

規制改革関係会議によるこれまでの指摘

○規制改革推進のための3か年計画【抜粋】

平成19年6月22日閣議決定・・・1

○規制改革会議 中間とりまとめ概要【抜粋】

平成20年7月2日規制改革会議・・・6

○規制改革推進のための第3次答申概要【抜粋】

平成20年12月22日規制改革会議・・・10

○規制改革推進のための3か年計画（改定）【抜粋】

平成20年3月25日閣議決定・・・17

○規制改革推進のための3か年計画（再改定）【抜粋】

平成21年3月31日閣議決定・・・29

規制改革推進のための3か年計画

【抜粋】

平成19年6月22日
閣議決定

7 医療分野

(1) 医療のIT化

① レセプトのオンライン請求化の期限内完全実施【平成 20 年度から順次義務化、平成 23 年度当初から原則完全オンライン化】

レセプトオンライン請求化に関しては、平成 18 年の厚生労働省令により、平成 20 年度から順次義務化され、平成 23 年度以降、原則全ての医療機関・薬局に関して、義務化されることが規定されている。この省令について厚生労働省は、(i) オンライン請求化の期限が努力目標ではなく義務であること。(ii) 義務化において現行以上の例外規定を設けないこと。(iii) 義務化の期限以降、オンライン以外の手法による請求に対して診療報酬が支払われないこと。以上三点を、再度、医療機関・薬局に周知徹底する。(Ⅲ医療イ②a)

② レセプトのオンライン請求化の促進【平成 19 年度結論】

レセプトオンライン請求化は、今後進めるべき医療のIT化の試金石となる。

したがって、出来得る限り早期に実行することが肝要であり、そのためには医療機関のオンライン請求化を促す仕組み、すなわち、医療機関へのインセンティブ施策を検討する。

そのインセンティブとしてはオンライン請求されたレセプトに関して、医療行為発生後最長約3ヶ月間かかっている診療報酬の支払までの期間を短縮することがまず挙げられる。ただし、そのためには、保険料の徴収から診療報酬の支払いまでの資金フローを見直すなどの、保険者側の協力が前提となる。また、現在実施している診療報酬点数における加算について、オンライン請求の、より効果的インセンティブとなるような見直しを実施することを考えてもよい。レセプトオンライン請求化は、合理化を通じた経費節減や、患者・消費者本位のデータ利用促進などに繋がり、これらは明らかに被保険者にメリットをもたらすのであるから、診療報酬においてそれを考慮すべきであると考え。但し、こうした加算は“電算化”ではなく“オンライン化”のインセンティブとすべきであるし、オンライン化が義務化されるまでの措置であるべきだとも考える。

また、医療機関において、オンライン化に適合した請求システムが円滑に導入されるよう、請求システムの標準化、互換性、セキュリティの確保等の環境整備を図る。

保険者についても、例えば支払基金に関しては、今年の4月からレセプトを電子データの形態で受け取る場合、支払う手数料が1円引き下げられたが、保険者にお

けるオンライン化の推進の観点から、厚生労働省は審査支払機関に対し、オンラインを導入した保険者と導入しない保険者間の手数料の差を拡大させることについても併せて検討させる。(Ⅲ医療イ②b)

③ オンライン請求に対応した電子点数表の完成と電子化に対応した点数計算のロジックの整理【平成20年度点数表を完成、平成23年度までにロジックの整備】

レセプトのオンライン請求の基礎となる電子点数表について、平成20年度診療報酬改定に合わせ早期に完成させるとともに、将来的にはオンラインを利用した、迅速かつ適正な審査が実施できるよう、電子化をにらみつつ、引き続き点数計算ロジックをより明確にする。なお、電子点数表の作成に当たっては、出来得る限り簡素化し、いつでも、また誰でも、そしてそのままの状態を利用可能なものとする。また電子点数表作成に際しては、病院、保険者、支払基金、国保連それぞれのシステム開発を担う民間と協力して進める。(Ⅲ医療エ③a)

④ レセプトデータの収集・蓄積体制の構築【平成19年度中に結論・平成20年度から措置】

レセプトデータについては、多くの医療情報が含まれる貴重なデータであり、このデータを収集・蓄積し、分析することは、統計学的・疫学的なデータに基づいた質の高い医療を研究し実践する上で非常に有益であると考えられる。この観点より、レセプトオンライン請求化に合わせ、平成20年度末までにレセプトデータの収集・分析体制を構築し、平成23年度以降は全国のレセプトデータを収集・蓄積・活用できる体制を構築、運用する。(Ⅲ医療イ④a)

⑤ 医療データの利用ルールの確立【平成19年度中に結論、平成20年度から措置】

レセプトオンライン請求化による診療情報の収集・蓄積に加え、平成20年度から特定健康診査の実施により、健康情報についても収集・蓄積されることになるが、これらの収集・蓄積された膨大な診療・健康情報を相互に関連づけるほか、必要に応じて分析上有用な他のデータベースとリンクさせることにより、データウェアハウス化(DWH)が可能となる。

このデータウェアハウスについては、例えば統計法などの取り扱いを参考にしつつ、その恣意的な利用を防ぐとともに、国の独占利用を排除し、民間への開放を前提とした利用ルールを確立し、国民の健康の増進に資する幅広い分野での利用を図る。(Ⅲ医療イ④b)

⑥ 医療機関が診療情報を電子的に外部に出す場合の標準の制度化【平成19年度中

【結論】

病院・診療所間の医師の偏在などが危惧される中、病院・診療所の役割分担をより明確にし、医療機関間における高度な医療連携を進める必要がある。こうした連携を行う上では、医療機関間における診療情報の共有化が必須条件となるが、医療機関が所有する電子カルテなどの診療情報について医療機関ごとにその様式が異なる、などといったことが情報共有化の障害となっている。

したがって、医療機関が他の医療機関など外部に提供する電子的診療情報については、世界的に普及しているデータ交換規約に様式を統一することを制度化する。また標準化された電子的診療情報は、患者個人の所有物であるとの原則の下、当該情報について患者個人が自由に管理、あるいは外部組織に保存を委託し、疾病管理に利用するなどその環境整備についても早急に検討を進める。(Ⅲ医療イ⑥c)

⑦ 医薬品・医療材料への標準コード付与の整備推進【平成19年度中に結論・措置】

医薬品・医療材料に標準コードを付与することは、メーカーから医療機関までの流通管理を精緻化し、物流の効率化、医療事務コストの削減につながるとともに、医療機関において体制整備が進めば医薬品の取り違えによる医療事故の防止や、トレーサビリティの確保により、医療安全の向上に寄与するものと考えられる。

この標準コード付与については、医薬品において、既に通知が出され、平成20年9月までに標準コードの整備が図られる予定である。一方、医療材料においては、生産・流通業者の任意に委ねられているため、標準コードを付与する業者、付与しない業者が混在しており、その効果が十分に発揮されているとは言い難い状況にある。したがって、医療材料においても、通知を発出し、標準コード付与の整備を図り、その効果の拡大を図る。(Ⅲ医療イ⑨)

(2) レセプトの審査・支払に係るシステムの見直し

① 支払基金の業務効率化【平成19年末までに業務効率化計画を作成、平成19年度末までに手数料適正化の見直しを作成】

現在、健康保険などの被用者保険に係るレセプトの審査・支払業務については、支払基金にて実施しており、医療機関に対しレセプトオンライン請求の前提となる電子レセプトの普及促進を働きかけてきたが、年間約8億件にもものぼる膨大なレセプトは、電子レセプトが3分の1を占めるものの、いまだ多くがオンライン化されておらず、また、3分の2をいまだ紙ベースで処理しているため、多くの人手が必要となり、結果として高コストな業務となっている。しかしながら、今後はレセプトオンライン請求の義務化に伴い、支払基金が行っている業務のうち、審査・支払

業務などについては、効率化できる。

また、レセプトオンライン請求の進展により、単純な計算ミスやルール逸脱など明らかに保険請求としては不適切な内容を記載したレセプトは、システムを通る過程で自動的に誤りが指摘されるなどの対応がなされるようになる。一方、システムロジックだけでは簡単に対応ができないような、より高度な医学的判断を必要とする審査については、重点的に審査されるべきレセプトとそうでないレセプトを区分することにより、メリハリをつけた審査を行う。

したがって、厚生労働省は支払基金に対し、オンライン化の進展に合わせて、こうした審査のあり方を含む業務フローの抜本的な見直しを前提とした業務効率化計画(400床以上の病院のレセプトオンライン請求化が義務化される平成20年度から、原則完全オンライン化が実現する平成23年度までの年度ごとの数値目標を含む工程表など)の作成を促し、この計画に基づく審査・支払業務に係る手数料の算出根拠を明らかにし、手数料適正化の数値目標を明示させる。尚、こうした業務効率化計画及び手数料適正化の見通しについては、広く国民の知るところとなるよう、具体的且つ分かり易くホームページなどで公表させる。(Ⅲ医療ウ⑤)

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・支払を委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。(Ⅲ医療ウ③)

規制改革会議 中間とりまとめ

— 一年末答申に向けての問題提起 —

概 要

【抜粋】

平成20年7月2日
規制改革会議

① 医療のIT化の推進

ア IT化の推進による質の医療への転換

レセプトオンライン請求化により収集・蓄積される診療情報に加え、今年度から特定健康診査が実施されることで、健康情報についても収集・蓄積が進むことになる。今後はレセプト様式の見直し（傷病名とそれに対応する医療行為のリンク付け）を行うべきである。これらの情報を分析・活用することは、「標準的な医療」の確立に資すると考えるためである。この「標準的な医療」を患者それぞれの症状に応じて実施することにより、医療機関間・地域間での格差の少ない、質の高い医療を供給することが可能となる。

従って、これらの医療情報・健康情報を収集・蓄積する体制を早急に整備するとともに、個人情報の保護に十分な対策を行った上で、これらの情報を広範囲に活用できる仕組みについても、あわせて構築するべきである。

また、医療機関において蓄積された医療情報を共有化し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するため、診療記録等の医療分野における電子化された情報については、外部保存を行うことができる環境整備を進めていくべきである。

さらに、「標準的な医療」の確立と並行し、医療費の支払方式についても、現在の出来高払いを中心とする方式から DRG-PPS(診断群別定額払い)を中心とする方式への切替えを進め、より質の高い医療が幅広く実施されるようにするべきである。加えて、医療の質を更に向上させるために、治療成績の良好な医師・医療機関を診療報酬においても優遇するといった、質に基づく支払 (Pay For Performance) の導入についても検討を実施し、必要な措置を講じるべきである。

イ IT化の推進による支払基金の業務効率化、保険者機能の強化

「規制改革のための第1次答申」(平成19年5月30日)においては、平成23年度のレセプトオンライン請求の義務化を踏まえ、健康保険などの被用者保険に係るレセプトの審査・支払業務を実施している社会保険診療報酬支払基金(以下、支払基金)の業務効率化について提言し、閣議決定をしたところである。

それを踏まえ、支払基金は平成19年12月に「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」、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」を作成したものの、当会議が業務効率化に当たって要求した「審査のあり方を含む業務フローの抜本的な見直し」が全くなされていない。手数料の引下げ幅も極めて小幅であり、更に、「審査の質の向上」、「新たな審査サービスの提供」をうたってはいるが、それぞれに要する費用とその効果が明示されていないなど、論外な内容となっている。(図表1-(1)-②)

当会議が考える「抜本的な見直し」とは、オンライン請求化により審査・支払業務がほとんど自動化され、支払基金の機能は保険者・医療機関間の紛争解決に特化されることであり、その結果として、審査・支払の委託手数料を現行の数分の1程度に引き下げるものである。

従って、厚生労働省及び支払基金は、「第1次答申」・「第2次答申」の趣旨を踏まえ、電子点数表・点数計算ロジックの整備、レセプト様式の見直しを着実に進めるなど、審査の自動化を促進するための対策を検討し、その対策を織り込むなど、業務効率化計画及び手数料適正化の見通しについて、早急に抜本的な修正を行い、業務内容ごとの費用対効果を明確化した上で、それを一般に公

表すべきである。

支払基金は民間法人でありながら、その理事長に長年、厚生労働省（社会保険庁）関係者が就任しているばかりか、現在の支払基金の常勤理事・監事の多くを厚生労働省関係者が占めるといふ不自然な状態が存在する。支払基金の業務効率化を図る上では、民間における法人経営に関する知見が必須であることから、現在の理事長、常勤理事・幹事の選出要件についても、至急見直しを実施すべきである。

また、レセプトの審査・支払については、本来、保険料を負担している保険者が主体的に実施すべき業務であるところ、支払基金に業務委託を行っているものであるが、オンライン請求化により審査・支払業務の自動化が進展した場合には、保険者自身が審査・支払業務を行うことが容易となることが想定される。

従って、保険者がその本来の機能を発揮するためにも、オンライン請求化の進展にあわせ、現在保険者がレセプトの直接審査を実施する上で障害となっている医師の事前合意などの要件について、その廃止に向けた措置を講じるべきである。

図表1 - (1) - ② 支払基金の手数料削減見通し

	平成23年度	平成19年度	較差
医科・歯科レセプト	106円程度	114.2円	▲8円程度
調剤レセプト	49円程度	57.2円	▲8円程度
平均	88円程度	97.5円	▲10円程度

(備考) 社会保険診療報酬支払基金「手数料適正化の見通し(平成20年3月)」による。

規制改革推進のための第3次答申 概要

—規制の集中改革プログラム—

【抜粋】

平成20年12月22日
規制改革会議

【問題意識】

イ IT化の推進による支払基金の業務効率化、保険者機能の強化

(ア) 社会保険診療報酬支払基金の業務効率化等

本項においては、当会議の社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）に関する問題意識を述べることとする。

後に述べる支払基金の問題点については、その解決に向け取り組むことについて合意を得るべく厚生労働省の担当部局と折衝をおこなってきたものであるが、残念ながらそれは叶わなかった。しかし、支払基金の業務効率化及び保険者機能の強化が必要であるとの当会議の認識にいささかも変わりはない。むしろ、レセプトオンライン請求の義務化が閣議決定されている平成 23 年度までに残された時間が刻一刻と少なくなっているにもかかわらず、厚生労働省は支払基金を指導する姿勢を一向に見せず、焦燥の念を強めるばかりである。

他方、支払基金を取り巻く環境に多少の動きも出始めている。本件が前進を見せない一方で、レセプト様式の見直し等、医療のIT化は、関係者がその危機感を共有するに至り、徐々にではあるが進み始めているのである。支払基金の業務効率化についても具体的進展が見られるよう、当会議は引き続き訴えていく所存である。

以下、支払基金に対する当会議の問題意識である。

支払基金は、健康保険などの被用者保険に係るレセプトの審査・支払業務を、過去特殊法人の時代から事実上ほぼ独占的に実施している。5,300 人の職員により約 800 億円の費用をかけてこの業務を実施しているが（平成 19 年現在）、この費用は健康保険組合からの審査・支払手数料、つまり患者が負担する保険料等からなっており、国民負担の上に成り立っている法人といえる。

この支払基金については、「規制改革推進のための第 1 次答申」（平成 19 年 5 月 30 日）において、レセプトオンライン請求の義務化を踏まえ、これまで人手を頼って実施していた業務のあり方を抜本的に見直すことにより、審査・支払業務の迅速化や審査の精緻化・公平性の担保とともに業務効率化に大きな進展が期待されることから、その在り方について提言し、閣議決定がされたところである。

これを踏まえ、支払基金は平成 19 年 12 月に「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」、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」を作成したものの、当会議が業務効率化に当たって要求した「審査のあり方を含む業務フローの抜本的な見

直し」は全くなされていない。19年度から23年度にかけての4年間の人員効率化は自然減の500人とどまり、人件費を含む削減額は限定的（平成19年度785億円から23年度730億円に、55億円の削減）である。その結果としての手数料引下げ幅も極めて小幅（医科歯科レセプトは平成19年度114.2円、調剤レセプトは同57.2円から、23年度にかけてそれぞれ8円程度引き下げ）にとどまっている。さらに、「審査の質の向上」、「新たな審査サービスの提供」がうたわれてはいるが、それぞれに要する費用とその効果がトータル額のみでの明示にとどまりその内訳が明示されていないなど、全く不十分な内容となっている。

当会議が考える「抜本的な見直し」とは、オンライン請求化により職員による審査・支払業務がほとんど自動化され、医師による専門的な審査に重点を置いた上で、支払基金の機能は保険者・医療機関間の紛争解決に特化されることであり、その結果として、審査・支払の委託手数料を現行の数分の1程度に引き下げるものである。国家戦略として医療のIT化を押し進めてきた韓国の審査支払機関では、日本の8割弱の件数のレセプトに、支払基金の3割弱の約1,500人の人員で対応しており、制度の違いから一概に単純比較できないものの、韓国の取組も参考にした徹底的な効率化が求められる。

厚生労働省は、支払基金について、その効率化の必要性を否定しているわけではないが、民間法人であるため積極的に指導する立場にないと一貫して主張している。一方で、その支払基金は、理事長をはじめとした運営責任者の多くを厚生労働省関係者が占めているにもかかわらず、改革当事者としての意識が極めて希薄なであり、そのことは、前述の経緯で提出された、具体性を欠き情緒的記述に溢れた合理化案を見れば明らかである。事態は急を要する。高齢化の進展や、医療技術の進歩による医療費の増大は避けられず、今年度に入っては、財政悪化を理由とした健康保険組合の解散が相次いでいる。健康保険組合連合会によると、平成19年度には赤字組合の割合が4割強であったが、20年度においては高齢者医療制度の創設に伴う拠出金の負担もあり、その割合が9割に達するとの見込みもある。各健康保険組合の効率化努力を上回って財政悪化が進んでおり、今後保険料改定による組合員の負担増加が大いに懸念される。このような状況から、国民負担で成り立つ支払基金の業務効率化は喫緊の課題であり、国民の大きな関心事になりつつある。そもそも、上述の通り、保険者等は支払基金に年間約800億円の手数料を支払っているが、その審査による診療報酬の削減効果は約300億円に過ぎない。これらを踏まえ、あらためて抜本的な業務効率化に取り組むことは、支払基金の責務である。そして、健康保険行政を管轄する厚生労働省もその責を負うものであり、民間法人固有の問題と

片付けてよいはずがない。

平成 23 年度のレセプトオンライン請求の義務化に向け、システム整備のために官民ともに既に多大な費用が投入されており、これからもこの費用負担は継続する。支払基金の業務効率化は、このレセプトオンライン化の効果を最大限発揮する為の試金石ともいえるものである。効率化の対象は多岐に亘る。

例えば、支払基金の事務所は、社会保険診療報酬支払基金法（昭和 23 年法律第 129 号）第 3 条（「基金は、主たる事務所を東京都に、従たる事務所を各都道府県に置く。」）に基づき、すべての都道府県にその支部が設置されているが、その設置基準は半世紀以上も前に設けられたものであり、オンライン化を想定したものではない。電子化に伴い、データ処理の集約化及び業務処理の効率化を見込むのは当然であり、現在のように各都道府県に支部が設定されている状況は根本から見直すべきであると考ええる。

このことは、現在、支払基金の審査による都道府県ごとの査定率を比較した場合に相当な格差が生じている実態からも、必要な措置であることは明らかである。厚生労働省は、支払基金の審査内容や査定基準について都道府県間で差異が生じている場合には、適切な審査が行われるよう必要に応じて指導を行っているとしている。また、支払基金においては、適宜支部に対して基準となる対応を示して審査上の取扱いの周知徹底を図るとともに、「審査に関する支部間差違解消のための検討委員会」や「審査情報提供検討委員会」を設置するなど、支部間の差違を解消するための取組も積極的に行っているとしている。しかし、実態は都道府県の間で 30 倍以上の格差が生じており、現行の格差は正の仕組みが機能しているとは到底いえない。審査のシステム化や、支払基金の組織・審査委員会の統合により、適正かつ厳正な審査が徹底されることが強く求められる。

以上の問題意識を踏まえ、次の項目について早急に取り組むべきであると考ええる。

a 支払基金の業務効率化を踏まえた、新たな「業務効率化計画」及び「手数料適正化の見通し」の作成

厚生労働省及び支払基金は、「規制改革推進のための第 1 次答申」及び「規制改革推進のための第 2 次答申」（平成 19 年 12 月 25 日）の趣旨を踏まえ、電子点数表・点数計算ロジックの整備、レセプト様式の見直しを着実に進めるなど、審査の自動化を促進するための対策を検討し、その対策を織り込むなど、「業務効率化計画」及び「手数料適正化の見通し」について、早急に抜本的な修正を行い、業務内容ごとの費用対効果を明確化した上で、それを一

般に公表すべきである。

b 支払基金の事務所設置の見直し

支払基金の都道府県支部においては、これまでレセプト審査に加えて、各地域の医療機関に対する保険診療ルール遵守の指導を通じてその定着を図る役割を担ってきたことは理解するが、このことは、全都道府県に事務所が必要な理由にはならない。

現状の医療保険財政を取り巻く厳しい環境を踏まえた場合、保険診療ルール遵守の指導等の役割に配慮しながら、複数の都道府県を束ねる形で再編することを検討すべきである。なお、審査の公平・公正性の観点からは、できるだけ大きな単位で集約されることが望ましいと考える。

c 支払基金の審査の公平性の確保

都道府県ごとの査定率、医科と歯科の査定率を比較した場合に相当な格差が生じている実態について、都道府県ごとの差異については、支払基金各支部の査定基準が統一されていないことが原因であると考えられることから、統一された査定基準を設けるべきである。

また、医科と歯科の査定率の差違については、各々の診療の特性に応じて別個の診療報酬体系として定めていることも原因のひとつである可能性は否定しないが、その原因を更に検証し、格差の是正を図る措置を講ずるべきである。

なお、これらの格差を是正する措置を講ずる際には、医学的判断を要する審査の厳格な実施を確保すべきである。

d 支払基金の役員体制の選出の在り方の見直し

支払基金の役員体制は、特殊法人の時代から、保険者代表、被保険者代表、診療担当者代表及び公益代表が同数を占めており、平成15年の民営化以降もまったく変更されていない。

役員のパネル構成については、支払基金の事業運営資金であるレセプト審査・支払手数料の負担者が中心となってその事業運営をすることがふさわしいことから、保険者代表がその過半数を占める構成に見直すべきである。

併せて、公益代表の内訳は、特殊法人時代を踏襲してすべて厚生労働省関係者が占めており、民間法人となった現在においては極めて不自然な状態であることから、厚生労働省関係者が就任しないよう見直すとともに、被保険者代表については、組合組織率の低下を踏まえ、労組団体の構成比率を見直

すべきである。

(イ) 保険者機能の強化

レセプトの審査・支払いについては、本来、患者及び被保険者のエージェントであり、保険料を負担している保険者が主体的に実施すべき業務である。健康保険法（大正11年法律第70号）においても、「保険者は、（中略）審査の上、支払うものとする」、また、支払基金に「委託することができる」と規定されているところであり、法律上は直接審査が原則であり、支払基金による審査が例外であると解される。しかし、現状では、支払基金が健康保険などの被用者保険に係る審査・支払業務を事実上ほぼ独占している状態にある。

この保険者による直接審査を妨げているのは、いわゆる「事前合意要件」である。法律上認められた直接審査を行うためには、保険者は、個別の保険医療機関から合意を取り付けることが必要とされているが、すべての保険医療機関から合意を取り付けることは事実上不可能である。

今後、オンライン請求化により審査・支払業務の自動化が進展した場合には、保険者自身が審査・支払業務を行うことが容易となるものと想定されることから、保険者がその本来の機能を発揮し、自ら効率的かつ適正な審査を行うことができるようにすべきである。

なお、平成20年10月より一部の健康保険組合において調剤レセプトの直接審査が開始されているが、事前合意のない調剤薬局のレセプトについては、従前通り支払基金により審査されており、事前合意要件が直接審査の妨げになっていることに変わりはない。

したがって、次の項目について早急に取り組むべきであると考える。

a 直接審査の事前合意要件の撤廃

現在保険者がレセプトの直接審査を実施する上で障害となっている保険医療機関・薬局の事前合意要件については、決済ルールや紛争処理ルールを定めた上で、撤廃すべきである。

b 直接審査のための環境整備

事前合意の廃止後のルール作りなど事前合意要件廃止の環境が整うまでにおいては、以下に掲げるような、事前合意が得られやすい環境の整備に取り組むべきである。

a) 個別の合意の煩雑さを解消するために、特定保健指導等で認められている集合契約のようなグループによる合意手続きの仕組みを、特定保健指導

等の状況を踏まえて導入

- b) 保険医療機関・薬局が直接審査に対応することにより、保険者ごとに別々にレセプトを送付する必要があるなど、保険医療機関・薬局側に事務負担が発生する。一方で、保険者は支払基金への審査・支払手数料の支払いが不要となることから、この事務負担を軽減するために保険者側から事前合意した保険医療機関・薬局に対して事務手数料を支払うことを可能にする仕組みを導入
- c) 調剤レセプトの直接審査・支払に適用される公正な審査体制のみなし規定（支払基金との指導契約）と同様の規定について、調剤レセプトでの実施状況を踏まえて、医科・歯科レセプトに導入
- d) 支払基金の各支部における審査基準について、医学的判断が標準化可能なレベルに収斂した事例については支払基金のホームページにおいて既に公開済みであるが、収斂するまでに至らない判断基準については非公開とされていることから、直接審査の際の判断材料となるようすべて公開