

審査支払機関改革における
支払基金での今後の取組

平成 30 年 3 月 1 日

厚 生 労 働 省

社会保険診療報酬支払基金

1. 本文書の位置づけ

- 本文書は2020年度（平成32年度）から本格的に稼働する「保健医療データプラットフォーム」を中心としたデータヘルス改革における「審査支払機関改革」の進め方を描いた「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」（2017年7月。以下、「計画・工程表」）や「規制改革実施計画」（2017年6月）に掲げられた改革項目を着実に実行するために、具体的な取組内容について、関係者の理解を深めるために公表するものである。
- 上記の目的の下、2018年度（平成30年度）の取組を進めるに当たっての、改革の推進体制を明確化し、改革の進め方について、「改革の基本的な考え方」「2017年度（平成29年度）の取組の実施状況」「2018年度（平成30年度）の取組事項」に分けて整理する。
- なお、「計画・工程表」に掲げられた事項のうち、この文書で2018年度（平成30年度）の取組事項と明記されていないものについても、2019年度（平成31年度）以降の実行に向け、2018年度（平成30年度）中の準備も含め、「計画・工程表」に掲げられた改革項目（概要、別紙のとおり）に則り、着実に実施する。

2. 改革の推進体制

- 「計画・工程表」では、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）についても、同時並行的に社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）における改革と整合的かつ連携して取組を進めることとされている。また、新システム構築については、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こととされている。
- このため、審査支払機関改革を着実に進めるための場として、厚生労働省、支払基金、国保中央会等が参画する「データヘルス・審査支払機関改革連絡会議」及びその下にタスクフォースを設置し、検討を進める。また、新システム構築に関しては、厚生労働省保険局やデータヘルス改革推進本部、政府CIOの下の内閣官房IT総合戦略室、支払基金、国保中央会等が参加する審査支払システムの構築に係る協議の場を設けて調整と進行管理を行う。

3. 改革の進め方

支払基金改革については、「規制改革実施計画」や「計画・工程表」に則って、以下の取組を進める。

(1) 審査プロセスの効率化・高度化の推進

(改革の基本的な考え方)

- 審査は、患者の個別性や医療の多様性を踏まえつつ、保険診療ルールに則った診療の妥当性を判断するもので、医師・歯科医師・薬剤師の専門的知識と臨床経験に基づく医学的・薬学的判断は今後とも重要である。
- 同時に、審査業務の効率化・高度化を進めることは、審査コストの削減による保険料など国民負担の軽減につながる。現在、審査をより効率的・効果的に行うため、コンピュータチェックや職員による審査の前捌きが行われており、実質的に、全レセプトの65%がコンピュータチェックで、15%が職員によるチェックで、審査が完結している。今後、ICTを最大限活用し、コンピュータチェックルールを精緻化することで、2022年度までにレセプト全体の9割程度をコンピュータによるチェックのみで完結することを目指す。
- 一方、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。
- このため、新たな審査支払システムの構築（2020年度稼働予定）を進めていく際に、それに実装するための統一的・客観的なコンピュータチェックルールの整備を行う。
- コンピュータチェックルールについては、設定後の拡充・精緻化を随時実施していく観点から、専門的知見を得ながら、有効な見直しの方法や技術を確認し、コンピュータチェックルールの定着を確かなものにする。
- なお、新システムの導入に当たっては、①現在は「受付」から「支払」まで一体的に一つのシステムで構築されているが、業務単位に「モジュール化（機能分解）」したシステムに変更、②各支部の業務サーバを廃止し、すべて本部サーバに一元化、③コンピュータチェックルールについて、現行システムは基幹システムのプログラムに直接位置づけられているが、新システムでは外付けのマスターテーブルを活用したチェックに変更、するなどにより、変化に柔軟な対応が可能で、より費用のかからないシステムを構築していく。
- 統一的なコンピュータチェックを整備する観点から、厚生労働省において審査基準（告示・通知等）を明確化するとともに、医療機関等のICTに組み込むように基準並びにシステムを標準化する。

- また、審査プロセスの効率化・高度化を進めて行くに当たっては、タスクフォースやシステム構築に係る協議の場などを活用し、国民負担の軽減の観点から、支払基金と国保中央会等が整合的かつ連携して取り組むことができるよう、工程管理や費用対効果の検証も含め、厚生労働省が中心となって、継続的に調整していく。

2017年度（平成29年度）の取組の実施状況

- ① 新システムに係る調達仕様書の作成
 - 支払基金の審査支払システムの構築に係る協議を2017年10月に3回開催し、調達仕様書の基本方針を取りまとめた。それを踏まえ作成された調達仕様書案をもとに、今後、公正な調達をするため、意見招請での丁寧な説明や手続きを経て、年度末までにソフトウェアの開発事業者が決定するよう調達手続き等を進めていく。ハードウェアやシステム運用についても、4回目以降に、協議を開催する。
- ② 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
 - 2017年9月に開始された中央社会保険医療協議会において、レセプト摘要欄の選択項目化等について議論を行ったところであり、今後、厚生労働省において平成30年度診療報酬改定に向けてさらに検討を進める。
 - また、レセプトに記載する傷病名について、引き続き国際的な規格への準拠を進める。
- ③ コンピュータチェックルールの公開
 - コンピュータチェックルールの公開基準案について、タスクフォースにおいて議論を行ったところであり、支払基金において年度内に当該基準を策定し、基準に沿って順次チェックロジックを含めたチェックルールの公開を進めていく。
- ④ 返戻査定理由の明確化
 - 支払基金において、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。
- ⑤ 高額医薬品等の注意付せんの廃止
 - 高額医薬品等の注意付せんの廃止について、タスクフォースで議論を行ったところであり、支払基金において年内に一旦廃止し、年度内にその効果を検証する。
- ⑥ 現行の審査支払システムへのセキュリティ強化の実施
 - 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。

- ⑦ コンピュータチェックで審査を完結可能なレセプトの早期導入
 - 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）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。

2018年度（平成30年度）の取組事項

- 2018年度（平成30年度）前半にシステムの設計を終え、年度後半から具体的なシステム開発に着手する。また、新システムの構築は、巨額の費用が伴うものであるため、運用品質やセキュリティレベルを落とさないようにしつつ、システムのランニングコストを低減するために有効な技術について、費用対効果等も踏まえつつ、有識者の助言も取り込みながら、幅広く検討を進める。
- システム開発プロジェクトの基準工程の検討に当たっては、着実な実現のために必要となる作業内容や工程毎に必要な人員や機器を精査し、科学的な根拠を持って策定する。引き続き、支払基金の審査支払システムの構築に係る協議の場を活用し、必要な調整と進捗や成果、品質の管理を行う。
- 他分野の成功例や専門家の助言を受けながら審査の高度化支援にAIを活用することを検証する。
- 統一的・客観的なコンピュータチェックルールの設定に向け、2018年度（平成30年度）に調査事業を実施し、過去の審査データを分析し（年度半ばに中間報告）、審査結果が一定の幅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などして、専門的知見も踏まえながら、コンピュータチェックルールを設定していく。
- 職員チェックに関しては、専門性を高め、統一的な基準や審査品質を維持するため、引き続き、本部による統一的な研修を実施するとともに、専門性の高い職員の増加に向け、柔軟な働き方が可能な環境整備を検討する。また、審査の質を向上させていく観点から、支払基金職員として直接雇用する常勤医師を増やす。
- 医療機関等のICTに、コンピュータチェックルールを組み込むための課題や工程を整理する。

(2) より公平な審査の実現に向けた審査基準の統一化

(改革の基本的な考え方)

- 支部の審査において、支払基金の支部間および各都道府県の支払基金支部と国民健康保険連合会との間で差異があるのではないかとの指摘が古くからなされている。差異の一因として、①支払基金だけでも47都道府県で延べ約14万事例の支部独自に設定されたコンピュータチェックルールがあり、コンピュータチェックルールを設定している支部と、ルールを設定していない支部との間で、審査結果の差異が発生していたり、②診療報酬点数に係る告示・通知等における「通常」「原則として」等の表現には判断の「幅」が存在するため、審査結果に差異が発生しているのではないかとの指摘がなされている。
- 審査結果の差異は、国民皆保険の下で国民の受ける医療が、居住地や保険者によって異なるものとなる可能性がある。医療を受ける国民の公平性の観点から、その解消を図っていく必要があり、新システムの構築に合わせ、審査支払における差異解消に向けた継続的な取組を進めていく。
- このため、まず、支部独自のチェックルールの見直しや支払基金本部での審査の拡大を行う。また、支部間の差異について、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るシステムを開発する。具体的には、支払基金において新システムに審査内容等の自動レポート機能を導入し、差異を定期的に検証してコンピュータチェックルールや審査基準の見直しに反映させていくPDCAサイクルを確立する。厚生労働省においては、国民健康保険連合会も含む審査基準の統一のための検討の場を設けることにより、審査基準の統一化を進める。

2017年度（平成29年度）の取組の実施状況

- ① 支部設定ルールの見える化と取扱基準の策定
 - 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、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する。このため、2017年10月に本部から各支部に対し、支部点検条件の内容の事前整理を行い、本部へ報告するよう通知した。また、取扱基準についてタスクフォースで議論した上で、支払基金において年度内に取扱基準を策定する。
- ② 審査の一般的な取扱いの公表等
 - 支払基金において、審査の一般的な取扱いに係る公表手続きを見直すとともに、各支部の見解が概ね収れんした事例についても、一定の見解として、関係団体へ情報提供する仕組みを設ける。

2018年度（平成30年度）の取組事項

- ① 支払基金支部独自に設定されたチェックルールの見直し
 - 今年度中に策定したコンピュータチェックルールの取扱基準に基づき、各支部で独自に設定しているコンピュータチェックルールについて、本部チェックルールへの移行、廃止等に向けて見直し作業を実施する（2018年度（平成30年度）半ばに作業状況を整理するとともに、作業完了までの工程を明らかにする）。
- ② 支払基金本部審査の拡大
 - 本部で統一して審査を行うレセプトの対象範囲を拡大するため、現在、対象とされている高額レセプトの基準（例えば、医科40万点以上）を引き下げるほか、専門医が少ない診療科における専門性が高いレセプトを追加する。具体的な対象範囲やスケジュールについては、今後、タスクフォースで議論を行う。
- ③ 審査におけるウェブ会議方式の活用等
 - 専門医の少ない地域における特定の診療科のレセプト審査について、ウェブ会議方式の活用等を行う。
- ④ 再審査の仕組みの改善
 - 再審査や再々審査の仕組みについて、以下の事項も含めて、具体的な運用方法とその実現までのスケジュールについて、今後、タスクフォースで議論を行う。
 - ・再審査について、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の導入
 - ・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の導入
- ⑤ コンピュータチェックルールや審査基準の明確化
 - 診療報酬点数に係る算定ルール（告示・通知等）の明確化を進め、平成30年度診療報酬改定から順次実施する。
- ⑥ 自動的なレポート機能の導入
 - 新システムに審査内容等の自動レポート機能を導入し、審査結果に差異がある事例の見える化を進める。
 - 2018年度（平成30年度）は、まず、差異を調べる手法について検討するための審査データの分析を行う。

(3) 支部組織の集約化など、支払基金の組織の在り方の見直し

(改革の基本的な考え方)

- 現行法では、支払基金は、各都道府県に支部を設置し、また、支部ごとに審査委員会を設置すると規定されている。
支部長には、①法律に基づく権能（審査委員会における発言又は説明の請求、審査委員の委嘱）が付与されるとともに、②支部は、事実上の行為として審査委員会の事務補助を実施している。なお、支部長は、審査委員会での審査結果も含め、支部の業務に関し、一切の裁判上及び裁判外の行為をする権限を有している。
- 支部組織については、新システムの構築等による業務効率化・高度化に合わせ、その機能の集約化に向けて検討する。
- 見直しに当たっては、審査機能を本来有している保険者、地域の医療関係者等、関係者に対して、見直し後も審査・支払業務が円滑に行われること等について、丁寧に説明しながら進める。

2017年度（平成29年度）の取組の実施状況

- ① 支部集約化に向けたモデル（実証）事業の検討
 - 2018年度（平成30年度）早期から実施するモデル（実証）事業の具体的な内容について、タスクフォースにおいて議論した上で、支払基金において実施方法等について、年度内に大枠を決定する。

2018年度（平成30年度）の取組事項

以下の取組を着実に進め、支部機能の集約化の内容を具体化し、地域における関係者への丁寧な説明も行いながら、2019年（平成31年）の通常国会に関連法案を提出する。

- ① モデル（実証）事業の実施
 - 円滑な審査・支払業務の実施と両立できる集約化の在り方（集約可能な機能の範囲、集約化の方法、集約化に伴う業務の在り方等）を検証するため、2018年度（平成30年度）にモデル（実証）事業を実施する。
 - 2018年6月から、2か月を1回の期間として、3つのエリアで実施し、9月末までに中間報告を行い、年末までに最終報告する。
 - 支部長の法律上の権能についてもモデル（実証）事業の検証の結果を活用して、現在47都道府県に設置することとされている支部組織の集約を行うため、所要の法改正を行う。

- ② 審査プロセスの見直し・新システムの設計（再掲）
- 統一的・客観的なコンピュータチェックルールの設定に向け、2018年度（平成30年度）に調査事業を実施し、過去の審査データを分析し（年度半ばに中間報告）、審査結果が一定の幅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などして、専門的知見も踏まえながら、コンピュータチェックルールを設定していく。
 - 新システムの設計については、2018年度（平成30年度）前半に設計を終え、年度後半から具体的なシステム開発に着手する。また、新システムの構築は、巨額の費用が伴うものであるため、ランニングコストの削減については、運用品質やセキュリティレベルを落とさないよう、有識者の助言を取り込みながら検討を進める。

(4) その他

2017年度(平成29年度)の取組の実施状況

- ① 審査委員会の運営規程準則の見直し
 - 支払基金の審査委員に係る現行の運用上取扱い(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)について、支払基金の内規上で明文化する。
- ② 現行業務の棚卸し
 - 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観点から、現行業務全体の棚卸しを実施する。

2018年度(平成30年度)の取組事項

- ① 手数料体系の見直し
 - 毎年、手数料単価の引下げを行っているところであるが、引き続き、業務効率化によるコストダウンを図るとともに、今後の審査プロセスの見直し・新システムの導入による事務コストの軽減の見える化を進めるとともに、手数料の階層化について、具体化に向けた検討を行う。
 - 現行システムにおいて、コンピュータチェックで審査を完結できるレセプトについて、他のレセプトとは別途の審査手数料を設定することについて検討を行う。
- ② レセプト様式の見直し等
 - レセプトの摘要欄にフリーテキスト形式での記載を必要とする項目があり、それらが医療機関等の負担や効率的な事務処理の妨げになっているとの指摘がある。
 - 診療報酬に係る事務の効率化・合理化の観点から、レセプト様式の見直しを行い、定性的な記載項目については、できる限り、医療機関等が選択できる方式に変えるなどの見直しを進め、これをコンピュータチェックに活用する。
 - 平成30年度診療報酬改定においては、レセプト摘要欄の記載方法等の見直しについて、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ実施する。今後の改定においても、見直しを実施する。

- ③ レセプト請求（再審査請求を含む）の電子化等
 - 審査事務の集約化と支払業務の効率化のためには、入口（受付）から出口（請求・支払データの送信）まで一貫した電子処理が不可欠であることから、レセプト請求（再審査請求を含む）の電子化と請求関係帳票のオンラインでの受け取りについて、関係者に働きかけるなどにより推進していく。
- ④ 審査業務の効率化
 - 審査基準の明確化、統一化を促進するとともに、レセプト及びその添付情報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、原本データの参照システムの構築を検討する。
 - 医療判断の基になる検査等の動画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の導入について、動画等のエビデンスデータの取得に関する課題や費用対効果等の観点も含め、検証を行う。
- ⑤ 審査支払業務の平準化検討
 - 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を行う。
- ⑥ コンピュータ処理の徹底
 - 審査だけでなく、請求・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。今後は、支部も含めた業務体制のスリム化と最適化を着実に進める。
- ⑦ 学識委員による判断の仕組みを確立
 - 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、保険者代表と診療担当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、中立な立場にある学識委員に判断を委ねる仕組みとする。

【別紙】「計画・工程表」に掲げられた改革項目の概要

1. 「計画・工程表」に掲げられた具体的な取組

(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、導入するとともに、継続的に審査の質の向上や費用低減等を推進する。
- 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。

(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、傷病名等各種データ項目について、引き続き汎用的な国際規格等への準拠を進める。
- 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) 本文書における ASP（アプリケーション・サービス・プロバイダ）とは、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共同利用できる仕組みのこと。

(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、審査プロセスのあらゆる段階において取り組む。

- 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、審査結果が一定の幅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、専門的知見も踏まえながら、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。
- 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、新たな差異を見過ごさないために、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】

（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つては、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、中立な立場にある学識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】
- ・ 学識委員については、医学上及び薬学上の高度な識見と豊富な臨床経験等や保険診療に関する識見を有した者であつて、公正・公平な審査を成し得る者の中から選出する。
- ・ 保険者を代表する審査委員については、医学上及び薬学上の高度な識見と豊富な臨床経験等や保険診療に関する識見を有した者であつて、公正・公平な審査を成し得る者の中から選出する。

(12) 審査委員会の運営規程準則の見直し

- 支払基金の審査委員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明文化する。【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】

(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。

2. 今後の対応

- 業務効率化に向けた支払基金の各取組については、「改革の推進体制」の下で、「計画・工程表」（概要、本別紙）及び「国民の健康医療のためのビッグデータ推進に関するデータヘルス改革推進計画・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をとりつつ、進捗状況を常時フォローアップしながら、着実に進める。
- 2019年（平成31年）通常国会への法案提出に向け、厚生労働省は、「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」に掲げられた改革項目の実現に必要な法整備を進める。
- 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、「統一かつ透明なルールベースの保健医療」を実現する。
- 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、透明化を推進し、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