

平成30年度予算概算要求(保険局関係)参考資料

平成29年9月6日
厚生労働省保険局

1. 国民健康保険への財政支援	2
2. 被用者保険の拠出金等の負担に対する財政支援	4
3. 予防・健康管理の推進	
① データヘルス(医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業)の効果的な実施の推進	
ア レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進	5
イ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援	10
② 先進事業等の好事例の横展開等	
ア 糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援	11
イ 後期高齢者医療広域連合における後発医薬品の使用促進への支援	12
ウ 重複・頻回受診者等への訪問指導等及び高齢者の低栄養防止等の推進の支援	13
エ 健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健の推進等	15
③ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援	16
4. 医療分野におけるICTの利活用の促進等	
① 医療保険分野における番号制度の利活用の推進	18
② データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備	19
5. 医療技術評価の推進	20
6. 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置(復興)	22

国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充に加え、**毎年約3,400億円の財政支援**の拡充等を以下の通り実施することにより、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。

※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額(約3兆円)の1割を超える規模

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

<平成27年度から実施> (毎年約1,700億円)

- **低所得者対策の強化**のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充

<平成30年度から実施>

- **財政調整機能の強化**(財政調整交付金の実質的増額)
- **自治体の責めによらない要因**による医療費増・負担への対応
(精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等)
- **保険者努力支援制度**・**医療費の適正化に向けた取組等に対する支援**
- **財政リスクの分散・軽減方策**(財政安定化基金の創設・高額医療費への対応等) 等

・平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成等

(基金残高) 平成27年度:200億円 ⇒ 平成28年度:600億円 ⇒ 平成29年度約1,700億円

(平成29年度予算額(公費)で1,100億円を追加)

- あわせて、医療費の適正化に向けた取組や保険料の収納率向上などの事業運営の改善等を一層推進し、財政基盤の強化を図る。

- 地方公共団体が独自に行う子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置については、「ニッポン一億総活躍プラン」(平成28年6月2日閣議決定)において、「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 議論の取りまとめ」(平成28年3月28日)を踏まえ、見直しを含め検討し、年末までに結論を得るとされていた。
 - 本年10月に、医療保険制度における子どもの自己負担額(3割、ただし未就学児は2割)分に係る医療費助成について調査したところ、市町村ごとに、対象年齢、自己負担の有無等で様々な違いがあるが、未就学児に限定すれば、すべての市町村が何らかの医療費助成を実施していることが明らかとなった。
 - このような実態や社会保障審議会医療保険部会等の議論も踏まえ、自治体の少子化対策の取組を支援する観点から、平成30年度より、未就学児までを対象とする医療費助成については、国保の減額調整を行わないこととした。
(「「ニッポン一億総活躍プラン」に基づく子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置に関する検討結果について」(保国発1222第1号平成28年12月22日付け国民健康保険課長通知))
- ※ 所要額については、年末までに精査する。
 - ※ 見直しにより生じた財源については、各自治体において、更なる医療費助成に拡大ではなく他の少子化対策の拡充に充てることを求める。

○被用者保険の負担が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施

- ・制度化分として平成29年度から100億円。
- ・平成27年度は新規分として約110億円。全面総報酬割が実施された平成29年度には600億円。
- ・これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金(既存分)が平成29年度は120億円。

○具体的には、

- ①平成29年度から拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策の対象を拡大し、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減する(枠組みを法律に規定し、制度化を行う。)とともに、
- ②平成27年度から高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充し、前期高齢者納付金の負担軽減を図る

①拠出金負担の軽減(制度化)

100億円
(平成30年度予定)

- 現在、保険者の支え合いで、拠出金負担(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金)の特に重い保険者(上位3%)の負担軽減を実施。
- この対象を拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半する。

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定。平成29年度の対象は上位7.56%。

※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映。

②前期高齢者納付金負担の軽減

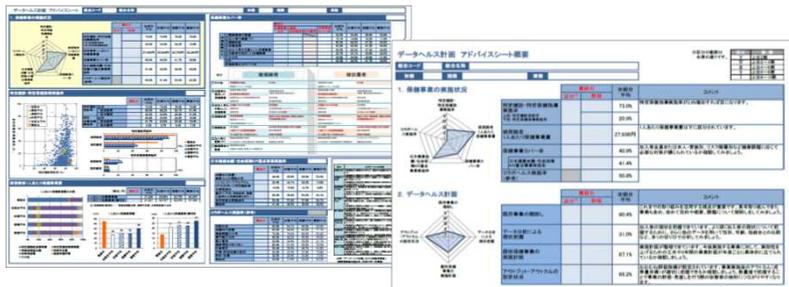
600億円
(平成30年度予定)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。
- 前期納付金負担の負担増の緩和のため、前期高齢者納付金負担の伸び(負担が重い保険者に高い助成率を適用)に着目した負担軽減を実施。

- 平成30年度からの第2期データヘルス計画の本格稼働に向けて、国が医療保険者等に対して、データヘルス計画の標準化やデータ分析・保健事業の質の向上のための取組、人材育成事業等を推進する。
- また、健保組合による保健事業の共同実施や先進的な保健事業の実証事業に係る経費を補助する。

(1) アドバイスシートによる保険者ごとの第2期データヘルス計画の分析事業の補助 (23百万円)

第2期データヘルス計画を全健保組合で横比較



(2) データヘルス・ポータルサイトを活用したデータヘルス計画の標準化や保険者共通指標の策定支援 (100百万円)

全健保組合・協会けんぽで活用



(3) 先進的な保健事業の実証事業等に要する経費 (680百万円)



(4) 健保組合への先駆取組の普及・人材育成事業の補助 (47百万円)

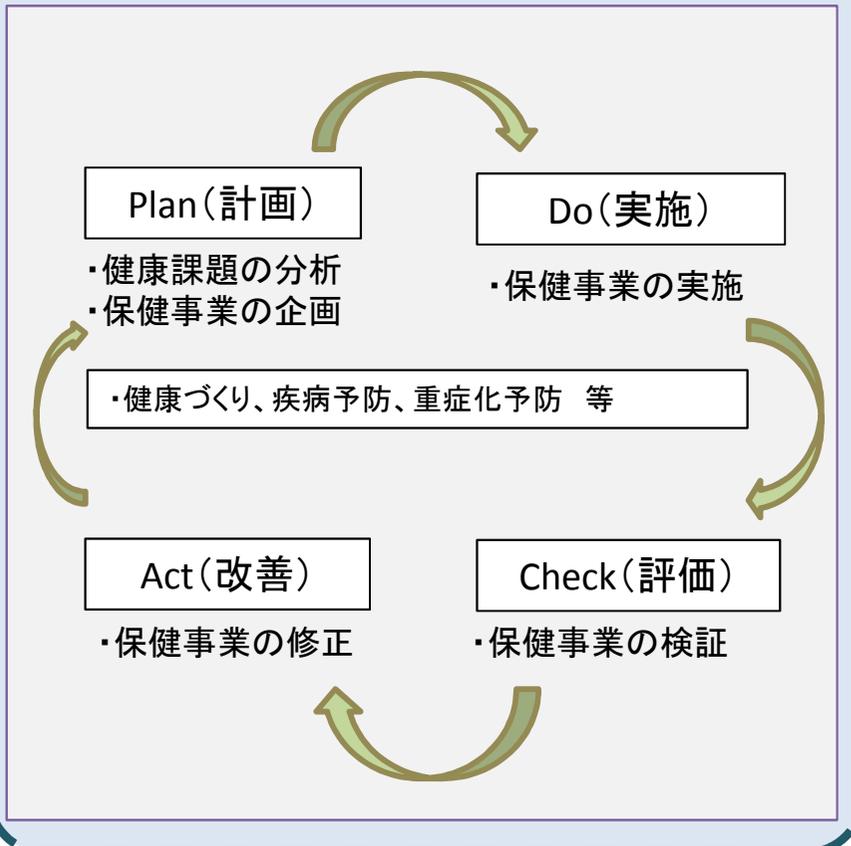


国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業のPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な実施に向け、KDBシステム等を活用した保健事業を行う市町村国保等に対する支援を実施する。

保険者
・市町村国保等
・広域連合

データ分析に基づく保健事業の
計画・実施・評価(PDCAサイクル)の取組



《国保・後期》 報告

支援 《国保・後期》

各場面で必要な
データを取得

《国保・後期》活用



国保連合会

○保健事業支援・評価委員会

- ・データヘルス計画策定の助言
- ・保健事業の評価・分析
- ・市町村職員等への研修などを実施

※保健師の配置

- ・KDBの具体的な活用方法の支援などを実施



活用

機器更改等を実施

○KDBシステム 等

- ・医療、健診、介護のデータを収集・突合分析し、統計データや個人の健康に関するデータを作成

支援

報告

国保中央会

○国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会

- ・全国の事業の評価・分析結果の取りまとめ
- ・好事例の情報提供
- ・国保連合会職員等を対象にした研修などを実施



レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）のデータを用いて、各都道府県の医療費適正化計画のPDCAサイクルを支援するための分析や特定健診・保健指導（以下「特定健診等」という。）による検査値の改善状況・行動変容への影響、医療費適正化効果について分析し、保険者の予防・健康づくりと医療費適正化を推進するための事業

(1) レセプト情報・特定健診情報等の分析に係る支援業務（平成30年度：30百万円）

特定健診等の医療費適正化効果を検証するため、NDBに収録されたデータを活用して、様々な調査・分析用資料を作成し、公表する。また、作成された調査・分析用資料について学術的な検証を実施するため、有識者により構成されるワーキンググループ（WG）を設置・運営する。

(※) 調査・分析用資料の例：

- ・レセプト情報と特定健診等情報を経年的に個人単位で紐付けた上で、特定保健指導の実施による検査値や医療費への効果を分析（5年間の経過分析の結果、保健指導による検査結果、医療費等への効果があることを検証し、平成28年4月に公表。）
- ・性・年齢階級別、保険者種別、都道府県別の特定健診・保健指導の実施状況、メタボ率 等

分析結果 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000121278.pdf>

(2) 医療費適正化計画等に係るデータの集計及び分析等補助業務（平成30年度：26百万円）

都道府県の医療費適正化計画のPDCAサイクルを支援するため、NDBに収録されたデータを活用して、外来・入院医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素の分析作業を行い、分析結果を都道府県へ配布する。

＜経緯・目的＞

後期高齢者の保健事業については、高齢化の進展に伴い医療費が増加している中、医療費適正化対策として重要性が増していることに鑑み、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」を開催し、平成29年度中に高齢者の特性を踏まえた効果的な保健事業のガイドラインを作成することとしている。

平成30年度以降は、当該ガイドラインに基づき実施した保健事業を行った広域連合等からデータの提出を受け、効果検証等を実施した上で、継続的な事業検証とガイドラインの改定を行っていく。

1. 効果検証会議の実施

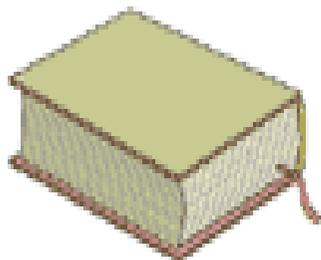
- 保健事業の実施状況の進捗管理・現状分析
- 実施自治体への指導助言
- 収集したデータに基づく詳細な分析
- 保健事業を類型化し、類型ごとの効果検証を実施

※年5～10回開催予定

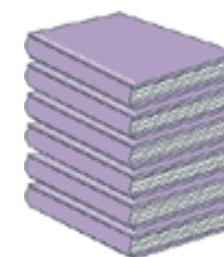
※専門知識のある有識者が随時参加【構成員：15人、作業チームの人員：10人程度】

※外部(民間シンクタンク)への委託により運営

＜平成29年度＞
ガイドライン作成



継続的な事業検証を行い、
ガイドラインを改定



2. 説明会・研修等の実施

(1) 説明会(年1回開催予定)

ガイドラインを使用した保健事業の実施・効果検証の方法等について広域連合・市区町村等職員を対象とした説明会を実施。

(2) 研修会(年1回開催予定)

国内の有識者等によるスーパーバイザーを参集した保健事業に係る研修会を実施

(3) その他、必要に応じて運営に係る会合を実施

※「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」により検討・精査

【目的】 健保組合が行う保健事業に対する事業主の理解を深め、**コラボヘルス強化のきっかけづくり**を支援する

【背景】

- 保健事業の円滑実施のためには事業主の協力が不可欠であるが、**事業主の理解・協力を得ることに苦慮している健保組合**が多数存在する。
- **事業主に保健事業の必要性や従業員等の健康課題に関する気づきを与え、健保組合の取組に対する理解を深める**必要がある。

【取組内容】

- NDBの特定健診・レセプトデータを活用し、**各健保組合ごとの加入者の健康状態や医療費、健康への投資状況等**について、全国平均と比較したスコアリングレポートを作成。全健保組合にレポートを送付する。

スコアリングレポートの作成・通知イメージ

◆ 加入者の健康状態や医療費等をスコアリングし、レポートを作成



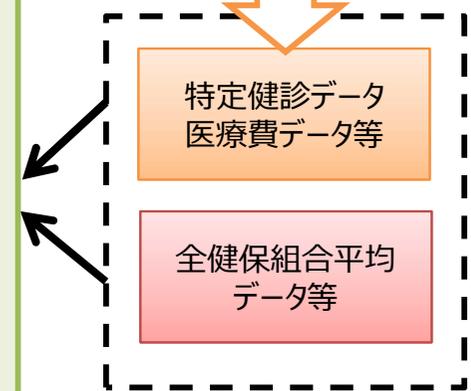
スコアリング
レポートの送付



健診等を受け
やすい環境づくり



民間事業者を活用
することも含め
健診・保健指導
受診勧奨等



○ 保険者協議会は、都道府県単位で保険者横断的に住民の予防・健康づくりと医療費適正化を推進する取組を行っている。保険者が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県内の医療費の調査分析など、保険者が行う加入者の健康の保持増進や医療費適正化の効果的な取組を推進するために必要な体制を確保できるよう、補助するものである。

※1 都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者医療確保法）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。

※2 第3期の医療費適正化計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者協議会を通じて、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされている。

【保険者協議会が行う事業（補助率）】

◇保険者協議会の開催（1／2）

◇医療計画、医療費適正化計画への意見提出（10／10）

医療計画（地域医療構想）、医療費適正化計画への意見提出に係る、専門家等を活用したデータ分析、意見聴取等を行うための保険者協議会の開催

◇専門部会等の開催（1／2）

◇データヘルスの推進等に係る事業（10／10）

保険者等が実施する、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るために実施する事業等

◇特定健診等に係る受診率向上のための普及啓発に係る事業（1／2）

特定健診等の受診率向上のため、保険者等が共同して行う積極的な普及・啓発活動等

◇特定健診等の円滑な実施のための事業（1／2）

保険者等への情報提供を迅速かつ効率的に実施するためのHPの作成等

◇特定保健指導プログラム研修等事業（1／2）

特定保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対するプログラム習得のための研修の実施

◇特定保健指導実施機関の評価事業（1／2）

◇特定健診と各種検診の同時実施の促進事業（1／2）

被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施等

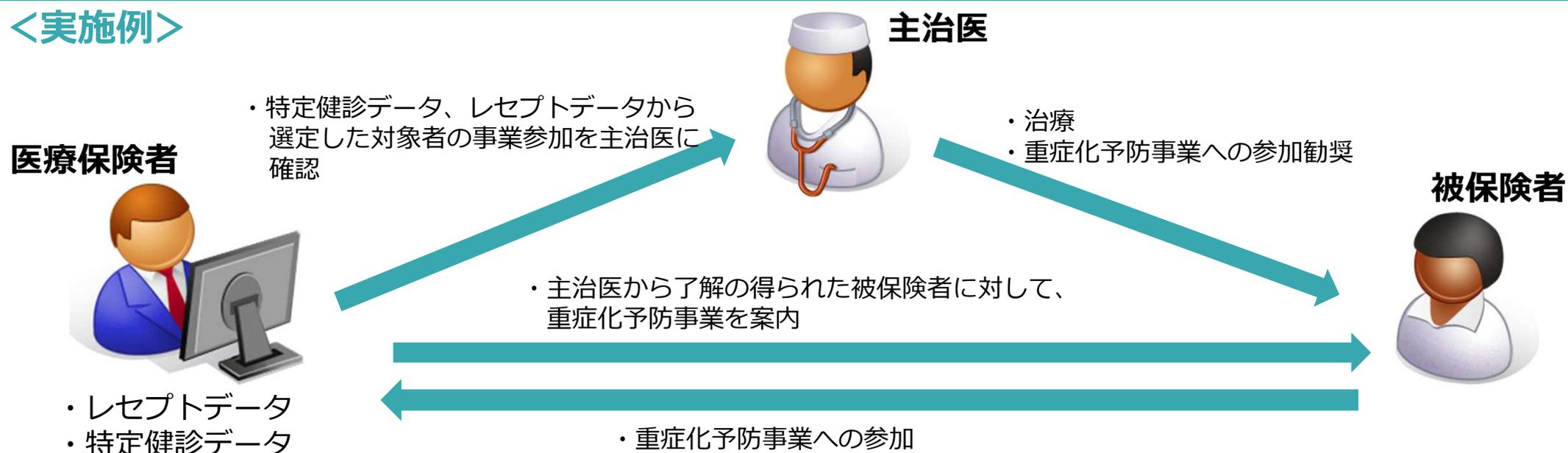
(背景)

ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定）ならびに経済財政運営と改革の基本方針2017において、かかりつけ医等と連携し、レセプト等のデータを活用した、先進的な糖尿病性腎症の重症化予防の推進が示されている。

日本医師会、日本糖尿病対策推進会議との連携協定に基づく「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等を参考にしながら、さらに効果的に取組を推進する。

(事業内容)

- 糖尿病性腎症の患者等であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して、医療保険者が実施する医療機関と連携した保健指導等を支援する。

<実施例>

事業概要

後発医薬品の使用促進を図るために、後期高齢者医療広域連合が実施する後発医薬品利用差額通知の送付、後発医薬品希望シール・カードの作成及び配布、後発医薬品の普及・啓発に係るリーフレット等の作成等。

※経済財政運営と改革の基本方針2017

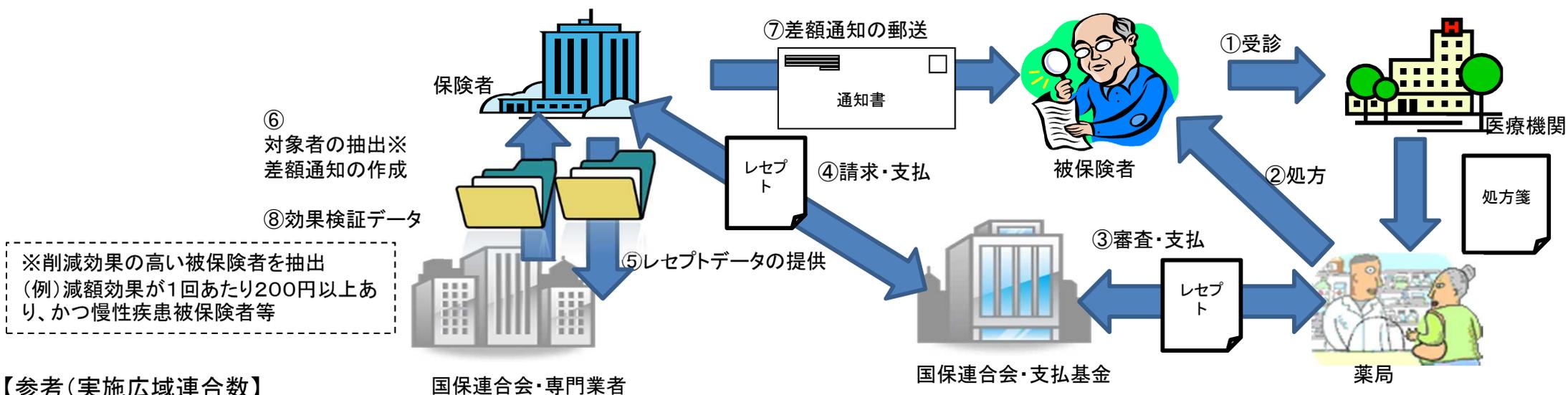
2020年(平成32年)9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。

○後発医薬品利用差額通知

・後発医薬品への切り替えを促進するため、後発医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担軽減額を通知

○後発医薬品希望シール・カード

・後発医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするため「希望シール」又は「カード」を作成し、被保険者へ配布又は市町村窓口を設置



【参考(実施広域連合数)】

	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
後発医薬品希望カードの配布	28 (60%)	41 (87%)	46 (98%)	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)
後発医薬品利用差額通知の送付	1 (2%)	2 (4%)	19 (40%)	34 (72%)	43 (91%)	46 (98%)	46 (98%)	47 (100%)

平成30年度要望額：1.4億円
 (平成29年度予算額：0.9億円)

事業概要

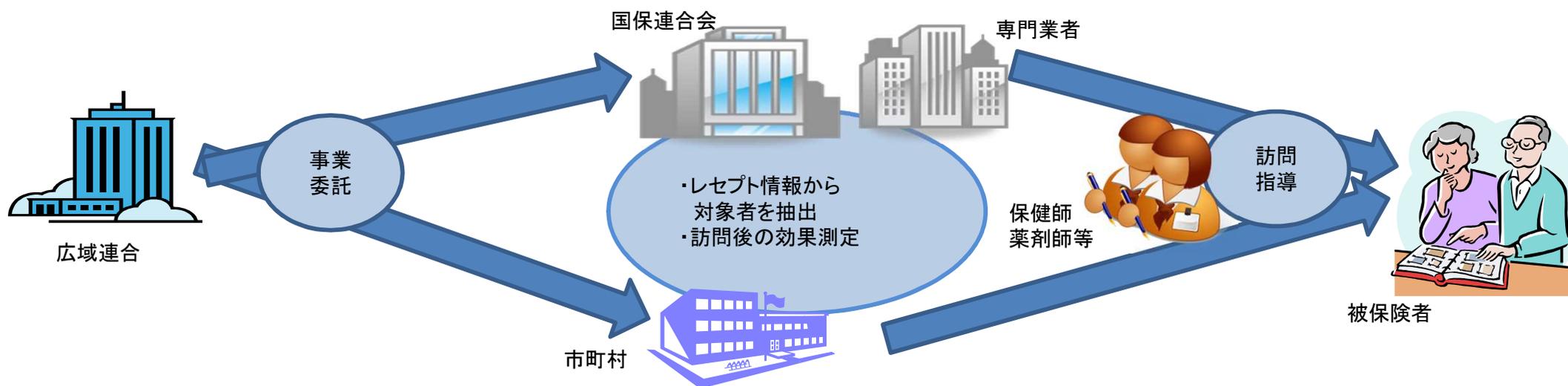
- ①レセプト等情報により選定した重複・頻回受診者等に対して、保健師等による訪問指導を実施することにより、適正受診の促進を図る。
- ②レセプト等情報により選定した重複・多量投薬者等に対して、地域薬剤師会の協力を得て、薬剤師等による訪問指導及びその結果を処方医、薬局へのフィードバックを行うことにより、医薬品の適正使用の推進を図る。
- ③レセプト等情報により選定した重複・多量投薬者等に対して、医薬品の適正使用について周知広報(飲み残し、飲み忘れ防止等)を行う。

※①と②の対象者は重なることが想定されるため、その場合には、保健師と薬剤師とがチームで訪問指導を行う。
 ※訪問指導後は、レセプト等情報により改善状況を把握し、効果を検証するとともに、必要に応じて再訪問等を実施する。

※訪問指導対象者の選定基準(例)

- 重複受診……3ヶ月連続して、1ヶ月に同一疾病での受診医療機関が3箇所以上
- 頻回受診……3ヶ月連続して、1ヶ月に同一医療機関での受診が15回以上
- 重複投薬……3ヶ月連続して、1ヶ月に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方
- 併用禁忌……同一月に複数の医療機関で処方された薬剤に併用禁忌薬がある
- 多量投薬……同一月に10剤処方以上もしくは3ヶ月以上の長期処方を受けている

} 平成26年度～
 } 平成27年度～



概要

- 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。
 〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導 ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導
 ・外出困難者への訪問歯科健診
 ・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

推進のための事業イメージ

保健センター 地域包括支援センター



診療所・病院



薬局



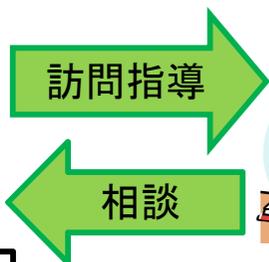
歯科医院



訪問看護ステーション



専門職



被保険者

低栄養・過体重、
摂食等の口腔
機能、服薬など

(参考) 高齢者の特性(例: 虚弱(フレイル))

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

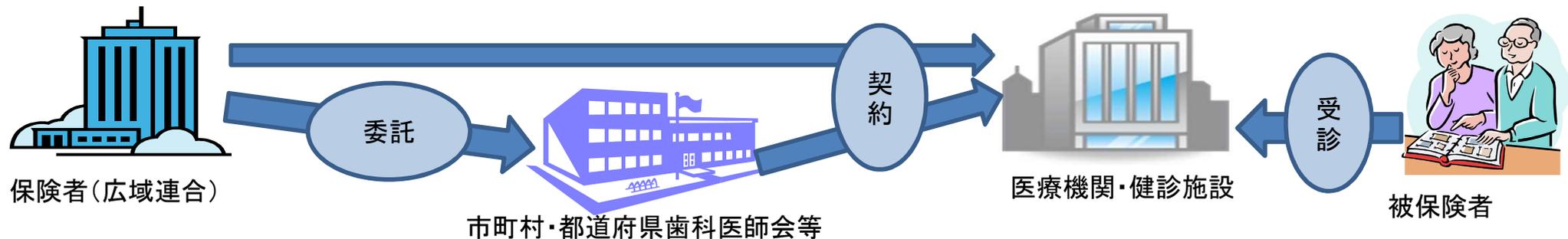
精神的

低栄養・転倒の増加
口腔機能低下
意欲・判断力や
認知機能低下、
うつ

適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

概要

- 口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔清掃状態等をチェックする歯科健診を実施することとし、広域連合に対して国庫補助を行う。
- 健康増進法による健康診査実施要領に規定されている歯周疾患検診を参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた検査内容を各広域連合で設定。
〈例〉問診、口腔内診査、口腔機能の評価、その他(顎関節の状態等)
- 市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施



2020年に向けて、健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体を増やすなどの目標を達成するための取組を支援するための経費。

(1) 日本健康会議2017

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体・保険者のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目的として、先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導で「日本健康会議」を2015年7月に発足。
- ◆ 2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ①厚労省と日本健康会議において、毎年、全保険者を対象として調査を実施し、その結果を公表。
 ※平成29年度調査の結果は、8月23日の日本健康会議2017において、宣言の達成に向けた進捗状況として報告。
 - ②「日本健康会議 データポータルサイト」を開設し、県別や業界別などの形で取組状況を「見える化」。

日時・会場：2017年8月23日（水）@イイノホール

1. 主催者・来賓挨拶
 日本健康会議共同代表 日本商工会議所 会頭 三村 明夫
 厚生労働大臣 加藤 勝信
2. フォトセッション
3. 保険者の取組状況の報告～2年目を迎えた「宣言」達成状況の概要～
 - (1) 「健康なまち・職場づくり宣言2020」達成状況の報告
 日本健康会議事務局長 渡辺 俊介
 - (2) 保険者の取組状況の報告 全国健康保険協会 理事長 小林 剛
 健康保険組合連合会 副会長 白川 修二
 国民健康保険中央会 理事長 原 勝則
4. 健康寿命延伸・健康づくりへ先進県の戦略的取組
 高知県 知事 尾崎 正直
 宮城県 知事 村井 嘉浩
5. 日本健康会議 一年間の成果と今後に向けて
 日本健康会議共同代表 公益社団法人日本医師会 会長 横倉 義武



日本健康会議2017の様子

- 健康経営優良法人2017の報告
- 日本健幸都市連合の取組紹介
- ・健康経営優良法人2017の認定・公表/基調講演 産業医科大学 産業生態科学研究所教授 森 晃爾
- ・基調講演 代表幹事（実行委員） 荒川区長 西川 太郎
- ・取組1 静岡県三島市長 豊岡 武士 ・取組2 神奈川県大和市長 大木 哲

個人の健康づくりに対する意欲を喚起する取組を、医療保険者、企業、地方自治体等の関係者の中で広げていくため、先進事例の紹介や関係者間で問題意識の共有、医療保険者等と健康・予防サービスを提供する企業等とのマッチングの機会の提供等を行うためのデータヘルス・予防サービス見本市等を開催するための経費。

(2) データヘルス・予防サービス見本市

- 保険者が高度な専門性や人的資源を豊富に有する質の高い事業者を選定し、効率的に横展開を進めていくため、27年度に引き続き、健康・予防サービスを提供する事業者と医療保険者等とが出会い、協働・連携を推進させる場として「データヘルス・予防サービス見本市2016」を開催した。
- 28年度は、全国に開催地を拡大し、福岡（11月8日）仙台（11月21日）大阪（12月14日）で開催した。
 ※健診・保健指導、データ分析、健康な職場づくりに関する展示やセミナーを開催（30ブース、45社が出展）
 ※医療保険者、地元自治体の担当者等、約2,000人が参加

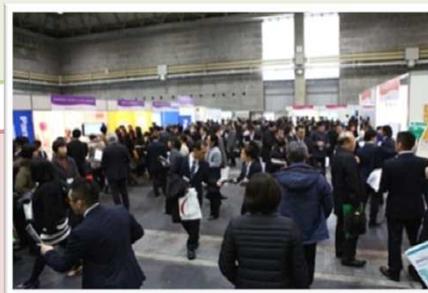


データヘルス・ 予防サービス見本市 2016

＜福岡：健康経営モデル＞ ※健康保険組合連合会との併催
 名称：「データヘルス・予防サービス見本市2016 in 九州」
 開催日時：2016年11月8日10:00～17:00
 開催場所：福岡国際会議場 多目的ホール



＜仙台：産官学連携モデル＞
 名称：「データヘルス・予防サービス見本市2016 in 東北」
 開催日時：2016年11月21日10:00～17:00
 開催場所：仙台国際センター展示棟 展示室1・2



＜大阪：メイン会場＞
 名称：「データヘルス・予防サービス見本市2016」
 開催日時：2016年12月14日10:00～17:00
 開催場所：インテックス大阪・3号館

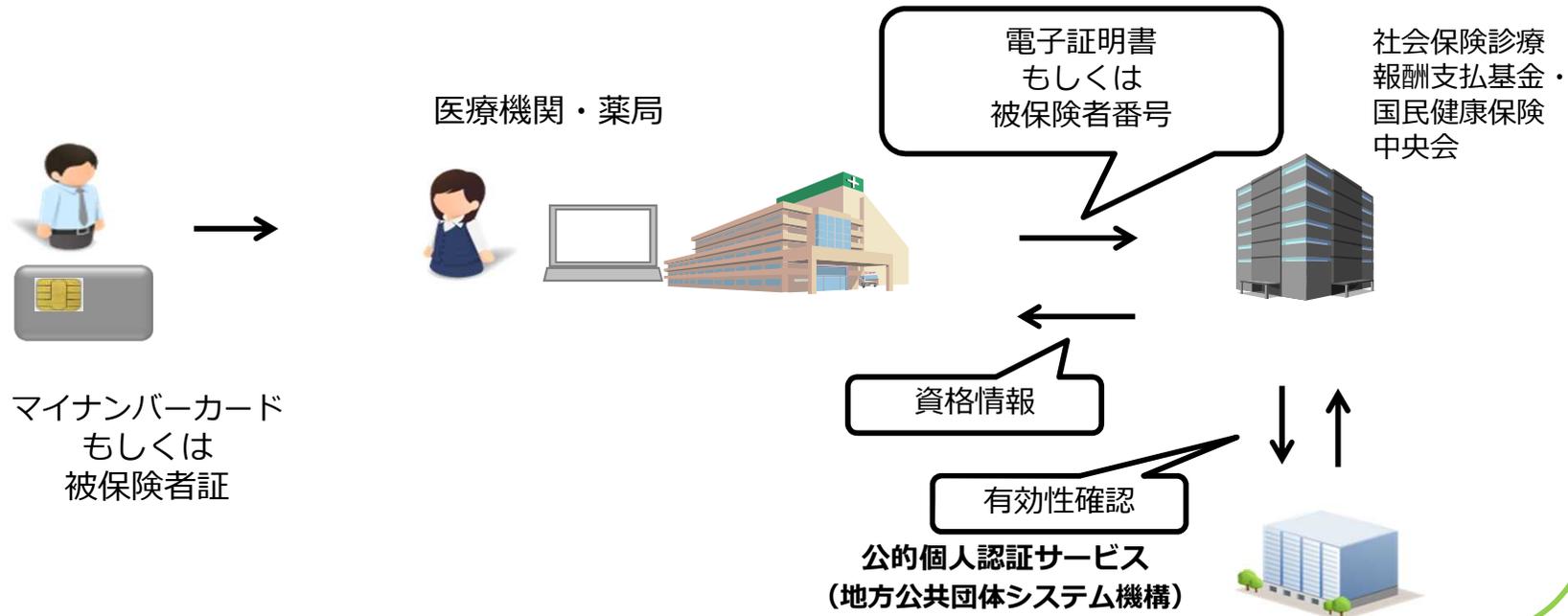
平成30年度要求額：160億円
 (平成29年度予算額：198億円)

○ 『未来投資戦略』 2017 – Society5.0の実現に向けた改革 – (平成29年6月9日閣議決定)

医療保険のオンライン資格確認及び医療等ID制度の導入について、来年度からの段階的運用開始、2020年からの本格運用を目指して、本年度から着実にシステム開発を実行する。

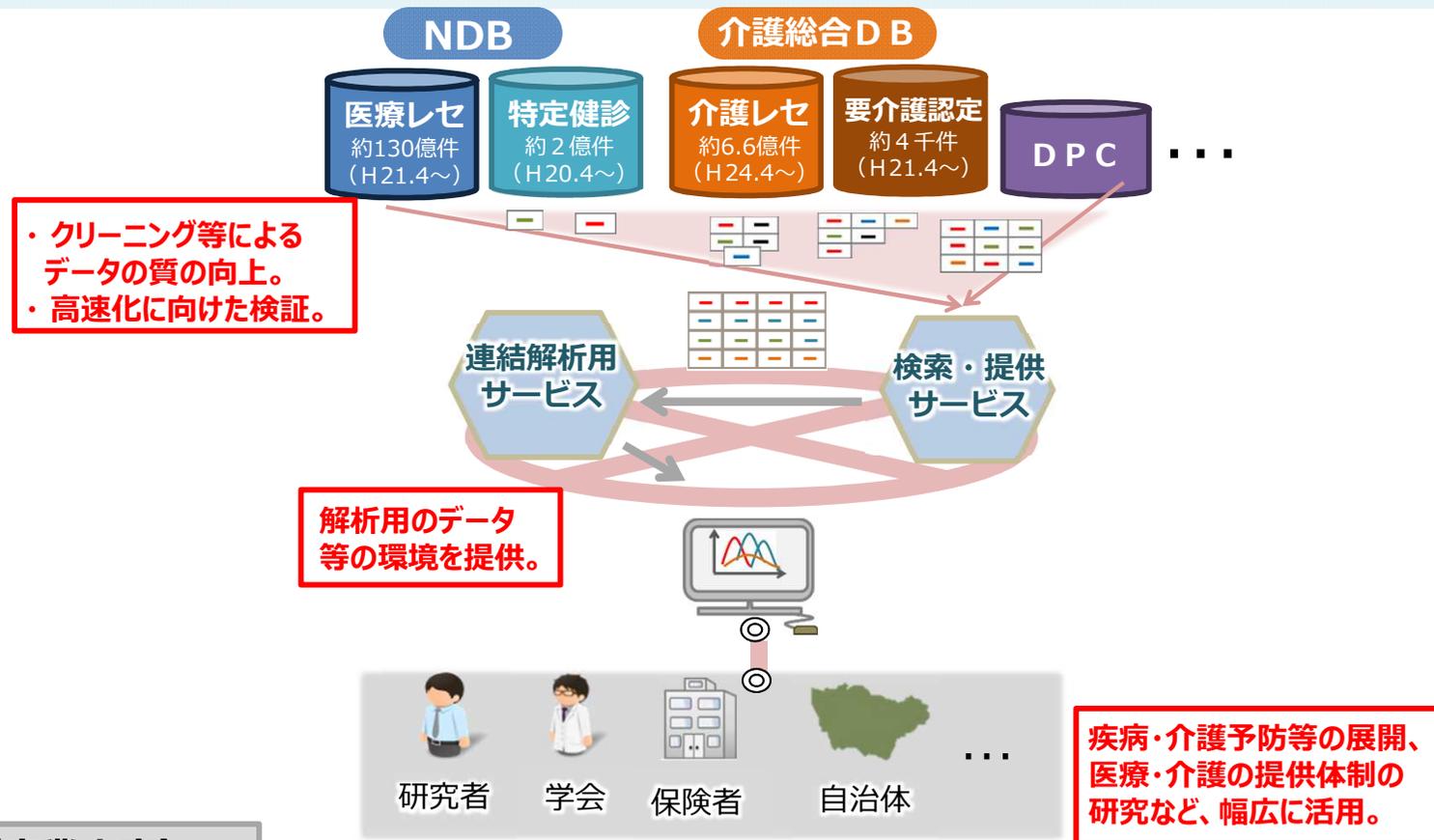
○ オンライン資格確認システムの基盤を活用し一体的に構築する、特定健診情報の閲覧システムに関する経費等を計上。

オンライン資格確認のイメージ



未来投資戦略2017（平成29年6月9日閣議決定）

- 研究者・民間・保険者等が、健康・医療・介護のビッグデータを個人のヒストリーとして連結し分析できるようにするため、「保健医療プラットフォーム」を整備する。同プラットフォームでは、レセプト・特定健診情報のNDB（National Data Base）、介護保険情報の介護保険データベース、DPCデータベース等の既存の公的データベースについて、他のデータベースと併せて解析可能とする。2020年度からの本格稼働に向け、本年度中に実証事業を開始しつつ、具体的なシステム構成等について検討し、来年度以降、詳細な設計に着手する。



(事業内容)

- 健康・医療・介護のデータベースを連結し、個人のヒストリーをビッグデータとして解析できる環境整備に向けての取組を行う。
- ①既存のデータベース（NDB）の性能向上、
 - ②NDB、介護保険総合データベース等の複数のデータベースからデータ抽出を行い、連結・分析できるシステムの設計等。

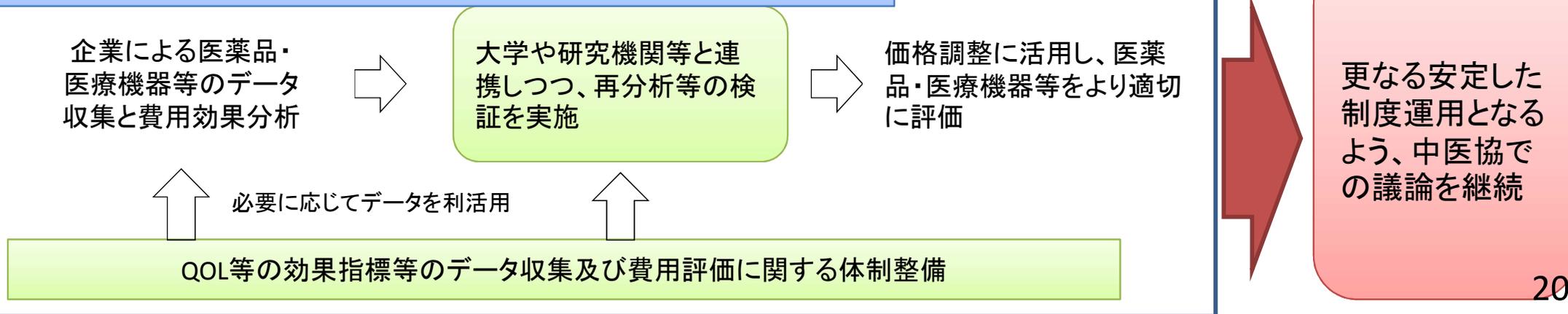
要望背景

- 平成28年度から試行的に導入されている医薬品、医療機器等の費用対効果評価について、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」(平成28年12月20日経済財政諮問会議)及び「経済財政運営と改革の基本方針2017」(平成29年6月9日閣議決定)を受けて、平成30年度からの費用対効果評価の制度化に向けて検討を行っているところである。

事業概要

- 平成30年度からは費用対効果評価を制度として恒常的に運用し、財政影響や革新性、有用性が大きい医薬品、医療機器等について、評価の対象とする品目数を大幅に拡大し、費用効果分析を実施する必要がある。
※ 企業の提出したデータ等については、大学や研究機関等との連携を図りつつ、公的な専門体制による再分析を実施する。
- 医薬品・医療機器等の費用効果分析を効率的に進めるため、QOL等の効果指標等のデータ収集及び費用評価に関するデータベース整備を行う。
- 試行的導入後の検討結果を踏まえつつ、費用対効果評価が安定した制度運用となるよう、諸外国等の調査結果等を活用して、中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会での議論を継続する。

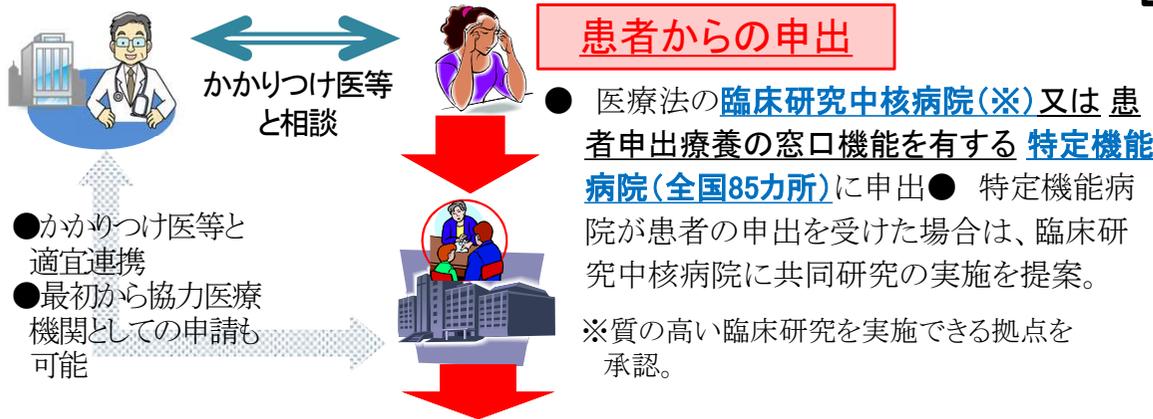
平成30年度からの費用対効果評価の制度運用(イメージ)



○国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の思いに応えるため、**患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み**として、**患者申出療養制度を創設**(平成28年度から実施)

○平成29年8月現在、4件の医療技術が認められ、患者数は100名以上がその対象となっている。

〈患者申出療養としては初めての医療を実施する場合〉



患者申出療養の申請(臨床研究中核病院が行う)

- 臨床研究中核病院は、**特定機能病院**やそれ以外の**身近な医療機関**を、**協力医療機関**として申請が可能

患者申出療養評価会議による審議

- 安全性、有効性、実施計画の内容を審査
- 医学的判断が分かれるなど、6週間で判断できない場合は全体会議を開催して審議

患者申出療養の実施

- 申出を受けた**臨床研究中核病院**又は**特定機能病院**に加え、**患者に身近な医療機関**において**患者申出療養が開始**
- 対象となった医療及び当該医療を受けられる医療機関は国がホームページで公開する

原則6週間

〈既に患者申出療養として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合(共同研究の申請)〉



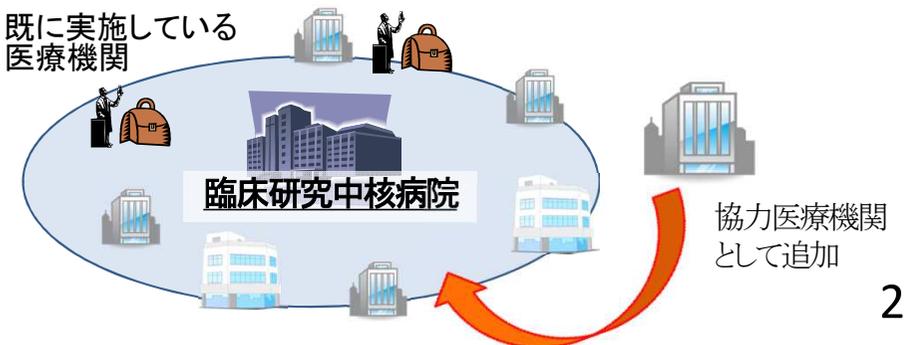
患者申出療養の申請

前例を取り扱った臨床研究中核病院

- 臨床研究中核病院は国が示した考え方を参考に、患者に身近な医療機関の実施体制を個別に審査
- 臨床研究中核病院の判断後、速やかに地方厚生局に届出

身近な医療機関で患者申出療養の実施

既に実施している医療機関



原則2週間

東日本大震災の特別措置の延長 (医療保険者等への財政支援措置)

平成30年度要求額：75.5億円
(平成29年度予算額：76.4億円)
(ほか介護分：2.2億円(2.2億円))
(計：77.7億円(78.6億円))
()の金額は29年度当初予算額

1. 一部負担金の免除等による財政支援(52.3億円(53.0億円))

①一部負担金の免除等による財政支援

(52.1億円(52.8億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の医療機関等での一部負担金を免除した保険者等への補助

②特定健診の自己負担金の免除等による財政支援等

(0.2億円(0.2億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の保険者等への補助

- ・ 特定健康診査等に係る自己負担金に対する助成
- ・ 避難先の保険者と被災元の保険者が実施する特定健康診査等の費用との差額に対する助成
- ・ 被災者に対する特別措置についての周知事業

2. 保険料の免除による財政支援 (23.2億円(23.4億円))

①保険料の免除による財政支援(21.9億円(22.1億円))※

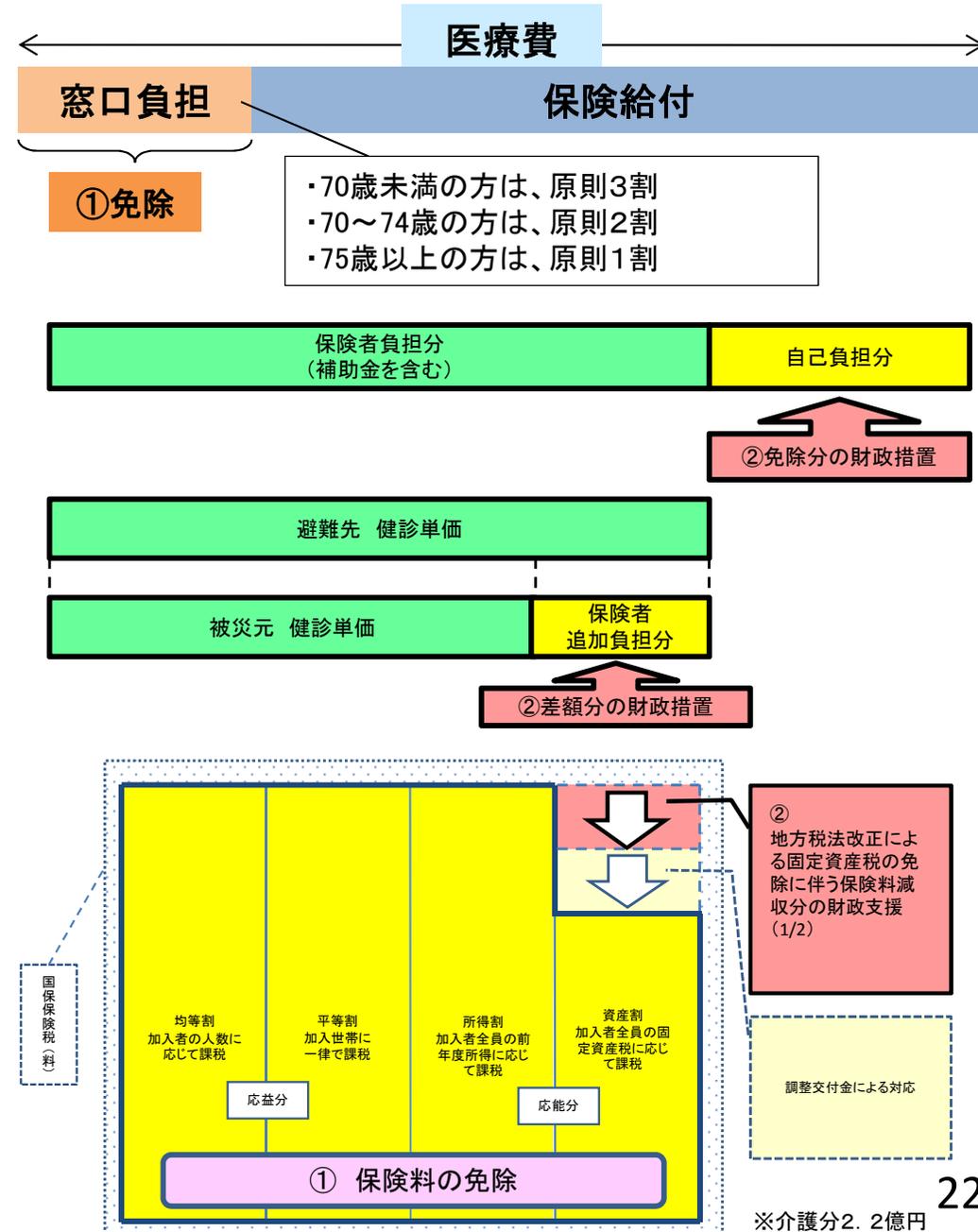
東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の保険料を免除した保険者等への補助

※このほか、介護分2.2億円(2.2億円)

②固定資産税の課税免除に伴う保険者への財政支援

(1.3億円(1.3億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の固定資産税の免除に伴う保険料減収分の1/2を財政支援



経済・財政再生計画 改革工程表
2016改定版
(平成28年12月21日経済財政諮問会議)
(保険局関係抜粋)

平成29年9月6日
厚生労働省保険局

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度				
医療・介護提供体制の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>						
	<p>＜⑤外来医療費について、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ地域差を是正＞</p> <p>＜⑥地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定。国が平成27年度中に標準的な算定方式を示す(都道府県別の医療費の差の半減を目指す)＞</p>						
	<p>・国において、NDB等を活用した入院・外来医療費の地域差の「見える化」を実施</p> <p>・その上で、医療費適正化指標及び目標を検討し、設定</p> <p>・2016年3月に医療費適正化基本方針を告示</p> <p>・医療費目標について、入院医療費については、地域医療構想が実現した場合の医療費の算定式、外来医療費については、医療費適正化目標が達成された場合の効果を織り込んだ医療費の算定式を設定(2016年11月告示)</p>	<p>各都道府県においてデータ分析に基づく医療費の地域差の分析、「見える化」を行った上で、その是正のための取組を含む次期医療費適正化計画を、できる限り前倒しで策定(本来の策定期限は2017年度末)</p>	<p>各都道府県において、第3期医療費適正化計画(策定時から2023年度まで)に基づき、医療費適正化の取組を推進</p>			<p>外来医療費の地域差の要因を分析し、是正のための取組を医療費適正化計画に盛り込んだ都道府県の数【47都道府県】</p> <p>2016年度末までに医療費適正化計画策定を前倒しで行った都道府県の数【おおむね半数】</p> <p>外来医療費の地域差は是正のための取組の進捗状況を測る指標(後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う保険者【100%】、重複・頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者【100%】)</p>	<p>医療費適正化計画の2023年度における医療費目標及び適正化指標に対する都道府県の進捗状況【2020年度時点での十分な進捗を実現】</p> <p>年齢調整後の一人当たり医療費の地域差【半減を目指して年々縮小】</p> <p>年齢調整後の一人当たり入院・外来医療費の地域差【見える化】</p> <p>主要疾病に係る受療率、一人当たり日数、一日当たり点数等の地域差【見える化】</p>
	<p>国において、NDB等を活用した入院・外来医療費の地域差等の分析、「見える化」を引き続き推進し、指標を追加するとともに、国民に分かりやすい形で定期的に公表する</p> <p>・オンサイトリサーチセンター利用開始</p> <p>・NDBオープンデータを厚生労働省のホームページに公開</p>	<p>外来医療費の地域差半減に向け、第3期医療費適正化計画の計画期間に向けてセプトデータ等の分析を継続的に行うとともに、関係者における知見やエビデンスの集積を図り、現在、取組が進められている生活習慣病等については2018年度、NDBを活用したその他の取組については2019年度までを目途にしつつ、順次可能な限り速やかに取組の追加等を検討</p>					

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度		2018年度				
医療・介護提供体制の適正化	<<厚生労働省>> 通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会				
	<◎かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討>							
	かかりつけ医機能の更なる強化に向け、地域包括診療料等の普及に向けた必要な要件見直し等について、平成28年度診療報酬改定で対応							
	外来の機能分化を進める観点から、紹介状なしの大病院受診に対する定額負担を2016年4月から導入							
かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討		かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、関係審議会等において具体的な検討を進め、2017年末までに結論		関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2018年通常国会への法案提出を含む)		かかりつけ機能を評価する診療報酬である「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の算定状況【増加】		大病院受診者のうち紹介状なしで受診した者の割合【500床以上の病院で60%以下】 患者が1年間に受診した医療機関数【見える化】
かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。								

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度		2018年度				
医療・介護提供体制の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">通常国会</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">概算要求 税制改正要望等</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">年末</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">通常国会</div> </div> <p><⑪都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組></p> <p><(ii)医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高確法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討></p> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる</p> </div> <p><(iii)機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応></p> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>7対1入院基本料算定要件の見直しを含む機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価について、平成28年度診療報酬で対応</p> </div>	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定において適切に対応</p> </div>					-	<p>病床の機能分化を踏まえた入院基本料等の算定状況等（7対1入院基本料を算定する病床数【縮小】、患者数【縮小】）</p>

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)		
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度						
インセンティブ改革	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>								
	<p>＜⑫全ての国民が自ら生活習慣病を中心とした疾病の予防、重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診等の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築＞</p>								
	<p>保険者による疾病の予防、重症化予防、介護予防等の取組を推進</p>								
	<p>糖尿病性腎症の重症化予防について、厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者が協定を締結し、2016年4月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定</p>	<p>「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき取組を推進</p>					<p>加入者自身の健康・医療情報を、情報通信技術（ICT）等を活用し、本人に分かりやすく提供する保険者【100%】</p> <p>かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体の数【800市町村】 広域連合の数【24団体】</p> <p>＜続く＞</p>	<p>健康寿命 【2020年までに1歳以上延伸】</p> <p>生活習慣病の患者及びリスク者 【2022年度までに糖尿病有病者の増加の抑制100万人】 【2020年までにメタボ人口2008年度比25%減】 【2022年度までに高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）男性134mmHg、女性129mmHg】</p> <p>＜続く＞</p>	
	<p>・日本健康会議において、2020年に達成すべき8つの宣言を採択 ・取組状況について調査を実施し、ポータルサイトで達成状況を公表</p>	<p>先進的な予防・健康づくりの取組状況の見える化、全国展開を推進</p>							
	<p>個人による疾病の予防、重症化予防、介護予防等の取組を推進</p>								
	<p>＜⑬国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行制度に前倒しで反映＞</p>								
	<p>＜⑭保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化に係る制度設計＞</p>								
	<p>＜(i)2018年度までに国民健康保険の保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立＞</p>								
	<p>・予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標を設定 ・新たな指標の達成状況に応じ保険者のインセンティブを強化する観点から、2016年度から国民健康保険の特別調整交付金の一部において傾斜配分の仕組みを開始</p>	<p>保険者努力支援制度の具体的な仕組み（評価指標、支援額の算定方法等）を検討し、2018年度までに運用方法を確立</p>		<p>国民健康保険の保険者努力支援制度を2018年度より本格実施</p>					
<p>＜(ii)国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映＞</p>									
<p>国民健康保険財政の仕組みの見直しの基礎的枠組みを2015年度中に決定</p>	<p>新たな仕組み(※)の実施に向け、各自治体において条例改正等の施行に向けた準備を2017年度中に実施 ※2018年度から、都道府県が国民健康保険の中心的役割を担い、各市町村は都道府県から賦課された納付金を支払うための保険料を決定することとなるが、その中で各市町村の保険料水準に影響を与える納付金に医療費の地域差が反映されるよう、財政調整交付金の配分方法を含め、国民健康保険財政の仕組みを見直す</p>					<p>新たな仕組みを2018年度より施行</p>			

経済・財政再生計画 改革工程表

		集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
～2016年度 《主担当府省庁等》		2017年度		2018年度				
インセンティブ改革	《厚生労働省》	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会			
	<p><⑭保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化に係る制度設計> <(iii)健康保険組合等の後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化></p>							
	<p>・予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標を設定 ・制度の運用面での強化に向けた加算・減算幅等の制度設計</p>		見直し後の加減算制度の実施に向けた準備			健康保険組合等の後期高齢者支援金における新たな指標の達成状況に応じた傾斜配分を、2018年度より実施		
	<p><(iv)医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方 等></p>							
	<p>社会保険診療報酬支払基金において、2017年度に新たな業務効率化等に関する計画を策定し、これに基づき、取組を推進</p>							
	<p>国民健康保険団体連合会において、業務の効率化等について中期経営計画等による取組を推進</p>							
<p>「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」において、審査支払機関の在り方等を検討し、2016年末に取りまとめ</p>		検討会の取りまとめに基づき、取組を実施						
							<p>地域と職域が連携した予防に関する活動を行う保険者協議会の数【47都道府県の協議会】</p> <p>後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う保険者【100%】</p>	<p>健診受診率（特定健診等） 【2023年度の特定健診受診率70%以上、2020年までに健診受診率（40～74歳）を80%以上（特定健診を含む）】</p> <p>後発医薬品の使用割合 【2017年 70%以上、2018年度から2020年度末までのなるべく早い時期に80%以上に引上げ】</p>

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度				
インセンティブ改革	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>					<p>予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体(国民健康保険保険者等)の数【800市町村】</p> <p>予防・健康づくりについて、加入者を対象としたインセンティブを推進する被用者保険の保険者の数【600保険者】</p>	<p><前々頁・前頁参照></p>
	<p><⑮ヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与による健康づくりや適切な受診行動等の更なる促進></p> <p>ヘルスケアポイントの付与や保険料への支援になる仕組み等の実施に係るガイドラインを2016年5月に公表</p> <p>ガイドラインに基づき、各保険者においてヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与の取組を順次実施</p>						
	<p><⑩高齢者のフレイル対策の推進></p> <p>後期高齢者の特性に応じて、専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性の高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等のモデル事業を実施</p> <p>効果的な栄養指導等の研究</p> <p>専門家や関係者による検討ワーキングチームにおいて、事業内容の効果検証等を実施</p> <p>効果検証等を踏まえ、各広域連合が実施するフレイル対策等の保健事業のためのガイドラインを作成し周知</p>					<p>低栄養の防止の推進など高齢者のフレイル対策に資する事業を行う後期高齢者医療広域連合数【47広域連合】</p>	
						<p>本格実施</p>	

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度		2018年度				
公的サービスの産業化	<<厚生労働省>> 通常国会 概算要求 税制改正要望等 年末 通常国会							
	<⑩民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、健康経営の取組との連携も図りつつ、好事例を強力に全国展開> ・日本健康会議において、2020年に達成すべき8つの宣言を採択 ・「健康増進・予防サービス・プラットフォーム」において、優良事例の全国展開に向けた進め方について、2015年中に一定の方向性を取りまとめ ・第2期(2018～2023年度)に向けて、全健保組合にアドバイスシートを作成・送付(2016年6月) ・中・小規模の健康保険組合に対し、事業導入に係る初期費用を補助 ・「データヘルス・予防サービス見本市」を開催し、民間企業等とのマッチングを推進	民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組の優良事例の収集、手順書作成等による全国展開を実施(データヘルス計画第1期)	第1期における優良事例の要素を反映し、更に効果的・効率的な取組を推進(データヘルス計画第2期)			好事例(の要素)を反映したデータヘルスの取組を行う保険者数【100%】 データヘルスに対応する健診機関(民間事業者も含む)を活用する保険者【データヘルス計画策定の保険者において100%】 健康維持率、生活習慣病の重症疾患の発症率、服薬管理率等の加入者の特性に応じた指標によりデータヘルスの進捗管理を行う保険者【データヘルス計画策定の保険者において100%】 健康保険組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業の数【500社】 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業の数【1万社】 保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者の数【100社】	各保険者における健康維持率、生活習慣病の重症疾患の発症率、服薬管理率等の改善状況【見える化】	

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間					2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度			2018年度				
公的サービスの産業化	<<厚生労働省>> 通常国会		概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会				
	<⑳マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組> <(i)医療保険のオンライン資格確認の導入> 具体的なモデル案やその実現方策、費用対効果等を検討するための調査研究実施	医療保険のオンライン資格確認の段階的な導入の実施に向けた準備			医療保険のオンライン資格確認の段階的な導入				

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>						
	<p><㉔世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討></p> <p><(i)高額療養費制度の在り方></p> <p>外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的な内容を検討</p>	<p>高額療養費制度の見直しを2017年8月から段階的に実施</p>					
	<p><(ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方></p> <p>医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論</p>						
	<p><㉕医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討></p> <p>医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討</p> <p>マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</p> <p>マイナンバーの活用については、改正マイナンバー法(公布日(平成27年9月9日)から3年以内に施行予定)による預金口座への付番開始後3年を目途とする見直しの検討に併せて、実施上の課題を検討</p>						

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度		2018年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>							
	<p>＜⑦公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討＞</p> <p>＜(ii)医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入を目指す＞</p>							
	<p>費用対効果評価について、評価対象の選定方法や評価結果の活用方法等について、平成28年度診療報酬改定での試行的導入を実施</p>	<p>試行的な導入の結果を踏まえ、速やかな本格導入に向けて、費用対効果評価に用いる費用と効果に関するデータの整備方法や、評価結果に基づく償還の可否判断の在り方等について、施行の状況も踏まえた更なる検討、診療報酬改定における適切な対応</p>						
	<p>＜(iii)生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の方等について、費用対効果評価の導入と並行して、専門家の知見を集約した上で検討し、結論</p>							
	<p>＜(iv)市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討＞</p>							
	<p>公的保険給付の範囲の見直しや医薬品の適正使用の観点等から、平成28年度診療報酬改定において、長らく市販品として定着したOTC類似薬を保険給付外とすること等について検討し、湿布薬の取扱いを見直し</p>	<p>診療報酬改定において適切に対応</p>						
<p>スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討</p>	<p>薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</p>							
<p>＜(v)不適切な給付の防止の在り方について検討 等＞</p>								
<p>保険医療機関に対する指導監査及び適時調査について、見直しを検討</p>								

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度				
薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>						
	<p><㊸後発医薬品に係る数量シェアの目標達成に向けて安定供給、信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など必要な追加的措置を講じる></p>						
	普及啓発等による環境整備に関する事業を実施	2017年央において、その時点の進捗評価を踏まえて、後発医薬品数量シェア80%以上の目標達成時期を決定し、診療報酬における更なる使用促進など取組を推進					<p>後発医薬品の品質確認検査の実施 【年間約900品目】</p> <p>後発医薬品の使用割合 【2017年央70%以上、2018年度から2020年度末までのなるべく早い時期に80%以上に引上げ】</p>
	診療報酬上のインセンティブ措置等の総合的な実施	信頼性向上のため、国立試験研究機関及び都道府県における後発医薬品の品質確認検査の実施体制を強化					
	信頼性向上のため、有効成分ごとに品質情報を体系的にまとめた情報(ブルーブック)等を公表						
	<㊹後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討>						
	国民負担軽減の観点から、後発医薬品の価格の見直しを実施	後発医薬品の薬価の在り方について検討					
	<㊺後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等の検討>						
	特許の切れた先発医薬品の価格の引下げ措置(Z2)の見直しを実施						
	先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方について、関係審議会等において検討し、2017年央における後発医薬品の数量シェア目標の進捗評価の時期を目途に結論						

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度				
薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>						
	<p>＜①基礎的な医薬品の安定供給、創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置の検討＞</p>						
	<p>基礎的医薬品の安定供給に必要な薬価上の措置、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の在り方や、先駆け審査指定制度の対象となる医薬品など医療上の必要性の高い医薬品に係る評価の在り方について、平成28年度診療報酬改定で対応</p>						
	<p>2015年9月に取りまとめた「医薬品産業強化総合戦略」等に基づき、臨床研究・治験活性化等のイノベーションの推進や、基礎的医薬品等の安定供給の確保等の取組を推進</p>						
	<p>＜②市場実勢価格を踏まえた薬価の適正化＞</p> <p>薬価について、市場実勢価格を踏まえ、診療報酬改定において適切に評価</p>						
<p>＜③薬価改定の在り方について、その頻度を含め検討＞</p> <p>「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」(2016年12月)に基づき、薬価制度の抜本改革に向け、取り組む</p>							

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度		2018年度				
薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>							
	<p><④適切な市場価格の形成に向けた医薬品の流通改善></p>							
	<p>医療用医薬品の流通改善に関する懇談会の提言(2015年9月)に基づき、流通改善に取り組むとともに、当該懇談会において定期的に進捗状況を把握し、改善に向けた取組を推進</p>							
	<p>未妥結減算制度について、今後の在り方を検討し、平成28年度診療報酬改定で対応</p>							
	<p><⑤医療機器の流通改善及び保険償還価格の適正化を検討></p>							
<p>関係団体との意見交換、個別企業への流通実態調査を実施</p>								
<p>医療機器の流通改善に関する懇談会において、関係団体及び個別企業への調査結果を踏まえ、改善が必要とされる問題点を整理し、対応策を検討。医療機器のコード化の進捗状況を定期的に把握する等、改善に向けた取組を推進</p>								
<p>平成27年度価格調査を踏まえ、特定保険医療材料の償還価格への市場実勢価格の適切な反映について、平成28年度診療報酬改定で対応</p>								
						<p>医薬品のバーコード(販売包装単位及び元梱包装単位の有効期限、製造番号等)の表示率 【100%】</p>	<p>200床以上の病院における単品単価取引が行われた医薬品のシェア【60%以上】</p> <p>調剤薬局チェーン(20店舗以上)における単品単価取引が行われた医薬品のシェア【65%以上】</p> <p>妥結率【見える化】</p>	

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度				
薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革	<p>《厚生労働省》</p> <p style="text-align: center;"> 通常国会 概算要求 税制改正要望等 年末 通常国会 </p>						
	<p>＜⑳平成28年度診療報酬改定において、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証し、調剤報酬について、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化、患者本意の医薬分業の実現に向けた見直し＞</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>調剤報酬について、大型門前薬局の評価の適正化、処方箋の受付や薬剤の調製など対物業務に係る評価の適正化、服薬情報の一元的・継続的管理とそれに基づく薬学的管理・指導に対する適正な評価等の観点から、平成28年度診療報酬改定において、抜本的・構造的な見直しを実施</p> </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px; width: fit-content; margin-left: 100px;"> <p>平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定において適切に対応</p> </div> <p>＜㉑診療報酬改定における前回改定の結果・保険医療費への影響の検証の実施とその結果の反映及び改定水準や内容に係る国民への分かりやすい形での説明＞</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px; width: fit-content; margin-left: 100px;"> <p>診療報酬改定の内容について、中央社会保険医療協議会の答申時の個別改定事項の公開や説明会の開催により、広く国民に周知</p> </div>					-	-
	<p>保険料などの国民負担、保険財政や国の財政に係る状況、物価・賃金の動向、医療機関の経営状況、対応が必要な医療課題、前回改定の検証結果等を踏まえ、平成28年度診療報酬改定を実施</p>						

議論の整理

平成 28 年 12 月 20 日
社会保障審議会医療保険部会

当部会においては、経済財政運営と改革の基本方針 2015（平成 27 年 6 月 30 日閣議決定）及び経済財政運営と改革の基本方針 2016（平成 28 年 6 月 2 日閣議決定）並びに経済・財政再生計画改革工程表（以下「改革工程表」という。）等において本年末までの検討が求められていた項目を中心に、国民皆保険制度の持続可能性の確保、世代間・世代内の公平性や負担能力に応じた負担等の観点から、平成 28 年 9 月 29 日以降 5 回にわたり審議を重ねてきた。

以下、この間の議論について整理する。なお、審議の中で示された各項目に関する主な意見は、別添のとおりである。

（高額療養費制度の見直し）

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないようにする観点から、被保険者の所得等に応じて自己負担限度額が設定され、原則として、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払った後、その合計額が月ごとの自己負担限度額を超えた場合に保険者から償還払いされる仕組みである。

制度創設以来、数次の改正が行われてきたが、直近では、平成 25 年に、現役世代（70 歳未満）について所得区分を細分化し、より負担能力に応じた自己負担限度額を設定している。

- この高額療養費制度については、改革工程表において、「外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016 年末までに結論」とされている。

- これを踏まえ、当部会においては、

- ① 70 歳以上の現役並み所得者の負担のあり方についてどのように考えるか。
- ② 70 歳以上の一般区分の負担のあり方についてどのように考えるか。
- ③ 70 歳以上の低所得者の負担のあり方についてどのように考えるか。
- ④ 外来上限特例についてどのように考えるか。

等の各論点について議論を行った。

- 70 歳以上の高齢世代に係る高額療養費の限度額については、
 - ・ 現役並み所得者については、70 歳未満の現役世代と同様に細分化した上で同様

の負担限度額を設定すること、

- ・ 一般区分については、70歳未満の現役世代と同額に負担限度額を引き上げるともに多数回該当を設けること

について、制度の持続可能性を高め、世代間の負担の公平性を確保する等の観点から、実施すべきとの意見が多かった。また、一般区分を細分化することや、年単位の上限額を設けてはどうかとの意見があった。

また、低所得者については、負担限度額を据え置くことについて、低所得者への一定の配慮を行う観点から、大きな反対意見はなかった。

- 外来上限特例（個人単位）については、
 - ・ 現役並み所得者については外来上限特例を廃止し、一般区分については制度を維持した上で上限額を引き上げるべきとの意見も多く、
 - ・ 低所得者については外来上限特例を継続すること及び負担限度額を据え置くべきとの意見が多かった。
 - ・ また、一般区分については外来上限特例を廃止すべきとの意見もあった。
- 70歳未満の現役世代については、今般の見直しにおいて据え置くとの方向性に異論はなかった。また、高額介護合算療養費については、高額療養費制度に合わせ見直しを行うべきとの意見が多かった。
- 施行時期については、29年8月から各限度額を引き上げることに異論はなかったものの、患者の生活に与える影響等も踏まえた激変緩和措置の必要性、十分な周知・広報等の必要性、既定のシステム改修のスケジュール等も考慮しつつ、外来上限特例の廃止や所得区分の細分化は平成30年8月から実施することで段階的に施行すべきとの意見があった。

（後期高齢者の保険料軽減特例の見直し）

- 後期高齢者の保険料軽減特例は、政令本則において、被保険者の世帯の所得に応じ、均等割部分を7割・5割・2割軽減する措置が設けられているところ、更に特例として軽減措置を追加し、7割軽減を受ける者については世帯所得等に応じ9割・8.5割軽減としている。また、一定の所得を有する者について課される所得割についても5割軽減している。
- この後期高齢者の保険料軽減特例については、平成27年1月に、内閣総理大臣を本部長とする社会保障制度改革推進本部において取りまとめられた「医療保険制度改革骨子」において、この特例軽減の廃止について「段階的に縮小する」、「低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実

施することにより低所得者に配慮しつつ、平成 29 年度から原則的に本則に戻す」、「負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずる」こととされている。

- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 現行の加入者については激変緩和措置を設けつつ、原則的に本則に戻していくべきではないか。その際、新規加入者についてはどのように考えるか。
 - ② 均等割を本則の軽減に戻していく場合、低所得者の生活に配慮しながらいかなる激変緩和措置を設けるか。また、所得割についてはどのように考えるか。
 - ③ 元被扶養者について、均等割を本則に戻していく場合、いかなる激変緩和措置を設けるか。所得割についてどのように考えるか。等の各論点について議論を行った。

- 現行の加入者に対する適用については、
 - ・ 均等割の軽減特例については、世代間の公平の観点から、段階的に本則に戻していくべきとの方向性を支持する意見が多かったが、低所得者については一定の配慮を行うべきとの観点から、見直しの実施は介護保険料の軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給と合わせるべきとの意見があった。
 - ・ また、所得割の軽減特例については、高齢者への激変緩和としての一定の役割を終えたと考えられる等の理由から、本則に戻していくことについて支持する意見が多かった。
 - ・ 元被扶養者への軽減特例については、一定の負担能力のある方も含めて一律に負担を軽減する制度となっていることから、これを段階的に解消することについて異論はなかった。

- なお、新規加入者については、速やかに本則に戻すべきとの意見もあった。

- 見直しの施行に当たっては、激変緩和や社会的な混乱を回避する等の観点から、周知広報を行いながら、平成 29 年度から段階的に丁寧を実施すべきとの意見があった。

(入院時の居住費（光熱水費相当額）に係る患者負担の見直し)

- 65 歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費の一部については、入院時生活療養費が支給されており、食費・光熱水費相当額を負担することとされている。
- この入院時の居住費（光熱水費相当額）については、医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の観点から、改革工程表において、「入院時の光熱水費相当

額に係る患者負担の見直しについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」とされている。

- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 医療保険の療養病床の 65 歳以上の入院患者の居住費負担額については、介護保険施設の多床室における光熱水費を踏まえて設定された経緯から、1 日 320 円から 370 円に引き上げることについて、どう考えるか。
 - ② 医療区分Ⅱ・Ⅲの居住費負担について、どう考えるか。
 - ③ 居住費負担における年齢区分について、どう考えるか。等の各論点について議論を行った。

- 65 歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費については、介護保険施設（老健・療養、多床室）や在宅との負担の公平化を図る等の観点から、医療区分Ⅰについては現行の 320 円／日から 370 円／日に引き上げ、医療区分Ⅱ・Ⅲについても、新たに段階的に 200 円／日の負担を求めた上で、370 円／日の光熱水費相当額の負担を求めるべきとの意見が多かった。
また、医療療養病床以外の病床でも、長期入院の場合は光熱水費相当額の負担を求めるべきとの意見があった。さらに、年齢区分を設けず原則として負担を求めるべきとの意見もあった。一方、医療と介護は性質が異なるため、介護との公平性の観点から居住費負担を求めることについて慎重な意見もあった。

- 施行時期については、システム改修期間等を考慮し、医療区分Ⅰについては平成 29 年 10 月から、医療区分Ⅱ・Ⅲについても同月から段階的に実施することとし、本格実施は、療養病床の在り方の見直しや診療報酬改定の時期と合わせて平成 30 年 4 月からとすることについて異論はなかった。

- 難病患者については、難病法施行の平成 27 年 1 月から食費・居住費は自己負担となり、施行から 3 年間は公費助成により負担が軽減されていることに鑑み、今回の引上げの対象外とすることについて異論はなかった。

（金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方）

- 介護保険制度においては、施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、その有する預貯金等の資産も勘案した上で補足給付を支給し、負担を軽減している。

- この金融資産等を考慮に入れた負担の在り方については、改革工程表において、

「医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」とされている。

- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 介護保険では、補足給付は本来の保険給付とは異なる福祉的・経過的な性格を有することを踏まえ、補足給付についてのみ金融資産等を勘案して給付の対象となるかを判定しているが、仮に、医療保険において、同様の仕組みを導入する場合、給付の範囲について、どう考えるか。
 - ② 介護保険の補足給付に対応する医療保険の給付は入院時食事療養費・入院時生活療養費であると考えられるが、医療保険では、食事・居住サービスは、医学的管理の下に保障する必要があることから、食費・居住費についても保険給付の対象としている点で、介護保険と考え方が異なる点について、どう考えるか。
 - ③ 負担能力に応じた負担を求めることが必要である一方、現時点では、金融資産等の把握は自己申告をベースとせざるを得ない点について、どう考えるか。等の各論点について議論を行った。

- 金融資産等の保有状況を考慮した負担の在り方については、金融資産を正確に把握する仕組みがない現状では尚早であり、今後、マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組みを踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法の検討を進めるとの方向性に異論はなかった。

(かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担)

- 外来機能の分化・連携の推進は、これまでに、
 - ・ 診療報酬において、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に対する初診料等を適正な評価とするとともに、選定療養の枠組みを活用する
 - ・ 地域医療総合確保基金を活用して、居宅等における医療の提供に関する事業を実施できることとする等の取組を進めており、在宅医療を担う医師の確保・育成等の取組と併せて総合的に行っていくことが重要である。

- 平成 28 年度診療報酬改定では、認知症に対する主治医機能の評価、小児に対するかかりつけ医の評価、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の緩和等も盛り込まれている。また、平成 27 年度国保法等改正において、平成 28 年 4 月から大病院の責務として、紹介状をなしで受診する患者から、診療報酬に上乘せさせる形で、一定額以上の定額負担（選定療養）を徴収することとした。

- かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担については、改革工程表において、「かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、「かかりつけ医」以外の者に受診した場合に、定率負担に加えて定額負担を求めることが考えられるが、
 - ① 定額負担を求めることについて、どう考えるか
 - ② 定額負担を求める範囲（かかりつけ医以外）について、どう考えるか。
 等の各論点について議論を行った。
- かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、具体的な検討を進めるとの方向性に異論はなかった。その上で、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、幅広く検討を進めるべきとの意見があった。

（スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方）

- スイッチOTCは、医療用医薬品の有効成分のうち、医療用としての使用実績や副作用の発生状況、海外での使用状況などからみて適切であると考えられるものについて、製薬企業が「効能・効果」・「用法用量」等を見直した上で開発・申請を行い、薬事・食品衛生審議会における審議を経て承認され、一般用に転用されたものである。
- スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率については、改革工程表において、「スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① スイッチOTC化された医療用医薬品に着目して、保険給付率を引き下げることについて、どのように考えるか。
 - ② 平成 14 年健保法改正法附則の「将来にわたって7割の給付を維持する」という規定との関係について、どのように考えるか。
 等の各論点について議論を行った。
- 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、

医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き検討を進めるとの方向性に異論はなかった。

(子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の見直しについて)

- 地方単独事業により一部負担金が法定割合より軽減される場合、それによって生じる医療費の波及増分はその性格上当該自治体が負担するものとされ、国庫の公平な配分という観点から、公費負担部分について減額調整を行っている。
- この子どもに対する医療費助成に係る国保の減額調整措置については、本年6月2日に閣議決定されたニッポン一億総活躍プランにおいて「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、医療保険制度の規律や、財政影響、小児科医をはじめとする医療提供体制に与える影響に配慮しつつ、
 - ① 見直しの対象範囲（年齢、自己負担・所得制限の有無、自治体の財政力等）
 - ② 見直しの時期
 - ③ 見直しが国民の利益となるよう、見直しが少子化対策に寄与するものとなるようにすること等の各論点について議論を行った。
- 見直しは平成30年度より実施し、その対象は条件なく未就学児までとすべきとの意見が多かった。一方、対象は未就学児までとしつつも、何らかの一部負担金や所得制限を設けている場合に限定すべきとの意見もあった。なお、子どもを社会で育てていくという観点から、対象年齢にかかわらず全廃すべきとの意見もあった。

(任意継続被保険者制度について)

- 任意継続被保険者制度は、健康保険に2ヶ月以上加入した被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度である。大正15年の健康保険法の施行時から存在する仕組みであり、これまで、加入期間の延長、保険料の軽減を図る改正を行っている。
- 制度の意義は、①国民皆保険実現（昭和36年）までは、解雇・退職に伴う無保険の回避、②給付率7割統一（平成15年）までは、国保への移行による給付率の低下の防止が主たる目的であったが、③現状では、国保への移行に伴う保険料負担

の激変緩和が、その実質的な意義となっている。

- こうした任意継続被保険者制度の意義の変化を踏まえ、制度見直しの必要性について、当部会においては、「任意継続被保険者制度の在り方について、特に、加入期間、加入要件、保険料設定の在り方について、どう考えるか」等の各論点について、議論を行った。
- 任意継続被保険者について、①加入要件を2か月から1年とすること、②被保険者期間を最大2年から最大1年とすることについては、国民皆保険の実現、給付率の統一により、任意継続被保険者制度の意義が薄れてきていること等の理由から、制度の廃止に向けた当面の見直し案として賛成する意見があった一方、任意継続被保険者制度における国保移行時の保険料負担の激変緩和の意義や、国保財政、事務コスト、有期労働者の保護等の観点から慎重な意見もあった。
- 更に、任意継続被保険者の加入要件や被保険者期間の見直しについて、現下の厳しい国の財政の状況等に鑑み、当面現行のまま維持するとともに、施行後3年以内に検討する予定である短時間労働者の適用拡大と合わせて引き続き検討することについては、制度の意義が薄れていることを踏まえ、早急に検討すべきとの意見がある一方、国保の財政状況等に対する懸念から、慎重に検討すべきとの意見があった。
- 一方、③保険料の算定基礎については、現行では、保険料負担軽減の観点から、「(A)従前の標準報酬月額又は(B)当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」とされている。これを、組合自治の観点から、健保組合の規約により、一律に(A)か(B)かを保険料の算定基礎として設定することについては、可能な限り速やかな実施を検討することに異論はなかったが、協会けんぽについても見直しの対象とすべきとの意見があった。

この間の当部会の議論については、以上の通りである。厚生労働省においては、上記各項目について、当部会における種々の意見を十分に踏まえ、見直し等を進められたい。

主なご意見

(高額療養費制度の見直しについて)

経済・財政再生計画 改革工程表

外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論

- 外来特例については創設から10年以上経過し、財政が悪化している中で、一定程度の役割は終えているので、段階的にでも廃止すべき。
- 高額療養費制度については、70歳未満と70歳以上で取り扱いが大きく異なるため、世代間の公平性を確保する観点から、早急に見直すべきであり、特に外来特例については、廃止が妥当である。
- 負担能力に応じた負担を求めるのは当然の考え方。
- 現役並み所得区分については世代内の所得格差を踏まえて細分化すべき。
- 一般区分の所得区分を細分化することや、月単位に加えて年単位で上限額を設定することを検討すべき。
- 高齢者は弱い立場であり、負担を求めるのは反対。
- 今は外来で高度な治療が受けられるようになっている。安心して外来にかかるためにも、外来特例については患者の負担や受診行動への影響を考慮して、慎重に議論すべき。
- 特に低所得者について、経済力の差によって医療へのアクセスが阻害されることがあってはならない。
- 現役並み所得者については、もう少し区分を細分化しても良いと思うが、公平性を考えて、高齢者の状況や所得格差をきめ細かく見据えた議論をしてほしい。
- 制度を見直すべきだとは思いますが、施行時期を考えるに当たっては、事務処理やシステムについても配慮してほしい。

(後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)の見直しについて)

医療保険制度改革骨子

後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)については、段階的に縮小する。その実施に当たっては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給と

あわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成 29 年度から原則的に本則に戻すとともに、急激な負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずることとする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。

- 平成 29 年度から原則的に本則に戻すべき。
- 特例を設けてから 8 年が経過しており、保険財政も厳しく、高齢者を取り巻く関係も変化しており、一定の役割は終えている。
- 負担能力に応じた負担が大原則であり、見直しは必要。そもそも特例であり、経過措置である。
- 国保の被保険者も最大 7 割軽減であり、75 歳になって突然年金額が下がるわけでもないため、後期になったから 9 割軽減というのは説明がつかない。
- 元被扶養者については応能負担にも逆行しているため、本則に戻すべき。
- 低所得者に負担を求めることは大きな負担になる。高齢者の生活を考えると、見直しには反対。
- 後期高齢者医療制度の発足時から、高齢者の生活実態という面ではあまり変わっていない中で、特例的な措置を終えるのが公平なのかについては疑問がある。
- 9 割軽減を 7 割軽減に戻して、月額 380 円が年額 1 万円増加するというのは重い負担であり、考慮が必要。
- 見直しは必要ではあるが、高齢者は医療の負担が大きいことを考えて、激変緩和措置の配慮が必要。
- 十分に時間を取って議論・周知すべき。
- システム等の観点からは早めに具体的な内容を固めてほしい。

(入院時の居住費（光熱水費相当額）に係る患者負担の見直しについて)

経済・財政再生計画 改革工程表

入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論

- 療養病床の居住費について介護保険が家計調査というエビデンスに基づいて 370 円に引き上げたのであれば、医療保険も整合性を取るべきではないか。
- 在宅との公平性の観点から、医療区分ⅡⅢからも居住費負担を求めるべきではないか。
- 介護はついの住み処だが、医療は治療の場であり、医療区分ⅡⅢの者から居住費

負担を求めることに反対。本来は医療区分に関係なく居住費負担を求めないのが普通ではないか。

- 医療区分 I にも重症の患者もいることから、医療区分に応じて居住費負担の有無を決めるのは整合性がないのではないか。
- 65 歳以上の人は年金が収入としてある一方、働いている人は長期入院により収入がなくなることを考えても年齢で分けるということは必要ではないか。
- 65 歳未満の者についても、在宅との公平性を考えれば、療養病床については年齢区分なく居住費負担をお願いすべきではないか。
- 一般病床、精神病床等に「住まい」の性質はなく、居住費負担を求めるべきではない。長期入院と居住費負担の問題は分けて考えるべき。
- 療養病床以外の病床でも、一定期間長期に入院される方、例えば診療報酬上の取扱いで 1 つの考え方である 90 日を超える方に負担を求めるべきではないか。
- 社会保障を持続可能なものとするため、入院時の居住費負担を求めることが必要である一方、低所得者や重篤な方等に配慮するべきではないか。
- 患者の立場からすると医療と介護は明確に分かれていない。高齢者が円滑に施設を移ることができるようにするべき。

(金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について)

経済・財政再生計画 改革工程表

医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論

- 負担能力に応じた負担を求める観点から、将来的にはマイナンバーを活用した金融資産等を勘案する仕組みを考えるべきではないか。
- 介護保険では、低所得者への補足給付が福祉的・経過的な性格を有することに鑑みて資産勘案を行っているが、医療保険において保険給付としている入院時の食費・居住費とはそもそも性格が異なるのではないか。
- 市町村が運営している介護保険とは異なり、被用者保険者が金融資産を把握するのは現実的ではないのではないか。
- 現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースであることを考えると、時期尚早ではないか。

- 事務負担の増加に比して、財政効果はあまり見込めないのではないか。

(かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について)

経済・財政再生計画 改革工程表

かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論

- 頻回受診の防止や医療保険財政の観点から、広く定額負担を求めることは重要ではないか。今回の提案については、かかりつけ医の定義や実務上の課題を検討した上で実現可能であれば、それも1つの方策になるのではないか。
- かかりつけ医は、地域医療構想の実現や地域包括ケアの推進のために重要であるが、診療科ごとにかかりつけ医を持つ患者がいることや若者はそもそも受診頻度が低いということでかかりつけ医を持っていない方もおり、何ををもって「かかりつけ医以外」とするか不明確なため、慎重な対応が必要。
- まずは、かかりつけ医の定義について関係者間で共通理解を得ること、プライマリ・ケアを担う地域医療の全体像を明確にすることが必要。
- 平成14年健保法改正法附則第2条に反するものであり新たに定額負担を求めることは反対である。
- かかりつけ医普及の観点からの外来時定額負担については反対だが、定額負担には様々なバリエーションがあるので、定額負担の導入、7割給付の考え方等を含めた患者の負担の在り方について幅広い議論を行ってはどうか。
- 受診抑制を招き、重症化につながることを懸念している。紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担が導入されたばかりなので、まずはその状況を見るべきではないか。
- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担は、大病院の勤務医の負担軽減等の観点から実施したものであり、今回のものとは異なる議論である。
- かかりつけ医については、その普及の観点から、名称についても検討するべきではないか。
- 外来の機能分化・連携については、可能な限り取り組みを進めていくべき。
- 紹介状なしで大病院に受診した場合の定額負担について、医療機関の機能分化・連携を促進する観点から、その取扱いを拡充していくべきではないか。その際、保険財政の負担軽減につながる形を考えるべき。

- 選定療養により負担に差をつけることは、医療機関の地域的な分布の問題や受診行動の誘導につながり得るのかということを含め、時間をかけて議論する必要がある。
- 大病院への患者集中と混雑等を解消し、至急の診療等を必要とする患者の医療へのアクセスを円滑・迅速にすることを教育課程で教科書等を書いて啓発する、社会教育の生涯学習の中で広報するなどした方がいいのではないかな。

(スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険給付率の在り方について)

経済・財政再生計画 改革工程表

スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論

- OTC化されたら保険給付率の変更ではなく、保険適用から外すというのが本来あるべき姿ではないかな。
- 多剤服用や残薬対策という観点から服薬量を減らしつつ、健康寿命を延伸することが望ましい。例えば、基礎疾患は処方箋薬で治療し、軽度な疾病については医療用医薬品からOTC医薬品の配合剤への置き換えを促す仕組みや、セルフメディケーション税制の対象をOTC薬全般に拡大させ、OTC医薬品で治療することを促す取組みをお願いしたい。
- スイッチOTC医薬品の保険給付率を下げると、高薬価な医薬品へ処方シフトすることが考えられ、安くて、安全性が確立した医薬品が医療保険の中で使いにくくなるのではないかな。その結果スイッチ化が抑制されてしまう可能性もある。
- 基本的に薬を保険でカバーするか否かは、薬の有効性や必須性などの観点から決められるべきで、既にスイッチOTC医薬品があるか否かで議論すべきでない。給付率を引き下げるとセルフメディケーションを促進する可能性はあるが、財政効果は短期的なものであり、長期的な効果は見込めないのではないかな。
- 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持するという観点から、慎重に検討する必要がある。
- 保険給付率の引き下げについては、どのような考え方でスイッチOTC化された医薬品だけを対象とするのか。処方量を勘案する必要はないのかなど、もう少し詳細に議論していく必要がある。
- スイッチOTC化されたものに限らず、市販品類似薬や軽度の薬剤については、

保険収載から外すこと、フランスのように保険給付割合変えることなどについても今後議論していく必要がある。

(子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の在り方について)

ニッポン一億総活躍プラン

子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る。

- 減額調整措置は、早急に全廃すべき。都道府県、市町村としても、廃止により生じる財源は、少子化対策の推進に用いることについては協力していく。
- 子どもを産むインセンティブを下げるようなことは、国として一切すべきでない。
- 子どもを社会で育てていくという観点や、子育て支援策の充実等に努めている自治体の理解を得る観点から、一部負担や所得制限などの条件をつけることなく、また対象年齢にかかわらず、直ちに全廃してほしい。
- 地方三団体等が、子どもの減額調整措置は直ちに撤廃してほしいという決議を行い、政府に要請活動も行っている。
- 無駄な医療が行われていないかという懸念が常につきまとうことから、見直しの対象範囲は全市町村がやっている未就学児までとすべきではないか。
- 見直しをする場合でも、自治体間の不公平とならないようにすべきであり、全ての市町村が行っている部分などに限定して行うべき。
- 見直しの対象範囲は、全市町村が助成を行っている未就学児までとするのが妥当。自己負担や所得制限も必要。
- コスト意識をもつために、医療費助成を実施する場合であっても、自己負担を残すべき。また、応能負担の観点から、所得制限をすべき。
- 見直しに当たっては自治体の財政力は考慮する必要はないのではないか。
- 医療保険における原則 3 割で未就学児が 2 割という自己負担の仕組みは堅持すべき。
- 単なる見直しでは地方自治体から国への負担の代替でしかなく、国民からは見えにくいので、見直しにより生じる財源は、少子化対策に資する施策に用いるべき。
- 少子化対策としては保育所対策や、妊娠、出産、子育ての不安や問題に切れ目無く対応できる地域包括支援システム等、直接的に効果のある施策が必要。
- 見直しの時期については、見直しにより生じる財源を効果的に施策に反映させる

ために、予算等についてしっかりと検討できるようにするという観点も踏まえて考えるべき。

- あまり制度に頼り過ぎることは良くないので、医療費助成を行う前提として、家庭内でのセルフメディケーションを推進すべき。

(高額介護合算療養費制度について)

- 高療を見直すことになれば見直すべき。所得区分も細分化すべき。高療と高額介護合算で所得区分などが異なると複雑であり、被保険者にわかりやすいように同じような区分とすべき。
- 基本的には負担能力に応じた仕組みに見直していくべき。前回の高療の見直しの際にも高額介護合算も見直しているのでも今回も見直すべき。
- 高額介護合算は高療の見直しに連動するものと思うが、制度が適切に運用されるような工夫が必要。訪問看護を行っている中で、制度が複雑で申請するだけで大きな負担になっているという声を聞く。適切に制度を利用できるようにする必要がある。
- 制度が複雑でみんな理解できていない。医療・介護の連携会議でも議論して欲しい。後期高齢者には要介護度が高い方が多いので、高額介護合算のもっと額が大きく出るはず。申請漏れも多いのではないか。
- 高療の見直しや介護分野でも負担増の議論がなされており、家計への影響も見ながら、慎重な検討が必要ではないか。

(任意継続被保険者制度について)

- 任継制度については、廃止に向けて検討していくべき。第一歩として、任継加入期間の2年から1年への見直し、加入要件のうち被保険者期間の2カ月から1年への見直し、退職時の標準報酬月額をもとにした保険料の設定を行うべきではないか。
- 前期高齢者医療制度の創設により、退職者医療制度が段階的に縮小している中、高齢者の医療費について任継制度を含めた医療保険全体としてカバーできている部分もあるのではないか。任継加入期間を1年に短縮すると、結果的に医療費の高い高齢者が国保に加入することになるが、国保は基盤強化が必要な中で新たな負担につながる議論は慎重に行うべき。
- 任継制度は、被用者保険の長い歴史そのものだが、今日的にも、国保移行の際の

保険料の激変緩和や、退職者の医療保障という役割はあるのではないか。

- 国民皆保険を実現した際に、あるべき姿として退職者は市町村国保が対応することとなったはずであり、任継制度をいつまでも残すことに反対。ただし、国保への移行時に、前年度の所得に応じた保険料となると負担が大きいため、段階的な対応が必要。まず、任継加入期間を1年とし、再度、検討してはどうか。
- 任継制度は、国民皆保険が実現し、給付率が統一された現在、従来の意義が薄れているのは確か。

一方、任継の加入要件を1年にすると、有期労働者や派遣労働者は、任継を利用できなくなるなど、比較的弱い立場の方にしわ寄せが回る可能性がある。定期的所得がない時の保護の在り方や、任継の適用範囲を絞り、頻繁に被保険者が出入りすることが起きた場合の市町村の事務コストの観点を含めつつ、慎重に考えるべきではないか。

- 被用者には被用者保険を適用するという適用拡大の趣旨からすれば、退職者は本来国保に加入すべきであり、任意継続被保険者の範囲を縮小する方向で検討すべき。
- 適用拡大によって公費が削減されるならば、その分を任意継続被保険者の縮小に使うべきではないか。
- 任意継続被保険者には定年退職者のイメージがあるが、20～50代の者も多く、たとえば心身の不調により離職する者もいると考えられ、そうした方の医療のセーフティネットという面も考慮すると、被保険者の不利益にならないよう、実態の把握も含め、慎重に検討すべき。

(国民健康保険の保険料(税)の賦課(課税)限度額について)

- 保険者によって保険料率が大きく異なり、限度額到達所得水準に大きな格差があるといった保険者の実態も踏まえつつ、一度立ち止まって、平成30年度からの国保改革の進捗状況等も見極めながら慎重に検討すべき。
- 被用者保険と同様、国保においても、所得の高い方については保険料負担を増やしていく、上限を引き上げていくということが必要ではないか。

支払基金業務効率化・高度化計画

平成29年 7月 4日

厚生労働省
社会保険診療報酬支払基金

<目次>

1. 計画の基本的な考え方
2. 業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組
 - 2-1. 審査支払新システムの構築等
 - (1) 審査支払新システムの構築
 - (2) 審査手数料の設定の在り方の見直し
 - 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
 - (4) コンピュータチェックルールの公開
 - (5) 返戻査定理由の明確化
 - (6) 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
 - 2-3. 支部間差異の解消
 - (7) 既存のコンピュータチェックルールの見直し
 - (8) 統一的なコンピュータチェックルールの設定
 - (9) 審査基準の統一化
 - (10) 自動的なレポート機能の導入
 - 2-4. 審査委員会のガバナンス強化
 - (11) 審査委員会の在り方の見直し
 - (12) 審査委員の利益相反の禁止
 - (13) 本部審査の拡大等
 - 2-5. 組織・体制の見直し
 - (14) 支部組織の見直し
 - (15) 業務棚卸し等による効率化の推進
 - (16) 支払基金の人員体制のスリム化と高度化
3. 今後の対応

1. 計画の基本的な考え方

団塊の世代が75歳を迎える2025年を控え、我が国の医療は、その質と医療保険制度の持続可能性の両面に特段の配慮が求められている。このことは医療保険制度において、被用者保険の保険者の委託を受けて審査支払を担う社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）においても同様である。患者本位の良質な医療を提供する観点から、適切に審査を行うという原点に立ち返って、業務の在り方を根本から見直し、徹底した効率化、高度化をすべきである。

本年1月12日に「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（以下「報告書」という。）がとりまとめられた。当該報告書では、規制改革推進会議（旧「規制改革会議」）の指摘も踏まえた審査支払機関の業務効率化や組織の見直し並びに、ビッグデータとICTを最大限活用して医療全体の発展に資する役割を新たに担うことが言及されたが、これらを真摯に受け止め、支払基金の改革については厚生労働省としても責任を持って監督していく。また、昨年6月に支払基金はICTを最大限活用した簡素、効率、高品質、公平・公正、透明な審査支払プロセスを見直すための具体的な提案を公表したが、主体的な改革を進めるために、その実現についても果敢に取り組むこととする。

今後、本「支払基金業務効率化・高度化計画」（以下「計画」という。）に示す改革が実現すれば、公的医療保険制度の加入者である国民にとって、異なる症状を持つ患者に最善の医療を提供する際の審査基準の統一化により全国どこでも質が維持され、統一された医療が受けられる。加えて、支払基金の委託者である保険者の審査手数料等について、支払基金の業務効率化、高度化によるコスト削減等を通じた保険料など国民の負担軽減につながる。また、保険者にとっては審査手数料等のコスト削減に止まらず、レセプト審査の充実も見込まれる。医療機関等にとっても、レセプト請求前に自らチェックできる仕組み等の導入など、レセプト請求の利便性が格段に向上することが見込まれる。こうした改革の結果、レセプトの受付から支払までを短期化することができ、保険者の円滑な資金繰りも確保できれば、高額療養費の償還払や医療機関等への支払の早期化も可能である。さらに、「審査委員会」の「審査」にボランティア的に貢献してきた地域の医師等（審査委員数は現在約4500人）の審査に要する時間（審査委員1人あたり月に約12時間）等を、これまで以上に地域医療活動や患者、住民との対話などの業務に振り向けることが可能となる。

現在、支払基金の業務運営や審査委員会の運営に必要な経費などに支払基金は年間約 800 億円を要しているが、こうした改革により、かかる運営経費の一層の削減を図り、国民へ還元することを目指すこととする。

そこで、今般、改革の具体的な取組みを「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」（以下「計画・工程表」という。）としてとりまとめた。実施時期も含めた内容を公表する以上は、それが計画通りに着実に実施され、目に見える成果を上げることが当然に求められる。

今後、支払基金は、本部のガバナンスを強化しつつ以下の三つの観点から、計画・工程表に盛り込まれた各取組みを着実に進める。

第一は、ICT の活用に関する考え方の根本的見直しである。これまでのコンピュータチェックは、あくまで審査委員による審査の前捌きとして行われてきたが、この考え方を 180 度転換する。今後は医療機関等の請求段階から統一したコンピュータチェックを中心に据え、それに対応しきれないレセプトについては、支払基金が雇用する医師・看護師等の医療専門職等を中心とした職員による対応とし、残る重点審査分に限って審査委員の医学的知見を基に対応することとする。すなわち、請求、審査、支払という業務プロセスの全行程を徹底的に見直し、可能な業務については、すべてコンピュータ処理に置き換えることとする。

第二は、職員の業務体制や支部の在り方等の現体制の全面的見直しである。本来「医療の質の向上」と「経済合理性の実現」のために発揮されるべき保険者機能の一部を保険者に代わって行う支払基金の審査支払業務の効率化、高度化を具現化する中で、現行の業務体制の確実かつ大幅な見直しを行う。これにより今後は、支部も含めた業務体制の徹底したスリム化と最適化を着実に進める。また、AI 等の技術革新の活用や、今後、医師・看護師などの医療専門職等の職員をより多く採用し、十分活用して審査の質を向上させていくことを基本とする。

第三は、今後、支払基金が保有するビッグデータの利活用に関しては、「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に相応しい職員を育成するなどの人材の高度化を図り、医療の質の向上に向けたビッグデータの利活用を促進する。

なお、審査支払の効率化、高度化のための見直しを進めるに当たっては、被用者保険以外の医療保険を取り扱っている国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会（以下、「国保中央会等」という。）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みを進める。また、保健医療データプラットフォームが本格稼働する 2020 年度（平成 32 年度）以降、順次具体化を図るとともに、国保中央会等の次期システム刷新時（2024 年度（平成 36 年度））には支払基金と国保中央会等の双方の審査支払業務が整合的かつ効率的に機能することを実現する。これにより、審査関連システムの運用費用を、大幅なコスト削減を目指す。審査支払のシステムの見直しに当たっては、報告書の以下の記載内容も踏まえ、支払基金と国保中央会等で情報連携を行いつつ、進める。

審査支払機関の審査業務の効率化・審査基準の統一化を検討するに当たっては、支払基金と国保連による改革を一体的に進める必要があり、支払基金については、システム刷新の時期が差し迫っていることや規制改革会議において明示的に指摘を受けていること等も踏まえ、改革の取組みを加速させていく。一方、国保連による改革についても、支払基金との審査基準の統一化も含め、検討し取り組んでいく。

2. 業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組

- 今般、国民皆保険の下での支払基金による審査業務の効率化、高度化として、支払基金の審査プロセスについては、ICT の活用や専門性向上等により、審査委員や職員の業務の負担軽減を行い、データヘルス時代にふさわしく、「医療の質の向上」と「経済合理性の実現」に繋がるような抜本的な改革を行っていくこととする。
- まず過去の実績等から、医学的判断であっても、既に判断が定着しているレセプトについてはコンピュータチェック及び直接雇用する医師・看護師等の医療専門職等を中心とした職員段階でのチェックにより審査を完結し、審査の段階化を進める。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。また、職員のチェックにおいては、その専門性を高めるために本部で統一的な研修を充実させることや、直接雇用する医療専門職等を活用し、レセプト全体の 1 割程度を職員のチェックで完結させることを目指す。

- また、審査委員会においては医学的判断が定着していないレセプト審査に重点化し、極小化することにより、審査委員の負担軽減とともに、審査業務の効率化と質の向上を図る。その際、在宅勤務なども含め、柔軟な勤務形態や万全な情報管理の下で、ICTによる審査環境の整備等を行うことにより、支部のレセプトを本部等に集約して審査を可能とする。また、審査委員会の中立性をより強化するために利益相反の禁止ルールの厳格化、明文化等を行う。将来的には審査委員会にかけるレセプトは重点審査分に限り、レセプト全体の1%以下を目指す（韓国HIRAでは既に0.001%程度^(注)を達成）。

(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の。

<目指す審査プロセスのイメージ>

- (1) 医療機関等における事前チェック
- (2) 徹底的なコンピュータチェック【2022年度（平成34年度）までに9割程度の審査の完結を目指す<韓国HIRAでは既に全体の約9割をコンピュータで完結>】
- (3) 直接雇用する医療専門職等を含めた職員によるチェック【2022年度（平成34年度）までに1割程度の審査の完結を目指す】
- (4) 審査委員会による審査【ここまで必要となる審査は1%以下となることを目指す】

2-1. 審査支払新システムの構築等

(1) 審査支払新システムの構築

- 支払基金は、現行の審査支払業務プロセス全体の棚卸しを速やかに実施するとともに、最新の専門的知見を踏まえたシステムにより、審査の全国的ばらつきを解消するために有効なガバナンスを確立し、審査支払業務のあるべき姿を実現する。支払基金の新システムは、受付・審査・支払のそれぞれの業務単位での「モジュール化」^(注1)や、支部業務サーバの本部への一元化^(注2)を基本とし、稼働後も、業務内容の変化に応じて、エビデンスに依拠した追加的な対応を柔軟に行うことができる、スケーラブルなシステムとする。【2020年度（平成32年度）に実施】

(注1) 現行システムは、受付から審査、支払まで一体的に構成。モジュール化により、必要な機能拡張を行う際、システム全体の改修ではなく、業務単位で、柔軟な対応が可能となる。

(注2) 現行システムでは、センターサーバに加え、各支部に業務サーバを設置。業務サーバの本部への一元化により、業務量の変化に応じて、事務処理体制をより柔軟に見直すことができる環境となる。

- 大量の個人情報扱っていることを踏まえ、新システムに先立ち、現行の審査支払システムにおけるセキュリティ対策の強化を速やかに実施する。また、昨今多発する、標的型攻撃等の様々な攻撃に対して、機械学習等を用いること等によりコストの低減に配慮しつつ、セキュリティ監視の強化を徹底する。【現行システムにおける対応は、2017年度（平成29年度）早期に実施。】
- また、審査の充実や質を向上させるとともに、費用低減を促進するため、AI等の導入・活用により審査を支援する仕組みを順次、導入・推進する。
- 新システム構築は、府省横断的にITシステムの企画立案に関与する政府CIO等と連携しながら進めるとともに、支払基金に、適宜、本分野に精通した複数の専門家からの助言を継続的に受けることができる仕組みを設ける。【2017年度（平成29年度）から実施】

(2) 審査手数料の設定の在り方の見直し

- 審査手数料の設定の在り方を見直し、審査手数料を段階化し、現行システムでもコンピュータチェックで審査を完結できるレセプト（判断が明らかなレセプト）については、他のレセプトとは別途の審査手数料を設定する。
- 現行システムでもコンピュータチェックで審査を完結できるレセプトの導入については、システム刷新を待たずに先行実施を検討する。

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。

(4) コンピュータチェックルールの公開

- 支払基金において、コンピュータチェックルールの公開基準を策定し、順次公開を進める。【2017年度（平成29年度）中に基準を策定】

(注) ルール公開の一連の取組は、適正な請求レセプトの増加につなげる趣旨を踏まえ、保険者や医療機関等への事前の説明とともに、公開後の審査結果への影響を定期的に検証するなど、適切な手続きの下で実施する。

(5) 返戻査定理由の明確化

- 返戻再請求・再審査請求を減少させるため、返戻査定理由を記載する対象レセプトの拡大及び記載内容の充実を図る。【2017年度（平成29年度）から実施】

(6) 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

- 医療機関等からオンラインで請求されるレセプトのうち、記載の不備など受け付けても明らかに返戻につながるものは、現行ASPを拡充し、支払基金が受け付ける前に速やかに医療機関等へ戻す。または、公開されたコンピュータチェックルールを用いて医療機関等において事前にコンピュータチェックが行える仕組みを導入することにより、誤請求等の減少を図る。その際、医療機関等の情報システムとの連携等も検討し、その結果を踏まえ順次推進する。【ASPの拡充については2020年度（平成32年度（システム刷新時））に実施し、システム刷新を待たずに、先行実施も検討。】

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

2-3. 支部間差異の解消

(7) 既存のコンピュータチェックルールの見直し

- 審査の質の向上を図りつつ、審査結果の見える化により、コンピュータチェックルールの明確化・統一化やコンピュータにより貼付される付せん数の大幅な減

少を目指す。

①本部で設定しているコンピュータチェックルールの見直し

- 支払基金の高額医薬品等に注意付せんが付くコンピュータチェックルールについては、効果が限定的と見込まれることから、一旦、試行的に中止する。2017年度（平成29年度）中に効果を検証の上、注意付せんの廃止、または、本部のコンピュータチェックルールへの取り込みを行う。【2017年度（平成29年度）に実施】
- 現行システムにおいても審査基準が統一化できるものはコンピュータチェック段階で審査を完結できるようになることから、それらについては付せん貼付を減少させる。【整理できたものから2020年度（平成32年度）のシステム刷新時を待たずに先行実施】

②各支部で設定しているコンピュータチェックルールの見直し

- 支払基金の各支部で設定しているコンピュータチェックルールについては、国民皆保険の原点を改めて踏まえ、本部でその内容を精査の上、合理性が認められないコンピュータチェックルールは廃止する。
- 具体的には、各支部における設定事例を分析・類型化するなどし、見える化を行った上で、本部において今後の取扱いに係る基準を策定し、順次、見直しを進める。【2017年度（平成29年度）に基準を策定】
- 各支部で設定されているコンピュータチェックルールについて、上記の取扱い基準に基づき、本部チェックへの移行、廃止、または、存置とするかを決定し、支部内の全医療機関等に共通設定されている条件（全医設定ルール）は、本部チェックに集約する。

（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。

- 明確化し、標準化された審査基準は、支払基金において、最新の ICT 技術を活用したコンピュータチェック機能に取り込む。
- なお残る支部間の差異についても、最新の ICT 技術を活用し、多面的な把握・分析による見える化を行うことにより解消を図り、審査基準の明確化、統一化を促進する。また、審査対象となるレセプトに添付される情報について、審査支払業務を効率化する観点から、レセプトの原本データを関係者がやりとりするのではなく、関係者が原本データを参照するシステム構築を検討する。
- また、支払基金において、最新の知見をベースに、全国の各診療行為やコメント、症状詳記等の過去の審査データの分析から、査定内容の一定の規則性、パターン等を特定することや、統計分析^(注)を用いて、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、コンピュータチェックで審査を完結させることが可能な事例を拡大する。また、今後、費用対効果を十分考慮しつつ、最新技術を用いて一連のコンピュータチェックの高度化に関する実証を進める。【統一的・客観的なチェックルールの設定については、2017 年度（平成 29 年度）から着手し、整理できたものから 2020 年度（平成 32 年度（システム刷新時））を待たずに先行実施】

(注) 例えば、医薬品の投与量に関し、標準偏差等の概念を用いて、概ね全国的に妥当と判断している標準的な投与量を把握する等

(9) 審査基準の統一化

- 審査基準の統一化は、「コンピュータチェックの段階」、「医療専門職等を含む職員によるチェックの段階」及び「審査委員会による審査の段階」のいずれにおいても取り組む。
- 具体的には、「コンピュータチェックの段階」における対応として、支部で設定されているコンピュータチェックルールの見直し（上記（7）②参照）とともに、これまでの審査事例を分析し、審査結果が一定の巾の範囲内に収まるもの等については、その範囲を基準とする統一的なコンピュータチェックの導入を進める。【2017 年度（平成 29 年度）から基準の検討に着手し、整理できたものから 2020 年度（平成 32 年度）のシステム刷新を待たずに先行実施】

- 「医療専門職等を含む職員によるチェックの段階」における対応として、医学的判断であっても既に定着しているレセプトについて、医療専門職等の知見を活用し、コンピュータチェックに組み込めるものについてはコンピュータチェックへの導入を進める。
- また、「審査委員会による審査の段階」における対応として、支払基金の「審査の一般的な取扱い」の公表を一層促進するとともに、本部の中立した視点を持って再審査に関与する仕組み（下記（13）②参照）を導入する。【2017年度（平成29年度）から実施。再審査に係る新たな仕組みは、2020年度（平成32年度）のシステム刷新時に実施】

（10）自動的なレポート機能の導入

- 支払基金の新システムには、請求内容・審査内容の分析機能を抜本的に強化するため、審査内容等について自動的なレポート機能を搭載することにより、本部において審査結果の差異事例の徹底した見える化や、コンピュータチェックルールの機動的な見直しによる標準化・高度化を図る。
- また、継続的に差異を解消し、新たな差異を見逃さないために、PDCAサイクルの仕組みを新システムに組み込む。この仕組みにより抽出された審査結果の差異事例等は、支払基金と厚生労働省で共有し、速やかに対策検討の対象とする。【2020年度（平成32年度（システム刷新時））に実施】

2-4. 審査委員会のガバナンス強化

（11）審査委員会の在り方の見直し

- 日本の診療報酬制度は、患者の個別性や医療の多様性を踏まえた患者本位の医療を提供できるように、審査基準は必ずしも明確とはなっておらず、審査には医学的判断が生じる。こうした医学的判断を要するレセプトの審査判断は、各審査委員会に委ねられている。
- 今後は、支払基金の審査委員会のガバナンス強化や透明性、予見可能性の向上の観点から、業務効率化等の状況を踏まえつつ、以下の取組を行うとともに、今後の実施状況を踏まえ、さらなる取組を進める。

- ・ 専門医の少ない地域にあっては、特定の診療科のレセプトについて、ウェブ会議方式の活用などを開始し、本部も含め複数の都道府県単位での合同審査を推進する。【ウェブ会議方式の活用等について 2018 年度（平成 30 年度）に開始】
- ・ 在宅勤務なども含め柔軟な勤務形態や万全な情報管理の下で、ICT による審査環境の整備等を行うことにより、支部のレセプトを本部等に集約して審査を可能とする。
- ・ 三者構成の審査委員会における重点審査の審査決定に関して、診療担当者代表と保険者代表の間で意見が相違する事案等が生じた際には、双方の意見を聞いた上で、中立な立場にある公益委員に判断を委ねる仕組みとする。【2018 年度（平成 30 年度）に実施】
- ・ 中立な立場にある委員については、原則、公的医療機関等の勤務医等から選出することとする。
- ・ 保険者を代表する審査委員については、原則、公的医療機関等の勤務医等から選出することとする。また、医療保険・医学的知見に精通している者に限って非医療専門職である者の推薦を認めることとする。

(12) 審査委員の利益相反の禁止

- 支払基金の審査委員の利益相反禁止に係る現行の運用上の取扱い（自らが関連する医療機関等は担当しない、審査を担当する医療機関等の定期的な変更など）は、支払基金の内規上で厳格化・明文化する。【利益相反禁止の厳格化・明文化は、2017 年度（平成 29 年度）に実施】

(13) 本部審査の拡大等

①本部特別審査委員会の対象レセプトの拡大

- 支払基金は、現行の高額レセプトの対象基準（例えば、医科 40 万点以上）の引き下げ、及び、専門医が少ない診療科における専門性が高いレセプト（例えば、高度先進医療から移行した診療行為、移植・難病の治療等）を対象に含めることにより、本部で統一して審査を行うレセプトの対象を拡大する。【2018 年度（平

成 30 年度) から実施】

②再審査の仕組みの改善

- 再審査は原審査と異なる医師が行い、再審査に必ず本部の中立した視点を持って直接雇用された医師も関与する仕組みとする。再々審査について、本部としての意見を表明し、該当支部における審査決定に活かす方式を導入する。【2020 年度（平成 32 年度（システム刷新時））に実施】

2-5. 組織・体制の見直し

(14) 支部組織の見直し

- 審査事務については、業務効率化に併せて集約化していくことを基本とする。
- そのため、支払基金は現行業務の棚卸しを行いつつ、遠隔地での審査事務処理に伴う課題なども含め、審査事務の集約に伴う実際上の課題等を把握するため、システム刷新を待つことなく、モデル事業を行う支部において実証テストを実施する。実証テストの結果に基づき、課題等の整理を行った上で、新システムの稼働後に、数か所の支部から先行的に集約化を実施。その際、問題がなければ速やかに審査事務の一部支部への集約化を図る。【遅くとも 2018 年度（平成 30 年度）までに実証テストを実施】
- さらに、今般の新システムにおいては、業務効率化の状況に応じて、審査事務体制の効率性をより抜本的に見直していくことを可能とするため、まずはサーバを本部に一元化する。

(15) 業務棚卸し等による効率化の推進

- 支払基金において、上記の取組のほか、引き続き、オンライン請求の促進を図るとともに、現行業務全体の棚卸しを踏まえ、事務職員による入力業務や点検業務のシステム対応や外部委託化などを徹底する。【2017 年度（平成 29 年度）以降順次】
- 新システムにおいて、レセプト受付処理の平準化により、審査支払業務の平準化が図られる仕組みを順次推進する。また、支払のスケジュールの柔軟化についても早急に検討する。

(16) 支払基金の人員体制のスリム化と高度化

- 支払基金において、本計画に基づき、業務効率化を着実に進め、システム刷新等を踏まえた審査支払業務の品質向上及び効率化の状況を検証しつつ、遅くとも2024年度（平成36年度）末段階で、現行定員の20%程度（800人程度）の削減を計画的に進める。同時に、医療専門職等、IT等の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る。
- 職員には育児期間中などで短時間勤務等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などの医療専門職等（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）に必要な研修を行った上で、そ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。

3. 今後の対応

- 業務効率化に向けた支払基金の各取組は、別添の工程表に沿って着実に進めることとし、厚生労働省が支払基金と緊密な連携の下で改革の進捗状況を常時フォローアップする。
- 2018年（平成30年）通常国会において、厚生労働省は、社会保険診療報酬支払基金法等について「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」及び「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」の内容に沿った法整備を行う。
- 今後、支払基金と国保中央会等は保険者の審査支払機能の代行機関として、国民皆保険の下、その機能の最適化、効率化の実現に常に努め、改革を実行していく必要がある。また、この改革を通じて国民負担の最小化と、全国どこでも質の高い、統一された医療の実現を目指していく。
- 医療情報の集積である「レセプト」の審査において、独立した医師等の関与は必要不可欠である。このため、今後は、支払基金による審査は、支払基金に直接雇用される医師等の判断により完結させることを基本とし、判断に迷う場合やその判断について医療機関等や保険者が不服のある場合には、訴訟の前段階として行政的に「三者構成」の要素を合わせた新たな仕組みの構築などにより、「統一

的かつ透明なルールベースの保健医療」を実現する。

また、これにより、審査委員の負担を軽減し、これまで以上に地域の医師等の時間を地域医療活動や患者、住民との対話などの業務に注力することが可能になる。

○ これらを踏まえ、上記の改革については速やかに検討を開始し、審査機能の一元化、統一化を推進し、利益相反を防止する観点から、システム本格稼働時期までを目途としてドイツ等他の先進国の仕組みも参考にしつつ再検証して以下の点について成案を得た上で、法改正を含めた必要な措置を講ずることとする。

- ・ 審査支払機関の法的な位置づけやガバナンス
- ・ 審査委員会の三者構成の役割と必要性
- ・ 各都道府県に設置されている審査委員会の役割と必要性
- ・ 保険者の審査支払機能の代行機関としての支払基金と国保中央会等の最も効率的な在り方
- ・ その他

**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**

2017(平成 29)年7月4日

**厚生労働省
社会保険診療報酬支払基金
国民健康保険中央会**

目次

1. 本推進計画・工程表のデータヘルス改革全体の中での位置づけ	1
2. ビッグデータ活用推進の基本的考え方	4
(1) ビッグデータ活用推進の目指すべき方向性とあり方	
(2) 支払基金・国保中央会等の役割	
(3) 支払基金・国保中央会等の具体的な取組を検討する上での基本的考え方	
3. ビッグデータ活用推進による具体的な取組について	6
(1) 保健医療データプラットフォームに関する事業	
(2) 個人の健康管理に資する情報の一元的な管理(PHR:Personal Health Record)	
(3) 保険者のデータヘルス支援に関する事業(現行の支払基金・国保中央会等が取り扱うレセプトデータ等の活用)	
(4) セキュリティ対策の徹底	
4. ビッグデータ活用推進体制・人員の在り方	9
(1) 基本的な考え方	
(2) 具体的な推進体制・人員の在り方	
5. ビッグデータ活用推進に当たっての基本的考え方	12
(1) 2020(平成32)年度を見据えた事業の具体化	
(2) ニーズ検証とシステム設計・構築の同時的・漸進的展開	
(3) 費用対効果に対する説明	

1. 本推進計画・工程表のデータヘルス改革全体の中での位置づけ

我が国は、世界に先駆けて、超高齢社会に直面する。このような中で、一人ひとりの健康寿命をどう延ばすか、さらには、人口減少を伴う少子高齢社会の中で社会保障制度の持続可能性をいかに確保し続けるか。この未曾有の問題に、我々は取り組んでいかななくてはならない。

その解決のための重要な糸口の一つが、データヘルス改革の強力な推進である。

我が国のこれまでの健康・医療・介護の施策は、様々な縦割り構造の下、データが分散し、つながらない形で進められてきた。その結果、患者や国民が過去の健診データや治療履歴を踏まえた最適な診断や治療を受けるためには、個人がデータ収集等を行う必要があるなど、社会保障制度のメリットを十分実感できるものとはなっていかなかった。こうした状況を打開するため、国民や患者の意向に十分に配慮しつつ、データヘルスの推進を、これまでの「供給者目線」から、需要者である「国民、患者、利用者目線」に切り替えていかななくてはならない。

このため、現在、厚生労働省では「データヘルス改革推進本部」を立ち上げて、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」の具体化を始めている。これにより、高い生産性の下、国民が、世界最高水準の質の保健医療サービスを受けられる環境を整備していく。

具体的に、データヘルス改革推進本部では、保健医療データプラットフォームを活用して、次のようなサービスの提供に向け、具体化の検討を進めている。

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 保健医療記録共有サービス

本格的高齢社会の到来に相応しい健診内容の見直し、電子カルテの全国的統一化や、介護分野における科学的かつ統一的な記録の在り方の開発、確立を図りながら、全国的な保健医療情報ネットワークを整備し、保健医療関係者等が、円滑に、国民、患者等の健康情報を共有できるようにする。

これによって、今まで保健医療データの利活用ができなかった地域を含めて、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ようにすることを目指す。

② 救急時医療情報共有サービス

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、処置に必要な患者情報を迅速に共有することで、どのような状況下においても、国民、患者に対して適切な治療等を遅滞なく提供できるようにする。

これによって、医療的ケアが必要な障がい児(者)などが、安心して外出できるような環境を整備するとともに、災害時などへの備えに万全を期すことを目指す。

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 PHR(Personal Health Record)サービス、健康スコアリングサービス

個人の健診データや医療情報をサマリー化、ヒストリー化して、個人に、わかりやすく提供し、自らの健康管理・予防行動につなげられるようにする(PHR)。

さらに、保険者が保有する「加入者の健康管理に関するデータ」を集約・分析し、個人情報の確実な保護を前提としつつ、保険者や保険に加入する事業主に対して、その保険者や事業所全体の「全国平均と比較した場合の健康傾向に関する情報」や「必要な健康行動についての情報」を提供する(健康スコアリング)。

これらのサービスによって、国民一人ひとりが「自らの健康管理に関するデータ」をヒストリカルに把握できるようにするとともに、本人の希望によって医師に提供し、診療等にも活用できるようにする。また、規模が小さい健保組合等も含めて、全ての保険者が効率的に個人に対する健康確保上の働きかけを行えるようにする。さらに、事業主も、データ活用による健康経営の取組により、健康増進に伴う職員の活力向上による生産性向上を図ることができるようになる。

こうした取組を進めて、国民、事業主、保険者等の健康に対する意識の変化・健康増進への行動変容を促進することを目指す。

④ データヘルス分析関連サービス

国民の健康・医療・介護、各々の分野で抱える課題の解決に際してエビデンスとなる、科学的な分析に必要なビッグデータを匿名化して収集の上、個人単位で連結・解析可能とし、保険者や研究者、民間企業等が、今まで以上に、保健医療分野で精密な研究・開発や実効性のある施策の実施に活用できるようにする。

これによって、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の向上、新たな治療法の開発、創薬等のイノベーションの活性化、科学的介護の実現等を目指す。

III. 科学的介護の実現に向けた世界に例のないデータベースの構築

⑤ 科学的介護データ提供サービス

自立支援や認知症等の治療やケアにおける科学的効果に裏付けされた介護を実現するために、科学的分析に必要なデータ(日常の生活行動やリハビリテーション、栄養摂取状況、医学的な診断情報等)を収集しつつ、データベースの構築とその有効活用を推進し、保健、医療、介護の現場や研究者等に提供する。

これによって、まずは、高齢者の方々が若年時から計画的に要介護状態となることを予防する。そして、仮に要介護状態となった場合でも、自立支援に資する介護サービスや認知症に関する課題の克服に必要な予防や治療、ケアを明らかにす

る。こうして全ての国民が、若年時から高齢期への科学的備えを意識的に心掛けるよう、国民の意識改革や啓発に努めながら、介護予防、自立支援介護を推進することにより、高齢者の方々の生活の充実と、家族の不安の軽減を目指す。

認知症分野においては、科学的に根拠あるケアができるように、生活の改善状況と改善に有効だったケアの因果関係を分析できるようにデータを収集するとともに、認知症の要因となる科学的な因子に関するデータ取得を拡充し、ケアだけでなく認知症の治療法や治療薬の開発に向けて必要なデータを取得し、ケアと同時に、ケアを加速度的に促進する。

IV. 最先端技術の導入を可能とするインフラ基盤の整備

⑥ がんゲノム関連サービス

国民、患者の意向に十分配慮した上で、がん患者に関するゲノム情報、診療及び治療に関する最新の情報、治験情報等を効率的に収集し、医療関係者や研究者等に提供し、新たな治療法の開発や創薬につなげる。

これによって、国民、患者は、最適で効率的かつ個別化された医療を享受することができ、がんとの闘いに終止符を打つことができる。

⑦ 保健医療分野での人工知能(AI)関連サービス

文献読み込み等による診断補助などあらゆる臨床行為はもとより、レセプト審査や、医療、介護における予防策の因果関係解明など、広く保健医療分野において、クラウドコンピューティングを含めたAIのフル活用を促進する。

これによって、我が国の保健医療分野におけるAI開発を促進し、がん等の診断精度の向上や不足する病理医の負担軽減など、患者に対する最適な医療・ケアの選択肢の提供、並びに医療関係者の負担軽減を目指す。

本推進計画・工程表は、こうしたサービスの中で、国民の健康確保に向けた健康・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、保険者を支援する立場にあり、また、膨大な保健医療データを取り扱う審査支払機関の役割を含めて、提示するものである。

これ以外の各種サービス(①・②・⑤・⑥・⑦)についても、データヘルス改革推進本部での検討を、更に加速し、2018(平成30)年度概算要求に向けて、早急に、その具体化を図り、提示をしていく方針である。

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。

(2) 支払基金・国保中央会等の役割

社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)、国民健康保険中央会(以下「国保中央会」という。)、国民健康保険団体連合会(以下総じて「支払基金・国保中央会等」という。)は、国民皆保険の下で、本来、保険者が担うべき審査支払い機能を、委託を受けて代行する中で、

- ・ 数十年にわたってレセプトを審査し、そのデータ構造を熟知しており、
- ・ 電子点数表や基本マスターなどコード体系の実質的な整備作業を行い、保健医療分析に必要な基準を把握している、
- ・ 保険者、保険医療機関、保険薬局との専用回線によるネットワークを有している。

このような有形無形の既存のインフラを有する支払基金・国保中央会等が、その経験を生かして、加入者の予防・健康づくり、重症化予防等に取り組む保険者や、都道府県等のビッグデータ利活用を支援することが考えられる。また、厚生労働省に設置された「データヘルス改革推進本部」で決定する計画や工程表、技術的な仕様に従い、AIをはじめとする最先端技術を活用し、健康・医療・介護の質の向上に寄与するサービスを提供することを目的として、審査業務の効率化を行い、新たな付加価値を創出する「頭脳集団」に生まれ変わることも可能と思われる。これらの機能強化を通じて、保健医療分野における国民の健康確保と保健医療等の質の向上、ひいては国民のQOL改善を推進していくことが考えられる。

(3) 支払基金・国保中央会等の具体的な取組を検討する上での基本的考え方

2017(平成29)年1月12日に、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(以下「有識者検討会報告書」という。)が取りまとめられ、同報告書では、概ね、次のような点が指摘されたところである。

① 保健医療データプラットフォームの構築・運営・管理に関する事項

- ・ 個人の健康・医療・介護に関するヒストリーを、ビッグデータとして分析することを可能とし、医療の質を更に向上させるため、健康・医療・介護のデータを連結するための保健医療データプラットフォームを構築していくべきである
- ・ 現に、医療・介護のレセプト情報や特定健診等の情報を扱っている支払基金・国保中央会において、保健医療データプラットフォームの質の管理・運営を制度横断的・統一的に行うことが望ましい

② 保険者のデータヘルス支援に関する事項(現行の支払基金・国保中央会等が取り扱うレセプトデータ等の活用方策の検討・実行)

- ・ 足下のレセプトデータ等の有用なデータベースは、国民一人一人の健康寿命の延伸に向けた医療・介護サービスの効率的な提供に資するものであり、早々に活用方策を検討し、実行に移していくべきである

本推進計画・工程表は、こうした指摘を踏まえ、支払基金・国保中央会等が、「ビッグデータとICTを最大限活用することで、保険者と協働しつつ、医療の質の向上に寄与するいわば「頭脳集団」として」の機能を果たせるよう、具体的な改革の将来像として作成したものである。

ただし、現時点では、社会保険診療報酬支払基金法(以下「基金法」という)等の制約があるため、本推進計画・工程表で示す具体的な改革を実現するためには、新たな事業実施が可能となるよう、新たな基金法等の法的な枠組みが必要となる。

3. ビッグデータ活用推進による具体的な取組について

団塊の世代が75歳を迎える2025年を控え、質が高く、効率的なサービス提供・創出の必要性は高まっている。ビッグデータを活用した取組であるため、本格的なサービスの提供時期は、保健医療データプラットフォームの構築後となるが、有識者検討会報告書の指摘も踏まえ、現行、支払基金・国保中央会等が取り扱うデータを活用した実施可能な取組は、より前倒して具体化することとし、次の4つの事業に分類した。

- (1) 保健医療データプラットフォームに関する事業
- (2) 個人の健康管理に資する情報の一元的な管理(PHR: Personal Health Record)
- (3) 保険者のデータヘルス支援に関する事業(現行の支払基金・国保中央会等が取り扱うレセプトデータ等の活用)
- (4) セキュリティ対策の徹底

(1) 保健医療データプラットフォームに関する事業

健康・医療・介護のデータを連結し、プラットフォーム化していく取組については、有識者検討会報告書においても「既存のインフラを最大限に活用する観点からも、現に医療・介護のレセプト情報や特定健診等の情報を扱っている支払基金・国民健康保険中央会において、その質の運営・管理を制度横断的・統一的行うことが望ましい」とされており、データベース間の連携や利活用の基盤を支えることが支払基金・国保中央会等の重要な役割である。

個人情報 の 確 実 な 保 護 を 前 提 に、 健 康 ・ 医 療 ・ 介 護 の 匿 名 化 し た ビ ッ グ デ ー タ を、 個 人 単 位 で 連 結 し、 解 析 で き る よ う に し て い く こ と で、 ビ ッ グ デ ー タ 解 析 に よ る、 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、 新 た な 治 療 法 の 開 発 や 創 薬、 科 学 的 な 介 護 の 実 現 の 加 速 化 等 を 進 め て い く。 具 体 的 に は 以 下 の よ う な 事 業 を 実 施 し て い く。

① ビッグデータの管理等

今後、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」で検討し、決定する保健医療データプラットフォームに関する構想や技術的な仕様等に従い、保健医療データプラットフォームのシステム・ネットワークの管理の在り方、保健医療データ

プラットフォームで取り扱うデータの質や互換性の確保¹、データ分析に用いる分析環境の在り方等を検討の上、ビッグデータの管理・運営部門の設置、所要のシステム等の整備を行う。【2020(平成32)年度～】

② 第三者へのデータ提供の充実等

産官学へのデータ提供は、データ利活用の基幹業務と考えられ、厚生労働省で今後検討する第三者データ提供制度の在り方も踏まえつつ、健康・医療・介護の匿名化されたビッグデータが真に産官学で実効的に活用される環境の整備を行う。また、研究者や製薬産業を含む民間企業等が活用しやすいようにするため、新たな医薬品や治療法の開発等も念頭におき、速報性を重視した迅速なデータ提供のほか、データ検索やデータの抽出・変換・加工環境の整備、分析に活用できるデータの質の確保の徹底、ストレスのない利用環境の整備を行う。

【2020(平成32)年度～】

また、こうした第三者へのデータ提供のほか、学会や研究者等の求めに応じたデータ解析協力や分析事業、治験・臨床研究の実施状況に関するデータの集約・公表、都道府県における政策立案での保健医療データの利活用、データに基づく科学的な介護の実現等において、健康・医療・介護の見える化に貢献し、我が国の健康・医療・介護の質の向上に寄与できるデータを提供するサービスを行う。このため、保健医療データプラットフォームのデータを活用して、研究者や都道府県、医療・介護従事者等が自らデータを活用・分析できる環境を整備するとともに、統計、分析データの提供や行政機関からの要請による分析等も行う。なお、現在でも、NDBデータの第三者提供に当たっては、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」で、利用目的や提供対象データの範囲等について個別に厳正な審査を行っている。今後も、データ利用者の利便性にも配慮しつつ、同様の手続きにより、データの適正な利活用を推進していくこととする。

【2020(平成32)年度～】

[具体的な統計、分析の例]

- ・ 被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険の各段階のデータを連結し、コホートデータを作成²。必要に応じ、地域ごとのコホート分析の実施も検討。(地域ごとの医療・介護需要、傷病構造の特性等の分析、効果的な予防・健康サービスの研究等に活用。)
- ・ 健康・医療・介護の質の評価や臨床研究の支援等に向けて、計数の設定等について学会、医療関係者等の知見に基づき、統計データを作成。
- ・ 診療報酬改定の影響等について、集計・分析。

¹ データクリーニングやマスターデータの集約、維持管理の実施

² コホートデータとは、観察や分析の対象となる集団を作り、継続的に追跡し、収集したデータ。コホート分析とは、コホートデータを活用した分析。

③ 都道府県等によるビッグデータ活用の支援

保健医療データプラットフォームのデータを活用することで、地域の医療・介護の利用状況や住民の健康状況、ひいては、それらのデータの他地域との比較を、経年的な変化を含めて簡便に可視化できるようになる。こうしたデータは地域の医療・介護や救急の体制の検討に関し、極めて有用なデータであり、エビデンスベースの施策立案などの場面で、有効な活用が期待される。このため、都道府県等に対し、これらのデータやデータ分析を行うための環境の提供、活用支援等を行う。

【2020(平成 32)年度～】

④ 研究者等によるビッグデータ活用の支援

学会や研究機関等が保有する医療関連データと、保健医療データプラットフォームのデータを円滑に連結することにより、高品質な医療データ分析が可能になるとともに、全国規模での分析が実現できる。これにより、研究における発見的な示唆を得られる可能性もあり、医療分野の研究を加速化するとともに、医療関連産業の育成、振興を図る。このために、すでに研究者や学会、研究機関等が保有するデータ分析環境へ、提供するためのシステムを構築する。また、AI開発環境での活用も念頭に置いたシステム仕様とする。

【2020(平成 32)年度～】

(2) 個人の健康管理に資する情報の一元的な管理(PHR:Personal Health Record)

居住市町村や保険者が変わっても個人をヒストリカルに特定できるシステムを整備した上で、個人の健康管理に資する情報を、一元的に管理できるようにし、本人や本人の承諾の上で希望する医師などの要請に応じて、健診結果や診療の履歴など健康管理に関する情報を提供できる環境を整備する。

これにより、国民・患者の健康に関する行動変容を促し、国民の健康確保、健康寿命の延伸を目指す。【2020(平成 32)年度～】

(3) 保険者のデータヘルス支援に関する事業(現行の支払基金・国保中央会等が取り扱うレセプトデータ等の活用)

前述のとおり、有識者検討会報告書では、健康・医療・介護のビッグデータを連結したデータベースの構築・運営・管理のみならず、「レセプトデータ等の有用なデータベースは、国民一人一人の健康寿命の延伸に向けた医療・介護サービスの効率的な提供に資するものであり、早々に活用方策を検討し、実行に移していくべきであること」とされている。

既に、国民健康保険団体連合会では、健康・医療・介護の情報を連結した国保データベース(KDB)システムが実装されており、KDB を活用した保険者のデータヘルス計画の作成支援・効率的な保健指導等の取組が展開されている。また、

同連合会自身が、市町村等が行うデータヘルスに対する具体的な支援を実施してきている。このような事例を参考としつつ、個人情報の確実な保護を前提に、保険者の健康管理に関するデータを集約・分析し、保険者が自ら様々な分析を行い、データヘルス事業を効果的、効率的に遂行できる環境を整備していく。具体的には以下のような事業を実施していく。

- ・ 各保険者のデータヘルスの状況を、全保険者と比較できる統計データを作成し、当該保険者の課題や重点取組分野等を明らかにするとともに、個人情報の確実な保護を前提としつつ、加入者やその家族の健康状態や健康行動の状況、医療費等をスコアリングし、各保険者、事業主に提供する。これにより、保健事業の効果のエビデンスを蓄積するとともに、エビデンスに基づく将来の財政効果のシミュレーションを行う。
- ・ 加入者やその家族への効果的、効率的な保健指導等のため、データ解析によるハイリスク者の抽出等を含め、加入者の慢性疾患の発症予防、重症化予防、介護予防の取組を、保険者が効率的に実施できるよう、保険者に対して、必要なデータ分析・提供等を行う。

現状でも提供可能なデータについては、【2018(平成30)年度】から実施することとし、本格的な運用は【2020(平成32)年度～】。

(4)セキュリティ対策の徹底

医療情報は、プライバシーへの配慮が特段に必要であることは言うまでもない。昨今の標的型攻撃や情報漏えいの発生状況を鑑みて、情報の匿名化を徹底する等の既存の対策を行うだけでなく、守るべき情報の識別のためにリスク評価を行い、リスク評価に従った専門的なセキュリティ監視を行うとともに、情報漏えいを検知し、ネットワークを自動的に遮断して、漏えいを未然に防ぐ仕組みを構築するなど、従前の取組に留まらないセキュリティ対策を徹底する。

更に、監視に当たっては、専門要員による監視コストを下げるために、AIを活用したセキュリティ監視を行うほか、保健医療データを取り扱うに当たって、セキュリティガイドラインを整備し、セキュリティ統制を整備する。

こうしたセキュリティ対策の徹底・強化に当たっては、情報セキュリティや個人情報保護を専門とする研究機関とも逐次連携し、最新の対策を行う。

4. ビッグデータ活用推進体制・人員の在り方

(1)基本的な考え方

前述のとおり、有識者検討会報告書では、保健医療データプラットフォームについて「既存のインフラを最大限に活用する観点からも、現に医療・介護のレセ

プト情報や特定健診等の情報を扱っている支払基金・国民健康保険中央会において、その質の運営・管理を制度横断的・統一的に行うことが望ましい」とされた。

支払基金・国保中央会等は、数十年にわたって保険者横断的なレセプトデータを取り扱っているほか、保険者、保険医療機関、保険薬局との専用回線によるネットワークを既に有している等の特徴がある。このため、社会資源の効率的な活用という観点からも、支払基金・国保中央会等がビッグデータ活用推進やサービスの運用を行うことが、有力な選択肢の一つであると考えられ、今後、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」において検討の上、判断していくべきと考えられる。そうした結論となった場合には、以下のような対応等が考えられる。

(2) 具体的な推進体制・人員の在り方

① ビッグデータ活用の推進体制

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は、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」で決定するが、一部の具体的な運用等は、次の理由から、厚生労働省、支払基金、国保中央会の合同プロジェクトとして位置づけることが考えられる。

ア) 効率的なビッグデータ活用の推進

レセプトや特定健診等のデータを活用した加入者への働きかけは、もとより、各保険者等において取り組むべき重要な課題である。しかしながら、データやシステムが散在することは、ビッグデータ分析の精度、効率的な業務遂行の観点から望ましいとは言えず、KDB等のように、一定程度、集約したシステムを志向することは重要である。一方、3. の各種取組で取り扱うデータは、制度横断的なものであり、その業務を、支払基金等の単独の組織体で行うのは適当ではない。従って、被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険の各レセプトや特定健診等の基盤データを扱っている支払基金、国保中央会と、厚生労働省が、合同プロジェクトとして、効率的なシステムを構築していくことが合理的であると考えられる。

イ) マイナンバー関係業務との関連性

支払基金と国民健康保険団体連合会の連合組織である国保中央会は、マイナンバー制度の運用開始を見据え、医療保険分野における情報連携の一元化・効率化、医療保険者等の負担軽減を図る観点から、保険者からの委託を受けて共同して事務を実施することとした。

この仕組みは、今後、医療保険分野におけるマイナンバー関係業務の中核として機能することとなる。また、今後、データヘルス分野において、データ間の連結に必要なインターフェース(相互接続)システムの基盤となることが想定される。

保健医療データプラットフォーム等の各種システムは、医療等IDを活用し、匿名化したデータの連結等を行うことが想定される場所であり、医療保険分野におけるマイナンバー関係業務やインターフェースシステムを管理する支払基金、国保中央会と、厚生労働省の合同プロジェクトとして、保健医療データプラットフォーム等の各種システムを管理することが合理的であると考えられる。

② 人員の確保

ビッグデータ関連業務を遂行する具体的な人員体制については、現在の体制にこだわることなく、新たに、保健医療のデータ分析、ビッグデータの管理・運用、セキュリティ対策等、各々の専門性を有する人員を官民間問わず広く確保する。その際に、サービス運用の維持費用の低減を継続的に実施する。

また、厚生労働省、支払基金、国保中央会が連携して、ビッグデータ活用推進のための人材育成に取り組むほか、外部からの専門人材登用を前広に行い、データ分析等には、積極的に民間や各種研究機関の力を活用できる制度を構築し、質の恒常的改善と経済合理性の実現の双方を、常に達成することを目指すものとする。

③ 今後の検討事項

上記3. で記載した各種取組を、厚生労働省、支払基金、国保中央会の合同プロジェクトとして推進する場合でも、具体的な組織体制の在り方については、詳細な検討が必要である。今後、次の事項について精査し、各保険者等に十分な説明を行った上で、その具体的な成案を得ることとし、厚生労働省、支払基金、国保中央会が連携して、その実現に向けた協議を進めることとする。

ア) 費用負担・費用対効果の明確化

保健医療データプラットフォームをはじめとする各種システムの全体像、技術仕様等を踏まえた、イニシャルコスト、ランニングコストを含む、その制度概要、費用負担・費用対効果等について、厚生労働省において、国民に対し広く明らかにする。

イ) 責任体制とガバナンスの強化

上記3. で掲げた各種施策は、その全てが、保険者の委託を受けて実施するものにとどまらない。また、構築するシステムについては、今後、我が国のデータヘルスを推進する上で、重要なシステム基盤となることも考えられる。このため、今後、合同プロジェクトを推進する上での責任体制やガバナンスの在り方等について、厚生労働省、支払基金、国保中央会で連携して検討を進め、その強化に向けた具体的な成案を得て、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」において最終的に決定する。

5. ビッグデータ活用推進に当たっての基本的考え方

上記3. の各種取組については、別添の工程表に沿って着実に進めることとする。その中で、どのようなデータを連携していくか、それらのデータによりどのようにサービスを展開していくか、そして、それによる費用対効果はどの程度のものかなどを詳細に明らかにし、具体的なシステム構築等を含む、より詳細なスケジュールを提示していく。厚生労働省、支払基金、国保中央会は緊密に連携し、次のような観点で、事業の推進を図るものとする。

(1) 2020(平成 32)年度を見据えた事業の具体化

上記3. で提案した事業については、2020 年度には本格的なサービスを実施できるよう精力的に取り組む。2020 年度以降も、2025 年度を控えてビッグデータの活用の必要性は、一層高まると考えられることから、早期に本格的活用が可能となるよう優先度の高い事業から実現に向けて取り組む。

(2) ニーズ検証とシステム設計・構築の同時的・漸進的展開

個人レベルの保健医療データ(PHR)活用推進も、ビッグデータの活用推進も、いずれのニーズも、保健医療データプラットフォームの充実により爆発的に増加していく可能性があり、迅速なシステム整備が求められる。一方で、ニーズ検証やシステム構成の検討が不十分であったりすると、巨額投資にもかかわらず、高い効果が得られる事業とはならない可能性もある。十分な投資効果を得るために、個人の保健医療データ、ビッグデータのいずれも、どのように活用するか、十分なニーズ検証を行いつつ、システム設計・構築を同時並行的に進める。

(3) 費用対効果に対する説明

具体的なシステム構成や制度概要が決定した段階で、その費用対効果について、広く国民や関係者に丁寧に説明し、その理解を得ながら、計画を推進していくものとする。