

第11回審査支払機関の在り方に関する検討会 10/12/10

(厚生労働省低層棟2階 講堂) 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○

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

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

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11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12月10日（金）午前10:00～  
於：厚生労働省内 低層棟2階 講堂

1. 開会
2. 審査支払機関の在り方について〈総括的議論〉  
組織の統合、競争の促進について  
これまでの議論の中間的整理
3. 閉会

## 【配布資料】

- 資料1 組織の統合、競争の促進についての定量的な検証（試算案）
- 資料1-② 試算における前回からの修正点
- 資料2 審査支払機関の競争の促進に関する論点（案）
- 資料3 「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理（案）
  
- 参考資料1 各委員からの主な意見の概要（第10回）（案）
- 参考資料2 第1回～第10回の議論と論点の整理
- 参考資料3 「審査支払機関の統合または競争について」（東京都国保連提出資料）
- 参考資料4 「支払基金における総コストの削減に向けた取組み」  
(支払基金提出資料)

組織の統合、競争の促進についての定量的な検証(試算案)

平成22年12月10日  
厚生労働省保険局

## 《支払基金を国保連に統合》

- 都道府県国保連において、被用者保険のレセプトの受付・事務点検・審査・支払業務を実施。(業務移管)
- 支払基金の審査支払以外の業務(支援金・納付金の徴収及び交付金の交付等)は、他の機関に移管(コスト増減要因)
  - 審査担当職員等体制整備(支払基金から国保連への要員シフト)
  - 国保連から被用者保険者への請求システムの開発等
    - ・支払基金から国保連へシステム仕様書等の提供及びデータ移行
  - 事務スペースの確保
    - ・国保連事務所(不足スペースの借上げ)
    - ・支払基金事務所(売却)
  - 支払基金の審査支払以外の業務関係
    - ・移管先(他の機関)のスペースの借上げ

## 《国保連を支払基金に統合》

- 支払基金支部において、国保のレセプトの受付・事務点検・審査・支払業務を実施。(業務移管)
- 国保の審査支払以外の業務(保険者業務及び高齢者・介護等審査支払業務等)は、国保連が実施。(コスト増減要因)
  - 審査担当職員等体制整備(国保連から支払基金への要員シフト)
  - 支払基金から国保保険者への請求システムの開発等
    - ・国保連から支払基金へシステム仕様書等の提供及びデータ移行
  - 事務スペースの確保
    - ・支払基金事務所(不足スペースの借上げ)
    - ・国保連事務所(売却)
  - 国保連の審査支払以外の業務関係
    - ・支払基金と国保連の間での国保資格データ・審査結果の授受のシステム開発

組織の統合、競争の促進についての定量的な検証(試算案)

(億円)

1. 審査支払機関(部門)の業務コスト

組 織 形 態		効 率 化 要 因 等	初年次	7年後(累積)
統 合	国保連へ統合	削減 <ul style="list-style-type: none"> <li>・人員削減▲806人 →管理職員 5割削減(562人) →総務部門 3割削減(244人)</li> <li>・システム開発の一本化 →システムの独自開発経費の削減 →支払基金システムの更改費用の削減等(現行7年サイクル)</li> <li>・支払基金保有事務所の売却【初年度のみ】※2</li> </ul>	▲52	▲581
		増加 <ul style="list-style-type: none"> <li>・人員削減に伴う退職金の支払い【初年度のみ】※3</li> <li>・被用者保険レセプトに対応した国保システムの改修及び追加機器調達【初年度及び更改時】</li> <li>・国保連の事務所の不足スペースの追加借上げ及び支払基金の審査業務以外を引き継いだ機関におけるスペースの借上げ</li> </ul>	269	608
		増減	217	27
	支払基金へ統合	削減 <ul style="list-style-type: none"> <li>・人員削減▲806人 →管理職員 5割削減(562人) →総務部門 3割削減(244人)</li> <li>・システム開発の一本化 →システムの独自開発経費の削減 →国保連審査システムの更改費用の削減等(現行6年サイクル)</li> <li>・国保連保有事務所の売却【初年度のみ】※2</li> </ul>	▲52	▲465
		増加 <ul style="list-style-type: none"> <li>・人員削減に伴う退職金の支払い【初年度のみ】※3</li> <li>・国保レセプトに対応した支払基金システムの改修及び追加機器調達【初年度及び更改時】</li> <li>・支払基金の事務所の不足スペースの追加借上げ及び国保連において審査業務以外の業務を行うスペースの借上げ</li> </ul>	262	701
		増減	210	236
競争	増減	※4	—	—
業務合理化 ※1	削減	<ul style="list-style-type: none"> <li>・電子化に伴う業務見直しによる人員削減等(段階的) →支払基金(▲589人)、給与水準の引下げ(ラスパイレ指数106→100)※5</li> <li>→国保連(▲605人)</li> <li>・システムの仮想化及び一拠点化による削減(次期機器更改時)</li> </ul>	▲8	▲518

※1 業務合理化による削減効果は、統合と競争いずれの場合にも発生する。

※2 支払基金が保有する46支部の事務所売却益は145億円。(精算は基金法第31条の規定により別に法律で定める。)

国保連が保有する21か所の事務所売却益は67億円。

※3 退職金(105億円)の支払いに当たっては、現在保有する退職手当引当金では不足することから別途財源を確保する必要がある。

※4 競争であっても支払基金と国保連の間でシステムの共同開発が行われればコスト削減となる。

※5 支払基金の紙レセプト審査のブロック集中処理による効率化を含む。(国保連に統合の場合を除く。)

2. 医療費適正化効果

(億円)

組 織 形 態		効 率 化 要 因 等	初年次	7年後(累積)
統 合	国保連へ統合	・平均化されると仮定(査定率の差の1/2)	80	32
	基金へ統合	・平均化されると仮定(査定率の差の1/2)	80	32
競 争		・高い方に収斂(段階的に査定率向上)	▲16	▲112
業務合理化		・縦覧、突合審査導入により査定率向上	精査中	

3. 審査格差の縮小

組 織 形 態	格 差 縮 小	
統 合	国保連に統合	・格差縮小
	支払基金に統合	・格差縮小
競 争	・連携を強化することにより格差縮小	

【審査支払機関(部門)の業務コスト】

(単位:億円)

			初年度	2年次目	3年次目	4年次目	5年次目	6年次目	7年次目	
統	国保連に統合	削減	人件費							
			給与	-52	-52	-52	-52	-52	-52	-52
			物件費		-6	-6	-6	-6	-6	-6
			事務所売却	(-145)						-181
		計(累積)	-52	-110	-168	-226	-284	-342	-581	
		増加	人件費							
			退職金	105						
	物件費									
	増加	システム切替	124							
		事務所借上	40	40	40	40	40	40	40	
		システム更改							99	
		計(累積)	269	309	349	389	429	469	608	
	削減効果			217	199	181	163	145	127	27
	合	支払基金に統合	削減	人件費						
給与				-52	-52	-52	-52	-52	-52	-52
物件費					-5	-5	-5	-5	-5	-5
事務所売却				(-67)						-71
計(累積)			-52	-109	-166	-223	-280	-337	-465	
増加			人件費							
			退職金	105						
		物件費								
増加		システム切替	105							
		事務所借上	52	52	52	52	52	52	52	
		システム更改							127	
		計(累積)	262	314	366	418	470	522	701	
削減効果			210	205	200	195	190	185	236	
競争		削減	人件費							
	物件費									
	物件費									
	計(累積)									
	増加	人件費								
		物件費								
		物件費								
		計(累積)								
削減効果										
業務合理化	削減	給与[IT化等]基金	-6	-12	-18	-24	-30	-38	-38	
		国保	-1	-2	-3	-4	-5	-5	-5	
		計(累積)	-7	-31	-72	-100	-175	-258	-341	
		物件費							-150	
	削減	システム経費							-150	
		外部委託の集約化	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-6	
		計(累積)	-1	-3	-6	-10	-15	-21	-177	
計(累積)			-8	-34	-78	-110	-190	-279	-518	

「組織の統合、競争の促進についての定量的な検証（試算案）の前回からの修正点」

「組織の統合、競争の促進についての定量的な検証（試算案）の4ページ目（参考）」

○「支払基金に統合」の「増加」の「物件費」の「システム切替」

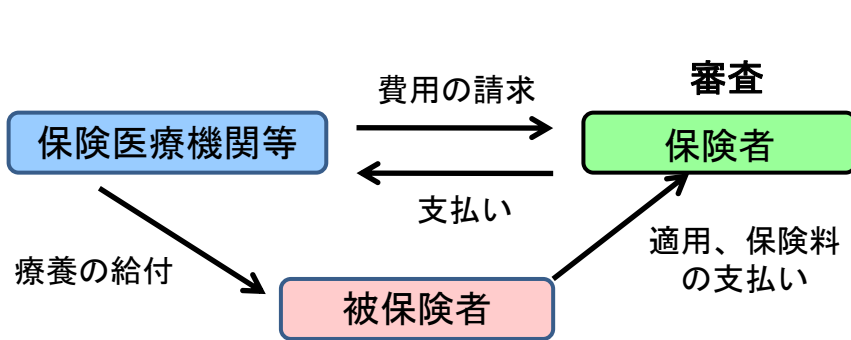
161億円 → 105億円

※ これに伴い増減欄等の合計係数が変更となる。

《修正理由》システム切替のための改修経費に追加機器調達分も含んでいたものを別に計上していたため。

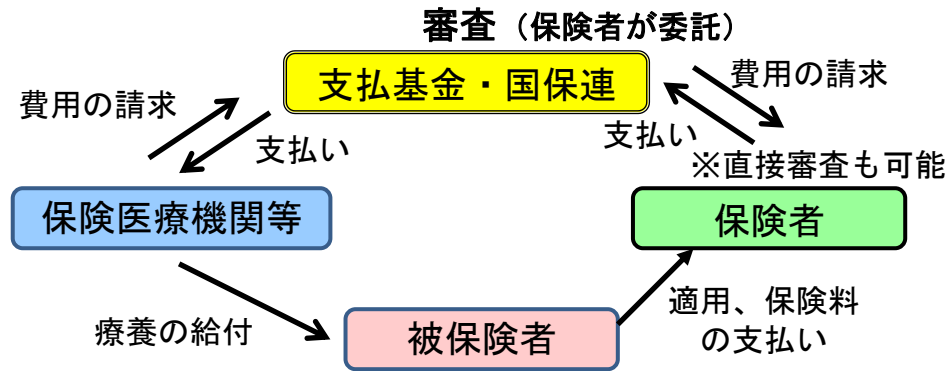


① 現在の審査機関を統合し、中立・公正な唯一の組織と位置付ける場合に、他の民間の審査機関が並行して参入する仕組みが論理的に考えられるのか。保険者が審査し、支払うこととしている現行法との整合性は、整理できるのか。



### <法律の基本的な構成>

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、診療報酬点数表と療養担当規則の定めを照らし、審査し、支払う。  
 （健保法第76条第4項、国保法第45条第4項）



### <実際の基本的な仕組み>

保険者は、審査及び支払に関する事務を、支払基金又は国保連に委託することができる。  
 （健保法第76条第5項、国保法第45条第5項）

⇒ 現行法は、保険者が審査（委託を含む）することとしており、複数の審査機関が存在しうる。

② 競争環境においては、どのような要素を評価・比較するのか。統合した場合、審査の質の向上をどのように確保するのか。

### <これまでの議論>

- ・再審査の請求件数（割合）
- ・迅速性・効率性、手数料
- ・ルールに適合するレセプトの提出に資する取組（判断基準の公表、医療機関へのフィードバック、請求内容の比較分析等）

③ 複数の審査機関がある場合でも、審査機関の決定で納得が得られない場合に評価・判定する「上級の審査機関」の位置づけなど、審査の判断基準に差異を生じさせない仕組みを確保することが必要ではないか。

### <支払基金と国保連の取組>

- ・定期的な連絡協議会の開催（全国、県単位）。特別審査委員会の合同審査を目指す。

④ 民間の審査機関が参入しやすい環境とし、競争を促進するためには、請求・支払いの共通のシステム基盤の構築が必要ではないか。

## 審査支払機関の統合・競争の効果と留意点

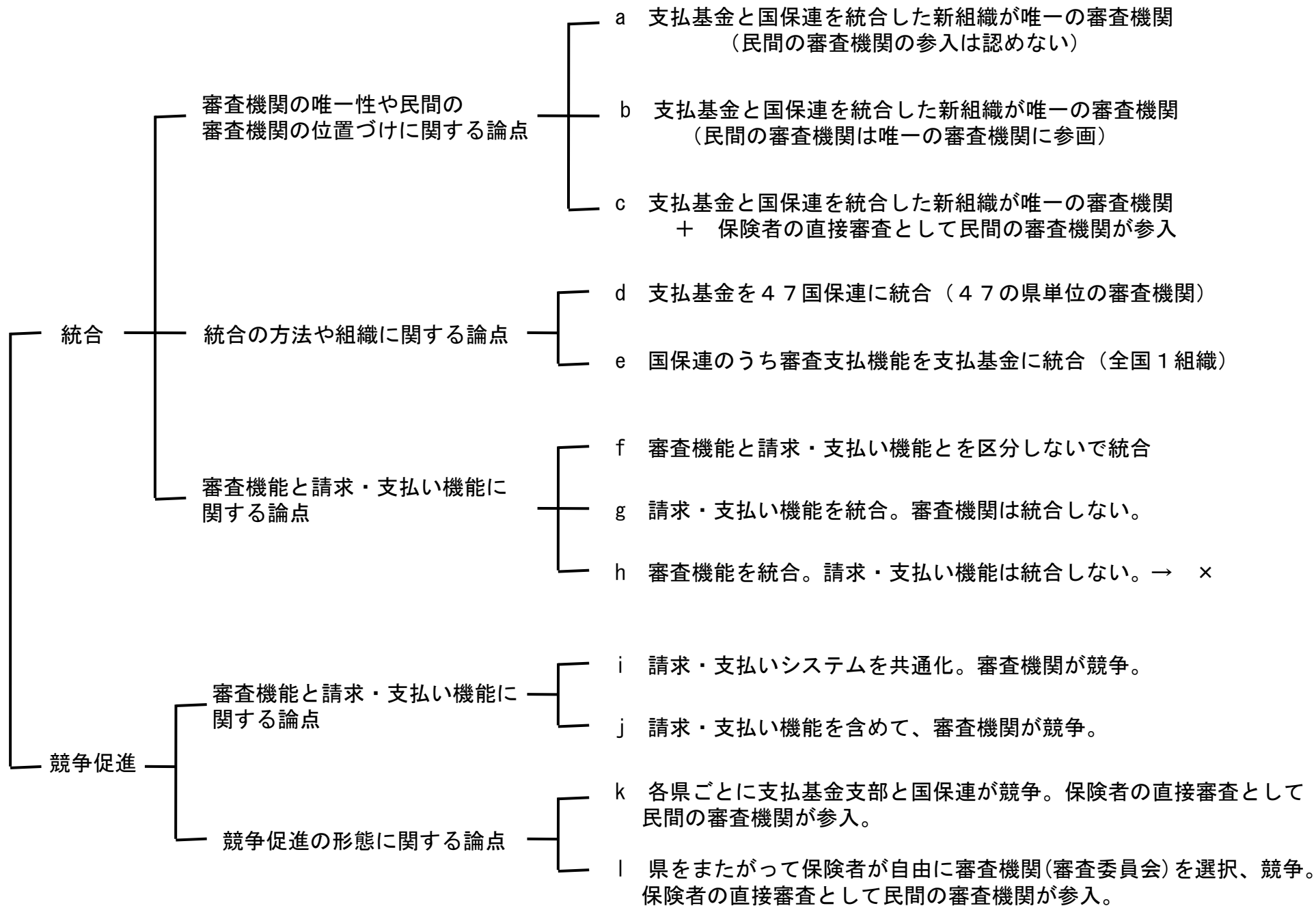
	効 果	留 意 点
統 合	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 管理部門及び総務部門の統合による人員削減</li> <li>○ バックオフィスの統合による経費削減</li> <li>○ システムの開発経費、機器更改等の運用経費の削減</li> <li>○ 支払基金と国保連間との査定率の差異の解消</li> <li>○ 既存施設の処分による経費削減</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 関係者(特に国保連は会員たる市町村等)の合意が得られていない</li> <li>○ 審査支払以外の業務の実施体制(追加的な事務量の拡充を含む)の確保が必要</li> <li>○ 保険者の選択肢(委託先)が狭まる(※2)</li> <li>○ 民間参入者との公平・公正な競争を阻害(※2)</li> <li>○ 退職金の財源が必要であるが、市町村、保険者に補填分を求められない</li> <li>○ 事務室の移転及びシステムの統一化等のための一時的なコストが発生</li> <li>○ 国保連が被用者保険レセの審査支払を行うためには「全国統一的な電算処理システム」が必要(国保中央会では23年5月のシステム最適化に向けて準備中)</li> </ul>
競 争	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 民間の審査機関の参入促進(※2)</li> <li>○ 直接審査を含め、保険者の選択肢が拡大(※2)</li> <li>○ コスト削減競争により、手数料の引下げが期待</li> <li>○ 査定率が高い方に収斂</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 支払基金と国保連に管理部門等が併存</li> <li>○ システムの二重投資</li> <li>○ 支払基金と国保連間の査定率の差異が残る</li> </ul>

(※1) 例えば、これまで、支払基金が「全国規模の1法人」のメリットを活かして、厚生労働省に代わって担ってきた次の役割をどのように担保するかについても、併せて検討する必要。

- ① レセプト電算処理システムの開発及び運用(記録条件仕様、標準仕様、基本マスター、医療機関マスターの作成など)
- ② 電子点数表の作成及び公表
- ③ 医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いの検討
- ④ 診療報酬改定をはじめとする医療保険制度改正に係る円滑な対応

(※2) 統合の場合、他の民間の審査機関が参入できる枠組みとするのかどうか(中立・公正な唯一の組織と位置付けるのかどうか)、保険者が審査し、支払うこととしている現行法との整合性について、整理が必要。

# (参考) 統合と競争促進の議論に関する論点マップ



- 審査支払機関の在り方について、有識者による「審査支払機関の在り方に関する検討会」（22年4月～）において、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。11回にわたって議論を重ね、一巡したことから、これまでの議論を中間的に整理。

＜前提＞ ○患者の個別性・地域の医療体制等の尊重 ○国民が受ける医療に差が生じない共通の判断基準 ○迅速で効率的な審査支払い

## 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
- 支払いの早期化

## 審査の質の向上

- 審査の均一性の確保のための取組の推進
  - ・ 支払基金と国保連で審査の判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催（22年度～）
  - ・ 支払基金で支部間の専門医による審査照会のネットワークの構築、本部に専門分野別ワーキンググループの編成（22年6月）
  - ・ 審査の透明化や請求誤り防止のため、審査の判断基準や審査データの公表の推進
- 審査における判断基準の差を縮小するためのITの活用
  - ・ 電子レセプトの審査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～）
  - ・ 電子化に対応した審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等）
- 特別審査の対象レセプトの範囲の拡大、専門診療科に属するレセプトの審査の集約化、上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組みの導入（24年度以降～）
- 支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化、審査委員会への薬剤師の配置（23年度～）

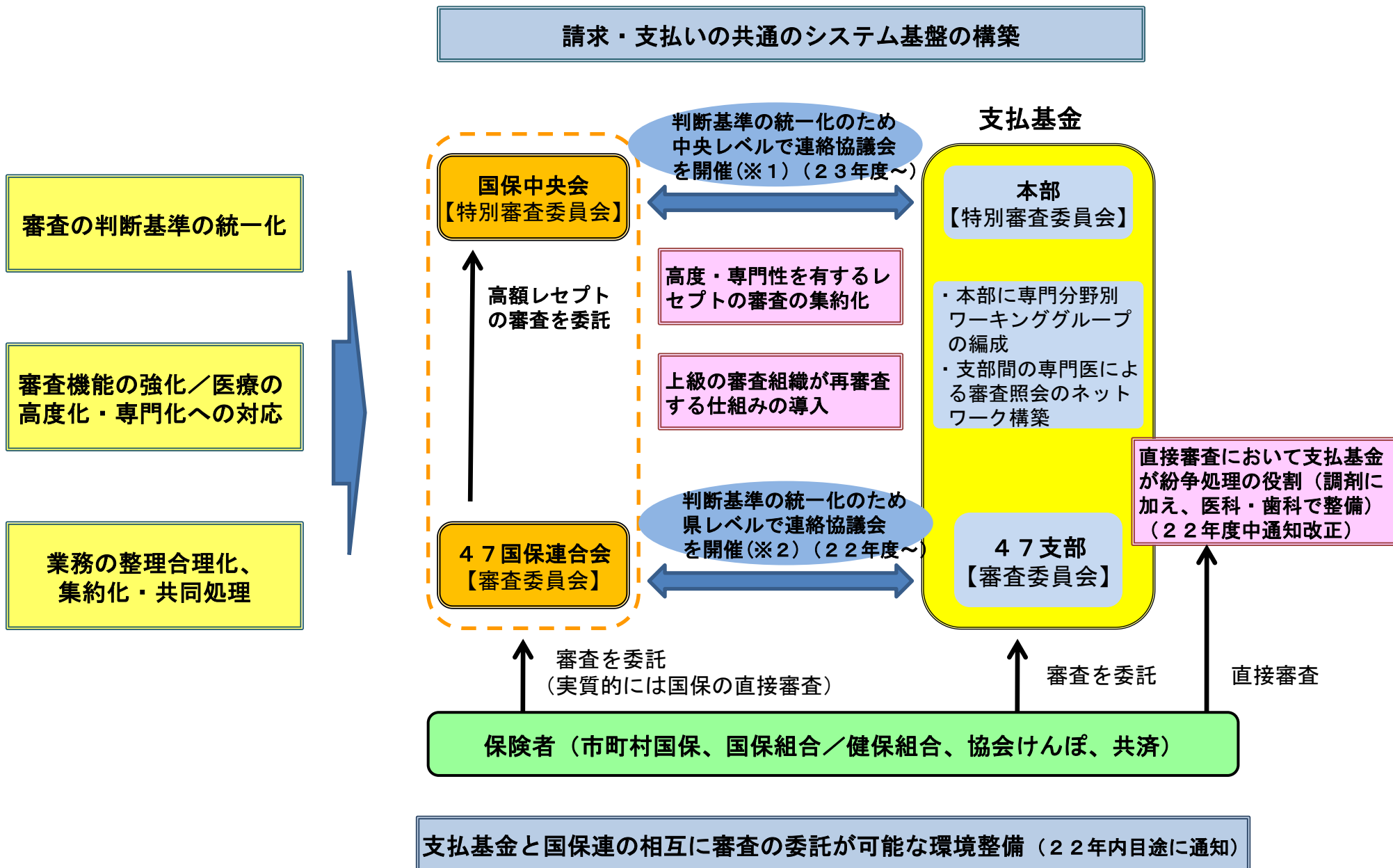
## 審査・支払業務の効率化

- コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ（23年度も更に引下げ）
  - ・ 支払基金では27年度の水準を22年度と比較して約11%引き下げる目標（22年9月に提示）
- 業務効率化、保有資産の整理合理化
  - ・ 支払基金の給与水準の引下げ、資金管理業務の本部への集約化等（23年度～）
  - ・ 47国保連の審査支払の共通基盤システムの構築（23年5月）
- システムの共同開発・共同利用の一層の推進、支払いの早期化（23年度）

## 統合、競争促進の観点からの組織の在り方

- 組織の在り方について、定量的な検証や効果・留意点を含め、統合と競争の観点から引き続き検討。
- 保険者が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（22年内目途に通知発出）
- 保険者の直接審査の推進
  - ・ 調剤レセプトの直接審査の対象薬局の追加手続きの簡素化（22年10月通知改正）
  - ・ 医科・歯科レセプトの直接審査の紛争処理ルールの整備（22年度中通知改正）

# 審査の判断基準の統一化、統合と競争の観点からの組織の在り方



※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。



# 「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理（個別論点）（案）

## 1. 審査の質の向上

検討会の議論	<p><b>[国民が受ける医療に差が生じない仕組みの確保]</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○審査においては、治療の必要性など患者の個別性や、地域による疾病構造の違い、医療従事者の体制等の格差を尊重する必要があるが、地域や加入する保険者によって国民が受ける医療に合理的な根拠がない格差が生じてはならない。</li><li>○審査の判断基準は統一化した上で、ITによる審査データの活用などにより、合理的な根拠がある格差かどうかを国民への医療提供の視点から、中立・公正な立場で専門家が評価・判定する仕組みを確保することが重要である。</li></ul> <p><b>[審査の均一性の確保のための取組の推進]</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○厚生労働省による保険診療ルールの明確化。</li><li>○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。</li><li>○支払基金と国保連の特別審査委員会について、中長期的に条件を整える努力を行い、合同審査を目指す。合同審査が難しい場合でも、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取組を進める。</li></ul> <p>※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p> <p><b>[均一性に影響を与えている要因]</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○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。</li><li>○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。</li></ul>
--------	---

### 厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討

検討会設置以降 ～23年度目途 に実施	<ul style="list-style-type: none"><li>○判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催。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）。</li></ul> <p><b>&lt;支払基金・国保連&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・基金と国保中央会、厚生労働省の連絡協議会の設置【23年度～】</li><li>・基金と国保連、地方厚生局との連絡協議会の設置【22年度～】</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>○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。</li></ul> <p style="text-align: right;">（次頁に続く）</p>
---------------------------	---

<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</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"> <li>・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～】</li> <li>・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～】</li> <li>・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～】</li> <li>・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～】</li> <li>・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】</li> </ul> <p>＜国保連＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・国保連間等の人事交流の拡大【23年度～】</li> </ul> <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"> <li>・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～】</li> <li>・審査実績の分析評価、標準化への活用【23年4月～】</li> <li>・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、審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等）</li> </ul> <p>＜国保連＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査事例データベースの構築【23年度～】</li> <li>・査定率等審査評価指標の作成【23年度～】</li> <li>・詳細な審査統計表の作成【23年度～】</li> <li>・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～】</li> <li>・審査事務共助職員の能力向上（研修充実、資格制度の検討）</li> </ul>
<p>24年度以降～</p>	<p>○支払基金と国保連の特別審査委員会の合同審査を目指す。</p> <p>※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p>

<p>検討会の議論</p>	<p><b>〔審査におけるITの活用の推進〕</b>  ○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><b>※IT活用のための審査体制の確保</b>  ○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。  ○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 style="text-align: center;"><b>厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討</b></p>	
<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</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  <b>&lt;支払基金&gt;</b>  ・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】  ・医科電子点数表を活用した点検システム導入【23年4月目途】（電子点数表はホームページに既に公表）  ・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> <p><b>&lt;国保連&gt;</b>  ・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】</p> <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  <b>&lt;支払基金&gt;</b>  ・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、審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等）（再掲）</p> <p><b>&lt;国保連&gt;</b>  ・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【23年度～】（再掲）  ・査定率等審査評価指標の作成【23年度～】（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> <p style="text-align: right;">（次頁に続く）</p>



検討会設置以降  
～23年度目途  
に実施

- 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～**】
- 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の見直し【**23年度～関係者で検討、順次見直し**】
- 再審査における電子化の推進
  - <支払基金>
    - ・オンラインによる再審査等請求の受付開始
  - <国保連>
    - ・再審査画面システムの稼働【**23年度～**】
- 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
  - <支払基金>
    - ・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**】
  - <国保連>
    - ・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>検討会の議論</p>	<p><b>【審査委員会の機能の強化】</b>  ○医療の高度化が進んだ結果、小さい県など専門分野で必要な審査委員の確保が難しくなっている。一定の高度・専門性を有するレセプトを集約化して審査していくことが必要。  ○特別審査の対象レセプトの範囲拡大</p> <p><b>【支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化】</b>  ○支払基金の調剤レセプトの審査に薬剤師が審査委員として関与する体制の整備  ※国保連では従来から調剤審査を実施。支払基金でも調剤報酬専門役を配置。</p>
---------------	---

厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討

<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</p>	<p>○各県の審査委員会の連携等  ・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、連絡調整機能等の強化  ・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><b>&lt;支払基金&gt;</b>  ・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～】（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> <p><b>&lt;国保連&gt;</b>  ・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</p> <p>○支払基金の調剤レセプトの審査に薬剤師が審査委員として関与する体制の整備  ※国保連では従来から調剤審査を実施。支払基金でも調剤報酬専門役を配置。</p>
<p>24年度以降～</p>	<p>○特別審査の対象レセプトの範囲の拡大。</p> <p>○専門診療科に属するレセプトについて集約化して審査。  <b>《具体化に当たっての検討事項》</b>  ・特別審査委員会が新たに対象とするレセプトの範囲。  ・希少性があるものやエビデンスが確立していないものなど、集約化して審査することを検討すべきレセプトの対象範囲。  ・中央で集約化するか、ブロック単位で集約化するか。特別審査委員会に集約化した場合、審査の質の向上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。</p>

<p style="text-align: center;"><b>検討会の議論</b></p>	<p><b>【再審査の仕組みの改善】</b>  ○県単位の審査委員会の決定では納得が得られない個別事案について、上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組みを設置。</p> <p><b>【三者構成の仕組み】</b>  ○三者構成の仕組みについて、廃止すべきという合意はなかったが、以下のような意見を踏まえ、引き続き検討。  <b>(主な意見)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の審査委員は、どちらの側かを意識せず、中立的な立場から専門的な視点で、適切な医療かどうかを審査している。</li> <li>・医療について国民の立場から考えることができる者によって構成されればいいので、利害代表のような仕組みは避けるべき。</li> <li>・外から見て一定の公正さを確保するため、三者構成の仕組みは理解できる。それ以外の方法で、公正さを確保することは難しいのではないか。</li> <li>・ルールの方針は三者構成であるべきだが、明確なルールに基づき判断する仕組みであれば、判断する者が三者構成である必要はない。</li> <li>・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おり、不適正な請求を抑制する効果や是正を図る効果がある。こうした効果を持つ仕組みが引き続き必要。</li> </ul>
--	---



<p><b>厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>24年度以降～</b></p>	<p>○再審査の仕組みの改善</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県単位の審査委員会の決定では納得が得られない個別事案について、上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組みを設置。  <b>【県単位の審査委員会が原審査したレセプトをそれ以外の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】</b></li> </ul> <p><b>《具体化に当たっての整理事項》</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・原審査した審査委員会が再審査することは、当該審査委員会による問題点の把握や検証、改善等に資する効果もあることから、各側から1回目の再審査は原審査をした審査委員会が行い、一定回数以降の再審査を上級の審査組織が審査。</li> <li>・判断基準の統一化の観点から、上級の審査組織の判断を、県単位の審査委員会の判断に的確に反映させていく必要。</li> <li>・ブロック単位に置くか、中央に置くかについて検討。</li> </ul> <p>○三者構成の仕組みについて、検討会の意見を踏まえ、検討。</p>

## 2. 審査・支払の業務の効率化

検討会の議論	<p><b>【効率的な業務運営の推進】</b> ○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><b>【支払いの早期化】</b> ○電子化による業務効率化に伴う支払いの早期化</p> <p><b>【法人運営の合理化】</b> ○資産等の整理合理化、業務運営の見直し</p> <p><b>【審査手数料の引下げ】</b> ○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><b>【審査手数料と査定率との連動】</b> ○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>
--------	---

### 厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討

検討会設置以降 ～23年度目途 に実施	<p>○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 <b>&lt;支払基金・国保連&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・支払基金は、平成22年診療報酬改定に対応したレセプト電算処理システムのプログラム、基本マスタ・医療機関マスタを更新、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】</li><li>・支払基金は、記録条件仕様・標準仕様の更新、提供。（厚生労働省に提供。国保中央会と経費を按分）【22年5月】</li></ul> <p>○電子化による業務効率化に伴う支払いの早期化【23年度】</p> <p>○業務効率化、保有資産の整理合理化等 <b>&lt;支払基金&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・専門的診療科に属する電子レセプトは、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～】</li><li>・資金管理業務の本部への集約化【23年4月～】</li><li>・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】</li><li>・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】</li><li>・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、平成27年度までの新計画で提示】</li><li>・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】</li><li>・システム専門役の採用【22年4月】</li><li>・コンピュータシステム関連経費の縮減</li></ul> <p style="text-align: right;">（次頁に続く）</p>
---------------------------	--

<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</p>	<p><b>&lt;国保連&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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～】</li> <li>・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】</li> <li>・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】</li> <li>・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。</li> </ul> <p>○制度の運営コストの見える化、業務区分ごとのコストの提示</p> <p><b>&lt;支払基金&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。【23年度～】</li> </ul> <p><b>&lt;国保連&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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】</li> <li>・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～】</li> </ul> <p>○コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ</p> <p><b>&lt;支払基金&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査手数料の引下げ：平成27年度の水準を平成22年度と比較して約11%引き下げ（90.24円→80円）、平成9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】</li> </ul> <p><b>&lt;国保連&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査手数料は毎年引き下げており、今後とも努力（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）</li> <li>・全国決済手数料（111.6円）の引下げの検討。【23年度～】</li> </ul>
<p>24年度以降～</p>	<p><b>&lt;支払基金&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員定数の削減：平成27年度の職員定員を平成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】</li> <li>・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、平成27年度までの新計画で提示】</li> <li>・審査手数料の引下げ：平成27年度の水準を平成22年度と比較して約11%引き下げ（90.24円→80円）、平成9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】（再掲）</li> <li>・平成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】</li> <li>・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の見直しの検討。 【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】</li> </ul> <p><b>&lt;国保連&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・仮想化技術の活用等による機器台数・導入及び運用・保守拠点の集約化等の検討（全国1拠点化を含む）【28年度頃】</li> <li>・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】</li> </ul>



### 3. 統合、競争促進の観点からの組織の在り方

<b>検討会の議論</b>	<p><b>〔統合の観点からの組織の在り方〕</b>            ○組織の統合についての定量的な検証や効果・留意点を含め、統合の観点からの組織の在り方について、引き続き検討。</p> <p><b>〔支払基金と国保連の業務の共同処理〕</b>            ○支払基金と国保連の特別審査委員会について、中長期的に条件を整える努力を行い、合同審査を目指す。合同審査が難しい場合でも、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取組を進める。（再掲）            ※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p> <p>○このほか、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）、引き続き検討。</p>
---------------	---



厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討	
<b>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</b>	<p>○システムの共同開発・共同利用            ・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            ※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><b>&lt;支払基金・国保連&gt;</b>            ・支払基金は、平成22年診療報酬改定に対応したレセプト電算処理システムのプログラム、基本マスタ・医療機関マスタを更新、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。（厚生労働省に提供。国保中央会と経費を按分）【22年5月】</p> <p>○判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催。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）。（再掲）</p> <p><b>&lt;支払基金・国保連&gt;</b>            ・基金と国保中央会、厚生労働省の連絡協議会の設置【23年度～】            ・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>
<b>24年度以降～</b>	<p>○支払基金と国保連の特別審査委員会の合同審査を目指す。            ※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p>

<p><b>検討会の議論</b></p>	<p><b>【競争の観点からの組織の在り方】</b>  ○競争の促進についての定量的な検証や効果・留意点を含め、競争の観点からの組織の在り方について、引き続き検討。</p> <p><b>【保険者の直接審査の推進】</b>  ○審査システムの効率化等の観点から、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。  ※国保連は、実質的には、保険者による直接審査である。  ○健保組合等の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意見を受ける契約の仕組み）について、医科・歯科レセプトの直接審査にも活用。  ※調剤レセプトの直接審査では、支払基金から適正な意見を受ける契約の締結による紛争処理ルールがある。  ○対象保険医療機関等の同意の条件については、公法上の契約に基づく仕組みにより、保険医療機関等が保険者を区別することなく、すべての被保険者に円滑に療養の給付を行う体制を確保する制度としていることを踏まえ、引き続き検討。</p>
----------------------	--



<p><b>厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討</b></p>	
<p><b>検討会設置以降～23年度目途に実施</b></p>	<p>○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）【22年内目途】  ※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>○保険者業務・市町村からの受託業務の拡大  <b>&lt;国保連&gt;</b>  ・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～】  ・オンラインで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> <p>○保険者の直接審査の推進  ・調剤レセプトの直接審査の推進：対象薬局の追加手続きの簡素化【22年10月通知改正】  ・医科・歯科レセプトについて、調剤レセプトと同様に、紛争処理の仕組みを整備。【22年度中通知改正】</p>
<p><b>24年度以降～</b></p>	<p>○業務制限の撤廃 【業務範囲の見直しは、法令改正が必要】  <b>&lt;支払基金の要望&gt;</b>  ・出産育児一時金（正常分娩）  ・柔道整復療養費の審査支払業務  <b>&lt;国保連の要望&gt;</b>  ・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>

**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10回）（案）

### ○森田座長

- ・ 一元化した場合、経済学的には独占の弊害が出るが、ガバナンスがうまくいって効率化する可能性もある。競争による効率化のメリットも相当あるが、適正な競争を行うためには、相当の競争環境が必要である。その環境条件が現実にとどの程度可能であるかを議論する必要がある。
- ・ 競争を成り立たせるためには、被保険者番号など技術的な問題を解決する必要があるが、将来的に共通番号化によって処理する仕組みも技術的には可能である。この場合に、移行に伴う経費が非常に大きいから競争が不適切だという議論も論点がずれている。競争の場合に、何が障害であってどうしたらうまくいくのかを議論すべき。
- ・ 地域差は、合理的に説明できるローカルルールでなければ、保険の仕組みとして望ましくない。その意味で、共通の基準が合理的な形で適用されるのであれば、論理的には査定率による競争の余地はあまりないのが望ましいということになる。
- ・ 行政刷新会議からの見直しの要望については、この検討会できちんと専門家が集まって、結論を出すべく努力している。議論の結果、きちんとしたものを出すことが、回答になるものと理解。
- ・ 現在の二元的な体制については、行政刷新会議や規制改革から非常に厳しい批判があることから、現状維持という選択肢は、よほど合理的な説明や論証をしないかぎり、提言として受け入れてもらえない。競争原理と統合のいずれにせよ、関係者を含め、思い切った決断に踏み出すことが求められている。

### ○飯山委員

- ・ 国保中央会では、各国保連のシステムを共通基盤にして、受付から審査、保険者へのレセプト返還まで、一貫通貫のシステムを作っている。次期システムでは、個々の国保連がシステム改修することなく、国保中央会で改修すればいい状態になっている。
- ・ 国保連が現在行っている審査支払以外の事務は、審査支払のデータを保有しているからこそできる仕事である。その点について、次回に詳しく説明したい。

### ○遠藤委員

- ・ 審査機関の相互委託の仕組みは、複雑になることで請求誤りがしやすい。既に被保険者が保険者を変えるため、請求先がないレセプトが生じている。さらに複雑になって、医療機関側で選別しろということは非常に難しく、医療機関側に負担がかからない方法でやってもらいたい。保険者の審査の委託先がいろいろ変わるのであれば、請求先は一括にして何らかの機関がITでレセプトを振り分けるなど、支払側がきちんと調整すべきであり、医療機関側がなぜやらないといけないのか非常に疑問。

### ○小木津委員

- ・ 国保連を支払基金に統合する場合は、全国規模の1法人である専門の審査支払機関



となるのに対し、支払基金を国保連に統合する場合は、都道府県単位の47法人である保険者団体となるという視点が欠落している。

- ・ 支払基金は、厚生労働省に代わって、記録条件仕様などレセプト電算処理システムの開発や、電子点数表の作成、医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いの検討など、公的な役割を果たしている点を看過している。
- ・ 組織の統合によって管理部門の縮小が可能と考えるならば、都道府県単位の47法人よりも、1法人とする方が管理部門の縮小の余地は大きいと考えなければ、論理的に矛盾する。
- ・ 国保連を支払基金に統合した場合のコンピュータシステムなど一時的な切換えで生じるコストは、厚労省の試算では161億円だが、支払基金の試算では100億円で対応可能と認識。支払基金に統合する場合と国保連に統合する場合とで、システムの更新コストの水準が大幅に異なるものを想定することも不自然である。

#### ○高智オブザーバー

- ・ 支払早期化は、その意図を勘案しても、総合健保で事務負担が大きいという意見があり、なかなか前には進まないと思う。支払基金でも最小限のシステム改修が必要であり、新たなコストが発生するが、これがいいことかどうかの合点もいかない。
- ・ 被用者保険全体では、審査支払機関で800億円から900億円のコストがかかっているが、いろいろな負担に耐えている中で、2桁台のパーセントでコストをばっさり切れるような方向に持っていかないと、制度の屋台骨に影響してくると考えている。
- ・ 保険者としては、レセプト情報の分析や健康対策などへの有効活用は、非常に重要な事業と位置付けている。後発医薬品の使用促進を含め、協会けんぽとも連携して、レセプトデータを活用した事業を展開していきたい。重複受診やコンビニ受診などで勤務医が疲弊しないことについても、保険者にも一定の責任があると考えており、加入者への啓蒙活動にも一層力を入れていきたい。

#### ○齋藤委員

- ・ 審査と支払いは、機能が大きく違うので、分けて議論する必要がある。
- ・ 審査の内容に対しては、医療機関側も意見や評価を持っている。保険者側だけが審査機関を選択できて、医療機関側が選択できないのであれば、競争原理において片手落ちではないか。
- ・ そもそも競争とは何か、国民が利用する医療保険の審査に求められる機能は何かという基本論に立ち、統合や競争によって生まれるものが、国民皆保険の下での審査にプラスになるのかどうかという視点を常に持つ必要がある。あるべき姿により近づくのだという感触がないと、今のままでもいいではないかという見方もないとは言えないため、議論がしにくいのかと思う。

#### ○高田委員

- ・ 検討会で意見を集約したものは、法改正を伴うものと伴わないものを仕分けし、法改正等に適切に対応いただき、できるだけ早くやっていただきたい。
- ・ 中長期的な方向として、レセプトの受付や転送を一本化する仕組みは非常によい。いずれの審査支払機関に対しても委託できる環境を早急に整備すべきだが、実務上の

問題は関係者間で協議する必要がある。特に、健保組合が国保連を選択する際、被保険者証の保険者番号を直す仕組みは負担が大きい。ITを活用することにより、レセプトを請求する医療機関側で選別することを考えて欲しい。

- ・ 重複投薬は、医療機関の間で、患者にどういう薬が出ているのかを共有する仕組みができればなくなっていくので、仕組みを変えていく必要がある。患者が複数の医療機関で適正な薬をもらった場合にも、レセプト単位では保険診療ルール上認められることになっているので、仕組みから早急に見直す必要がある。
- ・ 医科・歯科の直接審査を促進するため、保険医療機関の同意要件を廃止すべき。
- ・ 審査において、算定ルール上の明白な誤りは、審査委員会の議を経ずに査定することや、審査委員が単独で審査を決定することを可能とすべき。薬剤師、看護師、指導医療官、診療報酬に精通している保険者等の職員の審査委員会への参画を認めるべき。
- ・ 再審査にかかる上級の審査組織は、早急に実現をはかるべき。ただし、再審査等にかかる新たな組織については、追加的な費用を発生させない対応をすべき。
- ・ 審査基準の公表は、適正な社会保険診療の確保を阻害することがないように、その範囲を限定すべき。
- ・ 統合であろうと競争であろうと、システムの共同開発によるコスト削減を進めてもらいたい。個々に競争を持ち込むのではなく、コスト的にも見て、より優れている方をベースにすることが、国民のためにもなる。
- ・ 統合しても、直接審査による民間業者の参入の促進とは矛盾しない。
- ・ 審査支払いのコストの削減が重要。支払基金では、ブロック別の統合や事務所の借り上げ、職員定数の削減、ラスパイレス指数の引下げに加え、柔道整復療養費の審査支払いや出産育児一時金の直接支払いの受託など、業務範囲の拡大も実施して欲しい。

#### ○高橋委員

- ・ 審査機関を相互に選択できる仕組みは、協会けんぽでは、一番小さい鳥取支部でも加入者が20万人おり、保険証の番号を変えることは非常にやりにくい。一括して審査の委託先を変更することもリスクがある。また、審査委員である医師の確保など、受け入れ側である審査機関側にも無理がかかるのではないか。
- ・ 原審査した審査機関が知らない間に、上の審査機関に再審査請求されるのは変であるので、原審査をした審査委員会が1回は再審査を受け付けることは当然と理解。

#### ○長谷川委員

- ・ 基準や査定率にばらつきがあること、組織によって経費率が異なるなど高コストであること、医療の透明性や標準化に寄与する点でレセプト情報が非常に重要であるのに十分に活用されていないことなど、現状に改善の余地があるということが本検討会の議論の出発点。競争は、コストだけの競争ではなく、審査機関が中心的な役割を担うなど、ルールをどのように作るかによって、これらの問題の解決にも寄与できる。
- ・ ICカードなどで受診の都度、資格確認する仕組みがあれば、医療機関を悩ましていた問題はほとんどが解決できる。そこが解決しないとだめだということではなく、並行して議論していけばいい。

#### ○村岡委員

- ・ 国保連は、市町村国保の保険者業務を相当多く代行している。今後、国保保険者がレセプトデータの活用を進めていく上で、国保連におけるシステム開発が必要になるが、国保連が支払基金に統合されると、国保保険者に新たなシステムの負担がかかることになるので、国保連を開設している市町村の意見に十分配慮いただく必要がある。

#### ○山本委員

- ・ 審査機関を相互に選択できる仕組みは、医科や歯科では保険者証を確認する習慣があるが、調剤ではほとんど見せず、かなりの率で誤転記があってフォローできないので、請求側の負担が増える。また、競争は、何を基軸に競争するのかが分からない。
- ・ 支払基金の各支部に今年5月から調剤専門役が配置されたが、その任期が切れるまでには、一定数の薬剤師の配置について、厚生労働省で措置を講じて欲しい。
- ・ 呉市における調剤点検の結果は、貴重なデータと真摯に受け止めている。保険薬局では、薬を重複して処方することのないよう、かかりつけの薬局や手帳の取組をしていることも理解いただきたい。
- ・ どちらに統合するにしても、現在でも複雑な仕組みが更に複雑になることは避けて欲しい。

#### ○横倉委員

- ・ 被保険者が常に正しい保険証を使っている前提であればいいが、実際はそうでないことがあり、医療機関はその処理に非常に大変な思いをしている。
- ・ 行政刷新会議が要望するレセプトの査定率と手数料の連動は、非常に問題がある。査定率が高い審査機関がいい審査だという評価は当たらないということを、共通認識として議論してもらいたい。
- ・ 上級の審査組織の判断を県単位の審査委員会の判断に反映させていく必要性は、基本的にはそのとおりだが、個別に見ていくと、文章にできるルールと文章に書いていないルールとでは、どうしても少し食い違いが出る場合もある。実際は上級の審査組織の判断を斟酌しながら、審査をしていく状況になるのではないか。
- ・ 重複投薬については、6か月投与されている場合もあり、月に1度は受診しながらというルールが外れたことによる弊害も報告されている。
- ・ 健康情報は究極の個人情報であり、レセプトデータの活用は、セキュリティをしっかりとしながら、やっていただきたい。後発医薬品の使用促進は、特許が切れた薬剤を後発医薬品の値段まで下げれば問題ないのに、なぜそれができないのか。

#### ○渡辺委員

- ・ 国民側からの議論として、手数料や判断基準の格差が問題の中心だった。しかし、田舎では何カ月分の薬を出さなければいけない場合があるという現実もあり、地域性の問題も随分出されたので、審査、支払いを効率化すれば済むという問題ではない。今できることは何かということを、国民に分かりやすく示すことに議論を絞るべき。
- ・ 行政刷新会議は、レセプトの査定率と手数料の連動、統合について早く結論を出せと言っているのであれば、仕分け人がこの検討会に出てきて議論させてもらいたい。

以上

## 第1回～第10回の議論と論点の整理

※第10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。
- ・ 審査を野球に例えた場合、保険者は結果で来たものを見ており、ボールの変化や球速などは関係ない。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、統一化を図っていくべき。
- ・ 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。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。
- ・ 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。
- ・ 審査の均一性に影響を与えている要因には、療養担当規則や点数表など、現在の保険診療ルールに相当程度の裁量の余地があるという問題がある。ルールの解釈に混乱が生じないように、国がルールの明確化に取り組むことが重要。
- ・ 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。
- ・ 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り、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。

- ・ 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、成分が同じでも査定の対象となるのは、ガイドラインよりも厳しい。
- ・ 合理的な地域差は是認すべき。中央の審査組織において、地域間の格差が妥当なものかどうかを住民医療の立場からジャッジする機能が重要ではないか。
- ・ 高度・専門性があるレセプトは、集約化することが適当。金額だけでなく、非常に稀な疾患やエビデンスが確立していないもの、地域でのシェアが高くてピアレビューできる専門医がほかにいないものも考慮すべき。
- ・ 高度・専門性がある、集約化の対象とすべきレセプトの範囲や集約化して審査する組織の単位（ブロック単位、中央）については、各審査機関の判断に委ね、効率化を促進することが適当。

(参考)

- ・ 支払基金では、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」を編成する取組を行っている（平成22年6月）。
- ・ 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。

## 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)

- ・ ローカルルールは、合理的に説明できるものでなければ、保険の仕組みとして望ましくないので、共通の基準が合理的な形で適用されるのであれば、論理的には査定率による競争の余地はあまりないのが望ましいということになる。
- ・ 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。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。
- ・ 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。査定率の検証は、国が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)

- ・ 審査の共通化は、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。
- ・ 上級の審査委員会について、社保と国保が同じ基準で判断していくための共通の基盤を作ることは、可能ではないか。

(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、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。

## 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、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。
- ・ 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。

- ・ 審査基準の公表は、適正な社会保険診療の確保を阻害することがないよう、その範囲を限定すべき。

(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うペナルティーや、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考えている。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ある。
- ・ 韓国の審査機関では誤った内容で請求しないための情報提供を医療機関に行っている。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。
- ・ 韓国は、まずコンピュータソフトでレセプトの振り分け・審査を行うほか、審査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。薬剤師、看護師、指導医療官、診療報酬に精通している保険者等の職員の審査委員会への参画を認めるべき。
- ・ 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ため、よく研究して議論すべき。
- ・ 調剤レセプトは、配合禁忌や過剰投与などの問題もあり、専門の立場から科学的に検証する必要があるため、薬剤師が審査に関与する体制を組む必要がある。
- ・ 薬局で後発品に変える場合、同じ成分でも適応症や用量・用法が異なる場合が



あるので、薬剤師も審査委員会に入ってチェックすることが重要。その際、薬局で医薬品を変えて適応症が異なった場合の査定の返金の問題も検討が必要。

(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。

## ②合議による審査について

(これまでの主な意見)

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 審査において、算定ルール上の明白な誤りは、審査委員会の議を経ずに査定することや、審査委員が単独で審査を決定することを可能とすべき。

## 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。ルールが明確化され、それに基づく判断が行われることを検証する仕組みがあれば、判断者の出身母体を考慮する必要はない。
- ・ 保険者推薦については、保険者には委員が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で中立公正が担保されているのか疑問である。
- ・ 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る。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。
- ・ 三者構成については、関係者の信頼性の確保に資するという点で、一定の意味合いがある。外から見たときの公正さや妥当と判断されるためには、三者構成の仕組みが必要ではないか。
- ・ 利益代表や対立軸を前提とした構成はなじみにくい。中立的な、国民の立場で医学・医療をしっかりと考えられる者で構成されればよい。

#### ④ 再審査請求について

(これまでの主な意見)

- ・ 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。現在は、同じ都道府県の審査委員会に再審査請求しているが、同じところでキャッチボールをしている。中央又はブロック単位で、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早急に作って欲しい。ただし、再審査等にかかる新たな組織は、追加的な費用を発生させない対応をすべき。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 再審査のすべてを上級の審査委員会に委ねるのは現実的ではないので、上級の審査委員会は再々審査以降のレセプトの審査を担当することが適当。1回目の再審査は、原審査をした組織で審査する必要がある。
- ・ 上級の審査組織の判断を、原審査をした審査委員会の判断に的確に反映させる必要がある。単に組織の構造を決めるだけでは、上級の審査組織が決めたルールを下部組織が守ることは担保できない。
- ・ 上級の審査組織の判断内容を、原審査を担当した審査組織にフィードバックする仕組みが必要である。文章にできるルールと文章に書いていないルールでは少し食い違う場合もあり、上級の審査組織の判断を斟酌しながら、審査していく状況になると思う。

- ・ 全国のDPCデータが国にあるので、例えば、上級の審査委員会において、全国の最大公約数的なパターンのデータを審査に活用していくべき。

## 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）

- ・ 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。
- ・ 査定率と手数料の連動は、非常に問題。査定率が高い審査機関がよい審査だという評価は当たらないということを、共通認識として議論してもらいたい。
- ・ 保険者が審査機関を選択する上で、手数料の違いの原因を明らかにし、ベースを揃えて、分かりやすくコスト構造を比較できる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。
- ・ 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、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

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。

## 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。医科・歯科の直接審査を促進するため、保険医療機関の同意要件を廃止すべき。
- ・ 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。
- ・ 直接審査の仕組みは、フリーアクセスを抑制することがあってはならない。

## 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)

- ・ 国保連が現在行っている審査支払以外の事務は、審査支払のデータを保有しているからこそできる仕事である。
- ・ 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仕組みを考えるべき。ICカードなどで受診の都度、資格確認する仕組みがあれば、ほとんどが解決できる。現状を前提にして、仕組みを考えるのは適当でない。
- ・ 審査支払いのコストの削減が重要。支払基金では、ブロック別の統合や事務所の借り上げ、職員定数の削減、ラスパイレス指数の引下げに加え、柔道整復療養費の審査支払いや出産育児一時金の直接支払いの受託など、業務範囲の拡大も実施して欲しい。

(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かを示す必要がある。
- ・ 標準化された電子レセプトでの請求には支払期間を短くするなど、電子化のインセンティブについて、外国での取組も参考にしてはどうか。
- ・ 支払早期化は、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、レセプト情報の大きな潜在力を引き出すような仕組みを議論すべき。
- ・ 健保組合としては、レセプト情報の分析や健康対策などへの有効活用は、非

常に重要な事業と位置付けている。後発医薬品の使用促進を含め、協会けんぽとも連携して、レセプトデータを活用した事業を展開していきたい。

- ・ 健康情報は究極の個人情報であり、レセプトデータの活用は、セキュリティをしっかりとしながらやってほしい。

### 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)

- ・ 二つの審査組織は、競争というよりもうまく棲み分けて共存した形になっており、独占の弊害と二重性の弊害の両方をもっているというのが、規制改革会議や事業仕分けの指摘。二元的な仕組みがいいのかどうか問われている。競争原理と統合のいずれにせよ、関係者を含め、思い切った決断に踏み出すことが求められている。
- ・ 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。
- ・ 組織の統合は、直接審査による民間業者の参入の促進とは矛盾しない。
- ・ 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。
- ・ 国保連は、市町村国保の保険者業務の多くを代行。今後、国保保険者がレセプトデータの活用を進めていく上で、国保連のシステム開発が必要になるが、

支払基金に統合されると、国保保険者に新たなシステムの負担がかかることになるので、国保連を開設している市町村の意見に十分配慮いただきたい。

- ・ 支払基金と国保連で査定率にかなりの違いがあり、統合によって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。個々に競争を持ち込むのではなく、システムの共同開発やコスト的に見てより優れている方をベースにすることが、国民のためになる。
- ・ 競争とは何か、国民が利用する医療保険の審査に求められる機能は何かという基本論に立ち、統合や競争によって国民皆保険の下での審査にプラスになるのかどうかという視点を常に持つ必要がある。競争によって審査に力点が置かれ、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、組織だけの議論をすると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。
- ・ 国保連を支払基金に統合する場合は、全国規模の1法人である専門の審査支払機関となるのに対し、支払基金を国保連に統合する場合は、都道府県単位の47法人である保険者団体となる。
- ・ 支払基金は、厚生労働省に代わって、記録条件仕様などレセプト電算処理シ

システムの開発や、電子点数表の作成、医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いの検討など、公的な役割を果たしている。

- ・ 組織の統合によって管理部門の縮小が可能と考えるならば、都道府県単位の47法人よりも、1法人とする方が管理部門の縮小の余地は大きいと考えなければ、論理的に矛盾する。

(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。

## (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、深掘して考えるべき。
- ・ 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、効率化を指向すべき。
- ・ 審査支払いのコストの削減が重要。支払基金では、ブロック別の統合や事務所の借り上げ、職員定数の削減、ラスパイレス指数の引下げに加え、柔道整復療養費の審査支払いや出産育児一時金の直接支払いの受託など、業務範囲の拡大も実施して欲しい。

(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。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。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。



## 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。被保険者が常に正しい保険証を使っている前提であればいいが、実際はそうでなく、その処理に非常に大変な思いをしている。
- ・ 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仕組みを考えるべき。ICカードなどで受診の都度、資格確認する仕組みがあれば、ほとんどが解決できる。

### ○ 保険薬局における医療情報の共有、保険者による調剤点検について

- ・ 保険薬局では現在、医療内容に関する情報をシェアしないまま、薬を出しているが、診療に関する情報をシェアする仕組みを確保することが重要である。
- ・ 呉市の調剤点検の結果は、貴重なデータである。保険薬局では、薬を重複して処方することのないよう、かかりつけの薬局や手帳の取組をしている。
- ・ 重複投薬は、医療機関の間で、患者にどういう薬が出ているのかを共有する仕組みを構築すべき。患者が複数医療機関で適正な薬をもらった場合も、レセプト単位では保険診療ルールで認められるので、早急に見直すべき。

# 審査支払機関の統合または競争について

東京都国民健康保険団体連合会

## 審査支払機関の統合または競争について

診療報酬の審査支払機関である国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)の統合または競争については、以下のとおりの問題点ないし国の関与が必要な留意点がある。

### 第1 国保連を審査支払部門と保険者業務部門に分割し、審査支払部門を支払基金に統合した場合の問題点

国保連における審査支払事務は保険者共同事務と表裏一体の関係にあるため、これを分断すれば、保険者・広域連合・介護保険者の事務に多大の影響を与え、それぞれの事業運営の効率を大きく損なう恐れがある。

#### 1 保険者共同処理事業(国保・後期高齢者医療)

国保連は、保険者(以下単に「保険者」という場合は国保保険者をいう。)、後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)及び市町村(特別区を含む。)の共通した事務を一元的に電算処理し、事務の効率化を図るとともに、保険医療給付等に関する各種情報を作成して、保険者等の事務事業に資するよう適宜提供しているが、レセプトを取り扱わず審査支払事務を行わなくなると、以下のとおり各事業に支障が生ずることとなる。

##### (1) 資格給付確認処理

現在、保険者・広域連合から提出を受けている「被保険者マスタ」とレセプトを突合して資格確認を行い、エラーとなったものについてはリストを作成し、保険者・広域連合にレセプトの発送時に合わせて送付している。保険者・広域連合はこの情報により被保険者の資格チェックを行い、給付の可否判断を行っている。国保連にレセプトが来なくなれば、この資格確認ができなくなるので、保険者・広域連合が全レセプトについて資格チェックを行うこととなり、保険者事務が増大する。

##### (2) 各種業務帳票作成・高額療養費計算処理

現在、上記資格確認後、国保連は「給付記録マスタ」を生成し、これにより該当被保険者ごとに高額療養費を算出し「高額マスタ」を生成

している。この2つの「マスタ」を用い、各保険者・広域連合別に、国保及び後期高齢者医療事業運営に必要な各種月次・年次帳票、世帯ごとの高額療養費計算処理結果帳票、医療費通知書等を作成し提供している。しかし、国保連にレセプトが来なくなれば、これらの業務を実施できなくなるので各保険者・広域連合がそれぞれ作業を行うこととなり、保険者事務が増大する。

### (3) その他

国保連は、上記のほか、「被保険者マスタ」から「退職被扶養者該当者リスト」を作成するとともに、同マスタと国保中央会から提供されている年金データを突合して「年金受給権者各種帳票」を作成し、各保険者・広域連合に提供している。審査支払事務を分離した場合、これらの業務も実施できなくなる。保険者・広域連合がそれぞれ事務処理をすれば、保険者事務が増大する。

## 2 広域共同事業(国保)

現在、都道府県内の保険者間の保険料の平準化及び財政の安定化を図るため、市町村保険者を対象に、「保険財政共同安定化事業」、「高額医療費共同事業」を国保連の事業として実施している。この事業の実施には審査支払データを拠出金・交付金の積算に使用するとともに、交付金を医療給付費と相殺処理している。したがって、審査支払事務を実施しなくなれば、これらの共同事務を実施できなくなり、市町村国保の広域運営というスキームが成立しなくなる。

## 3 高額医療・高額介護合算処理事業(国保、後期高齢者医療、介護保険)

国保連は、保険者・広域連合・介護保険者からの委託により、毎年8月から翌年7月までの1年間において医療と介護の負担が著しく高額である場合に、国保・後期高齢者医療から支給される「高額介護合算療養費」及び介護保険から支給される「高額医療合算介護サービス費」並びに「高額医療合算介護予防サービス費」の支給額計算処理を行っている。国保・後期高齢者医療の審査支払事務を実施しなくなれば、この計算処理を行えず本事業が実施できなくなる。保険者・広域連合・介護保険者がこの事業を実施するとすれば、その事務負担が増大する。

## 4 医療と介護の給付内容突合審査(国保、後期高齢者医療、介護保険)

国保連は、同月内の入院と在宅介護の給付が行われているかどうかの重複チェックなど、国保・後期高齢者医療と介護保険の情報を突合して「医療給付情報突合リスト」を作成し、介護保険者に提供している。国保・後期高齢者医療の審査支払事務を実施しなくなればこの情報突合を行えず、国保・後期高齢者医療と介護保険の重複請求のチェックができなくなる。市町村において保険者と介護保険者が実施するとすれば、それぞれの事務負担が増大するとともにチェックの時期が遅くなる。また、広域連合は介護保険者と組織上の繋がりががないので後期高齢者医療給付と介護給付のチェックは不可能である。

## 第2 国保連と支払基金が競争を行う場合の国の関与が必要な留意点

国保連と支払基金が公正な競争を行い、保険者の利益に資する運営を行うためには、次のとおり国の責任において競争条件を整備する必要がある。

### 1 審査基準のスタンダード設定

47国保連、47支払基金支部の審査において、査定内容に差異があること及びその根底にローカルルールが存在することが明らかになっている。国保と被用者保険間の審査の差異はなくすべきであり、またそれぞれの連合会間・支部間における差異は地域医療の事情による必要最小限のもののみはなくすべきである。そのためには審査基準のナショナルスタンダードを設定する必要があるが、これは競争状態になる国保連と支払基金が話し合っただけで決めるのではなく、国民皆保険体制下における公的医療保険の運営の本旨からして、国が明確に設定すべきものである。国は、両審査支払機関及び保険者並びに保険医療機関から定期的に実情報告を徴し、国が保有するデータ(例えばDPCデータ)も提供して必要な議論の場を設け、その結果を踏まえて統一的な審査基準及びローカルルールの原則を策定して、国保連、支払基金に示すべきである。

### 2 電子点数表の作成・提供

現在支払基金が医科の電子点数表を作成・公表しているが、診療報酬点数表は審査の基礎となるものであるため、国において歯科、調剤も合わせて完全な形の電子点数表を作成し、国保連・支払基金に提供すべきである。なお、この電子点数表を保険医療機関のレセプトコンピュータシステムに取り込み可能なものとするれば、適正なレセプト作成に大きく寄与することとなる。

### 3 業務システム等の整備・提供

#### (1) 基幹業務システムの開発・改修

システム投資の2重化による審査実施経費の増高を抑制するために、レセプトの受付から審査支払及びレセプト管理にかかる基幹業務システムは、国が開発して国保連・支払基金に提供すべきである(現在、レセプト電算処理システム、オンライン請求システムは支払基金が開発し国保連が有償で提供を受けているが、これも国に移すべきである)。制度改正によるシステム改修についても、同様である。この場合、必要経費を国保連・支払基金がそれぞれ応分の負担を行うこととする。

## (2) 各種マスタ類等の作成・提供

記録条件仕様、医療機関マスタ等各種マスタなどは支払基金が作成し、国保連が有償で提供を受けている。しかしながら競争状態となったとき、一方の当事者が作成したものを使用することは、他方にとってみれば新たな追加・修正が必要になったとき全て「相手任せ」となってしまいうため、公正な競争条件が担保しえない状態となる。したがって、これらについても国が作成し国保連・支払基金に提供すべきである。必要経費の負担は上記(1)に同じ。

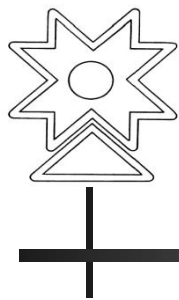
※ 国保連、支払基金は、独自のサービスを行うためのカスタマイズ、保険者に関するシステム開発・製造はそれぞれの責任において行う。

## 4 比較条件の規格化

国保連と支払基金が競争する以上、「顧客」である保険者が委託先選定にあたって、両者を比較する各種データが必要である。審査支払手数料は金額表示であるためそのまま公表しても単純に比較できるが、原審査査定率、再審査査定率等の諸率や財務内容に関するデータ等は、その算出方法や内容を揃えて的確な比較ができるようにする必要がある。したがって、比較のため必要なデータについては、国において規格化し、両機関を指導する必要がある。

## 5 生活保護(医療扶助費)の審査支払の自由化

現在、生活保護法による医療扶助費にかかる診療報酬の審査支払は支払基金に固定化されているが、これについては国保連も実施できるよう自由化するべきである。



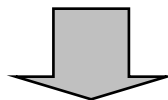
# 支払基金における 総コストの削減に向けた取組み

平成22年12月10日

社会保険診療報酬支払基金

# 支払基金における総コストの削減に向けた取組み

第10回検討会においては、審査支払機関が高コストである、という趣旨の指摘があったところ。

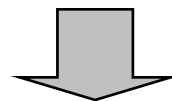


- 支払基金においては、かねてより、可能な限り、人件費及び物件費の両面にわたって幅広く総コストの削減に取り組んできたところ(本資料3～16頁)。
- 今後、「支払基金サービス向上計画」(案)に基づき、更に徹底した総コストの削減を通じた手数料水準の引下げに取り組む方針(本資料2頁)。
- なお、レセプトの電子化とコストの削減との関係については、第2回資料1及び第3回資料5を参照。



## 支出の削減

平成13年度決算	平成22年度予算	平成27年度見込
876.6億円	825.3億円	737.7億円
	▲51.3億円(▲5.9%)	▲87.6億円(▲10.6%)
	▲138.9億円(▲15.8%)	



## 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
	▲17.05円(▲15.9%)	▲10.24円(▲11.3%)
	▲27.29円(▲25.4%)	

# 総コストの削減に向けた取組みの例

## 1 人件費

### 1 職員定員の削減

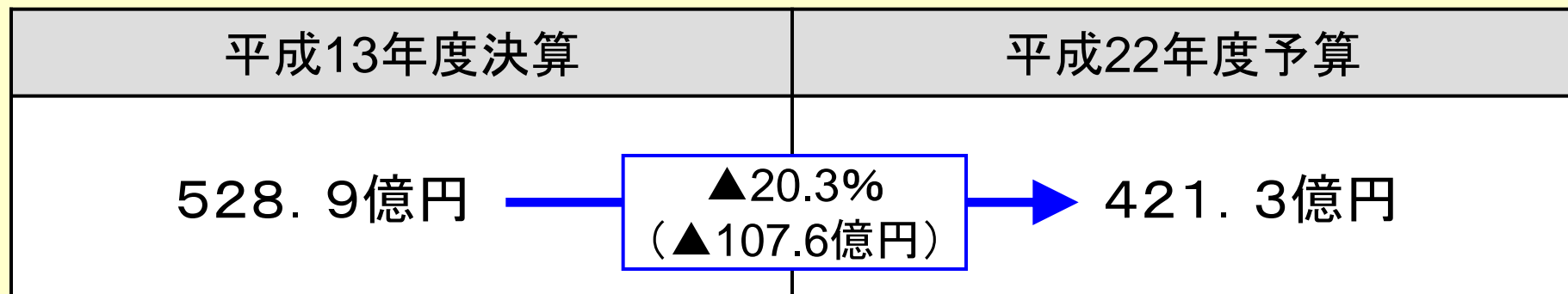
○ レセプト件数が着実に増加しているにもかかわらず、一般会計の職員定員について、平成13年度をピークとして段階的に削減。

	平成13年度決算	平成22年度予算
レセプト件数	789,752千件	864,017千件
		+8.6% (+74,265千件)
職員定員	6,321人	4,934人
		▲21.9% (▲1,387人)

## 2 給与水準の引下げ

- 職務遂行意欲の向上に資するよう、年功序列の昇給を縮小するとともに、職責に応じた給与差を拡大するため、平成17年9月以降、給料表及び管理職手当の見直しを実施。

### 給与諸費の推移

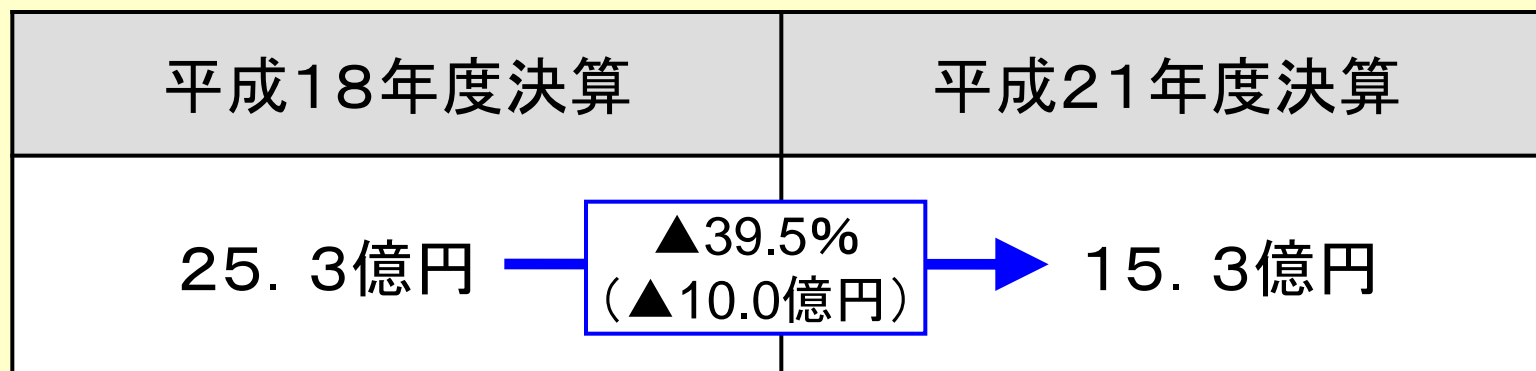


(注) 給与諸費の減少は、給与水準の引下げによるもののみならず職員定員の削減によるものも含む。

## 2 物件費

### 1 紙レセプトに係る請求支払の業務の委託のための経費の縮減

- 紙レセプトに係る請求支払の業務（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等）の委託のための経費について、平成18年度をピークとして段階的に縮減。



## 2 コンピュータシステム関連経費の縮減

- コンピュータシステム関連経費を可能な限り縮減。
- 例えば、
  - ① 請求支払計算システムの運用に関する経費については、平成15年9月～12月における第三者機関による監査を経て、平成16年度以降、年額を定める契約から処理件数に応じた課金を定める契約へ変更。

### 請求支払計算システム運用経費の推移

総額（単位：億円）		処理件数（単位：百万件）		単価（単位：円／1件）	
平成15年度	平成21年度	平成15年度	平成21年度	平成15年度	平成21年度
16.0	13.7	786.7	857.0	2.0	1.6
▲14.1% (▲2.3億円)		+8.2% (+70.3百万件)		▲21.2% (▲0.4円)	

- ② 平成17年度における医療事務電算システムの機器更新に関する経費については、当初、117.7億円と見積もっていたが、平成16年11月～平成17年3月における第三者機関による監査を経て、109.2億円(▲7.2%)に縮減。
- ③ 平成22年4月、民間企業でコンピュータシステムに関するコンサルティング等を経験した者を「システム専門役」として採用。これも活用することにより、平成22年度における突合・縦覧点検システムの開発については、
- i 必要なサーバの処理性能の精査
  - ii 一般競争入札によるクライアント(PC)の調達
  - iii プログラムの開発に必要な作業の精査
- 等を通じて経費を縮減。

### 3 契約手続の適正化

- 昭和61年3月より、国の会計と同様に、160万円以下の物品の購入など、少額の契約を除き、原則として、一般競争契約による取扱い。
- その例外となる随意契約については、既存のコンピュータシステムの改修、コンピュータシステムの運用等に限定する取扱い。

#### 契約に占める一般競争契約の件数割合の推移

平成20年度	平成21年度	平成22年度 (11月30日現在)
13.3%	21.9%	39.4%

(注)少額の契約の件数を除外している。

- 加えて、少額の契約についても、可能な限り、入札で調達する取扱い。

平成21年度	平成22年度 (11月30日現在)
1件 1.0百万円	7件 8.6百万円

(注)例えば、広報誌印刷調製等が挙げられる。

- なお、契約手続に関する情報をホームページで公開。

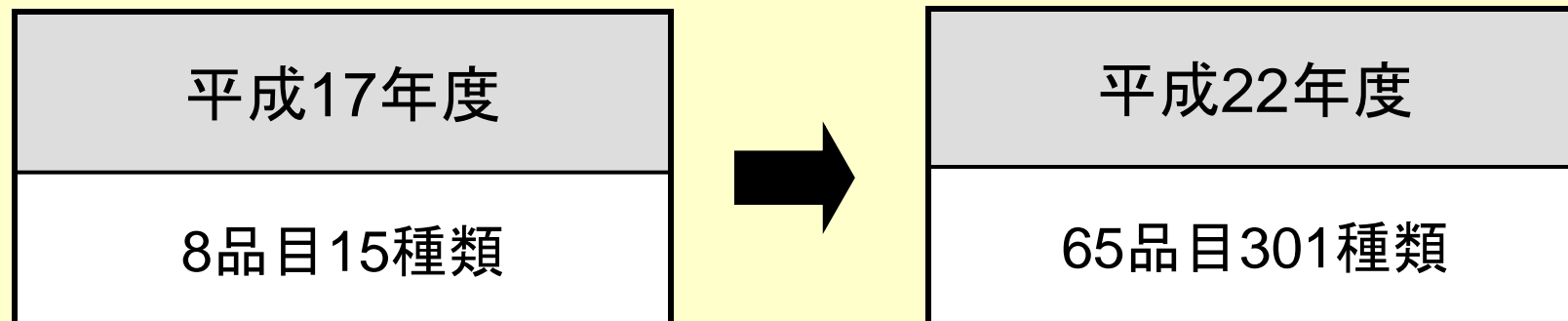
平成18年7月～	随意契約締結状況
平成20年8月～	入札公告
平成21年1月～	入札結果



## 4 消耗品の一括調達

- 消耗品については、従前、各支部で調達。平成17年度以降、本部による一括調達の範囲を段階的に拡大。

### 一括調達の対象となる消耗品の範囲



(注)例えば、コピー用紙、ボールペン、プリンター消耗品等が挙げられる。

## コピー用紙の例

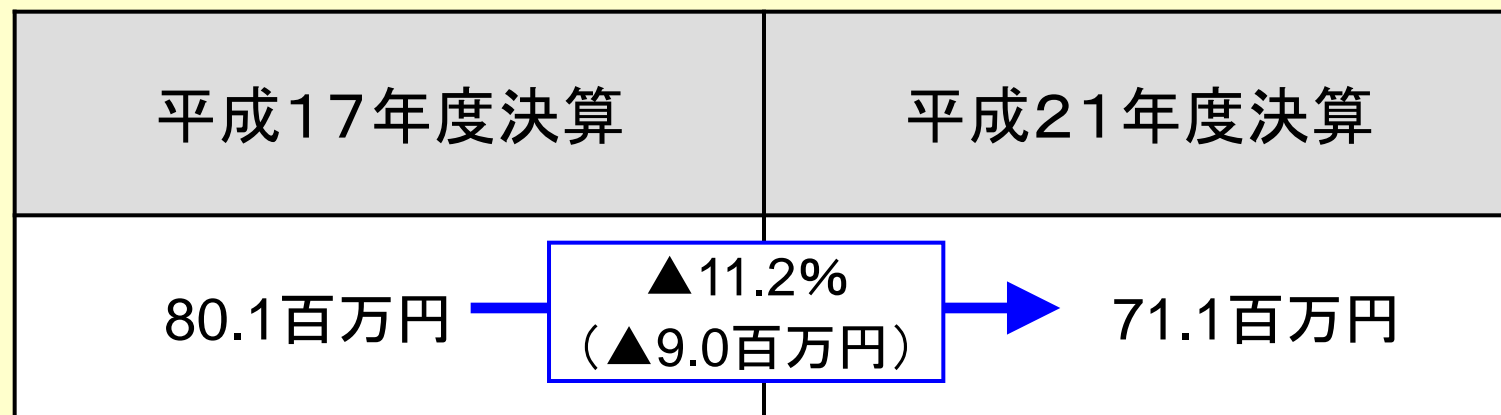
	数量 (単位:千箱)		経費 (単位:百万円)		単価 (千円/箱)		
	平成16年度	平成17年度	平成16年度	平成17年度	平成16年度	平成17年度	
A4	28.4	30.1	38.4	37.4	1.3	<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">                     ▲10.3% (▲0.1千円)                 </div>	1.2
A3	1.4	1.4	25.7	20.4	1.9	<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">                     ▲25.6% (▲0.5千円)                 </div>	1.4
B4	2.4	1.4	49.9	26.6	2.0	<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">                     ▲11.1% (▲0.2千円)                 </div>	1.8
B5	0.4	0.3	0.4	0.2	1.0	<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">                     ▲15.1% (▲0.2千円)                 </div>	0.9
計	32.3	33.2	46.3	42.3	—		—
	<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">                     +2.6% (+0.8千箱)                 </div>		<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">                     ▲8.7% (▲4.0百万円)                 </div>				

(注) A4は2,500枚/箱、A3は1,500枚/箱、B4は2,500枚/箱、B5は2,500枚/箱である。

## 5 電話通信費の縮減

- 平成16年10月～平成20年3月の間、本部及び各支部において、IP電話を段階的に導入。

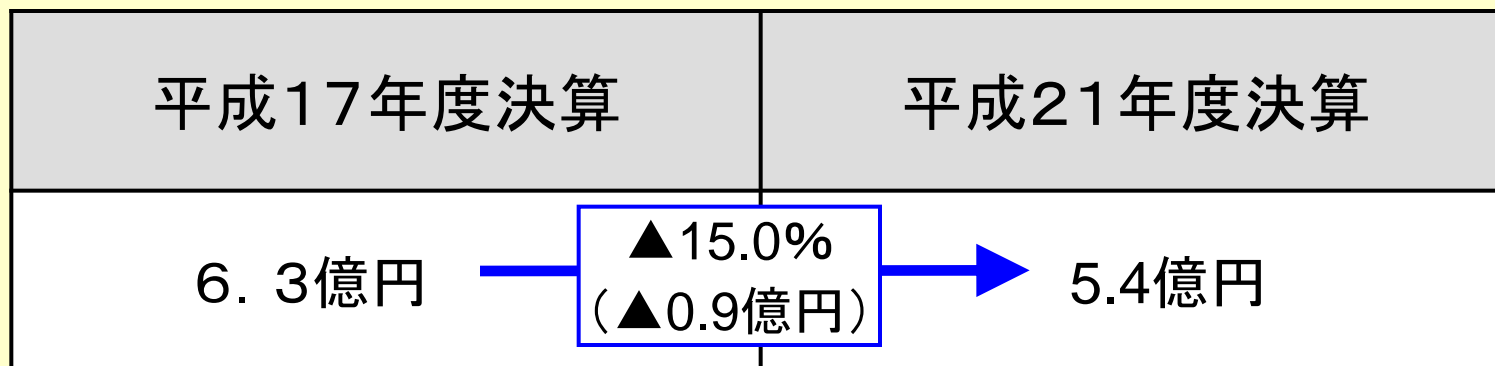
### 電話通信費の推移



## 6 水道光熱費の縮減

- 平成10年度以降、照明器具を省エネルギータイプに変更。
- 平成17年度以降、クールビズを実施。

### 水道光熱費の推移



## 7 ホームページの改修

- ホームページについて、サーバの容量を拡張するため、平成22年中を目途に、改修を実施する予定。改修経費については、当初、30.0百万円と見積もっていたが、平成22年7月、総合評価落札方式の一般競争入札を実施した結果、8.9百万円(▲70.3%)に縮減。

(注) 平成11年3月、ホームページを開設。

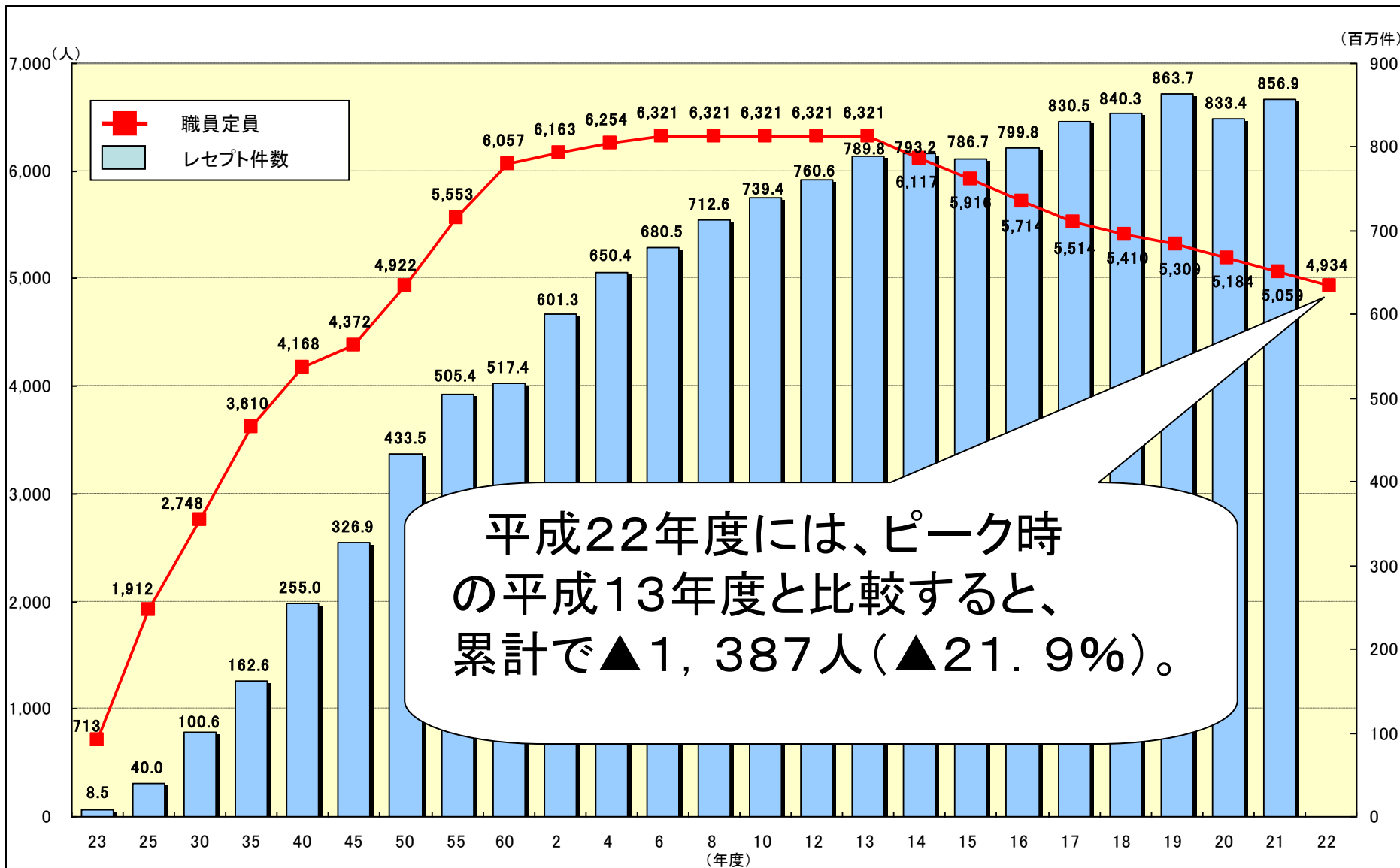
- この場合においては、定例的な更新作業を業者によらずに職員で即時に実施することが可能となるよう、機能を見直すことにより、運用経費を大幅に削減する予定。

### ホームページ運用経費の推移

平成21年度実績	平成23年度見込み
12.9百万円	3.5百万円
▲72.9% (▲9.4百万円)	

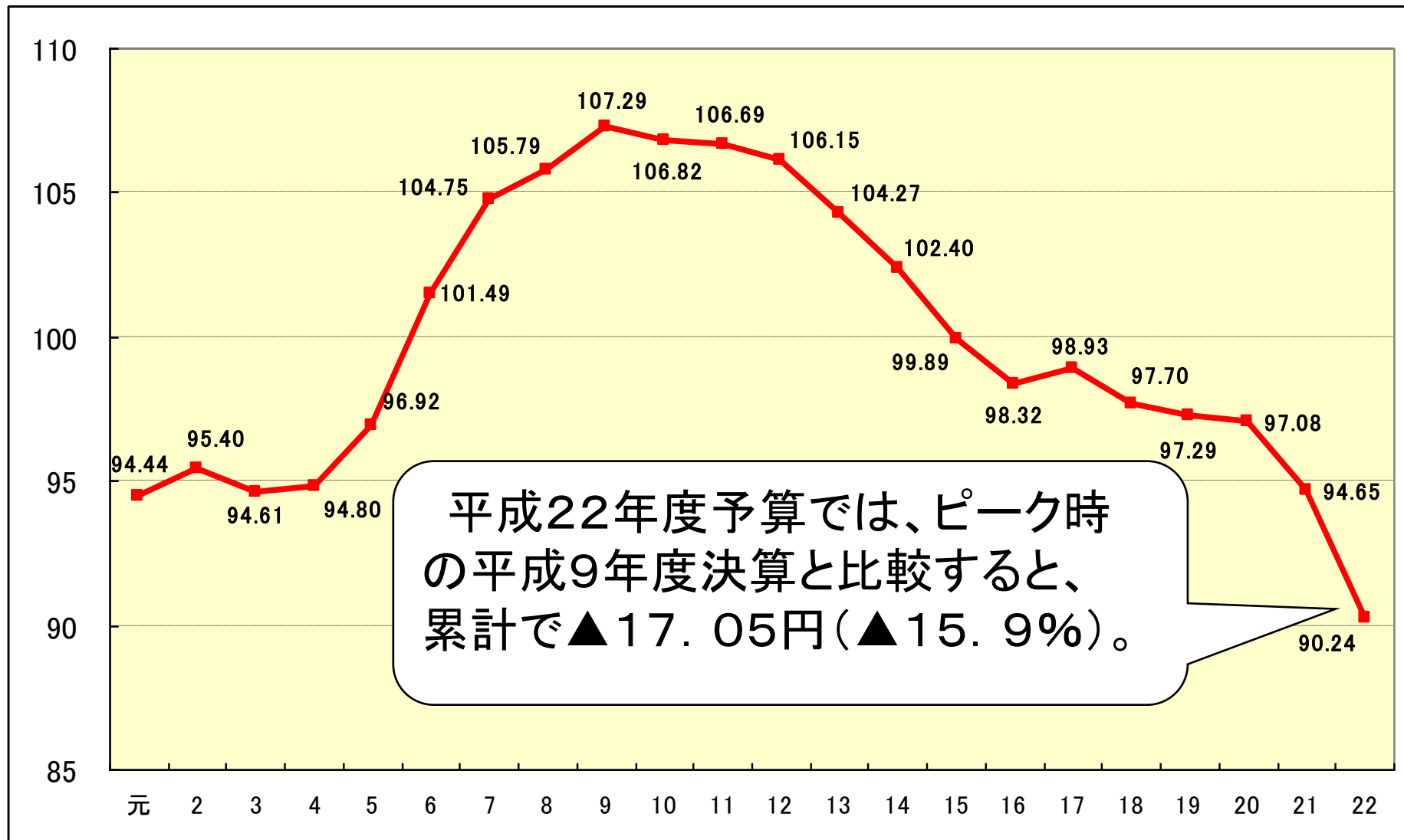
# 【参考1】

# 職員定員の推移



平成22年度には、ピーク時の平成13年度と比較すると、累計で▲1,387人(▲21.9%)。

## 【参考2】 全レセプトの平均手数料料の推移



# 「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理（全体像）

平成22年12月 厚生労働省保険局

○ 審査支払機関の在り方について、有識者による「審査支払機関の在り方に関する検討会」（22年4月～）において、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。11回にわたって議論を重ね、一巡したことから、これまでの議論を中間的に整理。

<前提> ○患者の個別性・地域の医療体制等の尊重 ○国民が受ける医療に違いが生じない共通の判断基準 ○迅速で効率的な審査支払い

## 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  
○支払いの早期化

## 審査の質の向上

- 審査の均一性の確保のための取組の推進
  - ・ 支払基金と国保連で審査の判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催（22年度～）
  - ・ 支払基金で支部間の専門医による審査照会のネットワークの構築、本部に専門分野別ワーキンググループの編成（22年6月）
  - ・ 審査の透明化や請求誤り防止のため、審査の判断基準や審査データの公表の推進
- 審査における判断基準の違いを縮小するためのITの活用
  - ・ 電子レセプトの審査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～）
  - ・ 電子化に対応した審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等）
- 特別審査の対象レセプトの範囲の拡大、専門診療科に属するレセプトの審査の集約化、上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組みの導入（24年度以降～）
- 支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化、審査委員会への薬剤師の配置（23年度～）

## 審査・支払業務の効率化

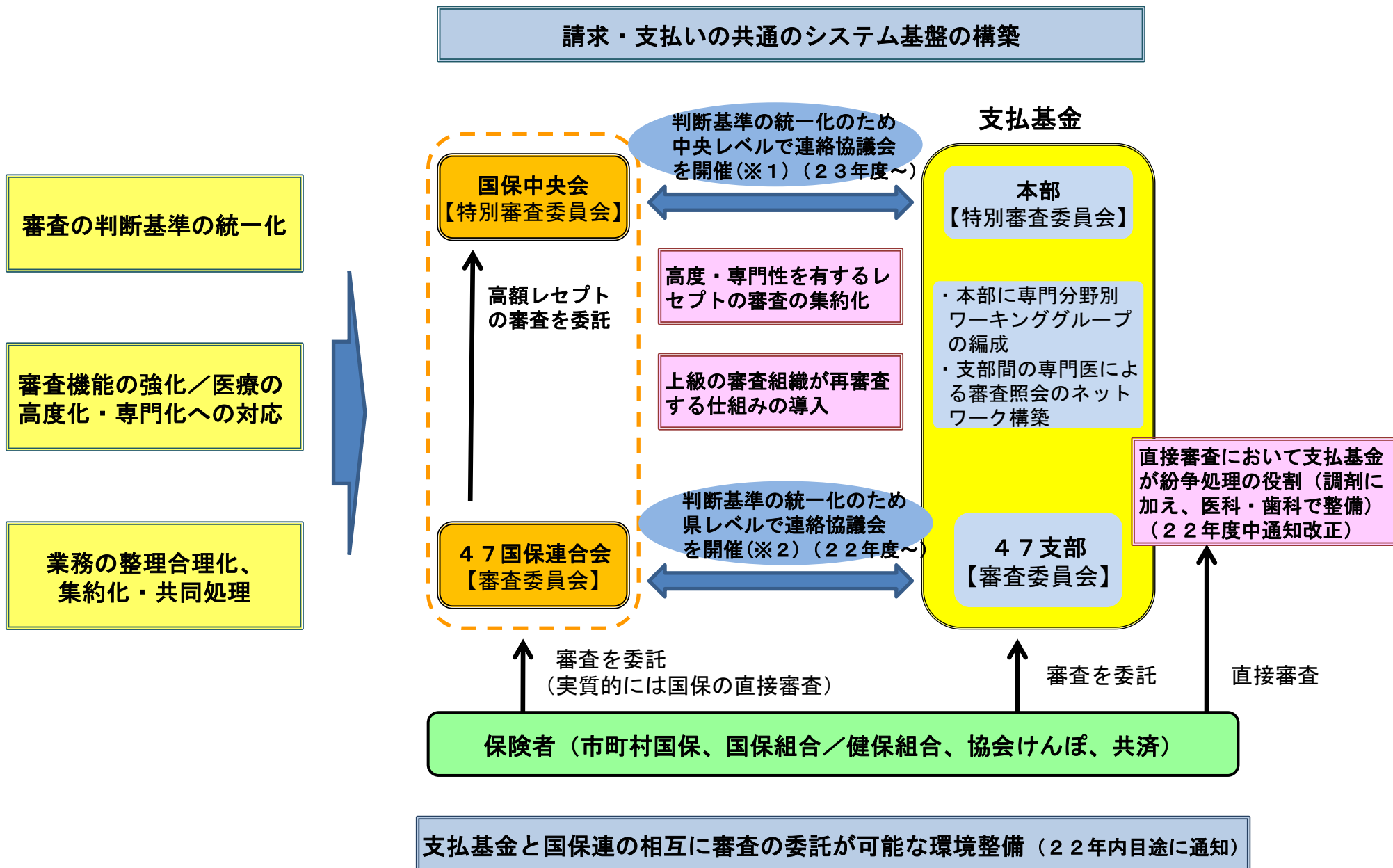
- コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ（23年度も更に引下げ）
  - ・ 支払基金では27年度の水準を22年度と比較して約11%引き下げる目標（22年9月に提示）
- 業務効率化、保有資産の整理合理化
  - ・ 支払基金の給与水準の引下げ、資金管理業務の本部への集約化等（23年度～）
  - ・ 47国保連の審査支払の共通基盤システムの構築（23年5月）
- システムの共同開発・共同利用の一層の推進、支払いの早期化（23年度）

## 統合、競争促進の観点からの組織の在り方

- 組織の在り方について、定量的な検証や効果・留意点を含め、統合と競争の観点から引き続き検討。
- 保険者が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（22年内目途に通知発出）
- 保険者の直接審査の推進
  - ・ 調剤レセプトの直接審査の対象薬局の追加手続きの簡素化（22年10月通知改正）
  - ・ 医科・歯科レセプトの直接審査の紛争処理ルールの整備（22年度中通知改正）



# 審査の判断基準の統一化、統合と競争の観点からの組織の在り方



※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。

# 「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理（個別論点）

## 1. 審査の質の向上

### 検討会の議論

#### [国民が受ける医療に違いが生じない仕組みの確保]

- 審査においては、治療の必要性など患者の個別性や、地域による疾病構造、医療従事者の体制等の違いを尊重する必要があるが、地域や加入する保険者によって国民が受ける医療に合理的な根拠がない違いが生じてはならない。
- 審査の判断基準は統一化した上で、ITによる審査データの活用などにより、合理的な根拠がある違いかどうかを国民への医療提供の視点から、中立・公正な立場で専門家が評価・判定する仕組みを確保することが重要である。

#### [審査の均一性の確保のための取組の推進]

- 厚生労働省による保険診療ルールの明確化。
- 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違いを縮小するためのITの活用の推進。
- 支払基金と国保連の特別審査委員会について、中長期的に条件を整える努力を行い、合同審査を目指す。合同審査が難しい場合でも、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取組を進める。  
※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。

#### [均一性に影響を与えている要因]

- 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。
- 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。

### 厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討

### 検討会設置以降 ～23年度目途 に実施

- 判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催。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）。  
**<支払基金・国保連>**
  - ・基金と国保中央会、厚生労働省の連絡協議会の設置【23年度～】
  - ・基金と国保連、地方厚生局との連絡協議会の設置【22年度～】
- 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。

（次頁に続く）

<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</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"> <li>・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～】</li> <li>・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～】</li> <li>・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～】</li> <li>・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～】</li> <li>・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】</li> </ul> <p>＜国保連＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・国保連間等の人事交流の拡大【23年度～】</li> </ul> <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"> <li>・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～】</li> <li>・審査実績の分析評価、標準化への活用【23年4月～】</li> <li>・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、審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等）</li> </ul> <p>＜国保連＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査事例データベースの構築【23年度～】</li> <li>・査定率等審査評価指標の作成【23年度～】</li> <li>・詳細な審査統計表の作成【23年度～】</li> <li>・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～】</li> <li>・審査事務共助職員の能力向上（研修充実、資格制度の検討）</li> </ul>
<p>24年度以降～</p>	<p>○支払基金と国保連の特別審査委員会の合同審査を目指す。</p> <p>※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p>

<p>検討会の議論</p>	<p><b>〔審査におけるITの活用の推進〕</b>  ○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><b>※IT活用のための審査体制の確保</b>  ○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。  ○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><b>厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討</b></p>	
<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</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  <b>&lt;支払基金&gt;</b>  ・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】  ・医科電子点数表を活用した点検システム導入【23年4月目途】（電子点数表はホームページに既に公表）  ・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> <p><b>&lt;国保連&gt;</b>  ・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】</p> <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  <b>&lt;支払基金&gt;</b>  ・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、審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等）（再掲）</p> <p><b>&lt;国保連&gt;</b>  ・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【23年度～】（再掲）  ・査定率等審査評価指標の作成【23年度～】（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> <p style="text-align: right;">（次頁に続く）</p>

検討会設置以降  
～23年度目途  
に実施

- 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～**】
- 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の見直し【**23年度～関係者で検討、順次見直し**】
- 再審査における電子化の推進
  - <支払基金>
    - ・オンラインによる再審査等請求の受付開始
  - <国保連>
    - ・再審査画面システムの稼働【**23年度～**】
- 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
  - <支払基金>
    - ・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**】
  - <国保連>
    - ・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>検討会の議論</p>	<p><b>【審査委員会の機能の強化】</b>  ○医療の高度化が進んだ結果、小さい県など専門分野で必要な審査委員の確保が難しくなっている。一定の高度・専門性を有するレセプトを集約化して審査していくことが必要。  ○特別審査の対象レセプトの範囲拡大</p> <p><b>【支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化】</b>  ○支払基金の調剤レセプトの審査に薬剤師が審査委員として関与する体制の整備  ※国保連では従来から調剤審査を実施。支払基金でも調剤報酬専門役を配置。</p>
---------------	---

厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討

<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</p>	<p>○各県の審査委員会の連携等  ・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、連絡調整機能等の強化  ・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><b>&lt;支払基金&gt;</b>  ・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～】（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> <p><b>&lt;国保連&gt;</b>  ・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</p> <p>○支払基金の調剤レセプトの審査に薬剤師が審査委員として関与する体制の整備  ※国保連では従来から調剤審査を実施。支払基金でも調剤報酬専門役を配置。</p>
<p>24年度以降～</p>	<p>○特別審査の対象レセプトの範囲の拡大。</p> <p>○専門診療科に属するレセプトについて集約化して審査。  <b>《具体化に当たっての検討事項》</b>  ・特別審査委員会が新たに対象とするレセプトの範囲。  ・希少性があるものやエビデンスが確立していないものなど、集約化して審査することを検討すべきレセプトの対象範囲。  ・中央で集約化するか、ブロック単位で集約化するか。特別審査委員会に集約化した場合、審査の質の向上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。</p>



<p style="text-align: center;"><b>検討会の議論</b></p>	<p><b>【再審査の仕組みの改善】</b>  ○県単位の審査委員会の決定では納得が得られない個別事案について、上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組みを設置。</p> <p><b>【三者構成の仕組み】</b>  ○三者構成の仕組みについて、廃止すべきという合意はなかったが、以下のような意見を踏まえ、引き続き検討。  <b>(主な意見)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の審査委員は、どちらの側かを意識せず、中立的な立場から専門的な視点で、適切な医療かどうかを審査している。</li> <li>・医療について国民の立場から考えることができる者によって構成されればいいので、利害代表のような仕組みは避けるべき。</li> <li>・外から見て一定の公正さを確保するため、三者構成の仕組みは理解できる。それ以外の方法で、公正さを確保することは難しいのではないか。</li> <li>・ルール策定は三者構成であるべきだが、明確なルールに基づき判断する仕組みであれば、判断する者が三者構成である必要はない。</li> <li>・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おり、不適正な請求を抑制する効果や是正を図る効果がある。こうした効果を持つ仕組みが引き続き必要。</li> </ul>
--	--



<p><b>厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>24年度以降～</b></p>	<p>○再審査の仕組みの改善</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県単位の審査委員会の決定では納得が得られない個別事案について、上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組みを設置。  <b>【県単位の審査委員会が原審査したレセプトをそれ以外の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】</b></li> </ul> <p><b>《具体化に当たっての整理事項》</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・原審査した審査委員会が再審査することは、当該審査委員会による問題点の把握や検証、改善等に資する効果もあることから、各側から1回目の再審査は原審査をした審査委員会が行い、一定回数以降の再審査を上級の審査組織が審査。</li> <li>・判断基準の統一化の観点から、上級の審査組織の判断を、県単位の審査委員会の判断に的確に反映させていく必要。</li> <li>・ブロック単位に置くか、中央に置くかについて検討。</li> </ul> <p>○三者構成の仕組みについて、検討会の意見を踏まえ、検討。</p>

## 2. 審査・支払の業務の効率化

検討会の議論	<p><b>【効率的な業務運営の推進】</b> ○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><b>【支払いの早期化】</b> ○電子化による業務効率化に伴う支払いの早期化</p> <p><b>【法人運営の合理化】</b> ○資産等の整理合理化、業務運営の見直し</p> <p><b>【審査手数料の引下げ】</b> ○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><b>【審査手数料と査定率との連動】</b> ○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>
--------	---

### 厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討

検討会設置以降 ～23年度目途 に実施	<p>○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 <b>&lt;支払基金・国保連&gt;</b> ・支払基金は、平成22年診療報酬改定に対応したレセプト電算処理システムのプログラム、基本マスタ・医療機関マスタを更新、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・標準仕様の更新、提供。（厚生労働省に提供。国保中央会と経費を按分）【22年5月】</p> <p>○電子化による業務効率化に伴う支払いの早期化【23年度】</p> <p>○業務効率化、保有資産の整理合理化等 <b>&lt;支払基金&gt;</b> ・専門的診療科に属する電子レセプトは、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】 ・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、平成27年度までの新計画で提示】 ・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> <p style="text-align: right;">（次頁に続く）</p>
---------------------------	--



<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</p>	<p><b>&lt;国保連&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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～】</li> <li>・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】</li> <li>・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】</li> <li>・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。</li> </ul> <p>○制度の運営コストの見える化、業務区分ごとのコストの提示</p> <p><b>&lt;支払基金&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。【23年度～】</li> </ul> <p><b>&lt;国保連&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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】</li> <li>・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～】</li> </ul> <p>○コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ</p> <p><b>&lt;支払基金&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査手数料の引下げ：平成27年度の水準を平成22年度と比較して約11%引き下げ（90.24円→80円）、平成9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】</li> </ul> <p><b>&lt;国保連&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査手数料は毎年引き下げており、今後とも努力（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）</li> <li>・全国決済手数料（111.6円）の引下げの検討。【23年度～】</li> </ul>
<p>24年度以降～</p>	<p><b>&lt;支払基金&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員定数の削減：平成27年度の職員定員を平成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】</li> <li>・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、平成27年度までの新計画で提示】</li> <li>・審査手数料の引下げ：平成27年度の水準を平成22年度と比較して約11%引き下げ（90.24円→80円）、平成9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】（再掲）</li> <li>・平成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】</li> <li>・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の見直しの検討。 【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】</li> </ul> <p><b>&lt;国保連&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・仮想化技術の活用等による機器台数・導入及び運用・保守拠点の集約化等の検討（全国1拠点化を含む）【28年度頃】</li> <li>・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】</li> </ul>

### 3. 統合、競争促進の観点からの組織の在り方

<b>検討会の議論</b>	<p><b>〔統合の観点からの組織の在り方〕</b>            ○組織の統合についての定量的な検証や効果・留意点を含め、統合の観点からの組織の在り方について、引き続き検討。</p> <p><b>〔支払基金と国保連の業務の共同処理〕</b>            ○支払基金と国保連の特別審査委員会について、中長期的に条件を整える努力を行い、合同審査を目指す。合同審査が難しい場合でも、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取組を進める。（再掲）            ※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p> <p>○このほか、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）、引き続き検討。</p>
---------------	---



厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討	
<b>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</b>	<p>○システムの共同開発・共同利用            ・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            ※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><b>&lt;支払基金・国保連&gt;</b>            ・支払基金は、平成22年診療報酬改定に対応したレセプト電算処理システムのプログラム、基本マスタ・医療機関マスタを更新、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。（厚生労働省に提供。国保中央会と経費を按分）【22年5月】</p> <p>○判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催。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）。（再掲）</p> <p><b>&lt;支払基金・国保連&gt;</b>            ・基金と国保中央会、厚生労働省の連絡協議会の設置【23年度～】            ・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>
<b>24年度以降～</b>	<p>○支払基金と国保連の特別審査委員会の合同審査を目指す。            ※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p>

<p><b>検討会の議論</b></p>	<p><b>【競争の観点からの組織の在り方】</b>  ○競争の促進についての定量的な検証や効果・留意点を含め、競争の観点からの組織の在り方について、引き続き検討。</p> <p><b>【保険者の直接審査の推進】</b>  ○審査システムの効率化等の観点から、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。  ※国保連は、実質的には、保険者による直接審査である。  ○健保組合等の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意見を受ける契約の仕組み）について、医科・歯科レセプトの直接審査にも活用。  ※調剤レセプトの直接審査では、支払基金から適正な意見を受ける契約の締結による紛争処理ルールがある。  ○対象保険医療機関等の同意の条件については、公法上の契約に基づく仕組みにより、保険医療機関等が保険者を区別することなく、すべての被保険者に円滑に療養の給付を行う体制を確保する制度としていることを踏まえ、引き続き検討。</p>
----------------------	--



<p><b>厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討</b></p>	
<p><b>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</b></p>	<p>○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）【22年内目途】  ※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>○保険者業務・市町村からの受託業務の拡大  <b>&lt;国保連&gt;</b>  ・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～】  ・オンラインで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> <p>○保険者の直接審査の推進  ・調剤レセプトの直接審査の推進：対象薬局の追加手続きの簡素化【22年10月通知改正】  ・医科・歯科レセプトについて、調剤レセプトと同様に、紛争処理の仕組みを整備。【22年度中通知改正】</p>
<p><b>24年度以降～</b></p>	<p>○業務制限の撤廃 【業務範囲の見直しは、法令改正が必要】  <b>&lt;支払基金の要望&gt;</b>  ・出産育児一時金（正常分娩）  ・柔道整復療養費の審査支払業務  <b>&lt;国保連の要望&gt;</b>  ・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>