国民皆保険の下での業務効率化、高度化により、国民の負担軽減と全国どこでも質が維持され、統一された医療の実現を目指します

業務効率化、高度化、ICTの活用により「業務集団」から「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」へ

保険者の審査支払機能の代行機関としてその役割を担ってきた支払基金は、AI等や医師、看護師等の医療専門職など職員の活用を通じて、医療の質の向上と経済合理性の確保、さらには皆保険にふさわしい全国で統一的な基準での審査支払を実現します。

国民にとってのメリット　国民の負担を軽減し、全国どこでも質が維持され、統一された医療の実現を目指します。

・公的医療保険制度の加入者である国民にとって、審査基準の統一化により全国どこでも質が維持され、統一された医療が受けられることに加え、保険者の審査手数料等のコスト削減を通じて、国民の負担を軽減する。

・審査委員の負担が軽減され、これまで以上に地域の医師の時間を地域医療活動や患者、住民との対話などの業務に注力することが可能になる。

保険者にとってのメリット　支払基金の業務効率化、高度化により審査手数料等を低減し、審査の質を向上させます。

・支払基金の業務効率化、高度化により、コストを低減する。これにより、支払基金の委託者である保険者が、支払基金に支払っている審査に関する手数料を低減する。

・ＡＩや最新のＩＣＴを活用することにより、さらなる審査の質を向上する。

医療機関等にとってのメリット　自らチェックできる仕組みの導入など、ICT活用によりレセプト請求の利便性を向上します。

・レセプト請求前に自らチェックできる仕組み等の導入により、医療機関等の作業負担を軽減し、誤請求を減少する。

・ＩＣＴの活用によるレセプト請求の利便性を向上する。

・レセプトの受付から支払までを短期化することができ、保険者の円滑な資金繰りを確保できれば、高額療養費の償還払や医療機関等への支払の早期化も可能になる。

改革により、支払基金の年間の運営経費約800億円の一層の削減を図り、国民へ還元することを目指します。

支払基金業務効率化・高度化計画　工程表の概要

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報告書（平成29年1月12日）

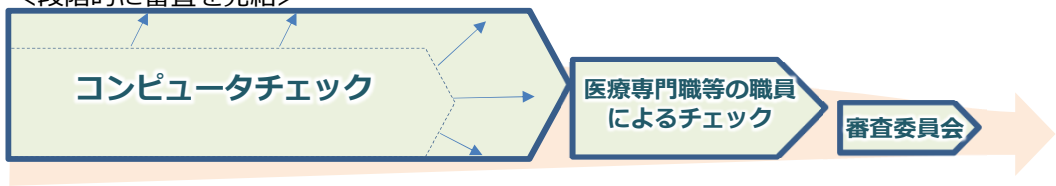
審査業務の効率化	●新たなシステムへの刷新を行い、レセプト審査におけるコンピュータチェックの寄与度を高め、徹底的な審査業務の効率化を行う
審査基準の統一化	●地域ごとに差異のある審査基準の統一化についてはコンピュータチェックルール等について、差異の継続的な見える化を行い、審査基準の統一化に向けた定期的なPDCAを回していく
支部組織の体制の在り方	●47都道府県に配置されている支部の体制について、業務効率化を踏まえ、必要最小限のものに縮小する ●審査委員の利益相反の禁止等について、現在運用上で行っている取扱いを規則として明確化していく

支払基金の業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組

目指すべき審査支払プロセス

・**コンピュータチェックの高度化**（医療機関等で事前チェックできる仕組み等の活用を図る）
・コンピュータチェック、職員チェック、審査委員会にいたる**審査を段階的に完結させる**
・**AIをフル活用して審査能力全体の向上を常に図る**

<段階的に審査を完結>

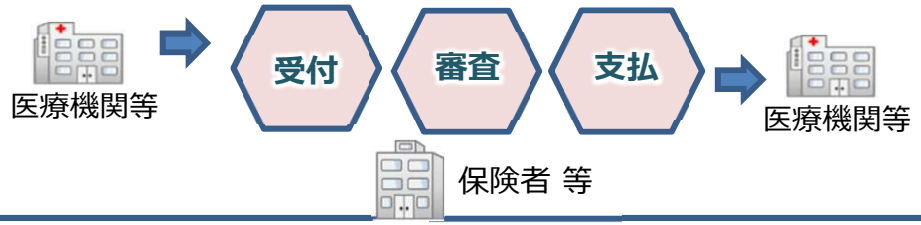


審査支払新システムの構築等

・**受付、審査、支払機能のモジュール化**
・各支部に設置されている**業務サーバーを本部へ一元化**
・**AI等の導入・活用**により**審査支払を支援する仕組みを順次導入・推進**

※国保中央会等においても、支払基金と双方の審査支払業務が整合的かつ効率的に機能することを実現することで、コスト削減を目指す。

<受付、審査、支払機能のモジュール化>



審査業務の効率化

・コンピュータチェックに適した**レセプト様式の見直し**
・返戻査定理由の明確化
・医療機関等で**請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組み**の導入
・レセプト受付処理の平準化の仕組みの推進等

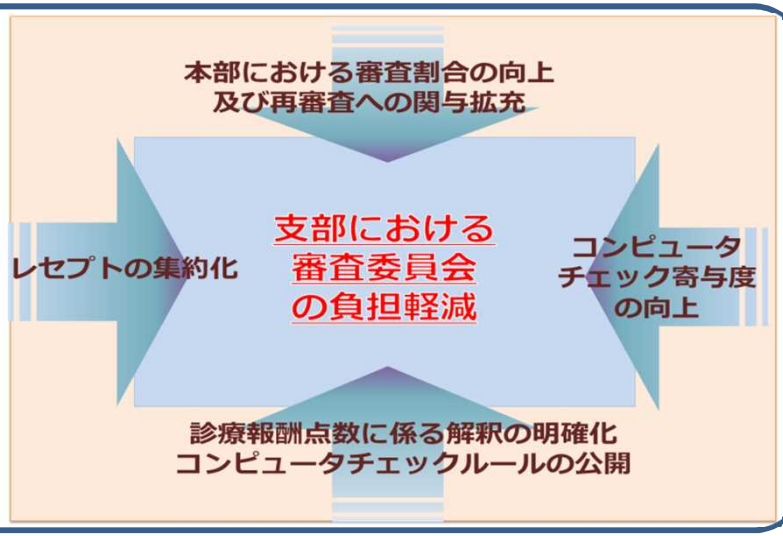
支払基金業務効率化・高度化計画　工程表の概要

支部間差異の解消

・既存のコンピュータチェックルールはその効果や妥当性を検討して、付せん数の大幅な減少を目指す
・診療報酬点数に係る**審査基準（告示・通知等）を明確化**し、**医療機関等のICTに組み込めるように基準**並びに**システムを標準化**
・国民皆保険の下、支部間・審査支払機関間（※）の差異の見える化は直ちに開始し、差異の解消を図る
・明確化・標準化された審査基準をコンピュータチェック機能に取り込む
・併せて、過去の審査データの統計分析等により、**統一的・客観的なコンピュータチェックルールを大幅に増やしていく**
・新システムには、**差異を解消していく仕組み**を組み込む【自動的なレポーティング機能で抽出・速やかに対処】

審査委員会のガバナンス強化

・重点審査の審査決定に際し、**診療側と保険者側で意見が相違する事案等**が生じた際に**中立な立場にある公益委員が判断**
・高額レセプトの対象範囲の拡大や専門性の高いレセプト等を対象とすることにより本部審査の対象を拡大
・再審査のガバナンス強化（**原審査と異なる医師が行い、本部の中立した視点を持って関与する仕組みの構築**）
・専門医の少ない診療科のレセプトについて、ウェブ会議方式の活用など本部を含め複数の都道府県単位での合同審査を推進
・万全な情報管理の下、ICTを活用した柔軟な勤務形態等の実現
・審査委員の**利益相反の禁止ルール等の厳格化・明文化により、中立性を徹底**



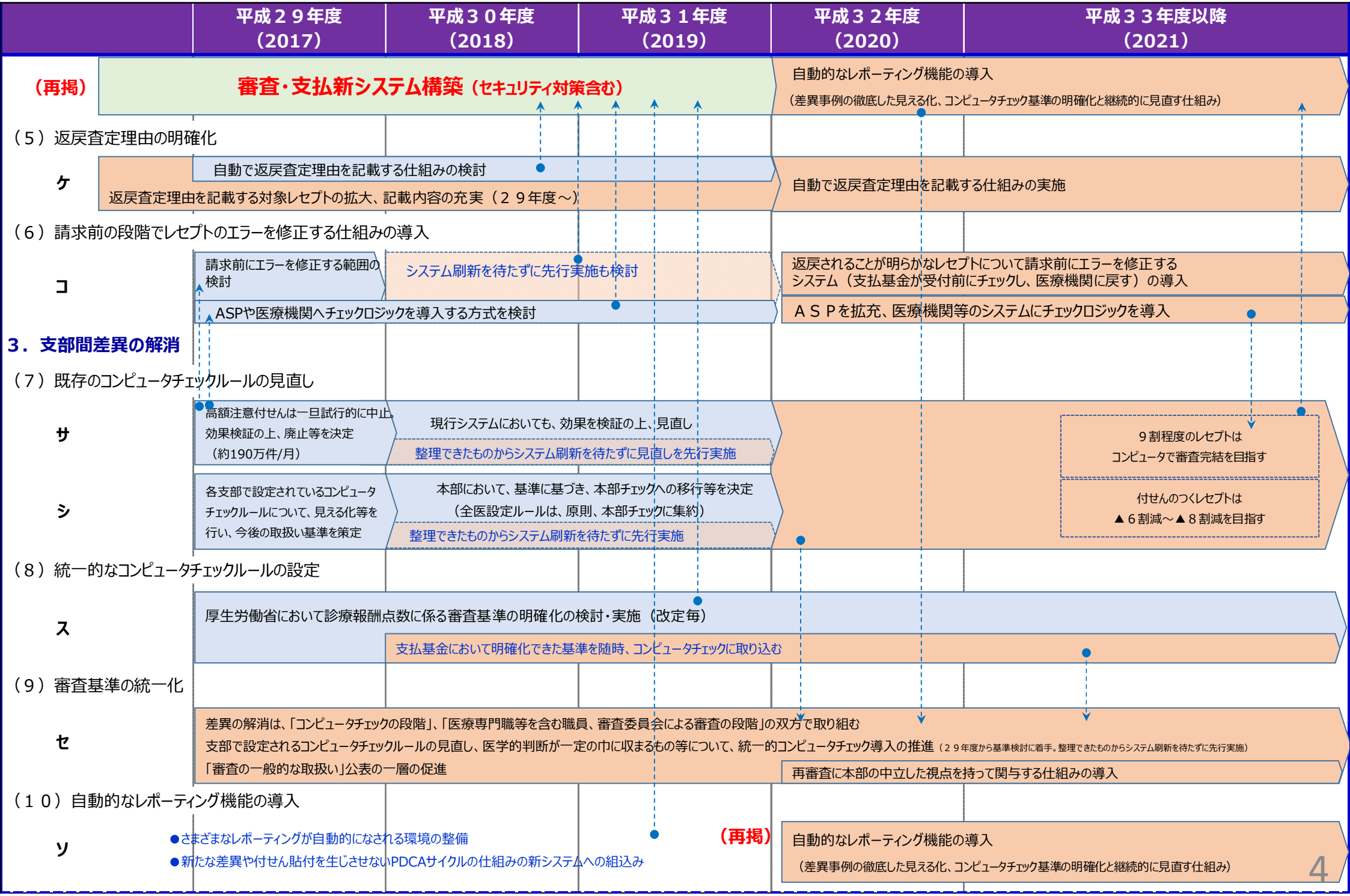
組織・体制の見直し

・支部組織の見直し：**モデル事業の実施**（支部集約化について問題点の検証等）【遅くとも平成30年度までに実施】
・支払基金の人員体制：**現行定員の20%（800人程度）の削減**を計画的に進めるとともに、医療専門職、IT等専門人材の採用拡大等**「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に相応しい人材の高度化**を格段に図り、新たな医療やIT、AI等に対応する。
・育児期間中などで短時間勤務を希望する女性医師の活用なども含め、直接雇用する**常勤医師・看護師など医療専門職等の活用拡大を大幅かつ短時間勤務等の柔軟な働き方の選択肢を用意する形で図る。**

（※）改革を進めるに当たっては、国保中央会等についても、同時並行的に支払基金における改革と整合的かつ連携して取組を進める。

支払基金業務効率化・高度化計画　工程表

支払基金業務効率化・高度化計画　工程表



支払基金業務効率化・高度化計画　工程表

	平成２９年度（2017）	平成３０年度（2018）	平成３１年度（2019）	平成３２年度（2020）	平成３３年度以降（2021）
（再掲）	**審査・支払新システム構築（セキュリティ対策含む）**			自動的なレポーティング機能の導入 （差異事例の徹底した見える化、コンピュータチェック基準の明確化と継続的に見直す仕組み）	
４．審査委員会のガバナンス強化					
（１１）審査委員会の在り方の見直し					
（１２）審査委員の利益相反の禁止					
タ	利益相反の禁止に係る事項について、支払基金の内規文書で厳格化・明文化	専門医の少ない地域でのウェブ会議方式の活用、合同審査の推進 在宅勤務なども含め、柔軟な勤務形態での審査に必要なＩＣＴ環境を整備			審査委員会にかけるレセプトは重点審査分を中心に１％以下を目指す
チ		重点審査の審査決定に関し、診療側委員と保険者側委員の間で意見が相違する事案等が生じた際に、判断を中立な立場にある公益委員に委ねる仕組みの実施			審査委員の選定要件の見直し ・中立な立場にある委員は、原則、公的医療機関等の勤務医等
（１３）本部審査の拡大等					
ツ	本部審査拡大等の検討	本部特別審査委員会の対象レセプト拡大（現行の高額レセプトの対象基準（例えば、医科４０万点以上）の引き下げ、及び専門医が少ない診療科の専門性が高いレセプトの対象拡大）		再審査に本部の中立した視点を持って関与する仕組みの導入（再掲）	
５．組織・体制の見直し					
（１４）支部組織の見直し					
テ	現行の審査支払業務プロセス全体の棚卸し（再掲）	審査事務の集約に伴う実際上の課題を把握するため、モデル支部における実証テストを実施（遅くとも３０年度までに実証テストを実施）		新システムの下で数か所の支部を対象に先行的に集約化を実施 実証テスト、先行集約化の検証を踏まえた上で、速やかに審査事務の一部支部への集約を図る 新システムにおいて、サーバを本部に一元化	
（１５）業務棚卸し等による効率化の推進					
ト	入力・点検業務のシステム対応・外部委託化の推進、オンライン請求の促進（２９年度以降順次）				
	審査業務の平準化及び支払処理の柔軟化の検討			順次、受付・審査業務の平準化を推進、支払スケジュールの柔軟化の可能性についても検討	
（１６）支払基金の人員体制のスリム化と高度化					
ナ	新システム導入と(１)～(15)の着実な実施で業務の大幅見直し。それに応じて組織・人員を集約する方向で取り組む			新システム導入により業務効率化を促進し、人員体制のスリム化も推進	
	職員に直接雇用する常勤医師等の医療専門職等の活用拡大			（遅くとも３６年度末段階で、現行定員の２０％程度（８００人程度）の削減を目途）	

国民皆保険の下での審査支払業務の効率化・高度化

現行審査支払プロセス

【システム】

コンピュータチェック

【職員】

職員による事前チェック

【審査委員会】

審査委員による審査

※全てのレセプトについて
審査委員会で決定する仕組み

ICTの活用、専門性向上等により目指すべき審査支払プロセス

【システム】

コンピュータチェックで**完結**
【2022年度にはレセプト全体の
9割程度を目指す】
〈※韓国HIRAでは既に約９割〉

コンピュータチェック拡充

【職員】

医療専門職等を含め、職員による
チェックにより**完結する体制へ**
【レセプト全体の**1割程度を目指す**】

**既に判断が定着している
レセプトについては職員で
チェック**

【審査委員会】

審査委員による審査
【審査委員会にかけるレセプトは
重点審査分に限り、全体の1%以下を目指す】
〈※韓国HIRAでは0.001%程度（注）〉

（注）過去に韓国HIRAへインタビューした際の
情報を元に概算したもの

業務の効率化、高度化等の取組

【審査業務の効率化、高度化等】

- 審査基準（告示・通知等）の明確化
- コンピュータチェックに適したレセプト様式見直し
- 審査基準の統一化・チェックルールへの反映
- 審査支払新システムの構築（AI等の活用）
- コンピュータチェックの高度化・標準化
- 医療機関等で事前にチェックできる仕組み等の導入による誤請求等の減少
- 支部間差異の見える化・解消

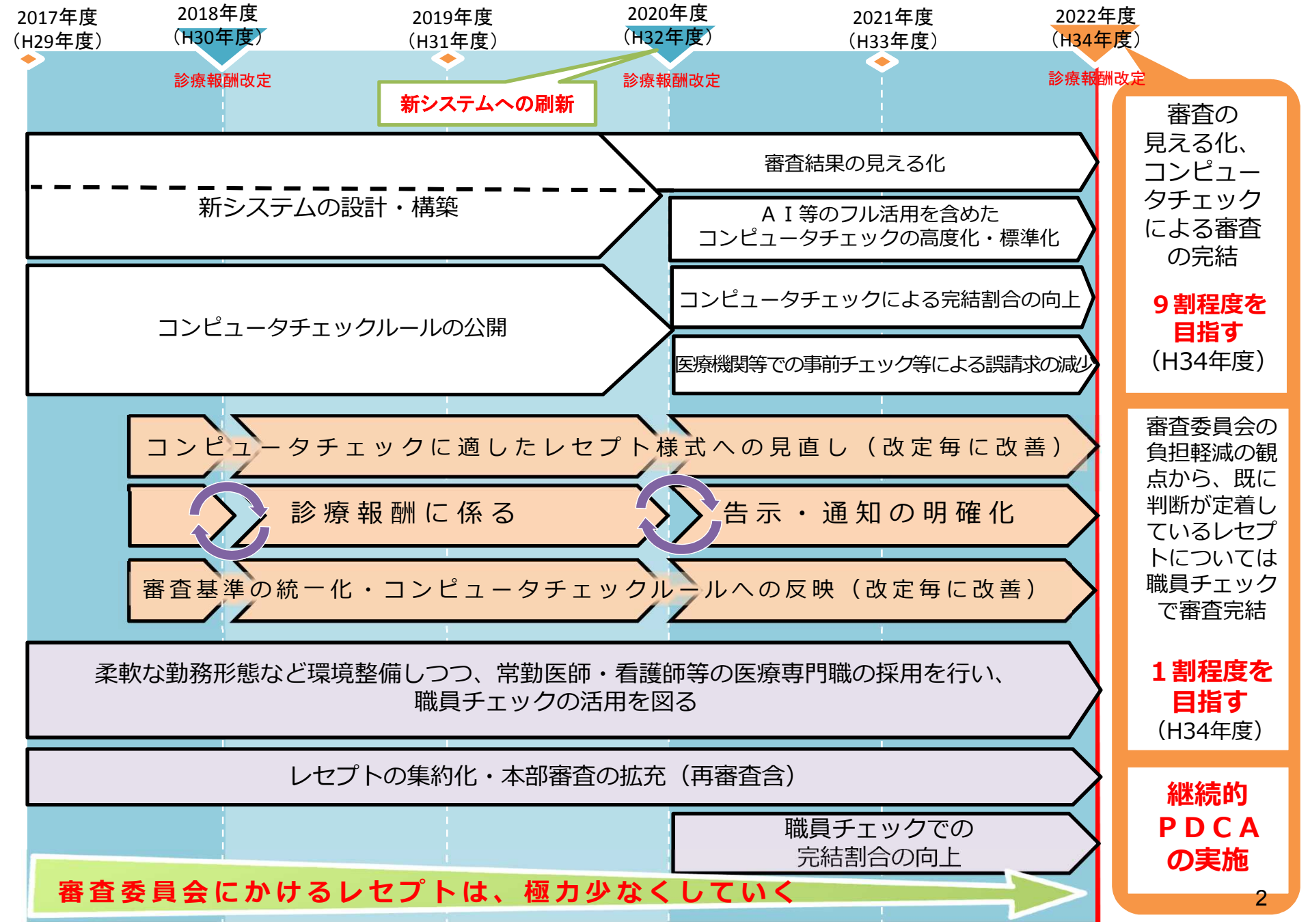
【職員による審査業務の機能強化】

- 直接雇用する常勤医師・看護師などの医療専門職等を活用した職員によるチェックの高度化
（育児期間中などで短時間勤務を希望する女性医師等の活用）
- 万全の情報管理の下、ICTを活用した柔軟な勤務形態等の実現

【利益相反の禁止等】

- 利益相反の禁止ルール等の厳格化・明文化による中立性の徹底
- 原審査と異なる医師が、本部の中立的な視点を持って関与する再審査の仕組みの構築
- 高額レセプト等の本部審査の対象を拡大
- 専門医が少ない診療科 の審査は、ウェブ会議方式の活用等により、合同審査を推進
- 万全の情報管理の下、ICTを活用した柔軟な勤務形態等の下での審査の実現

審査支払業務の効率化・高度化（イメージ）



支払基金業務効率化・高度化計画

平成 29 年　7 月　4 日

厚　生　労　働　省
社会保険診療報酬支払基金

＜目次＞

１．計画の基本的な考え方..... 2

２．業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組..... 4
２－１．審査支払新システムの構築等..... 5
（１）審査支払新システムの構築
（２）審査手数料の設定の在り方の見直し
２－２．審査業務の効率化..... 6
（３）コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等
（４）コンピュータチェックルールの公開
（５）返戻査定理由の明確化
（６）請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組みの導入
２－３．支部間差異の解消..... 7
（７）既存のコンピュータチェックルールの見直し
（８）統一的なコンピュータチェックルールの設定
（９）審査基準の統一化
（10）自動的なレポーティング機能の導入
２－４．審査委員会のガバナンス強化.....10
（11）審査委員会の在り方の見直し
（12）審査委員の利益相反の禁止
（13）本部審査の拡大等
２－５．組織・体制の見直し.....12
（14）支部組織の見直し
（15）業務棚卸し等による効率化の推進
（16）支払基金の人員体制のスリム化と高度化

３．今後の対応.....13

１．計画の基本的な考え方

団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年を控え、我が国の医療は、その質と医療保険制度の持続可能性の両面に特段の配慮が求められている。このことは医療保険制度において、被用者保険の保険者の委託を受けて審査支払を担う社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）においても同様である。患者本位の良質な医療を提供する観点から、適切に審査を行うという原点に立ち返って、業務の在り方を根本から見直し、徹底した効率化、高度化をすべきである。

本年１月12日に「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」報告書（以下「報告書」という。）がとりまとめられた。当該報告書では、規制改革推進会議（旧「規制改革会議」）の指摘も踏まえた審査支払機関の業務効率化や組織の見直し並びに、ビッグデータと ICT を最大限活用して医療全体の発展に資する役割を新たに担うことが言及されたが、これらを真摯に受け止め、支払基金の改革については厚生労働省としても責任を持って監督していく。また、昨年６月に支払基金は ICT を最大限活用した簡素、効率、高品質、公平・公正、透明な審査支払プロセスを見直すための具体的な提案を公表したが、主体的な改革を進めるために、その実現についても果敢に取り組むこととする。

今後、本「支払基金業務効率化・高度化計画」（以下「計画」という。）に示す改革が実現すれば、公的医療保険制度の加入者である国民にとって、異なる症状を持つ患者に最善の医療を提供する際の審査基準の統一化により全国どこでも質が維持され、統一された医療が受けられる。加えて、支払基金の委託者である保険者の審査手数料等について、支払基金の業務効率化、高度化によるコスト削減等を通じた保険料など国民の負担軽減につながる。また、保険者にとっては審査手数料等のコスト削減に止まらず、レセプト審査の充実も見込まれる。医療機関等にとっても、レセプト請求前に自らチェックできる仕組み等の導入など、レセプト請求の利便性が格段に向上することが見込まれる。こうした改革の結果、レセプトの受付から支払までを短期化することができ、保険者の円滑な資金繰りも確保できれば、高額療養費の償還払や医療機関等への支払の早期化も可能である。さらに、「審査委員会」の「審査」にボランティア的に貢献してきた地域の医師等（審査委員数は現在約 4500 人）の審査に要する時間（審査委員１人あたり月に約 12 時間）等を、これまで以上に地域医療活動や患者、住民との対話などの業務に振り向けることが可能となる。

現在、支払基金の業務運営や審査委員会の運営に必要な経費などに支払基金は年間約 800 億円を要しているが、こうした改革により、かかる運営経費の一層の削減を図り、国民へ還元することを目指すこととする。

そこで、今般、改革の具体的な取組みを「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」（以下「計画・工程表」という。）としてとりまとめた。実施時期も含めた内容を公表する以上は、それが計画通りに着実に実施され、目に見える成果を上げることが当然に求められる。

今後、支払基金は、本部のガバナンスを強化しつつ以下の三つの観点から、計画・工程表に盛り込まれた各取組みを着実に進める。

第一は、ICT の活用に関する考え方の根本的見直しである。これまでのコンピュータチェックは、あくまで審査委員による審査の前捌きとして行われてきたが、この考え方を 180 度転換する。今後は医療機関等の請求段階から統一したコンピュータチェックを中心に据え、それで対応しきれないレセプトについては、支払基金が雇用する医師・看護師等の医療専門職等を中心とした職員による対応とし、残る重点審査分に限って審査委員の医学的知見を基に対応することとする。すなわち、請求、審査、支払という業務プロセスの全行程を徹底的に見直し、可能な業務については、すべてコンピュータ処理に置き換えることとする。

第二は、職員の業務体制や支部の在り方等の現体制の全面的見直しである。本来「医療の質の向上」と「経済合理性の実現」のために発揮されるべき保険者機能の一部を保険者に代わって行う支払基金の審査支払業務の効率化、高度化を具現化する中で、現行の業務体制の確実かつ大幅な見直しを行う。これにより今後は、支部も含めた業務体制の徹底したスリム化と最適化を着実に進める。また、AI 等の技術革新の活用や、今後、医師・看護師などの医療専門職等の職員をより多く採用し、十分活用して審査の質を向上させていくことを基本とする。

第三は、今後、支払基金が保有するビッグデータの利活用に関しては、「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に相応しい職員を育成するなどの人材の高度化を図り、医療の質の向上に向けたビッグデータの利活用を促進する。

なお、審査支払の効率化、高度化のための見直しを進めるに当たっては、被用者保険以外の医療保険を取り扱っている国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会（以下、「国保中央会等」という。）についても、同時並行的に支払基金における改

革と整合的かつ連携して取組みを進める。また、保健医療データプラットフォームが本格稼働する 2020 年度（平成 32 年度）以降、順次具体化を図るとともに、国保中央会等の次期システム刷新時（2024 年度（平成 36 年度））には支払基金と国保中央会等の双方の審査支払業務が整合的かつ効率的に機能することを実現する。これにより、審査関連システムの運用費用を、大幅なコスト削減を目指す。審査支払のシステムの見直しに当たっては、報告書の以下の記載内容も踏まえ、支払基金と国保中央会等で情報連携を行いつつ、進める。

（審査支払機関の審査業務の効率化・審査基準の統一化を検討するに当たっては、支払基金と国保連による改革を一体的に進める必要があり、支払基金については、システム刷新の時期が差し迫っていることや規制改革会議において明示的に指摘を受けていること等も踏まえ、改革の取組みを加速させていく。一方、国保連による改革についても、支払基金との審査基準の統一化も含め、検討し取り組んでいく。）

２．業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組

○　今般、国民皆保険の下での支払基金による審査業務の効率化、高度化として、支払基金の審査プロセスについては、ICT の活用や専門性向上等により、審査委員や職員の業務の負担軽減を行い、データヘルス時代にふさわしく、「医療の質の向上」と「経済合理性の実現」に繋がるような抜本的な改革を行っていくこととする。

○　まず過去の実績等から、医学的判断であっても、既に判断が定着しているレセプトについてはコンピュータチェック及び直接雇用する医師・看護師等の医療専門職等を中心とした職員段階でのチェックにより審査を完結し、審査の段階化を進める。コンピュータチェックについては後述するように、審査基準（告示・通知等）を明確化するとともに、審査支払システムの刷新を行い、ICT や AI 等を活用することによりシステム刷新後２年以内にはレセプト全体の９割程度をコンピュータチェックで完結することを目指す。また、職員のチェックにおいては、その専門性を高めるために本部で統一的な研修を充実させることや、直接雇用する医療専門職等を活用し、レセプト全体の１割程度を職員のチェックで完結させることを目指す。

○　また、審査委員会においては医学的判断が定着していないレセプト審査に重点化し、極小化することにより、審査委員の負担軽減とともに、審査業務の効率化と質の向上を図る。その際、在宅勤務なども含め、柔軟な勤務形態や万全な情報管理の下で、ICT による審査環境の整備等を行うことにより、支部のレセプトを本部等に集約して審査を可能とする。また、審査委員会の中立性をより強化するために利益相反の禁止ルールの厳格化、明文化等を行う。将来的には審査委員会にかけるレセプトは重点審査分に限り、レセプト全体の１%以下を目指す（韓国 HIRA では既に 0.001%程度（注）を達成）。

（注）過去に韓国 HIRA へインタビューした際の情報を元に概算したもの。

＜目指す審査プロセスのイメージ＞

(1) 医療機関等における事前チェック
(2) 徹底的なコンピュータチェック【2022 年度（平成 34 年度）までに９割程度の審査の完結を目指す＜韓国 HIRA では既に全体の約９割をコンピュータで完結＞】
(3) 直接雇用する医療専門職等を含めた職員によるチェック【2022 年度（平成 34 年度）までに１割程度の審査の完結を目指す】
(4) 審査委員会による審査【ここまで必要となる審査は１%以下となることを目指す】

２－１．審査支払新システムの構築等

（１）審査支払新システムの構築

○　支払基金は、現行の審査支払業務プロセス全体の棚卸しを速やかに実施するとともに、最新の専門的知見を踏まえたシステムにより、審査の全国的ばらつきを解消するために有効なガバナンスを確立し、審査支払業務のあるべき姿を実現する。支払基金の新システムは、受付・審査・支払のそれぞれの業務単位での「モジュール化」（注1）や、支部業務サーバの本部への一元化（注2）を基本とし、稼働後も、業務内容の変化に応じて、エビデンスに依拠した追加的な対応を柔軟に行うことができる、スケーラブルなシステムとする。【2020 年度（平成 32 年度）に実施】

（注１）現行システムは、受付から審査、支払まで一体的に構成。モジュール化により、必要な機能拡張を行う際、システム全体の改修ではなく、業務単位で、柔軟な対応が可能となる。

（注２）現行システムでは、センターサーバに加え、各支部に業務サーバを設置。業務サーバの本部への一元化により、業務量の変化に応じて、事務処理体制をより柔軟に見直すことができる環境となる。

○　大量の個人情報を扱っていることを踏まえ、新システムに先立ち、現行の審査支払システムにおけるセキュリティ対策の強化を速やかに実施する。また、昨今多発する、標的型攻撃等の様々な攻撃に対して、機械学習等を用いること等によりコストの低減に配慮しつつ、セキュリティ監視の強化を徹底する。【現行システムにおける対応は、2017 年度（平成 29 年度）早期に実施。】

○　また、審査の充実や質を向上させるとともに、費用低減を促進するため、AI 等の導入・活用により審査を支援する仕組みを順次、導入・推進する。

○　新システム構築は、府省横断的に IT システムの企画立案に関与する政府 CIO 等と連携しながら進めるとともに、支払基金に、適宜、本分野に精通した複数の専門家からの助言を継続的に受けることができる仕組みを設ける。【2017 年度（平成 29 年度）から実施】

（２）審査手数料の設定の在り方の見直し

○　審査手数料の設定の在り方を見直し、審査手数料を段階化し、現行システムでもコンピュータチェックで審査を完結できるレセプト（判断が明らかなレセプト）については、他のレセプトとは別途の審査手数料を設定する。

○　現行システムでもコンピュータチェックで審査を完結できるレセプトの導入については、システム刷新を待たずに先行実施を検討する。

２－２．審査業務の効率化

（３）コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等

○　今後、コンピュータチェック段階で判別しやすいよう、定性的な記載項目については、電子レセプト上で医療機関等が選択できる方式の導入を進める。【2020 年度（平成 32 年度）のシステム刷新時に実施。可能なものは先行実施】

○　また、厚生労働省においてコンピュータチェックに適したレセプト形式への見直しを行うとともに、傷病名について、引き続き国際的な規格への準拠を進める。

○　医療判断の基となる検査等の動画等を含むエビデンスデータ等の添付などが選択的に可能となる柔軟な仕組みを導入する。

（４）コンピュータチェックルールの公開

○　支払基金において、コンピュータチェックルールの公開基準を策定し、順次公開を進める。【2017 年度（平成 29 年度）中に基準を策定】

（注）ルール公開の一連の取組は、適正な請求レセプトの増加につなげる趣旨を踏まえ、保険者や医療機関等への事前の説明とともに、公開後の審査結果への影響を定期的に検証するなど、適切な手続きの下で実施する。

（５）返戻査定理由の明確化

○　返戻再請求・再審査請求を減少させるため、返戻査定理由を記載する対象レセプトの拡大及び記載内容の充実を図る。【2017 年度（平成 29 年度）から実施】

（６）請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組みの導入

○　医療機関等からオンラインで請求されるレセプトのうち、記載の不備など受け付けても明らかに返戻につながるものは、現行 ASP を拡充し、支払基金が受け付ける前に速やかに医療機関等へ戻す。または、公開されたコンピュータチェックルールを用いて医療機関等において事前にコンピュータチェックが行える仕組みを導入することにより、誤請求等の減少を図る。その際、医療機関等の情報システムとの連携等も検討し、その結果を踏まえ順次推進する。【ASP の拡充については 2020 年度（平成 32 年度（システム刷新時））に実施し、システム刷新を待たずに、先行実施も検討。】

（注）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のこと。

２－３．支部間差異の解消

（７）既存のコンピュータチェックルールの見直し

○　審査の質の向上を図りつつ、審査結果の見える化により、コンピュータチェックルールの明確化・統一化やコンピュータにより貼付される付せん数の大幅な減

少を目指す。

①本部で設定しているコンピュータチェックルールの見直し

○　支払基金の高額医薬品等に注意付せんが付くコンピュータチェックルールについては、効果が限定的と見込まれることから、一旦、試行的に中止する。2017年度（平成29年度）中に効果を検証の上、注意付せんの廃止、または、本部のコンピュータチェックルールへの取り込みを行う。【2017年度（平成29年度）に実施】

○　現行システムにおいても審査基準が統一化できるものはコンピュータチェック段階で審査を完結できるようになることから、それらについては付せん貼付を減少させる。【整理できたものから2020年度（平成32年度）のシステム刷新時を待たずに先行実施】

②各支部で設定しているコンピュータチェックルールの見直し

○　支払基金の各支部で設定しているコンピュータチェックルールについては、国民皆保険の原点を改めて踏まえ、本部でその内容を精査の上、合理性が認められないコンピュータチェックルールは廃止する。

○　具体的には、各支部における設定事例を分析・類型化するなどし、見える化を行った上で、本部において今後の取扱いに係る基準を策定し、順次、見直しを進める。【2017年度（平成29年度）に基準を策定】

○　各支部で設定されているコンピュータチェックルールについて、上記の取扱い基準に基づき、本部チェックへの移行、廃止、または、存置とするかを決定し、支部内の全医療機関等に共通設定されている条件（全医設定ルール）は、本部チェックに集約する。

（８）統一的なコンピュータチェックルールの設定

○　厚生労働省において、現行の診療報酬点数に係る審査基準（告示・通知等）をより明確化するとともに、医療機関等のICTに組み込めるように基準並びにシステムを標準化する。

○　明確化し、標準化された審査基準は、支払基金において、最新の ICT 技術を活用したコンピュータチェック機能に取り込む。

○　なお残る支部間の差異についても、最新の ICT 技術を活用し、多面的な把握・分析による見える化を行うことにより解消を図り、審査基準の明確化、統一化を促進する。また、審査対象となるレセプトに添付される情報について、審査支払業務を効率化する観点から、レセプトの原本データを関係者がやりとりするのではなく、関係者が原本データを参照するシステム構築を検討する。

○　また、支払基金において、最新の知見をベースに、全国の各診療行為やコメント、症状詳記等の過去の審査データの分析から、査定内容の一定の規則性、パターン等を特定することや、統計分析（注）を用いて、統一的・客観的なコンピュータチェックルールを大幅に増やし、コンピュータチェックで審査を完結させることが可能な事例を拡大する。また、今後、費用対効果を十分考慮しつつ、最新技術を用いて一連のコンピュータチェックの高度化に関する実証を進める。【統一的・客観的なチェックルールの設定については、2017 年度（平成 29 年度）から着手し、整理できたものから 2020 年度（平成 32 年度（システム刷新時））を待たずに先行実施】

（注）例えば、医薬品の投与量に関し、標準偏差等の概念を用いて、概ね全国的に妥当と判断している標準的な投与量を把握する等

（９）審査基準の統一化

○　審査基準の統一化は、「コンピュータチェックの段階」、「医療専門職等を含む職員によるチェックの段階」及び「審査委員会による審査の段階」のいずれにおいても取り組む。

○　具体的には、「コンピュータチェックの段階」における対応として、支部で設定されているコンピュータチェックルールの見直し（上記（７）②参照）とともに、これまでの審査事例を分析し、審査結果が一定の巾の範囲内に収まるもの等については、その範囲を基準とする統一的なコンピュータチェックの導入を進める。【2017 年度（平成 29 年度）から基準の検討に着手し、整理できたものから 2020 年度（平成 32 年度）のシステム刷新を待たずに先行実施】

○　「医療専門職等を含む職員によるチェックの段階」における対応として、医学的判断であっても既に定着しているレセプトについて、医療専門職等の知見を活用し、コンピュータチェックに組み込めるものについてはコンピュータチェックへの導入を進める。

○　また、「審査委員会による審査の段階」における対応として、支払基金の「審査の一般的な取扱い」の公表を一層促進するとともに、本部の中立した視点を持って再審査に関与する仕組み（下記（13）②参照）を導入する。【2017 年度（平成 29 年度）から実施。再審査に係る新たな仕組みは、2020 年度（平成 32 年度）のシステム刷新時に実施】

（10）自動的なレポーティング機能の導入

○　支払基金の新システムには、請求内容・審査内容の分析機能を抜本的に強化するため、審査内容等について自動的なレポーティング機能を搭載することにより、本部において審査結果の差異事例の徹底した見える化や、コンピュータチェックルールの機動的な見直しによる標準化・高度化を図る。

○　また、継続的に差異を解消し、新たな差異を見過ごさないために、PDCA サイクルの仕組みを新システムに組み込む。この仕組みにより抽出された審査結果の差異事例等は、支払基金と厚生労働省で共有し、速やかに対策検討の対象とする。【2020 年度（平成 32 年度（システム刷新時））に実施】

２－４．審査委員会のガバナンス強化

（11）審査委員会の在り方の見直し

○　日本の診療報酬制度は、患者の個別性や医療の多様性を踏まえた患者本位の医療を提供できるように、審査基準は必ずしも明確とはなっておらず、審査には医学的判断が生じる。こうした医学的判断を要するレセプトの審査判断は、各審査委員会に委ねられている。

○　今後は、支払基金の審査委員会のガバナンス強化や透明性、予見可能性の向上の観点から、業務効率化等の状況を踏まえつつ、以下の取組を行うとともに、今後の実施状況を踏まえ、さらなる取組を進める。

・専門医の少ない地域にあっては、特定の診療科のレセプトについて、ウェブ会議方式の活用などを開始し、本部も含め複数の都道府県単位での合同審査を推進する。【ウェブ会議方式の活用等について 2018 年度（平成 30 年度）に開始】

・在宅勤務なども含め柔軟な勤務形態や万全な情報管理の下で、ICT による審査環境の整備等を行うことにより、支部のレセプトを本部等に集約して審査を可能とする。

・三者構成の審査委員会における重点審査の審査決定に関して、診療担当者代表と保険者代表の間で意見が相違する事案等が生じた際には、双方の意見を聞いた上で、中立な立場にある公益委員に判断を委ねる仕組みとする。【2018 年度（平成 30 年度）に実施】

・中立な立場にある委員については、原則、公的医療機関等の勤務医等から選出することとする。

・保険者を代表する審査委員については、原則、公的医療機関等の勤務医等から選出することとする。また、医療保険・医学的知見に精通している者に限って非医療専門職である者の推薦を認めることとする。

（12）審査委員の利益相反の禁止

○　支払基金の審査委員の利益相反禁止に係る現行の運用上の取扱い（自らが関連する医療機関等は担当しない、審査を担当する医療機関等の定期的な変更など）は、支払基金の内規上で厳格化・明文化する。【利益相反禁止の厳格化・明文化は、2017 年度（平成 29 年度）に実施】

（13）本部審査の拡大等

①本部特別審査委員会の対象レセプトの拡大

○　支払基金は、現行の高額レセプトの対象基準（例えば、医科４０万点以上）の引き下げ、及び、専門医が少ない診療科における専門性が高いレセプト（例えば、高度先進医療から移行した診療行為、移植・難病の治療等）を対象に含めることにより、本部で統一して審査を行うレセプトの対象を拡大する。【2018 年度（平

成 30 年度）から実施】

②再審査の仕組みの改善

○　再審査は原審査と異なる医師が行い、再審査に必ず本部の中立した視点を持って直接雇用された医師も関与する仕組みとする。再々審査について、本部としての意見を表明し、該当支部における審査決定に活かす方式を導入する。【2020 年度（平成 32 年度（システム刷新時））に実施】

２－５．組織・体制の見直し

（14）支部組織の見直し

○　審査事務については、業務効率化に併せて集約化していくことを基本とする。

○　そのため、支払基金は現行業務の棚卸しを行いつつ、遠隔地での審査事務処理に伴う課題なども含め、審査事務の集約に伴う実際上の課題等を把握するため、システム刷新を待つことなく、モデル事業を行う支部において実証テストを実施する。実証テストの結果に基づき、課題等の整理を行った上で、新システムの稼働後に、数か所の支部から先行的に集約化を実施。その際、問題がなければ速やかに審査事務の一部支部への集約化を図る。【遅くとも 2018 年度（平成 30 年度）までに実証テストを実施】

○　さらに、今般の新システムにおいては、業務効率化の状況に応じて、審査事務体制の効率性をより抜本的に見直していくことを可能とするため、まずはサーバを本部に一元化する。

（15）業務棚卸し等による効率化の推進

○　支払基金において、上記の取組のほか、引き続き、オンライン請求の促進を図るとともに、現行業務全体の棚卸しを踏まえ、事務職員による入力業務や点検業務のシステム対応や外部委託化などを徹底する。【2017 年度（平成 29 年度）以降順次】

○　新システムにおいて、レセプト受付処理の平準化により、審査支払業務の平準化が図られる仕組みを順次推進する。また、支払のスケジュールの柔軟化についても早急に検討する。

（16）支払基金の人員体制のスリム化と高度化

○　支払基金において、本計画に基づき、業務効率化を着実に進め、システム刷新等を踏まえた審査支払業務の品質向上及び効率化の状況を検証しつつ、遅くとも2024 年度（平成 36 年度）末段階で、現行定員の 20%程度（800 人程度）の削減を計画的に進める。同時に、医療専門職等、IT 等の専門人材の採用拡大等「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に相応しい人材の高度化を格段に図る。

○　職員には育児期間中などで短時間勤務等を希望する女性医師の活用なども含め、直接雇用する常勤医師などの医療専門職等（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）に必要な研修を行った上で、その活用拡大を大幅かつ短時間勤務等の柔軟な働き方の選択肢を用意する形で図る。

３．今後の対応

○　業務効率化に向けた支払基金の各取組は、別添の工程表に沿って着実に進めることとし、厚生労働省が支払基金と緊密な連携の下で改革の進捗状況を常時フォローアップする。

○　2018 年（平成 30 年）通常国会において、厚生労働省は、社会保険診療報酬支払基金法等について「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」及び「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表」の内容に沿った法整備を行う。

○　今後、支払基金と国保中央会等は保険者の審査支払機能の代行機関として、国民皆保険の下、その機能の最適化、効率化の実現に常に努め、改革を実行していく必要がある。また、この改革を通じて国民負担の最小化と、全国どこでも質の高い、統一された医療の実現を目指していく。

○　医療情報の集積である「レセプト」の審査において、独立した医師等の関与は必要不可欠である。このため、今後は、支払基金による審査は、支払基金に直接雇用される医師等の判断により完結させることを基本とし、判断に迷う場合やその判断について医療機関等や保険者が不服のある場合には、訴訟の前段階として行政的に「三者構成」の要素を合わせた新たな仕組みの構築などにより、「統一

的かつ透明なルールベースの保健医療」を実現する。

また、これにより、審査委員の負担を軽減し、これまで以上に地域の医師等の時間を地域医療活動や患者、住民との対話などの業務に注力することが可能になる。

○　これらを踏まえ、上記の改革については速やかに検討を開始し、審査機能の一元化、統一化を推進し、利益相反を防止する観点から、システム本格稼働時期までを目途としてドイツ等他の先進国の仕組みも参考にしつつ再検証して以下の点について成案を得た上で、法改正を含めた必要な措置を講ずることとする。

・審査支払機関の法的な位置づけやガバナンス

・審査委員会の三者構成の役割と必要性

・各都道府県に設置されている審査委員会の役割と必要性

・保険者の審査支払機能の代行機関としての支払基金と国保中央会等の最も効率的な在り方

・その他