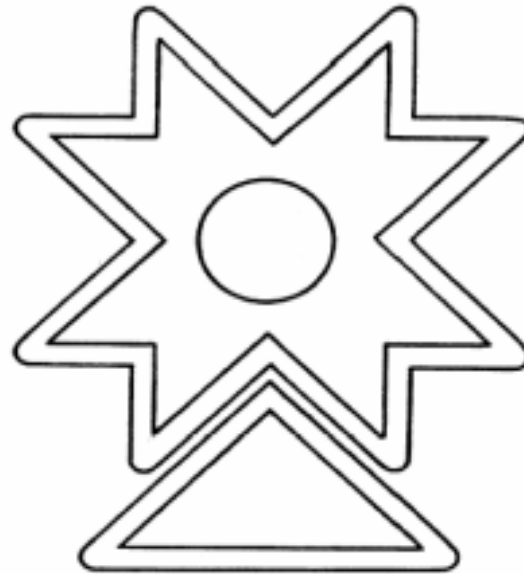


「『支払基金サービス向上計画』の 第4次フォローアップ(平成26年度)」

【概要】



平成26年12月16日

社会保険診療報酬支払基金

<http://www.ssk.or.jp/>

第4次フォローアップ(平成26年度)の骨子

I 良質なサービスの提供

- 審査の充実
(コンピュータチェックの充実、職員の審査事務能力の向上)
- 審査に関する不合理な差異の解消
- 保険者及び医療機関に対するサービスの向上

など

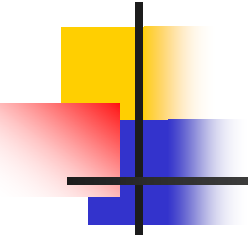
II 効率的な事業運営

- 総コストの削減のための取組
(業務改善の取組、コンピュータ関連経費の縮減)
- 手数料水準の引下げ

など

III 情報公開及び説明責任

IV 医療保険制度に貢献する公的な役割



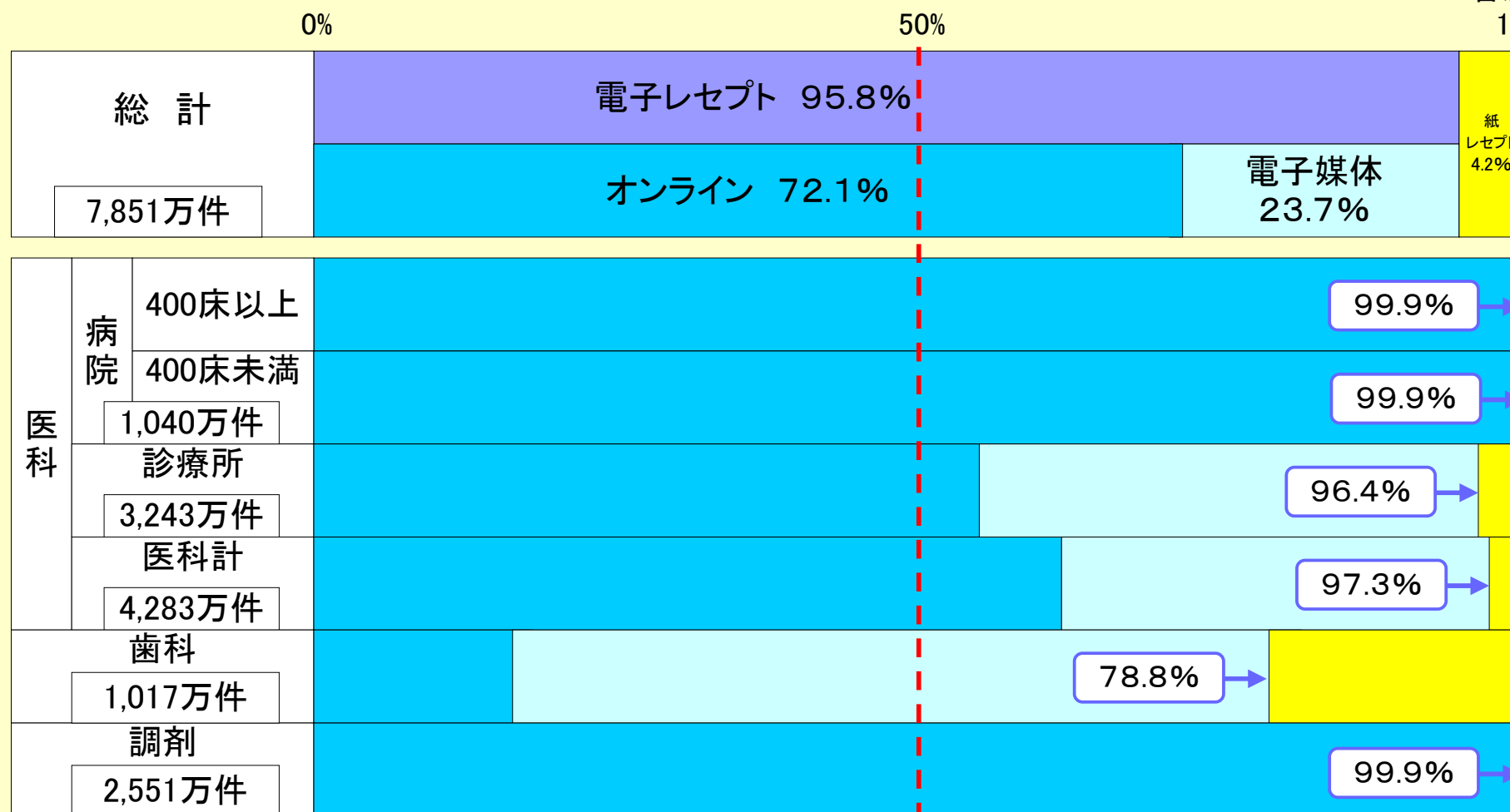
I 良質なサービスの提供

- 1 コンピュータチェックの充実
- 2 審査の充実に向けた数値の動向
- 3 職員の審査事務能力の向上
- 4 審査に関する不合理な差異の解消
- 5 保険者及び医療機関に対するサービスの向上等

1 コンピュータチェックの充実

(1) 電子レセプトの普及率

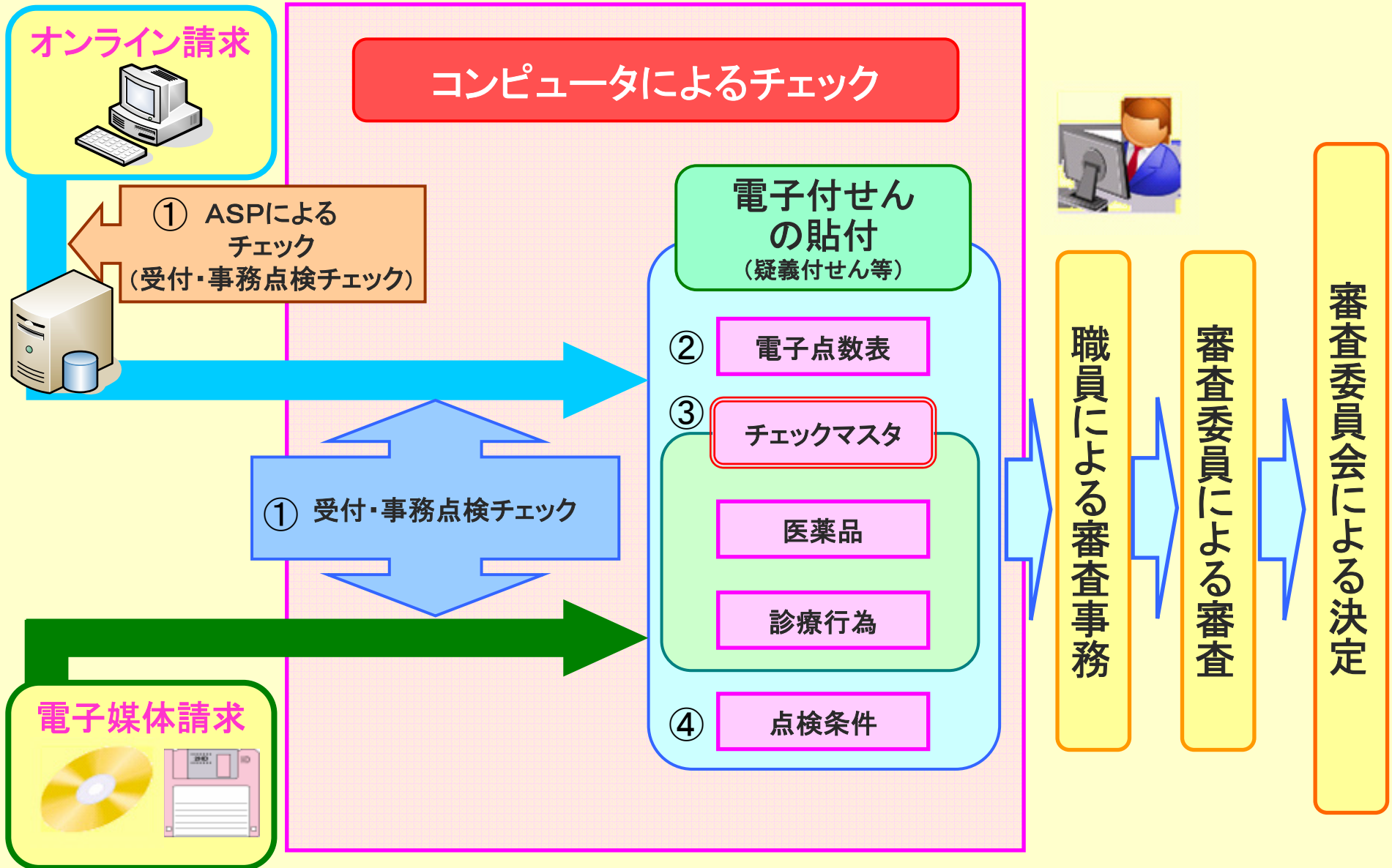
普及率
100%



(レセプト件数ベース)

(平成26年10月審査分)

(2) 電子レセプトによる審査の流れ



(3) 電子レセプトチェックの概要

① 受付・事務点検チェック(オンライン請求の場合のASP)

コンピュータによる受付・事務点検チェックにより、患者名もれ、存在しないコードの記録等を点検する。
なお、オンライン請求では、医療機関が審査支払機関のASPを利用して、事前に記載事項等の不備(患者名もれ、存在しないコードの記録等)を確認でき、当月に修正が可能となる。

※ ASP(アプリケーション・サービス・プロバイダ)とは、一般的にはアプリケーションを提供する会社のサーバに利用者が接続し、サーバ上のアプリケーションを利用できる仕組み(サービス)のこと。

② 電子点数表を活用したコンピュータチェック

電子点数表を用いて、他の診療行為に包括される診療行為や他の診療行為と併算定ができない診療行為などをチェックする。

※ 電子点数表によるチェック対象項目数(平成26年9月審査分) 医科 650,725件、歯科 340,500件

③ チェックマスタを活用したコンピュータチェック

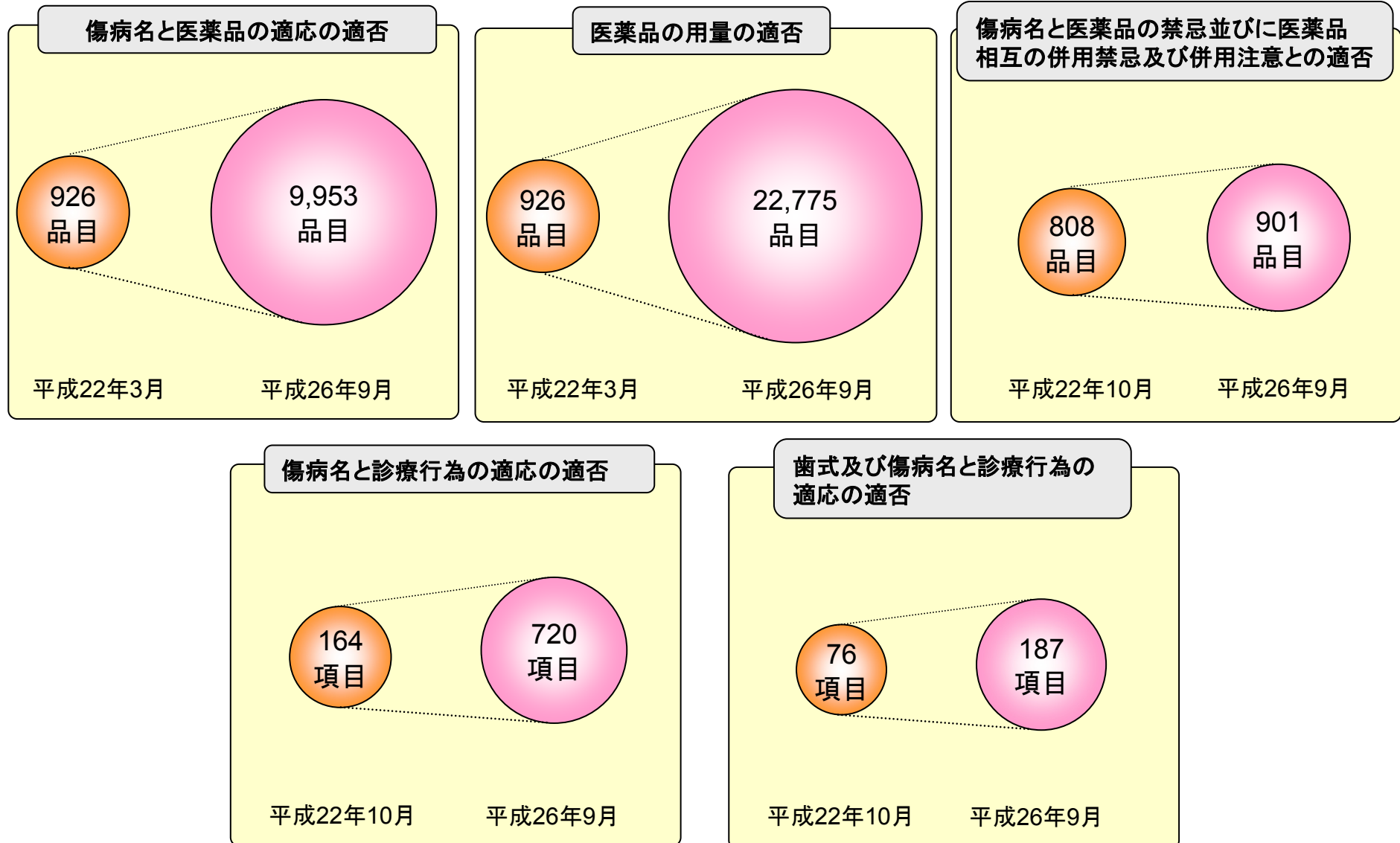
チェックマスタ(診療報酬請求上の算定可否に関する基準を定義したデータベース)を用いて、傷病名と医薬品や診療行為の適応に関する適否や医薬品の用量に関する適否等をチェックする。

④ 点検条件の設定によるコンピュータチェック

本部及び支部において、チェックマスタ等に設定されていない医薬品や診療行為等の診療報酬の算定に関する適否の基準を、点検条件に設定(コンピュータチェックシステムに対象条件を登録する)し、他のコンピュータチェックでは対応できていない組み合わせ項目などをチェックする。

(4) チェックマスタを活用したコンピュータチェックの対象品目・項目の拡充

チェックの対象品目数及び項目数を、導入時より順次拡大



(参考) 医科診療報酬点数表に規定された算定ルールのチェックポイントの抽出例

医科診療報酬点数表(平成26年度)

B001

18 ① 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。

下線の算定要件をチェックポイントとして抽出し、コンピュータチェックの実施状況を把握する



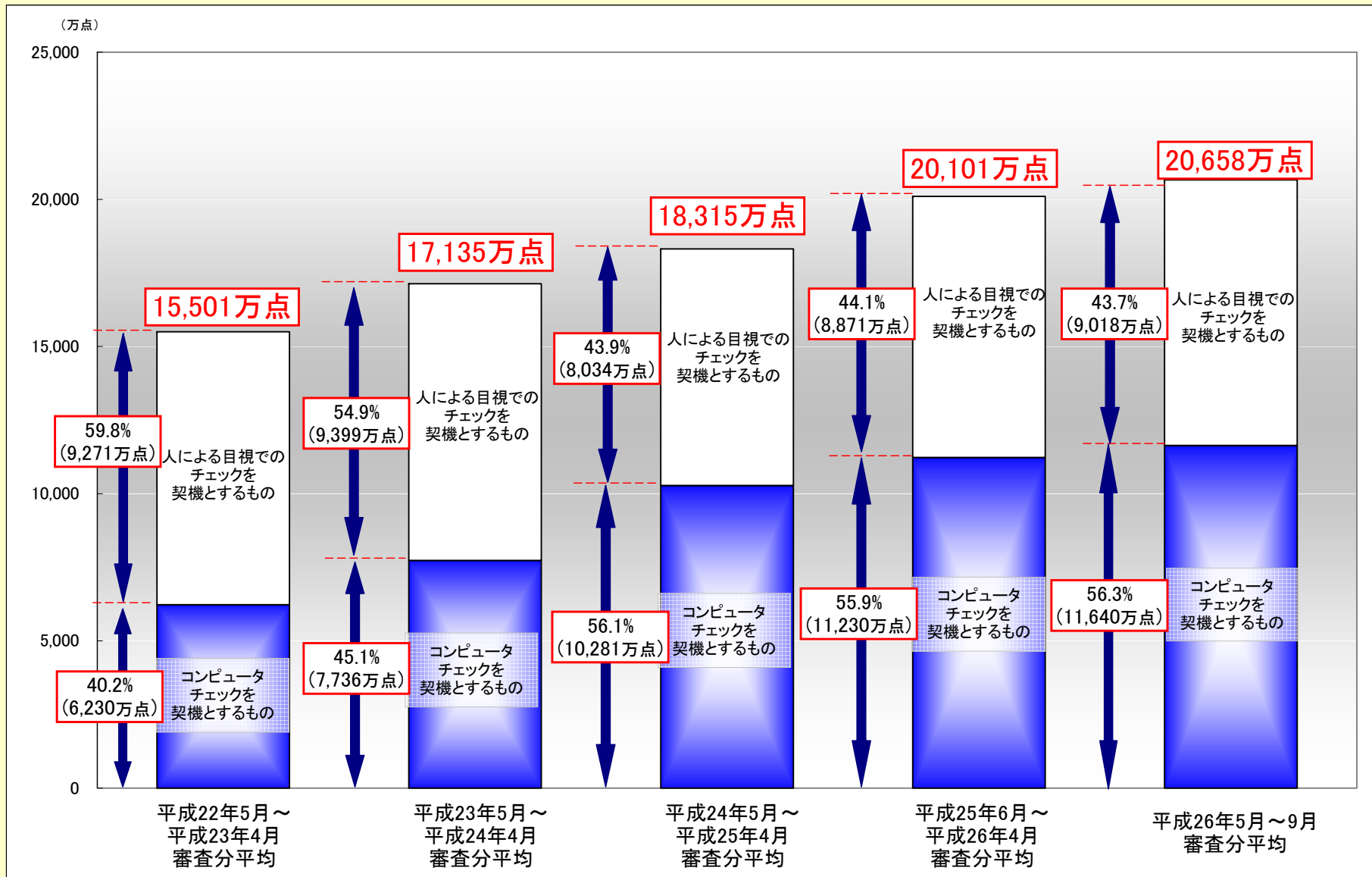
項番	チェックポイント	チェックの有無	チェック内容
①	小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点	○	診療行為の点数をチェック
②	小児科を標榜する保険医療機関	—	診療科は医療機関が任意で記録する項目であるためチェック未実施
③	悪性腫瘍を主病	○	算定対象となる傷病名をチェック
④	15歳未満の患者	○	算定対象となる年齢の上限をチェック
⑤	入院中の患者以外のもの	○	入院・入院外の適用区分をチェック
⑥	計画的な治療管理を行った場合	—	電子レセプトには「治療計画」や「治療の管理状態」の記録がないためチェック未実施
⑦	月1回に限り算定する	○	算定できる上限回数をチェック
⑧	区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。	○	併算定が認められていない診療行為(背反関係)をチェック

2 審査の充実に向けた数値の動向

(1) コンピュータチェックの寄与割合

- 平成27年度目標値 7割程度。
(平成22年9月審査分の37.4%をおおむね倍増する目標。)
- 直近の平成26年5～9月審査分の平均値は、56.3%であり、近年の寄与割合に大きな変化はない状況。
- コンピュータチェックを契機とする査定点数は毎年度増加しているにもかかわらず、全体の査定点数が増加傾向にあるため寄与割合にすると上昇しない。
- その要因は、コンピュータチェックで代替できないレセプトの査定が増加していることによるものと考えている。

医科電子レセプトの原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの寄与割合



※1 コンピュータチェックを契機とする査定についても、職員が確認の上、審査委員が審査している。

※2 平成25年5月審査分は、コンピュータチェックの一部の事例で不具合が生じたため、除外している。

(2) 突合点検・縦覧点検の査定件数・点数

- 計画策定時の保険者からの再審査(縦覧分)及び調剤審査の査定実績の上位3割を占める保険者とおおむね同程度の水準を達成できることを目指し設定。
- 毎年度、実績は向上しているものの、目標値とは乖離。

	平成25年5月～平成26年4月 審査分平均	平成26年5～9月 審査分の平均	平成27年度 目標値
原審査請求件数 1万件当たりの 査定件数	突合点検分 14.0件 縦覧点検分 7.1件	突合点検分 14.4件 縦覧点検分 9.6件	突合点検分 100件程度 縦覧点検分 35件程度
原審査請求点数 1万点当たりの 査定点数	突合点検分 2.5点 縦覧点検分 1.2点	突合点検分 2.6点 縦覧点検分 1.6点	突合点検分 12点程度 縦覧点検分 5点程度

○ 目標値と実績が乖離している要因については、次の理由によるものと考えている。

① 医科・歯科レセプトと調剤レセプトとの紐付け率について

目標設定時 100%

直近実績 約80%

⇒ 約20%の乖離

② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数

(上位3割を占める保険者)

目標設定時 7.4点(調剤審査)

直近実績 5.9点(突合点検及び突合再審査)

⇒ 約2割の乖離

3 職員の審査事務能力の向上

職員の審査事務能力の向上を図り、全国の職員が同じ視点で審査事務を行うことができるよう、次の取組を実施。

i 審査実務研修

- 審査事務リーダーを対象とした
 - ・審査事務エキスパート(Ⅰ)研修
 - ・DPC(Ⅰ)研修
- 次期リーダーを対象とした
 - ・審査事務エキスパート(Ⅱ)研修
 - ・DPC(Ⅱ)研修
- 医科審査事務の平均レベルへの向上を目的とした
審査事務フォローアップ研修
- 新たに歯科の事務点検を行う者を対象とした
審査事務歯科初級研修 等

ii 理解度の把握

- 職員個々の得意・不得意分野を把握し、その能力に応じたフォローアップを行うことを目的として実施。
 - ・ 全国一斉の理解度の把握
 - ・ 支部研修における理解度の把握

iii 他支部による2次点検

- 全国組織のメリットを生かし、平成23年10月から中核支部によるブロック内支部の2次点検を実施。

iv 本部からの審査事務の指導・支援

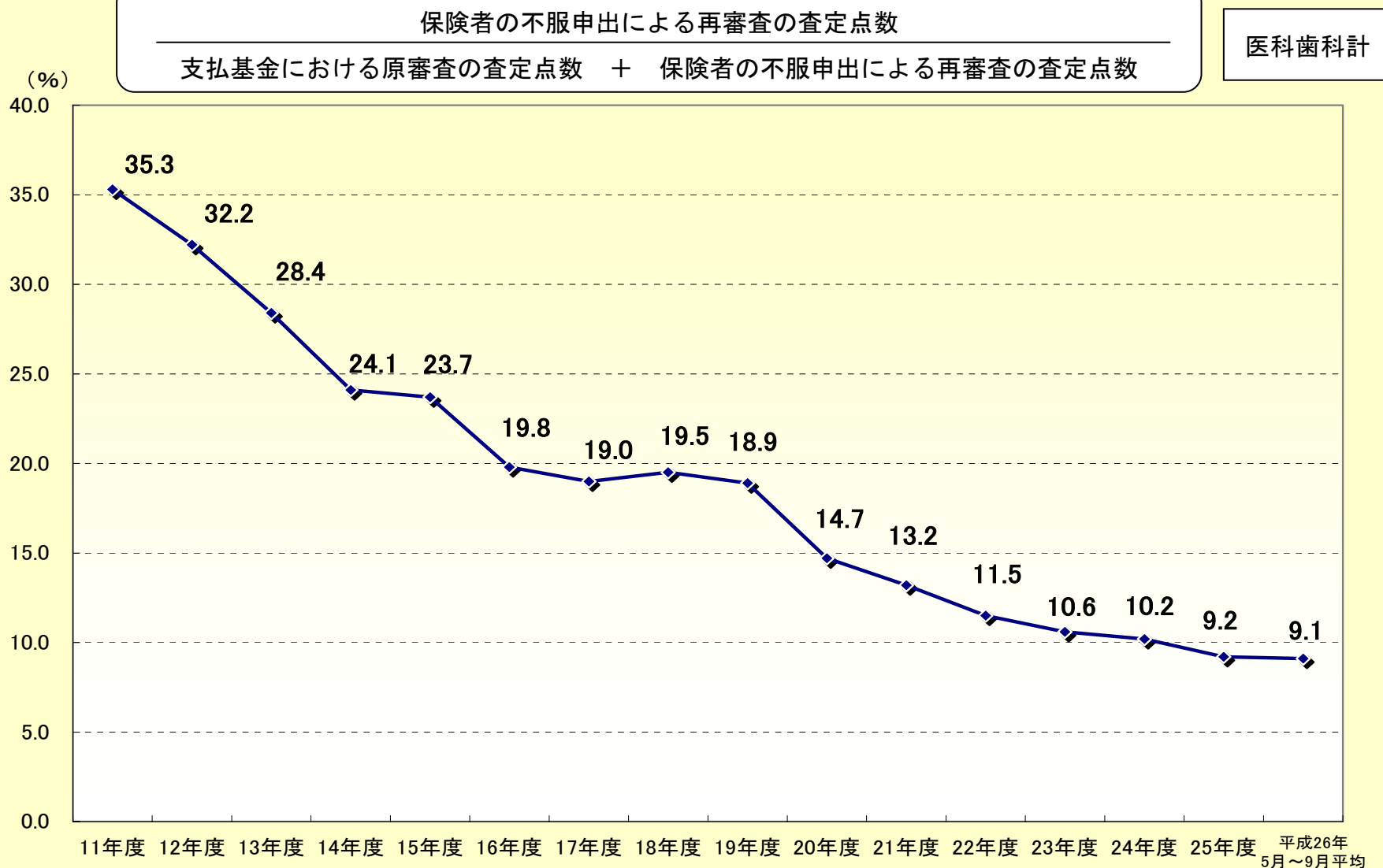
- 審査実績が低調な支部について、レセプト点検、審査結果を踏まえたポイント整理、審査実績の分析・検証など、支部指導を実施。

v ネットワークによる連携

- 本部に「審査事務支援グループ」、支部に「審査事務充実グループ」を設置し、審査事務研修における疑義事例など、本・支部間、支部・支部間で情報の共有化を行い職員の審査事務能力の向上を図っている。

再審査査定割合(全査定点数に占める再審査査定点数の割合:単月点検分)

- 「再審査査定割合」は、原審査での見落とし割合であり、審査のパフォーマンスを表す指標の一つ。
- 「再審査査定割合」の減少を目指して審査の充実に取り組んでいる。



4 審査に関する不合理な差異の解消

(1) 審査委員会の機能の強化・連携

従前より実施してきた「審査に関する支部間差異解消のための検討委員会」による支部間差異の解消の取組みに加え、平成22年6月以降、次の取組みを実施。

i 医療顧問による審査委員会相互間での連携の強化

フルタイムで従事する審査委員(医療顧問)を配置。審査委員相互間での連携の強化、審査充実のための具体的な取組み等を検討・協議。

〔平成26年10月現在 46支部 121名〕

ii 審査委員会間の審査照会の実施

支部において、特定の診療科の専門医がない場合、他支部の当該診療科の専門医の審査委員に相談を行うネットワークを構築している。

iii 「審査委員長等ブロック別会議」の開催

審査委員相互で協議を行う機会を確保し、審査委員会間の連携が図られるよう、審査委員長等ブロック別会議を開催。

〔平成22年6月から平成26年10月までに全ブロックで合計 49回開催〕

iv 「審査に関する苦情等相談窓口」の設置

支部間差異の解消に資するよう、保険者や医療機関の指摘に迅速に対応する体制を整備するため、本部審査企画部に審査に関する苦情等相談窓口を設置。

〔平成22年6月～26年10月までの状況〕

	受付件数	対応済みの件数			対応中の件数		
		本部で回答したもの	支部で回答したもの	専門分野別 専門医グループ で検討したもの	本部で作業中 のもの	支部で作業中 のもの	専門分野別 専門医グループで検討中 のもの
合 計	1,056	445	525	11	72	3	0

v 「専門分野別ワーキンググループ」の編成

保険診療ルールに関する疑義や学会等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。

〔平成22年6月から平成26年10月までの19事例について、それぞれにワーキンググループを編成〕

合計	検討結果の取りまとめに至ったもの	検討中のもの
19	12	7

(2) 審査に関する不合理な差異の解消のための方策

本部と支部審査委員会との連携、医療顧問による協力支援等により、以下の方策を進めている。

①算定ルールの適用に係る差異の解消

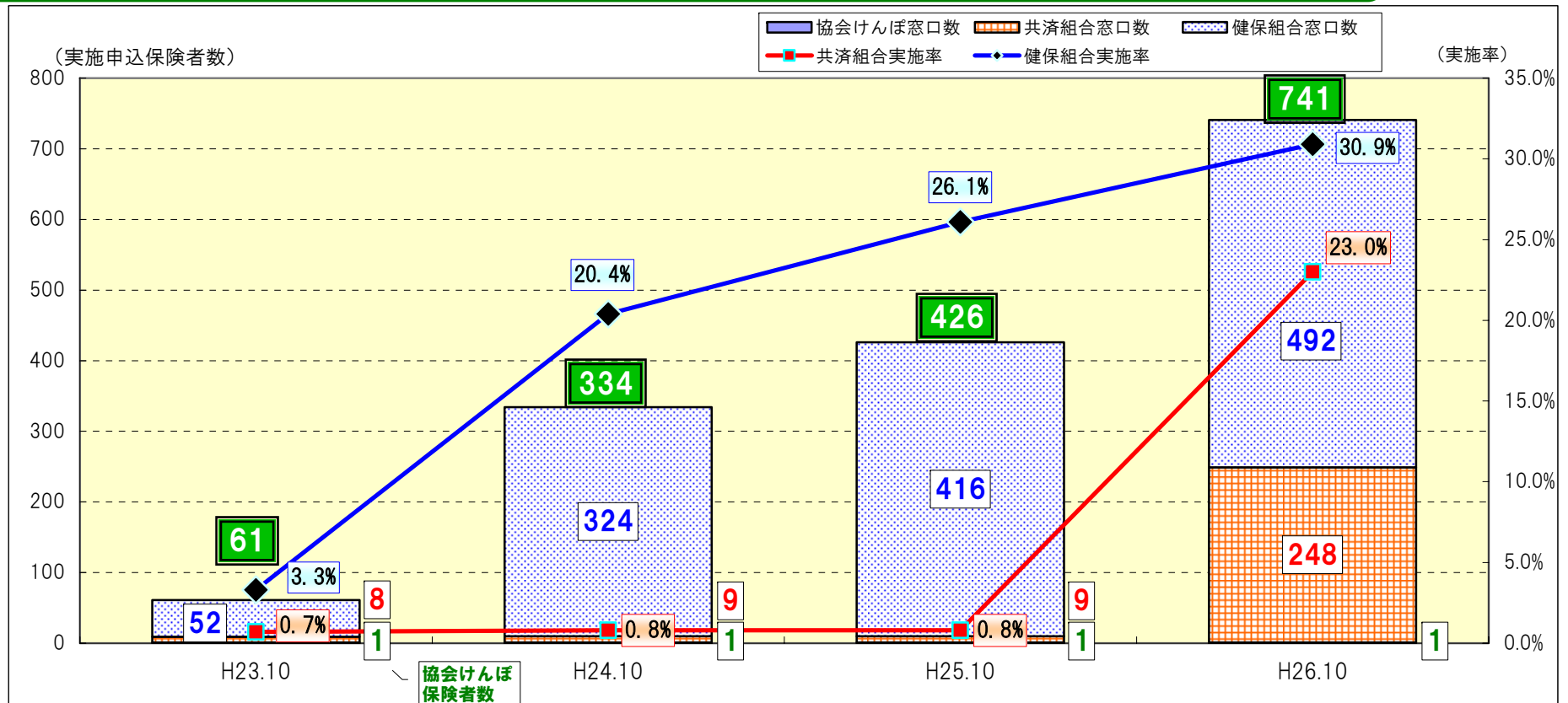
外部の専門家を含めた議論等を通じて不明確な事項に関する取扱いを整理。その上で、厚生労働省への情報提供と協議により、ルールの明確化（疑義解釈の明確化）及びルールの見直しを要請。

②医学的判断に係る差異の解消

- 支部からの事例を支部間差異検討委員会の地区検討委員会で検討の上、必要に応じて中央検討委員会で収束を図る。
- 審査取決事項システム及び分析評価システムを活用した分析結果に基づく「差異事例部会」における検討及び支部への情報提供に係る体制については、支部間差異解消に係る事項を含めた審査全般に係る事項について、スピード感をもって検討協議する組織体制として見直しを図ることとし、分析・検証の方法及び検討事項の選定方法等を含め審査委員長会議等で検討。

5 保険者及び医療機関に対するサービスの向上等

(1) オンライン請求前資格確認の実施申込保険者数推移



	保険者数	実施申込保険者数							
		H23.10		H24.10		H25.10		H26.10	
			実施率		実施率		実施率		実施率
協会けんぽ	1	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
船員保険	1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
共済組合	1,078	8	0.7%	9	0.8%	9	0.8%	248	23.0%
健保組合	1,592	52	3.3%	324	20.4%	416	26.1%	492	30.9%
自衛官	229	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	2,901	61	2.1%	334	11.5%	426	14.7%	741	25.5%

※保険者数は、平成26年10月1日現在の保険者窓口数です。

※協会けんぽについては実施率が100%であることから折れ線グラフの表示はしていません。

また、船員保険及び自衛官については、実施申込保険者がいないことから縦棒及び折れ線グラフの表示はしていません。

(2) オンラインによる請求前資格確認の実施結果について

原審査の段階で、保険者に受給資格の確認を求めることにより、平成26年10月審査分で約99,000件の資格関係誤りに係る再審査請求を未然に防止。

保険者	資格情報配信		平成26年10月審査分 返 戻		
	保険者数	件数	保険者数	件数	点数
協会けんぽ	1	29,888,681	1	54,425	68,684,940
共済組合	241	379,586	227	3,123	8,212,608
健保組合	441	13,582,935	426	41,256	45,594,037
合計	683	43,851,202	654	98,804	122,491,585

注1 資格情報配信・・・保険者が、支払基金の作成した資格情報をダウンロードした数
 (請求前資格確認の実施を申し出た741保険者のうち、683保険者が資格情報をダウンロードしている)
 返戻・・・・・・・・保険者から送信された返戻情報を基に返戻となった数
 注2 保険者数は、廃止・新設による新旧の保険者番号による資格情報作成分を含む。

医療機関へ約12,200万点返戻
 これは、医療費ベースで約12.2億円に相当





資格関係誤りに係る再審査請求件数の減少

資格関係誤りに係る再審査請求件数の比較

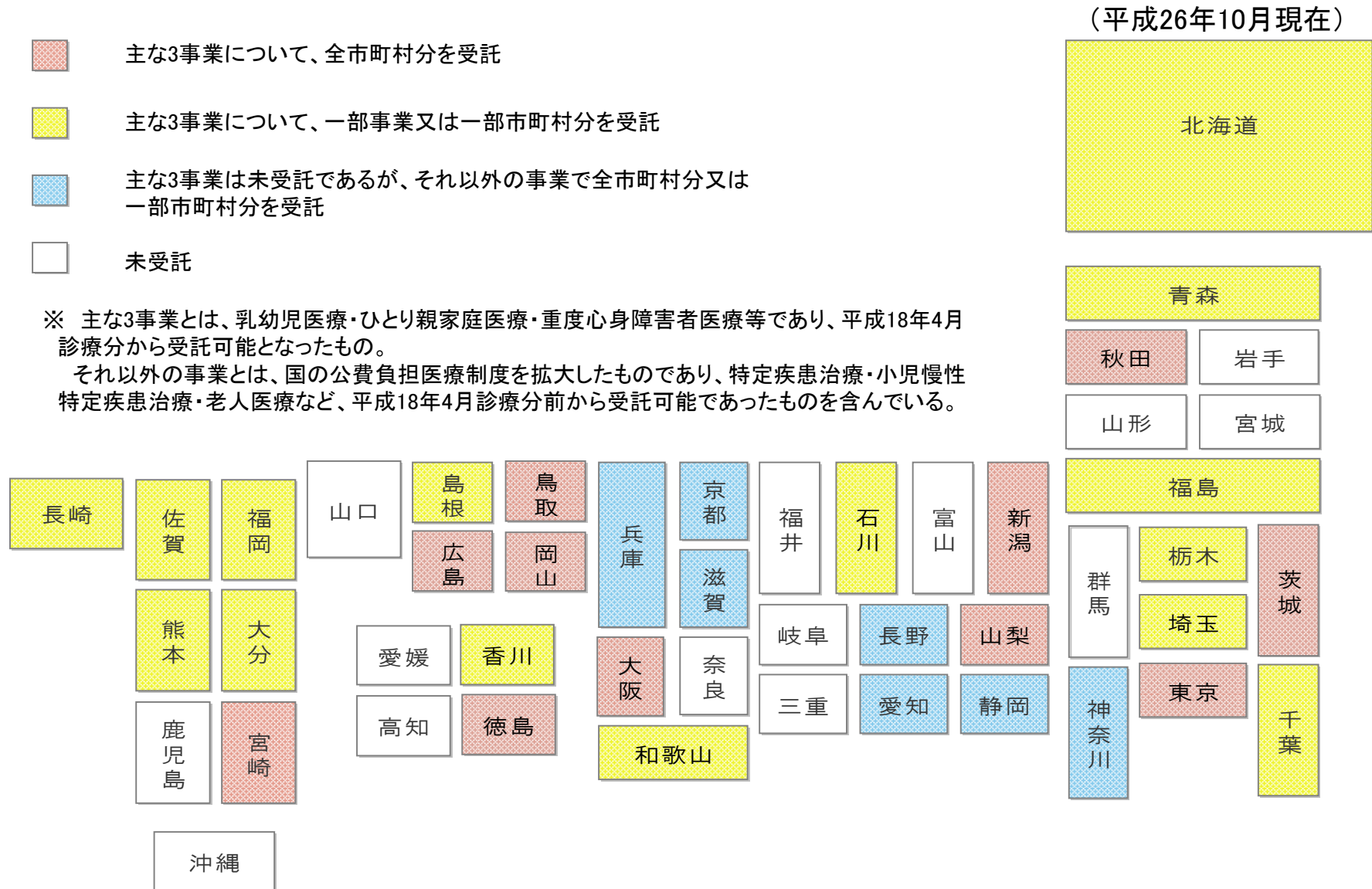
平成22年度(1ヶ月平均)	325,476件	} 150,845件減少
平成26年10月	174,631件	

(3) 地方単独医療費助成事業に係る審査支払業務の受託状況

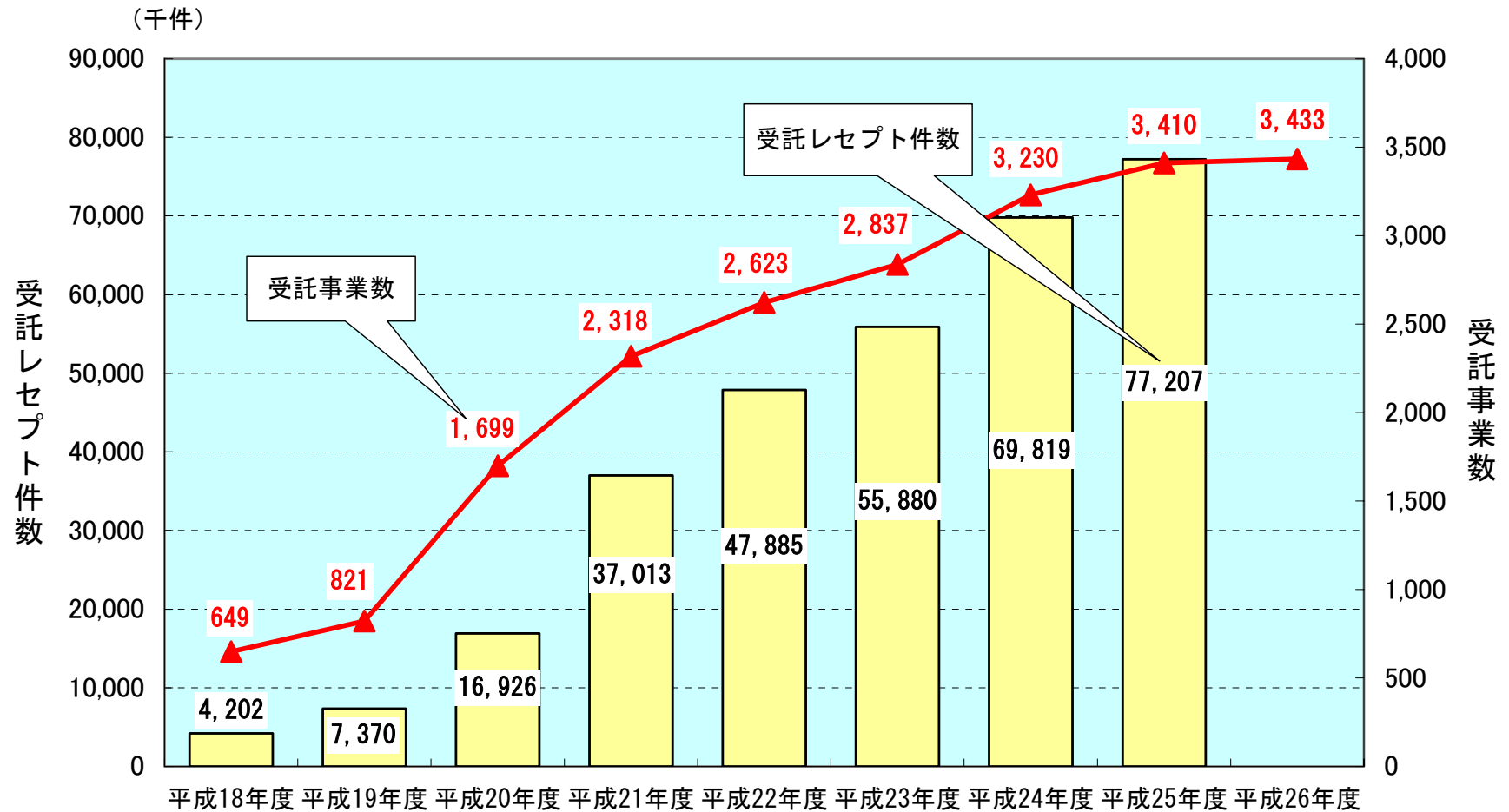
○ 平成26年度においては、新たに7県延べ18事業の審査支払事務を受託。

-  主な3事業について、全市町村分を受託
-  主な3事業について、一部事業又は一部市町村分を受託
-  主な3事業は未受託であるが、それ以外の事業で全市町村分又は一部市町村分を受託
-  未受託

※ 主な3事業とは、乳幼児医療・ひとり親家庭医療・重度心身障害者医療等であり、平成18年4月診療分から受託可能となったもの。
 それ以外の事業とは、国の公費負担医療制度を拡大したものであり、特定疾患治療・小児慢性特定疾患治療・老人医療など、平成18年4月診療分前から受託可能であったものを含んでいる。



受託レセプト件数及び受託事業数



※1 各年度の受託レセプト件数は、当年4月～翌年3月審査分である。

※2 受託事業数は、各年度末時点で制度ごとに受託している実施事業数である。



Ⅱ 効率的な事業運営

- 1 診療報酬等の請求及び支払の実施
- 2 レセプト等の電子化に向けた取組
- 3 総コスト削減のための取組
- 4 総コスト削減に向けた業務の改善のための取組
- 5 コンピュータシステム関連経費の縮減
- 6 手数料水準の引下げ

1 診療報酬等の請求及び支払の実施

診療報酬等に係る債権譲渡及び差押命令等への対応

- 支払基金は、各都道府県単位の圏域内に所在する約23万か所の医療機関から請求される毎月約8千万件のレセプトを適正に審査の上、全国約1万8千か所の保険者等へ請求し、医療機関へ着実な支払を実施。
- その診療報酬等に関して、債権譲渡通知書又は債権差押命令等を受理した場合は、第三債務者として対応。

1. 受理状況(月平均)

	(対前年度比) 医療機関等数	(対前年度比) 通知書等数
平成23年度	(97.6%) 5,334	(101.2%) 4,873
平成24年度	(103.9%) 5,542	(105.0%) 5,119
平成25年度	(106.7%) 5,911	(104.6%) 5,352

2. 支払等の状況(月平均)

	① 譲受人又は債権者払			② 供託			③ 支払保留			④ 合計		
	医療機関等数	通知書等数	金額 千円	医療機関等数	通知書等数	金額 千円	医療機関等数	通知書等数	金額 千円	医療機関等数	通知書等数	金額 千円
平成23年度	4,552	3,385	40,012,202	41	121	35,871	5	6	3,634	4,598	3,513	40,051,707
平成24年度	4,680	3,414	40,754,937	40	96	20,758	3	4	2,533	4,723	3,513	40,778,229
平成25年度	4,940	3,346	41,870,734	42	96	34,374	3	3	3,894	4,985	3,444	41,909,002

※1 受理状況(月平均)の「医療機関等数」及び「通知書等数」は、一つの医療機関等について債権譲渡通知書や債権差押命令等が重複して送達される場合、または一通の債権譲渡通知書、債権差押命令等において複数の医療機関等(同一法人が開設する医療機関、薬局等)の診療報酬等債権が譲渡、差押等される場合があるため一致しない。

※2 受理状況(月平均)の「医療機関等数」及び「通知書等数」は、以下の理由により、2. 支払等の状況(月平均)の「④合計」欄の「医療機関等数」及び「通知書等数」とは一致しない。①当月処理の対象とならない次月以降処理分の債権譲渡通知書等が含まれている。②当月処理において、効力が発生しない後着の債権譲渡通知書等を受理している。③債権譲渡通知書等を受理しているが、該当月の診療報酬等の請求がなく処理していない。

※3 本表の各区分の数値は月平均で四捨五入しているため、合計と不一致の場合がある。

2 レセプト等の電子化に向けた取組

(1) 医療機関におけるレセプトの電子化への移行の推進

- 平成21年11月の「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」に基づき、医療機関の電子レセプトへの移行に係る猶予措置期間が平成27年3月末をもって満了することから、円滑に移行するよう働きかけを実施。
 - ① 平成25年9月、厚生労働省及び国民健康保険中央会と連名で約2万8千の猶予対象医療機関に対して電子レセプト請求の準備をお願いするお知らせ文書を送付。
 - ② 平成26年2月には、約2万の医療機関に移行確認票を送付し、猶予期限後の請求方法及び移行時期を把握。
 - ③ 平成26年7月には、同年6月末現在においてもなお、移行時期等が未定及び未確認の約600の医療機関に再度移行確認票を送付し、猶予期限後の請求方法及び移行時期を把握。
 - ④ 移行確認票に記載された「移行する診療月」の3か月前に、移行に必要な書類を医療機関へ送付。
- 平成27年3月末の猶予期限の到来を見据え、厚生労働省及び国民健康保険中央会と連携し円滑に電子レセプト請求の移行となるよう勧奨を進める。

(2) 保険者におけるオンラインによる再審査請求の推進

- 支払基金から保険者へのオンライン等請求件数の割合が平成26年10月に91.4%となっているのに対して、保険者からのオンラインによる再審査等の受付件数の割合は、56.1%という状況。

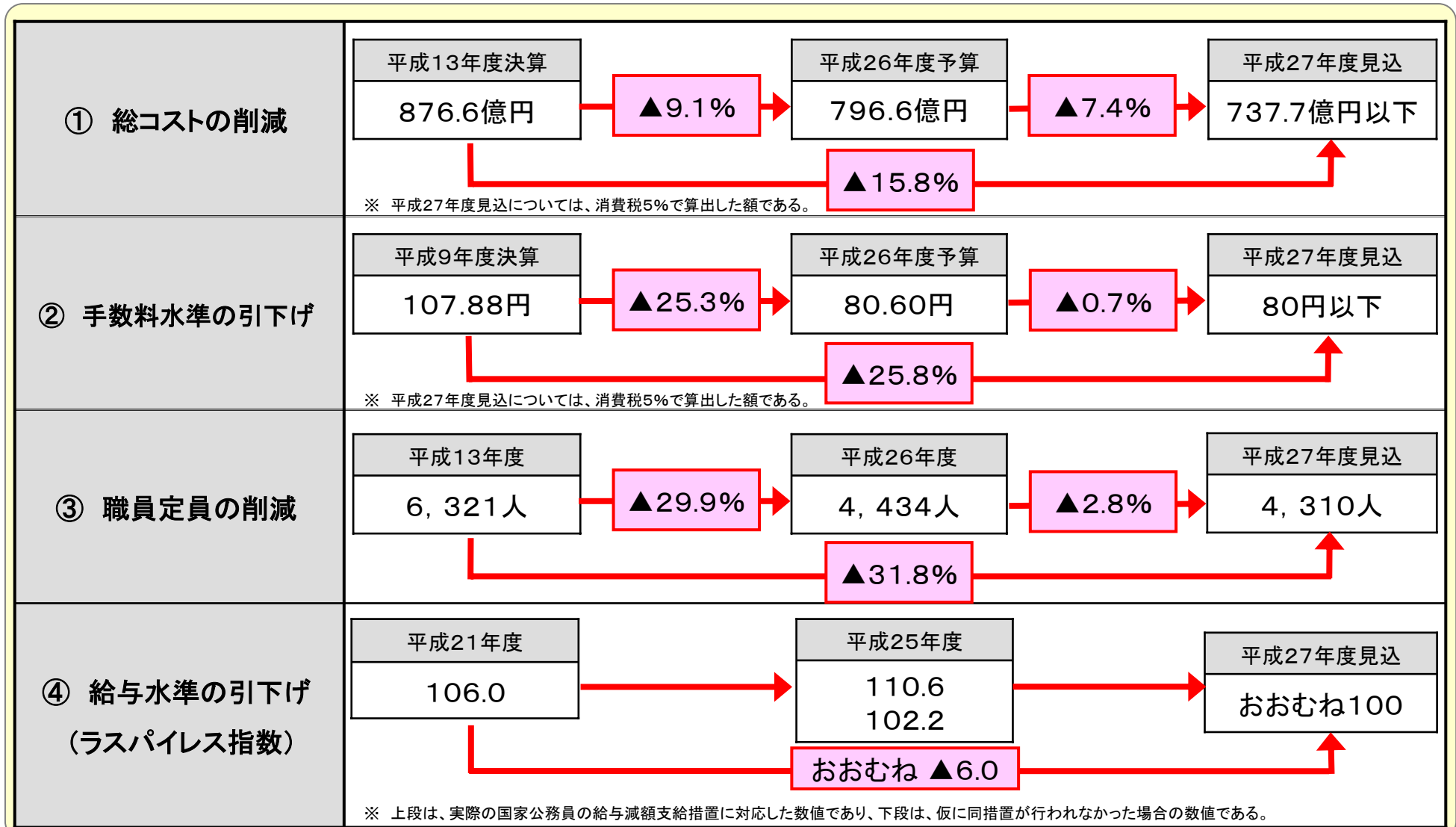
管掌別オンライン請求状況(平成26年10月処理)

管 掌	再審査等受付件数	オンライン件数 (再掲)	オンライン件数割合
協会けんぽ	537,835	455,242	84.6%
共済組合	76,566	31,445	41.1%
健保組合	301,404	41,464	13.8%
公費等	114,919	50,091	43.6%
計	1,030,724	578,242	56.1%

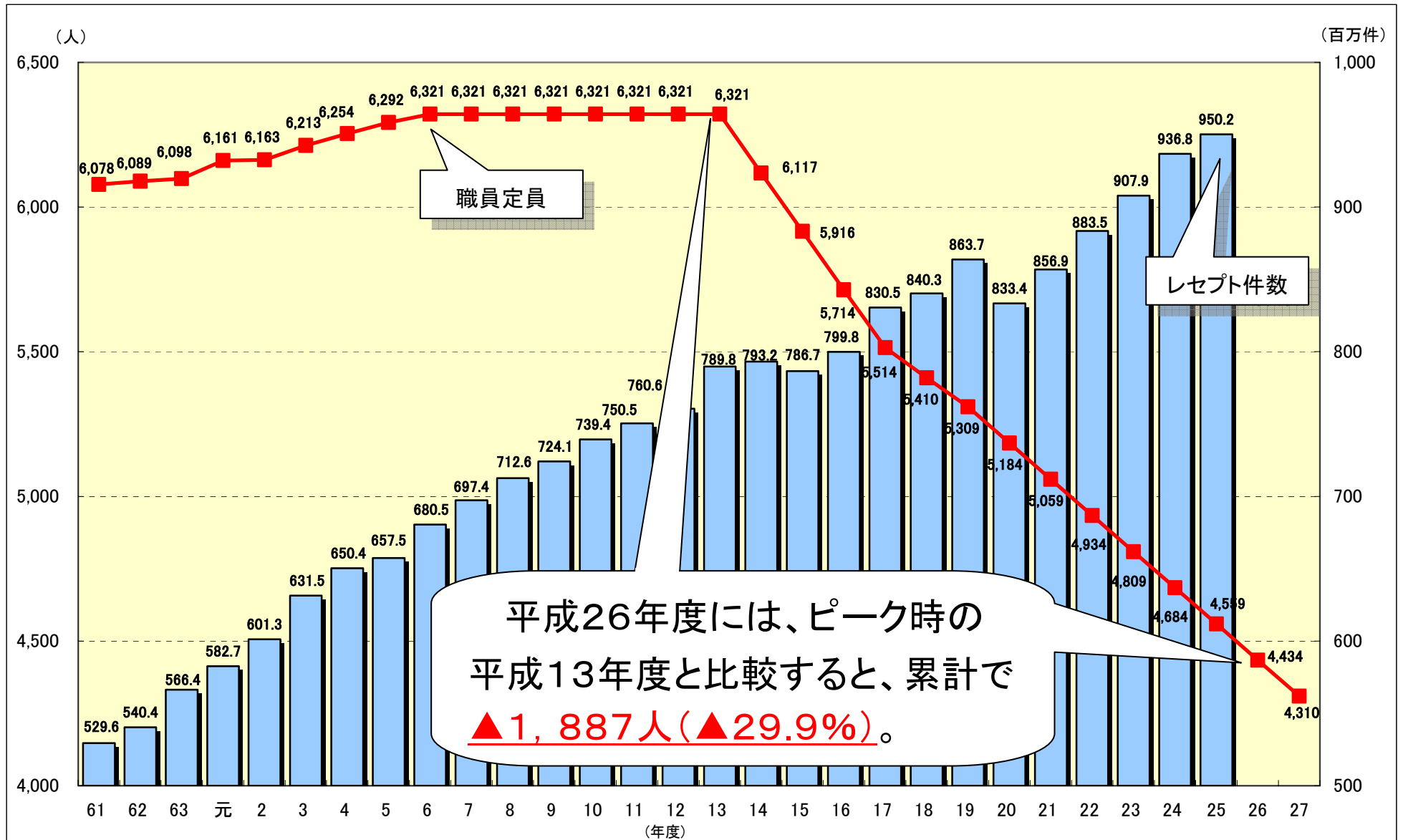
- 保険者からの再審査請求がオンラインになることにより、支払基金の業務処理が効率化されることから、保険者に対して働きかけを実施するとともに、厚生労働省保険局に対しても、制度的な取扱いについて働きかけを実施。

3 総コスト削減のための取組

(1) レセプト件数の増加の一方で、総コスト、手数料水準を引き下げ、職員定員の段階的削減を実施。



(2) レセプトが増加する一方で職員定員は削減



※1 各年度のレセプト件数は、当年4月～翌年3月審査分である。

※2 職員定員は、一般会計分である。

4 総コストの削減に向けた業務の改善のための取組

- 支払基金の業務運営に対する関係者の信頼を確保するためには、支払基金が自ら問題点を把握して業務の改善に取り組むとともに、その姿勢について、見える化を図ることが重要。
- このため、業務改善意識の高揚を図るとともに、各支部及び本部の現場での職員一人ひとりの創意工夫を活かした新規性及び実現可能性に富むアイデアを引き出すため、個人又はグループ等から基金本部に直接提案できる方式を取り入れている。
- また、コスト削減という目的はもとより、いかに仕事の方法、手順を工夫、改善(業務改善)するかという発想を重視し、そうした提案が生まれやすい体質を目指している。

平成26年度 取組事例：審査録の電子化

- 審査委員の審査時において、医療機関の審査上の留意事項を書きとめておく審査録は、支部ごとに紙ベースにより管理。
- 本部において、電子化を検討。
- 当初、業者委託により電子化を構築予定であったが、膨大なシステム構築費用を伴うため、業者委託による構築は困難と判断。
- 業務改善のアイデアにより、審査録の電子化を実施している支部があり、その支部のシステムをモデルとして、全支部導入を本部において検討し、職員の自作による対応で膨大なシステム構築費用を抑制（見込み）。
- 電子化のメリットとして、
 - ① 印刷費用の削減及びペーパーレス化
 - ② 前月までの審査録をレセ電画面上に表示できるため、効率的な審査が可能
 - ③ 前月までの原審査・再審査の審査結果を表示し、審査状況を容易に把握が可能

5 コンピュータシステム関連経費の縮減

○ コンピュータシステム関連経費のシステム開発・保守経費の適正化に向けて、見積もりの精査及びITスキル向上に取り組んでいる。

① 業者作業の見える化によるコスト適正化

次の「見積もり根拠資料」を業者に要求し、業者作業の見える化を図った上で、見積もり精査を実施。

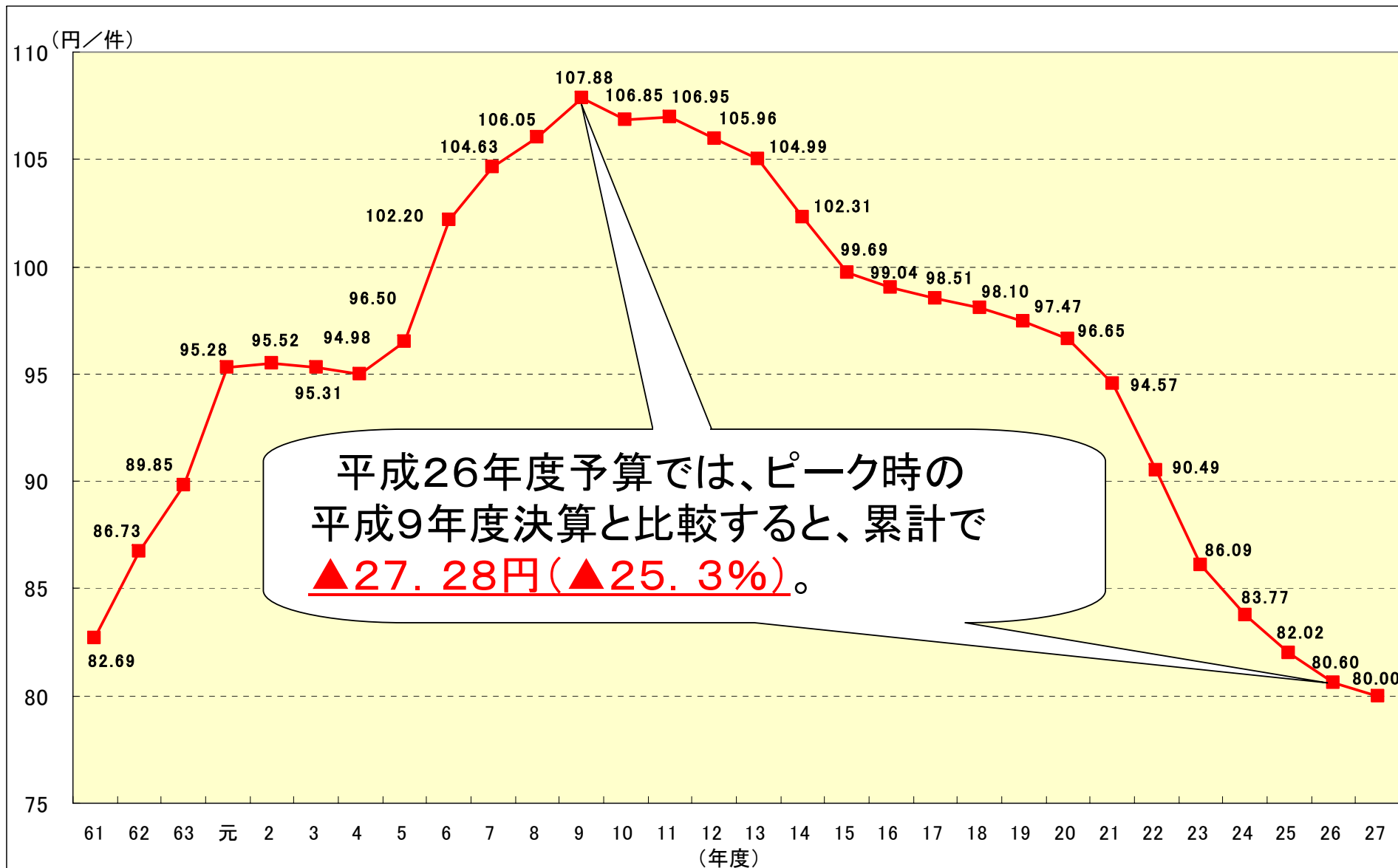
- ・ 開発規模(工数・工期)
- ・ 作業シナリオ
- ・ 作業体制(開発を担当する要員構成)

見積もり精査は、ファンクションポイント法だけでなく、様々な見積もり手法を用いて相対評価を行い、作業工数と工期の妥当性評価を行っている。

② 業者作業の効率化推進

品質確保を念頭に置き、テスト工程の自動化や開発時におけるシステム機能の共通化等による作業の効率化を推進した。

6 手数料水準の引下げ(平均手数料の推移)



※1 平成25年度以前は決算、平成26年度以降は予算である。

※2 平成元～8年度は消費税3%相当分を、平成9年度～25年度は消費税5%相当分を、平成26年度は消費税8%相当分を含む。

※3 平成27年度の目標は、消費税5%前提での金額である。



Ⅲ 情報公開と説明責任

- 1 広報
- 2 審査に関する苦情等相談窓口の対応状況
- 3 「お客様の声」の受付状況
- 4 「保険診療と審査を考えるフォーラム」の開催

1 広報（報道機関との懇談会について）

○ 本部では、報道機関との懇談会を平成23年7月から、一般紙と専門誌別で開催している。現在は、本部に加え、支部単位の報道機関との懇談会を順次実施している。

年度	実施回数		実施支部等
平成23年度	本部	4回	4回のうち、2回は東京支部視察
平成24年度	本部	2回	
	支部	2回	山口、山梨 (実施順)
平成25年度	本部	2回	
	支部	14回	鹿児島、福島、高知、石川、静岡、 大阪（2回）、新潟、徳島、岡山、 群馬、京都、愛知、福岡 (実施順)
平成26年度 (10月現在)	本部	2回	
	支部	6回	和歌山、岩手、宮城、茨城、北海道、長野 (実施順)

2 審査に関する苦情等相談窓口の対応状況(平成26年4月～平成26年10月)

「審査に関する苦情等相談窓口」を基金本部に設置、保険者や医療機関からの苦情に迅速に対応。

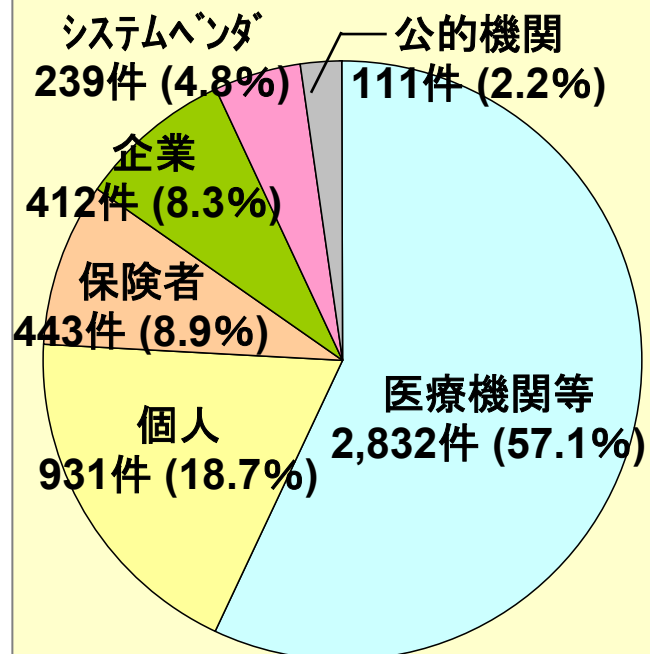
		受付件数	対応済みの件数			対応中の件数		
			本部で 回答した もの	支部で 回答した もの	専門分野別 専門医 グループで 検討したもの	本部で 作業中の もの	支部で 作業中の もの	専門分野別 専門医 グループで 検討中のもの
医科	保険者	37	4	1	0	31	1	0
	医療機関	17	5	9	0	2	1	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0
歯科	保険者	13	0	0	0	13	0	0
	医療機関	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0
調剤	保険者	1	0	0	0	1	0	0
	薬局	3	0	1	0	2	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0
合計		71	9	11	0	49	2	0
H22.6～H26.10計		1,056	445	525	11	72	3	0

3 「お客様の声」の受付状況(平成22年4月～平成26年10月)

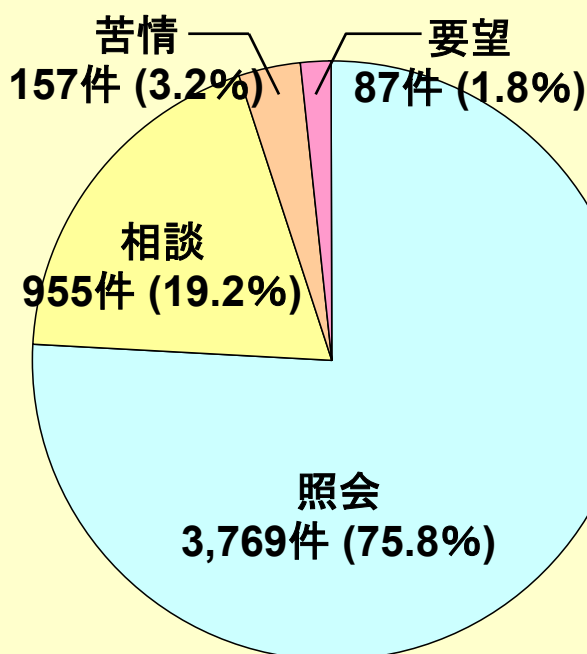
お客様からの意見・相談等を受けるために、基金本部にサービス推進課を設置し、お客様の声を事業運営に反映。

○ 平成22年4月～平成26年10月に受け付けられた「お客様の声」は、累計で 4,968 件。

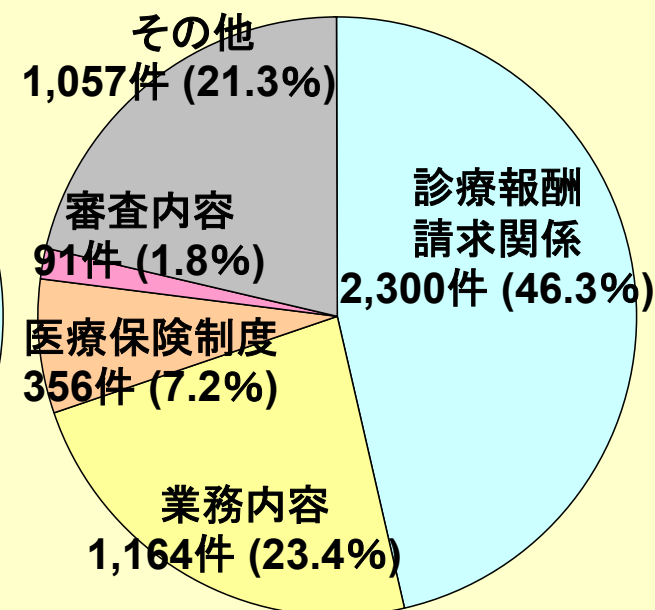
お客様の属性



お客様の声の種類



お客様の声の内容



「お客様の声」苦情の受付状況（平成22年4月～平成26年10月）

○ 次の取組みの結果、サービス推進課に寄せられた苦情は減少している状況。

- 支払基金において苦情等の事例を共有化し、各支部で再発防止の取組みを実施
- 中央研修等において、苦情事例の対応を解説することにより、再発防止を徹底
- 各支部において、職員に対する対応マナー等の研修を実施
- 寄せられた事例を基に、基本的な対応マニュアルを作成し、基本的対応を再確認

主な苦情の内容	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度
職員の対応に不満がある	22 件	14 件	0 件	3 件	1 件
審査、再審査結果に不満がある	10	6	0	0	0
業務処理に誤りがある、遅延している	39	34	1	0	0
支払基金に電話が繋がらない	8	3	0	0	0
個人の方の苦情（高額療養費、診療内容）	14	2	0	0	0
計	93	59	1	3	1

4 「保険診療と審査を考えるフォーラム」の開催

開催目的

- 「支払基金」、その中でも「審査委員会」が機能することによって、国民皆保険が支えられていることやその担う役割(存在意義)について、国民に向けて発信していくこと。(広報活動)

開催概要及び参加状況

- 開催日時 平成26年7月31日(木)
13時～16時20分
- 開催場所 仙台サンプラザホール(宮城県)
- 開催内容 基調講演
パネルディスカッション
パネル展示

参加区分	参加人数
一般参加	470名
報道関係	5名
関係団体等	21名
審査委員等	80名
合計	576名



IV 医療保険制度に貢献する公的な役割

- 1 専門の審査支払機関としてのノウハウの提供
- 2 平成26年度における制度等の見直しに関する要望

1 専門の審査支払機関としてのノウハウの提供

(1) レセプト電算処理システムのプログラム開発、各種マスターの更新については、厚生労働省の要請を受けて、支払基金が主導的に実施

- レセプト電算処理システムの開発及び運用
- 電子点数表の作成及び公表
- 医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いの検討
- 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

(2) 分析評価システムを活用して、医療費の動向等を分析、公表

- 医科分及び調剤分の電子レセプトについて、初診、再診、投薬、手術、検査、画像診断等の診療行為大分類等をそれぞれ細分化して算定回数及び算定点数の推移を公表。
- これに加え、平成26年4月の診療報酬改定の前後における医療費の動向を分析し、同年9月に公表。

2 平成26年度における制度等の見直しに関する要望

第1 業務の範囲に関する改善事項

- 1 保険者に対する支援(H25)
- 2 医療情報等の活用(H25)
- 3 審査に限定した業務受託(H25)
- 4 出産育児一時金(正常分娩)の支払業務(H25)
- 5 番号制度に係る取りまとめ機関の受託(中間サーバの設置)(新規)
- 6 医療機関等の指定に係る業務の受託(新規)

第2 (現行)審査・支払業務に関する事項

- 1 電子レセプトに即した記載要領(記録条件仕様)の見直し(H23、24、25)
- 2 レセプトのやり取りの電子化(H22、23、24、25)
- 3 指導監査に伴う返還金控除処理の電子化等(新規)

第3 その他

- 1 非常災害時における診療報酬の審査及び支払(H25)
- 2 特別会計に係る財務諸表等の官報公告(H25)

過去における要望事項の結果とその対応(例:未コード化傷病名)

- 平成21年11月、電子レセプト審査の遂行に求められる事項として、「電子レセプトに記録する傷病名には、すべて傷病名マスタに登録されている傷病名に対応したコードを用いること」などを要望。
- 厚生労働省保険局医療課より、平成22年3月26日付けで「傷病名コードの統一の推進について」が事務連絡。これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いることが周知された。
- さらに、支払基金は未コード化傷病名^(注)コードの使用が顕著に見受けられる医科医療機関に対し、傷病名マスタに登録された傷病名コードを使用するよう、働きかけを行っている。
- この結果、未コード化傷病名コードの使用状況は、下表のとおり推移している。

平成22年7月請求分	平成23年7月請求分	平成24年7月請求分	平成25年7月請求分	平成26年7月請求分
9.5%	5.4%	4.2%	3.4%	2.7%

※ 医科電子レセプトに記録された傷病名に占める未コード化傷病名のレコード数割合である。

(注)未コード化傷病名

傷病名ごとに設定されている電子レセプト請求用コードを用いずに、文字入力用コード(0000999)を用いて、文字入力(ワープロ入力)により電子レセプトに記録された傷病名。本来のコードが用いられないため、システムへの対応ができなくなってしまう。