

第4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7月8日（金）
15:00～17:00
全国都市会館2階 大ホール

（議題）

1. 前回のヒアリングにおける質問事項等について
2. ビックデータの現状について
3. 構成員からのプレゼンテーション
4. 当面の検討事項の整理について

（配付資料）

資料1 支払基金と国保連の比較等

資料2 データ活用等の現状について

資料3 構成員提出資料

資料3-1 「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保について」

（林構成員）提出資料

資料3-2 「新しい支払基金の7つの役割 診療報酬40兆円の審査の
効率化と統一性の確保のためにすべきこと」

（飯塚構成員）提出資料

資料4 当面の検討事項の整理（案）（座長提出資料）

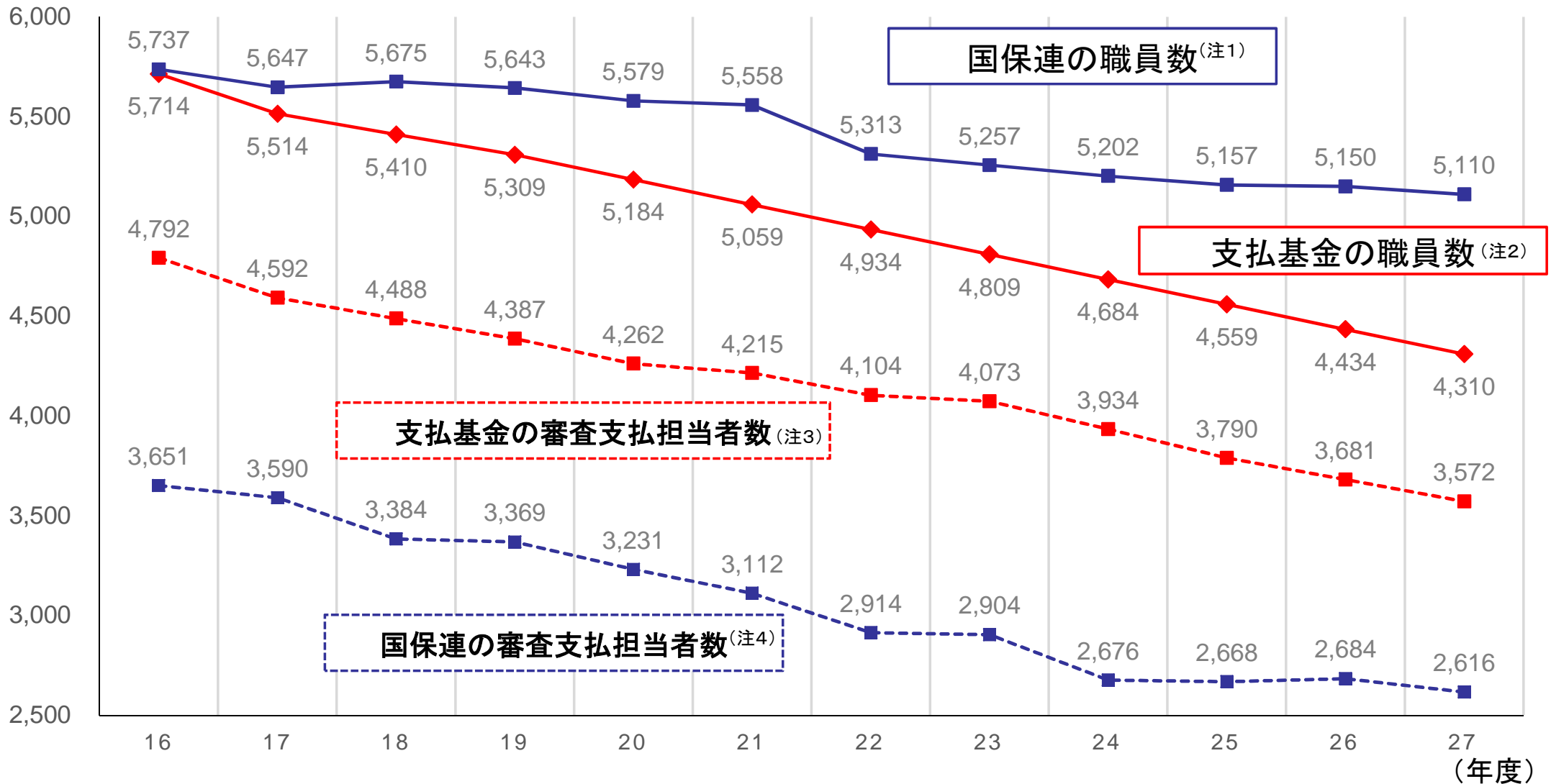
参考資料① これまでの意見の整理（事務局提出資料）

参考資料② 規制改革実施計画閣議決定〔抜粋版〕（平成28年6月2日）

支払基金と国保連の比較等

支払基金と国保連の職員数の推移

(人)



- (注1) 国保連の職員数は、診療報酬、介護報酬等の審査支払業務及び保険者事務共同処理等の保険者支援業務に係る連合会の総職員数（中央会職員数は含まない）
- (注2) 支払基金の職員数は、診療報酬等の審査支払業務に係る全国の全部署の支部及び本部の総職員数（後期高齢者医療支援金徴収・交付業務等の職員数を除く）
- (注3) 支払基金の審査支払担当者数は、「支払基金の職員数」のうち、総務、経理関係業務を除く支部職員数
- (注4) 国保連の審査支払担当者数は、国民健康保険及び後期高齢者医療の審査支払業務を主に担当する連合会職員数

都道府県別の審査支払担当者数

平成27年度

都道府県	支払基金	国保連
北海道	153	130
青森	37	30
岩手	37	42
宮城	71	44
秋田	31	29
山形	30	34
福島	54	40
茨城	71	56
栃木	54	51
群馬	52	60
埼玉	162	87
千葉	153	111
東京	434	201
神奈川	231	107
新潟	62	56
富山	29	24

都道府県	支払基金	国保連
石川	32	22
福井	25	14
山梨	25	17
長野	52	42
岐阜	51	38
静岡	92	91
愛知	202	152
三重	48	40
滋賀	36	24
京都	68	50
大阪	294	180
兵庫	156	114
奈良	35	22
和歌山	29	20
鳥取	23	16
島根	23	18

都道府県	支払基金	国保連
岡山	60	43
広島	91	77
山口	39	43
徳島	28	35
香川	29	16
愛媛	38	34
高知	25	28
福岡	160	103
佐賀	25	31
長崎	41	33
熊本	44	39
大分	34	42
宮崎	31	33
鹿児島	44	55
沖縄	31	42
計	3,572	2,616

(注1) 支払基金の審査支払担当者数は、「支払基金の職員数」のうち、総務、経理関係業務を除く支部職員数である。

(注2) 国保連の審査支払担当者数は、国民健康保険及び後期高齢者医療の審査支払業務を主に担当する連合会職員数である。

保険者・医療機関再審査請求の状況（全国）

平成28年3月審査分

【 医科・歯科計 】		支払基金	国保連
保 険 者	再審査請求件数 … (a)	617,135 件	736,155 件
	再審査査定・返戻件数 … (b)	190,572 件	345,014 件
	再審査請求件数に対する査定・返戻 件数の割合 … (b) / (a)	30.9 %	46.9 %
医 療 機 関	再審査請求件数 … (a1)	26,621 件	40,123 件
	再審査復点件数 … (b1)	8,749 件	16,084 件
	再審査請求件数に対する復点 件数の割合 … (b1) / (a1)	32.9 %	40.1 %

【参 考】

【 医科・歯科計 】		支払基金	国保連
平成28年3月審査分原審査請求件数 … (a2)		61,403,239件	56,043,097件
平成28年3月原審査査定件数 … (b2) (査定率) … (b2) / (a2)		725,073件 (1.18%)	687,267件 (1.23%)

(注) 上記の再審査及び原審査の件数については、突合審査の件数を含んでいる。

支払基金の支部間差異解消のための取組み

平成28年6月1日現在

I 「支部間差異解消のための検討委員会」及び「審査情報提供検討委員会」の取組み

支部審査委員会から提起された差異の事例について、差異解消に向けた調整の後、保険者団体・診療担当者団体・国を含めた関係者の協議により情報公開すべきものを検討・協議

- ① 支部審査委員会から差異の見られる事例を登録
- ② 「支部間差異解消のための検討委員会」で検討・協議（医科：645事例 歯科：142事例）
- ③ 全国支部審査委員会と調整（収斂）
- ④ 最終的に、保険者や診療団体を含めた「審査情報提供検討委員会」において協議の上、以下の事例を支払基金のHP等（別添参照）で公表
 - ※ 医科については、診療行為等の78事例
 - ※ 医薬品については厚生労働省から検討依頼があった適応外使用事例を224事例
 - ※ 歯科については、診療行為等の44事例

II 審査充実全体会議による取組み

上記 I の支部からの提起を待たず、以下の4つの視点から広く事例を集め、更に機動的に差異解消を進めるため、少人数の審査委員長等により検討・協議

上記 I の取組みに加え、平成27年3月に設置された「審査充実全体会議」において、

- ① コンピュータチェックの事例
 - ② 審査取決事項の事例
 - ③ 苦情等相談窓口寄せられた事例
 - ④ 審査結果分析
 - 上記4つの審査の差異事例に着目し検討を要する事例を選定
 - 4つの分野ごとに小委員会で検討・協議
 - 小委員会の協議結果は、支部審査委員会に報告し了承を得る
 - 支部審査委員会の了承事項は審査充実全体会議で一定の見解を取りまとめる
- ※ 一定の見解は、関係団体へ情報提供するが、平成27年度は16事例について関係団体へ情報提供している

審査情報提供事例

結果内再検索 同義語拡張検索

絞込方法 サイト内検索

審査情報提供事例を検索する場合は下記の該当する項目にチェック願います。

医科 - 検査 医科 - 画像診断 医科 - 処置 医科 - 手術 医科 - 麻酔
 医科 - 病理診断 歯科 - 医学管理等 歯科 - 検査 歯科 - 画像診断 歯科 - 投薬
 歯科 - 処置 歯科 - 手術 歯冠修復 欠損補綴 薬剤

審査支払機関における診療報酬請求に関する審査は、健康保険法、療養担当規則、診療報酬点数表及び関係諸通知等を踏まえ各審査委員会の医学的・歯科医学的見解に基づいて行われています。一方、審査の公平・公正性に対する関係方面からの信頼を確保するため、審査における一般的な取扱いについて広く関係者に情報提供を行い、審査の透明性を高めることとしております。このため、平成16年7月に「審査情報提供検討委員会」、平成23年6月に「審査情報提供歯科検討委員会」を設置し、情報提供事例の検討と併せ、審査上の一般的な取扱いに係る事例について、情報提供を行ってまいりました。今後とも、当該委員会において検討協議を重ね、提供事例を逐次拡充することとしておりますので、関係者の皆様のご参考となれば幸いです。なお、情報提供する審査の一般的な取扱いについては、療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性、用法・用量の妥当性などに係る医学的・歯科医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としておりますので、本提供事例に示された適否が、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではないことにご留意ください。

平成23年9月

→ [医科 \(78事例\)](#)
→ [歯科 \(44事例\)](#)
→ [薬剤 \(224事例\)](#)

3 HbA1c ① (膵臓疾患)

最終更新日：2016年4月1日

《平成17年4月25日新規》
《平成26年9月22日更新》

4月1日

取扱い

原則として、糖尿病若しくは「糖尿病疑い」の明示がなく、膵臓疾患のみの場合のHbA1c検査は認められない。

取扱いを定めた理由

HbA1c検査は、糖尿病の治療のコントロールを目的として実施される検査であり、「糖尿病」または「糖尿病疑い」の場合に認められる検査である。

より少
ても有

留意事項

膵臓疾患、特に慢性膵炎では糖尿病の合併が多く見られ、血糖値の平均を評価することには臨床的有用性がある。こうした場合は「糖尿病」または「糖尿病疑い」等の病名を明細書に記載することとなるが、これらの病名がない場合には、詳記等により検査をする医学的必要性が認められる場合に限られる。

【事例解説】

〔糖尿病病名のない膵臓疾患に対するHbA1c検査の取扱い〕

論点

認めている支部

(認める理由)
慢性膵炎では糖尿病の合併が多く見られ、血糖値の平均を評価することは臨床的に有用性がある。

認めていない支部

(認めない理由)
慢性膵炎で糖尿病が疑われた場合は、レセプトにその旨を記載すべきであり、記載のないものは認めていない。

検討・協議(収斂)

支部間差異解消のための検討委員会

地区検討委員会(6地区)及び中央検討委員会において検討・協議

全国の支部審査委員会と調整

審査上の取扱いを収斂

審査情報提供検討委員会

保険者団体・診療担当者団体・厚生労働省を含めた関係者により、情報公開について検討・協議

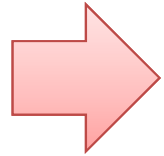
原則として、「糖尿病」若しくは「糖尿病疑い」の明示がなく、膵臓疾患のみの場合のHbA1c検査は認められない。

データ活用等の現状について

NDBについて

レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）概要

日本全国のレセプトデータ、特定健診等データを収集しデータベース化



現在、約7年分を格納

利用目的

全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため[高齢者の医療の確保に関する法律 第16条]

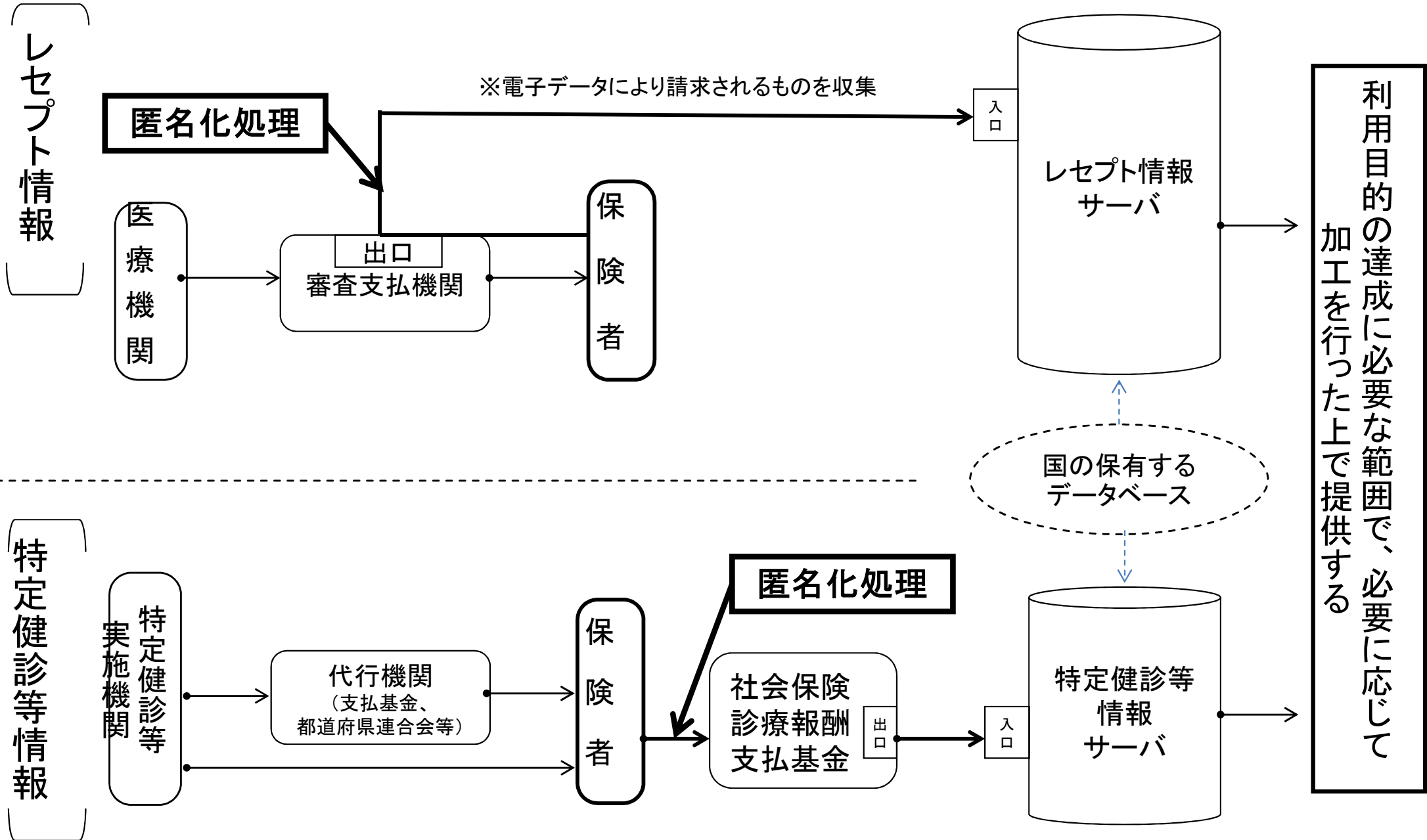
保有主体

厚生労働大臣 （注）外部事業者に維持管理を委託

収載データ

- ・レセプトデータ 約111億1,900万件[平成21年4月～平成28年1月診療分]※平成28年4月時点
 - ・特定健診・保健指導データ 約1億6,900万件[平成20年度～平成26年度実施分]
- (注1)レセプトデータについては、電子化されたデータのみを収載
(注2)特定健診等データについては、全データを収載
(注3)個人を特定できる情報については、固有の暗号に置換することで、個人の診療履歴の追跡可能性等を維持しつつ、匿名化

レセプト情報・特定健診等情報（レセプト情報等）の収集経路



レセプトについて

○ レセプトとは

保険診療を行った医療機関は、診療報酬点数表に基づいて計算した診療報酬(医療費)を毎月の月末に患者一人一人について集計した上で、患者一人につき、外来と入院を別々にした明細書を作成し、審査支払機関を経由して保険者へ診療報酬を請求する。この明細書をレセプト(診療報酬請求明細書)という。

○ レセプトに記載されない診療

レセプトは保険診療に関する診療報酬明細書であるため、主に**保険外の診療はレセプトデータとして記録されない**。(例)・業務上の負傷・疾病(労災保険の適用)・健康診断・交通事故・予防医療・妊娠、分娩 等

- 傷病名
- 診療開始日、診療実日数
- 医療機関コード
- 初診・再診、時間外等
- 医学管理(医師の指導料等)
- 投薬
- 注射
- 処置
- 手術
- 検査
- 画像診断
- 請求点数(1点につき10円) など

レセプトの主な記載項目

- (注1) 診療報酬明細書としての性格から、医療機関の経営状況等の情報は記載されていない。
- (注2) 請求点数については、審査支払機関の査定後の点数が保存される。査定の有無はデータとして保存されない。

レセプトデータのうち、以下の項目は、同一人を特定する方策を講じた上で、匿名化のため削除されてデータベースに収集される。

- 患者の氏名
- 生年月日の「日」
- 保険医療機関の所在地及び名称
- カルテ番号等
- 国民健康保険一部負担金減額、免除、徴収猶予証明書の証明書番号
- 被保険者証(手帳)等の記号・番号
- 公費受給者番号

特定健診・特定保健指導データの内容

特定健診、特定保健指導は、データベース上に別々のファイルで保管。主な記録されている項目は以下のとおり。

- 受診情報(実施日等)
- 保険者番号
- 特定健診機関情報(機関番号のみ)
- 受診者情報の一部(男女区分、郵便番号)
- 健診結果・問診結果
- 保健指導レベル
- 支援形態
- 特定保健指導のポイント数 など



以下の項目は、同一人を特定する方策を講じた上で、匿名化のため削除されて、データベースに収集される。

- 特定健診・保健指導機関の郵便番号、所在地、名称、電話番号
- 医師の氏名
- 被保険者証の記号及び番号
- 受診者の氏名
- 受診券有効期限

介護総合DBについて

介護保険総合データベースの活用について

現状・課題

1. 介護保険総合データベース（介護DB）の概要

① 介護DBとは

介護保険法第197条第1項の規定に基づき、介護保険給付費明細書（介護レセプト）等の電子化情報を収集したものであり、平成25年度から厚生労働省が管理するサーバー内へ格納し、運用を開始した。保有主体は厚生労働大臣。

※介護保険法第197条第1項

厚生労働大臣又は都道府県知事は、市町村に対し、保険給付の効果に関する評価のためその他必要があると認めるときは、その事業の実施の状況に関する報告を求めることができる。

② 保有情報

- ・ 介護レセプトデータ
- ・ 要介護認定データ等

③ これまでの利用状況

地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国の保険者の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握するとともに、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有するために、「地域包括ケア『見える化』システム」を作成している。この中で、平成28年7月より介護DBのデータも利用されることとなっている。

介護保険総合データベースの活用について

現状・課題

2. 格納されているデータについて（介護レセプト）

- ① 審査支払機関である国民健康保険団体連合会を經由して、保険者へ請求される介護レセプトに記載されている内容
- ② 国民健康保険団体連合会を經由して収集された介護レセプトデータを匿名化した上で、厚生労働省へ提出され、介護DBへ格納される。
- ③ 格納件数：約5.2億件（平成24年4月～平成27年10月サービス提供分）
- ④ 格納されている主なデータ

事業者情報に関する情報	利用者に関する情報	
	属性	サービス内容
事業所名、事業所番号	性別	サービスの種類
住所	生年月(日は欠損)	単位数
サービス種類	要介護状態区分	日数
加算の算定状況	認定有効期間	回数
事業の開始、休止、廃止、再開年月日	保険分給付率	

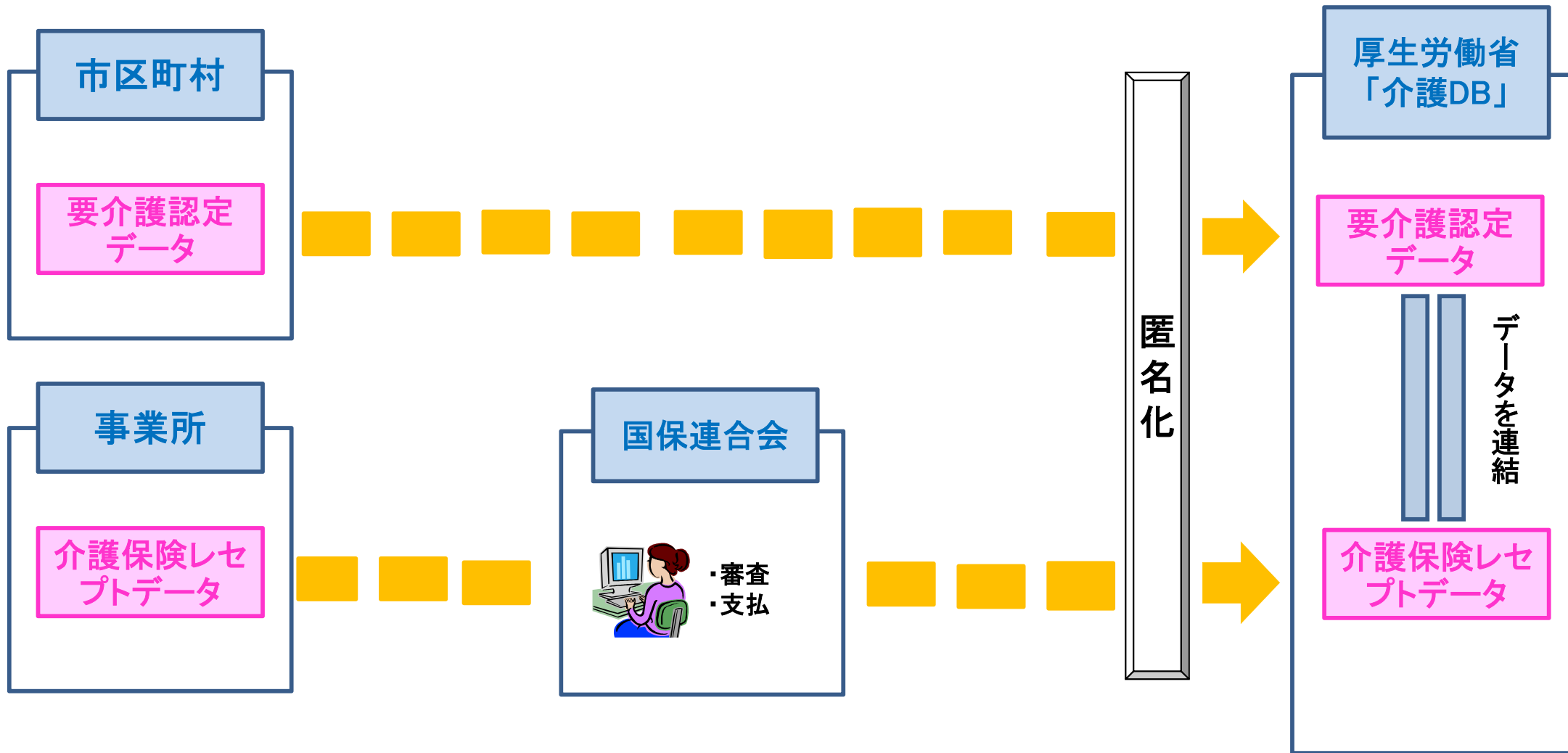
介護保険総合データベースの活用について

現状・課題

2. 格納されているデータについて（要介護認定データ）

- ① 市区町村が要介護認定に用いた調査の結果
- ② 市区町村が専用ソフトを用いて個人情報をも匿名化した上で、厚生労働省へ提出され、介護DBへ格納される。送信している保険者は、平成28年1月時点で1361／1579保険者（約86%）
- ③ 格納件数：約4,058万件（平成21年4月～平成28年5月）
- ④ 格納されている主なデータ
 - 1) 要介護認定一次判定
 - ・ 基本調査74項目
 - ・ 主治医意見書のうち、短期記憶、認知能力、伝達能力、食事行為、認知症高齢者の日常生活自立度の項目
 - ・ 要介護認定基準時間
 - ・ 一次判定結果
 - 2) 要介護認定二次判定
 - ・ 認定有効期間
 - ・ 二次判定結果

介護保険総合データベースの活用について

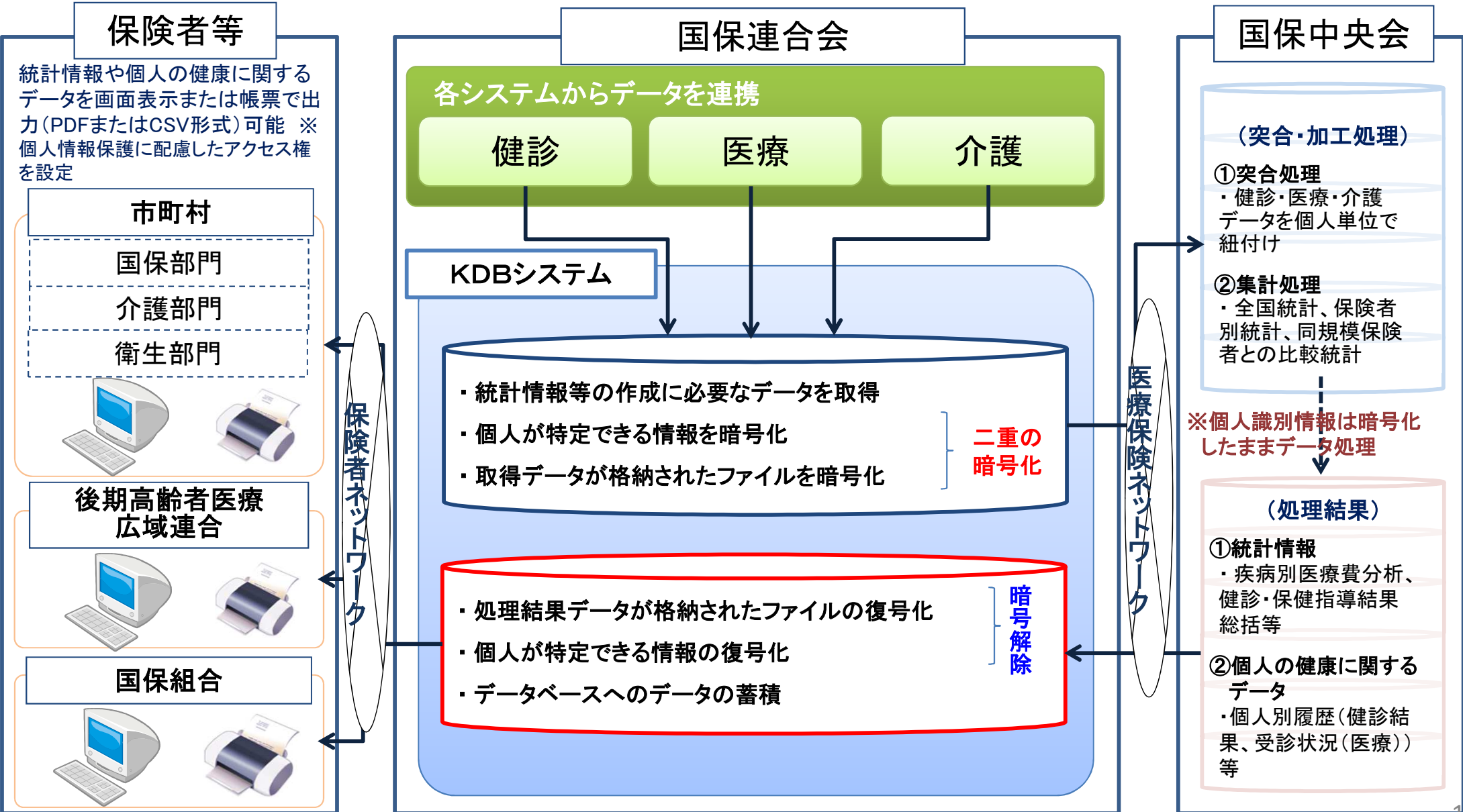


(出典) 社会保障審議会介護保険部会(第59回)資料4

KDBについて

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。

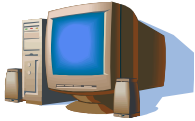


国保データベース（KDB）システムについて

○ 「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを活用して、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。(平成25年10月稼働開始)

○ KDBシステムを活用することにより、以下のような取組を行うことが可能となる。

※KDBシステム運用状況（平成28年5月末現在） 「市町村数1,741中 1,730市町村（99%）」



①「統計情報」の利活用

(その地域の疾病別医療費分析等)



○ その地域の健康状況(特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費、一人当たり医療費等)を確認するとともに、他の地域の健康状況と比較することにより、自らの地域の特徴を把握し、優先すべき課題(健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等)を明確化

②「個人の健康に関するデータ」の利活用

(健診結果・受診状況に関する個人別の履歴等)



○ 適正受診が望まれる者や、優先的に保健指導の対象とすべき者を判断し、個人に対する効率的・効果的な保健事業(糖尿病性腎症の重症化予防等)を実施

KDBシステムが保有する情報

○健診・保健指導情報

- ・健診結果情報
- ・保健指導結果情報 等

○医療情報(国保・後期高齢者医療)

- ・傷病名
- ・診療内容
- ・診療実日数 等

○介護情報

- ・要介護(要支援)状態区分
- ・利用サービス 等

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。

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

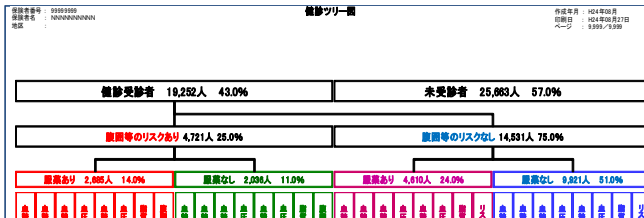
【重点課題の抽出(健康課題の明確化)】

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、取り組む事業の目標を設定する。

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)

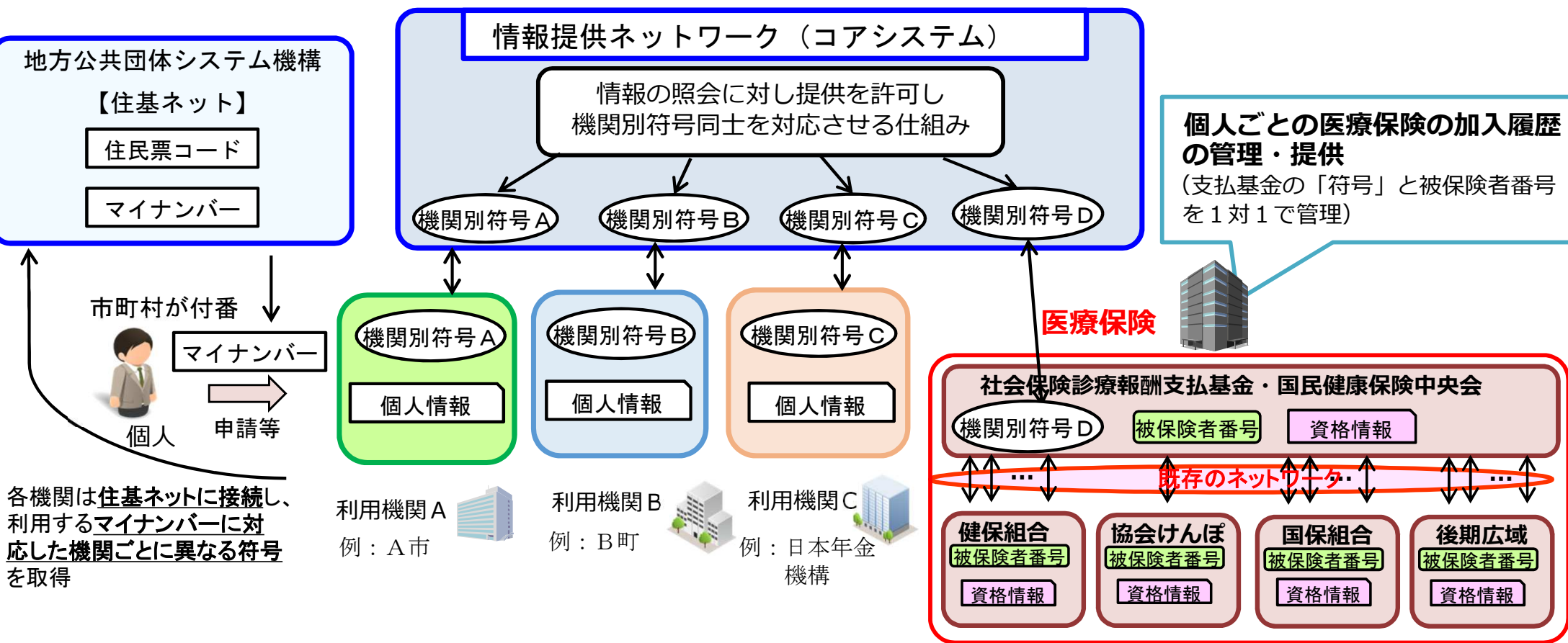
医療保険者等の情報連携について

マイナンバー制度における医療保険の情報連携の仕組み

- マイナンバー制度の情報連携のインフラは、仮にマイナンバーが漏洩しても悪意のある者がマイナンバーを用いて個人情報にアクセスできないよう、利用機関ごとに異なる「機関別符号」(※)を用いて情報連携する仕組みとしており、マイナンバーそのものを個人情報に付して情報連携はしない。これにより、芋づる式の情報漏えいも防止する仕組みとしている。

(※)「機関別符号」は書き取りができない電磁的な数字・記号の文字列

- 医療保険者との情報連携については、保険者の負担を軽減するため、平成27年の国保法等の改正により、支払基金と国保連(とりまとめ機関)が保険者の委託を受け、住基ネットと情報提供ネットワークシステムに一元的に接続することを可能とした。



各機関は住基ネットに接続し、利用するマイナンバーに対応した機関ごとに異なる符号を取得

※ 機関別符号は保険者を異動しても変わらない医療保険の符号となり、電子証明書と対応した資格情報を1対1で管理

診療報酬の審査の 効率化と統一性の確保について

規制改革に関する答申 及び 規制改革実施計画

2016年7月8日

規制改革会議・健康医療WG座長代理 弁護士 林 いづみ

1. 診療報酬の審査の在り方に関する検討組織の設置と具体的検討

規制改革に関する第4次答申～終わりなき挑戦～(平成28年5月19日)P.10より抜粋

現状認識

社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)においては、レセプトの電子化がほぼ完了し、ICTを活用した診療報酬審査の自動化やオンライン化が可能な状況となっているにもかかわらず、紙レセプト時代と同様に、47全都道府県に支部を置き、人手による非効率な業務運営が継続しているとの指摘がある。

この原因の一つとして、支払基金のICTに関する知見不足や経営のガバナンス不全などが指摘されており、公的医療保険の費用の適切かつ円滑な審査・支払を担う機関としての資質不足が懸念されている。

この審査・支払に関する業務は、健康保険組合や協会けんぽなどの保険者から委託されているものであるが、現在、競争原理が働いておらず、実質的な業務独占状態に近い。このため、支払基金自身の自助努力による効率化には限界があるとの指摘もあり、過去数度にわたり自己改革の機会が与えられてきたにもかかわらず、抜本的な構造改善には至っていないと評価されている。

1. 診療報酬の審査の在り方に関する検討組織の設置と具体的検討

規制改革実施計画(平成28年6月2日閣議決定) P.6より抜粋

規制改革の内容

現在の社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)を前提とした組織・体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直す。

このため、以下の要件を満たす検討組織を設置し、論点と検討の方向性を示した上で、平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得る。

- a 診療報酬の審査の効率化と統一性の確保の実現を担う検討組織を設置し、検討組織の事務局には、支払基金及び支払基金の利害関係者を含めない。
- b 検討組織の構成員は、ICTによる業務効率化の専門家やコスト意識の高い企業経営者など、専門性の高い外部の有識者とする。また、支払基金関係者は構成員としない。

実施時期

検討組織の設置は措置済み、
平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得次第速やかに措置

2. 診療報酬の審査の在り方の見直し

規制改革に関する第4次答申～終わりなき挑戦～（平成28年5月19日）P.10より抜粋

現状認識

ICTの抜本的活用により、人手を要する事務手続を極小化するためには、審査における判断基準の明確化や統一性の確保が必要との指摘がある。また、審査業務の効率性を継続的に高めていくためには、審査の透明性の向上や医療機関及び保険者の理解促進を図る必要性も指摘されている。

2. 診療報酬の審査の在り方の見直し

規制改革実施計画(平成28年6月2日閣議決定) P.6より抜粋

社会保険及び国民健康保険の診療報酬の審査において、**ICTの最大限の活用により人手を要する事務手続を極小化し、業務の最大限の効率化、高精度化、透明性の向上、並びに医療機関及び保険者の理解促進を図るため**、以下のa～iについて具体的に検討し、結論を得る。

- a 医師の関与の下で、全国統一かつ明確な判断基準を策定すること
- b 上記判断基準に基づく精度の高いコンピューターチェックの実施を可能とすること
(医学的判断を要する審査対象を明確化すること)
- c コンピューターチェックに適したレセプト形式の見直しを行うこと
- d レセプトの請求段階における記載漏れ・誤記などの防止措置を構築すること
- e 審査結果の通知及び審査基準の情報開示をICTの活用により効率的に行うこと
- f 医師による審査における医学的判断を集約し、継続的にコンピューターチェックに反映する仕組みを構築すること
- g 医師による審査及び合議のオンライン化や、審査結果等のデータ蓄積を自動化し、統計的な分析結果の参照や過去事例の検索や人工知能の活用などにより、医学的判断を要する審査手続の効率化、高度化を行うこと
- h 医学的な判断が分かれるなどの理由から審査結果に疑義がある場合について、医療機関及び保険者からの請求に基づく医師による再審査の仕組みを効率化
- i 社会保険及び国民健康保険のレセプト情報の共有化及び点検条件の統一化を図ること

3. 組織・体制の在り方の見直し

規制改革に関する第4次答申～終わりなき挑戦～（平成28年5月19日）P.11より抜粋

現状認識

現在の支払基金は47都道府県全てに支部を設置し、各支部で審査が完結することを前提に、システムや職員、審査委員会、物理的な支部施設等を配置しているが、レセプトの電子化の完了によりオンラインでの審査が可能であることから、審査業務の見直しや支部機能の集約等により、抜本的な合理化・効率化を図るべきであるとの指摘がある。

社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129号）においては、支払基金は、47都道府県全てに支部及び審査委員会を設置すること、診療報酬に係る業務に要する費用は取り扱うレセプトの数を基準として保険者に負担させることなどが定められている。また、平成27年の同法改正により業務の範囲が拡大されたとはいえ、支払基金が実際に行っている業務は診療報酬の審査・支払等の業務に限定されており、これらが支払基金の自助努力による効率化や保険者の求めるサービス提供の阻害要因になっているとも指摘されている。

3. 組織・体制の在り方の見直し

規制改革実施計画(平成28年6月2日閣議決定)P.7より抜粋

規制改革の内容

医療費の円滑で適切な審査・支払を維持しつつ、社会全体として効率的な組織・体制の在り方を追求する観点から、現行の支払基金を前提とした組織・体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直すため、以下のa～cについて具体的に検討し、結論を得る。

- a 「診療報酬の審査の在り方の見直し」の検討を踏まえた上で、現行の支払基金が担っているとされる各業務(特に、職員による点検事務及び説明・指導)について要否を検討し、不要・非効率な業務を削減すること
- b aで必要とされる業務のうち、効率的な運営を図るため、支払基金以外の者(民間企業を含む)を保険者が活用することが適切な業務の有無を検討し、当該業務がある場合の具体的な活用の仕組みを構築すること
- c aで必要とされる業務のうち、bの検討を経て支払基金が担うことが適切な業務がある場合には、その具体的な組織・体制等の在り方(業務拠点も含めた職員及びシステムなどの体制、業務範囲、法人形態、ガバナンス体制、事務費負担の在り方、法規制の在り方等)を検討すること

実施時期

平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得次第速やかに措置

👉 ICT最大限活用による審査の在り方の見直しを前提として、
現行の各業務を機能ごとに分解して、その要否を検討し、
必要な業務について担うべき組織とその体制等の在り方（民
間企業の活用も視野）を検討することが必要

＜現行の支払基金が担っているとされる業務＞

A 審査	a コンピューターチェック	業務の要否 誰が どのように 担うのが 適切か ゼロベース で議論
	b 職員による点検事務	
	c 医師（審査委員会）による審査と再審査	
B 説明・指導	適切な診療・レセプト請求のため審査結果や ルールを説明・指導する機能	
C 請求・支払	審査結果を踏まえ保険者毎に医療費を請 求し、医療機関に支払う機能	

以上

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（第4回）資料

新しい支払基金の7つの役割

診療報酬40兆円の審査の効率化と統一性の確保のために
すべきこと

2016年7月8日

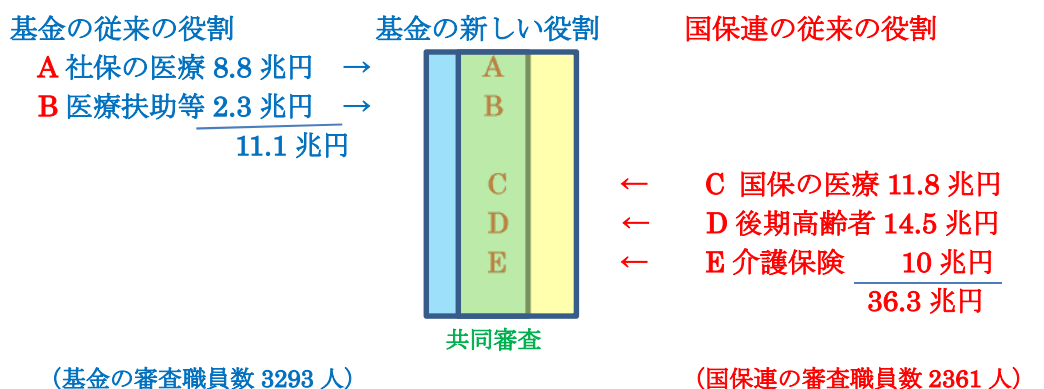
SBIホールディングス顧問・前明治大学大学院客員教授

飯塚正史

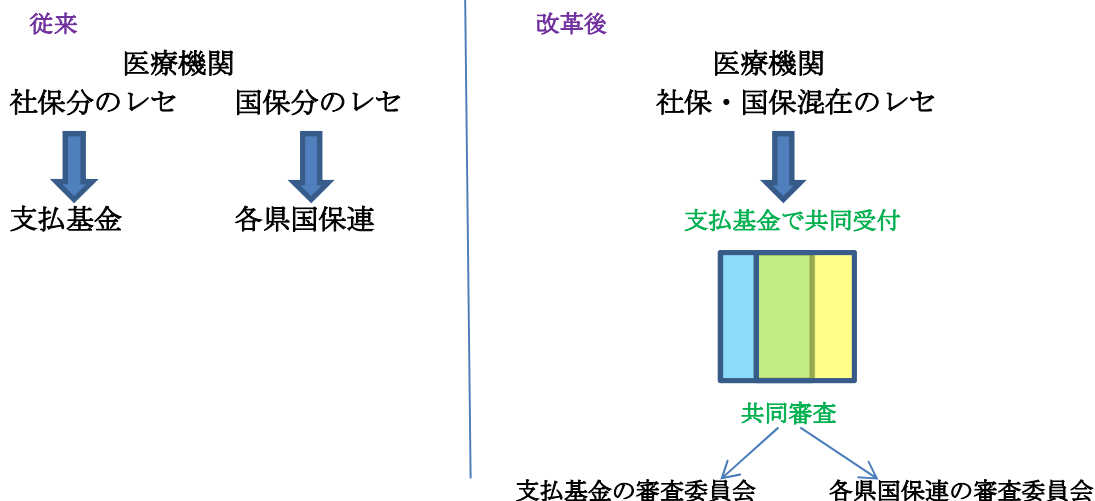
※ 重要な前提

- ① 基金は年間 11 兆円の審査、国保連はその 2 倍の 26 兆円を審査している。
 加えて国保連は介護保険 10 兆円の審査もしており、合計 36 兆円の審査をしている。
 それでいて、支払基金は 3600 人、国保連は 2600 人と 1000 人少ない。
 基金の余剰を国保連に振り向ければ、日本の医療保険の審査システムが崩壊が防げる。
 県国保連がある県庁所在地に基金支部があるのであり、双方が共同すべきである。

⇒国保医療・後期高齢者医療（26 兆円）の共同受付・共同審査
 ⇒基金の 47 支部と現員は必要



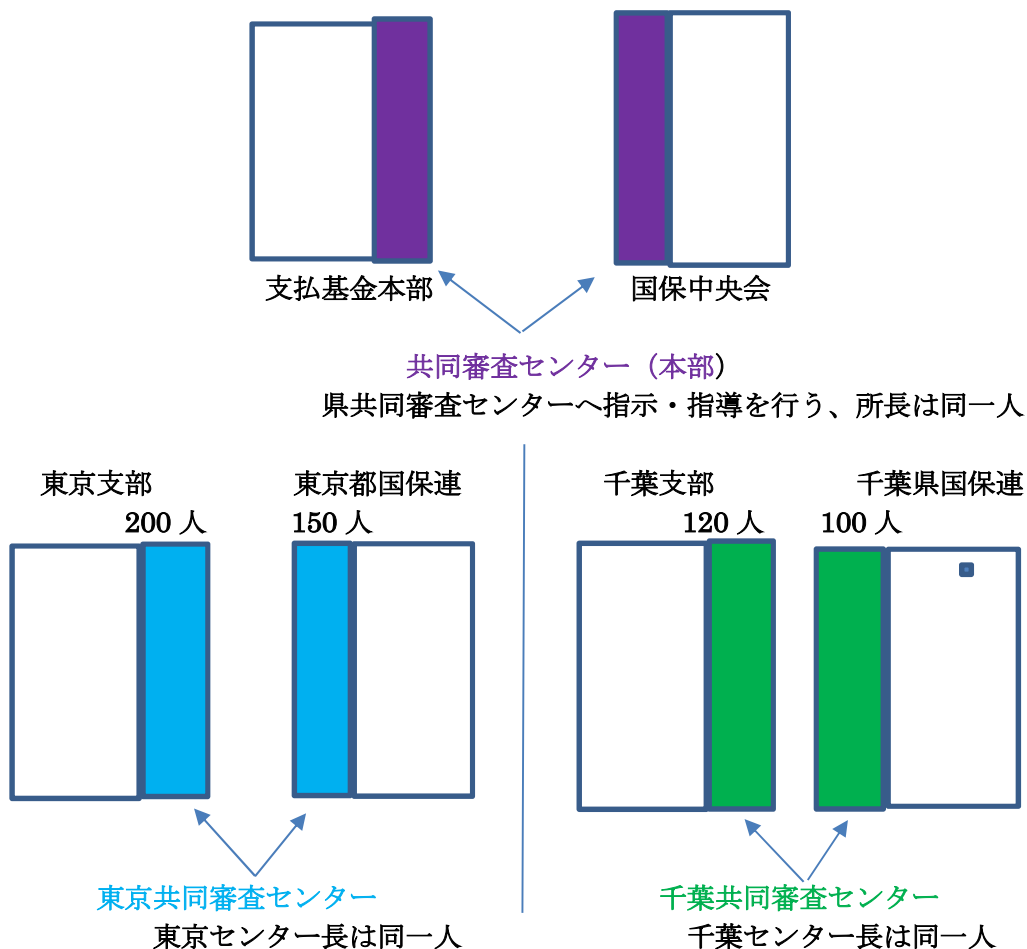
②共同受付・共同審査



◎共同審査の方法⇒共同審査センター

共同審査といっても、一緒に同じ医療機関のレセプトを審査するのではない。東京なら 640 の病院を、特定機能病院など審査が困難な病院 (120 病院) を、社保国保問わず支払基金が見る。やや困難な病院 (190 病院) を東京都国保連が見る。残り 330 は適宜分けてみるということである。 12,600 の診療所についても同じ

共同審査センターは支払基金や国保連の中の事業本部的な位置づけ。
 基金法と国保法を法改正し、支払基金の共同審査センター職員と国保連の共同審査センター職員は、社保・国保のレセプトに対して同じ権限を持つようにする



東京都の医療機関

	総数	A(困難)	B (やや困難)	C (普通)
病院	640	120	190	330
診療所	12,600	60	60	12,500

支払基金東京支部は A+C+縦覧・突合データは保険者へ
 東京都国保連は B+C+縦覧・突合データは保険者へ

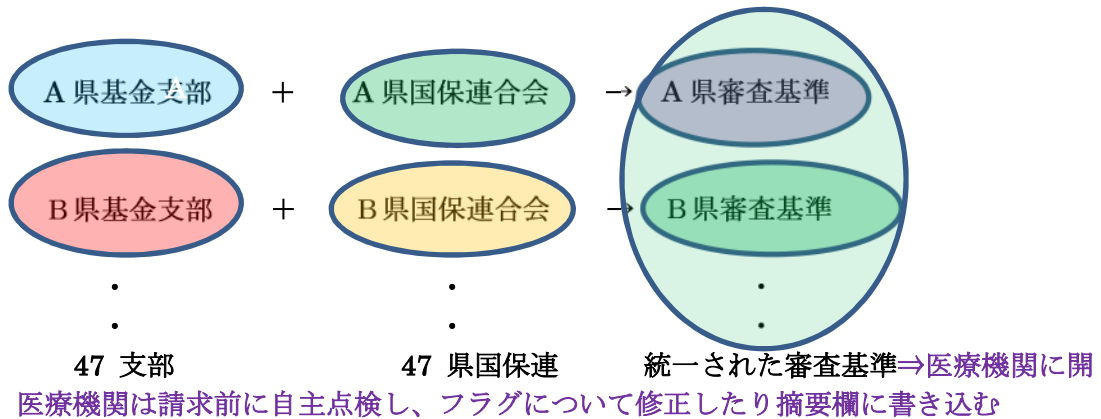
③ 点検条件の統一・開示と自主審査

両者の点検条件の種類と数は以下のようである。

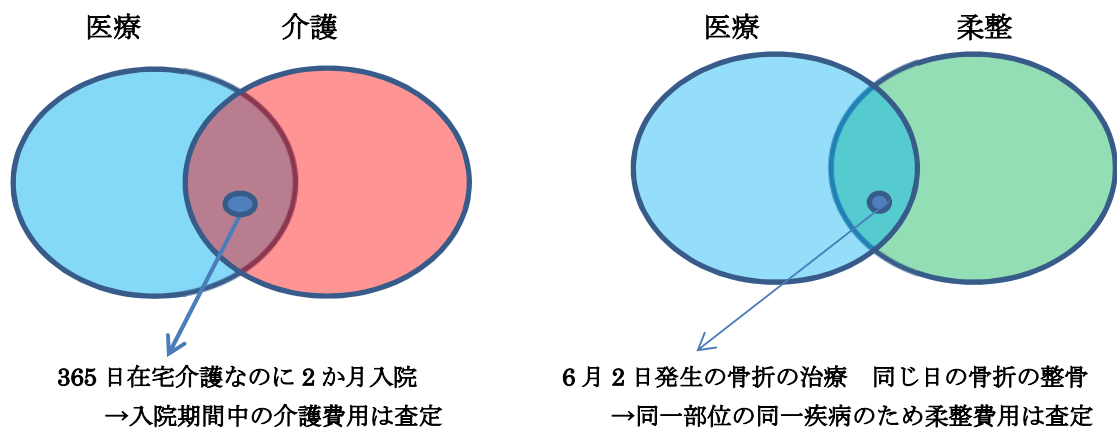
緑字で示した本部設定の点検条件が多ければ多いほど、基金と国保でのシステムの差が大きい。また、赤字で示した支部設定の点検条件が多ければ多いほど、都道府県でのシステムの差が大きいということである。

	本部設定	支部設定	合計
支払基金の点検条件	ASP 2240	/	
	電子点数表 927,774		
	チェックマスタ 35,932		
	点検条件 2499		
	計 966,809 件	計 131,383 件	1,098,192 件
県国保連の点検条件	ASP 2,128	/	
	算定ルール 3,294		
	確認ランプ 3,320		
	点検条件 8,742 件		
	計 8,742 件	計 58,864 件	67,606 件

これを、まずは、「同じ病院で同じ病気の社保患者と国保患者のレセプトの審査方法が違うのはおかしい」ことから、県単位で基金と国保連の点検条件を合わせてゆきたい。

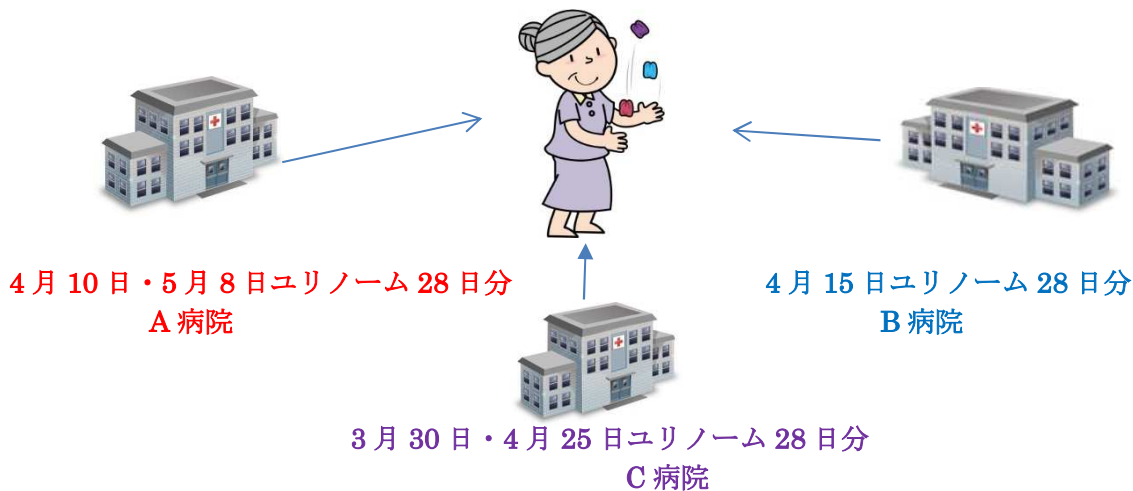


④医療と介護・柔整とのマッチング⇒医療介護等連携部



- ⑤ 縦覧点検の手法の統一化（現在の縦覧点検は極めて限定的）⇒保険者支援部
- ⑥ 突合点検の手法の統一化（7兆円の調剤費に相応しい点検手法の確立）⇒ //

現在の縦覧点検は、点数表で3月に1回と決まっているような項目だけを、システムで引っ張り出してみている。しかし、縦覧点検で、一番求められているのは、この絵のおばあちゃんのような「はしご受診」である。絵のように3か所から同じような薬をもらい、律儀に全部飲めば、用法容量を3倍超えることになってしまう。これは、おばあちゃん健康を害することであり、同時に医療費も3倍になっている。この解決のためには、この図のようなパターンをシステムで引っ張り出し、その情報を保険者に知らせ、保険者がおばあちゃんを指導することで、解消される。



⑦ 医療ビッグデータの作成と提供⇒ビッグデータセンター



《データ活用の上での留意点》

NDBのような研究者のためのデータにはしない。それでは個々の研究者のためにはなっても、国民や医学、薬学など広範に役立つデータにはならない。下記のような、いろいろな切り口で、支払基金の方から有益な情報を作成し、国民に対して提供する。

病名マップ（胃ガンマップ・肺がんマップ・乳がんマップ・肝臓がんマップ・・・
胃潰瘍マップ、気管支ぜんそくマップ、糖尿病マップ、痛風マップ
十二指腸潰瘍マップ、膠原病マップ、花粉症マップ・・・）

（レセプトには住所情報がない。したがって、保険者から住所情報をもらうか、レセプトに郵便番号を書かせるか、マイナンバーカードを医療IDとして用いるかなど工夫が必要）

薬剤使用量 内用薬（コルヒチン、ユリノーム、カンデサルタン、アムロジピン、アロシトール、アテノロール、ジャヌビア・・・・・・・・）
 外用薬（リンデロンA軟膏、ボルタレンテープ15mg、ボレスプレー1%プロナック点眼液0.1% セブテットパップ・・・・・・・・）
 注射薬（アステマリン3号輸液、インスリン注射液、エスポー皮下6000ゲンタシン注10、ケミスポリン静注0,25・・・・・・・・）

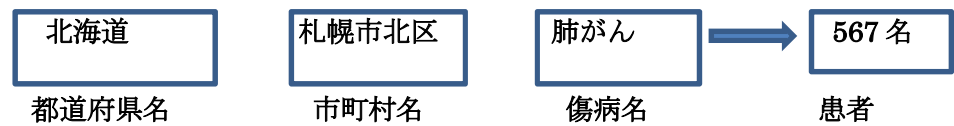
主要100手術の病院ごとの実施数

顕微鏡下角膜抜糸術・冠動脈形成術・埋込型補助人工心臓術 生体部分肺移植術・腹腔鏡下胃全摘術・胃瘻増設術・体外衝撃波胆石破碎術・内視鏡的胆道ステント留置術・生体腎移植術・・・・・・・・

手術ごとの実施数・・・・全身麻酔による手術件数、人工心肺を用いた手術件数
 悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、放射線治療（対外照射法）
 化学療法 分娩件数・・・・・・・・

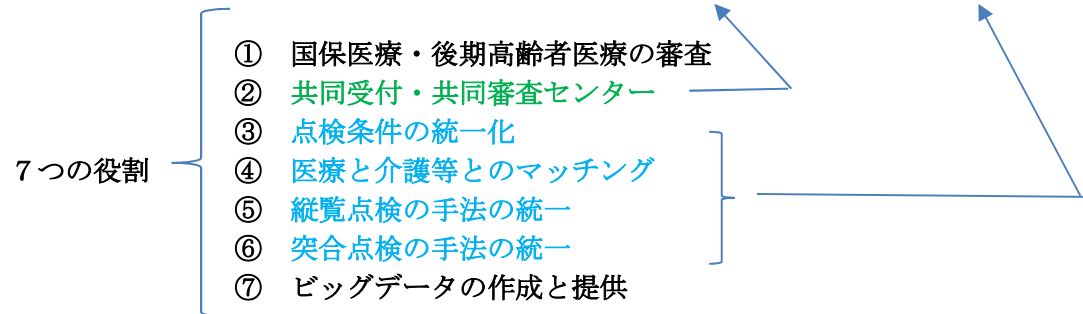
都道府県別市町村別傷病名別患者数

都道府県・市町村・傷病名を入れると、患者数が出てくる

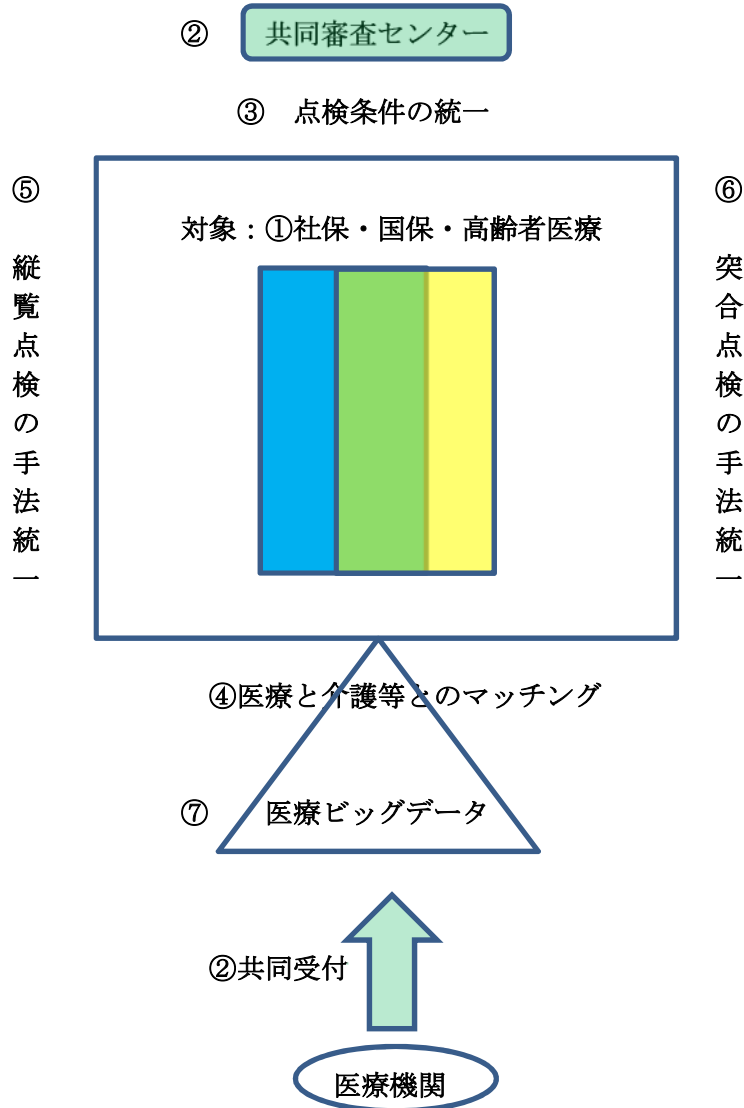


結論

◎ 規制改革実施計画（閣議決定 2016.06.02）
 6-i 社会保険及び国民健康保険のレセプト情報の共有化及び点検条件の統一化を図ること



概念図



◎ 今後の課題

規制改革会議からの要請として「6-i 点検条件の統一化を図ること」とある。社保と国保の点検条件の統一化ができれば、レセプトを共同受付し、共同審査が可能になり、47 支部や職員数も現状のものが必要となる。また、共同受付のデータにより、医療ビッグデータを構築することも可能になる。

つまり、点検条件の統一化を図ることは、多数の事項の前提になる重要なポイントである。では、それは可能なことか？可能であるとしても、どのくらい時間がかかるか、早期に見極める必要がある。

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 当面の検討事項の整理（案）

平成 28 年 7 月 8 日

本検討会では、本格的な ICT 時代の到来を踏まえ、ICT・ビッグデータを活用した保険者機能強化と医療の質の向上のための新たなサービスや、ICT の活用による審査業務の一層の効率化・統一化の推進等について、議論を進めてきた。これまでの議論を踏まえ、以下の事項について、当面検討することとしてはどうか。

検討事項

（１）審査の効率化と審査における不合理な差異の解消について

①審査事務の効率化を推進するため、どのような方法が考えられるか

- ・コンピュータチェックと職員の審査の役割分担をどのように見直すべきか
- ・コンピュータチェックにおいて AI をどのように活用できるか

②審査における不合理な差異をどのように解消していくべきか

- ・審査支払機関間、地域間の審査の差異をどのように「見える化」するか
- ・ICT を活用した審査基準の統一化を具体的にどう進めていくか

③審査の効率化や質の向上を図る観点から支払基金と国保連のレセプトデータの連結等についてどう考えるか

（２）医療・介護のサービスの質を高めるためのデータ活用について

①保険者機能の推進のため、具体的にどのように審査支払機関等のデータを活用することが考えられるか

②地域包括ケア推進のため、具体的にどのように審査支払機関等のデータを活用することが考えられるか

- ・医療と介護のデータを合わせて、どのような分析・利活用が可能か

③データの活用を進める上で、審査支払機関はどのような役割を担うべきか

- ・審査支払機関はデータを用いて何をすべきか

④上記のほか、データ活用を進める上で、どのような課題があるか

今後の検討の進め方

これらの事項の検討を進めるに当たって、（１）（２）それぞれについて、本検討会の構成員からなるワーキンググループを設置し、具体的な方策について集中的に検討を進めることとしてはどうか。

その上で、秋以降、ワーキンググループの検討結果を踏まえ、データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けて、具体的な組織・体制も含め、審査支払機関の在り方について検討を進めることとしてはどうか。

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当たり、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。
- 地域医療構想の策定など医療提供体制に保険者が関与する体制になってきており、保険者から説得力のある意見を表明するためにはデータやエビデンスに基づいた発言をしていく必要がある。

- 後期高齢者医療制度のデータ、介護保険のデータ、その他医療費のデータ、健診のデータ等と組み合わせると、家族も含めた形で、本人の生産性への影響等を分析できるようになる。
- 生涯を通じた切れ目のない継続した効果的な保健事業のためには、国保と被用者保険とのデータをあわせて有効に活用できた方がいい。
- KDBを活用した保健事業は有効だが、生活習慣病などの場合、国保への加入前には既に症状も進んでいる方が多いので、その前の社保との連携が必要。
- 地域包括ケアの中で分析したデータを活用し、市町村が個々の住民に対して健康管理等ができる仕組みを構築すべき。地域包括ケアの中で医療と介護も含めてデータを活用できるよう、支払基金と国保連がデータを分析・提供すべき。

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。
- 全国統一の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と。

- 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。
- 審査の判断基準の整備と診療報酬の例外規定の削減、廃止は非常に重要で、検討すべき。
- 審査における支払基金と国保連の違いは十分検討すべき。若者を中心とした現役世代のレセプトを対象とする支払基金と、退職者や後期高齢者のレセプトを対象とする国保連とは考え方が違って当然であり、統一する方向でのみ考えるべきではない。
- 患者の特性は様々であることから、診療報酬点数表の例外規定は必要であり、全てコンピューターで一律に示すことはできない。
- 同じ病院で、同じ疾病で、同じ年齢で入っている人が、社保の審査と国保の審査で扱いが異なることについては、現状よりも説明できる形にする必要がある。

- 審査支払機関に審査履歴が残っているのであれば、そのデータを用いて何を合わせる必要があって、あるいは何を差異として残すべきなのかといったところを分析していくことができる。
- 人工知能で全ての問題が解決するわけではないことに留意が必要。また、現状のシステムのアルゴリズムを識別した上で、どの程度の精度のものを何年かけて人工知能を使って学習すれば審査に資するのか等整理した上で議論すべき。
- 未来を検討していく上では、まず現状のシステムを知る必要がある。現状のシステムのアルゴリズムやコンピューターのチェックロジックを明らかにした上で議論すべき。

規制改革実施計画閣議決定 平成28年6月2日〔抜粋版〕

Ⅱ 分野別措置事項

1 健康・医療分野

(1) 規制改革の観点と重点事項

健康長寿社会を目指すために、国民の安心・安全への配慮を前提に、「国民の利便性向上」、「医療や福祉産業の発展による経済の活性化」、「保険財政の健全化」の3つを基本的な考えとし、①在宅での看取りにおける規制の見直し、②薬局における薬剤師不在時の一般用医薬品の取扱いの見直し、③診療報酬の審査の効率化と統一性の確保、④一般用医薬品及び指定医薬部外品の広告基準等の見直しについて、重点的に取り組む。

③診療報酬の審査の効率化と統一性の確保

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
5	診療報酬の審査の在り方に関する検討組織の設置と具体的検討	<p>現在の社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)を前提とした組織・体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直す。このため、以下の要件を満たす検討組織を設置し、論点と検討の方向性を示した上で、平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得る。</p> <p>a 診療報酬の審査の効率化と統一性の確保の実現を担う検討組織を設置し、検討組織の事務局には、支払基金及び支払基金の利害関係者を含めない。</p> <p>b 検討組織の構成員は、ICTによる業務効率化の専門家やコスト意識の高い企業経営者など、専門性の高い外部の有識者とする。また、支払基金関係者は構成員としない。</p>	<p>検討組織の設置は措置済み、平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得次第速やかに措置</p>	厚生労働省
6	診療報酬の審査の在り方の見直し	<p>社会保険及び国民健康保険の診療報酬の審査において、ICTの最大限の活用により人手を要する事務手続を極小化し、業務の最大限の効率化、高精度化、透明性の向上、並びに医療機関及び保険者の理解促進を図るため、以下のa～iについて具体的に検討し、結論を得る。</p> <p>a 医師の関与の下で、全国統一かつ明確な判断基準を策定すること</p> <p>b 上記判断基準に基づく精度の高いコンピューターチェックの実施を可能とすること(医学的判断を要する審査対象を明確化すること)</p> <p>c コンピューターチェックに適したレセプト形式の見直しを行うこと</p> <p>d レセプトの請求段階における記載漏れ・誤記などの防止措置を構築すること</p> <p>e 審査結果の通知及び審査基準の情報開示をICTの活用により効率的に行うこと</p> <p>f 医師による審査における医学的判断を集約し、継続的にコンピューターチェックに反映する仕組みを構築すること</p> <p>g 医師による審査及び合議のオンライン化や、審査結果等のデータ蓄積を自動化し、統計的な分析結果の参照や過去事例の検索や人工知能の活用などにより、医学的判断を要する審査手続の効率化、高度化を行うこと</p> <p>h 医学的な判断が分かれるなどの理由から審査結果に疑義がある場合について、医療機関及び保険者からの請求に基づく医師による再審査の仕組みを効率化、高度化すること</p> <p>i 社会保険及び国民健康保険のレセプト情報の共有化及び点検条件の統一化を図ること</p>	<p>a～iにつき平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得次第速やかに措置</p>	厚生労働省

7	組織・体制の在り方の見直し	<p>医療費の円滑で適切な審査・支払を維持しつつ、社会全体として効率的な組織・体制の在り方を追求する観点から、現行の支払基金を前提とした組織・体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直すため、以下のa～cについて具体的に検討し、結論を得る。</p> <p>a「診療報酬の審査の在り方の見直し」の検討を踏まえた上で、現行の支払基金が担っているとされる各業務(特に、職員による点検事務及び説明・指導)について要否を検討し、不要・非効率な業務を削減すること</p> <p>b aで必要とされる業務のうち、効率的な運営を図るため、支払基金以外の者(民間企業を含む)を保険者が活用することが適切な業務の有無を検討し、当該業務がある場合の具体的な活用の仕組みを構築すること</p> <p>c aで必要とされる業務のうち、bの検討を経て支払基金が担うことが適切な業務がある場合には、その具体的な組織・体制等の在り方(業務拠点も含めた職員及びシステムなどの体制、業務範囲、法人形態、ガバナンス体制、事務費負担の在り方、法規制の在り方等)を検討すること</p>	平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得次第速やかに措置	厚生労働省
---	---------------	---	--------------------------------------	-------