

審査支払機能の在り方に関する検討会 報告書（案）

2021年3月●日

審査支払機能の在り方に関する検討会

1. はじめに

- 審査支払機関改革は、公的医療保険制度の加入者である国民が、審査基準の統一化により全国どこでも、働き方や年齢によらず、同じく質の高い医療が受けられること、及び、保険料を通じた国民負担の軽減の観点から業務効率化を進めることを目的に掲げ、検討・取組を進めている。
- 2017年には「支払基金業務効率化・高度化計画」（2017年7月4日 厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金）及び「国保審査業務充実・高度化基本計画」（2017年10月4日 国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会）が策定され、その後は、規制改革推進会議のフォローアップ対象としても改革の進捗管理が行われ、着実にその成果を上げてきた。
- また、2019年5月には社会保険診療報酬支払基金法を改正し、各都道府県の支部を廃止し、支部の有する権限を本部に集約することとするとともに、2020年3月には「審査事務集約化計画工程表」が策定され、レセプト事務点検業務について、2022年10月に、その実施場所を審査事務センター（分室）に集約することとしている。
- 本検討会は、「審査支払機関改革における今後の取組」（2020年3月 厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会）及び「規制改革実施計画」（2020年7月17日 閣議決定）に基づき、2020年9月から開催し、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）と国民健康保険中央会（以下「国保中央会」という。）、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）の審査支払機能の整合的かつ効率的な在り方について、具体的な方針・工程等の議論を行った。以下は、検討会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

- 本検討会では、「審査支払機関改革における今後の取組」及び「規制改革実施計画」において、本年度中に工程を明らかにすることとされている、「審査結果の不合理な差異の解消」及び「システムの整合的かつ効率的な在り方」に焦点を当てて検討するとともに、対応方針を検討することとされている、その他の重要事項を検討した。
- その際、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異動があることを踏まえ、審査結果の不合理な差異の解消や効率化の検討に当たっては、支払基金と国保中央会・国保連による改革の検討を一体的に進める必要があり、本検討会においても、全ての検討事項について、審査支払機能を一体的に検討した。

(1) 審査結果の不合理な差異の解消に関する事項

- 審査結果の不合理な差異の解消に関する取組の検討に当たっては、まずは、審査結果の不合理な差異とは何か議論を行った。診療報酬の審査委員は、保険診療ルールを様々な臨床現場に当てはめ、両者の間を埋めながら医学的に診療の妥当性を判断しており、一定の差異は避けられない中、どのような差異が不合理な差異であるか、実例をもとに議論の前提を確認した。
- その上で、支払基金及び国保中央会・国保連の各審査支払機関内において、コンピュータチェックの統一、審査基準の統一、自動レポーティング機能による差異の見える化の3つの観点から、審査結果の不合理な差異の解消を、さらに加速化するための取組について議論を行った。
- さらには、雇用が流動化して被用者保険と国民健康保険の間を異動する国民が増える中で、保険者種別によって国民への平等な医療サービスの提供が損なわれることがないようにすべきとの意見も踏まえ、支払基金及び国保中央会・国保連の都道府県間及び組織間における、不合理な差異の解消のための取組について議論を行った。

(2) 支払基金と国保中央会・国保連のシステムの整合的かつ効率的な在り方に関する事項

- 審査支払システムの整合的かつ効率的な在り方の議論については、審査支払システムそのものの目指す姿と、医療機関等と保険者による一部の機能の利用という、内部の視点と外部の視点の双方から、最終的に目指す姿を議論した。
- その上で、現実的な制約条件も踏まえ、目指す姿に向けた工程について、整合的な在り方の実現と効率的な在り方の実現の両面から整理を行った。

(3) その他に関する事項

- 審査支払機能の効率化や質の向上の観点から、「審査支払機関改革における今後の取組」や「規制改革実施計画」に基づき、その他の重要事項についても議論を行った。具体的には、以下の5つのテーマについて、審査支払機関の審査委員へのヒアリングや、医療機関等及び保険者の現場の意見も踏まえて、現状と課題を確認し、今後の方向性について議論を行った。
 - ・ オンライン請求の促進
 - ・ レセプト原本データの一元管理
 - ・ 診療データの審査における活用
 - ・ 在宅審査
 - ・ 審査支払業務の平準化等

3. 審査結果の不合理な差異の解消について

- 審査結果の不合理な差異の存在は、国民皆保険の下での国民への平等な医療サービスの提供を損なうことにつながりかねない。したがって、国民への平等な医療サービスの提供の観点から、支払基金と国保連の双方の取組によりその解消を図っていく必要がある。

(1) 審査結果の不合理な差異の定義

- 「不合理な差異」とは、臨床現場の多様性や審査委員の臨床経験・専門的知識等を考慮しても、なお、医学的な判断として、説明が困難な審査結果が不合理な差異であることが確認された。

(2) 各審査支払機関内の差異の解消

① コンピュータチェックの統一に向けた取組

- 支払基金では、既存の支部独自のコンピュータチェックルールについて、2021年9月に予定されている審査支払新システムの稼働までに、原則としてすべて本部に集約又は廃止することとしている。他方、国保中央会・国保連からは、国保総合システム内の医学的判断を伴うコンピュータチェックを2022年度中に全国統一する方針が示された。
- こうした方針に加えて、国保中央会が提供する国保総合システムの外側に存在する、国保連の外付けシステムにおけるコンピュータチェックについても、支払基金の支部のコンピュータチェックと同様に、全国統一し集約・廃止する必要がある。

注) なお、支払基金では、「全てのコンピュータチェック事例の公開に向け、(中略)保険者や保険医療機関等の関係者の合意を得ながら公開を進めていく」こととされており、公開方法については、保険医療機関等のシステムに取り込み易いように、既に公開しているチェックマスタについては2021年9月を目途に、それ以外の公開事例については2022年10月を目途に、ファイル形式を変更して提供することを検討中である。

② 審査基準の統一に向けた取組

- 支払基金では、原則として、全国47支部のうち8割(38支部)において審査上の取扱が収斂した事例について、全国共通の審査基準としている。2020年10月には、現状の支部間の不合理な差異の解消を図るため、中核6ブロックに診療科別WGを設置し、差異解消の検討を開始したことが報告された。
- 国保中央会・国保連では、原則として、全47国保連のうち8割(38国保連)以上が採用している基準は、全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会で承認を得た上で、全国保連共通の審査基準と

していることが報告された。

○ これらを踏まえ、審査基準の統一の加速化のために、さらに以下の取組を行う必要がある。

- ・ 支払基金では全国で約 33,000、国保連では全国で約 18,000 ある各都道府県の審査基準について、2022 年 10 月までに各機関でその重複や整合性の整理を行い、2024 年 4 月までに各機関で審査基準を全国统一するための検討を一巡させる。統一完了までに要する期間は 2022 年 10 月までに改めて確定することとする。
- ・ また、医学の進歩や新たな診療行為や医薬品が開発されることにより、当然ながら、今後も継続して新たな審査基準が必要となるが、新たな審査基準については、各機関で、原則として全国统一を行う。

③ 自動レポート機能による差異の見える化に向けた取組

○ 支払基金では 2021 年 9 月リリース予定の新システムにおいて、審査結果の差異などが見える化するため、自動レポート機能を導入することを予定している。具体的には、統一された審査基準に対する審査結果や多くの付せんが付くコンピュータチェックにおける審査結果の差異をレポートして見える化すること、見える化した差異事例について、差異の解消を図った上、新たなコンピュータチェックの設定や現行のコンピュータチェックを精緻化する方針が示された。

○ また、コンピュータチェックで付せんが見つからないレセプトについても、新たに統一された審査基準に対する審査結果、保険者からの再審査請求や指摘のあった支部間の差異、職員の疑義付せんにより査定となった医薬品や診療行為について、優先順位を付け、レポートの対象とすることでその差異の見える化を図ることとされている。

○ 国保中央会・国保連では、コンピュータチェックに係る審査結果について、チェック項目ごとに処理状況を出力した上で、国保中央会で集計し、各国保連に送付し、チェックの精緻化等に活用しており、今後は、国保中央会における集計等の自動化を図る予定である。

○ これらを踏まえ、差異の見える化を、不合理な差異の解消に効果的につなげていくために、さらに以下の取組を行う必要がある。

- ・ システムの自動レポート機能により見える化された差異については、差異が不合理か否かにかかわらず、速やかに、全ての差異の情報公開を行う。
- ・ さらに、見える化された不合理な差異については、解消のための P D C A の状況を公表するとともに原因究明を行い、その結果を公表する。

(3) 支払基金・国保連間の差異の解消

- こうした、各機関における審査結果の不合理な差異の解消の取組を踏まえて、支払基金・国保連の間の差異の解消については、以下のような取組を進める必要がある。

① コンピュータチェックの統一に向けた取組

- 2024年4月までに支払基金と国保中央会・国保連で統合的なコンピュータチェックを実現するため、国保連の外付けシステムによるコンピュータチェックは国保総合システムに取り込むか廃止し、両機関のコンピュータチェックの全国統一を行う。
- その際、各機関がコンピュータチェックの全国統一を行ってから両機関の統一を図るのではなく、支払基金が全国統一を行う2021年9月から、2024年4月までの過程において、順次、両機関のコンピュータチェックを統一する。
- また、新たなコンピュータチェックについては、一定期間の試行後に、両機関・全国で統一する。

② 審査基準の統一に向けた取組

- 厚生労働省が「審査支払機関における審査の判断基準の統一化を推進するための連絡会議」を開催し、支払基金及び国保中央会・国保連それぞれの組織内において統一された審査基準について、両機関の間の統一を図る取組を行っていることが報告された。厚生労働省においては、連絡会議の取組を継続し、一方の機関で統一された審査基準が、他方の機関でも同様の取扱となるよう、全国統一に向けた取組を推進する必要がある。
- あわせて、都道府県・ブロックなど地域レベルで審査基準の検討を行う際に、両機関が情報共有・協議を行うなど、両機関での全国統一に繋げる方策を検討する。
- さらには、支払基金と国保連の審査委員を同じ者が担うことにより、そもそも支払基金・国保連の差異は生じにくくなるため、審査委員の改選期等に合わせて、支払基金と国保連の双方の審査委員の併任を順次実施するべきである。対象の審査委員の考え方やそのタイミングなど、進め方の詳細を2021年度中に検討する。

③ 自動レポート機能による差異の見える化に向けた取組

- 支払基金と国保連でコンピュータチェックを統一した上で、同じコンピュータチェックを用いて両方で自動レポートを行うことにより、横並びで比較可能な結果を得ることができる。そのた

め、両機関で統合的な自動レポート機能の実装後は、両機関において、結果を比較することができる形で、レポート結果とP D C Aの状況を公表するべきである。

4. 支払基金と国保中央会・国保連のシステムの統合的かつ効率的な在り方について

- 審査支払システムの運用費用のコスト削減を図りつつ、支払基金と国保中央会・国保連の双方の審査支払業務が統合的かつ効率的に機能するために、支払基金において先行して行われたシステム刷新の成果も踏まえ、より安価で高品質なシステムの共同利用を推進する必要がある。また、政府全体のデジタル化の推進とも歩調を合わせて取り組むべきである。

(1) 最終形として目指す姿

① 審査支払機能としての目指す姿

- 共同利用の範囲については、国民目線では、可能な限り広くする必要があり、支払の機能も含め、基本的には全ての機能について、共同利用を検討すべきである。
- 特に審査の機能については、審査結果を可能な限り統一する観点からも、コンピュータチェック、自動レポート機能は、共同利用する必要がある。
- また、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ず、原則として、システム集約を行った上でクラウド化を行うべきである。

② 医療機関等・保険者による利用

- 審査支払機関のシステムの構築においては、可能な限り、医療機関や保険者等の外部機関も活用できるようにすべきである。このような業務支援基盤が実現すれば、結果的に、社会全体としてのコスト削減を図ることができる。
- 具体的には、例えば、医療機関等が審査支払機関のレセプトチェックを、利用者負担で利用できるよう開発に留意し、可能な機能から、医療機関等・保険者に機能開放することを検討するべきである。

(2) 考慮すべき制約条件

- こうした最終形として目指す姿に対して、そこに至る工程を検討するに当たっては、以下のような期限、費用負担、他システムへの影響など、現実的な制約条件も考慮する必要がある。

- ・ 国保総合システムはハードウェアの保守期限の制約により、2024 年に更改をしなければならず、その時間軸を前提とした工程を作成する必要がある。
- ・ また、国保総合システムの改修にかかる費用は、各国保連の負担となり、財政基盤が脆弱な国民健康保険等保険者の負担となることから、国による支援も必要である。
- ・ 国保総合システムでは、各都道府県の国保連がシステム連携することにより全国決済等の処理を行っており、また、市町村の実情に合わせて国保連が開発した保険者機能の外付けシステムとも連携しており、こうした既存の機能が損なわれないようにする必要がある。そのような観点からも、2024 年に国保総合システムの全てを集約してクラウド化することは、システム障害等のリスクが大きく、段階的に進めていくことが現実的である。

(3) 目指す姿に向けた工程

① 統合的な在り方の実現に向けた工程

- 審査支払システムの統合的かつ効率的な在り方の検討に当たっては、医療機関からの請求への審査の整合性の優先順位が高く、かつ、効率性の実現には制約も少なからず存在することから、2024 年に向けてはまず、統合的であることに注力して開発を行うことが望ましい。
- 具体的には、オンライン請求システムや、受付時点の形式チェックについては、既に共同利用しており、これに告示・通知に基づくチェック等を加えて、2024 年 4 月より受付領域の共同利用を開始すべきである。その際、技術的な実現可能性を精査し、費用面も勘案しつつ、受付領域全体のシステム集約を行った上で、国保総合システム全体をクラウド化すべきである。併せて、審査領域については、業務要件の整合性を確保し、2024 年 4 月までに支払基金と国保中央会・国保連で統合的なコンピュータチェックと自動レポート機能を実装すべきである。

② 効率的な在り方の実現に向けた工程

- 2024 年の国保総合システムの更改と並行し、効率性を実現するための検討・開発を進める必要がある。具体的には、審査支払システムの主な機能の全て（※1）を、審査・支払領域も含めて、支払基金及び国保中央会・国保連が共同利用するため、2024 年の国保総合システムの更改と並行して、実証的な開発手法を用いて、段階的・継続的に、共同利用機能を共同開発するべきである。

※1 コンピュータチェックのロジックとマスタ、振分チェックの AI エンジン、自動レポート機能、基盤、ネットワーク、セキュリティ対策等。

- 具体的なスケジュールとしては、技術的な実現可能性や一時的に生じる追加費用と共同化等による中長期的な費用の抑制効果の精査を行いつつ、審査領域は2026年4月に共同利用開始を目指す。支払領域等の共同利用については、審査領域とは別に、デジタル庁（仮称）との連携の下、早急に費用対効果を含めた検証を行い、結論を出すべきである。
- また、審査支払システムの共同開発に当たっては、政府のデジタル化の方針に合わせて、その基盤として Gov-Cloud（仮称）の利活用の可能性も検討する。
- 共同利用する機能と、その他の機能・システムとのインターフェースを疎結合化（※2）するため、共同開発と並行して、共同利用機能と接続する、その他の機能・システムのインターフェースを改修する。

※2 「疎結合」とはコンピュータシステムで、異なる二つの構成要素の結びつきが弱い状態のこと。「疎結合」であれば、各要素の独立性が高く、一方に障害又は改修が生じても、他方に影響を与えることが少ない。疎結合化により、共同利用機能及びその他の機能・システムの柔軟なシステム運用・改修を可能とする。

③ 整合性と効率性の実現に向けた開発体制

- 2024年4月に向けた国保総合システム更改の設計・開発・試験については、国保中央会が中心となり、デジタル庁（仮称）との連携の下で実施する。
- 2024年4月以降に完成を目指す共同利用機能の開発については、一方の組織が開発を行い、他方がそれを参考に改めて開発を行うと非効率であるため、設計段階から共同作業を行う体制整備を行うことが重要である。
- したがって、共同開発の体制については、「重要な意思決定に関する支払基金と国保中央会の意見調整の仕組み」及び「支払基金と国保中央会の実効的な合同実務部隊」を構築するべきである。
- こうした開発の全体にわたり、厚生労働省の主導・参画の下、両機関の進捗管理及び意見調整等を進めるべきであり、加えて、政府のデジタル化の方針に合わせて、設置が予定されるデジタル庁（仮称）とも連携する必要がある。

5. その他について

(1) オンライン請求の促進

- 社会全体としてデジタル化を進めているなかで、医療保険事務全体の効率化を図るためにも、紙レ

セプトを極力減少させていく必要がある。

- また、オンライン化を推進することにより、医療機関・保険者等において、郵送作業が不要になるとともにセキュリティ面が強化される、レセプトの事前チェックやオンライン資格確認等システムのレセプト振替・分割サービス（※3）の活用も可能となり事務コストの削減になる、などのメリットがある。加えて、オンライン資格確認等システムを活用した薬剤情報の閲覧等の機能の効果を最大化することが可能となる。

※3 レセプトの振替・分割サービスとは、2021年10月請求（9月診療）分以降のレセプトについて、保険者のオンライン資格確認等システムへの資格登録のタイムラグ等で生じる資格過誤を、審査支払機関においてオンライン資格確認等システムを活用して、正しい資格情報に振替・分割する機能のこと。

- 他方で、オンライン化の推進に当たっては、医療機関・保険者等において、混乱なく取り組むことが可能となる環境整備が必要である。
- 以上を踏まえ、紙媒体による請求・申出が可能とされている「保険医療機関等からの返戻再請求」及び「保険者からの再審査申出（※4）」について、両者歩調を合わせ、以下の取組・スケジュールにより紙媒体を減らしていく必要がある。

※4 国民健康保険等においては、保険者レセプト管理システム（レセプトを一元管理するシステム）を用いて再審査を行っているため、再審査レセプトが保険者から国保連に紙で提出されることはない。

- ・ 厚生労働省は2021年10月請求分のレセプトから予定されているレセプト振替・分割サービスの開始までの期間に、物理的な分離以外の方法も認めている「オンライン資格確認等、レセプトのオンライン請求及び健康保険組合に対する社会保険手続きに係る電子申請システムに係るセキュリティに関するガイドライン」の規定の趣旨について引き続き丁寧に周知し、予め対応時期の目安を明確に示しながら、オンライン請求の促進に向けた対応について、利便性向上につながるシステム開発・改修を行うようシステムベンダに働きかける。
- ・ その上で、医療機関等による返戻再請求に関する取組としては、レセプト振替・分割サービスの開始時期に合わせ、2021年10月から、審査支払機関が行っている、オンライン請求医療機関等への紙媒体による返戻を廃止し、オンラインによる返戻のみとする（※5）。加えて、2022年度中には、紙媒体で返戻されたレセプトに係る再請求を除き、オンライン請求医療機関等について、再請求をオンラインによるものとする。

※5 オンライン請求医療機関等に対する返戻レセプトがある場合、オンライン請求システムにログイン後、返戻レセプトをダウンロードするよう、トップページにメッセージが表示される機能があることを周知する。

- ・ また、保険者による再審査申出に関する取組としては、2021年10月から、保険者による再審査申出について、大規模保険者についてはオンラインによるものとし、2022年度中に、全ての保険者による再審査申出について、オンラインによるものとする。なお、紙媒体で請求されたレセプトに係る再審査申出については、引き続き、紙媒体での再審査申出を可能とする（※6）。

※6 紙レセプトの減少の動向や費用対効果を踏まえて、保険者の紙での再審査申出に係る事務処理について引き続き検討する。

- ・ ただし、医療機関・保険者等の事務に混乱が生じることのないよう、2022年度なるべく早期に、レセプト振替開始による資格過誤減少の状況やシステムへの影響等を把握し、2022年度中の対応の実施時期、方法を判断することとする。

(2) レセプト原本データの一元管理

- 診療報酬請求は紙レセプトの時代の原本主義に基づき、被用者保険においては（※7）、レセプトの太宗が電子化・オンライン化された今もなお、審査支払機関と保険者との間でレセプト原本データを送受信している。そのため、レセプト原本データの検索・送受信や原本管理の業務等、業務の非効率が生じており、デジタル時代のデータ管理のあるべき姿を実現する必要がある。

※7 国民健康保険等においては、審査支払機能だけではなく、保険者共同事業を国保連が担っており、レセプト原本データの一元管理は既の実現しているところである。

- レセプト原本データの一元管理については、支払基金が電子レセプトのアーカイブ機能を提供して原本保管を行う案と、支払基金が写しレセプトを保存してそれにより再審査を行う案の2案の検討が行われた。
- この中で、アーカイブ機能の提供による対応案について、費用対効果が現時点では明確ではないものの、方向性としては合理的であり、かつ発展性があるため継続検討すべきという意見があった。他方、支払基金がアーカイブ機能を提供する案では、保険者が、レセプトデータと健診データの連携等、保険者機能を発揮するに当たってデータの参照が必要となり、手間や時間、費用がかかり、合理的ではないため、支払基金が写しレセプトによる再審査を行うことで十分でないかという意見もあった。
- こうした議論の状況を踏まえ、本検討事項は、支払基金に対する被用者保険の保険者からの業務委託範囲とその費用対効果の検討であることから、今後は、厚生労働省、支払基金、被用者保険の保険者による協議の中で継続して検討を行うべきである。

(3) 診療データの審査における活用

- 診療報酬のオンライン請求は、オンライン請求ネットワークを通じて行われるが、現状では、レセプトの CSV ファイル又はテキストファイルのみを送受信することができることとなっており、レセプトの審査において診療データが必要となる場合には、個別に紙又は電子媒体の送付を行うなど、医療機関等及び審査支払機関の双方に業務負担が生じている。こうした業務負担の解消、ひいては、審査の質の向上に資するべく、診療データのオンラインによる送受信を着実に推進することが求められている。
- 診療報酬の審査は、レセプト情報に基づく審査を基本としているが、一部の審査では、検査値や画像、動画等の診療データも活用されており、支払基金・国保連の審査委員等から、その提出状況や審査における有用性についてヒアリングを行った。
- ヒアリングでは、レセプトの提出に当たり診療データが添付されるのは、厚生労働省令等により添付される場合と、審査委員会から特に確認を要する場合の依頼により添付される場合があり、後者については、以下のような例があることが示された。
 - ①算定された診療内容が一般的な診療内容と異なる場合（例：輸血の実施の適否を判断するためにヘモグロビン値を確認）
 - ②算定された術式の確認が必要な場合
 - ③高額レセプト（概ね6～8万点以上）の場合
- こうした現状を踏まえ、以下のように進めるべきである。
 - ・ 画像・動画のデータについては、現行の審査における活用ボリュームであれば、電子媒体などを用いた提出で滞りなく審査が行われており、現時点では、オンラインによるデータ提出の環境整備の必要性は低いとの意見があり、今後も引き続き検討を行う。
 - ・ 検査値データについては、審査の質と効率を高めることができるものについて、学会等のガイドラインも踏まえ審査の参考情報として提出することを含め検討を行う。

(4) 在宅審査

- 政府方針でもあるデジタル化があらゆる分野で加速する中、在宅で審査を行うことができる環境整備は大事な取組であり、柔軟な勤務体系による審査委員の確保と利便性向上の観点に加え、コロナ禍・コロナ後における、新しい時代の審査委員・職員の働き方の観点の両面から推進する必要がある。
- 他方、在宅審査については、ネットワーク回線のセキュリティの担保や、レセプト情報を他人に見られない環境整備等、個人情報の取扱に課題があることや、審査の現場では、審査委員が事務局や他の審査委員とも協議をする必要があることにも留意して、課題を解決する必要がある。

- コロナ禍での他分野におけるオンライン対応の定着も踏まえ、コロナ後に求められる対応として、在宅審査に必要かつ現実的なセキュリティ（インターネット回線等の活用の可能性、居宅等で見ることのできる情報の範囲等）や審査の質の確保の検証を進めることにより、費用対効果を含め関係者の理解を得ながら在宅審査の実施方法の検討を行い、試行実施を経て推進するべきである。

(5) 審査支払業務の平準化等

- 診療報酬の請求・支払は月次のサイクルで行われており、審査支払業務の平準化等には、受付時の情報処理のピークに合わせたシステムリソースの余剰の削減と、医療機関等に対する支払時期のさらなる早期化の2つの効果が考えられる。
- 支払基金のシステムリソースの余剰の削減については、既に、新システムをクラウド化するよう方針変更されており、課題が既に解消されつつあることが報告された。国保総合システムについても、既述のとおり2024年4月に国保総合システムのクラウド化を実現することにより、国保側においてもシステムリソースの余剰の課題が解消されることとなる。
- 支払時期のさらなる早期化のためには、診療報酬の随時請求や週次請求などが例として示されたものの、医療機関経営においては既に二ヶ月サイクルでの資金フローが定着している一方で、保険者側の資金調達の課題に目処がつかないことや、医療機関等や審査支払機関の業務負担が増える等の実務的な課題もあるとの意見があった。
- 他方、コロナ禍も踏まえ、パンデミックや自然災害時等、医療機関等の緊急のキャッシュニーズへの対応については、随時請求や週次請求等の方法にはこだわらず、継続的に検討すべきである。また、有事対応としては、医療における迅速な実態把握が課題であるとの指摘があった。

6. 今後の対応について

- 本検討会における以上の議論を踏まえて、別添のとおり、「審査結果の不合理な差異の解消」及び「支払基金と国保中央会・国保連のシステムの整合的かつ効率的な在り方」の実現に向け、改革の工程表をとりまとめた。
- 今後は、「審査支払機関改革における今後の取組」及び「規制改革実施計画」に加え、本検討会でとりまとめた改革の方向性と工程表を踏まえ、厚生労働省、支払基金と国保中央会において速やかに工程表を策定し、改革の進捗をフォローアップしていく必要がある。
- また、厚生労働省、支払基金、国保中央会では、工程表に沿った取組を着実に進めるとともに、国

民の将来的なコスト負担軽減の観点からも、医療保険制度を取り巻く環境の変化や共同開発の進捗状況、最新の技術動向等も踏まえ、審査支払機能の不断の見直しを行うべきである。

審査支払機能の在り方に関する検討会構成員

(以下、五十音順・敬称略) ※◎は座長、○副座長

- 印南 一路 慶應義塾大学総合政策学部教授
- 大石佳能子 株式会社メディアヴァ代表取締役社長
- 岡崎 誠也 全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長/高知市長
- 河本 滋史 健康保険組合連合会常務理事
- ◎菊池 馨実 早稲田大学法学学術院教授
- 木倉 敬之 全国健康保険協会理事
- 黒田 知宏 京都大学医学部附属病院教授
- 佐藤 主光 一橋大学経済学研究科教授
- 佐藤 好美 産経新聞論説委員
- 林 正純 日本歯科医師会常務理事
- 平川 淳一 日本精神科病院協会副会長
- 松本 吉郎 日本医師会常任理事
- 宮田 裕章 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
- 森 昌平 日本薬剤師会副会長
- 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

審査支払機能の在り方に関する検討会開催経過

○第1回 2020年9月2日

○第2回 2020年10月9日

○第3回 2020年10月30日

○第4回 2020年11月25日

○第5回 2020年12月24日

○第6回 2021年1月22日

○第7回 2021年3月10日

○第8回 2021年3月29日