

のままでは直接請求ができない。

この省令は全面的な変更をおこなわなくても、これに加えて「審査支払機関に提出する前に予め保険者と協議し、保険者の了承を得たものについては直接に支払を受けることを得」とでもしておけば対応は可能ではなかろうか。

さらに「レセプト」という診療報酬明細書そのもののありかたの問題がある。法的にはレセプトは、毎月医療機関が審査支払機関を通じて各保険者に提出する単なる明細を添えた金銭の請求書で、権利義務に関する書類にあたり、事実証明の文書ではない。

レセプトは発行主体が医師ではなく医療機関であり、医師の記名・押印も必要なく、その作成も非医療機関がおこなうことができる<sup>20)</sup>。

しかし、一方10年間の保管を義務づけるなど、行政上特殊な扱いをされていることも事実で、これを「紙」から「電子」にすることに通知レベルでの容認が必要かもしれない。

もっともすでに「カルテ」は電子化に向けての整備が進んでおり、レセプトについても真正性、セキュリティの確保等、電子カルテに求められる要件を満たしていれば問題ないと思われる。

ここに述べた新しい仕組みが総じて優れていると思われるのは、まずなんといっても現行の制度や仕組みをほとんど変更せずに実現可能な点であろう。

既存の審査支払機関は全くこれまで通りで、新たにIT請求のルートが加わっただけであり、医療機関も保険者もどちらの方法を選ぶかは全く自由である。

ほとんどの保険者がすでに点検業務をおこなっており、余分な人的資源の投入も不要である。

医療機関は新たにデジタルレセプトを作成できる医事システムを導入する必要があるが、現在使用しているシステムの償却が平均で数年以内に終了するであろうから、その際装備すればよい。

さらに言えば、国はこの新しい制度の構築にあたって、省令の一部追加とレセプトの個人情報保護の管理<sup>21)</sup>を除いては、全く関与する必要がない。「民」がその責任とリスクで新しい仕組みを立ち上げれば充分で、万が一不都合があれば、請求側も支払側も旧来のルートに戻ってしまうだけのことである。

そもそもこの仕組みの本質は、正式の審査支払機関に提出する前に当事者同士でちょっと相談してみよう、というものであるから、一部の制度の手直しさえ除けば全体の体制に影響がほとんどないのも当然である。

そうすると、あと最後に残された課題は、診療報酬の請求・審査・支払の業務に携わる全ての関係者が、それぞれの立場や意地を少しずつでも譲りあって、より合理的で効率的な仕組みを取り入れる勇気があるか否かである。

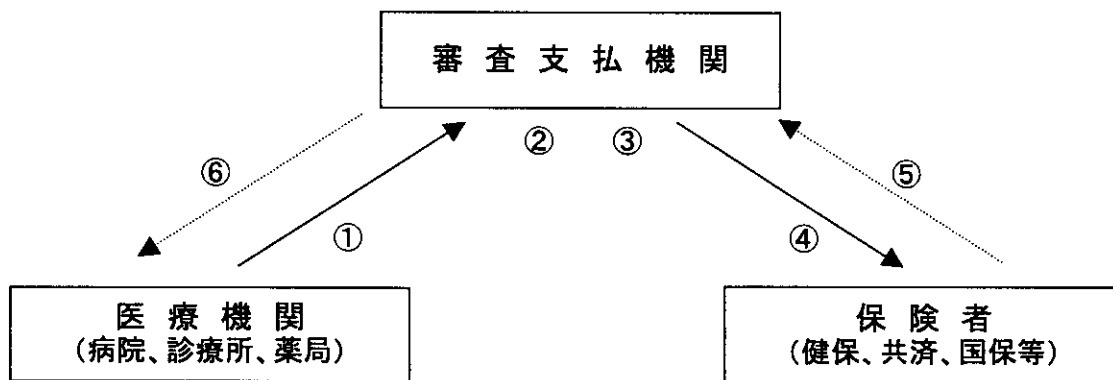
表1

## 支払基金における審査状況(平成12年第3四半期分)

		単位(件)
原 審 査	請 求	144,457,811
	査 定	2,011,925
再 審 査 等	計	4,268,713
	返 戻	1,138,612
	資 格	105,546
	内 容	1,244,158
	小 計	1,887,773
	原審通り	1,056,343
	容 認	757,896
	(再掲)基金責任分	80,439
	その他	

図1

### 現行の診療報酬請求決済の仕組み



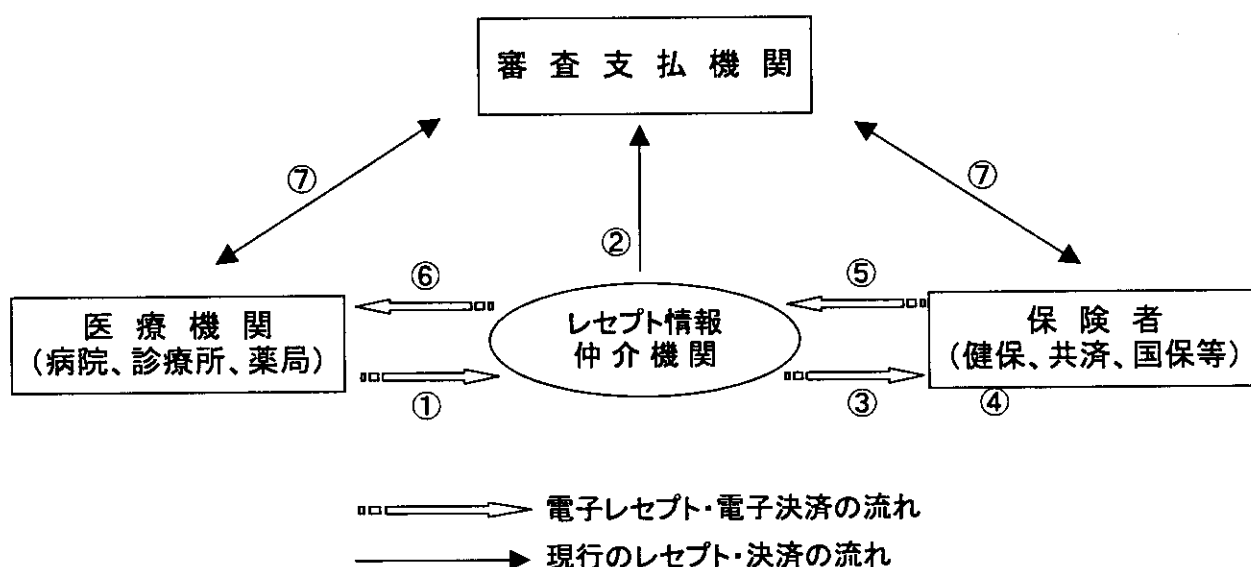
————▶ レセプト(請求情報の流れ)

.....▶ 支払情報の流れ

- ① レセプト請求
- ② 審査
- ③ 仕分け
- ④ 保険者別請求
- ⑤ 審査支払機関への支払い
- ⑥ 医療機関への支払い

図2

### 新しい診療報酬決済の仕組み



- ①レセプトを暗証化し、メールに添付してインターネットで仲介機関に送信
- ②レセプトをコンピュータが仕分けし、この仕組みに加入していない保険者については審査支払機関へ送付
- ③加入している保険者には保険者ごとにとりまとめてメールに添付して送信
- ④保険者で点検をおこない、問題のないレセプトは決済、疑義のあるレセプトは返戻
- ⑤返戻、決済のそれぞれの情報をインターネットを介して仲介機関へ
- ⑥仲介機関は医療機関ごとに再度仕分けして各医療機関に送信
- ⑦医療機関で納得のいかないレセプトのみを従来のルートへ

表2

## 新しい仕組みの導入による経済効果

単位(円)

医療機関	紙媒体 コスト	電子媒体 コスト	直接決済 メリット	経済効果
紙レセプトの作成、提出	8.20	1.67		6.53
返戻レセプトの再請求		0.65		-0.65
診療報酬受取サイトの短縮			43.48	43.48
返戻分再請求の売掛サイト延長			-4.83	-4.83
計				44.53

保険者	紙媒体 コスト	電子媒体 コスト	直接決済 メリット	経済効果
レセプト取り扱い業務(資格、保管、開示)	24.15	0.13		24.02
早期支払に伴うサイト短縮			-14.49	-14.49
予備点検システム導入		0.27		-0.27
返戻分売掛サイト延長			1.61	1.61
預託金軽減による運用			7.25	7.25
審査支払委託料の減少			106.38	106.38
計				124.50

仕分け機関の運営コスト		12.27		-12.27
-------------	--	-------	--	--------

総計(レセプト1件あたり)				156.76
---------------	--	--	--	--------

年間レセプト流通件数	14	億件
------------	----	----

年間財政改善効果額	2,194.64	億円
-----------	----------	----

(資料)「ITを活用した診療報酬請求決済システムの構築及び実証実験」  
(情報処理振興事業協会・平成12年度事業)より抜粋、加工

(注・参考文献)

- 1) 「社会保険診療報酬支払基金の創設に関する件」社会保険局長通牒 昭和23年8月5日保発第29号  
「健康保険組合における診療報酬の支払いに関する件」厚生省保険局長通牒 昭和23年8月21日保発第42号
- 2) 国民健康保険法 第45条、4、5及び第83条、第87条
- 3) 「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」厚生省令 第36号、昭和51年8月2日改定
- 4) 再審査請求は運用規定で実物のレセプトを提出することになっているのだが、レセプトそのものは保険者の手にあり、それを返戻してもらって改めての再審査請求は事務が繁雑で、医療機関にとって公平なものとは言いがたい。
- 5) どのくらいの医療機関が医事会計システムを導入しているのかについての正確なデータが少ないが、日本医師会によればすでに80%近くが導入済みということである。西島英利「医療のIT化と日本医師会における医療情報ネットワークの構築」新社会システム総合研究所
- 6) この見解は専ら厚生省サイドのものであり、日本医師会はデジタル化に反対したことはないと主張している。このあたりの事情については関係者ごとに見解が異なり、今一つはっきりしない。現在は希望する医療機関は申し出をすれば支払基金分についてはレセプトを磁気媒体で提出できるようになったが、支払基金における審査は全て紙にプリントアウトしたうえでおこなわれている。
- 7) 資格審査とは、被保険者が受診時に当該保険者の被保険者の資格があるか否かをチェックするもので、保険者に委ねられた数少ない審査業務である。この審査のためにレセプトの一部をわざわざ入力して保険者の持つ資格データとの突合を毎月おこなっている。最近、支払基金ではレセプトの下欄外にOCR用の数字を表記させ、これを読みとって有償で保険者に資格情報を提出しだした。
- 8) それまで郵政省の独占的業務として画一的サービスだった小包便は、宅配便の出現により劇的なサービス向上、コスト改善がなされた事実は有名である。
- 9) 平成6年に、带状疱疹の治療薬としてソリブジンを処方された16名の患者が、同時期に他院で抗癌剤、5-フルオロウラシル(5FU)を投入されていたため死亡する事件があった。ソリブジンの薬理作用で5FUの分解が阻害され、5FUの血中濃度の上昇をまねいたのが原因である。
- 10) 我が国では1999年3月に当時の小渕首相直属の機関として発足した政府の産業競争力会議の提言に基づいて、2003年までに世界トップレベルの「電子政府」実現を目指すことが決まった。大量の機密情報を扱う電子政府の構築にあたっては当然高度のセキュリティが大前提となる。
- 11) 現行の審査支払機関は審査員が請求側、支払側、学識者の3者構成であり、従って審査の決定に請求側も自分達の考えを主張できる構造になっている。
- 12) 原審査とは支払基金でまずおこなわれる審査である。ここで査定された2,011,925件に、保険者が再審査請求した4,268,713件を加えて、新しい仕組みでの保険者から医療機関に返戻されるレセプト総数を6,280,638件としている(表1)。

- 13) これに対して当事者の申し出を待つことなく、最初から審査委員の職権で当事者にかかわりなく査定がおこなわれるのは「職権主義」と呼ばれて刑事裁判の原則である。岡本悦司他「レセプト電算化と薬剤疫学研究への応用」薬剤疫学、5（1）、41、2000
- 14) 複数の医療機関と複数の保険者が全く直接にデータをやりとりするのは、運用上の問題がある。ネットワークの維持管理をおこなう機構が不可欠であるし、セキュリティや通信の確実性を担保するためにも仲介機関があったほうが良い。これは通常のインターネットのプロバイダーと同じ位置づけであり、民間の企業で十分である。
- 15) 都道府県別支払基金支部の審査状況（平成11年2月審査分～平成12年1月審査分）で、原審査の査定率は最も高い兵庫県の0.449%と、最も低い秋田県の0.044%でなんと10倍近い差がある。それぞれの地域特性であるとか、それぞれの地域の行政的判断によるものとの説明ではあるが、請求側、支払側双方に納得感は少ない。
- 16) 先に述べた如く、審査支払機関の原審査で査定されたレセプトと再審査請求レセプトの合計件数は全体のレセプトの4.3%である。新しい仕組みのなかでこれがいったん医療機関に戻ったあと、審査支払機関に正式に審査請求されるレセプトはこれより明らかに少なくなると思われる。（再審査請求レセプトのうち資格分が1,138,612件で、残りの3,130,101件のうち単純な事務的ミスが半分だとすれば、当事者申し立て審査請求レセプトは3,576,975件になる：表1。これは全体のレセプトから見ると2.4%にすぎない）ただ、当事者申し立てレセプトのほうが当然密度は高くなるうえに、これまでは全く審査する必要のないレセプト（たとえば外総診のような包括レセプト）にも118.2円の費用をとって全体の運営費がまかなわれていたわけだから、1件あたりの審査支払手数料はおそらく118円ではおさまらなくなる。これがいくらなら妥当なのかは今後の議論である。
- 17) 新しい仕組みにおけるコスト構造については、情報処理振興事業協会「ITを活用した診療報酬請求決済システムの構築及びその実証実験」（診療報酬請求決済システム研究会）の報告書で試算されているが、これによると新しい仕組みによる費用改善効果はレセプト1件あたり、156.76円にものぼり、我が国全てのレセプトを対象とすれば年間2,195億円もの事務コストの減少があることになる。
- 18) データ入手の迅速性からいえば、特に外来レセプトについては毎月とりまとめる必要はなく、毎日診療のたびに請求してしまえばよい。現在の診療報酬体系でもそれで問題になるのはごく一部の事項のみであるから、制度的な変更はたやすいと思われる。技術的な問題については、ITがまさにこれを可能にするのは言うまでもない。
- 19) 現在保険者（おそらく全ての保険者）は、たとえば毎年「カゼ」の治療にいくら保険金を支払っているのかのデータすらもっていない。これまで請求の総額や、老人保健の拋出額、個別の附加給付額、といった経理的データはきちんと整備されてはいても、疾病ごとの医療費の内訳などにはこれまでほとんど関心ははらわれず、またそういったデータを入手できる環境にもなかった。
- 20) 滝口 進「レセプト情報と医療の標準化」病院57（6）、528、1998
- 21) レセプトを電送するにあたってのセキュリティその他の充分安全な基準を定め、それを遵守させることを意味する。

## 第9章 社会保険診療報酬支払基金の課題と今後の展望

### －保険者機能の充実に向けて－

社会保険診療報酬支払基金 専務理事  
田中 泰弘

#### 1. はじめに

(1) 支払基金は発足後52年を経たが、我が国医療保険制度の要である診療報酬の審査支払を受託し、中立公正な運営を確保し、社会保険診療の仕組みを支え、皆保険体制下の医療保険制度の円滑な運営に大きく寄与してきた。

社会経済の激しい変化、保険財政の厳しい状況の中で、医療保険改革の方向が模索され、保険者機能の充実・強化が主張されている。

(2) もとより、保険者の委託を受けて、支払基金は診療報酬の審査支払業務を行ってきたところであり、保険者と基金業務との関係については見過ごされがちだが、保険者は、次のとおり制度的にも実質的にも、診療報酬の審査に関与するとともに、基金の事業運営にも関与しているところである。

①審査支払機関である基金の運営全般に関しては、本部の理事に「保険者を代表する者」が委嘱されるほか、各都道府県の支部の運営に関わる幹事会にも「保険者を代表する者」が選任されることとなっている。

②審査に関しては、

(a) 基金の本部及び各都道府県の支部に設置される審査委員会には、「保険者を代表する者」として委員が委嘱されることとなっている。

(b) 各保険者に対しては、医療機関から提出される当該保険者に係るレセプトすべてが送付され、過去に遡ってすべての診療内容に関し審査を行うことができ、また、不服がある場合には、再審査の請求ができることとなっており、保険者は審査業務に、制度的にも実質的にも、関与している。

(3) 次に、保険者（健康保険組合連合会）からの具体的要望等（11年度）をみると、次のとおりである。

①審査の充実関係として、(a) 原審査査定率の向上を指標とすべき、(b) 支部間



の審査差異の解消、(c)保険者機能強化の観点から保険者による第一次審査実施。

②業務の機械化関係として、(a) レセプト電算処理システムの推進による審査支払業務の改善、(b) 保険者に送付するレセプトのデジタル化、(c) 業務の効率化と定員の削減。

③情報提供関係として、(a) 審査・再審査データの提供、(b) 重点医療機関に関する情報提供。

(4) このような保険者の動向等を踏まえると、支払基金の課題としては、次のとおりと考えられる。

①診療報酬の審査・支払業務を通じて、社会保険診療の仕組みを的確に支え、国民に公平な医療を確保していくこと、特に、審査の充実により果たす役割は大きい。

②支払基金業務の機械化、効率化を進めるとともに、ITの導入により飛躍的な業務改善、効率化が求められている。

③審査・支払業務に係る情報開示や医療に関する情報提供が求められている。

④保険者等の新しいニーズへの対応が求められている。

いずれも、保険者機能の充実に資するものと位置付けられるものであり、支払基金のこれまでの歩みと現状を振り返りながら、今後の歩むべき方向について考えてみたい。

## 2. 発足の経緯

(1) 我が国の健康保険制度は、昭和2年に発足したが、当初、医療機関等への診療報酬の支払等の業務は、保険者との契約に基づき、旧制医師会及び旧制歯科医師会において実施されていたものである。

(2) 戦後、GHQによる政策の一環として、これら法人が「医師会、歯科医師会及び日本医療団の解散等に関する法律」によって解散され、診療報酬の一元的な支払体制が失われ、各保険者による医療機関等への直接支払の状況に至り、診療報酬の支払遅延や医療機関等の煩雑等の混乱を極めたことから、昭和23年9月に私共の基金が設立されたものである。

(3) 基金の主な業務は、昭和23年の基金創設時から実施している診療報酬の審査支払に係る業務であるが、基金が医療保険に係る全国的事務処理体制を有する機関で

あることから、その後、昭和58年には、老人保健関係業務を、また、昭和59年には、退職者医療関係業務を、さらには、平成12年には、介護保険関係業務を、それぞれ実施している<sup>1)</sup>。

### 3. 支払基金の審査・支払業務の意義と役割

#### (1) 業務の流れ

①現在(11年度)、社会保険診療においては、全国に保険医療機関等が約20万7,000機関存在し、片や保険者は窓口数で約1万3,000存在する。

また、これら保険医療機関等からは年間約7億5,000万円の診療報酬の請求がなされ、これに対し保険者においては、約1兆1,000億円の診療報酬を支払う必要がある。これらには、自治体医療といわれ、小児慢性疾患等の市町村独自の医療給付の委託分も含まれている。

②診療報酬の審査支払に係る基金の基本的な業務処理の流れについては、

- (a) 医療機関等から診療翌月10日までに請求書及びレセプトを受け付け、
- (b) 職員による事務点検・審査事務共助、審査委員会における審査を実施し、
- (c) 審査後のレセプトについてOCR処理システム等による保険者ごとへの分類と計算を実施する。
- (d) 保険者に対しては、診療翌々月10日までに請求書及びレセプトを提出し、
- (e) 保険者はその月の20日までに基金に診療報酬を振り込み、
- (f) 基金は、これを受けて、各医療機関等にその月の21日までに支払を完了することとしている<sup>2)</sup>。

③以上の直接請求に対し、被保険者が保険者所在の都道府県以外の医療機関を受診した場合に、医療機関はその所在地の基金支部に対して一括して診療報酬を請求でき、その請求は全国的事務処理体制を有する基金の各支部間において「間接請求」として適切に処理されるものである<sup>3)</sup>。(月約2,000万件あり、全件数の30%)

#### (2) 社会保険診療における統一的な審査と一元的事務処理体制

①全国の多数の保険医療機関等と多数の保険者との間で、直接診療報酬の請求、審査、支払を行うことは、社会保険診療における中立公正かつ統一的な審査と迅速な支払いという面で、極めて不安定かつ不効率なことから、実務上は不可能に

近い。

なお、ドイツでは、保険者（疾病金庫）と病院で直接診療報酬契約をしており、契約交渉に時間を割き、審査支払でも紛争件数が多数となっている<sup>4)</sup>。

②このため、診療報酬の迅速かつ適正な審査支払を確保し、制度の安定運営を図るため、全国の保険医療機関等と保険者との間にあつては、診療報酬の審査支払を中立公正な体制で、一元的に取り扱う全国的な事務処理体制が不可欠となるものである。

特に、診療報酬の審査は、国の定める社会保険診療（療養担当規則等）に適合するかどうかを適正に判断するものであり、全国統一的に運用されるべきであり、それにふさわしい中立公正な審査体制を確保することが必要となる。

### （３） 皆保険体制の支え

基金が全国一元的な審査支払に関する事務処理体制を有することにより、今日の皆保険制度が確保され、等しく国民に公平な医療給付を保障するとともに、医療機関等は全国どこの保険者の被保険者が受診しても、所在する都道府県の基金支部に一括して診療報酬の請求をし、その支払を受けることができ、また、保険者にとっても被保険者が受診した全国の医療機関ごとに診療報酬の支払を行うことなく、所在する都道府県の基金支部を通じて、一括して支払を行うことができることとなっている。

### （４） 基金の審査体制

基金は、前（２）及び（３）に述べる全国統一的な審査と一元的な支払体制を確保するため、東京都に本部をおき、各都道府県に４７支部を配置することともに、本部には、４２万点以上の超高点数レセプト等を審査する特別審査委員会（４５名）を、また、各支部にはその他のレセプトを審査する審査委員会（４，４８５名）を設置している。

（a） 基金では、基金法に基づき、診療報酬の審査支払という関係者の利害に関わる業務を取り扱うため、その役員（理事及び監事）については、中立な業務運営を確保すべく、診療担当者、保険者、被保険者及び公益の各代表の四者によって構成しており、理事長は、大臣より委嘱された理事の互選によって選任される、民主的な仕組みが取られている。

（b） 各審査委員会についても、社会保険診療に適合するかどうかの中立公正な審査を確保するため、診療担当者及び保険者の代表並びに学識経験者の三者構成とされている。

(c) 各審査委員会においては、診療内容の疑義等に対応するため、診療担当者に対する出頭、説明要求等の権限が付与されている。

(d) 基金は個人の重要なプライバシーである医療に関する情報を大量に取り扱う機関であるので、役員、審査委員等に対しては罰則を伴う守秘義務が課されている。

(5) 経団連等からの審査支払業務に関する意見について

経団連等から「保険者による第一次審査の実施」や「審査への競争原理の導入」等の意見が出されており、それに対する考え方は次のとおりである。

①全国どこの（保険者の）被保険者がどこの医療機関を受診しても、社会保険診療が適正に保障されるとともに、膨大なレセプトによる診療報酬の請求に対し、中立かつ公正に審査の上、迅速に支払が行われなければ、皆保険体制下の我が国の医療保険制度の安定的運営は期されない。

そのためには、健康保険法第43条の9第4項及び第5項に基づき、国の定める療養担当規則等社会保険診療に適合するかどうかを中立公正、かつ全国統一的な審査を行い得る体制の確保と、全国各保険者と各医療機関の間を相互に結び、請求支払が身近でできるように全国一元的な事務処理体制が必要となる。

②これに対して、保険者自らが審査をする場合や、新たに審査機関が参入してくる場合には、医療機関にとって請求先が多元化し、事務が複雑化、非効率化し、全国の各保険者と各医療機関の間で、迅速な審査支払の確保が困難となる。

また、このように審査の実施機関が複数化した場合、社会保険診療の統一的運用をどう維持していくのか、むしろ困難と考えざるを得ず、公平な給付をあまねく全国民に保障する皆保険制度の根幹を揺るがしかねない問題を惹起すると考える。

③特に、審査に関しては、社会保険診療に沿った中立公正な審査を実施するためには、以下のような要件を整えることが必要であり、民間組織等の参入は馴染まず、また、多大な負担が伴い、保険者にとっても殆んど実現は困難と考えられる。

(a) 社会保険診療に沿って中立・公正に判断できる現行のような三者構成による審査体制が必要となるが、そのためには、審査委員として、本来の仕事を抱え、実績がありかつ協力が得られる医師を確保することが必要となるが、実現は困難と考える。これが、実現しなければ、審査結果に対する信頼は得難い。

(b) 審査に関し、診療内容の疑義等に対応するため、診療担当者、医療機関に対する出頭要求や個別照会、面接懇談等を実現する体制が必要である。

- (c) 個人プライバシーである医療に関する情報を大量に取り扱う機関となり、守秘義務を課すことが必要となる。
- (d) 各審査機関において、全国の各医療機関に対し、審査結果の通知等を行うことが必要となる。
- (e) 審査に伴い、再審査、訴訟等に対応する体制の整備が必要である。なお、再審査を扱わないとの考え方の場合には、保険者にとって二重の審査（委託）体制を確保することが必要となる。

なお、現行でも前述の1 - (2) - ② - (b)のとおり、保険者は支払基金の審査業務に関与し、保険者に係るレセプトすべてについて縦覧点検を含め審査を行うことができ、又不服がある場合には再審査の請求が出来ることとなっており、実質的に保険者の審査権が確保されていることを強調しておきたい。

④また、保険者等が審査業務のみを実施する場合に、医療機関からの請求の受付から審査結果通知、保険者への支払のための仕分け等の多くの業務をどう処理するのか不明で、支払基金に依存することになるのではないかと考えられる。

その場合には、支払基金としても従来の膨大なレセプト処理に加えて、他の審査機関（参入機関）を迂回してきたレセプトについての二元的業務処理は、業務の輻輳化を招き、事実上困難であり、現行の迅速な支払を確保していくことは、到底不可能となる。

⑤かつて自ら審査支払業務を行っていた日本鉄道共済組合も、鉄道病院の縮小により、審査委員会の構成員である部内医師の確保や審査支払業務に携わる社員の確保等が難しくなることが予想され、その業務効率化等の観点から、平成元年3月診療分より、支払基金に審査支払業務を委託している。

#### 4. 支払基金の課題と重点的取組み

(1) 基金に対しては、関係方面より、診療報酬の審査支払機関として審査の充実や業務処理の効率化等が求められており、基金としても組織をあげた積極的な取組みを展開している。

現在、14年度において医療制度の抜本改革が控えていることから、当面の重要課題として審査の充実等に重点をおいて中期計画を立てることとし、保険者からの再審査によって基金が原審査の決定を変更する件数（再審査容認件数）を3年間で半減させることを目標として掲げ、取り組んでいるところである。

(参 考) 各年度における目標

区 分		平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	残
再審査容認件数の減少策	合計	100%	△ 5%	△20%	△25%	50%

(2) 支払基金の審査の充実等の重点的取組みは、次のとおりである。

①審査の充実

- (a) 再審査容認件数の3年間半減目標の設定(平成11年1月)
- (b) 30日方式の本格的実施による事務点検・審査事務共助期間の確保  
・審査委員会会期の繰下げと土曜・休日開催(平成11年4月～)
- (c) 抜き書き対象レセプトの拡大による効果的な審査事務共助の実施
- (d) 一月を通じて審査業務に専従する審査専従組織の全支部設置  
(平成11年7月)
- (e) 再審査等情報・事例活用システムの全支部実施(平成11年10月)
- (f) 審査専門部会・再審査部会員の充実
- (g) 保険医療機関の機能に着目した重点審査の推進
- (h) 審査委員会による医療機関の面接懇談の実施
- (i) 「再審査容認件数減少のためのPlan-Do-See」全支部実施  
(平成12年7月)
- (j) 算定ルールに関する容認減少対策の推進
- (k) 「審査に関する支部間差異解消のための検討委員会」による検討
- (l) 審査充実への取組み状況の発表会の開催(毎年1回)

②効率的な業務処理の推進

- (a) レセプトOCR処理システムの全支部導入(平成11年7月)
- (b) 資格関係誤りレセプト発生防止対策の策定(平成12年7月)及びキャンペーン活動の実施(平成12年11月)
- (c) 正確なレセプト提出のためのハンドブックの作成(平成12年11月)
- (d) 増減点連絡書作成・活用システムの実施(平成13年5月予定)
- (e) 品質向上のための業務推進方策の策定(平成13年4月)

### ③業務処理の電算化

- (a) レセプト電算処理システムに係る全支部での体制整備（平成11年4月）
- (b) レセプト電算処理システムの普及促進
  - ・調剤システム（平成13年7月予定）
  - ・歯科システム（平成15年度実施を目途）
- (c) レセプト電算処理システムの機能充実
  - ・画面による審査事務共助の実施
  - ・画面審査導入の検討
  - ・保険者への磁気媒体による請求の検討
- (d) イン트라ネットによる本・支部間のネットワーク化等の推進  
(平成12年7月～)

### ④審査支払関係情報の提供（情報公開）

- (a) 審査実績の公開
- (b) レセプトOCR処理データの提供
- (c) 再審査等情報・事例活用システムに係る情報提供

## 5. 審査の充実等について

審査の充実への取組みについて、保険者から、「再審査の容認の減少を指標とする」より、むしろ「原審査査定率の向上を指標とすべき」という意見が出されている。

支払基金の考えとしては、レセプト審査とは、医療機関から提出される「レセプトの品質の保証」であり、原審査の充実だけでなく、再審査請求に対する容認を減らしてこそ、評価されるものと考え、指標としている。

他方、原審査の査定率は、医療機関等から提出されるレセプトの質によって影響を受けるものであり、審査の充実の度合いを示す指標としては適当でないと考えている。

なお、再審査処理における容認は、基金の原審査結果に対する保険者からのクレーム（再審査請求）に対するいわば修正でもあるので、容認がでないよう、原審査における見落としを減らしていくことが、基金の審査の充実の基本であると考えている。

### (1) 審査委員会の審査

①基金における審査委員会は、基金法の規定に基づき、診療担当者を代表する者、保険者を代表する者及び学識経験者のそれぞれ同数をもって三者で構成され、中立公正な運営が確保されている。

個々の審査案件に関しては、保険者側及び診療担当者側から、不服の申立ての再審査請求が提出されるが、これに係る審査委員会の判断は、両者から尊重されており、適正な運営がなされているものとする。

②基金の審査は、診療内容が「保険医療機関及び保険医療費担当規則」の定めるところに合致しているかどうか、請求された診療行為が健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（診療報酬点数表、医薬品については、厚生労働大臣が承認した効能又は効果、用法・用量）に照らし、適正かどうかを、厳正かつ公正に審査することとされている。

また、医学、医術の進歩に対応し、適正な審査を確保するため毎月、審査研究会等を積極的に開催し、審査精度の充実・向上に努めている。

一方、審査は、病名が同じでも、患者の症状、年齢等様々の要因を考慮して医学的判断により行われており、結果として差異が生じていることも事実である。

平成7年から「審査に関する支部間差異解消のための検討委員会」を開催し、支部間審査取扱上の差異の状況を取りまとめ、各支部の審査委員会に情報提供し、審査委員会における検討、協議を通じて、できる限り統一的な取扱いに結びつけていくこととしている。

また、フォローアップ調査を実施した結果、取扱いが一致する事例が増えており、審査の差異解消が着実に進んでいることが確認されたが、差異の要因分析も行うこととしている。

③審査委員会における面接懇談の実施状況について、直近の平成12年4月から12月までの9か月間における対前年同期比では、積極的な取組みにより実施回数は、2割増加している状況である。

面接懇談後のフォローアップについては、面接懇談の実施結果を踏まえ、次月請求された明細書を確認するとともに、改善されない場合は、再度、当該医療機関に文書連絡するなど、適正なレセプトの提出に向けた取組みを、実施している。

また、事務職員からは、算定ルールに関する誤請求事例について、基金から直接職員が医療機関に出向いて、請求事務担当者と積極的に懇談を実施し、改善要請を行っている。

④審査委員の審査従事時間については、各四半期の調査報告月（6月・9月・12月・3月審査分）の4か月の状況を、平成10年度と平成11年度を比較すると、1か月平均で3,490時間の増（率で6.1%の増）となっている。

休日開催等の状況については、予備日の効果的な設定や休日の開催、また、支部によっては、土曜日と日曜日の両日開催や祝日の開催により、直近の平成12



年12月と平成11年12月と比較すると、年間を通して休日等に開催する支部が13支部増加して、44支部となっている。

また、審査委員会会期については、業務処理日程30日方式の導入以来、各支部とも、できる限り会期を繰り下げ、審査委員会前の審査事務共助期間の確保に努めている。

## (2) 審査事務共助

①審査委員会の機能を十分に発揮させるため、審査委員会に対する職員による審査事務共助体制の充実に努めている。具体的には、請求点数等の事務的な誤りの補正、算定ルールに関してその処理を職員に付託されるもの、請求点数の算定に疑義があるものについては、疑義付せんを貼付して審査委員会の判断を仰ぐなど、審査が効率的に行われるように、審査事務共助を実施している。

また、診療内容が複雑多岐にわたる高点数明細書については、審査委員会の指示に基づき職員による診療内容の抜書きを行い、同じく審査が効率的に行われるよう審査事務共助を実施している。

②「再審査容認件数減少のためのPlan-Do-See」については、昨年7月から全支部において実施しており、特に算定ルールに関する容認件数の減少を最優先に取り組んできているが、平成13年度は診療内容に関する容認件数の減少にも取り組むこととしている。

再審査等情報・事例活用システムについては、審査事務共助のより効率的なものとしていく有効な手段として積極的に活用してきているが、「再審査容認件数減少のためのPlan-Do-See」の実施に当たっても、その調査・分析資料として同システムから得られる分析・改善帳票を最大限活用し、確たる根拠(数値等)に基づく業務遂行とその評価により再審査容認件数の減少に取り組んでいる。

③審査の充実に向けた取り組み状況発表会については、再審査容認件数の減少に向けて、実績を上げている支部の優れた取り組みを本・支部が共有し、その取り組みを波及させていくことを目的に、過去2回開催し、その成果は予想以上の挙がっており、関係方面からも相当の評価を受けている。

④研修(審査事務共助関係)については、レセプトの審査により品質を高めるためには、審査業務に精通した職員による審査事務共助が不可欠であり、審査の専門機関としてふさわしい職員の育成を図るための研修としては、職員の経験年数に応じた各レベルに見合った点数表や医薬品等の知識と技能の修得が必要で

ある。

そこで、支払基金では、支部研修においては、算定ルールや医学の基礎知識から、より専門的な知識の習得について、「標準的カリキュラム」に則して達成すべき目標を明示し、これを基に各職員のレベルを的確に把握のうえ、そのレベルに応じた効果的な研修を実施するとともに、中央研修においては、より専門的な知識の習得と支部におけるリーダーの育成を目指した研修を行うこととしている。

### (3) 資格関係誤りレセプト発生防止対策の強化について

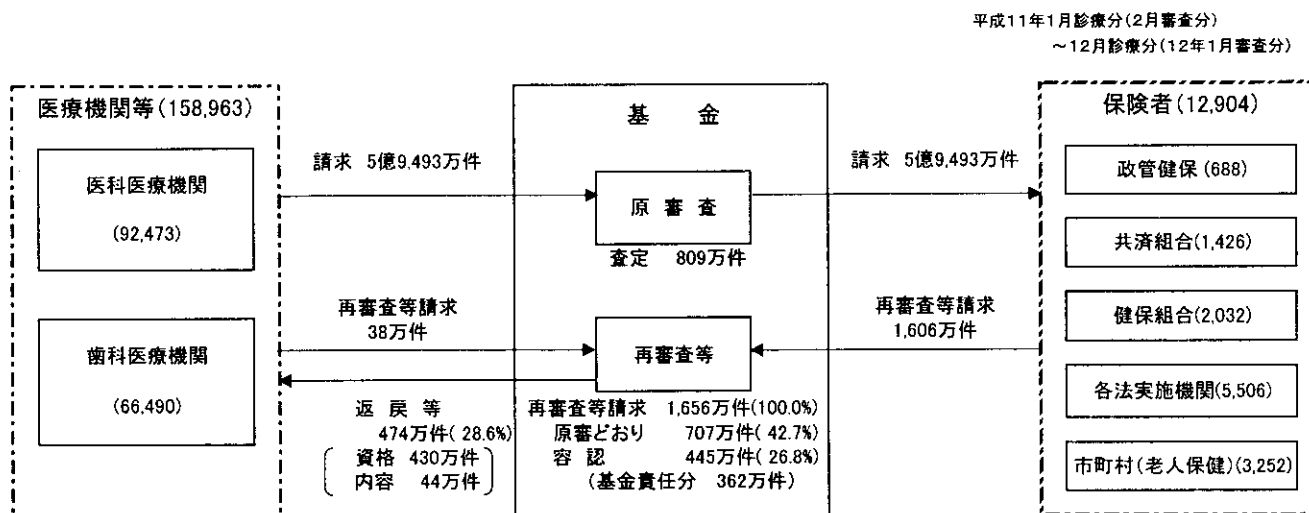
資格関係誤りレセプトの発生は、平成11年度565万枚、診療報酬の額にして996億円が、関係者間を往来している。この防止については、支払基金の対応だけでは限界があり、行政機関、診療担当者団体、保険者団体の関係者全てが、それぞれの立場で協力し合うことが必要不可欠である。

そのような観点から、昨年7月に、広く取り組むべき資格関係誤りレセプト発生防止対策を要綱としてまとめ、この要綱に従い、平成12年度を初年度とした、3年間で発生件数を半減させる中期目標を掲げ、キャンペーン活動等種々の対策を積極的に講じることとしている5)。

### (4) 審査の状況

①支払基金の審査の状況は、下図1のとおり、平成11年の年間分について、医科と歯科の合計でみると、医療機関からの請求は約5億9,000万件、査定は約800万件であり、これに対し、再審査請求は保険者から約1,600万件、医療機関からは約38万件、合計約1,660万件となり、そのうち資格誤り等で医療機関へ返戻されるのが約470万件(28.6%)あり、原審どおりとされるのが約700万件(42.7%)、容認されるのが約450万件(26.8%)、うち基金責任分は363万件となっている。なお、「基金責任分」とは、容認されるもののうち、支払基金で審査できない縦覧点検分等を除いたもので、レセプトの単月点検に係るものである。

図1 支払基金の審査状況（医科・歯科）



用語の説明

(原審査請求)

原審査 …… 医療機関から請求があった診療報酬明細書に対する審査

(再審査等請求)

再審査 …… 原審査後の診療報酬明細書に保険者又は医療機関が再度の審査を申出たものに対する審査

返戻—資格 …… 保険者から受給資格がないとの申出があり、医療機関に返戻照会したもの

返戻—内容 …… 再審査の必要上、診療内容について医療機関に返戻照会したもの

原審どおり …… 再審査の結果、診療内容について保険者又は医療機関の申出に対し原審査のとおりとしたもの

容認 …… 再審査の結果、診療内容について保険者又は医療機関の申出を認めたもの

基金責任分 …… 容認のうち保険者の縦覧点検及び調剤審査に係るもの等を除いたもの

その他 …… 医療機関の取り下げ依頼によるもの等

②直近の審査状況12年1月から9月診療分の対前年比でみると、下表1のとおり、原審査査定是件数は3.3%の増、点数で1.6%の増となっており、また再審査では、請求件数では3.6%の増、そのうち原審どおり10.2%の増、容認(基金責任分)は件数で12.5%の減、点数でも7.0%の減となっている。

表1 支払基金における審査状況(総括)

平成12年1月診療分(2月審査分)～9月診療分(10月審査分)

( 医科歯科計 , 全請求者分 )

処理区分	件数	件数率	点数	点数率	対前年同期比					
					件数	件数率	点数	点数率		
	(件)	(%)	(千点)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
原 審 査	請 求	447,434,049	—	934,944,179	—	99.9	—	99.5	—	
	査 定	6,285,950	1.405	2,300,430	0.246	103.3	103.4	101.6	102.1	
再 審 査 等	計	12,816,784	2.865	13,339,890	1.427	103.6	103.7	103.7	104.2	
	返 戻	資 格	3,175,626	0.710	7,351,472	0.786	97.7	97.8	97.8	98.3
		内 容	328,364	0.073	1,908,038	0.204	100.8	100.0	100.7	101.0
		小 計	3,503,990	0.783	9,259,509	0.990	98.0	98.1	98.4	98.9
	原審どおり	5,773,092	1.290	—	—	110.2	110.3	—	—	
	容 認	3,286,364	0.734	1,347,073	0.144	98.3	98.3	99.7	100.0	
	(再掲) 基金責任分	2,414,528	0.540	1,147,159	0.123	87.5	87.5	93.0	93.9	
	そ の 他	253,338	0.057	2,733,307	0.292	121.8	123.9	129.7	130.4	
	合 計	—	—	15,640,319	1.673	—	—	103.4	103.9	

注1 件数率・点数率は、原審査の請求件数・点数に対する各処理区分項目件数・点数の割合(率)である。

2 合計欄は、原審査の「査定」と再審査等の「計」の点数の合計である。