

# 第103回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成29年 1月25日(水)  
16時00分～18時00分  
場所：厚生労働省2階講堂  
(中央合同庁舎5号館低層棟2階)

## ( 議 題 )

1. 平成29年度予算案(保険局関係)の主な事項等について
2. 医療保険部会の主要な事項に関する議論の進め方について
3. その他

## ( 配布資料 )

- 資料1-1 平成29年度予算案(保険局関係)の主な事項
- 資料1-2 「経済・財政再生計画 改革工程表」等に係る平成28年末検討期限の事項への対応について
- 資料1-3 今後の社会保障改革の実施について(平成28年12月22日社会保障制度改革推進本部決定)(保険局関係抜粋)
- 資料2-1 医療保険部会の主要な事項に関する議論の進め方(案)
- 資料2-2 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)
- 資料2-3 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)
- 参考資料1-1 平成29年度予算案(保険局関係)の主な事項に関する参考資料
- 参考資料1-2 平成29年度の社会保障の充実・安定化等について(平成28年12月22日社会保障制度改革推進本部提出資料)
- 参考資料2 データヘルス改革推進本部について(平成29年1月12日データヘルス改革推進本部提出資料)
- 参考資料3-1 医療保険部会における議論の整理(平成28年12月20日)
- 参考資料3-2 療養病床の在り方等に関する議論の整理(平成28年12月20日)
- 参考資料3-3 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)

# 社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成29年1月25日

いわむら まさひこ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長 / 高知市長
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいに 菊池 令子	日本看護協会副会長
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会理事長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
しんたに のぶゆき 新谷 信幸	日本労働組合総連合会副事務局長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいに 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会保障常任委員会委員長 / 栃木県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 / 多久市長
わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授
わたなべ ひるきち 渡邊 廣吉	全国町村会行政委員会委員 / 新潟県聖籠町長

印は部会長、 印は部会長代理である。

(五十音順)

# 第103回 社会保障審議会医療保険部会

平成29年1月25日(水) 16:00~18:00

厚生労働省 講堂

速記

遠藤 委員  
濱谷 審議官  
鈴木 局長  
遠藤 部長  
岩部 会長代理  
谷内 審議官  
渡邊 委員  
横尾 委員

兼子 委員  
菊池 委員  
小林 委員  
白川 委員  
新谷 委員  
菅原 委員  
武久 委員  
(井川参考人)

森 委員  
松原 委員  
堀 委員  
藤井 委員  
福田 委員  
(山本参考人)  
樋口 委員  
原 委員

泉 課長  
榎本 課長  
宮本 課長  
城 課長  
黒田 課長  
迫井 課長  
平子 室長  
山内 課長

高齢者医療課  
国民健康保険課  
保険課  
総務課  
友田室長  
矢田貝室長  
小椋管理官  
中山管理官  
諏訪管理官  
仲津留企画官

傍聴者席

# 平成29年度予算案(保険局関係)の主な事項

平成29年1月25日  
厚生労働省保険局

# 平成29年度予算案(保険局関係)の主な事項

※( )内は平成28年度予算額

地域包括ケアシステムの構築に向けた安心で質の高い医療・介護サービスの提供

## 医療・介護連携の推進

### ○ 医療と介護のデータ連結の推進 【新規】 1.5億円

医療と介護の総合的な分析を推進するため、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)や介護保険総合データベース等を活用し、医療・介護のレセプト、特定健診・保健指導、要介護認定に係る情報等を連結したデータベースの構築に向けた調査研究を行う。

## 医療分野のイノベーションの推進等

### ○ 医療技術評価の推進 3.4億円(1.6億円)

平成28年度から開始された医薬品・医療機器の保険適用に際しての費用対効果評価の試行的導入に関し、対象となる医薬品・医療機器の費用対効果評価の推進、諸外国の状況把握、NDB等を用いた費用評価に係る調査等を行う。

また、同じく平成28年度から開始された患者申出療養について、患者からの申出に円滑に対応できるよう、未承認薬に係る情報収集や、患者の相談に対応する相談員研修、審査業務の環境整備等を行う。

## 安定的で持続可能な医療保険制度の運営の確保

### ○ 各医療保険制度などに関する医療費国庫負担 11兆4,458億円(11兆2,231億円)

各医療保険制度などに関する医療費国庫負担に要する経費を確保し、その円滑な実施を図る。

### ○ 国民健康保険への財政支援等

#### ① 国民健康保険の財政安定化基金の造成(社会保障の充実) 1,100億円(400億円)

平成30年度から国民健康保険の財政運営を担う都道府県において、予期しない給付増等により財源不足となった場合に備えて創設される財政安定化基金の造成に必要な経費を確保する。

#### ② 新制度の円滑な施行のための財政支援(社会保障の充実)【新規】 800億円

保険料の激変緩和や、平成30年度からの国民健康保険の新制度の円滑な施行に備えて、必要な経費を確保する。

#### ③ 国民健康保険の制度改正の準備に要するシステム開発 200億円(180億円)

平成30年度から都道府県が当該都道府県内の市町村とともに国民健康保険の運営を行う制度改正が実施されることから、改正後の制度の円滑な実施を図るため、都道府県及び市町村の事務の効率的な執行を支援するシステム開発に要する経費等を確保する。

### ○ 子ども医療費助成にかかる国民健康保険の減額調整措置について

「一億総活躍社会」に向けて政府全体として少子化対策を推進する中で、地方自治体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、国民健康保険の減額調整措置を行わないこととする。

## ○被用者保険の拠出金等の負担に対する財政支援(一部社会保障の充実) 839億円(381億円)

拠出金負担の重い被用者保険者の負担を軽減することを目的に、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ており、平成29年度においても短時間労働者の適用拡大に伴う財政支援を含めた更なる拡充を図る。

また、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。

## ○革新的な医薬品の最適使用に係る実効性の確保【新規】 6百万円

国民皆保険の堅持とイノベーションの推進の両立を図るため、今後、制定することとしている「最適使用推進ガイドライン」の医療現場における遵守状況やガイドラインの実施に当たっての課題の把握を行うための実態調査に必要な経費を確保する。

### 予防・健康管理の推進等

## ○ 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 8.2億円(6.5億円)

平成30年度からのデータヘルスの本格実施に向けて、全ての保険者において第2期データヘルス計画(平成30年度～35年度(予定))の策定や、加入者への意識づけ(PHR等)、予防・健康づくりへのインセンティブ、生活習慣病の重症化予防等、先進的なデータヘルス事業の全国展開を加速させるための事業の立ち上げ等を支援する。

#### 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 0.9億円(1.0億円)

都道府県単位で医療保険者が共通認識を持ち、健康づくりの推進等を図るため、各都道府県の保険者協議会に対して、データヘルス事業の底上げや、都道府県内医療費分析等の役割を推進するための支援等を行う。

## 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 0.5億円(0.4億円)

糖尿病性腎症の患者であって、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、医療保険者が医療機関と連携した保健指導を実施する好事例の横展開を進める。

### 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 2.8億円(2.5億円)

後期高齢者医療広域連合が実施する後発医薬品差額通知の送付等、後発医薬品の使用促進を図るための取組への支援を行う。

### 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 4.5億円(4.5億円)

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。また、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、薬局にフィードバックすること並びに周知広報(飲み残し、飲み忘れ防止等)を行うことにより、医薬品の適正使用の推進を図る。

また、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施することにより、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等の推進を図る。

### エ 健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健の推進 5.7億円(5.4億円)

後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者の特性を踏まえた歯科健診の実施について支援を行う。

## ③ 予防・健康インセンティブの取組への支援 1.3億円(1.2億円)

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、医療関係団体等民間組織で構成される「日本健康会議」における、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等の支援を行う。

○ 医療等分野におけるICTの利活用の促進等

① NDBデータの利活用及び医療保険分野における番号制度の利活用推進【一部新規】 201億円(4.3億円)

レセプト情報等から得られる医療に関する情報について、地域別等に集計した「NDB(※)オープンデータ」にとりまとめて公表することで、レセプト情報等から得られる情報に対する国民の理解を深めるとともに、レセプト情報等の利活用を促進する。  
また、医療保険のオンライン資格確認システムの導入について、2018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、システム開発のために必要な経費を確保する。  
※ NDB:国が保有するレセプト情報、特定健診情報及び特定保健指導情報のデータベース

② DPCデータの活用の促進等【一部新規】 1.8億円(4.7億円)

DPCデータ(※)の一元管理及び利活用を行うデータベースの運用を開始し、第三者提供に必要な経費を確保する。  
※ DPCデータ:急性期入院医療を担う医療機関から提出され、診療報酬改定に活用される臨床情報と診療行為のデータ

東日本大震災からの復旧・復興への支援

被災者・被災施設の支援

「東日本大震災復興特別会計」計上項目

○ 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置(復興) 76億円(87億円)

東京電力福島第一原発の事故により設定された帰還困難区域等及び上位所得層を除く旧避難指示区域等・旧避難指示解除準備区域等の住民について、医療保険の一部負担金や保険料の免除等の措置を延長する場合には、引き続き保険者等の負担を軽減するための財政支援を行う。

# 「経済・財政再生計画 改革工程表」等に係る 平成28年末検討期限の事項への対応について

平成29年1月25日  
厚生労働省保険局

# 社会保障審議会 医療保険部会等における検討経緯

## 検討事項

- 平成27年12月に取りまとめられた「経済・財政再生計画 改革工程表」等において、以下の項目について、平成28年末を期限として検討が求められていた。

### (1) 「経済・財政再生計画 改革工程表」に係る検討事項

- ① 70歳以上の高齢者に係る高額療養費の見直し
- ② 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
- ③ 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方
- ④ かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担
- ⑤ 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

### (2) 後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）の見直し

（※ 医療保険制度改革骨子）

### (3) 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の在り方

（※ 一億総活躍プラン）

## 検討経過

- 社会保障審議会 医療保険部会において、平成28年9月以降5回にわたり審議を行い、同年12月20日に「議論の整理」を取りまとめた。

- |   |                                     |   |  |
|---|-------------------------------------|---|--|
| ↓ | ・ 9月29日 高額療養費、保険料軽減特例               | ↑ | ・ 11月18日 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置、外来時の定額負担 |
|   | ・ 10月12日 入院時の居住費、金融資産等の勘案           |   | ・ 11月30日 各事項の見直しの方向性について               |
|   | ・ 10月26日 外来時の定額負担、スイッチOTC化された医療用医薬品 |   | ・ 12月8日 議論の整理（案）                       |

- 「議論の整理」や与党における議論も踏まえ、平成28年末の予算編成過程等において結論を得た。

# 高額療養費制度の見直しについて

## 制度概要

- 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、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い(※)される制度。  
(※)入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

## 見直し内容

- 第1段階目(29年8月～30年7月)では、現行の枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額(世帯)については、多数回該当を設定。
- 第2段階目(30年8月～)では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
- 一般区分については、1年間(8月～翌7月)の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限を設ける。

### ○現行(70歳以上)

区分	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
<b>現役並み</b> (年収370万円以上) 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
<b>一般</b> (年収156万～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満 ※2	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

### ○1段階目(29年8月～30年7月)

区分	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
現役並み	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	14,000円 (年間上限 14.4万円)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

### ○2段階目(30年8月～)

区分(年収)	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
年収約1160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	252,600円 + 1% <140,100円>	252,600円 + 1% <140,100円>
年収770万～1160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上		
年収370万～770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上		
一般 (年収156万～370万円)	18,000円 (年間上限 14.4万円)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者 ※2 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む  
<>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目の限度額(多数回該当)

# 高額介護合算療養費制度の見直しについて

## 制度概要

- 高額介護合算療養費制度とは、医療保険と介護保険における1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の自己負担の合算額が高額な場合に、さらに負担を軽減する制度。
- ※ 医療保険制度の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が限度額を超えた場合に支給。
- ※ 給付費は、医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて按分して負担。

## 見直し内容

- 現役並み所得者については、現役世代と同様に、細分化した上で限度額を引き上げ。
- 一般区分については、限度額を据え置く。

### <現行>

	70歳以上(注2)
現役並み(年収370万円～) 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	67万円
一般(年収156～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満(注1)	56万円
市町村民税世帯非課税	31万円
市町村民税世帯非課税 (所得が一定以下)	19万円(注3)

細分化+  
上限引き上げ

据え置き

### <平成30年8月～>

	70歳以上(注2)
年収約1160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	212万円
年収770万～1160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	141万円
年収370万～770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	67万円
一般(年収156～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満(注1)	56万円
市町村民税世帯非課税	31万円
市町村民税世帯非課税 (所得が一定以下)	19万円(注3)

### [参考]70歳未満(注2)

212万円
141万円
67万円
60万円
34万円

(注1) 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

(注2) 対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

(注3) 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

# 後期高齢者の保険料軽減特例の見直しについて

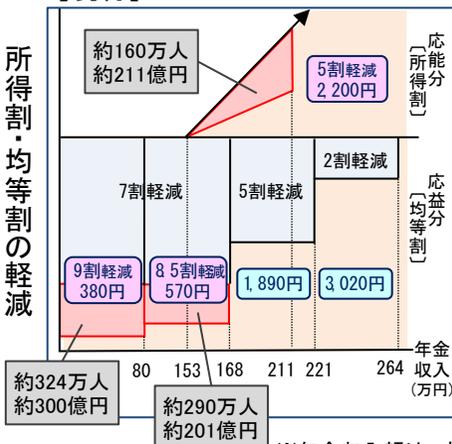
## 制度概要

- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている(青色部分)。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算による特例措置を実施している(赤色部分)。
- 軽減特例の対象者は916万人、当該軽減に要する費用は、国費が945億円、地財措置が159億円。(平成28年度予算)

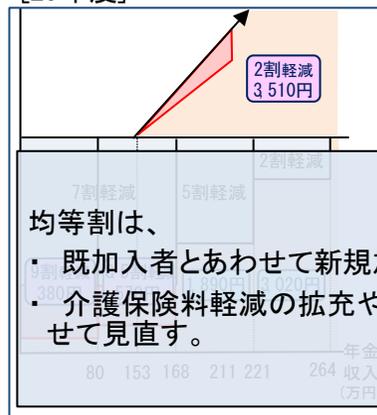
## 見直し内容

- 所得割は、平成29年度に2割軽減、平成30年度に本則(軽減なし)とする。
- 均等割は、低所得者に配慮して今般は据え置きとし、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見直す。
- 元被扶養者の所得割は、当面は賦課せず、賦課開始時期を引き続き検討。
- 元被扶養者の均等割は、平成29年度に7割軽減、平成30年度に5割軽減、平成31年度に本則(軽減なし)とする。

### [現行]



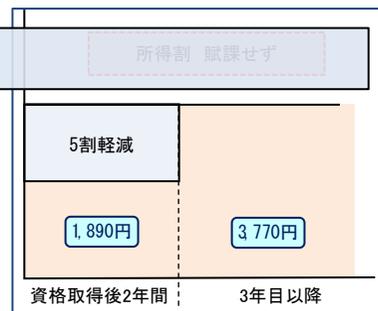
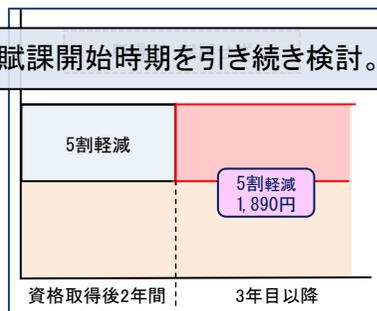
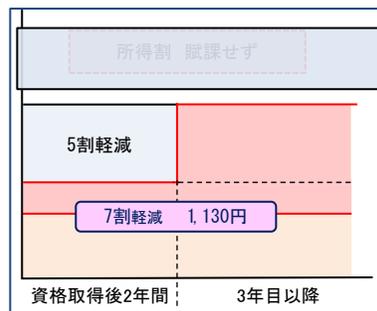
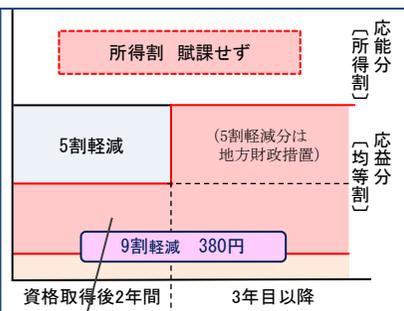
### [29年度]



### [30年度]



### [31年度～]



□ 法令上の軽減 □ 特例的な軽減 □ 現在の保険料額

※ 保険料額は、平成28・29年度全国平均保険料率により算出。 ※ 応能分(所得割)は、個人で判定、個人で賦課。応益分(均等割)は、世帯で判定、個人で賦課。  
 ※ 金額及び対象者数は平成28年度予算ベース。

# 入院時の居住費（光熱水費相当額）の見直しについて

## 見直し内容

- 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、介護保険施設や在宅との負担の公平化を図る観点から、光熱水費相当額の負担を定めることとする。
- ただし、難病患者については、居住費（光熱水費相当額）の負担を求めない。

### <平成29年10月以前>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	320円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	0円/日
難病患者	

### <平成29年10月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	200円/日
難病患者	0円/日

### <平成30年4月～>

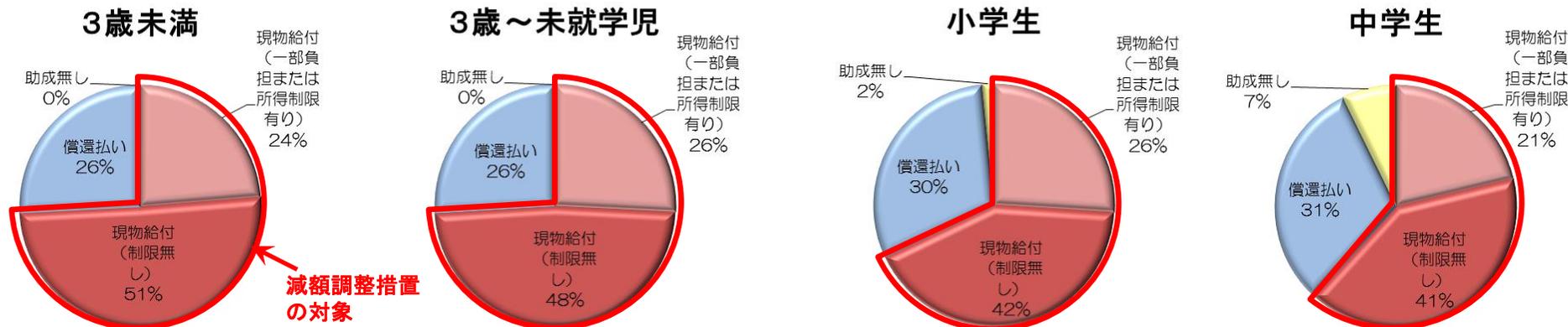
65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	370円/日
難病患者	0円/日

(注) 介護保険施設(老健・療養)の多床室に入所する低所得者(市町村民税非課税者)の居住費負担額(光熱水費相当額)は、直近の家計調査の結果を踏まえ、平成27年4月に320円/日から370円/日に引き上がっている。

# 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置について

- 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。
- 昨年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、「ニッポン一億総活躍プラン」に基づく検討の結果として、昨年12月に各都道府県に通知した。(「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)
- ※ 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。

(参考)子ども医療費助成の実施状況(入院・市町村数ベース)



# 経済・財政再生計画 改革工程表

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)(抄)

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						
<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>&lt;⑨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&gt;</p>										
<p>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</p>							<p>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】</p>	<p>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】</p> <p>患者が1年間に受診した医療機関数【見える化】</p>		
<p>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</p>										
<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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)</p>								
<p>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。</p>										
<p>&lt;⑩看護を含む医療関係職種の評価・質向上や役割分担の見直しを検討&gt;</p>										
<p>特定行為研修制度を着実に実施するとともに、地域医療介護総合確保基金に基づく新人看護職員研修をはじめとする研修の推進や看護系データベースの参加・利活用の推進を支援</p>										
<p>臨床検査技師及び診療放射線技師の追加された業務範囲の内容の現場における実施状況に関する検証等の方法を研究</p>										

医療・介護提供体制の適正化

# 経済・財政再生計画 改革工程表

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)(抄)

	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	<<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							
	<㊸現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための検討> <(i)介護納付金の総報酬割> 社会保障改革プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入について、関係審議会等において検討 検討結果に基づき、介護納付金の総報酬割を2017年8月分から段階的に実施するための法案を2017年通常国会へ提出 <(ii)その他の課題> 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るためのその他の課題について、関係審議会等において検討し、結論						-	-
<㊸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> 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 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 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								

# 経済・財政再生計画 改革工程表

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)(抄)

		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	《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>＜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>								
	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		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>＜(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>								
	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		診療報酬改定において適切に対応						
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		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>＜(v)不適切な給付の防止の在り方について検討 等＞</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									

## 今後の社会保障改革の実施について

〔平成28年12月22日  
社会保障制度改革推進本部決定〕

「医療保険制度改革骨子」(平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定。以下「改革骨子」という。)における制度改革の実施については、「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律等の一部を改正する法律」(平成28年法律第85号)等に基づき平成31年10月に消費税率が引き上げられることを踏まえ、以下の方針により、引き続き着実に進めていくこととする。

(1) 国民健康保険への財政支援の拡充については、改革骨子の考え方に沿って国保改革を着実に実施していくため、後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費を含めた社会保障の充実財源の中で、下記のとおり対応する。

- ① 平成30年度以降、国保改革(都道府県単位化)と併せて実施される保険者努力支援制度等の実施のために必要となる約1,700億円を確保する。このため、平成32年度に消費税込(国分)が満年度化することも踏まえ、平成30年度及び平成31年度において、財政安定化基金の一部を活用する。
- ② 平成29年度予算においては、都道府県が保険料の激変緩和を目的として市町村に資金を交付するための約300億円及び上記①による活用も念頭に置いた約500億円を別途財政安定化基金の積立てに措置する。
- ③ 上記②による積立分を除く財政安定化基金については、平成29年度はこれまでの積立分と合わせて1,700億円規模を確保し、平成32年度末までに、新制度の運営状況を踏まえながら、速やかに必要な積増しを行い、2,000億円規模を確保する。

(2) 後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)に関し、(参考)〈医療制度改革〉の(3)のとおり、所得割の軽減特例及び元被扶養者に対する軽減特例について、平成29年度から段階的に本則に戻す。均等割の軽減特例の見直しについては、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とする。また、元被扶養者に対する所得割については、賦課開始時期を引き続き検討する。

なお、今後とも、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革を推進していく。

(参考) 平成29年度予算編成に当たっての財務大臣・厚生労働大臣合意の別紙

## <医療制度改革>

### (1) 高額療養費制度の見直し

#### ① 現役並み所得者

- 一 外来上限特例の上限額を 44,400 円から 57,600 円に引き上げる。

【平成 29 年 8 月施行】

- 一 外来上限特例を撤廃した上で、所得区分を下記の通り細分化して負担上限額を引き上げる【平成 30 年 8 月施行】

年収約 1,160 万円～

$252,600 \text{ 円} + (\text{医療費} - 842,000 \text{ 円}) \times 1\% < 140,100 \text{ 円} >$

年収約 770～1,160 万円

$167,400 \text{ 円} + (\text{医療費} - 558,000 \text{ 円}) \times 1\% < 93,000 \text{ 円} >$

年収約 370～770 万円

$80,100 \text{ 円} + (\text{医療費} - 267,000 \text{ 円}) \times 1\% < 44,400 \text{ 円} >$

(注) <>内は多数回該当の場合

#### ② 一般所得

- 一 負担上限額を 44,400 円から 57,600 円に引き上げ、多数回該当(44,400 円)を設ける。【平成 29 年 8 月施行】

- 一 外来上限特例の上限額について 12,000 円から 14,000 円に引き上げ、あわせて、144,000 円の年間上限を設ける。【平成 29 年 8 月施行】

- ・ 外来上限特例の上限額について 14,000 円から 18,000 円に引き上げる。【平成 30 年 8 月施行】

### (2) 高額医療・高額介護合算療養費制度の見直し

- 一 現役並み所得区分の負担上限額について、下記の通り細分化したうえで上限額を引上げる。【平成 30 年 8 月施行】

・ 年収約 1,160 万円～ 212 万円

・ 年収約 770～1,160 万円 141 万円

・ 年収約 370～770 万円 67 万円 (据え置き)

### (3) 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

- ー 所得割の軽減特例及び元被扶養者に対する軽減特例について、下記の通り段階的に本則に戻す。なお、均等割の軽減特例の見直しは、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。また、元被扶養者に対する所得割については、賦課開始時期を引き続き検討する。
  - ・ 所得割の軽減特例を2割軽減、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を7割軽減とする。【平成29年4月施行】
  - ・ 所得割の軽減特例を廃止し、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を5割軽減とする。【平成30年4月施行】
  - ・ 元被扶養者に対する均等割の軽減特例を廃止する。【平成31年4月施行】

### (4) 入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直し

- ー 65歳以上の医療療養病床に入院する患者（医療区分Ⅰ）に係る光熱水費相当額について、日額320円から370円に引き上げる。【平成29年10月施行】
- ー 65歳以上の医療療養病床に入院する患者（医療区分ⅡⅢ）について、光熱水費相当額として平成29年10月から日額200円、平成30年4月から日額370円の負担を求める（難病患者を除く）。

### (5) 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方

- ー 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。【平成30年度末まで】

### (6) かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担

- ー 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、結論を得る。【平成 29 年末まで】

- － 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、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。【平成 30 年度末まで】

#### (7) 市販品類似薬に係る保険給付の見直し

- － 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。【平成 30 年度末まで】

#### (8) 高額薬剤への対応

- － オプジーボについて、市場が大幅に拡大した状況を踏まえ、薬価を 50%引き下げる。【平成 29 年 2 月施行】

## 医療保険部会の主要な事項に関する議論の進め方(案)

### 【当面の主要事項】

○平成30年度 診療報酬改定

→ 診療報酬改定の基本方針について、医療保険部会・医療部会で議論

○「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)等

→ 改革工程表に沿って、医療保険部会の取りまとめを目指して議論

○医療保険制度の給付と負担の在り方、予防・健康づくり

・任意継続被保険者制度の見直し

→ 議論の整理を踏まえ、引き続き、医療保険部会で議論

・データヘルス改革

→ 検討会の取りまとめを踏まえ、必要なものについては医療保険部会で議論

【少子高齢社会における持続可能な医療保険制度のあり方についての検討】

・高齢者医療制度の在り方

・医療に要する費用の適正化、医療保険の保険給付の範囲

加入者の負担能力に応じた医療に要する費用の負担の在り方

等

→ 改革工程表の議論と並行して、医療保険部会で議論

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

平成29年1月25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>&lt;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&gt;</p> <p>&lt;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)&gt;</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>	<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>				

# 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 <⑨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							
	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 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。						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】	

# 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>
<p>＜続く＞</p>									
<p>＜続く＞</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							
	<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>							
	・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	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			
	<(iv)医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方 等>							
	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							
	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							
「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	検討会の取りまとめに基づき、取組を実施							
							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】  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%】	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）】  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】

# 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			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】  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】	<前々頁・前頁参照>
	<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>						
	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	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					
	<⑩高齢者のフレイル対策の推進>					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】	
	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						
	効果的な栄養指導等の研究	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					
		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					本格実施

# 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クア事業者の数【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>&lt;㊸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&gt;</p> <p>&lt;(i)高額療養費制度の在り方&gt;</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>&lt;(ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方&gt;</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>&lt;㊸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&gt;</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等の在り方等の検討＞</p>							
	<p>生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について、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>＜⑳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							
	<p>＜㉑後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討＞</p>							
	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						
	<p>＜㉒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＞</p>							
	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	<<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							
	<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>							
	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							
	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							
	<②市場実勢価格を踏まえた薬価の適正化> 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							
<③薬価改定の在り方について、その頻度を含め検討> 「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								

# 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>&lt;④適切な市場価格の形成に向けた医薬品の流通改善&gt;</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>&lt;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&gt;</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;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">通常国会</span> <span style="margin-left: 100px; border: 1px solid black; padding: 2px;">概算要求 税制改正要望等</span> <span style="margin-left: 50px; border: 1px solid black; padding: 2px;">年末</span> <span style="margin-left: 50px; border: 1px solid black; padding: 2px;">通常国会</span> </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> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px; width: fit-content; margin-left: 100px;"> <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> </div>					-	-

**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**

**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**

## 1. はじめに

社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)をはじめとする審査支払機関には、レセプト電子化により、年間約 20 億件のビッグデータの集積が進んでいる。現行法では、「審査支払」の実施自体を存在意義とする「業務集団」にとどまっているところであるが、保険者の信頼を得るチェック機能を効果的・効率的に果たすことだけにとどまらず、その保有するデータを十分に活用した役割を果たすことが、より一層期待されている。

また、昨今の医療をめぐる状況や技術の進展を鑑みれば、審査支払機関については、ビッグデータと ICT を最大限に活用することで、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、その役割を再定義すべき時期に来ていると考えられる。

折りしも、規制改革会議からは、支払基金における診療報酬の審査の在り方をゼロベースで議論し、ICT を活用した業務の効率化や組織の見直しを求められている。このような指摘をむしろチャンスととらえ、単に業務の効率化にとどまらず、国民や患者のため、そして医療全体の発展のために、本検討会においては、未来志向の議論を行った。

具体的には、平成 28 年 4 月より本検討会を開催し、主に①審査支払機関における審査業務の効率化・審査基準の統一化、②ビッグデータを活用した保険者機能の強化及び医療の質の向上、③①及び②の議論を踏まえた支払基金の組織・体制の在り方の 3 点について、議論を行った。なお、①及び②については、それぞれ平成 28 年 8 月～11 月上旬にかけて、審査・支払効率化ワーキンググループ及びビッグデータ活用ワーキンググループを設置し、具体的な方策について集中的に議論した。以下は、検討会とワーキンググループにおける議論の成果である。

## 2. 本検討会における検討事項

### (1) 審査業務の効率化・審査基準の統一化に関する事項

審査支払機関の業務改革及びシステム改革については、本検討会や審査・支払効率化ワーキンググループでの議論及び規制改革会議からの指摘を踏まえ、下記の 3 点にフォーカスして改革の方向性を、以下に提示する。

- A コストパフォーマンスが高く最適なアーキテクチャ(設計思想)による業務・システムの実現
- B 審査プロセスの見直し・効率化
- C 審査業務における情報支援

日本の医療保険制度では、被保険者の被用者保険と国民健康保険の間の移動があることを踏まえ、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「国保連」という。)による改革の検討を一体的に進める必要がある。

その際、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を踏まえ、審査業務の効率化・審査基準の統一化については、まずは支払基金による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、支払基金による改革の検討も踏まえながら、支払基金との審査基準の統一化も含め、

引き続き検討し取り組んでいくこととする。

なお、新たに構築設計されるシステムは現行の審査の質は維持しつつも、保険者機能の強化、医療機関等の負荷軽減、審査の事務職員・審査委員の負荷軽減、審査基準の統一化など、業務改革を踏まえ、PDCAの回る医療情報分析が可能なスケーラブル(拡張可能)なデータベースを有するシステムとする。

## (2)ビッグデータ活用に関する事項

上記のとおり、審査支払機関には、レセプト電子化により、年間約20億件のレセプトデータが集積している。また、健診情報については、年間約0.3億件の情報が審査支払機関に集まり、さらに、国保連に関して言えば、年間約1.5億件の介護レセプトを審査している。

さらに、これらの医療レセプトの情報や、特定健診等の情報は、厚生労働省のレセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)に蓄積されており、その数は、医療レセプトで約110億件(平成21年4月～平成28年1月分)、特定健診等情報で約1.7億件(平成20年度～平成26年度実施分)となっている。また、介護レセプトの情報については、その個人の要介護認定情報等とともに、厚生労働省の介護保険総合データベースに蓄積されており、その数は、介護レセプトで約5.2億件(平成24年4月～平成27年10月分)、要介護認定情報で約4千万件(平成21年4月～平成28年5月分)に上っている。

これらの厚生労働省で保有しているデータベースは、現時点で、その保存年限を設けておらず、これから更なるデータ集積が進み、巨大な医療・介護のデータベースとして有効に活用されることが期待されている。

これらの情報は、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、優れたデータベースである。しかしながら、現在、それが分散管理されており、また、個別にも十分に活用できているとは言えない状況にある。

ビッグデータとICTを活用した質の高い医療の実現や保険者機能の強化に向けて、本検討会及びビッグデータ活用ワーキンググループでの議論を踏まえ、こうした有用なビッグデータの活用や分析等に関する具体的方策について、以下に提示する。

## (3)支払基金の組織・体制の在り方について

上記の(1)審査業務の効率化・審査基準の統一化に関する事項及び(2)ビッグデータ活用に関する事項についての基本的な方向性を踏まえ、支払基金の組織・体制の見直しについて、まずは、審査業務の徹底的な効率化を図る必要がある。そのためには、現時点で平成33年1月に実現予定であった支払基金の審査・支払システム刷新計画を全面的に見直した上で、ビッグデータ活用のためのシステムの実装時期も踏まえ、平成32年度中に新システムを実施できるようにすべきである。

こうした審査業務の効率化を前提とした上で、本検討会では支払基金の組織・体制の在り方として、以下の点について検討を行った。

### ① 支部組織の在り方について

- ・ 審査業務や職員のスリム化に伴い、47都道府県の支部の集約化・一元化についてのどの

ように考えるか。

② 審査の一元化について

- ・ 韓国の HIRA では審査業務を全国一元化している一方、我が国では都道府県支部単位で審査委員会を設け審査を行っていることについてどのように考えるか。
- ・ 先進医療に係るレセプトや専門医の少ない診療科に関するレセプトの審査体制についてどのように考えるか。

③ 審査委員(会)の利益相反禁止の仕組みについて

- ・ 現行では、各支部の審査委員は当該支部地域の診療機関で診療を行っている医師等が選任されるため、審査される側が同時に審査する側にも立つことになることについてどのように考えるか。
- ・ 現行では、大部分のレセプトについて、再審査も当該支部で審査が完結することについてどのように考えるか。

④ ビッグデータ活用における審査支払機関の役割について

⑤ 支払基金等の組織のガバナンス強化等について

支払基金における組織・体制の見直しやガバナンスの強化については、5. 以下において提示する。

### 3. 審査業務の効率化・審査基準の統一化について

#### (1) コストパフォーマンスが高く最適なアーキテクチャによる業務・システムの実現

審査支払機関におけるこれまでのシステム設計構築は、発注側のガバナンスが著しく不足しており、業務遂行に資するアーキテクチャではない利便性を欠くシステムに対して、非常に高額な費用が費やされてきたと考えられる。また、業務の重要性に鑑みれば、情報セキュリティへの対応が不足しており、この点についても見直しが必要である。

「コストパフォーマンスが高く最適なアーキテクチャによる業務・システムの実現」には、業務改革に基づく業務運営体制の抜本の見直しが求められるが、状況を抜本的に改革し、これらの業務効率化、システムの設計構築や、セキュリティについて主体的に取り組むためには、まずは改革の取組みを加速させるべき支払基金内に専任の CIO (Chief Information Officer) と、その CIO を支援するチームとしての ICT の専門家によるタスクフォースを設置するなどの体制を確立することが求められる。

また、業務プロセスの見直しに基づき、下記「(3) 新たなシステムの基本設計について」にあるような複数の取組みを推進し、その進捗をこの体制で内部から確認しつつ、審査におけるコンピュータチェックの寄与度を向上させることで、審査業務の徹底的な効率化を図るべきである。

なお、現在は審査支払業務に係る費用をレセプト枚数で割った費用を審査手数料としているが、今後は、審査業務の効率化や支払基金の業務範囲の見直しに伴い、審査手数料の設定の在り方を抜本的に見直し、医療保険者の負担軽減を通じ、ひいては国民の負担軽減につながるよう、全体として軽減していくべきである。また、保険者と支払基金は国民の業務委託関係にある以上、その手数料が、保険者の支払基金に委託する業務の範囲と質に応じて、合理的

に設定されるべきである。

支払基金が自身の改革を目指した現時点における「システム刷新計画」は、システムハードウェアの変更等が主体となったもので、業務改革に関する検討が不足していると考えられる。

そこで、検討会及び審査・支払効率化ワーキンググループにおける議論を踏まえ、現在の「システム刷新計画」を止め、全面的に見直しを行うことが必要である。

なお、見直しに際しては、既存システムにとらわれることなく、ゼロベースでシステム全体のアーキテクチャを検討していくこととし、まずは下記のビッグデータの利活用、審査基準の統一化などの議論を踏まえ、あるべき業務の姿を見据えた新たなシステムの設計・構築が不可欠である。また、新システムは機能が分解可能であり、かつ、アクセスやオペレーション方法が柔軟で変化への対応に優れているアーキテクチャとすべきである。

支払基金は、業務改革に基づく業務運営体制の抜本的見直しを図るとともに、上記のような、専任のCIOとICTの専門家によるタスクフォースの設置に加え、業務効率化やシステム等の専門家の配置などを推進し、業務改革やシステム刷新計画の立案・遂行、ベンダーマネジメントや、セキュリティ等における推進体制の見直しを実施していくことが望ましい。

このような体制拡充に伴い、支払基金の事務局は、レセプトの審査業務から、審査される側と審査を行う側の意見のとりまとめや、審査・支払業務全体の改革を推進する立場へと役割を進化していくべきである。

なお、支払基金のシステム刷新について説明を受けた上で同意をする立場である保険者についても、ITリテラシーや、発注能力等について向上させる必要がある。

また、国保連は、支払基金の業務改革に基づく業務運営体制の抜本的見直しの検討を踏まえながら、引き続き、審査基準の地域間のばらつきの是正や業務プロセスの見直しなどの業務効率化、利便性の高いシステムの設計構築や、セキュリティ等における推進体制の見直しを検討し、着実に取り組んでいくべきである。

## (2) 審査プロセスの見直し・効率化及び審査業務における情報支援

審査プロセスの見直し・効率化は、手続の簡素化に当たり、医療機関等や保険者の負担が減少することも意識しつつ、審査プロセスを構築していくべきである。

まず、審査支払機関で行っているコンピュータチェックルールを公開することは、レセプトの返戻数の減少や審査支払機関の職員が行っている審査共助事務の軽減化が期待されるなど、医療機関等及び審査支払機関の効率化に資するものである。保険者や医療関係者等と調整の上で公開の基準を定め、原則として公開すべきである。

なお、これらの取組みと併せて、厚生労働省においても、診療報酬点数に係る告示・通知の解釈について明確化すべきである。

これに加え、再審査の申し出や返戻再請求は、紙媒体でやりとりされることがほとんどであり、業務効率化の妨げとなっていることから、原則電子化を行うべきである。また、レセプト形式については、なるべく目視による審査を不要とするため、コンピュータチェックで判定可能な形式に見直しを行うべきである。

さらに、「各審査支払機関における地域間差異や支払基金と国保連における差異を含めたコ

ンピュータチェックや付箋の貼付及び剥がしの状況等」の審査プロセスにおける見える化がエビデンスベースの業務改革の基盤となることを踏まえ、審査プロセスの継続的な見える化と審査基準の継続的な統一化に向けた改善を図るための仕組みが必要である。

### (3) 新たなシステムの基本設計について

#### ① コンピュータチェックを医療機関等において行う仕組み

審査支払機関から医療機関等にレセプトが返戻・査定される際、不適切とする理由が十分に示されていないため、医療機関等で、大量の情報提供とチェックが必要になる場合があることを踏まえ、返戻・査定理由の明確化を行うべきである。

審査支払機関からのレセプトの返戻をできる限り少なくするため、現在、審査支払機関が行っているオンライン請求システムにおけるASPチェック及びレセプト電算処理システムにおける受付事務点検のコンピュータチェックの内容について、レセプトの請求前に医療機関等での事前のコンピュータチェックを可能とし、チェックでエラーが判明した場合には、これを訂正した上でレセプトの請求等を行えるようにすべきである。

その際、上記のような医療機関等における事前のコンピュータチェックルールをベンダーがそれぞれ独自に構築するのではなく、審査支払機関が一元的に構築して医療機関等がレセプトの請求前に活用できるようにすべきである。このことにより、医療機関等でのシステムの構築・保守コストの効率化、チェック内容の一元化や医療機関等及び審査支払機関におけるレセプト返戻などに伴う事務負荷の軽減等が図られる。

#### ② コンピュータチェックに適したレセプト形式の見直し

電子レセプトのコンピュータチェックでエラーとなった請求項目のうち、詳細記述項目の内容のテキスト解析等に基づき、頻繁に記述される項目については、電子的情報送付のオプションとして、例えば、医療行為等を行った理由や対象部位等を電子レセプト上に選択式の項目として記載し、医療機関等がそれらを選択して送付可能とすべきである。

このように、選択項目を選ぶことを可能とする仕組みとすることで、医療機関等においては処理時間の短縮や手戻りの減少による利便性向上、審査支払機関においてはコンピュータ処理範囲の拡大による効率性向上がそれぞれ期待される。

なお、全ての項目を選択式にすることは困難であることから、上記の詳細記述を要する項目に加え、項目化が容易な診療項目や請求件数・付箋の多い請求項目から選択式にすることが考えられる。

また、レセプトの傷病名にICD10の病名コードを用いるべきとの意見もあった。

上記の検討を進めつつ、関係者の意見を聞きながら、コンピュータチェックに適したレセプト形式の見直しを進めていくべきである。

#### ③ コンピュータチェックルールや付箋貼付状況の差異に係る継続的な見える化等

支払基金と国保連間及び支部間・都道府県間のコンピュータチェックルールや付箋貼付状

況の差異については一部判明しているが、時間的制約もあり、全体像は未だ判明していないことから、引き続き、より多面的な把握・分析による見える化について、不合理な差異の解消に向けて計画的に取り組む必要がある。

なお、支払基金は、地域の事情を踏まえて設定しようとするコンピュータチェック項目について、本部において設定の根拠を確認の上、精査する必要がある。

国保連は、各都道府県の独自の外付けシステムも含めたシステム全体のコンピュータチェックルール等の処理状況を継続して把握・分析し、各都道府県間で可能な範囲での整合性を図る必要がある。

コンピュータチェックのルールやチェック結果等の差異に係る把握・分析や統一化等については、厚生労働省・医師会等・支払基金・国保連に加え、関連政府機関、ICT 関連の有識者等が集まって、具体的に点数表の解釈や地域の差異を明確化していくなど、定期的に PDCA を回して継続的に検討していく場を設けていくべきである。

また、当該検討の場において明確化された、点数表の解釈や、地域の差異については、医療機関等及び保険者に共有すべきである。

新しく出てきた医療技術等についても、当該検討の場において評価し、審査の標準化を順次行っていく必要がある。

#### ④ コンピュータチェックの統一化に向けて、効果的な検討を推進するためのシステム環境等の整備

上記の多面的な把握・分析による見える化は、今後刷新されるシステムに標準機能として搭載させ、さまざまなレポートが自動的に生成される環境の整備が必要である。

上記の検討の場では、これら分析によるエビデンスに基づいて検討を行うことが必要であるが、このような具体的なエビデンスは、コンピュータチェックの統一化に向けた、検討を行うための重要なファクトとなる。

なお、審査委員会における審査においても、過去の審査状況等を参照できる仕組みを作成し、審査委員が利用できるようにすることで、審査に役立つことが考えられる。

#### ⑤ 審査プロセス全体のオンライン化

引き続き、医療の現場の判断を尊重したうえで、審査プロセス全体を見直して、返戻再請求及び再審査の申し出のコンピュータ化を含め、審査業務の更なるコンピュータ化や、オンライン化を、CIO や ICT 専門家によるタスクフォース等が中心となり、主体的に推進することを求めていくべきである。

### 4. ビッグデータ活用について

#### (1) ビッグデータ活用に関する基本的な方向性

健康・医療・介護の情報のビッグデータの活用にあたっては、全てのデータベースをトップダウンで構築していくことは、現実的ではない。民間で収集している情報と、公的に収集すべき情

報を整理し、民間の自立・自走できる環境を作りつつ、連携していくことが重要である。このため、データベース間の連携が行えるよう、支払基金・国民健康保険中央会が医療等 ID の発行を行うとともに、当該 ID を利用して、保健医療に関するビッグデータを活用するための検討をすべきである。

また、実際にビッグデータの活用を進めていくに当たっては、データクリーニングの徹底やマスター管理、医療・介護現場から出力されるデータの標準化など、データの質を確保するための取組みを欠かすことはできない。また、データ連結を視野に入れたデータの集約・交換技術の導入や、ネットワークを通じてデータ提供する場合のネットワーク間の互換性の確保、データ特性が把握できる連関表等の円滑なデータ利活用に必要な情報の提供、セキュリティの確保などの課題もある。

今後、ビッグデータを活用した質の高い医療の実現や保険者機能の強化を目指していくには、こうした様々な課題に対応することが前提となる。このため、適切な専門家を配置し、システムの設計段階から、慎重な検討を進めていかななくてはならない。

## (2) データプラットフォームについて

国民の多くは、壮年期には被用者保険に加入しており、高齢になって退職してから、国民健康保険に移る。さらに、歳を重ねると、後期高齢者医療制度に加入し、要介護認定を受け、介護保険サービスの対象となる。

このように、医療・介護の場合、ライフサイクルの中で加入する保険制度が変わっていく、という特性がある。この結果、国民健康保険には、個人の疾病・医療に関する情報はあがるが、健康な時期に関する情報がない。一方で、被用者保険には、壮年期の特定健診等の情報があるが、そのアウトプットに相当する医療（もしくは介護）に関する情報がない、という状況が生じている。

これらの情報を連結していくことができれば、例えば、ある個人が、何歳の時点で特定健診・特定保健指導を受け、その後、いつ医療機関等にかかり、どのような状態でどういった処置を受け、更に、将来的にどのような医療・介護を必要としていったかが、分析できるようになる。

つまり、これらの情報の連結は、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可能性を秘めたものだと言える。

今後、こうした可能性の実現に向けて、健康・医療・介護のデータベースを連結し、プラットフォーム化していく取組みを進めていくべきである。

プラットフォーム化した情報は、民間を含む専門家による分析を幅広く行い、その結果を、保険者や現場の医療関係者等にフィードバックすることで、医療の質の向上や、保険者機能の強化等を果たしていくべきである。

また、こうしたプラットフォーム化をしていく場合、上記「(1)ビッグデータ活用に関する基本的な方向性」を踏まえた上で、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、その質の管理・運営を制度横断的・統一的に行い、個々人の健康・医療・介護情報の一元的なヒストリーを把握可能とすることが望ましい。

### (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

保険者においては、従来から被保険者の資格管理、保険料の設定・徴収、保険給付、審査支払を行っているところであるが、今後、保健事業等を通じた加入者の健康管理、医療の質や効率性の向上のための医療提供側への働きかけについての取組みや、それを達成するための保険者自身のガバナンスの強化（保険者機能の強化）が更に求められている。

上記のとおり、足元でも、審査支払機関には、大量の医療・介護のレセプト情報や特定健診等の情報が集積されているにもかかわらず、これらが有効に活用されているとは言えない状況にある。保険者機能の強化の観点から、こうした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。

国保連には、既に、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などの取組みが展開されている。今後は、こうした連結データの特性を踏まえ、医療・介護全般に関して、保険者機能の強化の観点から、更なる活用の拡大の取組みが期待される。

支払基金で現行法下においては、医療レセプト等の情報を審査支払のみにしか活用していない実態がある。今後は、国保連の取組みも参考にしつつ、保険者ごとに特徴や状況を分析できるように支援することで、それぞれの保険者の実情に沿ったデータヘルス等の推進を図っていくべきである。

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。

## 5. 支払基金の組織・体制の在り方について

### (1) 支部組織の在り方について

まず、支部の職員体制については、上記「3. 審査業務の効率化・審査基準の統一化について」にあるように、コンピュータチェックを医療機関等において行う仕組みやコンピュータチェックや付箋貼付状況の差異に係る継続的な見える化等を行い、さらに見える化によるエビデンスベースの議論を踏まえた業務効率化や業務改革等のPDCAを回していくことにより、支払基金の審査共助事務における職員の業務量が減少すると考えられることから、これを踏まえて47都道府県における支部の体制について、その規模を必要最小限のものに縮小していくべきである。

さらに、今後の高齢化の進展に伴い、国民にさらなる負担を求めていく中、不必要なコストを削減し、負担軽減につながる改革は待たなしで行う必要がある。こうした状況を踏まえれば、レセプトの電子化により都道府県ごとに支部を置く必要性はなく、審査業務の効率化を前提とし

て、支部のブロック化なども含め支払基金の支部は集約化・一元化すべきとの意見があった。

これに対し、現行の47都道府県支部の体制は、地域の顔が見える関係を土台として、医療機関等に対するきめ細やかなやりとりを通じた適切な審査を可能としている仕組みであり、支部において審査委員会と職員が一体となってきめ細やかに審査を行うことが審査の質を担保していることを踏まえ、支部を各都道府県に残すべきとの意見があった。

他方、支部の体制の在り方については、今後、新たなアーキテクチャの基で刷新されるシステム等も含めた業務効率化やビッグデータ活用の在り方の検討なども踏まえながら、支部に必要な機能がどういったものであるかを明らかにした上で、方向性を決めていくべきとの意見があった。

以上を踏まえ、具体的な支部組織の効率化の在り方については、支払基金と厚生労働省において、新たな審査・支払システムの設計内容や現在の支払基金の職員の勤務状況なども踏まえて、速やかに具体的な支払基金業務効率化計画・工程表を策定すべきである。

## (2) 審査の一元化について

次に、現在47都道府県ごとに設置している審査委員会の在り方については、以下のような議論を行った。

まず、審査の効率化の観点に加え、皆保険である我が国の公的医療保険制度においては、全国どこでも同等の医療が受けられるということが基本であり、今後の審査の在り方としては、コンピュータチェックの基準の統一化を進めて行く中で、将来的には、韓国 HIRA のように全国一元化することが適切なのではないかととの意見があった。

また、同様の観点から、原則的には本部で審査し、どうしても本部でできないものについて、ブロック単位や都道府県支部で審査するという原則とすべきとの意見や、その際、本部における常勤医師等の割合も増やすべきとの意見もあった。

これに対し、日本においては混合診療を認めている韓国と異なり、必要とされる医療についてすべて公的医療で行うことが原則となっており、診療報酬に係る告示・通知の適用を比較的幅広く認める必要があるとの意見があった。そのため、レセプトからわかる情報以外にも地域の医療提供体制や環境、家族の状況、生活習慣等の状況を踏まえて都道府県単位で審査を行う必要があることから、当面は全国一元化やブロック単位での審査は困難であるとの意見があった。

この点については、審査・支払効率化ワーキンググループにおける検討においても、限られた期間の中で必要な資料を揃えることが困難であったことから、審査の地域差についての具体的な内容までは吟味できていなかったことを踏まえ、今後、当面は、コンピュータチェックの基準の原則統一化の作業とともに、システムにより、審査委員会の審査内容についても見える化を行い、地域における具体的な差異の内容を把握した上で、データに基づき、支払基金の本部において専門家が議論を行う体制を整備し、エビデンスに基づいて審査内容の整合性・客観性を担保していくべきとする点については概ね意見が一致した。

その際、支払基金の本部は、支部がどのような基準を設定しようとし、それによりどのような審査結果となっているのかを把握する必要がある、その把握したデータに基づいて、本部がそ

の妥当性を判断し、支部の判断に対して適切にガバナンスを効かせていく体制の整備が必要である。

また、これに関連し、現在では40万点以上の高額レセプト等は本部において一括して審査を行っているところ、今後本部での一括審査を行うレセプトの割合を高めていくこと、専門医が少ない診療科のレセプトについては、ウェブ会議システムの導入も含め、複数の都道府県において合同で審査を行っていくことや再審査のレセプトの一部については本部で行うことなどを検討していくべきである。

### (3) 審査委員会のガバナンス・審査委員の利益相反の禁止等について

また、支部の審査委員会について、各地域の審査委員が当該地域の診療機関で診療を行っている医師等が選任され、審査される立場の医師等が同時に審査する立場にもなることから、利益相反を禁止する必要がある。この点について、現在運用上で行われているとされる、審査委員が自ら関連する医療機関等の審査は行わないとする取扱いや、審査委員が担当する医療機関等を定期的に変更していくとする取扱いを、規則として明確化していくことがまずは必要である。併せて、同様の観点からも、上記のような再審査のレセプトの一部について、本部で行うことなどを検討していくべきである。

また、利益相反の禁止の観点については、審査委員の都道府県間での相互乗り入れを行うべきとの意見があった。さらに、我が国の審査の現場の実態も踏まえつつ、諸外国の審査支払機関において常勤の医師等が審査を担っていること等も参考にすべきとの意見があった。

なお、こうした見直しに当たっては、高い使命感を持つ審査委員の意欲を損なわないように十分に配慮する必要がある。また、高齢者の医療の確保に関する法律に定められている都道府県ごとに地域独自の診療報酬を設定していくことについて今後の動向に着目する必要があるという意見があった。

以上のような意見を踏まえ、支払基金の組織・体制の見直しについては、利用者である保険者等の意見も聞きながら、今後、支払基金と厚生労働省において具体的な業務効率化計画を策定し、その中で実施可能とされたものについては、着実に実施すべきである。

また、審査の全国一元化などの更に残る課題については、新たなアーキテクチャの基で刷新されるシステムを踏まえ、支部における審査の実情を的確に把握できる仕組みを構築し、エビデンスベースの議論を行える環境を速やかに整えた上で、公的医療保険制度が皆保険制度として全国どこでも同等の医療を受けられる制度である点、個々の患者がふさわしい医療を受けられるようにするという観点や、医療の質を向上させるという観点から、審査の組織・体制の在り方について引き続き検討を行っていくことが必要である。

### (4) ビッグデータ活用における審査支払機関の役割について

ビッグデータ活用においては、今後、データプラットフォームの運営・管理等については、支払基金と国民健康保険中央会が共同して担うことが期待されており、また、データヘルスの推進にあたり、データ分析の人材やノウハウの不足が課題と感じている保険者も散見されるところ、保険者から審査支払機関に対して、保険者を支援するような役割も期待されているところであ

る。

また、審査支払機関がこのような役割を果たすことにより、社会全体のデータヘルス事業の取組みの更なる促進につながり、健康・医療・介護の質の向上に資するものになると考えられる。

以上を踏まえ、支払基金においては、審査業務の効率化・審査基準の統一化を中心とした業務改革によって組織体制のスリム化を行うことはもとより、ビッグデータ活用における国民の健康作り全般にわたる新たな役割を担っていくことで、これまでの「業務集団」から「頭脳集団」へと改革していく必要がある。

#### (5) 支払基金等の組織のガバナンス強化等について

支払基金として、これらの改革を確実に実施していくためには、支払基金のガバナンスの強化が必要となる。業務改革の専門家や CIO 及び CIO を支える ICT 専門家によるタスクフォースの設置等のほか、ビッグデータ活用を見据えたデータの利活用・分析を担う部門や医療の質の評価に関する研究部門の設置が必要である。また、それらの新たなミッションに見合った専門人材の確保も行っていく必要がある。

他方、今後、支払基金内の業務改革に伴う人材の配置や必要な人材の新規採用に当たっては、業務の効率化によりスリム化する組織がビッグデータ活用を理由に今以上に肥大化しないように留意しつつ、本部において戦略的かつ計画的に行っていく必要がある。

また、支払基金の担っている各業務における支払基金以外の者を活用する仕組みについては、本検討会において議論が不足しているとの指摘があったが、これについては今後、エビデンスベースの議論を行いながら検討していくべきである。

なお、支払基金において業務改革が進まない場合には、支払基金以外の民間事業者の活用も含めて、あるべき業務の担い手としてどのような組織・体制が適しているかをゼロベースで検討するべきである。

さらに、厚生労働省や保険者等による支払基金に対するガバナンス機能の強化、支払基金の効率化指標の設定や情報公開など、診療報酬の審査の効率化と統一性の確保に関する一連の業務について PDCA サイクルが持続的に回る仕組みが必要である。

## 6. 今後の対応について

本検討会において指摘された内容を踏まえ、確実に改革を早期実現していくために、支払基金と厚生労働省において利用者である保険者等の意見も聞きながら、新たなシステム刷新計画等も見据え、具体的なスケジュールや内容などを盛り込んだ支払基金業務効率化計画・工程表について、平成 29 年春を目処に基本方針を取りまとめるべきである。

併せて、支払基金と国民健康保険中央会及び厚生労働省において、業務運営体制や費用負担なども踏まえながら、今後、データプラットフォーム化やその活用方策、また保険者のガバナンス強化に向けた取組みも盛り込んだビッグデータ活用推進計画・工程表について平成 29 年春を目処に基本方針を取りまとめるべきである。支払基金と国民健康保険中央会及び厚生労働省が

中心となり作成する、以上の計画・工程表の内容については、確実に改革が実施していけるよう関連政府機関や本検討会においてもフォローアップしていくこととする。

なお、第2回検討会において支払基金より提出された自らの改革案は、本検討会が提示した改革の方向性に沿っていると考えられることから、支払基金において、まずは本報告書の内容に沿って、速やかに改善の取組みを進めていくべきである。

また、工程表の内容も踏まえ、平成 29 年夏を目処に、規制改革推進会議を始めとして、政府の方針において方向性を示し、平成 30 年通常国会において社会保険診療報酬支払基金法等について改革の内容に沿った法整備を行うべきである。

## 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構成員

(以下、五十音順・敬称略) ※◎は座長、○は副座長

飯塚 正史 東京都都政改革本部特別顧問

尾形 裕也 東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット特任教授

葛西 重雄 情報処理推進機構 CIO 補佐官

金丸 恭文 フューチャー株式会社代表取締役会長兼社長

佐藤 主光 一橋大学大学院経済学研究科教授

神成 淳司 慶應義塾大学環境情報学部准教授

◎西村 周三 医療経済研究機構所長

林 いづみ 桜坂法律事務所弁護士

松原 謙二 日本医師会副会長

宮田 裕章 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授

森 昌平 日本薬剤師会副会長

森下 竜一 大阪大学大学院医学系研究科寄付講座教授

○森田 朗 国立社会保障・人口問題研究所所長

山口 武之 日本歯科医師会理事

山崎 泰彦 神奈川県立保健福祉大学名誉教授

山本 雄士 ソニーコンピュータサイエンス研究所リサーチャー

山本 隆一 自治医科大学客員教授

## 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開催経過

### ○第1回 平成 28 年4月 25 日

- ・ 本検討会の開催目的、検討の方向性等について
- ・ 各構成員の意見交換

### ○第2回 平成 28 年5月 23 日

- ・ 諸外国のビッグデータ等の活用に関するヒアリング
  - 韓国 HIRA の取組(廉宗淳先生)
  - 諸外国のビッグデータ(満武巨裕先生)
- ・ 審査支払機関改革に関する支払基金のヒアリング

### ○第3回 平成 28 年6月 14 日

- ・ 国民健康保険連合会の取組についてヒアリング
- ・ 支払基金のヒアリング(第2回の続き)

### ○第4回 平成 28 年7月8日

- ・ ビックデータの現状について
- ・ 構成員からのプレゼンテーション
- ・ 当面の検討事項の整理について(座長ペーパー)

### ○第5回 平成 28 年 11 月 16 日

- ・ 審査・支払効率化ワーキンググループ及びビッグデータ活用ワーキンググループの議論について報告
- ・ 有識者検討会における今後の検討事項について

### ○第6回 平成 28 年 11 月 30 日

- ・ ビッグデータ活用と保険者機能の強化等に関する保険者のヒアリング
- ・ ビッグデータの活用における保険者・審査支払機関の対応体制の在り方について
- ・ 支払基金の組織・体制の在り方について

### ○第7回 平成 28 年 12 月7日

- ・ 審査委員会の現状について審査委員長のヒアリング
- ・ 支払基金の組織・体制の在り方について

### ○第8回 平成 28 年 12 月 21 日

- ・ 議論の整理(案)について

○第9回 平成 28 年 12 月 26 日

- ・ 報告書(案)について

=====

○2つのワーキンググループの開催(平成 28 年8月～11 月上旬)

- ・ 支払基金東京支部視察 (平成 28 年7月 26 日)
- ・ 東京都国保連視察 (平成 28 年8月 19 日)

<審査・支払効率化ワーキンググループ> 計6回開催

第1回 平成 28 年9月1日

- ・ ワーキンググループにおける論点及び明らかにすべき事項等について
- ・ ワーキンググループの今後の進め方等について

第2回 平成 28 年9月 21 日

- ・ 支払基金の業務・システム効率化について
- ・ 支払基金からのヒアリング

第3回 平成 28 年 10 月7日

- ・ 支払基金及び国保連の審査に関する差異の見える化について
- ・ 支払基金の業務・システム効率化について

第4回 平成 28 年 10 月 24 日

- ・ 支払基金の業務・システム効率化等について
- ・ 支払基金及び国保連の審査に関する差異の見える化について
- ・ 支払基金の支部間差異について
- ・ コンピュータチェックに適したレセプト様式について

第5回 平成 28 年 10 月 28 日

- ・ 審査・支払効率化ワーキンググループにおける議論について

第6回 平成 28 年 11 月 11 日

- ・ 審査・支払効率化ワーキンググループにおける議論の整理

<ビッグデータ活用ワーキンググループ> 計3回開催

第1回 平成 28 年 10 月6日

- ・ ビッグデータ活用ワーキンググループの検討事項と今後の進め方
- ・ 医療介護関連のデータベースについて
- ・ 構成員からのヒアリング

第2回 平成 28 年 10 月 13 日

- ・ 参考人からのヒアリング
- ・ 国民健康保険中央会からのヒアリング

第3回 平成 28 年 10 月 26 日

- ・ ビッグデータ活用ワーキンググループにおけるこれまでのご意見について