

各論点における検討会構成員の主な意見(第1回～第5回)

①審査結果の不合理な差異の解消

【審査結果の不合理な差異とは何か(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ふことは、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。

(CCの統一に向けた取組)

- 国保は、2022年度にVランプのCCを全国统一するとのことであるが、国保連の外付けシステムにも連合会ごとのCCが存在するのであれば、それは支払基金の支部のCCと同じようになくさなければならない。
- CCは基金と国保のそれぞれが全国统一をしていくということだが、その過程で両者を合わせないと、バラバラに全国统一したものを合わせるとなると、また時間がかかってしまう。

(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、レポートイ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。
- 全ての検証データを支部で検証することとしているが、毎月のレポートが10事例を目途というのは少ない。本部で対応可能なものは支部での検証を省略する、システムを活用する等、自動レポートイングのフローを見直し、より多く、よりスピーディなレポートイングを目指すべきである。
- 自動レポートイングはシステム刷新が来年なのに、一部が令和4年度からというのはなぜなのか。理由があるなら、それをきちんと示したうえで、工程をつくらないといけない。
- 自動レポートイングは、現在の進捗状況と内容を明らかにするとともに、レポートイング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。
- 保険者等から本部あてに支部間差異があるとして照会が寄せられた事例についても、積極的に自動レポートイングを進めてもいいのではないか。迅速に不合理な差異の解消を進めるため、そのような事例も対象にする等、可能な限り幅広く自動レポートイング機能を活用し、再審査の減少に寄与していただきたい。
- 自動レポートイング機能は、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。
- 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。
- 組織を統合することは難しいのかもしれないが、基金と国保の審査委員を同じ者が担えば、そもそも社保・国保の差異は生じにくくなる。特別審査委員会は2割ほどの先生が両方の審査委員に委嘱されていると聞いている。
- 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、自動レポーティング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。
- 全国統一した審査基準の事例数が示された(第4回 資料①のP1)が、この事例数が適切なのか、何をゴールとしているか、検討中の事例が溜まっていないことが良いことなのかといったことが明らかになっていない。
- 各都道府県の審査基準を整理した上で、第4回 資料①のP1にあるフローに乗せていく必要があるのではないかと。既にある審査基準はこういう形で整理をしていくのだろうが、なかなかスピードが上がらない。日々、新し

い医薬品や診療行為が生まれてくることから、新しいものについては、そもそも最初から、両者・全国でそろえていくべきではないか。

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。
- 審査結果をできるだけ統一していくというそもそもの観点から見ても、CC、自動レポーティング機能は、当然共同利用すべき。保険者や保険医療機関等のシステムとの連携のしやすさにも配慮し、進めていただきたい。
- 基本的には、全て共同利用すべき。支払の機能も含め、検討していただきたい。また、その前提で開発の体制も検討していただきたい。支払基金は、国保連が有している保険者機能を担うことは考えられないか。
- 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。
- 今までの紙レセプトを前提とした審査をデジタル化したとしても、審査の質の向上には限界が出てくる。将来あるべき姿も踏まえた上でどういうことが必要なのかということ、紙ベース前提ではなくて、デジタルを前提にした中での工程を描いていくことが必要である。そのためには、レセプト様式の変更等も検討すべきであることから、厚生労働省の関与が必要であると考ええる。
- 今、政府において政府共通プラットフォームが議論されている。医療はまさに公共部門の一部であり、政府共通プラットフォームにうまく乗るのであれば、その中で業務の標準化や、デジタル化、もちろん財政的な支援といった議論もできる。今般、デジタル庁も発足することから、今回の取組が政府共通プラットフォームの枠の中でできるかどうか検討いただきたい。

(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。
- 試行的に公開しているCCの中には、医学的根拠に基づいた事例も含まれている。既に問題が生じていないのか。また、今後問題が生じた場合どのように対応するのか。慎重に対応していただきたい。

(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。できるだけコストダウンしていくと思うが、一定の経費がかかるものと想定されるので、市町村に対する財政的な支援をお願いしたい。
- 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るべきである。
- 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。

- 国保連は、国保総合システムの他に、市町村の実情に合わせた外付けシステムを有している。2024年に全てをクラウド化することは、システム障害等、リスクが高い。慎重に段階的に進めていくことが現実的である。

【スケジュール、体制及び費用負担】

（スケジュール）

- 統合的かつ効率的なシステムにするためには、同一の機能を1つにまとめ、1つの仕組みを双方で共有するというのは最も好ましい方法ではあるが、今、議論の中心にあるのは、効率的よりも統合的のほうにあると考えるならば、効率的であることは第2ステップに先送りをして、2024年に向けてはまず、統合的であることのみを考えて、最低限の開発をするのが好ましいのではないか。
- 2024年のシステム更改と並行し、あるべき姿に向けた検討を進めるべき。国保連のシステムを疎結合するため、インターフェースの定義に半年から一年必要だとすると、2026年から2027年を目指す姿の実現時期となるのではないか。
- 2024年の受付領域の共同利用及び審査領域の業務要件の整合性の確保はとても意義深い取組である。また、当初、国保は段階的に進めるという案が示されているが、このスケジュールどおりに進めば少し前倒しで実現できるのではないか。
- 進捗管理は当然あってしかるべきであるが、定期的なチェック、見直しといったPDCAサイクルを回していただきたい。また、2024年に課題が残ってしまう可能性があることを念頭に置き、対応を進めていただきたい。
- 第5回 資料2の「効率性の実現」に関して、2024年以降に期限はなく、矢印が終わりなく伸びている。両機関での共同開発を実働的に行い、早期に技術的なアイデアを出し合うことにより、矢印が延々と伸びていかないような形でやっていただきたい。

（体制）

- 開発担当者が1か所に集まり、設計段階から共同作業し、そのノウハウを国保連の独自システムにつなげていくための基盤にもしていくという体制整備の取組をすることにより、今後の共有は、最初の段階から共有するという発想で臨んでいただきたい。

- 今の議論では、どちらかの組織が何かをつくって、相手がそれを見ながらつくるといって非常に非効率な状態に陥ってしまう。統一したシステムを使うということ、クラウド前提で考えるのであれば、両機関がシステム開発部分を外出しし、一つの組織にするようなことまで含めて体制の在り方を考えなければならないのではないか。
- システム開発の体制としては、技術のある人を連合会などから中央会に集めて、中央会の機能を強くしなければならない。
- 最後はガバナンスの問題。いずれは中央会も、支払基金の本部のように、国保連合会との主従関係を逆転させてグリップを効かせる必要がある。そうでないと、一つの連合会がダダをこねただけで、途端に進まなくなってしまう。
- 両機関の技術的なすり合わせの必要が生じた場合、両機関に任せるのではなく、最新技術を取り入れ、効果的なものになるよう、厚生労働省は主導して進行管理していただきたい。
- 「支払基金と国保の実効的な合同実務部隊」を構築することは、共同開発においてとても重要である。厚生労働省も参画して丁寧に実行していただきたい。

(費用負担)

- 国保にも財政出動し、しっかりとした仕組みを国保側に合うような形で作った上で、支払基金の仕組みでそれをうまく結合して統一していくことが必要ではないか。
- 国保システムについては、迅速な更改・支払基金との基準の統一を国保ができない理由が、技術的な限界によるものなのか、ベンダーロックによるものなのか、お金の制約によるものなのか整理が必要。費用の問題であれば、少なくとも相場観が必要で、この際、国費を入れることを考えるべきではないか。ベンダーとの契約で違約金が発生するからダメなのであれば、違約金を国費で払ってはどうか。

③その他

【オンライン請求の促進】

(共通)

- 保険医療機関等、保険者等、審査支払機関が一体的に見直していく必要があり、国が主導し、期限を決めた上で一気に成り取り組んでいきたい。また、厚生労働省は通知改正、財政支援等も検討していただきたい。
- 審査支払機関だけが効率化しようとしても部分的にしかならず、全体の流れの中で実行しなければ本当の効率化は実現できないというのが定石である。大きな方向性として、オンライン化するということは決まっていることであると考えられ、この方向性で進めていくべきである。

(保険医療機関等からの返戻再請求のオンライン化)

- 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。
- 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。
- 返戻再請求は、紙レセプトのほうが断然容易。例えば、事務担当者は、送付された紙レセプトをそのまま持ち運び、直接記載して修正することが可能。一方、オンラインによる再請求は、時間や手間がかかる。
- オンライン資格確認が開始し、オンライン資格確認用端末でオンライン請求することが可能となるため、これまで推奨されなかったオンライン請求用端末とレセコンや電子カルテを物理的に接続する必要性、必然性が生じてきている。
- 通常、保険医療機関等の電子カルテシステムは、外部と接続しない専用端末を使用している。今後も変わらないであろう。また、オンライン請求用端末も専用端末を使用している。多くの保険医療機関等は、この二つを一体にする考えはないのではないか。
- 医療現場でなぜ紙で対応しているのかを把握した上で、保険医療機関等に対するペナルティや義務化といった取り組みではなく、自然と紙レセプトが減るような現場に負担をかけない対応策を検討していただきたい。

- 紙レセプトによる請求は、請求省令の例外として認められている一方で、自然と電子請求への移行が進むと考えている。医療機関に対してペナルティを課して実現しようとするのではなく、デジタルへの取組の意義等を丁寧に説明し、実現してほしい。
- 保険医療機関等に網羅的にヒアリングしたわけではないが、オンライン請求しているにもかかわらず、紙レセプトにより返戻再請求する多くの理由は、「紙レセプトで返戻されるから」「届いた紙レセプトに加筆修正し再請求するほうが容易であるから」であり、オンライン化を進めた場合に、何か抜本的に困ることはないと聞いている。完全オンライン化に向け、そもそも紙を発生させている、審査支払機関からの紙レセプトによる返戻（出力紙レセプトによる返戻）を廃止しオンラインでのみ返戻すべきである。

（保険者再審査のオンライン化）

- 保険者再審査のオンライン化に当たっては費用がかかる場合もあり、特に規模の小さい保険者にとっては負担になる。

（実施方法）

- 厚生労働省は、今後の取組の検討に当たって十分に関係者にヒアリングし、現状把握していただきたい。新しい制度が開始されるときはたいてい手探りの部分が多くなるが、なるべく手戻りがないよう、丁寧な準備、分析、検証をしながら進めることが最も重要である。
- 審査業務の効率化のため、通知の改正等を含めた紙レセプトの削減に取り組んでいただきたい。
- オンライン資格確認の導入に伴い、患者は自分の電子レセプトの情報の一部が保険医療機関等やスマホで閲覧できるようになるが、紙レセプトはその対象外である。これは、医療の質の向上にもつながることであり、返戻によるものは紙だから、その分は患者さんが閲覧できなくてもやむを得ないということにはならない。何とかオンライン化していただけるようお願いしたい。
- 現在の保険医療システムのネットワークに関する、またはセキュリティに関する考え方というものを改めていただくことをお願いしたい。なぜなら、全体のコストを下げながら、全ての小さな保険者までがペーパーレス化をするというのは難しいのではないかと私は考えている。例えば、オンライン資格確認の仕組みは、専用ネットワークで作られた専用システムにつなげな

ければならず、これが、実は医療機関のシステムに関するコストを押し上げる原因となっている。

- 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。

【診療データの審査における活用】

- データが必要となるかどうかはケース・バイ・ケースという考え方では、システム化が困難であるため、必要となるデータを決め、該当のケースには必ずデータを収集しておき、データを確認する必要が生じた場合に集めてあるデータから抽出するという仕組みにすべきである。
- 審査支払機関からの診療データの提出依頼は、具体的にどのデータを出すよう依頼されるのか。それとも、保険医療機関等が考えてデータを出すのか。医事課で提出するデータを作成することになるが、全ての作業に医師が関与することになるのは非常に非効率である。
- 余計な負担とコストが発生しないよう、必ず提出可能なデータを提出させることとして試行すべきである。
- 日本の国内の検査データというのは基本的には外部精度管理が一元化されているわけではないため、例えば全く同じ検体の検査をしたとしても全く同じデータが出てくるとは限らないという状況になっている。このような取り組みを進めるのであれば、例えば、診療報酬制度の中で外部審査をし、一定のレベルが揃っているということを証明された後でなければデータを受け取らないというような形にしなければ、機械化できず、かえって非効率なのではないか。

【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。