

支払基金改革

—審査結果の不合理的な差異の解消と
データヘルスの本格展開を目指して—

令和3年9月9日
神田 裕二

設立から現在までの支払基金の審査・支払に関する実績

昭和23年
基金法に基づき
支払基金設立

平成13年
全国の希望医療機関に
おいて電子媒体請求開始

平成18年
医療機関からの
オンライン請求開始

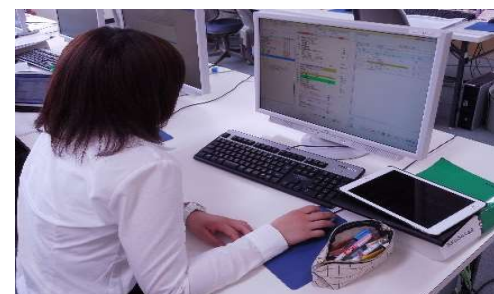
平成23年
オンライン又は電子媒体に
よる請求の原則義務化

紙への対応

電子化への対応

ICTの活用

当時の
風景



当時の
目標

- 正確、迅速な診療報酬の請求・支払
- 効率的な紙レセプトの審査

- 電子化に向けたインフラ整備
- レセプト審査能力の向上

- 請求・支払業務の簡素化
- 電子データによる効率的かつ高度な審査

目標を達成する為
の施策

- 正確無比な計算技術の向上
- 支払遅延を起こさない為の人海戦術

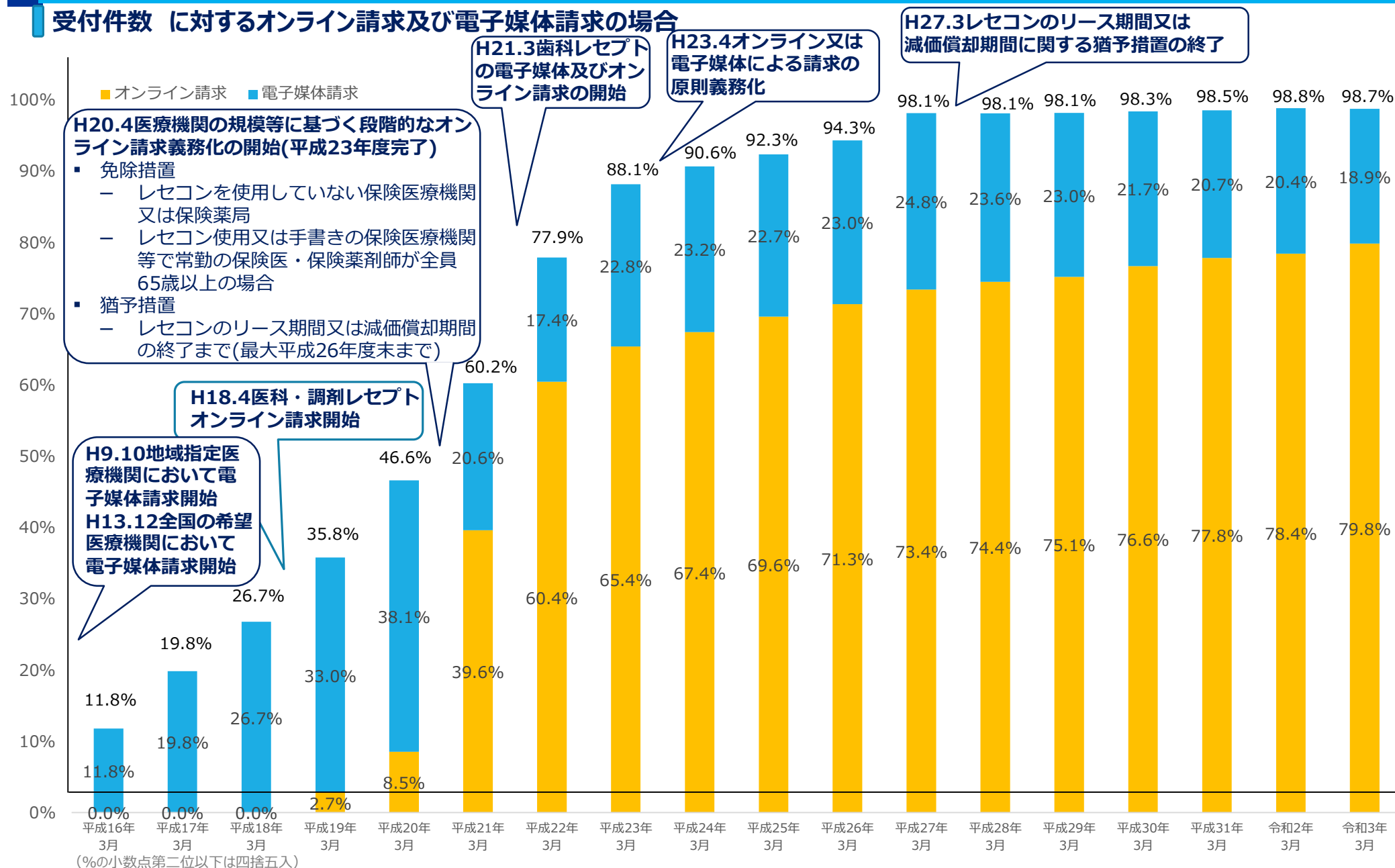
- 各業務における機械化
- 各種審査事務の研修

- 請求・支払システムのロジック整備
- コンピュータチェックの拡充

電子レセプト請求普及状況の推移

(令和 3年 3月現在)

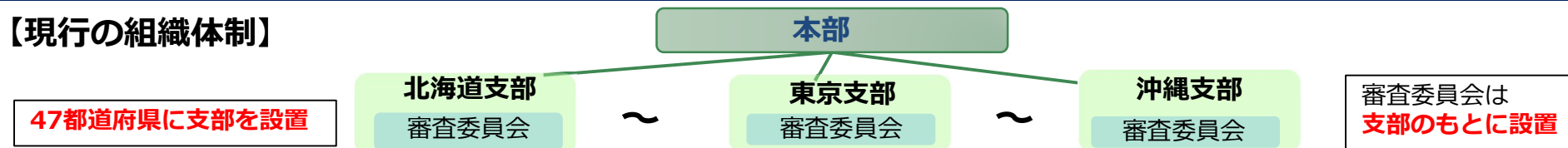
受付件数 に対するオンライン請求及び電子媒体請求の場合



※ 平成19年度以前は医療機関からの受付件数(医科・歯科・調剤)、平成19年度以降は保険者への請求件数(医科・歯科・調剤)

社会保険診療報酬支払基金の組織の見直しについて（「公平性」の観点からの取組） ①

【現行の組織体制】



支払基金創設当時

- 支払基金は、レセプトの適正な審査と迅速・適正な支払いを目的に、昭和23年に創設。
- 当時は、紙レセプトで提出されており、限られた期間の中で審査し、保険者に請求し、医療機関に支払うには、マンパワーに依存するしかなく、それを効率的に実施するため、業務実施については支部完結型の組織体制（※）となっている。
※全レセプトを審査することは物理的に不可能であったため、診療傾向や審査の実績を考慮し支部ごとに決定した医療機関のレセプト等を審査
※こうした実務も踏まえ、基金法上支部は本部から独立した権限を有しており、本部は直接業務等に関する法的権限は有していない。

紙レセプトから電子レセプトへ

- レセプトの電子化・オンライン請求に向けた取組の結果、電子化率は平成13年度末の0.7%から、現在は約98%にまで増加。
- 電子レセプトの導入により、コンピュータを活用した事前点検作業（※）が可能となるとともに、レセプトの保険者別の分類も自動で行うことが可能となるなど職員の負担が軽減（職員数は6,321人（平成13年度）から4,280人（平成30年度）に）。また、過去のレセプトや審査結果を活用した審査が可能となり、審査の平準化に向けた基盤も整備された。
※全ての医療機関の全電子レセプトについて、コンピュータにより、形式的な受付・事務点検から、診療内容に係る事務点検に至るまで実施可能となる。
- 電子レセプトの導入・普及により、審査支払業務について、全国統一的な業務実施が可能な体制が構築された。

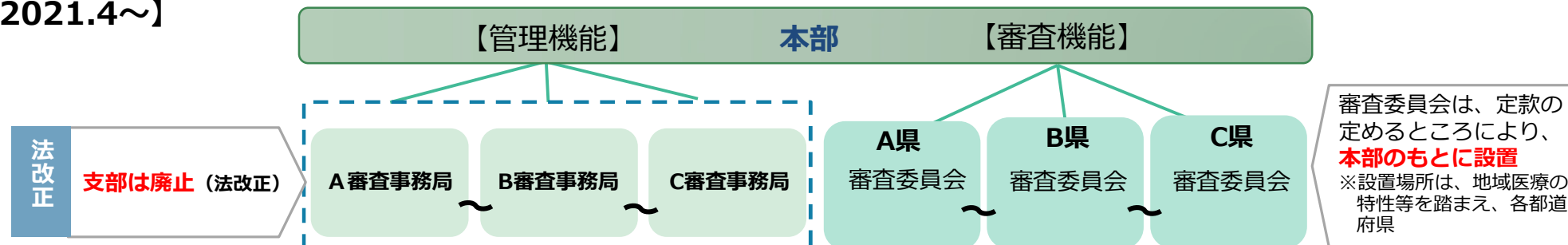
現在の審査支払業務

- 保険診療ルールに関しては、全ての電子レセプトについてコンピュータチェックを実施。その際、より重点的・効率的な審査を行う観点から、査定につながる可能性が高い請求項目を効率的に抽出するためのチェックルールを設定。
- しかしながら、支部完結型で業務実施が行われる中、支部ごとに独自のコンピュータチェックルールが設定され（※）、それが結果的に支部間の審査結果の差異の一因となっている。
※支部独自ルールは、平成20年3月に開始され、平成29年10月には、延べ約14万事例まで増加。
- また、適正なレセプトの提出に向けた医療機関への支援（保険診療ルールや審査結果等の個別説明）や職員への研修等の取組についても、各支部の実情に応じ、各支部の判断の下、実施（支部間で取組に差があり、審査結果の差異につながる要因となり得る）
- 一方、請求支払業務については、平成23年7月から医療機関への支払い業務を本部へ一元化。

- ICT等社会環境の変化を踏まえ、審査支払業務について、これまでの支部完結型での業務実施から、本部が中心となって全国統一的な業務実施としていくため、本部の調整機能を強化した組織体制へ見直し、業務実施のルールを統一化させていく。

社会保険診療報酬支払基金の組織の見直しについて（「公平性」の観点からの取組）②

【2021.4～】



①統一的なルールに基づく業務実施に向けた権限関係の整理（法改正事項：2021年4月1日施行）

- 支部完結型の業務実施体制から、支部長が担っている権限を本部に集約し、本部による調整機能を強化した組織体制へ見直し
 - ・現行法上の支部を廃止
 - ・支部が廃止されることから、審査委員会については、本部のもとに設置（審査委員の委解嘱等は理事長が実施）
 - これにより、
 - ・支部独自のコンピュータチェックルールの廃止・本部ルールへの統一化や、審査結果の差異に係るレポーティング機能をシステム上導入した上で、不合理な支部間差異の解消に向けた本部主導による検証プロセスを確立する（※）など、本部主導により不合理な審査結果の差異解消に向け、全国統一的な取組を推進していく。
- ※審査支払新システムにおいて導入されるレポーティング機能により、明らかとなった支部間での審査結果の差異（査定の有無）について、本部でその内容を分析し、新たなコンピュータチェックルールの設定や現行のコンピュータチェックルールの見直しに反映。各都道府県の審査委員会において、審査結果の不合理な差異が発生しても、こうした取組の中でその差異の解消を図る。
- ・適正なレセプトの提出に向けた医療機関への支援、研修の実施等についても、本部主導による統一的な取組に改めていく。

②審査委員会の設置場所は各都道府県（基金内部規程事項）

- 一方で、以下の点を踏まえ、個別の審査については、引き続き各都道府県の審査委員会を実施
- ①審査委員会は、個々のレセプトについて、専門的知識と臨床経験に基づき、個々の医療機関の診療内容が、保険診療ルールに則って行われているかについて、医学的判断を実施。その際、個々のレセプトの記載内容だけでなく、地域医療の特性等（※）も踏まえ、必要に応じて、医療機関からの直接の説明等も求めつつ、総合的な判断を実施（こうした審査が、審査結果に対する信頼感・納得感をもたらしている）。
 - ※レセプト自体は保険診療ルール内の診療となっている場合であっても、他の医療機関に比べて請求されているレセプトの数が多いなど、過剰な請求が疑われるケースについて、当該医療機関の地域での役割や所属する医師の専門性（注1）、地域の医療の状況（注2）、医療機関の過去の診療実績等を勘案し、審査を実施
 - （注1）全国から患者が集まる専門医療機関では、患者の利便性も考慮し、通常同日に行われない複数の検査を同日に実施する場合など
 - （注2）特定のウイルスについて、感染流行の開始時期が地域により異なることから、地域の流行期に応じた審査を実施するなど
- ②審査は査定することのみが目的ではなく、医療機関に対する適切な保険診療への誘導・啓発が重要であり、こうした取組は顔の見えるきめ細かい単位で実施することが効果的
- これに伴い、審査委員の審査補助業務の実施のため、本部の事務執行機関として、各都道府県に審査事務局（仮称）を設置

社会保険診療報酬支払基金に改革の経緯

(見直しの背景)

- 社会保険診療報酬支払基金において審査に要する費用は保険料で賄われており、国民負担の軽減の観点から、業務効率化を進める。
- 支部間の審査結果の不合理な差異の存在が指摘されており、医療を受ける国民の公平性の観点からその解消を図っていく。

○規制改革実施計画（平成28年6月2日閣議決定）

審査の在り方に関する検討組織の設置と具体的検討、診療報酬の審査の在り方の見直し、組織・体制の在り方の見直しについて指摘

○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議報告書(平成29年1月12日)

①審査業務の効率化・審査基準の統一化、②ビッグデータ活用、③支払基金の組織体制の在り方等について報告

○支払基金業務効率化・高度化計画・工程表の策定(平成29年7月4日) 厚生労働省・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の策定(平成30年3月1日)

審査事務は業務効率化に合わせて集約化していくことが基本 審査事務の集約化の実際上の課題等を把握するため実証テストを実施

○規制改革実施計画（平成30年6月15日閣議決定）

実証テストで、支部の最大限の集約化・統合化を前提に、集約化の在り方を早急に検証し・・・その検証結果を踏まえた法案を提出する

○社会保険診療報酬支払基金法改正（令和元年5月成立）

本部のガバナンス機能強化（支部廃止等）、データ分析等に関する業務の追加等、手数料の階層化等を改正

○審査事務集約化計画工程表の策定・公表（令和2年3月31日）

職員によるレセプト事務点検業務等を審査事務センターへ集約する計画等を公表

○審査支払機能の在り方に関する検討会（令和2年9月～令和3年3月）

○審査支払機能に関する改革工程表（令和3年3月31日）

審査結果の不合理な差異の解消に向けた工程表

支払基金と国保中央会・国保連のシステムの整合的かつ効率的な在り方の実現に向けた工程表

組織編成の基本方針

組織体制見直しの目的

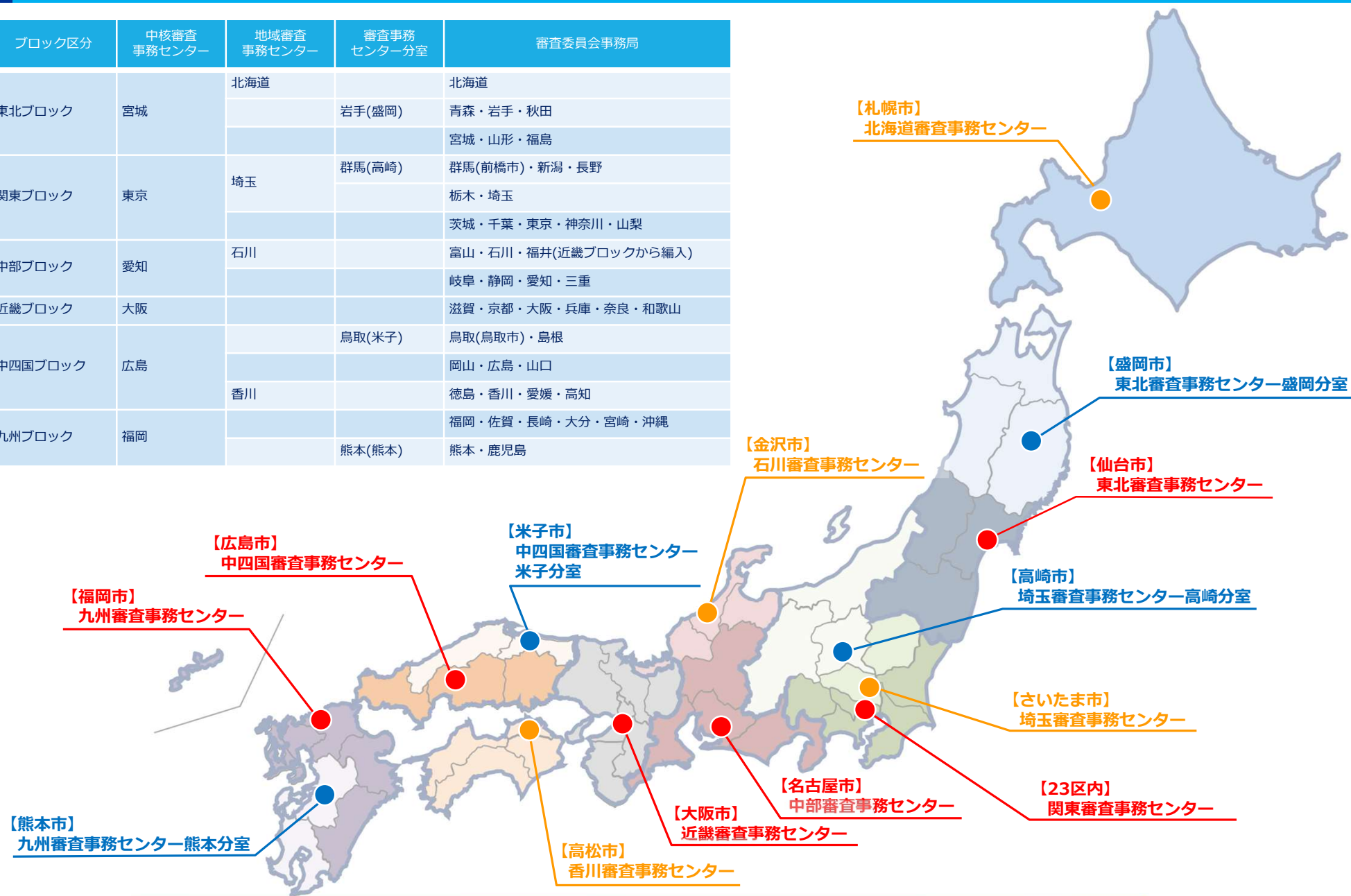
- 支部完結型の業務実施体制から本部を中心とした全国統一的な業務実施体制への転換**
- ▶ 審査支払新システムの構築など I C T の最大限の活用による審査事務の効率化・高度化の推進
- ▶ 審査結果の不合理な差異解消の取組の充実

具体的な見直し方針

- ▶ **審査結果の広域にわたる状況を速やかに把握できる体制**
 - ・ 審査事務センターでは、診療科別の組織を構成し、職員が複数の都道府県の審査事務を担当することで、都道府県間の審査の差異を速やかに把握できる仕組みを構築
- ▶ **診療科別WGへの報告と調整**
 - ・ 審査結果の差異については審査委員と連携し、中核審査事務センターに設置する診療科別WGに報告、調整
- ▶ **部長・課長のライン職の責任の明確化とフラットな組織**
 - ・ 何層にもわたる冗長な指揮命令系統を改めフラットな組織とし、部長・課長というライン職の責任を明確化
 - ・ 支部を含め、所掌が不明瞭な副長は原則廃止し、課長の所掌事務に関する責任を明確化

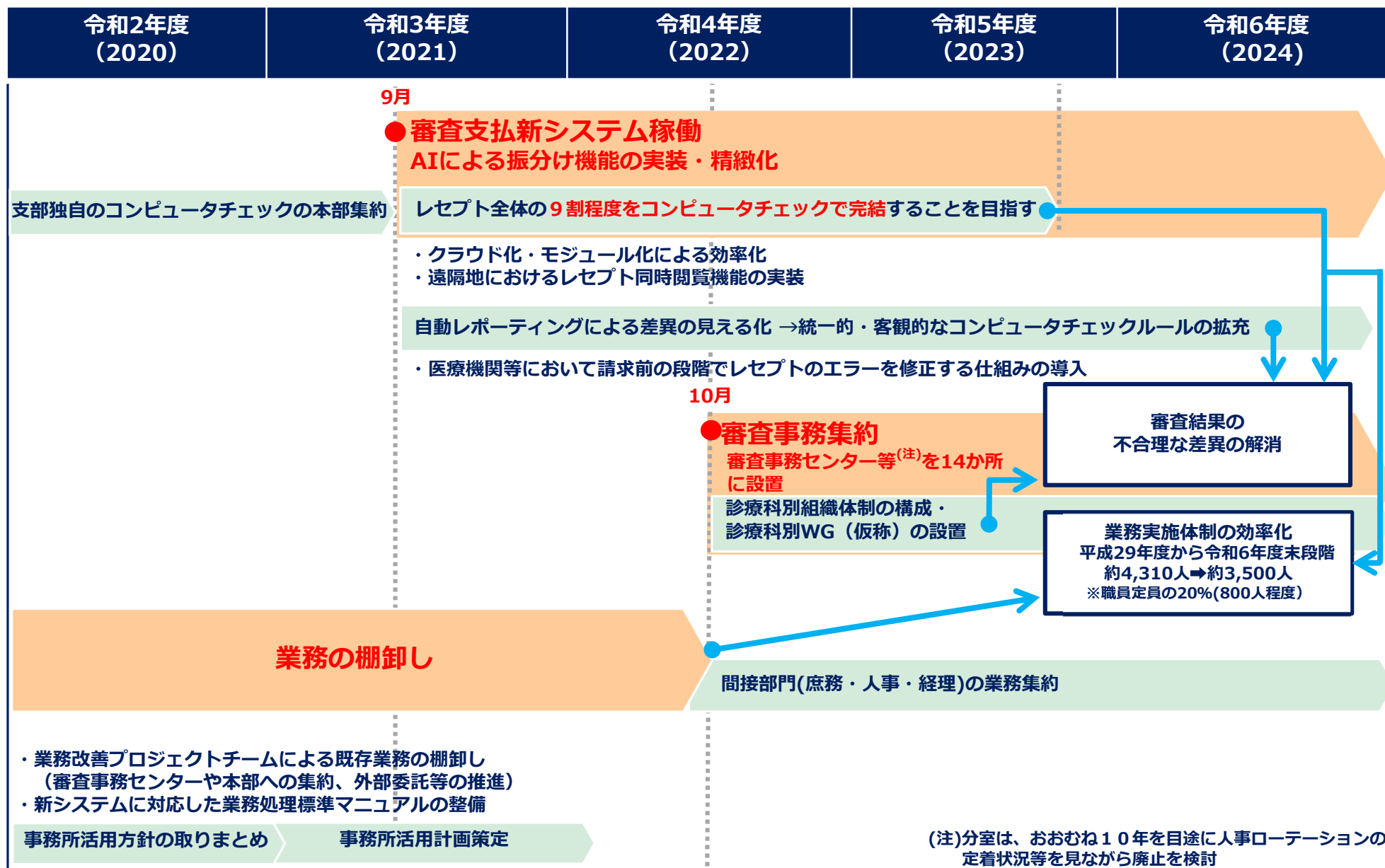
審査事務の集約

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		鳥取(米子)	鳥取(鳥取市)・島根
				岡山・広島・山口
		香川		徳島・香川・愛媛・高知
九州ブロック	福岡			福岡・佐賀・長崎・大分・宮崎・沖縄
			熊本(熊本)	熊本・鹿児島



審査事務集約化計画の工程（スケジュール）

令和2年3月31日
支払基金公表資料



ステークホルダーにとっての基金改革 ～改革で何が変わるのか～

	保険者	被保険者	医療機関等
ICT・AI による 業務効率化	審査支払手数料の削減 ▲約10% ➡貴重な保険料はできる限り給付に充当 質の高い審査（保険診療ルールの監視）		貴重な保険料財源は給付に充当 地域医療の特性に配慮したピアレビュー という本質は引き続き確保 適正なレセプト提出の支援 ➡・納得感のある査定 ・事前修正による事務効率化
審査結果の 不合理な 差異の解消	地域や保険によらず公平な医療が受けられる		地域や保険に関わらず最適な診療を行う医師等の裁量の保障
データ ヘルス	医療提供体制の効率化 ・過不足なく必要な医療が受けられる		
	効果的な保健事業の展開	自らの健康づくりに役立つPHR 健診・薬剤・レセプト等の情報	情報共有による最適な診療の実施

Ⅱ（１）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。

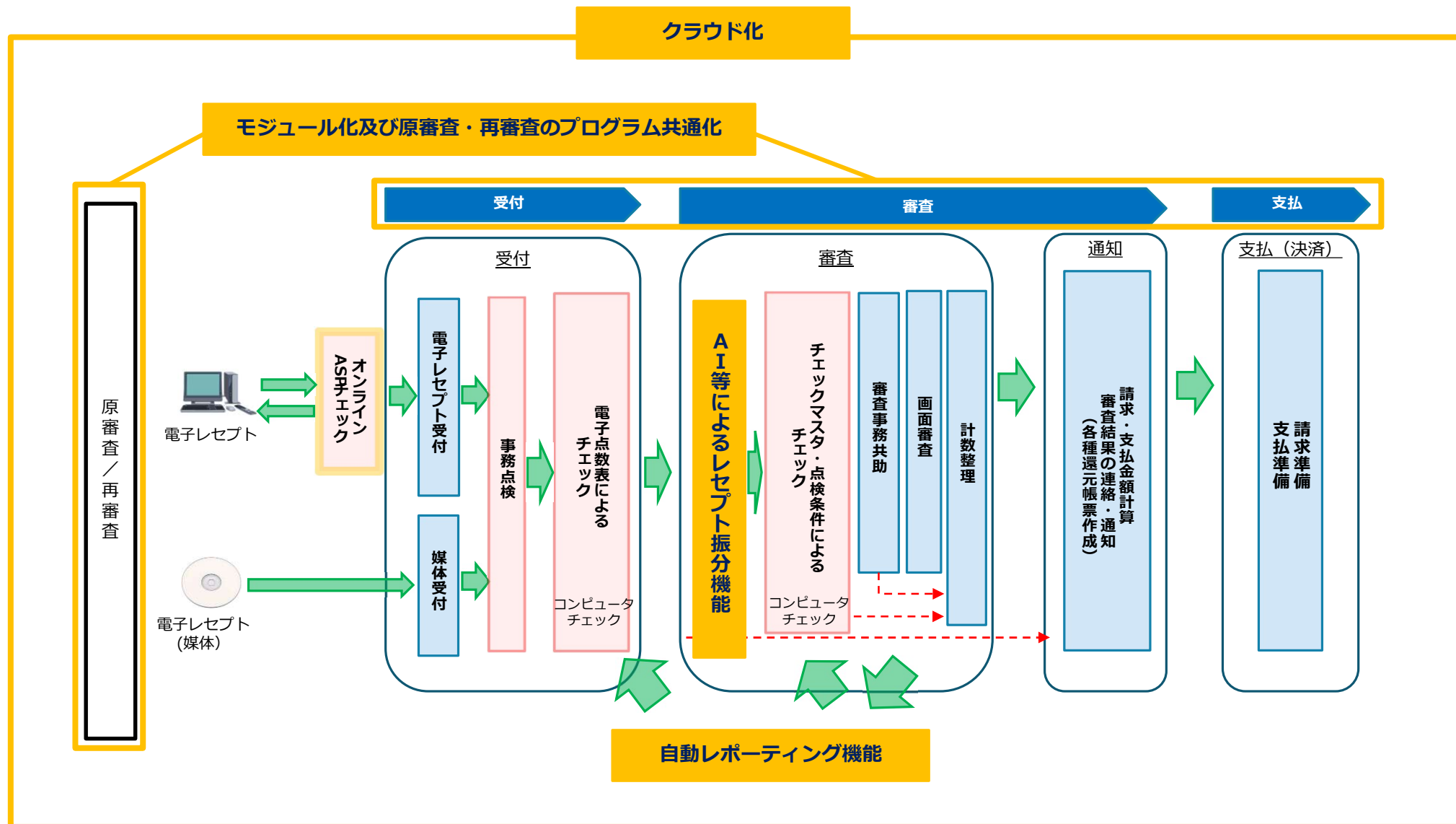
<システム刷新による削減効果>

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



Ⅱ 審査支払新システム（2）A I を活用したレセプトの振分

(2) A I を活用したレセプトの振分

概要

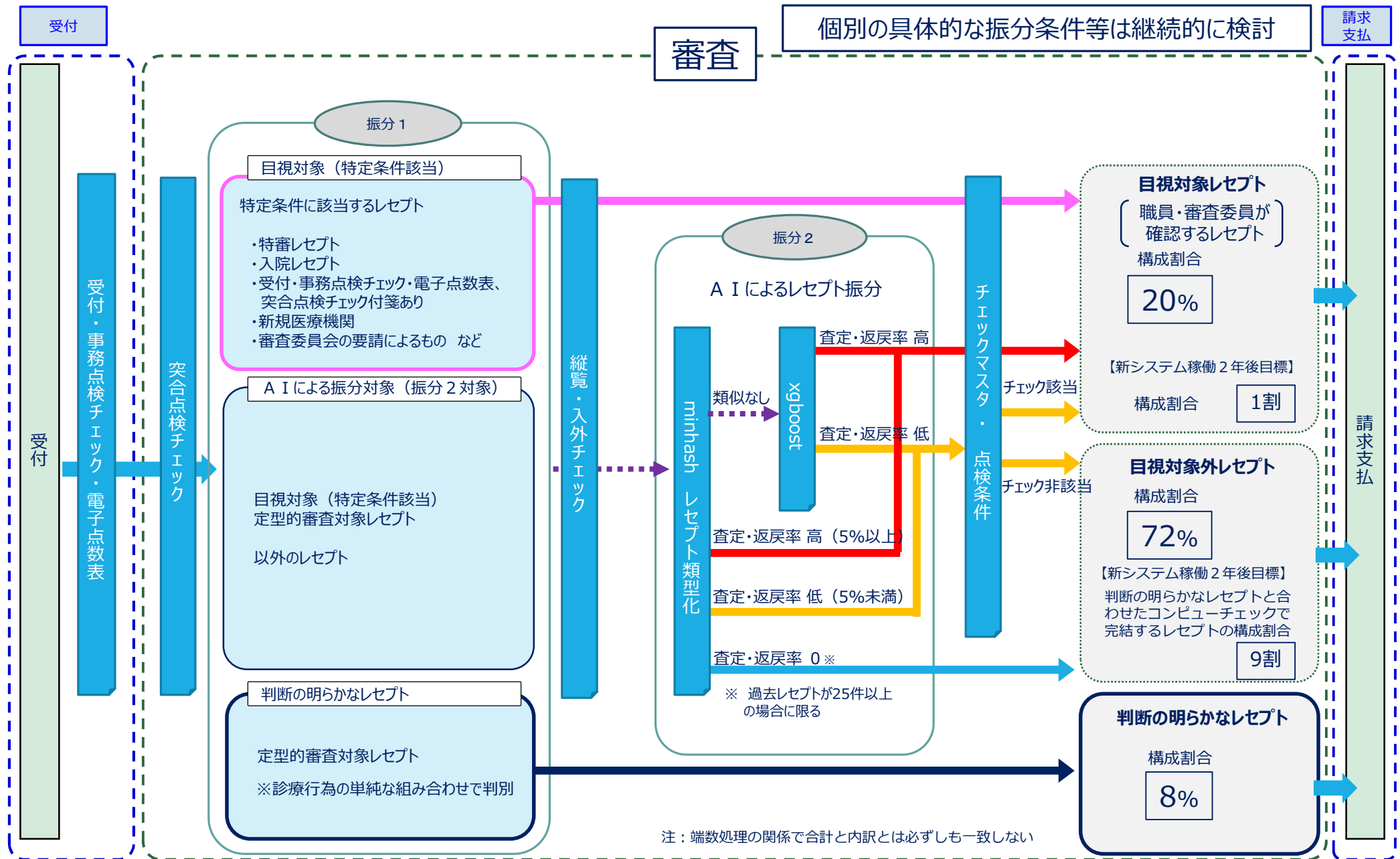
「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日 公表）

- 審査支払新システムでは、A I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

- 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
- A I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

A I によるレセプト振分機能の導入の全体像



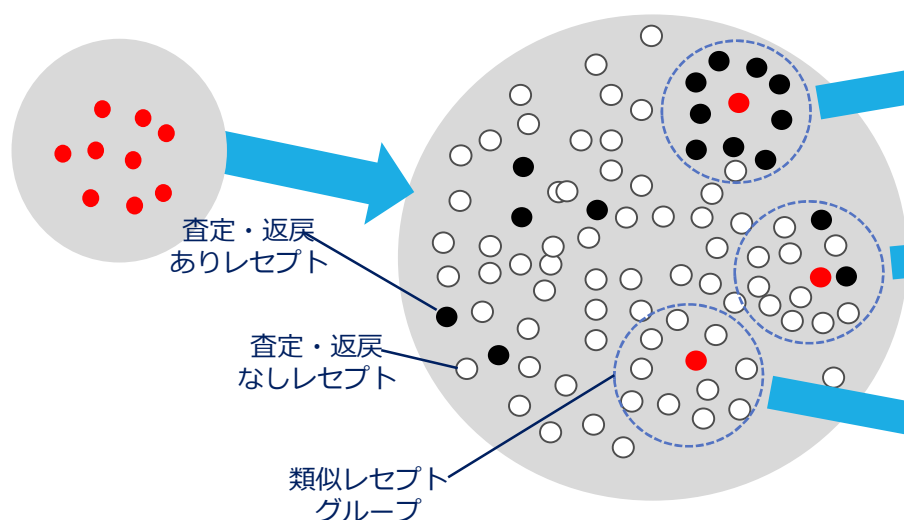
A I によるレセプト振分機能（minhashによる判定のしくみ①）

minhashによる判定の仕組み（レセプト類型化、査定・返戻率判定の方法）

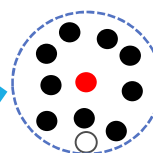
①類似レセプトグループ作成

受付レセプト
(例：2021年9月)

過去レセプト（事前処理）
(例：2020年7月～2021年6月)

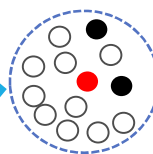


②グループ毎 査定・返戻率判定



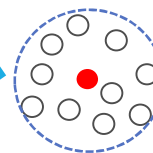
過去レセプトの査定・返戻率 高

⇒ 人による審査へ



過去レセプトの査定・返戻率 低

⇒ チェックマスタ・点検条件にかけ、
→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・返戻なし

⇒ 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・返戻率を算出し、その率に応じ、過去レセプトにおける査定率が高いもの、低いもの、過去に査定がなかったものに分類

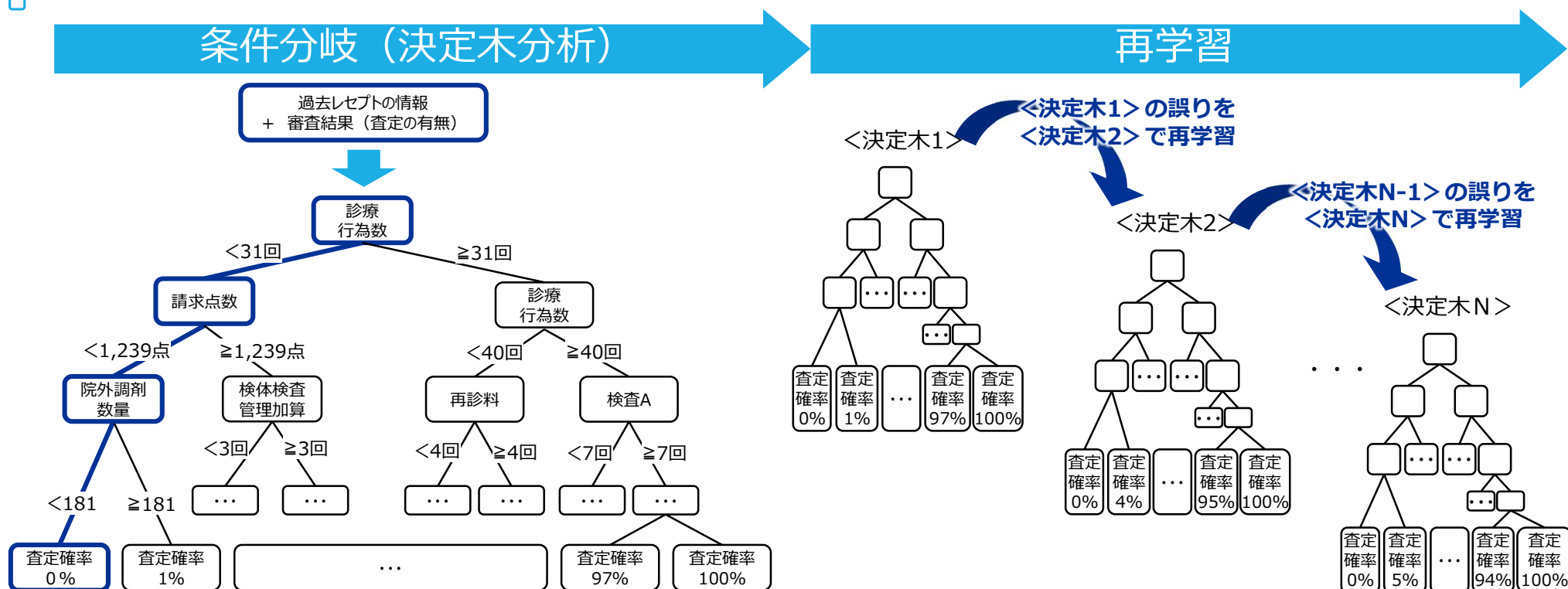
AIによるレセプト振分機能（xgboostによる判定のしくみ）

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・返戻の有無）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・返戻となる条件）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



更新頻度の検証結果

【minhash】

作成から期間が経過すると類型化率が低下

【xgboost】

作成から期間が経過しても精度（AUC）の低下幅は小さい

Minhashとxgboostを組み合わせたCC完結査定混入率や費用等を踏まえ 3 か月に 1 回の更新とする

minhash検証パターン



ケース	類型化率	CC完結 査定混入率※
1 作成直後	53.7%	0.228%
2 作成3か月後	51.0%	0.228%
3 作成6か月後	48.3%	0.230%

xgboost検証パターン



ケース	AUC	CC完結 査定混入率※
1 作成直後	0.8532	0.228%
2 作成3か月後	0.8527	0.229%
3 作成6か月後	0.8510	0.229%

※ CC完結査定混入率はminhashとxgboostを組み合わせた振分結果の「CC完結」レセプトに混入する査定レセプトの割合

【検証条件】 医科入院外レセプト xgboostの閾値を目視20%に調整 サンプルングレート 1 : 5、木の深さ10、木の木数20

診療報酬改定前後の学習データの検証結果

【minhash】

過去レセプトを限定すると類型化率が低下するためデータを限定しない

【xgboost】

改定後のみデータと改定前データ混在との比較（ケース 1 vs 2）（ケース 3 vs 4）を行うと
いずれも改定前データが混在しても1年分とした方が精度（AUC）が高い

診療報酬改定前後であっても学習データは過去1年分とする



ケース	AUC
-----	-----

1 改定3か月 改定後のみ 0.8571

2 混在1年分 0.8598

評価レセプト 2018年9月審査分

ケース	AUC
-----	-----

3 改定6か月 改定後のみ 0.8604

4 混在1年分 0.8616

評価レセプト 2018年12月審査分

【検証条件】 医科入院外レセプト サンプルングレート1:5、木の深さ10、木の木数20

学習データの対象範囲の検証結果

【minhash】

過去レセプトを限定すると類型化率が低下するためデータを限定しない

【xgboost】

学習データを限定しない方が精度（AUC）が高い

学習データは限定をせず、全データとする

2018年

2019年

5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
					ケース1 限定無し xgboost												作成	評価	
					ケース2 ベテラン審査委員に限定 xgboost														
					ケース3 審査事務に優れた職員に限定 xgboost														
					組合せ minhash ※固定														

ケース	AUC	CC完結 査定混入率※
1 限定なし	0.8532	0.228% 
2 ベテラン審査委員（主任審査委員）に限定	0.8413	0.238%
3 審査事務に優れた職員（審査充実グループ）に限定	0.8391	0.239%

※ CC完結査定混入率はminhashとxgboostを組み合わせた振分結果の「CC完結」レセプトに混入する査定レセプトの割合

【検証条件】 医科入院外レセプト xgboostの閾値を目視20%に調整 サンプルングレート1：5、木の深さ10、木の木数20

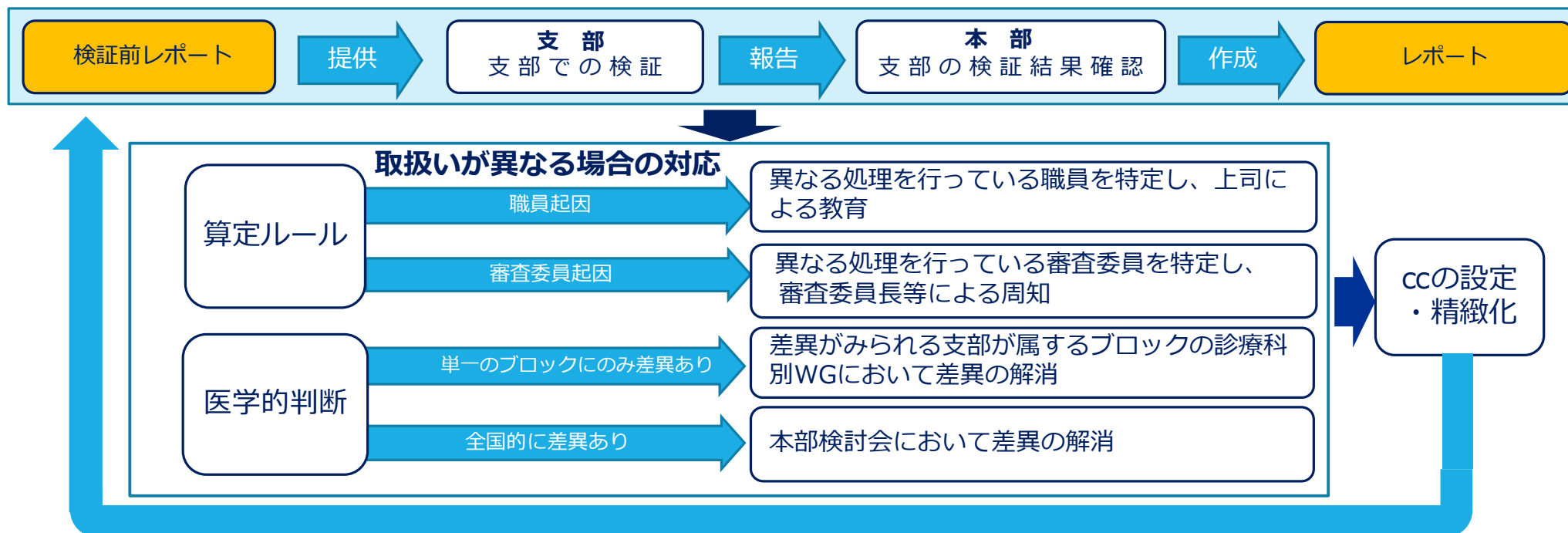
Ⅱ 審査支払新システム（３） 自動レポート機能の導入

レポートの目的

- 審査の差異の見える化 ▶ 不合理な差異の解消

レポートのスケジュール

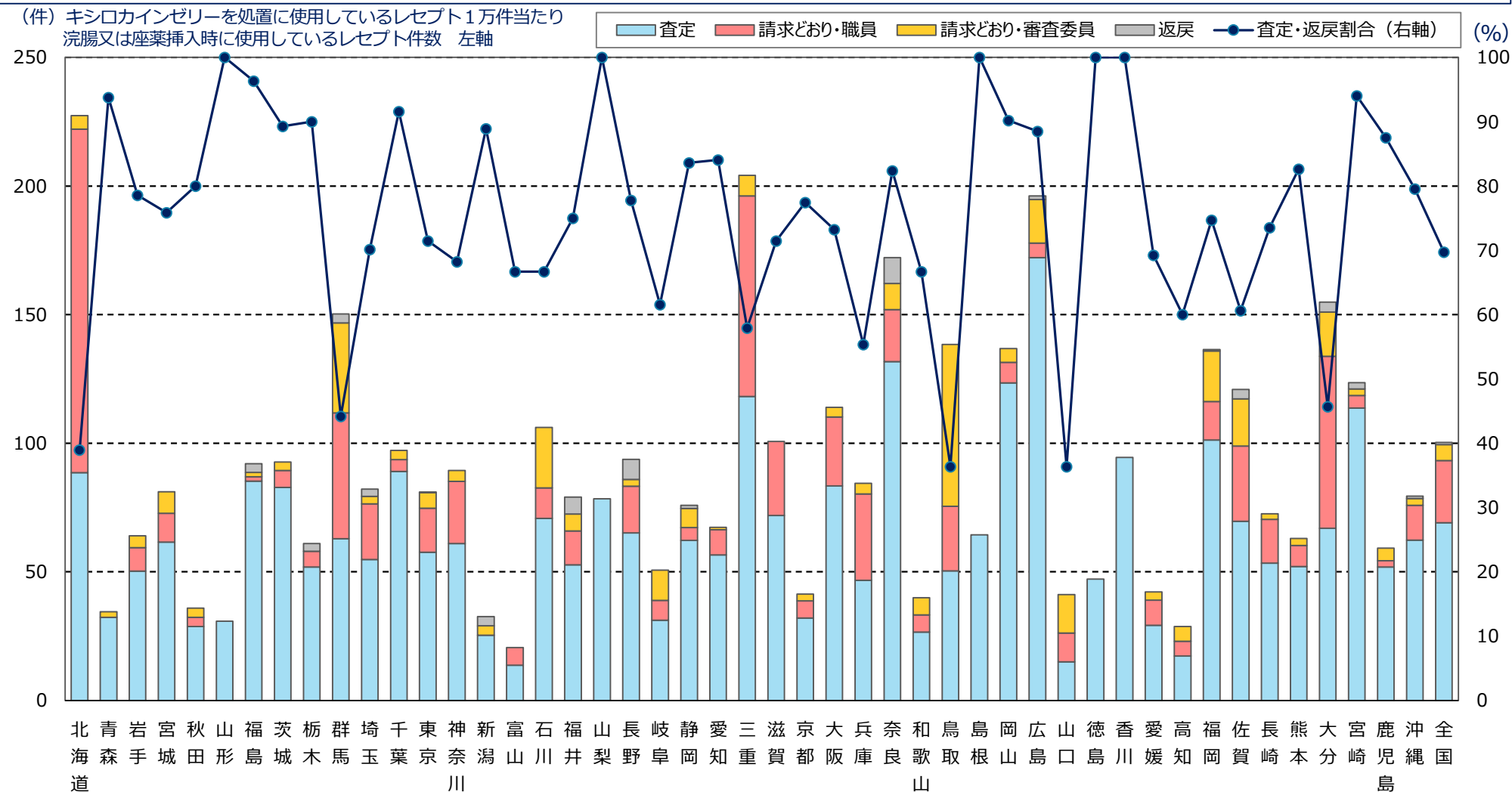
- 既に審査における取扱いがまとめられている、審査の一般的な取扱い31事例や審査情報提供82事例（令和3年7月末時点）については令和3年9月にHPで検証前レポートを公開。
その後、検証後の正式なレポートを順次HPで公表（令和4年3月までに完了）。その後1年を目途にフォローアップ
- 令和4年度は、年間2000件以上の付箋がつくコンピュータチェック対象事例等、134事例についてレポート
- 以降、今後取扱いがまとめられる審査の一般的な取扱い事例や審査情報提供事例、過去の審査データを分析し査定が多い事例から順次コンピュータチェックを拡充する取組をすすめることにより増加するコンピュータチェック対象事例についてレポート



支部検証前：浣腸又は坐薬挿入時のキシロカインゼリー【C Cあり・認めない事例】

通常、疼痛を伴わない「浣腸」や「坐薬挿入」時のキシロカインゼリー2%の使用は、単なる潤滑油的な使用であり、麻酔の必要性がない場合は原則として認めない。

(件) キシロカインゼリーを処置に使用しているレセプト1万件当たり
浣腸又は坐薬挿入時に使用しているレセプト件数 左軸



該当件数	429	16	14	29	10	6	54	56	20	43	144	107	294	192	9	3	18	12	10	36	13	61	69	76	21	31	306	103	34	6	11	8	51	139	11	9	22	13	5	229	33	34	23	81	50	24	88	3,053
請求どおり件数	262	1	3	7	2	0	2	6	2	24	43	9	84	61	1	1	6	3	0	8	5	10	11	32	6	7	82	46	6	2	7	0	5	16	7	0	0	4	2	58	13	9	4	44	3	3	18	925

【該当件数】浣腸又は坐薬挿入時にキシロカインゼリー（一般名：リドカイン塩酸塩）を使用しているレセプト件数

検証結果及び対応状況

検証観点	特に検証を要する支部	備考
査定・返戻割合が低い支部	鳥取、山口、北海道、群馬、大分、兵庫、三重	査定・返戻率の低い下位7支部
請求どおり・職員	北海道、三重、大分、群馬、兵庫、佐賀、滋賀	対象1万件当たり件数の上位7支部
請求どおり・審査委員	鳥取、群馬、石川、福岡、佐賀、大分、広島	〃

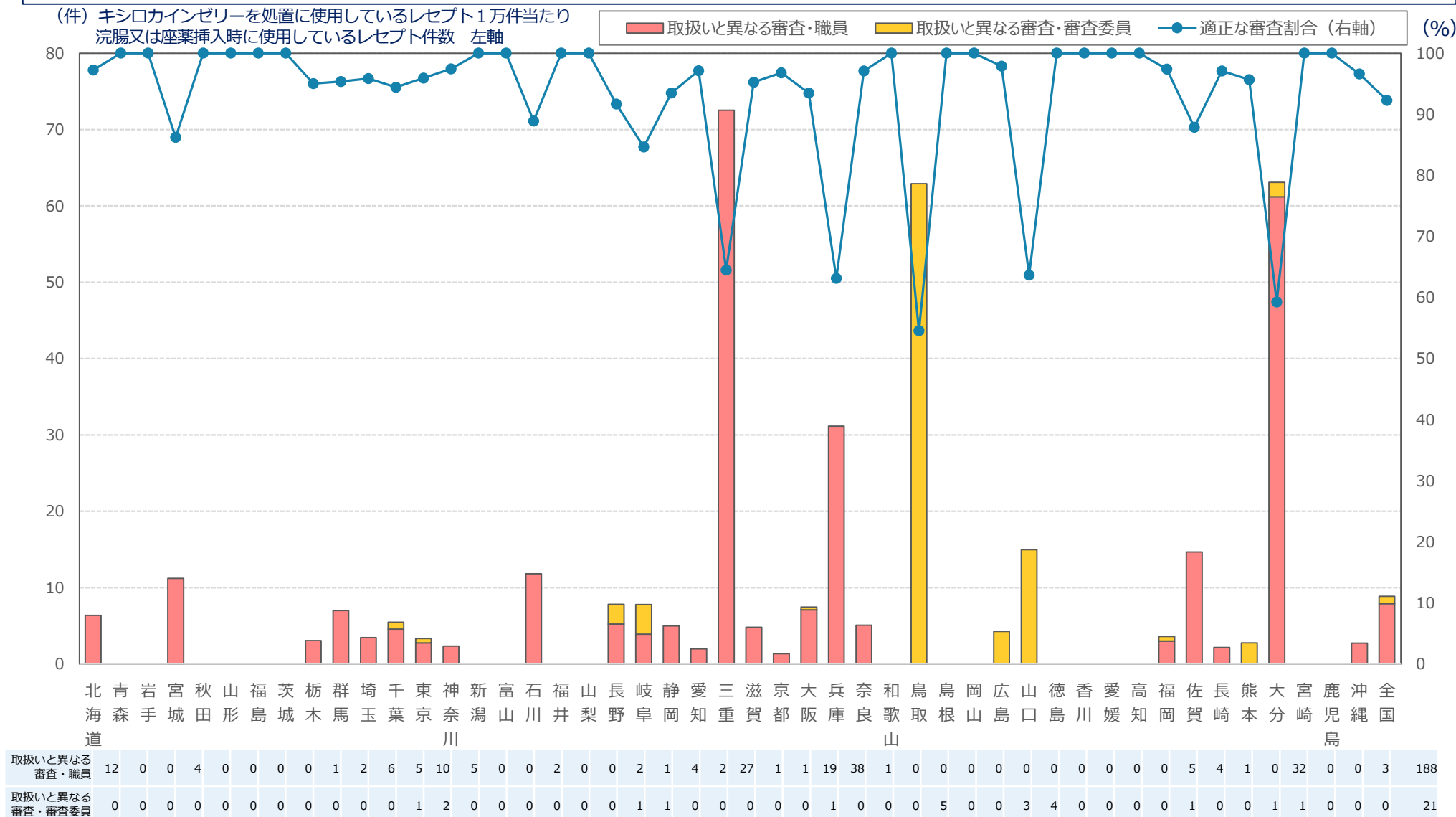
○支部の評価及び対応状況

- 北海道、群馬、滋賀、広島、福岡 : 請求どおりと判断したレセプトの多くが、裂肛、痔核、痔瘻等が併存し、疼痛を伴う旨の症状詳記からキシロカインゼリーの必要性を認める適正な請求と判断したもの ⇒対応なし
: 一部のレセプトにおいて、職員又は審査委員の認識誤り
⇒上司の教育又は審査委員長から連絡・再周知により是正
- 石川、三重、兵庫、大分、佐賀 : 職員の認識誤り（取扱いの失念、誤解等によるCCの解除）
⇒上司の教育により是正
- 鳥取、山口 : 審査委員の認識誤り（取扱いの不知等により医学的判断を誤ったもの）
⇒審査委員長から連絡・再周知により是正

支部検証後：浣腸又は坐薬挿入時のキシロカインゼリー【C Cあり・認めない事例】

通常、疼痛を伴わない「浣腸」や「坐薬挿入」時のキシロカインゼリー2%の使用は、単なる潤滑油的な使用であり、麻酔の必要性がない場合は原則として認めない。

2020年04月～2021年03月審査分



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ということ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っています。

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アト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。

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3年4月時点）

N o	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	1,243	1,243	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	1,312,695	1,312,695	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	53,780	3,678	6.8%	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	393,956	82,760	21.0%	令和元年11月 【更新】 令和2年10月 【更新・試行的公開】 令和3年3月 【更新】
合計			1,761,674	1,400,376	79.5%	

コンピュータチェックの試行的公開

目的

公開事例の拡大に向けて、関係団体に混乱や負担が生じないか、新たに作成した公開ファイルが保険医療機関等のコンピュータに容易に取り込めるか等、**課題を整理することを目的**に試行実施する。

試行的公開の内容（試行的公開事例）

「コンピュータチェックに関する公開基準」において、慎重に検討する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以下事例の一部を対象事例とする。

※ 診療報酬改定により取扱いが変更、添付文書の変更、関係団体からの意見等により、事前の予告なく事例を変更する場合があります。

（試行的公開事例）

- ・ コンピュータチェック後、更に診療行為等から医学的に判断を要する事例
- ・ 診療行為又は医薬品の適応に関する事例
- ・ 医薬品の用法・用量に関する事例
- ・ その他事例（例：数量や回数を入力誤りと考えられる事例等）

実施内容

【試行開始日】 2020年10月27日（火）

【試行実施期間】 2020年10月～

※ 影響調査結果を適宜集計し、公開事例の拡大の可否等を判断した時点で終了することとします。

【影響調査方法】 関係団体へのヒアリング、アンケート調査（予定）等

試行的公開事例数

	チェック種別	チェック区分	チェック内容	試行的公開	
				医科	歯科
コンピュータチェック		合 計		4,549	56
	チェックマスタ	医薬品チェック	効能・効果	15	1
			用量	15	
			日数	15	
		診療行為チェック	適応	30	11
			傷病名と診療行為の適応		
		歯式関連 適応・歯数チェック	適応 + 歯数		1
		調剤チェック	算定ルール		
	本部 点検条件	算定ルール	告示・通知等に基づく事例		
		算定ルール (医学的判断)	告示・通知等に基づく事例 ・医学的判断を伴うもの	740	43
		算定ルール (審査の一般的な取扱い等)	告示・通知等に基づく事例 ・医学的判断を伴うもの	15	
		その他 (外れ値等)	入力誤りと考えられる 回数等	3,719	

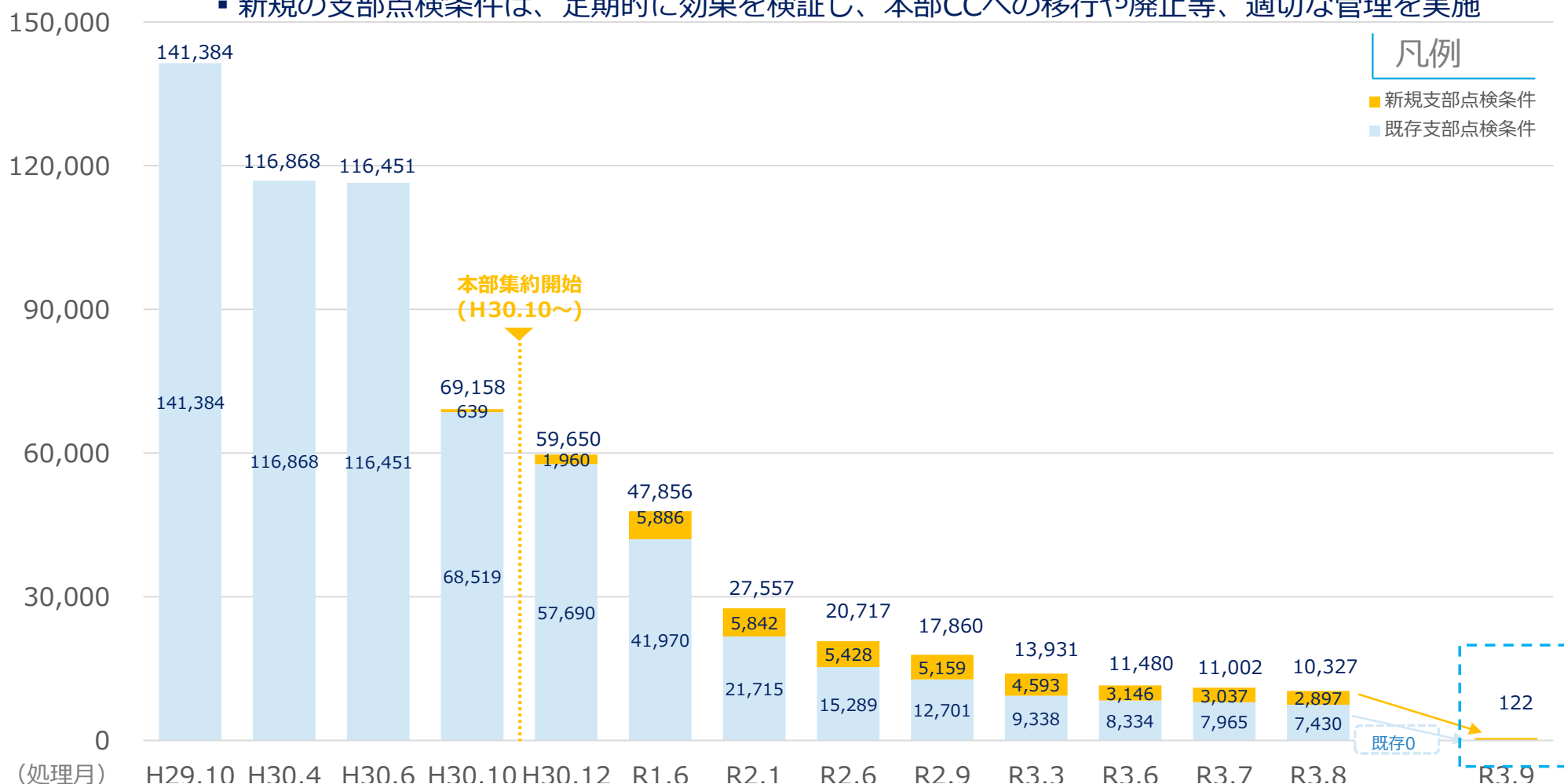
審査結果の不合理的差異解消（２）支部点検条件の本部集約

「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。

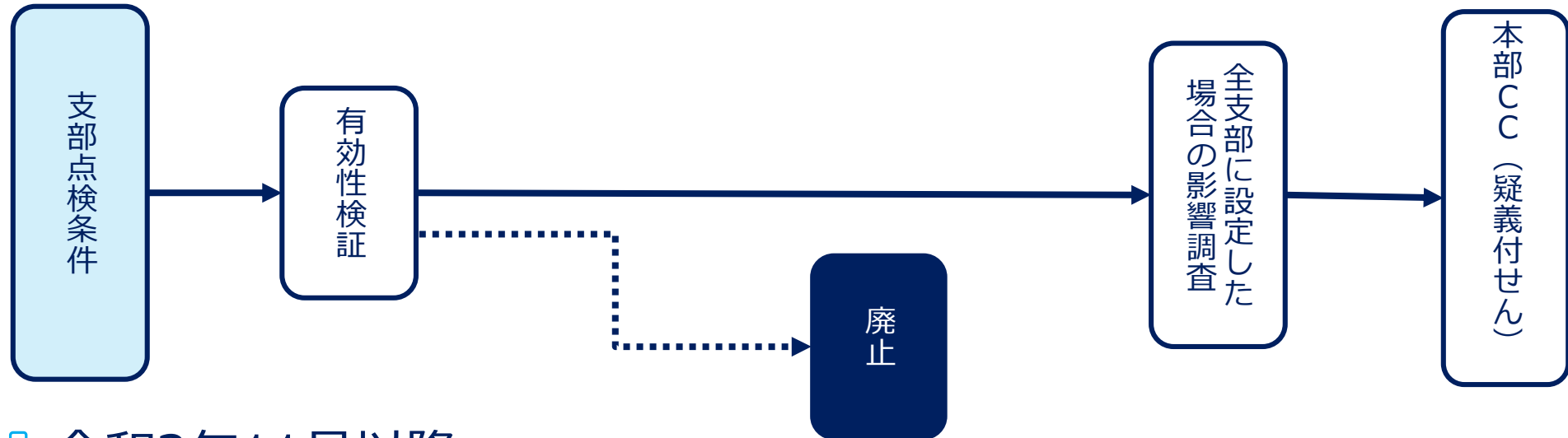
- 既存の支部点検条件は、平成29年10月時点で約14万件、令和3年9月時点で本部集約完結
- 新規の支部点検条件は、定期的に効果を検証し、本部CCへの移行や廃止等、適切な管理を実施

単位：事例数

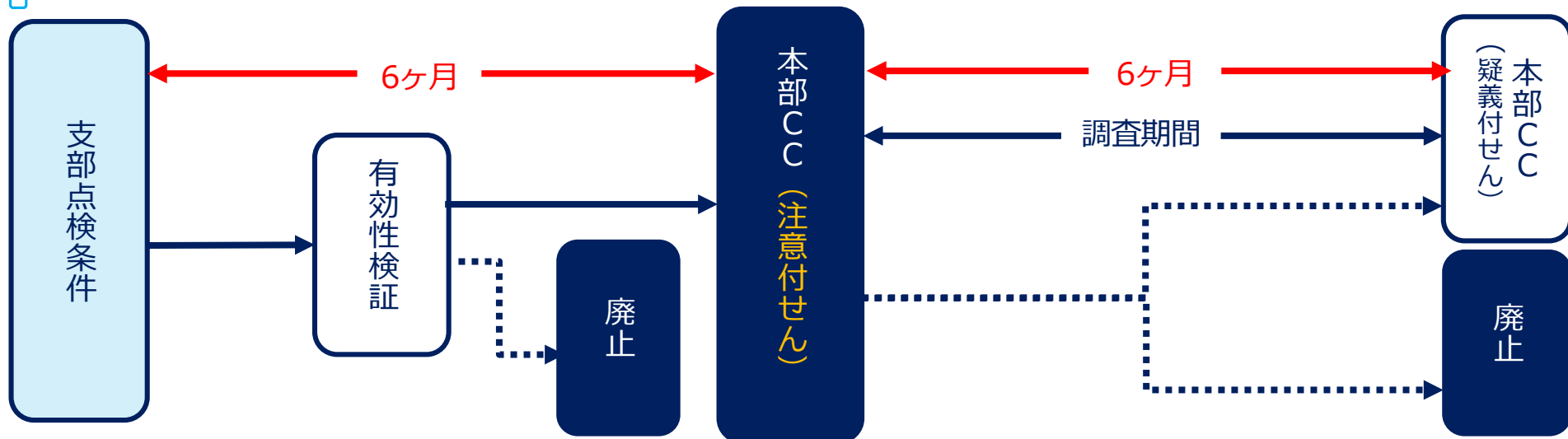


新システム稼働までの支部点検条件の本部集約方法

令和2年10月まで



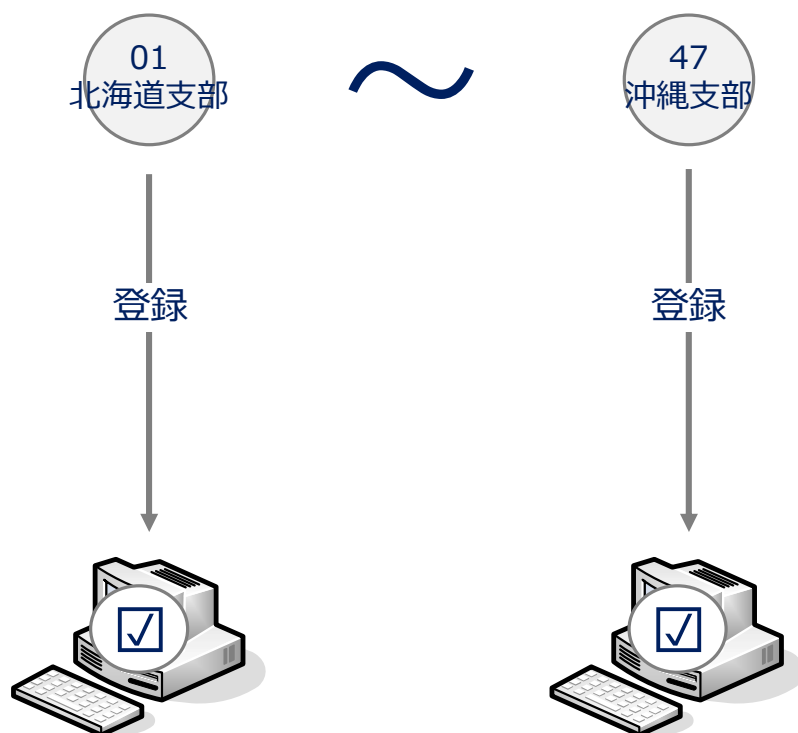
令和2年11月以降



新システム稼働後の支部点検条件の設定方法

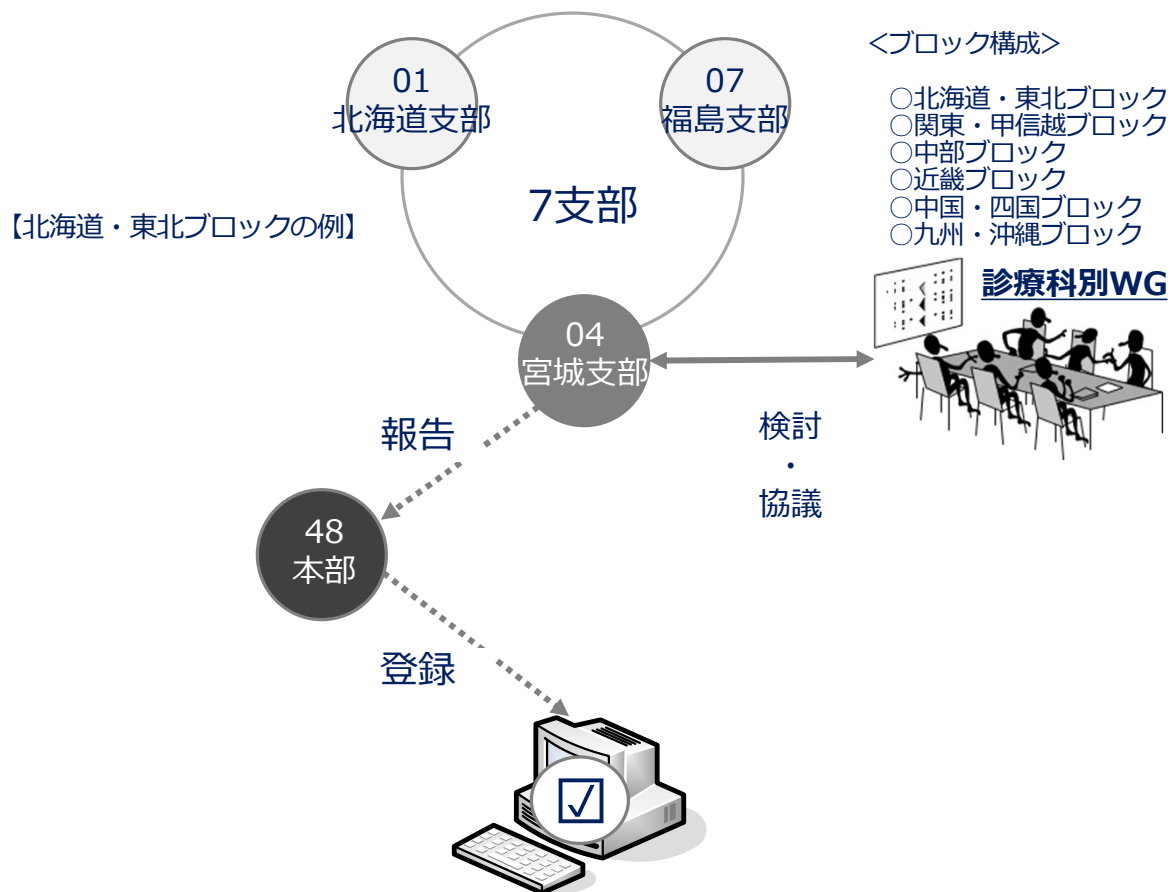
Ⅰ 現行（～令和3年8月審査）

- 各支部が登録



Ⅱ 新システム稼働後令和3年9月審査～

- ブロックの中核支部が中心となって診療科別WGと取りまとめた取決め等を**本部が登録する**



Ⅱ 審査結果の不合理的差異解消（３）組診療科別WGによる差異解消

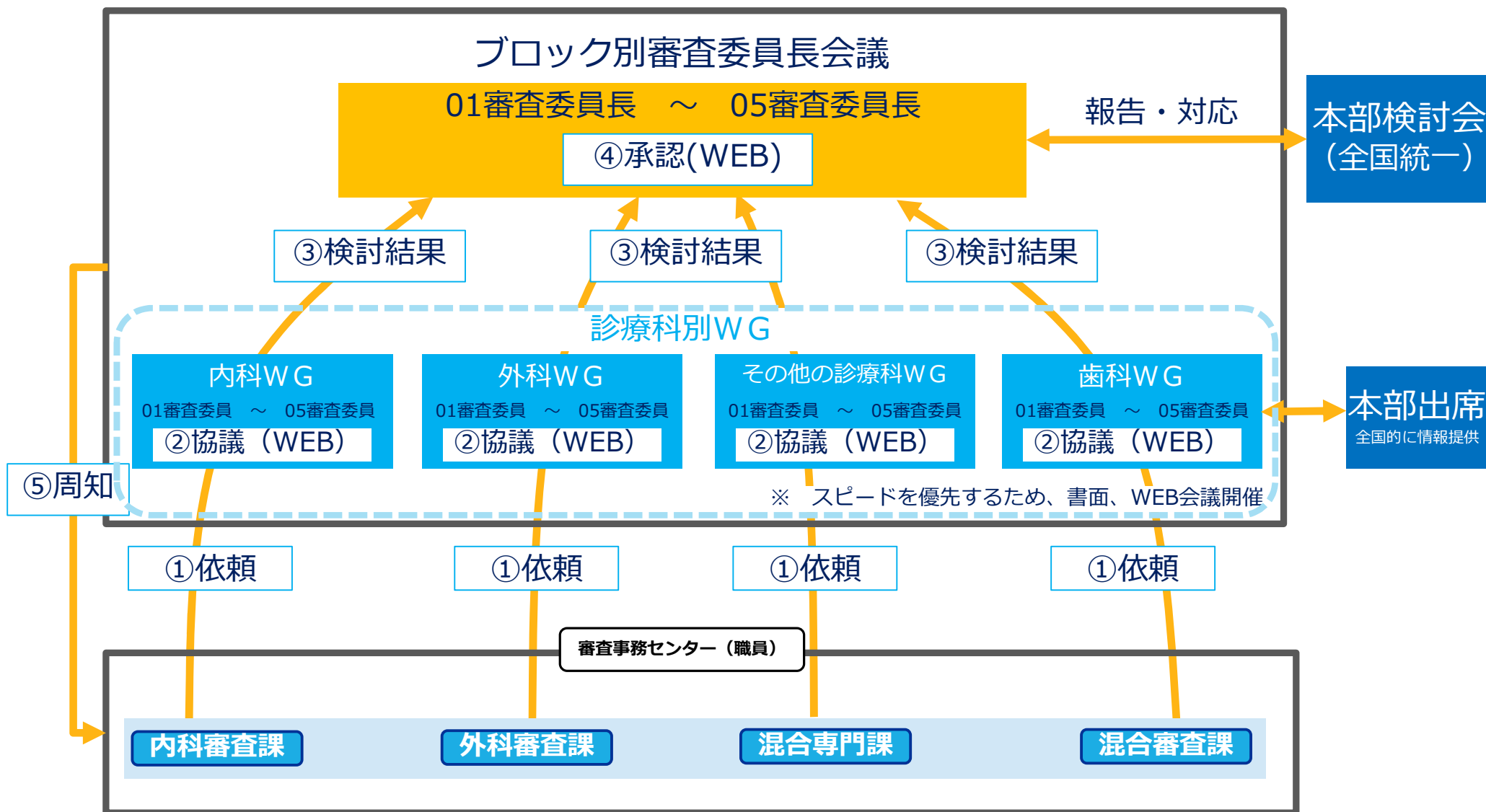
「審査事務集約化計画工程表」（令和2年3月31日 公表） ※抜粋

- 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

- 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差異を認めた場合は、本部検討会で協議
- 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

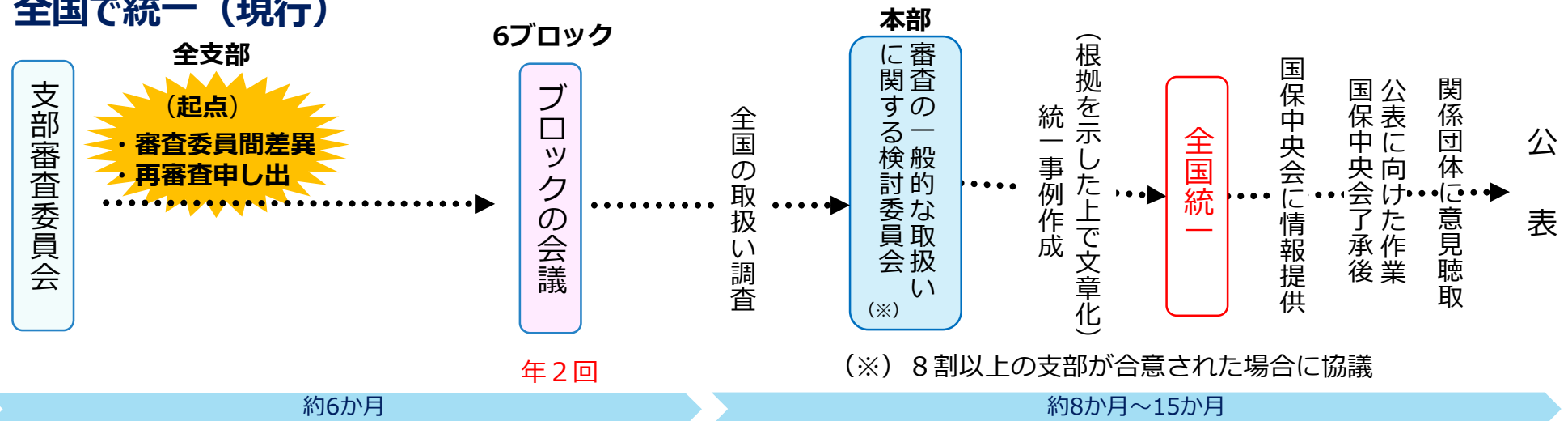
診療料別組織と診療科別WGによるの差異解消のスキーム



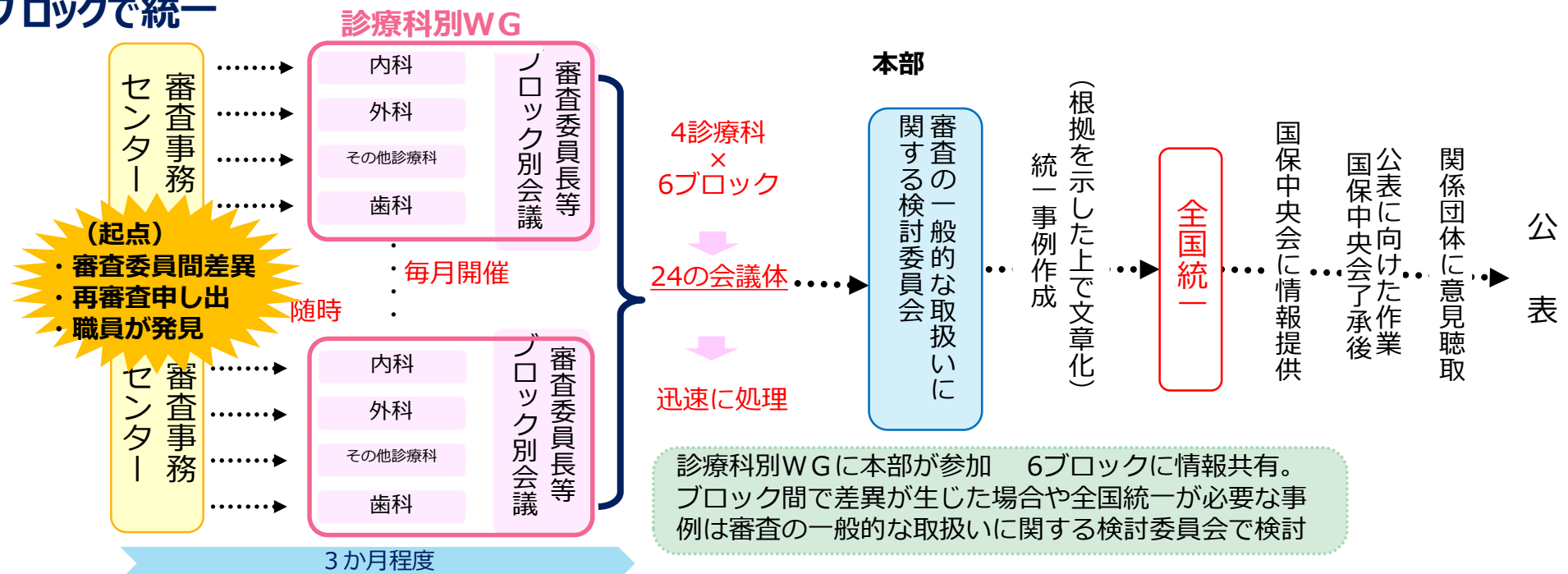
差異解消の検討体制フロー

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

全国で統一（現行）



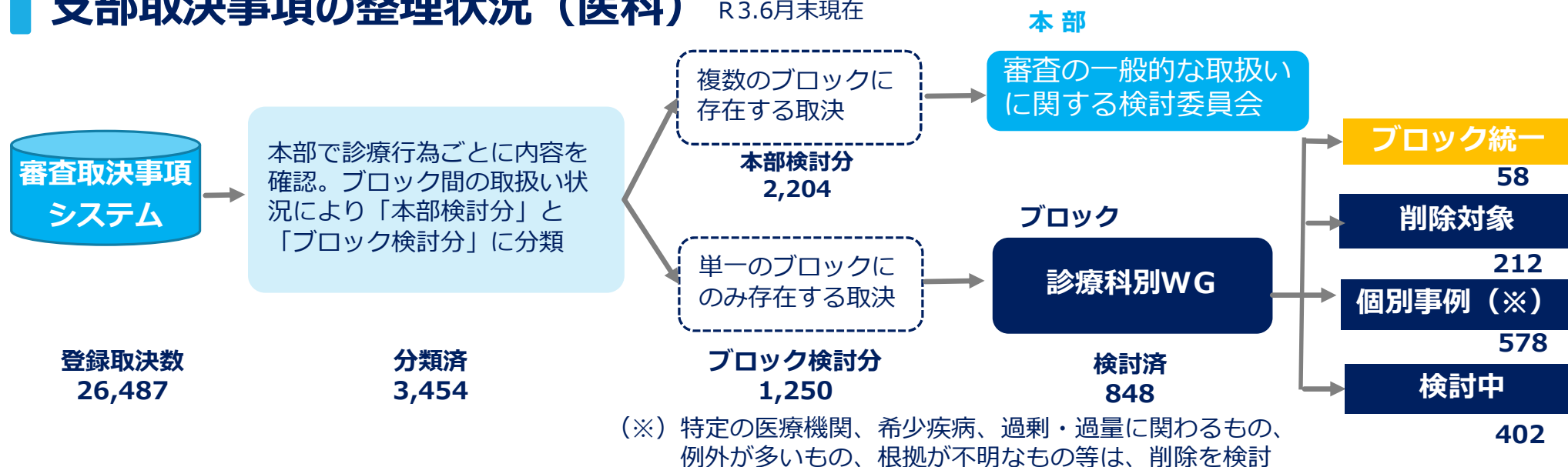
ブロックで統一



審査事務の集約に向けた支部取決事項の先行的統一のスキーム

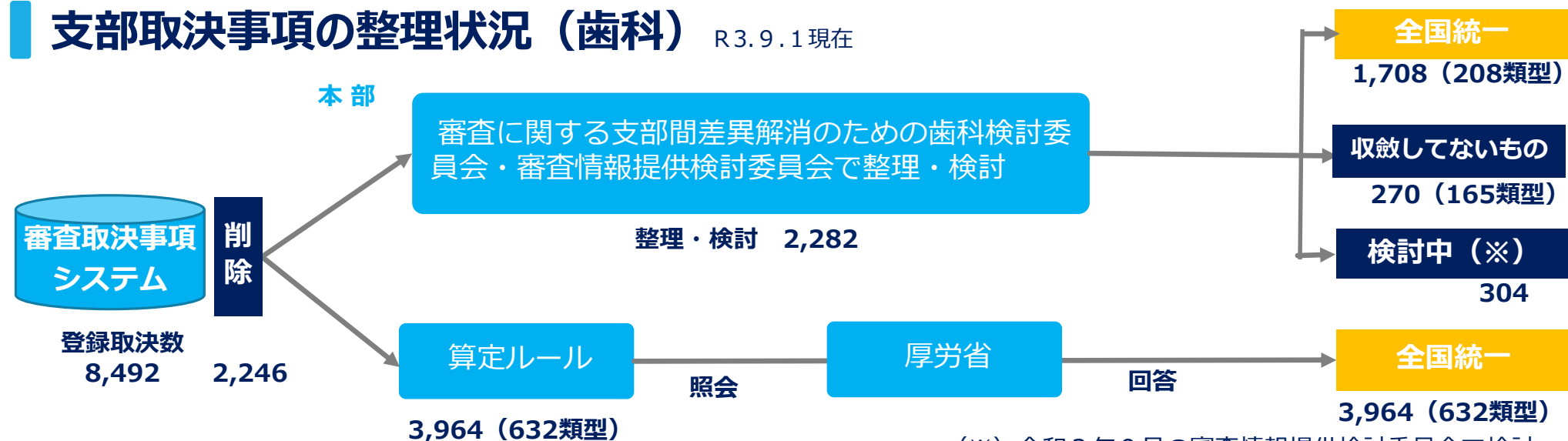
支部取決事項の整理状況（医科）

R 3.6月末現在



支部取決事項の整理状況（歯科）

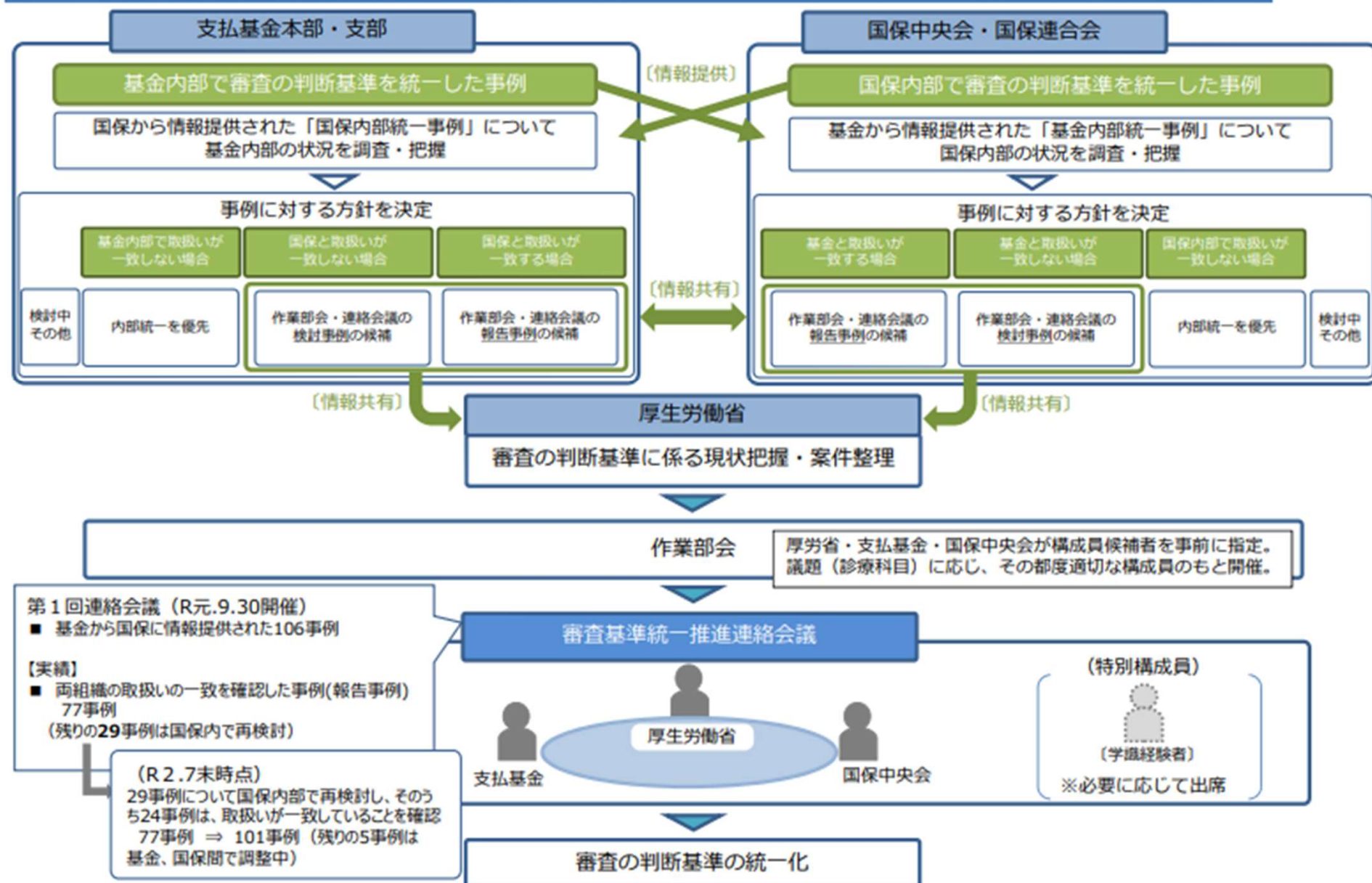
R 3.9.1 現在



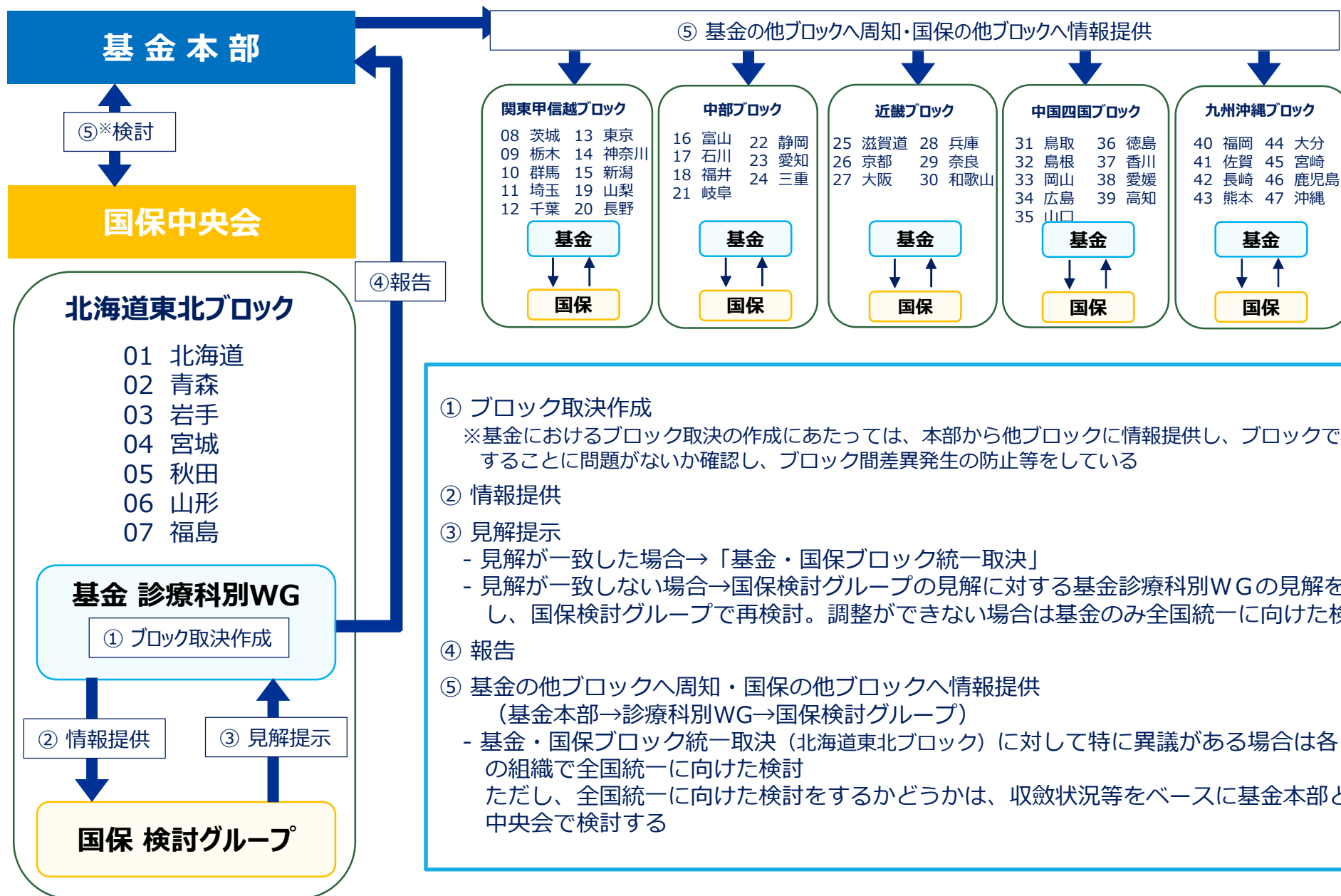
審査基準の統一の取組

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

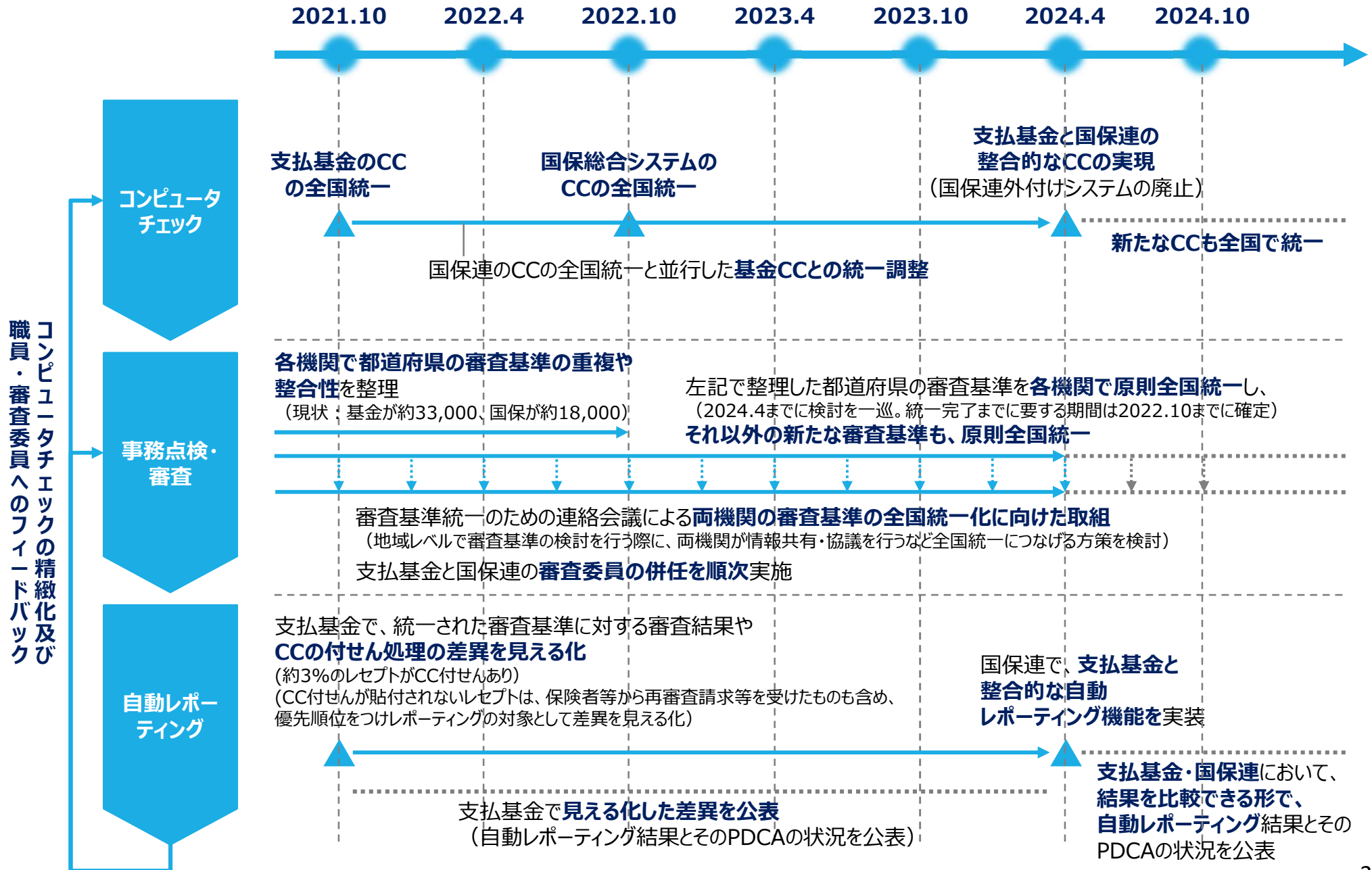


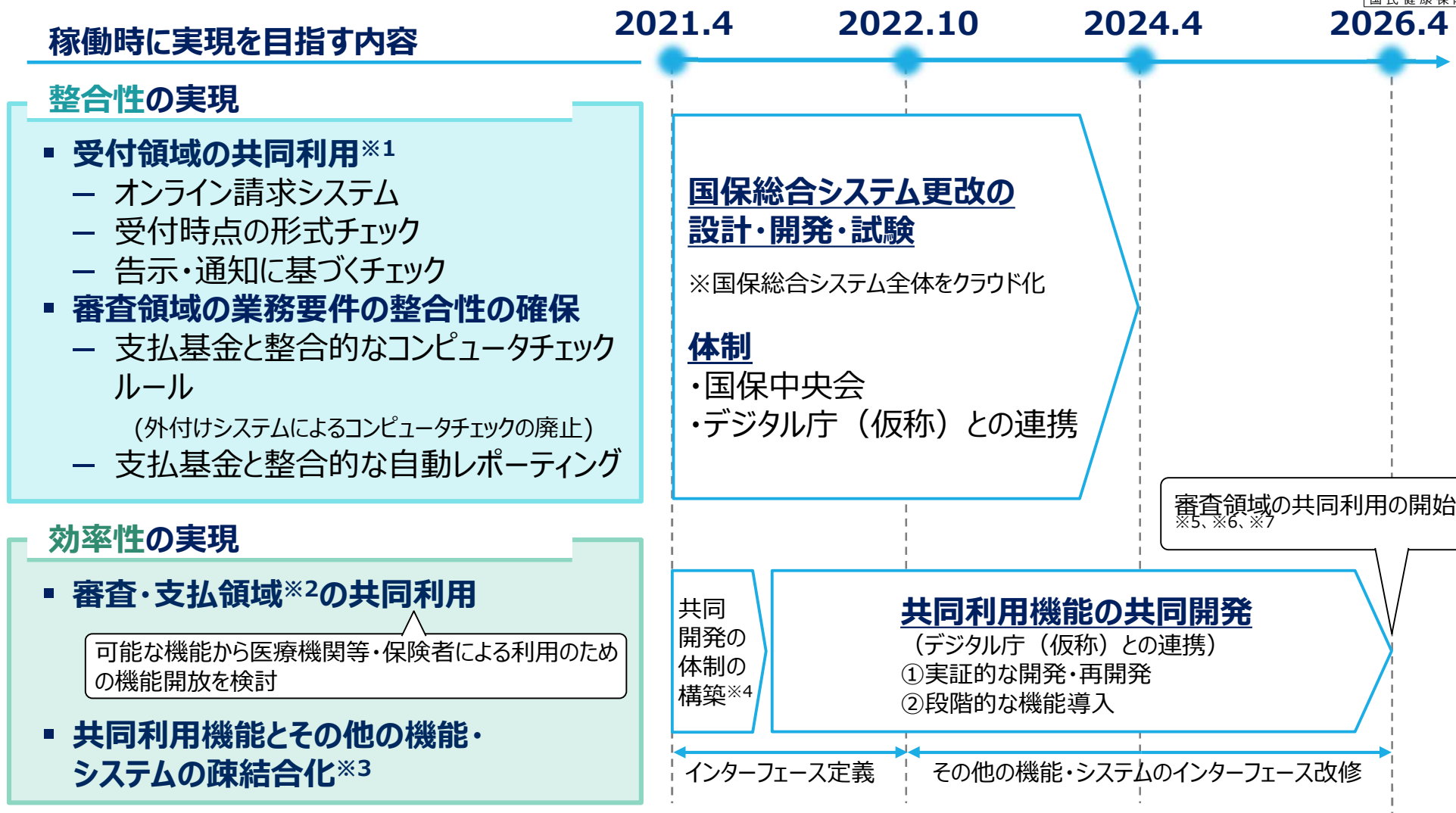
ブロックレベルでの情報提供・協議の仕組み（検討中の仕組みのイメージ）



審査結果の不合理な差異の解消に向けた工程表

2021年3月31日
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





※1 受付領域は、技術的な実現可能性を精査し、費用面も勘案しつつ、システム集約

※2 コンピュータチェックのロジックとマスタ、振分チェックのAIエンジン、自動レポートニング、基盤、ネットワーク、セキュリティ対策等

※3 「疎結合」とはコンピュータシステムで、異なる二つの構成要素の結びつきが弱い状態。各要素の独立性が高く、一方に障害が生じても他方に影響を与えることが少ない。疎結合化により、共同利用機能及びその他の機能・システムの柔軟なシステム運用・改修を可能とする。

※4 「重要な意思決定に関する基金・国保の意見調整の仕組み」と「支払基金と国保の実効的な合同実務部隊」を構築する

※5 審査領域は、技術的な実現可能性や一時的に生じる追加費用と共同化等による中長期的な費用の抑制効果の精査を行いつつ、2026年4月に共同利用開始を目指す。

※6 支払領域等の共同利用については、審査領域とは別に、デジタル庁（仮称）との連携の下、早急に費用対効果を含めた検証を行い結論を出す

※7 審査支払システムの基盤としてGov-Cloud（仮称）の利活用の可能性も検討する

今後の課題 ①在宅審査の検討

「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。

▶ 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%

在宅審査事務の試行的実施

在宅審査事務実施の目的及び確認事項業務

目 的

- 長時間通勤となる職員の負担軽減
 - ー 令和4年10月の審査事務集約以降、長時間通勤となる職員の負担軽減
- 審査事務体制の維持
 - ー 新型コロナウイルス感染拡大により、審査事務時間の確保ができずに審査実績が低調となるなど、事務所でなくとも一定の範囲で審査事務等が実施できる環境の整備

確認事項

- ▶ 審査実績等（疑義付箋貼付、審査結果理由の記載、レセ電操作時間）の検証
- ▶ 職員・審査委員間、職員間、審査委員間での連携の検証
- ▶ 業務の進捗管理、部下職員に対する指導・教育の検証
- ▶ 医療機関等からの電話照会等の外部関係者からの照会対応の検証
- ▶ 居宅で対応可能な会議（対面と比べたWEB会議のメリット・デメリット）
- ▶ 在宅勤務可能な業務の洗い出し（電子レセプトの審査事務以外）

在宅審査に当たってのセキュリティ対策とシステム的な検証視点等

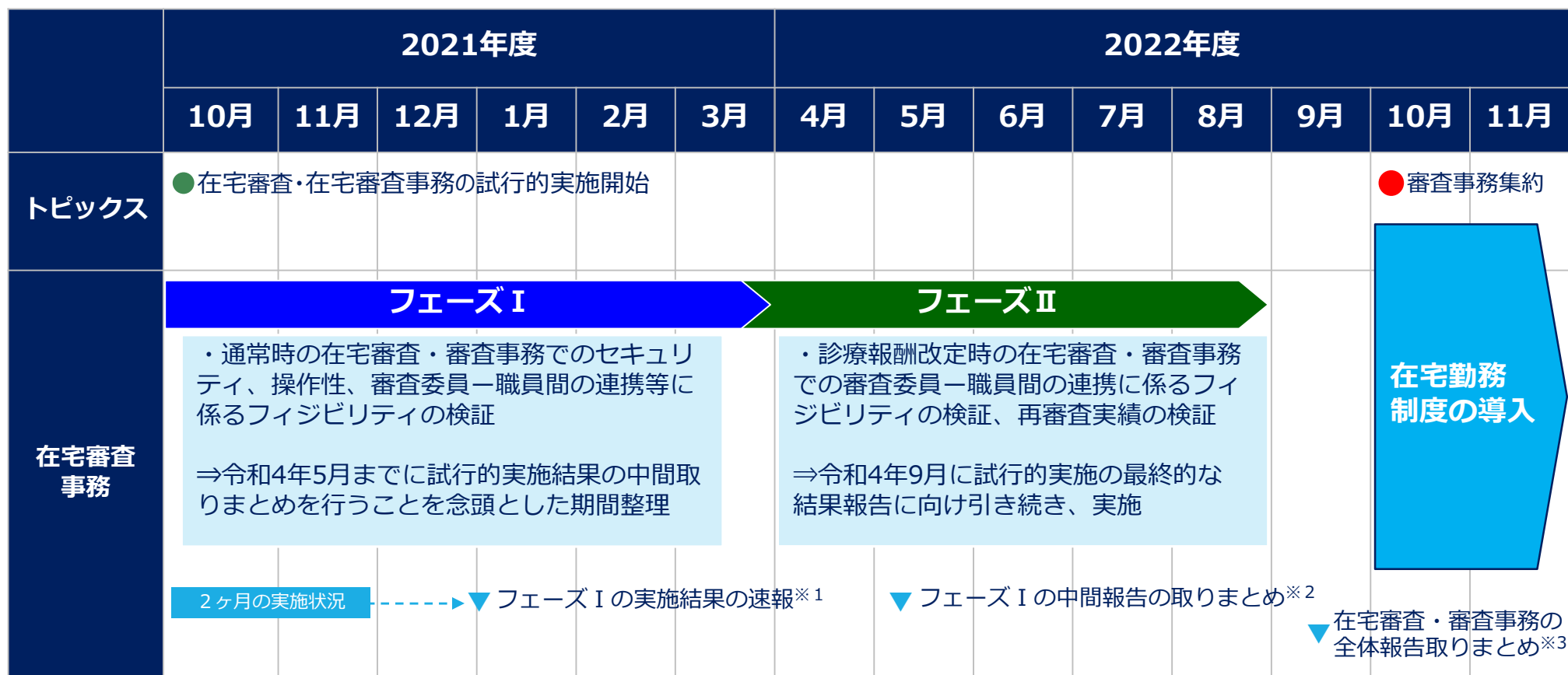
在宅で業務を行うためのセキュリティ対策

- システム（技術）面の主な対策
 - 個人情報（氏名等）のマスキング
 - 在宅勤務で利用するネットワークの制限（携帯電話網利用のみ）
 - ノートP Cにはデータ保存ができない仕様（シンクライアント）
 - データ出力ができない仕様（印刷及びU S B書き込み）
- 業務運用面の主な対策
 - 在宅勤務での要件整備（執務環境、セキュリティ事象発生時の対応方法の確立）、情報漏えいに対する規定の周知（情報漏えいリスクに対する意識定着）

（参考）電子レセプトマスキング箇所（赤枠線囲み）

[0000002] 第2基金病院		平成 28 年 9 月診療分		戻る	
0020-00000088	男 50歳	昭和40年11月03日	半額 本人 公費	実日数	請求点数
基金0088	特記	医療機関コード及び医療機関名		62,624	査定点数 0
入院年月日	平成28年 6月 7日	食事	58 回	特食	
全体		10基本等	20投薬	30注射	40処置
50手術		60検査	70画像	80その他	90入院
算定日		1/4			
全体		10基本等	20投薬	30注射	40処置
50手術		60検査	70画像	80その他	90入院
算定日		2/4			
保	記号				
① 12133310	5120936	職務			
②					
傷病名	氏名	診療開始日▼ 転帰			
01 高血圧症		H28. 6. 9			
02 高血圧症		H28. 6. 9			
保険者（公費負担者）番号		8. 6.28 中止			
04 腎結石性閉塞を伴う水腎症		H28. 6.28			
05 末梢神経障害性疼痛		H28. 7. 1			
06 転移性骨腫瘍		H28. 7. 2			
07 対麻痺		H28. 7. 4			
08 癌性疼痛		H28. 7. 4			
09 脊椎転移		H28. 7. 4			
10 原発不明癌（主）		H28. 7. 6			
11 逆流性食道炎		H28. 7.11			
被保険者証の記号・番号、公費受給者番号					
01) ※入院日3を超えて入院している患者					
※診断群分類区分					
04) ※脊椎転移					
05) ※放射線照射部位/脊柱					
※ (1) 7/3~7/17					
※ (2) 7/26~8/8					
06) ※特定無 3/重度の肢体不自由者					
1301) 入院栄養食事指導料1（初回）		260X 1			
02) 診療情報提供料（1）		250X 1			
退 院 28年 9月20日					
03) 薬剤管理指導料2（1の患者以外の患者）		325X 1			
04) がん性疼痛緩和指導管理料（1以外の場					
合					
18) マグラックス錠500mg		3錠			
○アーガメイト20%ゼリー25g		3個			
退院時 7日分投薬		28X 7			
19) アムロジンOD錠5mg		2錠			
○リビートル錠10mg		1錠			
○セレコックス錠100mg		4錠			
退院時 3日分投薬		47X 3			
20) ウラリットーU配合散		3g			
○マグラックス錠500mg		3錠			
○アーガメイト20%ゼリー25g		3個			
21) アスバラーCA錠200		6錠			
○ウラリットーU配合散		3g			
○マグラックス錠500mg		3錠			
○アーガメイト20%ゼリー25g		3個			
22) アムロジンOD錠5mg		2錠			
○リビートル錠10mg		1錠			
○セレコックス錠100mg		4錠			
合		37X 14			

在宅審査事務の試行的実施のスケジュール



※1 フェーズⅠの実施結果の速報

- ・在宅7日間の実施状況 ⇒2ヶ月の実施結果を踏まえ、在宅勤務の最大日数(7日間超)のトライアル移行を判断
- ・審査実績の状況 ⇒審査実績の状況を踏まえ、在宅勤務の要件を明確にする
(審査事務経験年数、在宅勤務時の職員・審査委員との連携等)

※2 フェーズⅠの中間報告の取りまとめ

- ・集約時(R4.10)の在宅勤務制度導入(就業規則・規程等の整備)に向け、実施状況を取りまとめ

※3 在宅審査事務の全体報告取りまとめ

- ・在宅勤務期間の再審査の実績も踏まえ、全体を総括した報告の取りまとめ

(参考) 在宅審査事務の試行的実施

試行的実施のイメージ

【凡例】

在…在宅勤務指定日 ■…事務所勤務日 ※…在宅勤務追加検討日

<令和3年10月処理日程より>

作業区分		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	計
		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	
審査日程													審査委員会										再審査部会										
業務処理		⇐ 受付等		⇐ 審査事務期間											⇐ 計数整理期間					⇐ 再審査前処理期間					⇐ 再審査後処理期間								
勤務日			■	■	在	在	在			※	■	■	■	■			在	在	■	在	■			■	在		■	■			※	■	7
① 1 係	係長		—	—	○	○	○		—	—	—	—	—			○	○	—	○	—			—	○		—	—			—	—	7	
	係員A		—	—	○	○	○		—	—	—	—	—			○	○	—	○	—			—	○		—	—			—	—	7	
	係員B		—	—	○	○	○		—	—	—	—	—			○	○	—	○	—			—	○		—	—			—	—	7	
	班長		—	—	—	—	—		—	—	—	—	—			—	—	—	—	—			—	—		—	—			—	—	0	
	係員C		—	—	—	—	—		—	—	—	—	—			—	—	—	—	—			—	—		—	—			—	—	0	
	係員D		—	—	—	—	—		—	—	—	—	—			—	—	—	—	—			—	—		—	—			—	—	0	

【ローテーションの見方】

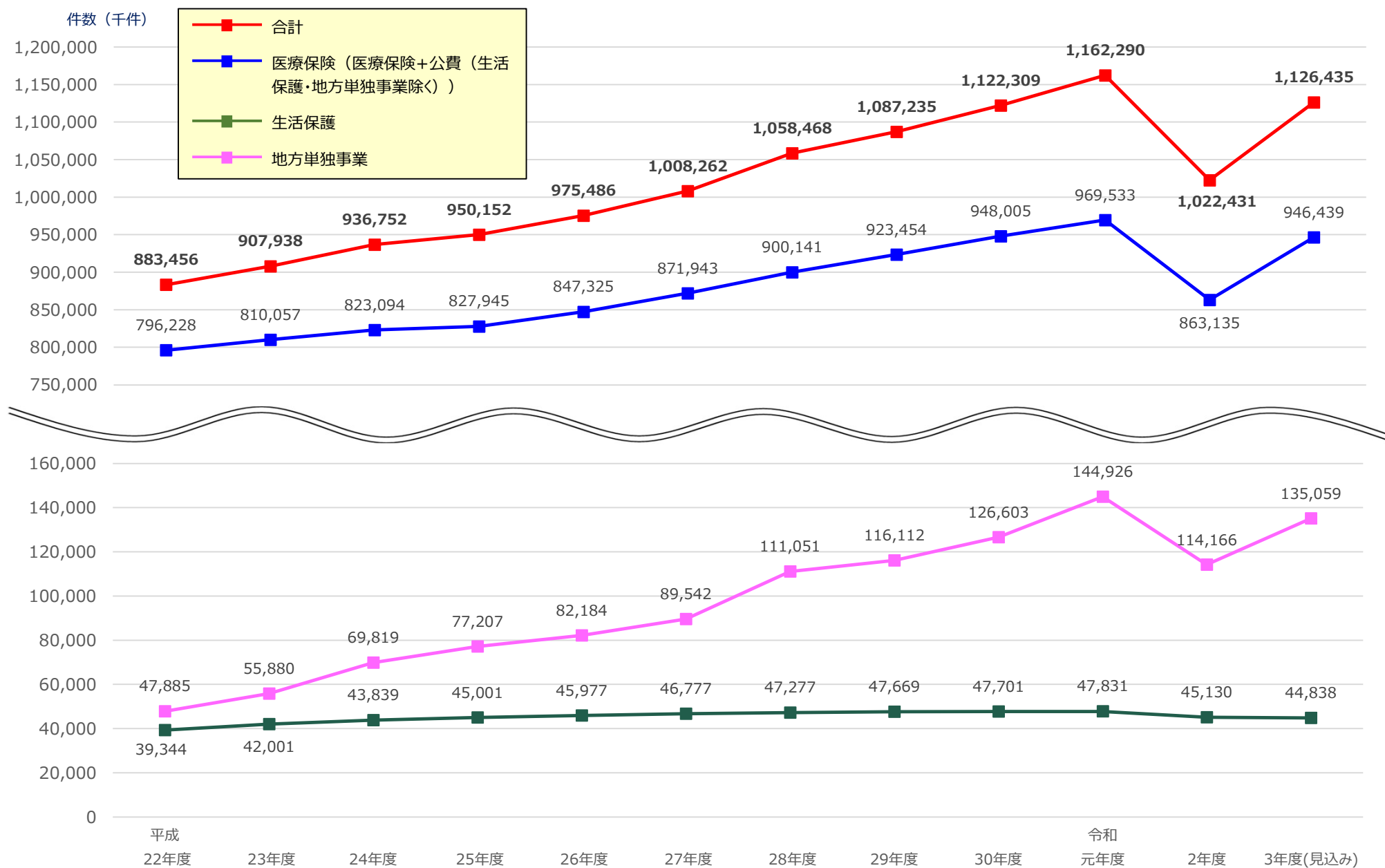
- ① = 審査事務センター・分室に長時間通勤する職員が在宅勤務するイメージ
 ② = ①以外は事務所勤務するイメージ

今後の課題 ②中期的な財政運営

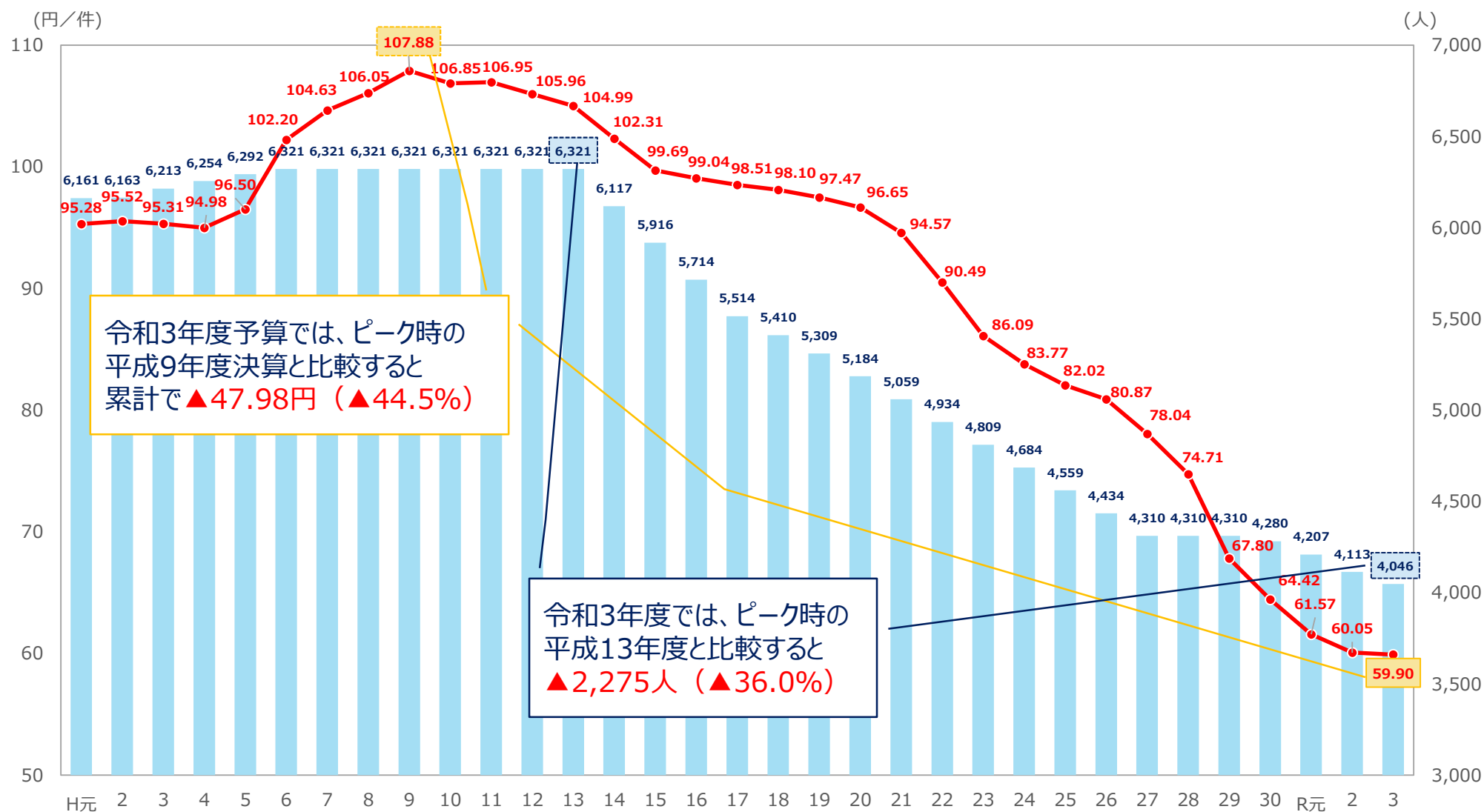
取組方針等

- ◆これまでシステム開発投資を行いながら、ピーク時から36%の人員削減を実現。
レセプトの請求件数が一貫して伸びる中で、1件当たり手数料はピーク時からほぼ半減。
令和2年度には平均で60円を割る水準まで引下げ。
- ◆今後、人口減少によりレセプト請求件数の伸びの鈍化、長期では減少も見込まれる。
これまでのように請求件数が増えるから1件当たり手数料が下げられるという前提は崩れる。
新型コロナによる今回の事態は、レセプト減少という将来の事態が前倒しで突然発生したとも言える。
また、改革に伴い、新規事務所の借り上げ、移転経費等の一時的な経費も発生。
- ◆レセプトの増加傾向が鈍化する中、単年度の支出が手数料の増減に直結しやすい財政構造になる。手数料の大きな変動を回避しながら安定的な業務運営を実現するためには、今後、収入支出両面で平準化を考慮した中期的な財政運営の検討が必要。

(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

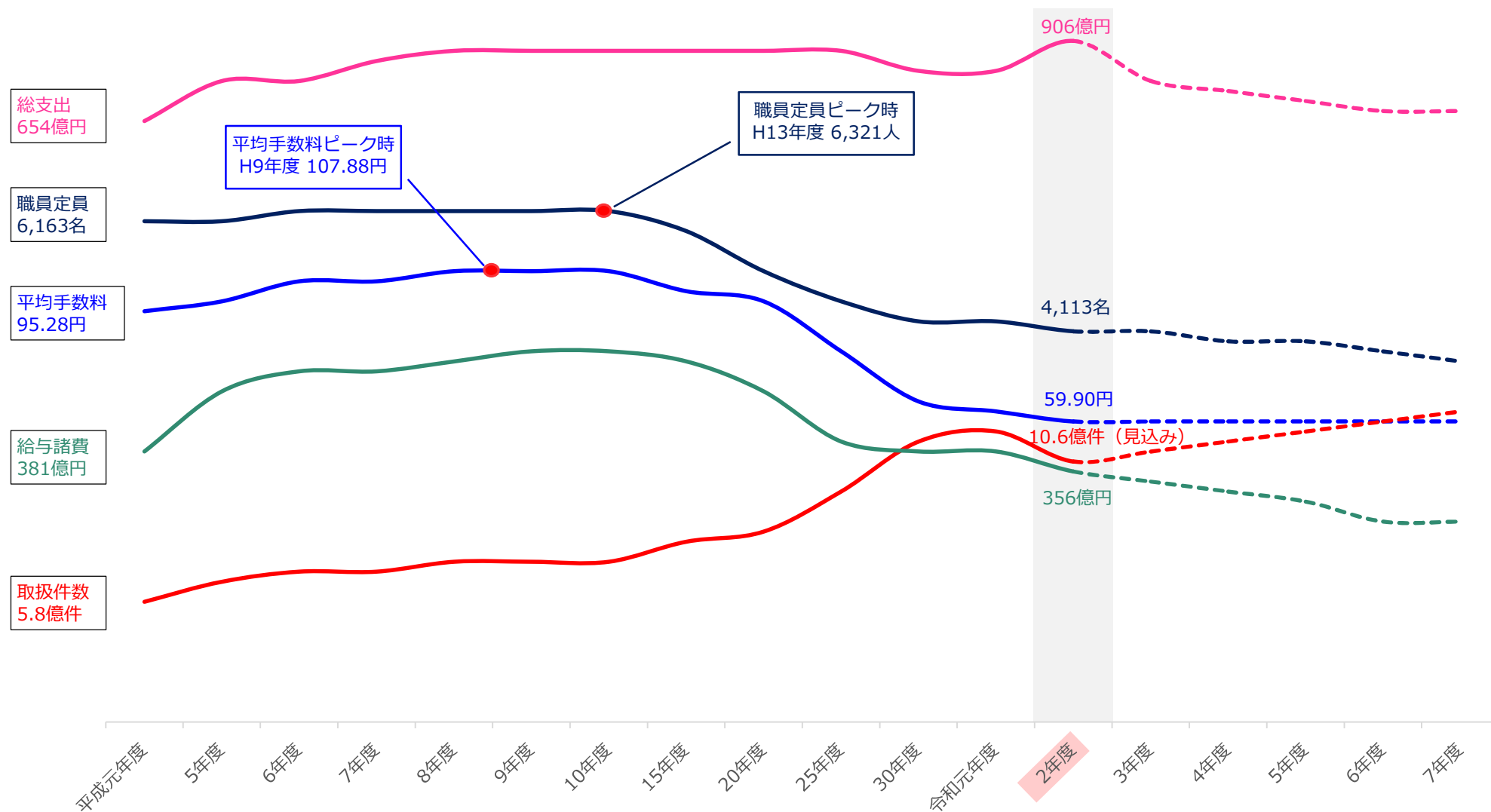


※1 令和2年度以前は決算、令和3年度は予算である

※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 職員定員は審査支払会計分である

(参考) 今後の支払基金の財政運営の見通し



新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン

データヘルス集中改革プランの基本的な考え方

- 3つの仕組みについて、オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度等の既存インフラを最大限活用しつつ、令和3年に必要な法制上の対応等を行った上で、令和4年度中に運用開始を目指し、効率的かつ迅速にデータヘルス改革を進め、新たな日常にも対応するデジタル化を通じた強靱な社会保障を構築する。

▶ 3つのACTIONを今後2年間で集中的に実行

ACTION 1 : 全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大

患者や全国の医療機関等で医療情報を確認できる仕組みについて、対象となる情報（薬剤情報に加えて、手術・移植や透析等の情報）を拡大し、令和4年夏を目途に運用開始



ACTION 2 : 電子処方箋の仕組みの構築

重複投薬の回避にも資する電子処方箋の仕組みについて、オンライン資格確認等システムを基盤とする運用に関する要件整理及び関係者間の調整を実施した上で、整理結果に基づく必要な法制上の対応とともに、医療機関等のシステム改修を行い令和4年夏を目途に運用開始



ACTION 3 : 自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大

PCやスマートフォン等を通じて国民・患者が自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組みについて、健診・検診データの標準化に速やかに取り組むとともに、対象となる健診等を拡大するため、令和3年に必要な法制上の対応を行い、令和4年度早期から順次拡大し、運用



★上記のほか、医療情報システムの標準化、API活用のための環境整備といったデータヘルス改革の基盤となる取組も着実に実施。
電子カルテの情報等上記以外の医療情報についても、引き続き検討。

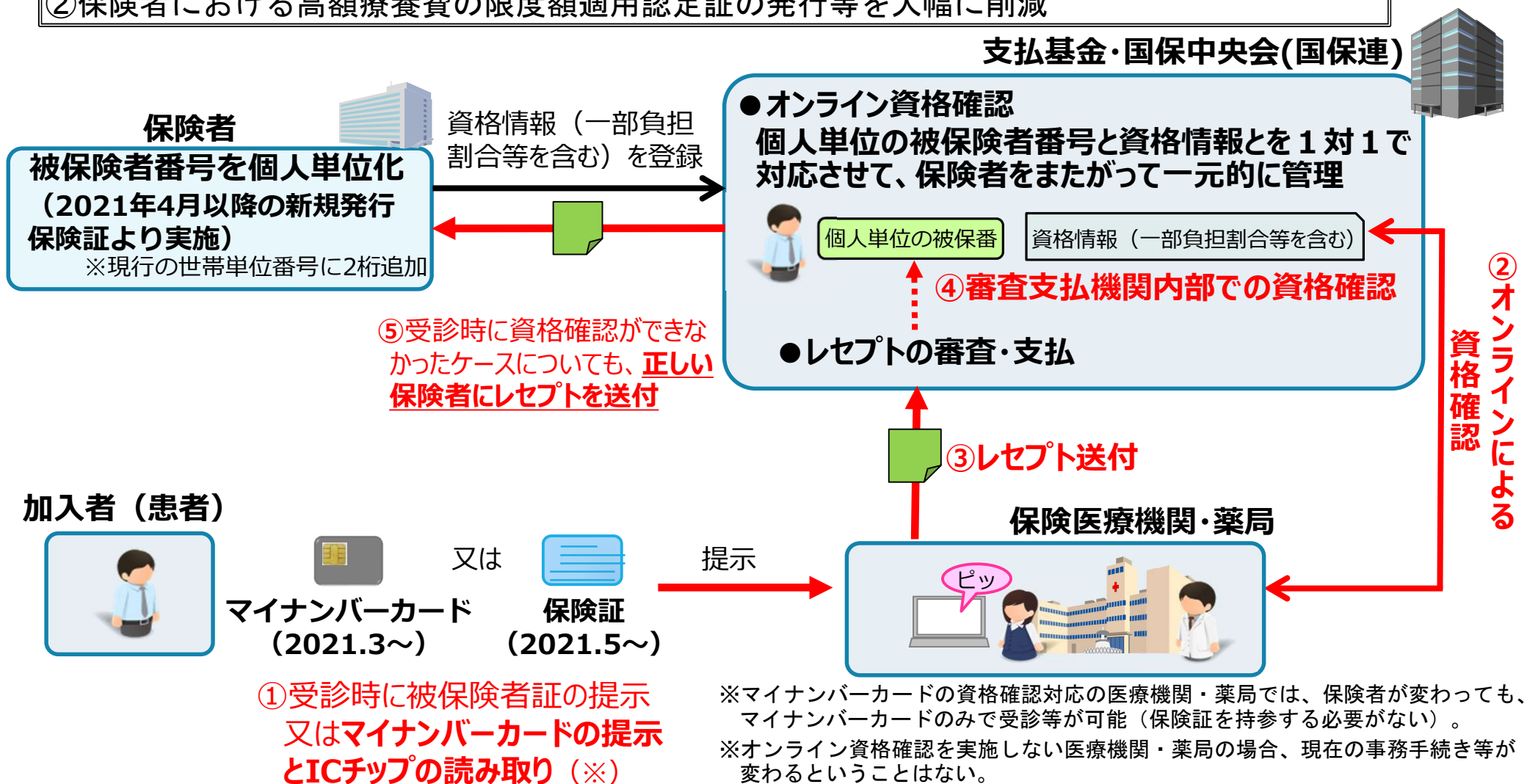
支払基金のデータヘルス業務のスケジュール

		2021年度		2022年度		2023年度	
		4月～	10月～	4月～	10月～	4月～	10月～
マイルストーン	中間サーバー	★2017年7月 運用開始 運用・保守					
	オンライン資格確認システム	プレ運用	★2021年10月 運用開始 運用・保守				
	レセプト振替機能	テスト	★2021年10月 運用開始 運用・保守				
	特定健診医療費・薬剤管理機能	テスト	★2021年10月 運用開始 運用・保守				
	全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大	実現方式検討	設計・開発・テスト		★2022年夏 運用開始 運用・保守		
	電子処方箋の仕組みの構築	調達	設計・開発・テスト			★2023年1月 運用開始 運用・保守	

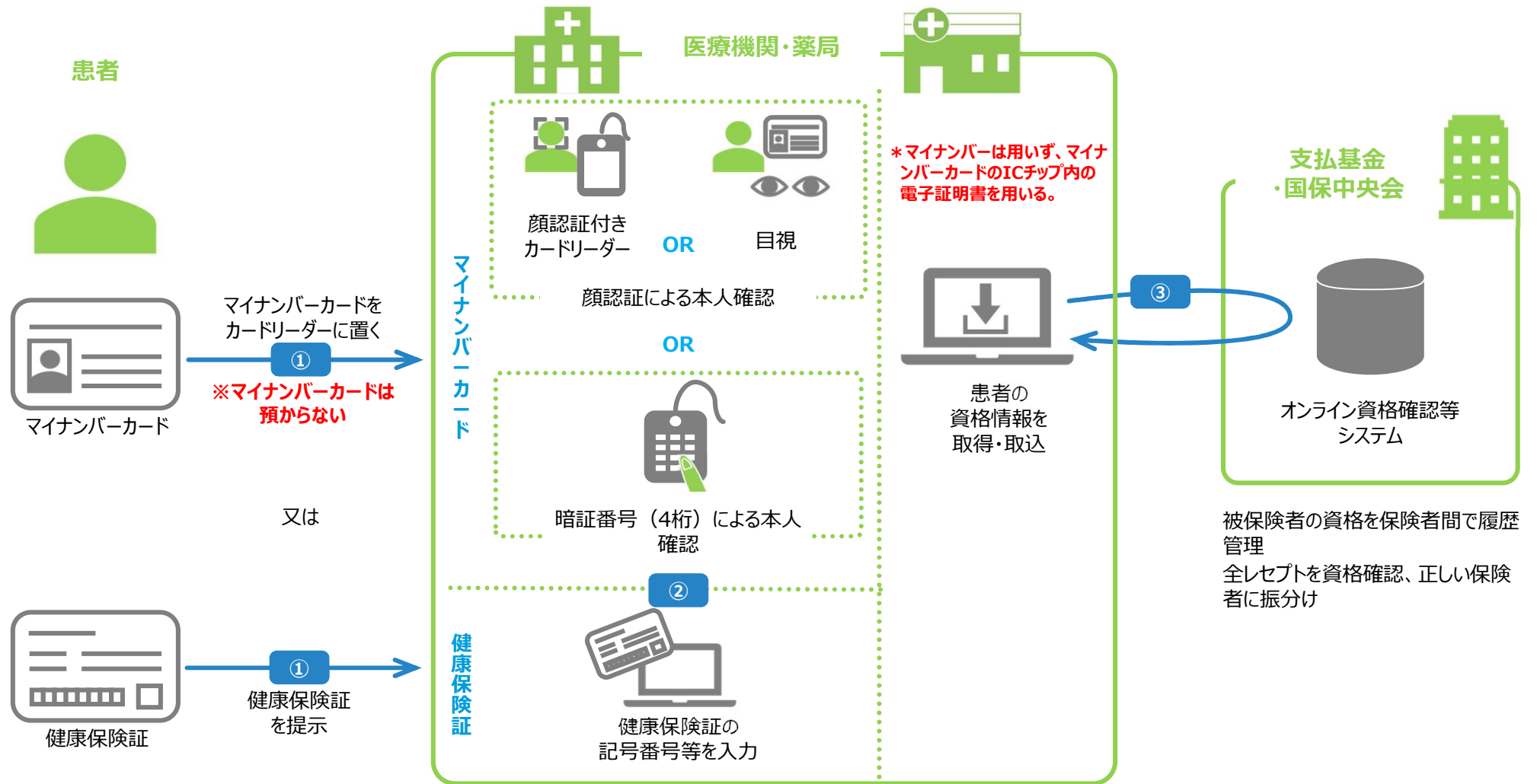
オンライン資格確認

【導入により何が変わるのか】

- ①失効保険証の利用による過誤請求や保険者の未収金が大幅に減少
- ②保険者における高額療養費の限度額適用認定証の発行等を大幅に削減



オンライン資格確認の本人確認の仕方



医療情報化支援基金

○ 医療情報化支援基金積立額 1,068億円(令和元年度：300億円・令和2年度：768億円)
○ 令和2年度末現在 執行額 44.5億円 執行残額 1,023.5億円

○ 技術革新が進む中で、医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、令和元年度において、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるICT化を支援する。

医療情報化支援基金の対象事業

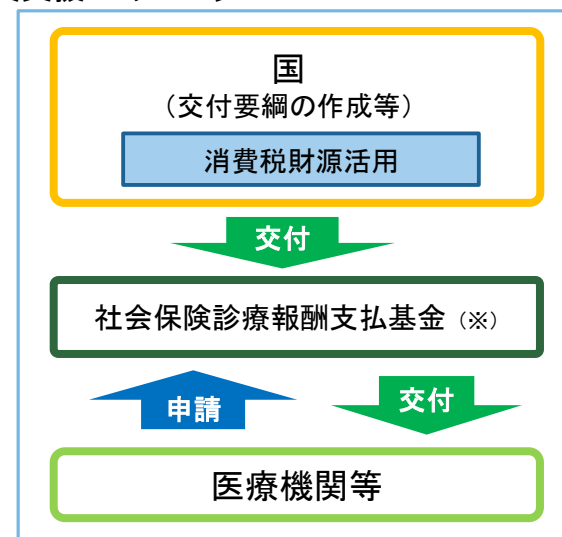
1 オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援

- ・ 保険医療機関・薬局の申し出に応じて顔認証付きカードリーダーを無償で提供(令和2年8月から開始)
 - ・ オンライン資格確認を円滑に導入するため、保険医療機関・薬局での初期導入経費(システム整備・改修等)を補助(令和3年3月から開始)
- ※ 令和5年3月迄に導入した医療機関・薬局について、6月迄、申請が可能

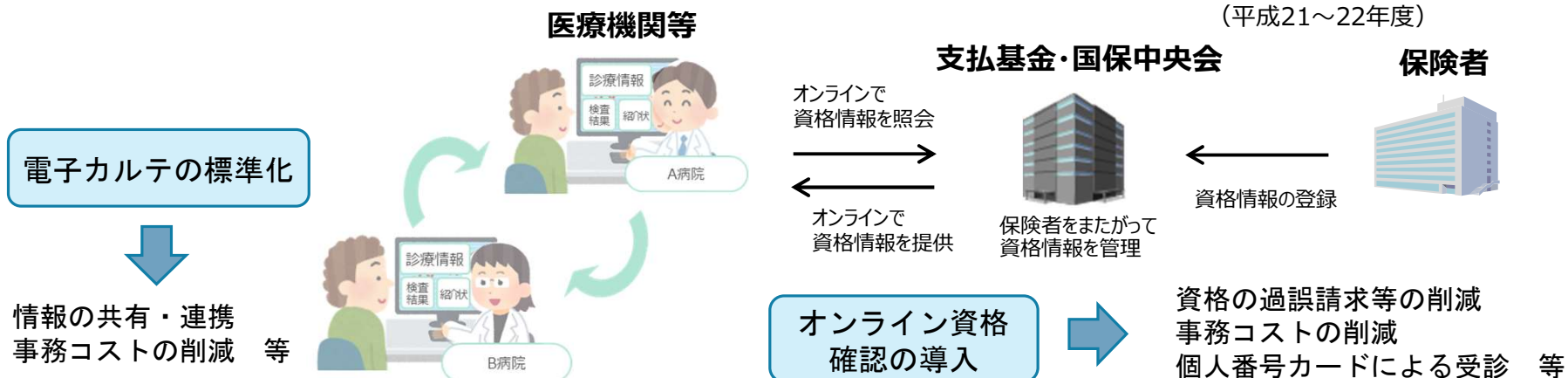
2 電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援

国の指定する標準規格を用いて相互に連携可能な電子カルテシステム等を導入する医療機関での初期導入経費を補助(令和3年12月以降開始予定)

〔支援スキーム〕



※レセプトオンライン化設備整備事業の実績有り
(平成21～22年度)



医療機関・薬局におけるオンライン資格確認システムの導入準備状況

現在の申込状況

オンライン資格確認の導入予定施設数 (2021/8/15時点)

＜顔認証付きカードリーダー申込数＞

130,372施設 (56.9%) / 228,925施設

【内訳】

病院	6,405 /	8,244施設	77.7%
医科診療所	39,866 /	89,304施設	44.6%
歯科診療所	35,026 /	70,917施設	49.4%
薬局	49,075 /	60,460施設	81.2%

※ 病院の申込割合は**全都道府県で60%超**、うち、22府県で80%以上、**43都道県で70%以上**

医科診療所の申込割合は**15県で50%超**

歯科診療所の申込割合は**3県で70%以上、12県で60%以上**

薬局の申込割合は**全都道府県で70%超、29都府県で80%以上**

※ 公的医療機関等における申込状況は厚生労働省HPに掲載

目標：医療機関等の6割程度での導入（令和3年3月時点）、概ね全ての医療機関等での導入（令和5年3月末）を目指す
（令和元年9月デジタル・ガバメント閣僚会議決定）

【参考：健康保険証の利用の登録】

5,072,979件 カード交付枚数に対する割合 **10.9%**

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請受付数：約5,090万枚
交付実施済数：約4,663万枚（人口比 **36.8%**）

プレ運用参加施設数

2,463施設 (2021/8/16時点)

【推移】

【内訳】

病院	251 施設	医科診療所	760 施設
歯科診療所	603 施設	薬局	849 施設

公表日	3/4	3/8	3/15	3/22	3/23	3/26	5/14	5/24	5/31	6/7	6/14	6/21	6/28	7/5	7/14	7/19	7/26	8/2	8/10	8/16
プレ運用参加施設 累計拠点数	19	25	35	53	54	100	282	339	407	506	616	732	872	1,061	1,362	1,512	1,664	1,975	2,246	2,463

※ 院内システムの改修など、準備が完了している施設数

9,237施設 (2021/8/12時点)

保険者のデータ登録及びシステム状況等

保険者のデータ登録

①個人番号誤りへの対応

- ・ J-LISへの照会結果と中間サーバーに登録されている加入者情報を突合した結果を医療保険者等に通知し、個人番号誤りの可能性が高い加入者を削除する対応により、個人情報誤りは順次解消している。
- ・ 6月28日以降は、中間サーバーの「個人番号誤入力チェック機能」を強化し、すべての登録する加入者情報について、登録時にチェックを実施している。（新生児等、過去に中間サーバーに登録されている個人番号がない新規加入者情報について検知し、自動的にJ-LISへ照会し、突合結果を医療保険者等へ通知する機能を実装）

②証記号番号情報関係への対応

- ・ 証記号番号に「●（使用不可文字）」を含む登録があったが、修正が必要な加入者情報のリストを保険者に送付することで解消している。
- ・ レセプトとオンライン資格確認システムの資格情報の突合を行い、証記号番号について最終確認を実施している。

③その他

- ・ 事業主等からの個人番号未提出分について個人番号の取得を推進していただくよう、保険者へのフォローアップを実施する。

医療機関等システムの状況等

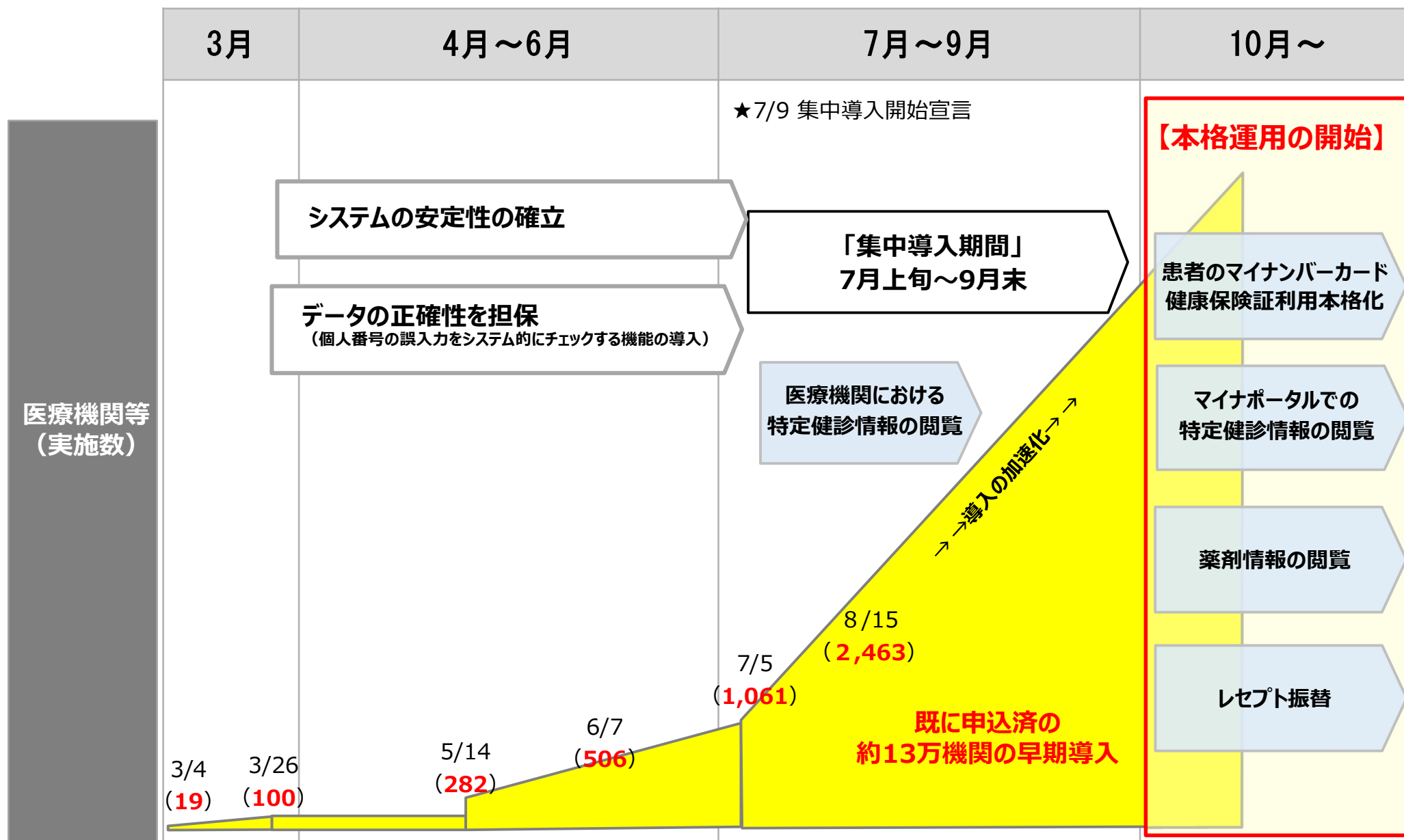
①問い合わせ対応

- ・ オンライン資格確認等コールセンターにおいて、準備作業の際のお困りごと等の照会を受け対応している。（最近においては不具合等に関する照会は減少している）
- ・ 医療機関等への情報発信として開設している医療機関等ポータルサイトについては、より分かりやすい発信・周知ができるよう、適宜見直しを図っている。

②システム導入

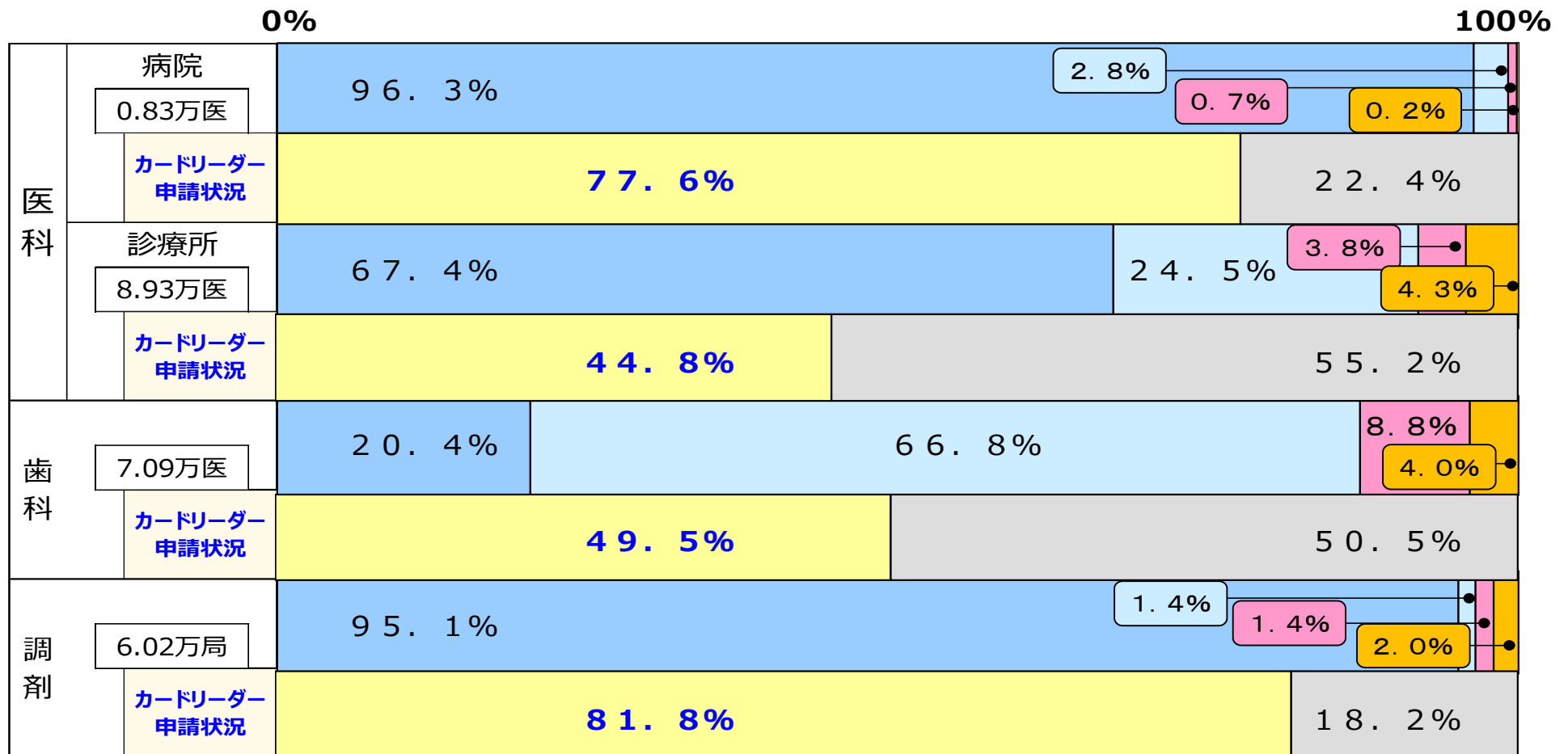
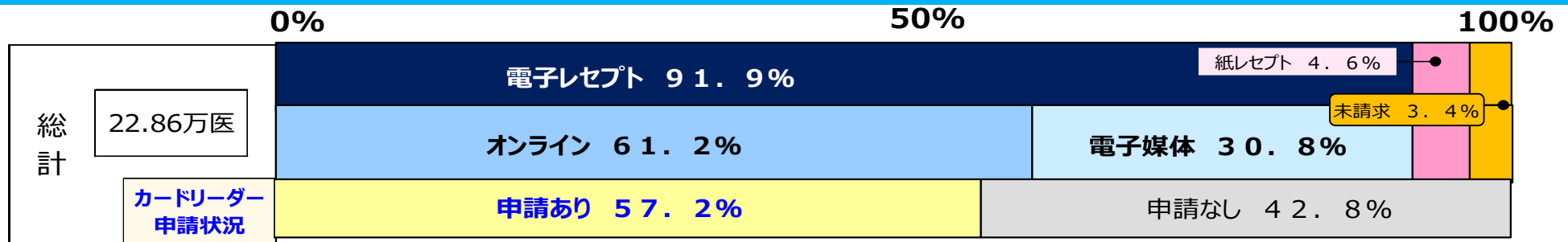
- ・ 当初、システムのセットアップ時の課題（設定に長時間を要する、一部の設定で手間取る等）が発生したが、レセコンベンダーや通信事業者等と連携しながら適宜解消している。
- ・ システムベンダー等の導入作業が円滑に実施できるよう、セットアップマニュアル等の改善を行い、導入手順の簡素化（検証環境への接続を不要とし、本番環境に直接接続する手順）を実施している。

オンライン資格確認等システムの拡大について



レセプト請求とカードリーダー申請状況（医療機関数・薬局数ベース）

（令和3年5月末 現在）



※ 「未請求」については、現存機関であるが、当月、診療報酬の請求がなかった数である。なお、各項目ごとに割合等を算出しているため、合計が不一致となる場合がある。

- オンライン化による医療機関・保険者等のメリット
 - ・郵送作業が不要になる、セキュリティが強化される、レセプトの事前チェック(ASP)、レセプト振替・分割サービスの活用による事務コストの削減
 - ・オンライン資格確認等システムの活用による薬剤情報の閲覧等の機能の最大化
- 医療機関等の返戻再請求・保険者の再審査申出*の歩調を合わせ、紙媒体を減らしていく

2021年10月審査分～
レセプト振替の開始

医療機関等による返戻再請求に関する取組

オンライン請求の促進に向けた対応について、システムベンダに、利便性向上につながるシステム開発・改修を行うよう働きかける

【2021年10月～】
審査支払機関が行っている、オンライン請求を行っている医療機関等への紙媒体による返戻を廃止し、オンラインによる返戻のみとする。

レセプト振替による資格過誤の減少状況やシステムへの影響を把握し、実施時期、方法を判断

【2022年度中】
オンライン請求を行っている医療機関等について、再請求をオンラインによるものとする（紙媒体で返戻されたレセプトに係る再請求を除く。）

保険者による再審査申出に関する取組*

【2021年10月～】
保険者による再審査申出について、大規模保険者についてはオンラインによるものとする（紙媒体で請求されたレセプトに係る再審査申出を除く。）

【2022年度中】
保険者による再審査申出について、オンラインによるものとする（紙媒体で請求されたレセプトに係る再審査申出を除く。）

* 国民健康保険等においては、保険者レセプト管理システム（レセプトを一元管理するシステム）を用いて再審査を行っているため、再審査レセプトが保険者から国保連合会に紙で提出されることはない。

医療情報を患者や全国の医療機関等で確認できる仕組み

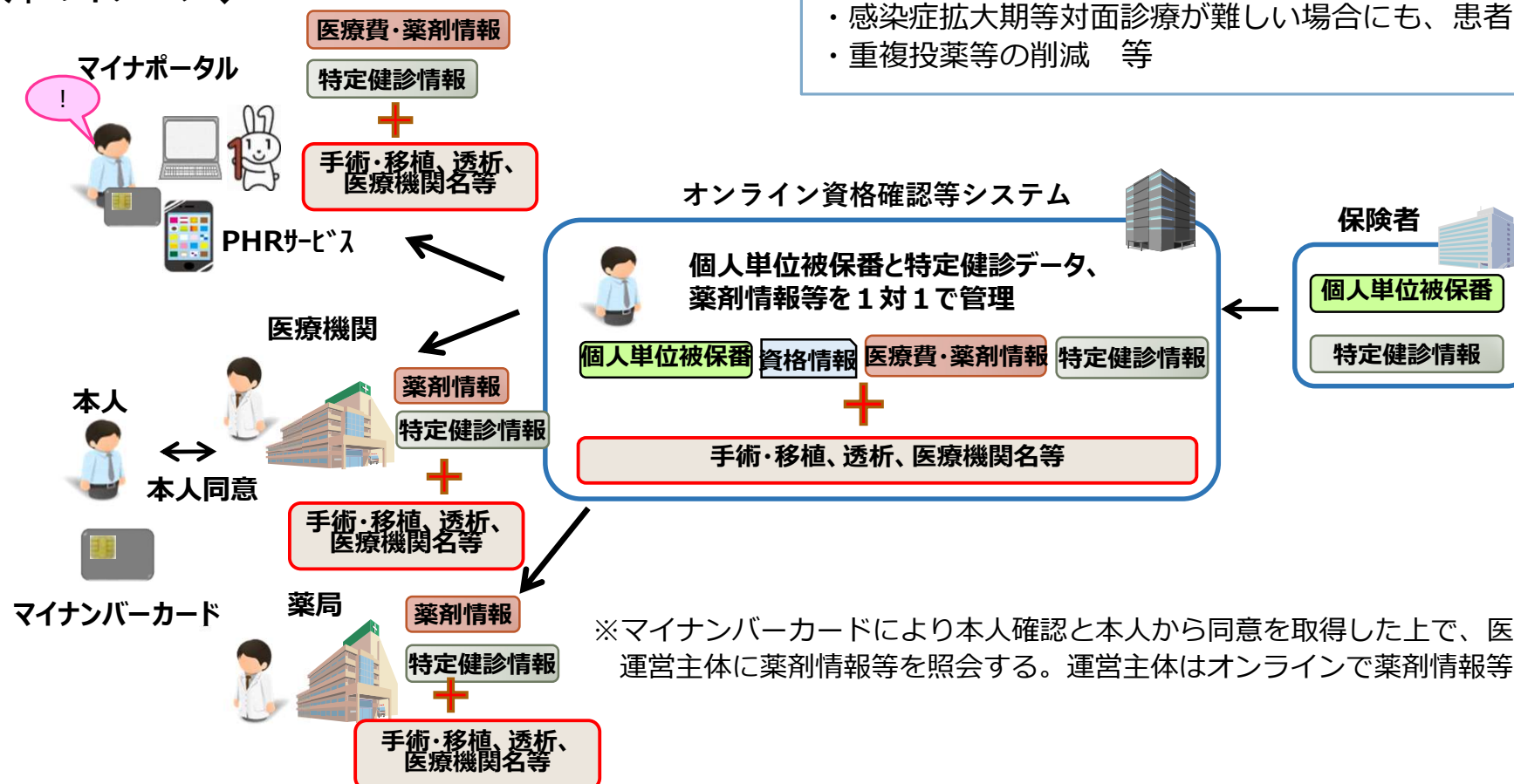
現状

- 災害や感染症拡大期等には患者の医療情報の入手が難しく、重症化リスクや継続が必要な治療の把握が困難
- 高齢者や意識障害の救急患者等の抗血栓薬等の薬剤情報や過去の手術・移植歴、透析等の確認が困難
- 複数医療機関を受診する患者において、重複や併用禁忌の薬剤情報等の確認が困難

改革後

- ・かかりつけの医療機関が被災しても、別の医療機関が患者の情報を確認することで、必要な治療継続が容易に
- ・救急搬送された意識障害の患者等について、薬剤情報等を確認することで、より適切で迅速な検査、診断、治療等を実施
- ・複数医療機関にまたがる患者の情報を集約して把握することにより、患者の総合的な把握が求められるかかりつけ医の診療にも資する
- ・医療従事者による問診・確認の負担軽減
- ・感染症拡大期等対面診療が難しい場合にも、患者の情報を補完
- ・重複投薬等の削減 等

◆改革のイメージ◆



医療情報を患者や全国の医療機関等で確認できる仕組み

特定健診情報・薬剤情報

特定健診情報とは（特定健診とは）

特定健診とは、生活習慣病(糖尿病等)の予防や早期発見・改善を目的に、医療保険者が40歳以上(74歳以下)の加入者に対して実施する健康診査。特定健診情報はこの特定健診の結果の情報。(75歳以上の者については後期高齢者健診情報)

医療機関で同意した場合に閲覧可能な項目

(注) 下線の項目は後期高齢者健診においては存在しない。

- 受診者情報
(氏名、性別、生年月日、年齢、保険者番号、被保険者証等記号・番号・枝番)
- 特定健診結果情報 (※)
(診察(既往歴等)、身体計測、血圧測定、血液検査(肝機能・血糖・脂質等)、尿検査、心電図検査、眼底検査の結果)
- 質問票情報(服薬・喫煙歴等) (※)
- メタボリックシンドローム基準の該当判定 (※)
- 特定保健指導の対象基準の該当判定 (※)

※ 令和2年度以降に実施し順次登録された5年間分の情報が閲覧可能。

薬剤情報とは

医療機関等を受診し、医療機関等から毎月請求される医科・歯科・調剤・DPCレセプト(電子レセプト)から抽出した薬剤の情報。

医療機関・薬局で同意した場合に閲覧可能な項目

(注) 下線の項目は後期高齢者においては存在しない。

- 受診者情報
(氏名、性別、生年月日、年齢、保険者番号、被保険者証等記号・番号・枝番)
- 薬剤情報 (※)
(調剤年月日、処方医療機関識別、処方区分、使用区分、医薬品名、成分名、用法、用量、調剤数量)

※ 令和3年9月診療分のレセプト(医科・歯科・調剤・DPC)から抽出を開始し、3年間分の情報が閲覧可能。

閲覧に同意

閲覧が可能となった場合に診療に及ぼす影響

- かかりつけの医療機関以外でも(災害時や旅先)、別の医療機関で患者の情報を確認することができ、より適切で迅速な検査、診断、治療等の実施が可能に
- 複数医療機関を受診する患者の情報を集約して把握でき、患者の総合的な把握が求められるかかりつけ医の診療にも資する
- 患者が医療従事者からの問診・確認へ対応する負担の軽減につながる(医療従事者側の負担軽減や対面診療の時間短縮にもつながる)

全国の医療機関等が確認できるレセプト情報（案）

【目指すべき姿】

最終的には、全国どこでも安心して自身の保健医療情報が医師などに安全に共有されることにより、通常時に加え、救急や災害時であっても、より適切で迅速な診断や検査、治療等を受けることを可能とする。来年3月からは特定健診情報を、来年10月からはレセプト記載の薬剤情報を確認できることとし、その後も確認できる情報を順次追加。

（薬剤情報とあわせて提供予定の情報）

基本情報：氏名 性別 生年月日 調剤年月日 医療機関名 ※ 医療機関名は患者のみ提供
 薬剤情報：薬剤名

① 過去の受診医療機関への照会が可能となる情報

基本情報：医療機関名 診療年月日

② 過去や現在の具体的な診療歴を把握することにより、今後のより適切な診断や検査、治療方針の検討に有用と考えられる情報

診療行為：手術（移植・輸血含む）＋入院料等 のうち、短期滞在手術等基本料
 放射線治療
 画像診断 病理診断 ※ 画像診断・病理診断の実施状況が確認可能
 医学管理等＋在宅医療 のうち、在宅療養指導管理料
 処置 のうち、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流

注：レセプト上の傷病名の提供に当たっては、患者への告知を前提とすることとし、レセプト上で告知状況を確認できる方法を十分に議論した上で、あらためて提供の仕組みを検討・実装することとする。

オンライン資格確認の基盤を活用して医療機関や薬局に提供する情報

	レセプト情報	特定健診情報	電子処方箋情報
鮮度	診療月の翌月10日以降	年1回（保険者によっては随時）	医療機関での処方箋発行後、即時
網羅性	ほとんど全て	ほとんど全て	参加医療機関を受診した患者情報のみ
項目	○診療年月日、調剤年月日 ○医療機関名 ○被保険者情報	○受診者情報	○医療機関、診療科 ○医師 ○被保険者情報 ○保険者情報 ○公費負担医療情報 ○処方箋交付年月日 ○使用期限年月日
	○薬剤名 ○手術（移植・輸血含む） ○入院料等（短期滞在手術等基本料） ○放射線治療 ○画像診断 ○病理診断 ○医学管理等 ○在宅医療（在宅療養指導管理料） ○処置（人工腎臓、持続緩除式血液濾過、腹膜灌流）	○特定健診結果情報 ・診察（既往歴等） ・身体計測 ・血圧測定 ・血液検査（肝機能・血糖・脂質） ・尿検査 ・心電図検査 ・眼底検査 ○質問票情報（服薬・禁煙歴等） ○メタボリックシンドローム基準の該当判定 ○特定保健指導の対象基準の該当判定	○麻薬施用 ○残薬確認欄 ○分割指示 ○処方箋番号 ○薬品 ○剤形・用法・用量 【調整中】

電子処方箋の仕組み（データヘルス集中改革プランACTION 2）

現状

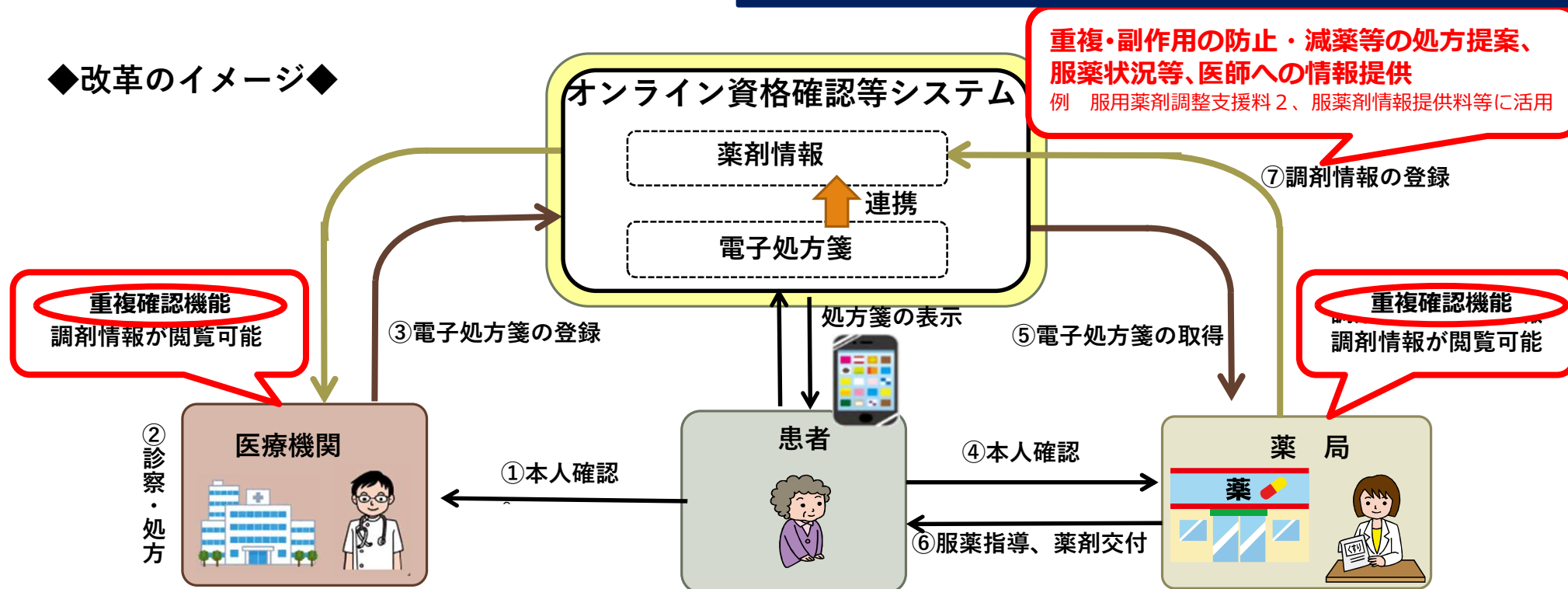
- 病院等で受けとった紙の処方箋を薬局で渡す必要
- 医師、薬剤師の得られる情報が限られている場合があり、重複投薬が行われる可能性が否定できない
- 新型コロナウイルス感染症への対応の下ではファックス情報に基づく調剤が可能だが、事後的な紙の処方箋原本の確認作業が必要

改革後

- ・ **リアルタイムの処方情報共有（重複処方の回避）**
- ・ 薬局における処方箋情報の入力負担軽減等
- ・ 患者の利便性の向上（紙の受渡し不要、**オンライン診療・服薬指導の円滑な実施**が可能）

医師への情報フィードバックツールとしての拡張性！

◆改革のイメージ◆



電子カルテ情報及び交換方式の標準化について

【目指すべき姿】

医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能になる。

1. 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化の進め方

- ① 医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定める。
 - ② 交換する標準的なデータの項目、具体的な電子的仕様を定める。
- 今回の検討会で提示し、一定の整理を行う予定。
- ③ 厚生労働省標準規格として採用可能なものか民間団体による審議の上、標準規格化を行う。
 - ④ ベンダーにおいて標準化されたカルテ情報及び交換方式を備えた製品の開発を行う。
 - ⑤ 医療情報化支援基金等により標準化された電子カルテ情報及び交換方式等の普及を目指す。

2. 標準化された電子カルテ情報の交換を行うための規格や項目（イメージ）

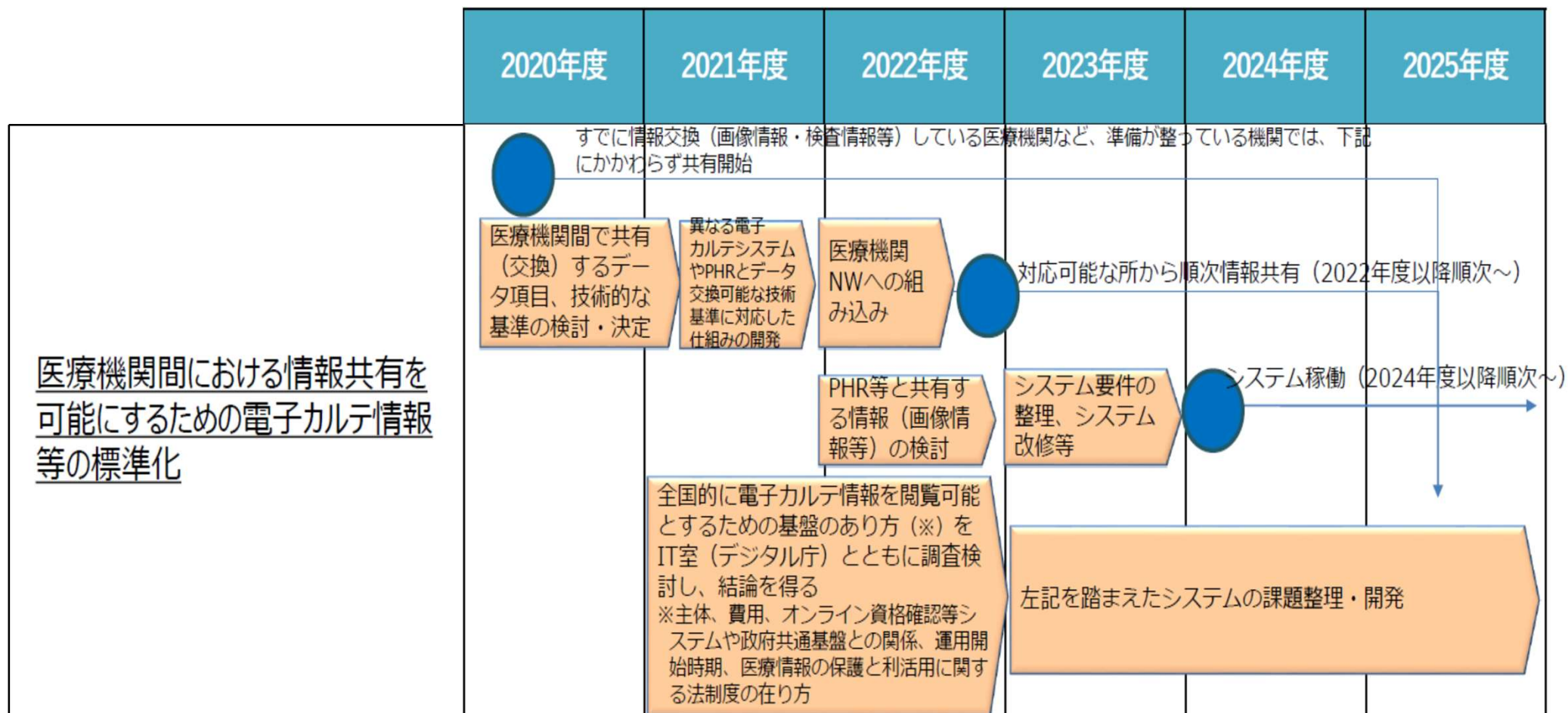
- ・ データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることとする。
- ・ 標準化を進める電子カルテの文書情報について、まず①診療情報提供書、②キー画像等を含む退院時サマリー、③電子処方箋、④健診結果報告書とする。
- ・ 文書以外のデータについては、傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、救急時に有用な検査情報、生活習慣病関連の検査情報の標準化を進める。

※HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。

※API（Application Programming Interface）とは、システム間を相互に接続し、情報のやり取りを仲介する機能。

電子カルテ情報等の標準化

データヘルス改革に関する工程表について（抜粋）
（令和3年6月4日）



データヘルス部門の設置：データヘルスの本格展開に向けた体制構築

- ◆令和2年10月：改正健保法施行。レセプト・特定健診等、国民の保健医療の向上、福祉の増進に資する情報の収集・整理・分析・活用の促進が支払基金の固有業務として追加
- ◆令和3年4月：データヘルス部門（約90人）を設置
個々の事業を各部署が縦割で受託するだけでなく、支払基金として関連事業全体を俯瞰し
 - ①都道府県や研究者による医療提供体制の検討、保険者のデータヘルスへの貢献等、新たな付加価値を生み出す事業を展開
 - ②ユーザーが使いやすく、効率的・安定的な事業運営を実現

従来の組織

- ①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
- ②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
- ③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等
 - 医療情報化支援基金業務
- ④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
- ⑤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

再編

令和3年4月～

- 情報化企画部
 - ・ 中間サーバー運用等
 - ・ オンライン資格確認等システム等の開発
 - ・ 新規事業の企画立案
 - ・ 関係団体等へのデータ提供
- 情報化支援部
 - ・ 中間サーバー、オンライン資格確認の事業管理
 - ・ 医療情報化支援基金業務
 - ・ 新規事業の運営
- 分析評価部
 - ・ レセプトデータ分析、統計資料作成
 - ・ 特定健診の法定報告
 - ・ NDB格納データの収集・提供
 - ・ 健康スコアリングレポート