

報告書の構成等

国民の信頼に応える審査の確立に向けて

はじめに

・ 検討会設置の経緯 ・ 「審査に関する白書」を目指す

第1 公的医療保険制度における審査の意義と支払基金

・ 「審査」の医療保険制度全体における位置付け

第2 審査の現状

審査の仕組みと支払基金

- ・ 審査とは
- ・ 実施体制
- ・ 審査の流れ
- ・ 審査の実際
- ・ 審査委員と職員

審査の実績

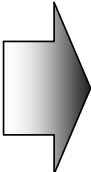
- ・ 原審査
- ・ 再審査
- ・ 査定点数別、査定理由別の状況

審査に要する費用

- ・ 審査に要する費用

電子レセプトの増加とそれへの対応

- ・ 歴史
- ・ 普及状況
- ・ 審査の流れ
- ・ 審査の実績

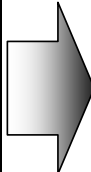


第3 審査をめぐる課題とこれからの目指すべき方向

審査をめぐる課題

- ・ 外部からの意見、指摘を踏まえて整理

- 1 支払基金において適正な審査が行われているか
 - ・ 審査が十分になされているか
 - ・ 公平・公正性が確保されているか
 - ・ 支部間差異
 - ・ 改善への取組み
 - ・ 説明責任
- 2 コストに見合った審査になっているか
 - ・ 削減計画は不十分
- 3 電子レセプトにふさわしい審査体制を構築すべきではないか
 - ・ 47支部に審査委員会は必要か
 - ・ 複数の支部を束ねるべき



支部間差異

- ・ 審査の不信の原因
- ・ 支部別の審査状況
- ・ 定義、要因
- ・ 解消策

これからの審査体制

- ・ 統合・再編の論について
- ・ 47支部で審査することが現実的かつ効果的
- ・ 留保条件

審査委員会の運営のあり方

- ・ 審査委員会の機能強化
- ・ 三者構成
- ・ 合議による決定

電子化に対応した審査

- ・ メリット
- ・ 質の向上
- ・ 障害

効率的審査とそれを支える支払基金のコストの削減

- ・ 審査についての費用の考え方
- ・ 平成22年度事務費手数料協議等を踏まえて

適正なレセプトの提出の促進

DPCの審査

審査及び審査委員会の意義

- ・ ビアレビュー
- ・ 抑止効果
- ・ 査定実績のみで評価せず、「適正なレセプトの提出」に向けての努力も重要

おわりに

・ 国民に信頼される審査の確立に向け迅速に、対応

はじめに

- ・ 「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」は支払基金理事長の求めに応じ、平成21年5月に設置。
- ・ 支払基金は昭和23年創設、医療保険における審査・支払を担当。
- ・ 審査をめぐっては、十分な審査が行われているのか、審査上における支部間の差異の存在、コストに見合った審査がなされているかとの批判等、様々な問題がこれまで指摘。
- ・ レセプトの電子化は、かねてからの課題。現在では、電子レセプトの割合が7割を超えており、支払基金の審査の歴史上かつてない変化の時代を迎えており、電子レセプトに対応した新しい審査体制を確立することが喫緊の課題。
- ・ 紙レセプトから電子レセプトへ移行する時期を迎え、これからの審査のあり方について、各方面から様々な意見が出されている。
- ・ こうした支払基金の審査をめぐる状況を踏まえ、本検討会では、審査の現状と課題、これからの新しい審査の目指すべき方向について議論。
- ・ なお、本報告書を取りまとめるに当たっては、「審査に関する白書」であることも目指す。

今後の審査委員会のあり方に関する検討会委員名簿

氏名	職名及び所属	氏名	職名及び所属
(座長) 山口 徹	虎の門病院 院長	高橋 直人	全国健康保険協会 理事
(副座長) 島崎 謙治	政策研究大学院大学 教授	竹中 秀裕	大阪府基金 審査委員長
有泉 秀記	山梨県基金 副審査委員長 (歯科)	中西 孝一	兵庫県基金 副審査委員長 (歯科)
岩田 太	上智大学法学部 教授	西野 康	福岡県基金 常勤審査委員
大内 将弘	宮城県基金 副審査委員長	林田 康男	東京都基金 審査委員長
木田 寛	石川県基金 審査委員長	藤原 淳	日本医師会 常任理事
近藤 勝洪	日本歯科医師会 副会長	松浦 雄一郎	広島県基金 審査委員長
坂本 眞	愛知県基金 常勤審査委員	南 砂	読売新聞東京本社 編集委員
高萩 文男	健康保険組合連合会 理事	山家 武	鳥取県基金 常勤審査委員

座長及び副座長のほかは五十音順、敬称略

竹中秀裕委員は、平成21年5月31日付けで審査委員を退任された大島久明氏の後任である。

公的医療保険制度における 審査の意義と支払基金

第1
本編P4~8

公的医療保険制度における審査

- ・ わが国では、すべての国民に医療を受ける機会を保障するため、国民を公的医療保険制度でカバーする皆保険制度を採用。
- ・ 公的医療保険制度が国民に保障する医療は、保険診療として「保険診療ルール」に従って診療。
- ・ 保険医療機関等は、保険診療に要した費用を保険者に請求し、保険者はこの請求に対し、「審査の上、支払う」。

審査の意義

- ・ 適正な保険診療を確保していくことが、公的医療保険制度の機能を守るために極めて重要。
- ・ 審査は、診療行為が保険診療ルールに適合しているか等をチェックするもので、公的医療保険制度の適正な実施・運営を担保する上で、必要不可欠。
- ・ 患者保護の観点から、適正な保険診療を守る審査の持つ意味は大きい。加えて、公的医療保険制度の下では、ともすれば濫用されがちな状況にあるので、その歯止めとしても審査が果たすべき役割は重要。
- ・ 医療保険における審査については、本質的とも言える困難性を伴っている。医療が持つそもそもの特性と医療保険制度が審査に要請する判定の一律性とが衝突せざるを得ない側面を有している。
- ・ 医療保険の審査は、制度的安定性を求める法律の論理として、保険診療ルールの一律的・画一的適用を求める要請があり、どこかで「線引き」をして、白か黒かの決着を付けねばならない。
- ・ 個別性を重視する医療の要請とルールの画一的適用を求める審査の要請との間で、医学的必要性・妥当性を見極め、「折り合い」をつけ、整合性を確保していくことに困難が生ずる場合が少なくなく、その判断を行うために、審査委員にはより深い専門的医学知識と豊富な経験が求められる。

支払基金の審査

- ・ わが国の公的医療保険制度は、保険者が分立して大小の規模の異なる多数の保険者からなる保険制度として発展。
- ・ このような体制の中で、各自で審査・支払業務を行うことは、労力的にも、経済的にも膨大なコストが発生するため、専門の審査・支払機関として支払基金を創設。
- ・ 被用者保険の保険者の審査・支払業務を一括して支払基金で行うことにより、審査・支払事務を効率的に行うことが可能になり、多数の診療科に対応した審査が可能。
- ・ 審査について診療側と保険者側双方の信頼を得ることが重要。
- ・ 支払基金の審査は、専門医が審査委員として審査に当たっていること、審査委員会は三者構成で

あること、審査の決定について合議制を採用していること等、両者の信頼の確保を図ることに配慮。

審査の仕組みと支払基金

第2の
本編P9～19

審査とは

- ・ 保険医療機関等は、医療費を保険者へ請求。保険者は、審査・支払事務を支払基金に委託。
- ・ 支払基金は、限られた期間（毎月10日から翌月21日までの期間）で審査及び請求支払業務を行う。

審査の実施体制

- ・ 支払基金は、支払基金法により、本部（主たる事務所）と47都道府県に支部（従たる事務所）を設置。
- ・ 審査委員会の審査委員は、診療担当者を代表とする者、保険者を代表する者及び学識経験者の三者から同数を委嘱し「三者構成」。

審査の流れ

【 審査基準 】

- ・ 審査とは、保険医療機関等において行われた診療行為が、療担規則や点数表等により定められている保険診療ルールに適合しているかどうかを確認する行為。
- ・ 保険診療ルールに従って審査しなければならない項目数
記載もれや記載不備等の「記載事項の確認」：約1,100項目
診療行為の名称・算定ルール等の確認：約24万項目
医薬品の名称・価格等の確認：約19,000品目
医療材料の名称・価格等の確認：約20万項目
- ・ レセプトの件数は約7,000万件、このうち、医科は約4,000万件、歯科は約900万件、合計で約4,900万件。
- ・ レセプト審査においてチェックすべき項目は膨大なものとなっているが、限られた期間に審査委員の裁量による審査と職員の審査事務によってレセプトすべての項目をチェックするのは極めて困難。また、保険診療ルールも、機械的に判断できない要素のものがある。

【 審査委員会会期 】

- ・ 各支部は、毎月 10 日に受け付けたレセプトを審査し、翌月の 10 日までの間に保険者に請求。審査委員会は、概ね毎月中旬から下旬までの時期に開催。

【 審査決定 】

- ・ 審査決定は、審査委員の 2 分の 1 以上が出席する合議において行わなければならない。
- ・ 審査委員会は毎月会期を定め、その期間の最終日に合議による決定をするという運営。

審査の実際

- ・ 審査委員会では、非常に多くの審査項目の適否についての審査を毎月限られた会期内で行わなければならないため、審査の重点化が図られている。

原則 8 万点以上の高点数レセプト等については、入念に審査。

保険医療機関を審査の必要度が高い順に A・B・C の 3 区分に分けて審査。

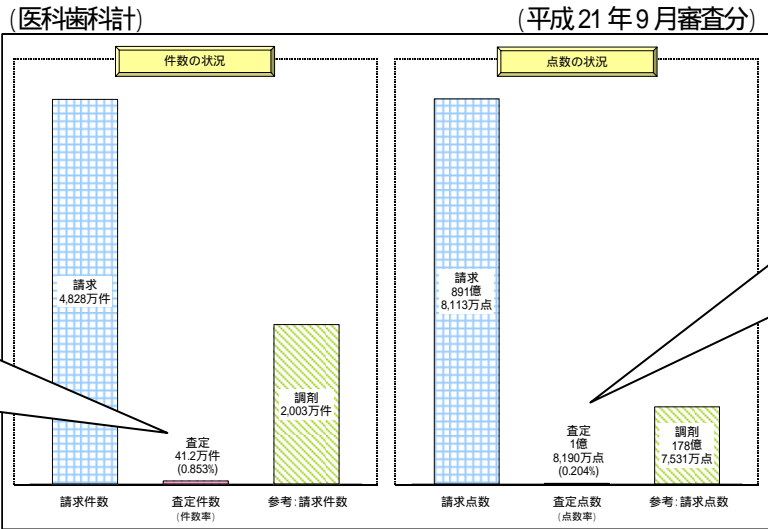
審査委員と職員

- ・ 47 支部における審査委員の確保の状況を見ると、放射線科や麻酔科等の診療科については確保できていない支部が相当ある。医療の専門分化が進んでいるため、内科、外科等においても専門分野の審査委員の全てが確保されているわけではない。特に、審査委員の数が少ない小支部において、以上のような審査委員の確保が困難な状況。
- ・ 非常勤の審査委員による審査が大部分となっており、全体の審査委員のうち、非常勤の審査委員の占める割合は 98.6%。
- ・ フルタイムで審査に従事する常勤審査委員は 53 名で、47 支部中 24 支部において常勤審査委員が不在。
- ・ 支払基金の職員は、審査委員会の審査が効率的に行われるよう、審査を補助し、支援する業務(審査事務)を行っている。審査事務は、効率的にレセプトの審査を行う上で重要。

審査実績

第2の
本編 P21 ~ 33

【原審査の状況】

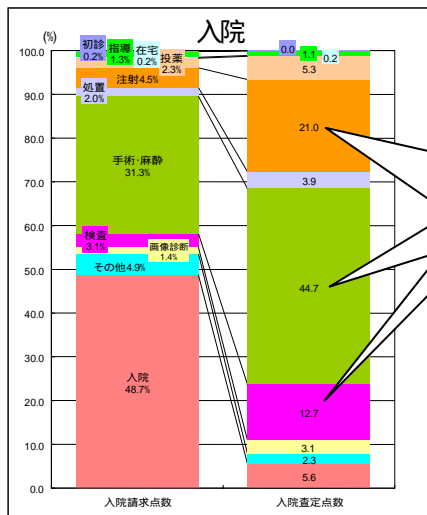


査定件数率(請求件数に対する査定件数の割合)は0.85%。

査定点数率(請求点数に対する査定点数の割合)は0.20%。

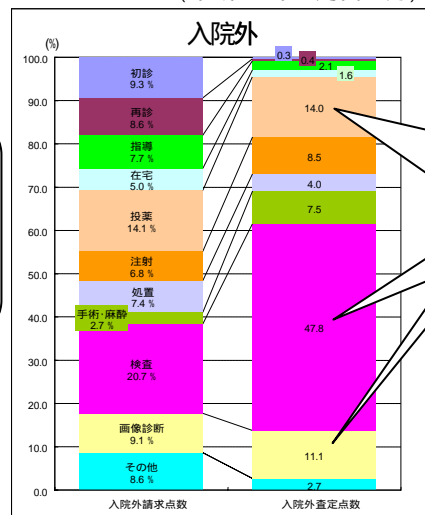
【診療項目別による請求と査定の状況】

(医科 電子レセプト)



「注射」、「手術・麻酔」、「検査」の3項目で査定全体の78.4%。

(平成21年9月審査分)

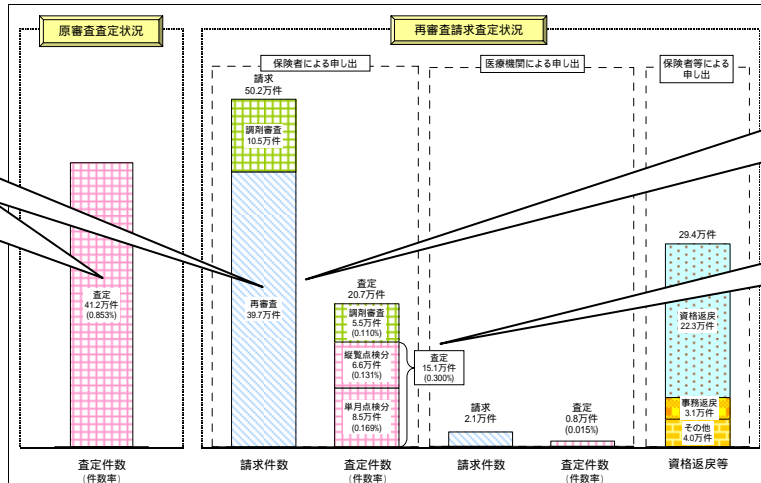


「投薬」、「検査」、「画像診断」の3項目で査定全体の72.9%。

【再審査の状況】

(医科歯科計)

(平成21年9月審査分)



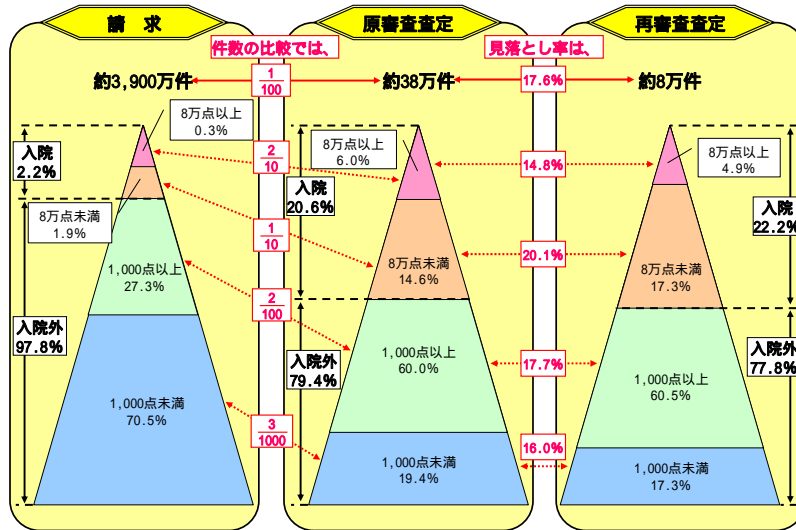
原審査査定件数は約41.2万件であり、原審査査定件数に近い再審査請求件数がある。

- ・保険者の再審査申し出の件数は約39.7万件で、保険者の申し出を認めたもの(査定)は約15.1万件(38.1%)。
- ・調剤レセプトについて保険者による申し出の件数は約10.5万件で、保険者の申し出を認めたもの(査定)は約5.5万件(52.8%)。

【 医科レセプトにおける原審査と再審査の関連 】

医科レセプトの審査状況(件数)

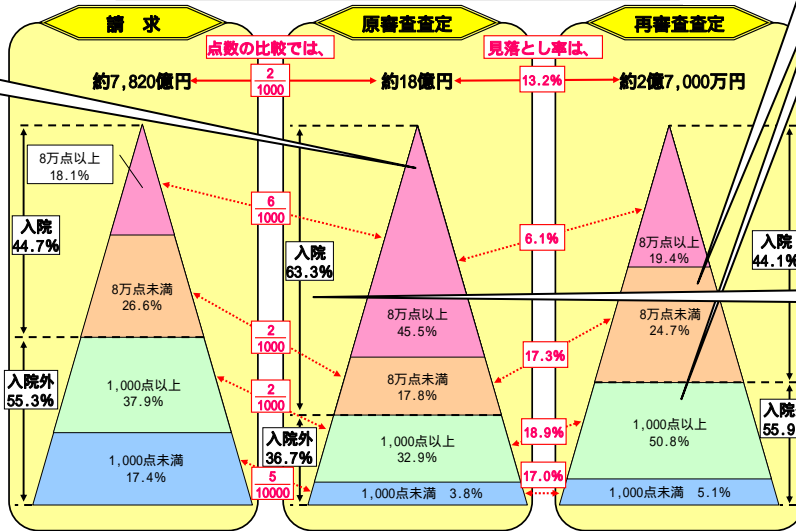
(平成21年9月審査分)



再審査は、重点が置かれていない8万点未満の入院と入院外の1,000点以上で多くなっている。

医科レセプトの審査状況(点数)

原審査が入院中心で、特に8万点以上の高点数に重点。



原審査査定では入院対入院外がほぼ6:4。再審査査定では入院対入院外が4.5:5.5と逆転。請求点数の入院対入院外の割合に近づいている。

審査に要する費用

第2の本編 P34~36

- ・ 支払基金の審査に要する費用については、その業務が保険者からの委託によるものであるから、保険者に負担を求めている。
- ・ 具体的にはレセプト1件当たりの審査支払手数料(事務費単価)として定められている。
- ・ レセプト1件当たりにかかる費用は、審査支払に係る事務費単価は医科・歯科レセプトと調剤レ

セプトの処理に係る業務内容及び業務量が異なることから、単価を個別に設定。

レセプト電子化の歴史

- ・ 昭和58年に当時の厚生省がレセプトの電子化構想を打ち出し、レセプト電子化への取組みが開始。
- ・ 支払基金においては、平成14年から医科の電子レセプトについて画面による審査を開始。当時のレセプトの電子化率は0.7%と極めて低い状況。平成17年においても電子化率は10%程度であったが、平成18年4月に請求省令の改正が行われ、急速にレセプト電子化が進展。

電子レセプトの普及状況

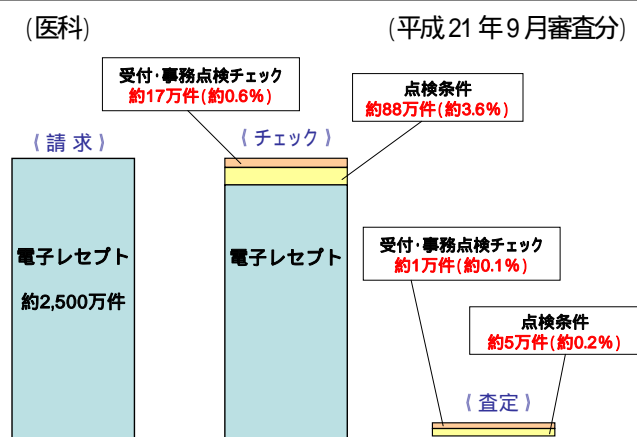
- ・ 平成21年12月受付分のレセプトでは、電子レセプトでの請求が71.2%。そのうちオンラインによる請求は56.4%。

電子レセプトの審査の流れ

- ・ 紙レセプトでは、レセプトの並び替え、取り出しが極めて困難で、突合しての審査や請求内容等についての集計などが困難であり、統計、分析が不可能。
- ・ 電子レセプトでは、抽出や並べ替えが容易で、電子的なチェックが行われ、人間の負担が軽減。前月分以前のレセプト情報も記憶可能なため、突合審査や縦覧審査を行うことも可能。統計作成が容易。
- ・ 電子レセプトは、職員による審査事務や審査委員による審査が行われる前に、システムチェックを実施。
システムチェックは、保険診療ルールをコンピュータによってチェックさせる作業。技術的には、傷病名、診療行為や様々なルールをコード化し、それらを組み合わせてシステムチェックを行うためのマスターを構築。
- ・ 審査事務と審査は、画面で審査。その際、抽出機能、レセプトの並べ替え機能、集計機能や審査参考情報の表示機能を活用。

システムチェックの状況

- ・ 電子レセプトの請求件数約2,500万件に対し、電子付せんが貼付された件数は約105万件(約4.2%)、そのうち査定は約6万件(5.7%)。
- ・ 請求件数に対する査定の割合は0.23%、原審査の請求件数に対する査定の割合0.85%に比べ低い。
- ・ 今後は、システムチェックの内容を精査し、この割合を高めることが必要。



審査をめぐる課題

第3の
本編P49～50

整理に当たっては、政府の諮問機関である規制改革会議から指摘されてきた事項等も踏まえる。

1 支払基金において適正な審査が行われているか

審査が十分になされていないのではないか。

審査の公平・公正性が確保されていないのではないか。

各支部で異なる審査がされているのではないかと指摘が強く、統一された審査基準を設定し、格差を是正すべき。

審査委員会の取組については、詳細に評価分析を行い、数値を示し、改善を図っていくべき。外部に対し、審査に関する説明責任が果たされていない。

2 コストに見合った審査になっているか

現在のコスト削減計画は不十分であり見直すべき。

3 電子レセプトにふさわしい審査体制を構築すべきではないか

47支部に審査委員会は必要か。

複数の支部を束ねることにより、大幅な人員削減が可能となる。

審査の意義

第3の
本編P51～52

- ・ 審査は、請求者の同業でもあるプロフェッショナルによる審査であり、ピアレビュー。
- ・ 専門医師・歯科医師である審査委員が審査すること自体が、保険診療ルールに合致しない請求を発生させることを抑止する効果。
- ・ 審査について評価する場合、不適正な請求を抑止するという査定金額には現れてこない効果など審査委員会が医療保険制度に果たしている役割を考慮しなければならず、査定金額の多寡のみで評価はできない。
- ・ 審査委員会が、保険医療機関等から保険診療ルールに沿った適正なレセプトを提出してもらうために努力。このような活動の成果を数量的に表すことは出来ていない。

支部間差異の解消

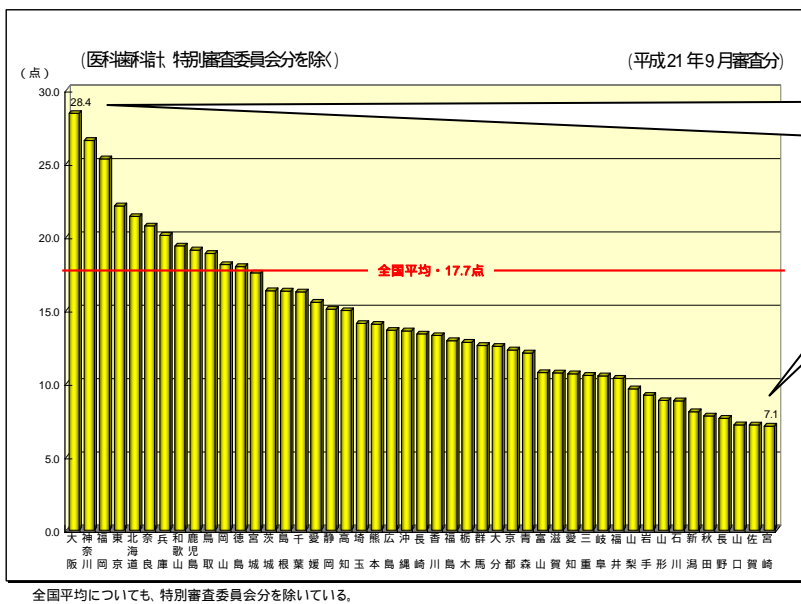
第3の
本編 P53 ~ 65

支部間差異

- ・ 同一の事例において、各支部の審査委員会の判断が異なること。
- ・ 支部間の実績の格差である原審査の査定率の差異。

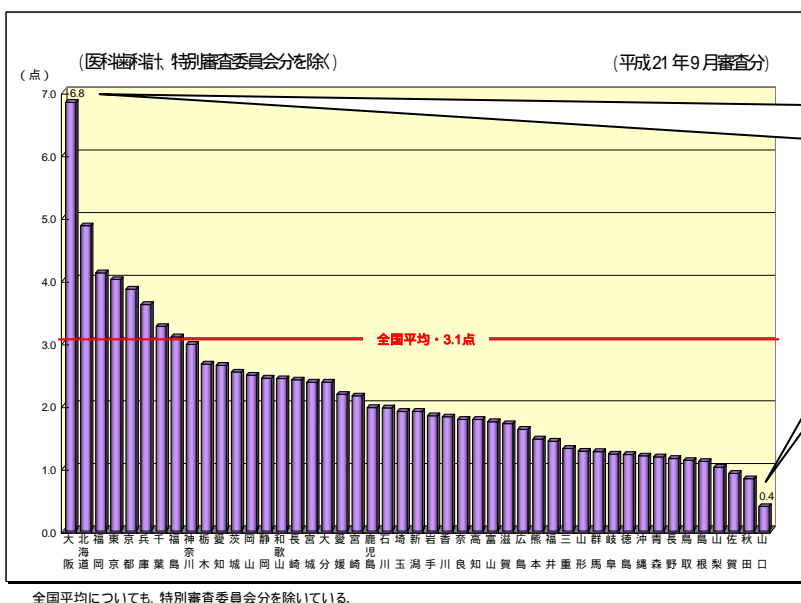
47 支部の審査状況

【 原審査の状況 】



請求点数 1 万点当りの原審査査定点数率は、全国平均で約 17.7 点、最も高い支部では 28.4 点、最も低い支部では 7.1 点で、その差は 4.0 倍。

【 再審査の状況 】



請求点数 1 万点当りの再審査査定点数率は、全国平均で約 3.1 点、最も高い支部では 6.8 点、最も低い支部では 0.4 点で、その差は 17.0 倍。

支部間差異の生ずる要因

支部間差異といわれるが、レセプト件数の98.85%、請求点数の99.75%は請求どおりであり、支部間差異は件数で1.15%、請求点数で0.25%のレベルでの問題である。審査において、どこまで精度を高めていくかについて要検討。

【 外部的要因 】

医療の地域性、患者の環境、提出されるレセプトの質の相違

【 審査基準をめぐる要因 】

保険診療ルールをめぐる解釈の差、各審査委員会の支部取決事項（ローカルルール）

- ・ 保険診療ルール解釈について、公定解釈が得られるまでの間、支部独自で判断に当たらなければならぬため、差異が発生。
- ・ 学会ガイドラインと保険診療ルールの不整合。

【 内部的要因 】

審査委員格差、職員格差、審査委員と職員の連携の問題、構造

- ・ 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ため、他支部の審査委員会と情報交換や協議する機会がほとんどなく、それぞれ問題を独自に、その解決に当たらなければならないこと。
- ・ 審査委員会の差異の解消に向けてフルタイムで従事する審査委員が少ないこと。

支部間差異の解消策

【 基本的な考え方 】

新たな支部間差異を発生させないこと。

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。

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、保険者からの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。

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。

【 具体的方策 】

- ・ 全国の審査委員会が情報を共有して協議を行う体制を確立し、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。
- ・ 新たな支部間差異を発生させないため、保険診療ルールについての解釈の疑義が生じた場合、早期に疑義解釈に回答を出す体制を確立すべき。
- ・ 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り、そのために必要な体制を構築すべき。
- ・ 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。
- ・ 本部において専門家のワーキンググループを設置し、頻度を多く開催し、審査基準を示すことにより全国で整合性のある答えを導き出すことが必要。
- ・ 支部間差異の実態調査を進めるべき。
- ・ 支部職員の審査事務能力の向上を図るため、研修の強化、職員が他支部において審査事務を行う支部実践研修の実施、審査事務の低調な支部に対して本部からの支援・指導を行う等の対策を強化。
- ・ 電子レセプトについては、審査に関する統計データが多く得られることから、このデータを活用して審査委員及び職員の審査、審査事務について検証すべき。

これからの審査体制

第3の
本編P66～68

論 点

電子レセプトはその移動や集中処理が可能となることから、47支部に分散させる必要はない。それにより、効率化やコストの削減が図られる。
47支部の審査委員会を統一すべきではないか。

検 討

- ・ 中小支部を統合し、大きな支部にまとめることは技術的に可能。
- ・ 審査委員会を統合すべきとの議論については、
ブロック単位で統合してもブロック間で差異が生ずる。
全国一つの審査委員会とし、一堂に会して審査することは現実的ではない。
- ・ 支部間差異解消については、別途の方策により対応することにより、複数の支部の審査において不合理な差異が生ずることはなくなる。
- ・ 審査委員会の審査は、査定することのみが目的ではなく、保険医療機関等に対する適切な保険診療への指導・啓発が重要。この観点から、各支部に審査委員会があれば、個々の保険医療機関等の情報もより細かく得られ、指導・啓発においてより効果的。
- ・ 都道府県単位に医療提供体制が構築され、医師会等の職能団体も都道府県単位であることから、現状においては、審査も都道府県単位で行うことが適当。

方向性

- ・ 支部間差異の解消については、審査委員会の再編・統合という手段ではなく、別途の方法で行うべきであり、保険医療機関等から適正なレセプトの提出を求めるとい審査の本来の意義から考えると、最も効率的な体制についての議論もすべきであるという意見もあったが、現状においては47支部で審査を行うことが現実的、かつ、効果的であるという意見が大勢。

留保条件

- ・ 47支部の審査委員会の体制を続けるとしても、47支部の審査委員会における審査の質と効率性をさらに高め、公平・公正な審査を実施していくことが前提。
- ・ 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。

審査委員会の運営のあり方

第3の
本編P69～72

審査委員会の強化

- ・ 審査委員会を47支部で運営していく場合、本部と支部、支部間相互、審査委員会と外部との連携の強化が必要。
- ・ このような現状を見直していくためには、
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り、
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。
- ・ このような役割を持つ人材を全ての審査委員会に配置すべき。常勤審査委員が不在である支部が多い現状について、緊急に改善を図る必要。
- ・ 常勤審査委員のあり方を見直し、処遇改善、勤務条件の見直し等が必要。

三者構成

- ・ 三者構成の実態については、各審査委員は、どの団体からの推薦であるかほとんど意識していない。
- ・ 審査委員を選任するに当たって、三者構成の制度を採用していることは、審査の中立性・公平性・公正性の確保を手続き的に担保しているもの。三者構成を積極的に変更、廃止する理由は見出せない。
- ・ 審査委員の選任は各団体の推薦によるとされるが、事実上診療関係団体に全面的に依拠している支部もあり、今後は選任に当たり、保険者にも積極的に働きかけていくべき。

合議による決定

- ・ 審査の実態はほとんどのレセプトが個人審査であり、合議の形式が形骸化している。
- ・ 合議による決定については、審査の責任がどこにあるかということは、現実の問題としては非常に重要。審査委員を外部からの個人攻撃から守るためには、合議で決定したという事実が必要。
- ・ 実質的な合議は、多くの場合診療科単位で行われており、従来なかった問題等について、診療科単位や審査委員会全体で協議を行う等、適正な審査が実質的に行われることが重要。
- ・ 合議の必要性は理解できるとしても、2分の1の出席要件について手続き上の工夫を検討すべき。

電子化に対応した審査

第3の
本編P73~78

電子レセプトの審査体制の整備

- 平成9年11月のレセ電算医科システムの本格稼働に併せて、マスターによる算定要件等のチェックを開始。平成14年11月に画面審査を開始し、併せて点検条件を設定し、電子付せんの貼付を開始。平成17年10月には、診療行為の抽出や集計機能、平成18年9月には、システムチェックのみで審査する余地がない「定型的審査レセプト」を一括して審査する機能など、審査支援機能を拡充。
- 歯科は、平成21年10月から画面審査を開始し、点検条件によるシステムチェックを実施。

電子レセプトの審査

- レセプトの電子化によって、全ての電子レセプトについて、少なくともシステムチェックが可能。これまで目視であったためにできなかった、本来の姿である「全レセプトの審査」が可能。
- 全ての電子レセプトについてシステムチェックを行うことを基本とし、人による審査は「人でなければできない審査」に限定すべき。
- 電子レセプトの審査を実施していくため、具体的には以下の対応を図る必要。
 - システムチェックが可能な算定ルールでありながら、システムチェックができていない項目の洗出しとシステムへの反映。
 - 医薬品の添付文書から得られる適応症、投与量、投与日数の拡充・整備及び禁忌等の情報に基づくシステムチェックの実施。
 - 実施した手術・処置・検査等の診療行為が妥当と認められる傷病名の有無に係るシステムチェックの実施。
 - 使用した特定器材が妥当と認められる診療行為や傷病名の有無に係るシステムチェックの実施。
 - 保険医療機関ごとの請求傾向や審査結果の履歴の蓄積とそれに照らしたシステムチェックの実施。
 - 処方せんを発行した医療機関のレセプトとその処方せんに基づいて調剤を行った薬局のレセプトを患者単位に紐付けし、調剤レセプトに記録されている医薬品の適応症が医科・歯科レセプトに記録されているか、また、その医薬品の投与量等が適切かといった突合チェックの原審査段階での実施。
 - 複数月にわたって同一医療機関から請求された同一患者のレセプトを通覧し、例えば3月に1回しか算定できない診療行為が連月請求されていないか等をチェックする縦覧チェックの実施。
 - システムチェックによって付けられた付せんに対して、人がどう処理したかという処理履歴の分析と、その分析結果のシステムへの反映。
 - 診療内容が著しく専門的である等の理由により、自支部の審査委員会では審査判断が難しいような場合において、その分野に精通した審査委員がいる他支部の審査委員会に回線を通じて電子

レセプトを回付し、意見を求めることができる機能の構築。

効率的審査とそれを支える 支払基金のコストの削減

第3の
本編P79~81

審査についての費用の考え方

- ・ 審査は保険診療の適正性を確保するためのものである。業務に要する費用と査定が多寡を単純に比較して論ずることは適切ではない。
- ・ 審査・支払業務の費用は、保険者からの手数料収入によって賄われており、厳しいコスト削減の意識を持って業務に当たらなければならない。
- ・ 電子レセプトが大多数を占めるようになれば、特に請求支払業務に係るコストは、更なる削減が可能。

支払基金のコストの削減

- ・ 支払基金の職員数は平成6年度の6,321人をピークとして、平成13年度まで職員の増加を抑制し、平成14年度以降は、平成21年度までの間にピーク時と比べて約1,300人、約20%の職員数の削減。
- ・ 平成19年12月に「業務効率化計画」を策定。平成20年度から23年度までに、合計500人（毎年125人）の職員の削減。平成20年3月に「手数料適正化の見通し」を策定。平成19年度に比して平成23年度の事務費単価を約8円程度の引き下げを行う。
- ・ 保険者との平成22年度の事務費手数料協議等では、以下の指摘がされた。
 - 審査業務に係る費用対効果に着眼し、組織体制および業務フローの可視化・合理化を進め、その成果を定量的に示すべき。
 - 電子レセプトにふさわしい審査体制の構築に向けて、平成23年度以降の組織（本部及び47支部）のあり方を見直すべき。また、審査委員会に厳格に対応し、支部間格差を是正すべき。
- ・ 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進。

適正なレセプトの提出の促進

第3の
本編P83～85

改善要請の実施

- ・ 審査の結果、問題がある保険医療機関等に対しては、改善を要請。

問題のある保険医療機関等に対する行政への通報

- ・ 審査の結果、改善要請を行っても改善が図られない保険医療機関等については、地方厚生局に連絡。
- ・ 任意による「面談」を繰り返し実施しても改善されない保険医療機関等や「面談」を拒否した保険医療機関等に対しては、法に基づく出頭要請も積極的に行う必要。
- ・ 支払基金の審査は、不正請求等の発見の端緒に繋がる事例もあることから、問題がある保険医療機関等についての行政への通報。
- ・ 生活保護の患者を扱っている病院に留意していく必要。

正しい保険診療を確保する方策

- ・ 適正なレセプトの提出を促進していくためには、保険医療機関等に対して保険診療ルールの周知徹底及び指導が必要。審査に関する情報提供していくことも支払基金の任務。
- ・ 審査基準を公開すべきかどうかについて議論があるが、見解が分かれた状況。
- ・ 審査結果に関する説明のあり方については、納得性を高めるために積極的に取り組むべき。

保険診療の質の向上に繋がる審査に向けて

- ・ 保険診療ルール上は適合していても、医療内容としては、漫然と、画一的な診療を行っている等、問題が多いケースも少ないとは言えない。
- ・ レセプトのデータ蓄積と整備によって、保険診療の質の向上に貢献する審査の開発。

- ・ 現在、審査をめぐる課題として指摘されている事項の中には、既に昭和40年代において問題として議論されてきた課題もあり、その意味では、審査に従事する関係者の懸命な努力にもかかわらず、その解決が図られず、このことが保険者をはじめとする関係者の審査に対する不満・不信の原因。
- ・ 長年紙レセプトによる審査であったため、その制約が多く、このことが審査をめぐる課題の対応に大きな足枷。
- ・ 近年のレセプト電子化の進捗により、紙レセプトの制約から脱することができ、従来から指摘されてきた審査の課題について真剣に取り組み、質の向上と効率性の改善が図られる客観的な環境が整いつつある。
- ・ 支払基金及び審査委員会は、レセプトの電子化という流れを契機として、電子化に対応できる新たな審査体制を確立するとともに、懸案である支部間差異の解消を図り、審査の信頼性を高めていかなければならない。
- ・ そのためには、支払基金は、究極的には医療保険制度を支える国民を顧客として、審査・支払というサービスを提供する機関として、顧客満足度を高めることを第一の目標とする組織として脱皮しなければならない。
- ・ 求められるのは、紙の時代に形成された旧来の方法に固執するのではなく、保険診療の質と効率性を守るため、改革を恐れずに断行する革新的な組織風土。
- ・ 新たな時代に適合し、保険者や保険医療機関等はもちろん広く国民から信頼される審査の確立に向けて、本報告書で示された方向に向けて、支払基金及び審査委員会が迅速に対応することを期待。

今後の審査委員会のあり方に関する検討会における検討経過

平成21年

- | | |
|------------|----------------------------|
| 第1回(5月29日) | 審査委員会の現状と課題 |
| 第2回(7月8日) | 審査委員会の果たすべき機能 |
| 第3回(7月31日) | 審査に関する支部間差異の現状と課題 |
| 第4回(9月4日) | 電子レセプトの審査 |
| 第5回(10月6日) | 審査委員会の運営等 |
| 第6回(11月4日) | 第1回から第5回までの議論を踏まえたフリートーキング |
| 第7回(12月4日) | 第1回から第5回までの議論を踏まえたフリートーキング |

平成22年

- | | |
|------------|-------------|
| 第8回(2月5日) | 取りまとめに向けた審議 |
| 第9回(2月26日) | 取りまとめ |

補論

- 1 審査及び審査委員会の歩みについて
- 2 審査委員会の法的位置づけについて
- 3 審査委員会の構成について
- 4 審査の重点化の状況について
- 5 医科入院・入院外、歯科の原審査の状況について
- 6 審査充実への取組みについて
- 7 レセプト電子化の歴史について
- 8 電子レセプトに対するシステムチェックの概要について
- 9 医療費の地域差と審査の支部間差異について
- 10 支部取決事項の事例と意義について
- 11 レセプト交換による支部間差異の調査結果について
- 12 電子レセプトの審査を進めるために克服すべき課題について
- 13 韓国の審査の現状について
- 14 DPC制度について

参考資料

- 1 審査委員会の審査に関する法令
- 2 平成21年6月審査委員改選の状況
- 3 保険診療における医薬品の取扱いに関する通知(55年通知)
- 4 審査実績の状況
- 5 事務費手数料の変遷
- 6 規制改革会議の指摘事項
- 7 審査取決事項の状況
- 8 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計画(抜粋)
- 9 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(抜粋)

報告書概要

「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」報告書の概要 (国民の信頼に応える審査の確立に向けて)

はじめに

「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」は支払基金理事長の求めに応じ、平成21年5月に設置。

支払基金は昭和23年創設、医療保険における審査・支払を担当。

審査をめぐるのは、十分な審査が行われているのか、審査上における支部間の差異の存在、コストに見合った審査がなされているかとの批判等、様々な問題がこれまで指摘。

レセプトの電子化は、かねてからの課題。現在では、電子レセプトの割合が7割を超えており、支払基金の審査の歴史上かつてない変化の時代を迎えており、電子レセプトに対応した新しい審査体制を確立することが喫緊の課題。

紙レセプトから電子レセプトへ移行する時期を迎え、これからの審査のあり方について、各方面から様々な意見が出されている。

こうした支払基金の審査をめぐる状況を踏まえ、本検討会では、審査の現状と課題、これからの新しい審査の目指すべき方向について議論。

なお、本報告書を取りまとめるに当たっては、「審査に関する白書」であることも目指す。

第1 公的医療保険制度における審査の意義と支払基金

1 公的医療保険制度における審査

わが国では、すべての国民に医療を受ける機会を保障するため、国民を公的医療保険制度でカバーする皆保険制度を採用。

公的医療保険制度は、国民の共通の財産として制度を守り、維持していく必要。

公的医療保険制度が国民に保障する医療は、保険診療として、「保険診療ルール」に従って診療。

保険医療機関等は、保険診療に要した費用を保険者に請求することとなるが、保険者はこの請求に対し、「審査の上、支払う」。

2 審査の意義

適正な保険診療を確保していくことが、公的医療保険制度の機能を守るために極めて重要。

審査は、診療行為が保険診療ルールに適合しているか等をチェックするもので、公的医療保険制度の適正な実施・運営を担保する上で、必要不可欠。

患者保護の観点から、適正な保険診療を守る審査の持つ意味は大きい。加えて、公的医療保険制度の下では、利用者（患者）が他者の負担（保険料等）で受診できるものであるため、ともすれば濫用されがちな状況にあるので、その歯止めとしても審査が果たすべき役割は重要。

医療保険における審査については、本質的とも言える困難性を伴っている。医療が持つそもそもの特性と医療保険制度が審査に要請する判定の一律性とは衝突せざるを得ない側面を有している。

すなわち、

個々の患者は、年齢、性別、身体条件、素因、環境等が異なり、多様であり、
疾病の重症度が異なり、病状も多様で、かつ、変化することから、

実施される医療は、不確実性が高い中で、個々の患者の状況に応じて提供されるものであるから、極めて個別性が高く、

さらに、医学・医術の進歩や専門分野の高度化によって、診療行為は日進月歩・複雑多岐なものとなっている。

その結果、個々の患者に施される医療の幅は非常に広く、かつ、症例ごとに濃淡が連続的に分布する（グラデーションがつく）状態にある。

これに対し、医療保険の審査は、健康保険法制の体系の下、制度的安定性を求める法律の論理として、保険診療ルールの一律的・画一的適用を求める要請があり、どこかで「線引き」をして、白か黒かの決着を付けねばならない。

個別性を重視する医療の要請とルールの画一的適用を求める審査の要請との間で、医学的必要性・妥当性を見極め、医学的進歩・発展等を踏まえて「折り合い」をつけ、整合性を確保していくことに困難が生ずる場合が少なくなく、その判断を行うために、審査委員にはより深い専門的医学知識と豊富な経験が求められる。

3 支払基金の審査

わが国の公的医療保険制度は、保険者が分立して大小の規模の異なる多数の保険者からなる保険制度として発展。

このような体制の中で、各自で審査・支払業務を行うことは、労力的にも、経済的にも膨大なコストが発生し、事実上困難。このため、専門の審査・支払機関として支払基金を創設。

被用者保険の保険者の審査・支払業務を一括して支払基金で行うことにより、保険医療機関等からの請求に対する審査・支払事務を効率的に行うことが可能になり、多数の診療科に対応した審査に当たる体制をとることが可能。

審査について診療側と保険者側双方の信頼を得ることが重要。

支払基金の審査は、専門医が審査委員として審査に当たっていること、審査委員会は三者構成であること、審査の決定について合議制を採用していること等、両者の信頼の確保を図ることに配慮。

第2 審査の現状

審査の仕組みと支払基金

1 審査とは

現行の医療保険制度では、患者が保険医療機関等に受診した場合、その診療報酬（医療費）の原則3割を窓口で支払い、残りの7割は保険者から保険医療機関等に支払われる仕組み。

保険医療機関等は、医療費を保険者へ請求。保険者は、審査・支払事務を支払基金に委託。

支払基金は、限られた期間（毎月10日から翌月21日までの期間）で審査及び請求支払業務を行う。

2 審査の実施体制

支払基金は、平成15年の支払基金法の改正により、「特別の法律により設立される民間法人」化。

支払基金は、支払基金法により、本部（主たる事務所）と47都道府県に支部（従たる事務所）を設置。

審査委員会の審査委員は、診療担当者を代表とする者、保険者を代表する者及び学識経験者の三者から同数を委嘱することとされており、いわゆる「三者構成」となっている。

3 審査の流れ

審査基準

審査とは、保険医療機関等において行われた診療行為が、療担規則や点数表等により定められている保険診療ルールに適合しているかどうかを確認する行為。

保険診療ルールに従って審査しなければならない項目数

記載もれや記載不備等の「記載事項の確認」：約1,100項目

診療行為の名称・算定ルール等の確認：約24万項目

医薬品の名称・価格等の確認：約19,000品目

医療材料の名称・価格等の確認：約20万項目

レセプトの件数は約7,000万件であり、このうち、医科は約4,000万件、歯科は約900万件、合計で約4,900万件。

レセプト審査においてチェックすべき項目は膨大なものとなっているが、限られた期間に審査委員の裁量による審査と職員の審査事務によってレセプトすべての項目をチェックするのは極めて困難。

保険診療ルールも、それに適合しているか否かについて機械的に判断できない要素のものがある。

原審査及び再審査

審査委員会会期

各支部は、毎月10日に受け付けたレセプトを審査し、翌月の10日までの間に保険者に請求しなければならない。審査委員会は、概ね毎月中旬から下旬までの時期に開催。

審査委員1人当たりの従事時間は、月平均で約12時間となっており、1枚のレセプトに対する審査に要する時間は、単純計算すると約4秒。

審査決定

審査決定は、審査委員の2分の1以上が出席する合議において行わなければならない。

審査委員会は毎月会期を定め、その期間の最終日に合議による決定をするという運営がなされている。

審査委員会の中には過半数の確保に苦慮しているところも少なくない。

4 審査の実際

審査委員会では、膨大なレセプトについて、非常に多くの審査項目の適否についての審査を毎月の限られた会期で行わなければならないため、審査の重点化が図られている。

原則8万点以上の高点数レセプト等については、入念に審査。

保険医療機関を審査の必要度が高い順にA・B・Cの3区分に分けて審査。

5 審査委員と職員

47支部における審査委員の確保の状況を見ると、

放射線科や麻酔科等の診療科については確保できていない支部が相当ある。

医療の専門分化が進んでいるため、内科、外科等においても専門分野の審査委員の全てが確保されているわけではない。

特に、審査委員の数が少ない小支部において、以上のような審査委員の確保が困難な状況。

非常勤の審査委員による審査が大部分となっており、全体の審査委員のうち、非常勤の審査委員の占める割合は98.6%。

フルタイムで審査に従事する審査委員（常勤審査委員）は、53名であり、47支部中24支部において常勤審査委員が不在。

支払基金の職員は、審査委員会の審査が効率的に行われるよう、審査を補助し、支援する業務（審査事務）を行っている。

この審査事務は、審査委員会が限られた時間の中で少しでも効率的にレセプトの審査を行う上で重要。

審査の実績

1 原審査の状況

医科・歯科計の状況

原審査の状況を見ると、請求件数は約4,828万件、査定件数は約41.2万件。査定件数率（請求件数に対する査定件数の割合）は、0.85%。（平成21年9月審査分の医科・歯科計）

請求点数は約891億8,113万点であり、そのうち査定となった点数は約1億8,190万点。査定点数率（請求点数に対する査定点数の割合）は、0.20%。

診療項目別による請求と査定の状況

医科入院レセプトにおいて、査定点数の上位を占める項目は、「手術・麻酔」が44.7%、「注

射」が21.0%、「検査」が12.7%であり、その3項目で査定全体の78.4%。(平成21年9月審査分)

入院外における査定点数の構成についても、「検査」が47.8%、「投薬」が14.0%、「画像診断」が11.1%であり、その3項目で72.9%。

原審査の査定理由別の割合

支払基金では、原審査の査定理由を、次の4つに分けている。

適応外

過剰・過量

医学的に不適當

算定ルール

原審査査定理由別割合の状況をみると、「適応外」として査定となった件数は19.9%、点数は19.3%。(平成21年9月審査分の医科・歯科計)

「過剰・過量」として査定となった件数は25.1%、点数は36.9%、「医学的に不適當」として査定となった件数は26.2%、点数は31.2%であり、「算定ルール」として査定となった件数は23.9%、点数は12.4%。

件数では「適応外」、「過剰・過量」、「医学的に不適當」及び「算定ルール」の4事由がほぼ等分されているが、点数では「過剰・過量」及び「医学的に不適當」で3分の2。

2 再審査の状況

再審査の状況

再審査の状況をみると、保険者からの再審査請求件数は約39.7万件。(平成21年9月審査分の医科歯科計)

同月の原審査査定件数は約41.2万件であり、原審査査定件数に近い再審査請求件数がある状態。

審査委員会における再審査の結果、

「原審どおり」は約24.2万件(全体の60.9%)

査定は約15.1万件(全体の38.1%)

返戻は約0.4万件(全体の1.0%)

再審査の査定点数は約4,660万点であり、原審査の査定点数に対して25.6%。

保険者からの再審査請求の状況

保険者からの再審査請求については、単月点検分及び縦覧点検分の2種類がある。

審査委員会で再審査査定となったもののうち、単月点検分と縦覧点検分の査定状況をみると、医科については、単月点検分の審査によるものは約8.0万件、約2,693万点であり、縦覧点検分の審査によるものは約4.8万件、約1,516万点。

歯科については、単月点検分の審査によるものが約0.5万件、約54万点であり、縦覧点検分の審査によるものが約1.8万件、約397万点となっており、再審査査定の件数で79.1%、点数で88.1%を縦覧点検分が占めている状況。

保険医療機関からの再審査請求の状況

3 医科レセプトにおける原審査と再審査の関連

原審査の査定点数では入院対入院外がほぼ 6 : 4 であるのに対し、再審査では入院対入院外が 4.5 : 5.5 と逆転しており、請求点数の入院対入院外の割合に近くなっている。

再審査では、原審査と比較して、8 万点以上のシェアが半減しており、8 万点未満のシェアが増えているのが注目されるとともに、再審査の査定点数の半分(50.8%)が1,000 点以上の入院外。

原審査が入院中心であり、特に 8 万点以上の高点数に重点が置かれている。再審査は、重点が置かれていない 8 万点未満の入院と入院外の 1,000 点以上で多くなっている。

審査に要する費用

支払基金の審査に要する費用については、その業務が保険者からの委託によるものであるから、保険者に負担を求めている。

具体的にはレセプト1件当たりの審査支払手数料(事務費単価)として定められている。

レセプト1件当たりにかかる費用であるが、審査支払に係る事務費単価は医科・歯科レセプトと調剤レセプトの処理に係る業務内容及び業務量が異なることから、単価を個別に設定している。

医科・歯科レセプトの審査支払分は1件当たり122円33銭、内訳としては、審査関係事務が69円88銭(57.1%)、請求・支払関係事務が52円45銭(42.9%)。また、調剤レセプトは、審査を行っていないことから審査委員会費が含まれない単価の47円26銭。

電子レセプトの増加とそれへの対応

1 レセプト電子化の歴史

昭和58年に当時の厚生省がレセプトの電子化構想を打ち出し、レセプト電子化への取組みが開始。

支払基金においては、平成14年から医科の電子レセプトについて画面による審査を開始。当時のレセプトの電子化率は0.7%と極めて低い状況。平成17年においても電子化率は10%程度と低い状況であったが、平成18年4月に請求省令の改正が行われ、急速にレセプト電子化が進展してきた。

2 電子レセプトの普及状況

平成21年12月受付分のレセプトでは、電子レセプトでの請求が71.2%。そのうちオンラインによる請求は56.4%。

3 電子レセプトの審査の流れ

紙レセプトでは、レセプトを並び替えたり、取り出したりすることが極めて困難であり、突合しての審査などが行えなかった。

請求内容等についての集計なども困難であり、統計、分析が不可能。

電子レセプトでは、抽出や並べ替えが容易であり、電子的なチェックが行われることにより、全てを目視しなければならないという人間の負担が軽減。前月分以前のレセプト情報も記憶可能であるため、突合審査や縦覧審査を行うことも可能。統計作成が容易。

電子レセプトは、職員による審査事務や審査委員による審査が行われる前に、システムチェックを実施。

システムチェックは、保険診療ルールをコンピュータによってチェックさせる作業。技術的には、傷病名、診療行為や様々なルールをコード化し、それらを組み合わせてシステムチェックを行うためのマスターを構築。

レセプトの該当した項目に電子付せんをつける。

審査事務と審査は、画面で審査。その際、抽出機能、レセプトの並べ替え機能、集計機能や審査参考情報の表示機能を活用。

4 システムチェックの状況

電子レセプトの請求件数約2,500万件に対し、電子付せんが貼付された件数は約105万件で、電子レセプトの約4.2%。そのうち査定となったレセプトは約6万件で、電子付せんが貼付された件数に対して5.7%。請求件数に対する割合は0.23%。原審査の請求件数に対する査定件数の割合0.85%に比べ、低いものとなっているが、今後は、システムチェックの内容を精査し、この割合を高める必要がある。(平成21年9月審査分の医科)

第3 審査をめぐる課題とこれからの目指すべき方向

審査をめぐる課題

支払基金の審査に関する課題について以下のとおり整理。

整理に当たっては、政府の諮問機関である規制改革会議から指摘されてきた事項、毎年度契約更新の際に健康保険組合連合会から提出される要望事項並びに事務費手数料の協議の際に保険者から指摘されてきた事項等も踏まえた。

- 1 支払基金において適正な審査が行われているかとの指摘について
審査が十分になされていないのではないか。
審査の公平・公正性が確保されていないのではないか。
各支部で異なる審査がされているのではないかとの指摘が強く、統一された審査基準を設定し、格差を是正すべき。
審査委員会の取組みについては、詳細に評価分析を行い、数値を示し、改善を図っていくべき。
外部に対し、審査に関する説明責任が果たされていない。
- 2 コストに見合った審査になっているかとの指摘について
現在のコスト削減計画は不十分であり見直すべき。
- 3 電子レセプトにふさわしい審査体制を構築すべきではないかとの指摘について
47支部に審査委員会は必要か。
複数の支部を束ねることにより、大幅な人員削減が可能となるのではないか。

審査及び審査委員会の意義

審査は、請求者の同業でもあるプロフェッショナルによる審査であり、ピアレビューとしての機能も果たしている。

専門医師・歯科医師である審査委員が審査するということが、保険診療ルールに合致しない請求を発生させることを抑止する効果。

審査について評価する場合、不適正な請求を抑止するという査定金額には現れてこない効果等、審査委員会が医療保険制度に果たしている役割を考慮しなければならず、査定金額の多寡のみでの評価はできない。

審査委員会が果たすべき機能は、保険医療機関等から保険診療ルールに沿った適正なレセプトを提出してもらうことであり、現にそのために努力。このような活動の成果を数量的に表すことは出来ていない。

支部間差異

- 1 支部間差異とは
支部間差異については、二つの意味で論じられている。

同一の事例において、各支部の審査委員会の判断が異なること。

次に、支部間の実績の格差である原審査の査定率の差異。

2 47 支部の審査状況

47 支部の原審査の審査状況をみると、支払基金に請求されたレセプトの1件当たりの請求点数は約1,847点で、最も高い支部では2,222点、最も低い支部では1,574点であり、その差は1.41倍。(平成21年9月審査分の医科・歯科計)

請求点数1万点当たりの原審査査定点数率は、全国平均で約17.7点、最も高い支部で28.4点、最も低い支部で7.1点、その差は4.0倍。

再審査については、請求点数1万点当たりの再審査査定点数率は、全国平均で約3.1点、最も高い支部で6.8点、最も低い支部で0.4点、その差は17.0倍。

3 支部間差異の要因

原審査及び再審査の査定点数率について、最高支部と最低支部との間で大きな差があるように見える。しかしながら、全国の審査の実績をみると、原審査査定件数率は0.85%、原審査査定点数率は0.20%、再審査査定件数率は0.30%、再審査査定点数率は0.05%であり、これは、提出されているレセプトの98.85%、請求点数では99.75%が原審査及び再審査で査定されていない(請求どおり)(平成21年9月審査分)

審査における支部間の差異とは、件数で1.15%、点数で0.25%というレベルについての問題。審査において、今後どこまで精度を高めていくのか、という点についても検討が必要。

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。ただ、査定の割合はすべての保険診療行為の中で査定されたものの比率であり、診療行為には軽度の傷病に対するものから重篤な傷病に対するものまで幅広くあることから、こういった診療行為において支部間の差異が生じやすいかを注意して見る必要がある。

支部間差異の要因

外部的要因

医療の地域性、患者の環境、提出されるレセプトの質の相違

審査基準をめぐる要因

保険診療ルールをめぐる解釈の差、審査委員会の「取決事項」の差

内部的要因

審査委員格差、職員格差、審査委員と職員の連携の問題、構造

各支部間における原審査の査定に「差異」があることに関しては、「たとえ、その支部の原審査査定率が低くても、保険者からの再審査請求が少ない場合は問題がないのではないか。」との議論がある。これに対しては、保険者のレセプトを点検する力が必ずしも一様でないということにも留意する必要がある。

自支部の保険者の点検力が小さく、他支部の保険者の点検力が大きい支部が少なからずあり、

「再審査請求が少ないこと」が必ずしもその支部の審査のパフォーマンスの良さを証明することにはならない。

全国的に被保険者を有する保険者が提出する再審査請求件数は、47支部に対して大きな格差はないこと、これに対し、47支部の再審査の査定点数率には、大きな格差が生じていること、その格差は、各支部の原審査査定の差異に近い傾向がある。

「審査基準をめぐる要因」については、

各審査委員会の支部取決事項（ローカルルール）が設定されているが多種多様であり、支部間差異を生む一つの要因。

保険診療ルール解釈について、疑問が生じた場合、公定解釈が得られるまでの間、支部独自で判断に当たらなければならないため、差異が発生する。

さらに、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。

「内部的な要因」としては、審査委員、職員のそれぞれの差、及び両者の連携が不十分であることが、支部間差異を生む一つの要因。

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ため、他支部の審査委員会と情報交換や協議する機会がほとんど設けられておらず、各審査委員会は、それぞれ問題を抱えながら、独自に、その解決に当たらなければならなかったこのことが、支部間の差異を生じさせた原因の一つ。

加えて、審査委員会が差異の解消を図ろうとする場合、本部と支部の間、支部と支部の間において十分協議と連携を図り、統一に向けて努力していくことが必要。フルタイムで従事する審査委員が少ないことが、支部間差異解消に向けた取組みが進まない要因の一つ。

保険者から不信を招くのが支部間差異の問題であり、不合理な差異の解消が喫緊の課題。

4 支部間差異の解消に向けて

不合理な支部間差異の解消を図っていくためには、

新たな支部間差異を発生させないこと

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

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、保険者からの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

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。

全国の審査委員会が情報を共有して協議を行う体制を確立することが、支部間差異の解消ために極めて有効であるため、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。

新たな支部間差異を発生させないため、保険診療ルールについての解釈の疑義が生じた場合、早期に疑義解釈に回答を出す体制を確立すべき。

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り、そのために必要な体制を構築すべき。

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。

従来からの対応は、スピードに欠けるところがあり、保険者や保険医療機関から示される差異事例を吸い上げることも不十分であることから、そのあり方を含め見直すべき。

このため、本部において専門家のワーキンググループを設置し、頻度を多く開催し、審査基準を示し、全国で整合性のある答えを導き出すことが必要。

今般、支部間差異の実態を調査する目的で、支部間のレセプト調査を行ったが、分析を行うとともに引き続き支部間差異の実態調査を進めるべき。

本部として、支部職員の審査事務能力の向上を図るため、研修の強化、職員が他支部において審査事務を行う支部実践研修の実施、審査事務の低調な支部に対して本部からの支援・指導を行う等の対策を強化すべき。

電子レセプトについては、審査に関する統計データが多く得られることから、このデータを活用して審査委員及び職員の審査、審査事務について検証すべき。

これからの審査体制

見直し論を整理すると、

現在の審査体制は、紙レセプトを審査するために形成された体制であり、電子レセプトはその移動や集中処理が可能となることから、47支部に分散させる必要はないのではないか。

そのことにより、効率化やコストの削減が図られるのではないか。

47支部の審査委員会の間に差異が生じているため、審査委員会を統一すべきではないか。というものであり、これらの論点について、検討。

中小支部を統合し、大きな支部にまとめることは技術的に可能であるとの議論があった。

支部間差異解消のために、審査委員会を統合すべきとの議論については、

例えば、ブロック単位で統合してもブロック間で差異が生ずる。

全国一つの審査委員会としなければならないが、多くの審査委員によって審査を行わざるを得ず、このように多数の審査委員を一堂に会して審査することは、現実的ではない。

支部間差異解消については、「 」に述べた方策により対応することにより、複数の支部の審査において不合理な差異が生ずることはなくなる。

審査委員会の審査は、査定することのみが目的ではなく、保険医療機関等に対する適切な保険診療への指導・啓発が重要。この観点から、各支部に審査委員会があれば、個々の保険医療機関等の情報もより細かく得られ、指導・啓発においてより効果的。

各支部の審査委員会において、県内の同僚に審査されているという緊張感が生じる。

都道府県単位に医療提供体制が構築され、医師会等の職能団体も都道府県単位であることから、現状においては、審査も都道府県単位で行うことが適当。

本検討会の議論においては、支部間差異の解消については、審査委員会の再編・統合という手段ではなく、別途の方法で行うべきであり、保険医療機関等から適正なレセプトの提出を求めるという審査の本来の意義から考えると、最も効率的な体制についての議論もすべきであるという意見もあったが、現状においては47支部で審査を行うことが現実的であり、かつ、効果的である

という意見が大勢。

47支部の審査委員会の体制を続けるとしても、国民の理解と信頼を得ていくためには、47支部の審査委員会における審査の質と効率性をさらに高め、公平・公正な審査を実施していくことが前提。

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。これまで十分な支援体制を組んでこなかったことも、差異を生ずる遠因。

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。本部や中核的な支部の機能を強化することが求められる。

審査委員会の運営のあり方

1 審査委員会の機能の強化

審査委員会を47支部で運営していく場合、本部と支部の連携を強化し、47支部において不合理な支部間の差異を生じないようにしていくことが重要。本部と支部、支部間相互、審査委員会と外部との連携の強化が必要。これらの取組みを進める上で、審査委員会内部の機能強化を図る必要。

審査結果の評価・分析やそれに基づく今後の審査方針の企画立案が不十分であり、審査の実績を踏まえた翌月以降の審査の実施という業務のPDCAサイクルが確立しているとは言い難い。

このような現状を見直していくためには、

- 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り、
- 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。

このような役割を持つ人材を全ての審査委員会に配置すべき。常勤審査委員が不在である支部が多い現状について、緊急に改善を図る必要。

従来の常勤審査委員のあり方を見直し、その役割を明確化していくことが必要。こうした人材を確保するため、処遇改善、勤務条件の見直し等が必要。

2 三者構成

三者構成の実態については、各審査委員は、審査に当たって、どの団体からの推薦であるかについてはほとんど意識していない。

審査委員を選任するに当たって、三者構成の制度を採用していることは、審査の中立性・公平

性・公正性の確保を手続き的に担保しているものであると解され、当事者である審査委員はそれを意識していないとしても、三者構成を積極的に変更、廃止する理由は見出せない。

審査委員の選任は各団体の推薦によるとされるが、2年に1度の改選の際に審査委員の確保が困難なこともあり、事実上診療関係団体に全面的に依拠している支部もあり、今後は選任に当たり、保険者にも積極的に働きかけていくべき。

3 合議による決定

審査の実態はほとんどのレセプトが個人審査であり、合議の形式が形骸化しているのではないかとの指摘。

合議による決定については、審査の責任がどこにあるかということは、現実の問題としては非常に重要。審査委員を外部からの個人攻撃から守るためには、合議で決定したという事実が必要であるとの意見。

実質的な合議は、多くの場合診療科単位で行われており、むしろ重要なことは、従来なかった問題等について、診療科単位や審査委員会全体で協議を行う等、適正な審査が実質的に行われることが重要。

合議の必要性は理解できるとしても、2分の1の出席要件について手続き上の工夫を検討すべきであるとの指摘。

電子化に対応した審査

1 電子レセプトの審査体制の整備

平成9年11月のレセ電算医科システムの本格稼働に併せて、マスターによる算定要件等のチェックを開始。当初、レセ電算の普及状況が極端に低い状況であったことから、電子レセプトで受付けを行い、マスターによるチェックを行った後は、全て紙レセプトに出力して、審査及び請求支払業務を行っていた。

平成14年11月に審査委員による画面審査を開始し、併せて135事例の点検条件を設定し、電子付せんの貼付を開始。平成17年10月には、レセプトの診療行為の抽出や集計ができる機能、平成18年9月には、システムチェックのみで審査委員の審査する余地がない請求事例を「定型的審査レセプト」として、これらの事例を一括して審査する機能など、審査を効率的に行うための審査支援機能の拡充に努めた。

歯科については、平成21年10月から画面審査、職員による審査事務を開始し、併せて404事例の点検条件によるシステムチェックを本部設定により実施。

2 電子レセプトの審査

レセプトの電子化によって、全ての電子レセプトについて、少なくともシステムチェックが可能。これまで目視であったためにできなかった、本来の姿である「全レセプトの審査」が可能。

全ての電子レセプトについてシステムチェックを行うことを基本とし、人による審査は「人でなければできない審査」に限定すべき。

電子レセプトの審査のためのシステム整備を行うとしても、その前提となる環境整備が求めら

れるため、未コード化傷病名の解消、調剤レセプト及び処方せんへの保険医療機関コードの記載、診療行為の日付情報の記録等であり、これらの事項については、支払基金として国への要請も行った（平成21年11月）

これらの課題について適切にシステム開発などの対応策を講じ、解決していかなければ、レセプト電子化の利点を生かした審査には繋がらないものと考えられ、この実現を阻んでいる障害をなくすという環境の整備も必要であり、未コード化傷病名の解消、調剤レセプト及び処方せんへの保険医療機関コードの記載、診療行為の日付情報の記録等が求められることから、支払基金として国へ要請も行った（平成21年11月）

画面上の審査の操作性の向上を図らなければならない。

審査のためにコンピュータをどのように駆使していくかは、これからの重要な課題であり、そのためには、電子レセプトの請求状況や審査結果等についての情報を蓄積し、分析・評価し、コンピュータに担わせることを決めていかなければならない。すなわち、審査のPDCAサイクルを確立することが必要。

コンピュータにどのようなことを担わせるのかは、電子レセプトの請求状況や審査結果等の情報を蓄積し、分析・評価することが重要な課題となり、審査のPDCAサイクルを確立することが必要。

以上のような電子レセプトの審査を実施していくため、具体的には以下の対応を図る必要。

システムチェックが可能な算定ルールでありながら、システムチェックができていない項目の洗出しとシステムへの反映。

医薬品の添付文書から得られる適応症、投与量、投与日数の拡充・整備及び禁忌等の情報に基づくシステムチェックの実施。

実施した手術・処置・検査等の診療行為が妥当と認められる傷病名の有無に係るシステムチェックの実施。

使用した特定器材が妥当と認められる診療行為や傷病名の有無に係るシステムチェックの実施。

保険医療機関ごとの請求傾向や審査結果の履歴の蓄積とそれに照らしたシステムチェックの実施。

処方せんを発行した医療機関のレセプトとその処方せんに基づいて調剤を行った薬局のレセプトを患者単位に紐付けし、調剤レセプトに記録されている医薬品の適応症が医科・歯科レセプトに記録されているか、また、その医薬品の投与量等が適切かといった突合チェックの原審査段階での実施。

複数月にわたって同一医療機関から請求された同一患者のレセプトを通覧し、例えば3月に1回しか算定できない診療行為が連月請求されていないか等をチェックする縦覧チェックの実施。

システムチェックによって付けられた付せんに対して、人がどう処理したかという処理履歴の分析と、その分析結果のシステムへの反映。

診療内容が著しく専門的である等の理由により、自支部の審査委員会では審査判断が難しいような場合において、その分野に精通した審査委員がいる他支部の審査委員会に回線を通じて

電子レセプトを回付し、意見を求めることができる機能の構築。

効率的審査とそれを支える支払基金のコストの削減

1 審査についての費用の考え方

審査は保険診療の適正性を確保するためのものであり、「査定」することのみを目的としているわけではない。業務に要する費用と査定の多寡を単純に比較して論ずることは適切ではない。

支払基金の審査・支払業務の費用は、保険者からの手数料収入によって賄われており、厳しいコスト節減の意識を持って業務に当たらなければならない。

電子レセプトが大多数を占めるようになれば、特に請求支払業務に係るコストは、更なる削減が可能。

2 支払基金のコストの削減

支払基金の職員数は平成6年度の6,321人をピークとして、平成13年度まで職員の増加を抑制。

平成14年度以降は、平成21年度までの間にピーク時と比べて約1,300人、約20%の職員数の削減。

平成19年12月に「業務効率化計画」を策定。平成20年度から23年度までに、合計500人(毎年125人)の職員の削減。

平成20年3月に「手数料適正化の見通し」を策定。平成19年度に比して平成23年度の事務費単価を約8円程度の引き下げを行う。

保険者との平成22年度の事務費手数料協議等では、以下のように指摘がされた。

審査業務に係る費用対効果に着眼し、組織体制および業務フローの可視化・合理化を進め、その成果を定量的に示すべき。

電子レセプトにふさわしい審査体制の構築に向けて、平成23年度以降の組織(本部及び47支部)のあり方を見直すべき。また、審査委員会に厳格に対応し、支部間格差を是正すべき。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進。

適正なレセプトの提出の促進

1 改善要請の実施

審査の結果、問題がある保険医療機関等に対しては、改善を要請。

2 問題のある保険医療機関等に対する行政への通報

任意による「面談」を繰り返し実施しても改善されない保険医療機関等や「面談」を拒否した保険医療機関等に対しては、法に基づく出頭要請ができる。これらの措置も積極的に行う必要。

審査の結果、毎月の査定等が多く、改善要請を行っても改善が図られない保険医療機関等については、地方厚生局に連絡。

支払基金の審査は、直接不正請求の発見を目的とするものではないものの、レセプトの審査を通じて不正請求等の発見の端緒に繋がる事例もあることから、問題がある保険医療機関等についての行政への通報等は、積極的に取り組む必要。

生活保護の患者を扱っている病院に問題となるケースが多いとの指摘。審査委員会として留意していく必要。

3 正しい保険診療を確保する方策の推進

適正なレセプトの提出を促進していくためには、保険医療機関等に対して保険診療ルールの周知徹底及び指導が必要。審査に関する情報提供していくことも支払基金の任務。

審査基準を公開すべきかどうかについて議論があるが、見解が分かれた状況。

審査結果に関する審査委員会の説明のあり方については、審査結果についての納得性を高めるために積極的に取り組むべき。

4 保険診療の質の向上に繋がる審査に向けて

保険診療ルール上は適合していても、医療内容としては、漫然と画一的な診療を行っている等、保険診療の質という観点からは問題が多いケースが少ないとは言えない。

国民の立場からは、より適切で、質の高い保険診療が行われる体制を確立することが求められる。

レセプトのデータ蓄積と整備によって、保険診療の質の向上に貢献する審査の開発に繋がることを期待。

DPCの審査

DPCの普及が支払基金の審査に及ぼす影響について議論。

1 DPCとは

DPC対象病院については、平成15年4月から大学病院等の82の特定機能病院の一般病床を対象に導入。平成21年7月には約1,300の病院(全病院の約15%)となり、DPCレセプトの件数は全国の医科入院レセプトの約4割。

2 DPCレセプトの審査

DPCレセプトは、包括評価部分と出来高部分で構成。出来高部分の審査は、従来の出来高のレセプトの審査と同様。

包括評価部分の審査については、診断群分類が正しく請求されているかをチェック。

包括評価部分の審査は、請求した診断群分類が行われた診療行為からみて、妥当・適切であるかどうかを審査することが基本。

DPCレセプトの診断群分類番号と「診療関連情報」欄の手術が一致しているか、「診療関連情報」欄と出来高部分が一致している等のチェック。

DPCレセプトについては、不適切なコーディングが問題となり、これに対処するため、平成21年1月診療分からDPCレセプトに包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報(コーディングデータ)の添付が義務化。診断群分類の適否に係る審査をこれまで以上に精緻に行うことが可能。

おわりに

現在、審査をめぐる課題として指摘されている事項の中には、既に昭和40年代において問題として議論されてきた課題もあり、その意味では、審査に従事する関係者の懸命な努力にもかかわらず、その解決が図られず、このことが保険者をはじめとする関係者の審査に対する不満・不信の原因。

長年紙レセプトによる審査であったため、その制約が多く、このことが審査をめぐる課題の対応に大きな足枷。

近年のレセプト電子化の進捗により、紙レセプトの制約から脱することができ、従来から指摘されてきた審査の課題について真剣に取り組み、質の向上と効率性の改善が図られる客観的な環境が整いつつある。

支払基金及び審査委員会は、レセプトの電子化という流れを契機として、電子化に対応できる新たな審査体制を確立するとともに、懸案である支部間差異の解消を図り、審査の信頼性を高めていかなければならない。

そのためには、支払基金は、究極的には医療保険制度を支える国民を顧客として、審査・支払というサービスを提供する機関として、顧客満足度を高めることを第一の目標とする組織として脱皮しなければならない。

求められるのは、紙の時代に形成された旧来の方法に固執するのではなく、保険診療の質と効率性を守るため、改革を恐れずに断行する革新的な組織風土。

新たな時代に適合し、保険者や保険医療機関等はもちろん広く国民から信頼される審査の確立に向けて、本報告書で示された方向に向けて、支払基金及び審査委員会が迅速に対応することを期待。

補論

- 1 審査及び審査委員会の歩みについて
- 2 審査委員会の法的位置づけについて
- 3 審査委員会の構成について
- 4 審査の重点化の状況について
- 5 医科入院・入院外、歯科の原審査の状況について
- 6 審査充実への取組みについて
- 7 レセプト電子化の歴史について
- 8 電子レセプトに対するシステムチェックの概要について
- 9 医療費の地域差と審査の支部間差異について
- 10 支部取決事項の事例と意義について
- 11 レセプト交換による支部間差異の調査結果について
- 12 電子レセプトの審査を進めるために克服すべき課題について
- 13 韓国の審査の現状について
- 14 DPC制度について

参考資料

- 1 審査委員会の審査に関する法令
- 2 平成21年6月審査委員改選の状況
- 3 保険診療における医薬品の取扱いに関する通知(55年通知)
- 4 審査実績の状況
- 5 事務費手数料の変遷
- 6 規制改革会議の指摘事項
- 7 審査取決事項の状況
- 8 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計画(抜粋)
- 9 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(抜粋)