

未定稿

支払基金サービス向上計画(案)

(平成23～27年度)

— より良いサービスをより安く —

(仮題)

平成22年9月30日

社会保険診療報酬支払基金

目 次

| | |
|--|----|
| はじめに | 1 |
| 第1 新計画の策定の背景 | |
| 1 支払基金をめぐる議論 | 2 |
| 2 レセプトの電子化の進展 | 3 |
| 【図表1】平成23～27年度における全レセプトに占める 電子レセプトの件数割合の見込み | 6 |
| 第2 新計画の基本的な性格 | 7 |
| 第3 平成23～27年度における事業運営の基本方針 | 9 |
| 第4 良質なサービスの提供 | |
| 1 審査の充実 | |
| (1) 審査の充実のための方策 | 11 |
| (2) 審査の充実に向けた数値目標 | 15 |
| 【図表2】原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの 寄与率の引上げに関する数値目標 | 16 |
| 【図表3】突合審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標 | 17 |
| 【図表4】縦覧審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標 | 18 |
| 【図表5】保険者の再審査請求件数の引下げに関する数値目標 | 19 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| <u>2 審査の不合理な差異の解消</u> | 21 |
| <u>3 審査におけるPDCAサイクルの確立</u> | 25 |
| <u>4 保険者及び医療機関に対するサービスの向上</u> | 25 |
| <u>5 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</u> | 26 |

第5 効率的な事業運営

| | |
|----------------------------|----|
| <u>1 効率的な事業運営のための基盤の整備</u> | |
| (1) 審査及び請求支払に係る業務フローの見直し | 27 |
| (2) 管理業務の集約 | 29 |
| (3) コンピュータシステムの機器更新 | 30 |
| (4) 予算及び決算におけるPDCAサイクルの確立 | 30 |
| <u>2 業務量の見通し</u> | 31 |
| 【図表6】平成27年度における職員の業務量の見込み | 31 |
| <u>3 総コストの削減のための方策</u> | |
| (1) 職員定員の削減 | 33 |
| 【図表7】一般会計の職員定員の削減 | 34 |
| (2) 給与水準の引下げ | 35 |
| (3) コンピュータシステム関連経費の縮減 | 35 |
| (4) 支払基金保有宿舎の整理合理化 | 35 |

| | | |
|-----|--|----|
| 4 | <u>総コストの削減に向けた数値目標</u> | 36 |
| | 【図表8】平成27年度における一般会計の支出の見込み | 37 |
| 5 | <u>手数料水準の引下げ</u> | 38 |
| | 【図表9】平成27年度における全レセプトの平均手数料の見込み | 38 |
| 6 | <u>コスト構造の見える化及び手数料体系の見直し</u> | |
| (1) | コスト構造の見える化 | 39 |
| | 【図表10】平成27年度における事務費収入で賄われる 支出に係るコスト構造の見込み | 40 |
| (2) | 手数料体系の見直し | 40 |

第6 情報公開の推進及び説明責任の履行

| | | |
|---|-----------------------------|----|
| 1 | <u>医療費の分析評価</u> | 43 |
| 2 | <u>査定に現れない審査の意義の見える化</u> | 43 |
| 3 | <u>審査支払制度の見直しに関する積極的な提言</u> | 44 |

第7 これからの審査支払に向けて

| | | |
|-------------|--|----|
| おわりに | | 47 |
|-------------|--|----|

| | | |
|---------|---|----|
| 【参考 1】 | レセプト電算処理システムの開発及び運用に関する 支払基金の実績 | 48 |
| 【参考 2】 | 平成 23～27 年度におけるレセプト件数の見込み | 49 |
| 【参考 3】 | 機械的な判断が不可能である保険診療ルールの例 | 50 |
| 【参考 4】 | コンピュータチェックの拡充 | 51 |
| 【参考 5】 | 支払基金における自県分・他県分の レセプト件数の構成割合 | 52 |
| 【参考 6】 | 支払基金本部審査企画部の疑義照会に対する厚生労働省 保険局医療課の回答の状況(平成 22 年 8 月 31 日現在) | 53 |
| 【参考 7】 | 保険者及び医療機関に対するサービスの向上 | 54 |
| 【参考 8】 | 審査及び請求支払に係る業務フローの見直し | 56 |
| 【参考 9】 | 医薬品チェックの状況(平成 22 年 7 月審査分) | 57 |
| 【参考 10】 | 支払基金保有宿舍の整理合理化 | 58 |
| 【参考 11】 | 平成 27 年度における事務費収入以外の 一般会計の収入の見込み | 60 |
| 【参考 12】 | 審査委員会が医療機関に対して適正なレセプトの提出を 働き掛ける取組みの効果 | 61 |

はじめに

- 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）は、診療報酬の「適正な審査」及び「迅速な支払」を通じ、医療保険制度の公正性及び信頼性を担保し、国民にとって大切な医療保険制度を支える使命を負う専門機関である。
- 従前、平成19年12月に平成20～23年度を対象期間とする「レセプトオンライン化に対応したサービスの向上と業務効率化のための計画」（以下「現計画」という。）を、平成20年3月に「原則完全オンライン化の段階における手数料適正化の見通し」（以下「現手数料見通し」という。）を策定し、これらを着実に実施してきた。
- 今般、支払基金をめぐる議論及びレセプトの電子化の進展を踏まえ、現計画及び現手数料見通しに代えて、「支払基金サービス向上計画（平成23～27年度）—より良いサービスをより安く—」（以下「新計画」という。）を策定するものとする。

第1 新計画の策定の背景

1 支払基金をめぐる議論

- 支払基金は、保険者（公費負担医療の実施機関を含む。以下同じ。）の委託を受けて、診療報酬の審査*¹及び請求支払*²の業務を実施している。したがって、そのために必要な事務費については、保険者がレセプト件数を基準とする手数料で負担する仕組みとなっている。
- これについては、毎年度、支払基金と保険者団体*³との間での協議の結果を踏まえ、支払基金の収支予算に係る認可の権限を有する厚生労働省において、単価を提示する取扱いとなっている。
- このように保険者団体との間での協議及び契約を通じて手数料を設定する取扱いは、支払基金にとって良質なサービスの提供及び効率的な事業運営に対する動機付けとして機能している。
- このような中で、近時、次のとおり、支払基金をめぐる様々な議論が展開された。
 - ① 平成22年度の手数料は、現手数料見通しに盛り込まれた平成23年度の目標を1年前倒しで達成する水準となったが、それをめぐる保険者団体との間での協議の過程では、平成23年度以降引き続き、コストの削減に取り組むよう、強く求められた。
 - ② そのほか、平成21年11月に実施された行政刷新会議「事業仕分け」のうち、「その他医療関係の適正化・効率化」に関する第2ワーキンググループの評価結果においては、「レセプト審査率と手数料を連動」、「国保連・支払基金の統合」等について、「見直しを行う」ものとされた。

*¹ 審査とは、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の確認をいう。

*² 請求支払とは、保険者に対する請求及び医療機関（薬局を含む。以下同じ。）に対する支払をいう。

*³ 保険者団体とは、全国健康保険協会、健康保険組合連合会、共済組合連盟、地方公務員共済組合協議会及び日本私立学校振興・共済事業団をいう。

- ③ これを受けて、平成22年4月以降、厚生労働省において、審査支払機関の在り方を組織及び業務の両面で総合的に検討するため、審査支払機関である支払基金及び国民健康保険団体連合会のほか、保険者、診療担当者及び有識者の参加を得た「審査支払機関の在り方に関する検討会」（以下「厚生労働省検討会」という。）が設置され、議論が進められている。今後、厚生労働省において、年内を目途に検討課題に関する議論の一巡を目指すこととされている。
- ④ また、平成22年4月に実施された支払基金を対象とする厚生労働省省内事業仕分けにおいては、支払基金が提示した改革案に基づき、組織のスリム化、余剰資産の売却、事務・事業の改革等が議論された。今後、厚生労働省において、仕分け人の意見等を踏まえ、最終的な改革案を決定することとされている。
- これに先立ち、支払基金においては、自らの取組みとして、レセプトの電子化に相応しい審査の在り方を検討するため、平成21年5月、審査委員代表、診療担当者代表、保険者代表及び有識者によって構成される「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」を設置した。その後、9回にわたる議論を経て、平成22年3月、「国民の信頼に応える審査の確立に向けて」と題する報告書（以下「支払基金検討会報告書」という。）を公表し、今後における審査の在るべき姿を明らかにした。その中でも、「支払基金は、保険者の意見を厳しく受け止め、電子化によるコスト削減を更に推し進めていく必要がある。」旨が指摘された。

2 レセプトの電子化の進展

- 電子レセプトについては、紙レセプトと比較すると、請求支払業務では、医療機関から提出されたレセプトを保険者へ送付するための仕分け等が容易であるため、事業運営の効率化が図られる。また、審査業務では、コンピュータチェック*4、一定の条件に応じた抽出、データの蓄積等が容易であるため、審査の充実が図られる。

*4 コンピュータチェックとは、電子レセプトの構造（＝どのような項目がいずれの箇所に記録されているか）及び診療報酬の算定要件（1月で1回に限って算定することが可能である等）等を機械的な言語で定義したプログラム（＝コンピュータを作動させる手順等を内容とする命令群）を使用し、診療報酬の算定内容の適否を点検することをいう。

- 昭和58年7月、厚生省から「レセプト処理システムの基本構想」が示され、レセプトの電子化に向けた取組みが開始された。その後、レセプトの電子化の進展は、必ずしも順調な経過とならず、全レセプトに占める電子レセプトの件数割合は、約20年を経ても、1%に満たない水準であった。

- 電子レセプトについては、医療機関による提出、審査支払機関による審査及び請求支払並びに保険者による受取りを一貫して実施するための「レセプト電算処理システム」が必要となる。このため、支払基金においては、厚生省の要請を受けて、レセプト電算処理システムの開発及び運用について、主導的な役割を果たしてきた（参考1）。すなわち、昭和58年度以降に、「基本マスター」*5及び「記録条件仕様」*6を、平成2年度以降に、「標準仕様」*7を作成し、それぞれ継続的に更新してきた。加えて、平成3年11月以降毎月、基本マスター及び「医療機関マスター」*8を更新して国民健康保険中央会に提供してきた。

- このような中で、平成13年12月、厚生労働省は、「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」を策定し、病院におけるレセプトの電子化について、平成16年度までに5割以上、平成18年度までに7割以上という目標を設定した。これを受けて、支払基金は、医療機関に対し、平成14～20年度の間における全国の累計では、1,901回にわたって説明会を開催する*9とともに、32,747回にわたって個別訪問を実施するなど、レセプト電算処理システムの普及の促進に取り組んできた。

*5 基本マスターとは、傷病名、診療行為、医薬品、特定保険医療材料等のコード、名称等に関するデータベースをいう。

*6 記録条件仕様とは、レセプトのデータを電子的に記録するための条件を定めた仕様をいう。

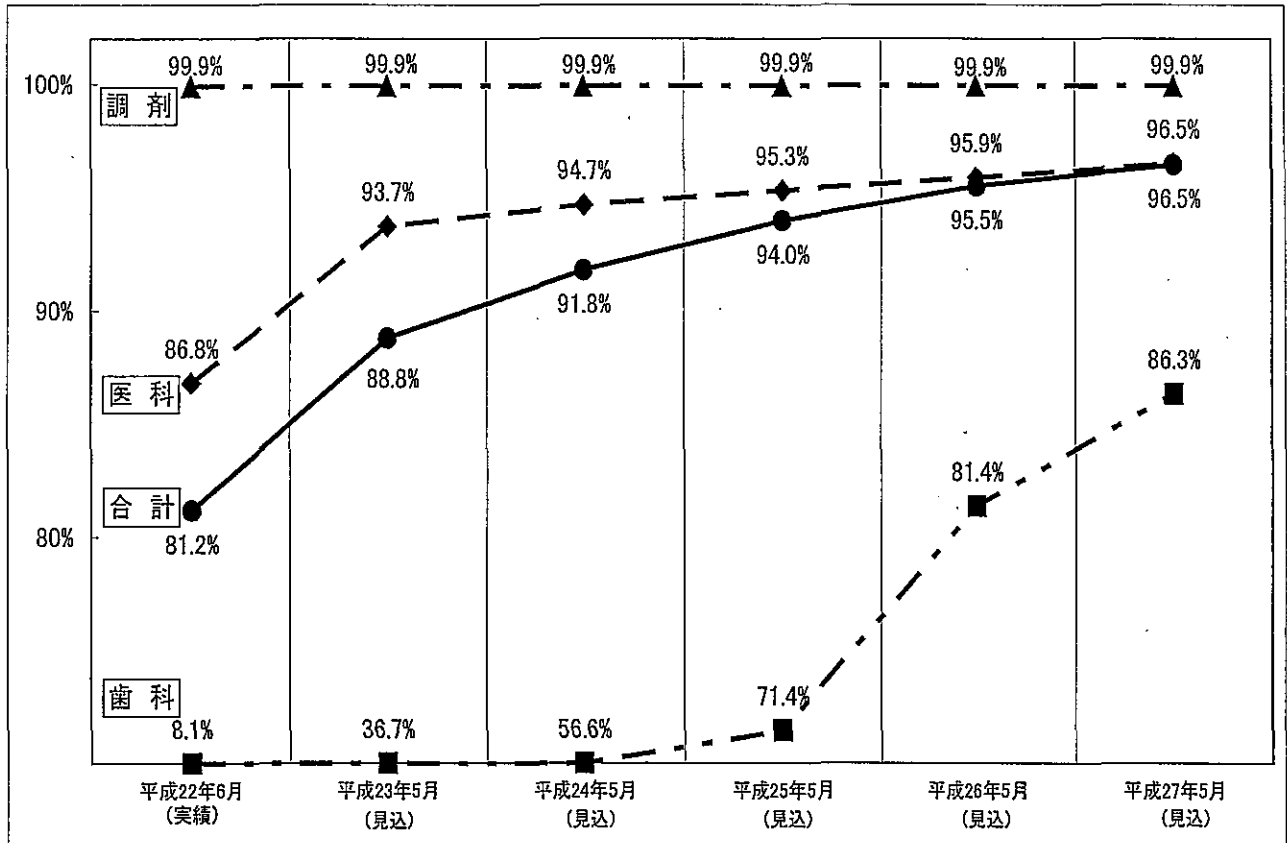
*7 標準仕様とは、医療機関が審査支払機関に対して電子レセプトを提出するに当たって点検すべき事項を定めた仕様をいう。

*8 医療機関マスターとは、レセプト電算処理システムに参加する医療機関の名称、コード、施設基準、標榜科等に関するデータベースをいう。

*9 延べ160,321人の参加を得た。

- 平成18年4月における「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（以下「請求省令」という。）の改正により、平成23年4月における「原則完全オンライン化」という目標の達成に向けて、平成18年4月以降、医療機関を指定してオンライン請求を試行的に実施した上で、平成20年4月以降、医療機関の種別等に応じて段階的にオンライン請求を義務化する等の措置が講じられた。
- このような政府を挙げての取組みを契機として、レセプトの電子化が急速に進展し、全レセプトに占める電子レセプトの件数割合は、平成20年10月請求分で5割を、平成21年1・2月請求分で7割を、平成22年6月請求分で8割を突破し、平成22年7月請求分で82.5%（歯科を除いて医科及び調剤を見ると、93.1%）に達した。
- しかしながら、平成21年11月における請求省令の改正により、
 - ① 電子レセプト請求を原則とし、オンライン請求のみならず電子媒体請求も可能とする。
 - ② その例外として、
 - i 手書きの紙レセプトで診療報酬を請求する医療機関及び常勤の医師等がすべて65歳以上である医療機関について、紙レセプトから電子レセプトへの移行を免除する
 - ii 電子レセプトに対応しないレセプトコンピュータを使用する医療機関について、そのリース期間等が満了するまでの最長で平成27年3月までの間、紙レセプトから電子レセプトへの移行を猶予する等の措置が講じられた。このため、平成23～26年度の間、レセプトの電子化が段階的に進展するものの、平成27年度以降引き続き、若干の紙レセプトが残存するものと見込まれる。
- すなわち、レセプト件数の見込みは、平成27年度に9億634万件（対平成21年度比+4,941万件）と見込まれる（参考2）が、全レセプトに占める電子レセプトの件数割合の見込みは、平成27年5月請求分で96.5%（平成22年6月請求分比+15.3ポイント）と見込まれる（図表1）。

【図表 1】 平成 23～27 年度における
全レセプトに占める電子レセプトの件数割合の見込み



- (注 1) 医科・調剤については、電子レセプト請求の免除又は猶予に関する届出を基礎とした。
- (注 2) 歯科については、免除分が医科と同様に、猶予分が平成 27 年 5 月までに順次、電子レセプト請求に移行するものと仮定した。
- (注 3) 医療機関の新設、廃止等に伴う電子レセプト請求の変動を勘案しない。

○ このように、平成 27 年度には、レセプトの電子化がおおむね完了するものと見込まれること等を踏まえ、新計画の対象期間を平成 23～27 年度とするものとする。

第2 新計画の基本的な性格

- 審査及び請求支払の業務は、健康保険法、支払基金法等で規定された制度的な枠組みの中で処理されている。新計画は、あくまでも現行の審査支払制度を始めとする医療保険制度の枠組みを前提とするものである。
- すなわち、審査及び請求支払の業務は、次に掲げる制度的な枠組みの中で処理されている。
 - ① 支払基金は、支部を都道府県単位で設置し、支部ごとに審査委員会を設置することとされている。そして、各審査委員会は、各都道府県の圏域内に所在する医療機関のレセプトについて、審査を実施することとされている。これは、原審査のほか、再審査及び再々審査についても、同様である。
 - ② 審査委員会の審査は、理事長及び支部長の指揮命令に対して独立性を有するとともに、各審査委員会は、それぞれ独立して審査の決定をする権限を有することとされている。
 - ③ 審査の決定は、審査委員の2分の1以上の出席を得た審査委員会の合議によることとされている。このため、担当の審査委員が単独で審査の決定をすることや、職員の審査事務又はコンピュータチェックのみをもって審査を完結することは、認められない。
 - ④ 審査委員会は、毎月、当月10日までに提出された前月診療分のレセプトについて、当月末日までに審査することとされている。そして、合議制を採用する審査委員会においては、審査委員が一堂に会して審査の決定をする必要があるため、毎月、審査委員会の会期を設定し、その最終日に審査の決定をすることとされている。
 - ⑤ 保険者が負担する手数料については、レセプト件数を基準として設定することとされている。

- ⑥ 支払基金による受託の対象となる審査及び請求支払の業務は、療養の給付等に係るものに限定されている。このため、支払基金が出産育児一時金の直接支払（異常分娩に係るものを除く。）や柔道整復療養費の代理受領を受託することは、認められない。
- ⑦ 従前、老人保健制度に基づき、支払基金が被用者保険に加入する高齢者に係るレセプトを取り扱ってきたが、後期高齢者医療制度の創設に伴い、国民健康保険団体連合会がすべての後期高齢者に係るレセプトを取り扱うこととなった。
- したがって、このような制度的な枠組みを越えて支払基金の改革を進めるためには、厚生労働省のほか、保険者及び診療担当者を始めとする関係者において、厚生労働省検討会等を通じ、審査支払制度の見直しに関する成案を得る必要がある。

第3 平成23～27年度における事業運営の基本方針

- 現計画の対象期間は、レセプトの電子化が急速に進展する中で、それに対応した審査及び請求支払の業務を処理する体制が構築される過渡的な期間であった。これに対し、新計画の対象期間は、レセプトの電子化がおおむね完了する中で、それに対応した審査及び請求支払の業務を処理する体制が本格的に稼働する期間である。換言すると、「ITを導入して補助的に活用する仕組み」から「確立したITを最大限に活用する仕組み」へ転換することとなる。
- 支払基金は、ITを活用し、社会の要請に応える良質なサービスを提供するとともに、民間法人としてコスト意識をもって効率的に事業を運営しなければならない。これを踏まえ、次のとおり、「より良いサービスをより安く」提供することを目指すものとする。

① 良質なサービスの提供

良質なサービスを提供する観点に基づき、

- i 審査の充実
- ii 審査の不合理的な差異の解消
- iii 審査におけるPDCAサイクルの確立
- iv 保険者及び医療機関に対するサービスの向上
- v 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を図るものとする。

とりわけ、原審査の充実に向けて、コンピュータチェックの充実を図るとともに、従前の単月審査^{*10}のほか、新規の突合審査^{*11}及び縦覧審査^{*12}を実施するものとする。

あわせて、不合理的な支部間差異の解消に向けて、

- i 審査委員会の機能の強化
 - ii 職員による審査委員に対する働き掛けの強化
- に取り組むものとする。

^{*10} 単月審査とは、各月のレセプトを単独で点検する審査をいう。

^{*11} 突合審査とは、処方せんを発行した病院又は診療所に係る医科・歯科レセプトと調剤を実施した薬局に係る調剤レセプトとを患者単位で照合する審査をいう。

^{*12} 縦覧審査とは、同一の医療機関が同一の患者に関して月単位で提出したレセプトを複数にわたって照合する審査をいう。

② 効率的な事業運営

民間法人としてコスト意識をもって効率的に事業を運営する観点に基づき、手数料水準の引下げに資するよう、

- i 職員定員の削減
- ii 給与水準の引下げ
- iii コンピュータシステム関連経費の縮減

など、人件費及び物件費の両面にわたる総コストの削減に取り組むものとする。

この場合においては、その基盤を整備するため、

- i 審査及び請求支払に係る業務フローの見直し
- ii 管理業務の集約
- iii コンピュータシステムの機器更新

に取り組むものとする。

あわせて、コスト構造の見える化を図るとともに、手数料体系の見直しを検討するものとする。

○ そのほか、情報公開を進め、説明責任を果たすため、

- ① 医療費の分析評価
- ② 査定に現れない審査の意義の見える化
- ③ 審査支払制度の見直しに関する積極的な提言

に取り組むものとする。

第4 良質なサービスの提供

1 審査の充実

(1) 審査の充実のための方策

- 支払基金は、平成11年度以降、4次にわたり、審査充実計画を策定してきたが、これらの中では、それぞれ当時の状況に応じた数値目標を設定してきた。
- 今般、新計画を策定するに当たっては、レセプトの電子化がおおむね完了する中で、それに対応した審査及び請求支払の業務を処理する体制が本格的に稼動することを踏まえ、審査の充実に向けた数値目標を設定するものとする。
- すなわち、従前、毎月、保険者の再審査請求件数*13が支払基金の原審査査定件数と同程度の水準にあった。これは、保険者が費用や労力を投入してレセプト点検を実施してきたことを意味する。今後、コンピュータチェックの充実を図るとともに、従前の単月審査のほか、新規の突合審査及び縦覧審査を実施することにより、原審査の充実を通じた保険者の再審査請求件数の引下げを目指すものとする。これは、レセプト点検を実施する保険者の事務処理負担が軽減されることを意味する。

イ コンピュータチェックの充実

- 紙レセプトについては、人による目視でのチェックによらざるを得ず、限られた人員で限られた時間に全レセプトの審査を実施することが困難であるため、一定の類型に属するレセプトに、重点を置いた審査を実施せざるを得なかった。これに対し、電子レセプトについては、すべてコンピュータチェックの対象となり得るため、本来の姿である「全レセプトの審査」を実現することが可能となる。

*13 保険者の再審査請求件数は、保険者が突合審査又は縦覧審査を申し出た件数を含むものである。

- このため、電子レセプトについては、可能な限り多くの保険診療ルールに対する適合性をコンピュータチェックの対象とすることが基本である。
- もっとも、審査は、診療報酬の請求支払を確定するに当たり、診療行為が保険診療ルールに適合するかどうかを確認する行為である。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（参考3）ため、すべて機械的に判断することは不可能であり、医学的な判断が求められる場合も少なくない。これについては、いかにコンピュータチェックの拡充が図られても、人による目視でのチェックによらざるを得ないこととなる。換言すると、審査においては、人による目視でのチェックをすべてコンピュータチェックで代替することは、不可能である。

（イ）チェックマスターを活用したコンピュータチェック

- 従前、コンピュータチェックは、
 - ① 診療行為マスター*14、医薬品マスター*15、特定器材マスター*16等の基本マスターを活用したコンピュータチェック
 - ② 点検条件の設定*17によるコンピュータチェック等に限定されていた。これらは、人による目視でのチェックを補助する位置付けにとどまっていた。

*14 診療行為マスターとは、診療行為のコード、名称、点数等を収載したデータベースをいう。

*15 医薬品マスターとは、医薬品のコード、名称、価格等を収載したデータベースをいう。

*16 特定器材マスターとは、特定保険医療材料のコード、名称、価格等を収載したデータベースをいう。

*17 点検条件の設定とは、診療報酬の算定内容の適否に関する基準のうち、チェックマスター（*18）に収載されないものについて、個々にコンピュータシステムに登録することをいう。

- これに対し、平成22年2月より、医薬品の適応及び用量に関するチェックマスター*18を構築し、それ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システムを導入した。その対象となる医薬品については、当初の平成22年2月には、926品目としたが、順次拡大し、直近の平成22年8月には、1,955品目とした。これは、対象となる医薬品を含むすべてのレセプトについて、コンピュータチェックを網羅的に実施し、その結果、疑義が認められるレセプトについて、人による目視でのチェックを実施する、という手法に移行した点で、画期的な意義を有する。
- 今後、このようなチェックマスターを活用したコンピュータチェックの対象を医薬品の禁忌、処置、手術及び検査の適応、特定保険医療材料の適応等に段階的に拡大するものとする（参考4）。

（ロ） 医科電子点数表を活用したコンピュータチェック

- 平成22年3月、医科電子点数表*19を作成してホームページで公表した。これを受けて、平成23年4月を目途に、医科電子点数表を参照して算定ルールに対する適合性を点検するシステムを導入するものとする。
- 加えて、算定ルールに関するコンピュータチェックを可能な限り網羅的に実施するため、医科に係る診療報酬に関する告示及び通知で規定された算定ルールの内容を分析し、コンピュータチェックが可能である項目を洗い出すものとする。

*18 チェックマスターとは、診療報酬の算定内容の適否に関する基準を収載したデータベースをいう。例えば、医薬品の適応及び用量に関するチェックマスターは、各医薬品の適応傷病名及び基準投与量を収載している。

*19 電子点数表とは、診療報酬点数表で規定された算定ルールについて、機械による読取りを可能としたデータベースをいう。

- このような項目のうち、コンピュータチェックの対象となっていないものについては、当面、点検条件の設定によるコンピュータチェックの対象とするが、順次、医科電子点数表に取り込むことにより、医科電子点数表を活用したコンピュータチェックの対象とするものとする。

(ハ) 歯科電子点数表を活用したコンピュータチェック

- 平成22年10月を目途に、歯科電子点数表を作成してホームページで公表するものとする。これを受けて、平成23年度中に、歯科電子点数表を参照して算定ルールに対する適合性を点検するシステムを導入するものとする。
- 加えて、算定ルールに関するコンピュータチェックを可能な限り網羅的に実施するため、歯科に係る診療報酬に関する告示及び通知で規定された算定ルールの内容を分析し、コンピュータチェックが可能である項目を洗い出すものとする。
- このような項目のうち、コンピュータチェックの対象となっていないものについては、順次、歯科電子点数表に取り込むことにより、歯科電子点数表を活用したコンピュータチェックの対象とするものとする。

ロ 突合審査及び縦覧審査の実施

- 紙レセプトは、毎月、医療機関から提出されて支払基金の審査を経て保険者へ送付されるため、一定の条件に応じた抽出やデータの蓄積は、困難である。したがって、従前、支払基金の原審査は、単月審査とならざるを得ず、突合審査及び縦覧審査は、保険者による申出及び再審査請求に委ねられてきた。

- これに対し、電子レセプトについては、一定の条件に応じた抽出やデータの蓄積が容易である。したがって、今後、原審査の段階で単月審査のみならず突合審査及び縦覧審査も実施することが可能となる。
- これを踏まえ、レセプト点検を実施する保険者の事務処理負担が軽減されるよう、原審査の充実に向けて、平成23年4月より、従前の単月審査のほか、新規の突合審査及び縦覧審査を実施するものとする。
- これは、単月審査という1ラインに限定されていた工程が単月審査、突合審査及び縦覧審査という3ラインに拡大される、という点で、画期的な意義を有する。
- なお、突合審査及び縦覧審査に係る職員の審査事務及び審査委員の審査を円滑に実施するため、平成22年度中に、ワイド画面を活用した画面審査システム*20に移行するものとする。

(2) 審査の充実に向けた数値目標

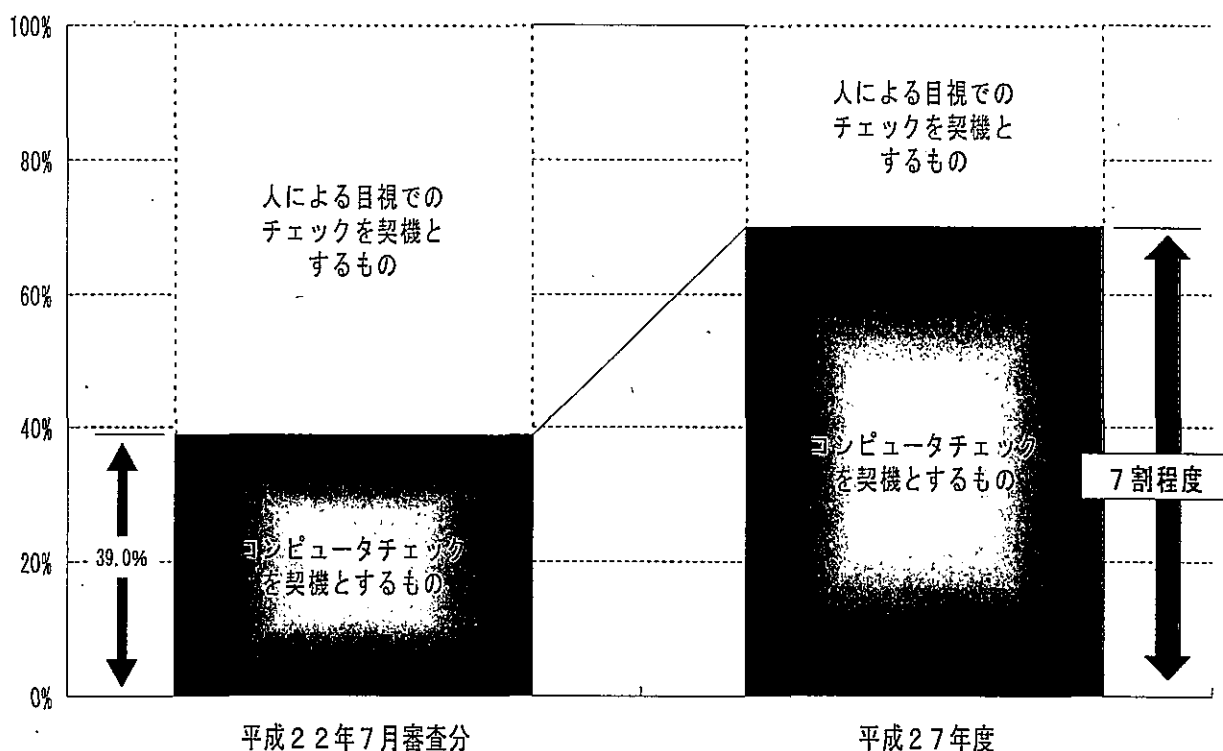
- 審査の充実のための方策を実施するに当たっては、次のとおり、審査の充実に向けた数値目標を設定するものとする。

イ 原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの寄与率の引上げ

- 医科電子レセプトに係る原審査査定点数のうち、コンピュータチェックを契機とする部分の比率については、直近の平成22年7月審査分で39.0%となっているが、コンピュータチェックの充実を図ることにより、平成27年度中に7割程度におおむね倍増することを目指すものとする（図表2）。

*20 現行の画面審査システムは、平成14年11月に導入された。

【図表 2】 原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの
寄与率の引上げに関する数値目標



□ 突合審査分及び縦覧審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標

- 突合審査及び縦覧審査については、従前、実施していなかったが、新規に実施することとなる。
- これを踏まえ、突合審査分及び縦覧審査分の査定件数及び査定点数について、点検力が高い保険者、すなわち、突合審査分及び縦覧審査分の査定実績で上位3割を占めている保険者とおおむね同程度の水準*21を達成することを目指すものとする。

*21 1, 500点未満の調剤レセプトに係る突合審査分の査定件数及び査定点数については、1, 500点以上の調剤レセプトに係る突合審査分の査定件数及び査定点数に関する実績を基礎として推計するものとする。

(イ) 突合審査分

突合審査分については、直近の平成22年7月審査分では、

① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数が11.9件

② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数が3.7点

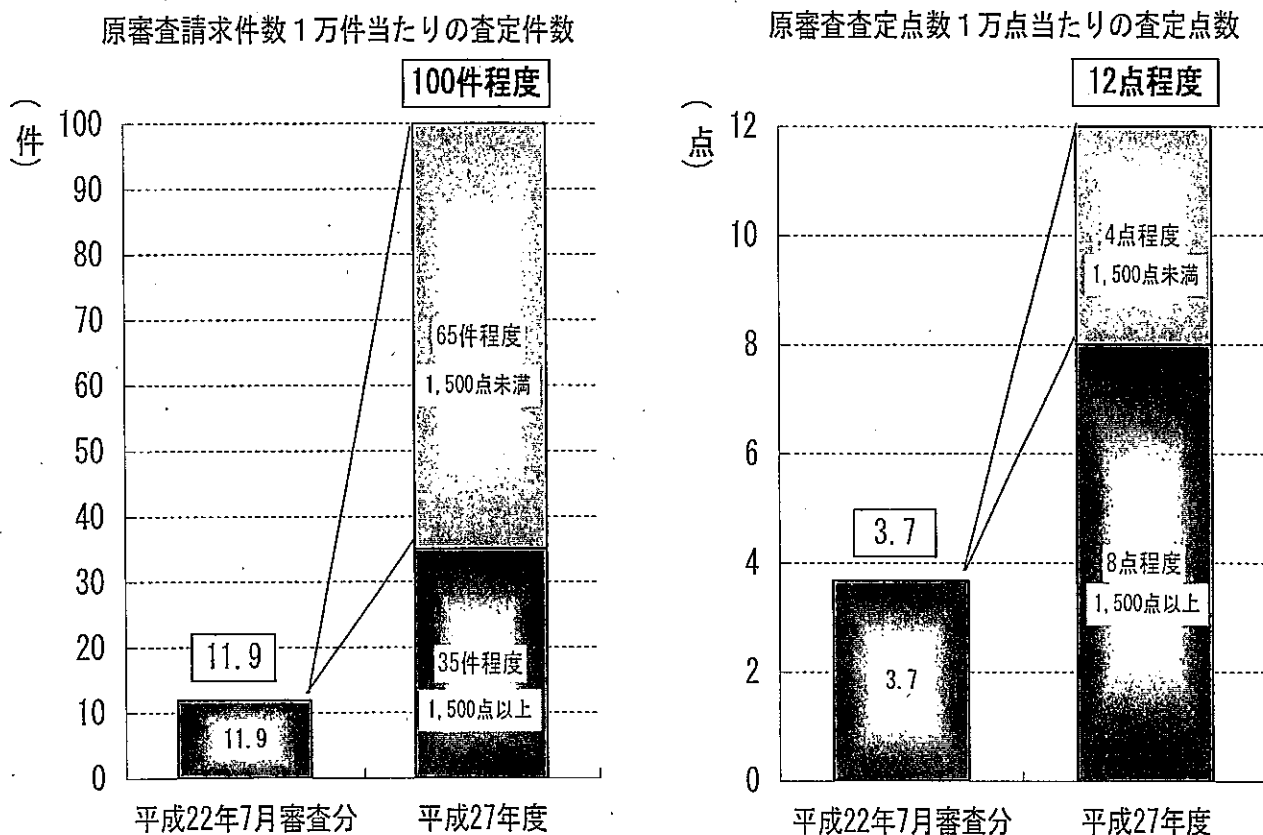
となっている*22が、平成27年度には、

① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数を100件程度

② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数を12点程度

とすることを旨とする(図表3)。

【図表3】 突合審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標



*22 現行では、突合審査は、原審査の段階で実施されていないため、

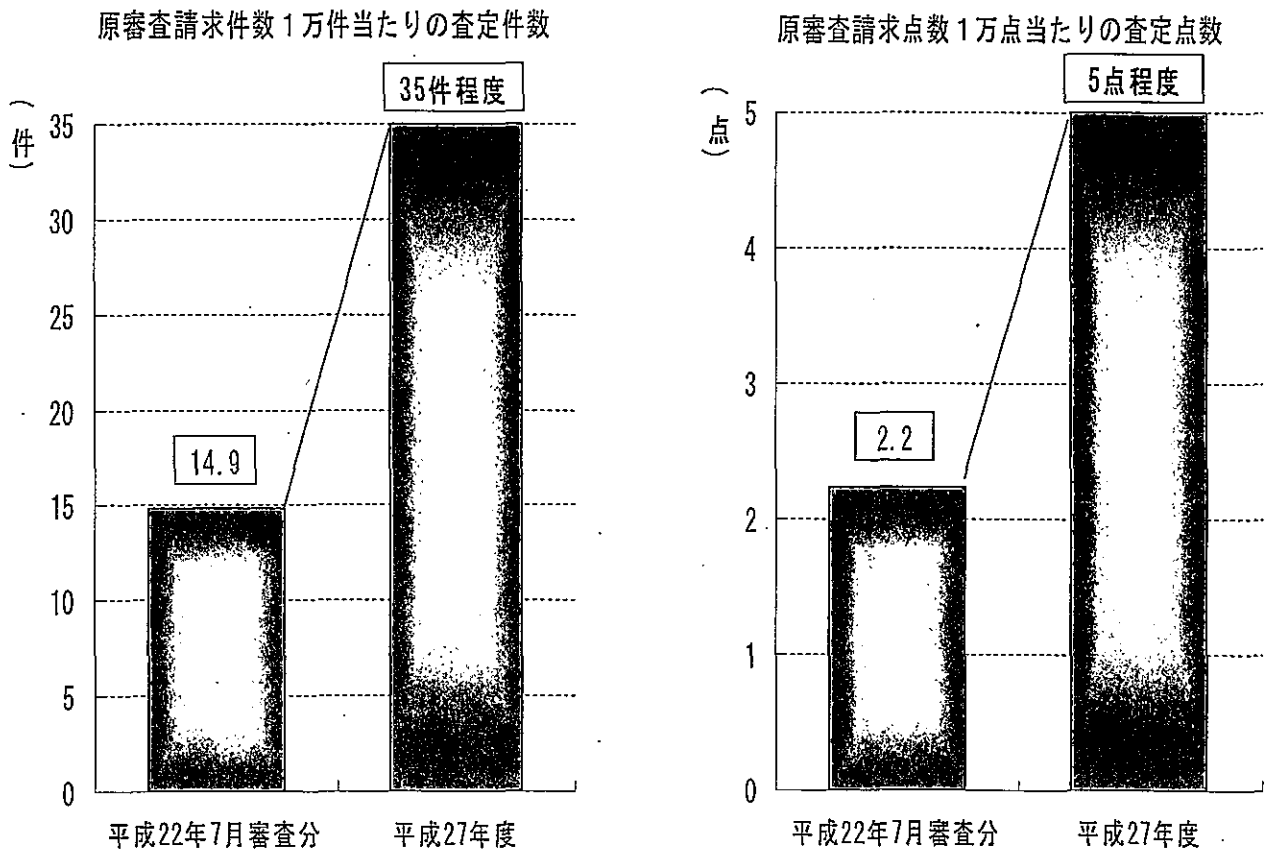
- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数は、保険者による申出に基づく当月の査定件数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求件数で除して10,000を乗じたものである。
- ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数は、保険者による申出に基づく当月の査定点数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求点数で除して10,000を乗じたものである。

(ロ) 縦覧審査分

縦覧審査分については、直近の平成22年7月審査分では、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数が14.9件
 - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数が2.2点
- となっている*23が、平成27年度には、
- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数を35件程度
 - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数を5点程度
- とすることを目指すものとする(図表4)。

【図表4】 縦覧審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標



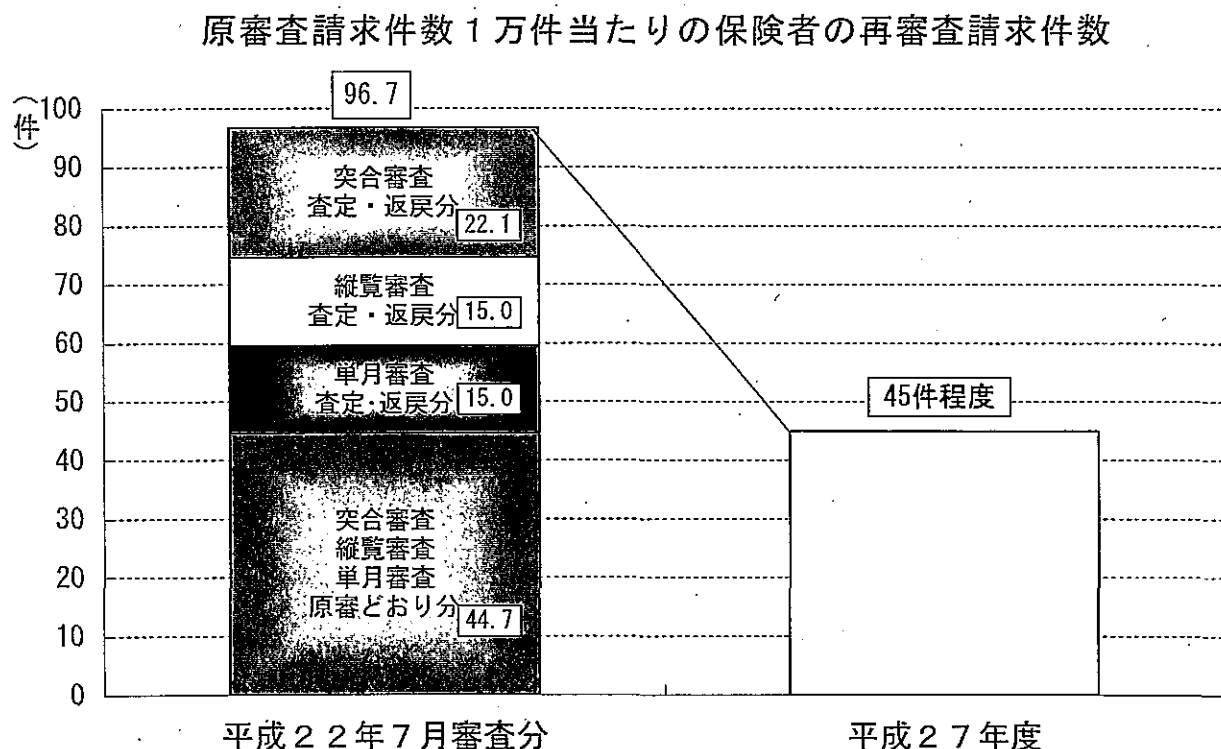
*23 現行では、縦覧審査は、原審査の段階で実施されていないため、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数は、保険者による再審査請求に基づく当月の査定件数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求件数で除して10,000を乗じたもの
- ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数は、保険者による再審査請求に基づく当月の査定点数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求点数で除して10,000を乗じたものである。

ハ 保険者の再審査請求件数の引下げ

- 直近の平成22年7月審査分では、医科・歯科レセプトに係る原審査請求件数は、約5,200万件であるが、そのうち、原審査査定件数が約54万件となっているのに対し、保険者の再審査請求件数は、単月審査分のほか、突合審査分及び縦覧審査分を含めると、約49万件となっており、支払基金の原審査査定件数とおおむね同程度の水準にある。
- これを踏まえ、レセプト点検を実施する保険者の事務処理負担が軽減されるよう、原審査の充実を図ることにより、直近の平成22年7月審査分で96.7件となっている原審査請求件数1万件当たりの保険者の再審査請求件数*24を平成27年度中に45件程度におおむね半減することを目指すものとする（図表5）。

【図表5】 保険者の再審査請求件数の引下げに関する数値目標



*24 原審査請求件数1万件当たりの保険者の再審査請求件数は、当月の保険者の再審査請求件数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求件数で除して10,000を乗じたものである。なお、平成22年7月審査分の内訳（図表5）は、保険者による申出及び再審査請求に対する審査の結果の内訳を示している。

ニ D P Cレセプト*25の審査返戻率の把握及び公表

- 近年、D P Cレセプトが増加している。
- D P Cレセプトのうち、出来高部分については、一般の医科レセプトと同様に審査を実施しているのに対し、包括評価部分については、コーディングデータと照合することにより、診断群分類の適否に関する審査を実施している。その結果、適正と認められない場合には、出来高部分は、査定の対象となるのに対し、包括評価部分は、審査返戻の対象となる。直近の平成22年7月審査分では、請求件数は約34万件、請求点数は約174億点となっているが、そのうち、審査返戻件数は約4千件、審査返戻点数は約4億点となっている。
- このようなD P Cレセプトの審査返戻率については、従前、統計的に把握していなかったが、平成22年9月より、包括評価部分に係る審査実績の指標として月次で把握し、その結果を公表することとした。

*25 D P C (Diagnosis Procedure Combination) とは、急性期入院医療における診断群分類に基づく包括評価制度をいう。D P Cレセプトは、入院期間に応じた3段階で設定された1日当たりの包括点数で算定される「包括評価部分」(入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、基本点数1,000点未満の処置等)及び医科診療報酬点数表に基づいて算定される「出来高部分」(医学管理、手術、麻酔、放射線治療、基本点数1,000点以上の処置等)によって構成される。

2 審査の不合理な差異の解消

- 被用者保険については、地域保険と異なり、被保険者が全国にわたって居住するため、被保険者によって利用される医療機関が全国にわたって所在するような全国規模の保険者も少なくない（参考5）。
- したがって、被用者保険の保険者の委託を受けて審査を実施する支払基金においては、地域保険の保険者の委託を受けて審査を実施する国民健康保険団体連合会と異なり、全国規模の保険者によるチェックを受けるため、都道府県単位の審査委員会の相互間における審査の差異が顕在化しやすい。
- 審査の不合理な差異は、審査の品質に対する保険者の不信、ひいては、医療保険制度の公正性に対する国民の不信を招きかねない重大な問題である。このため、組織としての一体性を発揮し、全国統一的なサービスを提供しなければならない支払基金にとっては、審査の不合理な差異の解消が重要な課題である。
- とりわけ、不合理な支部間差異の解消に向けて、次に掲げる考え方に基づき、審査委員会の機能の強化及び職員による審査委員に対する働き掛けの強化に取り組むものとする。
 - ① 新規の支部間差異を発生させない。
 - ② 既存の支部間差異の解消については、可能な限り優先順位を設定して取り組む。
 - ③ 支部間差異の問題については、保険者によって提起される場合が多いため、保険者の指摘に的確に対応する体制を整備する。
 - ④ 支部間差異の解消については、スピード感をもって取り組む。