

# 第6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9月30日（木）午前10：00～  
於：厚生労働省内5階 共用第7会議室

### 1. 開会

### 2. ゲストスピーカー紹介

- ・秋山昌範氏（東京大学政策ビジョン研究センター教授  
・日本医療情報学会理事）

### 3. 審査支払機関の在り方について

審査の効率化、手数料について

### 4. 閉会

#### 【配布資料】

- 資料1 第1回～第4回の議論と論点の整理
  - 資料2 審査の効率化、手数料に関する論点（第6回の議論のテーマ関係）
  - 資料3 秋山氏提出資料「ITの利活用について」
  - 資料4-1～3 社会保険診療報酬支払基金提出資料
    - 1 「支払基金サービス向上計画（案）（平成23～27年度）  
－より良いサービスをより安く－」・・・・・・・・説明用
    - 2 「支払基金サービス向上計画（案）（平成23～27年度）  
－より良いサービスをより安く－」・・・・・・・・本文
    - 3 参考「レセプトの電子化に対応した医療費の分析評価」
  - 資料5 国保中央会・東京都国保連合会提出資料
    - 1 レセプトの電子化に対応した審査について
    - 2 国保連合会の業務実施体制について
  - 資料6 健保連・協会けんぽ提出資料  
「支払基金に対する満足度等アンケート調査の結果概要」
  - 資料7 健保連提出資料「審査及び支払事務の概要」
- 
- 参考資料1 保険者の再審査に関して前回指摘のあった通知について
  - 参考資料2 審査支払機関の業務の実施体制（第4回検討会提出参考資料）

第6回審査支払機関の在り方に関する検討会 10/09/30

(厚生労働省5階 第7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○  
 山本委員○

高田委員○  
 遠藤委員○  
 岩田委員○  
 飯山委員○  
 足利委員○  
 粟生田委員○

○村岡委員  
 ○長谷川委員  
 ○田中委員  
 ○高橋委員  
 ○齋藤委員  
 ○ゲスト(秋山昌範様)  
 ○高智オブザーバー

関係者席

関係者席

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

## 第1回～第4回の議論と論点の整理

※第4回議論後の追加・修正に下線。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。
- ・ 支払基金は、各支部の審査委員会が査定の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。
- ・ 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)

- ・ 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ぬペナルティーや、各地域医師会の審査委員が著しい請求ミスがある会員に指導を行うこともしており、抑制的な効果や是正を図る効果がある。
- ・ 医療保険者として、医師による審査委員会は必要と感じている。一定の見識がある医療人がチェックすること自体が医療関係者に心理面で影響がある。こうした効果を定量的に分析することは困難であり、定性的な分析も必要ではないか。
- ・ 韓国の審査機関では誤った内容で請求しないよう予防のための情報提供を医療機関に行っており、そうした情報提供がされていない中で、プロフェッショナルの審査による定性的又は定量的な抑制効果があるのかどうか疑問である。
- ・ 調剤レセプトについては、専門家がいないう状態で審査が決まっているのは問題であり、薬剤師が審査に関与できる体制を組む必要がある。
- ・ 韓国では、まずコンピュータソフトによりレセプトの振り分け・審査を行うほか、審査の分野に多くの看護師を投入しているが、弊害もほとんど報告されていないと聞いている。

(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りたい。
- ・ 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。

## 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。
- ・ 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いるかどうか。
- ・ 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。

## 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いる。

## 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。
- ・ 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。

## (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。

(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。

## 審査の効率化、手数料に関する論点

(第6回の議論のテーマ関係)

### 1. 審査の効率化に関する論点

#### (1) レセプトの電子化に対応した審査の強化、効率化について

- すべての電子レセプトに対するシステムチェックの実施など、電子化に対応した審査の強化・効率化について、審査支払機関において、どのように取り組んでいくのか。
- このために必要なコスト（人員、経費、システム等）について、審査支払のシステムの中で、どのように確保していくのか。

#### (これまでの主な意見)

- ・ 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ため、システム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。
- ・ 現在の電子レセプトの仕様や記載要領は、紙レセプトの作成に配慮したルールがあり、システムチェックに支障があるものがあるので、見直す必要がある。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 電子レセプトの記録条件仕様の見直し、オンライン請求保険医療機関等の再請求の電子化等に取り組むべき。

#### (参考) 支払基金の取組の方針、業務の効率化

- ・ 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に対応したシステムの開発及び維持管理の人員・経費の確保が必要である。
- ・ システムチェックが発展途上の段階では、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るが、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ため、当面、職員及び審査委員の事務処理負担は増大する。

- ・ 支払基金と韓国健康保険審査評価院（HIRA）との間で事務費や職員の多寡を比較するに当たっては、①支払基金が審査支払も実施しているのに対し、HIRAは審査のみ実施していること、②両者の取り扱う医療費の額が大きく異なること、を勘案する必要がある。

## (2) レセプトの電子化に対応したシステムの整備について

- 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と。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。
- 民間の新規参入を促進する観点から、電子レセプトの請求支払システムのインフラの整備や、それに要するコストの確保について、どのように考えるか。

※ 国保連・国保中央会（平成23年5月～）、支払基金（平成24年度～）の次期システム更新の概要等については、次回（10月26日）に報告予定。

### (これまでの主な意見)

- ・ 他の民間の審査組織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の整備が必須である。
- ・ 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。

## (3) 統合又は競争の視点からの審査システムの効率化について

- 現在、支払基金と都道府県ごとの国保連の2つの審査体制があるが、統合又は競争の視点から、どのような審査体制を整備することで、審査システムの効率化が図られるか。
- ① 支払基金と国保連の審査機能の統合

- ② 支払基金と国保連の2つの審査体制の競争の促進
- ③ 保険者の直接審査の推進（※）や保険者が委託する民間のレセプト点検機関の参入促進

（※）国保連は、市町村保険者が共同で設立した団体であり、直接審査と同様の形態である。

#### （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。
- ・ 審査機能の統合は、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く、慎重に検討すべき。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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おり、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。

#### （参考）国保連の機能、審査支払機関における判断基準の統一化の取組

- ・ 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あり、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の多くでは、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。
- ・ 支払基金は、平成16年7月に国保中央会も参加する「審査情報提供委員会」を設置し、審査上の一般的な取り扱いに係る事例について、情報提供を行っている。
- ・ 支払基金は、レセプト交換による支部間差異の調査を実施した。



## 2. 審査の手数料に関する論点

### (1) 審査体制の効率化と審査手数料の水準について

- レセプトの電子化、業務の効率化によるコストの削減により、審査手数料をもっと下げられるのではないか。
- 審査手数料を引き下げため、統合又は競争の論点について、どのように考えるか。

#### (これまでの主な意見)

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 電子レセプトの審査を効率的かつ効果的に実施するためには、ITの進歩を最大限に活用する必要がある。そのため、システム開発と維持管理のコストが必要となる。

#### (参考) 支払基金、国保連の手数料

- ・ 支払基金の手数料は、ピーク時の平成13年度に比較すると、10年間で14.2円(12%)の引下げを実現した。そのため、職員定員についても、ピーク時の平成13年度に比較すると、10年間で1,387人(22%)の削減を実現した。
- ・ 支払基金と健康保険組合等が毎年度の交渉及び契約を通じて手数料を設定する仕組みは、支払基金にとってサービスの向上及びコストの削減に対する民間同様の動機付けとして機能している。
- ・ 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。

## (2) コスト構造（支部単位、業務内容別）について

- 支払基金及び国保連の審査手数料について、制度の運営コストの透明化等を図るため、業務内容別に区分、評価すべきではないか。

区分の例：①レセプトの審査の事務

②診療報酬の支払・決済等の事務

③その他審査支払機関の運営

④審査品質の向上のための投資 など

- 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などの方法により、支部別の手数料を試算することが可能か。

- 国保連では、コスト構造を支払基金と比較する観点から、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。
- ・ 支払基金の手数料は、コスト構造を明らかにして、国保連とベースを合わせるだけでも、もう少し下がるのではないか。
- ・ 審査委員については、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。

### (参考) 支払基金の管理業務の集約、直接審査の手数料

- ・ 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。
- ・ 健保組合による調剤レセプトの直接審査の仕組みでは、支払基金は、①健保組合と医療機関との間で不服があった場合の紛争処理（適正な審査に関する意見を提出）、②健保組合と医療機関との債権債務の決済処理の役割を担っており、紛争処理と決済に係る手数料をそれぞれ提示している。

### (3) 審査手数料と査定率との連動について

- 審査手数料と査定率との連動について、どのように考えるか。
- 審査の業務品質について、審査手数料に反映させる仕組みはないか。

#### (これまでの主な意見)

- ・ 手数料の体系をどうするかは、審査行為の性格が確認なのか、切ることなのかをきちんと議論することが前提である。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 都道府県ごとにレセプトの内容や疾病構造が異なる中で、適正なレセプトの提出を医療機関に働きかける取組など、査定額に現れない審査委員会の役割を考慮すると、査定率を単純に比較することは不適切である。
- ・ 審査の効率性は、査定率や返戻率で評価する必要がある。

以上



# 診療報酬支払制度の在り方検討会 ITの活用について

東京大学  
政策ビジョン研究センター  
秋山 昌範

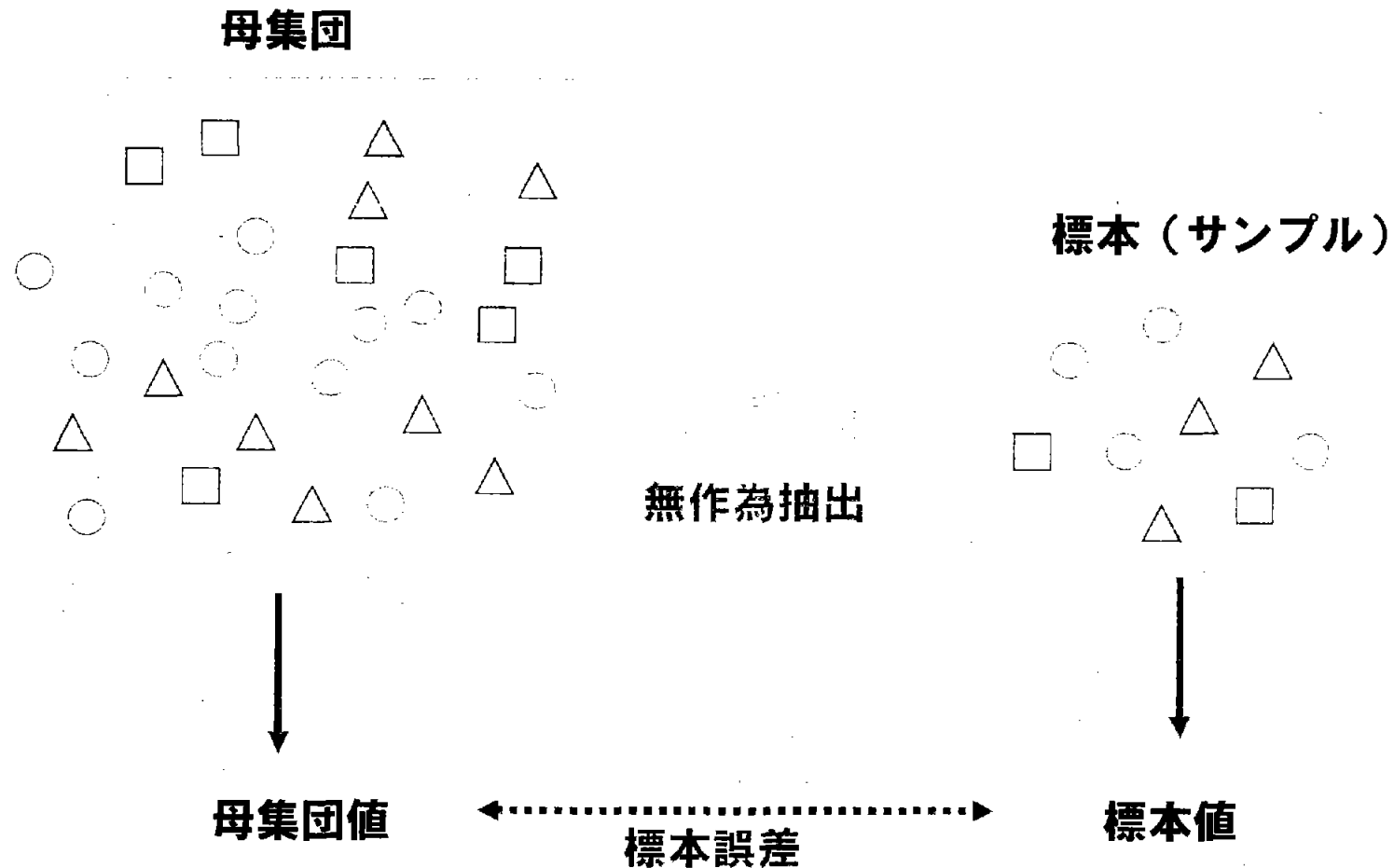
# はじめに

- 全数データによる解析の重要性
- ITによる解析の利点と問題点
- IT導入
- 事例紹介
  - 患者安全解析の例
  - オーストラリアのID活用事例

# 全数データによる解析の重要性

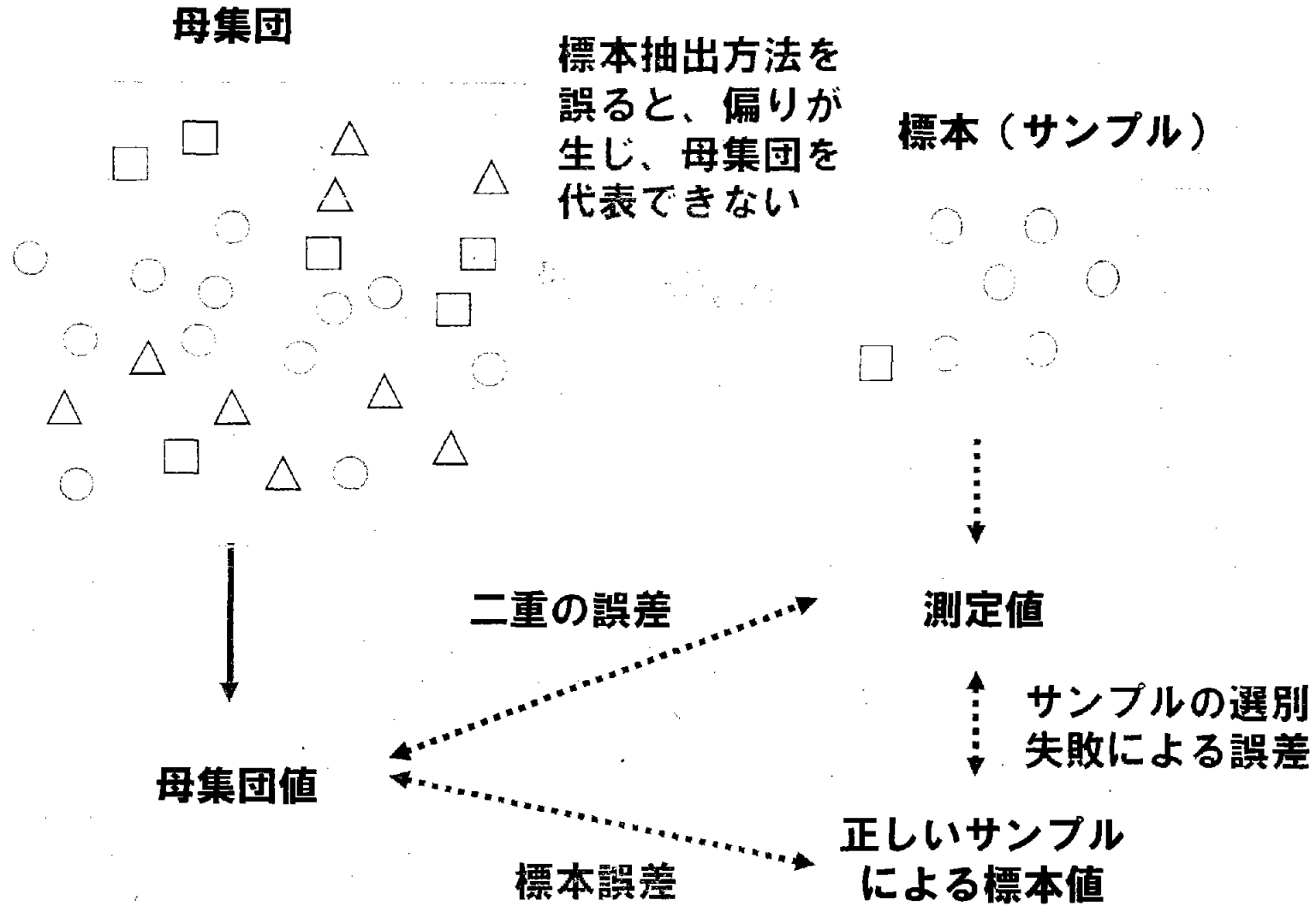
- 将来予測
- 公平性の担保
- 効率性と質のバランス
- プライバシーに配慮
- サンプルバイアスの排除
- データに基づく意思決定の仕組みづくり

# サンプルと母集団との関係



標本と母集団の間には標本誤差がある。  
それを統計値を用いて確率的に記述したものが「標準誤差」である。  
十分なサンプルを確保することで平均値や比率の推定は出来るが、  
外れ値の解釈や特殊な分布型の処理が困難である。

# 誤った標本と母集団との関係





# 安全・安心・効率的な医療制度をITデータが支援

	全数調査	サンプル調査	ITによる 全数把握
データの信頼性	低い	比較的高い	高い
収集費用	高い	低い	低い
時間差	長い	短い	無い
サンプル誤差	少ない	大きい	少ない
	国勢調査・ 全頭検査など。 莫大な時間と 費用がかかる	サンプルの 取り方・ 誤差の調整が 難しい。	サンプル調査 と全数調査の 利点を 併せ持つ

# ITによる解析の利点と問題点

- 作業効率が良い
- 経費が少ない
- 匿名化が容易（ひも付けも可能）
- 匿名による解析も可能
  
- 個々の特殊性を判断しにくい

# IT導入による影響

- ITは個別審査には向かない
- 人的審査とIT審査の組み合わせ
- 例外は人的に処理

# 事例紹介

- データによるITを用いた患者安全解析の例
- オーストラリアのID活用事例

医療に対する「安心＝Trust」を向上させるためには、  
医療行為「全て」を記録する必要がある

### 今後(あるべき姿)

- 医療行為は全て自動的に記録される仕組みを導入
  - 完全な「事実」を収集
- 実施入力
  - 医療行為を実施した時点で必ず記録される

### これまで

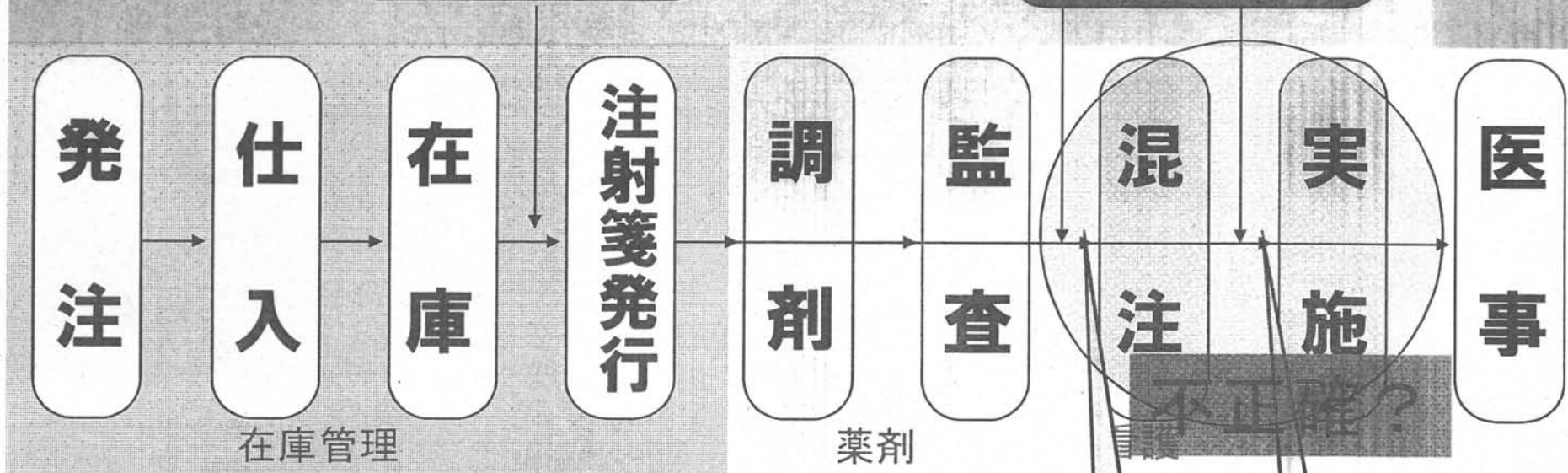
- 医療関係者が記録しようと思わないと記録されない
  - 記録に網羅性/証拠性がない
- 予定入力＋変更入力
  - 変更を認識しないと予定通りに実施されたと推測



全ての医療行為を事実ベースで記録することで医療に対する「安心＝Trust」を勝ち得ることができる

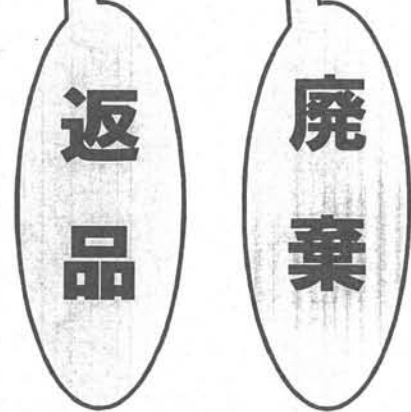
# 注射指示

# 指示変更



## 医療におけるタイムスタンプの重要性

複数のシステム間の同期をしないと、  
本当のプロセスは分からない

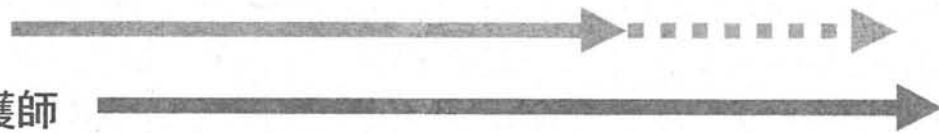


返品 : 24%  
 廃棄 : 15%

オーダーリング 医師

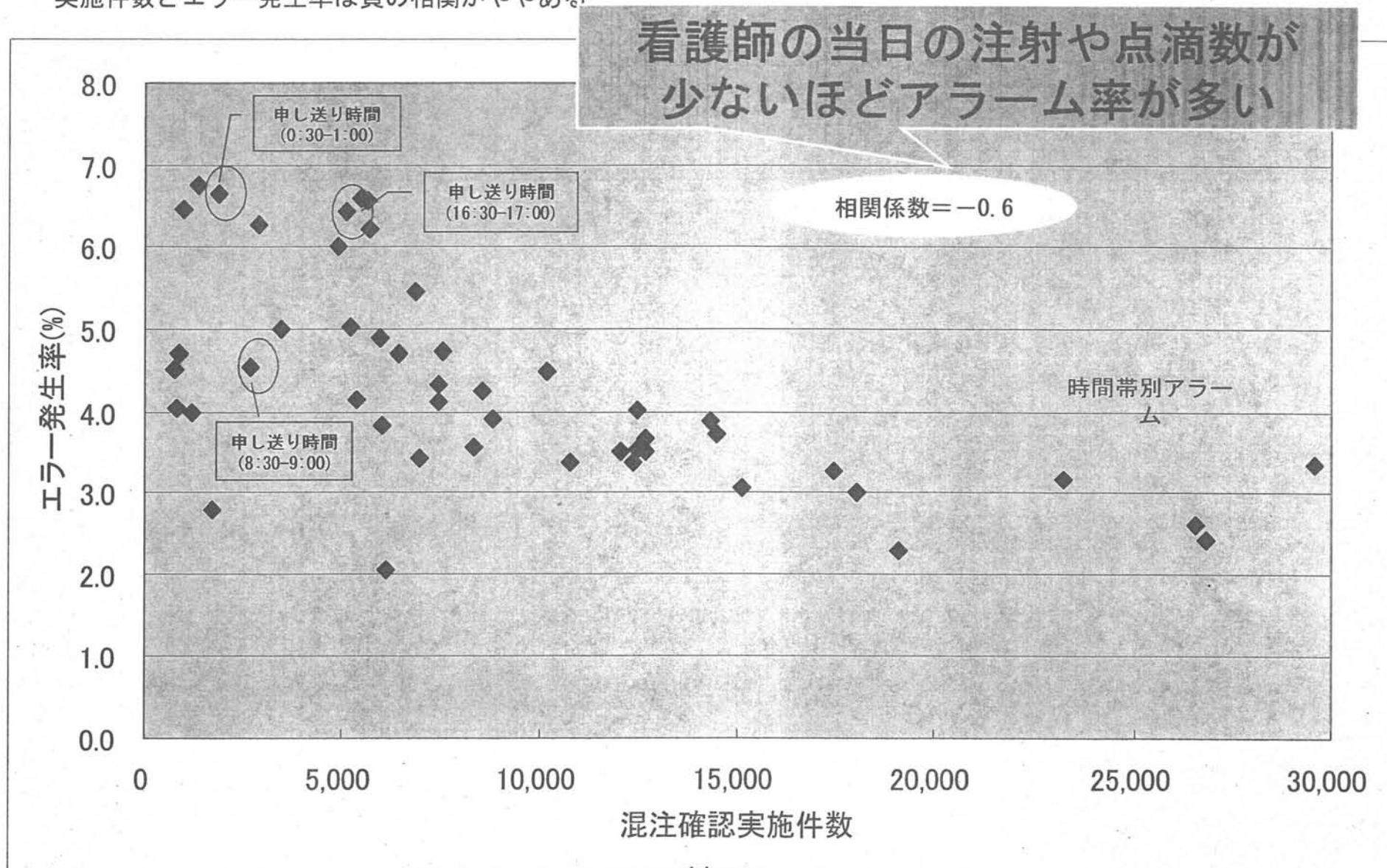
薬剤部門 薬剤師

看護(PDA) 看護師



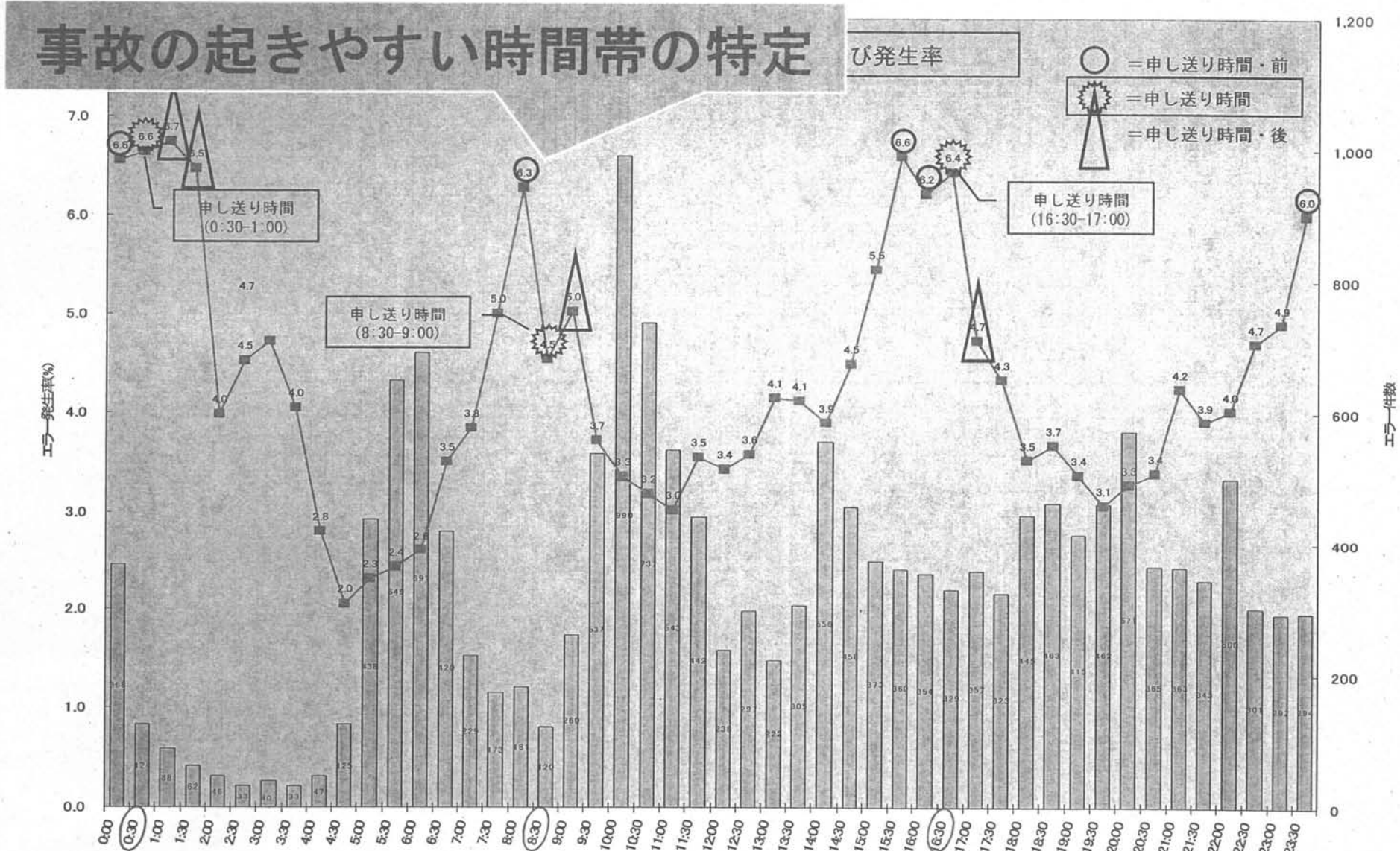
# エラーの原因を見つける

実施件数とエラー発生率は負の相関がややある



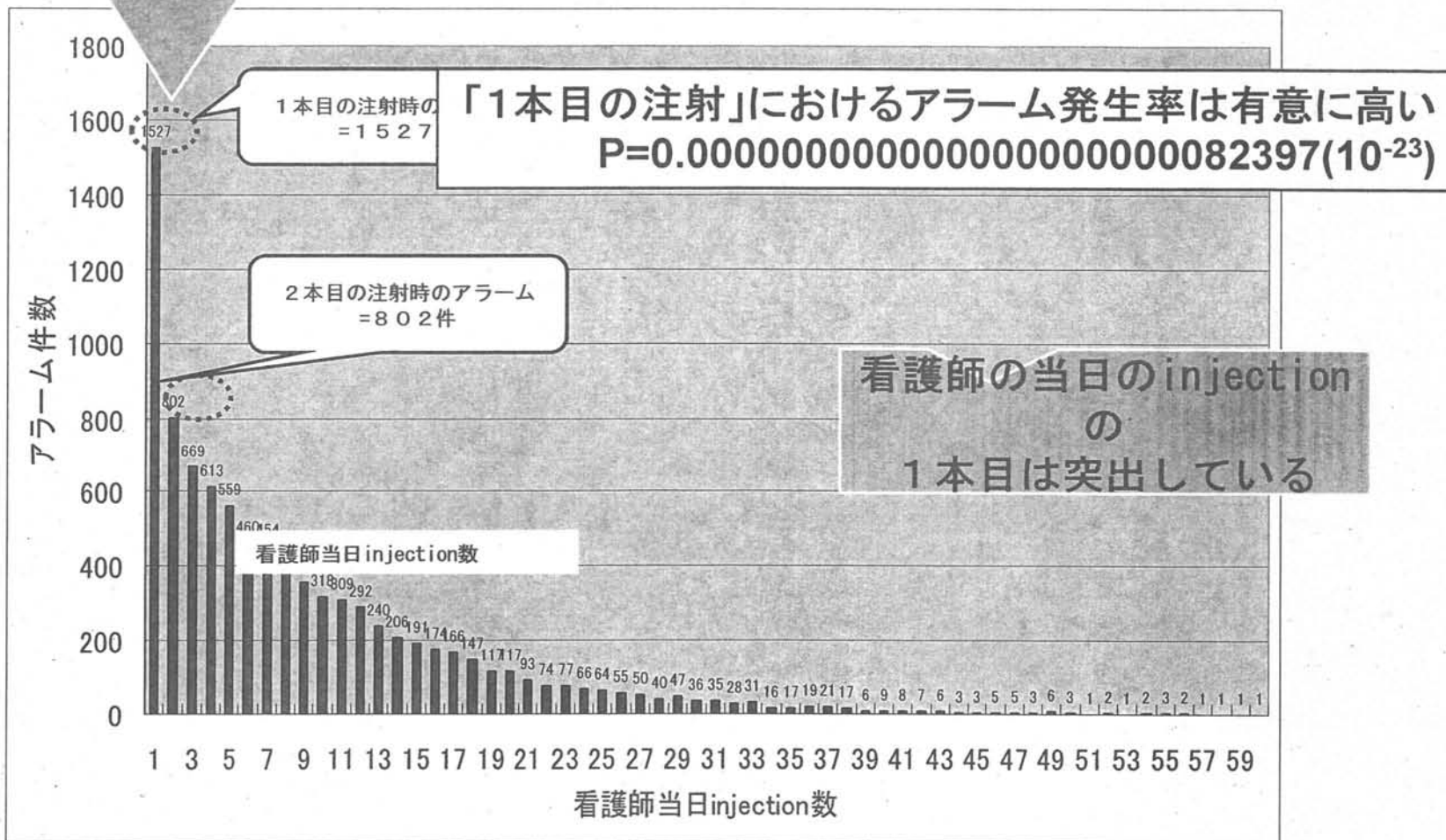
# 時間帯別アラーム状況

30分毎の区切りで見るとアラーム率の高い時間帯が更にはっきり

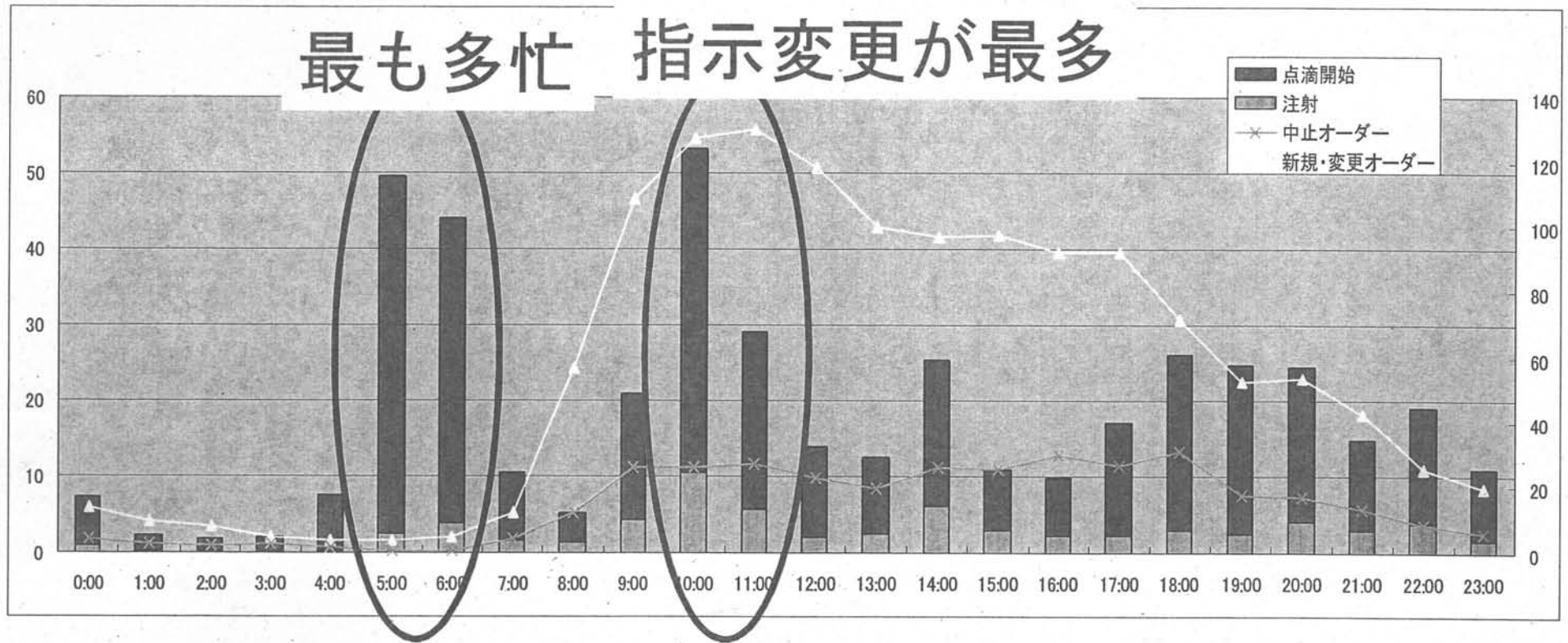




# 仕事始めは注意



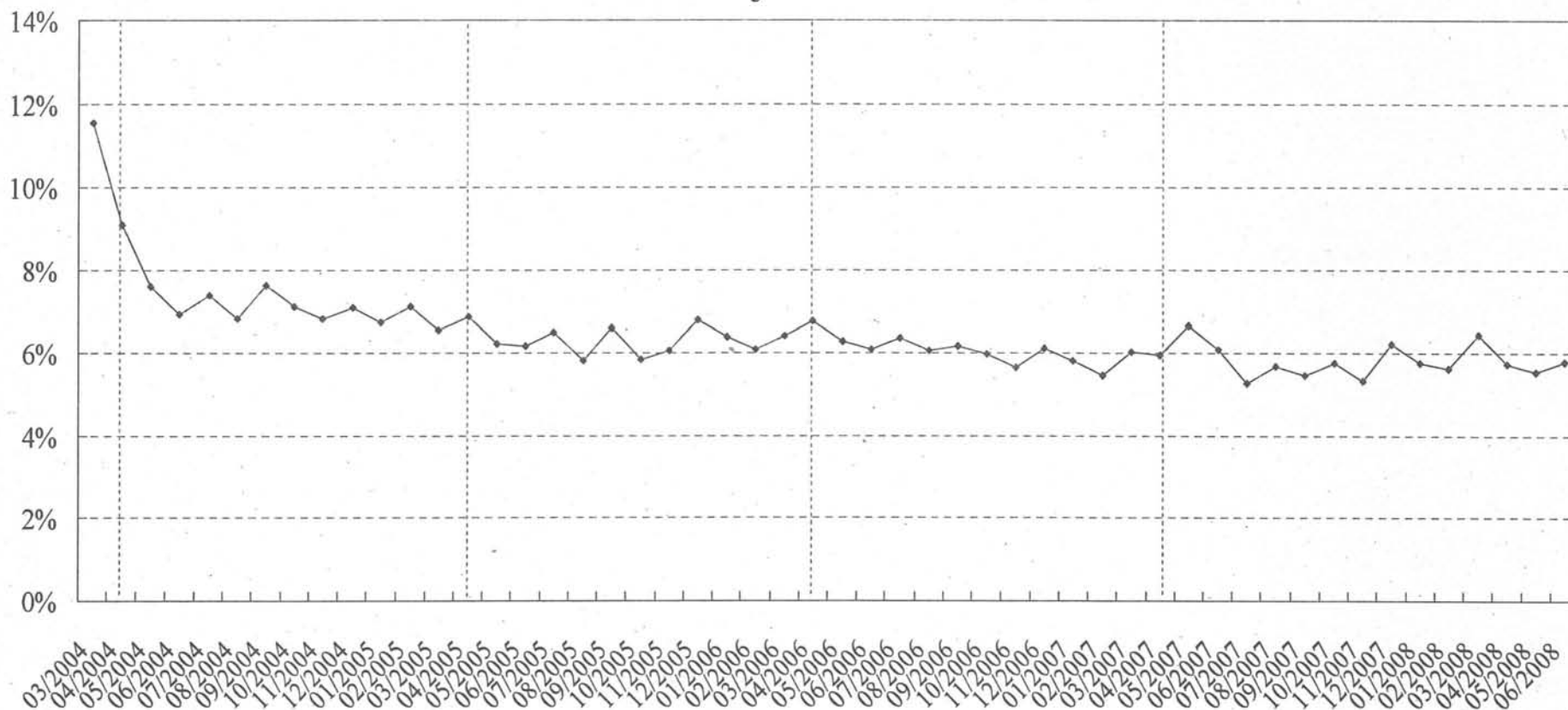
# 注射点滴開始時刻とオーダーの頻度



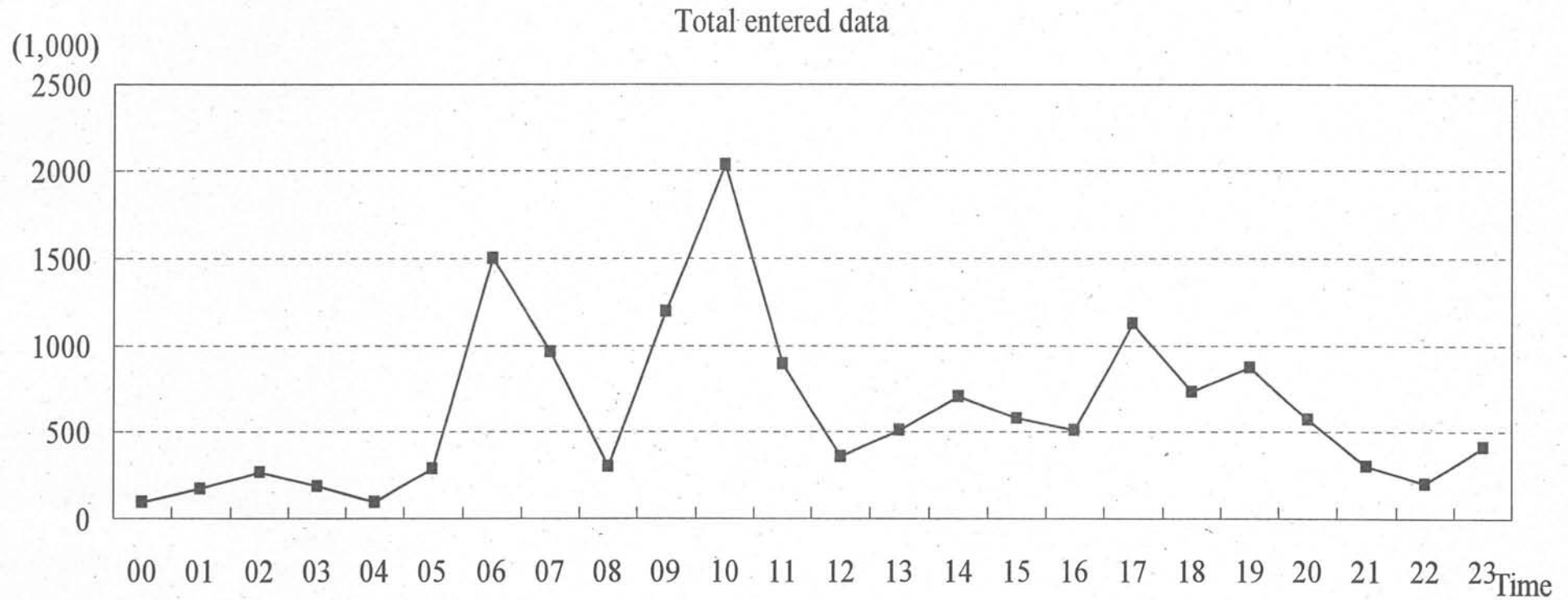
# 注射時警告数の推移 (2004年3月～2008年6月)



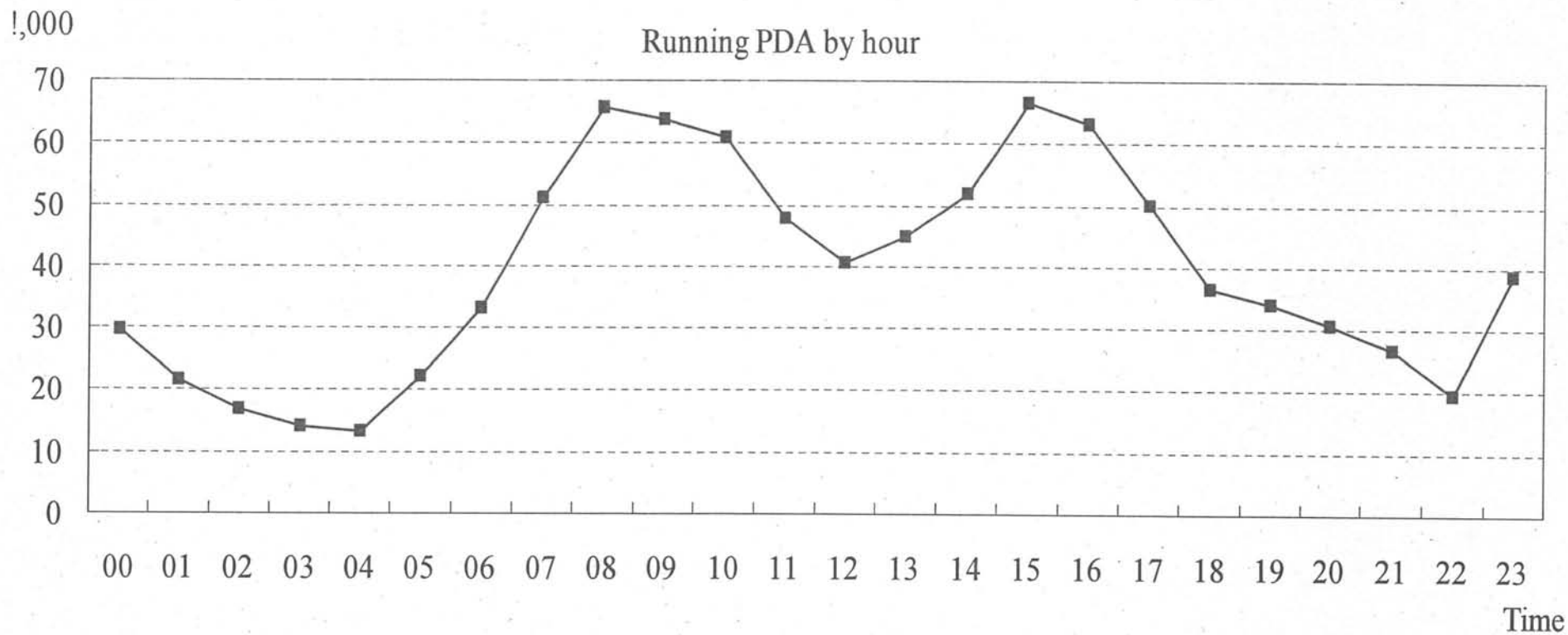
Trend of injection error rate



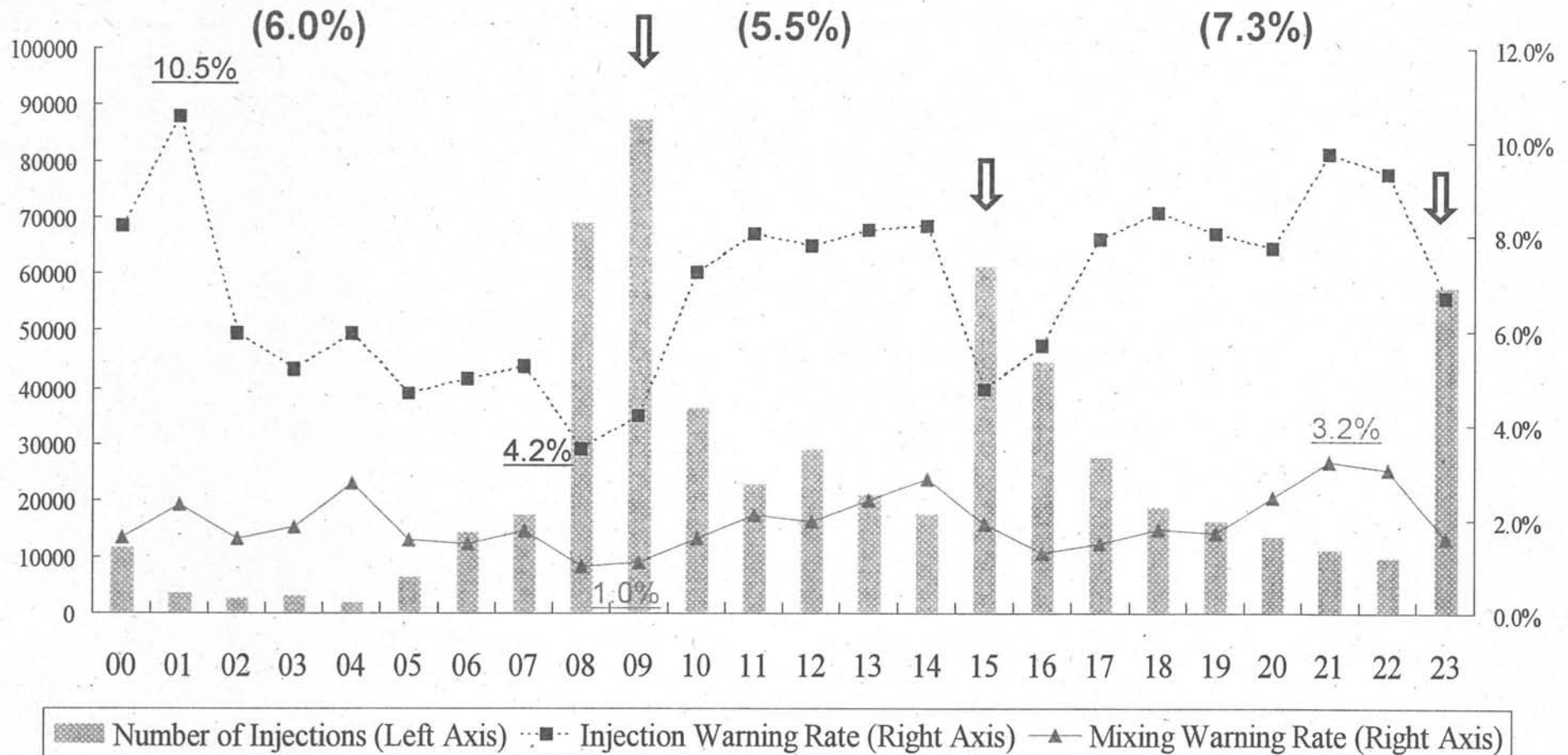
# 時間毎の注射数



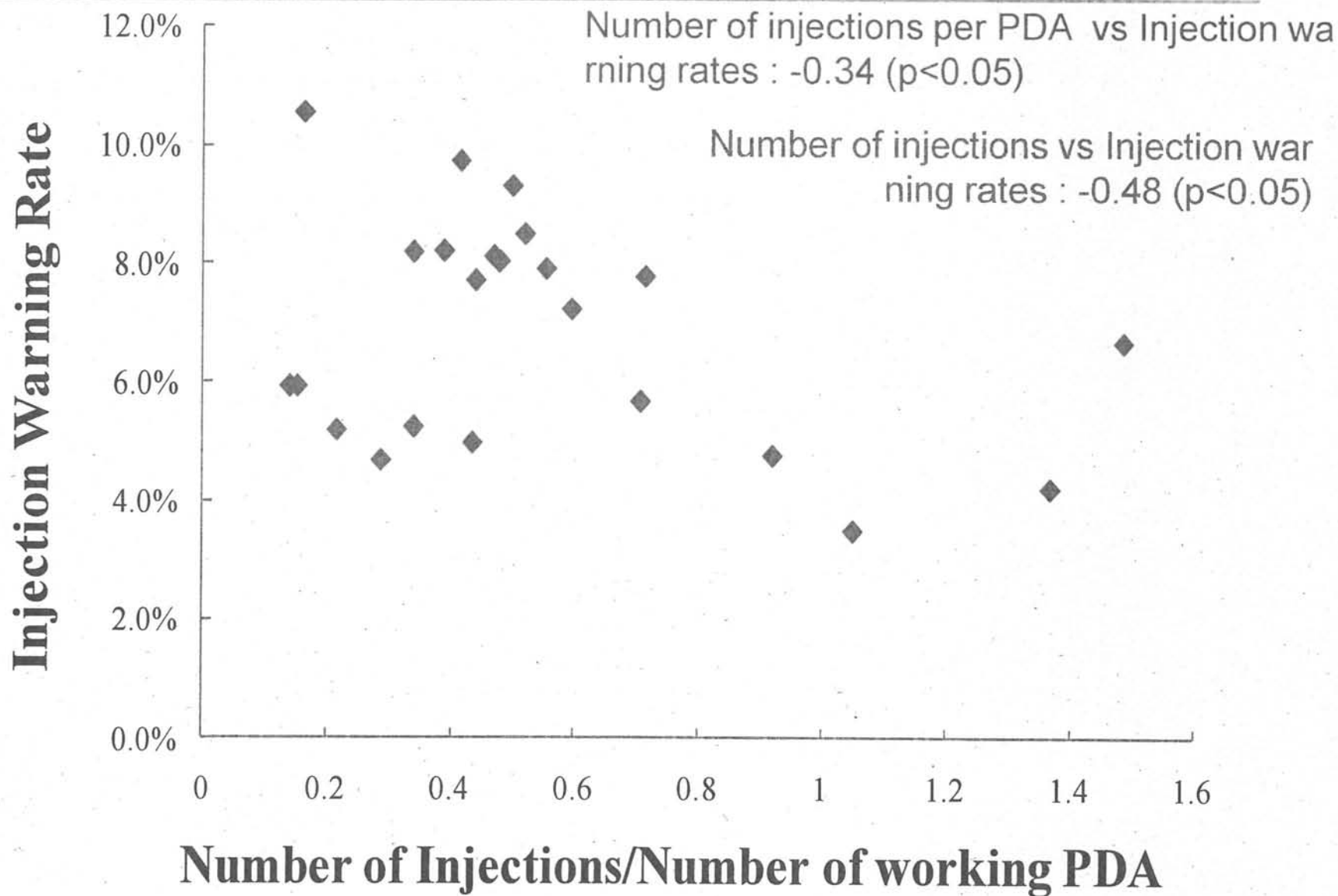
# 時間毎の稼働PDA台数



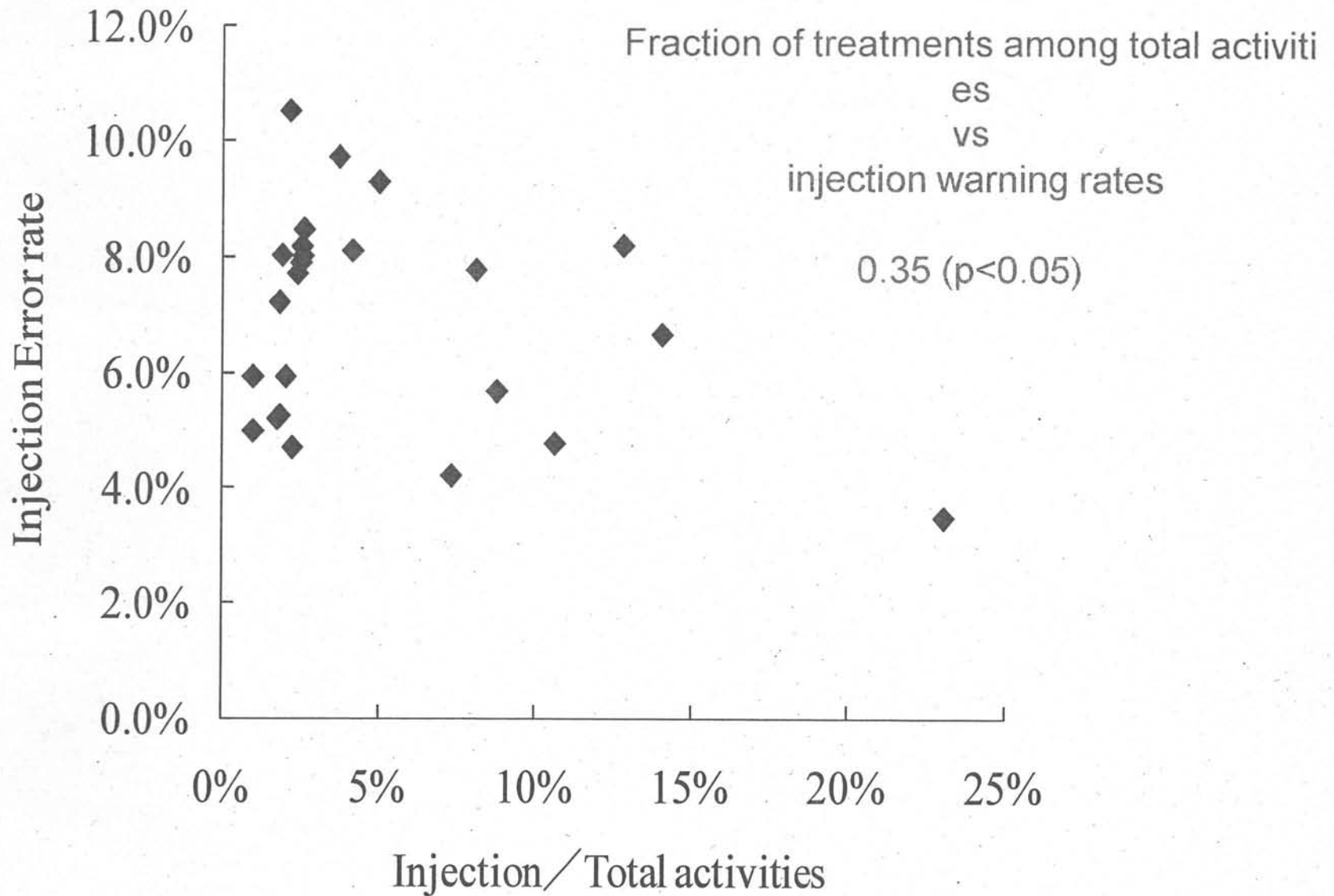
# 時間毎の注射の警告数



# PDA1台あたりの警告数

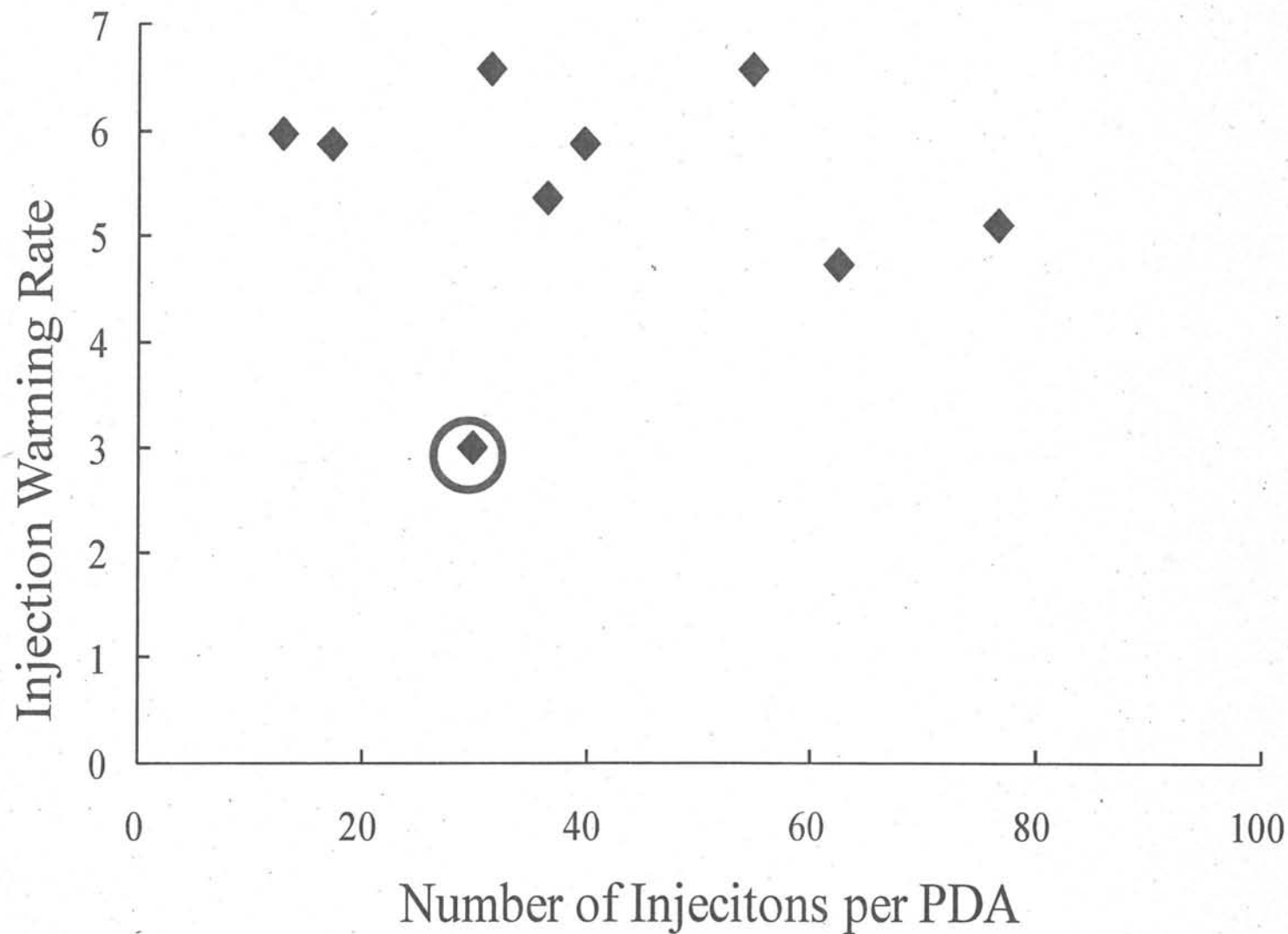


# 注射本数と警告頻度





# 病棟毎の警告頻度 (PDA1台あたり)



未定稿



# 支払基金サービス向上計画(案)

(平成23～27年度)

— より良いサービスをより安く —  
( 仮 題 )

平成22年9月30日  
社会保険診療報酬支払基金

# 新計画案の策定の背景

## 支払基金をめぐる議論

- 平成22年度の手数料をめぐる保険者団体との間での協議
- 行政刷新会議「事業仕分け」
- 厚生労働省省内事業仕分け

・コストの削減

- ・手数料の引下げ
- ・組織のスリム化
- ・余剰資産の売却
- ・事務・事業の改革

等

## レセプトの電子化の進展

- 平成27年度以降引き続き、若干の紙レセプトが残存。
- 平成27年度には、レセプトの電子化がおおむね完了。



平成23～27年度を対象期間とする新計画(案)を策定。

## 新計画案の全体像

- レセプトの電子化がおおむね完了。それに対応した業務処理体制が本格的に稼働する段階に移行。
  - 「ITを導入して補助的に活用する仕組み」から  
「確立したITを最大限に活用する仕組み」へ転換。



- 「社会の要請に応える良質なサービスの提供」  
「コスト意識をもった効率的な事業運営」
  - 「より良いサービスをより安く」提供。

# 良質なサービスの提供

## 1 原審査の充実

### ① コンピュータチェックの充実

【原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの寄与率の倍増：4割程度→7割程度】

### ② 突合審査及び縦覧審査の実施（平成23年4月～）

	請求件数1万件当たりの査定件数	請求点数1万点当たりの査定点数
突合審査	100件程度	12点程度
縦覧審査	35件程度	5点程度



レセプト点検を実施する保険者の事務処理負担の軽減

【原審査請求1万件当たりの保険者の再審査請求件数の半減：96.7件→45件程度】

## 2 審査の不合理な支部間差異の解消

### ① 審査委員会の機能の強化

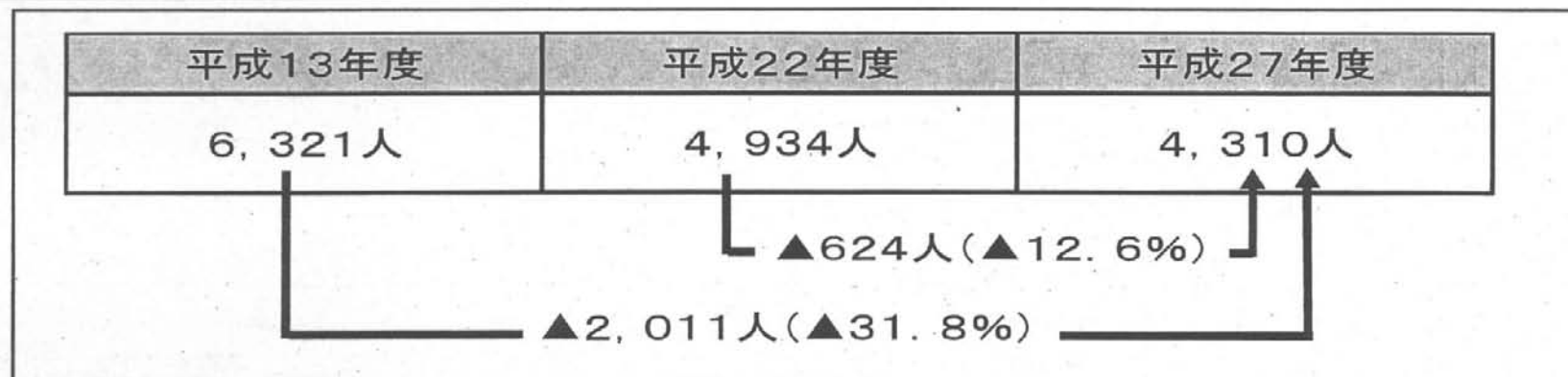
### ② 職員による審査委員に対する働き掛けの強化

## 効率的な事業運営

### 1 ブロック中核支部等を中心とする業務の集約

- ① 電子レセプトに係る職員の審査事務
- ② 紙レセプトに係る請求支払業務 等

### 2 職員定員の削減



### 3 給与水準の見直し

【ラスパイレス指数の引下げ：106(平成21年度) → 100】

### 4 コンピュータシステム関連経費の縮減

等

## 人件費及び物件費の両面にわたる総コストの削減



### 手数料水準(全レセプトの平均手数料)の引下げ

平成9年度	平成22年度	平成27年度
107.29円	90.24円	80.00円

▲10.24円(▲11.3%)

▲27.29円(▲25.4%)

## 医療保険制度に対する貢献

- 従来より、レセプト電算処理システムの開発及び運用や電子点数表の構築について、主導的な役割を果たしてきたところ。
- あわせて、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、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、国保中央会等に提供してきたところ。
- 加えて、今般、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。
- 今後とも、このような役割を果たすことにより、医療保険制度に貢献。



## 審査支払制度の見直しに関する論点(1)

- 新計画案は、あくまでも現行の審査支払制度の枠組みを前提とするもの。
- このような制度的な枠組みを越えて支払基金の改革を進めるためには、厚生労働省のほか、関係者において、厚生労働省検討会等を通じ、審査支払制度の見直しに関する成案を得ることが必要。



新計画案は、

- ・ 平成23～27年度を取組みを記述した上で、
- ・ これからの審査支払に向けて、厚生労働省検討会等を通じて関係者間で検討されるべき審査支払制度の見直しに関する論点を提起。

## 審査支払制度の見直しに関する論点(2)

- ① 都道府県単位に設立された審査委員会は、各都道府県の圏域内に所在する医療機関のレセプトについて、それぞれ独立して審査の決定をする権限を有する仕組み。



- i 特別審査委員会又はこれに代わる機関によって設定された審査取決事項が支部の審査委員会に対して一定の拘束力を有する仕組み。
- ii ブロック中核支部に設置された審査委員会等が専門的な診療科等に属するレセプトの審査を実施する仕組み。
- iii ブロック中核支部に設置された審査委員会等が再審査を、本部に設置された特別審査委員会等が再々審査を実施する仕組み。

- ② 審査の決定は、審査委員の2分の1以上の出席を得た審査委員会の合議によるとともに、審査委員会は、毎月、当月10日までに提出された前月診療分のレセプトについて、当月末日までに審査する仕組み。



- i 担当の審査委員が単独で審査の決定をする仕組み。
- ii 定型的なレセプトに係る審査の決定を職員の審査事務に委ねる仕組み。
- iii 月単位によらず、随時に審査を実施する仕組み。

## 審査支払制度の見直しに関する論点(3)

- ③ 保険者が負担する手数料については、レセプト件数を基準として設定する仕組み。



審査支払機関が保険者の委託を受けて審査及び請求支払の業務を実施するために必要な事務費について、審査支払機関が総額いくらという形態で請け負い、保険者がその協議に基づいて分担する仕組み。

- ④ 支払基金による受託の対象となる審査及び請求支払の業務は、療養の給付に係るものに限定される仕組み。



支払基金が出産育児一時金の直接支払、柔道整復療養費の代理受領等を受託する仕組み。

未定稿

# 支払基金サービス向上計画(案)

(平成23～27年度)

— より良いサービスをより安く —

(仮題)

平成22年9月30日

社会保険診療報酬支払基金

# 目 次

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

2	審査の不合理な差異の解消	21
3	審査におけるP D C Aサイクルの確立	25
4	保険者及び医療機関に対するサービスの向上	25
5	診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に係る円滑な対応	26

## 第5 効率的な事業運営

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

4	<u>総コストの削減に向けた数値目標</u>	36
	【図表8】平成27年度における一般会計の支出の見込み	37
5	<u>手数料水準の引下げ</u>	38
	【図表9】平成27年度における全レセプトの平均手数料の見込み	38
6	<u>コスト構造の見える化及び手数料体系の見直し</u>	
	(1) <u>コスト構造の見える化</u>	39
	【図表10】平成27年度における事務費収入で賄われる 支出に係るコスト構造の見込み	40
	(2) <u>手数料体系の見直し</u>	40
<b>第6 情報公開の推進及び説明責任の履行</b>		
1	<u>医療費の分析評価</u>	43
2	<u>査定に現れない審査の意義の見える化</u>	43
3	<u>審査支払制度の見直しに関する積極的な提言</u>	44
<b>第7 これからの審査支払に向けて</b>		
		45
<b>おわりに</b>		
		47

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



## はじめに

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

## 第1 新計画の策定の背景

### 1 支払基金をめぐる議論

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

\*<sup>1</sup> 審査とは、診療行為が保険診療ルール（療養担当規則、診療報酬点数表等）に適合するかどうかの確認をいう。

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

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

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

## 2 レセプトの電子化の進展

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

---

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

- 昭和58年7月、厚生省から「レセプト処理システムの基本構想」が示され、レセプトの電子化に向けた取組みが開始された。その後、レセプトの電子化の進展は、必ずしも順調な経過とならず、全レセプトに占める電子レセプトの件数割合は、約20年を経ても、1%に満たない水準であった。
- 電子レセプトについては、医療機関による提出、審査支払機関による審査及び請求支払並びに保険者による受取りを一貫して実施するための「レセプト電算処理システム」が必要となる。このため、支払基金においては、厚生省の要請を受けて、レセプト電算処理システムの開発及び運用について、主導的な役割を果たしてきた（参考1）。すなわち、昭和58年度以降に、「基本マスター」\*5及び「記録条件仕様」\*6を、平成2年度以降に、「標準仕様」\*7を作成し、それぞれ継続的に更新してきた。加えて、平成3年11月以降毎月、基本マスター及び「医療機関マスター」\*8を更新して国民健康保険中央会に提供してきた。
- このような中で、平成13年12月、厚生労働省は、「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」を策定し、病院におけるレセプトの電子化について、平成16年度までに5割以上、平成18年度までに7割以上という目標を設定した。これを受けて、支払基金は、医療機関に対し、平成14～20年度の間における全国の累計では、1,901回にわたって説明会を開催する\*9とともに、32,747回にわたって個別訪問を実施するなど、レセプト電算処理システムの普及の促進に取り組んできた。

---

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

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

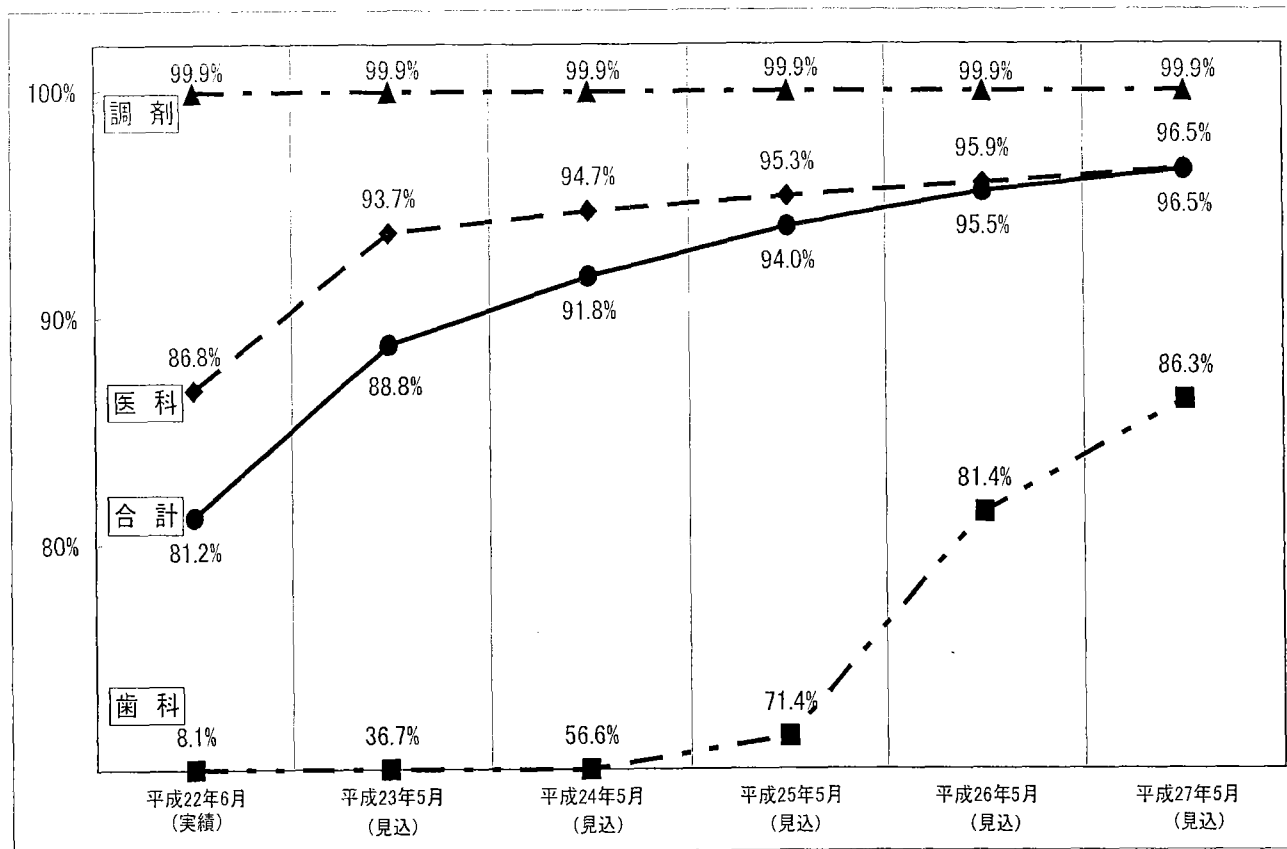
\*7 標準仕様とは、医療機関が審査支払機関に対して電子レセプトを提出するに当たって点検すべき事項を定めた仕様をいう。

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

\*9 延べ160,321人の参加を得た。

- 平成18年4月における「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（以下「請求省令」という。）の改正により、平成23年4月における「原則完全オンライン化」という目標の達成に向けて、平成18年4月以降、医療機関を指定してオンライン請求を試行的に実施した上で、平成20年4月以降、医療機関の種別等に応じて段階的にオンライン請求を義務化する等の措置が講じられた。
- このような政府を挙げての取組みを契機として、レセプトの電子化が急速に進展し、全レセプトに占める電子レセプトの件数割合は、平成20年10月請求分で5割を、平成21年12月請求分で7割を、平成22年6月請求分で8割を突破し、平成22年7月請求分で82.5%（歯科を除いて医科及び調剤を見ると、93.1%）に達した。
- しかしながら、平成21年11月における請求省令の改正により、
  - ① 電子レセプト請求を原則とし、オンライン請求のみならず電子媒体請求も可能とする
  - ② その例外として、
    - i 手書きの紙レセプトで診療報酬を請求する医療機関及び常勤の医師等がすべて65歳以上である医療機関について、紙レセプトから電子レセプトへの移行を免除する
    - ii 電子レセプトに対応しないレセプトコンピュータを使用する医療機関について、そのリース期間等が満了するまでの最長で平成27年3月までの間、紙レセプトから電子レセプトへの移行を猶予する等の措置が講じられた。このため、平成23～26年度の間、レセプトの電子化が段階的に進展するものの、平成27年度以降引き続き、若干の紙レセプトが残存するものと見込まれる。
- すなわち、レセプト件数の見込みは、平成27年度に9億634万件（対平成21年度比+4,941万件）と見込まれる（参考2）が、全レセプトに占める電子レセプトの件数割合の見込みは、平成27年5月請求分で96.5%（平成22年6月請求分比+15.3ポイント）と見込まれる（図表1）。

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



(注1) 医科・調剤については、電子レセプト請求の免除又は猶予に関する届出を基礎とした。

(注2) 歯科については、免除分が医科と同様に、猶予分が平成27年5月までに順次、電子レセプト請求に移行するものと仮定した。

(注3) 医療機関の新設、廃止等に伴う電子レセプト請求の変動を勘案しない。

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

## 第2 新計画の基本的な性格

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

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



### 第3 平成23～27年度における事業運営の基本方針

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

#### ① 良質なサービスの提供

良質なサービスを提供する観点に基づき、

- i 審査の充実
- ii 審査の不合理的な差異の解消
- iii 審査におけるPDCAサイクルの確立
- iv 保険者及び医療機関に対するサービスの向上
- v 診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に係る円滑な対応を図るものとする。

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

あわせて、不合理的な支部間差異の解消に向けて、

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

\*10 単月審査とは、各月のレセプトを単独で点検する審査をいう。

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

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

## ② 効率的な事業運営

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

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

など、人件費及び物件費の両面にわたる総コストの削減に取り組むものとする。

この場合においては、その基盤を整備するため、

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

に取り組むものとする。

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

○ そのほか、情報公開を進め、説明責任を果たすため、

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

## 第4 良質なサービスの提供

### 1 審査の充実

#### (1) 審査の充実のための方策

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

#### イ コンピュータチェックの充実

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

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

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

#### （イ）チェックマスターを活用したコンピュータチェック

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

---

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

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

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

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

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

#### （ロ） 医科電子点数表を活用したコンピュータチェック

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

---

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

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

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

#### **(ハ) 歯科電子点数表を活用したコンピュータチェック**

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

#### **ロ 突合審査及び縦覧審査の実施**

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

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

## (2) 審査の充実に向けた数値目標

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

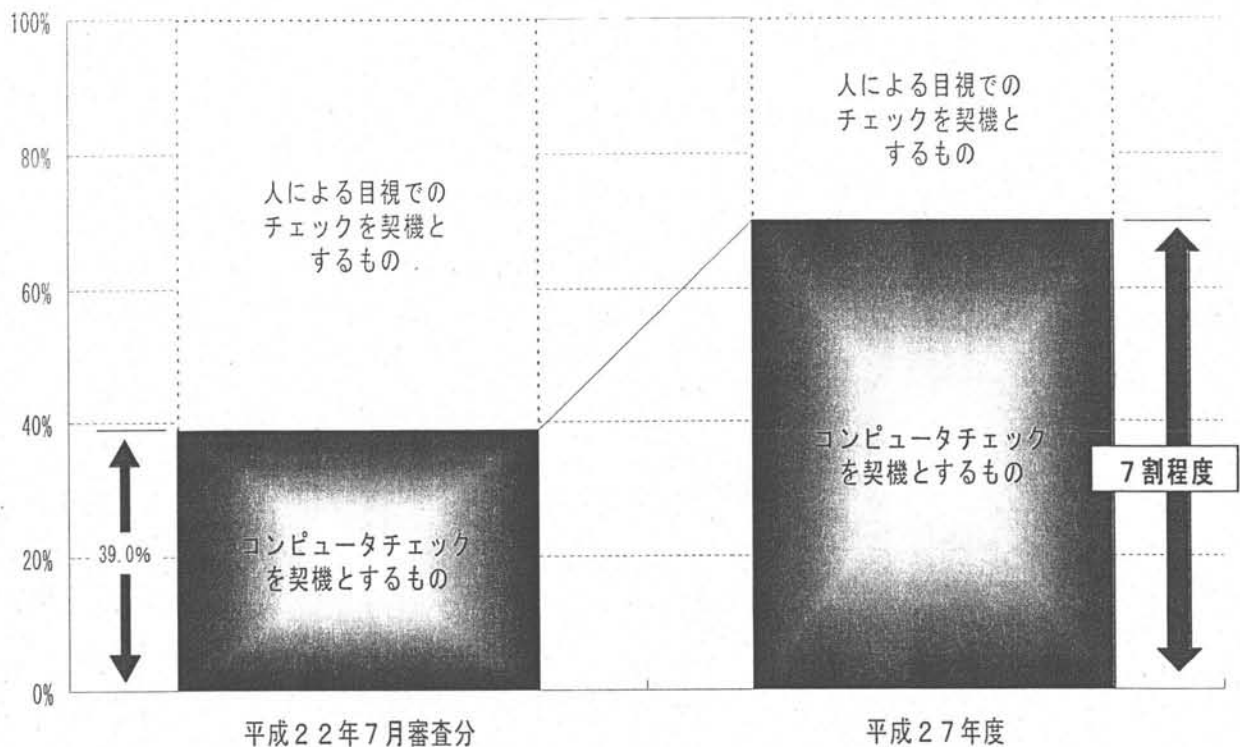
### イ 原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの寄与率の引上げ

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

---

\*20 現行の画面審査システムは、平成14年11月に導入された。

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



□ 突合審査分及び縦覧審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標

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

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



## (イ) 突合審査分

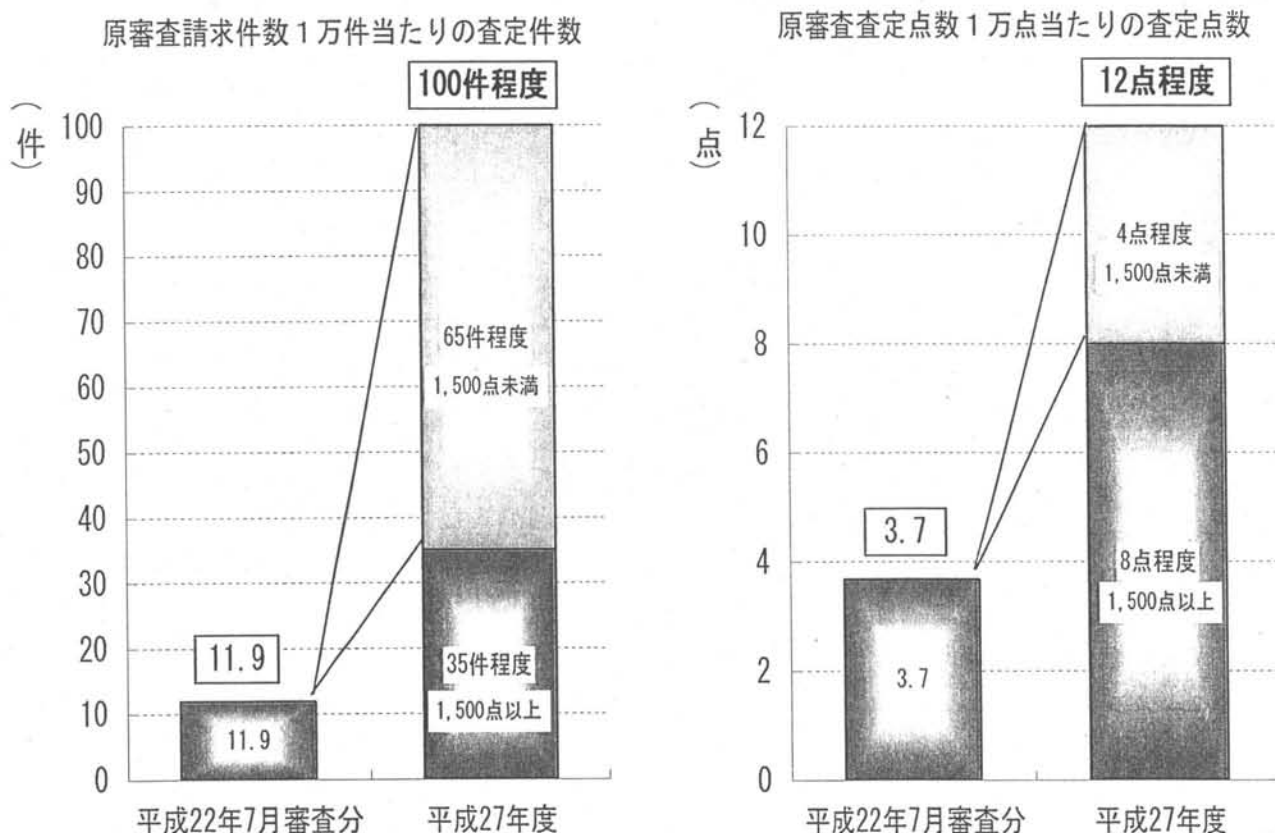
突合審査分については、直近の平成22年7月審査分では、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数が11.9件
- ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数が3.7点

となっている\*22が、平成27年度には、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数を100件程度
  - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数を12点程度
- とすることを目指すものとする(図表3)。

【図表3】 突合審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標



\*22 現行では、突合審査は、原審査の段階で実施されていないため、

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

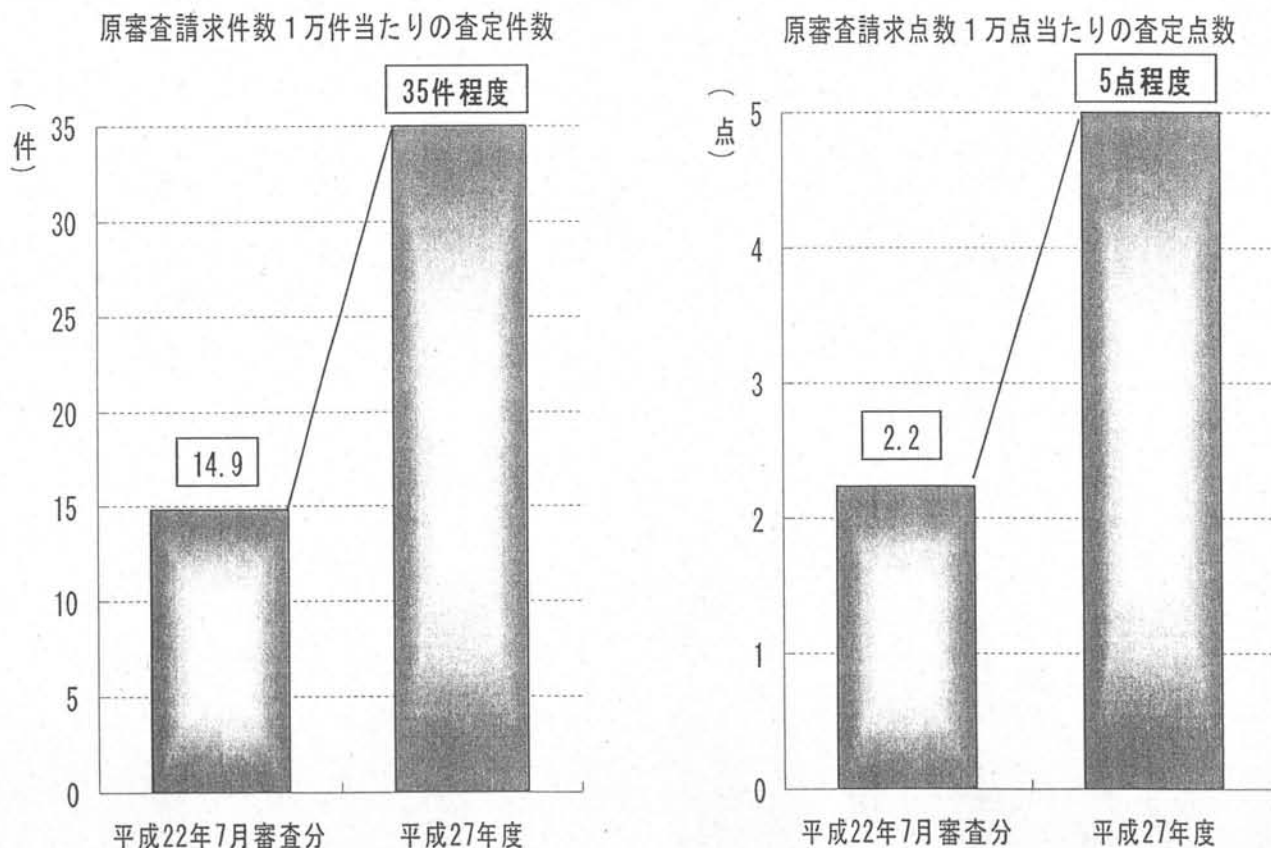
## (ロ) 縦覧審査分

縦覧審査分については、直近の平成22年7月審査分では、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数が14.9件
  - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数が2.2点
- となっている\*23が、平成27年度には、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数を35件程度
  - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数を5点程度
- とすることを目指すものとする(図表4)。

【図表4】 縦覧審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標



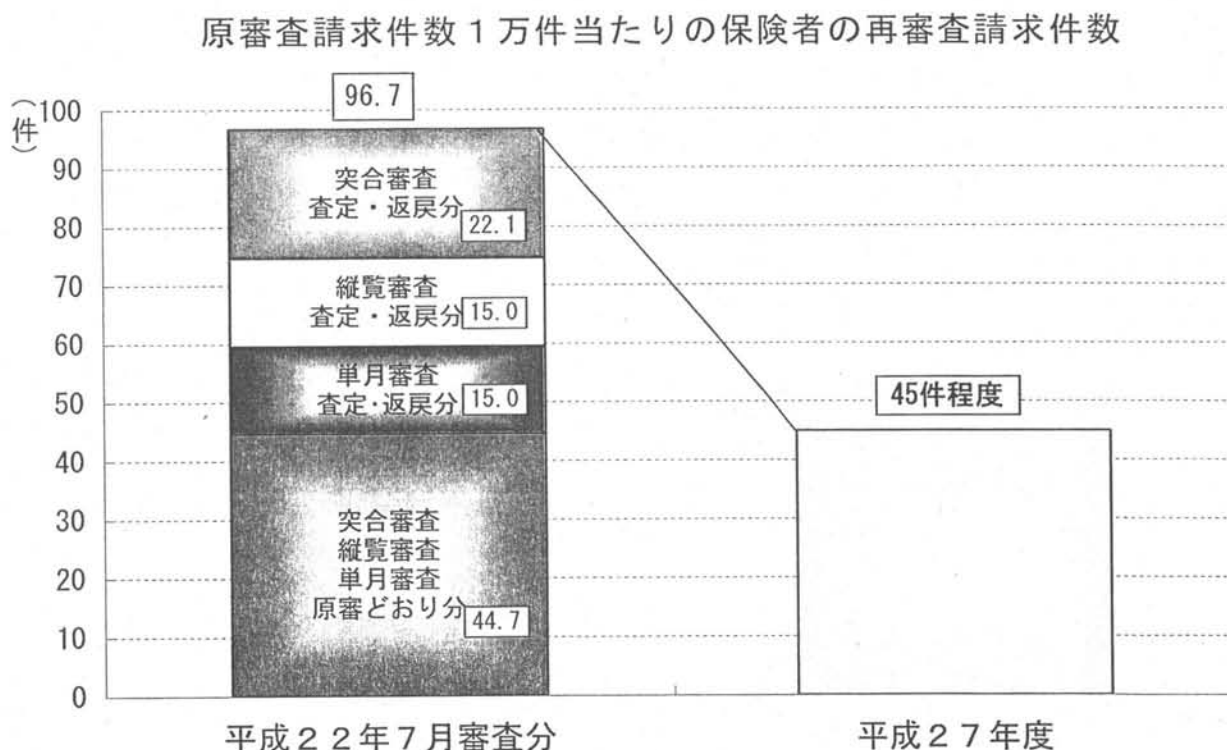
\*23 現行では、縦覧審査は、原審査の段階で実施されていないため、

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

## ハ 保険者の再審査請求件数の引下げ

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

【図表5】 保険者の再審査請求件数の引下げに関する数値目標



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

## ニ D P C レセプト<sup>\*25</sup>の審査返戻率の把握及び公表

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

---

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

## 2 審査の不合理な差異の解消

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

## イ 審査委員会の機能の強化

- 支払基金検討会報告書における審査基準や審査体制に関する主要な指摘は、次のとおりである。
  - ① 保険診療ルールの解釈について、疑問が生じた場合、公定解釈を求めて、基金本部を通じて公定解釈権を有する厚生労働省に照会するが、回答が得られるまでに長期間を要することがしばしばある（参考6）。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る。
  - ② 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である。
  - ③ 各支部の審査委員会は、それぞれ独立して審査を行ってきた。支部間で相談・協議を行う体制を、全国で、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必要がある。
  - ④ 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もある。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である。
  - ⑤ 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る。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・歯科医師の確保が求められる。

- このような指摘を踏まえ、審査委員会の機能を強化するため、平成22年6月以降、次に掲げる方策を実施しているが、引き続き、当該方策を着実に実施するものとする。

① 本部における「審査に関する苦情等相談窓口」の設置

既存の支部間差異の解消に資するよう、保険者の指摘に迅速に対応する体制を整備するため、本部に「審査に関する苦情等相談窓口」を設置する。

具体的には、審査に関する保険者の苦情等を受け付けた本部においては、必要に応じ、「専門分野別ワーキンググループ」に対して回答の作成を依頼するなど、原則として1月以内に、保険者及び全支部に対して回答を提供する。

② 「専門分野別ワーキンググループ」の編成

新規の支部間差異が発生しないよう、保険診療ルールに関する疑義や学会のガイドラインと保険診療ルール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」を編成する。

具体的には、審査委員会の疑義照会等については、本部において、「専門分野別ワーキンググループ」に対して暫定的な医学的見解の作成を依頼し、当該暫定的な医学的見解を全支部に提供する。

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、本部において、「専門分野別ワーキンググループ」に対して取扱い案の作成を依頼し、当該取扱い案を厚生労働省に提供する。

③ 「審査委員長等ブロック別会議」の開催

審査委員会相互間の連携が図られるよう、審査委員会相互間で協議する機会を確保するため、全国6ブロックで「審査委員長等ブロック別会議」を開催する。

④ 「審査委員会間の審査照会（コンサルティング）」の実施

審査委員会相互間の連携が図られるよう、専門医の審査委員が当該支部に不在である診療科等に属するレセプトについて、他支部の専門医の審査委員に対するコンサルティングの依頼を可能とするため、「審査委員会間の審査照会（コンサルティング）」を実施するネットワークを構築する。

⑤ 「医療顧問」の配置

本部や他支部との間での連絡調整、審査委員相互間の協議、審査委員と職員との連携の橋渡し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、従前の常勤審査委員を発展させて任務を明確にした「医療顧問」を平成23年6月までに全支部で配置することを目指す。

ロ 職員による審査委員に対する働き掛けの強化

- 原審査査定点数のうち、職員による疑義付箋の貼付を契機とする部分の比率は、平成22年7月審査分では、67.9%に達している。したがって、不合理な支部間差異の解消に向けては、審査委員の審査を補助する職員の審査事務を通じて職員による審査委員に対する働き掛けを強化することが重要である。
- とりわけ、電子レセプトについては、審査委員の審査を補助する職員の審査事務において、コンピュータチェックを通じて表示された疑義の当否を確認する能力や、コンピュータチェックの対象とならない項目に係る疑義を発見する能力が必要となる。コンピュータチェックについては、一定の基準に従って網羅的に疑義を表示することが可能となるため、その意義が失われないよう、審査委員の審査を補助する職員の審査事務に係る能力の格差を解消する必要がある。



- このため、今後とも、職員の審査事務に係る能力の向上に資するよう、研修の充実を図るとともに、職員の審査事務の実績が低調である支部に対しては、本部による指導及び支援を重点的に実施するものとする。
- また、引き続き、審査委員会会期中の時間外又は休日においても、職員が審査委員の審査を補助する体制を確保するものとする。

### 3 審査におけるPDCAサイクルの確立

- 平成22年7月より、電子レセプトについて、
  - ① コンピュータチェックを通じた疑義の表示
  - ② 職員による疑義の当否に関する確認
  - ③ 審査による査定や返戻に関する判断など、審査の履歴を記録するシステムを導入した。
- これにより、この審査履歴から、職員の審査事務及び審査委員の審査について、過程及び実績を把握して品質を管理することが可能となる。
- このため、審査におけるPDCAサイクルの確立に向けて、平成23年4月以降、職員の審査事務及び審査委員の審査について、実績を把握し、その分析評価の結果を審査の標準化による審査の充実のために活用するものとする。

### 4 保険者及び医療機関に対するサービスの向上

- 電子レセプトについては、紙レセプトと異なり、保険者による受取り及び医療機関による請求が簡便となる、保険者及び医療機関にとって有用なデータが適時に提供されるなど、サービスの向上を図ることが可能となる。
- このため、保険者及び医療機関の要望に応じ、支払基金から保険者及び医療機関へのデータの提供を拡充する等の措置を講じている（参考7）。

- なお、レセプト電子データ提供事業<sup>\*26</sup>については、保険者のニーズに応えるため、平成23年度以降引き続き、実施するものとする。
- また、その価格の在り方については、従前における実施状況のほか、今後における保険者のニーズを踏まえ、平成23年度の手数料をめぐる保険者団体との間での協議の過程で検討し、平成22年中に結論を得るものとする。

## 5 診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に係る円滑な対応

- 診療報酬が2年ごとに改定されるなど、医療保険制度は、頻繁に改正される。加えて、その内容をあらかじめ予測することは、困難である。したがって、審査及び請求支払の業務を円滑に処理するためには、診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正について、その内容が判明した段階でその施行に間に合うように準備を進める必要がある。
- 平成22年度診療報酬改定に際しても、平成22年3月、基本マスターを更新するとともに、平成22年5月、記録条件仕様及び標準仕様を更新した。<sup>\*27</sup>
- 今後とも、診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に円滑に対応するため、基本マスター、記録条件仕様、標準仕様及び医療機関マスターのほか、医科電子点数表及び歯科電子点数表を含め、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継続的に更新するものとする。

---

<sup>\*26</sup> レセプト電子データ提供事業とは、保険者に対してその希望に応じて電子レセプト及び紙レセプトの画像データ及びテキストデータを提供する事業をいう。

<sup>\*27</sup> そのほか、従前、旧総合病院について、1人の患者が複数の診療科で外来診療を受けた場合には、診療科単位でレセプトを提出するものとされていたが、平成22年4月より、複数の診療科を含む1件のレセプトを提出するものとされた。これを踏まえ、診療科別に審査を分担する審査委員の審査及びそれを補助する職員の審査事務に支障を生じないよう、平成22年5月、旧総合病院に係るレセプトを診療行為、傷病名等に応じて診療科別に分類するシステムを導入した。

## 第5 効率的な事業運営

### 1 効率的な事業運営のための基盤の整備

#### (1) 審査及び請求支払に係る業務フローの見直し

- 電子レセプトに係る職員の審査事務並びに紙レセプトに係る審査及び請求支払について、業務フローを見直すものとする（参考8）。

#### イ 電子レセプトに係る職員の審査事務

- 電子レセプトについては、医療機関所在地の支部のほか、その他の支部及び本部でも、共有が可能となる。
- これを踏まえ、各支部で専門医を審査委員として配置することが困難であるような専門的な診療科等に属する電子レセプトについては、平成23年度以降、各ブロックで中核となる11支部（以下「ブロック中核支部」という。）がその他の支部における職員の審査事務を支援する体制に移行するものとする。
- なお、本部においても、各支部に対し、
  - ① 月次での審査実績の分析評価
  - ② 審査の充実のための方策の検証
  - ③ 職員の派遣による実践的な指導を通じた職員の審査事務に係る能力の向上など、職員の審査事務を支援する機能を強化するものとする。

## ロ 紙レセプトに係る審査及び請求支払

- 平成23～26年度の間、レセプトの電子化が段階的に進展するものの、平成27年度以降引き続き、若干の紙レセプトが残存するものと見込まれる。これは、審査支払機関にとって、紙レセプトと電子レセプトとで複線化された審査及び請求支払に係る業務フローを継続する必要があることを意味する。
- このような中で、紙レセプトの大幅な減少に対応して紙レセプトに係る審査及び請求支払の業務を効率的に処理する必要がある<sup>\*28</sup>。
- このため、平成23年度中に、紙レセプトに係る審査及び請求支払について、次のとおり、業務フローを見直すものとする。
  - ① 医療機関所在地の支部において、紙レセプトの審査を電子レセプトの審査に優先して実施した上で、紙レセプトをブロック中核支部に送付する。
  - ② ブロック中核支部において、紙レセプトについて、医療機関別から保険者別への仕分け、請求支払データ<sup>\*29</sup>の作成、画像データ<sup>\*30</sup>の取得及びテキストデータ<sup>\*31</sup>の作成を実施した上で、特定の支部に送付する。
  - ③ 特定の支部において、紙レセプトを保険者に送付する。

---

\*28 平成27年度におけるレセプト件数の構成割合は、電子レセプト分で96.5%、紙レセプト分で3.5%と見込まれる(第1-2)。これに対し、平成27年度における一般会計の支出のうち、請求支払業務に係るものは、107.2億円と見込まれるが、その構成割合は、電子レセプト分で61.3%、紙レセプト分で38.7%と見込まれる(第5-6-(1))。

\*29 請求支払データとは、保険者に対する請求及び医療機関に対する支払の金額に関するデータをいう。

\*30 保険者は、画像データをレセプト点検の実施等に利用している。

\*31 保険者は、テキストデータをレセプト点検の実施、高額療養費の支給等に利用している。

- これにより、次に掲げる効果が期待される。
  - ① 紙レセプトに係る医療機関別から保険者別への仕分け、請求支払データの作成、画像データの取得及びテキストデータの作成に関する業務が集約される。
  - ② 紙レセプトを47支部相互間で医療機関所在地の支部から保険者所在地の支部へ交換する業務が不要となる。
  - ③ 画像データ及びテキストデータの提供を希望する保険者にとっては、すべての紙レセプトについて、画像データ及びテキストデータを受け取る時期が毎月20日から毎月10日へ早期化される。
- なお、将来的には、レセプトの電子化の進展に伴う紙レセプトの減少等の状況を見極めながら、電子レセプトと紙レセプトとで複線化された審査及び請求支払に係る業務フローが一本化されるよう、紙レセプトの電子レセプト化を検討するものとする。

## (2) 管理業務の集約

- 支払基金は、本部及び都道府県単位の47支部によって構成される全国組織である。組織としての一体性を発揮し、本部及びブロック中核支部の機能を強化するとともに、ブロック中核支部以外の支部の組織をスリム化するため、次のとおり、管理業務を集約するものとする。
  - ① 診療報酬に関する出納管理、債権管理等を内容とする資金管理業務については、平成23年4月より、各支部で処理する体制から本部で処理する体制へ移行する。
  - ② 現行では、各支部で処理されている、庶務及び会計に関する業務のうち、可能なものについては、平成23年度以降、本部又はブロック中核支部で処理する体制に段階的に移行する。

### (3) コンピュータシステムの機器更新

- 現行のコンピュータ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年とされている。
- 当該期間中、機器の老朽化が進行している。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の打切りが予想されるなど、コンピュータシステムの信頼性を損なうリスクが高まる。
- また、コンピュータチェックの充実（第4-1-(1)）等に現行の機器で対応しようとする、処理性能や拡張性との関係で限界に達するものと見込まれる。
- さらに、大規模災害等による障害の発生に際しても、迅速な復旧を通じた事業の継続が可能となるよう、データセンターのバックアップの方式を確立する必要がある。
- これらを踏まえ、コンピュータシステムの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コンピュータシステムの最適化や効率化を図るため、平成24年度を目途に、コンピュータシステムの機器更新を実施するものとする。

### (4) 予算及び決算におけるPDCAサイクルの確立

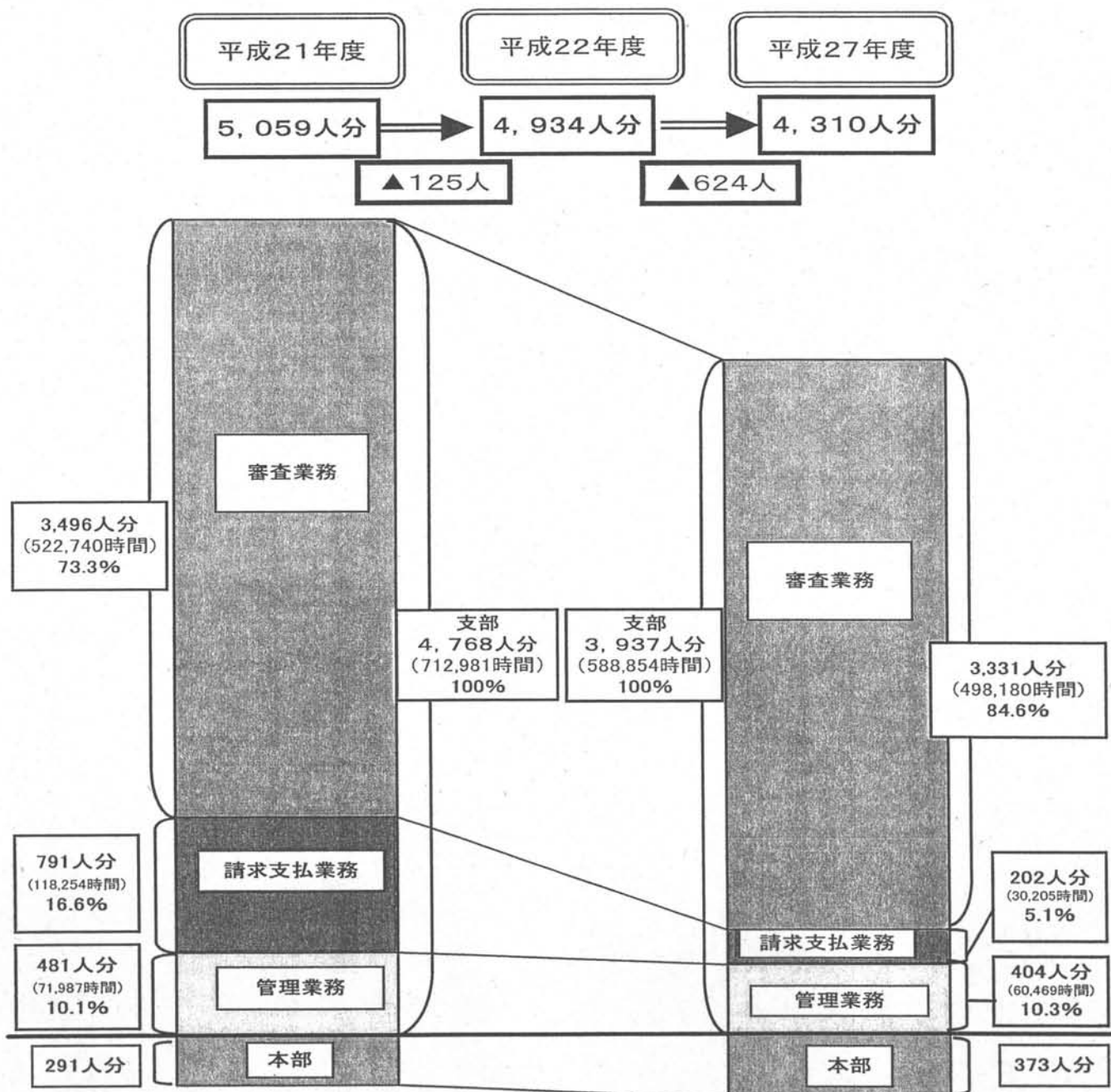
- 予算及び決算におけるPDCAサイクルの確立に向けて、一般会計\*<sup>32</sup>の収支について、毎年度、決算を取りまとめるに当たり、予算と決算との異同を明示するものとする。

\*<sup>32</sup> 一般会計とは、支払基金の会計区分のうち、審査及び請求支払の業務を経理するものをいう。

## 2 業務量の見通し

- 平成21年度における職員の業務量の実績を基礎として平成27年度における職員の業務量の見込みを推計すると、次のとおりである（図表6）。

【図表6】 平成27年度における職員の業務量の見込み



(注1) 業務量は、平成23～27年度における電子レセプト及び紙レセプトの件数の見込みを基礎とする。

(注2) 業務処理時間は、平成21年度及び平成22年度における調査による。

- すなわち、平成23～27年度におけるレセプト件数及び全レセプトに占める電子レセプトの件数割合の見込み（第1-2）によると、引き続き、紙レセプトが減少し、これに伴い、今後、請求支払に係る業務量が減少するものと見込まれる。
  
- また、
  - ① 平成22年7月より、保険者及び医療機関が再審査をオンラインで請求することを可能としたこと<sup>\*33</sup>
  - ② 平成23年4月より、原審査の段階で突合審査及び縦覧審査を実施すること（第4-1-(1)-ロ）等に伴い、今後、再審査に係る業務量が減少するものと見込まれる。
  
- これに対し、コンピュータチェックにおいては、保険診療ルールに適合しない診療行為に関する疑義が見落としなく網羅的に表示されるものの、診療行為が保険診療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が不可能である現行の診療報酬体系を前提とすると、コンピュータチェックを通じて表示された疑義が査定の対象となるかどうかを人による目視でのチェックで見極める業務が不可欠となる。
  
- 例えば、平成22年2月より導入された、医薬品の適応及び用量に関するチェックマスターを参照して自動的に傷病名と医薬品の適応及び用量との対応の適否を点検するシステム（第4-1-(1)-イ-イ）においては、平成22年7月審査分では、コンピュータチェックを通じて疑義を表示したレセプトが約27.7万件に達したのに対し、そのうち、職員の審査事務を通じて疑義と判断したものが約3.4万件、審査委員の審査を通じて査定と判断したものが約1.8万件にとどまった（参考9）。

---

<sup>\*33</sup> そのほか、DPCに係る電子レセプトについて、その他の電子レセプトと同様に、医療機関へのオンラインでの返戻及び医療機関からのオンラインでの再請求を可能とした。



- この点、将来的には、コンピュータチェックの精度の向上を図る必要があるものの、当面、チェックマスターを活用したコンピュータチェックの対象を医薬品の禁忌、処置、手術及び検査の適応、特定保険医療材料の適応及び用量等に段階的に拡大すること（第4-1-(1)-イ-イ）等により、コンピュータチェックを通じて疑義を表示する箇所が増加するものと見込まれる。
- すなわち、コンピュータチェックを通じて疑義を表示する箇所は、平成22年7月審査分で約33.4万件にとどまったが、平成27年度中に1か月当たり1,600万件程度に達するものと見込まれる。
- これに伴い、当面、コンピュータチェックを通じて表示された疑義が査定の対象となるかどうかを人による目視でのチェックで見極める業務が増大するため、原審査に係る業務量が増大するものと見込まれる。

### **3 総コストの削減のための方策**

- 業務量の見通し（第5-1-(2)）に基づき、事業の運営に真に必要な経費を確保しつつ、次のとおり、人件費及び物件費の両面にわたる総コストの削減に取り組むものとする。

#### **(1) 職員定員の削減**

- 当面、コンピュータチェックを通じて表示された疑義が査定の対象となるかどうかを人による目視でのチェックで見極める業務の増大が見込まれるものの、紙レセプトの減少に伴う請求支払に係る業務量の減少を反映するほか、原審査の充実を通じた保険者の再審査請求件数の引下げ（第4-1-(2)-ハ）、審査及び請求支払に係る業務フローの見直し（第5-1-(1)）、管理業務の集約（第5-1-(2)）等に取り組むものとする。

- これらにより、一般会計の職員定員について、平成27年度には、
- ① ピーク時の平成13年度（6,321人）と比較して▲31.8%（▲2,011人）
  - ② 直近の平成22年度（4,934人）と比較して▲12.6%（▲624人）
- に相当する4,310人となるよう、段階的に削減するものとする（図表7）。

【図表7】 一般会計の職員定員の削減



- これに応じ、平成23年度以降、支部における管理職のポストを段階的に削減するものとする。この場合において、職員定員が少ない小規模な支部の支部長については、平成23年度以降段階的に、近隣の支部の支部長が兼任する体制に移行するものとする\*34。
- なお、定年退職者の不補充にとどまらない職員定員の削減を実現するとともに、組織の活性化を図るため、平成23年度以降、早期退職制度\*35を創設するものとする。

\*34 鳥取支部の支部長については、平成22年度より、岡山支部の支部長が兼任する体制に移行した。

\*35 早期退職制度とは、早期の退職を希望する中高年の職員を募集する制度をいう。

## (2) 給与水準の引下げ

- 平成22年4月に実施された支払基金を対象とする厚生労働省省内事業仕分けを踏まえた平成22年9月における厚生労働省の要請を受けて、職員の給与について、直近の平成21年度に106.0（対平成20年度比▲0.9）となったラスパイレス指数<sup>\*36</sup>がおおむね100となるよう、給与体系の見直し等を通じて給与水準の引下げを図るものとする。
- この場合においては、所要の経過措置を講じるものとする。

## (3) コンピュータシステム関連経費の縮減

- レセプトの電子化に相応しい良質なサービスを提供するためには、ITをその進歩に応じて最大限に活用し、審査及び請求支払の業務を効果的かつ効率的に実施することが重要である。これを踏まえ、平成24年度を目途とするコンピュータシステムの機器更新（第5-1-（3））を含め、コンピュータシステムの開発及び運用に必要な経費を確保するものとする。
- この場合においても、
  - ① 新規のシステムの開発について、一般競争入札で業者を選定すること
  - ② 随意契約によらざるを得ない既存のシステムの改修について、第三者機関によるシステム監査を実施すること等により、コンピュータシステム関連経費を縮減するものとする。

## (4) 支払基金保有宿舎の整理合理化

- 平成22年4月に実施された支払基金を対象とする厚生労働省省内事業仕分けを踏まえ、支払基金保有宿舎の整理合理化に取り組むものとする（参考10）。

---

<sup>\*36</sup> ラスパイレス指数とは、国家公務員の給与水準を100とした場合におけるそれと比較した法人職員の給与水準を示す指数をいう。

#### 4 総コストの削減に向けた数値目標

- 総コストの削減のための方策（第5-3）を実施することにより、一般会計の支出について、平成27年度には、
- ① ピーク時の平成13年度決算（876.6億円）と比較して  
▲15.8%（▲138.9億円）
  - ② 直近の平成22年度予算（825.3億円）と比較して▲10.6%  
（▲87.6億円）
- に相当する737.7億円とすることを目指すものとする（図表8）。

【図表8】 平成27年度における一般会計の支出の見込み

区 分	平成22年度 予 算	平成27年度 見 込	差 引	内 容	
	億円	億円	億円		
給 与 諸 費	421.3	333.0	▲88.3 (▲21.0%)	職員定数の削減による減 給与水準の引下げ等による減 常勤審査委員等の廃止による減	
業 務 諸 費	239.6	212.0	▲27.6 (▲11.5%)		
内 訳	コンピュータ システム 関連経費	156.2	126.7	▲29.5 (▲18.9%)	各種コンピュータシステムの開発の終了による減 各種コンピュータシステムの運用の開始による増 紙レセプトの減少に伴うアウトソーシング経費の減
	経 常 経 費	83.4	85.3	1.9 (+2.3%)	宿舍の売却に伴う固定資産税額の減 宿舍の借上げによる増 職員定数の削減等による減 臨時職員定数の削減による減
退 職 給 付 引 当 預 金 へ の 繰 入 れ	36.7	46.1	9.4 (+25.6%)	退職者数の増加による増	
役 員 会 費	0.5	0.5	0.0 (0%)		
審 査 委 員 会 費	114.4	134.9	20.5 (+17.9%)	医療顧問の配置による増	
施 設 費	8.0	6.4	▲1.6 (▲20.0%)	宿舍の売却に伴う修繕経費の減	
予 備 費 及 び 積 立 預 金	4.8	4.8	0.0 (0%)	平成22年度と同額	
合 計	825.3	737.7	▲87.6 (▲10.6%)		

(注) レセプト電子データ提供事業に係る支出を計上していない。

## 5 手数料水準の引下げ

- 平成27年度における必要な事務費収入<sup>\*37</sup>の見込みは、一般会計の支出の見込み（第5-4）より事務費収入以外の一般会計の収入の見込み（参考11）を控除した額となる。

（支出）	（事務費収入以外の収入）	（必要な事務費収入）
737.7億円	— 12.6億円	= 725.1億円

- このため、レセプト件数の見込み（第1-2）を踏まえ、オンライン受取り分、電子媒体受取り分及び紙媒体受取り分の別を問わずに医科・歯科レセプトのみならず調剤レセプトも含めたすべてのレセプトに係る平均手数料について、平成27年度には、

- ① ピーク時の平成9年度決算（107.29円）と比較して  
▲25.4%（▲27.29円）
- ② 直近の平成22年度予算（90.24円）と比較して▲11.3%  
（▲10.24円）

に相当する80.00円とすることを目指すものとする（図表9）。

【図表9】 平成27年度における全レセプトの平均手数料の見込み

平成9年度	平成22年度	平成27年度
107.29円	90.24円	80.00円
▲17.05円(▲15.9%)		▲10.24円(▲11.3%)
▲27.29円(▲25.4%)		

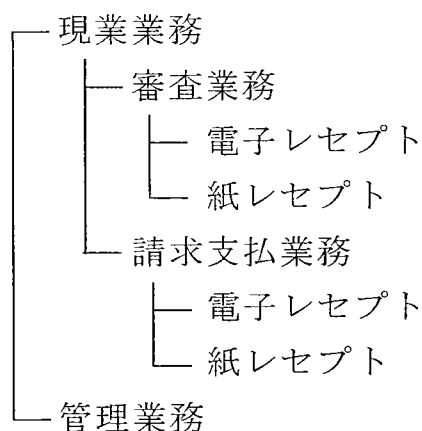
\*37 事務費収入とは、保険者が負担する手数料による収入という。

## 6 コスト構造の見える化及び手数料体系の見直し

### (1) コスト構造の見える化

- コスト構造の見える化を図るため、平成27年度における一般会計の収支の見込み(第5-4及び第5-5)を前提として、次のとおり、事務費収入で賄われる支出について、区分ごとの総コスト及びレセプト1件当たりの単価を試算すると、**図表10**のとおりである。

- ① 次に掲げる区分を設定する。



- ② 区分ごとに可分な支出を各区分に割り振るとともに、区分ごとに不可分な支出を業務量に応じて各区分に按分する。
- ③ 事務費収入以外の収入について、区分ごとの支出に応じて各区分に按分し、それぞれ支出より控除する。

【図表 10】

平成 27 年度における  
事務費収入で賄われる支出に係るコスト構造の見込み

区分			全レセプト(906,341千件)		
				電子レセプト (866,656千件)	紙レセプト (39,685千件)
現業業務	審査業務	コスト (百万円)	54,861	52,102	2,759
		単価 (円)	<u>60.53</u>	<u>60.12</u>	<u>69.52</u>
	請求支払業務	コスト (百万円)	10,719	6,567	4,152
		単価 (円)	<u>11.83</u>	<u>7.58</u>	<u>104.62</u>
管理業務		コスト (百万円)	6,931	6,931	
		単価 (円)	<u>7.65</u>	<u>7.65</u>	
全業務		コスト (百万円)	72,510	—	—
		単価 (円)	<u>80.00</u>	<u>75.34</u>	<u>181.78</u>

(注) 戦傷病者に係るレセプト件数を除外している。

## (2) 手数料体系の見直し

- 平成 23 年度の手数料をめぐる保険者団体との間での協議の過程において、次に掲げる点に留意した上で、一定の区分ごとにコストに応じて手数料を設定すべきかどうかを含め、手数料体系の見直しを検討し、平成 22 年中に結論を得るものとする。



### ① 手数料水準の引下げと手数料体系の見直しとの峻別

手数料体系の見直しについては、総コストの削減を通じた手数料水準の引下げと峻別して検討する必要がある。

すなわち、一定の総コストを前提として、一定の区分ごとにコストに応じて手数料を設定する場合には、仮にある区分に属するレセプトに係る手数料が全レセプトの平均手数料を下回る水準に設定されると、それに相当する分、他の区分に属するレセプトに係る手数料が全レセプトの平均手数料を上回る水準に設定されることとなる関係にある。

### ② 電子レセプトと紙レセプトとの区分

現行では、レセプトをオンライン受取り分、電子媒体受取り分及び紙媒体受取り分に区分して手数料を設定する取扱いとなっているが、このような取扱いは、「規制改革推進のための3か年計画」(平成19年6月22日閣議決定)を踏まえ、保険者におけるオンライン化を推進するため、オンラインを導入した保険者とオンラインを導入しない保険者との間での手数料の差を拡大することを求める厚生労働省の要請に応じたことによるものである。

しかしながら、平成23年4月以降、保険者(公費負担医療の実施機関を除く。)による電子レセプトの受取りがオンラインによるものとされていることを踏まえると、現行の取扱いを見直す必要がある。

もともと、電子レセプトと紙レセプトの間では、業務フローの相違に応じたコスト構造の相違が典型的に認められることに着目すると、両者を区分して手数料を設定する方策も想定される。

### ③ 医科・歯科レセプトと調剤レセプトとの区分

現行では、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを区分して手数料を設定する取扱いとなっているが、平成23年4月より、単月審査のみならず突合審査及び縦覧審査も実施すること（第4-1-(1)-ロ）に伴い、医科・歯科レセプトのみならず調剤レセプトも実質的な審査の対象となるため、現行の取扱いを見直す必要がある。<sup>\*38</sup>

この場合において、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを区分しないで手数料を設定するときは、調剤レセプトに係る手数料が引き上げられるものの、医科・歯科レセプトに係る手数料が引き下げられることとなる。

なお、支払基金においては、平成23年4月における突合審査及び縦覧審査の開始を理由として、医科・歯科レセプトのみならず調剤レセプトも含めたすべてのレセプトに係る平均手数料の水準を引き上げる考えは、一切ない。

### ④ 原審査と再審査との区分

原審査の決定に対する再審査の請求が保険者及び医療機関の権利であることを実質的に担保するためには、再審査を原審査と区分して別途に手数料を設定する方策は、適当でない。

### ⑤ 査定率と手数料との連動

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るため、査定率に応じて手数料を設定する、例えば、査定率が高い支部又はレセプトに係る手数料を高くする、という方策は、査定率の向上に対する動機付けとなり得ない。

---

<sup>\*38</sup> 現手数料見直しは、「支払基金では、平成23年度の原則完全オンライン化の段階で、医科・歯科レセプトと調剤レセプトの突合審査など新たな審査サービスを開始する予定であり、その時点において、医科・歯科分と調剤分を区分けした上でそれぞれ別個の手数料を設定する現行方式について、見直すこととしている。」としている。