

横断的事項（その2）

診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応について

1. 検討の趣旨

（レセプト請求の現状）

- 診療報酬の算定に係る項目は、診療行為、調剤行為、薬価、特定保険医療材料等があり、診療報酬の算定告示（平成20年厚生労働省告示第59号）等で規定されている。それぞれ診療行為は約5,000項目（加算項目も含めると約7,000項目）、薬価は約16,000項目、特定保険医療材料は約1,000区分となっている。さらに、それぞれの項目を算定するための条件が施設基準や留意事項として定められている。
- 保険医療機関は、診療報酬の算定・請求に当たり、算定告示等を参照して、地方厚生（支）局に対して診療報酬の各種施設基準の届出や様々な報告を行い、審査支払機関に対して診療報酬明細書（レセプト）等を提出している。
- 医療の高度化・多様化に伴い、診療報酬の項目数は年々増加し、複雑化しており、そのため、保険医療機関にとっては、こうした算定や請求に係る各種の報告や事務手続きが一定の負担となっている。

（診療実績に関するデータ）

- 医療資源に限られる中で、医療を効率的に提供しつつ、医療の質を向上させていくためには、保健医療に係るデータの分析が不可欠であり、近年は、診療報酬明細書（レセプト）のデータに加えて、厚生労働省に診療実績に関するデータの提出も求めている。
- これらの診療報酬に係るデータについては、審査支払以外には、主として診療報酬改定の影響評価等に活用しているが、例えば、DPC病院の診療実績データについては、医療機関別の集計表としても公表しており、各医療機関が自院のマネジメントに活用することで、医療の標準化等につながっている。また、研究者等が疾患別に医療の提供内容を分析することで、アウトカムに関わる新たな指標の開発を行うなど、診療内容の質の向上に資する分析も一定程度可能となってきている。
- このように、レセプトデータをはじめ、診療報酬に係る様々な情報は、単に診療報酬を請求するためのものにとどまらず、効果的・効率的な医療の提供のために、徐々に利活用されるようになってきている。

(効率化・合理化の取組)

- こうした診療報酬に係る事務を効率化・合理化していく取組や、診療報酬の情報の利活用については、これまで、一定の期間をかけながら徐々に進めてきている。
- 保険医療機関の負担を軽減しながら、効果的・効率的に医療を提供し、医療の質を向上させていくために、引き続き、診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用を推進していくことについて、検討する必要があるのではないか。
- その際、大幅な見直しには保険医療機関や審査支払機関・保険者のシステム改修などの影響があるため、平成30年度診療報酬改定における対応だけでなく、それ以降の診療報酬改定も見据え、複数の改定での対応を検討する必要があるのではないか。

2. 現状と課題

(1) 診療報酬に係る事務の効率化・合理化について

① 診療報酬関連の届出・報告等の現状と、事務の効率化・合理化に係るこれまでの取組み

- **1. 検討の趣旨**でも述べたように、保険医療機関は診療報酬の算定・請求に当たり、各診療報酬の項目の施設基準・算定要件に係る告示・通知等を参照し、
 - ・ 施設基準の届出、算定要件に係る各種報告を地方厚生（支）局に対して実施
 - ・ 毎月、診療報酬明細書（レセプト）を作成し、審査支払機関に提出
 - ・ DPC 病院にあっては、提供した医療の内容等に関する診療実績データである DPC データを厚生労働省に提出している。
- こうした診療報酬に係る届出・報告等の事務の効率化・合理化については、これまで以下のような取組を進めてきている。

(a) (施設基準や算定要件に係る告示・通知等の明確化等)

- ・ 施設基準や算定要件に係る告示・通知等については、曖昧な記述もあり、保険医療機関等が算定可否等の判断に苦慮する場合があることや、

告示・通知や疑義解釈の発出を早めてほしいといった指摘があった。

これまでの診療報酬改定において、一定程度、その内容の明確化を図るとともに、可能な限り迅速に告示・通知等を示すことに努めてきた。

(b) (施設基準等の届出・報告の省略化・簡素化)

- ・ 各種の施設基準の届出や様々な報告については、これまでの診療報酬改定において、重複していた内容の届出を省略する、記載項目を減らすといった対応を図ってきている。

また、現在、施設基準の届出や報告・受理通知等をオンライン化するためのシステムの開発・実用化に向けた検討を進めている。

(c) (レセプトのオンライン請求の推進)

- ・ レセプトについては、平成20年より、診療報酬のオンライン請求の義務化が開始されており、平成27年5月請求分で見ると、オンライン請求が73.0%、電子媒体請求が25.6%となっている。病院だけでみると、99.9%がオンライン請求となっている。

② 診療報酬に係る事務の効率化・合理化の課題

(a) (保険医療機関の負担軽減等)

- 保険医療機関が地方厚生(支)局宛てに行う各種の施設基準の届出や様々な報告については、現在も、複数の届出様式の中に重複する項目があるなど、届出項目や手続き等を更に合理化する余地があるとの指摘がある。また、告示や通知等の記載が曖昧な部分があり、算定可否の判断に苦慮する場面があるとの指摘も引き続きある。
- また、診療報酬の算定要件の中には、診療に係るプロセスを様式等(例えば、入院診療計画書等)による記載や、指定された手法により評価することを求めているものがある。これらの記載や評価を求めている内容については、既に診療録に記載されている等、必ずしも様式等に別途記載する必要がないものがあるとの指摘があり、また、患者の状態の記載や評価の情報が有効に活用され、医療の質の改善に資するとの指摘がある一方で、現場の負担の原因にもなり、その内容や必要性について精査が必要との指摘もある。
- 医療情報システムなどの既存データを以上のような様式等への記載に活用できるようにすることで、入力の手間を省き、事務の負担軽減につながる

るとの指摘がある。

- レセプトについては、長らく、その様式の大きな見直しはされておらず、レセプトの記載事項の中には、摘要欄等にフリーテキストにより記載しなければならないものやレセプトに別途資料を添付しなければならないもの（症状詳記等）があり、それらが医療機関の負担や効率的な事務処理の妨げになっているとの指摘もある。

なお、訪問看護療養費のレセプトは、未だ電子化されていない。

(b) (審査支払における課題)

- 今般、社会保険診療報酬支払基金の「支払基金業務効率化・高度化計画」（平成29年7月4日）が取りまとめられたが、今後、この計画で示された工程表に沿って、検討を進めていく必要がある。

(2) 診療報酬に係る情報の利活用について

① 情報の利活用の現状とこれまでの取組

(a) (レセプトデータ)

- レセプトデータや特定健診等情報については、匿名化処理を行った上で、厚生労働省のNDB（ナショナルデータベース）に収集され、医療費適正化計画の作成等に資することを目的として、国や都道府県が行う調査及び分析等に用いられている。

（レセプト情報については平成21年4月診療分レセプトから、特定健診等情報については平成20年度実績分から収集。）

- また、このNDBデータについては、医療の質の向上や、学術研究の発展の観点から、大学や研究機関、自治体等に対して、一定の枠組みの中で提供（第三者提供）されている。さらに、平成28年10月からは、多くの人々がレセプトデータに基づいた保健医療に関する知見に接することが出来るよう、レセプトデータを用いて基礎的な集計表を作成し公表している。（NDBオープンデータの公表）

- 保険者においては、レセプトデータ等を基に、加入者への効果的・効率的な保健指導の実施など、データヘルスの取組を進めている。

(b) (診療実績データ)

- 平成 15 年度から、DPC 制度が始まったが、DPC 対象病院については、この制度に参加するための要件として、請求事務とは別に、DPC 制度導入の影響評価に係る診療実績データ（いわゆる DPC データ。以下、「診療実績データ」とする。）の提出を求めている。
- 診療実績データは、診断群分類の妥当性の検証及び診療内容の変化等を評価するための基礎資料として、診断群分類の見直しや医療機関別係数の設定など、制度の改善に活用されている。
- また、平成 24 年度診療報酬改定において、急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割の分析・評価を推進するため、DPC 病院ではない出来高算定病院に対して、診療実績データを提出した場合の評価として、データ提出加算が創設された。
- 平成 26 年度診療報酬改定以降、一部の入院料について、診療実績データの提出が要件化されている。この結果、DPC 対象病院、DPC 準備病院、それ以外の急性期入院医療を担う医療機関約 3,400 病院(平成 28 年 10 月現在)の診療実績データの分析が可能となった。
- なお、平成 24 年度より提出対象項目に外来診療に関する様式を追加し、平成 26 年度には、提出対象病棟に療養病棟や地域包括ケア病棟等を追加するなど、急性期入院医療以外の診療情報も含まれている。

② 情報の利活用に係る課題

(a) (レセプトデータ)

- 先般とりまとめられた「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」においては、今後、レセプトデータを中核として、データ連携の基盤となる保健医療データプラットフォームを構築し、健康・医療・介護分野のビッグデータ利活用を推進していくとともに、保険者によるデータヘルスの取組をさらに支援していくこととされている。
- レセプトは、これまで、保険医療機関が診療報酬を請求するためのものという位置付けが強かったが、行政や研究機関、保険者等においてレセプトデータを分析・活用することで、効果的・効率的な医療の提供や医療の

質の向上につながるものであり、引き続き、レセプトデータのさらなる利活用を推進する必要がある。

- レセプトデータのさらなる利活用を推進する上で、現行のレセプト様式や主傷病の選択等について、具体的には、以下のような指摘がある。

【レセプトの住所情報】

- ・ 現行のレセプトには、患者の住所情報がないため、特に被用者保険においては、住所情報を基にしたデータ分析ができない。

【傷病名や診療行為のコード体系と標準化】

- ・ 診療行為の記載については、コード体系は主に臓器、診療領域、手術手技等の複合的な要素の組合せで分類されているが、実臨床に即したコード体系になっていない等のため、医療内容の分析等において活用しにくいといった指摘がある。
- ・ 傷病名や診療行為は、病態等を表す一定のルールに基づき選択されるべきものであるが、実際には、必ずしも統一されておらず、データ利活用の推進の観点からは、国際的に標準化された用語や分類も参照した標準的なマスター等の整備・普及なども重要となる。

※ 厚生労働省では、医療情報の活用に資する等の目的から、医療情報の標準化等を進めるため、標準化活動を行う学会や民間の規格制定団体が参画する「協議会」において選定された規格を、厚生労働省の「保健医療情報標準化会議」にて議論し採択している。また、診療報酬に係る請求事務等においても、それらの規格の一部を活用しているが、データ利活用の観点からは、標準コードへの対応を更に進める必要がある。

<参考>厚生労働省標準規格（主なもの）

HS001 医薬品 HOT コードマスター
HS005 ICD10 対応標準病名マスター
HS013 標準歯科病名マスター
HS014 臨床検査マスター 等

(b) (診療実績データ)

- 診療実績データには、主として急性期入院医療の診療実績が含まれているが、医療内容の分析や医療の質の評価等に活用するには、データ形式が様々であるなどの理由から、個々の情報を関連づけた分析が容易ではなく、

各医療機関における患者毎のデータ分析や活用が困難になっているとの指摘がある。

- 診療実績データの提出対象は、急性期入院医療から、療養病棟等の入院患者や外来診療にも拡大されているが、現状では、データの提出様式は主に急性期入院医療の評価を中心とした項目となっているため、急性期入院医療以外の医療内容については分析が難しい。
- 診療実績データについては、今後、それぞれの分野特有の調査項目を設定することや、以上のような課題を解決することで、将来的な、医療内容の分析や医療の質の評価等への利活用の推進に資することが期待される。

3. 今後の対応方針（案）

- 保険医療機関の負担軽減や社会保険診療報酬支払基金の業務の効率化・高度化の観点、レセプトデータをはじめ、診療報酬に係る情報の利活用を推進する観点から、今後、**2. 現状と課題**で述べたような課題に対応していくことが必要ではないか。
- その際、保険医療機関や審査支払機関、保険者のシステム等にも影響を与えることになるため、平成30年度診療報酬改定における対応だけでなく、それ以降の改定も含め段階的な対応を検討する必要があるのではないかと。
特に、平成32年度には、社会保険診療報酬支払基金のシステム刷新が予定されていることから、こうした動きと連動して対応を進めることが必要と考えられる。
- 以上を踏まえ、今後、診療報酬の告示・通知等の内容の明確化や届出・報告等の簡略化、添付書類の省略化等の診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び、レセプトデータや診療実績に関わるデータの利活用の推進について、平成30年度改定で対応する内容とそれ以後も順次対応していくべき内容とに区分しながら、秋頃を目途に、具体的な検討を進めてはどうか。
その際、届出・報告等の簡略化や添付書類の省略化等については、最終的にどの程度可能か、定量的な目標値を定めて取り組んでいくことも検討してはどうか。

横断的事項(その2)

診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の
情報の利活用等を見据えた対応について

(参考資料)

診療報酬の概要

(1) 診療報酬とは

- 保険医療機関・保険薬局が保険医療サービスの対価として受け取る報酬
- 全ての保険医療機関・保険薬局に一律に適用される（全国一律）
- 厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ決定（厚生労働大臣告示）

(2) 診療報酬の機能（点数表と関連する運用ルールなどの機能を含む）

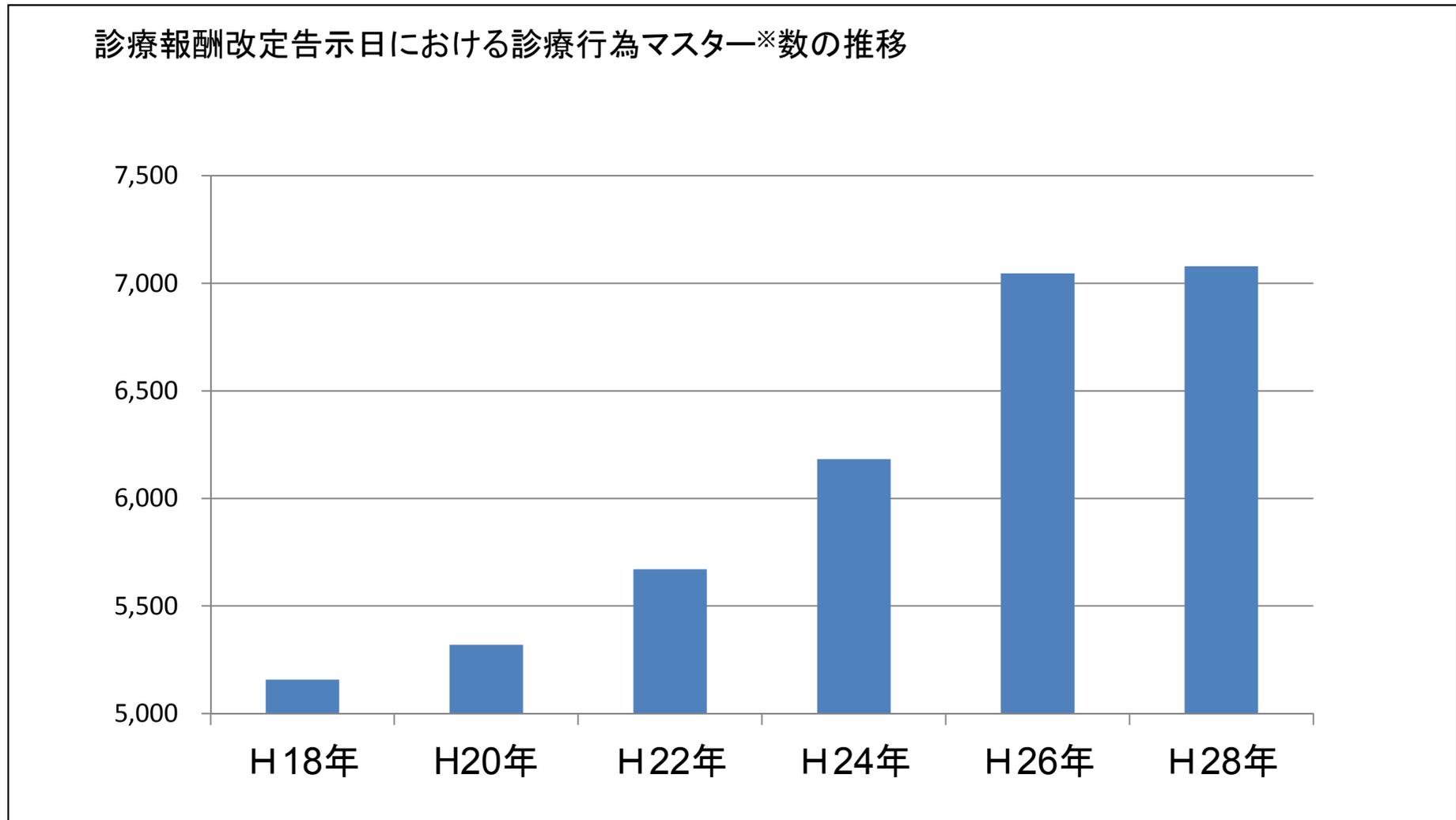
- ① 個々の診療行為の価格を定める（価格表としての性格）
※ 技術、サービスを点数化して評価（1点10円）
- ② 保険診療の範囲・内容を定める（品目表としての性格）
※ 点数表に掲載されていない診療行為は保険診療として認められない

- 診療行為 約5,000項目
- 医薬品 約16,000項目
- 特定保険医療材料 約1,000区分

(3) 診療報酬の主な役割・影響

- ① 医療サービス毎の報酬を規定 → 医療サービスの質・量に影響
- ② 保険医療機関の医業収入を規定 → 保険医療機関の経営に影響
- ③ 医療費（医療資源）を配分 → 医療提供体制の構築に影響
- ④ サービス供給量と合わせて国民医療費を決定 → 国の予算（財政）に影響

診療行為数の推移



※電子レセプトに記録する診療行為等のマスター。

グラフは、基本項目の他、加算項目(通則加算や注加算)等のマスターも含んだ数であること。

診療報酬の算定要件と施設基準

点数と算定要件

- 点数
- 算定するための主な要件
 - ・ 算定回数
 - ・ 他点数の同時算定可否
 - ・ 点数に含まれるもの
 - ・ 施設基準の有無等

- 詳細な診療内容
 - ・ 点数主旨
 - ・ Who/When/Where/What/How
 - ・ 算定できない場合
 - ・ 告示の詳細説明等

施設基準

- 医療機関がとるべき体制やサービスの質など

施設設備/院内体制/人員体制/
対象患者 等

別表

(対象が多い場合等のリスト)
対象患者/病態/手術/処置/検査等

- 医療機関の体制やサービスの質などについての詳細

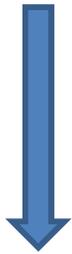
別紙

- ・ 診療等に要する書面
- ・ 患者状態の評価基準 等

届出書
様式

厚生労働大臣
告示

基礎的ルール



保険局医療課
長通知

大臣告示の詳しい
解釈を示すもの

※上記の区分けとは異なる点数もある。

例) B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料

施設基準

当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師)(緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。)が配置されていること。

平成20年厚生労働省告示第63号「特掲診療料の施設基準等」(抜粋)

算定要件

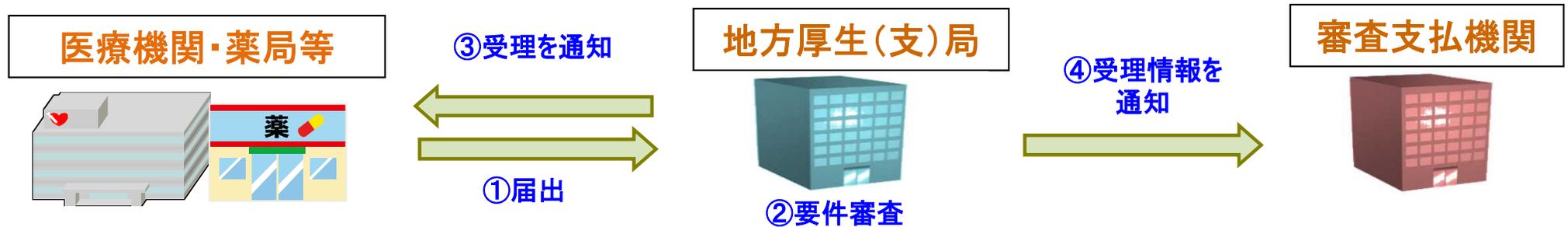
注

- 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。
- 2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。

平成20年厚生労働省告示第59号「診療報酬の算定方法」(抜粋)

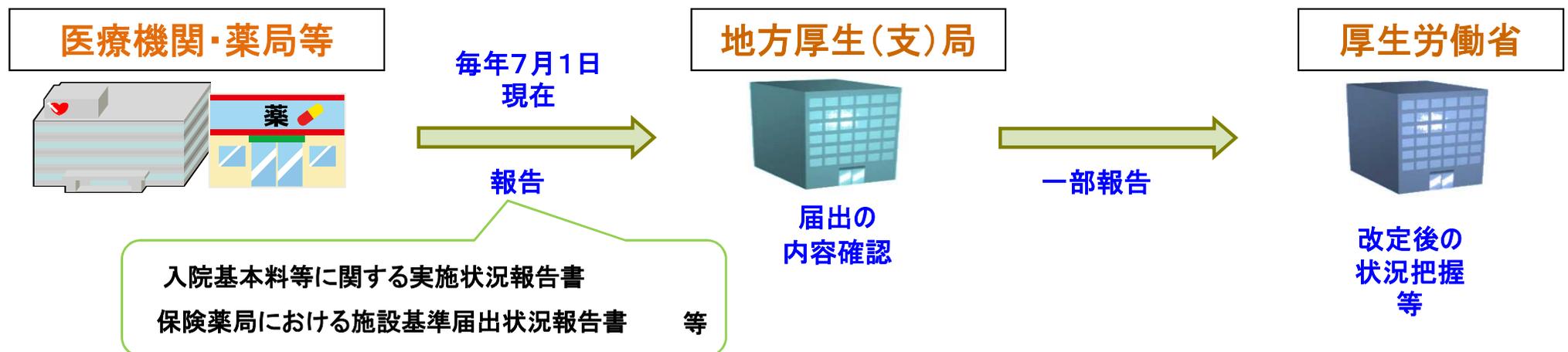
施設基準等の届出

- 保険医療機関等が算定にあたり、基本診療料あるいは特掲診療料の施設基準等に係る届出を所定の様式を用いて行う。
- 届出後、届出の内容と異なった事情が生じた場合は、保険医療機関等は遅滞なく変更の届出等を行う。



施設基準等に関する定例報告

保険医療機関等における施設基準等の届出の実態を把握するため、毎年7月1日時点の状況等を地方厚生(支)局へ保険医療機関等より報告を求めているもの。



【様式&届出&報告が必要な例】

A233-2 栄養サポートチーム加算

施設基準

2 届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式34及び様式13の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。

算定要件

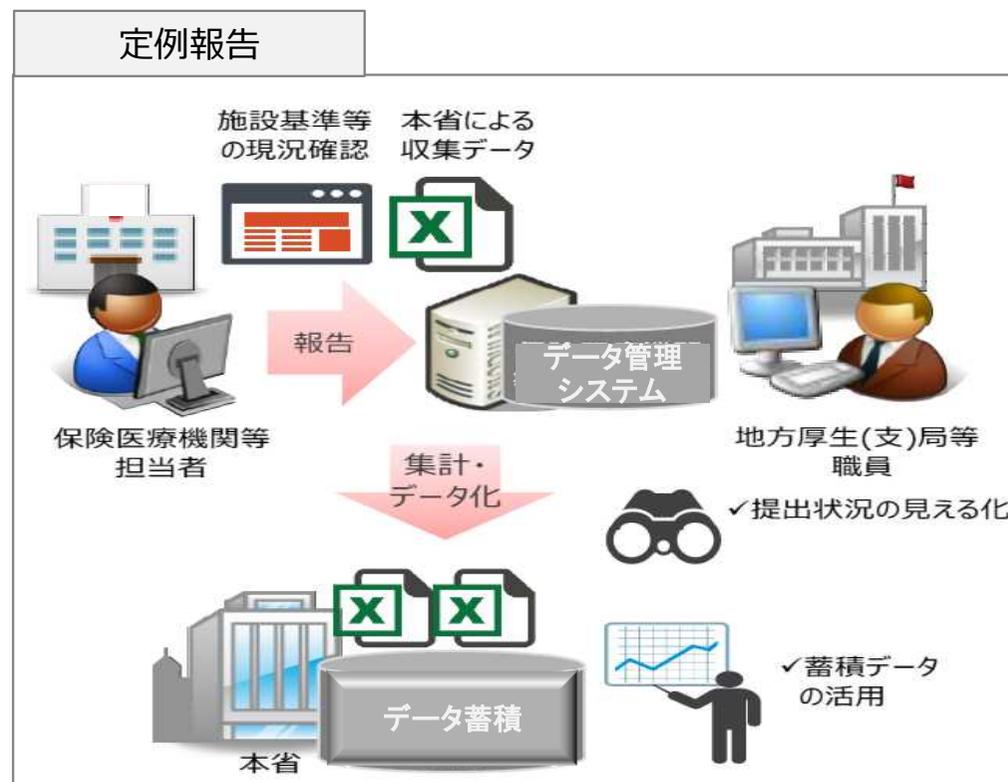
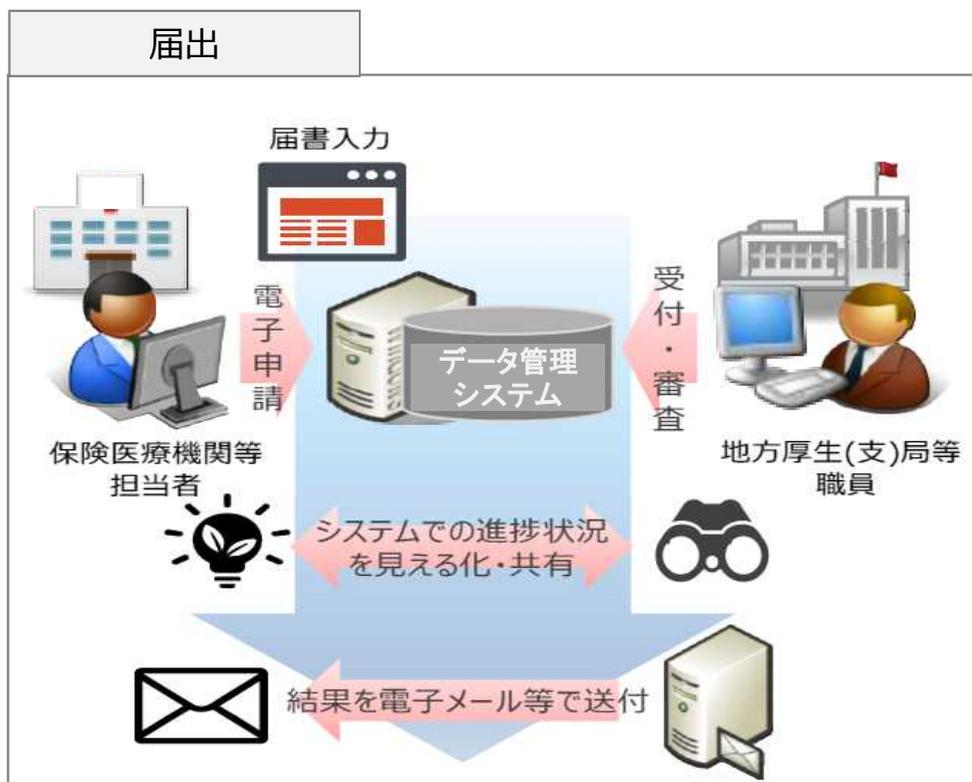
(5) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、「別紙様式5」又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

施設基準等の届出や各種報告のオンライン化への検討について(イメージ)

電子化による届出業務・定例報告業務の効率化

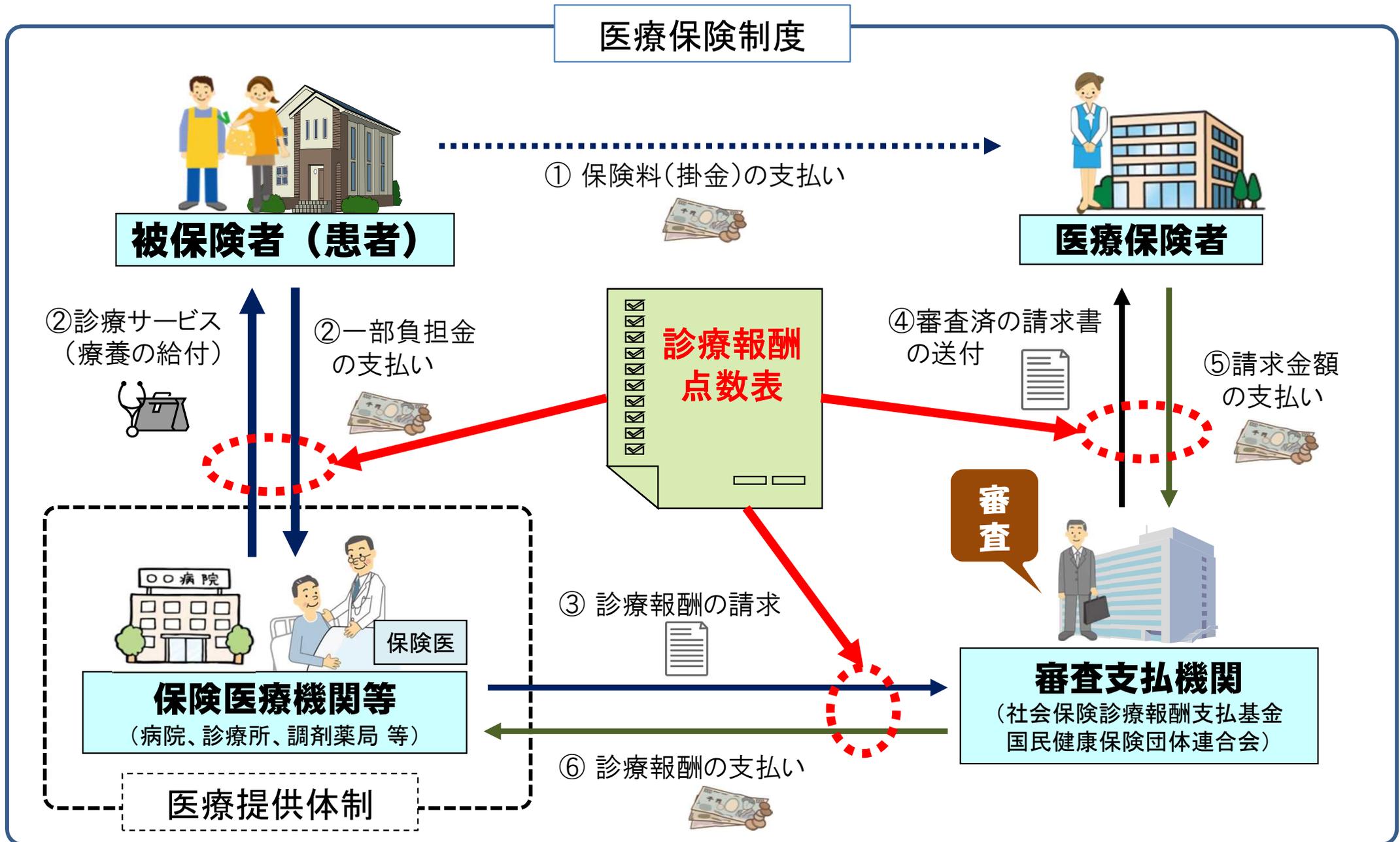
紙媒体の届書・申請書や報告書の手作業管理からシステム化による作業負荷や書類管理の軽減を目指し、地方厚生(支)局で使用しているデータ管理システムの見直しを予定。



- ◆ 紙媒体での申請から**電子申請**へ
- ◆ 手作業による**データ入力**から電子による**データ取り込み**へ
- ◆ 手作業での進捗状況管理から、**システムでの進捗状況管理・共有**へ
- ◆ 郵送による通知から**電子による通知**へ

- ◆ 紙媒体での報告から**電子媒体での報告**へ
- ◆ 紙媒体での内容確認から**電子による確認**へ
- ◆ 手作業での提出・提出状況管理から、**システムでの提出・提出状況管理**へ
- ◆ 年度ごとの**報告データを蓄積し、医療政策等へのインプット**として活用拡大

診療報酬請求の流れ



診療報酬明細書(レセプト)の主な情報

○ 診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県 医療機関コード 1社・国 3後期 1単独 2本外 3高外
 県番号 2公費 4退職 33併 4六外 6家外 0高外7

平成 29年 4月分

保険者番号 記号・番号 公費負担者番号 等

患者の氏名、性別、生年月日 等

保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名

診療実日数

傷病名、診療開始日、転帰(治ゆ、死亡、中止)

診療行為名、点数、回数

請求点数

傷病名	(1) 大腸癌の疑い(主) (2) 大腸ポリープ (3) 腹部膨満 以下 省略	診療開始日	(1) 29年 4月 4日 (2) 29年 4月 4日 (3) 29年 4月 4日	転帰	治ゆ 死亡 中止	診療実日数	2 日
診療行為	11 * 初診 12 * 外来診療料 60 * 大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡) ガスコンドロップ内用液2% 5ml モビブレップ配合内用剤 1袋 センソビド錠12mg「サワイ」 2錠 モサブリドクエン酸塩錠5mg「EE」 4錠 ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用) 30g 261 × 1 * カプセル型内視鏡(大腸用) 81700円/個 1個 8,170 × 1	回数	1 1 1	点数	282 73 1,550	請求点数	282 × 1 73 × 1 1,550 × 1
請求	10,336	決定		一部負担金額		請求	

診療月分

保険者番号、記号・番号、公費負担者番号 等

患者の氏名、性別、生年月日 等

保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名

診療実日数

傷病名、診療開始日、転帰(治ゆ、死亡、中止)

診療行為名、点数、回数

・初、再診料、入院料等(入院レセプト)、
 医学管理等、在宅医療、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断

算定要件に合致しているか否かを確認するため、記載要領等で記載すると定められている事項
 ・「算定した理由」、「症状詳記」、「前回算定日」等

請求点数

診療報酬の請求から支払までの流れ

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

審査支払機関が扱う全国のレセプト受付件数
 支払基金：一月あたり約8,120万件(年間約10億件)
 国保連：一月あたり約8,440万件(年間約10億件)

全国 約23万の
 保険医療機関
 保険薬局

医科 9.7万医療機関
 歯科 7.2万医療機関
 調剤薬局 5.7万薬局
 訪問看護 0.9万ステーション

(平成27年3月末時点)

4月診療の場合

① 5月10日
 までに請求

各都道府県の
 ・支払基金支部
 ・国保連

② 5月10日～25日に
 レセプトを審査

③ 6月10日
 までに請求

全国 約3,400の保険者

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

(平成27年3月末時点)

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

⑤ 6月
 20日(国保連)
 21日(基金)
 支払

④ 6月
 18日(国保連)
 20日(基金)
 支払

施設基準に係る届出の一部簡素化について

➤ 保険医療機関における事務負担軽減等の観点から、施設基準の届出手続きの一部簡素化を行う。

施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

- | | | |
|---------------|----------------|---|
| ○夜間・早朝等加算 | ○強度行動障害入院医療加算 | ○経皮的冠動脈形成術 |
| ○明細書発行体制等加算 | ○がん診療連携拠点病院加算 | ○経皮的冠動脈ステント留置術 |
| ○臨床研修病院入院診療加算 | ○小児科外来診療料 | ○医科点数表第2章第10部手術の
通則5及び6(歯科点数表第2章
第9部の通則4を含む。)に掲げる
手術 |
| ○救急医療管理加算 | ○夜間休日救急搬送医学管理料 | |
| ○妊産婦緊急搬送入院加算 | ○がん治療連携管理料 | |
| ○重症皮膚潰瘍管理加算 | ○認知症専門診断管理料 | |

別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| ○外来リハビリテーション診療料
(心大血管疾患リハビリテーション料 等) | ○植込型除細動器移行期加算
(両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術
及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換
術 等) | ○経皮的大動脈遮断術
(救命救急入院料 等) | ○認知症地域包括診療加算(※)
(地域包括診療加算) |
| ○一酸化窒素吸入療法
(新生児特定集中治療室管理料 等) | ○植込型心電図検査
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | ○ダメージコントロール
手術
(救命救急入院料 等) | ○認知症地域包括診療料(※)
(地域包括診療料) |
| ○造血器腫瘍遺伝子検査
(検体検査管理加算) | ○植込型心電図記録計移植術及び
植込型心電図記録計摘出術
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | | ○廃用症候群
リハビリテーション料(※)
(脳血管疾患等リハビリテーション料) |

()内は届出が必要な別の項目の例
※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

施設基準に係る届出を統一するもの(いずれかを届け出ればすべて算定可能)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎部分切除術
- 腹腔鏡下小切開腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

- 持続血糖測定器加算
- 皮下連続式グルコース測定

- センチネルリンパ節生検(併用)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算1

- センチネルリンパ節生検(単独)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算2

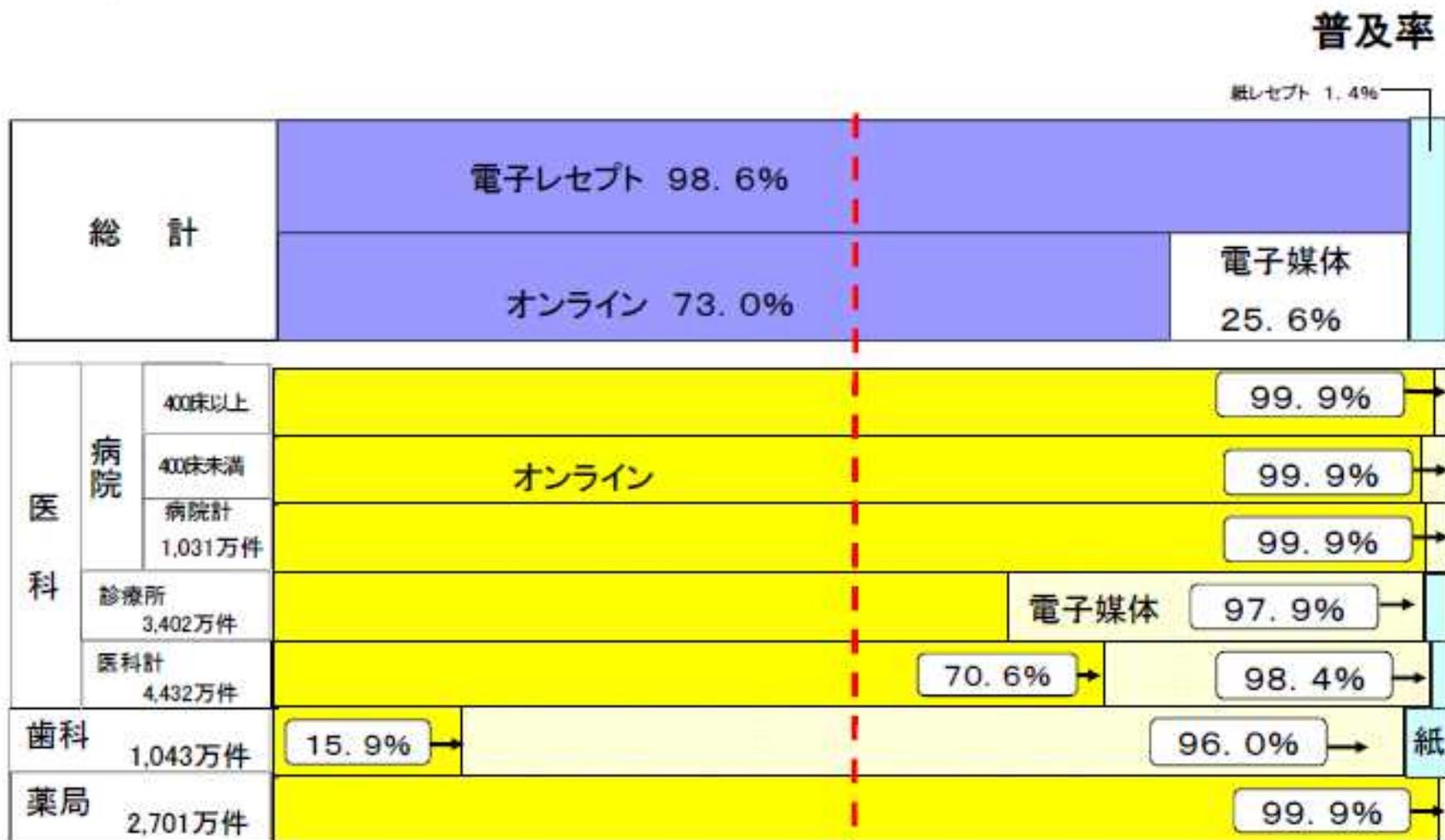
- 時間内歩行試験
- シャトルウォーキングテスト(※)

- 検査・画像情報提供加算(※)
- 電子的診療情報評価料(※)

- 人工臓器検査
- 人工臓器療法(※)

電子レセプトの普及状況

電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成27年5月請求分】



レセプト「摘要」欄への記載事項等の例

例① 在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算

<現行の記載要領(昭和51年8月7日保険発82)>

(略)在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算を算定した場合は、(略)訪問看護を実施した日時、患者が死亡した場所及び日時を「摘要」欄に記載すること。

現行の記載例

14	*	在宅患者訪問看護・指導料(保健師、助産師、看護師・週3日目まで)	580	X	6
	*	在宅患者訪問看護・指導料(保健師、助産師、看護師・週4日目以降)	680	X	8
	*	在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問看護・指導料)	2,000	X	1
	*	訪問看護: 1日—14日 22日午前7時15分死亡(グループホームにて)			

例② 大腸内視鏡検査「2」カプセル型内視鏡によるもの

<現行の記載要領(昭和51年8月7日保険発82)>

大腸内視鏡検査の「2」を算定した場合には、当該患者の症状詳記を添付すること。(略)

現行の記載例

60	*	大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)	1,550	X	1
		ガスコンドロップ内用液2%	5ml		
		モビプレップ配合内用剤	1袋		
		センノシド錠12mg「サワイ」	2錠		
		モサプリドクエン酸塩錠5mg「EE」	4錠		
		ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	30g	261	X 1
	*	カプセル型内視鏡(大腸用)	81700円/個	1個	8,170 X 1
		<症状詳記> 腹腔内炎症による癒着があると考えられ、大腸内視鏡検査は実施困難と判断し、大腸カプセル内視鏡を実施した。			

保健医療情報の標準化(1)

厚生労働省標準規格(平成28年3月28日)

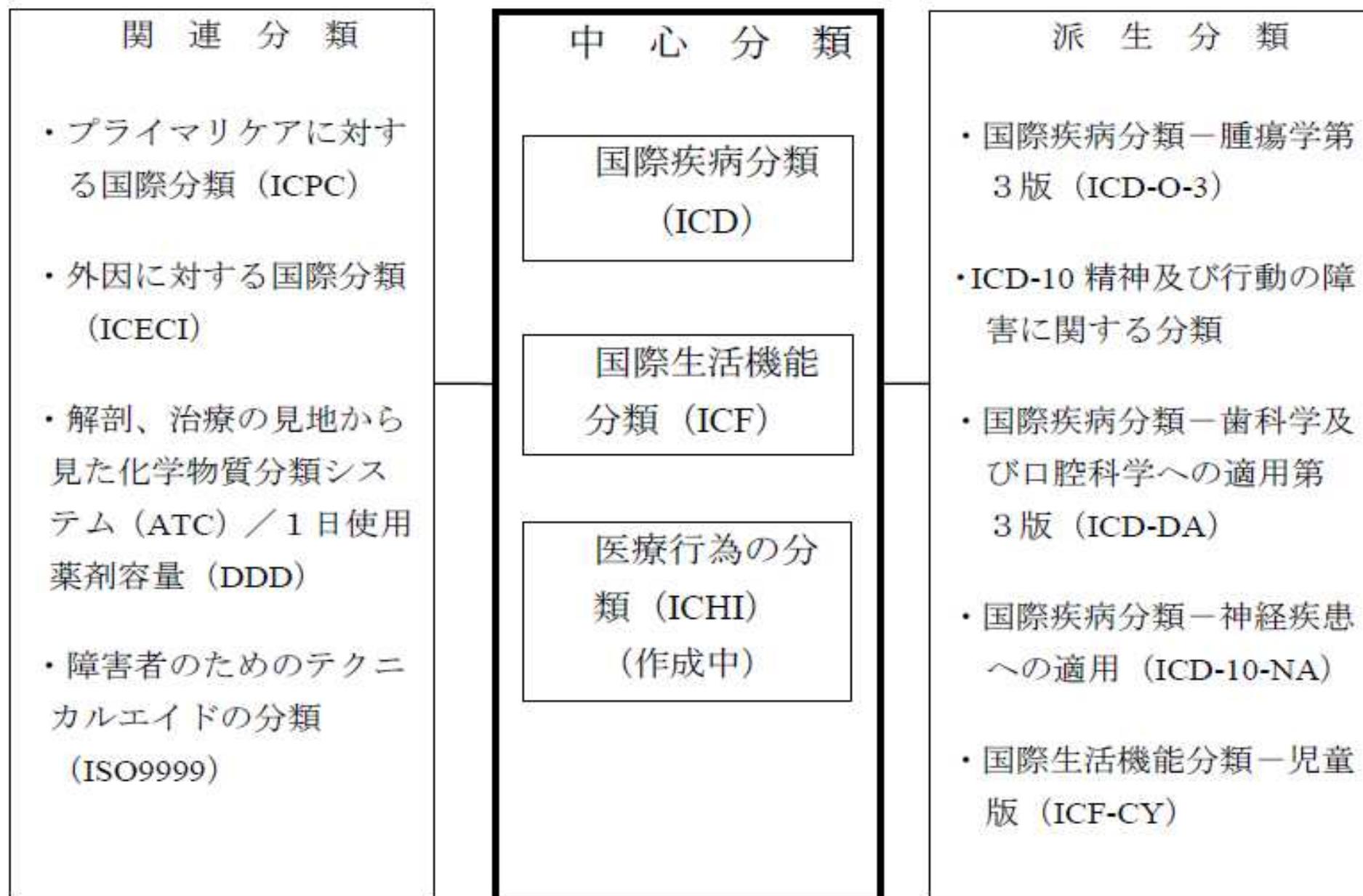
- HS001 医薬品HOTコードマスター
- HS005 ICD10 対応標準病名マスター
- HS007 患者診療情報提供書及び電子診療データ提供書(患者への情報提供)
- HS008 診療情報提供書(電子紹介状)
- HS009 IHE 統合プロフィール「可搬型医用画像」およびその運用指針
- HS010 保健医療情報-医療波形フォーマット-第92001部:符号化規則
- HS011 医療におけるデジタル画像と通信(DICOM)
- HS012 JAHIS 臨床検査データ交換規約
- HS013 標準歯科病名マスター
- HS014 臨床検査マスター
- HS016 JAHIS 放射線データ交換規約
- HS017 HIS, RIS, PACS, モダリティ間予約, 会計, 照射録情報連携指針(JJ1017 指針)
- HS022 JAHIS 処方データ交換規約
- HS024 看護実践用語標準マスター
- HS025 地域医療連携における情報連携基盤技術仕様
- HS026 SS-MIX2 ストレージ仕様書および構築ガイドライン

保健医療情報の標準化(2)

※ ICD10 対応標準病名マスターの例

管理コード	病名	交換用コード	ICDコード	複数候補	対応するレセプト電算コード
20053934	悪性腫瘍	ATH0	C80		8830213
20100692	悪性腫瘍合併皮膚筋炎	N5A2	C80	M360	7103002
20053935	悪性腫瘍に伴う貧血	P99K	C80	D630	8830214
20053941	悪性症候群	FC0V	G210		8830215
20099608	悪性小脳腫瘍	K3E5	C716		8847834
20053944	悪性神経膠腫	C948	C719		1919002
20087440	悪性心膜中皮腫	G3J5	C452		8842660
20053940	悪性縦隔腫瘍	QCJC	C383		1649001
20053945	悪性腎硬化症	QBUC	I129	N26	4039001
20053974	悪性膵内分泌腫瘍	JSH2	C254		8830216
20053947	悪性髄膜腫	MU87	C709		1921005
20053950	悪性脊髄腫瘍	FF3F	C720		1922001
20053951	悪性脊髄髄膜腫	Q2DF	C701		1923001

World Health Organization Family of International Classifications (WHO-FIC)



中心分類の概要

国際疾病分類:

ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

疾病及び関連保健問題の国際分類。概ね10年ごとに改訂され、最新版は、1990年にWHOで採択された第10回改訂版で、約14,000項目に分類されている。

国際生活機能分類:

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

人間の生活機能と障害に関する分類。アルファベットと数字を組み合わせた方式で分類するものであり、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されており、約1,500項目に分類されている。

医療行為の国際分類:

ICHI (International Classification of Health Interventions)

手術を含めた医療行為分類の国際的標準化に向け、WHOでの検討が進んでいる。

2. 業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組

- （略）コンピュータチェックについては後述するように、審査基準（告示・通知等）を明確化するとともに、審査支払システムの刷新を行い、ICTやAI等を活用することによりシステム刷新後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。

2-2. 審査業務の効率化

(3) コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等

- 今後、コンピュータチェック段階で判別しやすいよう、定性的な記載項目については、電子レセプト上で医療機関等が選択できる方式の導入を進める。【2020年度（平成32年度）のシステム刷新時に実施。可能なものは先行実施】
- また、厚生労働省においてコンピュータチェックに適したレセプト形式への見直しを行うとともに、傷病名について、引き続き国際的な規格への準拠を進める。
- 医療判断の基となる検査等の動画等を含むエビデンスデータ等の添付などが選択的に可能となる柔軟な仕組みを導入する。

2-3. 支部間差異の解消

(8) 統一的なコンピュータチェックルールの設定

- 厚生労働省において、現行の診療報酬点数に係る審査基準（告示・通知等）をより明確化するとともに、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

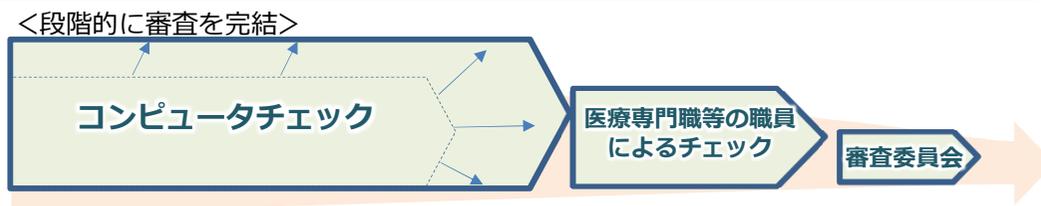
支部組織の体制の在り方

- 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

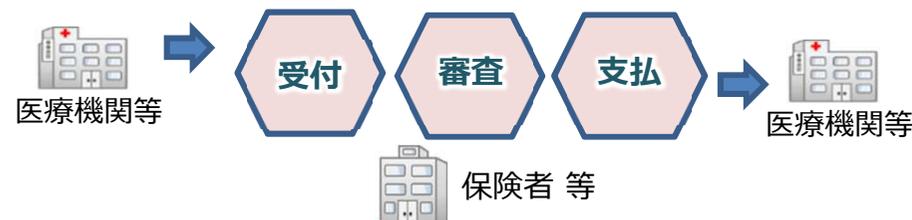
- **コンピュータチェックの高度化**（医療機関等で事前チェックできる仕組み等の活用を図る）
- コンピュータチェック、職員チェック、審査委員会にいたる**審査を段階的に完結させる**
- **AIをフル活用して審査能力全体の向上を常に図る**



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

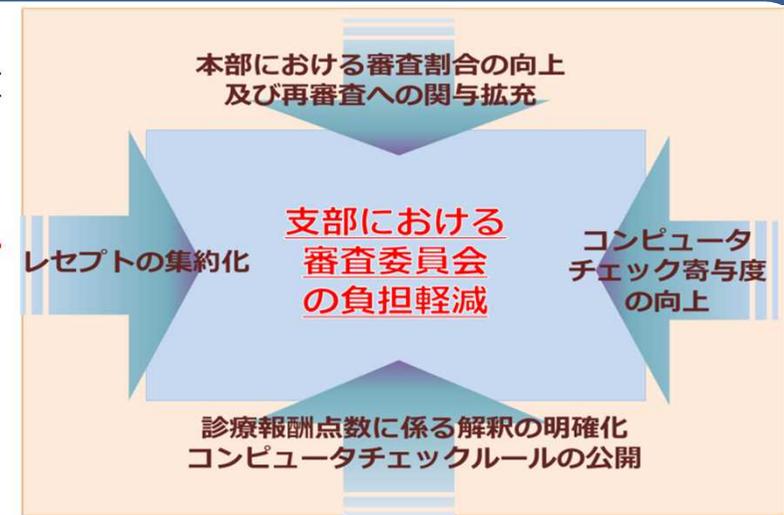
支払基金業務効率化・高度化計画 工程表の概要

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

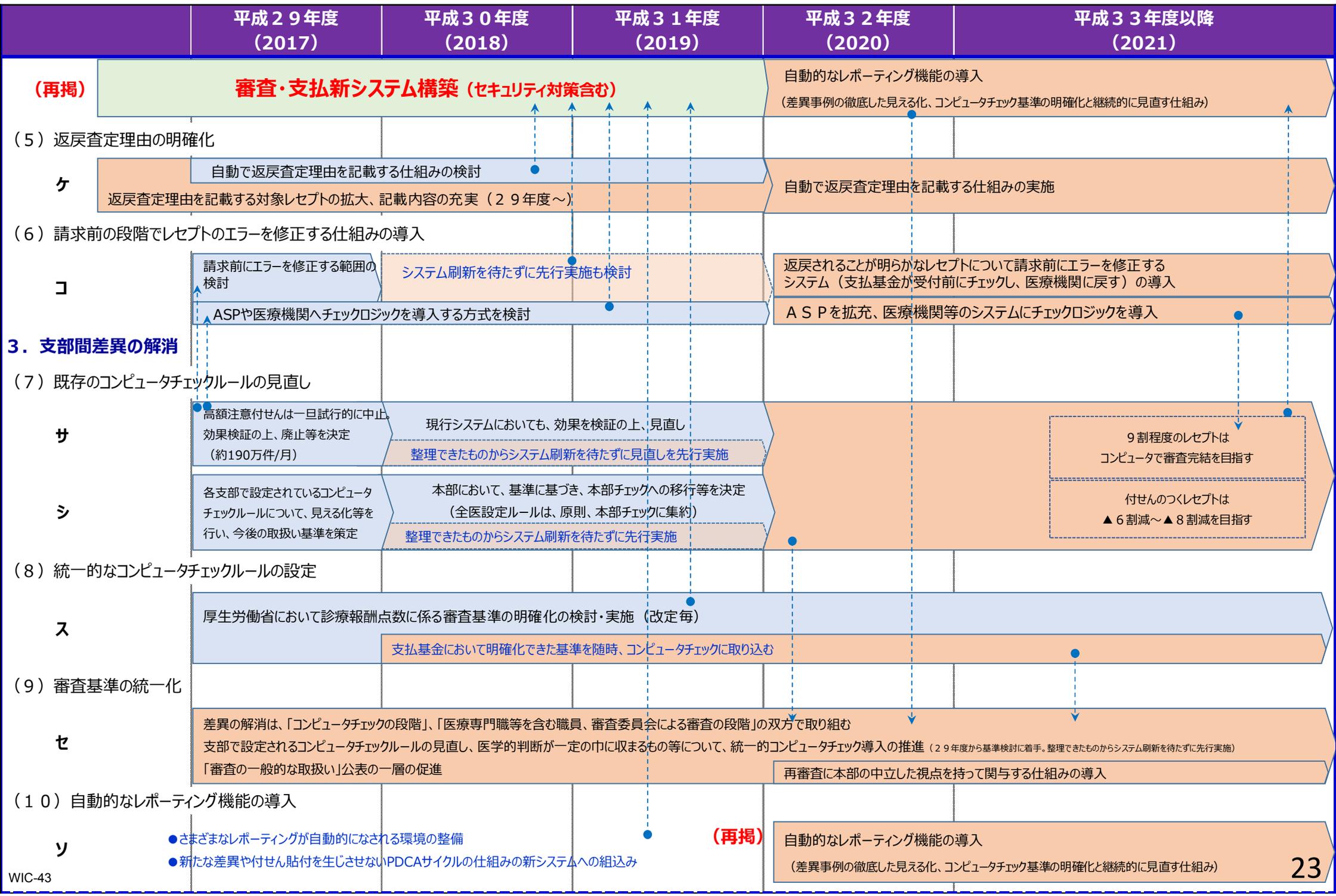
- ・支部組織の見直し：**モデル事業の実施**（支部集約化について問題点の検証等）【遅くとも平成30年度までに実施】
- ・支払基金の人員体制：**現行定員の20%（800人程度）の削減**を計画的に進めるとともに、医療専門職、IT等専門人材の採用拡大等**「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」**に相応しい人材の**高度化**を格段に図り、新たな医療やIT、AI等に対応する。
- ・育児期間中などで短時間勤務を希望する女性医師の活用なども含め、直接雇用する**常勤医師・看護師など医療専門職等の活用拡大を大幅かつ短時間勤務等の柔軟な働き方の選択肢を用意する形で図る。**

（※）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



支払基金業務効率化・高度化計画 工程表

	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成33年度以降 (2021)
--	------------------	------------------	------------------	------------------	--------------------

(再掲) 審査・支払新システム構築 (セキュリティ対策含む)

自動的なレポート機能の導入
(差異事例の徹底した見える化、コンピュータチェック基準の明確化と継続的に見直す仕組み)

4. 審査委員会のガバナンス強化

- (1 1) 審査委員会の在り方の見直し
- (1 2) 審査委員の利益相反の禁止

タ

利益相反の禁止に係る事項について、
支払基金の内規文書で厳格化・明文化

専門医の少ない地域でのウェブ会議方式の活用、合同審査の推進
在宅勤務なども含め、柔軟な勤務形態での審査に必要な I C T 環境を整備

審査委員会にけるレポートは重点審査分を中心に 1%以下を目指す

チ

重点審査の審査決定に関し、診療側委員と保険者側委員の間で意見が相違する
事案等が生じた際に、判断を中立な立場にある公益委員に委ねる仕組みの実施

審査委員の選定要件の見直し
・中立な立場にある委員は、原則、公的医療機関等の勤務医等

- (1 3) 本部審査の拡大等

ツ

本部審査拡大等の検討

本部特別審査委員会の対象レポート拡大 (現行の高額レポートの対象基準 (例えば、医科 40 万円以上) の引き下げ、及び
専門医が少ない診療科の専門性が高いレポートの対象拡大)

再審査に本部の中立した視点を持って関与する仕組みの導入 **(再掲)**

5. 組織・体制の見直し

- (1 4) 支部組織の見直し

テ

現行の審査支払業務
プロセス全体の棚卸し **(再掲)**

審査事務の集約に伴う実際上の課題を把握するため、モデル支部における
実証テストを実施 (遅くとも 30 年度までに実証テストを実施)

新システムの下で数か所の支部を対象に先行的に集約化を実施
実証テスト、先行集約化の検証を踏まえた上で、速やかに審査事務の一部支部への集約を図る
新システムにおいて、サーバを本部に一元化

- (1 5) 業務棚卸し等による効率化の推進

ト

入力・点検業務のシステム対応・外部委託化の推進、オンライン請求の促進 (29 年度以降順次)

審査業務の平準化及び支払処理の柔軟化の検討

順次、受付・審査業務の平準化を推進、支払スケジュールの柔軟化の可能性についても検討

- (1 6) 支払基金の人員体制のスリム化と高度化

ナ

新システム導入と(1)~(15)の着実な実施で業務の大幅見直し。それに応じて組織・人員を集約する方向で取り組む

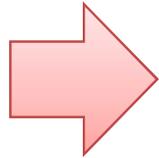
新システム導入により業務効率化を促進し、人員体制のスリム化も推進

職員に直接雇用する常勤医師等の医療専門職等の活用拡大

(遅くとも 36 年度末段階で、現行定員の 20%程度 (800 人程度) の削減を目標)

レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の概要

日本全国のレセプトデータ、特定健診等データを収集しデータベース化



現在、約8年分を格納

利用目的

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

保有主体

厚生労働大臣 (注)外部事業者にて維持管理を委託

収載データ(平成29年3月末現在)

- ・レセプトデータ 約128億8,400万件 [平成21年4月～平成28年12月診療分]
- ・特定健診・保健指導データ 約1億9,800万件 [平成20年度～平成27年度実施分]

注1) レセプトデータは、電子化されたデータのみを収載

注2) 特定健診等データは、全データを収載

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

レセプト情報等データベースの利用概念図

高齢者医療確保法に基づく利用

厚生労働省保険局
医療介護連携政策課
データヘルス
・医療費適正化対策推進室

都道府県

医療費適正化計画の作成等
のための調査及び分析等

国が公表する結果の
ほか、都道府県が、
国に対し、医療費適
正化計画の評価等に
必要な情報の提供を
要請

結果の公表

都道府県による
分析等

左記の本来目的以外の利用

厚生労働省内の他部局、
他課室・関係省庁・自治体

研究開発独法、大学、保険者中央団体、
公益法人、国から研究費用を補助され
ている者（民間企業含む）等

医療サービスの質の向上等
を目指した正確な根拠に基づ
く施策の推進

- 医療サービスの質の向上等を目指した正確な根拠に基づく施策の推進に有益な分析・研究
- 学術研究の発展に資する目的で行う分析・研究

（例）地域における医療機関
への受療動向等の把握等

有識者会議における審査

- ※データ利用の目的や必要性等について審査
- ※データ利用の目的として「公益性の確保」が必要

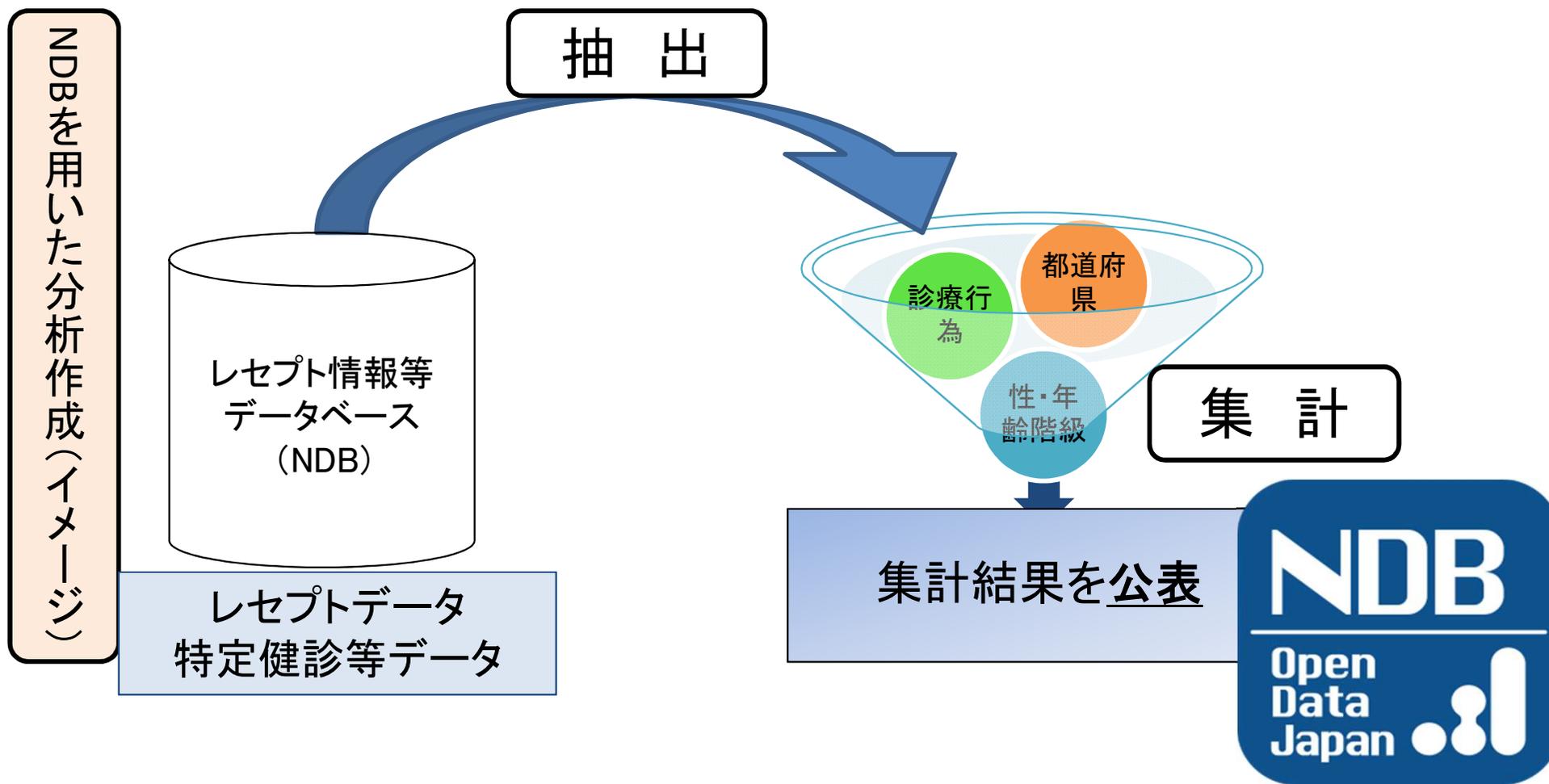
データ提供の
可否について
助言

データ提供の可否の決定

提供されているデータの種類

	特別抽出	サンプリング データセット	基本データセット	集計表情報
基本的な イメージ	申出者の要望に応じ、データベースにある全データのなかから、該当する個票の情報を抽出し、提供する	探索的研究へのニーズに対応し、抽出、匿名化などを施して安全性に十分配慮した、単月分のデータセット	入院、外来、疾患別など目的に合わせて年度ごとに紐付けが可能で、簡易に分析することが可能なデータセット	申出者の要望に応じ、データを加工して作成した集計表を提供する
提供データ	個票	一部匿名化等を行った個票	大幅に加工した個票	集計表
含まれている データ項目例	レセプト情報、特定健診等情報に含まれている、ほぼすべての項目	希少な情報があらかじめ匿名化・削除されたレセプトデータ	患者の基本属性情報以外は、主傷病名、診療識別情報、要望に応じたコードなど	集計表
利用にあたり 具備すべき セキュリティ	データ利用時に、情報セキュリティマネジメントシステムを確実に運用できる利用環境を整える	特別抽出で求められるセキュリティ水準と比較してある程度具備しやすいセキュリティ水準での利用が可能		
想定される 利用者像	レセプト研究に一定の知見があり、申出内容や抽出条件を吟味し、大量のデータを高速に処理することを想定している利用者	レセプト研究に関心はあるが経験がまだ十分でなく、データの特徴や各項目の概要を把握したいと考えている利用者	レセプトの構造を踏まえながら研究するよりも、基本的項目について簡単に分析を試みたいと考えている利用者	集計された結果を必要とし、データ処理を行うことを想定していない利用者

「NDBオープンデータ」作成の概要



- 国で集計を行い、継続的に結果をホームページに公表する。
→民間等においても、公表された集計表情報を利用可能となる
- NDBオープンデータの作成は従来の精度管理と同様、NDBの運用管理の一環として整理する
- NDBオープンデータの公表に当たっては必要に応じて有識者会議に対して進捗等を報告する

DPC/PDPS制度の概要

①DPC/PDPS制度とは

○ DPC / PDPS …… Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System

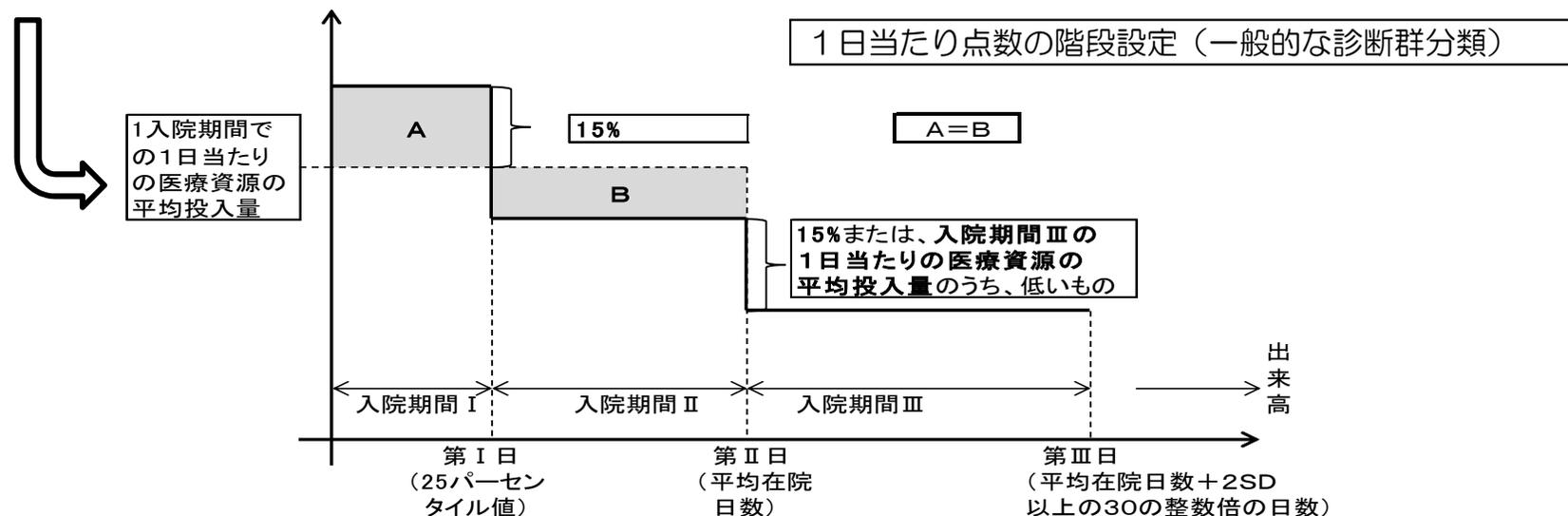
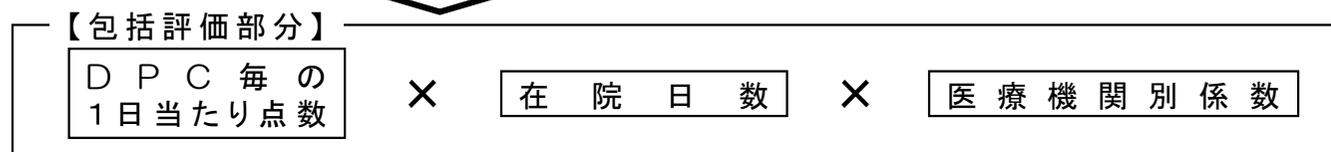
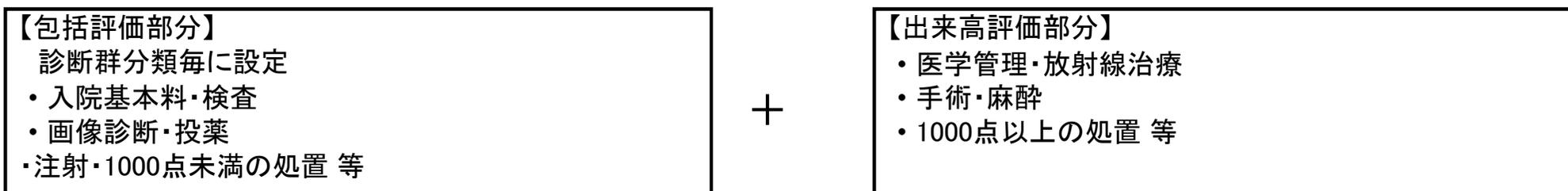
○ 急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度(※)

(※)行われた診療行為(手術、処置、投薬等)を個別に評価する出来高払いではなく、複数の診療行為をまとめて評価する制度。

○ 平成15年に特定機能病院を対象に導入

○ 平成29年4月1日時点で、1,664病院、約48.4万床(全一般病床の約54%)を占める

②DPC/PDPS制度における診療報酬の概要

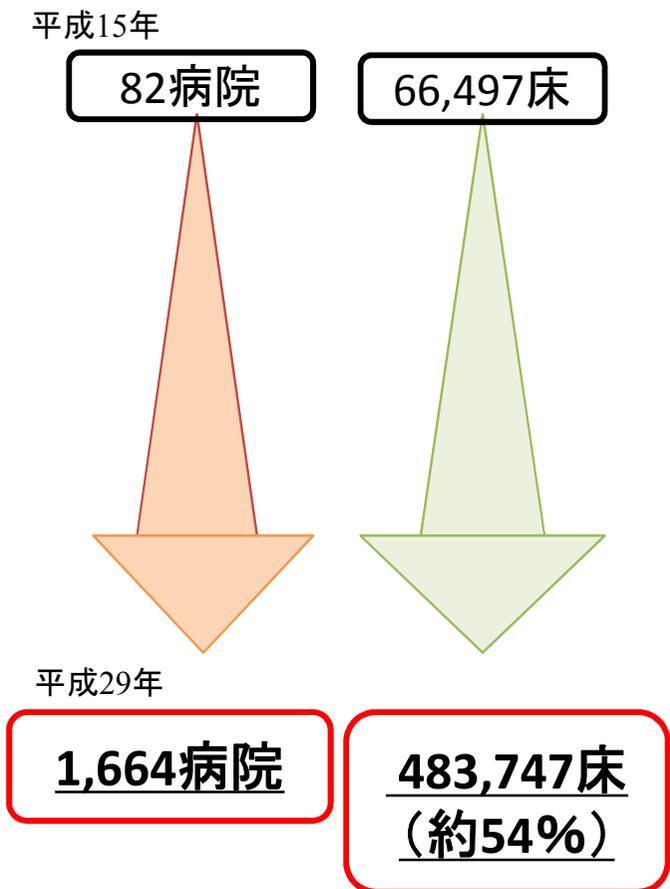


DPC対象病院の変遷

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成29年4月1日現在で1,664病院・約48万床となり、全一般病床の約54%を占めるに至っている。

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月)	1,585	492,206
平成27年度対象病院 (H27年4月)	1,580	484,081
平成28年度対象病院 (H28年4月)	1,667	495,227
平成29年度対象病院 (H29年4月)	1,664	483,747
(参考)一般病床(※)を有する病院 (平成27年医療施設調査)	5,876	893,970



※一般病床：精神病床、感染症病床、結核病床及び療養病床以外の病床をいう。(医療施設調査)。

診断群分類の総数の変遷

診断群分類点数表の見直し

- 診断群分類の見直しを行い平成28年度改定においては以下の通りの分類となった。

改定時期	MDC数 (※1)	傷病名数	DPCコード (ツリー総数)	うち包括対象 DPC数(※2)	支払い分類 (※3)
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
平成28年4月	<u>18</u>	<u>506</u>	<u>4,918</u>	<u>4,244</u>	<u>2,410</u>

※1 MDC: Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 改定時点で包括対象となっているDPC数

※3 CCPマトリックスを導入した分類においては、複数の診断群分類番号が同一の支払い分類となっている。

退院患者調査について

診 調 組 D - 3
2 8 . 5 . 2 5

- ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査。
- ・当該調査結果(いわゆる「DPCデータ」)に基づき、「診断群分類点数表」の設定、「医療機関別係数」の設定等が行われる。

様式名	内容	説明
様式1	簡易診療録情報	カルテのサマリーのような情報。
様式3	施設情報(月1回提出)	届出されている入院基本料等に関する情報。
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険以外診療(公費、先進医療等)の実施状況に関する情報。
Dファイル	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	DPCLレセプトの情報。
EF統合ファイル	医科点数表に基づく出来高点数情報	出来高レセプトの情報。
外来EF統合ファイル	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高点数情報	外来の出来高レセプトの情報。
Hファイル(新)	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。

1. 概要

- 機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、DPC対象病院及びDPC準備病院からの年1回の厚生局への別途様式による届出（「定例報告」）に基づき、**10月1日時点での参加状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映**している。

2. 報告内容（案）

（1）施設基準の届出状況

（2）都道府県が行う事業への参加状況

- ①救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
- ②災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
- ③へき地の医療（へき地医療病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地順回診療の実績）
- ④周産期医療（総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定）
- ⑤がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）

（3）その他

- ① 病床数（DPC算定病床数）等

2. ビッグデータ活用推進の基本的考え方

(1) ビッグデータ活用推進の目指すべき方向性とあり方

現在、審査支払機関では、国民皆保険の下、レセプト電子化により、年間約20億件の医療レセプトが取り扱われている。また、健診情報については、年間約0.3億件の情報が集まり、さらに、国民健康保険団体連合会に関して言えば、年間約1.5億件の介護レセプトを審査している。

また、これらの医療レセプトのデータや、特定健診等のデータは、匿名化の上、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)に蓄積されており、その数は、医療レセプトで約129億件(H21.4~H28.12)、特定健診等情報で約2億件(H20年度~H27年度実施)となっている。また、介護レセプトについては、その個人の要介護認定情報等とともに、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6.6億件(H24.4~H28.9)、要介護認定情報で約4千万件(H21.4~H28.9)に上っている。

これらのデータは、全体として見れば、各個人の健康・医療・介護に関する詳細な情報が記載されたデータであるが、現在、制度別にそれぞれ管理されており、また、個人や医療機関など広く民間による活用に使われてはいない。例えば、厚生労働省が保有するデータベースのうち、現在、第三者へのデータ提供を行っているのは、NDBだけであり、また、そのNDBでさえ、データ提供の対象を研究者等に限り、民間での活用が認められていない状況にある。

本推進計画・工程表は、こうした、現在殆ど活用されていない種々の健康・医療・介護のビッグデータを、ICT技術を活用して連結し、産官学で様々な分析を行うことで、新たな付加価値の創出を目指すものである。したがって、データ連携の基盤となる保健医療データプラットフォームを構築し、健康・医療・介護分野のビッグデータ利活用が、官民を問わず可能となる改革を推進することが計画の軸となる。また、本推進計画・工程表は、単にICT基盤を構築することを目的としているのではなく、健康・医療・介護の各分野の専門家が、一丸となって、国民や患者が抱える課題を克服できるようにすることを目指すものである。

また、保健医療データプラットフォームの中核となるレセプトデータは、国民皆保険による国民を網羅した悉皆(全数)データであり、医療等IDの導入等により、民間の優れたデータベースや、電子カルテのデータなどの様々なデータとの連結も可能であり、また、保健医療データプラットフォームを活用して、個人の健康情報の一元管理(PHR)や在宅医療、障がい者、被災者等の救急医療やケアなど、その利用用途は、大きく広がるものである。

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A I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 A I 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。

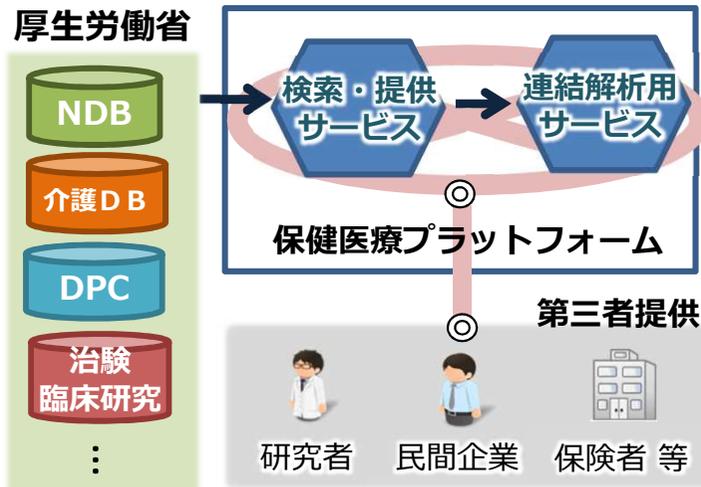
本計画は、健康・医療・介護のビッグデータ活用に関する施策(③・④)について、その具体的な活用方策、運用・管理の在り方等を提示するもの。その他の施策も、本部の検討を更に加速させ、提示していく。

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

ビッグデータ活用推進による具体的な取組

保健医療ビッグデータ利活用

- 個人情報 の 確実な 保護を 前提に、健康・医療・介護のビッグデータを連結し、プラットフォーム化。研究者、民間、保険者、都道府県等が、保健医療データを迅速・円滑に利用可能に。
- これにより、疾病や要介護状態の回避に結びつく早期の予防施策の展開や、治験・臨床研究への患者アクセス、新たな治療法の開発や創薬、科学的な介護の実現を加速させる。



- ①ビッグデータやプラットフォームの管理（ビッグデータ管理・運営部門の設置等）
- ②第三者（都道府県、保険者、民間企業等）へのデータ提供の充実、迅速化、データ分析の支援
- ③研究者等へのデータ提供と活用支援、AI活用も可能なシステムの開発（研究者等が保有する専門的なデータとの連結による、より広範な分析の実現）

保険者のデータヘルス支援

- 個人情報 の 確実な 保護を 前提に、個人並びに保険者の健康管理に関するデータを集約し、
 - ①個人の健康データをヒストリカルに、本人に対して提供（PHR）
 - ②経営者や保険者に、加入者やその家族の健康情報を提供。経営者による健康経営等にも活用（健康スコアリング）
- 国民一人ひとりや事業主に、健康管理の意義や重要性を分かり易く訴えかけ、その行動変容へ。



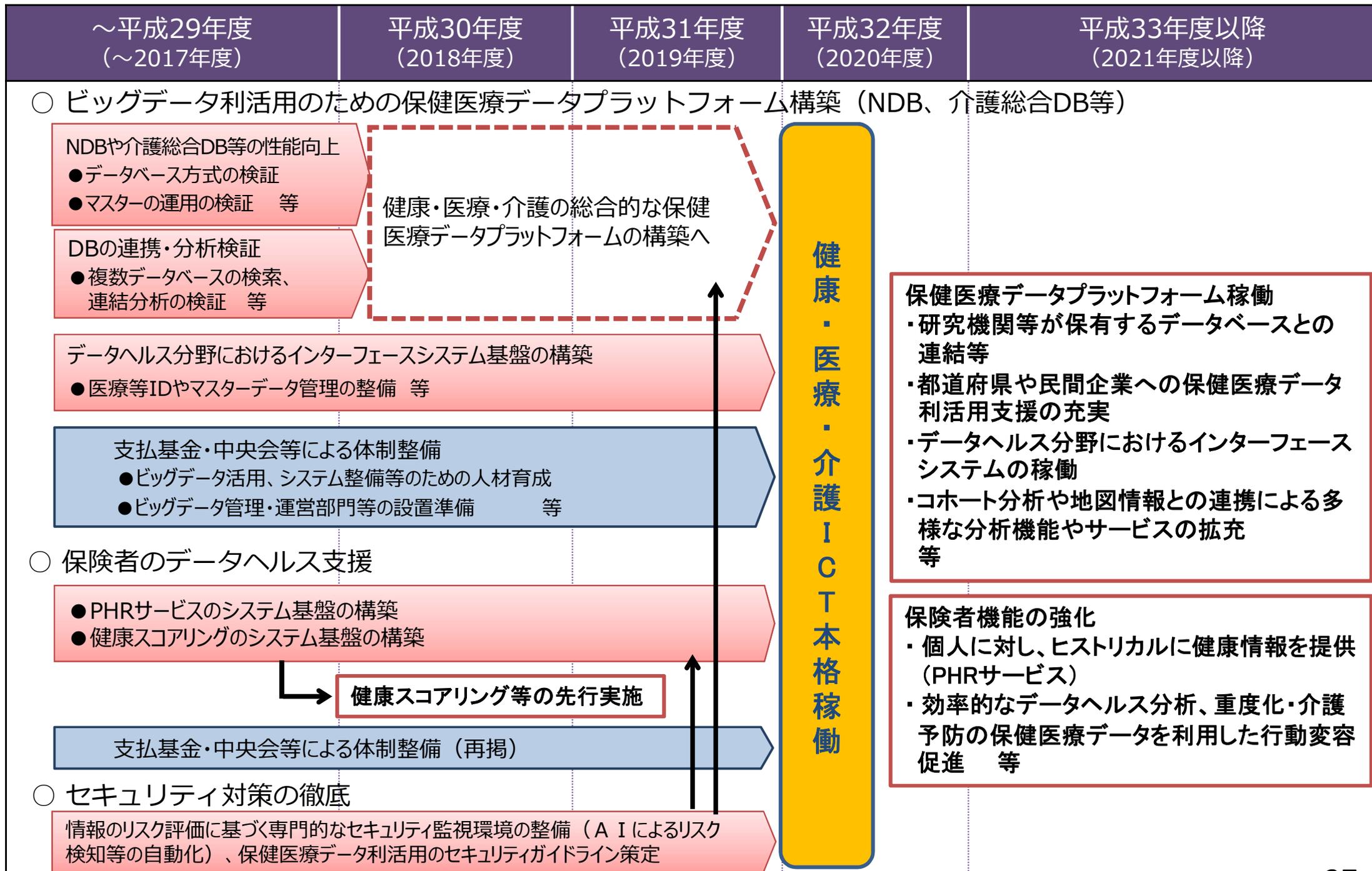
セキュリティ対策の徹底

- 情報のリスク評価と、評価に従った専門的なセキュリティ監視の徹底。監視にあたっては、専門要員による監視コストを下げるため、AIを活用して、リスク検知等の自動化。更にデータ利用に関するガイドラインを整備し、セキュリティ統制を確立。

推進体制・人員の在り方

- ▶ ビッグデータ活用の **人員等は、新たにデータ分析やビッグデータ管理、セキュリティ対策等の専門性を保有する人員を確保する。** **ただし、サービス維持の費用低減努力を継続的に行う。**

- ▶ 保健医療データプラットフォームをはじめとする、ビッグデータ活用推進施策等は、厚労省の「データヘルス改革推進本部」で決定するが、一部具体的な運用等は「厚労省・支払基金・中央会の合同プロジェクト」として位置づける。今後、詳細は同本部で協議の上、決定。



★ 上記項目については、平成29年度以降、プロトタイプング (先行開発) を実施し、総合的なシステム構築を図る。

4. ビッグデータ活用について

(3) 支払基金・国保連の保有するビッグデータの活用と保険者機能の強化

(略)

また、こうしたビッグデータの活用の際には、例えば、医療レセプトへの郵便番号の記載や未コード化傷病名への対応など、データそのものの有用性をあげていく取組みが重要となる。また、特に、医療データに比べて、介護データは情報が不足していることが多い。政府の関係会議でも議論になっているように、介護データに関し、自立支援介護等、科学的分析に基づく重度化予防・自立促進への取組みに資するデータインフラの抜本的整備を行うことが不可欠であることを認識すべきである。

保健医療情報の標準化

※ ICD10 対応標準病名マスターの例

管理コード	病名	交換用コード	ICDコード	複数候補	対応するレセプト電算コード
20053934	悪性腫瘍	ATH0	C80		8830213
20100692	悪性腫瘍合併皮膚筋炎	N5A2	C80	M360	7103002
20053935	悪性腫瘍に伴う貧血	P99K	C80	D630	8830214
20053941	悪性症候群	FC0V	G210		8830215
20099608	悪性小脳腫瘍	K3E5	C716		8847834
20053944	悪性神経膠腫	C948	C719		1919002
20087440	悪性心膜中皮腫	G3J5	C452		8842660
20053940	悪性縦隔腫瘍	QCJC	C383		1649001
20053945	悪性腎硬化症	QBUC	I129	N26	4039001
20053974	悪性膵内分泌腫瘍	JSH2	C254		8830216
20053947	悪性髄膜腫	MU87	C709		1921005
20053950	悪性脊髄腫瘍	FF3F	C720		1922001
20053951	悪性脊髄髄膜腫	Q2DF	C701		1923001