

第5回 データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会

平成28年11月16日(水)

14:00~16:00

TKP赤坂駅カンファレンスセンター(14A)

(議題)

1. 審査・支払効率化ワーキンググループの議論について
2. ビッグデータ活用ワーキンググループの議論について
3. データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会における今後の検討について

(配付資料)

資料1 審査・支払効率化ワーキンググループでの主な御意見

別紙「審査・支払効率化ワーキンググループにおいて調査検討された内容について」

資料2 ビッグデータ活用ワーキンググループでの主な御意見

資料3 データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会の今後の検討(論点)について(案)

参考資料 今後の検討会のスケジュール(案)

林構成員提出資料 「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」に関する意見(平成28年11月15日規制改革推進会議)

審査・支払効率化ワーキンググループでの主な御意見

1. 審査・支払効率化に関する基本的事項

(1) 改革の方向性

- 審査支払機関の業務改革及びシステム改革においては、データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会や審査・支払効率化ワーキンググループでの議論及び規制改革会議からの指摘から、当該ワーキンググループにおいては下記の3点にフォーカスして改革の方向性を提示する事が求められていると考えられる。
 - A コストパフォーマンスが高く最適なアーキテクチャ(設計思想)による業務・システムの実現(抜本的な業務改革、業務改革に基づくシステム全体のアーキテクチャのゼロベースからの検討、ベンダーコントロールによるコスト適正化、業務の重要性を踏まえたセキュリティ)
 - B 審査プロセスの見直し・効率化(審査プロセスにおける課題の抽出、業務の効率化、コンピュータ適用範囲の拡大)
 - C 審査業務における情報支援(コンピュータルール・チェック状況の見える化、過去の審査情報等の活用)
- 日本の医療保険制度では、被保険者の被用者保険と国民健康保険の間の移動があることを踏まえ、審査支払機関の審査業務の効率化・審査基準の統一化を検討するに当たっては、社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)と国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)による改革の検討を一体的に進める必要がある。
- その際、支払基金については、システム刷新の時期が差し迫っていることや規制改革会議において明示的に指摘を受けていること等を踏まえ、審査業務の効率化・審査基準の統一化については、まずは支払基金による改革の取組みを加速させるべきである。一方、国保連による改革についても、支払基金による改革の検討も踏まえながら、支払基金との審査基準の統一化も含め、引き続き継続的に検討し取り組んでいくべきである。
- なお、新たに構築設計されるシステムは、保険者機能の強化、医療機関の負荷軽減、審査の事務職員・審査委員の負荷軽減、審査基準の統一化(差異の最小化)など、業務改革を踏まえ、PDCA の回る医療情報分析が

可能なスケーラブル(拡張可能)なデータベースを有するシステムとなるべきである。このため ICT の専門家によるタスクフォースを設置するなど、既存システムに囚われることなく、ゼロベースでシステム全体のアーキテクチャを検討することが求められる。

(2) コストパフォーマンスが高く最適なアーキテクチャによる業務・システムの実現

- “コストパフォーマンスが高く最適なアーキテクチャによる業務・システムの実現”には、業務改革に基づく、業務運営体制の抜本の見直しが求められる。
- これまでのシステム設計構築は、発注側のガバナンスが著しく不足しており、業務遂行に資するアーキテクチャではない利便性を欠くシステムに対して、非常に高額な費用が費やされてきたと考えられる。
- 業務の重要性にかんがみれば、情報セキュリティへの対応が不足しており、この点についても抜本的な見直しが必要である。
- 状況を抜本的に改革し、これら業務効率化やシステムの設計構築、セキュリティについて主体的に取り組むために、支払基金内に専任の CIO (Chief Information Officer)、並びにその CIO を支援するチームとして ICT の専門家によるタスクフォースを設置するなどの持続的な体制を確立することが求められる。
- この体制により、審査支払機関間・地域間のコンピュータチェック条件設定のばらつきを、原則、統一するとともに、業務プロセスの見直しに基づき、医療機関等によるチェックなどの後述する複数の取組みを推進し、審査におけるコンピュータチェックの寄与度を向上させることで、審査業務の徹底的な効率化を図るべきである。
- なお、システム全体のアーキテクチャは、これらの検討・取組みを踏まえ、既存システムに囚われず、ゼロベースで検討すべきである。

(支払基金について)

- 支払基金が自身の改革を目指した「将来のあるべき姿から導かれる新システム要件(平成 25-27 年)」(以下「システム刷新計画」という)はシステムハードウェア変更等が主体となったもので、業務改革に関する検討が不足

していると考えられる。

- そこで、有識者検討会及び本ワーキンググループにおける議論を踏まえ、現在の「システム刷新計画」を止め、全面的に見直しを行うことが必要である。
- 支払基金内での「システム刷新計画」に係る検討結果は、サーバーの統合、データベース統合、アプリケーション基盤の統合、シームレスな連携、セキュリティの向上であるが、まずあるべき業務の姿を描き、新業務に基づく新システムの構築が不可欠である。
- 支払基金が実施した「システム刷新計画」は、業務改革及びシステム化の計画段階にあたり、外部契約を行う場合に準委任契約の形を取ることが一般的であり、成果物の品質責任は支払基金にある。成果物の品質を踏まえると、支払基金は、業務改革及びシステム化の計画の品質責任者としての役割を十分に果たしていない。
- この点を踏まえ、支払基金においては、業務改革に基づく、業務運営体制の抜本の見直しを図るとともに、前述したような、専任の CIO と ICT の専門家によるタスクフォースの設置や、業務効率化やシステム等の専門家の配置などを推進し、業務改革やシステム刷新計画の立案・遂行、ベンダーマネージメント、セキュリティ等における推進体制の見直しを実施していくことが望ましい。
- このような体制拡充に伴い、支払基金の事務局は、レセプトの審査業務から、審査される側と審査を行う側の意見のとりまとめや、審査・支払業務全体の改革を推進する立場へと役割を進化していくべきである。
- 支払基金のシステム刷新について説明を受けた上で同意をする立場である保険者についても、IT リテラシー、発注能力等について向上させる必要がある。
- 審査基準の統一化については、まず規制改革会議において明示的に指摘を受けている支払基金から取組みを加速させるべきである。

(3) 審査プロセスの見直し・効率化及び審査業務における情報支援

- 審査プロセスの見直し・効率化は、手続の簡素化にあたり、医療機関等や保険者の負担が減少することを念頭に、審査プロセスを構築していくべ

きである。

- 診療報酬の点数表(告示、通知)の曖昧な解釈を明確化すべきである。
- 審査におけるコンピュータチェックのルールについては、医療機関等並びに審査支払機関の効率化に資するものについては、原則として公開すべきである。

(医療機関等に関する点)

- 審査支払機関で行っているコンピュータチェックについては、レセプトの返戻数の減少や審査支払機関の職員が行っている審査共助事務の軽減化が期待されることから、医療機関等による事前チェックが行えるようにそのルールを原則として公開すべきである。
- 再審査の申し出や返戻再請求は、紙媒体でやりとりされることがほとんどであり、業務効率化の妨げとなっていることから、原則電子化を行うべきである。
- レセプト形式について、なるべく目視による審査を不要とするため、コンピュータチェックで判定可能な形式に見直しを行うべきである。

(審査支払システムの見直しに関する点)

- コストパフォーマンスが高く最適なアーキテクチャによる業務・システムを実現すべきである。(再掲)
- 審査支払機関におけるコンピュータチェックの寄与度を高めていくべきである。(再掲)

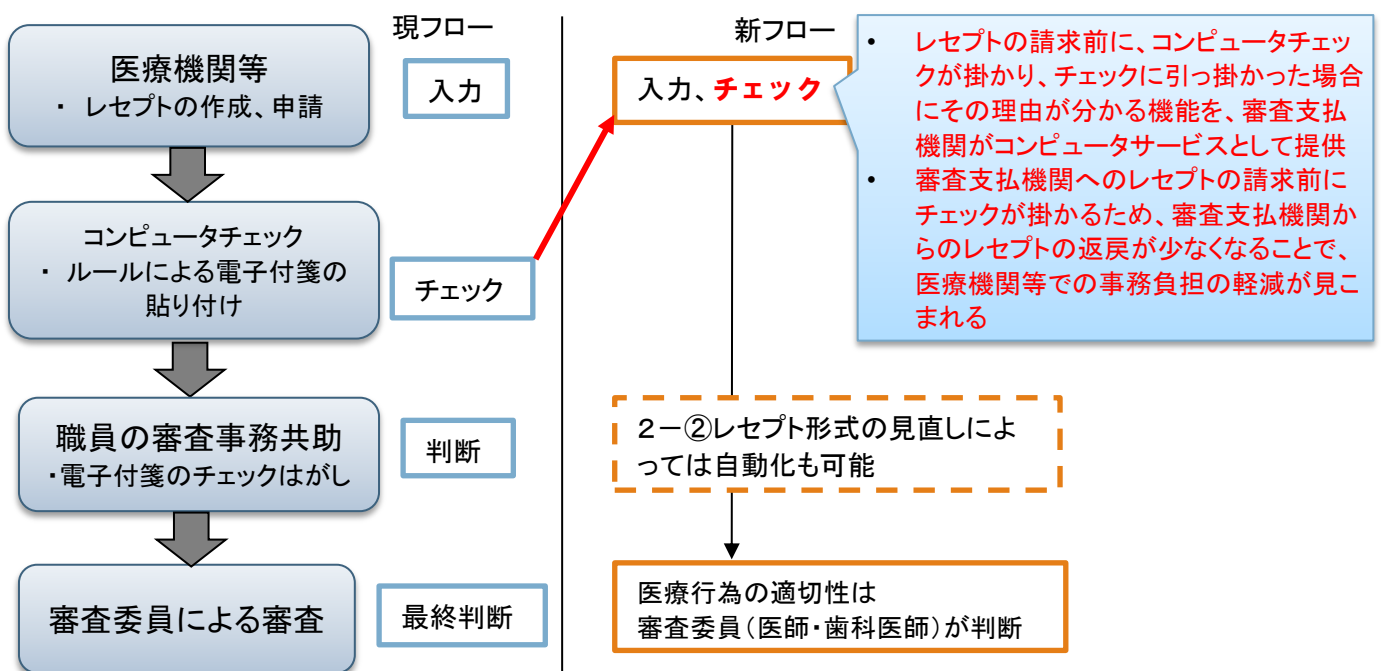
(コンピュータチェックのルールに関する点)

- “各審査支払機関における地域間差異や支払基金と国保連における差異を含めたコンピュータチェックや付箋の貼付及び剥がしの状況等”の審査プロセスにおける見える化がエビデンスベースの業務改革の基盤となることを踏まえ、審査プロセスの継続的な見える化と継続的な改善(審査基準の統一化)を図るための仕組みが必要である。

2. 具体的な改善方策について

① コンピュータチェックを医療機関等において行う仕組み

- 審査支払機関から医療機関等にレセプトが返戻・査定される際、不適切とする理由が十分に示されていないため、医療機関等で、大量の情報提供とチェックが必要になる場合があることを踏まえ、システム対応により、返戻・査定理由の明確化を行うべきである。
- 審査支払機関からのレセプトの返戻をできる限り少なくするため、現在、審査支払機関が行っているオンライン請求システムにおける ASP チェック及びレセプト電算処理システムにおける受付事務点検のコンピュータチェックの内容について、レセプトの請求前に医療機関等での事前のコンピュータチェックを可能とし、チェックでエラーが判明した場合には、これを訂正した上でレセプトの請求を行えるようにすべきである。
- 上記のような医療機関等における事前のコンピュータチェックルールをベンダーがそれぞれ独自に構築するのではなく、審査支払機関が一元的に構築して医療機関等がレセプトの請求前に活用できるようにすべきである。このことにより、各医療機関等でのシステムの構築・保守コストの効率化およびチェック内容の一元化と、各医療機関等及び審査支払機関におけるレセプト返戻などに伴う事務負担の軽減等が図られる。



② コンピュータチェックに適したレセプト形式の見直し

- 電子レセプトのコンピュータチェックで該当となった診療行為のうち、詳細記述項目内容のテキスト解析等に基づき、頻繁に記述される項目については、電子的情報送付のオプションとして、例えば、医療行為等を行った理由や対象部位等を電子レセプト上項目として記載し、医療機関等がそれらを選択して送付可能とすべきである（レセプトの項目の変更でも、義務でも無い）。
- 選択項目を選ぶことを可能とする仕組みとすることで、医療機関等においては処理時間の短縮や手戻りの減少による利便性向上、審査支払機関においては、コンピュータ処理範囲の拡大による効率性向上が期待される。
- なお、全ての項目を選択式にすることは困難であることから、上記の詳細記述を要する項目に加え、項目化が容易な診療項目、請求件数、付箋の多い請求項目から選択式にすることが考えられる。
- 上記の点を進めつつ、抜本的にはコンピュータチェックに適したレセプト形式の見直しを要望していくべきである。

③ コンピュータチェックルールや付箋貼付状況の差異に係る継続的な見える化等

- 支払基金と国保連間及び支部間・都道府県間のコンピュータチェックルールや付箋貼付状況の差異については一部判明しているが、時間的制約もあり、全体像は未だ判明していないことから、引き続き、より多面的な把握・分析による見える化について、不合理な差異の解消に向けて計画的に取り組むことが必要である。
- 国保連については、各都道府県の独自の外付けシステムも含めたシステム全体のコンピュータチェックルール等の処理状況を継続して把握、分析し、各都道府県間で可能な範囲での整合性を図る必要がある。
- コンピュータチェックのルールやチェック結果等の差異に係る把握・分析や統一化等（以下を参照）については、厚生労働省・医師会等・支払基金・国保連に加え、関連政府機関、ICT 関連の有識者等が集まって、具体的に点数表の解釈や地域の差異を明確化していくなど、PDCAを回して継続的に検討していく場を設けていくべきである。

・上記の検討の場における議論の対象(例)

- コンピュータチェックルールの統一化、コンピュータチェック範囲の設定
- 点数表の解釈の明確化、地域の差異の確認と明確化

※ 実際の医療等の現場においては、検討された内容に合わないものが出てくることは想定されるので、その都度組上に載せて検討すべきである。

※ 2年に1度の診療報酬改定のタイミングに限らず、BPR(業務の流れや組織などを分析して最適化)の観点から、月1回程度の頻度のPDCAを行うべきである。

- 当該検討の場において明確化された、点数表の解釈、地域の差異については、医療機関等及び保険者に共有すべきである。
- 新しく出てきた医療技術等についても、当該検討の場において評価して標準化を順次行っていく必要がある。(新しく出てきた医療技術等は、これまでになかった内容のレセプトが提出される、もしくは標準偏差外のレセプトが多く提出される等で判別が可能と考えられる)

④ コンピュータチェックの統一化に向けて、効果的な検討を推進するためのシステム環境等の整備

- 上記の多面的な把握・分析による見える化は、今後刷新されるシステムに標準機能として搭載させ、さまざまなレポートが自動的になされる環境(分析プラットフォームや分析を行う人材)の整備が必要である。
- 上記の検討の場では、これら分析によるエビデンスに基づいて検討を行うことが必要(※)である。

※ 具体的な把握・分析内容については、別途検討する必要がある。

- このような具体的なエビデンスは、コンピュータチェックの統一化に向けた、検討を行うための重要なファクトとなる。
- なお、審査委員会における審査においても、過去の審査状況等を参照できる仕組みを作成し、審査委員に利用して頂くことで、審査に役立てることが考えられる。

⑤ 審査プロセス全体のオンライン化

- 再審査の申し出や返戻再請求は、紙媒体でやりとりされることがほとんどであり、更に、医療機関からの再審査請求時に大量の紙情報が付加されることが、審査業務の効率化を著しく阻害していると指摘されている。紙媒体でやりとりされる理由は、医療機関等からの再審査の申し出については、医療機関等が査定になった理由の詳細が分からず、再審査をクリアするために医療機関等から多くの情報を添付して提出することや、審査支払機関から医療機関等への返戻や保険者からの再審査請求による返戻については、厚生労働省の通知により、出力紙レセプト及びオンラインで返戻する取扱いとなっていることに起因していると考えられる。
- 上記②の『コンピュータチェックに適したレセプト形式の見直し』を進めつつ、抜本的にはコンピュータチェックに適したレセプト形式の見直しを要望していくべきである。(再掲)
- 上記①の『コンピュータチェックを医療機関等において行う仕組み』や上記②の『コンピュータチェックに適したレセプト形式の見直し』を活用する等、システムにおける対応によって、返戻・査定理由の明確化を行い、返戻再請求及び紙ベースによる再審査を減らしていくべきである。
- 引き続き、医療の現場を尊重したうえで、審査プロセス全体を見直して、返戻再請求及び再審査の申し出のコンピュータ化を含め、審査業務のさらなるコンピュータ化、オンライン化を、CIO や ICT 専門家によるタスクフォース等が中心となり、主体的に推進することを求めていくべきである。

データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会

審査・支払効率化ワーキンググループにおいて 調査検討された内容について

平成28年11月16日(水)

審査・支払効率化WG において調査検討された内容について

■ 審査・支払効率化WGにおいて「調査検討された内容」及び「現時点では情報未入手・未検討の内容」は以下の通り。

A) システム構築、運用の状況

B) 審査業務の効率化

1. 審査業務の説明

2. 審査業務の効率化

I 両機関の処理状況のデータを分析した結果

II 支払基金付せん解除率が9割

III コンピュータチェックの提案

IV レセプト様式の提案

C) 審査に関する差異の見える化

1. 審査機関の差異

I コンピュータチェックの作成方法の差異

II コンピュータチェックルールの地方での適応方法の差異

III 両機関のコンピュータチェック比較

IV 東京都の両機関で対応しているコンピュータチェックの差異

V コンピュータチェックの設定の差異

VI 両機関の付せん数の差異

VII 両機関の処理状況の差異

2. 地域間、支部間の差異

※ 調査期間と作業工数に制限があった為、全体として内容を確認する上で以下の点に留意すること

1. 支払基金、国保中央会それぞれのシステムにおいて集計結果が異なる
2. 国保の県毎の外付けシステムについては未調査である為、一部データが不足している

A) システム構築、運用の状況

■調査検討された内容

- 現状の基金のシステム計画は高額であり、ベンダーコントロールが不十分である。
 - ・平成33年1月 機器更新時のシステム効率化の内容として、機器更新費用として概算で234.1億円（内訳：クライアントPC、サーバ等 機器更新費用177億円 システム刷新(効率化)費用57.1億円)の計上であった。
- 基金の時期システム計画に記載されたシステム構築見積りが高額である事を理由に、根本的な業務改善及びそのシステム改修を断念している。
 - ・平成25年に基金がプロジェクトチームを立ち上げ目指す姿として6項目の要件をまとめ見積りしたが、あまりに高額な費用がかかることから、費用対効果(経費削減効果)を踏まえ、2項目(データベースの共通化の一部、及び委託運用の変更)のみ平成33年1月予定の機器更新に合わせて実施する予定となった。
- 基金、国保とも情報漏洩に対する体制及び運営を高めていく必要がある。

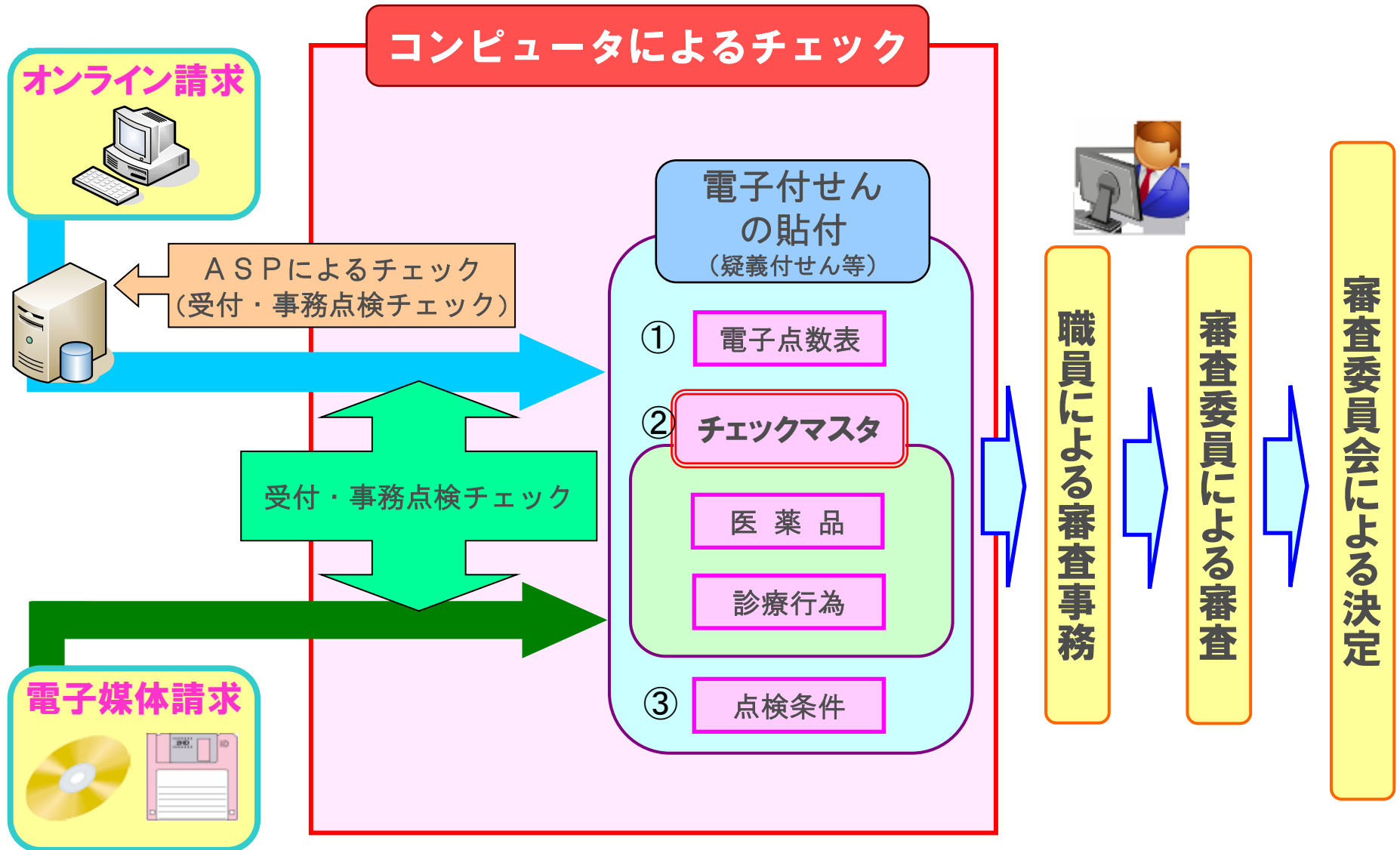
■情報未入手・未検討の内容

- 基金のシステム構築において、保険者を含めたシステム開発の承認プロセスについて明らかにされていない。

B) 審査業務の効率化

B) 1. 審査業務の説明

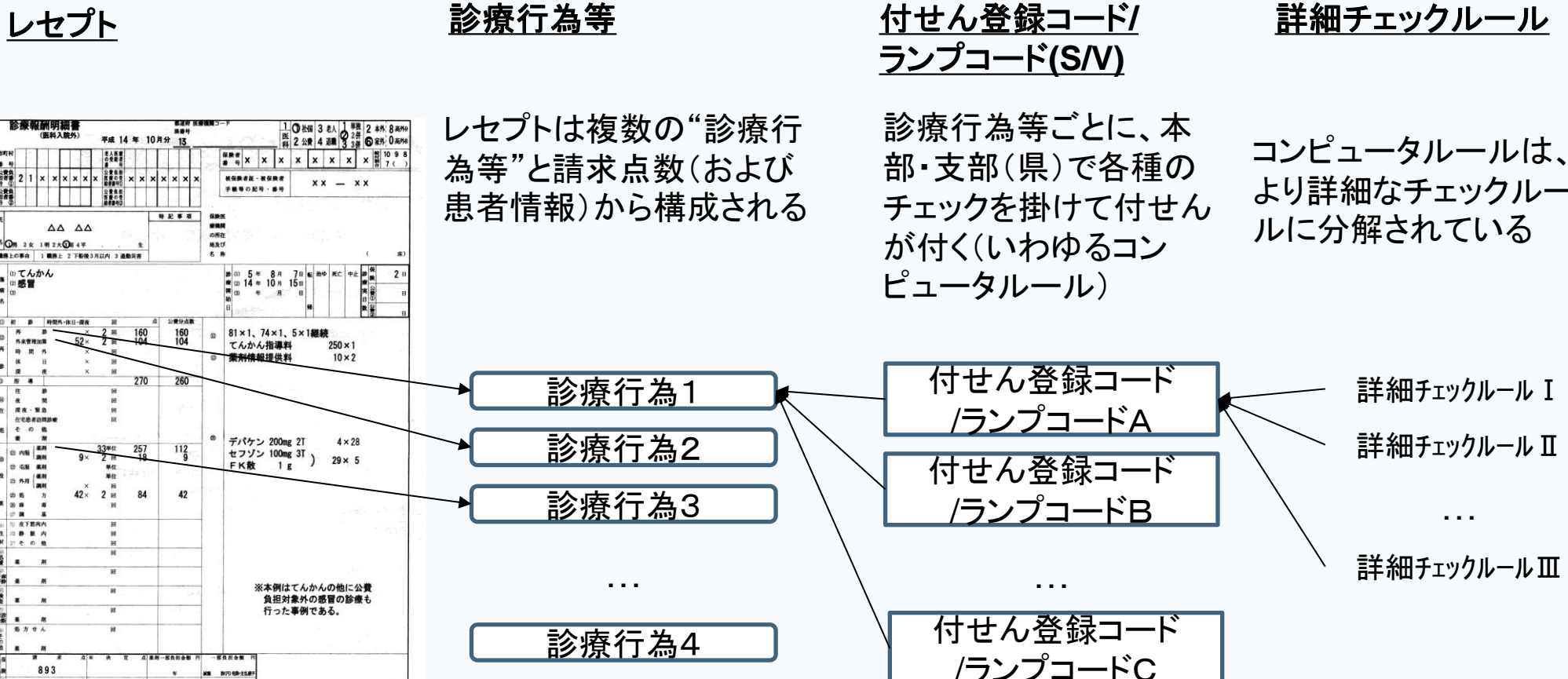
支払基金における電子レセプトによる審査の流れ



B) 1. 審査業務の説明

■ レセプトは、診療行為、医薬品及び特定器材に分解してコンピュータチェックされている。レセプト、診療行為等、付せん登録コード/ランプコード、詳細チェックルールの関係は以下の通り。

レセプトチェックのおおまかなイメージ



レセプト

診療行為等

付せん登録コード/ ランプコード(S/N)

詳細チェックルール

レセプトは複数の“診療行為等”と請求点数(および患者情報)から構成される

診療行為等ごとに、本部・支部(県)で各種のチェックを掛けて付せんが付く(いわゆるコンピュータルール)

コンピュータルールは、より詳細なチェックルールに分解されている

診療科目	診療種別	診療内容	診療回数	診療日	診療時間	診療場所	診療担当者	診療記録
内科	初診	てんかん	1回	14年10月15日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇
内科	再診	処方箋	2回	14年10月16日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇
内科	再診	処方箋	4回	14年10月17日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇
内科	再診	処方箋	2回	14年10月18日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇
内科	再診	処方箋	2回	14年10月19日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇

診療項目	診療回数	診療日	診療時間	診療場所	診療担当者	診療記録
81×1, 74×1, 5×1 継続	1回	14年10月15日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇
てんかん指導料	250×1	14年10月15日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇
薬剤情報提供料	10×2	14年10月15日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇
デバケン 200mg 2T	4×28	14年10月15日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇
セゾン 100mg 3T	29×5	14年10月15日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇
FVC 1g	1×5	14年10月15日	10:00-11:00	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇

- 診療行為1
- 診療行為2
- 診療行為3
- ...
- 診療行為4

- 付せん登録コード / ランプコード A
- 付せん登録コード / ランプコード B
- ...
- 付せん登録コード / ランプコード C

- 詳細チェックルール I
- 詳細チェックルール II
- ...
- 詳細チェックルール III

※本例はてんかんの他に公費負担対象外の感冒の診療も行った事例である。

B) 1. 審査業務の説明

コンピュータチェックに関する処理状況の調査

○ 以下のフォーマットに基づき、支払基金(支部含む)及び国保連(国保中央会設定分)の2016年7月審査分の単月分処理データを収集分析した。

請求品目番号	請求品目	設定ルール数	請求件数	付せん枚数	査定枚数
品目毎の内部 コード番号 (基金国保共通)	保険請求品目 (処置・投薬・検 査等)	コンピュータ ルール数	当該品目の請 求件数	付せん貼付数	査定数

B) 2. 審査業務の効率化

■調査検討された内容

- I 両機関の処理状況のデータを分析した結果、相違点がある。

B) 2. 審査業務の効率化

I コンピュータチェックに関する処理状況データの相違点

支払基金、及び国保連の単月の処理状況データを分析した結果、データ内容には、主に以下のような相違点がある。詳細な比較分析を行うためには、両機関のデータの平仄等を合わせる必要があるため、現時点において詳細な相違点の検証には至っていない。

提出データの相違点	支払基金	国保連合会
◇提出データの範囲 都道府県独自のコンピュータ チェックデータの相違	○本部設定分は全支部共通の設定であり全 支部共通で使用 ○個別支部で使用する支部独自のコンピュ ータチェック(点検条件設定)データを含んで いる	○国保中央会設定分は各国保連合会で選択し て使用 ○国保連合会独自で使用する審査事務共助シ ステムでのコンピュータチェックデータを含んで いない
◇設定ルール 事由コード(エラーメッセージ)の 設定の違いによる相違	○一つの請求コードに、より詳細(細か)な条 件設定しているものについては、それを一つ として設定している	○請求コードの組み合わせ単位に事由コードを 設定としている
◇付せん枚数 付せん貼付件数の集計方法の 違いによる相違	○付せん貼付件数をレセプト単位で集計	○付せん貼付件数を貼付された診療行為単位 で各々集計
◇査定枚数 査定件数の集計方法の違いに よる相違	○査定された付せん箇所を査定件数として集 計(※最終的に査定された付せん箇所を集 計)	○査定の契機となった付せん貼付された診療 行為単位で査定件数を各々集計(※契機となっ た付せん貼付箇所はすべて集計)

B) 2. 審査業務の効率化

■調査検討された内容

(審査プロセスから)

- II 支払基金における全国の付せんの処理状況を確認したところ、全国的に職員が付せんを解除しているものが全体の9割程度である事がわかった。

次ページのグラフ凡例の説明

① 査定

- ・医療機関から請求があった診療報酬明細書に対する審査を行った結果、査定となったもの

② 審査委員正当扱い数

- ・コンピュータチェックで付せんが貼付されたもののうち、審査委員が査定を要しないと判断した数

③ 職員正当扱い数

- ・コンピュータチェックで付せんが貼付されたもののうち、審査委員の審査前に職員段階で付せんを剥がすことと整理した数

④ 審査委員付せん解除率

- ・審査委員がコンピュータチェックの付せんに対する審査をしたもののうち、審査委員が査定を要しないと判断した率

(②／①+②)

⑤ 職員付せん解除率

- ・コンピュータチェックで付せんが貼付されたものに対して、審査委員の審査前に職員段階で付せんを解除した率

(③／付せん数)

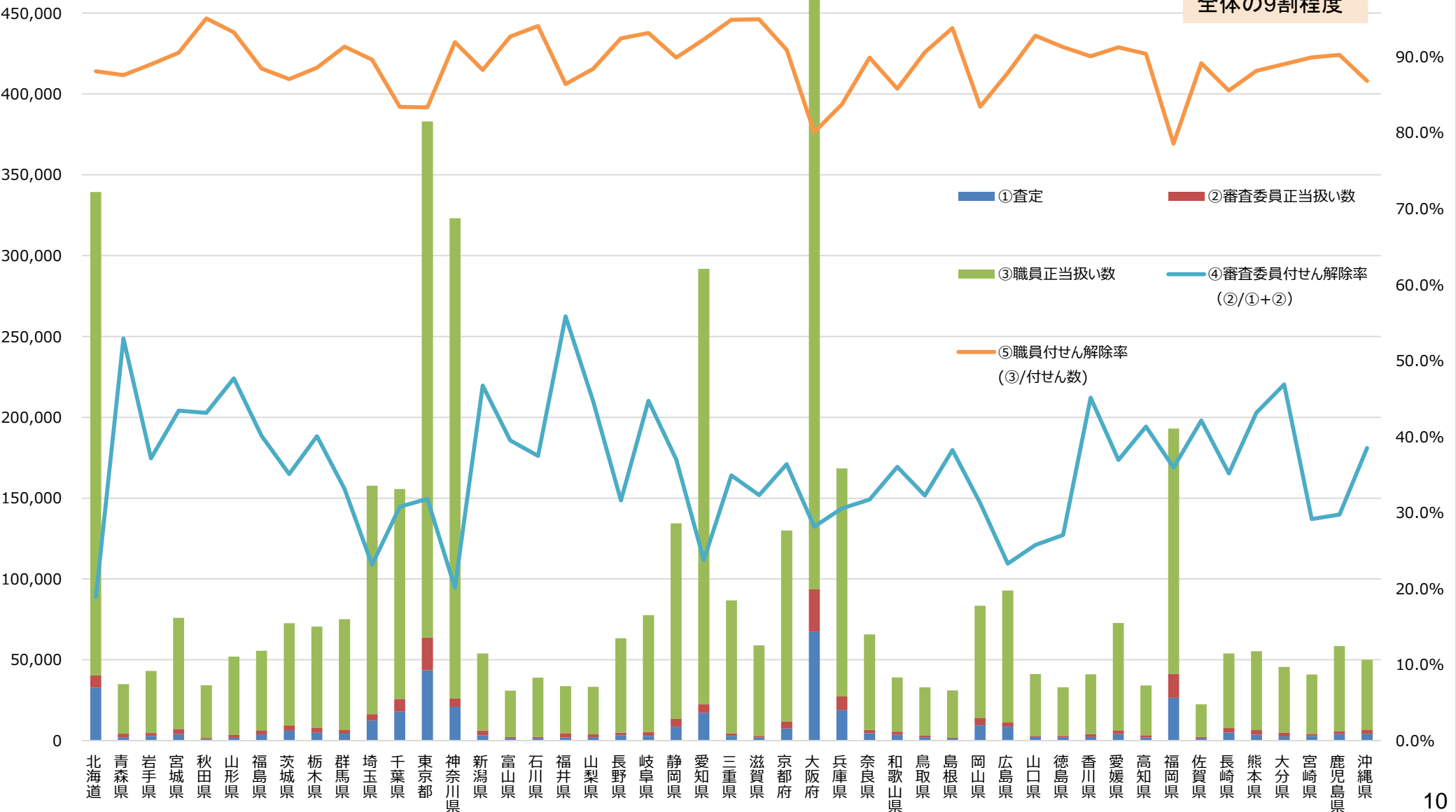
B) 2. 審査業務の効率化

Ⅱ 支払基金における付せんの処理状況

基金

都道府県別付せん解除率（折れ線グラフ）及び付せん数（棒グラフ）

付せん解除率は全体の9割程度



B) 2. 審査業務の効率化

■調査検討された内容

(医療機関側から)

- Ⅲ 現行の審査においては、不適切なレセプトであっても、医療機関から審査支払機関に送付され、コンピュータチェック、審査委員による審査を経て、査定又は医療機関に返戻されており、大量の情報提供とチェックを要して非効率であることから、レセプトの請求前の医療機関における事前のコンピュータチェックを行うことが提案された。
- Ⅳ レセプト様式の見直しについては、基金からは、文字情報のコード化、定型文としてのコード化等、国保中央会からは画像撮影の部位等・病名のコード入力義務化や症状詳記のコード化、健保連からは、氏名表記の統一、摘要欄のコード化、患者の郵便番号の記載といったことがそれぞれ提案された。

B) 2. 審査業務の効率化

■情報未入手・未検討の内容

(情報未入手の内容)

- 大量の付せんの中で、職員が剥がす具体的な作業量の情報は入手していない。

(未検討の内容)

- 審査業務の効率化を測るKPI(重要業績評価指標)については検討されておらず、PDCAをどのような体制で行うべきかについて検討が必要。
- 審査委員が提供されて参考になる過去の審査情報や他審査委員会の情報とはどのようなものか検討が必要。
- コンピュータ適応範囲を拡大した後の、支払基金のあり方についてはどのような形がよいか検討が必要。

C) 審査に関する差異の見える化

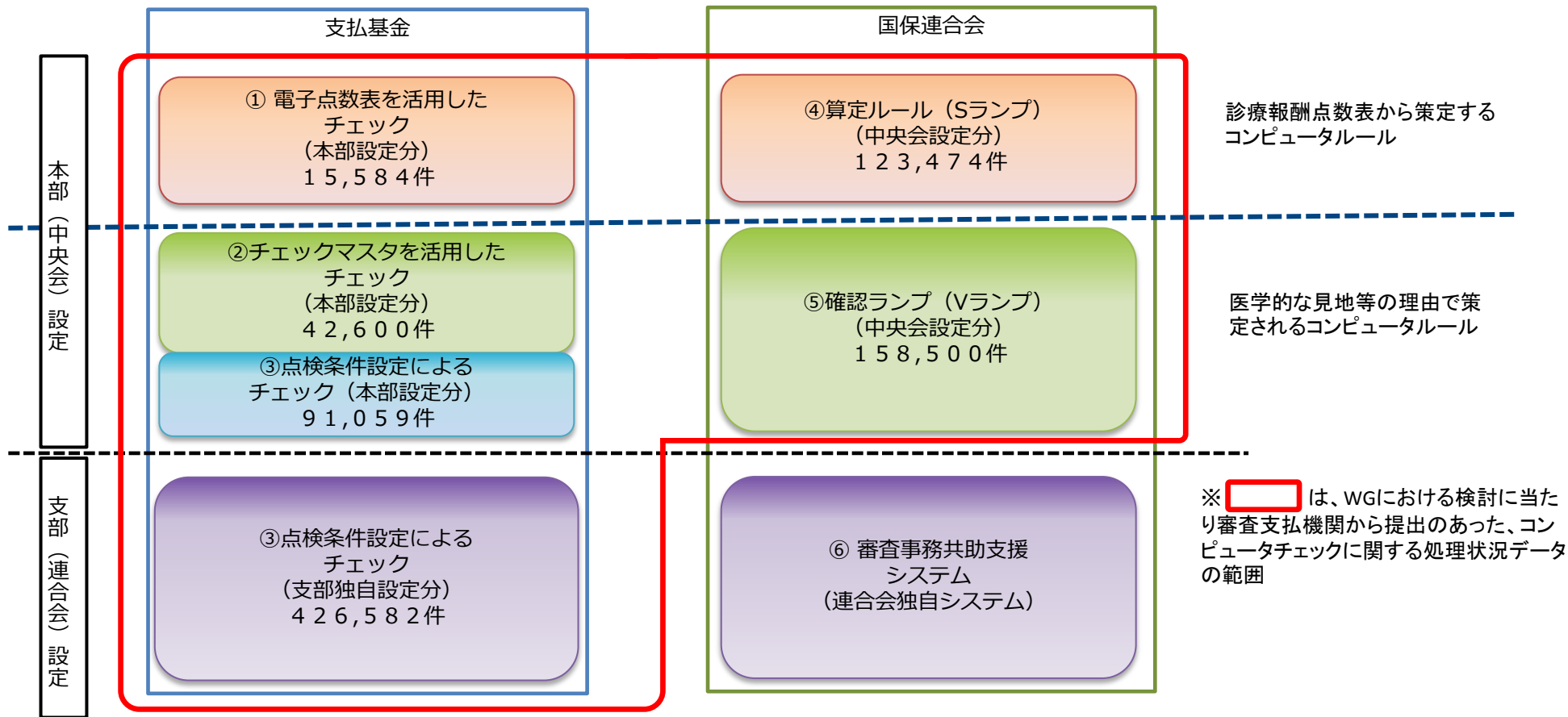
C) 1. 審査機関の差異

■調査検討された内容

- I 両審査機関において、それぞれのコンピュータチェックルールは作成方法が異なる。
 - ・ 支払基金において、コンピュータチェックルールは本部で作成したものは支部が全件適応し、支部毎に必要なルールは支部が独自に作成している。
 - ・ 国保連においては、国保中央会で作成したコンピュータチェックルール(Sランプ・Vランプ)について、各県毎に選択して利用している。また上記のルールその他、各県毎で独自に開発する外付けシステムでのコンピュータチェックのルールが存在する。

C) 1. 審査機関の差異

I 支払基金と国保連合会のコンピュータチェックの関係



- 国保連合会の⑥審査事務共助支援システム(独自システム)は、支払基金の本部が一元的に管理している支部設定とは異なり、47都道府県ごとに市町村等が共同で設立した国保連合会が独自に設定管理しているために、今回の作業に当たっては、その内容の確認・把握に相当時間を要すると思われたことから、今回WGで集計するデータからは除いた。
- 今回の審査支払機関に係る設定ルールの違いの比較に当たっては、請求項目ごとの事由コード数を機械的にカウントしたものをルール数として使用しているため、これまで審査支払機関において取り扱ってきたルール数とはカウント方法が異なる。

C) 1. 審査機関の差異

Ⅱ 支払基金と国保連合会のコンピュータチェック設定の概要

コンピュータチェックの種類		コンピュータチェックの概要		使用対象	公開・非公開	
共通	受付・事務点検チェック	<ul style="list-style-type: none"> 患者氏名、コードの記録誤り等の記載事項等をチェック 診療行為、医薬品等の請求点数をチェック 施設基準のチェック 		全国共通	公開	
支払基金	①	電子点数表を活用したチェック	他の診療行為に包括される診療行為や他の診療行為と併算定ができない診療行為等の点数表上の算定ルールをチェック	全国共通	公開	
	②	チェックマスタを活用したチェック	傷病名と医薬品や診療行為の適応、医薬品の用量に関する適否等をチェック	全国共通	非公開	
	③	点検条件の設定によるチェック	本部設定	チェックマスタ等他のコンピュータチェックでは仕組み上対応できていない組み合わせ項目等をチェック	全国共通	非公開
			支部設定	医療機関の請求傾向に着目した設定等の支部独自による設定	各支部独自設定	非公開
国保連合会	④	算定ルール(Sランプ)	同日算定不可等の点数表上(告示・通知)算定できない項目をチェック	全国共通 (項目選択制)	非公開	
	⑤	確認ランプ(Vランプ)	これまでの審査結果を基にした、傷病名と医薬品及び診療行為等の適応や手術時の使用材料・検査の回数・注射薬の投与日数等の医療的内容について、審査委員に確認すべき項目をチェック	全国共通 (項目選択制)	非公開	
	⑥	審査事務共助支援システム(独自システム)	主に医療機関の傾向審査に係る項目をチェック・事務点検エラー等に対し、更に詳細かつ精度の高いチェックの設定等	各連合会独自設定	非公開	

※ は、WGにおける検討に当たり審査支払機関から提出のあった、コンピュータチェックに関する処理状況データの範囲。

○ 国保連合会の⑥審査事務共助支援システム(独自システム)は、支払基金の本部が一元的に管理している支部設定とは異なり、47都道府県ごとに市町村等が共同で設立した国保連合会が独自に設定管理しているために、今回の作業に当たっては、その内容の確認・把握に相当時間を要すると思われたことから、今回WGで集計するデータからは除いた。

C) 1. 審査機関の差異

■調査検討された内容

- II 両審査機関において、それぞれのコンピュータチェックルールは地方での適応方法が異なる。
 - ・ 国保連におけるSランプ、Vランプの採用状況を確認すると、点数表上(告示・通知)算定できない項目をチェックするSランプについて、各県毎に効率的な審査を行う観点からランプ利用の適否を判断しており、Sランプの採用状況にはばらつきがあることがわかった。
 - ・ また、これまでの審査結果を基に医療的内容を審査委員に確認すべき項目をチェックするVランプについても、各県の状況により国保連からの要望を受けて国保中央会で作成するものであり、各国保連毎の採用状況にはばらつきがあることがわかった。

C) 1. 審査機関の差異

II 国保連合会におけるSランプ・Vランプの採用状況

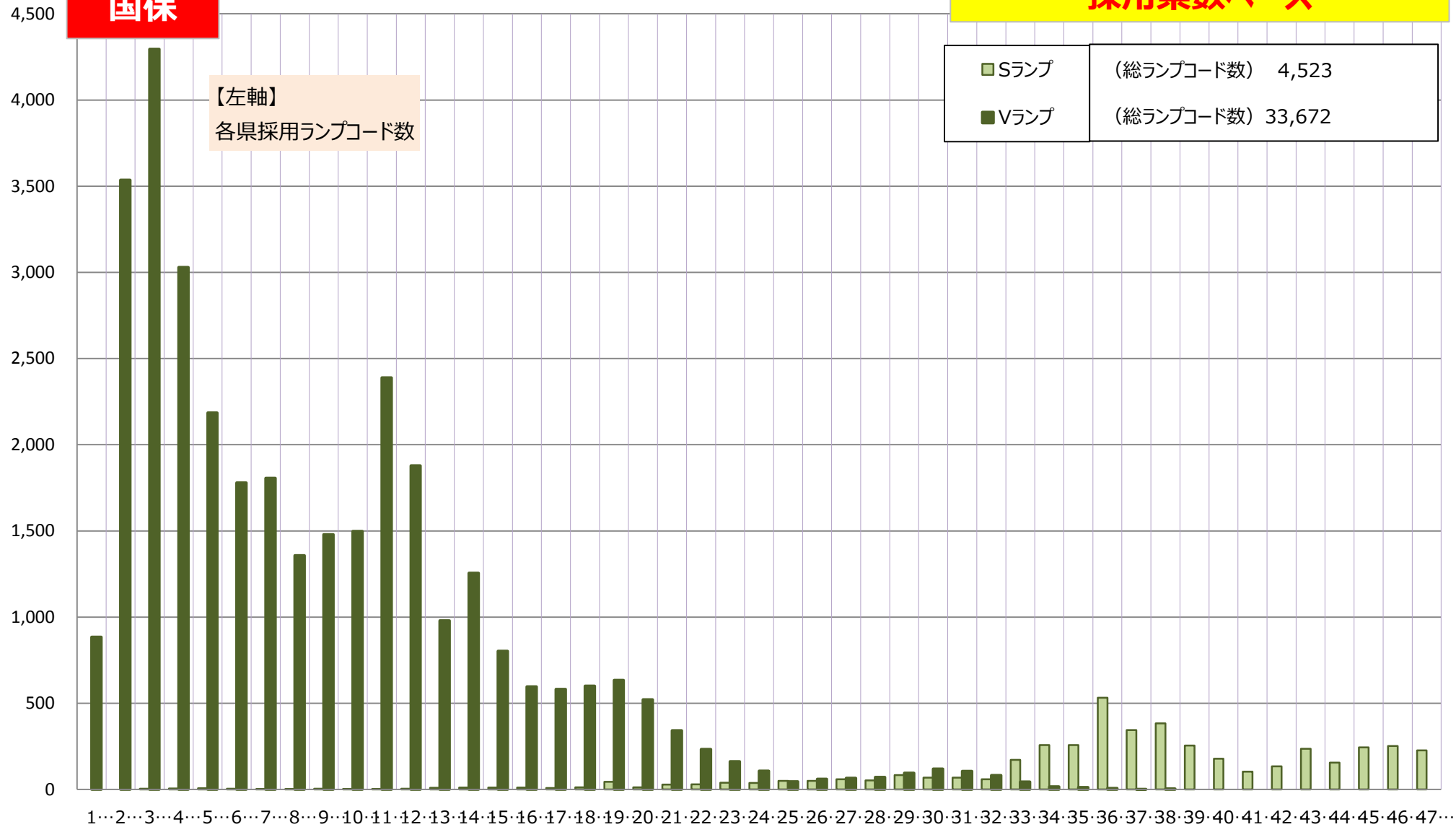
Sランプにおいても、全県採用している訳ではない

国保

採用県数ベース

【左軸】
各県採用ランプコード数

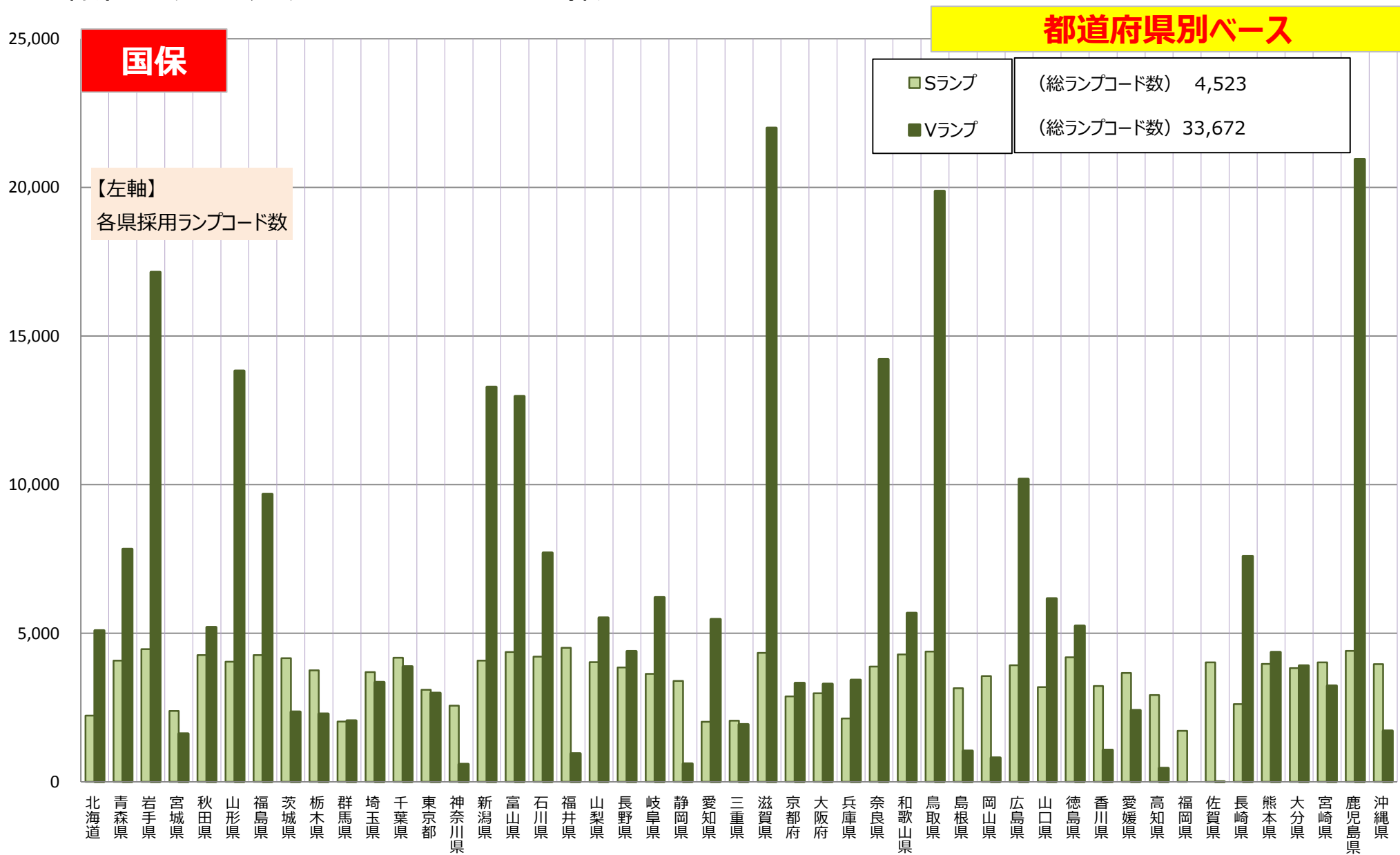
■ Sランプ	(総ランプコード数) 4,523
■ Vランプ	(総ランプコード数) 33,672



C) 1. 審査機関の差異

Ⅱ 国保連合会におけるSランプ・Vランプの各県での採用状況

各県でSランプ、Vランプともにばらばらに採用している



C) 1. 審査機関の差異

■調査検討された内容

- 両審査機関で適応しているコンピュータチェックルールそのものが異なる。
 - ・ Ⅲ 支払基金の本部設定のルール、国保中央会設定のSランプ・Vランプについて、チェックに係るコード体系等に基づいてルールを分類して比較分析した。告示・通知等で明確に規定されている初診・再診料等の診療行為に係る「背反」「包括」のチェックについてはほぼ一致することが確認できた。一方、一致率の低いルール分類については、最終的に不一致であるか否かの判断に当たり国保連の独自設定部分を加味する必要があるが、当該独自設定分のチェックのコードがそれぞれ体系化されておらず、全て目視による比較作業が必要であることがわかった。

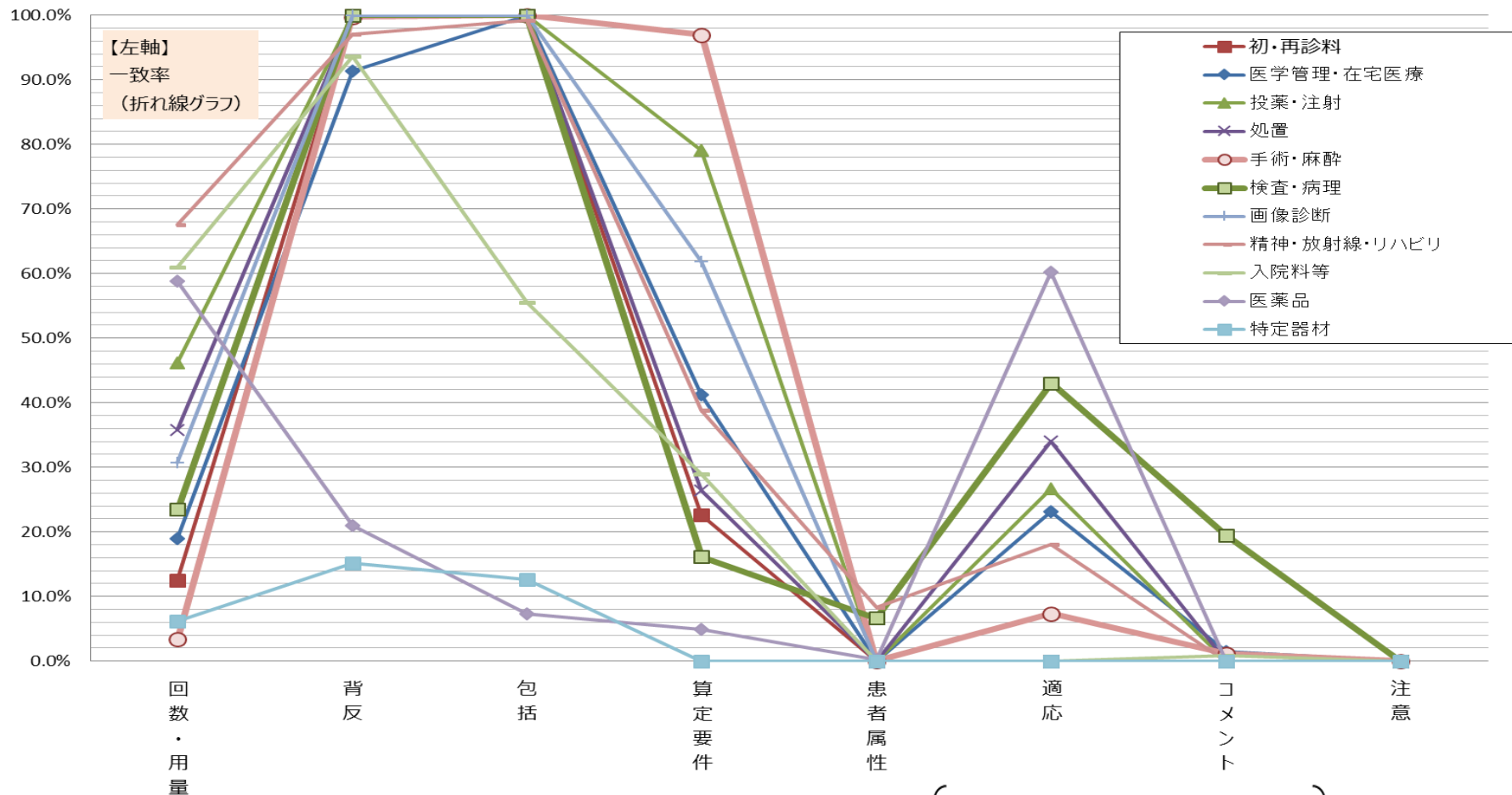
以下のC)1.Ⅲのグラフは、機械的にコード体系を簡便にチェックしたものであるため、詳細な比較検討は行えていない。

ルール分類	ルール分類の内容
回数・用量	算定回数制限がある診療行為及び医薬品等の投与量、投与日数等のチェック
背反	他の診療行為(医薬品等を含む)との併算定ができない場合のチェック
包括	他の診療行為に包括される場合のチェック(医薬品等を含む)
算定要件	他の診療行為との関連等一定の要件が定められた診療行為等及び医薬品の相互作用(禁忌等)に係るチェック
患者属性	入院・入院外の区分、性別、年齢等の患者属性に係る要件のチェック
適応	傷病名の適応に対する関連チェック
コメント	摘要欄へのコメント記載を要件とする関連チェック
注意	高点数の医薬品、特定器材及び診療行為に対する注意表示設定
その他	コード体系等により具体的なチェック内容の把握ができないもの(照合対象外)

C) 1. 審査機関の差異

Ⅲ 支払基金と国保連合会のコンピュータチェックルール (県独自設定分を除く)に係る一致状況

基金-国保ルール一致率



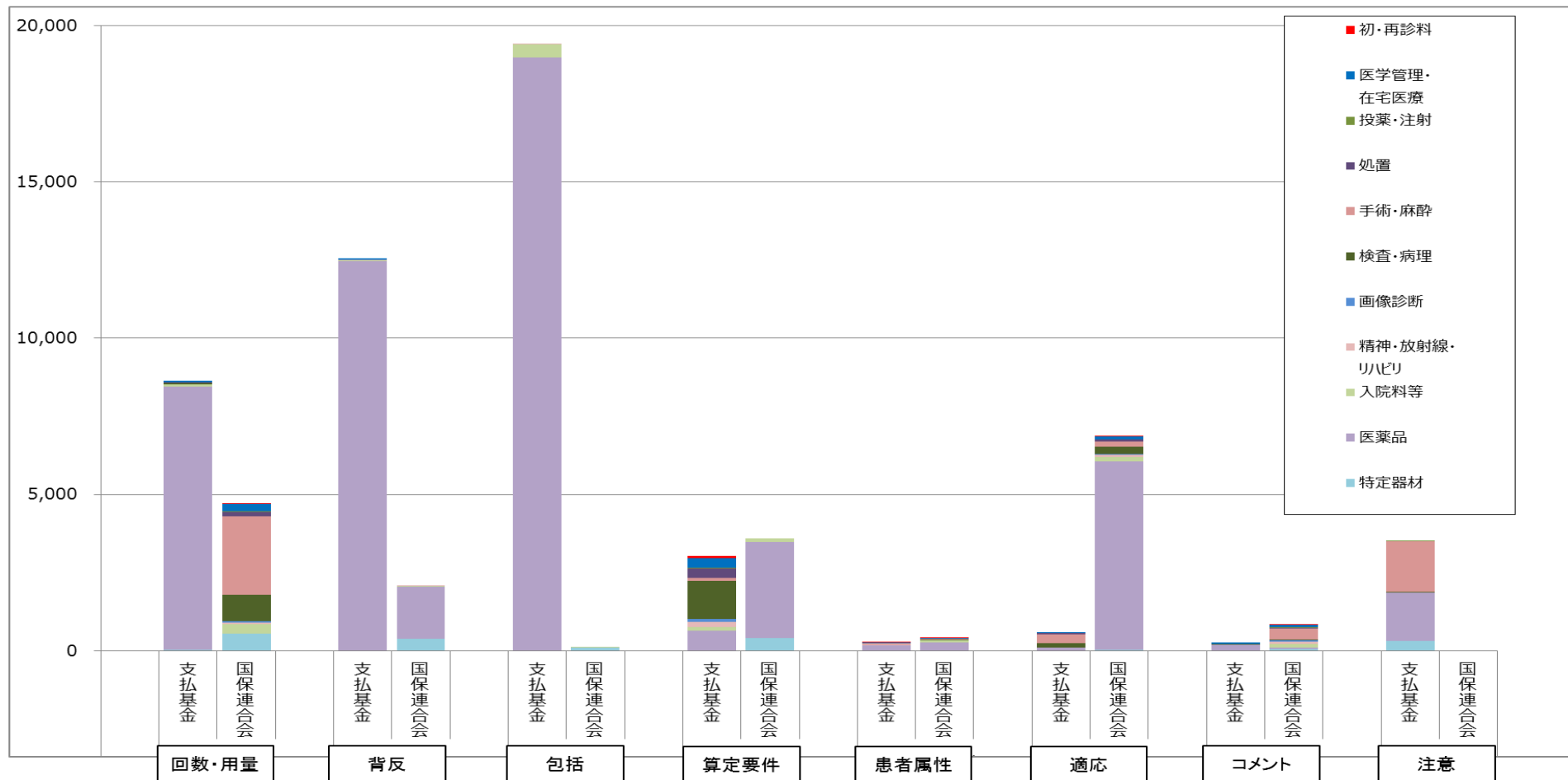
※チェックルールの一致率は、請求コード単位に各ルールの設定が一致している状況を診療区分単位の $\left(\frac{\text{一致した請求コード数}}{\text{一致した請求コード数} + \text{不一致の請求コード数}} \right)$ により算出。

○ 同じルール分類について、基金と国保がともにコンピュータチェックをしていますが、その設定方法が異なっているため一致しない場合がある。

C) 1. 審査機関の差異

Ⅲ コンピュータチェックルール(県独自設定分を除く)不一致の状況

基金-国保ルール不一致の請求コード数



※各ルールごとの不一致の請求コード数は、ルールが設定されている方の審査支払機関の請求コード数をそれぞれ集計。

○ 同じルール分類について、基金と国保がともにコンピュータチェックをしていますが、その設定方法が異なっているため一致しない場合がある。

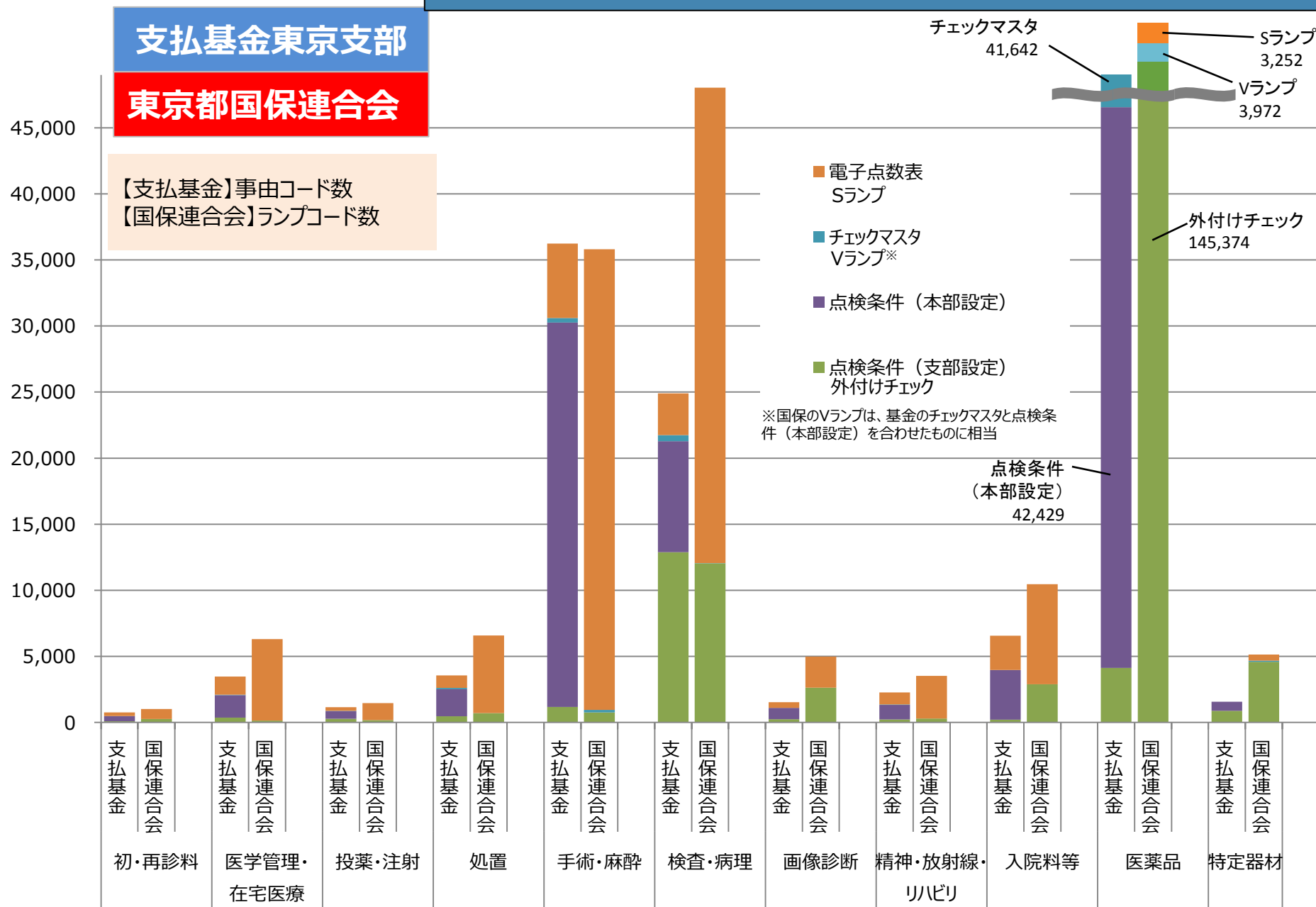
C) 1. 審査機関の差異

■調査検討された内容

- 両審査機関で適応しているコンピュータチェックルールそのものが異なる。
 - ・ IV 東京都における診療項目別のルール設定の状況を基金支部、東京都国保連合会と比較したところ、特に医薬品、検査・病理で適応しているルールの設定(種類・数)が異なることがわかった。

C) 1. 審査機関の差異

IV 東京都における診療項目別ルール設定の状況(グラフ)



C) 1. 審査機関の差異

■調査検討された内容

- 両審査機関で適応しているコンピュータチェックルールそのものが異なる。
 - ・ V 支払基金と国保連における各請求コードに対するコンピュータチェックの設定の有無(単月診療分)に着目し、医科に係る全請求コード(約3万項目)の有無に限って差異の状況を分析した。その結果、約1割程度の差異が生じていたが、最も差異項目が多かった医薬品については、生薬、グリセリン、ワセリン等の投薬代であった。この差異について投薬代が包括されている生活習慣病管理料に係る医薬品の包括項目は、基金では当該医薬品全てにチェックを設定しているが、国保連では生活習慣病管理料(診療行為)で設定したチェックで当該医薬品をチェックしていることによるものであった。

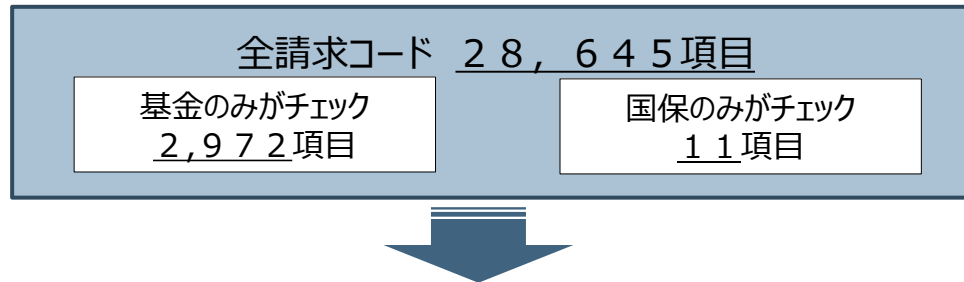
C) 1. 審査機関の差異

V 請求コードに対するコンピュータチェックの設定状況比較

○ 審査支払機関からの提出データで比較可能なコンピュータチェック設定の差異が1割程度生じている

支払基金と国保連合会における各請求コードに対するチェック設定有無※1に着目し、差異の状況を分析し、医科に係る全請求コード（約3万項目）の請求コードの有無に限って分析した結果、約1割程度の差異が生じているが、この理由・考え方は下記の通りである。

※1 平成28年7月審査分データ



	総項目数	①支払基金	②国保連合会	差異 (①-②)	差異の状況	差異が生じている理由・考え方
診療行為	7,047項目	7,047項目	6,985項目	62項目	・基金のみ62項目 【内訳】医療観察法に係る診療行為、小児特定集中治療室管理料等	・心神喪失又は心神耗弱の状態、重大な他害行為を行った者に対する医療観察法に基づく医療の請求審査・支払い事務は、支払基金の取扱業務である（国保連には請求が上がってこない）。
医薬品	20,488項目	20,488項目	17,631項目	2,857項目	・基金のみ2,857項目 【内訳】生薬（1950）、グリセリン・ワセリン等の薬効なし調剤用基剤（278）、H28.6月薬価収載医薬品※2（229）、検査薬剤（165）等	・生薬、グリセリン・ワセリン等の投薬代が包括されている生活習慣病管理料に係る医薬品の包括項目は、支払基金では当該医薬品全てにチェックを設定。国保連では生活習慣病管理料（診療行為）で設定したチェックで当該医薬品をチェック。
特定器材	1,110項目	1,099項目	1,057項目	42項目	・基金のみ53項目 【内訳】補助人工心臓セット（小児用）等 ・国保のみ11項目 【内訳】ケーブル付き送信コイル等	・補助人工心臓セット（小児用）は、国保では特別高額レセプトに該当し、国保中央会が審査する請求項目となるため、国保連ではチェックを設定していない。 ・特定器材については、段階的に誤り事例の多いものからコンピュータチェックを実施してきており、過去に誤り事例がなかったため、チェックを設定していない。
合計	28,645項目	28,634項目	25,673項目	2,961項目	・基金のみ 2,972 項目 ・国保のみ 11 項目	

※2 H28.6薬価収載医薬品の229項目は7月審査分としては、国保連はランプ未作成（8月審査分以降はランプ作成済み）

C) 1. 審査機関の差異

■調査検討された内容

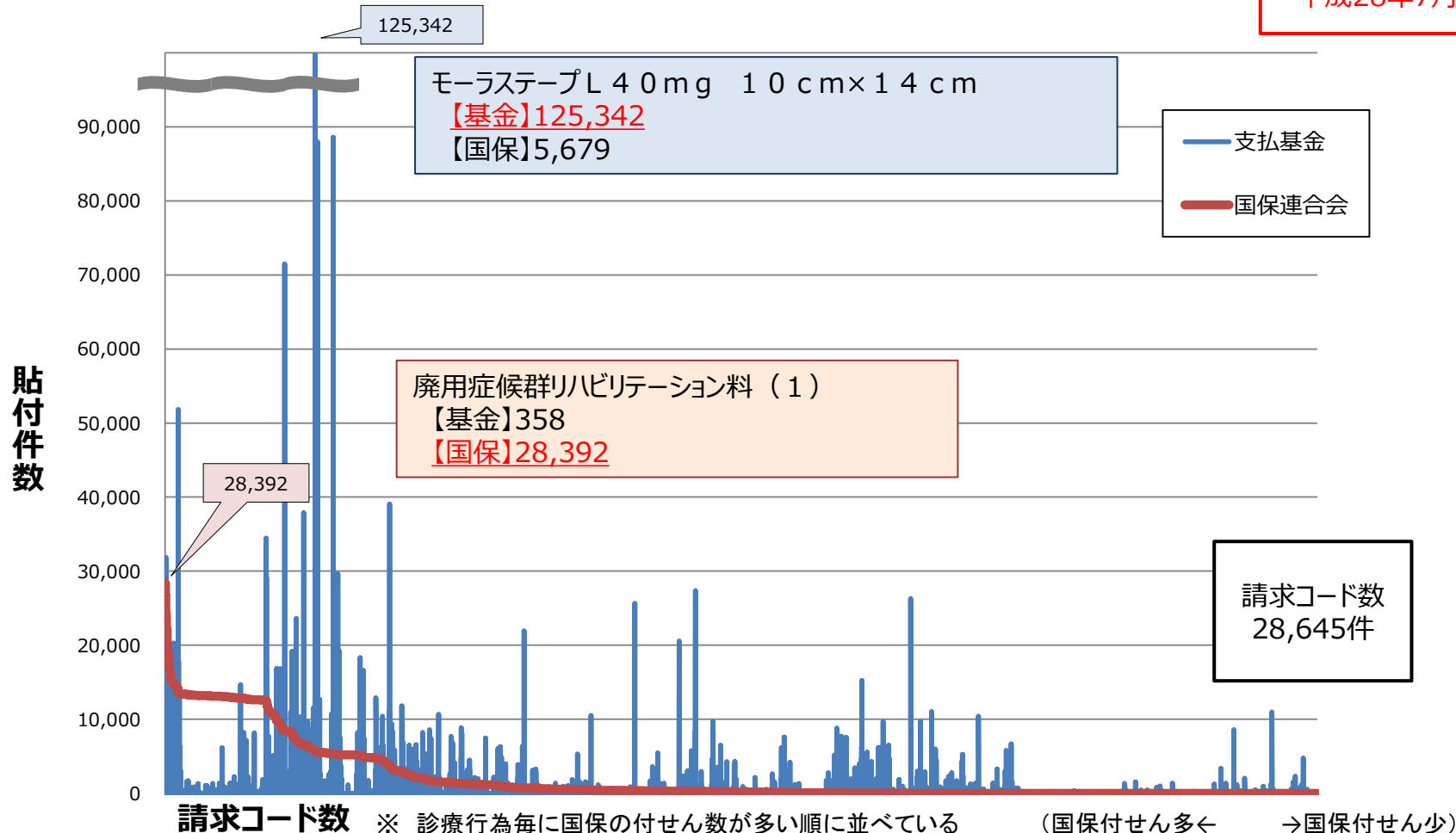
- 両審査機関で適応しているコンピュータチェックルールそのものが異なる。
 - ・ VI 同じ診療行為に対する基金付せん数と国保付せん数には差異があり、両者間の傾向は、特に見いだせない。詳細はp36～「C)1.VI 基金、国保の付せん貼付の差異に関する参考資料」を参照。

C) 1. 審査機関の差異

VI 基金、国保の付せん貼付数の差異

両審査機関における付せん貼付数の傾向は異なる

平成28年7月審査分



- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金: レセプト単位で集計
 - ・国保連合会: 貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病(慢性疾患など)、罹患率などに差があることも考えられる。

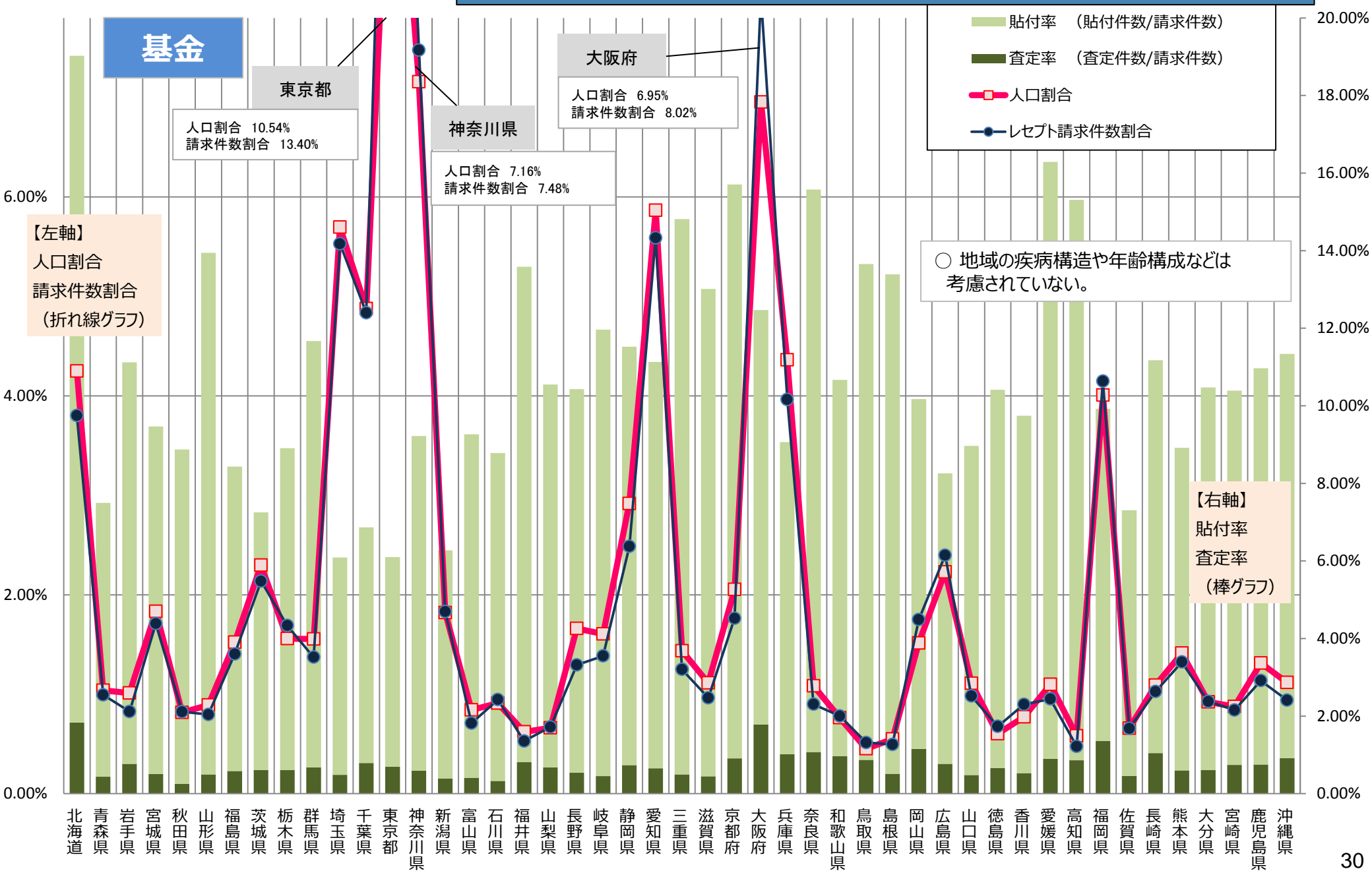
C) 1. 審査機関の差異

■調査検討された内容

- Ⅶ支払基金、国保連それぞれのコンピュータチェックの処理状況を確認したところ、それぞれの各県毎の付せん貼付率、査定率は、ともにばらつきが見られたが、付せん貼付率と査定率の乖離については、国保連よりも支払基金の方が差が大きいことがわかった。

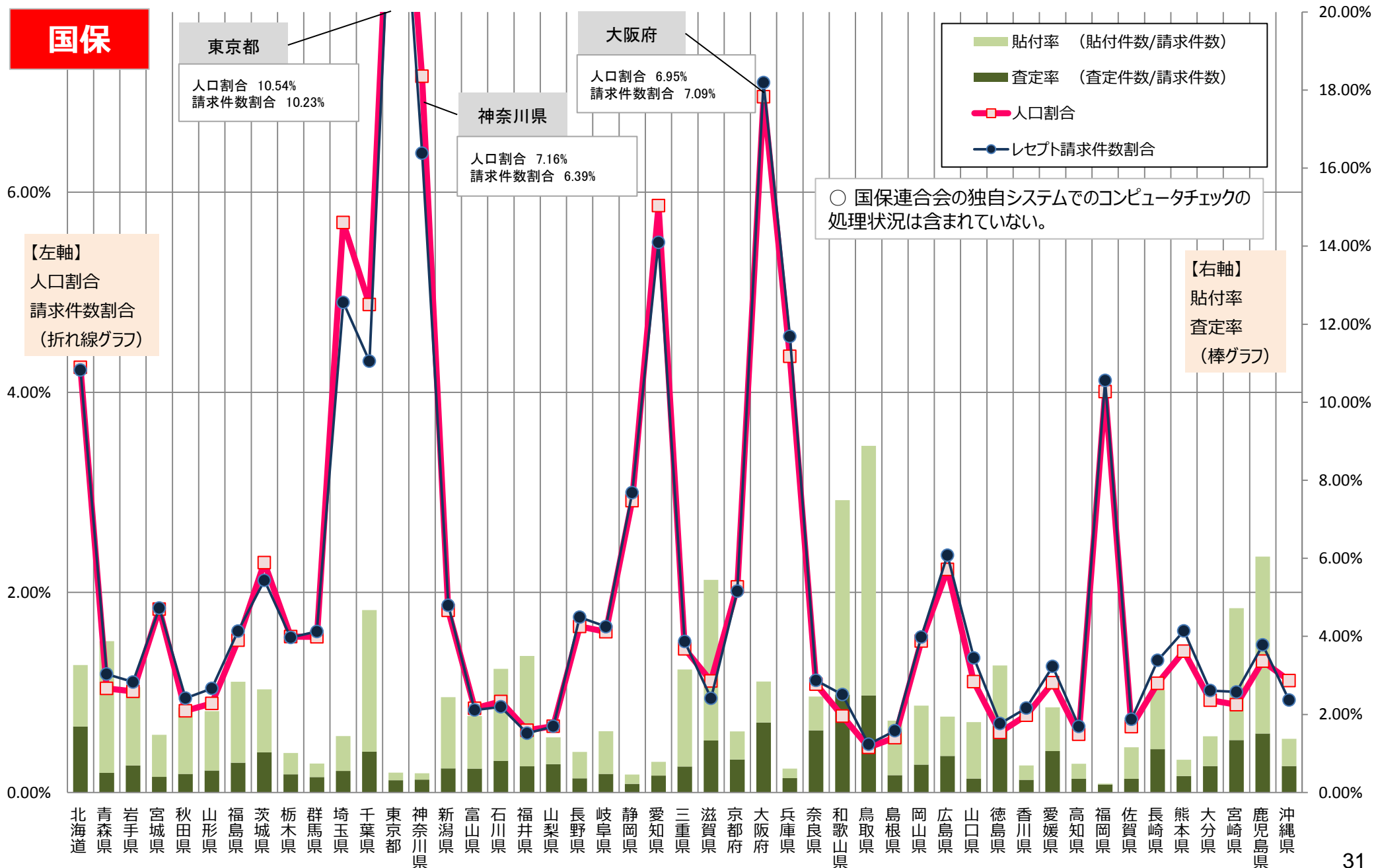
C) 1. 審査機関の差異

Ⅶ 支払基金都道府県別コンピュータチェックの処理状況(グラフ)



C) 1. 審査機関の差異

Ⅶ 国保都道府県別コンピュータチェックの処理状況(グラフ)



C) 1. 審査機関の差異

■情報未入手・未検討の内容

- 国保連のSランプ・Vランプの採用状況の是非について正確に分析するためには、各都道府県の独自の外付けシステムのルールの内容等も含めて比較する必要があるが、外付けシステムのルール、処理状況が判明していない。
- 支払基金については、支部設定ルールにおける分類、国保連合会については、各都道府県の独自の外付けシステムも含めたシステム全体のコンピュータチェックルール等の処理状況について、現時点で判明していない。また、これらを明らかにするために、実際にどれくらいの期間を要するのか、作業規模についても判明していない。
- 支払基金と国保連の違いの一端は垣間見えるが、違いの全体像は判明していない。また、国保連については継続的な見える化の検討と作業が必要。
- どのようにコンピュータチェックの統一化を目指すかは、継続的な検討が必要。

C) 2. 地域間、支部間の差異

(支払基金)

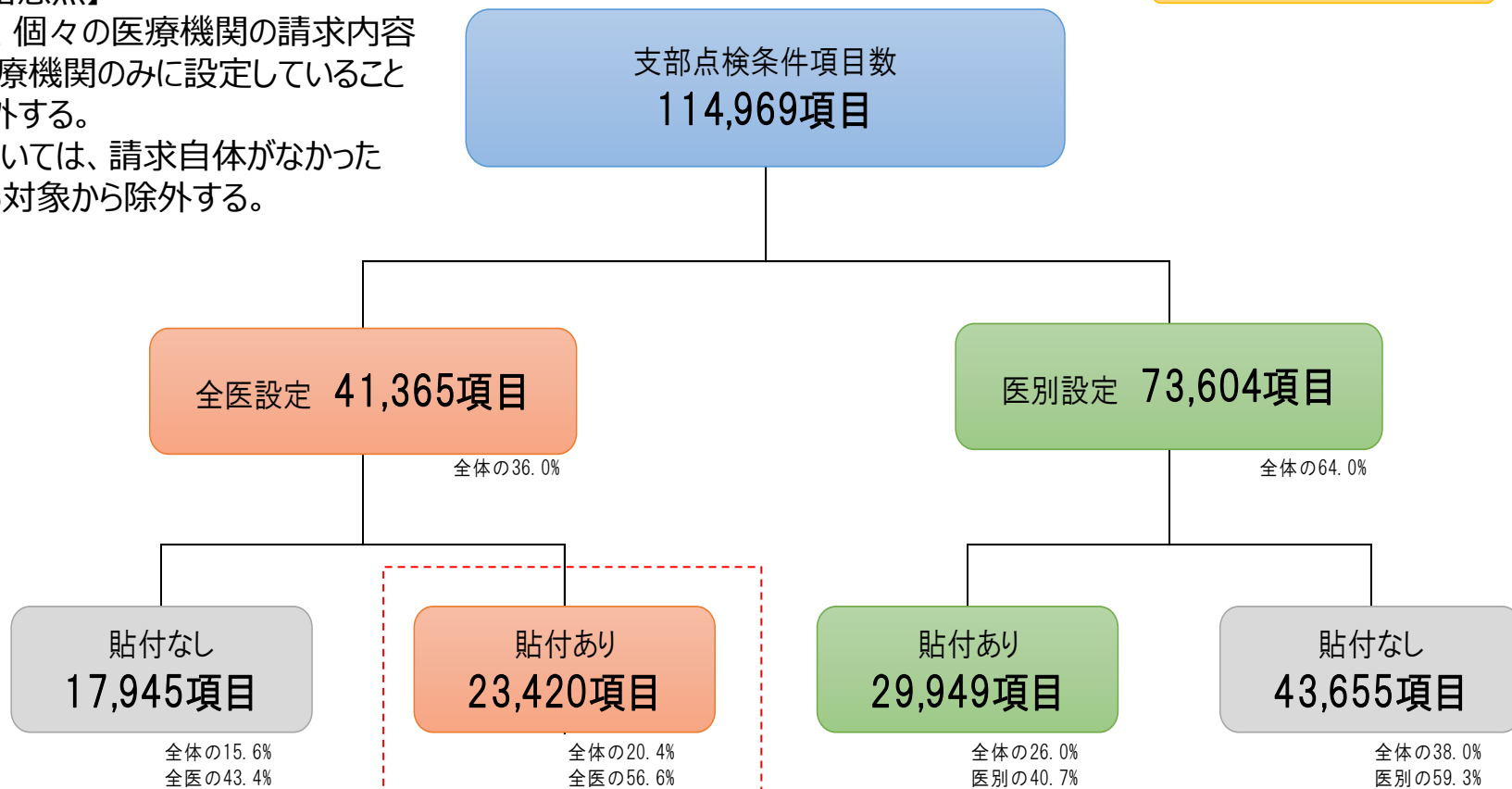
■調査検討された内容

- 支払基金については、支部間差異発生の要因として支部点検条件設定の違いが可能性として考えられ、医療機関別設定及び請求自体がない項目を除くと約20%の設定項目について見える化することで、支部間差異の状況が把握できる可能性があることがわかった。

2016年4月審査分

【検討に当たっての留意点】

- ① 「医別設定」は、個々の医療機関の請求内容を踏まえ、当該医療機関のみに設定していることから、対象から除外する。
- ② 「貼付なし」については、請求自体がなかった項目であることから対象から除外する。



○ 本部設定各種項目は、主として厚労省の定めた告示等に対応しているが、その内容は、実際の基準の許容する範囲内においてより細かな具体的な条件を数多く設定して確認、審査を行っている。また、支部設定項目には、特定の問題意識に照らして本部点検項目に至らない細かな項目が設定されているところ、これらのうち、統一的な基準になじむものは本部点検項目に取り込んでいくことを念頭においている。

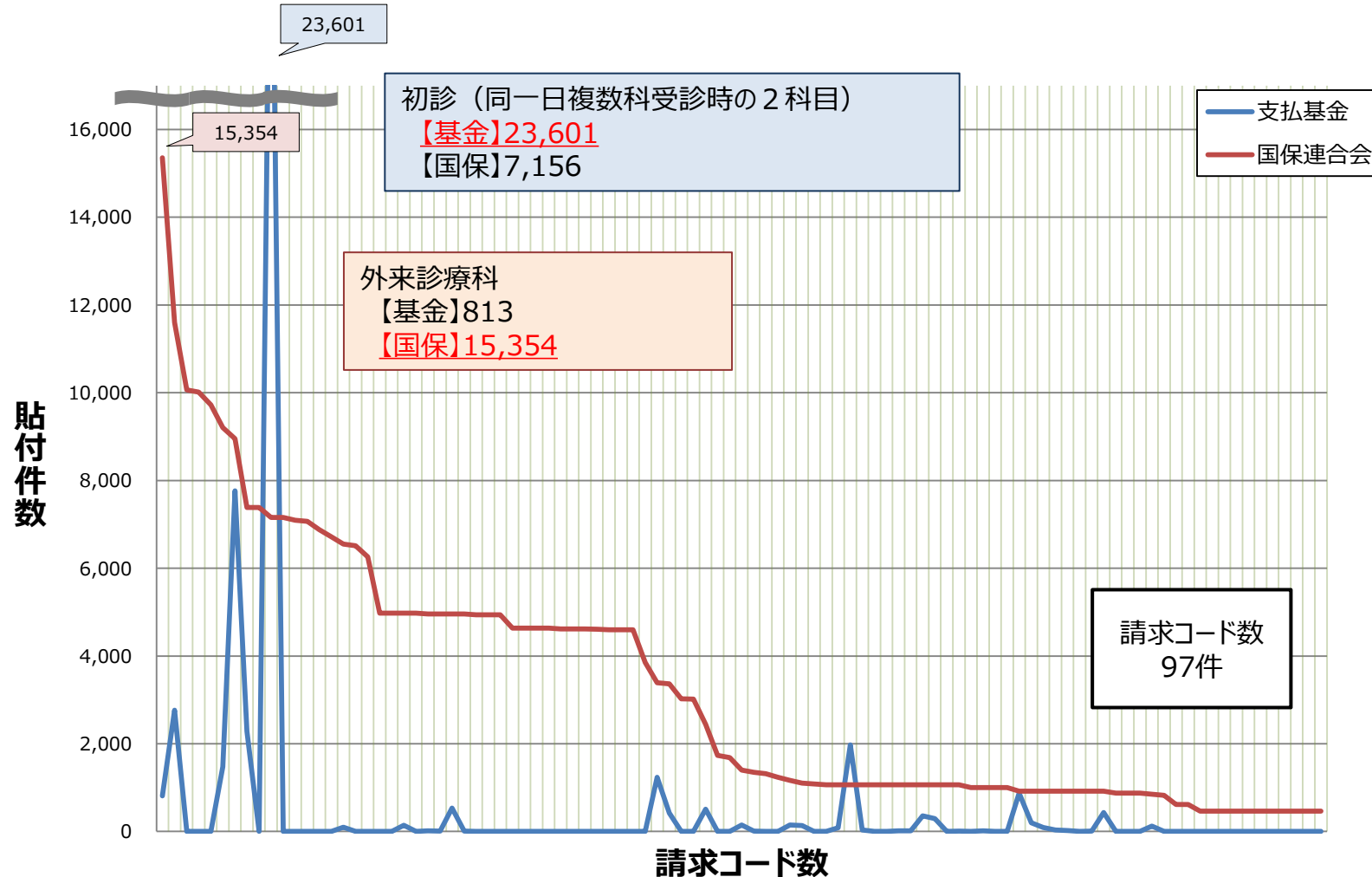
C) 2. 地域間、支部間の差異

(支払基金)

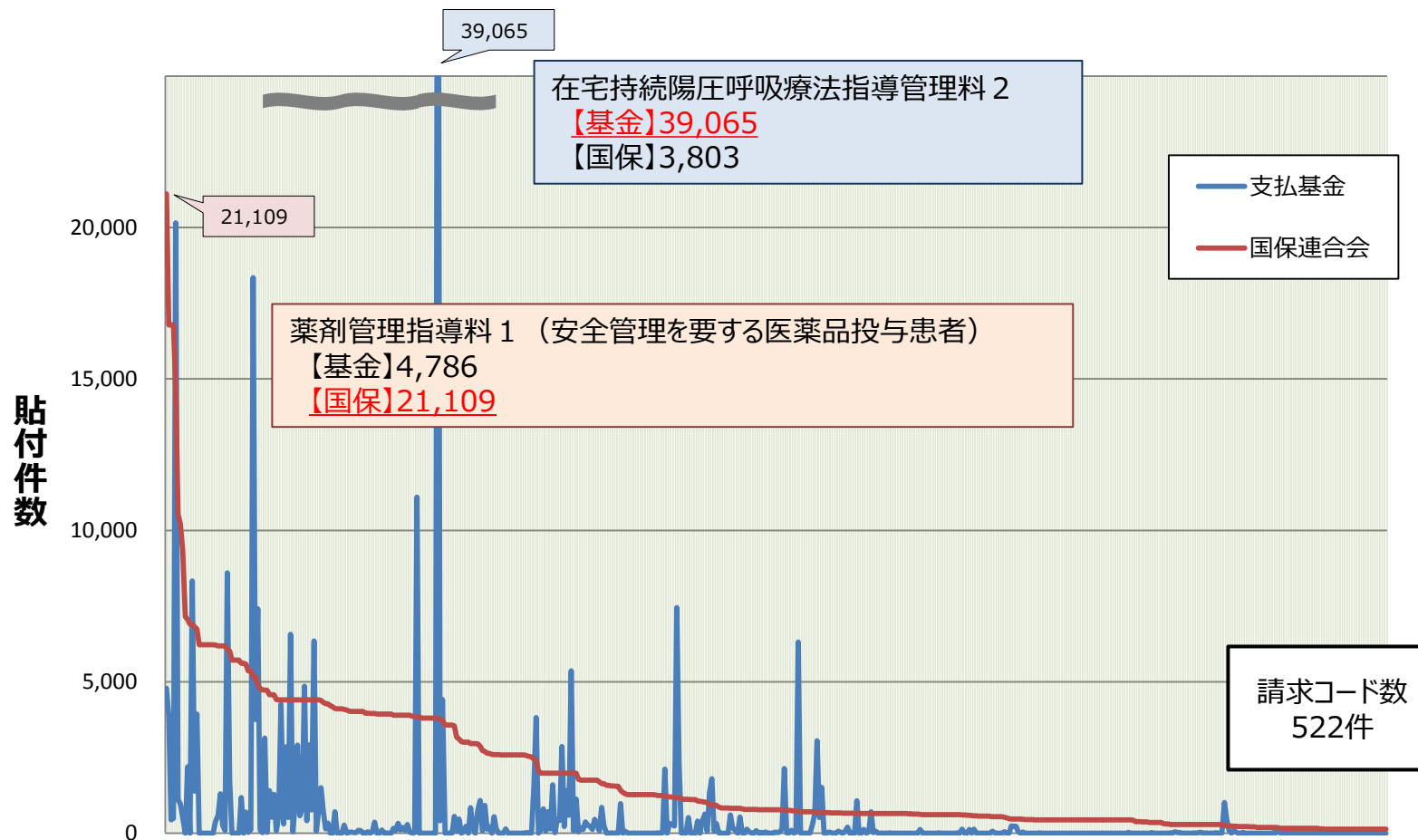
■情報未入手・未検討の内容

- 支払基金の医療機関別設定及び請求品目自体がない項目を除いた約20%のコンピューターールの詳細分析は行えていない。また、支払基金の医療機関別設定のプロセス及び妥当性は、検証できていない。

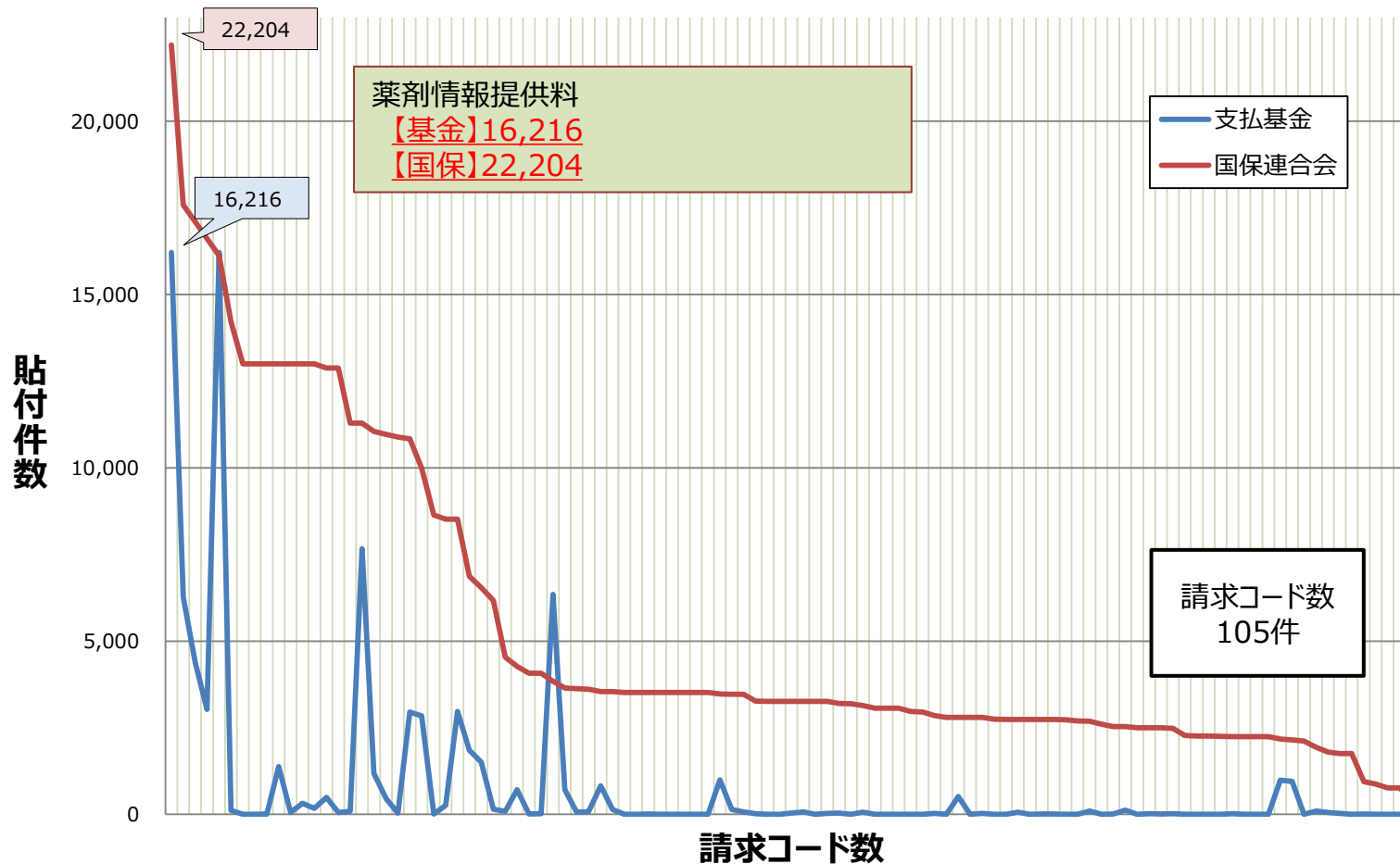
「C)1.VI 基金、国保の付せん貼付の 差異」に関する参考資料



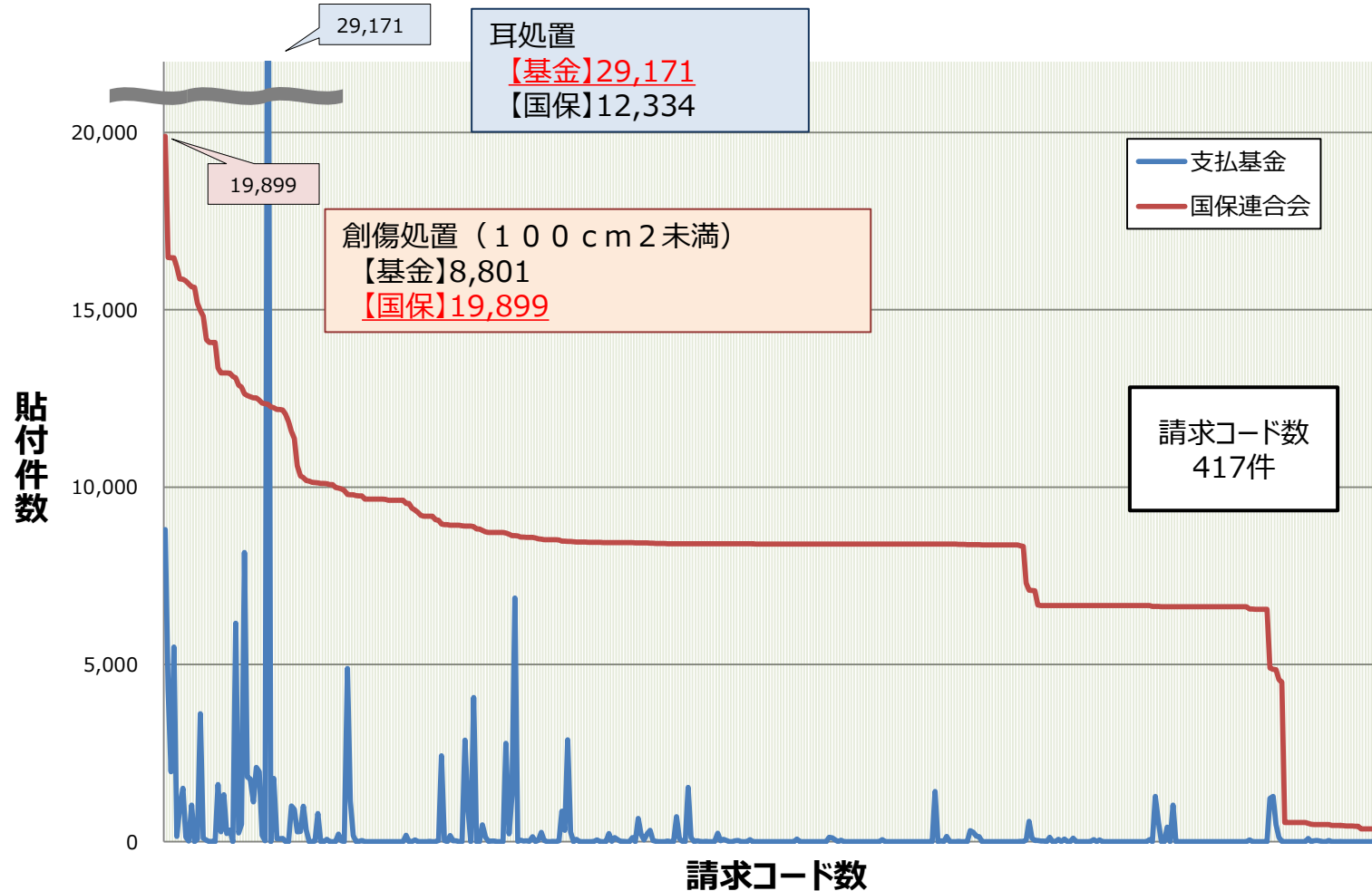
- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金:レセプト単位で集計
 - ・国保連合会:貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病(慢性疾患など)、罹患率などに差があることも考えられる。



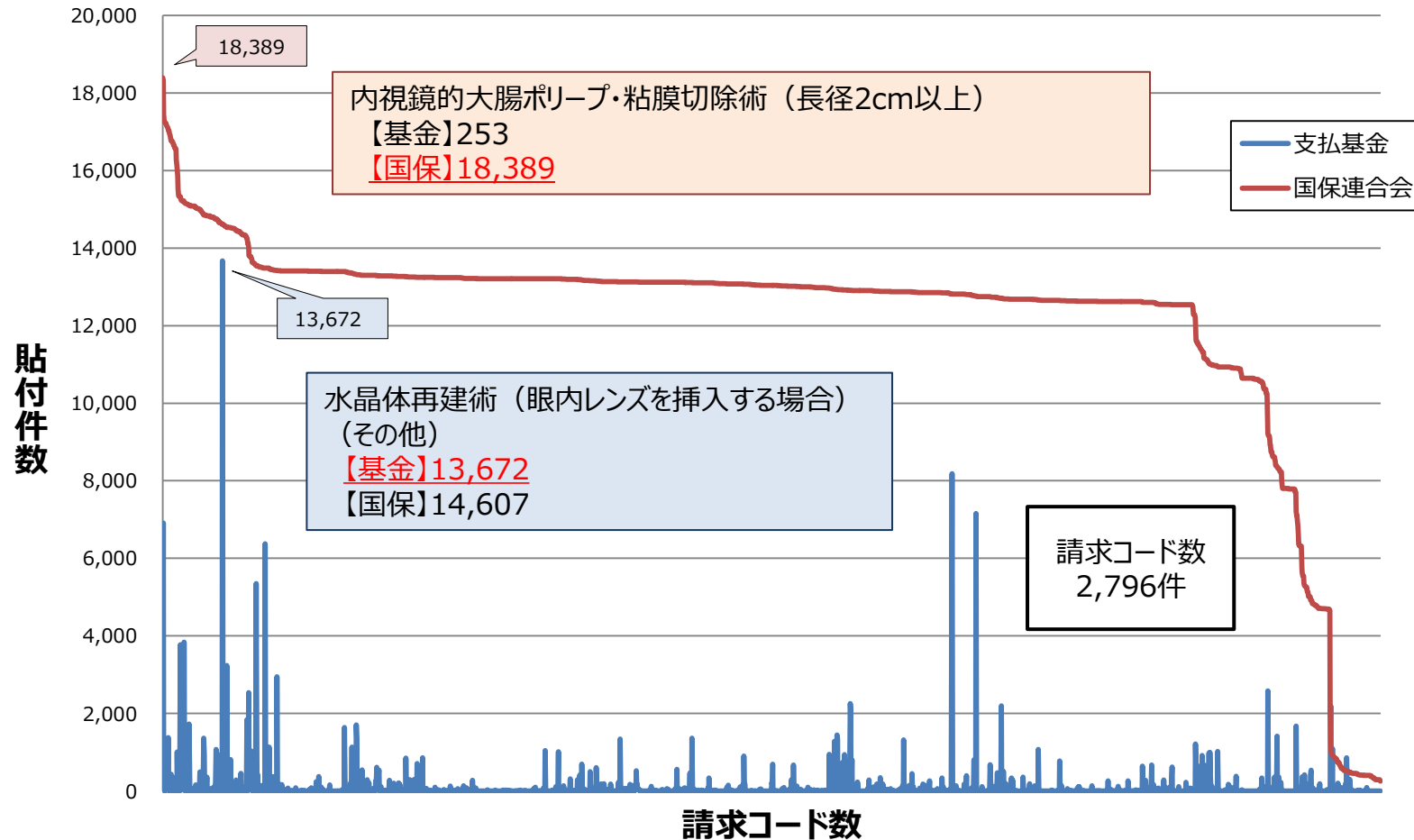
- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金:レセプト単位で集計
 - ・国保連合会:貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病(慢性疾患など)、罹患率などに差があることも考えられる。



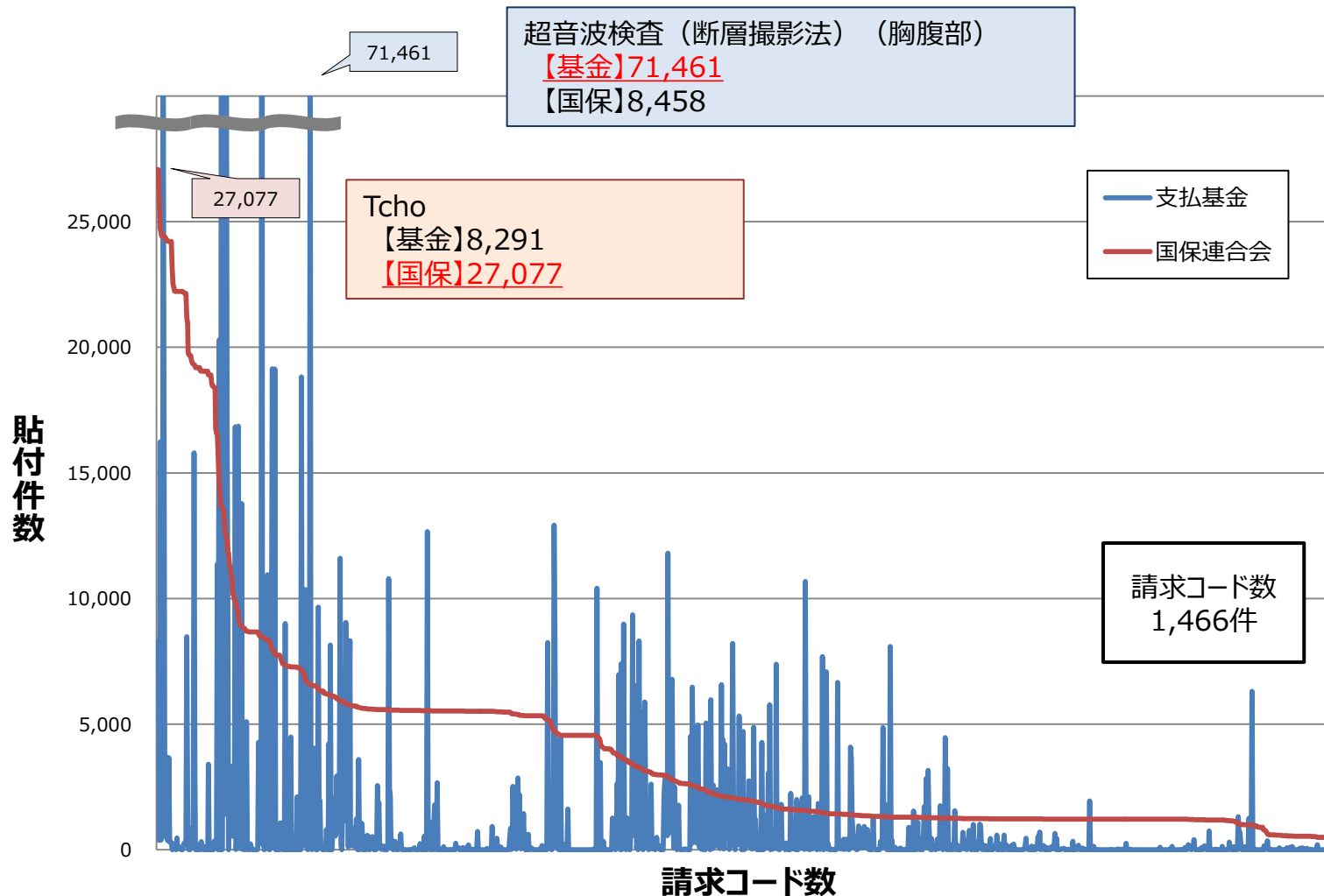
- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金:レセプト単位で集計
 - ・国保連合会:貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病(慢性疾患など)、罹患率などに差があることも考えられる。



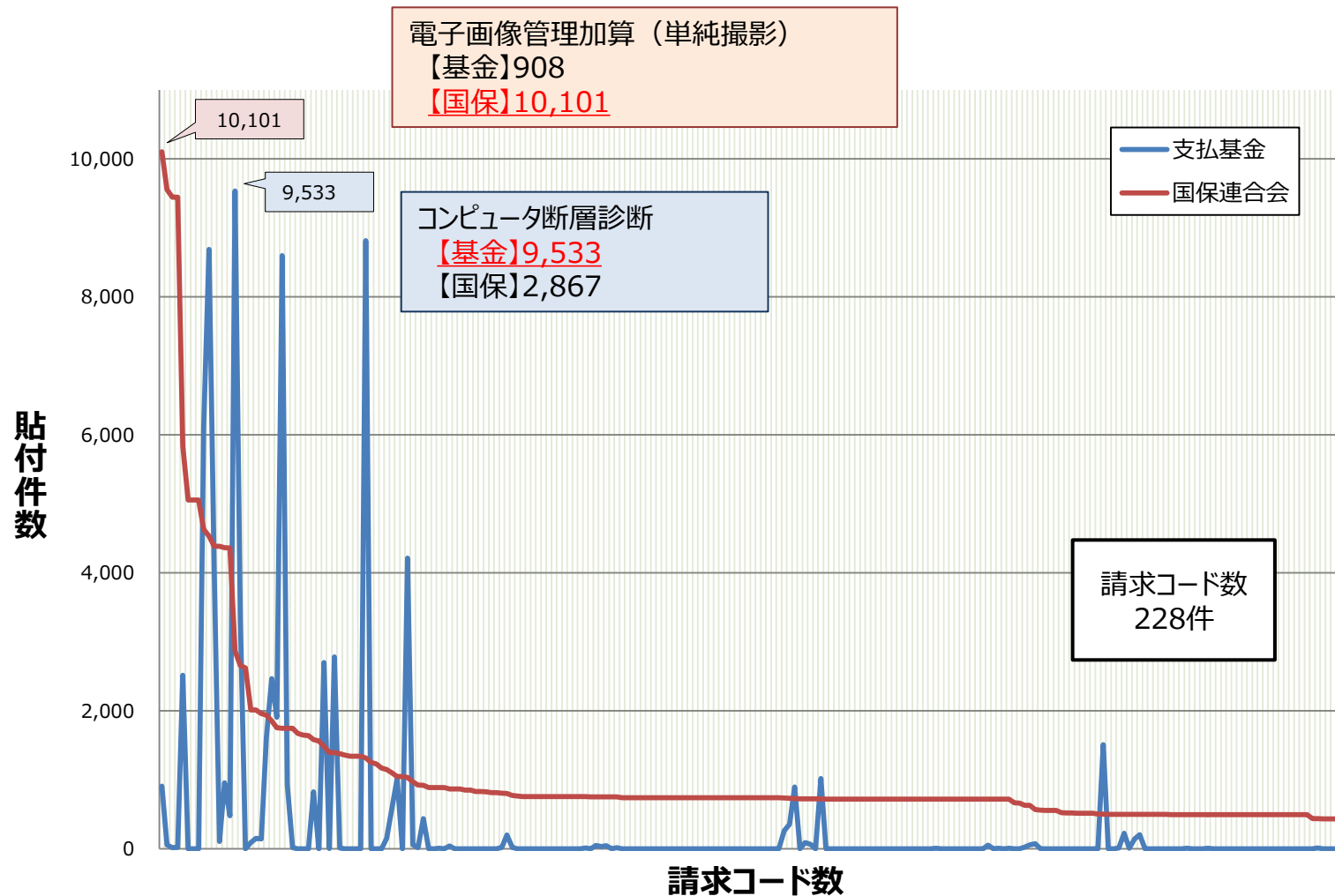
- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金:レセプト単位で集計
 - ・国保連合会:貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病(慢性疾患など)、罹患率などに差があることも考えられる。



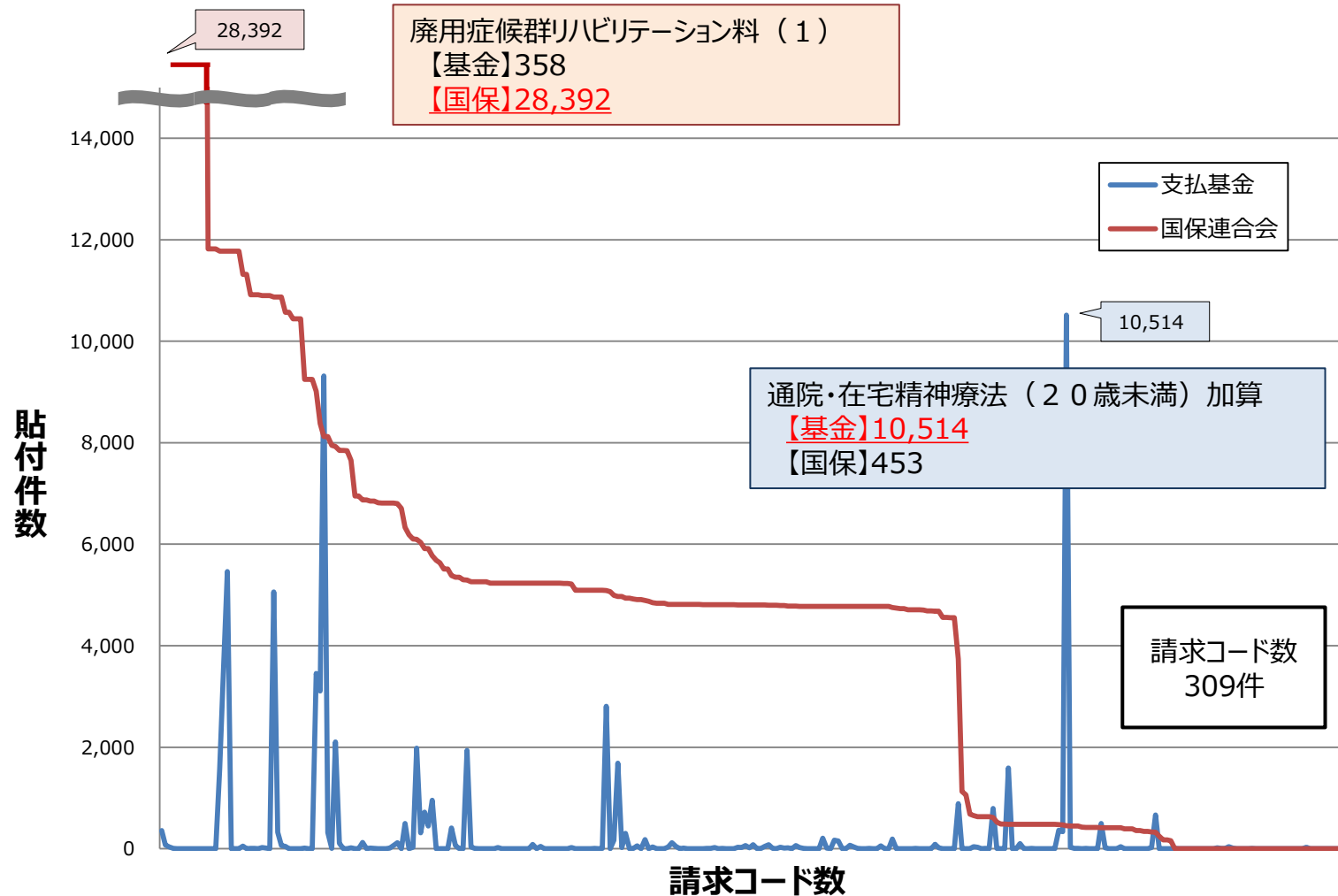
- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金: レセプト単位で集計
 - ・国保連合会: 貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病(慢性疾患など)、罹患率などに差があることも考えられる。



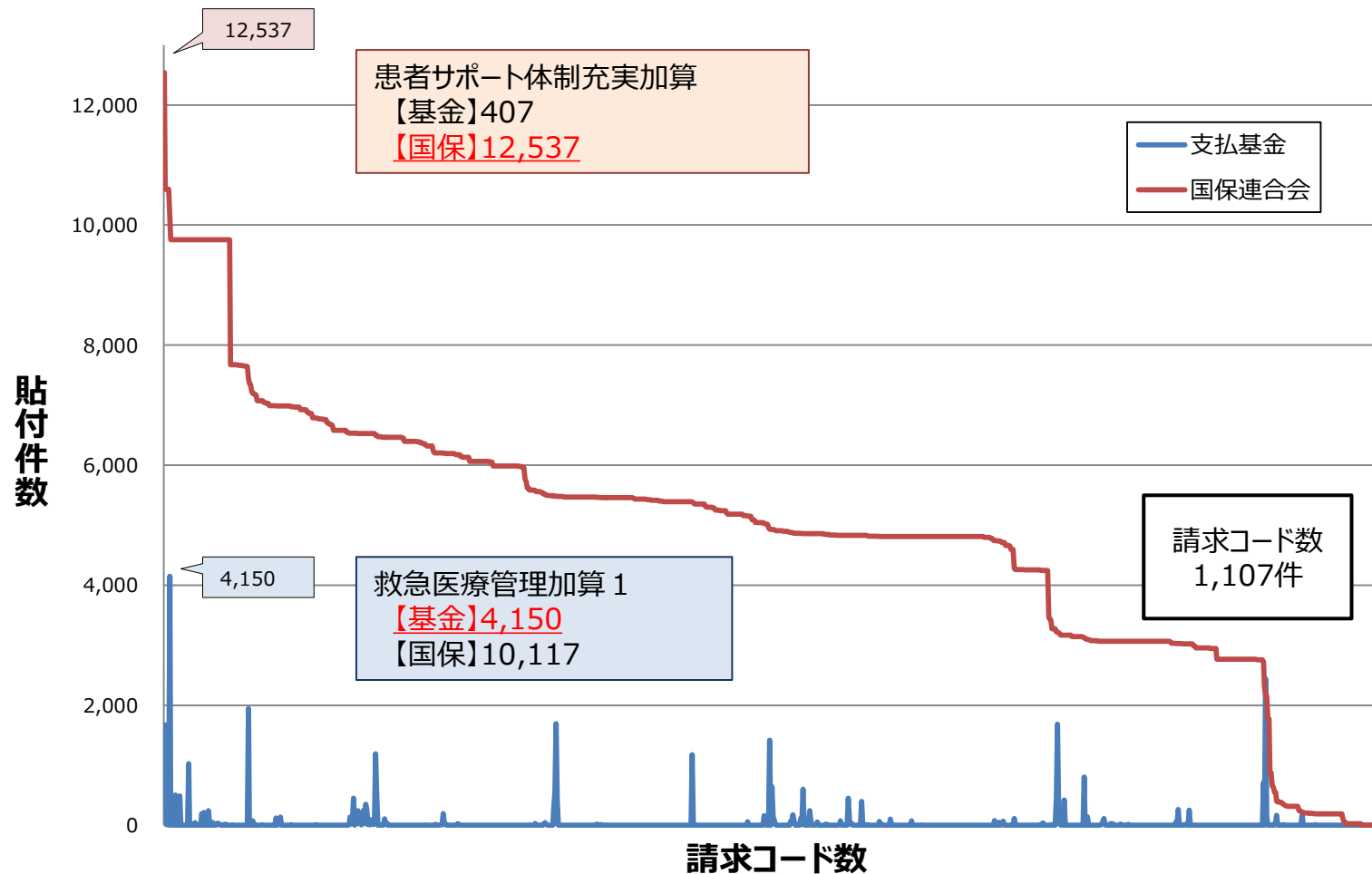
- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金：レセプト単位で集計
 - ・国保連合会：貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病（慢性疾患など）、罹患率などに差があることも考えられる。



- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金:レセプト単位で集計
 - ・国保連合会:貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病(慢性疾患など)、罹患率などに差があることも考えられる。



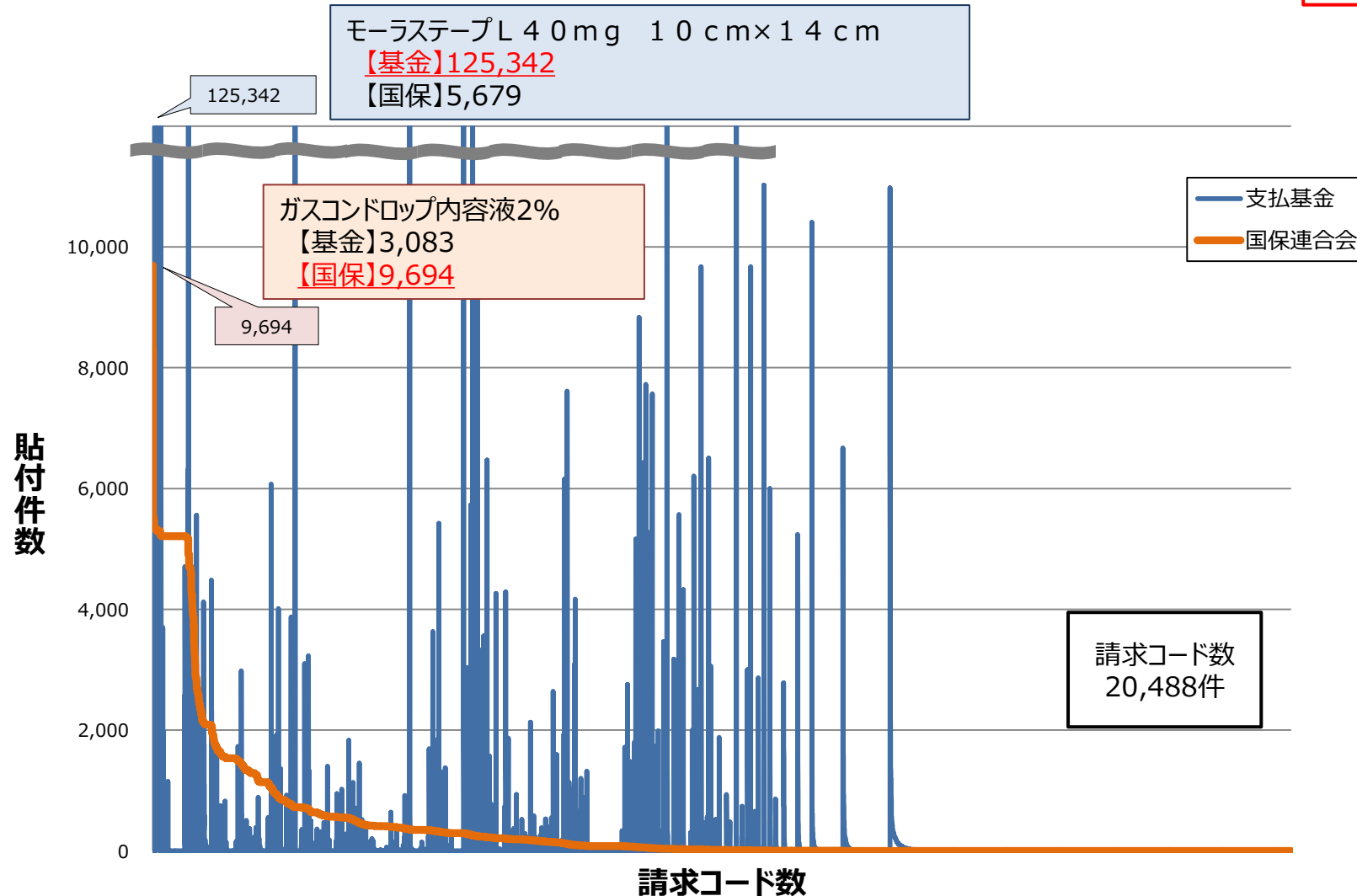
- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金:レセプト単位で集計
 - ・国保連合会:貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病(慢性疾患など)、罹患率などに差があることも考えられる。



- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金：レセプト単位で集計
 - ・国保連合会：貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病(慢性疾患など)、罹患率などに差があることも考えられる。

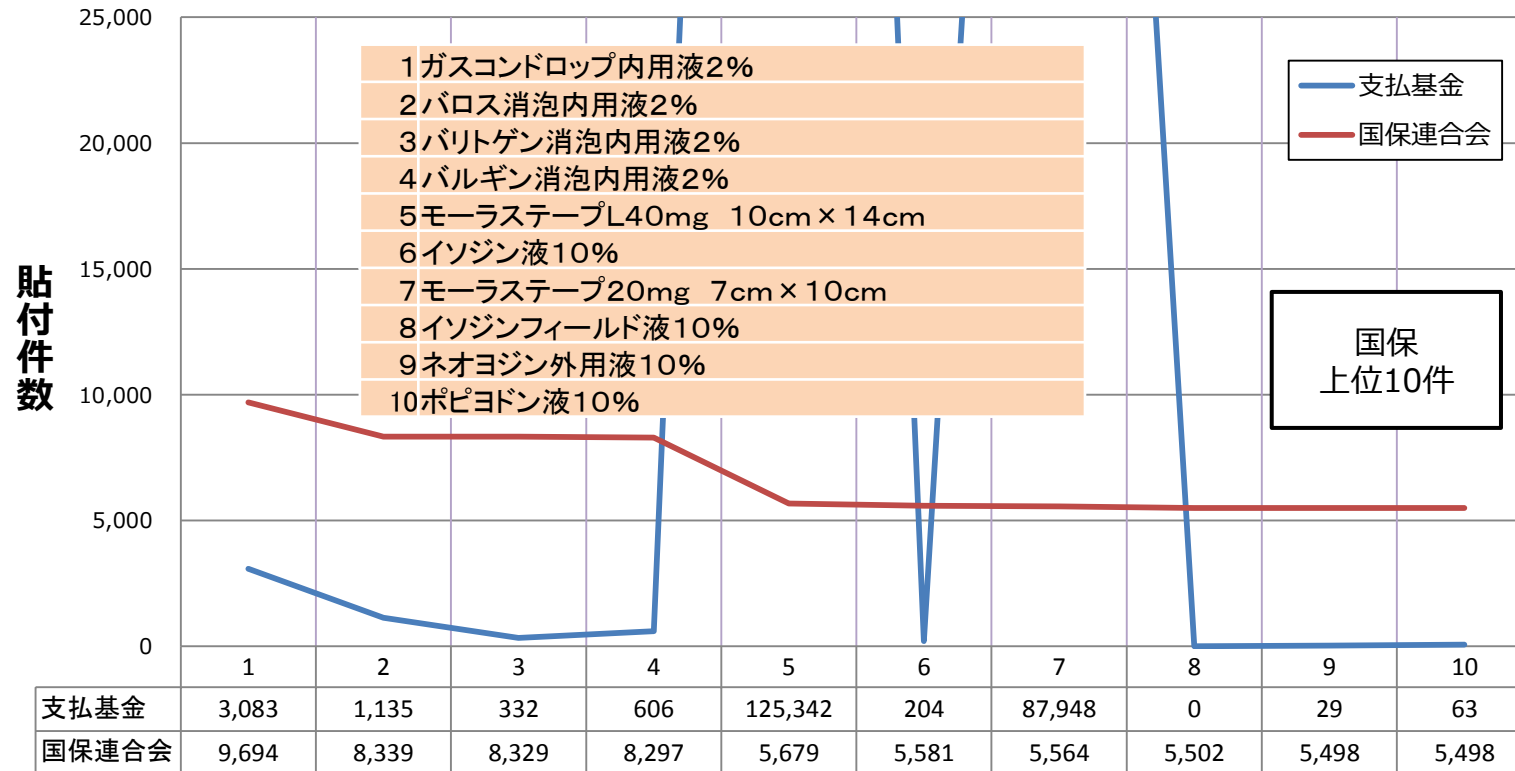
①-10 医薬品（全数）

平成28年7月審査分



- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金：レセプト単位で集計
 - ・国保連合会：貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病（慢性疾患など）、罹患率などに差があることも考えられる。

医薬品

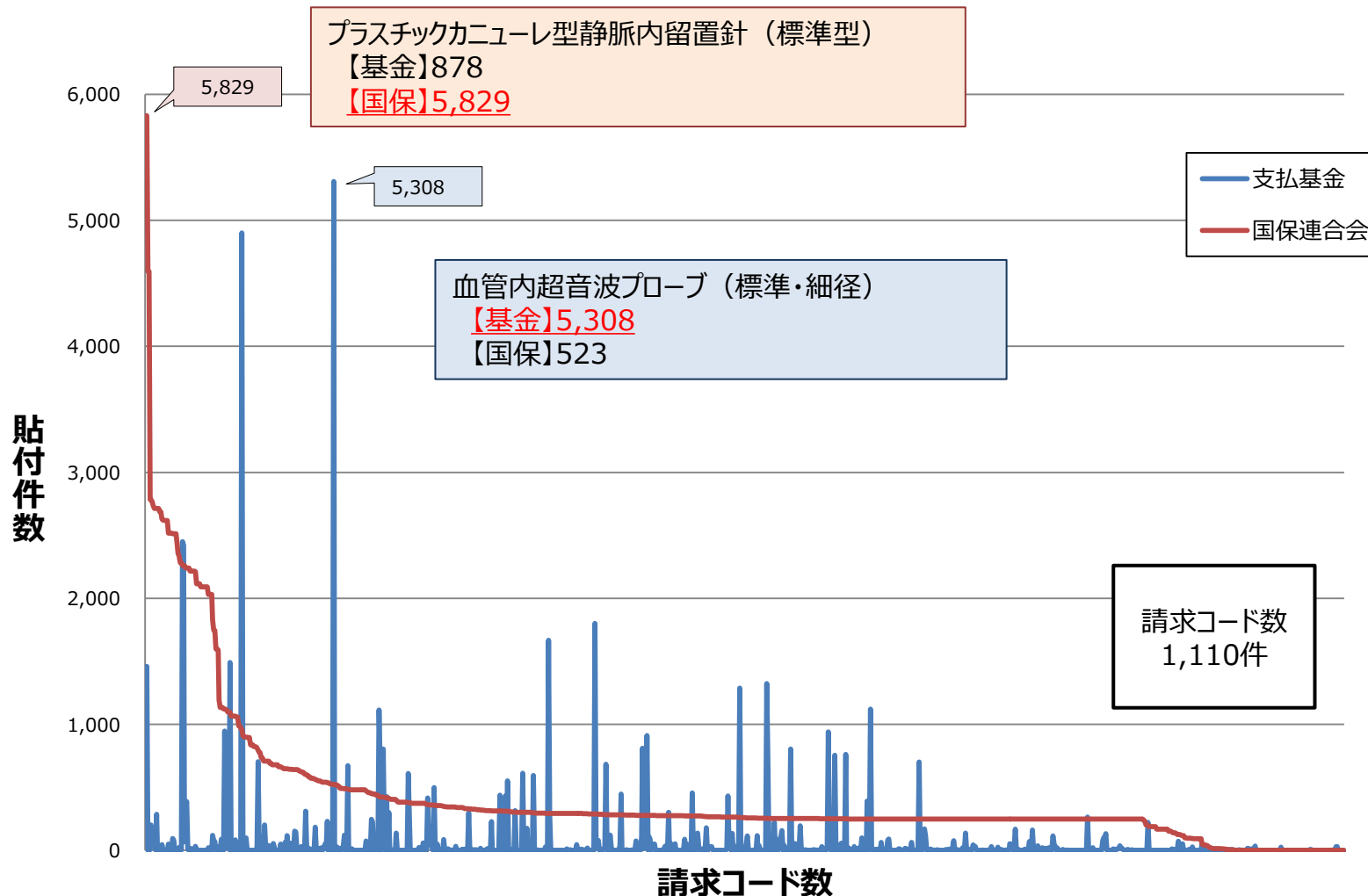


請求コード数、基金国保毎の貼付件数

- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金：レセプト単位で集計
 - ・国保連合会：貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病（慢性疾患など）、罹患率などに差があることも考えられる。

①-11 特定機材

平成28年7月審査分



- 付せん貼付件数の集計方法は、支払基金と国保連合会で以下のとおり異なる。
 - ・支払基金：レセプト単位で集計
 - ・国保連合会：貼付された診療行為単位で各々集計
- 国保連合会の貼付件数については、国保連合会の独自システムでのコンピュータチェックの処理状況は含まれていない。
- 基金と国保の差については特に見出せていないが、現役世代を中心とする被用者保険加入者と後期高齢者や退職者などが多い国民健康保険加入者のため、年齢構成、疾病（慢性疾患など）、罹患率などに差があることも考えられる。

ビッグデータ活用WGでの主な御意見

1. ビッグデータ活用に関する基本的事項

(1) 基本的な方向性

- ビッグデータの収集や連結そのものが目的ではなく、質の高い医療の実現に向けてデータを活用していく、という基本方針を再確認すべき。
アメリカでは、ただデータを収集するのではなく、『意義ある活用』を前提にインセンティブを与える方向に舵を切った。日本も、データの基盤整備の議論に終始し、データの活用が進まないということがあってはならない。
- トップダウンで全てのデータベースを構築しようとする、全体の絵はきれいだ、が、実現が難しい。このため、民間が自立・自走できる環境をつくりつつ、切磋琢磨しつつ、それぞれがデータを創っていくことが重要。
- データのプラットフォーム化には、データベースの構造、システムの構造、それぞれの品質、インターフェース、非機能要件等について、現場レベルで認識を擦り合わせていく仕組み(連絡会議)が必要。
これは、1つのプラットフォームとして製品を創り上げるとか、特定のベンダーに任せることで構築できるという性格のものではない。

(2) データの質の確保

- 韓国HIRAのシステムやヨーロッパ圏など、医療情報を取り扱う先進的な諸外国のシステムでは、
 - ・ データを有用性のある状態にするデータクリーニングの技術、
 - ・ 様々な状態のデータであっても、連結して一つのデータウェアハウスにストックし、解析できるようにデータ集約・交換技術(Extract/Transform/Load)が必ず入っている。日本の公的組織において医療データの利活用を行う情報システムでは、それが欠けているのではないかと懸念される。
- HTA(医療技術評価)のように、リアルワールドのエビデンスをとらなければいけないケースの場合、データクリーニング等が相当のレベルで行われていないと活用できない。こうした課題への対応も必要。

- データのマスターのクリーニングは、スタート地点になるべき議論。ただし、そのためには、相当な専門組織が必要であるし、官民ともに連携をしてやらないと実現できない。こうしたデータ連携の取組みは、ボトムアップでつくっていく必要。トップダウンで全部のデータベースを統一する、という形では大体うまくいかない。
- 大量のデータを取り扱うデータベース開発では、随時、更改、チューニングが必要であり、官公庁のシステム開発で主に使われている要件定義、開発、移行と段階的に開発を進めるウォーターフォール型の開発では、十分に性能や品質が確保されない可能性が高い。
- 現状、医療ビッグデータを分析、研究しようとする、データクリーニング等の作業に想定外に労力がかかる実態がある。
 そういう意味で、こうしたデータクリーニング等を『誰がどこでやるか』が最優先に明確にすべき課題である。
- データクリーニングには、データ入力に関する追跡可能性と信頼性が重要。必要に応じて監査等も求められる。それでも、やはり不適正なデータは一定割合発生してくるので、全体を管理しているところが分析し、対応する、といったことを検討すべき。
- ビッグデータの利活用のために、データを収集するのであれば、その活用可能性や目的と目標、情報を入力するに際しての留意点などを、医療現場に丁寧に説明をしていくことが必要。
- データヘルスや保険者機能の強化のために、データを活用するという議論は、非常に重要であるが、この結果、医療がよくなるということが十分に理解されないと、おそらく、データ提供者にもインセンティブが湧かず、本当の意味でのクリーニングは実現しない。
- e-Statに入っている厚生労働統計のデータは、本来、国で持っている他のデータベース(NDB、DPCなど)と、自由に組み合わせて使える状態でなければならないが、そうはなっていない。こうしたことも、技術的に解消していく必要。

(3)セキュリティの確保

- セキュリティの確保では、情報の性質に応じ、リスク評価を行うことが重要。比較的、医療の業界は、全データについて匿名化を行うことが推進されている傾向にあるが、セキュリティ面では、守るべきリスクの識別がポイント。こうした点も、今後の検討課題になる。

- セキュリティーレベルの向上には、システムへの進入等に対する「監視」を徹底していくことと、保有する情報の性質に応じた「リスク評価」が重要。このため、例えば、現場レベルでの連絡会議の中でガイドラインを作り、各組織で協力して遵守していく等の対応を検討していくことが必要。
- 「ヒューマンエラー」は非常に憂慮すべき点。データを扱う人間によるミスによる漏洩、人的リスクは非常に大きいので、運用面も含めて精査していく必要がある。
- 医療データは漏洩すると、個人の人生にとって致命的な問題になる可能性がある。こうした認識のもと、医療関係者は、教育の段階からプライバシーの保護を第一に掲げる。その辺りは、ほかの経済的な問題、法律的な問題等とは、やや次元が異なる点に留意すべき。
- データベースを保有するネットワークや、各種システム環境のセキュリティーに特化した監視センター、いわゆるSOC(セキュリティーオペレーションセンター)が統一的な監視基準やリスク評価による分析ルールに基づいて配置しておらず、問題発生時にネットワーク等、重要情報を保有する経路を自動的に遮断するなどの、データヘルスに関連するシステム環境に一元的な緊急対応ができていない。

2. データ活用方策（保険者機能の強化／地域包括ケアの推進）

(1) データ連結の有用性

- 例えばデータを研究単位で集めたとしても、予後などの状態がわからない。データの利用価値を高めていくためには、こういったデータを連結していくことが必要。個別のデータで見ると、価値が飛躍的に上がる研究ができる。
- 健康な時期には健保にいて、高齢になってから国保に行く。国保にはアウトカムデータがあるが、健康な時期の情報がない。健保には、健康な時期のデータはあるけれども、その後を追うことはできない。ただし、これをつなげていくことによって、データとしての価値が高まっていく。
こうしたデータのプラットフォームを構築することができれば、それは一つの司令塔として、全体をエンパワーしていくための機能になる。

- 介護データと連結した分析は重要であるが、その際、その人が、若い時にどのような状態だったかという視点も重要。その意味で、KDBのような国保・後期一介護のデータ連結に加え、被用者保険のデータも連結していくことを考えるべき。

これにより、何歳の時点で、どういう人に対して、どういう保健事業をしたら、将来の後期高齢の医療費や、介護費用がどのように形になるか、といった分析が可能。こうした分析を行い、保険者に対しフィードバックしていくべき。

(2) データ連結に当たっての留意点

- システムのアーキテクチャーは、ベンダーに発注する際に、各組織で決めるのではなく、ベンダーが独自に決定することが通常。このため、各組織に、それぞれの製品群を適切に組み合わせられるようにする「システムアーキテクト」を配置していく必要がある。
- 医療現場の検査値等の情報は、病院(機器)によって正常値が異なるなど、リニアに比較することができず、データの共有・活用に支障がある。アメリカの取組を参考に、医療現場・介護現場から出るデータを標準化する取組を進めていくべき。
- 医療健康分野の中で、AIを活用していくのであれば、例えば、正確な診断がついた正しいデータが膨大に必要になる。そのためには、まずは、医療現場・介護現場から出るデータの質を高めていく取組が不可欠。
- 医療機器の検査値等の標準化には、膨大なデータの収集が必要になる。一方で、こうしたデータの収集は行いつつ、誤差分析等を科学的に行い、ユースケースを現場の医師や患者に提供していく取組が必要。
- ビッグデータの構築に向けては、現場の医師関係者が自立・自走しながらデータを作っていくことが重要。そのためには、インセンティブベースで、データを作ることをサポートする仕組みを作っていく必要がある。
- ビッグデータ活用にはシステム開発から運用までを含め、コストがかかることが想定される。費用対効果の観点を持ち、効果が見える形で議論を進めていくことが重要。
- 被用者保険と国保では、対象とする被保険者の年齢構成が大きく異なる。このため、支払基金と国保中央会のデータを分析すれば、違った結果が出るのは自然であり、そうした差異を理解しながら進めていく必要がある。

- 民間でとれる情報と、国でしかとれない情報、いわゆる全量データが必要なのか否かという議論は整理する必要。国が持っているデータベースの重要性、有用性について誤ると、民間が持っているものとバッティングしてしまい、利活用にならないおそれがある。
- データの連携においては、一定の性能やセキュリティー、信頼性に関する技術品質や、データ連携を可能にするためのデータベース構造を維持する必要がある。しかし、支払基金、国保中央会、国保連合会など、公的機関が保有するデータベースの構造やインターフェースは、各組織の導入ベンダーの技術知識に依存しており、統一的なデータ交換形式や交換に必要なデータベース構造、セキュリティーや信頼性の標準が保てない。この解消のために、各組織の技術責任者や主要なシステム開発者による連絡会を編成し、詳細な技術検討をする必要がある。

(3)レセプトデータの評価

- NDB、KDB、DPC等のレセプトデータは、診療に際して行われた医療行為や処方された薬剤に関する詳細な情報が記載されている、優れた医療情報。
 どの主体が、どの情報を、どのように活用すべきか、のコンセンサスがなないことが、その活用の阻害要因と考えられ、明確な方針と目的に基づき、具体的な行動、標準化の推進を前進させる必要。
- データに基づいたデータヘルスを進めていく際、システムや運用を変えることによって、有用な情報を集めていくには非常に難しい。実際は、網羅的に収集されているレセプトに必要な項目をつけ加えていくのが、現実的な解になる。レセプトに日付を入れたことによって、大幅にデータとしての利用価値が上がった。
- 保険者があらゆるデータを全て現場に要求するのは難しい。ただ、レセプトに把握できるエッセンスを追加していくことで、医療の質そのものの分析は難しいものの、有用なデータを収集することは可能。
- レセプトデータは、診断上の紛れがなく治療についても確立されているくも膜下出血のような疾患であれば、ある程度整ったデータが出てくるので、これを活用して、学問的に有用な分析が可能。
 ただし、例えば、外来レセプトでは同様の議論は難しい。こうした性質のものを分析し、学問的に正しいデータが算出できたとしても、それで医療政策を作っていくのは危険。低い精度の方に医学を合わせていく、といったことがあってはならない。

- レセプトは、例えばNCDのように必要なデータを現場に入力していただき、構築したデータベースとは異なり、あくまで請求書でしかない。このため、『こうすれば、患者の方がよくなる』といった、自然科学的な分析を行うことには無理がある。
- 医療の現場では、様々な試行錯誤が行われ、最終的に、正しいものから始まって正しい結論に至るまでの経過の一部。その点を踏まえずに、数字だけの議論をすると、医学の不確実性を無視した不適切な結論になる点に留意が必要。
- 例えば、レセプトデータによって、病院にかかるべき人がかかっていない、あるいは、かかるべき医療機関にかかっていない、ということは分析可能。ただし、レセプトデータで何でもできるわけではない。用途やそのための手法の開発・検証自体が基礎研究として重要。
- NDBの第三者提供で、有用な成果を出している研究が出てきていることを踏まえても、保険者機能の強化とかという意味で、レセプトデータに期待されることもある。
- レセプトデータは、市販後臨床研究をやっていくための基盤としても活用できるが、こうした観点で、最も活用が期待されるのが副作用の把握。レセプト情報だけで完全に副作用だと結論づけるのは難しいが、その悉皆性ゆえ、スクリーニングのツールとして有用。
- 外来レセプトのようなデータは、病名に関する分析よりも、診療行為等に着目した地域単位の分析に活用すべき。こうした地域単位の分析は、例えば、地区の医師会などの医療関係者に還元するなどし、データを活用する側と現場関係者との相互作用の中で、正しい方向性を導いていくのが適当。

(4) データの有用性を上げるための取組

- レセプトデータや、レジストリデータ、そして更にはパーソナル・ヘルス・レコードまで、様々なタイプの医療ビッグデータがある。これらの特性を明らかにした上で、それぞれにあった使い方を検討することが重要。
- 介護データの質を上げていくためには、介護状態の医学的な原因を明らかにする観点から、主治医意見書の電子化、データベース化が必要。
- 患者の住所地情報があると、地理的な分析が可能となり、医療政策を評価するデータとして更に有用になる。個人特性も加味し、郵便番号は、レセプトに入れることを検討すべき。

- 被用者保険のデータに、住所、郵便番号等が入れば、国保サイドで、被用者保険のデータを活用することが可能となる。こうしたことも、あわせて検討していくべき。
- 被用者保険(特に被扶養者)のデータに、住所、郵便番号等を入れようとすると、例えば、協会けんぽの場合、適用を年金機構で行っているため、実務的な課題も多いと考えられる。
- 自分の歯をできるだけ残すことは、その人の健康につながることであるが、大規模な疫学調査でも、口腔のデータが欠落していることが多い。こうした情報を含め、ビッグデータの収集・分析を議論していくことが必要。

3. 審査支払機関の役割

- 支払基金・国保中央会が連携できれば、横断的なデータの連結に向けて、全体の他のデータベースの構築をサポートしていくような役割を果たせる可能性はある。
- 支払基金と保険者の役割分担を明確にすることが必要。保険者の規模には、ばらつきがあり、全てを保険者が担うことは現実的ではない。スケールメリットのある支払基金で中心としつつ、国保中央会と連携して、国民全体の健康を増進させていく、ということが重要ではないか。
- 現在、被用者保険のデータは審査支払にのみ使われ、支払基金で活用しきれていない実態がある。国保中央会のKDBのような取組みができないか、検討していくことが重要ではないか。

4. その他

- データ分析の結果を、実際の医療現場に還元していくためには、『データ分析を支援する側』と『実際に現場で問題意識を持たれている医療関係者』の意見交換の場を、どのように組織化するかということが、重要になる。
- ビッグデータ分析によって得られた知見は、積極的に、現場の医療関係者に還元し、そして、そこからまた意見を吸い上げて、PDCAサイクルを回していくことが重要。
- フランスの医療保険では、支払いはそれぞれの保険者がやっているが、データ分析だけは実はCNAMTSに一括して委託してやるような形になっている。こうした取組みを日本も参考にしていくべき。

- 例えば、KDBのデータに、被用者保険のデータを連結していくことは、医療等IDが導入されれば、実現可能。医療等IDの整備を推進していくべき。
- 副作用に関して、現行、治験のデータのみに従ってルールが決まってしまうが、実際に使用すると体重や腎代謝、肝代謝の問題等によって、様々な状況が発生しうる。こうした点も踏まえ、医薬品等が、実際に市場に流通し、臨床で使われた結果のデータをまとめることが必要であり、是非、そうした仕組みを検討していくべき。

データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会の 今後の検討（論点）について（案）

審査・支払効率化ワーキンググループ及びビッグデータ活用ワーキンググループの議論を踏まえ、当初からの検討事項について、年末の取りまとめに向けて、以下のとおり審査支払機関の組織・体制の在り方を中心に、精力的に議論をお願いしたい。

1. 保険者機能強化と医療の質の向上について

- (1) 保険者機能強化のために求められる新たなサービスの在り方
⇒ ビッグデータ活用ワーキンググループにおいて、以下の意見。
- ・ KDB の活用拡大や、被用者保険におけるビッグデータの活用促進策
 - ・ 医療・介護等のビッグデータ連結の有用性と技術的な課題
 - ・ データ特性を踏まえた上でのレセプトデータ等の分析の有用性や、その結果を現場に還元していくことの必要性
- (2) ビッグデータの活用をはじめとする保険者のガバナンスの在り方
⇒ ビッグデータ活用ワーキンググループの議論を踏まえ、ビッグデータ活用における保険者・審査支払機関の対応体制の在り方について検討。
- (3) 保険者機能強化に必要なインフラの在り方
⇒ ビッグデータ活用ワーキンググループにおいて、データのプラットフォームの構築等について意見。

2. 審査の効率化・統一化の推進と組織体制について

- (1) ICT を活用した審査業務の効率化や民間サービスの活用方法

○審査の在り方

- ⇒ 審査・支払効率化ワーキンググループにおいて、以下の意見。
- ・ コンピュータチェックの寄与度を向上させ、徹底的な効率化を図ること
- 支払基金の「システム刷新計画」の全面的な見直し
 - コンピュータチェックを医療機関等において行う仕組み
 - コンピュータチェックに適したレセプト形式の見直し
 - コンピュータチェックルールや付箋貼付状況の差異に係る継続的な見える化等
 - コンピュータチェックの統一に向けて、効果的な検討を推進するためのシステム環境等の整備
- 等

○組織・体制の在り方

上記の審査の在り方を踏まえ、医療費の円滑で適切な審査・支払を維持しつつ、社会全体として効率的な組織・体制の在り方を追求する観点から、現行の支払基金を前提とした組織・体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直すため、以下の①～③について具体的に検討する。

- ① 審査・支払効率化ワーキンググループの議論を踏まえ、現行の支払基金が担っていると思われる各業務(特に職員による点検事務及び適切な診療・レセプト請求のための審査結果やルールの説明・指導)の要否を検討し、不要・非効率な業務を削減すること

⇒ 2.(1)「審査の在り方」と同様、審査・支払効率化ワーキングにおいて意見。

- ② ①で必要とされる業務のうち、効率的な運営を図るため、支払基金以外の者(民間企業を含む)を保険者が活用することが適切な業務の有無を検討し、当該業務がある場合の具体的な活用の仕組みを構築すること

⇒ 現状を踏まえ、審査について支払基金以外の者を保険者が活用することについて検討。

- ③ ①で必要とされる業務の内、②の検討を経て支払基金が担うことが適切な業務がある場合には、その具体的な組織・体制等の在り方(業務拠点も含めた職員及びシステムなどの体制、業務範囲、法人形態、ガバナンス体制、事務費負担の在り方等)を検討すること

⇒ 審査の在り方についての審査・支払効率化ワーキンググループにおける議論を踏まえ、

(i) 支払基金の支部の在り方

(ii) 今後の支払基金に必要なガバナンスの在り方

等について検討。

- (2) 審査の地域間格差を解消するために、ビッグデータのインフラを活用した新たな審査システム

⇒ 審査・支払効率化ワーキンググループの議論を踏まえ、審査の地域間格差の解消に向けた仕組みの構築や差異の継続的な見える化が可能なシステムの構築について意見。

※各項目は本検討会第1回の論点案をベースとしている。

今後の検討会のスケジュール（案）

参考資料

第5回 11月16日(水)
14:00～16:00

- 審査・支払効率化WGの議論について報告
- ビッグデータ活用WGの議論について報告
- 今後の検討について（論点）

第6回 11月30日(水)
13:00～15:00

- 保険者ヒアリング（ビッグデータ活用について）
- 審査支払機関の組織・体制の在り方について
- 〔
 - ・ 審査において支払基金以外の者を保険者が活用することについて
 - ・ 支払基金の47都道府県にある支部の在り方について
 - ・ 今後の支払基金に必要なガバナンスの在り方について等〕
- ビッグデータ活用における保険者・審査支払機関の組織・体制の在り方について

第7回 12月7日(水)
15:00～17:00

- 第6回の続き

第8回 12月21日(水)
17:00～19:00

- 取りまとめ（案）について

第9回 12月26日(月)
17:00～19:00

- 取りまとめ（案）について

「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」に関する意見

平成 28 年 11 月 15 日
規制改革推進会議

社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）における診療報酬の審査の効率化と統一性の確保について、現在、厚生労働省が設置した「データヘルズ時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」（以下「検討会」という。）において検討が行われている（平成 28 年 6 月 2 日に閣議決定された規制改革実施計画＜別紙＞に基づく措置）。

検討会等におけるこれまでの検討状況を踏まえつつ、規制改革実施計画の内容に沿い、平成 28 年以内に以下の項目についてゼロベースで検討を行い結論を得るべきである。

① 支払基金問題の優先解決

検討会等では、支払基金の問題と、国民健康保険の審査・支払機能を担う国民健康保険団体連合会の問題とを同時並行的に議論しようとする意見がある。しかし、被保険者の属性、役割、インフラ、予算など両者は異なる部分が多い。当面は支払基金の問題に焦点を絞って検討し、確実に平成 28 年以内に結論を得るべきである。

② コンピュータチェック項目の情報開示及び統一性の確保

支払基金は、その膨大なコンピュータチェック項目のうちの一部しか、医療機関及び保険者に情報開示していない。保険者機能に支障のない範囲のチェック項目は原則として全て情報開示を検討すべきである。また、全都道府県に置かれた支部が独自にコンピュータチェック項目を設定できるため、都道府県間の差異の原因になっている。地域事情によるチェック項目の合理的根拠が不明確な支部によるチェック項目の設定は原則行わないこととした上で、情報開示と統一性の確保ができるよう検討し、確実に平成 28 年以内に結論を得るべきである。

③ レセプト形式の見直し

職員及び審査委員の負荷軽減、医療機関の負荷軽減、あわせて保険者機能の強化を実現するため、ICT を最大限活用し得るコンピュータチェックとなるよう、またデータを最大限活用できるよう、レセプト形式の見直しを検討し、確実に平成 28 年以内に結論を得るべきである。

④ 支払基金の現行業務の機能分解と担うべき組織・体制

これまでの検討会では、支払基金において人手による業務をコンピュータチェックに置き換える取組が十分にできていない実態が明らかになっている。まずは、支払基金の現在の各業務を機能ごとに分解し、ICT活用による業務効率化の観点で要否を検討すべきである。次に、不要な業務を削減した上で、必要な業務の担い手として、どのような組織・体制が適しているかを支払基金以外の民間事業者の活用も含めて、ゼロベースで検討し、確実に平成28年内に結論を得るべきである。

なお、平成30年度から段階的運用が始まる医療保険のオンライン資格・医療等IDのシステム運営機関を支払基金などが担うことになっているが、このことが、上記の現行業務の見直しを行う際にいささかも支障となるべきではない。

⑤ 保険者等がレセプトデータを積極活用できる仕組みの構築

データヘルス時代においては、レセプトデータを積極的に活用し、イノベーションの促進や医療現場への活用、政策への活用を進めていく必要がある。当ワーキング・グループのヒアリングや検討会等を通じて、支払基金のICT調達能力や運営能力が十分でないことが明らかになっていることを踏まえ、ICT専門家によるタスクフォース等により、厚生労働省と支払基金双方のICT体制を強化し、保険者等が支払基金に蓄積されている貴重なレセプトデータを積極的に分析・活用できる仕組みを構築できるよう検討し結論を得るべきである。

⑥ 持続的なPDCAサイクルの構築

厚生労働省や健康保険組合連合会による支払基金に対するガバナンス機能の強化、支払基金の効率化指標の設定や情報公開など、「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」に関する一連の業務についてPDCAサイクルが持続的に回る仕組みを構築できるよう検討し、確実に平成28年内に結論を得るべきである。

支払基金の根拠法の「社会保険診療報酬支払基金法」には、支払基金の事務所を各都道府県に置くことなどが規定されている。審査業務の効率化やICT活用の在り方が改善すれば、組織・体制等の見直しをすることになり、同法の改正も必要になる。したがって、上記各点の結論を踏まえて同法の改正を検討し、速やかに結論を得るべきである。

以上

規制改革実施計画（抜粋）（平成 28 年 6 月 2 日閣議決定）

③診療報酬の審査の効率化と統一性の確保

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
5	診療報酬の審査の在り方に関する検討組織の設置と具体的検討	<p>現在の社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）を前提とした組織・体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直す。</p> <p>このため、以下の要件を満たす検討組織を設置し、論点と検討の方向性を示した上で、平成 28 年夏を目処に方針を整理し、平成 28 年内に結論を得る。</p> <p>a 診療報酬の審査の効率化と統一性の確保の実現を担う検討組織を設置し、検討組織の事務局には、支払基金及び支払基金の利害関係者を含めない。</p> <p>b 検討組織の構成員は、ICT による業務効率化の専門家やコスト意識の高い企業経営者など、専門性の高い外部の有識者とする。</p> <p>また、支払基金関係者は構成員としない。</p>	検討組織の設置は措置済み、平成 28 年夏を目処に方針を整理し、平成 28 年内に結論を得次第速やかに措置	厚生労働省
6	診療報酬の審査の在り方の見直し	<p>社会保険及び国民健康保険の診療報酬の審査において、ICT の最大限の活用により人手を要する事務手続を極小化し、業務の最大限の効率化、高精度化、透明性の向上、並びに医療機関及び保険者の理解促進を図るため、以下の a～i について具体的に検討し、結論を得る。</p> <p>a 医師の関与の下で、全国統一かつ明確な判断基準を策定すること</p> <p>b 上記判断基準に基づく精度の高いコンピューターチェックの実施を可能とすること（医学的判断を要する審査対象を明確化すること）</p> <p>c コンピューターチェックに適したレセプト形式の見直しを行うこと</p> <p>d レセプトの請求段階における記載漏れ・誤記などの防止措置を構築すること</p> <p>e 審査結果の通知及び審査基準の情報開示を ICT の活用により効率的に行うこと</p> <p>f 医師による審査における医学的判断を集約し、継続的にコンピューターチェックに反映する仕組みを構築すること</p> <p>g 医師による審査及び合議のオンライン化や、審査結果等のデータ蓄積を自動化し、統計的な分析結果の参照や過去事例の検索や人工知能の活用などにより、医学的判断を要する審査手続の効率化、高度化を行うこと</p> <p>h 医学的な判断が分かれるなどの理由から審査結果に疑義がある場合について、医療機関及び保険者からの請求に基づく医師による再審査の仕組みを効率化、高度化すること</p> <p>i 社会保険及び国民健康保険のレセプト情報の共有化及び点検条件の統一化を図ること</p>	a～i につき平成 28 年夏を目処に方針を整理し、平成 28 年内に結論を得次第速やかに措置	厚生労働省
7	組織・体制の在り方の見直し	<p>医療費の円滑で適切な審査・支払を維持しつつ、社会全体として効率的な組織・体制の在り方を追求する観点から、現行の支払基金を前提とした組織・体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直すため、以下の a～c について具体的に検討し、結論を得る。</p> <p>a 「診療報酬の審査の在り方の見直し」の検討を踏まえた上で、現行の支払基金が担っているとされる各業務（特に、職員による点検事務及び説明・指導）について要否を検討し、不要・非効率な業務を削減すること</p> <p>b a で必要とされる業務のうち、効率的な運営を図るため、支払基金以外の者（民間企業を含む）を保険者が活用することが適切な業務の有無を検討し、当該業務がある場合の具体的な活用の仕組みを構築すること</p> <p>c a で必要とされる業務のうち、b の検討を経て支払基金が担うことが適切な業務がある場合には、その具体的な組織・体制等の在り方（業務拠点も含めた職員及びシステムなどの体制、業務範囲、法人形態、ガバナンス体制、事務費負担の在り方、法規制の在り方等）を検討すること</p>	平成 28 年夏を目処に方針を整理し、平成 28 年内に結論を得次第速やかに措置	厚生労働省