

各論点における検討会構成員の主な意見(第1回～第3回)

①審査結果の不合理的な差異の解消

【審査結果の不合理的な差異とは何か(定義)】

- ルールが同一であっても、審査委員や患者など人が介在し結果が異なることが考えられる。現場の医学的判断は一点に統一されるものではなく、一定の幅をもっているものではないかと想像する。
- 以前に比べると、被用者保険では請求が認められず、国保では認められるということが解消されてきていると聞いている。患者本位の標準的医療がエビデンスに基づいて浸透しつつあり、これは質の高い標準的な医療を提供することにつながる。ただし、画一的であってはならない。
- 社保と国保の差異を考えると、そもそも加入者の年齢構成を含めて状況が異なり、そうしたことから、国保と社保で差異が生じることがあるのではないか。
- 支払基金で行われている改革についてはしっかりと検証して、行き過ぎであれば軌道修正すべきものであり、単純に全てどちらかに統合する、どちらかの仕組みを当てはめるといことは、早計ではないか。毎月、1億6千万件という非常に多くのレセプトを取り扱っており、また、社保と国保では、それぞれの成り立ちから患者構成や疾病構造も異なり、それぞれに特性がある。
- 保険局長の国会答弁にある医療の個別性と診療ルールの画一性の間を埋めながら、専門的知識と臨床経験に基づいて審査している中で、支払基金と国保連において差異解消に向けた様々な取組が継続されている。継続して両者の差異解消に取り組んでいくべきである。

【各審査支払機関の差異の解消】

(コンピュータチェックによる審査の9割完結)

- 審査支払業務の潤滑な運営のためには、審査委員と職員の連携が重要であり、AIを用いた審査の9割完結は、あくまで前捌きとして、財政中心に議論が一人歩きしないよう注意が必要である。
- 基金と国保でAIを導入するポイントはそれぞれ違うようであり、後で問題とならないよう、その内容を調整してから進んだ方が良いのではないか。

- 金額比率は入院レセプトの方が大きいので、支払基金は、現段階で対象から除外することなく入院レセプトもAIにかけるべきではないか。
- AIを使いながら「コンピュータチェック(以下「CC」という。)による審査の9割完結」を目指していく中で、審査の質を担保出来るのか確認したい。
- このAIの仕組みは、再審査の結果が正しい審査結果であることを前提としているが、医療機関から見るとそのような認識ではない。この仕組みは否定しないが、一方で、教師データを検証するプロセスを入れるべきである。

(審査基準の統一に向けた取組)

- それぞれCCの項目も違うが、出口となる審査基準の整合性はどのようにとるのかプロセスが不明である。
- 支払基金資料(第2回 資料②)のP20(自動レポーティングで見える化された差異の解消フロー)は、年間どれくらいのものを解消するようなスピード感で行うのか。
- 各都道府県/ブロック単位で議論が行われているが、これは、人の動きを意識して、都道府県別にカスタマイズされ過ぎている。標準的なベースにより、効率的にバージョンアップする体制に変えていくことが大切と考える。

(自動レポーティング機能)

- 自動レポーティングの対象がCCの結果の処理状況ということだが、CCが付かないレセプトはどの程度あるのか。それについては、レポーティングを行う必要はないのか。
- 自動レポーティングは、「その差異が説明可能なものか否かを調査・分析」と書かれているが、公開されるデータは、人の判断によるフィルタがかかったものだけでなく、差異が不合理か否かにかかわらず、レポーティングされた差異は全て出すべきである。
- 差異の見える化やPDCAを回すに当たって、どこをどのようにシステム化するのか、まだ工夫の余地があるのではないか。

- 自動レポートは、現在の進捗状況と内容を明らかにするとともに、レポート結果も保険者に情報公開し、協議しながら審査基準の統一化に向けての取扱いを検討することが必要である。
- 自動レポート機能は、審査結果の差異を把握するため、支部別の査定や返戻などの処理状況が見える化して、差異解消に取り組むためのものと理解しているが、医学的判断が必要な事例にも踏み込んで見える化するものなのか。
- 仮に、同じ患者が違う地域にいた場合、同じ医療を受けるべきであると考えている。現状では、地域によって提供されている医療が異なる場合があり、その結果審査結果が異なっている場合があり得るとは理解しているが、どこにいても同じ最適な医療が保険診療として受診できるようになっていくことを目指すべき。そのための差異解消ととらえると、コンピュータやAI等で一律に査定することを目指すのではなく、可能な限り差異が見える化、原因究明し、その結果をオープンに議論していくというプロセスを整えることが必要であると考えている。

【審査支払機関の間の差異の解消】

- 雇用が流動化して社保と国保をわたりあるく人が増えた。保険者種別で不公平が生じないようにしてほしい。
- 一般から見れば社保も国保も同じ審査支払機関。なぜ2つあるのかと思われる。
- ガラパゴスルールなのか、患者の個別性なのかは判断が難しい。現場の判断には幅があってしかるべきだが、社会実験としてレセプト交換をする等により不合理な差異の原因を認定するべきではないか。
- 不合理な差異解消の取組を進めるため、両機関の差異解消のプロセス、目標や方法、あるいは工程等を明らかにすることが重要である。
- 来年のシステム刷新後、自動レポートにより差異の見える化が加速すると考えられるため、連絡会議について、双方で統一できた基準をその都度ウェブで情報提供し合う等、スピード感のある対応の検討をお願いしたい。

- 審査基準の統一事例の数字は分母がないと意味がなく、それを示した上で議論をするべきである。
- 支払基金と国保で審査のやり方に大差がない、それぞれ異なった判断をしようとしているとは考えられないので、一つに統合してはどうか。

②支払基金と国保連のシステムの整合的かつ効率的な在り方

【最終形として目指す姿】

(総論)

- 基金のシステム刷新には約230億円をかけている。同じものを2つ作ることはナンセンスであり、極力重複を避け、先に開発される基金のシステムを可能な限り活用してほしい。また、被用者保険の負担した開発費用の還元を併せて検討していただきたい。
- モジュール化等の設計の仕方だけではなくて、システムを最も効率的で効果的な最先端なものをきちんと使えているかということも精査していきたい。
- デジタル化の推進に当たり、これまでの業務の在り方を見直していくことは必須である。
- 業務の見直しが必要であるという視点で業務オペレーションに関するシステムソフトをどうするか検討し、そのシステムは毎年バージョンアップしていくような努力をする。それによって、コストをかけず、よりスピーディにより正確に新しいサービスにも対応できる体制を作ることが重要である。
- 国民目線で見ても、統合できるところは統合する、共同化するというのは当然必要。業務のやり方を根本的にもっと大所高所から見て、より合理的な方法を今後検討すべき。
- 歴史や法律が別々のため、それぞれ独自にシステム構築をしてきたと思うが、少なくとも医療機関の請求に対する審査については統一してほしい。
- システムの構築費用もかなりの額になり、人員削減も含め、失敗は許されるものではないと考えている。結論ありきでなく、審査現場の声をしっかりと聞き、問題点を共有して、ソフトランディングすべきと考える。

- 国保の有するシステムは、各システムが連携しており、システム更改における課題の一つとされているが、最終稼働が2031年(令和13年)度では遅すぎるため、システムのうち、審査支払系システムの部分を支払基金が開発中のシステムに切り替えてはどうか。

(CC)

- CCは平成28年の検討会でも議論が行われたが、そもそもの言語が異なるイメージである。どう整合性を取るのか。
- 支払基金資料(第2回 資料②)のP21と国保資料(第2回 資料③)のP10で単位が異なり数字が全く違う。統一するべきであり、それができないなら、基金のチェックを後から作る国保が使った方が経済的にも効率的。そうすれば、自動レポーティングの結果も、同じものを使うので、不合理な差異が自動的に解消されてくるのではないか。
- CCの単位を揃えることは、不合理な違いを明らかにするためには最も大事だと思うので、ぜひ検討いただきたい。

(再利用可能性)

- 審査支払業務等を支援する情報システム構築においては、可能な限り複数機関が相互に乗り入れて活用できるようにするべきである。このような業務支援基盤が実現すれば、結果的に、日本社会全体としてのコスト削減が図れるものとする。しかしながら、国保の業務を止めることなく円滑に移行させることを優先させねばならず、その点には留意する必要がある。
 - 保険者業務についても、例えば被用者保険が国保のシステムを、サブスクリプションベースなどで利用できるよう、開発に留意すべき。
 - 医療機関のレセプトチェック機能についても、本来であれば、審査支払機関のチェックをサブスクリプションベースで利用できるようにすべき。

【考慮すべき制約条件】

- 国保のシステムは各都道府県とつながることにより全国決済等の処理も行っており、また、保険者機能を有する様々な分野のシステムともつながっているため、注意が必要である。これを念頭に、効率的に共用できるシステムを構築していくか検討しなければならない。令和6年に更改をしなければいけないという期限もある。コストは各連合会の負担であり、最終的には市町村負担であることも考慮すべきである。また、市町村はコストを一定期間で平準化しなければ負担できない。

- 支払基金と国保連のシステムの整合的かつ効率的な在り方の検討は、審査の在り方の共通化と同時に費用圧縮も目的の一つ。そのことからすると、2024年の更改はハードウェアのクラウド化に留め、支払基金の新システムの状況を的確に把握した上で、両者が連携し検討すべきである。
- システムのクラウド化は、複数のソフトウェアをクラウド上で連結・通信させ、共通部分を相互で利用することにより全体のコストを下げるのが本質的な意義であり、クラウドリフトだけでは効率化にはならない。
- 現在、共有しているASPを含むオンライン請求システム部分について、国保では費用の問題から、基金のシステム更改から2024年までの間は採用できないと説明されているが、支障が生じるのではないか。
- システム更改に当たっては、各市町村の保健事業等のサービス提供に支障が出ないように進めていただきたい。

③その他

【オンライン請求の促進】

- 紙レセプトの削減も重要。健保連、健保組合は保険者再審査で紙レセプトの提出を削減するべく取り組んでいるが、医療機関からの紙レセプトによる請求も減らすよう、国の取組としてもお願いしたい。
- 紙レセプトをなくしていくべき。受け付けないことはできないだろうが、支払を遅らせるなどのペナルティを取り入れることによって削減することを検討してはどうか。
- 訪問看護はまだ全て紙のままであり、今後のデータ分析のためには電子化が必要。また、歯科レセプトについても、在宅診療や口腔ケアの状況把握のために、電子化・オンライン化が必要である。

【在宅審査】

- 在宅審査はどう進めていくのか。今までの審査委員の利便性向上と確保の観点だけではなく、コロナ禍、コロナ後における審査委員と職員の両者について、社会的運営や新しい時代の働き方等の両面から考えるべきである。

- 新内閣の方針でもあるデジタル化があらゆる分野で加速する中、在宅審査は大事な取組であり、どのようなスピードで実現をしていくのか、詳細に説明をしてほしい。
- 在宅審査については、メリットは確かにある一方、個人情報の取扱(セキュリティの担保・他人に見られない環境整備)が懸念。事務局や医科・歯科の先生とも協議をする必要があることにも留意し、慎重に検討していく必要がある。
- 在宅審査については、審査委員、職員の相談がしづらくなり、差異発生の原因となることが懸念されることから、審査委員、職員の相談の場を確保することが課題である。

【データヘルス関連】

- 全体のシステムや運用やオペレーションの改革をしながら、新しい仕組み(例えば、海外では、医療機関で多剤使用や重複薬剤についてワーニングが出る事例がある。)を生み出し、多くの人々がハッピーになるような医療保険制度の一端をしっかりと担える仕組みを構築してほしい。