



医療介護DX研究会
規制改革推進会議と
支払い基金改革

社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役
よこすか地域包括ケア推進センター長
武藤正樹

横浜

鎌倉

逗子・葉山海岸



油壺マリンパーク



衣笠病院



戦艦三笠

三浦半島



ベリー公園

目次

- パート 1
 - 規制改革推進会議
- パート 2
 - 支払基金改革
- パート 3
 - データヘルス活用推進計画
- パート 4
 - 韓国の支払い基金改革、HIRAの現状



パート1 規制改革推進会議



河野太郎
規制改革担当大臣

規制改革推進会議の初会合(2019年10月31日、首相官邸)

内閣府の規制改革推進会議とは？



規制改革推進会議（内閣府）
議長・小林喜光
（三菱ケミカルホールディングス会長）

- 規制改革推進会議とは、経済社会の構造改革を進める上で必要な規制の在り方、とくに情報通信技術（ICT）の活用その他、手続の簡素化による規制の在り方の改革に関して調査審議する会議
- 内閣総理大臣の諮問機関
 - 成長戦略WG
 - 雇用・人づくりWG
 - 投資等WG
 - 医療・介護WG
 - 農林・水産WG
 - デジタルガバメントWG

医療・介護ワーキンググループ

・ 医療・介護ワーキンググループ委員

・ 座長 大石佳能子

- ・ (株)メデイヴァ社長
- ・ 印南一路
 - ・ 慶應義塾大学総合政策学部教授
- ・ 高橋政代
 - ・ 株式会社ビジョンケア代表取締役社長
- ・ 武藤正樹
 - ・ 日本医療伝道会衣笠病院グループ相談役
- ・ 安田純子
 - ・ PwCコンサルティング合同会社シニアマネージャー



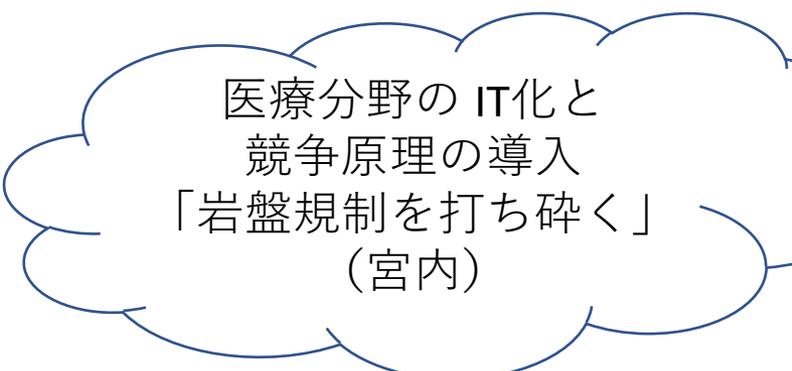
・ 医療・介護WGの重点課題

- ・ 医療・介護関係職のタスクシフト
- ・ 介護サービスの生産性向上
- ・ 保険外医薬品（スイッチOTC等）選択肢の拡大
- ・ オンライン診療など
- ・ 支払基金改革

年代	内閣	名称	座長等
1983年	中曽根内閣	臨時行政改革推進審議議会規制緩和分科会	土光敏夫
1988年	竹下内閣	行政改革推進会議	大槻文平
1993年	細川内閣	(經濟改革研究会)	平岩外四
1994年	細川内閣	行政改革委員会	飯田庸太郎
1995年	村山内閣	行政改革委員会規制緩和小委員会	竹中和夫
1996年	橋本内閣	規制緩和小委員会	宮内義彦
1998年	橋本内閣	行政改革推進本部・規制緩和委員会	宮内義彦
1999年	小渕内閣	行政改革推進本部・規制改革委員会	宮内義彦
2001年	第一次小泉内閣	総合規制改革会議	宮内義彦
2004年	第二次小泉内閣	規制改革・民間開放推進会議	宮内義彦
2007年	第一次安倍内閣	規制改革会議	草刈隆郎
2013年	第二次安倍内閣	規制改革会議	岡素之
2016年	第二次安倍内閣	規制改革推進会議	太田弘子
2020年	第二次安倍内閣	規制改革推進会議	小林喜光

総合規制改革会議の第一次答申 (2001年小泉内閣)

- ①医療情報の開示
- ②IT化推進
 - レセプトオンライン申請
- ③保険者機能の強化
 - 保険者による直接審査
- ④診療報酬体系の見直し
 - 包括支払い制 (DRG)、中医協見直し
- ⑤医療分野における経営の近代化・効率化
 - 株式会社による医療経営
- ⑥その他
 - 一般用医薬品のコンビニ販売
 - 一般用医薬品のネット通販



医療分野のIT化と
競争原理の導入
「岩盤規制を打ち砕く」
(宮内)

保険者による直接審査を提言

総合規制改革会議（2001年小泉内閣）

- 保険者自らが行う直接審査を提言。
 - 健康保険法「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、審査の上、支払うものとする」と保険者の直接審査を認めている。
 - しかし戦後まもなく健康保険組合がスタートした1948年直後から厚生省は支払基金という特殊法人を発足させた。
 - 当時の厚生省はこの法人に審査・支払の業務を一手に請け負わせるとし、1948年の保険局長通知で健康保険法における保険者による直接審査を事実上、塩漬けにしていた。
- 総合規制改革会議の2001年答申
 - 各保険者が被保険者のエージェント（代理人）として、保険者自らがレセプトの審査・支払を通じて保険者機能を発揮することとして、以下の複数の選択肢を提示し、審査・支払いにおける市場の競争性を高めることを求めた。
 - ①保険者自らが審査・支払いを行う（直接審査）
 - 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

日本医師会が反対

- 日本医師会が反対

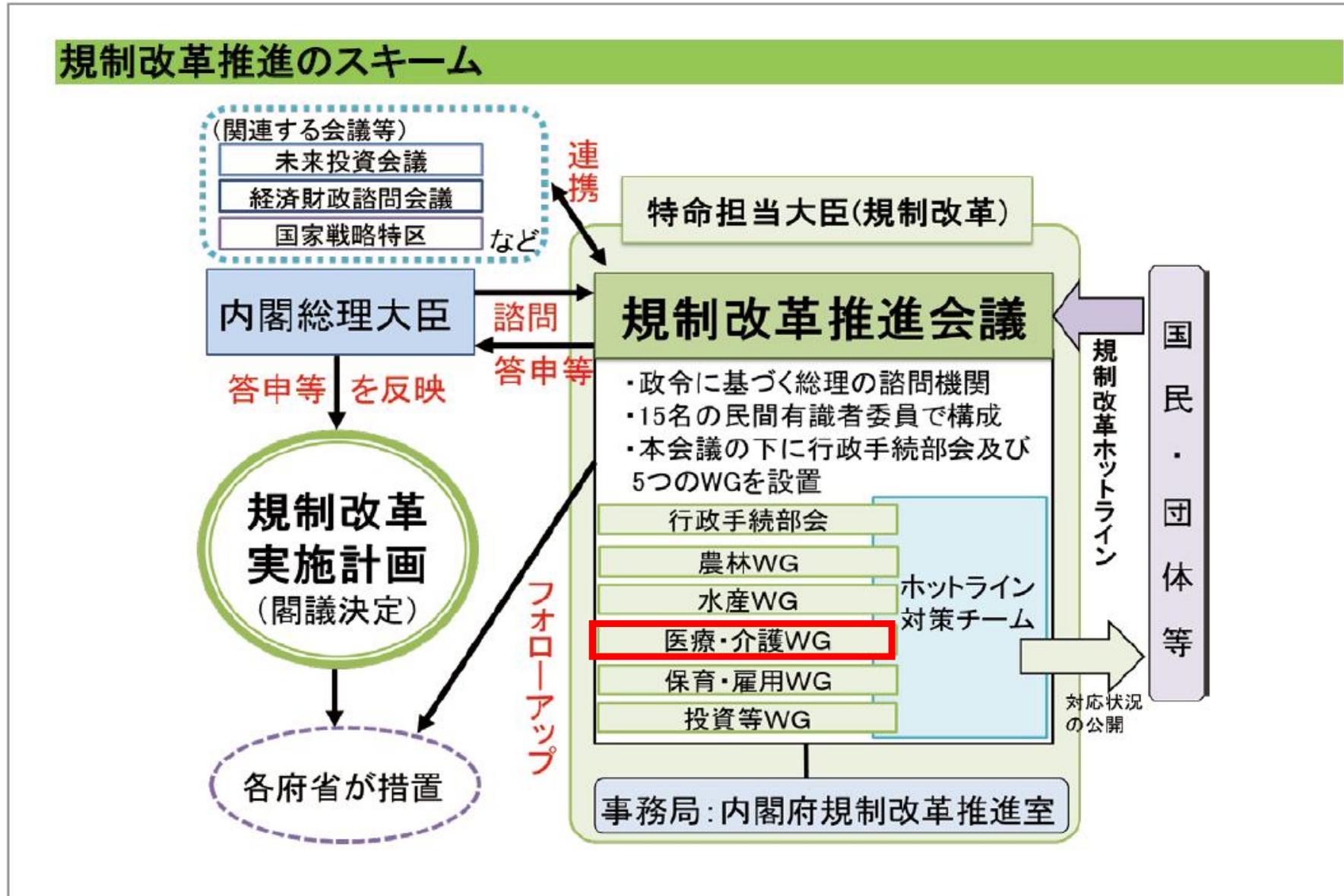
- 審査を受けるのは支払基金という公法人であればよいが、支払の当事者である保険者ではいやだというのが医師会の本音だった。

- 総合規制改革会議の答申「保険者による直接審査」は骨抜きに

- 審査・支払いには医療機関との合意が必要
 - このため現状では従来通りの支払基金への委託が主流で、保険者の直接審査は大手保険組合が行う二次審査に留まり、民間への委託は極めて例外的で少ない件数となっている。
 - なお調剤レセプトの直接審査については現在22の健保組合が実施している。

年代	内閣	名称	座長等
1983年	中曽根内閣	臨時行政改革推進審議議会規制緩和分科会	土光敏夫
1988年	竹下内閣	行政改革推進会議	大槻文平
1993年	細川内閣	(經濟改革研究会)	平岩外四
1994年	細川内閣	行政改革委員会	飯田庸太郎
1995年	村山内閣	行政改革委員会規制緩和小委員会	竹中和夫
1996年	橋本内閣	規制緩和小委員会	宮内義彦
1998年	橋本内閣	行政改革推進本部・規制緩和委員会	宮内義彦
1999年	小渕内閣	行政改革推進本部・規制改革委員会	宮内義彦
2001年	第一次小泉内閣	総合規制改革会議	宮内義彦
2004年	第二次小泉内閣	規制改革・民間開放推進会議	宮内義彦
2007年	第一次安倍内閣	規制改革会議	草刈隆郎
2013年	第二次安倍内閣	規制改革会議	岡素之
2016年	第二次安倍内閣	規制改革推進会議	太田弘子
2020年	第二次安倍内閣	規制改革推進会議	小林喜光

図2 規制改革推進のスキーム



規制改革推進会議答申

2021年6月1日

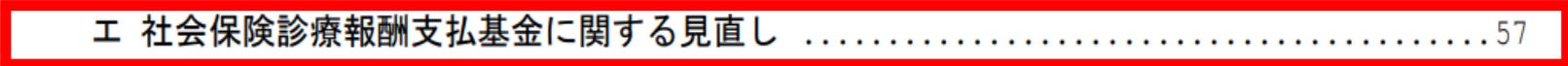


規制改革推進に関する答申
— 予見社会に向けた規制改革の「案別」 —

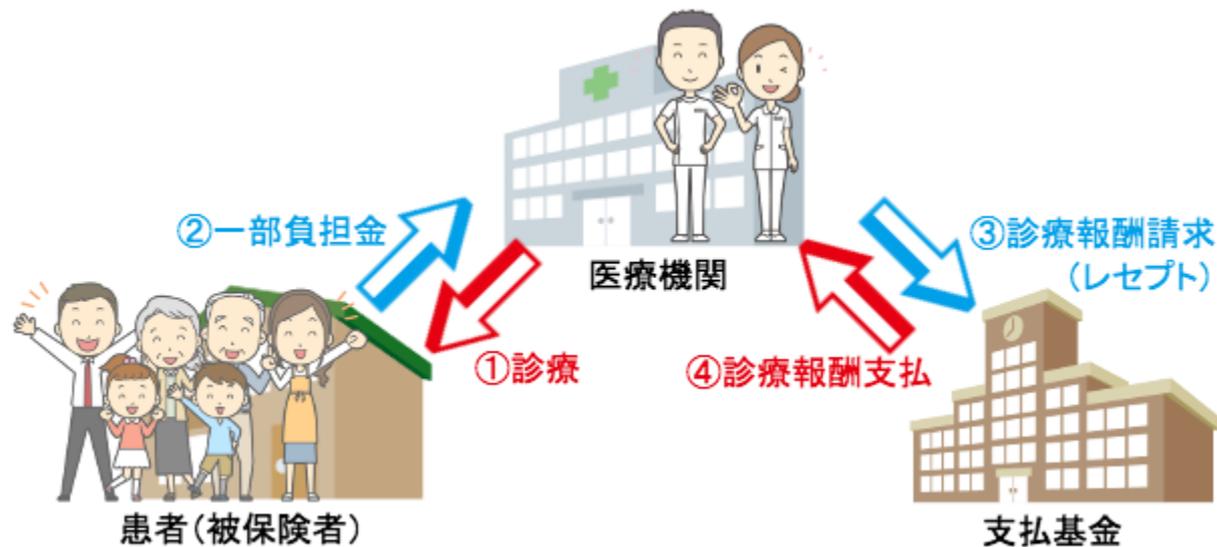
令和三年六月一日
規制改革推進会議

4. 医療・介護ワーキング・グループ	49
(1) 医療分野におけるDX化の促進	49
ア 医療分野における電子認証手段の見直し	50
イ 治験の仕組みの円滑化	50
ウ 患者の医療情報アクセス円滑化	50
(2) 医薬品・医療機器提供方法の柔軟化・低コスト化	51
ア 一般用医薬品販売規制の見直し	51
イ 中古医療機器売買の円滑化	51
ウ 単回使用医療機器再製造品の普及	51
エ 調剤業務の効率化	51
(3) 最先端の医療機器の開発・導入の促進	52
(4) 医療・介護分野における生産性向上	54
ア 産業医の常駐及び兼務条件の緩和	54
イ デジタル化の進展等に対応するための歯科技工業務の見直し	55
ウ 介護サービスの生産性向上	55
(5) オンライン診療・オンライン服薬指導の普及	55
(6) 重点的にフォローアップに取り組んだ事項	56
ア 医療・介護関係職のタスクシフト	56
イ 介護サービスの生産性向上	56
ウ 一般用医薬品（スイッチOTC）選択肢の拡大	57
エ 社会保険診療報酬支払基金に関する見直し	57

2021年6月1日
答申

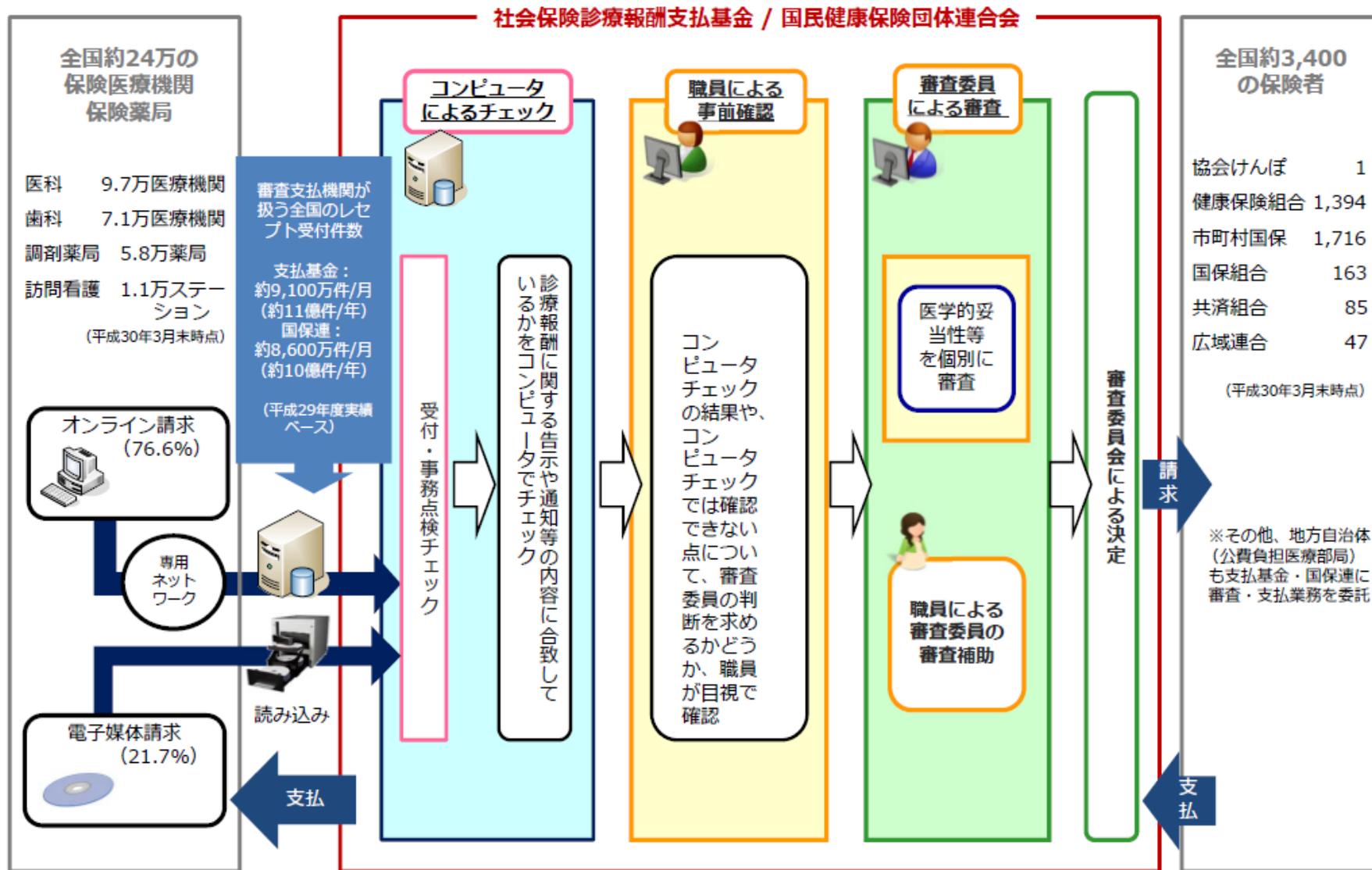


パート2 支払基金改革



	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険連合会
設立根拠	民間法人（社会保険診療報酬支払基金法）	公法人（国民健康保険法）
法人の性格	役員は保険者、被保険者、診療担当者、公益の4者構成で、保険者から独立した中立的組織	保険者（市町村など）が共同して設立した保険者団体
主な業務	健康保険、公費負担医療費などの審査支払	診療報酬の審査支払事務のほか保険者の共同事業など
組織	本部（東京都）、47都道府県に支部	都道府県ごとに設立された47団体
職員数	4200人（2019年）	5100人（2019年）
レセプト件数	11.2億件（2018年）	10.2億件（2018年）
支払金額	12兆5336億円（2018年）	24兆2213億円（2018年）

参考：診療報酬の請求から審査支払までの流れ



※平成30年3月診療分に係る支払基金への請求状況(件数ベース)である。

健保連ヒアリング 規制改革推進会議（2017年3月）

- 2017年3月の規制改革推進会議のヒアリングで健康保険組合連合会が以下のような支払基金の課題を提起した。
 - ①コンピュータによる審査が必ずしも十分に行われていない
 - たとえばコンピュータによるチェックに関しては、9割の請求は保険診療ルール内で行われていてコンピュータチェックですむという。
 - 残り1割が保険診療ルールを越えていて医師の裁量が問われる。
 - それを現状ではコンピュータチェックで点検済のものまで事務職員が改めて見直し点検している。
 - さらに大手の健康保険組合では支払基金が審査したレセプトを改めて点検業者に委託して二次審査までしてコストをかけている。

健保連ヒアリング

規制改革推進会議（2017年3月）

- ②「47都道府県に支部によってローカルルールがあり、必ずしも統一した審査が行われてない」
 - 2015年度の都道府県支部別の現審査査定割合をみると以下のようなものである。
 - 査定割合トップの大阪府は4.8%であるのに対して最下位の富山県は1.2%で、その格差は4倍に達する。
 - 査定点数全体のうち再審査で認められた割合のトップは茨城県で30.0%に対し最下位の石川県では11.7%でその差は2.5倍だ。
 - 「糖尿病の疑い病名で毎月HbA1C 1の検査を行うのは過剰ではないか？」に対して、「A県では査定率71.1%であるのに対してC県では9.6%と低いのはなぜか？」など、支部間の差異を地域による患者差異だけでは説明することが出来ない「不合理な差異」問題が指摘されている（図表3）。

【参考—支部間差異の現状】

▽都道府県別請求点数に占める原審査査定点数の割合(支払基金・平成27年5月～平成28年4月審査分)

上位	都道府県	割合(%)	下位	都道府県	割合(%)
1	大阪府	4.8	1	富山県	1.2
2	福岡県	4.7	2	秋田県	1.2
3	和歌山県	3.9	3	岐阜県	1.3

▽都道府県別査定点数全体のうち再審査で認められた割合(同上)

上位	都道府県	割合(%)	下位	都道府県	割合(%)
1	茨城県	30.0	1	石川県	11.7
2	栃木県	28.4	2	徳島県	11.8
3	秋田県	27.8	3	兵庫県	12.7

▽支払基金支部によって判断が分かれた事例(健保連京都連合会の調査事例より)

※連合会傘下の健康保険組合約2年分の再審査請求レセプトを疑義内容、結果、都道府県別に分析

(再審査請求内容)病名「糖尿病の疑い」で、毎月HbA1Cの検査を行うことは過剰ではないか？



(査定結果) A県 45件中32件が査定 (査定率71.1%)
 B県 48件中12件が査定 (査定率25.0%)
 C県 83件中8件が査定 (査定率9.6%)
 全国計 288件中65件が査定 (査定率22.6%)

健保連ヒアリング

規制改革推進会議（2017年3月）

- ③「そもそも審査基準が公開されていない」。
 - この支部間差異の解決のために健康保険連合会
 - 「支部機能を地域ブロック単位に集約する」
 - 「支部間差異の見える化と要因分析を通じて、ローカルルールの統一化と最終的にはその廃止」
 - 「コンピューター・チェックの精度向上」
 - 「査定基準を保険者と医療機関への公開」
 - 以上を健康保険組合連合会は要望している。

2017年規制改革推進会議



•2017年4月、規制改革推進会議（議長：太田弘子政策研究大学院大学教授）

•「社会保険診療報酬支払基金の見直しに関する意見」

•支払基金が2021年度に予定しているコンピュータシステムの刷新を「改革のラストチャンス」と位置づけ、そしてその都道府県支部の「集約化・統合化」を進める

•規制改革会議の意見は、2021年のコンピュータシステムの刷新に当たり、「すべての業務を見直し、業務を構成する作業ごとにコスト、時間等の削減目標を設定し、抜本的な効率化を目指すべき」と明記

•そして支払基金が担っている業務を機能ごとに分解し、標準的な方式で組み合わせ、最適な全体システムを作り上げていく「モジュール化」の採用を強調している。

•モジュール化とはレセプトの受付、審査、支払などの業務単位ごとシステム設計を行う方式だ。これにより、委託元である保険者自身がその機能を自ら処理するなど、委託範囲を適切に精査でき、より効率の高いシステムに進化させることができるとしている。

2018年規制改革推進会議答申



- 2018年6月、規制改革推進会議（太田弘子議長）第3次答申
 - 「支払基金の都道府県支部の存在が、いわゆる『レセプト審査における地方ルール』などを生み、非効率を招いている」
 - 「診療報酬の審査については、レセプトの電子化がほぼ完了しているにもかかわらず、ICTを活用した業務の効率化や合理化が進んでいない。」
 - 依然として47の全都道府県に支部等を置き、人手による非効率な業務運営が継続しており、審査における判断基準の明確化や統一性の確保が十分でない。
 - 皆保険制度維持のためには、ICTを活用した業務の効率化や合理化を徹底し、審査における判断基準の明確化や統一性の確保に向けた改革を加速させる必要がある

社会保険支払報酬支払基金法 改正（2019年5月）

- 2019年5月、厚労省は健保法等改正案の一環として、社会保険診療報酬支払基金法の見直しを行った
 - ①現行法上の支部の都道府県必置規定を廃止し、支部長が担っている権限を本部に集約することで、本部によるガバナンスを強化する、
 - ②支払基金職員によるレセプト事務点検業務の実施場所を「全国10か所程度の審査事務センター」（仮称）に順次集約していく、
 - ③現在、47の都道府県支部に設置されている審査委員会を、本部のもとに設置。ただし、「地域医療の特性」等を踏まえ、設置場所はこれまでと同様47都道府県とするとし、効果的かつ効率的な審査の実現を目指すとした。

審査支払機関の機能の強化(社会保険診療報酬支払基金法の改正①)

6. 審査支払機関の機能の強化(社会保険診療報酬支払基金法の改正①)

※ 規制改革実施計画(平成30年6月15日閣議決定)においては、「支部の最大限の集約化・統合化の実現」を前提に集約化の在り方を検証し、それを踏まえた法案提出を行う(平成31年措置)こととされている。

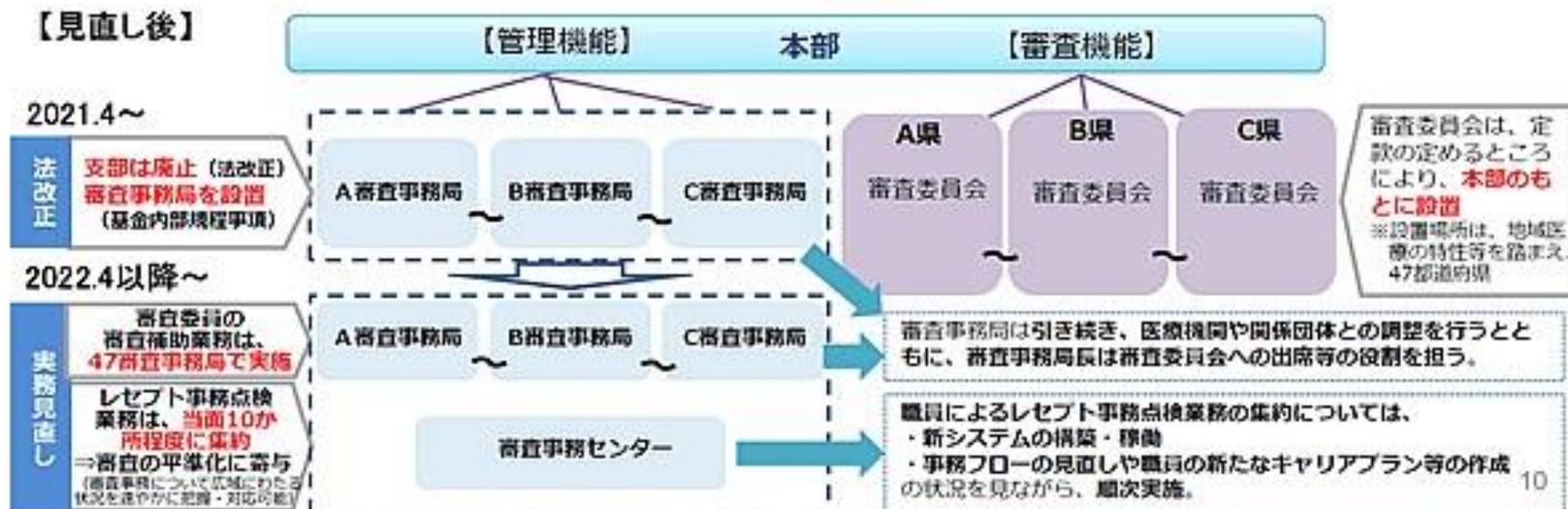
- ① 支部長が担っている権限を本部に集約し、本部によるガバナンスを強化【法改正事項：2021年4月1日施行】
 - ・現行法上の支部の都道府県必置規定を廃止【法改正事項】
 - ※本部の事務執行機関(権限は理事長から委任)としての審査事務局(仮称)を設置【基金内部規程事項】
- ② 職員によるレセプト事務点検業務の実施場所を全国10か所程度の審査事務センター(仮称)に順次集約【基金内部規程事項：2022年4月以降～】

⇒ 審査結果の不合理な差異の解消に向けた取組を加速
- ③ 審査委員会は、本部のもとに設置(現行は支部のもとに設置)【法改正事項】
 - ・地域医療の特性等を踏まえ、設置場所はこれまで同様、47都道府県【基金内部規程事項】
 - ・審査委員の審査補助業務は47の審査事務局で実施

【現行】



【見直し後】



2021年6月規制改革推進会議 答申

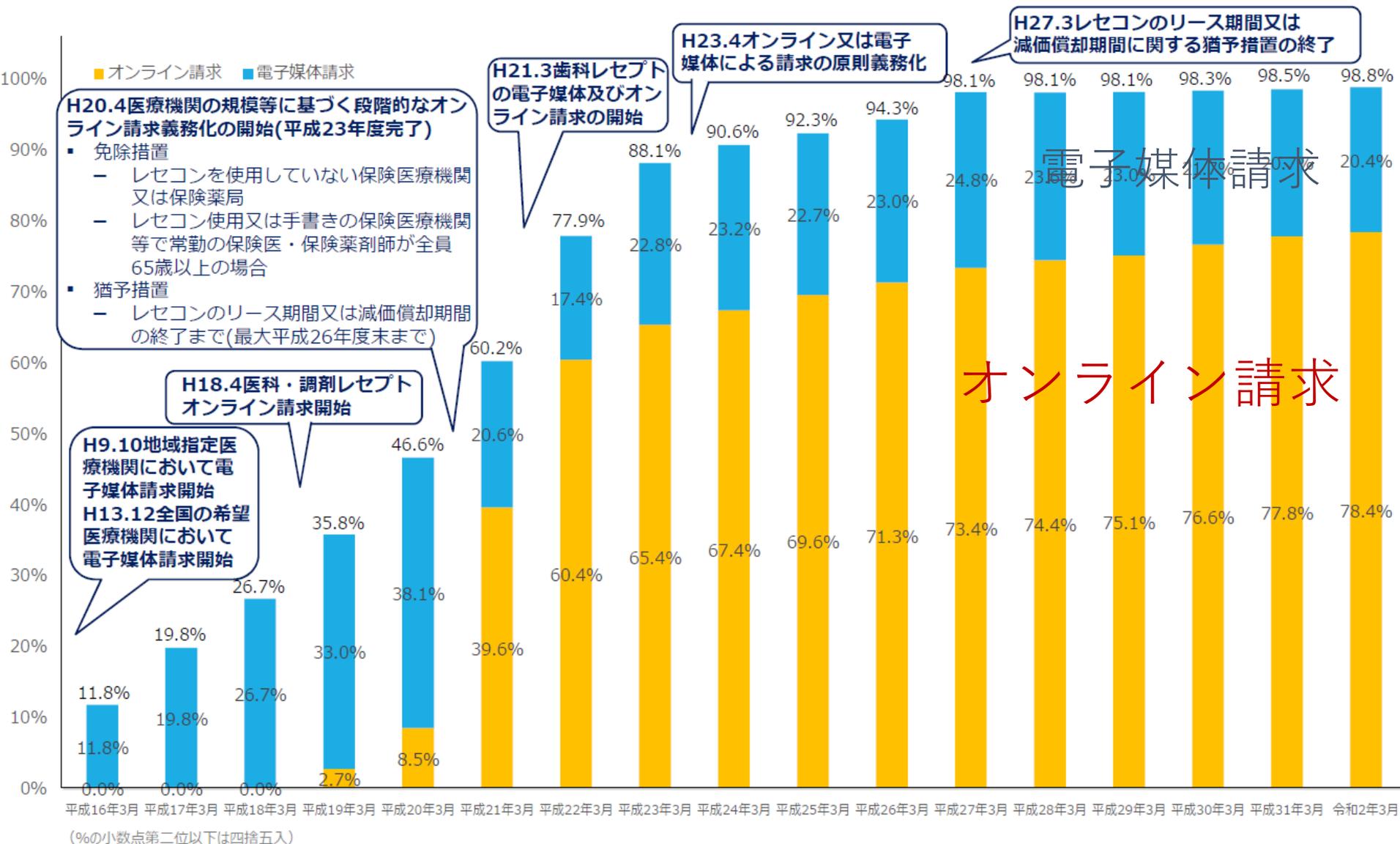


- 社会保険診療報酬支払基金に関する見直し
 - 審査支払新システムの稼働（2021年9月予定）に向けた進捗状況や、国民健康保険中央会等も含めた審査支払機能の在り方に係る検討状況を中心にフォローアップを行い、規制改革実施計画どおりの進捗を確認した。
 - 当該新システムの稼働後2年以内には「レセプトの9割程度をコンピュータチェックで完結する」等の目標が掲げられているところであり、引き続きその達成状況について注視していく必要がある。
 - あわせて、国民健康保険中央会等も含めた審査支払機能の在り方についても、2024年予定の国保総合システムの更改に向けた工程が示されている
 - 支払基金、国保連合の審査基準の統一化、審査支払システムの整合的かつ効率的な運用の実現に向けて引き続きフォローアップを行っていく。

社会保険診療報酬支払基金の審査事務 集約化に向けた取組と今後の課題

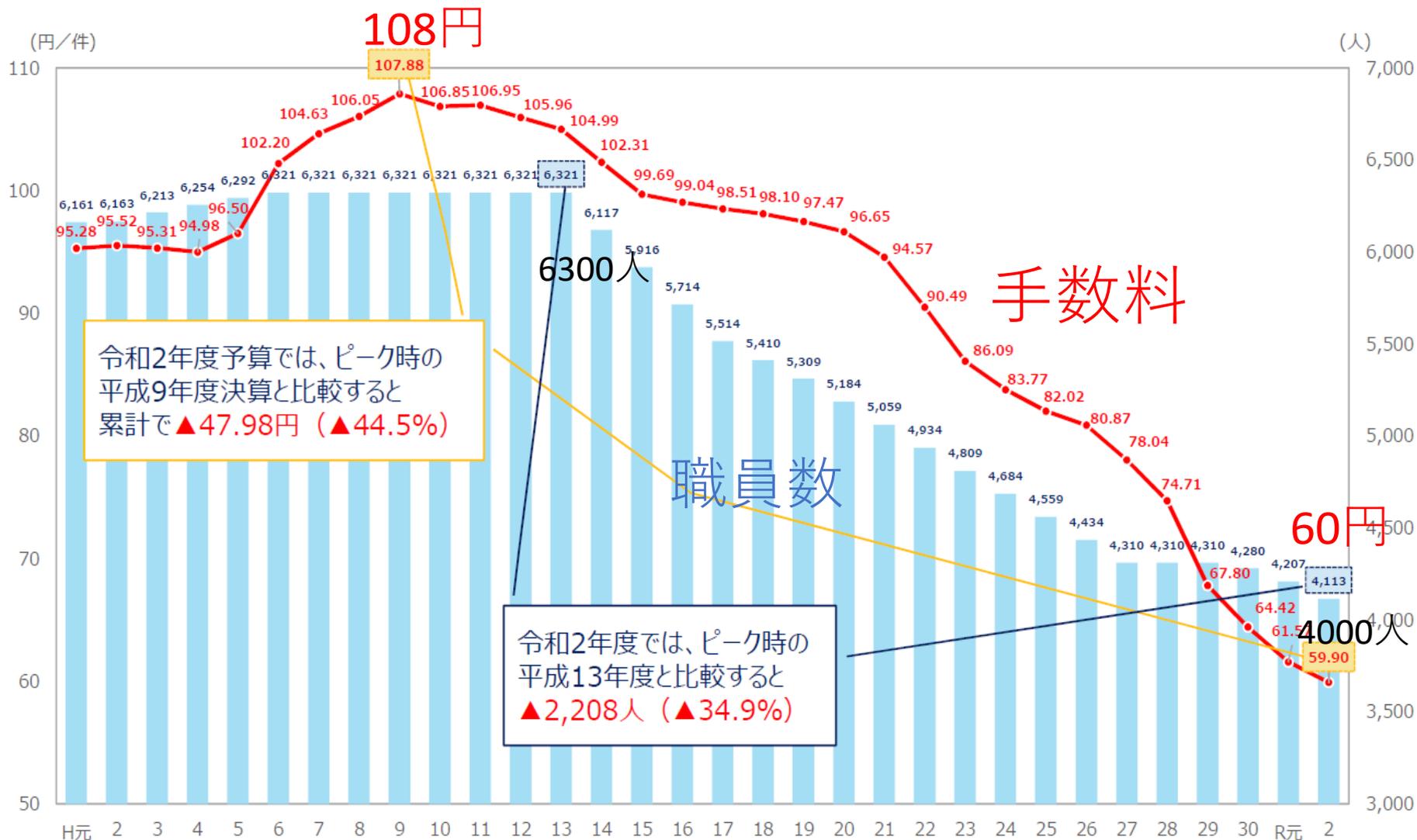
2020年
令和2年10月9日

(参考) 原審査における電子レセプト請求普及状況の推移



※ 平成19年度以前は医療機関からの受付件数(医科・歯科・調剤)、平成19年度以降は保険者への請求件数(医科・歯科・調剤)

(参考) 年度別審査支払手数料及び職員定員の推移



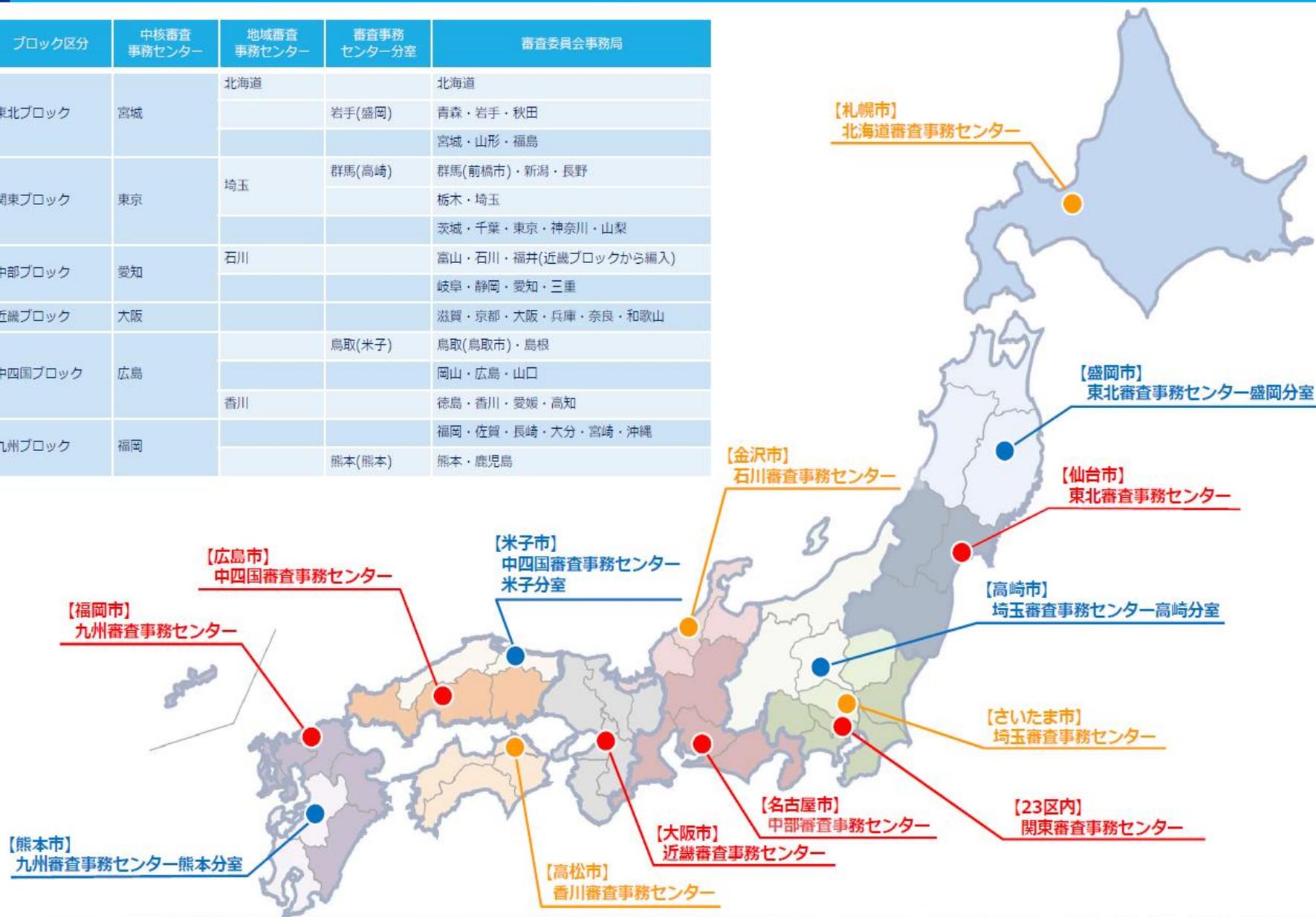
令和2年度予算では、ピーク時の平成9年度決算と比較すると累計で▲47.98円 (▲44.5%)

令和2年度では、ピーク時の平成13年度と比較すると▲2,208人 (▲34.9%)

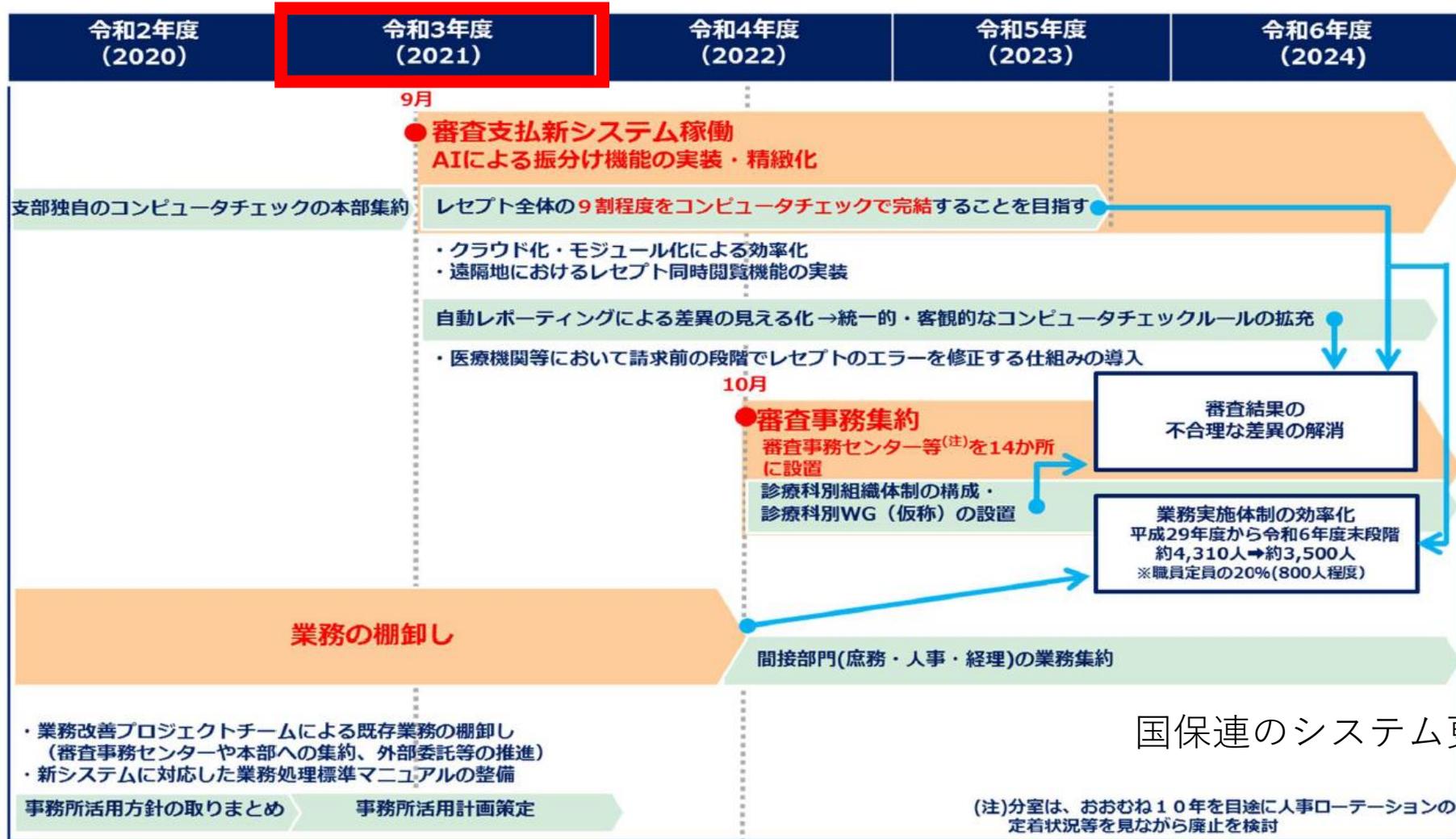
※1 令和元年度以前は決算、令和2年度は予算である
 ※2 平成元年度からは消費税3%相当分、平成9年度からは消費税5%相当分、平成26年度からは消費税8%相当分、令和元年度は9月までは消費税8%、10月以降は10%相当分を含む
 ※3 職員定員は一般会計分である

(参考) 審査事務センターの設置場所

ブロック区分	中核審査事務センター	地域審査事務センター	審査事務センター分室	審査委員会事務局
東北ブロック	宮城	北海道		北海道
			岩手(盛岡)	青森・岩手・秋田
				宮城・山形・福島
関東ブロック	東京	埼玉	群馬(高崎)	群馬(前橋市)・新潟・長野
				栃木・埼玉
				茨城・千葉・東京・神奈川・山梨
中部ブロック	愛知	石川		富山・石川・福井(近畿ブロックから編入)
近畿ブロック	大阪			岐阜・静岡・愛知・三重
中四国ブロック	広島		鳥取(米子)	鳥取(鳥取市)・島根
				岡山・広島・山口
		香川		徳島・香川・愛媛・高知
九州ブロック	福岡			福岡・佐賀・長崎・大分・宮崎・沖縄
			熊本(熊本)	熊本・鹿児島

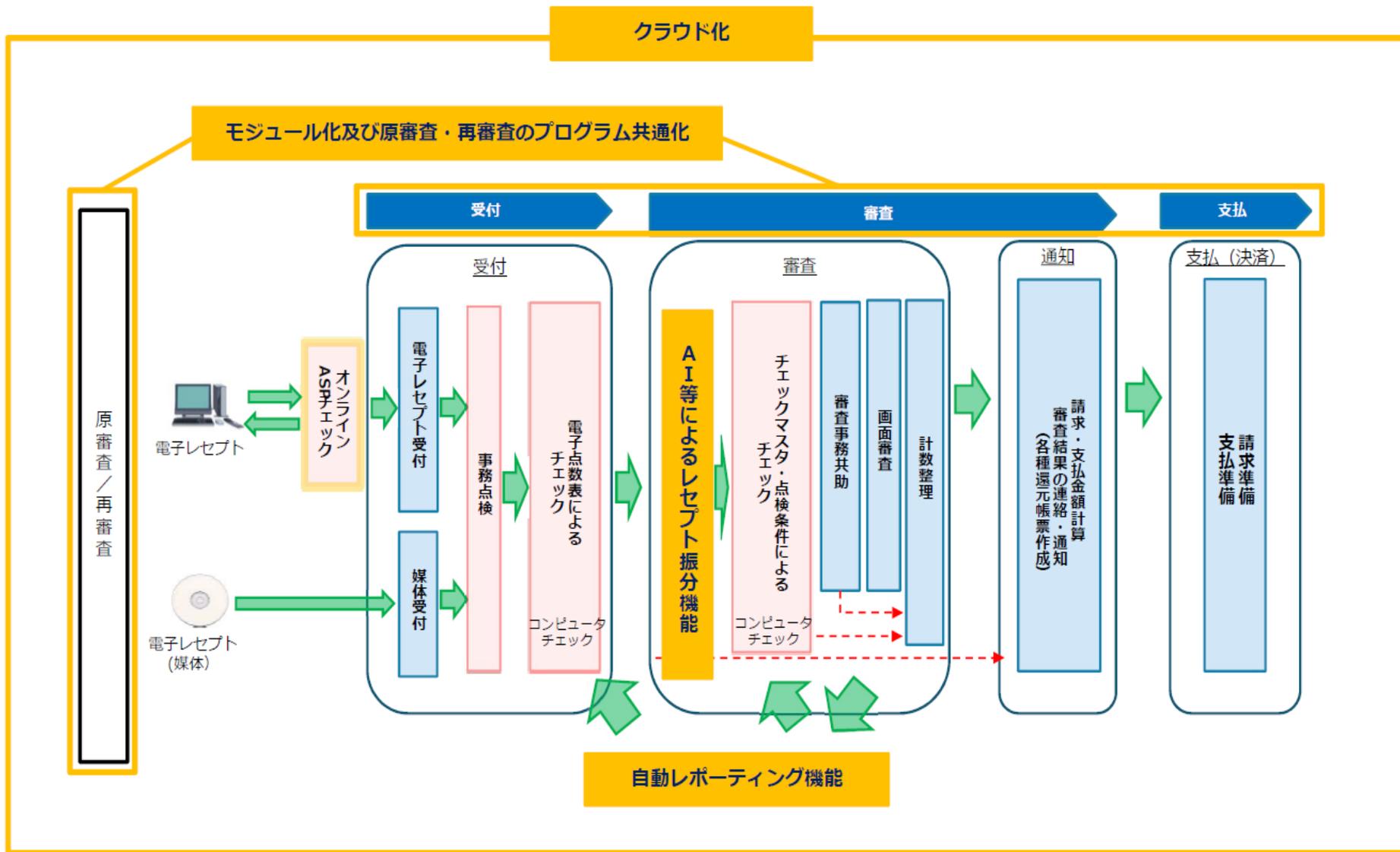


(参考) 審査事務集約化計画工程表



国保連のシステム更新

(参考) 審査支払新システムの構成



II-2 審査支払新システムの構築

(2) AIを活用したレセプトの振分

概要

「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日公表）

- 審査支払新システムでは、AIにより、人による審査を必要とするレセプトと必要としないレセプトへの振分け機能を実装し、その精緻化を図り、新システムの稼働後2年以内にはレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックで完結することを目指す。

取組方針等

取組方針

- 基本的には、人による審査を必要としないレセプトはコンピュータチェックで完結
- 人による審査を必要としないレセプトについても、審査委員会からの要請に応じて審査可能な仕組みとし、審査精度の維持、審査の信頼性確保を図る
- AIについては、以下の2つの手法（MinhashとXgboost）を組み合わせ活用
 - ⇒Minhashにより、過去レセプトを類型化し、査定率を判定して振分け
 - ⇒過去に同じ請求内容が存在しないレセプトに対し、Xgboostにより査定率を判定して振分け
- 新システム稼働後2年以内（令和5年9月）までにコンピュータチェックにより9割完結（稼働時8割、1年後8.5割、2年後9割を目指す）

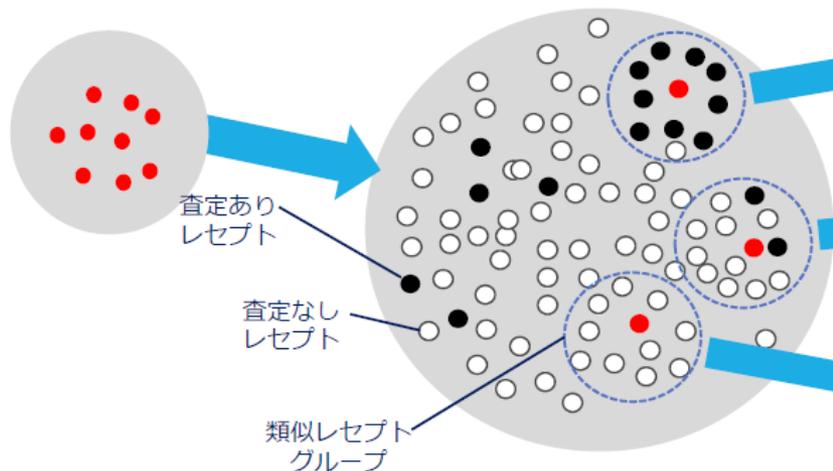
(参考) AIによるレセプト振分機能 (Minhash、Xgboost) の導入

minhashによる判定の仕組み (レセプト類型化、査定率判定の方法)

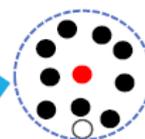
①類似レセプトグループ作成

受付レセプト
(例：2021年9月)

過去レセプト (事前処理)
(例：2020年8月～2021年7月)

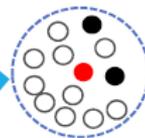


②グループ毎 査定率判定



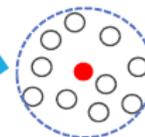
過去レセプトの査定率 高

⇒ 人による審査へ



過去レセプトの査定率 低

⇒ チェックマスタ・点検条件にかけ、
→チェックに該当した場合、人による審査へ
→チェックに該当しなかった場合、請求支払へ



過去レセプト査定なし

⇒ 人による審査を経ることなく請求支払へ

類似レセプトグループ作成

受付レセプトを1件ずつ過去レセプトのグループと突き合わせ、受付レセプトの内容(傷病名、診療行為、医薬品など)と同一の過去レセプトのグループを決定

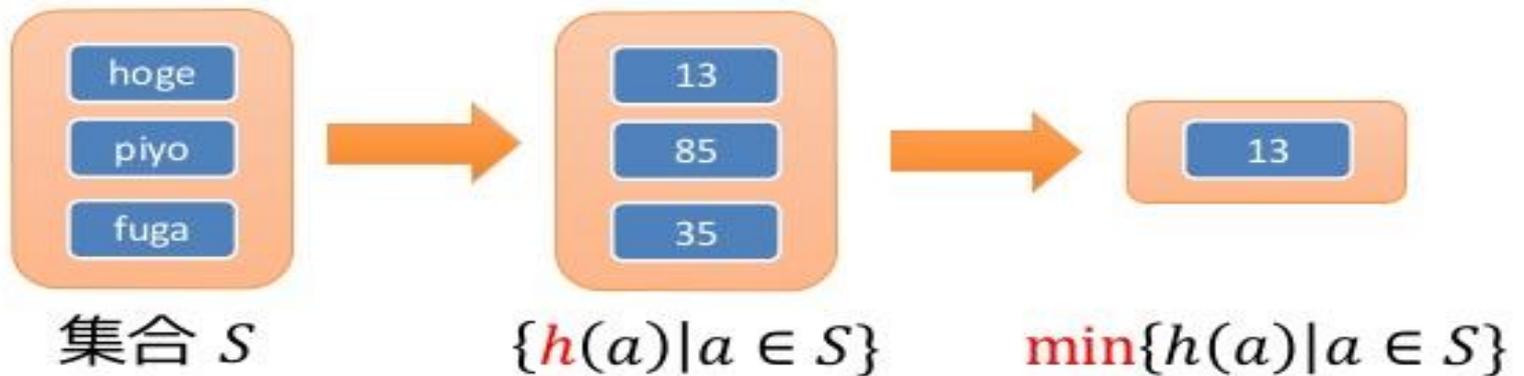
査定率判定

グループ毎に、過去レセプトにおける審査結果を基に査定率を算出し、その率に応じ、過去レセプトにおける査定率が高いもの、低いもの、過去に査定がなかったものに分類

MinHashとは？

MinHash Sketch ($k = 1$)

ハッシュ関数 h を用意しておく



全要素にハッシュ関数を適用

最小値だけを取り出す

Sketching による効率化

解決策：

集合そのものの代わりに **Sketch** を使う



- 小さい！
- 効率的に処理ができる！
- ただし結果は推定になる



$$J(A, B) = \frac{|A \cap B|}{|A \cup B|}$$

重なり具合から集合AとBを分けるあるいは同一集団とみなすことができる

(参考) AIによるレセプト振分機能 (Minhash、Xgboost) の導入

Xgboostによる判定の仕組み

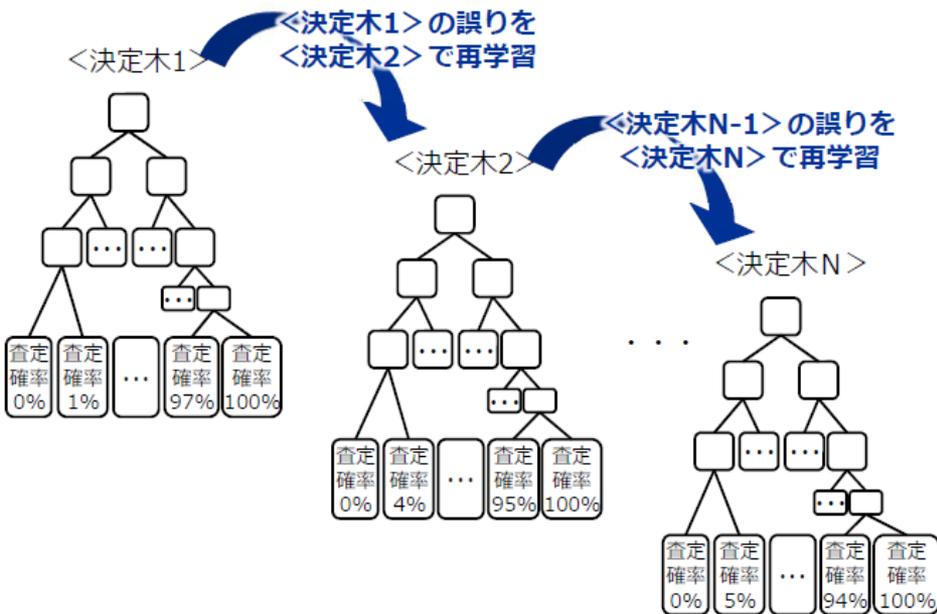
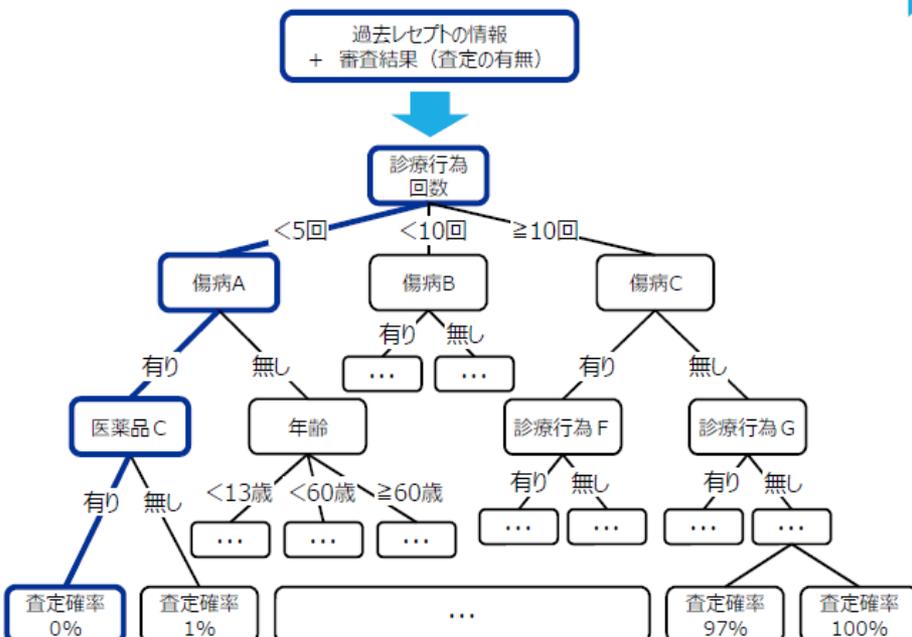
分類モデル作成の方法

- 条件分岐 (決定木分析)
 - 過去レセプトの情報 (傷病名、診療行為、医薬品など) と審査結果 (査定の有無) を木構造を用いて査定となる条件の分岐を学習
- 再学習
 - 決定木における誤り (査定となる条件) を修正しながら再学習し複数の決定木を作成

分類モデル作成イメージ

条件分岐 (決定木分析)

再学習



Xgboostとは

決定境界を学習する

STEP1



誤って分類されたデータ
に対して集中的に学習

STEP2



STEP3





学習して、ようやく正しい決定境界を行えた

II-2 審査支払新システムの構築

(3) 自動レポート機能の導入

概要

「審査事務集約化計画工程表」(令和2年3月31日 公表)

- 審査支払新システム稼働時に実装する自動的なレポート機能により、審査結果の差異などについて見える化を図る。
- 見える化した差異事例について、取扱いが収斂しているにもかかわらず審査結果が異なっている場合は、本部から支部に対して是正を依頼する。
- 新たに差異が見られた事例については、本部に設置している「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」で検討し、取扱いが収斂したものについては、新たなコンピュータチェックの設定や現行のコンピュータチェックに反映させていく。

取組方針等

取組方針

- 多くの付せんが付くコンピュータチェックにおける審査結果の差異をレポートングして見える化
- 見える化した差異事例について、差異の解消を図った上、新たなコンピュータチェックの設定や現行のコンピュータチェックを精緻化
- また、中央検討委員会における継続検討事例※について審査結果の差異の状況を見える化し、取扱いを統一
- 全国統一的な取扱いが策定された事例について、異なる審査結果が発生していないか補足的にレポートング

※ 審査結果の不合理な差異解消を目的に各地区から提出された事例を検討する「中央検討委員会」において取扱いが収斂されず継続検討することとされた事例

II-3 審査結果の不合理な差異解消の取組

(1) コンピュータチェックルールの公開

概要

「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日 公表） ※抜粋

- 全てのコンピュータチェック事例の公開に向け、（中略）保険者や保険医療機関等の関係者の合意を得ながら公開を進めていく。

取組方針等

取組方針

- 公開基準において慎重に検討することとしている傷病名と医薬品及び診療行為の適応や医薬品の用法・用量等の医学的判断を要する事例について、試行的に公開した上で課題を整理し、保険者や保険医療機関等の関係者の合意を得ながら公開
- 保険医療機関等のシステムに取り込み易いように、既に公開しているチェックマスタについては令和3年9月を目途に、それ以外の公開事例については令和4年10月を目途に、ファイル形式を変更して提供することを検討

（参考）実施事例数及び公開事例数（令和元年11月時点）

No	チェック種別	チェックの考え方	実施事例数	公開事例数	公開率	公開時期
1	受付・事務点検 （オンラインASP）	記録条件仕様をもとにチェック	1,225	1,225	100%	平成20年7月 【公開済み】
2	電子点数表	告示・通知をもとにチェック	1,293,785	1,303,472	100%	平成22年3月 【公開済み】
3	チェックマスタ	チェックマスタ（診療報酬請求上の算定可否に関する基準を定義したデータベース）を用いて傷病名と医薬品の適応等をチェック	48,405	2,689	5.6%	平成30年3月 【一部公開】 平成31年1月 【更新】
4	本部点検条件	告示・通知、疑義解釈資料等をもとにチェック	314,655	83,673	26.6%	令和元年11月 【更新】
合計			1,658,070	1,391,059	83.9%	



パート3 データヘルス 活用推進計画

2017年7月28日、データヘルス改革推進本部
塩崎厚生大臣

「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」 塩崎大臣挨拶

- 「ICTやビッグデータを活用することが重要だが、現状では、審査支払機関は、その保有データを十分に活用しているとは言い難い」
- 「韓国の審査支払機関であるHIRAでは、審査に止まらず、投管質向上に資するサービスを実現させている。参考にした事例などにも参考にしてほしい」

- 業務集団から頭脳集団へ



2016年7月25日、

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2017年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。

審査支払機関のビッグデータ

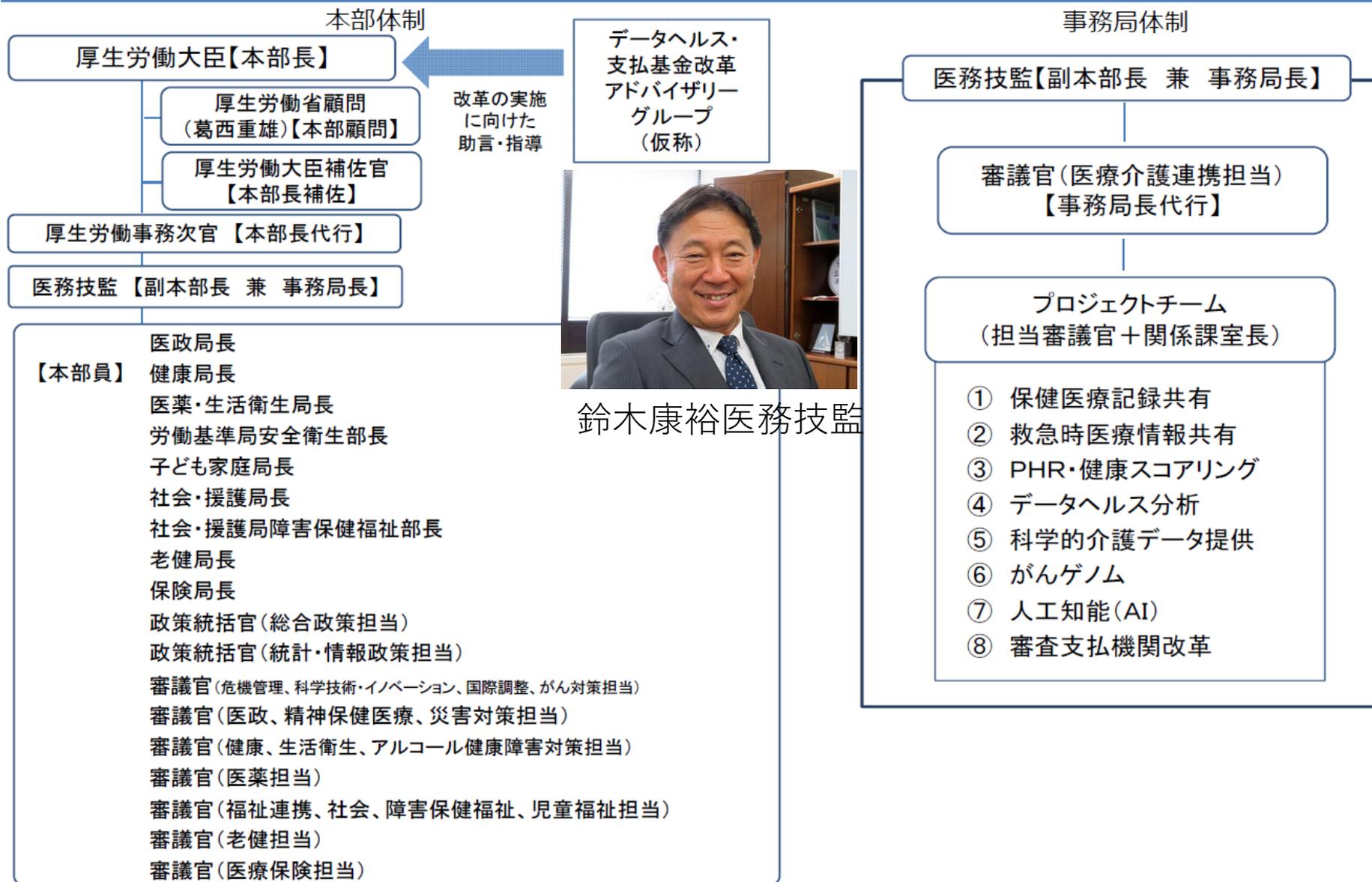
• 審査支払機関

- 「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

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、そのアウトプットという状況が生じている。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、そのアウトプット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することができ、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

データヘルス改革推進本部の体制強化について②（案）



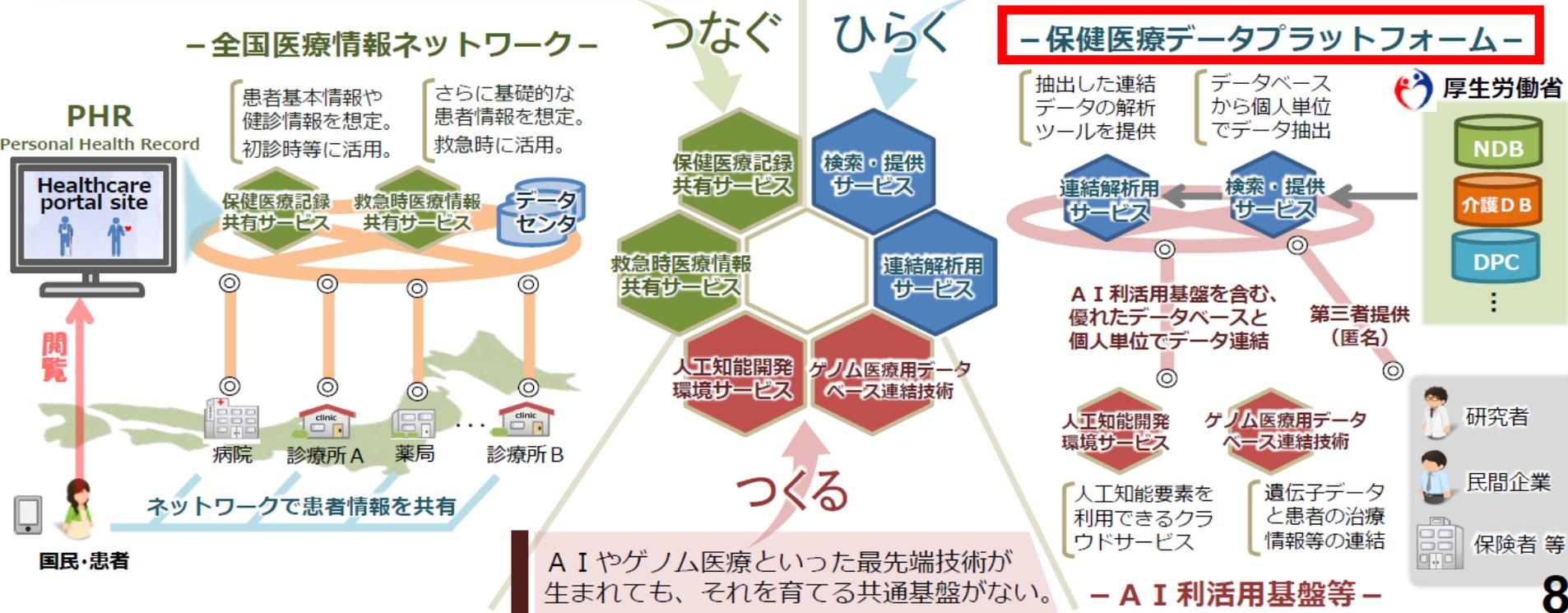
実効的施策を支える『データ利活用基盤』整備の概観

－ 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－

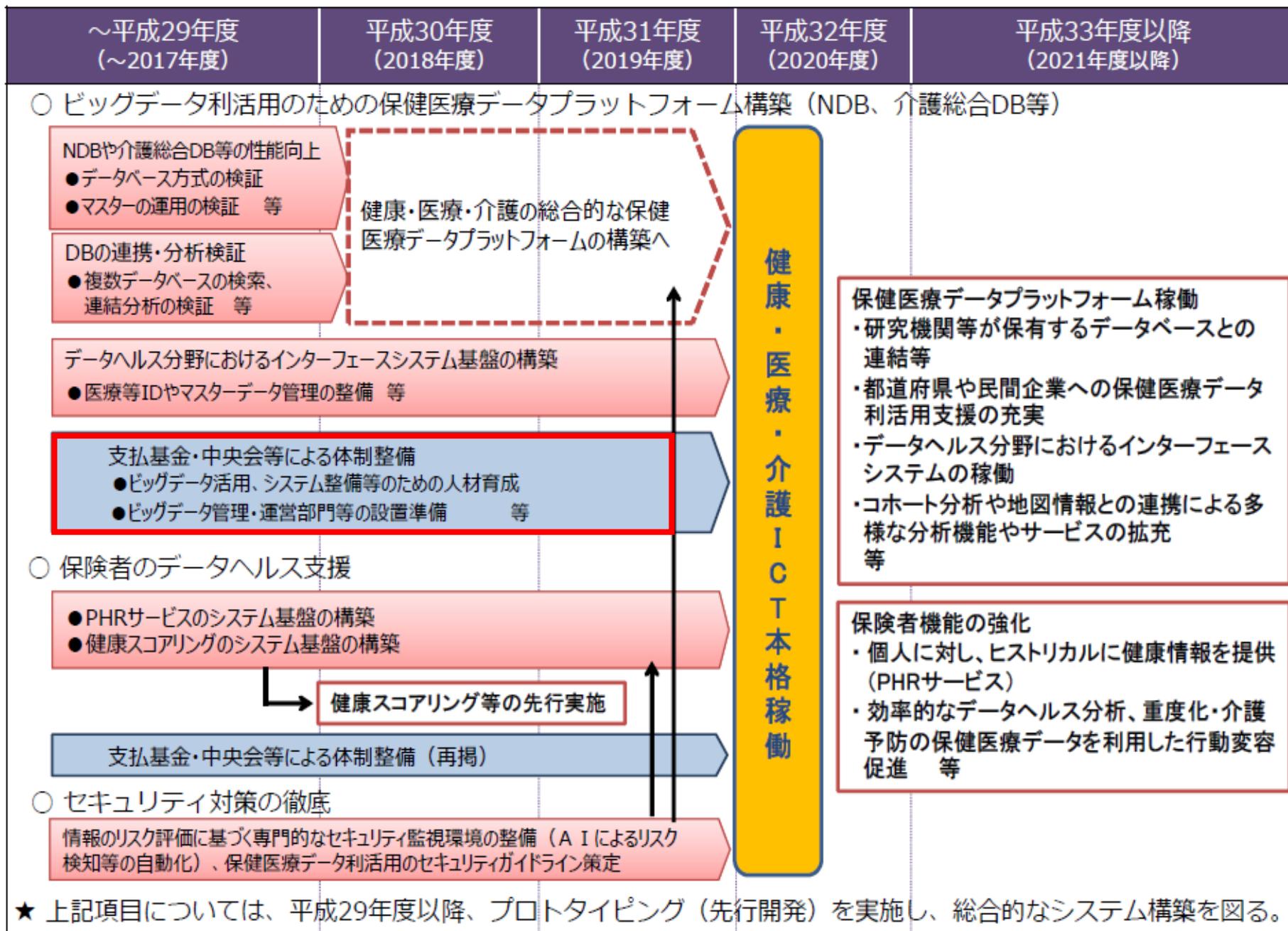
- 健康・医療・介護のデータを有機的に連結させたICTインフラを整備。
 - － 国民・患者にとって、最適な健康管理・診療・ケアの提供。データや技術が生み出す果実の還元。
 - － 医療・介護関係者にとって、健康・医療・介護情報の円滑な共有。診療・サービスの効率化・生産性の向上。
 - － 研究者・民間・保険者等にとって、個人のヒストリーとして、健康・医療・介護のビッグデータを分析可能。

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



パート4

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ビック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	医療関連ビックデータの管理運用・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

가 입 자 성 명	홍길동	500215	-	0000000	연세대학교 의과대
수 진 자 성 명	홍길동	500215	-	0000000	세브란스정신건강병
상 병 명	분류기호	수술	진료과목	상해의인	특정기호
출혈이 있는 급성위궤양	K25.0		01		
급성 출혈후 빈혈	D62.				
풍팔 (신장) 합병증을 동반한 인슐린	E10.2				
달리 분류되지 않은 지방(변화성) 간	K76.0				
변비	K59.0				
과호흡	R06.4				

韓國의診療費請求明細書

Data項目:
約120

多重バーコード
最大4000Byte記録

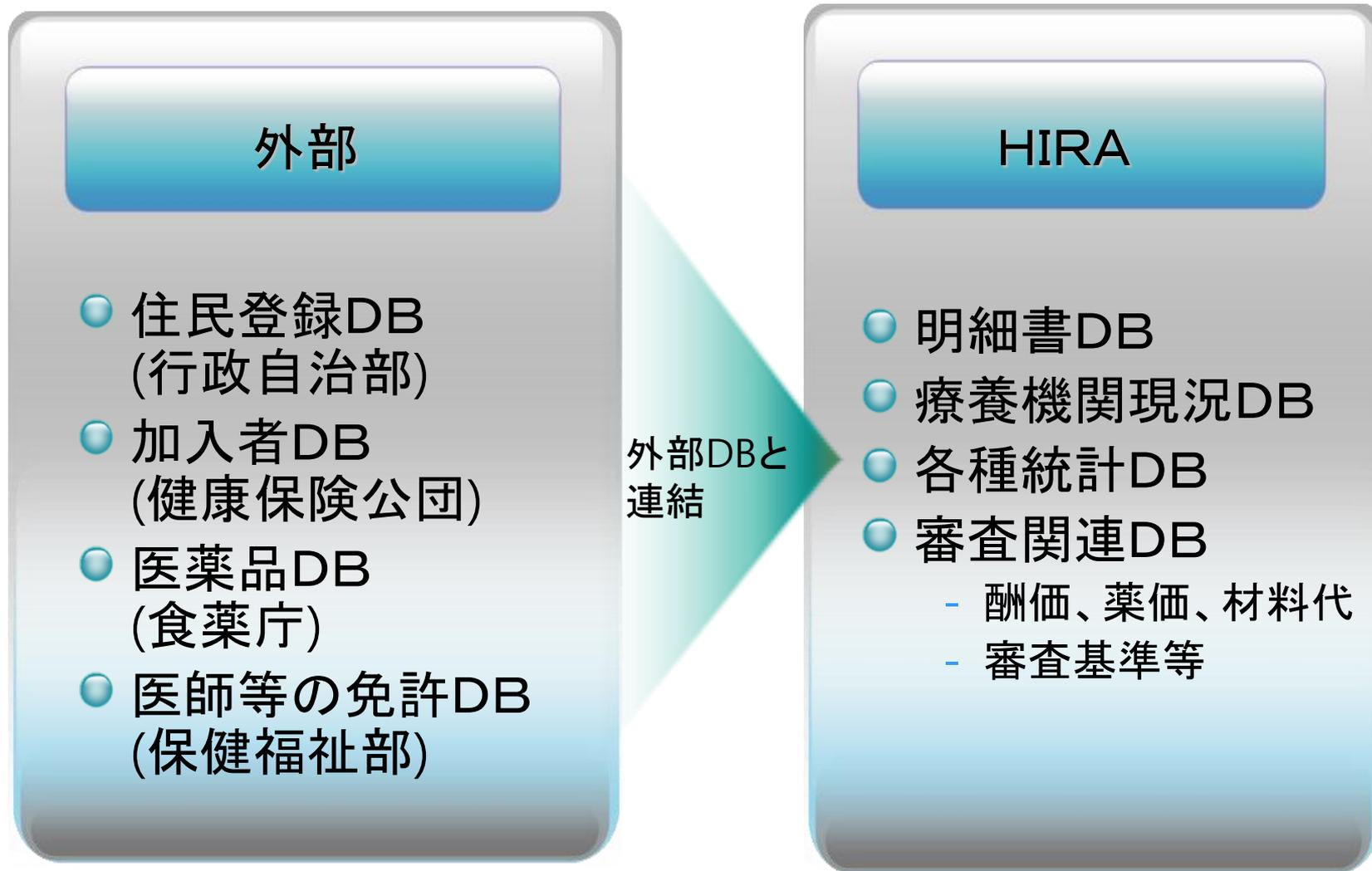
구분	일	기약재료(I)	본진료(II)	진료행위	처방전교부번호	점점번호	처방일수	
1.진찰료 (외래병원 판리료 포함)	①초진 1회 ②재진 2회 ③의약품관리료 ④응급및퇴원료 1	15,530 원 5,780 원 15,410 원	아간공류 1회	아간공류 회	약 품 코 드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)	1회투약량	
2.입원료	①일반 6일 ②내과, 정신과, 외과, 산부인과, 소아, 간호사, 의료비 ③진중치료실 ④의리병실 ⑤신장실 ⑥기타	205,320 원			[1. 진찰료] AA156010 초진진찰료-나 군 AL607 외래의약품관리료 (7일) AL657 입원의약품관리료 (7일) AC105 응급의료관리료	1회투약량 또는 실시량	총투약일수 또는 실시일수	
3.투약 및 처방전료	①내복 4일분 ②의 용 ③처방전 회	20,963 원	3,050 원		[2. 입원료] AB200004 종합병원입원료 (계)-내.소.경	단 가	금	
4.주사료	①피하주사 1회 ②정맥내 1회 ③수액제 2회 ④기타 22회 ⑤특정재료 회 ⑥수혈 회	1,084 원 55,912 원	6,640 원		[3. 투약 및 처방전료] J1070 조제료 (7일분/1회) J2000 처방.조제.복약지도료 (1일당) A13101851 아기오과립6G (부평) A04504681 알마겔에프현탁액1P (유한) A07404061 아마릴2mg (한독) A07404061 아마릴2mg (한독) A07650141 굴루코파지경500mg (한국머크) A01504611 가스터정20mg (종아)			
5.마취료	① 회	원	원		A21401471 메디락에스장용캡셀 (한미)			
6.이학요법료	① 중	원	원					
7.정신요법료	① 중	원	원					
8.처치및수술료	①피하주사 중 회 ②캐스트 회	7,092 원 1,720 원	42,590 원 133,380 원		[4. 주사료] KK010 피하근육내주사 A35540621 노보린알주100단위 (녹십자상아) A35540621 노보린알주100단위 (녹십자상아) A35540621 노보린알주100단위 (녹십자상아) A35540621 노보린알주100단위 (녹십자상아) A20750491 말레인산페니라민 (신일) 주 2ml KK052 겸적주사 500ML KK053 겸적주사 1000ML			
9.검사료	①자세검사 중 ②위탁검사료 회 ③위탁검사 중	원 원 원	원 원 원					
10.영상진단 및 방사선 치료료	①진단 2회 ②치료 중	2,570 원	10,980 원					
C.CT	①CT 회	원	원					
M.MRI	①MRI 회	원	원					
C T 총액			0 원		특정내역			
M R I 총액			원		수술코드			
11.소계		331,381 원	236,640 원		구분 코드	조 정	I·II 구분 코드	조 정
12.가산율	25 %		59,160 원					
13.요양급여비용총액			627,180 원			***** 다음 페이지에 계속 *****		
14.본인일부부담금			125,430 원					
15.청구액			501,750 원					
16.본인부담상한액초과금			0 원					
일련번호	18-							

다 바 코드 중 드



254mm X 350mm

HIRAのデータベースは外部データベースと連結できる

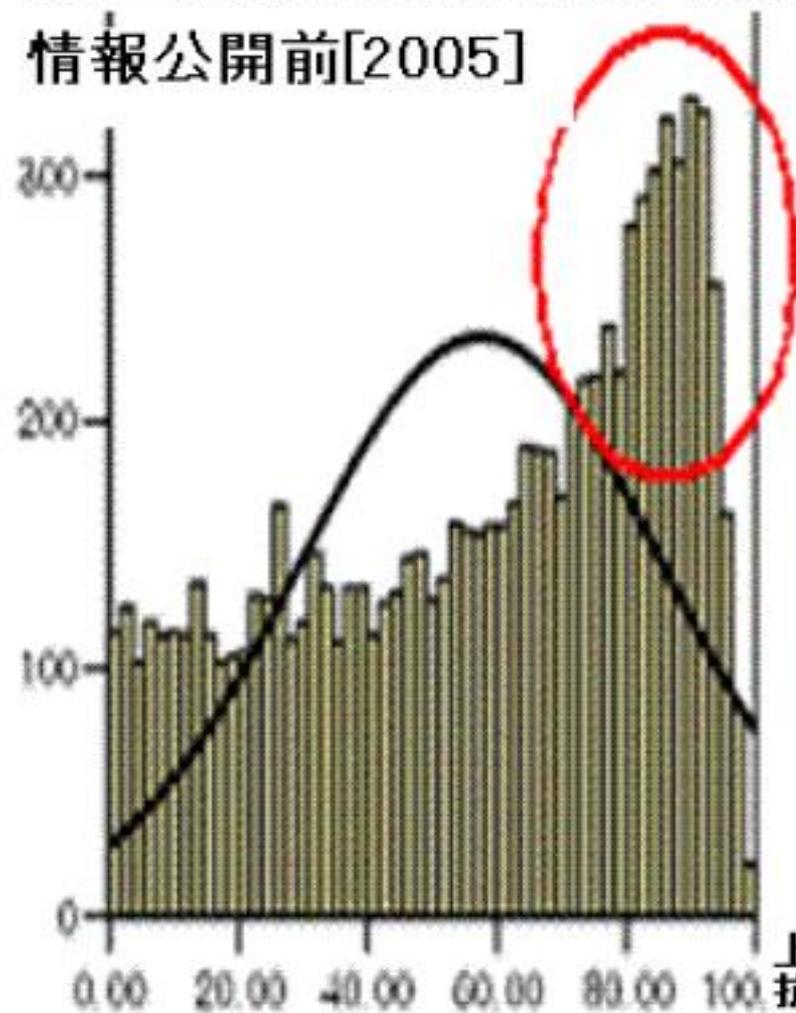


適正医療の評価

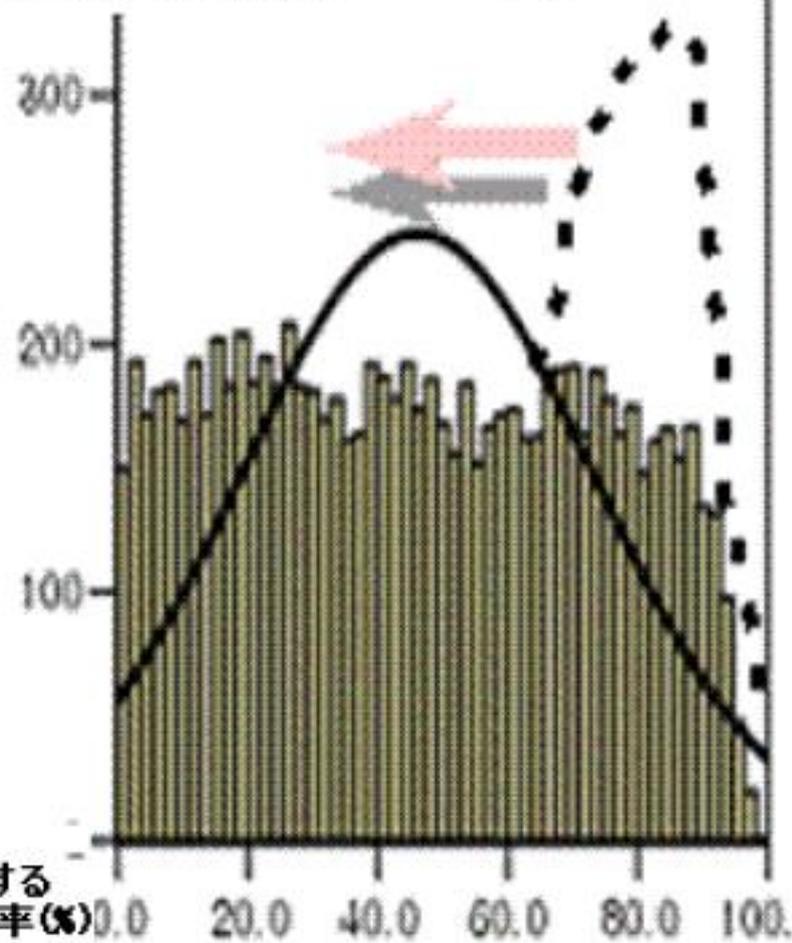
- 上気道感染への抗菌剤の処方率
- 外来における注射剤処方率
- 帝王切開分娩率
- 抗菌剤の適正使用

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(%)

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

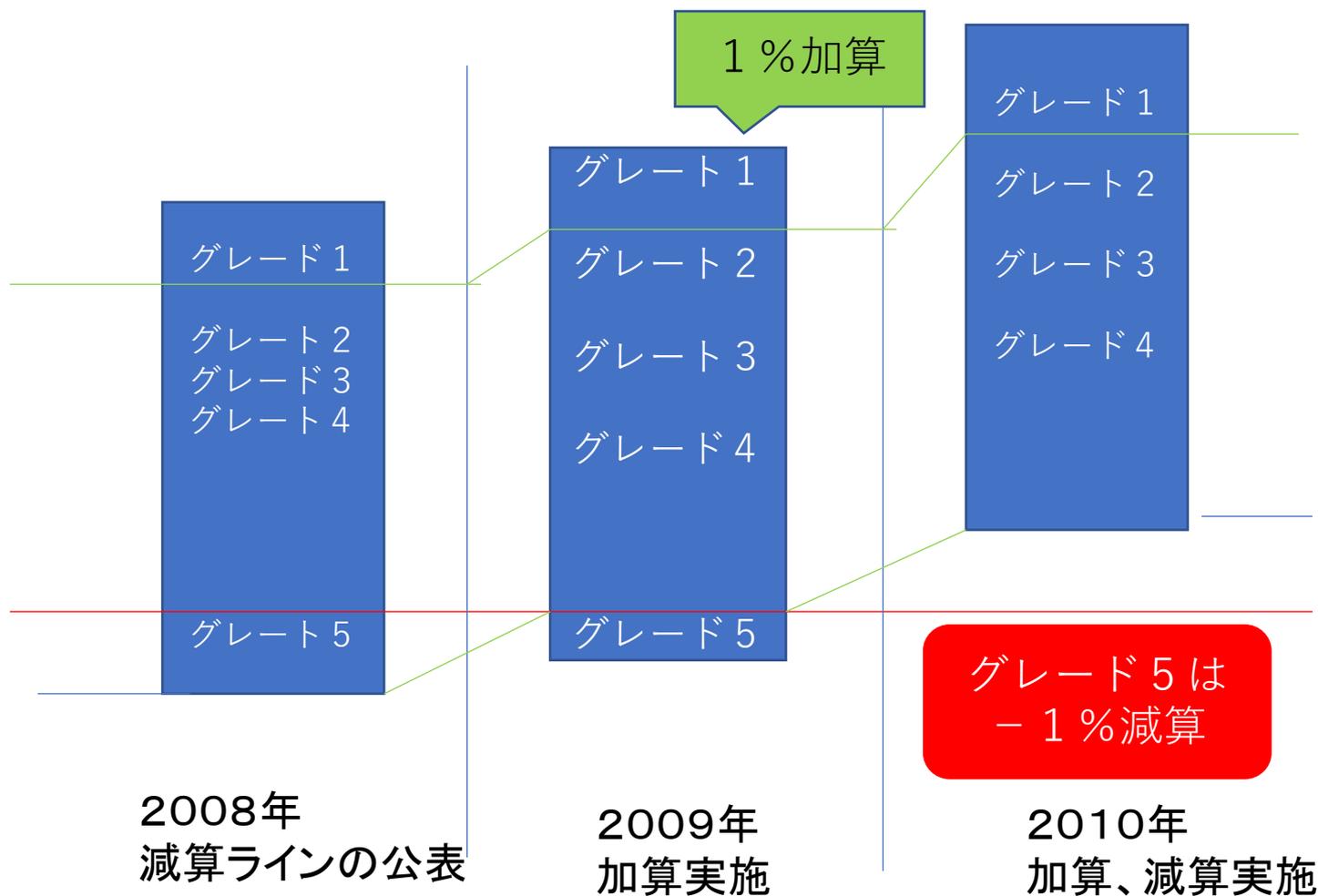
P4Pの定義とは？

- 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

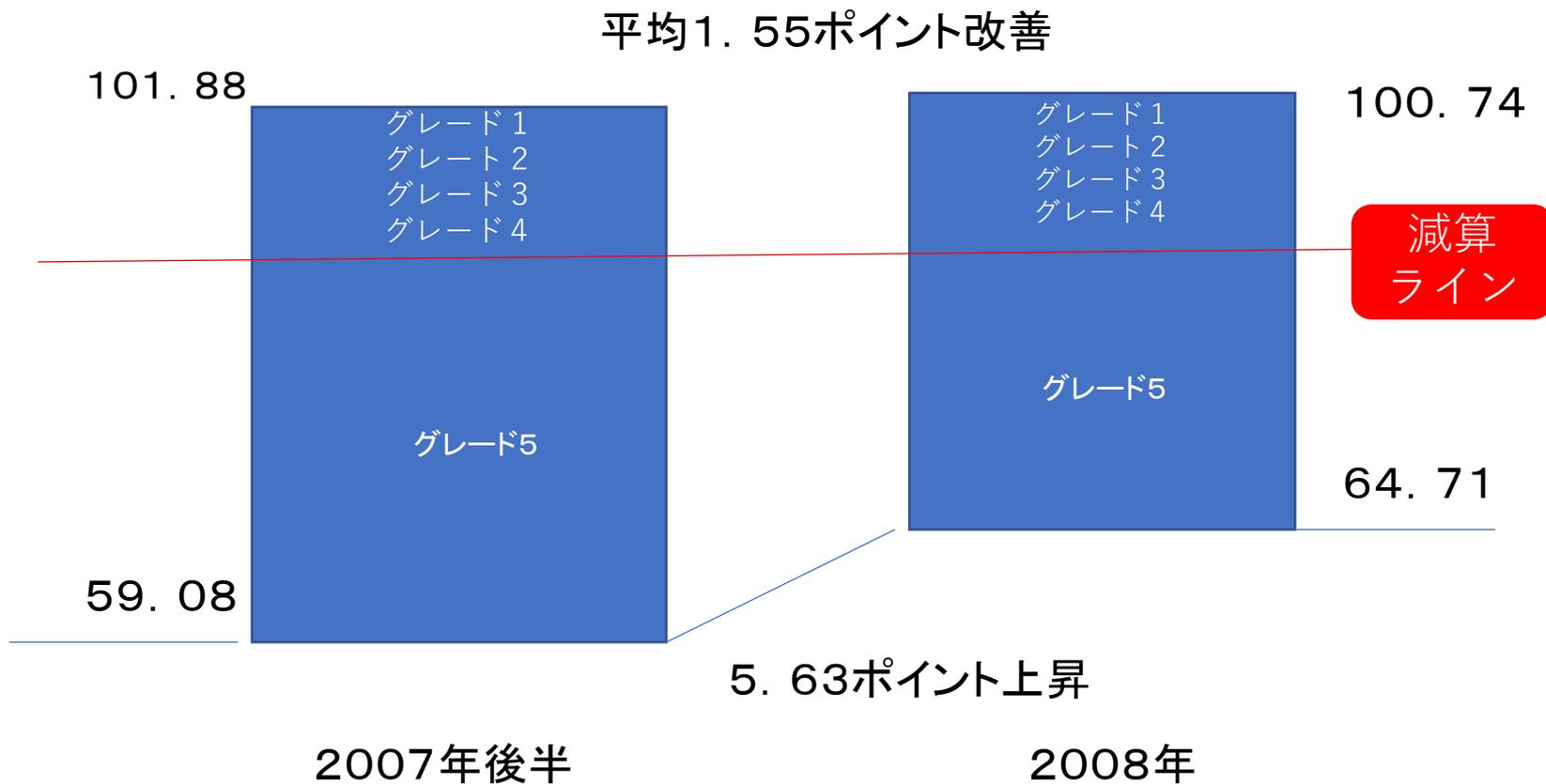
韓国版 P 4 P

- 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、二次利活用が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レセプト一件当たり20円と格安になった。このようにHIRAは審査支払業務の改善と医療の質向上を、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

- 支払い基金の新システムが2021年9月から稼働
- レセプト審査のAI化が始まる
- 保健医療データプラットフォームは道半ば
- 2024年国保連のシステム更新に期待しよう
- 韓国のHIRAに学ぼう

新型コロナで医療が変わる



- 新型コロナと病院経営危機
- オンライン診療
- デジタルヘルス
- 424病院再編統合リスト
- 働き方改革
- 認知症施策
- 医療と介護の連携とICT
- 医療の国際化

日本医学出版より
2020年8月発刊！

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。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

muto@kinugasa.or.jp