

第8回 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

平成28年12月21日（水）

17:00～19:00

T K P 赤坂駅カソアルニスセンター14階 ホール14A

（議題）

- 議論の整理（案）について

（配付資料）

資料「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ける議論の整理（案）」

林構成員提出資料 「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ける議論の整理に関する意見」

参考資料 これまでの意見の整理（事務局作成資料）

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ける 議論の整理(案)

平成28年 月 日

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」に留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・効率的に行うだけにとどまらず、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考えると、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、それぞれ本年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とビッグデータ活用ワーキンググループを設置した。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おいては、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から、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

- 前述のとおり、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。

- ビッグデータや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、業務改革及びビッグデータ活用の推進に向けた取組みを確実に実施していくために、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、以下に提示する。

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的見直しが求められるが、状況を抜本的に改革し、これら業務効率化やシステムの設計構築、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)、並びにその CIO を支援するチームとして 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。
- 業務プロセスの見直しに基づき、医療機関等によるチェックなどの後述する複数の取組みを推進し、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をこの体制で内部からチェックし、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もの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変化に伴い、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。
- 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、既存システムに囚われることなく、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、まずあるべき業務の姿を描いた上で、新業務に基づく新システムの構築が不可欠である。
- 支払基金においては、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、前述したような、専任のCIOとICTの専門家によるタスクフォースの設置や、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、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、発注能力等について向上させる必要がある。
- また、国保連については、支払基金の業務改革に基づく、業務運営体制の抜本的改革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は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、手続の簡素化にあたり、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並びに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し、レセプト形式について、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。

- 「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、各医療機関等でのシステムの構築・保守コストの効率化及びチェック内容の一元化と、各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。
- 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、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。
- 上記の点を進めつつ、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、支払基金については、地域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。
- 国保連については、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。
- 当該検討の場において明確化された、点数表の解釈、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て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、審査委員に利用して頂くことで、審査に役立てることが考えられる。

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、審査業務のさらなるコンピュータ化、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) データプラットフォームについて

- 一般的に、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・医療に関する情報があるが、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、個人の保健医療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が可能になり、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、専門家による分析を行い、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し、医療の質の向上、保険者機能の強化等を果たしていく。

- また、こうしたプラットフォーム化していく場合、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・国保連において、その管理・運営・分析等を行うことが望ましい。

(2) 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、更に保健事業等を通じた加入者の健康管理や医療の質や効率性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(保険者機能の強化)が求められている。
- 前述のとおり、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、早々に活用方を検討し、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。国保連の取組も参考にしつつ、保険者ごとに特徴や状況を分析ができるようにすることで、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。

(3) ビッグデータ活用に当たって留意すべき事項

- 健康・医療・介護の情報のプラットフォーム化に当たって、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していくべきである。

- また、データのプラットフォーム化を進めていくに当たっては、データクレンジングの体制、データの集約・交換技術、セキュリティの確保、医療・介護現場から出力されるデータの質の向上等、様々な課題がある。こうした課題に対応できるよう、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。

5. 支払基金の組織・体制の在り方について

(1) 支部における職員体制について

- 審査業務の組織・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 審査業務や職員のスリム化に伴い、47 都道府県の支部の効率化についてどのように考えるか。
 - ② 韓国の HIRA では審査業務を全国一元化している一方、わ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。
 - ③ 現行のシステムでは、大部分のレセプトについて支部で審査が完結してしまうことについてどのように考えるか。
 - ④ 審査委員の構成については3者構成(学識経験者、保険者、診療側)となっていることや、利益相反禁止の仕組みについてどのように考えるか。
 - ⑤ 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。
- まず、支部の職員体制については、前述のシステム刷新等による業務の効率化により、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職員体制について、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。

これに対し、支部についてブロック化することなども含めて、組織・体制の在り方を抜本的に見直していくべきとの意見があった。
- その際、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、公的医療保険制度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があった。

○ 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、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、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とあり、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、支部の判断に対し適切にガバナンスを効かせていく体制が必要である。

○ 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、こうしたレセプトについては、今後本部での一括審査の割合を高めていくことや、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、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、支部の審査委員会のガバナンスについては、各地域の審査委員は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から、利益相反を禁止するため、現在運用上で行われているとされる、審査委員が自らに関連する医療機関の審査は行わないことや、審査委員が担当する医療機関を定期的に変更していくことを、規則として明確化していくことが必要である。また、同様の観点から、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。
- 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、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更に残る課題については、コンピュータシステムの刷新も踏まえ、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、公的医療保険制度は全国どこでも同等の医療を受けられる制度である点や、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、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、支払基金と国保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、個々の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、医療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と同時に、ビッグデータ活用におけ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) 支払基金の組織のガバナンス強化について

- 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や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、それにあつ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あつては、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。

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、確実に改革を実施していくために、支払基金と厚生労働省において、新たなシステム刷新計画等も見据えながら、具体的なスケジュールや内容などを盛り込んだ改革工程表について、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、支払基金及び国保健康保険中央会におけるビッグデータ活用推進において、今後、データプラットフォームの構築やその活用方策について、業務運営体制や費用負担なども踏まえながら、厚生労働省も関与の上、具体的な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、支払基金において、第2回検討会に提出した自らの改革案は、こうした検討会の考えに沿っていると思われることから、まずは本報告書の内容について、速やかに改善の取組みを行っていくこととする。
- 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
における議論の整理に関する意見

平成28年12月21日

構成員 林 いつみ

平成28年6月2日閣議決定の規制改革実施計画の「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」は「組織・体制の在り方の見直し」も求めており、具体的には、

- a 現行の支払基金の各業務（特に、職員による点検事務及び説明・指導）のうち不要・非効率な業務を削減すること、
- b 保険者が支払基金以外の者（民間企業を含む）を活用することが適切な業務について活用の仕組みを構築すること、
- c 支払基金が担うことが適切な業務がある場合には、その具体的な組織・体制等の在り方（業務拠点も含めた職員及びシステムなどの体制、業務範囲、法人形態、ガバナンス体制、事務費負担の在り方、法規制の在り方等）を検討すること、

を求め、平成28年内に結論を得次第速やかに措置することとしている。

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における議論の整理は、以上の閣議決定事項に応えるものであるため、以下の事項に留意されたい。

1. 支払基金の審査支払にかかる年間830億円近い費用には、医師による審査委員会の費用のみならず、職員による点検業務に関わる人件費や建物・設備、コンピュータシステム維持費等が含まれている。現在は、審査支払業務にかかる費用全体をレセプト枚数で割ったものを審査手数料として保険者が負担する仕組みになっているが、今後は、**審査業務の効率化や支払基金の行う業務範囲の変化に伴い、審査手数料の設定の在り方を抜本的に見直し、国民の負担を全体として軽減していくべきである。**そもそも、保険者と支払基金は民民の業務委託関係にある以上、その手数料は、保険者が支払基金に委託する業務の範囲（例えば、点検業務は保険者が行う場合等）と質に応じて、合理的に設定されるべきものである。

2. 支払基金の組織・体制の見直しは、支部職員体制の規模縮小にとどまらず、支部集約化を含めるべきである。
 - (1) 医療費の負担の軽減が徐々に廃止されるなど、国民皆保険制度を維持するための国民の負担増が不可避となる現状を直視し、無駄なコストを極力削減し、負担軽減につなげられる部分は待ったなしで行うべきである。
 - (2) そもそも、レセプトの電子化により都道府県ごとに事務所を置く必要性はなく、審査委員会については、すでに40万点以上の高額レセプト等は本部一元化しており、専門分野等の一元化についても異論はない。また、支部を集約しても、支払基金に審査委員会部門を設けて都道府県ごとの審査委員会を残し、会議室等は国保の審査委員会と共用することも可能であり、危機感を共有して柔軟に組織を見直すことが肝要である。
 - (3) 支部集約化の方針は、本検討会の開始時点において、支払基金が自己改革提案として示したものであり、大きな既定方針として多数の構成員の賛同を得ている。本検討会の議論の整理に当たり、開始時点より議論が後退することは認められない。
 - (4) したがって、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、支払基金の事務所の集約化・一元化に向けて、組織・体制の在り方を抜本的に見直すことを、議論の整理において明記すべきである。
3. 支払基金の組織のガバナンス強化に関しては、支払基金内のガバナンス強化のみならず、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、「診療報酬の審査と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。

以上

これまでの意見の整理（第1回～第7回まで）

1. 保険者機能強化と医療の質の向上について

- データに基づいて最善の治療法というようなものをガイドラインとして作成し、それを基準に審査するという方法も考えられる。
- 医療費データ、健診データ、企業や組織の生産性のデータを活用して、健康経営の「見える化」を図っていくことが重要。保険者機能の強化は理念のレベルに留まっているが、レセプトの電子化等による情報の蓄積を通じて、ようやく現実化できる基本的なインフラが整いつつある。
- 個人情報が確実に守られることを条件に、支払基金と国保連を合わせたデータを国、基金、あるいは両方の中間地点で利用することは考えられる。
- ICT、ビッグデータは、患者、社会のために医療を使うことが大原則。また、人口減少や高齢化等を踏まえ、2025年に何とかなるモデルではなく、長期展望の中で、保険者のあり方も含めた検討が重要。
- 各保険者が共通して活用できる情報について、審査支払機関があらかじめサンプリングデータセット作成、提供や、保険者の個別オーダーに応じたデータの作成、提供が考えられる。
- 保険者のガバナンスのあり方について、例えば、後発品の使用による差額通知を出すためのシステム構築は各保険者共通開発、利用など、共同で実施できることもある。
- ICT、ビッグデータの活用が進まない理由は、病名が統一されていないという点。質がいいデータをとるためにはどのようなシステムをつくるべきかについて検討が必要。
- ビッグデータの分析から、医療提供側にも、疾病の地域特性や、疾病構造等からの適切な医療の提供、地域包括ケアシステムの中での活用などが期待できる。
- 医療機関選びに必要なデータの提供や、医療機関の質の評価については、国民がデータを正しく判断できなければ、フリーアクセスの阻害や誤った患者誘導になる。データの提供方法について相当な工夫が必要。

- データヘルス事業や審査業務の効率化・統一化の推進に当たっては、医療者や保険者の意見にも十分配慮する必要がある。特に市町村は医療者の協力を得て保健事業を推進している。医療者との信頼関係を損なうことのないよう配慮が必要。また、システムの検討にあたっては、費用面にも十分配慮して頂きたい。
- 保険者には、保険料の使い方と健康管理の進め方の双方に対するガバナンスが必要である。また、個別の保険者で丁寧な保健事業を行い、中央ではそのためのデータ流通の促進や可用性・ユーザビリティの向上をすべきだが、まだそうした状況にない。中央が納得するためのデータの見える化は意味がない。
- NDBはオープンデータ化し、安全性を高めた状態で都道府県別、性・年齢階層別の様々な医療行為等がオープンになる。今後はどのようにデータを活用するかが課題。
- データヘルスは特定健診とレセプトデータだけではできず、臨床データが必要。この収集に保険者は苦勞しており、制度的な担保や地域の医師会と保険者の協力等が必要。
- 医療IDなどを含めて統一的なIDがないとそれぞれのシステム連携は不可能。データ管理、連携、統合ができる足並みを整理することでビッグデータの素地ができる。どのようにビッグデータを利活用するかも見据えて情報システムを設計し、必要に応じて連携していくべき。
- 医療現場にデメリットを与えることのない形で、ICT時代にふさわしいデータのフォーマットやデータが格納されるまでのプロセスを考える必要がある。
- ビッグデータの活用にあたり、現在のデータ形式を変える必要はなく、使いやすい様式に変換すれば済むが、問題は、本当のニーズを見極めるデータアナリストが現場に少ないことであり、中核となるところにどれだけの人材を用意できるかが重要。
- ICTによるデータ分析の質を担保する上で、レセプトの審査基準や、データ抽出、修飾のプロセスの精度管理を明らかにする必要がある。
- 地域医療構想の策定など医療提供体制に保険者が関与する体制になってきており、保険者から説得力のある意見を表明するためにはデータやエビデンスに基づいた発言をしていく必要がある。

- 後期高齢者医療制度のデータ、介護保険のデータ、その他医療費のデータ、健診のデータ等と組み合わせると、家族も含めた形で、本人の生産性への影響等を分析できるようになる。
- 生涯を通じた切れ目のない継続した効果的な保健事業のためには、国保と被用者保険とのデータをあわせて有効に活用できた方がいい。
- KDBを活用した保健事業は有効だが、生活習慣病などの場合、国保への加入前には既に症状も進んでいる方が多いので、その前の社保との連携が必要。
- 地域包括ケアの中で分析したデータを活用し、市町村が個々の住民に対して健康管理等ができる仕組みを構築すべき。地域包括ケアの中で医療と介護も含めてデータを活用できるよう、支払基金と国保連がデータを分析・提供すべき。
- 医療・介護のサービスの質を高めるためのデータ活用については、現在、地域医療構想がつくられつつあり、医療法まで改正して保険者あるいは保険者協議会に意見を求めるという形になっているので、地域の医療提供体制に対して積極的に関与していくということが重要であり、その辺を少し加えていただければと思う。
- 審査・支払は保険者の権能ですので、それを効率化していくということ自体が保険者機能につながると思う。ビッグデータの活用という意味では、今後、そういったことを活用することによって、将来的に保険者機能をさらに強化できるのではないかな。
- 質の高い医療を効率的に提供するというのが、まさに保険者が果たすべき機能だと考える。
- 日本のような皆保険体制をとっている国では、一定の共通性というものが当然要求されてくると思います。一定の基本的なところについては統一性が図られるべきではないかな。
- 保険者だからこそ、複数の医療データ、ばらばらになっているデータを連結し、それを保険者機能で使うだけではなく、さまざまな現場がより主体的に使っていく、新しい、これまでの機能とはまた異なるものを今後持っていくことが期待される。

- 集めたデータを、支払基金、国保中央会だからこそ、もっと積極的に使えるという視点もある。特に情報を一次的に使う集団が設計しないと価値のあるものは生まれないので、そこに分析を念頭に置いた集団がいるということは絶対必要である。
- 支払基金に蓄積されている貴重なレセプトデータを積極的に分析・活用できる仕組みが、今はできていないと思いますので、基金のみならず、厚労省においてもICT体制を強化していただきたい。
- 国保が持っているデータと基金が持っているデータは全く違うということがわかりましたが、特に介護保険データを国保は持っており、健診データも持っているわけであり、そこをどうやってうまく突合して、そして国民のデータとして、それを分析して、役に立てていくかということを議論すべき。
- 保険者機能とは何を指すか、あるいは何を指しての保険者機能の強化なのかという議論や、この検討会の中でのこれらの定義や方向性といった方針がないと、物が決まらないだろうと思っていますので、そこは考慮いただきたい。

2. 審査の効率化・統一化の推進と組織体制について

- レセプトデータ、カルテデータは複雑で、データのクリーニングそのものに相当時間がかかる。レセプトデータを正しくみることができれば、不正と不正でないのが明確に分かる。
- 審査基準が各都道府県で支払基金系統と国保連合会系統があり、94通り、プラス全国レベルでも基準を持っており、その内容は必ずしも透明ではない。両機関、地域間における審査基準のすり合わせが必要。
- オンライン化の進展を踏まえて、HIRA方式、すなわち標準偏差の範囲内では自動的に承認するけれども、それを超えたものは、機械審査ではなくて専門家がチェックし、新しい技術については別に評価し、審査基準に入れる方式というのが考えられる。
- 日本のビッグデータは支払基金に半分あって、国保連に半分ある。議論の論理的な前提として、審査の統一化をどうするのか。その前提として、どうやって支払基金と国保連をつなぐのか。イメージと具体的手段、期間について検討すべき。

- 全国統一かつ明確な審査基準をつくる必要があるが、その前提として「見える化」が必要。審査基準はどのくらい違うのか、何か違うのか、どこが違うのか、どう違うのか、これをまず「見える化」させ、その上で、説明できないものについては是正する方向で議論すべき。
- 審査のあり方の検討は、国保と健保の情報の共有化、そして、審査基準の統一化についても議論を進めるべき。支払基金法には、紙ベースの審査を行っていた時代からの名残となっている規定があり、法律も見直していく必要がある。
- レセプトのオンライン化が進む中で、ICT化の活用の徹底やAIの活用を通じて、抜本的に業務、組織を変えていく機会とすべき。
- 日本は南北に長く、地域において所得も人口比率も違う中で審査が地域で異なることについて、強制的にルールをつくり当てはめることはうまくいかない。医薬品の治験データはある程度統一・規格化されたデータを用いるが、実際に処方する国民のデータは違う。医師は患者の個々の状態を踏まえて診察する以上、たとえ人工知能を用いたとしても、コンピューターで審査を全てをやるのは無理だと考える。医者が審査を支えていることを踏まえた上で、効率化を考えるべき。
- 保険診療では薬機法で承認された用法・用量で使用するものが原則だが、用法、用量は一概に判断できるものではない。審査職員による点検、審査委員による審査が必要。ビッグデータを活用した効率的で統一的なシステムのためには、審査機関の職員の知識、経験は生かすべき。
- 全国統一で集約できる部分は集約し、何を地方に残すべきなのかについて、ゼロベースで検討し、あるべき姿というものを考えるべき。
- 地域の特性や医療機関の特性に配慮したきめ細やかな審査が個々の患者の適切な医療の確保に繋がる。全国統一、明確な判断基準を策定することは、医療を画一化させる可能性があり、極めて慎重に議論すべき。
- 支払基金と国保連の審査支払業務の共通性に着目した国保連の充実、機能強化の検討も必要だが、国保連独自の役割についても理解が必要。

- 点数表の電子化により、審査業務の合理化が期待できる。また、医療機関と審査機関が協調して最適なロジックを開発し、これを通過したレセプトについて医学的審査を行うことで審査業務が相当合理化できるのではないかと。
- 審査レベルを保障するために、人がやるべき仕事と人がやらなくてもそれを支援できる情報システムのあり方、プロセスを見直した上で効率化すべきことは効率化して統合していくことが必要。
- 今の人工知能で人が不要になることはなく、人が必要なことは事実だが、現在人がやっていることがそのままやるかについては見直すべき。
- 審査に当たり専門医の判断は必要だが、専門医の知見が人工知能に反映され、人工知能の自己革新を支援するのが専門医の知見であるため、専門医とコンピューターは対立する構図にならない。
- 同じ社会保険方式の諸外国の取組みを参考にするとしても、韓国やドイツは混合診療など私的な医療保険がカバーして公的給付がカバーする範囲がかなり限定されており、公的給付がほぼカバーしている日本のデータとは違うことを踏まえて議論すべき。
- 審査の統一性は、効率化の点では、具体的にいかにこのシステムを合理化していくかというところのベースを整えた後に、統一性ということで、国保も踏まえて情報の統一と審査の統一性ということをやっていくべき。
- データ解析によって、審査基準や許容範囲を継続して検証、評価する必要がある。レセプト審査機関が健康づくりのシンクタンクをやる必要はない。
- 審査の判断基準の整備と診療報酬の例外規定の削減、廃止は非常に重要で、検討すべき。
- 審査における支払基金と国保連の違いは十分検討すべき。若者を中心とした現役世代のレセプトを対象とする支払基金と、退職者や後期高齢者のレセプトを対象とする国保連とは考え方が違って当然であり、統一する方向でのみ考えるべきではない。
- 患者の特性は様々であることから、診療報酬点数表の例外規定は必要であり、全てコンピューターで一律に示すことはできない。

- 同じ病院で、同じ疾病で、同じ年齢で入っている人が、社保の審査と国保の審査で扱いが異なることについては、現状よりも説明できる形にする必要がある。
- 審査支払機関に審査履歴が残っているのであれば、そのデータを用いて何を合わせる必要があって、あるいは何を差異として残すべきなのかといったところを分析していくことができる。
- 人工知能で全ての問題が解決するわけではないことに留意が必要。また、現状のシステムのアルゴリズムを識別した上で、どの程度の精度のものを何年かけて人工知能を使って学習すれば審査に資するのか等整理した上で議論すべき。
- 未来を検討していく上では、まず現状のシステムを知る必要がある。現状のシステムのアルゴリズムやコンピューターのチェックロジックを明らかにした上で議論すべき。
- 支払基金と国保連の審査の件数を比較するのであれば、件数のベースをそろえて比較すべきであり、両者を比較するのであれば、むしろ審査支払の医療費の総額を考慮して比較しなければいけない。
- 審査の差異について、支部の審査委員会の時点でおかしいのがわかってそれを登録してくるのは自己矛盾を来している気がする。本来であれば、中央で食い違った事例があって、それを見てやるのであって最初の段階でわかるというのは、実態としてそんなことはあり得ないように思う。
- 支部の設定条件について、社保と国保それぞれにどういう条件で、なぜ県ごとに設定があるのか、何を設定するのか、あるいはベストプラクティスでどちらかになれるのであれば、そちらのほうへ合わせたほうがいいのか等、その理由と条件等を聞きたい。
- 審査基準を公開し、コンピュータでどのようなチェックをしているかということを公開すれば、簡単な病名漏れや簡単なミスがかなりなくなる。チェック内容について、基金も国保も公開すれば審査において手間がかからずに、大きな問題が起きず人数が減らせる最大の手段ではないかと思うので、その規制改革をやっていただきたい。

- 我々が考えなければいけないのは、支払基金の業務改革だと思います。国保連の問題はできるなら並行にやってほしいし、審査基準も合わせてほしい。同じ地域なのだから同じ歩調で業務改革をするところから始めないと議論が違うところに行ってしまうのではないか。
- 被保険者側が何に対して保険料を支払っているのかというのを透明化することで、保険者の説明責任を果たすことが必要。そのためにレセプトの記載内容や審査内容をできるだけ透明性の高いものにしましょうという議論だと思っている。
- 健康保険組合では、支払基金によるレセプト審査のほかに、民間への審査の委託も指導されている実態がある。
- 各保険者の機能、権限を明確にしないと現場は動けない。支払基金は、その果たすべき機能を先に決めないと、組織の在り方が決まらない。
- 最終的には医学の知見を客観化し、標準化していくということがあるし、実際の治療方法については、いろいろな考え方があるが、保険としてどこまで支払うかということについて、かなり標準化というものが可能であると思う。
- 現在の診療報酬の仕組みが非常に複雑なものと、基準そのものがやや裁量的な記述があると思っており、これも、いろんな意味でのばらつきをつくり出す原因と思う。
- 「不合理な差異」という言葉は、違和感はあるが、不合理かどうかということとは別として、審査基準の差異を縮小するということは間違っていないと思う。その差異を洗い出して、それを類型区分して、そうした差異が審査全体の中で審査に係るコストであるとか、効率化に対して看過できないような影響があるかどうか、そういうところを議論したほうがいいのではないか。
- どういう資金を使えば、より効率的に物がつくれるかという原資の議論をしておかないと、現場での調達は、結局、高くてできないで終わってしまう。この問題は解消したほうがいいのではないか。
- ①まず当面は支払基金の問題に焦点を絞って検討すべき。②原則としてコンピュータチェック項目の情報開示は行うべき。③統一性の観点で、合理的根拠の不明確な支部のチェック項目設定は行わない原則を確認すべき。④レセプト形式を見直すということの方針として立てられないか。⑤人手に

よる業務を最小化するという方針のもと、具体的に職員による点検事務や、審査委員のサポート業務の在り方の見直しなどについて、方針を立てる必要がある。

- PDCAサイクルを今回の検討会の中でぜひ打ち立てていただきたいと思っており、最終的には法改正を含めて検討を速やかにしていただきたい。
- 支払基金はどうあるべきか。ビッグデータにどうかかわるのか。新しいコンピュータチェックが進んでいったときに、統一化を進めていったときに、残された仕事は何なのかというところが、次の支払基金のガバナンス、組織構造の在り方の問題になってくると思う。
- システムをどう動かしていけば審査の効率化が上がり、また医療機関や健康保険組合にとって、かなりのメリットが出るのがわかったというので、そういったことを踏まえた上で、やるべきことをやっていただきたい。
- 工程表が必要で、いつまでにやるか。時間を区切るのが難しければ、どういう条件のもとでどこまでやるか。こういうことをステップを踏むということで、いきなり理想論をぶつことはない。
- 組織・体制の在り方を論じるときには、医療機関における事前のコンピュータチェックというものの将来的な工程表、つまり、どこまでの範囲で医療機関にデータを渡して、いつから事前チェックということをやらせていくのか。そのことをきちんと工程的・将来的なものとして議論しておかないと、将来の支払基金の体制をどうすべきという議論ができないだろうと思うので、事前のコンピュータチェックの将来的な展開の仕方をよく検討すべき。
- 原理原則のところを明確にして、厚労省内で別の委員会をつくれればいいだろう。大事なのは、あくまでも原理原則として外れないところを12月までに取りまとめて、それに従って粛々とやっていただくという点ではないかと思う。
- どういう方向でやろうというところで、私は十分ではないかと思う。実際に動かし始めたら、そのような形できれいな形になって、どの保険者も医療機関も基金も、時間あるいは労力もとらないものができるので、その方針を立てるということではいろいろな議論をしたいと考える。
- 原理をここでしっかり提起し、その後、1回決めたら変えないという発想ではない形でやっていくのがいいと思う。

- 保険者機能の強化とは一体どういう意味か、そのためにコンピュータシステムがどういうふうに使われるかという将来の方向性の話と、その次のステップとして、コンピュータチェックを全面的に入れていくという2段階目と、そして、当面、支払基金も含めて何をすべきかという、3段階ぐらいに分けて論点を整理すると、議論が錯綜しないのではないか。
- 日本はほとんどが公的医療であるから、医療が求める自由度を診療報酬の審査の中で一定程度弾力的に受けとめる必要があるのではないか。それが診療報酬の解釈の幅にもなっているため、結論として、混合診療を認めている韓国と基本的にそれを認めていない日本とで同じ体制を目指すことには無理があるのではないか。
- 医療機関がある程度辛抱している、我慢していることを御理解いただきながら、日本の国の医療が非常にいい医療になっていることも御理解賜りたい。
- 最小限の保険料で最大限の医療のサービスを提供するのが保険者の役割であり、それが保険者機能としての一番のベースであり、現在の体制で何をどうするかという観点から見たときに直接審査も当然あってしかるべきではないか。
- 審査の統合の話とそれぞれの審査の手数料ないし事務の効率化の話は違うのではないかと。基準はそろえて審査をしているとしても、それ自体の効率化は進められるはずではないか。
- 審査と内容チェックという作業は、現在、二次審査もやっていることを鑑みると、切り分ける、あるいは基本ルールを明確化した上でそこに作業効率という意味での競争が働くようにするのも一案ではないか。
- どんなシステムができるか、どんな仕組みにするかによって組織体制というのは前提が変わると思っている。審査委員もデータベースの出来映えによっては分散してアクセスすることも可能ですし、物理的に同じ場所に集まるほうがよければ物理的に集まれば良い。フリーなオペレーションのやり方や運用のやり方が可能になる時代であることを踏まえ、組織設計から入るとイメージしているものが違ったままどうするという話になるので、機能分解して機能の実現のされ方について議論していけば、おのずから最適な組織体制は出てくるのではないかと。

- よりよいコンピューターシステムのあり方を議論し、何を人がやるべきかを見た上で全体構成を考えることが必要であり、きちんとしたデータがあれば、その結果を共有して提供すれば、それぞれがシステムを運用する必要もなくなる。国民一人一人に良くなるためには、どこがどの機能を持つかという議論をしないと、結局はみんな似たようなものを持ってしまっているのが今一番問題なのではないか。
- 審査ルールの統一等もあるように、基本的には可能なものは全て統一し1カ所でしていく。どうしても各地区であるべきものは各地区へ持っていく。原則としてのシステムとして、あるいは制度として1カ所でできるものは一つにまとめていくことを前提にしないと議論ができない。
- 支払基金のような中立的な立場の審査機関はぜひとも必要不可欠な存在と思っている。また、審査のレベルも非常に高く、緻密な審査を行っているので評価している。ただし、電子化時代の中で非効率な形になっているので、集中してやれるものは集中化し、地域でしかやれないものは地域化あるいはある程度ブロック化するという形で見直していくべき。
- 支払基金の見直しに関しては審査支払という現状の委託業務の継続性が損なわれることのない慎重な検討が必要だと考えている。ただ、支払基金の審査における都道府県格差やICTを活用したレセプト点検の更なる推進などの改善の余地はあると考えており、システム改修などの実施に当たっては、医療保険者にとって業務の利便性や安定性といった観点を外すことができないのではないか。
- 現在、そもそも非効率と思われる業務があるのではないか。端的にいえば、職員によるコンピューターチェックで付箋がついたものを外すという点検業務、医師への説明指導という名目で行われている業務がもっと効率化できるのではないか。その点がワーキングなどを経て実態が明らかになった以上、原則としては審査基準コンピューターチェックのルールについては公開する。また、そういったチェック項目のシステムについては支部設定ではなく統一化する、それを打ち立てることを前提として組織論をすべきではないか。

- 支部設定にはドクターの裁量によるべき項目とそうではない項目が混在しているのではないかと。歴史的な経緯もあると思うが、こういったものを整理して、ドクターの裁量の部分をなくすという議論をいきなりしているのではなく、まずはコンピュータールールでの事前点検をもっと効率化できるのではないかと。そういった議論をした上で業務の効率化をして組織論という順番で議論したいと思う。
- プログラムを公開すれば単純ミスは一瞬のうちになくなる。つまり、自分のところで、こんな間違いだったというのがわかると同時に、本来のプログラムが十分でないから剥がさなければいけないので、それがなくなればかなり的人数は減らせると思いますから、そういったことで効率化するというのは、あるべき姿だと思います。
- 業務の変革をするにしても、システムの変革をするにしても、誰がどういう意思決定をしてどうやって仕様化が行われているのか。その上でどこに意思決定上の課題があるのか検討しないとまとまらないのではないかと。
- 支払基金のガバナンス、特に人的体制が十分でなかったのだらうと思います。支払基金法には公益の代表者をどうやって選ぶのかが何も規定されておらず、今までやってきた公募によるやり方をもう少し詰めて、適正、的確な公募ができて、いい人を選ぶことができる体制をつくっていくべきではないかと。
- 地域ごとの違いをどう考えていくかは組織のあり方の問題にも関連づけながら議論を進めていく。そこがアメリカあるいはヨーロッパではかなりわかってきたが、残念ながら日本では疾病ごとの特徴とか患者さんの特徴とか客観的なデータはない。そこで、そういうデータを集めながら、地域ごとの統一をどこまでやって、どこが地域ごとの違いを見込めるということが必要ではないかと。
- レセプト審査は、国の定める療養担当規則あるいは診療報酬点数表、薬価基準等をもとに審査をしておりますが、曖昧な基準も少なくない。このため、実際の審査においては、何らか具体的な基準も必要であるが、その際に、地域の特性も視野に入れた判断を行っている。
- 気候の問題とか、生活習慣の問題とか、家族性とか、そういうようなことも地域の医療の差異については語弊があるが、差にあらわれてくるということで、医療というのは生きているものですので、その辺は取り入れて判断するのがピュアレビューの本質かと考えている。

- 利益相反に関しては、審査委員の先生はかなり強い倫理観を持っており、それを持って専門的に公平・中立な審査をすることを基本にしている。自分が審査する場合、自分の病院は決して審査をせず、必ず違う病院を審査する。それから、長く同じところを見ているということはいろいろ弊害が出るので、定期的に必ず一定の期間で受け持ちの対象病院を交代する。
- 同じ保険証で地域が違ったら違う結果が出ることはあってはならないはずだと思っており、それが地域ごとに、地域の実態において違うということがあるとすれば、それは問題ではないか。
- なかなか専門医の先生方をお願いするのが難しいところに関しては、例えば、ブロックでそういう単位をつくることは可能だと思いますし、当面、現在の診療報酬の定め方ですと、全部コンピュータへ載せるのは難しいと思えますけれども、将来的には一元的な形でやることも可能ではないか。
- 利益相反の問題はないとおっしゃいましたが、この点に関して、審査の基準を統合する方向で行くならば、審査委員の都道府県間の相互乗入れとか、そうした形をとることは可能なのではないか。
- ブロック制は難しいのではないか。これだけの膨大なレセプト、月に全国で8,000万枚ぐらいのレセプトがございます。ブロックに分けますと、どういうふうな分け方になるかはわかりませんが、何千万枚近いレセプトを、この限られた時間で、今のシステムでどういうふうにするかということは、これは非常に困難な問題がございます。それを解決できるような方策がもしあれば、将来的にブロック制ということは視野に入れることは必要かと思えます。
- 専門性が求められるのであれば、それは審査委員としてのお医者さんであれ、職員であれ、やはり共同利用というのが前提であり、広域化を考えなければならぬ。
- 本部で少なくとも支部がやっていることはちゃんとわかる。支部ごとの審査基準の差異、あるいはそれが生まれてきた経緯というもの、あるいは、その結果というものは、それがいいか悪いかは横に置いておいて、少なくとも本部で把握できる状況はつくっていかねばいけない。

- 利益相反のケースでいえば、再審査に関して同じ支部がやっていいかどうかというのは問われると思う。その支部が出した結論を持っているとなれば、例えば、それは本部が引き取るというやり方をしてもいいし、拠点支部をつくれるのであれば、拠点が引き取るというやり方もあっていい。
- 各支部ごとの雇用というよりは、できるだけ本部で雇うか、あるいは、拠点にある支部で雇うかという形で、人事配置も長い目で見て変えていく必要がある。
- 審査は告示・通知に定められた全国統一のルールで行われているが、その上で何を考慮して審査するかが重要。地域の特性、患者がどこまでの医療を求めるか、医療の提供体制などさまざまな要因により出てくるレセプトも地域的な濃淡が出てくる。結果として審査委員が審査するレセプトで着目する部分も全然違ってくるので、そういった意味では地域の実情をよく理解した上で審査をすることが必要だと考えている。
- 審査の効率化だけをいえば、中央に集約してやるのが事務的には一番効果が上がるが、審査委員会の現場であるとか、その果たすべき役割を考えれば、都道府県という地域単位で審査をすることには相当の意義がある。
- 診療報酬・調剤報酬には算定要件があって、それが明確なものもあれば、幅があって判断が必要になるというものもあり、地域特性等を踏まえた上で判断をしていて、最終的に患者本位の医療のためにどうあるべきかということ判断するのが地域だと思います。支部のあり方を今議論するが、患者本位に考えたときにどうあるべきなのか。細かく見るにはどうしたらいいのかということ踏まえて今後検討していくべきだと思います。
- 地域ごとの審査の例外の部分の説明がエビデンスに基づいた証拠に基づいたものなのかどうか、審査委員のある意味主観的な基準で、ものさしが働いているのではないかと思うが、それはもう少し客観的な基準として盛り込むことができれば、その例外の合理性というものも我々は判断できるようになると思う。
- ドクターの判断をもとにコンピュータチェックの効率化を図っていくということにもつながるので、コンピュータチェック関係の話には、審査委員会の判断の見える化、客観化といったことも関わってくるのではないかと。
- 忘れてはいけないのはレセプトのあり方であり、紙では同じように書いていたコメントが、一部はコード化されて、一部はコメントのまま残っており、最

低限必要な臨床情報(病名)も、未コード化病名が結構あって、病名を見ただけではコンピュータは理解できないことがいっぱいある。ここを何とかしないと、いくらやっても精度は上がらないのではないか。

- 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、都道府県別の診療報酬が設定された場合、それが都道府県の特定の医療圏についての単なる点数の特例にとどまれば問題はないと思が、点数の解釈に、地域の特性を反映させて幅を持たせるとか、あるいは、地域独自の診療報酬の項目を設定するということがあるかもしれません。その場合、支部機能をむしろ積極的に認めて残さざるを得ないのではないか。
- 地域医療ビジョンに基づく医療計画の推進は、2025年に向けた病院病床の再編、医療・介護の連携が大きな課題になっているわけで高確法の問題意識と併せて、日程に上っている課題に応える上では、むしろ積極的に支部機能を残しておく必要があるのではないか。
- 支部単位にするか、同じ条件の地域特性を持ったところを単位にするか、これはルールづくり方の問題で、現在のコンピュータだと、それくらいのルールはできると思います。
- レセプトの二次点検により健保組合に負荷がかかっているので、コンピュータチェックの審査基準を一部公開し、支払基金と健保組合の役割分担を明確にしていきたい。そこをしっかりと見える化をしていただき、医学的判断は十分尊重しますが、その部分とそうでない部分を明確にしたうえで、コンピュータチェックのさらなる活用による審査全体の効率化を進めていきたい。
- 5月23日に支払基金が自ら提案をした改革案については、審査の充実と効率化を目指す内容になっており、保険者として考えている方向性とほぼ一致していると認識している。いろいろと組織の在り方、支部の在り方等、整理すべき問題はありますが、今回の有識者検討会の結論も踏まえながら、まずは、支払基金の着実な改革を進めていただきたい。
- 随意契約でやるということは、比較的特定の仕様にずっと引きずられがちであるのは間違いない。この辺りの論点もはっきりさせないと、いくらここで議論をしても、現場ではずっと随意契約で既存のベンダーさんで、比較的今までと余り変わりがないというふうになる可能性がある。

- 支払基金の事務局は、全体の改革を推進する立場に今後なっていくべきだと。ここは非常に大きな提言だと思う。22年の会議が雲散霧消してしまったのは、この全体の改革を推進する立場になり得ていなかったということがあると思います。