

第7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10月26日（火）14：00～

於：全国都市会館 第1会議室（3階）

1. 開会

2. ゲストスピーカー紹介

- ・永田 泰造氏（社団法人日本薬剤師会理事
・東京都国民健康保険団体連合会診療報酬審査委員会審査委員）

3. 審査支払機関の在り方について

支払業務、保険者業務、及び法人運営について

4. 閉会

【配布資料】

- 資料1 第1回～第6回の議論と論点の整理
 - 資料2 支払業務、保険者業務、法人運営に関する論点（第7回の議論のテーマ関係）
 - 資料3 永田氏提出資料「東京都国保連合会調剤審査の現状」
 - 資料4 診療報酬の支払早期化について（平成22年9月8日医療保険部会提出資料）
 - 資料5 審査支払機関におけるシステムの現状
 - 資料6 47国保連合会と比較した支払基金の特徴＜支払基金提出資料＞
 - 資料7 国保連合会の将来構想（中間報告）＜国保連合会・国保中央会提出資料＞
 - 資料8 「コスト構造の見える化」関係資料
 - 8-1 支払基金のコスト構造＜支払基金提出資料＞
 - 8-2 国保連合会における診療報酬審査支払業務に係る経費について＜国保連合会・国保中央会提出資料＞
 - 資料9 総括的議論に向けたこれまでの議論の整理について（素案）
-
- 参考資料1 各委員からの主な意見の概要（第6回・第5回）＜未定稿＞
 - 参考資料2 再審査等請求の期限の法制化＜支払基金提出資料＞
 - 参考資料3 審査委員長会議における制度に関する意見＜支払基金提出資料＞

第7回審査支払機関の在り方に関する検討会 10/10/26

(全国都市会館3階 第1会議室) 14:00~16:00

速記

唐澤審議官○
 外口保険局長○
 座長○
 渡辺委員○
 山本委員○

関係者席

高田委員○
 遠藤委員○
 岩田委員○
 飯山委員○
 足利委員○

ゲスト(永田泰造様)○

鈴木医療課長
 伊藤国民健康
 保険課長
 吉田保険課長
 佐原保険システム
 高度化推進室長

○村岡委員
 ○長谷川委員
 ○田中委員
 ○高橋委員
 ○齋藤委員
 ○高智オブザーバー

関係者席

事務局

報道関係者等
 傍聴席

第1回～第6回の議論と論点の整理

※第6回配布後の追加・修正（第5回、第6回の意見）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。
- ・ 野球にたとえれば、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。

- ・ 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。

(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。
- ・ 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。
- ・ 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。

ニ 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。

(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。
- ・ 審査データの公表によって審査の判断が収斂する可能性もある。
- ・ 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、専門家がいらない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ので、よく研究して議論すべき。

(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。

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ふ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。

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、支払基金の手数料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料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はどうか。
- ・ 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。

ニ 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。
- ・ 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。

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。

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。
- ・ 国保連は保険者機能も有しており、組織体としてそのまま統合することはできない。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。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。
- ・ 支払基金と国保連では、査定率にかなりの違いがあり、低いところに合わせるのは問題である。
- ・ 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

供がないがしる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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

(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。

支払業務、保険者業務、法人運営に関する論点 (第7回の議論のテーマ関係)

I. 支払業務関係

- 平成23年度からレセプトの原則電子化が図られるが、電子レセプトの支払期間の短縮化につなげられないか。
- 電子レセプトの支払期間の短縮化については、一部、紙レセプトがある中で、どこまで短縮化が可能か。

II. 保険者業務関係

- 国保連が保険者業務や市町村からの受託業務を行っていることと、支払基金と国保連との統合の関係について、どのように考えるか。

(これまでの主な意見)

- ・ 国保連は、保険者機能も有しており、組織体としてそのまま統合することはできない。
- ・ 国保連は、市町村の保険者としての業務の代行と、市町村が共同で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。
- ・ 支払基金と国保連の統合の議論は、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十分に踏まえるべき。

III. 法人運営関係

(1) レセプトの電子化に対応した業務の効率化について

- 支払基金と国保連は、業務コストの効率化、システムチェック等の均一化の観点から、レセプトの電子化に対応したシステムの共同開発や共同利用の取組を、一層進める必要があるのではないか。また、審査支払機関の競争の促進と、システムの共同開発・共同利用は、どこまで両立できるのか。

- 支払基金の「サービス向上計画（案）」をどのように評価するか。

（これまでの主な意見）

- ・ 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、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。

（参考）審査支払機関における共同開発・運営の取組

- ・ 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、レセプトの情報を電子的に記録するための仕様のほか、診療行為等のデータベース（基本マスタ）や医療機関マスタを作成するとともに、国保中央会等に提供している。
- ・ 支払基金は、平成22年3月に「医科電子点数表」を作成して、ホームページで公表した。

（2）統合又は競争の視点からの業務の効率化、コスト比較について

- 業務の効率化の観点から、都道府県単位、ブロック単位又は全国レベルで、支払基金や国保連が業務を集約化・委託・共同処理することについて、どのように考えるか。
- 支払基金は、各支部で共通の手数料となっているが、コスト構造を国保連と比較する観点から、共通のシステム経費等はレセプト件数で按分する方法により、支部別の手数料を試算することが可能か。
- 国保連では、コスト構造を明確化し、運営の透明性を高めるとともに、市町村国保以外の者が審査を委託した場合の手数料を明らかにすべきではないか。

（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。
- ・ 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。

（参考）支払基金の管理業務の集約

- ・ 支払基金は、国からの要請に受けて実施している、高齢者医療制度や介護保険制度等における支援金、納付金等の徴収及び交付金の交付等の事業については、特別会計を設け、審査及び請求支払の業務に係る一般会計とは区分して経理している。

- ・ 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。

(3) その他の法人運営（保有資産、財務、契約適正化等）をめぐる課題

- 支払基金の「サービス向上計画（案）」における保有資産等の整理合理化について、どのように評価するか。
- 国保連においても、レセプト電子化等に伴い、業務運営の見直しを行うべきではないか。
- 保険者支援の観点からの新たな業務の拡大について、どのように考えるか。

(参考)

- ・ 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、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。
- ・ 国保連では、今後、一次審査における被保険者資格の確認や、診療報酬と介護報酬の突合審査を実施する方針であるほか、柔道整復療養費の全国決済の制度化に向けた環境整備を要望している。

以上

東京都国保連合会調剤審査の現状

2010年10月26日

審査支払機関の在り方に関する検討会

東京都国民健康保険団体連合会医科部会調剤審査担当

薬剤師 永田 泰造

東京都国保連合会調剤審査の現状

東京都国保診療報酬審査委員会
審査委員：249名

医科部会

審査委員：201名
(調剤担当を含む)

調剤担当
(薬剤師)
審査委員：9名

歯科部会

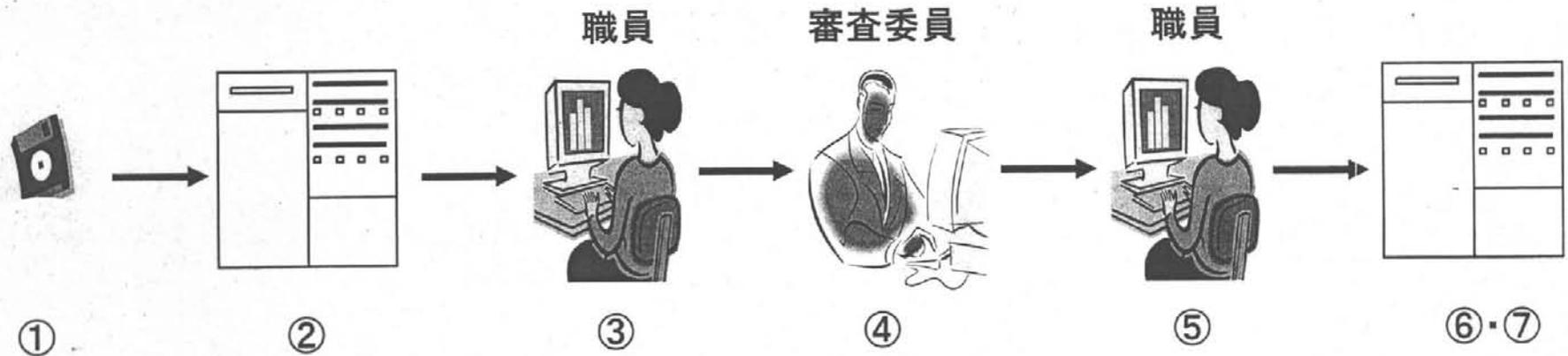
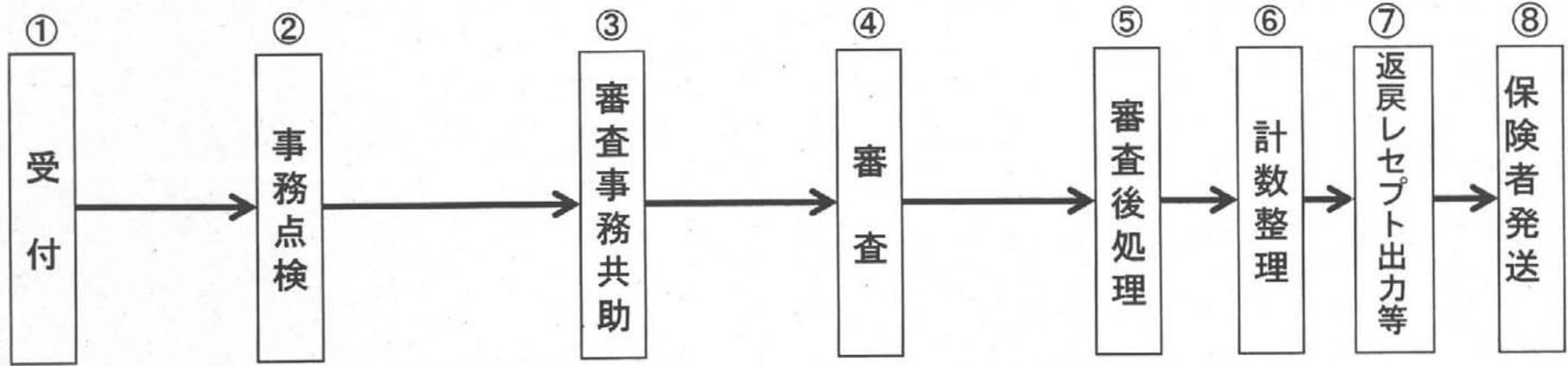
審査委員：48名

再審査部会

審査専門部会

再審査部会
審査専門部会

画面を利用した審査・審査事務共助イメージ(調剤)



レセ電システム①・②	画面を利用した審査・審査事務共助システム(標準システム) ③・④・⑤	レセ電システム⑥・⑦
------------	---------------------------------------	------------

調剤報酬点数表

審査・点検項目(抜粋)

1. 調剤技術料

- 調剤基本料・調剤料
- 自家製剤加算・嚥下困難者用製剤加算(双方で)
- 麻薬・向精神薬・毒薬加算・後発医薬品調剤加算(計量混合調剤加算・自家製剤加算:予製剤?)
- 一包化加算 等

2. 薬学管理料

- 薬剤服用歴管理指導料:特定薬剤管理指導加算
- 後発医薬品情報提供料、服薬情報提供料
- 外来服薬支援料
- 在宅患者薬剤訪問管理指導

3. 薬剤料

4. 特定保険医療材料

調剤の審査状況について

再審査(6月分)
2,416件

22年6月審査分	国保	退職	老人	後期	割合	合計	
請求件数	1,788,837	70,558	45	1,148,180		3,007,620	
請求点数	1,771,891,849	79,944,616	60,681	1,510,762,320		3,362,659,466	割合について
返戻件数	3,021	340	0	824	0.1391%	4,185	返戻件数…合計の「返戻件数÷請求件数」
返戻点数	3,549,287	395,557	0	1,658,929	0.1666%	5,603,773	返戻点数…合計の「返戻点数÷請求点数」
増件数	38	0	1	44	0.0028%	83	増件数…合計の「増件数÷請求件数」
増点数	5,653	0	202	3,091	0.0003%	8,946	増点数…合計の「増点数÷請求点数」
減件数	783	44	0	2,586	0.1135%	3,413	減件数…合計の「減件数÷請求件数」
減点数	52,102	2,295	0	54,424	0.0032%	108,821	減点数…合計の「減点数÷請求点数」
増減件数	821	44	1	2,630	0.1162%	3,496	増減件数…合計の「増減件数÷請求件数」
増減点数	46,449	2,295	-202	51,333	0.0030%	99,875	増減点数…合計の「増減点数÷請求点数」

東京都の国保連合会と支払基金の審査

国保連合会

調剤報酬審査委員9名

一次審査に加えて再審査及び突合審査の一部を共助

支払基金

調剤報酬専門役2名

調剤レセプトの事務共助のみで一次審査には関われない

国保連合会と支払基金の連絡調整会議

事務的事項に加えて審査基準の調整も行っているが、医科・歯科の調整のみ（調剤については行っていない）

したがって、審査基準（医科・歯科）は一定の共通性を持って行われてはいるが...

調整の不具合



国保：薬剤師が審査

審査に差が起きる

支払基金：薬剤師が関わらない

審査支払機関間の今後の課題

9名の審査委員が、連合会職員を活用して事務共助を推進し、最大限の対応を行ってはいるが...

- 増加する明細書のより適正な審査のため、処理対象数に見合った国保審査委員の増員
- 支払基金への薬剤師審査委員の適正数の配置
- 均質な審査、審査基準設定のための両審査支払機関間での定期的な連絡調整
- 査定率のみを基準としない審査支払機関の評価
- 医科・歯科から独立した調剤部会の設置

診療報酬の支払早期化について

平成22年9月8日

厚生労働省保険局総務課

レセプト電子化の経緯

○ 前政権の方針 レセプト電子化の完全義務化

平成21年度補正予算で電子レセプトに対応したレセコンを導入した医療機関へ補助。

○ 民主党政策集 INDEX2009 医療政策(要約)

レセプトのオンライン請求を「完全義務化」から「原則化」に改める。
国による財政負担や診療報酬上の十分なインセンティブを設ける。

○ 平成21年11月 請求省令の改正

レセプト請求の完全オンライン化を原則化に改めるとともに、例外措置を定める。

【例外措置】

- ・ 光ディスク等の電子媒体による請求でも可。
- ・ 電子化が困難な診療所等(レセプトを手書きで作成している、医師が高齢など)については紙レセプトで可。
- ・ 電子レセプトに対応していないレセコンを使用している診療所等については、次回更新時期まで猶予(最大で平成26年度末まで)。

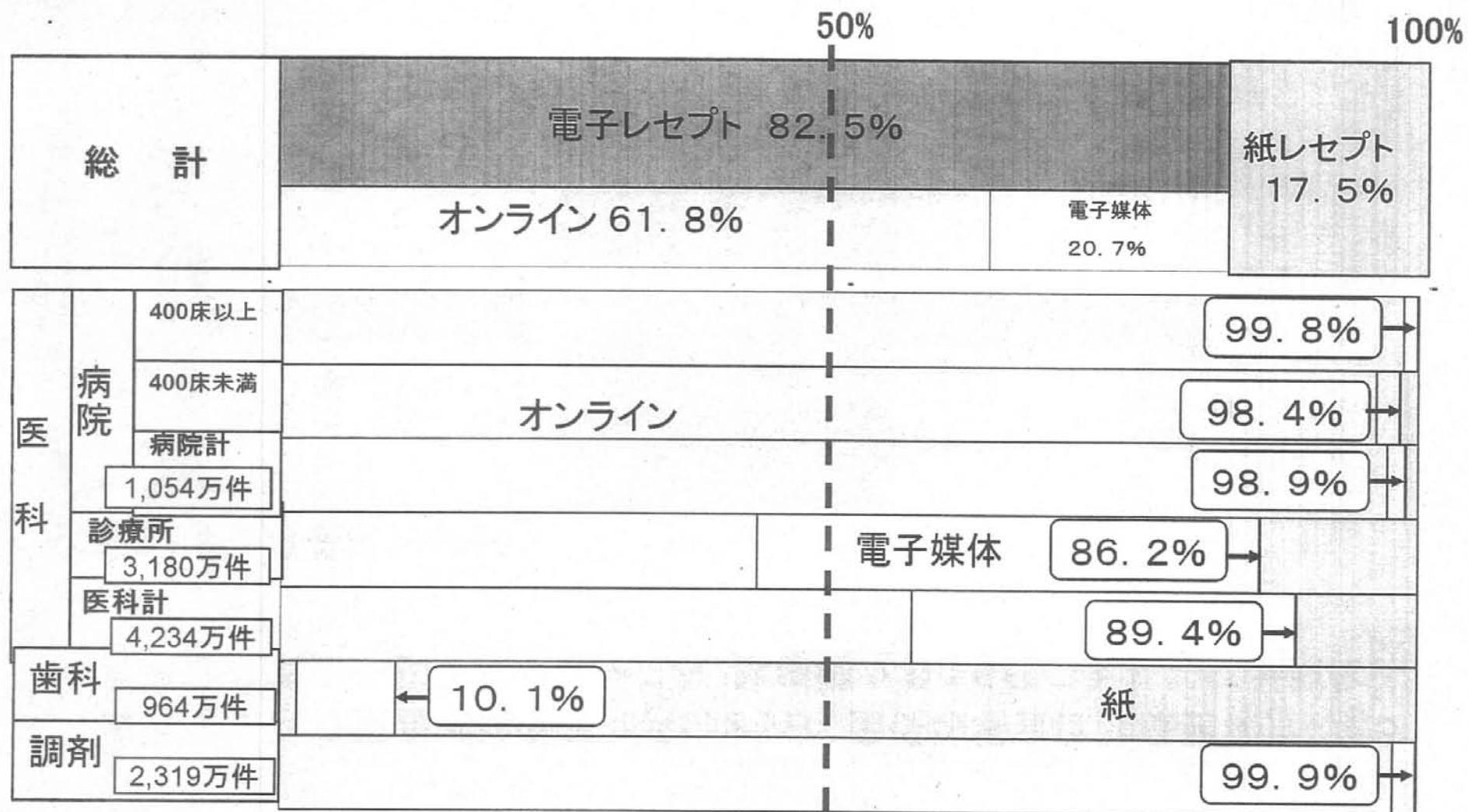
○ レセプト電子化のインセンティブ

平成22年度診療報酬改定において、レセプト電子請求を行い、明細書を無料で発行する診療所に対する再診料加算を実施。

今後、電子レセプトを提出する医療機関に対する診療報酬の支払を早期化することを検討。

電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成22年7月請求分】

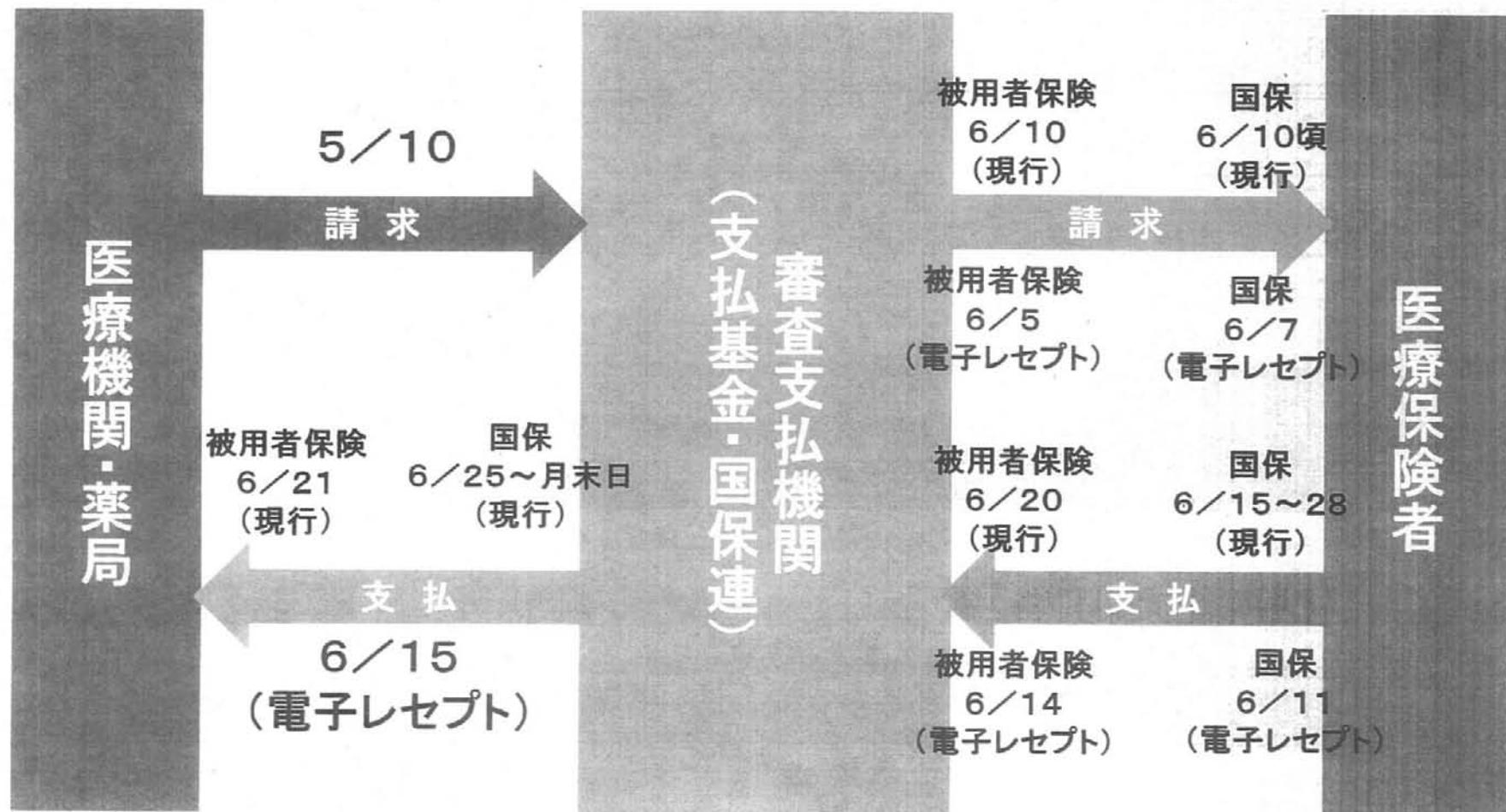
普及率



支払早期化のイメージ

- 被用者保険の場合は診療翌々月の21日、国保の場合は診療翌々月の25～月末日の支払いとなっていたところ、診療翌々月15日の支払いに早期化。

<平成23年4月診療分の例>



実施にあたっての留意事項

保険者側

- 早期化に伴う保険者の資金繰り
- システム改修の必要性

※ 保険者については、医療機関の電子レセ導入の取組により、審査支払手数料が軽減。

- 電子レセのみ早期化することにより、審査支払機関への納入が毎月2回となることによる追加費用や事務コストが発生。

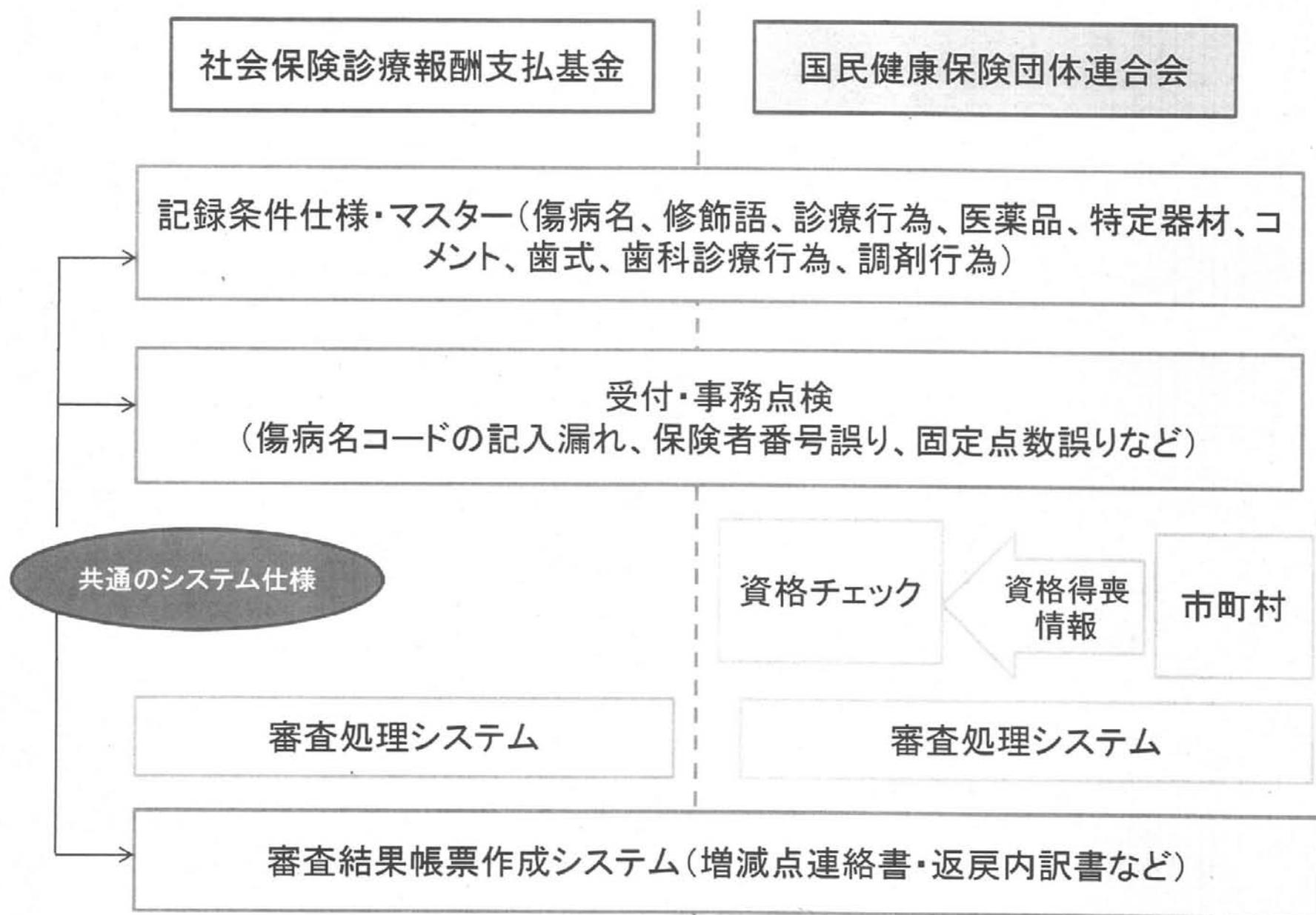
審査支払機関側

- 前ページの請求日・支払日の実現については、審査日数を確保した上で、審査支払機関におけるシステム改修（約半年を要する見込み）、業務フローの見直しを行う必要。
- 電子レセのみ早期化することにより、請求・支払が毎月2回となることによる追加費用や事務コストが発生。
- 公費負担医療に係る支払いも同様に早期化
（概算払いも活用しつつ早期化する方向で、担当部局と調整中。）

審査支払機関におけるシステムの現状

- 1 支払基金と国保連における電子レセプトの処理システム
- 2 システム関係資料(支払基金提出資料)
- 3 システム関係資料(国保連合会・国保中央会提出資料)

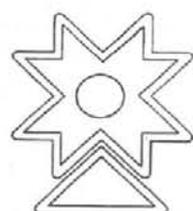
1 支払基金と国保連における電子レセプトの処理システム



2 システム関係資料

社会保険診療報酬支払基金提出資料

平成22年10月26日



レセプト電算処理システムの開発及び運用における 支払基金と47国保連合会との関係

平成22年10月26日

社会保険診療報酬支払基金

レセプト電算処理システムの開発及び運用における 支払基金と47国保連合会との関係

- 「レセプト電算処理システム」は、電子レセプトについて、医療機関による提出、審査支払機関による審査及び保険者による受取りを一貫して実施するためのシステム。
- 昭和58年、厚生省が「レセプト処理システムの基本構想」を示して以来、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を主導。
 - ① 「記録条件仕様」(=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)
 - ・ 昭和58～59年に作成。診療報酬改定時に更新。
 - ・ 当初より、厚生労働省に提供。

② 「標準仕様」(=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)

- ・ 平成3年に診療所に係るものを、平成4年に病院に係るものを作成。診療報酬改定時に更新。
- ・ 当初より、厚生労働省に提供。

③ 「基本マスター」(=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)

- ・ 昭和58～59年に構築。毎月、更新。
- ・ 当初より毎月、厚生労働省に提供。平成3年11月以降毎月、国保中央会に提供。

④ 「医療機関マスター」(=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)

- ・ 昭和63年に構築。毎月、更新。
- ・ 平成3年11月以降毎月、国保中央会に提供。

⑤ 審査支払機関の業務処理のためのプログラム

i 電子媒体請求の受付のためのプログラム

- ・ 昭和59年に開発。診療報酬改定時等に更新。
- ・ 平成3年以降、国保中央会に提供。

ii オンライン請求の受付のためのプログラム

- ・ 平成19年に開発。診療報酬改定時等に更新。
- ・ 当初より、国保中央会に提供。
- ・ なお、認証局(=電子証明書を発行するシステムセンター)については、平成19年に国保中央会と共同で設置。

iii 基本マスターを活用したコンピュータチェックのためのプログラム

- ・ 昭和63年に開発。診療報酬改定時等に更新。
- ・ 平成3年以降、国保中央会に提供。

iv 保険者に提供されるレセプト及び医療機関に提供される帳票(増減点連絡書等)を編集するためのプログラム

- ・ 昭和63年に作成。診療報酬改定時等に更新。
- ・ 平成3年以降、国保中央会に提供。

- なお、支払基金においては、レセプト電算処理システムの開発（仕様検討、進捗管理、プログラム検証等）及び運用を実施するために必要な組織体制を整備。平成22年度には、本部に3課を設置して28名を配置。
- また、レセプト電算処理システム（画面審査システムを除く。）の開発等に係る外部委託経費については、支払基金と国保中央会とがレセプト件数に応じて按分して負担。

【参考】 平成22年診療報酬改定に際してのレセプト電算処理システム（画面審査システムを除く。）の開発等に係る外部委託経費（概算） （単位：百万円）

	支払基金負担分	国保中央会負担分	計
プログラム開発	114.5	134.5	249.0
基本マスター更新	23.7	27.8	51.5
計	138.2	162.3	300.5

（注）平成22年度には、支払基金と国保中央会との間での按分の比率は、46:54である。

職員の審査事務及び審査委員の審査 のためのシステムの取扱い

○ 支払基金においては、

- ① 平成12年、画面による職員の審査事務のためのシステムを開発。
- ② 平成14年、画面による審査委員の審査のためのシステムを開発。
- ③ 平成19年、「点検条件の設定」(=診療報酬の算定内容の適否に関する基準を個々に登録すること)によるコンピュータチェックを導入。
- ④ 平成22年、
 - ・ 医薬品の適応、用量及び禁忌
 - ・ 処置、手術及び検査の適応等に関する「チェックマスター」(=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)を活用したコンピュータチェックを導入。

- ⑤ 平成23年4月より、突合審査及び縦覧審査を実施する予定。
これら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、ワイド画面を活用した画面審査システムに
移行する予定。
- ⑥ 平成23年度には、
- ・ 電子点数表を活用したコンピュータチェック
 - ・ 特定保険医療材料の適応及び用量に関するチェックマスターを
活用したコンピュータチェック
- を導入する予定。

- なお、平成14～15年頃、支払基金より、国保中央会に対し、画面審査システムの提供を打診。
- しかしながら、国保中央会においては、平成17年以降、独自の画面審査システムを開発。
- この点については、審査支払機関の業務の中核である職員の審査事務及び審査委員の審査のためのシステムが支払基金と国保中央会との間での公正な競争のための重要な基盤となること等にかんがみると、合理的。

ワイド画面を活用した画面審査システム

次に掲げる理由に基づき、画面審査システムを更新するに当たっては、24インチ以上のワイド画面を採用する予定。

- ① 近時、ディスプレイの主流を占めるため、調達が容易であること。
- ② 複数のレセプトを同一の画面で表示することが可能であるため、見やすいこと。
- ③ 高点数のレセプトに添付される日計表(=投薬、注射、処置及び手術の区分ごとに各薬剤の日々の使用量を記載した資料)をスクロールなしで一覽的に表示することが可能であるため、操作が容易であること。
- ④ 設置に必要な面積が少ないこと。
- ⑤ 電源が一つであるため、消費電力が少ないこと。



医療事務電算システムの機器更新

平成22年10月26日
社会保険診療報酬支払基金

医療事務電算システムの機器更新をめぐる経緯

- 「医療事務電算システム」は、レセプト電算処理システムに「請求・支払計算システム」（＝保険者に対する請求額及び医療機関に対する支払額を計算するシステム）等を統合したシステム。
- 平成10年度、国庫補助事業として医療事務電算システムを開発。これにより、平成11年4月、全国の医療機関による電子媒体請求を受け付ける体制を整備。
- 平成17年度、医療事務電算システムの機器更新を実施。これは、
 - ① レセプト電算処理システムの普及状況に対応したサーバ等の処理能力の確保
 - ② 支部単位で設置されたサーバによる分散処理方式からセンターに設置されたサーバによる集中処理方式への移行
 - ③ 情報セキュリティーの確保を目的とするもの。

医療事務電算システムの機器更新に関する基本的な考え方

- コンピュータシステムについては、安定的な稼働を確保するとともに、ITの進歩に的確に対応した最適化及び効率化を図るため、5～7年を目安として機器更新を実施することが一般的。
- 平成24年度中を目途に、次に掲げる基本的な考え方に基づき、医療事務電算システムの機器更新を実施する予定。
 - ① 機器の老朽化に伴うトラブルの回避
 - ・ 現行の医療事務電算システムの開発及び運用に係るアウトソーシングサービスに関する契約の期間は、平成17年10月～平成24年9月の7年。
 - ・ 当該期間中、機器の老朽化が進行。加えて、当該期間が満了すると、ハードウェアの保守部品の供給やソフトウェアの保守サービスの提供が打ち切られる可能性。
 - ・ これを踏まえ、機器の老朽化に伴うトラブルを回避するため、最新の機器を導入。

② システムの処理性能の向上及び拡張性の確保

- ・ コンピュータチェックの充実等に現行の機器で対応しようとする、処理性能及び拡張性との関係で限界に達する見込み。
- ・ これを踏まえ、システムの処理性能を向上させるため、サーバ及びクライアントを更新。
- ・ また、システムの拡張性を確保するため、改修が繰り返されたプログラムを再構成。

③ システム障害の発生に際してのトラブルの回避

- ・ 災害等に伴うシステム障害の発生に際しても、迅速な復旧を通じた事業の継続を可能とすることが必要。
- ・ これを踏まえ、システム障害の発生に際してのトラブルを回避するため、機器を二重化するとともに、重要なデータを分散的に保管。

医療事務電算システムの機器更新に係る経費の縮減

- 医療事務電算システムの機器更新に際しては、経費の縮減に取り組むことが重要。

 - このため、
 - ① ハードウェアの設置及び保守
 - ② ソフトウェアの開発及び保守
 - ③ 運用管理サービス
(=コンピュータシステムの操作、監視等の技術支援を実施するサービス)
 - ④ センターホスティングサービス
(=コンピュータの設置場所を提供するサービス)
- 等を分離した上で、それぞれコストを最小化するために適切な方法を選択して調達を実施する方針。

医療事務電算システムの機器更新に係るおおむねのスケジュール

- 平成22年度中を目途に、機器更新に関する基本計画を策定する予定。
- これに基づき、機器更新に向けた実作業を段階的に進める予定。
- 平成24年度中を目途に、機器更新を完了する予定。

3 システム関係資料

国保連合会・国保中央会提出資料

平成22年10月26日

国保連合会におけるシステム開発等の効率化への取り組み

- システムの開発・保守
全国保連合会に共通するシステムは、国保中央会が開発（標準システム）及び保守することにより効率化
なお、地域の実情（保険者ニーズ）に対応するための各国保連合会固有システムは連合会に対応
- システム開発・機器等の調達
競争入札により調達、また、全国規模の一括調達を行うことによりさらに効率化
- 今後の効率化への取り組み
 - ・ 平成23年度に審査支払関係システムに共通する機能・データを管理等する「共通基盤システム」を構築し、システム全体を効率化
 - ・ 仮想化技術の活用等により、機器台数、機器導入及び運用・保守に要する全体経費等の一層の削減を目指して、全国一拠点化をはじめとした拠点の集約化を検討
- 開発体制の充実
 - ・ 国保中央会にシステム担当理事の採用（平成22年度）
 - ・ 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

国保連合会における機器更改の概要

1 採用OS（オペレーションシステム）の考え方

国保連合会におけるシステム処理機器のOSは、特定のハードメーカーに依存しないことによる機器調達コストの軽減（競争入札等）、地域の個別事情に即したカスタマイズや従来システムからの移行の容易性等を考慮し、「Windows」を採用している。

2 機器更改のサイクル

一般的に機器更改のサイクルは5年程度とされているが、更改に伴う経費負担の軽減を図るため、6年の本稼動期間をもって更改することとしている。

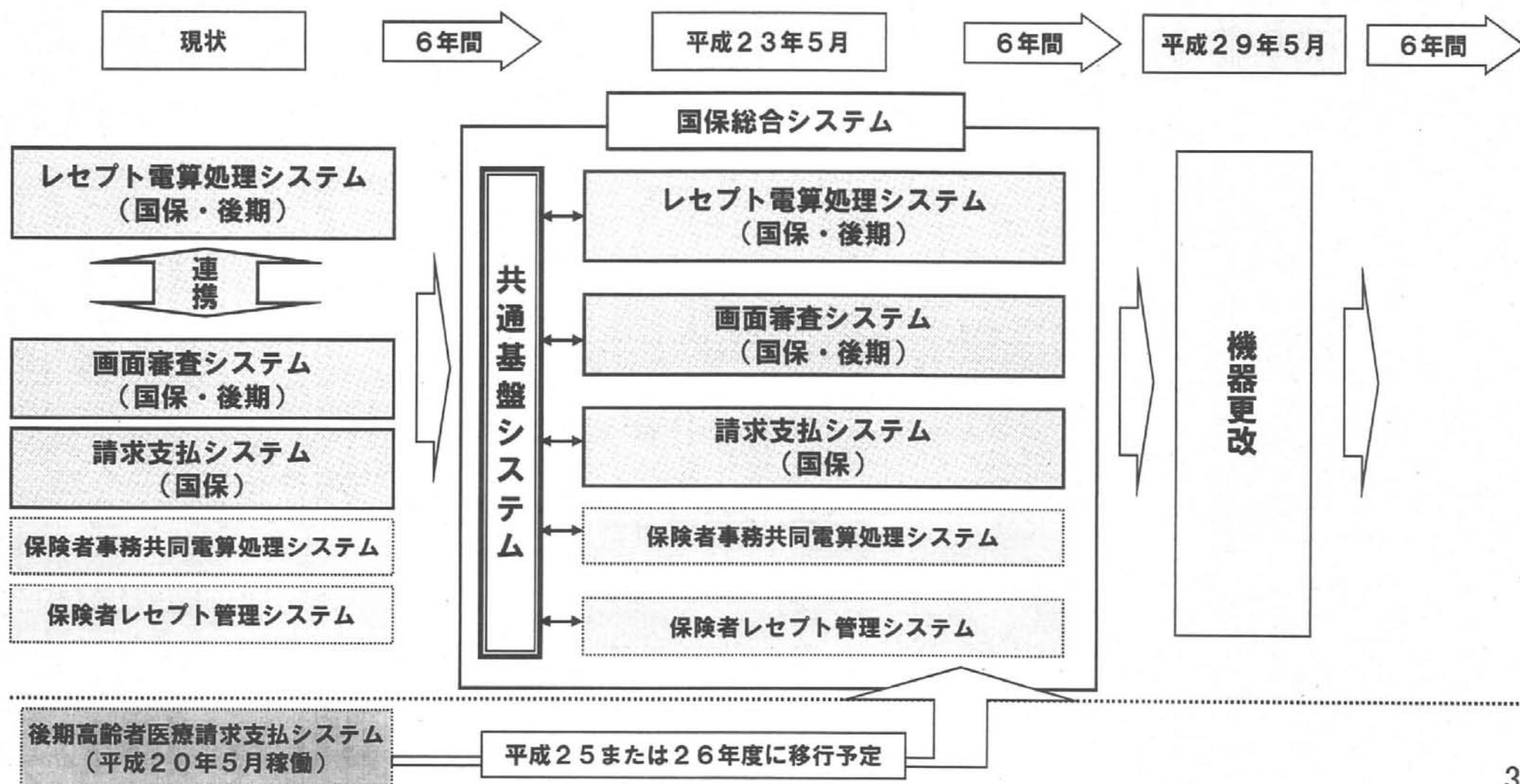
3 今後の機器更改

平成23年度の機器更改のタイミングを捉え、各業務システムで共通する機能・データを一括管理することにより、システム全体を最適化した「国保総合システム」を稼働させ、機器台数等の削減を図ることとしている。

今後の機器更改においては、制度改革の動向、各国保連合会の意向、ITの進歩等を踏まえ、更なる機器台数等の削減を検討する。

審査支払関係システムの更新スケジュール

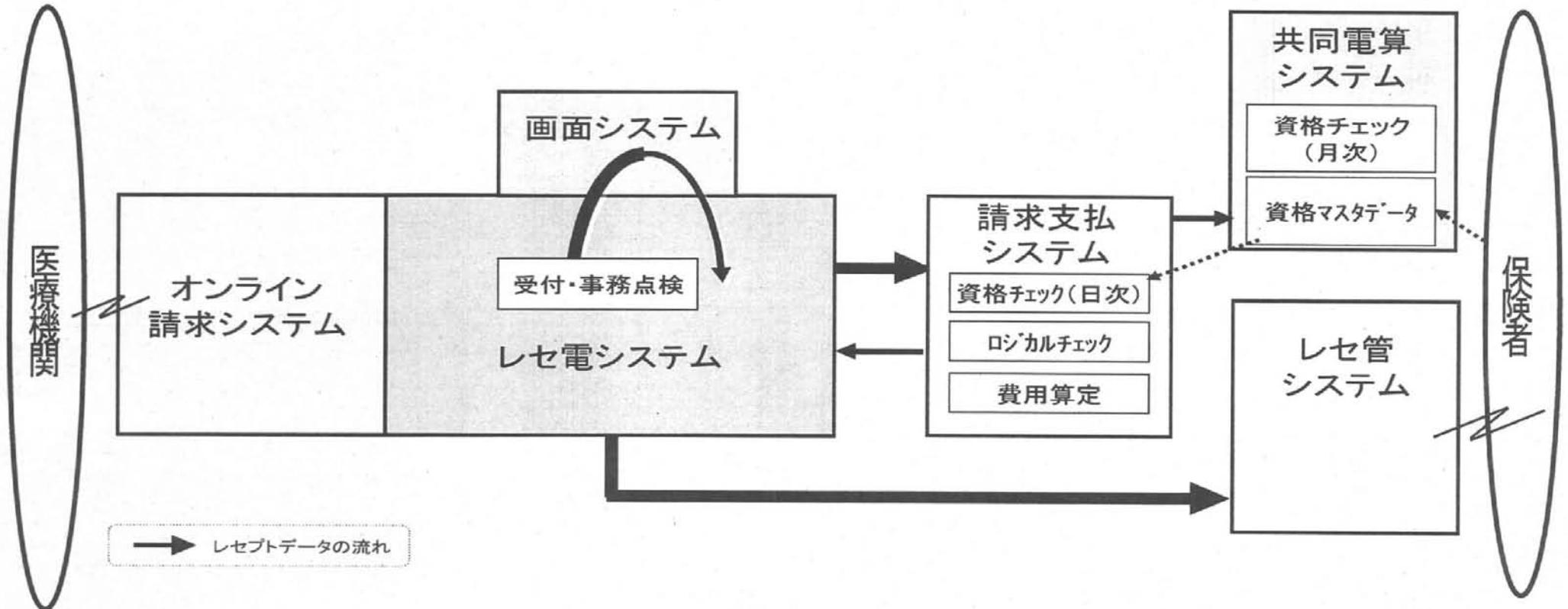
- ・ 機器の更改は、6年（本稼動期間）ごとに実施することとしている
- ・ 平成23年度の機器更改では、各システムに共通する機能・データを管理等する「共通基盤システム」を構築し、システム全体を効率化する



現行の国保の審査支払システム

- 画面審査を行うレセ電システムと、資格チェック(日次)・ロジカルチェック・費用算定を行う請求支払システムが別のシステムになっている。
- このため、全ての電子レセプトの画面審査が終了した後に、レセ電システムから請求支払システムに媒体等により必要なデータが投入され処理が行われるため、審査終了後のレセプトを返戻するなどの非効率が発生している。

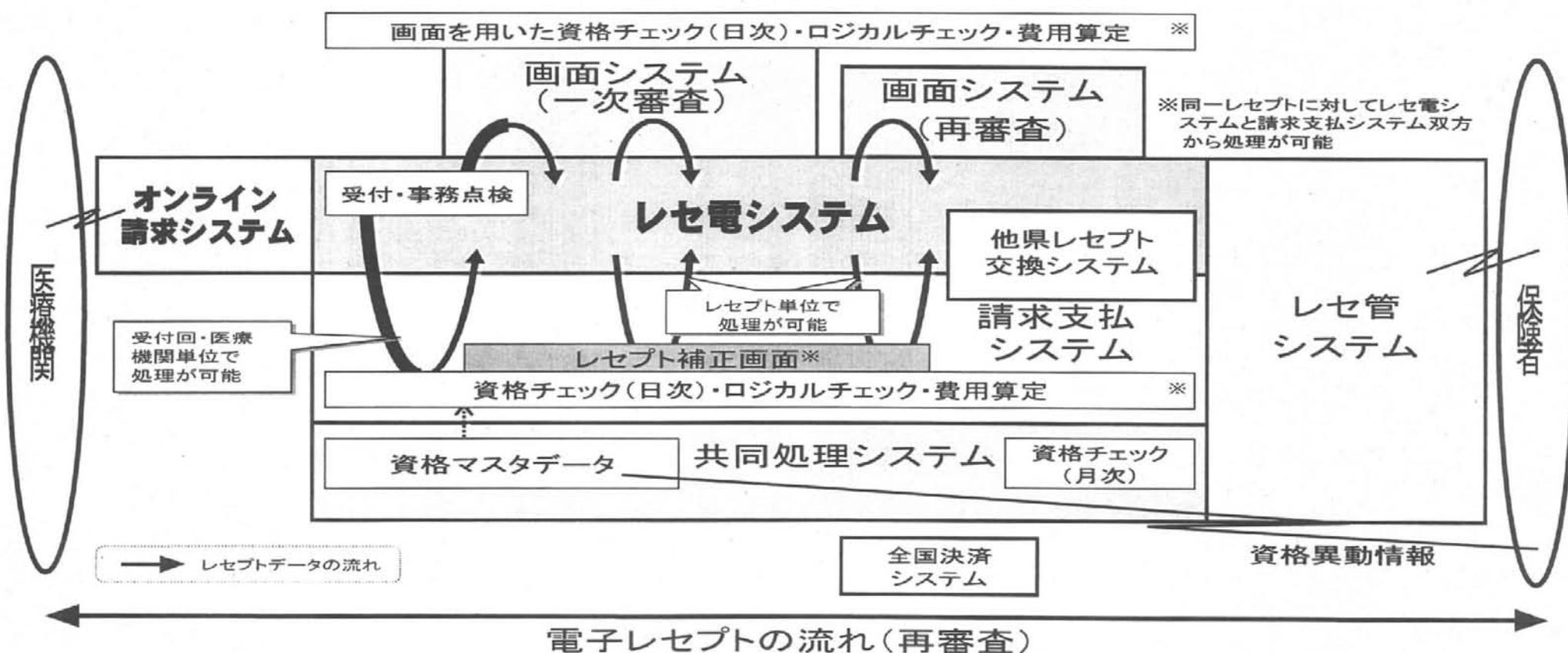
電子レセプトの流れ(一次審査)



最適化後の国保の審査支払システム

- レセ電システムと請求支払システムは一体となり、併せて処理性能が向上。
- 画面審査(突合・縦覧を含む)前の資格チェック(日次)等によるエラーデータの補正や返戻処理が可能となるなど、従来よりも処理が速く、手戻りがなくなるなどのメリットがある。
- また、一体のシステムであることから、連合会ごとに業務処理の順番を変えるなど柔軟な対応が可能となる。

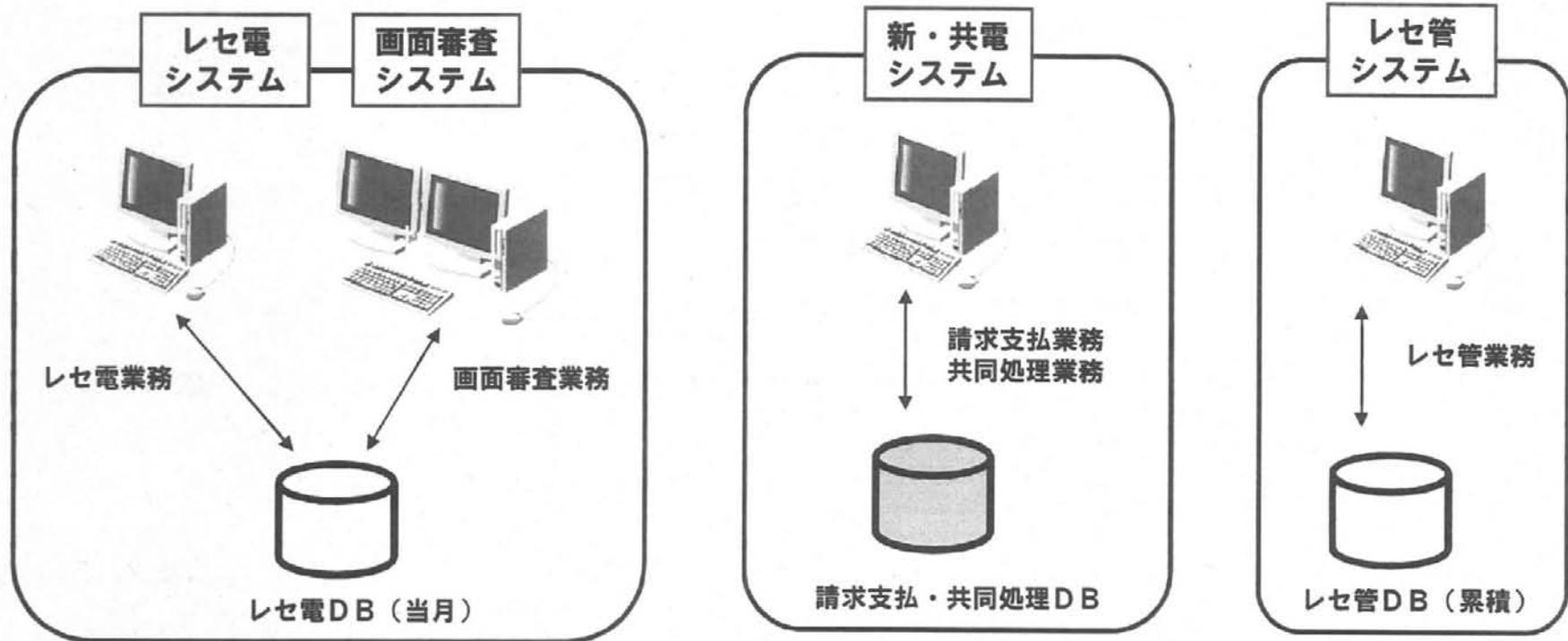
電子レセプトの流れ(一次審査)



注：全国決済システムは、電子レセプトと残った紙レセプトを合算して処理を行う

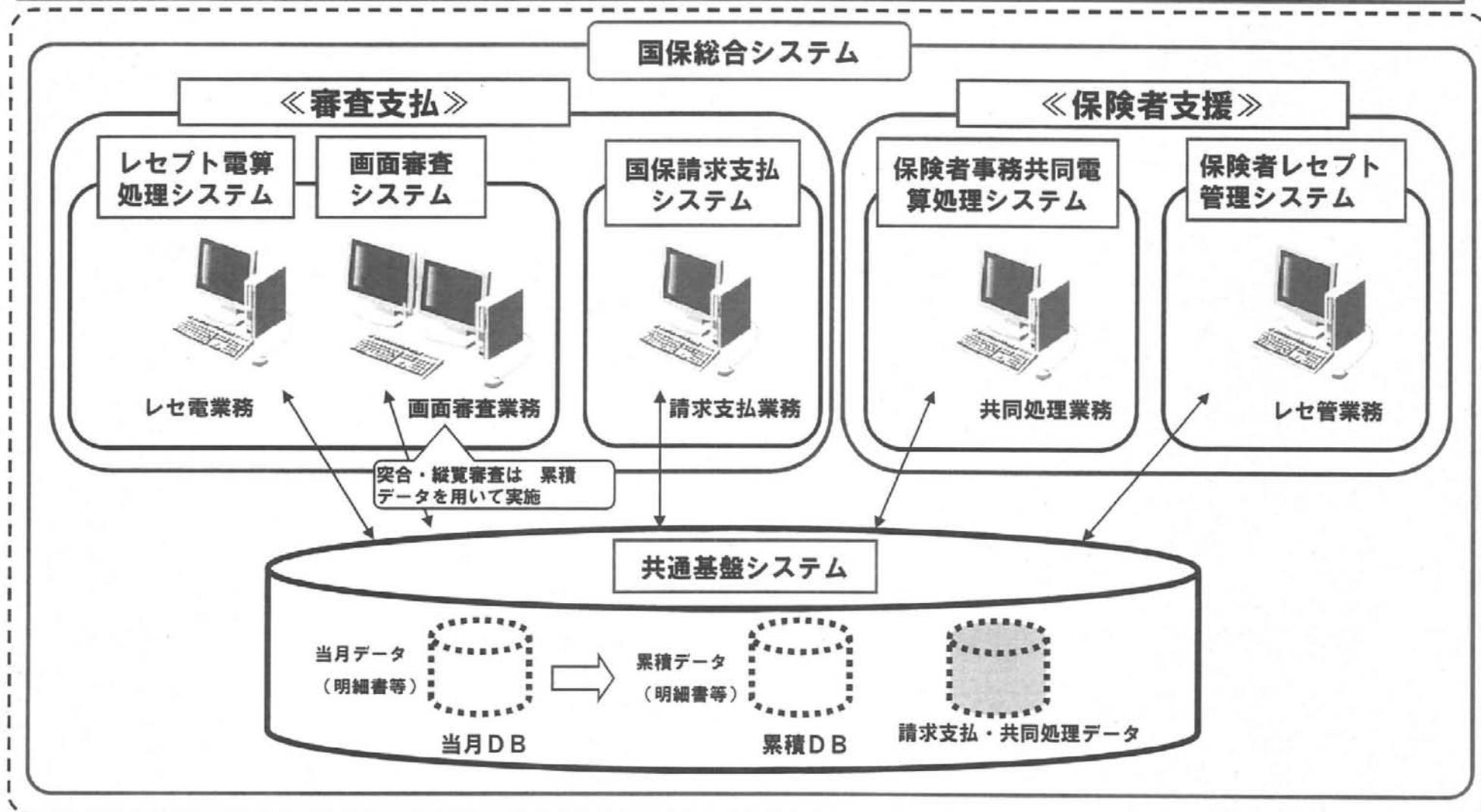
現行システムのイメージ

- ・各システムで必要とする機能をそれぞれが開発しているため、機能が重複
- ・各システムで必要とするデータをそれぞれが管理しているため、データが重複



国保総合システムのイメージ

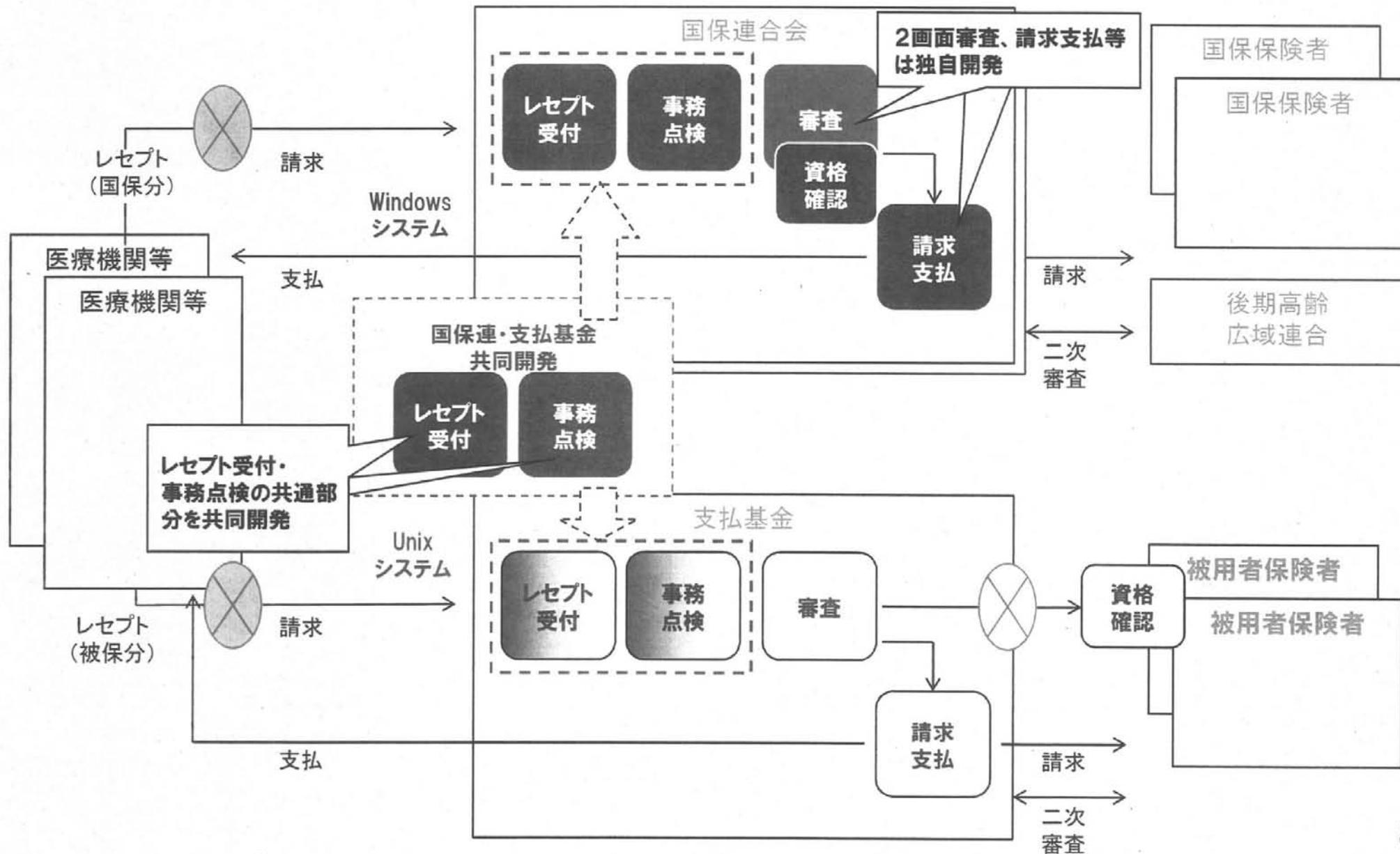
- 審査支払、保険者事務共同処理の各システムに共通する機能・データを一括管理する「共通基盤システム」を構築し、システム全体を効率化



国保連と支払基金の現行システムのイメージ

国保連はWindowsシステム、支払基金はUnixシステム

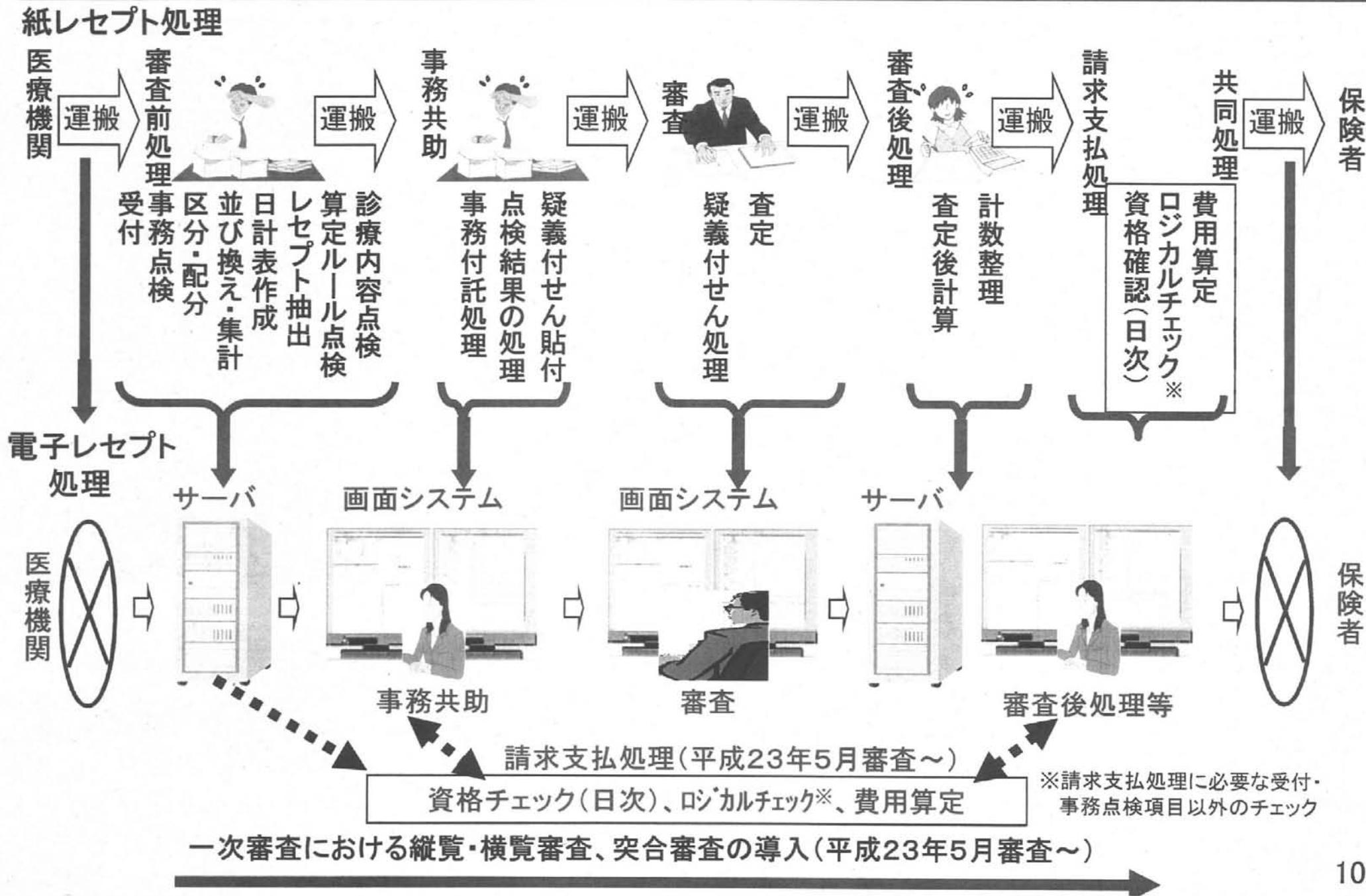
レセプト受付と事務点検の多くは共同開発、画面審査や請求支払など共同開発できない機能は独自開発



国保の画面システム

- ① 紙レセプトから電子レセプトへの業務の流れの変化
- ② システムチェック
- ③ 一次審査における縦覧・横覧審査、突合審査

審査業務の流れの変化 (紙レセプト処理からペーパレス化での電子レセプト処理へ)



電子レセプトに対するシステムチェックの実施

国保連合会では、現在すべての電子レセプトについて以下のシステムチェックを実施するとともに、今後、段階的に拡大、充実していくこととしています。

1. 算定ルールのチェック

点数表の中にある算定ルールのチェックをすべて行うことを目的として、

2,000項目(9月現在)→4,000項目(平成22年度末)に拡大

注:支払基金と共同で開発・運用しているレセプト事務点検において、形式的な点検の対象となっている単純な算定ルールのチェックを除く。

2. 審査支援(審査委員会が定めた医薬品の用量、投与日数等の基準に適合しているかどうか)のチェック

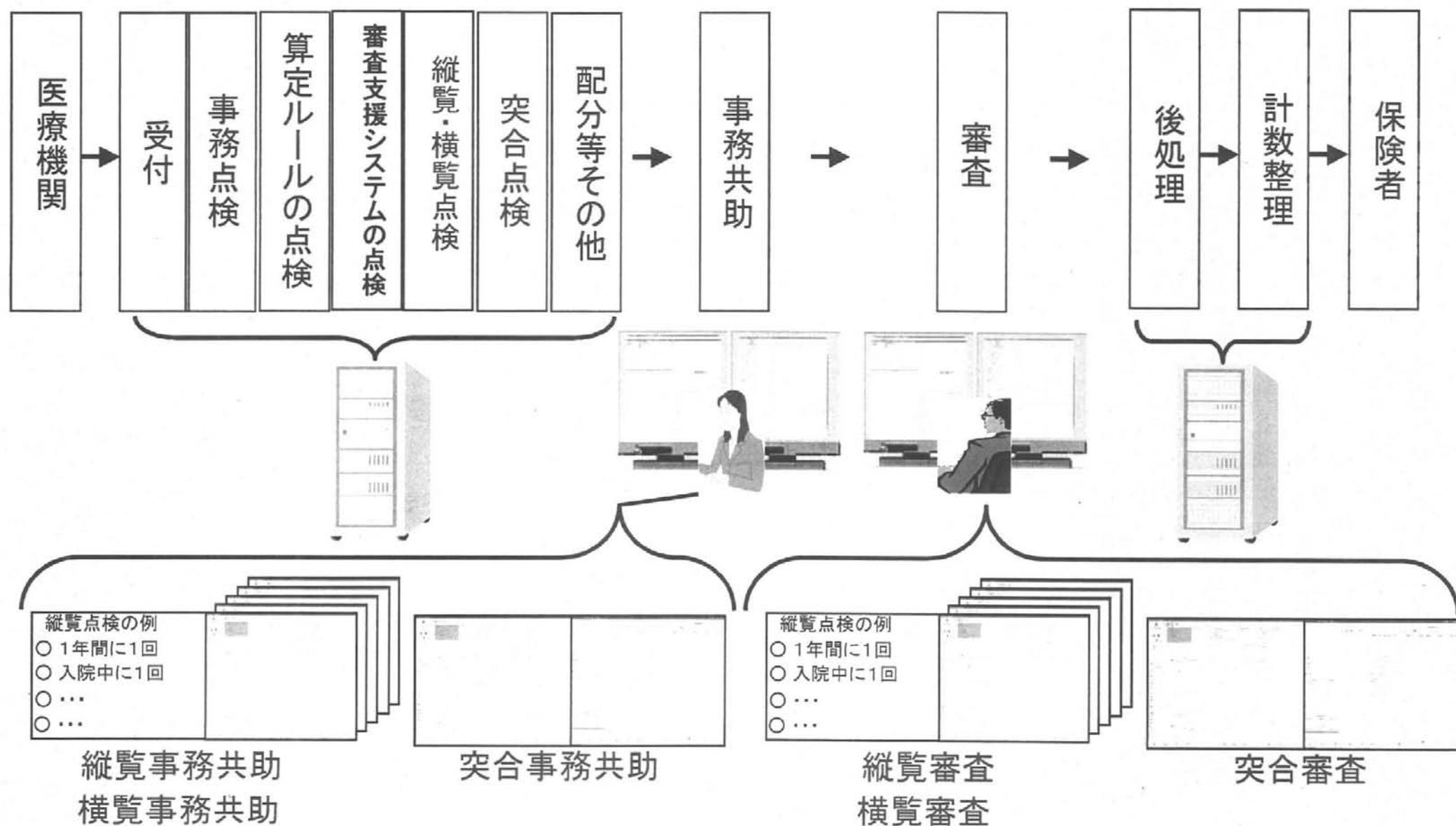
審査委員からの要望等に対応して、

5,000項目(9月現在)→10,000項目(平成22年度末)に拡大

一次審査における縦覧・横覧審査、突合審査

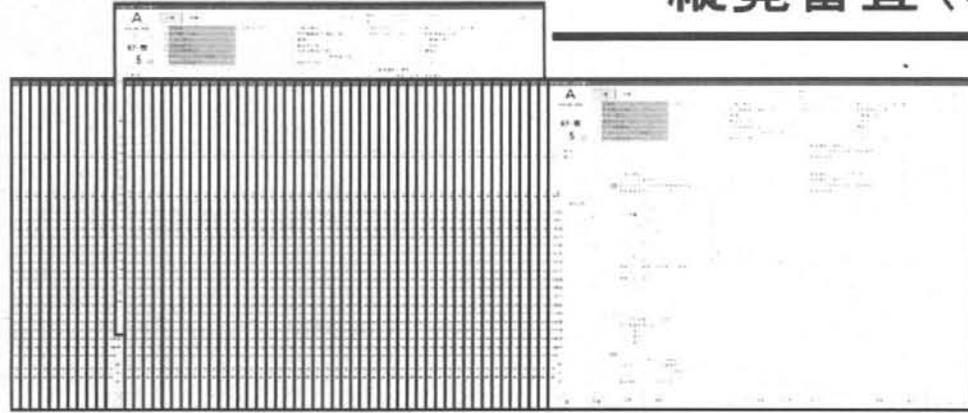
紙レセプトでは物理的に非常に困難であった縦覧・横覧審査、突合審査を、電子レセプトでは過去と現在のレセプト間の紐付け等が容易に行われることから、平成23年5月審査から国保連合会の一次審査において国保の二画面システムを用いた縦覧・横覧審査、突合審査を実施します。

一次審査における縦覧審査・突合審査の流れ

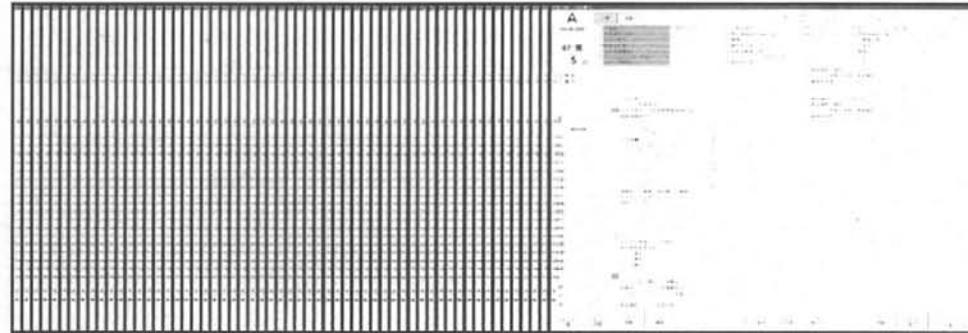


縦覧審査(3ヶ月に1回の縦覧審査例)

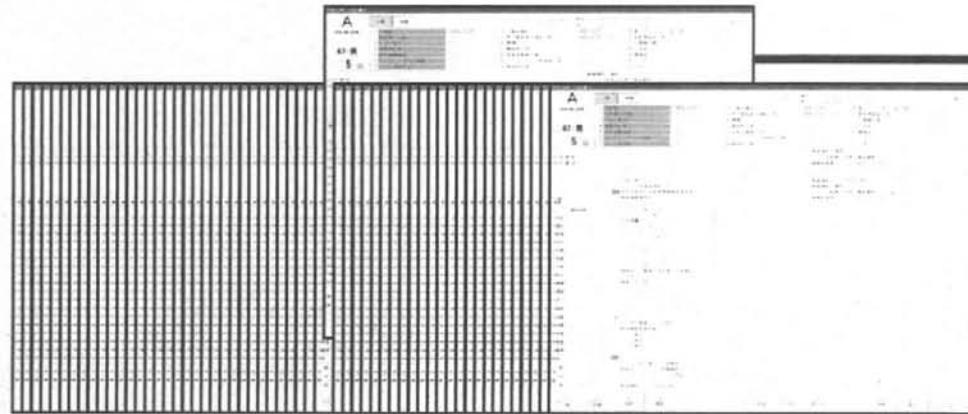
2ヶ月前のレセプト群



1ヶ月前のレセプト群



今月のレセプト群



診療項目

当該月

1ヶ月前

2ヶ月前

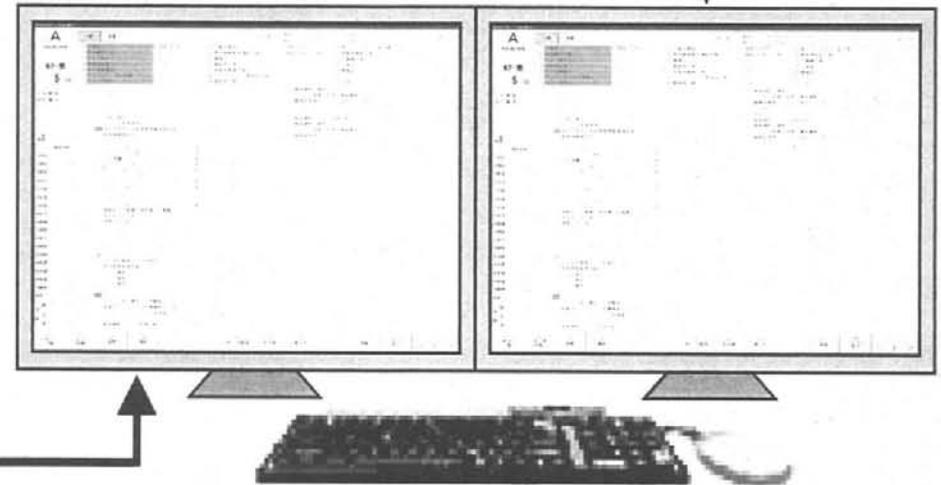
3ヶ月前

PSA精密

○

○

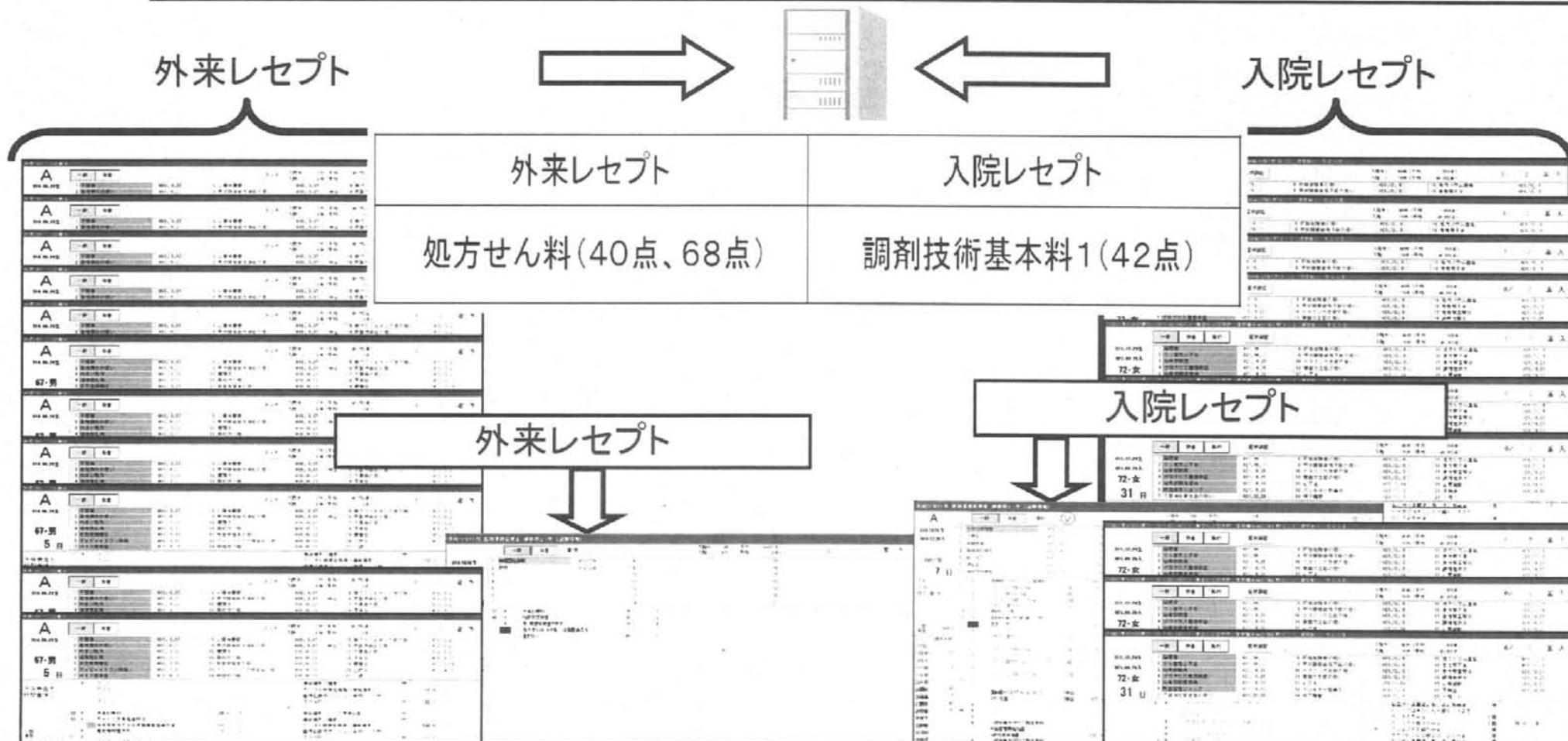
二画面システム



縦覧審査の方法：3ヶ月に1回しか請求できないルールを例にとると、3ヶ月間で2回請求されていれば、請求されているレセプトを二画面システムの画面にそれぞれのレセプトを表示して審査する。

横覧審査

① 医療機関番号、被保険者証番号、生年月日、性別等を用いて、同じ医療機関から請求される入院レセプトと外来レセプトを突き合わせて算定ルールが適当であるかどうかの審査をする。



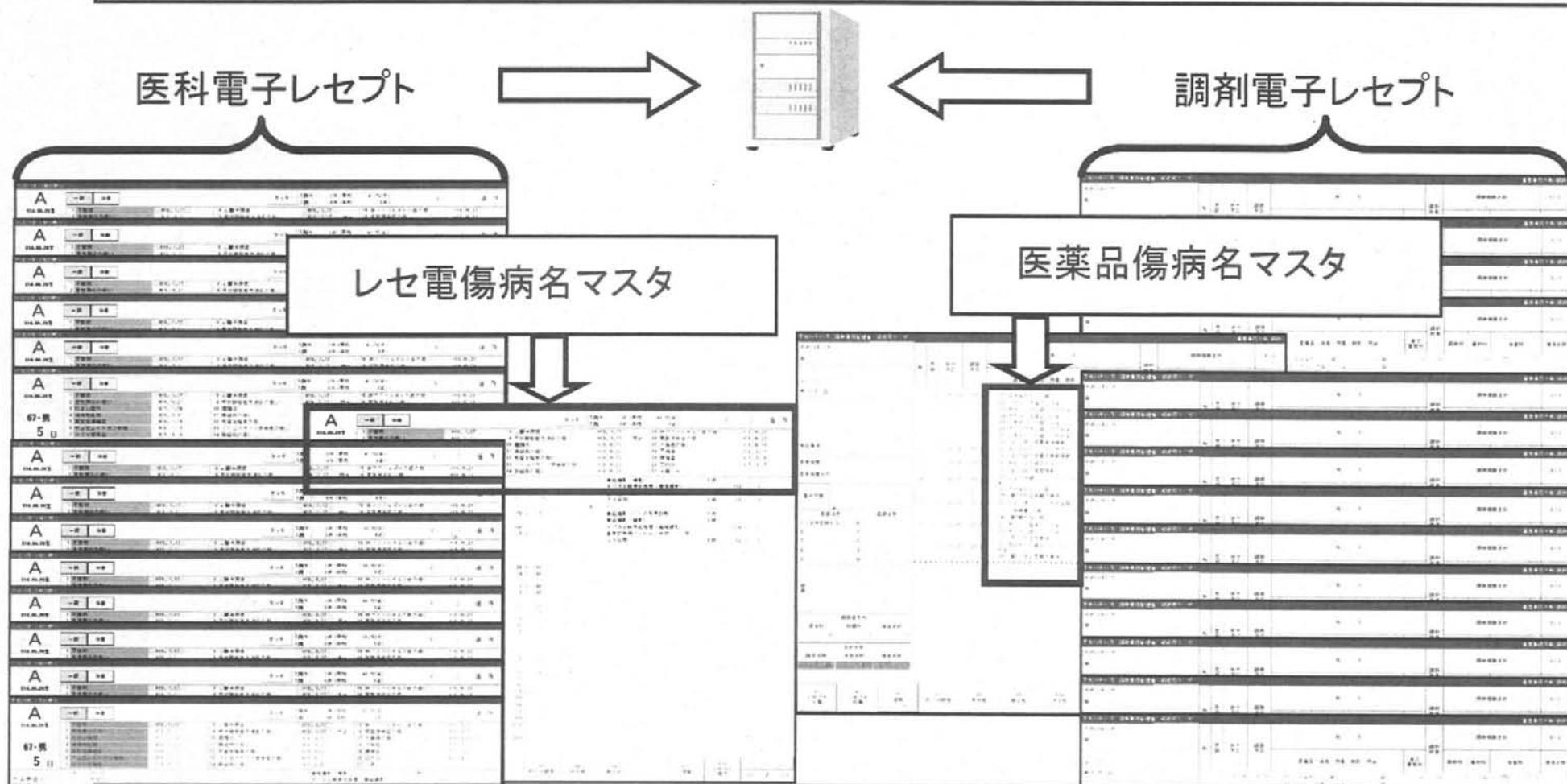
② 横覧の方法は、突き合わされた同月の入院レセプトと外来レセプトについて、例えば同じ診療項目を同時に入院レセプトと外来レセプトに請求してはいけない算定ルールが守られているかどうかの審査を行う。

突合審査

適応のない医薬品が処方されていないかどうかをみるため突合審査を行う

①

調剤レセプトの医療機関番号、被保険者証番号、生年月日、性別等を用いて医科レセプトと調剤レセプトを突合する。

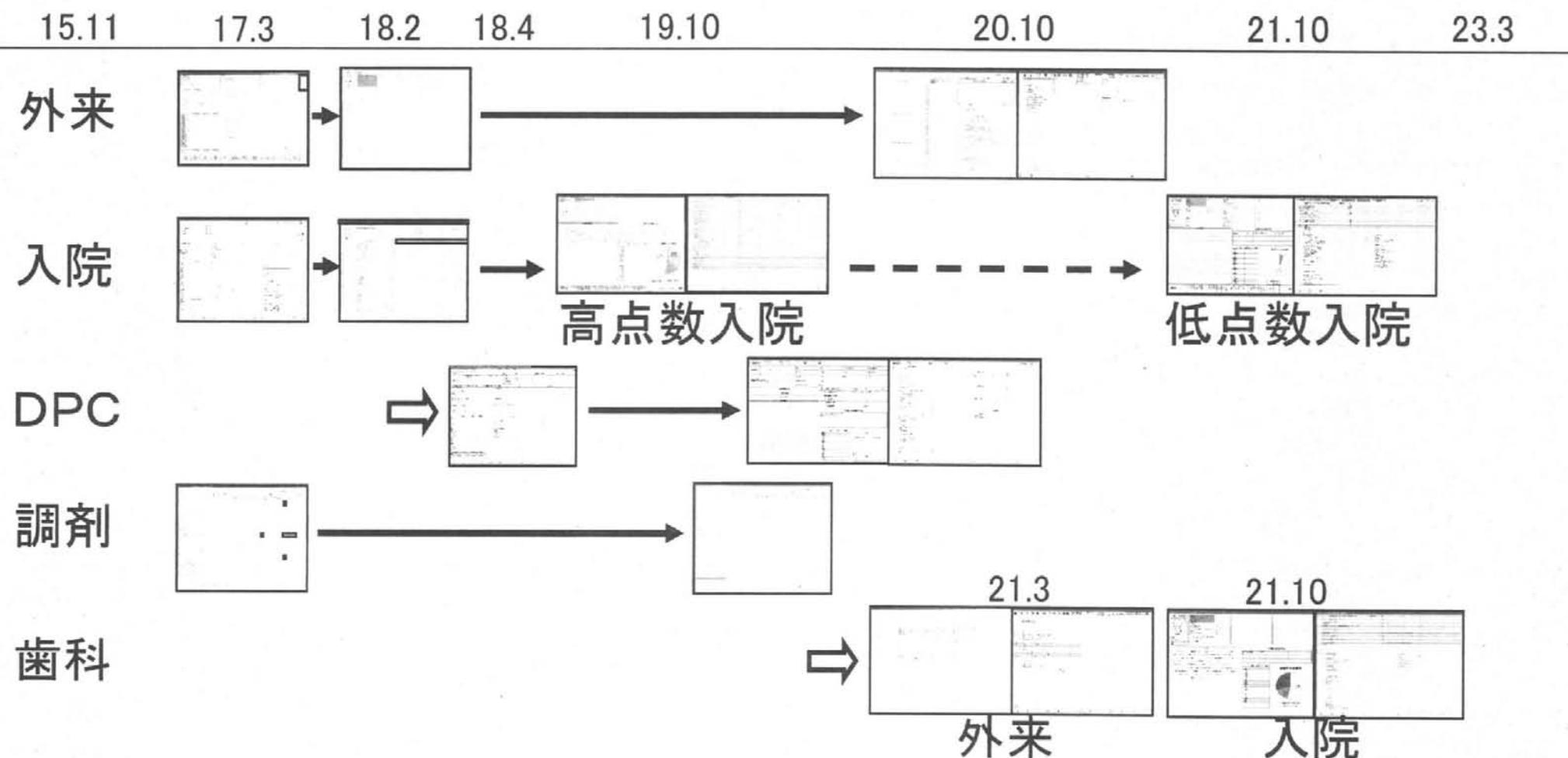


②

突合の方法は、突合された医科レセプトと調剤レセプトについて、医科レセプトの傷病名と、調剤レセプトに処方されている医薬品の適応傷病名をコンピュータ上で照合し、お互いの傷病名が合っているかどうかの審査を行う。

(参考)

画面システムの開発



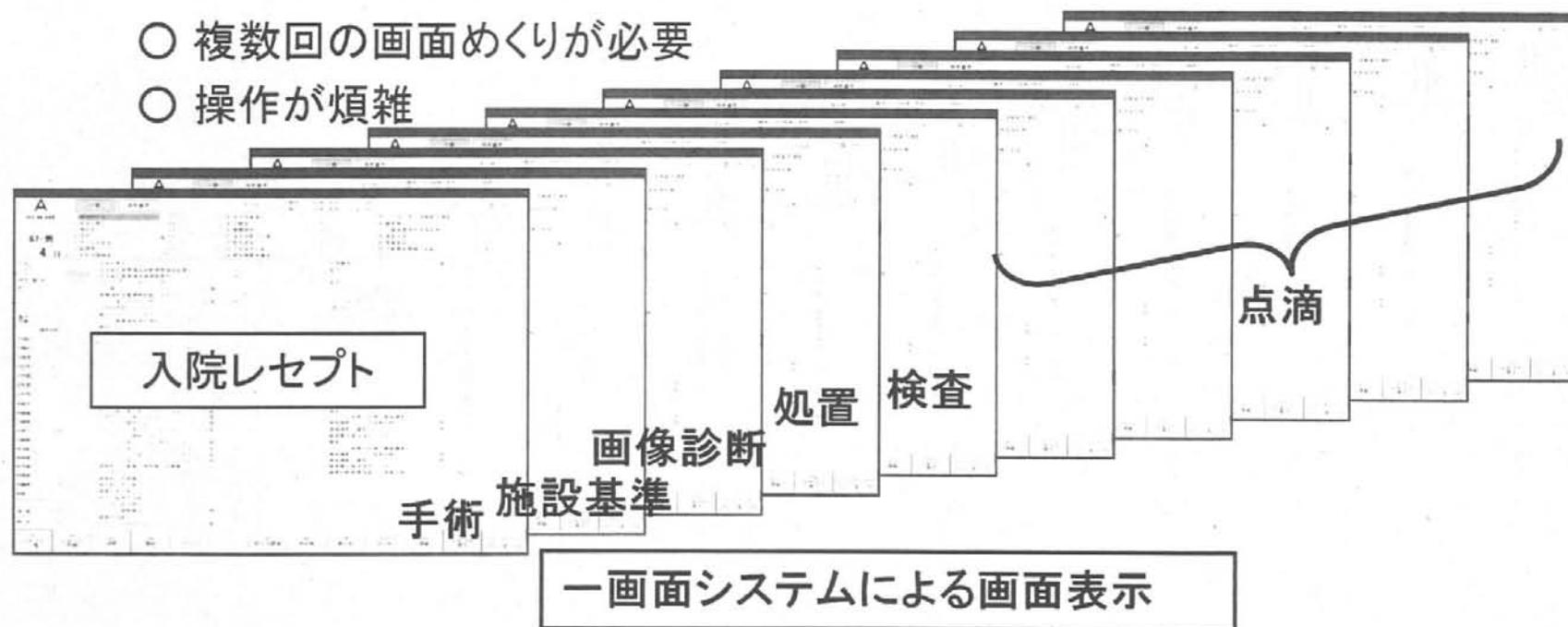
国保中央会は、審査委員会及び審査担当職員等の意見・要望を参考に随時機能強化するとともに、二画面システムの開発を行ってきた。

国保の二画面システムの開発

- 必要性：一画面で情報量の多い入院レセプトを表示すると、以下の理由により使い勝手の悪いシステムになり、一瞥しやすくするために紙に打出しての処理が行われる等、ペーパレス化が困難であった。

(例：傷病名と診療行為との関係など)

- 画面を一瞥して、内容の把握ができない
- 複数回の画面めくりが必要
- 操作が煩雑



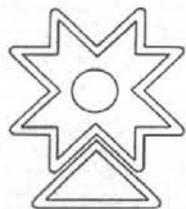
- ペーパレス化と審査の効率化のため、二画面システムの開発へ：

レセプト情報を集約、整理することにより、画面数を少なくしています。

国保の二画面システムの開発

- 左側の画面はレセプトの特徴を示す情報を集約(傷病名、症状詳記、主要な診療行為等)して表示 \Rightarrow レセプトの概要を早くつかめる
- 右側の画面は投与された医薬品を投与日ごとに集計した日計表や検査・処置など審査の着眼点ごとに一覧表を作成する \Rightarrow 全体として画面数を少なくするとともに、審査効率の向上を図っている
- 二画面で審査を行うため、例えば、傷病名と症状詳記、傷病名と医薬品、症状詳記と医薬品、傷病名と処置等の診療項目などとの審査に必要な相互関係が容易に把握できる \Rightarrow 職員の審査事務共助や審査委員の審査が効率的にできる





47国保連合会と比較した支払基金の特徴

- 1 業務の範囲による特徴
- 2 組織の構造による特徴
- 3 組織の性格による特徴

平成22年10月26日
社会保険診療報酬支払基金

47国保連合会と比較した支払基金の特徴

	支払基金	【参考】47国保連合会
業務の範囲	専門の審査支払機関	審査支払業務のみならず 市町村の委託に基づく保険 者業務等も実施する機関
組織の構造	全国規模の1法人	都道府県単位の47法人
組織の性格	第三者機関	保険者団体

業務の範囲による特徴(1)

- 審査支払機関が保険者の委託を受けて審査支払業務を実施する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。
- 支払基金は、基本的には、専門の審査支払機関であり、手数料以外の財源を有しない機関。
- したがって、審査支払業務(管理業務を含む。)を実施するために必要な
 - ① 人件費(職員、審査委員等)
 - ② 物件費(コンピュータシステム、アウトソーシング、事務所等)をすべて手数料の算定基礎として計上。

○ この点、従前、

- ① 手数料の算定基礎を示す平成22年度予算(第2回資料1)
- ② 審査支払業務に係るコスト構造を示す平成20年度決算
(第2回参考資料1)
- ③ 区分経理及びレセプトの電子化とコストの削減との関係
(第3回資料5)

を内容とする資料を提出。

○ 加えて、今般、

- ① 平成21年度の手数料
- ② 平成23年度以降におけるコスト構造の見える化
を内容とする資料を提出。

業務の範囲による特徴(2)

- これに対し、47国保連合会は、審査支払業務のみならず保険者業務等も実施する機関であり、手数料以外の財源(負担金等)を有する機関。
- 加えて、47国保連合会の中央団体である国保中央会では、
 - ① 特別審査委員会の運営
 - ② コンピュータシステムの開発及び運用
 - ③ 診療報酬の全国決済など、審査支払業務を実施。
- したがって、支払基金との間で公正にコスト構造を比較するに当たっては、47国保連合会のそれぞれ及び国保中央会について、
 - ① 職員
 - ② コンピュータシステム
 - ③ 事務所等に係る全経費のうち、具体的にどの部分を切り分けて手数料の算定基礎として計上しているかを明らかにするよう、事務局に要望。

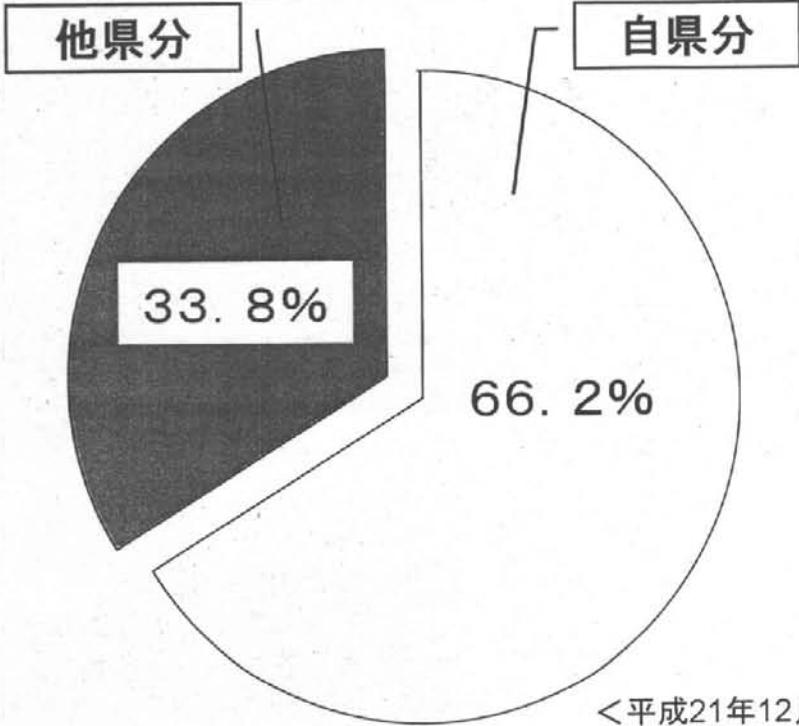
組織の構造による特徴(1)

- 47国保連合会は、都道府県単位の47法人。これに対し、支払基金は、全国規模の1法人。

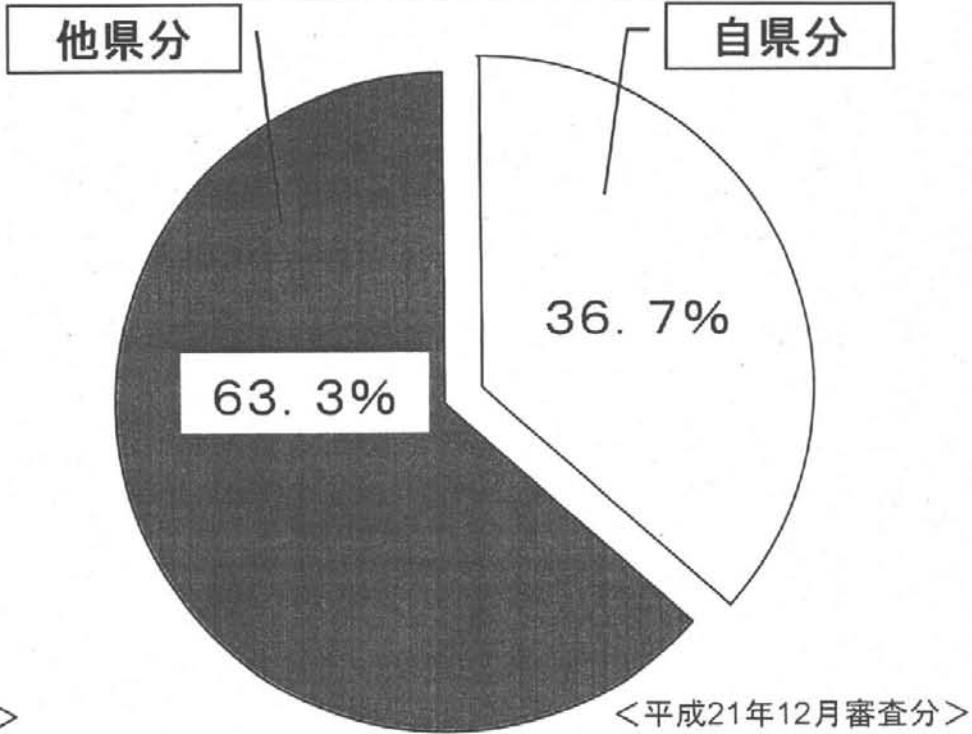
- また、支払基金が取り扱う被用者保険においては、国保連合会が取り扱う地域保険と比較すると、
 - ① 被保険者の加入する「保険者」と被保険者の利用する「医療機関」とが同一の都道府県の圏域内に所在しない事例も顕著。
 - ② 被保険者が全国に居住するため、被保険者によって利用される医療機関が全国に所在するような、全国規模の保険者も顕著。

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

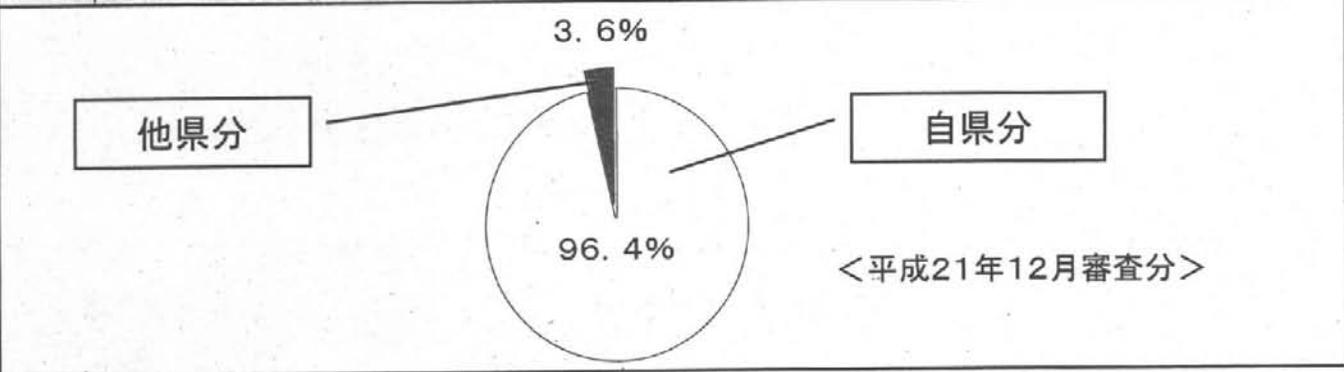
全管掌分



健康保険組合分



[参考] 国保連合会における自県分・他県分のレセプト件数の構成割合



組織の構造による特徴(2)

- 「全国組織」である支払基金は、被用者保険の構造に対応し、組織としての一体性を発揮して全国統一的なサービスを提供する基盤。
 - ① レセプト電算処理システムの開発及び運用など、医療保険制度に貢献する公的な役割を果たす。
 - ② 審査の差異の見える化を通じて審査の不合理的な差異の解消に取り組む。
 - ③ 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。
 - ④ 支出のうち、各支部で経理されるものを一部(会議費等)に限定し、その他のものをすべて本部で一括して経理。
 - ⑤ 各支部で処理される管理業務(資金管理業務等)を可能な限り本部又はブロック中核支部に集約する方針。
 - ⑥ 電子レセプトに係る職員の審査事務や紙レセプトに係る請求支払についても、ブロック中核支部を中心として業務を集約する方針。

支払基金の公的な役割の例

1 レセプト電算処理システムの開発及び運用

- 昭和58年7月、厚生省が「レセプト処理システムの基本構想」を示して以来、その要請を受けて、レセプト電算処理システムの開発及び運用を主導。

2 電子点数表の作成及び公表

- 平成22年3月、医科電子点数表を作成してホームページで公表。
- 平成22年10月、歯科電子点数表を作成してホームページで公表。

3 医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いの検討

- 平成19年2月及び平成20年7月における厚生労働省の要請を受けて、「審査情報提供検討委員会」で医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いを検討し、平成19年9月に47件、平成21年9月に33件の審査情報提供事例を公表。

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

- 2年ごとの診療報酬改定を始めとする頻繁な医療保険制度改正に際し、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連合会等にも提供。

5 医療費の分析評価

- 平成22年8月、約3万5千か所の医療機関の電子レセプトについて、平成22年診療報酬改定の影響を診療項目別等に分析した結果を初めて公表。