

2025年へのカウントダウン ～データヘルス・支払基金改革～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹

JCI認証施設

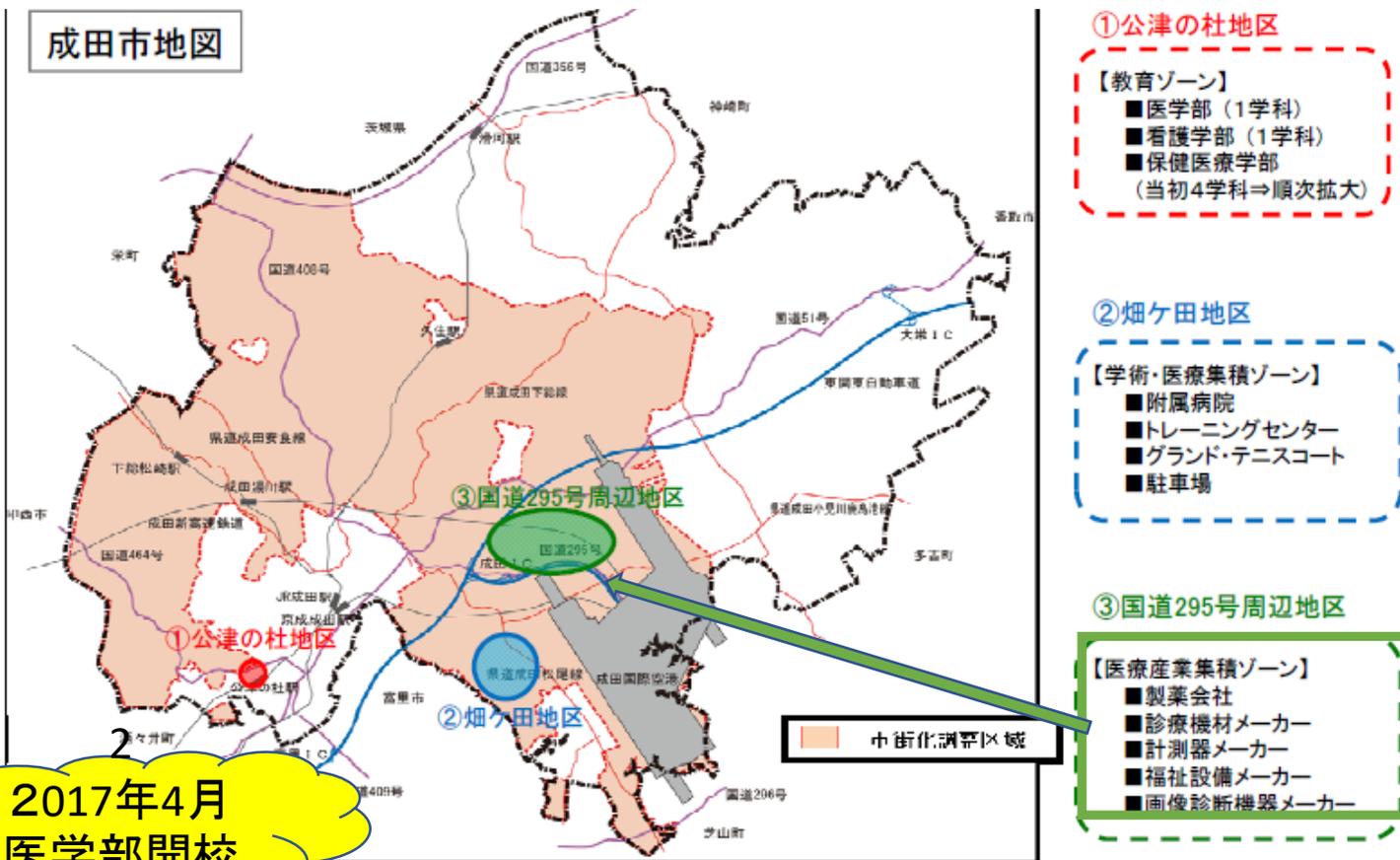


国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医

国際医療学園都市構想





**INTERNATIONAL
UNIVERSITY OF
HEALTH AND WELFARE**

New School of Medicine will be established in Narita in April 2017 (Government approval of the establishment in process)



An architectural rendering of a large, modern hospital building. The building features a prominent red brick facade on the lower levels and a taller, multi-story section with a light-colored facade and many windows. The building is surrounded by a well-maintained green lawn with several young trees and shrubs. In the background, a clear blue sky with a few wispy clouds is visible, and a white airplane is flying in the upper left corner. The overall scene is bright and sunny.

2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定



2018年4月、国際医療福祉大学 大学院 赤坂キャンパス完成

h + MBA（経営修士） MPH（公衆衛生修士：申請中）

東京都港区の旧赤坂小学校跡地に、大学院と学部の新しいキャンパス
現在の東京青山キャンパスを移転するとともに新しい分野・コースも開設し、
生涯教育の新たな拠点として大学院教育をさらに充実させます。

目次

- パート 1
 - ビッグデータ時代の到来
 - NDB,KDBの活用
- パート 2
 - データヘルス改革
- パート 2
 - 支払基金改革
- パート 3
 - 韓国の審査支払い機関改革 (HIRA)



パート 1

ビッグデータ時代の到来

ビッグデータ時代の到来

- 医療機関のレセプト電算化率はほぼ**100%**時代。
- 医療レセプトの情報や、特定健診等の情報は、厚生労働省のレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）にも蓄積されており、その数は、医療レセプトで約**110億件**（2009年4月～2016年1月分）、特定健診等情報で約**1.7億件**（2008年度～2014年度実施分）となっている
- 介護レセプトの情報については、その個人の要介護認定情報等とともに、厚生労働省の介護保険総合データベースに蓄積されており、その数は、介護レセプトで約**5.2億件**（2012年4月～2015年10月分）、要介護認定情報で約**4千万件**（2009年4月～2016年5月分）に上っている
- 今や我が国は世界でも最大級の健康・医療・介護のビッグデータを保有する国となっている。そしてこのビッグデータをいかに連結させ、利活用するかが課題となっている。

レセプト情報・特定健診等情報データベースの構築の経緯

1. 平成18年医療制度改革

2006年医療制度改革法から本格化
法的根拠「高齢者医療の確保法」

- 高齢者の医療の確保に関する法律・成立（平成20年4月施行）
- 医療費増加の構造的要因に着目し、中長期的な観点から医療費適正化を進める
医療費適正化計画の枠組みの導入

→医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、厚生労働省が行う調査及び分析等に用いるデータベースの構築へ

※保険者は、厚生労働省に対し、必要な情報を提供

2. 「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」

○平成19年7月 検討開始

→収集するデータの範囲、データの利活用の方法等について検討

○平成20年2月 報告のとりまとめ（情報提供の基本的枠組み）

-----（検討会報告を踏まえ、データ収集のための体制の構築）-----

3. 「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」

○平成22年10月～

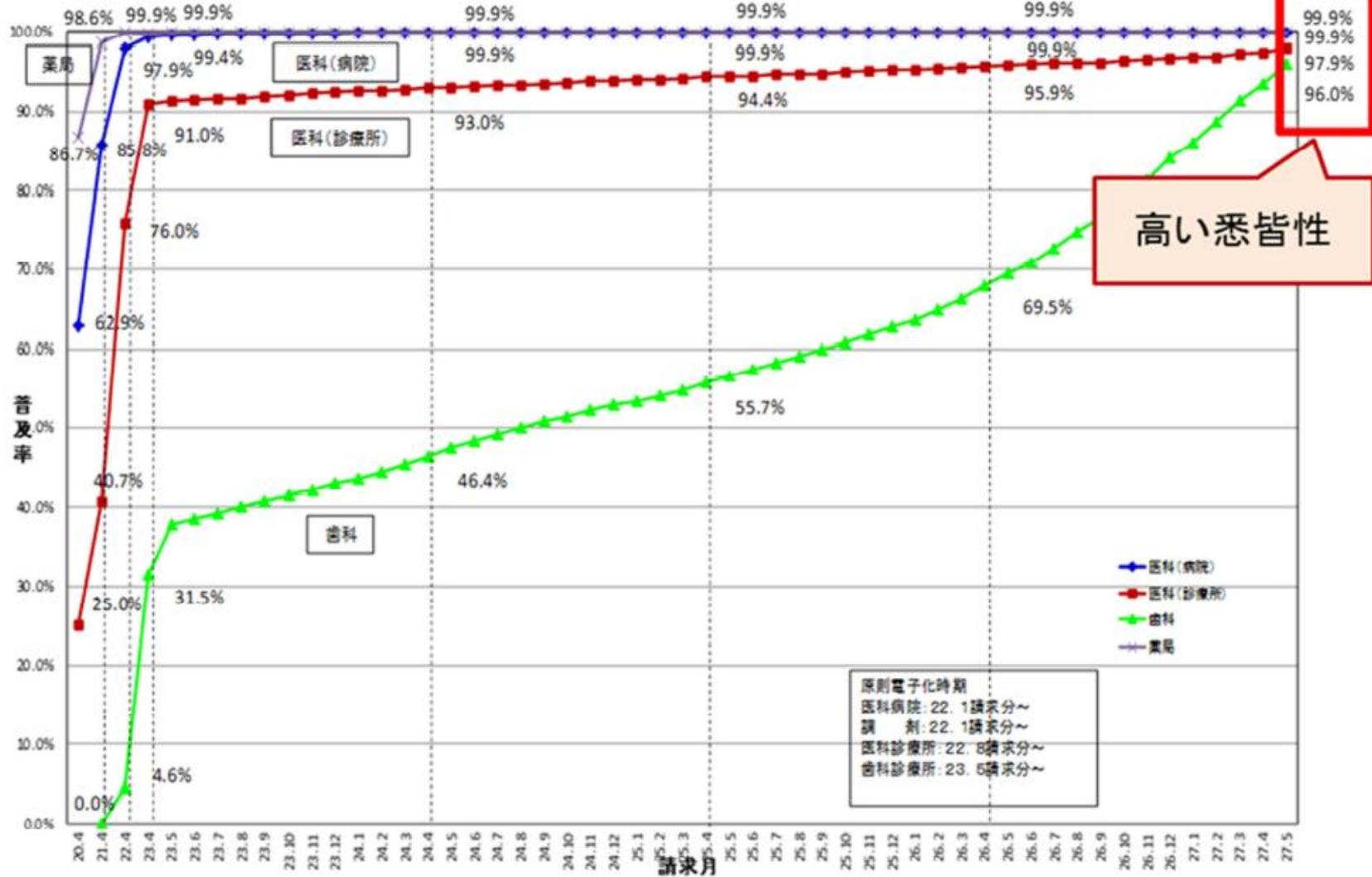
→平成20年の検討会報告を踏まえ、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」を立ち上げ。この有識者会議の議論を経て、23年3月末にデータ提供の具体的なルールを定めたガイドラインを制定。今後は、データ提供の可否について個別審査を行う。

レセプト・データベースの負の歴史 ～まぼろしの「レインボープラン」(1983年)～

- わが国においてはレセプト・データベース構築の基礎となるレセプトオンライン請求、レセプトデータベース計画は長年の懸案だった
- その歴史は1983年に旧厚生省が策定した「レインボープラン」にまでさかのぼる。この計画でレセプト電算処理の方針を政府が打ち出す。
- しかしマスコミが「不当・不正請求の排除が目的である」と書き立てたため、医師会の反発を招いて、計画はとん挫する。これで**20年**は遅れた！

医療機関のレセプト電子化の推移 (レセプト件数ベース)

2015年5月



【図表2】医療機関のレセプト電子化の推移 (社会保険診療報酬支払基金調べ)

ナショナル・データベース (NDB)

レセプト情報、特定健診情報等の収集事業

レセプト・特定健診等情報の保有状況について

保有主体	データベース	使用目的
国 (厚生労働大臣)	NDB ○ 保有情報 レセプト情報・特定健診等情報	医療費適正化計画の作成、実施評価に資する調査・分析
保険者中央団体・ 保険者	国保データベース (KDB) システム 国民健康保険の保険者等から委託を受けて、都道府県国民健康保険団体連合会及び国民健康保険中央会において、データを共同処理するもの。 ○ 稼働 平成25年10月 ○ 保有情報 医療レセプト情報（後期高齢者医療も含む）・特定健診等情報・介護レセプト情報 健保連システム 健康保険組合に対して、健康保険組合連合会が、全組合のデータを集計・分析し、提供するもの。 ○ 稼働予定 平成26年4月 ○ 保有情報 レセプト情報・特定健診等情報 ※ 上記以外にも、独自のシステムや民間事業者への委託により医療費分析等を行っている保険者もある。	① 加入者についての健康状況の把握・比較分析 ② 加入者についての疾病別等の医療費の分析

レセプト情報・特定健診等情報の収集経路

2006年6月医療制度改革法

レセプト情報

匿名化処理
(ハッシュ関数)

※電子データにより請求されるものを収集

医療機関

審査支払機関

保険者

○レセプトデータは、二次審査後のものが格納され、審査履歴に関する情報は無い。
○再審査・返戻等の情報は無い。

レセプト情報サーバ

用途に応じて集計・加工等を行った上で活用

※平成21年4月診療分のレセプトから収集

2009年

ナショナル・レセプトデータベース

特定健診等情報

※制度開始初年度である平成20年度実績分から収集
(平成20年度実績分について収集済み。21年度分は、精査中。)

匿名化処理
(ハッシュ関数)

特定健診等
実施機関

代行機関
(支払基金、都道府県連合会等)

保険者

社会保険
診療報酬
支払基金

特定健診等
情報サーバ

2008年

レセプト情報・特定健診等情報データベースのデータ件数 (平成26年10月現在)

●レセプト（21年4月～26年7月診療分）

格納件数 約83億4,800万件

（内訳）21年度	約12億1,700万件
22年度	約15億1,100万件
23年度	約16億1,900万件
24年度	約16億8,100万件
25年度	約17億2,800万件
26年度	約5億9,100万件

●特定健診・特定保健指導（20年度～24年度分）

格納件数 約1億2,000万件

（内訳）	<u>特定健診</u>	約1億1,000万件	<u>特定保健指導</u>	約315万件
・20年度	約2,000万件		・20年度	約39万件
・21年度	約2,200万件		・21年度	約58万件
・22年度	約2,300万件		・22年度	約61万件
・23年度	約2,400万件		・23年度	約72万件
・24年度	約2,500万件		・24年度	約84万件

レセプトの記載内容

レセプトの主な記載項目

- 傷病名
- 診療開始日、診療実日数
- 医療機関コード
- 初診・再診、時間外等
- 医学管理(医師の指導料等)
- 投薬
- 注射
- 処置
- 手術
- 検査
- 画像診断
- 請求点数(1点につき10円) など

- (注1) 診療報酬明細書としての性格から、医療機関の経営状況等の情報は記載されていない。
- (注2) 請求点数については、審査支払機関の査定後の点数が保存される。査定の有無はデータとして保存されない。

レセプトデータのうち、以下の項目は、同一人を特定する方策を講じた上で(後述)、匿名化のため削除されてデータベースに収集される。

○患者の氏名 ○生年月日の「日」 ○保険医療機関の所在地及び名称 ○カルテ番号等 ○国民健康保険一部負担金減額、免除、徴収猶予証明書の証明書番号 ○被保険者証(手帳)等の記号・番号 ○公費受給者番号

特定健診・特定保健指導データについて

特定健診、特定保健指導は、データベース上に別々のファイルで保管。主な記録されている項目は以下のとおり。

- 受診情報(実施日等)
- 保険者番号
- 特定健診機関情報(機関番号のみ)
- 受診者情報の一部(男女区分、郵便番号)
- 健診結果・問診結果
- 保健指導レベル
- 支援形態
- 特定保健指導のポイント数 など

以下の項目は、同一人を特定する方策を講じた上で(後述)、匿名化のため削除されて、データベースに収集される。

- 特定健診・保健指導機関の郵便番号、所在地、名称、電話番号
- 医師の氏名
- 被保険者証の記号及び番号
- 受診者の氏名
- 受診券有効期限

NDBの活用現状

レセプト情報等の民間利用に関する議論の背景

- 平成25年、「日本再興戦略」、「社会保障制度改革国民会議 報告書」等において、レセプト情報等の利活用促進について記載がなされている。
- これらを踏まえ、レセプト情報等の提供に関する有識者会議においても議論がなされた。

日本再興戦略

平成25年6月14日閣議決定抜粋

・医療の質の向上や研究基盤の強化を進めるため、国が保有するレセプト等データの利活用を促進する。このため、民間企業も、行おうとする研究が国の行政機関から費用の助成を受けているものである場合には、レセプト等データの提供を申し出ることができることを含め、データ提供の申出者の範囲について周知徹底する。さらに、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化や申出者の範囲について検討する。

社会保障制度改革国民会議 報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成25年8月6日 抜粋

- ・第2部 社会保障4分野の改革
- ・Ⅱ 医療・介護分野の改革
- ・2 医療・介護サービスの提供体制改革
- ・(6) 医療の在り方
- ・医療介護の電子化の促進
- ・国が保有するレセプト等データの利活用の促進も不可欠である。具体的には、個人情報保護にも配慮しつつ、現状は利用者の範囲や使用目的が限定されている使用条件を緩和し、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化に資する対策を講ずべきである。

- 有識者会議における利活用促進の議論については、「レセプト情報・特定健診等情報データの利活用の促進に係る中間とりまとめ」(平成26年3月20日)において、具体的な報告がなされたところである。
- このとりまとめにおいて、民間利用に関する議論は、「5 NDBの活用の範囲について」にて以下のように記されている。

NDBの活用の範囲については、民間組織からのヒアリング等を踏まえ、まず集計表情報について、試行的に提供を行うこととする。試行的な提供に当たり、その利用目的については、従来の第三者提供の目的に基づき、個別に審査を行うこととする。また、試行的な提供における集計方法等については、有識者会議にワーキンググループを設置し、専門的な検討を行うなどの方策により実施することとする。

「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」 構成員

- 飯山 幸雄 (いいやま ゆきお) 国民健康保険中央
会 常務理事
- 石川 広己 (いしかわ ひろみ) 日本医師会 常任
理事
- 稲垣 恵正 (いながき よしまさ) 健康保険組合連
合会 理事
- 猪口 雄二 (いのくち ゆうじ) 全日本病院協会
副会長
- 印南 一路 (いんなみ いちろ) 慶応義塾大学総合
政策学部 教授
- 大久保 一郎 (おおくぼ いちろう) 筑波大学医学
医療系 教授
- 貝谷 伸 (かいや しん) 全国健康保険協会 理事
- 小林 一彦 (こばやし かずひこ) 埼玉県後期高齢
者医療広域連合 事務局長
- 近藤 剛弘 (こんどう よしひろ) 日本薬剤師会
常務理事
- 新保 史生 (しんぼ ふみお) 慶応義塾大学総合政
策学部 准教授
- 頭金 正博 (とうきん まさひろ)
- 名古屋市立大学大学院薬学研究科
- 医薬品安全性評価学分野 教授
- 冨山 雅史 (とみやま まさし) 日本歯科医師
会 常務理事
- 府川 哲夫 (ふかわ てつお) 福祉未来研究所
代表
- 松田 晋哉 (まつだ しんや) 産業医科大学医
学部公衆衛生学 教授
- 三浦 克之 (みうら かつゆき) 滋賀医科大学
社会医学講座公衆衛生部門 教授
- 宮島 香澄 (みやじま かずみ) 日本テレビ報
道局 解説委員
- 武藤 香織 (むとう かおり)
- 東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター
公共政策研究分野 准教授
- ◎山本 隆一 (やまもと りゅういち)
- 東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講
座
- 特任准教授
- ◎印：座長

第三者提供の実施状況①

	審査時期	申出者	所属機関	研究名称	提供情報	留意要件
1	H23.11	今中 誠一	京都大学	地域別医療受給・患者移動分析に基づく、医療提供体制の評価と計画に関する研究	レセプト情報	④
2		高田 光隆	近畿大学	レセプト情報を用いた薬剤使用実態に関する研究	レセプト情報	④
3		柴田 聖希子	国立がん研究センター	レセプト情報等を利用したがん患者数計測に関する研究	レセプト情報	③
4		久保田 潔	東京大学	乾癬の疫学研究	レセプト情報	④
5		高橋 圭山美	岐阜県健康福祉部 保健医療課	乳がん健診の実態把握のための調査研究	レセプト情報(集計表情報)	④
6		武藤 慎吾	厚生労働省医政局指導課	医療計画の見直しにあたっての適正な受療医療圏などの検討について	レセプト情報	①
7	H24.06	飯原なおみ	徳島文理大学	運転などに注意を要する医薬品の使用に関する研究	サンプリングデータセット	④
8		伊藤 弘人	国立精神・神経研究センター	向精神薬の処方パターンの探索的分析	サンプリングデータセット	①
9		徳木登美子	厚生労働省医薬食品局安全対策課	ホルモン及び非ホルモンの処方実態の分析	サンプリングデータセット	①
10		木村 通男	浜松医科大学	紹介前後の同一検査実施状況調査	サンプリングデータセット	④
11		吉村 公雄	慶應義塾大学	精神疾患と生活習慣病の合併に関する研究	サンプリングデータセット	④
12		榊 広計	統計数理研究所	併用禁止医薬品、重複投与等の処方実態研究	サンプリングデータセット	④
13	H24.09	飯見 光一	近畿大学	レセプト情報を用いた薬剤併用実態に関する研究	レセプト情報	④
14		長谷川友紀	東京大学医学部	レセプト情報等データベースを用いた臓器・造血幹細胞移植医療費に関する研究	レセプト情報	④
15		東 尚弘	東京大学	我が国のがん医療におけるがん診療連携拠点病院の役割および連携の実態に関する研究	レセプト情報	④
16		大日 康史	国立感染症研究所	感染症の患者推計	レセプト情報(集計表情報)	①
17	H25.03	山本 尚子 森島 昭文	厚生労働省健康局疾病対策課 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課	難病指定研究及び小児慢性特定疾患指定研究	レセプト情報	①
18		宇都宮 晋	厚生労働省保険局医療課	ナショナルデータベースを用いた癌治療の費用対効果評価	レセプト情報	①
19		西 信雄	国立健康・栄養研究所	身体計測値に関する特定健診と国民健康・栄養調査結果の比較	特定健診等情報(集計表情報)	14 ③

第三者提供の実施状況②

	審査時期	申出者	所属機関	研究名称	提供情報	取組番号
20	H25.03	大洞 清登	文部科学省科学技術・学術政策局企画評価課	糖尿病を中心とした生活習慣病の、全国的な合併症費用構造および、患者分布や医療費などの試算	サンプリングデータセット	①
21		堀口 裕正	国立病院機構総合研究センター	エビデンスに基づいた診療報酬改定を行うためのレセプトデータ利活用の手法についての研究	レセプト情報	③
22		森山希子	京都大学医学部付属病院	高齢者胃がん患者における治療実態調査に関する研究	レセプト情報	④
23		三宅 康史	昭和大学	レセプト情報を用いた夏季熱中症例の発生実態調査	レセプト情報(集計表情報)	④
24		上嶋 健治	京都大学医学部付属病院	メタボリック症候群・肥満症の臨床疫学研究—ナショナルデータベースを用いた横断・縦断解析	特定健診等情報	④
25		加藤 元嗣	北海道大学病院	National databaseからみたびろり置換術と胃癌診療の実態調査	レセプト情報	④
26		横尾 雅宏	厚生労働省医政局指導課	医療計画作成支援データベースの構築及び医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価の検討について	レセプト情報	①
27		豊川 智之	東京大学	脳性麻痺児の原因別発生頻度及び脳性麻痺患者の医療費の推計	レセプト情報	④
28		飯原なおみ	徳島文理大学	ふらつき等の危険を有する薬の使用と骨折との関連性に関する研究	サンプリングデータセット	④
29		宮下 光令	東北大学	厚生労働省が提供するレセプト情報等を用いた終末期がん医療の実態調査及び終末期がん医療の質評価方法の開発	サンプリングデータセット	④
30	今中 雄一	京都大学	超高齢化社会における認知症及び脳卒中の地域別・病種別別医療実態の可視化と関連要因の分析	レセプト情報	④	
31	H26.03	西 慎雄	国立健康・栄養研究所	特定健診・特定保健指導における生活習慣病予防のための運動と食事の併用効果に関する研究	特定健診等情報	③
32		鎌倉 正博	名古屋市立大学	特種薬品における医薬品処方実態調査	サンプリングデータセット	④
33		小野 晴子	福岡県立大学	我が国における重複受診、頻回受診、重複処方の現状	サンプリングデータセット	④
34		吉田 愛	全日本病院協会総合研究所	急性期入院医療管理料を算定した患者の診療内容に関する研究	サンプリングデータセット	⑥
35		今野 俊範	神奈川県保健福祉局保健医療部	在宅医療実態状況調査	レセプト情報(集計表情報)	②
36		恒石美登里	日本歯科総合研究機構	歯科治療状況と医療受療動向との関連調査	レセプト情報	⑥
37		東 尚弘	国立がん研究センター	我が国のがん医療におけるがん診療連携拠点病院の役割および連携の実態に関する研究	レセプト情報	③
38		大江 和彦	東京大学医学部付属病院	ナショナルデータベースを用いた脳血管疾患の実態に関する研究	サンプリングデータセット	④
39		野口 晴子	早稲田大学	急性期心疾患患者の医療費と治療効果に関する実証的研究	サンプリングデータセット	④
40			武藤 正樹	国際医療福祉大学	後発医薬品普及促進のためのレセプトナショナルデータベース活用研究	サンプリングデータセット

ナショナル・レセプトデータベースを 活用した後発医薬品普及促進の ための分析ソフト開発

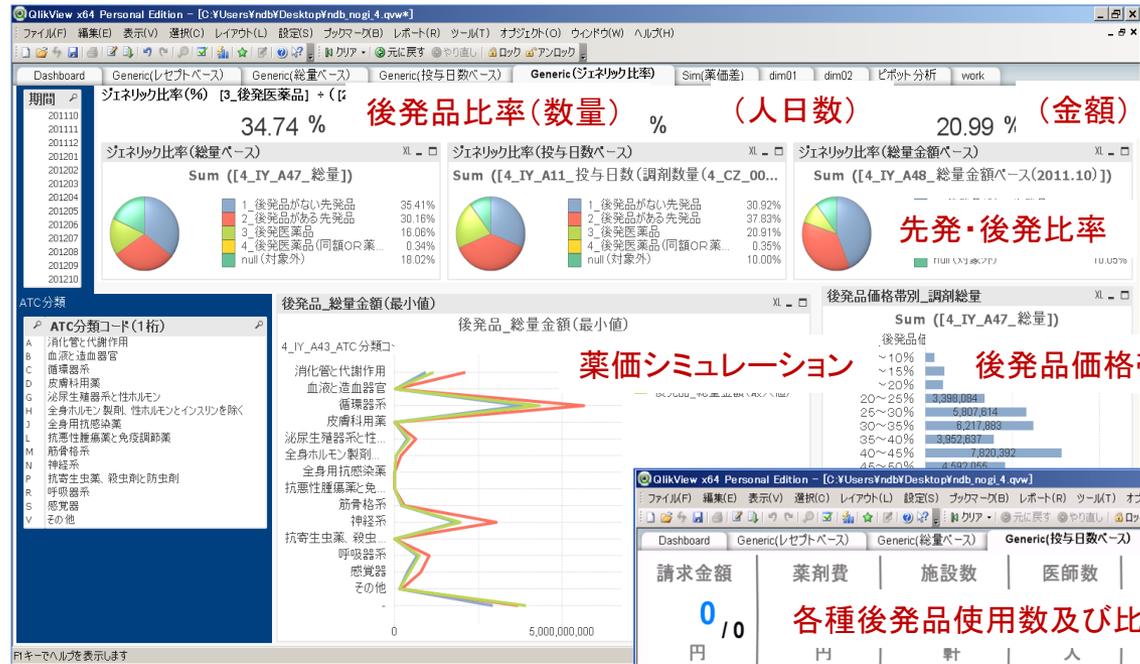


国際医療福祉大学総合研究所で
サンプルデータセット申請許可

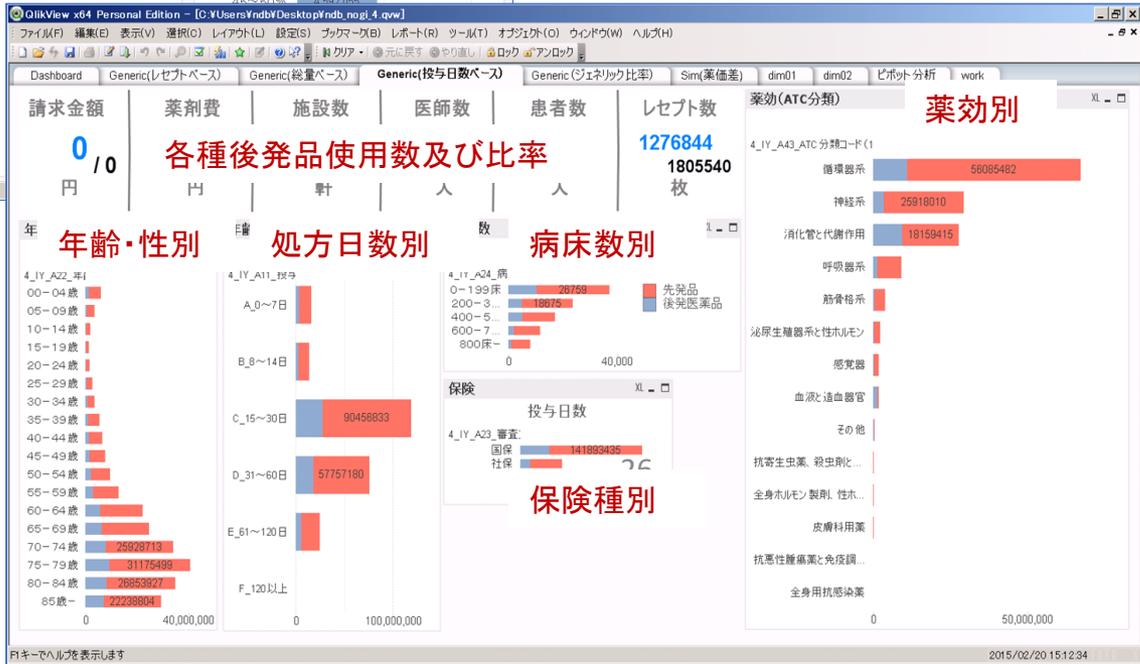
「医科入院」，「医科入院外」，「DPC」及び「調剤」のレセプトデータセット
一定の割合で抽出されている

ジェネリック医薬品分析アプリの開発
ジェネリック医薬品の薬効別シェア率
ジェネリック医薬品の価格分布

後発品シミュレーション



後発品使用実態



インフルエンザ患者数の実態

国立感染症研究所

インフル推計実数の倍か 患者数、過大算出の可能性

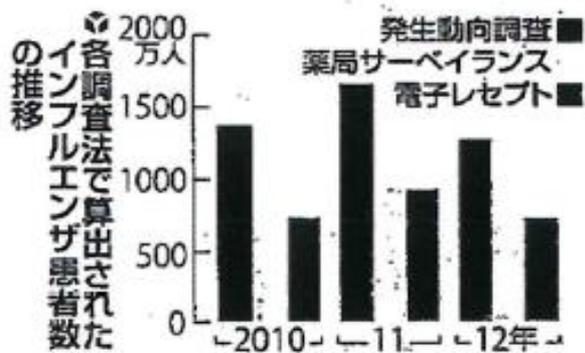
インフルエンザの流行を把握する厚生労働省の発生動向調査で、全国の推定患者数が実際の2倍近くになっている可能性があることが、国立感染症研究所の調査でわかった。すべての電子レセプト（診療報酬明細書）から実際にインフルエンザと診断された患者数を調べ、判明した。18日から福岡市で始まる日本感染症学会で発表する。

インフルエンザの発生動向調査は、全国の小児科や内科など約5000医療機関の報告数から患者数を推

計する。近年は1376万人（2010年）、1658万人（11年）、1276万人（12年）と推移したが、患者が多い機関が調査対象になる傾向があり、推定が過大との指摘があった。研究チームは、医療機関が作り、病名などが記載された「レセプト」に注目。すでに96%以上が電子化されており、これを活用して全患者数を算出したところ、736万人（10年）、927万人（11年）、72

9万人（12年）と発生動向調査の半数程度だった。

同研究所は、集計に時間がかかる発生動向調査とは別に09年、全国の協力薬局が抗インフルエンザ薬を処方したデータに基づき、患者数を推定して翌日に公表する「薬局サーベイランス」を開始した。その数とレセプトによる患者数はほぼ一致しており、この調査の精度の高さが確認できた。ただ、厚生労働省は「過去の比較ができなくなる」と調査方法の見直しには慎重だ。研究チームの菅原民枝・主任研究官は「感染症対策には迅速で正確な患者数の把握が不可欠だ。レセプトや薬局サーベイランスの情報を利用すれば、動向調査の推計を実用面で補える」と話している。



各調査法で算出されたインフルエンザ患者数の推移

レセプト情報等の第三者提供における最近の研究成果

—原著論文「日本全国の統合失調症患者への抗精神病薬の処方パターン」(『臨床精神薬理』(16), 2013)の紹介—

厚生労働省保険局地域医療
保健システム高度化推進室
2013.09.05

論文執筆者

奥村 泰之氏、野田 寿恵氏、伊藤 弘人氏 (独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部)

研究の背景

- ▶ 日本における統合失調症患者への処方状況は、諸外国と比して、**単剤で投与される率が著しく低く、3剤以上併用される多剤大量投薬の割合が際立って高いことが問題視されてきた。**
- ▶ 厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」における報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」でも、「統合失調症に対する抗精神病薬の多剤・大量投与について、その実態の把握に努めるとともに、例えば単剤投与や切替え・減量といった改善を促すため、情報公開

や評価の方法等について検討すべきである。」と記されている。しかし、多剤大量投薬に関するこれまでの日本の大規模調査においては、施設や地域の偏りがあり一般的なデータとは言えない、という課題が指摘されてきた。こうした課題に対応すべく、本研究では全国の統合失調症患者への抗精神病薬の処方パターンの検討が行われた。本研究は、厚生労働科学研究費補助金を受けた、現在継続中の研究班(研究代表者:中込和幸)による研究の一環である。

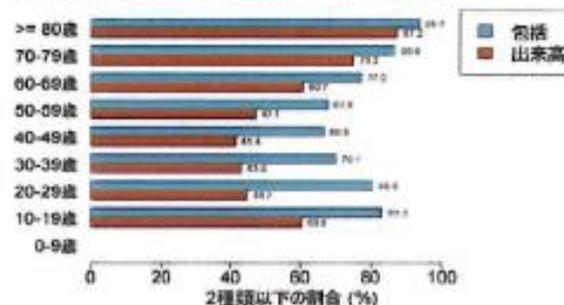
利用したデータ

- ▶ レセプト情報等の第三者提供の枠組みを活用し、レセプト情報を利用した。
- ▶ 利用したのは1ヶ月分の情報を抽出・匿名化した「サンプリングデータセット」である。

得られた知見(一部抜粋) (事前説明会時に申出者らが講演した際の資料も引用)

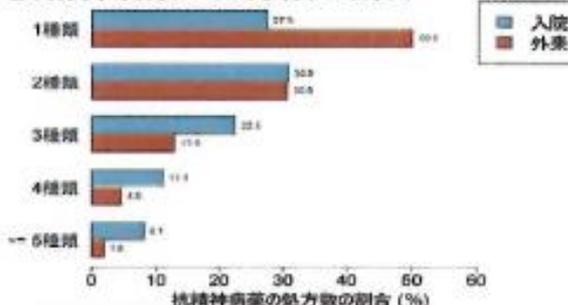
- ▶ 抗精神病薬が**2剤以下と比較的少ない事例は、精神科出来高病棟と比べ精神科包括病棟の方が高かった。**
 - ・ 包括病棟では、抗精神病薬の多剤併用を少なくする処方行動に結びついている可能性がある。

抗精神病薬が2種類以下の割合



- ▶ 抗精神病薬で2剤以下の処方割合は入院患者の58%(外来では80%)であったが、4剤以上の割合も19%(外来では6%)存在した。
 - ・ 精神科臨床薬学研究会の結果(入院の場合、それぞれ68%、12%)と比べ、多剤大量投薬の割合が高かった。研究会の調査に参加する施設では多剤大量投薬への問題意識が高いことが示唆される。

抗精神病薬の処方数の割合



新聞掲載 (8月20日朝日新聞朝刊より抜粋)

統合失調症 薬出しすぎ

統合失調症の薬出しすぎ問題が、入院患者の4割、3種類以上6剤以上の処方という事例も出てきた。厚生労働省がまとめた調査結果が、精神科病棟と包括病棟を比較した。包括病棟では、抗精神病薬の多剤併用を少なくする処方行動に結びついている可能性がある。厚生労働省がまとめた調査結果が、精神科病棟と包括病棟を比較した。包括病棟では、抗精神病薬の多剤併用を少なくする処方行動に結びついている可能性がある。

入院患者の4割、3種類以上6剤以上の処方という事例も出てきた。厚生労働省がまとめた調査結果が、精神科病棟と包括病棟を比較した。包括病棟では、抗精神病薬の多剤併用を少なくする処方行動に結びついている可能性がある。

病棟、人々に。厚生労働省がまとめた調査結果が、精神科病棟と包括病棟を比較した。包括病棟では、抗精神病薬の多剤併用を少なくする処方行動に結びついている可能性がある。

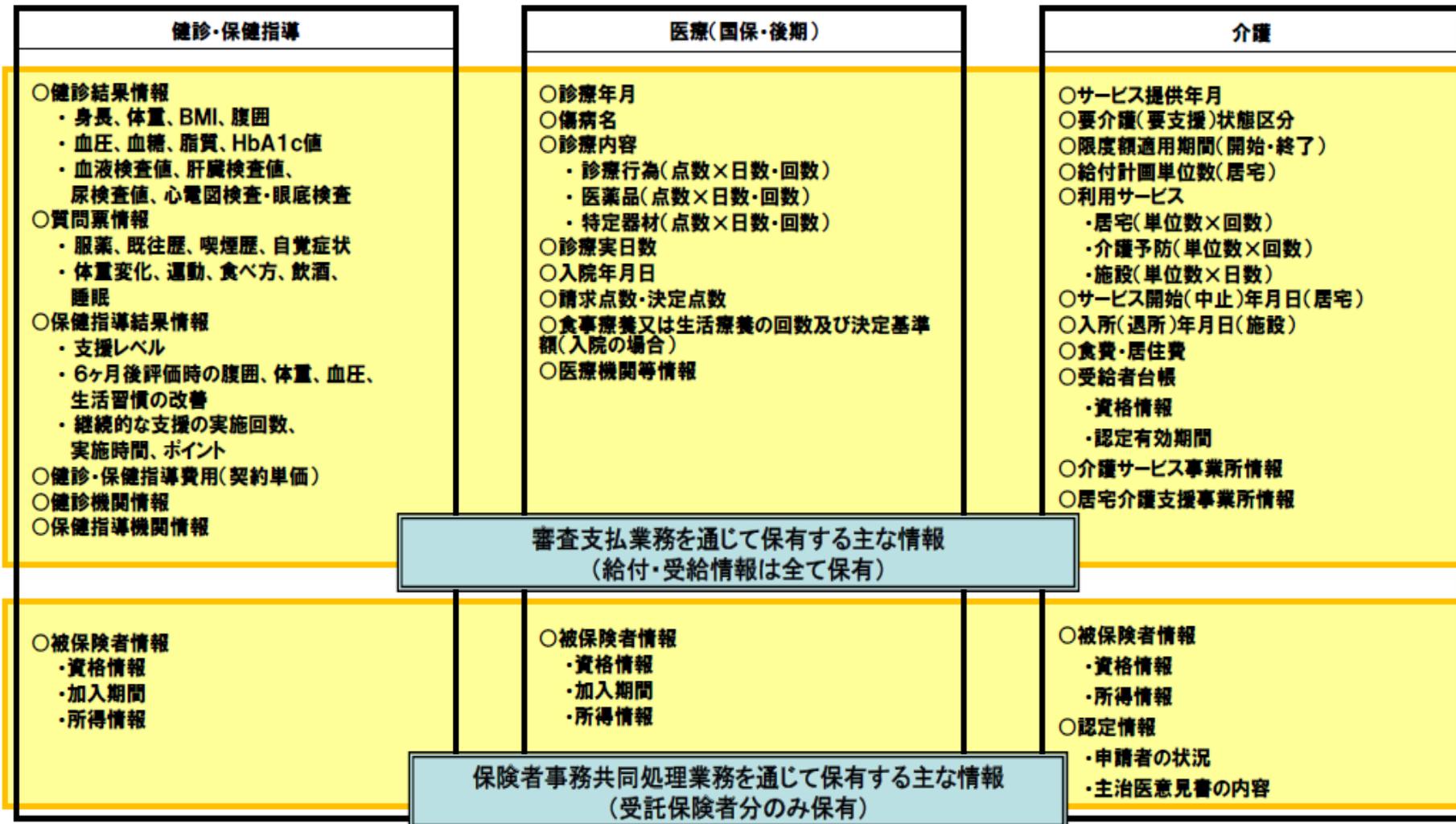
国保データベース (KDB)

レセプト・特定健診等情報の保有状況について

保有主体	データベース	使用目的
国 (厚生労働大臣)	NDB ○ 保有情報 レセプト情報・特定健診等情報	医療費適正化計画の作成、実施評価に資する調査・分析
保険者中央団体・ 保険者	国保データベース (KDB) システム 国民健康保険の保険者等から委託を受けて、都道府県国民健康保険団体連合会及び国民健康保険中央会において、データを共同処理するもの。 ○ 稼働 平成25年10月 ○ 保有情報 医療レセプト情報（後期高齢者医療も含む）・特定健診等情報・介護レセプト情報 健保連システム 健康保険組合に対して、健康保険組合連合会が、全組合のデータを集計・分析し、提供するもの。 ○ 稼働予定 平成26年4月 ○ 保有情報 レセプト情報・特定健診等情報 ※ 上記以外にも、独自のシステムや民間事業者への委託により医療費分析等を行っている保険者もある。	① 加入者についての健康状況の把握・比較分析 ② 加入者についての疾病別等の医療費の分析

国保連合会が保有する情報

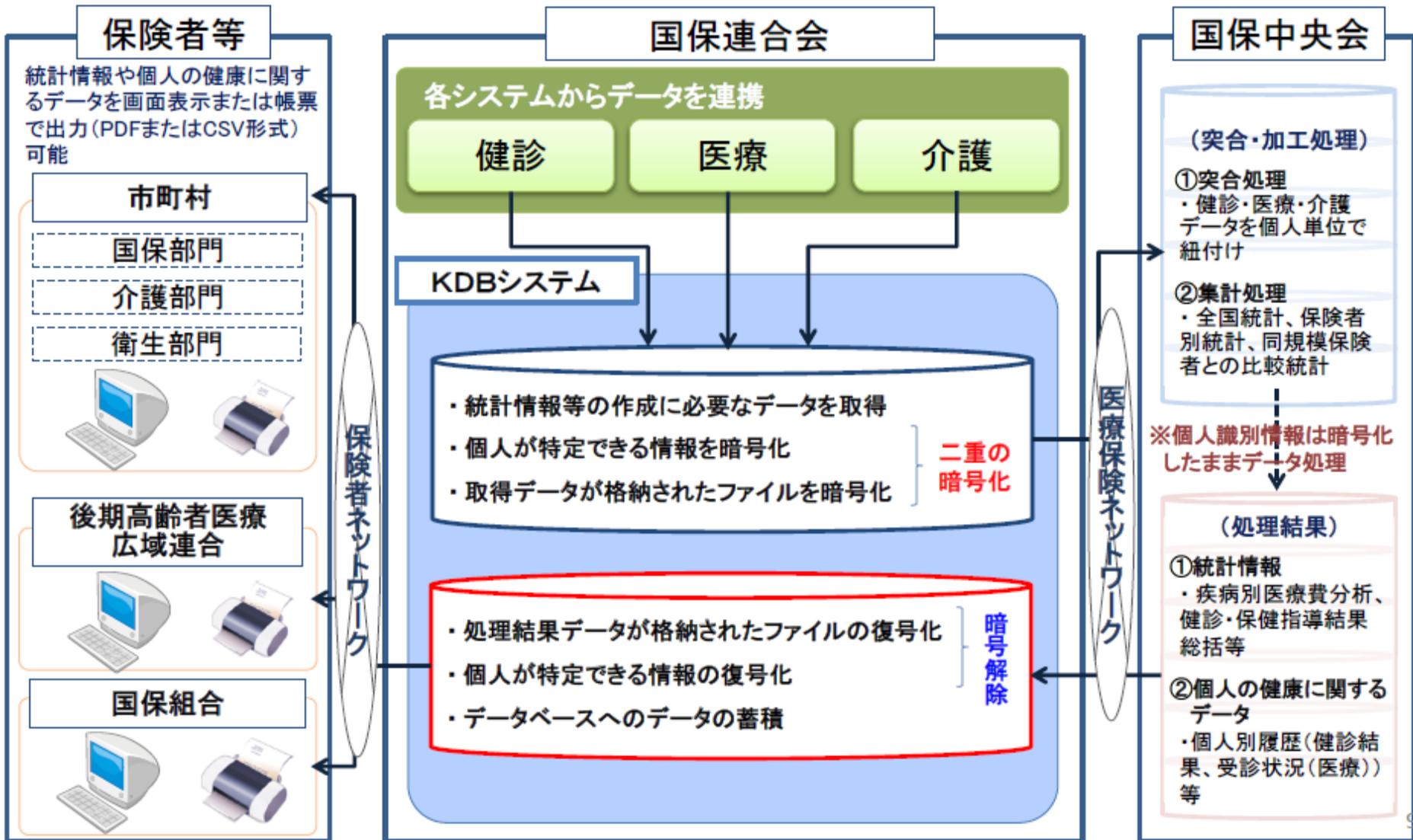
国保連合会は、保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算処理業務を通じて給付情報等を保有している。



国保データベース(KDB)システムに活用

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)システムは、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報(健診・医療・介護)等から「統計情報」を作成するとともに、保険者からの委託を受けて「個人の健康に関するデータ」を作成し、提供する。



国保データベース(KDB)システムの主な対象データ

○ 国保データベース(KDB)システムは、国保連合会において健診・医療・介護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。

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
- 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

医療・介護の統合データの ケアサイクルへの活用



医療計画・介護事業計画には
ケアサイクル論が有効

長谷川敏彦氏（元日本医科大学教授）

ケアサイクル需要の変遷

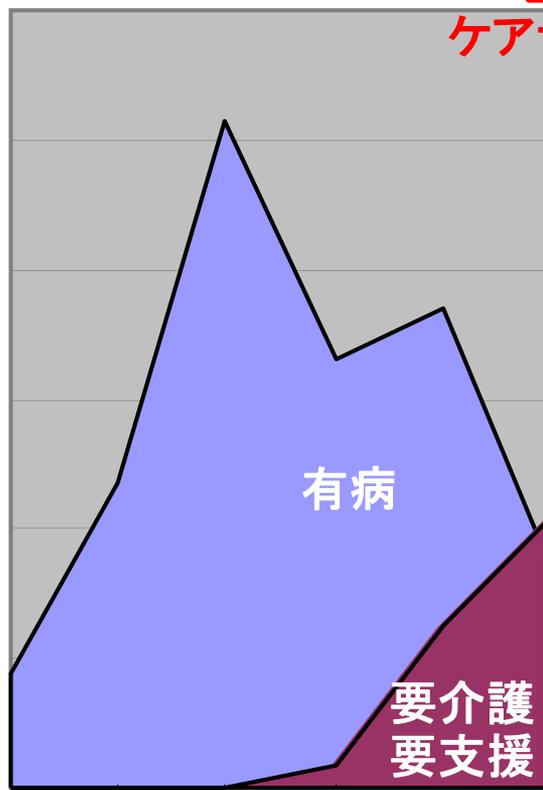
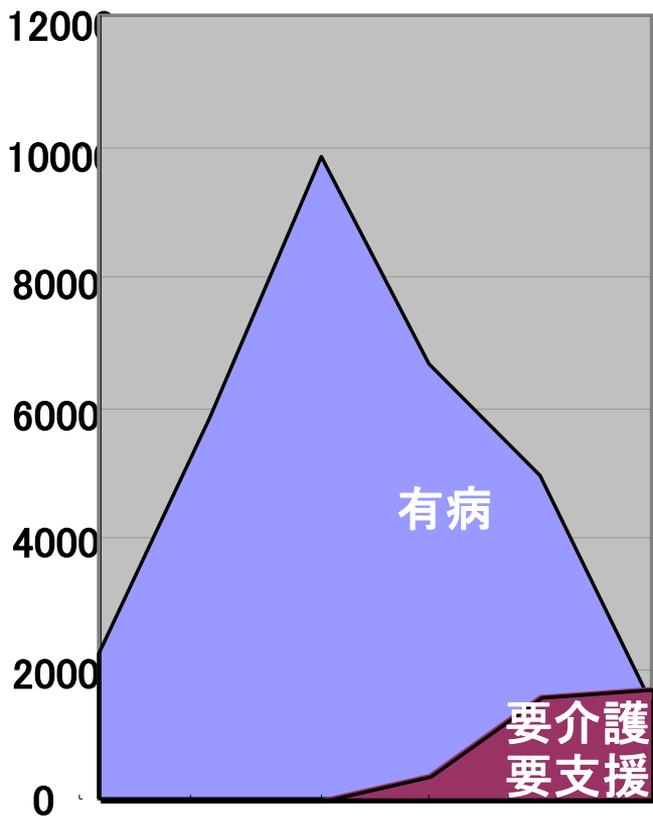
有病・要介護・要支援者人口10万当たり

2010年

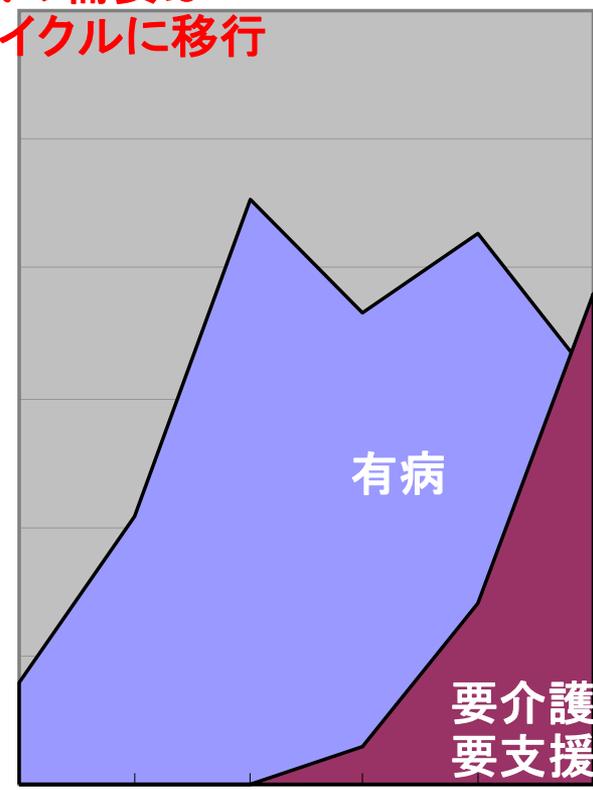
2030年

2060年

人



地域の需要は
ケアサイクルに移行



0~14 15~44 45~64 65~74 75~84 85~ 0~14 15~44 45~64 65~74 75~84 85~ 0~14 15~44 45~64 65~74 75~84 85~

一人の患者・要介護者の
個表を時系列で繋いだもの

例
76歳男性／脳卒中

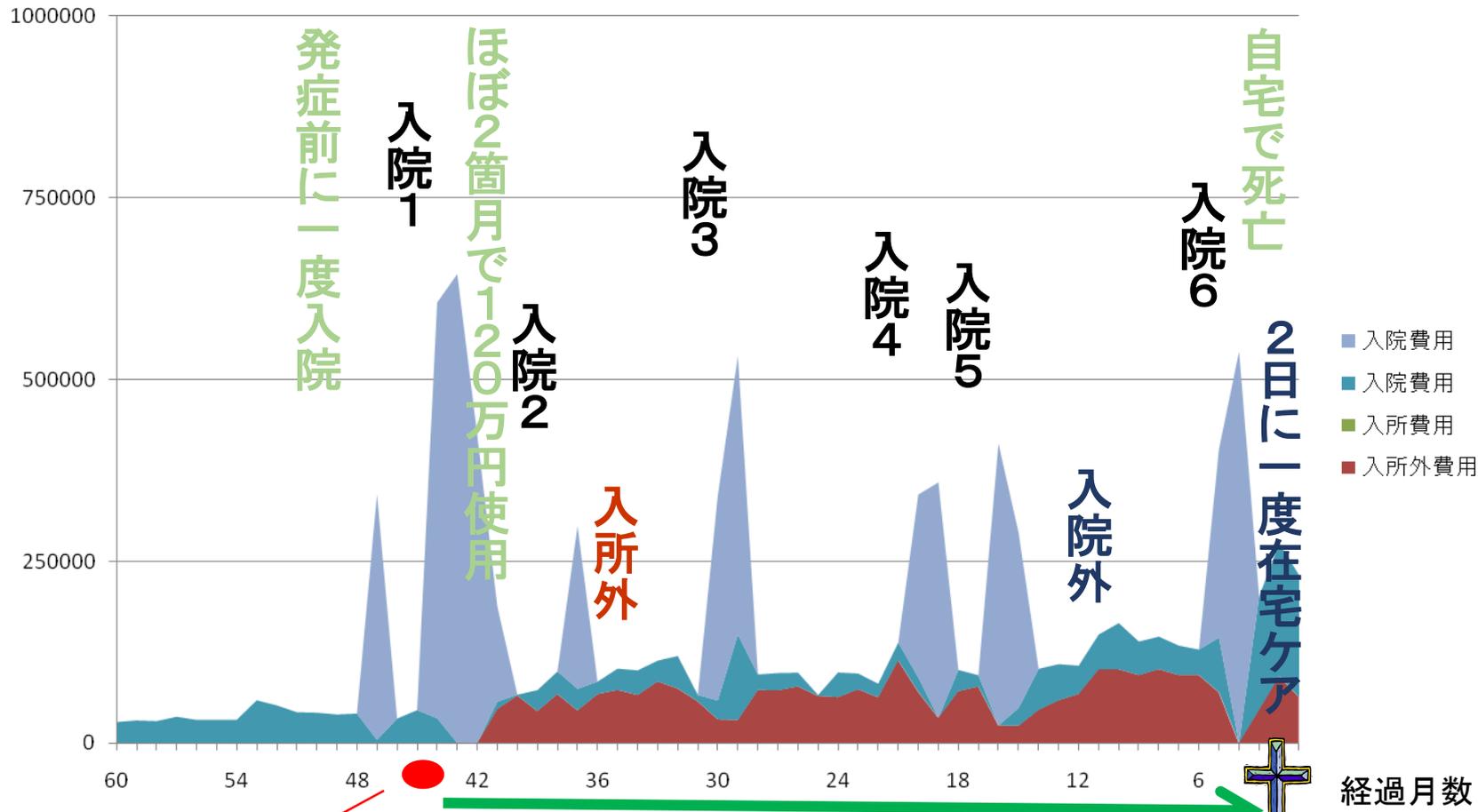
ケアサイクルを見てみよう！

No.48 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

76歳男性／介護主病名：脳卒中

費用(円)

1ヶ月個人単位請求額



© Thasegawa NSM. Japan

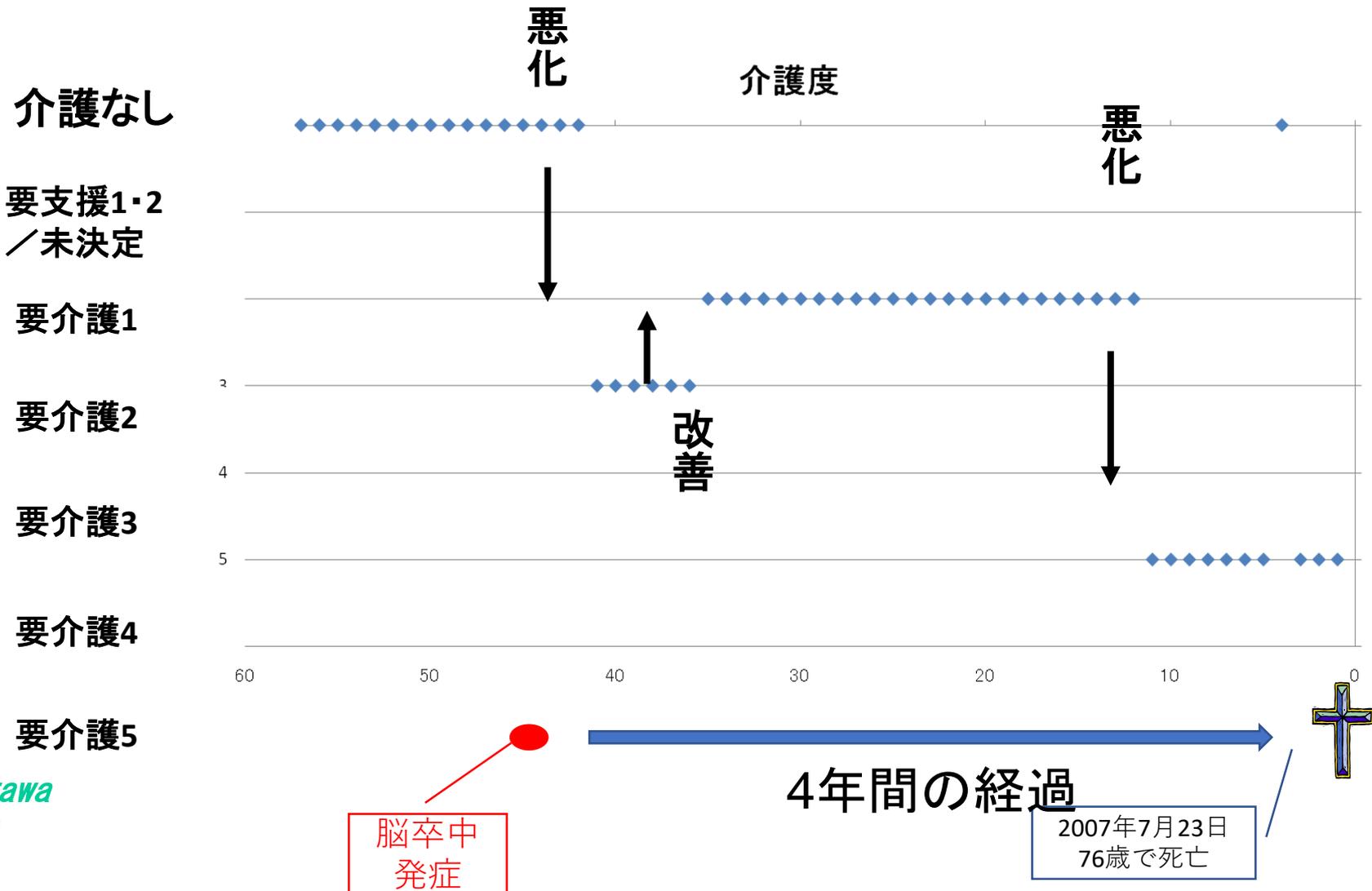
脳卒中
発症

4年間の経過

2007年7月23日 76歳で死亡

No.48 死亡前60ヶ月間の介護度推移

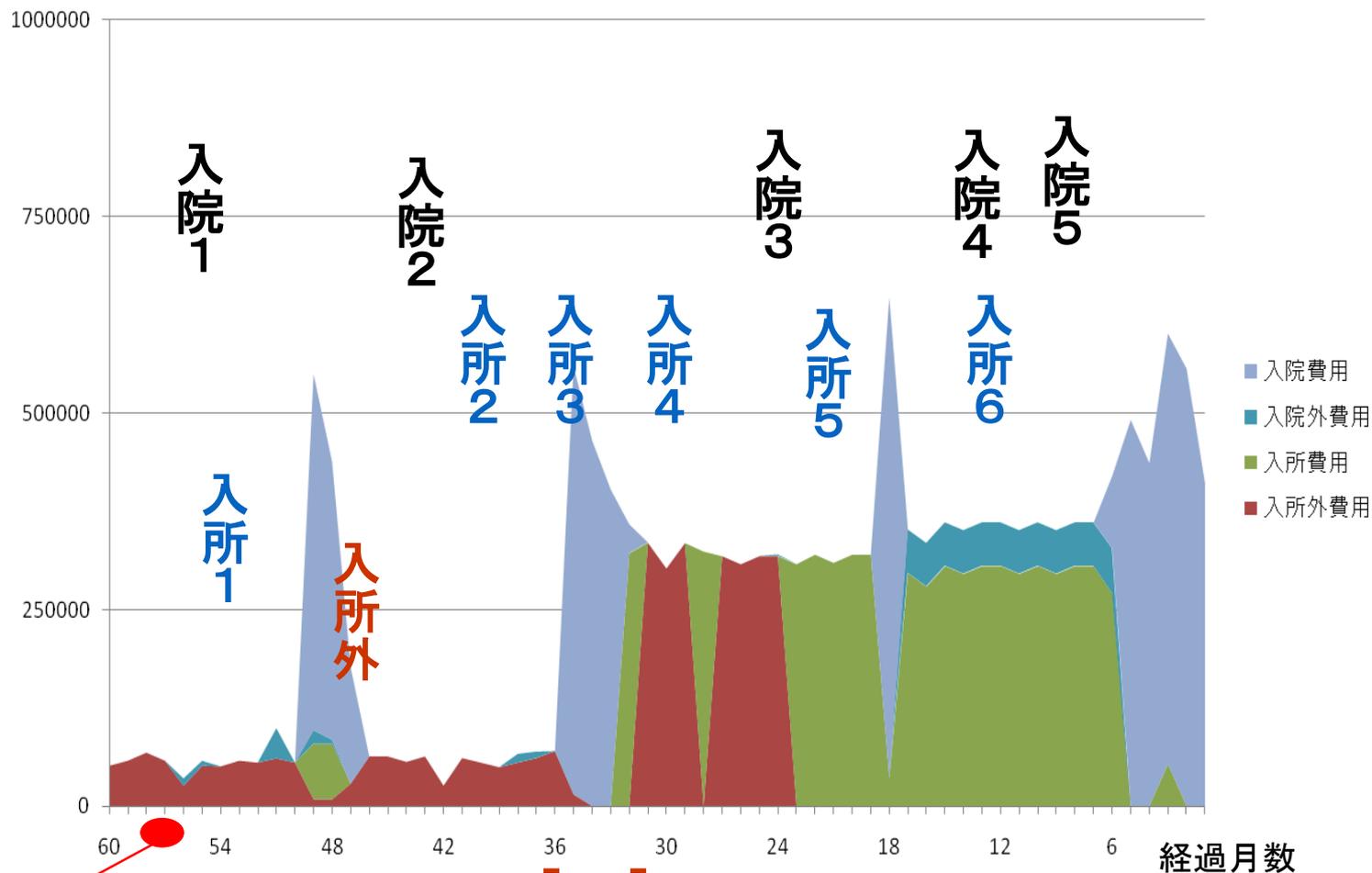
76歳男性／介護主病名：脳卒中



No.49 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

91歳女性／介護主病名：脳卒中

費用(円)



C Thasegawa
NSM. Japan

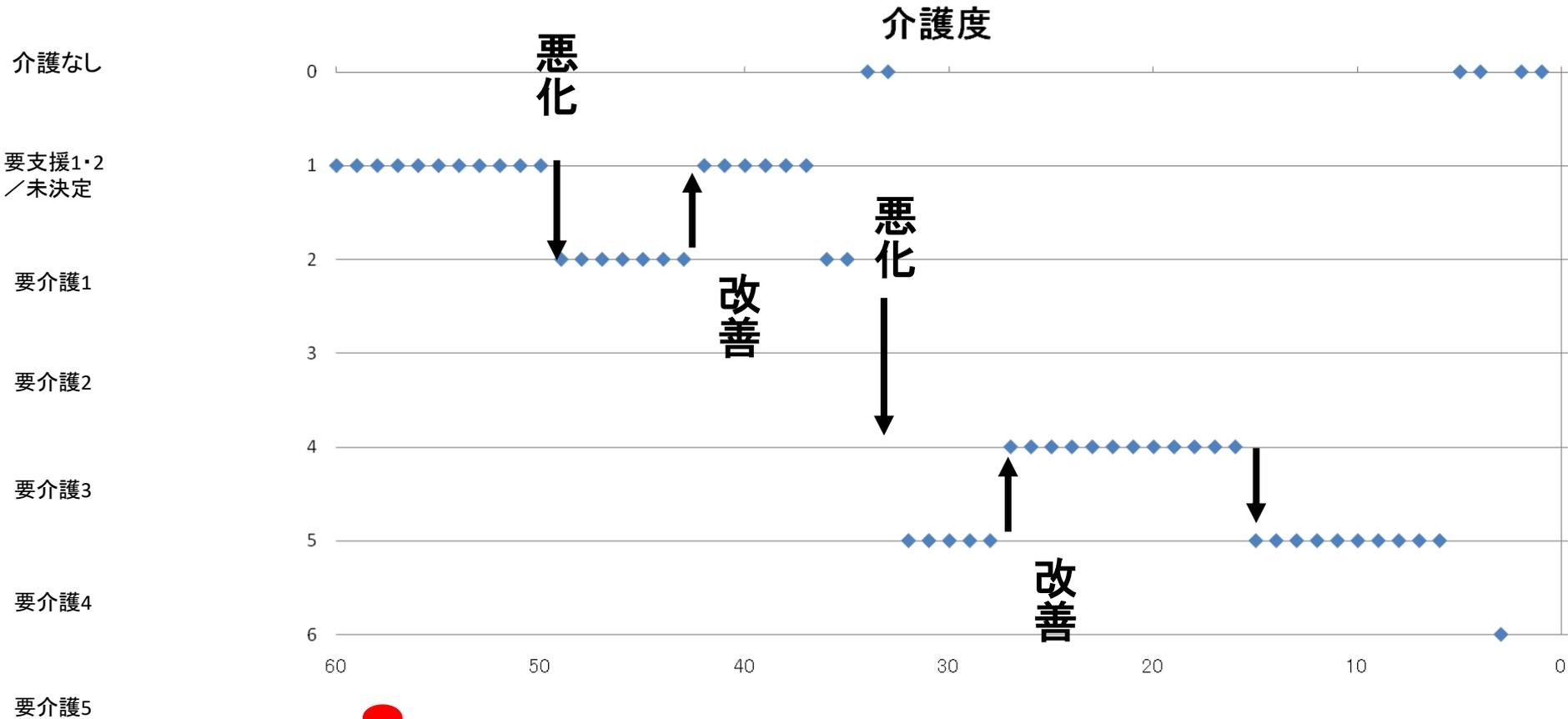
脳卒中
発症

入所外
入所外

2007年7月25日 91歳で死亡

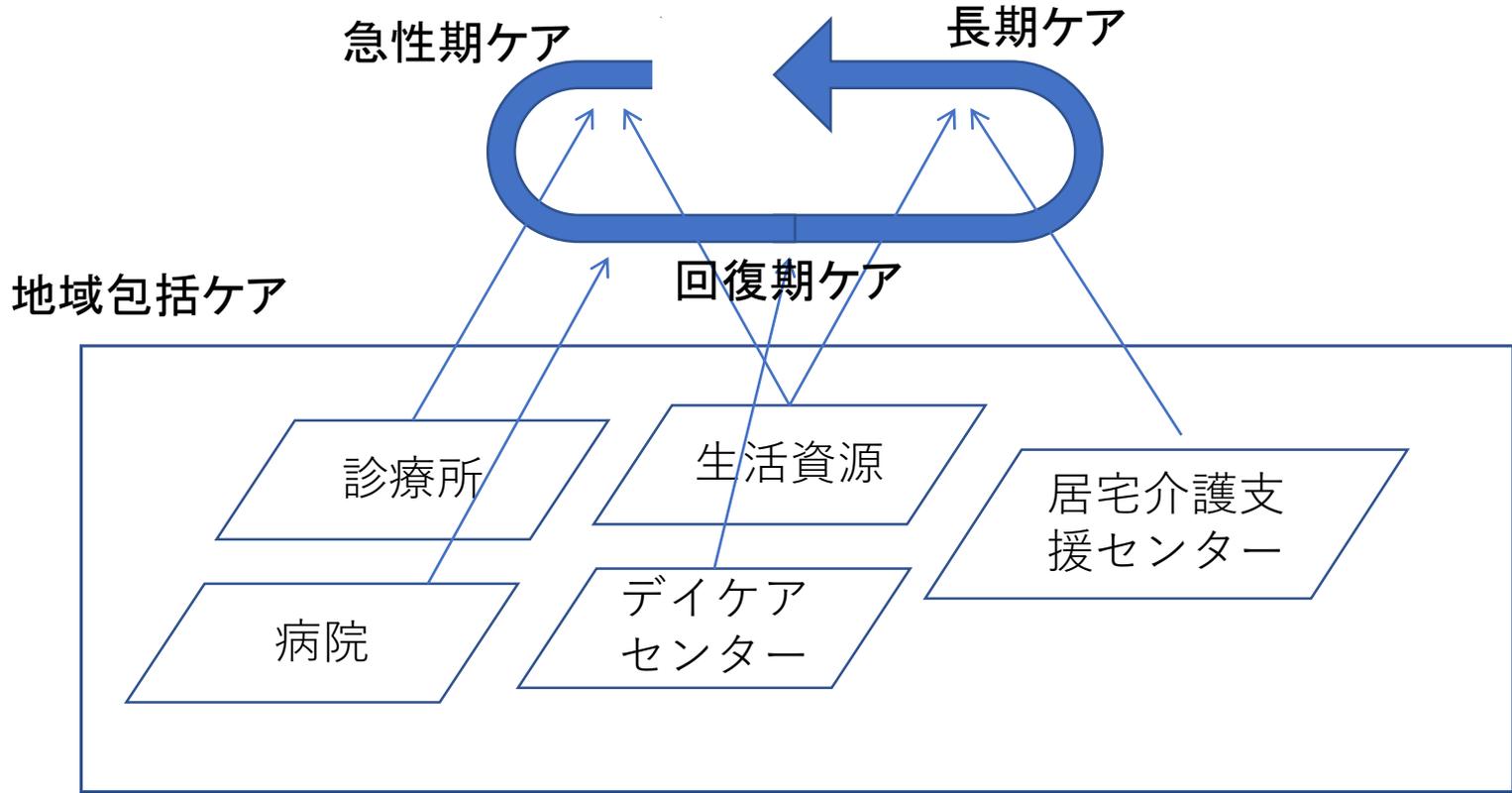
No.49 死亡前60ヶ月間の介護度推移

91歳女性／介護主病名：脳卒中



ケアサイクル

男性は死亡するまでに3~5回、
女性は5~7回のケアサイクル
を繰り返す

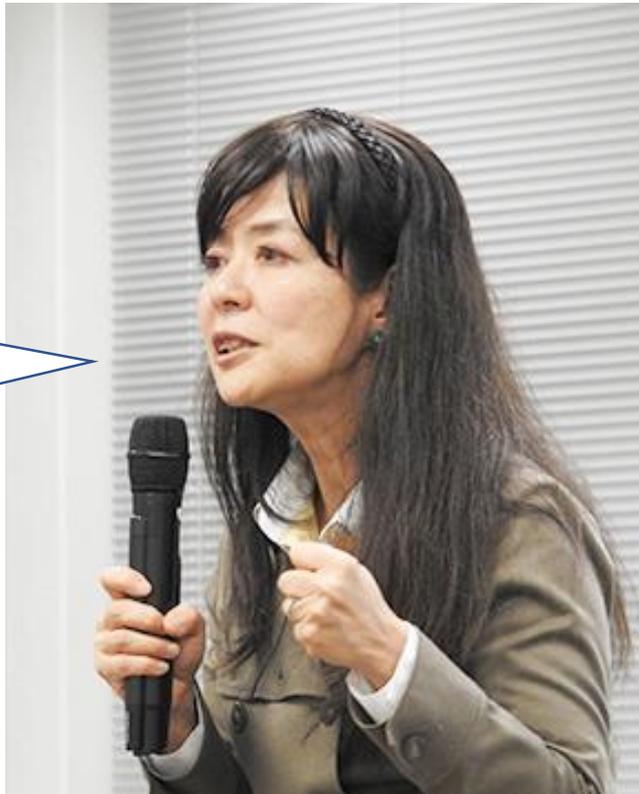


医療・介護のケアサイクル

- 後期高齢者で医療・介護は不可分、医療と介護のケアサイクルを循環する
 - 男性は死亡するまでに3～5回のケアサイクル、女性には5～7回のケアサイクルの回転がある。
- サイクル数から地域の医療・介護のサービス量が推計できる
 - 市町村国保の医療レセ、介護レセ、要介護度データから推計できる
- ケアサイクルの定量により、発生源ベースで、地域のサービス量を推計できる

在宅必要量の推計

死亡小票から
在宅必要量を
推計すること
ができる！



株式会社メディアヴァ代表取締役

平成26年度 練馬区死亡小票分析調査結果

2015年3月10日

株式会社メディヴァ

死亡小票分析_調査概要

➤ 目的

練馬区民の全死亡者における「どこで(死亡場所)」「誰に(看取った医療機関)」「何が原因で(死因分類)」を明らかにし、地域(練馬区および周辺地域)の在宅看取り力や隣接自治体の医療リソースとの関係性等を把握する。同時に将来の在宅医療の需要を推計し、その需要に合った(整備していく)練馬区の在宅医療体制を検討する。

➤ 対象

人口動態調査の死亡小票データ(練馬区保健所保有データ)※死亡時の住所が練馬区内だった人を対象

➤ 方法

異常死を除外することで治療や療養の結果としての死亡者を抽出し、「死亡場所の種別」、「死因の種別」、「施設名」などとクロス分析を行う。

➤ 期間

2011年1月1日～2013年12月31年の3カ年

➤ 調査事項

- ・異常死の状況
- ・死亡場所別での死亡の状況
- ・医療機関での死亡の状況
- ・自宅での死亡の状況
- ・将来の在宅医療の需要推計

➤ 対象数

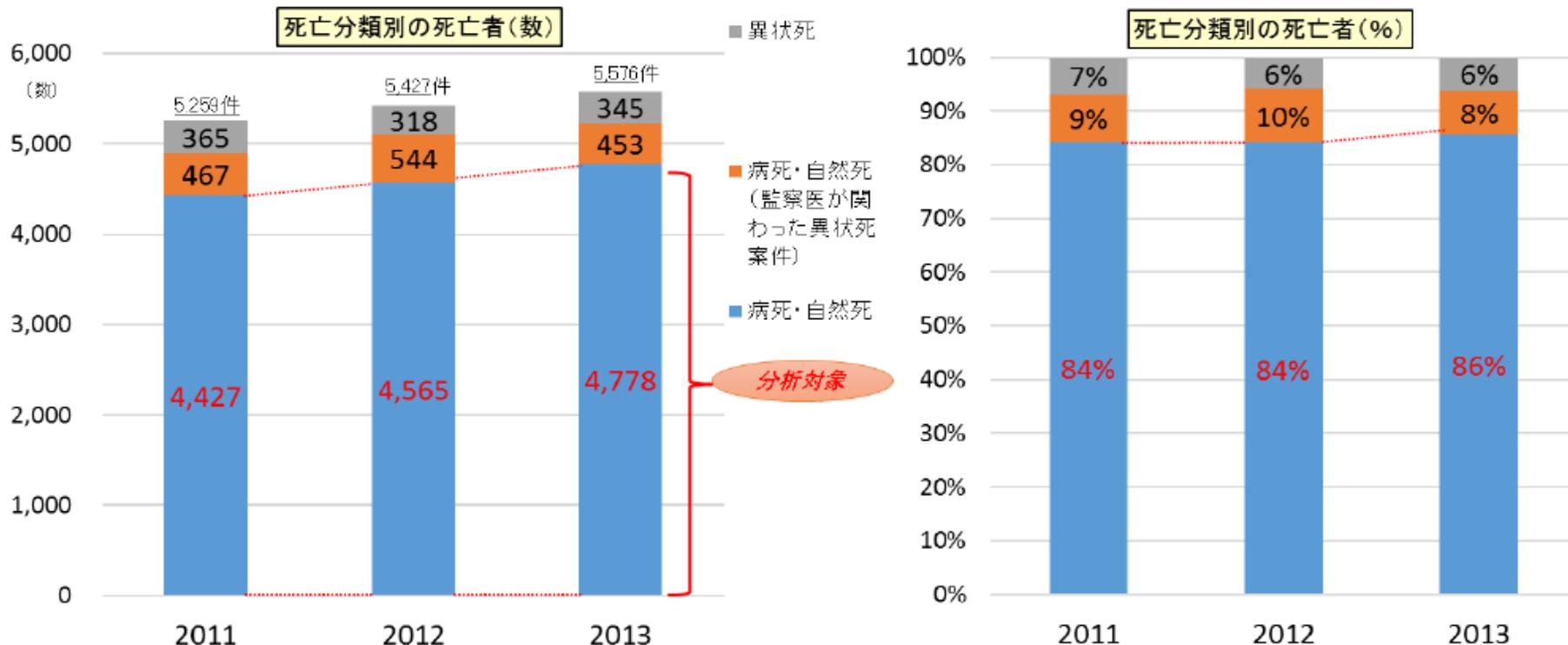
17,621件

➤ 調査結果の施策への活用

練馬区における在宅医療の需要推計(病院からの溢れだし)の算出が可能となり、今後整備していくべき看取り体制の考案につながる。

異常死の状況(2011年-2013年)

- 2011年からの3年間では、全死亡に占める異常死の割合は約6%で、検案となった案件は約10%である。
- 分析では、異状死および監察医が関わった案件を除外して分析を行う。

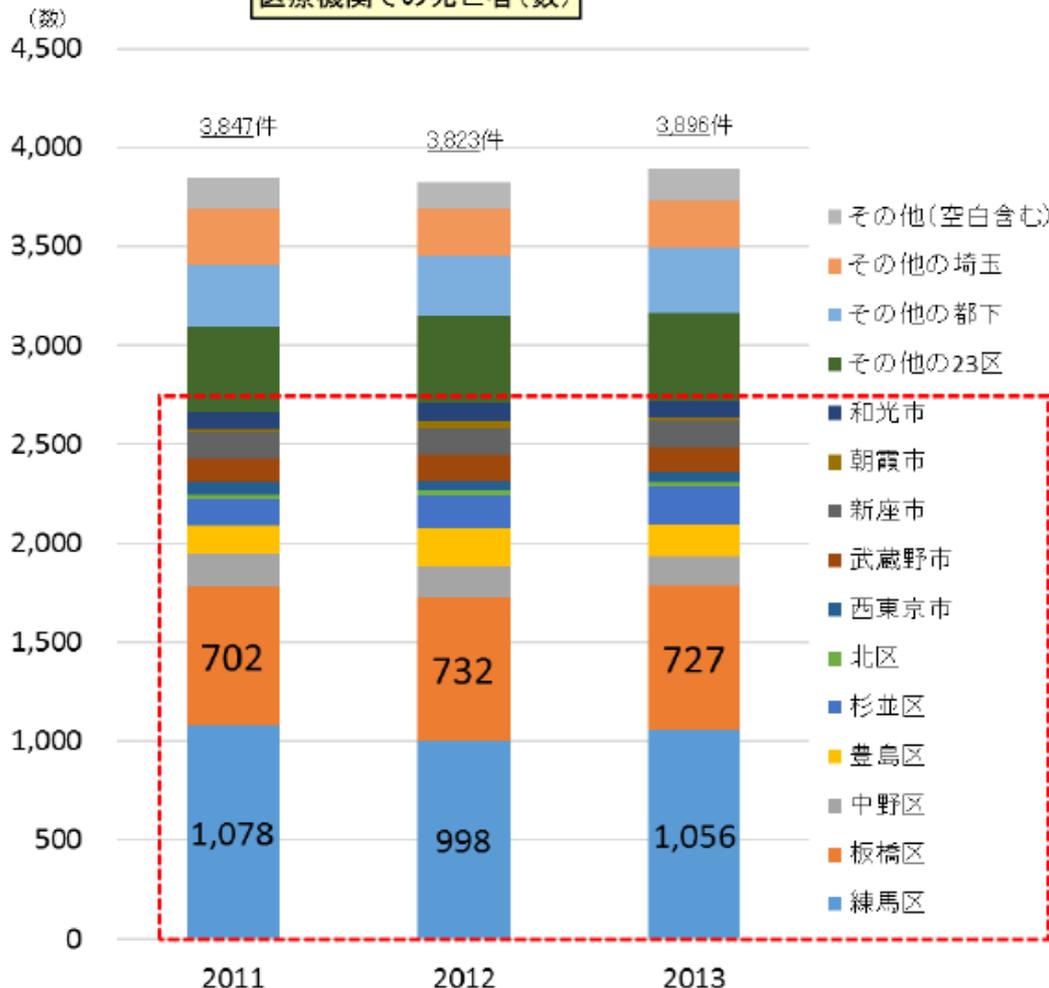


尚、施設(老人ホームや老健)では異状死はあまり現れず、異状死のほとんどは病院と自宅での死亡者に集中する。
 自宅死亡者における**異常死の割合は、2013年時点で50.1%**(うち、自殺や溺水、火災等の異状死が19.5%、病死・自然死だが監察医によって死体検案書が発行されている死亡が30.6%。後者の多くが自宅での**孤独死**であろうと推定される。)で、約半数を占める。(2011年は57.7%、2012年は54.9%で毎年割合は下がっている)
 これは、実際に在宅での継続的診療の結果としての死亡として死亡診断書が発行されている、いわゆる「在宅看取り」の件数が、**自宅死亡者数の半分(49.9%)に過ぎない**、ということを意味している。

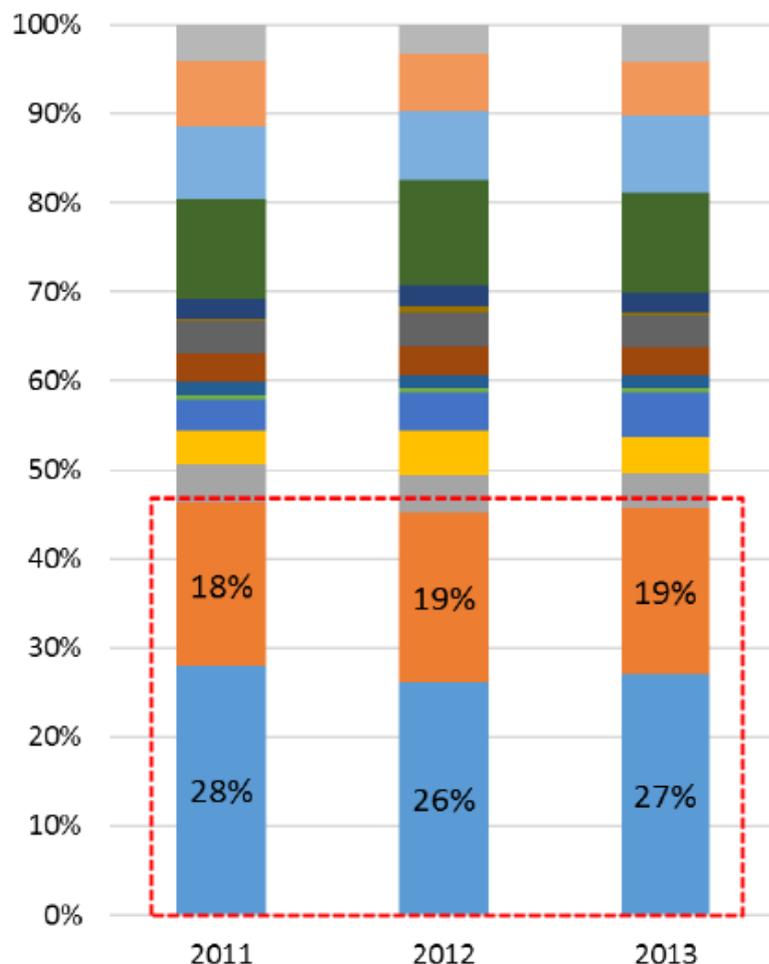
練馬区・周辺地域での医療機関*看取りの状況(2011年-2013年)

- 練馬区と隣接市区町村での医療機関看取りは年間約2,600件を推移している。
- 練馬区内の医療機関による看取りは3割に満たない。板橋区内の医療機関での看取り割合も高く、2区合計で約45%。

医療機関での死亡者(数)

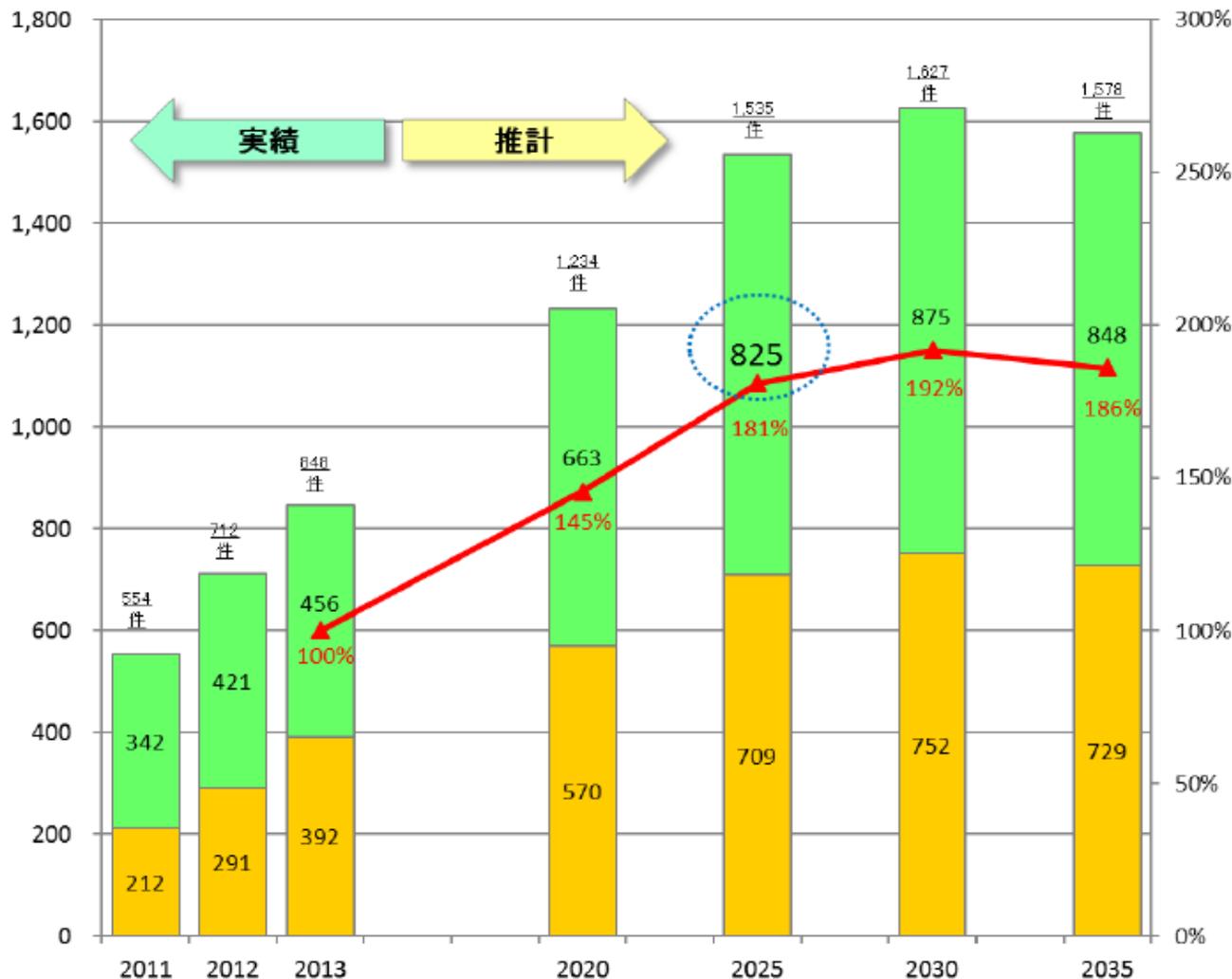


医療機関での死亡者(%)



2025年～2030年に、自宅看取り件数は2013年の2倍に増加する

練馬区民の在宅(自宅・施設)での看取り件数



※推計部の自宅・施設比率は、2013年時点の比率(自宅43%・施設54%)をそのままスライドさせて算出している。もちろん、施設を抑制させ、自宅を増やすという政策的方向性付け等はあるだろう。

- 自宅での死亡
- 施設(老人ホーム・特養・老健)での死亡
- ▲ 2013年実績値からの増加率

2025年の自宅看取りに対応するため練馬区内医療機関の体制

2013年時点 実績値

456人の
自宅看取りに対応

※

練馬区内医療機関
79クリニックで334名を
自宅で看取っている

特化型在支診
～在宅メイン～

在宅医療に集中・
特化したクリニック
(年間**20名以上**看取り)

2クリニック



UP

4クリニック



併用型在支診
～外来&在宅～

午前外来→午後在宅等
バランス型クリニック
(年間平均**10名**看取り)

19クリニック



UP

30クリニック



外来型在支診
～外来メイン～

ほぼ外来のクリニックだが
自院の患者数名は在宅で
診ているというクリニック
(年間平均**2名**看取り)

58クリニック



UP

162クリニック



区外の
在支診

練馬区外
在支診による
看取り人数は
現状維持と仮定

122名/年

横ばい

122名/年

2025年 目標値

825人の
自宅看取りに対応

※

練馬区内医療機関
196クリニックを動員し、
約700名を自宅で看取とる

NDB,KDBの活用で
地域医療計画・地域包括ケア
を支援しよう



パート 2 データヘルス改革

7月28日、データヘルス改革推進本部
塩崎厚生大臣

データヘルス活用推進計画 支払基金業務効率化・高度化計画



- 塩崎恭久厚生労働大臣が7月4日、閣議後公表
 - 「**データヘルス活用推進計画**」は、データヘルス改革で実現を目指すサービスのうち、支払基金等が中核的な役割を果たすことが期待される「健康・医療・介護のビッグデータ活用に関する施策」について、その具体的な活用方法、運用・管理の在り方等を提示するものである。
 - 「**支払基金業務効率化・高度化計画**」は、審査支払機関を「業務集団」から「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に改革するものである。
 - いずれの改革も、厚生労働省として、支払基金等とともに、これらの計画に沿って、着実に改革を進めていく。

データヘルス改革推進本部の体制強化について①（案）

○ 7月4日の「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表」の策定を受け、同計画・工程表に掲げられた7つのサービスの具体化に向けた省内の実施体制の強化を図る。

① データヘルス・支払基金改革アドバイザリーグループ（仮称）の新設

- ・改革全体の確実な実施に向けて、大臣直轄のアドバイザリーグループを新設

② 医務技監が統括

- ・新設の医務技監が、関係部局長を束ね、データヘルス改革全体を統括することを明確化（副本部長（新設）兼事務局長）

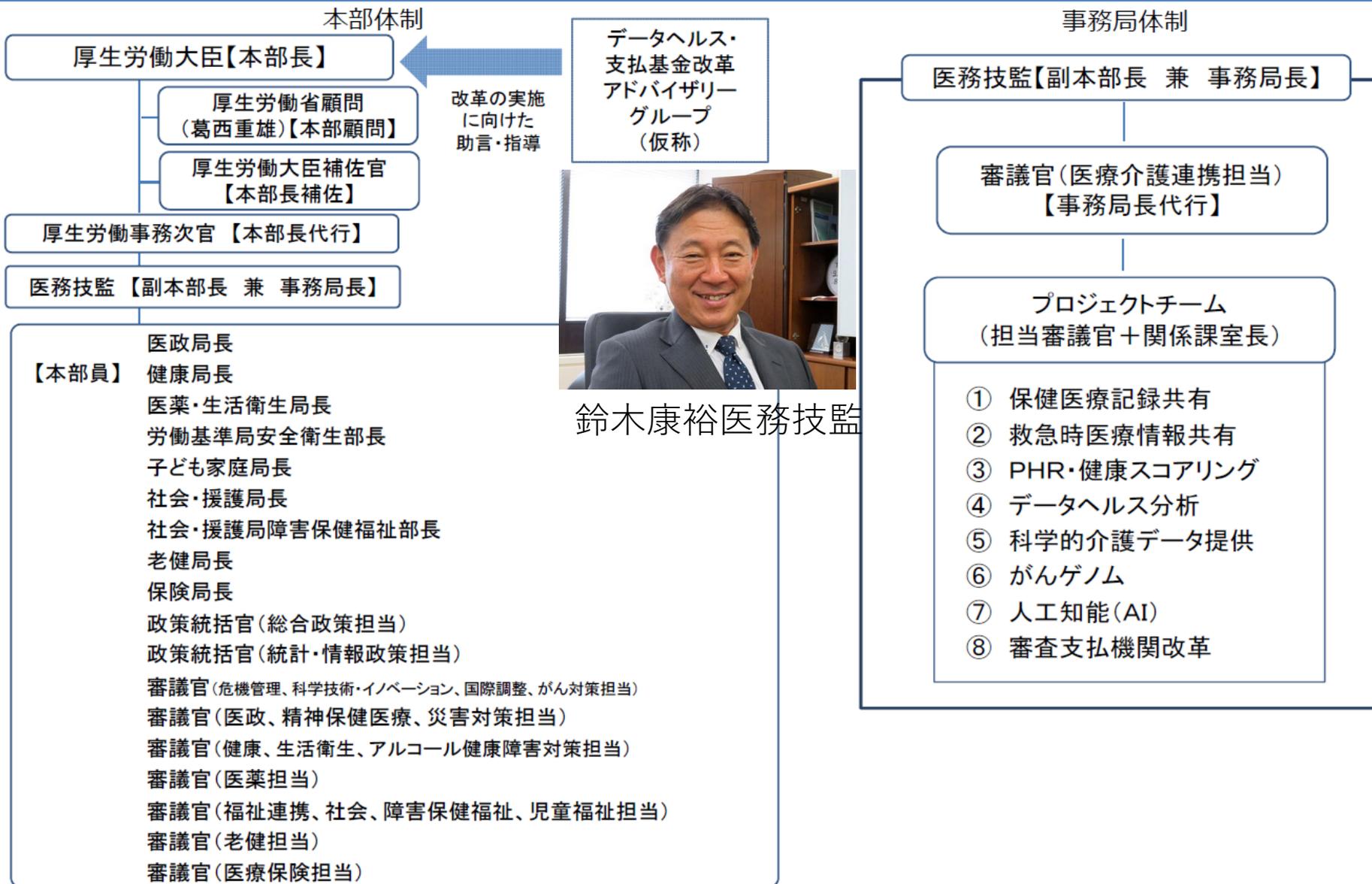
③ 事務局統括機能の強化

- ・事務局は、医務技監（事務局長）—大臣官房審議官（医療介護連携担当）（事務局長代行）のラインで統括、意思決定を迅速化
- ・専任の事務局体制を新たに設置

④ 幹事会（プロジェクトチーム）の新設

- ・事務局長、事務局長代行の下に幹事会を設置。プロジェクトチームリーダーで構成。

データヘルス改革推進本部の体制強化について②（案）



データヘルス改革推進本部の体制強化について③（案）

プロジェクトチーム	チームリーダー (幹事会メンバー担当審議官)	主担当課室長
① 保健医療記録共有 (全国的な保健医療ネットワークを整備し、医療関係者等が円滑に患者情報を共有できるサービス)	大臣官房審議官(医政、精神保健医療、災害対策担当)	◎医政局 研究開発振興課長 ○大臣官房参事官(情報化担当)
② 救急時医療情報共有 (医療的ケア児(者)等の救急時や予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が、迅速に必要な患者情報を共有できるサービス)	大臣官房審議官(福祉連携、社会、障害保健福祉、児童福祉担当)	◎社会・援護局 障害保健福祉部 障害児・発達障害者支援室長
③ PHR・健康スコアリング (健康に関するデータを集約・分析し、個人(PHR)や事業主(健康スコアリング)に健康情報を提供するサービス)	大臣官房審議官(医療介護連携担当)	◎保険局 保険課長 ○健康局 健康課長
④ データヘルス分析 (健康・医療・介護のビッグデータを個人単位で連結し、解析できるようにするサービス)	大臣官房審議官(医療介護連携担当)	◎保険局 保険システム高度化推進室長 ○大臣官房参事官(情報化担当)
⑤ 科学的介護データ提供 (介護の科学的分析のためのデータを収集し、最適サービスを提供(世界に例のないデータベース構築))	大臣官房審議官(老健担当)	◎老健局 老人保健課長
⑥ がんゲノム (がんゲノム情報の収集、医療関係者等が利活用できるサービス)	大臣官房審議官(危機管理、科学技術・イノベーション、国際調整、がん対策担当)	◎大臣官房 厚生科学課長
⑦ 人工知能(AI) (AI開発基盤をクラウドで研究者や民間等に提供するサービス)	大臣官房審議官(危機管理、科学技術・イノベーション、国際調整、がん対策担当)	◎大臣官房 厚生科学課長
⑧ 審査支払機関改革	大臣官房審議官(医療保険担当)	◎保険局 保険課長 国民健康保険課長

保健医療データプラットフォーム

- 国民の多くは、生産年齢期には被用者保険に加入しており、高齢になって退職してから、国民健康保険に移る。
- さらに75歳以上は、後期高齢者医療制度に加入し、要介護認定を受け、介護保険サービスの対象となる。
- このように、医療・介護の場合、ライフサイクルの中期に加入する保険制度が変わっている。この結果、国民健康時の保険に加入する人々の疾病・医療に関する情報が、一方、被用者保険に加入する人々の疾病・医療に関する情報が、という状況が生じている。
- これらのすべての情報を個人レベルで連結していくことができ、これら個人の健康・医療・介護に関する生涯のヒストリが、これら統合的なデータベースを通じて分析できる。かなり、医療や介護の質を向上させることができる。
- しかし、現状はこれらのデータが分散保管されていて連結されていない。
- これを連結した「**保健医療データプラットフォーム**」を形成するのが、データヘルス改革の第一歩

保健医療データプラットフォームを 「つくる」、「つなげる」、「ひらく」

- 「つくる」が意図するのは、データの収集段階から、集積・分析・活用という“出口”で使えるアウトカム志向のデータを生成すること。それらのデータを、AIを用いてビッグデータ解析し、“現場の最適な診療を支援するシステム”を構築していく。
- 「つなげる」は、個人の健康な状況から疾病・介護段階までの基本的な保健医療データを統合するPHR（Personal Health Record）の概念。医療・介護スタッフが統合された個人のデータを共有し、個人自らも健康管理に役立てられる“オープンな情報基盤”を整備する。
- 「ひらく」は、産官学のさまざまなプレイヤーがデータにアクセスして、医療・介護データをビッグデータとして二次活用すること。そのために、“利用者別に収集・匿名加工・提供できるプラットフォーム”を構築していく。これは2017年4月に成立し、2018年に施行される「次世代医療基盤法」による医療ビッグデータ利活用プラットフォームである。

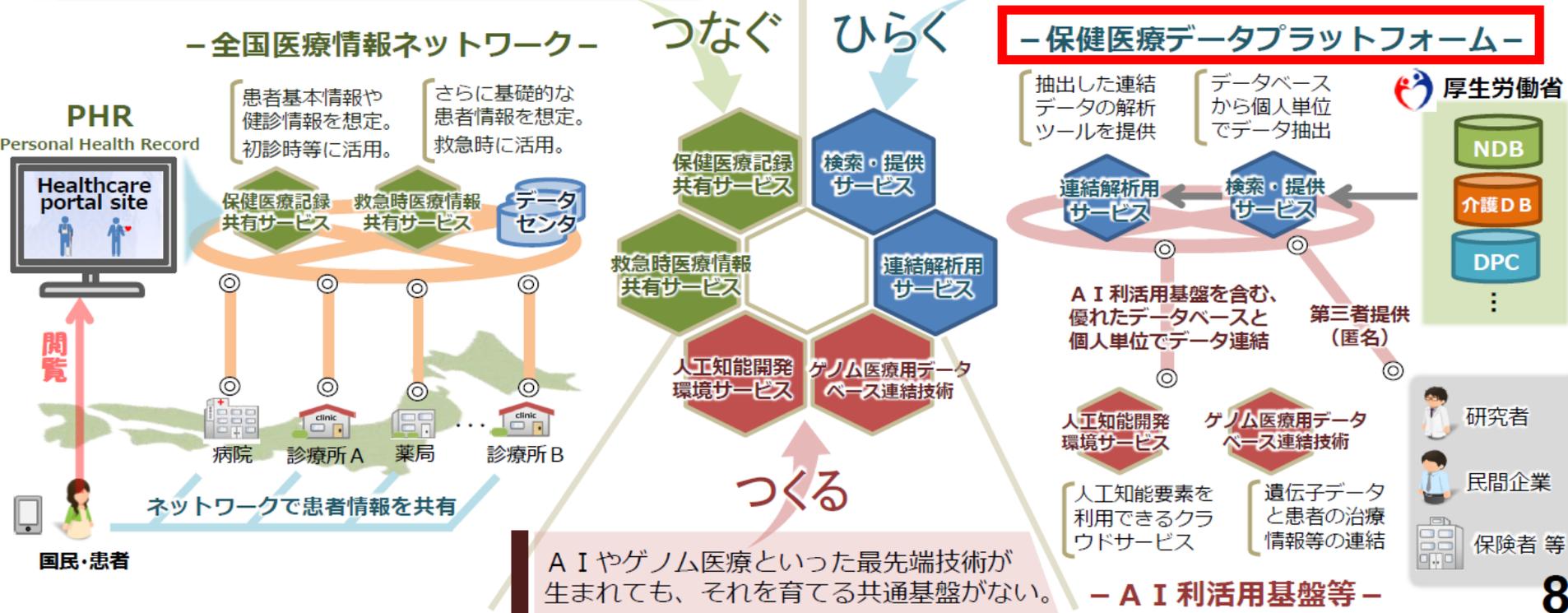
実効的施策を支える『データ利活用基盤』整備の概観

－ 3つのバラバラを解決する、2つの大規模ネットワークと6つのサービス－

- 健康・医療・介護のデータを有機的に連結させたICTインフラを整備。
 - － 国民・患者にとって、最適な健康管理・診療・ケアの提供。データや技術が生み出す果実の還元。
 - － 医療・介護関係者にとって、健康・医療・介護情報の円滑な共有。診療・サービスの効率化・生産性の向上。
 - － 研究者・民間・保険者等にとって、個人のヒストリーとして、健康・医療・介護のビッグデータを分析可能。

個人の健診・診療に関する情報が、バラバラ。個人・患者本位で、最適な健康管理・診療・ケアを提供する基盤が整備されているとは言えない状況。

日本には様々な優れた医療ビッグデータが存在するが、バラバラ。これらの民間活用も進んでない。ビッグデータの価値・果実を国民に還元できていない。



国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関する データヘルス改革推進計画・工程表

本計画のデータヘルス改革の中での位置づけ

- 現在、厚生労働大臣の下に、「データヘルス改革推進本部」を立ち上げ、健康・医療・介護のデータの有機的な連結に向けた「ICTインフラの抜本改革」や「ゲノム解析やAI等の最先端技術の医療への導入」を具体化。
- 具体的に、主に次の7つのサービスを国民に提供をする。

I 全国的なネットワーク構築による医療・介護現場での健康・医療・介護の最適提供

- ① 全国的な保健医療ネットワークを整備し、医療関係者等が円滑に患者情報を共有できるサービス
 - ▶ 初診時などに、保健医療関係者が患者の状況を把握し、過去の健診データや治療履歴等を踏まえた最適な診断や診療の選択肢を提供できる環境を日本全国で構築。
- ② 医療的ケア児(者)等の救急時や予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が、迅速に必要な患者情報を共有できるサービス
 - ▶ 医療的ケアが必要な障がい児(者)などが、安心して外出でき、災害等にも確実に対応できる環境を。

II 国民の健康確保に向けた健康・医療・介護のビッグデータ連結・活用

- ③ 健康に関するデータを集約・分析し、個人(PHR)や事業主(健康スコアリング)に健康情報を提供するサービス
 - ▶ 国民や事業主に、健康管理の意義や重要性を、分かり易く訴えかけ、健康増進へ行動変容を促す。
- ④ 健康・医療・介護のビッグデータを個人単位で連結し、解析できるようにするサービス
 - ▶ 疾病・介護等の予防策や新たな治療法の開発、創薬等のイノベーションの実現。

III 科学的介護の実現

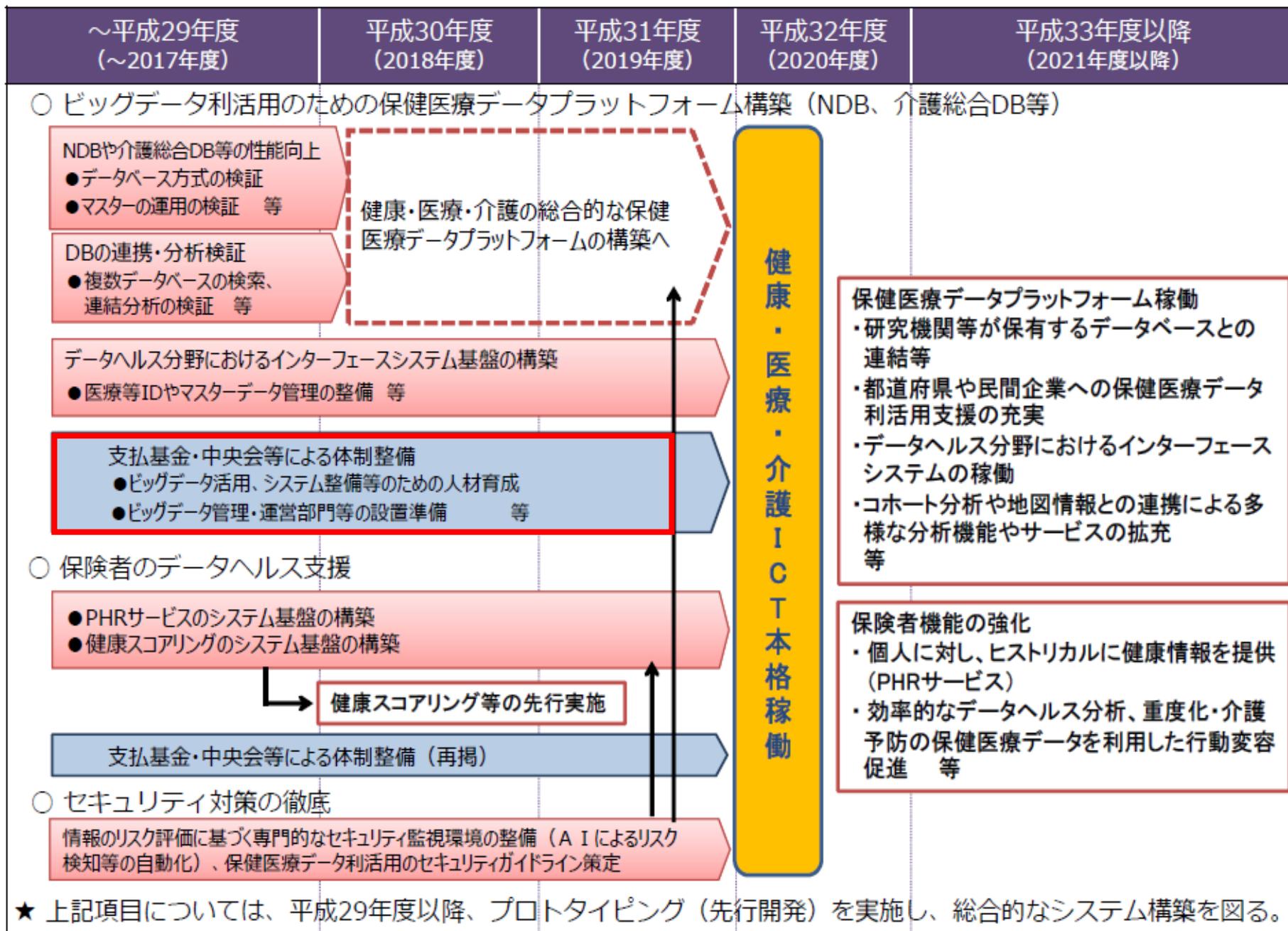
- ⑤ 介護の科学的分析のためのデータを収集し、最適サービスを提供(世界に例のないデータベース構築)
 - ▶ 要介護高齢者の自立。日々の生活を充実。
 - ▶ ケアだけでなく認知症のキユアも推進。

IV 最先端技術の導入

- ⑥ がんゲノム情報の収集、医療関係者等が利活用できるサービス
- ⑦ AI開発基盤をクラウドで研究者や民間等に提供するサービス
 - ▶ 国民に最適で、効率的かつ個別化された医療を提供。がんとの闘いに終止符を。

➡ 本計画は、健康・医療・介護のビッグデータ活用に関する施策(③・④)について、その具体的な活用方策、運用・管理の在り方等を提示するもの。その他の施策も、本部の検討を更に加速させ、提示していく。

国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表



パート2 支払基金改革

審査支払機関のビッグデータ

• 審査支払機関

- 「社会保険診療報酬支払基金」（支払基金）
- 「国民健康保険団体連合会」（国保連）
- 審査支払機関には、レセプト電子化により、年間約20億件のレセプトデータが集積している。
- 特定健診等の健診情報については、年間約3千万件の情報が審査支払機関に集まっている。
- 国保連に関して言えば、年間約1.5億件の介護レセプトを審査している

支払審査機関には 「支払基金」と「国保連」の二つがある

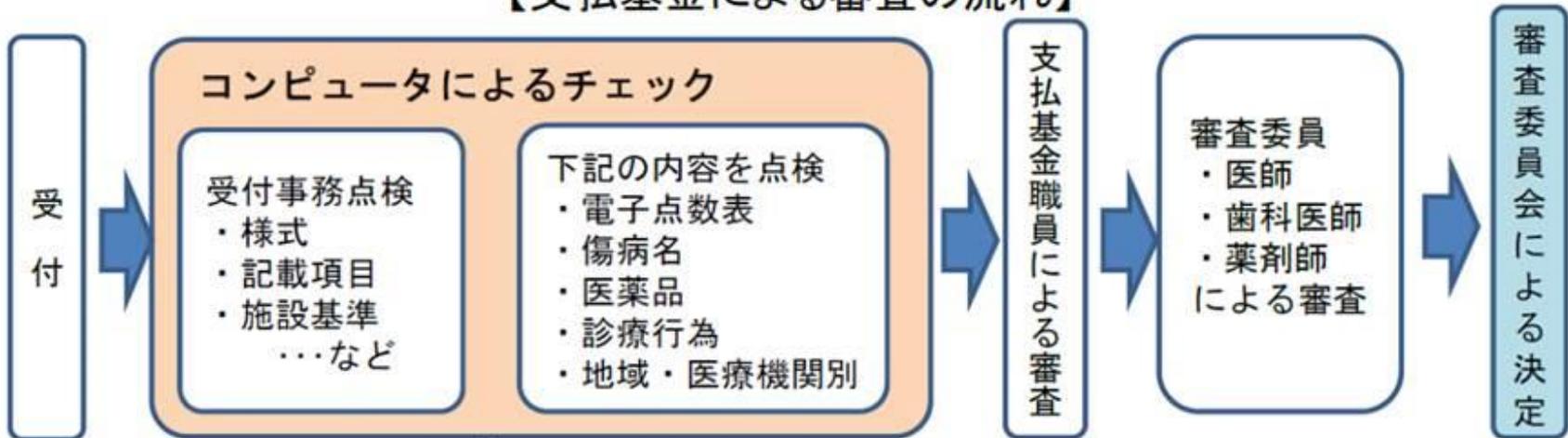
	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
概 要	<p>【設立根拠】 社会保険診療報酬支払基金法により設立される民間法人</p>	<p>【設立根拠】 国民健康保険法により設立される公法人</p>
	<p>【法人の性格】 役員は、四者構成（保険者、被保険者、診療担当者、公益）であり、保険者から独立した中立的性格。 (支払基金法第10条第2項)</p>	<p>【法人の性格】 保険者（市町村等）が共同して設立した保険者団体という位置付け。（国保法第83条第1項）</p>
	<p>【組織】 本部（東京都）、47都道府県に支部</p>	<p>【組織】 都道府県ごとに設立された47団体</p>
	<p>【職員数】 約4,300人（平成27年度） （本部：約300人、47支部：約4,000人）</p> <p><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</p>	<p>【職員数】 国保連 約5,100人（平成27年度）</p> <p><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</p>

審査業務について

【請求の流れ】



【支払基金による審査の流れ】



レセプトの電子化により（平成27年7月審査分で97.8%）、審査の効率化が進む

支払基金の業務

- 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事業
- ◇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

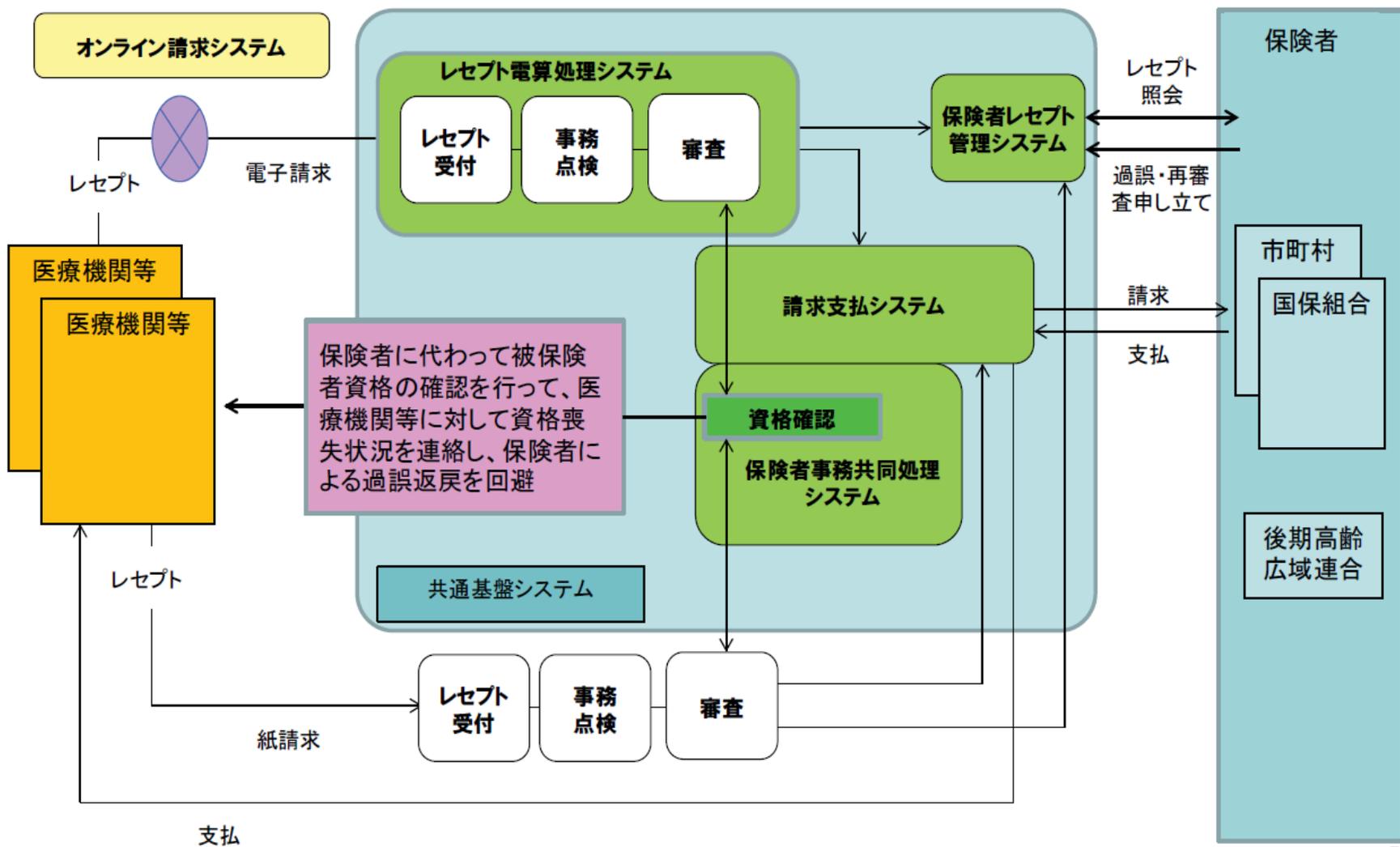
介護保険法に基づく業務等を実施。

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

国保連合会の現行システムのイメージ



国保連の業務

- 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

※44連合会で市町村長が理事長
(平成26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

「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」 （座長西村周三氏）



2016年4月25日

有識者検討会の2つのテーマ

- (A) 保険者機能強化と医療の質の向上
- (B) 審査の効率化・統一化の推進と
組織体制

A 保険者機能強化

- (A) の保険者機能強化
 - 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するなど）
 - 医療の質の向上（韓国の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など）
 - 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
 - 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
 - 審査支払機関によるNDB（National Data Base）などの活用など。

(B) 審査の効率化・統一化の
推進の組織体制

審査支払機関ごとに 異なる審査ルール

- 審査においては、全国一律の診療報酬点数表や施設基準、解釈通知などが拠り所。これらには「解釈の余地」や「一定の幅」があります。患者の状態は一律ではないため。
- また、医療現場からは「地方独自ルールが存在する」との批判がある
- 例えば回復期リハビリ病棟の入院患者については、1日につき9単位まで疾患別リハビリ料の算定が可能です（2016年度改定でリハビリの効果に着目した算定制限が導入された）が、A県の国保連では「一律に6単位を上限として、超過分を査定する」といった取り扱いがなされていると指摘されます。
- このように、古くから「支払基金内、国保連内、支払基金と国保連の間で、審査ルールに格差がある」と批判され、これを是正するため、「審査情報の共有」などが図られていますが、「未だ不十分」と指摘されています。
- こうした状況を重く見て、規制改革会議では「審査の効率化と統一性の確保」を図る必要があるとし、ゼロベースで審査の在り方を見直すよう提言している。

審査の在り方

• 【審査の在り方】

- (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
- (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（医学的判断を要する審査対象を明確化する）
- (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
- (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
- (5) 審査結果の通知および審査基準の情報開示をICTの活用により効率的に行う
- (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
- (7) 医師による審査および合議のオンライン化や、審査結果など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
- (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、医療機関およ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

組織・体制の在り方

- **【組織・体制の在り方】**（診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直す）
 - (a) 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各業務（特に職員による点検事務および適正な診療・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
 - (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
 - (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およ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など）を検討する

支払基金業務効率化・高度化計画 工程表の概要

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報告書（平成29年1月12日）

審査業務の効率化

- 新たなシステムへの刷新を行い、レセプト審査におけるコンピュータチェックの寄与度を高め、徹底的な審査業務の効率化を行う

審査基準の統一化

- 地域ごとに差異のある審査基準の統一化についてはコンピュータチェックルール等について、差異の継続的な見える化を行い、審査基準の統一化に向けた定期的なPDCAを回していく

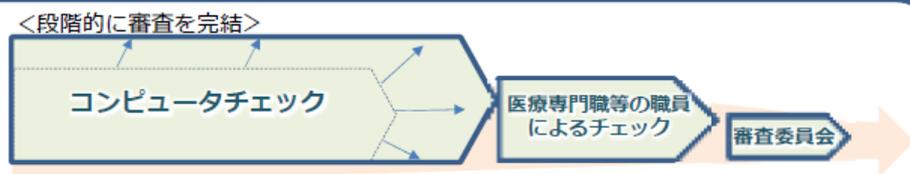
支部組織の体制の在り方

- 47都道府県に配置されている支部の体制について、業務効率化を踏まえ、必要最小限のものに縮小する
- 審査委員の利益相反の禁止等について、現在運用上で行っている取扱いを規則として明確化していく

支払基金の業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組

目指すべき審査支払プロセス

- ・ **コンピュータチェックの高度化**（医療機関等で事前チェックできる仕組み等の活用を図る）
- ・ コンピュータチェック、職員チェック、審査委員会にいたる **審査を段階的に完結させる**
- ・ **AIをフル活用して審査能力全体の向上を常に図る**



審査支払新システムの構築等

- ・ **受付、審査、支払機能のモジュール化**
 - ・ 各支部に設置されている **業務サーバーを本部へ一元化**
 - ・ **AI等の導入・活用により審査支払を支援する仕組みを順次導入・推進**
- ※国保中央会等においても、支払基金と双方の審査支払業務が統合的かつ効率的に機能することを実現することで、コスト削減を目指す。

<受付、審査、支払機能のモジュール化>



審査業務の効率化

- ・ コンピュータチェックに適した **レセプト様式の見直し**
- ・ 返戻査定理由の明確化
- ・ 医療機関等で **請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組み**の導入
- ・ レセプト受付処理の平準化の仕組みの推進等

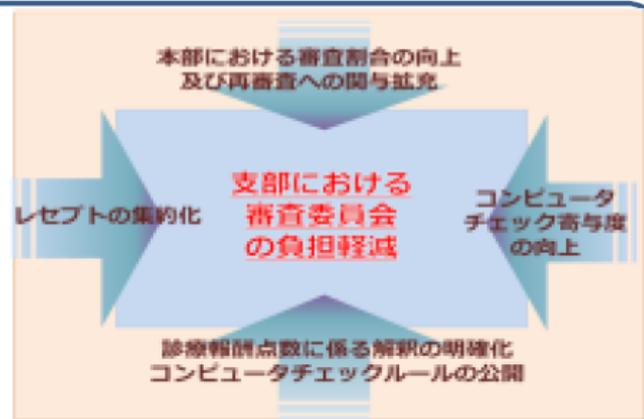
支払基金業務効率化・高度化計画 工程表の概要

支部間差異の解消

- ・既存のコンピュータチェックルールはその効果や妥当性を検討して、付せん数の大幅な減少を目指す
- ・診療報酬点数に係る**審査基準（告示・通知等）を明確化し、医療機関等のICTに組み込めるように基準並びにシステムを標準化**
- ・国民皆保険の下、支部間・審査支払機関間（※）の差異の見える化は直ちに開始し、差異の解消を図る
- ・明確化・標準化された審査基準をコンピュータチェック機能に取り込む
- ・併せて、過去の審査データの統計分析等により、**統一的・客観的なコンピュータチェックルールを大幅に増やしていく**
- ・新システムには、**差異を解消していく仕組み**を組み込む【自動的なレポーティング機能で抽出・速やかに対処】

審査委員会のガバナンス強化

- ・重点審査の審査決定に際し、**診療側と保険者側で意見が相違する事案等**が生じた際に**中立な立場にある公益委員が判断**
- ・高額レセプトの対象範囲の拡大や専門性の高いレセプト等を対象とすることにより本部審査の対象を拡大
- ・再審査のガバナンス強化（**原審査と異なる医師が行い、本部の中立した視点を持って関与する仕組みの構築**）
- ・専門医の少ない診療科のレセプトについて、ウェブ会議方式の活用など本部を含め複数の都道府県単位での合同審査を推進
- ・万全な情報管理の下、ICTを活用した柔軟な勤務形態等の実現
- ・審査委員の**利益相反の禁止ルール等の厳格化・明文化により、中立性を徹底**



組織・体制の見直し

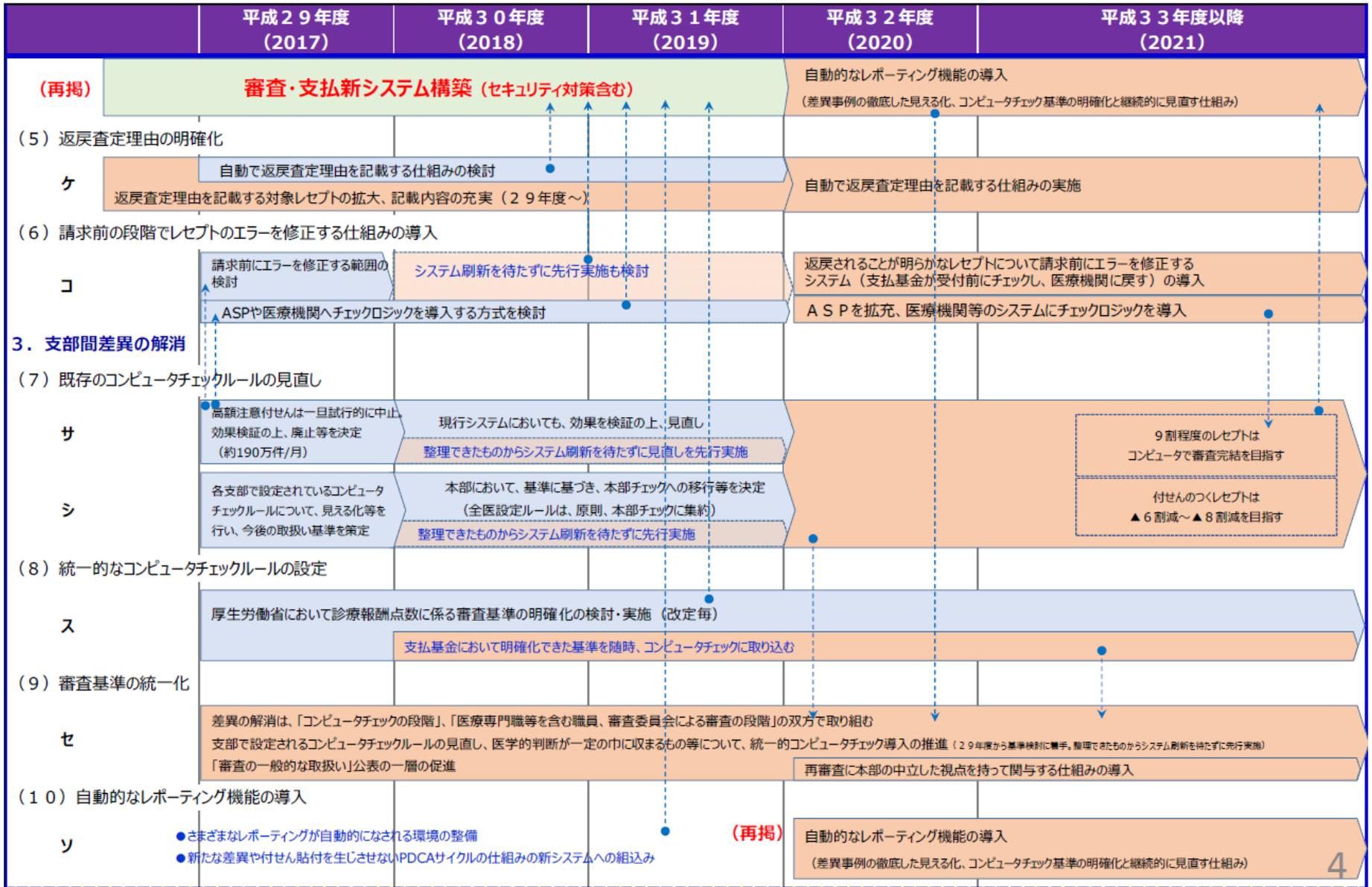
- ・支部組織の見直し：**モデル事業の実施**（支部集約化について問題点の検証等）【遅くとも平成30年度までに実施】
- ・支払基金の人員体制：**現行定員の20%（800人程度）の削減**を計画的に進めるとともに、医療専門職、IT等専門人材の採用拡大等「**自ら考え、自ら行動する頭脳集団**」に相応しい人材の**高度化**を格段に図り、新たな医療やIT、AI等に対応する。
- ・育児期間中などで短時間勤務を希望する女性医師の活用なども含め、直接雇用する**常勤医師・看護師など医療専門職等の活用拡大を大幅かつ短時間勤務等の柔軟な働き方の選択肢を用意する形で図る。**

（※）改革を進めるに当たっては、国保中央会等についても、同時並行的に支払基金における改革と整合的かつ連携して取組を進める。

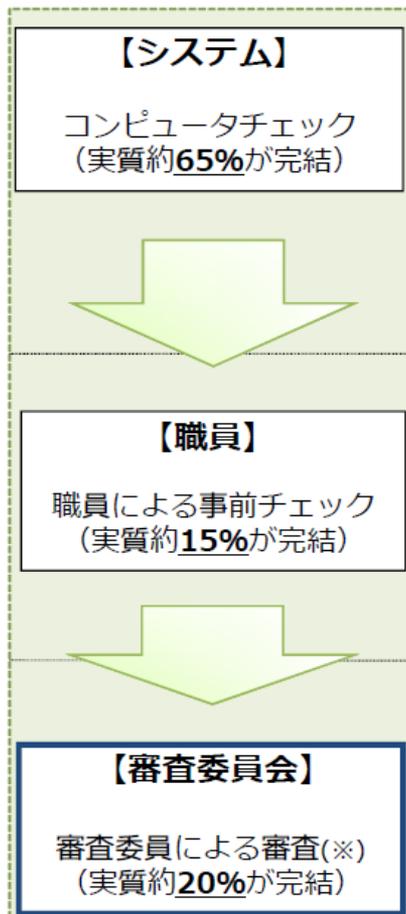
支払基金業務効率化・高度化計画 工程表



支払基金業務効率化・高度化計画 工程表



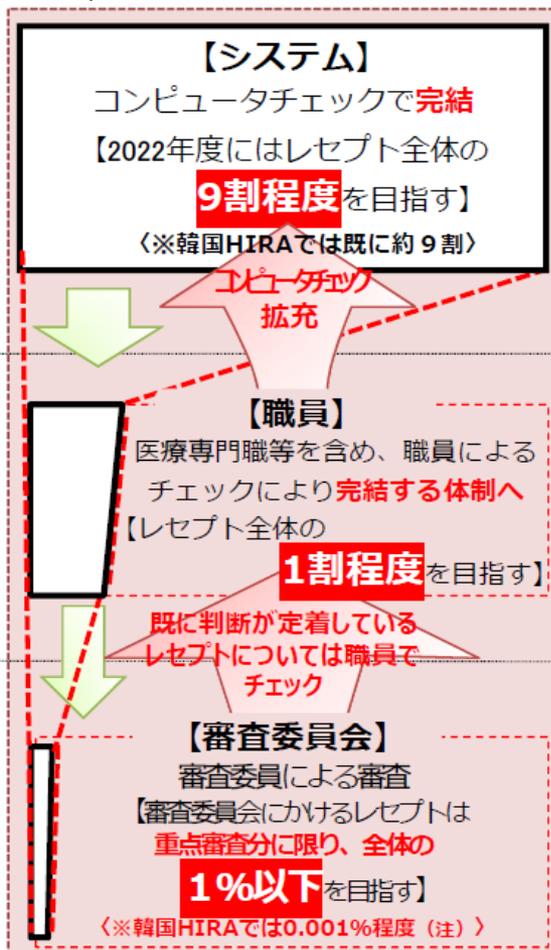
現行審査支払プロセス



※審査委員会でレセプトの100%について決定する仕組みだが、コンピュータチェック等により審査委員による詳細な審査は実質約20%となっている

ICTの活用、専門性向上等により目指すべき審査支払プロセス

2022年



(注) 過去に韓国HIRAへインタビューした際の情報を元に概算したもの

業務の効率化、高度化等の取組

【審査業務の効率化、高度化等】

- ・審査基準（告示・通知等）の明確化
- ・コンピュータチェックに適したレセプト様式見直し
- ・審査基準の統一化・チェックルールへの反映
- ・審査支払新システムの構築（AI等の活用）
- ・コンピュータチェックの高度化・標準化
- ・医療機関等で事前にチェックできる仕組み等の導入による誤請求等の減少
- ・支所間差異の見える化・解消

【職員による審査業務の機能強化】

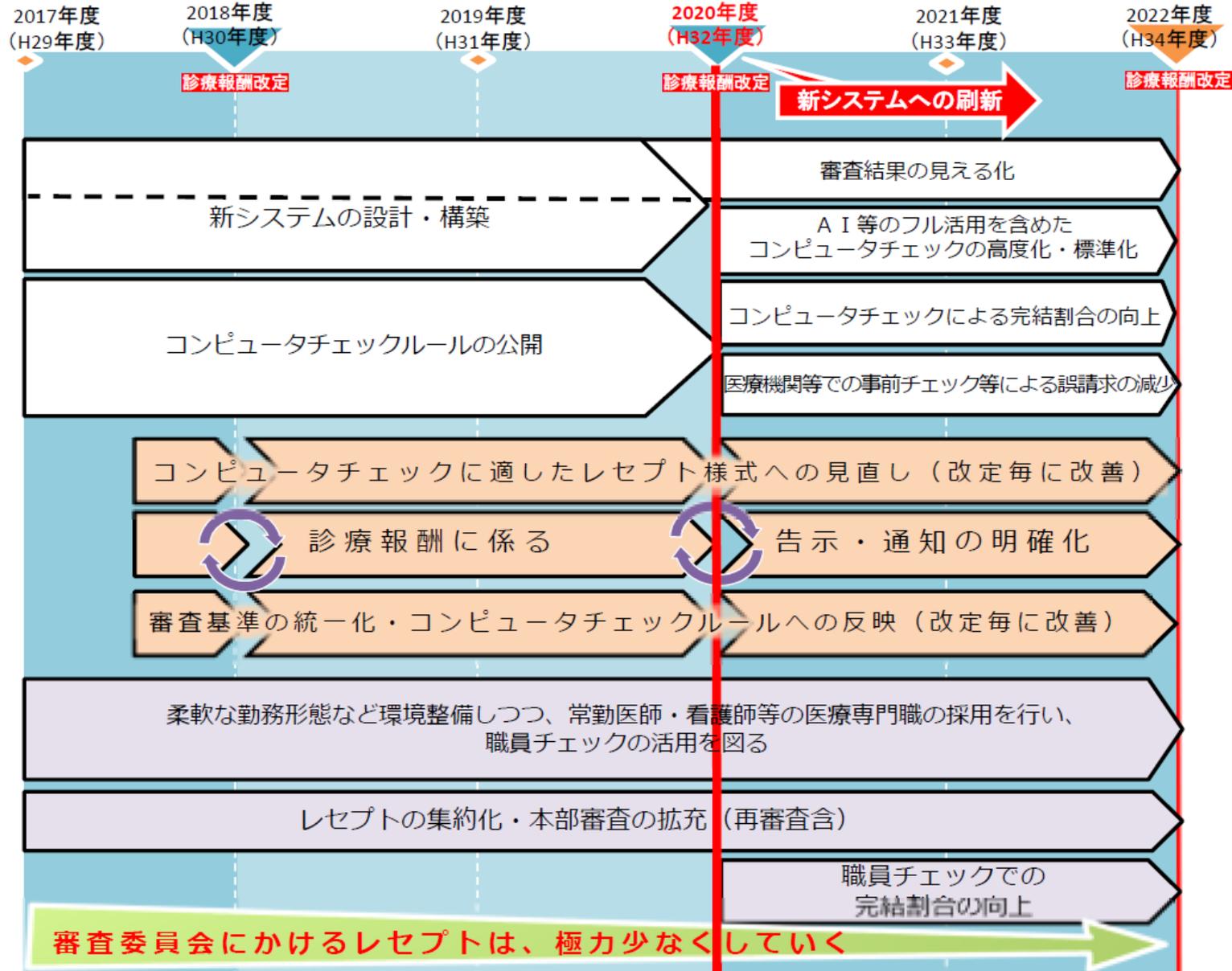
- ・直接雇用する常勤医師・看護師などの医療専門職等を活用した職員によるチェックの高度化（育児期間中などで短時間勤務を希望する女性医師等の活用）
- ・万全の情報管理の下、ICTを活用した柔軟な勤務形態等の実現

【利益相反の禁止等】

- ・利益相反の禁止ルール等の厳格化・明文化による中立性の徹底
- ・原審査と異なる医師が、本部の中立的な視点を持って関与する再審査の仕組みの構築
- ・高額レセプト等の本部審査の対象を拡大
- ・専門医が少ない診療科の審査は、ウェブ会議方式の活用等により、合同審査を推進
- ・万全の情報管理の下、ICTを活用した柔軟な勤務形態等の下での審査の実現

審査支払業務の効率化・高度化(イメージ)

一部改変
(平成29年7月28日)



審査の見える化、コンピュータチェックによる審査の完結

9割程度を目指す
(H34年度)

審査委員会の負担軽減の観点から、既に判断が定着しているレセプトについては職員チェックで審査完結

1割程度を目指す
(H34年度)

継続的PDCAの実施

支払基金改革がシステム更新の
関係で先行するが、
国保連とも改革実施で協議中

パート3

韓国の支払基金改革

健康保険審査評価院(HIRA)



韓国の健康保険審査評価（HIRA）

- 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

健康保険審査評価院 (HIRA)

(Health Information Review & Assessment)の歴史

歴 史

- 1977年 健康保険制度導入 → 1979年 6月 保険者団体(医療保険連合会) 診療費審査機構を設置
- 1979年 7月 審査開始、審査の電算化
- 2000. 7月 全国350の医療保険連合会の統合 → 審健康保険審査評価院
- 2004年 レセプト電算化100%達成

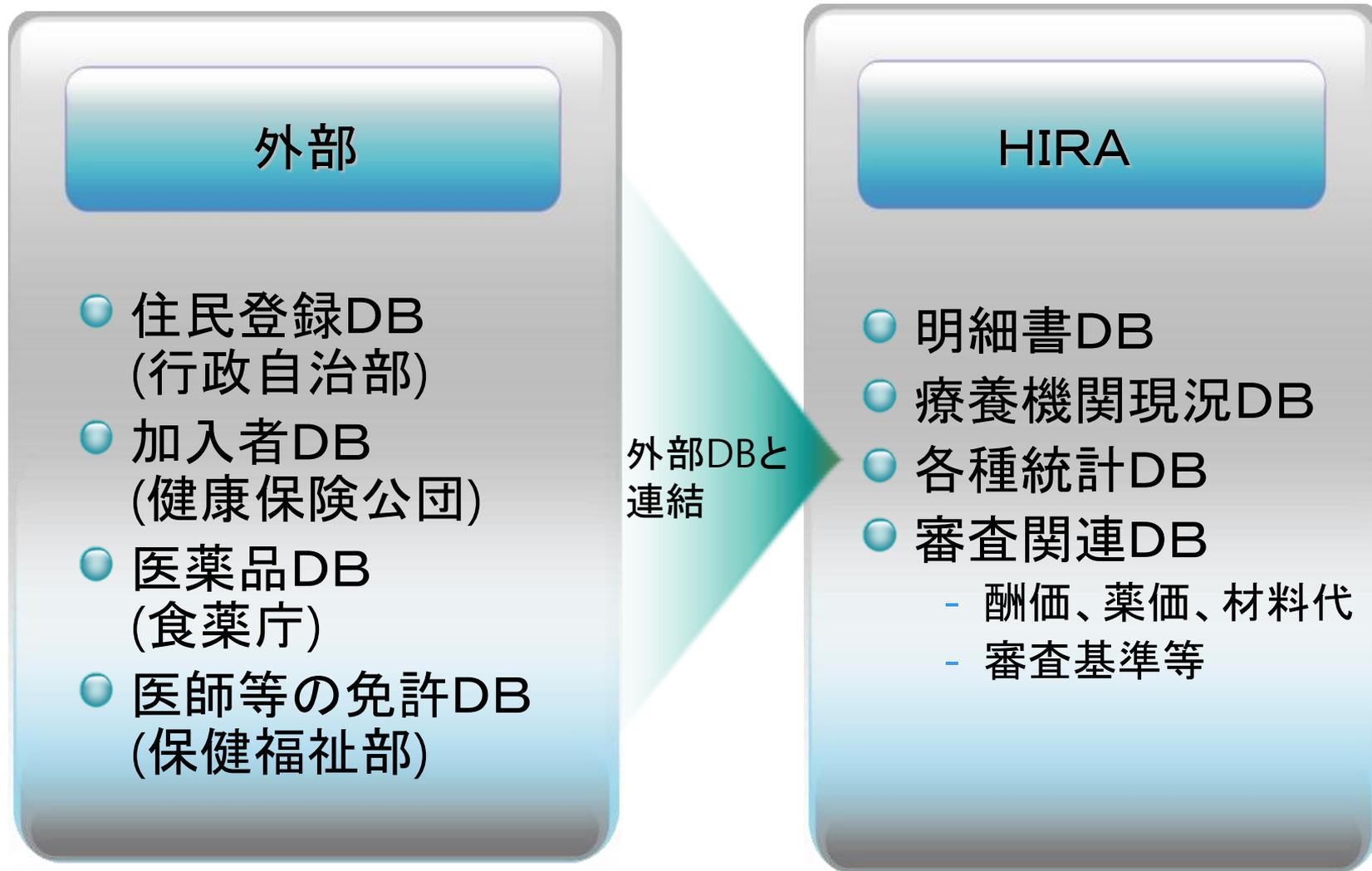
役 割

- レセプト審査(年間10億件)
- 医療の質向上、医療費適正性評価(年間10項目以上)
- 診療報酬・薬価・材料代等の審査管理、支援
- 診療情報処理、S/W 品質検査および指導
 - 保健医療情報統計のHUB、e-HealthのCore 役割遂行

運 営

- 職員数 約1500名、1本部、7支院
- 全体事業費中 IT 部門が50%以上

HIRAのデータベースは外部データベースと連結できる

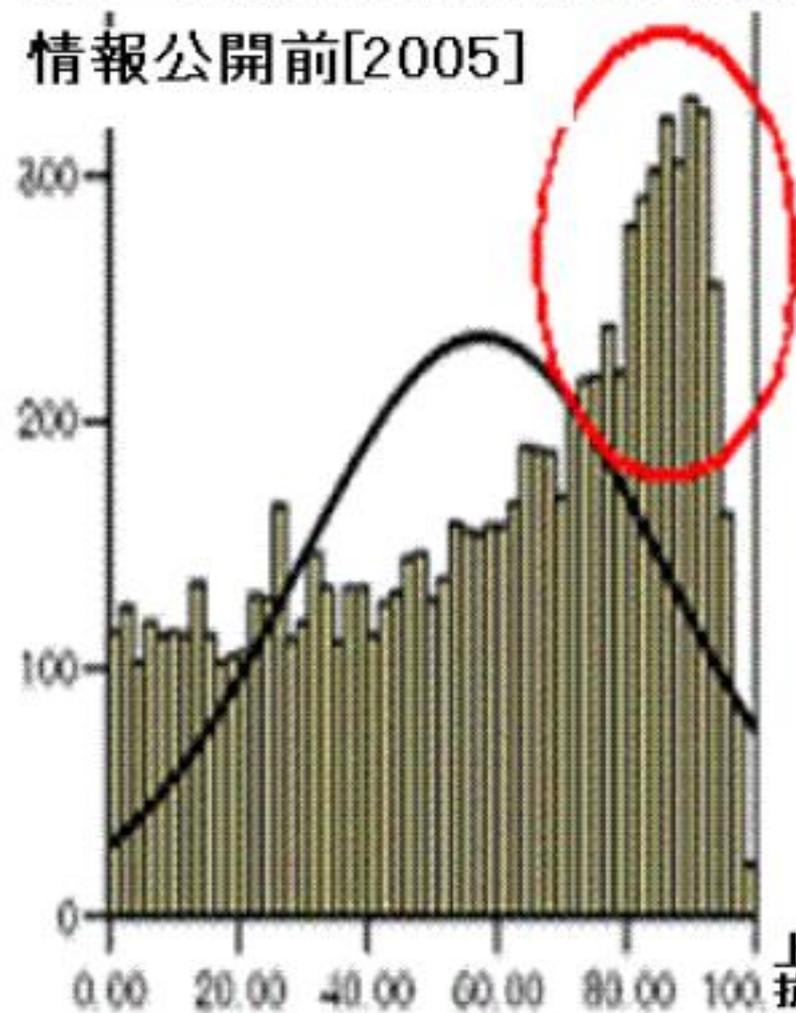


適正医療の評価

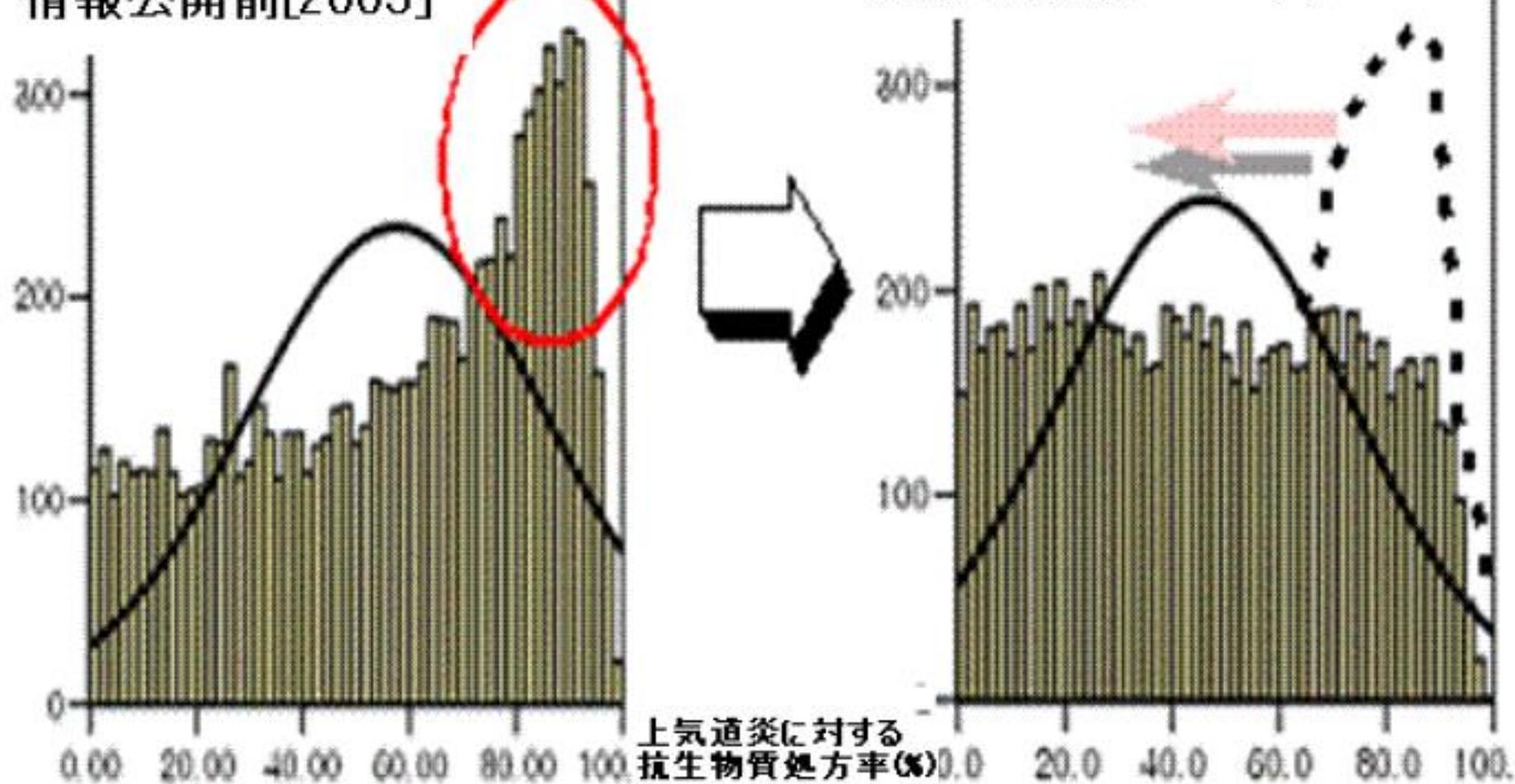
- 上気道感染への抗菌剤の処方率
- 外来における注射剤処方率
- 帝王切開分娩率
- 抗菌剤の適正使用

上気道炎に対する抗生物質処方率別の医療機関数の分布
[韓国健康保険審査評価院による]

情報公開前[2005]



情報公開後[2006年]



上気道炎に対する
抗生物質処方率(%)

適正医療の評価

- ビアーズ基準 (Beer's criteria)
 - 高齢者の薬剤使用に関するガイドライン
 - 2005年の6835万件の処方中876万件(12.8%)がビア-ズ基準による不適切処方であることも判明
- 帝王切開率
 - WHOの推奨値である5~15%の2倍以上と高かった。このため帝王切開分娩率の値を医療機関別に公表することとした。



日本版ビアーズ基準(今井博久先生)

韓国版 P 4 P

2007年からP4Pのパイロットプロジェクト
(HIRA-Value Incentive Program) を
42の急性期病院でスタートさせた

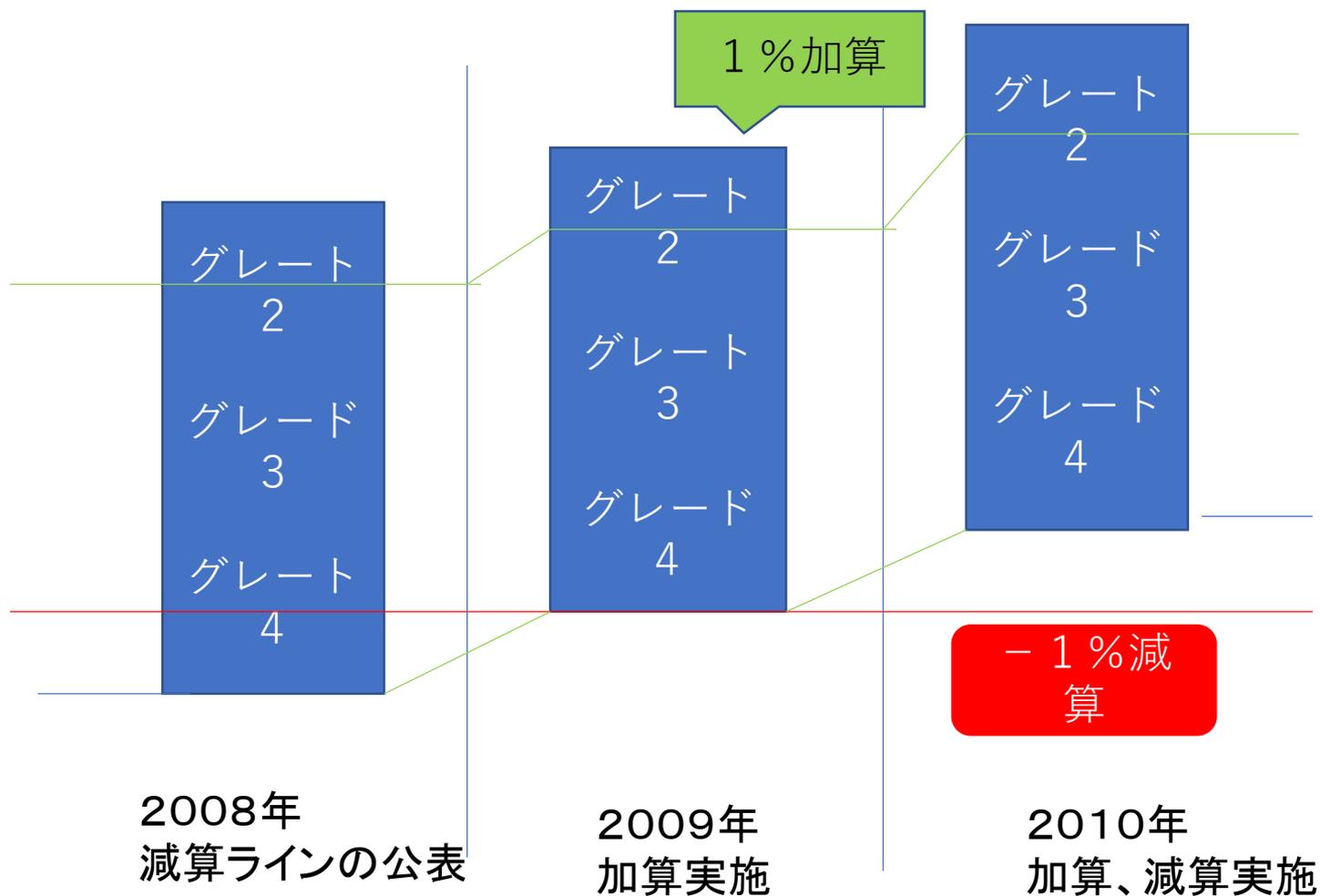
P4Pの定義とは？

- P4P (Pay for Performance)とは高質のヘルスケアサービスの提供に対して経済的インセンティブを、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質のヘルスケアサービスへの改善プロセスを促すことにある。(Institute of Medicine 2006年)
- 主として米国・英国・カナダ・オーストラリアで導入が進んでいる
- 最近では韓国、台湾でも導入された

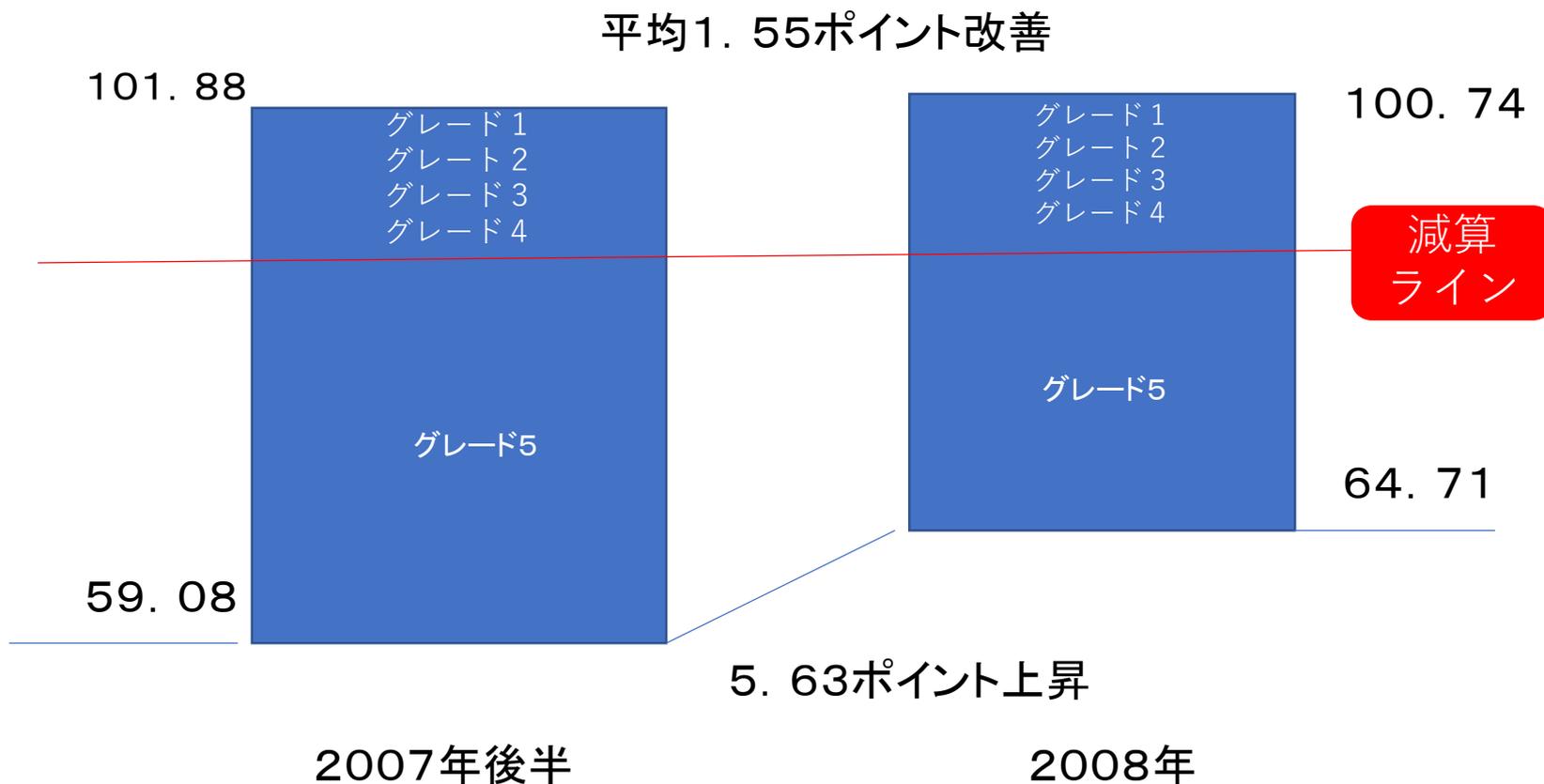
韓国版 P 4 P

- 急性心筋梗塞のガイドライン準拠率
 - 罹患率や死亡率が韓国内で増加していること、先進各国の P 4 P の指標であること
 - 急性心筋梗塞診療件数、PCIまでの時間、入退院時のアスピリンやβブロッカー投与率、入院中死亡率などのガイドライン準拠率を計測
- 帝王切開率
 - 韓国の高い帝王切開率は、情報開示だけでは是正できないとの考えたから
 - リスク調整後の帝王切開率

韓国P4Pの加算・減算方式



韓国版 P 4 P 急性心筋梗塞P4Pスコアの改善

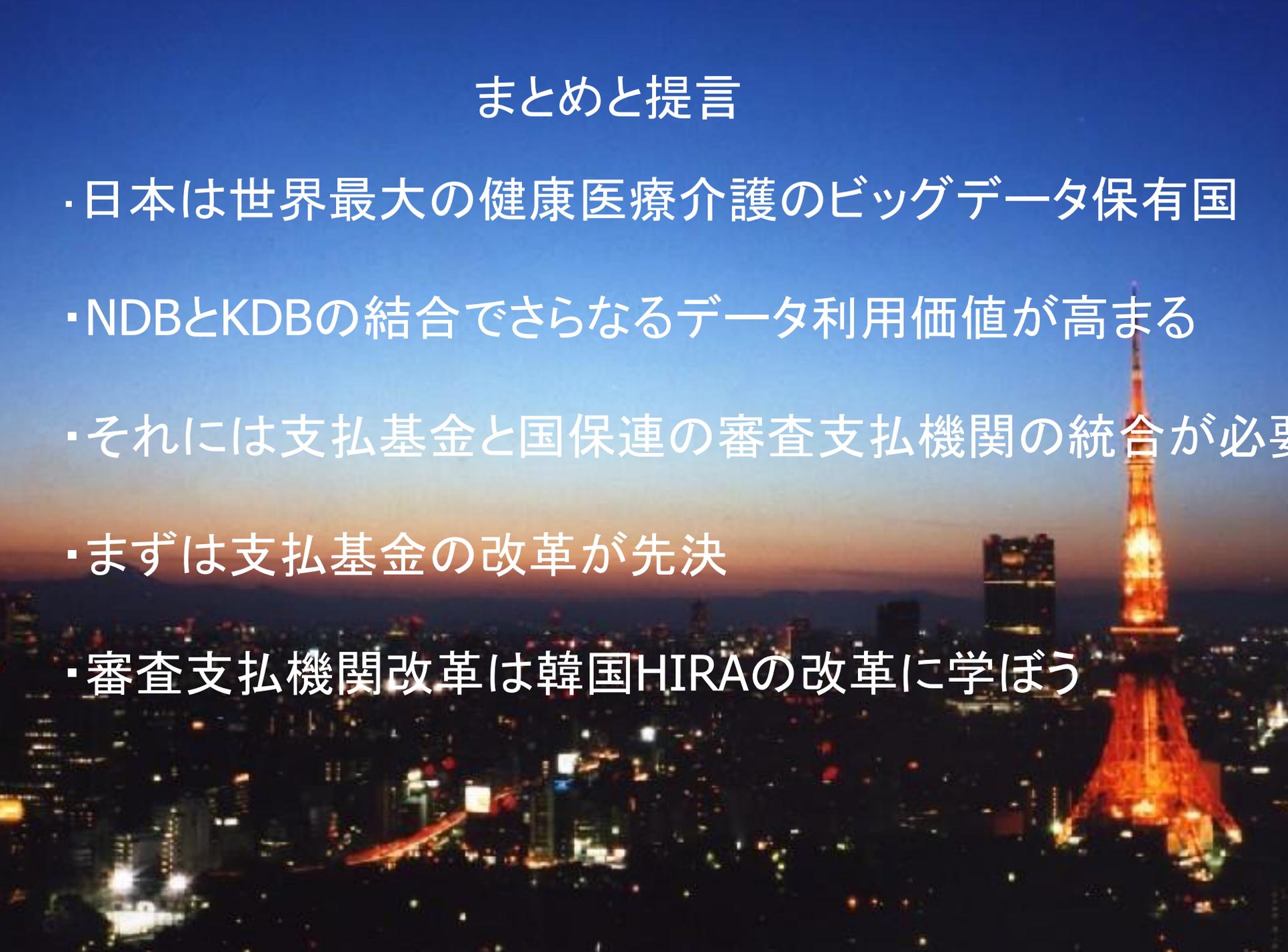


HIRAは最初は日本に学んだ

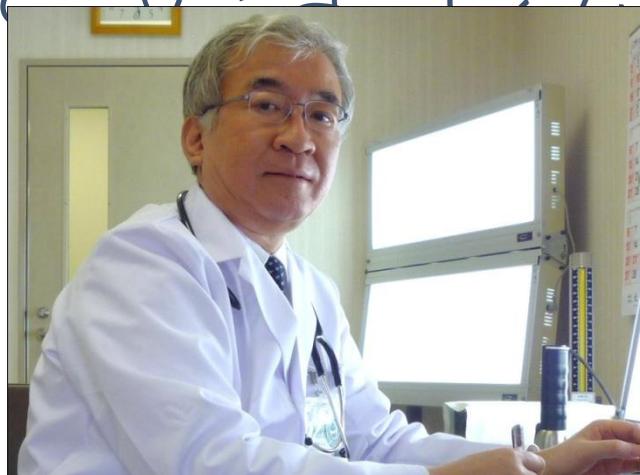
- HIRAは最初は日本から診療報酬制度を学んだ
 - 韓国の診療報酬制度は、その保険料の徴収・支払いシステムや全国一律の点数表などの多くを日本から学んだ
 - しかし、レセプト電子化は日本よりも10年以上も前、2004年に電子化100%を達成した。
 - この電子化を推進したHIRAの職員が言っていたが、彼らはまさに日本でコンピュータ技術を学び、学んだとおりの手法で帰国後、レセプトの電子化を推進したと言っていた
 - 電子化に当たっては、それまでの複雑な点数表をコンピュータ処理に適したように簡素化して、分かりやすいコード設定を行い、二次利活用可能なデータベース構造にした
 - こうした電子化や診療報酬点数表の簡素化等により審査支払業務の改善が飛躍的に図られ、それまで約一ヶ月かかった診療費の支払い期間を、2週間に短縮化することができた。
 - そして審査手数料も日本の約1/6のレセプト一件当たり20円と格段に質向上を、保険者統合とレセプト電子化で一挙に成し遂げた。

まとめと提言

- ・日本は世界最大の健康医療介護のビッグデータ保有国
- ・NDBとKDBの結合でさらなるデータ利用価値が高まる
- ・それには支払基金と国保連の審査支払機関の統合が必要
- ・まずは支払基金の改革が先決
- ・審査支払機関改革は韓国HIRAの改革に学ぼう



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
gt2m-mtu@asahi-net.or.jp