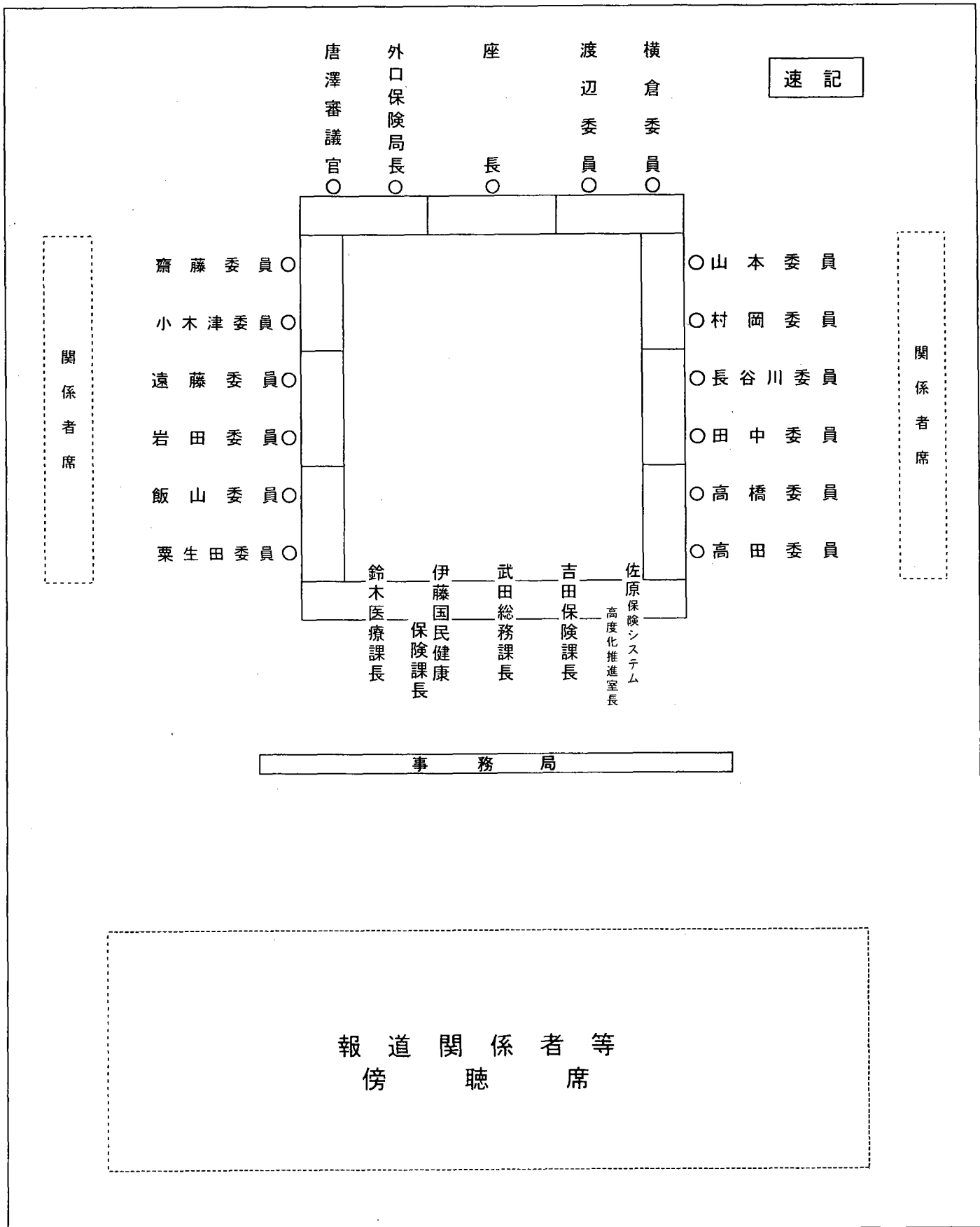


第8回審査支払機関の在り方に関する検討会 10/11/4

(厚生労働省18階 専用第22会議室) 10:00~12:00



速記

唐澤審議官 ○
外口保険局長 ○
座長 ○
渡辺委員 ○
横倉委員 ○

齋藤委員 ○
小木津委員 ○
遠藤委員 ○
岩田委員 ○
飯山委員 ○
粟生田委員 ○

○山本委員
○村岡委員
○長谷川委員
○田中委員
○高橋委員
○高田委員

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

事務局

報道関係者等
傍聴席

関係者席

関係者席

第8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4日(木) 午前10:00～
於：厚生労働省内18階 専用第22会議室

1. 開会
2. 審査支払機関の在り方について

総括的議論に向けたこれまでの議論の整理

- 1 都道府県単位の審査体制の在り方
- 2 保険者の直接審査における紛争処理のあり方
- 3 審査委員会の体制

3. 閉会

【配布資料】

- 資料1 第1回～第7回の議論と論点の整理
- 資料2 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)
- 資料3 検討会における議論の構造
- 資料4-1 審査体制の在り方についての論点
- 4-2 審査支払機関の在り方の検討のイメージ

参考資料1 各委員からの主な意見の概要(第7回)〈未定稿〉

参考資料2 「レセプト交換による支部間差異の追加調査結果について」

2-1 「レセプト交換による支部間差異の追加調査結果について」〈説明用〉

2-2 「レセプト交換による支部間差異の追加調査結果について」〈概要〉

2-3 「レセプト交換による支部間差異の追加調査結果について」〈本文〉

〈支払基金提出資料〉

「審査支払機関の在り方に関する検討会」 構成員

(平成22年11月1日時点)

栗生田 良子	埼玉県毛呂山町住民課長
小木津 俊也	社会保険診療報酬支払基金 審議役
飯山 幸雄	東京都国民健康保険団体連合会 専務理事
岩田 太	上智大学法学部教授
遠藤 秀樹	日本歯科医師会 社会保険委員会委員
齊藤 寿一	日本病院会 参与
高田 清彦	中国電力健康保険組合 常務理事
高橋 直人	全国健康保険協会 理事
田中 一哉	国民健康保険中央会 常務理事
長谷川 友紀	東邦大学医学部教授
○森田 朗	東京大学大学院法学政治学研究科教授
村岡 晃	高知市保険医療課長
山本 信夫	日本薬剤師会 副会長
横倉 義武	日本医師会 副会長
渡辺 俊介	国際医療福祉大学大学院教授、東京女子医科大学客員教授

※高智 英太郎 (健康保険組合連合会理事) がオブザーバーとして参加

※○は座長

(敬称略)

第1回～第7回の議論と論点の整理

※第7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。

- ・ 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。
- ・ 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。

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。
- ・ 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、切る事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たい。
- ・ 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。

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いるかどうか。
- ・ 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ういう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。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。
- ・ 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、組織だけの議論をして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。
- ・ 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。

〈第7回（10月26日）提出資料を一部修正〉

○ 審査支払機関の在り方に関する検討会（平成22年4月～10月：第1回～第7回）において、審査の質の向上、審査・支払の業務の効率化、組織の在り方等について検討を行い、議論を一巡したことから、総括的議論に向けて、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"> ○組織を統合した場合の効果の定量的な検証 ○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 <p>[支払基金と国保連の業務の共同処理]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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） <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"> ・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。 	<p>[システムの共同開発・共同利用]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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>（※）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><支払基金・国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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】 ・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】
<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"> ○組織の競争環境を整備した場合の効果の定量的な検証 <p>（これまでの議論における意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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。 	<p>[支払基金と国保連の競争環境の整備]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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） <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><支払基金の要望></p> <ul style="list-style-type: none"> ・出産育児一時金（正常分娩分） ・柔道整復療養費の審査支払業務 <p><国保連の要望></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療扶助の審査支払業務 ・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

<p>これまでの議論で概ね 合意が得られたもの</p>	<p>総括的議論（11月）でさらに議論 いただきたいもの</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><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・一次審査における被保険者資格チェックの実施【23年度～】 ・診療報酬と介護報酬の突合確認の推進【23年度～】 ・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～】 ・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～】 ・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～】 ・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～】
<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>【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が整備。</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"> ・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】

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"> ・基金と国保連、地方厚生局との連絡協議会の設置【22年度～】 <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><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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～】 ・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～】 ・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～】 ・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～】 ・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】 <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・国保連間等の人事交流の拡大【23年度～】

<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><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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～】 ・審査実績の分析評価、標準化への活用【23年4月～】 ・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） <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・審査事例データベースの構築【23年度～】 ・査定率等審査評価指標の作成【23年度～】 ・詳細な審査統計表の作成【23年度～】 ・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～】 ・審査事務共助職員の能力向上（研修充実、資格制度の検討）
<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><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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】 ・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】 ・医科電子点数表の作成、ホームページに公表【22年3月～】 ・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】 ・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】 ・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】 <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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～】 ・算定ルールチェック項目の増加【22年度中】 ・審査支援チェック項目の増加【22年度中】

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><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) ・審査実績の分析評価、標準化への活用【23年4月～】(再掲) ・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) <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・2画面システムの全国保連への導入【22年9月】 ・審査事例データベースの構築【22年度中】(再掲) ・査定率等審査評価指標の作成【22年度中】(再掲) ・詳細な審査統計表の作成【23年度～】(再掲) ・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) ・国保連間等の人事交流の拡大【23年度～】(再掲) <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見直し</p> <p>○再審査における電子化の推進</p> <p><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・オンラインによる再審査等請求の受付開始 <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・再審査画面システムの稼働【23年度～】 <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><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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】 <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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)

<p>これまでの議論で概ね 合意が得られたもの</p>	<p>総括的議論（11月）でさらに議論 いただきたいもの</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>[審査委員会の機能の強化]</p> <p>○医療が高度化・専門分化する中、小さい県では専門分野の審査委員の確保が難しくなっている。</p> <p>○合議による審査は、複数の専門の審査委員がチェックする仕組みとして機能している。</p> <p>○レセプト数が増え、専門の審査委員の確保が難しく、全レセプトで合議の結論を出すのが実際上困難になっている。</p>	<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 【支払基金が県ごとに審査委員会を設置する体制を見直す場合、法改正が必要】</p> <p>○特別審査の対象レセプトの範囲拡大</p> <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 【県単位の審査委員会が原審査したレセプトを特別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>[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） 【審査委員会の構成は、法改正が必要】 （注）国保連では従来から調剤審査を実施</p> <p>（これまでの議論における意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の審査委員会は、立場の違いを明確にした審査が行われていない点で、三者構成の仕組みが実態で機能していないのではないかと。 ・審査委員は、どちらの側か必ずしも明確に意識していないが、医師・歯科医師として、保険ルールに則って適切な医療が行われるよう、中立的な立場で審査しており、大きな対立軸はあり得ないのではないかと。 	<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><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たな支部間差異が生じないよう、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） ・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） ・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） ・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） <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

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	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>[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>[都道府県別の業務処理の見直し]（再掲） ○都道府県単位、ブロック単位、全国レベルにおける業務の集約化・委託・共同処理について 【統合・競争等の組織の在り方で議論予定】</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【医療保険部会で議論】</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 【統合・競争等の組織の在り方で議論予定】</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><支払基金・国保連> ・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><支払基金> ・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）】 ・保有宿舍の整理合理化【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	総括的議論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><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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～】 ・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】 ・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】 ・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】 ・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
<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>[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</p> <p>【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>[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><支払基金></p> <p>・支払基金における支部別の審査手数料の提示</p> <p>〔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。〕</p> <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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】 ・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～】

これまでの議論で概ね合意が得られたもの	総括的議論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>[コスト削減に応じた審査手数料の引下げ] ○保険者からの審査手数料の引下げ</p> <p><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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】 ・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】 <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) ・全国決済手数料(111.6円)の引下げの検討【23年度～】 <p>[後期高齢者医療制度廃止に伴う手数料見直し]</p> <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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】

検討会における議論の構造（未定稿）

<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

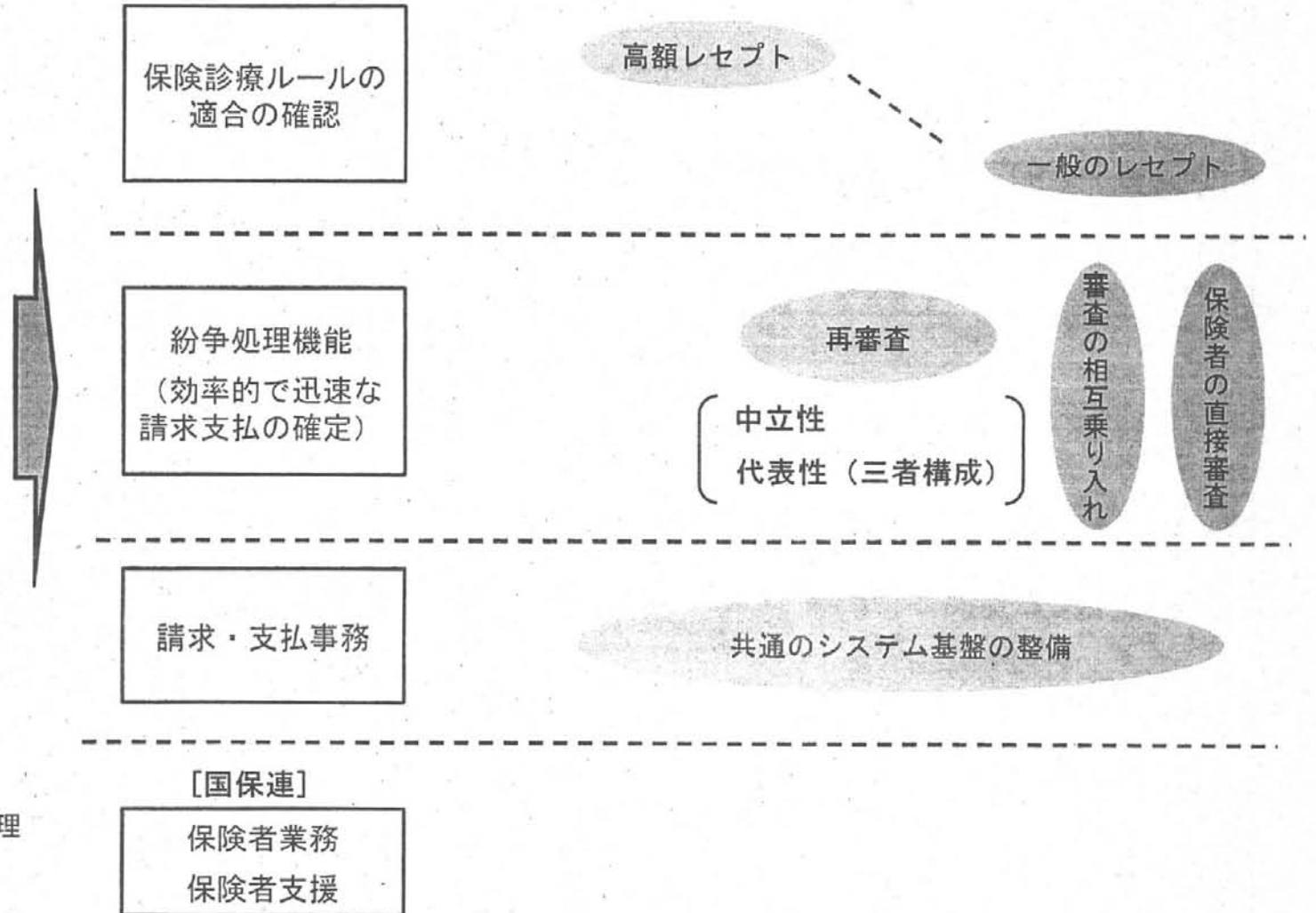
- 業務運営の効率化、集約化、共同処理
- 手数料・コストの引下げ

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)》



※「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。

審査体制の在り方についての論点

1. 都道府県単位の審査体制の在り方について

都道府県単位の審査体制に関する検討会におけるこれまでの指摘

- 支払基金及び国保連の審査は、現在、高額レセプトを除き（※1）、都道府県単位で原審査及び再審査を行っているが、検討会において、以下のような指摘がされている。
 - ・ 各都道府県の支払基金支部及び国保連間で、審査の基準の適用にローカルルールがある。
 - ・ 医療の高度化が進んだ結果、小さい県など一部の支払基金支部及び国保連では、各専門分野において必要な審査委員を確保することが難しくなっており、医療提供体制の地域差や審査のコストの点でも非効率である。
 - ・ 同じ審査委員会で再審査を行っても、保険者又は医療機関の納得が得られず、審査が堂々巡りになっている事例があるので、上級処理機関を設けるべきではないか。
 - ・ 制度の運営コストの削減の観点から、審査機関において、効率的な業務運営に一層取り組むことが必要である。

（※1）支払基金本部及び国保中央会では、医療の高度化・専門化に対応して大学病院等の高額レセプトを重点的に審査するため、昭和59年にそれぞれ「特別審査委員会」を設置し、高額レセプトを審査している（対象レセプト：昭和59年 医科55万点以上、歯科20万点以上、漢方5千点以上 → 現在 医科40万点以上、歯科20万点以上、投薬4千点以上）

さらに議論すべき論点

<高度・専門性を有するレセプトの審査体制の在り方>

- 一定の高度・専門性を有するレセプトは、例えば、中央やブロック単位（※2）で集約化して審査することが適当かどうか。また、実務上、対応可能かどうか。
- 集約化した場合、審査基準の平準化や運営コストの効率化の観点から、支払基金と国保連で統一して機能することが要請されるのではないか。

<再審査の審査体制の在り方>

- 県単位の審査委員会の決定では納得が得られない場合に、例えば、ブロック単位又は中央に置く「上級の審査組織」が審査することについて、どのように考えるか。

（※2）支払基金では、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や、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」を開催して、専門分野の審査機能の強化を図っている（22年6月～）。

高度・専門性を有するレセプトの審査体制の在り方

○ 一定の高度・専門性を有するレセプトは、例えば、中央やブロック単位で集約化して審査することが適当かどうか。

1. そもそもレセプト審査は、中央やブロック単位に集約化することが適当か。県単位に分散化することが適当か。
⇒ 以下の理由から、一定の高度・専門性を有するレセプトについては、集約化して審査することが適当ではないか。

(理由)

- ① レセプトのうち、請求内容が複雑多岐にわたるものや県単位では必要な審査委員を確保できないものは、高度・専門的な審査体制を確保する観点から、県単位ではなく集約化して審査する方が、効果的かつ効率的な審査ができるのではないかと(※1)。
- ② 請求額が小さいレセプトは、適正な審査の確保と審査コストとを比較考量すると、診療傾向やこれまでの審査実績を考慮して、審査対象の医療機関を選別、重点化して審査することが効率的ではないかと(※2)。
この重点化した審査は、(イ)中央で集約化して審査すれば、一定の管理コストの節減は図れるが、(ロ)多数の医療機関がある中で、審査の対象医療機関の効果的な選別や指導を行う点(これによる請求の適正化を含む)、(ハ)相当数の審査委員を確保する必要がある点を考慮すると、県単位の体制の方が、効果的かつ効率的な審査ができるのではないかと。

(※1) 現在、医科40万点以上、歯科20万点以上の高額レセプトは、中央(支払基金本部及び国保中央会)の特別審査委員会で審査している。この件数は、以下のとおりである。

支払基金(医科・歯科)：特別審査委員会の請求件数 1.2万件(請求件数全体6億件のうちの5万分の1)

国保連(国保と後期高齢の医科・歯科)：特別審査委員会の請求件数 1.4万件(請求件数全体6.4億件のうちの4.6万分の1)

(※2) 支払基金各支部では、これまで紙レセプトについては、請求点数8万点以上のレセプト(全体の約0.2%)はすべて審査しているが、8万点未満のものは、診療傾向やこれまでの審査の実績を考慮して、重点審査ABC区分に分類している。AB区分は、毎月、審査委員会の審査の対象となるが、C区分は計画的に審査委員会で審査している。C区分の割合は、レセプト全体の約46%である(21年9月審査分)。電子レセプトについては、コンピュータチェックを網羅的に実施し、「全レセプトの審査」が実現できる。

国保連においても、各国保連ごとに一定の基準に基づき、重点審査を行っている。

2. 中央やブロック単位に集約する高度・専門性を有するレセプトの範囲の設定方法について

⇒ 診療分野など医療の内容について要件を設定することは、実務的に以下のような課題があるため、基本的には、請求額に着目して設定することが合理的ではないか。

ただし、県単位で必要な審査委員を確保できない場合は、請求額にかかわらず、中央やブロック単位に集約してもよいのではないか。

(医療の内容に関して要件を設定することの課題)

- ① 幅広い診療分野がある中で、どのような方法で一定の高度・専門的な分野を区分するのか。代替的に、請求額で区分する方法が合理的ではないか(※3)。
- ② 請求額以外に医療の内容に関する要件を設定した場合、診療内容の選択に影響を与えるおそれがあるのではないか。また、請求側である保険医療機関において、請求誤りが生じ、混乱するおそれがあるのではないか。

(※3) 例えば、特別審査委員会が審査するレセプトの範囲は、現行では、内科40万点以上、歯科20万点以上、投薬4千点以上のレセプトを対象としている。この趣旨は、請求額だけに着目したのではなく、一般的に高額なレセプトは、診療分野が多岐にわたって高度・専門的であることを踏まえて定めているものである。

3. 一定の高度・専門的なレセプトを集約するのであれば、ブロック単位がいいのか。中央に集約化するのがいいのか。
⇒ 以下の理由から、将来的な方向としては、中央の審査組織(特別審査委員会)に集約化して審査することが考えられるのではないか。

(中央の審査組織に集約化することが適当と考える理由)

- ① ブロック単位の場合、ブロックごとに判断に差が生じる可能性があるのではないか。全国レベルで審査基準の平準化を図るためには、中央に集約化することが適当ではないか。また、現行の特別審査委員会が対応すれば、既存組織の活用面でも効率的ではないか。
- ② 支払基金は全国組織であるが、国保連は県単位の組織であり、ブロック単位で機能する組織がない。
- ③ 仮に、集約化に対応して、高度・専門分野における審査委員を拡充することとした場合、各ブロック単位で体制を確保するよりも、中央で集約化した方が、審査委員を確保しやすいのではないか。

《中央の審査組織に集約化した場合の留意点》

- 特別審査委員会は、特に高額なレセプトを審査するため、各専門分野において特に知識と経験を有する専門医が審査を行う体制を確保している。このため、審査の質の向上（※4）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がある。

- 特別審査委員会の審査件数は、支払基金では全レセプトのうちの5万分の1、国保中央会では国保連の全レセプトの4.6万分の1である。現在、各支払基金支部や国保連が審査している高額レセプト（8万点以上）のうちの一部を特別審査委員会に集約する場合でも、新たに拡充可能な審査委員の体制の範囲内で集約化する必要がある。

（※4）特別審査委員会の原審査の査定率

①支払基金	請求点数	69億792万点	査定点数	2億1690万点	⇒	査定点数率	3.1%	（支払基金全体	0.2%）
②国保中央会	請求点数	84億3505万点	査定点数	2億6348万点	⇒	査定点数率	3.1%	（国保連全体	0.1%）

（注）支払基金は平成21年5月～22年4月審査分。国保連は平成21年4月～22年3月審査分

4. 集約化した審査組織は、審査基準の平準化や運営コストの効率化の観点から、支払基金と国保連とで統一して機能することが要請されるのではないか。

⇒ 以下のような解決に時間を要する課題があるが、中長期的に条件を整える努力を行い、特別審査委員会の合同審査を目指すべきではないか。

また、合同審査が難しい場合でも、2つの特別審査委員会の間で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必要がある。

(特別審査委員会の合同審査を行う場合の課題)

① 支払基金の特別審査における現在の審査手数料は、レセプトの点数が高いか低いかにかかわらず同じ手数料としており、特別審査委員会の審査コストを手数料で区分していない。他方、国保中央会が実施している特別審査のコストは、審査手数料ではなく、各国保連からの負担金と国庫補助で賄われている。

このため、特別審査委員会が合同審査を行う場合、実務上、運営コストを各審査機関が案分して負担する仕組み(※5)を整備する必要がある。

② 現在、支払基金本部と国保中央会の特別審査委員会では、異なる審査システムで審査を行っており(2画面審査、ワイド画面審査)、合同審査を行う場合には、システム変更等のコストが生じる。レセプトの件数は減らないため、審査手数料に影響する可能性がある。

(※5) ①各国保連では、国保中央会に委託して特別審査を実施しており、特別審査委員会に係るコストは明らかである。

②支払基金本部と国保中央会それぞれ同一の範囲で、特別審査委員会に係るコストを切り出して検討する。

再審査の審査体制の在り方

- 県単位の審査委員会の決定では納得が得られない場合に、例えば、ブロック単位又は中央に置く「上級の審査組織」が再審査することについて、審査支払機関の在り方として、どのように考えるか。

《審査支払機関の在り方として、再審査について、以下のような論点を整理する必要がある》

- ① 現行の審査システムでは、保険医療機関は、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提出し、特別に高額なレセプトを除き、所在地の審査委員会が審査（再審査を含む）する仕組みとしている。これは、以下の理由によるものと整理できる。
- （イ）支払基金及び国保連は、「請求内容が保険診療ルールに則っているかどうかの確認」に加えて、「請求・支払額を迅速に決定するための紛争処理機能」を担っている（この点は、いわゆる保険者が行う直接審査とは異なる）。
- （ロ）この紛争処理を含む請求・支払額の確定を効率的かつ迅速に行うため、支払基金と国保連は、審査委員会の構成について、診療担当者を代表する者、保険者を代表する者、学識経験者（公益を代表する者）の3者構成とするとともに、「診療担当者を代表する者」と「保険者を代表する者」は、それぞれ所属団体が推薦する仕組みとしている（支払基金法第16条、国保法第88条）。
- （ハ）保険医療機関から見ても、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提出することで、当該保険医療機関が所属する団体の推薦する審査委員が参画する審査委員会で審査することになり、所在地の保険者の代表も当該審査委員会に参画しているので、支払基金及び国保連は、効率的かつ迅速な紛争処理を行うことができる。
- ② ①のように現在の審査支払機関の機能を整理した上で、審査委員会の決定では納得が得られないものを審査委員会とは異なる審査組織が行う再審査も「紛争処理」と考えると、効率的かつ迅速な請求・支払額の決定（紛争処理）を行うために置いている、現在の3者構成の審査委員会との関係をどのように考えるか。
- また、紛争処理の仕組みを、現行の審査支払機関の機能から区分して独立させることが、迅速かつ円滑な審査支払の確保において、適当なのかどうか。

（続く）

③ ブロック単位や中央に「上級の紛争処理」の組織を置くかどうかについては、効率的で迅速な請求・支払額の確定の観点から、以下のような点について、精査する必要があるのではないか（①と関連）。

（イ）上級の紛争処理の組織は、どのような構成員による仕組みとするのか。

（ロ）構成員の確保や推薦の仕組みを含めて、県単位と中央・ブロック単位のいずれの単位で機能する仕組みとするのが、効率的かつ迅速な紛争処理の仕組みであるのか。

④ むしろ、3者構成による紛争処理の機能が十分に発揮できるよう、特に「保険者代表の審査委員」を推薦する仕組みの効果的な運用、改善が必要なのではないか。

また、各支払基金支部の審査委員会から保険者への情報提供など、円滑な紛争処理のための環境づくりに関係者が協力して取り組むことが、優先的に求められるのではないか。

2. 保険者の直接審査における紛争処理の在り方について

保険者の直接審査に関する検討会におけるこれまでの指摘

- 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）を、医科・歯科レセプトの直接審査にも活用することを検討すべき。

さらに議論すべき論点

《保険者の直接審査における紛争処理機関の在り方として、以下のような論点を整理する必要がある》

- ① 保険者の直接審査（民間の審査機関への委託を含む）においては、保険者と保険医療機関との間で請求内容に意見の相違があった場合、制度の円滑な実施を確保するため、民事裁判での手法によらずに、効率的かつ迅速に請求・支払額を確定するための紛争処理機関が必要ではないか（※7）。
- ② 保険者の直接審査における紛争処理の仕組みは、効率的かつ迅速に請求・支払額を確定する観点から、現在の支払基金及び国保連の審査委員会と同様、「保険者の代表」「診療担当者の代表」が参画する3者構成の仕組みとする必要があるのではないか。
- ③ 紛争処理機関は、本来、保険者からは独立した中立の機関である必要があるのではないか（※8）。
- ④ 効率的かつ迅速な紛争処理システムを確保する上で、紛争処理機関の体制は、構成員の確保や推薦の仕組みを含め、県単位、ブロック単位、全国単位のいずれの単位で機能する仕組みとすることが適当であるのか。

（※7）健保組合が行う調剤レセプトの直接審査では、支払基金が紛争処理機関の役割を担っている。

（※8）国保連の審査は、実質的には、保険者による直接審査である。

健康保険組合によるレセプトの直接審査支払について

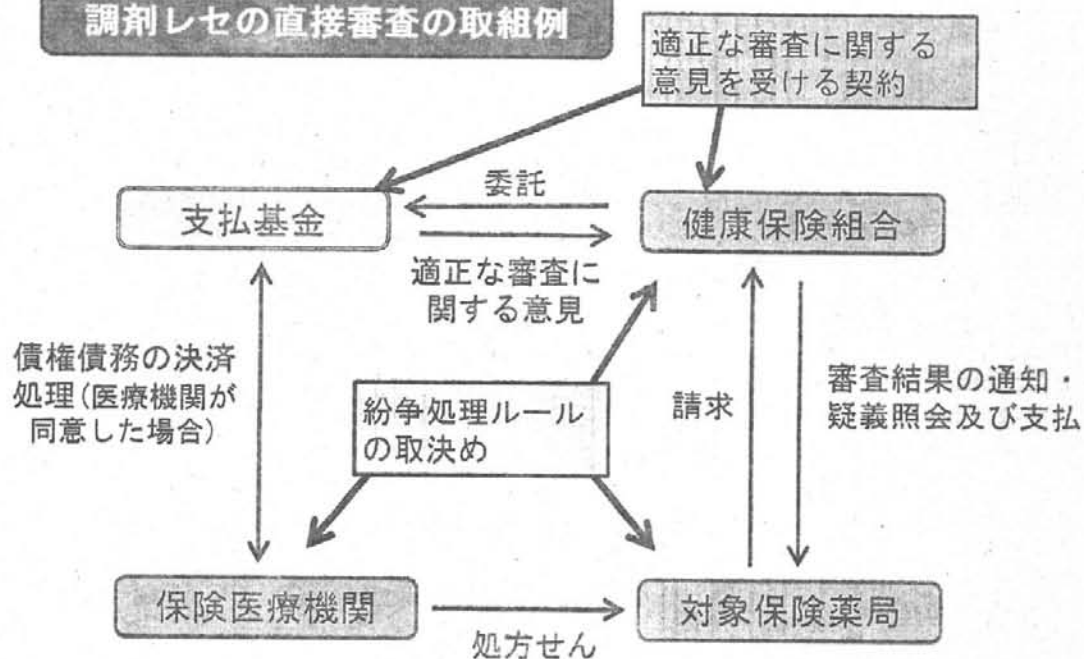
- (1) 現行の健康保険法では、保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、診療報酬点数表や療養担当規則の定めを照らして審査の上、支払うこととされており、この審査・支払の事務を、社会保険診療報酬支払基金に委託することができることとされている（健康保険法第76条）。
- (2) また、現行制度では、被保険者が疾病にかかったとき、できるだけ容易かつ速やかに療養の給付を受けることができるように保険医療体制が組織されなければならないという社会的要請を満たすため、保険医療機関は、公法上の契約に基づく仕組みにより、保険者を区別せず、すべての被保険者に療養の給付を行っている。
- (3) この公法上の契約は、一定の療養の担当方針等に従い、保険者に属する被保険者に対して療養の給付を行い、その対価として診療報酬を請求し、その支払を受けるという双務契約であると解されている。このため、保険者が直接審査を行う場合でも、被保険者への療養の給付と、保険者へのレセプトの請求、審査が円滑に行われ、紛争を未然に防ぐ観点から、一定の条件を定めている（平成14年12月25日保発第1225001号等）。
- (4) 調剤レセプトについては、平成22年3月現在、11健保組合において各組合が370～380保険薬局と契約を締結し、直接審査が行われている（各組合で月当たり約200件～1700件の請求件数）。

直接審査の条件

- ① 対象保険医療機関（調剤レセプトの場合、保険薬局）の同意
- ② 公正な審査体制の確保（医師等による審査）
- ③ 個人情報の保護の徹底
- ④ 紛争処理ルールの特明確化（あらかじめ具体的な取決めを文書で取り交わす）

※ 調剤レセプトの場合、適正な審査に関する意見を受ける契約を、健保組合が支払基金と締結した場合は、適正な審査を行える体制を確保し、紛争が生じた場合の処理ルールについて対象医療機関と健保組合との間で具体的な取決めがなされたものとしている。
（平成19年1月10日保発第0110001号）

調剤レセの直接審査の取組例



3. 審査委員会の体制について

審査委員会の体制に関する検討会におけるこれまでの指摘

①三者構成の仕組みについて

- ・ 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、一種の独任官的に審査、決定している。3者構成の仕組みが機能しているといえるのかどうか、検証する必要があるのではないか。
- ・ 3者構成であっても、個々の審査委員は、医療に携わる立場から、より良い医療が提供されるよう、過剰な請求には厳しく対応しており、対立軸はないのではないか。

②支払基金における調剤レセプトの審査体制について

- ・ 調剤レセプトについては、現行の実務では、審査委員会の合議による審査の対象となっていないが、調剤レセプトに突合・縦覧審査を導入するのであれば、審査委員会に薬剤師を明確に位置付けるべきである（※1）。

（※1）各国保連では、薬剤師が審査委員会の委員となっている。他方、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、調剤レセプトを審査、点検している。



さらに議論すべき論点

<三者構成の仕組みについて>

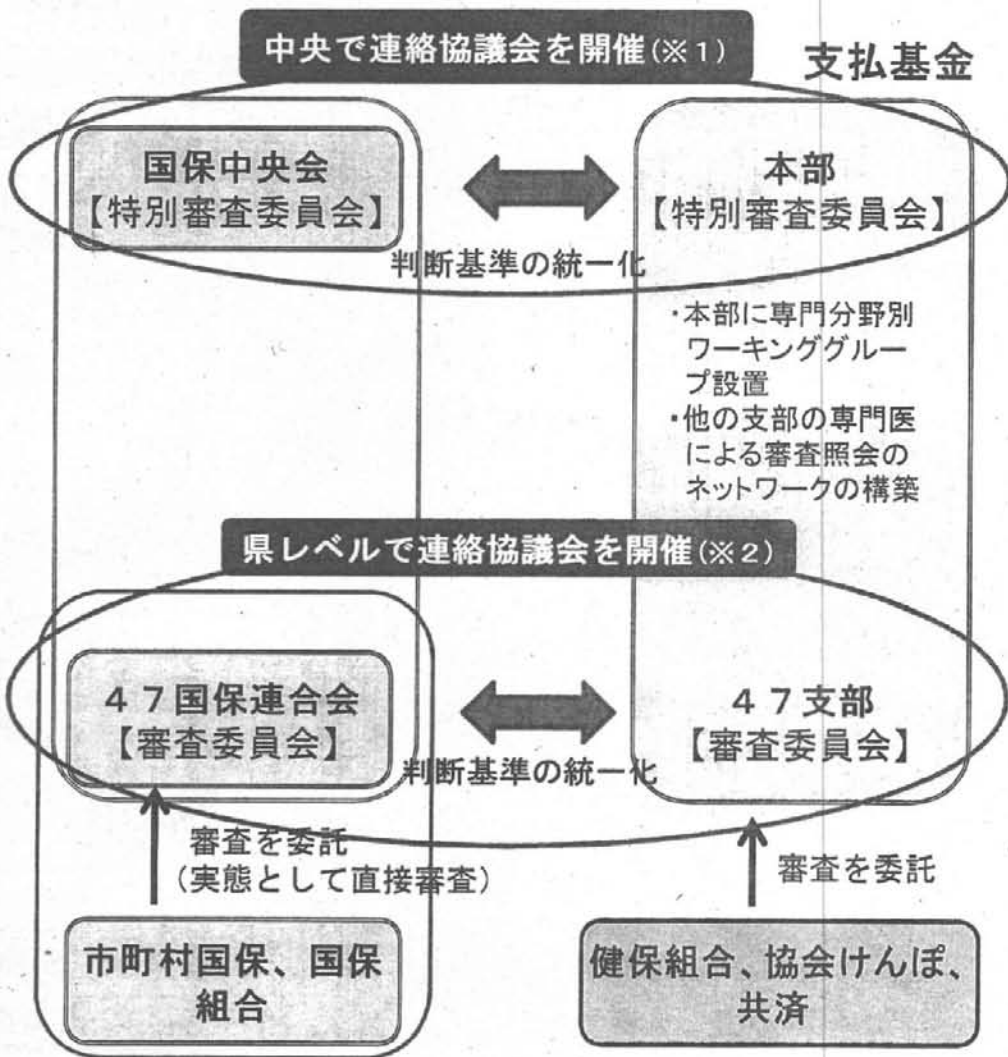
- 三者構成の仕組みは、保険診療ルールの確認だけでなく、効率的かつ迅速に請求・支払額の確定、紛争処理の役割を果たすためのものと整理できるが、どのように考えるか。⇒ 都道府県単位の審査体制における論点

<支払基金における調剤レセプトの審査体制について>

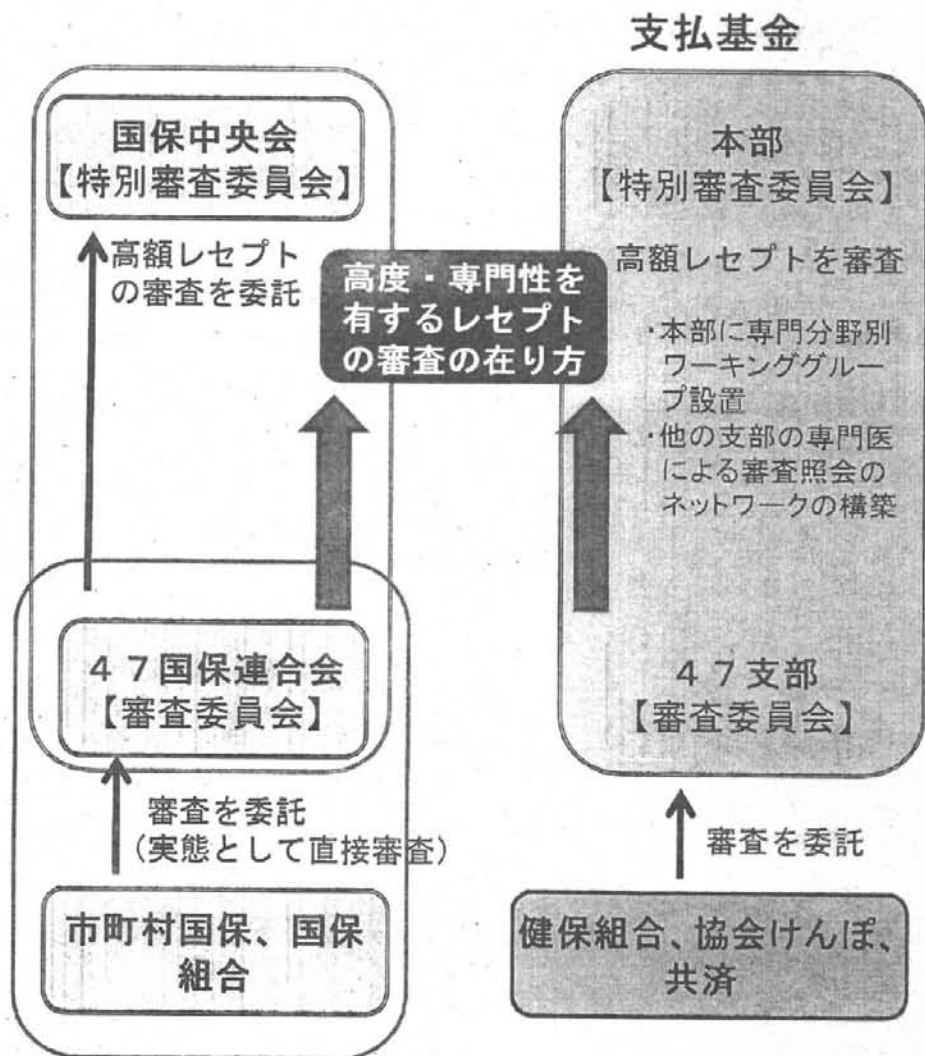
- 調剤レセプトについては、電子化の進展に対応して、23年度から突合・縦覧審査を導入するため、従来の点検にとどまらない審査の必要性が増大している。このため、審査委員会に薬剤師を位置づけることについて、必要な審査コストの確保を含め、どのように考えるか。

審査支払機関の在り方の検討のイメージ

審査の判断基準の統一化



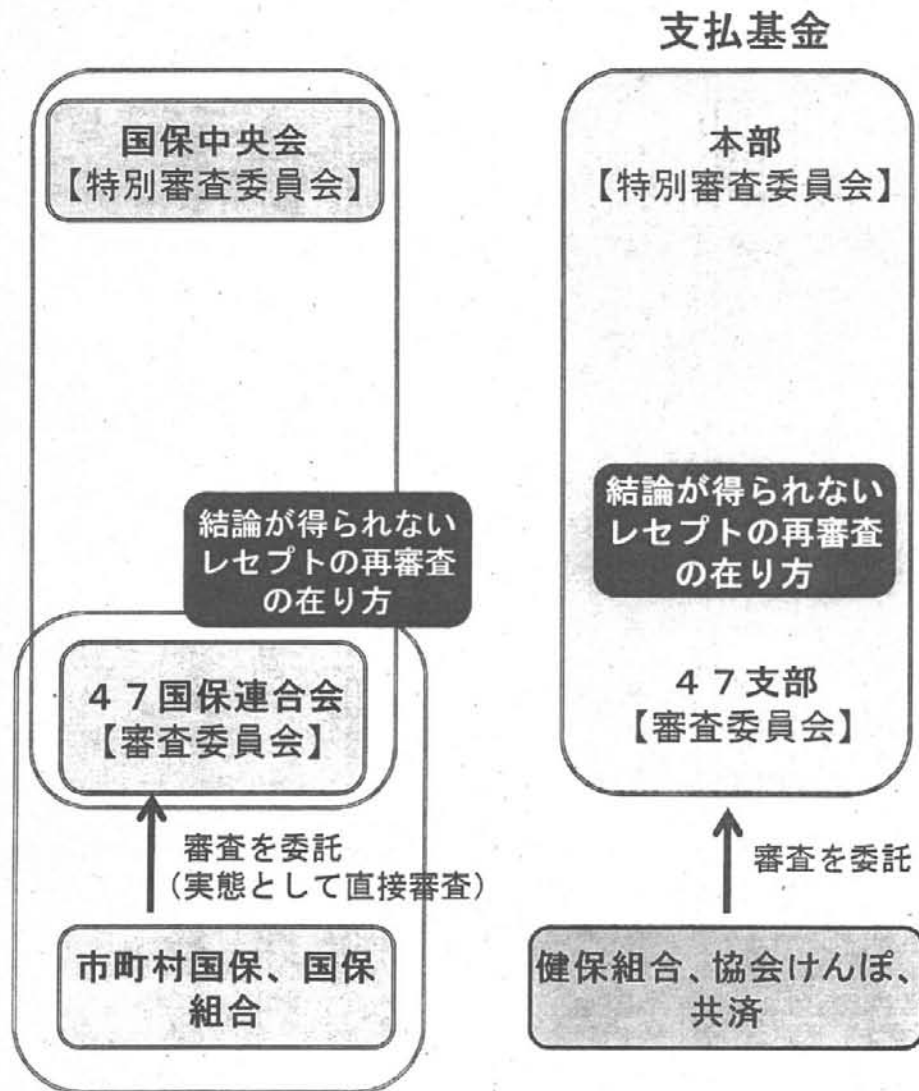
高度・専門性を有するレセプトの審査体制の論点



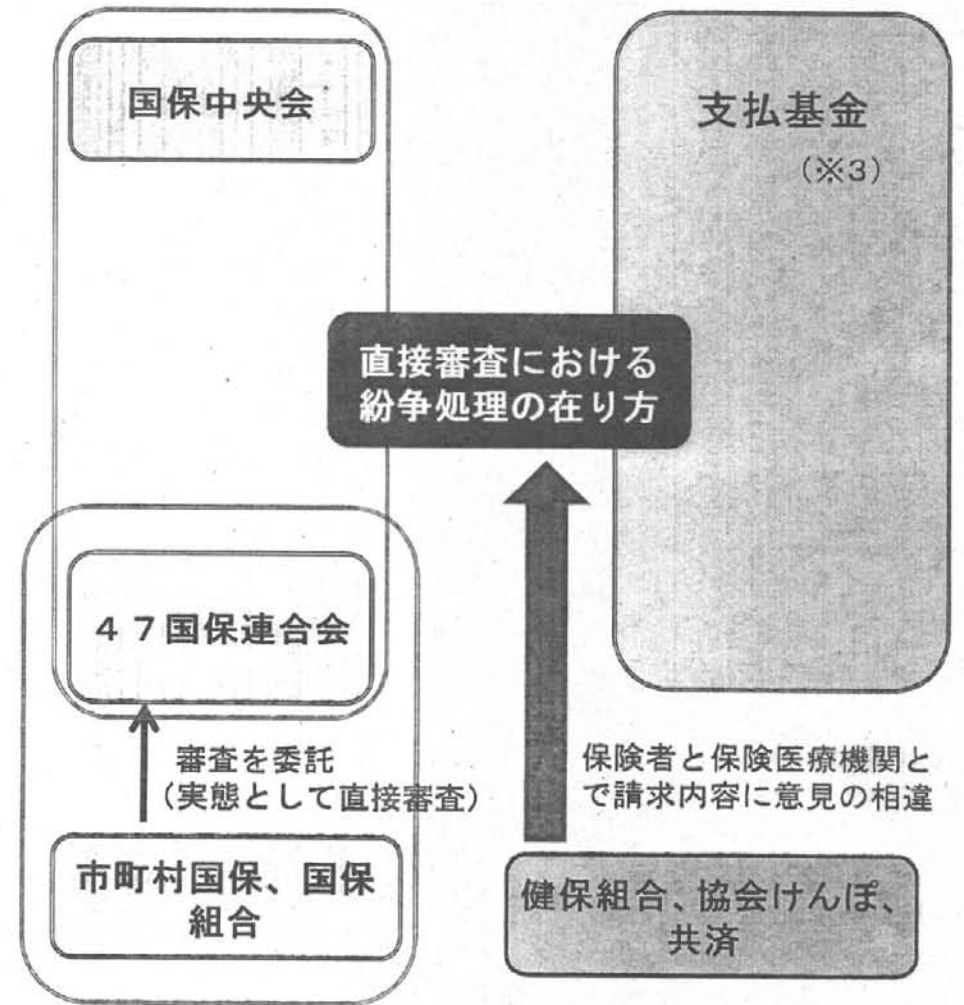
※1 中央の連絡協議会には、厚生労働省が参加。

※2 県レベルの連絡協議会には、地方厚生局、都道府県国保主管課が参加。

都道府県単位の審査委員会と再審査の論点



直接審査における紛争処理の論点



※3 健保組合が行う調剤レセプトの直接審査では、支払基金が紛争処理機関の役割を担っている。

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7回）（案）

1. 東京都国民健康保険団体連合会診療報酬審査委員会の永田泰造審査委員から、提出資料に沿って発言があり、以下のとおり、やりとりがあった。

○齋藤委員

- ・ 国保連における調剤の審査では、配合禁忌や適用外使用まで判断しているのか。
- ・ 調剤の作業が独立するのがいいのか、適用の判定などボーダーラインやグレーゾーンが多いので、医科と表裏一体でやるのがいいのか。

○永田ゲストスピーカー

- ・ 国保連の調剤レセプトの審査では、配合禁忌はレセプトで確認できるので、調剤部門で明確に判断し、医科部会と話し合う。適用外使用は、医科レセプトがないと分からないので、突合部会で判断している。
- ・ 調剤部門で特化して判断できる部分は、独立しておくべき。また、医科と一緒に考える必要があるものは、突合部会で双方持ち寄って判断していくべきである。

2. 支払業務、保険者業務及び法人運営の論点について、以下のとおり、各委員から意見があった。

○森田座長

- ・ 本検討会は、より根源的な意味での制度の在り方や、審査の在り方について、議論いただく場であると認識している。

○遠藤委員

- ・ 大きく変えるのであれば、単に審査支払機関の在り方だけではできない。医療制度そのものについて議論する必要がある。審査支払機関の在り方については、共通部分は審査の部分しかないのではないかと。保険者が分かれている中で、審査機関だけを統合するという議論は難しいのではないかと。

○高智オブザーバー

- ・ 支払早期化については、小さな零細事業所だけでなく、特に巨大な健保組合でも資金繰りが間に合いそうにないため、6日間の短縮でも非常に難しい面がある。支払基金側でも、非常に難しい技術的な問題が存在しているのではないかと。
- ・ 韓国の全体像をそのまま直輸入すればいいということではなく、部品の輸入で仕組みを補充できるものがあるのではないかと考えている。地盤をまったく同じにした議論はできない。

○ 齋藤委員

- ・ 二つの組織の存置を認めた上で改善点を議論するのが目的なのか、それとも将来的に組織の統合の余地があるかどうか、現時点でも共通部分があるかどうかなど、全体の在り方を議論するのが目的なのか、ミッションを明確にする必要がある。
- ・ 審査委員会の人数など個別の議論をしても、根本的解決にならない。そもそも審査支払の在り方はどうあるべきか、掘り下げた議論を進めていくべき。

○高田委員

- ・ 電子化によって業務フローが大きく変わることは、保険者としても十分に理解しており、被保険者の健康状態の把握など最大限活用したい。審査でもITをできるだけ活用し、ITでできないものを人間で見る方向はあるので、コストを含めて、議論いただきたい。
- ・ 審査支払の問題点の解消については、短期的に解消できるもの、中期的なもの、最終的なものを切り分けて議論する必要がある。

○田中委員

- ・ 韓国の場合、医療保険者が公団1つであり、審査もそこが了とすれば済む。審査体制についても、日本で求められている審査体制とは異なるのではないか。

○長谷川委員

- ・ 例えば、支払の早期化でも、米国や韓国ではレセプトを出してから2週間で全部決裁し、医療機関に振り込みが行われる仕組みがあるように、現在の業務プロセスを前提にマイナーチェンジするのと、抜本的に見直すのとでは全く異なる。健康情報がIT化されることで、健康政策の議論ができたり、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に全数で手に入る時代は全く異なることを踏まえ、どういう社会を目指すのかということの主軸において議論すべき。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について議論が必要なことは、合意できると思う。

○ 村岡委員

- ・ 国保連は、保険者の事務の共同化という大きな役割を担っている。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も非常に無理がある。
- ・ 支払早期化は、市町村によっては請求から4日間で支払うことになり、内部的決裁や金融機関への依頼の期間を考慮すると、現実的に無理と言わざるを得ない。審査支払機関での請求の早期化と併せて、保険者がどれだけ期間の短縮化が可能であるかを総合的に判断する必要がある。

○山本委員

- ・ 審査が適正に行われているかどうかという点では、審査員の数というのは、必ずしも無視すべき問題ではない。
- ・ 早く払えるから韓国になりなさいと言われても、なかなかそうはいかないし、適

正な審査という一定の共通認識を持つ必要がある。適正な審査という観点が抜けたまま、組織体だけの議論をすとおかしいことになる。

○渡辺委員

- ・ 最初から統合ありきで議論するのではなく、手数料、審査体制、査定率の問題など、これまで相当明らかになったと思うが、こうした今の審査支払体制において解消すべき問題点を明らかにし、解消するための手段、方法を議論すべき。

3. 審査の質の向上、業務の効率化、組織の在り方等について議論が一巡したので、事務局から、総括的議論に向けて整理した資料（素案）を説明し、以下のとおり、各委員から意見があった。

○森田座長

- ・ 現行制度では、同じときに同じ病気にかかっても、社会保険であるか国民健康保険であるかによって基準が異なることが論理的にあり得る。これは、国民や患者の目から見て納得できない。医師による個々の判断はあると思うが、コンピュータやITを使った統計的な処理によって、要因を明らかにできるのではないか。要因が明らかになれば、それを補正することで格差をかなり是正できる。それでも差がある理由について、医学の学説や治療方法の違いなど、患者の立場からも納得できる説明が必要。そのための制度や仕組みを考えることを議論すべき。

○飯山委員

- ・ 国保連は保険者が設立した団体であり、国保連の審査は、実質的に保険者の直接審査に近い。また、国保連は、保険財政共同安定化事業の実質的な主体となっている。介護給付費と医療費との突合審査も行っており、これが統合によってできなくなると、市町村にとってはかなりマイナスの事態になる。

○齋藤委員

- ・ 我が国の保健医療行政において、相互乗り入れの問題や地域間格差の解消などが本質的な議論なのかどうか、個別案件の価値付けをきちんとしないと、議論を進めにくいのではないか。価値あるものとするためには、どういう条件が必要なのか、総論的なことを議論した上で、できるのかどうかの現実的な議論をすべき。

○高橋委員

- ・ 統合の効果については、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。その効果が見えないと、話は簡単ではない。

○田中委員

- ・ 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。レセプ

ト審査の判断基準は、審査機関がいくつあったとしても、絶対に格差があってはいけないものである。それぞれの審査機関で格差をなくす努力をしているが、政府が判断基準を厳しくつくるなど、もっと積極的な対応があるべき。他方、査定率や手数料の差は、どこまで許容されるのかなど、詰めた議論を行う視点も大事である。

○長谷川委員

- ・ 保険者の直接審査については、法律上は直接審査の権限があるが、直接審査ができるような条件が満たされておらず、実質的にできない。レセプトのオンライン請求ができるようになることで、技術的に初めて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、きちんと一度議論すべき。
- ・ 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、基準をオープンにすることで、ある地域や医療機関で外れているものがあれば、経験則では大体収斂する。そうした仕組みにおいて、基準が守られているかどうかを厳格にチェックするのは必ずしもコストエフェクティブではなく、オートパイロットで収束していくような仕組みを持つことが長期的には一番安上がりである。

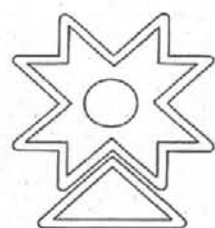
○村岡委員

- ・ 診療報酬制度や病院の施設基準などは全国共通のルールでありながら、審査の組織は別の組織でやっているところが、制度的な面から医療を見たときに、統一性が取られていないのではないかと。きちんとした方向性を示していくべき。

○渡辺委員

- ・ 統合したときのマイナス効果もきちっと検証しないと、公平で客観的な議論ができないので、デメリットも出していただきたい。

以上

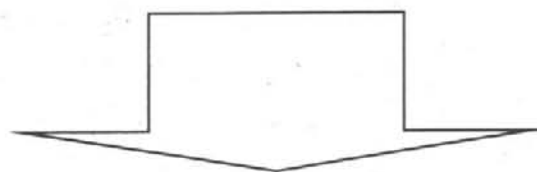


レセプト交換による支部間差異の 追加調査結果について

平成22年11月4日
社会保険診療報酬支払基金

I 第4回検討会で報告した調査結果

- 山口支部と福岡支部において、同一のレセプトを相互に交換して審査をするとともに、第三者的立場として千葉支部においても当該レセプトを審査し、その結果をまとめた。
- 山口の医療機関のレセプト、福岡の医療機関のレセプトどちらについても、3支部間で査定状況及び返戻状況に三者三様の差異がみられた。



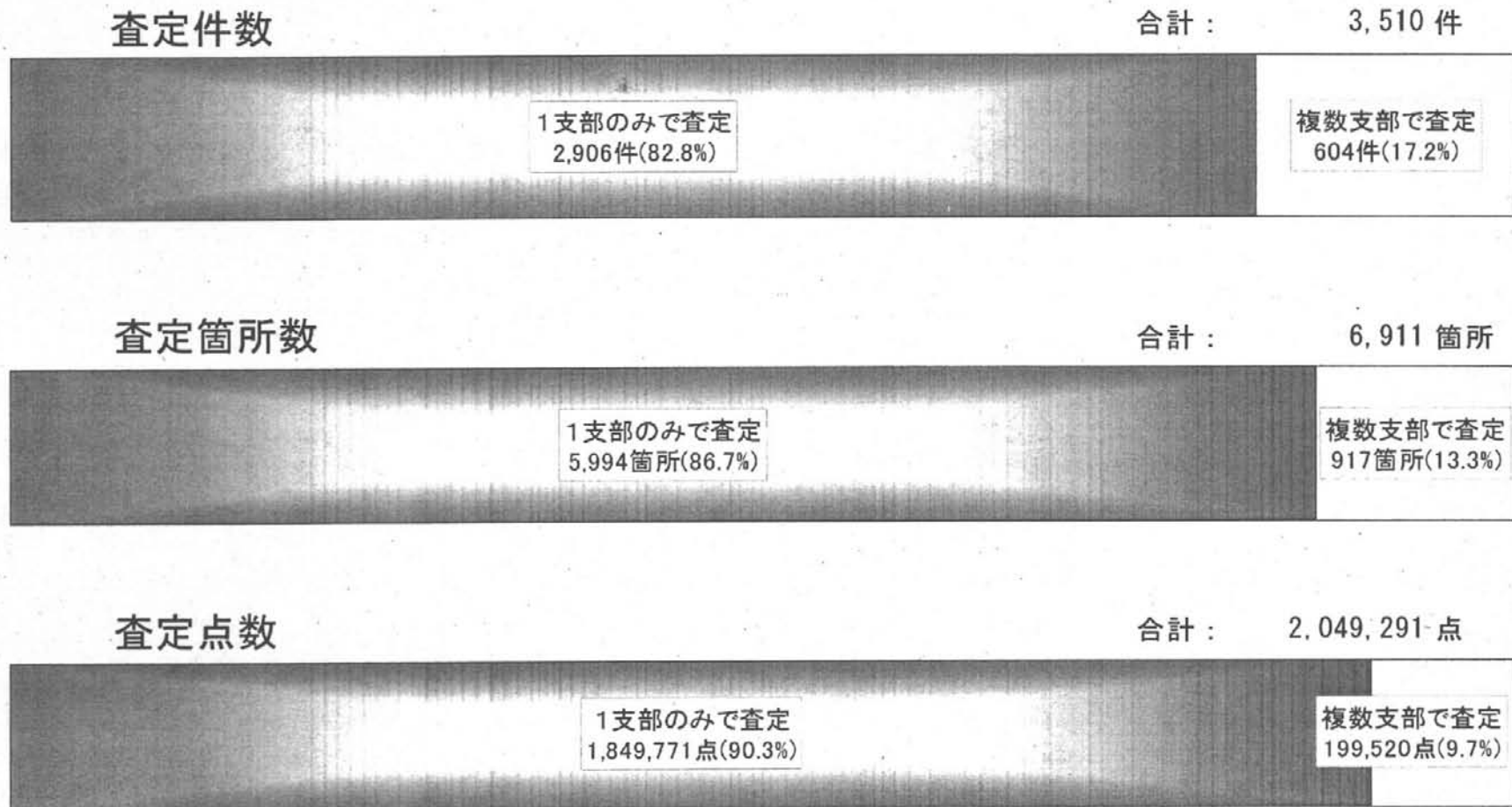
II 追加調査の内容

- 3支部の審査結果が異なる原因を明らかにするために、個々のレセプトについて、支部審査委員会が同一箇所に対し「査定」とした理由、「請求どおり」とした理由についてそれぞれ確認し、審査結果の相違について検証を行った。

1 全体的な査定の状況

○ 3支部の判断は一致している箇所が少なく、1支部のみで査定したものが多かった。

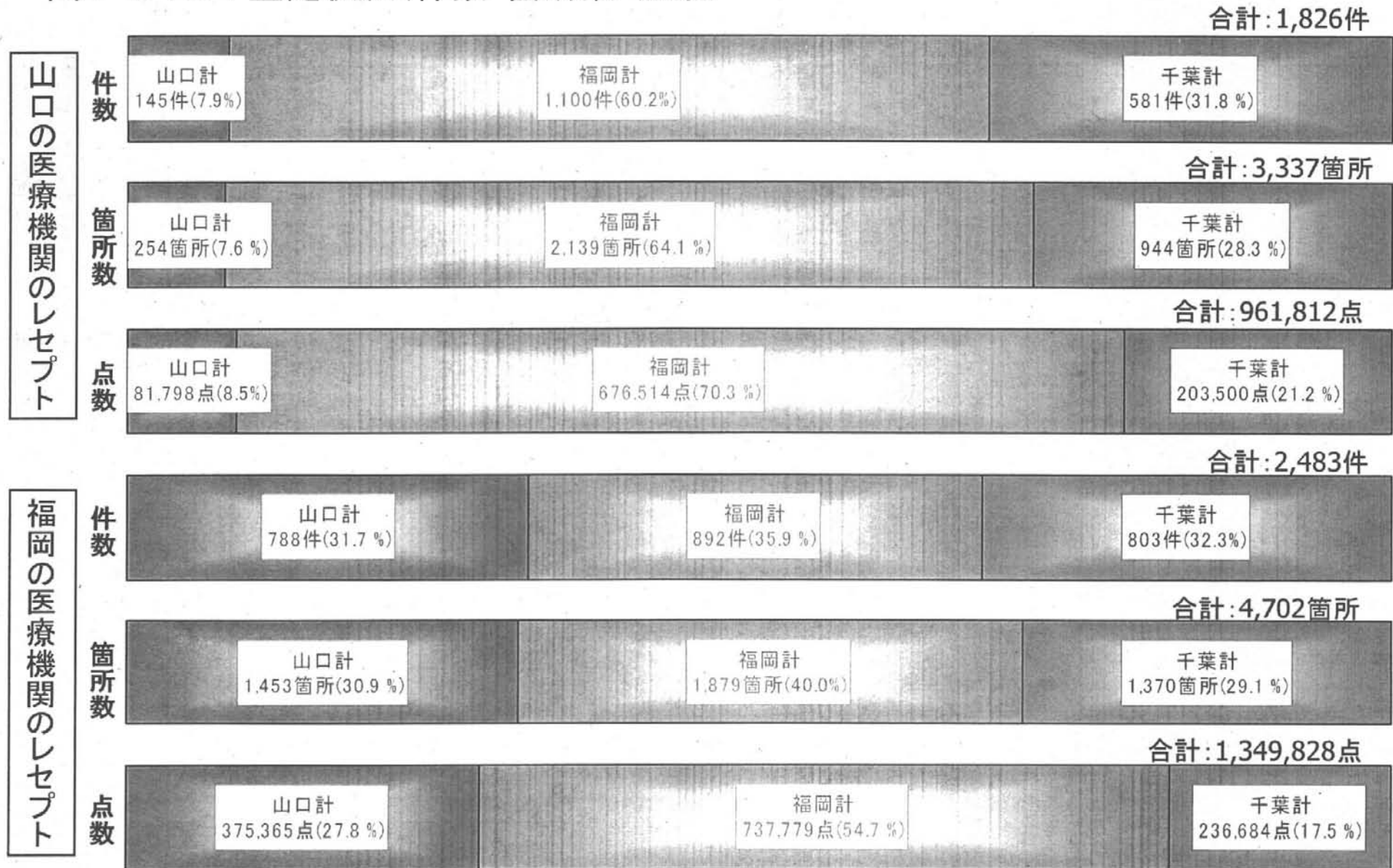
図1 レセプト交換調査の分析(件数・箇所数・点数)



※ 「複数支部で査定」した件数及び箇所数は査定した支部数にかかわらず1件及び1箇所とし、点数の値は査定した支部のうち最小の値を集計している。

○ 福岡支部と山口支部の査定の格差は、山口の医療機関のレセプトにおいて特に大きかった。

図2 レセプト査定状況(件数・箇所数・点数)



2 査定理由に着目した調査の結果

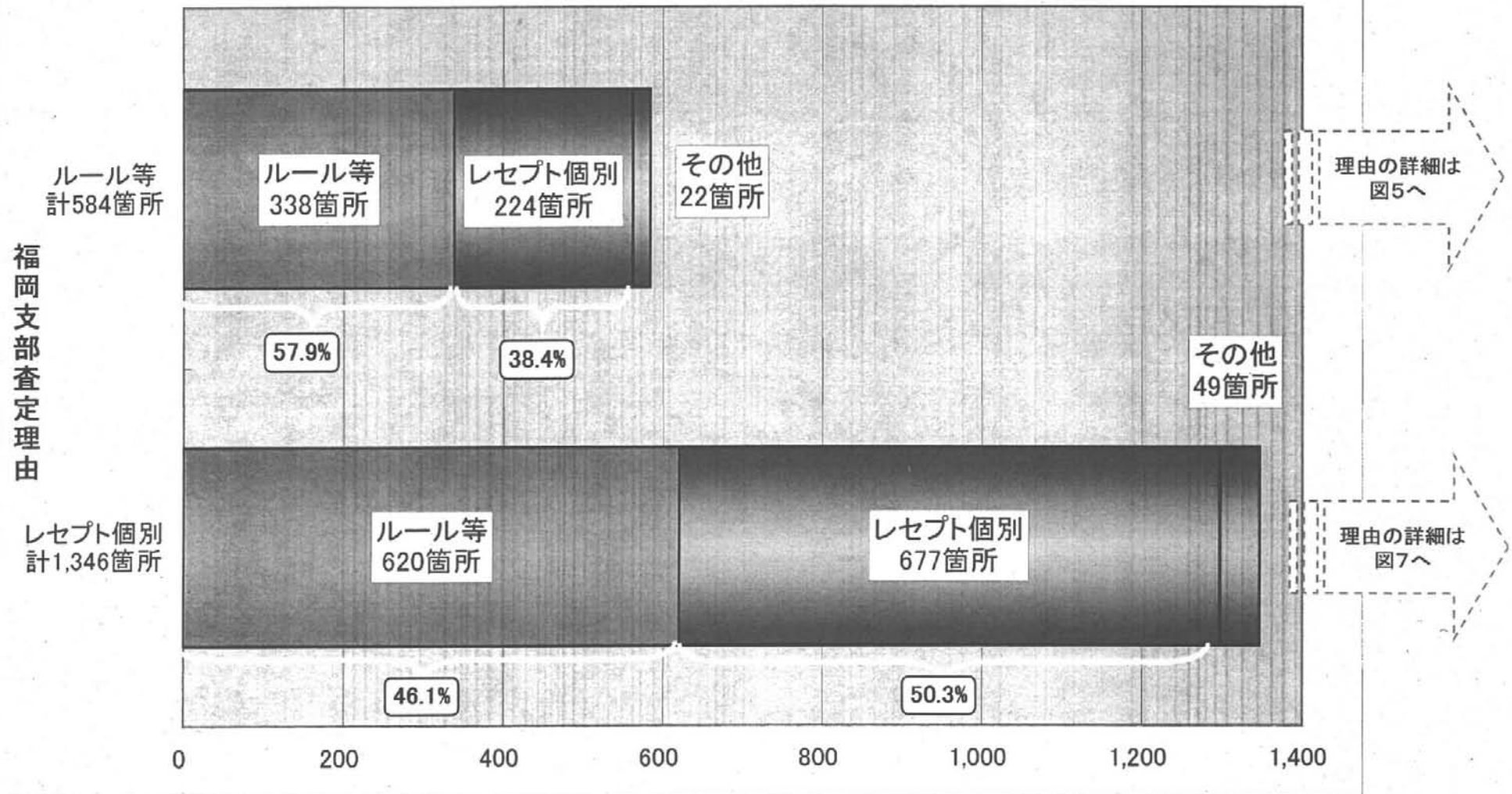
査定又は請求どおり理由の分類

ルール等 (判断の基準が明確なもの 又は一定の判断が形成されて いるもの)	算定ルール(査定のみ)
	支部取り決め事項
	申し合わせ
	通常審査
レセプト個別 (多種多様なレセプトの請求 内容を個別に判断するもの)	病名から判断
	他の診療行為から判断
	コメント、症状詳記から判断
	その他の医学的判断
その他	その他 (医療機関の請求傾向(査定)や、返戻(請求どおり)などを含む。)

- 「ルール等」による「査定」について調べたところ、支部間で整合性がとれていないものが多数存在した。
- 「レセプト個別」の区分に属するものでは、福岡支部の査定に対し、山口支部は「ルール等」の区分の理由で「請求どおり」とするものが多い。

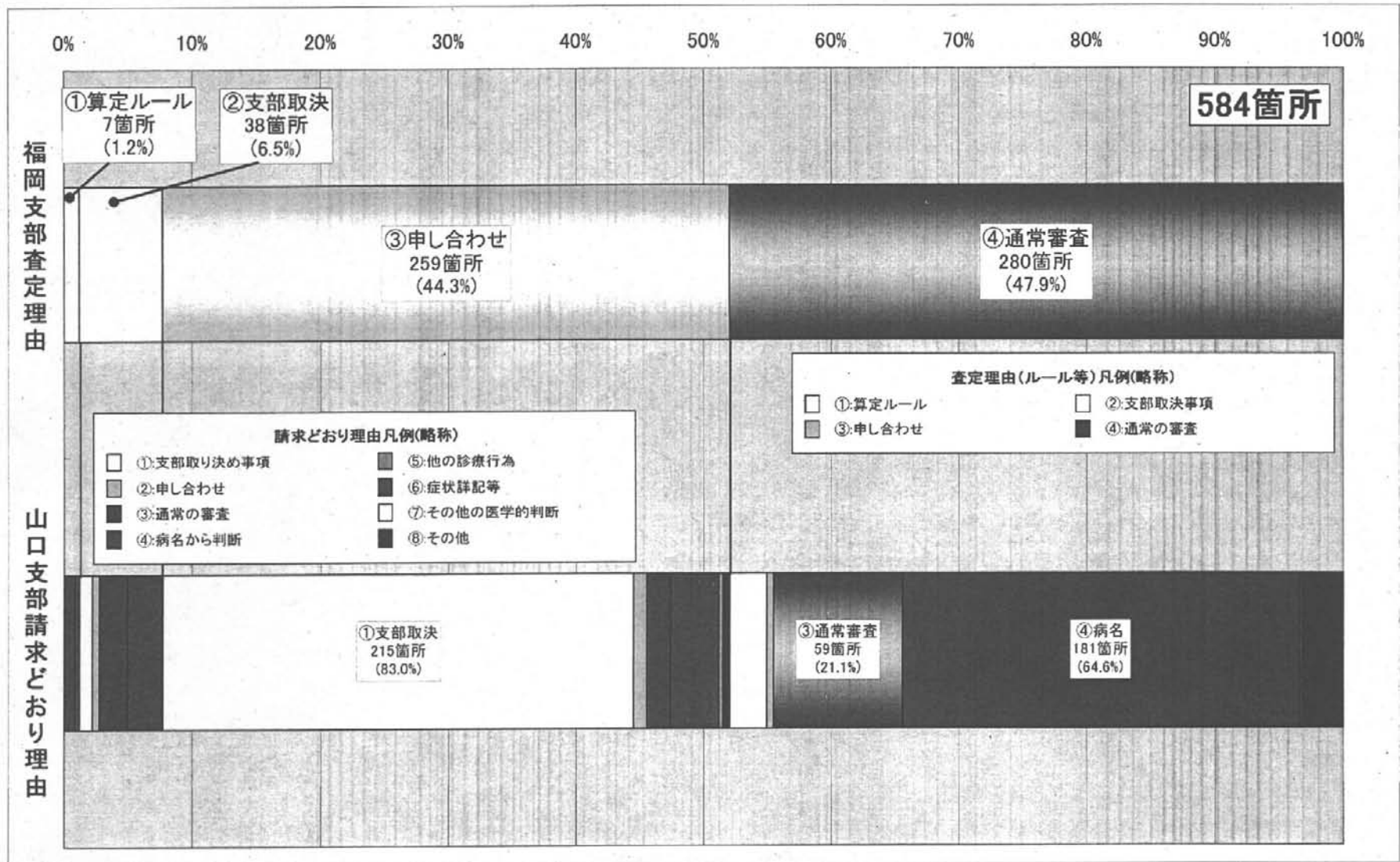
図4 【山口の医療機関のレセプト】

山口支部請求どおり理由



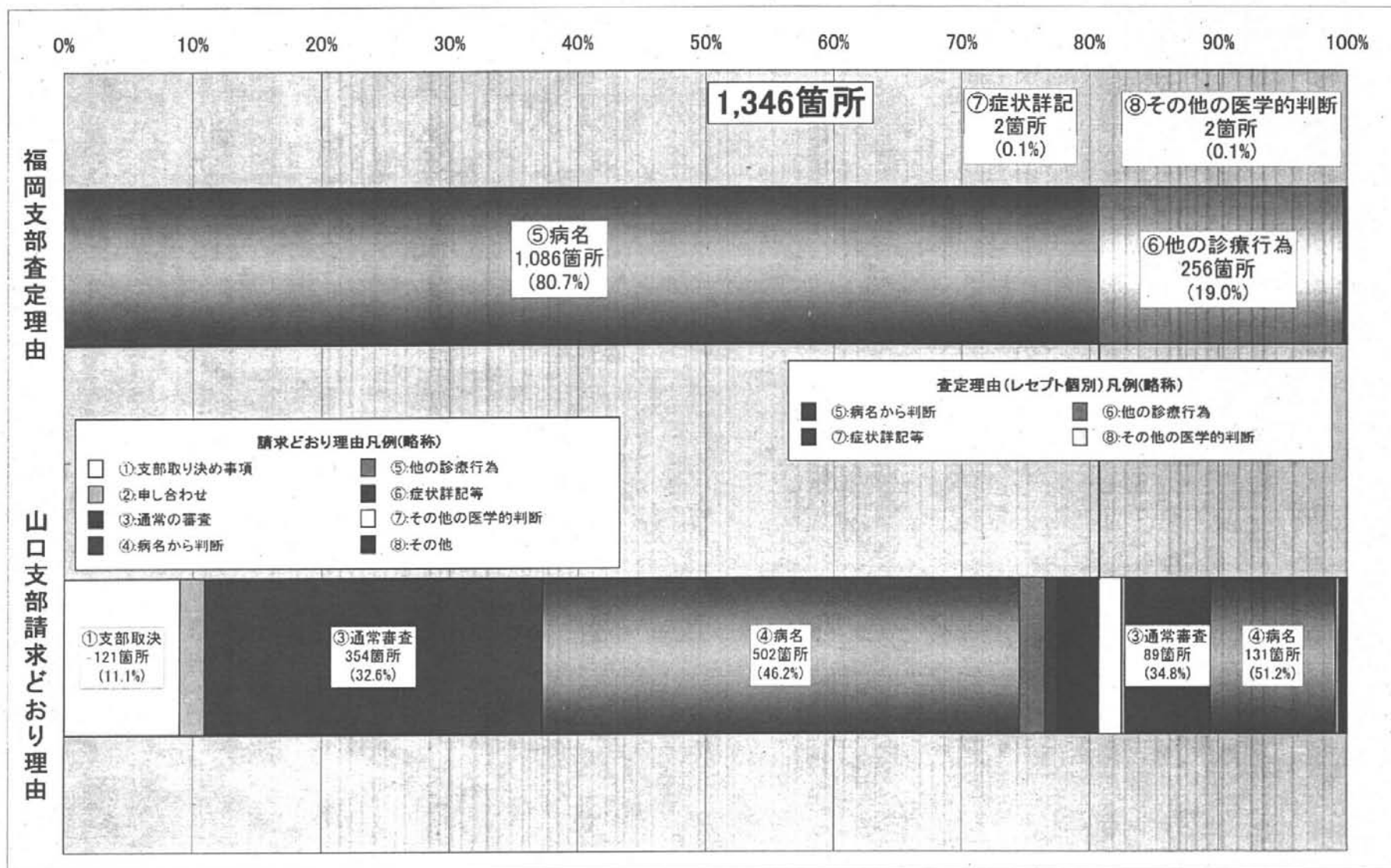
○ 福岡支部が「申し合わせ」を理由に査定した箇所について、山口支部は「支部取決事項」を理由に請求どおりとするなど、ルール等で両支部が逆の判断をしている。

図5 【山口の医療機関のレセプト】



○ 福岡支部が「病名から判断」し査定した箇所について、山口支部が「病名から判断」(レセプト個別)の他に「通常審査」・「支部取決」(ルール等)を理由に請求どおりとするなど、両支部が異なった判断をしている。

図7【山口の医療機関のレセプト】



審査委員会の機能強化のための新たな方策

「審査に関する支部間差異解消のための検討委員会」における検討など、これまでの方策に加え、次に掲げる新たな方策に取り組むことにより、審査の不合理な差異の解消を更に加速させる方針。

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

※ 「審査委員会の機能強化のための新たな方策」については、「支払基金サービス向上計画(案)」にも盛り込んでいるところ。

電子レセプトチェックの開始

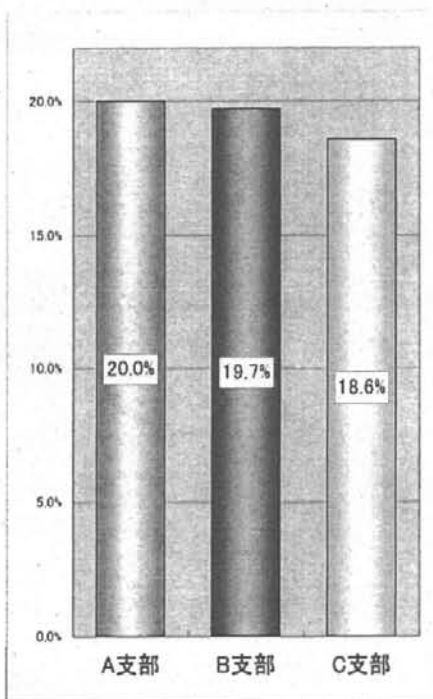
- 全国一律の条件で電子的なチェックを実施することにより、今回のようなレセプト交換調査を行うまでもなく、全国の支部の審査上の取扱いの差異が把握できる。
- 今後、これらのデータを分析評価することにより、不合理な支部間差異について解消を図る。

○ 電子レセプトについては、各支部における「チェック対象項目の出現率」、「コンピュータチェックを通じて疑義付せんが貼付された率」、「職員が点検して疑義とした率」、「審査委員が審査して査定した率」などの集約が容易である。

【医薬品チェックの例】

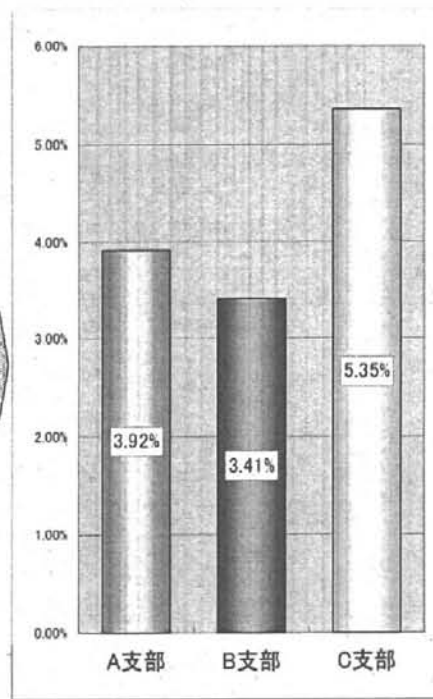
①チェック対象医薬品の出現率

$$= \frac{\text{チェック対象医薬品の箇所数}}{\text{全医薬品の箇所数}}$$



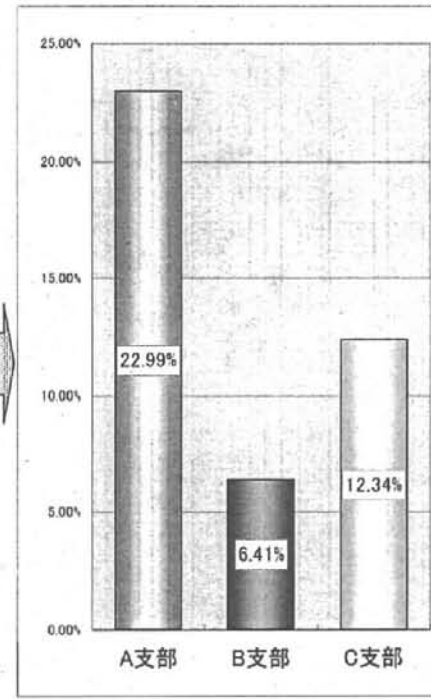
②疑義付せん貼付率

$$= \frac{\text{疑義付せん貼付箇所数}}{\text{チェック対象医薬品の箇所数}}$$



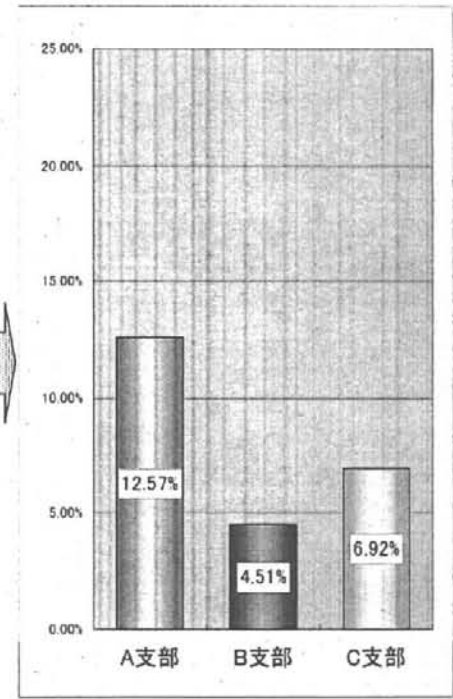
③職員が点検して疑義とした率

$$= \frac{\text{職員が点検して疑義とした箇所数}}{\text{疑義付せん貼付箇所数}}$$



④審査委員が審査して査定した率

$$= \frac{\text{審査委員が審査して査定した箇所数}}{\text{疑義付せん貼付箇所数}}$$



レセプト交換による支部間差異の追加調査結果について（概要）

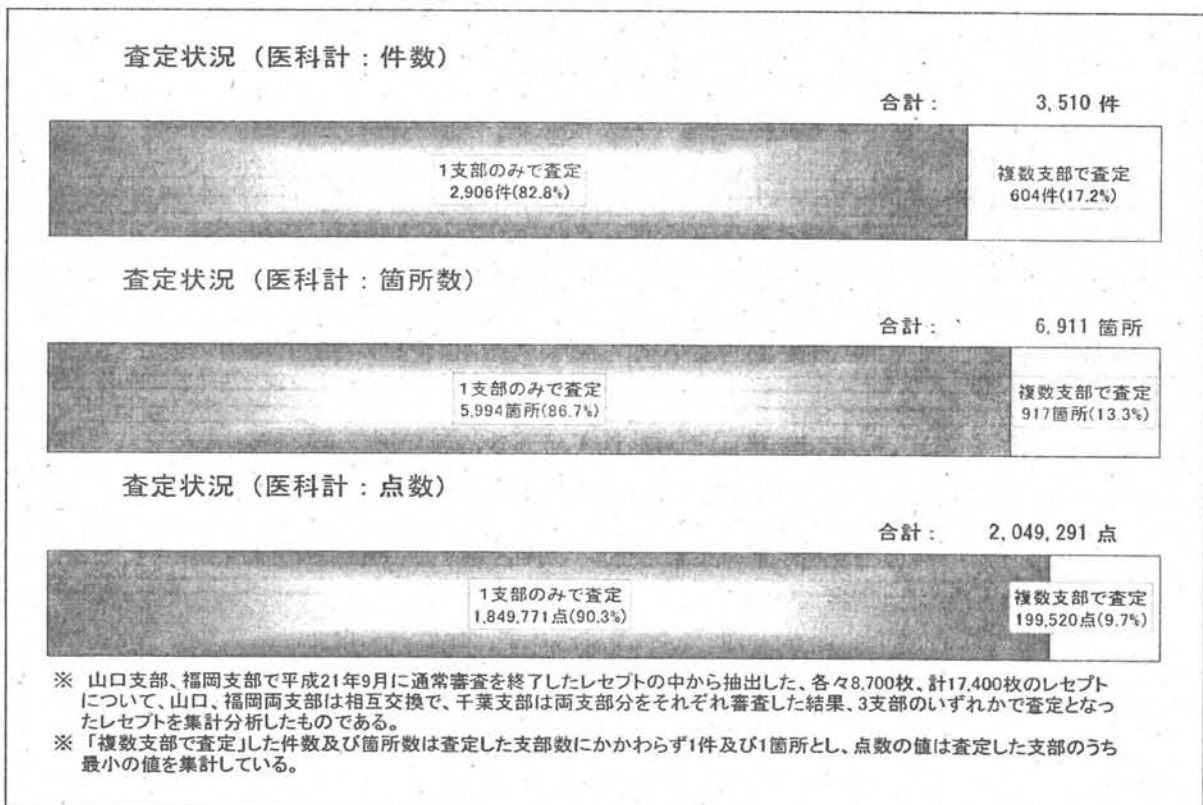
- 「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」報告書（平成 22 年 2 月）で報告された山口支部、福岡支部及び千葉支部の「レセプト交換による支部間差異の調査」について追加調査を行ったので、その結果を報告する。

I 調査結果について

1 全体的な査定の状況

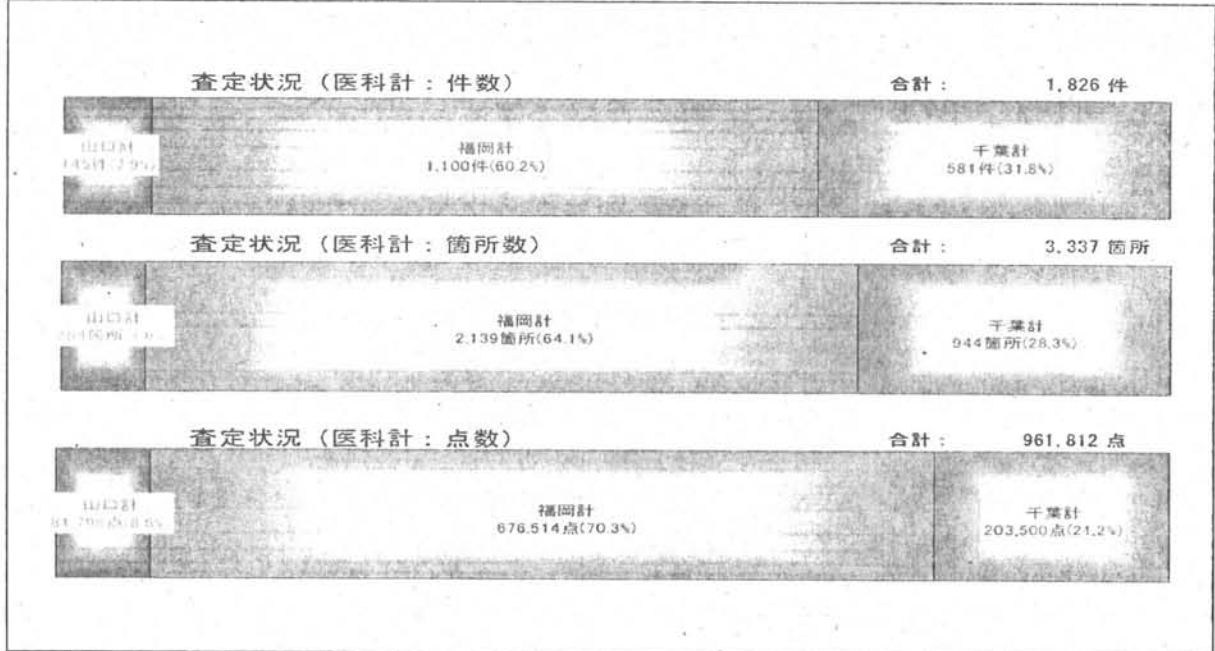
- 今回の追加調査は、昨秋実施した上記調査の結果を踏まえ、3 支部の判断の状況について分析を行ったものであるが、3 支部の判断は一致している箇所が少なく、相当異なっていることが判明した。
- ① 3 支部の審査委員会の査定箇所についてみると、全ての査定箇所の 6,911 箇所のうち 5,994 箇所 86.7%は 1 支部のみの査定であり、複数支部で査定した箇所は 917 箇所 13.3%であった。（図 1）

図 1 レセプト交換調査の分析（件数・箇所数・点数）



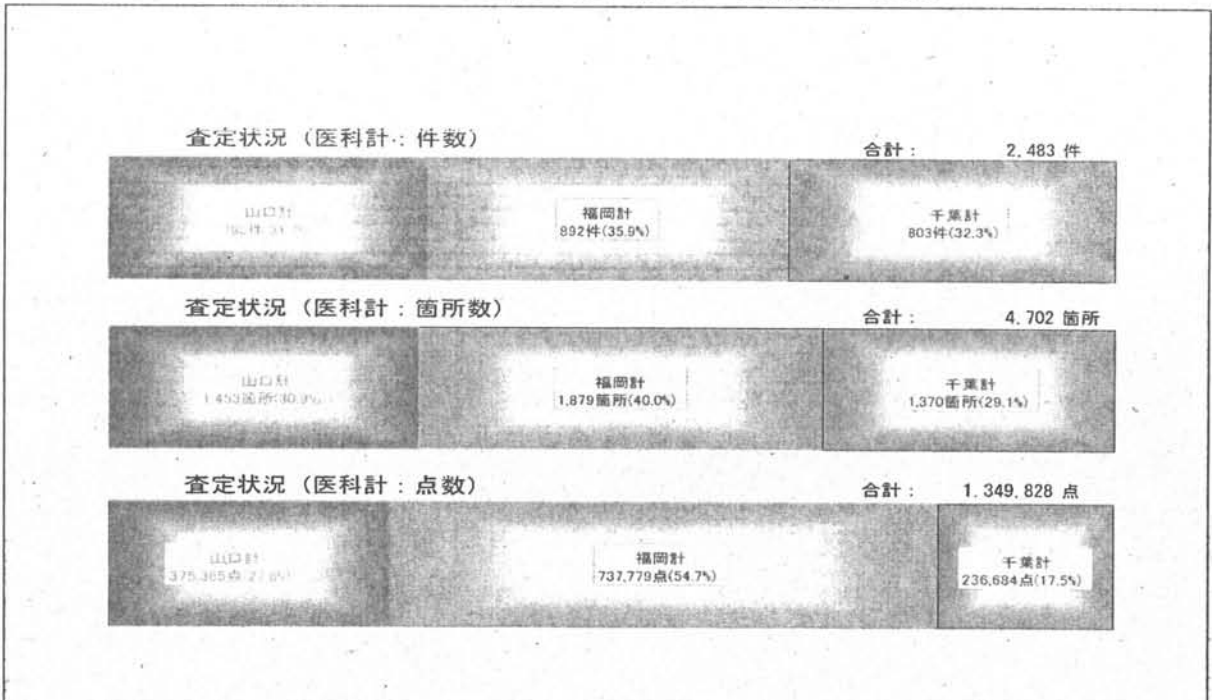
- ② 山口の医療機関のレセプトについて、福岡支部の査定件数・査定箇所数・査定点数のいずれも山口支部の査定の約8倍となっている。
(図2)

図2 山口の医療機関のレセプト査定状況 (件数・箇所数・点数)



- ③ これに対し、福岡の医療機関のレセプトについて、山口支部の査定は、福岡支部の査定との格差は比較的少なかった。
(福岡支部の査定は、山口支部の査定と比較すると件数1.1倍、箇所数1.3倍、点数2.0倍) (図3)

図3 福岡の医療機関のレセプト査定状況 (件数・箇所数・点数)



2 査定理由に着目した調査の結果

- 山口支部と福岡支部について査定とした理由に着目し、一方の支部で「査定」とした箇所について、他方の支部が「請求どおり」とした箇所について分析をした。
- 「査定」とした理由、「請求どおり」とした理由については、何らかの申し合わせ又は当該支部で通常そのように判断しているとする「ルール等」と、レセプトの請求内容を個別に判断する「レセプト個別」に大別した。(表1及び表2)
- 山口支部と福岡支部がそれぞれ「ルール等」、「レセプト個別」を判断根拠としながら、全く異なった審査結果としたものが相当の割合を占めている事実が判明した。

表1 査定理由について

査定理由	査定理由分類
1 算定ルールにより査定	ルール等 (判断の基準が明確なもの又は一定の判断が形成されているもの)
2 支部取り決め事項により査定	
3 「申し合わせ」により査定	
4 通常の審査で査定しているもの	
《当該レセプトについて個別に判断し査定》	レセプト個別 (多種多様なレセプトの請求内容を個別に判断するもの)
5 病名から判断	
6 他の診療行為から判断	
7 コメント、症状詳記から判断	
8 その他	
9 医療機関の請求傾向により査定	その他
10 その他	

表2 請求どおり理由について

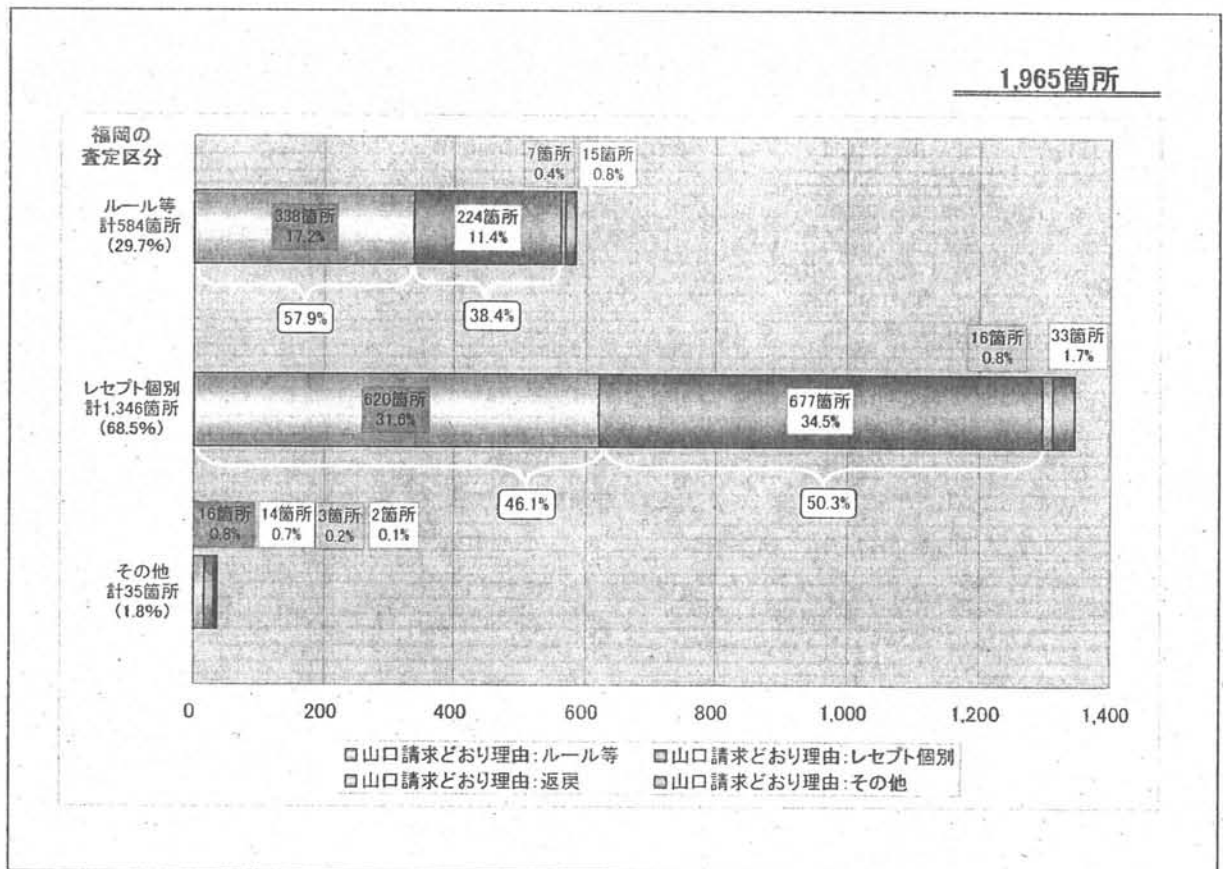
請求どおり理由	請求どおり理由分類
1 支部取り決め事項により「請求どおり」	ルール等 (判断の基準が明確なもの又は一定の判断が形成されているもの)
2 「申し合わせ」により「請求どおり」	
3 通常の審査で「請求どおり」としているもの	
《当該レセプトについて個別に判断》	
4 病名から判断	レセプト個別 (多種多様なレセプトの請求内容を個別に判断するもの)
5 他の診療行為から判断	
6 コメント、症状詳記から判断	
7 その他	
8 原審査は誤りで、再審査請求があれば査定	その他
9 その他	
10 返戻	返戻

i 「ルール等」による「査定」について調べたところ、支部間で整合性がとれていないものが多数存在した。

1 自支部では「請求どおり」とした山口の医療機関のレセプトについて、福岡支部が「ルール等」の区分により査定した 584 箇所について、山口支部では同じ「ルール等」の区分で 338 箇所 57.9%を「請求どおり」としており、両支部での審査結果は「ルール等」で大きく相違していることを示している。(図 4)

図 4 【山口の医療機関のレセプトで山口支部では「請求どおり」とされ、福岡支部のみで査定とされたものについて】

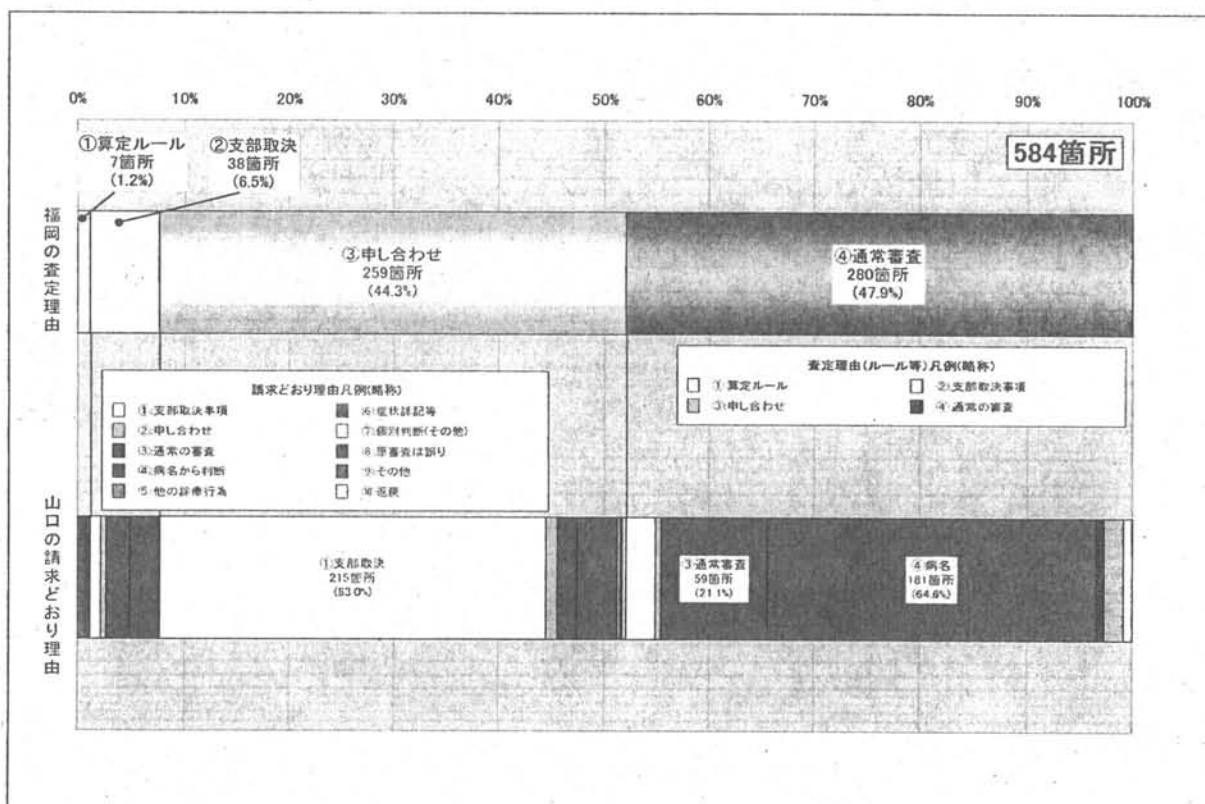
《福岡支部の査定に対する山口支部の「請求どおり」とした理由》



更に、詳細について相違を調べると、福岡支部が「申し合わせ」を理由として査定した 259 箇所について、山口支部では「支部取決事項」を理由として「請求どおり」としているものが 215 箇所、259 箇所に対し 83.0% で両支部の判断が逆となっていることが分かる。(図 5)

図5 【山口の医療機関レセプトで山口支部では「請求どおり」とされ、福岡支部のみで査定とされたものについて】

《福岡支部で「ルール等」で査定した理由別内訳と、それに対する山口支部の「請求どおり」とした理由》

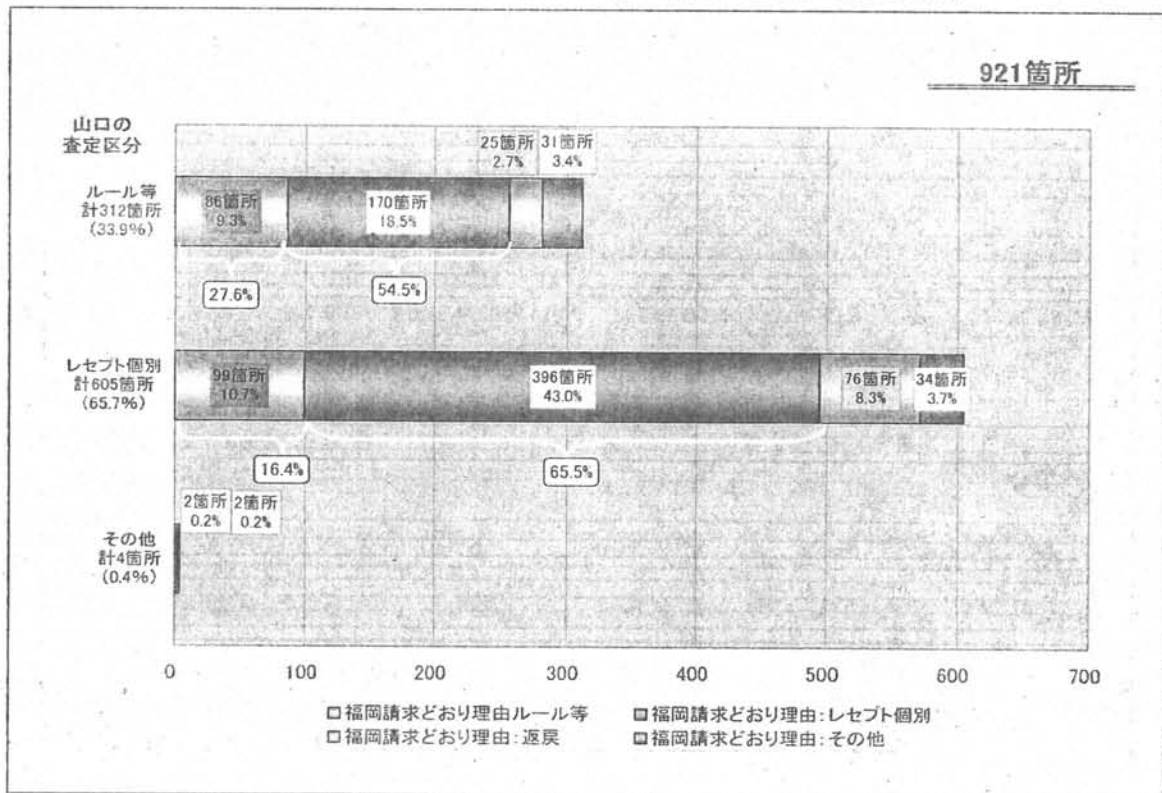


2 福岡支部が「通常の審査」で査定しているものが 280 箇所あるが、山口支部では「通常の審査」で 59 箇所 21.1% を「請求どおり」としているほか、181 箇所 64.6% について「病名から判断」を理由として「請求どおり」としており、やはり両支部の判断は分かれている結果となっている。(図 5)

3 自支部では「請求どおり」とした福岡の医療機関のレセプトについて、山口支部が「ルール等」の区分により査定した 312 箇所のうち、福岡支部では「レセプト個別」の区分で 170 箇所 54.5%を「請求どおり」としており、山口支部が何らかの形で「査定」と定めているものが、福岡支部では定めはないものの「請求どおり」と認められており、両支部の判断が異なっていることが分かる。(図6)

図6 【福岡の医療機関のレセプトで福岡支部では「請求どおり」とされ、山口支部のみで査定とされたものについて】

《山口支部の査定に対する福岡支部の「請求どおり」とした理由》



ii 「レセプト個別」の区分に属するものでは、福岡支部の査定に対し、山口支部は「ルール等」の区分の理由で「請求どおり」とする割合が高くなっている。

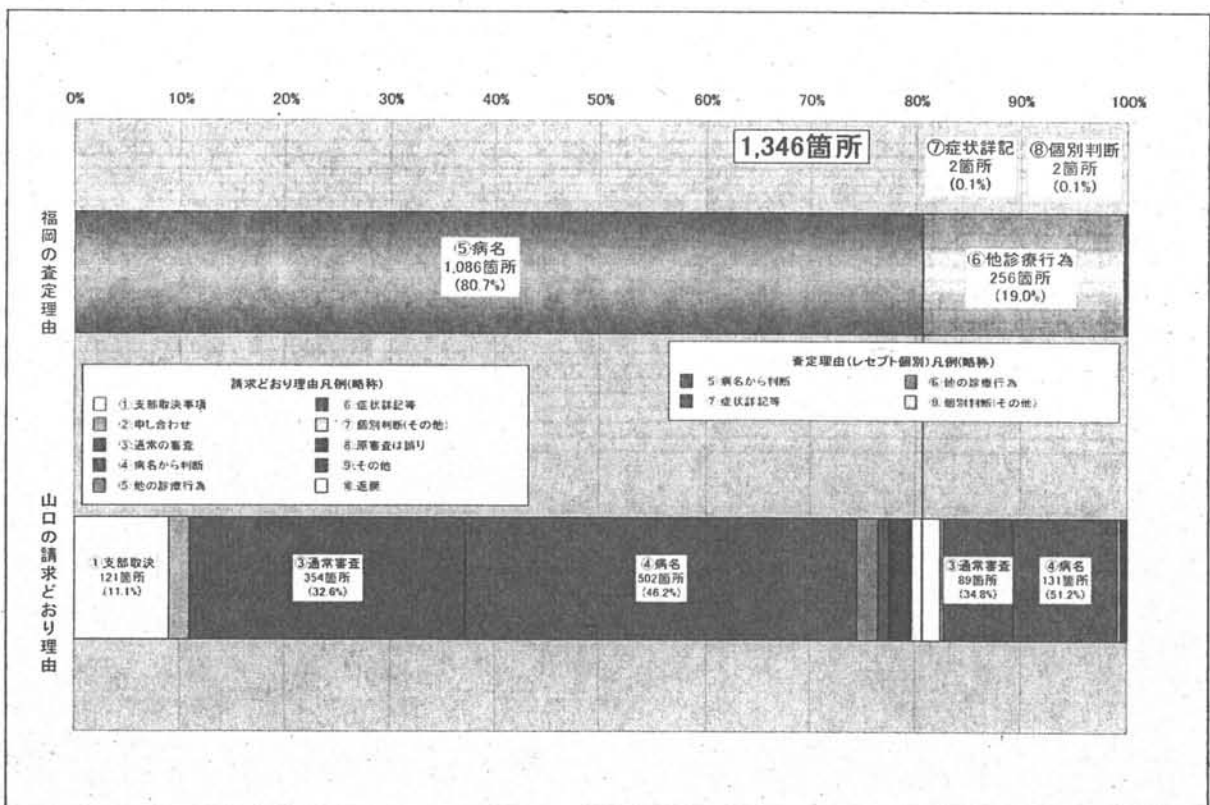
1 自支部では「請求どおり」とした山口の医療機関のレセプトについて、福岡支部が「レセプト個別」の区分により査定した1,346箇所について、山口支部では同じ「レセプト個別」の区分で677箇所50.3%を「請求どおり」とし、「ルール等」の区分で620箇所46.1%を「請求どおり」としており、両支部での判断は大きく異なっている。

(図4)

更に、詳細について相違を調べると、福岡支部が「病名から判断」を理由として査定した1,086箇所について、山口支部では「病名から判断」を理由として「請求どおり」としているものが502箇所、1,086箇所に対し46.2%で同じ「病名から判断」において両支部の判断が逆となっている。

また、1,086箇所に対し354箇所32.6%を「通常の審査」を理由として「請求どおり」としていた。(図7)

図7 【山口の医療機関のレセプトで山口支部では「請求どおり」とされ、福岡支部のみで査定とされたものについて】
《福岡支部で「レセプト個別判断」で査定した理由別内訳と、山口支部の「請求どおり」とした理由》



2 自支部では「請求どおり」とした福岡の医療機関のレセプトについて、山口支部が「レセプト個別」の区分により査定した 605 箇所のうち、福岡支部では「レセプト個別」の区分で 396 箇所 65.5%を「請求どおり」とし、また「ルール等」の区分で 99 箇所 16.4%を「請求どおり」としており、両支部での判断が異なっている。(図 6)

Ⅱ 支部間差異の発生要因

- このように、両支部における「支部取決事項」や「申し合わせ」という明示されたルールにおいても、また「通常の審査」という審査委員会において形成されてきた審査基準においても、更に「病名により判断」という医学的判断においても、大きく隔たりがあった。
- これまで、支部間差異の対応策としては、平成7年から「審査に関する支部間差異解消のための検討委員会」を開催し、452事例について検討・協議を行ってきたところであるが、支部間差異の問題についての対応としては不十分であったことは否めない事実である。
- 支部間差異が発生する要因として、平成21年5月から平成22年2月の間に開催された「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」の報告書では、
 - ① 審査委員会相互で、情報交換や協議を行う機会の不足
 - ② 医学的判断、裁量の余地等幅のある解釈に関して、支部独自に定めた「支部取決事項」の存在
 - ③ 保険診療ルールに関し、公定解釈が得られるまでの間に発生する支部の独自判断による差異
 - ④ 本部と支部、支部審査委員会間の連絡調整を恒常的に行うことのできる審査委員の不足が指摘されているが、今回の調査では支部間の差異は深刻な状態にあることがあらためて確認された。

Ⅲ 支部間差異解消に向けて

1 「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」報告書での指摘

○ 「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」の報告書で、支部間差異の解消に向けて以下とおりの指摘されている。

- ① 新たな支部間差異を発生させないこと
- ② 従来からある支部間差異についてはできるだけ優先順位を定めて解消を図ること
- ③ 支部間差異の問題は保険者から提起されることが多いことから、保険者から指摘された事項について検討し、対応する体制を整備すること
- ④ 支部間差異の解消は、スピード感を持って取り組むこと

2 審査委員会の機能強化策

○ また、同報告書では審査委員会が取り組むべき方策が提言されており、これを踏まえ平成22年6月に審査委員会の機能の強化を図るため、以下の方策を打ち出し、その充実、徹底に努めている。

① 「審査に関する苦情等相談窓口」の設置

主として保険者から提起されている支部間差異の問題に対し、これまでは保険者からの指摘を受け止める仕組みがなかったことから、本部において保険者からの苦情を受け付ける窓口を設置した。

受け付けた苦情については、原則として1月以内に処理し、その情報は当該保険者に回答するとともに、全支部に周知し徹底する。また、苦情を早期に処理するため、次に述べる「専門分野別ワーキンググループ」を活用する。

② 「専門分野別ワーキンググループ」の編成

疑義解釈に疑問が生じた場合、厚生労働省の回答が出るまでの間本部において暫定的な見解を示すとともに、学会の診療ガイドラインと保険診療ルールの不整合の場合に対応するため、本部において案件ごとに専門分野に精通した審査委員又は外部の専門医から成るワーキンググループを編成する。

この「専門分野別ワーキンググループ」が審査委員会からの疑義照会等については暫定的な医学的見解を全支部に提供し、また学会のガイドラインと保険診療ルールとが不整合である事例については取扱案を作成し、厚生労働省に提供することとする。

③ 「審査委員長等ブロック別会議」の開催

全国の審査委員会が情報を共有し、支部間で相談・協議を行う審

査委員会間のネットワーク化を推進し、従来年2回開催してきた基金審査委員長会議に加え、全国6ブロックで「審査委員長等ブロック別会議」を開催し、審査委員会間の情報交換及び情報の共有を促進する。

「審査委員長等ブロック別会議」で、次に述べる審査委員会間の審査協力についても円滑に対応できるよう協議する。

④「審査委員会間の審査協力」

規模の小さい支部の審査委員会においては、専門科の審査委員の確保に困難なところもあり、相談・協議ができないこと等から判断に困るケースなど、専門的な領域の審査に関し、審査委員が支部を超えて相談協議する審査委員会間の審査協力を促進する。

具体的には、審査委員会間で審査照会（コンサルティング）ができる体制を整備し、審査委員会相互で恒常的に審査の支援が行えるようにする。

⑤「医療顧問」の設置

以上①～④に掲げた機能強化策を実施していくためには、審査委員会の内部の調整、審査委員会と職員との連携、他審査委員会及び本部との連絡調整機能を強化する必要がある。

支部において、この職務に従事するため「医療顧問」を配置する。

3 医薬品についての電子レセプトチェックの開始

- 「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」の報告書が取りまとめられて以降、電子レセプトについてコンピュータによる「傷病名と医薬品の関連チェック」を開始し、7月には1,954品目の医薬品について適応、投与量、投与日数に関し一定の基準を設定し、全レセプトについて電子的チェックを実施している。今後、その他の診療行為についても、順次このような電子的チェックを拡大することとしている。

このように、全国一律の条件で電子的なチェックを実施することにより、これらの項目については今回のようなレセプト交換調査を行うまでもなく、全国の支部の審査上の取扱いの差異が把握できるので、今後これらのデータを分析評価することにより、不合理な支部間差異についてはその解消を図るものとする。

4 まとめ

- 今回のレセプト交換による調査は、初めての試みであったことから、調査及び分析の方法については十分なものであるとは言い難いが、支部間差異の実態についてはこれまでになかった貴重なデータであるので、今後の支部間差異解消のために活用して参りたい。

- 今後、全国組織として全支部が一体となり、支部間差異解消に向けての取り組みを更に推進させ審査の充実を図るとともに、不合理な差異を解消し関係者をはじめとする国民からの信頼が得られるよう、支払基金の審査の適正性を確保していきたい。

レセプト交換による支部間差異の
追加調査結果について

平成22年9月

社会保険診療報酬支払基金

はじめに

- 「レセプト交換による支部間差異の調査結果」については、平成 22 年 2 月に行われた「今後の審査委員会に関するあり方検討会」で報告され、その内容については報告書に補論として記載され、一般に公表した。
- 同検討会では、3 支部の審査結果が異なる原因について明らかにするためには、更なる分析が必要であり、今後、個々のレセプトの査定箇所注目し、査定の一致状況、査定の事由及び査定内容等の相違等について分析することが求められた。

I 今回調査の内容

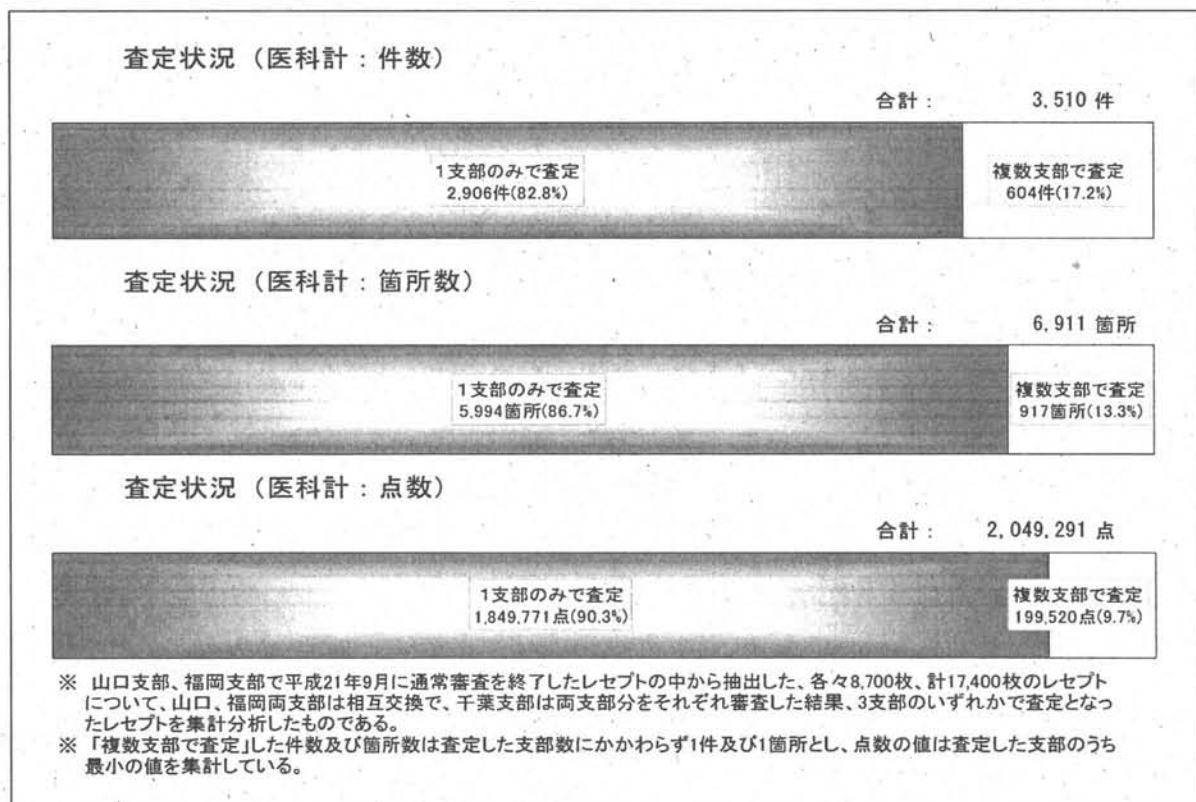
- 3 支部の審査結果が異なる原因を明らかにするために、
 - ① 査定された箇所数について診療科別、査定事由別、診療項目別に分析を行った。
 - ② さらに個々のレセプトの分析を進めるため、支部審査委員会が同一事例に対し「査定」した理由、「請求どおり」とした理由についてそれぞれ確認し、審査結果の相違について検証を行った。

Ⅱ 調査結果

1 全体的な査定の状況

- 3支部の審査委員会で査定したレセプト（件数）、査定した箇所（箇所数）及び査定した点数の全体について、1支部のみで査定したものと、複数支部で査定したものについて調べてみると、「1支部のみで査定」が件数では82.8%、箇所数では86.7%、点数では90.3%であり、1支部のみで査定したものが多い。（図1）

図1 レセプト交換調査の分析（件数・箇所数・点数）

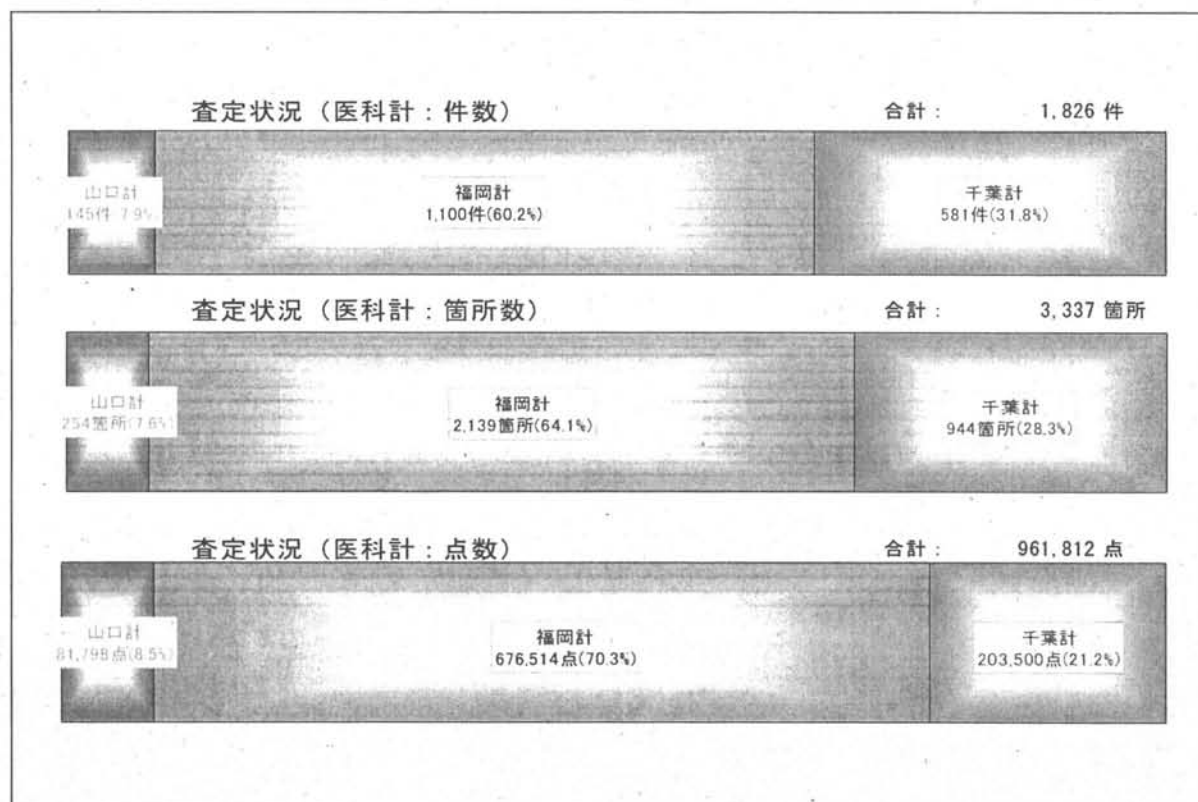


2 山口の医療機関のレセプト査定状況

○ 山口の医療機関のレセプトについての査定全体に占める割合は、福岡支部が件数で60.2%、箇所数で64.1%、点数で70.3%であり、山口支部は件数で7.9%、箇所数で7.6%、点数で8.5%と、福岡支部は山口支部の約8倍という状況になっている。

千葉支部は、件数で31.8%、箇所数で28.3%、点数で21.2%と福岡支部、山口支部の中間的な状況となっている。(図2)

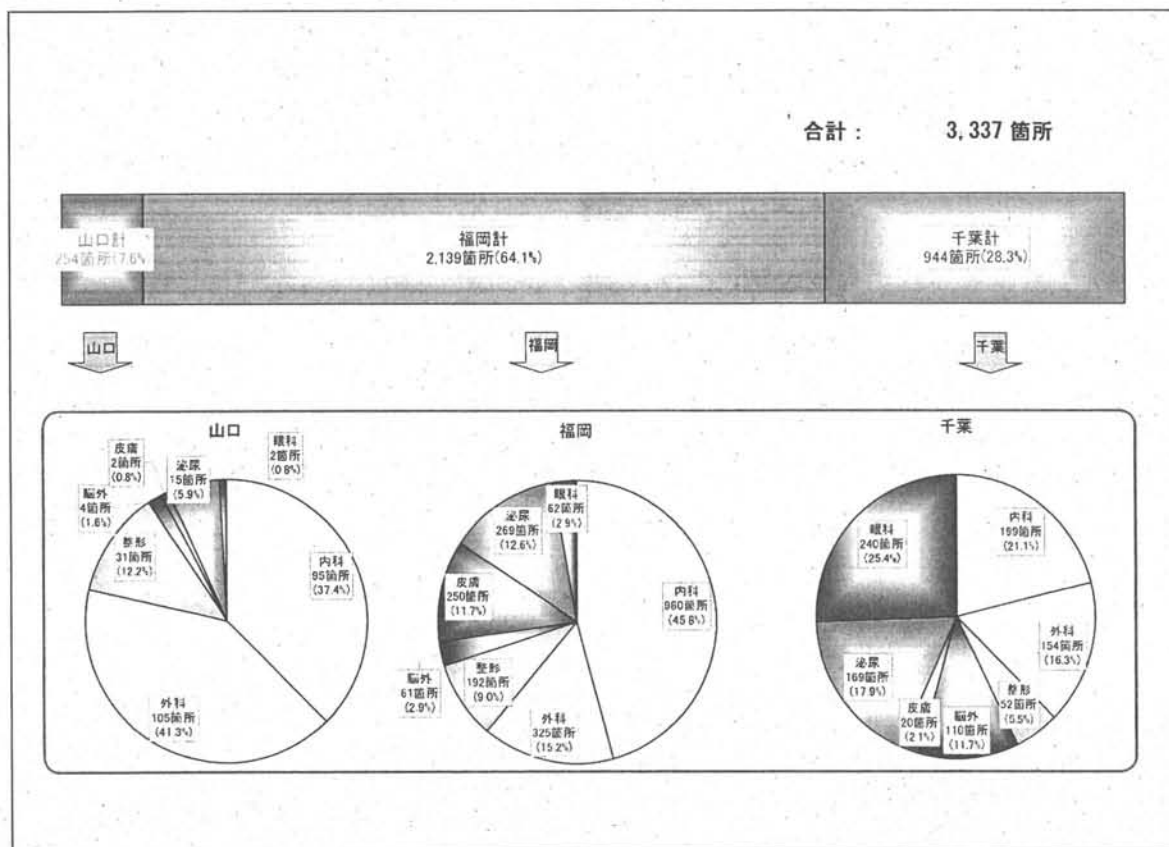
図2 山口の医療機関のレセプト査定状況(件数・箇所数・点数)



(診療科別の状況)

- 査定箇所数の状況を診療科別の割合で比較すると、母数の診療科別のレセプト件数に違いがあることに留意する必要があるが、福岡支部による査定は「内科」の割合が45.8%を占め、「外科」15.2%、「泌尿器科」12.6%、「皮膚科」11.7%と、「内科」以外はほぼ均等の割合となっている。
- 一方、山口支部による査定は福岡支部と比べ「外科」の割合が41.3%と高く、次に「内科」37.4%、逆に「泌尿器科」の割合が5.9%、「皮膚科」0.8%と低い状況となっている。(図3-1)

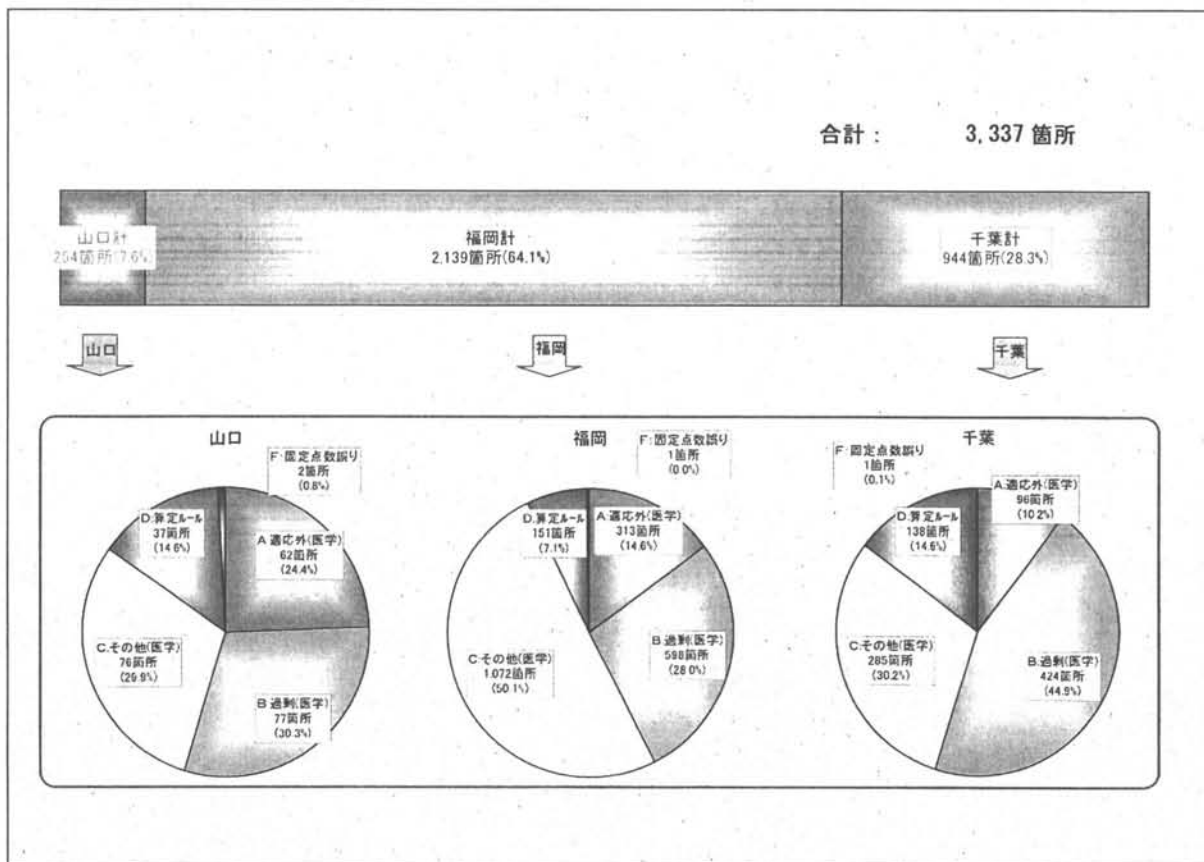
図3-1 山口の医療機関のレセプト査定状況(診療科別・箇所数)



(査定事由別の状況)

- 査定箇所数の状況を査定事由別の割合で比較すると、山口支部による査定は、「A 適応外」24.4%、「B 過剰」30.3%、「C その他(医学的判断)」29.9%と、査定事由A、B、C区分で全体の84.6%を占め、それぞれの区分がほぼ均等となっている。
- 一方、福岡支部では、「C その他(医学的判断)」の割合が50.1%と査定全体の約半数を占め、次いで「B 過剰」28.0%、「A 適応外」14.6%で、査定事由A、B、C区分で全体の92.7%を占めている。(図3-2)

図3-2 山口の医療機関のレセプト査定状況(査定事由別・箇所数)

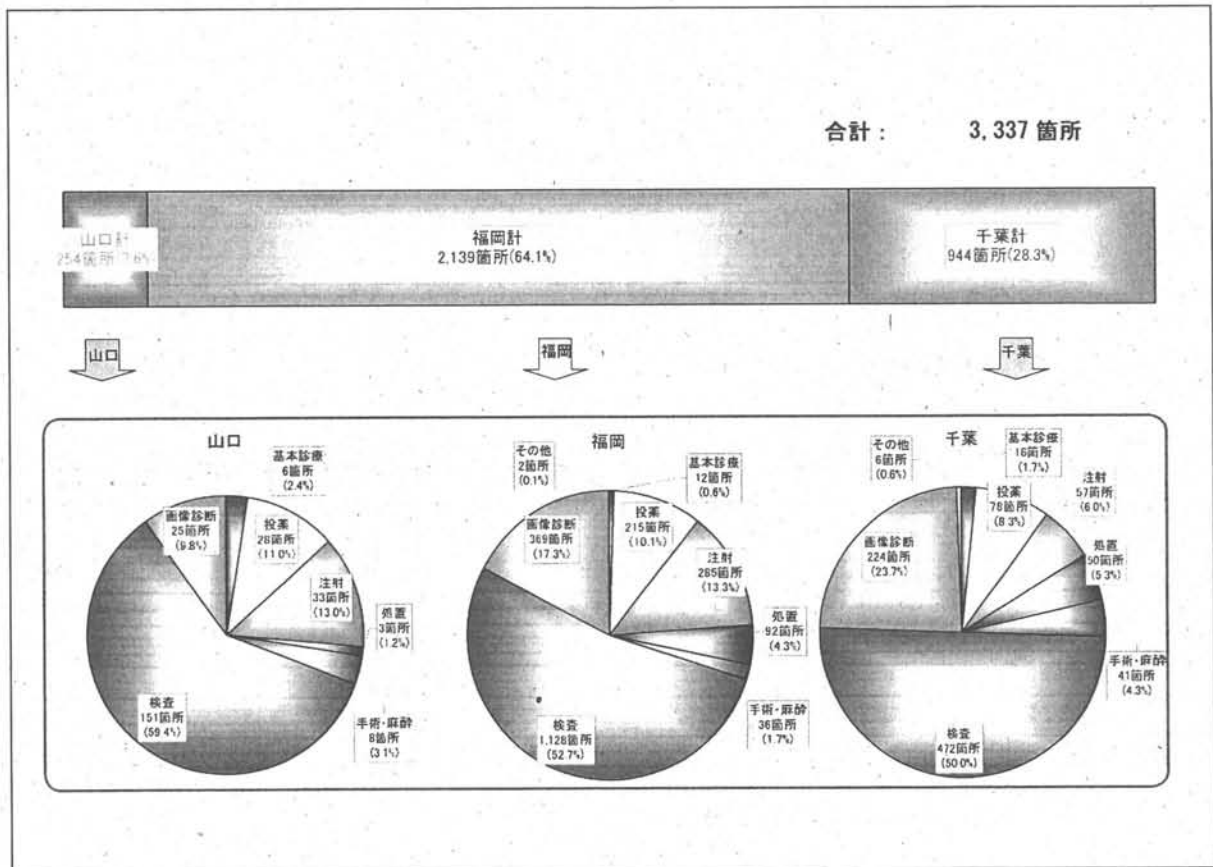


(診療項目別の状況)

○ 査定箇所数の状況を診療項目別の割合で比較すると、山口、福岡支部ともに項目別ではほぼ同様の割合で査定しているが、「画像診断」の割合は、福岡支部の17.3%に対し、山口支部は9.8%と低い状況となっている。

その他の診療行為については、ほぼ同様の割合で査定している。(図3-3)

図3-3 山口の医療機関のレセプト査定状況(診療項目別・箇所数)



3 福岡の医療機関のレセプト査定状況

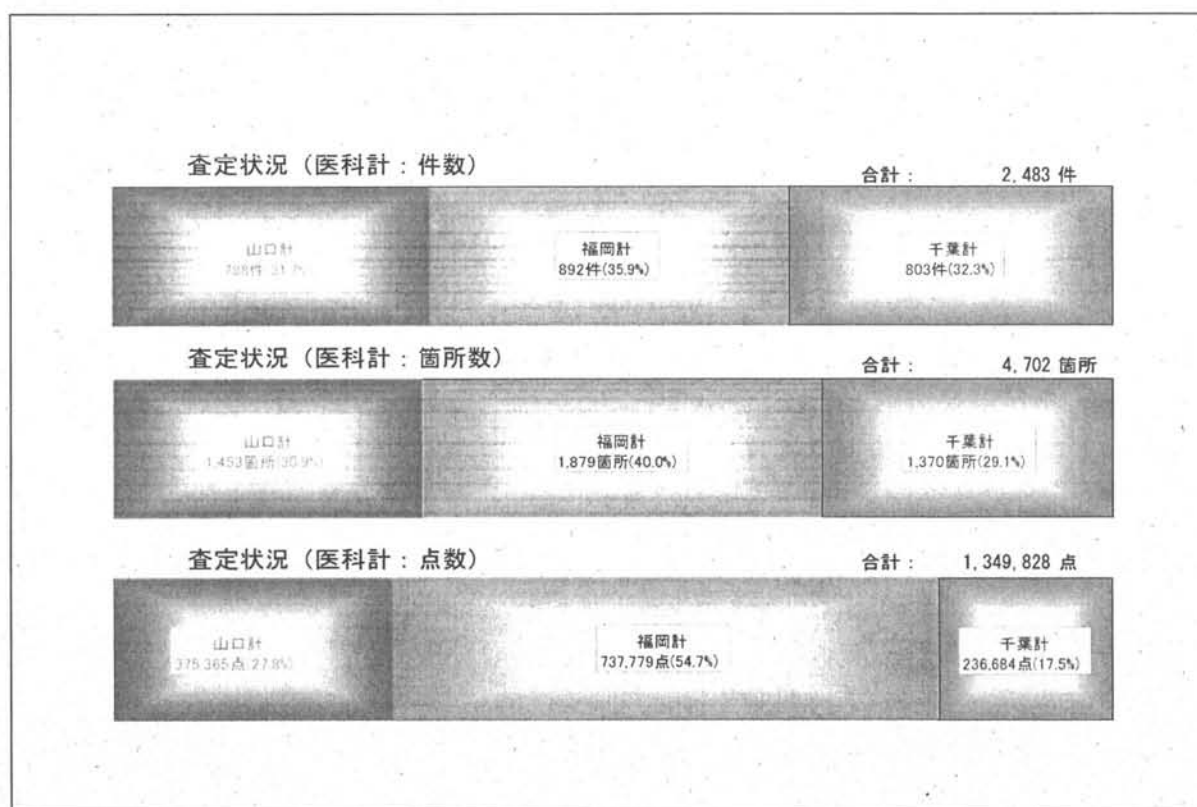
○ 福岡の医療機関のレセプトについての査定全体に占める割合は、査定件数で福岡支部 35.9%、山口支部 31.7%とそれほど差のない状況となっている。

査定箇所数では福岡支部 40.0%、山口支部 30.9%とこちらもあまり大きな差となっていない。

一方、査定点数は福岡支部 54.7%、山口支部 27.8%で、約2倍の差となっている。

なお、千葉支部はそれぞれ約2割～3割を占める状況となっている。(図4)

図4 福岡の医療機関のレセプト査定状況(件数・箇所数・点数)

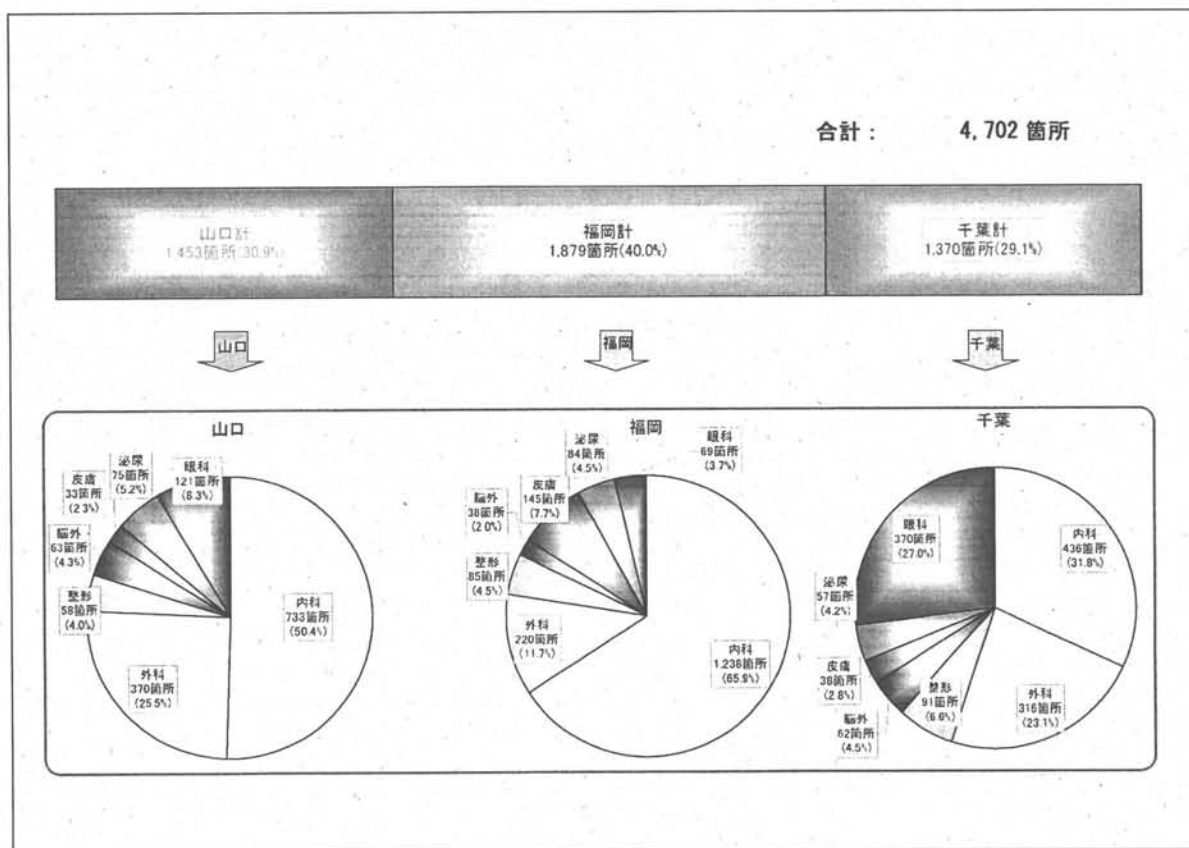


(診療科別の状況)

○ 査定箇所数の状況を診療科別の割合で比較すると、福岡支部による査定は「内科」の割合が 65.9%と高く、他の診療科では、「外科」を除くとそれほどの差はみられない。

山口支部による査定は、福岡支部と同様「内科」の査定割合が高く 50.4%であるが、「外科」が福岡支部の 11.7%と比べ 25.5%と高い。(図 5-1)

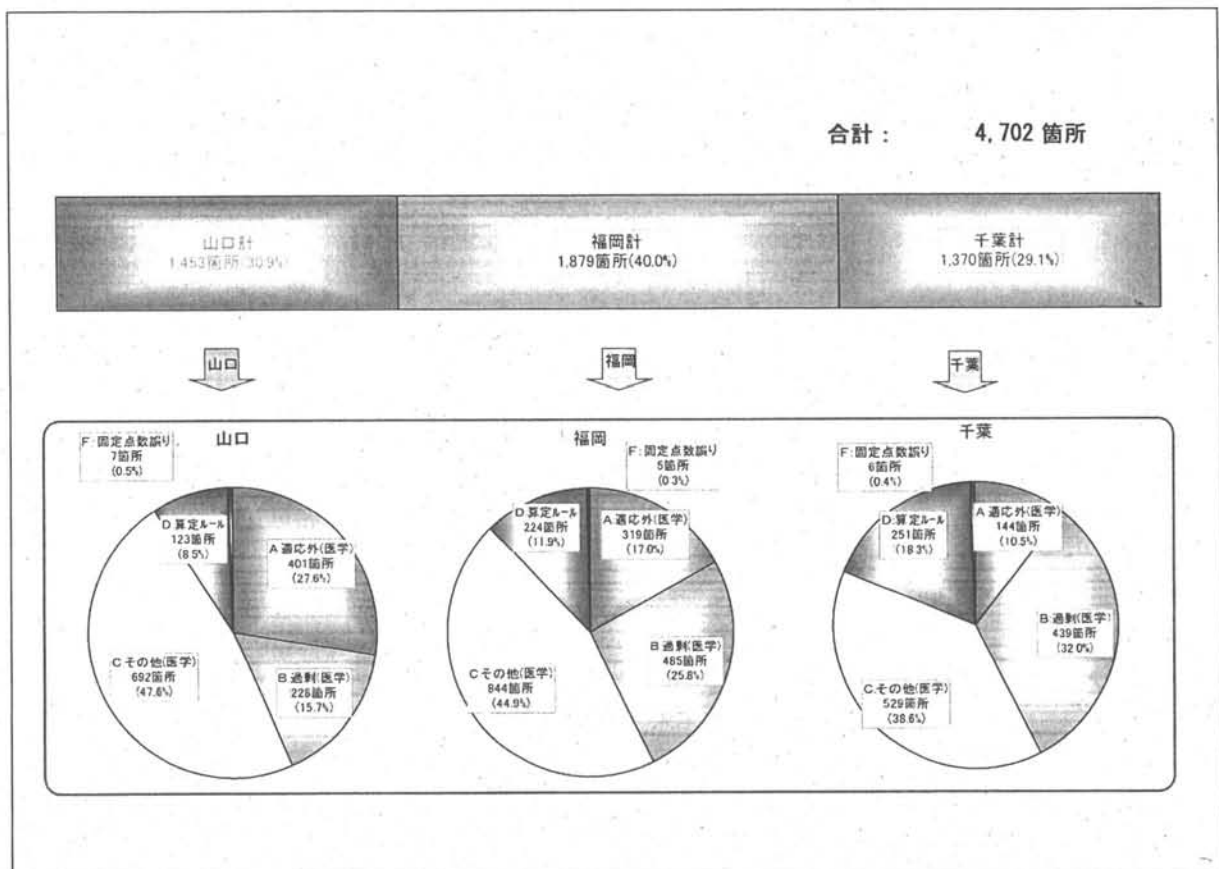
図 5-1 福岡の医療機関のレセプト査定状況(診療科別・箇所数)



(査定事由別の状況)

- 査定箇所数の状況を査定事由別の割合で比較すると、「C その他(医学的判断)」の割合が福岡支部 44.9%、山口支部 47.6%と高くなっている。
 両支部とも、査定事由A、B、C区分で全体の約90%を占めている。(図5-2)

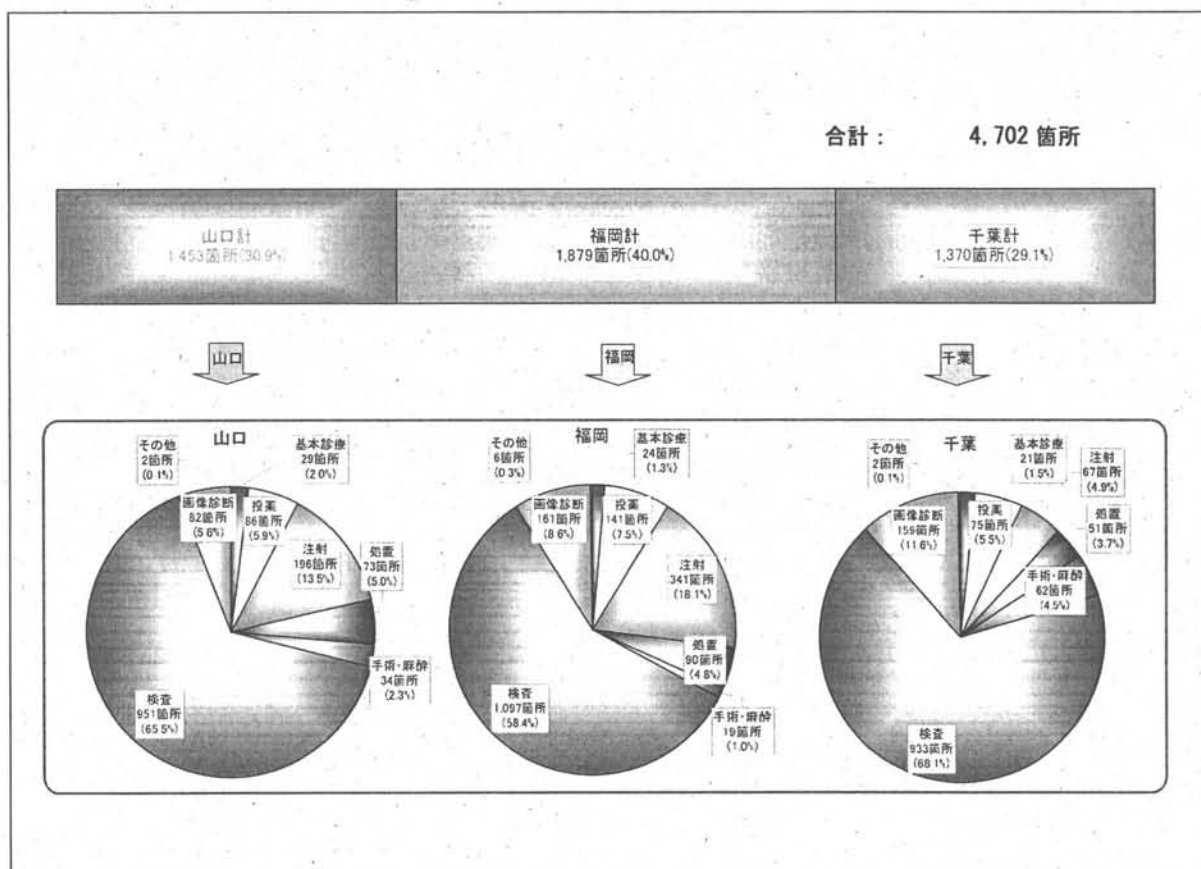
図5-2 福岡の医療機関のレセプト査定状況(査定事由別・箇所数)



(診療項目別の状況)

- 査定箇所数の状況を診療項目別の割合で比較すると、山口の医療機関のレセプトの場合と同様に「検査」の割合が、福岡支部 58.4%、山口支部 65.5%と両支部とも高く、その他の診療項目はほぼ同様の状況となっている。
(図5-3)

図5-3 福岡の医療機関のレセプト査定状況(診療項目別・箇所数)



4 査定理由と請求どおり理由の比較

- 支部間差異とは、同一事例について、支部間で審査委員会の判断が異なることであることから、山口支部、福岡支部のどちらかが査定した理由と、他方の支部が査定せず「請求どおり」とした理由について比較を行った。

(1) 査定理由別、請求どおり理由別の再調査

- 今回の調査を分析するにあたり、更に詳細な情報が必要であったことから、3支部に「査定」した理由と「請求どおり」とした理由を、別添資料のとおり10種類の理由に分け再調査を行った。
- 以下の調査結果の取りまとめに当たっては、「査定」した理由を「ルール等」、「レセプト個別」、「その他」の3区分に大別した。

・「ルール等」

保険診療ルールに適合しないもの、支部内で審査の統一事項として明文化又は口頭で申し合わせたもの及び申し合わせはないが、通常そのように判断しているもの

- ① 「算定ルール」
- ② 「支部取決事項」
- ③ 「申し合わせ」
- ④ 「通常の審査」

・「レセプト個別」

レセプトの請求内容を個別に判断するもの

- ⑤ 「病名」
- ⑥ 「他の診療行為」
- ⑦ 「症状詳記等」
- ⑧ 「個別判断（その他）」

・「その他」

- ⑨ 「医療機関傾向」
- ⑩ 「その他」

○ また、「請求どおり」とした理由についても「算定ルール」を除き査定した理由と同様に4区分に大別した。

・「ルール等」

- ① 「支部取決事項」
- ② 「申し合わせ」
- ③ 「通常の審査」

・「レセプト個別」

- ④ 「病名」
- ⑤ 「他の診療行為」
- ⑥ 「症状詳記等」
- ⑦ 「個別判断（その他）」

・「その他」

- ⑧ 「原審査は誤り」
- ⑨ 「その他」

・「返戻」

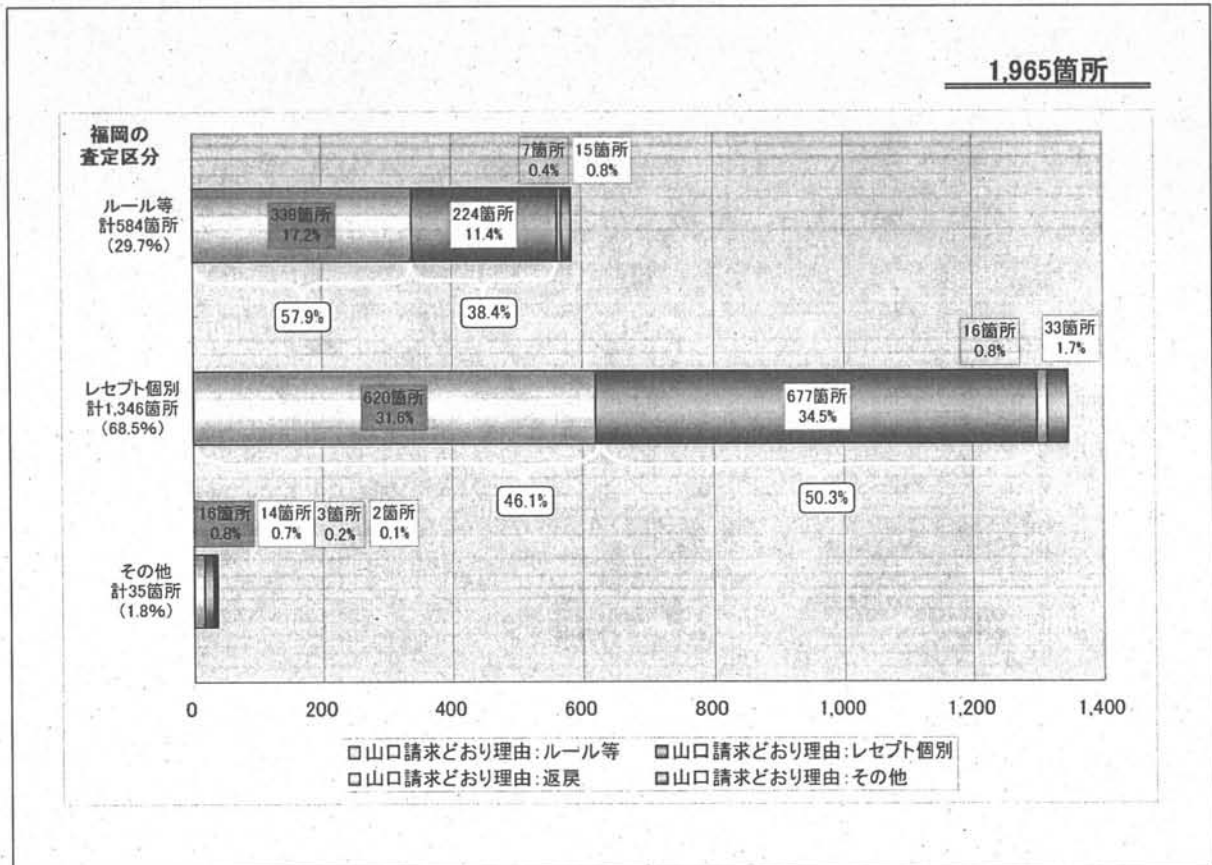
- ⑩ 「返戻」

(2) 山口の医療機関のレセプトに対する福岡支部の「査定理由」と山口支部の「請求どおり理由」の比較

(全体の状況)

- 山口の医療機関のレセプトで福岡支部のみが査定した1,965箇所について、山口支部が「請求どおり」とした理由の状況を上記の区分に従って、福岡支部の査定した理由からみてみた。
- 福岡支部の査定箇所数の内訳では、「ルール等」の区分が584箇所で29.7%、「レセプト個別」の区分が1,346箇所で68.5%となっている。
- 「ルール等」の区分で福岡支部が査定した584箇所に対して山口支部が「請求どおり」とした理由では、「ルール等」の区分が338箇所、「ルール等」の区分全体の57.9%を占め、「レセプト個別」の区分は224箇所、「ルール等」の区分全体の38.4%となっている。
- 「レセプト個別」の区分で福岡支部が査定した1,346箇所に対して山口支部が「請求どおり」とした理由では、「レセプト個別」の区分が677箇所、「レセプト個別」の区分全体の50.3%を占め、「ルール等」の区分は620箇所、「レセプト個別」の区分全体の46.1%となっている。(図6)

図6 【山口の医療機関のレセプトで山口支部では「請求どおり」とされ、福岡支部のみで査定とされたものについて】
 《福岡支部の査定に対する山口支部の「請求どおり」とした理由》



(個別の査定理由と請求どおり理由の対応状況)

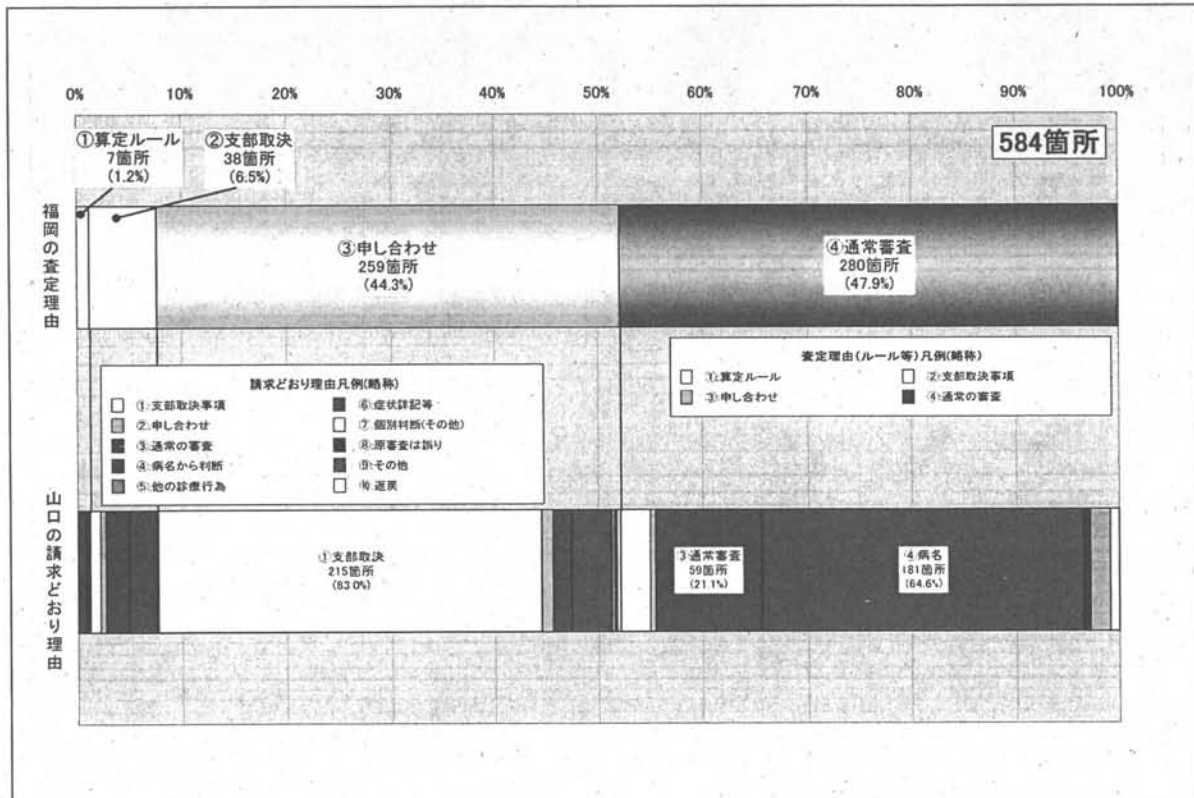
- 更に、福岡支部の査定した理由と山口支部の「請求どおり」とした理由について、「ルール等」の区分と「レセプト個別」の区分とに分けて比較してみた。

① ルール等の区分の対応状況

- 山口の医療機関のレセプトを福岡支部が「ルール等」の区分で査定した 584 箇所に対して、山口支部が「請求どおり」とした理由の状況を見てみた。
- 福岡支部の査定は、「通常の審査」の理由による査定割合が 47.9%、「申し合わせ」の理由による査定割合が 44.3%と、この二つで「ルール等」の区分の 9 割以上を占めている。
- 福岡支部が「申し合わせ」の理由により査定した 259 箇所に対して、山口支部が「支部取決事項」の理由で「請求どおり」としたものが 215 箇所、「申し合わせ」の理由による査定箇所全体の 83.0%となっている。
- 福岡支部が「通常の審査」の理由により査定した 280 箇所に対して、山口支部が「病名から判断」の理由で「請求どおり」としたものが 181 箇所、「通常の審査」の理由による査定箇所全体の 64.6%であった。(図 7 - 1)

図7-1 【山口の医療機関レセプトで山口支部では「請求どおり」とされ、
福岡支部のみで査定とされたものについて】

《福岡支部で「ルール等」で査定した理由別内訳とそれに対する山口支部の「請求どおり」とした理由》

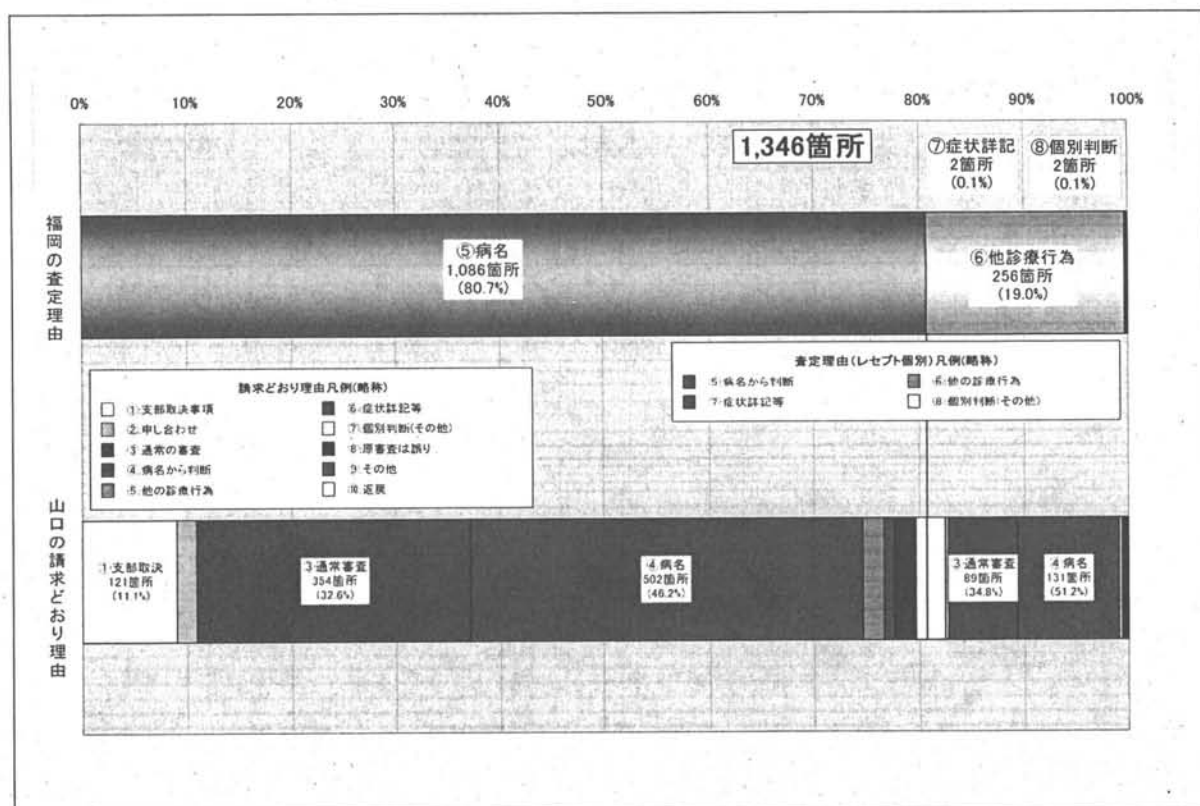


② レセプトの個別判断の区分の対応状況

- 次に、福岡支部が「レセプト個別」の区分で査定した1,346箇所に対して、山口支部が「請求どおり」とした理由の状況を見てみた。
- 福岡支部の査定は、「病名から判断」の理由による査定割合が80.7%、「他の診療行為から判断」の理由による査定割合が19.0%と、この二つで「レセプト個別」の区分のほとんどを占めている。

- 福岡支部が「病名から判断」の理由により査定した1,086箇所に対して、山口支部が「病名から判断」の理由で「請求どおり」としたものが502箇所(46.2%)、次いで「通常審査」の理由で「請求どおり」としたものが354箇所(32.6%)となっている。(図7-2)

図7-2 【山口の医療機関のレセプトで山口支部では「請求どおり」とされ、福岡支部のみで査定とされたものについて】
《福岡支部で「レセプト個別判断」で査定した理由別内訳と山口支部の「請求どおり」とした理由》



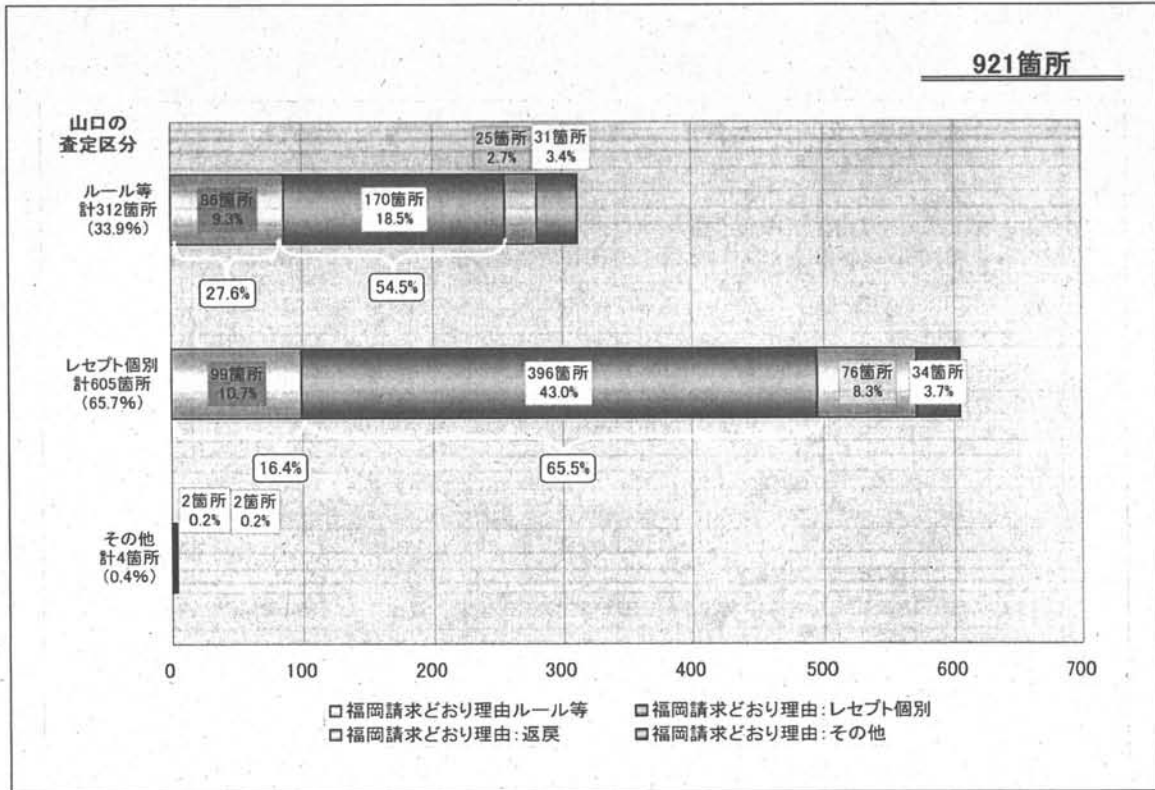
(3) 福岡の医療機関のレセプトに対する山口支部の「査定理由」と福岡支部の「請求どおり理由」の比較

(全体の状況)

- 山口の医療機関と同様に、福岡の医療機関のレセプトで山口支部のみが査定した 921 箇所について、福岡支部が「請求どおり」とした理由の状況を区分に従って、山口支部の査定した理由からみてみた。
- 山口支部の査定箇所数の内訳では、「ルール等」の区分が 312 箇所で 33.9%、「レセプト個別」の区分が 605 箇所で 65.7%となっている。
- 「ルール等」の区分で山口支部が査定した 312 箇所に対して福岡支部が「請求どおり」とした理由では、「レセプト個別」の区分は 170 箇所、「ルール等」の区分全体の 54.5%を占め、「ルール等」の区分が 86 箇所で全体の 27.6%となっている。
- 「レセプト個別」の区分で山口支部が査定した 605 箇所に対して福岡支部が「請求どおり」とした理由では、「レセプト個別」の区分が 396 箇所、「レセプト個別」の区分全体の 65.5%を占め、「ルール等」の区分は 99 箇所、「レセプト個別」の区分全体の 16.4%となっている。(図 8)

図 8 【福岡の医療機関のレセプトで福岡支部では「請求どおり」とされ、山口支部のみで査定とされたものについて】

《山口支部の査定に対する福岡支部の「請求どおり」とした理由》



(個別の査定理由と請求どおり理由の対応状況)

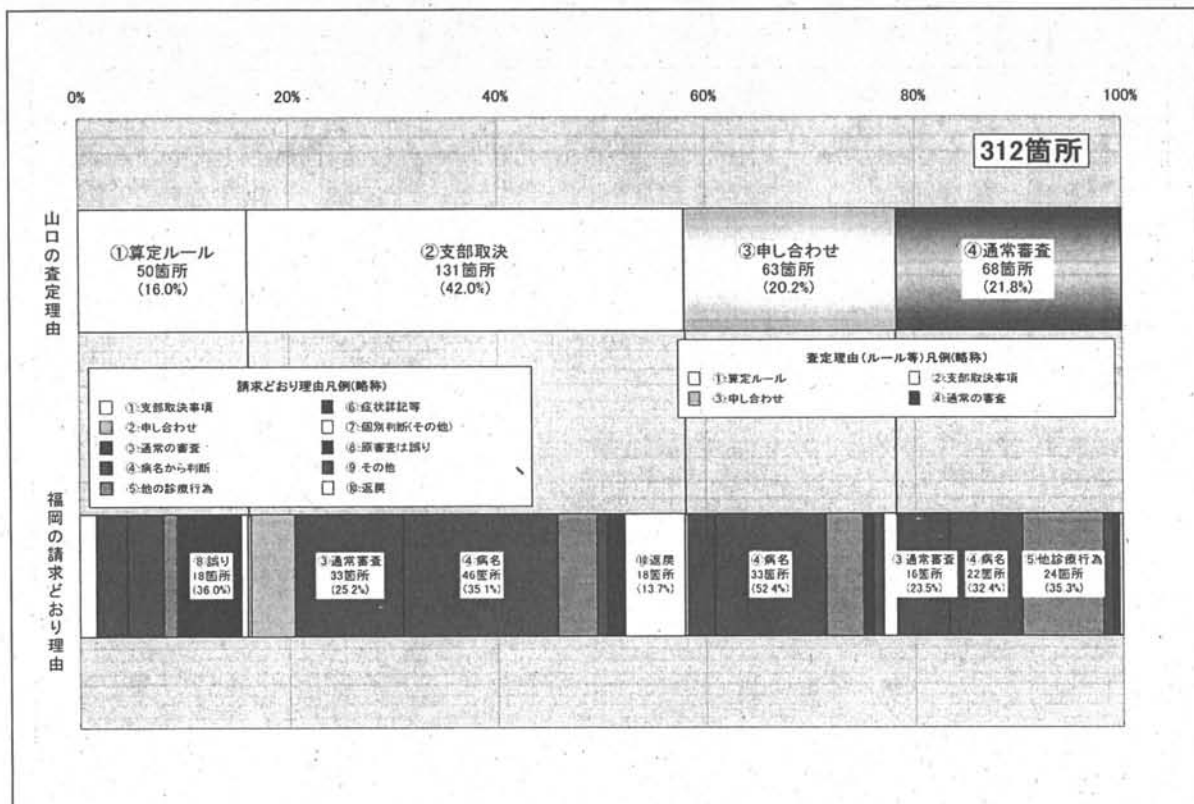
- 更に、山口支部の査定した理由と福岡支部の「請求どおり」とした理由について、「ルール等」の区分と「レセプト個別」の区分とに分けて比較してみた。

① ルール等の区分の対応状況

- 福岡の医療機関のレセプトを山口支部が「ルール等」の区分で査定した 312 箇所に対して、福岡支部が「請求どおり」とした理由の状況を見てみた。
- 山口支部の査定は、「支部取決事項」の理由による査定割合が 42.0%、「ルール等」の理由による査定の中では最も高くなっている。
- 山口支部が「支部取決事項」の理由により査定した 131 箇所に対して、福岡支部が「病名から判断」の理由で「請求どおり」としたものが 46 箇所、次いで「通常の審査」の理由で「請求どおり」としたものが 33 箇所、それぞれ 35.1% と 25.2% となっている。(図 9-1)

図 9 - 1 【福岡の医療機関レセプトで福岡支部では「請求どおり」とされ
山口支部のみで査定とされたものについて】

《山口支部で「ルール等」で査定した理由別内訳とそれに対する福岡支部の
「請求どおり」とした理由》

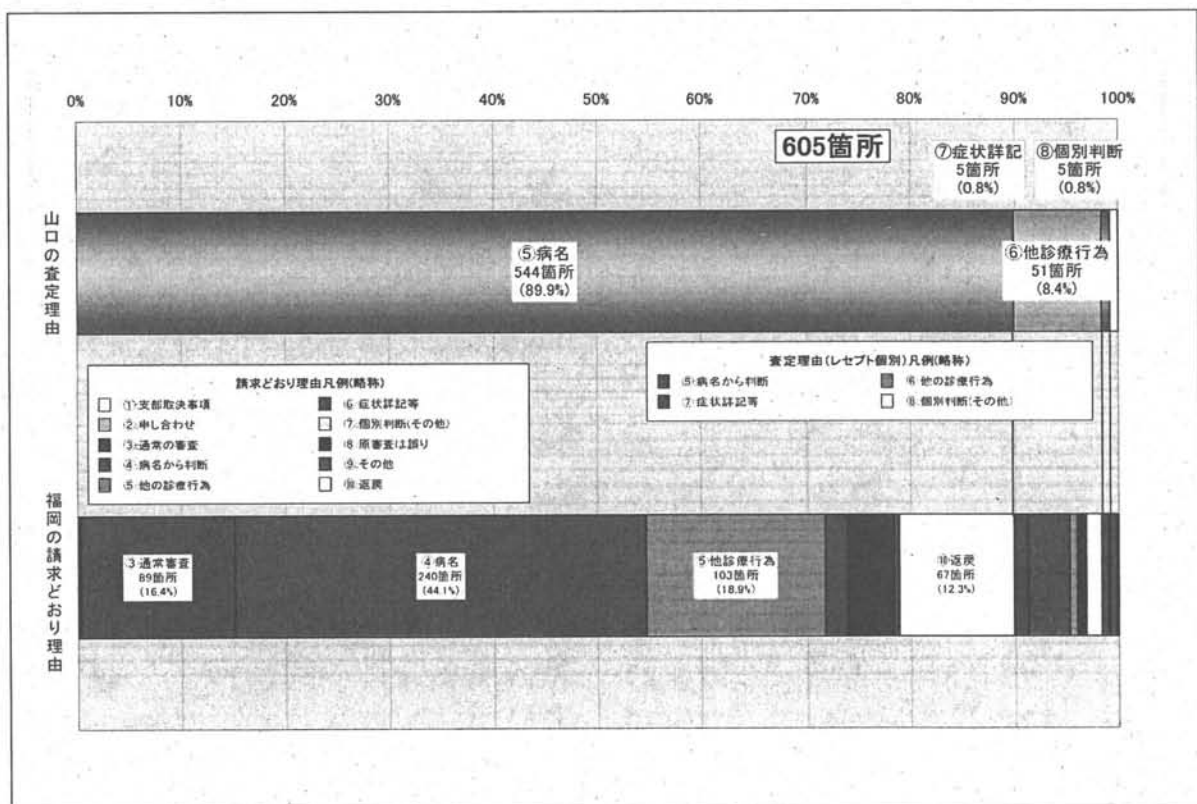


② レセプトの個別判断の区分の対応状況

- 次に、山口支部が「レセプト個別」の区分で査定した605箇所に対して、福岡支部が「請求どおり」とした理由の状況を見てみた。
- 山口支部の査定は、「病名から判断」の理由による査定割合が89.9%となっている。これは、山口のレセプトで福岡支部が「病名から判断」の理由で査定した80.7%の状況とほぼ同様の傾向になっている。

○ 山口支部が「病名から判断」の理由により査定した544箇所に対して、福岡支部が「病名から判断」の理由で「請求どおり」としたものが240箇所(44.1%)、次いで「他の診療行為」の理由で「請求どおり」としたものが103箇所(18.9%)、「通常の審査」の理由によるものが89箇所(16.4%)となっている。(図9-2)

図9-2 【福岡の医療機関のレセプトで福岡支部では「請求どおり」とされ、山口支部のみで査定とされたものについて】
《山口支部で「レセプト個別判断」で査定した理由別内訳と福岡支部の「請求どおり」とした理由》



Ⅲ 調査結果のまとめ

(全体的な査定の状況)

○ 今回の調査において、山口支部と福岡支部のレセプトについて両支部で交換するとともに、千葉支部を加えて3支部で審査を実施したが、3支部の判断は一致している箇所が少なく、相当異なっていることが判明した。

① 3支部の審査委員会の査定箇所についてみると、全ての査定箇所の6,911箇所のうち5,994箇所86.7%は1支部のみの査定であり、複数支部で査定した箇所は917箇所13.3%であった。(図1)

② 山口の医療機関のレセプトについて、福岡支部の査定件数・査定箇所数・査定点数のいずれも山口支部の査定の約8倍となっている。(図2)

③ これに対し、福岡の医療機関のレセプトについて、山口支部の査定は、福岡支部の査定との格差は比較的少なかった。

(福岡支部の査定は、山口支部の査定を比較すると件数1.1倍、箇所数1.3倍、点数2.0倍)

(図4)

(査定理由に着目した調査の結果)

○ 山口支部と福岡支部について査定とした理由に着目し、一方の支部で「査定」とした箇所について、他方の支部が「請求どおり」とした箇所について分析をした。

○ 査定とした理由については、何らかの申し合わせ又は当該支部で通常そのように判断しているとする「ルール等」と、レセプトの請求内容を個別に判断する「レセプト個別」に大別した。

○ 山口支部と福岡支部がそれぞれ「ルール等」、「レセプト個別」を判断根拠としながら、全く異なった審査結果としたものが相当の割合を占めている事実が判明した。

I 「ルール等」による「査定」について調べたところ、支部間で整合性がとれていないものが多数存在した。

1 自支部では「請求どおり」とした山口の医療機関のレセプトについて、福岡支部が「ルール等」の区分により査定した 584 箇所について、山口支部では同じ「ルール等」の区分で 338 箇所 57.9%を「請求どおり」としており、両支部での審査結果は「ルール等」で大きく相違していることを示している。(図 6)

更に、詳細について相違を調べると、福岡支部が「申し合わせ」を理由として査定した 259 箇所について、山口支部では「支部取決事項」を理由として「請求どおり」としているものが 215 箇所、259 箇所に対し 83.0%で両支部の判断が逆となっていることが分かる。(図 7-1)

2 福岡支部が「通常の審査」で査定しているものが 280 箇所あるが、山口支部では「通常の審査」で 59

箇所 21.1%を「請求どおり」としているほか、181箇所 64.6%について「病名から判断」を理由として「請求どおり」としており、やはり両支部の判断は分かれている結果となっている。(図 7-1)

- 3 自支部では「請求どおり」とした福岡の医療機関のレセプトについて、山口支部が「ルール等」の区分により査定した 312 箇所のうち、福岡支部では「レセプト個別」の区分で 170 箇所 54.5%を「請求どおり」としており、山口支部が何らかの形で「査定」と定めているものが、福岡支部では定めはないものの「請求どおり」と認められており、両支部の判断が異なっていることが分かる。(図 8)

II 「レセプト個別」の区分に属するものでは、福岡支部の査定に対し、山口支部は「ルール等」の区分の理由で「請求どおり」とする割合が高くなっている。

- 1 自支部では「請求どおり」とした山口の医療機関のレセプトについて、福岡支部が「レセプト個別」の区分により査定した 1,346 箇所について、山口支部では同じ「レセプト個別」の区分で 677 箇所 50.3%を「請求どおり」とし、「ルール等」の区分で 620 箇所 46.1%を「請求どおり」としており、両支部での判断は大きく異なっている。(図 6)

更に、詳細について相違を調べると、福岡支部が「病名から判断」を理由として査定した 1,086 箇所について、山口支部では「病名から判断」を理由として「請

求どおり」としているものが 502 箇所、1,086 箇所に対し 46.2%で同じ「病名から判断」において両支部の判断が逆となっている。

また、1,086 箇所に対し 354 箇所 32.6%を「通常の審査」を理由として「請求どおり」としていた。

(図 7-2)

- 2 自支部では「請求どおり」とした福岡の医療機関のレセプトについて、山口支部が「レセプト個別」の区分により査定した 605 箇所のうち、福岡支部では「レセプト個別」の区分で 396 箇所 65.5%を「請求どおり」とし、また「ルール等」の区分で 99 箇所 16.4%を「請求どおり」としており、両支部での判断が異なっている。(図 8)

IV 支部間差異発生の変因（考察）

- このように、両支部における「支部取決事項」や「申し合わせ」という明示されたルールにおいても、また「通常の審査」という審査委員会において形成されてきた審査基準においても、更に「病名により判断」という医学的判断においても、大きく隔たりがあった。
- これまで、支部間差異の対応策としては、平成7年から「審査に関する支部間差異解消のための検討委員会」を開催し、452事例について検討・協議を行ってきたところであるが、支部間差異の問題についての対応としては不十分であったことは否めない事実である。
- 支部間差異が発生する変因として、平成21年5月から平成22年2月の間に開催された「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」の報告書では、
 - ① 審査委員会相互で、情報交換や協議を行う機会の不足
 - ② 医学的判断、裁量の余地等幅のある解釈に関して、支部独自に定めた「支部取決事項」の存在
 - ③ 保険診療ルールに関し、公定解釈が得られるまでの間に発生する支部の独自判断による差異
 - ④ 本部と支部、支部審査委員会間の連絡調整を恒常的に行うことのできる審査委員の不足が指摘されているが、今回の調査では支部間の差異は深刻な状態にあることがあらためて確認された。

V 支部間差異解消に向けて

○ 「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」の報告書では、支部間差異の解消について、

- ① 新たな支部間差異を発生させないこと
- ② 従来からある支部間差異についてはできるだけ優先順位を定めて解消を図ること
- ③ 支部間差異の問題は保険者から提起されることが多いことから、保険者から指摘された事項について検討し、対応する体制を整備すること
- ④ 支部間差異の解消は、スピード感を持って取り組むこと

が重要であると指摘されている。

○ また同報告書では、審査委員会が取り組むべき方策として、次のとおり提言している。

- ① 全国の審査委員会が情報を共有し、支部間で相談・協議を行う体制を、全国又は全国をいくつかに分けたブロックごとに実施していくことが必要
- ② 規模が小さい支部の審査委員会においては、専門科の審査委員の確保に困難なところもあり、また1診療科に1人の審査委員の場合は、相談・協議ができないこと等から判断に困るケースなど、専門的な審査に対応できない診療科等についてはネットワークを活用し、本部若しくは審査可能な大支部によるコンサルティングを行うことができるシステムの構築が必要
- ③ 新たな支部間差異を発生させないため、保険診療ルールの解釈について疑問が生じた場合、厚生労働省の

回答が出るまでの間本部において暫定的な見解を示すべきであり、そのために必要な体制を構築すべき

- ④ 様々な学会がその専門領域において診療のガイドラインを作成しているが、その診療のガイドラインと保険診療ルールの不整合が生じる場合がある。学会のガイドラインと保険診療ルールの整合性についても厚生労働省とも協議しつつ、本部においてその調整の仕組みを作るべき
- ⑤ 本部において専門科のワーキンググループを設置し、頻度を多く開催し審査基準を示すことにより、全国で整合性のある答えを導き出すことが必要
- ⑥ 審査委員会の内部で審査委員会を支援し、審査委員会をあるべき方向に導く人材が必要であり、審査委員であるとともに支部に常時勤務し、審査委員会と職員の連携を図り、支部の審査委員会と本部との結節点となり、各支部の審査委員会間相互の連携の要となり、審査委員会と保険者等外部との接点となるといった役割を果たす医師・歯科医師の確保が必要

○ 以上の指摘を踏まえ、平成22年6月に審査委員会の機能の強化を図るため、以下の方策を打ち出し、その充実、徹底に努めているところである。

① 「審査に関する苦情等相談窓口」の設置

支部間差異の問題は、主として保険者から提起されている。これに対し、これまでは保険者からの指摘を受け止める仕組みがなかったことから、本部において保険者からの苦情を受け付ける窓口を設置した。

受け付けた苦情については、原則として1月以内に

処理し、その情報は当該保険者に回答するとともに、全支部に周知し徹底する。また、苦情を早期に処理するため、次に述べる「専門分野別ワーキンググループ」を活用する。

② 「専門分野別ワーキンググループ」の編成

疑義解釈への早期対応、学会の診療ガイドラインへの対応に当たるため、本部において案件ごとに専門分野に精通した審査委員又は外部の専門医から成るワーキンググループを編成する。

この「専門分野別ワーキンググループ」が審査委員会からの疑義照会等については暫定的な医学的見解を全支部に提供し、また学会のガイドラインと保険診療ルールとが不整合である事例については取扱案を作成し、厚生労働省に提供することとする。

③ 「審査委員長等ブロック別会議」の開催

審査委員会間のネットワーク化を推進するため、従来年 2 回開催してきた基金審査委員長会議に加え、全国 6 ブロックで「審査委員長等ブロック別会議」を開催し、審査委員会間の情報交換及び情報の共有を促進する。

「審査委員長等ブロック別会議」で、次に述べる審査委員会間の審査協力についても円滑に対応できるよう協議する。

④ 「審査委員会間の審査協力」

専門的な領域の審査に関し、審査委員が支部を超えて相談協議する審査委員会間の審査協力を促進する。

具体的には、審査委員会間で審査照会（コンサル

ティング)ができる体制を整備し、審査委員会相互で恒常的に審査の支援が行えるようにする。

⑤ 「医療顧問」の設置

以上①～④に掲げた機能強化策を実施していくためには、審査委員会の内部の調整、審査委員会と職員との連携、他審査委員会及び本部との連絡調整機能を強化する必要がある。

支部において、この職務に従事するため「医療顧問」を配置する。

- 「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」の報告書が取りまとめられて以降、電子レセプトについてコンピュータによる「傷病名と医薬品の関連チェック」を開始し、7月には1,954品目の医薬品について適応、投与量、投与日数に関し一定の基準を設定し、全レセプトについて電子的チェックを実施している。今後、その他の診療行為についても、順次このような電子的チェックを拡大することとしている。

このように、全国一律の条件で電子的なチェックを実施することにより、これらの項目については今回のようなレセプト交換調査を行うまでもなく、全国の支部の審査上の取扱いの差異が把握できるので、今後これらのデータを分析評価することにより、不合理な支部間差異についてはその解消を図るものとする。

おわりに

- 今回のレセプト交換による調査は、初めての試みであったことから、調査及び分析の方法については十分なものであるとは言い難いが、支部間差異の実態についてはこれまでになかった貴重なデータであるので、今後の支部間差異解消のために活用して参りたい。
- 今後、全国組織として全支部が一体となり、支部間差異解消に向けての取り組みを更に推進させ審査の充実を図るとともに、不合理な差異を解消し関係者をはじめとする国民からの信頼が得られるよう、支払基金の審査の適正性を確保していきたい。

レセプト交換による支部間差異の調査の補完調査について

1 調査の目的

レセプト交換による支部間差異の要因を分析するための調査を補完し、より詳細な調査結果を導き出すことを目的とする。

2 調査対象事例

審査結果が各支部において異なる事例。

3 調査方法

審査結果が異なる事例の中から「査定」、「請求どおり」及び「返戻」とした支部の審査委員会の見解を記載する。

なお、具体的な記載方法については、別添のとおり。

4 調査実施月等

平成 22 年 6 月及び 7 月。

審査結果の確認区分

I 査定理由

- 1 算定ルールにより査定
 - ・ 告示・通知に基づくもの

- 2 支部取決事項により査定
 - ・ 審査取決事項登録分
 - ・ 支部内審査統一事項として明文化したもの

- 3 「申し合わせ」により査定
 - ・ 会議決定事項のうち、明文化していないもの
 - ・ 診療科の取決め等で、明文化していないもの

- 4 通常の審査で査定しているもの

- 5 当該レセプトについて個別に判断し査定
 - ① 病名から判断
 - ② 他の診療行為から判断
 - ③ コメント、症状詳記から判断
 - ④ その他
 - ・ 学会ガイドライン等

- 6 医療機関の請求傾向により査定

- 7 その他

Ⅱ 請求どおり理由

- 1 支部取決事項により「請求どおり」
 - ・ 審査取決事項登録分
 - ・ 支部内審査統一事項として明文化したもの

- 2 「申し合わせ」により請求どおり
 - ・ 会議決定事項のうち、明文化していないもの
 - ・ 診療科の取決め等で、明文化していないもの

- 3 通常の審査で「請求どおり」としているもの

- 4 当該レセプトについて個別に判断
 - ① 病名から判断
 - ② 他の診療行為から判断
 - ③ コメント、症状詳記から判断
 - ④ その他
 - ・ 学会ガイドライン等

- 5 原審査は誤りで、再審査請求があれば「査定」とする

- 6 その他

- 7 返戻としたもの

査定理由番号

I 査定理由	番 号
1 算定ルールにより査定	1
2 支部取決事項により査定	2
3 「申し合わせ」により査定	3
4 通常の審査で査定しているもの	4
5 当該レセプトについて個別に判断し査定	/
① 病名から判断	5
② 他の診療行為から判断	6
③ コメント、症状詳記から判断	7
④ その他(理由を簡記願います)	8
6 医療機関の請求傾向により査定	9
7 その他(理由を簡記願います)	10

請求どおり理由番号

Ⅱ 請求どおり理由	番 号
1 支部取決事項により「請求どおり」	1
2 「申し合わせ」により請求どおり	2
3 通常の審査で「請求どおり」としているもの	3
4 当該レセプトについて個別に判断	/
① 病名から判断	4
② 他の診療行為から判断	5
③ コメント、症状詳記から判断	6
④ その他（理由を簡記願います）	7
5 原審査は誤りで、再審査請求があれば 査定	8
6 その他（理由を簡記願います）	9
7 返戻	10