

第6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30日（水）
13:00～15:00
全国都市会館 第1会議室（3F）

（議題）

1. ビッグデータの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
2. 支払基金の組織・体制の在り方について
3. その他

（配付資料）

- 資料1-1 「健保組合・健保連における健診・医療費データ活用の現状とビッグデータを活用した保険者機能の強化について」（健保連作成資料）
- 資料1-2 「保険者機能の発揮とデータ活用について」（協会けんぽ作成資料）
- 資料1-3 「保険者機能の強化に向けた国保連合会・国保中央会の取組みについて」（国保中央会作成資料）
- 資料2 審査業務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（事務局作成資料）
- 資料3 支払基金の組織体制等について（事務局作成資料）
- 資料4 医療・医療費の地域差要因の分析手法と今後のヘルスデータ収集について－アメリカの経験を踏まえて－（西村座長提出資料）

参考資料1 これまでの意見の整理（事務局提出資料）

参考資料2 健康・医療WGにおける審査業務体制等に係る主な御発言概要
（抜粋）

健保組合・健保連における健診・医療費データ活用の現状 とビックデータを活用した保険者機能の強化について

平成28年11月30日
健康保険組合連合会

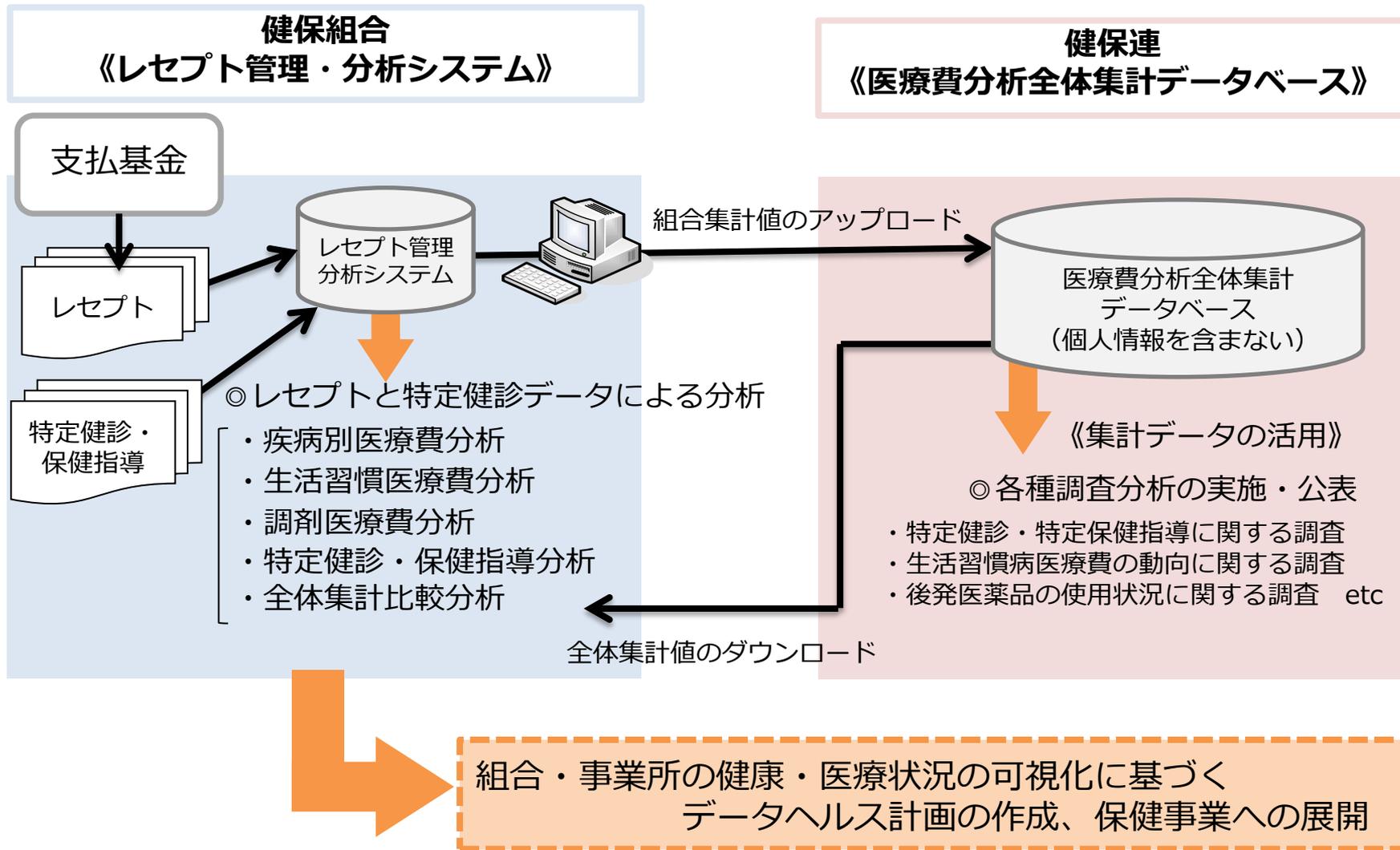
I. 健保組合・健保連における健診・医療費データの活用の現状

《医療費分析全体集計データベース》

- 平成25年度に国の助成金約80億円※を受け、健診・医療費分析のための「レセプト管理・分析システム」を全組合に導入、26年度より本格稼動。
- 健保連では、健保組合の保険者機能強化を支援するため、全組合を対象とした健診・医療費データに基づく「医療費分析全体集計データベース」を構築。
- 各健保組合が他の組合との比較から健診・医療費の特性が把握することができるよう、組合全体、形態・業態・規模別の全体集計結果データを提供。
- レセプトデータは約3.2億件/年、特定健診データは約860万件/年を対象。

(※「健保組合の保険者機能強化に向けたITネットワーク基盤システムの機器更改等」助成金によるもの。)

I. 健保組合・健保連における健診・医療費データの活用の現状



《レセプト管理・分析システムの主な特徴点》

- 全組合共通の基準仕様書に基づく同一の分析機能を実現。
- 特定健診データとレセプトデータの突合による分析を実現。
- 簡便性を重視し、グラフ・図表の作図が自動的に行なえるなど、小規模組合においても常時、簡易かつ迅速に分析が可能。
- 汎用性を確保し、大規模組合において独自の機能追加等、用途に合わせたカスタマイズが可能。
- 組合全体集計データを活用し、業態・形態・規模別に比較分析が可能。
- 個人情報漏洩防止の観点から、健保連本部は健保組合から集計結果データのみを収集。

《健保組合全体集計データを活用した比較分析項目》

医療費集計データ

- 診療年月別医療費
- 年齢階層別医療費
- 疾病19/119分類別医療費
- 調剤医療費
- 後発医薬品使用割合
- 生活習慣病有病者数・医療費
- 循環器系疾患有病者数・医療費
- 悪性新生物有病者数・医療費
- 心外系疾患有病者数・医療費
- 季節性疾患有病者数・医療費

-etc

特定健診集計データ

- 特定健診受診率
- 特定保健指導実施率
- 保健指導対象の割合
(積極的支援、動機付け支援)
- 服薬者の割合
(高血圧症、脂質、糖尿病)
- メタボ該当者・予備群の割合
- メタボ該当者・予備群の減少率
- 保健指導対象者の減少率
- 特定健診レベル判定分布

(健康分布図)

-etc

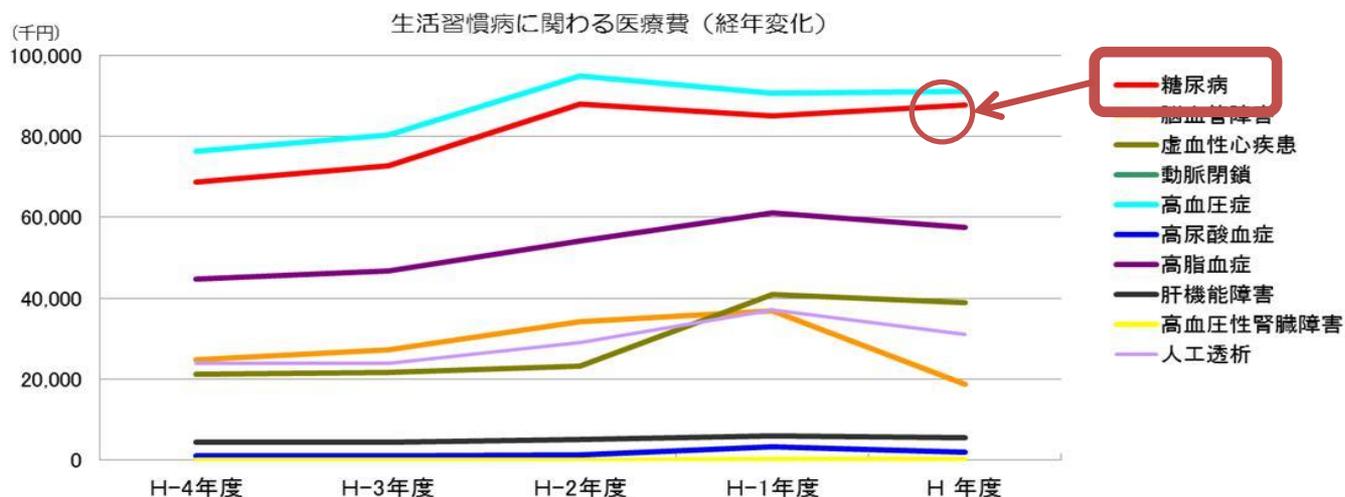
健保組合における分析事例（事例 1）

- 生活習慣病医療費の経年変化を自動的にグラフ作成を行い、可視化。
- 組合全体・事業所別に生活習慣病医療費の傾向を分析し、対策を講じるべき疾病、事業所を特定。

【生活習慣病医療費の経年変化】による課題となる疾病の抽出

A事業所	H-4年度		H-3年度		H-2年度		H-1年度		H 年度	
	医療費総額	比較指数								
糖尿病	68790100	0.94	72690290	0.93	87922310	0.98	85118990	1.02	87765020	1.07
脳血管障害	24817690	0.79	27359100	0.81	34304770	1.03	36905130	1.42	18760110	0.87
虚血性心疾患	21204330	0.84	21691300	1.32	23375710	0.92	40895270	1.63	38973290	1.33
動脈閉鎖	6660	1.74	6660	3.18	10470	3.45	5760	1.63	5760	1.22
高血圧症	76451720	1.01	80366680	1.90	94857620	0.99	90724850	1.07	91030640	1.11
高尿酸血症	1122340	1.26	1161430	1.06	1346520	1.01	3301820	4.77	1926050	1.15
高脂血症	44705820	0.91	46810710	1.18	54099870	1.00	61216640	1.23	57432420	1.14
肝機能障害	4347550	0.81	4521750	1.86	5064880	0.97	6111740	1.78	5486110	1.10
高血圧性腎臓障害	76840	0.59	87240	0.62	87840	0.61	241540	2.82	147490	1.31
人工透析	23863360	0.69	23863360	0.67	29013430	0.71	37045920	1.27	31054920	1.20

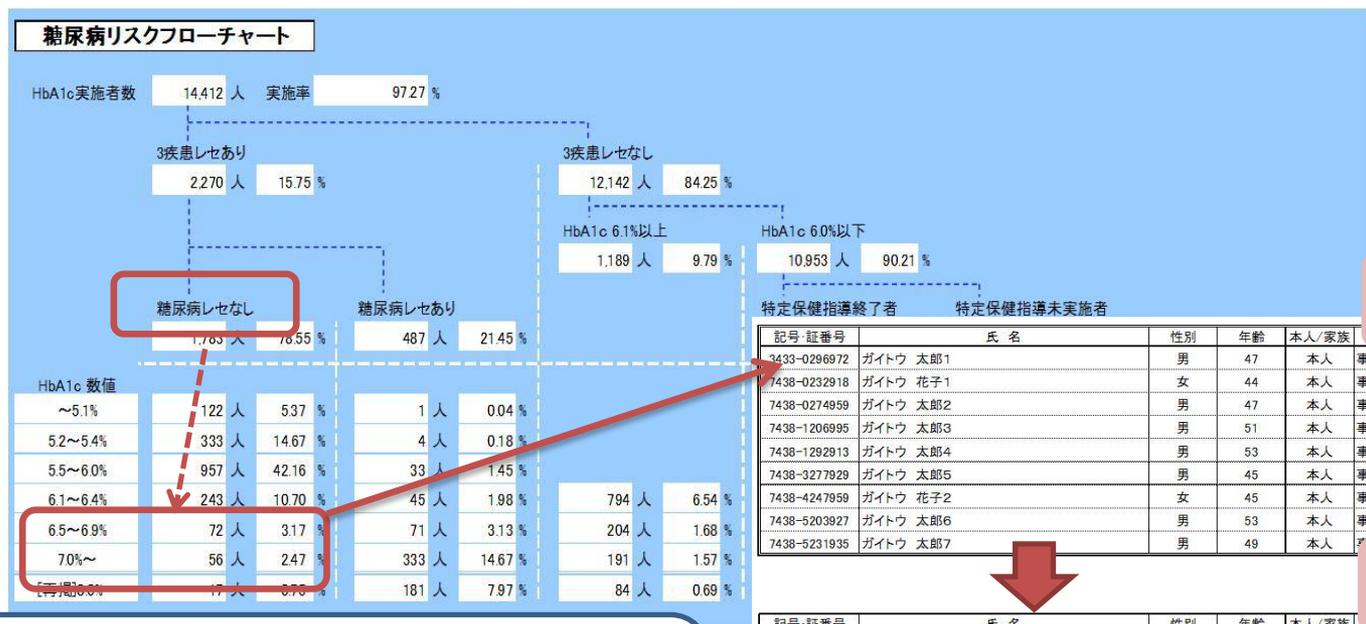
- ・事業所別に生活習慣病医療費の経年変化の傾向を分析。
- ・課題となる疾病と事業所を特定。



健保組合における分析事例（事例2）

- 糖尿病判定の健診項目「HbA1c」の値から、対象集団の分布状況を可視化。
- 重症化予防など、個人への介入を行なう観点から、保健指導基準値以上、あるいは受診勧奨基準値以上の該当者の抽出と、個人の罹患歴などレセプト情報の閲覧が可能。

【糖尿病リスク・フローチャート】による重症化予防



該当者一覧

記号・証番号	氏名	性別	年齢	本人/家族	事業所
3433-0296972	ガイトウ 太郎1	男	47	本人	事業所1
7438-0232918	ガイトウ 花子1	女	44	本人	事業所2
7438-0274959	ガイトウ 太郎2	男	47	本人	事業所2
7438-1206995	ガイトウ 太郎3	男	51	本人	事業所2
7438-1292913	ガイトウ 太郎4	男	53	本人	事業所2
7438-3277929	ガイトウ 太郎5	男	45	本人	事業所2
7438-4247959	ガイトウ 花子2	女	45	本人	事業所2
7438-5203927	ガイトウ 太郎6	男	53	本人	事業所2
7438-5231935	ガイトウ 太郎7	男	49	本人	事業所2

レセプト情報一覧

記号・証番号	氏名	性別	年齢	本人/家族	事業所	
3433-0296972	ガイトウ 太郎1	男	47	本人	事業所1	
診療年月	診療区分	入院/外来	日数	医療費	主傷病名	医療機関名
2011年04月	医科入院外	外来	1	3,980	真菌症	医療法人社団 栗田会 栗田皮膚科
2011年08月	医科入院外	外来	1	13,980	その他の眼疾患	本郷眼科

糖尿病の受診歴（服薬）がないにもかかわらず、糖尿病の可能性のあるHbA1c「6.5以上」の該当者を抽出。これにより該当者個人への保健指導や受診勧奨など、重症化予防を実施。

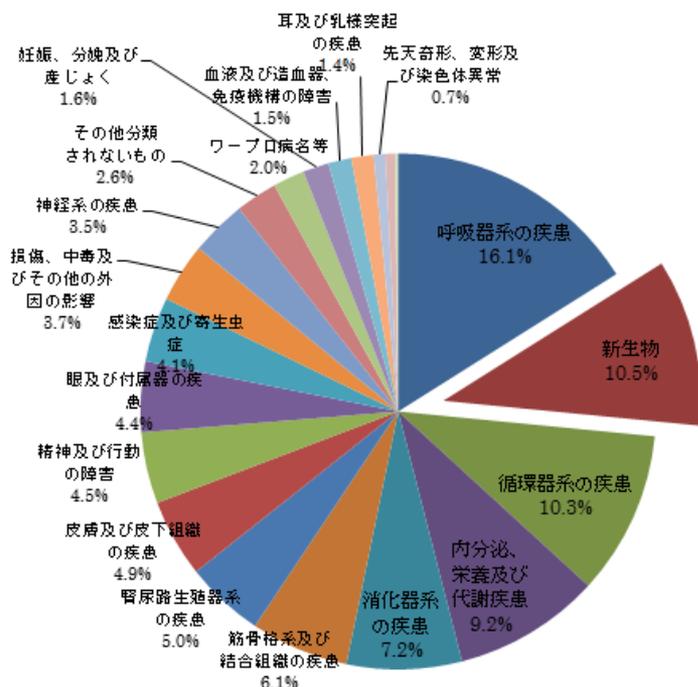
健保連における調査分析（事例3）

- 健保連では、健診・医療費データを活用して、健保組合の健診・医療費分析を支援する観点から、特定健診や医療費の動向に関する各種調査分析を実施・公表。

【平成26年度「悪性新生物（がん）の動向に関する調査分析」】より抜粋
 = 疾病19分類別新生物医療費割合、1人当たり医療費 =

疾病 19 分類別医療費【医科合計】

○ 疾病 19 分類別に医療費構成割合をみると、「呼吸器系の疾患」：16.1%に次いで、「新生物」は全体の 10.5%を占めている。



疾病 19 分類別 1 人当たり医療費【医科合計】

○ 疾病 19 分類別に 1 人当たり医療費をみると、「新生物」は「呼吸器系の疾患」に次いで高く、1万 1,849 円となっている。



健保連における調査分析（事例4）

【平成27年度「後発医薬品の使用状況に関する調査分析」】より抜粋
= 後発医薬品使用による薬剤費の削減効果について =

後発医薬品切り替えによる削減効果(粗い試算)

- 平成 27 年 5 月調剤医療費総額: 273 億 3,786 万のうち、薬剤料は 193 億 1,083 万円
で、仮に後発医薬品に置換可能な先発医薬品を、全て最低価格の後発医薬品に置き換
えた場合、削減効果は 24 億 7,909 万円となり、薬剤料における削減率は 12.8% (※調剤
医療費全体における削減率は 9.1%)となっている。

【置換前】

薬剤料総額: 193 億 1,083 万円



【置換後】

薬剤料総額: 168 億 3,173 万円



Ⅱ. ビックデータを活用した保険者機能の強化に向けて

- (1) 健診・医療費データと介護データの活用による保健事業
- (2) 健保組合のレセプト二次点検
- (3) 医療提供体制への意見・提言
- (4) 診療報酬改定・医療費適正化に資するレセプト分析・提言の実施

(1) 健診・医療費データと介護データの活用による保健事業

【現状】

健保組合では保険者機能強化の観点から、既に健診・医療費データを活用して、エビデンスに基づくデータヘルス計画による保健事業を実施・展開している。

【課題】

健保連による医療費分析は、レセプト情報の集計データに基づく分析であり、全組合のレセプト（個票）そのものを対象としてはおらず、検査・薬剤等の個々の診療行為に及ぶ詳細な分析は困難である。



【方向性】

- 将来的には健診・医療費データと介護データを連結させ、経年データから個々人の健康状態や罹患状況、要介護状態を追えるよう、データを蓄積していくことが必要。
- 健保連としては、このような経年データを活用して、現時点の疾病予防や重症化予防等の保健事業が、将来の医療費や介護費用にどのような影響を及ぼすかなど、保健事業の効果と手法について分析を行なっていきたい。
- 上記を含め、支払基金に対しては、各種データの活用に基づくデータヘルス計画が効果的かつ持続可能となるよう、「データヘルス・ポータルサイト」の運営等の医療保険者に対する総合的な支援機能を期待したい。

(2) 健保組合のレセプト二次点検

【二次点検の現状】

健保組合は二次点検を実施。二次点検による再審査請求（240万件）を行い、約25%が減額査定（59万件）され、減額査定額は約18.5億円。

【課題】

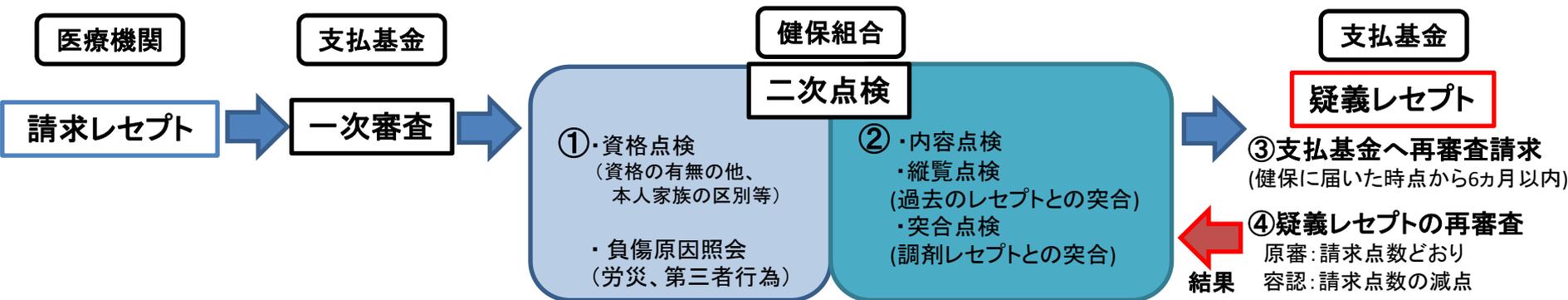
- ① 支払基金の審査費用（約166.7億円）と減額査定額（支払基金一次審査91.7億円＋二次点検18.5億円）が見合わない（医療機関への牽制効果は除く）。
- ② 診療報酬の取扱いが不明確な部分、医学的判断が、二次点検の大きな問題。
- ③ そのため、支部間差異が生じ、再審査請求に対する詳細な裁定理由が明示されないことから、健保組合の納得が十分に得られていない。
- ④ 支払基金による一次審査は審査基準が公開されていない（電子点数表による定型的なコンピュータチェックを除く）。そのため、健保組合の二次点検との間に非効率性が発生する（コンピュータチェックの重複等）。
- ⑤ 健保組合は二次点検を外注する割合が高いが、紙レセプトで審査をする業者もある。

【方向性】

- 支払基金の審査の充実強化を図り、二次点検の負荷を減じていくべき。
- 支払基金のコンピュータチェックの審査基準を一部公開し、支払基金と健保組合の二次点検の役割分担を明確にすることで、審査全体の効率化を図るべき。

<参考>

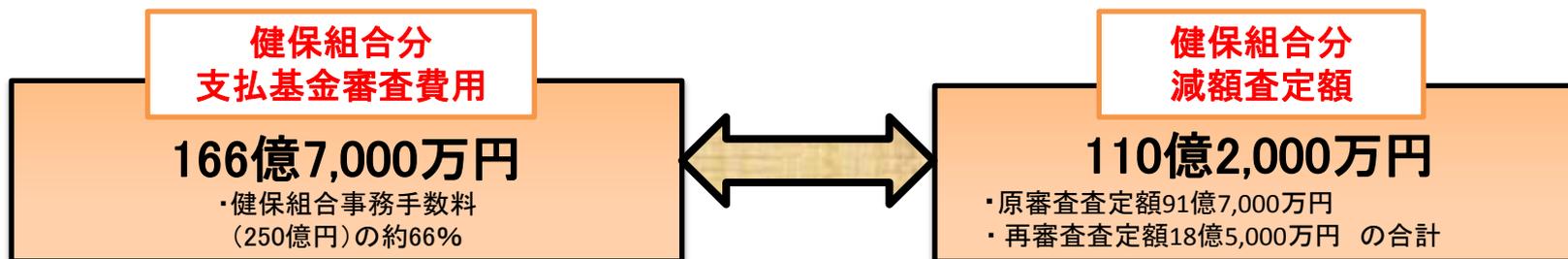
○レセプトの流れ



○レセプト二次点検の状況(平成27年11月26日規制改革会議健康・医療WG提出資料)

	金額	(参考)	件数
一次審査で減額査定される健保組合分のレセプト	約91億7,000万円	健保組合から支払基金に再審査を依頼するレセプト	240万件
再審査で減額査定される健保組合分のレセプト	約18億5,000万円	再審査で減額査定される健保組合分のレセプト	59万件

○審査の費用対効果(平成27年11月26日規制改革会議健康・医療WG提出資料)



(3) 医療提供体制への意見・提言

【現状】

- ① 保険者は「地域医療構想調整会議」等に参画し、効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けて意見を述べている。これらの検討の基本となるデータは、都道府県が提示する定型的なもののみ。
- ② 患者が、適切な医療機関を選択するために必要な情報の公開が限定的（都道府県HP等）。

【課題】

- ① 個別保険者のデータのみでの分析結果では、説得力のある意見・提言を行うことが困難。
- ② 地域において患者（加入者）が、病状等に応じて、どのような医療機関を受診すればよいか、保険者として周知、情報提供ができない。

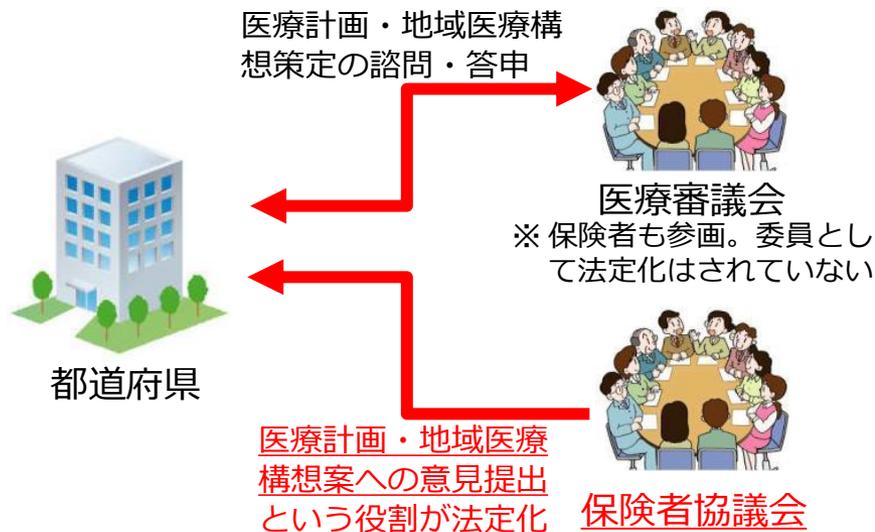
【方向性】

- 医療提供体制は、これまで医療提供者側と行政が中心になって構築してきたが、今後は保険者として患者・住民の立場から意見・提言を強めていく必要がある。そのためには、ビッグデータの活用が必須である。
- 保険者としては、患者（加入者）が求めている医療提供体制に関する情報を分析し、受診時における適切な医療機関を推奨する取組みを進めたい。

<参考>

【医療提供体制における保険者の関与】

都道府県単位



二次医療圏（構想区域）単位



【医療機能情報の公開】

現在、公開されている情報例

病床数、人員配置状況、医療機器
—の保有状況

全身麻酔手術の実施件数等

がん
脳卒中
心筋梗塞—等への治療実施件数

公開情報
の拡大が
必要

ビッグデータから示せる可能性のある情報例

入院患者の疾病別・重症度別の平均在院日数

入院患者の疾病別・重症度別の再入院率

がんのステージ別入院患者割合・退院率

(4) 診療報酬改定・医療費適正化に資するレセプト分析・提言の実施

【現状】

診療報酬改定や医療費適正化に資する政策提言のために、レセプト管理・分析システムによる集計データとは別に、一部の健保組合よりレセプトデータ（個票）を収集して健保連でデータ分析を実施（※レセプト件数約6千万件）。

【課題】

- ①国保や協会けんぽなど他の保険者のデータがなく、国民全体のデータによる分析が出来ない。
- ②データの偏在が発生。
(EX.健保組合の加入者は大都市に多い、若年層が多い.etc)



【方向性】

- 国保連と支払基金のデータを連結したビッグデータが構築されれば、保険者として活用（医療費適正化や診療報酬の改革提言等）していきたい。

現在実施しているレセプトデータ分析に基づく 政策提言について（概要）

※一部の提言を抜粋

● 湿布薬処方について

- ・ 第一世代湿布薬については保険適用の除外を検討すべき
- ・ 湿布薬について処方枚数等に一定の上限を設定すべき
⇒28年度改定で1処方につき70枚の上限が設定（提言実現）

● ビタミン剤処方について

- ・ ビタミン剤は患者の疾患や疾病の原因がビタミン欠乏等であることが明らかでない場合や、食事により摂取困難な場合に限定すべき

● 短期滞在手術等基本料3拡大の影響について

- ・ H26年度改定での短期滞在手術等基本料3拡大後、医療費は全般的に増えていることから、適切なレベルの診療報酬を設定すべき
⇒28年度改定前後で点数を単純に比較可能な手術・検査（20項目）のうち、17項目の点数が引き下げられた（提言実現）

保険者の果たすべき機能

※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)「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」による。

①被保険者の適用(資格管理)

- ・適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと。

②保険料の設定・徴収

- ・加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと。

③保険給付(付加給付も含む)

- ・必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと。

④審査・支払

- ・レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと。

⑤保健事業等を通じた加入者の健康管理

- ・レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること。
- ・加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと。
- ・医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること。

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

- ・医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと。
- ・レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、医療関連計画の策定への参画、診療報酬の交渉などにより良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけること。

保険者機能の発揮とデータ活用について

平成28年11月30日



全国健康保険協会

協会けんぽ

全国健康保険協会（協会けんぽ）の設立の背景・趣旨

- 平成18年の医療制度改革の際、政府管掌健康保険について、**保険者機能の発揮や都道府県単位の運営等、効率的な保険運営を図るため、民営化が決定。**

政管健保

厚生労働省
社会保険庁
《事業の企画・立案》

- ・現金給付等の現業的な業務が中心
- ・全国一本の保険運営

保険者機能が不十分

全国一本の保険運営

加入者・事業主の関与が弱い

改革



理念

- ・加入者の健康増進
- ・良質かつ効率的な医療の提供

設立趣旨

⇒加入者・事業主の利益の実現

保険者機能の発揮

- ・国や都道府県の医療政策への意見発信
- ・加入者の健康づくり
- ・支部機能の強化

都道府県単位の保険料率

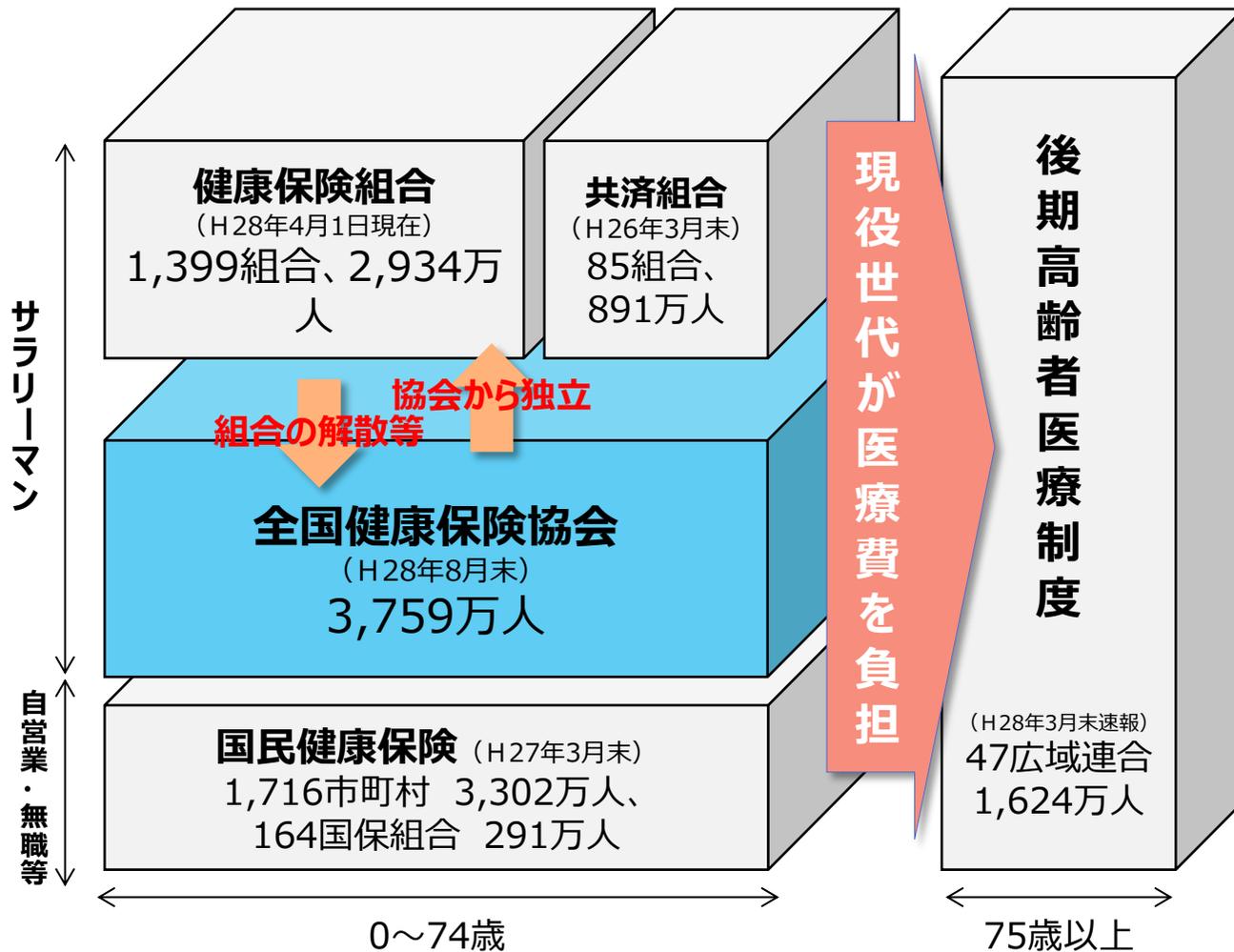
- ・都道府県単位の医療費を反映した料率の設定

加入者・事業主の意見に基づく運営

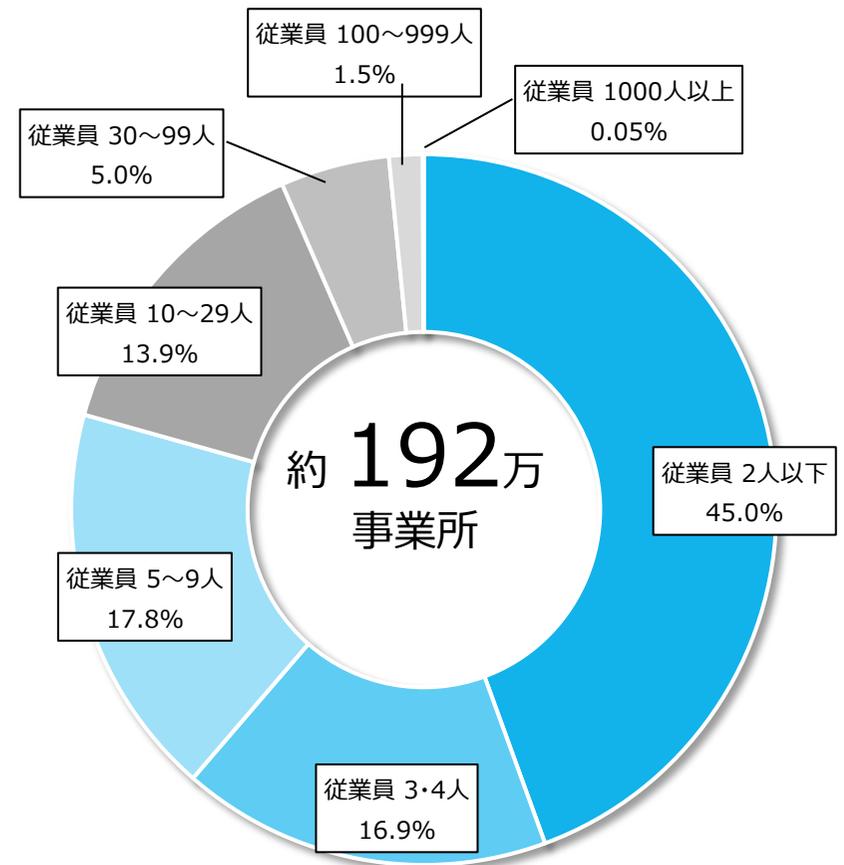
協会けんぽの規模

- 加入者は**3,759万人**（国民の**3.4人に1人**）。
- 中小企業・小規模企業が多く、**事業所全体の約8割が従業員9人以下**。
→ 協会けんぽは、サラリーマンの医療保険の最後の受け皿となっている。

保険者の構成



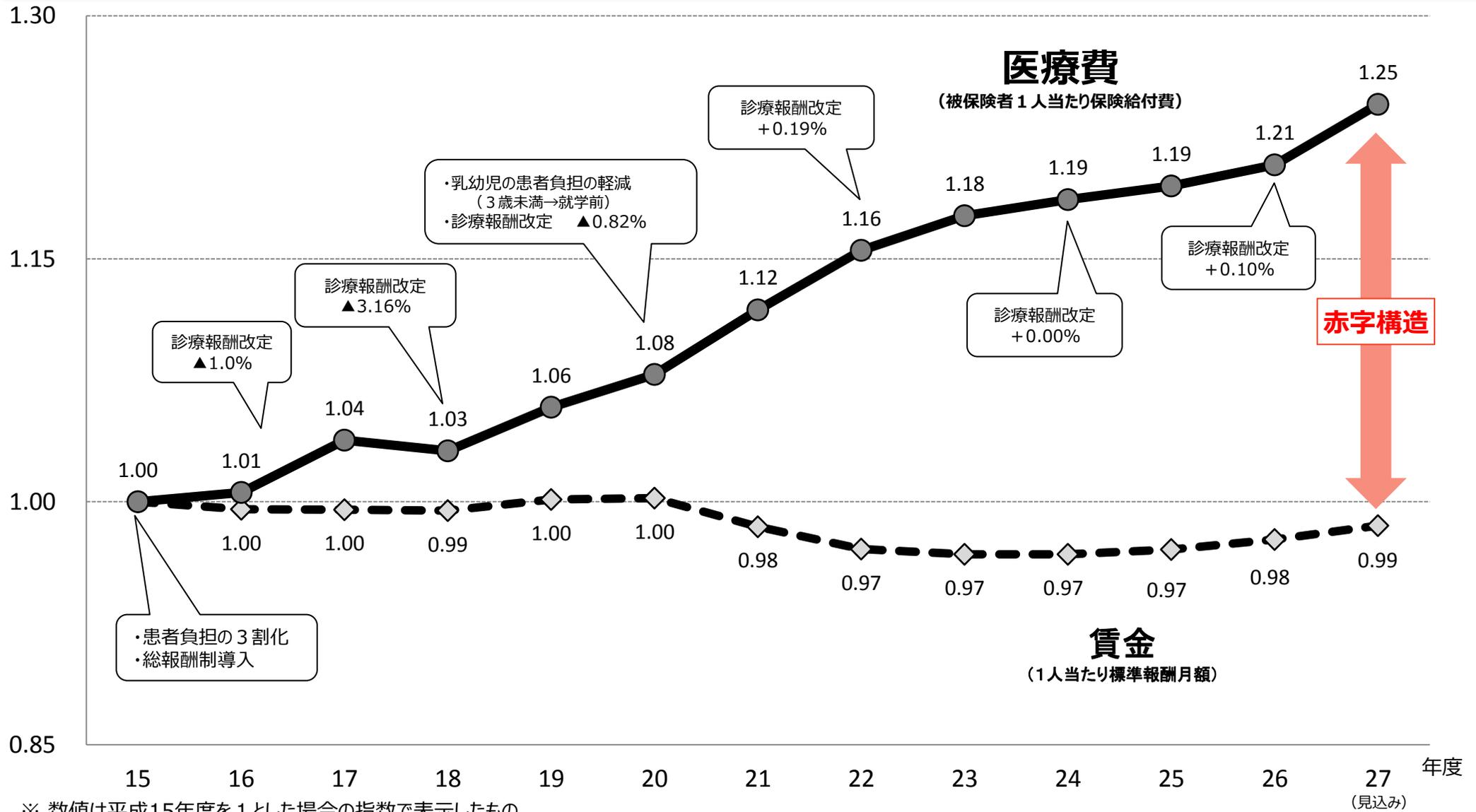
協会の事業所規模別構成（28年8月末）



※事業所全体の約8割が従業員9人以下

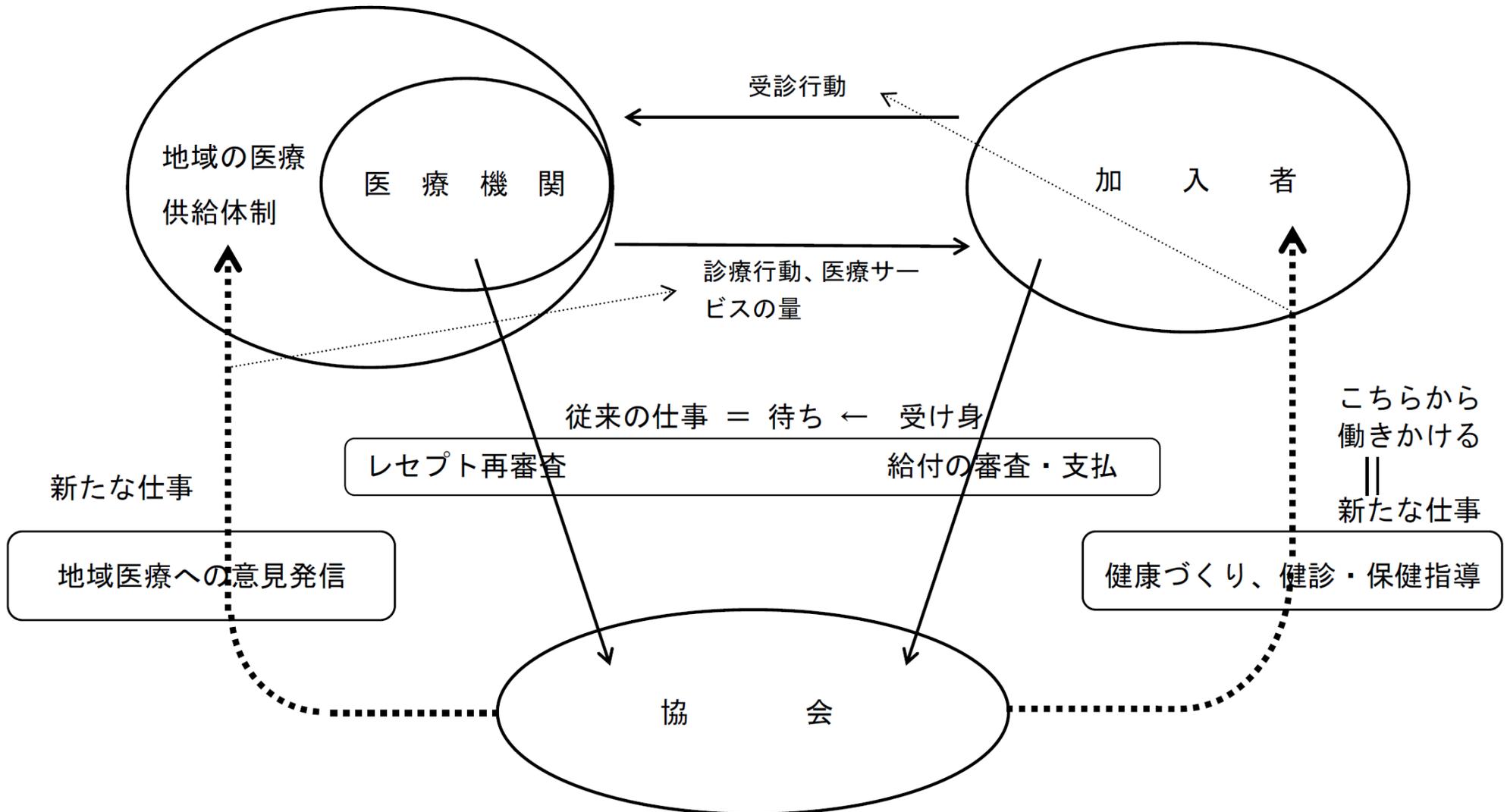
協会けんぽの保険財政の傾向

○ 近年、**医療費**（1人当たり保険給付費）の伸びが**賃金**（1人当たり標準報酬）の伸びを上回り、協会けんぽの保険財政は**赤字構造**となっている。**医療費の適正化は喫緊の課題**。



協会の保険者としての活動範囲の拡大

- 受け身であった従来の業務（給付の審査・支払やレセプトの再審査）から、**加入者の健康づくりや地域医療への意見発信など新たな業務へ活動範囲が拡大。**



保険者機能強化アクションプラン（第3期：平成27～29年度）

- 保険者機能強化アクションプランに基づき、**加入者の健康管理・健康増進などの戦略的保険者機能の発揮**に向けた取組を実施。

保険者機能の実施

戦略的な機能

- 医療の質や効率性向上のための医療提供体制への働きかけ
- 保健事業等を通じた加入者の健康管理、健康増進
- 広報活動による加入者への医療情報の提供、疾病予防

基盤的な機能

- 加入者の加入手続きと資格管理、加入者サービス
- 保険給付額等に見合った保険料の設定、徴収
- レセプトと現金給付の審査及び支払

アクションプランの策定による
戦略的な機能の強化

アクションプランを通じて実現すべき目標

- I 医療等の質や効率性の向上
- II 加入者の健康度を高めること
- III 医療費等の適正化

データヘルス計画

協会けんぽのデータヘルス計画

- データに基づいた現状把握を踏まえ、施策を重点的に講ずべき対象の選出、健康・医療情報の「見える化」を実施
- 協会本部においてデータヘルス推進会議を開催し、外部有識者の意見を聴きながら、データヘルス計画の進捗確認と展開の検討

(1) 特定健診・特定保健指導の推進

- データを活用した加入者の生活習慣・健康状況の把握
- 予防効果が期待できる者への保健指導の優先的实施

(2) 事業主等の健康づくり意識の醸成を目指した取り組み（コラボヘルス）

- ICTを活用し、事業所ごとにオーダーメイド型で従業員の健康状況を把握できるツールを提供

(3) 重症化予防対策

- 健診データ及びレセプトデータから疾病リスクの高い者を抽出し、受診勧奨の実施

特定健診・特定保健指導の推進

- 協会けんぽの特性として、**事業所規模が小さくなるほど健診受診率が低い**ため、**小規模事業所へのきめ細かいアプローチ**を実施。
- **健診受診結果とレセプトデータを組み合わせることにより、要治療者であって医療機関を受診していない者を把握。**

1. 中小企業の抱える生活習慣病予防健診の実態と課題

規模別の生活習慣病予防健診の受診率（2010年実績）については、全事業所平均で42.2%であるが、2人以下事業所では20.7%まで落ち込んでおり、事業所規模が小さくなるほど、急激な受診率の減少がみられる。

2. 要治療者が医療機関を受診していない（2010年実績）

空腹時血糖150mg/dl以上の健診受診者のうち、健診後1年間に医療機関を受診した割合は37%となっている。

3. 健診受診者の7割は「健診結果を認識していない」

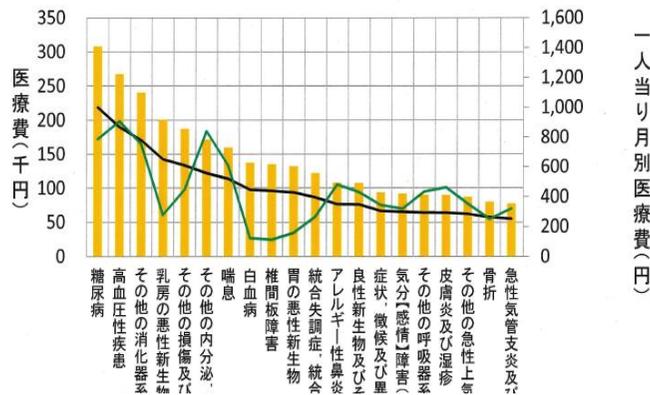
第5次循環器疾患基礎調査によれば、健診受診者の7割は、血糖、脂質の検査値を知らないという結果が出ている。

事業主等の健康づくり意識の醸成を目指した取り組み（コラボヘルス）

- **ICTを活用し、事業所ごとの従業員の健康度を「見える化」**（ヘルスケア通信簿等）。これにより、事業主は**自社の状況について、同業他社との比較も含めて把握**することが可能。

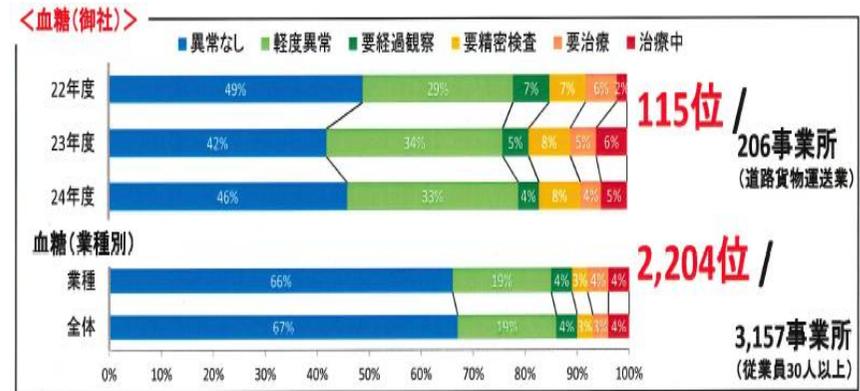
【①事業所ごとの疾病構造】

自社の疾病構造が把握できる（平均とのかい離）



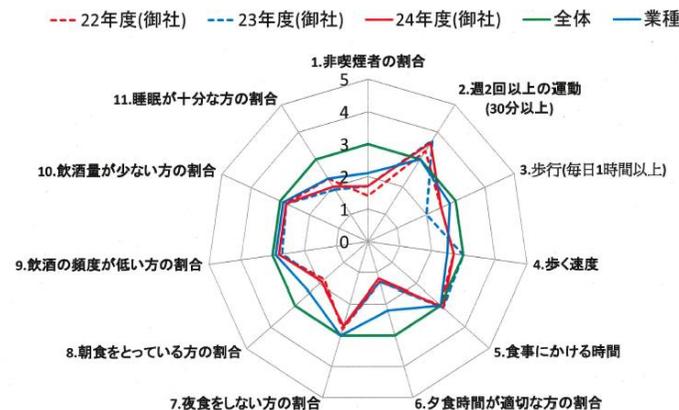
【②事業所ごとの健診結果のリスク】

自社の健診結果の推移を経年で把握できる



【③事業所ごとの生活習慣状況】

業種や規模別で比較



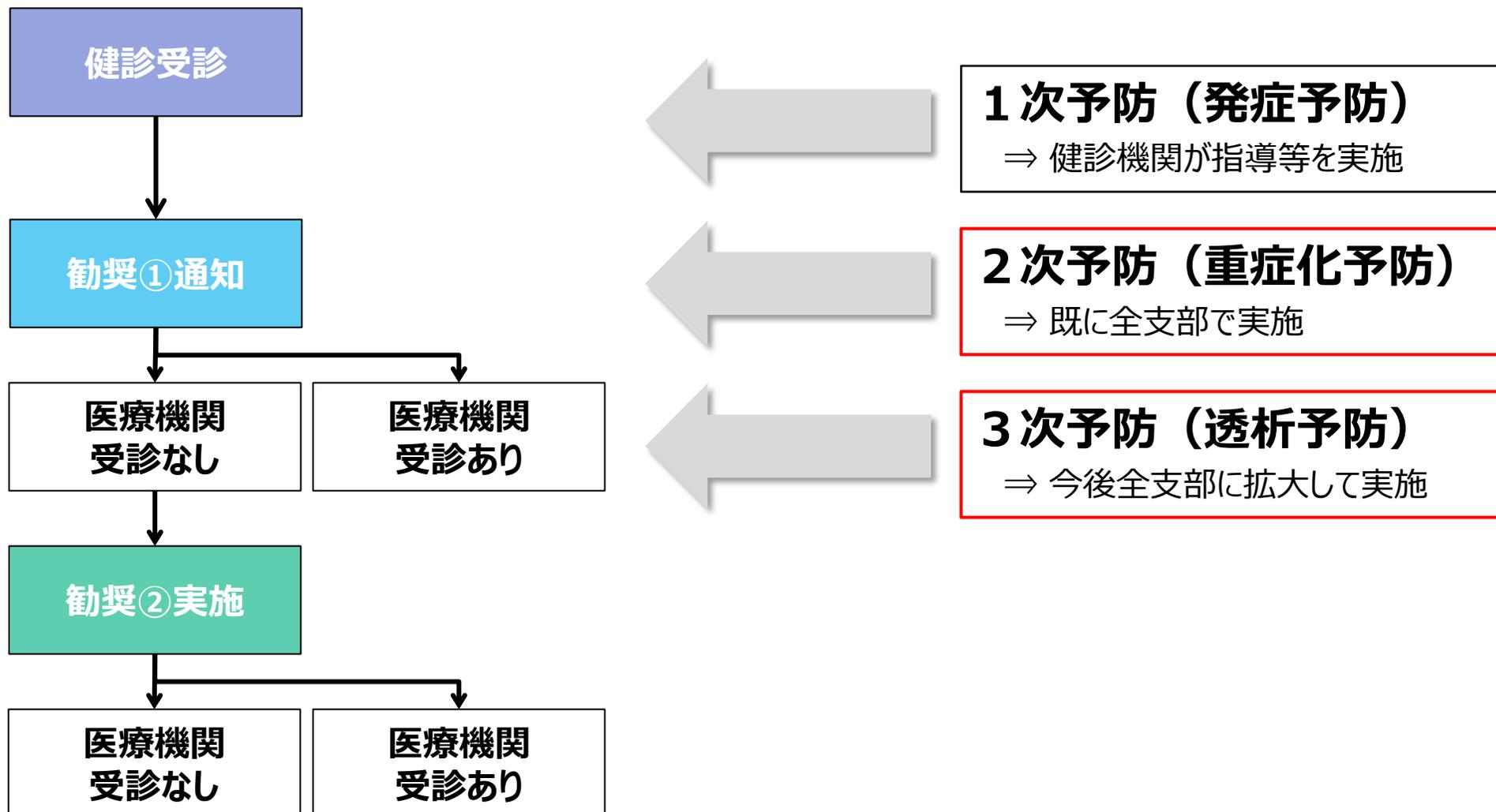
【④被扶養者の健診受診率】

自社の扶養家族の健診受診状況を掲載



重症化予防対策

- **健診データ・レセプトデータを活用し、血圧値または血糖値で要治療と判定されながら、医療機関を受診していない加入者に対して受診勧奨を全支部で実施。**また、糖尿病化予防（透析予防）事業は、今後全支部に拡大して実施。



ジェネリック医薬品軽減額通知サービス（概要）

- レセプトデータの分析により、協会けんぽ加入者に対して、平成21年度から**ジェネリック医薬品に変更した場合の自己負担の軽減額を通知するサービス**を実施。
- 昨年度（27年度）は、過去最多となる**約375万件**を送付。
- 28年度においても、昨年度を超える通知件数を計画し、**約600万件**を送付する計画。

《28年度の通知対条件》

- 20歳以上の加入者の方（27年度までは35歳以上）
- 自己負担の軽減額が医科600円以上、調剤100円以上見込まれる方
- 生活習慣病（高血圧症、糖尿病、高脂血症）などの疾患で先発医薬品を服用されている方
- 対象診療月を従来の1ヵ月分から2ヵ月分に増加

加入者宛
通知

通知を受け取った方が医療機関（医師）または調剤薬局（薬剤師）に
相談して、ジェネリック医薬品へ変更していただく

加入者

お薬代の自己負担額が軽減

双方にメリット

協会けんぽ

健康保険財政の改善

ジェネリック医薬品軽減額通知サービス（軽減効果額等一覧）

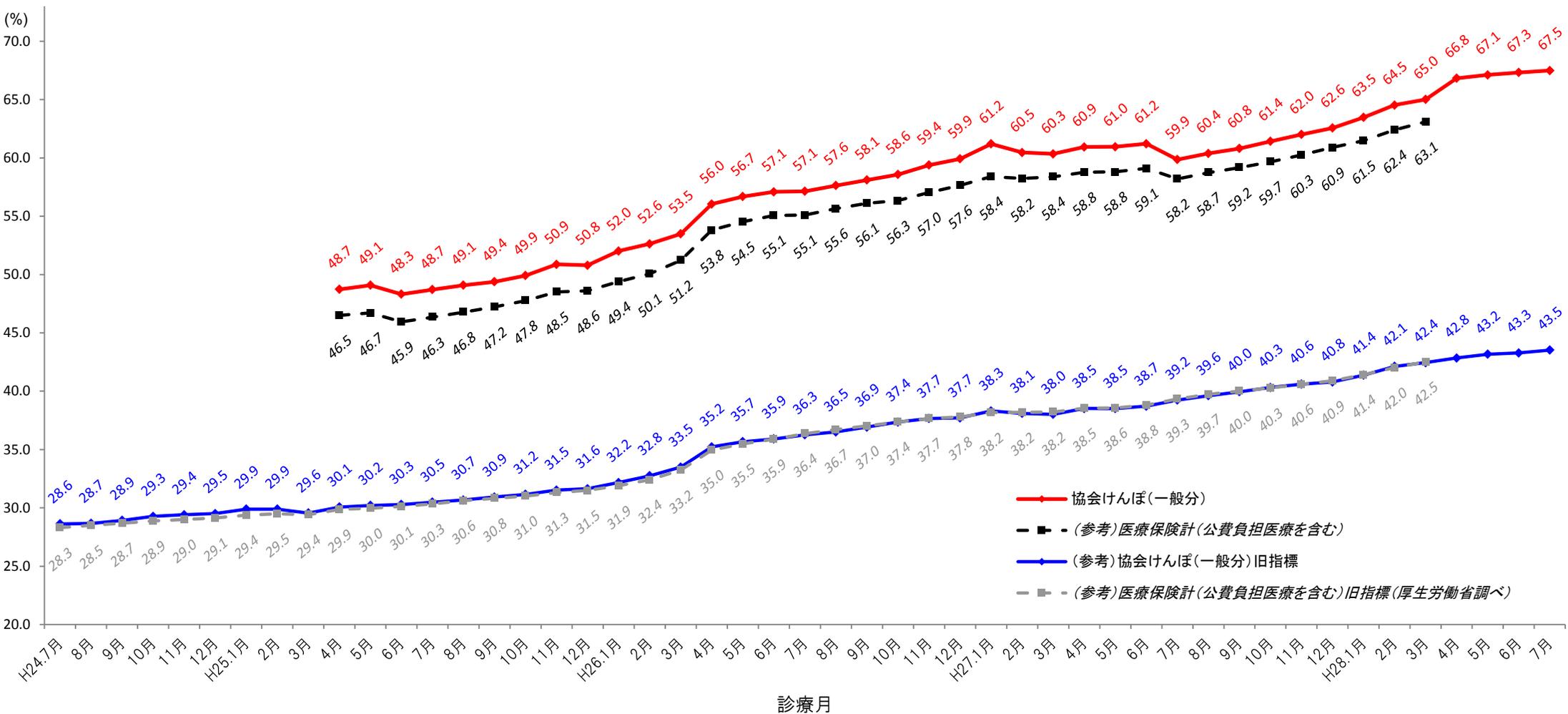
年度	通知対象者数	切替者数	切替率	軽減額／年	コスト
21年度	約145万人	約38万人	26.2%	約69.6億円	約7.5億円
22年度	約55万人	約11万人	21.5%	約16.8億円	約4.7億円
23年度	約105万人	約25万人	23.8%	約39.3億円	約5.0億円
24年度	約124万人	約31万人	25.2%	約48.0億円	約4.8億円
25年度	約184万人	約47万人	25.5%	約83.1億円	約2.4億円
26年度	約330万人	約89万人	26.6%	約157.7億円	約3.9億円
27年度	約375万人	約107万人	28.5%	約188.5億円	約4.0億円
合計	約1,316万人	約347万人	26.4%	約603億円	約32.3億円

※1) 1ヶ月の軽減効果額を年間に換算（×12ヶ月）した単純推計

※2) 27年度2回目発送分コストを含む。なお、現時点の概算額であり、変動があり得る

ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース）（調剤分）

○ 使用促進に向けた取組みにより、協会けんぽのジェネリック医薬品使用割合は**国全体と比較して約4ポイント上回っており、平成28年7月分では67.5%**となっている。



注1. 協会けんぽ(一般分)の調剤レセプト(電子レセプトに限る)について集計したもの(算定ベース)。

注2. 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3. 「新指標」は、[後発医薬品の数量] / ([後発医薬品のある先発医薬品の数量] + [後発医薬品の数量]) で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。

注4. 「旧指標」とは、平成24年度までの後発医薬品割合(数量ベース)の算出方法をいう。旧指標による算出では、平成22年4月以降は、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤を除外し、平成24年4月以降は、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤を除外している。

注5. 医療保険計(公費負担医療を含む)は、厚生労働省調べ。

注6. 後発医薬品の収載月には、後発医薬品が初めて収載される先発医薬品があると、算出式の分母の対象となる先発医薬品が増えることにより、新指標による後発医薬品割合が低くなることもある。

保険者機能の強化に向けた 国保連合会・国保中央会の取組みについて

平成28年11月30日
国民健康保険中央会

国保連合会の目的と役割

(都道府県単位に設立された公法人)

- 国保連合会は、国民健康保険の保険者が共同で事務を行うため、国保法第83条に基づき、47の都道府県単位に設立されている。

⇒市町村並びに国民健康保険組合により設立された団体。

⇒総会、理事会を通じて市町村等の意向を反映。

(国保連合会の役割)

- 国保連合会は、**審査支払業務のほか国保保険者が行うべき事務の効率化を図るための共同事業(被保険者の資格確認、医療費通知等の作成等)**を行っている。(P2参照)

(参考)審査支払業務の内容

審査支払業務	取扱件数	取扱金額
国保関係業務	5億5,766万件	11.5兆円
後期高齢者医療関係業務	4億5,840万件	14.0兆円
特定健診・特定保健指導関係業務	895万件	0.1兆円
介護保険関係業務	1億4,828万件	9.8兆円
障害者総合支援関係業務	1,465万件	1.9兆円

国保+後期=約25兆円
〔医療給付費全体約34兆円〕
の約7割

(※)平成26年度分。特定健診・特定保健指導関係業務は「費用決済業務」、障害者総合支援関係業務は「支払業務」

- 国保連合会の審査支払等システムは国保中央会が標準システムとして開発。

※国保中央会は、各国保連合会に共通した業務を効率的に行う等のために47国保連合会が設立した公益社団法人。

⇒標準システムの経費は、国保連合会を通じて市町村、国民健康保険組合が負担。

- 厳しい国保財政の中、ICTを活用した審査業務の効率化を行い、手数料単価の抑制に努めている。

国保連合会の業務

	国民健康保険	後期高齢者医療・介護保険 障害者総合支援
審査支払業務	<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険の診療報酬 	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療診療報酬 ・介護給付費等 ・公費負担医療費用 ・障害者総合支援給付費(支払業務) ・出産育児一時金 ・地方単独事業による福祉医療費用
保険者事務の 共同事業	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者事務共同電算処理 (資格確認、高額療養費の支給額計算、医療費通知、後発医薬品利用差額通知作成 等) ・第三者行為損害賠償求償事務 ・レセプト点検の支援 ・後発医薬品利用差額通知コールセンター ・保険者レセプト管理システムの運用管理 ・保険財政共同安定化事業、高額医療費共同事業 ・保険料(税)適正算定への支援 ・高額療養資金貸付事業 ・保険料の年金からの特別徴収経由機関業務 ・特定健診・特定保健指導に係る費用の支払及びデータ管理 ・保険料納付等の広報事業 ・国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 ・保険者協議会 	<p>(後期高齢者医療)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者事務共同電算処理 ・第三者行為損害賠償求償事務 ・後発医薬品利用差額通知コールセンター ・保険料の年金からの特別徴収経由機関業務 <p>(介護保険)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険者事務共同電算処理 ・第三者行為損害賠償求償事務 ・介護サービス相談・苦情処理事業 ・介護給付適正化対策事業 ・保険料の年金からの特別徴収経由機関業務 <p>(障害者総合支援)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害者総合支援市町村事務共同処理

保険者機能の強化に向けた国保連合会・国保中央会の今後の取組方針

I. 審査支払業務の効率化の推進

- 審査支払業務の確実かつ効率的な実施は、重要な保険者機能の1つ。
- 国保連合会・国保中央会では、審査に必要なシステム開発を行い、コンピューター処理を導入するとともに、高度な医学的判断に関しては専門家(医師)による審査(ピアレビュー)を行っている。

(今後の取組方針)

- 有識者検討会からの提言も踏まえ、コンピューターによる事前チェックをはじめとするICTの活用や、審査基準の統一化及び透明化の推進に、支払基金とも共同して取り組んでいきたい。

II. ビッグデータの更なる活用

- 国保連合会・国保中央会においては、保険者等の委託により保管している各種データを利活用し、国保データベース(KDB)システムや健診等データを管理するシステムを構築することにより、データヘルス計画の策定支援や糖尿病性腎症の重症化予防等、被保険者の健康管理や医療費適正化に寄与する取り組みを実施している。(詳細はP4を参照)

(今後の取組方針)

- ① 国保連が保有するデータと被用者保険のデータとの連携を実現させ、地域住民の生涯を通じた健康・疾病管理の実施を目指すとともに、地域包括ケアの取り組みを支援する。
- ② データを保有する保険者の理解と協力を得て、研究機関等にデータを提供し、新たな治療法の開発など医療の質の向上や住民の健康の確保に寄与する。

III. その他の保険者機能の発揮

- 審査支払業務に付随する、本来保険者が行うべき事務の効率化を図るため、被保険者の資格確認や医療費通知等の作成等の共同処理を行っている。

(今後の取組方針)

- 平成30年4月の国保財政運営の都道府県単位化に対応できるよう、国保情報集約システム等の開発をはじめ、保険者の事務の共同処理を推進する。
- 医療計画や医療費適正化計画等の策定・変更に際し、国保連が事務局を務める保険者協議会からデータ提供や意見提出を行うなど、効率的で質の高い医療提供体制の構築に寄与する。

ビッグデータを活用した保険者機能の強化に向けたこれまでの取り組み

- 国保連合会・国保中央会は、国保保険者（市町村及び国保組合）、後期高齢者医療広域連合及び介護保険者（以下「保険者等」という）の委託により保管している「**健診**」、「**医療**」、「**介護**」の**各種データを利活用**し、国保データベース（KDB）システムを構築し、データヘルスに資する各種情報を提供している。
- 保険者等の委託により被保険者の資格情報を各種情報と結び付けて、様々な共同処理業務を行うことで、保険者の事務処理の効率化を支援している。

①国保データベース（KDB）システムの構築、各種データの提供

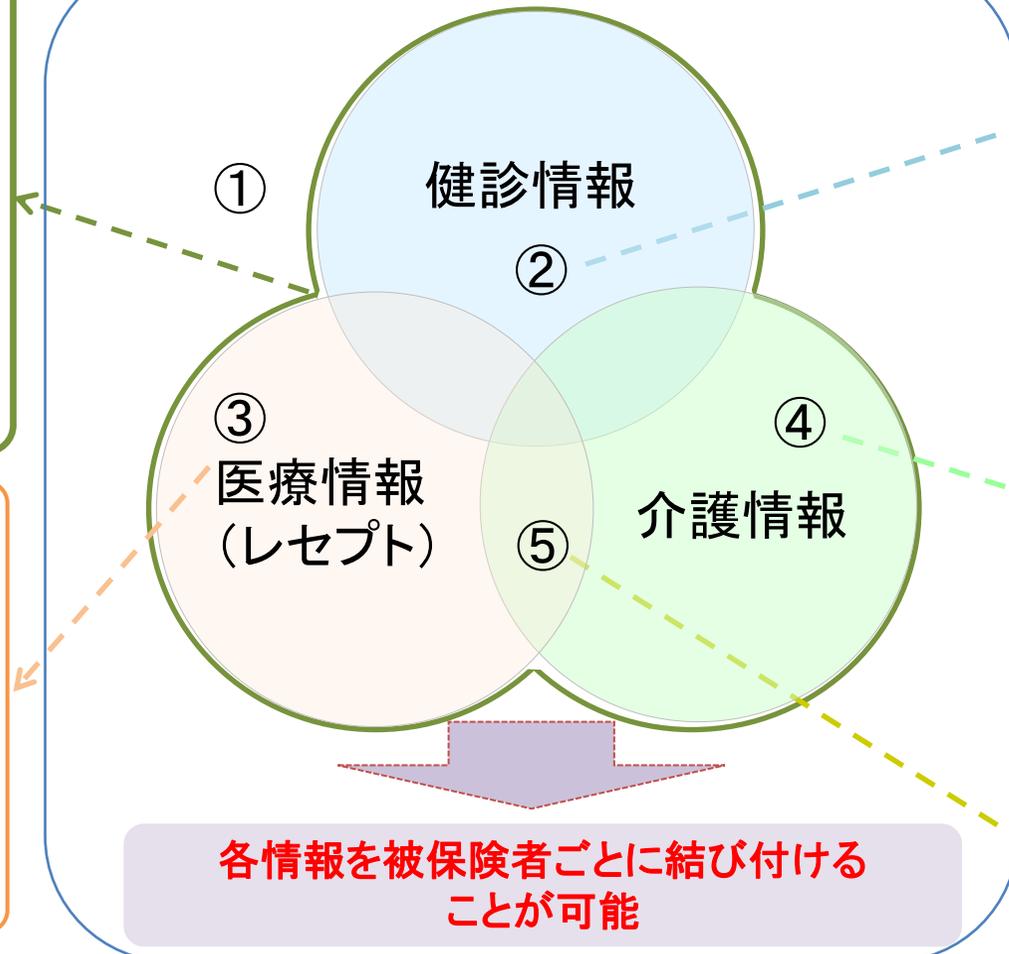
- ✓蓄積データ件数：35億4,673万件（H24.6～H28.5）
- ✓被保険者毎に各種情報を結び付けているので、特定健診の受診結果とレセプトを突合し、ハイリスク者や重点的な療養・保健指導の対象者等の把握が可能
- ✓統計情報を、全国・都道府県・市町村・細分化した地域ごとに作成（年齢別・性別・疾病別等）

③災害発生時において、被災者がかかりつけ以外の医療機関を受診した際に既往歴等の罹患情報を当該医療機関へ提供

【その他の活用例】

- ・医療費通知作成
- ・後発医薬品差額通知作成
- ・第三者行為求償（医療）
- ・高額療養費計算

〔国保連合会・国保中央会が保管する情報〕



各情報を被保険者ごとに結び付けることが可能

②特定健診・特定保健指導データをもとに、保健指導対象者の抽出や各種分析・統計資料の作成等の未受診者対策を実施

データヘルス計画策定済市町村＝1,467（H28年度末見込み）
※H28.9に実施した「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業実態調査」において、回答があった1,657市町村分を集計したもの

④給付情報を医療情報（国保・後期高齢者）と突合し、重複請求のチェック等、介護給付費の適正化を支援

【その他の活用例】

- ・第三者行為求償（介護）
- ・高額介護サービス費計算

⑤保険者に代わり、医療・介護の給付情報をもとに高額医療・高額介護合算療養費を算定し、申請勧奨書を作成

(参考資料)

国保データベース(KDB)システムの活用について
～保険者機能の強化を目指して～

公益社団法人 国民健康保険中央会

国保データベース(KDB)システムの概要

国保データベース(KDB)システムについて

➤国保データベース(KDB)システムとは

国保連合会が、国保保険者(市区町村及び国保組合)、後期高齢者医療広域連合及び介護保険者(以下「保険者等」と略記。)の委託により保管している医療レセプト、介護レセプト及び特定健診等結果データを保険者等の委託により被保険者ごとに紐付けし、保険者に有用な情報を生成するシステム。

➤国保データベース(KDB)システムの活用

- ①保険者等は、被保険者ごとの特定健診結果等の分析を行い、**ハイリスク者を抽出したうえで、医療レセプトから医療機関への受診状況を確認して、個別保健指導の対象者と指導内容を決定**する。
- ②保険者等は、**地区別、市町村別、県別及び全国の集計情報並びに同規模保険者の集計情報**により、自らの集団としての特徴を把握して健康課題を明らかにし、それを踏まえた保健事業計画を策定する。
- ③保健事業計画を実行する過程で、各種統計情報を時系列的に比較してPDCAサイクルによって事業を的確に推進していく。

国保データベース(KDB)システム参加保険者数

(平成28年5月処理分)

制度	参加保険者数	参加率
特定健診等※1	1,932	99.02
医療※2	1,936	99.23
介護	1,556	98.61

※1 特定健診と後期高齢者健康診査情報の合算

※2 国保と後期の合算

【参考】KDBシステム蓄積データ件数 (合計17.3テラバイト)

制度	蓄積データ件数	期間
特定健診※1	3,970万件	平成24年6月～平成28年5月処理分
医療※2	30億3,520万件	
介護	4億7,183万件	
計	35億4,673万件	

※1 特定健診と後期高齢者健康診査情報の合算

※2 国保と後期の合算

突合率 特定健診等⇔医療:98.37% 医療⇔介護:96.59%

国保データベース(KDB)システム連携関係

保険者等

統計情報や個人の健康に関するデータを画面表示または帳票で出力(PDFまたはCSV形式)可能

市町村

国保部門

介護部門

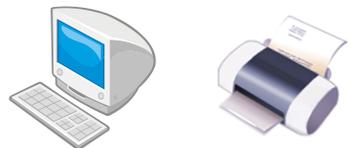
衛生部門



後期高齢者医療 広域連合



国保組合



保険者ネットワーク

国保連合会

各システムからデータを連携

特定健診等

医療

介護

KDBシステム

- ・ 統計情報等の作成に必要なデータを取得
- ・ 個人が特定できる情報を暗号化
- ・ 取得データが格納されたファイルを暗号化

二重の
暗号化

- ・ 処理結果データが格納されたファイルの復号化
- ・ 個人が特定できる情報の復号化
- ・ データベースへのデータの蓄積

暗号解除

国保連医療保険ネットワーク

国保中央会

(突合・加工処理)

- ①突合処理
・ 特定健診等・医療・介護データを個人単位で紐付け
- ②集計処理
・ 全国統計、保険者別統計、同規模保険者との比較統計

※個人識別情報は暗号化したままデータ処理

(処理結果)

- ①統計情報
・ 疾病別医療費分析、特定健診等・保健指導結果総括等
- ②個人の健康に関するデータ
・ 個人別履歴(特定健診等結果、受診状況(医療))等

国保データベース(KDB)システムにおけるデータの取扱範囲

(※電子データにより管理しているものに限る)

	0歳～	40歳～	65歳～	75歳～
健診	妊婦健康診査・乳幼児健康診査・学校健康診断情報等			
	KDBシステム取扱範囲		特定健康診査・特定保健指導情報	後期高齢者健康診査情報
医療	国民健康保険医療情報			
				後期高齢者医療情報 ※1
介護			介護保険情報 (※3) ※2	

※1: 65歳以上75歳未満で一定の障害がある者

※2: 第2号被保険者(受給については、要介護、要支援状態が加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定)

※3: 「受給者台帳」に登録されている被保険者に限る

※4: 特定健診、医療、介護情報とも対象は過去5年間分のデータのみ。

国保データベース(KDB)システムの主な対象データ

○ KDBシステムは、特定健診等情報を取り扱う各システムと連携し、統計情報等の作成に必要な下記のデータを取得する。

特定健診・保健指導

特定健診等データ管理システム

<健診等データ(月次)>

- 健診台帳データ
- 健診結果台帳データ
- 検査問診結果台帳データ
- 特定健診結果データ
- 指導台帳データ
- 指導結果台帳データ
- 継続支援台帳データ
- 特定保健指導結果データ
- 被保険者マスタ
- 除外対象者データ
- 健診等機関マスタ

<保険者別集計帳票データ(年次)>

- 特定健診リスクパターン別集計表
- 質問票項目別集計表
- 特定健診結果総括表
- 特定保健指導結果総括表(動機付け)
- 特定保健指導結果総括表(積極的)
- 特定健診・保健指導実施結果総括表
- 特定健診・保健指導進捗・実績管理表

医療(国保・後期)

国保総合システム

- 医科レセプト
 - ・レセプト管理、患者情報、傷病名情報、摘要欄情報
- DPCLレセプト
 - ・レセプト管理、総括管理、包括評価部分、傷病、診断群分類、摘要、傷病名、資格、CDレコード
- 歯科レセプト
 - ・レセプト管理、患者情報、傷病名情報、摘要欄情報
- 調剤レセプト
 - ・レセプト管理、患者情報、医薬品、処方、調剤、指導管理料
- 被保険者台帳データ
 - ・被保険者マスタ(世帯情報)、被保険者マスタ(個人情報)

後期高齢者医療請求支払システム

- 被保険者台帳データ
 - ・被保険者マスタ(個人情報)

介護

介護保険審査支払等システム

- 保険者向け給付管理票情報
- 国保連合会保有給付実績情報
 - ・基本情報レコード
 - ・明細情報レコード
 - ・緊急時施設療養情報レコード
 - ・所定疾患施設療養費等情報レコード
 - ・特定診療費・特別療養費情報レコード
 - ・食事費用情報レコード
 - ・居宅サービス計画費情報レコード
 - ・福祉用具購入費情報レコード
 - ・住宅改修費情報レコード
 - ・高額介護サービス費情報レコード
 - ・特定入所者介護サービス費用情報レコード
 - ・社会福祉法人軽減額情報レコード
 - ・集計情報レコード
- 保険者台帳情報
- 市町村固有情報
- 広域連合情報(行政区情報)
- 事業所台帳情報
 - ・基本情報、サービス情報、介護支援専門員情報
- 受給者台帳情報

国保データベース(KDB)システムの定型出力帳票

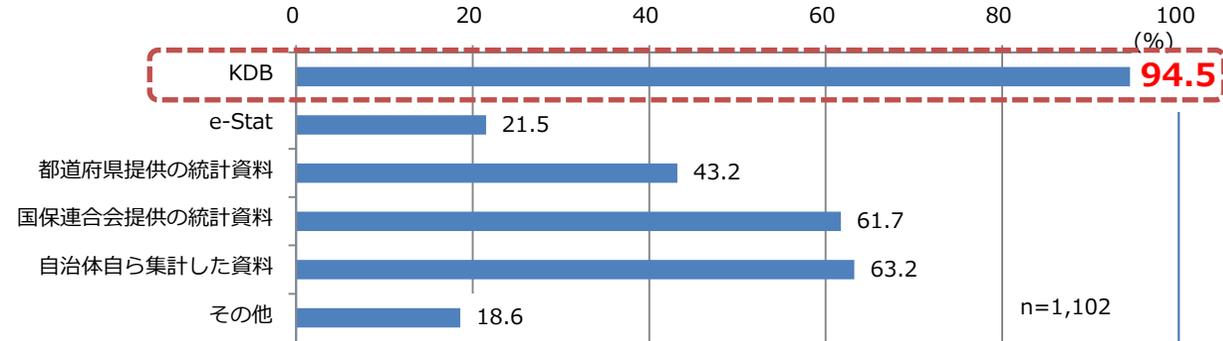
No	帳票 No.	帳票名称	No	帳票 No.	帳票名称
1	1	地域の全体像の把握	38	38	特定健診結果総括表(都道府県別)
2	3	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	39	39	特定保健指導結果総括表(都道府県別)
3	4	市区町村別データ	40	40	医療費分析(1)細小分類
4	4	同規模保健者比較	41	41	医療費分析(2)大、中、細小分類
5	5	人口及び被保険者の状況	42	42	疾病別医療費分析(大分類)
6	6	質問票調査の状況	43	43	疾病別医療費分析(中分類)
7	7	健診の状況	44	44	疾病別医療費分析(細小(82)分類)
8	8	医療費の状況	45	45	疾病別医療費分析(生活習慣病)
9	9	介護費の状況	46	46	医療費分析(健診有無別)
10	10	厚生労働省様式(様式1-1)	47	47	要介護(支援)者認定状況
11	11	厚生労働省様式(様式2-1)	48	48	要介護(支援)者有病状況
12	12	厚生労働省様式(様式2-2)	49	49	要介護(支援)者突合状況
13	13	厚生労働省様式(様式3-1)	50	50	質問票調査の経年比較
14	14	厚生労働省様式(様式3-2)	51	51	保健指導群と非保健指導群の経年比較
15	15	厚生労働省様式(様式3-3)	52	52	医療費分析の経年比較
16	16	厚生労働省様式(様式3-4)	53	53-1	医療・介護の突合の経年比較
17	17	厚生労働省様式(様式3-5)	54	53-2	医療・介護の突合(要介護認定率)
18	18	厚生労働省様式(様式3-6)	55	53-3	医療・介護の突合(有病状況)
19	19	厚生労働省様式(様式3-7)	56	53-4	医療・介護の突合(居宅サービス・施設サービス)
20	20	厚生労働省様式(様式4-1)	57	54	健診ツリー図
21	21	厚生労働省様式(様式4-2)	58	55	保健指導対象者一覧(保健指導判定値の者)
22	22	厚生労働省様式(様式4-3)	59	56	保健指導対象者一覧(受診勧奨判定値の者)
23	23	厚生労働省様式(様式6-2~7)	60	57	被保険者管理台帳
24	24	厚生労働省様式(様式6-8)	61	58	疾病管理一覧(糖尿病)
25	25	厚生労働省様式(様式6-9)	62	59	疾病管理一覧(脳卒中)
26	26	厚生労働省様式(様式6-10)	63	60	疾病管理一覧(虚血性心疾患)
27	27	厚生労働省様式(様式6-11)	64	61	個人別履歴
28	28	特定健診リスクパターン別集計表	65	62	5年間の履歴
29	29	質問票項目別集計表	66	63	レセプト表示
30	30	特定健診結果総括表	67	64	後期国保突合台帳
31	31	特定保健指導結果総括表	68	66	疾病管理一覧(高血圧症)
32	32	特定健診・特定保健指導実施結果表	69	67	疾病管理一覧(脂質異常症)
33	33	特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表	70	68	疾病管理一覧(慢性腎臓病)
34	34	特定健診・特定保健指導実施結果総括表(都道府県別)	71	69	後期高齢者の健診状況
35	35	質問票項目別集計(都道府県別)	72	70	後期高齢者の健診結果一覧
36	36	特定健診リスクパターン別集計(都道府県別①)	73	71	後期高齢者の医療(健診)・介護突合状況
37	37	特定健診リスクパターン別集計(都道府県別②)			

※帳票はCSV形式でも出力可能

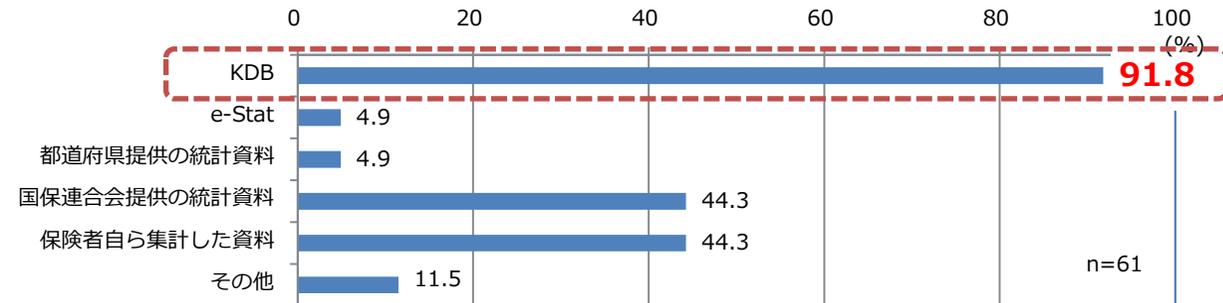
データヘルス計画作成における国保データベース(KDB)システム活用割合

計画の現状分析に用いたデータソース(複数回答)

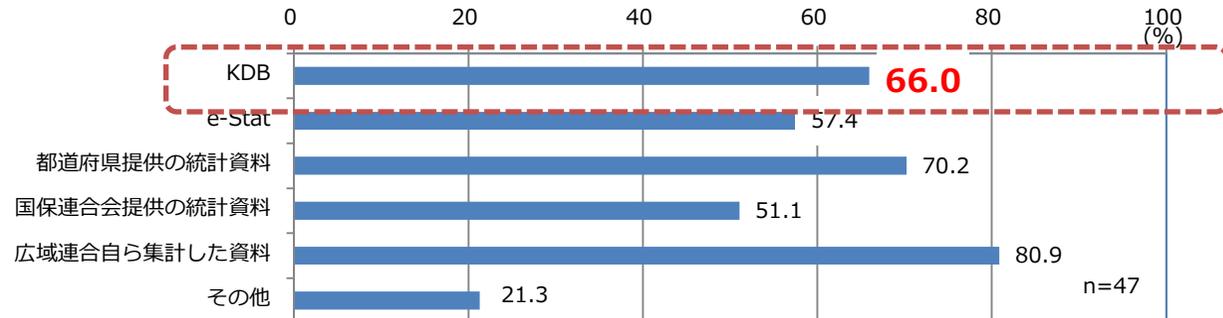
【市町村国保】



【国保組合】



【後期高齢者医療広域連合】

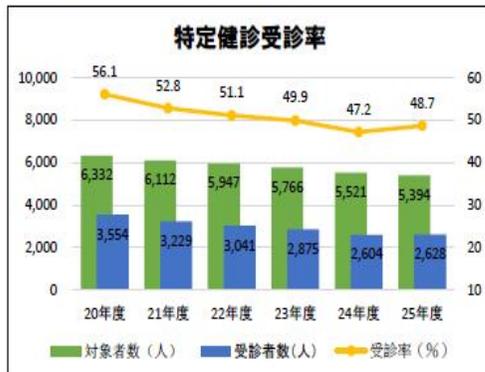


国保データベース(KDB)システムの活用事例

データヘルス計画策定の具体例(大分県竹田市)①

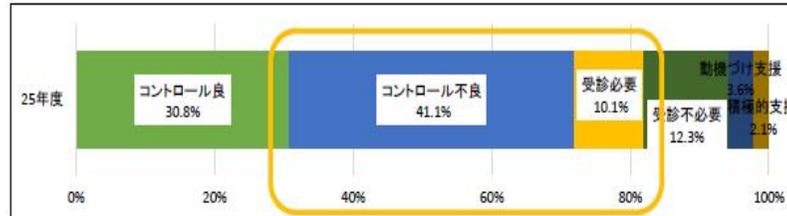
○大分県竹田市はデータヘルス計画の策定に当たって、住民に分かりやすいものにするため、図表を活用。さらに、データヘルス計画書をパワーポイントで作成することにより、住民が集まる教室等で活用できるように工夫。

健診の分析



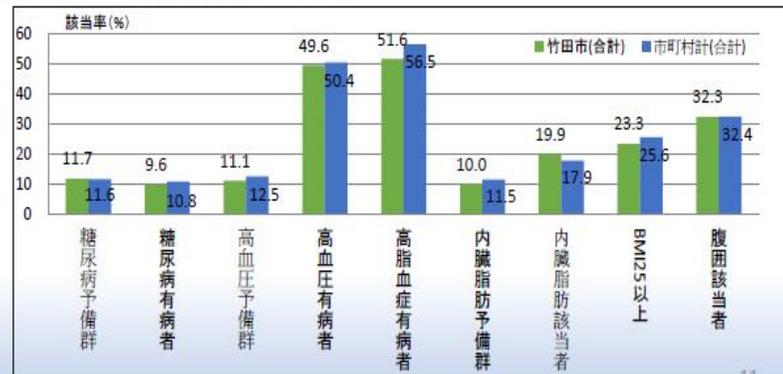
特定健診受診率は年々減少していたが、25年度微増した。
特定保健指導実施率は制度開始時から60%前後を維持している。

特定健診結果の状況



健診受診者の内、要受診割合が10%、治療中でコントロール不良者が40%である。受診率50%を下回っていることから、地域にコントロール不良者、受診必要な者が潜在している可能性が高い。

特定健診結果有所見率(25年度)

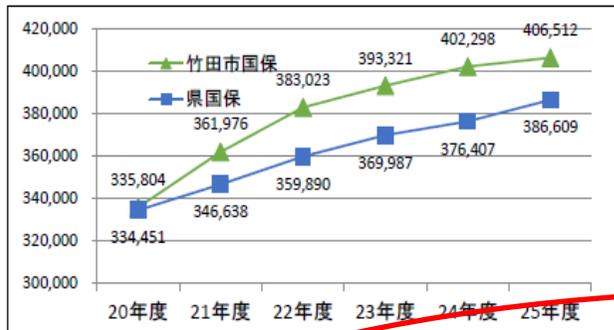


データヘルス計画策定の具体例(大分県竹田市)②

- 医療費分析にKDBシステムを利用
- 医療費の高い疾患の状況を見える化し、分析に活用

医療の分析

1人当たり医療費の推移



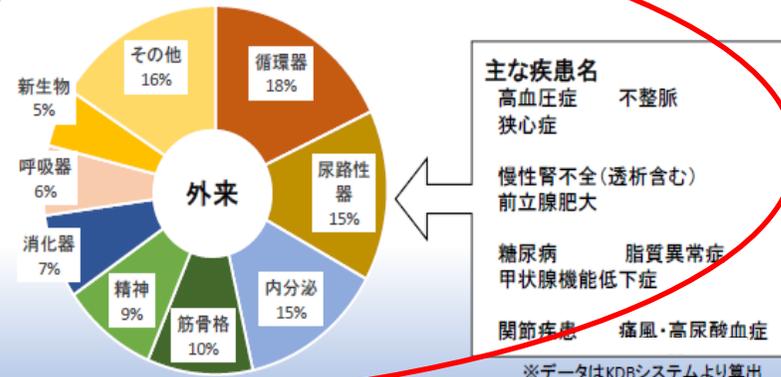
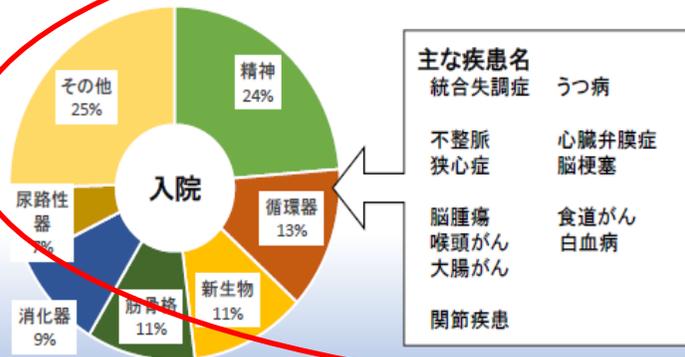
診療費における構成比(24年度)

外来	竹田市	県	国	入院	竹田市	県	国
受診率	830.79	844.92	808.14	受診率	41.76	34.26	22.31
1件当たり費用額	16,083	14,474	13,850	1件当たり費用額	424,503	465,502	510,100
1人当たり費用額	133,611	121,149	111,926	1人当たり費用額	177,272	159,480	113,813
1日当たり費用額	9,158	8,547	8,263	1日当たり費用額	25,479	26,663	31,519
1件当たり 受診回数	1.76	1.05	1.68	1件当たり 日数	16.66	17.46	16.18

入院の受診率が県平均の1.22倍、
全国平均の1.87倍となっている。

KDBの
帳票を
加工

医療費の高い疾患の状況(最大医療資源傷病名による)



※データはKDBシステムより算出

データヘルス計画策定の具体例(大分県竹田市)③

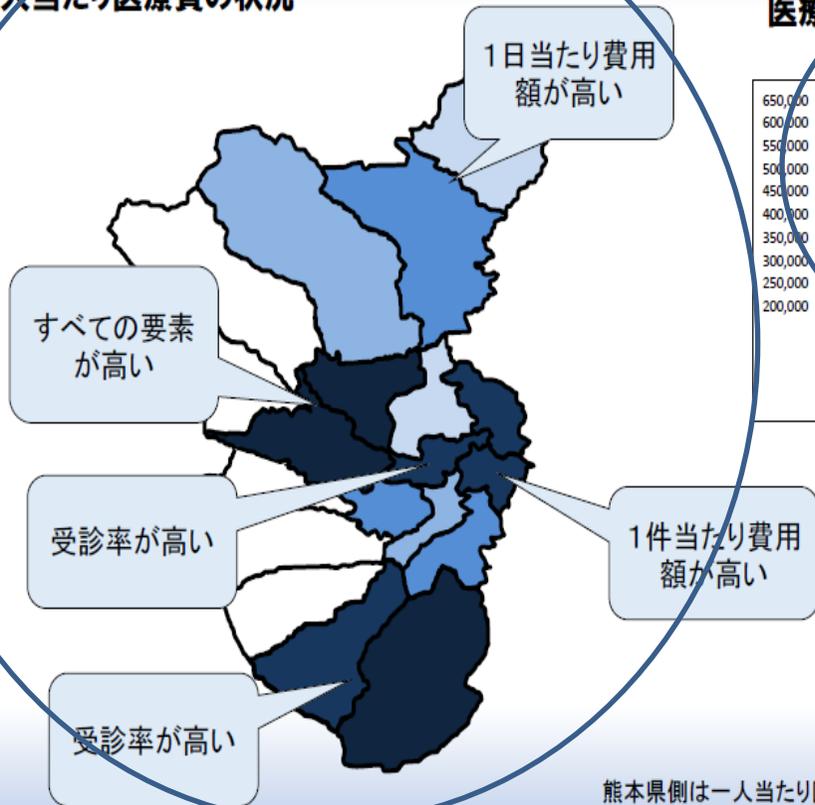
- 大分県国民健康保険団体連合会は、独自の医療費分析システムを開発し、管内の保険者に提供 ⇒ そのデータも活用
- 市町村の地区別医療費を地図上に落とし、見える化を行い分析。

大分県国保連合会の独自の医療費分析システムの活用

大分県国保連合会の独自の医療費分析システムの活用

各地区の医療費状況(25年度)

1人当たり医療費の状況



医療を受けている人のみでみた、各地区の医療費状況(平均値、中央値)



※国保連合会医療費分析システムから抽出したデータを基に算出

1.2倍以上	
1.1倍以上1.2倍未満	竹田市平均より高い
1.0倍以上1.1倍未満	
0.9倍以上1.0倍未満	
0.8倍以上0.9倍未満	竹田市平均より低い
0.8倍未満	

熊本県側は一人当たり医療費が低く、県南側は1人当たり医療費が高い傾向がある。

※国保連合会医療費分析システム

データヘルス計画策定の具体例(大分県竹田市)④

○データヘルス計画の中で、要介護(支援)認定者の有病状況や介護認定率、1件当たりの介護給付費をKDBシステムで分析。

KDBの帳票を加工

KDBの帳票を加工

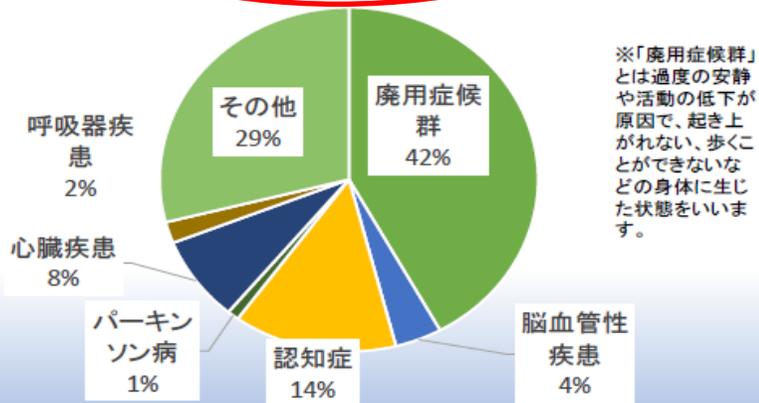
介護の分析

介護認定率、1件当たり介護給付費(25年度)

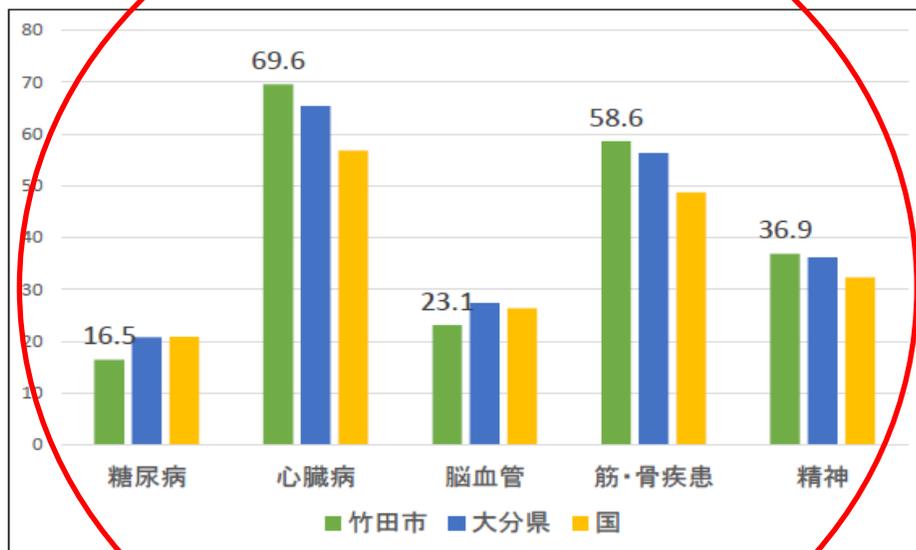
	竹田市	大分県	国
介護認定率(%)	22.9	21.3	19.7
介護給付費(円)	63,085	60,415	61,370
居宅給付費(円)	34,808	40,212	40,567
施設給付費(円)	289,658	286,359	286,522

※データはKDBシステムより算出

介護が必要になった原因疾患(24年調べ)



要介護(支援)認定者の有病状況(25年度)



※データはKDBシステムより算出

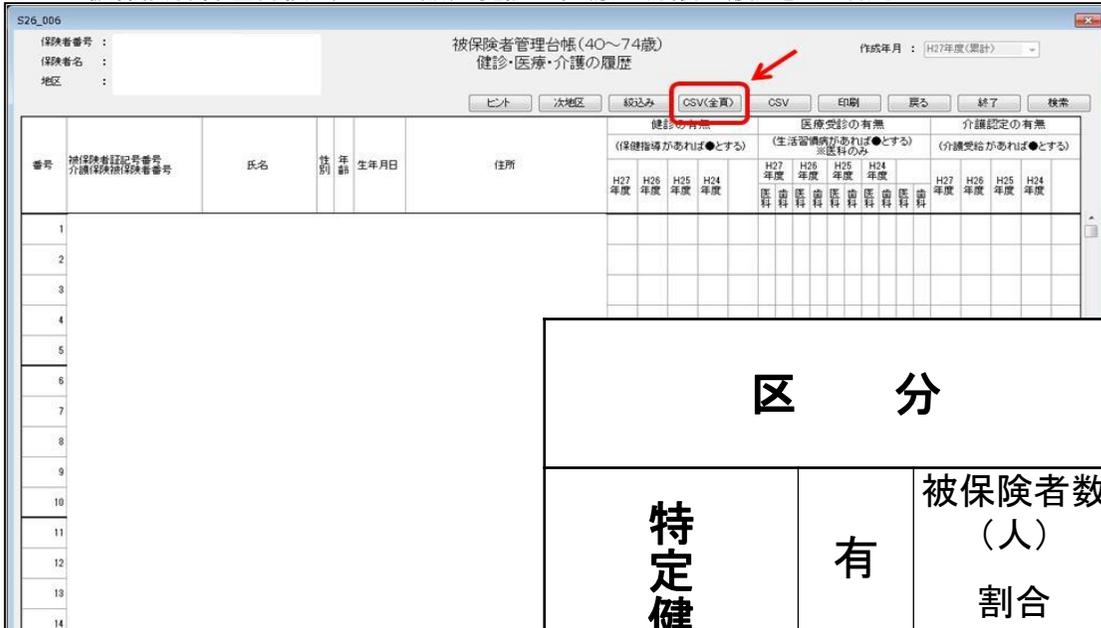
介護が必要になった原因疾患は「廃用症候群」が40%を占めている。要介護(支援者)の有病状況では「心臓病」「筋・骨疾患」の有病率が県平均よりも高い。

データヘルス計画策定以外の分析例①

特定健診受診と医療機関受診の関係から、地域を俯瞰して分析に活用

○国保被保険者の特定健診と医療機関受診との関係性を分析し、特定健康診査の受診勧奨対象者を選定する際に活用。

「被保険者管理台帳（40～74歳）健診・医療・介護の履歴」を活用



CSV出力
Excel加工
(例)

特定健診も医療も
受診していない者
が約16%もい
る！

⇒特定健診未受
診者対策と実態把
握が必要！

区 分			医療機関への受診		計
			有	無	
特定健診の受診	有	被保険者数 (人) 割合	28,623 28.3%	1,895 1.9%	30,518 30.2%
	無	被保険者数 (人) 割合	54,725 54.1%	15,894 15.7%	70,619 69.8%
計	被保険者数 (人) 割合	83,348 82.4%	17,789 17.6%	101,137 100.0%	

特定健診未受診で医療受診のある者が約54%いる
⇒医療機関との連携が必要！

データヘルス計画策定以外の分析例②

新規要介護認定者の医療受診と前年度の特定健診受診の有無の関係性の把握に活用

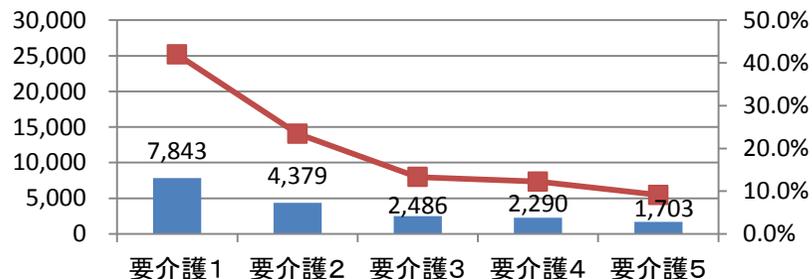
平成25年度新規要介護認定者における前年度(平成24年度)の特定健診受診の有無

○以下のような分析をすることにより、保健指導に活用することができる。

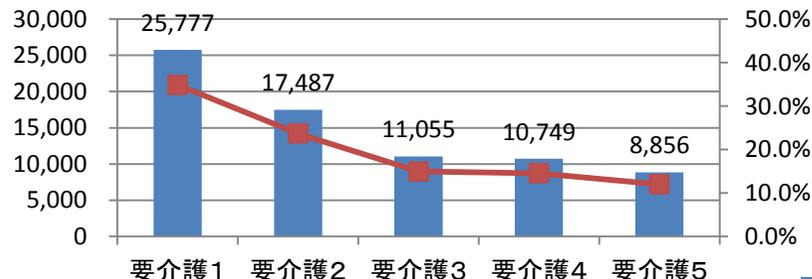
- ①新規認定で、要介護度が重度(要介護4、5)の認定を受ける者は、医療受診や特定健診受診のない者が多いので、そのような対象者に対して、保健指導を実施することが重要である。
- ②新規要介護認定者は、医療受診はあるが特定健診受診のない者が一番多い。

	医療受診有 健診受診有		医療受診有 健診受診無		医療受診無 健診受診有		医療受診無 健診受診無		計	
	該当者数	%	該当者数	%	該当者数	%	該当者数	%	該当者数	%
要介護1	7,843	41.9%	25,777	34.9%	351	37.7%	4,930	26.1%	38,901	34.6%
要介護2	4,379	23.4%	17,487	23.7%	196	21.0%	4,144	21.9%	26,206	23.3%
要介護3	2,486	13.3%	11,055	15.0%	150	16.1%	3,393	18.0%	17,084	15.2%
要介護4	2,290	12.2%	10,749	14.5%	125	13.4%	3,308	17.5%	16,472	14.6%
要介護5	1,703	9.1%	8,856	12.0%	110	11.8%	3,123	16.5%	13,792	12.3%
計	18,701	100.0%	73,924	100.0%	932	100.0%	18,898	100.0%	112,455	100.0%

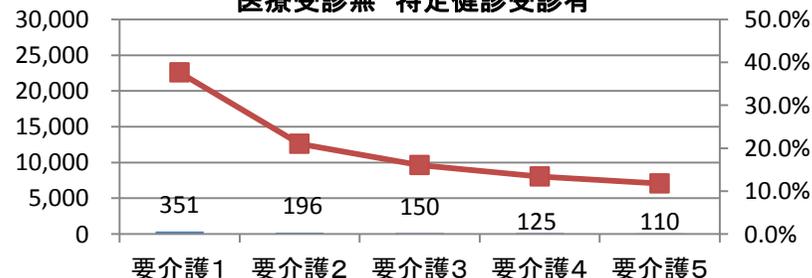
医療受診有 特定健診受診有



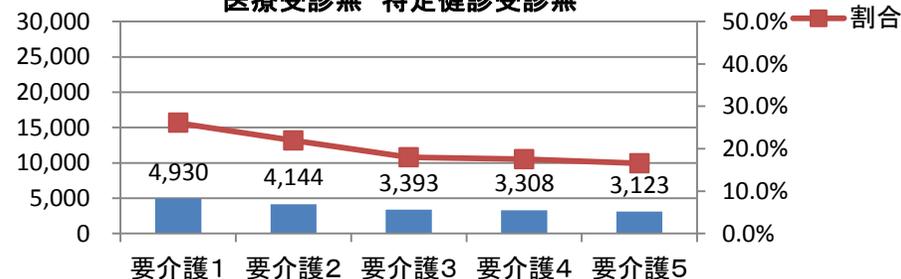
医療受診有 特定健診受診無



医療受診無 特定健診受診有



医療受診無 特定健診受診無



データヘルス計画策定以外の分析例③

要介護度別の医療費と介護給付費の関係性の把握に活用

○KDBシステムでは、紐付いている医療と介護のデータにより次のようなことができる。

- ・CSVのデータを加工することで、下記のような要介護度別の一人当たり医療費と一人当たり介護給付費の関係性を**全国、保険者別、地区別(保険者が設定)**で確認。
- ・要介護度別の医療費と介護給付費の関係性を確認し、さらに掘り下げて分析する。
(要介護度別の有病状況、要介護認定の有無による医療費の差の確認も可能)

平成26年度

	該当被保険者数 (人)	医療費 (円)	1人当たり 医療費(円)	介護給付費 (円)	1人当たり 介護給付費(円)
要介護1	1,001,625	993,934,392,940	992,322	740,065,761,869	738,865
要介護2	881,373	1,038,573,180,020	1,178,358	1,027,165,783,570	1,165,416
要介護3	679,889	867,775,517,300	1,276,349	1,198,774,439,282	1,763,191
要介護4	680,996	1,058,834,010,620	1,554,831	1,359,111,292,937	1,995,770
要介護5	618,765	1,075,932,623,320	1,738,839	1,316,092,412,911	2,126,966
計	3,862,648	5,035,049,724,200	1,303,523	5,641,209,690,569	1,460,451



<国保部門での活用>

○要介護度別医療費を保険者別、地区別に比較し、医療提供量を分析することで、医療受診勧奨や医療費適正化に活用できる。

<介護部門での活用>

○地域ケア会議等で、住民と地域の課題を共有する資料を提供。

データヘルス計画以外の分析例④

保険者が高齢者のインフルエンザワクチン助成を検討する際に活用

「疾病別医療費分析(細小(82)分類)」を活用

疾病別医療費分析(細小(82)分類)

作成年月 : H26年度(累計)
比較先 : 県

CSV

1(保険者当たり)総点数 細小(82)分類一列表	総計				75~79歳(※)			
	保険者(地区)	県	同規模	国	保険者(地区)	県	同規模	国
計	311,037,252	246,904,390	704,310,206	312,447,290	112,659,372	91,343,406	299,414,711	131,111,111
1 脳梗塞	4,674,192	3,984,878	10,823,013	5,471,916	1,452,470	1,268,140	4,199,941	2,111,111
2 クモ膜下出血	10,612	21,323	41,907	20,404	2,516	11,532	22,928	11,111
3 脳出血	50,598	70,756	224,750	111,981	24,208	32,414	131,395	61,111
4 一過性脳虚血発作	70,568	83,386	225,845	96,433	18,794	27,463	92,743	41,111
5 パーキンソン病								
6 脳腫瘍								
7 うつ病								
8 認知症								
9 統合失調症								
10 緑内障								
11 白内障								
12 糖尿病網膜症								
13 インフルエンザ								
14 肺がん								
15 肺炎								
16 肺炎球菌肺炎								

70歳以上インフルエンザ総医療費を基に、助成範囲を検討

MS Pゴシック

折り返して全体を表示する

セルを結合して中央揃え

条件付き書式

70歳以上
インフルエンザ総医療費
995,500

「総点数の合計×10」で総医療費を出す

年齢は自由に設定可能。
今回は介護のデータを用い、70歳以上で抽出。

年齢順入院・男女
年齢順外来・男女
で表示

CSV出力
Excel加工

參考資料

【地域の状況把握(現状分析)】 (地域全体の状況の把握が可能)

活用方法

地域全体の状況を確認するとともに、他の状況(県、同規模、国の平均)と比較することで地域の特徴を把握。

保険者番号 :
 保険者名 :
 地区 :

地域の全体像の把握

作成年月 :
 印刷日 :
 比較先 : 県
 ページ : 1/1

(比較先) 県

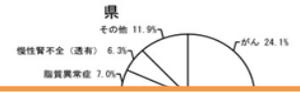
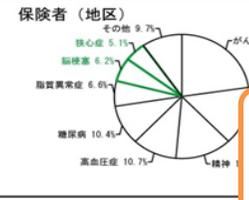
人口構成	保険者	県	同規模	国	生活習慣	保険者	県	同規模	国	健診	保険者	県	同規模	国	医療	保険者	県	同規模	国	介護	保険者	県	同規模	国
計	83,314	7,158,136	69,016	124,852,975	質問票調査					受診率	52.3%	42.0%	49.8%	42.0%	千人当たり					認定率	16.9%	5.9%	16.6%	5.9%
～39歳	51.1%	46.3%	41.7%	42.8%	服薬					メタボ	19.0%	18.0%	18.9%	18.0%	病院数	0.2	2.3	1.2	2.3	1件当たり円	59,547	53,487	59,202	53,487
40～64歳	31.1%	33.1%	34.0%	34.0%	高血圧症	31.6%	34.2%	32.2%	34.2%	男	27.7%	27.7%	27.8%	27.7%	診療所数	2.6	35.1	20.5	35.1	要支援1	11,177	11,765	11,024	11,765
65～74歳	10.7%	11.6%	12.3%	12.0%	糖尿病	7.9%	8.1%	7.9%	8.1%	女	12.0%	10.9%	12.0%	10.9%	病床数	47.3	460.1	261.3	460.1	要支援2	16,585	17,822	17,398	17,822
75歳～	7.1%	9.0%	12.0%	11.2%	脂質異常症	22.5%	25.0%	22.7%	25.0%	予備群	9.6%	9.9%	10.1%	9.9%	医師数	11.1	77.0	55.7	77.0	要介護1	36,928	38,762	38,564	38,762
被保険者構成					既往歴					男	15.3%	16.0%	15.9%	16.0%	外来患者数	727.2	679.6	720.1	679.6	要介護2	49,775	46,495	49,633	46,495
計	20,407	202,051	2,792	404,102	脳卒中	2.2%	3.2%	2.3%	3.2%	女	5.0%	5.4%	5.6%	5.4%	入院患者数	15.9	14.7	15.9	14.7	要介護3	82,287	71,713	81,624	71,713
～39歳	27.2%	31.7%	26.7%	31.7%	心臓病	3.6%	5.2%	3.5%	5.2%	非肥満高血糖	12.7%	9.9%	12.8%	9.9%	受診率	743.154	694.315	735.921	694.315	要介護4	107,618	88,098	100,778	88,098
40～64歳	33.4%	33.4%	32.4%	33.4%	腎不全	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%	特定保健指導実施率	17.7%	21.4%	28.7%	21.4%	1件当たり点数	2,959	3,047	3,008	3,047	要介護5	106,416	95,589	103,945	95,589
65～74歳	39.4%	34.8%	40.9%	34.8%	貧血	6.5%	10.1%	7.0%	10.1%	特定				一般	2,961	3,021	2,982	3,021	2号認定率	0.4%	0.3%	0.4%	0.3%	
75歳～	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	喫煙	12.4%	12.9%	11.5%	12.9%	検査値(メタボ、予備群レベル)					退職	2,919	3,533	3,411	3,533	新規認定率	1.4%	0.7%	1.5%	0.7%
平均寿命					20歳時体重から10kg以上増加	34.0%	32.8%	33.0%	32.8%	腹囲	31.3%	31.2%	32.6%	31.2%	後期	0	0	0	0	前年との認定率比較	+0.0%	+0.0%	+0.0%	+0.0%
平均寿命					1回30分以上の運動習慣なし	58.0%			56.0%	男	47.3%			0%	48.5%	外来				有病状況				
男	79.7	79.7	79.6	79.6	1日1時間以上運動なし	40.4%			45.6%	女	18.5%			9%	18.4%	費用の割合	62.6%	62.9%	63.6%	糖尿病	17.4%	20.5%	12.3%	
女	86.4	86.2	86.3	86.4	歩行速度遅い	46.2%			47.0%	BMI	3.9%			1%	3.9%	受診率	727.228	0.070	679.584	高血圧症	43.2%	49.4%	27.0%	
健康寿命					1年間で体重増減3kg以上	16.9%			19.0%	男	1.4%			2%	1.5%	1件当点数	1,894	1,932	1,978	脂質異常症	20.8%	25.5%	14.6%	
男	65.8	65.7	65.8	65.7	食事速度					女	5.9%			6%	5.6%	1人当点数	1,377	1,392	1,344	心臓病	49.3%	55.4%	30.7%	
女	67.4	67.5	67.3	67.5	速い	25.1%			23.9%	血糖	0.7%			9%	0.6%	1日当点数	1,131	1,181	1,234	脳疾患	22.6%	24.8%	14.0%	
標準化死亡率					普通	65.5%			67.0%	血圧	6.2%			0%	6.4%	1件当回数	1.7	1.6	1.6	がん	6.1%	8.2%	4.8%	
男	94.0	98.9	100.5	100.0	遅い	9.4%			9.1%	血糖・血圧	2.7%			5%	2.3%	費用の割合	37.4%	37.1%	36.4%	筋・骨格	42.7%	47.3%	26.5%	
女	104.3	104.3	100.7	100.0	週3回以上就寝前夕食	12.9%			13.3%	血糖・脂質	1.2%			5%	1.1%	入院率	15,926	5,851	14,731	精神	23.8%	27.7%	15.9%	
年齢調整死亡率					週3回以上夕食後間食	11.2%			11.3%	血圧・脂質	8.8%			6%	8.9%	1件当点数	51,610	1,869	52,339	認知症(再掲)	15.0%	17.2%	8.9%	
男	0.0	538.3	0.0	544.3	週3回以上朝食を抜く	6.1%			6.4%	血糖・血圧・脂質	6.4%			3%	5.7%	1人当点数	822	822	771	アルカイマー病	11.8%	14.2%	7.3%	
女	0.0	277.1	0.0	274.9	飲酒頻度					初回受診者	100.0%			0%	100.0%	1日当点数	3,805	3,893	3,839	居宅サービス				
死因					毎日	19.5%			22.1%	受診勧奨率	60.6%			6%	57.2%	1件当日数	13.6	13.3	13.6	1件当給付費	38,164	31,194	37,855	
がん	51.8%	51.1%	50.1%	51.1%	時々	17.3%			19.4%	受診勧奨者医療機関受診率	46.5%			0%	36.8%	歯科				千人当事業所	2.28	14.79	3.72	
心臓病	26.0%	24.4%	25.1%	24.4%	飲まない	63.3%			58.4%	受診勧奨者医療機関非受診率	14.1%			5%	20.4%	受診率	120.927	7.142	95.076	施設サービス				
脳疾患	12.9%	15.8%	16.4%	15.8%	1日飲酒量					未治療者率	45.0%			4%	28.7%	1件当点数	1,198	1,197	1,229	1件当給付費	266,355	0.155	278,316	
糖尿病	1.8%	1.7%	1.7%	1.7%	1合未満	66.0%			65.4%	特定健診受診者1件当たり医療レ点	2,500	2,520	2,469	2,520	1人当点数	145	140	117	千人当事業所	0.12	1.18	0.23		
腎不全	3.9%	3.2%	3.0%	3.2%	2～3合	6.6%	8.2%	7.2%	8.2%	特定健診未受診者1件当たり医療レ点	4,034	4,098	3,991	4,098	1日当点数	717	697	683	要介護認定者医療費(40歳以上)					
自殺	3.6%	3.8%	3.8%	3.8%	3合以上	2.5%	2.5%	2.1%	2.5%	医療費分析(最大医療資源傷病名による)						1件当回数	1.7	1.7	1.8	医師	11,139	7,235	8,168	
生活習慣改善																								
改善意欲なし	55.7%	41.4%	57.6%	41.4%	睡眠不足	23.0%	23.2%	22.3%	23.2%	がん	22.7%					歯科				要介護認定なし者医療費(40歳以上)				
改善意欲あり	17.1%	24.5%	15.8%	24.5%	生活習慣改善					脳心症	5.1%					受診率	120.927	7.142	95.076	医師	2,944	3,760	3,357	3,760
改善意欲ありかつ始めている	9.4%	9.7%	9.1%	9.7%	改善意欲なし	55.7%	41.4%	57.6%	41.4%	糖尿病	6.2%					1件当点数	1,198	1,197	1,229	歯科	1,216	1,274	1,247	1,274
取り組み済み6ヶ月未満	6.3%	7.3%	6.2%	7.3%	改善意欲あり	17.1%	24.5%	15.8%	24.5%	脂質異常症	6.0%					1人当点数	145	140	117	悪化状況	-2.2%	-2.0%	-2.3%	-2.0%
取り組み済み6ヶ月以上	11.6%	17.1%	11.4%	17.1%	改善意欲ありかつ始めている	9.4%	9.7%	9.1%	9.7%	高血圧症	10.4%					1日当点数	717	697	683	改善状況	+1.1%	+1.2%	+1.2%	+1.2%
保健指導利用しない	67.7%	62.3%	68.9%	62.3%	取り組み済み6ヶ月未満	6.3%	7.3%	6.2%	7.3%	精神						1件当回数	1.7	1.7	1.8	がん	24.1%			

質問票データ

特定健診データ

医療データ

介護データ



比較情報が出力される帳票は、予め設定された比較先「県・同規模・国」と比較して地域の値が2倍以上の場合は「赤」、20%以上の場合は「緑」で表示される。

【地域の状況把握(現状分析)】 (自県(都道府)内の市町村、同規模保険者との比較が可能)

活用方法

自県(都道府)内の市区町村、同規模保険者別に人口構成、被保険者構成、特定健診、医療、介護等の状況について一覧で確認。

市区町村別データ

作成年月 :
印刷日 :
ページ :

番号	市区町村	国保被保険者数/人口(人)	総医療費(円)	受診率	1人当たり医療費(入・外)(円)	1件当たり日数(入・外)(日)	1日当たり医療費(入・外)(円)	1件当たり医療費(入・外)(円)	生活習慣病保有者数/率	30万円以上入院レセプト件数/率	6ヶ月以上入院レセプト件数/率	人工透析者数/率	特定健診受診率	介護給付費(円)	介護受給者数/率	要介護者受診率
1	A市															
2	B市															
3	C市															
4	D市															

自県(都道府)内の市区町村(国保組合を含む)と被保険者数、医療費、特定健診受診率、介護給付費等について比較し、地域の特徴を把握することができる。

同規模保険者比較

作成年月 :
印刷日 :
ページ :

保険者番号 :
保険者名 :
地区 :

被保険者数、医療費、特定健診受診率、介護給付費等について、全国と同規模保険者との比較をすることもできる。

番号	同規模保険者別	国保被保険者数/人口(人)	総医療費(円)	受診率	1人当たり医療費(入・外)(円)	1件当たり日数(入・外)(日)	1日当たり医療費(入・外)(円)	1件当たり医療費(入・外)(円)	生活習慣病保有者数/率	30万円以上入院レセプト件数/率	6ヶ月以上入院レセプト件数/率	人工透析者数/率	特定健診受診率	介護給付費(円)	介護受給者数/率	要介護者受診率
1	A市															
2	B市															
3	C市															
4	D市															
5	E市															
6	F市															
7	G町															
8	H町															
9	I町															
10	J町															
11	K町															
12	L村															
13	M村															
14	N村															
15	O村															
合計(15件)		150,000 375,000	300,000,000,000	9,999.999	10,000 4,000	11.52 2.50	10,000 1,500	10,000 4,000	41,535 27.7	4,682 3.1	6,523 4.3	3,528 2.4	30.0	6,000	15,786 10.5	0.2

【地域の状況把握(現状分析)】(特定健診受診状況を性・年齢別に表示)

活用方法

地域における特定健診・特定保健指導の実施状況等とその特徴を把握。

厚生労働省様式

(様式6-11) 性・年齢階級別保健指導率

保険者番号 :
 保険者名 :
 地区 :

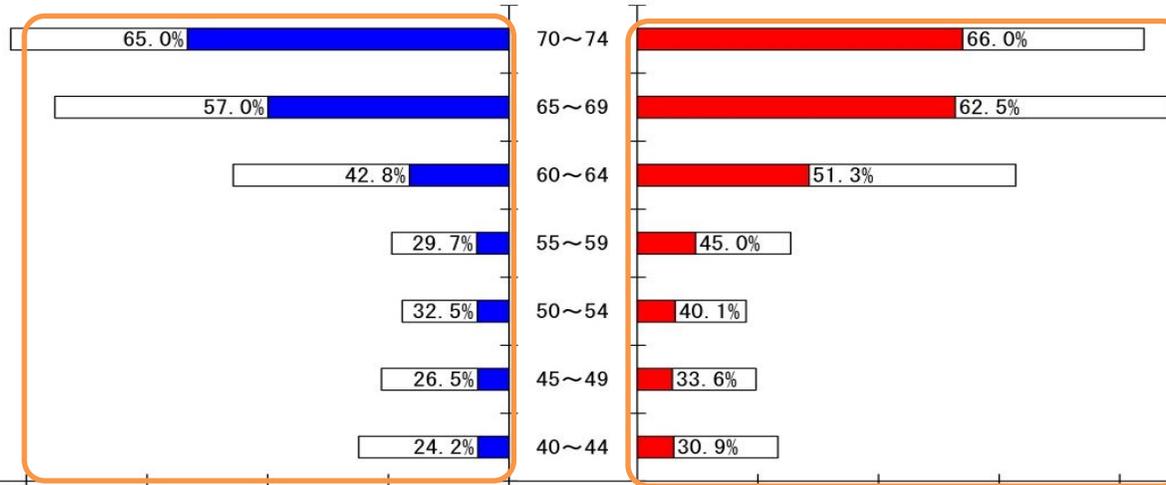
作成年月 :
 印刷日 :
 ページ :

		男性												女性											
		40-74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再) 65-74歳		40-74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再) 65-74歳	
		人数	割合 %	人数	割合 %	人数	割合 %	人数	割合 %	人数	割合 %	人数	割合 %	人数	割合 %	人数	割合 %	人数	割合 %	人数	割合 %	人数	割合 %	人数	割合 %
40-74歳の被保険者数	対象者数・割合	7,105	100.0	1,141																					
	保健指導実施者数・実施率	102	15.8	6																					
健診対象者	対象者数・割合	6,884	100.0	1,169																					
	保健指導実施者数・実施率	102	15.8	6																					
他の健診等の結果の提出者	対象者数・割合	0	0.0	0																					
	保健指導実施者数・実施率	102	15.8	6																					
健診未受診者	対象者数・割合	6,881	100.0	1,168																					
	保健指導実施者数・実施率	102	15.8	6																					
健診受診者	対象者数・割合	3	100.0	1																					
	保健指導実施者数・実施率	102	15.8	6																					
特定健診受診率		3	0.0	1																					

特定健診受診状況(性・年齢別)

男性

女性



性別	年齢階級	健診受診者	国保被保険者
男性	40~64歳	915	32.9%
	65~74歳	2,271	61.3%

性別	年齢階級	健診受診者	国保被保険者
女性	40~64歳	1,377	43.4%
	65~74歳	2,598	64.2%

【地域の状況把握(現状分析)】 (レセプトデータから地域の健康課題の把握が可能)

活用方法

地域における医療機関への受診率や1人当たり医療費等の状況とその特徴を他の地域と比較しながら把握。

性・年齢階層別の医療の受診率、1件当たりの点数を**県・同規模保険者・全国**と比較して見ることができる。

保険者番号 :
 保険者名 :
 地区 :

医療費の状況

0~74歳

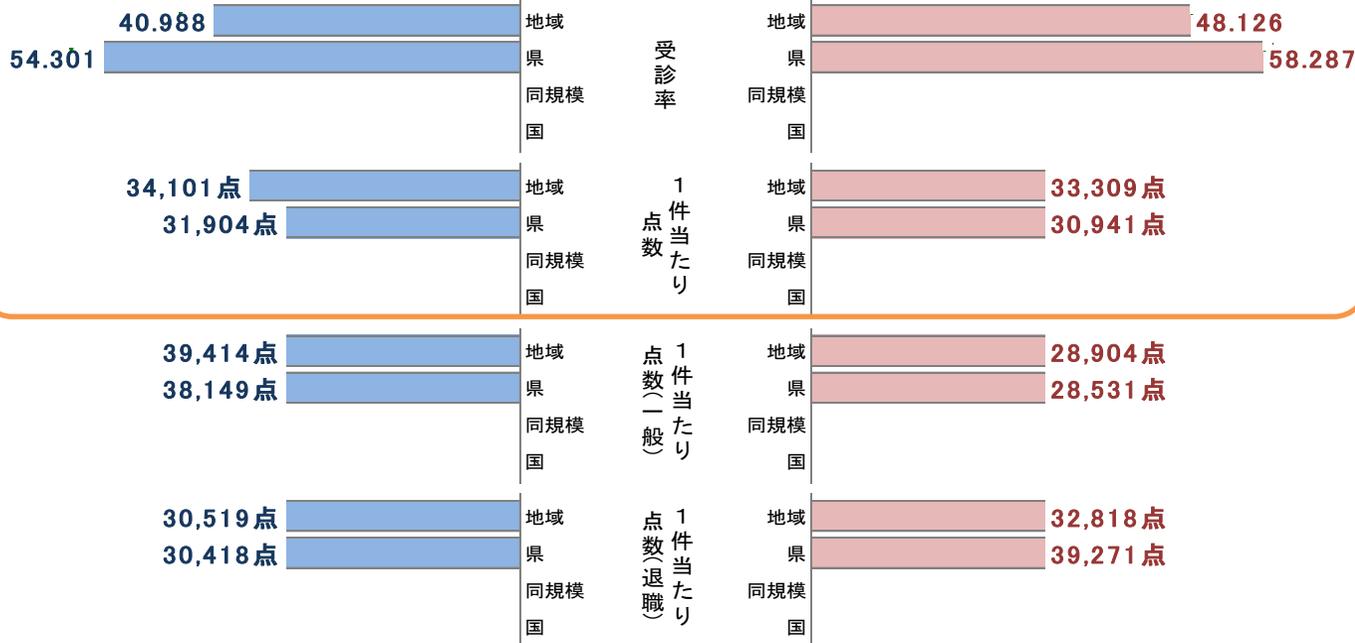
以下の年齢階層より選択が可能。
 「0~74歳」
 「0~39歳」・「40~74歳」

医療(受診率、1件当たり点数、1件当たり点数(一般)、1件当たり点数(退職))

男性

女性

医療の受診率と併せて、医療費(点数)の状況を**全国**や**同規模保険者**と比較して把握できる。



【重点課題の抽出(健康課題の明確化)】(レセプトデータから重点課題の抽出が可能)

活用方法

医療費を押し上げている疾病について把握することで、健康課題を明確化。

「医療費分析(2) 大、中、細小分類」は、医療費について大、中、細小分類の疾病別に見ることができる。

医療費分析・大中細小分類

保険者番号 : 99999
 保険者名 : NNNNNNNNNN
 地区 :

作成年月
 印刷日
 ページ

保健指導対象者の絞込みに際し、どの疾病をターゲットにするかの医療費分析例
 (最大医療資源傷病名を用いて計算)



【重点課題の抽出(健康課題の明確化)】(特定健診データから重点課題の抽出が可能)

活用方法

メタボリックシンドローム該当者・予備群者において、保有する割合が大きいリスクやリスクの重複状況を把握。

メタボリックシンドローム該当者・予備群

保険者番号 :
 保険者名 :
 地区 :

作成年月 :
 印刷日 :
 ページ :

男 性	40-74歳			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			(再) 65-74歳				
	人数	割合① (%)	割合② (%)	人数	割合① (%)	割合② (%)	人数	割合① (%)	割合② (%)	人数	割合① (%)	割合② (%)	人数	割合① (%)	割合② (%)	人数	割合① (%)	割合② (%)		
被保険者数 (40~74歳)	6,483			1,008			831			2,646			1,998			3,705				
健診受診者数 (受診率%)	3,186	49.1		255	25.3		258	31.0		1,375	52.0		1,298	65.0		2,271	61.3			
腹囲85cm以上	1,508	47.3		117	45.9		139	53.9		645	46.9		607	46.8		1,052	46.3			
(再) 腹围有所見の重複状況	腹围のみ該当者	136	4.3	9.0			18	7.0	12.9	56	4.1	8.7	39	3.0	6.4	74	3.3	7.7		
	予備群	高血糖	36	1.1															2.1	
		高血圧症	300	9.4															21.1	
		脂質異常症	152	4.8	10.1	30	11.8	25.6	15	5.8	10.8	56	4.1	8.7	51	3.9	8.4	87	3.8	8.1
	計	488	15.3	32.4	48	18.8	41.0	41	15.9	29.5	200	14.5	31.0	199	15.3	32.8	337	14.8	32.1	
	該当者	● ●	126	4.0	8.4	3	1.2	2.6	2	0.8	1.4	61	4.4	9.5	60	4.6	9.9	108	4.8	10.1
		● ● ●	58	1.8	3.8	5	2.0	4.3	8	3.1	5.8	26	1.9	4.0	19	1.5	3.1	34	1.5	3.1
● ● ● ●		399	12.5	26.5	28	11.0	23.9	39	15.1	28.1	173	12.6	26.8	159	12.2	26.2	278	12.2	26.1	
● ● ● ● ●		301	9.4	20.0	10	3.9	8.5	31	12.0	22.3	129	9.4	20.0	131	10.1	21.6	221	9.7	21.1	
計	884	27.7	58.6	46	18.0	39.3	80	31.0	57.6	389	28.3	60.3	369	28.4	60.8	641	28.2	60.9		

特定健診対象者数を表示

割合①：分母は特定健診受診者
 (※特定健診受診者数(受診率%)欄については特定健診対象者数を分母とし、特定健診受診率を表示)
 割合②：分母は腹围男性85cm以上、女性90cm以上の者

メタボリックシンドローム該当者・予備群者のリスク保有状況を確認することで、優先的に対応すべき疾病リスクや性別、年代を選定できる。

女 性	40-74歳			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			(再) 65-74歳		
	人数	割合① (%)	割合② (%)	人数	割合① (%)	割合② (%)	人数	割合① (%)	割合② (%)	人数	割合① (%)	割合② (%)	人数	割合① (%)	割合② (%)	人数	割合① (%)	割合② (%)
被保険者数 (40~74歳)	4,048			908			908			3,409			1,992			4,048		
健診受診者数 (受診率%)	32.2			390	43.0		390	43.0		1,978	58.0		1,314	66.0		2,598	64.2	
腹围90cm以上	10.6			62	15.9		62	15.9		382	19.3		261	19.9		511	19.7	
計	4.4	41.9		5	1.3	8.1	5	1.3	8.1	25	1.3	6.5	17	1.3	6.5	30	1.2	5.9

(再) 腹围有所見の重複状況	予備群	● ●	14	0.4	1.9	0	0.0	0.0	2	0.5	3.2	6	0.3	1.6	6	0.5	2.3	10	0.4	2.0
		● ● ●	143	3.6	19.4	6	2.0	19.4	17	4.4	27.4	79	4.0	20.7	41	3.1	15.7	91	3.5	17.8
		● ● ● ●	41	1.0	5.6	2	0.7	6.5	4	1.0	6.5	20	1.0	5.2	15	1.1	5.7	25	1.0	4.9
	計	198	5.0	26.9	8	2.7	25.8	23	5.9	37.1	105	5.3	27.5	62	4.7	23.8	126	4.8	24.7	
	該当者	● ● ●	64	1.6	8.7	3	1.0	9.7	11	2.8	17.7	28	1.4	7.3	22	1.7	8.4	43	1.7	8.4
		● ● ● ●	25	0.6	3.4	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	14	0.7	3.7	11	0.8	4.2	21	0.8	4.1
		● ● ● ● ●	231	5.8	31.4	4	1.4	12.9	16	4.1	25.8	126	6.4	33.0	85	6.5	32.6	170	6.5	33.3
● ● ● ● ● ●		158	4.0	21.5	3	1.0	9.7	7	1.8	11.3	84	4.2	22.0	64	4.9	24.5	121	4.7	23.7	
計	478	12.0	64.9	10	3.4	32.3	34	8.7	54.8	252	12.7	66.0	182	13.9	69.7	355	13.7	69.5		

①特定健診結果をツリー図にて階層化

「健診ツリー図」(帳票ID:P26_001)

特定健診受診者と未受診者について、腹囲リスクの有無や服薬有無、リスクパターン(腹囲、血糖、脂質、血圧、喫煙)別に該当人数や割合を見ることができます。※リスク判定の基準は階層化(特定保健指導)判定値による。

保険者番号 :
 保険者名 :
 地区 :

健診ツリー図

作成年月 :
 印刷日 :
 ページ :

健診受診者 7,161人 52.3%								未受診者 6,541人 47.7%																							
腹囲等のリスクあり 2,540人 35.5%								腹囲等のリスクなし 4,621人 64.5%																							
服薬あり 1,424人 19.9%				服薬なし 1,116人 15.6%				服薬あり 1,780人 24.9%								服薬なし 2,841人 39.7%															
血糖+血圧+脂質	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	血糖のみ	血圧のみ	脂質のみ	腹囲等のみ	血糖+血圧+脂質	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	血糖のみ	血圧のみ	脂質のみ	腹囲等のみ	血糖+血圧+脂質	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	血糖のみ	血圧のみ	脂質のみ	リスクなし	血糖+血圧+脂質	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	血糖のみ	血圧のみ	脂質のみ	リスクなし
537 (61)	187 (25)	38 (11)	168 (16)	24 (5)	71 (2)	14 (2)	0 (0)	161 (30)	121 (15)	79 (20)	99 (22)	52 (7)	150 (20)	60 (17)	64 (5)	336 (30)	204 (19)	75 (9)	173 (14)	32 (5)	149 (14)	33 (1)	0 (0)	120 (19)	243 (25)	103 (17)	110 (25)	187 (10)	341 (44)	83 (17)	322 (30)
137 (18)	65 (10)	26 (4)	75 (12)	1 (0)	50 (2)	31 (1)	0 (0)	24 (4)	25 (6)	38 (8)						117 (6)	138 (11)	7 (0)	133 (22)	119 (7)	0 (0)	16 (3)	70 (7)	71 (18)	22 (7)	303 (31)	147 (16)	71 (13)	632 (84)		

保健指導対象者の
絞込み画面へ

A: 受診勧奨判定値の者(受診勧奨判定値の者の喫煙者)
 B: 保健指導判定値の者(保健指導判定値の者の喫煙者)

「*」が表示された場合は、人数が表示可能桁数を超過しています。
 人数を確認するには、絞込み画面で確認してください。

②保険者の特性に合わせて、さらに対象者を絞り込む

国保データベース(KDB)システムでは、「健診ツリー図」による保健指導対象者の絞り込みを行った後、以下の画面にて特定健診の結果値を設定することにより、更に対象者を絞り込むことができます。

保険者番号 : 保健指導対象者の絞り込み(保健指導判定値の者) 作成年月 :

保険者名 : ヒント 戻る 終了

地区 :

1. 腹囲等のリスク : 腹囲等のリスクあり 服薬あり 腹囲等のリスクあり 服薬なし 腹囲等のリスクなし 服薬あり 腹囲等のリスクなし 服薬なし

2. 性別 : 男性 女性 両方

3. 年齢別 : 40~44 45~49 50~54 55~59 60~64 65~69 70~74 全年齢

4. リスク因子別 : 因子保有なし 3因子保有者 2因子保有者 1因子のみ保有者

人数 97(11) 人数 24(4)

血糖 HbA1c ~ 6.4

血压 収縮期 ~ 139

拡張期 ~ 89

脂質 中性脂肪 ~ 299

HDL ~ 35

LDL ~ 139

設定 クリア 保存 読込

5. 対象者数 因子なし 3因子 2因子 1因子

確定 取消

注:()は喫煙者

血压	収縮期 ~139	拡張期 ~89
HbA1c ~5.8	10(2)	10(2)
5.9~6.4	15(4)	15(4)

HbA1c	~5.8	5.9~6.4
脂質 中性脂肪 ~299	21(4)	17(4)
HDL ~35	21(4)	17(4)
LDL ~139	21(4)	17(4)

血压	収縮期 ~139	拡張期 ~89
脂質 中性脂肪 ~299	15(4)	15(4)
HDL ~35	15(4)	15(4)
LDL ~139	15(4)	15(4)

HbA1c	
~5.8	40(8)
5.9~6.4	20(5)

血压	
収縮期 ~139	36(5)
拡張期 ~89	36(5)

脂質	
中性脂肪 ~299	35(8)
HDL ~35	35(8)
LDL ~139	35(8)

特定健診の結果値を設定します。

「保健指導対象者一覧」へ

③絞り込んだ対象者の一覧から、特定健診・医療・介護の状況を確認する

「保健指導対象者一覧(保健指導判定値の者)」(帳票ID:P26_004)
 特定健診の結果、医療機関への受診の有無、介護認定の有無を見ることができます。

保険者番号 : 保健指導対象者一覧 (保健指導判定値の者) 作成年月 :
 保険者名 : 印刷日 :
 地区 : ページ : ...

- 絞り込み条件
- 1. 腹囲等のリスク:
 - 2. 性別 :
 - 3. 年齢別 :
 - 4. 因子 血糖・HbA1c : 脂質・中性脂肪 :
 血圧・収縮期 : ・HDL :
 ・拡張期 : ・LDL :

- 大量検索絞り込み条件 (共通部)
- 1. 性別:
 - 2. 年齢:
 - 3. 被保険者証番号:
 - 4. 被保険者証番号:
 - 5. 氏名 (カナ):
- 大量検索絞り込み条件 (画面個別部)
- 1. 積極的:
 - 2. 勤務付:
 - 3. 受診勧奨者:
 - 4. 保健指導者:
 - 5. 医療機関受診者:
 - 6. 介護認定者:

1件のうち1~1を表示

番号	被保険者証番号 介護保険被保険者番号 氏名	性別	年齢	腹囲	身長	体重	BMI	空腹時血糖	HbA1c	中性脂肪	HDL	LDL	収縮期血圧	拡張期血圧	喫煙等	既往歴	服薬歴	積極的	勤務付	GOT	GPT	Y-GTP	尿酸	血糖	血清クレア	eGFR	尿蛋白	心電図	眼底検査	クリット	ヘマト	血色素	受診勧奨者	保健指導者	医療機関受診	介護		
1																																						

④個人ごとの5年間の状況を確認

「個人別履歴」(帳票ID:P26_010)
 個人の5年間の医療機関の受診状況、医療費、病名、健診の結果、生活習慣、要介護状態区分等を見ることができます。

氏名 : _____ 性別 : _____ 生年月日 : _____ 個人別履歴 作成年月印刷日 ページ

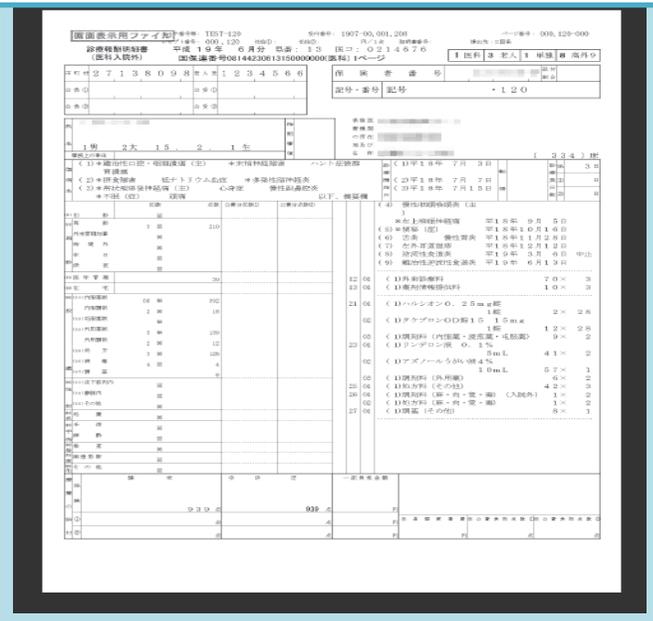
受診状況 (医療)

月	(医科/歯科)									
	受診	回数								
4月										
5月										
6月										
7月										
8月										
9月										
10月										
11月										
12月										
1月										
2月										
3月										

年間医療費 (医科) _____ (歯科) _____

生活習慣病等 _____

個人のレセプトを見ることができます。



個人の受診状況 (医療) や健診の結果、生活習慣等が経年で確認することができます。

病名数 (医科) _____ (歯科) _____

健診結果

	腹囲	BMI	空腹時血糖	HbA1c	判定	保健指導の有無
H26年度						
H25年度						
H24年度						

生活習慣

Five circular charts showing trends for: 喫煙 (Smoking), 飲酒 (Alcohol), 食生活 (Diet), 運動 (Exercise), and 既往歴 (Medical History).

要介護状態区分 _____

国保データベース(KDB)システムの各種定型帳票①

No.	帳票No.	帳票名	帳票ID ※1	個人単位	保険者単位		比較情報 ※3			使用データ				作成単位				
					地区 ※2	保険者	県	同規模 ※4	国	健診		医療 ※5		介護	統計 ※6	年次 ※7	単月 ※7	累計 ※7
										国保	後期	国保	後期					
1	1	地域の全体像の把握	P21_001	—	○	○	○	○	○	○	○	●	●	○	○	—	○	○
2	3	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	P21_003	—	○	○	○	○	○	○	○	●	●	○	○	—	○	○
3	4	市区町村別データ	P21_005	—	—	○	—	—	○	○	○	●	●	○	○	—	○	○
4		同規模保険者比較		—	—	○	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	5	人口及び被保険者の状況	P21_006	—	—	○	○	—	○	—	—	○	○	—	○	○	—	—
6	6	質問票調査の状況	P21_007	—	○	○	○	○	○	○	○	—	—	—	—	—	—	○
7	7	健診の状況	P21_008	—	○	○	○	○	○	○	—	—	—	—	—	—	—	○
8	8	医療費の状況	P21_009	—	○	○	○	○	○	—	—	●	●	—	—	—	○	○
9	9	介護費の状況	P21_010	—	—	○	○	○	○	—	—	—	—	○	—	—	○	○
10	10	厚生労働省様式(様式1-1) (基準金額以上となったレセプト一覧)	P21_011	○	○	—	—	—	—	—	—	○	○	—	—	—	○	—
11	11	厚生労働省様式(様式2-1) (6ヶ月以上入院しているレセプトの一覧)	P21_012	○	○	—	—	—	—	—	—	○	○	—	—	—	○	—
12	12	厚生労働省様式(様式2-2) (人工透析患者一覧表)	P21_013	○	○	—	—	—	—	—	—	○	○	—	—	—	○	—
13	13	厚生労働省様式(様式3-1) (生活習慣病全体のレセプト分析)	P21_014	—	○	○	—	—	—	—	—	○	○	—	—	—	○	—
14	14	厚生労働省様式(様式3-2) (糖尿病のレセプト分析)	P21_015	—	○	○	—	—	—	—	—	○	○	—	—	—	○	—
15	15	厚生労働省様式(様式3-3) (高血圧症のレセプト分析)	P21_016	—	○	○	—	—	—	—	—	○	○	—	—	—	○	—
16	16	厚生労働省様式(様式3-4) (脂質異常症のレセプト分析)	P21_017	—	○	○	—	—	—	—	—	○	○	—	—	—	○	—
17	17	厚生労働省様式(様式3-5) (虚血性心疾患のレセプト分析)	P21_018	—	○	○	—	—	—	—	—	○	○	—	—	—	○	—
18	18	厚生労働省様式(様式3-6) (脳血管疾患のレセプト分析)	P21_019	—	○	○	—	—	—	—	—	○	○	—	—	—	○	—
19	19	厚生労働省様式(様式3-7) (人工透析のレセプト分析)	P21_020	—	○	○	—	—	—	—	—	○	○	—	—	—	○	—
20	20	厚生労働省様式(様式4-1) (都道府県の特徴)	P21_021	—	—	—	○	—	○	—	—	—	—	—	○	○	—	—
21	21	厚生労働省様式(様式4-2) (都道府県別一人当たり後期高齢者(老人)医療費の推移)	P21_022	—	—	—	○	—	○	—	—	—	—	—	○	○	—	—

国保データベース(KDB)システムの各種定型帳票②

No.	帳票No.	帳票名	帳票ID ※1	個人単位	保険者単位		比較情報 ※3			使用データ					作成単位			
					地区 ※2	保険者	県	同規模 ※4	国	健診		医療 ※5		介護	統計 ※6	年次 ※7	単月 ※7	累計 ※7
										国保	後期	国保	後期					
22	22	厚生労働省様式(様式4-3) (生活習慣病における死亡と医療費の状況)	P21_023	-	-	-	○	-	○	-	-	○	○	-	○	-	-	
23	23	厚生労働省様式(様式6-2~7) (健診有所見者状況(男女別・年代別))	P21_024	-	○	○	○	-	○	○	○	-	-	-	○	-	-	
24	24	厚生労働省様式(様式6-8) (メタボリックシンドローム該当者・予備群)	P21_025	-	○	○	-	-	○	-	-	-	-	-	○	-	-	
25	25	厚生労働省様式(様式6-9) (健診受診状況)	P21_026	-	○	○	-	-	○	-	○	-	-	-	○	-	-	
26	26	厚生労働省様式(様式6-10) (糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導)	P21_027	-	○	○	-	-	○	-	○	-	-	-	○	-	-	
27	27	厚生労働省様式(様式6-11) (性・年齢階級別保健指導率)	P21_028	-	○	○	-	-	○	-	○	-	-	-	○	-	-	
28	28	特定健診リスクパターン別集計表	P22_001	-	-	-	○ ※8	-	-	○	-	-	-	-	○	-	-	
29	29	質問票項目別集計表	P22_002	-	-	-	○ ※8	-	-	○	-	-	-	-	○	-	-	
30	30	特定健診結果総括表	P22_003	-	-	-	○ ※8	-	-	○	-	-	-	-	○	-	-	
31	31	特定保健指導結果総括表	P22_004	-	-	-	○ ※8	-	-	○	-	-	-	-	○	-	-	
32	32	特定健診・特定保健指導実施結果総括表	P22_005	-	-	-	○ ※8	-	-	○	-	-	-	-	○	-	-	
33	33	特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表	P22_006	-	-	-	○ ※8	-	-	○	-	-	-	-	○	-	-	
34	34	特定健診・特定保健指導実施結果総括表 (都道府県別)	P22_007	-	-	-	○ ※8	-	○ ※8	○	-	-	-	-	○	-	-	
35	35	質問票項目別集計(都道府県別)	P22_008	-	-	-	○ ※8	-	○ ※8	○	-	-	-	-	○	-	-	
36	36	特定健診リスクパターン別集計表(都道府県別①)	P22_009	-	-	-	○ ※8	-	○ ※8	○	-	-	-	-	○	-	-	
37	37	特定健診リスクパターン別集計表(都道府県別②)	P22_010	-	-	-	○ ※8	-	○ ※8	○	-	-	-	-	○	-	-	
38	38	特定健診結果総括表(都道府県別)	P22_011	-	-	-	○ ※8	-	○ ※8	○	-	-	-	-	○	-	-	

国保データベース(KDB)システムの各種定型帳票③

No.	帳票No.	帳票名	帳票ID ※1	個人単位	保険者単位		比較情報 ※3			使用データ					作成単位			
					地区 ※2	保険者	県	同規模 ※4	国	健診		医療 ※5		介護	統計 ※6	年次 ※7	単月 ※7	累計 ※7
										国保	後期	国保	後期					
39	39	特定保健指導結果総括表(都道府県別)	P22_012	-	-	-	○ ※8	-	○ ※8	○	-	-	-	-	-	○	-	-
40	40	医療費分析(1)細小分類	P23_001	-	○	○	○	○	○	-	-	○	○	-	-	-	○	○
41	41	医療費分析(2)大、中、細小分類	P23_002	-	○	○	-	-	-	-	-	○	○	-	-	-	○	○
42	42	疾病別医療費分析(大分類)	P23_003	-	○	○	○	○	○	-	-	○	○	-	-	-	○	○
43	43	疾病別医療費分析(中分類)	P23_004	-	○	○	○	○	○	-	-	○	○	-	-	-	○	○
44	44	疾病別医療費分析(細小(82)分類)	P23_005	-	○	○	○	○	○	-	-	○	○	-	-	-	○	○
45	45	疾病別医療費分析(生活習慣病)	P23_006	-	○	○	○	○	○	-	-	○	○	-	-	-	○	○
46	46	医療費分析(健診有無別)	P23_007	-	○	○	○	○	○	○	○	●	●	-	-	-	○	○
47	47	要介護(支援)者認定状況	P24_001	-	-	○	-	-	-	-	-	○	○	○	-	-	○	○
48	48	要介護(支援)者有病状況	P24_002	-	-	○	-	-	-	-	-	○	○	○	-	-	○	○
49	49	要介護(支援)者突合状況	P24_003	○	-	-	-	-	-	○	○	●	●	○	-	-	○	○
50	50	質問票調査の経年比較	P25_001	-	○	○	○	○	○	○	○	-	-	-	-	○	-	-
51	51	保健指導群と非保健指導群の経年比較	P25_002	-	○	○	○	○	○	○	-	○	-	○	-	○	-	-
52	52	医療費分析の経年比較	P25_003	-	○	○	○	○	○	-	-	●	●	-	-	○	-	-
53	53-1	医療・介護の突合の経年比較 介護(要介護度別1件当たり給付費) - 経年変化	P25_004	-	-	○	○	○	○	-	-	-	-	○	-	○	-	-
54	53-2	医療・介護の突合(要介護認定率) 介護(要介護認定率) - 経年変化	P25_005	-	-	○	○	○	○	-	-	-	-	○	-	○	-	-
55	53-3	医療・介護の突合(有病状況)	P25_006	-	-	○	○	○	○	-	-	○	○	○	-	○	-	-
56	53-4	医療・介護の突合(居宅サービス・施設サービス)	P25_007	-	-	○	○	○	○	-	-	-	-	○	-	○	-	-
57	54	健診ツリー図	P26_001	-	○	○	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	○
58	55	保健指導対象者一覧(保健指導判定値の者)	P26_004	○	○	-	-	-	-	○	-	○	-	○	-	-	-	○

国保データベース(KDB)システムの各種定型帳票④

No.	帳票No.	帳票名	帳票ID ※1	個人単位	保険者単位		比較情報 ※3			使用データ					作成単位			
					地区 ※2	保険者	県	同規模 ※4	国	健診		医療 ※5		介護	統計 ※6	年次 ※7	単月 ※7	累計 ※7
										国保	後期	国保	後期					
59	56	保健指導対象者一覧(受診勧奨判定値の者)	P26_005	○	○	-	-	-	-	○	-	○	-	○	-	-	-	○
60	57	被保険者管理台帳	P26_006	○	○	-	-	-	-	○	○	●	●	○	-	-	-	○
61	58	疾病管理一覧(糖尿病)	P26_007	○	○	-	-	-	-	○	○	●	●	○	-	-	-	○
62	59	疾病管理一覧(脳卒中)	P26_008	○	○	-	-	-	-	○	○	●	●	○	-	-	-	○
63	60	疾病管理一覧(虚血性心疾患)	P26_009	○	○	-	-	-	-	○	○	●	●	○	-	-	-	○
64	61	個人別履歴	P26_010	○	-	-	-	-	-	○	○	●	●	○	-	-	-	○
65	62	5年間の履歴	P26_011	○	-	-	-	-	-	-	-	●	●	-	-	-	-	○
66	63	レセプト表示	S26_012	○	-	-	-	-	-	-	-	●	●	-	-	-	-	○
67	64	後期国保突合台帳	S26_020	○	○	-	-	-	-	-	-	○	○	-	-	-	-	○
68	66	疾病管理一覧(高血圧症)	P26_023	○	○	-	-	-	-	○	○	●	●	○	-	-	-	○
69	67	疾病管理一覧(脂質異常症)	P26_024	○	○	-	-	-	-	○	○	●	●	○	-	-	-	○
70	68	疾病管理一覧(慢性腎臓病)	P26_025	○	○	-	-	-	-	○	○	●	●	○	-	-	-	○
71	69	後期高齢者の健診状況	P26_018	-	○	○	-	-	-	-	○	-	○	-	-	-	-	○
72	70	後期高齢者の健診結果一覧	P26_019	○	○	-	-	-	-	-	○	-	○	○	-	-	-	○
73	71	後期高齢者の医療(健診)・介護突合状況	P24_004	○	○	-	-	-	-	-	○	-	●	○	-	-	○	-

※1: 帳票IDは国保データベース(KDB)システムの管理上のIDである。

※2: 被保険者マスタの「地区統計用コード」または「住所」から保険者(市区町村等)内を複数地区に分割することで、地区単位に集計される。

※3: 比較情報が出力される帳票は、予め設定された比較先「県・同規模・国」と比較して保険者(地区)の値が2倍以上の場合は“赤”、20%以上の場合は“緑”で表示される。

※4: 同規模保険者の定義についてはP132「同規模保険者比較の区分(基準)について」を参照。

※5: 医療データ欄について、歯科情報を使用(掲載)している場合は●として記載。

※6: 国保連合会の各システムより取得できない外部(厚生労働省、総務省、国民健康保険中央会等)で公表する統計情報。

※7: 年次: 6月処理(5月審査)～5月処理(4月審査)の12ヶ月分を集計したもの。

単月: 毎月処理したデータを集計したもの。

累計: 6月処理(5月審査)から当該処理月までを積上げ、集計したもの。(最小1カ月、最大12カ月)

※8: 法定報告データを市区町村/組合別及び都道府県別に集計。保険者の集計については特定健診等データ管理システムなどを参照。

審査業務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

平成28年11月30日
厚生労働省保険局

ご議論いただきたい論点

【規制改革実施計画（平成28年6月2日閣議決定）P.7より抜粋】

○組織・体制の在り方の見直し

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。

- 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
- 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
- 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



審査・支払効率化ワーキンググループの議論を踏まえ、審査業務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検討。

審査支払業務のアウトソーシングについてのこれまでの経緯等

事業名	概要	実績	考えられるメリット	考慮すべき点
① 審査支払機関の委託先の変更	<p>○希望する保険者が、例えば審査支払業務に関する支払基金との委託契約を変更し、国保連との委託契約に変更することを可能とする仕組み</p> <p><根拠規定等></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法改正（平成19年4月施行） ・通知発出（委託先を変更する保険者は、被保険者証の保険者番号の修正が必要等（H22.12.28 保険局長通知）） 	実績なし	<p>○保険者が自由に委託先を選べることによって、審査支払機関間の競争を促し、質の向上とコスト削減による委託手数料の軽減効果等が期待される。</p>	<p>現行の仕組みにおいては、</p> <ul style="list-style-type: none"> ○委託先を変更する場合、医療機関等が請求先変更を識別できるよう保険者番号を変更する必要があり、被保険者証の再発行等の事務負担が保険者側に発生すること。 ○仮に通知を改めて、保険者番号を変更せず委託を変更できる取扱いにした場合は、医療機関側に患者（保険者）ごとの請求先を把握する事務負担が発生すること。
② 保険者による直接審査支払	<p>○希望する保険者が、直接、レセプトの審査支払を行うことが出来る仕組み</p> <p><根拠規定等></p> <ul style="list-style-type: none"> ・通知発出（審査支払を行おうとする保険者は、対象保険医療機関等の合意、公正な審査体制の確保、紛争処理ルールの明文化が必要等（H14.12.25 保険局長通知）） 	<p>※平成28年4月請求時点（調剤レセのみ）</p> <p>実施組合数 26組合</p>	<p>○保険者の自由意志に基づき、</p> <ol style="list-style-type: none"> ①保険者自らが行う ②審査・支払機関へ委託する ③第三者（民間）へ委託することについて多様な選択が可能となる。 	<p>現行の仕組みにおいては、</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保険者が直接審査支払を行うために、公正な審査体制の確保のための環境整備（医師等の採用）が必要であること。 ○審査及び支払に関する具体的な紛争処理ルールの取り決め^(※)について対象医療機関等との合意が必要であること。

(※) H14.12.25保険局長通知（抜粋）

あらかじめ具体的な取決め（例えば、審査結果について当事者間で合意が得られない場合には審査に携わる医師以外の中立的な医師による調整に従うこと、事業者の支払が遅延した場合には健康保険組合が支払うこと等）を文書により取り交わすこと。

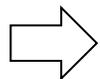
①審査支払機関の委託先の変更について

【審査支払機関の委託先の変更について】

- 審査支払機関の競争の促進を図るため、次のとおり環境整備を行うこととされた（「規制改革推進のための3か年計画」平成19年6月22日閣議決定）。
 - ①手数料や審査取扱い件数などのコスト情報の公開
 - ②コスト比較のための情報公開の統一的なルールの設定
 - ③保険者と審査支払機関間の契約モデルの提示
 - ④レセプトの請求に当たってのインフラ整備
 - ⑤記録の不備等の点検チェックのための「審査ロジック」の公開
 - ⑥紛争処理の在り方の見直し

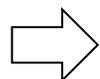
これを受けて、次のような方策を講じている。

法律改正



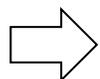
委託先の変更を可能とする改正（平成19年4月施行）

委託可能な環境整備



委託先変更の準備を整備（平成22年12月28日通知発出）

情報の公開



委託先変更の判断に必要な情報の公開
（手数料や審査データ等を支払基金と国保連のHPに掲載）

○健康保険法（大正11年法律第70号）
（療養の給付に関する費用）

第76条（略）

4 保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第70条第1項及び第72条第1項の厚生労働省令並びに前2項の定めを照らし審査の上、支払うものとする。

5 保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金法（略）による社会保険診療報酬支払基金（略）又は国民健康保険法第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会（略）に委託することができる。

○国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
（保険医療機関等の診療報酬）

第45条（略）

4 保険者は、保険医療機関等から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第40条に規定する準則並びに第2項に規定する額の算定方法及び前項の定めを照らし審査の上、支払うものとする。

5 保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を都道府県の区域を区域とする国民健康保険団体連合会（略）又は社会保険診療報酬支払基金法（略）による社会保険診療報酬支払基金に委託することができる。

審査支払事務の委託先の変更に関する手続きの整備

(平成22年12月28日保険局長通知)

1. 対象レセプトの範囲

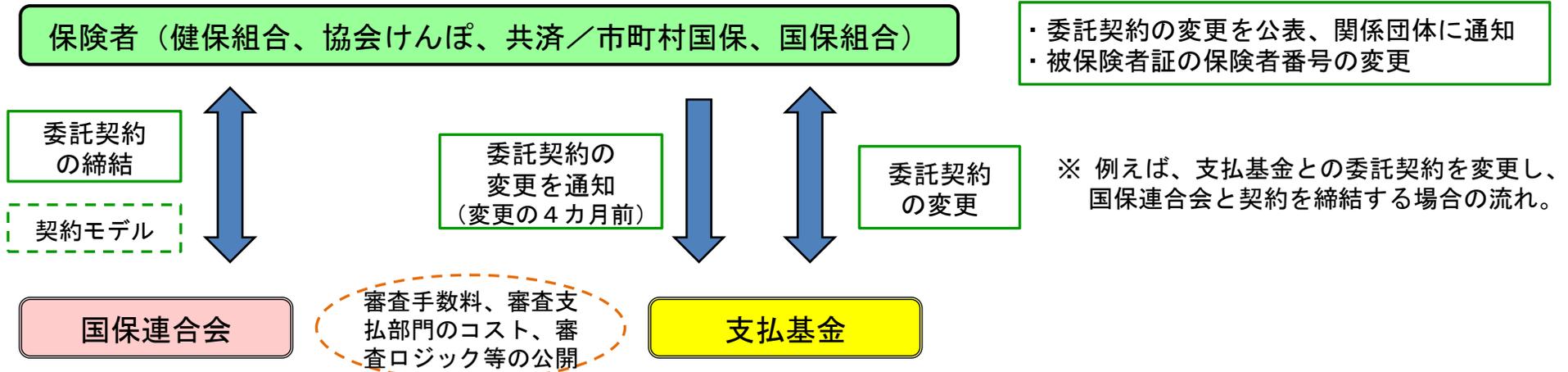
- 原則としてすべてのレセプトを対象とする。
※ 公費負担医療については、生活保護に係るものを除き、対象とする。

2. 保険者における事務

- 保険者と審査支払機関間で契約を締結。
- 審査支払の委託契約の変更について、変更前の審査支払機関に対し、委託契約の変更月の4カ月前の末日までに通知。
- 審査支払の委託先の変更について公示又は規約等に明記。日本医師会、歯科医師会、日本薬剤師会等の関係団体に通知。
- 被保険者が有する被保険者証の保険者番号を修正。

3. 審査支払機関における事務

- 委託先の変更に際して参考になるよう、以下の情報をホームページに公開。
 - ・ 契約書例、審査手数料（支払基金はどの保険者も同じ。国保連は、国保保険者の県内・県外手数料、被用者保険分の手数料）
 - ・ 審査取扱件数、再審査の査定件数率、審査支払部門のコストを示す財務情報
 - ・ 記録の不備等の点検のための審査ロジック、審査上の一般的な取扱いの事例（審査情報提供事例）
- 新たに審査支払の委託契約を締結した旨をホームページに公開。



②保険者による直接審査支払について

【保険者による直接審査支払について】

- 健康保険法では、保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、診療報酬点数表や療養担当規則の定めにも照らして審査の上、支払うこととしており、この審査・支払の事務を、社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会に委託することができる（健康保険法第76条）。
- 現行制度では、被保険者が疾病にかかったとき、容易かつ速やかに療養の給付を受けることができるよう、保険医療機関は、公法上の契約に基づき、保険者を区別せず、すべての被保険者に療養の給付を行っている（フリーアクセス）。この公法上の契約は、一定の療養の担当方針等に従い、被保険者に対して療養の給付を行い、その対価として診療報酬を請求し、その支払を受けるという双務契約と解されている。
- 保険者が直接審査を行う場合でも、被保険者への療養の給付と、診療報酬の請求・審査が円滑に行われ、紛争を未然に防ぐ観点から、一定の条件を定めている（平成14年12月保険局長通知等）。

直接審査の条件（※）

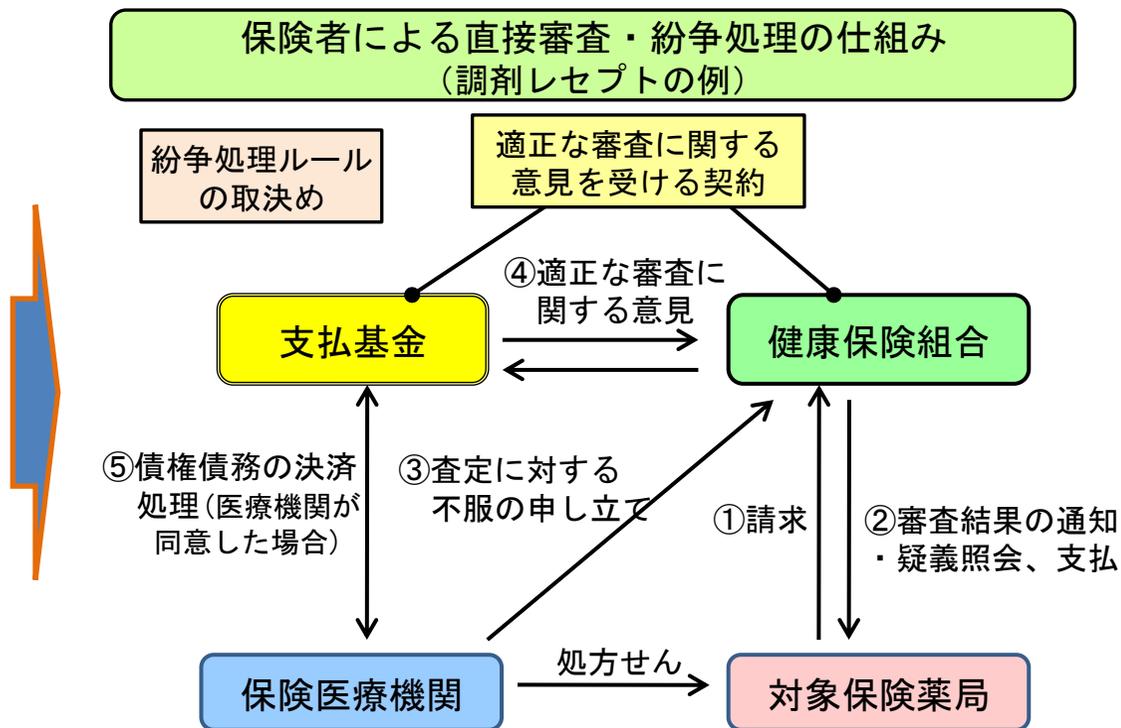
- ① 対象保険医療機関（調剤レセプトの場合、保険薬局）の同意
- ② 公正な審査体制の確保（医師等による審査）
- ③ 個人情報の保護の徹底
- ④ 紛争処理ルールの特明確化（あらかじめ具体的な取決めを文書で取り交わす）

（※）平成14年12月保険局長通知

紛争処理ルールの整備

- 健保組合が支払基金との間で、適正な審査に関する意見を受ける契約を締結した場合、紛争処理に関する具体的な取決めと、適正な審査を行える体制を確保したものと取り扱っている。

⇒ 調剤関係は平成19年1月に、医科・歯科関係は平成24年2月に、保険局長通知を発売。



（※）調剤レセの審査では、処方せん（診療）の内容を査定した場合、処方せんを発行した保険医療機関への診療報酬の支払いと相殺する手続きとしているため、上記の決済処理が生じる。

直接審査支払の導入に係る経緯

昭和23年8月

「健康保険組合における診療報酬の支払に関する件」（昭和23年8月21日保発第42号）
・・・組合に於いて、保険医である者と特別な契約を結び、又は囑託とし、その医師に対する診療報酬を、審査支払機関を通ずることなく、直接に支払っている向があるやに聞き及ぶが、このような取扱は保険医制度の健全な運営を阻害するものであるから、直ちに廃止されるよう措置されたい。

平成14年3月

「規制改革推進3か年計画（改定）」（平成14年3月29日閣議決定）

（3）保険者の本来機能の発揮

ア 保険者によるレセプトの審査・支払【平成13年度中に措置】

レセプトの審査・支払は本来保険者の役割であり、保険者の自由な意思に基づき、①保険者自らが行う、②従来の審査・支払機関へ委託する、③第三者（民間）へ委託するなど、多様な選択を認める。このために、健康保険組合などに対して社会保険診療報酬支払基金に審査・支払を委託することを事実上強制している通達（昭和23年厚生省保険局長通達）や医療機関に対して費用請求を審査支払機関へ提出することを義務付けている省令（昭和51年厚生省令）の規定を廃止する場合には、公的保険にふさわしい公正な審査体制と、患者情報保護のための守秘義務を担保した上で、保険者自らがレセプトの審査・支払を行うことを可能とする。なお、その際、審査・支払にかかる紛争処理のルールを明確にする。

→ 平成14年12月に通知を発出。

「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて」

（平成14年12月25日保発第1225001号）

※「健康保険組合における診療報酬の支払に関する件」（昭和23年8月21日保発第42号）の廃止。

○ 健康保険組合等による審査及び支払（特定の医療機関と合意した場合には、自ら審査及び支払に関する事務を行えること。また、支払基金以外の事業者に委託することも可能。）

○ 公正な審査体制（適正な審査を行うことが必要であること。）

○ 個人情報の保護（「個人情報保護の徹底について」（平成14年12月25日保発第1225003号）及び「健康保険組合における個人情報保護の徹底について」（平成14年12月25日保発第1225001号）に従い、その徹底を図る。）

○ 紛争処理ルールの明確化（健保組合と対象医療機関の間で、あらかじめ具体的な取決めを文書で取り交わす。）

支払基金の組織体制等について

平成28年11月30日

厚生労働省保険局

ご議論いただきたい論点

【規制改革実施計画（平成28年6月2日閣議決定）P.7より抜粋】

○組織・体制の在り方の見直し

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。

- 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
- 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
- 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



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。

第三条 基金は、主たる事務所を東京都に、従たる事務所を各都道府県に置く。

2 基金は、前項に定めるものの外、必要の地に従たる事務所の出張所を置くことができる。

第八条 基金に役員として、理事長、理事及び監事を置く。

第九条 理事長は、基金を代表し、その業務を総理する。

2 理事は、定款の定めるところにより、基金を代表し、理事長を補佐して基金の業務を掌理し、理事長に事故があるときには、その職務を代理し、理事長が欠員のときには、その職務を行う。

3 監事は、基金の業務を監査し、財務及び統計に関する報告を徴する。

4 監事は、監査の結果に基づき、必要があると認めるときは、理事長又は厚生労働大臣に意見を提出することができる。

第十六条 基金は、前条第一項第三号及び第四号、第二項並びに第三項の審査（厚生労働大臣の定める診療報酬請求書の審査を除く。）を行うため、従たる事務所ごとに、審査委員会を設けるものとする。

第二十一条 基金は、第十六条第一項に規定する厚生労働大臣の定める診療報酬請求書について第十五条第一項第三号及び第四号、第二項並びに第三項の審査を行うため、主たる事務所に、特別審査委員会を設けるものとする。

第二十六条 基金は、各保険者（第十五条第二項及び第三項の場合においては国、都道府県又は市町村）に、同条第一項第一号から第四号まで並びに同条第二項及び第三項に規定する業務に関する事務の執行に要する費用を、その提出する診療報酬請求書の数を基準として負担させるものとする。

支払基金における現行の組織体制等

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。

審査支払関係業務（本部・支部）

【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）

【社会保障・税番号制度（マイナンバー）関係業務】

給付金等支給業務等

社会保障・税番号制度導入に伴う中間サーバーの設置・運営等に関する業務

【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

【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。

【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

平成28年度 審査委員数、職員数及び臨時職員数

【審査支払関係業務】

支 部	平成27年度 取扱件数	審査委員		職 員	臨時職員 (常勤換算)
			【再掲】 医療顧問		
1 北海道	38,504,898	183	(4)	174	10
2 青 森	10,164,217	66	(2)	43	2
3 岩 手	8,633,591	63	(2)	42	2
4 宮 城	17,778,015	87	(3)	78	4
5 秋 田	8,692,835	57	(2)	36	2
6 山 形	8,235,732	57	(2)	37	2
7 福 島	14,407,816	96	(2)	60	3
8 茨 城	22,858,010	90	(2)	83	4
9 栃 木	16,502,913	90	(2)	62	3
10 群 馬	13,123,417	90	(3)	59	3
11 埼 玉	58,536,533	189	(5)	181	10
12 千 葉	51,077,319	177	(3)	170	9
13 東 京	139,852,616	324	(8)	445	28
14 神奈川	68,430,653	231	(5)	246	15
15 新 潟	19,476,503	96	(2)	69	3
16 富 山	6,850,364	60	(2)	36	2
17 石 川	8,270,350	60	(2)	39	2
18 福 井	4,757,040	45	(2)	31	1
19 山 梨	6,929,390	48	(3)	31	1
20 長 野	13,065,170	84	(2)	60	3
21 岐 阜	14,311,962	90	(2)	58	3
22 静 岡	25,882,361	135	(3)	103	5
23 愛 知	55,700,930	210	(5)	216	13
24 三 重	12,672,966	87	(2)	56	3
25 滋 賀	9,795,204	63	(3)	44	2

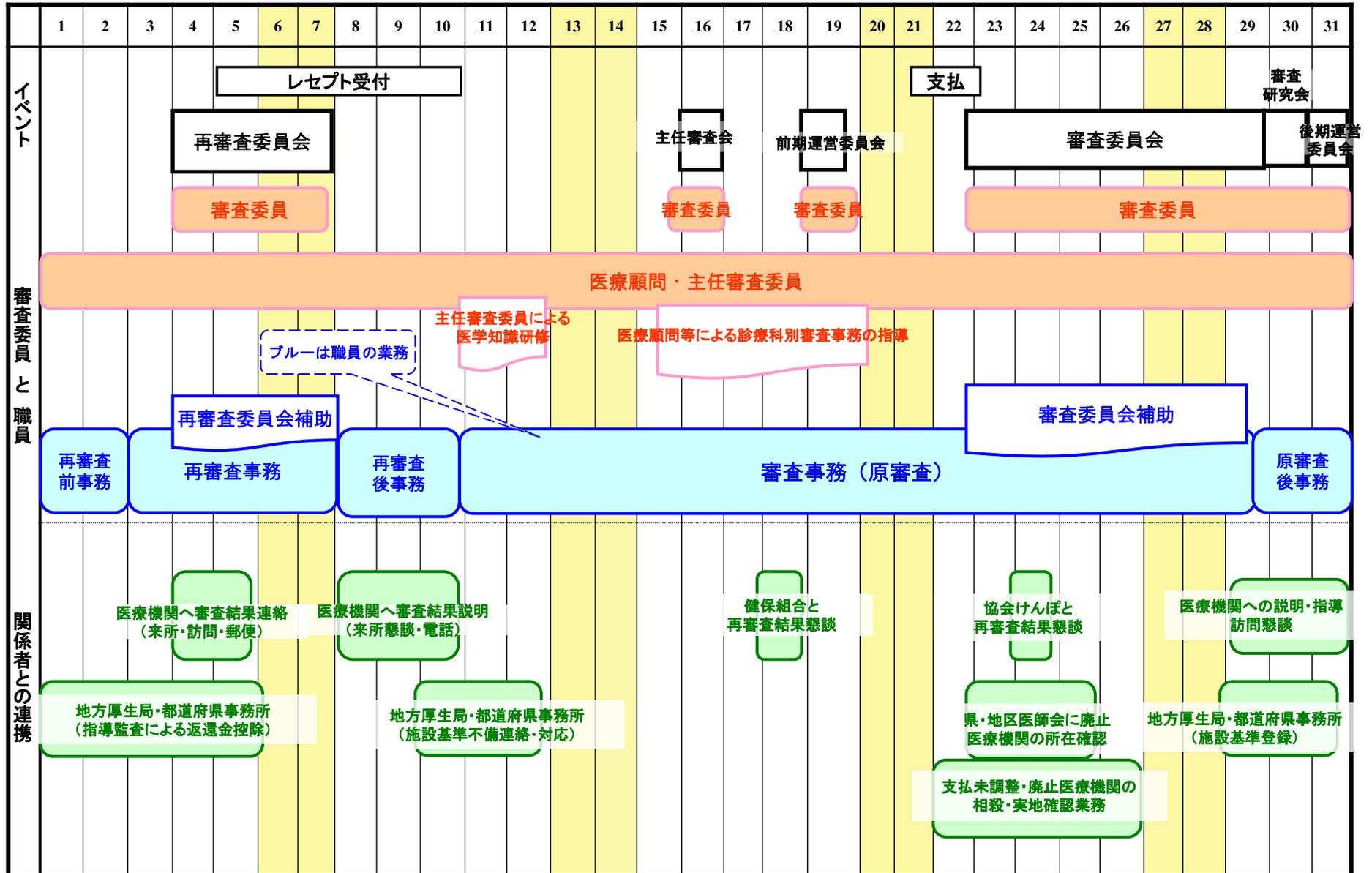
支 部	平成27年度 取扱件数	審査委員		職 員	臨時職員 (常勤換算)
			【再掲】 医療顧問		
26 京 都	16,604,921	105	(2)	79	4
27 大 阪	78,490,462	249	(7)	308	19
28 兵 庫	40,469,492	168	(4)	170	10
29 奈 良	8,811,216	66	(3)	43	2
30 和歌山	7,049,183	51	(2)	36	2
31 鳥 取	5,013,826	45	(0)	29	1
32 島 根	4,941,810	48	(3)	29	1
33 岡 山	16,685,922	81	(3)	65	3
34 広 島	25,245,555	117	(3)	96	5
35 山 口	9,912,504	72	(2)	45	2
36 徳 島	6,432,414	48	(3)	33	2
37 香 川	8,870,086	54	(3)	35	2
38 愛 媛	9,063,483	75	(3)	45	2
39 高 知	4,683,113	45	(1)	31	1
40 福 岡	42,306,474	168	(4)	172	10
41 佐 賀	7,117,537	42	(0)	31	1
42 長 崎	10,642,486	75	(3)	47	2
43 熊 本	13,469,426	84	(3)	52	3
44 大 分	8,483,883	60	(2)	41	2
45 宮 崎	8,703,591	54	(2)	38	2
46 鹿 児 島	11,537,823	78	(3)	51	2
47 沖 縄	9,215,663	57	(2)	41	2
48 本 部	—	54	(0)	334	14
計	1,008,261,675	4,674	(131)	4,310	229

【マイナンバー、高齢者医療制度、介護保険制度、特定B型肝炎、その他関係業務】

48 本 部				123	
合計	1,008,261,675	4,674	(131)	4,433	229

都道府県支部における審査事務カレンダー(例)

(審査委員と職員の連携) (関係者との連携)



都道府県支部における審査事務（審査委員と職員の連携）（関係者との連携）

医療顧問・主任審査員による審査事務の指示

- 職員は、医療顧問等から医学知識の研修を受けて、診療科別に審査事務の留意点の指示を受ける。

職員が審査委員会・再審査委員会を補助する事務

- 職員は、審査委員と同様に診療科別に審査事務をする。担当審査委員に、今月の審査補助のポイント、コンピュータチェックの変更内容の伝達などを行う。

（コンピュータチェック内容説明・操作補佐）

- ◆コンピュータチェックの内容、複数チェックの優先度、コンピュータチェック対象にならない項目

（診療請求内容の審査ポイント）

- ◆医療機関の傾向的な請求内容、診療行為、医薬品、特定保険医療材料の保険請求範囲の審査照会の対応

（審査後の審査委員への確認）

- ◆査定結果が医療機関に説明できるように、査定・返戻理由を確認

（再審査の審査委員への確認）

- ◆再審査申出内容から判断して診療科別専門委員へ照会、審査差異が生じないように審査委員間の意見調整

医療機関への審査結果説明

- 医療機関に審査結果（査定・返戻）理由を、来所懇談又は電話で説明する。

保険者への再審査結果説明

- 保険者に再審査結果（原審どおり・査定）の理由を、定例協議会で説明する。
- 個別レセプト単位に、保険者の意見を聞きながら、審査委員を交えて納得性のある説明をする。

診療報酬の支払額が未調整または廃止医療機関の診療報酬の相殺と実地確認業務

- 診療報酬の支払額が未調整になる場合、継承者、連絡先、住所等現地の医療機関を実地確認して支払額を調整する。
- 廃止医療機関の所在は、県または地区医師会に照会して所在確認を行い、所在地に直接出向いて対応する。

地方厚生局・都道府県事務所との業務連携

- 指導監査の結果、医療機関からの診療報酬の返還金控除額を確認し、分割収納期間・分割額を協議・決定する。
- 地方厚生局通知による施設基準の登録・廃止、医療機関指定の遡及を打合せする。医療機関の未届出請求について、医療機関・保険者への対応を協議する。

各業務に係る従事職員数

区 分 (主な業務内容)	職員数(人)	割合
① 審査準備事務 (医療機関等からの電子媒体の受付、電子媒体分に係る読取り及び読取りエラー連絡、紙レセプトの受付)	144	3.3%
② 審査事務 (レセプト点検、審査結果に疑問点がある場合は審査委員に確認、医療機関からの審査結果に対する照会対応)	1,362	31.6%
③ 審査委員会補助 (審査委員からの照会を一括して取りまとめ担当職員とともに対応、審査委員会での協議事項の整理及び資料作成、審査委員の指示に基づく医療機関との面談・懇談関係資料の作成)	315	7.3%
④ 再審査事務 (再審査に係るレセプト点検、審査結果に疑問点がある場合は審査委員に確認、保険者等からの照会対応)	731	17.0%
⑤ 請求支払事務 (医療機関等への支払額及び返戻レセプト送付時の最終確認、保険者への請求関係帳票送付時の最終確認)	354	8.2%
⑥ 上記①～⑤以外の業務 (※2)	287	6.7%
⑦ 総務・経理関連業務 (事務所建物管理、幹事会等諸会議の開催、文書授受管理、物品調達管理)	248	5.8%
⑧ 管理職 (部下職員の指導育成、関係部署との協議・調整、業務処理方針の決定・周知)	535	12.4%
支部合計	3,976	92.3%
本部職員	334	7.7%
総合計	4,310	100.0%

※1 平成26年度事務量調査に、その後実施した業務の効率化方策等を加味したもの。

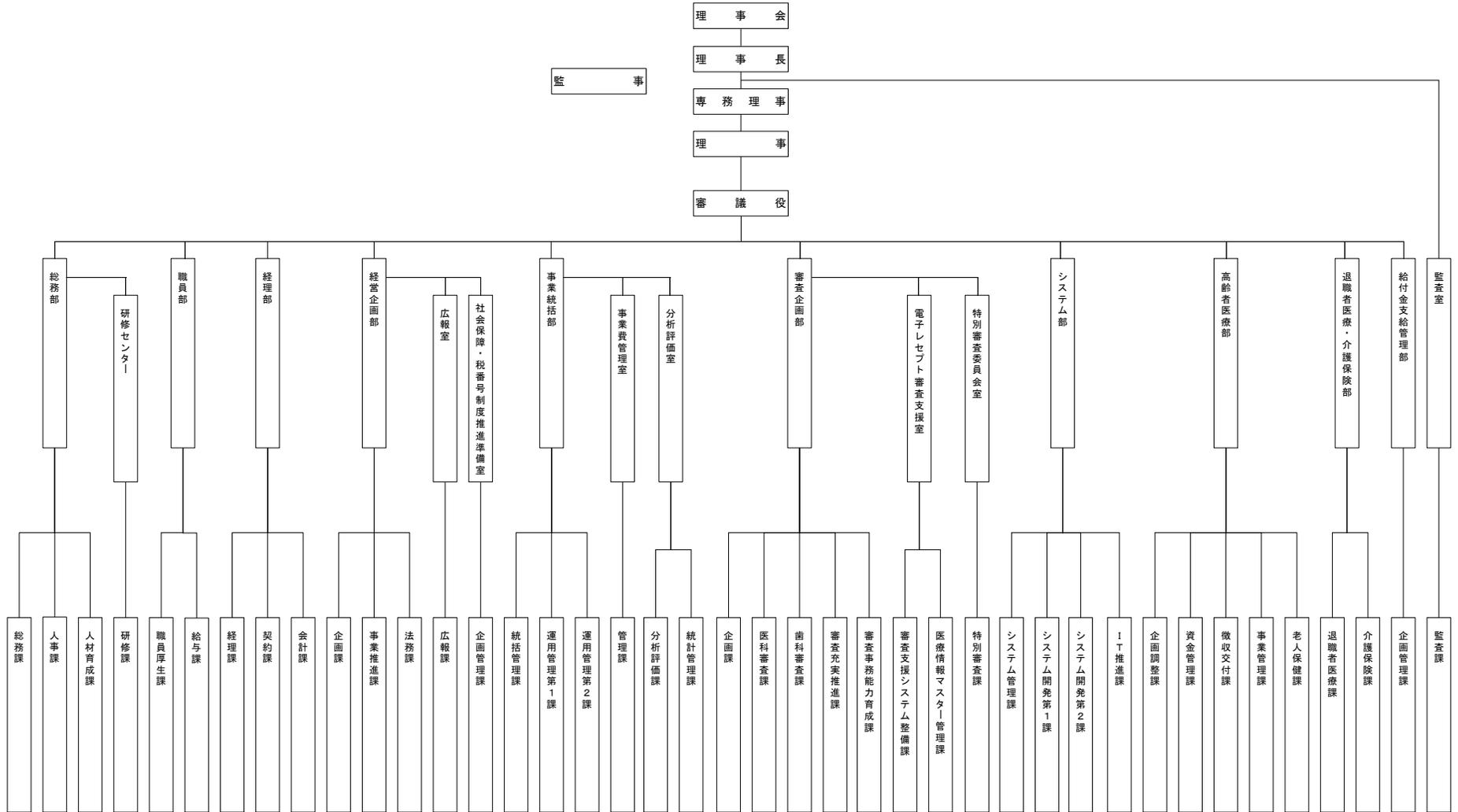
※2 ⑥の業務は、次のとおり。

- ・ 保険者との打合せ会の開催及び調整
- ・ 地方単独医療費助成事業の受託の働きかけ
- ・ 医療機関情報及び保険者情報(所在地、施設基準、医療機関番号、保険者番号など)の登録・管理
- ・ 業務処理日程表の作成及び業務処理の進捗管理 など

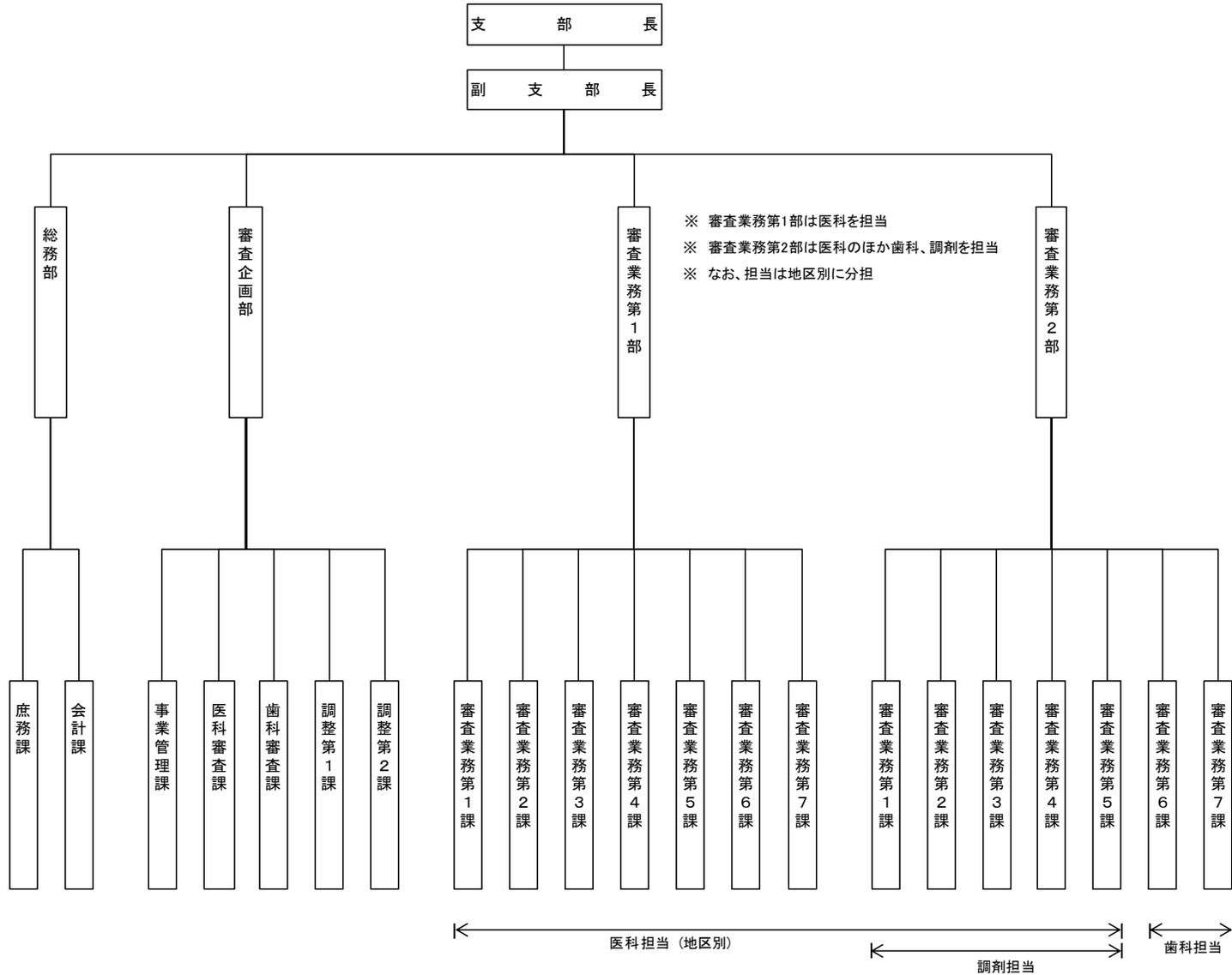
支払基金の組織体制図

社会保険診療報酬支払基金（本部） 組織図

(平成28年4月1日版)



東京支部の例



医療・医療費の地域差要因の分析手法と
今後のヘルスデータ収集について
—アメリカの経験を踏まえて—

西村周三

医療経済研究機構

nishimura.shuzo@ihep.jp

なぜこのような話をここでするのか？

- アメリカでは、約45年前に、提供される医療や医療費が地域ごとで大きく異なることが指摘され、これが話題を呼び、その後、各種地域差データが飛躍的に整備され、1997年（約20年前）にMedicare診療に関して、地図上に、さまざまな診療行為の差を詳細に示すようになった。
(Dartmouth Atlas of Health Care)
- この調査に基づいて同プロジェクトは、高齢者医療に関してさまざまなガイドラインを示すことができるようになってきている。このことの意義は大きい。
(Medicare診療に関しては、fee は地域ごとにあまり変わらない！)
- しかし同時に、これが、地域差を解消することに、大きくは寄与せず、現状に至っている。なぜなのか？このことを考えることが、現行の日本の保険者のあり方や審査のあり方などを模索するうえで、参考となると考える。

医療・医療費の地域差の研究のはじまり

アメリカ ダートマス大学 Wennberg 教授ら *Science*,1973:182:1102-8.

1. 医療の地域格差について『「不当な(unwarranted)」地域格差』の実態を示す、とした。
 2. 「不当性」の定義：病気の度合いと医療的必要性から説明がつかないもの、根拠に基づかない医療
 3.
 - ①効果的な(effective)医療の提供と安全な医療
 - ②**患者の希望に即したPreference sensitive care)医療**
 - ③提供者の医療資源の存在に影響される(supply sensitive care)もので、根拠に基づかないで提供されるもの
- もっとさかのぼると1938年に「イギリスの子供たち」の虫垂炎手術件数の地域差（Alison Glover）
 - しかし上記の地域差研究が地域ごとの医療提供の情報システムが報酬や規制の形成に寄与する」と。
 - なお、先駆的な問題提起としては、1966年に英米の外科手術件数と外科医数の違いとの関係を明らかにしたのも興味深い。（NEJM）

Wennberg (疫学者) らの発想

- アメリカの制度の下では、日本の「診療報酬」に相当するものを、ほぼ提供者が自由に設定できるので、医療の違い医療費の違いを同時に分析せざるを得ないような状況で進んできた。(ただし患者や患者が加入する保険の種類などに影響されることを無視できないが・・・)
- Wennbergらの問題意識は、医療の地域差と医療費の地域差の分析を同時並行的に進めるものであった。
- その後、彼は Dartmouth Atlas of Health Care (1996年) を発足させ、現在特にアメリカの65歳以上の高齢者に関する地域差のデータをHP上に、各種の診断、治療、予後などの膨大なアトラスを示している。
<http://www.dartmouthatlas.org/>
- Medicare のデータは、診療報酬の差異はあまり大きくない。
ただしAMA Journal of Ethics 【2014】では、これに反論する研究も！結論で紹介
- イギリス、オランダ、OECDなどでも同様の研究が、2000年以降進んでいる。

Wennberg らのダートマス・アトラス調査の暫定的な結果

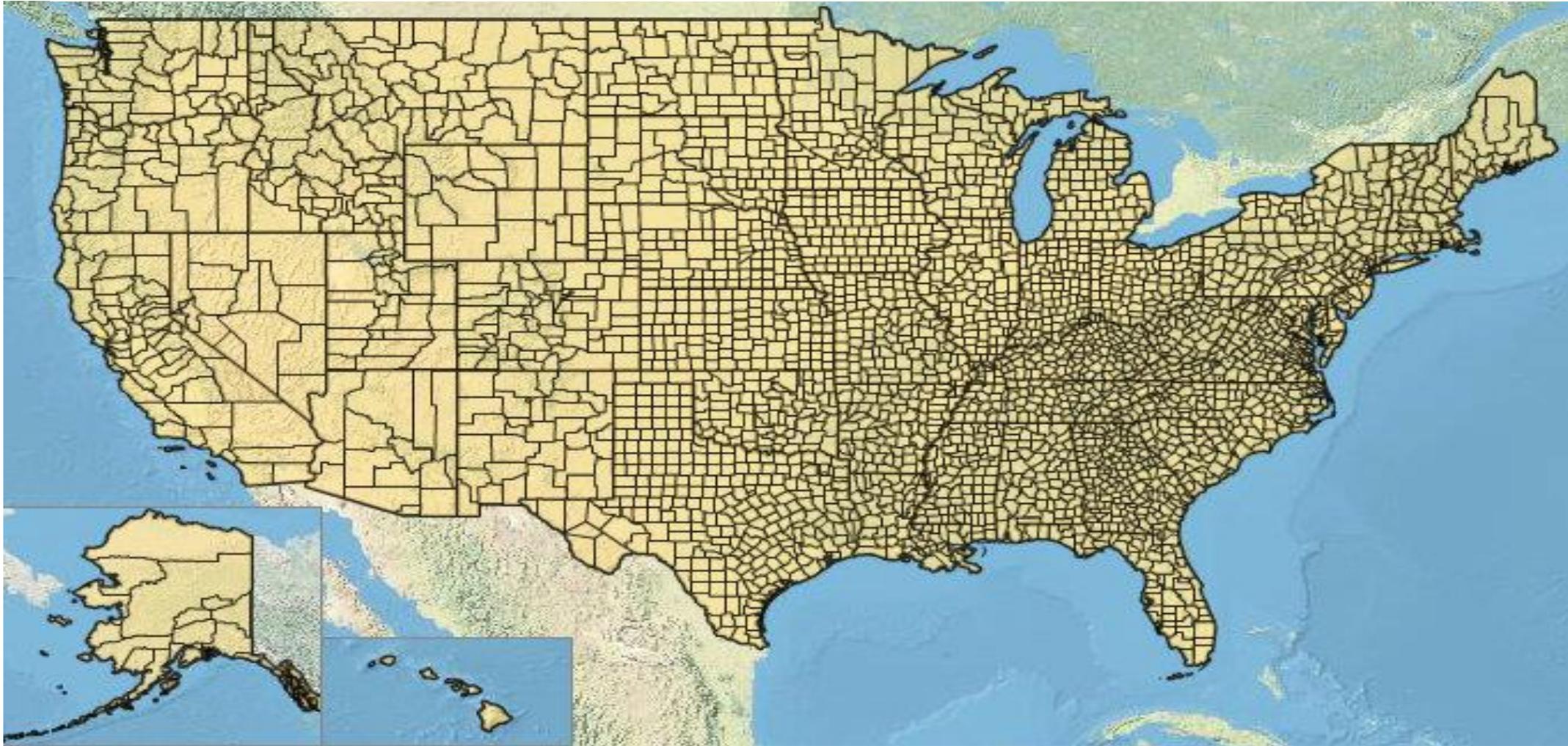
1. 治療内容が（ほぼ）定まっている有効な治療
例： 多くの感染症治療、心筋梗塞のβブロッカー
2. 患者によって効果の異なる治療
例： 患者の体質や日常生活での運動や食生活の差異が反映
3. Supply-sensitive な治療←医療資源の偏在によって差異が生じる診療

1 は、効果が明確で、地域差が少ないことがわかった。

2 は、その効果を明確にすることが困難

3 は、効果を調査し、是正策を考えるべき

カウンティの区分によるデータ収集



ダートマス・アトラス研究の主な収集データ内容と暫定的なファインディング（1）

1. 診療報酬の差異では、地域差をほとんど説明できない。
2. 年齢、性別、所得など、さまざまな社会経済的変数を調整しても、なおかつ有意な差が見られる。特に所得差があまり関係がないというのは驚き。（ただしこれは小規模単位（County）とはいえ、population データであることに注意！
3. 保険者の給付の差異で治療内容は変化する
4. 検診（とくにがん検診）を受けたかどうかは診療結果に大きく影響
5. 薬剤に関する調査は比較的最近始まったので、詳細な調査結果による発見はまだ！
6. obesity, cerebral aneurysms, diabetes/peripheral artery disease, spinal stenosis, organ failure (transplantation), and prostate cancer などに関する調査

ダートマス・アトラスの地域差研究の主な収集データ内容と暫定的なファインディング（2）

7. 人生の最後の2年間のケア（医療・介護）
8. 外科手術件数
9. 病院の利用頻度
10. 術後管理
11. 小児医療
12. 病院の医師数など・施設の状況

以上のデータの集積によって、それぞれ、数多くのガイドラインが作成されている。

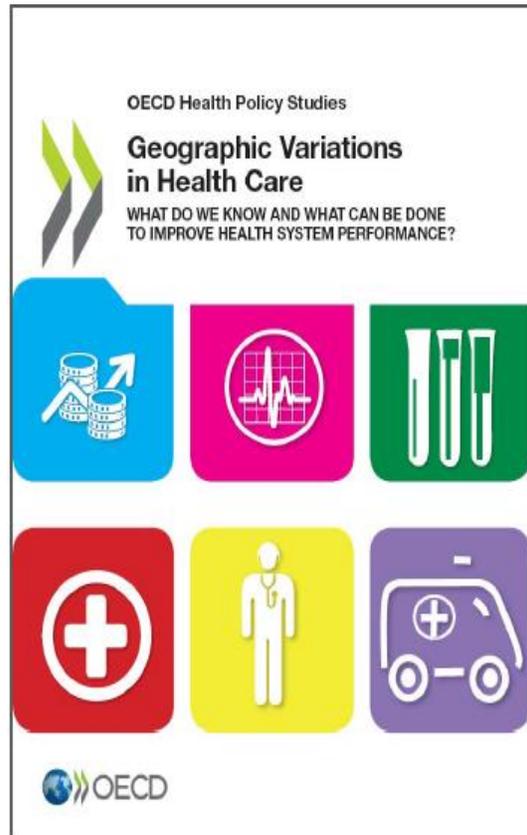
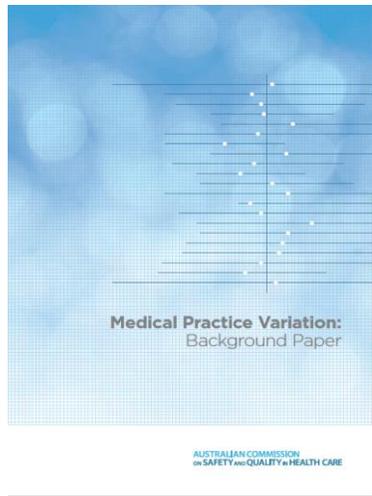
Dartmouth Atlas of Health Care がデータ収集して得たガイドラインの一例:

あなたのお父さんはリスクの高い薬の処方を受けてませんか？

Does your parent take a high-risk medication?

- Some medications that are safe and effective in younger patients pose a **risk** to patients age 65 and over. These are medications identified by the National Committee for Quality Assurance to be avoided by older patients as they have significant rates of adverse effects. In 2012, **18.4** percent of Medicare beneficiaries filled at least one prescription for a **high-risk medication**. Rates of high-risk medication use varied more than threefold across regions, from **9.8** percent in Rochester, Minn., to **29.1** percent in Monroe, La. The risks are even greater for adults with multiple chronic conditions or dementia, one in four of whom were exposed to at least one high-risk medication. According to the American Geriatrics Society, some high-risk medications include antihistamines, like diphenhydramine (generic for Benadryl), treatment for Type 2 diabetes, like glyBURIDE-metFORMIN (generic for Glucovance), and antidepressants, like amitriptyline (generic for Elavil).¹ Make sure to speak to your parent's doctor or health care team to determine if any of their prescriptions are high risk.

イギリス、オランダ、
北欧、OECD諸国、
オーストラリア



- 病院での在院日数、入院率、退院率、一人当たり医療費、資源配分（医師の配置）不適切な医療提供などに関する分析が進んできた。（2000年頃から急速に・・・。）
- オーストラリア：shared decision making の重要性を強調←医師と患者の対話が重要。
- しかし世界の流れは、Dartmouth 方式？反論も

Table 1. A generation of atlases of health care variations

Country / producers	Description
United States (from 1996) Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice	Atlases cover common procedures and treatments and report activities by hospital referral regions (HRRs) for the Medicare population (people aged 65 and over). (http://www.dartmouthatlas.org/publications/reports.aspx).
Canada (from mid-1990s) Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), Centre for Health Services & Policy Research Atlas (CHSPR), Canadian Institute for Health Information (CIHI)	ICES Atlases cover procedures and conditions for the population of Ontario (most populous Canadian province) (www.ices.on.ca) CHSPR Atlases cover on pharmaceutical prescriptions across Canada and British Columbia (third largest province) (www.chspr.ubc.ca/research-area/pharmaceutical-policy). CIHI reports on variations in selected surgical procedures, hospitalisations and diagnostic procedures, wait times, health status and health outcomes (www.cihi.ca).
Netherlands (from 1999) National Institute of Public Health and the Environment (RIVM), Scientific Institute for Quality of Healthcare and other partners	RIVM Atlas covers public health indicators (www.zorgatlas.nl/). The Dutch Atlas of Healthcare Variation report data on variations in medical practice at the provincial and municipal level for a range of procedures (http://emc3dev.com/depraktijkindex).

Spain (from early 2000) Atlas of Variations in Medical Practice in the Spanish National Health System	Atlases cover many procedures. This initiative was concurrent with changes in the devolution of health care organisation and delivery to the regional governments and allowed for comparative analysis of variations across the country (www.atlasvpm.org/).
Belgium (from 2006) Belgian Healthcare Knowledge Centre, Ministry of Health	The Belgian Healthcare Knowledge Centre published a one-off atlas on a selected set of procedures in 2006, with analyses of determinants of variations (www.kce.fgov.be). The Ministry of Health annual Atlas of pathologies is published by district in hospital admissions for a large number of conditions (www.health.belgium.be)
United Kingdom (from 2010) NHS Right Care	The first NHS Atlas covered more than 30 procedures covering 17 service areas (e.g. cancer, organ donation, diagnostic services) and a number of thematic atlases have been published (e.g. children and young people, kidney disease, diabetes) (www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas/)
Australia (from 2010) New South Wales Health Care Atlas	The first New South Wales Health Care Atlas published information on medical practice variation across Area Health Service (AHS), based on public and private hospital data, for the period 1 July 2005 to 30 June 2008, (www.atlas.nsw.gov.au/).
Germany (from 2011) Bertelsmann Foundation, Institute of Statutory Health Insurance Physicians	The Bertelsmann Foundation produces atlases which include age- and sex-standardised rates for a number of inpatient procedures and activities at the county level (412 counties /districts) and is part of its Initiative for High-Quality Healthcare (https://faktencheck-gesundheit.de/english-summary/). The Institute of Statutory Health Insurance physicians has undertaken analyses on different regional levels mainly on outpatient care-related activities (e.g. antibiotic drug prescriptions, prevalence of depression, utilisation of screening and office visits). "Versorgungsatlas" (healthcare atlas) (www.versorgungsatlas.de).

「ガイドラインからの乖離とその乖離の要因」の分析：オランダの研究

- Judith D. de Jong a,*et al, Do guidelines create uniformity in medical practice? *Social Science and Medicine*, 70(2010) 209-216.
- 薬剤の処方への乖離は上昇傾向、診断（数）に関する乖離は減少傾向
- 特に、家庭医に関する乖離状況を精査すべき（一人医師の場合とグループの場合など←グループ診療の場合、誰が診療したかわからないことも多い。）
- イギリスでもビッグデータ時代で、急速にデータ収集
- 特にGPの診療データを収集

なぜ、医療の標準化ができないのか？：私見

1. 「不確実性」がキーワード！

治療だけでなく、「診断」でさえ、きわめて「不確実性」が高いから。 1'. 多くの治療に関して「リスク」の高い、低いとして判断されるものが多い：「30%のリスクで効かない」「効く可能性は10%」

2. 効果の「判断」の難しさ 何をもって「効いた」と判断するか？

①判断が長期にわたるもの。

②患者の受けとめ方，行動変容で効果が変わる：食生活・運動・禁煙

③医師への信頼感の度合い

←制度で急速な変化を求めるのは望ましくない

結論と提案：私見

1. 過去40年あまりの経験をふまえて、各国の問題意識は収束しつつある。Wennberg の3分類が重要な示唆
特に2に関して注意して分析
2. 2に関して、**個別診療データとpopulation data の統合**による知恵の集積が必要。地域の「健康水準」に対する配慮が必要
←当面、地域ごとの審査基準の差異を許容し、データの見える化を図る？ 長野県の例
←患者自体の受け方に大幅な変化を強いることは適切でない。
3. 地域ごとの「支払基金」「国保」の業務にも、こういった問題意識から分析を進めることを提唱できないか？

補足：

メディケアにおけるデータの公開状況とアメリカ医師会の対応

- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) による Medicare Claims Data の公開 (Release) : アメリカ医師会は批判
- 公開内容:
- <https://searchf.amaassn.org/letter/documentDownload?uri=%2Fstructured%2Fbinary%2Fletter%2FLETTERS%2Fmedicare-data-release-letter-to-cms-5-15-2014.pdf>
- アメリカ医師会を支援する批判 : Newhouse JP, Garber AM, Graham RP, McCoy MA, Mancher M, Kibria A, eds. Variation in Health Care Spending: Target Decision Making not Geography. Washington, DC: National Academies Press; 2013.

これまでの意見の整理

1. 保険者機能強化と医療の質の向上について

- データに基づいて最善の治療法というようなものをガイドラインとして作成し、それを基準に審査するという方法も考えられる。
- 医療費データ、健診データ、企業や組織の生産性のデータを活用して、健康経営の「見える化」を図っていくことが重要。保険者機能の強化は理念のレベルに留まっているが、レセプトの電子化等による情報の蓄積を通じて、ようやく現実化できる基本的なインフラが整いつつある。
- 個人情報が確実に守られることを条件に、支払基金と国保連を合わせたデータを国、基金、あるいは両方の中間地点で利用することは考えられる。
- ICT、ビッグデータは、患者、社会のために医療を使うことが大原則。また、人口減少や高齢化等を踏まえ、2025年に何とかなるモデルではなく、長期展望の中で、保険者のあり方も含めた検討が重要。
- 各保険者が共通して活用できる情報について、審査支払機関があらかじめサンプリングデータセット作成、提供や、保険者の個別オーダーに応じたデータの作成、提供が考えられる。
- 保険者のガバナンスのあり方について、例えば、後発品の使用による差額通知を出すためのシステム構築は各保険者共通開発、利用など、共同で実施できることもある。
- ICT、ビッグデータの活用が進まない理由は、病名が統一されていないという点。質がいいデータをとるためにはどのようなシステムをつくるべきかについて検討が必要。
- ビッグデータの分析から、医療提供側にも、疾病の地域特性や、疾病構造等からの適切な医療の提供、地域包括ケアシステムの中での活用などが期待できる。
- 医療機関選びに必要なデータの提供や、医療機関の質の評価については、国民がデータを正しく判断できなければ、フリーアクセスの阻害や誤った患者誘導になる。データの提供方法について相当な工夫が必要。

- 審査支払機関による保険者機能の強化については、医療者や保険者の意見にも十分配慮する必要がある。特に市町村は医療者の協力を得て保健事業を推進している。医療者との信頼関係を損なうことのないよう配慮が必要。また、システムの検討にあたっては、費用面にも十分配慮して頂きたい。
- 保険者には、保険料の使い方と健康管理の進め方の双方に対するガバナンスが必要である。また、個別の保険者で丁寧な保健事業を行い、中央ではそのためのデータ流通の促進や可用性・ユーザビリティの向上をすべきだが、まだそうした状況にない。中央が納得するためのデータの見える化は意味がない。
- NDBはオープンデータ化し、安全性を高めた状態で都道府県別、性・年齢階層別の様々な医療行為等がオープンになる。今後はどのようにデータを活用するかが課題。
- データヘルスは特定健診とレセプトデータだけではできず、臨床データが必要。この収集に保険者は苦勞しており、制度的な担保や地域の医師会と保険者の協力等が必要。
- 医療IDなどを含めて統一的なIDがないとそれぞれのシステム連携は不可能。データ管理、連携、統合ができる足並みを整理することでビッグデータの素地ができる。どのようにビッグデータを利活用するかも見据えて情報システムを設計し、必要に応じて連携していくべき。
- 医療現場にデメリットを与えることのない形で、ICT時代にふさわしいデータのフォーマットやデータが格納されるまでのプロセスを考える必要がある。
- ビッグデータの活用に当たり、現在のデータ形式を変える必要はなく、使いやすい様式に変換すれば済むが、問題は、本当のニーズを見極めるデータアナリストが現場に少ないことであり、中核となるところにどれだけの人材を用意できるかが重要。
- ICTによるデータ分析の質を担保する上で、レセプトの審査基準や、データ抽出、修飾のプロセスの精度管理を明らかにする必要がある。
- 地域医療構想の策定など医療提供体制に保険者が関与する体制になってきており、保険者から説得力のある意見を表明するためにはデータやエビデンスに基づいた発言をしていく必要がある。

- 後期高齢者医療制度のデータ、介護保険のデータ、その他医療費のデータ、健診のデータ等と組み合わせると、家族も含めた形で、本人の生産性への影響等を分析できるようになる。
- 生涯を通じた切れ目のない継続した効果的な保健事業のためには、国保と被用者保険とのデータをあわせて有効に活用できた方がいい。
- KDBを活用した保健事業は有効だが、生活習慣病などの場合、国保への加入前には既に症状も進んでいる方が多いので、その前の社保との連携が必要。
- 地域包括ケアの中で分析したデータを活用し、市町村が個々の住民に対して健康管理等ができる仕組みを構築すべき。地域包括ケアの中で医療と介護も含めてデータを活用できるよう、支払基金と国保連がデータを分析・提供すべき。
- 医療・介護のサービスの質を高めるためのデータ活用については、現在、地域医療構想がつくられつつあり、医療法まで改正して保険者あるいは保険者協議会に意見を求めるという形になっているので、地域の医療提供体制に対して積極的に関与していくということが重要であり、その辺を少し加えていただければと思う。
- 審査・支払は保険者の権能ですので、それを効率化していくということ自体が保険者機能につながると思う。ビッグデータの活用という意味では、今後、そういったことを活用することによって、将来的に保険者機能をさらに強化できるのではないかな。
- 質の高い医療を効率的に提供するというのが、まさに保険者が果たすべき機能だと考える。
- 日本のような皆保険体制をとっている国では、一定の共通性というものが当然要求されてくると思います。一定の基本的なところについては統一性が図られるべきではないかな。
- 保険者だからこそ、複数の医療データ、ばらばらになっているデータを連結し、それを保険者機能で使うだけでなく、さまざまな現場がより主体的に使っていく、新しい、これまでの機能とはまた異なるものを今後持っていくことが期待される。

- 集めたデータを、支払基金、国保中央会だからこそ、もっと積極的に使えるという視点もある。特に情報を一次的に使う集団が設計しないと価値のあるものは生まれないので、そこに分析を念頭に置いた集団がいるということは絶対必要である。
- 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・活用できる仕組みが、今はできていないと思いますので、基金のみならず、厚労省においてもICT体制を強化していただきたい。
- 国保が持っているデータと基金が持っているデータは全く違うということがわかりましたが、特に介護保険データを国保は持っており、健診データも持っているわけであり、そこをどうやってうまく突合して、そして国民のデータとして、それを分析して、役に立てていくかということを議論すべき。
- 保険者機能とは何を指すか、あるいは何を指しての保険者機能の強化なのかという議論や、この検討会の中でのこれらの定義や方向性といった方針がないと、物が決まらないだろうと思っていますので、そこは考慮いただきたい。

2. 審査の効率化・統一化の推進と組織体制について

- レセプトデータ、カルテデータは複雑で、データのクリーニングそのものに相当時間がかかる。レセプトデータを正しくみることができれば、不正と不正でないのが明確に分かる。
- 審査基準が各都道府県で支払基金系統と国保連合会系統があり、94通り、プラス全国レベルでも基準を持っており、その内容は必ずしも透明ではない。両機関、地域間における審査基準のすり合わせが必要。
- オンライン化の進展を踏まえて、HIRA方式、すなわち標準偏差の範囲内では自動的に承認するけれども、それを超えたものは、機械審査ではなくて専門家がチェックし、新しい技術については別に評価し、審査基準に入れる方式というのが考えられる。
- 日本のビッグデータは支払基金に半分あって、国保連に半分ある。議論の論理的な前提として、審査の統一化をどうするのか。その前提として、ど

うやって支払基金と国保連をつなぐのか。イメージと具体的手段、期間について検討すべき。

- 全国統一かつ明確な審査基準をつくる必要があるが、その前提として「見える化」が必要。審査基準はどのくらい違うのか、何か違うのか、どこが違うのか、どう違うのか、これをまず「見える化」させ、その上で、説明できないものについては是正する方向で議論すべき。
- 審査のあり方の検討は、国保と健保の情報の共有化、そして、審査基準の統一化についても議論を進めるべき。支払基金法には、紙ベースの審査を行っていた時代からの名残となっている規定があり、法律も見直していく必要がある。
- レセプトのオンライン化が進む中で、ICT化の活用の徹底やAIの活用を通じて、抜本的に業務、組織を変えていく機会とすべき。
- 日本は南北に長く、地域において所得も人口比率も違う中で審査が地域で異なることについて、強制的にルールをつくり当てはめることはうまくいかない。医薬品の治験データはある程度統一・規格化されたデータを用いるが、実際に処方する国民のデータは違う。医師は患者の個々の状態を踏まえて診察する以上、たとえ人工知能を用いたとしても、コンピューターで審査を全てをやるのは無理だと考える。医者が審査を支えていることを踏まえた上で、効率化を考えるべき。
- 保険診療では薬機法で承認された用法・用量で使用するものが原則だが、用法、用量は一概に判断できるものではない。審査職員による点検、審査委員による審査が必要。ビッグデータを活用した効率的で統一的なシステムのためには、審査機関の職員の知識、経験は生かすべき。
- 全国統一で集約できる部分は集約し、何を地方に残すべきなのかについて、ゼロベースで検討し、あるべき姿というものを考えるべき。
- 地域の特性や医療機関の特性に配慮したきめ細やかな審査が個々の患者の適切な医療の確保に繋がる。全国統一、明確な判断基準を策定することは、医療を画一化させる可能性があり、極めて慎重に議論すべき。
- 支払基金と国保連の審査支払業務の共通性に着目した国保連の充実、機能強化の検討も必要だが、国保連独自の役割についても理解が必要。

- 点数表の電子化により、審査業務の合理化が期待できる。また、医療機関と審査機関が協調して最適なロジックを開発し、これを通過したレセプトについて医学的審査を行うことで審査業務が相当合理化できるのではないかと。
- 審査レベルを保障するために、人がやるべき仕事と人がやらなくてもそれを支援できる情報システムのあり方、プロセスを見直した上で効率化すべきことは効率化して統合していくことが必要。
- 今の人工知能で人が不要になることはなく、人が必要なことは事実だが、現在人がやっていることがそのままやるかについては見直すべき。
- 審査に当たり専門医の判断は必要だが、専門医の知見が人工知能に反映され、人工知能の自己革新を支援するのが専門医の知見であるため、専門医とコンピューターは対立する構図にならない。
- 同じ社会保険方式の諸外国の取組みを参考にするとしても、韓国やドイツは混合診療など私的な医療保険がカバーして公的給付がカバーする範囲がかなり限定されており、公的給付がほぼカバーしている日本のデータとは違うことを踏まえて議論すべき。
- 審査の統一性は、効率化の点では、具体的にいかにこのシステムを合理化していくかというところのベースを整えた後に、統一性ということで、国保も踏まえて情報の統一と審査の統一性ということをやっていくべき。
- データ解析によって、審査基準や許容範囲を継続して検証、評価する必要がある。レセプト審査機関が健康づくりのシンクタンクをやる必要はない。
- 審査の判断基準の整備と診療報酬の例外規定の削減、廃止は非常に重要で、検討すべき。
- 審査における支払基金と国保連の違いは十分検討すべき。若者を中心とした現役世代のレセプトを対象とする支払基金と、退職者や後期高齢者のレセプトを対象とする国保連とは考え方が違って当然であり、統一する方向でのみ考えるべきではない。
- 患者の特性は様々であることから、診療報酬点数表の例外規定は必要であり、全てコンピューターで一律に示すことはできない。

- 同じ病院で、同じ疾病で、同じ年齢で入っている人が、社保の審査と国保の審査で扱いが異なることについては、現状よりも説明できる形にする必要がある。
- 審査支払機関に審査履歴が残っているのであれば、そのデータを用いて何を合わせる必要があって、あるいは何を差異として残すべきなのかといったところを分析していくことができる。
- 人工知能で全ての問題が解決するわけではないことに留意が必要。また、現状のシステムのアルゴリズムを識別した上で、どの程度の精度のものを何年かけて人工知能を使って学習すれば審査に資するのか等整理した上で議論すべき。
- 未来を検討していく上では、まず現状のシステムを知る必要がある。現状のシステムのアルゴリズムやコンピューターのチェックロジックを明らかにした上で議論すべき。
- 支払基金と国保連の審査の件数を比較するのであれば、件数のベースをそろえて比較すべきであり、両者を比較するのであれば、むしろ審査支払の医療費の総額を考慮して比較しなければいけない。
- 審査の差異について、支部の審査委員会の時点でおかしいのがわかってそれを登録してくるのは自己矛盾を来している気がする。本来であれば、中央で食い違った事例があって、それを見てやるのであって最初の段階でわかるというのは、実態としてそんなことはあり得ないように思う。
- 支部の設定条件について、社保と国保それぞれにどういう条件で、なぜ県ごとに設定があるのか、何を設定するのか、あるいはベストプラクティスでどちらかになれるのであれば、そちらのほうへ合わせたほうがいいのか等、その理由と条件等を聞きたい。
- 審査基準を公開し、コンピュータでどのようなチェックをしているかということを公開すれば、簡単な病名漏れや簡単なミスがかなりなくなる。チェック内容について、基金も国保も公開すれば審査において手間がかからずに、大きな問題が起きず人数が減らせる最大の手段ではないかと思うので、その規制改革をやっていただきたい。
- 我々が考えなければいけないのは、支払基金の業務改革だと思います。国保連の問題はできるなら並行にやってほしいし、審査基準も合わせてほ

しい。同じ地域なのだから同じ歩調で業務改革をするというところから始めないと議論が違うところに行ってしまうのではないか。

- 被保険者側が何に対して保険料を支払っているのかというのを透明化することで、保険者の説明責任を果たすことが必要。そのためにレセプトの記載内容や審査内容をできるだけ透明性の高いものにしましょうという議論だと思っている。
- 健康保険組合では、支払基金によるレセプト審査のほかに、民間への審査の委託も指導されている実態がある。
- 各保険者の機能、権限を明確にしないと現場は動けない。支払基金は、その果たすべき機能を先に決めないと、組織の在り方が決まらない。
- 最終的には医学の知見を客観化し、標準化していくということがあるし、実際の治療方法については、いろいろな考え方があるが、保険としてどこまで支払うかということについて、かなり標準化というものが可能であると思う。
- 現在の診療報酬の仕組みが非常に複雑なものと、基準そのものがやや裁量的な記述があると思っており、これも、いろんな意味でのばらつきをつくり出す原因と思う。
- 「不合理な差異」という言葉は、違和感はあるが、不合理かどうかということとは別として、審査基準の差異を縮小するということは間違っていないと思う。その差異を洗い出して、それを類型区分して、そうした差異が審査全体の中で審査に係るコストであるとか、効率化に対して看過できないような影響があるかどうか、そういうところを議論したほうがいいのではないか。
- どういう資金を使えば、より効率的に物がつくれるかという原資の議論をしておかないと、現場での調達は、結局、高くてできないで終わってしまう。この問題は解消したほうがいいのではないか。
- ①まず当面は支払基金の問題に焦点を絞って検討すべき。②原則としてコンピュータチェック項目の情報開示は行うべき。③統一性の観点で、合理的根拠の不明確な支部のチェック項目設定は行わない原則を確認すべき。④レセプト形式を見直すということの方針として立てられないか。⑤人手による業務を最小化するという方針のもと、具体的に職員による点検事務や、審査委員のサポート業務の在り方の見直しなどについて、方針を立てる必

要がある。

- PDCAサイクルを今回の検討会の中でぜひ打ち立てていただきたいと思っており、最終的には法改正を含めて検討を速やかにしていただきたい。
- 支払基金はどうあるべきか。ビッグデータにどうかかわるのか。新しいコンピュータチェックが進んでいったときに、統一化を進めていったときに、残された仕事は何なのかというところが、次の支払基金のガバナンス、組織構造の在り方の問題になってくると思う。
- システムをどう動かしていけば審査の効率化が上がり、また医療機関や健康保険組合にとって、かなりのメリットが出るのがわかったというので、そういったことを踏まえた上で、やるべきことをやっていただきたい。
- 工程表が必要で、いつまでにやるか。時間を区切るのが難しければ、どういう条件のもとでどこまでやるか。こういうことをステップを踏むということで、いきなり理想論をぶつことはない。
- 組織・体制の在り方を論じるときには、医療機関における事前のコンピュータチェックというものの将来的な工程表、つまり、どこまでの範囲で医療機関にデータを渡して、いつから事前チェックということをやらせていくのか。そのことをきちんと工程的・将来的なものとして議論しておかないと、将来の支払基金の体制をどうすべきという議論ができないだろうと思うので、事前のコンピュータチェックの将来的な展開の仕方をよく検討すべき。
- 原理原則のところを明確にして、厚労省内で別の委員会をつくれればいいだろう。大事なものは、あくまでも原理原則として外れないところを12月までに取りまとめて、それに従って粛々とやっていただくという点ではないかと思う。
- どういう方向でやろうというところで、私は十分ではないかと思う。実際に動かし始めたら、そのような形できれいな形になって、どの保険者も医療機関も基金も、時間あるいは労力もとらないものができるので、その方針を立てるということではいろいろな議論をしたいと考える。
- 原理をここでしっかり提起し、その後、1回決めたら変えないという発想ではない形でやっていくのがいいと思う。
- 保険者機能の強化とは一体どういう意味か、そのためにコンピュータシステムがどういうふうに使われるかという将来の方向性の話と、その次のステ

ップとして、コンピュータチェックを全面的に入れていくという2段階目と、そして、当面、支払基金も含めて何をすべきかという、3段階ぐらいに分けて論点を整理すると、議論が錯綜しないのではないか。

健康・医療WGにおける審査業務体制等に係る主な御発言概要(抜粋)
(※規制改革会議HPに公開の議事録を参照し作成)

- 支払基金法を改正して支部の集約を含めた組織体制の抜本の見直しを通じて、コストの削減とより効果的・効率的なサービス提供を実現すべきではないか(27.11.26/第40回)
- 地域ブロックごとの主要都市に支部機能を集約し、審査業務を一括実施する等の見直しを検討することによって、コストの大幅削減を含めた抜本的な合理化、効率化を目指すべきではないか(27.11.26/第40回)
- 医療の専門分化が進み専門分野の審査委員の確保が困難であるといった状況の中で、今や、紙レセプトの時代ならともかく、IT化が進んでいますから、各都道府県の支部という場所に縛られなくても、オンライン上で審査を行う仕組みや体制の整備ができるはず。(27.11.26/第40回)
- 支払基金職員による審査、ここまではブロックとか本部で一括して行う。審査委員会は各都道府県で少し縮小した形でやっていただくとか、いろいろな段階は私も考えられると思っています。(27.11.26/第40回)
- 審査委員はすごく大変だと思うので、各都道府県でそれなりの先生を確保するというのは、大阪、東京はいいのですけれども、地方ではもう本当に難しくなっている。都道府県単位にこだわる理由がいま一つよく分からないですね。特に専門性が高い、内科というのは比較的多いのですけれども、だんだんマイナーな領域になると人が減ってくる中で、なぜそこを都道府県ということにこだわり続けなければいけないのかというのがよく分からない。(27.12.16/第41回)
- なぜ都道府県単位でなければいけないのかというのは、私もよく分からない審査委員がレセプトにアクセスするネットワークが整っていれば、ブロック単位で構わないのではないかと。(27.12.16/第41回)
- 1医科大学か、あるいは県単位のがん拠点病院でしかやらないような手術とか、あるいは特殊な病態での治療といったときに、審査ができるのは県では1カ所か2カ所ぐらい。それが10万点超すのは当たり前で、時に100万点超す、1,000万円を超えるというときに、1県の中ではとても判断できない自分のところで自分の判断をしているようなことになりますので、そういうことからいくと、あるところからはブロック単位でないと、審査そのものの公平性というのがなかなか保てないのではないかと。(27.12.24/第42回)

- 審査委員の確保が困難な支部や専門分野がある現状を踏まえ、従来の各支部での審査体制にこだわることなく、支部の集約やオンライン上で審査を行う仕組みなどを平成32年度のシステム刷新に向けて整備するなど、抜本的な取組をすべきではないか。(28.1.21/第43回)
- 高額な医療費のレセプト審査は、今でも1か所で既に行われており、支部を集約しても審査の質は確保できるのではないか。現行の医師の審査の前段階の事務は、都道府県ごとである必要がないのではないか。特に、コンピュータチェックなど、人手を要しない作業は、1か所に集約するべきではないか。(28.1.21/第43回)
- 地域性に過度に配慮し過ぎるのは好ましくなく、国民皆保険の中で、給付の範囲が地域によって異なるという現状が残っており、統一性を確保することが必要ではないか。専門的な手術や特殊な病態の治療についての審査は、適切に審査できる審査委員が限られるため、都道府県ごとの審査では公平性が保てないのではないか。(28.1.21/第43回)