

今日における審査支払業務のあるべき姿と  
社会保険診療報酬支払基金改革について

平成28年6月27日

社会保険診療報酬支払基金

## はじめに

### 1 審査支払専門機関の立場から見直し案を提言

- 本年 2 月に公表された平成 27 年国勢調査人口速報においても、大正 9 年に国勢調査が実施されて以来、初めて人口が減少するなどわが国の人口減少傾向は明らかとなっている。また、全人口に占める現役の世代比率は減少し、高齢の世代比率は増加していく中で平成 25 年度の年金、介護等も含めた社会保障給付費は 110 兆円に達し、今後も医療を中心にその増大が見込まれる。
- しかし、現役世代を中心に過度に社会保障負担を求めることは容易ではなく、また、消費税の使途として年金、医療、介護に加え子育てが加わったように時代の状況に応じた新たな社会的要請もあり、財源確保も含めた医療を取り巻く状況は厳しさを増している。他方、平成 27 年度の国民生活に関する世論調査を見ても「医療・年金等の社会保障の整備」を挙げた者の割合が 67.2%と最も高くなっている。このことは、少子高齢社会にあっても、傷病を負った際に一部の自己負担で高水準の医療を受けられる現在の国民皆保険制度の堅持を国民は強く希望していることが窺える。
- 今般、規制改革会議健康・医療WGでは、診療報酬の審査の効率化と統一性の確保が議題とされているが、これはこうした医療保険制度を取り巻く厳しい情勢や国民の期待、また、それらを踏まえた今後のあるべき姿を見据えた対応が制度の一翼を担う審査支払業務においても求められているところ、これまでの社会保障診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）の取組みは不十分との指摘を受けたものと厳粛に受け止めており、審査の効率化と質の向上を両立できる具体的な対応案を示すことが必要と認識している。
- また、データに基づく保健指導などの保険者機能の強化といった、医療等分野データの一層の活用や（日本再興戦略（注 1））、レセプトの電子化等を踏まえ、保険者がこれら健康・医療情報を活用して、効果的かつ効率的な保健事業を展開するとされている（保健事業指針（注 2））中、4 月 25 日に開催された第 1 回厚生労働省の「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」において、審査支払機関は現在担っている業務の効率化に留まらず、保有するビッグデータと ICT を最大限活用して、医療の質の向上に寄与する頭脳集団となることが求められた。

支払基金にあっては、現在でも被用者保険等の年間 10.2 億件のレセプトを処理していることに加え、特定健康診査のデータもとりまとめレセプト情報・特定健診

等情報データベース（NDB）に情報を提供している。このため、こうした幅広くデータを集積し、分析、提供するというシンクタンクの役割は、従来の取組みとも親和性があることから、積極的に取り組み、保険者機能強化等に貢献していきたい。

支払基金がこの新たな役割を担うにふさわしいマネジメント能力を有することを示す意味からも、審査支払の効率化に自ら着実に取り組み、目に見える成果をあげることは重要である。

（注1）「日本再興戦略」改訂2015（平成27年6月30日閣議決定）

（注2）健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）

- なお、効率化を通じた質の向上も、ビッグデータを活用したデータヘルスの取組みも、それを実現するに当たってはICTの導入は必要不可欠である。このため、医療の多様性、個別性は尊重しつつ、現行の仕組みにおいて、コンピュータを可能な範囲で活用するという従来の発想ではなく、むしろコンピュータを最大限活用できるよう仕組みを見直していくという視点で、業務全体を再検討していく。
- このような認識のもと、レセプト請求の原則電子化や社会保険診療報酬支払基金法が改正され新たな業務が追加されるなど支払基金を取り巻く環境や役目が大きく変わる機会をとらえ、また、支払基金に対する規制改革会議や厚生労働省の有識者検討会のご指摘も正面から受け止め、①国民の期待にこたえられる望ましい今日的な審査支払機関の業務や体制とはどのようなものかについて、支払基金の立場ではなく審査支払業務に長年携わってきた専門機関の立場から検討し、②その上でその望ましい在り方に即した審査支払業務に支払基金はどのように貢献することが可能か、③また、シンクタンクとして、医療の質を創ることにどのように関わっていくことが適当かを吟味し、④それらの実現のために必要となる抜本的な見直し内容を明確化することとした。具体的には、支払基金内に河内山理事長をリーダーに「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」、「ICT活用や組織見直しも含めた効率・簡素な業務の在り方」、「システムチェック項目開示も含めた透明性・早期対応の工夫」、「支部間差異解消も含めた公平・公正な審査の在り方」、「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」を検討するチームを2月12日に立ち上げ具体的な検討を行った。
- 併せて、支払基金自身の見直しをとりまとめるに当たっては、支払基金創設以来、約70年にわたり阪神淡路大震災や東日本大震災などの緊急事態に直面した際にも遅滞無く審査支払事務を行ってきた様々なノウハウは活かしつつも、これまでの考え方や現行の仕組みに拘泥することなく、様々なご指摘に対する具体的な回答を示すことで、時代の期待に応えられる新たな機関に自ら生まれ変わるための

道筋を示すことに配慮した。

## 2 審査支払の意義

- 審査支払の在り方を検討する前提として、改めてその意義を確認する。
- 審査の意義は、患者本位の適切な医療が医療保険制度の定める保険診療ルール（療養担当規則、診療報酬点数表及び関連通知並びに薬機法における承認事項等）の枠内で行われているかを確認することを通じて公的な資金（保険料、税金、一部負担）が公平・公正に活用され、患者の状況にふさわしい医療サービスが提供されていることを担保すること。
- 支払の意義は、保険給付の請求支払を医療機関、保険者ともに過度の負担無く、毎月の期限までに遅滞すること無く、安全に行うことを通じて全国の医療機関の経営を支えること。  
こうした取組みを通じて医療保険制度が順調に運営され、国民が安心して医療を受けられる体制の維持に寄与すること。

## 3 審査支払機関がビッグデータを活用したデータヘルスに取り組む意義

- レセプトデータなど健康や医療に関する情報を活用して、健康課題の分析等を行い、生活習慣の改善など健康増進や疾病予防に取り組むことは、個々人の生涯にわたる生活の質の維持及び向上に大きく影響し、ひいては医療費全体の適正化にも資する。このため、審査支払機関が膨大なレセプトデータを取り扱っている特徴を活用して、効率よく、より多くのデータを集積、多面的に分析、利用者の意向に即して提供することで、持続可能な医療保険制度に貢献することが可能となる。

## 4 具体的な検討の視点

- 上記の意義を踏まえ、審査支払機関の今日的な在り方を検討するに当たって、その全般を貫く視点として「簡素・効率・高品質」、「公平・公正・透明」、「国民及び関係者の理解と納得」、「新たな付加価値の創出」に据えた。
- 「簡素・効率・高品質」については、国民の生命健康に関わる医療保険制度の運営の一翼を担当し、膨大な個人の医療情報を扱う十数兆円規模を担う事業である以上、セキュリティも含めた業務内容の高品質は忽せにはできないが、今般の検討

に当たってはそのために効率性を後順位とするのではなく、むしろ効率性の工夫を高品質につなげるという視点で検討を行った。支払基金にあっては従来から「より良いサービスをより安く」という方針を打ち出しているが、この考えを明確にする観点から「高品質・簡素・効率」の順ではなく、「簡素・効率・高品質」とした。この効率性と質の両立は、今後の少子高齢社会を見据えた医療保険制度を含む社会保障制度全般の改革の基本的考え方を定めた「社会保障制度改革推進法」等においてもその両立が求められており、どのような主体が審査支払等の業務を担うにせよ、この考えを基本に国民の信頼に足る医療保険制度の維持充実に資することが必要である。

- 「公平・公正・透明」については、審査に当たっては、患者の傷病の状況に応じた最適な医療の提供と医療保険制度の安定的運営との両立を求められ、また診療に際しては医師等による裁量が認められていることなどから、最適な保険診療といってもそこには巾がある。しかし、自戒もこめてそうした点も含め審査支払業務がどのように行われているかについては関係者や国民に広く周知されているとは言いがたい状況にあることから、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もわかりやすい透明な仕組みとすることが制度に対する信頼向上につながると考え、この視点を加えた。
- また、「国民及び関係者の理解と納得」については、患者本位の医学的知見に基づく適切な判断こそが審査調停の肝であるが、それは医師等の医療関係者の協力なくしては得られない。また、審査支払に必要な経費は保険者が負担している以上、保険者にとっても納得感の得られる業務内容、体制でなければならない。そして何より、診療報酬は税、保険料、一部負担という形で国民負担により支えられている。こうした点を考えれば、国民や関係者にその意義や妥当性を容易に理解、納得して頂けるものであってこそ、制度は有効に機能するものと考えられる。
- 「新たな付加価値の創出」については、支払基金はこれまで中立的な立場でレセプト情報を踏まえて着実に審査支払を行うことに意を用いてきた。しかし、今後は、そこに留まることなくレセプトの電子化などが進む中でデータヘルスの推進が重要とする厚生労働省の施策に歩調を合わせる形で支払基金が保有するデータを活用し、保険者や自治体などの要請に応えた形で分析、提供するといったシンクタンクの役割を積極的に果たすことで、医療の質の向上、持続性の強化に貢献していくこととしたい。更に、場合によっては有償で提供することで支払基金の自立性を高めることにもつながると思われることから、そうした取組みも検討したい。

- これらの具体的な検討の視点は、社会保障制度改革推進法等の基本的考え方において効率性と質の両立が求められていることや、厚生労働省の保健医療 2035 策定懇談会がとりまとめた基本理念やビジョンとして示された公平・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」）といった考えと軌を一にするものと考えている。
  
- 今後、どのような考えに基づきどのような体制で審査支払やシンクタンク業務が行われ、そこで支払基金がどのような役割を果たしていけるかは、最終的には社会保険診療報酬支払基金法を所掌する厚生労働省の方針によることになる。しかし、支払基金としてはここで取りまとめた「新たな支払基金」に向けた見直しを進めることで、効率、簡素、透明、安全、中立かつ持続的な審査・支払を実現できるとともに、ビッグデータの活用を通じて医療の質の向上にも貢献できると考えている。広く関係者のご理解が得られれば具体的なロードマップを定め、その見直しの確実な実現を担保しつつ取り組んでいくこととしたい。

## 第1 審査におけるICTの更なる活用(コンピュータの活用による簡素化・高度化)

### 1 目指すべき方向性

- 公的医療保険にあって、その用途や金額が適正なものかどうかを吟味する審査の質を維持向上させることは本来的に必要なことであり、その重要性は時代によって変わるものではない。

注 効率性を追求する観点から審査の範囲、内容を一定の割り切りの下、限定的なものにする手法も考えられるが、その際は患者に対する適切な保険医療の提供に影響しないかどうかの吟味や費用負担をする国民の納得を事前に得ることに配慮する必要がある。

- 一方、昨今の処理を要するレセプト件数を見ても平成21年度8.6億件に対し平成27年度10.2億件と増大しており、業務の効率性は常に考慮する必要がある。また、審査支払の質の維持向上にむけた取組みと効率性の向上が相反するものであってはならず、今後は簡素化、効率化、透明性の向上などの視点から審査支払業務の抜本的な見直しを行い、それにより審査の精度の向上やセキュリティ水準の引き上げにつなげることを目指すべきである。

また、審査支払機関が新たにシンクタンクの役割を果たす場合であっても、この考え方は同様である。

- 具体的な対応としては、どこが業務を担うにせよ審査支払業務は10億件単位の膨大なレセプトを介して23万箇所の医療機関と2万箇所の保険者等をつないでいることを考えれば、最先端のICTを導入し、それにより診療行為、医薬品の適応や数量等の審査判断基準の統一化、判断内容の程度によってはコンピュータチェック段階で審査終了を可能とする仕組み、新たな視点からより適切な審査や保険者機能の強化につながる情報の分析・提供などを実現することが適切と考えられる。

### 2 コンピュータ活用の現状

- 現在のコンピュータの活用状況は以下のとおり。
  - ① 請求があった段階で患者名や医療機関コードの記入漏れなど審査に必要な項目が記載されていないレセプト、請求権が時効で消滅している等のレセプトは、医療機関に返戻。
  - ② 受け付けたレセプトについては、各種コンピュータチェック（電子点数表チェック、診療行為チェック、医薬品チェック、点検条件チェック）を行い、

疑義があると判断された診療行為については職員が目視で確認し、疑義の視点を記載した上で、最終的に審査委員が判断。

③ また、コンピュータチェックがかかっていないものの一部は、抽出機能を活用して、職員あるいは審査委員が目視で点検。

○ 現在のコンピュータチェックは、傷病名と医薬品の適応や用量の適否などを確認することが主であり、複雑な診療行為等の要素を幅広く取り込んで判断することにはなっていないこと、また、精緻な判断に必要な情報の全てがレセプトに記載されているものではないこと（アレルギー歴、手術の手法等）、微妙な状況をきめ細かく伝えるための情報が摘要欄や症状詳記に文章で記載されているため、その情報をそのままでは電子処理できない、といった事情があり、コンピュータチェックのみをもって最終判断はできないレセプトも多い。

### 3 支払基金としての取組み

○ 支払基金のコンピュータチェックシステムにおいては、上記のように最終判断までには至らないにしても全電子レセプトを網羅し、かつ現下の告示・通知で示された明確な基準のみならず、微妙な事例についても判断が定まったものから蓄積していくこととしており、このシステムを活かしつつICTを最大限活用して、現在対応できていない摘要欄や症状詳記の情報や各支部が独自に設定しているチェック項目の情報などを迅速かつ定期的にコンピュータに取り込むことで、より審査の効率化と高度化を図ることが可能になると考えられる。

現在、平成 32 年度を目途にシステム更新を行うこととしており、関係者と協働しつつ、以下の事項の実現を図るものとする。

○ より精度の高い審査のためには、摘要欄や症状詳記のフォーマット化・コード化など電子レセプトにふさわしい記録条件仕様の整備や、より詳細な情報のレセプトへの記載などが必要となるが、支払基金としてはその実現を待つことなく、所与の条件においてもICTを活用して摘要欄や症状詳記に記載された情報を電子的に読み取り審査へ反映する仕組みを導入し、診療行為や医薬品の適応や数量等の標準化についても一定の巾を許容した上で、審査判断基準の統一化を進める。

○ 具体的には審査に際して以下のような簡素、効率的な仕組みを導入する。

① 受け付け前の事前チェックの範囲を広げ、現在実施している記録条件仕様に合致していない場合のみならず、主傷病の記載もれなど、審査に必要な記載が不足しており、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、医療機関に返却する。

② 受け付けたレセプトは、まず簡素なコンピュータ審査により、明らかに判断に紛れがないレセプトか否かを審査し、これにより判断に紛れがないとされたレセプトについては、この時点で審査を完結させてそのまま保険者に請求する。それ以外のレセプトについては、徹底的なコンピュータチェック（ICTを活用して診療行為（初・再診料、入院料等）の算定の妥当性等に関して告示等に示された基準をより細かくチェック、統計的手法を活用したチェック、更にAIを活用したチェック）を行う。その結果、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は、この時点で審査終了（算定ルールに則っていないことが明らかなもの※は査定）とし、それ以外を「目視による判断を要するもの」に分類し、職員や審査委員による目視に委ねる部分を極力少なくする。

※ 例：初診から1カ月以内の特定疾患療養管理料の算定

③ 目視が必要とされたレセプトについてもICTを活用して審査判断基準を積み上げることで個別に医学的判断を求めなくても正確に対応できるケースを増やし、それらは職員の判断で完結させる。更に、この職員の判断で完結させるレセプトについては将来的にコンピュータチェックで完結させることを目指す。こうした取組みにより、「医師等の審査を要する」とされたレセプトのみ審査委員による審査を行うことで審査の効率化と質の向上を図る。

○ ICTの活用により、更に以下のような取組みも考えられる。

・ 医療機関からの随時請求とその請求状況に関するデータベースへの医療機関のアクセスが可能になれば、他の医療機関で算定されている診療行為や医薬品等に関する重複請求を防ぐ仕組みを構築する。

・ 現在実施していない横覧点検や算定日情報をより活用した審査も併せて実施することにより、現在審査ができない部分も含め、今以上に適正なレセプトの確保を実現することも考えられる。

注 費用負担調整の問題などを解決することが前提である点に留意する。

- ・ レセプトを長期（10 年程度）預かり保管することができれば、再審査請求における返付等に係る業務が著しく効率化され、保険者、医療機関、支払基金の関係者全ての業務効率化に繋げることが可能となる。

#### 4 在宅審査

- 審査委員の在宅審査については、ICTを活用したネットワーク環境の整備を行い、オンラインで審査を行う仕組みの構築により、生体認証の仕組みの導入など高度なセキュリティを確保した上で在宅審査を行う環境を整えることはハード面では可能である。
- ただし、在宅での審査は、その場に不特定の者がいる可能性を排除できず、レセプトデータに比して個人情報が入名化されているNDBデータの利用であっても、利用、管理及び保管する場所はあらかじめ申し出た施設可能な物理的なスペースに限定されていることとの整合性を考えると、直ちにレセプトを在宅で審査することは難しいのではないか。

## 第2 審査の統一性の確保及びこれに係る組織の見直し

### 1 目指すべき方向性

- 個々の患者は、年齢、性別、遺伝、環境等が異なり、また、疾病の重症度、病状等も多様である。審査にあってはこうした状況を踏まえて患者本位の最適な保険医療を提供することを目指していることから、レセプトに記載された内容についての医学的な妥当性・必要性等に係る判断には、個々の審査委員の知識・経験により、一定の巾が生じることになる。このため、各支部の審査委員会においても、解釈に一定の具体的な巾を認めることとし、「支部取決事項」を設定している。診療報酬点数表や関連通知上においても算定要件が明確に定められていない部分があるのもそうした事情を踏まえたものと思われる。
- 一方で、保険診療ルールについては、できる限り統一的であることが望ましい。特に、審査の公平性と信頼を確保するためには、審査の判断に説明不能な差異を生じさせないことが必要である。このため、見解の分かれている事例についても、ICTを活用し判断を関係者が理解、納得できる一定の枠内に収める形で統一を図り可能な限り支部間、更には国保連合会との格差の縮小解消を図ることが適当である。

### 2 支部間差異の現状

- 現行の保険診療ルールにおいては、一定の裁量の余地が認められていることや医療機関の請求に特徴がある場合もあることから、審査における医学的な妥当性、必要性等に係る判断については、支部ごとに一定の巾があるのが現状である。
- 現行の保険診療ルールの一定の巾において医学的判断が求められる主な事項は次のとおり。
  - ① 療養担当規則  
例えば、投薬に関して「投薬は必要と認められる場合に行う」、「治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要と認められる場合に2剤以上を投与する」、「同一の投薬は、みだりに反復せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない」と示されている。
  - ② 診療報酬点数表及び関連通知  
例えば「救急医療管理加算2」算定要件は、「ショック、広範囲熱傷等に準ずる

重篤な状態であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者」とされている。

### ③ 薬機法における承認事項

薬品の用法・用量の中には、「年齢・症状により適宜増減」が認められているものがあることや、昭和 55 年 9 月 3 日付け保発第 51 号「保険診療における医薬品の取扱いについて」により、医薬品の使用については、厚生大臣の承認した効能・効果、用法・用量によることを原則としている中、その運用については、全く機械的では無く一定の裁量の中が認められ、薬理作用に基づく処方について保険適応される場合があるとされている。

## 3 支払基金としての取組み

- 現行レセプトには審査に必要十分な情報が記載されているものではないが、その見直しを待つことなく、算定要件が明確に示されている診療以外のものであって、現行の保険診療ルールにおいて個々の患者の病態等を踏まえた医師等の判断が認められている診療についても、統一的、客観的な判断が可能なものは、全国共通のコンピュータチェックが行えるよう現行レセプトデータを基に ICT を活用し、統計学的データ分析により一定の巾の範囲で診療行為の内容・回数等や医薬品の適応・数量等の標準化を進め、統一的な審査判断基準を策定する。
- また、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決定する仕組みを創設する。この仕組みを通じた取組みの積み重ねにより、見解の分かれた事例について全国的に審査判断基準を収斂させていくことが可能となる。
- これらの取組みにより合理的説明のつかない支部間差異の解消を目指す。
- なお、新たな仕組みが創設されるまでの間は、支部間差異の解消に向けて、専門分野別ワーキンググループの編成をはじめ、審査委員会の機能強化、審査の差異の分析評価、審査充実全体会議の開催などの取組みを引き続き着実に実施する。
- また、同様の観点から、地域内においても支払基金と国保連合会の審査判断基準の共通化を進めることとし、それが着実に進む工夫を検討する。

### 第3 支部及び審査委員会の設置・審査体制の在り方

#### 1 目指すべき方向性

- 患者本位の医療を考え、今後も審査時の医学的判断には一定の巾があることを前提に制度の簡素化、効率化を検討する。同時に審査判断基準の統一化を進め判断格差が解消されていけば、審査の質を維持しつつ支部の在り方も抜本的な見直しが可能になる。その意味からも審査判断基準の統一化を進める。

#### 2 現状

- 支払基金における審査は、現行にあっては高額レセプト（特別審査委員会審査分）を本部で、それ以外は各都道府県に配置している支部において、審査を実施している。
- レセプトを審査するため、各支部の中で、専従の事務職員が担当審査委員から指示・指導を受けながら審査事務を実施している。
- 紙レセプトは、全体の2.2%（約180万件/月）を占めているが、これはコンピュータチェックにはなじまないことから、事務職員が目視で対応している。

#### 3 支払基金としての取組み

##### （1）審査委員会体制の在り方と審査事務職員の配置体制の在り方

- 審査担当職員の審査事務及び職員配置については、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、職員の審査に係る事務量が減少すれば、その業務実施場所自体も柔軟な対応が可能になる。このためこうした取組みを進め、それに応じて審査事務職員配置の在り方の見直し（全国数箇所）や新規業務への振り替えなどを行う。現行においても災害時の対応等を想定した支部間のネットワーク環境を整備し、他支部分のレセプト（当該支部の都道府県外の医療機関分のレセプト）審査を可能とする体制を構築しているが、この機能は今後も存続が必要であることから、拠点を見直すにしても複数箇所とすることが望ましい。
- 一方で、審査委員会については、現在、都道府県支部ごとに置かれている。医師等の裁量や患者の個別性を考えれば患者本位の最適な医療には「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考えられず、その人材確保や審査を担当する医師等の負担の平準化などの観点、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）、他県のレセプトを審査することについて医師等の理解と納得が得られるか等に鑑み、現在の地域単位での審査委員会が果たしている機能は存続させることが適当である。

- また、当該地域の審査委員会のサポート、更には全国各地の協会けんぽ支部や健保組合、都道府県や市町村、医療機関等の理解・納得を得るための説明対応や情報提供、業務拡大にかかる事務等に必要な最小限のリエゾンオフィスは現行の地域単位をベースとしつつ配置することが適当である。

## （２）医療の特性である不確実性・個別性を踏まえた医師等の専門的知見に基づく裁量の確保

- 医療の中について言及すると、医療とはそもそも不確実な状態に対応するものであり、同じ傷病名がつくものであっても患者個々人の状況は様々。そうした患者の状態に的確に応じた医療の提供を行うためには多様な手法がありうることから一定の範囲で医師等の裁量を認めることは不可欠であり、そのことは判例においても認められている。
- しばしば審査と調停は不可分という言い方がされるが、これはこの裁量の要素があることに由来する。実際、提供された医療の必要性・妥当性について医師等の間でも見解が分かれることは頻繁に生じており、ICTを活用して基準の統一を目指す際も、微妙な症例については医療の中を今後も尊重しつつ、審査判断基準の収斂を進めていくこととする。
- この点は、関係者の理解と納得を得て制度への協力を得るという意味でも重要な視点と考える。

## 第4 審査の透明性向上と早期対応

### 1 目指すべき方向性

- 請求→審査→支払という業務の流れを考えれば、早期の段階、即ち診療報酬請求や再審査請求段階で今まで以上に適正な請求がなされれば、査定や再審査件数が少なくなり医療機関、保険者など関係者（ステークホルダー）の業務の効率化と負担軽減に資すると考えられる。こうした視点に立てば、コンピュータチェック項目を情報開示することは有効である。

### 2 現状

- 現在のコンピュータチェックは、審査委員による審査を支援するものであり、その段階で査定の最終判断がなされるものではないという考え方である。
- 即ち、いわば途中段階であることから、その段階での判断内容を公開することはしていない。

### 3 支払基金としての取組み

- コンピュータチェックの内容を仕様条件等も含めて統一的、客観的な判断が可能な項目については公表するものとする。こうした取組みにより医療機関からの請求が適正化され、より効率的かつ精度の高い審査の実現が可能となり、審査関連コストの削減にも資するものと考えられる。また、保険者にとっても業務範囲が明らかになることから負担軽減につながる。
- このチェック項目公表については、審査の限界点が詳らかになることから、患者のためという思いで今まで以上に濃厚な医療が提供されることになるのではないかとの懸念がある。しかし、本報告書作成に当たり設定した基本的な考えの一つである関係者の理解と納得が得やすい仕組みこそが審査支払業務への支持、協力を得るために重要という点を意識すれば、関係者の主体的、自立的な取組みに資する意義ある取組みと考えられることから、従来の方針を転換するものとする。
- なお、公表後の査定状況（原審査及び再審査）を一定期間（6～12 か月）検証する。

- この他、審査支払機関と保険者における審査に関する更なる役割分担の明確化に資するよう、レセプトチェック内容を記録して保険者へ提供することを検討する。

## 第5 審査支払業務のアウトソーシング等

### 1 目指すべき方向性

- 審査支払の法的性格は、「審査は、診療報酬の請求から支払に至る一連の手續の中間段階にあって、適正な診療報酬支払額を確認するため、その前提としてなされる点検措置であり、内部的判断作用にあるにすぎない。のみならず、元来診療報酬請求権は、(中略)その性質自体は私法上の法律関係、例えば請負、委任等におけるのと別異に解すべき理由はない」(昭和52年3月28日名古屋高等裁判決。昭和53年4月4日最高裁判決同旨)とされ、また、「診療担当者に対し、自ら審査したところに従い、自己の名において診療報酬を支払う義務を負う」(昭和48年12月20日最高裁判決)こととされている。
- こうした審査支払機関の公的な役割を考えれば、医療の不確実性、個別性にも対応できる審査体制、医療関係者の協力確保、診療報酬に詳しい人材の養成ができ、制度見直しや災害など様々な変動要因があっても、公正・中立で偏らない審査判断を経て遅滞なく徴収支払を永続的に行えることが担い手となる条件と考えられる。したがって、この要素を満たせば官民間問わず参画は可能と考えられる。
- また、個人名、疾患が記入された極めて機微にわたる個人情報を取り扱う業務という特性を考えればできる限り関わる主体は限定して、そこに厳格な規制をかけることが望ましいと考える。
- なお、公正・中立という要素を考えれば、実施主体が民間企業であったとしても行いうる事業の範囲には自ずと制約があり、また、収益についてもその最大化を図った上で株主に配当するという手法は適当でないと考えられる。実施主体を検討するに当たっては、そうした制約の中で長期的に安定して業務を行いうるかどうかも考慮する必要がある。
- 昭和23年以来、支払基金にあっては、支払内容の妥当性を確認するために審査・調停を、適切な請求を行ってもらうために説明・指導を行ってきているのは、これらの業務は相互に関連していることに由来する。また、この現存の仕組みを切り分けてそれぞれ別の機関に担わせる新たな仕組みの創設もありうると思われるが、審査支払のどこか一部に支障が出れば公的医療保険制度そのものの機能が停滞することを考えれば、これら一連の業務を一体で行い、その実施主体が責任も一括して担うことは、理解を得やすい一つの仕組みと考える。

- したがって、ICTの活用、判断に紛れのないケースは審査をコンピュータで完結、更には一部は審査そのものを簡略化するなどの新たな手法により効率性を追求することを前提に、審査調停支払業務を一括で行うことを目指すべきではないか。

## 2 現状

- 支払基金における現在の請求支払業務については、基本的に個々の請求支払に際して「独自の判断」は想定されないことから、保険者へ請求するための計算業務や医療機関へ支払うための計算業務の実務は、既に外部民間業者にアウトソーシングしている。
- 一方、審査業務については、保険診療ルールと豊富な医学的知識が必要であること、また、診療報酬における請求側と支払側それぞれに偏ることなく中立な立場で公平・公正な取組みが求められる業務であることや、上述のように医学的判断に巾がある現状にあつては、アウトソーシングするよりは、基準の統一化を図りながら積極的にコンピュータチェックに移管していくことで効率化を進めていくことが適当と考えられることから、アウトソーシングは行っていない。
- レセプトの内容は、複雑なものから比較的簡易なものまで幅広いことから、直接審査委員による審査を必要としないレセプトも存在する。

## 3 支払基金としての取組み

- 新たな審査における効率化の取組みとして、診察費用に単純な加算及び処方せん料が請求されている、「明らかに紛れのないレセプト」に限っては、支払基金で詳細な審査までは行わず保険者に請求する取扱いとする。
- また、当該レセプトについては、手数料の引下げを行い、その引下げに伴う減収分については、原則、他のレセプト手数料に上乗せせず効率化で吸収するものとする。
- 審査支払業務は公的医療保険運営の一部である。そのため社会保険診療報酬支払基金法による一定の制約の下で活動することが求められている。その意味では、いわゆる民間企業とは異なる要素はあるものの、支払基金としても民間の立場で不断の効率化に取り組むことは、当然のことと認識している。そこで、一部

とはいえ、新たに「明らかに紛れのないレセプト」分について手数料を引き下げつつ、減収相当分を効率化で吸収することで、顧客の立場から収入の範囲で事業運営を工夫するという今までに欠けていた視点も加味して、効率的な運営を行っていく。

## 第6 新たな付加価値の創出について

### 1 目指すべき方向性

- 支払基金はこれまで中立的な立場でレセプト情報を踏まえて着実に審査支払を行うことに意を用いてきた。しかしながら、その保有する膨大なレセプト情報は保険者横断的であることから保険者相互の比較が可能である。また、厚生労働省にあってもレセプトの電子化などが進む中でデータヘルスの推進が重要としている。
- このため、支払基金が保有するデータを活用し、保険者や自治体などの要請に応えた形で分析、提供するといったシンクタンクの役割を積極的に果たすことで、疾病予防や健康づくりに貢献していくこととしたい。更に、場合によっては有償で提供することで支払基金の自立性を高めることにもつながると思われることから、そうした取組みも検討したい。
- また、ビッグデータの有効活用という観点からは、支払基金と国保連合会の保有するレセプトデータを相互に活用すること、更にはNDBの管理を引き受け分析、提供を担うことについても積極的に取り組む。

### 2 現状

- 支払基金としても法令上、平成18年から地方単独医療費助成事業の受託が可能となったことを受け、組織を挙げて全国的に営業活動を開始し、平成28年3月までで32都道府県から受託している。
- また、保険者からの要請を受けて、同18年から「レセプト電子データ提供事業」を実施している。
- このほか、行政機関や関係団体の要請により、レセプトデータを活用した分析結果の提供、診療報酬改定年度には、影響分析も公表、また、審査上把握できた不正行為と思われる事例については、行政機関へ情報提供を行っている。
- 平成27年5月には、社会保険診療報酬支払基金法の一部改正がされ、保険者から委託された保険給付の支給に関する業務、保険給付の支給、保健事業等の実施及び保険料の徴収等に係る情報の収集または整理に関する業務が可能となったところである。

### 3 支払基金としての取組み

- 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であり、そのデータ分析した上で保険者等に提供することは、保健事業をPDCAサイクルで効果的、効率的に実施するために意味のあることと考えられることから、積極的に取り組む。
- また、場合によっては意義のある用途であれば、より提供対象者を広範に設定して有償で提供し、現在保険者負担となっているシステム改修費や手数料の軽減に充当するなど積極的な新規業務の開拓により、自立的な事業運営の確立を目指すことも考えられる。
- こうした考えを更に展開し、支払基金が保有する被用者保険等のレセプトデータと国保連合会が保有する国民健康保険及び後期高齢者のレセプトデータを相互で活用することができれば、若人から高齢者まで地域の医療事情を包括的に分析できるようになることから、こうした取組みについても検討したい。
- 更にはNDBの管理を引き受け、セキュリティに十分配慮しつつ、分析、提供の責任主体となることについても積極的に取り組む。
- 柔道整復療養費等についても、積極的に取り組むものとするが、当面は「施術所への支払に関する業務全般」に留めることが適当である。
- この他、電子化の進展に伴いデータの重要性が増す中、診療報酬に関するものに限定されている支払基金の業務範囲を拡大し、関係者のニーズを踏まえた上で、例えば次の事業を展開することも考えられる。

#### <レセプトデータの分析・活用を通じた保険者等を支援する取組みの例>

- ・ 保険者から提供を受けた特定健診等のデータとレセプト情報を併せて分析し、これを活用したデータヘルス事業
- ・ 各種データ分析に基づく厚生局や生活保護実施主体に対する情報提供や政策提言

#### <その他、医療機関等の業務を支援する取組みの例>

- ・ 医療機関が厚生局に対して行う各種施設基準の届出・報告についての医療機関や厚生局への支援・代行業務
- ・ 請求支払のノウハウを活かした人間ドック補助事業などの保健事業の請求支払業務

## 終わりに

- ここに取りまとめた内容は、これまでの支払基金の考え方に拘らず、素直に効率かつ質の高い審査支払の在るべき姿や審査支払機関として担うことが求められる新たな役割を具体的に検討した結果導き出されたものである。今回支払基金自らがこうした取りまとめに至ったのは、審査支払業務という地味ながら重要な役割を着実に果たすだけでは足りず、時代の要請に沿うよう自ら変革していくことの重要性やその姿を外部にもわかりやすく示して納得を得ることの重要性を意識したからに他ならない。
- 本報告書という形で公表した以上、もはや撤退は許されない。大きな変革ゆえに時間を要するもの、関係者の理解を要するものも含まれるが、世界に冠たる国民皆保険の維持発展に今後とも貢献できるよう、支払基金としては厚生労働省等関係機関と連携しながらロードマップに沿ってこの方針の着実な実現を目指すものとする。