

10 月 2 日（月）医療・介護ワーキング・グループ

「社会保険診療報酬支払基金に関する見直し」についての質問・回答

【質問 1】

「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」の各プロジェクトについて、以下の（１）～（４）の内容を具体的にご回答ください。

- （１）厚生労働省及び支払基金における担当責任部署・人数・担当者（専門分野）
- （２）レセプト様式の見直し、コード体系、データベース設計、モジュール化への具体的なプロセス及びタイムテーブル
- （３）実行体制及び厚労省、支払基金、政府 CIO との連携体制
- （４）（２）の進捗状況

（例えば、工程表の「審査支払新システムの構築」において、平成 31 年度にかけて「要件定義・設計・開発・検証」と記載されているが、誰がいつまでにどのようなプロセスで本プロジェクトを実施していくのか不詳につき、本プロジェクトに関連する「政府 CIO 等との連携」、「複数の専門家から助言を受けられる仕組み」なども含め上記の具体的内容をご回答ください。）

【回答】

（１）及び（３）について

プロジェクトを効率的に進めるために、厚生労働省（保険局）、支払基金、国保中央会の幹部による連絡会議を去る 9 月 6 日に立ち上げ、さらに実務レベルでの調整を行う体制を整備した。

また、システム開発については、上記 3 者に政府 CIO（IT 総合戦略室）を交えた協議の場を 10 月 3 日付けで立ち上げ、当面は仕様書の作成に向けて集中的に調整を行う場を設置した。

※厚生労働省・支払基金の担当部署・人数・担当者（専門分野）は別紙 1 のとおり

（２）及び（４）について

レセプト様式・コード体系等の見直しについては、中央社会保険医療協議会において、検討中。（これまでの資料・議論の概要については別紙 2 のとおり）

モジュール化に向けたシステム刷新については、規制改革推進会議の答申と 7 月 4 日に公表した支払基金業務効率化・高度化計画・工程表（以下、「計画・工程表」）を踏まえ、受付・審査・支払のそれぞれの業務単位での「モジュール化」を基本として、支払基金において、次期審査支払システムイメージ（案）（別紙 3-1）を作成し、各業務単位の要件の概要を策定している。

その後、次期審査支払システムイメージ及び各業務単位の要件の概要を詳細化した上で、平成 29 年 12 月までに、調達仕様書を作成し、併せて、開発体制についても、整備する予定としている。平成 30 年以降はシステムの基本設計・開発及び総合試験等を予定している。（別紙 3-2、別紙 3-3 のとおり）

また、システムの各検討段階において、次期審査支払システム開発の方向性や方針等を含め、政府 C I O と連携を図り、システム開発に取り組んでいる。

【質問 2】

- （１）支払基金の人員体制のスリム化について、当該計画記載の数値目標※は自然減を前提とするもので、抜本的な審査プロセス見直しおよびモジュール化等システム刷新効果に伴う数値目標は、今後の工程において再設定されると理解してよいのか。

※「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。」（「支払基金業務効率化・高度化計画」P13）

- （２）コンピュータチェックの寄与度の数値目標※は、システム刷新状況等に応じて、再設定されると理解してよいのか。

※「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」（「支払基金業務効率化・高度化計画」P5）

- （３）上記（１）（２）の再設定は、どのような組織・メンバーで、いつ行うのか。

【回答】

計画・工程表における数値目標（人員体制、審査プロセスにおけるコンピューターチェックの寄与度）については、ご指摘のとおり、適時の検証が必要であると考えており、今後のシステム刷新状況やこれに伴う業務体制の見直し状況等を踏まえ、平成 32 年度を目標としている新システム稼働に一定の目処がついた段階で、厚生労働省と支払基金において検証し、必要に応じて目標の再設定を行うものと考えている。

【質問 3】

「支払基金業務効率化・高度化計画」で示した以下の点に関する、工程表、責任者、具体的なプロセス・体制、進捗状況について、具体的にご回答ください。

- (1) 審査支払機関の法的な位置づけやガバナンス
- (2) 審査委員会の三者構成の役割と必要性
- (3) 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
- (4) 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
- (5) その他

※「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。」（「支払基金業務効率化・高度化計画」P14）

【回答】

ご指摘の事項については、互いに関連しており一体的に議論を進める必要がある課題であるとともに、審査基準の統一化作業と併せて検討していく必要があると考えている。今後、計画・工程表に掲げている審査プロセス見直しや審査基準の統一化に向けた具体的な作業に着手し、その結果等も踏まえつつ、平成 32 年度のシステム本格稼働までに、医療機関や保険者等関係者の意見を丁寧にお伺いしながら、厚生労働省が中心となって検討を進め、成案を得たいと考えている。

【質問 4】

「支払基金業務効率化・高度化計画」に記載の業務機能モジュール化、支部集約化や直接審査及び委託先の変更が可能となる仕組みに照らし、平成 30 年の支払基金法等の改正について、ご回答ください。

- (1) 改正内容（特に、第 3 条（事務所）、第 15 条（支払基金の業務）、第 16 条（審査委員会）、第 21 条（特別審査委員会）、第 26 条（各保険者の負担）について）
- (2) スケジュール

※「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。」（「支払基金業務効率化・高度化計画」P13）

【回答】

法整備については、現在、計画・工程表に沿って検討を進めている新システムの構築、審査プロセスの見直し、審査基準の統一化等の具体的な内容やこれに伴う実務面での見直し内容等も踏まえつつ検討していく。

なお、現行法で対応が可能な、①支部集約化に向けたモデル事業（第 3 条等）や、②本部の特別審査委員会の審査対象の拡大（第 21 条等）、③特定の診療科のレセプトについてウェブ会議方式の実施（第 16 条等）、については、法改正を待たずして取り組む。

以上

厚生労働省及び支払基金における担当責任部署等について

○厚生労働省

- ・ 保険局
保険局長
審議官（医療保険担当）
保険課長
保険課 ほか
- ・ データヘルス改革推進本部（本部長 厚生労働大臣）

○社会保険診療報酬支払基金

- 理事長
- 理事（公益理事）
- 理事長特任補佐
- 審議役（企画担当）
- 審議役（システム担当）
- システム部
- 経営企画部 ほか

○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 内閣官房 IT 総合戦略室

○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の連携のもと、 迅速な検討を促すため、以下の連絡会議を開催

- ・ 厚生労働省 : 保険局長、審議官 等
- ・ 支払基金 : 理事長、専務理事 等
- ・ 国保中央会 : 理事長、常務理事 等

○上記会議の下に実務者レベルのタスクフォースを常設

中 医 協	総	－	3	
2 9	.	9	.	2 7

横断的事項（その 3）

診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応について②

1. 課題

- 7/12 の中医協総会において、診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応について、以下のような課題を示し、今後、具体的な検討を進めることとした。

【課題】

(1) 診療報酬に係る事務の効率化・合理化

- ①施設基準の届出項目や手続き等は、更に合理化する余地がある。
告示や通知等の記載に曖昧な部分があり、算定可否の判断に苦慮する場合がある。
- ②入院診療計画書等の各種様式の内容や必要性について精査が必要。入力の手間が事務負担につながっている。
- ③レセプトの摘要欄にフリーテキスト形式で記載するものや、レセプトに別途資料を添付しなければならないものがあり、現場の負担となっている。

(2) 診療報酬に係る情報の利活用

- ④レセプトに患者の住所情報がない。
 - ⑤診療行為コードが実臨床に即したコード体系になっていない。
 - ⑥傷病名や診療行為の選択が統一されていない。国際的に標準化された用語や分類を参照したマスター等の整備・普及が重要。
 - ⑦診療実績データの形式が様々で分析が容易でない。
データ提出様式は主に急性期入院医療を中心とした項目となっており、急性期入院医療以外の医療内容の分析が難しい。
- 中医協における議論や関係者の意見等を踏まえ、上記の課題について、30 年度診療報酬改定及びその後の診療報酬改定において、次のような方向性で対応していくこととしてはどうか。

2. 対応方針（案）

（１）基本的な考え方

- 「診療報酬に係る事務の効率化・合理化」については、各事項の本来の趣旨を踏まえつつ、
 - １）内容を必要最小限に簡素化すること、
 - ２）定型的なものは選択肢などを設けること、
 - ３）複数の診療報酬項目で重複しているものは可能な限り省略すること、などを基本的な考え方とする。
- 「診療報酬に係る情報の利活用の推進」については、
 - １）保険医療機関や審査支払機関、保険者等の関係者への影響や負担に十分に配慮すること、
 - ２）診療内容の質の向上に有用と考えられること、
 - ３）他の保健医療情報との連携を可能とすること、などを基本的な考え方とする。
- その上で、「診療報酬に係る事務の効率化・合理化」及び「診療報酬に係る情報の利活用の推進」について、直ちに全ての対応が困難なものは段階的に対応していくこととしつつ、次の（２）のように、対応してはどうか。

（２）課題別の対応の方向性（案）

【診療報酬に係る事務の効率化・合理化】

- ①施設基準の届出項目や手続き等は、更に合理化する余地がある。
告示や通知等の記載に曖昧な部分があり、算定可否の判断に苦慮する場合がある。

（現状）

- 施設基準の届出や様々な報告については、これまでの診療報酬改定において、重複していた内容の届出を省略する、記載項目を減らすといった対応を図ってきた。
- また、告示・通知等の記載についても、一定程度、その内容の明確化を図るとともに、可能な限り迅速に告示・通知等を示すことに努めてきた。

(対応案)

- 平成 30 年度診療報酬改定の具体的な内容を見据えながら、改定に向けて検討を進め、施設基準の届出項目や手続き等について、届出の省略や手続きの簡素化など、さらなる合理化を進める。
- 30 年度以降の改定においても、継続的に効率化・合理化を図っていくとともに、施設基準の届出や報告・受理通知等のオンライン化について、対応を進めていく。

②入院診療計画書等の各種様式の内容や必要性について精査が必要。
入力の手間が事務負担につながっている。

(現状)

- 診療報酬の算定要件及び施設基準において、所定の様式を示し、これに準じた記載を求めている。これらの様式には、治療方針等を患者へ説明し交付するものや、患者の情報を集約し診療等の計画を立てるもの、基準について、指定された手法により評価するものがある。
- これらの様式への記載については、一定程度現場の負担となるためその内容や必要性について精査が必要との指摘がある。

(対応案)

- 様式に記載を求めている診療情報は、診療録等に既に記載されているものもあるため、診療録等において既に得られる情報は簡略化可能な旨を示す。
- 基準の可否を判断するためには、同一の手法や指標で評価する必要があるが、評価そのものの頻度を減らしたり、評価に必要な情報を他のデータから得るなど、当該評価のための測定の簡略化を検討する。

③レセプトの摘要欄にフリーテキスト形式で記載するものや、レセプトに別途資料を添付しなければならないものがあり、現場の負担となっている。

(現状)

- レセプトについては、診療行為名称や点数、算定回数などの基本的事項の記載を必須としているが、このほかに、摘要欄にフリーテキストでの記載を必要とする項目が約 350 項目、レセプトへの添付資料等を求めている項目が約 20 項目ある。(平成 28 年 4 月時点、医科)
- それらが医療機関の負担や効率的な事務処理の妨げになっているとの指摘がある。

(対応案)

- a レセプトの摘要欄の記載方法の見直し
- レセプトの記載事項は、基本的に、算定要件を満たすか否かを判断するためのものであるが、留意事項通知等で算定可能な場合が明示(列挙)されているものがあるため、該当するものを選択して記載することとするなどの見直しを行う。
- 以下の例の項目も含め、平成 29 年 9 月時点において、128 項目の見直し項目(案)を抽出しており、30 年度診療報酬改定において、改定項目とあわせて検討を行う。

例：C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

【現行の記載要領通知】

1 月に 2 回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に回数及び 必要と認めた理由を記載(中略)すること。

【見直し案】

「在宅自己腹膜灌流指導管理料」については、留意事項通知において、2 回以上算定できる場合としてア～オが規定されているため、必要と認めた理由の記載については、当該ア～オの中から該当するものを選択して記載することとする。

<留意事項通知>

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

(1)「注 1」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

- ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
- イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
- ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
- エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
- オ その他医師が特に必要と認めるもの

b レセプト添付書類の見直し

- レセプトの添付資料についても、レセプトの記載事項と同様、内容の精査を行い、算定要件を満たすか否かの判断にあたり不必要な添付資料は廃止する又は添付を廃止してレセプトへの記載とするなどの見直しを行う。
- 以下の例の項目も含め、平成 29 年 9 月時点において、11 項目の見直し項目（案）を抽出しており、30 年度診療報酬改定において、改定項目とあわせて検討を行う。

例：両室ペーシング機能付き植込型除細動器

【現行の特定保険医療材料に係る留意事項通知】

両室ペーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

【見直し案】

症状詳記の添付は廃止し、レセプト摘要欄に留意事項の要件を確認できる以下の事項を記載することとする。

NYHA クラス、左室駆出率、QRS 幅、左脚ブロックの有無、洞調律の有無 等

【現行の特定保険医療材料に係る留意事項通知】

両室ペーシング機能付き植込型除細動器は、施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関において、以下のいずれにも該当する患者に対して実施した場合に算定する。ただし、薬事承認又は認証された使用目的以外に用いた場合は算定できない。

a i 又は ii の基準を全て満たすこと

- i
- ① NYHA クラスⅡ
 - ② 左室駆出率 30%以下
 - ③ QRS 幅 150ms 以上
 - ④ 左脚ブロック
 - ⑤ 洞調律

- ii
- ① NYHA クラスⅢ又はⅣ
 - ② 左室駆出率 35%以下
 - ③ QRS 幅 120ms 以上

b 次のいずれかに該当すること。

- i 致死性不整脈による心停止に伴う意識消失の既往を有する患者
- ii 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の既往を有する患者
- iii 非持続性心室頻拍が確認され、かつ電気生理学的検査により心室頻拍又は心室細動が誘発される患者

- なお、a、b とともに、歯科、調剤のレセプトについても、医科と同様に見直しを行う。

【診療報酬に係る情報の利活用】

④レセプトに患者の住所情報等がない。

（現状）

- レセプト様式には、保険者番号、氏名、生年月日等はあるが、住所情報がないため、地域単位での医療提供体制や医療の地域差に係る分析・評価等が困難との指摘がある。
- また、氏名の記載について、医療レセプトは漢字又はひらがな表記を原則としている一方で、介護保険の受給者台帳はカタカナ表記としているため、同一患者の双方の情報を紐付けた分析ができていない。

（対応案）

- 利活用の内容と入力側の負担等を考慮しつつ、レセプトに患者の住所地の郵便番号（7桁）及び氏名のカタカナ記載を求める。
- なお、医療機関やシステム等への影響を確認した上で、必要に応じ、一定の経過措置期間を設ける。

⑤診療行為コードが実臨床に即したコード体系になっていない。

⑥傷病名や診療行為の選択が統一されていない。国際的に標準化された用語や分類を参照したマスター等の整備・普及が重要。

（現状）

- 診療行為の請求コードのうち、手術分類（Kコード）については、診療報酬改定毎に、様々な追加等を行い対応してきたが、手術手技を分類するものとして十分に体系化されていないことから、イノベーションの進展に伴い手術の多様化・高度化等が進む中で、一定の限界が指摘されている。
- 一方、臨床的な観点から体系的に整理されている手術手技の分類として、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）が作成する外保連手術試案があり、日本国内で広く活用されている。
- なお、国際的には、手術を含めた医療行為分類の国際的標準化に向け、WHOで医療行為の国際分類（International Classification of Health Interventions(ICH I)）の検討が進んでいる。

(対応案)

- 日本国内で広く受け入れられ活用されている外保連手術試案の手術の基幹コード7桁(STEM7)を、現在のKコードの再編に活用可能かを検討する。
- 平成30年度改定では、データ提出加算で提出を求めているデータにおいて、KコードにSTEM7を併記する欄を設け、データを収集する。
- その後、平成30年度以降、STEM7の入力状況、KコードとSTEM7の対応関係、報酬算定への影響等を確認・整理しつつ、再編の手順等について具体的な対応を検討する。

<参考：KコードとSTEM7の例>

<p>Kコードの体系</p> <p>K○○○ (K+3桁数字、一部枝番有り)</p> <p>1 ※</p> <p>2 ※</p> <p>..</p> <p>(※ Kコードの内訳として、部位や手術の詳細等で細分類があるが一定のルールはない)</p>	<p>STEM7の体系</p> <p>Q○○○○ (Q+6桁数字)</p> <p>部位 ↓</p> <p>新基本操作 ↓</p> <p>アプローチ方法 ↓</p> <p>アプローチ補助器械 ↓</p>
<p>【例1】</p> <p><u>K529 食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)</u></p> <p>1 頸部、胸部、腹部操作によるもの</p> <p>2 胸部、腹部の操作によるもの</p> <p>3 腹部の操作によるもの</p>	<p>【左記に対応するSTEM7の例】</p> <p><u>Q141300</u> 食道悪性腫瘍手術(消化管再建を伴う)(頸部、胸部、腹部操作)(血管吻合を伴わない)</p> <p>Q14：胸部食道</p> <p>13：広範切除</p> <p>0：open surgery</p> <p>0：なし</p>
<p>【例2】</p> <p><u>K657-2 腹腔鏡下胃全摘術</u></p> <p>1 単純全摘術</p> <p>2 悪性腫瘍手術</p>	<p>【左記に対応するSTEM7の例】</p> <p><u>Q211311</u> 胃悪性腫瘍手術(全摘)(腹腔鏡下)</p> <p>Q21：胃</p> <p>13：広範切除</p> <p>1：経皮的</p> <p>1：内視鏡</p>

⑦診療実績データの形式が様々で分析が容易でない。

データ提出様式は主に急性期入院医療を中心とした項目となっており、急性期入院医療以外の医療内容の分析が難しい。

(現状)

- データ提出加算で提出を求めている診療実績データの内容については、急性期の入院医療でデータの収集が始まったことから、主に、急性期の入院医療に関するデータが主に含まれている。
- 近年、回復期や慢性期の病棟にも診療実績データの提出が拡大されている。
- データの作成には一定の技術を要する職員が必要であり、一定以上の病床規模の病院でないと対応が困難との指摘がある。

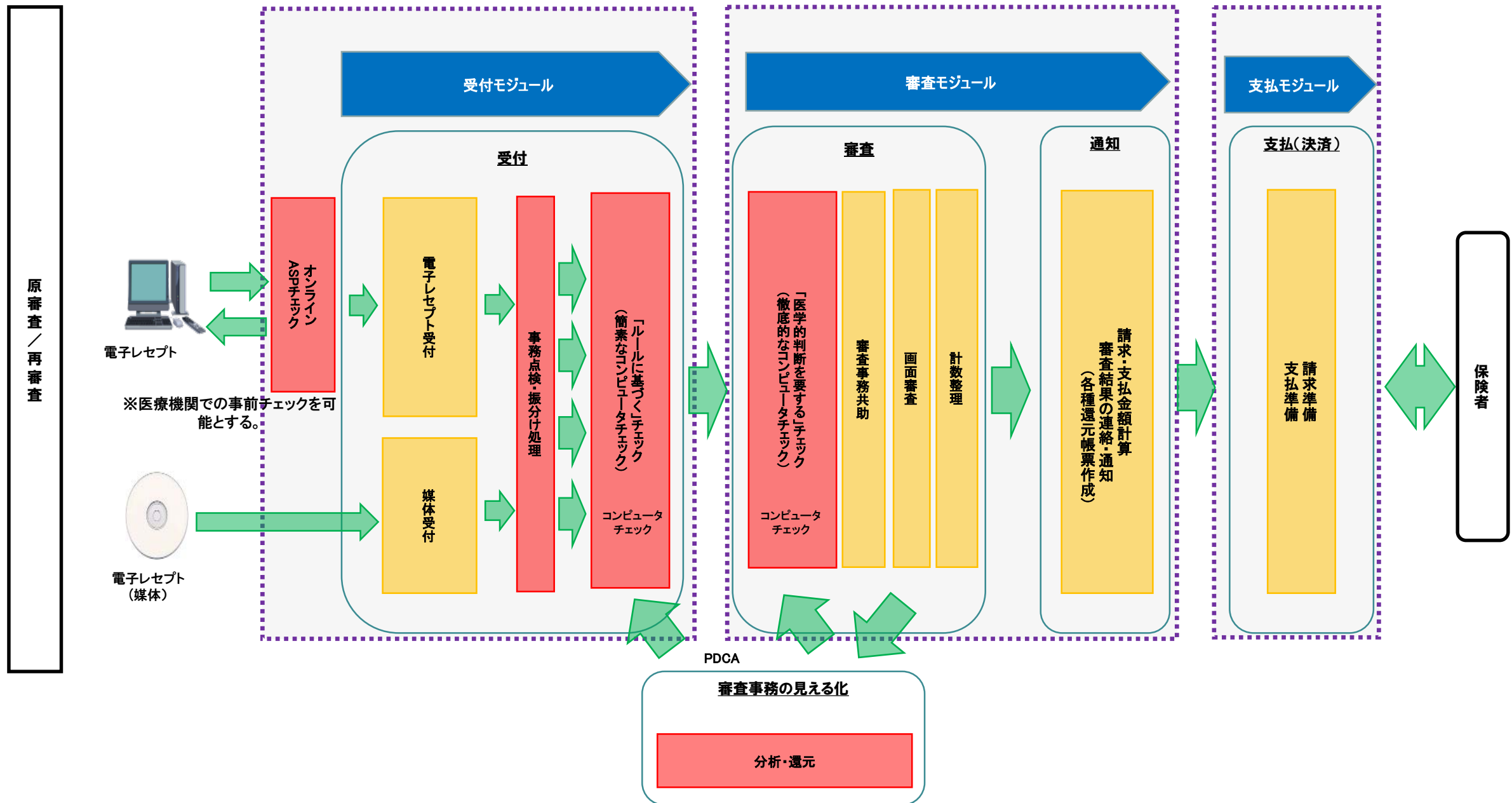
(対応案)

- 診療実績データの提出内容について、回復期や慢性期の入院患者に有用なデータの追加を検討する。併せて、既存の提出内容で重複があれば片方を省略するなどの合理化も行う。なお、入院医療等調査・評価分科会におけるデータ提出加算に関する議論も踏まえて検討する。
- 新たに追加するデータの内容や対象等に応じて、一定の経過措置期間を設けることも検討する。

3. 30 年度診療報酬改定以降の対応について

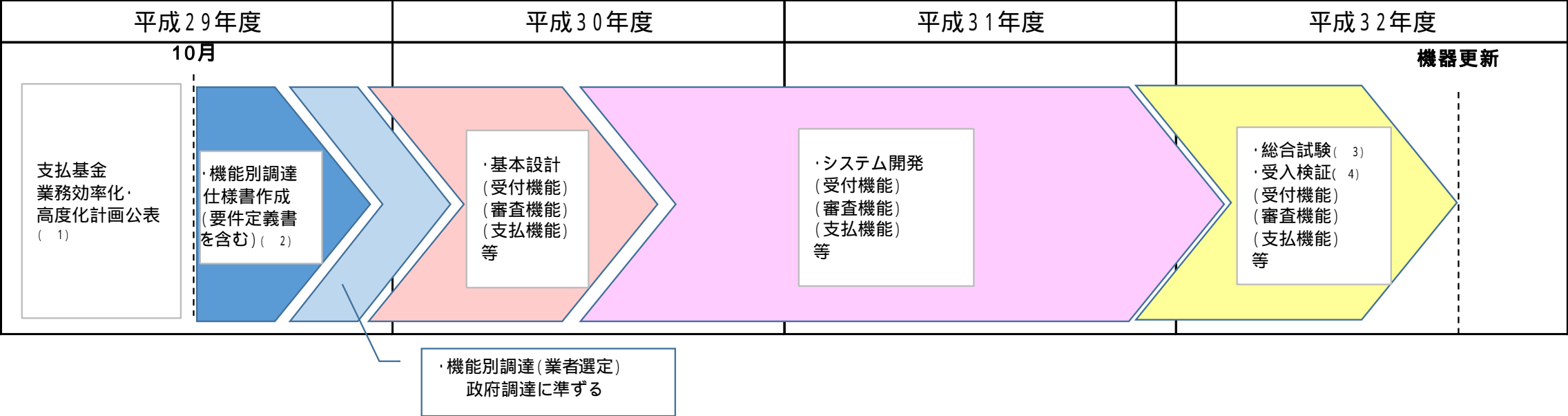
- 「診療報酬に係る事務の効率化・合理化」及び「診療報酬に係る情報の利活用の推進」については、30 年度診療報酬改定だけでは対応が完了するものではなく、保険医療機関や審査支払機関、保険者等の関係者への影響や負担を考慮しながら、30 年度以降の改定においても継続的に対応を進めることとする。
- 特に、
 - ・ 施設基準の届出や報告・受理通知等のオンライン化
 - ・ レセプト様式の見直し
 - ・ 診療実績データのさらなる利活用の推進等について、引き続き検討を進め、30 年度改定以降、対応を図っていく。

○ 次期審査支払システムイメージ(案)



次期審査支払システム開発スケジュール(案)

平成29年9月26日現在



- 1
- 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」、支部業務サーバの本部への一元化を基本とし、スケーラブルなシステムとすること。
- 2
- 機能別とは、受付、審査、支払の業務単位に「モジュール化」により分けられたものを、更に個々の機能単位に細分化すること。
- 3
- 総合試験とは、システム開発担当者において、機能別に細分化され、開発した各モジュール(部品)を組み合わせ、システム全体としての動作確認及び性能確認等を行うこと。
- 4
- 受入検証とは、システム開発発注者において、マニュアル確認を含め、仕様・性能の確認等を行い、システムの納品及び業務への導入、利用開始の判定をすること。

[illegible]

社会保険診療報酬支払基金法（昭和 23 年 7 月 10 日法律 129 号）　　－抄－

（事務所）

第 3 条　基金は、主たる事務所を東京都に、従たる事務所を各都道府県に置く。
2　基金は、前項に定めるものの外、必要の地に従たる事務所の出張所を置くことができる。

（業務）

第 15 条　基金は、第 1 条の目的を達成するため、次の業務を行う。

一・二（略）

三　診療担当者の提出する診療報酬請求書の審査（その審査について不服の申出があつた場合の再審査を含む。以下同じ。）を行うこと。

四～九（略）

2～5（略）

（審査委員会）

第 16 条　基金は、前条第 1 項第 3 号及び第 4 号、第 2 項並びに第 3 項の審査（厚生労働大臣の定める診療報酬請求書の審査を除く。）を行うため、従たる事務所ごとに、審査委員会を設けるものとする。

2～3（略）

（特別審査委員会）

第 21 条　基金は、第 16 条第 1 項に規定する厚生労働大臣の定める診療報酬請求書について第 15 条第 1 項第 3 号及び第 4 号、第 2 項並びに第 3 項の審査を行うため、主たる事務所に、特別審査委員会を設けるものとする。

2（略）

（各保険者の負担）

第 26 条　基金は、各保険者（第十五条第二項及び第三項の場合においては国、都道府県又は市町村）に、同条第一項第一号から第四号まで並びに同条第二項及び第三項に規定する業務に関する事務の執行に要する費用を、その提出する診療報酬請求書の数を基準として負担させるものとする。