

200301049A

平成15年度 厚生労働科学研究費補助金  
(医療技術総合研究事業)

諸外国における医療情報の標準化の動向に関する研究

(H15-医療-056)

研究報告書

主任研究者 長谷川 友紀

平成15年度 厚生労働省 医療技術総合研究事業

諸外国における医療情報の標準化の動向に関する研究 研究報告書

主任研究者

長谷川 友紀 (東邦大学医学部公衆衛生学講座)

## 研究班構成

### 主任研究者

東邦大学医学部公衆衛生学講座 助教授 長谷川 友紀

### 分担研究者

(社) 全日本病院協会 理事 飯田 修平  
(財) 東京都医療保健協会練馬総合病院 副院長 柳川 達生  
国立保健医療科学院政策科学部 藤沢 由和  
名古屋大学経済学研究所 教授 細谷辰之  
健康保険組合連合会 常務理事 対馬 忠明

### 研究協力者

保健医療福祉情報システム工業会 (JAHIS) 特別委員 長谷川 英重  
保健医療福祉情報システム工業会 (JAHIS) 運営幹事 篠田 英範  
日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 上野 智明  
東邦大学医学部公衆衛生学講座 助手 城川 美佳  
社団法人国民健康保険中央会レセプト電算処理推進対策本部  
事務局長 宮本 研一  
保健医療福祉情報システム工業会 (JAHIS) 医療支援システム委員会委員長  
成松 亮  
社会保険診療報酬支払基金情報管理部 次長 安藤 清寛  
School of Public Health, Seoul National University  
Department of Health Policy & Management  
A. Professor Soonman Kwon  
富士通(株)ヘルスケアソリューション事業本部医療システム統括営業部  
川村 眞知子  
横浜市立大学医学部法医学講座 助手 佐藤 雄一郎

## はじめに

近年、医療の質に対する社会ニーズが急速に高まっている。現状において、受けてしかるべき医療サービスの質と、実際に受けている医療サービスの質に大きな格差(quality chasm)が存在すること、将来的に人口構造の高齢化に伴い、急性期医療中心の現在の医療から慢性期医療に医療サービスの比重が移行するにつれて、この格差が増大することが危惧されることから、医療の質の保障を大きな国家的課題と位置付ける動きが米国を中心に認められる。この質格差の問題の解決にあたっては、(1) 医療分野における IT(Information Technology)技術の大々的な導入、(2) 質に基づく診療報酬支払システム導入により医療スタッフにインセンティブを与えることが有力な解決策であると考えられている。

本研究の目的は、医療分野における IT 技術の導入について、各国におけるマクロレベルでの取組み状況を明らかにするとともに、特に注目すべき事例については詳細な事例研究により成功要因などを明らかにすることである。本年度は、医療の質と IT との関連、各国における位置付けを明らかにするとともに、代表的な数ヶ国での事例検討を実施した。特に韓国の事例は、韓国の医療制度が歴史的に日本の医療制度と類似していることから、日本で医療の IT 化を検討する上で参考になるとと思われる。

近い将来、IT 技術の導入に伴い、医療と医療周辺の状況は劇的に変化することが予想される。将来の方向性を検討する上で、各国の動向と貴重な経験については、常に留意すべきであると思われる。

## 目 次

### 第1章 診療情報の電子化のもたらすもの

- (ア) 医療の質の向上と業務の効率化
- (イ) 米国 IOM (Institute of Medicine) の報告
- (ウ) 質に基づく診療報酬支払の試行

### 第2章 診療情報電子化の状況

- (ア) 病院情報システムの普及状況
- (イ) 病院情報システム普及の阻害要因

### 第3章 日本における診療報酬請求と審査の状況

- (ア) 業務内容と電子化の効果
- (イ) 現在の診療報酬・審査制度について
- (ウ) オンライン請求導入にあたって解決すべき課題
- (エ) オンライン請求導入により期待される効果 (ORCAプロジェクトの例)

### 第4章 欧米先進国の標準的電子カルテ開発動向

- (ア) 概況
- (イ) オーストラリアの状況
- (ウ) 米国の状況
- (エ) 英国の状況
- (オ) カナダの状況
- (カ) 日本で活用すべき成果・テーマ

### 第5章 韓国の電子請求システム (EDI) (事例研究)

- (ア) なぜ韓国か
- (イ) 医療制度
- (ウ) レセプト電算処理 EDI (Electronic Data Interchange)
- (エ) EDI によるマネジメントへの影響
- (オ) 医療の質への影響
- (カ) 教育制度ほか

### 第6章 米国の診療報酬請求の仕組み概要 (事例研究)

- (ア) 米国の医療提供の仕組みの概要

- (イ) 米国の医療保険制度の概要
- (ウ) 保険請求の仕組み
- (エ) 保険請求（診療報酬請求）の流れ
- (オ) 診療報酬請求処理の電子化の意義

#### 第7章 オーストラリアの医療 IT 化の概要（事例調査）

- (ア) はじめに
  - (イ) 医療分野における電子化の現状
  - (ウ) NMDS を中心とするこれまでの情報システム整備の状況
  - (エ) HIC の機能と電子化の試み
  - (オ) 州政府レベルにおける医療情報収集システム
  - (カ) 医療分野における医療情報の電子化に関する今後の政策的方向性

#### 第8章 ニュージーランドの医療 IT 化の概要（事例調査）

- (ア) はじめに
  - (イ) 個別情報のリンク-NHI と MWS の特徴とその導入の経緯
  - (ウ) 医療情報システムの現状 DHB 体制
  - (エ) まとめ

## 第1章 診療情報の電子化がもたらすもの

### (ア) 医療の質の向上と業務の効率化

#### (1) 診療情報の電子化

##### ① 電子化の意味

情報技術活用の意義は、標準化と情報の共有である。情報化・電子化とはデジタル化とほぼ同義である。人間が関与する部分では、人間の判断にゆだねることができるので曖昧さが許される。しかし、機械は判断することができないので、厳密性が求められる。したがって、電子化するためには、言語化・数値化・文書化が必須であり、論理的に整理され、標準化がおこなわれる。文書の標準化のみならず、その過程で業務が分析され、標準化されることに意義がある。

##### ② 電子カルテの意義

電子カルテの定義は種々あり、単に電子化しただけの段階から、ペーパーレス、さらには、2次利用まで考えられた電子カルテに分けられる<sup>1</sup>。それぞれの機能要件は、医療機関および開発側の基盤整備の状況により変わる。診療情報・診療記録の電子化とは、紙媒体の廃止、すなわち、ペーパーレスを意味するものではない。結果として、ペーパーレスになる場合もあるが、運用によっては、一部紙媒体と併用した方が効率的な場合もある。運用を考えずに、ペーパーレスにすることには問題がある。電子カルテは、単に、診療記録を電子的におこなう道具ではない。医療の質と効率を向上させる、新しい医療体制の基盤整備のための情報技術であり、医療提供のあり方や提供方法を根本的に変える手段である。すなわち、

- (i) 業務を洗い直し、
- (ii) 望ましい医療を提供できる運用を検討し、
- (iii) 融通の利かない機械にわかるように、論理的に記述することにより、
- (iv) 業務革新（業務の仕組みと流れの整理）が実行され、
- (v) 情報システムを構築する過程において、情報の共有と連携が促進される。

医療の複雑化、高度化、治療適用の拡大、さらには、患者の要求水準の上昇に伴い、これらの要求に応えることは困難になりつつある。このような状況において、医療の安全確

---

<sup>1</sup> 電子カルテの定義に関する日本医療情報学会の見解 2003年2月

保と質向上を実現するためには、医療従事者の情報の共有と標準化による緊密な連携が必須である。

医療従事者同士の情報の共有にとどまらず、患者との情報共有、特に、患者への説明、データの二次利用を可能とすることが極めて重要である。電子カルテ導入により、医療安全管理、医療の質向上、経営効率の向上、経営の羅針盤としての機能が、大きな負担を伴わずに実現する。

### ③ 電子化の実情と問題点

診療情報の電子化には、医事システム、オーダリング、さらには各段階の電子カルテを含む統合情報システムまでである。電子化あるいは情報化とは、単にコンピュータ・システムを導入することではない。コンピュータは単なる道具であり、目的にあった道具や使用方法を選択する必要がある。しかし、実際には、これらの道具に振り回されていることが多い。情報技術を活用できる組織だけが変わることができ、提供する医療の質が向上して、結果として、生き残ることができよう。

診療情報の電子化は、まだ、発展段階にあり、使用者側にとっての運用しやすさ（ユーザビリティ）を十分考慮しているとはいえない。その主たる原因は、医療が標準化されていないからである。すなわち、疾患名コードの標準化（ICD10）がやっと浸透しつつあるが、診療内容や医療の手順などが標準化されておらず、医療機関毎に独自のコードや仕組みが無数に存在し、電子化を妨げている。また、情報技術が未成熟で、電子機器、アプリケーション、インターフェイス（マン・マシン/マン・アプリケーション）、データベース構造などの完成度が不十分であり、業務を情報システムに合わせている状況である。

情報システムの開発及び導入においては、ヒヤリングや情報システム会議などでの病院とベンダー間の意思疎通が図られるが、両者の間には必ずといって良いほど齟齬が生じる。両者が用いる言語・用語の意味が異なり、また、相互の思考過程の相違を理解できないからである。

## （２）電子化によって期待される事項

### ① 診療記録の開示

開示された者に理解できる診療記録であることが必要である。具体的には、以下の事項を満たすことが求められる。

- (i) 真正性、すなわち、事実の記載があること。
- (ii) 見読性、汚い文字あるいは特殊な略号や暗号で書いていないこと。
- (iii) 理解可能性、判断可能性、すなわち、経時的、論理的に記載され、標準化され、

統一性があること。

(iv) 法令に適合していること。

## ② 診療記録の電子化と医療の質向上

診療記録を電子化することにより、医療の質向上が促進される。すなわち、診療記録が標準化されることにより、個人や病院毎のばらつきがなくなり、患者の情報を共有しやすくなり、間違いが少なくなる。また、継続的改善の考え方に基づいて作成され、管理された診療記録を作成することが容易になる。

具体的には、

- (i) 用語・様式や記載方法・コード体系等が標準化された（統一性がある）、
  - (ii) 指示・実施・中止・変更・追加等が正確に記録されている、
  - (iii) 科学的、すなわち、診療ガイドライン・EBMに適合している、
  - (iv) 多職種・他部署が有機的に連携して、チーム医療を展開する、
  - (v) 法令や、
  - (vi) 保険の規則に適合した、
  - (vii) 教育的見地に配慮した、
  - (viii) 記載漏れがない、
  - (ix) 真正性が担保された、
  - (x) 問題解決のプロセスに適合した、
- ものである。

## (3) 電子化の効果

電子化の効果は、標準化と情報の共有である。結果として以下の事項が達成できる。すなわち、

- ①標準化により、仕事のできばえのばらつきを減少させることができる。
- ②情報を共有することにより、関係者の相互理解がすすむ。組織内の組織横断的連携（同僚・上司・部下）、組織間連携（病病連携・病診連携・団体相互の連携）、患者や家族との関係、その他の関係（保険者・行政・地域・その他）等、多様な関係の理解である。
- ③統計的処理が容易になり、診療・経営の意思決定に寄与する。
- ④他組織や標準値と比較検討（ベンチマーキング）が容易になり、診療・経営の意思決定に寄与する。
- ⑤人・物・時間の効率化により、経済効率にもつながる。
- ⑥波及効果として、業務の見直し（業務革新）につながる。

⑦波及効果として、業務を通しての職員教育（OJT）につながる。

⑧あらゆる種類のデータベースが構築される。

(イ) 米国 IOM(Institute Of Medicine)の報告

米国では、シンクタンクが医療政策決定において重要な役割を有している。行政、議会は一定の課題についてシンクタンクに政策パッケージの作成を依頼することにより、より自由な立場で提案された政策パッケージについて議論することが可能になる。IOM は、National Academy of Science（米国科学会議）の1機関であり、医療分野において最有力のシンクタンクの1つである。

IOM は 1999 年以降、The IOM Health Care Quality Initiative の研究成果として<sup>2</sup>、To Err is Human: Building A Safer Health System<sup>3</sup> にはじまる一連のレポートを公表している。これらのうち第2作目の Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century<sup>4</sup> では、(1) 受けてしかるべき医療サービスの質と実際に受けている医療サービスの質との間には chasm（断層）とでも表現されるべき大きな較差が存在すること、(2) 将来的に人口構造の高齢化に伴い、急性期医療中心の現在の医療から慢性期医療に医療サービスの比重が移行するにつれて、この格差が増大することが危惧されること、(3) 質格差の解消には医療提供体制の抜本的な改革を含めた対策が必要であることを明らかにした。特に対策立案にあたっては、(1) 健康上重要な問題の同定、(2) 対策評価のために共通の評価指標の設定、(3) IT 技術の導入、(4) 質に基づく診療報酬支払制度の導入(performance-based payment)が重要であるとしている。特に、基本的なデータ収集は、合理的な医療政策策定に不可欠であるが、IT 技術の導入により、リアルタイム、廉価、全数のデータ収集が可能になるとしており、これは 20 世紀型に比較して 21 世紀型の医療政策策定の大きな特徴になるとしている。IOM の提言は、抜本的な制度変更、莫大な費用、ステークホルダーに大きな影響を与えることが予想されたため、当初はその実現可能性について疑問視する声が大きかった。

2004 年 1 月に Bush G.大統領が Health Information Technology Plan を発表した<sup>5</sup>。医療費高騰、費用に見合った価値を有するか、医療事故、質のばらつき、低い管理効率、稚拙な連

---

<sup>2</sup> Healthcare Quality Initiative についての解説は <http://www.iom.edu/focuson.asp?id=8089> に詳しい。

<sup>3</sup> Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: To Err Is Human: Building a Safer Health System, Committee on Quality of Health Care in America, National Academy Press, Washington D.C., 1999

<sup>4</sup> Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, National Academy Press, Washington D.C., 2001

<sup>5</sup> Transforming Health Care: The President's Health Information Technology Plan ([http://www.whitehouse.gov/infocus/technology/economic\\_policy200404/chap3.html](http://www.whitehouse.gov/infocus/technology/economic_policy200404/chap3.html))

携など、現在の医療の有する問題の多くは、健康情報について IT を適切に利用していないことが原因であり、国家目標として 10 年以内に大部分の米国人は HER(Electronic Health Record)を持つこと、これはどこの医療機関で治療を受けるかは問わず、自分の医療情報へのアクセスを可能にするものであること、更に医療機関相互での情報共有を可能とすることを発表して以来、医療における IT 化は大統領選挙における争点にもなっている<sup>6</sup>。

#### (ウ) 質に基づく診療報酬支払の試行

2004 年 5 月から質に基づく診療報酬支払の試行が開始された<sup>7</sup>。これは 3 年間の試行で、8 つの疾患を対象に、質指標の優れた病院では 1-2%の割増給付を受けるものであり、試行結果は公開される予定である。

Leapfrog Group は Fortune 500 に含まれる大企業からなるコンソーシアムであり、2000 年に設立された<sup>8</sup>。米国の医療保険では企業が従業員の福利厚生の一環として購入することが多く、Leapfrog Group 全体では 3400 万人の従業員および被扶養者を有し、医療保険の購入者として占める割合は大きい。Leapfrog Group に属する企業は、医療保険購入に際して、医療安全の観点から、(1) コンピュータ化されたオーダーエントリーシステムを有する(Computer Physician Order Entry: CPOE)、(2) ICU への専門医配置(ICU Physician Staffing: IPS)、(3) 高いリスクを伴う処置については症例数の多い病院への紹介(Evidence-based Hospital Referral: EHR)、を重視し、2004 年末までに従業員の半数以上が、これら 3 基準を満たす病院で治療を受けることを目標としている。病院は自発的に Leapfrog Group に対して基準の達成状況を報告し、各企業は従業員に対してそのリストを公表し、基準を満たす病院の受診を奨励している。またリストは地域によっては一般にも公開されており、全米の 70%の人口が利用可能である。Boeing、Hannaford Brothers などでは、基準を満たす病院の受診に際して、給付範囲の増大、奨励金の給付などにより、受診を奨励している<sup>9</sup>。

---

<sup>6</sup> 2004 年 11 月の Bush 大統領の再選に伴い、医療の IT 化についての方向性は変化がないものと考えられる。また最近では、米国において大規模な IT 投資を発表する病院グループが相次いでいる。

<sup>7</sup> Moreover, we are moving forward to test the effectiveness of performance-based payment mechanisms for Medicare contractors on a pilot basis under current law. For fiscal year 2003, for example, we are using a demonstration authority to conduct performance-based contracting pilots with three significant Medicare contractors: CIGNA, UGS and Palmetto. If these efforts prove successful in defining outcomes and achieving some efficiencies, the demonstration could be expanded to include additional Medicare contractors. Testimony Statement by Thomas A. Scully, Administrator, Centers for Medicare & Medicaid Services on Medicare Regulatory and Contracting Reform before the House Ways & Means Subcommittee on Health (<http://www.hhs.gov/asl/testify/t030213a.html>)より

<sup>8</sup> The Leapfrog Group Fact Sheet ([http://www.leapfroggroup.org/FactSheets/LF\\_FactSheet.pdf](http://www.leapfroggroup.org/FactSheets/LF_FactSheet.pdf))

<sup>9</sup> Healthplan (September/October 2003),

手術の施設集積が治療結果と相関することは多くの疾患について報告されている<sup>10</sup>。日本では 2002 年 4 月より、110 の手術について一定数の基準を定め、基準に達しない場合には診療報酬の減額を行なう制度が導入された。110 の手術について手術数が質の代理変数となりうるのか、基準となる手術数の決定の根拠、外部から専門医師を招いた場合の取扱い、地域性をどのように評価するのか、など検討すべき事項は多いものの、世界で初めて全国的に質を支払金額決定の根拠としたことは注目される。

米国では、2003 年 1 月より全面施行された HIPAA(Health Insurance Portability and Accountability Act)が、医療機関が保険者に対して電子請求を行なう際に書式を定めていることから、IT 化のスピードを急速に早めつつある。質に基づく支払については、Medicare で の試行、Leapfrog Group、日本での施設基準など既に複数が実施されている。IOM による提言を第一段階として、その影響は米国のみにも留まるものではなく、日本を含めて、現在は各種の試行が実施されている第二段階に移行しつつあると考えられる。

---

([http://www.aahp.org/Content/NavigationMenu/Inside\\_AAHP/Healthplan\\_Magazine/September\\_October\\_Paying\\_for\\_Quality.htm](http://www.aahp.org/Content/NavigationMenu/Inside_AAHP/Healthplan_Magazine/September_October_Paying_for_Quality.htm))

<sup>10</sup> Maria Hewitt : Interpreting the Volume-Outcome Relationship in the Context of Health Care Quality: Workshop Summary, pp1-128, the Committee on Quality of Health Care in America and the National Cancer Policy Board, Institute Of Medicine, Washington D.C., 2000

## 第2章 診療情報電子化の状況

### (ア) 病院情報システムの普及状況

医療における IT 導入の重要性は認識されつつも、その導入は未だ十分には進んでいない。病院において発生する情報は、主として診療に関わる情報と、物流管理など経営に関わるものに大別される。以下では、病院情報システム(Hospital Information System: HIS)は両者を総称する用語として、電子カルテ (Electronic Health Record: HER) は電子化された診療情報を用いる用語として区別する。

株式会社シード・プランニングの推計では、電子カルテを導入した病院は、2003 年で 411 病院であり、これは全病院の 4.4%である<sup>11</sup> (表 2-1)。東京都病院協会は、会員病院および教育病院を対象に毎年アンケート調査を実施し、診療情報管理状況について明らかにしているが、診療情報について電子化されているのは 14.8%、経営情報について電子化されているのは 26.9%である<sup>12</sup> (表 2-2、表 2-3)。厚生労働省は、電子カルテシステム導入施設整備事業として平成 14 年に 112 病院に対して、合計 128 億円の助成を実施したものの、未だ診療情報の電子化を行っている病院は限られている。

### (イ) 病院情報システム普及の阻害要因

電子化が十分に進まない理由として、定量的な研究はなされていないが、以下のような理由が推測される。すなわち、

- (1) 電子化による効果 (医療の質、経営効率の改善) が明確でないこと
- (2) 病院において行われる医療内容が標準化されていないために、電子化が困難であること
- (3) 電子化にあたって制度的に標準化、モジュール化の規格が確立していないこと。病院が HIS 導入を行う際にオーダーメイドの正確が強くなり価格が高くなりやすく、またベンダーは HIS の市場規模拡大の保証が得られないために、投資を躊躇すること

本研究では、主としてマクロ面に着目し、(1)(3)についての現況、解決策の立案を行う。

---

<sup>11</sup>電子カルテの病院導入状況と システムベンダー参入状況を調査  
([http://www.seedplanning.co.jp/news/medic/040220\\_02.html](http://www.seedplanning.co.jp/news/medic/040220_02.html))

<sup>12</sup> 東京都病院協会診療録検討特別委員会研修会「医療の質の評価と診療録管理」、2004 年 02 月 06 日より

表 2-1 電子カルテの導入状況（シード・プランニング推定）

	2002年	2003年
年間導入病院	108	134
累積導入病院	277	411

表 2-2 診療に関する情報の電子化の状況（東京都病院協会調査）

	2003年	2002年	2001年
大部分は電子化されている	5.3%	0.0%	1.8%
一部が電子化されている	9.5%	10.7%	3.6%
導入していない	85.3%	89.3%	94.6%

表 2-3 病院管理に関する情報の電子化の状況（東京都病院協会調査）

	2003年	2002年	2001年
大部分は電子化されている	8.6%	10.3%	6.4%
一部が電子化されている	18.3%	34.6%	35.8%
導入していない	73.1%	55.1%	57.8%

### 第3章 日本における診療報酬請求と審査の状況

#### (ア) 業務内容と電子化の効果

病院が病院情報システムを積極的に導入しない1つの理由として、電子化による効果が不定であることが挙げられる。病院業務の電子化により期待される効果は、業務内容により異なる。一般に、

- (1) 既に行っている定型業務においては電子化の効果を定量的に表すことは比較的容易である
- (2) 計測方法の確立していない分野（医療の質など）、現在実施していない業務（データの二次利用など）では、電子化の効果を定量的に表すことは困難である
- (3) 計測の対象が医療機関など小さい場合には比較的容易で、医療システム全体など大きな場合には困難である
- (4) 制度変更はしばしば劇的な効果をもたらす。例えば、電子化のための標準規格を定めることは、市場規模の拡大、ベンダーの開発投資の拡大、単価の下落による好循環をもたらすことが期待される。

本年度の研究では、定型業務の電子化、かつ制度変更の効果が大きいと推測される、診療報酬請求の電子化を特に研究の対象とした。

#### (イ) 現在の診療報酬・審査制度について

##### (1) 概要

##### ① 医療保険制度における診療報酬決済の仕組み

日本では、国民皆保険の下、サラリーマン層（船員、公務員を含む被用者）を対象とした「健康保険」、自営業者を対象とした「国民健康保険」又は両保険制度からの拠出金と税金でその費用をまかなう「老人保健」のいずれかの制度に加入し、医療を現物給付（診療行為、薬剤など）として支給されている。医療機関、薬局はこの現物給付に要した費用を、患者の加入する保険者（健保組合、市町村など）に請求することになるが、約10万の医療機関と約5000の保険者を直接一対一の関係で結んでしまうと、双方の事務処理が煩雑を極めてしまうため、両者の中間に、医療費の決済を一元的に行うとともに、医療機関からの請求が適正なものであるか否かを審査する審査支払機関が設けられている。

医療機関は、医療費の請求に当たって、個々の患者ごとに月単位に診療報酬明細書（レ

セプト)を作成し、審査支払機関に提出する。レセプトの審査及び医療費の決済は、被用者の健康保険に関する医療費の請求については社会保険診療報酬支払基金(支払基金)が、自営業者の国民健康保険に関する医療費の請求については、国民健康保険連合会(国保連)が行っている。

支払基金と国保連は、組織の性格に異なる面はあるが、レセプトの審査と決済の仕組みは似通っている。すなわち、レセプトの審査は、それぞれ都道府県単位に設置された審査委員会が行っている。

## ② 審査支払機関の組織概要と取扱い業務

支払基金と国保連は組織の性格は、概ね次のとおりである。

### (i) 支払基金

社会保険診療報酬支払基金法に基づいて設置された法人。昭和 23 年の設立から平成 15 年まで特殊法人として位置付けられていたが、現在は、民間法人となっている。東京都に本部があり、全国都道府県庁所在地に 1 箇所支部が設けられている。保険者とは審査支払に関する事務を契約により受託する関係にあり、その運営は、レセプト 1 件当りの手数料で賄われている。

### (ii) 国保連

国民健康保険の実施主体である市町村が都道府県単位に設立した任意団体。各都道府県の国保連は、それぞれ独立した団体であり、本部と支部という関係にはない。ただし、全国の国保連の調整を図る組織として、国保中央会が東京都に設置されている。保険者である市町村とは、審査支払事務に関する事務を契約により受託しているほか、保険者の事務の一部を受託している。運営に関する費用は、県によって異なるが、レセプト 1 件当りの手数料、市町村からの会費、補助金等により賄われている。

## ③ 診療報酬明細書(レセプト)とその審査の方法

レセプトには、様々な記載項目が様式上設定されている。保険資格等患者属性を記載する部分、病名や診療行為等を記載する部分、そのレセプトに係る請求点数(医療費)を記載する部分に大別される。広い意味で審査という場合には、これらの項目すべてについて、必要記載項目に漏れがないか、点数の計算に間違いがないかという事務的な点検を含めて審

査ということになるが、通常、「審査」という場合には、レセプトに記載された診療内容が保険請求上妥当なものであるか否かを判断する、医師である審査委員が行う行為をいう。

審査支払機関の審査は、一の医療機関が一の患者について一の月の診療行為を記載したレセプトを、健康保険法等関係法令、診療報酬点数表及び療養担当規則等に基づき、書面上、保険診療として適正なものであるかを審査するものである。例えば患者の来院回数を偽るような不正請求を見つけ出して摘発するものではない。支払基金の場合、審査委員会に関する基本的事項は厚生労働省令により「社会保険診療報酬請求書審査委員会規程」に定められている。規程に定める主な事項をあげると、次のようになる。

- (i) 審査委員会は、審査委員の1/2の出席がなければ審査決定することができない。
- (ii) 審査の必要があるときは、審査委員の担当を定めて、あらかじめ審査することができる。
- (iii) 審査委員会は、毎月、前月分のレセプトを月末までに審査する。
- (iv) 審査委員会は、健康保険法及び療養担当規則等に基づきレセプトの審査を行う。
- (v) 審査委員会に委員の互選による審査委員長1名と副委員長若干名を置く。
- (vi) 審査委員は幹事長（支払基金支部の長）が委嘱する。
- (vii) 審査委員会は、審査委員長が召集する。

## （2）社会保険診療報酬支払基金の活動

### ① 社会保険診療報酬支払基金法に基づく業務

#### (i) レセプトの審査及び支払

レセプトの審査及び支払は、支払基金の本業ともいうべきもので、保険医療機関又は保険薬局から提出される年間約8億件のレセプトを処理している。この業務に要する審査委員、職員及び費用は図3-1、図3-2のとおりであるが、支払基金は、業務処理方法の見直しを進め、平成14年度以降職員数を漸減させつつ手数料の引き下げを行っている。

図3-1 支払基金の取扱件数、職員数、審査委員数

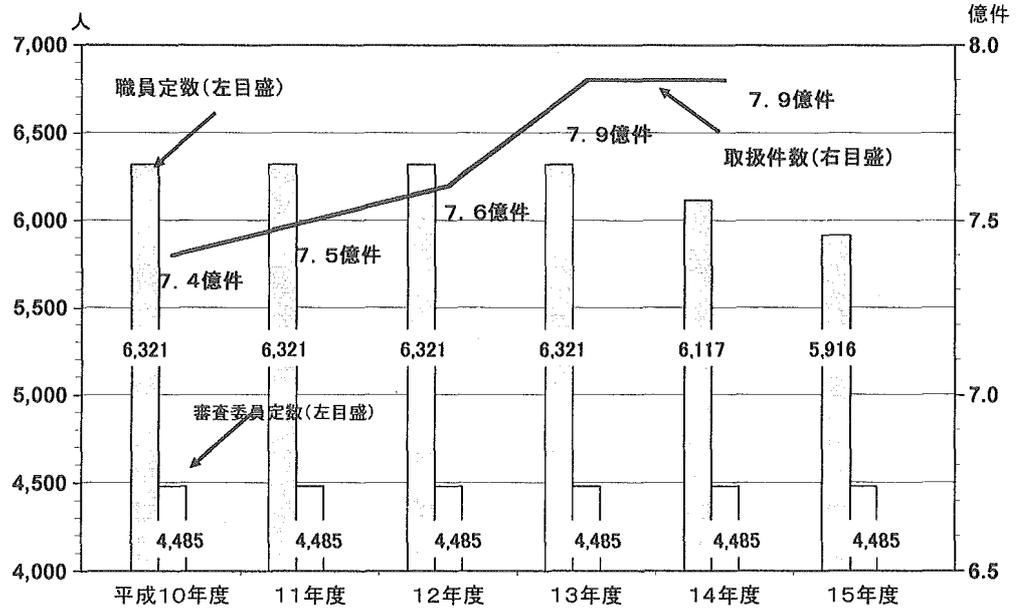
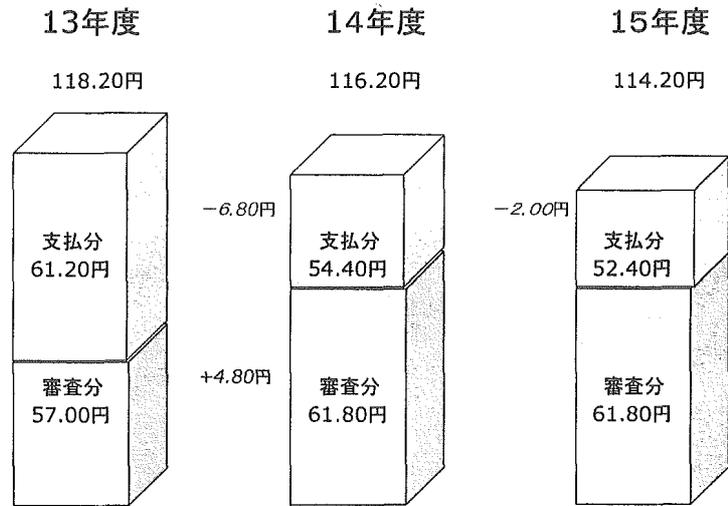


図3-2 支払基金のレセプト1件当たり手数料



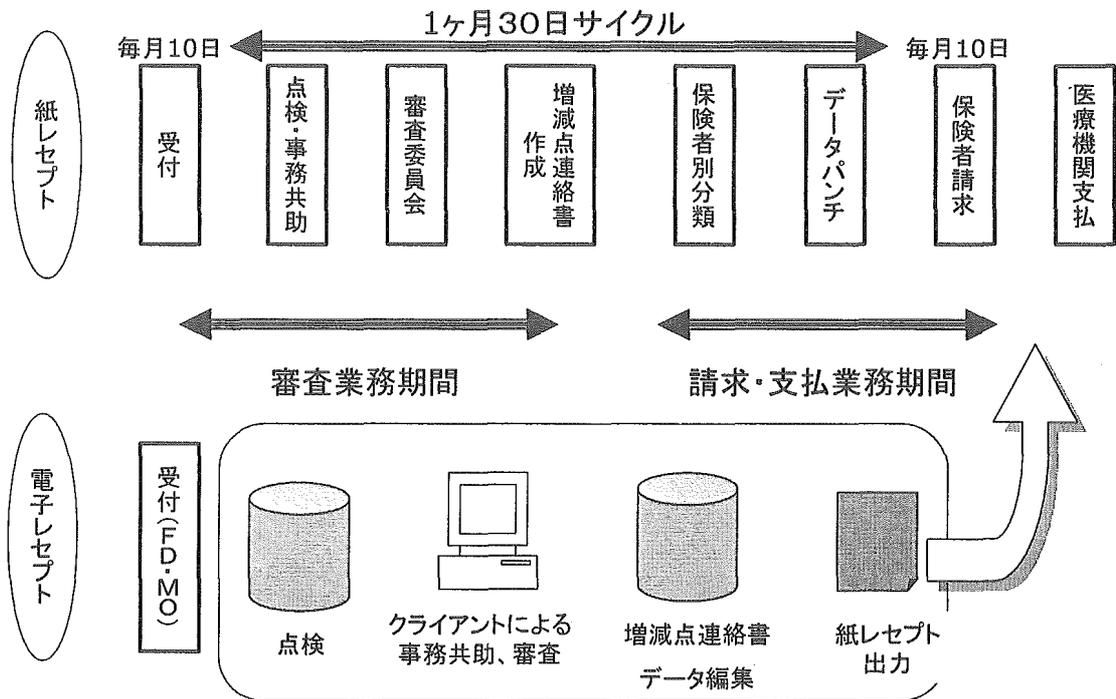
(ii) 老人医療費、退職者医療費、介護報酬に関する拠出金の徴収及び交付

老人の医療費は、その過半が医療保険の保険者からの拠出金により賄われるが、この拠出金を徴収し、医療等給付の実施主体である市町村に交付する事務は、支払基金が一元的に行っている。

② 診療報酬の支払に至る業務の実際

支払基金の審査・支払業務は、1ヶ月を単位として行われる。請求省令では、医療機関は、毎月10日までに審査支払機関にレセプトを提出することとされており、一方、支払基金と保険者の契約では翌月10日までに保険者に請求することとなっている。すなわち、支払基金の業務処理期間は30日間である。このうち約10日間は、レセプトの事務的な点検及び審査の期間であり、残り約10日間は医療機関への支払額及び保険者への請求額を計算する期間である（図3-3）。

図3-3 支払基金の1ヶ月の業務の流れ



③ レセプト審査の実際と審査充実の取組み

(i) 審査委員会と審査委員の任命

審査委員会は、診療担当者を代表する医師、保険者を代表する医師及び学識経験者として中立的立場にある医師の三者で構成されている。審査委員を幹事長が委嘱するに当たっては、各側の推薦母体として、都道府県医師会・歯科医師会、保険者団体、都道府県社会保険事務局及び都道府県知事に推薦を依頼する。

審査委員の任期は2年間である。また、支払基金は、審査に専念する職員として専任審査員を雇い入れることができるが、実際上は、学識経験者である審査委員の中から適任者

を選定して雇い入れている。平成 16 年度の支払基金の審査委員定数は 4485 人、内 701 人が専任審査員である。

## (ii) 重点審査

支払基金の取扱うレセプトは、月当たり約 6500 万件におよび、これを審査委員会が審査するが、レセプト 1 枚 1 枚を同じ手数をかけて審査することは効率的ではない。なぜなら、レセプトは患者の病態に応じて異なる診療行為が記載されているので、移植手術のような複雑高点数のものもあるし、鼻風邪で診察料のみというような単純なものもある。レセプト審査に効率的に対応するため、支払基金では点数と医療機関の状況に着目し、重点審査と呼ばれる手法が採り入れられている。

### 【レセプト点数による重点審査】

4 2 万点以上：特別審査委員会（本部に設置）

3 5 万点以上：医療機関に審査参考資料添付義務（注射など一部の診療行為の日毎の記録）

2 0 万点以上：診療内容の一部の抜粋（抜書き）

8 万点以上：審査専門部会で重点審査

### 【医療機関の状況に着目した重点審査】

過去の審査実績から重点審査対象 A ランク～C ランクまでのランク付け

## (iii) 審査委員の審査に対する事務職員の関わり

レセプトの審査は審査委員が行うが、その審査を効率的正確に行うためには、事務職員の手助けが欠かせない。事務職員は審査委員の指示を受け、医療機関毎の過去の審査実績に関する資料を作成する他、診療報酬点数表に基づき保険診療のルール上疑義のあるものについて、レセプトの該当箇所に「疑義付せん」と呼ばれる付せんを貼付して審査委員の指示を仰いでいる。すなわち、審査は審査委員と事務職員の共同作業として役割分担をしながら行われている（図 3-4）。