

# 第10回審査支払機関の在り方に関する検討会

## 議 事 次 第

平成22年11月25日（木）午前10:00～

於：厚生労働省内12階 専用第12会議室

### 1. 開会

### 2. 審査支払機関の在り方について〈総括的議論〉

- 1 審査支払機関の競争環境の整備
- 2 第8回・第9回における議論の整理
- 3 組織の統合、競争促進についての定量的な検証

### 3. 閉会

#### 【配布資料】

- 資料1 検討会における議論の構造（未定稿）
- 資料2 審査支払機関の競争環境の整備について
- 資料3 審査体制の在り方に関する諸論点についての第8回及び第9回の議論  
総括的議論を踏まえたこれまでの議論の整理について（素案Ⅱ）
- 資料4 診療報酬の支払早期化について（11月15日医療保険部会資料）
- 資料5 レセプトデータの活用について
- 資料6 組織の統合、競争促進についての定量的な検証（試算案）

- 参考資料1 行政刷新会議からの改善勧告（22年11月9日行政刷新会議決定）
- 参考資料2 各委員からの主な意見の概要（第8回・第9回）（案）
- 参考資料3 社会保険診療報酬支払基金提出資料
- 参考資料3-2 「組織の統合、競争促進についての定量的な検証」（平成22年  
11月25日厚生労働省保険局）に対する意見（支払基金）
- 参考資料4 高田委員提出資料「審査支払機関の在り方に関する意見」
- 参考資料5 第1回～第9回の議論と論点の整理

## <目指すべき姿>

**審査の判断基準の統一化**

- 審査基準の明確化、公表

**審査の標準化**

- 基準のあてはめ、幅の収束化におけるITの活用

**レセプトの電子化に対応した制度、システム**

- レセプトデータの活用
- 審査におけるITの活用
- 審査や健診情報へのフィードバック

**審査機能の強化**

- 医療の高度化・専門化への対応
- 審査におけるITの活用

**効率的な制度、システム**

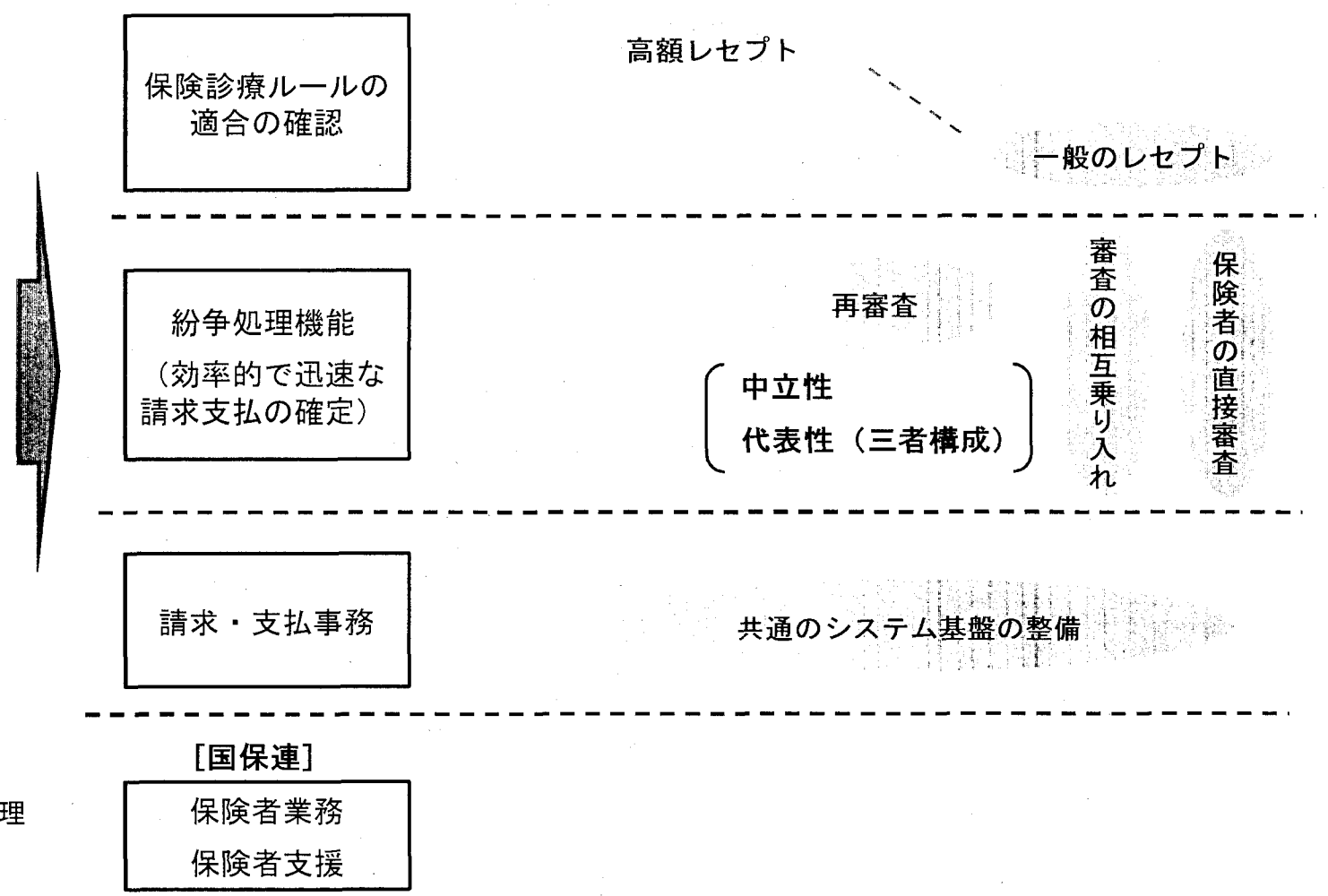
- 業務運営の効率化、集約化、共同処理
- 手数料・コストの引下げ

現在の審査支払機関の機能

《集約化(統合指向)》



《分散化(競争促進指向)》



※1 「保険者の直接審査」「審査の相互乗り入れ」は、保険診療ルールの適合の確認の機能をもつが、審査機関の機能の論点との整理という点で、紛争処理機能の論点に置いている。

※2 「目指すべき姿」の各項目は、集約化又は分散化の議論の方向性を予断するものではない。

## 審査支払機関の競争環境の整備について

### 競争促進についての考え方

- 「審査・支払業務のオンライン化による効率化は、国民が負担する医療保険事務費用を大いに軽減させるという点で極めて重要であり、その確実な遂行のためには審査支払機関間において競争原理を導入することが必須条件である。」（平成19年6月22日閣議決定）
- 検討会では、審査支払機関の競争の促進を指向する意見としては、以下のような意見があった。
  - ・ 支払基金と国保連では、査定率がかなり違う。統合によって査定率が下がるのは困る。
  - ・ 市町村国保にとって、支払基金よりも国保連の方がコストが安い。統合によってコストが高くなることは困る。
  - ・ 査定率が低くても、よりコストが低い方がいいという選択をする保険者もあり、保険者によって重視する点異なる。

### 競争促進のための環境整備の考え方

- (1) 審査支払機関（審査委員会）において完全な競争環境を確保するためには、①例えば、大阪府の健保組合や国保連が「支払基金の東京支部」や「東京国保連」に審査を委託するなど、県を越えて自由に支払基金と国保連の審査委員会を選択できるようにする、②民間の審査支払機関が、支払基金及び国保連との間で、請求・支払コストで参入可能な環境を整備することが必要になる。これについては、以下のような論点がある。
    - イ 全国の保険医療機関において、各保険者が選択した審査機関ごとにレセプトを選別し、請求するためにはどのような仕組みが必要か（保険医療機関においてレセプトを選別する場合、請求誤りを防止する仕組みが必要）。（※1）
    - ロ 支払基金及び各国保連において、各保険者が委託した審査委員会ごとにレセプトを抽出、転送するためにどのような仕組みが必要か（現在の審査支払のスケジュール、事務コストとの比較が必要）。
    - ハ 各都道府県の審査委員会は、保険医療機関の審査実績に応じて、重点化・効率化して審査している。他県の保険医療機関のレセプトについて、どの程度の審査の適正化や効率化による審査コストの削減が可能か。
  - (2) 保険医療機関側の事務負担を考慮すると、支払基金と国保連がレセプトの受付・転送、決済等の共通のシステム基盤を整備し、レセプトの受付、抽出、転送等を一本化する仕組みを整備することが効率的ではないか。また、共通のシステム基盤を整備することで、他の民間の審査機関も、審査システムに参入することが容易になる。（※2）
- ⇒ 紙レセプトがある中で、競争促進の環境整備を進めるため、中期的に（1）及び（2）の課題に取り組む中で、まずは都道府県単位で、保険者が支払基金と国保連を相互に選択できる仕組みを整備することとする。

（※1）保険医療機関は、現行では、所在地の都道府県の支払基金支部又は国保連にレセプトを請求する仕組みとなっている。

（※2）民間の審査機関の参入に対応した紛争処理の仕組みは、引き続き、必要である。

## 競争環境についての現状

- 現行法では、保険者は、支払基金と各都道府県国保連のいずれの審査支払機関に対しても、審査支払を委託できるととされている（健康保険法及び国民健康保険法の一部改正により、平成19年4月から措置）。
- また、更なる受託競争の促進を図るため、以下に掲げる環境整備を行うこととされている（「規制改革推進のための3か年計画」平成19年6月22日閣議決定）。
  - ①手数料や審査取扱い件数などのコストを示す情報の公開、②コスト比較のための情報公開の統一的なルールの設定、③保険者と審査支払機関間の契約モデルの提示、④レセプト請求に当たってのインフラの整備、⑤記録の不備等の点検チェックのための「審査ロジック」の公開、⑥紛争処理の在り方の見直し

## 受託競争の促進のための環境整備

- 以下のような点に留意しつつ、受託競争の促進のため、関係者と調整の上、平成22年内目途に、保険者の審査支払の委託先の変更に伴う手続き等を示すこととしたい（通知の発出）。
  - ① 例えば、ある健保組合がある県の国保連に対して審査支払の委託をする場合、全国の保険医療機関では、当該健保組合のレセプトに限って、当該保険医療機関の所在地の支払基金支部ではなく、国保連に対してレセプトを提出することになる（都道府県をまたがる国保連の審査は、国保連間で決済する）（※1）。このため、当該健保組合では、被保険者が所持する被保険者証の保険者番号（※2）を、健保保険者の番号ではなく国保保険者の番号に変更する必要がある。
  - ② 支払基金では、公費負担医療を担う自治体を含め、保険者にかかわらず、同じ審査手数料を「レセプト1件当たり」で設定している。国保連では、国保保険者以外の保険者が委託した場合の審査手数料を提示する必要がある。
  - ③ なお、国保連の審査委員会の保険者代表は、国保から推薦されている。このため、当該審査委員会には、厳格な意味で健保組合の代表は参画していないが、広い意味で「保険者の代表」が参画している。また、再審査については、健保組合が国保連に原審査を委託した場合、現行では、当該国保連が再審査も行うことになる。

（※1）全国の支払基金支部において、当該保険者のレセプトを個別に抽出して、委託先の国保連に送付することができればいいが、紙レセプトも存在しているため、実務上困難である（請求全体の遅延やコスト増に伴う負担を他の保険者に負わせることになる）。このため、全国の各保険医療機関において、当該健保組合のレセプトのみを国保連に請求する仕組みをとらざるを得ない。

（※2）保険者番号は、健康保険と国保の保険者、公費負担医療の各制度ごとに割り振られている。保険医療機関は、この保険者番号ごとに分類した紙媒体又は電子媒体のレセプトを、それぞれ支払基金と国保連に提出し、保険請求を行っている。

# 審査支払機関の受託競争の促進のための環境整備(保険者の審査支払の委託先の変更に伴う手続き等) (案)

※関係者と調整の上、具体的な手続き等を、平成22年内目途に通知予定

## 1. 対象レセプトの範囲

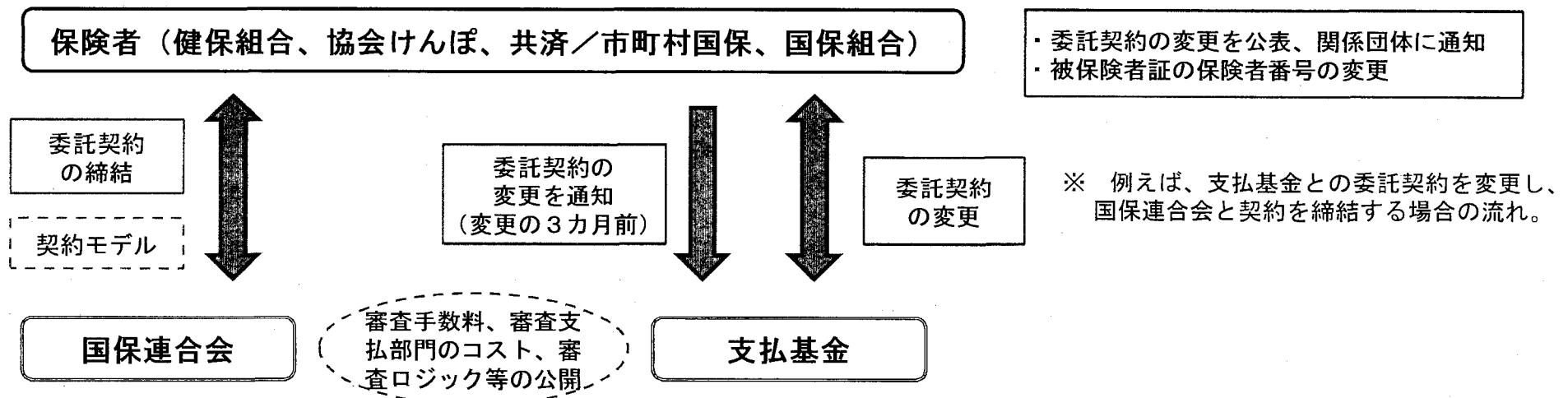
- 原則としてすべてのレセプトを対象とする。
- ※ 公費負担医療や調剤レセプトについても、実務上の課題を整理の上、対象とする方向で検討。

## 2. 保険者における事務

- 保険者と審査支払機関間で契約の締結（契約モデルを通知で提示）
- 審査支払の委託契約の変更について、変更前の審査支払機関に対し、委託契約の変更の3カ月前までに通知。
- 審査支払の委託先の変更について、ホームページ等で公表。都道府県医師会等の関係団体に通知。
- 被保険者証の回収、保険者番号の変更。

## 3. 審査支払機関における事務

- 受託競争の促進のための情報公開
  - ・ 審査手数料（支払基金はどの保険者も同じ。国保連は国保保険者以外の手数料を提示）
  - ・ 審査取扱い件数、再審査の査定率、審査支払部門のコストを示す財務諸表
  - ・ 記録の不備等の点検のための審査ロジック（支払基金においてホームページに公表）
- 新たに審査支払の委託契約を締結した旨の公表。



[参考]

◎健康保険法（大正11年法律第70号）

（療養の給付に関する費用）

第76条（略）

- 4 保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があつたときは、第70条第1項及び第72条第1項の厚生労働省令並びに前2項の定めを照らして審査した上、支払うものとする。
- 5 保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金法（略）による社会保険診療報酬支払基金（略）又は国民健康保険法第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会（略）に委託することができる。

◎国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

（保険医療機関等の診療報酬）

第45条（略）

- 4 保険者は、保険医療機関等から療養の給付に関する費用の請求があつたときは、第40条に規定する準則並びに第2項に規定する額の算定方法及び前項の定めを照らして審査した上、支払うものとする。
- 5 保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を都道府県の区域を区域とする国民健康保険団体連合会（略）又は社会保険診療報酬支払基金法（略）による社会保険診療報酬支払基金に委託することができる。

○「規制改革推進のための3か年計画」平成19年6月22日閣議決定（抄）

7 医療分野

（2）レセプトの審査・支払に係るシステムの見直し

② 審査支払機関間における受託競争の促進（平成19年度末までに結論）

審査・支払業務のオンライン化による効率化は、国民が負担する医療保険事務費用を大いに軽減させるという点で極めて重要であり、その確実な遂行のためには審査支払機関間において競争原理を導入することが必須条件である。規制改革・民間開放推進会議から、審査・支払業務の受託競争環境を整備する施策として、健康保険の保険者及び国民健康保険の保険者が支払基金・各都道府県国保連のいずれに対しても審査・支払を委託できる仕組みとするとの提言がなされ、平成19年度から実現化されたところである。

今後更なる受託競争の促進による審査・支払業務の効率化を図るため、厚生労働省は、保険者が他の都道府県の国保連を含むいずれの審査支払機関にも、医療機関側が十分な準備ができる期間を置いた上で、審査・支払を受託することができる旨、周知徹底する。また審査支払機関の公正な受託競争環境を整備するためには、各審査支払機関における手数料、審査取扱い件数、再審査率、審査・支払部門のコストを示す財務情報など、一定の情報については公開させるととともに、支払基金と各都道府県国保連の審査・支払部門のコストが比較できるよう、それらを示す財務情報を公開する際の統一的なルールを設定する。

あわせて、保険者・審査支払機関間の契約モデルの提示、保険者が指定した審査支払機関にレセプトが請求されるようなインフラの整備、診療報酬点数表等に基づいたレセプトを照合する等の審査ロジックの公開、紛争処理のあり方の見直しを行う。

## 審査体制の在り方に関する諸論点についての第8回及び第9回の議論（事務局整理案）

総括的議論において更に議論した論点	第8回及び第9回における議論（事務局整理案）
<p>[県単位の審査体制の弾力化]</p> <p>○専門診療科に属するレセプトについて中央やブロック単位での審査等</p> <p>○特別審査の対象レセプトの範囲拡大</p>	<p>○医療の高度化が進んだ結果、小さい県など専門分野で必要な審査委員の確保が難しくなっていること等から、<u>一定の高度・専門性を有するレセプトを、集約化して審査していく必要がある。</u></p> <p>《具体化に当たっての整理事項》</p> <p>(※1) 高度・専門性の基準として、<u>一定の高額なレセプトを対象とすることが合理的。</u>（→特別審査委員会で新たに対象とする範囲を厚生労働省で検討）</p> <p>(※2) 県単位の審査委員会ではピアレビューが困難なレセプトとして、<u>例えば、希少性があるものやエビデンスが確立していないものも集約化の対象として検討すべき。</u>（→厚生労働省で対象範囲を検討）</p> <p>(※3) 中央で集約化するか、ブロック単位で集約するかについては、引き続き検討。その際、特別審査委員会に集約した場合、審査の質の向上とそれに伴う必要な審査コストとの費用対効果に留意する必要。（→厚生労働省及び審査支払機関で検討）</p> <p>○特別審査委員会は、以下のような解決に時間を要する課題もあるが、中長期的に条件を整える努力を行い、<u>合同審査を目指す。</u>合同審査が難しい場合でも、<u>判断基準を統一化するための定期的な連絡協議会の開催など、審査の均一性の確保のための取組を進める。</u></p> <p>《具体化に当たっての整理事項》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支払基金では特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない</li> <li>・支払基金本部と国保中央会とで異なる審査システムである</li> </ul>
<p>[再審査の仕組み]</p> <p>○ブロック単位の審査委員会が再審査を、中央に設置した特別審査委員会等が再々審査を行う仕組み</p>	<p>○県単位の審査委員会の決定では納得が得られない個別事案について、<u>上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組み</u>を設ける。</p> <p>《具体化に当たっての整理事項》</p> <p>(※1) 原審査した審査委員会が再審査することは、当該審査委員会による問題点の把握や検証、改善等に資する効果もあることから、各側から1回目の再審査は原審査を行った審査委員会が行い、<u>一定回数以降の再審査を上級の審査組織が審査する形とする。</u>（→「一定回数以降」の範囲を厚生労働省及び審査機関で検討）</p> <p>(※2) 判断基準の統一化の観点から、上級の審査組織の判断を、<u>県単位の審査委員会の判断に的確に反映させていく必要がある。</u></p> <p>(※2) ブロック単位に置くか、中央に置くかについては、引き続き検討。（→厚生労働省及び審査機関で検討）</p>

総括的議論において更に議論した論点	第8回及び第9回における議論（事務局整理案）
<p>[三者構成の仕組み等]</p> <p>○三者構成の仕組み、医師・歯科医師による審査について</p> <p>○調剤レセプトの審査に薬剤師が関与する体制（審査の質の確保と薬剤師の配置に伴うコストの両面等から検討） （注）国保連では従来から調剤審査を実施</p>	<p>○三者構成の仕組みは、積極的に廃止すべきという意見や合意はなかったが、以下のような意見を踏まえ、引き続き検討。（→厚生労働省と審査支払機関で検討）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の審査委員は、どちらの側かを意識しておらず、中立的な立場から専門的な視点で、適切な医療かどうかを審査している。</li> <li>・医療について国民の立場から考えることができる者によって構成されればいいので、利害代表のような仕組みは避けるべき。</li> <li>・外から見て一定の公正さを確保するため、三者構成の仕組みは理解できる。それ以外の方法で、公正さを確保することは難しいのではないか。</li> <li>・ルールメイキングは三者構成であるべきだが、明確なルールに基づき判断する仕組みであれば、判断する者が三者構成である必要はない。</li> <li>・審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしており、不適正な請求を抑制する効果や是正を図る効果がある。こうした効果を引き続き持つ仕組みが必要。</li> </ul> <p>○調剤レセプトについては、電子化の申請に対応して、23年度から突合・縦覧審査を導入することから、従来の点検にとどまらない審査の必要性が増大しているため、<u>支払基金の審査委員会に薬剤師を位置づける</u>。 （→実施時期については、支払基金法改正の必要性の整理等を含め、厚生労働省及び支払基金で検討）</p>
<p>[保険者の直接審査の推進]</p> <p>○健保組合の医科・歯科レセプトの直接審査における紛争処理ルールの整備</p> <p>（※）調剤レセプトの直接審査では、支払基金からの適正な意見を受ける契約の締結による紛争処理ルールの取決めを整備している。</p>	<p>○現在、調剤レセプトの直接審査で認められている、紛争処理の仕組み（支払基金から適正な審査に関する意見を受ける契約の仕組み）について、<u>医科・歯科のレセプトの直接審査にも活用する</u>。</p> <p>○現行制度は公法上の契約に基づく仕組みにより、保険医療機関が保険者を区別することなく、すべての被保険者に円滑に療養の給付を行う体制を確保していることを踏まえ、対象保険医療機関（調剤レセプトの場合は保険薬局）の同意を条件の一つとしているが、この取扱いについては、上記の点を踏まえ、引き続き、検討する。 （→上記の点を踏まえ、厚生労働省で検討）</p>



総括的議論を踏まえたこれまでの議論の整理について（素案Ⅱ）

- 検討会における、一巡目の議論（審査の質の向上、審査・支払の業務の効率化、組織の在り方等）と総括的議論（第8回、第9回分）を踏まえ、これまでの議論を中間的に整理したものである。

①統合、競争促進の観点からの組織の在り方等

これまでの議論で概ね合意が得られたもの	総括的議論（11月）でさらに議論いただきたいもの	厚生労働省・審査支払機関において具体化、検討すべきもの（検討会設置以降に実施したものを含む）
<p>[統合の観点からの組織の在り方]</p>	<p>[統合の観点からの組織の在り方]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○組織を統合した場合の効果の定量的な検証</li> <li>○国保連が行っている保険者業務や市町村から受託業務との関係</li> </ul> <p>[支払基金と国保連の業務の共同処理]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○支払基金と国保連の業務の集約化・委託・共同処理について（都道府県単位、全国レベル等）</li> </ul> <p>【統合・競争等の組織の在り方で議論予定】</p> <p>（これまでの議論における意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査の機能はかなり共通しており、長期的に一緒にやっていく仕組みがありうるのではないか。</li> </ul>	<p>[システムの共同開発・共同利用]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○運営コストの効率化、コンピュータチェックの均一化等の観点から、システムの共同開発・共同利用の一層の推進</li> </ul> <p>（※）支払基金は、レセプト電算処理システムの開発に当たり、レセプト情報の記録仕様や診療行為の基本マスタ、医療機関マスタを作成、国保中央会に提供。</p> <p>&lt;支払基金・国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支払基金は、22年診療報酬改定に対応した基本マスタを更新、提供。（国保中央会に提供され国保は件数按分で経費を負担）【22年3月】</li> <li>・支払基金は、記録条件仕様・標準仕様を更新、提供。（国保中央会に提供され経費負担）【22年5月】</li> </ul>
<p>[競争の観点からの組織の在り方、競争環境の整備]</p>	<p>[競争の観点からの組織の在り方]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○組織の競争環境を整備した場合の効果の定量的な検証</li> </ul> <p>（これまでの議論における意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保連が果たしている保険者業務の機能など、国保連と支払基金との違いを踏まえるべき。</li> <li>・全国唯一の組織、業務独占になるので、規制改革会議が求める競争促進と矛盾するのではないか。</li> <li>・既に保険者の直接審査、自由な参入を認めており、統合で唯一の組織とするのは矛盾ではないか。公共的なもので自由な参入を認めるべきでないとするのか、自由化でやるなら紛争処理の仕組みをどうするのかを整理すべき。</li> </ul>	<p>[支払基金と国保連の競争環境の整備]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○支払基金と国保連の相互に審査の委託が可能な環境整備（通知発出等）</li> </ul> <p>（※）現行法上は、健保組合等は国保連に、市町村国保は支払基金に審査の委託が可能。</p> <p>[業務制限の撤廃]</p> <p>【業務範囲の見直しは、法改正が必要】</p> <p>&lt;支払基金の要望&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・出産育児一時金（正常分娩分）</li> <li>・柔道整復療養費の審査支払業務</li> </ul> <p>&lt;国保連の要望&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療扶助の審査支払業務</li> <li>・柔道整復療養費の審査支払業務の範囲拡大、申請様式の統一化、全国決済制度の導入</li> </ul>

<p>これまでの議論で概ね合意が得られたもの</p>	<p>厚生労働省・審査支払機関において具体化、検討すべきもの (検討会設置以降に実施したものを含む)</p>
	<p>[保険者業務・市町村からの受託業務の拡大]</p> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一次審査における被保険者資格チェックの実施【23年度～】</li> <li>・診療報酬と介護報酬の突合確認の推進【23年度～】</li> <li>・審査支払情報を活用した医療費通知、ジェネリック差額通知の作成【23年度～】</li> <li>・オンラインにより保険者がレセプト点検や過誤・再審査請求できる「保険者レセプト管理システム」を構築【23年5月～】</li> <li>・連合会保有データ（国保・後期高齢者医療のレセプト情報、特定健診等のデータ、介護保険の給付情報等）により地域の保健・医療・介護等の状況を把握し、都道府県・市町村による医療費適正化等を支援する国保データベース構想を推進【23年度～】</li> <li>・後期高齢者医療制度廃止・市町村国保の都道府県単位化への対応（保険者の事務処理共同化の受け皿）【25年度～】</li> </ul>
<p>[保険者の直接審査の推進]</p> <p>○審査システムの効率化等の観点からの保険者の直接審査や保険者が委託する民間のレセプト点検機関の参入の促進</p> <p>(注) 国保連は、実質的には、保険者による直接審査である。</p> <p>○<u>健保組合の医科・歯科レセプトの直接審査における紛争処理ルール</u>の整備</p>	<p>[調剤レセプトの直接審査の推進]</p> <p>○健保組合の調剤レセプトの直接審査における対象薬局の追加手続きの簡素化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別薬局を組合の規約に規定する取扱いの廃止【22年10月通知改正】</li> </ul> <p>[医科・歯科レセプトの直接審査の紛争処理ルールの整備]</p> <p>○<u>医科・歯科レセプトについて、調剤レセプトと同様に、紛争処理の仕組み（支払基金からの適正な審査に関する意見を受ける契約の締結）</u>を整備</p>

## ②審査の質の向上に関する論点

これまでの議論で概ね合意が得られたもの	厚生労働省・審査支払機関において具体化、検討すべきもの (検討会設置以降に実施したものを含む)
<p>[審査の均一性の確保のための取組の推進]</p> <p>○審査の均一性の確保のため、支払基金と国保連の判断基準の統一化、審査における判断基準の差を縮小するためのITの活用の推進。</p> <p>[均一性に影響を与えている要因]</p> <p>○現行の保険診療ルールは、個別性を重視する医療の要請との関係で相当程度の裁量の余地を認めている。診療行為がルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することは困難である。</p> <p>○学会において治療方針や術式等の見解が固まっておらず、教育機関である地元大学の見解が地域ごとに異なる結果、ローカルルールが存在しているものもある。</p>	<p>[審査の判断基準の統一化、ITの活用等]</p> <p>○支払基金と国保連の判断基準の統一化の手法。学会を含めて、専門領域別に判断基準を統一化する仕組み(全国レベル、都道府県単位レベル)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基金と国保連、地方厚生局との連絡協議会の設置【22年度中】</li> </ul> <p>○医学や技術の進歩について、学会ガイドラインや保険診療ルールに的確に反映させていく(反映するタイムラグを縮小していく)手続き。支払基金・国保連に対する疑義解釈(回答)の迅速化。</p> <p>○支払基金の支部間、各都道府県国保連間における判断基準の統一化</p> <p>&lt;支払基金&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者の指摘に迅速に対応するため、本部に「審査に関する苦情相談窓口」を設置【22年6月～】</li> <li>・新たな支部間差異が生じないように、保険診療ルールの疑義や学会ガイドラインとの不整合に的確に対応するため、「専門分野別ワーキンググループ」を編成【22年6月～】</li> <li>・審査委員会相互間の連携を図るための「審査委員長等ブロック別会議」の開催【22年6月～】</li> <li>・専門医の審査委員が不在の診療科に属するレセプトについて、他の支部の専門医によるコンサルティング(審査照会)を行うネットワークの構築【22年6月～】</li> <li>・本部や他支部との連絡調整、審査委員相互間の協議等の職務にフルタイムで従事する審査委員を確保するため、「医療顧問」の設置【23年6月までに全支部で配置を目指す】</li> </ul> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会、常務処理審査委員連絡会議による国保連間の審査基準統一の推進</li> <li>・国保連間等の人事交流の拡大【23年度～】</li> </ul>

<p>これまでの議論で概ね合意が得られたもの</p>	<p>厚生労働省・審査支払機関において具体化、検討すべきもの (検討会設置以降に実施したものを含む)</p>
	<p>○審査の透明化や請求誤りを予防するため、審査の判断基準や審査データの公表の推進。</p> <p>○審査委員への統一の判断基準の周知や判断を支援するツールなど、審査における判断基準の差を縮小するためのITの活用の推進</p> <p>&lt;支払基金&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子レセプトの審査の履歴の記録システムの導入【22年7月～】</li> <li>・審査実績の分析評価、標準化への活用【23年4月～】</li> <li>・コンピュータチェックにより疑義が網羅的に摘示されることに伴う、審査補助の職員の事務能力の向上（研修の充実等）</li> </ul> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査事例データベースの構築【23年度～】</li> <li>・査定率等審査評価指標の作成【23年度～】</li> <li>・詳細な審査統計表の作成【23年度～】</li> <li>・電子化に対応した職員の適正配置による審査事務共助充実【23年度～】</li> <li>・審査事務共助職員の能力向上（研修充実、資格制度の検討）</li> </ul>
<p>[審査におけるITの活用の推進]</p> <p>○レセプトの原則電子化や医療の高度化等を踏まえた、審査におけるITの活用の推進。</p> <p>[参考] IT活用のための審査体制の確保</p> <p>○現行の保険診療ルールは、裁量の余地を認めており、診療行為がルールに適合しているかどうかをすべて機械的に判断することは不可能。コンピュータチェックを充実しても、人でなければできない審査が存在する。</p> <p>○コンピュータチェックの発展途上では、これまで目視で看過されていた疑義が網羅的に摘示され、査定に結びつくものに絞り込む精度が不十分であるため、審査委員及び職員の事務処理負担は増大する。</p>	<p>[審査におけるIT活用のための環境整備、審査データの活用]</p> <p>○電子レセプトのコンピュータチェックの拡充、電子点数表を活用した算定ルールに対する適合性の点検システムの導入</p> <p>&lt;支払基金&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病名と医薬品の適応・用量との適応の適否を点検するチェックマスターの構築【22年2月～コンピュータチェックの導入】</li> <li>・傷病名と処置・手術・検査の適応との対応の適否等を点検するシステムの導入【22年10月～、順次拡充】</li> <li>・医科電子点数表の作成、ホームページに公表【22年3月～】</li> <li>・医科電子点数表を活用した点検システム導入【23年4月目途】</li> <li>・歯科電子点数表の作成、ホームページに公表【22年10月目途】</li> <li>・歯科電子点数表を活用した点検システムの導入【23年度中目途】</li> </ul> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子レセプトに対応した画面審査システムの拡充【22年度～】</li> <li>・算定ルールチェック項目の増加【22年度中】</li> <li>・審査支援チェック項目の増加【22年度中】</li> </ul>

これまでの議論で概ね合意が得られたもの	厚生労働省・審査支払機関において具体化、検討すべきもの (検討会設置以降に実施したものを含む)
	<p>○レセプト情報の集約・整理と審査の効率化のための審査体制の整備</p> <p>&lt;支払基金&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子レセプトの審査の履歴の記録システムの導入【22年7月～】(再掲)</li> <li>・審査実績の分析評価、標準化への活用【23年4月～】(再掲)</li> <li>・コンピュータチェックにより疑義が網羅的に摘示されることに伴う、審査補助の職員の事務能力の向上(研修の充実等)(再掲)</li> </ul> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2画面システムの全国保連への導入【22年9月】</li> <li>・審査事例データベースの構築【23年度～】(再掲)</li> <li>・査定率等審査評価指標の作成【23年度～】(再掲)</li> <li>・詳細な審査統計表の作成【23年度～】(再掲)</li> <li>・審査事務共助職員の能力向上(研修の充実、資格制度の検討)(再掲)</li> <li>・国保連間等の人事交流の拡大【23年度～】(再掲)</li> </ul> <p>○電子レセプトの突合審査、縦覧審査等の実施【支払基金：23年3月診療分、国保連：23年4月診療分～】</p> <p>○電子レセプトの記録条件仕様や記載要領のうち、コンピュータチェックに支障があるものの見直し</p> <p>○再審査における電子化の推進</p> <p>&lt;支払基金&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・オンラインによる再審査等請求の受付開始</li> </ul> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・再審査画面システムの稼働【23年度～】</li> </ul> <p>○医療の透明性や質の向上、診療ガイドラインの普及、疾病管理等の観点から審査データの公開、活用</p> <p>&lt;支払基金&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費の分析評価の実施(22年診療報酬改定の影響を診療項目別に分析)【22年8月公表】</li> </ul> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・連合会保有データ(国保・後期高齢者医療のレセプト情報、特定健診等のデータ、介護保険の給付情報等)により地域の保健・医療・介護等の状況を把握し、都道府県・市町村による医療費適正化等を支援する国保データベース構想を推進【23年度～】(再掲)</li> </ul>

これまでの議論で概ね合意が得られたもの	厚生労働省・審査支払機関において具体化、検討すべきもの (検討会設置以降に実施したものを含む)
<p>[審査委員会の機能の強化]</p> <p>○医療の高度化が進んだ結果、小さい県など専門分野で必要な審査委員の確保が難しくなっている。<u>一定の高度・専門性を有するレセプトを集約化して審査していくことが必要。</u></p> <p>○特別審査の対象レセプトの範囲拡大</p>	<p>[審査委員会の機能の強化]</p> <p>○特別審査の対象レセプトの範囲の拡大</p> <p>○専門診療科に属するレセプトについて集約化して審査      ≪具体化に当たっての検討事項≫</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>※1 特別審査委員会が新たに対象とするレセプトの範囲。</li> <li>※2 希少性があるものやエビデンスが確立していないものなど、集約化して審査することを検討すべきレセプトの対象範囲。</li> <li>※3 中央で集約化するか、ブロック単位で集約化するか。特別審査委員会に集約化した場合、審査の質の向上とそれに伴う必要な審査コストとの費用対効果に留意する必要。</li> </ul> <p>[各県の審査委員会の連携等]</p> <p>○各県の審査委員会に対する専門診療科ごとの支援体制の整備</p> <p>○各県の審査委員会の連絡調整機能等の強化</p> <p>○審査委員会相互間の連携、他県の審査委員会の専門医によるコンサルティング(審査照会)のネットワークの構築</p> <p>&lt;支払基金&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな支部間差異が生じないように、保険診療ルールの疑義や学会ガイドラインとの不整合に的確に対応するため、「専門分野別ワーキンググループ」を編成【22年6月～】(再掲)</li> <li>・審査委員会相互間の連携を図るための「審査委員長等ブロック別会議」の開催【22年6月～】(再掲)</li> <li>・専門医の審査委員が不在の診療科に属するレセプトについて、他の支部の専門医によるコンサルティング(審査照会)を行うネットワークの構築【22年6月～】(再掲)</li> <li>・本部や他支部との連絡調整、審査委員相互間の協議等の職務にフルタイムで従事する審査委員を確保するため、「医療顧問」の設置【23年6月までに全支部で配置を目指す】(再掲)</li> </ul> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会の充実、常務処理審査委員連絡会議の活用</li> </ul>

<p>これまでの議論で概ね合意が得られたもの</p>	<p>厚生労働省・審査支払機関において具体化、検討すべきもの (検討会設置以降に実施したものを含む)</p>
<p><b>[再審査の仕組み]</b> ○県単位の審査委員会の決定では納得が得られない個別事案について、上級の審査組織が再審査する仕組みの設置。</p>	<p><b>[再審査の仕組み]</b> ○県単位の審査委員会の決定では納得が得られない個別事案について、<u>上級の審査組織が再審査する仕組みの設置</u>。 《具体化に当たっての整理事項》 ※1 原審査した審査委員会が再審査することは、当該審査委員会による問題点の把握や検証、改善等に資する効果もあることから、各側から1回目の再審査は原審査を行った審査委員会が行い、一定回数以降の再審査を上級の審査組織が審査する形とする。 ※2 判断基準の統一化の観点から、上級の審査組織の判断を、県単位の審査委員会の判断に的確に反映させていく必要がある。 ※3 ブロック単位に置くか、中央に置くかについて検討 【県単位の審査委員会が原審査したレセプトをそれ以外の審査委員会が再審査する仕組みとする場合、法改正が必要】</p>
<p><b>[三者構成の仕組み]</b> ○三者構成の仕組みについて、積極的に廃止すべきという意見や合意はなかったが、引き続き検討（検討に当たっての意見等を左に記載）。</p> <p><b>[支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化]</b> ○支払基金の調剤レセプトの審査に薬剤師が関与する体制の整備 (注) 国保連では従来から調剤審査を実施</p>	<p><b>[三者構成の仕組み]</b> ○三者構成の仕組みについて、積極的に廃止すべきという意見や合意はなかったが、以下のような意見を踏まえ、引き続き検討。 ・現在の審査委員は、どちらの側かを意識しておらず、中立的な立場から専門的な視点で、適切な医療かどうかを審査している。 ・医療について国民の立場から考えることができる者によって構成されればいいので、利害代表のような仕組みは避けるべき。 ・外から見て一定の公正さを確保するため、三者構成の仕組みは理解できる。それ以外の方法で、公正さを確保することは難しいのではないか。 ・ルールメイキングは三者構成であるべきだが、明確なルールに基づき判断する仕組みであれば、判断する者が三者構成である必要はない。 ・審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしており、不適正な請求を抑制する効果や是正を図る効果がある。こうした効果を持つ仕組みが引き続き必要。</p> <p><b>[支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化]</b> ○<u>支払基金の調剤レセプトの審査に薬剤師が関与する体制の整備</u> (注) 国保連では従来から調剤審査を実施 【審査委員会の構成については、法改正の必要性の整理を含め検討】</p>

### ③審査・支払の業務の効率化に関する論点

これまでの議論で概ね合意が得られたもの	厚生労働省・審査支払機関において具体化、検討すべきもの (検討会設置以降に実施したものを含む)
<p>[効率的な業務運営の推進] ○医療保険の運営コストの削減の観点から、審査支払機関において効率的な業務運営に一層取り組むことが必要。</p> <p>[支払いの早期化] ○電子化による業務効率化に伴う支払いの早期化</p> <p>[法人運営の合理化] ○資産等の整理合理化、業務運営の見直し</p>	<p>[システムの共同開発・共同利用] (再掲) ○運営コストの効率化、コンピュータチェックの均一化等の観点から、システムの共同開発・共同利用の一層の推進</p> <p>&lt;支払基金・国保連&gt; ・支払基金は、22年診療報酬改定に対応した基本マスタの更新。国保中央会に提供【22年3月】 ・支払基金は、記録条件仕様・標準仕様の更新、提供。(国保中央会に提供され経費負担)【22年5月】</p> <p>[支払いの早期化] ○電子化による業務効率化に伴う支払いの早期化</p> <p>[業務効率化、保有資産の整理合理化等]</p> <p>&lt;支払基金&gt; ・専門的診療科に属する電子レセプトの審査は、ブロック中核支部が他の支部の審査事務を支援する体制に移行【23年度～】 ・資金管理業務の本部への集約化【23年4月～】 ・支部の庶務・会計業務のうち可能なものを本部又はブロック支部に移管【23年度～段階的に移行】 ・職員定数の削減：27年度の職員定員を22年度と比較して約13%減(4934人→4310人)【22年9月に新サービス向上計画案で提示】 ・小規模な支部の支部長は、近隣の支部の支部長が兼任する体制を導入【22年度に鳥取支部、23年度～段階的に移行】 ・給与水準の引下げ【ラスパイレス指数で100となるよう給与体系見直しを厚労省が要請、新サービス向上計画案で提示(22年9月)】 ・保有資産の整理合理化【22年9月に新サービス向上計画案で提示】 ・システム専門役の採用【22年4月】 ・コンピュータシステム関連経費の縮減</p>



これまでの議論で概ね合意が得られたもの	厚生労働省・審査支払機関において具体化、検討すべきもの (検討会設置以降に実施したものを含む)
	<p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保連の審査支払関係システムに共通する機能・データを管理する「共通基盤システム」を構築【23年5月～】</li> <li>・国保連に共通するシステムは、国保中央会が開発・保守を行うことを原則化。システム開発・機器調達における競争入札を徹底し、国保連共通のシステム・機器については一括調達を原則化【22年度】</li> <li>・仮想化技術の活用等により、機器台数、機器導入及び運用・保守について、全国1拠点化を含め、拠点の集約化等について検討【28年度頃】</li> <li>・システム開発体制の強化のため、国保中央会に民間からシステム担当理事を公募採用するとともに、システムコンサルタントの増員、システム監査人の役割強化を実施【22年度】</li> <li>・間接部門の業務について、国保連間での標準化・集約化等を検討</li> </ul>
<p>[審査手数料の引下げ]</p> <p>○レセプトの電子化や業務の効率化によるコスト削減を通じた審査手数料の引下げ</p> <p>[審査手数料と査定率との連動]</p> <p>○審査委員会の審査は、医師又は歯科医師の専門的知見に基づく判断であり、審査手数料と査定率との連動は、査定のインセンティブになりえない。</p>	<p>[コスト構造の見える化]</p> <p>○制度の運営コストの見える化等を図るため、審査、請求支払、管理等の業務区分ごとのコストの提示</p> <p>&lt;支払基金&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支払基金における支部別の審査手数料の提示 平成23年度以降、審査業務、請求支払業務及び管理業務を区分し、区分ごとに手数料で賄われる支出をレセプト件数で除して手数料を算定する方向で、保険者団体と協議。</li> </ul> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保連における統一的なコスト分析の方法や複式簿記の導入を検討【22年度中】</li> <li>・国保連における市町村国保以外の者が委託した場合の審査手数料の提示【23年度～】</li> </ul>

これまでの議論で概ね合意が得られたもの	厚生労働省・審査支払機関において具体化、検討すべきもの (検討会設置以降に実施したものを含む)
	<p>[コスト削減に応じた審査手数料の引下げ]</p> <p>○保険者からの審査手数料の引下げ</p> <p>&lt;支払基金&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査手数料の引下げ：27年度の水準を22年度と比較して約11%引き下げ(90.24円→80円)、29年度と比較して約25%引き下げ(107.29円→80円)を目指す。【22年9月に新サービス向上計画案で提示】</li> <li>・27年度における支出に係るコスト構造の見込みを提示【同上】</li> </ul> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査支払手数料は毎年引き下げており、今後とも努力する(平成10年度84.82円から平成20年度68.05円へ16.77円の引き下げ)</li> <li>・全国決済手数料(111.6円)の引下げの検討【23年度～】</li> </ul> <p>[審査手数料の在り方]</p> <p>○レセプト件数を基準とした支払基金の審査手数料の体系の見直しの検討 【支払基金の事務費用を保険者がレセプト件数に応じて支払う仕組みを見直す場合、法改正が必要】</p> <p>[後期高齢者医療制度廃止に伴う手数料見直し]</p> <p>&lt;国保連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者の多くが国保の被保険者になることに伴い、国保連の手数料体系全体を見直す【25年度】</li> </ul>

[11月15日医療保険部会資料]

平成22年11月15日

第42回社会保障審議会医療保険部会

資料2

# 診療報酬の支払早期化について

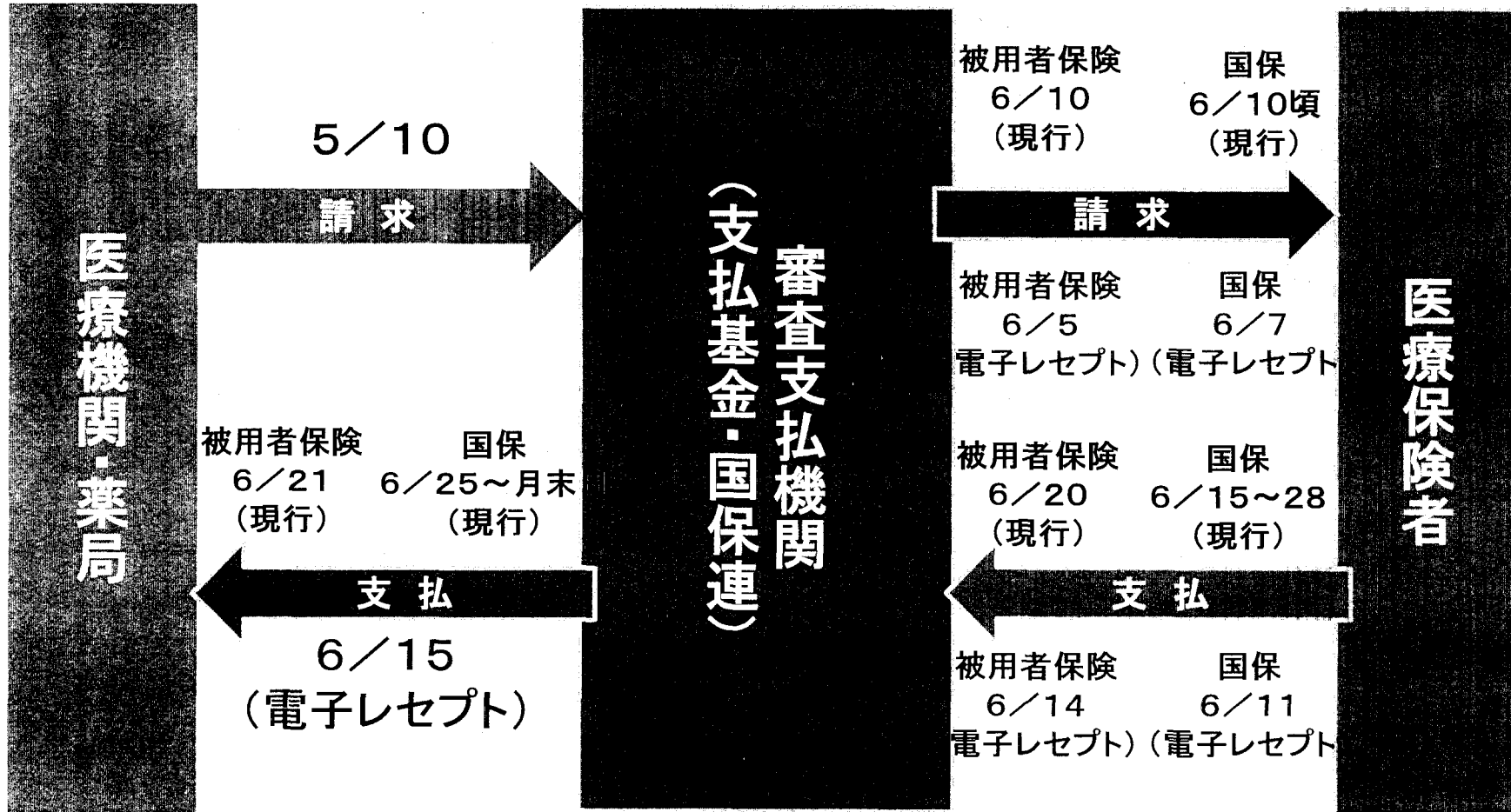
平成22年11月15日

厚生労働省保険局総務課

# 支払早期化のイメージ

(平成22年9月8日医療保険部会資料)

<平成23年4月診療分の例>



# 関係者の調査結果(概要)

## 市町村国保

- 1,723市町村に対し支払早期化への対応について調査。
- (提示された)請求書受理の4日後に払込完了が可能と回答した市町村は5割強。一方で、8日後までであれば払込完了できると回答した市町村は約9割。ただし、4日後までに全ての市町村で払込完了できると回答のあった都道府県は、概算払を実施済みの12府県のみであり、8日後までの払込完了が可能な都道府県は19である。
- 市町村では主に会計担当部門での事務処理に日数を要するが、その出納のルールは自治体毎に様々(支払日がそもそも固定されている、金融機関との取り決め等)。

## 被用者保険

- 健保連からアンケート形式で支払早期化への対応を調査(1,191保険者から回答)。
- 提示されたイメージに基づく支払早期化については、4割強の保険者が対応可能。一方で、5割強の保険者が対応不可能と回答。
- 対応不可能とした保険者の理由は、事務体制の問題(電子レセプト分と紙レセプト分で診療報酬の2回払いが発生する)、資金繰りの問題、システム改修費の問題(業者により相違があるが20~35万円程度の費用)が挙げられている。

## 広域連合

- 47広域連合に対して支払早期化への対応について調査。
- 事務的には、(提示された)請求書受理の4日後に払込完了が可能と回答した広域連合は5割強(26都道府県)。一方で、8日後までであれば払込完了できると回答した広域連合は9割強(46都道府県)。
- 40都道府県で広域連合の資金繰りに問題が生じるため、国庫・県費負担金・後期高齢者交付金の入金も早期化が必要との回答。

# 今後の方向性

## 今回の支払い早期化への対応

- 保険者への調査によれば、審査支払機関と保険者との間の請求・支払いの間隔を提示した案の4日から7～8日に3～4日程度延長できれば、事務的には対応できる保険者数が増加(国保・広域連合)。  
※ ただし、都道府県ごとのばらつきが残る可能性がある。
- 資金繰りの問題については、特に現行の前期高齢者交付金及び後期高齢者支援金の保険者への支払いが毎月15日となっていること等を含め、新たな高齢者医療制度の議論も勘案しつつ検討。
- より実効性のある施策とするためにも、引き続き、上記の審査支払機関と保険者との間での請求・支払いの流れについて調整を行い、来年度における実施を目指す。

## 今後のレセプト電子化について

- 今回の支払早期化にあたっては、電子レセ・紙レセが混在する中で、電子レセ分の請求に係る診療報酬のみを早期化することにより、保険者及び審査支払機関双方に事務負担が発生(支払基金は、他県分が約3分の1を占めるため、紙レセを電子レセと同様に早期化することは、物理的に困難)。
- 来年の4月より歯科が原則レセプト電子化の期限を迎えるとともに、保険者についてもレセプトのオンラインによる受け取りが原則となることから、今後、一層のレセプト電子化を推進し、将来的にはその進捗状況を勘案し、更なる支払早期化を検討。

### (参考) 審査支払業務の電子化の現状(22年8月)

医療機関→支払基金		支払基金→保険者	
電子レセプト	84.2%	オンライン	51.2%
紙レセプト	15.8%	電子媒体	16.0%
		紙出力(※)	17.0%
		紙出力など	15.8%

電子→電子

} 67.2%

※ 医療機関から電子で請求されているもので保険者へ紙媒体で請求がなされているもの。

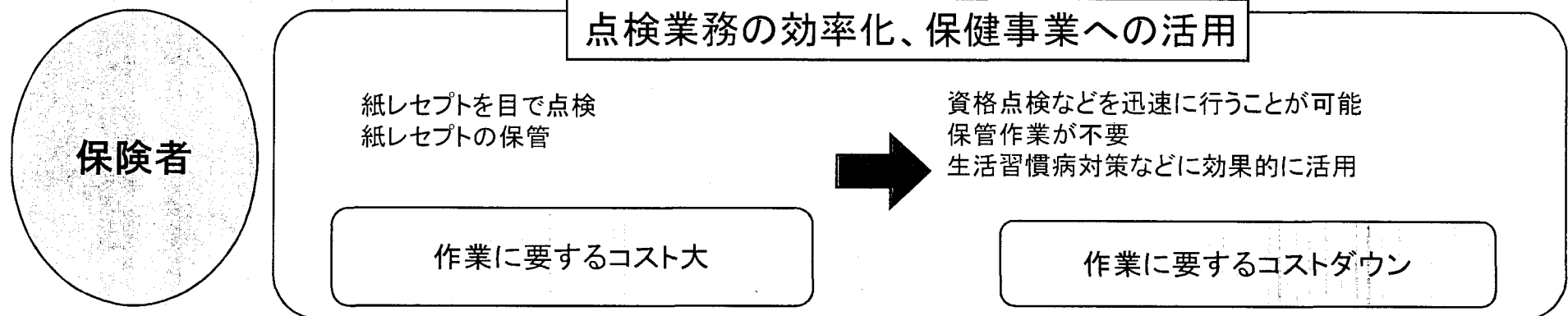
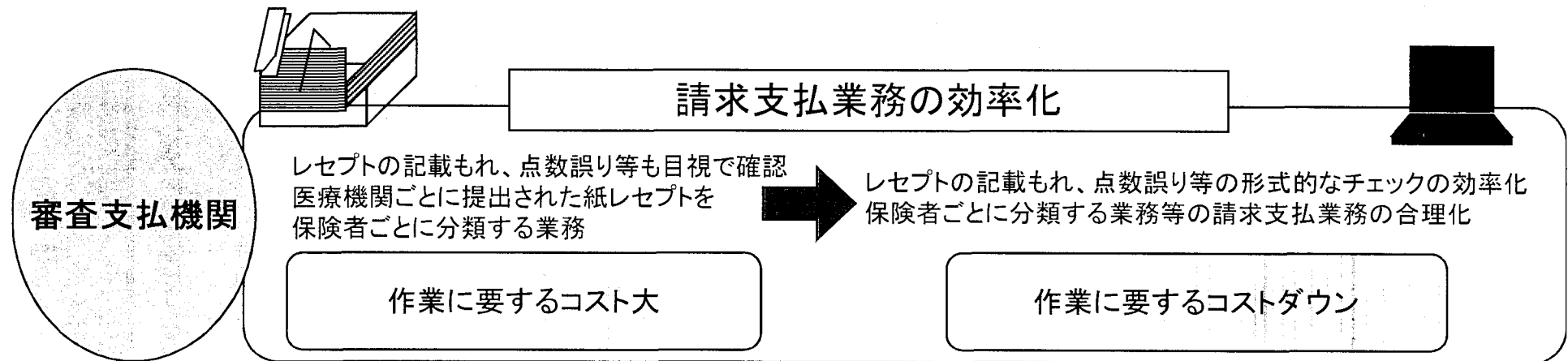
# レセプトデータの活用について

平成22年11月25日

厚生労働省保険局総務課

# レセプト電子化による審査支払機関・保険者における効果

- レセプトの電子化により、保険者においては、点検業務等の効率化だけでなく、保健事業への活用も可能となる。





# 医療保険者におけるレセプトデータの活用(広島県呉市の事例)

## ○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から22年3月までの対象者の6割超が後発医薬品へ切り替え。

## ○生活習慣病二次予防(受診勧奨)

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

## ○生活習慣病三次予防(重症化予防)

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより重症化を予防。

## ○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻繁に医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※平成21年度における訪問前後1ヶ月の比較

(重複受診) 件数:23件 診療費削減額:432,229円 最大89,220円/人 診療費減

(頻回受診) 受診日数減:80人 診療費削減1,906,642円 最大 受診日数30日/月 → 15日/月  
80,550円/人 診療費減

## ○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 2.7%が重複服薬、6.4%に相互作用。(併用禁忌0.3%、併用回避6.1%)

# 国におけるレセプト情報・特定健診等情報データベースの活用

## 1. 平成18年医療制度改革

- 高齢者の医療の確保に関する法律・成立（平成20年4月施行）
- 医療費増加の構造的要因に着目し、中長期的な観点から医療費適正化を進める  
医療費適正化計画の枠組みの導入
- 医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、厚生労働省が行う調査及び分析等に用いるデータベースの構築へ  
※保険者は、厚生労働省に対し、必要な情報を提供

## 2. 「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」

○平成19年7月 検討開始

→収集するデータの範囲、データの利活用の方法等について検討

○平成20年2月 報告のとりまとめ（情報提供の基本的枠組み）

医療適正化計画以外の目的でも公益性の高い学術研究にレセプトデータを活用するとの方針。

-----（検討会報告を踏まえ、データ収集のための体制の構築）-----

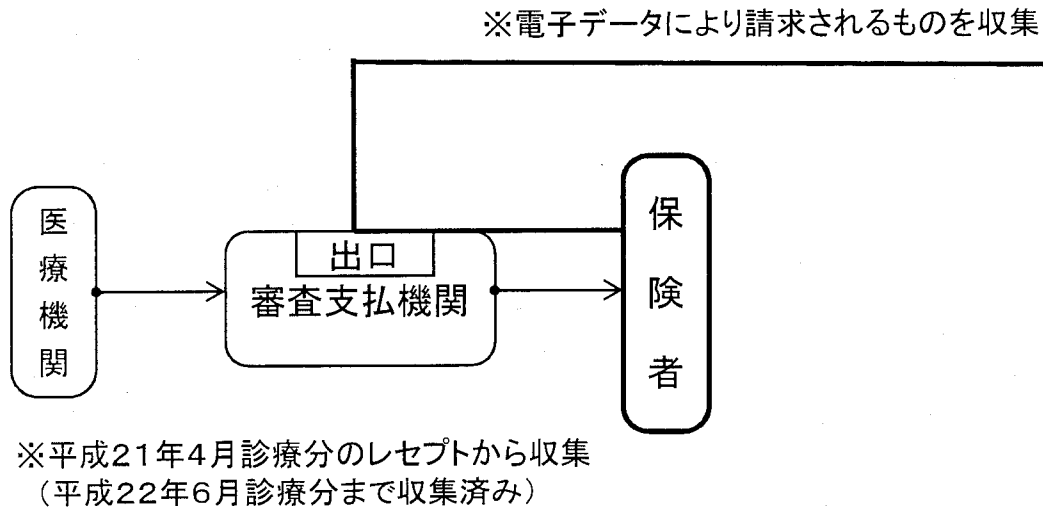
## 3. データの利活用に関する指針

○平成22年10月～

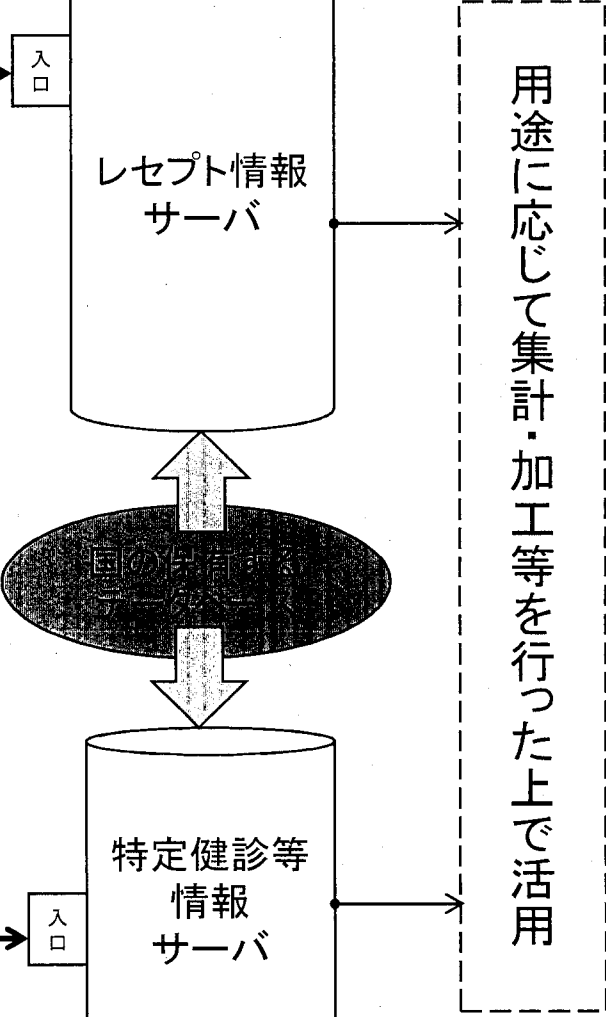
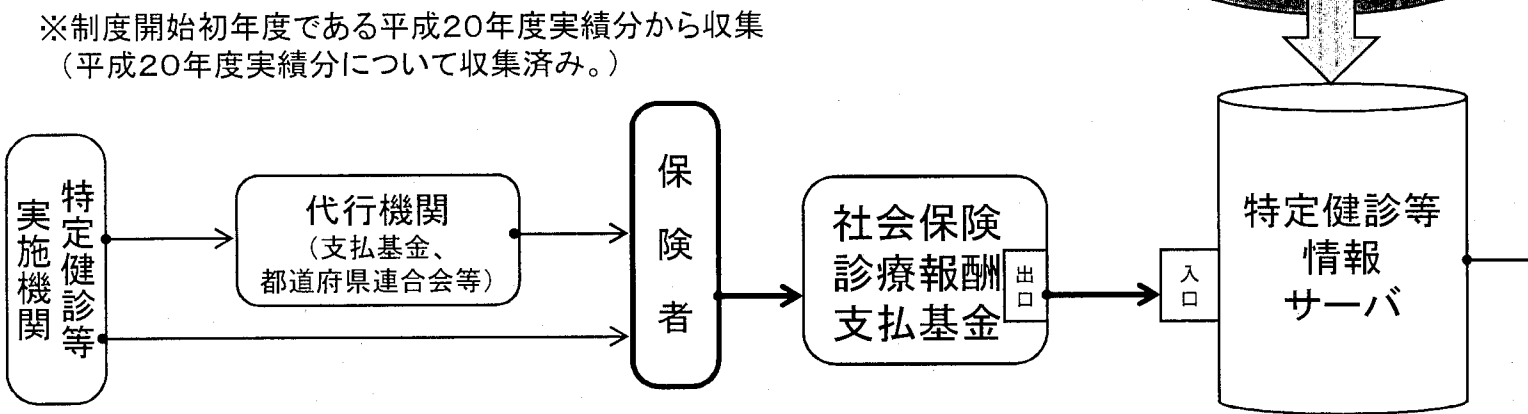
「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」を設置し、具体的な提供ルールについて検討。

# レセプト情報・特定健診等情報の収集経路

レセプト情報



特定健診等情報



組織の統合、競争の促進についての定量的な検証(試算案)

平成22年11月25日  
厚生労働省保険局

## 組織の統合イメージ

### 《支払基金を国保連に統合》

- 都道府県国保連において、被用者保険のレセプトの受付・事務点検・審査・支払業務を実施。(業務移管)
- 支払基金の審査支払以外の業務(支援金・納付金の徴収及び交付金の交付等)は、他の機関に移管  
(コスト増減要因)
  - 審査担当職員等体制整備(支払基金から国保連への要員シフト)
  - 国保連から被用者保険者への請求システムの開発等
    - ・支払基金から国保連へシステム仕様書等の提供及びデータ移行
  - 事務スペースの確保
    - ・国保連事務所(不足スペースの借上げ)
    - ・支払基金事務所(売却)
  - 支払基金の審査支払以外の業務関係
    - ・移管先(他の機関)のスペースの借上げ

### 《国保連を支払基金に統合》

- 支払基金支部において、国保のレセプトの受付・事務点検・審査・支払業務を実施。(業務移管)
- 国保の審査支払以外の業務(保険者業務及び高齢者・介護等審査支払業務等)は、国保連が実施。  
(コスト増減要因)
  - 審査担当職員等体制整備(国保連から支払基金への要員シフト)
  - 支払基金から国保保険者への請求システムの開発等
    - ・国保連から支払基金へシステム仕様書等の提供及びデータ移行
  - 事務スペースの確保
    - ・支払基金事務所(不足スペースの借上げ)
    - ・国保連事務所(売却)
  - 国保連の審査支払以外の業務関係
    - ・支払基金と国保連の間での国保資格データ・審査結果の授受のシステム開発

組織の統合、競争の促進についての定量的な検証(試算案)

1. 審査支払機関(部門)の業務コスト

(億円)

組織形態		効率化要因等	初年次	7年後(累積)
統 合	国保連へ統合	削減 ・人員削減▲806人 →管理職員 5割削減(562人) →総務部門 3割削減(244人) ・システム開発の一本化 →システムの独自開発経費の削減 →支払基金システムの更改費用の削減等(現行7年サイクル) ・支払基金保有事務所の売却【初年度のみ】※2	▲52	▲581
		増加 ・人員削減に伴う退職金の支払い【初年度のみ】※3 ・被用者保険レセプトに対応した国保システムの改修及び追加機器調達【初年度及び更改時】 ・国保連の事務所の不足スペースの追加借上げ及び支払基金の審査業務以外を引き継いだ機関におけるスペースの借上げ	269	608
		増減	217	27
	支払基金へ統合	削減 ・人員削減▲806人 →管理職員 5割削減(562人) →総務部門 3割削減(244人) ・システム開発の一本化 →システムの独自開発経費の削減 →国保連審査システムの更改費用の削減等(現行6年サイクル) ・国保連保有事務所の売却【初年度のみ】※2	▲52	▲465
		増加 ・人員削減に伴う退職金の支払い【初年度のみ】※3 ・国保レセプトに対応した支払基金システムの改修及び追加機器調達【初年度及び更改時】 ・支払基金の事務所の不足スペースの追加借上げ及び国保連において審査業務以外の業務を行うスペースの借上げ	318	757
		増減	266	292
競争	増減	※4	—	—
業務合理化 ※1	削減	・電子化に伴う業務見直しによる人員削減等(段階的) →支払基金(▲598人)、給与水準の引下げ(ラスパイレス指数106→100)※5 →国保連(▲605人) ・システムの仮想化及び一拠点化による削減(次期機器更改時)	▲8	▲518

※1 業務合理化による削減効果は、統合と競争いずれの場合にも発生する。

※2 支払基金が保有する46支部の事務所売却益は145億円。(精算は基金法第31条の規定により別に法律で定める。)

国保連が保有する21か所の事務所売却益は67億円。

※3 退職金(105億円)の支払いに当たっては、現在保有する退職手当引当金では不足することから別途財源を確保する必要がある。

※4 競争であっても支払基金と国保連の間でシステムの共同開発が行われればコスト削減となる。

※5 支払基金の紙レセプト審査のブロック集中処理による効率化を含む。(国保連に統合の場合を除く。)

2. 医療費適正化効果

(億円)

組 織 形 態		効 率 化 要 因 等	初年次	7年後(累積)
統 合	国保連 統 合	査 定 率 削 減 効 果 (累 積) ・平均化されると仮定(査定率の差の1/2)	80	32
	基金 統 合	査 定 率 削 減 効 果 (累 積) ・平均化されると仮定(査定率の差の1/2)	80	32
競 争		査 定 率 削 減 効 果 (累 積) ・高い方に収斂(段階的に査定率向上)	▲16	▲112
業 務 合 理 化		査 定 率 削 減 効 果 (累 積) ・縦覧、突合審査導入により査定率向上	精査中	

3. 審査格差の縮小

組 織 形 態		格 差 縮 小
統 合	国保連に統合	・格差縮小
	支払基金に統合	・格差縮小
競 争		・連携を強化することにより格差縮小

審査支払機関(部門)の業務コスト

(単位:億円)

			初年度	2年次目	3年次目	4年次目	5年次目	6年次目	7年次目		
統	国保連に統合	削減	人件費	給与	-52	-52	-52	-52	-52	-52	
			物件費	システム一本化		-6	-6	-6	-6	-6	-6
				システム更改 事務所売却	(-145)						
		計(累積)			-52	-110	-168	-226	-284	-342	-581
		増加	人件費	退職金	105						
	物件費		システム切替	124							
			事務所借上 システム更改	40	40	40	40	40	40	40	99
	計(累積)			269	309	349	389	429	469	608	
	削減効果			217	199	181	163	145	127	27	
	合	支払基金に統合	削減	人件費	給与	-52	-52	-52	-52	-52	-52
物件費				システム一本化		-5	-5	-5	-5	-5	-5
				システム更改 事務所売却	(-67)						
計(累積)			-52	-109	-166	-223	-280	-337	-465		
増加			人件費	退職金	105						
		物件費	システム切替	161							
			事務所借上 システム更改	52	52	52	52	52	52	52	127
計(累積)			318	370	422	474	526	578	757		
削減効果			266	261	256	251	246	241	292		
競争		削減	人件費								
	物件費										
	計(累積)										
	増加	人件費									
		物件費									
計(累積)											
削減効果											
業務合理化	削減	人件費	給与[IT化等]基金	-6	-12	-18	-24	-30	-38	-38	
		物件費	国保	-1	-2	-3	-4	-5	-5	-5	
			計(累積)	-7	-31	-72	-100	-175	-258	-341	
	物件費	システム経費								-150	
		外部委託の集約化	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-6	-6	
計(累積)			-1	-3	-6	-10	-15	-21	-177		
計(累積)			-8	-34	-78	-110	-190	-279	-518		

十



## 統 合 ・ 競 争 の 効 果 と 留 意 点

	効 果	留 意 点
統 合	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 管理部門及び総務部門の統合による人員削減</li> <li>○ バックオフィスの統合による経費削減</li> <li>○ システムの開発経費、機器更改等運用経費の削減</li> <li>○ 支払基金と国保連間との査定率差異の解消</li> <li>○ 既存施設の処分により経費削減</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 関係者(特に国保連は会員たる市町村等)の合意が得られていない</li> <li>○ 審査支払以外の業務の実施体制(追加的な事務量の拡充を含む)の確保が必要</li> <li>○ 保険者の選択肢(委託先)が狭まる</li> <li>○ 民間参入者との公平・公正な競争を阻害</li> <li>○ 退職金の財源が必要であるが、市町村、保険者に補填分を求められない</li> <li>○ 事務室の移転及びシステムの統一化等のための一時的なコストが発生</li> <li>○ 被用者保険レセの審査支払のためには「全国統一的な電算処理システム」が必要(国保中央会では23年5月システム最適化に向けて準備中)</li> </ul>
競 争	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 民間業者の参入を促進</li> <li>○ 直接審査を含め、保険者の選択肢が拡大</li> <li>○ コスト削減競争により、手数料の引き下げが期待できる</li> <li>○ 査定率が高い方に収斂される</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 支払基金と国保連に管理部門等が併存</li> <li>○ システムの二重投資</li> <li>○ 支払基金と国保連間の査定率の差異が残る</li> </ul>

※ 例えば、これまで、支払基金が「全国規模の1法人」のメリットを活かして、厚生労働省に代わって担ってきた次の役割をどのように遂行するか、についても併せて検討する必要

- ① レセプト電算処理システムの開発及び運用(①記録条件仕様、②標準仕様、③基本マスター、④医療機関マスターの作成など)
- ② 電子点数表の作成及び公表
- ③ 医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いの検討
- ④ 診療報酬改定をはじめとする医療保険制度改正に係る円滑な対応

平成22年11月10日  
内閣府行政刷新会議事務局

各府省事業仕分け担当官殿

平成22年11月9日付け行政刷新会議決定への対応について（要請）

日頃から行政刷新の取組に御協力いただき、心から感謝申し上げます。

さて、昨日（11月9日）の夕刻に行われた第13回行政刷新会議におきまして、別添1「事業仕分け（後半）の対象事業」及び別添2「過去の事業仕分け等の反映状況の検証結果を踏まえた対応について」が決定されましたので、送付いたします。

つきましては、別添1については、11月15日～18日の事業仕分け第3弾（後半）への準備を進めていただくとともに、別添2については、平成23年度予算編成過程において、広く国民に対する説明責任を果たしつつ、別紙の指摘を踏まえた適切な対応を行っていただくようお願いいたします。

【お問い合わせ先】

行政刷新会議事務局

再仕分けワーキンググループ各府省担当

電話：03-3581-1269

FAX：03-3581-4611

※ 事業仕分け第3弾（後半）の時間割については、近々、お知らせいたします。

過去の事業仕分け等の反映状況の検証結果を踏まえた  
対応について

事業仕分け第3弾（後半）の再仕分けの対象となる事業については、関係府省からのヒアリングや事業シートのチェック、現場の実態を把握するための現地調査等を通じ、対象事業候補の選定を行ってきた。

候補の選定過程においては、公開の場で再仕分けを行う事業以外にも、別紙の指摘内容のとおり、事業仕分け第1弾、第2弾及び行政事業レビューの評価結果や取りまとめコメントの指摘の平成23年度概算要求への反映が不十分と見られる事業があった。こうした事業の存在を放置すれば、政権の基盤をなす最重要施策であり、今まで国民に見えなかった予算編成過程を明らかにし、行政の透明性を高め、無駄の根絶を図るという事業仕分けの意義を損なうおそれがある。

このため、関係府省・部局に対し、平成23年度予算編成過程において、広く国民に対する説明責任を果たしつつ、別紙の指摘を踏まえた適切な対応を行うことを求める。

## 厚生労働省

事業名等	<p>その他医療関係の適正化・効率化          (①レセプト審査の適正化対策)          (②国保中央会・国保連に対する補助金(国保連・支払基金の統合))</p>
事業仕分け結果等	<p>○事業仕分け第1弾 事業番号2-6①②          「その他医療関係の適正化・効率化(①レセプト審査の適正化対策、②国保中央会・国保連に対する補助金(国保連・支払基金の統合))」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価結果：見直しを行う</li> <li>・とりまとめコメント(略)</li> </ul> <p>15名の仕分け人全員が「見直しを行う」。</p> <p>「ア. レセプト審査率と手数料を連動」は9名で、その他の意見の2名が「国保連・支払基金とも都道府県単位で解体の上再編」、「競争が働いていない」としており、事実上11名である。</p> <p>「イ. 国保連・支払基金の統合」は11名で、アと同様にその他の意見を含めて事実上13名である。</p> <p>以上より、仕分けチームとしてはア～エの論点について、この結論に従って見直しをする。</p>
指摘内容	<p>事業仕分け第1弾の評価結果を受け、『厚生労働省内に「審査支払機関の在り方に関する検討会」を設けて議論を行っている』とのことであるが、事業仕分け第1弾における「その他医療関係の適正化・効率化(①レセプト審査の適正化対策、②国保中央会・国保連に対する補助金(国保連・支払基金の統合))」の評価結果に則したレセプト審査率と手数料の連動及び国保連・支払基金の統合といった見直しが行われていない。</p>

未定稿 ※議事録を委員が確認中であり、内容に変更がありうる。

## 各委員からの主な意見の概要（第8回）（案）

### ○森田座長

- ・ 二つの審査組織は、競争というよりもうまく棲み分けて共存した形になっており、独占の弊害と二重性の弊害の両方を持っているというのが、規制改革会議や事業仕分けの指摘ではないか。これを解決するため、一元化という効率性の方法もあれば、積極的な競争を促す方向もある。完全競争であれば、サービスと保険料がバランスとれることが保険原理であるが、皆保険制度であるため、そうした仕組みになっていない。そうした中で、二つの系統がそれぞれ寡占化している、二元的な仕組みがこのままでいいのかどうか問われているのではないか。
- ・ ローカルルールについては、もし定着しているのであれば、それによって資源の差が生じていることになるので、被保険者の立場からは明確にする必要がある。合理的な格差かどうかを説明するため、ITを使って分析を進めることが必要である。
- ・ 三者構成は、本来、二者の交渉で決定できない場合に、中立的な第三者をいれて決定する仕組みである。保険の審査は、そうした両者の合意で決まるものではなく、むしろ医療の客観的な適切性の評価になるので、専門家による判断がどのくらい権威をもって行われる仕組みになっているかがポイントではないか。その意味で、判断の対象者とは利害関係がない、公平性や中立性をどうやって担保するかという話になる。

### ○飯山委員

- ・ 三者構成については、審査委員は、出身母体が何かということは全く意識することなく、基本的にその医療行為が妥当かどうかで判断している点は強調しておきたい。

### ○岩田委員

- ・ ルールは基本的に同じはずであり、ルールの基準の統一化を疑うことは難しい。また、二つの組織を統一すると、足して2で割ったことが起こりがちだが、厳しい基準の方に統一化する可能性もあり得るし、基準を統一化した中での競争もあり得る。
- ・ 地域差のような問題は、三者構成だけでは解決できないので、県単位の上に別の仕組みを考えることが必要という意見には同意する。他方、上級機関を作る場合でも、社会から見て公平な人たちが選ばれる仕組みは担保する必要がある。

### ○遠藤委員

- ・ 日本は、原則として必要な医療は保険で給付する制度であり、診断行為を伴う審査をしているので、一律にコンピュータで審査することになれば、皆保険皆給付というのは無理になる。査定に当たっては、医師、歯科医師、薬剤師が、地域を把握し、現場を見ていなければいけない。
- ・ 上級処理機関を設ける場合でも、周りから見て妥当と判断されるためには、形としても三者構成で選ばれた人が審査する仕組みが必要になると思う。

#### ○齋藤委員

- ・ 医療は非常に動的で柔軟なものであり、全国画一の基準で押し通すことには、かなり疑問である。地域によって疾病構造や年齢構造も違っており、医療従事者の供給体制も違う。合理的な理由によって発生した地域間格差は、むしろ是認していくのが妥当であり、血の通った保険審査体制の在り方ではないか。中央が果たすべき役割は、いろいろな地域間格差が妥当なものかどうか、合理的な格差かどうかを、住民医療の立場でジャッジする機能が重要ではないか。
- ・ 中医協では、2年間非常にエネルギーに議論し、2年に1回の改定の中で点数を決めているが、実際にどのように運用されているか、統一した中医協的な立場での検証がほとんど行われていない。中医協ほど大規模なものでないにしても、それに近い形の上級機関において紛争処理を判断する仕組みがあってもいいのではないか。

#### ○高田委員

- ・ 地域的なものがあったとしても、医療も科学の一つであり、ITをもっと徹底的に活用することで、一定の範囲に収束していくのではないか。ITで絞り込んでから、人間の目で見ることになれば、審査委員を増やすことにはならないのではないか。
- ・ 個別の事情をみて必要なものは保険でも払うが、現在の体制では、審査委員会に本当の意味で保険者の代表がいないので、そこが分からない。きちんと示されれば、審査機関の信頼性も増すので、そうした体制を考えていく必要がある。
- ・ 再審査は、もう一度同じところで見ても基本的に同じように返ってくるので、別のところで見るとは賛成である。三者構成だから中立、公正でいいということではない。

#### ○高橋委員

- ・ 支払基金と国保連では、査定率にかなり差がある。その差を無視して統一という話には、支払側としては納得しがたい。支払基金の47支部の審査委員会の判断基準がばらばらであっては困るが、支払基金と国保連とを統一することは話が別である。
- ・ 審査の判断基準の統一化については、全国一本の組織であれば統一基準になるが、競争を認めるのかどうかの議論がないまま、統一化が議論の前提になるのはおかしい。どこまで統一するかによって影響が出ると思うので、保険者としては留保したい。
- ・ レセプト交換による支部間差異の追加調査結果によれば、例えば、同じ医療行為のレセプトでありながら、山口支部では検査で151か所、福岡支部では検査で1128か所を査定している。また、例えば、福岡支部が申し合わせを理由に査定した259か所について、山口支部では支部取決事項を理由に215か所を請求どおりとしており、両支部の判断が逆であった。したがって、地域性が違うという話ではない。
- ・ 三者構成の仕組みについては、審査委員は現実には独任的にやっており、三者構成によって紛争処理機能を考えるのは無理がある。その意味で、上級の紛争処理機関を作って欲しい。

#### ○長谷川委員

- ・ 審査の判断基準の統一化は、これが成り立たなければ、患者によって認められる治療行為が異なることを正当化することになり、弊害の方が大きい。目指すべき姿の一つであることに疑問の余地はない。

- ・ ITの支援を借りながらも、専門的な人間がピアレビューすることが、審査の重要な部分である。その意味で、高度・専門性が高く集約化すべきものとして、金額で一定の幅を定めるのは合理的だが、このほかにも、非常に稀な疾患であるもの、学会ガイドラインを見ながら判断せざるを得ないなどエビデンスが確立していないもの、地域でのシェアが高くピアレビューできる専門医がほかにいないものも、考慮すべき。

#### ○村岡委員

- ・ 地域による判断の違いについて、ITを活用することで、どちらが適切であるのかを評価していく仕組みが必要である。

#### ○山本委員

- ・ 地域によって差がある中で、患者に医療が提供できなくなるような形で審査を絞り込むのは、審査の本来の目的ではない。
- ・ 金額によって中央での審査の対象とした場合、治療の必要性から高い薬剤が処方される場合もある。保険薬局では、現在、疾病情報が十分に提供されておらず、調剤の段階で何のために処方された薬かをチェックできないことも念頭に置くべき。
- ・ 審査基準のばらつきを議論する前に、そのばらつきを作っている構成員に薬剤師がいないことの方が問題である。

#### ○横倉委員

- ・ 査定率と審査のコストとが連動するような考え方があるとすれば、本来の審査コストのあるべき姿とは違う。
- ・ 実際の審査の差は、薬剤の適用や用法用量、リハビリの適用回数など解釈の差によるものが大きい。また、地方では、専門医がいないため、一医療機関で複数診療科の薬を出さざるを得ず、査定される事例もある。
- ・ 審査に関する情報共有については、現在の審査委員会は三者構成であり、保険者の推薦で3分の1の審査委員がいるのだから、保険者においても努力をお願いしたい。また、資格が変わったにもかかわらず、変更前の保険証を使い続けて、返戻になることが相当ある。こうしたことにITを利用するのは、非常に有効である。
- ・ 審査委員は、保険者や診療側という理由で厳しくしたり甘くすることはないが、非常に公的な立場という認識をもってやっており、中立性をもった委員で構成されているという認識はもっていただきたい。

#### ○渡辺委員

- ・ 審査の判断基準の統一化については、ある程度の差があってもいいという意見や地域によって違って当然という意見もあったが、あまりばらばらでは国民は納得しない。分かりやすい姿を示すことも必要であり、一つの方向としてあっていい。
- ・ 医療は地域性が高いものであり、そこは参酌しなければいけない。地域による判断基準の差をどう認めるかについては、差が生じる本当の原因の究明も必要である。

以上

**未定稿** ※議事録を委員が確認中であり、内容に変更がありうる。

## 各委員からの主な意見の概要（第9回）（案）

### ○森田座長

- ・ 競争促進は、ある程度特定しないと定量的な評価は難しいのではないか。

### ○飯山委員

- ・ 国保連では、再審査請求は、原審査とは別の組織である再審査部会において、客観的な目で見ている。また、再審査に関する情報が原審査の組織にないと能率が下がるので、1回目の再審査は原審査の組織で行うのがいい。

### ○岩田委員

- ・ 裁判所において上級審の判例が守られるのは、裁判所が官僚制の中で人事評価も勘案されて守られるシステムになっているためと考えられるので、単に組織の構造を決めるだけでは、上級審が決めたルールを下部組織が守ることは担保できない。ルールを明確化して公表する方法もあるが、支払基金の検討会では、ルールを潜脱しようとする医療機関もあるという話もあり、どこまで公表するかも念頭に置く必要がある。これだけばらつきがある中で、原審査した組織で再審査すると、ルールの統一化にならないので、保険者側も納得できないという話だと思うので、例えば、再審査の中で少なくとも守らなければいけない指標などを明示してもいいのではないか。
- ・ 三者構成については、出身母体を代表するような主張をすべきではないという論点と、外から見たときに公正さが保たれるという見た目の2つの論点がある。見た目の問題を含めて、委員の公正さを維持することは必要であり、独任制でも、外から見たときに公正な形が保たればいいが、難しい印象がある。

### ○遠藤委員

- ・ 再審査の1回目は、原審査をした審査委員会に通さないと、原審査した審査委員会の意義がない。1回目は、原審査をした審査委員会に戻すべき。
- ・ 三者構成については、直接審査と対比すると、必要な仕組みであると考えている。

### ○小木津委員

- ・ 上級の審査組織の判断を通じて、県単位の審査委員会の判断を統一化する基盤を整備することは有意義。ただし、件数が多く、すべて上級の審査組織に委ねるのは現実的でない。現在も、再審査部会等で原審査とは別の審査委員が担当し、いったん別の目で見ると取り扱いは原則としており、上級の審査組織は再々審査以降のレセプトの審査を担当することが適当。また、上級の審査組織の判断を県単位の審査委員会の判断に的確に反映させる必要があり、既存組織を活用することが効果的かつ効率的である。
- ・ 高度・専門性を有するレセプトについては、請求額で区分する方法では問題の解決にならない。また、審査委員会相互の緊密なコミュニケーションの確保の観点からは、直ちに全国単位で集約化するのではなく、まずブロック単位で集約化した方が、現実



的で機動的な対応が期待できる。集約化の対象レセプトの範囲と、集約化する組織の単位については、各審査機関の判断に委ね、効率化を促進することが適当である。

- ・ 三者構成については、関係者の信頼性の確保に資するという点で、一定の意味合いがあると考えており、三者構成を廃止する理由を見出すことは困難である。例えば、韓国の審査機関は、かつて保険者の一部であったため、医療機関との間で緊張関係にあり、訴訟が起きているという実例もある。
- ・ 審査の不合理な差異を解消するためには、審査委員会の機能の強化だけでなく、厚生労働省において、ルールの解釈に混乱が生じないように、保険診療ルールの明確化に取り組むことが重要である。

#### ○齋藤委員

- ・ 地域や個別の事情は重視する必要があるので、上級の審査組織がそれも勘案して、第三者的な立場で全国に通じるオフィシャルスタンダードを作ることが望ましい。疑義がよく発生する診療行為はそれほど膨大ではないはずなので、ITを利用して全国的なコンセンサスを把握し、各支部に示すようにすれば、全体の整合性がとれるようになるのではないか。
- ・ 上級審については、社保と国保の間で、同じ基準で判断していく共通の基盤を作ることが、現実的に達成可能ではないか。
- ・ 全国のDPCデータが厚生労働省にあるので、これからは、例えば、上級審において、全国の最大公約数的なパターンのデータを審査に活用していくべき。DPCデータを活用すれば、不審に思われる医療機関を抽出することも可能であり、不正請求のあり方のチェックにも将来活用していけば、審査のあり方も変わるのではないか。
- ・ 審査委員会の構成については、保険診療ルールを逸脱して独善的なものが一人歩きすることはあり得ないので、利益代表や対立軸を前提とした構成はなじみにくい。中立的な、国民の立場で医学・医療をしっかりと考えられる者で構成されればよいので、出身母体の推薦による利益代表のような色彩は排除して欲しい。
- ・ 調剤レセプトの審査については、配合禁忌や過剰投与などいろいろな問題があるので、薬剤師も入れて、専門の立場から科学的に検証する集まりがいいと思う。
- ・ 競争については、同じ基盤と同じ指標で比較すれば優劣を議論できるが、例えば、査定率が高いことが質としていいかどうかも分からないので、競争がそもそも成立している土俵に立っているのかどうか、きちんと説明する必要がある。

#### ○高田委員

- ・ 1回目も同じ審査委員会に再審査請求するのは、同じことを繰り返すだけでコストがかかるだけではないか。合議の仕組みなど審査を効率化すれば、現在の件数がそのままということにはならない。原審査の組織で2回見るのであれば、原審査の段階から、決定の理由を分かりやすく示すとともに、審査基準を公表して欲しい。
- ・ 審査基準を公表すると、その基準の目いっぱい請求する医療機関が出てくる懸念があるという点は、もしそうであれば、適正な保険給付という点で非常にゆゆしき問題。それを引っかける仕組みが必要。
- ・ 調剤の直接審査における支払基金に意見を求める仕組みは、紛争処理機関として非常に有効に機能している。薬局側には、支払が早めに行われるメリットがあるが、直

接審査によって、契約した薬局へ誘導や選別するような意図はない。

- ・ 直接審査の仕組みでは、個別の医療機関と同意をとることになっているが、規制改革の立場に立てば、基本的には参入障壁になるものは緩和することが必要である。

#### ○長谷川委員

- ・ 再審査の件数は、審査基準の公開など工夫によって大幅に減らせるので、現在の再審査の件数を前提として仕組みを考えるべきではない。再審査は、クレーム処理の一つと考えれば、原審査を担当した者がまず見るべきという考え方もあるし、別のチームが見るという考え方もある。原審査の組織において、上級審に持っていく案件をいかに減らすかが重要であり、例えば、競争環境では、上級審に持っていく件数を評価の対象にしたり、料金をチャージする仕組みを考えることも可能である。
- ・ 直接審査においても紛争処理の機能は担保する必要があるが、医療は、複雑性など調剤の審査とはかなり違うので、支払基金がスムーズに紛争処理を受けるかどうかは、費用負担も含めて、関係者の意見を聞く必要がある。
- ・ 調剤では、現在、医療内容に関する情報をシェアしないまま、処方せんで薬を処方しているが、臨床データがないまま薬を出すのは危険であり、薬局で情報をシェアする仕組みを確保することが重要な論点ではないか。
- ・ ルールメイキングや非常に難しい事例の紛争処理においては、三者構成の仕組みがいいと思うが、日々の審査業務では、ルールが明確化され、それに基づく判断が行われることを検証する仕組みがあれば、判断者の出身母体を考慮する必要はない。

#### ○村岡委員

- ・ 審査委員会における薬剤師の配置の違いが、審査のコストに影響することにもなるので、競争性の確保の観点からは、コストの差を解消する仕組みとすることが必要。

#### ○山本委員

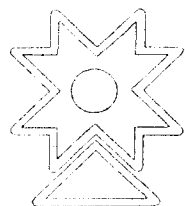
- ・ 直接審査の契約については、組合員にとっては組合が契約している薬局のリストを見れば、間接的には気持ち動くのではないかと。誘導することはないと思うが、間接的に気持ち動くという話があることは事実である。
- ・ 調剤レセプトについては、支払基金では専門家がいない中で審査が行われているのは問題であり、審査の充実の観点からも、薬剤師を明確に位置付けていただきたい。

#### ○横倉委員

- ・ 現在は、審査委員会と医療機関とでどうしても解釈が違う場合、最終的に面接懇談の中で指摘し、理解してもらう取組を随分やっている。このような原審査を担当した組織が、また見ることで、どこに問題があって解釈がどう違うのかを診療側に理解してもらい、解決していく方策を残してもらいたい。もし、上級審を作るとしても、内容が原審査を担当した組織にフィードバックされる方法を必ず考えて欲しい。
- ・ 直接審査の仕組みについては、フリーアクセスへの懸念がぬぐい切れない。フリーアクセスを抑制することがあってはならないので、フリーアクセスを抑制する作用がないということは確認しておく必要がある。
- ・ 医療機関で処方せんを出すと、薬局で後発品に変えられる場合、同じ成分でも適応

症や用量・用法が異なる場合があるので、薬剤師も審査委員会に入ってチェックいただくことは重要。その際、同効同種であるにもかかわらず、薬局で医薬品を変えて適応症が異なった場合における、査定の返金の問題等についても検討が必要になる。

以上



## 社会保険診療報酬支払基金提出資料

---

- 1 医療の地域差と審査の地域差との関係
- 2 医療の地域差を勘案した審査の実施
- 3 審査委員会に対する保険者の関与
- 4 原審査の査定に関する情報の開示

平成22年11月25日

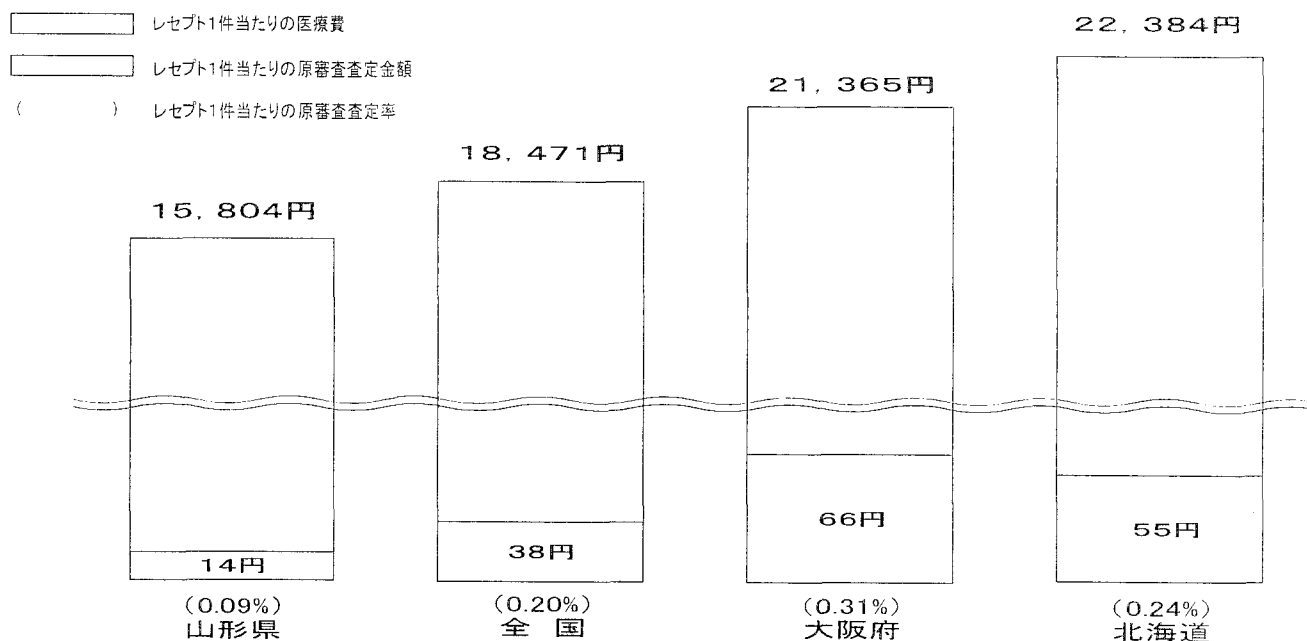
社会保険診療報酬支払基金

# 医療の地域差と審査の地域差との関係

○ 支払基金「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」報告書(平成22年2月26日)は、医療費の地域差と審査の支部間差異との関係を分析。

- ・ 医療費は、最高の北海道(22,384円)と最低の山形県(15,804円)との間で6,580円の差。
- ・ これに対し、原審査査定は、最高の大阪支部(66円)と最低の山形支部(14円)との間で52円の差。
- ・ つまり、両者の金額が2桁異なるレベルであることを認識すべき。

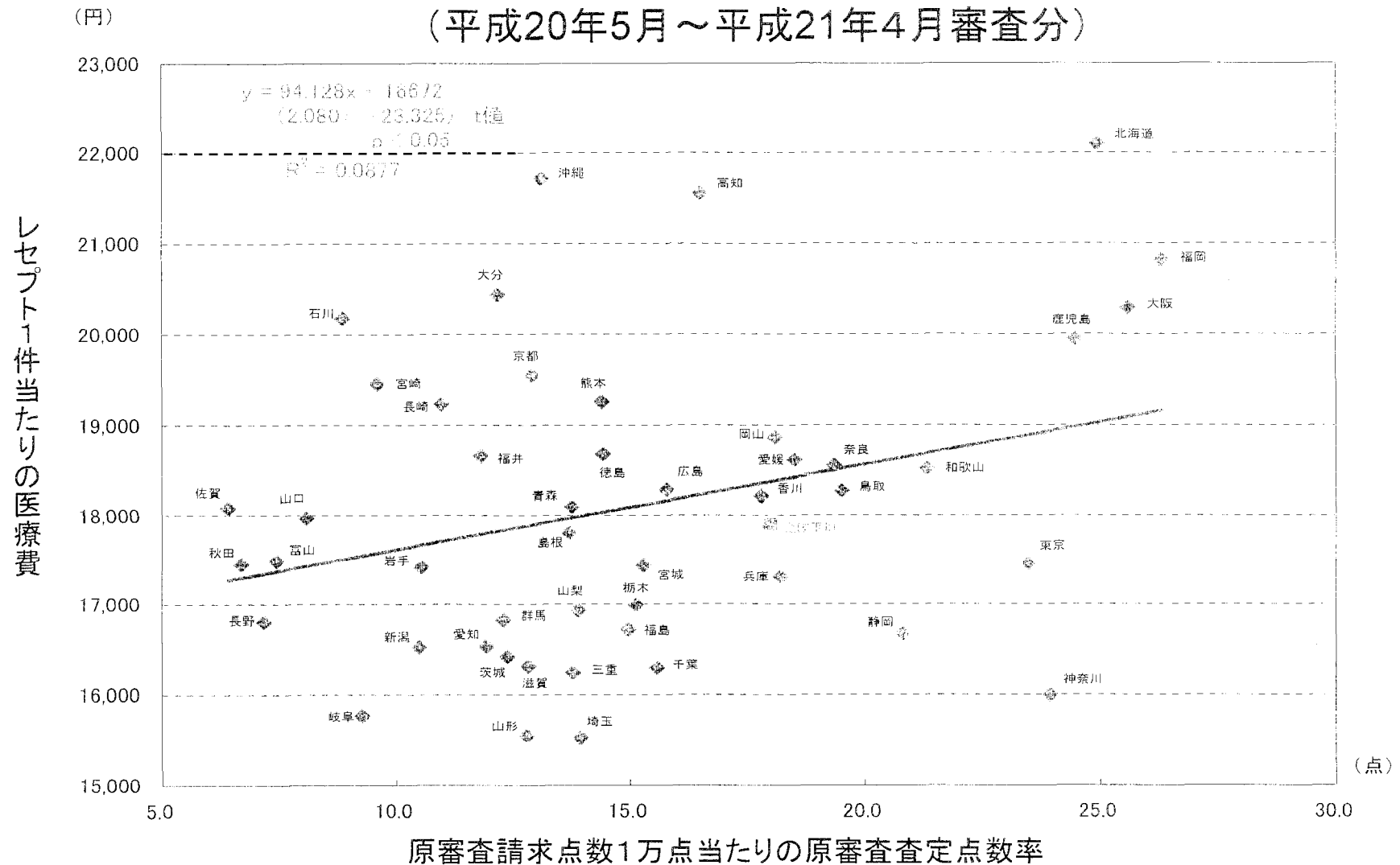
## 【地域別の医療費及び原審査査定の状況(平成21年9月審査分)】



(注) 老人保健制度分を除外している。

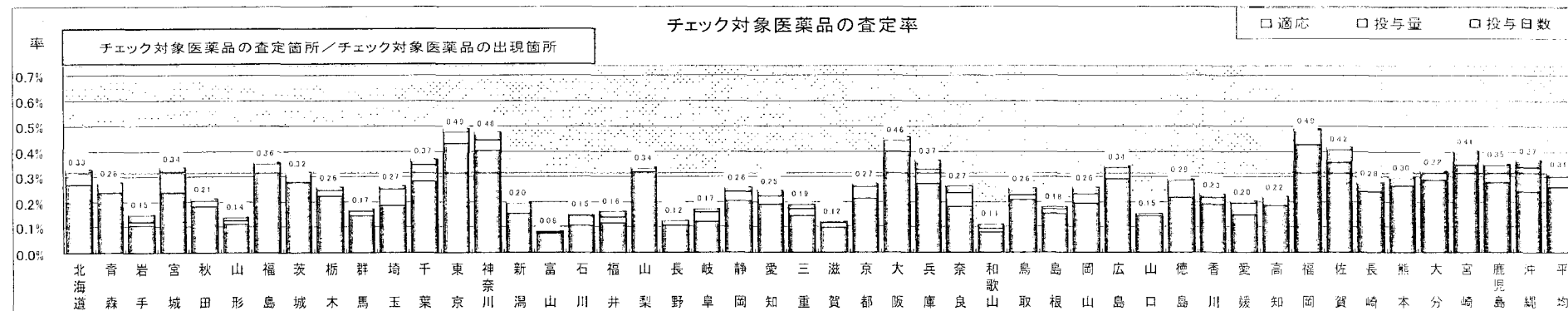
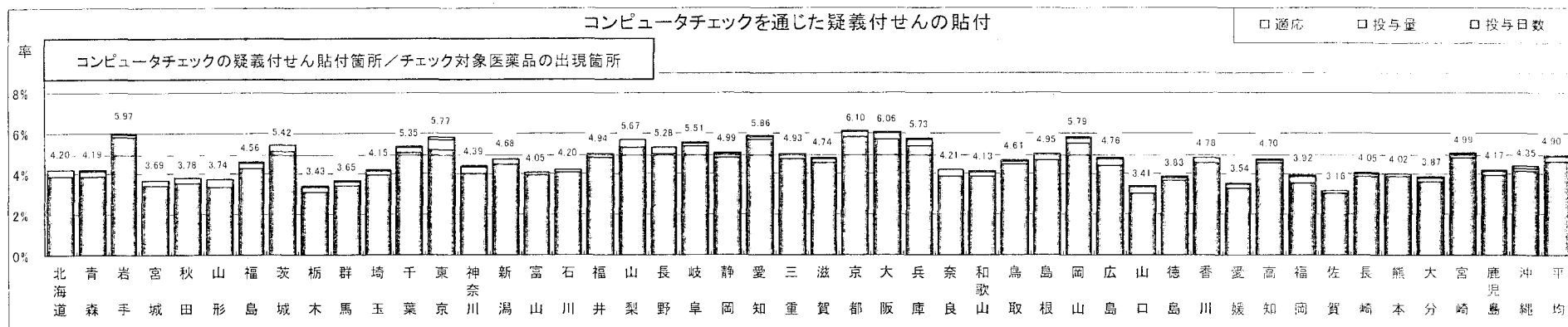
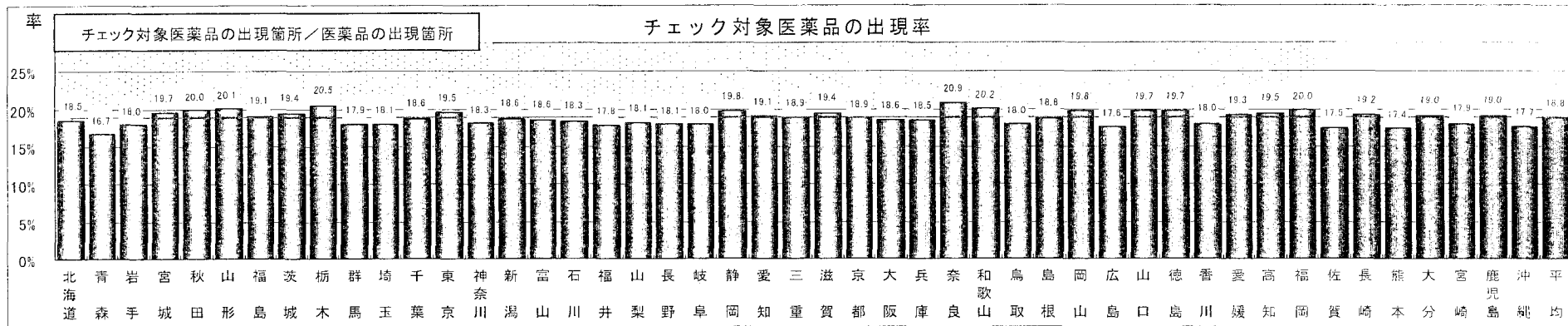
都道府県別の医療費と支部別の原審査査定点数率との間では、相関はほとんどない結果。

【都道府県別の医療費と支部別の原審査査定点数率との相関】  
(平成20年5月～平成21年4月審査分)



- 今後、全国一律の条件ですべてのレセプトを網羅的に点検するコンピュータチェックの充実を図ることに伴い、コンピュータチェックに係るデータを活用して審査の差異を検証することが可能。
- 例えば、平成22年2月より、医薬品の適応及び用量に関するデータベースを参照して傷病名と医薬品の適応及び用量との対応の適否を点検するコンピュータチェック（「医薬品チェック」）を開始。
- その実施状況を支部別に見ると、
  - ① チェック対象医薬品の出現率や、コンピュータチェックを通じた疑義付箋の貼付については、さほどの地域差が認められない
  - ② チェック対象医薬品の査定率については、地域差が認められることから、医療の差異のみをもっては説明しがたい審査の差異が推認されるところ。

# 各支部における医薬品チェックの実施状況(平成22年9月審査分)



(注) チェック対象医薬品は、平成22年9月審査分では、1,955品目である。



○ これを踏まえ、全国組織である支払基金においては、不合理な支部間差異の解消に向けて、

① 審査委員会の機能の強化

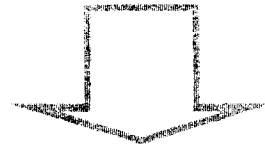
- i 本部における「審査に関する苦情等相談窓口」の設置
- ii 「専門分野別ワーキンググループ」の編成
- iii 「審査委員長等ブロック別会議」の開催
- iv 「審査委員会間の審査照会(コンサルティング)」の実施
- v 「医療顧問」の配置

② 職員による審査委員に対する働き掛けの強化

等に取り組む方針

## 医療の地域差を勘案した審査の実施

第9回厚生労働省検討会において、「医療の地域差を勘案して審査を実施すべき。」という趣旨の発言があったところ。



- 審査支払機関における審査の基準となるものは、厚生労働省によって公定される保険診療ルール。(審査の基準としては、地域による相違は設定されていない。)
- したがって、審査支払機関に対し、医療の地域差を勘案した審査の実施を求めるのであれば、厚生労働省において、それに即した保険診療ルールを公定していただくことが必要。
- また、審査基準の統一化の方向との整合性を欠くのではないか。

## 審査委員会に対する保険者の関与

- 第9回厚生労働省検討会において、「審査を委託する保険者が審査委員会の運営をチェックすることができる仕組みとすべき。」という趣旨の発言があったところ。



- 現行でも、各支部の幹事は、保険者代表を含め、

- ① 審査委員会に出席すること
- ② 審査に関する意見を述べること
- ③ 審査の内容に関する説明を求めること

が可能(支払基金法第17条)。

- なお、2年ごとの審査委員の改選に際しては、その都度、各支部より、保険者団体に対し、保険者を代表する審査委員の推薦を要請。

## 原審査の査定に関する情報の開示

- 第9回厚生労働省検討会において、「保険者にとっては、原審査における査定内容及び理由が不明である。」という趣旨の発言があったところ。



- 医療機関によって提出されたレセプトについては、支払基金の原審査を経て、すべて保険者に送付。  
その中では、原審査における査定内容及び理由を確認することが可能。

(注) 健保連が開発して保険者に提供している「レセプト情報管理システム」においては、査定に係る電子レセプトのデータを医療機関単位等で一覧的に表示することが可能であるものと承知。

- これらのうち、原審査における査定の理由については、A・B・C・Dの記号で表示。

A＝適応外    B＝過剰・重複    C＝その他の医学的理由  
D＝算定要件

(注) 再審査における原審どおりの理由については、医科にあっては46件、歯科にあっては20件のコードで表示。あわせて、必要に応じてコメントを付記。



### 【再審査の結果を保険者に通知する例】

\*\*\* (診療内容) 再審査等結果通知書 \*\*\*  
平成 22 年 2 月分

保険者番号又は  
実施機関番号 [REDACTED] (印中)  
さらに、同頁頁数削減のありましたものについて、次のとおり結果をお知らせいたします。

[REDACTED] 社会保険診療報酬支払基金

交付 年月	記号・番号	患者名 (原患番号)	診療 年月	区 域 情報	診療 内容		調整 金額	原 単 位 数	再 審 査 結 果	再 審 査 結 果 内 容	原 単 位 数				
					診療 内容 (コード)	診療 内容 (コード)									
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2107	5	[REDACTED]	104,075 30,720	12,480	-1,610	60	(1)50	-230	査定	62×91→56×91	21	動脈圧測定用カテーテル(末梢動脈圧測定用カテーテル) 2→1 H99×1→1669×1
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2107	2	[REDACTED]	3,005		2,548	60	(2)60	-364	(原審) 査定	53		
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2107	6	[REDACTED]	3,799			60	(3)21	364	(査定)	24	リマルモン錠500錠 54錠 6錠→3錠 26×28→13×28	
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2107	2	[REDACTED]	2,379		-2,744	60	(1)21	392	査定	24		
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2107	6	[REDACTED]	414			60	(1)21	392	(査定)	98	ソムラ排膿散及湯エキス顆粒(医療用) 7.5g 40×56→33×56	
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2107	6	[REDACTED]	3,587			60	(1)		原審	98		
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2107	6	[REDACTED]	2,574		-1,540	60	(1)56	220	査定	37 96		
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2107	6	[REDACTED]	2,043			60	(1)40	-270	(査定)	21	低温凍凝固法(3箇所以下) 220×5+220×5	
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2107	2	[REDACTED]	2,758			60	(1)56		原審	61		
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2102	5	[REDACTED]	58,557 12,510	4,940		60	(1)73		原審	21		
2201	[REDACTED]	[REDACTED]	2107	6	[REDACTED]	2,558			60	(1)50		原審	34		
	合計														

(7055 013-000/066)

備考欄の数字は以下の通りです。  
1. 従来医療機関からの再審査回数分  
2. 原則の積算式からの再審査回数分  
3. 適用除外分  
4. その他

原 審 と お り 理 由 ( 医 科 )

基本診療料	算定ルール	本症例の時間外(休日・深夜)加算は、診療内容を勘案し、患者等とむすびを結ぶし事情による診療であり妥当と認めます。	10
		診療内容を勘案して、初診料の算定は妥当と認めます。	11
		本症例の一般症状又は診療内容から、やむを得ない受診であり妥当と認めます。	12
		当該指指料又は管理料の算定要件に照らし妥当と認めます。	13
		本症例の特定疾患処方費加算は、厚生労働大臣の定める対象疾患が至病であり妥当と認めます。	14
		当該入院基本料は新たな入院であり、合同入院日を算定料とします。	15
薬	① 適応	当該薬剤は、本症例に効能・効果(医学的有用性を含む)を有する薬剤であり妥当と認めます。	20
		当該薬剤は、本症例の一般症状及び病態を勘案して妥当と認めます。	21
		症状が重篤症例であるので内服・注射投与は妥当と認めます。	22
		有効性を必要とする症例であるので注射投与は妥当と認めます。	23
	② 過剰(過量)	当該薬剤は、適量増量の薬剤であり、本症例に対し許容量の範囲です。	24
		当該薬剤は、本症例の症状と一般経過からみて、投与期間が過剰とは認めません。	25
	③ 同種、同剤薬剤の併用	本症例に対する当該薬剤の同一薬剤複数回投与は、作用機序がそれぞれ異なるため、適正な使用であり妥当と認めます。	26
		本症例に対する当該薬剤の投薬と注射(内服と外用)の併用投与は、症状の記載等からみて、重畳投与が考慮され、適正な使用であり妥当と認めます。	27
	④ 禁忌	本症例に対する当該薬剤は、禁忌となっているが、同一月の診療内容と症状を考慮して必要性があり、慎重投与されたものであることから妥当と認めます。	28
処置・手術・検査	① 処置の適応	本症例の処置は、傷病名、部位等の診療内容からみて妥当と認めます。	40
		本症例の複数の処置は、同一疾病又はこれに起因する病態に対して行われた行為ではないため、それぞれの処置点数で妥当と認めます。	41
	② 手術の適応	本症例の手術は、傷病名、部位等の診療内容からみて妥当と認めます。	50
		本症例の複数の手術は、別日又は異なる部位に対し行われているため妥当と認めます。	51
	③ 複数手術	本症例の複数の手術は、複数手術に係る費用の枠に関する告示・通知に該当するものたる手術のみの算定ではありません。	52
		麻酔は、治療上不可欠な診療行為であり妥当と認めます。	53
	④ 麻酔	本症例の神経ブロックは、傷病名の一般症状及び病態を勘案し妥当と認めます。	54
		診療内容を勘案して回数の算定について妥当と認めます。	55
	⑤ 薬剤の使用量	本症例の傷病名、部位等の一般症状及び病態を勘案し、当該薬剤の使用は適心、用法及び用量とも妥当と認めます。	56

検査	① 適応	本検査は、本症例の診断確定(鑑別診断を含む。)及び治療経過の確認のため妥当と認めます。	61
		本検査は、入院時、手術前及び鏡像検査時等の一般的検査として妥当と認めます。	62
	② 過剰	本症例に対する複数回の検査は、経過観察のため又は傷病名の別他からみて必要であり過剰とは認めません。	63
		本症例に対する同種の関連検査複数項目の検出は、診断確定のため過剰とは認めません。	64
画像診断	① 適応	本画像診断は、初診時、入院時及び手術前等の一般的診断として妥当と認めます。	70
		本症例に対する画像診断時の造影剤使用は、本画像診断を確実にするうえで必要であり妥当と認めます。	71
	② 過剰	本症例に対する造影剤使用量は、本画像診断を確実にするうえで必要であり過剰とは認めません。	72
		診療内容を勘案して過剰とは認めません。	73
		本症例に対する複数回の画像診断は、診断確定及び治療経過の確認のために必要であり過剰とは認めません。	74
③ 一連	本症例に対する複数のレントゲン撮影は、傷病名、部位及び撮影条件等から一連ではありません。	75	
リハビリテーション	① 適応	本症例に対する理学療法と作業療法の併施は、傷病名と診療内容よりみて妥当と認めます。	80
	② 過剰	本症例の理学療法は、傷病名に対する一般症状及び病態を勘案し妥当と認めます。 本症例の理学療法は、診療内容からみて過剰とは認めません。	81 82
精神科専門療法	精神科専門療法全項目	本症例の精神科専門療法は、診療内容からみて妥当と認めます。	83
入院時食料費	(1) 適応	本症例の特別食加算は、入院時食事療養の基準等に示された特別食であり妥当と認めます。	90
その他	特定保険医療材料	特定保険医療材料は、特定保険医療材料に関する告示・通知の算定要件を満たすため妥当と認めます。	92
		特定保険医療材料は、本症例の傷病名、部位及び手術等を勘案し過剰とは認めません。	93
		医学的に必要とされる事項です。	94
		本症例は、希少疾患、重症例であり、他に有効な治療法がないためご指指の診療は医学的にみて妥当と認めます。	95
	全診療項目共通の取扱い	傷病名に対する一般症状及び病態を勘案して妥当と認めます。	96
		み数表の告示・通知に照らし、算定ルールに妥当と認めます。	97
		再審査等請求内訳等の連絡帳に記載の理由により再審査とおります。	98

注：原審とおり理由コードでは理解できない事例については理由コード98により、具体的なコメントを記載する。

原審どおり理由(歯科)

区分	コード	原審どおり理由
基本診療料	10	本例の初診、再診は妥当と認めます。
	11	本例の基本診療料に係る加算は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
医学管理	12	当該医学管理は、傷病名部位等から判断して妥当と認めます。
在宅	13	当該訪問診療は、診療内容、摘要欄記載等から判断して妥当と認めます。
薬剤	20	当該薬剤は、本例に効能・効果を有する薬剤であり妥当と認めます。
	21	当該薬剤の用法、用量、投与日数又は投与回数は、傷病名部位に対する一般症状と一般的経過を勘案して妥当と認めます。
検査 画像診断	60	当該検査は、本例の診断名の確定及び症状の経過観察のため必要であり妥当と認めます。
	61	当該検査は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
	70	当該画像診断は、本例の診断名の確定及び症状の経過観察のため必要であり妥当と認めます。
	71	当該画像診断の所定点数での算定は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
処置 手術 麻酔	40	当該処置・手術は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
	41	当該処置・手術の回数は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
	42	本例の複数の手術は、異なる日又は異なる部位に対し行われているため妥当と認めます。
	43	本例の特定保険医療材料の算定は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
	44	本例の処置・手術に係る時間外・休日・深夜加算は、緊急のためやむを得ない事情によるものであり妥当と認めます。
	45	当該特定薬剤の用法、用量又は使用回数は、傷病名部位に対する一般症状と一般的経過を勘案して妥当と認めます。
	46	当該麻酔料又は麻酔薬剤の使用量は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
歯冠修復 欠損補綴	50	当該歯冠修復又は欠損補綴は、傷病名部位、診療内容等から判断して、妥当と認めます。
その他	91	当該診療行為の保険診療の適用は、診療内容を通覧して妥当と認めます。
	90	明細書に添付の再審査等請求内訳票の連絡欄に記載しております理由により、妥当と認めます。



平成22年11月25日  
社会保険診療報酬支払基金

## 「組織の統合、競争の促進についての定量的な検証」 (平成22年11月25日厚生労働省保険局) に対する意見

標記については、今後、内容を精査する必要があるものの、現時点で暫定的に問題点を列挙すると、次のとおり。

なお、審査支払機関の統合又は競争の是非については、関係者間で厚生労働省検討会等を通じて成案を得るべきであり、「まな板の鯉」である支払基金としては、コメントを差し控えたい。

### 1 基本的な問題点

- 47国保連合会を支払基金に統合する場合には、「全国規模の1法人」である「専門の審査支払機関」となるのに対し、支払基金を47国保連合会に統合する場合には、「都道府県単位の47法人」である「保険者団体」となる、という視点が欠落。【第7回資料6】
- 支払基金は、「全国規模の1法人」である「専門の審査支払機関」として、厚生労働省に代わり、
  - ① レセプト電算処理システムの開発及び運用
  - ② 電子点数表の作成及び公表
  - ③ 医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いの検討
  - ④ 診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に係る円滑な対応など、医療保険制度に貢献する公的な役割を果たしている、という点を看過。【第7回資料6】

○ 支払基金は、「全国規模の1法人」である「専門の審査支払機関」として、レセプト電算処理システムの開発及び運用について、

- ① 記録条件仕様
- ② 標準仕様
- ③ 基本マスター
- ④ 医療機関マスター

等を作成して国保中央会等にも提供する役割を果たしている、という点を看過。【第7回資料5】

## 2 具体的な問題点

### 1 職員定員の削減

(1) 組織を統合すると、管理部門を縮小することが可能である、と考えるならば、「全国規模の1法人」である「専門の審査支払機関」の方が、「都道府県単位の47法人」である「保険者団体」よりも、管理部門を縮小する余地は大きい、と考えなければ、論理的に矛盾するのではないか。

(注) 全国規模の1法人においては、都道府県単位の47法人と異なり、全国規模又はブロック単位で管理業務を集約することが可能。

(2) 医療保険制度に貢献する公的な役割については、47国保連合会を支払基金に統合する場合には、引き続き、支払基金で引き受けることが可能であるものの、支払基金を47国保連合会に統合する場合には、新たに、厚生労働省等で引き受けることが必要。そのための経費を勘案すべきではないか。

(3) レセプト電算処理システムの開発及び運用については、47国保連合会を支払基金に統合する場合には、支払基金において、既存の組織体制を活用することが可能であるものの、支払基金を47国保連合会に統合する場合には、国保中央会等において、新規の組織体制を整備することが必要。そのための経費を勘案すべきではないか。

## 2 コンピュータシステムの開発及び運用

(1) 被保険者の加入する保険者と被保険者の利用する医療機関とが同一の都道府県の圏域内に所在しないレセプトの割合については、被用者保険が地域保険を大幅に上回るどころ。【第7回資料6】

したがって、47国保連合会を支払基金に統合する場合には、1のコンピュータシステムを改修し、レセプト件数の増加という量的な問題に対応すれば十分。これに対し、支払基金を47国保連合会に統合する場合には、47のコンピュータシステムを改修し、地域保険と異なる被用者保険の構造という質的な問題に対応することが必要。そのための経費を勘案すべきではないか。

(2) コンピュータシステムの機器更新のための経費の水準が支払基金と47国保連合会との間で大幅に異なるものと想定することは、不自然でないか。

(3) レセプト電算処理システムのうち、支払基金及び国保中央会がそれぞれ独自に開発している部分は、画面審査システムに限定され、その他の部分については、支払基金が開発して国保中央会等にも提供しているところ。【第7回資料5】

これについては、47国保連合会を支払基金に統合する場合には、支払基金における既存の業務を勘案すれば十分。これに対し、支払基金を47国保連合会に統合する場合には、国保中央会等における新規の業務を勘案することが必要。そのための経費を勘案すべきではないか。

(4) これらの点にかんがみると、コンピュータシステムの改修のために必要な経費の見込みを公正に比較しているかどうか、疑問。

(5) なお、支払基金においては、コンピュータシステムを本部で一元的に開発して全支部で一斉に導入。このため、2年ごとの診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に際しても、その施行に間に合うよう、レセプト電算処理システムの基盤となるデータベース等を更新して国保中央会等にも提供するなど、短期間で円滑に対応することが可能。

### **3 事務所の確保**

- 試算の前提としては、47国保連合会を支払基金に統合する場合にも、審査支払業務以外の業務を実施する47国保連合会が存続。したがって、47国保連合会を支払基金に統合する場合には、国保連合会が審査支払業務以外の業務を実施する事務所の借上げのために必要な経費を見込むことは、不要でないか。

### **4 審査の不合理な差異の解消**

- 「全国規模の1法人」である支払基金は、全国規模の保険者が存在するという被用者保険の構造に対応し、地域間での審査の差異の見える化を通じて地域間での審査の不合理な差異の解消に取り組む基盤。

#### **【第7回資料6】**

(注) 支払基金においては、「レセプト交換による支部間差異の調査」及び「レセプト交換による支部間差異の追加調査」を実施してその結果を公表。【第4回資料3-1及び第8回参考資料2-3】

- したがって、審査の格差の縮小について、支払基金を47国保連合会に統合する場合と47国保連合会を支払基金に統合する場合とを同様に見込むことは、不合理でないか。

## 47 国保連合会の審査支払関連部分を支払基金に統合して 全国規模の1法人とする場合の手数料の見込み（粗い試算）

標記については、支払基金が47国保連合会のレセプト（後期高齢者医療制度分を含む。）を取り扱うものと仮定し、未定稿の「支払基金サービス向上計画」（案）に盛り込まれた平成27年度におけるレセプト件数の見込み及び事務費収入で賄われる支出に係るコスト構造の見込みを基礎として粗く試算すると、次のとおりである。

### 1 レセプト件数

- 平成21年度実績では、47国保連合会のレセプト件数（併用分を除く。）（935,160千件）は、支払基金のレセプト件数（併用分を除く。）（805,440千件）の約1.16倍となっている。
- このため、レセプト件数（906,344千件）については、約2.16倍に相当する約1,958百万件と仮定する。

### 2 経常的なコスト

#### (1) 審査業務分

- 審査業務分のコスト（54,861百万円）については、レセプト件数に応じて増減する部分のほか、レセプト件数にかかわらずおおむね一定となる部分も想定される。
- このため、支払基金の審査委員定数（4,479人）に47国保連合会の審査委員定数（3,497人）を加えると、審査委員定数が約1.78倍に相当する7,976人となることにかんがみ、審査業務分のコストについては、約1.78倍に相当する約977億円と仮定する。

## (2) 請求支払業務分

- 請求支払業務分のコスト（10,719 百万円）については、審査業務分のコストと同様に、レセプト件数に応じて増減する部分のほか、レセプト件数にかかわらずおおむね一定となる部分も想定される。
- このため、請求支払業務分のコストについては、審査業務分のコストと同様に、約 1.78 倍に相当する約 191 億円と仮定する。

## (3) 管理業務分

- 管理業務分のコスト（6,931 百万円）については、レセプト件数にかかわらずおおむね一定となるものと想定される。
- このため、管理業務分のコストについては、おおむね同額の約 69 億円と仮定する。

## (4) 合計

- 審査業務分、請求支払業務分及び管理業務分を合計すると、経常的なコストは、年間で約 1,237 億円と見込まれる。

## 3 一時的なコスト

- 支払基金が 47 国保連合会のレセプトを取り扱う初年度に向けては、サーバの増強、市町村等に対して診療報酬を請求するためのプログラムの改修など、コンピュータシステムの開発が必要となる。
- そのために必要な経費は、約 100 億円と概算される。
- これを 5 年間で均等に償還するものと仮定すると、一時的なコストは、年間で約 20 億円と見込まれる。

(注) そのほか、事務所の改修又は移転に必要な経費等も想定されるが、これらを見込むことは、困難。

## 4 レセプト 1 件当たりの手数料の見込み

経常的なコストと一時的なコストとの合計額をレセプト件数で除すると、レセプト 1 件当たりの手数料は、約 64 円と見込まれる。

## 審査支払機関の在り方に関する意見

中国電力健康保険組合  
常務理事 高田 清彦

### 1. 今後の対応について

- 本検討会では、年内に可能な限り議論を深め、意見（工程表を含む）の集約に努めていただきたい
- 厚生労働省においては、検討会で集約された意見を早急に実現するよう、法律改正等に適切に対応いただきたい
- 審査支払機関の在り方に関する残された課題については、引き続き議論することとしていただきたい

### 2. 審査支払機関の組織（統合・競争等）について

- 統合か競争かについては、本日の検討会で厚生労働省が提出する定量的な検証をもとに議論を深めるが、いずれの方向を目指すべきかを決定することが困難であれば、引き続き議論することとしていただきたい
- なお、両審査支払機関の統合と民間参入・直接審査は矛盾するものではない点に注意する必要がある
- いずれにしても、審査・支払いに要するコストを削減することが重要であり、支払基金においては①支部をブロック別に統合する、②支部事務所を借り上げにする、③職員定員を削減する、④ラスパイレス指数を引き下げる、⑤業務範囲を拡大する（例えば、柔道整復療養費の審査・支払いや、出産育児一時金の直接支払いの受託を可能とするなど）一などの方策を実施すべきである

### 3. 審査体制について

- 再審査にかかる上級の審査組織、高度・専門性の高いレセプトの審査組織については、早急に実現をはかることとし、中央で行う体制を目指しつつ、当面、ブロック別に設置することも止むを得ない
- 審査格差の解消をはかるため、これらの組織とは別に、両審査機関の協議機関を設けるべきである
- 再審査等にかかる新たな組織については、追加的な費用を発生させない対応をすべきである

### 4. 審査支払機関の競争環境の整備について

- 保険者がいずれの審査支払機関に対しても審査・支払いを委託することが

可能となる環境を早急に整備すべきである

- ただし、実務上の問題については関係者間で協議を進める必要がある（とくに、保険者番号の変更は健保組合に大きな負担となるため、他の方策を含めて慎重に検討する必要がある）

## 5. 直接審査について

- 医科・歯科の直接審査を促進するため、保険医療機関の同意要件を廃止するとともに、紛争処理の仕組みを設けるべきである
- 審査支払機関が請求・支払いを受託できる仕組みを構築すべきである

## 6. 審査委員会について

- 算定ルール上の明白な誤りは、審査委員会の議を経ずに審査支払機関が査定することを可能とすべきである
- 審査委員が単独で審査の決定をすることを可能とすべきである
- 薬剤師、看護師、指導医療官、診療報酬に精通している保険者等の職員の審査委員会への参画を認めるべきである

## 7. レセプトの電子化に対応した審査体制の構築について

- コンピュータチェックシステム等については、両審査支払機関が共同で開発・運用すべきである
- システムの導入にあたっては、試行的な運用を行いつつ精度を高め、たうえで本格的な運用に移行するなど、業務量が削減され、費用対効果に見合うシステムの開発・運用を行うべきである
- 電子レセプトを分析し、その結果を活用することによって審査の効率的をはかるなど、業務量が全体として削減される審査体制・方法を構築すべきである
- なお、審査基準の公表は、適正な社会保険診療の確保を阻害することがないように、その範囲を限定すべきである

## 8. その他

- 厚生労働省は、①診療報酬の算定方法を可能な限り法令や通知で明確にする、②審査支払機関からの疑義照会等に、期限を定めて迅速に回答する、③レセプトの電子化に対応したレセプトの様式（記録条件仕様）、記載要領の見直しを行う一などの方策を講じるべきである
- 健保組合、共済組合の委託金は、震災時等における支払に対応するためとの趣旨から、政令で「おおむね十分の三箇月」とされているが、震災時等における支払いは法定準備金を取り崩すことで対応が可能であることから、委託金は廃止するか、水準を大幅に引き下げるべきである



## 第1回～第9回の議論と論点の整理

※第9回配布後の追加部分に下線。意見は一部再掲。

## 1 審査に関する論点

## (1) 審査の質及び内容に関する論点

## イ 審査の性格・目的についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 審査は、診療報酬の支払を確定するに当たって、診療行為が保険診療ルール（療養担当規則、診療報酬点数表等）に適合するかどうかを確認する行為であり、保険診療ルールに適合する診療行為の確保を目的とするものである。
- ・ コンサバティブに考えれば、診療ルールに逸脱しているかどうかをチェックすることが審査支払機関の法的な権能になるが、例えば、審査基準、レセプトデータを公開することで、医療の透明化を促進し、医療内容の標準化を図っていくというポジティブな仕組みも考えていくべき。
- ・ 現在の審査機関は、支払側と医療提供者側の間に立って、中立性を保ちながら実施されており、こうした機能は皆保険を維持する上で重要である。
- ・ QOLの尊重など患者の要望によって提供される医療には幅があり、各審査委員はそれぞれの見識の下に判断している。医療を受ける国民が不利益を受けることのないよう、機械的に一律に査定するのではなく、一定の基準をもった裁量権を医療現場に残すことが必要である。
- ・ 審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしている。
- ・ 審査委員会は、医療費の削減が目的ではない。
- ・ 審査委員会は、保険者に対して一定の手続きを果たせばよいのか、見逃しなどの審査結果についても一定の責任を有するのかを整理すべきではないか。
- ・ 審査を野球に例えた場合、保険者は結果で来たものを見ているので、ボールの変化や球速などはまったく関係ないものであり、医療の質と審査は分けて議論する必要がある。

## ロ 審査の質の向上（均一性の確保）、査定ルールの違い（支払基金と国保連間の違い、各支部や国保連のローカルルールの存在）についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 審査においては、個別性を重視する医療の要請と画一性を重視する保険の要請との間で「折り合い」を見出すことが本質的に困難である。

- ・ 現行の保険診療ルールは、相当程度の裁量の余地を認めており、診療行為がルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することは不可能である。
- ・ 教育機関である大学病院等でも治療方針や術式・手順等に差がある中で、絶対的に正しい基準があるのか疑問である。現場の質問の中には、学会の専門医の間でも見解が分かれている内容があるので、教育機関である地元大学の見解が異なる結果、領域によって地域間の格差が発生するのは避け難い。
- ・ 支払基金は、各支部の審査委員会が査定最終決定をしており、審査機関としては別々の47都道府県の連合体でしかなく、本部に何の審査権限もない。
- ・ 都道府県ごとの審査の濃淡の原因には、例えば、審査員である地元医師の確保や審査の人員が少ない県があるなどの問題もある。
- ・ 支払基金内部の原因だけでなく、例えば、レセプトの審査期間や提出されるレセプトの質の差など、外在的な原因も大きく関わっている。
- ・ 審査基準が標準化されていないのは、国民にとって理解しにくい。医療における国民の平等を保障する上で、審査は基本的には一つの視点ですべき。国保連と支払基金で情報交換しており、統一化を図っていくのが望ましい。
- ・ 審査支払機関は、審査委員会で審査をきちんとやっているのであれば、外からチェックできるような仕組みを自ら作っていく必要がある。
- ・ 野球にたとえば、47都道府県で2審査機関の94通りのストライクゾーンがあり、それでゲームしているのは不自然である。ルールを統一するとともに、アンパイアの質を落とさずに安く雇うことが効率化に結びつく。
- ・ グレーゾーンは、一定の幅の中である程度正規分布するはずなので、その範囲内では許容することで、統一化や効率化が進むのではないか。
- ・ 高額なレセプトは中央の審査に上げて、一定の方向が出たものは各支部に通知が行くので、現在でも、中央が一定の方向付けをしていると認識している。
- ・ 薬の使いすぎの差でも地域特有の疾病構造による影響もありうるので、必要な医療を提供する観点からは、できれば都道府県単位では一定のレベルはそろえるべきである。他方、疾病構造や医療者の数などを十分に検討する必要がある、全国レベルでは差異が生じるのはやむを得ないのではないか。
- ・ 学会のガイドラインは、保険診療のガイドラインで使うことを想定して作ったものではないので、ガイドラインの文面だけで判断することのないよう、学会との意見交換の場を設けて、適切に運用すべき。
- ・ 医学や技術に進歩について、ガイドラインや保険診療に反映させていくタイムラグが生じるが、タイムラグを縮小していく手続きを考える必要がある。
- ・ ガイドラインは世界中の知見に基づき改訂されるので、保険適用よりも情報の提示が早く、診療に一定の根拠を与えることが多い。学会がガイドラインの改訂に積極的に取り組み、それを公知の事実として適用に活かす仕組みの方が現実的で建設的である。
- ・ 審査支払機関としては、審査の均一性に影響を与えている要因として、療養担当規則や点数表など、現在の保険診療ルール自体に相当程度の裁量の余地が

あるという問題がある。ルールの解釈に混乱が生じないように、国において、ルールの明確化に取り組むことが重要。

- ・ 例えば、審査委員に統一の判断基準を周知する仕組みや、過去の事例を統計的に検索して判断をアシストするツールなど、差を縮小する仕組みが重要である。原因究明よりも、どうしたら差異を縮小できるかという対策の議論に移るべき。
- ・ 調剤では、承認時の適応症や薬価基準等によって保険診療のルールが決められており、成分が同じであっても査定の対象となるのは、ガイドラインよりも厳しい。
- ・ 合理的な地域差は是認すべき。中央の審査組織において、地域間の格差が妥当なものかどうかを住民医療の立場からジャッジする機能が重要ではないか。
- ・ 高度・専門性があるレセプトは、集約化することが適当。金額だけでなく、非常に稀な疾患やエビデンスが確立していないもの、地域でのシェアが高くてピアレビューできる専門医がほかにいないものも考慮すべき。
- ・ 高度・専門性があるレセプトは、集約化の対象とすべきレセプトの範囲や集約化して審査する組織の単位（ブロック単位、中央）については、各審査機関の判断に委ね、効率化を促進することが適当。

(参考)

- ・ 支払基金では、支部間差異の解消のため、現在、各支部の審査委員がブロック単位で定期的に集まって検討し、更に本部に上げて検討する取組をしている。より迅速に解消するため、近々、本部に専門家チームを設ける等の取組を考えている。

#### ハ 査定率の差異（支払基金と国保連、支部又は国保連間）の評価についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 地域によっては、審査委員会が不正請求の発生を未然に防いでいる場合もあり、査定率の低さは審査活動の質の高さを反映している場合もある。逆に、査定率の低さが見逃しに由来している場合もある。国民皆保険制度の下で望まれる審査とは何かという視点から、良質な審査活動が何かを検証し、その達成度を比較すべきである。
- ・ 審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしている。こうした査定額に現れない審査委員会の役割を考慮すると、査定額と支出額との多寡を単純に比較することは不適切である。
- ・ 審査機関は、患者に適切な医療を提供するための組織であり、査定率の観点だけで評価すべきではない。
- ・ 審査の効率性は、査定率や返戻率でも評価する必要がある。
- ・ 国民的な視点から見て、あってはいけない格差と許容できる格差がある。査

定率の検証については、国はその許容範囲をどのように考えているのか、どこまで査定率の差が許容されるのかを詰めるべき。

- ・ 査定率の差異の検証に当たっては、審査委員一人当たりの取扱い件数など審査体制も考慮する必要がある。

## 二 支払基金と国保連の審査機能の共通化についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 審査の部分を一緒にやることについては、審査機関が分かれているこれまでの経緯や、審査委員の任命方法が異なる等の制度上の課題などハードルが高い。慎重に検討すべき。
- ・ 現場の裁量があるため医師が審査しなければならないなど、支払基金と国保連の審査の機能はかなり共通している。審査については、長期的には一緒にやっていく仕組みがあり得るのではないか。
- ・ 支払基金と国保連で判断基準は同じであるべきであり、学会を含めて、専門領域別に問題点を検討する場を中央に置き、全国に伝えていくことが望ましい。国保連と支払基金が統一的にローカルルールを解消するための協議会を作り、厚生労働省が主体となって、判断が異なる部分を少なくしていくべき。
- ・ 上級の審査委員会について、社保と国保が同じ基準で判断していくための共通の基盤を作ることは、可能なのではないか。

(参考)

- ・ 支払基金は、レセプト電算処理システムの開発に当たって、基本マスタ（診療行為等に関するデータベース）やレセプトの情報を電子的に記録するための仕様を作成するとともに、国保中央会に提供し、共同で運営している。
- ・ 国保連は、保険者（市町村）が共同で事務を行うため設立したもので、国保関係事務のほか、介護保険、障害者自立支援、地方単独事業など、市町村が実施する地域に密着した様々な業務を行っている。
- ・ 支払基金の各支部と国保連の審査委員会は、査定が異なる事例を持ち寄って情報交換し、統一を図る取組を都道府県単位で行っている。

## ホ 審査支払機関に蓄積された審査データの公開・活用についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 全数のコンピュータ解析によって、将来的には、医師の裁量と言われていたものについても一定のパターンを解析することが技術的に可能になる。その上で外れ値が出た場合に人間系がチェックすることで、人間系チェックの対象をかなり絞り込むことができるようになる。
- ・ 現在は、審査基準、データが公開されていないため、医療機関と審査支払機関の間に情報の非対称性を生じている。審査基準、データの公開のルールを作

る必要がある。

- ・ 審査では一定幅のグレーゾーンが生じざるを得ないが、診療行為に影響することから、審査基準の公開では、どこまで認められるかを明確にして欲しい。
- ・ グレーゾーンの基準が公開されれば、入口の審査がもっと効率化できるのではないか。
- ・ 医療の個別性は否定できないので、許容される差異がある中で、差異が縮小するような仕組みを持つことが重要である。例えば、基準や審査データの公表によって、経験則では審査や請求内容が収斂する。
- ・ 審査支払機関は、審査委員会で審査をきちんとやっているのであれば、外からチェックできるような仕組みを自ら作っていく必要がある。
- ・ 医療の透明性や質の向上、診療ガイドラインの普及、疾病管理、医療政策決定の観点からも、審査基準、データの公開のあり方を検討すべきである。

(参考)

- ・ 審査基準の公開は、支払基金の検討会では、医療の標準化や適正なレセプトの提出につながるという肯定的意見と、審査で機械的に認められるぎりぎりのところまで請求する医療機関が出て、かえって適正化につながらないという反対意見とで見解が分かれた。

## (2) 審査の実施体制、効率性に関する論点

イ 審査委員会（専門家による審査、三者構成、審査委員の確保）についてどう考えるか

### ① 専門家による審査、不適正な請求の抑制効果について

(これまでの主な意見)

- ・ 請求者と同業のプロフェッショナルの医師及び歯科医師で構成される審査委員会の審査は、それ自体が不適正な請求を抑制する効果がある。
- ・ 不適正な請求の抑制効果については、定量的には明らかでなく、根拠に基づいた議論が必要である。
- ・ 審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしている。指導的な返戻によって請求月に支払いが行われないペナルティーや、各地域医師会の審査委員が著しい請求ミスがある会員に指導を行うこともしており、抑制的な効果や是正を図る効果がある。
- ・ 医療保険者として、医師による審査委員会は必要と感じている。一定の見識がある医療人がチェックすること自体が医療関係者に心理面で影響がある。こうした効果を定量的に分析することは困難であり、定性的な分析も必要ではないか。
- ・ 韓国の審査機関では誤った内容で請求しないよう予防のための情報提供を医療機関に行っており、そうした情報提供がされていない中で、プロフェッショナル

の審査による定性的又は定量的な抑制効果があるのかどうか疑問である。

- ・ 調剤レセプトについては、専門家がいないう状態で審査が決まっているのは問題であり、薬剤師が審査に関与できる体制を組む必要がある。
- ・ 韓国では、まずコンピュータソフトによりレセプトの振り分け・審査を行うほか、審査の分野に多くの看護師を投入しているが、弊害もほとんど報告されていないと聞いている。
- ・ 韓国は、国民皆保険制度ではあるが混合診療であり、日本にそっくり持ち込むと医療制度全体にひずみが生じる可能性があるため、よく研究して議論すべき。
- ・ 調剤レセプトの審査では、配合禁忌や過剰投与などの問題もあるので、薬剤師も入れて、専門の立場から科学的に検証することが必要。
- ・ 薬局で後発品に変える場合、同じ成分でも適応症や用量・用法が異なる場合があるので、薬剤師も審査委員会に入ってチェックすることが重要。その際、薬局で医薬品を変えて適応症が異なった場合における、査定の返金の問題等についても検討が必要。

(参考)

- ・ 審査機関では、不適正な請求が多い医療機関に対して、審査委員会が文書で指導し、それでも直らない場合は審査委員や事務方が訪問するか、審査委員会に来てもらって指導して、不適正な請求を改めてもらう努力をしている。
- ・ 支払基金では、すべての支部で非常勤の調剤報酬専門役を置き、調剤レセプトの審査をしている。現在の審査委員会では、基本的に医科歯科のレセプトだけを決定しており、調剤レセプトは審査委員会の審査対象から外している。

## ②合議による審査について

(これまでの主な意見)

- ・ 一つのレセプトを複数の専門の審査委員が審査しなければならないケースが増えており、複数の審査委員でチェックしながら一定の方向性に導いている。
- ・ 一般通念と少し違う審査基準を持つ審査委員がたまにいることも事実であり、そうした場合に一定の枠の中で決定するために、合議で審査することがある。
- ・ グレーゾーンで各委員の意見が異なるものは協議しているが、グレーゾーンの中には、ルールとしてすべてに適用してしまうと好ましくない場合がある。
- ・ レセプトの数が多くなり、医療も専門分化する中で、専門家の確保も難しくなっている。すべてのレセプトについて専門の委員が合議で結論を出すのは、実際には難しいのではないか。
- ・ 全レセプトを合議で審査するというのは、実際は時間的にも無理である。

## ③三者構成の仕組みについて

(これまでの主な意見)

- ・ 専門家であっても代表する立場が異なる専門家がチェックしあうのがピアレビューの本来の在り方である。立場の違いを明確にした公開の議論が行われていない点で、制度設計の意図と運用の実態との間に乖離が生じているのではないか。
- ・ 現在の審査委員は、どちらの側か必ずしも明確に意識しておらず、どちらの側にいるかで審査結果が異なるかなどのデータもない。
- ・ 保険者推薦については、保険者は、この委員が本当に審査に向いているかどうかという情報やノウハウがない。学識経験委員も、支払基金支部の選考委員会の構成は、座長以外は全て医師か歯科医師であり、保険者が関与できる仕組みとなっていない。現在の審査委員会の構成が、本当に中立公正が担保されているのか大いに疑問である。
- ・ 実際は、ほとんど一人の審査委員が何側であるかは別にして一種の独任官的になっていて、ほとんどそこで決定している。独任官である現実を認めて、その代わりに各委員はフェアな立場で審査し、外からチェックする仕組みにする方が現実に即した合理的なやり方ではないか。
- ・ 三者構成であっても、医療に携わる人間に変わりなく、保険ルールに則ってより良い医療の提供が行われるため、過剰な請求に対してはみんな厳しく対応しており、大きな対立軸はあり得ないのではないか。
- ・ 請求又は被審査者と審査者とが同業という関係は、専門性が高い領域では国内外で広く見られるものであり、問題はそれぞれのプロフェッショナルがどのような確固としたミッションを狙い、独立性が担保されているかである。
- ・ 三者構成については、関係者の信頼性の確保に資するという点で、一定の意味合いがある。外から見たときの公正さや妥当と判断されるためには、三者構成の仕組みが必要ではないか。
- ・ ルールが明確化され、それに基づく判断が行われることを検証する仕組みがあれば、判断者の出身母体を考慮する必要はない。
- ・ 利益代表や対立軸を前提とした構成はなじみにくい。中立的な、国民の立場で医学・医療をしっかりと考えられる者で構成されればよい。

#### ④ 再審査請求について

(これまでの主な意見)

- ・ 現在は、同じ都道府県の審査委員会に再審査請求をしているが、同じところでキャッチボールをしている。中央レベルの支払基金の本部に上級の処理機関を設けて、再々審査請求できるシステムを作って欲しい。
- ・ 専門家であっても意見が違うことがあるのは普通であり、すべてを上級の処理機関で処理できるわけではない。その場合に公平性や統一性の担保は、透明性や説明責任を果たす、審査結果の公表などで努力するしかないのではないか。
- ・ 従来から保険者が再審査を出しても、原審どおり返ってきて、中身の説明が足りない。

- ・ 審査委員と保険者側が審査受託業者も含め、定期的に話し合いをしている支部もある。互いにもっと対話を重ね、理解を進めていけば問題も減っていくので、そのような取組を支払基金は全国でやっていくべきである。
- ・ 再審査のすべてを上級の審査委員会に委ねるのは現実的ではないので、上級の審査委員会は再々審査以降のレセプトの審査を担当することが適当。1回目の再審査は、原審査をした組織で審査する必要がある。
- ・ 上級の審査組織の判断を、原審査をした審査委員会の判断に的確に反映させる必要がある。単に組織の構造を決めるだけでは、上級の審査組織が決めたルールを下部組織が守ることは担保できない。
- ・ 上級の審査組織の判断内容を、原審査を担当した審査組織にフィードバックする仕組みが必要である。
- ・ 全国のDPCデータが国にあるので、例えば、上級の審査委員会において、全国の最大公約数的なパターンのデータを審査に活用していくべき。

ロ 審査手数料（コスト）の設定根拠、審査手数料の差（支払基金と国保連、国保連間）についてどう考えるか

（これまでの主な意見）

- ・ 保険者が審査機関を選択する上でも、手数料の違いの原因を明らかにし、分かりやすく比較できるような形で示す必要がある。コスト構造の比較は、見かけ上の手数料を比べるということだけでなく、どういう費用が含まれているのかを互いに見せて、ベースをそろえて比較する必要がある。
- ・ 国保連の審査手数料の評価に当たっては、審査機能のコストと保険者としてのコストを区分して評価する必要がある。
- ・ 支払基金のコスト構造が明らかにされていない。国保連は従事している職員の業務をもとに算出しており、国保連とベースを合わせるだけでも、支払基金の手数はもう少し下がるのではないか。
- ・ ピアレビューである審査委員会の審査は、専門的知見に基づく判断であるので、仮に査定率に応じて各支部の手数を設定したとしても、査定率の向上に対するインセンティブとはなり得ない。
- ・ 手数料の体系をどうするかは、審査行為の性格が、本当に確認なのか、切ることなのかをきちんと議論することが前提である。
- ・ 保険者が事後点検して再審査し、査定になるものは、保険者の努力の結果であるが、これは本来、支払基金が1回で審査して査定すべきものである。
- ・ 厳しい国家財政の中で、医療の財源を確保するためにも、審査支払のコストを最小化することは、合理的な理由がある。
- ・ 支払基金では、指導の必要性に応じた重点審査の中で、常に3割のレセプトが効率化分としてそのまま請求されていると理解しており、この3割分は割増料



金で払っているようなものであり、健保組合の不満が大きい。

(参考)

- ・ 国保連では、レセプトの審査件数が伸びている中で、IT化の推進や職員数を減らすなどの経費節減を行い、毎年手数料を下げている。
- ・ 国保連では、会員負担金など審査支払に直接関わらない業務のコストは分けて、審査支払手数料を計算している。後期高齢者医療広域連合は国保連の会員でないため、市町村国保よりも審査手数料が高く設定されている。

## ハ レセプトの電子化、オンライン請求による審査の効率化について

(これまでの主な意見)

- ・ 現行の保険診療ルールは、相当程度の裁量の余地を認めているため、診療行為がルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することは不可能である。したがって、将来、いかにシステムチェックの充実が図られても、人でなければできない審査が存在する。
- ・ 支払基金では、今後、すべての電子レセプトにシステムチェックを実施し、人による審査を「人でなければできない審査」に限定することを基本とする。このため、突合・縦覧審査機能の開発など、電子レセプトの審査のためのシステムの整備に取り組む方針であり、システムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保が必要である。
- ・ システムチェックが発展途上にある段階では、目視による点検で看過されていたような疑義が網羅的に摘示される反面、疑義を査定に結び付くようなものに絞り込む精度が不十分である。このため、当面、職員及び審査委員の事務処理負担がかえって増大する。
- ・ 現在の電子レセプトの記録条件仕様や記載要領は、紙レセプトの様式を置き換えたり、紙レセプトの作成に配慮したルールがあり、コンピュータチェックに支障があるものがあるので、見直して欲しい。
- ・ 民間が新規参入するためには、コスト面において、レセプトのオンライン請求のインフラが必須である。
- ・ 標準化された電子レセプトでの請求には支払期間を短くする、情報公開や一定の基準の電子カルテを付す医療機関には診療報酬を上乗せするなど、電子化のインセンティブについて外国での取組も参考にしてみようか。
- ・ 全レセプトを合議でやること自体が不可能であるならば、これに代わる仕組みも考えていかなければいけない。実質的な審査を効率的に進める意味では、審査そのもののIT化も導入すべきではないか。

(参考)

- ・ 支払基金では、平成19年12月に策定した業務効率化計画(平成20~23年)において、レセプトオンライン化に伴う900人の要員確保を見込んだ上で、400人を審査の充実に向け、500人の定員削減を盛り込んだ。さらに平成22年度前

半を目途に策定する業務効率化計画（平成23～27年度）では、平成24年度以降に少なくとも400人の定員削減を盛り込む方針である。

## 二 保険者による直接審査について

（これまでの主な意見）

- ・ 調剤レセプトの直接審査について、薬局を増やすたびに組合会の決定が必要な取扱いを見直すべき。
- ・ レセプトのオンライン請求が可能になることで、技術的に直接審査をできるようになりつつある。医療機関との事前の承諾が必要なことを含めて議論すべき。
- ・ 調剤レセプトの直接審査で認められている、支払基金から適正な審査に関する意見を受ける契約のスキーム（紛争処理に関するスキーム）を、医科レセプトの直接審査にも活用することを検討すべき。
- ・ 医科レセプトの直接審査でも、当事者間の納得は非常に重要であるが、医科の場合、医師の判断の幅が大きく、個々のケースについて判断が必要であり、合意をとるプロセスが非常に困難である。支払基金のADR機能をもっと活用し、きちんと法的な位置づけが担保できれば、直接審査が進む可能性がある。
- ・ 直接審査の仕組みは、フリーアクセスを抑制することがあってはならない。
- ・ 直接審査の仕組みにおいて、個別医療機関の同意をとることになっているが、規制の緩和が必要である。

## 2 審査以外の業務（保険者支援等、支払い）に関する論点

### イ 保険者機能の代行、支援の機能について

（これまでの主な意見）

- ・ 医療機関が安心して医療を提供できるよう、資格異動に関する情報を保険者間でやりとりして、あらかじめ返戻が生じないような仕組みを考えるべきではないか。

（参考）

- ・ 国保連は、保険者（市町村）が共同で事務を行うため設立したもので、煩雑化する保険者事務を一元的に実施することにより、保険者事務の効率化、経費節減等の大きな効果をあげている。また、国保関係事務のほか、介護保険、障害者自立支援、地方単独事業など、市町村が実施する地域に密着した様々な業務を行っている。
- ・ 支払基金では、正常分娩に係る出産育児一時金の直接支払や柔道整復療養費の代理受領の業務など、時代の要請に応じて柔軟に新規事業を実施するために必要な制度改正を要望している。

## ロ レセプト電子化の進展と支払期間の早期化、レセプト情報の活用について

(これまでの主な意見)

- ・ レセプトの電子化は、支払機関や保険者のメリットだけでなく、設備投資や手間隙がかかる医療機関、薬局側のメリットも必要である。電子化によって支払期間の短縮化が今後進展するのを示す必要がある。
- ・ 標準化された電子レセプトでの請求には支払期間を短くするなど、電子化のインセンティブについて外国での取組も参考にしてはどうか。
- ・ 支払早期化については、零細事業所だけでなく大きな事業所でも資金繰りに影響が生じる。市町村でも短期間で内部的決裁ができるかどうかなどの問題があるので、総合的に判断する必要がある。
- ・ 健康情報がIT化されることで、健康政策の議論や、保険者としてリアルタイムに被保険者の健康状態や受診動向を把握することもできる。紙情報の時代と電子情報がリアルタイムで全数手に入る時代が全く異なることを踏まえ、レセプトが持っている大きな潜在力を引き出すような仕組みを議論すべき。

### 3 審査支払の組織の在り方に関する論点

#### (1) 組織の形態（統合、競争の促進、民間参入）についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 既に保険者の直接審査を認めているのであれば、自由な参入を認めているのだから、統合でオンリーワンというのは矛盾するのではないか。公共的なもので自由な参入は認めるべきでないのかどうか、自由化でやるなら査定に関して紛争が起きた場合にどのようなシステムでやるのかを整理すべき。
- ・ 組織の統合は、全国唯一の組織、業務独占になるので、規制改革会議が求める競争促進と矛盾するのではないか。
- ・ 国保連は、保険者事務の共同化という役割や、保険者業務の多くを代行しており、単純に支払基金と国保連を統合することは、保険者機能から見て非常に無理がある。まずは支払基金と国保連の競争条件を確保することが必要である。
- ・ 民間が新規参入するためには、コスト面において、レセプトのオンライン請求のインフラが必須である。また、現在の審査支払機関と同じコスト条件で紛争処理機能まで担う医師を確保することは困難である。
- ・ 国保連は、市町村の保険者としての業務の代行と、市町村が共同して実施する業務を代行しており、県民へのジェネリックの情報提供など、保険者の負担を減らす取組もしている。統合の議論は、こうした国保連の取組や支払基金との違いを十分考えて総合的に議論すべきである。

- ・ 国保連と支払基金の統合は、市町村の持ち出しが増えたり、審査手数料が高くなるおそれがあるのではないかと。システムの改修に膨大な費用もかかり、事務処理がスムーズに移行できるのか、県ごとの共同事業の独自性が確保されるのかという問題もある。
- ・ 統合の効果については、支払基金と国保連で査定率にかなりの違いがあり、査定率がどのようになるのかが想像できない。職員や組織を統合すればこれだけ安くなるという計算はできるだろうが、問題はサービスの質であり、統合したが査定率は下がりましたでは話にならない。
- ・ 国保連の方が支払基金よりもコストが安いのに統合するのであれば、市町村国保の保険者の立場からすれば大きな問題である。
- ・ 例えば、国全体で最適になるようなプラットフォームはコンピュータシステムを一つで運用するなど、競争というよりは、現在のシステムがきちんと機能しているかどうかを検証する必要がある。
- ・ 競争性を導入した場合に、審査に力点が置かれて、国民への適切な医療の提供がないがしろにされることは避ける必要がある。
- ・ 現場の裁量があるため医師が審査しなければならぬなど、支払基金と国保連の審査の機能はかなり共通している。審査については、長期的には一緒にやっていく仕組みがあり得るのではないかと。
- ・ どのような尺度で比較するかが、競争の論議の出発点である。国民皆保険制度の下で望まれる審査とは何かという視点から、良質な審査活動が何かを検証し、その達成度を比較すべきである。
- ・ 統合の問題については、二組織の活動を統合的な視点で評価し、指導する第三者機関を別に設け、二つの組織の活動に共通した統合しうる部分がないか、第三者機関が統合して担える部分がないか、を検証することも方法である。
- ・ 適正な審査という一定の共通認識が必要であり、適正な審査という視点が抜けたまま、組織だけの議論をすとおかしいことになる。統合や競争が審査の問題のすべての解決策だという議論は方向性を誤る。
- ・ 診療報酬や病院の施設基準など全国共通ルールがありながら、審査の組織は別の組織でやっているところが、医療の制度的な面から見て統一性が取れていないのではないかと。
- ・ 保険者は、審査支払コストはできるだけ抑えたいので、そういう観点から、国保連と支払基金の査定率の違いは小さい話で、コストがより低くなるのであれば、その条件次第によっては委託したいという意向もある程度ある。
- ・ 二つの審査組織は、競争というよりもうまく棲み分けて共存した形になっており、独占の弊害と二重性の弊害の両方をもっているというのが、規制改革会議や事業仕分けの指摘。二元的な仕組みがいいのかどうかが問われている。

## (2) 組織・運営についてどう考えるか

## イ 法人運営（財務、契約適正化、業務の効率化）について

（これまでの主な意見）

- ・ IT化は、効率化でコストを下げる有力な手法の一つである。ITの整備によって業務プロセスも変わる必要がある。
- ・ システムチェックが発展途上にある段階では、目視による点検で看過されていたような疑義が網羅的に摘示される反面、疑義を査定に結び付くようなものに絞り込む精度が不十分である。このため、当面、職員及び審査委員の事務処理負担がかえって増大する。
- ・ 現在の審査は、振り分けなど事務作業を含め、多くを人手に頼っており、現在の社会的状況からみても極めて非効率である。事務経費でみた審査の効率性について、深掘して考える必要がある。
- ・ 審査体制については、支払基金は約 4500 人、国保連は約 3500 人で大きな差があり、効率的に審査を行っているのかどうかを検証する必要がある。
- ・ 韓国では、コリアテレコムという社会全体で最も大きなインフラを利用しており、日本でも、同じように、システムの安定化、効率化ができないのか。

（参考）

- ・ 支払基金では、支部ごとに処理されている資金管理業務を平成 23 年度から本部で一括処理し、効率化を図る方針である。また、支部ごとに処理されている庶務・会計の管理業務のうち、集約可能なものを本部又は各ブロックで中核となる支部に集約する方向で検討する。
- ・ 支払基金では、遊休不動産の売却の迅速・効率化を図るため、売却の業務を支部から本部に移管する方針である。また、平成 22 年 8・9 月の役員改選時に役員を公募する方針である。

## ロ 人材確保・養成についてどう考えるか

（これまでの主な意見）

- ・ 電子レセプトの審査を効果的・効率的に実施するため、すべての電子レセプトに対するシステムチェックが可能となるよう、ITの最大限の活用が必要。システムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保が必要である。
- ・ すべての電子レセプトのシステムチェックが可能となるよう、現在の経営資源をシステムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保にシフトすべき。
- ・ 都道府県ごとの審査基準の相違の原因には、例えば、審査員である地元医師の確保や審査の人員が少ない県があるなどの問題もある。
- ・ 韓国では、まずコンピュータソフトによりレセプトの振り分け・審査を行うほか、審査の分野に多くの看護師を投入しているが、弊害もほとんど報告されていないと聞いている。

#### 4 その他の意見

- 医療機関における未収金の問題について
  - ・ 未収金は、膨大な額になるだけでなく、医療職の職業意識を著しく傷つけており、問題意識を持っている。
  
- 保険薬局における医療情報の共有について
  - ・ 保険薬局では現在、医療内容に関する情報をシェアしないまま、薬を出しているが、診療に関する情報をシェアする仕組みを確保することが重要である。

組織の統合、競争の促進についての定量的な検証(試算案)

1. 審査支払機関(部門)の業務コスト

(億円)

組織形態		効率化要因等	初年度	7年後(累積)
統 合	国保連へ統合	削減 ・人員削減▲806人 →管理職員 5割削減(562人) →総務部門 3割削減(244人) ・システム開発の一本化 →システムの独自開発経費の削減 →支払基金システムの更改費用の削減等(現行7年サイクル) ・支払基金保有事務所の売却【初年度のみ】※2	▲52	▲581
		増加 ・人員削減に伴う退職金の支払い【初年度のみ】※3 ・被用者保険レセプトに対応した国保システムの改修及び追加機器調達【初年度及び更改時】 ・国保連の事務所の不足スペースの追加借上げ及び支払基金の審査業務以外を引き継いだ機関におけるスペースの借上げ	269	608
		増減	217	27
	支払基金へ統合	削減 ・人員削減▲806人 →管理職員 5割削減(562人) →総務部門 3割削減(244人) ・システム開発の一本化 →システムの独自開発経費の削減 →国保連審査システムの更改費用の削減等(現行6年サイクル) ・国保連保有事務所の売却【初年度のみ】※2	▲52	▲465
		増加 ・人員削減に伴う退職金の支払い【初年度のみ】※3 ・国保レセプトに対応した支払基金システムの改修及び追加機器調達【初年度及び更改時】 ・支払基金の事務所の不足スペースの追加借上げ及び国保連において審査業務以外の業務を行うスペースの借上げ	318	757
		増減	266	292
競争	増減	※4	-	-
業務合理化 ※1	削減	・電子化に伴う業務見直しによる人員削減等(段階的) →支払基金 ▲598人、給与水準の引下げ(ラスパイレ指数106→100)※5 →国保連(▲605人) ・システムの仮想化及び一拠点化による削減(次期機器更改時)	▲8	▲518

△589人

※1 業務合理化による削減効果は、統合と競争いずれの場合にも発生する。  
 ※2 支払基金が保有する46支部の事務所売却益は145億円。(精算は基金法第31条の規定により別に法律で定める。) 国保連が保有する21か所の事務所売却益は67億円。  
 ※3 退職金(105億円)の支払いに当たっては、現在保有する退職手当引当金では不足することから別途財源を確保する必要がある。  
 ※4 競争であっても支払基金と国保連の間でシステムの共同開発が行われればコスト削減となる。  
 ※5 支払基金の紙レセプト審査のブロック集中処理による効率化を含む。(国保連に統合の場合を除く。)