

第2回 審査支払機能の在り方に関する検討会 議事次第

令和2年10月9日（金）
15時00分～17時00分
場所：オンライン開催

（議題）

1. 審査支払機関の間の不合理な差異の解消のための取組
2. 社会保険診療報酬支払基金からのヒアリング
3. 国民健康保険中央会からのヒアリング

（配布資料）

資料 1 審査支払機関の間の不合理な差異の解消のための取組

資料 2 社会保険診療報酬支払基金の審査事務集約化に向けた取組と今後の課題
（社会保険診療報酬支払基金 提出資料）

資料 3 審査基準の統一等の取組について
（国民健康保険中央会 提出資料）

参考資料 審査支払機能の在り方に関する検討会 開催要綱

審査支払機関の間の不合理な 差異の解消のための取組

厚生労働省保険局

審査に関する議論の前提（第198回通常国会 令和元年5月9日 保険局長答弁抜粋）

○医療というのは非常に個別性を持っているものだろうというふうに思っております。それを社会保険診療のルールに当てはめていくということが審査ということの、非常に個別性と画一性の折り合いをどう付けていくかが審査ということの言わば本質的な作業の内容を成しているということだろうというふうに思っています。

実際の臨床現場では、年齢、性別、病状、患者の個別性が高い、治療の選択肢にも多様性があるということでございますので、審査に当たりましては、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て、両者の間を埋めながら医学的に診療の妥当性を判断する。その審査委員の専門的知識と臨床経験に基づいて判断しているというようなことでございます。ですので、そういう意味で一定の差異ということは避けられない面があるというふうに思います。

また、これまで各都道府県の審査委員会ごとに様々な保険診療ルールの当てはめがなされて、それぞれが審査の結果として積み上げられてきているということで、地域間の差異というものも生じてきたというふうに考えています。

不合理な差異というものは、こうした臨床現場の多様性あるいは審査委員の臨床経験、専門的知識というものを考慮して、医学的な知識に基づく判断ということをやった上で説明が困難な言わばその審査結果の差異であるというふうなことが言えるのではないかというふうに考えています。

審査結果の不合理な差異の事例①（支払基金の例）

【審査結果の差異】

○H2ブロッカー（プロテカジン錠等）とPPI（ランソプラゾール錠等）の併用投与例において、認められるケースと認められないケースがあった。

A支部

A県 ○○内科医院

本人入院外 平成 29年 6月診療分

性別 男 年齢 58歳 氏名 ○○ ○○ 診療実日数 1日

傷病名	診療開始日
01) 維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	H26.05.01
02) 十二指腸潰瘍	H28.06.01

12	(基本診療料等 略)			
21	* ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」	1錠	3 X	15
	* プロテカジン錠10 10mg	1錠	4 X	15
60	* EF-胃・十二指腸		1,140 X	1
	(検査薬剤等 略)			

B支部

B県 ○○消化器内科

本人入院外 平成 29年 6月診療分

性別 男 年齢 62歳 氏名 ○○ ○○ 診療実日数 1日

傷病名	診療開始日
01) 維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	H28.02.01
02) 十二指腸潰瘍	H29.01.01

12	(基本診療料等 略)			
21	* ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」	1錠	3 X	15
	* プロテカジン錠10 10mg	1錠	4 X	15
60	* EF-胃・十二指腸		1,140 X	1
	(検査薬剤等 略)			

【全支部の取扱い調査】

○H2ブロッカーとPPIの併用投与を認めるか調査した結果、双方は同効の薬剤であり、認めないという支部が多い状況であった。

○一方で、患者の症状に応じて、一方の医薬品を投与後、もう一方の医薬品に切り替えるという治療法も存在するという意見もあった。

(レセプト上は来院日1日のため併用投与に見えるが、服用時点が異なるため併用投与ではない)

【調査結果】

認めない：45支部、一部の事例を認める：2支部



【取扱いを作成した根拠】（要約）

○H2ブロッカーとPPIは同効の薬剤であり、それぞれが単独使用で所期の効果は期待できる。

○PPI抵抗性の難治性逆流性食道炎については、PPIの弱点である夜間の効果減弱に対して、速効性のあるH2ブロッカー投与が効果的であるとの報告はあるが、その効果は1週間程度で長期投与では効果が減弱するとの報告もあり、併用による効果について一定の見解は得られていない。PPI抵抗性の難治性逆流性食道炎に対しては、まずPPIの倍量あるいは1日2回投与が強く推奨されている。（胃食道逆流症（GERD）診療ガイドライン2015）



【審査基準の統一】

○H2ブロッカーとPPIの併用投与は原則として認めないとして審査基準を統一

○「原則」の例外として、服用時点が異なるため併用投与ではないことが症状詳記から判断できる場合等は認める
⇒国保連合会においても、薬機法・療養担当規則を参考にしており、取扱いの見解は全国保連合会で同様である。

審査結果の不合理な差異の事例②（支払基金の例）

【審査結果の差異】

○ヘリコバクター・ピロリ感染診断検査の算定のない除菌薬の投与について、認められるケースと認められないケースがあった。

A支部

A県 ○○胃腸クリニック

本人入院外 平成 29年 6月診療分

性別 男 年齢 41歳 氏名 ○○ ○○ 診療実日数 1日

傷病名	診療開始日
01) 慢性胃炎	H29.06.01
02) ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎	H29.06.01

12	(基本診療料及び調剤料等 略)			
21	* ラベキュアパック400	1シート	50 X	7

B支部

B県 ○○医院

本人入院外 平成 29年 6月診療分

性別 女 年齢 56歳 氏名 ○○ ○○ 診療実日数 1日

傷病名	診療開始日
01) 胃潰瘍	H29.06.01
02) ヘリコバクター・ピロリ感染症	H29.06.01

12	(基本診療料及び調剤料等 略)			
21	* ラベキュアパック400	1シート	50 X	7

【全支部の取扱い調査】

- 他の医療機関で除菌前の感染診断検査を行いヘリコバクター・ピロリ陽性であることが確認された患者について、自院における除菌薬の算定を認めるか調査した結果、認めるという支部が多い状況であった。
- また、認めるという支部においては、無条件で認めるのではなく、他の医療機関で診断検査を実施した旨の詳記があれば認めるという意見が多くあった。

【調査結果】

認める：36支部、詳記があれば認める：11支部

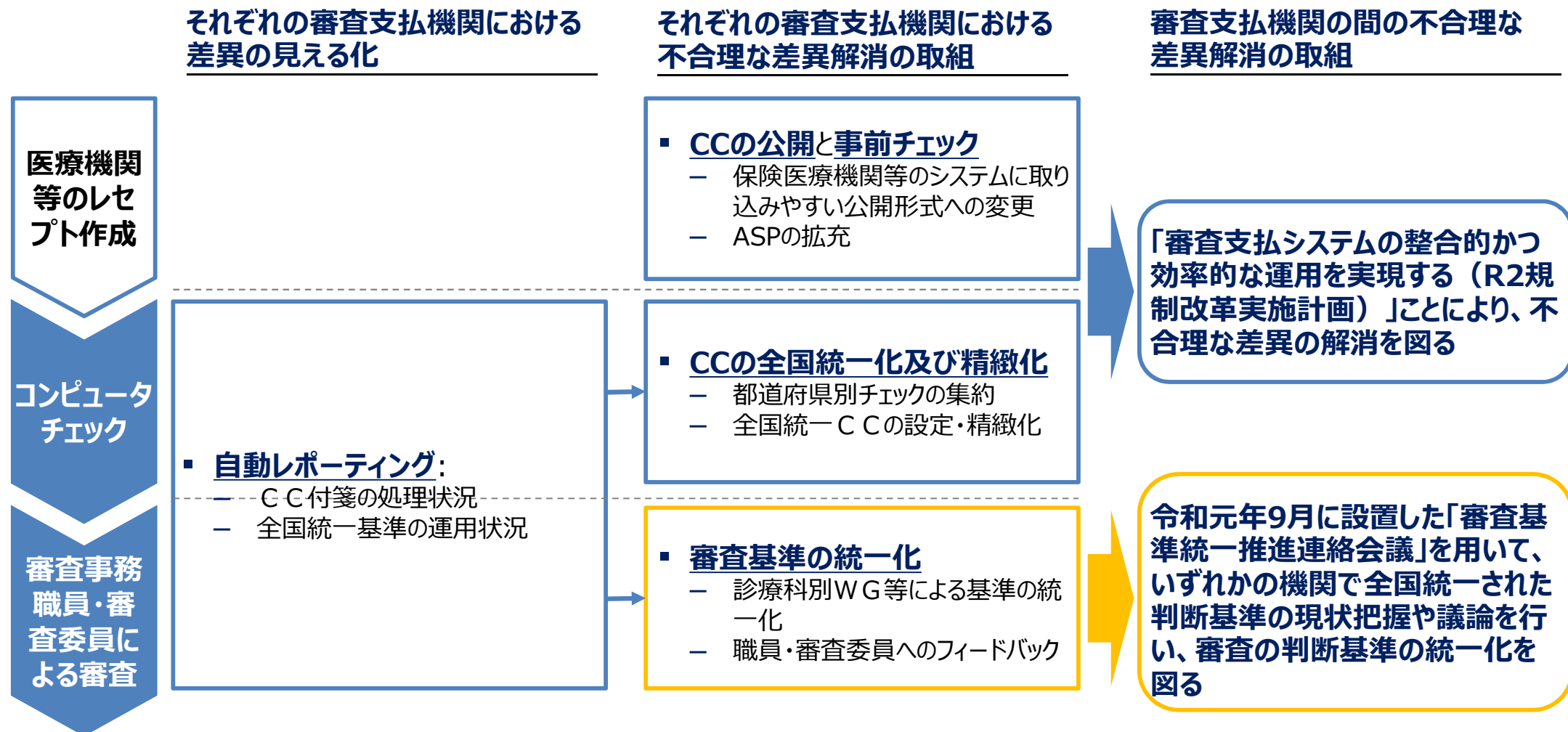
【取扱いを作成した根拠】（要約）

- ヘリコバクター・ピロリ除菌薬は、厚生労働省通知により、除菌前の感染診断検査によりヘリコバクター・ピロリ陽性であることが確認された患者について投与するとされている。
- 対象は「内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者」であり、「除菌前の感染診断によりヘリコバクター・ピロリ陽性であることが確認された患者」であれば、除菌療法の対象患者となる。ただし、内視鏡検査及び除菌前の感染診断の実施機関について特に記載されていない。
- 平成25年3月28日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その13）」において、「健康診断で行った内視鏡検査で胃炎が見つかった患者も除菌治療の対象となるのか。」の問に対して、「対象となる。（以下省略）」と回答されている。

【審査基準の統一】

- ヘリコバクター・ピロリ感染診断検査の算定がない除菌薬の投与については、**他の医療機関で感染診断検査を実施した旨の詳記等があれば認める**として審査基準を統一
- ⇒国保連合会においても、薬機法・療養担当規則を参考にしており、取扱いの見解は全国保連合会で同様である。

審査支払機関の間の不合理な差異の解消のための取組の全体像



審査基準の統一の取組

令和元年6月12日

第118回社会保障審議会医療保険部会

資料 1-4
一部改変

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

【趣旨・目的】

- 「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」（H30.3.1 厚生労働省・支払基金）において、より公平な審査の実現に向けた審査基準の統一化のため、**「厚生労働省においては、国民健康保険団体連合会も含む審査基準の統一のための検討の場を設けることにより、審査基準の統一化を進める」**とされている。また、近年、支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会のそれぞれにおいて、審査の判断基準の統一化に向けた取組が進められているところである。
- このため、**支払基金及び国保連合会における診療報酬明細書の審査の判断基準の統一化を図るため、支払基金及び国保連合会それぞれにおいて統一化が図られた事例等のうち、審査の運用の際に全国統一的な判断基準が必要と思われるものについて検討の上、統一的な判断基準を提供することを目的**として、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する。

構成員			特別構成員 ※必要に応じて参加要請
厚生労働省保険局(3名)	支払基金(4名)	国保中央会(4名)	学識経験者
◎医療課長 保険課長 国民健康保険課長	理事 審査委員会委員	理事 審査委員会委員	大学教授、学会関係者等

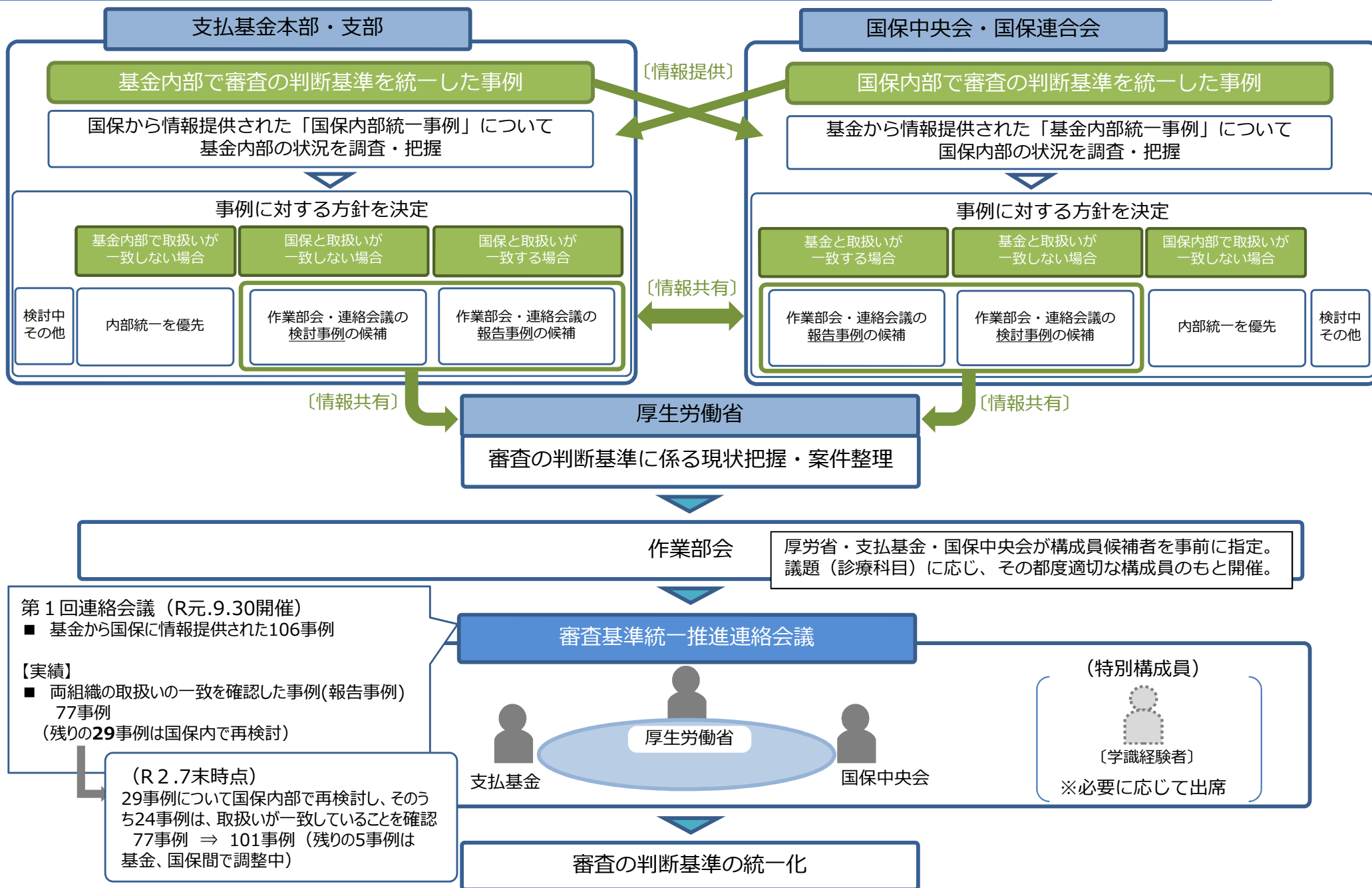
- 令和元年9月 第1回連絡会議（今後の進め方等について議論）

※ 連絡会議は年2回程度開催予定（案件の内容や数によって変更の可能性あり）としていたが、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、開催を当面延期している。

審査基準の統一の取組

審査の判断基準の統一化に向けたフロー図（イメージ）

※現時点のイメージ図であり、今後の運用状況等により変更があり得る



社会保険診療報酬支払基金の審査事務 集約化に向けた取組と今後の課題

令和2年10月9日

I	はじめに 支払基金を取り巻く状況	1
II	審査事務集約化計画工程表等の着実な実施	6
1	審査事務集約化計画工程表の策定	
2	審査支払新システムの構築	
(1)	新システムの構築	
(2)	A I を活用したレセプトの振分	
(3)	自動レポーティング機能の導入	
3	審査結果の不合理的な差異解消の取組	
(1)	コンピュータチェックルールの公開	
(2)	既存のコンピュータチェックルールの見直し	
(3)	統一的なコンピュータチェックの設定	
(4)	診療科別ワーキンググループを中心とした差異解消の取組	
(5)	特別審査委員会の在り方	
4	紙レセプト削減に向けた取組	
5	在宅審査の検討	
6	データヘルス業務の実施に向けた検討	

I はじめに 支払基金を取り巻く状況

1 業務を取り巻く状況

- 令和元年度の取扱件数は11.62億件。令和2年度の取扱見込み件数は11.92億件。
- 令和2年度予算平均手数料単価は59.90円。ピーク時（平成9年度決算）の107.88円からほぼ半減。
- 令和2年度職員数は4,113人。ピーク時（平成13年度）の6,321人から約3分の1の削減。
- 請求レセプトは件数ベースで約99%が電子化。

→ 支払基金の業務は、ICTを活用した効率的な事業運営と業務品質の向上が求められており、各種の改革の取組を進めているところ。

2 支払基金改革の進捗

平成29年7月 「支払基金業務効率化・高度化計画」を策定

平成30年3月 「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」を策定

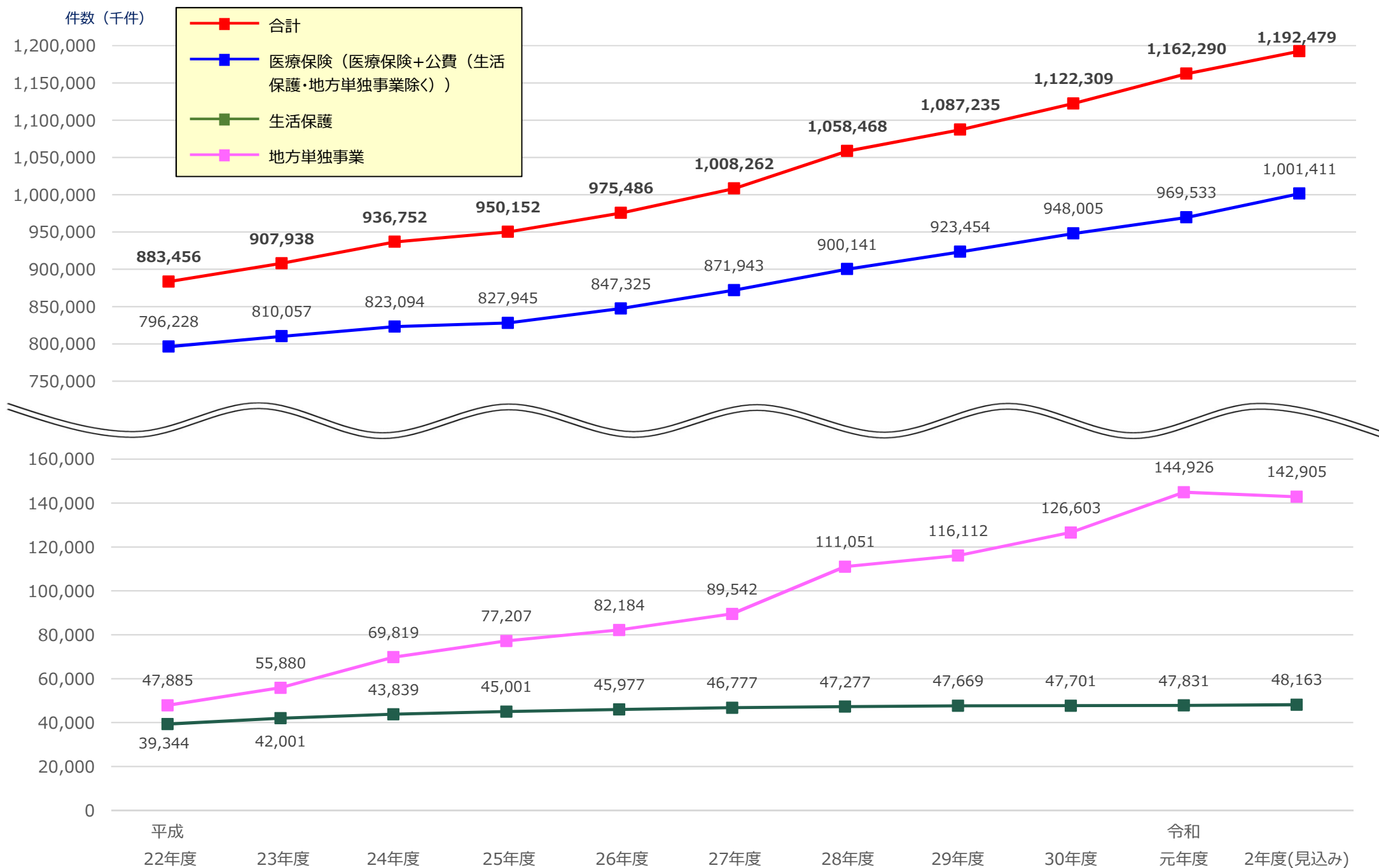
令和元年5月 「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が成立

令和2年3月 「審査事務集約化計画工程表」を策定

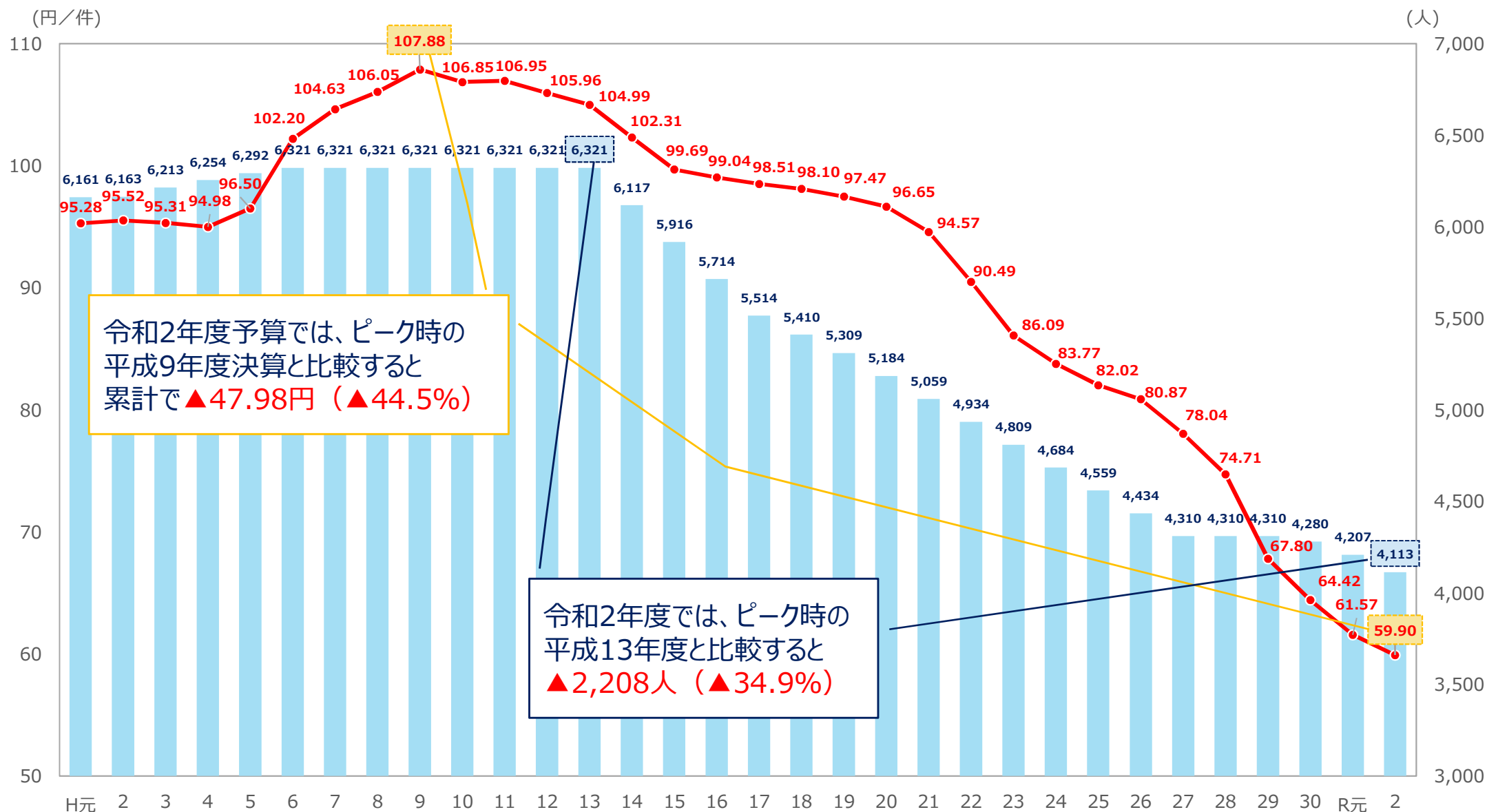
「審査支払機関改革における今後の取組」を策定

→ 令和3年9月の審査支払新システム稼働、令和4年10月の審査事務集約に向けて、着実に準備を進めることとしている。

(参考) 年度別取扱件数の推移



(参考) 年度別審査支払手数料及び職員定員の推移

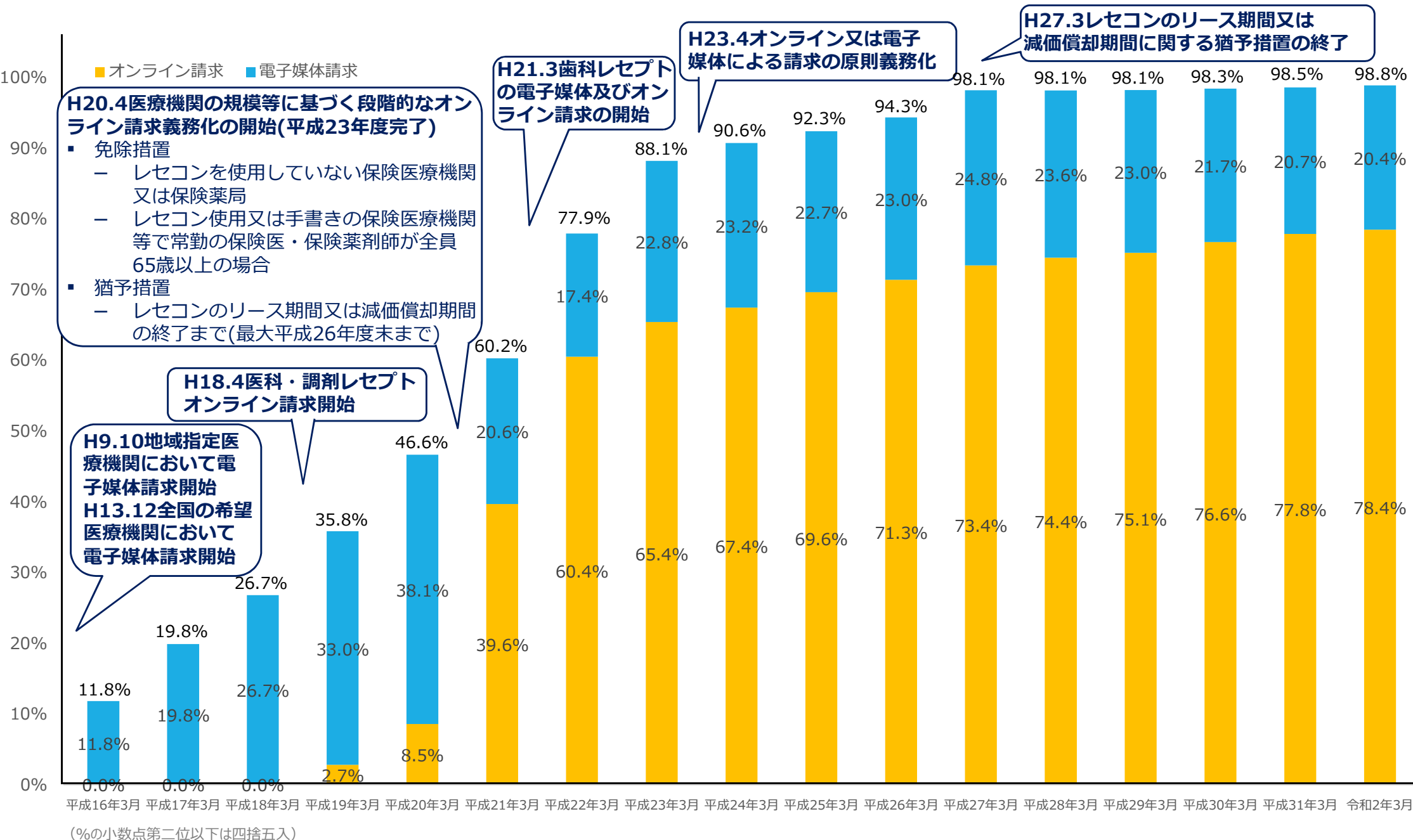


※1 令和元年度以前は決算、令和2年度は予算である

※2 平成元年度からは消費税3%相当分、平成9年度からは消費税5%相当分、平成26年度からは消費税8%相当分、令和元年度は9月までは消費税8%、10月以降は10%相当分を含む

※3 職員定員は一般会計分である

(参考) 原審査における電子レセプト請求普及状況の推移



I	はじめに 支払基金を取り巻く状況	1
II	審査事務集約化計画工程表等の着実な実施	6
1	審査事務集約化計画工程表の策定	
2	審査支払新システムの構築	
(1)	新システムの構築	
(2)	A I を活用したレセプトの振分	
(3)	自動レポーティング機能の導入	
3	審査結果の不合理的な差異解消の取組	
(1)	コンピュータチェックルールの公開	
(2)	既存のコンピュータチェックルールの見直し	
(3)	統一的なコンピュータチェックの設定	
(4)	診療科別ワーキンググループを中心とした差異解消の取組	
(5)	特別審査委員会の在り方	
4	紙レセプト削減に向けた取組	
5	在宅審査の検討	
6	データヘルス業務の実施に向けた検討	

Ⅱ-1 審査事務集約化計画工程表の策定

概要

「規制改革実施計画」（令和元年6月21日 閣議決定）

- 審査事務局におけるレセプト事務点検業務等を、全国地域に10程度設置予定の審査事務センターへ集約する計画について、その具体的な工程を明らかにし、公表する。

取組方針等

▶ 取組方針

令和2年3月31日、以下を主な内容とする「審査事務集約化計画工程表」を策定し、公表

- 全国14か所に審査事務センターを設置

⇒中核審査事務センター（6か所）

宮城県仙台市、東京都23区内、愛知県名古屋市、大阪府大阪市、広島県広島市、福岡県福岡市

審査事務センター（4か所）

埼玉県さいたま市、北海道札幌市、石川県金沢市、香川県高松市

審査事務センター分室（4か所）

岩手県盛岡市、群馬県高崎市、鳥取県米子市、熊本県熊本市

- 令和3年9月の稼働に向けて、審査支払新システムを構築
- 審査支払新システムの安定稼働を確認し、令和4年10月に一斉に審査事務の集約を実施
- 令和4年10月の審査事務の集約に向けて、業務棚卸し等による効率化を推進

(参考) 審査事務集約化計画工程表の概要

組織見直しの目的

- 支部完結型の業務実施体制から全国統一的な業務実施体制への転換
 - ▶ ICTの最大限の活用により審査業務の効率化・高度化の推進
 - ▶ 審査結果の不合理な差異解消の取組みを充実

集約拠点設置に係る基本方針

○集約拠点では、審査委員会事務局の統括、診療科ごとに組織を構成し電子レセプトの審査業務を実施

中核審査事務センター（6か所）

○不合理な差異解消の中心的役割（本部と連携）

- ▶ 差異解消のための診療科別WG（仮称）設置＜不合理な差異解消の取組み＞
（設置場所）宮城県仙台市、東京23区内、愛知県名古屋市、大阪府大阪市、広島県広島市、福岡県福岡市

審査事務センター（4か所）

○中核審査事務センターと連携し審査結果の不合理な差異解消のために一次的集約の役割

- 中核センターの規模が過大なため地域を分割して事業運営を行うため設置
（設置場所）埼玉県さいたま市
- 地理的な独立性が高く審査結果の一次的な集約をすることが効率的な地域に設置
（設置場所）北海道札幌市、石川県金沢市、香川県高松市

審査事務センター分室（4か所）

- 今後実施する職員の意向調査等によるニーズやICT化、業務の効率化を踏まえつつ、人事ローテーションが定着するまでの経過措置として設置
設置都道府県を含め少なくとも複数都道府県の審査事務を担うことができる場所に設置
（設置場所）岩手県盛岡市、群馬県高崎市、鳥取県米子市、熊本県熊本市
- ※おおむね10年を目途に人事ローテーションの定着状況を見ながら廃止を検討

審査委員会事務局（47か所）

- 各都道府県に審査委員会を設置することからその審査補助業務を実施
 - ・審査委員会の補助事務、再審査を含めた紙レセプトの審査業務
 - ・適正なレセプト提出の取組、医療機関及び保険者等関係団体の窓口業務
（設置場所）47都道府県

集約に向けた工程

審査支払新システムの構築：令和3年9月

- クラウドコンピューティングによるセンターサーバー一元化
 - ・他の都道府県であっても審査事務が可
 - ・審査委員と職員間で同時にレセプトを閲覧できる機能を整備
- 審査事務集約や業務変化に柔軟な対応が可能なモジュール化
- AIによる振分け機能実装、稼働2年以内にレセプト全体の9割程度CCで完結目指す

- ▶ 既存のコンピュータチェックの見直し：既存の支部独自チェックは本部集約
- ▶ 自動的なレポート機能の導入：審査結果の見える化
- ▶ 統一的なコンピュータチェックルールの設定：再審査等から分析後CCへ
- ▶ 医療機関等において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
- ▶ 審査結果の不合理な差異解消の取組み：診療科別WGの設置（本部の参画）

業務棚卸し等による効率化の推進：令和4年10月までに

- ▶ 業務処理の標準化：審査支払新システムに対応した業務処理標準マニュアルの策定
- ▶ 業務改善プロジェクトチームによる徹底的な既存業務の棚卸しの実施
無駄な業務の廃止、業務改善による効率化、周辺業務の外部委託を推進
可能な業務は本部・センターに集約

集約の実施：令和4年10月

- 職員に対して意向調査と面談を実施：令和2年4月以降
- 審査支払新システムの安定稼働を確認し一斉に集約：令和4年10月

- ▶ 集約時の人事配置方針：業務に必要な能力や適性と家庭の事情を考慮し決定
真に転勤が困難な者が多い都道府県に対して定員を超えた人員配置を措置
- ▶ 人事制度・労働条件の見直し：人事制度改革や柔軟な勤務時間制度の検討

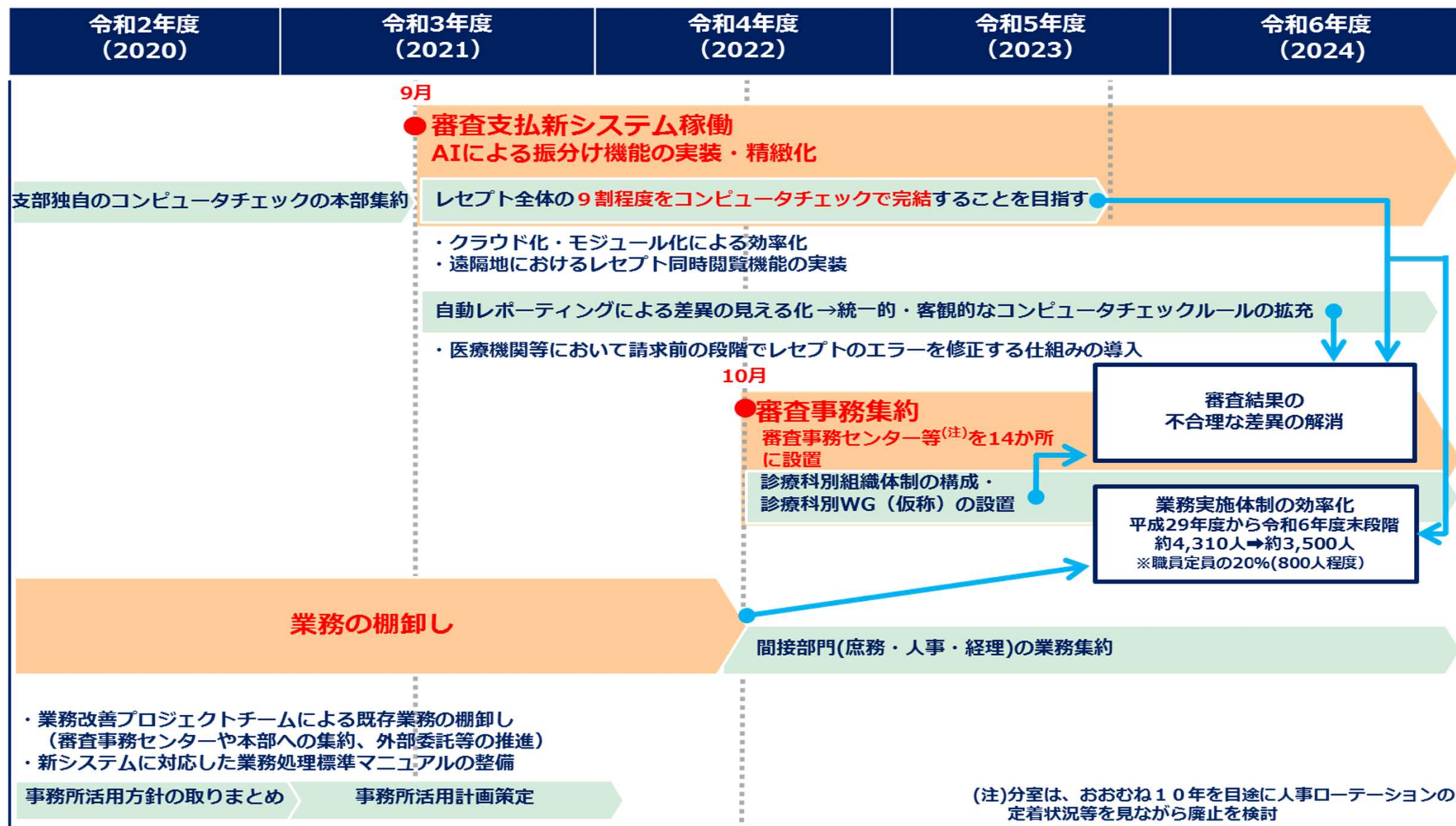
支払基金の人員体制のスリム化：令和6年度末

- 平成29年度から令和6年度末段階で約20%（800人程度）の定員を削減

費用対効果の見込み：令和3年度

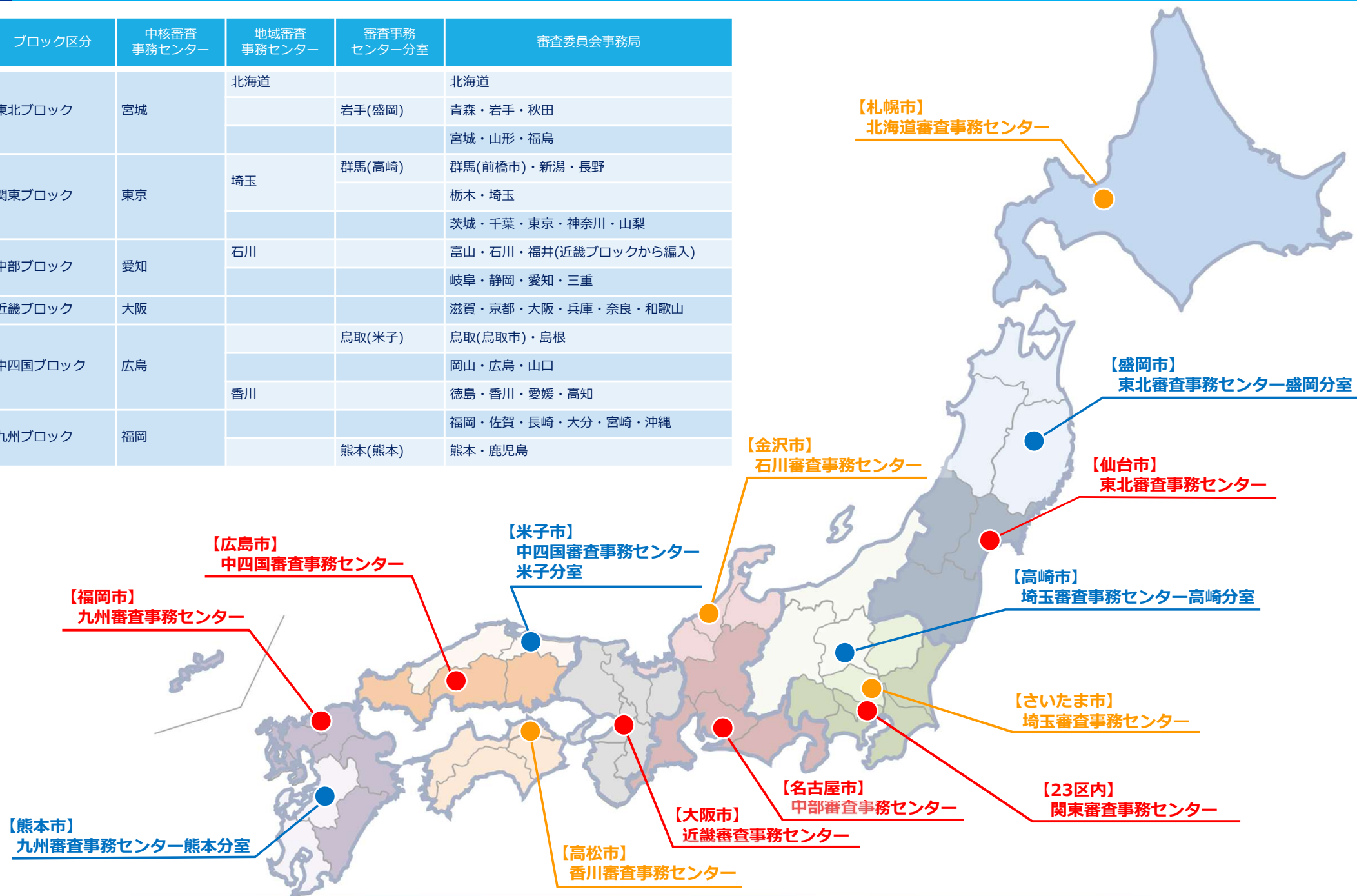
- 既存事務所の活用：事務所の貸付や売却などの活用方策に関する計画書を策定

(参考) 審査事務集約化計画工程表



（参考）審査事務センターの設置場所

ブロック区分	中核審査 事務センター	地域審査 事務センター	審査事務 センター分室	審査委員会事務局
東北ブロック	宮城	北海道		北海道
			岩手(盛岡)	青森・岩手・秋田
				宮城・山形・福島
関東ブロック	東京	埼玉	群馬(高崎)	群馬(前橋市)・新潟・長野
				栃木・埼玉
				茨城・千葉・東京・神奈川・山梨
中部ブロック	愛知	石川		富山・石川・福井(近畿ブロックから編入)
近畿ブロック	大阪			岐阜・静岡・愛知・三重
中四国ブロック	広島			滋賀・京都・大阪・兵庫・奈良・和歌山
			鳥取(米子)	鳥取(鳥取市)・島根
				岡山・広島・山口
九州ブロック	福岡	香川		徳島・香川・愛媛・高知
				福岡・佐賀・長崎・大分・宮崎・沖縄
			熊本(熊本)	熊本・鹿児島



Ⅱ-2 審査支払新システムの構築

(1) 新システムの構築

概要

「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日 公表）

- クラウドコンピューティング技術を取り入れ、センターサーバを一元化するとともに、審査事務集約や業務変化に柔軟な対応が可能なシステム（モジュール化）を構築する。

取組方針等

取組方針

- クラウドコンピューティング技術を取り入れ、センターサーバを一元化。モジュール化により多くの開発業者の参画を促し、ベンダーロックインを排除
- 審査委員と職員間で同時にレセプトを閲覧する機能など、遠隔地でも効率的に連携を行うことができる条件を整備
- AIによるレセプト振分け機能や審査結果の差異の見える化を目的とする自動的なレポート機能を実装
- また、コスト面においても改修経費やランニング経費を縮減

今後のスケジュール

- 令和3年9月からの稼働を目指し、機能別の試験（令和2年10月から）及びシステム全体の統合試験（令和3年2月から）を実施。

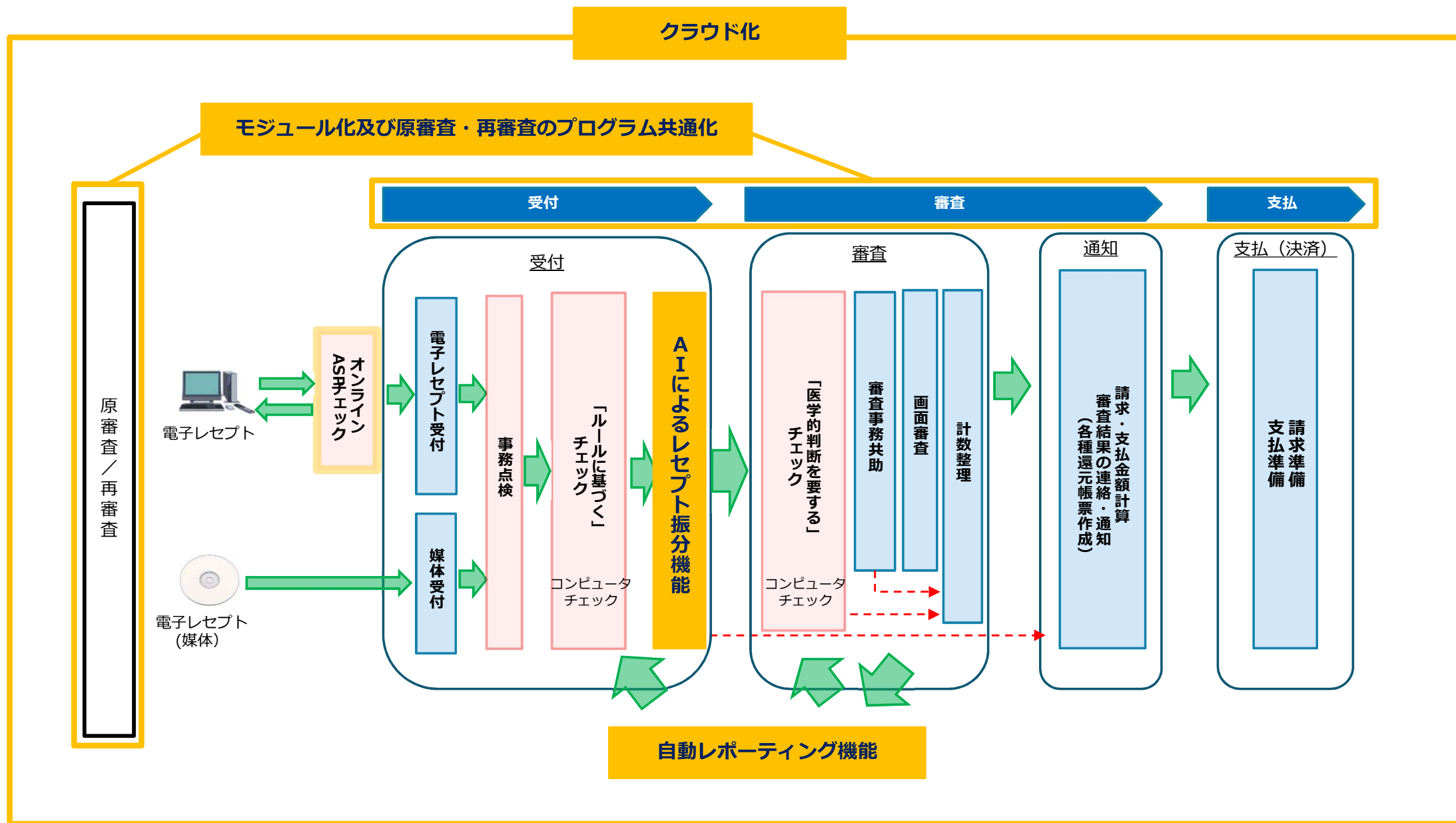
＜システム刷新による削減効果＞

①新規事務所借上げ	合計 約0.4～7.6億円
②給与諸費（▲800人） 改革前 改革後 (374億円→311億円)	▲63億円
③システム維持管理経費（70億円→64億円）	▲6億円
④IT化推進経費積立預金（25億円→9億円）	▲16億円
⑤費用：減額合計（②+③+④）	合計 約▲85億円
支払基金改革による効果額（①-⑤）	▲77～85億円

※審査支払新システム構築に係る費用は230億円。

※効果額は今後検討を進めていく中で変更があり得る。また、表中の「①新規事務所借上げ」経費は平年度化した経費であり、一時的に発生する経費は含んでいない。

(参考) 審査支払新システムの構成



(参考) 開発の進捗状況等

- 開発作業は令和3年9月のリリースに向けて概ね順調に進捗している。

機 能	令和2年8月進捗	次月以降の計画
受付機能	・ 結合テスト	・ 令和2年9月 結合テスト完了
振分・コンピュータチェック機能	・ 詳細設計	・ 令和2年9月 詳細設計完了
請求・支払機能	・ 結合テスト	・ 令和2年9月 結合テスト完了
審査委員会機能	・ 結合テスト	・ 令和2年9月 結合テスト完了
基盤設計・運用設計	・ 総合テスト	・ 令和2年12月 総合テスト完了
工程管理支援	—	—

II-2 審査支払新システムの構築

(2) AIを活用したレセプトの振分

概要

「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日 公表）

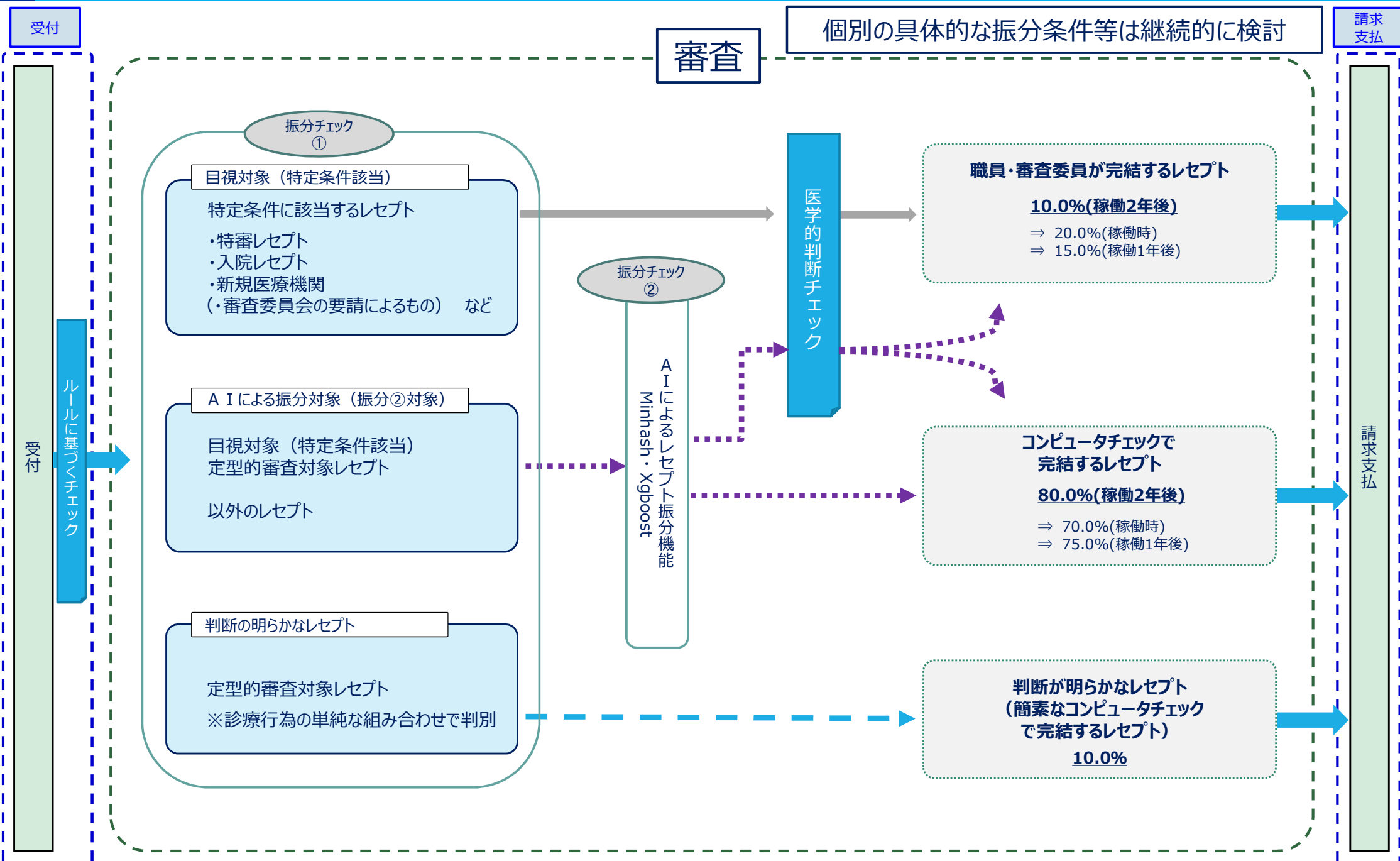
- 審査支払新システムでは、AIにより、人による審査を必要とするレセプトと必要としないレセプトへの振分け機能を実装し、その精緻化を図り、新システムの稼働後2年以内にはレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックで完結することを目指す。

取組方針等

取組方針

- 基本的には、人による審査を必要としないレセプトはコンピュータチェックで完結
- 人による審査を必要としないレセプトについても、審査委員会からの要請に応じて審査可能な仕組みとし、審査精度の維持、審査の信頼性確保を図る
- AIについては、以下の2つの手法（MinhashとXgboost）を組み合わせ活用
 - ⇒Minhashにより、過去レセプトを類型化し、査定率を判定して振分け
 - ⇒過去に同じ請求内容が存在しないレセプトに対し、Xgboostにより査定率を判定して振分け
- 新システム稼働後2年以内（令和5年9月）までにコンピュータチェックにより9割完結（稼働時8割、1年後8.5割、2年後9割を目指す）

(参考) AIを用いた振分けのフロー



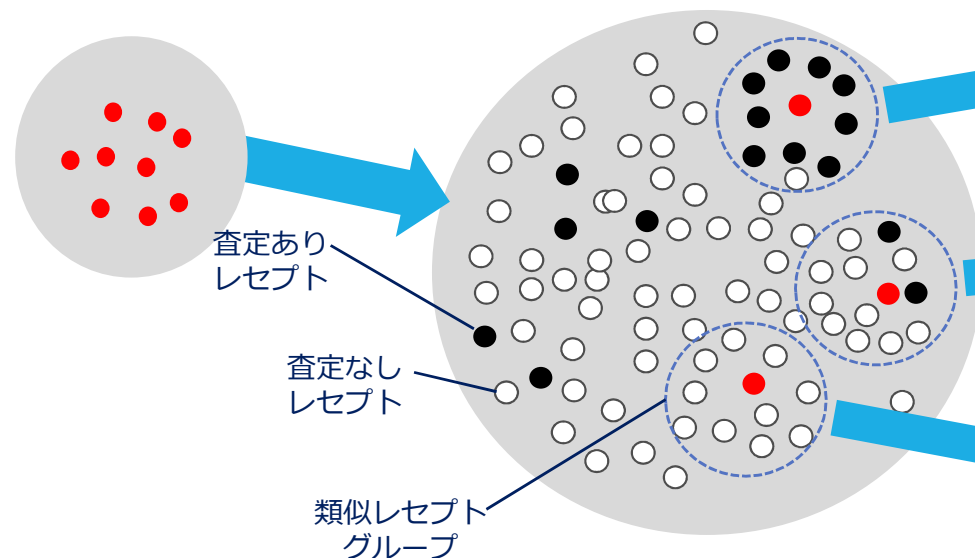
(参考) AIによるレセプト振分機能 (Minhash、Xgboost) の導入

Minhashによる判定の仕組み (レセプト類型化、査定率判定の方法)

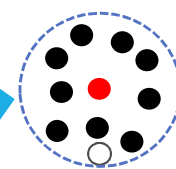
①類似レセプトグループ作成

受付レセプト
(例：2021年9月)

過去レセプト (事前処理)
(例：2020年8月～2021年7月)

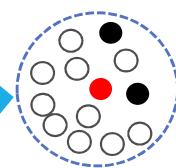


②グループ毎 査定率判定



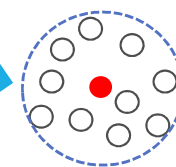
過去レセプトの査定率 高

⇒ 人による審査へ



過去レセプトの査定率 中

⇒ 医学的判断チェックにかけ、
→チェックに該当した場合、人による審査へ
→チェックに該当しなかった場合、請求支払へ



過去レセプト査定なし

⇒ 人による審査を経ることなく請求支払へ

類似レセプトグループ作成

受付レセプトを1件ずつ過去レセプトのグループと突き合わせ、受付レセプトの内容（傷病名、診療行為、医薬品など）と同一の過去レセプトのグループを決定

査定率判定

グループ毎に、過去レセプトにおける審査結果を基に査定率を算出し、その率に応じ、過去レセプトにおける査定率が高いもの、中程度のもの、過去に査定がなかったものに分類

(参考) AIによるレセプト振分機能 (Minhash、Xgboost) の導入

Xgboostによる判定の仕組み

分類モデル作成の方法

- 条件分岐 (決定木分析)

過去レセプトの情報 (傷病名、診療行為、医薬品など) と審査結果 (査定の有無) を木構造を用いて査定となる条件の分岐を学習

- 再学習

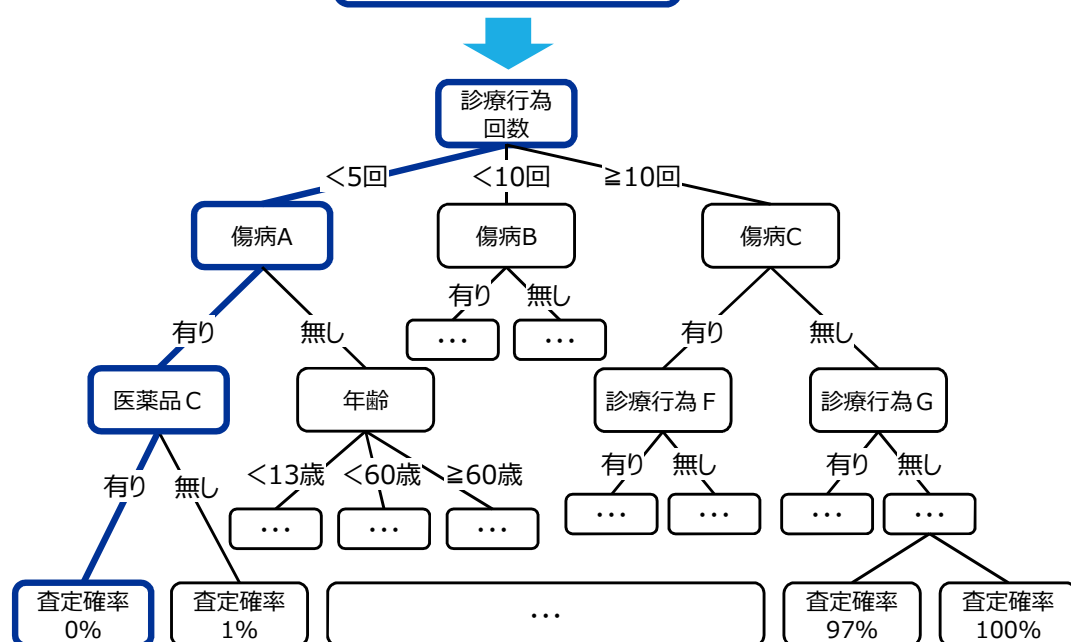
決定木における誤り (査定となる条件) を修正しながら再学習し複数の決定木を作成

分類モデル作成イメージ

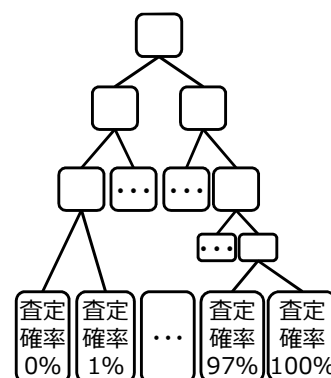
条件分岐 (決定木分析)

再学習

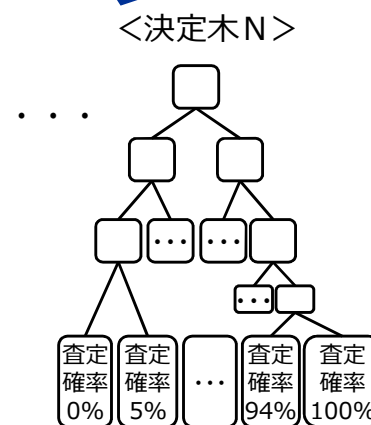
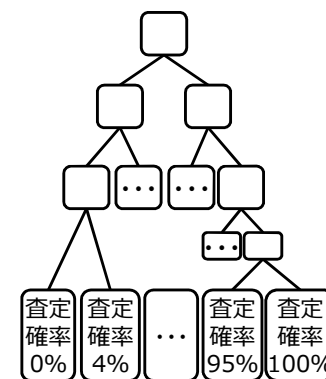
過去レセプトの情報
+ 審査結果 (査定の有無)



<決定木1>の誤りを
<決定木2>で再学習



<決定木N-1>の誤りを
<決定木N>で再学習



Ⅱ-2 審査支払新システムの構築

(3) 自動レポーティング機能の導入

概要

「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日 公表）

- 審査支払新システム稼働時に実装する自動的なレポーティング機能により、審査結果の差異などについて見える化を図る。
- 見える化した差異事例について、取扱いが収斂しているにもかかわらず審査結果が異なっている場合は、本部から支部に対して是正を依頼する。
- 新たに差異が見られた事例については、本部に設置している「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」で検討し、取扱いが収斂したものについては、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に反映させていく。

取組方針等

取組方針

- 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ティングして見える化
- 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
- また、中央検討委員会における継続検討事例※について審査結果の差異の状況を見える化し、取扱いを統一
- 全国統一的な取扱いが策定された事例について、異なる審査結果が発生していないか補足的にレポーティング

※ 審査結果の不合理な差異解消を目的に各地区から提出された事例を検討する「中央検討委員会」において取扱いが収斂されず継続検討することとされた事例

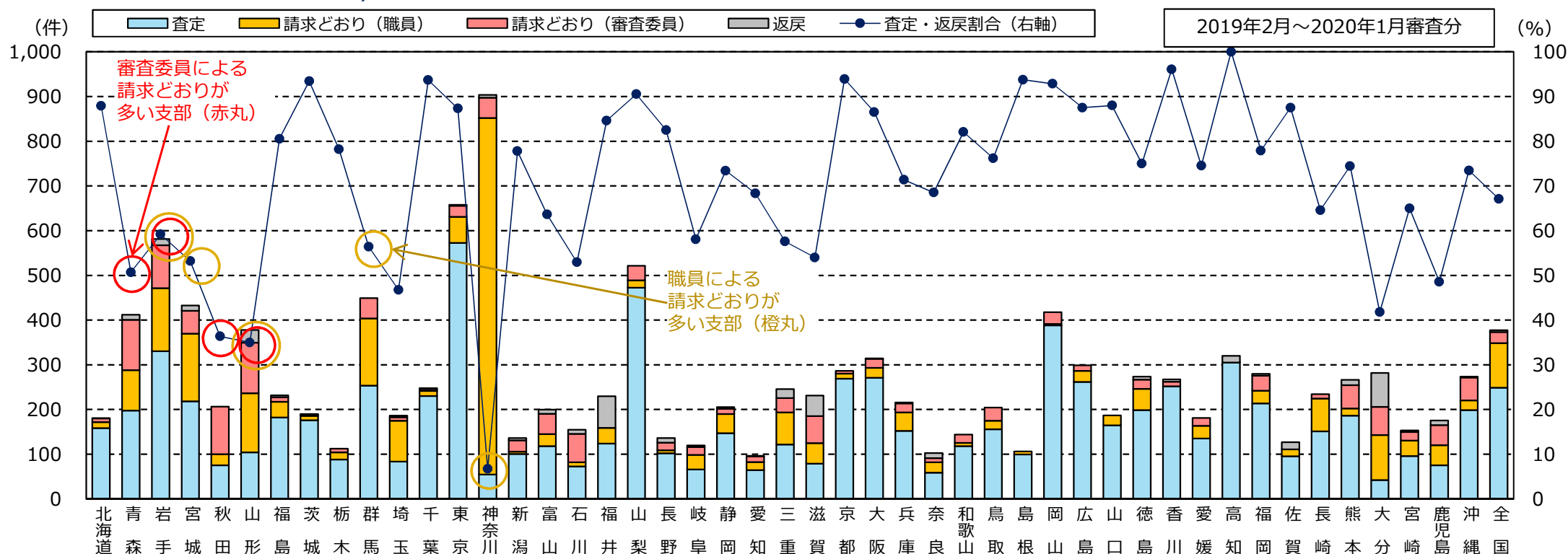
(参考) レポートの出力結果例

- (評価) ・事例に対する、支部別の審査結果が見える化
 (一部の支部で審査結果に差異がみられることなどを把握)
 ・審査結果が審査委員又は職員に起因するものなのか要因を分析

- (対応) ・不合理な差異であれば、支部が属するブロックの診療科別WG又は本部検討会において差異の
 解消 (職員に起因する差異は上司による教育を実施)

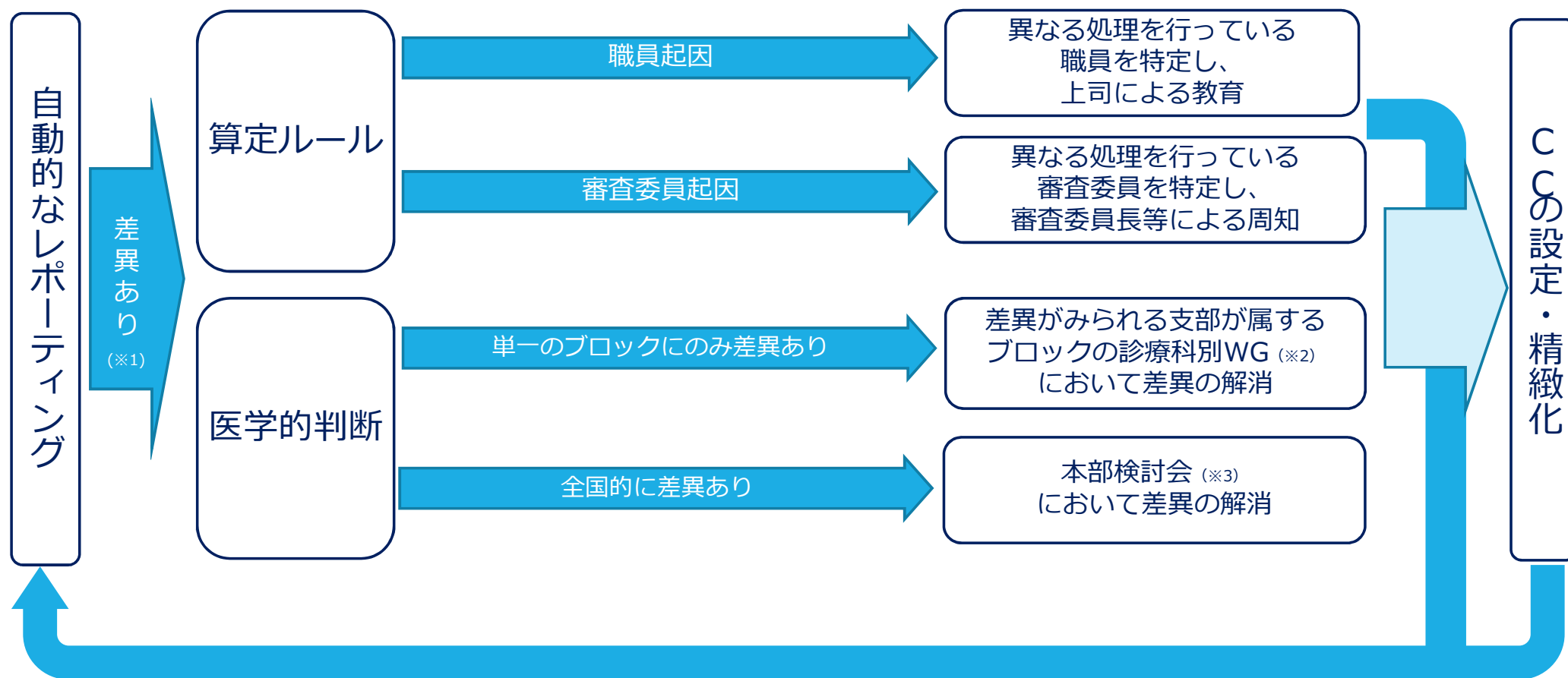
【糖尿病確定診断後の患者に対する連月のインスリン (IRI) の算定^(注)について】

(糖尿病でインスリン (IRI) が算定されているレセプト請求1万件当たり、連月の算定件数)



注：糖尿病確定診断後の患者に対するインスリン (IRI) の連月の算定は、原則として認めない。ただし、症状詳記等から薬剤変更時、コントロール不良例、治療方針の評価及び決定等、連月の算定の必要性が医学的に判断できる場合は認める。

(参考) レポート後の差異解消に向けたフロー



(※1) 差異があった事例については、その差異が説明可能なものか否かを調査・分析

(※2) ブロック内の差異解消のため、中核6支部（中核審査事務センター）に内科系、外科系、その他診療科系及び歯科ごとに設置されるワーキンググループ。都道府県の審査委員により構成される。

(※3) 全国基金審査委員長会議からの依頼を受け、支部間差異の要因と考えられる事例について調査審議し、審査の一般的な取扱い等を取りまとめる委員会。審査に関する支部間差異解消のための検討委員会地区座長や本部役職員などにより構成される。

II-3 審査結果の不合理的な差異解消の取組

(1) コンピュータチェックルールの公開

概要

「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日 公表） ※抜粋

- 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。

取組方針等

取組方針

- 公開基準において慎重に検討することとしている傷病名と医薬品及び診療行為の適応や医薬品の用法・用量等の医学的判断を要する事例について、試行的に公開した上で課題を整理し、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
- 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令和3年9月を目途に、それ以外の公開事例については令和4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

（参考）実施事例数及び公開事例数（令和元年11月時点）

No	チェック種別	チェックの考え方	実施事例数	公開事例数	公開率	公開時期
1	受付・事務点検 （オンラインASP）	記録条件仕様をもとにチェック	1,225	1,225	100%	平成20年7月 【公開済み】
2	電子点数表	告示・通知をもとにチェック	1,293,785	1,303,472	100%	平成22年3月 【公開済み】
3	チェックマスタ	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の適応等をチェック	48,405	2,689	5.6%	平成30年3月 【一部公開】 平成31年1月 【更新】
4	本部点検条件	告示・通知、疑義解釈資料等をもとにチェック	314,655	83,673	26.6%	令和元年11月 【更新】
合計			1,658,070	1,391,059	74.1%	

Ⅱ-3 審査結果の不合理な差異解消の取組

(2) 既存のコンピュータチェックルールの見直し

概要

「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日 公表）

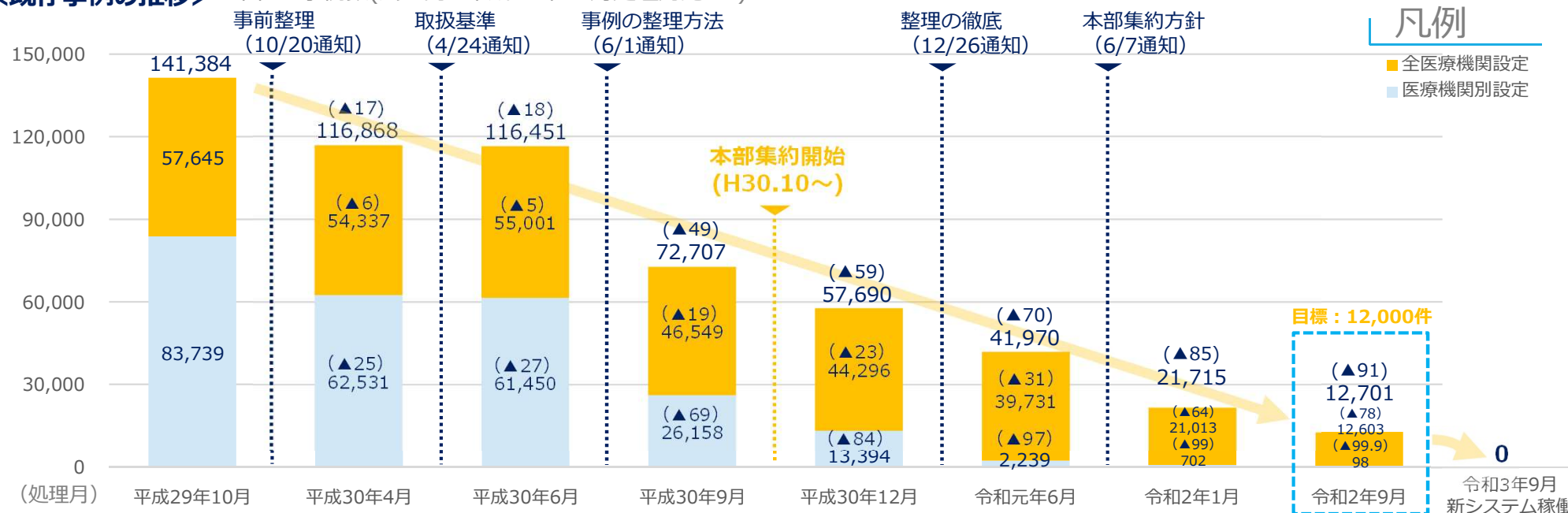
- 既存の支部独自のコンピュータチェックルールについては、審査支払新システムの稼働までに、原則としてすべて本部に集約又は廃止する。

取組方針等

取組方針

- 既存の支部点検条件に係るこれまでの実績は、平成29年10月時点で約14万件、令和2年9月時点で約1.3万件に減少
- さらに、新規に登録される支部点検条件については、定期的に効果を検証し、本部コンピュータチェックへの移行や廃止等、適切な管理を実施

＜既存事例の推移＞ 単位：事例数(カッコ内は平成29年10月処理対比：%)



II-3 審査結果の不合理的な差異解消の取組

(3) 統一的なコンピュータチェックの設定

概要

「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日 公表）

- コンピュータチェックがなく、保険者からの再審査や職員の疑義で査定となった医薬品や診療行為等について、過去の審査データの分析から査定につながる可能性が高い条件を見出し、統一的・客観的なコンピュータチェックルールを拡充する。

取組方針等

取組方針

- 原審査時においてコンピュータチェックがなく再審査で査定となった事例及び職員の疑義付箋により査定となった事例のうち、査定箇所数及び査定支部数を考慮して選定した事例を優先的に分析
- 前記のうち、条件を見出した事例については順次、コンピュータチェックを設定

取組状況

- 原審査時においてコンピュータチェックがなく、保険者からの再審査や職員の疑義付箋により査定となった医薬品や診療行為について、過去の審査データから査定となる一定の規則性やパターン等の条件を分析
- 令和3年6月までを目途に348項目^(※)を優先的に分析。その結果を踏まえ、有効なものは随時コンピュータチェックを設定

※ 査定箇所数が年間1,000か所を超え、かつ過去1年間で40を超える支部で査定となった医薬品や診療行為

Ⅱ-3 審査結果の不合理的な差異解消の取組

(4) 診療科別ワーキンググループを中心とした差異解消の取組

概要

「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日 公表） ※抜粋

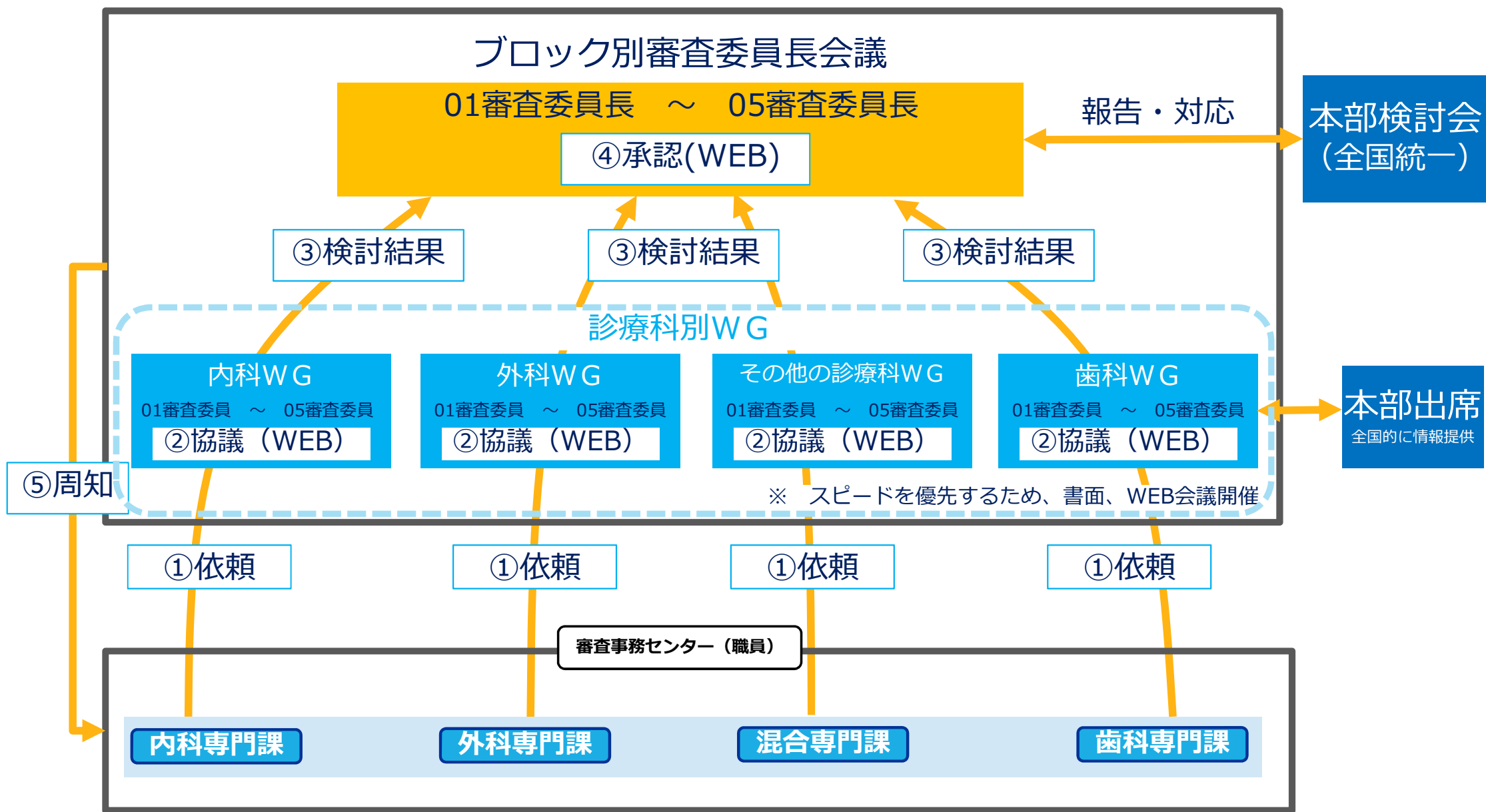
- 審査結果の不合理的な差異解消の取組として、審査結果の差異を中核審査事務センターに設置する診療科別WGで調整する仕組みを検討

取組方針等

取組方針

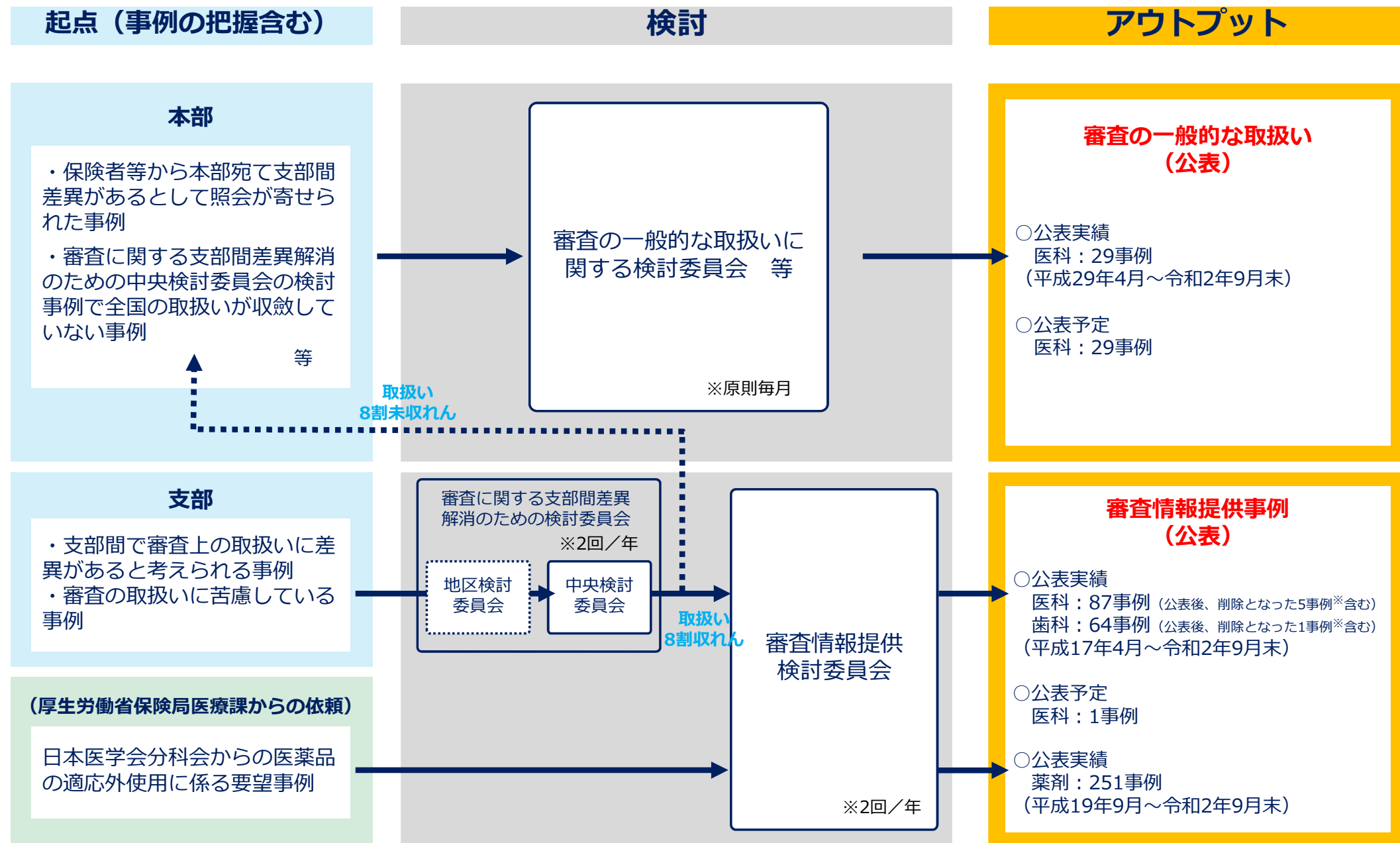
- 集約後の審査事務センターの体制では、診療科別の組織を構成し、職員が複数の都道府県のレセプト審査事務を担当することで、保険者からの再審査請求や審査委員ごとの違いによる差異の顕在化を待つことなく、審査結果の差異を速やかに把握
- 把握した差異について中核審査事務センターに設置する診療科別WGに報告の上、そこで調整する仕組みを検討。本部も診療科別WGに参加し他ブロックでの検討状況を情報提供。ブロックで協議した結果、ブロック間で不合理的な差異を認めた場合は、本部検討会で協議
- なお、令和2年10月には、支部集約後の業務に支障をきたすことがないよう、現状の支部間の不合理的な差異の解消を図るため、中核6ブロックに診療科別WGを設置し、ブロックの差異解消の検討を開始

（参考）診療科別WGの設置、差異解消の取組のフロー



(参考) 支払基金における審査の判断基準の統一化に向けた取組の現状

※ 令和2年9月末現在



※ 診療報酬改定に伴い公表事例を削除

Ⅱ-3 審査結果の不合理的な差異解消の取組

(5) 特別審査委員会の在り方

概要

「審査支払機関改革における今後の取組」（令和2年3月 公表）

- 審査事務センターと本部特別審査委員会の役割を踏まえた拡大を検討。

取組方針等

課題

- 平成30年11月審査から特別審査委員会対象レセプトの範囲を拡大
⇒40万点から38万点へ引き下げ、肺移植・心移植・肝移植に係る手術を含む専門性が高いレセプトを対象に追加
- 拡大の現状は、件数で見ると年間で約5,000件※増加。内容面では、高額医薬品等が請求点数の大部分を占める専門性の低いレセプトが増加傾向
※ 令和元年度における年間受付件数：約47,000件
- 特別審査委員会は本来は専門性の高いレセプト審査を担うべきものであり、また、審査結果を統一していく機能を果たすべき

取組方針

- 専門性が高い、請求件数が少ない、新規技術や新規収載の高額医薬品である等、都道府県の審査委員会では統一が難しいものについては特別審査委員会の審査対象とし、審査結果が収斂されたものについてはその対象から外していくような仕組みについて、関係者と検討したい。

Ⅱ-4 紙レセプト削減に向けた取組

概要

「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」（平成30年3月1日 公表）

- 審査事務の集約化と支払業務効率化のためには、入口（受付）から出口（請求・支払データの送信）まで一貫した電子処理が不可欠であることから、レセプト請求（再審査請求含む）の電子化と請求関係帳票のオンラインでの受け取りについて、関係者に働きかけるなどにより推進していく。

取組方針等

▶ 課題

- 平成29年度に実施した事務量調査では、原審査・再審査における紙レセプトの請求件数割合は約2%であったが、業務量で見ると約2割となっており、紙レセプトの処理に係る業務負担が大きい状況（令和2年3月時点での当該請求割合は1.7%であり、業務量は約15%と見込まれる。）

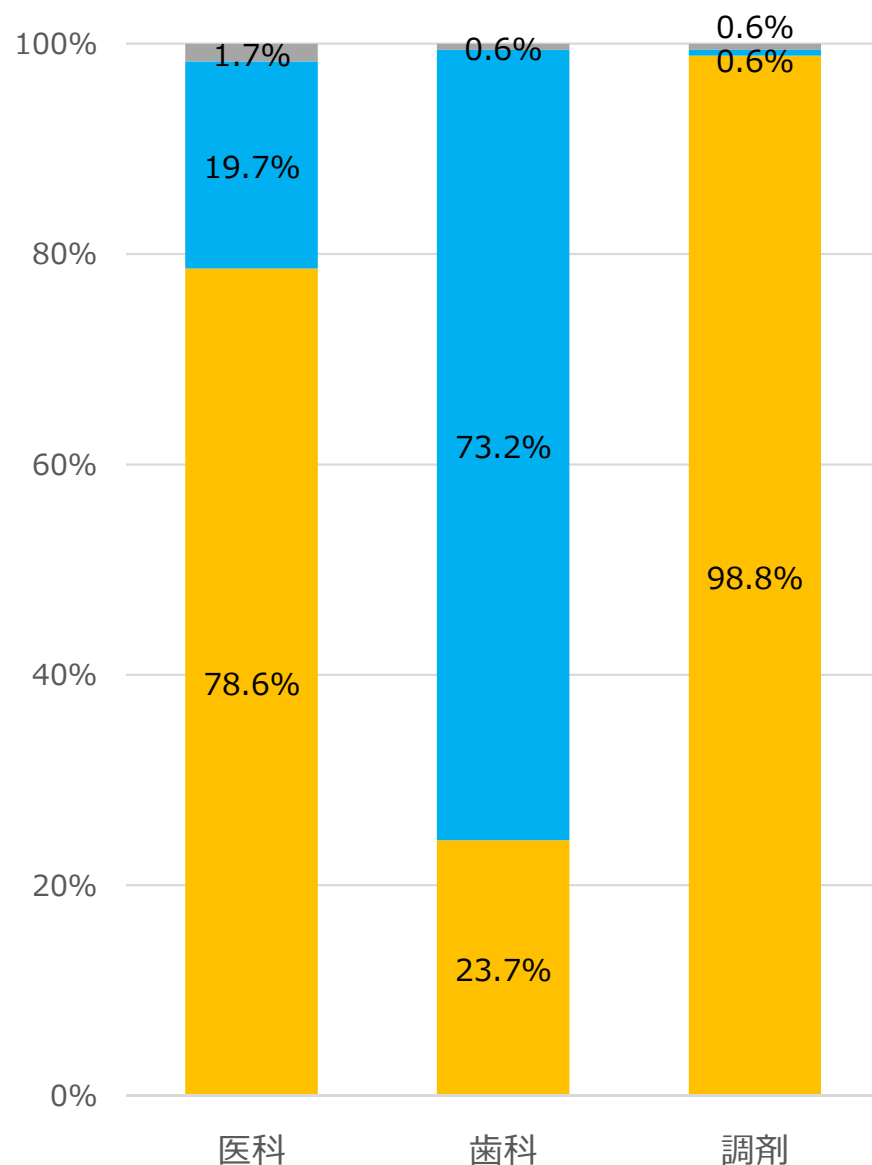
▶ 取組方針

- 更なる業務効率化のため、厚生労働省や医療機関、保険者等の関係者の協議を通じて、一定期間にオンライン請求に切り替える計画を策定するなど取組を進めていただきたい。
- 少なくとも、原審査をオンラインで請求したレセプトについては、再審査請求等がオンラインで行われるようにしていただきたい。

（参考）原審査・再審査別の請求形態状況（令和元年度※処理）

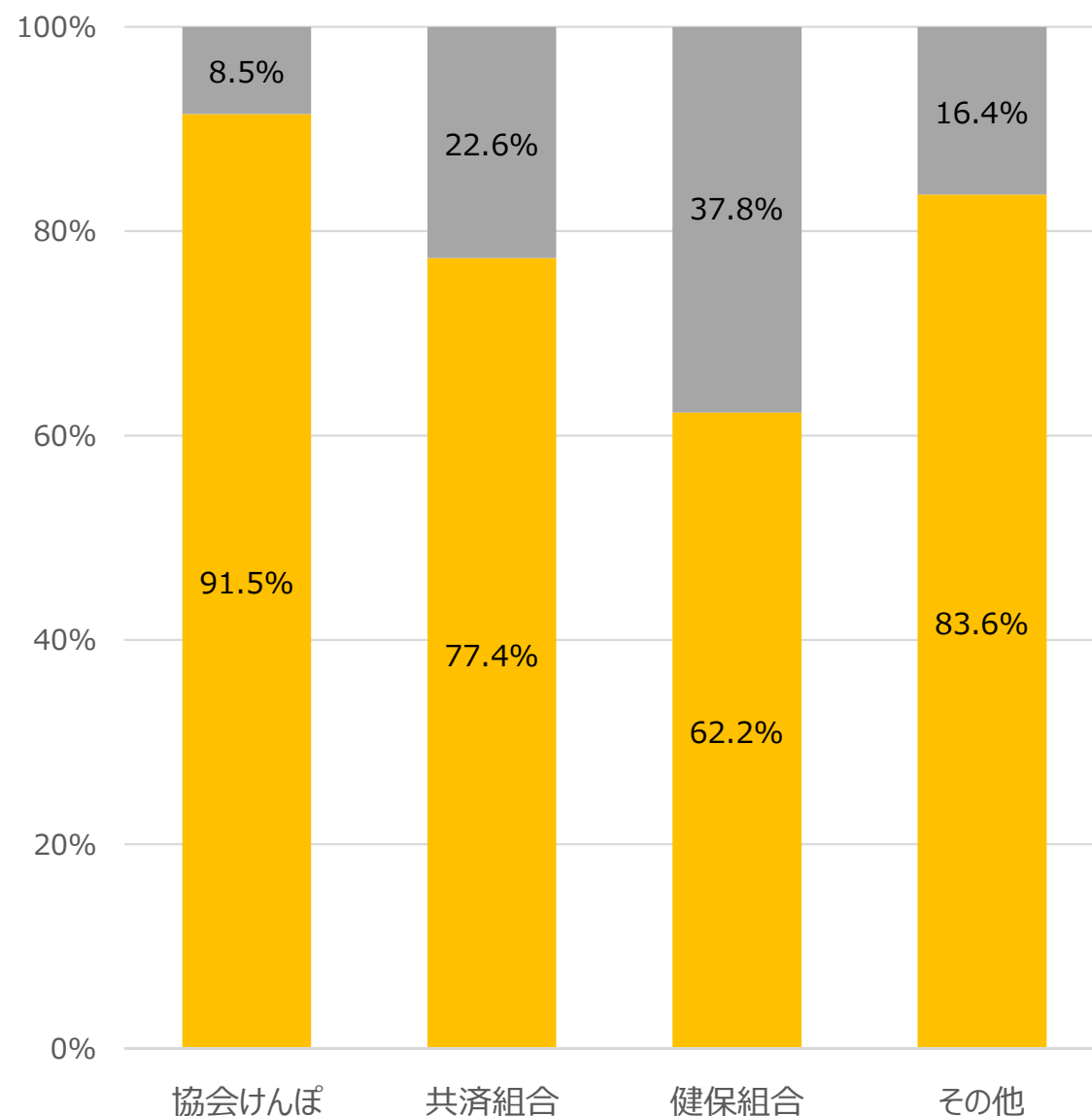
※ 平成31年4月～令和2年3月処理分

■ オンライン ■ 電子媒体 ■ 紙



医療機関からの受付状況

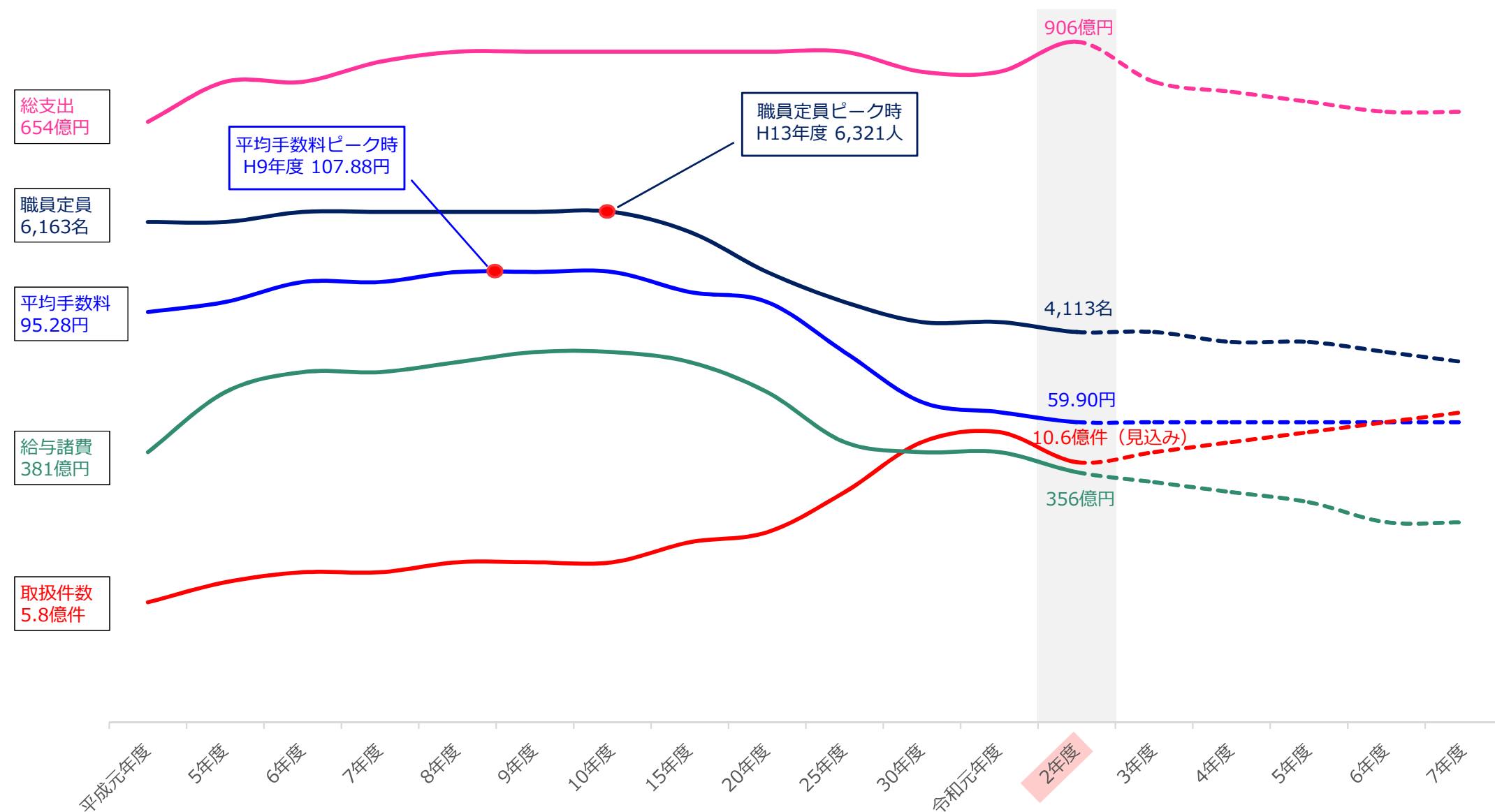
■ オンライン ■ 紙



保険者からの再審査請求状況

(参考) 今後の支払基金の財政運営の見通し

- 今後、人口減少に伴いレセプト請求の増加傾向の鈍化が見込まれる一方、集約に伴う一時的な支出の増大も見込まれており、中長期的な視点からの財政運営について、保険者とも協議させていただきたい。



Ⅱ-5 在宅審査の検討

概要

「規制改革実施計画」（令和2年7月17日 閣議決定）

- 職員を介して行う審査委員会の補助、レセプト事務点検などの業務については、令和4年度からスタートする新組織の下での業務フローを具体化し、職員の審査事務と審査委員の審査が効率的で安全に行われることを踏まえつつ、在宅審査の仕組みについても検討する。

取組方針等

課題

- 新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえた体制による審査では、埼玉・東京・神奈川支部において査定件数7割減、査定点数9割減の状況（令和2年5月原審査）
- 審査委員の実質的な審査時間確保や、集約後に長時間通勤となる職員の利便性の観点等から、在宅審査の導入を検討する必要

取組方針

- 在宅審査に必要なセキュリティ（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、関係者の理解を得ながら導入を検討
- 群馬支部において在宅審査を試行的に実施し、課題を検証することを検討

令和2年5月の原審査状況【医科歯科計・全国計】

区分	年月	請求件数		請求点数		査定件数		査定点数	
		対前年同月伸び率		対前年同月伸び率		対前年同月伸び率		対前年同月伸び率	
全国計	令和元年5月	6,356万件	—	1,174億2,374万点	—	71.5万件	—	3億1,020万点	—
	令和2年5月	4,844万件	▲ 23.8%	1,019億6,610万点	▲ 13.2%	49.9万件	▲ 30.3%	1億7,143万点	▲ 44.7%
埼玉・東京・神奈川支部	令和元年5月	1,678万件	—	290億5,996万点	—	18.6万件	—	7,242万点	—
	令和2年5月	1,146万件	▲ 31.7%	229億5,213万点	▲ 21.0%	5.0万件	▲ 73.0%	527万点	▲ 92.7%
上記3支部以外	令和元年5月	4,677万件	—	883億6,378万点	—	53.0万件	—	2億3,778万点	—
	令和2年5月	3,698万件	▲ 20.9%	790億1,397万点	▲ 10.6%	44.9万件	▲ 15.3%	1億6,616万点	▲ 30.1%

Ⅱ-6 データヘルス業務の実施に向けた検討

概要

- 本年10月の健康保険法等一部改正法の施行により、支払基金の業務にデータヘルス関係業務が追加

取組方針等

取組方針

- 今後、NDBの運用管理業務、医療介護情報等の連結解析業務等が支払基金に委託される業務として想定される
- こうした業務の国等からの委託スケジュールを踏まえ、保健医療情報等の分析・活用などデータヘルス事業に関する組織再編（来年4月～）を検討
- また、データヘルス関係業務の運営に当たっては、専門的な知識及び経験を有する者の意見を聴く体制（アドバイザーボード）の整備を検討

現行

番号制度情報管理部

- 中間サーバーに係るシステム関係
- 番号制度の情報照会・提供

オンライン資格確認等システム開発準備室

- オンライン資格確認システムの開発
- 本システムを活用した機能拡充

審査企画部分析評価室

- レセプトデータ分析、統計資料作成
- NDB格納データの収集・提供
- 事業主単位のスコアリングレポート

高齢者医療部（一部）

- 特定健診の法定報告
- NDB格納データの収集

経営企画部（一部）

- 新規事業の企画立案
- 関係団体等へのデータ提供

一元化

令和3年4月～順次

保健医療情報部（仮称）

既存事業

- 社会保障・税番号制度に関する業務（中間サーバー 平成29年7月から業務開始）
- オンライン資格確認に関する業務（令和3年3月から業務開始予定）
- レセプトデータ分析



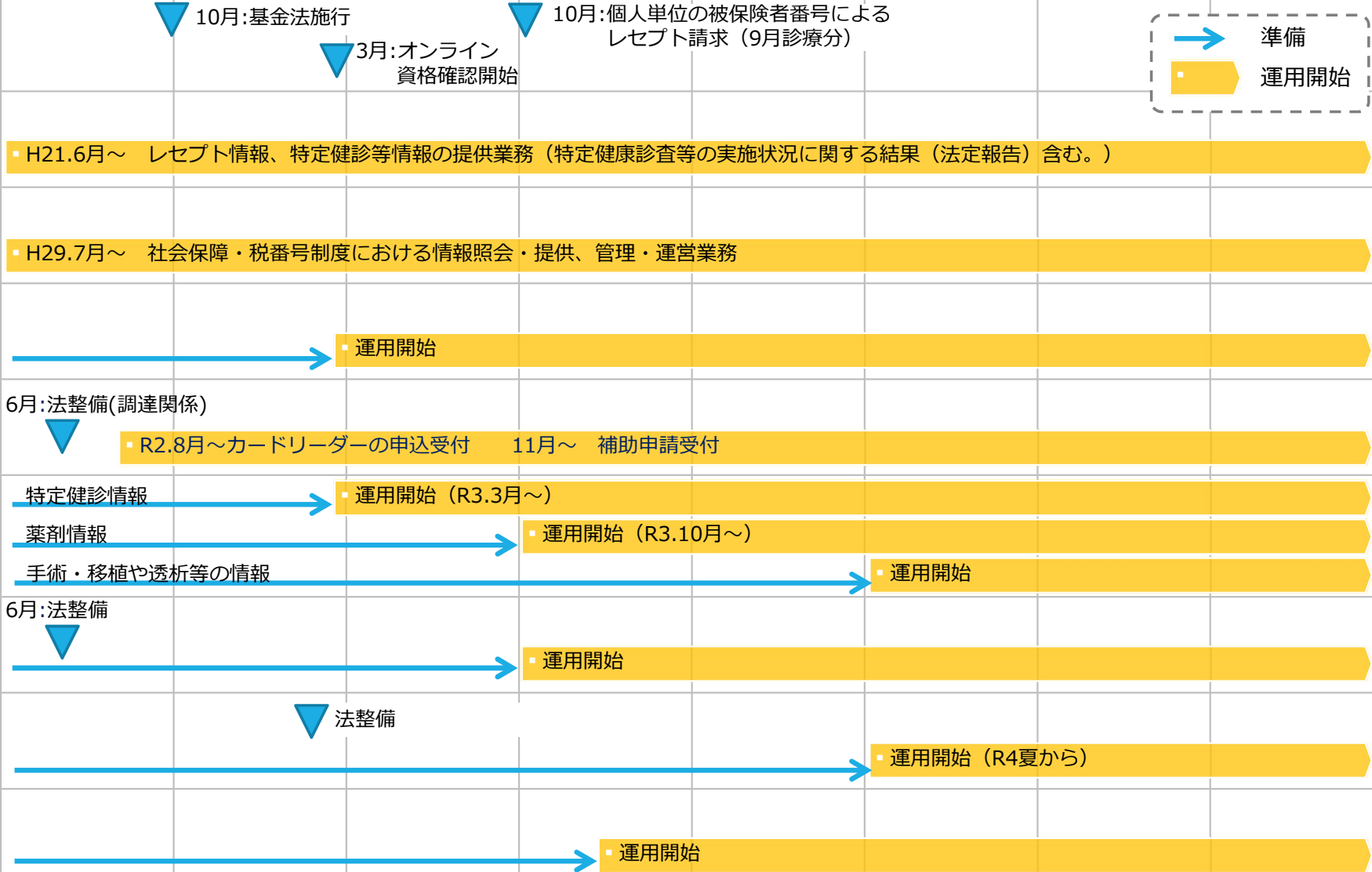
新規事業

- オンライン資格確認システムを活用した機能拡充
 - 特定健診情報提供管理機能
 - 医療費・薬剤情報管理機能
 - 手術・移植や透析等の情報管理機能
 - 医療・介護情報等連結（履歴照会・回答システム）
 - 電子処方箋
- 事業主単位の健康スコアリングレポート
- NDBの運用管理業務の受託・医療・介護情報等連結解析業務

(参考) 今後のスケジュール

※ 公表資料を基に、支払基金において作成

	令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	4月～	10月～	4月～	10月～	4月～	10月～	4月～	10月～
トピックス		10月:基金法施行	3月:オンライン 資格確認開始	10月:個人単位の被保険者番号による レセプト請求(9月診療分)				
NDBデータ提供								
中間サーバ運営								
オンライン資格確認								
医療機関等情報化補助								
特定健診情報・薬剤情報等の照会・提供								
履歴照会回答システム								
電子処方箋								
健康リテラシーレポート								



審査基準の統一等の取組について

令和2年10月9日

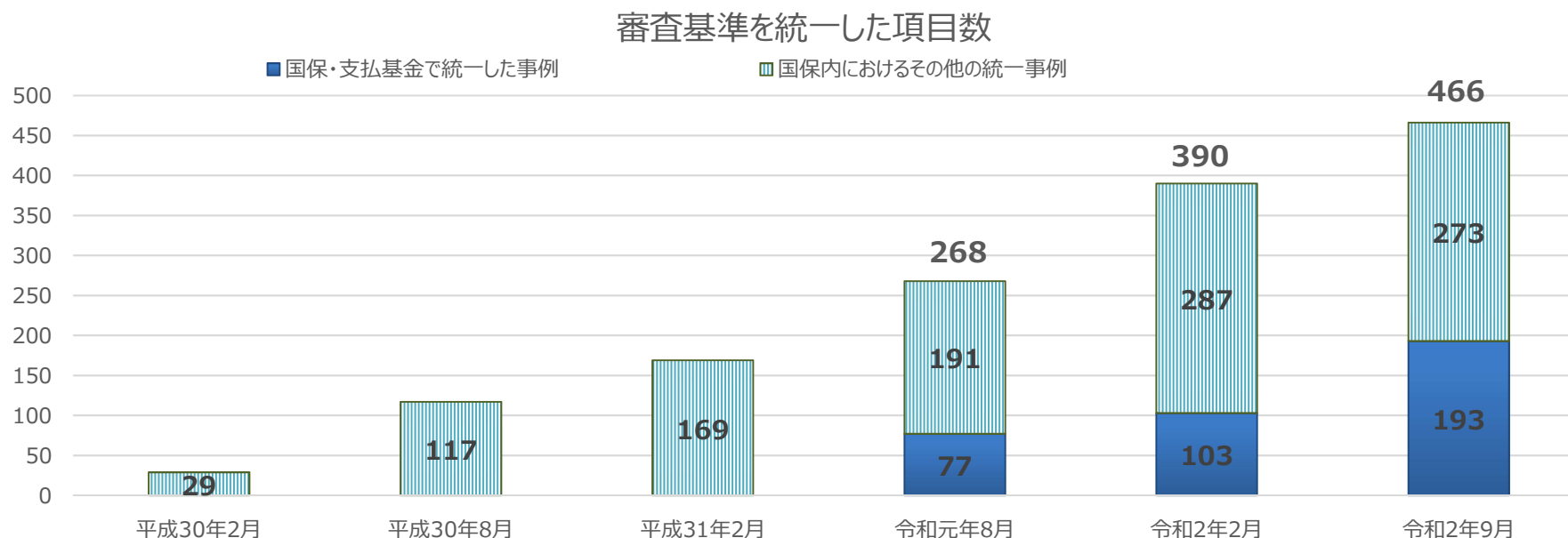
国民健康保険中央会

目次

1. 審査基準の統一の現状と今後の方針	1
2. コンピュータチェックルールの精緻化・統一化の現状と今後の方針	5
3. コンピュータチェックルールの公開の現状と今後の方針	9
参考資料	12

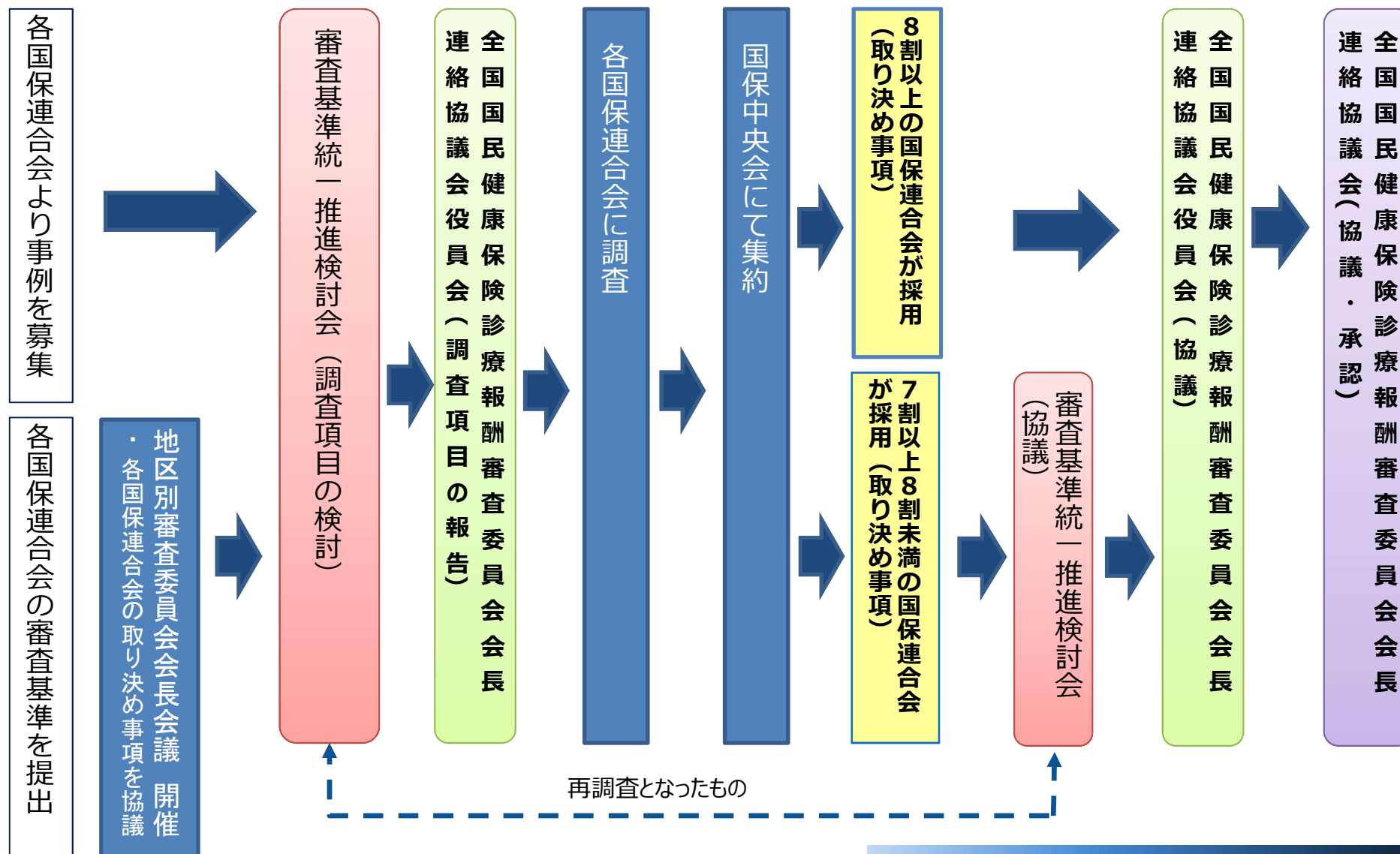
1. 審査基準の統一の現状と今後の方針

概要	国保審査業務充実・高度化基本計画（平成29年10月4日公表） ※抜粋 審査基準の統一を推進していくため、原則として、全国保連合会のうち8割（38連合会）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、全国保連合会共通の審査基準とする。 また、上記の基準を満たしていないものについては、常務処理審査委員等による協議の場を設け、一定程度一致している基準についてエビデンスに基づく検討を行い結論を得ることにより、基準の統一化を推進する。
現状	審査基準統一のためのスキーム（参考1）を用いて、これまでに466項目の基準統一を行っている。このほか、現在検討中のものが113項目ある。
今後の方針	現在のスキームを継続して審査基準の統一化を推進するとともに、厚生労働省の「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」等を通じて、支払基金との統一化も図る。



(参考 1) 審査基準の統一化における決定プロセス

＜国保における審査基準の統一化のフロー図＞



(参考2) 国保における審査基準の統一化に向けた取組の現状について

【令和2年9月30日現在】

【国保の取り決め事項（全国統一基準）】 466項目

【国保の取り決め事項（医科）】 406項目

国保・支払基金で統一した事例

133項目
(うち121項目は公表) (※1)

※1 公表していない12項目については準備中。

国保内におけるその他の統一事例

273項目 (※2)
(うち26項目は公表) (※3)

※2 国保内では統一しているが、支払基金とは調整中。

※3 第1回審査基準統一推進連絡会議（R1.9.30）前に公表した事例。

【国保の取り決め事項（歯科）】 60項目

国保・支払基金で統一した事例

60項目

国保内におけるその他の統一事例

0項目

<参考>



(参考3) 審査結果の差異の解消の例

告示

D008 内分泌学的検査
10 インスリン (IRI) 106点

※ 膵臓で生成されるインスリンの量を測定し糖尿病の診断や耐糖能異常の原因鑑別に利用される。

■ 審査基準統一前

【A国保連合会】
インスリンの投与がある場合は
認めていない

判断に差異が発生

【B国保連合会】
糖尿病であれば、特にインスリン投
与は考慮せず認めている

【判断がわかるポイント】

- すでに糖尿病が確定し、インスリン治療を行っている患者に対して、内因性インスリン量のみを測定できない同検査は不要と考えるかどうかで判断がわかれていた。



■ 審査基準統一後

- 全国国民健康保険診療報酬審査委員会会長連絡協議会にて、「当該検査は内因性インスリンを評価するものであり、インスリン治療を行っている患者に対する測定は、正確に評価できない」ことを協議し、結果として、「インスリン投与中の患者に対する当該検査は不要」として審査基準を統一

【全国保連合会】
インスリンの投与がある場合は
認めていない

判断の差異が解消

~~糖尿病であれば、特にインスリン投
与は考慮せず認めている~~

2. コンピュータチェックルールの精緻化・統一化の現状と今後の方針

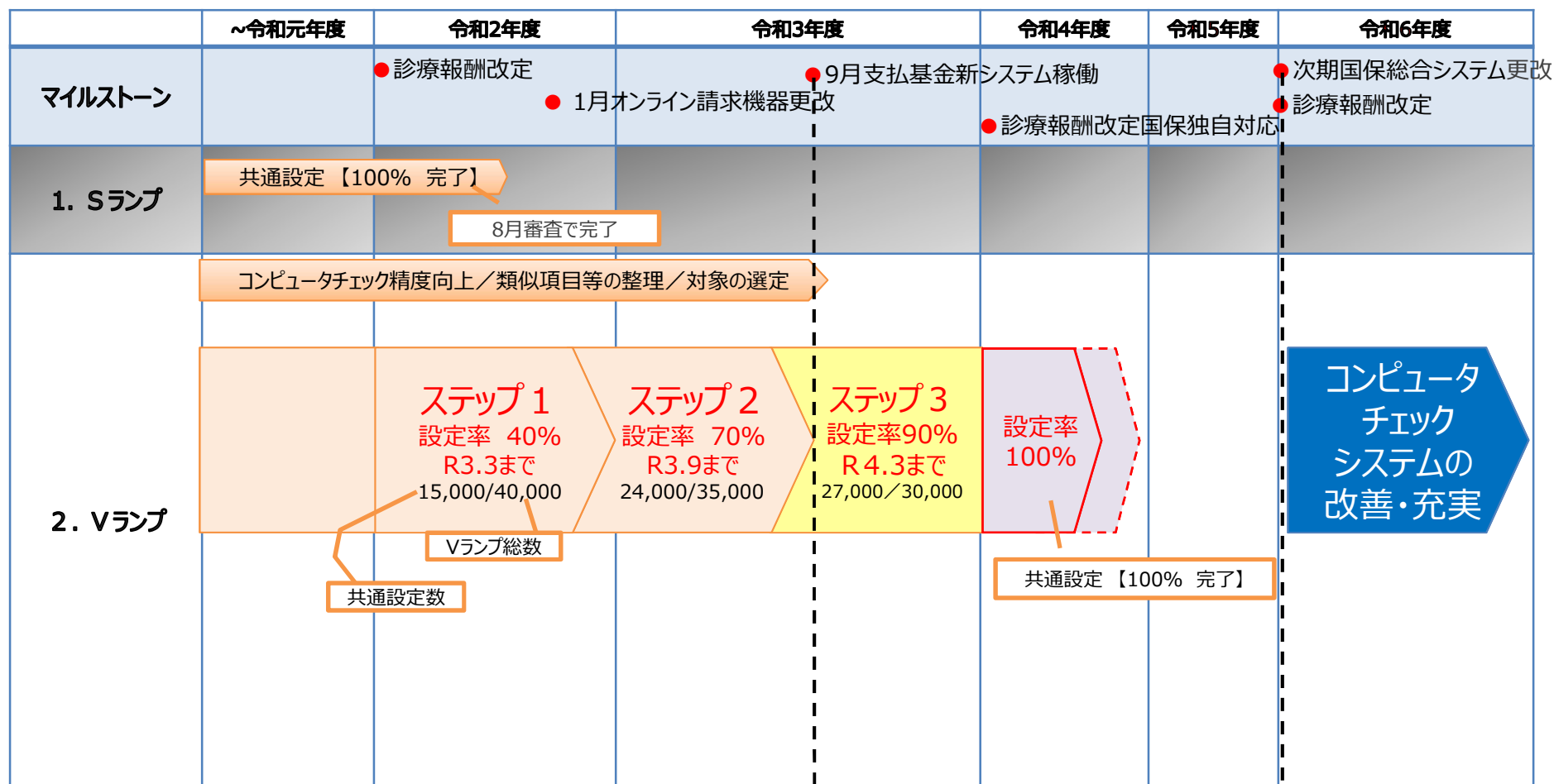
概要	国保審査業務充実・高度化基本計画（平成29年10月4日公表） ※抜粋 国保中央会が国保連合会と協力しながら各国保連合会におけるコンピュータチェックの状況を比較分析し、コンピュータチェックルールの統一を推進する。
現状	○ Sランプ約6,400項目については、本年8月審査から、全国で統一化（共通設定）をしている。 ○ Sランプについては、全国国民健康保険診療報酬審査委員会会長連絡協議会の承認を受け、すべて事務付託（事務共助段階で審査が完結するもの）として処理している。 ○ Vランプについては、Sランプの統一化に目途がついた令和2年3月から統一化を本格的に開始した。コンピュータチェックに係る自動レポート（チェック結果統計表）により、チェックの精緻化等に取り組み、順次統一化を進めている。 ○ コンピュータチェックに係る審査結果については、チェック項目ごとのエラー件数、職員による査定・返戻件数・査定点数、疑義付せん貼付件数、審査委員による査定・返戻件数・査定点数を各国保連合会で自動的に出力する機能があり、出力されたデータを国保中央会で収集し、ツールにより集計等を行い、チェックの精緻化や共通設定項目の選定等に活用している。
今後の方針	○ 現在の取組を加速し、令和4年度中にVランプの全国統一化を図る。 ○ 自動レポート機能については、現行機能のさらなる充実を図るとともに、A Iを活用した分析機能の導入を検討する。

※Sランプ ……告示・通知上の算定ルールのうち、医学的判断を伴わないもの

Vランプ ……医学的判断を伴うもの

事務付託……審査委員会からの付託を受けて、事務共助段階で審査が完結するもの

(参考4) コンピュータチェックルール統一化に向けたスケジュール



現在のVランプ約43,000項目について、類似の項目の統合・削除等を順次行いながら統一化を進めていく。

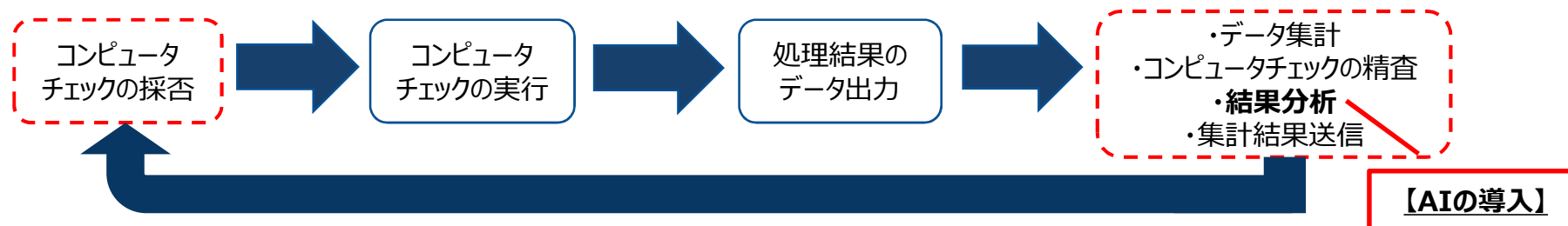
(例) ○○検査の算定については、2回／月以上は認めない。

- ・外来レセプトのみチェック
- ・入院レセプトのみチェック
- ・外来レセプトと入院レセプト全てチェック

⇒ ・外来レセプトと入院レセプト全てチェックに統合

(参考5) 自動的なレポート機能

- 査定率の低い項目はコンピュータチェックルールの精緻化を行い、査定率にばらつきのあるチェック項目は各種会議等（全国国民健康保険診療報酬審査委員会会長連絡協議会、審査担当課（部）長会議など）で処理の統一を行っていく。



- 上記サイクルをすでに定期的に実施しているが、点線の囲みの2処理について自動化することを検討中である。

コンピュータチェック
の採否

～ コンピュータチェックルールの統一を行ったチェック項目については、全国保連合会で採用することから、コンピュータチェックの使用の採否（設定）を自動化する。

データ集計・
精査の自動化／
結果分析への
AI導入

～ 国保中央会において、各国保連合会から受信した「コンピュータチェック結果データ」の簡易ツールなどでの集計表作成作業を自動化する。
また、AIを活用し、「査定内容」の分析を行い新たな「コンピュータチェック」を設けたり、処理の揺らぎの判断に活用する。

(参考6) コンピュータチェックルール（Vランプ）における差異の解消の例

告示

D006 出血・凝固検査

22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（PIC）

158点

※ プラスミンは直ちにPICとなるため、プラスミンを測定する代わりにPICを測定する。PICの上昇は線溶亢進を示し、血栓症、DIC（播種性血管内凝固）などで上昇する傾向にある。その状態をマーカーする検査。

■ コンピュータチェック統一前

【A国保連合会】

月に複数回の算定を不可とする根拠はないが、頻繁に行う検査ではないとの考えからレセプトを抽出するコンピュータチェックルールを設定し、算定の可否を審査委員会で判断

チェックに差異が発生

【B国保連合会】

月に複数回の算定を不可とする根拠がないことから、回数を条件としたコンピュータチェックルールの設定はしていない

【判断がわかるポイント】

- 月に複数回算定する必要性の判断について差異が生じていた。

■ コンピュータチェック統一後

- 「月に2回以上算定がある場合にコンピュータチェックし、処理結果については、個々の症例により医学的判断とする」として全国でコンピュータチェックを統一（10月審査より）

【全国保連合会】

月に複数回の算定を不可とする根拠はないが、頻繁に行う検査ではないとの考えからレセプトを抽出するコンピュータチェックルールを設定し、算定の可否を審査委員会で判断

チェックの差異が解消

月に複数回の算定を不可とする根拠がないことから、回数を条件としたコンピュータチェックルールの設定はしていない

3. コンピュータチェックルールの公開の現状と今後の方針

国保審査業務充実・高度化基本計画（平成29年10月4日公表） ※抜粋	
概要	○ コンピュータチェックルールの公開 国保中央会・国保連合会が行う審査において、査定や返戻の対象となる診療報酬の不適切な請求の中には、記載事項の漏れや診療報酬点数表の読み誤りなど、レセプトの入力ミス等に類するものがあり、このようなレセプトは、ことさら査定または返戻しての再請求とするよりも、医療機関等において事前点検でミスを確認し修正した上で請求してもらうことが効率的である。 ○ ただし、コンピュータチェックルールの公開方法によっては、チェックルールの上限まで請求されるレセプトの割合が増えることも考えられることから、厚生労働省、支払基金及び関係団体と十分協議し、保険者の理解を得られる適正な公開基準を策定する。
現状	○ 公開基準については、全国国民健康保険診療報酬審査委員会会長連絡協議会の承認を受け、平成30年2月に策定した。 ○ ASPを含む受付事務点検システムは支払基金と共同開発であり、同じチェックを行い、コンピュータチェックルールを公開している。 ○ 支払基金が公開しているコンピュータチェックの事例に相当するコンピュータチェック項目（Sランプ及びVランプの一部）は国保においても公開している。
今後の方針	S・Vランプについて、今後、審査委員会及び支払基金と協議して公開していく。

(参考7) コンピュータチェックの実施状況

【令和2年8月現在】

No.	チェック種別		考え方	実施項目数	公開項目数	公開率	公開時期
1	受付・事務点検 (オンラインASP)		記録条件仕様をもとにチェック	1,480	1,480	100%	令和2年3月
2	医 科	Sランプ	告示・通知上の算定ルールのうち、 医学的判断を伴わないもの	6,410	1,879 (1,300) ※	29.3% (20.3%) ※	平成30年3月（一部公開） 平成31年1月（更新） 令和元年11月（更新） ※（）内は令和2年11月公開予定のもの
3		Vランプ	医学的判断を伴うもの	43,293	292	0.7%	
4		O・J・Tランプ (横覧・縦覧・ 突合)	・告示・通知上の算定ルールのうち、 医学的判断を伴わないもの ・医学的判断を伴うもの	19,908	73	0.4%	
5	歯科・調剤		・告示・通知上の算定ルールのうち、 医学的判断を伴わないもの ・医学的判断を伴うもの	7,334	237	3.2%	
合計				78,425	3,961	5.1%	

(参考8) コンピュータチェックに関する公開基準

国保中央会・国保連合会（以下「国保連合会」という。）では、審査業務の効率化と質の向上を図るために、診療報酬点数表等に定められた算定ルール等をコンピュータに反映し、保険医療機関（医科・歯科）及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）から請求されたレセプトの診療内容に疑義が生じた項目等についてチェック（コンピュータチェック）を実施している。

今般、審査の透明性の更なる向上に努めること、また、保険医療機関等からの適正なレセプトの提出や、保険医療機関等あるいは保険者における事務処理及び国保連合会における審査業務の効率化につなげることを目的として、コンピュータチェックを公開する。

ただし、コンピュータチェックは、診療内容の適否について、画一的あるいは一律的に適用するものではない。

1 公開の内容（公開事例）

コンピュータチェックを公開する。ただし、次の1から5までの条件に該当する事例については、保険医療機関等の請求に問題が生じないよう慎重に検討する。

1. レセプトの摘要欄の記載事項について確認を要するもの

例：診療行為又は調剤行為の必要理由の摘要欄への記載等、コンピュータでチェックできない摘要欄記載事項の確認等

2. コンピュータチェック後、更に診療行為等から医学（薬学）的に判断を要するもの

例：診療行為の算定可否に係る前提条件（「同時」、「一連」、「短期間」等）の判断等

3. 診療行為又は医薬品の適応に関するもの

例：医薬品の効能・効果に対する適応傷病名の判断等

4. 医薬品の用法・用量に関するもの

例：症状等により用法・用量（「適宜増減」、「投与期間」等）の医学（薬学）的な判断等

5. その他

例：医薬品に関する禁忌使用、上記1から4までの組合せ等

2 公開の方法

事前に関係団体へ説明を行い、了解を得た上で、順次国保中央会・国保連合会ホームページにて公開する。

3 公開後の検証

公開後は、請求状況や審査結果の影響等について検証する。

4 公開事例の更新

次の1から5までにより、診療報酬等の取扱いが変更となった場合は、適宜公開事例の変更等を行う。

1. 診療報酬改定

2. 診療報酬算定告示、留意事項通知等の取扱いに係る厚生労働省保険局医療課からの事務連絡（疑義解釈）

3. 審査情報提供事例の見直し等

4. 医学（薬学）的見解の見直し等

5. 公開後の検証結果、各関係団体からの意見等による見直し等

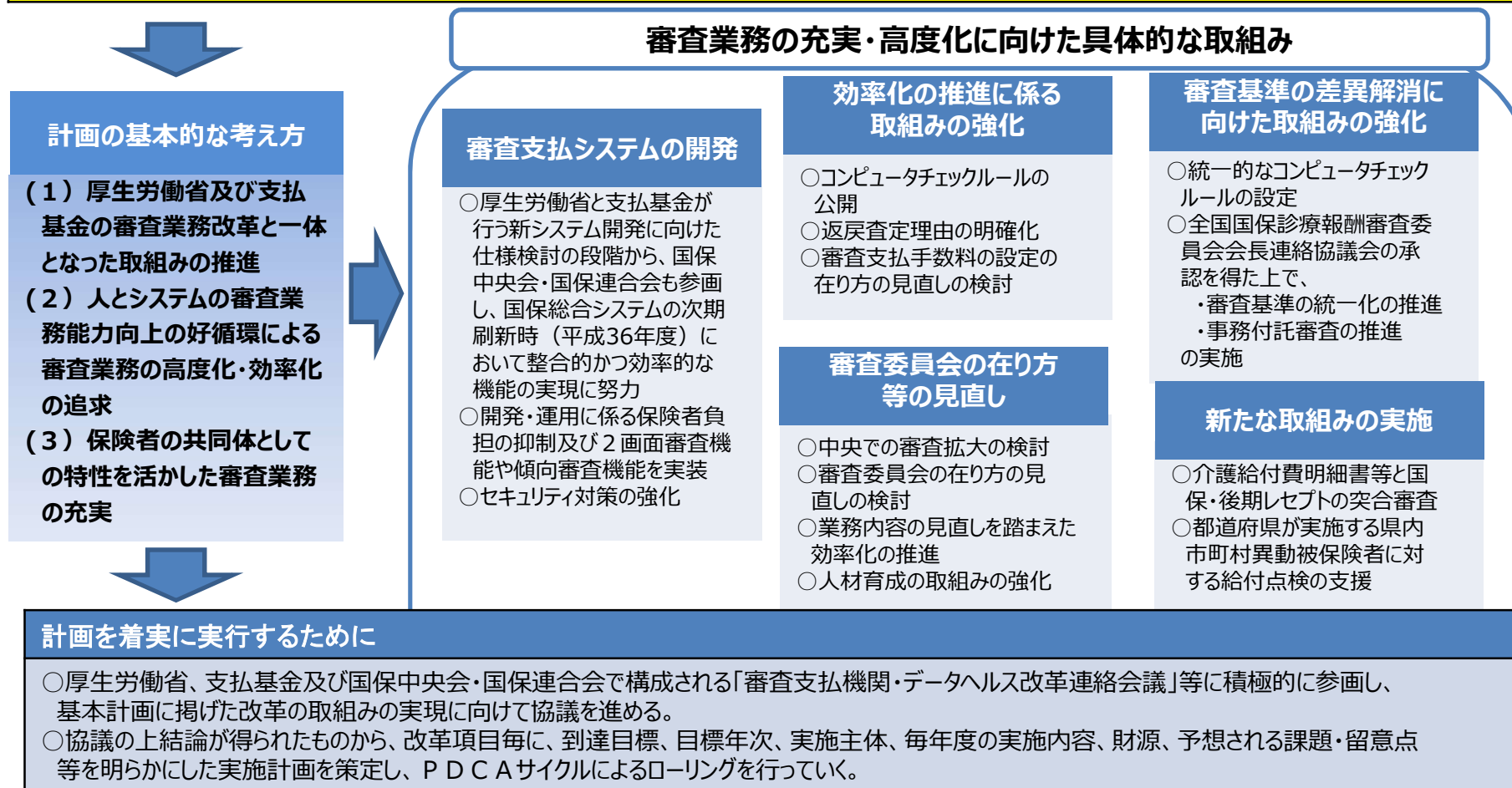
【参考資料】

国保中央会・国保連合会における主な取組状況

国保審査業務充実・高度化基本計画

平成29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

国保連合会ではこれまで少ない審査委員・事務共助職員で効率的・効果的な審査を追求し続けてきたが、保険者や被保険者の財政負担を軽減し審査の一層の充実を図っていくためには、国保連合会としてもＩＣＴの活用等により審査業務の効率化・高度化にこれまで以上に積極的に取り組むことが必要不可欠。そのため、審査委員会の理解と協力を得て、国保中央会・国保連合会としての審査業務充実・高度化基本計画を策定



国保中央会・国保連合会における主な取組状況

1. 審査支払新システムの開発

◆国保総合システムの次期刷新時における支払基金システムとの整合的かつ効率的な機能の実現

- 国保総合システムの次期開発・機器更改（令和6年度）について、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よう、支払基金と連携を図りながら検討。
- 令和6年度の更改に向けて、考え得る処理方式の検討と、各々の方式における費用試算を実施中。

◆オンライン請求システムの更改

- 令和3年1月の機器更改において、支払基金との共同開発（共有化）による一拠点集約化（クラウド化）を決定。

2. 審査業務の効率化の推進に係る取組の強化

◆コンピュータチェックルールの公開

- 平成30年3月に公開した約8万6千のコンピュータチェックルールのうち、平成30年度診療報酬改定に伴い、令和元年11月に見直しを実施し、現在、約8万6千のコンピュータチェックルールの国保中央会ホームページに公開。
(令和2年11月公開予定のコンピュータチェックルールを含めると、支払基金と同内容を公開)

3. 審査基準の差異解消に向けた取組の強化

◆統一的なコンピュータチェックルールの設定

- 事務共助段階で審査が完結する項目（事務付託項目）として、約4千項目について全国国保審査委員会会長連絡協議会で承認。
- 事務付託項目に係るコンピュータチェックルールについて、令和2年8月審査から、全国保連合会の統一的なコンピュータチェック項目として共通設定（約6,400項目）。

◆審査基準の統一化

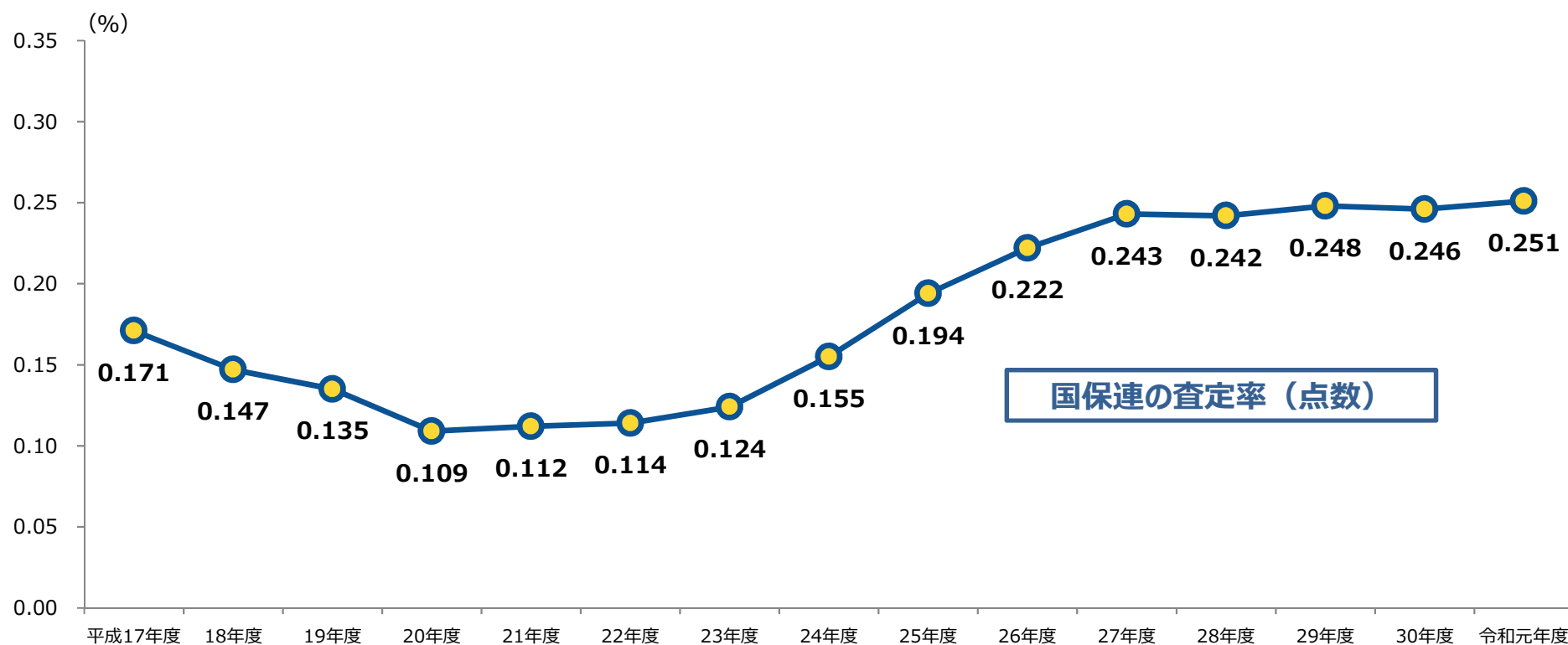
- 全国保連合会のうち8割（38連合会）以上が採用している審査基準について、全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会で承認を得た上で、全国保連合会共通の審査基準として採用。
- 厚生労働省が設置した「審査支払機関における審査の判断基準の統一化を推進するための連絡会議」において支払基金との統一化を図る。
- 国保中央会・国保連合会が一体となって、全国の国保連合会の審査基準の統一を推進
※令和2年9月現在 207項目の公表

4. 審査委員会の在り方等の見直し

◆中央での審査の拡大

- 令和元年7月審査分（6月診療分）から、国保中央会特別審査委員会対象レセプトについて、以下のとおり拡大。
 - ・医科の合計点数「40万点以上」から「38万点以上」に変更
 - ・肺移植、心移植、肝移植に係る手術を含む診療に係るものを対象に追加

国保連合会の査定率（点数）の推移と比較

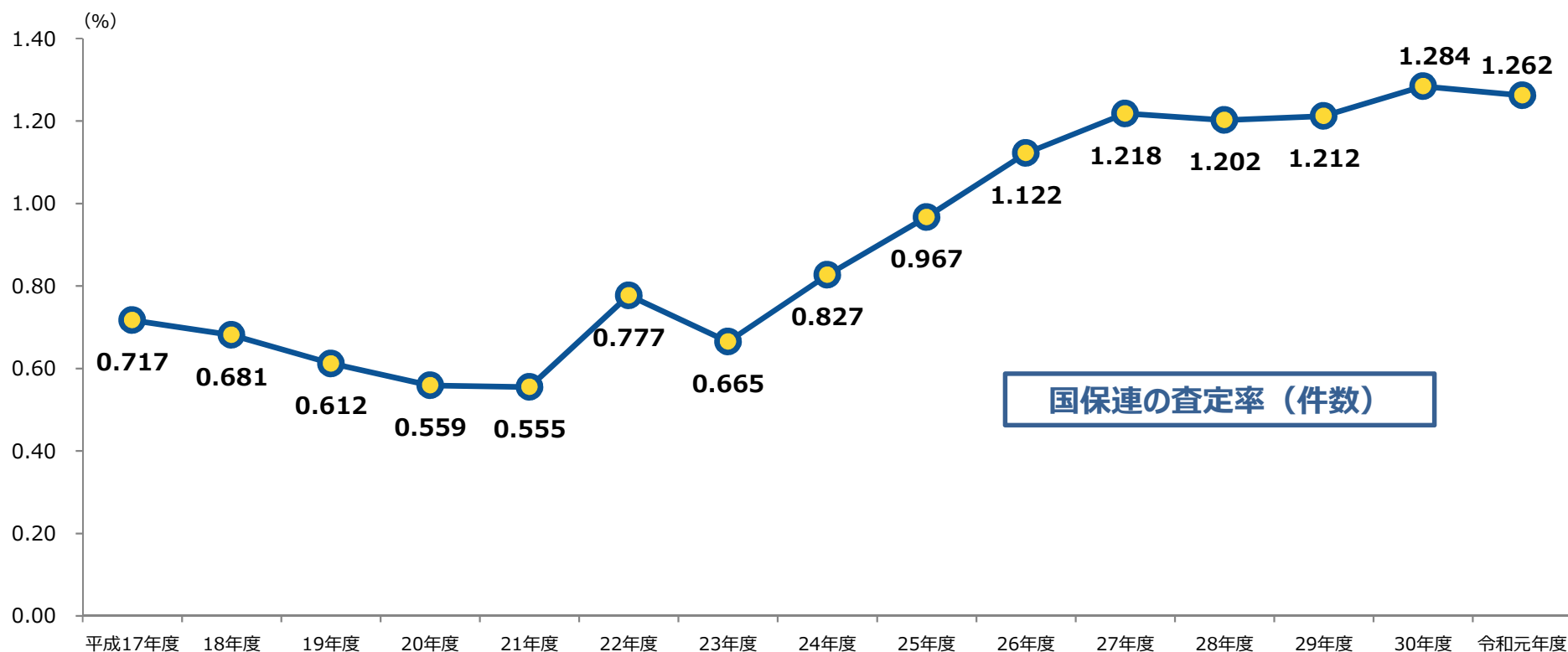


	平成 17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	令和 元年度
国保連 (全国平均)	0.171	0.147	0.135	0.109	0.112	0.114	0.124	0.155	0.194	0.222	0.243	0.242	0.248	0.246	0.251

※注1) 査定率（点数）＝査定点数÷請求点数

※注2) 平成17～19年度は4月～3月審査分の国保＋老人、
平成20～令和元年度は5月～4月審査分の国保＋後期高齢（平成20年度審査分は老人保健分）

国保連合会の査定率（件数）の推移と比較

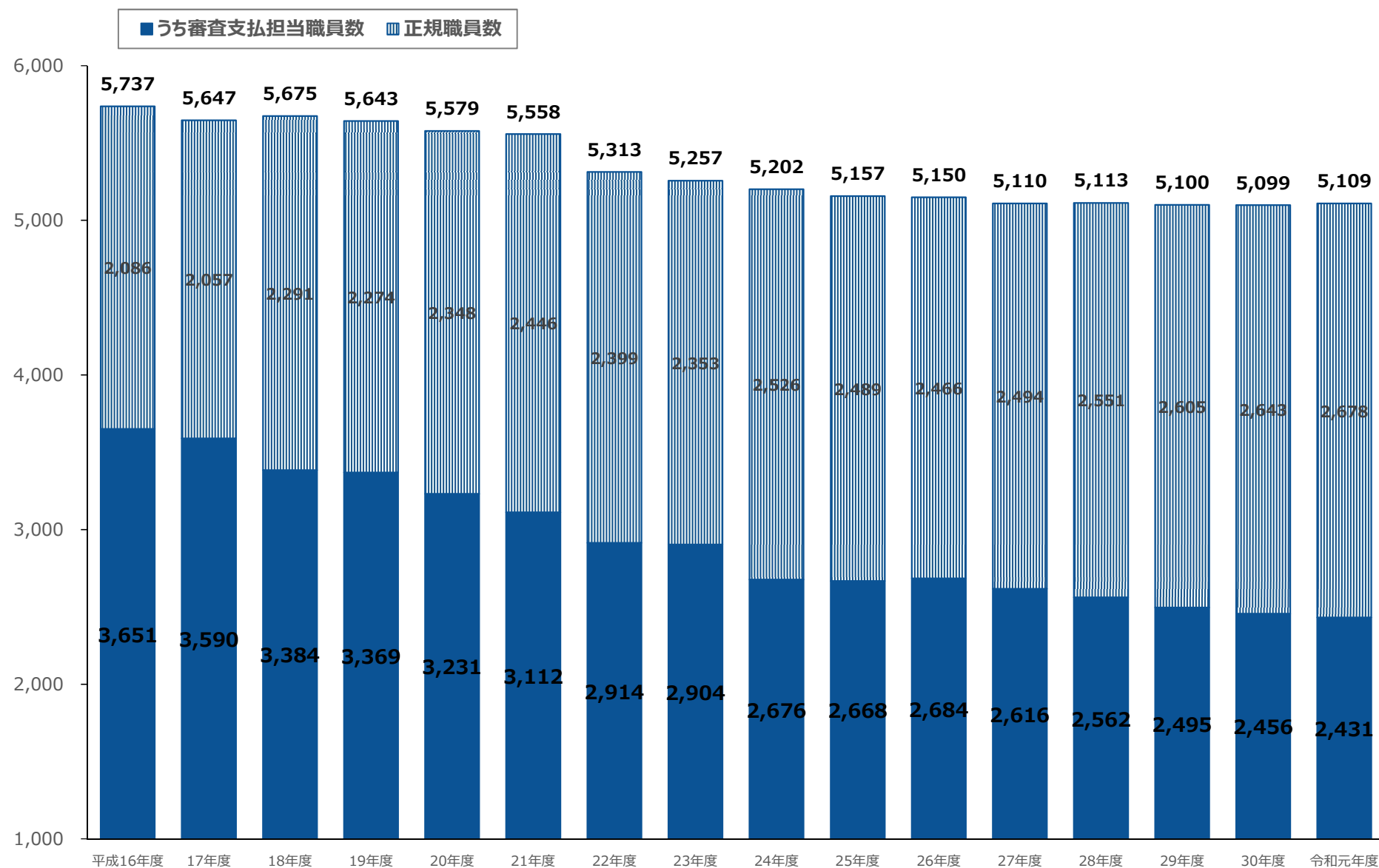


	平成 17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	令和 元年度
国保連 (全国平均)	0.717	0.681	0.612	0.559	0.555	0.777	0.665	0.827	0.967	1.122	1.218	1.202	1.212	1.284	1.262

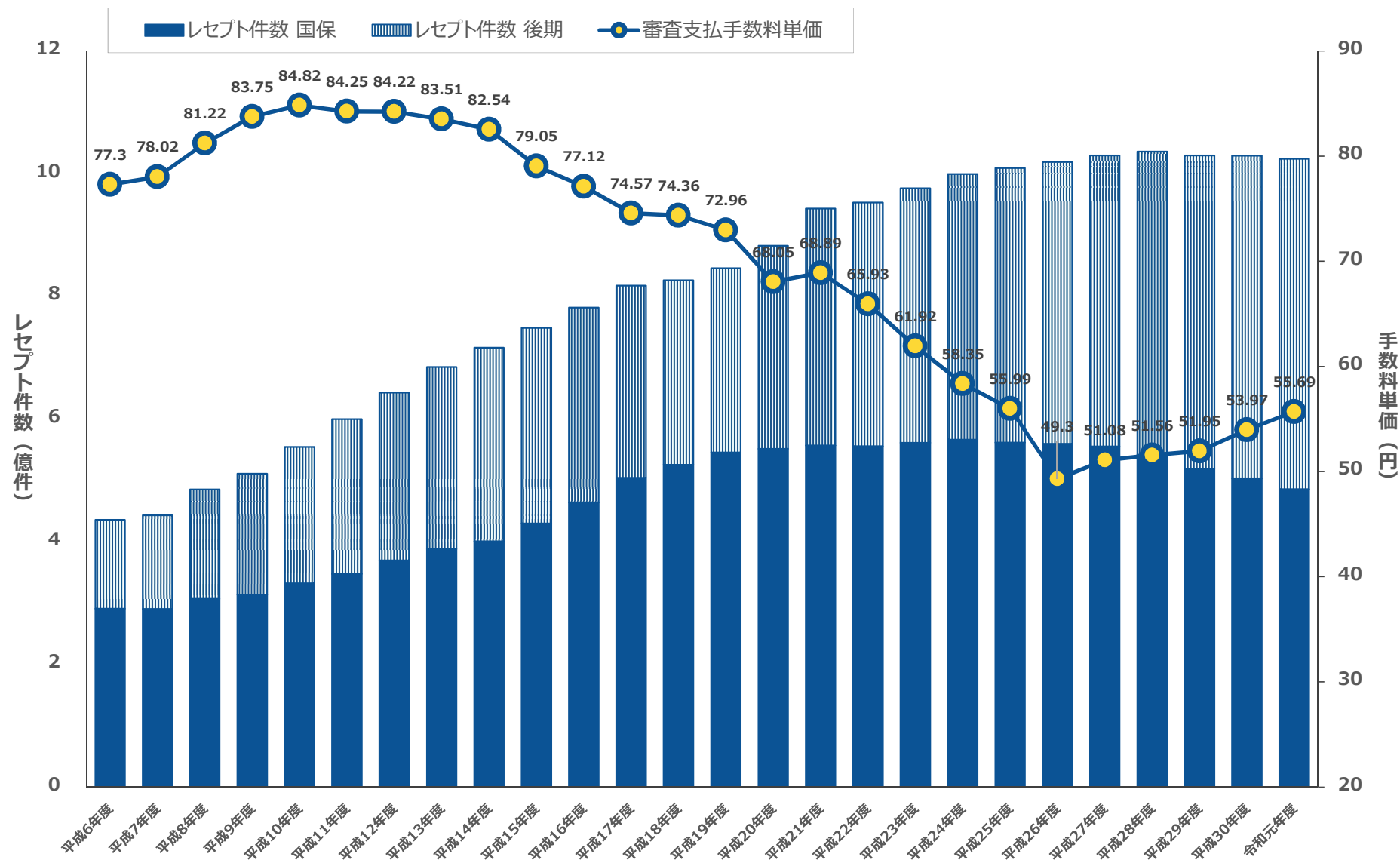
※注1) 査定率（件数）＝査定件数÷請求件数

※注2) 平成17～19年度は4月～3月審査分の国保+老人、
平成20～令和元年度は5月～4月審査分の国保+後期高齢（平成20年度審査分は老人保健分）

国保連合会における職員数（うち審査担当職員数）の推移



国保連合会におけるレセプト取扱件数と審査支払手数料単価の推移



※注1) レセプト取扱件数には公費単独分(戦傷病者(公傷病)、原爆(認定疾病)、新感染症等)は含まない。

※注2) 手数料単価 = 手数料収入 ÷ レセプト取扱件数

※注3) 令和元年度分のレセプト取扱件数及び審査支払手数料単価は速報値。(予算額)

審査支払機能の在り方に関する検討会開催要綱

1. 趣旨

「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)、「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」(平成 30 年 3 月 1 日 厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金)、「審査支払機関改革における今後の取組」(令和 2 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」(令和 2 年 7 月 17 日 閣議決定)に基づき、支払基金と国保中央会等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・対象業務・工程等を検討するため、厚生労働省において本検討会を開催する。

2. 検討事項

- (1) 審査結果の不合理的な差異の解消
- (2) 支払基金と国保連のシステムの整合的かつ効率的な在り方
- (3) その他

3. 構成

検討会の構成員は、別紙に掲げる者とする。必要に応じて、座長が認める有識者の出席を求めることができる。

4. 運営

- (1) 検討会は、原則として公開とし、会議資料及び議事録についても、後日ホームページにおいて公開する。
- (2) 検討会の運営に関し必要な事項は、座長が別に定める。
- (3) 検討会の庶務は保険局保険課及び国民健康保険課において処理する。

審査支払機能の在り方に関する検討会構成員

- 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

◎は座長、○副座長

(五十音順・敬称略)