

## 第3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6月14日（火）  
10:00～12:00  
全国都市会館3階 第1会議室

### （議題）

1. 国民健康保険団体連合会の取組みについて
  - ・国民健康保険中央会によるプレゼンテーション
2. 前回の社会保険診療報酬支払基金のプレゼンテーションについて
3. 意見交換等

### （配付資料）

資料1 国民健康保険中央会提出資料

資料2 社会保険診療報酬支払基金提出資料

資料2-参考資料 平成28年5月23日 第2回有識者検討会 支払基金提出資料

参考資料 これまでの意見の整理（事務局提出資料）

# 国保連合会における審査・支払業務の効率化と レセプト情報等活用の取組み

---

平成28年6月14日  
国民健康保険中央会

1. 国保連合会の特色
2. 審査の効率化・統一化
3. ビッグデータを活用した保健事業の推進
4. レセプト情報等の活用

# 国保連合会の特色

## (都道府県単位に設立された公法人)

- 国保連合会は、国民健康保険の保険者が共同で事務を行うため、国保法第83条に基づき、47の都道府県単位に設立されている。
  - ⇒市町村並びに国民健康保険組合により設立された団体。
  - ⇒総会、理事会を通じて市町村等の意向を反映。

## (保険者の共同事業を担う役割)

- 国保連合会は、**審査支払業務のほか国保保険者が行うべき事務の効率化を図るための共同事業(被保険者の資格確認、医療費通知等の作成等)を行っており、支払基金とは組織の性格も役割も異なる。**
- 国保連合会は、次の審査支払業務を行う。
  - ①国民健康保険診療報酬 ②後期高齢者医療診療報酬 ③介護給付費等
  - ④公費負担医療費用 ⑤障害者総合支援給付費

# 国保連合会の特色

## (保険者業務の効率化)

- 国保連合会は、国保保険者(市町村・国保組合)の連合体であり、保険者共同事業と審査支払業務を一体的に行うことで業務の効率化が図られている。  
⇒市町村保険者等の効率的な事業運営に不可欠な存在。
- 国保連合会の審査支払等システムは国保中央会が標準システムとして開発。  
※国保中央会は、各国保連合会に共通して行う業務等を取りまとめて行うことによる効率化等を目的に47国保連合会が設立した公益社団法人。  
⇒標準システムの経費は、国保連合会を通じて市町村、国民健康保険組合が負担。
- 国保保険者は、制度的に高齢者や無職者の割合が高く、そのため低所得者が多いこともあり、財政状況は厳しい(毎年約3,000億円超の赤字)。国保連合会は、保険者からの手数料を主な財源としているため、毎年手数料単価を引き下げてきている。  
⇒厳しい財政の状況の中でICTを活用した審査業務の効率化などを進めることが必要。

# 国保連合会の業務

	国民健康保険	後期高齢者医療・介護保険 障害者総合支援
審査支払業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民健康保険の診療報酬</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者医療診療報酬</li> <li>・介護給付費等</li> <li>・公費負担医療費用</li> <li>・障害者総合支援給付費(支払業務)</li> <li>・出産育児一時金</li> <li>・地方単独事業による福祉医療費用</li> </ul>
保険者支援の業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者事務共同電算処理 (資格確認、高額療養費の支給額計算、医療費通知、後発医薬品利用差額通知作成 等)</li> <li>・第三者行為損害賠償求償事務</li> <li>・レセプト点検の支援</li> <li>・後発医薬品利用差額通知コールセンター</li> <li>・保険者レセプト管理システムの運用管理</li> <li>・保険財政共同安定化事業、高額医療費共同事業</li> <li>・保険料(税)適正算定への支援</li> <li>・高額療養資金貸付事業</li> <li>・保険料の年金からの特別徴収経由機関業務</li> <li>・特定健診・特定保健指導に係る費用の支払及びデータ管理</li> <li>・保険料納付等の広報事業</li> <li>・国保・後期高齢者ヘルスサポート事業</li> <li>・保険者協議会</li> </ul>	<p>(後期高齢者医療)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者事務共同電算処理</li> <li>・第三者行為損害賠償求償事務</li> <li>・後発医薬品利用差額通知コールセンター</li> <li>・保険料の年金からの特別徴収経由機関業務</li> </ul> <p>(介護保険)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険者事務共同電算処理</li> <li>・第三者行為損害賠償求償事務</li> <li>・介護サービス相談・苦情処理事業</li> <li>・介護給付適正化対策事業</li> <li>・保険料の年金からの特別徴収経由機関業務</li> </ul> <p>(障害者総合支援)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者総合支援市町村事務共同処理</li> </ul>

## 国保中央会の概要

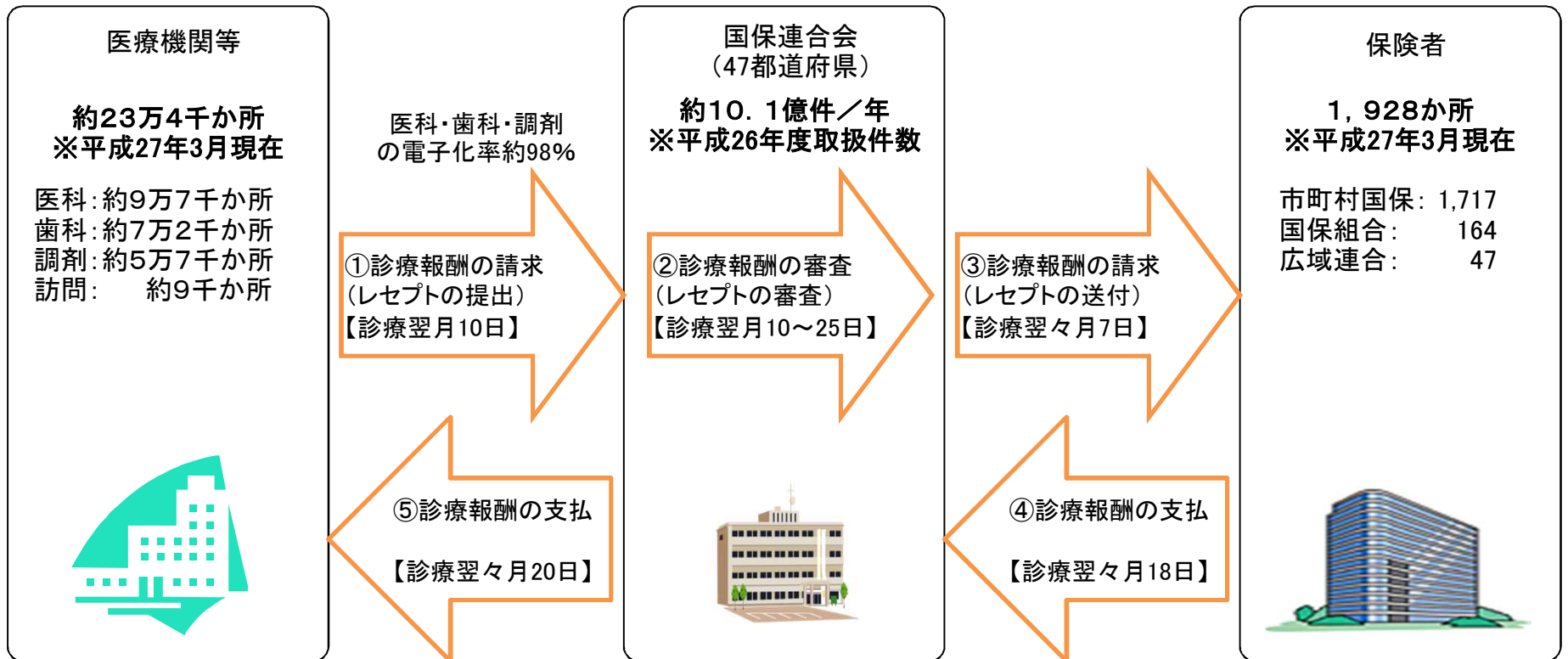
- 各都道府県の国保連合会を会員とする公益社団法人。
- システム開発等国保連合会単位で行うと非効率な事業、都道府県域では収まりきれない事業を実施。

## 国保中央会の主な業務

- 高額レセプトの特別審査  
一定点数（医科40万点）以上の高度な専門性を要するレセプトを中央で集中的に審査
- 標準的なシステム開発、維持管理  
国保連合会が使用する国保、後期高齢者医療制度、介護保険等の標準システムの開発、維持管理
- 全国決済業務  
被保険者が他の都道府県における医療機関、介護事業所等へ受診、サービス利用等した場合の診療・介護報酬等の相殺
- 超高額医療費共同事業、特別高額医療費共同事業  
著しく高額な医療の発生に対し、全国レベルでの再々保険事業を実施

# 診療報酬の請求から支払までの流れ

1. レセプトの取扱い件数及び金額(国保+後期高齢者医療)  
レセプト件数: 10.1億件、支払確定金額: 約25兆円(医療給付費約34兆円の約7割)  
※1人当たり医療費(平成25年度) 市町村国保32.5万円、後期高齢者医療93万円、協会けんぽ16.4万円、組合健保14.6万円
2. 国保連職員数: 2,684人(審査支払担当)、審査委員: 3,744人(常務処理審査委員(専任審査委員)医科: 283人、歯科45人)
3. レセプト1件当たり手数料単価(国保+後期高齢者医療)  
52.54円(平成27年度予算における全国国保連合会の平均。手数料単価は年々低下)



※実際の日程は、各国保連合会により異なる。



# 国保連合会における審査の効率化・統一化

## (基本的考え方)

- 審査におけるICTの活用による効率化、審査判断基準の統一化に向けて抱える課題は支払基金とほぼ同じであり、国保連は今後の検討状況を踏まえて支払基金の取り組みにも的確に対応をする方向で47連合会と協議した上対応する。

## (現状と課題)

- コンピュータチェックは、すべての電子レセプトに対して実施。
  - 現行の審査におけるシステムチェックの位置づけは、事務職員、更には審査委員が判断するための着眼点等を示す審査支援であり、システムのみで審査を完結するものとなっていない。
  - 審査委員や職員が増えない中、件数が増加しており、審査に濃淡(高点数のレセプトや医療機関の請求傾向に着目)をつけながら処理しているのが現状。
- システムチェックの拡充等による効率化が必要

## (対応の方向性)

- 以下を通じたシステムチェックの拡充
  - ・ 各連合会審査委員会の審査基準の共有化とシステムチェックへの反映
  - ・ 支払基金との統一的な判断基準の策定とシステムチェックへの反映
- (国への要望)
  - 医師・専門家の関与による判断基準の整備。
  - 診療報酬点数表での例外規定の削減、廃止。

※ システムによるチェック項目

①点数表に定められた算定ルールを基に中央会・連合会の職員が必要に応じ審査委員と相談しながら決めたもの

②審査委員会からシステムチェックの依頼があったもの

# ビッグデータを活用した保健事業（データヘルス）の推進

## （国保データベース（KDB）システムとは）

- 国保連合会において、各種業務を通じて管理する「健診」「医療」「介護」等の各種データを利活用し、国保保険者等における保健事業の計画作成、実施を支援するためのシステム（平成25年10月稼働開始）。

KDBシステム参加保険者数 健診:1,932(99.02%) 医療:1,936(99.23%) 介護:1,556(98.61%) ※平成28年5月

KDBシステム突合率 健診⇔医療:98.37% 医療⇔介護:96.59%

## （KDBの利活用）

- 地域の疾病別医療費分析等の統計情報を作成して保険者に提供し、地域の健康課題を把握できるようにしている。
- 健診結果・受診状況に関する個人別の履歴等の個人の健康に関するデータを作成・提供し、個々人の状況に即した保健指導等を行えるようにしている。（21ページ）

# ビッグデータを活用した保健事業の推進

## (活用方法の支援)

- データの提供だけでなく、国保連合会自ら保険者に対し、データの活用方法を支援。
  - ※ 保健事業の企画・立案、事業実施、評価における構成要素を整理し、事業の改善に繋がる評価手法として、「保健事業の手順に沿った評価基準」を作成。
  - ※ 国保連合会に「保健事業支援・評価委員会」、国保中央会に「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会」を設置し、KDBシステムを活用した保険者のデータヘルス計画の策定、実施、評価等を支援。(22ページ)
    - ・平成27年度は762市町村を支援

## (今後の対応)

- 被用者保険とのデータ連携を行い、生涯を通じ地域に根差した健康・疾病管理の実施を目指す。

# 国保データベース(KDB)システムの概要

- 国保データベース(KDB)システムは、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報(健診・医療・介護)等から「統計情報」を作成するとともに、保険者からの委託を受けて「個人の健康に関するデータ」を作成し、提供する。

## 保険者等

統計情報や個人の健康に関するデータを画面表示または帳票で出力(PDFまたはCSV形式)可能 ※個人情報保護に配慮したアクセス権を設定

### 市町村

国保部門

介護部門

衛生部門



### 後期高齢者医療 広域連合



### 国保組合



保険者ネットワーク

## 国保連合会

各システムからデータを連携

健診

医療

介護

KDBシステム

- ・ 統計情報等の作成に必要なデータを取得
- ・ 個人が特定できる情報を暗号化
- ・ 取得データが格納されたファイルを暗号化

二重の  
暗号化

- ・ 処理結果データが格納されたファイルの復号化
- ・ 個人が特定できる情報の復号化
- ・ データベースへのデータの蓄積

暗号  
解除

## 国保中央会

(突合・加工処理)

- ①突合処理  
・ 健診・医療・介護データを個人単位で紐付け
- ②集計処理  
・ 全国統計、保険者別統計、同規模保険者との比較統計

※個人識別情報は暗号化したままデータ処理

(処理結果)

- ①統計情報  
・ 疾病別医療費分析、健診・保健指導結果総括等
- ②個人の健康に関するデータ  
・ 個人別履歴(健診結果、受診状況(医療))等

医療保険ネットワーク

# レセプト情報等の活用

- 診療報酬等審査支払業務を通じて保有するレセプト情報等をもとに、様々な保険者事務を共同で実施し、効率化を支援。

⇒ ・医療費通知、後発医薬品差額通知書作成  
・高額療養費算定、高額医療・高額介護合算療養費算定(24ページ)  
・第三者行為求償事務(25ページ)  
・KDBシステムによる各種データの提供(18~20、23ページ) 等

- 大規模災害時には、保有するレセプト情報を利用し、かかりつけ医療機関を受診できない地震被災者の既往歴、服薬情報を被災者の同意を得て提供。(26ページ)

熊本地震における照会件数43件 (4月19日~5月8日)

東日本大震災における照会件数43,073件 (3月~6月)※岩手県、宮城県、福島県への照会分

⇒被災者の適切な医療の受診に対して貢献。

- 介護保険においても、給付情報を活用し、医療情報(国保、後期高齢者)との重複請求のチェック等、介護給付費の適正化に寄与。

⇒医療及び介護保険の両輪で給付の適正化を支援。

⇒被用者保険データとの連携を行い、介護給付費適正化の拡充を目指す。

# 參考資料

# 国保連合会の業務処理の状況

## ○ 国民健康保険関係業務(国民健康保険法 第83条)

審査支払業務(国民健康保険法第45条)	共同処理業務
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 診療報酬(医科・歯科)、調剤報酬 取扱件数(平成26年度)</li> <li>・ 医科 3億0,665万件</li> <li>・ 歯科 6,679万件</li> <li>・ 調剤 1億8,422万件</li> </ul> } 計5億5,766万件	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 資格確認</li> <li>○ 給付確認</li> <li>○ 高額療養費(介護合算)の計算</li> <li>○ 第三者行為求償</li> </ul> 等

## ○ 後期高齢者医療関係業務(高齢者の医療の確保に関する法律 第155条)

審査支払業務	共同処理業務
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 診療報酬(医科・歯科)、調剤報酬 取扱件数(平成26年度)</li> <li>・ 医科 2億6,201万件</li> <li>・ 歯科 3,367万件</li> <li>・ 調剤 1億6,272万件</li> </ul> } 計4億5,840万件	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 広域連合電算処理システムの運用・保守管理</li> <li>○ 第三者行為求償</li> </ul> 等

## ○ 特定健診・特定保健指導関係業務(高齢者の医療の確保に関する法律 第155条)

費用決済業務	共同処理業務
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 健診(特定健診、追加健診、生活機能評価)、保健指導 取扱件数(平成26年度)</li> <li>・ 健診 国保 638万件 後期 248万件</li> <li>・ 保健指導 9万件</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 受診券作成</li> <li>○ 利用券作成</li> <li>○ 健診・保健指導データ管理</li> <li>○ 法定報告の作成</li> </ul> 等

## ○ 介護保険関係業務(介護保険法第176条)

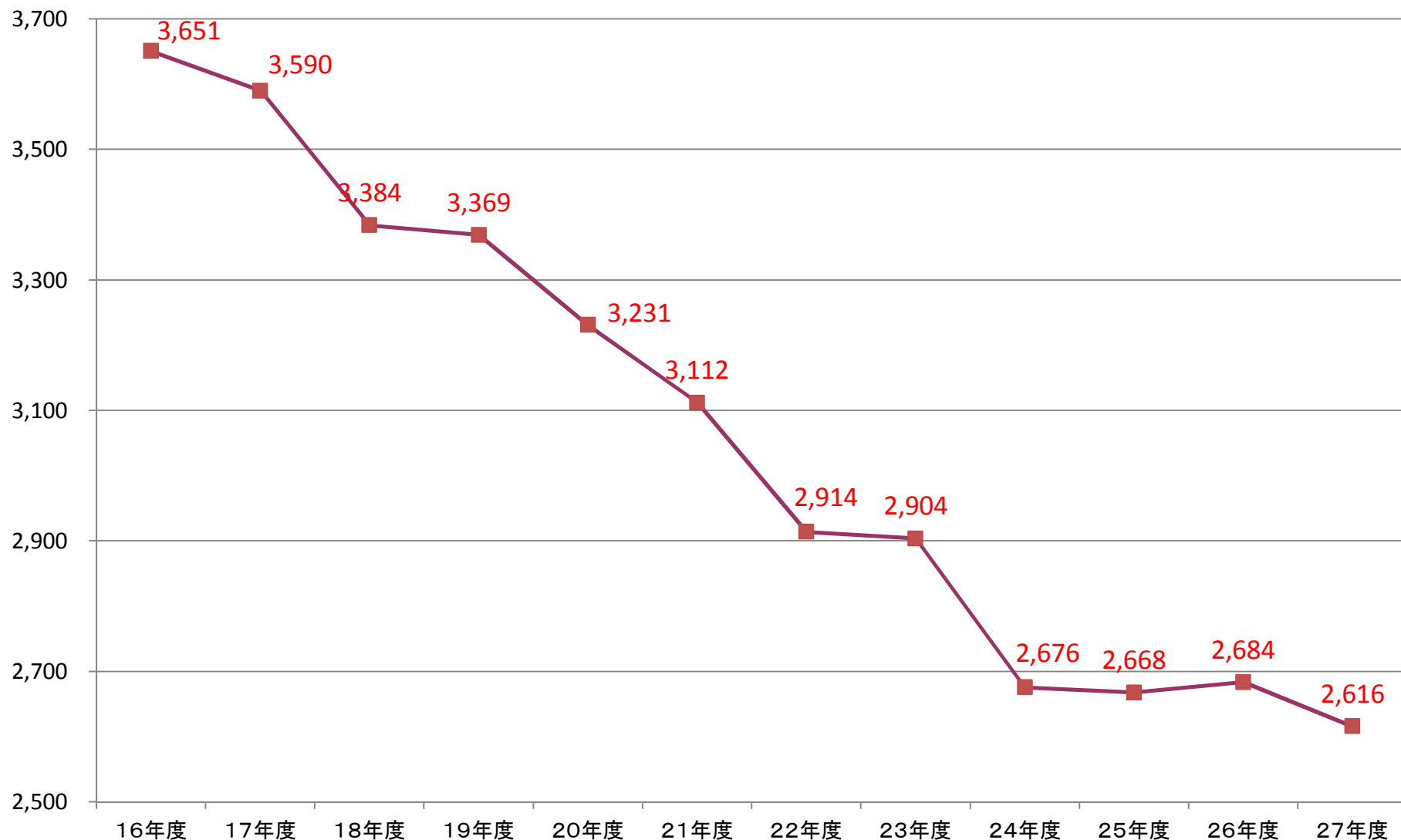
審査支払業務	共同処理業務
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護給付費 取扱件数(平成26年度) 1億4,828万件</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高額介護サービス費(高額医療)の計算</li> <li>○ 介護給付適正化の支援</li> <li>○ 第三者行為求償</li> </ul> 等

## ○ 障害者総合支援関係業務(障害者総合支援法第96条の2、児童福祉法第56条の5の2)

支払業務	共同処理業務
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 障害福祉サービス費、障害児給付費 取扱件数(平成26年度) 1,465万件</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高額障害福祉サービス等給付費の計算</li> <li>○ 高額障害児給付費の計算</li> </ul>

# 国保連合会審査支払(国保・後期高齢者医療)担当職員数の推移

(単位:人)

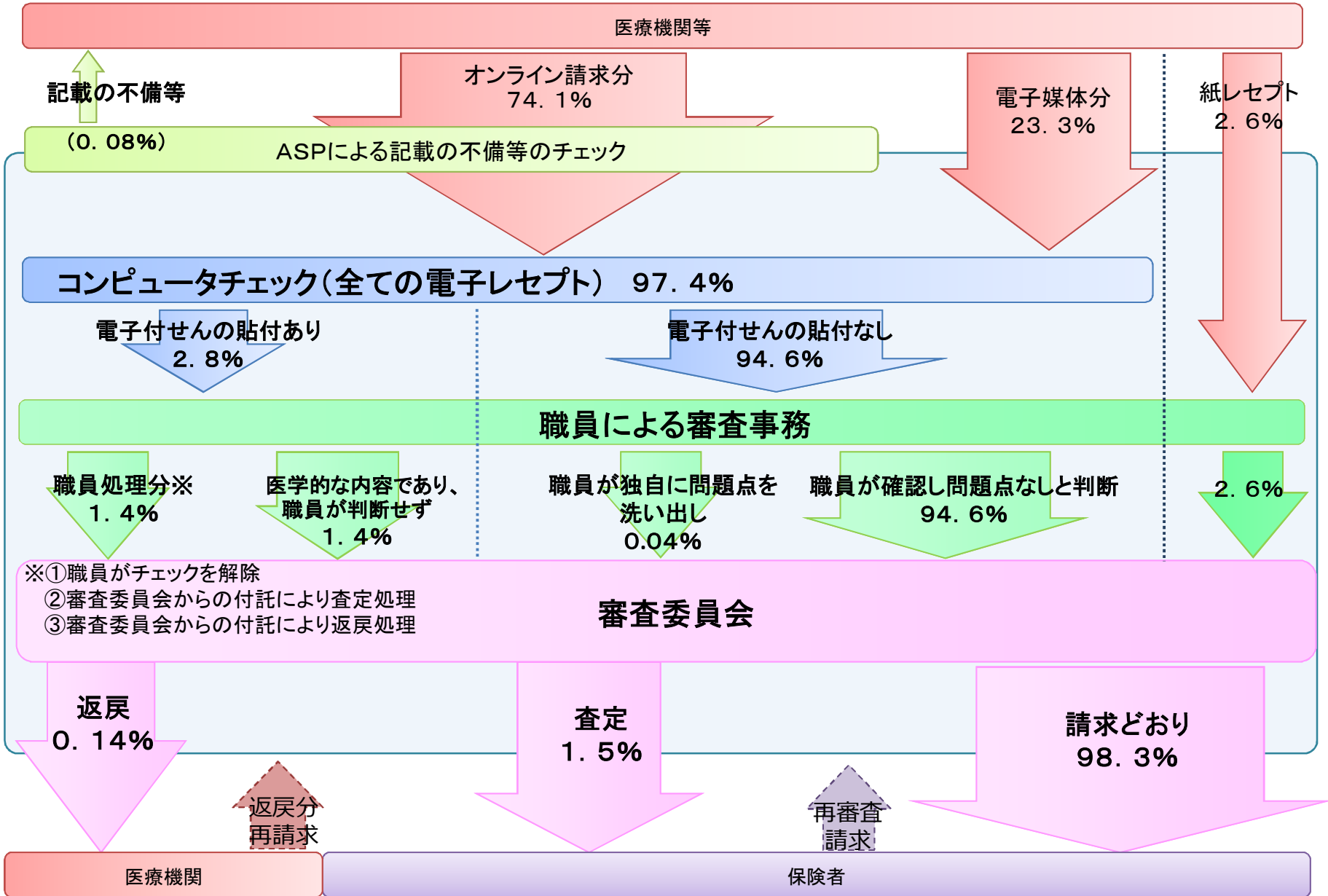


※職員数は各年度とも4月1日現在の正規職員数



# 東京都国保連合会のレセプト審査の流れ(医科)

※平成28年1月審査分の状況



※ レセプト審査の流れにおける割合は、特別審査委員会分を除く医科のレセプト件数の割合である。

# 東京都国保連合会における審査支払業務に係る従事職員数

## ○審査支払業務に係る職員数(平成27年度)

区分	職員数(人)	割合
①審査事務(準備作業含む)	72	32.4%
②審査委員会補助	16	7.2%
③再審査事務	25	11.3%
④請求支払事務	98	44.1%
小計	211	95.0%
⑤管理職(審査支払業務部門のみ)	11	5.0%
合計	222	100.0%

※本資料には、総務部・システム管理部・介護福祉部等の職員は含まれていない。  
※職員数は、平成27年10月1日時点(事務量調査の実施時期)の現員数とした。

# 東京都国保連合会における項目別コスト割合

○東京都国保連合会における項目別コスト割合：平成27年度予算ベース

項目	割合(%)
人件費	36.0
システム経費	20.0
機器更新経費	0.0
アウトソーシング経費	11.0
建物維持管理経費	6.0
審査委員会費	9.0
積立金	5.0
その他(納付消費税等)	13.0
合計	100.0

※国保・後期高齢者医療における審査支払業務に係る費用に基づき算定

# 現在の国保連合会におけるデータの保有範囲

国保連合会が保有する情報の範囲は、被用者保険分が含まれていないため、本当の意味では、生涯を通じた検討、疾病管理とは言えない。

	0歳～	40歳～	65歳～	75歳～
健診	現在、保有していない情報		被用者保険 特定健康診査・特定保健指導情報	後期高齢者 健康診査情報 ※1
			国民健康保険 特定健康診査・特定保健指導情報	
医療	被用者保険医療情報			後期高齢者 医療情報 ※1
	国民健康保険医療情報			
介護			※2	介護保険情報
<b>保有範囲</b>				

※1: 一定の障害がある者は、65歳以上75歳未満の場合でも該当

※2: 要介護、要支援状態が加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合は、第2号被保険者(40歳以上65歳未満)も該当

# 国保連合会が保有する情報

国保連合会は、保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同処理業務を通じて給付情報等を保有している。

健診・保健指導	医療(国保・後期)	介護
<ul style="list-style-type: none"> <li>○健診結果情報                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・身長、体重、BMI、腹囲</li> <li>・血圧、血糖、脂質、HbA1c値</li> <li>・血液検査値、肝臓検査値、尿検査値、心電図検査・眼底検査</li> </ul> </li> <li>○質問票情報                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬、既往歴、喫煙歴、自覚症状</li> <li>・体重変化、運動、食べ方、飲酒、睡眠</li> </ul> </li> <li>○保健指導結果情報                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援レベル</li> <li>・6ヶ月後評価時の腹囲、体重、血圧、生活習慣の改善</li> <li>・継続的な支援の実施回数、実施時間、ポイント</li> </ul> </li> <li>○健診・保健指導費用(契約単価)</li> <li>○健診機関情報</li> <li>○保健指導機関情報</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○診療年月</li> <li>○傷病名</li> <li>○診療内容                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療行為(点数×日数・回数)</li> <li>・医薬品(点数×日数・回数)</li> <li>・特定器材(点数×日数・回数)</li> </ul> </li> <li>○診療実日数</li> <li>○入院年月日</li> <li>○請求点数・決定点数</li> <li>○食事療養又は生活療養の回数及び決定基準額(入院の場合)</li> <li>○医療機関等情報</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○サービス提供年月</li> <li>○要介護(要支援)状態区分</li> <li>○限度額適用期間(開始・終了)</li> <li>○給付計画単位数(居宅)</li> <li>○利用サービス                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅(単位数×回数)</li> <li>・介護予防(単位数×回数)</li> <li>・施設(単位数×日数)</li> </ul> </li> <li>○サービス開始(中止)年月日(居宅)</li> <li>○入所(退所)年月日(施設)</li> <li>○食費・居住費</li> <li>○受給者台帳                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・資格情報</li> <li>・認定有効期間</li> </ul> </li> <li>○介護サービス事業所情報</li> <li>○居宅介護支援事業所情報</li> </ul>
<p>審査支払業務を通じて保有する主な情報 (給付・受給情報は全て保有)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○被保険者情報                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・資格情報</li> <li>・加入期間</li> <li>・所得情報</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○被保険者情報                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・資格情報</li> <li>・加入期間</li> <li>・所得情報</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○被保険者情報                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・資格情報</li> <li>・所得情報</li> </ul> </li> <li>○認定情報                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・申請者の状況</li> </ul> </li> </ul>
<p>保険者事務共同処理業務を通じて保有する主な情報 (受託保険者分のみ保有)</p>		

国保データベース(KDB)システムに活用

# 国保データベース(KDB)システム参加保険者数 (平成28年5月処理分)

制度	参加保険者数	参加率
健診※	1,932	99.02
医療※	1,936	99.23
介護	1,556	98.61

※国保と後期の合算

## 【参考】国保データベース(KDB)システム蓄積データ件数 (合計17.3テラバイト)

制度	蓄積データ件数	期間
健診※	3,970万件	平成24年6月～平成28年5月処理分
医療※	30億3,520万件	
介護	4億7,183万件	
計	35億4,673万件	

※国保と後期の合算

突合率 健診⇔医療:98.37% 医療⇔介護:96.59%

# 国保データベース(KDB)システムの活用ポイント

- 「健康日本21(第二次)」等の着実な推進には、PDCAサイクルを意識した保健事業を展開していく必要がある。国保データベース(KDB)システムから提供されるデータを分析することにより、地域住民の健康課題を明確化し、事業計画を策定した上で、それに沿った効率的・効果的な保健事業を実施することやその評価を行い、次の課題解決に向けた計画の見直しが可能となる。
- 国保データベース(KDB)システムは、医療・介護関連情報の「見える化」を推進し、それぞれの地域の特性にあった地域包括ケアシステムの構築にも活用が可能。

## 【地域の状況把握(現状分析)】

集団(地域)・個人の健康状況をデータ分析することにより、集団(地域)・個人の健康問題(状況)を把握する。

地域住民の健康課題

項目	性別	年齢	健康状態	課題	数	割合	傾向
生活習慣病	男性	65歳以上	高血圧	高血圧	1,200	15.2%	増加
		65歳以上	糖尿病	糖尿病	800	10.1%	増加
	女性	65歳以上	高血圧	高血圧	950	12.8%	増加
		65歳以上	糖尿病	糖尿病	650	8.2%	増加

地域の健康課題が明確となり、事業計画の策定や住民へのポピュレーションアプローチに活用

## 【効果の確認(事業の評価)】

検査データの改善、生活習慣の変化、目標の達成度を確認し、実施した保健事業の評価を行う。

検査データ-生活習慣

項目	検査項目	基準値	改善率	生活習慣	変化率
検査データ	血糖値	120mg/dL以下	15%	喫煙	5%
	血圧	130/80mmHg以下	10%	飲酒	3%
	コレステロール	220mg/dL以下	8%	運動	2%

評価結果に基づく保健指導プログラムの改善や実施体制の見直しを行い、次の計画に反映

## 【重点課題の抽出(健康課題の明確化)】

優先すべき課題(健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防など)を明確にし、取組む事業の目標を設定する。

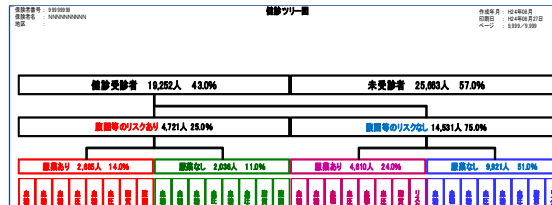
重点課題抽出

課題	現状	目標	達成率
健診受診率向上	45%	55%	82%
生活習慣病予防	10%	15%	67%
重症化予防	5%	8%	63%

医療費や有病割合増加の背景要因の分析で対策を行うべきターゲットの効率的な選定が可能

## 【重点課題への対策(事業の実施)】

設定した重点課題に応じた対象者を選定し、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを実施する。また、実施事業のモニタリングを行う。



優先すべき保健指導対象者の選定、個人の検査データを活用し、行動変容につなげる

PDCAサイクルを意識した保健事業の展開をサポート

効率的・効果的な保健事業の実施

生活習慣病・重症化予防、受診機会・治療機会の確保

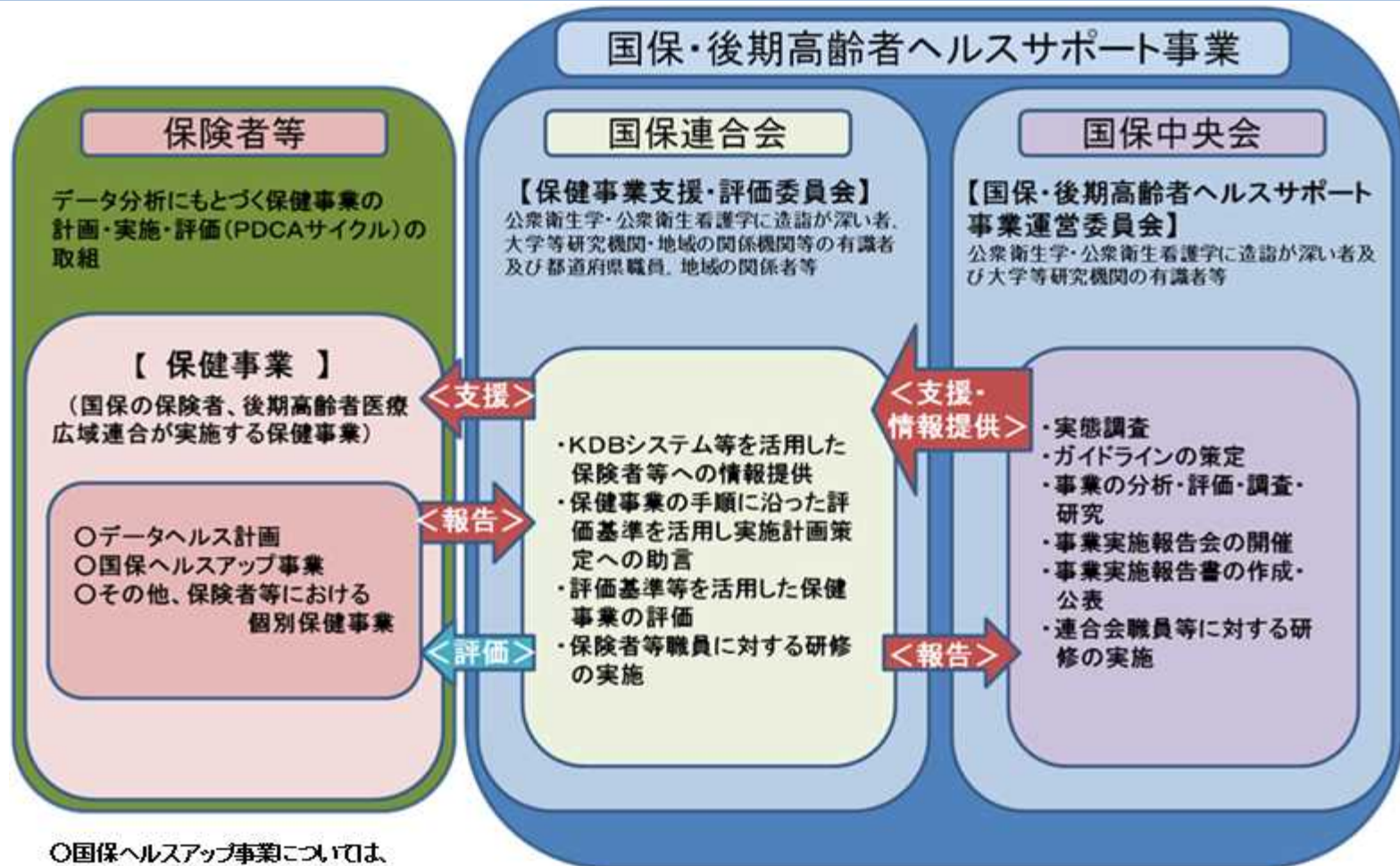
住民の健康の維持・増進に寄与(地域の健康水準の向上)

国保・介護保険の安定的な運営(医療費・介護給付費の適正化)

# 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

(保健事業実施計画策定への助言・保健事業の評価等の支援事業)

市町村国保等のデータヘルス事業を推進するための取組みとして、平成26年度より国保中央会において、「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会」を設置するとともに都道府県国保連合会には、「保健事業支援・評価委員会」を設置し、国保保険者及び後期高齢者医療広域連合が行う保健事業の実施計画(データヘルス計画)の策定、実施、評価等の支援を行う「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業」を実施している。



○国保ヘルスアップ事業については、保健事業支援・評価委員会から評価を受けることが必須要件



# 保険者の実施する保健事業に対する支援

## 住民が健やかに暮らせる地域づくりへの支援

生活習慣病の発症・重症化予防を進めるため、特定健康診査・保健指導の着実かつ効果的な実施に向けた市町村の取り組みを支援

### 国保データベース (KDB)システム

- 保険者から委託を受けて国保連合会が保有する「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを活用するため、国保データベース(KDB)システムを構築
- KDBシステムの活用により、
  - ①地域の健康状況を把握
  - ②重点課題の抽出
  - ③重点課題への対策の実施
  - ④効果を確認することにより、的確な保健事業を実施

### 先駆的・モデル的な保健事業 を踏まえた評価基準の作成

- 市町村の先駆的・モデル的な保健事業の具体的な取り組みを踏まえた「保健事業の手順に沿った評価基準」を作成
- 評価基準では、保健事業の実施の際の手順や体制について
  - ①事業の企画立案
  - ②準備
  - ③実施
  - ④評価の各段階で行うべき項目を示す
- 保健事業に取り組む保険者の実施すべき事項の確認や評価の際に活用する

### 保健事業事例集 データベース

- 市町村における具体的な保健事業の取り組み事例を収集し、保健事業事例集データベースを構築
- 事例ごとに事業評価の視点を明らかにして、利用者が検索しやすいように情報提供

市町村保険者における保健事業の全体的なレベルアップを図る

# 高額医療・高額介護合算療養費

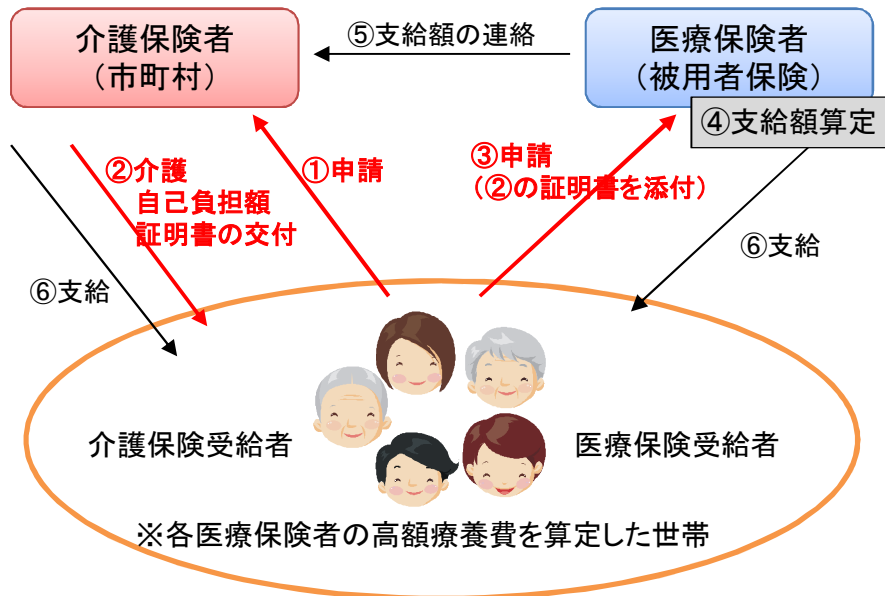
○1年間(毎年8月1日から翌年7月31日)の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する仕組み。

○医療保険者と介護保険者双方が自己負担額の比率に応じて負担しあう。

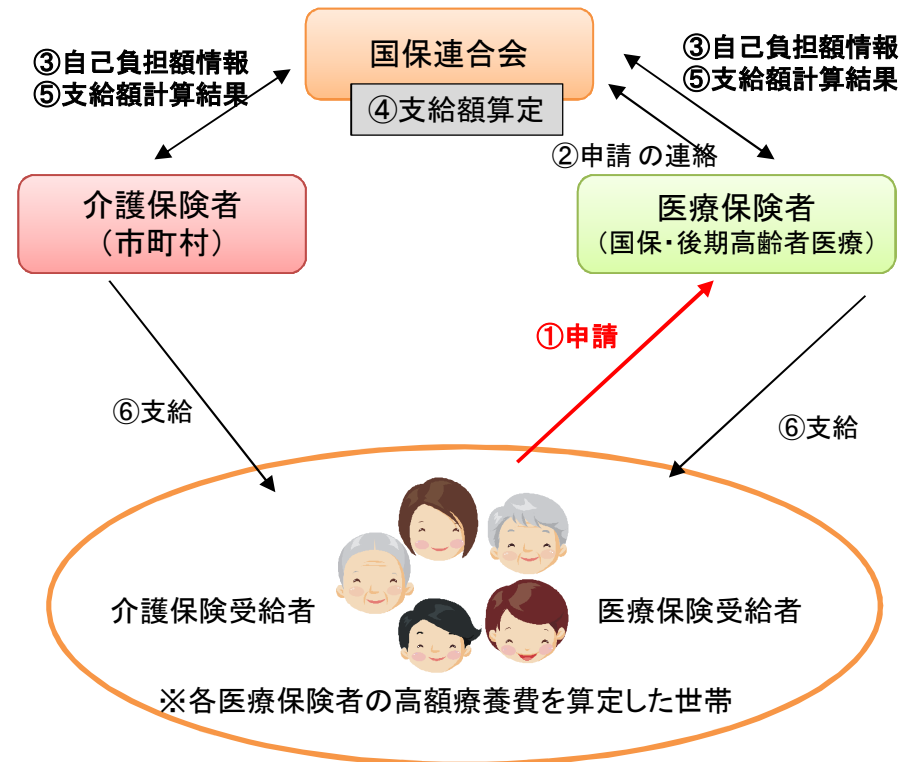
○国保連合会は、医療保険(国保、後期高齢者医療)及び介護保険の給付情報から支給額計算に必要な自己負担額、支給額の情報をご各保険者に提供している。

(平成25年度の実績 医療保険:約83万件、約116億円 介護保険:約75万件、約209億円)

## 【被用者保険の場合】



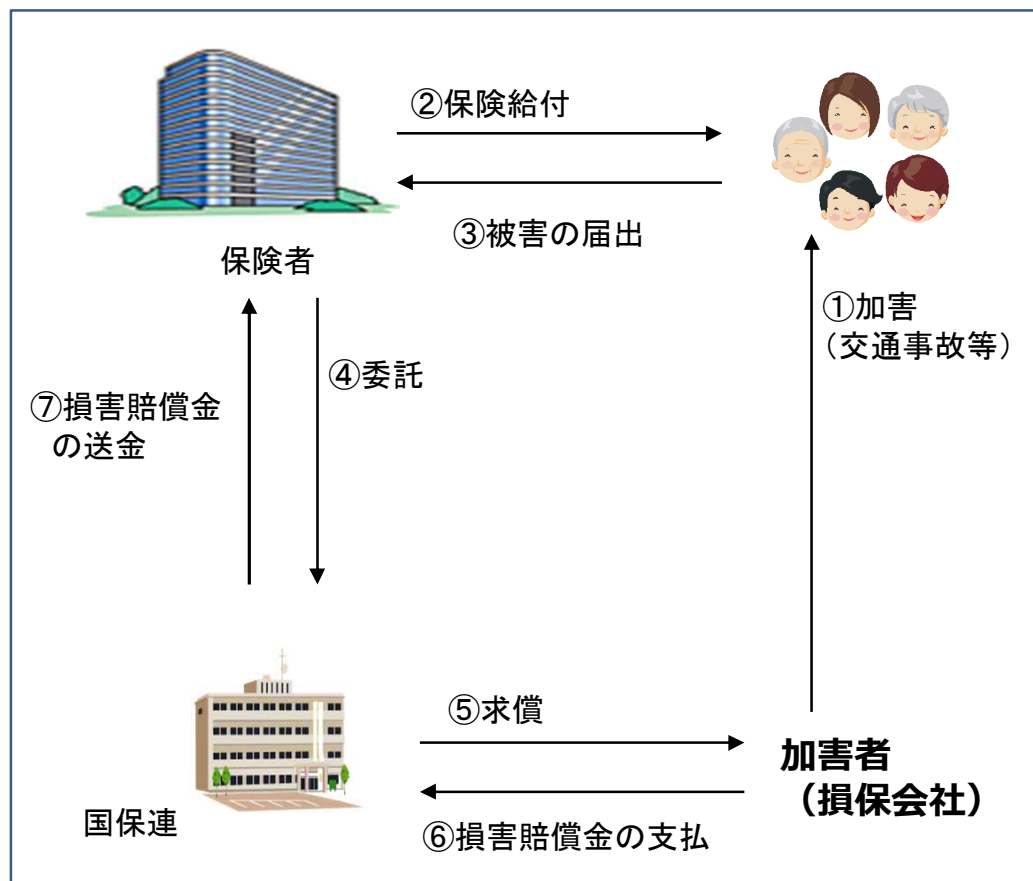
## 【国保・後期高齢者医療の場合】



## 第三者行為求償事務の取組み

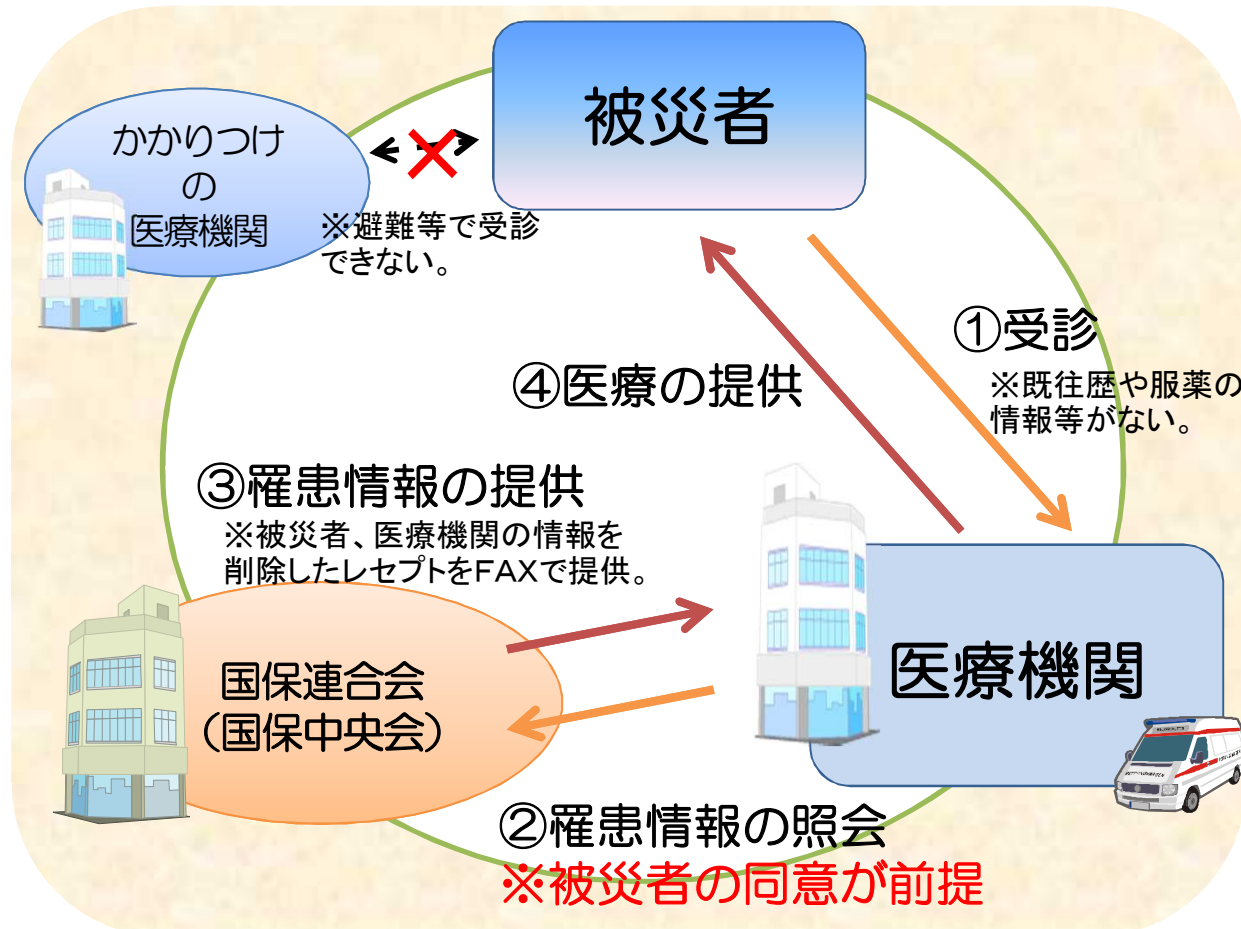
- 国民健康保険法第64条第3項、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第3項、介護保険法第21条第3項の規定に基づき、保険者から委託を受けて、交通事故等第三者行為に係る損害賠償求償事務を共同処理することにより、保険者事務の効率化、医療費、介護給付費の適正化を図る。

(平成26年度の効果額 医療254.5億円 介護9.7億円)



# 大規模災害における被災者に対する既往歴等の提供対応

- 国保連合会は、県内保険者(国保、後期高齢者)から委託を受けた医療レセプト情報及び県内市町村から委託を受けた介護レセプト情報等を保有している。
- そのため、今回の熊本地震においては、被災者がかかりつけの医療機関等で診療を受けられなくなり、既往歴や服薬の情報を把握できない方がいる場合に、被災者の同意を得た医療機関及び保険者から照会を受け、国保連合会(国保中央会)が罹患情報を提供し、被災者が適切な医療を受けることに寄与することができた。





第2回 データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた  
有識者検討会におけるご質問に対する回答

---

平成28年6月14日  
社会保険診療報酬支払基金

## 審査・支払業務の効率化と審査支払機関が担う新たな役割について

### 1 ICTの更なる活用による審査の段階化

○ ICTの活用と審査の段階化という簡素かつ効率的な仕組みを通じて審査の質の向上を図る

<受付前>

- ・ 受け付け前の事前チェック項目の拡大

※ 主傷病の記載もれ など

➡ 受け付けても返戻することが明らかなレセプトは受け付けず、医療機関に返却

<受付後>

- ・ 受け付けたレセプトは、審査を以下の4区分に段階化  
コンピュータチェックの精度の向上とあわせて、審査の一層の効率化と質の向上を図る

① 簡素なコンピュータ審査で完結させるレセプト (10%程度) (イメージ図①)

※ 初診料のみの請求 など

(参考) 現在簡素なコンピュータ審査で完結させるレセプトはない

➡ 手数料は引下げ (減収分は他のレセプト手数料に上乗せせず、効率化で吸収)

(イメージ図②)

【①以外のレセプトは詳細なコンピュータチェックを実施】

② 徹底的なコンピュータチェックで審査を完結させるレセプト

※ 初診から1カ月以内の特定疾患療養管理料の算定 など (イメージ図③)

(参考) 現在コンピュータにより事前チェックしているもの 約65%

③ コンピュータチェック後職員が目視し審査を完結させるレセプト

※ 通院・在宅精神療法の退院日の記載を目視確認している事例 など(イメージ図④)

(参考) 現在職員が目視により事前点検しているもの 約15%

(70%程度+α)

➡ 最終的には②に移行を目指す

④ 審査委員による審査を行うレセプト (20%程度-α) (イメージ図⑤)

(参考) 現在職員の目視を経て審査委員が審査しているもの 約20%

➡ ③までの取組みを強化することで今まで以上に丁寧な審査を実現

★ 括弧内の数値はこれらの取組みが完全に実施された時点のもの

# 各審査段階におけるレセプトの割合等の根拠

## ① 「簡素なコンピュータ審査で完結させるレセプト」を「10%程度」とした根拠

○ 患者受診時の診察費用やこれにあわせて単純な加算及び処方せん料が請求されている、以下の3つの請求パターンを「簡素なコンピュータチェックで完結させるレセプト」として想定

- ア 診察料（初診料、再診料、小児科外来診療料等）のみ
- イ 診察料+加算（乳幼児加算、時間外対応加算、外来管理加算等）
- ウ 診察料+加算（乳幼児加算、時間外対応加算、外来管理加算等）+処方せん料

※ 注 診察料 : 医療機関受診時の基本的な診察にかかる費用（問診、触診、聴診など）  
 乳幼児加算 : 患者の年齢に応じた加算（患者の年齢に応じて診察料に単純に加算できる点数）  
 時間外対応加算 : 診療所における休日夜間対応体制に対する加算（休日等対応できるように体制を整えている診療所で加算できる点数）  
 外来管理加算 : 患者への計画的な経過管理（経過観察）に対する加算（手術等の治療を要しない患者の経過管理の費用として加算できる点数）  
 処方せん料 : 処方せんの発行にかかる費用（皮膚軟膏剤、点眼薬のみの投薬等を想定）

465.8万件 / 5,133万件 = 9.07% （平成28年1月審査分）

簡素なコンピュータチェック対象レセプトの件数(全国)

(積算基礎データ\_H28.1審査分)

診療行為	件数	簡素なコンピュータ チェック対象レセプト の件数割合
ア 診察料のみ	1,147,000	2.23%
└ 初診料のみ	(174,000)	(0.34%)
└ 再診料のみ(電話再診)	(3,000)	(0.00%)
内訳 外来診療料のみ	(183,000)	(0.36%)
└ 小児科外来診療料のみ	(786,000)	(1.53%)
└ 初診+再診(あるいは外来診療料)	(1,000)	(0.00%)
イ 診察料+加算(乳幼児加算、時間外対応加算、外来管理加算等)	335,000	0.65%
ウ 診察料+加算(乳幼児加算、時間外対応加算、外来管理加算等) +処方せん料	3,068,000	5.98%
エ 医科計(ア～ウの計)	4,550,000	8.86%
オ 歯科(初診料のみ)	24,000	0.05%
カ 歯科(診察料+加算(乳幼児加算等)など)	84,000	0.16%
キ 歯科計(オ+カ計)	108,000	0.21%
ク 医科歯科合計(エ+キの計)	4,658,000	9.07%

(参考) 医科・歯科請求件数合計(電子)

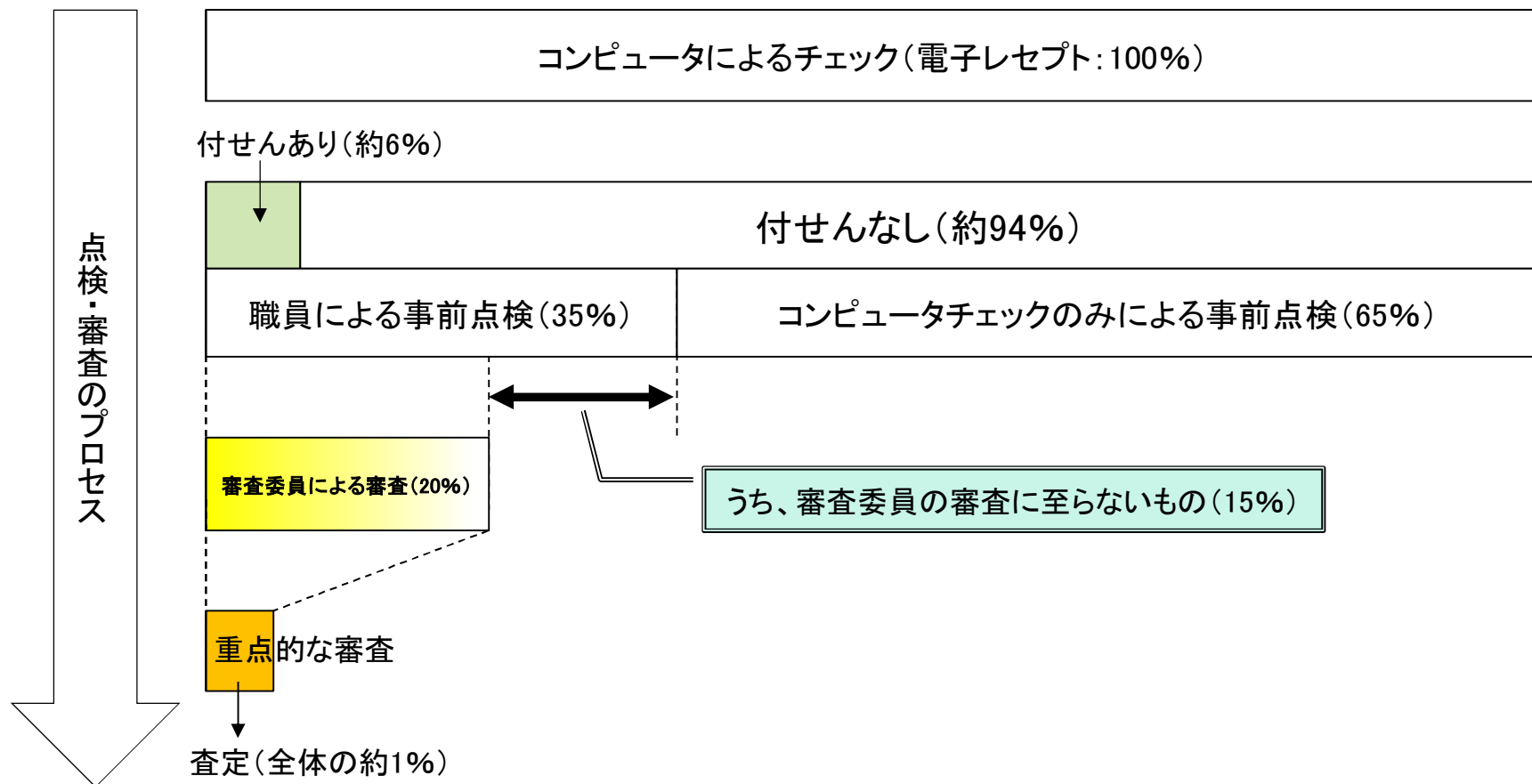
51,330,000

※ 調剤との突合点検チェックにおいて付せんの貼付されたレセプトは除く。

( )内は診察料のみの内訳分の再掲

# コンピュータチェックと職員・審査委員による点検・審査(現状)

- コンピュータチェックは、すべての電子レセプトに対して実施。
- 職員による事前点検は、コンピュータチェックによりチェック(付せん)が付されたレセプトの確認に加え、付せんが付されなかったものについても、コンピュータで読み込めない事項の確認、特定の医療機関の請求傾向や過去の査定状況が反映されていることなどの確認をあわせて行っている。
- 審査委員による審査は、コンピュータチェックによりチェック(付せん)が付されたものや、職員が事前点検して疑義があるとしたものを中心に、審査委員の医学的視点による判断が必要としたもの等を確認、審査している。





## ② 現在コンピュータにより事前チェックしているもの（約65%）

職員により事前点検が行われたレセプトの件数について、平成26年度に実施した支払基金の事務量調査において、点検の電子的記録により把握していたことから、同調査による、それ以外（＝事前点検をコンピュータチェックのみにより行ったレセプト）の件数（＝B）の電子レセプト全体件数（＝A）に占める比率を根拠とした。

※ 平成26年度事務量調査は、診療報酬改定や季節性疾患の流行に伴う影響が少ない8月、9月を対象に実施

$$B/A = 2,697\text{万件}/4,131\text{万件} = 65\%$$

### （例）初診から1月以内の点数算定が認められない診療行為の事前チェック （初診料に管理の費用が含まれている診療行為のチェック）

- ・ 特定疾患療養管理料の算定が初診から1か月を経過した日以降であること。
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料の算定が初診から1か月を経過した日以降であること。

注 特定疾患療養管理料 : 高血圧や胃潰瘍などを主病とする患者に対する、計画的な療養上の管理の費用（点数）

皮膚科特定疾患指導管理料 : 帯状疱疹などの疾患の患者に対する、一定の治療計画に基づく、療養上必要な指導管理の費用（点数）

## ③ 現在職員が目視により事前点検しているもの（約15%）

コンピュータチェックの後、職員が目視により事前点検しているものは、上記②より35%であり、このうち、審査委員の目視にまでは至っていないものの割合。

$$35\% - \textcircled{4} (20\%) = 15\%$$

(例) レセプト記載内容のうち、コンピュータで読み込めない部分（コメント等）について、職員が目視による事前点検

(コメント等：医療機関が診療行為等の補足説明を文章にて記録したもの)

- ・通院・在宅精神療法算定にあたって、コメントとして記録した「診療に要した時間」や「退院日」を目視で確認している。（通院在宅精神療法：統合失調症などの患者に対して、精神科担当医師の行う継続的な治療。なお、診療に要した時間や退院後の期間により、算定できる点数や算定できる回数が異なる）
- ・傷病手当金意見書交付料算定にあたって、コメントとして記録した「交付年月日」を目視で確認している。（傷病手当金意見書：医師等による労務不能の証明）

医療機関の過去の請求・審査状況（診療行為・医薬品等）に着目した事前点検

### ④ 現在職員の目視を経て審査委員が審査しているもの（約20%）

平成28年1月審査分の電子レセプト件数(=C)(注)のうち、審査委員が目視した電子的記録のあるもの(=D)の割合が、22%であり、これを根拠とした。

$$D/C = 1,127\text{万件} / 5,133\text{万件} = 22.0\% \Rightarrow 20\%$$

(注) 医科、歯科レセプトの総件数。調剤レセプトについては、当該患者の医科等レセプトと突合し、処方された医薬品を同一画面表示して、審査を同時に実施しているため、総レセプト件数から除外している。

(電子レセプト総数7,674万件 - 調剤2,541万件 = 5,133万件)

### (例) 診療行為・医薬品等の必要性等に関する医学的な審査

レセプト請求にあたって、診療行為等の「実施理由」や「医学的根拠」について注記（コメント）の記載が求められる事例にかかる医学的な審査

- ・肝硬度測定を3月に2回以上算定する場合の「実施理由」及び「医学的根拠」の記載
- ・救急医療管理加算を算定する場合の「患者の状態」の記載

医療機関の過去の請求・審査状況（診療行為・医薬品等）に着目した医学的な審査

# 各業務に係る従事職員数

区 分 (主な業務内容)	職員数(人)	割合
① 審査準備事務 (医療機関等からの電子媒体の受付、電子媒体分に係る読取り及び読取りエラー連絡、紙レセプトの受付)	144	3.3%
② 審査事務 (レセプト点検、審査結果に疑問点がある場合は審査委員に確認、医療機関からの審査結果に対する照会対応)	1,362	31.6%
③ 審査委員会補助 (審査委員からの照会を一括して取りまとめ担当職員とともに対応、審査委員会での協議事項の整理及び資料作成、審査委員の指示に基づく医療機関との面談・懇談関係資料の作成)	315	7.3%
④ 再審査事務 (再審査に係るレセプト点検、審査結果に疑問点がある場合は審査委員に確認、保険者等からの照会対応)	731	17.0%
⑤ 請求支払事務 (医療機関等への支払額及び返戻レセプト送付時の最終確認、保険者への請求関係帳票送付時の最終確認)	354	8.2%
⑥ 上記①～⑤以外の業務 (※2)	287	6.7%
⑦ 総務・経理関連業務 (事務所建物管理、幹事会等諸会議の開催、文書授受管理、物品調達管理)	248	5.8%
⑧ 管理職 (部下職員の指導育成、関係部署との協議・調整、業務処理方針の決定・周知)	535	12.4%
支部合計	3,976	92.3%
本部職員	334	7.7%
総合計	4,310	100.0%

※1 平成26年度事務量調査に、その後実施した業務の効率化方策等を加味したもの。

※2 ⑥の業務は、次のとおり。

- ・ 保険者との打合せ会の開催及び調整
- ・ 地方単独医療費助成事業の受託の働きかけ
- ・ 医療機関情報及び保険者情報(所在地、施設基準、医療機関番号、保険者番号など)の登録・管理
- ・ 業務処理日程表の作成及び業務処理の進捗管理 など

# レセプト1件当たりの処理時間及びコスト

- 1件当たりの項目別コスト：平成26年度決算及び取扱件数より算出  
平成26年度取扱件数：974,341千件

項目	コスト（円）	決算（千円）
人件費	39.5	38,513,167
システム経費	11.4	11,052,071
機器更新経費	0.1	130,664
アウトソーシング経費	1.3	1,268,451
建物維持管理経費等	1.9	1,835,131
審査委員会費	11.8	11,465,953
積立金	7.2	7,052,734
その他（納付消費税等）	11.3	10,988,524
合計	84.5	82,306,697

※1 銭の位四捨五入

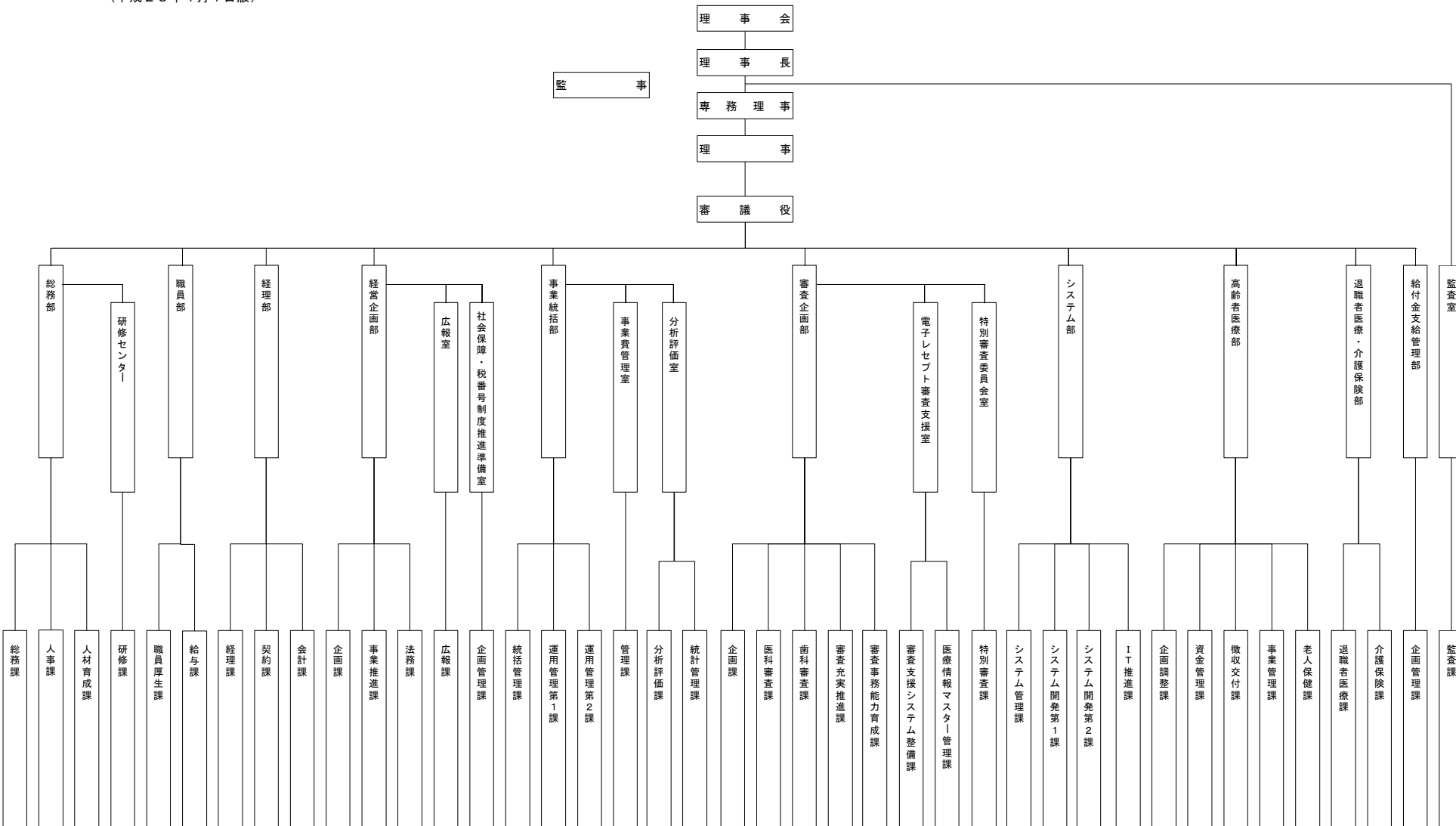
- 処理時間：平成28年度職員定数及び取扱見込件数より算出

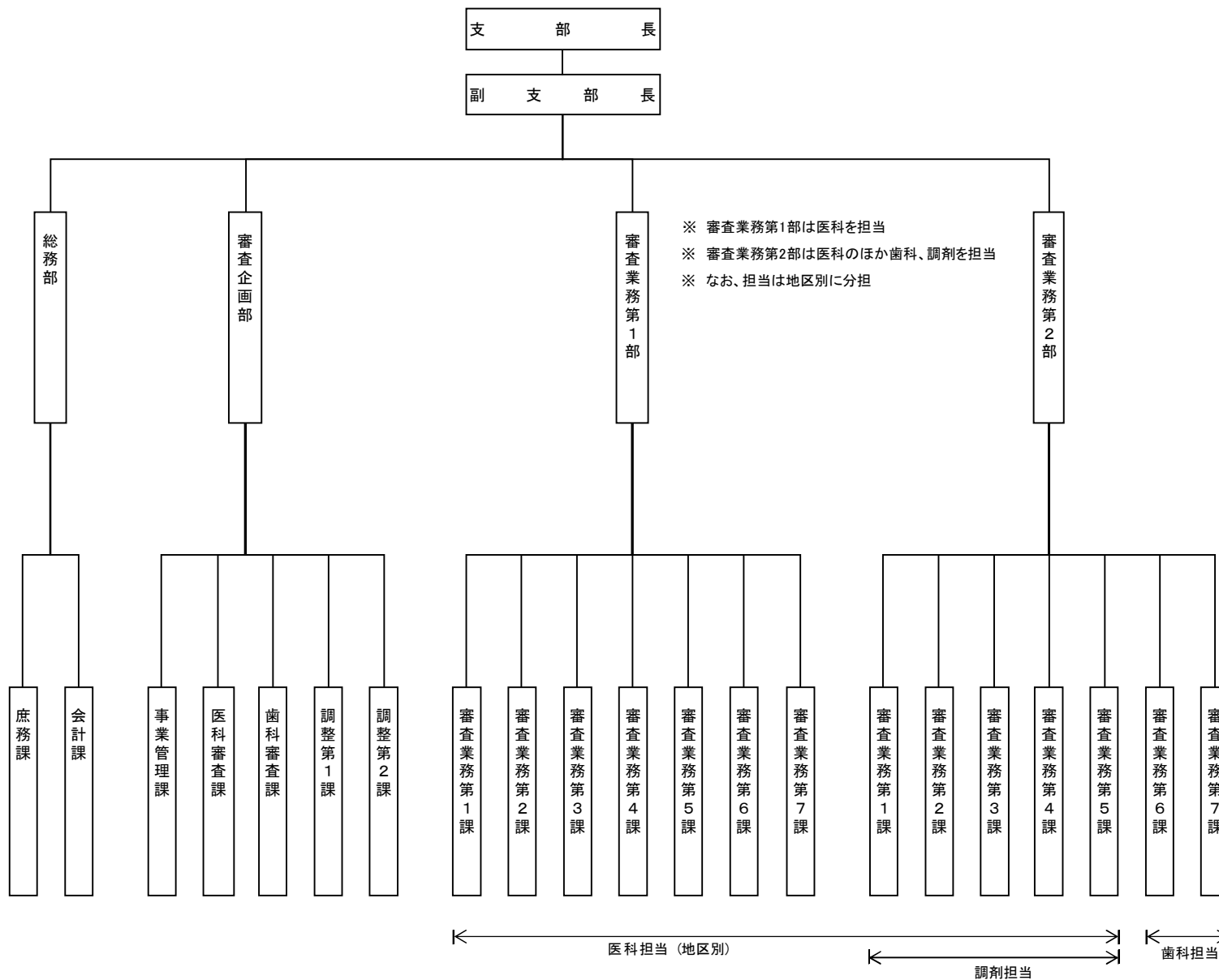
1件当たり処理時間	29(秒)
-----------	-------

# 支払基金の組織体制図

## 社会保険診療報酬支払基金（本部） 組織図

（平成28年4月1日版）





平成28年度の職員数及び臨時職員数

	支部	職員	臨時職員 (常勤換算)
1	北海道	174	10
2	青森	43	2
3	岩手	42	2
4	宮城	78	4
5	秋田	36	2
6	山形	37	2
7	福島	60	3
8	茨城	83	4
9	栃木	62	3
10	群馬	59	3
11	埼玉	181	10
12	千葉	170	9
13	東京	445	28
14	神奈川	246	15
15	新潟	69	3
16	富山	36	2
17	石川	39	2
18	福井	31	1
19	山梨	31	1
20	長野	60	3
21	岐阜	58	3
22	静岡	103	5
23	愛知	216	13
24	三重	56	3

	支部	職員	臨時職員 (常勤換算)
25	滋賀	44	2
26	京都	79	4
27	大阪	308	19
28	兵庫	170	10
29	奈良	43	2
30	和歌山	36	2
31	鳥取	29	1
32	島根	29	1
33	岡山	65	3
34	広島	96	5
35	山口	45	2
36	徳島	33	2
37	香川	35	2
38	愛媛	45	2
39	高知	31	1
40	福岡	172	10
41	佐賀	31	1
42	長崎	47	2
43	熊本	52	3
44	大分	41	2
45	宮崎	38	2
46	鹿児島	51	2
47	沖縄	41	2
48	本部	334	14
合計		4,310	229



## 支払基金改革チームの構成及び運営

支払基金改革検討チーム(H28.2.12設置)は、理事長を座長とした統括検討チーム及び検討課題ごとの具体的な改革案を策定する検討チームにより構成する。(総計62名)  
 企画担当審議役及び経営企画部が各検討チームの進行管理と検討内容の調整を行う。

(統括検討チーム)

座長、統括、副統括、構成員(計16名)

(検討チーム)

構成員(計57名) ※(検討チーム)構成員は、(統括検討チーム)構成員からの兼務者(11名)を含む。

## 検討課題

検討チーム	検討課題	人数
1	今日において審査支払機関が果たすべき役割や機能に関する基本的な考え方	5名
2	ICT活用や組織見直しも含めた効率・簡素な業務の在り方	22名
3	システムチェック項目の開示も含めた透明性・早期対応の工夫	26名
4	支部間差異解消も含めた公平・公正な審査の在り方	9名
5	アウトソーシングの工夫や基金の優位性を活かせる新規事業	18名

※検討チーム人数は、複数の検討課題について兼務者あり。

# 支払基金改革検討チーム構成員

「今日において審査支払機関が果たすべき役割や機能に関する基本的な考え方」

【構成員：計5名】

職名
審議役（企画関係担当）
経営企画部長
経営企画部次長
経営企画部企画課長
経営企画部企画課副長

「ICT活用や組織見直しも含めた効率・簡素な業務の在り方」

【構成員：計22名】

職名
審議役（総務関係担当）
総務部長
職員部長
医科専門役
歯科専門役
調剤専門役
審査企画部次長
高齢者医療部次長
総務部総務課副長
経理部経理課副長
監査室監査課副長
総務部総務課秘書係長
事業統括部統括管理課統括管理第1係長
審査企画部企画課企画係長
システム部システム管理課システム管理係長
審議役（審査関係担当）
審査企画部長
医科専門役
歯科専門役
調剤専門役
審査企画部特別審査委員会室長
審査企画部次長

「支所間差異解消も含めた公平・公正な審査の在り方」

【構成員：計9名】

職名
審議役（審査関係担当）
事業統括部長
審査企画部長
医科専門役
歯科専門役
調剤専門役
審査企画部特別審査委員会室長
審査企画部次長
審査企画部次長

「システムチェック項目の開示も含めた透明性・早期対応の工夫」

【構成員：計26名】

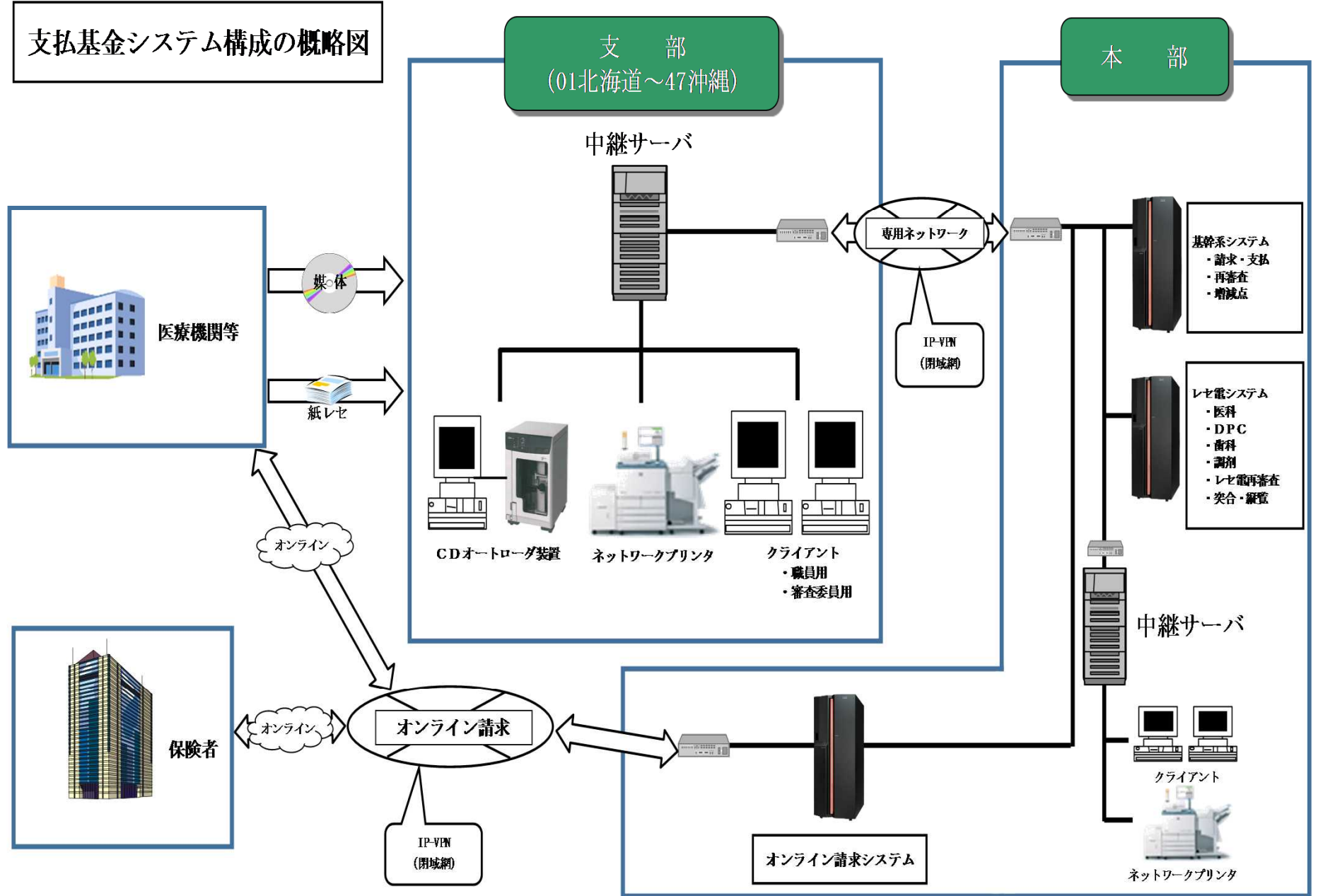
職名
審議役（分析評価関係担当）
システム部長
医科専門役
歯科専門役
調剤専門役
審査企画部電子レセプト審査支援室長
審査企画部次長
事業統括部運用管理第1課長
審査企画部電子レセプト審査支援室医療情報マスター管理課長
システム部システム開発第1課長
審査企画部医科審査課DPC審査係長
システム部システム管理課システム企画係長
システム部システム開発第1課システム開発第1係長
審査企画部電子レセプト審査支援室審査支援システム整備課 医科整備係医科整備班長
システム部システム開発第1課システム開発第1係 システム開発班長
システム部システム開発第1課システム開発第2係 システム開発班長
事業統括部分析評価室分析評価課分析評価第2係分析評価班係員
事業統括部分析評価室分析評価課分析評価第2係分析評価班係員
審議役（システム関係担当）
審査企画部長
システム部長
経営企画部広報室長
審査企画部次長
システム部次長
システム部システム開発第1課長
審査企画部電子レセプト審査支援室審査支援システム整備課 コンピュータチェック機能整備係長

「アウトソーシングの工夫や基金の優位性を活かせる新規事業」

【構成員：計18名】

職名
審議役（審査業務関係担当）
事業統括部長
埼玉支部長
経営企画部企画課副長
職員部給与課非現業システム支援係長
経営企画部企画課企画第1係長
事業統括部運用管理第1課運用管理第3係長
システム部システム開発第1課システム開発第1係 システム開発班長
システム部システム開発第2課システム開発第1係 システム開発班長
審議役（分析評価関係担当）
事業統括部分析評価室統計管理課長
経営企画部企画課副長
審査企画部医科審査課医科審査係長
審査企画部電子レセプト審査支援室審査支援システム整備課 医科整備係長
審査企画部特別審査委員会室特別審査課特別審査第1係長
システム部システム開発第2課システム開発第1係長
事業統括部分析評価室分析評価課分析評価第1係分析評価班係員
事業統括部分析評価室分析評価課分析評価第2係分析評価班係員

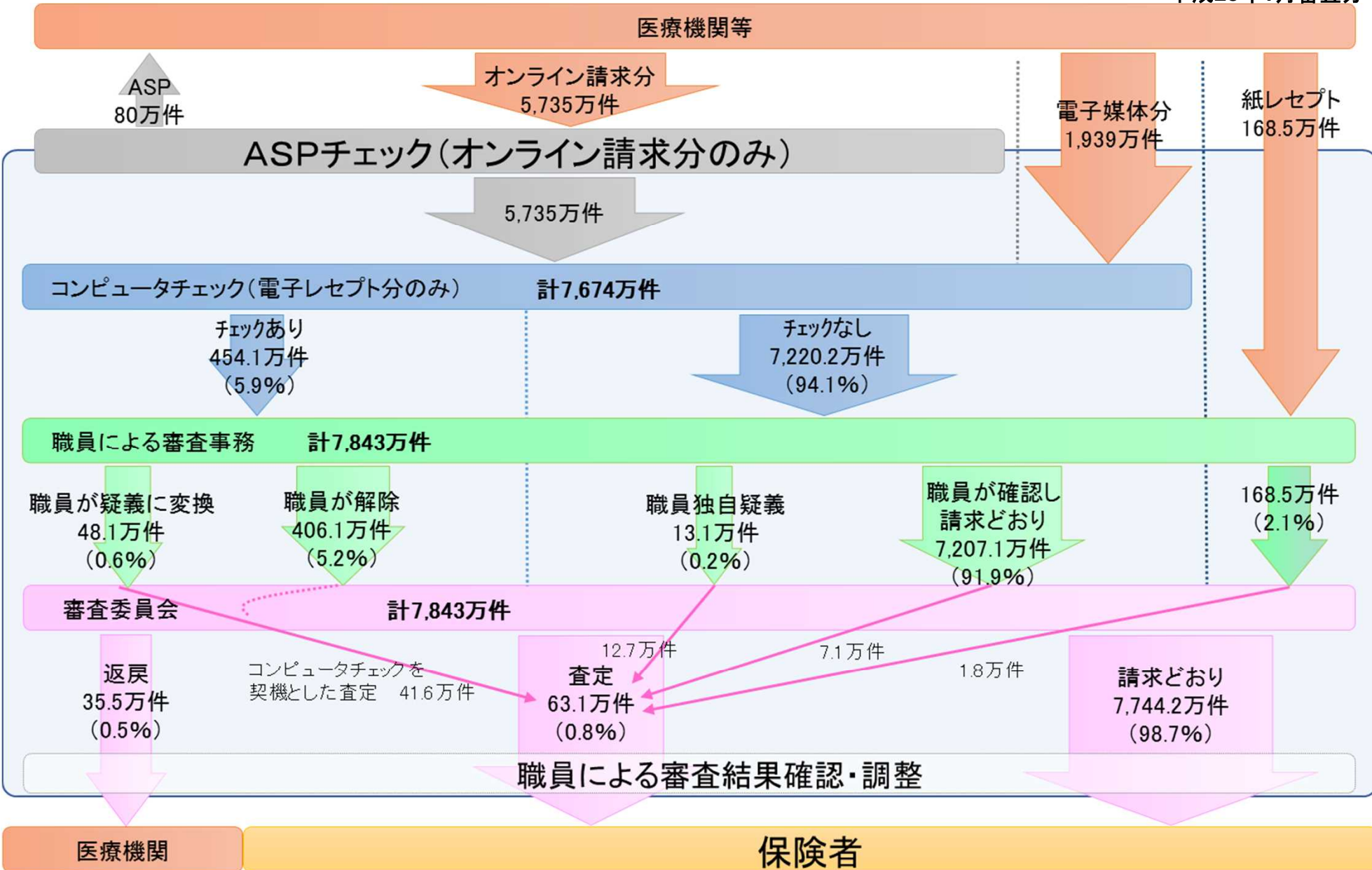
# 支払基金システム構成の概略図



# 支払基金のレセプト審査(原審査)の流れ

(別添)

平成28年1月審査分



平成28年5月23日

第2回有識者検討会 支払基金提出資料



## 審査・支払業務の効率化と審査支払機関が担う 新たな役割について

---

平成28年5月23日  
社会保険診療報酬支払基金

# 審査・支払業務の効率化と審査支払機関が担う新たな役割について

## ＜改革の基本的な考え方＞

公的医療保険制度の一翼を担う審査支払機関として、その今日的な在り方を社会保障制度改革推進法等や厚生労働省の保健医療2035※に示された基本的な考えを踏まえて検討。

これまでの考え方にとらわれることなく、目に見える具体的な案を示す。

### ① 徹底した効率化を通じた審査支払の充実（効率化と質の向上の両立）

請求支払とは膨大なレセプトを遅滞無く期限内に支払うこと。審査とは患者本位の医療が保険医療ルールの枠内で行われていることを確認すること。この本質は維持しつつ、コンピュータ段階で審査を完結、審査のチェック項目を公表、支部間のみならず国保連とも審査判断基準を統一、手数料の複数設定などの効率化を実施。

これらの取組みを審査支払の充実につなげる。

なお、効率化に応じて審査体制（組織・人員）をゼロベースで見直すこととし、審査事務職員の配置は全国数箇所。

### ② ビッグデータを活用した健康増進、疾病予防に貢献

健康や医療に関する情報を活用した健康増進や疾病予防の取組みが重要。膨大なレセプトデータを取り扱っている特徴を活用し、更には国保連とデータを相互に活用することやNDBの管理を担うことで、より多くのデータを集積。これを多面的に分析し利用者の意向に即して提供するシンクタンク（頭脳集団）として持続可能な医療保険制度に貢献する。

### ③ ICTを活用することにより成果を最大化

①、②いずれも膨大な情報を的確、迅速に処理しつつ高品質を実現することが必要。そのために、最大限ICTを活用する。このため、医療の多様性、個別性などは尊重しつつ、従来のコンピュータを可能な範囲で活用するという発想ではなく、ICTを最大限活用できるよう仕組みを見直すという視点で全体を再検討。

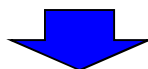
※ 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。（社会保障制度改革推進法第2条第二項）

※ 目標を実現していくために、基本とすべき価値観・判断基準は、公平・公正（フェアネス）、自律に基づく連帯、日本と世界の繁栄。また、2035年の保健医療が達成すべきビジョンの1つがグリーン・ヘルスケア（より良い医療をより安く）。（保健医療2035）

## ○ 審査支払専門機関の立場から見直し案を提言

(具体的な検討の視点)

「社会保障制度改革推進法」等の基本的考え方において求められている効率性と質の両立  
また、厚生労働省の「保健医療2035」で示された公平・公正、自律に基づく連帯、リーン・ヘルスケア  
（「より良い医療をより安く」）といった考えを踏まえた具体的な検討の視点



### 「簡素・効率・高品質」

簡素・効率の工夫を高品質につなげる仕組み

### 「公平・公正・透明」

確実に公平・公正な審査支払が行われていることが外部から見てわかる透明な仕組み

### 「国民及び関係者の理解と納得」

審査支払制度を支える国民、医療関係者、保険者の理解と納得が得られる仕組み

### 「新たな付加価値の創出」

保有するデータを分析提供するなどシンクタンク（頭脳集団）として疾病予防や健康づくりに貢献  
併せて、支払基金の自立性を高める取組みも実施

## 1 ICTの更なる活用による審査の段階化

○ ICTの活用と審査の段階化という簡素かつ効率的な仕組みを通じて審査の質の向上を図る

〈受付前〉

- ・ 受け付け前の事前チェック項目の拡大

※ 主傷病の記載もれ など

➡ 受け付けても返戻することが明らかなレセプトは受け付けず、医療機関に返却

〈受付後〉

- ・ 受け付けたレセプトは、審査を以下の4区分に段階化  
コンピュータチェックの精度の向上とあわせて、審査の一層の効率化と質の向上を図る

- ① 簡素なコンピュータ審査で完結させるレセプト（10%程度）（イメージ図①）

※ 初診料のみの請求 など

（参考）現在簡素なコンピュータ審査で完結させるレセプトはない

➡ 手数料は引下げ（減収分は他のレセプト手数料に上乗せせず、効率化で吸収）

（イメージ図②）

【①以外のレセプトは詳細なコンピュータチェックを実施】

- ② 徹底的なコンピュータチェックで審査を完結させるレセプト

※ 初診から1カ月以内の特定疾患療養管理料の算定 など（イメージ図③）

（参考）現在コンピュータにより事前チェックしているもの 約65%

- ③ コンピュータチェック後職員が目視し審査を完結させるレセプト

※ 通院・在宅精神療法の退院日の記載を目視確認している事例 など（イメージ図④）

（参考）現在職員が目視により事前点検しているもの 約15%

（70%程度+α）

➡ 最終的には②に移行を目指す

- ④ 審査委員による審査を行うレセプト（20%程度-α）（イメージ図⑤）

（参考）現在職員の目視を経て審査委員が審査しているもの 約20%

➡ ③までの取組みを強化することで今まで以上に丁寧な審査を実現

★ 括弧内の数値はこれらの取組みが完全に実施された時点のもの



## 2 審査の統一性の確保

### ○ 審査判断基準に一定の巾を認めることで、統一的な基準策定を推進し、効率化と質の向上を両立

#### <支部間差異の解消>

- 支部間差異事例については、統一的、客観的判断が可能なもの※は、統計分析等により一定の巾に収斂させ、統一的な審査判断基準を策定  
これを全国共通のコンピュータチェック項目に反映させて、効率化と質の向上を図る (イメージ図⑥)

※ 带状疱疹に対する「ゾピラックス錠400」の投与量は、通常、成人には1回800mgを1日5回（10錠相当）とされているが、年齢、症状により適宜増減するとされていることから、原則、1日20錠（例）までは算定可とする など

※ 一定の仮定に立てば、支部間差異事例は、支部点検条件から見れば約9,000件

- 判断に巾がある以上、完全にコンピュータチェックだけで判断を完結させることはできないことから、最終的な判断を合議の上策定する仕組みを創設する (イメージ図⑦)

 合理的説明のつかない支部間差異は解消

#### <地域内審査判断基準の共通化>

- 支部間差異の解消と同様の観点から地域内においても共通化を進める (イメージ図⑧)

 地域内の審査判断基準も共通化を推進

## 3 支部及び審査委員会の設置・審査体制の在り方

### ○ 審査・支払業務の効率化を推進し、それに合わせた支部・職員体制の在り方をゼロベースで見直し

- 患者本位の医療を考えれば、医師の裁量や最適な医療には「巾」があることから、医師等による目視判断が一切不要になることはない
- 審査委員会は、審査委員の確保や同一地域内のピアレビューの有用性（レセプト適正化・紛争回避機能）等に鑑み、

 **地域単位で審査委員会が果たしている機能は存続**

- ICTの活用と審査判断基準の統一の取組みを進めることで審査担当職員の事務量は減少。これにより、その業務実施場所自体も柔軟な対応が可能になる。こうした取組みを進めるとともに災害対応も念頭に（イメージ図⑧）

 **審査事務職員配置は全国数箇所**

- 審査委員会のサポート、各地の保険者、都道府県や市町村、医療機関等に対する説明・情報提供、業務拡大に係る事務等（イメージ図⑨）

 **必要最小限のリエゾンオフィス（連絡事務所）を地域単位に配置**

## 4 審査の透明性の向上と早期対応

- 医療機関や保険者の業務負担軽減に資する透明性の高い仕組みを導入。これにより効率化と質の向上を両立
  - ・ 透明性の高い仕組みとすることで、医療機関からの請求の適正化、保険者の業務範囲の明確化などの負担軽減や効率的かつ精度の高い審査を実現 (イメージ図①)



統一的、客観的な判断が可能なコンピュータチェック項目は公表  
(例) 統計的に70%以上査定されている項目

## 5 請求・支払業務の効率化

- 現在、請求・支払実務は外部に委託。今後は、自前の審査システムに改修を加えることで一層の効率化を実現



この取組みの効果額は毎年10億円程度  
今後とも効率化に資する工夫は外部化に限らず柔軟に実施

## 6 新たな付加価値の創出

- レセプトデータを保険者横断的に有することは他にない優位性。ICTを積極的に活用しつつ、そのデータ分析をした上で保険者等に提供 (場合によっては有償で提供し自立性を高める)

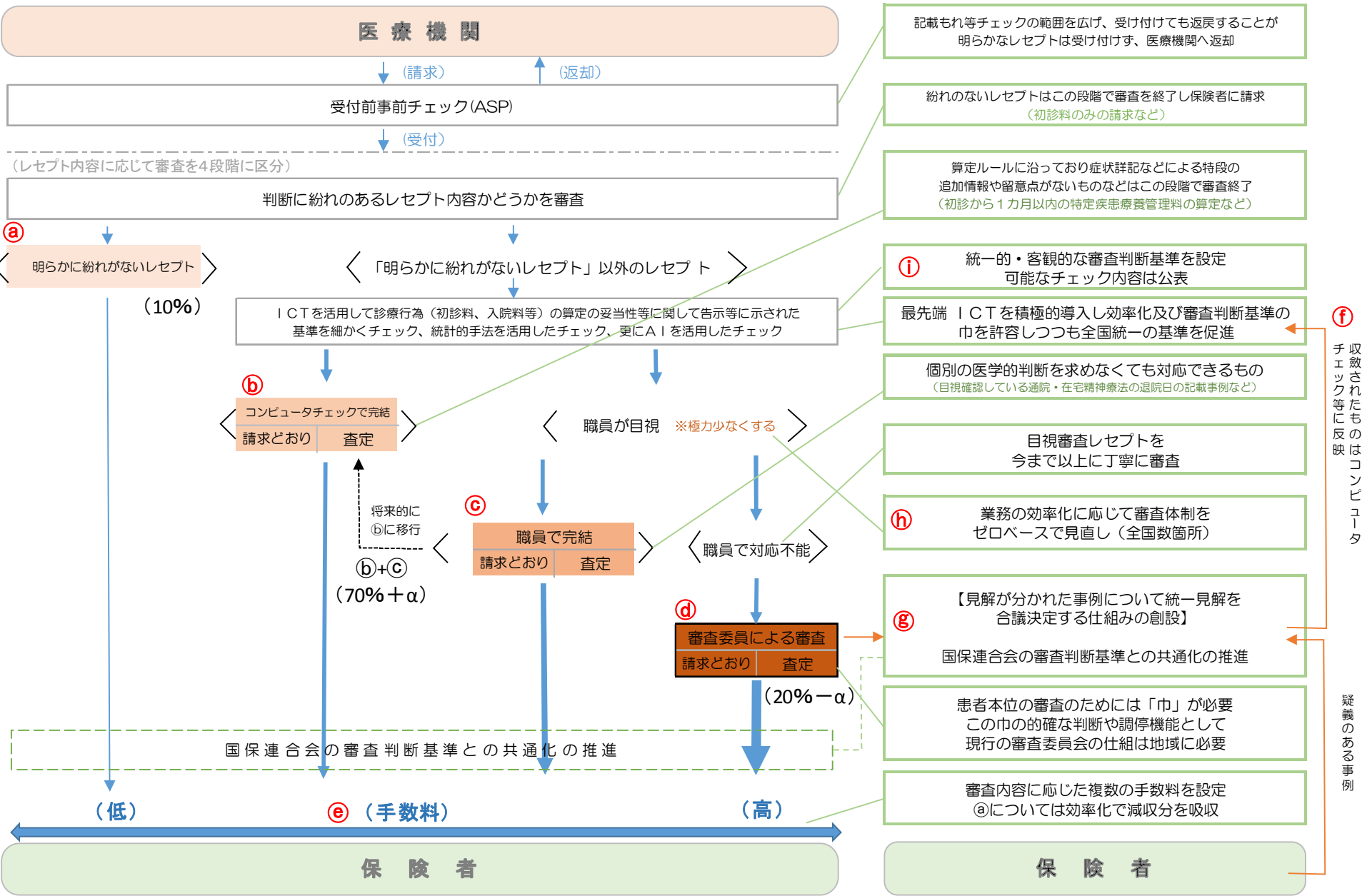


審査支払業務のみならずレセプトデータを保有しているという特性を生かしてシンクタンクの役割に積極的に取り組む



国保とのデータ連携、更には中立・公共的性格を有することからNDBデータのマネジメントについても積極的に対応

# 審査・支払業務の効率化と審査支払機関が担う新たな役割について (イメージ)



- 記載もれ等チェックの範囲を広げ、受け付けても返戻することが明らかなレセプトは受け付けず、医療機関へ返却
- 紛れのないレセプトはこの段階で審査を終了し保険者に請求 (初診料のみの請求など)
- 算定ルールに沿っており症状詳記などによる特段の追加情報や留意点がないものなどはこの段階で審査終了 (初診から1カ月以内の特定疾患療養管理料の算定など)
- ① 統一的・客観的な審査判断基準を設定可能なチェック内容は公表
- 最先端 ICTを積極的導入し効率化及び審査判断基準の巾を許容しつつも全国統一の基準を促進
- 個別の医学的判断を求めなくても対応できるもの (目視確認している通院・在宅精神療法の退院日の記載事例など)
- 目視審査レセプトを今まで以上に丁寧に審査
- ② 業務の効率化に応じて審査体制をゼロベースで見直し(全国数箇所)
- ③ 【見解が分かれた事例について統一見解を合議決定する仕組みの創設】  
国保連合会の審査判断基準との共通化の推進
- 患者本位の審査のためには「巾」が必要  
この中的確な判断や調停機能として  
現行の審査委員会の仕組みは地域に必要
- 審査内容に応じた複数の手数料を設定  
④については効率化で減収分を吸収

⑥ 吸収されたものはコンピュータチェック等に反映

⑦ 疑義のある事例

効率化の成果を生かしてビッグデータ分析・提供等のシンクタンク機能を充実

# 參考資料

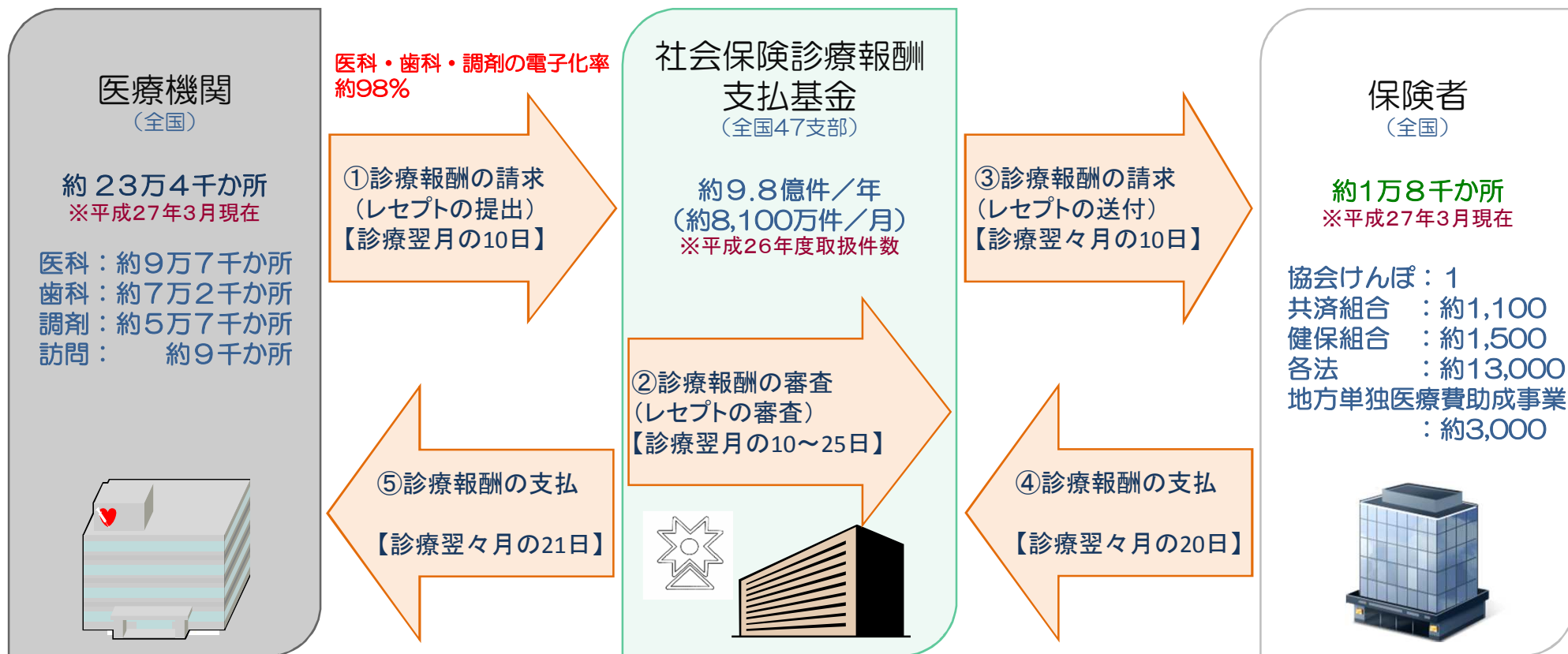
# 診療報酬の請求から支払までの流れ

## 1. レセプトの取扱件数及び金額

レセプト件数: 9.8億件 支払確定金額: 11兆円(国民医療費約40兆円の約3割)

2. 職員数: 4,310人 審査委員: 4,674人(医療顧問: 140人)

3. 平成28年度予算: 808億円 レセプト1件当たり手数料: 74.60円(医科・歯科89.00円)  
(調剤44.50円)





医療顧問・主任審査員による審査事務の指示

- 職員は、医療顧問等から医学知識の研修を受けて、診療科別に審査事務の留意点の指示を受ける。

職員が審査委員会・再審査委員会を補助する事務

- 職員は、審査委員と同様に診療科別に審査事務をする。担当審査委員に、今月の審査補助のポイント、コンピュータチェックの変更内容の伝達などを行う。

（コンピュータチェック内容説明・操作補佐）

- ◆コンピュータチェックの内容、複数チェックの優先度、コンピュータチェック対象にならない項目

（診療請求内容の審査ポイント）

- ◆医療機関の傾向的な請求内容、診療行為、医薬品、特定保険医療材料の保険請求範囲の審査照会の対応

（審査後の審査委員への確認）

- ◆査定結果が医療機関に説明できるように、査定・返戻理由を確認

（再審査の審査委員への確認）

- ◆再審査申出内容から判断して診療科別専門委員へ照会、審査差異が生じないように審査委員間の意見調整

医療機関への審査結果説明

- 医療機関に審査結果（査定・返戻）理由を、来所懇談又は電話で説明する。

保険者への再審査結果説明

- 保険者に再審査結果（原審どおり・査定）の理由を、定例協議会で説明する。
- 個別レセプト単位に、保険者の意見を聞きながら、審査委員を交えて納得性のある説明をする。

診療報酬の支払額が未調整または廃止医療機関の診療報酬の相殺と実地確認業務

- 診療報酬の支払額が未調整になる場合、継承者、連絡先、住所等現地の医療機関を実地確認して支払額を調整する。
- 廃止医療機関の所在は、県または地区医師会に照会して所在確認を行い、所在地に直接出向いて対応する。

地方厚生局・都道府県事務所との業務連携

- 指導監査の結果、医療機関からの診療報酬の返還金控除額を確認し、分割収納期間・分割額を協議・決定する。
- 地方厚生局通知による施設基準の登録・廃止、医療機関指定の遡及を打合せする。医療機関の未届出請求について、医療機関・保険者への対応を協議する。

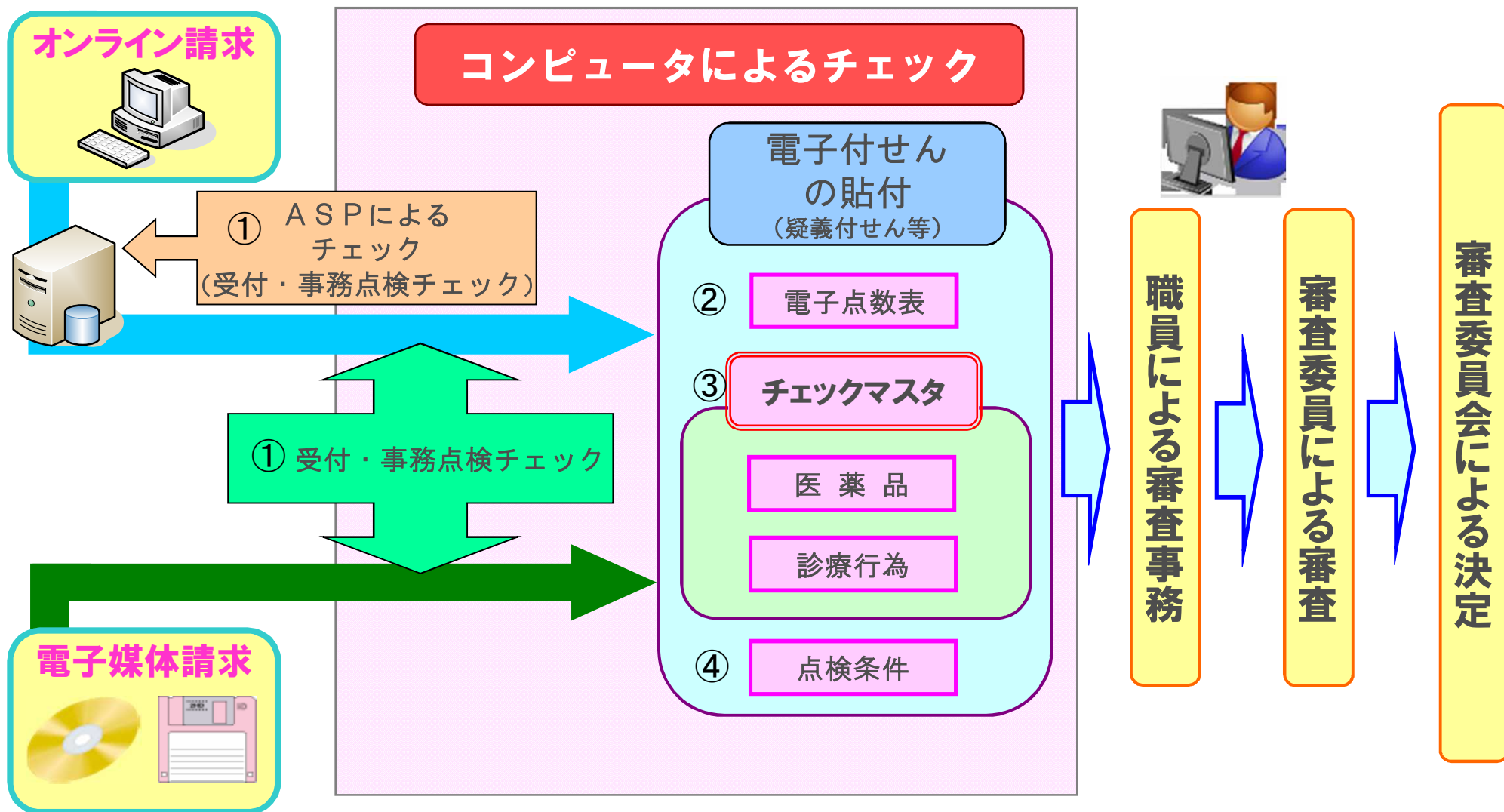


平成26年度(平成26年4月審査分～平成27年3月審査分)

処理区分		件数	件数率	点数	点数率
原審査	請求	658,350千件	—	12,323億点	—
	査定	7,982千件	1.212%	35億点	0.284%
再審査	原審どおり	3,954千件	0.610%	—	—
	査定	2,397千件	0.367%	8億点	0.066%
	審査返戻	79千件	0.012%	13億点	0.104%
	計	6,431千件	0.992%	—	—

※ 件数(点数)率は、原審査請求件数(点数)に対するものである。

ただし、再審査の件数(点数)率は5～7か月前平均原審査請求件数(点数)に対するものである。



## ① 受付・事務点検チェック(オンライン請求の場合のASP)

コンピュータによる受付・事務点検チェックにより、「患者名がもれていないか」、「存在しないコードが記録されていないか」などを点検しています。

なお、オンライン請求では、医療機関が審査支払機関のASPを利用することにより、事前に記載事項等の不備(患者名もれ、存在しないコードの記録等)を確認でき、当月に修正が可能となります。

※ ASP(アプリケーション・サービス・プロバイダ)とは、一般的に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利用できる仕組み(サービス)のこと。

## ② 電子点数表を活用したコンピュータチェック

電子点数表を用いて、他の診療行為に包括される診療行為や他の診療行為と併算定ができない診療行為などをチェックしています。

## ③ チェックマスタを活用したコンピュータチェック

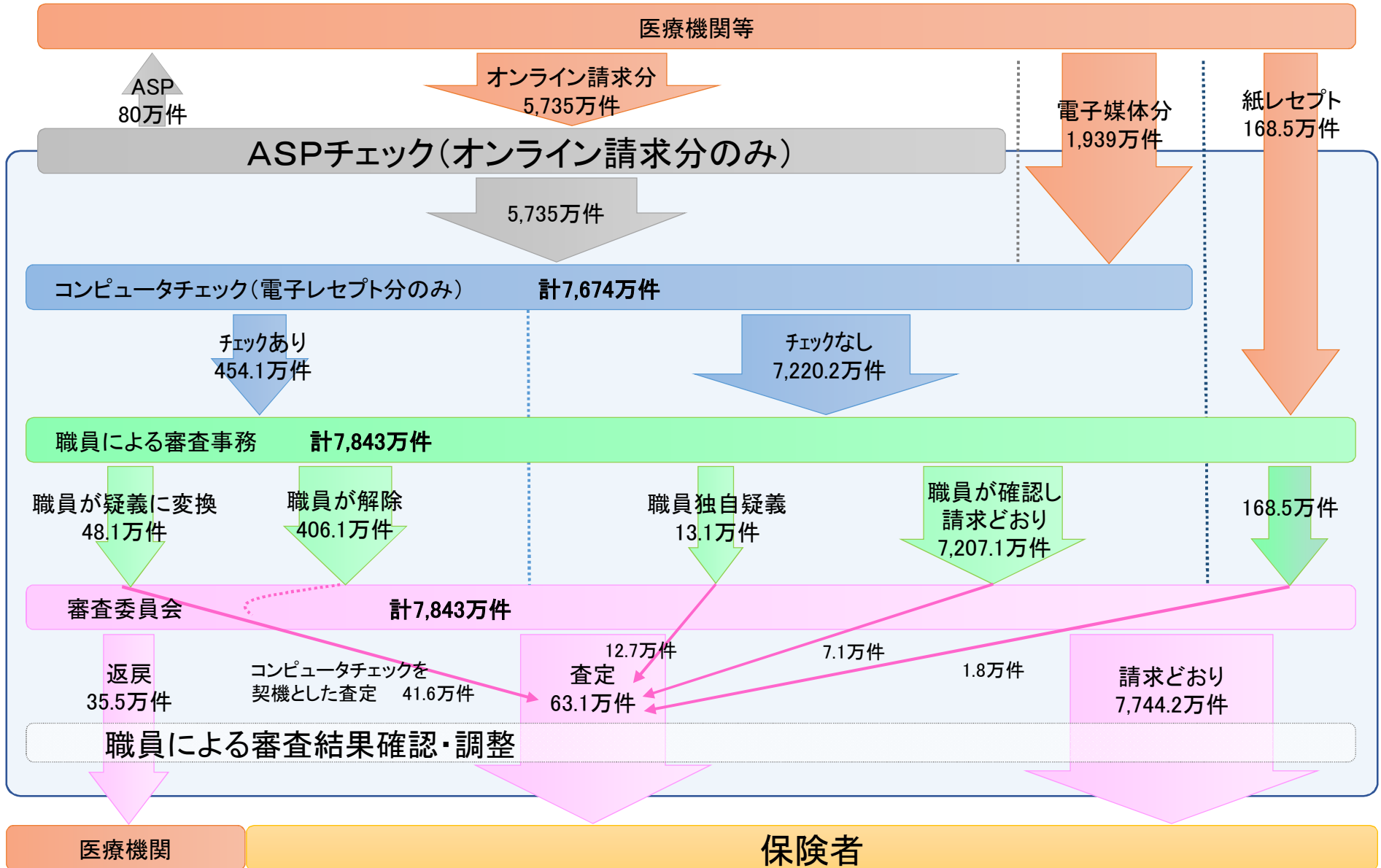
チェックマスタ(診療報酬請求上の算定可否に関する基準を定義したデータベース)を用いて、傷病名と医薬品や診療行為の適応に関する適否、医薬品の用量に関する適否などをチェックしています。

## ④ 点検条件の設定によるコンピュータチェック

本部及び支部において、チェックマスタ等に設定されていない医薬品や診療行為等の診療報酬の算定に関する適否の基準を、点検条件に設定(コンピュータチェックシステムに対象条件を登録する)し、①～③のコンピュータチェックでは対応できていない組合せ項目などをチェックしています。

# 支払基金のレセプト審査(原審査)の流れ

平成28年1月審査分



# 事例1

診療識別集計表示・傷病名欄拡張		傷病名変換情報	
傷病名	診療開始日▲ 転帰		
01 てんかん	H27.12.3		
02 高プロラクチン血症	H27.12.3		
03 甲状腺機能低下症	H27.12.3		
04 高アンモニア血症	H27.12.3		
05 糖尿病の疑い	H27.12.3		
06 糖原病の疑い	H27.12.3		
07 急性上気道炎	H27.12.3		
08 中枢性運動失調症	H27.12.3		
09 てんかん性精神障害	H27.12.12		

診療識別	【請求】回数・点数計	【決定】回数・点数計	【査定】点数計
11 付せん種別:L4付せん			
12 エラー事由コード:L442800000000			
13 付せんメッセージ:その他施設基準に係る点数の誤り			
14 在 七			
20 投薬他			
21 内 服			
22 屯 服			
23 外 用			
24 調剤料			

**①チェック概要**  
 CT撮影(16列以上64列未満マルチスライス型機器)の算定について、この医療機関では当該CTの施設基準を厚生(支)局に届けていないことから次のチェック※が反映  
 ※受付・事務点検 L4428エラー:「当該医療機関(薬局)の医療機関マスターに登録されていない施設基準の診療(調剤)が記録された。」

**②他医療機関のCT又はMRI機器を共同利用した場合の記載要領**  
 (略)また、別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合は、「摘要」欄に画診共同と表示すること。(記載要領より)

**③支払基金職員による審査事務**  
 他院のCTを共同利用している場合、他院が厚生支局に届け出ている施設基準により保険請求できるが、前①のとおりチェックがかかる。他院のCTを共同利用している場合はレセプトの摘要欄に【画診共同】※と記載することと規定されているため、目視による確認が必要。  
 ※ 摘要欄の記載事項は、その記録方法が電子化対応していないため(文字のフリー入力)、現行システムでは機械的な読み取りができない

	A L P		
	γ-G T		
	無機リン及びピリン酸		
	F e	117 X	1
70	* コンピューター断層診断	450 X	1
	* ○ CT撮影(16列以上64列未満マルチスライス型機器)	900 X	1
	* 電子画像管理加算(コンピューター断層診断料)	120 X	1
	* 電子媒体保存料(1回)		
	(頭部)		
	(12月3日)		
80	* ○ 通院精神療法(30分未満)	330 X	1
	* (注) CT: クリニックにて撮影画診共同		

# 事例2

診療識別集計表示・傷病名欄拡張
傷病名変換情報

全体
10 基本等
20 投薬
30 注射
40 処置
50 手術
60 検査
70 画像
80 その他
90 入院

1/1
算定日情報
日別情報
調剤しせ表示
調剤しせ枚数
0枚

傷病名	診療開始日▲転帰
01 三叉神経痛第1枝領域	H27.12.25

11	*	初診	282	X	1
50	*	高周波をおこないました			
54	*	○眼窩上神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法)	800	X	1
	*	1%カルボカイン注	10mLV		
	*	カルボカインアンプル注2%	5mL	1管	23 X 1
	*	12月25日			

付せん貼付一覧			
突発区分	付せん種別	エラー事由コード	付せんメッセージ
単月	L4付せん	L444300000000	神経ブロックの算定誤り

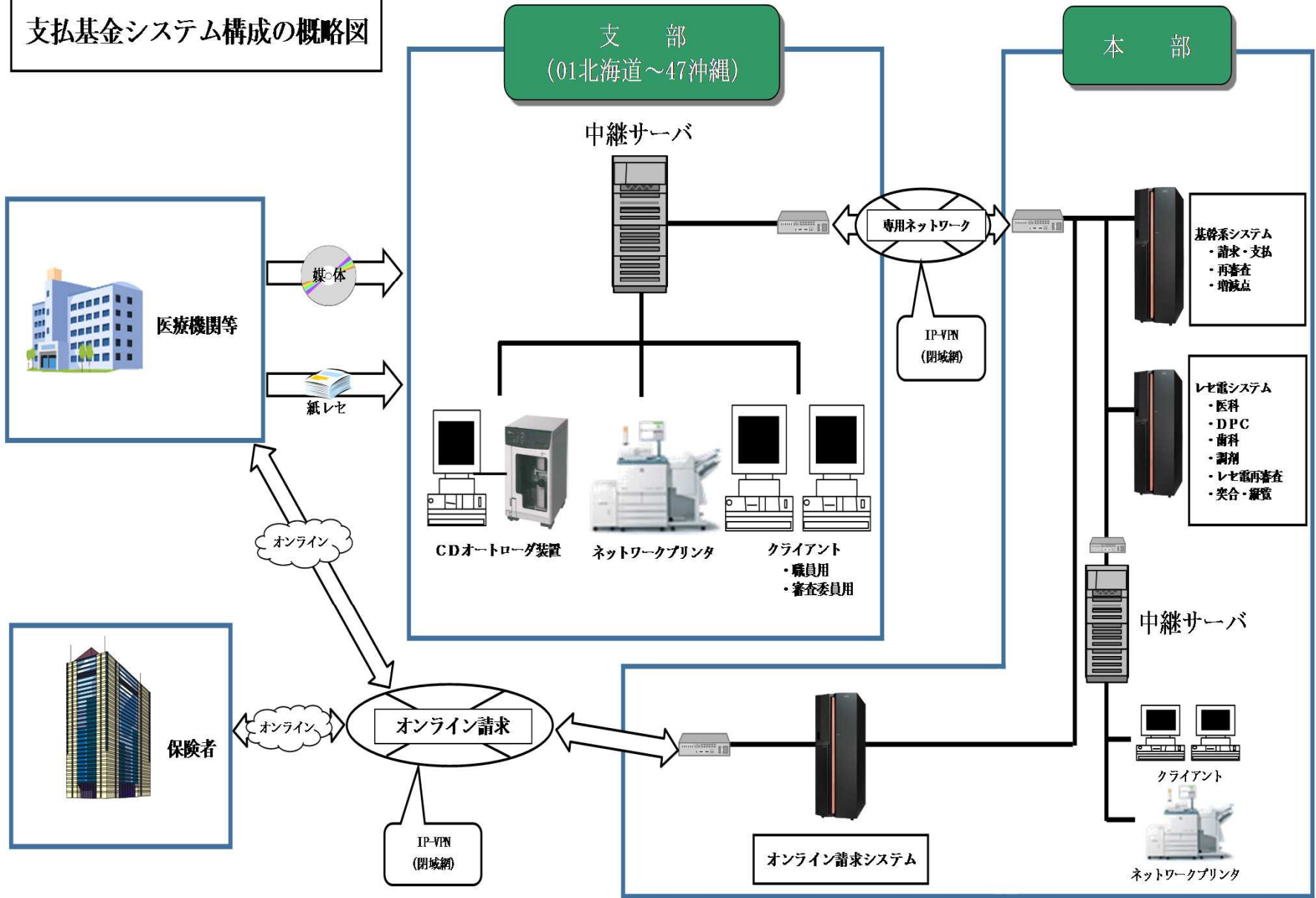
**①チェック概要**  
 眼窩上神経ブロックの算定について、神経破壊剤の算定がないことから次のチェック※が反映  
 ※受付・事務点検 L4443エラー「診療識別内で神経破壊剤を使用していない場合、神経ブロック(神経破壊剤)が記録された。」

**②神経ブロックの算定要件**  
 (1) 神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール(50%以上)及びフェノール(2%以上)等の神経破壊剤の注入又は高周波凝固法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいう。(留意事項通知より)

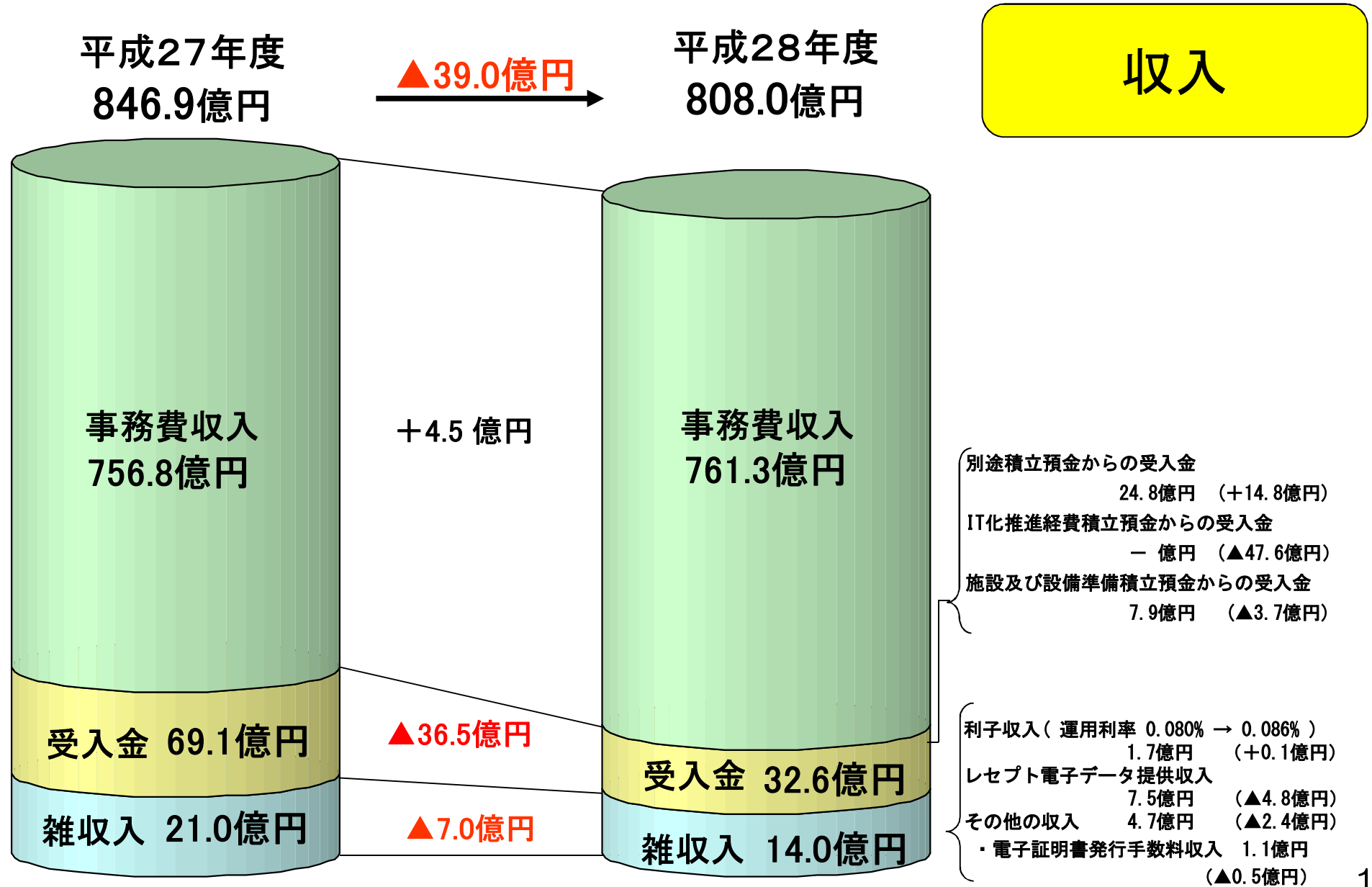
**③支払基金職員による審査事務**  
 高周波凝固法による神経ブロックは、神経破壊剤を使用する療法ではないにもかかわらずチェックがかかるため、「高周波凝固法により」などの摘要欄のコメント※を確認する必要がある  
 ※ 摘要欄の記載事項は、その記録方法が電子化対応していないため(文字のフリー入力)、現行システムでは機械的な読み取りができない

診療識別	【請求】回数	点数計	【決定】回数	点数計	【査定】点数計
11	初診	1	282	1	282
12	再診				
13	医管理				
14	在宅				
20	投薬他				
21	内服				
22	屯服				
23	外用				
24	調剤料				
31	皮下筋				
32	静脈内				
33	その他				
39	薬剤減				
40	処置				
50	手術				

# 支払基金システム構成の概略図



# 平成28事業年度 一般会計収入支出予算





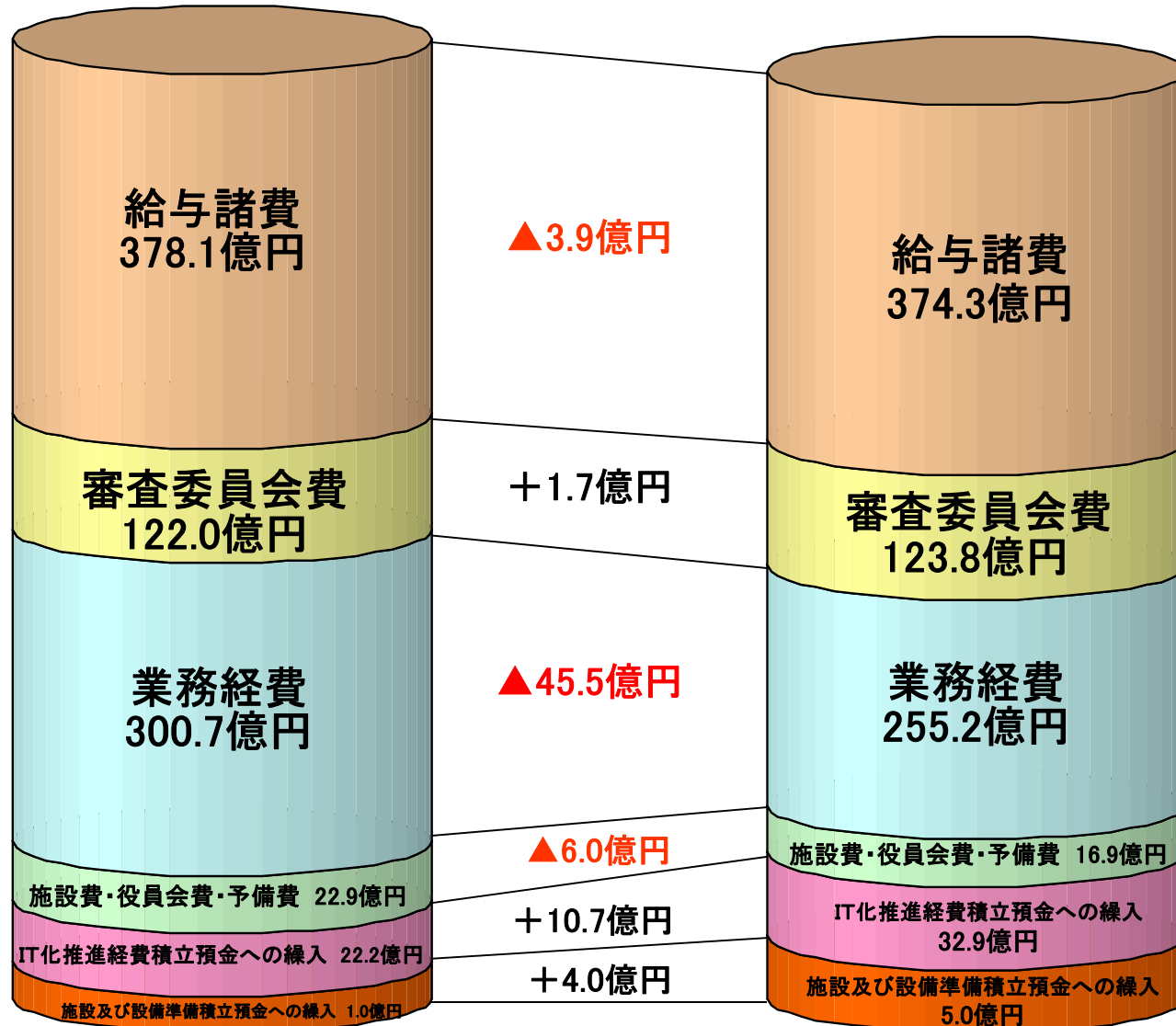
# 平成28事業年度 一般会計収入支出予算

平成27年度  
846.9億円

▲39.0億円

平成28年度  
808.0億円

支出



- 施設費 : 12.5億円 (▲5.7億円)
- ・大規模修繕経費 : 7.9億円 (▲3.7億円)
- ・事務所等修繕経費 : 4.6億円 (▲2.0億円)
- 役員会費 : 0.5億円 (±0.0億円)
- 予備費 : 3.8億円 (▲0.3億円)
- システム機器更新等 (平成32年度)
- 基金事務所建物等の修繕

### 事例1 検査:肝硬度測定

この検査は留意事項通知において、次のとおりとされている。

原則、3月に1回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から3月に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

3月に2回以上の算定がある場合には、摘要欄に記載されている当該検査の実施理由及び医学的根拠から算定の必要性について医師の判断が必要となる。

### 事例2 検査:KL-6

この検査の取り扱い、支払基金に設置している専門分野別専門医グループ（ワーキンググループ）（注）において、次のとおりとされている。

単なる副作用チェックとしては、原則、認めない。

関節リウマチ患者に対する生物学的製剤使用例におけるKL-6については、間質性肺炎を疑い当該検査を実施したことが、レセプトのコメント又は「間質性肺炎の疑い」などの傷病名から判断できる場合に認める。

なお、必要とされるコメント・算定頻度・判断とは、以下の如くである。即ち、生物学的製剤投与前の患者であれば、「生物学的製剤投与予定のため」など、生物学的製剤投与中の患者であれば、間質性肺炎が疑われる所見の記載などにより、当該検査の必要性が判断できる内容であれば、3か月に1回程度を許容範囲とし、これ以上の頻度に及ぶ場合は、患者の感染症のリスク、疾患活動性の程度、身体的所見に関するコメントや傷病名などに基づき個々の症例に応じて判断する。

3か月に1回以上の頻度に及ぶ場合は、患者の感染症のリスクなど個々の症例に応じて判断することから算定の必要性について医師の判断が必要となる。

（注）専門分野別専門医グループ（ワーキンググループ）は、審査に関する疑義について迅速に検討し支払基金としての対応を進めるため、案件に応じて審査委員会が推薦する審査委員において組織するものである。

## これまでの構成員からの主なご指摘を整理したもの

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。

- 審査支払機関による保険者機能の強化については、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。

## 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。全国統一的、明確的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。
- 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。