

第1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4月25日（月）

15：00～17：00

全国都市会館3階 第1会議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議事

(1)本検討会の開催目的、検討の方向性等について

(2)各委員の御紹介

(3)意見交換

(4)その他

3. 閉会

データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた 有識者検討会の開催について

1. 趣旨

本格的なICT時代の到来を踏まえ、効率的で質の高い医療の実現を目的として、ICTの活用、ビッグデータの活用により保険者機能を強化する新たなサービス等を検討するため、有識者の参加を得て、厚生労働省において本検討会を開催する。

具体的には、データヘルス時代にふさわしい質の高い医療を実現するため、

- (1)データヘルス事業の推進など保険者機能を強化する新たなサービス
- (2)マイナンバー制度のインフラ等のICTとビッグデータを活用した医療の質、価値を飛躍的に向上させる新たなサービス
- (3)ICT の活用による審査業務の一層の効率化・統一化と審査点検ノウハウの集積・統一化等

について検討する。併せて、新たなサービスを担うにふさわしい組織・ガバナンス体制について、既存の業務・組織体制を前提とせずに検討する。

2. 構成

検討会の構成員は、別紙に掲げる者とする。必要に応じて、人工知能や韓国のICT審査等に精通した有識者の出席を求めることができる。

3. 運営

- (1)検討会は、原則として公開とし、検討会の運営に関し必要な事項は、座長が別に定める。
- (2)検討会の庶務は、関係部局の協力を得て、保険局保険課が処理する。

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構成員

飯塚 正史	元明治大学大学院客員教授
尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット特任教授
葛西 重雄	情報処理推進機構 CIO 補佐官
金丸 恭文	フューチャー株式会社代表取締役会長兼社長
佐藤 主光	一橋大学大学院経済学研究科教授
神成 淳司	慶應義塾大学環境情報学部准教授
西村 周三	医療経済研究機構所長
林 いづみ	桜坂法律事務所弁護士
松原 謙二	日本医師会副会長
宮田 裕章	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
森 昌平	日本薬剤師会副会長
森下 竜一	大阪大学大学院医学系研究科寄付講座教授
森田 朗	国立社会保障・人口問題研究所所長
山口 武之	日本歯科医師会理事
山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授
山本 雄士	ソニーコンピュータサイエンス研究所リサーチャー
山本 隆一	自治医科大学客員教授

(五十音順・敬称略)

本検討会においてご議論いただきたい論点等 (案)

1. 保険者機能強化と医療の質の向上について

- ICT時代の到来に伴い、ビッグデータが集積されてきたことを踏まえ、医療の質の向上を図るためには、データを活用して、保険者機能を強化することが必要。
- 今後、特に保険者に求められる機能としては、
 - ① 加入者の健康づくりや疾病予防を積極的に推進し、加入者の健康寿命を伸ばし、生活の質の向上を図ること。
 - ② 医療機関の質の評価、加入者に対する情報提供などにより、医療に関する加入者の主体的な選択を支援することなどが考えられる。
- 保険者機能の強化には、ビッグデータ分析によるデータヘルス推進等のインフラ整備が必要。しかし、現在の審査支払機関のデータは社会保険と地域保険が分かれて集積され、かつ、十分な連結がされておらず、地域医療の全体像を把握できない。

【ご議論いただきたい点】

(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

(考えられる例)

① データヘルスの推進

- レセプトデータを地域別・業態別・世代別に分析し、保険者の健康度や疾病管理の状況を診断
- 医療・介護レセプトデータと健診データの連結による生涯を通じた健康、疾病管理

- データヘルス事業に必要な分析の研修等のサポート、コンサルティング 等

②医療の質の向上

- 健診や医療機関選びに必要なデータ提供
- 地域の医療提供体制や医療費の分析等に関する保険者機能の向上
- 韓国HIRAをモデルとした、医療機関の質の評価、審査・分析ソフトウェアの開発の検討 等

(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

(考えられる例)

- 事業主に対する「健康経営」の意識改革を通じたデータヘルス事業に必要な人材確保
- データヘルス事業の実効性を高めるためのデータ分析の集約化や保健指導の共同実施等への支援 等

(3)保険者機能強化に必要なインフラの在り方

(考えられる例)

- マイナンバー制度のインフラを活用し、支払基金・国保連が保有する社会保険・地域保険・介護保険レセプトデータの連結
- さらに、審査支払機関によるNDBデータ等の活用 等

2. 審査の効率化・統一化の推進と組織体制について

1を踏まえつつ、ICT時代にふさわしい、効率的で質の高い医療の実現を図るため、ビッグデータのインフラを活用し、審査業務の効率化・統一化や、審査の地域間格差の解消が必要。

【ご議論いただきたい点】

(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

※規制改革会議健康・医療WGからの提案(参考資料3)を参照

○ 審査の在り方

ICTの最大限の活用により人手を要する事務手続きを極小化し、審査業務の最大限の効率化、審査の高精度化、審査の透明性の向上、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①～⑧について具体的に検討する。

- ① 医師の関与の下で、全国統一的かつ明確な判断基準を策定すること
- ② 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)
- ③ 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
- ④ レセプトの請求段階における記載漏れ・記載ミスなどの防止措置を構築すること
- ⑤ 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

- ⑥ 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
- ⑦ 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きの効率化、高度化を行うこと
- ⑧ 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

○ 組織・体制の在り方

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 上記の審査の在り方に関する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上記の各業務（特に職員による点検事務及び適正な診療・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
- ③ ①で必要とされる業務のうち、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

(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

(考えられる例)

- 審査支払機関職員の連携協働による統一的な点検システム
等

4月

第1回

- ご議論いただきたい論点の確認
 - 保険者機能強化と医療の質の向上について
 - 効率的かつ公平な審査の在り方とそのための組織体制の在り方
- 各委員からの問題提起

5月

第2回

- 前回の議論の整理
- 審査支払機関の取組や、諸外国の状況等のヒアリング

6月

第3回以降

- 議論の整理(中間とりまとめ)
- 更に検討を進める事項・今後の進め方の確認
 - システム改修に反映すべき事項の整理
 - 法律改正が必要な事項の整理

秋以降

- 年末日処にとりまとめ

医療保険における ICTの活用等の現状

平成28年4月25日
厚生労働省保険局

・医療保険のオンライン資格確認	2
・医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会	3
・レセプト情報・特定健診等データベース(NDB)の現状	4—6
・保険者機能・データヘルスをめぐる議論	7—9

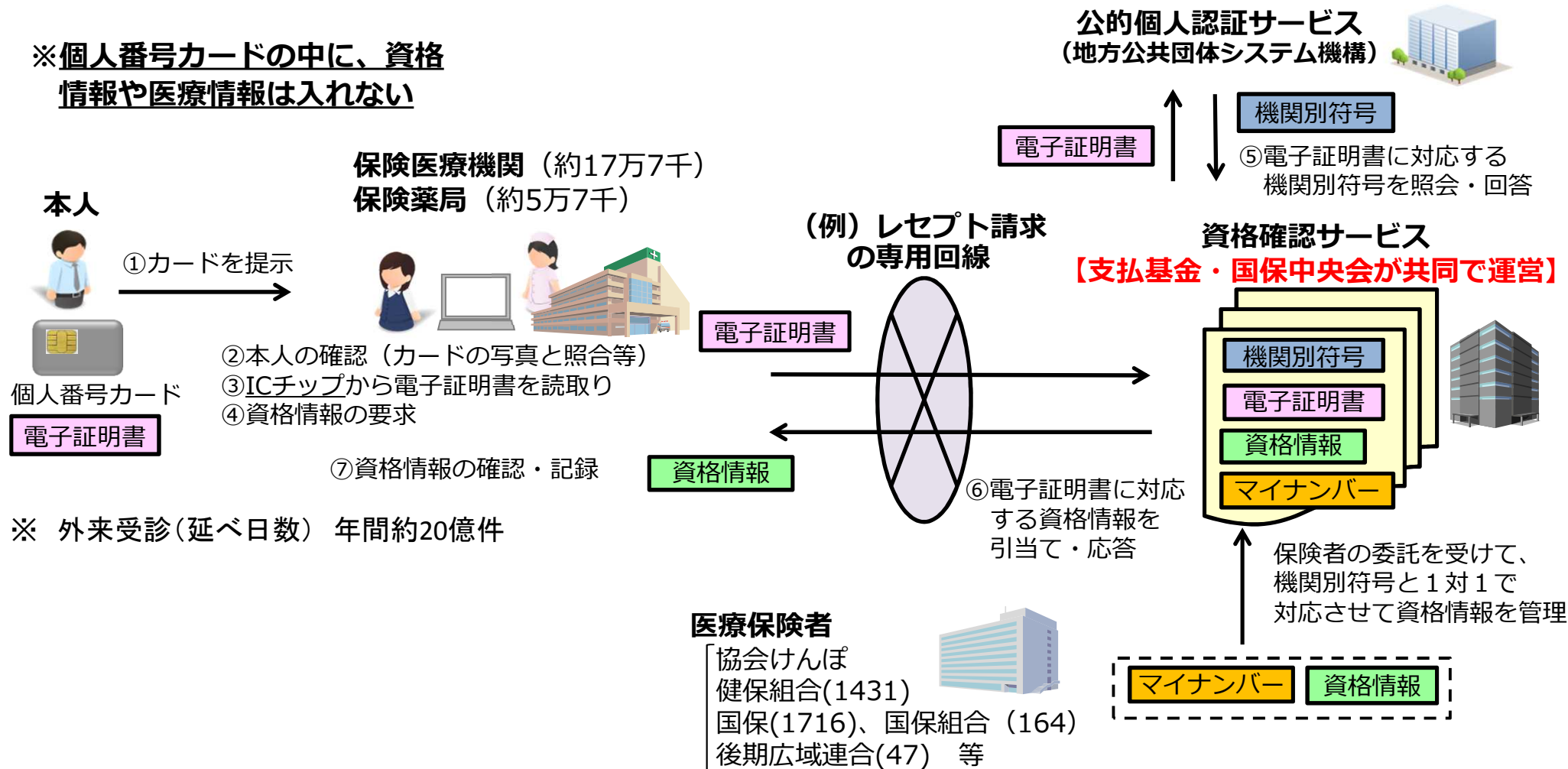
(参考)

・公的医療保険「保険者」の果たすべき機能	11
・保険者のデータ分析のための各種データベース	12
・保険者機能・データヘルスの現状と課題	13—18

医療保険のオンライン資格確認の仕組み(イメージ)

- マイナンバー制度のインフラと医療保険の既存のインフラをうまく組み合わせることで、安全で効率的な資格確認の仕組みを整備することができる。
- 公的個人認証の仕組みを活用して、保険医療機関等は、個人番号カードから電子証明書を読み取り、資格確認サービスを運用する社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会に資格情報の照会・確認を行う。

※個人番号カードの中に、資格情報や医療情報は入れない



医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会 報告書(概要)

平成27年12月 厚生労働省情報政策担当参事官室

1. 医療等分野の個人情報の特性、情報連携の意義

- 医療等分野の個人情報は、患者と医療・介護従事者が信頼関係に基づき共有しており、病歴や服薬の履歴、健診の結果など、第三者には知られたくない情報がある。個人情報の取得・利用に当たっては、本人の同意を得るとともに、患者個人の特定や目的外で利用されることのないよう、必要な個人情報保護の措置を講じる必要がある。
- 一方、医療等分野の個人情報の適切な活用は、患者へのより安全で質の高い医療・介護の提供に不可欠である。日常の健康管理や災害時の対応などでも、国民自らが診療・服薬の履歴を把握するニーズも大きい。医療の高度化には医学研究の発展が不可欠だが、個人の医療データの蓄積を活用することで、医学研究の発展や医療の高度化など社会全体の利益にもつながる。

2. 医療保険のオンライン資格確認の導入

- 正しい被保険者資格の提示を確保し、資格確認を確実に行うことは、資格喪失等によるレセプトの返戻事務をなくすとともに、適切な診療報酬の支払いにより医療サービスの基盤を維持し、公的保険制度の公正な利用の確保のために必要なものである。
- オンライン資格確認は、ICカードの二重投資を避け、広く社会で利用される情報インフラを安全かつ効率的に活用する観点から、マイナンバー制度のインフラと医療保険の既存のインフラをうまく組み合わせて、個人番号カードの活用を基本とすることが合理的である。導入の初期費用や運営コストを精査しつつ、保険者・医療関係者と協議・検討を進め、平成30年度から段階的に導入し、平成32年までに本格運用を目指して、準備を進めていく必要がある。円滑に導入できるよう、本格運用までの間に、一定期間のテスト運用も実施する必要がある。

3. 医療等分野の情報連携の識別子（ID）の体系、普及への取組

- 医療等分野の情報連携に用いる「地域医療連携用ID（仮称）」は、オンライン資格確認と一体的に管理・運営するのが効率的であるなど、支払基金・国保中央会が発行機関となることに合理性がある。「地域医療連携用ID（仮称）」は、患者本人を厳格に確認した上で利用する観点から、個人番号カードによる資格確認したときに、保険医療機関等に発行する仕組みが考えられる。
- ただし、個人番号カードを持たない患者も医療連携は必要であり、過渡的な対応として、現在の保険証番号に代えて、保険者を異動しても変わらない「資格確認用番号（仮称）」を健康保険証で読み取るなど、個人番号カードがない場合でも資格確認できる仕組みを用意すべき、との意見があった。一方、公的個人認証の仕組みは安全・確実に本人確認を担保できるが、個人番号カード以外の方法はなりすましを完全に排除できないので、安易に他の方法をとるべきではない、との意見があった。
- 国民自らが医療情報を活用する目的や意義について成熟した理解も必要であり、教育の場を含め、様々な機会を活用して、国民への周知に取り組むことが求められる。本人の健康や受診歴も把握できるポータルサービスなど、国民自身がメリットを享受できるような仕組みにつなげていくことで、医療・介護の効率的な提供や保険財政への国民の理解と納得が浸透していくことが期待される。

レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)概要

日本全国のレセプトデータ、特定健診等データを収集しデータベース化

利用目的

全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため[高齢者の医療の確保に関する法律 第16条]

保有主体

厚生労働大臣 (注)外部事業者に維持管理を委託

収載データ

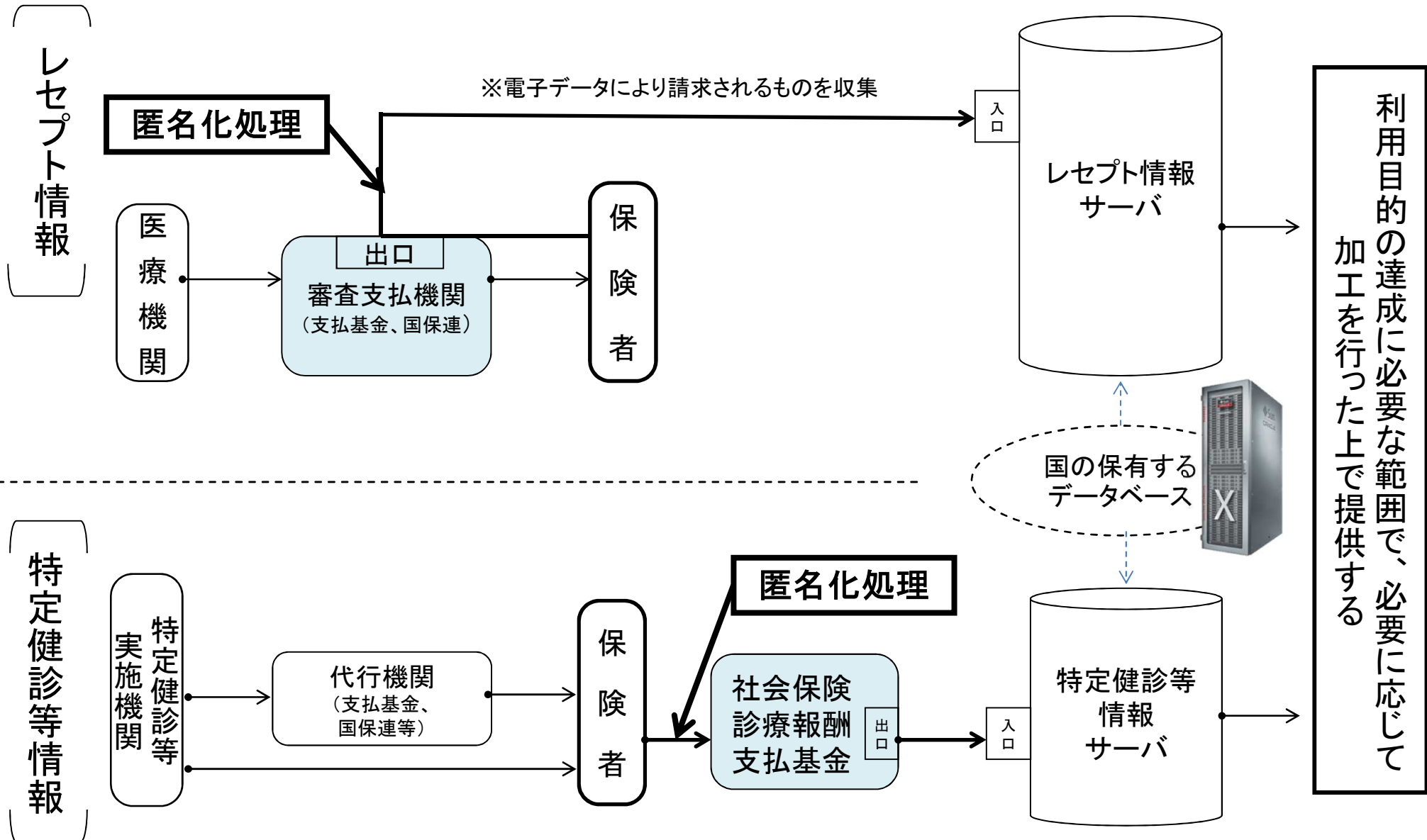
- ・レセプトデータ 約109億6,900万件[平成21年4月～平成27年12月診療分]※平成28年3月時点
- ・特定健診・保健指導データ 約1億6,900万件[平成20年度～平成26年度実施分]

(注1)レセプトデータについては、電子化されたデータのみを収載

(注2)特定健診等データについては、全データを収載

(注3)個人を特定できる情報については、固有の暗号に置換することで、個人の診療履歴の追跡可能性等を維持しつつ、匿名化

NDBのレセプト情報・特定健診等情報(レセプト情報等)の収集経路



【参考】諸外国において収集・蓄積しているデータの比較

	S N I I R A M（フランス）	H I R AのDWH（韓国）	N D B（日本）
蓄積主体	保険者（全国被用者疾病保険）	審査機関（HIRA）	政府（厚生労働省）
データの種類	レセプトデータ	レセプトデータ	レセプトデータ（DPCレセプト含む） 特定健診・特定保健指導データ
データの蓄積量	約200億件のレセプトデータ（※）	約76億件の医科レセプトデータ 約116億件の調剤レセプトデータ （※）	約109億6,900万件のレセプトデータ （DPCレセプトを含む） 約1億6,900万件以上の特定健診・ 特定保健指導データ

（※）出典：早川和寿（株式会社日立コンサルティング 公共本部マネージャー）「医療分野のデータベースの現状と今後に向けた期待」、日立コンサルティングレポート003『医療ビッグデータの活用と今後の方向性』（株式会社日立コンサルティング）

保険者機能・データヘルスをめぐる議論

- 各保険者は、**データ分析のための基盤整備**を進めるとともに、レセプト・健診データ等を活用した保健事業を実施するための「**データヘルス計画**」を策定
- 一方で、データヘルスの実現には、①一定規模のビッグデータ、②ノウハウ、③財政力・人的資源が必要。しかし、我が国では**中・小規模の保険者が多いため、ビッグデータの確保、財政面等で課題**
- 保険者機能を発揮するのにふさわしい規模を確保できるよう、**先進的なデータヘルス事業**を体系的に整理、パッケージ化して**全国的に横展開**を推進するとともに、**データ分析の共同化や保健事業の共同実施**を支援

II 保険者機能の強化～「データヘルス横展開の加速」による「医療の質と持続性の向上」～

保険者機能の強化

○保険者機能の強化・連携等によりデータヘルスを強力推進

○ICTとビッグデータを活用して保険者機能を支援

医療の質向上、持続性の強化

データヘルスの実現には、①一定規模のビッグデータ、②ノウハウ、③財政力・人的資源が必要。しかし、日本の健保組合は中・小規模が多いため、ビッグデータの確保、財政面等で課題がある。

(参考)保険者規模(平成26年)(平均)

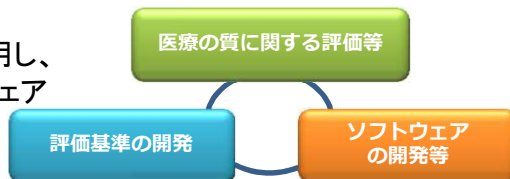
国保	協会けんぽ	共済	健保組合	ドイツ
約70万人 (各都道府県内の被保険者数の平均)	約76万人 (47都道府県の平均)	約10万人	約2万人	約40万人

<当面の対応>

- ・保険者によるデータ分析の集約化や保健指導の共同実施等を支援
- ・韓国HIRA等をモデルに、ICTとビッグデータを最大限活用し、データヘルスや医療の質の評価・向上を目指す。その際、保険者が「医療の質を創る」べく、保険者の新たな役割・責任を明確化
- ・表彰制度等を通じ事業主にも「健康経営」を普及啓発

(参考)韓国・健康保険審査評価院(HIRA)

ICTとビッグデータ等を活用し、医療の質の評価、ソフトウェア開発等を実施



一体的に
改革を推進



「健康長寿」
「医療費適正化」
の実現

データヘルス横展開

1. 全国展開に向けた方法論の確立と協力体制の基盤整備

- 厚労省と医療関係者(日本医師会、糖尿病対策推進会議)の間で連携協定締結(3/24)、4月中を目途に国レベルでプログラム策定。今後、保険者の取組状況などを踏まえ、高血圧症等、他の生活習慣病にも展開を検討



協定締結式(3/24)

- 高齢者のフレイル(虚弱)予防として、栄養・口腔・服薬等の面から管理栄養士等による在宅訪問指導、運動指導等を実施

2. データ分析等を行う民間企業との連携強化

- データ分析に基づく健康・予防サービスを提供する事業者と、保険者等とのマッチングを推進するため、全国で「データヘルス見本市」を開催
- 2020年の目標(データ分析等を行う民間企業<保険者からの推薦等により質を確保>を少なくとも100社以上)達成に向け、毎年度、進捗状況を把握

3. 保険者のインセンティブ改革

- 平成30年度からのインセンティブ改革を今年度から前倒し実施し、保険者の取組を加速

	28年度	29年度	30年度
国保	インセンティブの前倒し 4月中目途に「評価指標」を公表		保険者努力支援制度の施行
被用者保険	新「加減算制度」の具体化、「評価指標」の決定(夏～秋目途)		新「加減算制度」の施行
後期高齢者	「特別調整交付金」で保険者インセンティブを実施		

(参考) ドイツと日本の保険者数と規模の比較

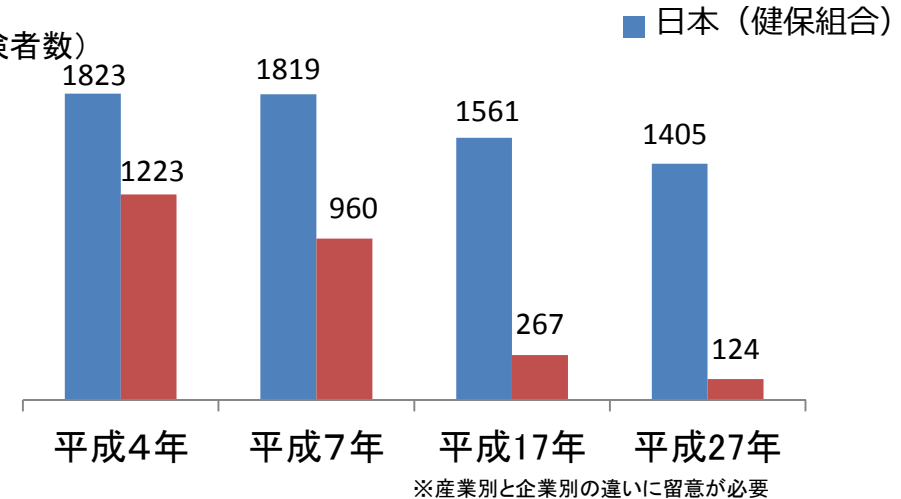
日本とドイツの保険者数の推移

○ドイツでは、1992年<平成4年>の医療保険構造法(GSG)により、(保険者数)

- ・「被保険者による疾病金庫の選択」(1996年<平成8年>～)
- ・「リスク構造調整」(1994年<平成6年>～)

の仕組みを導入。

➡ 疾病金庫の統合が加速。平均加入者数は約40万人となり、有意なビッグデータ分析が可能に。

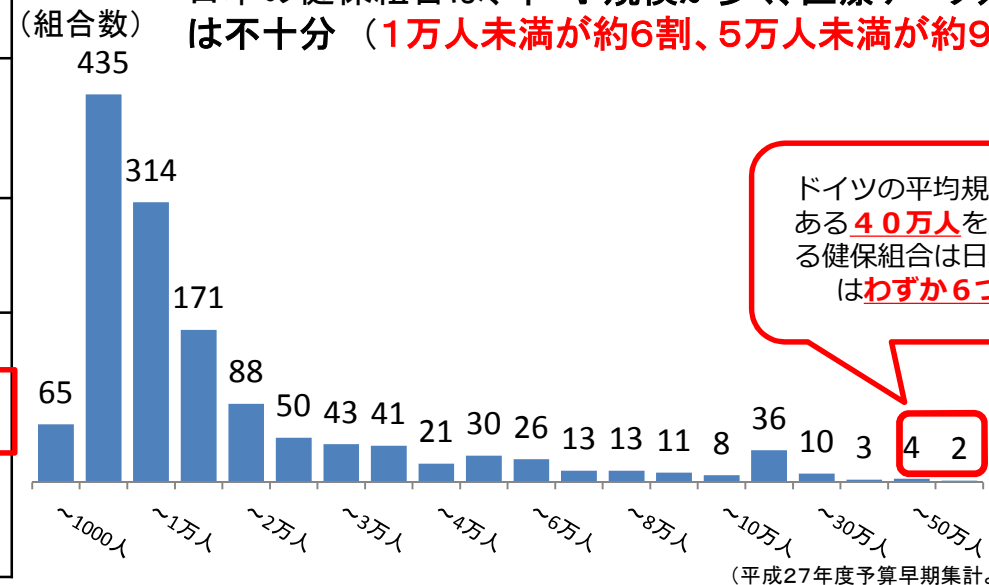


<日本の保険者規模等> (平成26年)

	保険者数	加入者数
国保	47 (平成30年度から 都道府県単位化)	平均 約70万人 (最大約360万人～最小約14万人)
協会けんぽ	47	平均 約76万人 (最大約394万人～最小約20万人) (全体は約3564万人)
共済組合	85	平均 約10万人
健保組合	1405	平均 約2万人 (最大約62万人～ 最小約30人)
(参考) ドイツ (疾病金庫)	124	平均 約40万人

健康保険組合の加入者数の分布

→日本の健保組合は、中・小規模が多く、医療データ分析には不十分 (1万人未満が約6割、5万人未満が約9割)



参考

- ① 被保険者の適用（資格管理）
- ② 保険料の設定・徴収
- ③ 保険給付（付加給付も含む）
- ④ 審査・支払
- ⑤ 保健事業等を通じた加入者の健康管理
- ⑥ 医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

※ 「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」
平成24年度厚生労働省委託事業（平成25年3月みずほ情報総研株式会社）

保険者によるデータ分析のための基盤整備

- レセプトのオンライン提出の原則義務化が始まった平成20年度以降、保険者は順次レセプトデータ及び特定健診等 データを電子的に保有する状況となっている。
- これを踏まえて、保険者による医療費分析及び保健事業の計画の作成・実施等を支援するため、各分析システムが順次稼働を開始。データヘルス事業への活用を進めている。

<各データベースシステムの概要>

	レセプト管理・分析システム	協会けんぽシステム	国保データベース(KDB)システム
保有者	健康保険組合、健康保険組合連合会	全国健康保険協会(本部)	国民健康保険中央会、国保連合会
活用者	健康保険組合	全国健康保険協会(本部+各支部)	市町村国保、国保組合、後期高齢者医療広域連合等
システムが保有する情報	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報 ※歯科を含む	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報※歯科を含む ・がん検診情報 等	・特定健診・保健指導情報 ※後期高齢者健診を含む ・医療レセプト情報 ※歯科、後期高齢者医療を含む ・介護レセプト情報
システムの活用方策	現状の把握 健保組合内の健康状況を確認するとともに、他の健保の形態・業態・規模別等での比較や健保内の事業所別での分析を行うことにより、自らの特徴を把握	現状の把握 都道府県の支部ごとの健康状態を確認するとともに、支部別や、支部内の事業所別・事業所規模・業態別に比較することにより、支部の特徴や支部内の事業所の特徴を把握	現状の把握 その地域の健康状況(特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費、一人当たり医療費等)を確認するとともに、他の地域の健康状況と比較することにより、自らの地域の特徴を把握し、優先すべき課題(健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等)を明確化
	保健指導への活用 適正受診が望まれる者や、優先的に保健指導の対象とすべき者を抽出し、個人に対する効率的・効果的な保健事業を実施		
稼働時期	平成26年4月～	平成20年10月～	平成25年10月～順次稼働

データヘルス計画の作成状況

<健保組合・協会けんぽ>

平成27年9月現在

	作成済	未作成	計
健保組合	1, 395組合 (99. 6%)	5組合 (0. 4%)	1, 400組合 (100%)
協会けんぽ	47支部＋船保 (100%)	—	47支部＋船保 (100%)

<国保>

平成27年7月現在

	作成済・作成中	未着手	計
市町村国保	1, 421保険者 (82. 8%)	295保険者 (17. 2%)	1, 716保険者 (100%)

<後期広域連合>

平成28年1月現在

	作成済	H27年度中作成予定	計
広域連合	41 (87. 2%)	6 (12. 8%)	47 (100%)

健保組合におけるデータヘルス先進事例の横展開

予算事業による先進事例の横展開について

※健保組合全体における先進事業の実施状況については、28年度初旬に実施する調査で把握する

26年度

27年度

28年度～

レセプト等のデータ分析に基づいた保健事業の立ち上げ支援事業
(4.8億円の一部)

レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業
(1.8億円の一部)

横展開をさらに拡大

単一組合	10	73
総合組合	9	8
合計	19	81

先進的な保険事業の実証事業
(19組合)

先進的な保険事業の横展開事業
(81組合)

中小規模保険者への普及のためには

- ① 知識・ノウハウ
- ② 財政的サポート
- ③ 民間事業者の活用（アウトソーシング）が必要

予算事業による先進事例の紹介

オートバックス健康保険組合（単一）

突然死・突然入院のリスクを軽減させた高リスク者への保健指導

前兆なく訪れる「突然死」。そのリスク基準を作成し、最も危険な「ブラックゾーン」該当者に対して、顧問医による面談や保健師によるモニタリングを実施した。結果、16名のブラックゾーン該当者のうち、10名が相対的にリスクの低いレッドゾーン、イエローゾーンに移行することに成功した。



ワールド健康保険組合（単一）

身近なスマホの活用で女性の健康改善

加入者の約75%を女性が占めるワールド健康保険組合では、女性の健康は非常に重要。そこでスマートフォンアプリを使った基礎体温管理と、女性加入者が親しみやすい健康情報コンテンツの配信を実施した。身近なスマートフォンを活用することで、健康管理が習慣化され自分の体に対する意識の高まりが見られた。



東京都情報サービス産業健康保険組合（総合）

費用対効果を最大に！60歳以上に対する保健事業強化

訪問による受診指導や健康相談をはじめ、ジェネリック医薬品への切り替えなど独自のプログラムツールを用いて、疾病リスクと医療費の高い60歳以上を主なターゲットにした保健事業を推進。効果測定を行いながらPDCAサイクルを繰り返すことで、重症化予防と医療費適正化の2つの効果が得られた。

課題 1

● 健保組合共通の分析システム（レセプト管理・分析システム）

- レセプト管理・分析システム（健保連が提供）を使えば、健保組合・事業所の特性は把握可能。しかし、市町村別や同規模の他保険者との比較ができない。
- 組合内に同システムを使いこなせる・データを読みこなす人材が不足。

健診データから組合・事業所の特性把握が可能

- ◆ 特定健診受診率・特定保健指導実施率
- ◆ 健康分布図による生活習慣病リスク分類

健診項目別の分析と医療費分析が可能

重症化予防や受診勧奨に必要な分析が可能

- ◆ リスク別フローチャート
- ◆ 健診レベルと医療機関受診状況

その他の機能

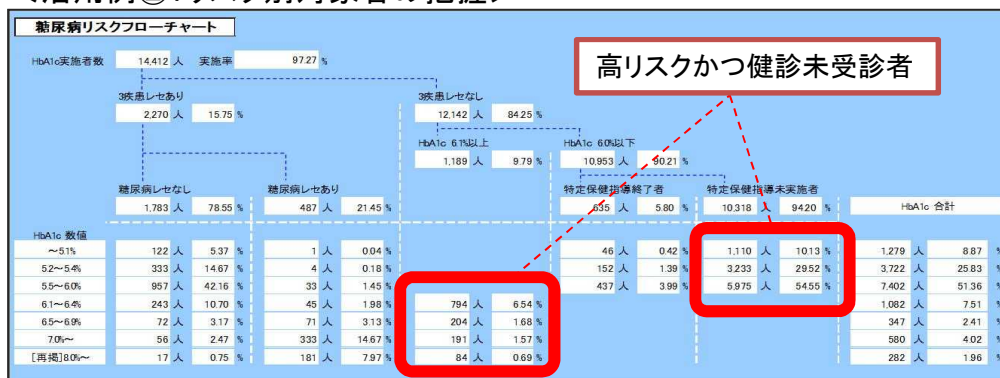
- ◆ 疾病分類別医療費
- ◆ 医療費の上位疾病名
- ◆ 生活習慣病医療費
- ◆ 調剤費と後発医薬品
- ◆ 頻回/多受診

<活用例①: 全体比較した医療費の把握>

全 組 合 集 計										
	医療費総額	1人当たり医療費	全組合集計比較指数	受診率	1件当たり日数	1日当たり医療費	1人当たり医療費	受診率	1件当たり日数	1日当たり医療費
糖尿病	59,492,690	1,002	1.07	129.2153	1.62	4,794	1,024	129.5093	1.62	4,872
再掲										
インスリン治療	4,801,280	81	1.00	2.3570	1.87	18,325	90	2.4271	1.80	20,587
腎障害	1,454,940	24	1.25	6.5323	1.56	2,397	21	6.4324	1.52	2,150
網膜症	3,100,090	52	1.05	7.0374				7.5464	1.43	4,920
神経障害	207,640	3	1.39	2.0876			3	1.8366	1.69	1,033
～										
人工透析	18,654,210	314	1.16	0.9091	12.39	27,884	297	0.8488	12.17	28,781
再掲										
糖尿病	0	0	-	0.0000	-	-	0	0.0000	-	-
高血圧	15,110	0	1.36	0.1010	13.50	187	0	0.0796	13.50	187

全組合と
自組合を比較

<活用例②: リスク別対象者の把握>



● 同規模の組合との比較や、市町村国保も入れた地域全体の比較・効果検証ができていない。 → 全国のサラリーマン健保のデータだけでなく、国保のデータを入れた共通データベースが必要。

● レセプト管理・分析システムは分析ツールでしかなく、人材不足等により、事業実施した結果の効果検証ができていない。

→ 実際には、データを入力し、結果を分析・評価する必要があるが、組合には、システムを使いこなせる人材・データを読み解く人材が乏しい。

課題 2

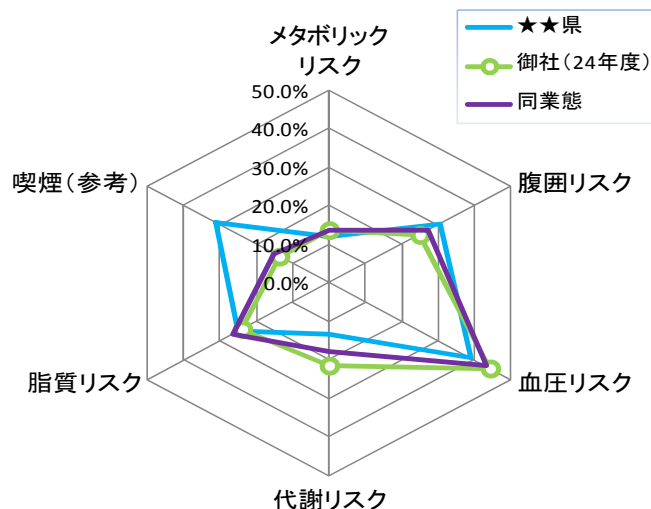
● 総合型健保組合が抱える課題

→ 総合型健保組合(※)は、加入事業所の多さから事業者間の関係性が希薄。事業主と保険者の連携が難しく、事業所別の健康・医療状況を把握しづらい。

※主な業種：自動車販売業、出版業、不動産業、IT関連等

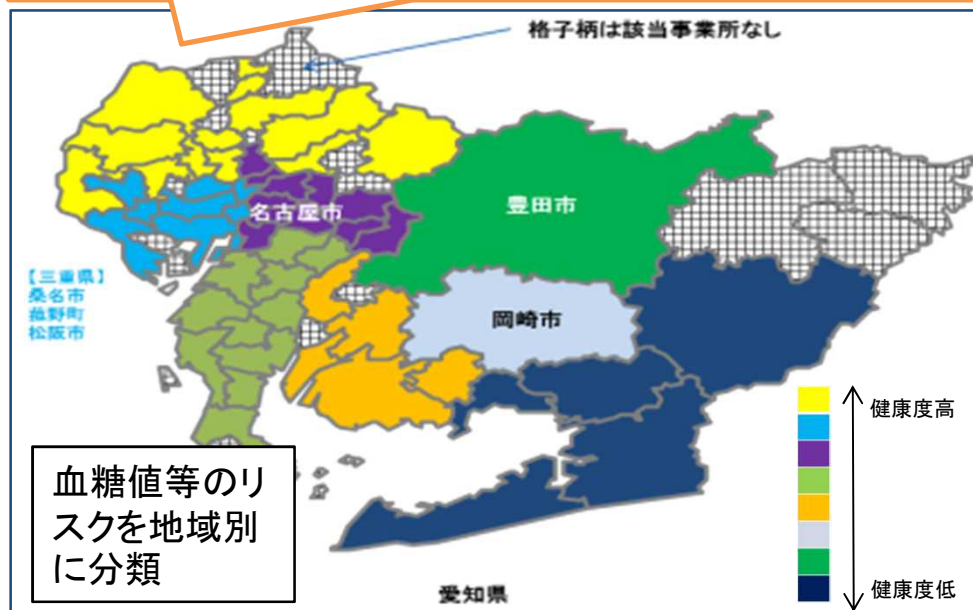
【事業所健康度診断の例(協会けんぽ)】

生活習慣病のリスク保有率の比較



- 協会けんぽは、全国・県・同業態と当該事業所を比較した健診結果等から、事業所に対する健康づくりの意識醸成や健康づくりを支援

- 愛鉄連健康保険組合(総合健保・事業所数560)は、ランキング手法を用いて、事業所を比較。
- 50人未満の事業所は個人が特定されるおそれがあるため、愛知県を8つの地域にわけて、地域ごとの特性を把握



血糖値等のリスクを地域別に分類

- 各事業所の規模が小さく、事業所ごとの精緻な評価ができない。
- 自健保のデータだけでは、正しいKPIが設定できない。他の保険者のデータが必要。
- データ分析・評価にかかる人材が不足。
- 分析等を民間企業に委託しても、委託先ごとにバラバラで、共通のデータベースが必要。

課題3

●保険者による医療機関に関する情報提供

- 保険者は、医療機関に関する基本情報（診療科目や診療日・時間など）から医療機関を検索できるサービスを提供している。
- しかし、医療機関の質・機能に関する情報は口コミ程度の情報しかない。

リクルート健康保険組合「ここカラダ」

HP上の検索サイトから、診療科別・症状別の病院診療科の検索が可能

医療機関の平均在院日数や処置内容等の医療機関の質に関わる情報について、保険者は把握していない。

保険者には、地域において医療機関を横並びで比較ができる情報がない。

健診機関については、保険者が個別に契約している機関の情報は把握しているが、全国的な情報は把握していない。

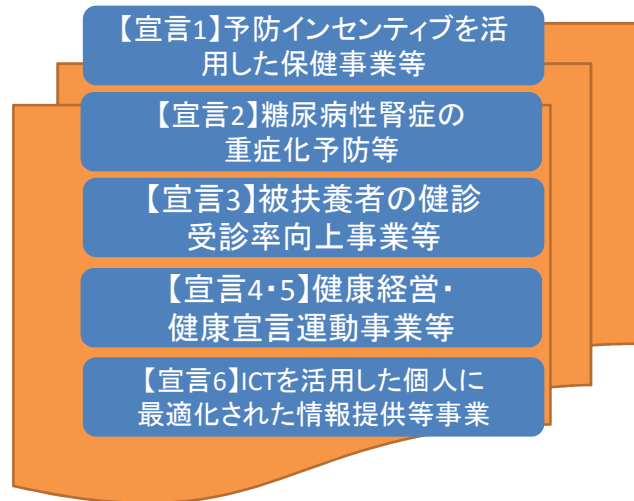


レセプト・健診データ等を活用したデータヘルスの共同事業

(平成28年度予算額：2.8億円)

- 先進的なデータヘルス事業を体系的に整理、パッケージ化して全国的に横展開を推進。
- 保険者機能の発揮にふさわしい保険者規模を確保できるよう、民間事業者や潜在保健師の活用等を通じたデータ分析や保健事業の共同実施を支援。

① 先進的なデータヘルス事業のパッケージ化



先進的なデータヘルス事業について、その事業構成や実施体制、実施過程の検証作業までのPDCAサイクルを体系的に整理し、パッケージ化し、全国的な横展開を推進。

② データ分析や保健事業の共同実施



データヘルス事業推進にふさわしい保険者規模を確保できるよう、大学や民間事業者と連携した実践的な共同分析や、潜在保健師等を活用した保健事業の共同実施を支援

※例えば、東大、産業医大と健保組合（20組合）が連携してデータ分析の実証事業を実施。

※健保連の共同事業を通じて保健事業を共同実施。

審査支払機関の概要

平成28年4月25日

厚生労働省保険局

- ・医療保険における審査支払機関の役割・・・・・・・・・・2－4
- ・審査支払機関（支払基金と国保連）の概要・・・・・・・・・・5－8
- ・電子レセプトの審査，コンピューターチェック概要・・・・・・・・9－13

（参考）

- ・韓国・健康保険審査評価院（HIRA）の業務概要・・・・・・・・14

医療保険制度の概要

【医療提供体制】

病院： 8,493
(病床数: 1,568,261)
診療所： 100,461
(病床数: 112,364)
歯科診療所： 68,592
薬局： 57,784

※数字は、平成26年10月1日時点

(出典: 平成26年医療施設調査)

※薬局は、平成27年3月末時点

(出典: 平成26年度衛生行政報告例)



医師 311,205人
歯科医師 103,972人
薬剤師 288,151人
看護師 1,142,319人
保健師 59,156人
助産師 37,572人

※医師・歯科医師・薬剤師は平成26年12月31日時点

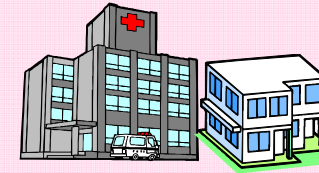
(平成26年 医師・歯科医師・薬剤師調査)

※看護師・保健師・助産師は平成26年における
厚生労働省医政局看護課集計

患者(被保険者)



医療機関・薬局



⑧支払 ⑤請求



審査支払機関

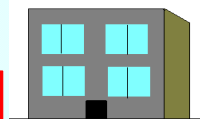
④一部負担金

③診療

②被保険者証

①保険料

保険者



⑦支払

⑥請求

【医療保険制度】

行政機関

国
都道府県
市町村

公費負担

公費負担

国民健康保険	1,880	約3,700万人
全国健康保険協会 管掌健康保険 (旧政管健保)	1	約3,600万人
組管掌健康保険	1,409	約2,900万人
共済組合	85	約900万人

※保険者数は平成27年3月末時点。加入者数は平成26年3月末時点。

支援金

各保険者

後期高齢者医療制度 47 約1,500万人

※加入者数は平成26年3月末時点

診療報酬の請求から支払までの流れ

- 保険医療機関等は、一月ごとに施設単位でまとめてレセプトを支払基金及び国保連へ提出する。
- 審査支払機関は、レセプトを審査の上、保険者へ診療報酬を請求し、保険者から支払われた診療報酬を保険医療機関等へ支払う。

審査支払機関が扱う全国のレセプト受付件数

支払基金：一月あたり約8,120万件（年間約10億件）

国保連：一月あたり約8,440万件（年間約10億件）

全国 約23万の
保険医療機関
保険薬局

4月診療の場合

① 5月10日
までに請求

各都道府県の
・支払基金支部
・国保連

② 5月10日～25日に
レセプトを審査

③ 6月10日
までに請求

全国 約3,400の保険者

- ・協会けんぽ 1
- ・健康保険組合 1,409
- ・市町村国保 1,716
- ・国保組合 164
- ・共済組合 85
- ・後期高齢者医療
広域連合 47

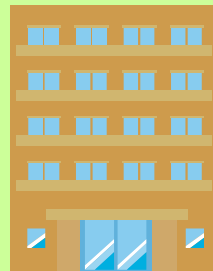
（平成27年3月末時点）

※その他、地方自治体
（公費負担医療部局）
も支払基金・国保連に
審査・支払業務を委託

⑤ 6月
20日（国保連）
21日（基金）
支払

④ 6月
18日（国保連）
20日（基金）
支払

（医科 9.7万医療機関
歯科 7.2万医療機関
調剤薬局 5.7万薬局
訪問看護 0.9万ステー
ション
（平成27年3月末時点）



支払基金と国保連におけるレセプト取扱件数等

	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険連合会
レセプト取扱件数 (平成26年度)	約9.8億件／年 (約8,120万件／月)	約10.1億件／年 (約8,440万件／月)
支払金額 (平成26年度)	約11兆1,120億円／年 (約9,260億円／月)	約23兆51億円／年 (約1兆9,170億円／月)

(参考)

保険者等	◇被用者保険	1,495	◇市町村国保	1,716
	・協会けんぽ ・健保組合 ・共済組合	1 1,409 85	◇国保組合 ◇後期高齢者医療	164 47

審査支払機関の概要

	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
概 要	【設立根拠】 社会保険診療報酬支払基金法により設立される民間法人 【法人の性格】 役員は、四者構成（保険者、被保険者、診療担当者、公益）であり、保険者から独立した中立的性格。 （支払基金法第10条第2項） 【組織】 本部（東京都）、47都道府県に支部 【職員数】 約4,300人（平成27年度） （本部：約300人、47支部：約4,000人） <沿革> ○支払基金創設以前 ・審査は、医師会又は歯科医師会への委託 →保険医指導委員会、支払は、都道府県保険課 →社会保険協会（政管）、各組合 →健保連（健保組合） ○昭和23年9月 ・基金法に基づく特殊法人として設立 ・審査委員会における審査開始（翌24年から診療担当者、保険者及び学識経験者の3者構成） ○平成15年10月 ・基金法改正により民間法人化	【設立根拠】 国民健康保険法により設立される公法人 【法人の性格】 保険者（市町村等）が共同して設立した保険者団体という位置付け。（国保法第83条第1項） 【組織】 都道府県ごとに設立された47団体 【職員数】 国保連 約5,100人（平成27年度） <沿革> ○昭和13年～17年 ・国保組合連合会が全国で順次設立 ・当時の審査は、都道府県医師会等におかれた審査委員会を実施。 ○昭和23年 ・国保が市町村の運営とされたことに伴い、現行名称に改称 ○昭和26年4月 ・審査委員会の設置が法定化

社会保険診療報酬支払基金の主な業務

- 支払基金は、特別の法律により設立された民間法人であり、健康保険及び公費負担医療等の審査支払を行っている。
このほか、高齢者医療、介護保険、退職者医療、老人保健の支援金・納付金の徴収及び交付金の交付や、特定B型肝炎給付金等の支給に関する業務を行っている。

【健康保険制度関係業務】

診療報酬審査支払業務

被用者保険の保険者からの委託により、保険医療機関等から提出される診療報酬の審査支払を実施。

- ◇健康保険診療報酬の審査支払
- ◇船員保険診療報酬の審査支払
- ◇国家公務員共済組合診療報酬の審査支払
- ◇地方公務員等共済組合診療報酬の審査支払 など

【その他の審査支払業務】

健康保険制度以外の審査支払業務

都道府県等からの委託により、診療報酬の審査支払を実施。

- ◇生活保護等公費負担医療に係る診療報酬の審査支払
- ◇都道府県・市町村単独医療費助成に係る審査支払
- ◇70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置に関する業務
- ◇出産育児一時金等の医療機関等への直接支払に関する業務（異常分娩分）

【特定B型肝炎給付金等支給関係業務】

給付金等支給業務等

特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法に基づく業務等を実施。

【高齢者医療制度関係業務】

支援金徴収及び交付金交付業務等

高齢者の確保に関する法律に基づく業務等を実施。

- ◇後期高齢者医療制度及び前期高齢者医療制度における保険者からの支援金等の徴収及び広域連合への交付金の交付に関する業務
- ◇病床転換助成事業における保険者からの支援金の徴収及び都道府県への交付金の交付に関する業務
- ◇特定健康診査等決済代行業業
- ◇被扶養者情報通知経由事業

【介護保険制度関係業務】

納付金徴収及び交付金交付業務等

介護保険法に基づく業務等を実施。

介護保険制度における保険者からの納付金の徴収及び市町村への交付金の交付に関する業務

【その他の徴収及び交付業務】

- ◇退職者医療制度における保険者からの拠出金の徴収及び市町村への交付金の交付に関する業務
- ◇老人保健制度における保険者からの拠出金の徴収及び市町村への交付金の交付に関する業務

都道府県国民健康保険団体連合会の主な業務

- 国民健康保険の保険者である市町村が共同で事務を行うため、保険者が共同で公法人である国保連を設立。
- このため、国保連は診療報酬の審査支払事務のほか、保険者の共同事業等を行っている。

国保保険者
(市町村等)

共同設立(47都道府県)



都道府県国保連合会

※ 4 4 連合会で市町村長が理事長
(平成 2 6 年 5 月 1 日現在)

【国保連の主な業務】

(1) 診療報酬等の審査支払業務

- ① 国民健康保険の診療報酬及び療養費(柔整等)の審査支払
- ② 後期高齢者医療診療報酬及び療養費(柔整等)の審査支払
- ③ 介護給付費の審査支払
- ④ 公費負担医療の費用の審査支払
- ⑤ 地方単独事業による福祉医療の費用の審査支払
- ⑥ 障害者総合支援給付費等の支払
- ⑦ 出産育児一時金の支払

(2) 財政運営に係る都道府県単位の共同事業

- ① 保険財政共同安定化事業
全ての医療費について、全市町村の拠出により負担することで国保財政の安定化(毎年の医療費の変動による財政への影響の緩和)及び保険料の平準化(医療費の差による保険料の相違の緩和)を図るための共同事業
- ② 高額医療費共同事業
レセプト1件80万円超の医療費について、市町村国保が拠出し、単年度の負担の変動を緩和する共同事業
※国、都道府県が事業対象の1/4ずつ公費負担

(3) その他の共同事業等

- ① 国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の保険者事務共同電算処理
(資格確認、医療費通知の作成等)
- ② 国民健康保険レセプト管理システムの運用管理
- ③ 国民健康保険、高齢者医療及び介護保険の第三者行為損害賠償求償事務
- ④ 国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の保険料の年金からの特別徴収経由機関業務
- ⑤ 特定健診・特定保健指導に係る費用の支払い及びデータ管理
- ⑥ 障害者総合支援市町村事務共同処理

(4) その他の事務の共同処理

- ① 一部負担金等軽減特例措置事業
(70歳~74歳の一部負担軽減)
- ② 国民健康保険のレセプト点検に係る保険者支援
- ③ 高額療養費資金貸付事業
- ④ 保健事業活動への支援(分析、研修、情報提供等)
- ⑤ 保険者協議会の運営
- ⑥ 介護サービス相談・苦情処理事業
- ⑦ 介護給付適正化対策事業

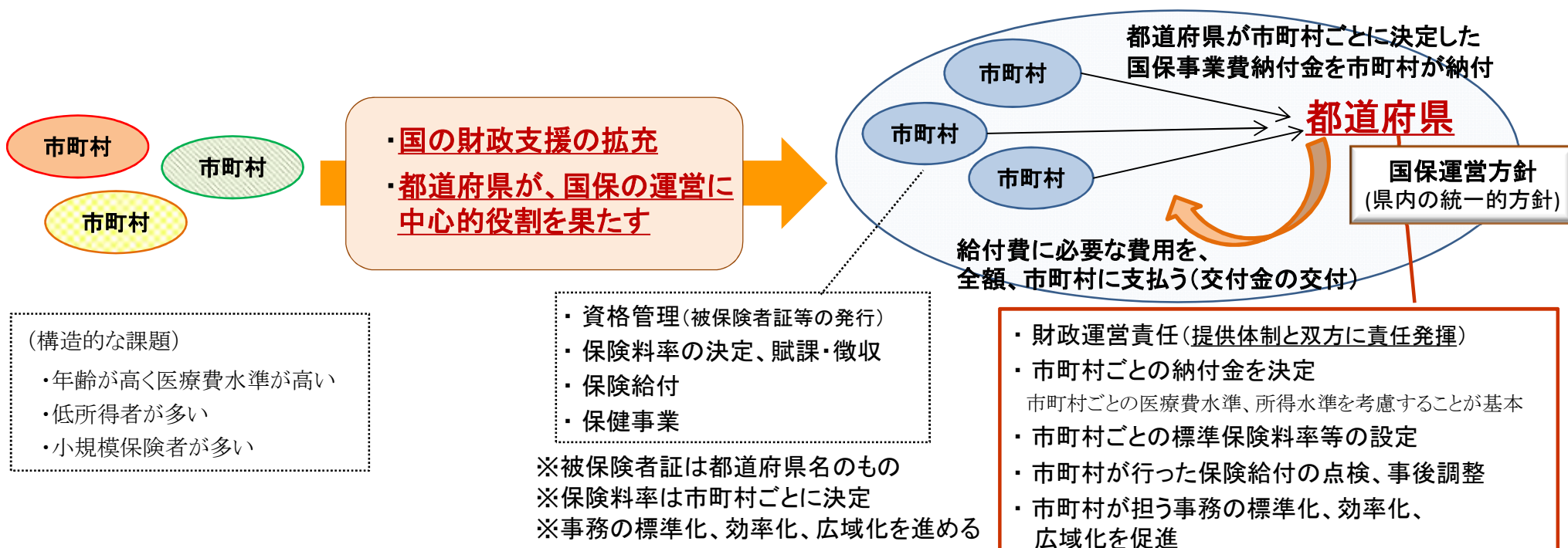
国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、全額、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

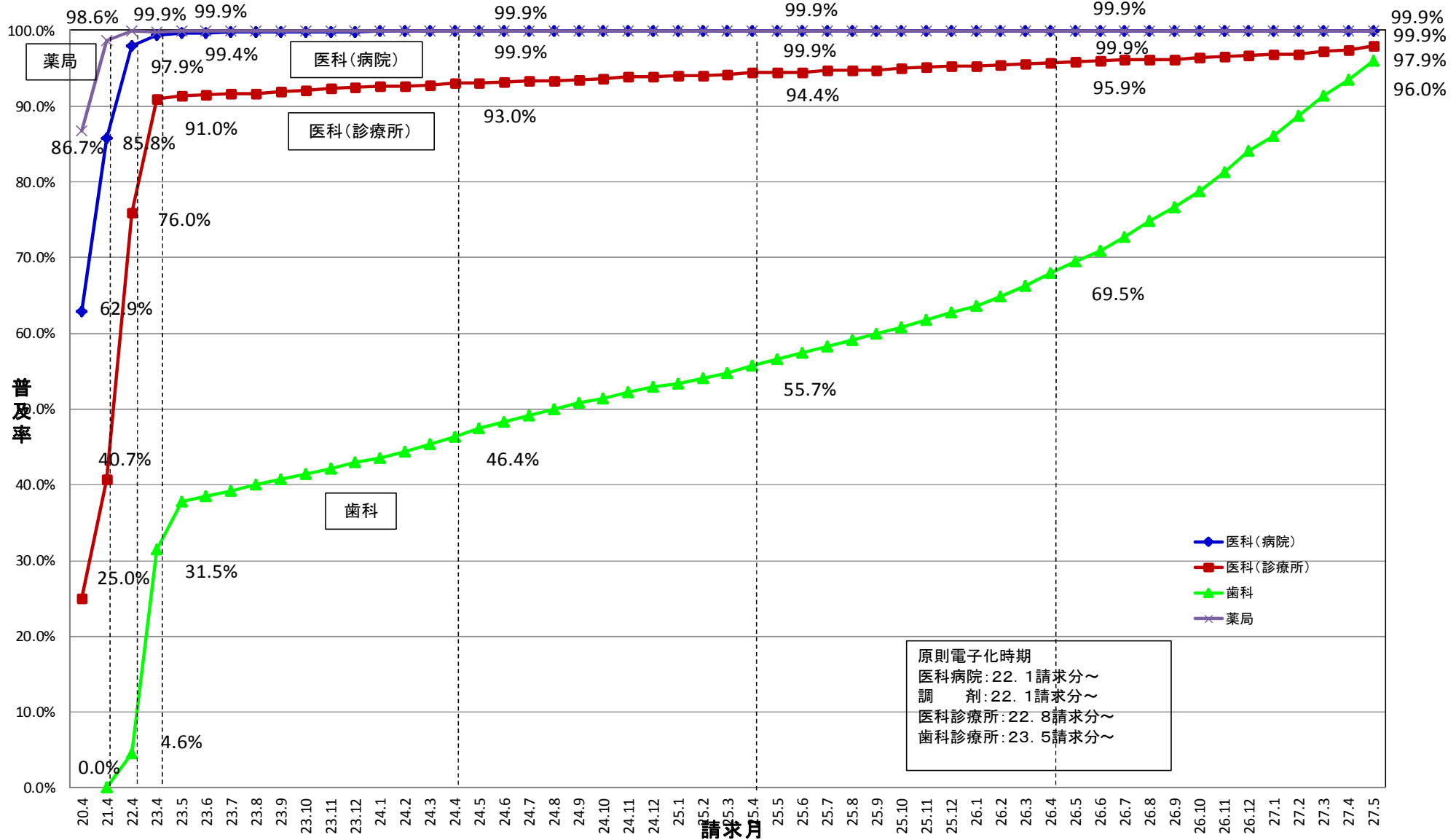
【現行】市町村が個別に運営



○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

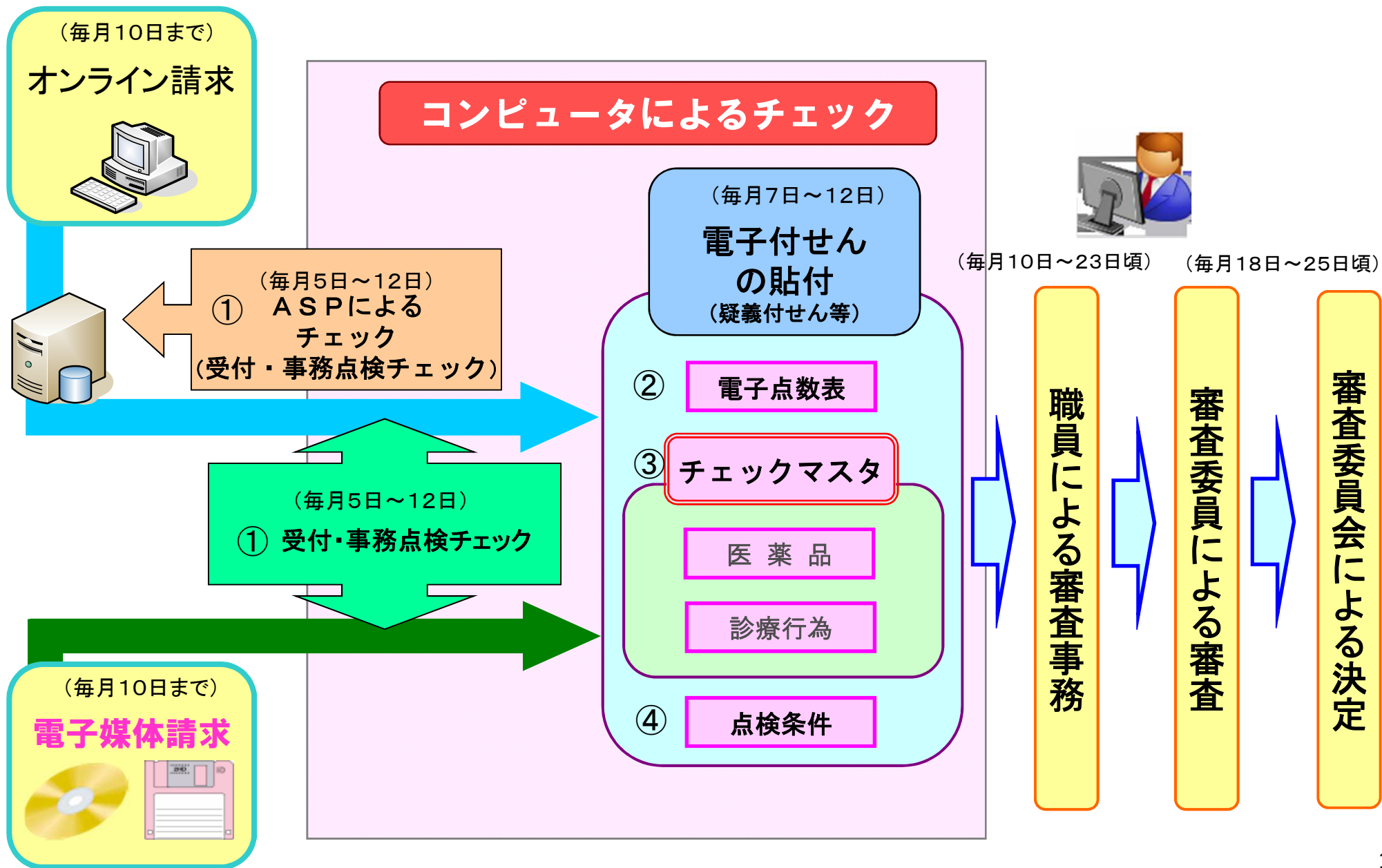
なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

医療機関のレセプト電子化の推移（レセプト件数ベース）



※電子化には①オンラインによる請求と②電子媒体の送付による請求の2種類を含む。

電子レセプトによる審査の流れ(支払基金)



電子レセプトのコンピュータによるチェックの内容(支払基金)

① 受付・事務点検チェック(オンライン請求の場合のASP)

コンピュータによる受付・事務点検チェックにより、「患者名がもれていないか」、「存在しないコードが記録されていないか」などを点検している。

なお、オンライン請求では、医療機関が審査支払機関のASP(※)を利用することにより、事前に記載事項等の不備(患者名もれ、存在しないコードの記録等)を確認でき、当月に修正が可能。

※ ASP(アプリケーション・サービス・プロバイダ)とは、一般的にアプリケーションを提供する事業者のサーバに利用者が接続し、サーバ上のアプリケーションを利用できる仕組み(サービス)のこと。

② 電子点数表を活用したコンピュータチェック

電子点数表を用いて、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などをチェック。

③ チェックマスタを活用したコンピュータチェック

チェックマスタ(診療報酬請求上の算定可否に関する基準を定義したデータベース)を用いて、傷病名と医薬品や診療行為の適応に関する適否、医薬品の用量に関する適否などをチェック。

④ 点検条件の設定によるコンピュータチェック

本部及び支部において、チェックマスタ等に設定されていない医薬品や診療行為等の診療報酬の算定に関する適否の基準を、点検条件に設定(コンピュータチェックシステムに対象条件を登録する)し、①～③のコンピュータチェックでは対応できていない組合せ項目などをチェック。

電子レセプトの審査イメージ(支払基金)

[0001003] 基金医科病院 〇〇三 (審査)				平成 27 年 10 月診療分				抽出条件		戻る				
2711-00200592		男 70歳	昭和20年01月18日 単独 外一 〇1協会	実日数		請求点数	決定点数	査定点数	調剤査定点数					
訓練 2 2 (医 科)		特記		2 日 ① 日 ② 日		5,353	5,353	0	0					
				全体	10基本等	20投薬	30注射	40処置	50手術	60検査	70画像	80その他	調剤	算定日
				1/1										
				全体	10基本等	20投薬	30注射	40処置	50手術	60検査	70画像	80その他	調剤	

傷病名	診療開始日	転帰
01 虚血性心疾患 (主)	H27. 5.29	
02 高血圧症	H27. 6.21	
03 陳旧性心筋梗塞	H27. 6.21	
04 貧血 (主)	H27. 7.18	
05 狭心症 (主)	H27. 7.18	
06 鉄欠乏性貧血	H27. 8.18	
07 逆流性食道炎	H27. 8.18	
08 脂質異常症	H27. 8.18	
09 大腸癌の疑い	H27.10.20	
10 糖尿病の疑い	H27.10.20	
11 便潜血	H27.10.20	
12 うっ血性心不全	H27.10.20	
13 胃癌の疑い	H27.10.26	
14 ヘリコバクター・ピロリ感染症の疑い	H27.10.26	

12 *	外来診療料	73X	2	
60 * <td>HbA1c PT</td> <td>67X</td> <td>1</td>	HbA1c PT	67X	1	
*	○フェリチン定量	116X	1	
*	BIL/総 TP Aib BUN ク			
*	レアチニン UA グルコース ALP			
*	ナトリウム及びクロール カリウム A			
*	ST ALT アーGT CK LD			
*	TG HDL-コレステロール LDL			
*	コレステロール UIBC (比色法)	117X	1	
*	CTG定性 梅毒トレポネマ抗体定性			
*	CRP	63X	1	
*	○ヘリコバクター・ピロリ抗体	80X	1	
*	HBs抗原 HCV抗体定性・定量	204X	1	
*	CEA CA19-9	230X	1	
腫瘍マーカー検査 2項目				
*	○NT-proBNP	140X	1	
*	B-V	20X	2	
*	検体検査管理加算 (1)	40X	1	
*	血液学的検査判断料	125X	1	
*	生化学的検査 (1) 判断料	144X	1	
*	生化学的検査 (2) 判断料	144X	1	
*	免疫学的検査判断料	144X	1	
*	EF-胃・十二指腸 粘膜点墨法加算 (検査)			
*	キシロカインゼリー 2%	30 mL	1,200X	1
*	グルカゴンノボ注射用 1mg (溶解液付)	1 瓶	254X	1
*	○大腸内視鏡検査 (ファイバースコープ・上行結腸及び盲腸)			
*	キシロカインゼリー 2%	30 mL	1,550X	1
*	グルカゴンノボ注射用 1mg (溶解液付)	1 瓶	254X	1
*	検査薬剤			
*	ニフレック配合内用剤	2 袋		
*	ラキソベロン内用液 〇. 75%	10 mL	255X	1
*	<次回検査前使用>			
*	処方せん料 (7種類以上)		40X	1

タイトル	発出年月日等 (最終改正等)
ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて	平成12年10月31日 保険免第180号 (平成25年2月21日 保医免0221第31号)

1 対象患者

ヘリコバクター・ピロリ感染症に係る検査については、以下に掲げる患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に限り算定できる。

- ① 内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者
- ② 胃MALリンパ腫の患者
- ③ 特発性血小板減少性紫斑病の患者
- ④ 早期胃癌に対する内視鏡的治療後の患者
- ⑤ 内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者

2 除菌前の感染診断

(1) 除菌前の感染診断については、次の6項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定できる。

①対象疾患がないにも関わらず、「ヘリコバクター・ピロリ抗体」に係る検査の算定が行われている点をコンピュータがチェック

②職員が詳細を確認

☐ 任意 ○
☐ 任意 □
☐ 任意 △

戻る 審査依頼 (照会) その他 審査情報 参考情報

前頁 次頁

審査結果理由 履歴 返戻理由 審査提供 日計表示 記号リハ治療 請求点数内訳 集計表示

前へ 次へ 審査済

レセプトの電子化に対応した縦覧・突合審査の導入

- これまでは紙レセプトが大半であったため、審査支払機関（支払基金及び国保連）ではレセプトごとに単月審査を行い、
①レセプトを受け取った保険者において、患者ごとに複数月のレセプトを名寄せ・照合した点検（縦覧点検）や、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを患者単位で照合した点検（突合点検）を行い、②この点検結果による保険者の申出を受け、審査支払機関で再審査を行っていた。
- レセプトの電子化が進み、データの抽出や蓄積が容易となったため、レセプトの適正な審査を推進する観点から、審査支払機関では、最初の審査の段階から、縦覧・突合審査を導入（国保連：平成23年10月～、支払基金：平成24年3月～）。

<従来>

保険医療機関から請求

審査支払機関

審査中

7月
医科
レセプト

7月
歯科
レセプト

7月
調剤
レセプト

審査決定

6月
医科
レセプト

6月
歯科
レセプト

6月
調剤
レセプト

保険者

保険者に送付・請求

再審査の請求

医科・歯科レセと調剤レセの照合

医科
レセプト

歯科
レセプト

調剤
レセプト

複数月で照合

6月
レセプト

5月
レセプト

4月
レセプト

...

<突合・縦覧審査の導入>

○適正な審査の推進 ○審査業務の効率化 ○保険者の負担軽減

審査支払機関

○電子化の推進 ⇒ データの蓄積が容易に

突合審査（医科・歯科レセと調剤レセの照合）

7月
医科
レセプト

7月
歯科
レセプト

7月
調剤
レセプト

縦覧審査（複数月で照合：過去6ヶ月分）

7月
レセプト

6月
レセプト

1月
レセプト

（注）7月レセプトの審査に際して、1月～6月レセプトを参考にしてている。

突合・縦覧審査した上で、保険者に請求

(参考)韓国・健康保険審査評価院(HIRA)の業務概要

- 韓国は、**99.9%レセプトの電子化が実現**（日本は98.6%）
- 韓国の健康保険審査評価院（HIRA）は、①診療報酬の審査のほか、ICTを活用して、②ビッグデータ等の分析等を通じた医療の質に関する評価や、患者ごとの医薬品の安全性に関する情報提供（DUR）や、③審査関連のソフトウェア開発を実施



	韓国	日本
審査機関	健康保険審査評価院（HIRA）	社会保険診療報酬支払基金（職域） 国民健康保険団体連合会（地域）
業務	医療関連ビッグデータの管理運用・分析 医療機関の質の評価、薬剤利用審査(DUR) 診療報酬の審査（支払は保険者） 審査関連ソフトウェア開発	診療報酬の審査・支払
医療保険者	全国に一つ（国民健康保険公団）	全国に約3,400保険者

診療報酬の審査の効率化と統一性の確保について(論点整理)

1. 改革の基本的な方向性

- ・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。

2. 改革を検討する組織

- ・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。
- ・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。
※支払基金関係者は構成員とせず、支払基金の見解を聴取する際は参考人として招致すること

3. 今後の改革に向けた論点(検討組織において検討する項目)

(1) 審査の在り方

ICTの最大限の活用により人手を要する事務手続きを極小化し、(1)審査業務の最大限の効率化、(2)審査の高精度化、(3)審査の透明性の向上、並びに(4)医療機関及び保険者の理解促進を図るため、以下の①～⑧について具体的に検討する。

- ① 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
- ② 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)
- ③ 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
- ④ レセプトの請求段階における記載漏れ・記載ミスなどの防止措置を構築すること
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 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きの効率化、高度化を行うこと
- ⑧ 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

(2) 組織・体制の在り方

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。

【現行の支払基金の業務】

- A 審査
 - (a)コンピューターチェック
 - (b)職員による点検事務
 - (c)医師(審査委員会)による審査と再審査
- B 説明・指導(適正な診療・レセプト請求のため審査結果やルールを説明・指導する機能)
- C 請求・支払(審査結果を踏まえ保険者毎に医療費を請求し、医療機関に支払う機能)

- ①上記(1)の審査の在り方に関する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上記の各業務(特に A(b)及び B)の要否を検討し、不要・非効率な業務を削減すること
- ②①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
- ③①で必要とされる業務のうち、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

4. スケジュール

- ・平成32年度(予定)の現行審査システムの刷新に間に合うよう、できる限り早期に検討組織を設置した上で、改革の主要部分について4月中に実質的な取りまとめを行う。
- ・6月頃の規制改革実施計画にその内容を盛り込む。

以上