		○										
121		西宮市		○	○	○			○	○	○	○	○	高齢期移行医療
122		伊丹市								○	○	○	○	高齢期移行
123		西脇市								○	○	○	○	高齢期移行
124		宝塚市								○	○	○	○	高齢期移行
125		三木市								○	○	○	○	高齢期移行
126		小野市								○	○	○	○	高齢期移行
127		加西市								○	○	○	○	高齢期移行
128		加東市								○	○	○	○	高齢期移行者
129		多可町					○			○	○	○		
130		神河町					○		○	○	○	○	○	○
131	奈良県	川西町								○	○	○	○	精神
132		田原本町								○	○	○	○	精神
133		広陵町								○	○	○	○	精神
134	和歌山県	和歌山市							○	○	○	○	○	老人医療
135	島根県	松江市		○						○	○	○		
136		出雲市					○		○	○	○	○		
137	岡山県	岡山市								○	○	○		
138		倉敷市								○	○	○		
139		玉野市								○	○	○		
140		瀬戸内市								○	○	○		

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧⑥

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療						地方単独医療費助成					その他詳細
			難病	小児慢性	結核患者の医療	未熟児養育医療	自立支援医療			子ども	障がい	ひとり親	その他	
							精神通院	更生医療	育成医療					
141	岡山県 (続)	赤磐市				○		○	○	○	○			
142		吉備中央町						○		○	○			
143	広島県	福山市		○		○		○	○	○				
144		神石高原町							○	○	○			
145	徳島県	阿南市						○	○	○				
146		上板町						○	○					
147		つるぎ町						○	○	○	○			
148	香川県	東かがわ市							○	○	○			
149		宇多津町							○	○	○			
150	愛媛県	松山市							○	○	○			
151		鬼北町							○	○	○			
152	福岡県	柳川市							○	○	○			
153	佐賀県	佐賀市							○		○			
154	長崎県	大村市							○					
155		平戸市							○					
156	熊本県	熊本市					○	○	○		○			
157	大分県	別府市						○	○	○				
158	宮崎県	都城市				○		○	○	○	○	○	寡婦等医療	
159	沖縄県	那覇市								○				
160		金武町							○					
161		渡嘉敷村							○	○	○			
合計			1	9	3	15	1	33	33	149	131	141	48	

※秋田県由利本荘市・愛知県一宮市・長崎県大村市・熊本県熊本市・宮城県都城市の5市は令和5年度先行実施事業の採択自治体。それ以外の152市町村は令和6年度先行実施事業のみの採択自治体。
 ※愛知県一宮市・宮崎県都城市は令和5年度先行実施事業の採択自治体であるとともに、令和6年度先行実施事業の採択自治体（令和6年度事業では、令和5年度事業の対象では無かった結核患者の医療・未熟児養育医療を対象に事業を実施）。

医療DXの基盤となるマイナ保険証

患者本人の薬剤や診療のデータに基づくより良い医療の実現等を図るため、医療DXのパスポートであるマイナ保険証の利用促進を図っていくことが重要。

電子処方箋

処方・調剤情報をリアルタイムで共有
→ 併用禁忌・重複投薬を回避

電子処方箋管理サービス



レセプト返戻の減少

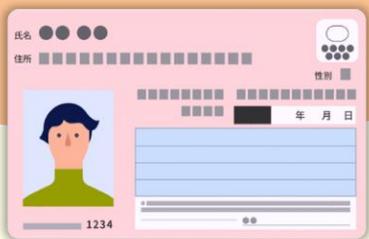


公費負担医療の受給者証・
診察券とマイナンバーカードの一体化



確実な本人確認により
なりすましを防止

オンライン資格確認等システム



マイナ保険証
→ 将来的には、スマート
フォン1台で受診可能に

患者本人の健康・医療
データに基づくより良い
医療の実現

電子カルテ

- 医療機関間での文書のオンライン送信、診療に必要なカルテ情報の共有
- マイナポータルでの自己情報閲覧 (PHR)

電子カルテ情報共有サービス



高額療養費の自己負担限
度額を超える分の
支払を免除



救急医療における
患者の健康・医療データ
の活用

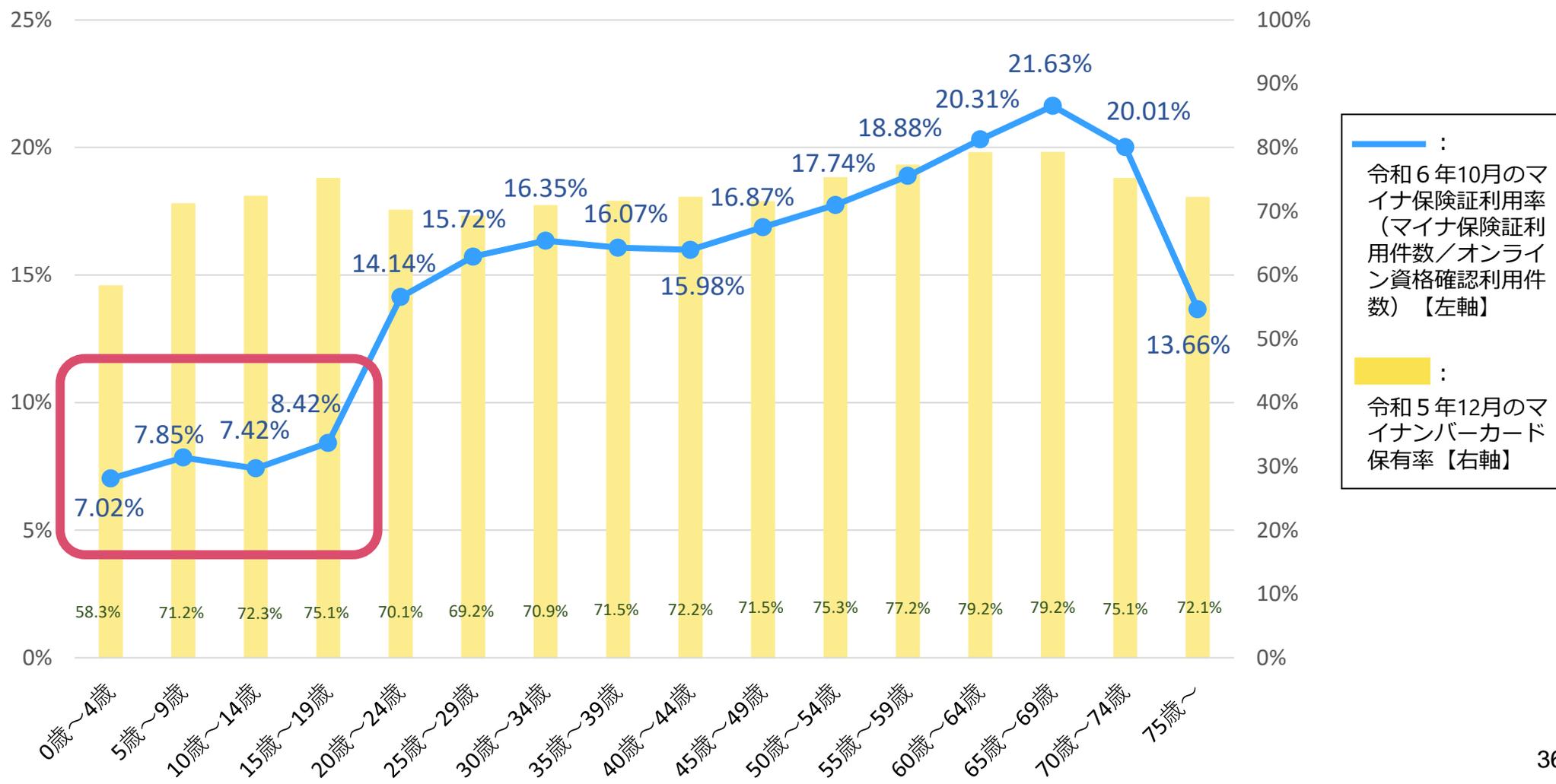


- ✓ マイナ保険証の利用を通じた医療機関・薬局における薬剤情報（レセプト）閲覧の利用件数は784万件（R6.9）、診療情報（レセプト）閲覧の利用件数は1,548万件（R6.9）。さらに、薬局における電子処方箋の導入（R6.12の導入率：59%）によって、電子処方箋対応医療機関・薬局ではリアルタイムの薬剤情報の閲覧が可能になる。
- ✓ 救急隊がマイナ保険証を活用して患者の医療情報を正確かつ早期に把握する取組について、R6年度に67消防本部660隊で全国規模の実証事業を実施し、R7年度に全国展開を推進。「生命の危機、身体の保護の必要がある」と判断された場合に、マイナ保険証を活用して患者の同意不要で医療情報を閲覧できる仕組みをR6年12月より開始。
- ✓ マイナ保険証を活用して全国の医療機関等が患者の6情報（傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、検査、処方）を閲覧できる電子カルテ情報共有サービスについて、R7年度中に本格稼働。

マイナ保険証普及に当たっての課題：年齢階級別マイナ保険証利用率

年齢階級別マイナ保険証利用率を見ると、マイナ保険証に加えて子ども医療費の受給者証を提示することが一般的である子どもは、マイナ保険証の利用率が低くなっている。

⇒ **マイナ保険証の利用促進に向けて、マイナ保険証と公費負担医療・地方単独医療費助成の受給者証の一体化が重要。**



(参考) 医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議

目的

- 医療現場で長年汎用されてきた医薬品について、製造上のトラブルや、企業の経営事情等により製造又は輸入が行われず、予告なく供給停止が行われることは、医療の提供に支障を来すおそれがある。
 実際、一部の抗菌薬について、製造上のトラブルに起因して長期にわたり安定的な供給が滞り、医療の円滑な提供に深刻な影響を及ぼす事案が発生したことがある。このほかにも様々な要因により供給不安に陥る事案が発生しており、関係学会等から、安定的な医薬品の確保を求める強い要請が寄せられている。
- このため、厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報審議官の意見聴取の場として、医薬品の製造や流通に関するステークホルダーや有識者から構成される会合を開催し、抗菌薬等をはじめとする医療用医薬品の安定確保策について議論する。

構成員	所属	◎：座長
一條 武	一般社団法人 日本医薬品卸売業連合会	副会長
梶山 健一	日本製薬団体連合会安定確保委員会	委員長
川上 純一	浜松医科大学医学部附属病院薬剤部	教授・薬剤部長
清田 浩 ◎	東京慈恵会医科大学 客員教授 井口腎泌尿器科・内科	新小岩副院長
近野 保	日本ジェネリック製薬協会薬制委員会	薬制委員会委員長代行
坂巻 弘之	一般社団法人 医薬政策企画P-Cubed	代表理事
関 健	一般社団法人 日本医療法人協会	副会長
豊見 敦	公益社団法人 日本薬剤師会	常務理事
成川 衛	北里大学薬学部	教授
原 靖明	一般社団法人 日本保険薬局協会医薬品流通・OTC検討委員会	副委員長
平川 淳一	公益社団法人 日本精神科病院協会	副会長
蛭田 修	熊本保健科学大学品質保証・精度管理学共同研究講座	特命教授
藤川 伊知郎	一般社団法人 日本薬業貿易協会	会長
本間 正充	国立医薬品食品衛生研究所	所長
松本 哲哉	国際医療福祉大学医学部感染症学講座	主任教授
三村 優美子	青山学院大学	名誉教授
宮川 政昭	公益社団法人 日本医師会	常任理事

開催状況

※ 各回の議題については、一部、簡略化して記載している。

第1回 (R2.3.27)	これまでの経緯等について 議論のポイント(例)について
§	§
第5回 (R3.3.26)	安定確保医薬品の選定及びカテゴリ分類について
第6回 (R4.3.25)	これまでの取組のフォローアップについて 医療用医薬品の安定供給に関する最近の取組について
第7回～ 第10回	医療用医薬品の安定供給について 感染症法等の施行に向けた対応
第11回 (R6.3.15)	品質確保・信頼性確保のための自主点検の実施について 「後発医薬品検討会」を踏まえた検討事項について①
第12回～ 第13回	「後発医薬品検討会」を踏まえた検討事項について②・③
第14回 ～第18回	医療用医薬品の安定供給について

(参考) データを活用した安定確保医薬品・感染症対応医薬品のモニタリング例①

～市場全体における医療用医薬品の供給状況の把握～

課題

- 製造販売業者の薬効や成分ごとの供給状況（在庫量や生産計画量等を含む）が適時に把握できていないことから、市場全体の供給不安の状況や、要因等を把握することが困難。

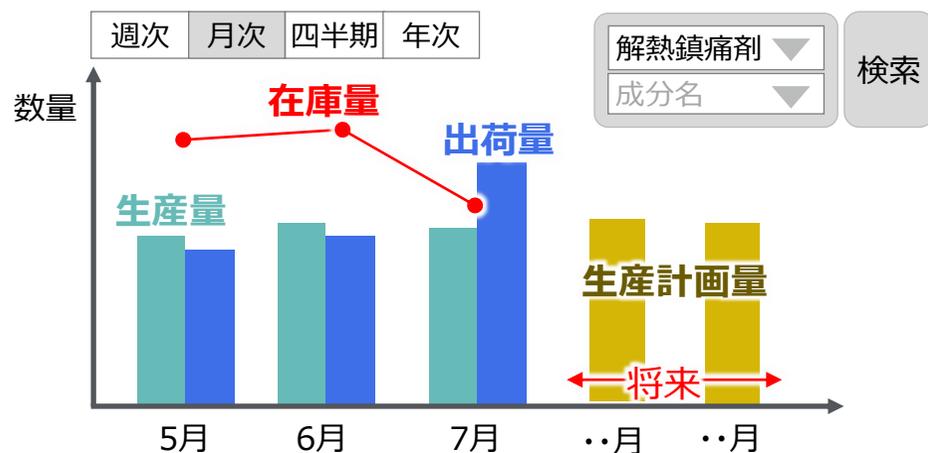
対応策

- 平時から市場全体の大まかな供給状況を把握・提示することで、供給不安が発生した場合に、過去の変動等も勘案し、適正量の増産・供給が行いやすい環境を整備してはどうか。

平時から製造販売業者全体の足元の生産量と在庫量等をグラフ化することで、市場全体における平時の供給状況を把握するとともに、供給不安発生時に市場全体で生じている変化を可視化。

製造販売業者の生産計画、生産、在庫、受注、出荷量

利用情報：製販の生産計画、生産量、在庫量、出荷量、受注量

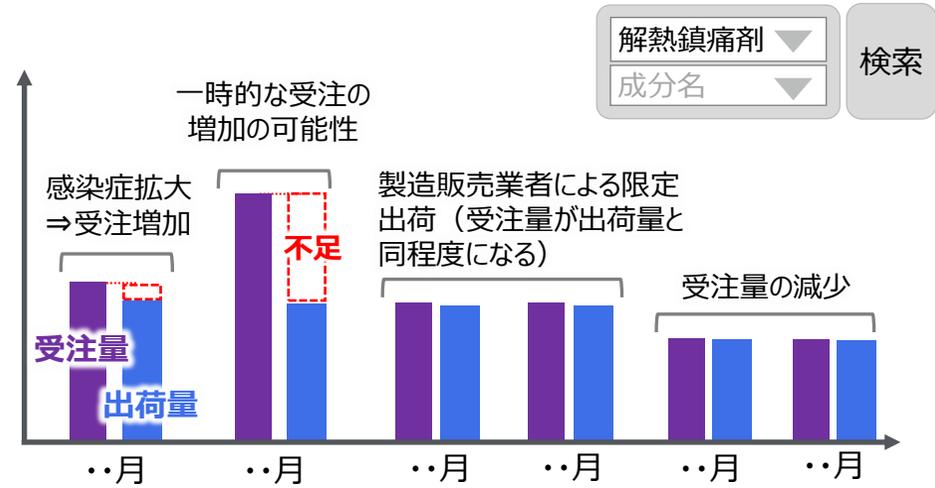


製造販売業者全体の「受注量」と「出荷量」を比較することで、需要への充足状況を可視化

製造販売業者の受注量・出荷量

利用情報：製販の受注量、出荷量

※下記グラフは、感染症が流行した場合のイメージ。



市場全体の供給量の適正化・見える化につながる可能性（限定出荷解除等の企業判断にも資する可能性）。

一方で、実用化に向けては、様々な課題の検討が必要（例：出荷量等を表示する際の品目の集計方法、システム構築の実現可能性）であり、費用対効果も踏まえつつ、今後、具体的な検証を進めることとしてはどうか。

(参考) データを活用した安定確保医薬品・感染症対応医薬品のモニタリング例②

～薬局等への出荷量と電子処方箋管理サービスの調剂量等を活用した需給ヒートマップ～

課題

- 供給側の問題等に端を発する供給減や感染症等の流行期における需要増による供給不安と比べて、潜在的要因による供給不安の兆候を事前に察知するための情報が少なく難しい。

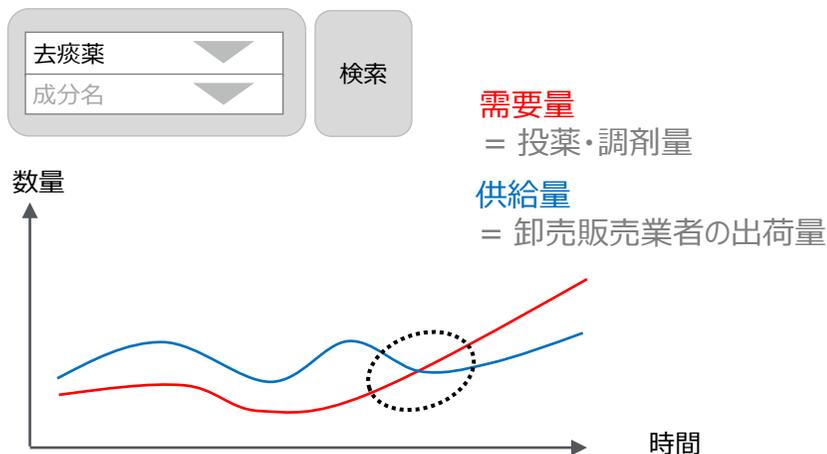
対応策

- 平時から電子処方箋管理サービスの調剂量と医薬品の出荷量を比較し、それぞれの需給状況の推移や地域ごとの需給状況を把握する。把握した情報の推移等の変化を捉えることで事前に供給不安の兆候を察知することとしてはどうか。

卸売販売業者の「出荷量」と「投薬・調剂量」の差分により市場全体として需要を充足できているのかを可視化。

需要と供給の時系列グラフ

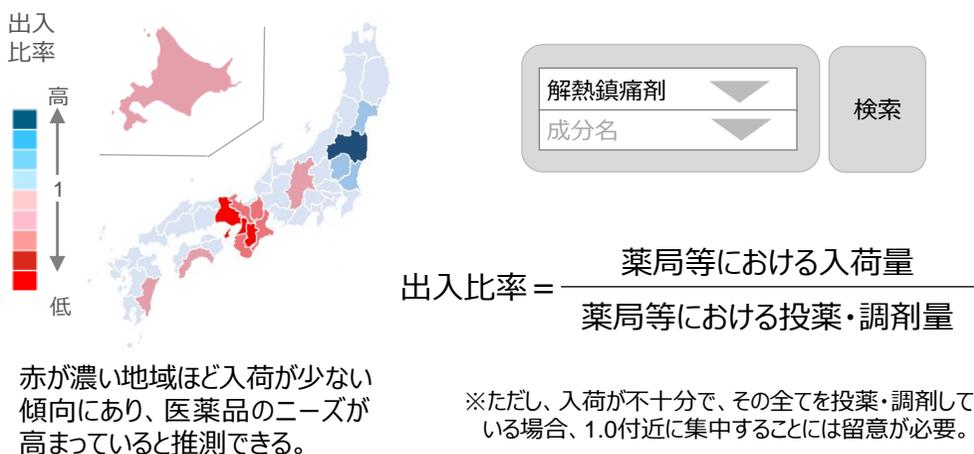
利用情報：卸の出荷量、薬局等の投薬・調剂量



各地域の「入荷量」と「投薬・調剂量」の比率を地図上にプロットし、医薬品の需給状況を可視化。

薬局等への入荷量と投薬・調剂量比率ヒートマップ

利用情報：卸の出荷量、薬局等の投薬・調剂量



地域ごとの医薬品（成分）の供給不足の兆候の迅速な把握、対応につなげられる可能性。

一方で、実用化に向けては、様々な課題の検討が必要（例：出入比率を検証する期間の設定等、システム構築の実現可能性）であり、費用対効果も踏まえつつ、今後、具体的な検証を進めることとしてはどうか。

※上記のような分析を行う場合、電子処方箋未導入の機関等の影響を考慮して分析する必要がある。

※電子処方箋のデータの活用により、どの程度流通量と照らし合わせた分析ができるか等について、検証が必要。39

【参考】令和6年度診療報酬改定 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

救急時医療情報閲覧機能の導入の要件化

- 救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

現行

【急性期充実体制加算】

[施設基準]

第1の2 急性期充実体制加算

1 急性期充実体制加算に関する施設基準

(1) ~ (4) (略)

(5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア・イ (略)

(新設)



改定後

【急性期充実体制加算】

[施設基準]

第1の2 急性期充実体制加算

1 通則

(1) ・ (2) (略)

(3) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア・イ (略)

ウ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。

[経過措置]

1の(3)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする

<参考> 令和7年4月時点の導入見込み

想定利用施設は三次救急医療機関を中心とした「救急搬送の受入施設」から普及を進めていく

(救急時医療情報閲覧の利用可能施設の定義は電子カルテ導入済みの「病院」、診療所等では利用不可)

前提	<ul style="list-style-type: none">2024年度診療報酬改定にて、救急時医療情報閲覧機能を有していることが要件に追加された施設基準※の経過措置が令和7年3月31日に終了することを踏まえ、当該施設基準を1つでも算定している医療機関は、令和7年4月時点で救急時医療情報閲覧機能を導入していると仮定した。また、当該施設基準を算定している医療機関は三次および二次救急医療機関に限定されるため、三次および二次救急医療機関のうち、当該施設基準を算定している医療機関数を算出し、上記の仮定に基づき、導入予想数を見積もった。 ※ 総合入院体制加算1～3・急性期充実体制加算・救命救急入院料算定1～4
4月時点 導入予想数	<p>三次救急医療機関：296施設/313施設 (94.6%) (二次救急医療機関：237施設/3,327施設 (7.1%))</p>
使用データ	<p>【三次救急医療機関数】</p> <ul style="list-style-type: none">[厚生労働省HP] 救命救急センター設置状況一覧 (令和5年10月1日版) <p>【二次救急医療機関数】</p> <ul style="list-style-type: none">[厚生労働省HP] 救急医療提供体制現状調べ 第三次・第二次救急医療機関 (救命救急センターを除く) (調査票A2) (令和4年4月1日版)[厚生労働省HP] 救急医療提供体制現状調べ 救命救急センター (調査票A3) (令和4年4月1日版) <p>※ 上記調査票から三次救急医療機関を除いた数を算出</p> <p>【施設基準の算定施設数】</p> <ul style="list-style-type: none">[地方厚生局HP] 届出受理医療機関名簿 (医科) (令和6年1月1日版) <p>※ 上記名簿から総合入院体制加算1～3、急性期充実体制加算、救命救急入院料1～4のうち一つでも算定している施設数を算出</p>