

第4回審査支払機関の在り方に関する検討会

議 事 次 第

平成22年6月25日（金）午前10:00～
於：ホテルはあといん乃木坂 3階312号室

1. 開会
2. ゲストスピーカー紹介
 - ・山口徹氏（国家公務員共済組合連合会虎の門病院院長・社会保険診療報酬支払基金「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」座長）
3. 審査支払機関の在り方について
 - 審査について
4. 閉会

【配布資料】

- 資料1 第1回～第3回の議論と論点の整理
 - 資料2 審査の均一性の確保に関する論点（たたき台）
（第4回の議論のテーマ関係）
 - 資料3-1 社会保険診療報酬支払基金提出資料
 - 資料3-2 支払基金としての要望【審査関係】
 - 資料4 国保連合会間の差異について（国保中央会・東京都国保団体連合会提出資料）
 - 資料5 「審査に関する意見～審査の差異を中心に～」(山口徹氏提出資料)
-
- 参考資料1 各委員からの主な意見の概要（第3回）
 - 参考資料2 審査支払機関の査定率等の比較（都道府県別）
 - 参考資料3 審査支払機関による審査基準の公開、レセプトデータの活用等について
 - 参考資料4 行政事業レビュー（平成22年5月31日）関連資料「医療給付費の適正化について（抄）」

第1回～第3回の議論と論点の整理

※第3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。

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

(これまでの主な意見)

- ・ 審査においては、個別性を重視する医療の要請と画一性を重視する保険の要請との間で「折り合い」を見出すことが本質的に困難である。
- ・ 現行の保険診療ルールは、相当程度の裁量の余地を認めており、診療行為がルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することは不可能である。
- ・ 教育機関である大学病院等でも治療方針や術式・手順等に差がある中で、絶対的に正しい基準があるのか疑問である。

- ・ 支払基金は、各支部の審査委員会が査定の最終決定をしており、審査機関としては別々の47都道府県の連合体でしかなく、本部に何の審査権限もない。
- ・ 都道府県ごとの審査の濃淡の原因には、例えば、審査員である地元医師の確保や審査の人員が少ない県があるなどの問題もある。
- ・ 支払基金内部の原因だけでなく、例えば、レセプトの審査期間や提出されるレセプトの質の差など、外在的な原因も大きく関わっている。
- ・ 審査基準が標準化されていないのは、国民にとって理解しにくい。医療における国民の平等を保障する上で、審査は基本的には一つの視点ですべき。国保連と支払基金で情報交換しており、統一化を図っていくのが望ましい。
- ・ 審査支払機関は、審査委員会で審査をきちんとやっているのであれば、外からチェックできるような仕組みを自ら作っていく必要がある。
- ・ 野球にたとえば、47都道府県で2審査機関の94通りのストライクゾーンがあり、それでゲームしているのは不自然である。ルールを統一するとともに、アンパイアの質を落とさずに安く雇うことが効率化に結びつく。
- ・ グレーゾーンは、一定の幅の中である程度正規分布するはずなので、その範囲内では許容することで、統一化や効率化が進むのではないか。
- ・ 高額なレセプトは中央の審査に上げて、一定の方向が出たものは各支部に通知が行くので、現在でも、中央が一定の方向付けをしていると認識している。
- ・ 薬の使いすぎの差でも地域特有の疾病構造による影響もありうるので、必要な医療を提供する観点からは、できれば都道府県単位では一定のレベルはそろえるべきである。他方、疾病構造や医療者の数などを十分に検討する必要があり、全国レベルでは差異が生じるのはやむを得ないのではないか。

(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。

(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。

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。

(2) 審査の実施体制、効率性に関する論点

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

① 専門家による審査、不適正な請求の抑制効果について

(これまでの主な意見)

- ・ 請求者と同業のプロフェッショナルの医師及び歯科医師で構成される審査委員会の審査は、それ自体が不適正な請求を抑制する効果がある。
- ・ 不適正な請求の抑制効果については、定量的には明らかでなく、根拠に基づいた議論が必要である。
- ・ 審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしている。指導的な返戻によって請求月に支払いが行われないうペナルティーや、各地域医師会の審査委員が著しい請求ミスがある会員に指導を行うこととしており、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、専門家がない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って欲しい。
- ・ 専門家であっても意見が違ふことがあるのは普通であり、すべてを上級の処理機関で処理できるわけではない。その場合に公平性や統一性の担保は、透明性や説明責任を果たす、審査結果の公表などで努力するしかないのではないか。
- ・ 従来から保険者が再審査を出しても、原審どおり返ってきて、中身の説明が足りない。

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

（これまでの主な意見）

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

（参考）

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

ハ レセプトの電子化、オンライン請求による審査の効率化について

(これまでの主な意見)

- ・ 現行の保険診療ルールは、相当程度の裁量の余地を認めているため、診療行為がルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することは不可能である。したがって、将来、いかにシステムチェックの充実が図られても、人でなければできない審査が存在する。
- ・ 支払基金では、今後、すべての電子レセプトにシステムチェックを実施し、人による審査を「人でなければできない審査」に限定することを基本とする。このため、突合・縦覧審査機能の開発など、電子レセプトの審査のためのシステムの整備に取り組む方針であり、システムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保が必要である。
- ・ システムチェックが発展途上にある段階では、目視による点検で看過されていたような疑義が網羅的に摘示される反面、疑義を査定に結び付くようなものに絞り込む精度が不十分である。このため、当面、職員及び審査委員の事務処理負担がかえって増大する。
- ・ 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いる。

3 審査支払の組織の在り方に関する論点

(1) 組織の形態（統合、競争の促進、民間参入）についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 既に保険者の直接審査を認めているのであれば、自由な参入を認めているのだから、統合でオンリーワンというのは矛盾するのではないか。公共的なもので自由な参入は認めるべきでないのかどうか、自由化でやるなら査定に関して紛争が起きた場合にど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、深堀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。

審査の均一性の確保に関する論点（たたき台）
（第4回の議論のテーマ関係）

- ◎テーマ全体の構造
- 1 審査の均一性に影響を与えている要因
 - ① 保険診療ルールによる要因（審査委員会ごとの審査基準の相違の是非、審査基準の統一が可能かどうか 等）
 - ② 審査委員会のジャッジによる要因（審査委員の医学的判断の幅 等）
 - ③ 医療機関が提出するレセプトによる要因（医療の地域性、患者の環境、誤りのない適正なレセプトの提出の徹底度の違い 等）
 - 2 審査の均一性の確保のための手法
 - ① 保険診療ルール → 審査基準の統一 等
 - ② 審査委員会 → 審査委員の医学的判断の均一化 等
 - ③ レセプトの内容 → 審査基準の公表、審査委員会による指導 等⇒ 競争・統合の観点から、どのように考えるか。
 - 3 査定率の差異の原因、査定率の評価
 - ・ 査定率を評価・比較するためのものさし
 - ・ 査定率によって審査の質や効率性を評価する妥当性
 - ・ 「望ましい査定率」の水準・在り方
 - 4 審査データの公開・活用に関するその他の論点

1 審査の均一性に影響を与えている要因

- 審査委員会ごとの審査の基準に相違（支払基金と国保連との違い、基金支部や国保連におけるローカルルールの存在）があることについては、支部取決事項（ローカルルール）の存在等が知られている。審査委員会ごとの審査基準に相違があることの是非について、どのように考えるか。また、審査基準の統一が可能かどうか。

（これまでの主な意見）

- ① 審査の基準の相違や一定の幅があることを是認する意見
 - ・ 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。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。

- ・ 一律に決められないからグレーゾーンになっているケースがあり、その場合は、レセプトごとに判断が分かれることになる。すべてのレセプトに一律にルールを適用することが好ましくない場合がある。
- ・ 審査においては、地域に特有の疾病構造が影響する部分もあり得るので、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。

② 基準の相違や幅を認めつつ、幅やバラツキを縮小すべきとの意見

- ・ 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、その範囲内で許容することで、審査の統一化や効率化が進むのではないか。
- ・ 審査においては、地域に特有の疾病構造が影響する部分もあり得るので、都道府県単位では一定のレベルをそろえるべきではないか。

③ 各審査委員会の審査の基準は統一されるべきとの意見

- ・ 審査基準が標準化されていないのは、国民にとって理解しにくい。医療における国民の平等を保障する上で、審査基準は統一すべきである。

(参考) 審査基準が異なることの背景に関する意見

- ・ 審査においては、そもそも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。
- ・ 支払基金では、支部の審査委員会が最終決定権を持っており、格差の原因の一つになっている。

○ 現在の審査の実施体制では、個々の審査委員の判断に委ねられる部分が存在するが、同じルールであっても、審査委員によってルールの適用に関する医学的判断に幅が生じ得ることについて、どのように考えるか。

(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。
- ・ 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。患者が不利益を受けることのないよう、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。
- ・ 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。
- ・ 都道府県ごとの審査の濃淡の原因には、例えば、審査委員である地元医師の確保や審査人員の少ない県があるなどの問題もある。医療が高度化・専門分化する中で、専門の審査委員の確保が難しい県もあるのではないか。

- 保険診療ルールへの適合という点で、医療の地域性や患者の環境によって、誤りのない適正なレセプトが提出される度合いに違いが生じることがあるのか。その是非について、どのように考えるか。

(これまでの主な意見)

- ・ 審査においては、地域に特有の疾病構造が影響する部分もあり得るので、都道府県単位では一定のレベルをそろえるべきではないか。同様の観点から、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。
- ・ 指導的な返戻によって請求月に支払いが行われなかったというペナルティや、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っており、現在でも適正なレセプトの提出を働きかける取組が行われている。

(参考) 審査機関による説明

- ・ 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。

2 審査の均一性の確保のための手法

- 審査基準を統一するための手法として、どのような手法が考えられるか。また、競争・統合の観点から、どのような手法が考えられるか。

(これまでの主な意見)

① 審査基準や審査データを公表すべきとの意見

- ・ 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。審査の内容を外からチェックできる仕組みが必要ではないか。
- ・ 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ので、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。

② 本部による統一的な情報提供・共有の取組の推進の意見

- ・ 支払基金では、ブロック単位での定期的な検討等により、各支部の専任や常勤の審査委員への情報提供を通じて、全国レベルの情報共有を行っており、本部が一定の方向付けをしている。さらに、疑義照会に更に迅速に対応するため、本部に専門家チームを設けること等を考えている。

③ 支払基金と国保連の審査機能の共通化についての意見

- ・ 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。
- ・ 審査の共通化については、審査機関がこれまで分かれてきた経緯や、審査委
員の任命方法が異なる点、審査委員一人当たりの審査件数の違いなどを踏まえ、
慎重に検討すべきである。

○ 審査委員の医学的判断の均一化のための手法として、どのような手法が考えら
れるか。また、競争・統合の観点から、どのような手法が考えられるか。

(これまでの主な意見)

① 審査基準や審査データを公表すべきとの意見

- ・ 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。審査の内
容を外からチェックできる仕組みが必要ではないか。

② 本部による統一的な情報提供・共有の取組の推進の意見

- ・ 支払基金では、ブロック単位での定期的な検討等により、各支部の専任や常
勤の審査委員への情報提供を通じて、全国レベルの情報共有を行っており、本
部が一定の方向付けをしている。さらに、疑義照会に更に迅速に対応するため、
本部に専門家チームを設けること等を考えている。

③ 上級の処理機関に再審査請求できる仕組みについての意見

- ・ 同じ都道府県の審査委員会に再審査請求しても堂々巡りなので、支払基金の
本部に上級の処理機関を設け、再々審査請求できる仕組みとしてはどうか。
- ・ 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。透明性や説明責任を果たす、審査結果の公
表などで対応することもありうる。

④ 支払基金と国保連の審査機能の共通化についての意見

- ・ 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。
- ・ 審査の共通化については、審査機関がこれまで分かれてきた経緯や、審査委
員の任命方法が異なる点、審査委員一人当たりの審査件数の違いなどを踏まえ、
慎重に検討すべきである。

- 誤りのない適正なレセプトが提出される環境を整備するため、どのような手法が考えられるか。また、競争・統合の観点から、どのような手法が考えられるか。

(これまでの主な意見)

① 審査基準や審査データを公表すべきとの意見

- ・ 審査基準や審査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が生じている。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ので、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。

② 支払基金と国保連の審査機能の共通化についての意見

- ・ 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。
- ・ 審査の共通化については、審査機関がこれまで分かれてきた経緯や、審査委員の任命方法が異なる点、審査委員一人当たりの審査件数の違いなどを踏まえ、慎重に検討すべきである。

3 査定率の差異の原因、査定率の評価

- 査定率の差異の原因・評価に関して、以下のような論点について、どのように考えるか。

- ・ 査定率を評価・比較するためのものさしについて
- ・ 査定率によって審査の質・効率性を評価する妥当性について
- ・ 「望ましい査定率」の水準・在り方について

(これまでの主な意見)

① 査定率を評価・比較するものさしについて

- ・ 地域によって、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。
- ・ 査定率の差異の検証に当たっては、審査委員の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。

② 査定率によって審査の質・効率性を評価する妥当性について

- ・ 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。

(参考) 支払基金「新・審査充実計画」(H20~23)における目標

支払基金では、審査実績の向上に向けた「新・審査充実計画」(H20~23)において、原審査における「再審査査定割合」(原審査査定額と再審査査定額を合計した総査定額に占める再審査査定額の割合。ただし、再審査査定額は、縦覧審査分を除く。)の半減を目標としている。

③ 「望ましい査定率」の水準・在り方について

- ・ 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。

4 審査データの公開・活用に関するその他の論点

- 審査基準や審査データの公開は、医療の標準化を通じた医療の質の向上や、公衆衛生水準の向上につながるとの意見について、どう考えるか。

(これまでの主な意見)


- ・ 医療の透明性や質の向上、診療ガイドラインの普及、疾病管理の観点から、審査基準、データの公開の在り方を検討すべきである。

以上

社会保険診療報酬支払基金提出資料

- 1 審査委員会の機能強化のための新たな方策
- 2 レセプト交換による支部間差異の調査

平成22年6月25日



1 審査委員会の機能強化のための 新たな方策

1 「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」の開催

- 支払基金においては、自らの取組みとして、審査委員、診療担当者代表、保険者代表及び外部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」を開催。
- 平成21年5月から平成22年2月までの間、9回にわたって開催。平成22年3月、「国民の信頼に応える審査の確立に向けて」と題する報告書を公表。

2 検討会報告書における支部間差異に関する指摘

不合理な支部間差異の解消を図っていくためには、

- ① 新たな支部間差異を発生させないこと
- ② 従来からある支部間差異についてはできるだけ優先順位を定めて解消を図ること
- ③ 支部間差異の問題は保険者から提起されることが多いことから、保険者から指摘された事項について検討し、対応する体制を整備すること
- ④ 支部間差異の解消には、スピード感を持って取り組むこと

が重要。

3 検討会報告書における審査体制に関する指摘

- 小支部においては、専門科の審査委員の確保が困難なところもあるなど、専門的な審査に対応できない診療科等については、大支部等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。
- 本部や他支部との間の連絡調整等の職務にフルタイムで従事する審査委員が少ない。

<参考>常勤審査委員の採用状況(平成21年6月改選時)

○ 常勤審査委員:66人 ⇒ 53人

▲13人

○ 常勤審査委員不在支部:18支部 ⇒ 23支部
+5支部

現員数	支部数	支部名
	2支部	大阪・兵庫
4人	3支部	東京・愛知・福岡
3人	5支部	北海道・宮城・埼玉 鳥取・熊本
2人	2支部	京都・香川
	12支部	福島・茨城・神奈川 新潟・長野・静岡 三重・和歌山・島根 岡山・宮崎・鹿児島
0人	23支部	青森・岩手・秋田 山形・栃木・群馬 千葉・富山・石川 福井・山梨・岐阜 滋賀・奈良・広島 山口・徳島・愛媛 高知・佐賀・長崎 大分・沖縄

【支部ごとの常勤審査委員の増減】

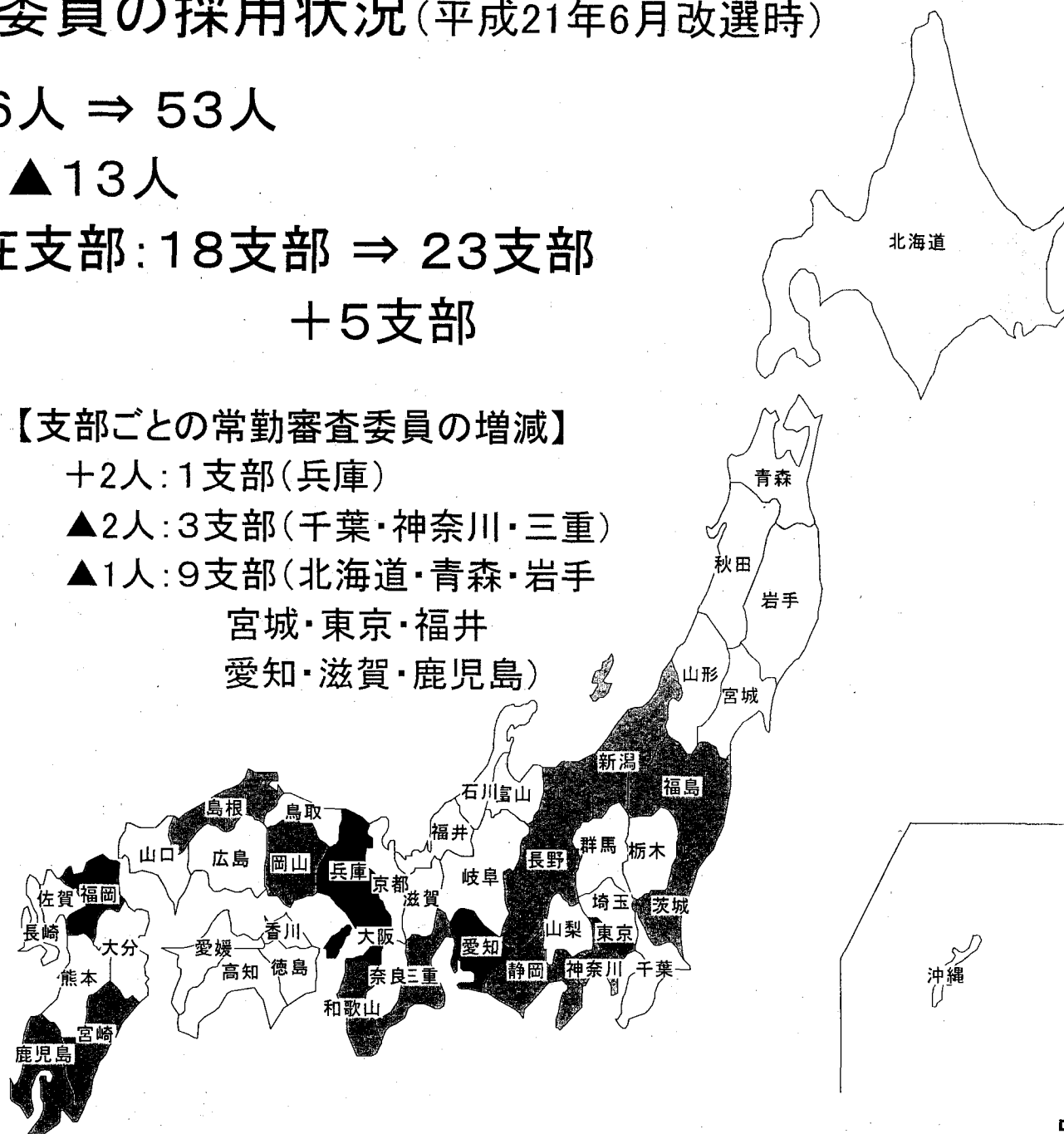
+2人:1支部(兵庫)

▲2人:3支部(千葉・神奈川・三重)

▲1人:9支部(北海道・青森・岩手

宮城・東京・福井

愛知・滋賀・鹿児島)



4 検討会報告書における審査基準に関する指摘

- 保険診療ルールの解釈に関する照会に対する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。
- 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、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。

5 審査委員会の機能強化のための新たな方策

検討会報告書を踏まえ、平成22年6月より、次に掲げる取組みを実施

- ① 「審査に関する苦情等相談窓口」の設置
- ② 「専門分野別ワーキンググループ」の設置
- ③ 「審査委員長等ブロック別会議」の開催
- ④ 「審査委員会間の審査照会
(コンサルティング)」の実施
- ⑤ 「医療顧問」の配置

(1) 「審査に関する苦情等相談窓口」の設置

- 審査に関する保険者等の苦情について、「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。
- 原則として1か月以内に保険者等に回答。速やかに全支部に対して情報を提供。

(2) 「専門分野別ワーキンググループ」の設置

- 審査委員会の疑義照会等に迅速に対応。
 - ・ 「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。
 - ・ 暫定的な医学的見解について、速やかに全支部に対して情報を提供。
- 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対応。
 - ・ 「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。
 - ・ 取扱い案について、厚生労働省との間で調整。

(3) 「審査委員長等ブロック別会議」の開催

- 審査委員会間相互間で相談・協議を実施する体制を確立するため、全国を6ブロックに分けて「審査委員長等ブロック別会議」を開催。

(4) 「審査委員会間の審査照会(コンサルティング)」の実施

- 専門医の審査委員が当該支部に不在である診療科等のレセプトについて、他支部の専門医の審査委員に対してコンサルティング依頼することが可能となるよう、「審査委員会間の審査照会(コンサルティング)」のための体制を整備。

(5) 「医療顧問」の配置

- 本部や他支部との連絡調整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、従来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」を創設。
- 平成23年6月までに全支部における「医療顧問」の配置を目指す方針。

【参考1】

平成23年6月における「医療顧問」の配置予定

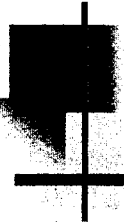
169人（47支部）

- ・ 8人を設置する支部：2支部（東京、大阪）
- ・ 5人を設置する支部：9支部（北海道、宮城、埼玉、千葉、神奈川、愛知、兵庫、広島、福岡）
- ・ 3人を設置する支部：上記以外の36支部

【参考2】

平成22年6月1日現在の配置状況

63人（25支部）



2 レセプト交換による支部間差異の 調査

レセプト交換による支部間差異の調査の趣旨

- 支部間での原審査の査定率の格差要因 については、
 - 1 関係者の努力により、医療機関から適正なレセプトが提出され、その結果、査定が少ないのではないか
 - 2 各支部の審査委員会における審査上の取り扱いの相違により、支部間差異が生じているのではないかとされているが、これらを実証するデータがない。

- このことから、これらを実証するため、原審査査定点数率の高い支部と逆に低い支部のレセプトのコピーを交換し、それぞれの審査委員会に審査を行うほか、第三者的立場の審査委員会で、同様に審査を行い、審査委員会の取扱いの差や、レセプトそのものの適正さについて調査分析した。

- その結果の取りまとめに当たっては、審査委員、保険者・診療担当者の代表及び外部の有識者からなる「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」において、意見を聴取した。

- 検討会報告書においては、次に掲げる点が指摘された。

「支部間で確かに査定率の違いはあるが、その大きさについては、提出されているレセプトの98.85%は原審査及び再審査で査定されておらず、請求点数で99.75%が査定されていないという次元のものであることを十分に考慮していく必要がある。」

レセプト交換による審査方法

調査方法

- 山口支部、福岡支部でそれぞれ平成21年9月に通常審査を終了したレセプトの中から、各々8,700枚のレセプトを抽出。
- 山口支部、福岡支部では、8,700枚のレセプトを相互に交換し、同年10月に、主に主任審査委員が審査を実施。
- 千葉支部において、山口支部、福岡支部の各々8,700枚のレセプトを同年11月、12月に主に主任審査委員が審査。

山口支部
(20医療機関)

山形支部(10医療機関)
山形支部以外の一部医療機関を含む

福岡支部
(14医療機関)

診療科	入院件数	入院外件数
内科	130	2,000
外科	100	2,000
整形外科	30	800
脳神経外科	19	800
皮膚科	-	1,000
泌尿器科	20	800
眼科	-	1,000
計	299	8,400

診療科	入院件数	入院外件数
内科	130	2,000
外科	100	2,000
整形外科	30	800
脳神経外科	20	800
皮膚科	-	1,000
泌尿器科	17	800
眼科	-	1,000
計	297	8,400

山口⇔福岡
交換審査

審査

第3者の立場

千葉支部
(34医療機関)

審査

支部の審査状況(件数)

平成21年8月診療分に係る各支部の審査状況(件数)は以下のとおり。

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

	全国	山口	福岡	千葉
請求件数(A) (万件)	3,912	44.5	162.9	155.7
査定件数(B) (万件)	37.6	0.2	2.6	1.2
査定件数率 (%) ($(B)/(A) \times 100$)	0.962	0.454	1.596	0.777

約3.5倍

支部の審査状況(点数)

平成21年8月診療分に係る各支部の審査状況(点数)は以下のとおり。

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

	全国	山口	福岡	千葉
請求点数(C) (万点)	773億7,727	8億6,471	37億5,953	29億114
査定点数(D) (万点)	1億5,233	68	1,064	538
査定点数率 (%) $((D)/(C) \times 100)$	0.197	0.079	0.283	0.185

約3.6倍

調査対象医療機関の全レセプトの審査状況

調査対象医療機関の全てのレセプトに係る山口支部及び福岡支部の審査状況は以下のとおり。

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

	山口支部の20医療機関 のレセプト全てに対する 山口支部の審査結果	福岡支部の14医療機関 のレセプト全てに対する 福岡支部の審査結果
査定件数率 (%)	1.032	6.012
査定点数率 (%)	0.119	0.684

レセプト交換による審査状況

(山口支部の20医療機関の調査対象レセプト)

今回のレセプト交換による審査結果(山口支部の調査対象レセプト(8,699件))は以下のとおり。

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

	山口支部の 審査結果	福岡支部の 審査結果	千葉支部の 審査結果
査定件数率 (%)	1.667	12.645	6.679
	<p>約7.6倍</p>		
査定点数率 (%)	0.136	1.121	0.337
	<p>約8.2倍</p>		

レセプト交換による審査状況

(福岡支部の14医療機関の調査対象レセプト)

今回のレセプト交換による審査結果(福岡支部の調査対象レセプト(8,697件))は以下のとおり。

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

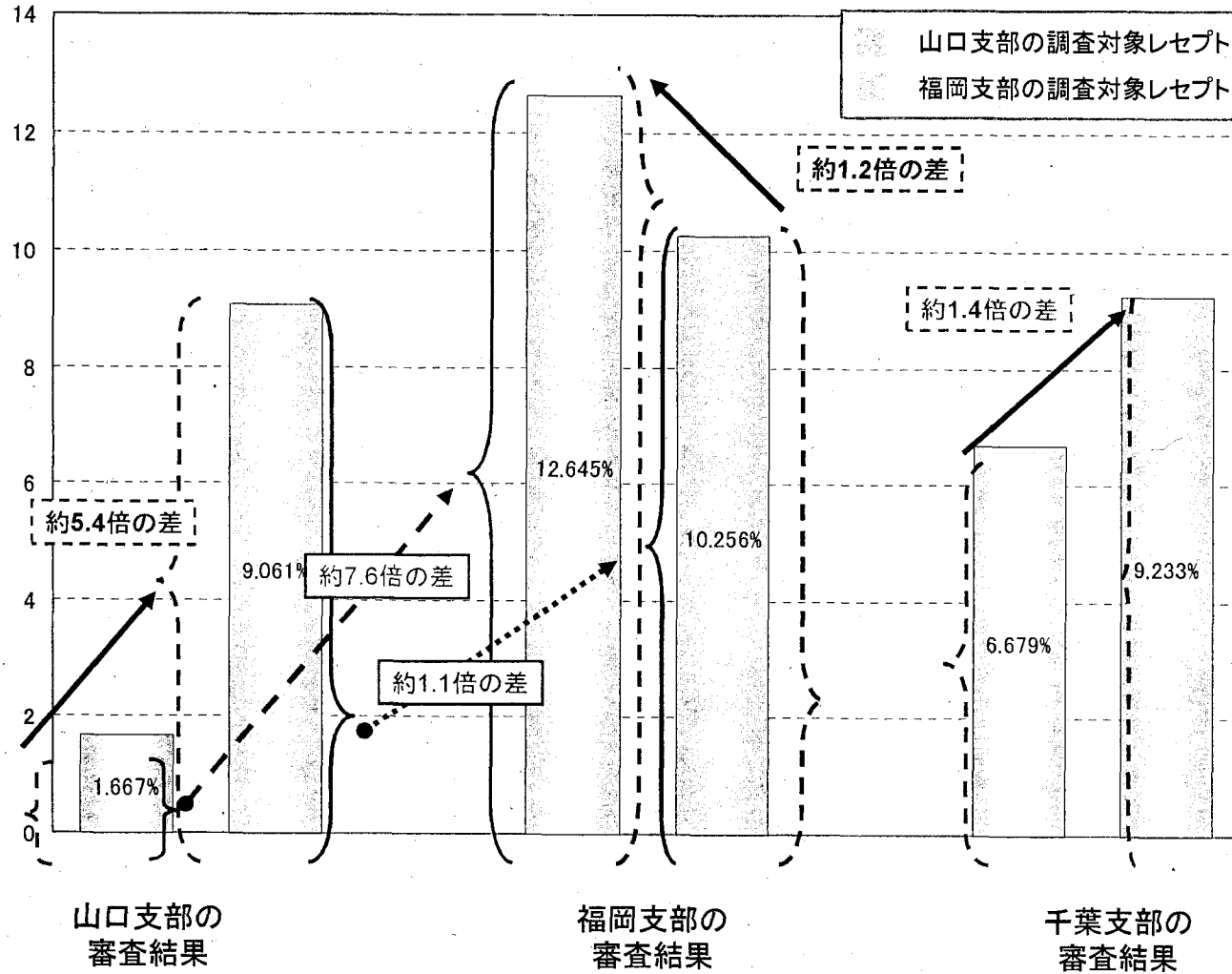
	山口支部の 審査結果	福岡支部の 審査結果	千葉支部の 審査結果
査定件数率 (%)	9.061	10.256 <small>約1.1倍</small>	9.233
査定点数率 (%)	0.564	1.108 <small>約3.1倍</small>	0.356

査定件数率の比較

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

(%)

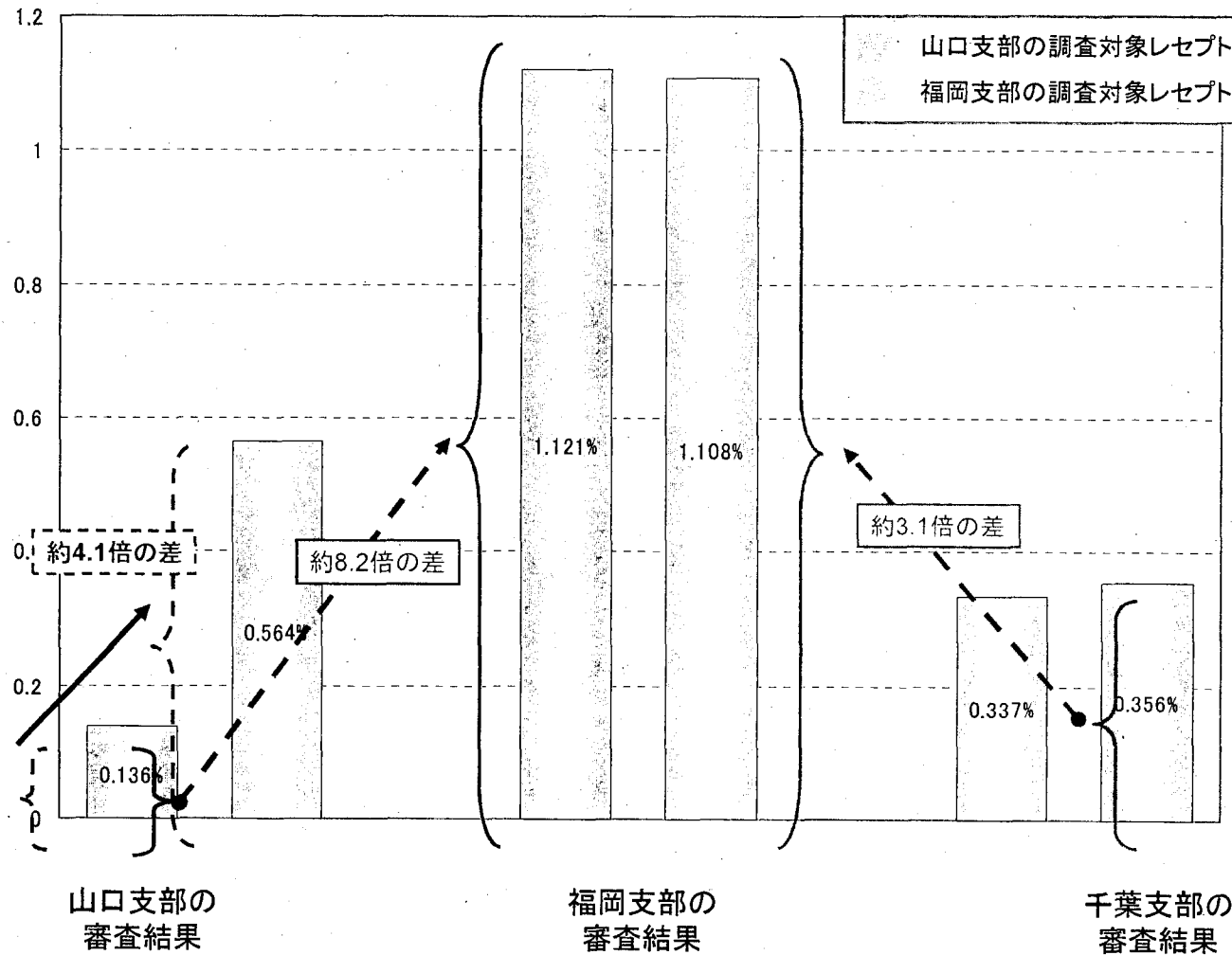


査定点数率の比較

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

(%)



支部の返戻状況

平成21年8月診療分に係る各支部の審査状況(返戻)は以下のとおり。

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

	全国	山口	福岡	千葉
請求件数(A) (万件)	3,912	44.5	162.9	155.7
返戻件数(B) (件)	48,597	715	1,623	2,038
返戻件数率 (%) ($(B)/(A) \times 100$)	0.124	0.161	0.100	0.131

調査対象医療機関の全レセプトの返戻状況

調査対象医療機関の全てのレセプトに係る山口支部及び福岡支部の審査状況は以下のとおり。

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

	山口支部の20医療機関 のレセプト全てに対する 山口支部の審査結果	福岡支部の14医療機関 のレセプト全てに対する 福岡支部の審査結果
返戻件数	301	281
返戻件数率 (%)	0.419	0.419


レセプト交換による返戻状況

(山口支部の20医療機関の調査対象レセプト)

今回のレセプト交換による審査結果(山口支部の調査対象レセプト(8,699件))は以下のとおり。

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

	山口支部の 審査結果	福岡支部の 審査結果	千葉支部の 審査結果
返戻件数	89	189	140
返戻件数率 (%)	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">1.023</div> <div style="text-align: center; margin-right: 10px;">  約2.1倍 </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 10px;">2.173</div> </div>		1.609

レセプト交換による返戻状況

(福岡支部の14医療機関の調査対象レセプト)

今回のレセプト交換による審査結果(福岡支部の調査対象レセプト(8,697件))は以下のとおり。

医科計(特審分除く)

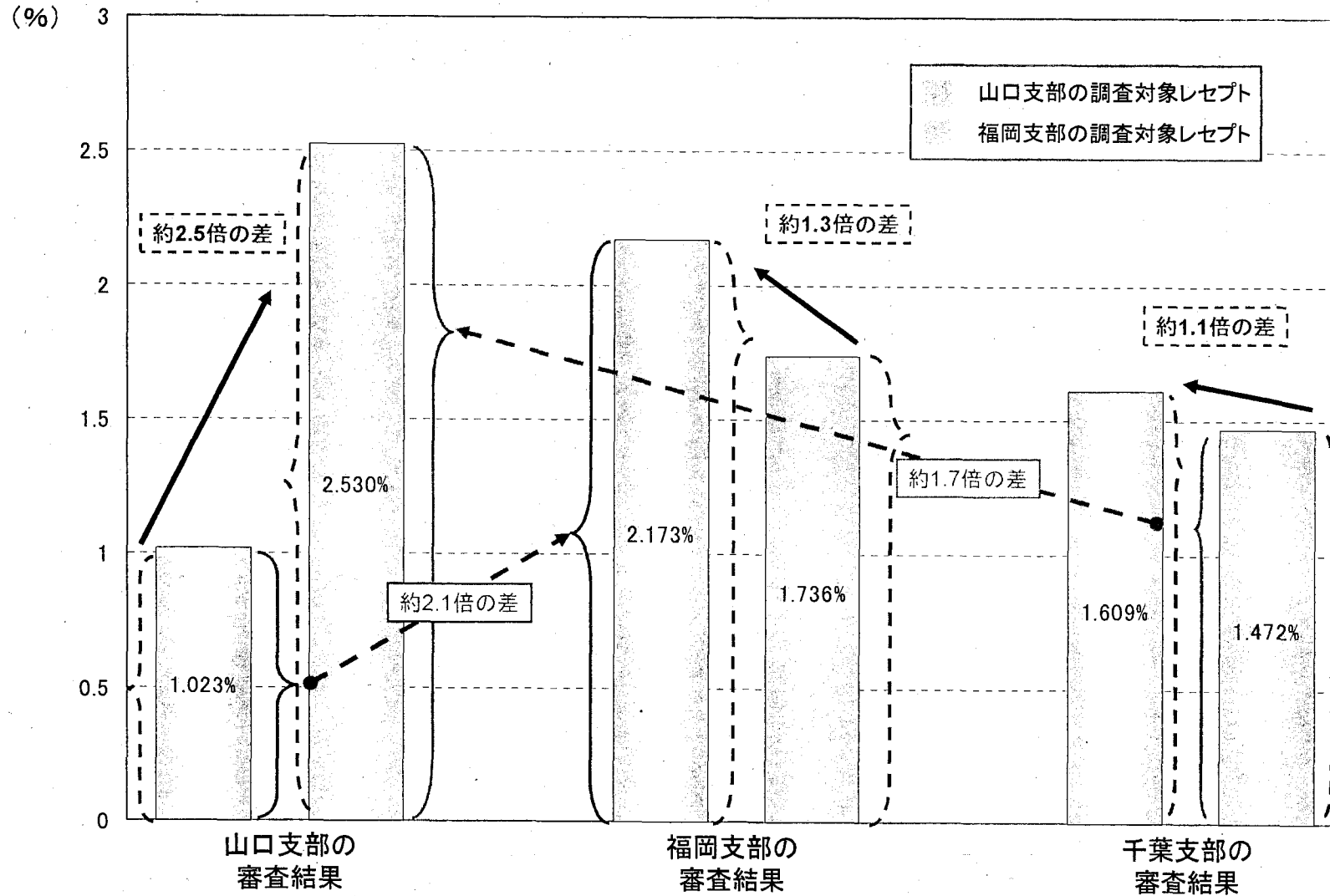
平成21年8月診療分

	山口支部の 審査結果	福岡支部の 審査結果	千葉支部の 審査結果
返戻件数	220	151	128
返戻件数率 (%)	2.530	1.736	1.472

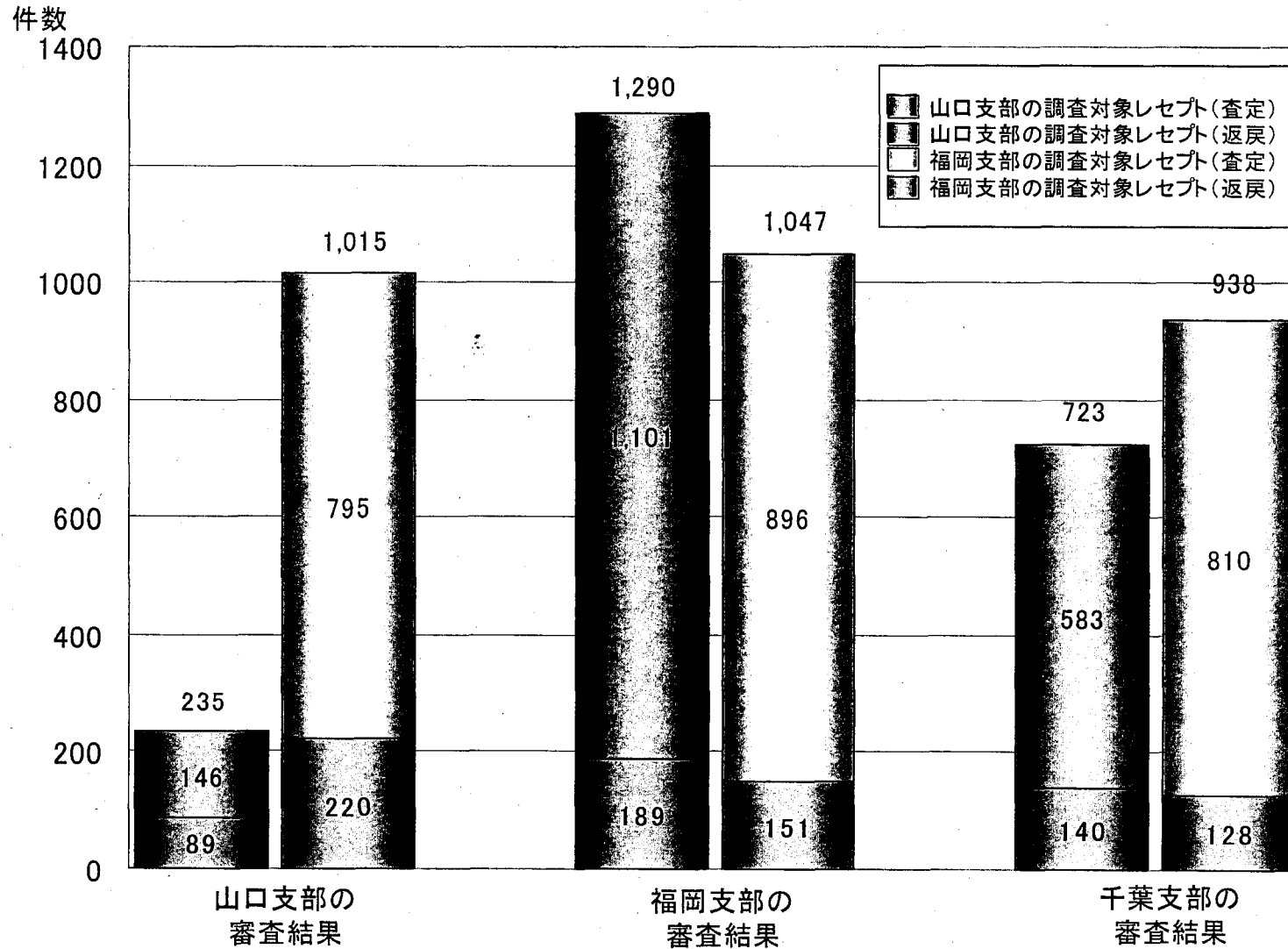
返戻件数率の比較

医科計(特審分除く)

平成21年8月診療分

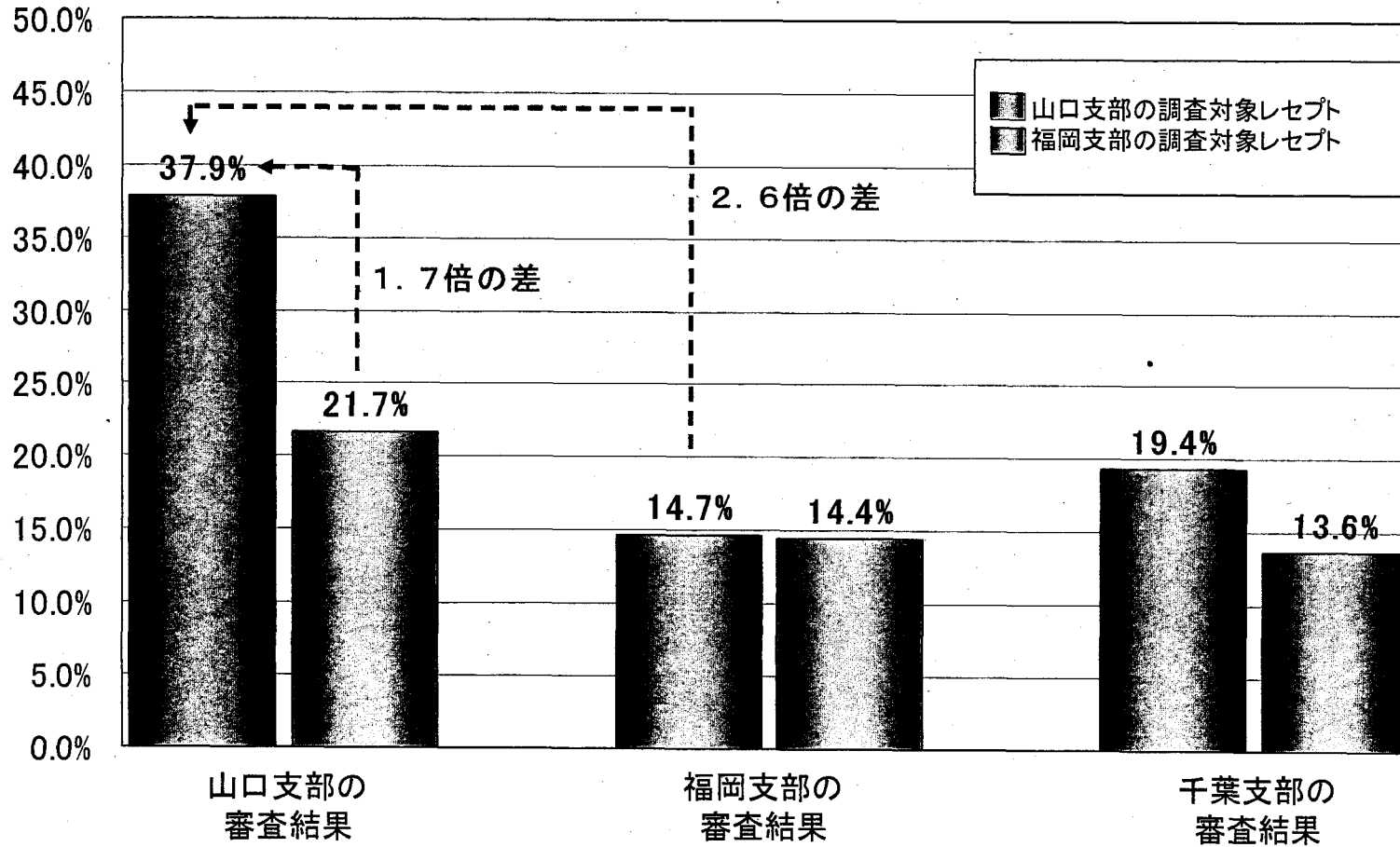


査定と返戻の内訳(件数)



返戻割合

返戻割合



レセプト交換による支部間差異の調査結果の評価

○ 今回の調査は、

- ① 3支部の審査において査定実績(件数率、点数率)及び
返戻率が異なっていること
- ② 山口支部では、自支部のレセプトと他支部のレセプトで
査定実績(件数率、点数)が異なっていること

を示唆。

○ しかしながら、次に掲げる点に留意することが必要。

- ① 調査対象レセプト数が各々8,700件と各支部の毎月の取扱件数(山口支部45万件、福岡支部163万件)と比較して少なく、かつ、全診療科を網羅したものではないこと。
- ② 自支部のレセプトと他支部のレセプトを審査した審査委員が必ずしも同一ではない、他支部のレセプトの審査においては、通常の審査で用いる当該医療機関の過去の審査結果等の情報を参考としていない等、他支部のレセプトの審査については、通常の審査と異なる条件下で行われていること。

○ これら3支部の審査結果が異なる原因について明らかにするためには、更なる分析が必要。このため、現在、個々のレセプトの査定箇所に着目し、

- ① 査定的一致状況(不一致状況)
- ② 査定の事由別のデータ(算定ルールの解釈の差、支部取決事項の差、医学的判断の差等)
- ③ 相違が生じている査定内容
- ④ 高額な薬剤等についての査定方針の相違

等进行分析中。

平成22年6月25日
社会保険診療報酬支払基金

支払基金としての要望【審査関係】

近年、レセプトの電子化が急速に進展しているため、それに対応した審査支払体制の構築が重要な課題。

これを踏まえ、支払基金としては、次に掲げる制度的な対応を要望。

1 紙レセプト本位から電子レセプト本位への転換

(1) 電子レセプトの記録条件仕様の見直し

【問題点】

現行の電子レセプトの記録条件仕様は、基本的には、紙レセプトの様式及び記載要領を置き換えたもの。

このため、コンピューターチェックが不可能である項目も、少なからず存在。

(例1) 記載要領において、「摘要」欄に記載する取扱いとされている項目のうち、記録条件仕様において、コメントとしてテキストで入力する取扱いとされている項目（同日再診、画像診断の部位等）については、コンピューターチェックが不可能。

(例2) 記録条件仕様において、紙レセプトの様式と同様に、加算項目を基本項目と別個独立に記録する取扱いとされているため、加算項目が基本項目と適切に対応しているかどうか（「電子画像管理加算（単純撮影）」が「単純撮影（デジタル撮影）」と併せて算定されているかどうか等）については、コンピューターチェックが困難。

【要望】

紙レセプトの様式及び記載要領と別個独立の体系で電子レセプトの記録条件仕様を策定すべき。

(例1) 記載要領において、「摘要」欄に記載する取扱いとされている項目についても、記録条件仕様において、可能な限りコードを設定すべき。

(例2) 記録条件仕様において、紙レセプトの様式と異なり、加算項目を基本項目と組み合わせて記録する取扱いとすべき。

(2) レセプトの記載要領の見直し

【問題点】

現行のレセプトの記載要領の中には、紙レセプトの作成に係る事務処理負担等に配慮したルールが存在。

このため、電子レセプトに対するコンピューターチェックに支障。

(例) 所定単位当たりの薬価が175円以下である薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、主傷病等の名称から判断してその発症が類推できるものについては、傷病名を記載することが不要。このため、傷病名と医薬品の適応とが適切に対応しているかどうかに関するコンピューターチェックに支障。

【要望】

レセプトの記載要領においては、紙レセプトと区分して電子レセプトに関するルールを設定すべき。

(例) 所定単位当たりの薬価が175円以下である薬剤の投与又は使用の原因となる傷病についても、傷病名の記載を求めるべき。

(3) 傷病名の統一

【問題点】

医薬品等の効能・効果として記載される傷病名の中には、傷病名コードで規定される傷病名以外の傷病名が少なからず存在。

このため、傷病名と医薬品等の適応とが適切に対応しているかどうかに関するコンピューターチェックに支障。

【要望】

医薬品等の効能・効果については、傷病名コードで規定される傷病名を使用すべき。

2 レセプトのやり取りの電子化

(1) オンライン請求保険医療機関等の再請求の電子化

【問題点】

支払基金からオンライン請求保険医療機関等へのレセプトの返戻については、現行の電子レセプトの取扱要領において、オンラインによるほか、紙媒体に出力して送付する取扱い。

これを受けたオンライン請求保険医療機関等から支払基金への再請求については、現行の電子レセプトの取扱要領において、オンラインか紙媒体かの選択による取扱い。このため、実態としては、オンライン請求保険医療機関等の大半が紙媒体を選択。その結果、保険者等によるオンラインでの受取りも、不可能。

【要望】

オンライン請求保険医療機関等から支払基金への再請求については、オンラインによるものとすべき。

仮にそれが困難であるとしても、支払基金からオンライン請求保険医療機関等へのレセプトの返戻については、紙媒体に出力した送付を不要とすべき。

(2) 保険者等によるレセプトの受取りの電子化

【問題点】

現行の電子レセプトの取扱要領においては、平成23年4月以降、「保険者等」によるレセプトの受取りは、オンラインによるものとされているところ。

しかしながら、「保険者等」が公費負担医療の実施機関を含むかどうかは、不明確。

【要望】

平成23年4月以降、公費負担医療実施機関を含むすべての「保険者等」がオンラインでレセプトを受け取るよう、ルールを明確化して関係機関に働き掛けるべき。

3 地方厚生局の情報提供の迅速化

(1) 保険医療機関等の施設基準等に関する情報提供の迅速化

【問題点】

点数表で規定される保険医療機関等の施設基準等については、現行では、保険医療機関等の届出を受理した地方厚生局より、支払基金に対し、紙媒体で情報を提供する取扱い。

特に、診療報酬改定に際しては、保険医療機関等から地方厚生局への届出は、4月以降。このため、地方厚生局から支払基金への情報提供が遅延すると、5月における審査に間に合わない事態が発生。

【要望】

保険医療機関等の施設基準等については、従来の紙媒体での情報提供の仕組みに代えて、地方厚生局が構築したデータベースに支払基金がアクセスする仕組みとするなど、地方厚生局から支払基金への情報提供の迅速化をお願いしたい。

(2) 保険医療機関等の指定に関する情報提供の迅速化

【問題点】

保険医療機関等の指定については、現行では、請求前月末に開催される地方社会保険医療協議会の諮問及び答申を経て、地方厚生局より、支払基金に対し、紙媒体で情報を提供する取扱い。

これについては、支払基金において、請求当月初めに医療機関マスタ（＝医療機関に関するデータベース）に登録する作業が必要。このため、地方厚生局から支払基金への情報提供が遅延すると、請求当月初めにおけるオンライン請求の受付に間に合わない事態が発生。

【要望】

保険医療機関等の指定については、地方社会保険医療協議会の開催を早期化するとともに、従来の紙媒体での情報提供の仕組みに代えて、地方厚生局が構築したデータベースに支払基金がアクセスする仕組みとするなど、地方厚生局から支払基金への情報提供の迅速化をお願いしたい。

国保連合会間の差異について

国保中央会・東京都国保団体連合会

平成22年6月25日

(1) 国保連合会間における査定率の差異の要因 として考えられる事項

- 国保連合会間における審査委員数、職員数及び経験年数などによる審査体制の差
- 各審査委員の審査における判断の幅などの要因による差。

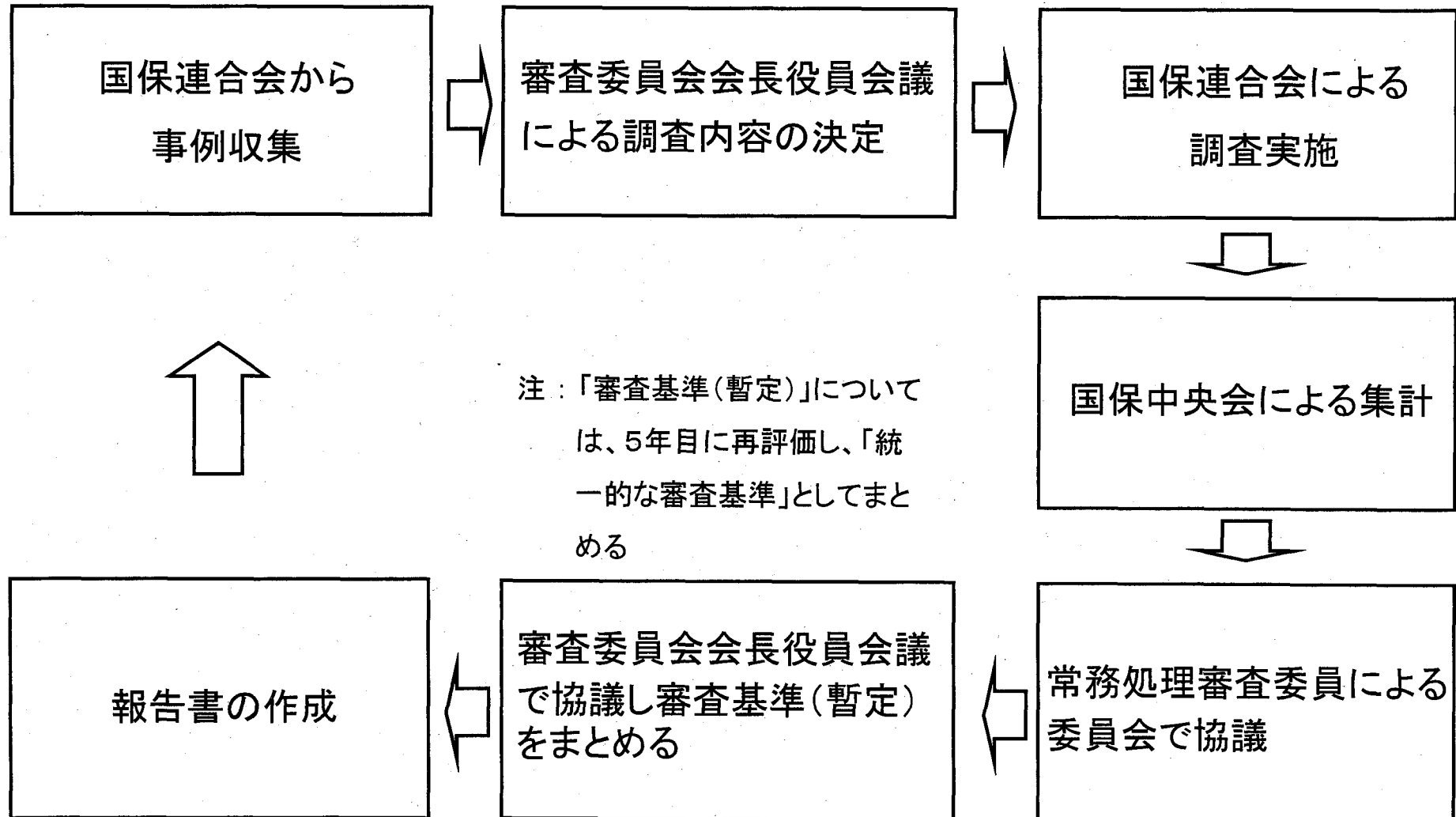
(2) 審査の地域格差の解消

審査の実態を把握するため、同じ事例について各国保連合会の判定事例を収集してきました。

- 調査対象事例数：344事例
 - ・平成17年度 27事例
 - ・平成18年度 72事例
 - ・平成19年度 93事例
 - ・平成20年度 83事例
 - ・平成21年度 69事例
- 調査結果について各国保連合会に周知するとともに、70%以上の国保連合会が同じ判定をしているものについては全国保連合会がこれに従うよう促してきました。(審査基準(暫定))
- これまでの取組みをもとに統一的な審査基準にまとめていきます。

○ 審査基準の統一と公表

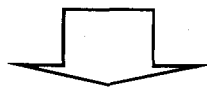
1. 連合会で判定上問題となった事例について、全連合会での判定状況を調査し、その状況に基づき審査基準(暫定)を作成
2. これらの審査基準を5年ごとに再評価し、その結果を反映した統一的な審査基準を公表



《調査対象事例》

『17年度、18年度調査結果から【70%以上収斂例】』

入院時・術前(検査前を含む)検査としてHBc抗体価
検査を認めているか



「認めていない」、「原則認めていない」が89.4%である



・ 審査基準 (暫定)

入院時・術前(検査前を含む)検査としてHBc抗
体価検査を認めない

審査に関する意見～審査の差異を中心に～

虎の門病院 山口 徹

○診療を担当する医療機関、特に入院診療を担う大きな病院の立場から、またガイドライン等で医療への関わりを強めている学会の立場から意見を述べる。

○座長を務めさせていただいた「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」報告書では、審査委員会の現状を示す多くのデータが公表され、支部間差異などの解決すべき課題への対応の方向性が示された点はよかったと言える。しかし多くの検討項目は保険者からの指摘事項であり、本邦の保険医療制度を担う保険医療機関、特に入院診療に大きく関与する病院や学会等からの視点での検討、議論は少なかった。

○診療医療機関の視点からも審査支払機関の在り方の検討が必要

国保連合会の役員名簿には医療機関からの参加はなく、支払基金の理事会も四者構成となっているが病院の代表者はいない。本検討会委員にも病院団体、医学界からの参加は少なく、専ら審査支払を取り巻くコストが最大の関心項目のように見える。今日の医療崩壊、医師不足は専ら病院勤務医の不足であり、その過重労働が問題となっている。入院レセプトは請求件数の2.2%であるが、原審査の査定件数では21%、査定点数では63%を占め、医療機関は関心を持たざるを得ない。適正なレセプト請求がなされるべきであるが、年々その規則や留意事項が多くなり、勤務医は診療行為が適切であることを証明するための症状詳記や再審査請求等に追われている。医療事故、医療訴訟の多い現在、何のメリットもないのに勤務医が不必要な薬を処方する筈がないが、病名漏れや記載不備に目を光らせなければならない。勤務医の負担増になっていないか。病院・病院勤務医や学会などの視点からも審査支払機関の在り方に関する議論をお願いしたい。

○審査では医療の個別性、裁量の余地も尊重されるべきである

審査は、診療行為が保険診療ルールに従っているかを確認する行為であるが、同時に適切な医療が行われているか、医療の質をチェックする機能も重要であり、この機能の維持は個々の審査委員、審査委員会の努力に負うところが大きい。審査委員が、療養担当規則や薬剤の効能・効果を機械的に適応することなく、現実の個別的な医療の適切性を個々に評価することで医療の質が保たれている面がある。ドラッグラグ、デバイスラグの解消にはま

だまだほど遠く、適応外使用についても迅速な対応がなされていない現実を考えると、審査委員による適切な個々の医療評価は重要である。

○地域(支部)間差異、国保と社保の差異

審査の中立性・公平性については、保険者のみならず、診療を担当する保険医療機関からも信頼されるものでなければならない。国民が不利益を受けることなく、適切な医療が受けられるためには、現状の薬剤の効能・効果、医療材料の適応や療養担当規則が決して完全な形ではないことを承知している必要がある。従って、個々の審査委員、審査委員会の判断にある程度の差異が生ずることは避け得ないと思われる。しかしこの差異は少ないことが望ましく、中央でルール解釈、診療ガイドラインとの不整合などを検討し統一する仕組み、また国保と社保との間で判断基準を統一する仕組みは不可欠である。

○審査側と入院診療担当者側(病院や学会)との話し合いの場が必要

出来れば中央に、審査側と入院診療担当者や学会側とが定期的に意見を交換する場が設けられることが望ましい。療養担当規則や薬剤の効能・効果、あるいは診療ガイドラインは、現在のあるべき適切な医療を必ずしも示していないからである。例えば、ガイドラインに対する誤解の問題がある。診療ガイドラインは、基本的にはエビデンスに基づいた有効でかつ標準的な診療情報を提供するものであるが、個々の症例における適応は医師の経験や患者の価値観等を考慮して決められるべきものであり、従って全例に適応できるものではない。しかしガイドラインが機械的に査定の根拠に利用される場合があり、ガイドラインが公表されることへ疑問が呈されている。

以上