

第1回～第4回の議論と論点の整理

※第4回議論後の追加・修正に下線。意見は一部再掲。

1 審査に関する論点

(1) 審査の質及び内容に関する論点

イ 審査の性格・目的についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 審査は、診療報酬の支払を確定するに当たって、診療行為が保険診療ルール（療養担当規則、診療報酬点数表等）に適合するかどうかを確認する行為であり、保険診療ルールに適合する診療行為の確保を目的とするものである。
- ・ コンサバティブに考えれば、診療ルールに逸脱しているかどうかをチェックすることが審査支払機関の法的な権能になるが、例えば、審査基準、レセプトデータを公開することで、医療の透明化を促進し、医療内容の標準化を図っていくというポジティブな仕組みも考えていくべき。
- ・ 現在の審査機関は、支払側と医療提供者側の間に立って、中立性を保ちながら実施されており、こうした機能は皆保険を維持する上で重要である。
- ・ QOLの尊重など患者の要望によって提供される医療には幅があり、各審査委員はそれぞれの見識の下に判断している。医療を受ける国民が不利益を受けることのないよう、機械的に一律に査定するのではなく、一定の基準をもった裁量権を医療現場に残すことが必要である。
- ・ 審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしている。
- ・ 審査委員会は、医療費の削減が目的ではない。
- ・ 審査委員会は、保険者に対して一定の手続きを果たせばよいのか、見逃しなどの審査結果についても一定の責任を有するのかを整理すべきではないか。
- ・ 審査を野球に例えた場合、保険者は結果で来たものを見ているので、ボールの変化や球速などはまったく関係ないものであり、医療の質と審査は分けて議論する必要がある。

ロ 審査の質の向上（均一性の確保）、査定ルールの違い（支払基金と国保連間の違い、各支部や国保連のローカルルールの存在）についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 審査においては、個別性を重視する医療の要請と画一性を重視する保険の要請との間で「折り合い」を見出すことが本質的に困難である。
- ・ 現行の保険診療ルールは、相当程度の裁量の余地を認めており、診療行為が

ルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することは不可能である。

- ・ 教育機関である大学病院等でも治療方針や術式・手順等に差がある中で、絶対的に正しい基準があるのか疑問である。
- ・ 支払基金は、各支部の審査委員会が査定最終決定をしており、審査機関としては別々の47都道府県の連合体でしかなく、本部に何の審査権限もない。
- ・ 都道府県ごとの審査の濃淡の原因には、例えば、審査員である地元医師の確保や審査の人員が少ない県があるなどの問題もある。
- ・ 支払基金内部の原因だけでなく、例えば、レセプトの審査期間や提出されるレセプトの質の差など、外在的な原因も大きく関わっている。
- ・ 審査基準が標準化されていないのは、国民にとって理解しにくい。医療における国民の平等を保障する上で、審査は基本的には一つの視点ですべき。国保連と支払基金で情報交換しており、統一化を図っていくのが望ましい。
- ・ 審査支払機関は、審査委員会で審査をきちんとやっているのであれば、外からチェックできるような仕組みを自ら作っていく必要がある。
- ・ 野球にたとえば、47都道府県で2審査機関の94通りのストライクゾーンがあり、それでゲームしているのは不自然である。ルールを統一するとともに、アンパイアの質を落とさずに安く雇うことが効率化に結びつく。
- ・ グレーゾーンは、一定の幅の中である程度正規分布するはずなので、その範囲内では許容することで、統一化や効率化が進むのではないかと。
- ・ 高額なレセプトは中央の審査に上げて、一定の方向が出たものは各支部に通知が行くので、現在でも、中央が一定の方向付けをしていると認識している。
- ・ 薬の使いすぎの差でも地域特有の疾病構造による影響もありうるので、必要な医療を提供する観点からは、できれば都道府県単位では一定のレベルはそろえるべきである。他方、疾病構造や医療者の数などを十分に検討する必要がある、全国レベルでは差異が生じるのはやむを得ないのではないかと。
- ・ 学会のガイドラインは、保険診療のガイドラインで使うことを想定して作ったものではないので、ガイドラインの文面だけで判断することのないよう、学会との意見交換の場を設けて、適切に運用すべき。
- ・ 医学や技術に進歩について、ガイドラインや保険診療に反映させていくタイムラグが生じるが、タイムラグを縮小していく手続きを考える必要がある。
- ・ ガイドラインは世界中の知見に基づき改訂されるので、保険適用よりも情報の提示が早く、診療に一定の根拠を与えることが多い。学会がガイドラインの改訂に積極的に取り組み、それを公知の事実として適用に活かす仕組みの方が現実的で建設的である。
- ・ 審査支払機関としては、審査の均一性に影響を与えている要因として、療養担当規則や点数表など、現在の保険診療ルール自体に相当程度の裁量の余地があるという問題がある。
- ・ 例えば、審査委員に統一の判断基準を周知する仕組みや、過去の事例を統計的に検索して判断をアシストするツールなど、差を縮小する仕組みが重要であ

る。原因究明よりも、どうしたら差異を縮小できるかという対策の議論に移るべき。

- ・ 調剤では、承認時の適応症や薬価基準等によって保険診療のルールが決められており、成分が同じであっても査定の対象となるのは、ガイドラインよりも厳しい。

(参考)

- ・ 支払基金では、支部間差異の解消のため、現在、各支部の審査委員がブロック単位で定期的に集まって検討し、更に本部に上げて検討する取組をしている。より迅速に解消するため、近々、本部に専門家チームを設ける等の取組を考えている。

ハ 査定率の差異（支払基金と国保連、支部又は国保連間）の評価についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 地域によっては、審査委員会が不正請求の発生を未然に防いでいる場合もあり、査定率の低さは審査活動の質の高さを反映している場合もある。逆に、査定率の低さが見逃しに由来している場合もある。国民皆保険制度の下で望まれる審査とは何かという視点から、良質な審査活動が何かを検証し、その達成度を比較すべきである。
- ・ 審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしている。こうした査定額に現れない審査委員会の役割を考慮すると、査定額と支出額との多寡を単純に比較することは不適切である。
- ・ 審査機関は、患者に適切な医療を提供するための組織であり、査定率の観点だけで評価すべきではない。
- ・ 審査の効率性は、査定率や返戻率でも評価する必要がある。
- ・ 査定率の検証については、国はその許容範囲をどのように考えているのか。
- ・ 査定率の差異の検証に当たっては、審査委員一人当たりの取扱い件数など審査体制も考慮する必要がある。

ニ 支払基金と国保連の審査機能の共通化についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 審査の部分を一緒にやることについては、審査機関が分かれているこれまでの経緯や、審査委員の任命方法が異なる等の制度上の課題などハードルが高い。慎重に検討すべき。
- ・ 現場の裁量があるため医師が審査しなければならないなど、支払基金と国保連の審査の機能はかなり共通している。審査については、長期的には一緒にやっていく仕組みがあり得るのではないか。

- ・ 支払基金と国保連で判断基準は同じであるべきであり、学会を含めて、専門領域別に問題点を検討する場を中央に置き、全国に伝えていくことが望ましい。国保連と支払基金が統一的にローカルルールを解消するための協議会を作り、厚生労働省が主体となって、判断が異なる部分を少なくしていくべき。

(参考)

- ・ 支払基金は、レセプト電算処理システムの開発に当たって、基本マスタ（診療行為等に関するデータベース）やレセプトの情報を電子的に記録するための仕様を作成するとともに、国保中央会に提供し、共同で運営している。
- ・ 国保連は、保険者（市町村）が共同で事務を行うため設立したもので、国保関係事務のほか、介護保険、障害者自立支援、地方単独事業など、市町村が実施する地域に密着した様々な業務を行っている。
- ・ 支払基金の各支部と国保連の審査委員会は、査定が異なる事例を持ち寄って情報交換し、統一を図る取組を都道府県単位で行っている。

ホ 審査支払機関に蓄積された審査データの公開・活用についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 現在は、審査基準、データが公開されていないため、医療機関と審査支払機関の間に情報の非対称性を生じている。審査基準、データの公開のルールを作る必要がある。
- ・ 審査では一定幅のグレーゾーンが生じざるを得ないが、診療行為に影響することから、審査基準の公開では、どこまで認められるかを明確にして欲しい。
- ・ グレーゾーンの基準が公開されれば、入口の審査がもっと効率化できるのではないか。
- ・ 審査データの公表によって審査の判断が収斂する可能性もある。
- ・ 審査支払機関は、審査委員会で審査をきちんとやっているのであれば、外からチェックできるような仕組みを自ら作っていく必要がある。
- ・ 医療の透明性や質の向上、診療ガイドラインの普及、疾病管理、医療政策決定の観点からも、審査基準、データの公開のあり方を検討すべきである。

(参考)

- ・ 審査基準の公開は、支払基金の検討会では、医療の標準化や適正なレセプトの提出につながるという肯定的意見と、審査で機械的に認められるぎりぎりのところまで請求する医療機関が出て、かえって適正化につながらないという反対意見とで見解が分かれた。

(2) 審査の実施体制、効率性に関する論点

イ 審査委員会（専門家による審査、三者構成、審査委員の確保）についてどう考えるか

①専門家による審査、不適正な請求の抑制効果について

(これまでの主な意見)

- ・ 請求者と同業のプロフェッショナルの医師及び歯科医師で構成される審査委員会の審査は、それ自体が不適正な請求を抑制する効果がある。
- ・ 不適正な請求の抑制効果については、定量的には明らかでなく、根拠に基づいた議論が必要である。
- ・ 審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしている。指導的な返戻によって請求月に支払いが行われたいペナルティーや、各地域医師会の審査委員が著しい請求ミスがある会員に指導を行うこととしており、抑制的な効果や是正を図る効果がある。
- ・ 医療保険者として、医師による審査委員会は必要と感じている。一定の見識がある医療人がチェックすること自体が医療関係者に心理面で影響がある。こうした効果を定量的に分析することは困難であり、定性的な分析も必要ではないか。
- ・ 韓国の審査機関では誤った内容で請求しないよう予防のための情報提供を医療機関に行っており、そうした情報提供がされていない中で、プロフェッショナルの審査による定性的又は定量的な抑制効果があるのかどうか疑問である。
- ・ 調剤レセプトについては、専門家がいないう状態で審査が決まっているのは問題であり、薬剤師が審査に関与できる体制を組む必要がある。
- ・ 韓国では、まずコンピュータソフトによりレセプトの振り分け・審査を行うほか、審査の分野に多くの看護師を投入しているが、弊害もほとんど報告されていないと聞いている。

(参考)

- ・ 審査機関では、不適正な請求が多い医療機関に対して、審査委員会が文書で指導し、それでも直らない場合は審査委員や事務方が訪問するか、審査委員会に来てもらって指導して、不適正な請求を改めてもらう努力をしている。
- ・ 支払基金では、すべての支部で非常勤の調剤報酬専門役を置き、調剤レセプトの審査をしている。現在の審査委員会では、基本的に医科歯科のレセプトだけを決定しており、調剤レセプトは審査委員会の審査対象から外している。

②合議による審査について

(これまでの主な意見)

- ・ 一つのレセプトを複数の専門の審査委員が審査しなければならないケースが増えており、複数の審査委員でチェックしながら一定の方向性に導いている。
- ・ 一般通念と少し違う審査基準を持つ審査委員がたまにいることも事実であり、そうした場合に一定の枠の中で決定するために、合議で審査することがある。
- ・ グレーゾーンで各委員の意見が異なるものは協議しているが、グレーゾーンの

中には、ルールとしてすべてに適用してしまうと好ましくない場合がある。

- ・ レセプトの数が多くなり、医療も専門分化する中で、専門家の確保も難しくなっている。すべてのレセプトについて専門の委員が合議で結論を出すのは、実際には難しいのではないか。
- ・ 全レセプトを合議で審査するというのは、実際は時間的にも無理である。

③三者構成の仕組みについて

(これまでの主な意見)

- ・ 専門家であっても代表する立場が異なる専門家がチェックしあうのがピアレビューの本来の在り方である。立場の違いを明確にした公開の議論が行われていない点で、制度設計の意図と運用の実態との間に乖離が生じているのではないか。
- ・ 現在の審査委員は、どちらの側か必ずしも明確に意識しておらず、どちらの側にいるかで審査結果が異なるかなどのデータもない。
- ・ 保険者推薦については、保険者は、この委員が本当に審査に向いているかどうかという情報やノウハウがない。学識経験委員も、支払基金支部の選考委員会の構成は、座長以外は全て医師か歯科医師であり、保険者が関与できる仕組みとなっていない。現在の審査委員会の構成が、本当に中立公正が担保されているのか大いに疑問である。
- ・ 実際は、ほとんど一人の審査委員が何側であるかは別にして一種の独任官的になっていて、ほとんどそこで決定している。独任官である現実を認めて、その代わりに各委員はフェアな立場で審査し、外からチェックする仕組みにする方が現実に即した合理的なやり方ではないか。
- ・ 三者構成であっても、医療に携わる人間に変わりなく、保険ルールに則ってより良い医療の提供が行われるため、過剰な請求に対してはみんな厳しく対応しており、大きな対立軸はあり得ないのではないか。
- ・ 請求又は被審査者と審査者とが同業という関係は、専門性が高い領域では国内外で広く見られるものであり、問題はそれぞれのプロフェッショナルがどのような確固としたミッションを狙い、独立性が担保されているかである。

④ 再審査請求について

(これまでの主な意見)

- ・ 現在は、同じ都道府県の審査委員会に再審査請求をしているが、同じところでキャッチボールをしている。中央レベルの支払基金の本部に上級の処理機関を設けて、再々審査請求できるシステムを作りたい。
- ・ 専門家であっても意見が違ふことがあるのは普通であり、すべてを上級の処理機関で処理できるわけではない。その場合に公平性や統一性の担保は、透明性や説明責任を果たす、審査結果の公表などで努力するしかないのではないか。

- ・ 従来から保険者が再審査を出しても、原審どおり返ってきて、中身の説明が足りない。

ロ 審査手数料（コスト）の設定根拠、審査手数料の差（支払基金と国保連、国保連間）についてどう考えるか

（これまでの主な意見）

- ・ 保険者が審査機関を選択する上でも、手数料の違いの原因を明らかにし、分かりやすく比較できるような形で示す必要がある。
- ・ 国保連の審査手数料の評価に当たっては、審査機能のコストと保険者としてのコストを区分して評価する必要がある。
- ・ 支払基金のコスト構造が明らかにされていない。国保連は従事している職員の業務をもとに算出しており、国保連とベースを合わせるだけでも、支払基金の手数料はもう少し下がるのではないかと。
- ・ ピアレビューである審査委員会の審査は、専門的知見に基づく判断であるので、仮に査定率に応じて各支部の手数料を設定したとしても、査定率の向上に対するインセンティブとはなり得ない。
- ・ 手数料の体系をどうするかは、審査行為の性格が、本当に確認なのか、切る事なのかをきちんと議論することが前提である。
- ・ 保険者が事後点検して再審査し、査定になるものは、保険者の努力の結果であるが、これは本来、支払基金が1回で審査して査定すべきものである。
- ・ 厳しい国家財政の中で、医療の財源を確保するためにも、審査支払のコストを最小化することは、合理的な理由がある。
- ・ 支払基金では、指導の必要性に応じた重点審査の中で、常に3割のレセプトが効率化分としてそのまま請求されていると理解しており、この3割分は割増料で払っているようなものであり、健保組合の不満が大きい。

（参考）

- ・ 国保連では、レセプトの審査件数が伸びている中で、IT化の推進や職員数を減らすなどの経費節減を行い、毎年手数料を下げている。
- ・ 国保連では、会員負担金など審査支払に直接関わらない業務のコストは分けて、審査支払手数料を計算している。後期高齢者医療広域連合は国保連の会員でないため、市町村国保よりも審査手数料が高く設定されている。

ハ レセプトの電子化、オンライン請求による審査の効率化について

（これまでの主な意見）

- ・ 現行の保険診療ルールは、相当程度の裁量の余地を認めているため、診療行為がルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することは不可能である。したがって、将来、いかにシステムチェックの充実が図られても、人でなけれ

ばできない審査が存在する。

- ・ 支払基金では、今後、すべての電子レセプトにシステムチェックを実施し、人による審査を「人でなければできない審査」に限定することを基本とする。このため、突合・縦覧審査機能の開発など、電子レセプトの審査のためのシステムの整備に取り組む方針であり、システムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保が必要である。
- ・ システムチェックが発展途上にある段階では、目視による点検で看過されていたような疑義が網羅的に摘示される反面、疑義を査定に結び付くようなものに絞り込む精度が不十分である。このため、当面、職員及び審査委員の事務処理負担がかえって増大する。
- ・ 現在の電子レセプトの記録条件仕様や記載要領は、紙レセプトの様式を置き換えたり、紙レセプトの作成に配慮したルールがあり、コンピュータチェックに支障があるものがあるので、見直して欲しい。
- ・ 民間が新規参入するためには、コスト面において、レセプトのオンライン請求のインフラが必須である。
- ・ 標準化された電子レセプトでの請求には支払期間を短くする、情報公開や一定の基準の電子カルテを付す医療機関には診療報酬を上乗せするなど、電子化のインセンティブについて外国での取組も参考にしてはどうか。
- ・ 全レセプトを合議でやること自体が不可能であるならば、これに代わる仕組みも考えていかなければいけない。実質的な審査を効率的に進める意味では、審査そのもののIT化も導入すべきではないか。

(参考)

- ・ 支払基金では、平成19年12月に策定した業務効率化計画（平成20～23年）において、レセプトオンライン化に伴う900人の要員確保を見込んだ上で、400人を審査の充実に向け、500人の定員削減を盛り込んだ。さらに平成22年度前半を目途に策定する業務効率化計画（平成23～27年度）では、平成24年度以降に少なくとも400人の定員削減を盛り込む方針である。

2 審査以外の業務（保険者支援等、支払い）に関する論点

イ 保険者機能の代行、支援の機能について

(これまでの主な意見)

- ・ 医療機関が安心して医療を提供できるよう、資格異動に関する情報を保険者間でやりとりして、あらかじめ返戻が生じないような仕組みを考えるべきではないか。

(参考)

- ・ 国保連は、保険者（市町村）が共同で事務を行うため設立したもので、煩雑

化する保険者事務を一元的に実施することにより、保険者事務の効率化、経費節減等の大きな効果をあげている。また、国保関係事務のほか、介護保険、障害者自立支援、地方単独事業など、市町村が実施する地域に密着した様々な業務を行っている。

- ・ 支払基金では、正常分娩に係る出産育児一時金の直接支払や柔道整復療養費の代理受領の業務など、時代の要請に応じて柔軟に新規事業を実施するために必要な制度改正を要望している。

ロ レセプト電子化の進展と支払期間の早期化について

(これまでの主な意見)

- ・ レセプトの電子化は、支払機関や保険者のメリットだけでなく、設備投資や手間隙がかかる医療機関、薬局側のメリットも必要である。電子化によって支払期間の短縮化が今後進展するのを示す必要がある。
- ・ 標準化された電子レセプトでの請求には支払期間を短くするなど、電子化のインセンティブについて外国での取組も参考にしてはどうか。

3 審査支払の組織の在り方に関する論点

(1) 組織の形態（統合、競争の促進、民間参入）についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 既に保険者の直接審査を認めているのであれば、自由な参入を認めているのだから、統合でオンリーワンというのは矛盾するのではないか。公共的なもので自由な参入は認めるべきでないのかどうか、自由化でやるなら査定に関して紛争が起きた場合にどういうシステムでやるのかを整理すべき。
- ・ 組織の統合は、全国唯一の組織、業務独占になるので、規制改革会議が求める競争促進と矛盾するのではないか。
- ・ 国保連は保険者機能も有しており、組織体としてそのまま統合することはできない。まずは支払基金と国保連の競争条件を確保することが必要である。
- ・ 民間が新規参入するためには、コスト面において、レセプトのオンライン請求のインフラが必須である。また、現在の審査支払機関と同じコスト条件で紛争処理機能まで担う医師を確保することは困難である。
- ・ 国保連は、市町村の保険者としての業務の代行と、市町村が共同して実施する業務を代行しており、県民へのジェネリックの情報提供など、保険者の負担を減らす取組もしている。統合の議論は、こうした国保連の取組や支払基金との違いを十分考えて総合的に議論すべきである。
- ・ 国保連と支払基金の統合は、市町村の持ち出しが増えたり、審査手数料が高

くなるおそれがあるのではないか。システムの改修に膨大な費用もかかり、事務処理がスムーズに移行できるのか、県ごとの共同事業の独自性が確保されるのかという問題もある。

- ・ 支払基金と国保連では、査定率にかなりの違いがあり、低いところに合わせるのは問題である。
- ・ 国保連の方が支払基金よりもコストが安いのに統合するのであれば、市町村国保の保険者の立場からすれば大きな問題である。
- ・ 例えば、国全体で最適になるようなプラットフォームはコンピュータシステムを一つで運用するなど、競争というよりは、現在のシステムがきちんと機能しているかどうかを検証する必要がある。
- ・ 競争性を導入した場合に、審査に力点が置かれて、国民への適切な医療の提供がないがしろにされることは避ける必要がある。
- ・ 現場の裁量があるため医師が審査しなければならないなど、支払基金と国保連の審査の機能はかなり共通している。審査については、長期的には一緒にやっていく仕組みがあり得るのではないか。
- ・ どのような尺度で比較するかが、競争の論議の出発点である。国民皆保険制度の下で望まれる審査とは何かという視点から、良質な審査活動が何かを検証し、その達成度を比較すべきである。
- ・ 統合の問題については、二組織の活動を統合的な視点で評価し、指導する第三者機関を別に設け、二つの組織の活動に共通した統合しうる部分がないか、第三者機関が統合して担える部分がないか、を検証することも方法である。
- ・ 統合や競争が審査の問題のすべての解決策だという議論は方向性を誤る。

(2) 組織・運営についてどう考えるか

イ 法人運営（財務、契約適正化、業務の効率化）について

(これまでの主な意見)

- ・ IT化は、効率化でコストを下げる有力な手法の一つである。ITの整備によって業務プロセスも変わる必要がある。
- ・ システムチェックが発展途上にある段階では、目視による点検で看過されていたような疑義が網羅的に摘示される反面、疑義を査定に結び付くようなものに絞り込む精度が不十分である。このため、当面、職員及び審査委員の事務処理負担がかえって増大する。
- ・ 現在の審査は、振り分けなど事務作業を含め、多くを人手に頼っており、現在の社会的状況からみても極めて非効率である。事務経費でみた審査の効率性について、深掘して考える必要がある。
- ・ 審査体制については、支払基金は約 4500 人、国保連は約 3500 人で大きな差があり、効率的に審査を行っているのかどうかを検証する必要がある。

(参考)

- ・ 支払基金では、支部ごとに処理されている資金管理業務を平成 23 年度から本部で一括処理し、効率化を図る方針である。また、支部ごとに処理されている庶務・会計の管理業務のうち、集約可能なものを本部又は各ブロックで中核となる支部に集約する方向で検討する。
- ・ 支払基金では、遊休不動産の売却の迅速・効率化を図るため、売却の業務を支部から本部に移管する方針である。また、平成 22 年 8・9 月の役員改選時に役員を公募する方針である。

ロ 人材確保・養成についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 電子レセプトの審査を効果的・効率的に実施するため、すべての電子レセプトに対するシステムチェックが可能となるよう、ITの最大限の活用が必要。システムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保が必要である。
- ・ すべての電子レセプトのシステムチェックが可能となるよう、現在の経営資源をシステムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保にシフトすべき。
- ・ 都道府県ごとの審査基準の相違の原因には、例えば、審査員である地元医師の確保や審査の人員が少ない県があるなどの問題もある。
- ・ 韓国では、まずコンピュータソフトによりレセプトの振り分け・審査を行うほか、審査の分野に多くの看護師を投入しているが、弊害もほとんど報告されていないと聞いている。

4 その他の意見

- 医療機関における未収金の問題について
 - ・ 未収金は、膨大な額になるだけでなく、医療職の職業意識を著しく傷つけており、問題意識を持っている。



審査の効率化、手数料に関する論点

(第6回の議論のテーマ関係)

1. 審査の効率化に関する論点

(1) レセプトの電子化に対応した審査の強化、効率化について

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

(これまでの主な意見)

- ・ 現行の保険診療ルールは、裁量の余地を認めており、診療行為がルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することは不可能であるため、システムチェックを充実しても、人でなければできない審査が存在する。
- ・ 現在の電子レセプトの仕様や記載要領は、紙レセプトの作成に配慮したルールがあり、システムチェックに支障があるものがあるので、見直す必要がある。
- ・ すべての電子レセプトのシステムチェックが可能となるよう、現在の経営資源をシステムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保にシフトすべき。
- ・ 標準化された電子レセプトでの請求には支払期間を短くする、情報公開や一定の基準の電子カルテを付す医療機関には診療報酬を上乗せするなど、電子化のインセンティブについて外国での取組も参考にしてはどうか。
- ・ 電子レセプトの記録条件仕様の見直し、オンライン請求保険医療機関等の再請求の電子化等に取り組むべき。

(参考) 支払基金の取組の方針、業務の効率化

- ・ 支払基金では、今後、すべての電子レセプトにシステムチェックを実施し、人による審査を「人でなければできない審査」に限定することを基本とする。このため、突合・縦覧審査機能の開発など電子レセプトの審査に対応したシステムの開発及び維持管理の人員・経費の確保が必要である。
- ・ システムチェックが発展途上の段階では、これまで目視で看過されていた疑義が網羅的に摘示されるが、査定に結び付くようなものに絞り込む精度が不十分であるため、当面、職員及び審査委員の事務処理負担は増大する。

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

（２）レセプトの電子化に対応したシステムの整備について

- 支払基金と国保連は、業務コストの効率化、システムチェック等の均一化の観点から、レセプトの電子化に対応したシステムの共同開発や共同利用の取組を、一層進める必要があるのではないかと。また、審査支払機関の競争の促進と、システムの共同開発・共同利用は、どこまで両立できるのか。
- 民間の新規参入を促進する観点から、電子レセプトの請求支払システムのインフラの整備や、それに要するコストの確保について、どのように考えるか。

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

（これまでの主な意見）

- ・ 他の民間の審査組織が新規参入するためには、コスト面において、レセプトのオンライン請求のインフラの整備が必須である。
- ・ 国全体で最適になるようなプラットフォームはコンピュータシステムを一つで運用するなど、現在のシステムがきちんと機能しているかどうかを検証する必要がある。

（参考）審査支払機関における共同開発・運営の取組

- ・ 支払基金は、レセプト電算処理システムの開発に当たって、レセプトの情報を電子的に記録するための仕様のほか、診療行為等のデータベース（基本マスタ）や医療機関マスタを作成するとともに、国保中央会等に提供している。
- ・ 支払基金は、平成22年3月に「医科電子点数表」を作成して、ホームページで公表した。

（３）統合又は競争の視点からの審査システムの効率化について

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

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

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

（これまでの主な意見）

- ・ 既に保険者の直接審査を認めているのであれば、自由な参入を認めているのだから、統合でオンリーワンというのは矛盾するのではないか。公共的なもので自由な参入は認めるべきでないのかどうか、自由化でやるなら査定に関して紛争が起きた場合にどのようなシステムでやるのかを整理すべき。
- ・ 審査機能の統合は、審査機関が分かれているこれまでの経緯や審査委員の任命方法が異なる等の制度上の課題などハードルが高く、慎重に検討すべき。
- ・ 組織の統合は、全国唯一の組織、業務独占になるので、規制改革会議が求める競争促進と矛盾するのではないか。
- ・ 国保連は保険者機能も有しており、組織体としてそのまま統合することはできない。まずは支払基金と国保連の競争条件を確保することが必要である。
- ・ 民間が新規参入するためには、コスト面において、レセプトのオンライン請求のインフラが必須である。また、現在の審査支払機関と同じコスト条件で紛争処理機能まで担う医師を確保することは困難である。
- ・ 国保連は、市町村の保険者としての業務の代行と、市町村が共同して実施する業務を代行しており、県民へのジェネリックの情報提供など、保険者の負担を減らす取組もしている。統合の議論は、こうした国保連の取組や支払基金との違いを十分考えて総合的に議論すべきである。
- ・ 支払基金と国保連で判断基準は同じであるべきであり、学会を含めて、専門領域別に問題点を検討する場を中央に置き、全国に伝えていくことが望ましい。
- ・ 現場の裁量があるため医師が審査しなければならないなど、支払基金と国保連の審査の機能はかなり共通しており、長期的には一緒にやっていく仕組みがあり得るのではないか。

（参考）国保連の機能、審査支払機関における判断基準の統一化の取組

- ・ 国保連は、保険者（市町村）が共同で事務を行うため設立したものであり、国保関係事務のほか、介護保険、障害者自立支援、地方単独事業など、市町村が実施する地域に密着した様々な業務を行っている。
- ・ 支払基金の各支部と国保連の審査委員会の多くでは、査定が異なる事例を持ち寄って情報交換し、統一を図る取組を都道府県単位で行っている。
- ・ 支払基金は、平成16年7月に国保中央会も参加する「審査情報提供委員会」を設置し、審査上の一般的な取り扱いに係る事例について、情報提供を行っている。
- ・ 支払基金は、レセプト交換による支部間差異の調査を実施した。

2. 審査の手数料に関する論点

(1) 審査体制の効率化と審査手数料の水準について

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

(これまでの主な意見)

- ・ 厳しい国家財政の中で、医療の財源を確保するためにも、審査支払のコストを最小化することは、合理的な理由がある。
- ・ 国保連と支払基金の統合は、市町村の持ち出しが増えたり、審査手数料が高くなるおそれがあるのではないか。システムの改修に膨大な費用もかかり、事務処理がスムーズに移行できるのか、県ごとの共同事業の独自性が確保されるのかという問題もある。
- ・ 国保連の方が支払基金よりもコストが安いのに統合するのであれば、市町村国保の保険者の立場からすれば大きな問題である。
- ・ 電子レセプトの審査を効率的かつ効果的に実施するためには、ITの進歩を最大限に活用する必要がある。そのため、システム開発と維持管理のコストが必要となる。

(参考) 支払基金、国保連の手数料

- ・ 支払基金の手数料は、ピーク時の平成13年度に比較すると、10年間で14.2円(12%)の引下げを実現した。そのため、職員定員についても、ピーク時の平成13年度に比較すると、10年間で1,387人(22%)の削減を実現した。
- ・ 支払基金と健康保険組合等が毎年度の交渉及び契約を通じて手数料を設定する仕組みは、支払基金にとってサービスの向上及びコストの削減に対する民間同様の動機付けとして機能している。
- ・ 国保連では、レセプトの審査件数が伸びている中で、IT化の推進や職員数を減らすなどの経費節減を行い、毎年手数料を下げている。
- ・ 国保連では、会員負担金など審査支払に直接関わらない業務のコストは分けて、審査支払手数料を計算している。後期高齢者医療広域連合は国保連の会員でないため、市町村国保よりも審査手数料が高く設定されている。

(2) コスト構造（支部単位、業務内容別）について

- 支払基金及び国保連の審査手数料について、制度の運営コストの透明化等を図るため、業務内容別に区分、評価すべきではないか。
区分の例：①レセプトの審査の事務
②診療報酬の支払・決済等の事務
③その他審査支払機関の運営
④審査品質の向上のための投資 など
- 支払基金は、各支部で共通の手数料となっているが、コスト構造を国保連と比較する観点から、共通のシステム経費等はレセプト件数で按分するなどの方法により、支部別の手数料を試算することが可能か。
- 国保連では、コスト構造を支払基金と比較する観点から、市町村国保以外の者が審査を委託した場合の手数料を明らかにすべきではないか。

(これまでの主な意見)

- ・ 保険者が審査機関を選択する上でも、手数料の違いの原因を明らかにし、分かりやすく比較できるような形で示す必要がある。
- ・ 国保連の審査手数料の評価に当たっては、審査機能のコストと保険者としてのコストを区分して評価する必要がある。
- ・ 支払基金の手数料は、コスト構造を明らかにして、国保連とベースを合わせるだけでも、もう少し下がるのではないか。
- ・ 審査委員については、支払基金は約 4500 人、国保連は約 3500 人で大きな差があり、効率的に審査を行っているのかどうかを検証する必要がある。

(参考) 支払基金の管理業務の集約、直接審査の手数料

- ・ 支払基金は、国からの要請に受けて実施している、高齢者医療制度や介護保険制度等における支援金、納付金等の徴収及び交付金の交付等の事業については、特別会計を設け、審査及び請求支払の業務に係る一般会計とは区分して経理している。
- ・ 支払基金では、支部ごとに処理されている資金管理業務を平成 23 年度から本部で一括処理し、効率化を図る方針である。また、支部ごとに処理されている庶務・会計の管理業務のうち、集約可能なものを本部又は各ブロックで中核となる支部に集約する方向で検討する。
- ・ 健保組合による調剤レセプトの直接審査の仕組みでは、支払基金は、①健保組合と医療機関との間で不服があった場合の紛争処理（適正な審査に関する意見を提出）、②健保組合と医療機関との債権債務の決済処理の役割を担っており、紛争処理と決済に係る手数料をそれぞれ提示している。

(3) 審査手数料と査定率との連動について

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

(これまでの主な意見)

- 手数料の体系をどうするかは、審査行為の性格が確認なのか、切ることなのかをきちんと議論することが前提である。
- ピアレビューである審査委員会の審査は、専門的知見に基づく判断であるので、仮に査定率に応じて各支部の手数を設定したとしても、査定率の向上に対するインセンティブとはなり得ない。
- 地域によっては、審査委員会が不正請求の発生を未然に防いでいる場合もあり、査定率の低さは審査活動の質の高さを反映している場合もある。逆に、査定率の低さが見逃しに由来している場合もある。国民皆保険制度の下で望まれる審査とは何かという視点から、良質な審査活動が何かを検証し、その達成度を比較すべきである。
- 都道府県ごとにレセプトの内容や疾病構造が異なる中で、適正なレセプトの提出を医療機関に働きかける取組など、査定額に現れない審査委員会の役割を考慮すると、査定率を単純に比較することは不適切である。
- 審査の効率性は、査定率や返戻率で評価する必要がある。

以上



診療報酬支払制度の在り方検討会

ITの利活用について

東京大学

政策ビジョン研究センター

秋山 昌範

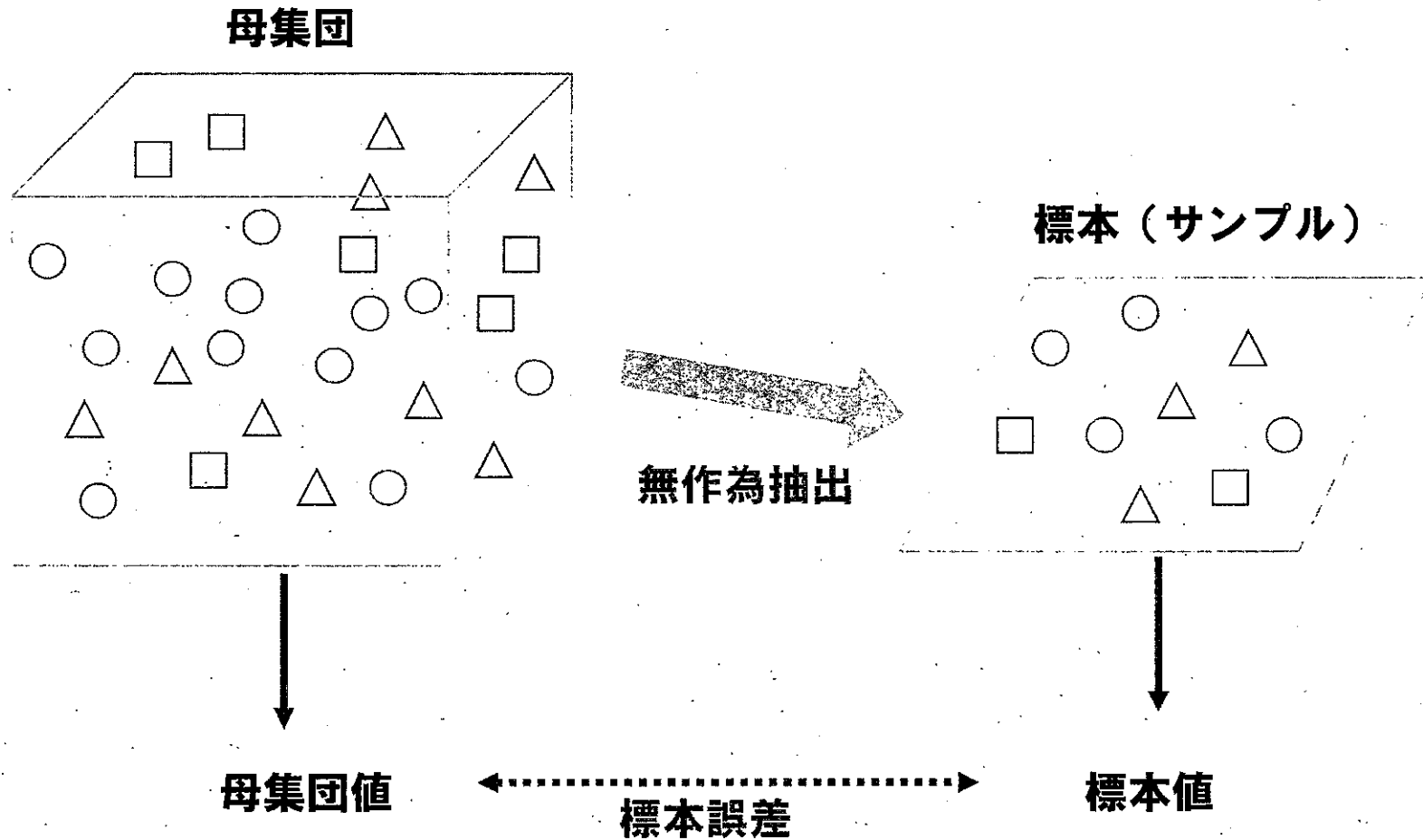
はじめに

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

全数データによる解析の重要性

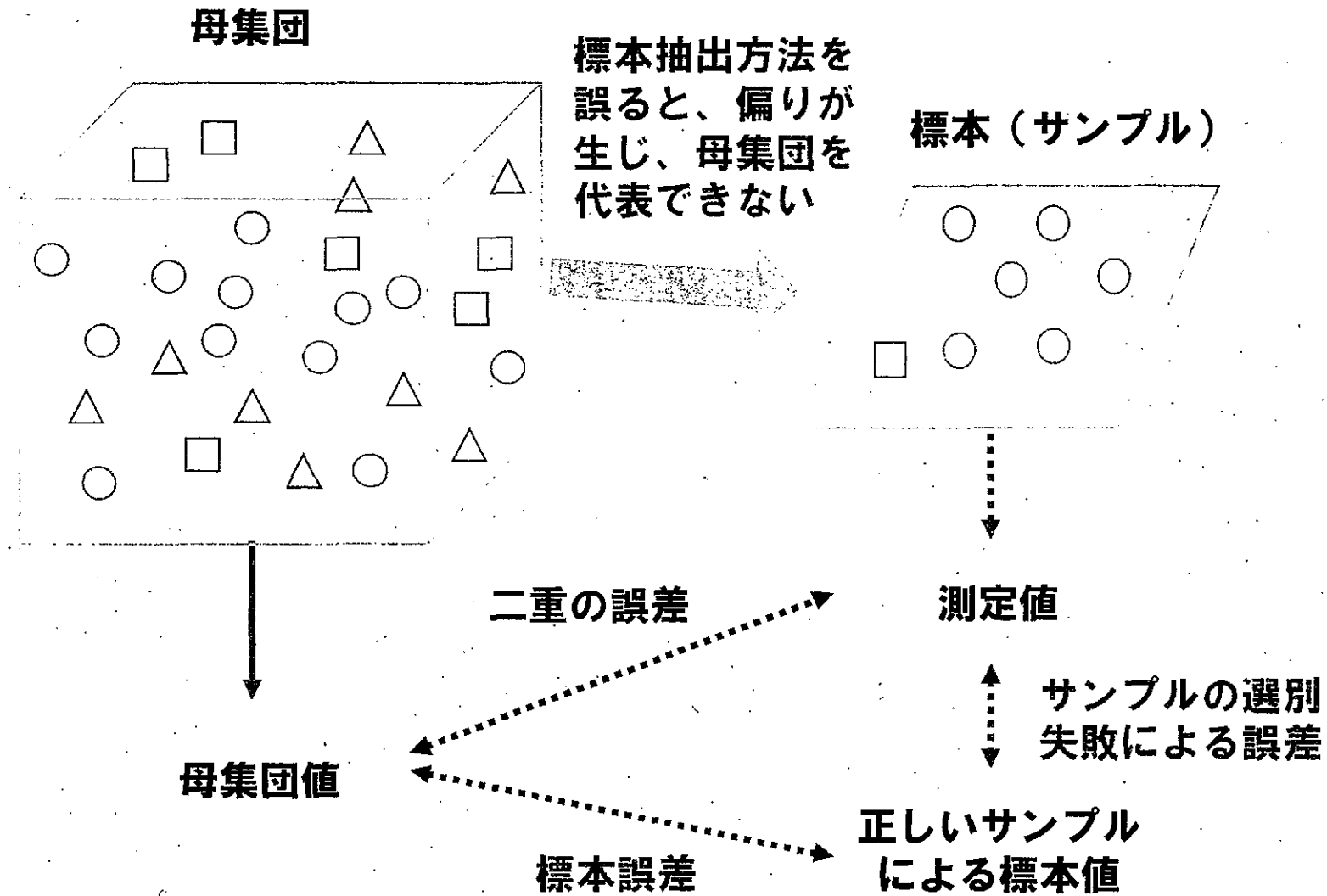
- 将来予測
- 公平性の担保
- 効率性と質のバランス
- プライバシーに配慮
- サンプルバイアスの排除
- データに基づく意思決定の仕組みづくり

サンプルと母集団との関係



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

誤った標本と母集団との関係



安全・安心・効率的な医療制度をITデータが支援

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

ITによる解析の利点と問題点

- 作業効率が良い
- 経費が少ない
- 匿名化が容易（ひも付けも可能）
- 匿名による解析も可能

- 個々の特殊性を判断しにくい

IT導入による影響

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

事例紹介

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

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

今後(あるべき姿)

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



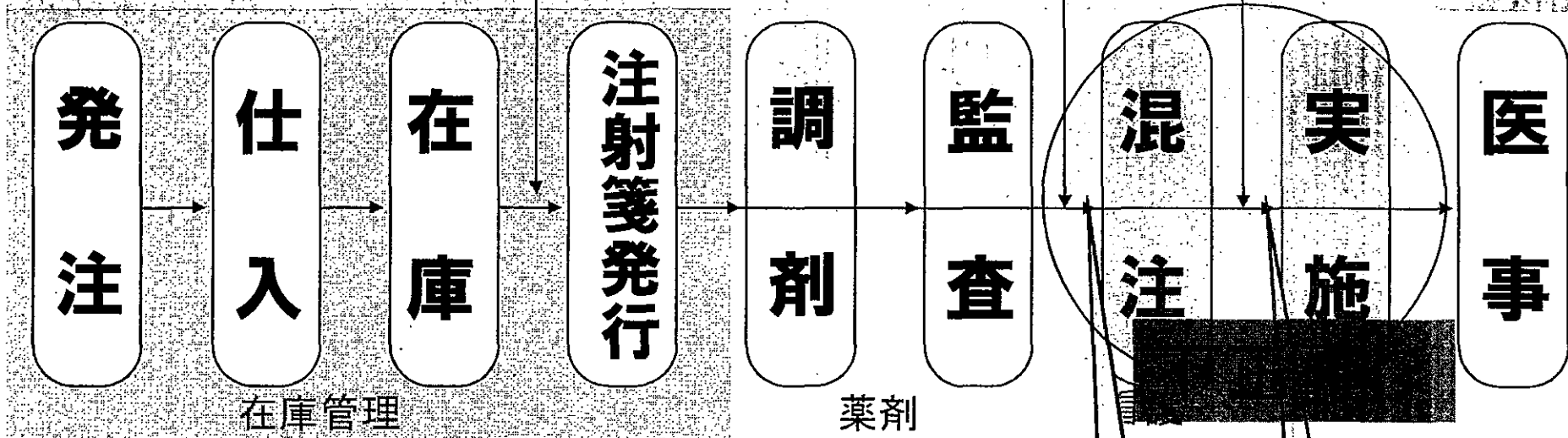
これまで

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

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

注射指示

指示変更



医療におけるタイムスタンプの重要性

複数のシステム間の同期をしないと、
本当のプロセスは分からない

返品

廃棄

返品 : 24%
廃棄 : 15%

オーダーリング 医師

薬剤部門 薬剤師

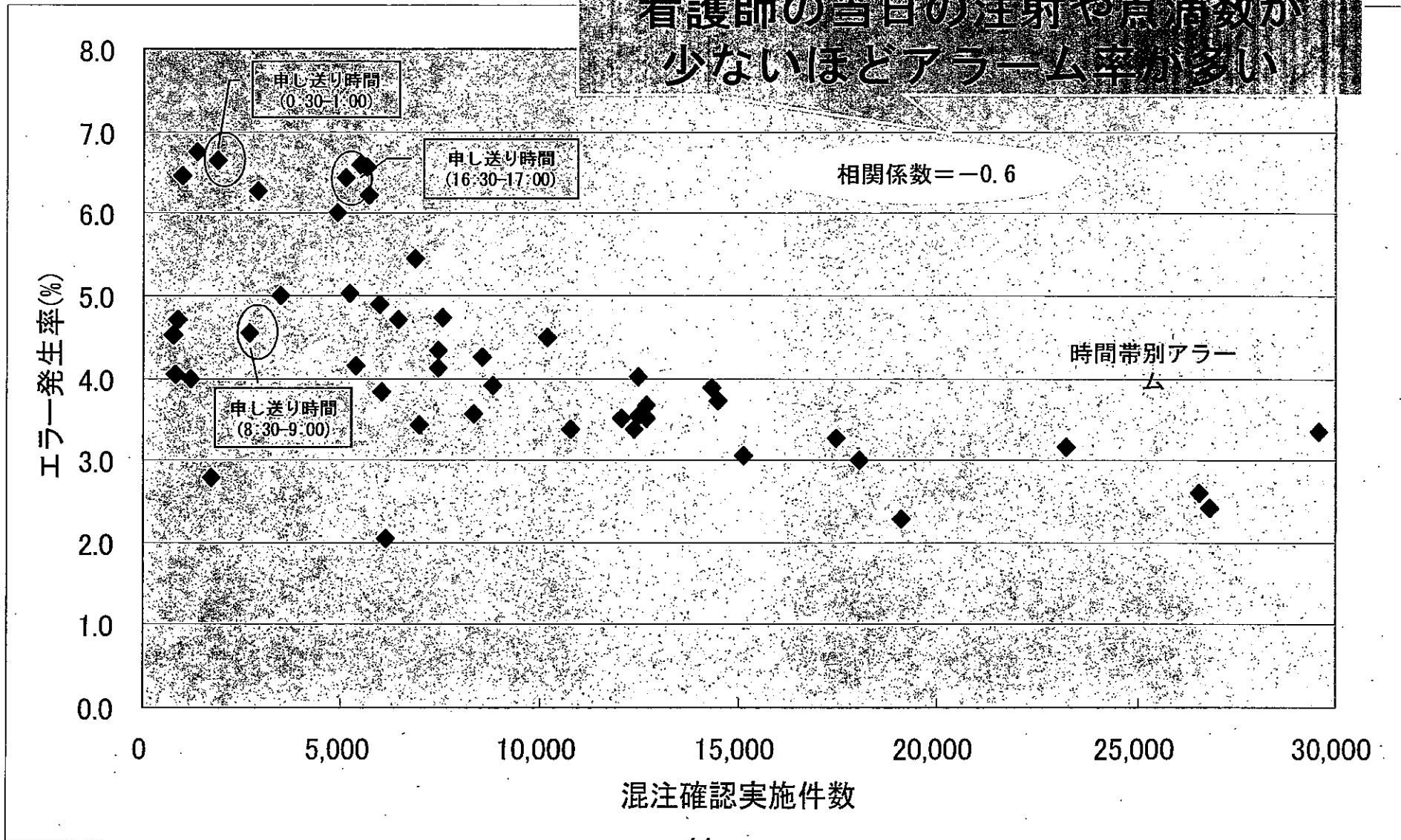
看護(PDA) 看護師



エラーの原因を見つける

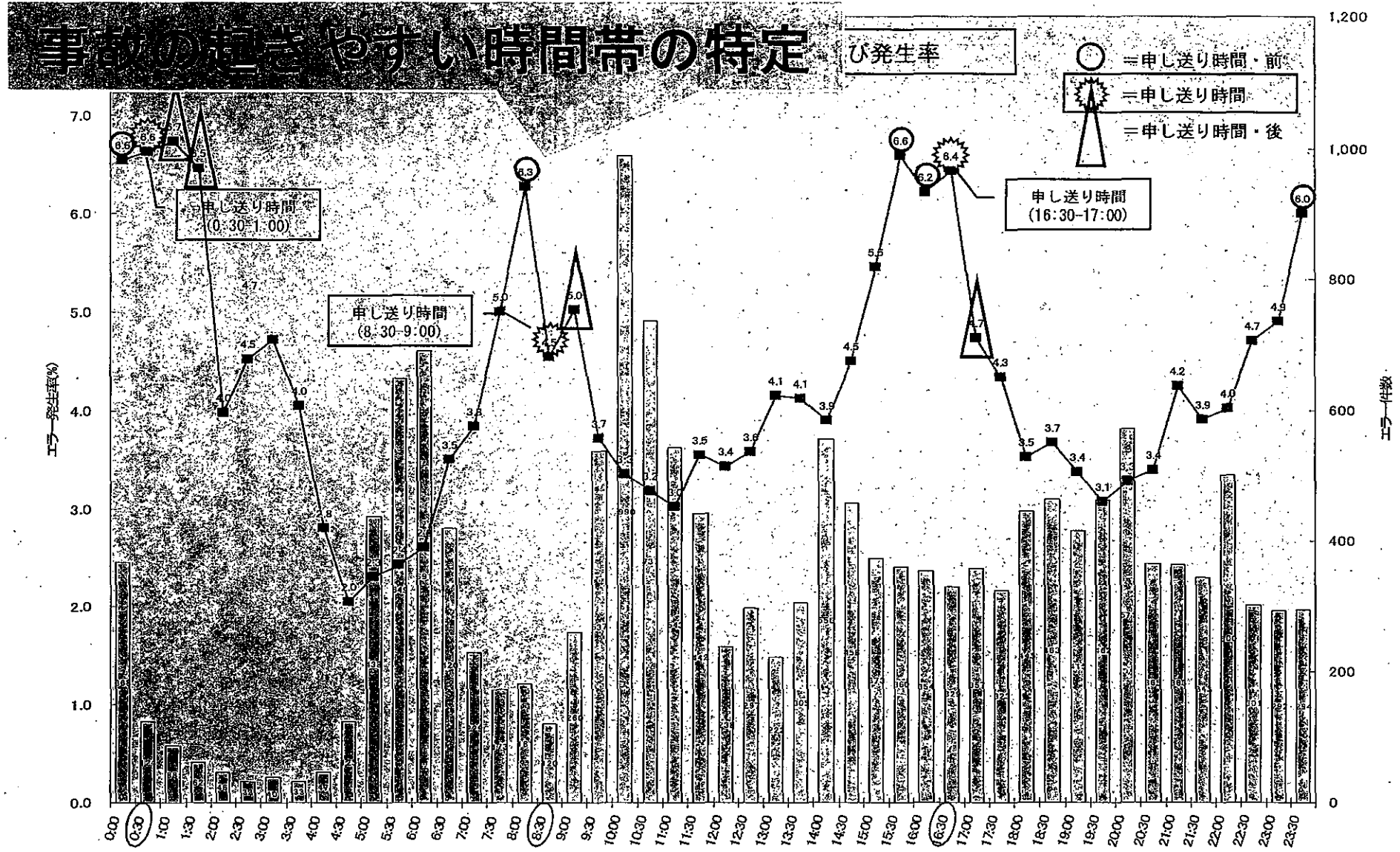
実施件数とエラー発生率は負の相関がややある

看護師の当日の注射や点滴数が少ないほどアラーム率が多い

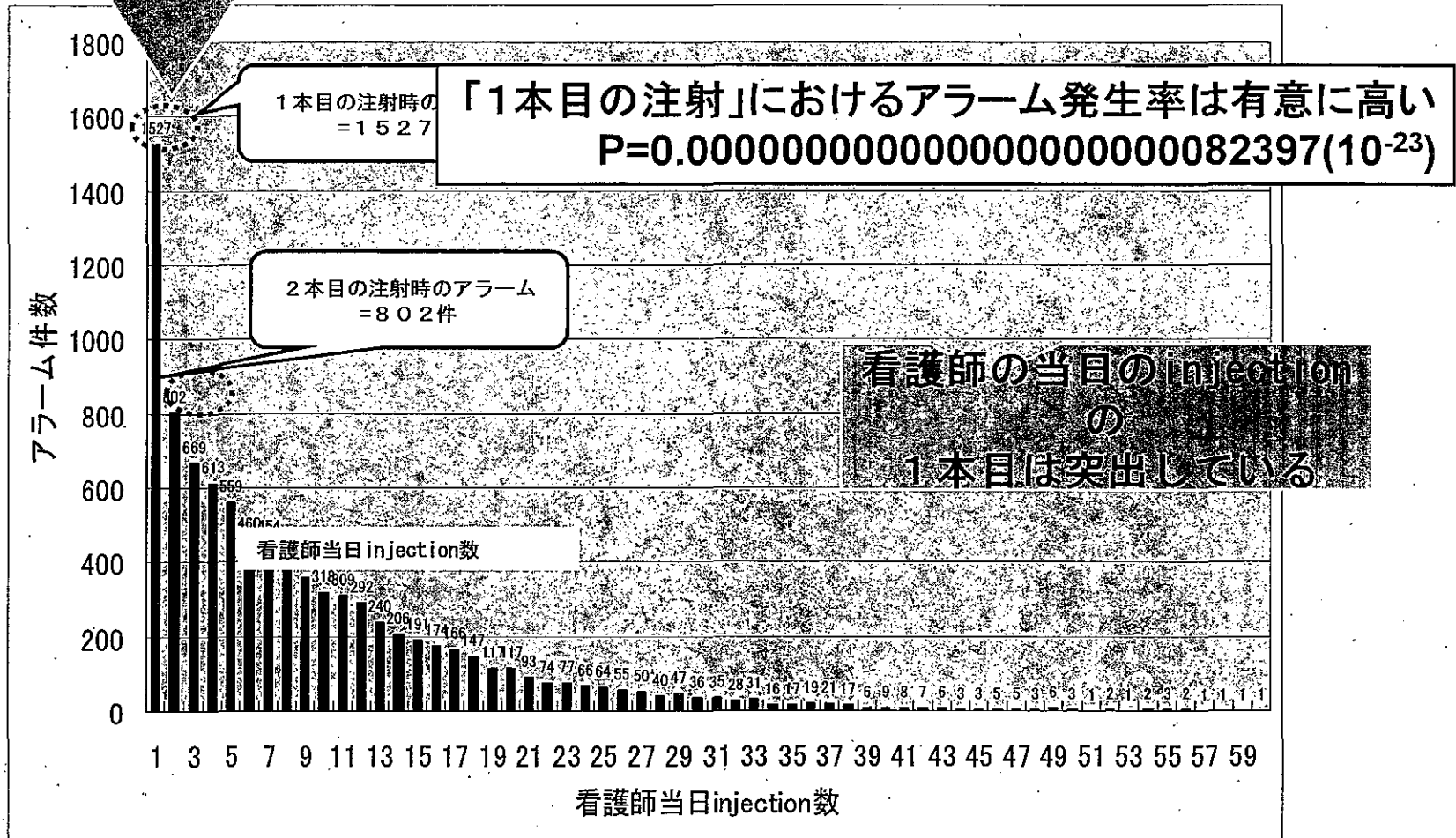


時間帯別アラーム状況

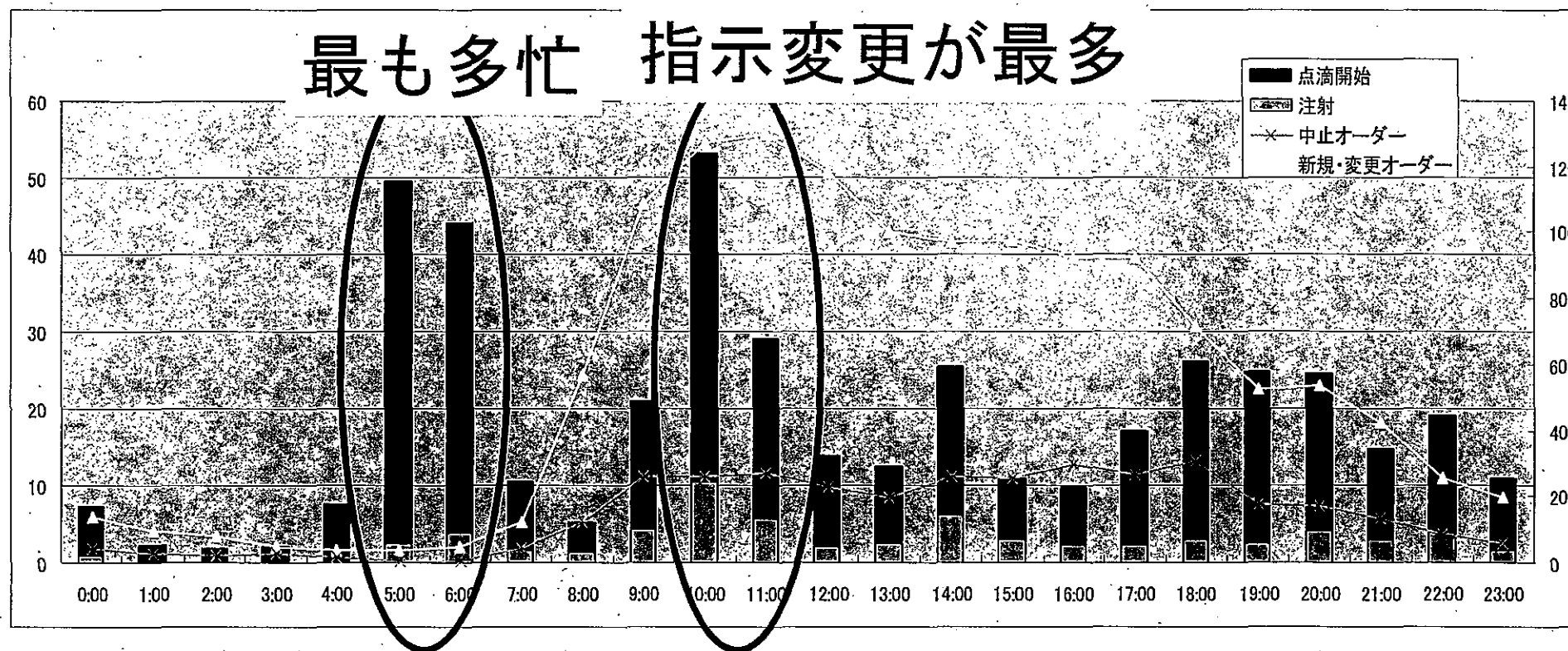
30分毎の区切りで見るとアラーム率の高い時間帯が更にはっきり



仕事始めは注意



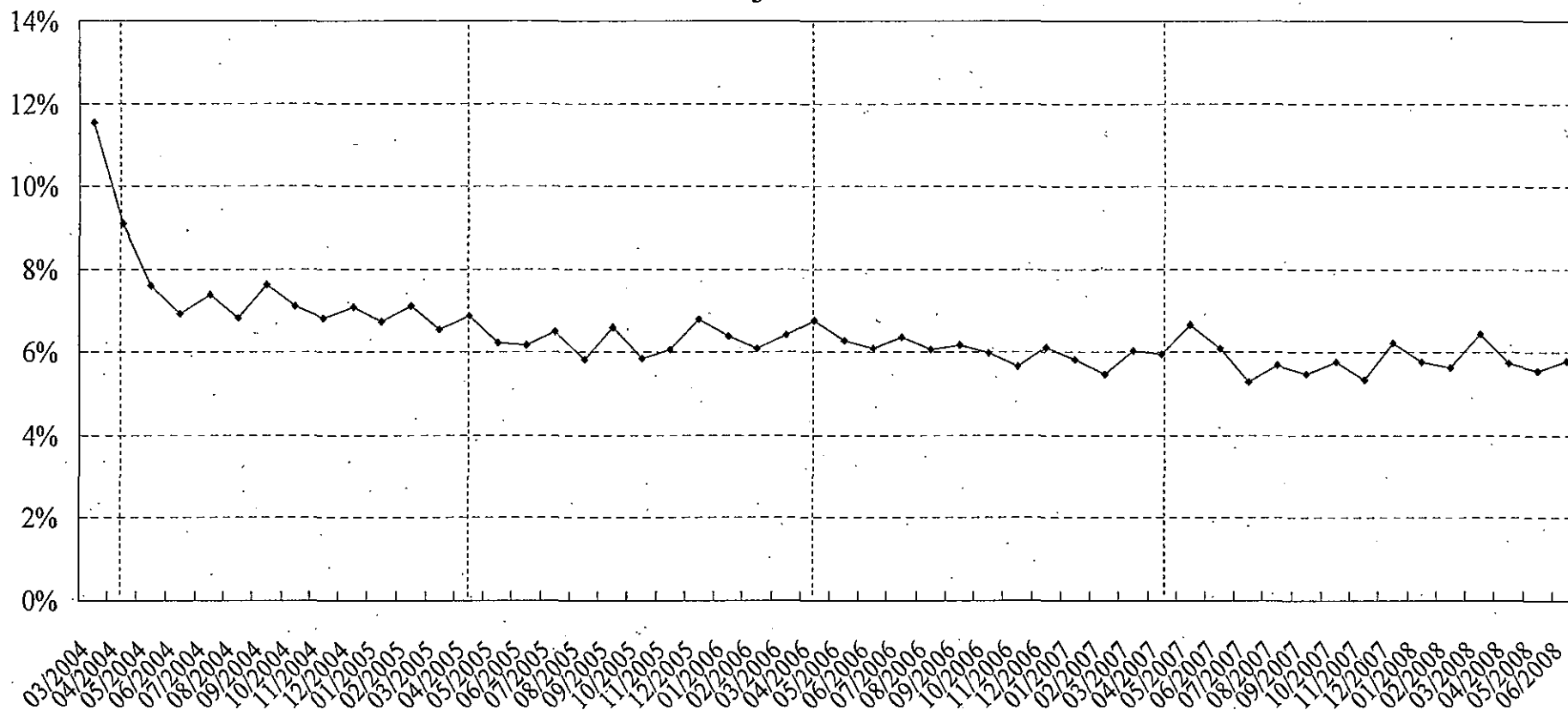
注射点滴開始時刻とオーダーの頻度



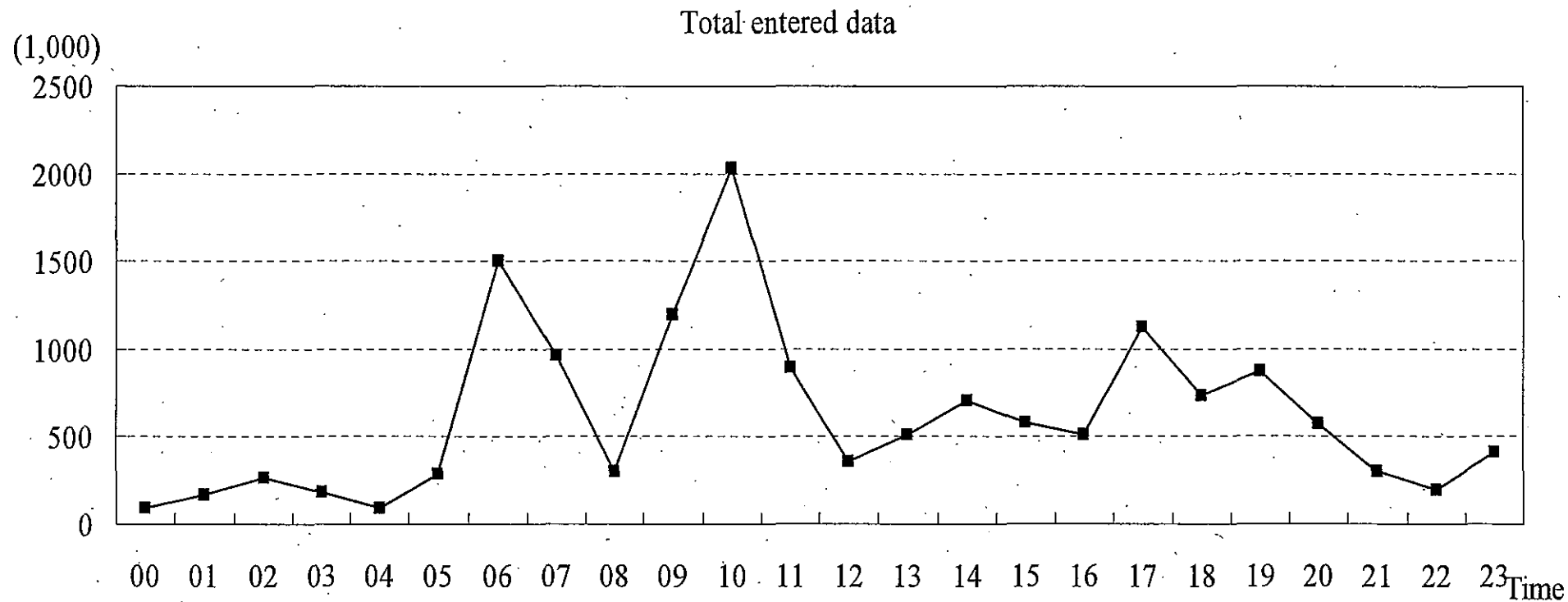
注射時警告数の推移 (2004年3月～2008年6月)



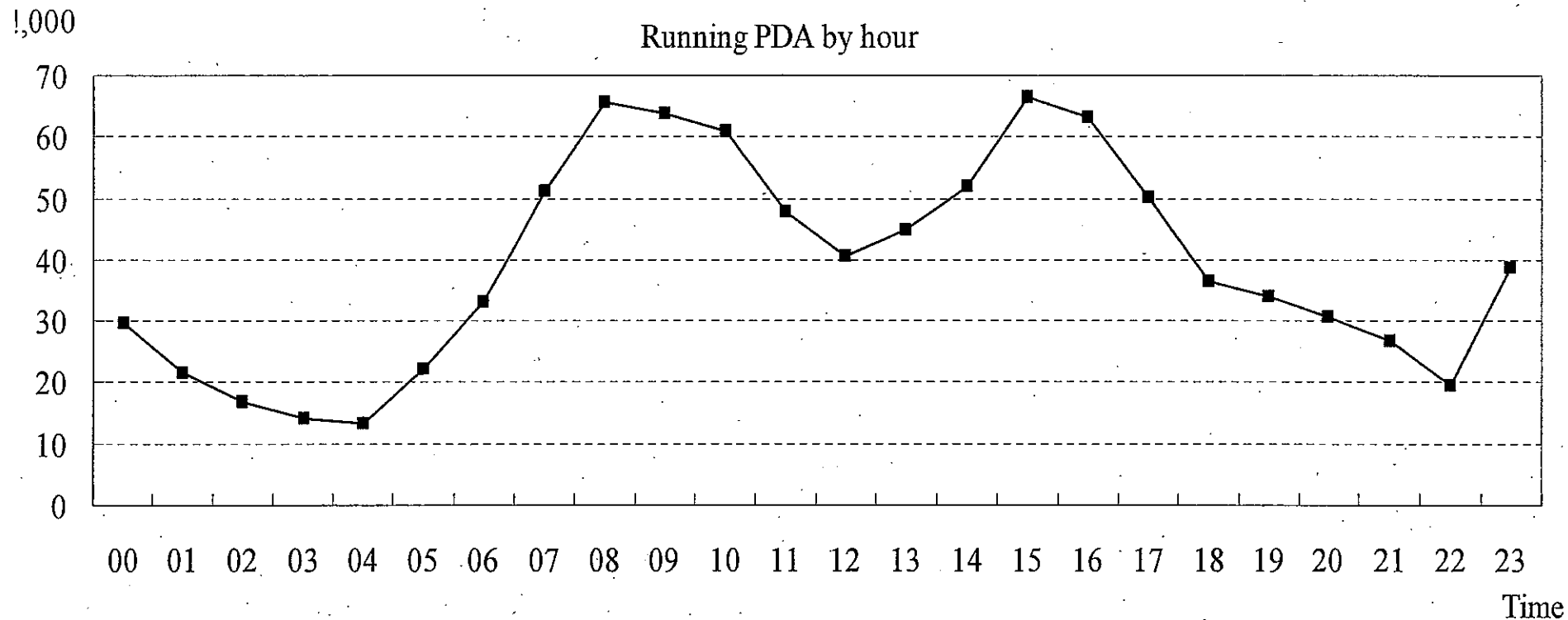
Trend of injection error rate



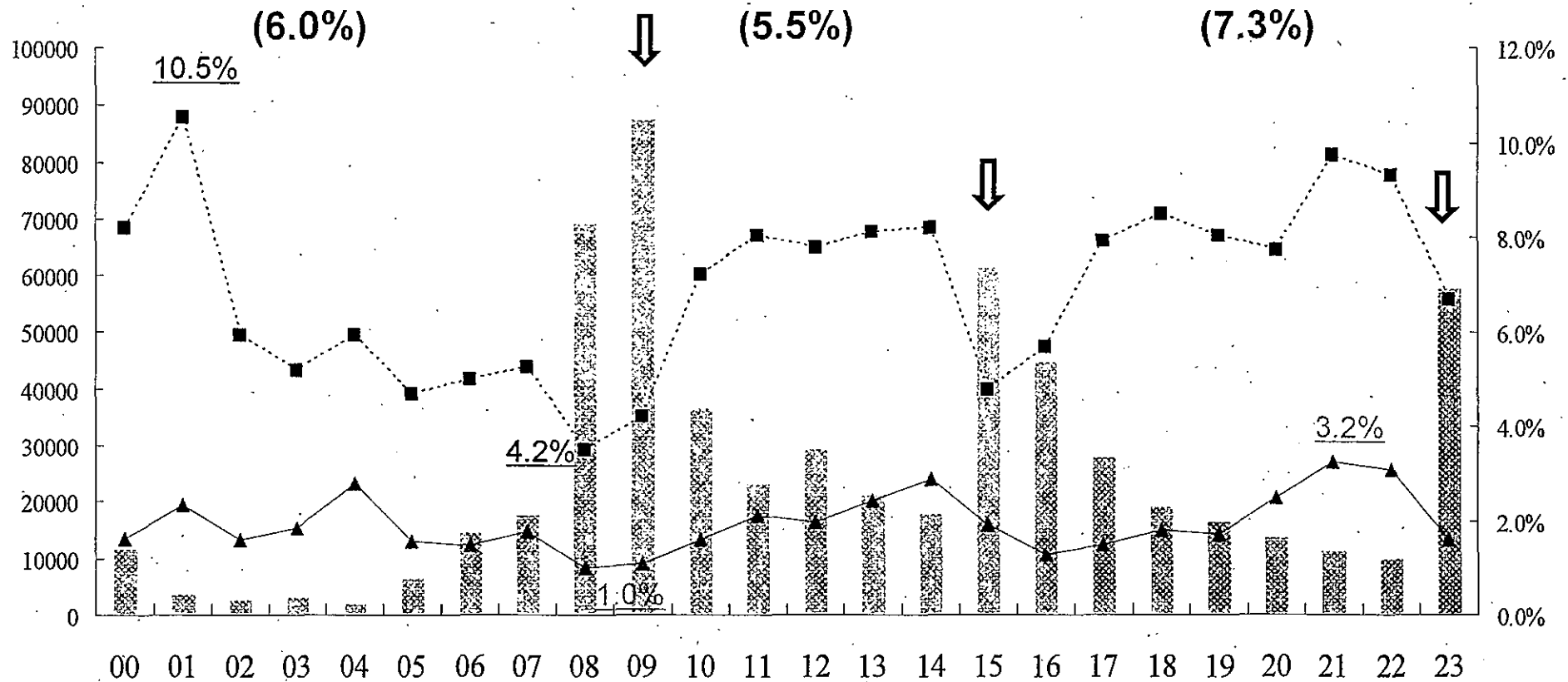
時間毎の注射数



時間毎の稼働PDA台数



時間毎の注射の警告数

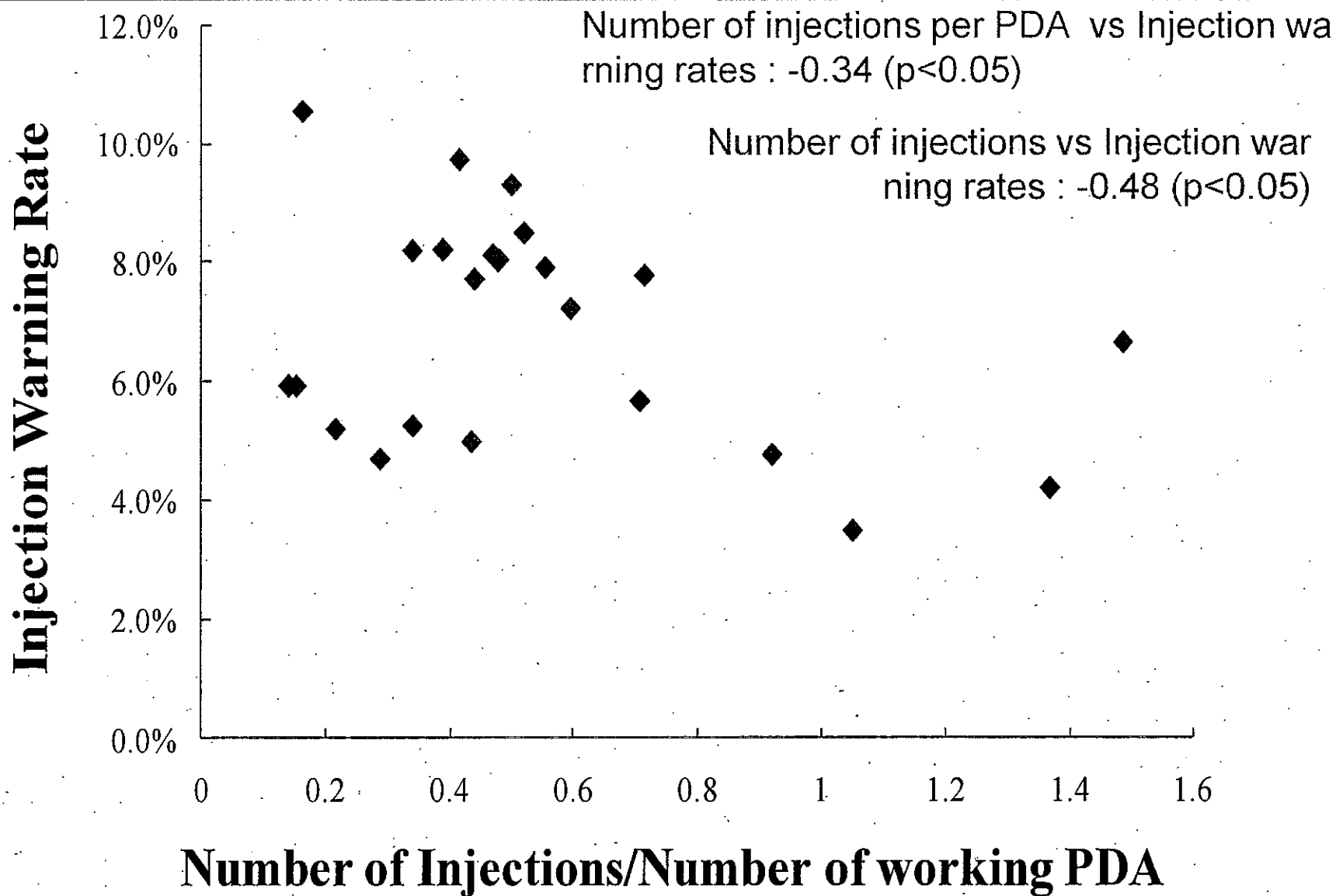


Number of Injections (Left Axis)

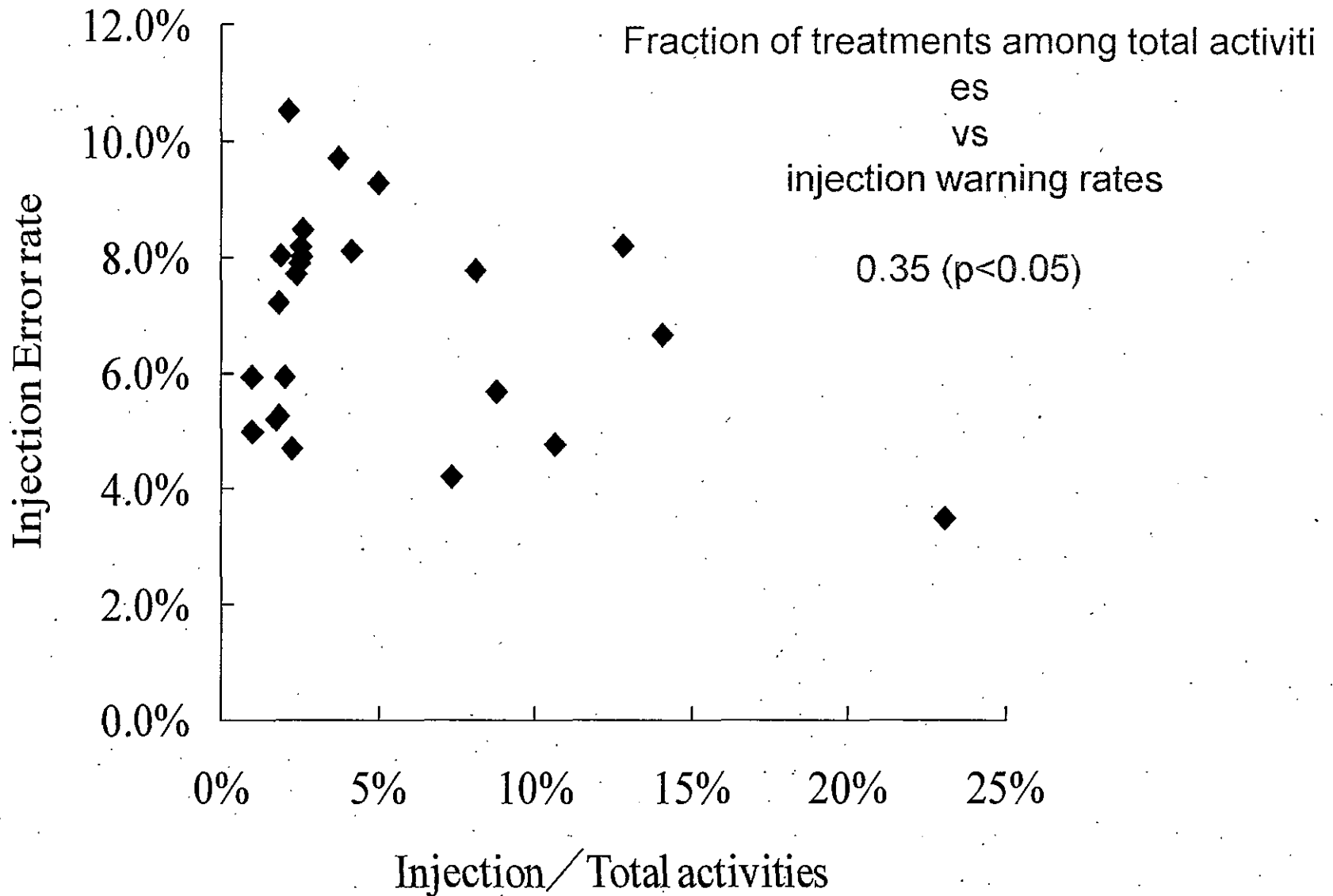
 Injection Warning Rate (Right Axis)

 Mixing Warning Rate (Right Axis)

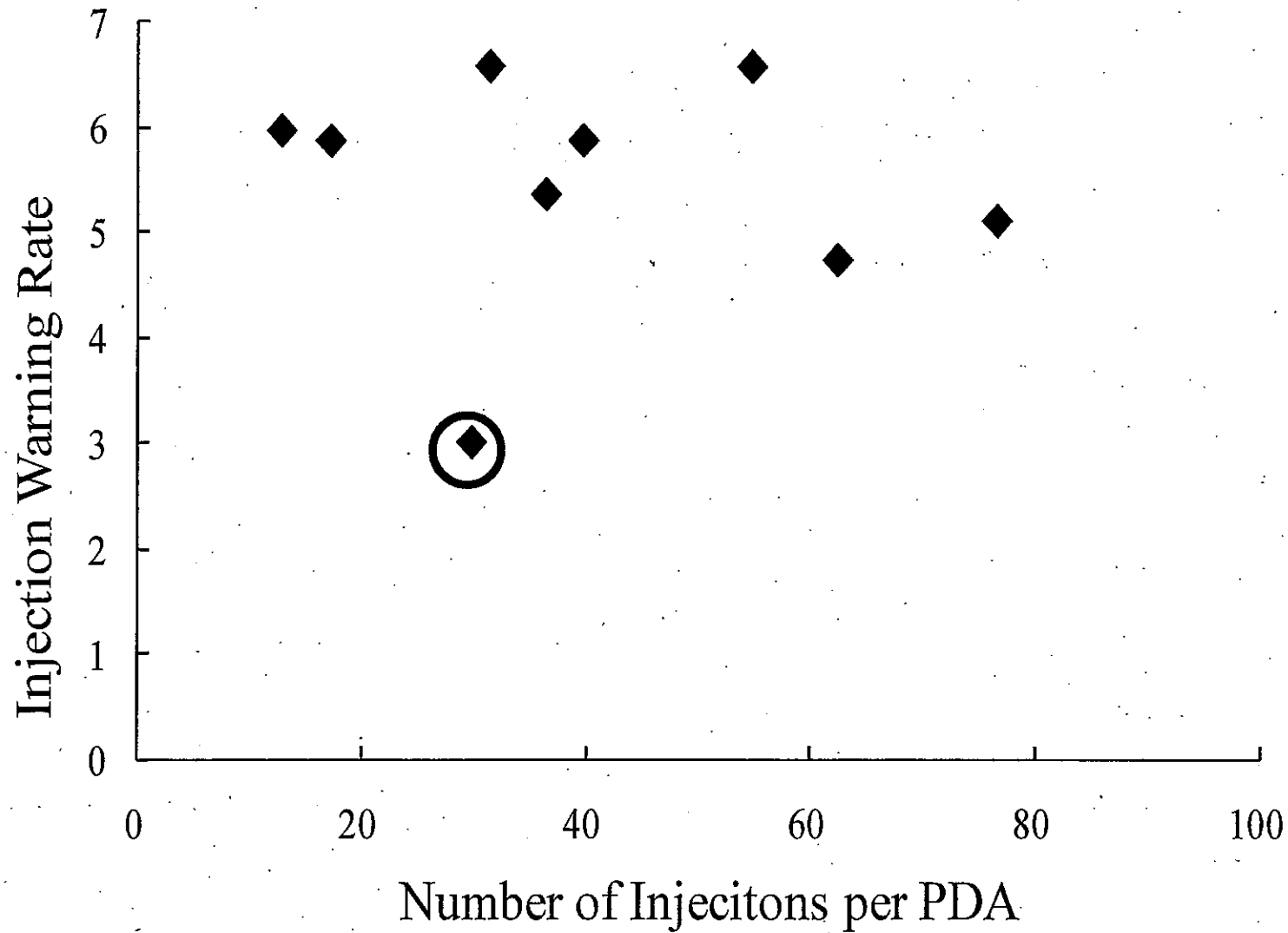
PDA1台あたりの警告数



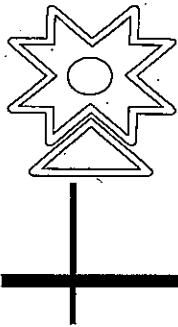
注射本数と警告頻度



病棟毎の警告頻度 (PDA1台あたり)



未定稿



支払基金サービス向上計画(案)

(平成23～27年度)

— より良いサービスをより安く —
(仮 題)

平成22年9月30日
社会保険診療報酬支払基金

新計画案の策定の背景

支払基金をめぐる議論

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

・コストの削減

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

レセプトの電子化の進展

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



平成23～27年度を対象期間とする新計画(案)を策定。

新計画案の全体像

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



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

良質なサービスの提供

1 原審査の充実

① コンピュータチェックの充実

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

② 突合審査及び縦覧審査の実施（平成23年4月～）

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



レセプト点検を実施する保険者の事務処理負担の軽減

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

2 審査の不合理な支部間差異の解消

① 審査委員会の機能の強化

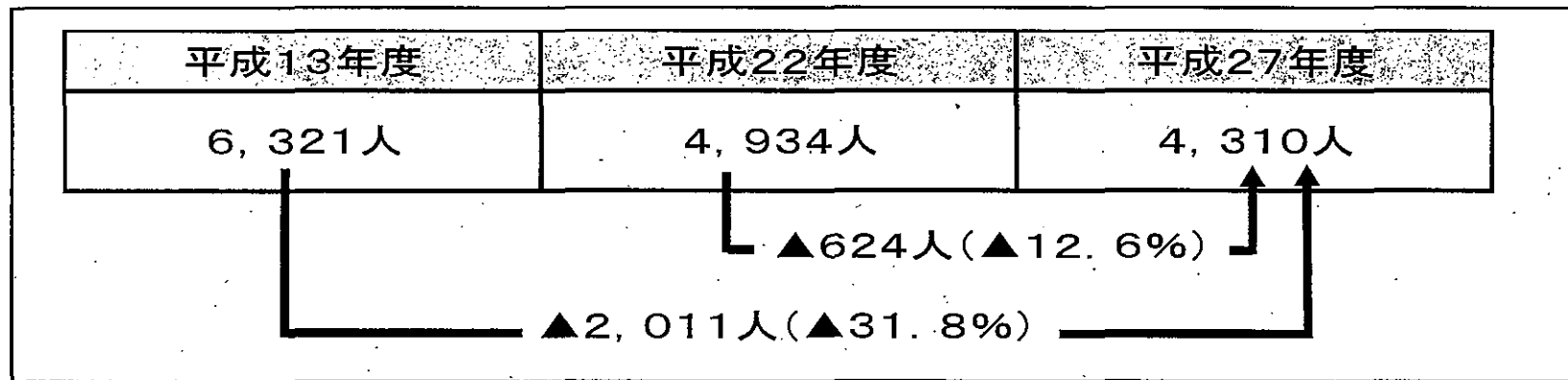
② 職員による審査委員に対する働き掛けの強化

効率的な事業運営

1 ブロック中核支部等を中心とする業務の集約

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

2 職員定員の削減



3 給与水準の見直し

【ラスパイレス指数の引下げ：106(平成21年度) → 100】

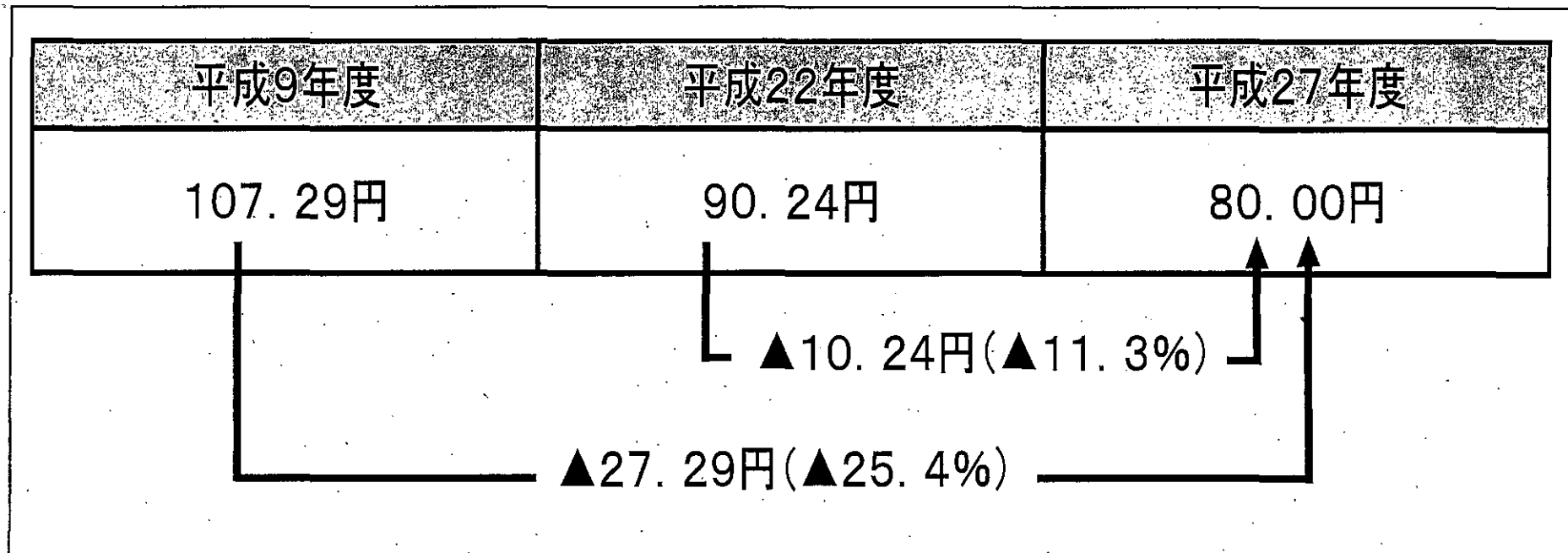
4 コンピュータシステム関連経費の縮減

等

人件費及び物件費の両面にわたる総コストの削減



手数料水準(全レセプトの平均手数料)の引下げ



医療保険制度に対する貢献

- 従来より、レセプト電算処理システムの開発及び運用や電子点数表の構築について、主導的な役割を果たしてきたところ。
- あわせて、2年ごとの診療報酬改定を始めとする頻繁な医療保険制度改正に際し、施行に間に合うよう、レセプト電算処理システムの基盤となるデータベース等を更新し、国保中央会等に提供してきたところ。
- 加えて、今般、約3万5千か所の医療機関の電子レセプトについて、平成22年診療報酬改定の影響を診療項目別等に分析した結果を初めて公表。
- 今後とも、このような役割を果たすことにより、医療保険制度に貢献。

審査支払制度の見直しに関する論点(1)

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



新計画案は、

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

審査支払制度の見直しに関する論点(2)

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



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

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



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

審査支払制度の見直しに関する論点(3)

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



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

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



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

未定稿

支払基金サービス向上計画(案)

(平成23～27年度)

— より良いサービスをより安く —

(仮題)

平成22年9月30日

社会保険診療報酬支払基金

目 次

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

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

第5 効率的な事業運営

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

4	<u>総コストの削減に向けた数値目標</u>	36
	【図表8】平成27年度における一般会計の支出の見込み	37
5	<u>手数料水準の引下げ</u>	38
	【図表9】平成27年度における全レセプトの平均手数料の見込み	38
6	<u>コスト構造の見える化及び手数料体系の見直し</u>	
(1)	コスト構造の見える化	39
	【図表10】平成27年度における事務費収入で賄われる 支出に係るコスト構造の見込み	40
(2)	手数料体系の見直し	40

第6 情報公開の推進及び説明責任の履行

1	<u>医療費の分析評価</u>	43
2	<u>査定に現れない審査の意義の見える化</u>	43
3	<u>審査支払制度の見直しに関する積極的な提言</u>	44

第7 これからの審査支払に向けて

おわりに		47
-------------	--	----

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



はじめに

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

第1 新計画の策定の背景

1 支払基金をめぐる議論

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

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

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

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

③ これを受けて、平成22年4月以降、厚生労働省において、審査支払機関の在り方を組織及び業務の両面で総合的に検討するため、審査支払機関である支払基金及び国民健康保険団体連合会のほか、保険者、診療担当者及び有識者の参加を得た「審査支払機関の在り方に関する検討会」（以下「厚生労働省検討会」という。）が設置され、議論が進められている。今後、厚生労働省において、年内を目途に検討課題に関する議論の一巡を目指すこととされている。

④ また、平成22年4月に実施された支払基金を対象とする厚生労働省省内事業仕分けにおいては、支払基金が提示した改革案に基づき、組織のスリム化、余剰資産の売却、事務・事業の改革等が議論された。今後、厚生労働省において、仕分け人の意見等を踏まえ、最終的な改革案を決定することとされている。

○ これに先立ち、支払基金においては、自らの取組みとして、レセプトの電子化に相応しい審査の在り方を検討するため、平成21年5月、審査委員代表、診療担当者代表、保険者代表及び有識者によって構成される「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」を設置した。その後、9回にわたる議論を経て、平成22年3月、「国民の信頼に応える審査の確立に向けて」と題する報告書（以下「支払基金検討会報告書」という。）を公表し、今後における審査の在るべき姿を明らかにした。その中でも、「支払基金は、保険者の意見を厳しく受け止め、電子化によるコスト削減を更に推し進めていく必要がある。」旨が指摘された。

2 レセプトの電子化の進展

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

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

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

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

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

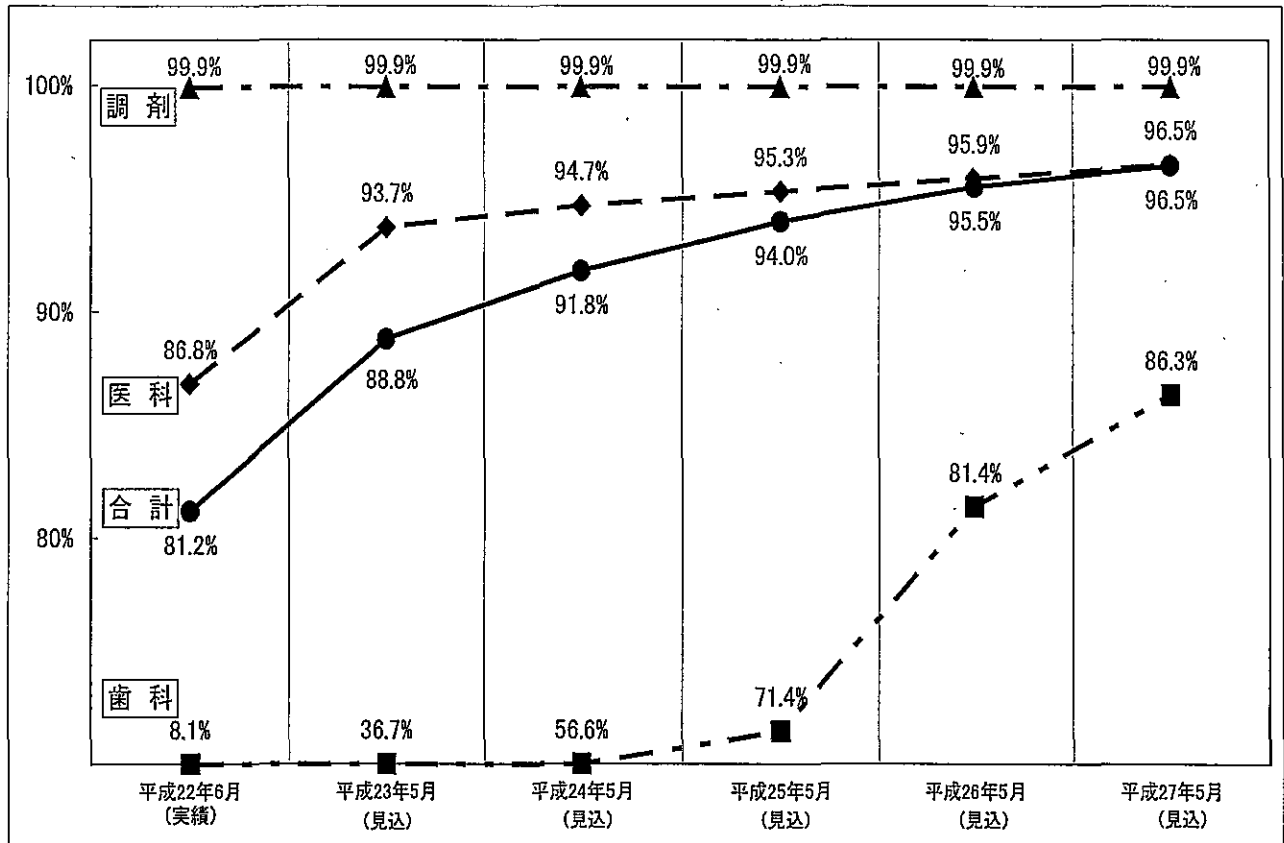
*7 標準仕様とは、医療機関が審査支払機関に対して電子レセプトを提出するに当たって点検すべき事項を定めた仕様をいう。

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

*9 延べ160,321人の参加を得た。

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

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



- (注 1) 医科・調剤については、電子レセプト請求の免除又は猶予に関する届出を基礎とした。
- (注 2) 歯科については、免除分が医科と同様に、猶予分が平成 27 年 5 月までに順次、電子レセプト請求に移行するものと仮定した。
- (注 3) 医療機関の新設、廃止等に伴う電子レセプト請求の変動を勘案しない。

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

第2 新計画の基本的な性格

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

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

第3 平成23～27年度における事業運営の基本方針

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

① 良質なサービスの提供

良質なサービスを提供する観点に基づき、

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

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

あわせて、不合理的な支部間差異の解消に向けて、

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

^{*10} 単月審査とは、各月のレセプトを単独で点検する審査をいう。

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

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

② 効率的な事業運営

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

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

など、人件費及び物件費の両面にわたる総コストの削減に取り組むものとする。

この場合においては、その基盤を整備するため、

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

に取り組むものとする。

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

○ そのほか、情報公開を進め、説明責任を果たすため、

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

に取り組むものとする。

第4 良質なサービスの提供

1 審査の充実

(1) 審査の充実のための方策

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

イ コンピュータチェックの充実

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

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

- このため、電子レセプトについては、可能な限り多くの保険診療ルールに対する適合性をコンピュータチェックの対象とすることが基本である。

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

（イ）チェックマスターを活用したコンピュータチェック

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

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

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

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

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

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

（ロ） 医科電子点数表を活用したコンピュータチェック

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

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

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

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

(ハ) 歯科電子点数表を活用したコンピュータチェック

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

ロ 突合審査及び縦覧審査の実施

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

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

(2) 審査の充実に向けた数値目標

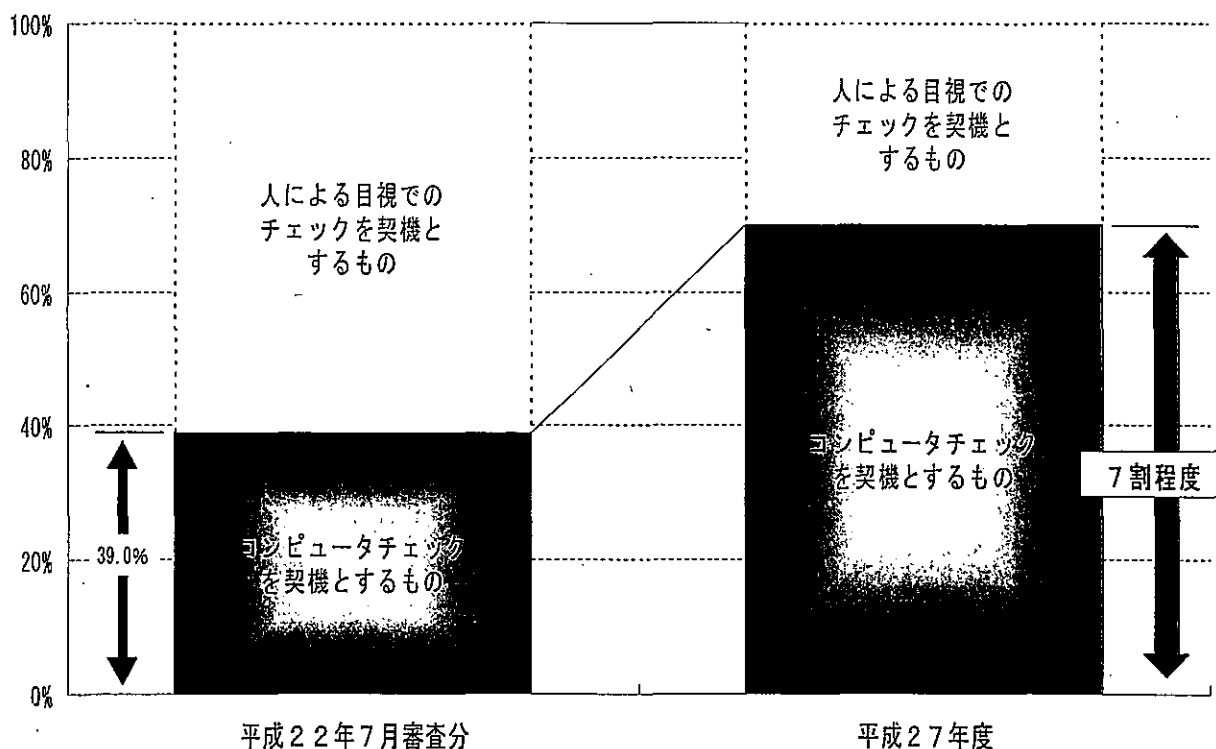
- 審査の充実のための方策を実施するに当たっては、次のとおり、審査の充実に向けた数値目標を設定するものとする。

イ 原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの寄与率の引上げ

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

*20 現行の画面審査システムは、平成14年11月に導入された。

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



□ 突合審査分及び縦覧審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標

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

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

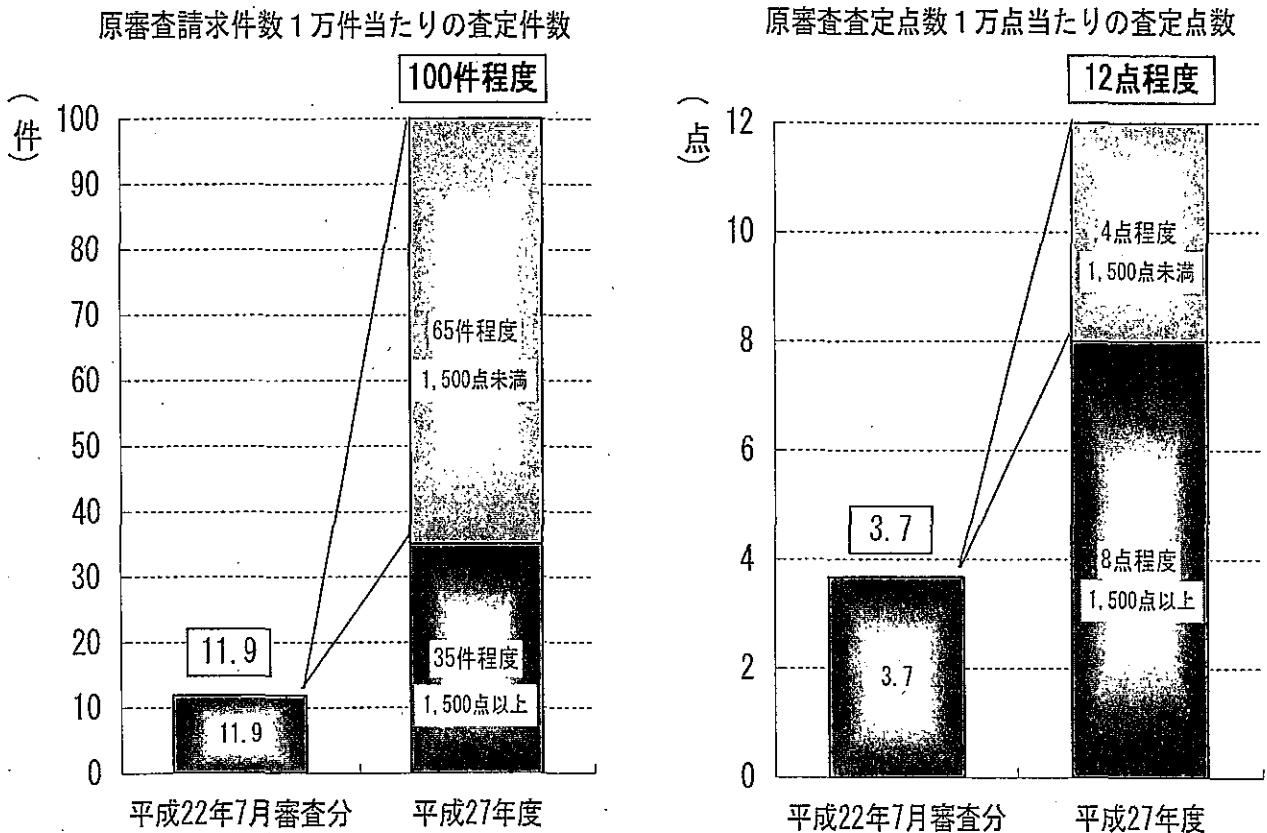
(イ) 突合審査分

突合審査分については、直近の平成22年7月審査分では、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数が11.9件
 - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数が3.7点
- となっている*22が、平成27年度には、

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

【図表3】 突合審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標



*22 現行では、突合審査は、原審査の段階で実施されていないため、

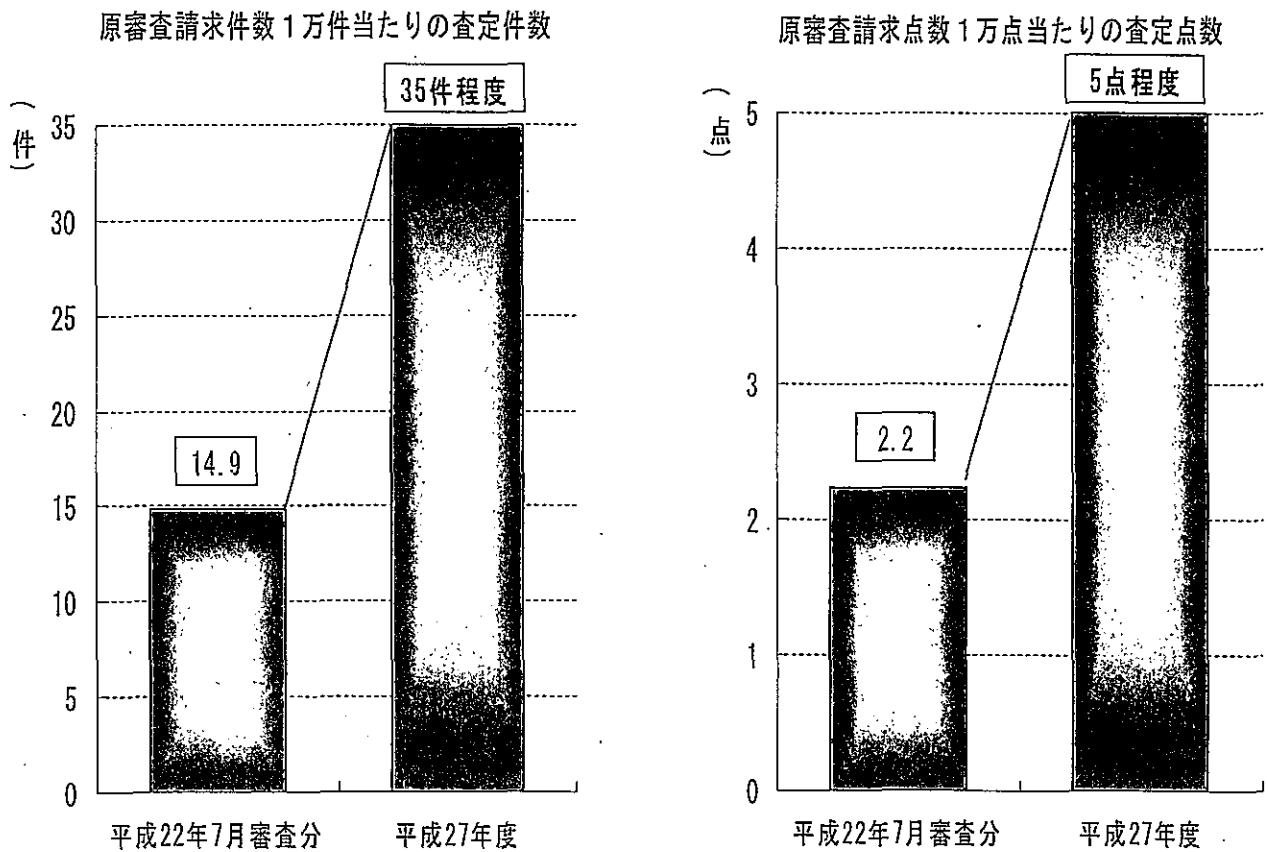
- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数は、保険者による申出に基づく当月の査定件数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求件数で除して10,000を乗じたもの
- ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数は、保険者による申出に基づく当月の査定点数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求点数で除して10,000を乗じたものである。

(ロ) 縦覧審査分

縦覧審査分については、直近の平成22年7月審査分では、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数が14.9件
 - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数が2.2点
- となっている*23が、平成27年度には、
- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数を35件程度
 - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数を5点程度
- とすることを目指すものとする(図表4)。

【図表4】 縦覧審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標



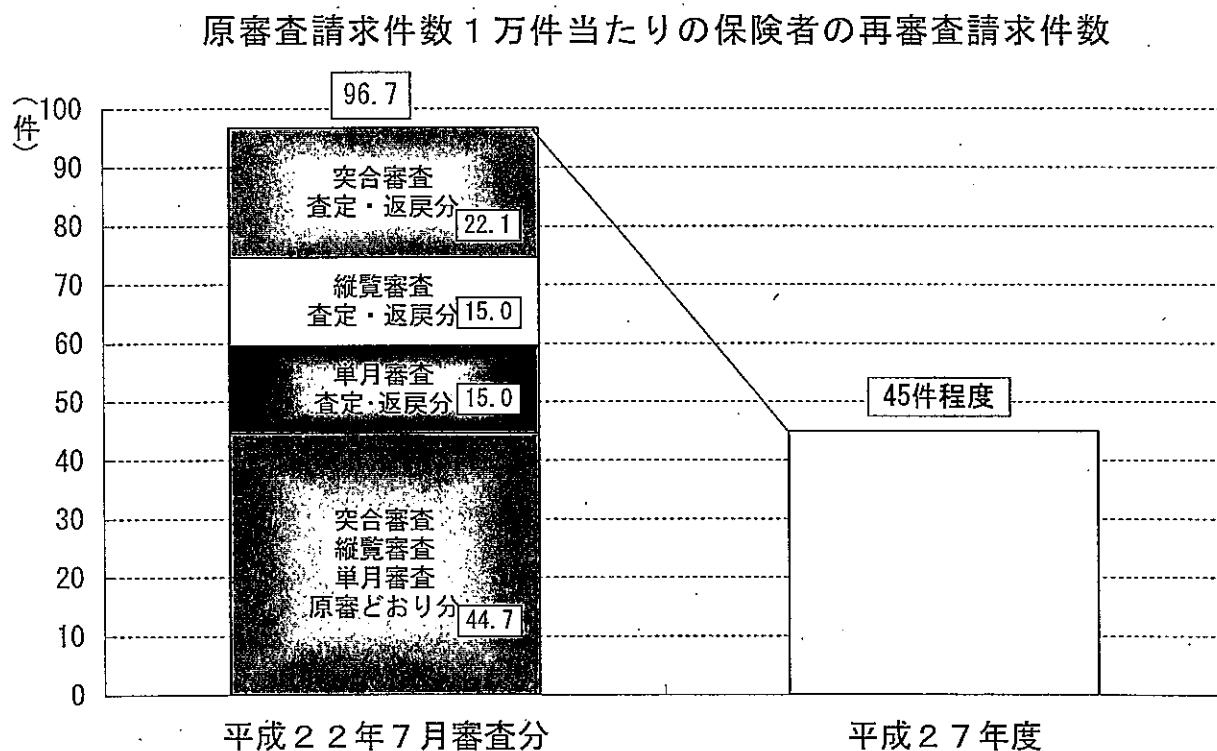
*23 現行では、縦覧審査は、原審査の段階で実施されていないため、

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

ハ 保険者の再審査請求件数の引下げ

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

【図表5】 保険者の再審査請求件数の引下げに関する数値目標



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

ニ D P C レセプト^{*25}の審査返戻率の把握及び公表

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

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

2 審査の不合理な差異の解消

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

イ 審査委員会の機能の強化

- 支払基金検討会報告書における審査基準や審査体制に関する主要な指摘は、次のとおりである。
 - ① 保険診療ルールの解釈について、疑問が生じた場合、公定解釈を求めて、基金本部を通じて公定解釈権を有する厚生労働省に照会するが、回答が得られるまでに長期間を要することがしばしばある（参考6）。厚生労働省の回答が出るまでの間、本部において暫定的な見解を示すべきである。
 - ② 様々な学会がその専門領域において診療のガイドラインを作成しているが、その診療のガイドラインと保険診療ルールの不整合が生じる場合がある。学会のガイドラインと保険診療ルールの整合性についても厚生労働省とも協議しつつ、本部においてその調整の仕組みを作るべきである。
 - ③ 各支部の審査委員会は、それぞれ独立して審査を行ってきた。支部間で相談・協議を行う体制を、全国で、又は全国をいくつかに分けたブロックごとに実施していく必要がある。
 - ④ 規模が小さい支部の審査委員会においては、専門科の審査委員の確保に困難なところもあり、また、1診療科に1人の審査委員の場合は、相談・協議ができないこと等から判断に困るケースなどもある。専門的な審査に対応できない診療科等については、ネットワークを活用し、本部若しくは審査可能な大支部によるコンサルティングを行うことができるシステムの構築が必要である。
 - ⑤ 審査委員会の内部で、審査委員会を支援し、審査委員会をあるべき方向に導く人材が必要である。審査委員であるとともに、支部に常時勤務し、審査委員会と職員の連携を図り、支部の審査委員会と本部との結節点となり、各支部の審査委員会間相互の連携の要となり、審査委員会と保険者等外部との接点となるといった役割を果たす医師・歯科医師の確保が求められる。

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

① 本部における「審査に関する苦情等相談窓口」の設置

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

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

② 「専門分野別ワーキンググループ」の編成

新規の支部間差異が発生しないよう、保険診療ルールに関する疑義や学会のガイドラインと保険診療ルールとの不整合に的確に対応するため、「専門分野別ワーキンググループ」を編成する。

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

また、学会のガイドラインと保険診療ルールとが不整合である事例については、本部において、「専門分野別ワーキンググループ」に対して取扱い案の作成を依頼し、当該取扱い案を厚生労働省に提供する。

③ 「審査委員長等ブロック別会議」の開催

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

④ 「審査委員会間の審査照会（コンサルティング）」の実施

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

⑤ 「医療顧問」の配置

本部や他支部との間での連絡調整、審査委員相互間の協議、審査委員と職員との連携の橋渡し等の職務にフルタイムで従事する審査委員を確保するため、従前の常勤審査委員を発展させて任務を明確にした「医療顧問」を平成23年6月までに全支部で配置することを目指す。

ロ 職員による審査委員に対する働き掛けの強化

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

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

3 審査におけるPDCAサイクルの確立

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

4 保険者及び医療機関に対するサービスの向上

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

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

5 診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に係る円滑な対応

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

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

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

第5 効率的な事業運営

1 効率的な事業運営のための基盤の整備

(1) 審査及び請求支払に係る業務フローの見直し

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

イ 電子レセプトに係る職員の審査事務

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

ロ 紙レセプトに係る審査及び請求支払

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

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

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

^{*30} 保険者は、画像データをレセプト点検の実施等に利用している。

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

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

(2) 管理業務の集約

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

(3) コンピュータシステムの機器更新

- 現行のコンピュータシステムの開発及び運用に係るアウトソーシングサービスに関する契約の期間は、平成17年10月～平成24年9月の7年とされている。
- 当該期間中、機器の老朽化が進行している。加えて、当該期間が満了すると、ハードウェアの保守部品の供給やソフトウェアの保守サービスの提供の打切りが予想されるなど、コンピュータシステムの信頼性を損なうリスクが高まる。
- また、コンピュータチェックの充実（第4-1-(1)）等に現行の機器で対応しようとする、処理性能や拡張性との関係で限界に達するものと見込まれる。
- さらに、大規模災害等による障害の発生に際しても、迅速な復旧を通じた事業の継続が可能となるよう、データセンターのバックアップの方式を確立する必要がある。
- これらを踏まえ、コンピュータシステムの安定的な稼働を確保するとともに、ITの進歩に的確に対応したコンピュータシステムの最適化や効率化を図るため、平成24年度を目途に、コンピュータシステムの機器更新を実施するものとする。

(4) 予算及び決算におけるPDCAサイクルの確立

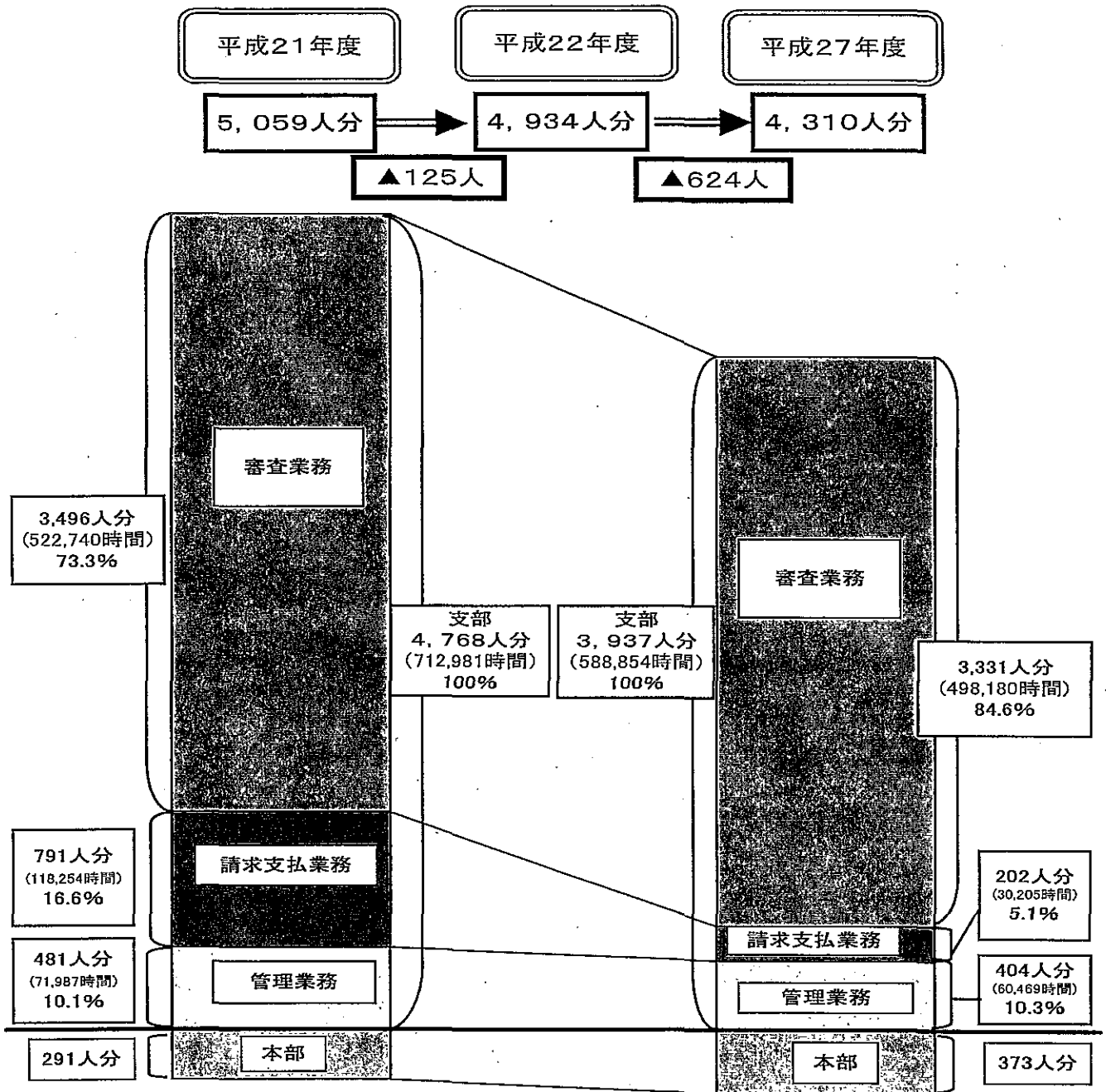
- 予算及び決算におけるPDCAサイクルの確立に向けて、一般会計*³²の収支について、毎年度、決算を取りまとめるに当たり、予算と決算との異同を明示するものとする。

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

2 業務量の見通し

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

【図表6】 平成27年度における職員の業務量の見込み



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

(注2) 業務処理時間は、平成21年度及び平成22年度における調査による。

- すなわち、平成23～27年度におけるレセプト件数及び全レセプトに占める電子レセプトの件数割合の見込み（第1-2）によると、引き続き、紙レセプトが減少し、これに伴い、今後、請求支払に係る業務量が減少するものと見込まれる。

- また、
 - ① 平成22年7月より、保険者及び医療機関が再審査をオンラインで請求することを可能としたこと^{*33}
 - ② 平成23年4月より、原審査の段階で突合審査及び縦覧審査を実施すること（第4-1-(1)-ロ）
等に伴い、今後、再審査に係る業務量が減少するものと見込まれる。

- これに対し、コンピュータチェックにおいては、保険診療ルールに適合しない診療行為に関する疑義が見落としなく網羅的に表示されるものの、診療行為が保険診療ルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することが不可能である現行の診療報酬体系を前提とすると、コンピュータチェックを通じて表示された疑義が査定の対象となるかどうかを人による目視でのチェックで見極める業務が不可欠となる。

- 例えば、平成22年2月より導入された、医薬品の適応及び用量に関するチェックマスターを参照して自動的に傷病名と医薬品の適応及び用量との対応の適否を点検するシステム（第4-1-(1)-イ-（イ））においては、平成22年7月審査分では、コンピュータチェックを通じて疑義を表示したレセプトが約27.7万件に達したのに対し、そのうち、職員の審査事務を通じて疑義と判断したものが約3.4万件、審査委員の審査を通じて査定と判断したものが約1.8万件にとどまった（参考9）。

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

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

3 総コストの削減のための方策

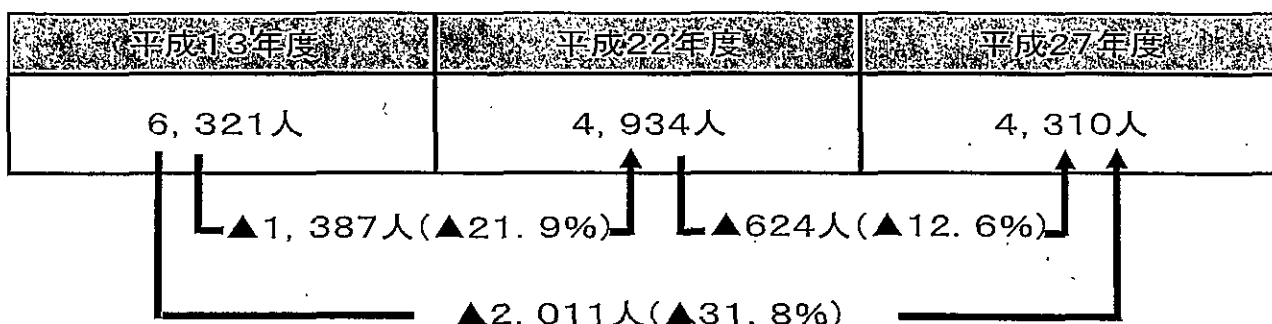
- 業務量の見通し（第5-1-(2)）に基づき、事業の運営に真に必要な経費を確保しつつ、次のとおり、人件費及び物件費の両面にわたる総コストの削減に取り組むものとする。

(1) 職員定員の削減

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

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

【図表7】 一般会計の職員定員の削減



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

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

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

(2) 給与水準の引下げ

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

(3) コンピュータシステム関連経費の縮減

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

(4) 支払基金保有宿舍の整理合理化

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

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

4 総コストの削減に向けた数値目標

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

【図表8】 平成27年度における一般会計の支出の見込み

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

(注) レセプト電子データ提供事業に係る支出を計上していない。

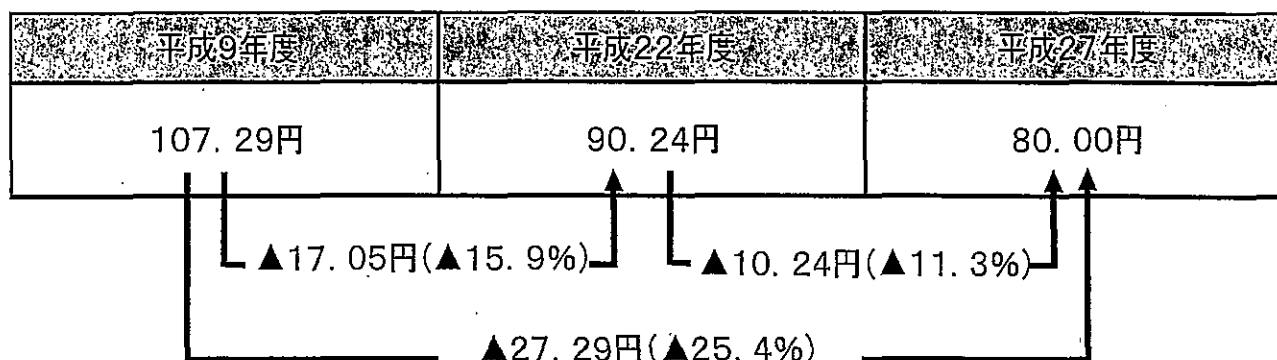
5 手数料水準の引下げ

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

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

- このため、レセプト件数の見込み（第1-2）を踏まえ、オンライン受取り分、電子媒体受取り分及び紙媒体受取り分の別を問わずに医科・歯科レセプトのみならず調剤レセプトも含めたすべてのレセプトに係る平均手数料について、平成27年度には、
- ① ピーク時の平成9年度決算（107.29円）と比較して
▲25.4%（▲27.29円）
 - ② 直近の平成22年度予算（90.24円）と比較して▲11.3%（▲10.24円）
- に相当する80.00円とすることを目指すものとする（図表9）。

【図表9】 平成27年度における全レセプトの平均手数料の見込み



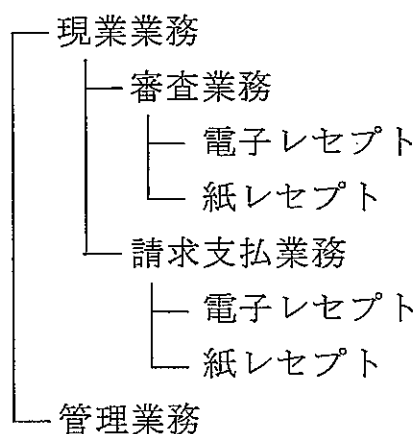
*³⁷ 事務費収入とは、保険者が負担する手数料による収入という。

6 コスト構造の見える化及び手数料体系の見直し

(1) コスト構造の見える化

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

- ① 次に掲げる区分を設定する。



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

【図表 10】

平成 27 年度における
事務費収入で賄われる支出に係るコスト構造の見込み

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

(注) 戦傷病者に係るレセプト件数を除外している。

(2) 手数料体系の見直し

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

① 手数料水準の引下げと手数料体系の見直しとの峻別

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

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

② 電子レセプトと紙レセプトとの区分

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

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

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

③ 医科・歯科レセプトと調剤レセプトとの区分

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

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

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

④ 原審査と再審査との区分

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

⑤ 査定率と手数料との連動

審査委員会の審査は、医師又は歯科医師の専門的知見に基づく判断であるため、査定率に応じて手数料を設定する、例えば、査定率が高い支部又はレセプトに係る手数料を高くする、という方策は、査定率の向上に対する動機付けとなり得ない。

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

第6 情報公開の推進及び説明責任の履行

1 医療費の分析評価

- 電子レセプトについては、紙レセプトと異なり、データの集計による統計の作成が容易となるため、医療費の分析評価の充実に資することとなる。
- これを踏まえ、今般、平成21年4・5月診療分及び平成22年4・5月診療分のいずれにおいても、電子レセプトで請求した医科医療機関（34,953か所）について、平成22年診療報酬改定の影響を診療項目別等に分析し、平成22年8月、その結果を公表した。
- これは、段階的な開発の途上にある医療費分析システムを活用した成果の第1弾として、平成22年診療報酬改定の影響を検証する作業に資するものである。
- 今後とも、審査支払機関として審査の充実を図るとともに、厚生労働省のほか、保険者及び医療機関を始めとする関係者のニーズに応えるため、医療費の分析評価を実施するものとする。

2 査定に現れない審査の意義の見える化

- そもそも、審査とは、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って、査定を目的とするものではない。
- 具体的には、ピアレビュー*39を実施する審査委員会の存在は、それ自体で医療機関による不適正なレセプトの提出を抑止している。また、審査委員会は、医療機関に対し、適正なレセプトの提出を働き掛ける取り組みを実施している。

*39 ピアレビューとは、同業の専門家による公正な評価をいう。

- このような査定に現れない審査の意義の見える化を図るため、今後、審査委員会が医療機関に対して適正なレセプトの提出を働き掛ける取組みの効果を定量的に示すものとする。今般、平成21年4～9月に実施された審査委員会による面談、文書等を通じた改善要請に伴い、その事項に係る原審査査定点数及び再審査査定点数が減少した医療機関の事例について、平成22年9月における各支部の報告を本部において取りまとめたところ、515か所の医療機関における改善要請事項に係る査定点数の減少分の合計は、約302万点となっている（参考12）。
- また、引き続き、ピアレビューを実施する審査委員会の存在がそれ自体で医療機関による不適正なレセプトの提出を抑止するという効果を定量的に示すための方策を検討するものとする。

3 審査支払制度の見直しに関する積極的な提言

- 平成21年11月、支払基金理事長より、厚生労働省保険局長あてに、レセプトの電子化にふさわしい審査を実施する上で必要となる事項等の9項目について、「審査支払業務の改善に必要な制度等の見直しに関する要望」を提出した。
- また、平成22年6月、第4回厚生労働省検討会において、
 - ① 紙レセプト本位から電子レセプト本位への転換
 - ② レセプトのやり取りの電子化
 - ③ 地方厚生局の情報提供の迅速化について、「支払基金としての要望（審査関係）」を提出した。
- 今後とも、厚生労働省に対し、レセプトの電子化、保険診療ルールの明確化、時代の要請に応じた新規事業の実施等に資する審査支払制度の見直しを積極的に提言するものとする。

第7 これからの審査支払に向けて

- 以上、平成23～27年度における「より良いサービスをより安く」提供するための取組みを記述したが、これらは、あくまでも現行の審査支払制度を始めとする医療保険制度の枠組みを前提とするものである（第2）。

- これからの審査支払の在り方については、厚生労働省検討会等を通じて関係者間で検討されることとなるが、審査支払制度の見直しに関する論点を列挙すると、次のとおりである。
 - ① 本部に設置された特別審査委員会又はこれに代わる機関によって設定された審査取決事項が各支部に設置された審査委員会に対して一定の拘束力を有する仕組み。

 - ② 現行における本部に設置された特別審査委員会が高点数のレセプトの審査を実施する仕組みのほか、
 - i 医療機関所在地の審査委員会以外の審査委員会（ブロック中核支部に設置された審査委員会等）が一定の類型（専門的な診療科等）に属するレセプトの審査を実施する仕組み。
 - ii ブロック中核支部に設置された審査委員会等が再審査を、本部に設置された特別審査委員会等が再々審査を実施する仕組み。

 - ③ 審査委員会の合議によらず審査の決定をする仕組み。すなわち、
 - i 担当の審査委員が単独で審査の決定をする仕組み。
 - ii 定型的なレセプトに係る審査の決定を職員の審査事務に委ねる仕組み。

 - ④ 月単位によらずに随時に審査を実施する仕組み。例えば、週単位で医療機関からの請求を受け付け、毎日、審査を実施し、週単位で医療機関への支払を実施する仕組み。

- ⑤ 審査支払機関が保険者の委託を受けて審査及び請求支払の業務を実施するために必要な事務費について、審査支払機関が総額いくらという形態で請け負い、保険者がその協議に基づいて分担する仕組み。

- ⑥ 支払基金が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を受託する仕組み。

おわりに

- 支払基金は、昭和23年9月に設立されて以来、平成22年9月で62周年を迎えた。
- この間、医療保険制度を支える審査及び請求支払の業務の重要性は、何ら変わっていないが、医療保険制度を取り巻く社会経済情勢は、大きく変化してきた。とりわけ、レセプトの電子化の進展は、支払基金に対して審査及び請求支払の業務の抜本的な変革を求める歴史的な潮流である。
- このような状況に的確に対応して国民の信頼に応えるため、今後とも、時代の要請に応える改革に邁進しなければならない。このため、新計画を着実に実施する方針である。
- なお、新計画については、今後、支払基金をめぐる状況が変化した場合には、保険者及び診療担当者を始めとする関係者の意見を踏まえ、必要に応じて随時に見直すものとする。

レセプト電算処理システムの開発及び運用に関する支払基金の実績

我が国におけるレセプト電算処理システムの開発及び運用については、支払基金が主導してきたところ。

昭和58～59年	レセプト電算処理システムの設計を目指す厚生省の要請を受けて、基本マスター及び記録条件仕様を作成。
平成 2年・4年	レセプト電算処理システムの実用化を目指す厚生省の要請を受けて、標準仕様を作成。
平成 3年	厚生労働省における電子レセプト請求の試行実施に向けて、基本マスター及び医療機関マスターを国民健康保険中央会に提供。
平成13・14年	基本マスターの構成要素である「傷病名マスター」の全面的な見直しを実施して公表。
平成22年3月	医科電子点数表を作成してホームページで公表。



- 支払基金においては、関係機関と調整しつつ、基本マスター、記録条件仕様、標準仕様及び医療機関マスターの維持管理を継続的に実施。
- あわせて、毎月、基本マスター及び医療機関マスターを国民健康保険中央会に提供。

平成23～27年度におけるレセプト件数の見込み

レセプト 区分	レセプト件数 (千件)						
	平成21年度 (実績)	平成22年度 (見込)	平成23年度 (見込)	平成24年度 (見込)	平成25年度 (見込)	平成26年度 (見込)	平成27年度 (見込)
医科	489,620	491,296	494,328	494,031	493,587	493,447	493,108
歯科	107,145	105,931	105,931	105,250	104,511	103,813	103,139
調剤	259,771	270,636	279,245	286,529	294,130	301,873	309,503
訪問看護	388	417	448	479	514	551	590
その他	8	7	6	5	5	4	4
計	856,933	868,287	879,959	886,295	892,747	899,689	906,344

(注)

1 医科及び歯科

年齢階級別の人口の推移(見込)に年齢階級別の被用者保険加入者割合(見込)及び生活保護法適用者割合(見込)を乗じて年齢階級別の被用者保険加入者数及び生活保護法適用者数(見込)を求めた上で、これらに年齢階級別の受診率(見込)を乗じて各年度のレセプト件数を見込んだ。

2 調剤

医科・歯科レセプトに対する調剤レセプトの件数割合の推移(見込)を近似式で求めた上で、これらを医科・歯科レセプト件数(見込)に乗じて各年度のレセプト件数を見込んだ。

3 訪問看護及びその他

平成21年度のレセプト件数に平成17～21年度のレセプト件数の平均伸び率を乗じて各年度のレセプト件数を見込んだ。

機械的な判断が不可能である保険診療ルールの例

1. 療養担当規則における投薬の扱いの例

- 「投薬は必要と認められる場合に行う。」
- 「治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要と認められる場合には2剤以上を投与する。」

2. 点数表における救急医療管理加算等の扱いの例

- 「その他〇〇に準じるような重篤な状態」

3. その他の例

(1) 医薬品の用法・用量

- 「年齢・症状により適宜増減」(医薬品の添付文書に記載)

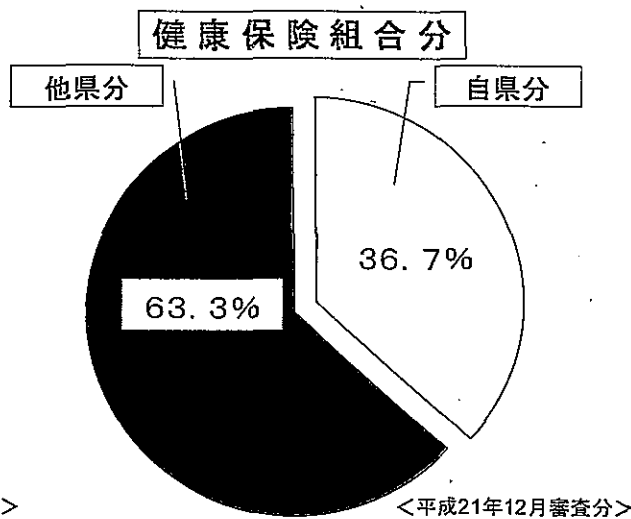
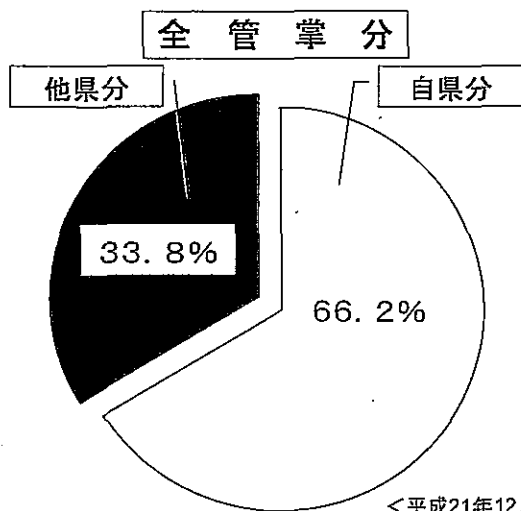
(2) 医薬品の適用外使用(昭和55年保険局長通知)

- 医薬品の適応症に該当しない場合であっても、「有効性及び安全性の確認された医薬品を薬理作用に基づいて処方した場合の取り扱いについては、学術上誤りなきを期し一層の適正化を図ること。」
- 「診療報酬明細書の医薬品の審査に当たっては、厚生省が承認した効能効果等を機械的に適用することによって都道府県の間においてアンバランスを来たすことのないようにすること。」

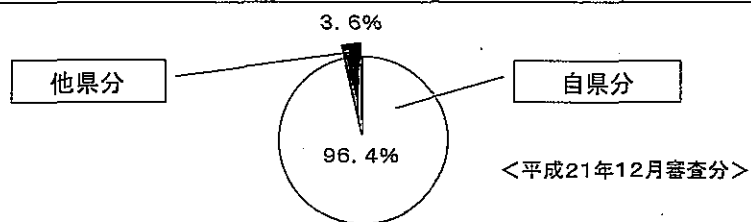
コンピュータチェックの拡充

実施年月	実施内容
平成22年10月	傷病名と医薬品の禁忌との対応の適否等を点検するシステムの導入
	傷病名と処置、手術及び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
	歯式（＝傷病に係る部位）と診療行為及び特定保険医療材料の適応との対応の適否等を点検するシステムの導入
平成23年度中目途	傷病名及び診療行為名と特定保険医療材料の適応及び用量との対応の適否等を点検するシステムの導入

支払基金における自県分・他県分のレセプト件数の構成割合



[参考] 国保連合会における自県分・他県分のレセプト件数の構成割合



支払基金本部審査企画部の疑義照会に対する
厚生労働省保険局医療課の回答の状況
(平成22年8月31日現在)

1. 内科・DPC

	疑義照会数	回答数	回答率
平成21年度	105	10	9.5%
平成22年度	17	9	52.9%

(注)平成22年3月3日には、未回答となっている従前の照会を改めて提出したものの、現時点では、全く回答が得られていない。

2. 歯科

	疑義照会数	回答数	回答率
平成21年度	77	75	97.4%
平成22年度	49	47	95.9%

保険者及び医療機関に対するサービスの向上

1 従前の取組み

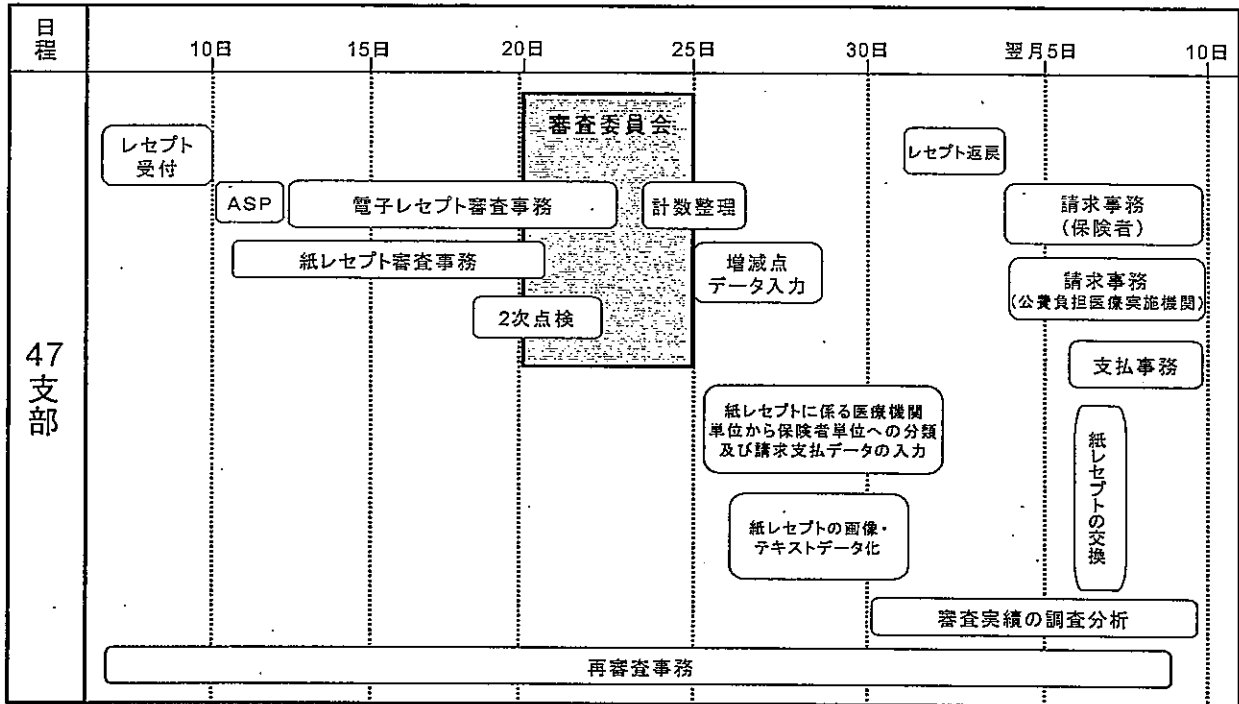
実施年月	実施内容
平成22年3月	保険者及び医療機関に対し、オンライン請求に利用されるパソコンの動作環境として対応可能な基本ソフトウェアとブラウザとの組合せを拡大した。
平成22年4月	電子レセプトをオンラインで受け取る保険者に対し、その希望に応じ、画像データ及びテキストデータの提供を受けずにCSVデータの提供を受けることを可能とした。
	健康保険組合及び共済組合が本部及び支部に係るレセプトの電子データを一括して受け取ることを可能とした。
平成22年6月	レセプトをオンラインで提出する医療機関に対し、診療報酬の支払額を患者単位で区分した明細に関するデータの配信を開始した。
平成22年7月	生活保護等の実施機関が電子レセプトをオンラインで受け取ることを可能とした。
	生活保護等の実施機関に対し、その希望に応じ、CSVデータの提供のみならず画像データ及びテキストデータの提供も受け取ることを可能とした。
	保険者及び医療機関に対し、レセプトオンライン請求システムを利用することが可能である時間を延長した。
平成22年8月	電子レセプトをオンラインで受け取る保険者に対し、診療報酬の請求額を被保険者分と被扶養者分とに区分したデータの配信を開始した。

2 今後の取組み

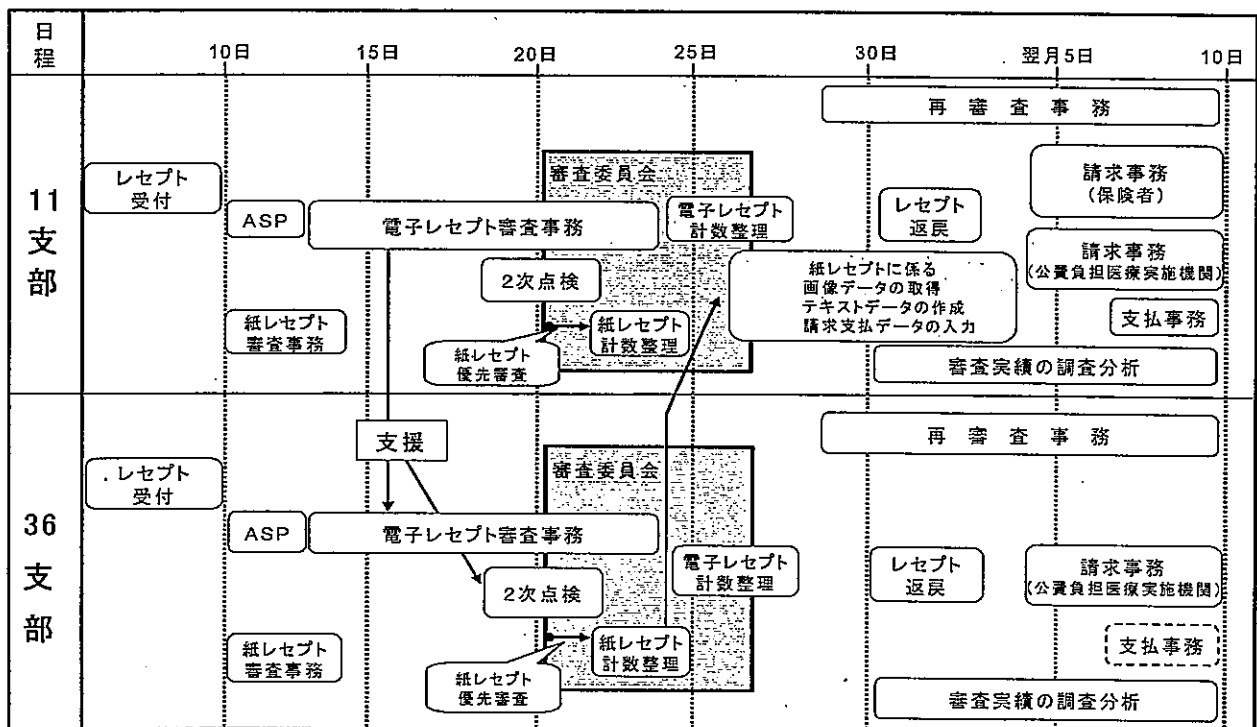
実施年月	内容
平成23年度中目途	保険者に対して、電子レセプト等の配信に関する日程を、医療機関に対して、増減点連絡書等の配信日程をメールで通知するシステムを導入する。
逐次	電子レセプトをオンラインで受け取る保険者及び電子レセプトをオンラインで提出する医療機関の更なる増加に円滑に対応することが可能となるよう、保険者及び医療機関と支払基金との間のネットワーク回線をその使用状況に応じて増強する。

審査及び請求支払に係る業務フローの見直し

見直し前

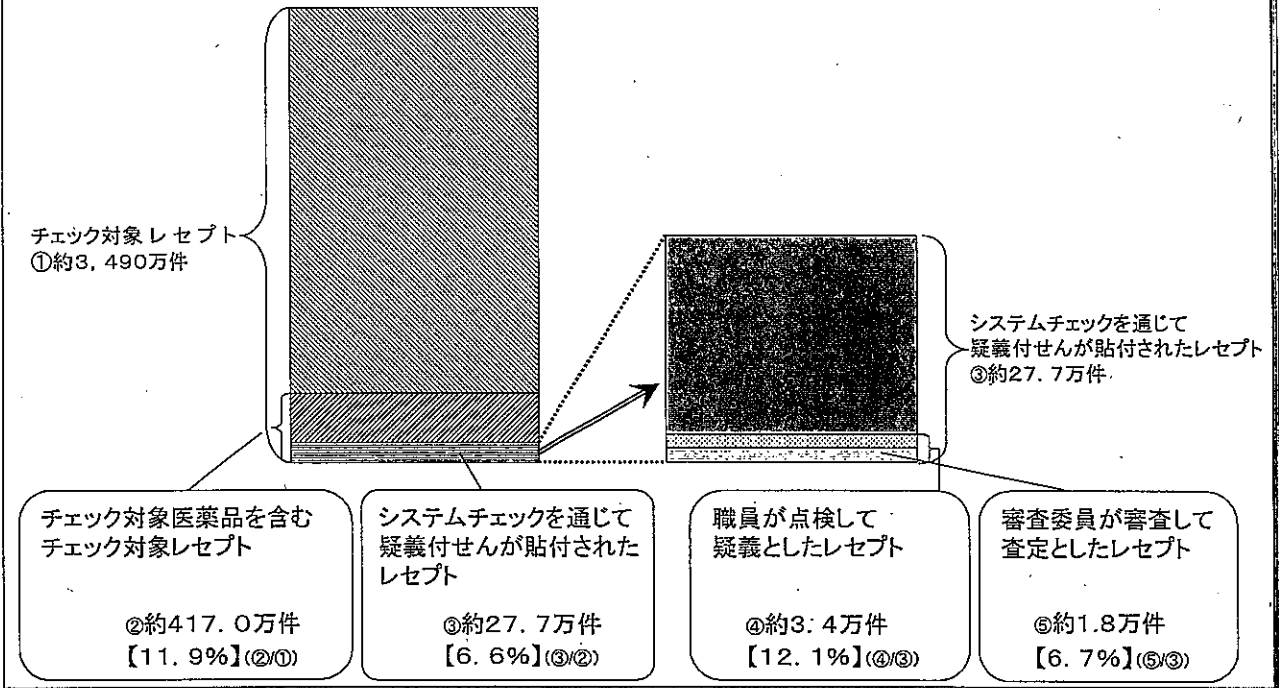


見直し後



医薬品チェックの状況(平成22年7月審査分)

- チェック対象レセプト : 医科及びDPC出来高分の電子レセプト
- チェック対象医薬品 : 電子レセプト請求用の医薬品コード(17,525品目)の11.1%に相当する1,954品目
- チェック項目 : 適応傷病名の有無及び投与量・投与日数の適否



支払基金保有宿舎の整理合理化

1 整理合理化の方針

- 支払基金保有宿舎は、平成22年8月現在、186棟844戸となっているが、そのうち、130棟425戸を平成22～27年度の間
に段階的に整理合理化の対象とする。
- すなわち、自前宿舎のうち、全戸が空戸となっている 13棟24
戸を処分するとともに、次に掲げるものを借上宿舎に移行するものとする。
 - ① 全戸の半分以上が恒常的に空戸となっているもの（20棟82
戸）
 - ② 築20年以上かつ1棟当たり10戸未満のもの（79棟301
戸）
 - ③ 一戸建てのもの（18棟18戸）

2 整理合理化の考え方

- 支払基金においては、職員を全国的に異動させる人事政策を採用し
ており、今後とも、転勤者に対して必要な宿舎を貸与する必要がある。
- 従前、宿舎の見直しが職員定員の見直しに見合うものとなっていな
いため、宿舎によっては、空戸が恒常的に発生するなど、宿舎の管理
が非効率となっていた。
- したがって、今後、宿舎の需給に無駄を生じさせないため、職員定
員の見直しに柔軟に対応することが可能となるような宿舎の在り方
に転換する必要がある。

- この場合において、個々の宿舎の取扱いについては、次に掲げる事情を始め、それぞれの利用状況、築年数、規模、民間の賃貸物件の状況等を総合的に勘案する必要がある。
 - ① 現有の宿舎の大半は、老朽化している。すなわち、平成22年8月現在、全844戸のうち、築20年以上のものは、558戸（66%）に達している。このような宿舎については、今後、大規模修繕や建替えが必要となる。
 - ② 現有の宿舎の大半は、小規模である。すなわち、平成22年8月現在、全186棟では、1棟当たりの平均が4.5戸となっており、そのうち、10戸以上のものは、17棟（9%）にとどまっている。小規模な宿舎については、大規模な宿舎と比較すると、立地や築年数にもよるが、自前宿舎を維持する場合の経費よりも借上宿舎に移行する場合の経費の方が低廉となる。
- また、支払基金保有宿舎の整理合理化を進めるに当たっては、財務に対する影響に配慮する必要がある。

※ 遊休不動産の処分

- 現有の遊休不動産は、平成22年8月現在、15棟34戸の宿舎であった15物件を含め、16物件となっている。
- このような遊休不動産の処分を迅速化するため、平成22年7月より、遊休不動産の処分に関する業務を各支部から本部へ移管したが、引き続き、当該業務を円滑に実施するものとする。

平成 2 7 年度における
事務費収入以外の一般会計の収入の見込み

(単位：億円)

区分	平成 2 2 年度 予算	平成 2 7 年度 見込	差引	内容
利子収入	5.7	3.2	▲2.5	運用金利の低下による減
雑収入	6.0	9.4	3.4	宿舍の売却による不動産処分収入 「レセプト情報・特定健診情報等管理 システム」(NDB)に係る収入 電子証明書発行手数料 宿舍使用料
計	11.7	12.6	0.9	

(注) レセプト電子データ提供事業に係る収入を計上していない。

審査委員会が医療機関に対して
適正なレセプトの提出を働き掛ける取組みの効果

平成21年4～9月に実施された審査委員会による面接、文書等を通じた改善要請に伴い、その事項に係る原審査査定点数及び再審査査定点数が減少した医療機関の事例について、平成22年9月における各支部の報告を本部で取りまとめた一覧は、次のとおり。

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
全国計	515		3,033,230	15,834	3,017,396
埼玉	1	アンスロピンP	239,872	0	239,872
沖縄	2	冠動脈用ステントセット	180,825	0	180,825
兵庫	3	カスタムメイド人工骨	101,000	0	101,000
愛知	4	ザイボックス錠600mg	95,685	0	95,685
東京	5	筋電図検査	89,870	0	89,870
鹿児島	6	救急医療管理加算	87,431	0	87,431
栃木	7	ポジトロン断層撮影	83,843	9,245	74,598
広島	8	ハイリスク妊娠管理加算	65,000	0	65,000
沖縄	9	シナジス筋注用	64,187	0	64,187
茨城	10	注射	60,071	0	60,071
宮城	11	神経磁気診断	51,894	0	51,894
沖縄	12	冠動脈用ステントセット	49,932	0	49,932
沖縄	13	脳血管内手術	48,709	0	48,709
福岡	14	ベガシス皮下注180 μ g 180 μ g1mL	45,550	0	45,550
奈良	15	造影剤使用撮影(撮影)	43,200	0	43,200
沖縄	16	冠動脈用ステントセット	43,020	0	43,020
沖縄	17	経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料	41,320	0	41,320
山梨	18	冠動脈用ステントセット	40,848	0	40,848
奈良	19	ポジトロン断層撮影(18FDG使用)	40,200	0	40,200
北海道	20	アルブミン5%	35,603	0	35,603
兵庫	21	裂肛、肛門潰瘍根治手術	33,946	0	33,946
北海道	22	院内感染防止措置加算	32,747	0	32,747
福岡	23	EF-上行結腸及び盲腸	31,626	0	31,626
宮城	24	救急医療管理加算	31,200	0	31,200
宮城	25	塩酸モルヒネ錠	31,100	0	31,100
北海道	26	2以上の手術の50%併施加算	28,750	0	28,750
群馬	27	脳血管内手術	28,200	0	28,200
埼玉	28	塩酸バンコマイシン	25,832	0	25,832
鹿児島	29	救急医療管理加算	25,680	0	25,680
広島	30	救急医療管理加算	25,200	0	25,200
福岡	31	救急医療管理加算	25,200	0	25,200
埼玉	32	注射用エラスポール	25,026	0	25,026
岐阜	33	赤血球不規則抗体	24,990	0	24,990
山形	34	注射用エラスポール	24,134	0	24,134
群馬	35	ミラクリッド注射液	24,079	0	24,079
北海道	36	高気圧酸素治療(非救急的)	24,000	0	24,000
富山	37	救急医療管理加算	24,000	0	24,000
新潟	38	救急医療管理加算	23,400	0	23,400
宮城	39	閉鎖循環式全身麻酔2	23,040	0	23,040
京都	40	エスポー皮下用24000	22,931	200	22,731

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
新潟	41	パルクス注ディスポ10 μ g	20,256	0	20,256
群馬	42	エスポー皮下用	20,024	0	20,024
鹿児島	43	ハイカムチン注射用	19,574	0	19,574
兵庫	44	終末呼気炭酸ガス濃度	18,492	0	18,492
北海道	45	超音波検査パルスドップラー	18,088	0	18,088
福岡	46	ハルトマン液-「HD」500mL	17,863	0	17,863
福岡	47	ソリアセトF輸液、500mL	17,558	157	17,401
宮城	48	救急医療管理加算	16,800	0	16,800
宮城	49	救急医療管理加算	15,600	0	15,600
沖縄	50	PTCA用カテーテル、ガイドングカテーテル	15,340	0	15,340
神奈川	51	タケブロンOD錠30 30mg	15,475	225	15,250
千葉	52	持続緩徐式血液濾過	13,930	0	13,930
三重	53	S-蛍光M、位相差M、暗視野M	13,359	0	13,359
群馬	54	骨内異物(挿入物)除去術(その他)	12,846	0	12,846
沖縄	55	四肢の血管拡張術・血栓除去術	12,670	0	12,670
鹿児島	56	メロベン点滴用	12,440	0	12,440
大阪	57	CT撮影(マルチスライス型機器)	12,292	0	12,292
奈良	58	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)	12,160	0	12,160
熊本	59	尿沈渣	12,167	25	12,142
香川	60	HER2タンパク	12,095	0	12,095
徳島	61	救急医療管理加算	12,000	0	12,000
滋賀	62	サーモダイリユーション用カテーテル	11,600	0	11,600
岐阜	63	ゾメタ注射液4mg 5mL	11,496	0	11,496
千葉	64	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	11,270	0	11,270
宮崎	65	皮膚科光線療法(赤外線又は紫外線)	11,172	0	11,172
山梨	66	ヒトCRH注「ミツビシ」	10,910	0	10,910
岡山	67	骨移植術(軟骨移植術を含む)(人工骨移植)	10,493	8	10,485
愛知	68	2以上の手術の50%併施加算	10,150	0	10,150
愛知	69	クレスチン	10,129	0	10,129
神奈川	70	点滴静注用バンコマイシン0.5「MEEK」0.5g	9,471	0	9,471
大阪	71	エンペシド液、フルメロン	10,849	1,407	9,442
千葉	72	静脈麻酔(短時間)	9,000	0	9,000
福岡	73	FSH精密	11,552	2,887	8,665
兵庫	74	嫌気性培養加算	8,920	490	8,430
愛知	75	ベグイントロン皮下注用100 μ g/0.5mL用(溶解液付)	8,188	0	8,188
和歌山	76	ハイトラシン錠1mg	7,860	0	7,860
大阪	77	ホスミンSバッグ1g点滴静注用	7,757	0	7,757
岩手	78	HCV核酸定量	7,693	0	7,693
沖縄	79	喀痰吸引	7,693	0	7,693
福井	80	注射用プロスタンディン500	7,528	0	7,528
静岡	81	チンパノメトリー	7,350	0	7,350
香川	82	サーモグラフィー	7,800	600	7,200
宮城	83	フルマリンキット静注用1g	6,983	0	6,983
愛知	84	献血アルブミン(5%)-Wf 5%250mL	6,811	0	6,811
佐賀	85	通院・在宅精神療法	6,570	0	6,570
大分	86	オノドライシロップ	6,336	0	6,336
鳥取	87	オムニパーク240	6,335	0	6,335
大阪	88	IgA、IgG、IgM、尿沈渣	6,303	0	6,303
東京	89	心身医学療法	6,020	0	6,020
鹿児島	90	超音波検査(断層・胸腹部)	5,884	0	5,884

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
大分	91	メロペン点滴用キット0.5g	5,824	0	5,824
佐賀	92	造影剤注入(選択的血管造影)	5,737	0	5,737
高知	93	子宮内膜搔爬術	5,664	0	5,664
静岡	94	超音波検査(断層撮影法)(その他)	5,915	350	5,565
熊本	95	耳処置	5,525	0	5,525
静岡	96	耐糖能精密	5,400	0	5,400
千葉	97	リバロ錠2mg	5,332	0	5,332
高知	98	献血アルブミン-wf20%50ml	5,294	0	5,294
愛媛	99	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	5,280	0	5,280
鹿児島	100	超音波(UCG)	5,280	0	5,280
広島	101	トリガーポイント注射	5,082	0	5,082
岩手	102	スプレキアMP皮下注用1.8	4,996	0	4,996
徳島	103	FSH精密	4,989	0	4,989
千葉	104	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	4,770	0	4,770
岩手	105	エトキシクロール1%注射液	4,603	0	4,603
静岡	106	スペニールディスポ 1%2.5mL	4,272	0	4,272
新潟	107	プリンク注10μg	4,242	0	4,242
広島	108	救急医療管理加算	4,200	0	4,200
神奈川	109	プロブレス錠8 8mg	4,011	0	4,011
鳥取	110	星状神経節ブロック	3,900	0	3,900
佐賀	111	T-M	3,784	15	3,769
福島	112	プラビックス錠	3,748	0	3,748
香川	113	パルスドプラ法加算	3,600	0	3,600
広島	114	骨腫瘍切除術(手)	3,565	0	3,565
兵庫	115	HBe抗原精密測定	3,470	0	3,470
三重	116	アルブミン-5% 250mL	3,439	0	3,439
茨城	117	ガスター注射液20mg	3,432	0	3,432
石川	118	2以上の手術の50%併施加算	3,415	0	3,415
富山	119	ペントシリン注射用	3,405	0	3,405
福岡	120	角膜内皮細胞顕微鏡	3,360	0	3,360
宮城	121	HMG「コーワ」150注用	3,286	0	3,286
千葉	122	ABO	3,279	0	3,279
沖縄	123	ノルアドリナリン	3,224	0	3,224
徳島	124	ECG12	3,073	0	3,073
大阪	125	クラミジア・ニューモニエIg	3,067	0	3,067
鹿児島	126	プラビックス錠	3,042	0	3,042
岩手	127	オキシコンチン錠10mg	3,040	0	3,040
大分	128	腎臓・膀胱瘻用カテーテル	3,037	0	3,037
沖縄	129	矯正視力、屈折検査	3,034	0	3,034
鳥取	130	CT撮影(マルチスライス型機器)	3,000	0	3,000
滋賀	131	サーモダイリレーション用カテーテル	2,950	0	2,950
静岡	132	精密眼圧	2,879	0	2,879
長野	133	画像記録用フィルム(半切)	2,794	0	2,794
兵庫	134	FT3精密	2,776	0	2,776
愛媛	135	セファメジンα点滴用キット1g。(生理食塩液100mL付)	2,714	0	2,714
徳島	136	リーバクト顆粒 4.15g	2,656	0	2,656
山口	137	角膜曲率	2,581	0	2,581
大分	138	特異的IgE	2,563	0	2,563
兵庫	139	眼底カメラ	2,554	0	2,554
岩手	140	クリダマシン注	2,547	0	2,547

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
鹿児島	141	デジタル映像化処理	2,538	0	2,538
大分	142	レルパックス錠20mg	2,504	0	2,504
山形	143	嫌気性培養加算	2,437	0	2,437
福岡	144	子宮頸管粘液採取	2,400	0	2,400
岩手	145	パルスドプラ法加算	2,380	0	2,380
愛媛	146	バルトレックス錠500 500mg	2,366	0	2,366
青森	147	ノイトロピン注射液3.6単位	2,332	0	2,332
秋田	148	赤血球不規則抗体	2,322	0	2,322
長崎	149	単純撮影(胸部)	2,282	0	2,282
新潟	150	電子画像管理加算(単純撮影)	2,280	0	2,280
群馬	151	経尿道的尿管ステント留置術	2,270	0	2,270
兵庫	152	オピスタン注射液35mg	2,240	0	2,240
香川	153	ゼフロプト錠5μg	2,198	0	2,198
山梨	154	創傷処理	2,178	0	2,178
熊本	155	リンデロン注4mg(0.4%) 4mg	2,161	0	2,161
和歌山	156	NTx精密	2,080	0	2,080
大分	157	胎児外回転術	2,042	0	2,042
宮城	158	精密眼圧	2,040	0	2,040
新潟	159	CEA精密	2,014	0	2,014
広島	160	絆創膏固定術	2,000	0	2,000
大分	161	人工腎臓	1,991	0	1,991
宮城	162	肛門鏡	1,980	0	1,980
岩手	163	ゾシン静注用4.5	1,975	0	1,975
宮城	164	アルツディスポ関節注25mg	1,950	0	1,950
岐阜	165	眼処置	1,950	0	1,950
長崎	166	四肢ギブスシーネ	1,862	0	1,862
兵庫	167	痔瘻根治手術複雑	1,825	0	1,825
大分	168	非特異的IgE	1,808	0	1,808
愛媛	169	呼吸心拍監視	1,700	0	1,700
山形	170	ラコール	1,672	0	1,672
広島	171	強カネオミノファーゲンシー静注20mL 20mL	1,603	0	1,603
広島	172	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	1,590	0	1,590
広島	173	ホスミシンS静注用2g 2g	1,581	0	1,581
新潟	174	プラナルカスト錠	1,577	0	1,577
香川	175	プラビックス錠75mg	1,568	0	1,568
大阪	176	精密持続点滴注射	1,560	0	1,560
東京	177	裂肛手術	1,555	0	1,555
岐阜	178	グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密	1,510	0	1,510
広島	179	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	1,500	0	1,500
大分	180	アヘンチンキ 10%	1,479	0	1,479
愛媛	181	イントラリポス 20%100mL	1,475	0	1,475
静岡	182	ボルタレンサポ25mg	1,467	0	1,467
徳島	183	超音波検査(胸腹部)	1,431	0	1,431
宮崎	184	超音波検査(断層撮影法)(その他)	1,431	0	1,431
静岡	185	皮膚科軟膏処置(100cm ² 以上500cm ² 未満)	1,430	0	1,430
島根	186	シスタチンC精密	1,419	0	1,419
大分	187	キネダック錠50mg	1,418	0	1,418
三重	188	プラナルカスト錠	1,414	0	1,414
兵庫	189	救急医療管理加算	1,410	0	1,410
群馬	190	プロテカジン錠	1,390	0	1,390

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
岐阜	191	パルスドブラ法加算	1,380	0	1,380
大分	192	真皮縫合加算	1,378	0	1,378
広島	193	ケタス点眼液0.01% 0.5mg5mL	1,368	0	1,368
新潟	194	精密眼圧	1,360	0	1,360
沖縄	195	E2精密	1,336	0	1,336
滋賀	196	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	1,330	0	1,330
千葉	197	コンピューター断層診断	1,329	0	1,329
大分	198	ノイトロピン注射液3.6単位	1,324	0	1,324
新潟	199	経皮的動脈血酸素飽和度	1,310	0	1,310
大分	200	HCV核酸定量	1,282	0	1,282
香川	201	結核菌群核酸増幅同定	1,280	0	1,280
長崎	202	CRP	1,280	0	1,280
新潟	203	精密眼圧	1,275	0	1,275
佐賀	204	クラリス錠200	1,251	0	1,251
徳島	205	ノンストレステスト	1,230	0	1,230
岩手	206	休日(再診)、時間外(再診)	1,210	0	1,210
兵庫	207	Alb定量精密(尿)	1,389	180	1,209
広島	208	アリセプトD錠5mg	1,204	0	1,204
宮崎	209	アリセプトD錠5mg	1,204	0	1,204
宮城	210	アシン錠75mg	1,201	0	1,201
山形	211	MMP-3精密	1,200	0	1,200
三重	212	子宮卵管内造影剤注入	1,200	0	1,200
山口	213	内視鏡下生検法	1,190	0	1,190
静岡	214	末梢血液像	1,170	0	1,170
徳島	215	アネキセト注射液0.5mg 5mL	1,168	0	1,168
岐阜	216	処方料(その他)	1,142	0	1,142
長崎	217	BNP精密	1,136	0	1,136
香川	218	CRP(定量)	1,150	32	1,118
滋賀	219	術前検査の腹部単純撮影	1,068	0	1,068
群馬	220	T-M(1臓器)	1,066	0	1,066
富山	221	ヘパフラッシュ	1,064	0	1,064
岩手	222	モーラステープ	1,058	0	1,058
山形	223	LEテスト	1,050	0	1,050
東京	224	涙液分泌機能検査	1,046	0	1,046
滋賀	225	アルツディスポ関節注	1,039	0	1,039
山形	226	矯正視力	1,014	0	1,014
和歌山	227	精密眼底(両)	1,008	0	1,008
香川	228	ノンストレステスト	1,000	0	1,000
愛媛	229	パルスドブラ法加算	1,000	0	1,000
宮城	230	気管内チューブ	981	0	981
静岡	231	CRP(定量)	976	0	976
千葉	232	長期投薬加算(処方料)	975	0	975
富山	233	セルニルトン錠	973	0	973
三重	234	鼓室内薬液注入	972	0	972
青森	235	ロルカム錠4mg	970	0	970
青森	236	経皮的動脈血酸素飽和度	960	0	960
愛媛	237	子宮頸管粘液採取	960	0	960
三重	238	休日(再診)	950	0	950
沖縄	239	デブリードマン加算	940	0	940
長崎	240	PT	912	0	912

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
静岡	241	HIV-1、2抗体価	910	0	910
香川	242	チンパノメトリー	910	0	910
山形	243	体液量	900	0	900
三重	244	他医撮影のコンピューター断層診断	900	0	900
大分	245	胃洗浄	893	0	893
新潟	246	神経学的検査	880	0	880
大阪	247	ABO、Rh(D)、外来迅速検体検査加算	854	0	854
宮城	248	悪性腫瘍特異物質治療管理料	840	0	840
三重	249	T4精密	840	0	840
広島	250	BNP精密	840	0	840
秋田	251	尿一般	832	0	832
青森	252	ソルコセリル注2mL	831	0	831
和歌山	253	スリットM(前眼部)後生体染色使用再検査	816	0	816
滋賀	254	尿中有形成分定量測定	810	0	810
岐阜	255	パルスドプラ法加算	800	0	800
静岡	256	パルスドプラ法加算	800	0	800
熊本	257	慢性疼痛疾患管理料	780	0	780
静岡	258	アレグラ錠60mg	756	0	756
新潟	259	インフルエンザウイルス抗原精密	750	0	750
三重	260	診療情報提供料(1)	750	0	750
秋田	261	尿一般、尿沈渣、末梢血液一般	748	0	748
北海道	262	パリエット錠	739	0	739
静岡	263	ドルミカム注射液10mg 10mg2mL	738	0	738
兵庫	264	リウマトイド因子	737	0	737
千葉	265	通院・在宅精神療法(病院)(30分以上)	720	0	720
山形	266	アーチスト錠	693	0	693
岐阜	267	抗LKM-1抗体精密	690	0	690
山口	268	血管造影用ガイドワイヤー(一般用)	690	0	690
山形	269	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密	675	0	675
大分	270	抗酸菌群核酸同定精密	675	0	675
岐阜	271	ミラクリッド 50,000単位	660	0	660
愛媛	272	気管内チューブ(カフあり・カフ上部吸引機能なし)	654	0	654
三重	273	血糖自己測定器加算	640	0	640
兵庫	274	長期投薬加算(処方料)	638	0	638
香川	275	HCV核酸定量	632	0	632
香川	276	抗シトルリン化ペプチド抗体精密	630	0	630
沖縄	277	HbA1c	620	0	620
高知	278	エクサシン注射液200	614	0	614
青森	279	経皮的動脈血酸素飽和度	600	0	600
静岡	280	パルスドプラ法加算	600	0	600
兵庫	281	プラスチックカニューレ型静脈内留置針(標準型)	600	0	600
三重	282	染色加算	582	0	582
青森	283	ヒアルロン酸	570	0	570
岐阜	284	A群β溶連菌迅速	560	0	560
広島	285	細菌薬剤感受性(1菌種)	560	0	560
大阪	286	Amy(尿)、CEA精密	541	0	541
岩手	287	粘膜点墨法加算	540	0	540
大阪	288	カンジダ抗原	527	0	527
鹿児島	289	D-Dダイマー定量	517	0	517
岩手	290	CRP	513	0	513

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
和歌山	291	TPHA	512	0	512
静岡	292	ケイツーN静注用10mg	511	0	511
山形	293	重心動揺計	500	0	500
三重	294	鉄	500	0	500
岐阜	295	関節腔内注射	495	0	495
山形	296	アーチスト錠	493	0	493
山口	297	オルガロン注射液 3.8mg	493	0	493
沖縄	298	細胞診(婦人科材料)	490	0	490
大分	299	特定疾患療養管理料	484	0	484
岡山	300	D-ソルビトール液 75%	483	0	483
三重	301	留置カテーテル設置	465	0	465
滋賀	302	ジオン注無痛化剤付	457	0	457
高知	303	エクサシン注射液200	452	0	452
岡山	304	モーラステープL40mg 10cm×14cm	446	0	446
山形	305	HBs抗原精密	435	0	435
兵庫	306	超音波ネブライザー	428	0	428
岩手	307	ホスミンSバッグ2g点滴静注用	411	0	411
新潟	308	単純撮影(診断・撮影)	408	0	408
兵庫	309	特定疾患療養管理料(100床未満)	406	0	406
高知	310	子宮頸管粘液中顆粒球	405	0	405
長崎	311	ペンマリン注	403	0	403
青森	312	風疹、麻疹ウイルス抗体価	400	0	400
広島	313	パルスドプラ法加算	400	0	400
広島	314	FT3精密	395	0	395
広島	315	FT3精密	395	0	395
愛媛	316	プロジェステロン精密	395	0	395
鳥取	317	トリガーポイント注射	385	0	385
群馬	318	ジスロマック錠	366	0	366
千葉	319	通院・在宅精神療法(病院)(30分以上)	360	0	360
香川	320	肛門処置	360	0	360
愛媛	321	LH(尿)	360	0	360
沖縄	322	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	360	0	360
岐阜	323	角膜曲率	356	0	356
高知	324	セファメジンα点滴用キット	351	0	351
青森	325	HbA1c	350	0	350
長崎	326	眼処理	350	0	350
岐阜	327	角膜曲率	341	0	341
岐阜	328	長期投薬加算(処方料)	338	0	338
大阪	329	ワッサー「フソー」-PL	325	0	325
宮崎	330	精密持続点滴注射	320	0	320
岐阜	331	ホスミンS静注用1g	313	0	313
山梨	332	液体酸素・定置式液化酸素貯槽(CE)	306	0	306
山形	333	インフルエンザウイルス抗原精密	300	0	300
新潟	334	眼処置	300	0	300
滋賀	335	注入器加算、注射針加算	300	0	300
岡山	336	アデノウイルス抗原	300	0	300
三重	337	Alb定量精密(尿)	298	0	298
兵庫	338	矯正視力(1以外)	296	0	296
兵庫	339	FT3精密	290	0	290
北海道	340	キシロカイン注ポリアンプ	288	0	288

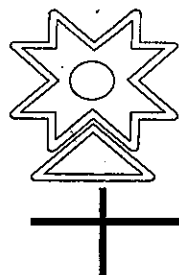
区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
大阪	341	生化学的検査(2)判断料	288	0	288
岩手	342	点滴注射	284	0	284
三重	343	腔洗浄	282	0	282
香川	344	PSA精密	280	0	280
長崎	345	胸部(腰部)固定帯固定	280	0	280
兵庫	346	特定疾患療養管理料(100床以上200床未満)	264	0	264
岡山	347	長期投薬加算(処方料)	264	0	264
新潟	348	HBs抗原精密、HCV抗体価精密、TPHA	262	0	262
岐阜	349	PT	262	0	262
兵庫	350	特定疾患療養管理料(診療所)	261	0	261
岐阜	351	低分子デキストラン注 250mL	260	0	260
宮崎	352	時間外緊急院内検査	260	0	260
高知	353	ピソルボン注射液	257	0	257
沖縄	354	HTLV-I抗体価	255	0	255
岐阜	355	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	252	0	252
静岡	356	末梢血液像	252	0	252
千葉	357	難病外来指導管理料	250	0	250
高知	358	ミリダシン錠90mg	250	0	250
徳島	359	ブラダロン錠200mg	245	0	245
岩手	360	関節穿刺	240	0	240
青森	361	簡易培養	230	0	230
愛媛	362	フリーPSA/トータルPSA比精密	230	0	230
熊本	363	リンデロン-VG軟膏0.12%	227	0	227
千葉	364	特定疾患療養管理料(診療所)	225	0	225
広島	365	特定疾患療養管理料(診療所)	225	0	225
大阪	366	特定疾患療養管理料	232	8	224
岐阜	367	調節検査	222	0	222
新潟	368	外来迅速検体検査加算	220	0	220
三重	369	染色加算	216	0	216
広島	370	アルキオーネ注 10%2mL	216	0	216
岐阜	371	ネオフィリン原末	214	0	214
岩手	372	ベルベゾロン眼耳鼻科用液0.1%	212	0	212
岐阜	373	消炎鎮痛等処置(湿布処置)	210	0	210
岡山	374	特定疾患療養管理料(100床以上200床未満)	210	0	210
秋田	375	長期投薬加算(処方料)	206	0	206
岩手	376	導尿(尿道拡張)	200	0	200
岐阜	377	パルスドブラ法加算	200	0	200
香川	378	ノンストレステスト	200	0	200
岡山	379	ガスコンドロップ内用液2%	199	0	199
徳島	380	パラマイシン軟膏	187	0	187
岐阜	381	セファメジンα注射用1g	177	0	177
岡山	382	初診(時間外)加算	170	0	170
熊本	383	細菌薬剤感受性(2菌種)	170	0	170
愛媛	384	キシロカインゼリー2%	168	0	168
新潟	385	イソジン液	165	0	165
岡山	386	デジタル映像化処理	165	0	165
高知	387	タチオン注射用200mg	164	0	164
兵庫	388	Hb及びトランスフェリン	161	0	161
青森	389	CRP(定量)	160	0	160
山形	390	ビタミンB12定量精密	160	0	160

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
福井	391	細菌培養同定(口腔)	155	0	155
新潟	392	クラビット錠	153	0	153
青森	393	眼処置	150	0	150
三重	394	メノエイドコンビパッチ	149	0	149
山口	395	Alb定量精密(尿)	149	0	149
岐阜	396	キシロカインゼリー2%	146	0	146
三重	397	長期投薬加算(処方料)	146	0	146
三重	398	特定疾患処方管理加算(処方料)	144	0	144
静岡	399	CRP定量	143	0	143
秋田	400	腔洗浄	141	0	141
三重	401	長期投薬加算(処方料)	141	0	141
香川	402	腔洗浄	141	0	141
山形	403	処方せん料(その他)	136	0	136
千葉	404	長期投薬加算(処方料)	136	0	136
静岡	405	ガスコンドロップ内用液2%	136	0	136
三重	406	レチクロ	132	0	132
山形	407	細菌培養同定	130	0	130
長崎	408	ガスコンドロップ、オピスタン注	129	0	129
岐阜	409	特定疾患処方管理加算(処方料)	126	0	126
三重	410	長期投薬加算(処方料)	123	0	123
静岡	411	経皮的動脈血酸素飽和度	120	0	120
愛媛	412	細菌培養同定(泌尿器)	120	0	120
高知	413	ヘパルス5%10ml	114	0	114
富山	414	クレアチニン試験紙法	110	0	110
三重	415	長期投薬加算(処方料)	109	0	109
岡山	416	外来管理加算	114	5	109
岐阜	417	眼処置	100	0	100
広島	418	HbA1c	100	0	100
香川	419	デブリードマン加算(汚染された挫創)	100	0	100
愛媛	420	再診(夜間・早朝等)加算	100	0	100
熊本	421	直腸鏡	100	0	100
静岡	422	口腔、咽頭処置	96	0	96
三重	423	長期投薬加算(処方料)	94	0	94
三重	424	長期投薬加算(処方料)	94	0	94
岐阜	425	経皮的動脈血酸素飽和度	90	0	90
和歌山	426	キシロカインポンプスプレー8%	89	0	89
岩手	427	ロキソニン錠 60mg	86	0	86
山口	428	精密眼圧	85	0	85
千葉	429	長期投薬加算(処方せん料)	83	0	83
兵庫	430	長期投薬加算(処方料)、特定疾患処方管理加算(処方料)	83	0	83
岩手	431	CRP(定量)	80	0	80
新潟	432	悪性腫瘍特異物質治療管理料	80	0	80
静岡	433	ガングリオン穿刺術	80	0	80
岐阜	434	長期投薬加算(処方料)	76	0	76
三重	435	長期投薬加算(処方料)	76	0	76
千葉	436	屈折検査	74	0	74
岩手	437	モーラステープ	72	0	72
岐阜	438	ヒアロンサン点眼液0.1% 0.1%5mL	72	0	72
岡山	439	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	72	0	72
秋田	440	超音波ネブライザー、末梢血液一般	70	0	70

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
静岡	441	注射用水 20mL	66	0	66
三重	442	長期投薬加算(処方料)	65	0	65
三重	443	長期投薬加算(処方料)	65	0	65
香川	444	注射用水 20mL	63	0	63
三重	445	外来迅速検体検査加算	60	0	60
長崎	446	蛋白分画	60	0	60
高知	447	セレスタミン錠	57	0	57
千葉	448	TP	56	0	56
岐阜	449	ソセゴン注射液15mg	56	0	56
福井	450	HCG	55	0	55
岩手	451	プスコパン注	54	0	54
千葉	452	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	54	0	54
岡山	453	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	54	0	54
兵庫	454	レチクロ	51	0	51
三重	455	外来迅速検体検査加算	50	0	50
秋田	456	喀痰吸引	48	0	48
香川	457	チチナ静注50mg 0.5%10mL	48	0	48
熊本	458	ドルミカム注 10mg2mL	48	0	48
三重	459	長期投薬加算(処方料)	47	0	47
三重	460	長期投薬加算(処方料)	47	0	47
三重	461	長期投薬加算(処方料)	47	0	47
三重	462	特定疾患処方管理加算(処方料)	46	0	46
新潟	463	外来迅速検体検査加算	45	0	45
岩手	464	モーラステープ	44	0	44
秋田	465	B-V	44	0	44
高知	466	アルト500mg	44	0	44
大阪	467	調基(その他)	41	0	41
青森	468	PIVKA2精密	40	0	40
岐阜	469	UIBC(直接比色法)	40	0	40
三重	470	薬剤情報提供料	40	0	40
三重	471	外来迅速検体検査加算	40	0	40
広島	472	CRP(定量)	38	0	38
秋田	473	キシロカインポンプスプレー8%	37	0	37
静岡	474	プリンパラン注射液10mg 0.5%2mL	37	0	37
兵庫	475	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	36	0	36
兵庫	476	長期投薬加算(処方せん料)	36	0	36
岡山	477	特定疾患処方管理加算(処方料)	36	0	36
宮崎	478	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	36	0	36
三重	479	外来迅速検体検査加算	35	0	35
三重	480	外来迅速検体検査加算	35	0	35
大分	481	間接クームス	34	0	34
大分	482	ネリプロクト坐剤	33	0	33
長野	483	フローサイトメリー法による尿中有形成分定量測定	30	0	30
兵庫	484	ASO価	30	0	30
三重	485	長期投薬加算(処方料)	29	0	29
三重	486	長期投薬加算(処方料)	29	0	29
青森	487	ロピオン静注50mg	26	0	26
岡山	488	特定疾患処方管理加算(処方料)	26	0	26
三重	489	大塚生食注、注射用蒸留水	24	0	24
岡山	490	スパスマパン注20mg 2%1mL	24	0	24

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
熊本	491	フルコナール静注液0.2% 50mL	23	0	23
岩手	492	レプチラーゼ注	22	0	22
兵庫	493	キシロカインポリアンブ1% 5mL	21	0	21
三重	494	外来迅速検体検査加算	20	0	20
三重	495	薬剤情報提供料	20	0	20
岩手	496	ポピヨード液10%	18	0	18
三重	497	キシリトール注射液	18	0	18
兵庫	498	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	0	18
兵庫	499	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	0	18
兵庫	500	長期投薬加算(処方せん料)	18	0	18
兵庫	501	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	0	18
沖縄	502	特定疾患処方管理加算(処方料)	18	0	18
岐阜	503	CRP(定量)	16	0	16
三重	504	外来迅速検体検査加算	15	0	15
三重	505	外来迅速検体検査加算	15	0	15
高知	506	キシロカインビスカス20%	15	0	15
兵庫	507	プリンペラン注射液	12	0	12
静岡	508	ペンレステープ18mg 30.5mm×50.0mm	10	0	10
三重	509	薬剤情報提供料	10	0	10
三重	510	薬剤情報提供料	10	0	10
三重	511	薬剤情報提供料	10	0	10
兵庫	512	ボスミン液	10	0	10
千葉	513	調基(その他)	8	0	8
岡山	514	調基(その他)	8	0	8
山形	515	フランセチン・T・パウダー	2	0	2

参考



レセプトの電子化に対応した医療費の分析評価

平成22年9月30日
社会保険診療報酬支払基金

レセプトの電子化に対応した医療費の分析評価

- 電子レセプトについては、紙レセプトと異なり、データの集計による統計の作成が容易。
- これを踏まえ、今般、平成21年4・5月診療分及び平成22年4・5月診療分のいずれにおいても、電子レセプトで請求した医科医療機関（34,953か所）について、平成22年診療報酬改定の影響を診療項目別等に分析し、平成22年8月、その結果を公表。
- これは、段階的な開発の途上にある医療費分析システムを活用した成果の第1弾として、平成22年診療報酬改定の影響を検証する作業に資するもの。
- 今後とも、審査支払機関として審査の充実を図るとともに、関係者のニーズに応えるため、医療費の分析評価を実施する方針。

平成22年4月～5月診療分の医療費の動向(医科)

趣旨

平成22年4月診療分及び平成22年5月診療分の医療費について、平成21年4月診療分及び平成21年5月診療分の医療費と比較することにより、医療費の動向を把握した。

そのうち、電子レセプトについては詳細な分析が可能であることから、診療項目別等の分析を行った。

方法

1. 医科のレセプトについて、平成22年4月診療分及び5月診療分と平成21年4月診療分及び5月診療分のレセプトの件数、日数、点数などを比較して、医療費の動向として取りまとめた。
2. 電子レセプトについては、平成21年4月診療分及び5月診療分、平成22年4月診療分及び5月診療分のいずれにおいても電子で請求があった医科の医療機関について、診療項目別等に集計し、分析を行った。

平成22年4月～5月診療分の医療機関数及び件数・日数・点数

【1か月平均】

		入院・入院外計		入院			入院外			
		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所			
医療機関数		94,171	8,826	85,345	14,509	8,567	5,942	94,120	8,790	85,330
	電子請求 (構成割合%)	34,953 (37.1)	6,838 (77.5)	28,115 (32.9)	8,111 (55.9)	6,677 (77.9)	1,434 (24.1)	34,929 (37.1)	6,816 (77.5)	28,113 (32.9)
総件数 (万件)		4,097.80	1,013.77	3,084.03	78.81	71.69	7.13	4,018.98	942.08	3,076.90
	電子請求 (構成割合%)	2,124.21 (51.8)	863.14 (85.1)	1,261.07 (40.9)	56.44 (71.6)	54.73 (76.3)	1.71 (23.9)	2,067.78 (51.5)	808.41 (85.8)	1,259.37 (40.9)
総日数 (万日)		7,519.73	2,470.53	5,049.21	1,008.05	961.38	46.67	6,511.69	1,509.15	5,002.54
	電子請求 (構成割合%)	3,974.22 (52.9)	1,986.48 (80.4)	1,987.74 (39.4)	727.09 (72.1)	716.56 (74.5)	10.53 (22.6)	3,247.13 (49.9)	1,269.92 (84.1)	1,977.21 (39.5)
総点数 (千万点)		7,990.31	5,076.47	2,913.84	3,437.84	3,345.71	92.13	4,552.47	1,730.76	2,821.72
	電子請求 (構成割合%)	4,976.23 (62.3)	3,878.65 (76.4)	1,097.57 (37.7)	2,429.52 (70.7)	2,406.54 (71.9)	22.98 (24.9)	2,546.70 (55.9)	1,472.11 (85.1)	1,074.59 (38.1)

平成22年4月～5月診療分の医療費の伸び率 〔対前年同期比〕

	入院・入院外計			入院			入院外			
		病院	診療所		病院	診療所		病院	診療所	
件数の 伸び率(%)		1.94	-5.19	4.53	1.24	1.80	-4.03	1.96	-5.68	4.55
	電子請求	0.15	-5.85	4.72	1.25	1.34	-1.67	0.12	-6.30	4.73
日数の 伸び率(%)		2.01	-1.60	3.87	-0.48	-0.25	-5.05	2.40	-2.45	3.96
	電子請求	1.08	-2.02	4.38	-0.81	-0.78	-2.95	1.52	-2.70	4.42
点数の 伸び率(%)		5.01	6.08	3.20	7.29	7.44	2.43	3.34	3.54	3.22
	電子請求	5.11	5.58	3.45	7.02	7.06	3.48	3.34	3.26	3.45

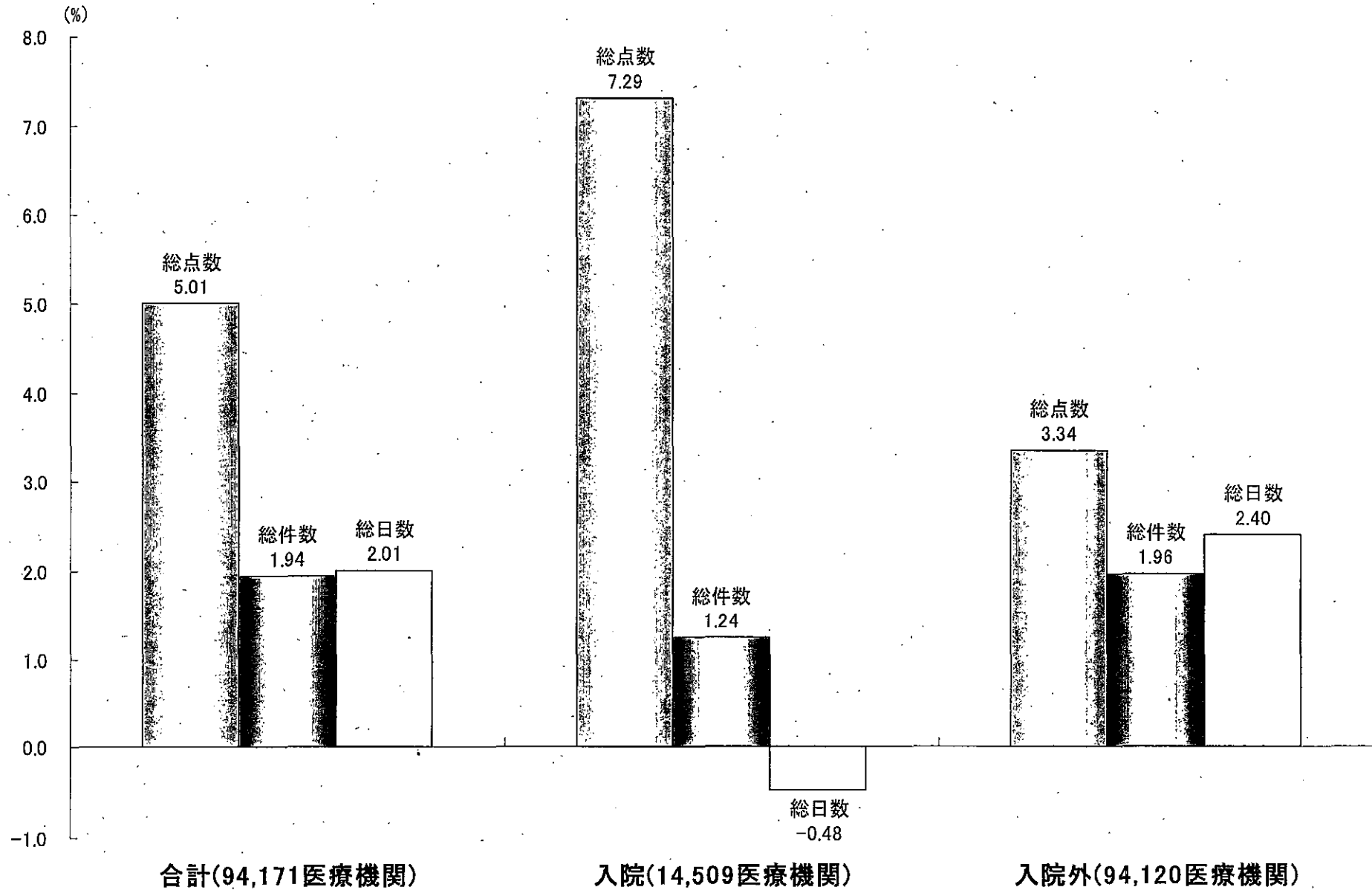
平成22年4月～5月診療分の 1件当たり点数・1件当たり日数・1日当たり点数

		入院・入院外計		入院			入院外			
		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所			
1件当たり 点数		1,949.9	5,007.5	944.8	43,619.5	46,670.5	12,927.8	1,132.7	1,837.2	917.1
	電子請求	2,342.6	4,493.7	870.4	43,049.6	43,971.3	13,474.0	1,231.6	1,821.0	853.3
1件当たり 日数		1.8	2.4	1.6	12.8	13.4	6.5	1.6	1.6	1.6
	電子請求	1.9	2.3	1.6	12.9	13.1	6.2	1.6	1.6	1.6
1日当たり 点数		1,062.6	2,054.8	577.1	3,410.4	3,480.1	1,974.1	699.1	1,146.8	564.1
	電子請求	1,252.1	1,952.5	552.2	3,341.4	3,358.5	2,182.8	784.3	1,159.2	543.5

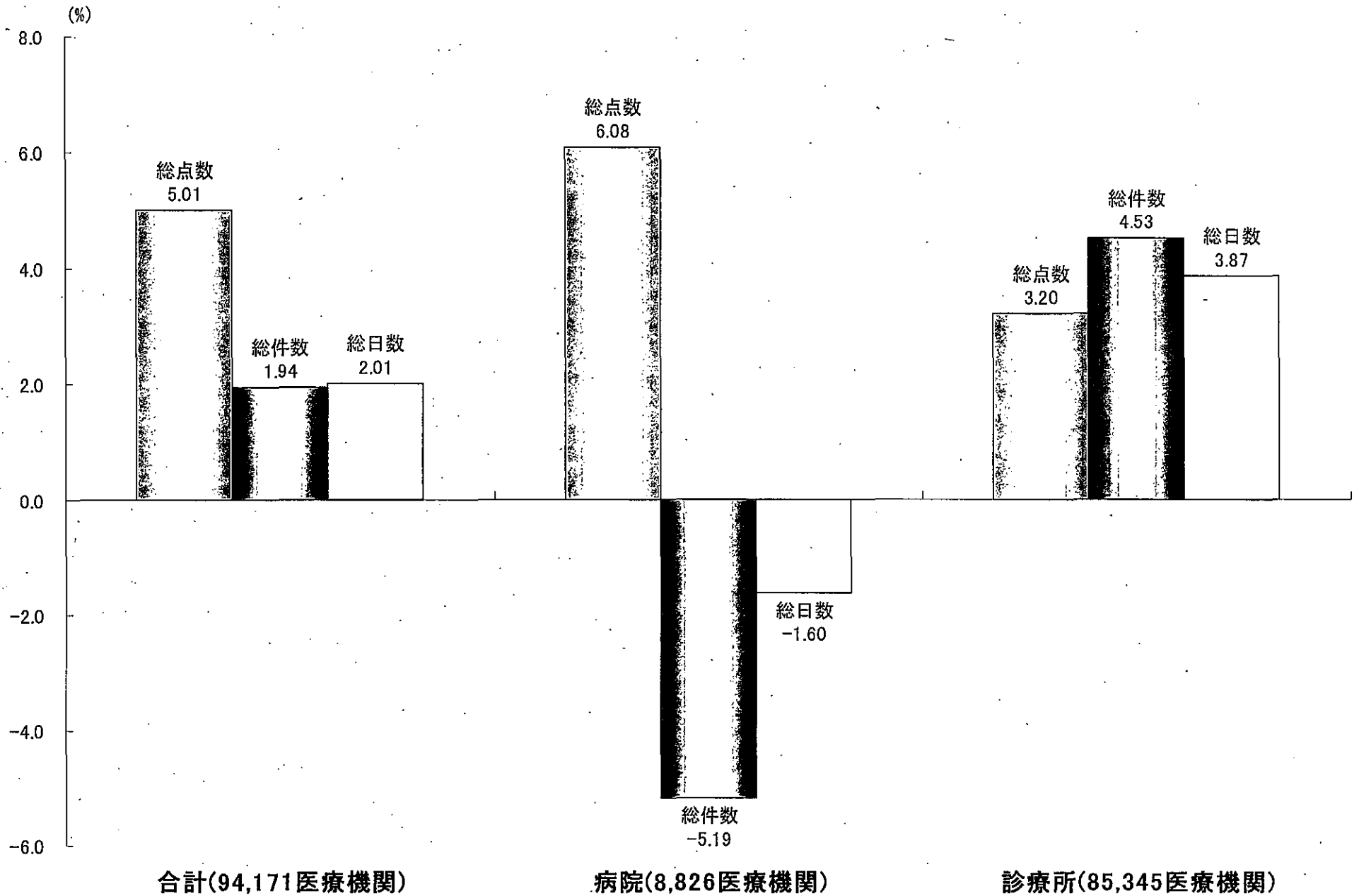
平成22年4月～5月診療分の
1件当たり点数・1件当たり日数・1日当たり点数の伸び率
〔対前年同期比〕

	入院・入院外計			入院			入院外		
		病院	診療所		病院	診療所		病院	診療所
1件当たり 点数の 伸び率(%)	3.01	11.88	-1.27	5.98	5.53	6.73	1.36	9.78	-1.27
電子請求	4.95	12.14	-1.22	5.71	5.64	5.23	3.21	10.20	-1.23
1件当たり 日数の 伸び率(%)	0.06	3.78	-0.63	-1.70	-2.01	-1.06	0.44	3.43	-0.56
電子請求	0.93	4.07	-0.33	-2.03	-2.09	-1.31	1.39	3.84	-0.30
1日当たり 点数の 伸び率(%)	2.94	7.80	-0.65	7.81	7.70	7.87	0.92	6.14	-0.71
電子請求	3.98	7.76	-0.89	7.90	7.90	6.63	1.80	6.13	-0.93

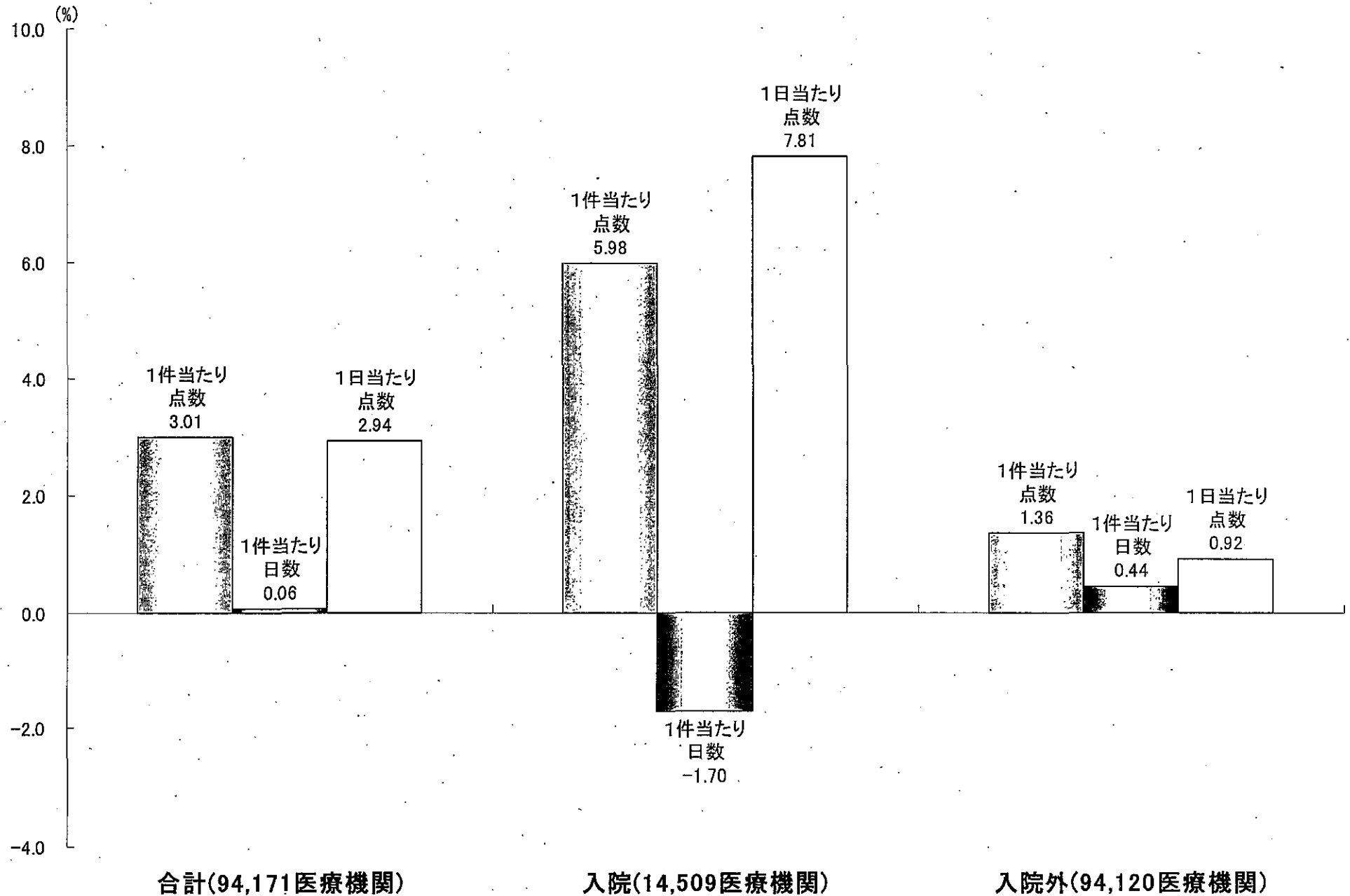
医療費の伸び率(入院・入院外)



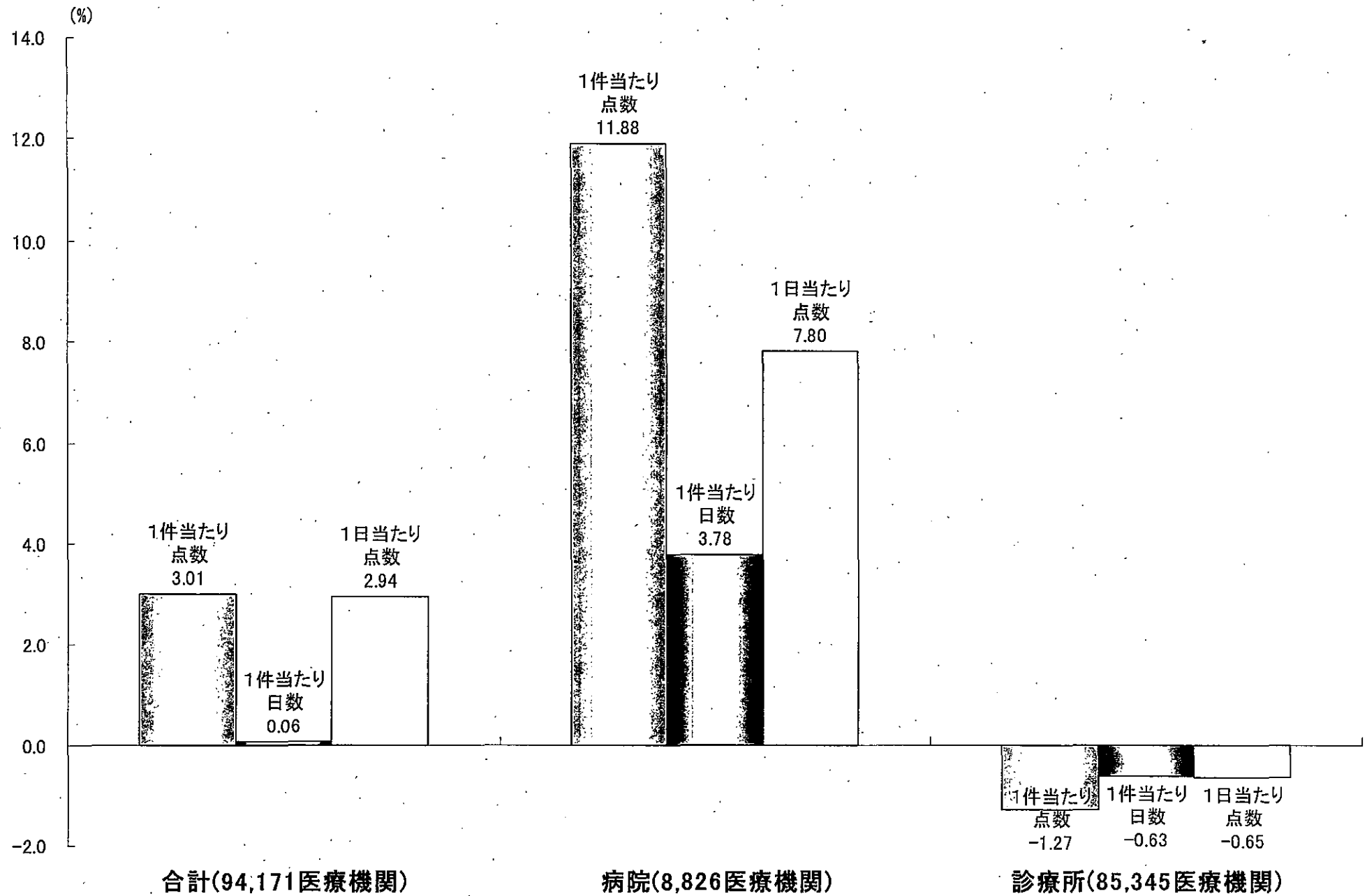
医療費の伸び率(病院・診療所)



1件当たり医療費の伸び率(入院・入院外)

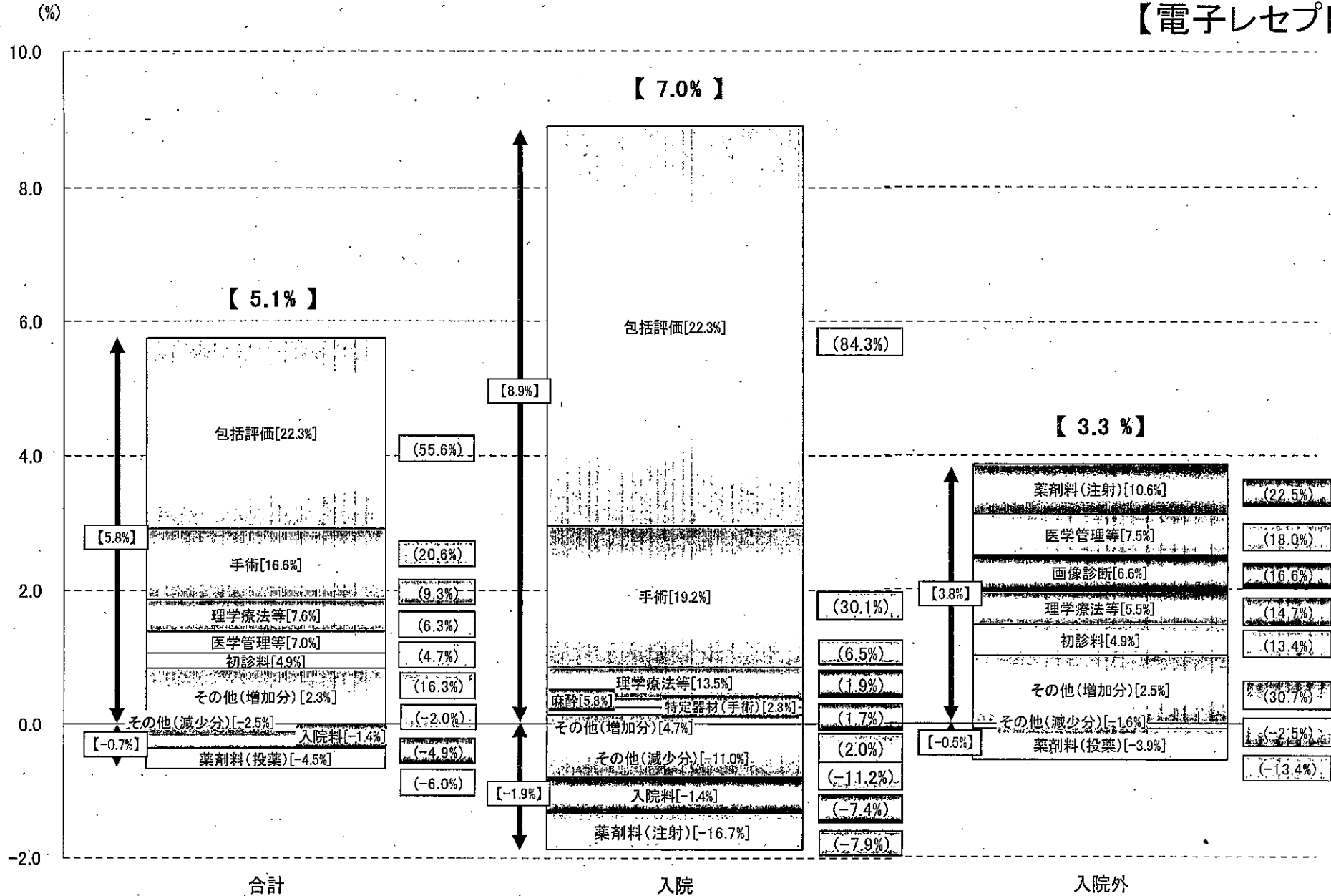


1件当たり医療費の伸び率(病院・診療所)



診療項目別伸び率(入院・入院外)

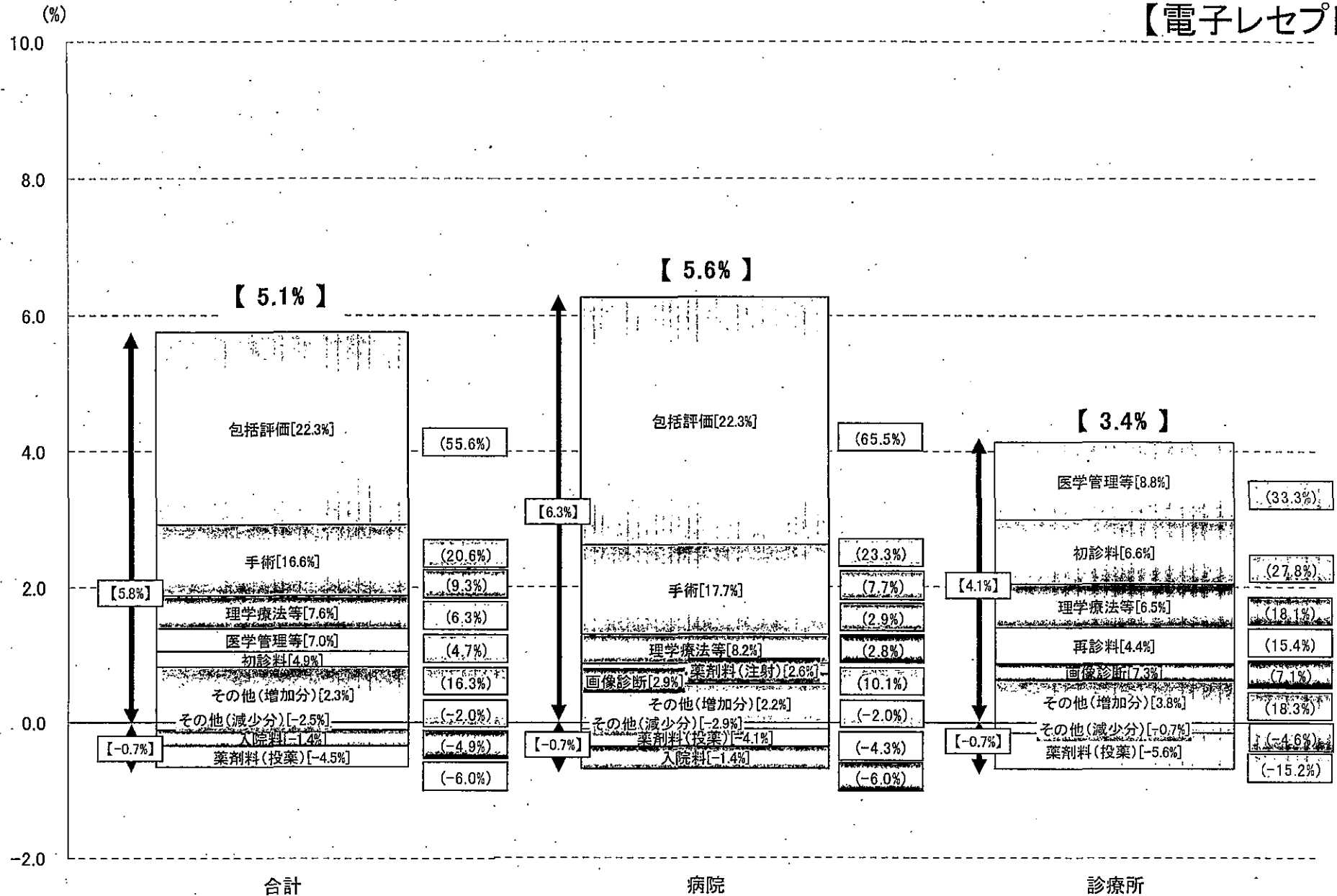
【電子レセプト】



※【%】は伸び率を表しており、グラフ内の【%】は各診療項目の伸び率である。また、□内の(%)は診療項目計の伸び率を100としたときの寄与度を表している。

診療項目別伸び率(病院・診療所)

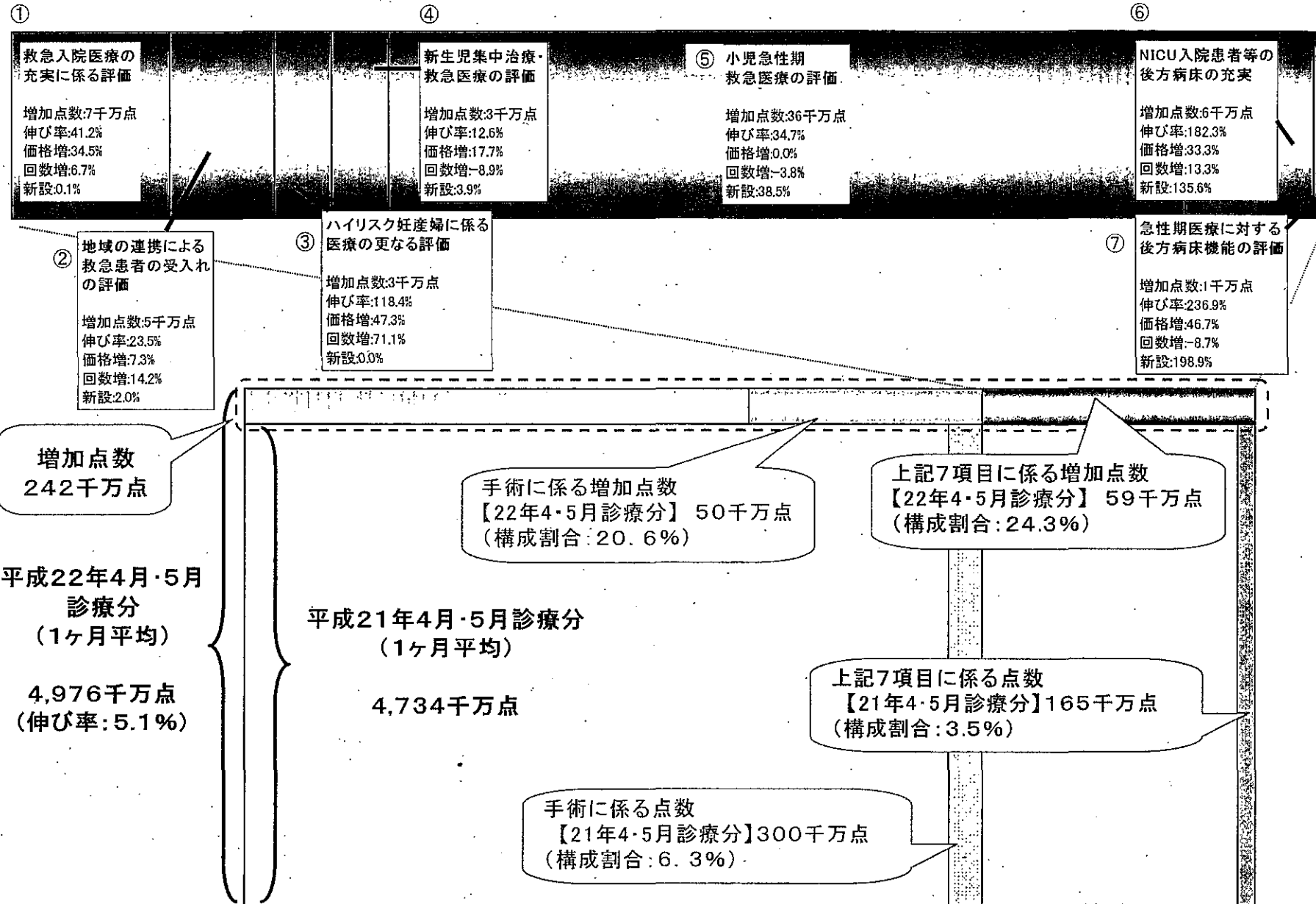
【電子レセプト】



※【%】は伸び率を表しており、グラフ内の【%】は各診療項目の伸び率である。また、口内の(%)は診療項目計の伸び率を100としたときの各診療項目の寄与度を表している。

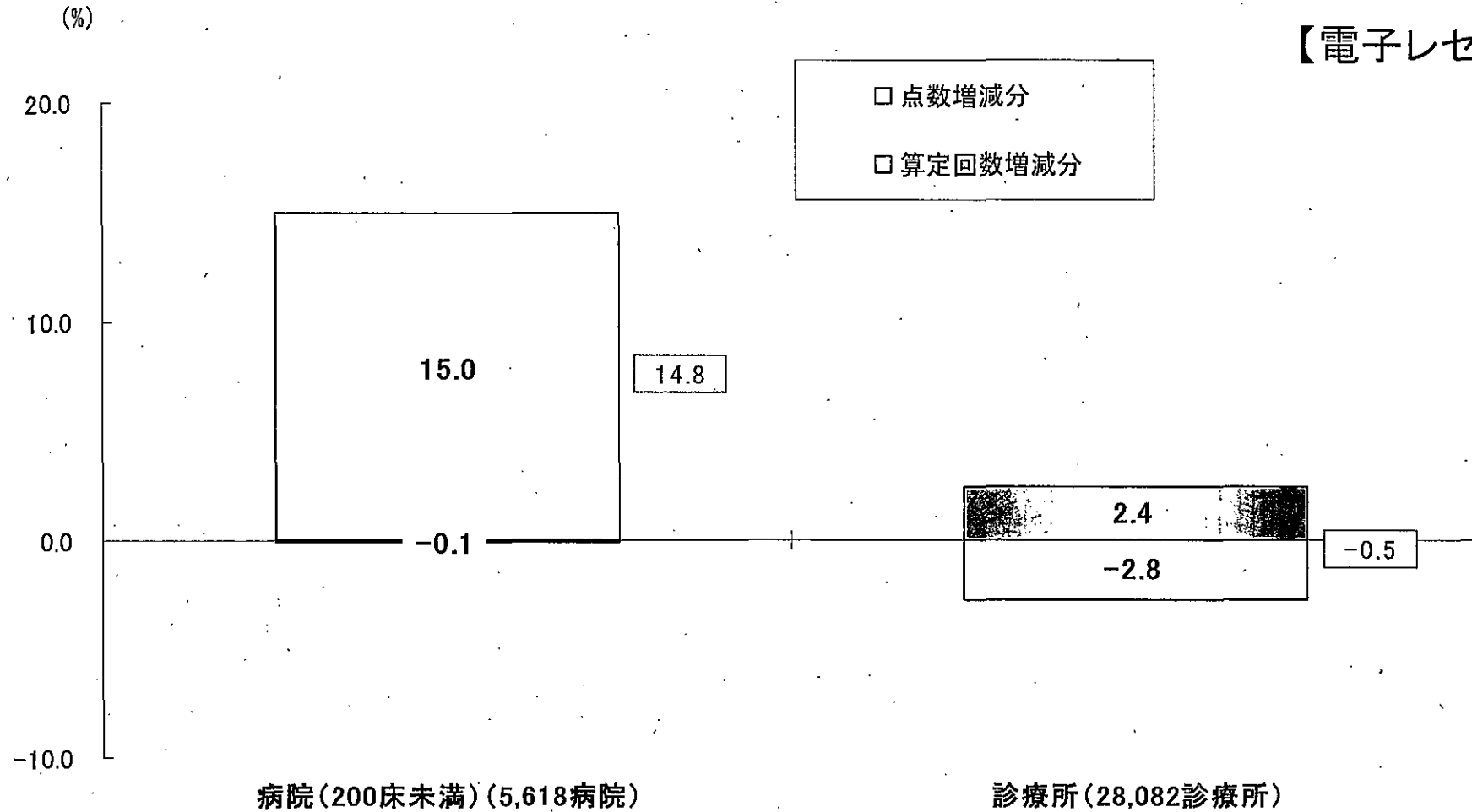
医療費増加の分析

【電子レセプト】



再診料算定点数の伸び率

【電子レセプト】

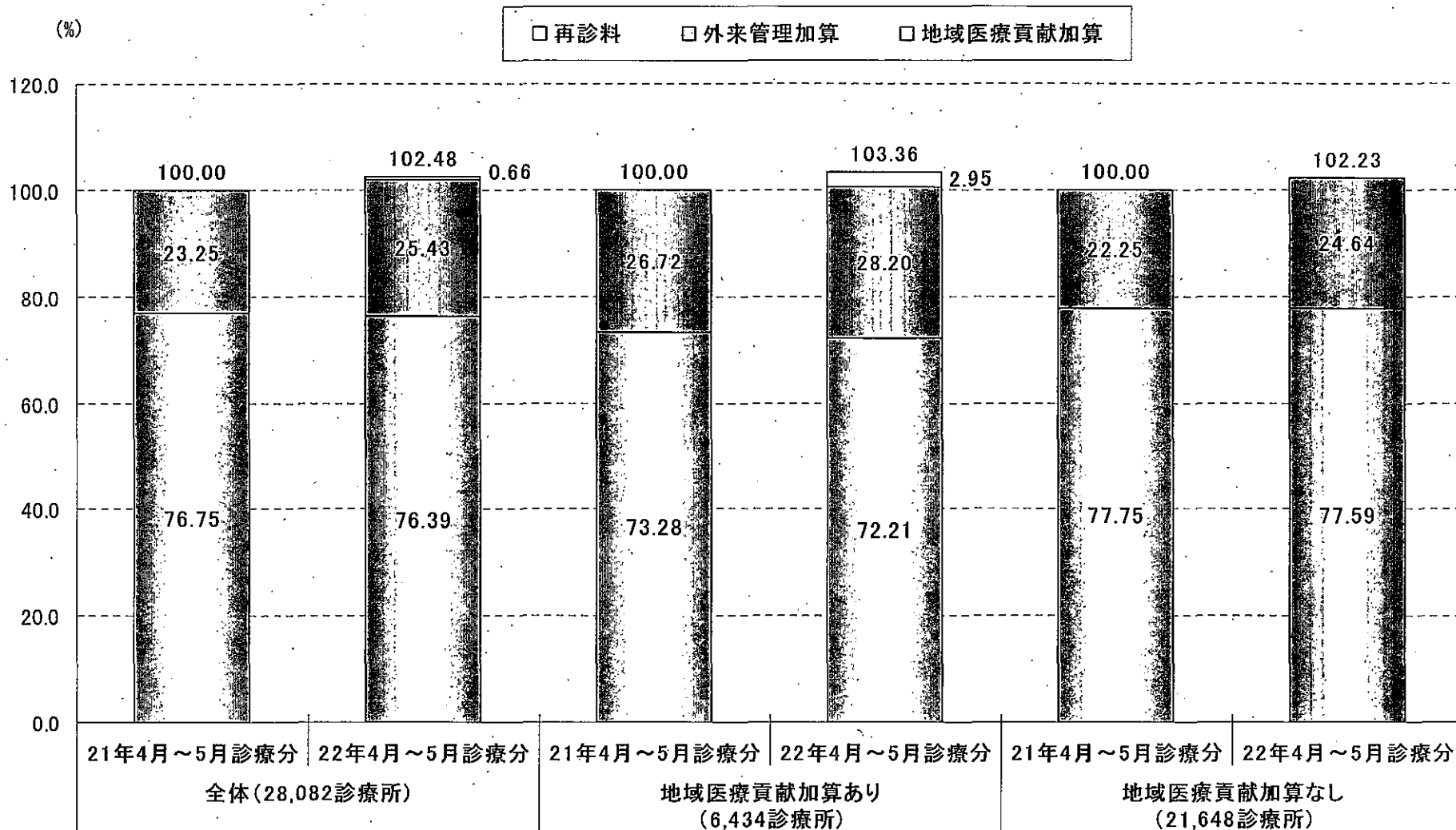


医科:1か月平均

	21年4月～5月診療分		22年4月～5月診療分		伸び率	
	算定回数 (万回)	算定点数 (千万点)	算定回数 (万回)	算定点数 (千万点)	算定回数 (%)	算定点数 (%)
病院(200床未満)	440.43	26.43	439.92	30.35	-0.1	14.8
診療所	1,263.06	89.68	1,293.61	89.26	2.4	-0.5

再診料及び外来管理加算・地域医療貢献加算

【電子レセプト】



国保中央会・東京都国保連合会提出資料

- 1 レセプトの電子化に対応した審査について
- 2 国保連合会の業務実施体制について

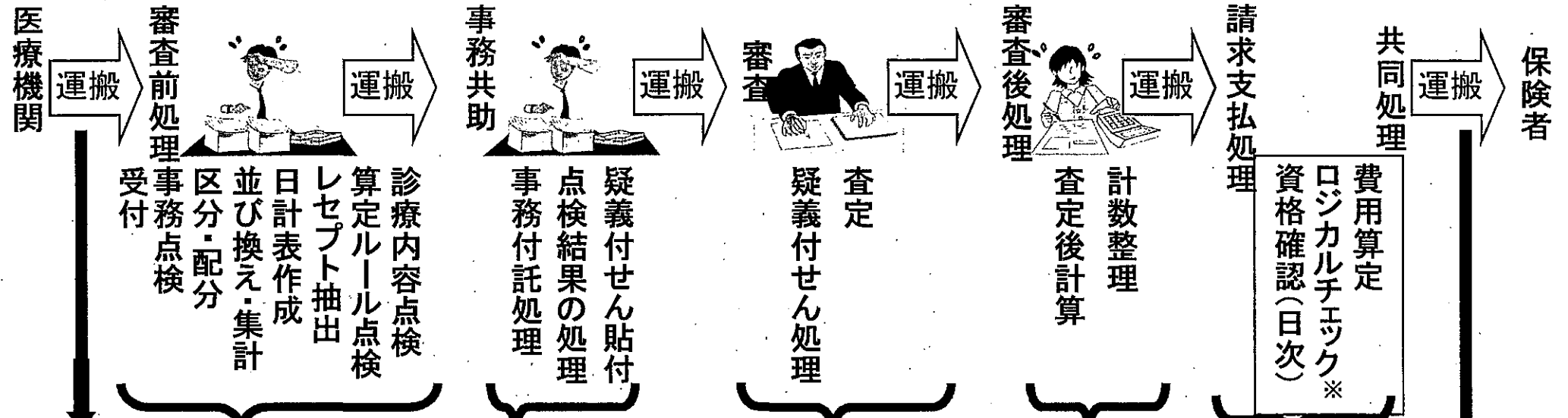
平成22年9月30日

1 レセプトの電子化に対応した審査について

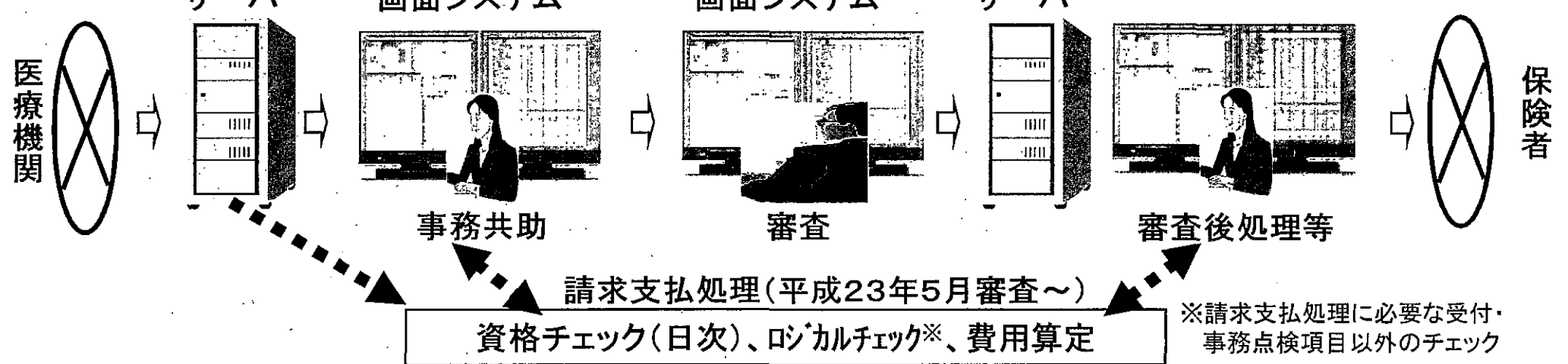
- ① 紙レセプトから電子レセプトへの業務の流れの変化
- ② システムチェック
- ③ 一次審査における縦覧・横覧審査、突合審査

審査業務の流れの変化(紙レセプト処理からペーパレス化での電子レセプト処理へ)

紙レセプト処理



電子レセプト処理



一次審査における縦覧・横覧審査、突合審査の導入(平成23年5月審査～)

電子レセプトに対するシステムチェックの実施

国保連合会では、現在すべての電子レセプトについて以下のシステムチェックを実施するとともに、今後、段階的に拡大、充実していくこととしています。

1. 算定ルールのチェック

点数表の中にある算定ルールのチェックをすべて行うことを目的として、

2,000項目(9月現在)→4,000項目(平成22年度末)に拡大

注:支払基金と共同で開発・運用しているレセプト事務点検において、形式的な点検の対象となっている単純な算定ルールのチェックを除く。

2. 審査支援(審査委員会が定めた医薬品の用量、投与日数等の基準に適合しているかどうか)のチェック

審査委員からの要望等に対応して、

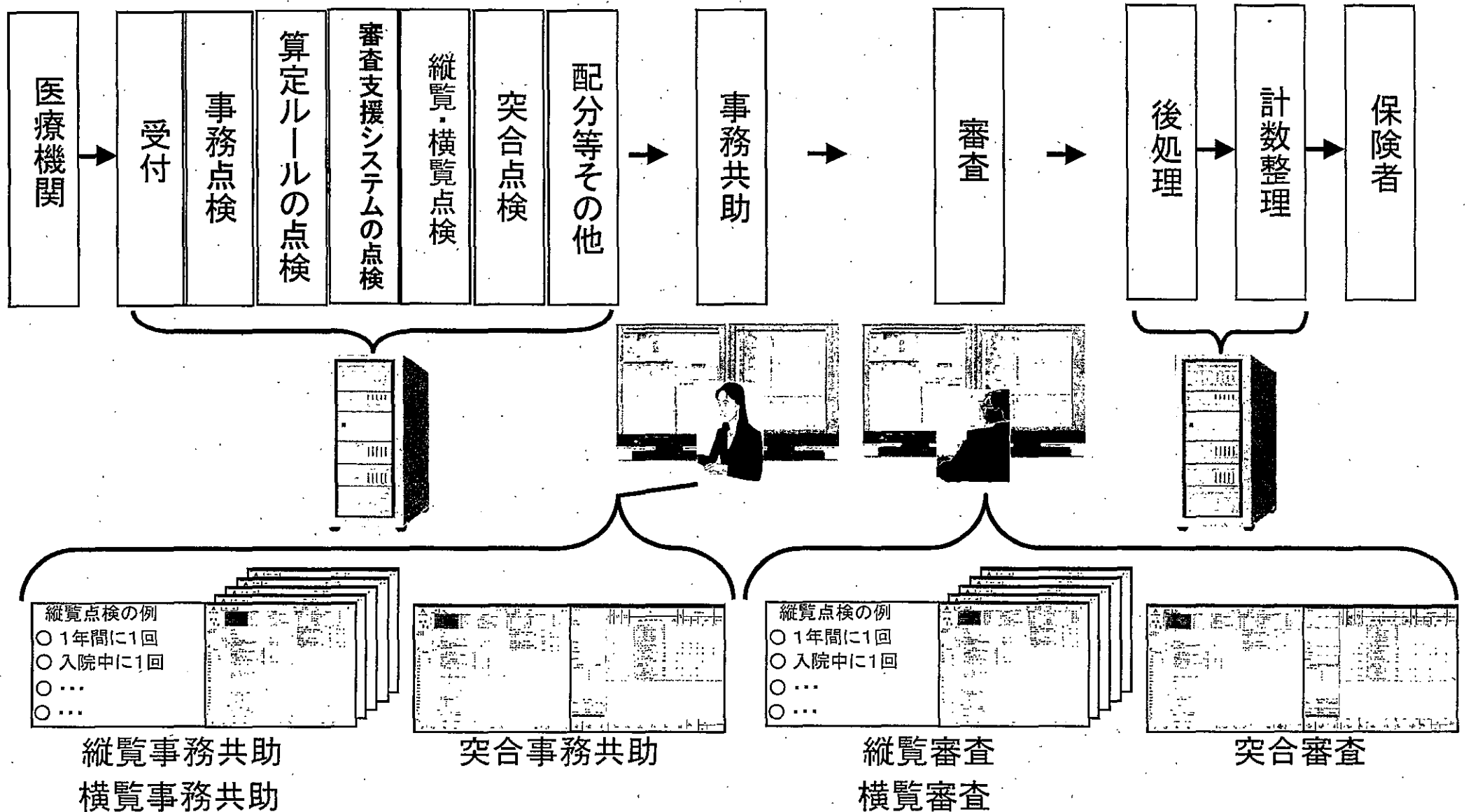
5,000項目(9月現在)→10,000項目(平成22年度末)に拡大

一次審査における縦覧・横覧審査、突合審査

紙レセプトでは物理的に非常に困難であった縦覧・横覧審査、突合審査を、電子レセプトでは過去と現在のレセプト間の紐付け等が容易に行われることから、平成23年5月審査から国保連合会の一次審査において国保の二画面システムを用いた縦覧・横覧審査、突合審査を実施します。

注：横覧審査はP9. 参照

一次審査における縦覧審査・突合審査の流れ



縦覧審査(3ヶ月に1回の縦覧審査例)

2ヶ月前のレセプト群

1ヶ月前のレセプト群

今月のレセプト群

診療項目

当該月

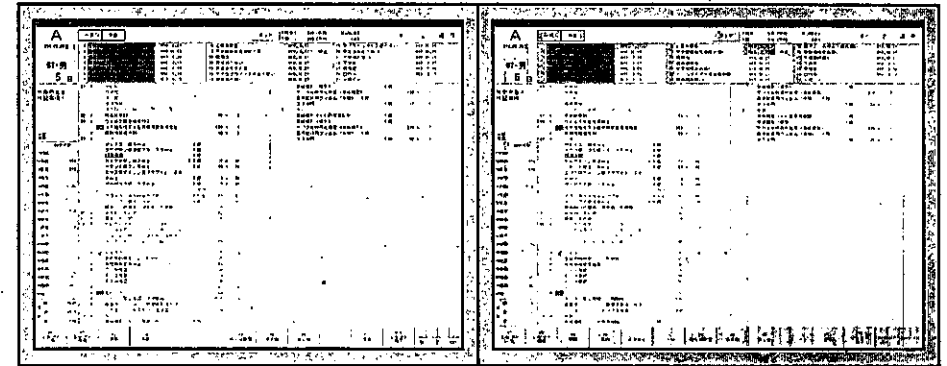
1ヶ月前

2ヶ月前

3ヶ月前

PSA精密	○		○	
-------	---	--	---	--

二画面システム



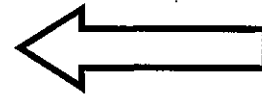
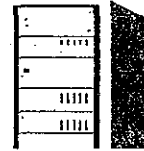
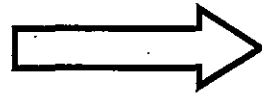
縦覧審査の方法：3ヶ月に1回しか請求できないルールを例にとると、3ヶ月間で2回請求されていれば、請求されているレセプトを二画面システムの画面にそれぞれのレセプトを表示して審査する。

横覧審査

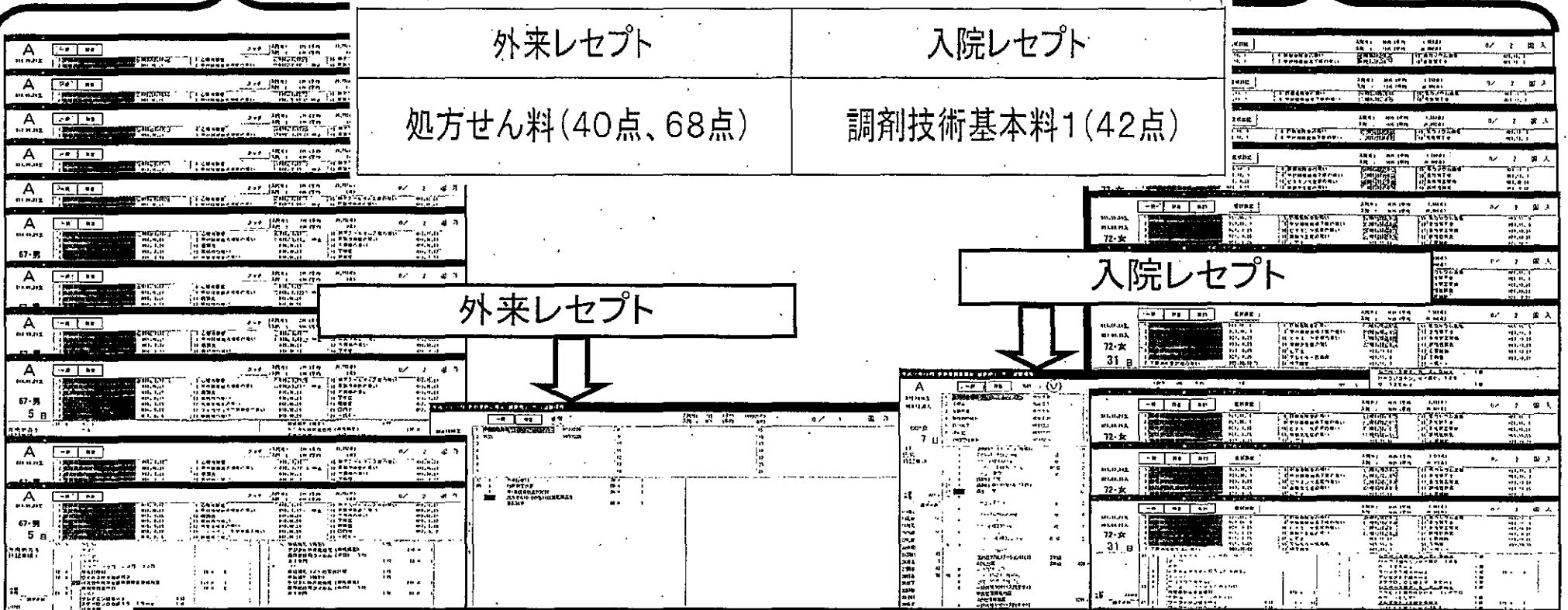
①

医療機関番号、被保険者証番号、生年月日、性別等を用いて、同じ医療機関から請求される入院レセプトと外来レセプトを突き合わせて審査する。

外来レセプト



入院レセプト



②

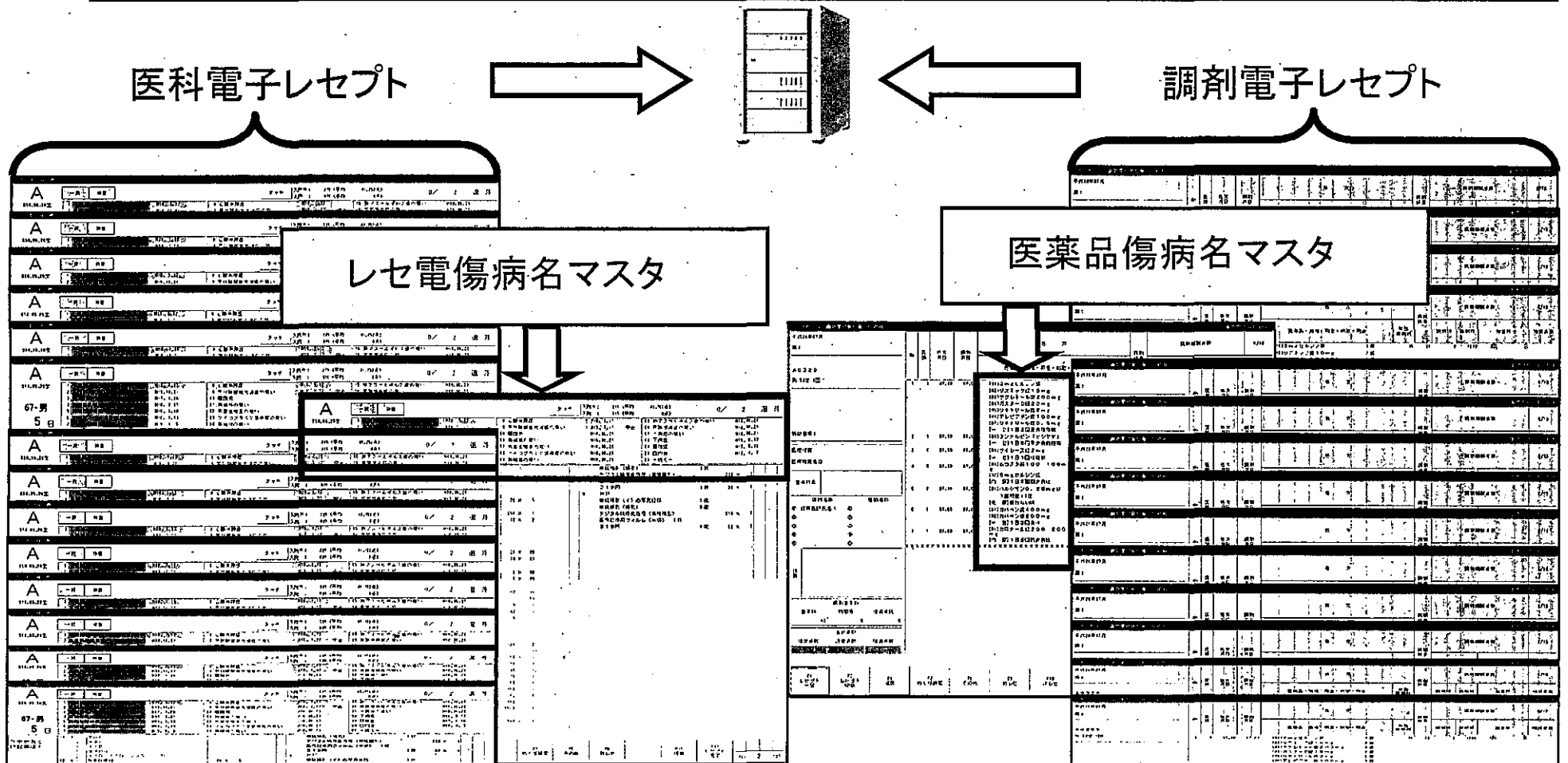
横覧の方法は、突き合わされた同月の入院レセプトと外来レセプトについて、例えば同じ診療項目を同時に入院レセプトと外来レセプトに請求してはいけない算定ルールが守られているかどうかの審査を行う。

突合審査

適応のない医薬品が処方されていないかどうかをみるため突合審査を行う

①

調剤レセプトの医療機関番号、被保険者証番号、生年月日、性別等を用いて医科レセプトと調剤レセプトを突合する。

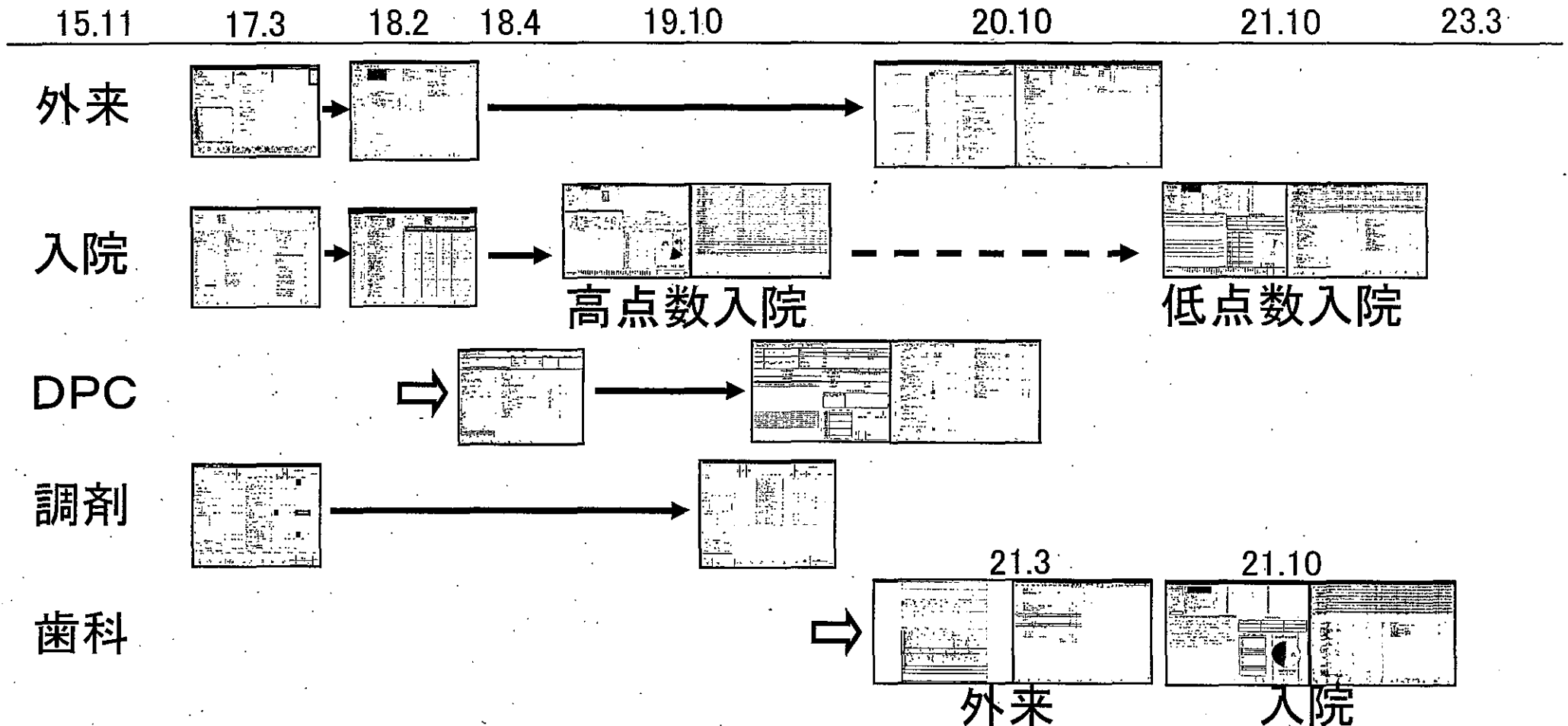


②

突合の方法は、突合された医科レセプトと調剤レセプトについて、医科レセプトの傷病名と、調剤レセプトに処方されている医薬品の適応傷病名をコンピュータ上で照合し、お互いの傷病名が合っているかどうかの審査を行う。

(参考)

画面システムの開発

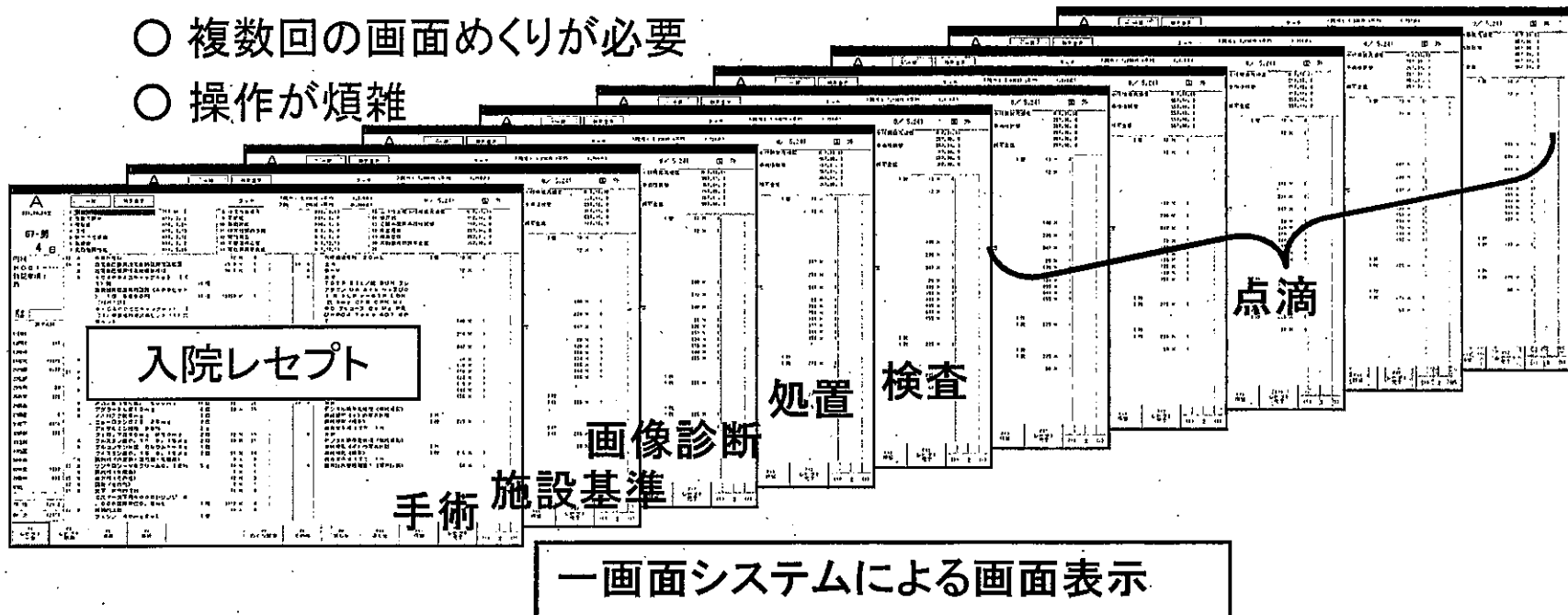


国保中央会は、審査委員会及び審査担当職員等の意見・要望を参考に随時機能強化するとともに、二画面システムの開発を行ってきた。

国保の二画面システムの開発

- 必要性：一画面で情報量の多い入院レセプトを表示すると、以下の理由により使い勝手の悪いシステムになり、一瞥しやすくするために紙に打出しての処理が行われる等、ペーパレス化が困難であった。
(例：傷病名と診療行為との関係など)

- 画面を一瞥して、内容の把握ができない
- 複数回の画面めくりが必要
- 操作が煩雑



- ペーパレス化と審査の効率化のため、二画面システムの開発へ：

レセプト情報を集約、整理することにより、画面数を少なくしています。

国保の二画面システムの開発

- 左側の画面はレセプトの特徴を示す情報を集約(傷病名、症状詳記、主要な診療行為等)して表示 \Rightarrow レセプトの概要を早くつかめる
- 右側の画面は投与された医薬品を投与日ごとに集計した日計表や検査・処置など審査の着眼点ごとに一覧表を作成する \Rightarrow
全体として画面数を少なくするとともに、審査効率の向上を図っている
- 二画面で審査を行うため、例えば、傷病名と症状詳記、傷病名と医薬品、症状詳記と医薬品、傷病名と処置等の診療項目などとの審査に必要な相互関係が容易に把握できる \Rightarrow 職員の審査事務共助や審査委員の審査が効率的にできる

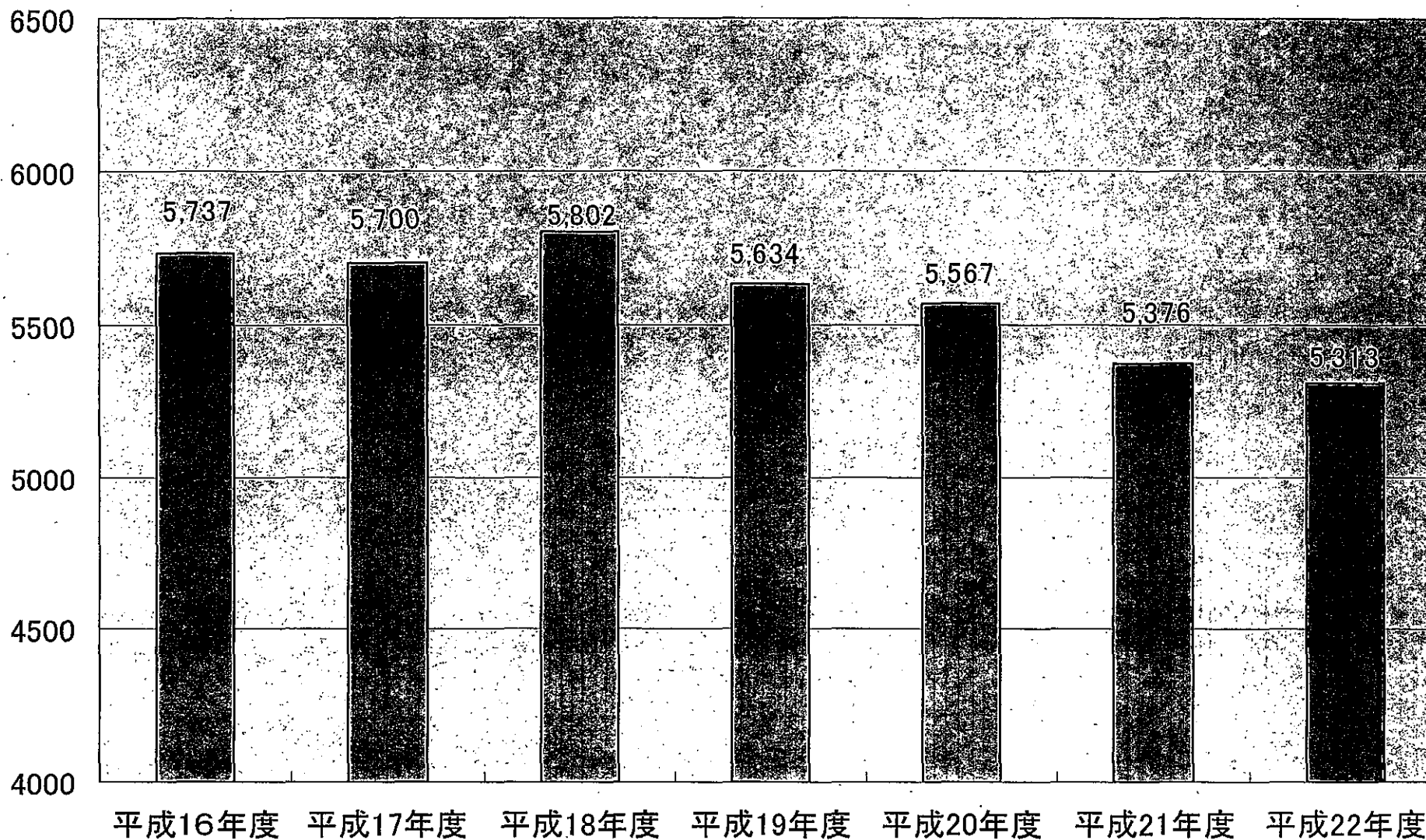
The screenshot displays a complex software interface for medical insurance review. It features several overlapping windows:

- 傷病名欄 (Injury/Disease Name Section):** The primary window, showing patient information (79-year-old male, 31st day) and a list of injury/disease names. It includes a '主要診療行為欄' (Main Treatment Action Section) with a pie chart showing '入院 42.1%' (Hospitalization) and '注射 35.8%' (Injection). A '請求点数 149,827' (Request Points) is also visible.
- 処置等の一覧表画面 (Overview of Treatment etc.):** A window at the top right showing a detailed list of treatments.
- 検査等の一覧表画面 (Overview of Examination etc.):** A window below the treatment overview, showing a list of examinations.
- 医薬品の日計表画面 (Daily Medication Summary Table):** A window at the bottom right showing a table of daily medication usage.

2 国保連合会の業務実施体制について

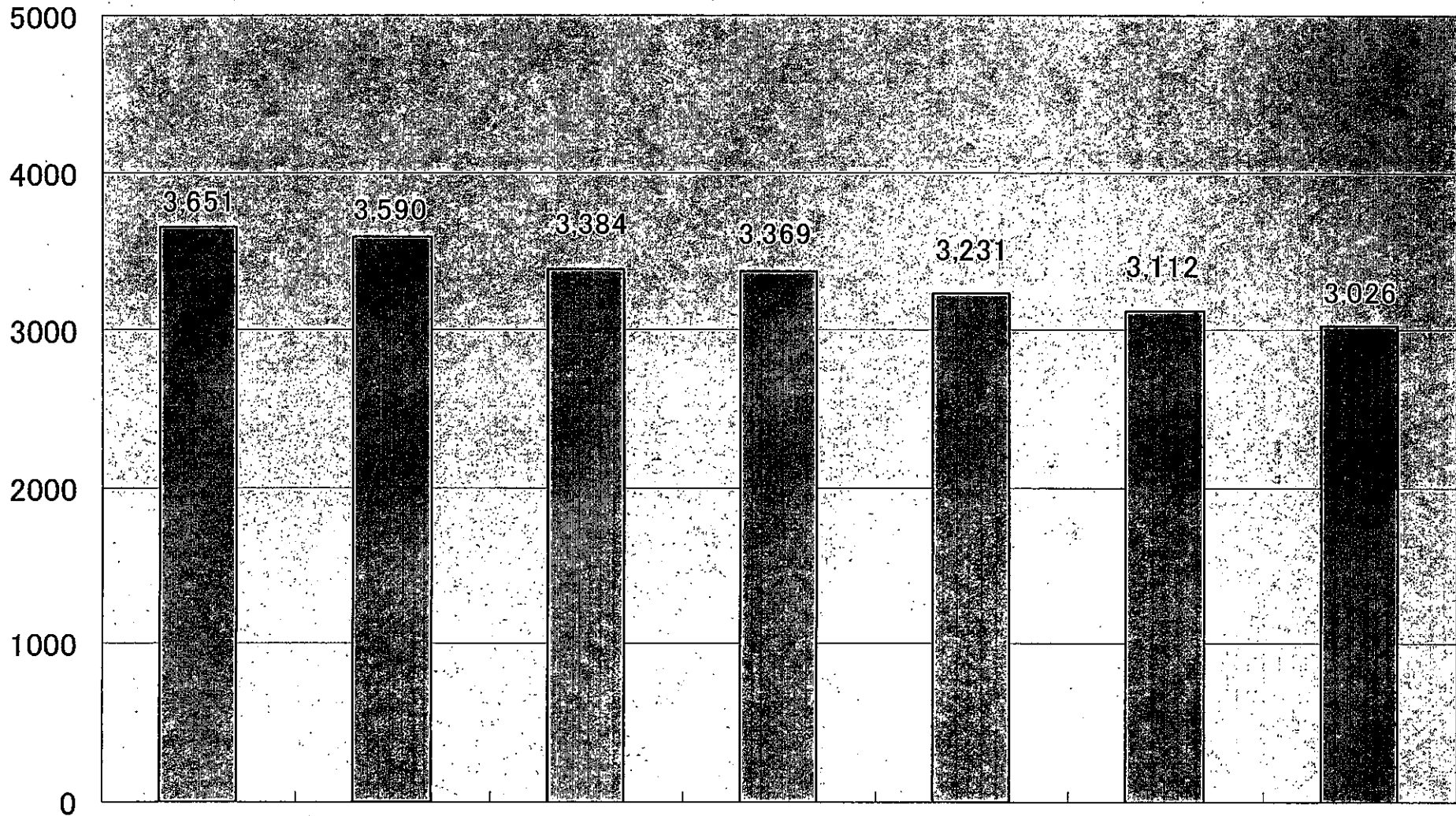
国保連合会の職員数の推移(全体)

職員数(人)



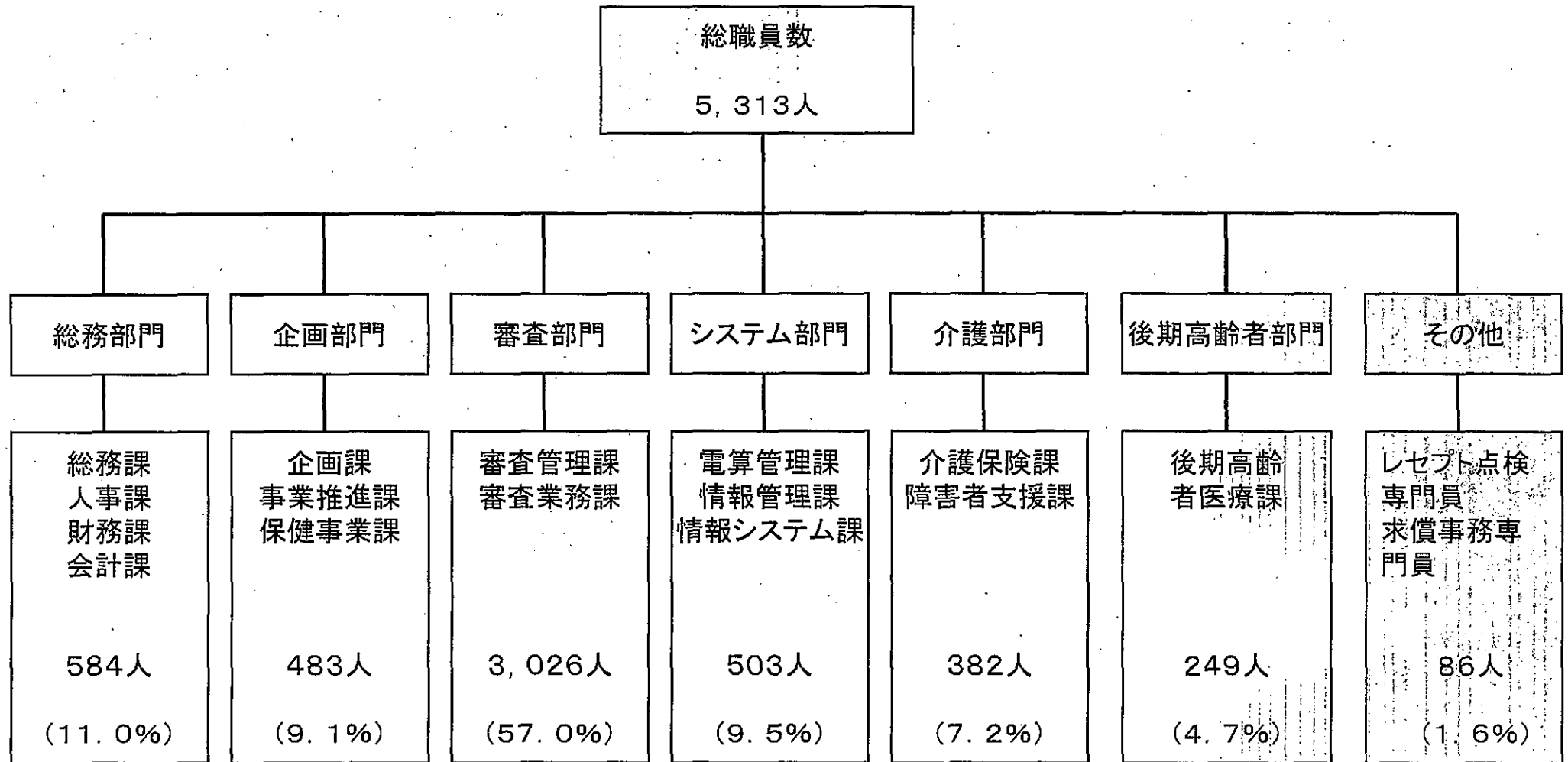
国保連合会の職員数の推移(審査支払担当職員)

職員数(人)



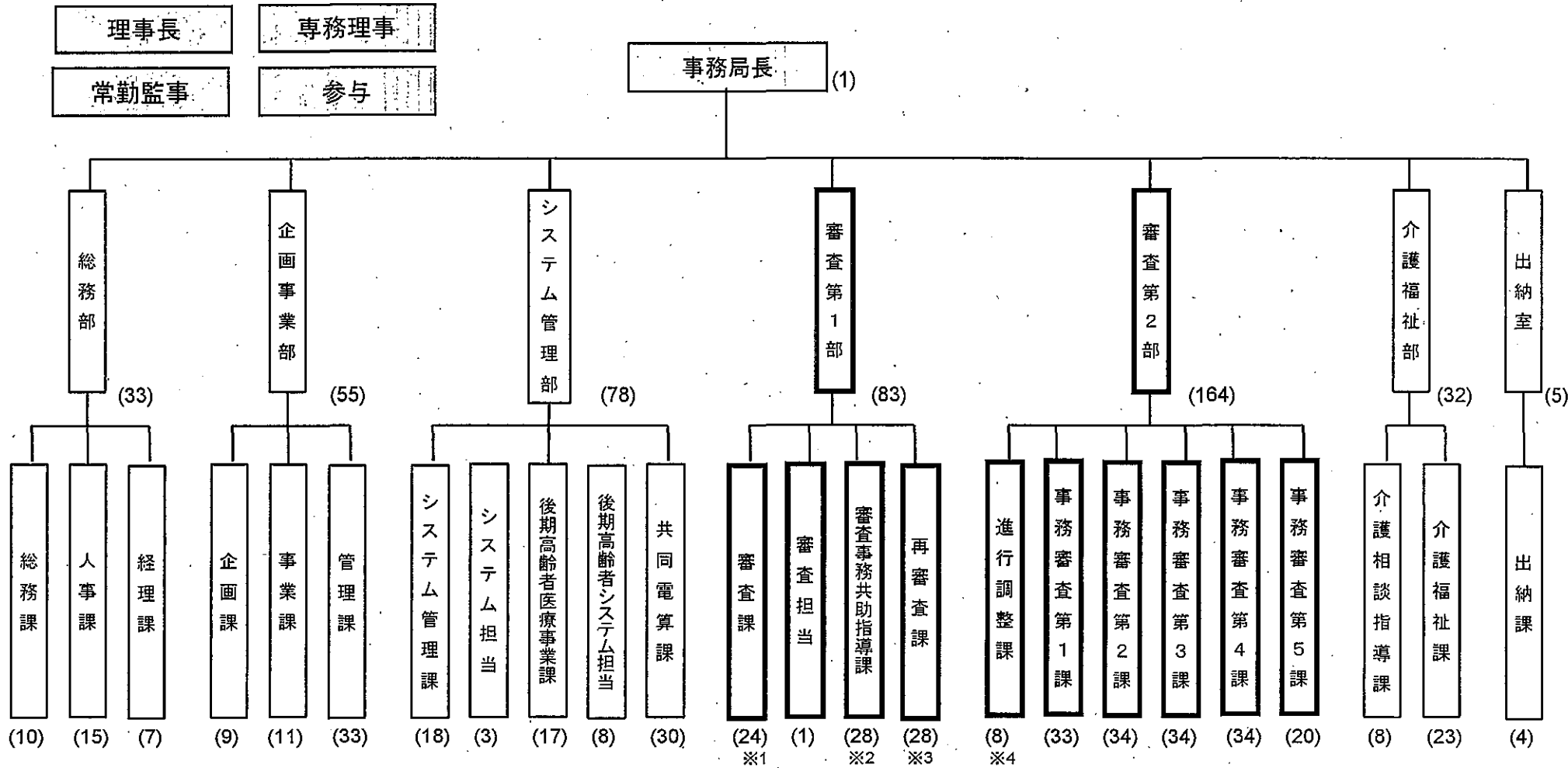
平成16年度 平成17年度 平成18年度 平成19年度 平成20年度 平成21年度 平成22年度

国保連合会における業務実施体制



職員数は各課に所属する人数である。

大規模連合会における業務実施体制



<※1 審査課>
 ・審査委員会の運営及び審査結果に関すること
 ・医療機関等再審査に関すること
 ・柔道整復療養費審査委員会の運営に関すること
 ・療養費等の審査等に関すること

<※2 審査事務共助指導課>
 ・審査事務共助に関すること
 ・医科点数表通知の疑義に関すること
 ・レセプト確認事務の講習会に関すること
 ・審査事務共助充実のための職員指導及び高難度の審査事務共助に関すること

<※3 再審査課>
 ・保険者からの再審査申し立て(医科・調剤・訪問看護)及び突合審査に関すること
 ・再審査特別部会(医科)及び突合審査特別部会の運営等に関すること

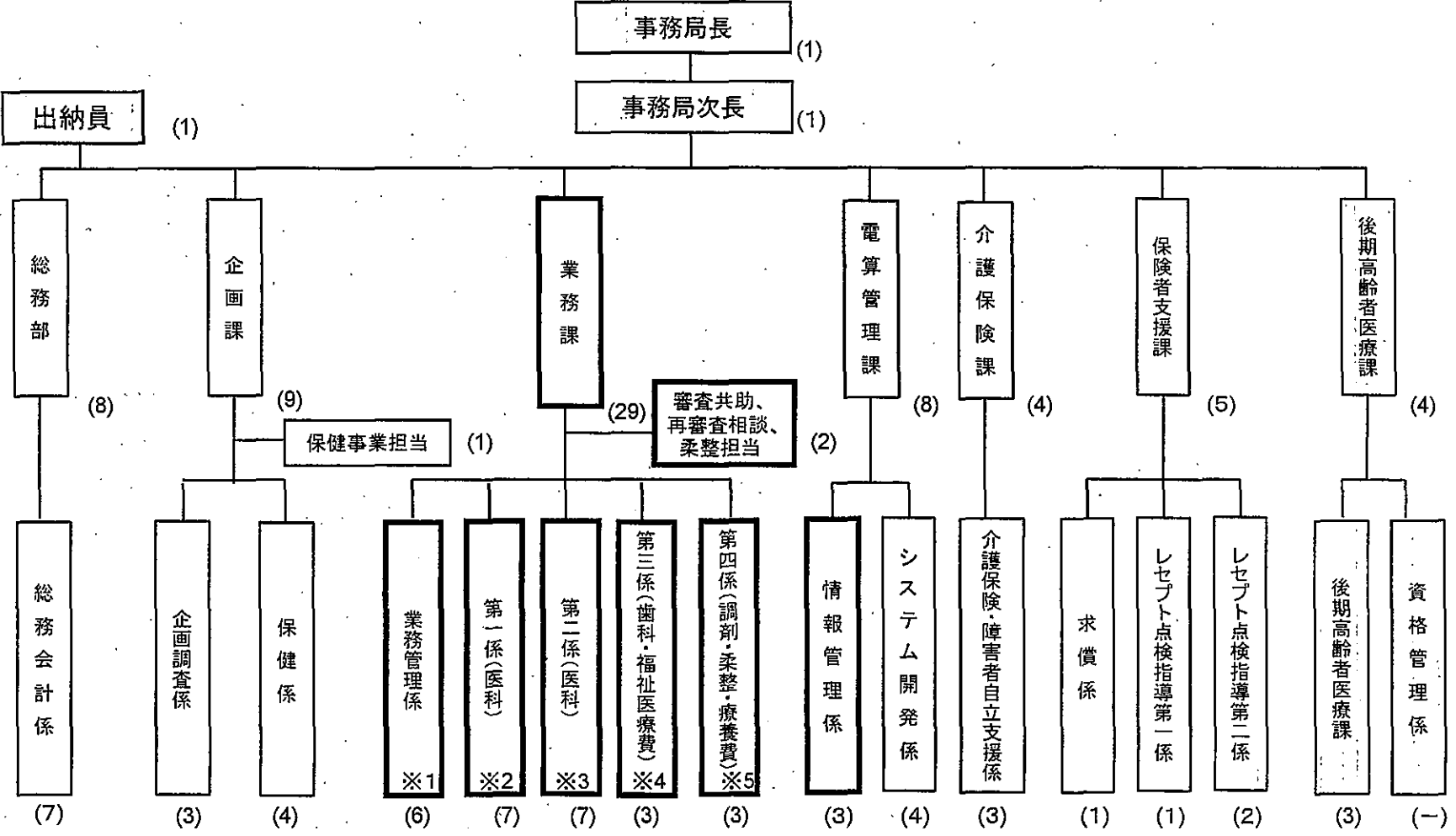
<※4 進行調整課>
 ・診療報酬等審査支払の業務処理日程の作成及び調整に関すること
 ・審査支払等に係る全体の進行管理に関すること
 ・出産育児一時金等請求支払事務に関すること

<※5 事務審査第1～5課>
 ・診療報酬等請求書の受付及び発送に関すること
 ・審査事務共助及び事務点検に関すること
 ・診療報酬等請求書のエラーチェックに関すること
 ・返戻事務に関すること
 ・全国決済事務に関すること

小規模連合会における業務実施体制

()内の数は定数を表す

- 理事長
- 副理事長
- 常務理事
- 監事
- 監査室



<※1 業務管理課>

○国保(後期高齢者医療)審査委員会○資格
 過誤全般(受付含む)○全国決済調整事務
 (過誤・再審査)○再審査○共同電算・レセ
 プト管理システム○課内研修○調査・研究・統
 計・分析○保険医療機関等の承認基準○省
 令・通達等○請求紙の印刷・物資輸送○出
 産育児一時金処理○レセプト電算処理システム
 及びオンライン請求処理○福祉医療費連名
 簿(磁気媒体)○入力業務○郵便受付

に関すること

<※2 第二係(医科)>

○医科・訪問看護療養費審査事務(オンライ
 ン請求受付含む)
 ○国保(後期高齢者医療)審査委員会
 ○再審査(保険者 医科)
 ○共同電算・レセプト管理システム
 ○全国決済処理事務・画面審査共助システム

に関すること

<※3 第二係(医科)>

○医科・訪問看護療養費審査事務(オンライ
 ン請求受付含む)
 ○国保(後期高齢者医療)審査委員会
 ○再審査(保険者 医科)
 ○共同電算・レセプト管理システム
 ○全国決済処理事務・画面審査共助システム

に関すること

<※4 第三係(歯科・福祉医療費)>

○歯科審査事務(オンライン請求受付含む)
 ○国保(後期高齢者医療)審査委員会
 ○再審査(歯科)
 ○全国決済処理事務(保険者 歯科)
 ○共同電算・レセプト管理システム
 ○福祉医療費請求事務

に関すること

**<※5 第四係(調剤・柔整・療
 養費)>**

○調剤審査事務(オンライン請求受付含む)
 ○国保(後期高齢者医療)審査委員会
 ○再審査(調剤)
 ○全国決済処理事務(保険者 調剤)
 ○柔整審査事務
 ○再審査(調剤)
 ○療養費(医療費)
 ○共同電算・レセプト管理システム

に関すること



支払基金に対する満足度等アンケート調査 の結果概要

○調査の実施時期

全健保組合と協会けんぽを対象に本年8月に実施。

○回答状況

8月に存在する1,459健保組合と協会けんぽのうち、1,245保険者(回答率=85.3%)から回答を得た。

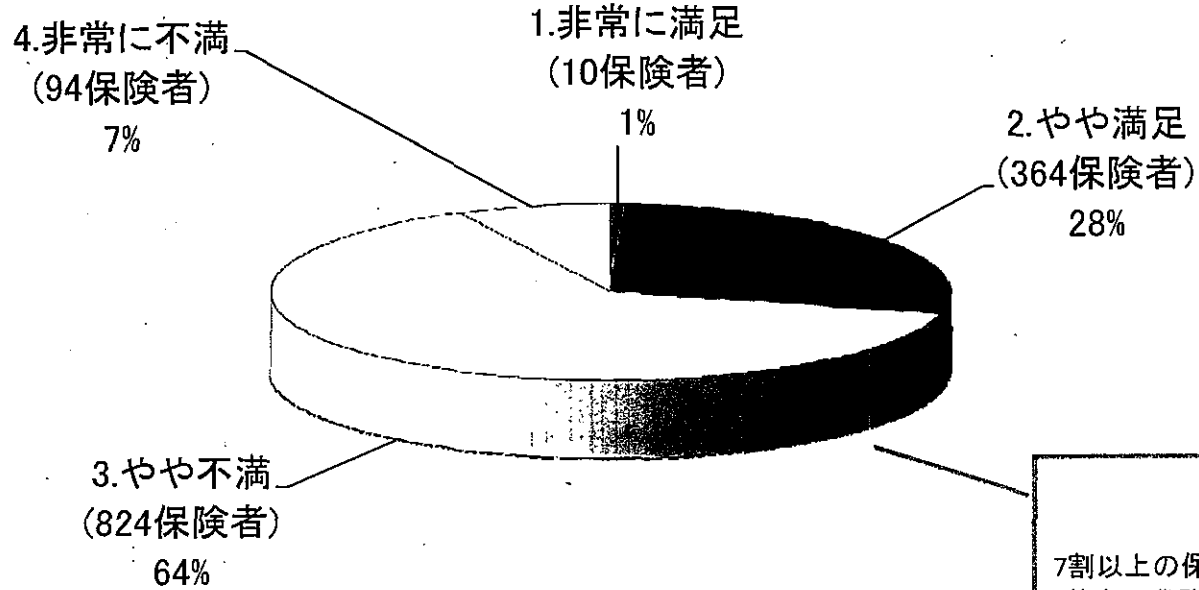
○主な調査項目

1. 業務全体に対する満足度についてP3～P4
2. 事務費に対する満足度についてP5
3. 審査に対する満足度についてP6～P8
4. レセプト様式についてP9
5. その他審査支払機関の組織等についてP10～P11

設問1 支払基金の審査支払業務全般に関する満足度

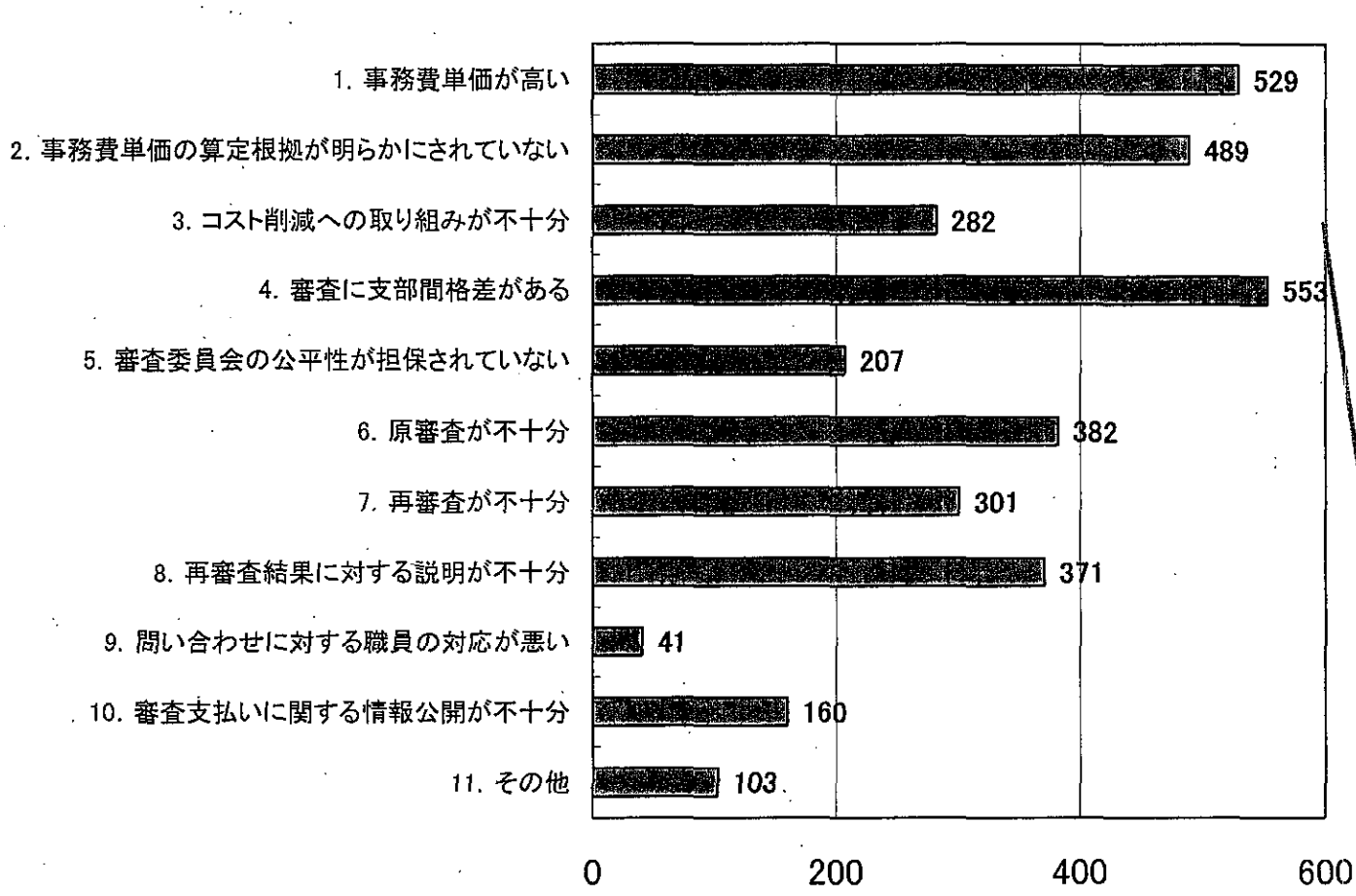
回答保険者数: (1,292 保険者)

※協会けんぽは本部と支部
の48保険者でカウント



7割以上の保険者が支払
基金の業務に何らかの
不満を持っている

設問2 審査支払業務全般に不満とした理由(複数回答可)



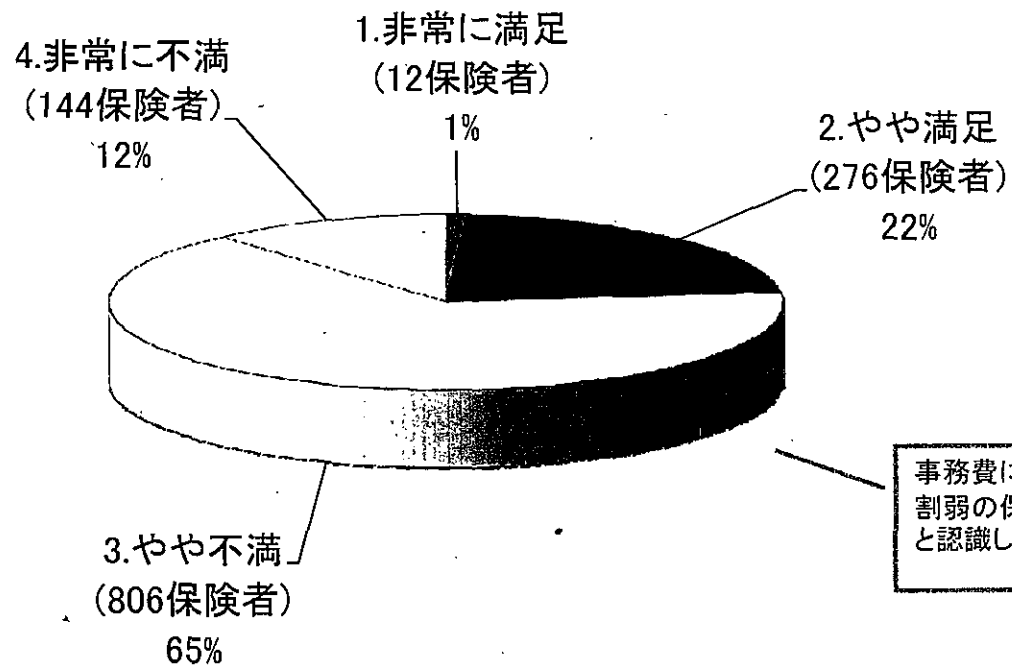
※協会けんぽは本部のみ回答

特に、審査格差、事務費への不満が多い

設問3 事務費単価のコストパフォーマンスに関する満足度

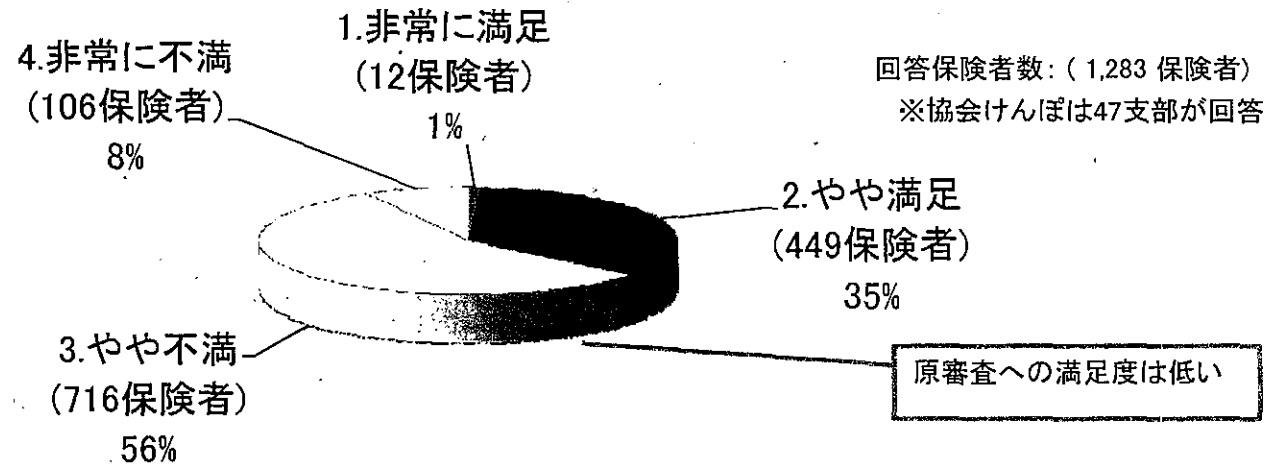
回答保険者数：(1,238 保険者)

※協会けんぽは本部のみ回答

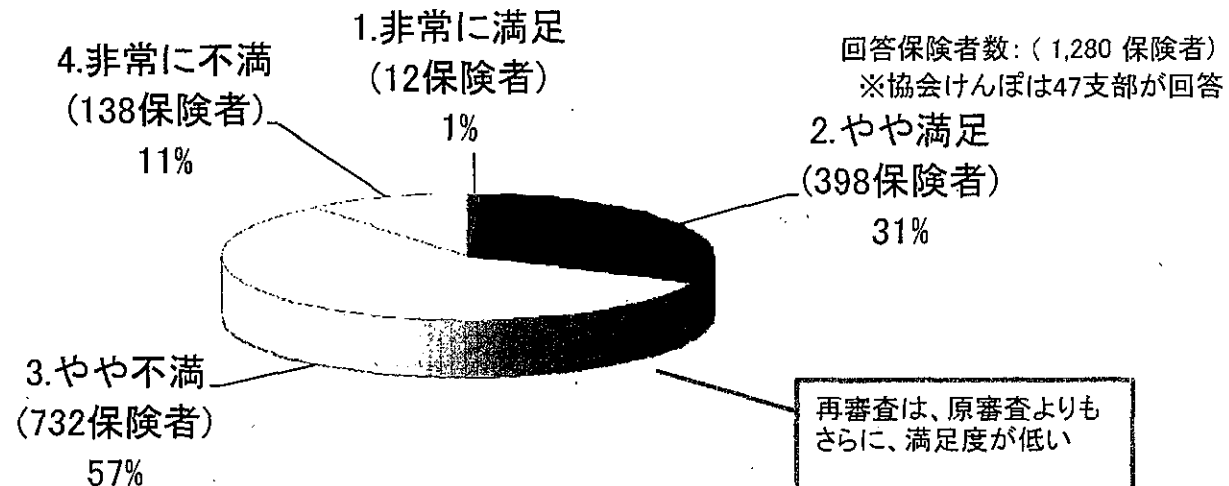


事務費については、8割弱の保険者が不満と認識している

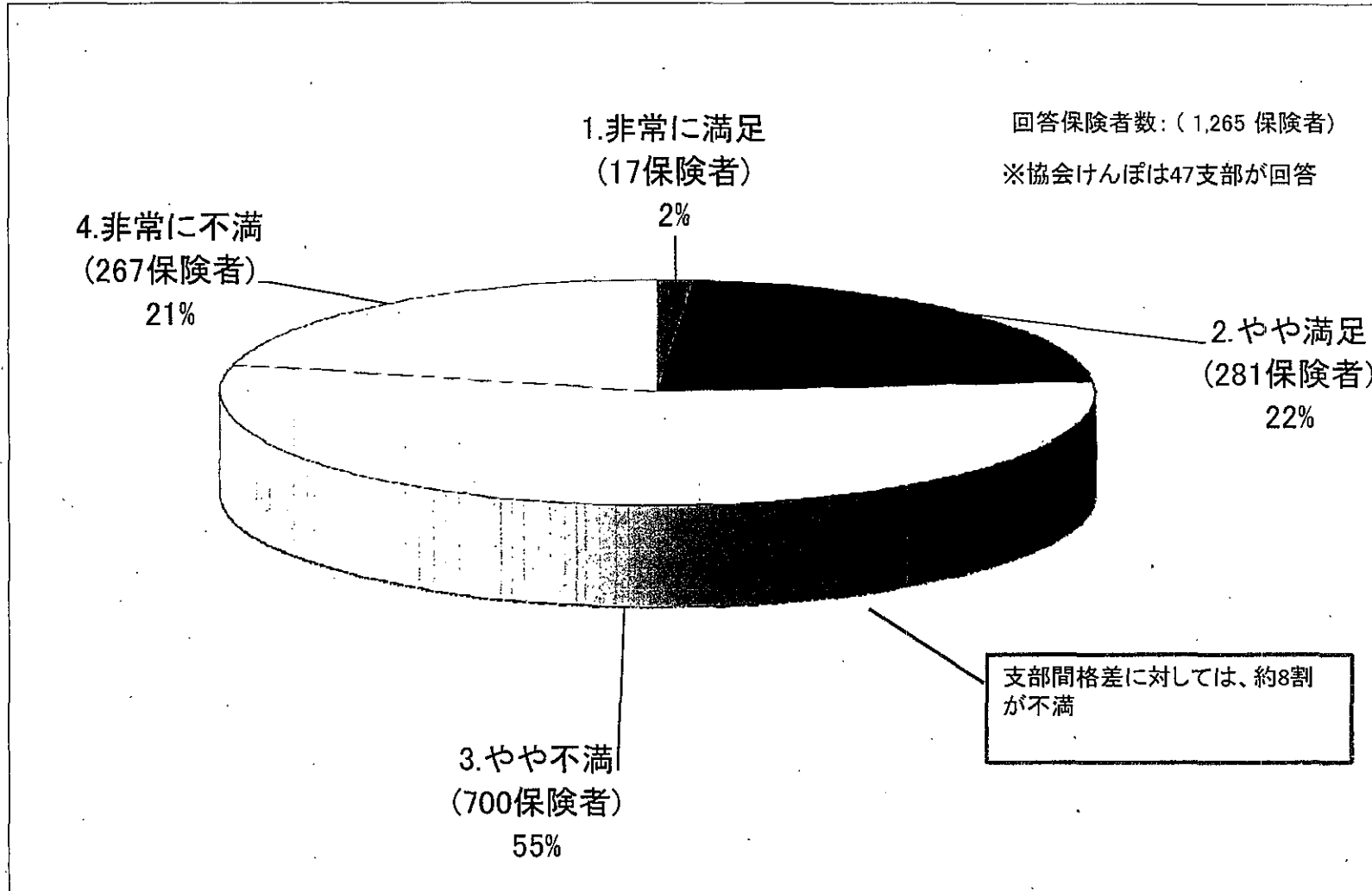
設問4 原審査に関する満足度



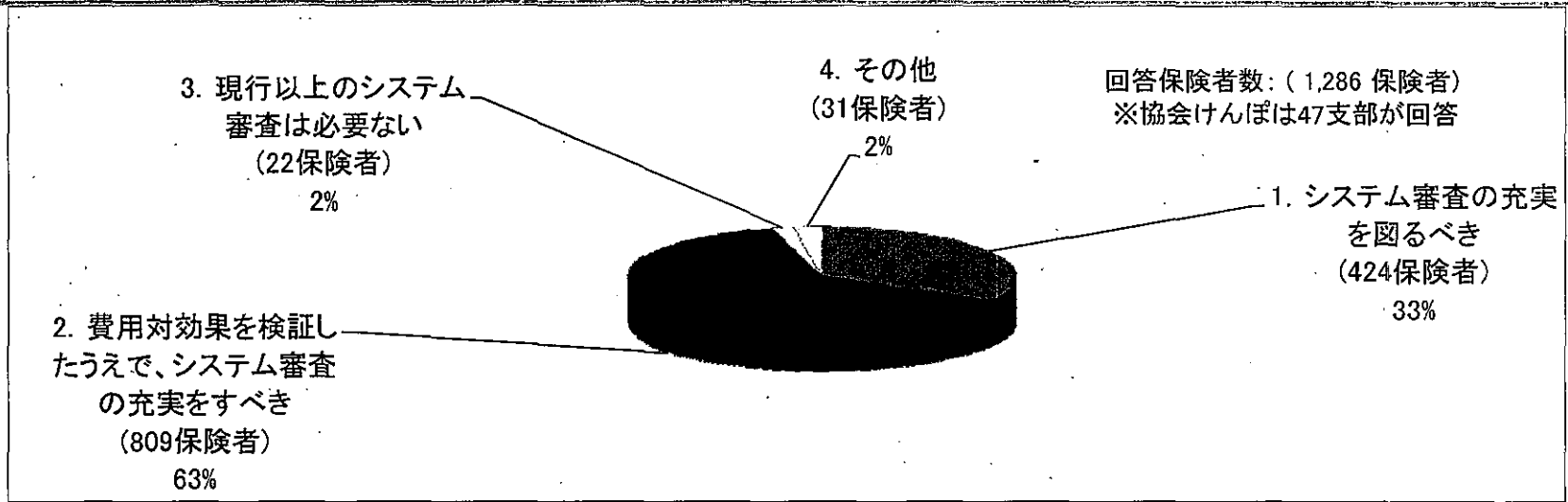
設問5 再審査に関する満足度



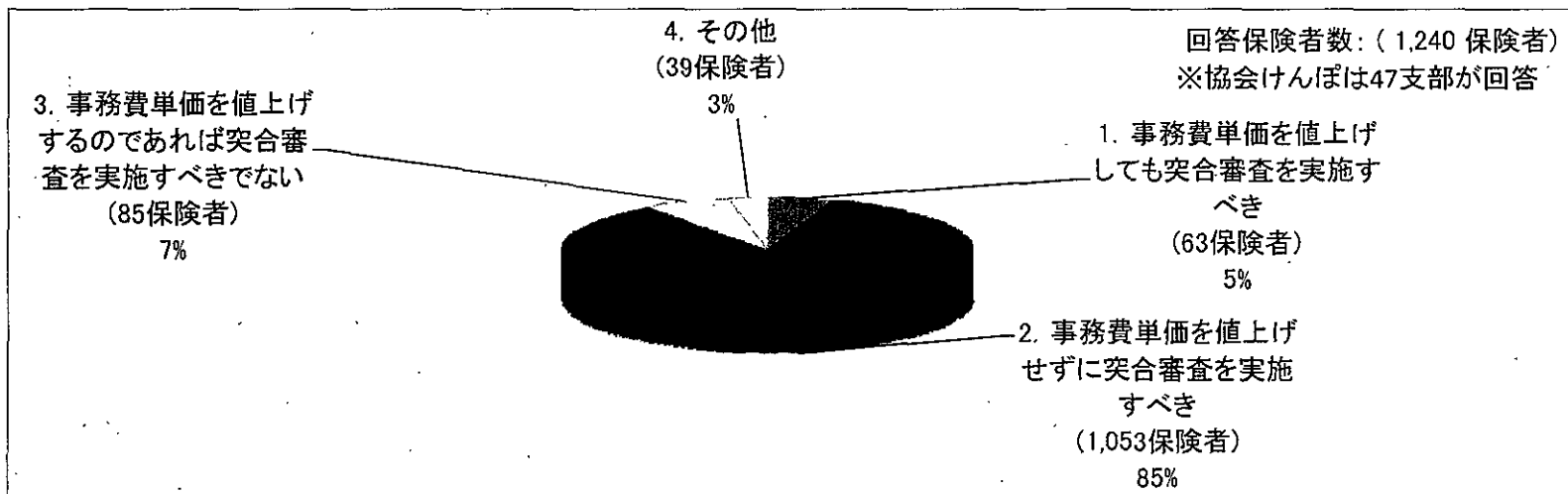
設問6 審査における支部間等の格差是正に向けた対応への満足度



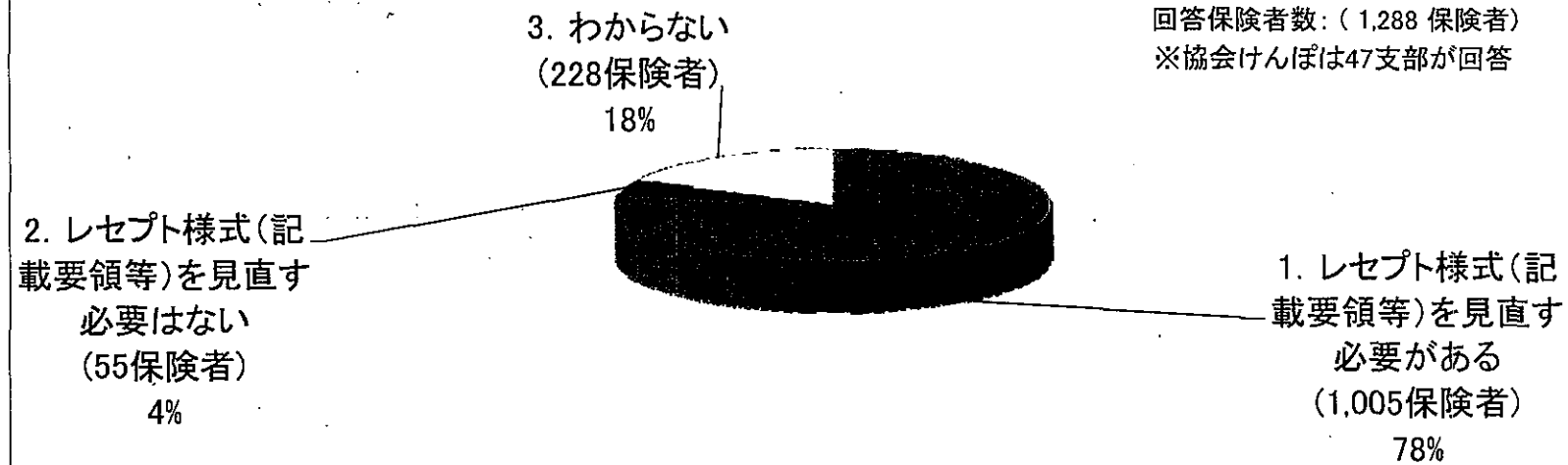
設問7 レセプトの電子化に伴う審査の在り方について



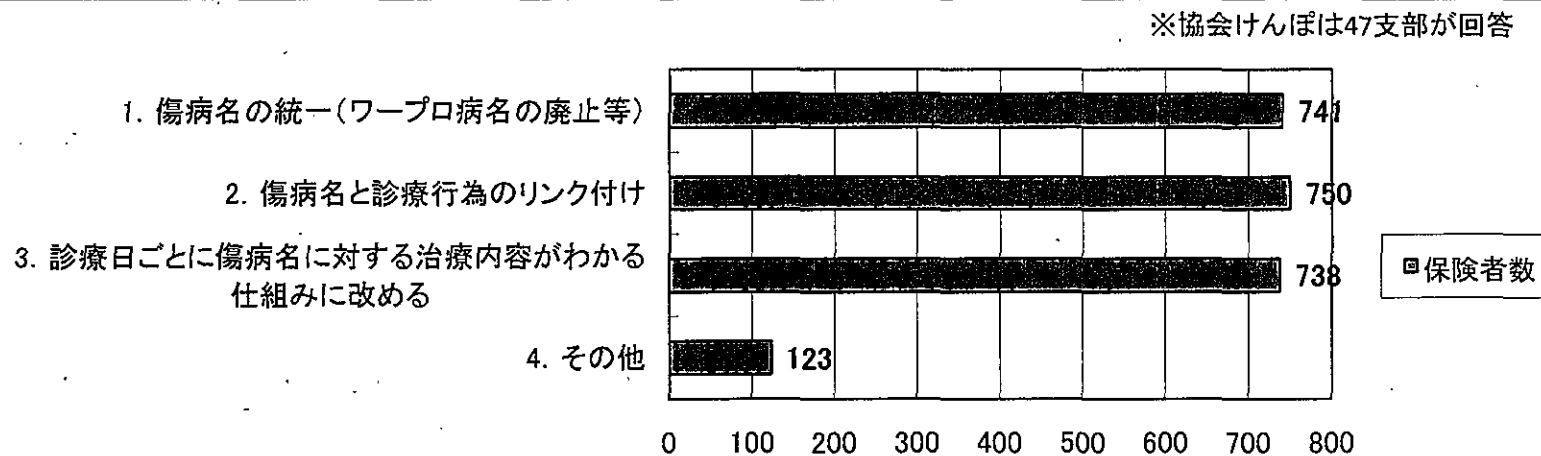
設問8 突合審査について



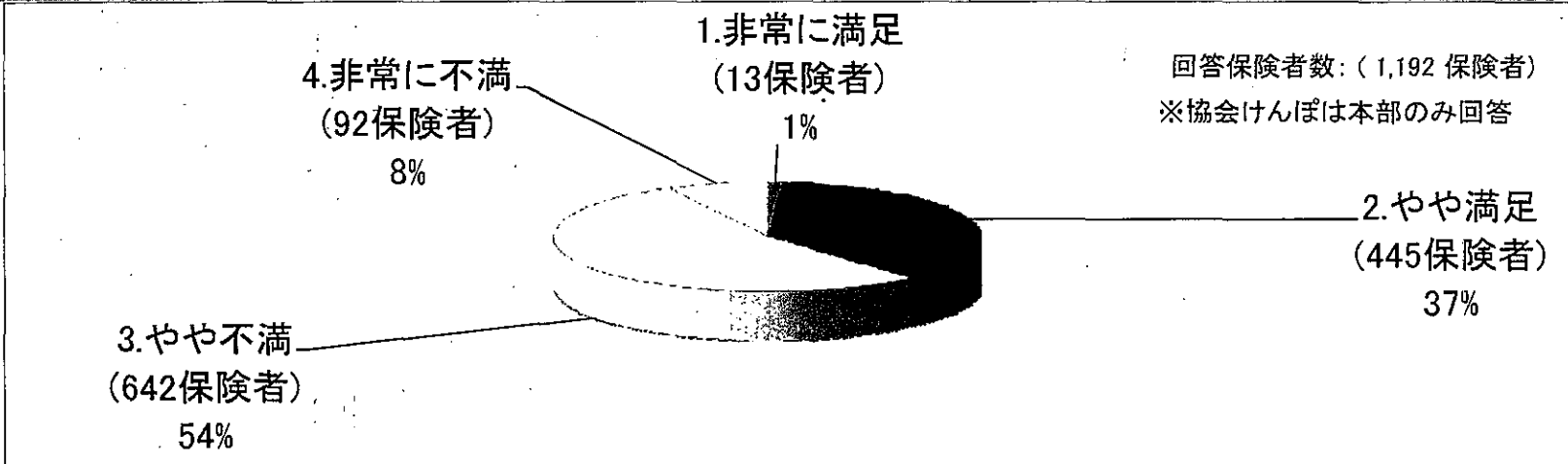
設問9 レセプト様式に関する見解



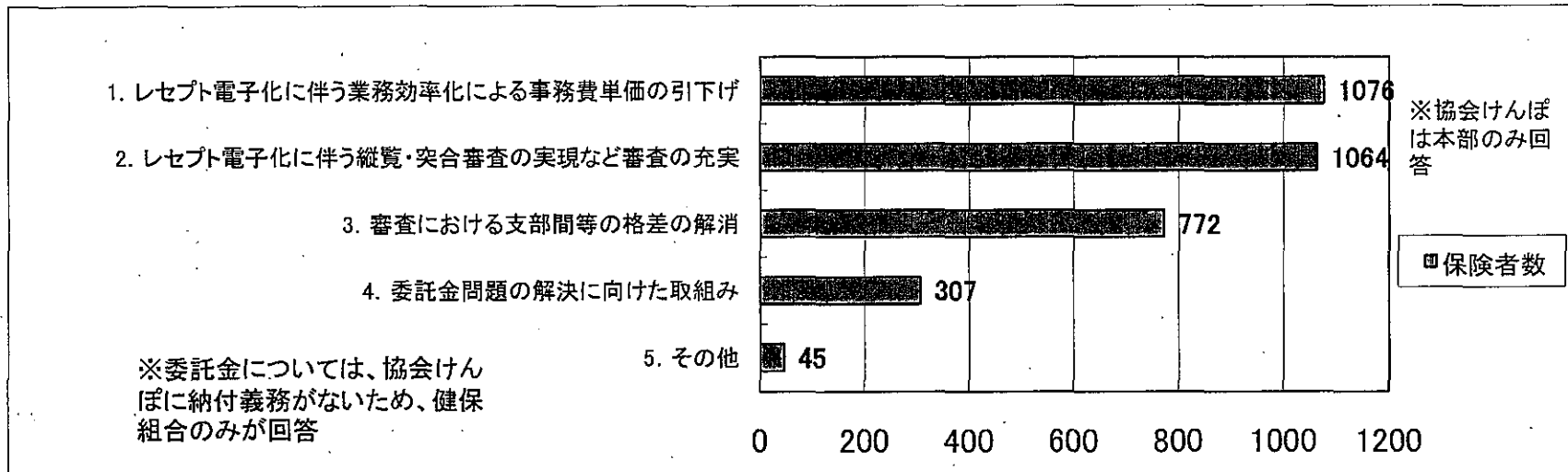
設問10 レセプト様式の見直しの内容(上記設問で①と回答した場合のみ回答)(複数回答可)



設問11 審査支払基金に対する行政(厚労省)の指導について



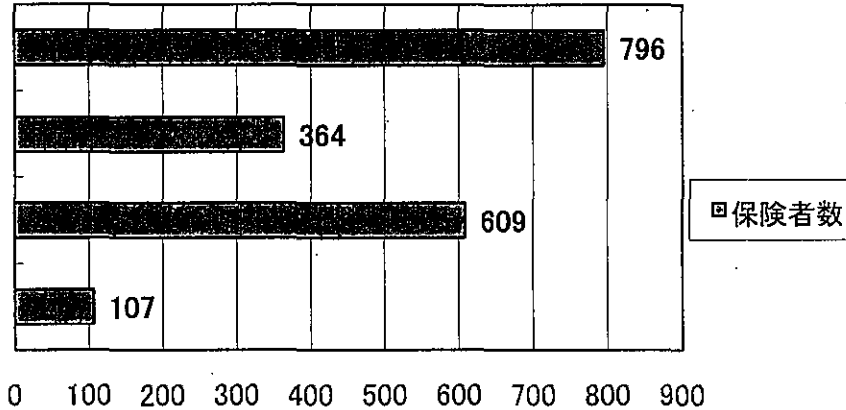
設問12 支払基金に期待すること(複数回答可)



設問13 支払基金の支部および審査委員会のあり方について(複数回答可)

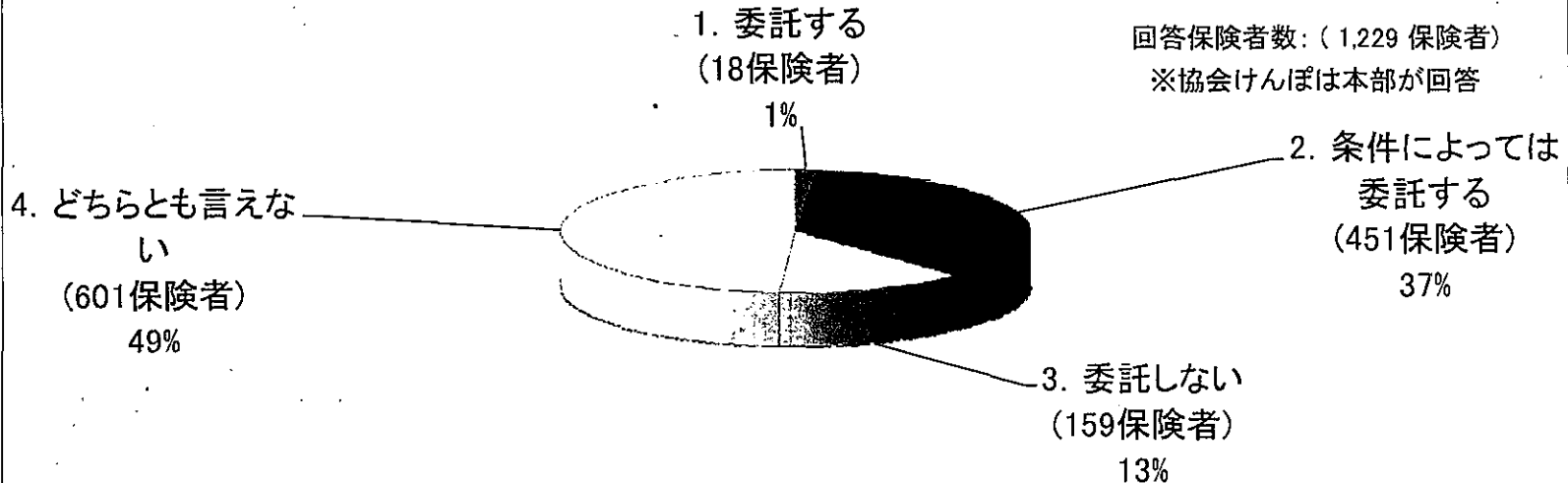
※協会けんぽは47支部が回答

1. レセプト電子化に合わせ、支部および審査委員会を統廃合(関東、東海などの地方ブロック単位)すべき
2. 薬剤師や看護師を審査委員に任命できる環境を整備すべき
3. 公正な審査を行うために、審査委員会の審査委員に地方厚生局の技官(医師)を参画させる
4. その他(見直すべき事項等)



設問14 実務上も国保連に委託することが可能となった場合に国保連に委託するか

回答保険者数: (1,229 保険者)
 ※協会けんぽは本部が回答





別紙

審査及び支払事務の概要

契約書第1条第2項に掲げる関係法令等に基づき行われる基金の審査及び支払事務の概要を以下のとおり示すものとする。

第1 診療報酬請求の受付及び事務点検

1 診療報酬請求の受付

(1) 電子レセプトによる受付

保険医療機関及び保険薬局から毎月10日までに電子的手法によるレセプトデータ（以下「電子レセプト」という。）を厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織を使用して基金の電子計算機に備えられたファイルに記録されたとき又は基金支部が厚生労働大臣の定める方式等に従って電子レセプトを記録した光ディスク等の提出を受けたときは、これを受け付ける。

(2) 紙レセプトによる受付

基金支部が保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーション（以下「保険医療機関等」という。）から毎月10日までに診療報酬請求書、調剤報酬請求書及び訪問看護療養費請求書並びにこれらに添付された診療報酬明細書、調剤報酬明細書及び訪問看護療養費明細書の紙レセプトの形態での提出を受けたときは、これを受け付ける。

2 診療報酬明細書等の事務点検等

前1により受け付けた電子レセプト及び紙レセプト（以下「診療報酬明細書等」という。）について、記載漏れ、誤記その他の記載事項の不備がないか、また、個別の請求点数、集計等に誤りがないか点検（以下「事務点検」という。）を行う。

事務点検の結果、記載事項の不備のため返戻を要するものがあつたときは、その理由を付して保険医療機関等に返戻する。また、個別の請求点数が「診療報酬点数表」等に定められたものと異なっている場合又は集計誤り等の場合には、事務点検の中で補正する。

事務点検の終了した診療報酬明細書等のうち、調剤報酬に係るものについては第3による保険者への請求額及び保険医療機関等への支払額の算出を行う。その他については、第2の1及び2による審査を行う。

第2 診療報酬明細書等の審査

1 診療報酬に係る審査

(1) 職員による審査事務

ア 審査事務

審査委員会の審査が効率的に行えるよう、審査委員会の審査に先立ち、診療報酬明細書（電子レセプトによるものを含む。以下同じ。）について点検し、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」や「診療報酬点数表」等に定められている保険診療ルールに適

合していないと思われる診療報酬明細書の該当項目について疑義付せん等を貼付する。

イ 審査委員会への提出

前アの事務を終了した診療報酬明細書は、審査委員会に提出する。

なお、基金法第16条第1項に規定する厚生労働大臣が定める高点数の診療報酬明細書は、特別審査委員会に提出する。

(2) 審査委員会による審査

ア 審査の手順

(ア) 職員による審査事務が終了し審査委員会に提出された診療報酬明細書は、診療科別に分け、あらかじめ担当を定めた審査委員が審査する。

(イ) 原則として8万点以上の診療報酬明細書（前(1)のイなお書きの特別審査委員会に提出するものを除く。）については、審査専門部会において入念に審査する。

(ウ) 前(1)のイなお書きの診療報酬明細書は、基金本部に設置する特別審査委員会において審査する。

イ 審査上の権限等

審査委員会（特別審査委員会を含む。ウにおいて同じ。）は、審査のため必要と認めるときは、保険医療機関等から説明を求め、又は診療録等の書類の提出を求める。

審査の結果、著しい不正又は不当の事実を発見したときは、地方厚生局等に遅滞なく通報する。

ウ 審査の決定

審査委員会は、審査委員の2分1以上が出席して合議により、診療報酬明細書に記載された請求内容の適否について次により決定する。

① 保険診療ルールに適合していると判断されたものは「請求どおり」とする。

② 保険診療ルールに適合していないと判断されたものは「査定」とする。

ただし、審査の決定に当たり保険医療機関等に症状詳記を求める必要があると思われる事例等特に疑義が生じたもの、又は請求内容に不備があるもの等は原則として「返戻」して再提出を求める。

2 訪問看護療養費に係る審査

訪問看護療養費明細書の審査については、前1と同様の手続きにより行う。ただし、特別審査委員会及び審査専門部会における審査は行わない。

3 調剤報酬に係る審査

保険者から調剤報酬請求について審査の申出（調剤報酬明細書（電子レセプトによるものを含む。以下同じ。）の合計点数が1500点以上のもの）があった場合は、保険者から提出された保険医療機関の診療報酬明細書と保険薬局の調剤報酬明細書を突合して、院内投薬の審査と同様に審査する。

調剤報酬に係る審査は、調剤審査部会において前1と同様の手続きにより行う。ただし、特別審査委員会及び審査専門部会における審査は行わない。

4 再審査

保険者又は保険医療機関等から、前1から3までの審査の決定に対する不服による再審査

の申出のあった場合は、申出の内容について当該診療報酬明細書等を再度審査する。

再審査は、再審査部会において前1と同様の手続きにより行う。ただし、審査専門部会における審査は行わない。

第3 保険者への請求額及び保険医療機関等への支払額の算出

1 診療報酬明細書等の計数整理

第1の2における事務点検により補正したもの又は第2の1及び2における審査の結果、査定となったものは、当該診療報酬明細書等の計数を整理し、決定点数又は決定金額を算出する。

なお、保険医療機関等に対しては、増減点数又は増減金額、増減事由等について増減点連絡書により連絡する。

2 診療報酬請求額及び支払額の算出

計数整理を終了した診療報酬明細書等は、保険者別及び保険医療機関等別に集計し、各保険者への請求額及び各保険医療機関等への支払額を算出する。

3 再審査等調整

第2の3及び4における調剤報酬に係る審査及び再審査の結果、診療報酬明細書等が査定となった場合及び被保険者等の資格関係誤り等により当該保険医療機関等に返戻する場合は、保険者への請求額及び保険医療機関等への支払額から異動する金額を加減して調整する。

なお、保険者又は保険医療機関等に対しては、調整した増減点数又は増減金額、増減事由等について、それぞれ再審査等結果通知書又は再審査等支払調整額通知票等により連絡する。

第4 保険者への診療報酬及び事務費の請求並びに保険医療機関等への支払

1 保険者への診療報酬等の請求

基金支部は、同一の都道府県に所在する保険者に対し、自ら審査等を行った診療報酬明細書等と他の基金支部で審査等を行った診療報酬明細書等を取りまとめ、払込請求書等請求関係書類と併せて送付し、診療報酬及び事務費を請求する。

2 保険者からの診療報酬の収納及び保険医療機関等への支払

前1の結果、保険者から契約で定める期日までに収納した診療報酬は、当該期日の翌日以降速やかに金融機関を通じて保険医療機関等に支払う。

保険者の再審査に関して前回指摘のあった通知について

通知の内容と今後の対応	通知の経緯
<p>「社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について（昭和60年4月30日保険発第40号、庁保険発第17号）」</p> <ul style="list-style-type: none"> 迅速な再審査処理と支払事務の円滑な実施をさらに促進するため、支払基金に対する再審査の申出はできる限り早期に行い、支払基金が定めた申出期間（原則6か月以内）を遵守するよう努められたい旨、健保組合及び保険医療機関等に対し周知指導することの依頼を、厚生省保険課及び社会保険庁健康保険課から都道府県あて通知している。 <p>「国民健康保険団体連合会に対する再度の考案の申出について（昭和60年保険発第45号）」</p> <ul style="list-style-type: none"> 迅速な再審査の実施と支払事務の円滑な実施をさらに促進するため、国保連に対する再審査の申出はできる限り早期に行い、原則として6か月以内とするよう努められたい旨を、厚生省国保課から都道府県あて、通知している。 <p><今後の対応></p> <p>⇒ 平成23年4月以降、支払基金及び国保連において、縦覧点検を行うこととしていることから、この実施状況とあわせて、通知の取扱いについても検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支払基金では、設立当初から、審査結果に対して保険者・医療機関から不服の申出があった場合、疑義処理委員会又は苦情処理委員会という名称で、支部の審査委員会の内部に委員会等を設けて処理を行っていた。その後、昭和48年のオイルショック等に起因する財政逼迫等の影響で、保険者がレセプト点検を強化し、不服申出件数が増加した結果、医療機関側から不服申出の早期処理が強く要望され、昭和56年の基金法改正で、再審査の規定が整備され、再審査が制度化された。 ○ この間、長期間経過したものが再審査で申出された場合、診療報酬点数表や薬価基準の改正などもあり、審査委員会が再び採りあげることが技術的に困難であることを踏まえ、支払基金から保険者に対し、できるだけ6か月以内に申出を行うよう要請した経緯があった。本通知は、この間の経緯と当時の診療担当者と保険者の協議の結果を踏まえ、再審査の申出の取扱いを整理して示したものである。 ○ 本通知は、現在、法令上の根拠に基づかない、関係者間の紳士協約的なものとして取り扱われており、支払基金では、迅速な再審査処理と支払事務の円滑な実施のため、保険者に対して早期の申出の協力を要請するものである。 ○ 国保連においても、支払基金と同様に、取り扱われているものである。

通知の内容	通知の経緯
<p>「調剤報酬請求についての審査要領（平成18年3月10日保発第0310001号）」</p> <ul style="list-style-type: none"> 調剤報酬の審査要領において、保険者は、保険医療機関のレセプトと調剤レセプト（合計点数が1500点以上のものに限る）を突合して点検した結果、不適切な投薬が行われていると考えられるものについて、支払基金又は国保連に対し、審査を申し出ることができる旨を示している。 <p><今後の対応></p> <p>⇒ 平成23年4月以降、電子化された調剤レセプトについて突合審査を行うこととしていることから、この通知を廃止する方向で検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支払基金では、調剤レセプトについて、医科・歯科レセプトとの突合までは実施せず、点検を行っているが、昭和63年からは、保険者が調剤レセプトと医科・歯科レセプトを突合して点検した結果、不適切な投薬が行われていると考えられるものは、支払基金に審査を申し出ることができる仕組みとしている。 ○ この対象となる調剤レセプトの範囲は、昭和63年当初は請求点数2500点以上を対象としていたが、対象点数の拡大を図り、平成8年から2000点以上、平成18年から1500点以上の調剤レセプトを対象としている。また、この間、調剤レセプトの審査体制の充実を図り、平成13年に調剤審査部会を設置したところである。 ○ 支払基金では、平成23年4月診療分から、電子化された調剤レセプトであって、その処方せんを発行した保険医療機関のレセプトも電子化されたものについて、すべて突合審査を行うこととしている。 この導入以降、当該調剤レセプトについて、保険者が突合して点検した結果、不適切な投薬が行われていると考えられるものは、再審査を受け付ける体制を確保する予定である。 ○ 国保連においても、支払基金と同様に、取り扱われてきたところであり、平成23年4月診療分からは、電子化された調剤レセプトの突合審査を行う予定である。

(参考)

○社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について

(昭和60年4月30日保険発第40号・庁保険発第17号 各都道府県民生主管部(局)保険主管課(部)長あて
厚生省保険局保険課長・社会保険庁医療保険部健康保険課長・船員保険課長連名通知)

社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)における診療報酬請求書の再審査については、関係法令等に
従い実施されているところであるが、支払基金における迅速な再審査処理と支払事務の円滑な実施をさらに促進する
ため、再審査の申出に当たっては、特に左記の事項に配意され、適正な実施に努められたい。

なお、これにつき、貴管下の健康保険組合及び保険医療機関等に対しても周知指導方、特段の御配意を願いたい。

記

- 1 支払基金に対する再審査の申出はできる限り早期に行い、支払基金が定めた申出期間(原則六か月以内)を遵守する
よう努められたいこと。
- 2 同一事項について同一の者からの再度の再審査申出は、特別の事情がない限り認められないものである
ので、留意されたいこと。

○国民健康保険団体連合会に対する再度の考案の申出について

(昭和60年4月30日保険発第45号 各都道府県民生主管部(局)長あて厚生省保険局国民健康保険課長通知)

国民健康保険団体連合会(以下「連合会」という。)における診療報酬請求書の再度の考案については、関係法令等に
従い実施されているところであるが、連合会における迅速な再度の考案の実施と支払事務の円滑な実施をさらに促進
するため、再度の考案の申出に当たっては、特に下記の事項に配意され、適正な実施に努められたい。

なお、これにつき、保険者及び療養取扱機関に対しても周知指導方、特段の御配意を願いたい。

記

- 1 連合会に対する再度の考案の申出はできる限り早期に行い、原則として6か月以内とするよう努められたいこと。
- 2 同一事項について同一の者からの重ねての再度の考案の申出は、特別の事情がない限り認められない
ものである
ので、留意されたいこと。

○調剤報酬請求に対する審査の実施について

(平成18年3月10日保発第0310003号 庁保発第0310001号 地方社会保険事務局長あて
厚生労働省保険局長・社会保険庁運営部長通知)

調剤報酬請求についての審査要領については、「処方せんによる調剤に係る診療報酬請求に対する審査の実施について」(昭和63年3月19日保発第23号)により示してきたところであるが、「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の一部を改正する省令」(平成18年厚生労働省令第30号)(参考1)及び「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第一条第三項の規定に基づき厚生労働大臣の定める調剤報酬請求書を廃止する件」(平成18年厚生労働省告示112号)(参考2)による調剤報酬明細書への処方せん添付義務の撤廃等を踏まえ、今般同通知を廃止し、別添1及び別添2のとおり調剤報酬請求についての審査要領の変更等を行い、当職から別途、社会保険診療報酬支払基金理事長あて当該審査要領等に沿った審査を、都道府県知事宛て各都道府県国民健康保険団体連合会において当該審査要領等に沿った審査がなされるよう周知を依頼したところであるので、貴職におかれても御了知の上、関係者に対して周知徹底を図られたく通知する。

(別添1)

調剤報酬請求についての審査要領

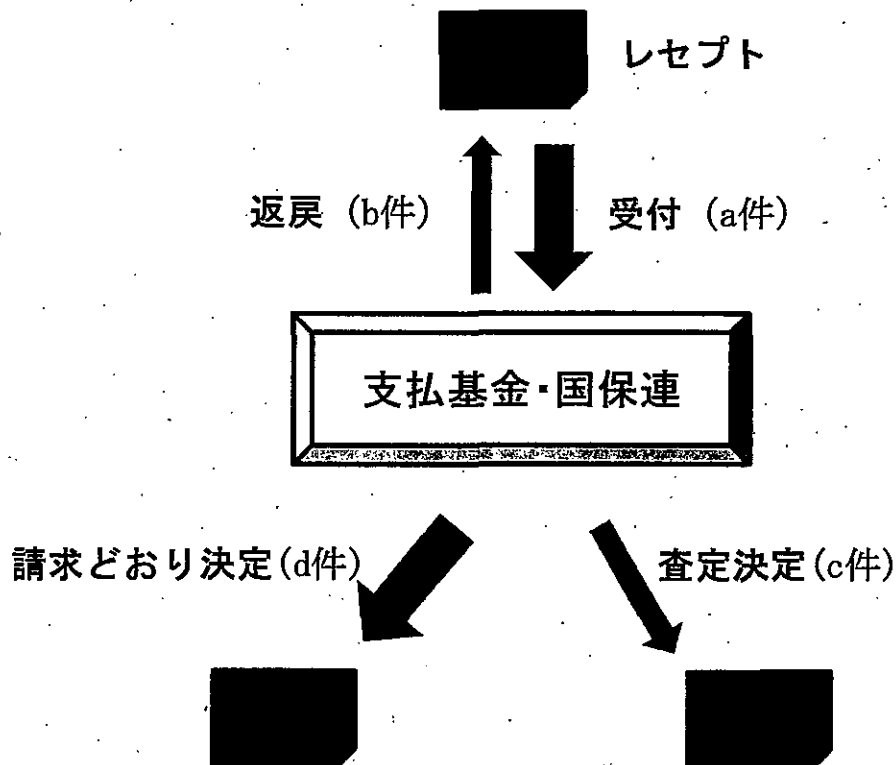
1 審査の申出の範囲及び方法

保険者は、保険医療機関の診療報酬明細書(以下「レセプトA」という。)と保険薬局の調剤報酬明細書のうち合計点数が1,500点以上のもの(以下「レセプトB」という。)とを突合して点検を行った上、不適切な投薬が行われていると考えられるものについては、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会(以下「審査支払機関」という。)に対して理由を付して、レセプトAにレセプトBを添付したうえ、審査を申し出ることができる。

2・3 (略)

審査支払機関の査定率等の比較（都道府県別）

本データ比較におけるレセプトの査定率等の定義



$$\begin{aligned}
 \text{請求件数} &= \text{受付件数 (a件)} - \text{返戻件数 (b件)} \\
 &= \text{請求どおり決定件数 (d件)} + \text{査定決定件数 (c件)} \\
 \text{査定率} &= \text{査定決定件数 (c件)} \div \text{請求件数 (a-b件)}
 \end{aligned}$$

注：第3回の参考資料4における「取扱件数」は上記の「請求件数」と同じ。

都道府県別レセプト請求（取扱）件数（※）（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	計	医科	歯科	計
北海道	19,936,632	3,957,368	23,894,000	24,400,812	3,140,650	27,541,462
青森県	5,006,937	833,970	5,840,907	7,066,067	675,854	7,741,921
岩手県	4,571,438	955,501	5,526,939	6,560,896	801,105	7,362,001
宮城県	8,723,428	1,880,797	10,604,225	10,364,597	1,435,695	11,800,292
秋田県	4,012,617	752,930	4,765,547	5,915,931	621,440	6,537,371
山形県	4,264,625	937,790	5,202,415	6,157,573	807,744	6,965,317
福島県	7,471,583	1,480,203	8,951,786	9,480,661	1,128,029	10,608,690
茨城県	10,668,349	2,422,356	13,090,705	11,613,190	1,783,800	13,396,990
栃木県	8,132,545	1,710,834	9,843,379	8,604,790	1,227,149	9,831,939
群馬県	7,184,031	1,525,735	8,709,766	8,906,015	1,252,896	10,158,911
埼玉県	23,685,164	5,708,136	29,393,300	25,167,652	4,675,967	29,843,619
千葉県	20,015,440	4,918,059	24,933,499	22,508,971	4,111,277	26,620,248
東京都	62,959,276	14,199,404	77,158,680	57,665,786	11,020,744	68,686,530
神奈川県	32,160,217	7,280,834	39,441,051	33,907,771	5,781,905	39,689,676
新潟県	8,437,926	1,862,136	10,300,062	11,014,145	1,606,373	12,620,518
富山県	4,047,178	840,935	4,888,113	4,780,043	587,287	5,367,330
石川県	4,334,346	838,049	5,172,395	4,949,883	576,649	5,526,532
福井県	2,929,022	537,550	3,466,572	3,488,486	406,857	3,895,343
山梨県	3,404,471	720,216	4,124,687	3,771,644	533,911	4,305,555
長野県	7,005,121	1,524,676	8,529,797	9,904,264	1,366,867	11,271,131
岐阜県	7,450,637	1,855,397	9,306,034	9,186,114	1,577,191	10,763,305
静岡県	13,219,741	2,902,134	16,121,875	16,180,107	2,381,277	18,561,384
愛知県	28,654,139	7,075,386	35,729,525	29,227,639	5,281,972	34,509,611
三重県	6,887,713	1,553,363	8,441,076	8,346,893	1,221,184	9,568,077
滋賀県	5,088,164	1,194,554	6,282,718	5,096,805	785,163	5,881,968
京都府	9,745,034	2,093,376	11,838,410	11,227,205	1,824,832	13,052,037
大阪府	39,016,522	8,706,225	47,722,747	38,128,105	7,131,118	45,259,223
兵庫県	20,917,835	4,702,330	25,620,165	24,722,488	3,917,845	28,640,333
奈良県	5,095,318	1,142,721	6,238,039	5,891,160	957,555	6,848,715
和歌山県	4,184,391	760,258	4,944,649	5,610,531	717,928	6,328,459
鳥取県	2,526,174	505,197	3,031,371	2,793,564	384,811	3,178,375
島根県	2,620,684	478,493	3,099,177	3,661,470	410,390	4,071,860
岡山県	8,948,783	1,961,278	10,910,061	8,631,178	1,332,367	9,963,545
広島県	11,592,451	2,356,440	13,948,891	13,528,646	2,000,450	15,529,096
山口県	5,368,879	1,081,301	6,450,180	7,629,837	924,368	8,554,205
徳島県	3,520,420	719,424	4,239,844	3,985,612	533,816	4,519,428
香川県	4,420,735	850,953	5,271,688	4,833,748	649,331	5,483,079
愛媛県	5,153,463	1,066,390	6,219,853	7,324,552	986,700	8,311,252
高知県	2,615,546	507,139	3,122,685	3,933,781	515,832	4,449,613
福岡県	20,066,388	4,257,116	24,323,504	22,149,161	3,404,458	25,553,619
佐賀県	3,060,275	650,292	3,710,567	4,038,368	562,713	4,601,081
長崎県	5,276,131	1,126,672	6,402,803	7,708,275	1,069,116	8,777,391
熊本県	6,695,559	1,232,022	7,927,581	9,185,400	1,192,754	10,378,154
大分県	4,421,305	769,951	5,191,256	5,776,595	626,692	6,403,287
宮崎県	3,862,884	705,225	4,568,109	5,656,349	656,396	6,312,745
鹿児島県	5,896,091	1,157,219	7,053,310	8,376,039	926,584	9,302,623
沖縄県	4,370,798	848,510	5,219,308	4,994,987	653,334	5,648,321
計	489,626,406	107,146,845	596,773,251	554,053,786	86,168,376	640,222,162

（注1）請求件数＝決定件数＋査定件数

（注2）支払基金：21年度の確定件数（調剤分を除く）平成21年4月～平成22年3月審査分

国保連：21年度の決定件数 平成21年4月～平成22年3月審査分の国保＋後期高齢

都道府県別レセプト請求（取扱）点数（※）（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	計	医科	歯科	計
北海道	47,373,162,042	6,182,319,305	53,555,481,347	92,150,708,478	5,623,265,434	97,773,973,912
青森県	9,549,738,750	1,157,875,676	10,707,614,426	19,925,791,136	1,126,825,159	21,052,616,295
岩手県	8,484,211,819	1,269,690,483	9,753,902,302	18,188,318,859	1,258,093,226	19,446,412,085
宮城県	16,609,539,708	2,230,598,045	18,840,137,753	29,332,059,459	1,939,611,865	31,271,671,324
秋田県	7,440,027,375	1,057,130,164	8,497,157,539	16,583,372,862	1,048,564,958	17,631,937,820
山形県	7,183,994,569	1,053,708,453	8,237,703,022	17,793,422,227	1,108,650,179	18,902,072,406
福島県	13,286,984,842	1,827,146,911	15,114,131,753	28,588,686,176	1,708,155,806	30,296,841,982
茨城県	19,051,236,889	2,838,517,809	21,889,754,698	34,265,159,661	2,480,614,162	36,745,773,823
栃木県	15,043,527,955	1,961,036,627	17,004,564,582	25,559,860,325	1,711,523,805	27,271,384,130
群馬県	13,313,692,029	1,740,876,289	15,054,568,318	28,665,829,184	1,728,734,841	30,394,564,025
埼玉県	39,584,234,659	6,593,177,266	46,177,411,925	71,263,396,204	6,189,481,505	77,452,877,709
千葉県	35,739,971,216	5,936,575,300	41,676,546,516	64,056,543,746	5,553,391,553	69,609,935,299
東京都	114,228,167,040	17,135,137,188	131,363,304,228	155,534,589,538	14,808,240,361	170,342,829,899
神奈川県	54,951,301,044	9,150,791,684	64,102,092,728	90,873,755,878	8,200,644,072	99,074,399,950
新潟県	15,071,389,729	2,293,552,226	17,364,941,955	31,138,012,977	2,363,725,870	33,501,738,847
富山県	7,772,270,574	967,075,571	8,739,346,145	16,610,346,166	836,482,187	17,446,828,353
石川県	9,594,963,562	1,071,245,085	10,666,208,647	18,715,754,361	901,857,577	19,617,611,938
福井県	5,986,370,876	652,926,650	6,639,297,526	12,807,233,366	605,938,947	13,413,172,313
山梨県	6,037,273,020	847,080,306	6,884,353,326	11,425,686,066	803,820,378	12,229,506,444
長野県	12,954,795,759	1,716,234,776	14,671,030,535	29,721,929,292	1,895,014,467	31,616,943,759
岐阜県	13,104,635,808	1,983,286,492	15,087,922,300	27,116,422,720	1,978,879,608	29,095,302,328
静岡県	23,917,857,451	3,310,678,863	27,228,536,314	46,392,698,047	3,131,598,658	49,524,296,705
愛知県	52,218,049,887	8,215,293,542	60,433,343,429	86,909,719,800	6,955,624,383	93,865,344,183
三重県	12,229,350,676	1,728,422,784	13,957,773,460	24,264,483,716	1,591,478,454	25,855,962,170
滋賀県	9,112,033,576	1,307,173,855	10,419,207,431	16,227,639,644	1,006,408,262	17,234,047,906
京都府	21,096,312,446	2,495,625,470	23,591,937,916	38,763,235,052	2,461,867,794	41,225,102,846
大阪府	87,348,266,038	12,159,302,816	99,507,568,854	124,923,436,610	11,240,894,562	136,164,331,172
兵庫県	39,185,182,151	5,914,325,328	45,099,507,479	74,644,213,482	5,753,608,153	80,397,821,635
奈良県	10,513,996,401	1,325,301,501	11,839,297,902	19,245,293,691	1,268,290,843	20,513,584,534
和歌山県	8,226,842,399	958,404,654	9,185,247,053	17,770,345,536	1,077,756,339	18,848,101,875
鳥取県	5,058,583,671	609,768,341	5,668,352,012	9,647,160,486	575,273,624	10,222,434,110
島根県	4,966,443,982	599,971,982	5,566,415,964	11,914,562,734	621,776,897	12,536,339,631
岡山県	18,741,387,562	2,328,469,702	21,069,857,264	31,654,465,221	1,933,434,559	33,587,899,780
広島県	22,879,702,165	3,144,111,807	26,023,813,972	46,297,375,109	3,230,557,504	49,527,932,613
山口県	10,326,270,736	1,370,983,604	11,697,254,340	25,719,448,812	1,400,261,211	27,119,710,023
徳島県	7,088,286,999	938,345,057	8,026,632,056	14,494,249,520	869,502,091	15,363,751,611
香川県	8,511,220,417	1,079,085,767	9,590,306,184	16,349,815,939	1,043,002,694	17,392,818,633
愛媛県	10,594,005,901	1,229,081,596	11,823,087,497	24,992,633,368	1,370,931,142	26,363,564,510
高知県	6,115,952,732	648,191,528	6,764,144,260	15,914,185,188	778,266,508	16,692,451,696
福岡県	45,369,709,170	5,991,478,374	51,361,187,544	82,518,219,148	5,557,578,149	88,075,797,297
佐賀県	5,976,629,142	832,675,506	6,809,304,648	13,813,280,178	855,223,270	14,668,503,448
長崎県	11,130,874,296	1,371,675,463	12,502,549,759	26,345,288,792	1,530,696,532	27,875,985,324
熊本県	13,862,430,025	1,515,775,008	15,378,205,033	32,992,322,232	1,717,242,492	34,709,564,724
大分県	9,769,381,745	1,076,767,546	10,846,149,291	21,251,831,365	1,049,638,889	22,301,470,254
宮崎県	7,942,577,145	972,494,860	8,915,072,005	18,816,099,457	1,080,834,085	19,896,933,542
鹿児島県	12,776,948,465	1,460,303,701	14,237,252,166	31,969,003,600	1,377,779,002	33,346,782,602
沖縄県	10,493,928,854	1,139,389,756	11,633,318,610	18,732,937,786	987,121,128	19,720,058,914
計	947,813,713,297	133,389,080,717	1,081,202,794,014	1,732,880,823,194	124,338,163,185	1,857,218,986,379

（注1）請求点数＝決定点数＋査定点数

（注2）支払基金：21年度の確定点数（調剤分を除く）平成21年4月～平成22年3月審査分

国保連：21年度の決定点数 平成21年4月～平成22年3月審査分の国保＋後期高齢

都道府県別レセプト返戻件数（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	計	医科	歯科	計
北海道	42,179	28,207	70,386	34,012	24,454	58,466
青森県	17,640	5,094	22,734	4,756	2,351	7,107
岩手県	14,239	3,214	17,453	13,180	3,138	16,318
宮城県	31,590	14,731	46,321	22,001	4,355	26,356
秋田県	20,299	5,761	26,060	11,903	2,407	14,310
山形県	13,207	4,392	17,599	13,463	4,557	18,020
福島県	23,530	10,125	33,655	25,140	5,558	30,698
茨城県	57,070	18,094	75,164	24,791	13,079	37,870
栃木県	31,558	8,265	39,823	20,822	9,467	30,289
群馬県	32,831	7,402	40,233	30,992	8,214	39,206
埼玉県	117,552	50,092	167,644	37,341	20,707	58,048
千葉県	76,569	36,893	113,462	37,215	20,645	57,860
東京都	273,315	137,295	410,610	107,352	55,039	162,391
神奈川県	144,078	52,016	196,094	63,967	32,569	96,536
新潟県	38,494	16,310	54,804	16,016	10,379	26,395
富山県	15,261	4,945	20,206	9,466	3,528	12,994
石川県	14,000	5,211	19,211	7,083	2,717	9,800
福井県	8,236	3,226	11,462	8,487	3,211	11,698
山梨県	12,332	5,079	17,411	17,475	6,251	23,726
長野県	23,293	8,067	31,360	48,092	9,021	57,113
岐阜県	23,848	8,321	32,169	21,052	4,608	25,660
静岡県	43,562	14,334	57,896	47,789	15,799	63,588
愛知県	67,620	38,138	105,758	99,507	20,512	120,019
三重県	23,482	8,965	32,447	24,714	6,307	31,021
滋賀県	20,073	5,047	25,120	12,713	3,285	15,998
京都府	44,009	10,605	54,614	30,831	7,785	38,616
大阪府	159,385	65,687	225,072	60,222	32,121	92,343
兵庫県	80,663	32,622	113,285	64,818	19,168	83,986
奈良県	19,833	8,939	28,772	11,835	5,976	17,811
和歌山県	14,451	3,277	17,728	17,545	5,565	23,110
鳥取県	11,572	4,403	15,975	2,990	1,046	4,036
島根県	8,835	2,114	10,949	7,382	1,943	9,325
岡山県	33,847	14,014	47,861	17,060	7,589	24,649
広島県	41,381	16,471	57,852	37,533	10,599	48,132
山口県	20,863	7,039	27,902	22,678	6,929	29,607
徳島県	18,955	8,352	27,307	12,079	2,823	14,902
香川県	14,770	8,342	23,112	5,429	5,422	10,851
愛媛県	10,404	9,982	20,386	10,139	7,964	18,103
高知県	9,090	3,030	12,120	6,048	2,496	8,544
福岡県	71,542	22,874	94,416	58,780	14,556	73,336
佐賀県	11,080	3,651	14,731	9,369	4,123	13,492
長崎県	23,833	8,351	32,184	6,866	1,997	8,863
熊本県	15,807	7,224	23,031	13,846	4,884	18,730
大分県	19,195	4,435	23,630	12,473	2,395	14,868
宮崎県	9,649	4,587	14,236	11,482	2,063	13,545
鹿児島県	13,912	6,545	20,457	7,795	3,046	10,841
沖縄県	13,637	6,198	19,835	12,989	3,766	16,755
計	1,852,571	757,966	2,610,537	1,199,518	446,414	1,645,932

(注) 支払基金：平成21年4月～平成22年3月審査分

国保連：平成21年4月～平成22年3月審査分の国保+後期高齢

都道府県別レセプト返戻点数（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	計	医科	歯科	計
北海道	905,787,449	60,676,468	966,463,917	623,019,125	56,137,265	679,156,390
青森県	295,091,537	10,878,933	305,970,470	116,956,909	4,889,260	121,846,169
岩手県	246,747,291	6,060,990	252,808,281	227,787,828	6,609,218	234,397,046
宮城県	743,127,230	29,874,999	773,002,229	333,354,132	7,691,652	341,045,784
秋田県	397,020,392	12,364,215	409,384,607	216,243,316	5,122,627	221,365,943
山形県	210,412,852	6,845,442	217,258,294	261,781,063	8,689,526	270,470,589
福島県	395,656,567	18,900,997	414,557,564	290,603,907	8,784,654	299,388,561
茨城県	723,760,921	31,534,258	755,295,179	404,106,935	27,389,672	431,496,607
栃木県	438,860,861	16,448,805	455,309,666	254,352,815	19,414,889	273,767,704
群馬県	428,092,042	13,495,855	441,587,897	403,267,817	14,832,404	418,100,221
埼玉県	1,382,688,044	68,779,938	1,451,467,982	621,913,564	34,845,347	656,758,911
千葉県	969,666,216	66,253,565	1,035,919,781	584,960,529	40,755,034	625,715,563
東京都	2,982,173,657	252,954,924	3,235,128,581	1,056,655,303	103,626,192	1,160,281,495
神奈川県	2,063,528,595	88,295,820	2,151,824,415	705,979,848	65,088,643	771,068,491
新潟県	622,695,335	34,012,845	656,708,180	284,428,658	21,279,309	305,707,967
富山県	251,424,224	11,820,939	263,245,163	236,095,080	7,860,686	243,955,766
石川県	395,320,968	12,439,450	407,760,418	217,459,679	5,522,232	222,981,911
福井県	117,837,037	6,987,114	124,824,151	216,274,498	6,032,094	222,306,592
山梨県	172,647,014	8,800,360	181,447,374	179,031,805	11,428,661	190,460,466
長野県	432,715,918	15,921,618	448,637,536	1,078,893,154	21,774,351	1,100,667,505
岐阜県	499,004,271	16,057,030	515,061,301	466,577,823	9,546,209	476,124,032
静岡県	808,863,998	22,525,653	831,389,651	668,386,615	30,765,050	699,151,665
愛知県	1,124,892,374	77,451,642	1,202,344,016	1,324,328,987	41,452,836	1,365,781,823
三重県	275,369,248	16,403,546	291,772,794	424,588,295	11,219,086	435,807,381
滋賀県	350,664,825	9,098,908	359,763,733	301,135,794	8,052,585	309,188,379
京都府	788,498,538	19,331,811	807,830,349	442,191,752	12,779,692	454,971,444
大阪府	2,185,744,816	122,307,121	2,308,051,937	997,997,161	85,516,760	1,083,513,921
兵庫県	1,089,655,849	60,476,387	1,150,132,236	923,690,972	35,785,025	959,475,997
奈良県	301,572,101	16,075,719	317,647,820	157,940,152	10,796,971	168,737,123
和歌山県	221,383,344	6,347,064	227,730,408	236,820,581	11,647,058	248,467,639
鳥取県	213,327,007	8,583,022	221,910,029	54,389,785	2,199,094	56,588,879
島根県	162,862,179	5,049,317	167,911,496	150,148,733	4,978,171	155,126,904
岡山県	431,310,477	23,932,342	455,242,819	205,974,501	14,979,317	220,953,818
広島県	555,145,413	32,734,506	587,879,919	562,145,934	22,191,550	584,337,484
山口県	307,980,534	13,678,592	321,659,126	397,011,340	16,041,127	413,052,467
徳島県	171,108,198	12,938,103	184,046,301	190,852,764	8,243,346	199,096,110
香川県	224,997,052	16,995,059	241,992,111	111,312,267	11,428,268	122,740,535
愛媛県	219,557,071	16,580,802	236,137,873	242,180,043	14,672,882	256,852,925
高知県	146,452,215	7,134,452	153,586,667	143,038,607	6,554,519	149,593,126
福岡県	1,385,054,883	51,671,158	1,436,726,041	933,438,719	31,510,821	964,949,540
佐賀県	133,034,670	8,367,858	141,402,528	162,181,689	9,971,850	172,153,539
長崎県	373,190,188	15,759,781	388,949,969	163,328,143	4,436,028	167,764,171
熊本県	214,610,085	14,307,790	228,917,875	188,137,005	10,323,811	198,460,816
大分県	279,590,074	11,074,728	290,664,802	161,276,181	4,640,130	165,916,311
宮崎県	128,337,911	9,159,312	137,497,223	226,014,461	7,025,994	233,040,455
鹿児島県	236,839,852	14,979,560	251,819,412	151,428,340	5,633,097	157,061,437
沖縄県	236,773,306	10,432,915	247,206,221	219,423,129	7,142,876	226,566,005
計	27,241,074,629	1,412,801,712	28,653,876,341	18,519,105,738	917,307,869	19,436,413,607

(注) 支払基金：平成21年4月～平成22年3月審査分

国保連：平成21年4月～平成22年3月審査分の国保+後期高齢

都道府県別レセプト査定件数（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	計	医科	歯科	計
北海道	203,074	18,546	221,620	101,337	6,436	107,773
青森県	24,446	3,997	28,443	19,591	2,080	21,671
岩手県	23,744	3,209	26,953	20,524	5,498	26,022
宮城県	51,223	6,755	57,978	35,223	94	35,317
秋田県	16,376	3,387	19,763	14,240	257	14,497
山形県	19,352	9,491	28,843	26,502	2,895	29,397
福島県	54,002	9,380	63,382	66,662	746	67,408
茨城県	79,591	7,958	87,549	52,519	3,023	55,542
栃木県	59,830	3,583	63,413	29,668	371	30,039
群馬県	48,618	2,634	51,252	51,803	703	52,506
埼玉県	165,547	14,287	179,834	79,284	3,353	82,637
千葉県	156,022	17,068	173,090	138,364	3,183	141,547
東京都	752,713	21,367	774,080	460,253	3,661	463,914
神奈川県	364,928	72,127	437,055	207,616	17,533	225,149
新潟県	37,375	2,962	40,337	26,321	1,264	27,585
富山県	22,438	4,572	27,010	12,691	2,075	14,766
石川県	18,018	2,824	20,842	17,883	1,443	19,326
福井県	20,114	1,000	21,114	17,398	729	18,127
山梨県	20,932	4,369	25,301	22,291	1,363	23,654
長野県	30,985	3,821	34,806	41,070	2,203	43,273
岐阜県	34,234	4,656	38,890	24,685	3,315	28,000
静岡県	97,737	12,423	110,160	122,068	8,203	130,271
愛知県	154,831	25,218	180,049	100,802	9,809	110,611
三重県	46,261	5,005	51,266	34,356	1,868	36,224
滋賀県	31,612	10,669	42,281	26,537	2,159	28,696
京都府	76,340	4,781	81,121	72,889	590	73,479
大阪府	646,422	11,080	657,502	268,380	5,821	274,201
兵庫県	234,640	27,425	262,065	173,332	12,721	186,053
奈良県	48,510	6,817	55,327	30,992	4,341	35,333
和歌山県	45,560	4,699	50,259	86,504	12,134	98,638
鳥取県	25,443	2,625	28,068	9,468	873	10,341
島根県	17,106	1,798	18,904	20,897	1,203	22,100
岡山県	105,020	9,174	114,194	99,252	1,669	100,921
広島県	92,820	11,562	104,382	98,277	4,530	102,807
山口県	26,336	3,947	30,283	37,043	4,112	41,155
徳島県	37,761	4,820	42,581	54,918	325	55,243
香川県	35,032	4,325	39,357	26,940	2,420	29,360
愛媛県	44,459	11,206	55,665	31,667	222	31,889
高知県	30,078	1,798	31,876	23,066	372	23,438
福岡県	309,442	12,079	321,521	254,247	5,859	260,106
佐賀県	15,552	3,513	19,065	23,455	2,676	26,131
長崎県	50,692	7,616	58,308	42,561	4,084	46,645
熊本県	58,895	10,350	69,245	84,484	8,540	93,024
大分県	40,951	5,629	46,580	42,829	2,221	45,050
宮崎県	21,569	4,712	26,281	34,621	5,292	39,913
鹿児島県	59,761	6,441	66,202	39,009	3,772	42,781
沖縄県	35,791	7,229	43,020	48,638	3,256	51,894
計	4,592,183	434,934	5,027,117	3,353,157	171,297	3,524,454

(注) 支払基金：平成21年4月～平成22年3月審査分

国保連：平成21年4月～平成22年3月審査分の国保+後期高齢

都道府県別レセプト査定点数（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	計	医科	歯科	計
北海道	131,232,646	1,558,581	132,791,227	94,506,021	667,394	95,173,415
青森県	11,777,256	349,840	12,127,096	14,366,692	207,510	14,574,202
岩手県	11,997,894	249,828	12,247,722	10,410,916	615,683	11,026,599
宮城県	33,707,533	497,433	34,204,966	18,658,353	12,710	18,671,063
秋田県	7,051,276	325,999	7,377,275	8,560,639	43,723	8,604,362
山形県	8,619,902	1,004,385	9,624,287	22,002,877	343,898	22,346,775
福島県	24,436,614	869,136	25,305,750	33,042,683	150,217	33,192,900
茨城県	29,983,331	755,599	30,738,930	22,045,338	352,833	22,398,171
栃木県	28,565,115	383,223	28,948,338	11,508,689	102,204	11,610,893
群馬県	20,525,405	301,170	20,826,575	20,944,063	175,237	21,119,300
埼玉県	60,186,978	1,296,847	61,483,825	44,504,286	538,625	45,042,911
千葉県	71,408,936	1,680,766	73,089,702	144,056,878	436,182	144,493,060
東京都	325,831,063	2,726,677	328,557,740	261,285,690	896,370	262,182,060
神奈川県	162,589,704	11,983,507	174,573,211	173,488,093	3,701,112	177,189,205
新潟県	19,504,066	175,025	19,679,091	12,716,562	121,613	12,838,175
富山県	9,613,880	474,655	10,088,535	5,762,238	259,232	6,021,470
石川県	14,167,681	263,962	14,431,643	17,817,195	137,457	17,954,652
福井県	7,994,474	123,281	8,117,755	11,101,603	94,659	11,196,262
山梨県	9,146,681	377,634	9,524,315	15,129,193	138,165	15,267,358
長野県	15,064,054	458,200	15,522,254	18,352,255	364,421	18,716,676
岐阜県	16,220,441	497,430	16,717,871	26,782,567	319,569	27,102,136
静岡県	47,133,257	1,151,432	48,284,689	56,732,962	993,148	57,726,110
愛知県	73,927,327	2,041,422	75,968,749	76,228,452	1,321,878	77,550,330
三重県	16,813,408	415,253	17,228,661	47,595,756	186,930	47,782,686
滋賀県	12,961,247	1,265,916	14,227,163	18,297,196	196,221	18,493,417
京都府	42,513,632	495,439	43,009,071	38,097,936	83,347	38,181,283
大阪府	308,948,422	1,056,730	310,005,152	197,539,604	1,467,269	199,006,873
兵庫県	96,560,927	3,277,474	99,838,401	72,538,199	1,564,941	74,103,140
奈良県	27,536,964	694,680	28,231,644	25,647,775	381,333	26,029,108
和歌山県	17,610,649	563,848	18,174,497	29,277,680	1,472,727	30,750,407
鳥取県	12,079,397	269,595	12,348,992	5,224,098	124,568	5,348,666
島根県	9,128,355	159,762	9,288,117	11,085,288	227,820	11,313,108
岡山県	62,785,007	826,887	63,611,894	53,641,286	262,814	53,904,100
広島県	43,298,791	1,066,744	44,365,535	54,940,916	627,679	55,568,595
山口県	12,288,693	334,413	12,623,106	20,679,953	465,712	21,145,665
徳島県	13,950,692	469,961	14,420,653	26,120,367	42,436	26,162,803
香川県	15,367,987	386,818	15,754,805	15,141,803	461,261	15,603,064
愛媛県	23,811,576	1,396,992	25,208,568	23,650,433	37,544	23,687,977
高知県	10,402,277	123,402	10,525,679	19,524,306	91,837	19,616,143
福岡県	140,387,099	1,713,427	142,100,526	106,952,795	1,723,247	108,676,042
佐賀県	4,254,386	412,847	4,667,233	9,022,574	596,772	9,619,346
長崎県	18,026,950	567,803	18,594,753	21,684,731	724,594	22,409,325
熊本県	21,659,477	1,571,281	23,230,758	31,299,659	1,218,329	32,517,988
大分県	13,842,462	551,711	14,394,173	22,485,727	377,058	22,862,785
宮崎県	8,370,993	466,437	8,837,430	16,068,756	833,879	16,902,635
鹿児島県	25,912,123	707,813	26,619,936	23,852,397	610,405	24,462,802
沖縄県	19,838,464	824,729	20,663,193	28,940,150	370,793	29,310,943
計	2,119,035,492	49,165,994	2,168,201,486	2,039,313,630	26,143,356	2,065,456,986

(注) 支払基金：平成21年4月～平成22年3月審査分
 国保連：平成21年4月～平成22年3月審査分の国保+後期高齢

都道府県別 査定率 (=査定件数÷請求件数) (※) の比較 (年間)

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	計	医科	歯科	計
北海道	1.02%	0.47%	0.93%	0.42%	0.20%	0.39%
青森県	0.49%	0.48%	0.49%	0.28%	0.31%	0.28%
岩手県	0.52%	0.34%	0.49%	0.31%	0.69%	0.35%
宮城県	0.59%	0.36%	0.55%	0.34%	0.01%	0.30%
秋田県	0.41%	0.45%	0.41%	0.24%	0.04%	0.22%
山形県	0.45%	1.01%	0.55%	0.43%	0.36%	0.42%
福島県	0.72%	0.63%	0.71%	0.70%	0.07%	0.64%
茨城県	0.75%	0.33%	0.67%	0.45%	0.17%	0.41%
栃木県	0.74%	0.21%	0.64%	0.34%	0.03%	0.31%
群馬県	0.68%	0.17%	0.59%	0.58%	0.06%	0.52%
埼玉県	0.70%	0.25%	0.61%	0.32%	0.07%	0.28%
千葉県	0.78%	0.35%	0.69%	0.61%	0.08%	0.53%
東京都	1.20%	0.15%	1.00%	0.80%	0.03%	0.68%
神奈川県	1.13%	0.99%	1.11%	0.61%	0.30%	0.57%
新潟県	0.44%	0.16%	0.39%	0.24%	0.08%	0.22%
富山県	0.55%	0.54%	0.55%	0.27%	0.35%	0.28%
石川県	0.42%	0.34%	0.40%	0.36%	0.25%	0.35%
福井県	0.69%	0.19%	0.61%	0.50%	0.18%	0.47%
山梨県	0.61%	0.61%	0.61%	0.59%	0.26%	0.55%
長野県	0.44%	0.25%	0.41%	0.41%	0.16%	0.38%
岐阜県	0.46%	0.25%	0.42%	0.27%	0.21%	0.26%
静岡県	0.74%	0.43%	0.68%	0.75%	0.34%	0.70%
愛知県	0.54%	0.36%	0.50%	0.34%	0.19%	0.32%
三重県	0.67%	0.32%	0.61%	0.41%	0.15%	0.38%
滋賀県	0.62%	0.89%	0.67%	0.52%	0.27%	0.49%
京都府	0.78%	0.23%	0.69%	0.65%	0.03%	0.56%
大阪府	1.66%	0.13%	1.38%	0.70%	0.08%	0.61%
兵庫県	1.12%	0.58%	1.02%	0.70%	0.32%	0.65%
奈良県	0.95%	0.60%	0.89%	0.53%	0.45%	0.52%
和歌山県	1.09%	0.62%	1.02%	1.54%	1.69%	1.56%
鳥取県	1.01%	0.52%	0.93%	0.34%	0.23%	0.33%
島根県	0.65%	0.38%	0.61%	0.57%	0.29%	0.54%
岡山県	1.17%	0.47%	1.05%	1.15%	0.13%	1.01%
広島県	0.80%	0.49%	0.75%	0.73%	0.23%	0.66%
山口県	0.49%	0.37%	0.47%	0.49%	0.44%	0.48%
徳島県	1.07%	0.67%	1.00%	1.38%	0.06%	1.22%
香川県	0.79%	0.51%	0.75%	0.56%	0.37%	0.54%
愛媛県	0.86%	1.05%	0.89%	0.43%	0.02%	0.38%
高知県	1.15%	0.35%	1.02%	0.59%	0.07%	0.53%
福岡県	1.54%	0.28%	1.32%	1.15%	0.17%	1.02%
佐賀県	0.51%	0.54%	0.51%	0.58%	0.48%	0.57%
長崎県	0.96%	0.68%	0.91%	0.55%	0.38%	0.53%
熊本県	0.88%	0.84%	0.87%	0.92%	0.72%	0.90%
大分県	0.93%	0.73%	0.90%	0.74%	0.35%	0.70%
宮崎県	0.56%	0.67%	0.58%	0.61%	0.81%	0.63%
鹿児島県	1.01%	0.56%	0.94%	0.47%	0.41%	0.46%
沖縄県	0.82%	0.85%	0.82%	0.97%	0.50%	0.92%
計	0.94%	0.41%	0.84%	0.61%	0.20%	0.55%

(注1) 査定率=査定件数÷請求件数 請求件数=決定件数+査定件数

(注2) 支払基金：平成21年4月～平成22年3月審査分

国保連：平成21年4月～平成22年3月審査分の国保+後期高齢

都道府県別 査定率（＝査定点数÷請求点数）（※）の比較（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	計	医科	歯科	計
北海道	0.28%	0.03%	0.25%	0.10%	0.01%	0.10%
青森県	0.12%	0.03%	0.11%	0.07%	0.02%	0.07%
岩手県	0.14%	0.02%	0.13%	0.06%	0.05%	0.06%
宮城県	0.20%	0.02%	0.18%	0.06%	0.00%	0.06%
秋田県	0.09%	0.03%	0.09%	0.05%	0.00%	0.05%
山形県	0.12%	0.10%	0.12%	0.12%	0.03%	0.12%
福島県	0.18%	0.05%	0.17%	0.12%	0.01%	0.11%
茨城県	0.16%	0.03%	0.14%	0.06%	0.01%	0.06%
栃木県	0.19%	0.02%	0.17%	0.05%	0.01%	0.04%
群馬県	0.15%	0.02%	0.14%	0.07%	0.01%	0.07%
埼玉県	0.15%	0.02%	0.13%	0.06%	0.01%	0.06%
千葉県	0.20%	0.03%	0.18%	0.22%	0.01%	0.21%
東京都	0.29%	0.02%	0.25%	0.17%	0.01%	0.15%
神奈川県	0.30%	0.13%	0.27%	0.19%	0.05%	0.18%
新潟県	0.13%	0.01%	0.11%	0.04%	0.01%	0.04%
富山県	0.12%	0.05%	0.12%	0.03%	0.03%	0.03%
石川県	0.15%	0.02%	0.14%	0.10%	0.02%	0.09%
福井県	0.13%	0.02%	0.12%	0.09%	0.02%	0.08%
山梨県	0.15%	0.04%	0.14%	0.13%	0.02%	0.12%
長野県	0.12%	0.03%	0.11%	0.06%	0.02%	0.06%
岐阜県	0.12%	0.03%	0.11%	0.10%	0.02%	0.09%
静岡県	0.20%	0.03%	0.18%	0.12%	0.03%	0.12%
愛知県	0.14%	0.02%	0.13%	0.09%	0.02%	0.08%
三重県	0.14%	0.02%	0.12%	0.20%	0.01%	0.18%
滋賀県	0.14%	0.10%	0.14%	0.11%	0.02%	0.11%
京都府	0.20%	0.02%	0.18%	0.10%	0.00%	0.09%
大阪府	0.35%	0.01%	0.31%	0.16%	0.01%	0.15%
兵庫県	0.25%	0.06%	0.22%	0.10%	0.03%	0.09%
奈良県	0.26%	0.05%	0.24%	0.13%	0.03%	0.13%
和歌山県	0.21%	0.06%	0.20%	0.16%	0.14%	0.16%
鳥取県	0.24%	0.04%	0.22%	0.05%	0.02%	0.05%
島根県	0.18%	0.03%	0.17%	0.09%	0.04%	0.09%
岡山県	0.34%	0.04%	0.30%	0.17%	0.01%	0.16%
広島県	0.19%	0.03%	0.17%	0.12%	0.02%	0.11%
山口県	0.12%	0.02%	0.11%	0.08%	0.03%	0.08%
徳島県	0.20%	0.05%	0.18%	0.18%	0.00%	0.17%
香川県	0.18%	0.04%	0.16%	0.09%	0.04%	0.09%
愛媛県	0.22%	0.11%	0.21%	0.09%	0.00%	0.09%
高知県	0.17%	0.02%	0.16%	0.12%	0.01%	0.12%
福岡県	0.31%	0.03%	0.28%	0.13%	0.03%	0.12%
佐賀県	0.07%	0.05%	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%
長崎県	0.16%	0.04%	0.15%	0.08%	0.05%	0.08%
熊本県	0.16%	0.10%	0.15%	0.09%	0.07%	0.09%
大分県	0.14%	0.05%	0.13%	0.11%	0.04%	0.10%
宮崎県	0.11%	0.05%	0.10%	0.09%	0.08%	0.08%
鹿児島県	0.20%	0.05%	0.19%	0.07%	0.04%	0.07%
沖縄県	0.19%	0.07%	0.18%	0.15%	0.04%	0.15%
計	0.22%	0.04%	0.20%	0.12%	0.02%	0.11%

(注1) 査定率＝査定点数÷請求点数 請求点数＝決定点数＋査定点数

(注2) 支払基金：平成21年4月～平成22年3月審査分

国保連：平成21年4月～平成22年3月審査分の国保＋後期高齢

都道府県別審査委員数

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金						国民健康保険団体連合会					
	医科		歯科		計		医科		歯科		計	
		常勤		常勤		常勤		常勤		常勤		常勤
北海道	147	2	33	1	180	3	114	5	21	0	135	5
青森県	55	0	8	0	63	0	48	0	8	0	56	0
岩手県	50	0	10	0	60	0	44	0	6	0	50	0
宮城県	70	3	14	0	84	3	54	2	9	0	63	2
秋田県	46	0	8	0	54	0	40	0	5	0	45	0
山形県	47	0	7	0	54	0	45	0	6	0	51	0
福島県	79	1	14	0	93	1	66	0	8	0	74	0
茨城県	69	0	18	1	87	1	58	0	11	0	69	0
栃木県	71	0	16	0	87	0	44	0	13	0	57	0
群馬県	73	0	14	0	87	0	77	1	14	0	91	1
埼玉県	151	3	35	0	186	3	97	0	21	0	118	0
千葉県	145	0	29	0	174	0	117	0	23	0	140	0
東京都	252	1	69	3	321	4	192	2	48	1	240	3
神奈川県	180	1	48	0	228	1	147	1	36	0	183	1
新潟県	76	1	17	0	93	1	70	0	11	0	81	0
富山県	48	0	9	0	57	0	41	0	5	0	46	0
石川県	49	0	8	0	57	0	43	0	7	0	50	0
福井県	36	0	6	0	42	0	28	0	5	0	33	0
山梨県	37	0	8	0	45	0	27	0	7	0	34	0
長野県	66	1	15	0	81	1	57	0	14	0	71	0
岐阜県	72	0	15	0	87	0	51	0	10	0	61	0
静岡県	110	0	22	1	132	1	79	0	12	0	91	0
愛知県	168	3	39	1	207	4	106	0	21	0	127	0
三重県	69	1	15	0	84	1	52	3	11	0	63	3
滋賀県	50	0	10	0	60	0	51	1	7	0	58	1
京都府	86	2	16	0	102	2	80	0	12	0	92	0
大阪府	207	4	39	1	246	5	117	0	26	0	143	0
兵庫県	135	3	30	2	165	5	112	0	21	0	133	0
奈良県	52	0	11	0	63	0	45	0	9	0	54	0
和歌山県	42	0	6	1	48	1	43	0	6	0	49	0
鳥取県	37	3	5	0	42	3	24	0	3	0	27	0
島根県	40	1	5	0	45	1	33	0	7	0	40	0
岡山県	64	1	14	0	78	1	64	0	9	0	73	0
広島県	93	0	21	0	114	0	81	1	15	1	96	2
山口県	58	0	11	0	69	0	48	0	6	0	54	0
徳島県	38	0	7	0	45	0	33	0	6	0	39	0
香川県	44	2	7	0	51	2	37	2	6	0	43	2
愛媛県	61	0	11	0	72	0	47	0	7	0	54	0
高知県	37	0	5	0	42	0	33	0	6	0	39	0
福岡県	139	3	26	1	165	4	102	1	18	0	120	1
佐賀県	33	0	6	0	39	0	30	0	6	0	36	0
長崎県	61	0	11	0	72	0	56	0	7	0	63	0
熊本県	71	2	10	1	81	3	53	0	8	0	61	0
大分県	49	0	8	0	57	0	36	0	5	0	41	0
宮崎県	44	1	7	0	51	1	42	1	5	0	47	1
鹿児島県	67	0	8	1	75	1	53	1	6	0	59	1
沖縄県	45	0	9	0	54	0	41	0	6	0	47	0
計	3,719	39	760	14	4,479	53	2,958	21	539	2	3,497	23

(注) 支払基金：平成21年6月改選時の支部別の審査委員定数
 国保連：平成21年5月審査時審査委員数

都道府県別審査委員一人当たりレセプト請求件数（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	平均	医科	歯科	平均
北海道	135,623	119,920	132,744	214,042	149,555	204,011
青森県	91,035	104,246	92,713	147,210	84,482	138,249
岩手県	91,429	95,550	92,116	149,111	133,518	147,240
宮城県	124,620	134,343	126,241	191,937	159,522	187,306
秋田県	87,231	94,116	88,251	147,898	124,288	145,275
山形県	90,737	133,970	96,341	136,835	134,624	136,575
福島県	94,577	105,729	96,256	143,646	141,004	143,361
茨城県	154,614	134,575	150,468	200,227	162,164	194,159
栃木県	114,543	106,927	113,142	195,563	94,396	172,490
群馬県	98,411	108,981	100,112	115,663	89,493	111,636
埼玉県	156,855	163,090	158,028	259,460	222,665	252,912
千葉県	138,038	169,588	143,296	192,384	178,751	190,145
東京都	249,838	205,788	240,370	300,343	229,599	286,194
神奈川県	178,668	151,684	172,987	230,665	160,608	216,883
新潟県	111,025	109,537	110,753	157,345	146,034	155,809
富山県	84,316	93,437	85,756	116,586	117,457	116,681
石川県	88,456	104,756	90,744	115,114	82,378	110,531
福井県	81,362	89,592	82,537	124,589	81,371	118,041
山梨県	92,013	90,027	91,660	139,691	76,273	126,634
長野県	106,138	101,645	105,306	173,759	97,633	158,748
岐阜県	103,481	123,693	106,966	180,120	157,719	176,448
静岡県	120,179	131,915	122,135	204,811	198,440	203,971
愛知県	170,560	181,420	172,606	275,732	251,522	271,729
三重県	99,822	103,558	100,489	160,517	111,017	151,874
滋賀県	101,763	119,455	104,712	99,937	112,166	101,413
京都府	113,314	130,836	116,063	140,340	152,069	141,870
大阪府	188,486	223,237	193,995	325,881	274,274	316,498
兵庫県	154,947	156,744	155,274	220,737	186,564	215,341
奈良県	97,987	103,884	99,016	130,915	106,395	126,828
和歌山県	99,628	126,710	103,014	130,477	119,655	129,152
鳥取県	68,275	101,039	72,176	116,399	128,270	117,718
島根県	65,517	95,699	68,871	110,954	58,627	101,797
岡山県	139,825	140,091	139,873	134,862	148,041	136,487
広島県	124,650	112,211	122,359	167,020	133,363	161,761
山口県	92,567	98,300	93,481	158,955	154,061	158,411
徳島県	92,643	102,775	94,219	120,776	88,969	115,883
香川県	100,471	121,565	103,366	130,642	108,222	127,513
愛媛県	84,483	96,945	86,387	155,842	140,957	153,912
高知県	70,690	101,428	74,350	119,205	85,972	114,093
福岡県	144,363	163,735	147,415	217,149	189,137	212,947
佐賀県	92,736	108,382	95,143	134,612	93,786	127,808
長崎県	86,494	102,425	88,928	137,648	152,731	139,324
熊本県	94,304	123,202	97,871	173,309	149,094	170,134
大分県	90,231	96,244	91,075	160,461	125,338	156,178
宮崎県	87,793	100,746	89,571	134,675	131,279	134,314
鹿児島県	88,001	144,652	94,044	158,038	154,431	157,672
沖縄県	97,129	94,279	96,654	121,829	108,889	120,177
計	131,655	140,983	133,238	187,307	159,867	183,078

(注1) 一人当たり請求件数＝レセプト請求件数（年間）÷審査委員数

(注2) 支払基金：21年度の確定件数（調剤分を除く）平成21年4月～平成22年3月審査分

国保連：21年度の決定件数 平成21年4月～平成22年3月審査分の国保＋後期高齢

都道府県別審査委員一人当たりレセプト請求点数（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	平均	医科	歯科	平均
北海道	322,266,408	187,343,009	297,530,452	808,339,548	267,774,544	724,251,659
青森県	173,631,614	144,734,460	169,962,134	415,120,649	140,853,145	375,939,577
岩手県	169,684,236	126,969,048	162,565,038	413,370,883	209,682,204	388,928,242
宮城県	237,279,139	159,328,432	224,287,354	543,186,286	215,512,429	496,375,735
秋田県	161,739,726	132,141,271	157,354,769	414,584,322	209,712,992	391,820,840
山形県	152,850,948	150,529,779	152,550,056	395,409,383	184,775,030	370,628,871
福島県	168,189,682	130,510,494	162,517,546	433,161,912	213,519,476	409,416,784
茨城県	276,104,882	157,695,434	251,606,376	590,778,615	225,510,378	532,547,447
栃木県	211,880,675	122,564,789	195,454,765	580,905,916	131,655,677	478,445,336
群馬県	182,379,343	124,348,306	173,041,015	372,283,496	123,481,060	334,006,198
埼玉県	262,147,249	188,376,493	248,265,656	734,674,188	294,737,215	656,380,320
千葉県	246,482,560	204,709,493	239,520,382	547,491,827	241,451,807	497,213,824
東京都	453,286,377	248,335,322	409,231,477	810,075,987	308,505,008	709,761,791
神奈川県	305,285,006	190,641,493	281,149,530	618,188,815	227,795,669	541,390,164
新潟県	198,307,760	134,914,837	186,719,806	444,828,757	214,884,170	413,601,714
富山県	161,922,304	107,452,841	153,321,862	405,130,394	167,296,437	379,278,877
石川県	195,815,583	133,905,636	187,126,467	435,250,101	128,836,797	392,352,239
福井県	166,288,080	108,821,108	158,078,513	457,401,192	121,187,789	406,459,767
山梨県	163,169,541	105,885,038	152,985,629	423,173,558	114,831,483	359,691,366
長野県	196,284,784	114,415,652	181,123,834	521,437,356	135,358,176	445,309,067
岐阜県	182,008,831	132,219,099	173,424,394	531,694,563	197,887,961	476,972,169
静岡県	217,435,068	150,485,403	206,276,790	587,249,342	260,966,555	544,223,041
愛知県	310,821,726	210,648,552	291,948,519	819,903,017	331,220,209	739,097,198
三重県	177,236,966	115,228,186	166,163,970	466,624,687	144,679,859	410,412,098
滋賀県	182,240,672	130,717,386	173,653,457	318,189,013	143,772,609	297,138,757
京都府	245,305,959	155,976,592	231,293,509	484,540,438	205,155,650	448,098,944
大阪府	421,972,300	311,776,995	404,502,312	1,067,721,680	432,342,099	952,198,120
兵庫県	290,260,609	197,144,178	273,330,348	666,466,192	273,981,341	604,494,900
奈良県	202,192,238	120,481,955	187,925,364	427,673,193	140,921,205	379,881,195
和歌山県	195,877,200	159,734,109	191,359,314	413,263,850	179,626,057	384,655,140
鳥取県	136,718,478	121,953,668	134,960,762	401,965,020	191,757,875	378,608,671
島根県	124,161,100	119,994,396	123,698,133	361,047,356	88,825,271	313,408,491
岡山県	292,834,181	166,319,264	270,126,375	494,601,019	214,826,062	460,108,216
広島県	246,018,303	149,719,610	228,279,070	571,572,532	215,370,500	515,915,965
山口県	178,039,151	124,634,873	169,525,425	535,821,850	233,376,869	502,216,852
徳島県	186,533,868	134,049,294	178,369,601	439,219,682	144,917,015	393,942,349
香川県	193,436,828	154,155,110	188,045,219	441,886,917	173,833,782	404,484,154
愛媛県	173,672,228	111,734,691	164,209,549	531,758,157	195,847,306	488,214,158
高知県	165,296,020	129,638,306	161,051,054	482,248,036	129,711,085	428,011,582
福岡県	326,400,785	230,441,476	311,279,925	809,002,149	308,754,342	733,964,977
佐賀県	181,109,974	138,779,251	174,597,555	460,442,673	142,537,212	407,458,429
長崎県	182,473,349	124,697,769	173,646,524	470,451,586	218,670,933	442,475,958
熊本県	195,245,493	151,577,501	189,854,383	622,496,646	214,655,312	569,009,258
大分県	199,375,138	134,595,943	190,283,321	590,328,649	209,927,778	543,938,299
宮崎県	180,513,117	138,927,837	174,805,333	448,002,368	216,166,817	423,339,012
鹿児島県	190,700,723	182,537,963	189,830,029	603,188,747	229,629,834	565,199,705
沖縄県	233,198,419	126,598,862	215,431,826	456,900,922	164,520,188	419,575,722
計	254,857,143	175,511,948	241,393,792	585,828,541	230,683,049	531,089,215

(注1) 一人当たり請求点数＝レセプト請求点数（年間）÷審査委員数

(注2) 支払基金：21年度の確定点数（調剤分を除く）平成21年4月～平成22年3月審査分
 国保連：21年度の決定点数 平成21年4月～平成22年3月審査分の国保＋後期高齢

都道府県別審査委員一人当たりレセプト査定件数（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	平均	医科	歯科	平均
北海道	1,381	562	1,231	889	306	798
青森県	444	500	451	408	260	387
岩手県	475	321	449	466	916	520
宮城県	732	483	690	652	10	561
秋田県	356	423	366	356	51	322
山形県	412	1,356	534	589	483	576
福島県	684	670	682	1,010	93	911
茨城県	1,153	442	1,006	906	275	805
栃木県	843	224	729	674	29	527
群馬県	666	188	589	673	50	577
埼玉県	1,096	408	967	817	160	700
千葉県	1,076	589	995	1,183	138	1,011
東京都	2,987	310	2,411	2,397	76	1,933
神奈川県	2,027	1,503	1,917	1,412	487	1,230
新潟県	492	174	434	376	115	341
富山県	467	508	474	310	415	321
石川県	368	353	366	416	206	387
福井県	559	167	503	621	146	549
山梨県	566	546	562	826	195	696
長野県	469	255	430	721	157	609
岐阜県	475	310	447	484	332	459
静岡県	889	565	835	1,545	684	1,432
愛知県	922	647	870	951	467	871
三重県	670	334	610	661	170	575
滋賀県	632	1,067	705	520	308	495
京都府	888	299	795	911	49	799
大阪府	3,123	284	2,673	2,294	224	1,917
兵庫県	1,738	914	1,588	1,548	606	1,399
奈良県	933	620	878	689	482	654
和歌山県	1,085	783	1,047	2,012	2,022	2,013
鳥取県	688	525	668	395	291	383
島根県	428	360	420	633	172	553
岡山県	1,641	655	1,464	1,551	185	1,382
広島県	998	551	916	1,213	302	1,071
山口県	454	359	439	772	685	762
徳島県	994	689	946	1,664	54	1,416
香川県	796	618	772	728	403	683
愛媛県	729	1,019	773	674	32	591
高知県	813	360	759	699	62	601
福岡県	2,226	465	1,949	2,493	326	2,168
佐賀県	471	586	489	782	446	726
長崎県	831	692	810	760	583	740
熊本県	830	1,035	855	1,594	1,068	1,525
大分県	836	704	817	1,190	444	1,099
宮崎県	490	673	515	824	1,058	849
鹿児島県	892	805	883	736	629	725
沖縄県	795	803	797	1,186	543	1,104
計	1,235	572	1,122	1,134	318	1,008

(注1) 一人当たり査定件数＝レセプト査定件数（年間）÷審査委員数

(注2) 支払基金：平成21年4月～平成22年3月審査分

国保連：平成21年4月～平成22年3月審査分の国保＋後期高齢

都道府県別審査委員一人当たりレセプト査定点数（年間）

区分 支部	社会保険診療報酬支払基金			国民健康保険団体連合会		
	医科	歯科	平均	医科	歯科	平均
北海道	892,739	47,230	737,729	829,000	31,781	704,988
青森県	214,132	43,730	192,494	299,306	25,939	260,254
岩手県	239,958	24,983	204,129	236,612	102,614	220,532
宮城県	481,536	35,531	407,202	345,525	1,412	296,366
秋田県	153,289	40,750	136,616	214,016	8,745	191,208
山形県	183,402	143,484	178,228	488,953	57,316	438,172
福島県	309,324	62,081	272,105	500,647	18,777	448,553
茨城県	434,541	41,978	353,321	380,092	32,076	324,611
栃木県	402,326	23,951	332,740	261,561	7,862	203,700
群馬県	281,170	21,512	239,386	272,001	12,517	232,080
埼玉県	398,589	37,053	330,558	458,807	25,649	381,720
千葉県	492,475	57,957	420,056	1,231,255	18,964	1,032,093
東京都	1,292,980	39,517	1,023,544	1,360,863	18,674	1,092,425
神奈川県	903,276	249,656	765,672	1,180,191	102,809	968,247
新潟県	256,632	10,296	211,603	181,665	11,056	158,496
富山県	200,289	52,739	176,992	140,542	51,846	130,902
石川県	289,136	32,995	253,187	414,353	19,637	359,093
福井県	222,069	20,547	193,280	396,486	18,932	339,281
山梨県	247,208	47,204	211,651	560,340	19,738	449,040
長野県	228,243	30,547	191,633	321,969	26,030	263,615
岐阜県	225,284	33,162	192,159	525,148	31,957	444,297
静岡県	428,484	52,338	365,793	718,139	82,762	634,353
愛知県	440,044	52,344	366,999	719,136	62,947	610,633
三重県	243,673	27,684	205,103	915,303	16,994	758,455
滋賀県	259,225	126,592	237,119	358,769	28,032	318,852
京都府	494,345	30,965	421,658	476,224	6,946	415,014
大阪府	1,492,504	27,096	1,260,184	1,688,373	56,433	1,391,656
兵庫県	715,266	109,249	605,081	647,662	74,521	557,166
奈良県	529,557	63,153	448,121	569,951	42,370	482,021
和歌山県	419,301	93,975	378,635	680,876	245,455	627,559
鳥取県	326,470	53,919	294,024	217,671	41,523	198,099
島根県	228,209	31,952	206,403	335,918	32,546	282,828
岡山県	981,016	59,063	815,537	838,145	29,202	738,412
広島県	465,578	50,797	389,171	678,283	41,845	578,840
山口県	211,874	30,401	182,944	430,832	77,619	391,586
徳島県	367,123	67,137	320,459	791,526	7,073	670,841
香川県	349,272	55,260	308,918	409,238	76,877	362,862
愛媛県	390,354	126,999	350,119	503,201	5,363	438,666
高知県	281,143	24,680	250,611	591,646	15,306	502,978
福岡県	1,009,979	65,901	861,215	1,048,557	95,736	905,634
佐賀県	128,921	68,808	119,673	300,752	99,462	267,204
長崎県	295,524	51,618	258,260	387,227	103,513	355,704
熊本県	305,063	157,128	286,799	590,560	152,291	533,082
大分県	282,499	68,964	252,529	624,604	75,412	557,629
宮崎県	190,250	66,634	173,283	382,589	166,776	359,631
鹿児島県	386,748	88,477	354,932	450,045	101,734	414,624
沖縄県	440,855	91,637	382,652	705,857	61,799	623,637
計	569,786	64,692	484,082	689,423	48,503	590,637

(注1) 一人当たり査定点数＝レセプト査定点数（年間）÷審査委員数

(注2) 支払基金：平成21年4月～平成22年3月審査分

国保連：平成21年4月～平成22年3月審査分の国保十後期高齢

審査委員1人1月当たり査定件数及び査定点数

(医科)

年度	社会保険診療報酬支払基金						国民健康保険団体連合会					
	請求件数	査定件数	件数率(%)	請求点数	査定点数	点数率(%)	請求件数	査定件数	件数率(%)	請求点数	査定点数	点数率(%)
16	10,792	119	1.10	22,789,678	52,623	0.23	14,294	117	0.82	41,901,943	76,362	0.18
17	11,122	113	1.02	23,227,061	52,155	0.22	14,556	115	0.79	43,044,995	78,779	0.18
18	11,114	107	0.96	22,851,871	47,527	0.21	14,666	107	0.73	43,253,962	67,468	0.16
19	11,335	104	0.92	23,306,268	50,562	0.22	14,730	99	0.67	44,184,377	63,217	0.14
20	10,703	99	0.92	20,588,555	45,412	0.22	15,001	92	0.61	46,142,092	54,786	0.12
21	11,055	104	0.94	21,327,154	47,679	0.22	15,662	95	0.61	48,984,698	57,699	0.12

(歯科)

年度	社会保険診療報酬支払基金						国民健康保険団体連合会					
	請求件数	査定件数	件数率(%)	請求点数	査定点数	点数率(%)	請求件数	査定件数	件数率(%)	請求点数	査定点数	点数率(%)
16	10,970	55	0.50	14,905,504	5,303	0.04	12,056	35	0.29	18,882,515	4,721	0.03
17	11,169	50	0.45	14,803,869	5,746	0.04	12,449	31	0.25	19,012,790	4,068	0.02
18	11,370	92	0.81	14,492,920	8,631	0.06	12,633	47	0.37	18,527,423	5,298	0.03
19	11,554	61	0.53	14,638,757	7,254	0.05	12,593	27	0.22	18,386,401	4,328	0.02
20	11,545	57	0.49	14,618,278	5,972	0.04	12,651	26	0.21	18,609,947	3,760	0.02
21	11,880	47	0.40	14,667,329	5,330	0.04	13,322	26	0.20	19,223,584	4,039	0.02

(医科・歯科計)

年度	社会保険診療報酬支払基金						国民健康保険団体連合会					
	請求件数	査定件数	件数率(%)	請求点数	査定点数	点数率(%)	請求件数	査定件数	件数率(%)	請求点数	査定点数	点数率(%)
16	10,822	108	1.00	21,430,823	44,467	0.21	13,601	101	0.75	37,360,793	63,560	0.17
17	11,130	102	0.92	21,771,549	44,136	0.20	13,852	99	0.72	38,256,694	65,343	0.17
18	11,173	105	0.94	21,436,136	40,860	0.19	13,951	95	0.68	38,296,315	56,145	0.15
19	11,373	97	0.85	21,796,685	43,107	0.20	13,995	86	0.61	39,051,005	52,554	0.13
20	10,846	92	0.85	19,570,182	38,684	0.20	14,217	79	0.56	40,678,494	45,543	0.11
21	11,195	95	0.85	20,197,110	40,493	0.20	15,300	84	0.55	44,384,399	49,404	0.11

注) 1. 査定件数及び査定点数は、基金は原審査、国保連は国保、後期(老人保健)分の合計。

2. 請求件数・点数: 4月～翌年3月審査分、基金は確定件数(調剤分を除く。)÷12ヶ月、国保連は決定件数・請求点数÷12ヶ月。

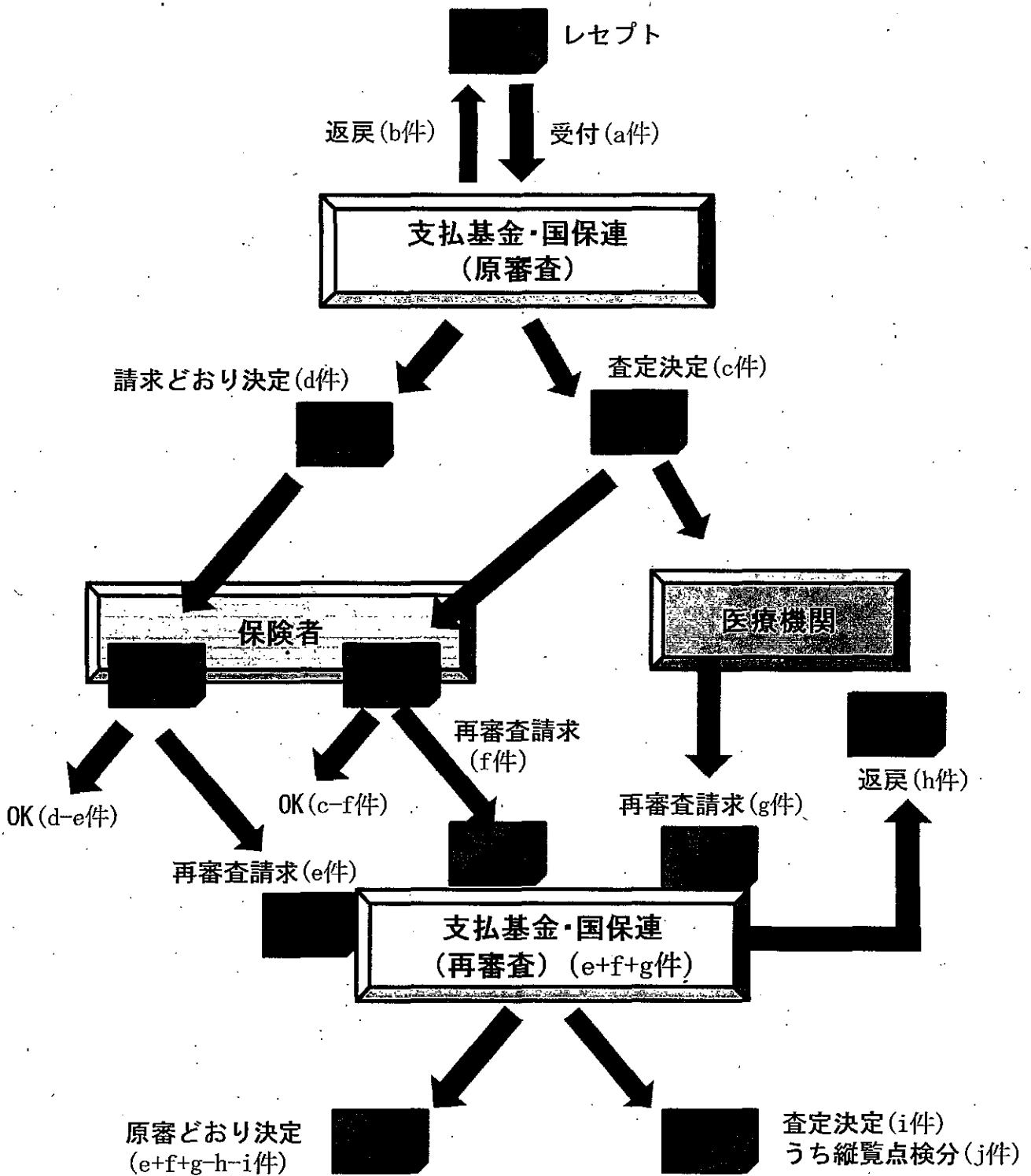
(ただし、基金の平成20～21年度分の取扱件数・点数は5月～翌年4月審査分の確定件数(調剤分を除く。)÷12ヶ月)

3. 査定件数 : 4月～3月審査分の査定減件数÷12ヶ月。

4. 査定点数 : 4月～3月審査分の(査定減点数-査定増点数)÷12ヶ月

(参考)

査定率と再審査査定割合について(全体像のイメージ)



原審査の査定率 = 原審査の査定決定件数(c件) ÷ 請求件数(a-b件)

再審査査定割合 = 再審査査定件数(i-j件) ×
÷ (原審査査定件数(c件) + 再審査査定件数(i-j件))

※再審査査定件数は、縦覧点検分(j件)を除いた再審査の査定決定件数。