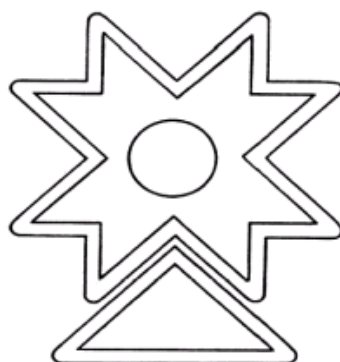


支払基金サービス向上計画

(平成23～27年度)

- より良いサービスをより安く -



平成23年1月13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	4
【図表1】平成23～27年度におけるレセプト件数の見込み	7
【図表2】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	8
第2 新計画の基本的な性格	9
第3 平成23～27年度における事業運営の基本方針	11
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	14
イ コンピュータチェックの充実	15
ロ 突合点検及び縦覧点検の実施	19
(2) 審査の充実に向けた数値目標	20
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に関する数値目標	20
【図表3】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に関する数値目標	21

□	突合点検分及び縦覧点検分の 査定件数及び査定点数に関する数値目標	・ ・ ・ ・ ・ 21
	【図表 4】突合点検分の査定件数及び査定点数に関する数値目標	・ ・ ・ ・ 22
	【図表 5】縦覧点検分の査定件数及び査定点数に関する数値目標	・ ・ ・ ・ 23
八	保険者の再審査請求件数に関する数値目標	・ ・ ・ ・ ・ 24
	【図表 6】保険者の再審査請求件数に関する数値目標	・ ・ ・ ・ ・ 25
二	D P C レセプトの審査返戻率の把握及び公表	・ ・ ・ ・ ・ 26
2	<u>審査の不合理な差異の解消</u>	・ ・ ・ ・ ・ 27
(1)	審査委員会の機能の強化	・ ・ ・ ・ ・ 28
(2)	審査委員と職員との連携の強化	・ ・ ・ ・ ・ 34
(3)	審査の差異に関する分析評価	・ ・ ・ ・ ・ 35
3	<u>審査における P D C A サイクルの確立</u>	・ ・ ・ ・ ・ 36
4	<u>査定に現れない審査の意義の見える化</u>	・ ・ ・ ・ ・ 37
5	<u>保険者及び医療機関に対するサービスの向上</u>	・ ・ ・ ・ ・ 38
6	<u>レセプト電子データ提供事業の実施</u>	・ ・ ・ ・ ・ 38

第 5 効率的な事業運営

1	<u>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	・ ・ ・ ・ ・ 39
イ	電子レセプトに係る職員の審査事務	・ ・ ・ ・ ・ 39
ロ	紙レセプトに係る審査及び請求支払	・ ・ ・ ・ ・ 40
(2)	管理業務の集約	・ ・ ・ ・ ・ 41

(3) 医療事務電算システムの機器更新	42
(4) 予算及び決算におけるPDCAサイクルの確立	43
<u>2 業務量の見通し</u>	44
【図表 7】平成 27 年度における職員の業務量の見込み	44
<u>3 総コストの削減のための方策</u>	
(1) 職員定員の削減	47
【図表 8】一般会計の職員定員の削減	47
(2) 給与水準の引下げ	48
(3) コンピュータシステム関連経費の縮減	49
(4) 支払基金保有宿舍の整理合理化	50
<u>4 総コストの削減に向けた数値目標</u>	51
【図表 9】一般会計の支出の削減	51
【図表 10】平成 27 年度における一般会計の支出の見込み	52
<u>5 手数料水準の引下げ</u>	52
【図表 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	52
【図表 12】平成 27 年度における必要な事務費収入の見込み	52
【図表 13】平成 27 年度における全レセプトの平均手数料の見込み	53
<u>6 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	56
【図表 14】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	57
(2) 手数料体系の見直し	58

第6 医療保険制度に貢献する公的な役割

1 レセプト電算処理システムの開発及び運用 65

2 電子点数表の作成及び公表 65

3 医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いの検討 65

4 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 . 66

5 審査支払制度の見直しに関する提言 67

6 医療費の動向に関する分析 68

おわりに 69

厚生労働省検討会等で検討されるべき
審査支払制度の見直しに関する論点 70

【参考 1】	支払基金の基本理念及び職員行動指針	73
【参考 2】	レセプト 1 件当たりの手数料	74
【参考 3】	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	75
【参考 4】	4 次にあたる審査充実計画で設定された数値目標の 達成状況	76
【参考 5】	機械的な判断が不可能である保険診療ルール例	78
【参考 6】	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	79
【参考 7】	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	80
【参考 8】	学会等ガイドラインと保険診療ルールとの不整合例	81
【参考 9】	審査に関する苦情等相談窓口の対応状況	82
【参考 10】	各支部における医薬品の適応及び用量に関する コンピュータチェックの実施状況	83
【参考 11】	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	84
【参考 12】	保険者及び医療機関に対するサービスの向上	95
【参考 13】	本部事業統括部サービス推進課に寄せられたお客様の声	98
【参考 14】	審査及び請求支払に係る業務フローの見直し	99
【参考 15】	支払基金における審査及び請求支払に係る業務フロー	100
【参考 16】	医薬品の適応及び用量に関するコンピュータチェックの 実施状況	101
【参考 17】	総コストの削減に向けた取組み例	102
【参考 18】	一般会計の職員定員の推移	108
【参考 19】	支払基金保有宿舍の整理合理化	109
【参考 20】	全レセプトの平均手数料の推移	111

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（参考 1）。

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が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。

平成22年度の手数料（**参考2**）は、現手数料見通しに盛り込まれた平成23年度の目標^{*4}を1年前倒しで達成する水準となった^{*5}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。

*1 審査とは、診療行為が保険診療ルール（療養担当規則、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。

*4 現手数料見通しは、平成23年度における手数料の水準を医科・歯科分で106円程度、調剤分で49円程度とする目標を設定している。

*5 平成22年度予算におけるオンライン分及び電子媒体分の平均手数料は、医科・歯科分で104.8円、調剤分で47.8円となった。

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では、「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」とされた。

これを受けて、厚生労働省においては、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、平成22年4月、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。)を設置した。その後、11回にわたる議論を経て、平成22年12月、「議論の中間的整理」を取りまとめた。

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では、支払基金が提示した改革原案に基づき、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。その後、厚生労働省においては、仕分け人の評決結果等を踏まえ、最終的な改革案を決定し、平成22年10月、ホームページで公表した。

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^{*6}、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。

昭和58年7月、厚生省は、「レセプト処理システムの基本構想」を公表し、レセプトの電子化に向けた取組みを開始した。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3）。すなわち、昭和58年度以降、「記録条件仕様」^{*7}及び「基本マスター」^{*8}を、平成2年度以降、「標準仕様」^{*9}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」^{*10}を更新して国民健康保険中央会にも提供してきた。

^{*6} 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）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。

^{*7} 「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。

^{*8} 「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。

^{*9} 「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。

^{*10} 「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。

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^{*11}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。

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」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12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9月請求分で84.0%（歯科を除いて医科及び調剤を見ると、95.0%）に達した。

*11 延べ160,321人の参加を得た。

しかしながら、平成21年11月における「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」の改正により、

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

その例外として、

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

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906,344千件（対平成21年度比+49,417千件）と見込まれる（**図表1**）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2**）。

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。

【図表1】 平成23～27年度におけるレセプト件数の見込み

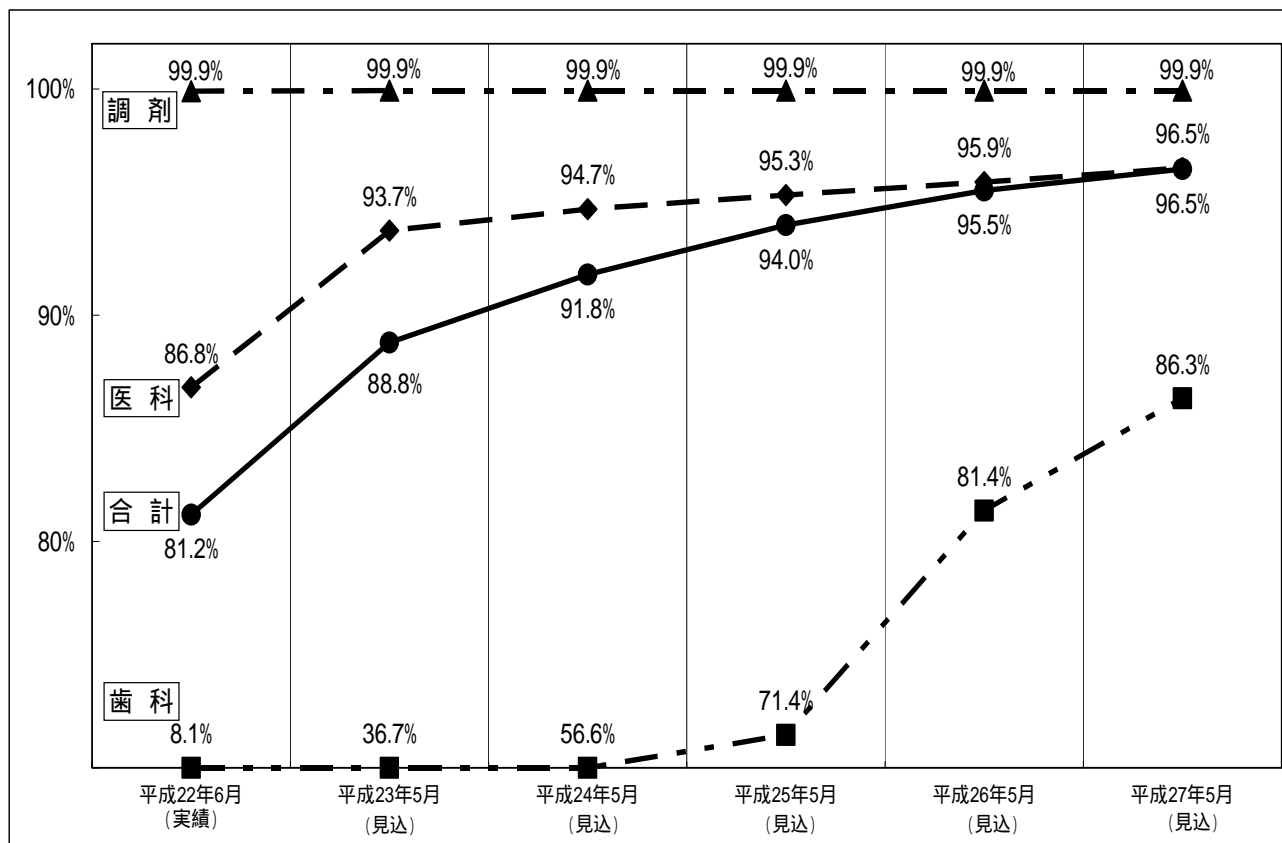
レセプト 区分	レセプト件数(千件)						
	平成21年度 (実績)	平成22年度 (見込み)	平成23年度 (見込み)	平成24年度 (見込み)	平成25年度 (見込み)	平成26年度 (見込み)	平成27年度 (見込み)
医科	489,620	491,296	494,328	494,031	493,587	493,447	493,108
歯科	107,145	105,931	105,931	105,250	104,511	103,813	103,139
調剤	259,771	270,636	279,245	286,529	294,130	301,873	309,503
訪問看護	388	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) 医科及び歯科については、年齢階級別の人口の推移の見込みに年齢階級別の被用者保険加入者割合及び生活保護法適用者割合の推移の見込み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の推移の見込みを求めた上で、これらに年齢階級別の受診率の推移の見込みを乗じて各年度のレセプト件数の見込みを求めた。

(注2) 調剤については、医科及び歯科に係るレセプト件数に対する調剤に係るレセプト件数の割合の推移の見込みを近似式で求めた上で、これらを医科及び歯科に係るレセプト件数の推移の見込みに乗じて各年度のレセプト件数の見込みを求めた。

(注3) 訪問看護及びその他については、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の見込みを求めた。

【図表 2】 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) 医科及び調剤については、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。

第2 新計画の基本的な性格

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、次に掲げる健康保険法、社会保険診療報酬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。

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、再審査についても、同様である。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

良質なサービスの提供

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観点から、

審査の充実

審査の不合理な差異の解消

審査におけるPDCAサイクルの確立

査定に現れない審査の意義の見える化

保険者及び医療機関に対するサービスの向上

等に取り組むものとする。

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、従前の単月点検^{*12}のほか、新規の突合点検^{*13}及び縦覧点検^{*14}を実施するものとする。

あわせて、不合理な支部間差異の解消に向けて、

審査委員会の機能の強化

審査委員と職員との連携の強化

等に取り組むものとする。

*12 単月点検とは、各月のレセプトを単独で点検する審査をいう。

*13 突合点検とは、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。

*14 縦覧点検とは、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。

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から、手数料水準の引下げに資するよう、

職員定員の削減

給与水準の引下げ

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、

審査及び請求支払に係る業務フローの見直し

管理業務の集約

「医療事務電算システム」*¹⁵の機器更新

等に取り組むものとする。

あわせて、コスト構造の見える化及び手数料体系の見直しを図るものとする。

そのほか、医療保険制度に貢献する公的な役割を果たすため、

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

審査支払制度の見直しに関する提言

等に取り組むものとする。

*¹⁵ 「医療事務電算システム」とは、レセプト電算処理システムに「請求・支払計算システム」(＝保険者に対する請求及び医療機関に対する支払の金額を計算するシステム)等を統合したコンピュータシステムをいう。これについては、平成10年度、国庫補助事業として開発し、平成11年4月、全国の医療機関による電子媒体請求を受け付ける体制を整備した。

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（参考4）。

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^{*16}が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った。これは、保険者にとっては、費用や労力を投入してレセプト点検を実施せざるを得なかったことを意味する。

今後、コンピュータチェックの充実を図るとともに、従前の単月点検のほか、新規の突合点検及び縦覧点検を実施することにより、原審査の充実を図るものとする。これは、保険者にとっては、レセプト点検（被保険者資格に係るものを除く。）の相当部分を支払基金の原審査に委ねることも可能となり、レセプト点検を実施する保険者の事務処理負担の軽減に資することを意味する^{*17}。

^{*16} 保険者の再審査請求件数は、保険者が突合点検又は縦覧点検を申し出た件数を含む。

^{*17} 「健康保険組合の平成22年度予算の編成について」(平成21年12月25日保発1225第1号各健康保険組合理事長あて厚生労働省保険局保険課長通知)においては、「レセプトの点検業務は、保険者の本来業務であるということを認識し、不適正な医療費を排除するという観点に立って、一層の強化に努めること。」とされている。

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すべての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。

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については、患者の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が認められている（参考5）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。この点、いかにコンピュータチェックの充実を図っても、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。

したがって、チェックマスター^{*18}を活用したコンピュータチェック（第4-1-(1)-イ-(イ)）や電子点数表^{*19}を活用したコンピュータチェック（第4-1-(1)-イ-(ロ)及び(ハ)）の充実を図るに当たっては、患者の個別性を重視する医療の要請に配慮する必要がある。

^{*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並びに基準投与量及び基準投与日数を収載している。

^{*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。

(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、

「診療行為マスター」*²⁰、「医薬品マスター」*²¹、「特定器材マスター」*²²等の基本マスターを活用したコンピュータチェック

点検条件の設定*²³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。

これに対し、平成22年2月、医薬品の適応及び用量に関するチェックマスターを構築し、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コンピュータチェックを開始した。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11月には、1,966品目とした。

*²⁰ 「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。

*²¹ 「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。

*²² 「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。

*²³ 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。なお、点検条件は、直近の平成22年11月には、本部設定分で2,391件、支部設定分で48,412件となっている。

また、平成 22 年 10 月、
医薬品の禁忌並びに併用禁忌及び併用注意^{*24}
処置、手術及び検査の適応^{*25}
歯式^{*26}に応じた診療行為
に関するチェックマスターを構築し、それらを参照して
傷病名と医薬品の禁忌との対応並びに医薬品相互の併用禁忌
及び併用注意の対応の適否
傷病名と処置、手術及び検査の適応との対応の適否
歯式と診療行為との対応の適否
を点検するコンピュータチェックを開始した。

これらは、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。

今後とも、特定保険医療材料の適応及び用量に関するチェック
マスターを構築し、それを参照して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を点検するコンピ
ュータチェックを開始するなど、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段階的に拡大するものとする。

*24 医薬品の禁忌並びに併用禁忌及び併用注意に関するコンピュータチェックの対象は、直近の平成 22 年 11 月には、791 品目となっている。

*25 処置、手術及び検査の適応に関するコンピュータチェックの対象は、直近の平成 22 年 11 月には、164 項目となっている。

*26 歯式とは、歯科における傷病に係る部位をいう。

(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、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コンピュータチェックを開始するものとする。

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。

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、歯科電子点数表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年度中を目途に、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コンピュータチェックを開始するものとする。

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、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、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 突合点検及び縦覧点検の実施

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、単月点検とならざるを得ず、突合点検及び縦覧点検は、保険者の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、支払基金の原審査の段階で単月点検のみならず突合点検及び縦覧点検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の軽減に資するよう、原審査の充実に向けて、平成23年4月より、従前の単月点検のほか、新規の突合点検及び縦覧点検を実施するものとする。

これは、単月点検という1ラインに限定されていた工程が単月点検、突合点検及び縦覧点検という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。

このような突合点検及び縦覧点検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^{*27}に移行するものとする。

*27 現行の画面審査システムは、平成14年11月に導入された。

なお、突合点検及び縦覧点検の実施方法については、それらの実施状況を踏まえ、必要に応じて随時に見直すものとする。

(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。

この場合においては、審査の充実のほか、

レセプト電算処理システムの普及の促進(第1-2)*²⁸

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(第4-4)

各支部における保険者との間での打合せ会の開催等を通じて、査定や再審査請求の減少が期待されることに留意する必要がある。

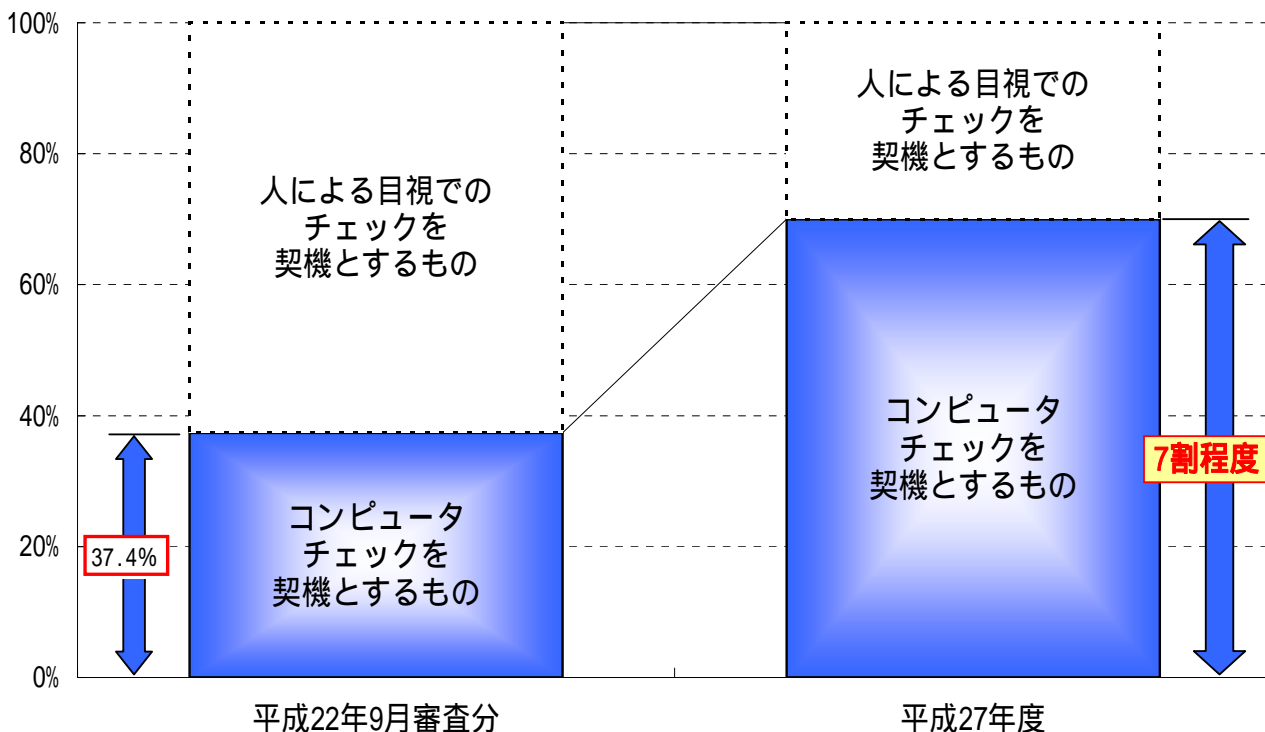
イ 原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの寄与率に関する数値目標

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9月審査分で37.4%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3)。

*²⁸ 医療機関が電子レセプトをオンラインで提出する場合には、ASP(=Application Service Provider)を通じてレセプトを受け付ける段階で記載漏れ等を点検することが可能である。

【図表 3】

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に関する数値目標



ロ 突合点検分及び縦覧点検分の査定件数及び査定点数に関する数値目標

突合点検及び縦覧点検については、従前、実施していなかったが、新規に実施することとなる。

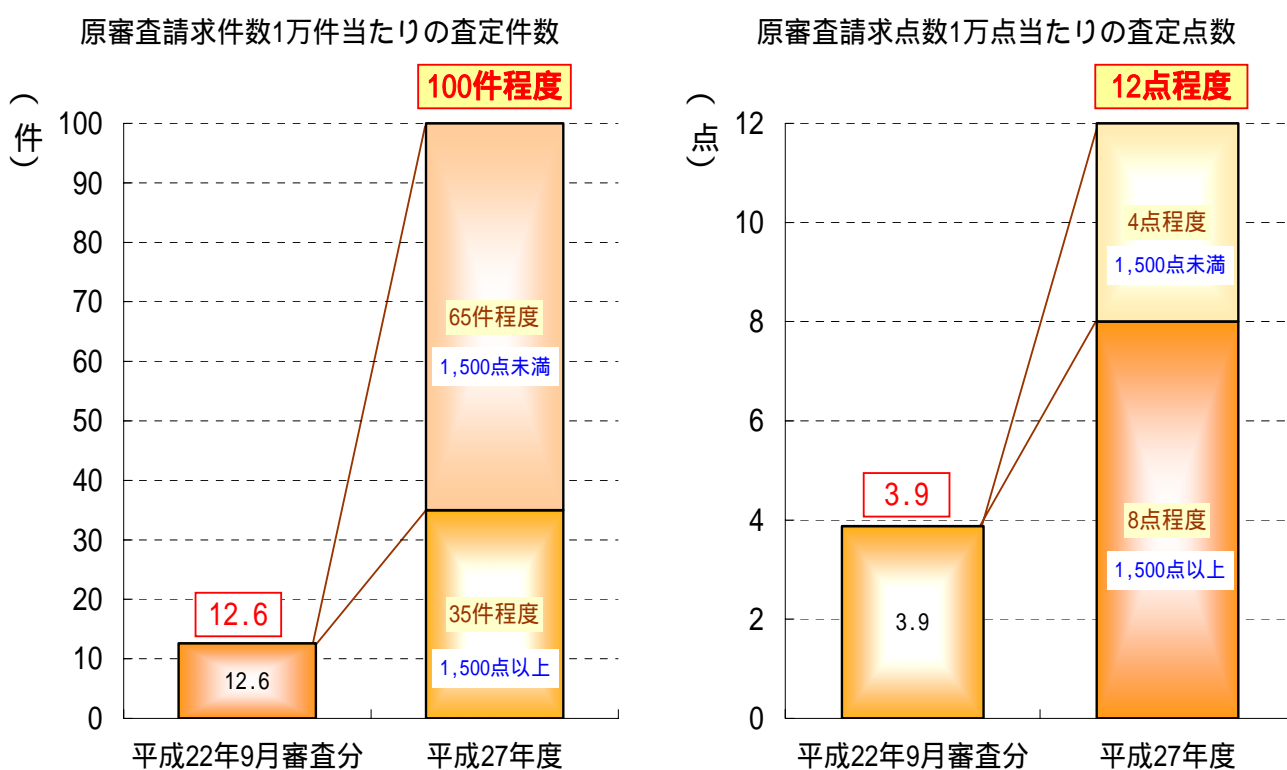
これを踏まえ、突合点検分及び縦覧点検分の査定件数及び査定点数について、点検力が高い保険者、すなわち、突合点検分及び縦覧点検分の査定実績で上位3割を占める保険者とおおむね同程度の水準^{*29}を達成することを目指すものとする。

^{*29} 1,500点未満の調剤レセプトに係る突合点検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点検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) 突合点検分

突合点検分については、直近の平成22年9月審査分では、
 原審査請求件数1万件当たりの査定件数が12.6件
 原審査請求点数1万点当たりの査定点数が3.9点
 となっている^{*30}が、平成27年度には、
 原審査請求件数1万件当たりの査定件数を100件程度
 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4)。

【図表4】 突合点検分の査定件数及び査定点数に関する数値目標

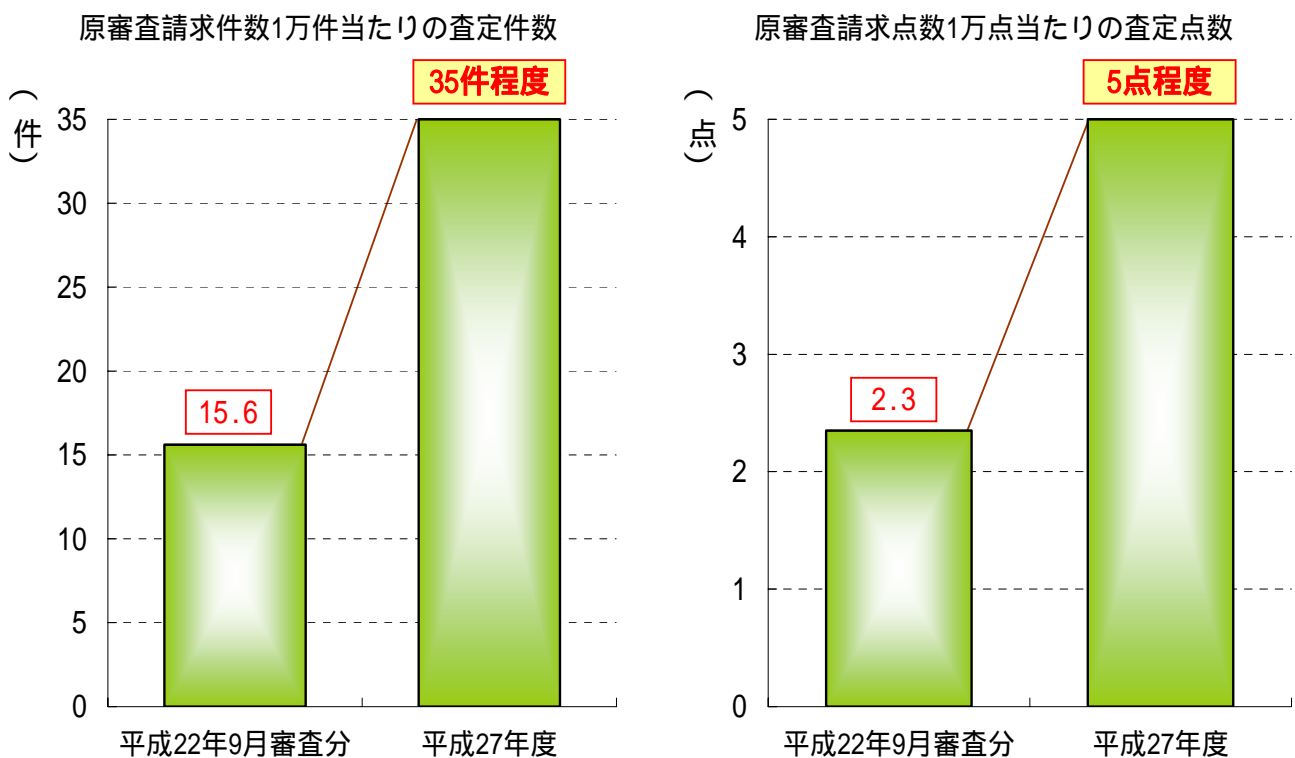


^{*30} 現行では、突合点検は、支払基金の原審査の段階で実施されていないため、
 原審査請求件数1万件当たりの査定件数は、保険者の申出に基づく当月の査定件数を5～7
 か月前の3か月の平均の原審査請求件数で除して10,000を乗じたもの
 原審査請求点数1万点当たりの査定点数は、保険者の申出に基づく当月の査定点数を5～7
 か月前の3か月の平均の原審査請求点数で除して10,000を乗じたもの
 である。

(ロ) 縦覧点検分

縦覧点検分については、直近の平成22年9月審査分では、
 原審査請求件数1万件当たりの査定件数が15.6件
 原審査請求点数1万点当たりの査定点数が2.3点
 となっている^{*31}が、平成27年度には、
 原審査請求件数1万件当たりの査定件数を35件程度
 原審査請求点数1万点当たりの査定点数を5点程度
 とすることを旨とする(図表5)。

【図表5】 縦覧点検分の査定件数及び査定点数に関する数値目標



^{*31} 現行では、縦覧点検は、支払基金の原審査の段階で実施されていないため、
 原審査請求件数1万件当たりの査定件数は、保険者の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
 原審査請求点数1万点当たりの査定点数は、保険者の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。

八 保険者の再審査請求件数に関する数値目標

直近の平成22年9月審査分では、医科・歯科レセプト（DPCレセプトを含む。以下同じ。）に係る原審査請求件数は、約48,269千件であるが、そのうち、原審査査定件数は、約526千件となっている。これに対し、保険者の再審査請求件数は、単月点検分のほか、突合点検分及び縦覧点検分を含めると、約504千件となっており、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。

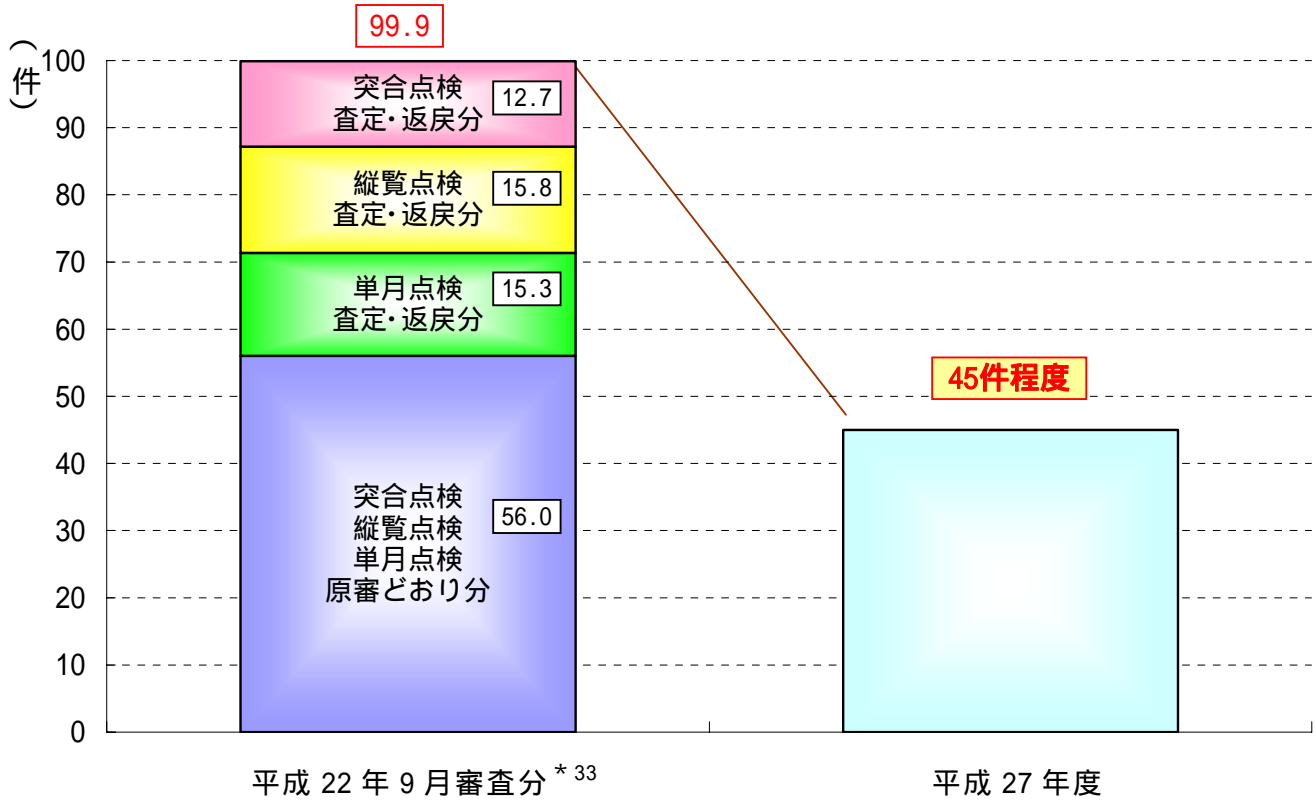
これを踏まえ、レセプト点検を実施する保険者の事務処理負担の軽減に資するよう、原審査の充実を図る結果として、直近の平成22年9月審査分で99.9件となっている原審査請求件数1万件当たりの保険者の再審査請求件数^{*32}を平成27年度中に45件程度におおむね半減することを目指すものとする（**図表6**）。

なお、保険者の再審査請求件数に関する数値目標の設定は、あくまでも、原審査の充実を図る趣旨であって、保険者の再審査請求を妨げる趣旨ではない。

^{*32} 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。

【図表6】 保険者の再審査請求件数に関する数値目標

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



*33 平成22年9月審査分の内訳は、保険者の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。

二 D P C レセプトの審査返戻率の把握及び公表

近年、D P C レセプト^{* 34}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^{* 35}。

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取扱いとした。

^{* 34} 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、

診断群分類点数表に基づき、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)

医科点数表に基づき、一般の医科レセプトと同様に算定される「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。

^{* 35} 直近の平成22年9月審査分では、請求件数は約369千件、請求点数は約19,025百万点となっているが、そのうち、審査返戻件数は約4千件、審査返戻点数は約478百万点となっている。

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6）。

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、審査委員と職員との連携の強化及び審査の差異に関する分析評価に取り組むものとする。

新規の支部間差異を発生させない。

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。

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。

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。

この場合においては、患者の個別性を重視する医療の要請に配慮するとともに、「審査情報提供検討委員会」^{*36}での協議を経て「審査情報提供事例」^{*37}を公表するなど、審査の透明性の向上^{*38}を図るものとする。

(1) 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。

「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7)。この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、差異が発生する場合がある。」

「新たな支部間差異を発生させないための対応として、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である。このため、本部においては、厚生労働省に対して早期に疑義解釈の回答を得るような努力の強化を求めることが必要である。」

*36 「審査情報提供検討委員会」は、審査の透明性の向上を通じて審査の公正性及び信頼性の確保に資するよう、審査情報提供検討事例(*34)を検討するため、平成16年7月に設置された。これは、支払基金の公益代表理事、保険者代表理事、診療担当者代表理事等のほか、厚生労働省保険局医療課長及び国民健康保険中央会審議役によって構成される。

*37 「審査情報提供事例」とは、審査における一般的な取扱いに関する事例であって、関係者に対する情報提供の対象となるものをいう。これについては、平成17年4月～平成22年6月の間、7次にわたり、累計で151件を公表した。

*38 支払基金検討会報告書は、「審査に関する情報提供に関し、審査基準を公開すべきかどうかについて議論がある。これについては、

医療がある程度標準化されることが必要であり、そのために審査基準を公開すべきである
ルールを公開することによって適正なレセプトが提出される効果がある

審査基準の公開は、基準ぎりぎりまで請求する保険医療機関等を増やすこととなり、保険診療の適正化に繋がらない

等の見解が分かれた状況になっている。」としている。

「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（参考8）。その場合、保険医療機関からは学会のガイドラインを認めるべきとの主張がなされており、認めるか否かについては、各審査委員会が判断しているが、この対応には苦慮しているところであり、対応が異なることにより支部間差異を発生させる要因となると考えられる。」

「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。」

「従来からの『審査に関する支部間差異解消のための検討委員会』^{*39}は、原則年2回の開催となっているが、対応のスピードに欠け、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である。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である。」

*39 「審査に関する支部間差異解消のための検討委員会」は、医科の審査に関する支部間差異の解消に資するよう、具体的事例の検討等を実施するため、平成7年8月に設置された。これは、本部役職員等によって構成される中央検討委員会及び支部審査委員等によって構成される地区検討委員会で組織される。これに対し、「審査に関する支部間差異解消のための歯科検討委員会」は、歯科の審査に関する支部間差異の解消に資するよう、具体的事例の検討等を実施するため、平成20年7月に設置された。これは、本部役職員及び支部副審査委員長によって構成される。

「保険診療ルールについては、医学的判断、裁量の余地等幅のある解釈が可能である。各審査委員会では、それぞれの審査委員間で解釈の相違が出てくるので、これを支部内において統一的な取扱いとするため支部取決事項（ローカルルール）が設定されている。この支部取決事項が多種多様であり、支部間差異を生む一つの要因と考えられる。」

「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。これまでは、他支部の審査委員会と情報交換したり、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と考えられる。」

「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、支部間差異の解消のために極めて有効である。このため、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がある。」

「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り、これまでこのような事例に十分な支援体制を組んでこなかったことも、差異を生ずる遠因となっていると考えられる。」

「このため、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り、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。」

「支部間差異の解消を図ろうとする場合、審査について専門的な識見を持つ審査委員が本部や支部の間の連絡調整、審査委員会内での協議、審査委員会と職員との連携の橋渡しをする必要があるが、フルタイムでこのような職務に従事する審査委員が少ないため、支部間差異解消に向けた取組みが進まない要因の一つと考えられる。」

「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であり、このような観点から、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がある。」

「このためには、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であり、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を行っていく必要がある。」

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。

「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する^{*40}。

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、必要に応じ、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検討を依頼し、その結果を全支部に周知する^{*41}。

この場合において、専門分野別ワーキンググループの見解と各審査委員会の見解とが一致しないときは、審査に関する支部間差異解消のための検討委員会又は審査に関する支部間差異解消のための歯科検討委員会で協議する。

また、専門分野別ワーキンググループの見解を審査情報提供事例として公表するに当たっては、審査情報提供検討委員会で協議する。

これに対し、学会等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検討を依頼し、その結果を厚生労働省に提供して学会等との調整を要請する。

「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する（参考9）。

具体的には、審査に関する保険者や医療機関の照会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暫定的な医学的見解の検討を依頼するなど、原則として1月（専門分野別ワーキンググループに係るものにあっては、3月）以内に、保険者や医療機関に回答するとともに、その内容を全支部に周知する。

^{*40} 支払基金検討会報告書は、「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である。」としている。

^{*41} 平成22年11月30日現在、検討済みの事例は4件、検討中の事例は6件、検討予定の事例は2件となっている。

「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、審査委員長等ブロック別会議を開催する^{* 42}。

「審査委員会間の審査照会」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を実施するネットワークを構築する。

具体的には、どの診療科について、どの支部より、コンサルティングを依頼する必要があるか、あるいは、どの支部に対し、コンサルティングを依頼することが可能であるか等を明確にする。

「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^{* 43}。

^{* 42} 平成 22 年 6 ~ 7 月、東北・北海道ブロック、関東・甲信越ブロック、東海・北陸ブロック、近畿ブロック、中国・四国ブロック及び九州ブロックのそれぞれにおいて、初めての審査委員長等ブロック別会議を開催した。

^{* 43} 平成 22 年 12 月 1 日現在、28 支部で 67 名の医療顧問を配置している。なお、平成 21 年 6 月における審査委員の改選に際しては、常勤審査委員が不在である支部は、23 支部であった。

(2) 審査委員と職員との連携の強化

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9月審査分では、68.5%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審査委員と職員との連携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おいては、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、職員が審査委員を補助する体制を確保するものとする。

(3) 審査の差異に関する分析評価

平成 2 1 年 1 0 ~ 1 2 月、支部間差異の実態を把握するため、山口支部及び福岡支部に係る平成 2 1 年 9 月審査分のレセプトの一部を抽出し、山口支部及び福岡支部のほか、千葉支部を含め、同一のレセプトを相互に交換して審査を試行する「レセプト交換による支部間差異の調査」を実施した。その結果については、平成 2 2 年 3 月、支払基金検討会報告書に盛り込んで公表するとともに、平成 2 2 年 6 月、厚生労働省検討会に提出した。

これについては、平成 2 2 年 6 ~ 7 月、支部間差異の要因を検証するため、個々のレセプトにおける個々の箇所について、各支部が査定又は請求どおりと判断した理由を確認する「レセプト交換による支部間差異の追加調査」を実施した。その結果については、平成 2 2 年 1 0 月、ホームページで公表するとともに、平成 2 2 年 1 1 月、厚生労働省検討会に提出した。

今後、全国一律の条件ですべてのレセプトを網羅的に点検するコンピュータチェックの充実を図ることに伴い、コンピュータチェックに係るデータを活用することにより、同一のレセプトを相互に交換して審査を試行することなく、審査の差異を検証することが可能となる（参考 1 0）。このため、コンピュータチェックに係るデータを活用して審査の差異に関する分析評価に取り組むものとする。

3 審査におけるPDCAサイクルの確立

平成22年7月、電子レセプトについて、
コンピュータチェックを通じた疑義の表示
職員による疑義の当否に関する確認
審査委員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コンピュータシステムを導入した。

これを活用することにより、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、過程及び実績を把握し、それら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 査定に現れない審査の意義の見える化

そもそも、審査は、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^{*44}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。

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り組みの効果を定量的に示すものとする。

この点、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で取りまとめたところ、526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306万点となっている（参考11）。

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。

^{*44} 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。

5 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提出が簡便となる、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ニーズに応じ、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 12）。

なお、平成 22 年 4 月、本部事業統括部にサービス推進課を設置した（参考 13）。

6 レセプト電子データ提供事業の実施

レセプト電子データ提供事業^{*45}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。

その価格については、従前における収支の実績及び今後における収支の見込みを踏まえ、当面、現行のとおり、据え置くとともに、平成 24 年度中を目途とする医療事務電算システムの機器更新(第 5 - 1 - (3))の実施状況を踏まえ、必要な見直しを検討するものとする。

^{*45} 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（*49）及びテキストデータ（*50）を提供する事業をいう。

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14）。

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年度中を目途に、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。）^{*46}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、
 - 月次での審査実績の分析評価
 - 審査の充実のための方策の検証
 - 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。

^{*46} ブロック中核支部は、北海道支部、宮城支部、埼玉支部、千葉支部、東京支部、神奈川支部、愛知支部、大阪支部、兵庫支部、広島支部及び福岡支部である。

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(第1-2)。これは、審査支払機関にとっては、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(参考15)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^{*47}。

このため、平成23年度中を目途に、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。

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。

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^{*48}の作成、画像データ^{*49}の取得及びテキストデータ^{*50}の作成を実施した上で、特定の支部に送付する。

特定の支部において、紙レセプトを保険者に送付する。

^{*47} 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))。

^{*48} 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。

^{*49} 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。

^{*50} 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。

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。

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。

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。

(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^{*51}。

これを踏まえ、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^{*52}を集約するものとする。

診療報酬に係る出納管理、債権管理等を内容とする資金管理に関する業務については、平成23年4月、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。

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^{*53}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。

*51 平成22年5月、従たる事務所の名称を「 県支払基金事務所」から「支払基金 支部」へ変更するとともに、従たる事務所に関する代理権を有する「幹事長」の呼称を「支部長」と定義した。

*52 管理業務とは、庶務、会計及び資金管理に関する業務をいう。

*53 平成20年4月より、水道光熱費等の支払の業務を、平成20年8月より、給与、雑費等の支払の業務をそれぞれ各支部から本部へ集約した。

(3) 医療事務電算システムの機器更新

コンピュータシステムについては、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最適化及び効率化を図るため、5～7年を目安として機器更新を実施することが一般的である。

これを踏まえ、平成24年度中を目途に、次に掲げる考え方に基づき、医療事務電算システムの機器更新を実施するものとする。

機器の老朽化に伴うトラブルの回避

現行の医療事務電算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^{*54}。

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が打ち切られるものと懸念される。

したがって、機器の老朽化に伴うトラブルを回避するため、最新の機器を導入する必要がある。

コンピュータシステムの処理性能の向上及び拡張性の確保

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、処理性能及び拡張性との関係で限界に達するものと見込まれる。

したがって、コンピュータシステムの処理性能の向上を図るため、サーバ及びクライアント(PC)を更新する必要がある。

また、コンピュータシステムの拡張性を確保するため、改修が繰り返されたプログラムを再構成する必要がある。

^{*54} 平成17年度における医療事務電算システムの機器更新は、
レセプト電算処理システムの普及状況に対応したサーバ等の処理能力の確保
支部単位で設置されたサーバによる分散処理方式からセンターに設置されたサーバによる
集中処理方式への移行
情報セキュリティの確保
を目的とするものであった。

コンピュータシステムの障害の発生に際してのトラブルの回避
災害等に伴うコンピュータシステムの障害の発生に際しても、迅速な復旧を通じた事業の継続を可能とすることが求められる。

したがって、コンピュータシステムの障害の発生に際してのトラブルを回避するため、予備の機器を設置するとともに、重要なデータを分散的に保存する必要がある。

(4) 予算及び決算における P D C A サイクルの確立

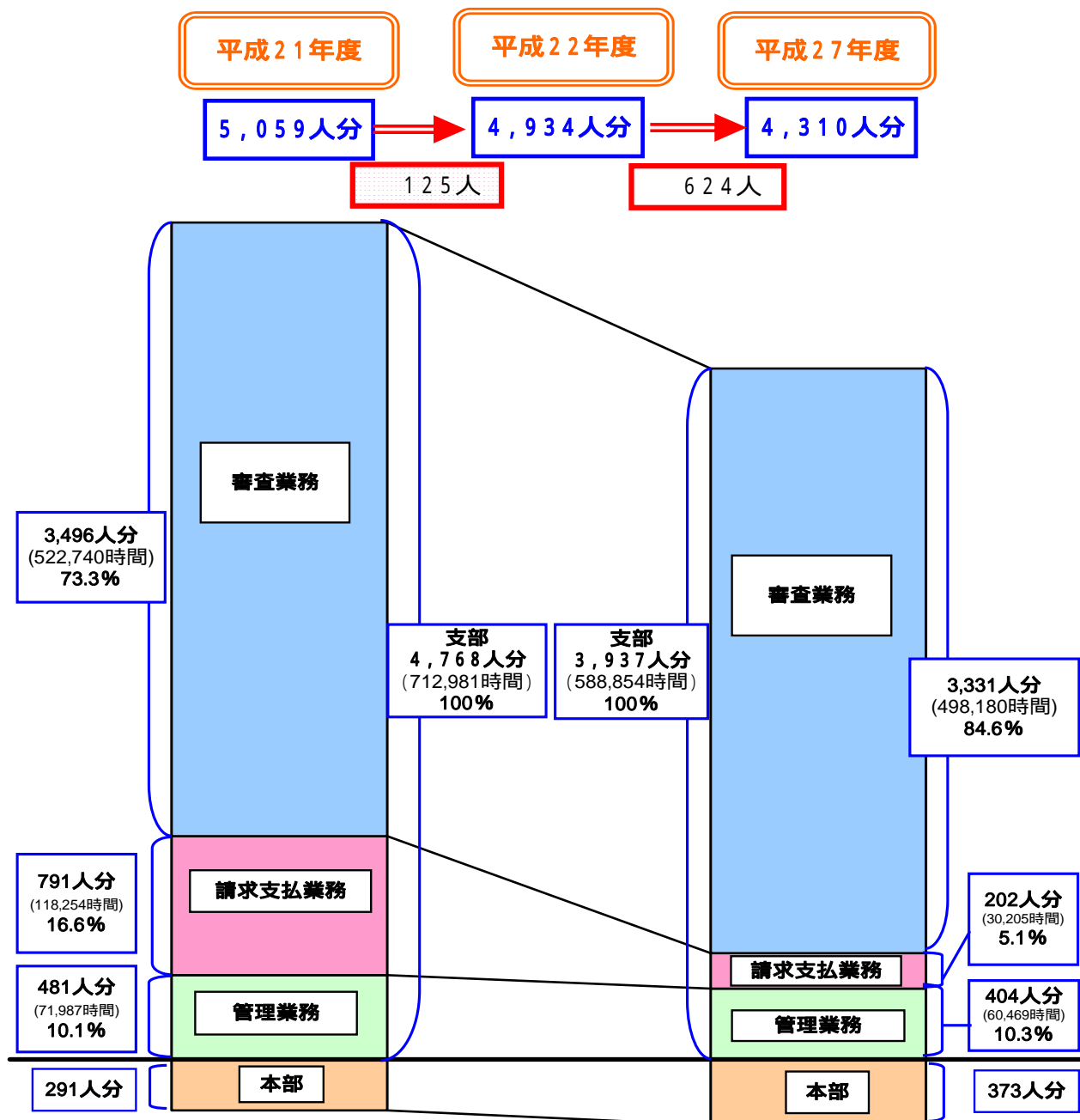
予算及び決算における P D C A サイクルの確立に向けて、一般会計^{* 55}の収支について、毎年度、決算を取りまとめるに当たり、予算と決算との異同を示すものとする。

* 55 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7）。

【図表7】 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、

平成22年7月、保険者及び医療機関に対し、オンラインでの再審査請求等の受付を開始したこと

平成23年4月より、支払基金の原審査の段階で突合点検及び縦覧点検を実施すること（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月に導入された、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コンピュータチェック（第4-1-（1）-イ-（イ））においては、平成22年9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箇所が約339千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42千件、審査委員の審査を通じて査定と判断したものが約22千件にとどまった（参考16）。

この点、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9月審査分で約339千件にとどまったが、平成27年度中に1月当たり16百万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。

この場合においても、可能な限り、原審査に係る業務量の増大が抑制されるよう、コンピュータチェックの精度の向上など、審査の効率化を図る必要がある。

3 総コストの削減のための方策

かねてより、可能な限り、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んできた（参考17）。

今後とも、業務量の見通し（第5-2）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半減（第4-1-（2）-八）、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、ピーク時の平成13年度（6,321人）と比較して 31.8%（2,011人）

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8及び参考18）。

【図表8】 一般会計の職員定員の削減

平成13年度	平成22年度	平成27年度
6,321人	4,934人	4,310人
	1,387人(21.9%)	624人(12.6%)
		2,011人(31.8%)

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。

この場合においては、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^{*56}を創設するものとする。

なお、職員定員が少ない小規模な支部の支部長について、近隣の支部の支部長が兼任する体制に移行するかどうかを検討するに当たっては、平成22年4月、岡山支部の支部長が鳥取支部の支部長を兼任する体制に移行した結果を踏まえるものとする。

(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(第1-1)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^{*57}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。

*56 早期退職制度とは、自己の意思に基づいて早期の退職を希望する職員を募集する制度をいう。

*57 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。

(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年度中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、医療事務電算システムの開発及び運用のため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、

新規のコンピュータ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

随意契約によらざるを得ない既存のコンピュータシステムの改修について、第三者機関による監査を実施すること

予算を執行する過程で見積りを精査すること^{*58}

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。

とりわけ、医療事務電算システムの機器更新に際しては、

ハードウェアの設置及び保守

ソフトウェアの開発及び保守

運用管理サービス^{*59}

センターホスティングサービス^{*60}

等を分離した上で、それぞれコストを最小化するために適切な方法を選択して調達を実施するものとする。

^{*58} 平成22年4月、民間企業でコンピュータシステムに関するコンサルティング等を経験した者を「システム専門役」として採用した。

^{*59} 運用管理サービスとは、コンピュータシステムの操作、監視等の技術支援を実施するサービスをいう。

^{*60} センターホスティングサービスとは、コンピュータの設置場所を提供するサービスをいう。

(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 (第 1 - 1) 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 19)。

4 総コストの削減に向けた数値目標

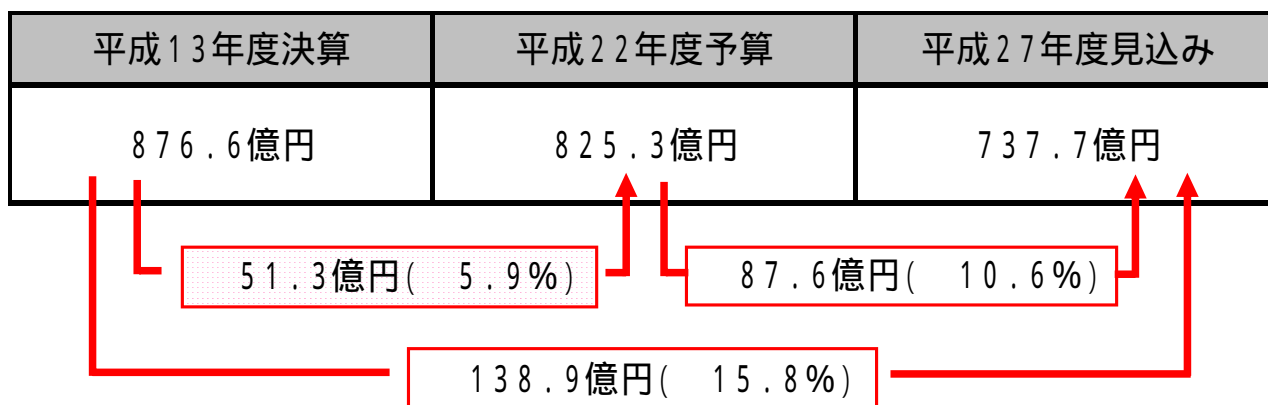
総コストの削減のための方策（第5-3）を実施することにより、一般会計の支出について、平成27年度には、

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）

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737.7億円以下とすることを目指すものとする（図表9及び図表10）。

【図表9】 一般会計の支出の削減



【図表10】 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委託経費の減
	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		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1) 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。

(注2) 積立預金の利子の繰入れを計上していない。

なお、各年度における一般会計の支出の見込みについては、基本的には、各年度の決算を踏まえて各年度の予算を編成する過程で精査するものとするが、可能な限り、中期的な見通しを提示するよう、努力するものとする。

5 手数料水準の引下げ

平成27年度における事務費収入^{*61}以外の一般会計の収入の見込みは、次のとおりである（**図表11**）。

【**図表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

（単位：億円）

区分	平成22年度 予算	平成27年度 見込み	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	宿舎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・更新料 宿舎使用料
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。

したがって、平成27年度における必要な事務費収入の見込みは、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を控除した額となる（**図表12**）。

【**図表12**】 平成27年度における必要な事務費収入の見込み

（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

^{*61} 事務費収入とは、保険者が負担する手数料による収入をいう。

このため、レセプト件数の見込み（第1 - 2）も踏まえ、全レセプトの平均手数料^{* 62}について、平成27年度には、

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）

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円以下とすることを目指すものとする（**図表13**及び**参考20**）。

【図表13】 平成27年度における全レセプトの平均手数料の見込み

平成9年度決算	平成22年度予算	平成27年度見込み
107.29円	90.24円	80.00円
17.05円(15.9%)		10.24円(11.3%)
27.29円(25.4%)		

^{* 62} 全レセプトの平均手数料とは、事務費収入をレセプト件数で除したレセプト1件当たりの手数料をいう。

なお、各年度における
事務費収入以外の一般会計の収入
必要な事務費収入
全レセプトの平均手数料
の見込みについては、各年度の決算を踏まえて各年度の予算を編成する
過程で精査するものとする。

この場合においては、各年度における一般会計の受入金^{*63}の見込みに
ついては、

「別途積立預金」^{*64}を平成24年度中
「IT化推進経費積立預金」^{*65}を平成27年度中
におおむね取り崩す、という方針に基づき、各年度の決算を踏まえて各
年度の予算を編成する過程で精査するものとする。

*63 受入金とは、積立預金からの受入れをいう。

*64 「別途積立預金」とは、支出に不足する収入の補填に充当するための積立預金をいう。平成
21年度決算終了後の別途積立預金残高は、82.4億円となっている。

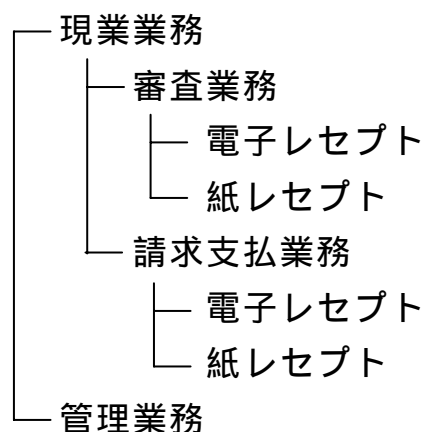
*65 「IT化推進経費積立預金」とは、コンピュータシステムの拡充に充当するための積立預金を
いう。平成21年度決算終了後のIT化推進経費積立預金残高は、65.2億円となっている。

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14**のとおりである。

次に掲げる区分を設定する。



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。

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 1 4】 平成 2 7 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 (億円)	548.6	521.0	27.6
		単価 (円)	<u>60.53</u>	<u>60.12</u>	<u>69.52</u>
	請求支払業務	コスト (億円)	107.2	65.7	41.5
		単価 (円)	<u>11.83</u>	<u>7.58</u>	<u>104.62</u>
管理業務		コスト (億円)	69.3	69.3	
		単価 (円)	<u>7.65</u>	<u>7.65</u>	
全業務		コスト (億円)	725.1	-	-
		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。

これと同様に、平成 2 3 年度以降、各年度の予算及び決算の段階において、事務費収入で賄われる支出に係るコスト構造を示すものとする。

(2) 手数料体系の見直し

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（第 1 - 1）。

現行では、手数料を算定するに当たり、レセプト件数の見込みを踏まえ、仮に手数料を据え置く場合における事務費収入の見込みを試算した上で、事務費収入以外の一般会計の収入の見込みを踏まえ、一般会計の収支の見込みを比較し、手数料を改定する幅を設定する取扱いとしている。

これについては、手数料の算定方法を簡明に説明することが困難である。

これを踏まえ、今後、コスト構造の見える化に資するよう、コストと手数料との対応関係を明確化するため、手数料の算定方法を見直すものとする。

この場合において、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、レセプトの区分ごとにコストに応じて手数料を設定する取扱いとする場合には、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。

これを踏まえ、今後、次に掲げる考え方にに基づき、審査業務及び請求支払業務並びに管理業務を区分し、それらの区分ごとに事務費収入で賄われる支出をレセプト件数で除する方法により、レセプト1件当たりの手数料を算定する取扱いとするなど、手数料体系の見直しについて、保険者団体と協議するものとする。

レセプトの区分の要件

レセプトの区分ごとにコストに応じて手数料を設定するためには、次に掲げる要件のいずれも満たす必要がある。

コスト構造がレセプトの区分ごとに典型的に異なること（以下「第1の要件」という。）

レセプトの区分ごとにコストを割り振り、又は業務量に応じて按分することが可能であること（以下「第2の要件」という。）

レセプトの区分ごとに手数料を設定することが現実的であること（以下「第3の要件」という。）

電子レセプトと紙レセプトとの区分

現行では、手数料を設定するに当たり、保険者がレセプトを受け取る形態でオンライン分、電子媒体分及び紙媒体分に区分する取扱いとしている。

これについては、区分ごとに事務費収入で賄われる支出をレセプト件数で除する方法で手数料を算定している訳ではないため、コストと手数料との対応関係が不明確である。

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)^{*66}を踏まえた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月より、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は、オンラインによるものとされている。

したがって、今後、コストと手数料との対応関係の明確化にも資するよう、手数料を設定するに当たり、保険者がレセプトを受け取る形態でオンライン分、電子媒体分及び紙媒体分に区分する取扱いとしないことが適当である。

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、かつ、コストを割り振り、又は業務量に応じて按分することが可能である。これは、第1の要件及び第2の要件が満たされることを意味する。

このため、手数料を設定するに当たり、電子レセプトと紙レセプトとを区分する取扱いとすることも、想定される。

しかしながら、仮に電子レセプトと紙レセプトとを区分して手数料を設定する取扱いとすると、紙レセプトに係る手数料が電子レセプトに係る手数料を大幅に上回る水準となる。その傾向は、レセプトの電子化の進展に伴う紙レセプトの減少により、更に顕著となる。

このため、医療機関が紙媒体で提出したレセプトをすべて紙レセプトに係る手数料の対象とすることについては、保険者の理解を得ることが困難である。これは、第3の要件が満たされないことを意味する。

^{*66} 「保険者におけるオンライン化の推進の観点から、厚生労働省は審査支払機関に対し、オンラインを導入した保険者と導入しない保険者間の手数料の差を拡大させることについても併せて検討させる。」旨が盛り込まれた。

したがって、手数料を設定するに当たり、電子レセプトと紙レセプトとを区分する取扱いとすることは、適当でない。

この場合においても、電子レセプトと紙レセプトとの間では、業務フローの相違に応じたコスト構造の相違が類型的に認められることを明らかにするため、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(第5-6-(1))と同様に、仮に電子レセプトと紙レセプトとを区分して手数料を設定する取扱いとする場合における手数料の水準及び内訳を別途に示すことが適当である。

なお、保険者(公費負担医療の実施機関を除く。)については、平成23年4月における電子レセプトの受取りのオンライン化に伴い、基本的には、電子レセプトを紙媒体で受け取ることが想定されないものの、個々の事情によっては、電子レセプトを紙媒体で受け取ることが経過的に有り得る。

この場合においては、オンラインでの電子レセプトの受取りと比較すると、電子レセプトを紙媒体に出力するための追加的な経費が必要となる。

このため、今後、コストと手数料との対応関係の明確化にも資するよう、保険者(公費負担医療の実施機関を除く。)が医療機関によって提出された電子レセプトを紙媒体で受け取る場合には、レセプト電子データ提供事業(第4-6)の考え方と同様に、手数料と別途に実費を徴収することが適当である。

医科・歯科レセプトと調剤レセプトとの区分

現行では、手数料を設定するに当たり、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを区分する取扱いとしている。

これについては、区分ごとに事務費収入で賄われる支出をレセプト件数で除する方法で手数料を算定している訳ではないため、コストと手数料との対応関係が不明確である。

このような取扱いは、従前、単月点検しか実施していなかったことに伴い、調剤レセプトについては、医科・歯科レセプトと異なり、審査委員会による原審査の決定の対象としていなかったことによるものである。

しかしながら、平成23年4月より、突合点検及び縦覧点検も実施すること（第4-1-(1)-ロ）に伴い、調剤レセプトは、医科・歯科レセプトと同様に、審査委員会による原審査の決定の対象となる。

このため、現行でも、保険者の申出に基づく調剤レセプトの審査に際しては、調剤レセプトについて、医科・歯科レセプトと同額で手数料を徴収する取扱いとしていることに着目すると、今後、突合点検を実施することに伴い、調剤レセプトに係る手数料を医科・歯科レセプトに係る手数料と同額に設定することが論理的である。これは、第1の要件が満たされないことを意味する。

加えて、調剤レセプトの審査については、それ自体でも、自家製剤加算^{*67}、計量混合調剤加算^{*68}など、個々の医薬品の特性を踏まえた薬学的な判断が求められる場合も、少なくないほか、突合点検を実施することに伴い、医科・歯科レセプトの審査との間で業務量を区分することが困難となる。これは、第2の要件が満たされないことを意味する。

^{*67} 自家製剤加算とは、医薬品を市販の剤形で容易に服用することができない患者に対し、医師の指示に基づき、錠剤を粉砕して散剤とするなど、特殊な技術工夫を伴う調剤を実施した場合における加算をいう。

^{*68} 計量混合調剤加算とは、2種類以上の医薬品を計量し、かつ、混合して調剤を実施した場合における加算をいう。

したがって、今後、コストと手数料との対応関係の明確化にも資するよう、手数料を設定するに当たり、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを区分しない取扱いとすることが適当である^{*69}。

この場合においては、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月における突合点検及び縦覧点検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。

医科レセプトと歯科レセプトとの区分及び入院レセプトと外来レセプトとの区分

審査の難易度は、レセプトごとに千差万別であるため、医科レセプトと歯科レセプトとの間や、入院レセプトと外来レセプトの間では、業務量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訳ではない。これは、第1の要件が満たされないことを意味する。

したがって、手数料を設定するに当たり、医科レセプトと歯科レセプトとを区分する取扱いとすることや、入院レセプトと外来レセプトとを区分する取扱いとすることは、適当でない。

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取扱いとすることは、適当でない。

^{*69} 現手数料見通しは、「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・歯科分と調剤分を区分けし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。

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な知見に基づく医学的な判断である。

したがって、査定率に応じて手数料を設定する取扱い、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設定する取扱いとすることは、査定率の向上に対する動機付けとなり得ないため、適当でない。

第6 医療保険制度に貢献する公的な役割

1 レセプト電算処理システムの開発及び運用

支払基金は、厚生労働省の要請を受けて、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いる（第1-2）。

今後とも、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すものとする。

2 電子点数表の作成及び公表

平成22年3月に医科電子点数表を、平成22年10月に歯科電子点数表を作成してホームページで公表した（第4-1-(1)-イ-(ロ)及び(ハ)）。

今後とも、医科電子点数表及び歯科電子点数表を継続的に更新するものとする。

3 医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いの検討

平成19年2月及び平成20年7月における厚生労働省の要請を受けて、審査情報提供検討委員会での協議を通じ、医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いを検討し、平成19年9月に47件、平成21年9月に33件の審査情報提供事例を公表した。

今後とも、厚生労働省の要請を受けて、審査情報提供検討委員会での協議を通じ、医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いを検討するものとする^{*70}。

^{*70} 平成22年10月における厚生労働省の要請を受けて、平成23年2月、審査情報提供検討委員会を開催する予定である。

4 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^{*71}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、標準仕様及び医療機関マスターを更新した^{*72}。

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、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。

^{*71} 旧総合病院については、従前、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コンピュータシステムを導入した。

^{*72} 平成22年2月、本部において、システムベンダーを対象とする記録条件仕様等の更新に関する説明会を開催した。

5 審査支払制度の見直しに関する提言

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遂行上必要となる事項
支払基金業務に関する制度改正事項
レセプト情報の有効活用に必要な事項
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。

平成22年6月、厚生労働省検討会において、
紙レセプト本位から電子レセプト本位への転換
レセプトのやり取りの電子化
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。

平成22年10月、厚生労働省検討会において、再審査請求等の期限
の法制化を要望した。

平成22年11月、厚生労働省検討会において、
保険診療ルールの明確化
専門的な診療科等に属するレセプトの審査体制の在り方
再審査に係る審査体制の在り方
について、「支払基金としての意見（審査体制の在り方関係）」を提出し
た。

今後とも、保険者と医療機関との間で公正に事業を運営しなければなら
ない独立の第三者機関として、レセプトの電子化の進展（第1-2）、
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厚生労働省に提言するものとする。

6 医療費の動向に関する分析

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、医療費の動向に関する分析の充実に資することとなる。

これを踏まえ、平成22年8月、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た結果を公表した。

加えて、平成22年11月、平成21年7・8月診療分及び平成22年7・8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（38,643か所）について、平成22年診療報酬改定の影響を更に詳細に分析した結果を公表した。

これらは、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弾及び第2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、医療費の動向に関する分析に取り組むものとする。

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を確保するため、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。

厚生労働省検討会等で検討されるべき審査支払制度の見直しに関する論点

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）。

このような制度的な枠組みを越えて支払基金の改革を求めるのであれば、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ことが必要となる。

審査支払制度の見直しをめぐる議論に供するため、支払基金としていくつかの論点を提起すると、次のとおりである。

不合理な支部間差異の解消を図る観点から、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は、考えられないか。

不合理な支部間差異の解消を図る観点から、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、

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

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、本部に設置された特別審査委員会等）が再々審査以降の審査を実施する仕組みは、考えられないか。

審査の効率化や請求支払の早期化を図る観点から、審査委員会の合議によらず審査の決定をする仕組み、例えば、
担当の審査委員が単独で審査の決定をする仕組み
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
は、考えられないか。

審査の効率化や請求支払の早期化を図る観点から、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は、考えられないか。

手数料体系の見直しをめぐる様々な議論に応える観点から、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、かつ、保険者がその協議に基づいて分担する仕組みは、考えられないか。

支払基金と国民健康保険団体連合会との間で公正な競争のための条件を確保する観点から、支払基金が国民健康保険団体連合会と同様に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は、考えられないか。

支払基金の基本理念及び職員行動指針

基本理念

私たちの使命

私たちは、国民の皆様にご信頼される専門機関として、診療報酬の「適正な審査」と「迅速な支払」を通じ、国民の皆様にとって大切な医療保険制度を支えます。

私たちの約束

私たちは、自らの使命を全うするため、次の5つを約束します。

その1 ITを活用し、社会の要請に応える良質なサービスを提供します。

その2 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ます。

その3 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ます。

その4 法令遵守を徹底し、公正に事業を運営します。

その5 情報公開を進め、説明責任を果たします。

職員行動指針

私たち一人一人は、自らの約束を果たすため、次の3つを遵守します。

その1 強い使命感と高い倫理観をもって職務に精励します。

その2 職務の専門性を自覚し、自らの能力の向上に努めます。

その3 保険者や医療機関を始めとする国民の皆様にご満足をご提供するよう、迅速かつ懇切丁寧に対応します。

レセプト1件当たりの手数料(平成22年度)

		保険者がレセプトを受け取る形態		
		オンライン分	電子媒体分	紙媒体分
レセプトの種別	医科・歯科分	104.00円 (4.50円)	108.20円 (2.00円)	114.20円 (据置き)
	調剤分	47.00円 (4.50円)	51.20円 (2.00円)	57.20円 (据置き)

(注1) 括弧内は、対平成21年度比である。

(注2) 保険者の申出に基づく調剤レセプトの審査に際しては、調剤レセプトについて、医科・歯科レセプトと同額で手数料を徴収する取扱いとしている。

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、記録条件仕様及び基本マスターを作成。
平成 2・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も提供。
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	医科電子点数表及び歯科電子点数表を作成してホームページで公表。



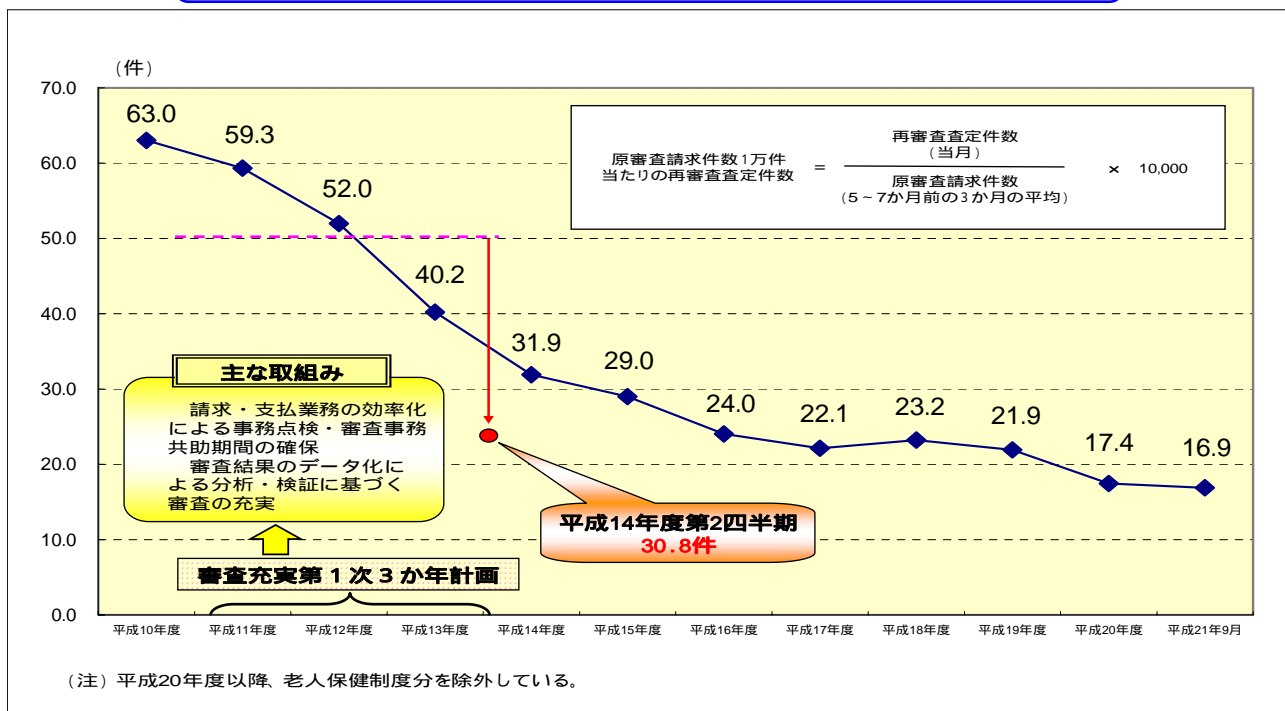
支払基金においては、関係機関と調整しつつ、記録条件仕様、標準仕様、基本マスター及び医療機関マスターを継続的に更新。

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も提供。

4次にわたる審査充実計画で設定された数値目標の達成状況

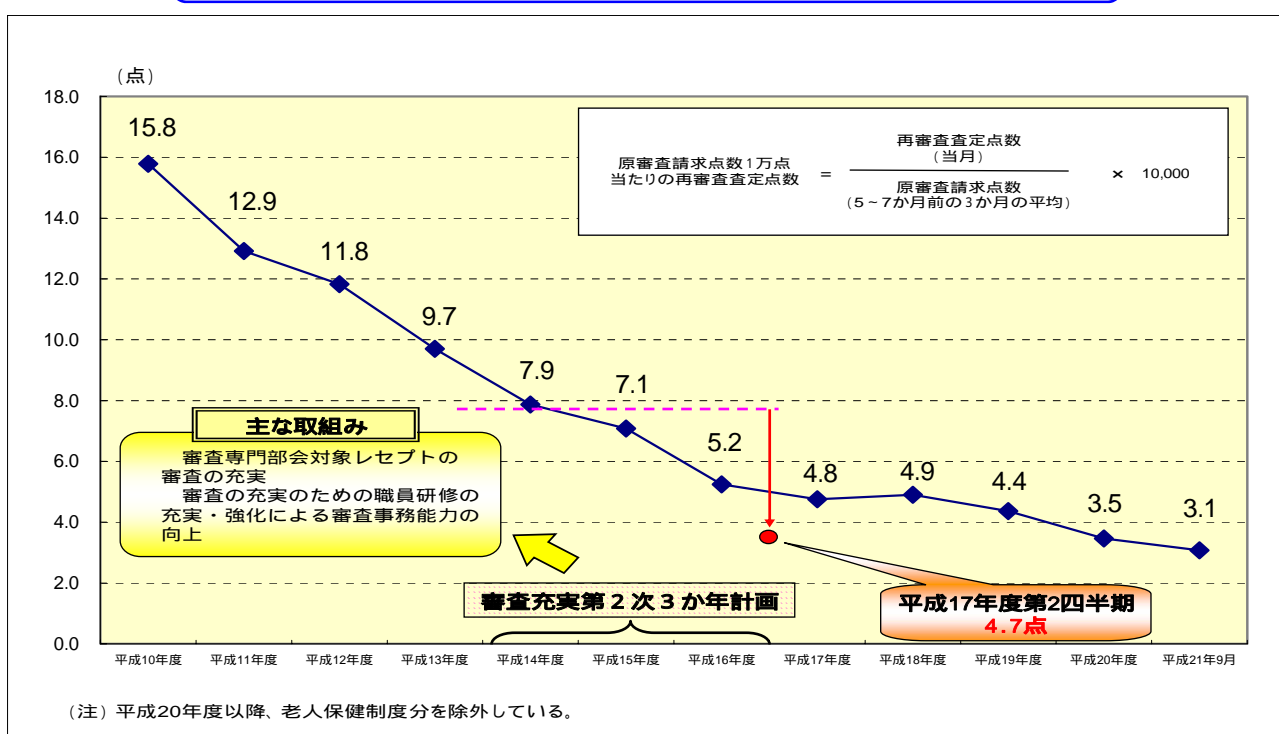
1 「審査充実第1次3か年計画」(平成11年4月)

原審査請求件数1万件当たりの再審査査定件数の推移



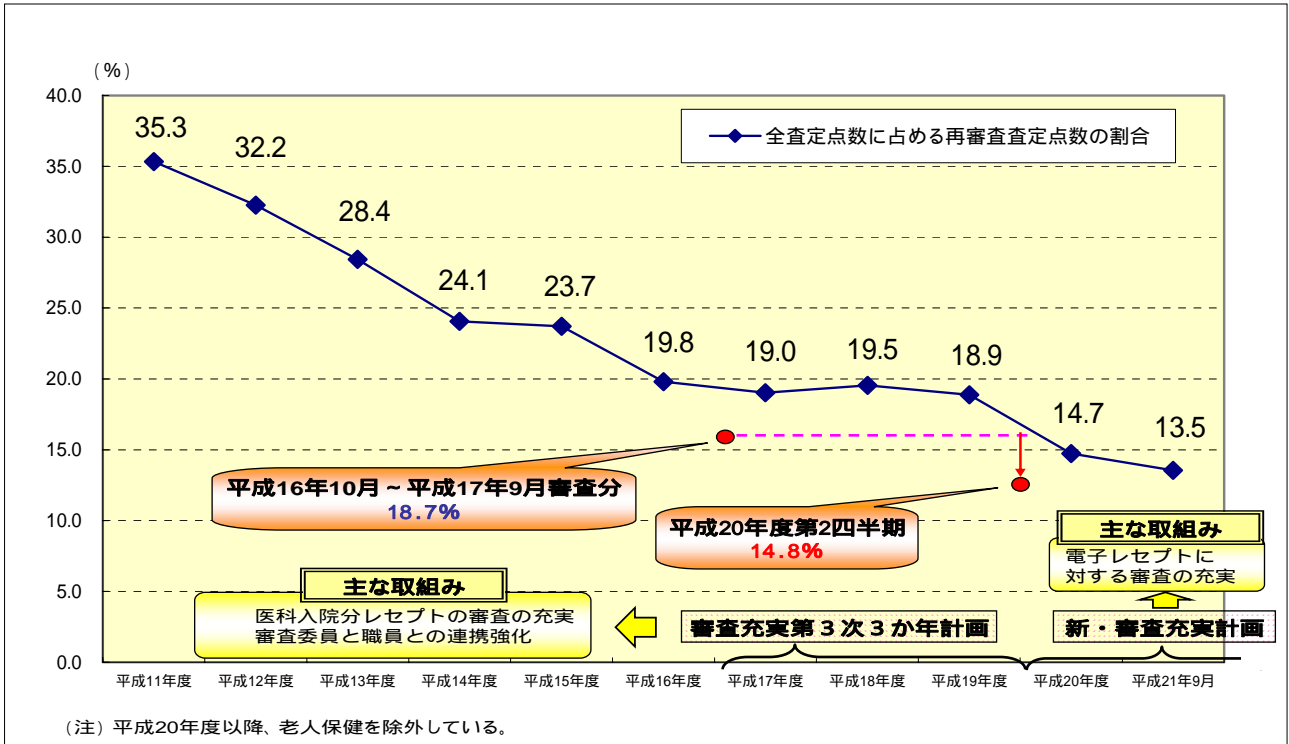
2 「審査充実第2次3か年計画」(平成14年4月)

原審査請求点数1万点当たりの再審査査定点数の推移



3 「審査充実第3次3か年計画」(平成17年4月)
及び「新・審査充実計画」(平成20年4月)

全査定点数に占める再審査査定点数の割合の推移



機械的な判断が不可能である保険診療ルール例

1. 療養担当規則における投薬

「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

「その他 に準じるような重篤な状態」

3. その他

(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)

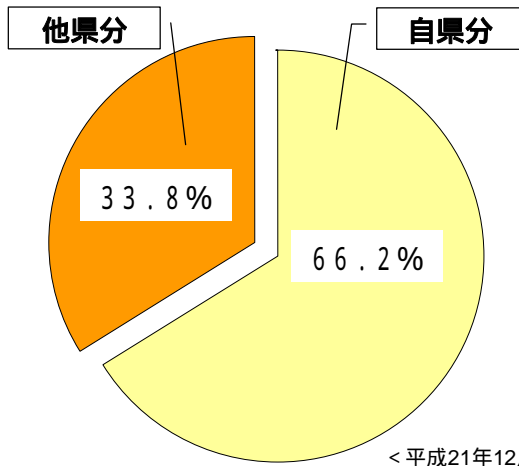
(2) 医薬品の適用外使用(昭和55年保険局長通知)

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。」

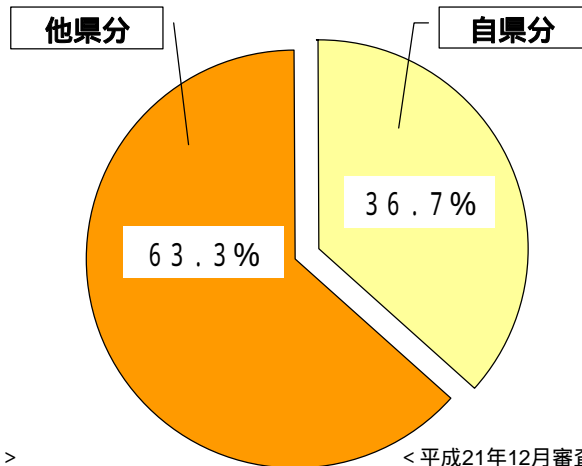
支払基金における自県分・他県分のレセプト件数の構成割合

全管掌分



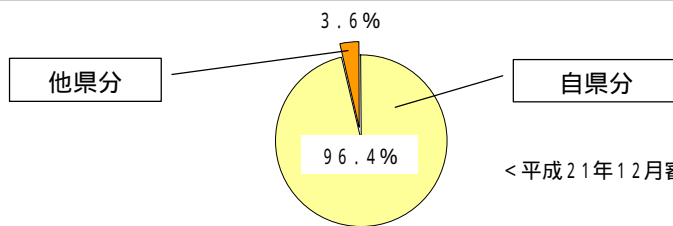
<平成21年12月審査分>

健康保険組合分



<平成21年12月審査分>

[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



<平成21年12月審査分>

**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11月30日現在)**

1. 医科・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	22	9	40.9%

(注)平成22年3月3日、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	70	65	92.9%

学会等ガイドラインと保険診療ルールとの不整合の例

1 TNF阻害薬による関節リウマチの治療に際しての検査

学会等ガイドライン

【「関節リウマチ（RA）に対するTNF阻害療法施行ガイドライン（2010年改訂版）」（2010年9月30日リウマチ学会）】

対象患者について、「日和見感染症の危険性が低い患者」として、「血中 - D - グルカン陰性」も満たすことが望ましい旨を規定。

保険診療ルール

【「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う留意事項について」（平成22年3月5日保医発第0305第1号厚生労働省保険局医療課長等通知）】

「（13） - - D - グルカンは、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。」と規定。

2 B型肝炎ウイルスの再活性化による重症肝炎の発症の予防のための対策

学会等ガイドライン

【「免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策」（2008年12月8日厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班劇症肝炎分科会及び「肝硬変を含めたウイルス性肝疾患の治療の標準化に関する研究」班合同報告】

ステロイドを併用した化学療法の施行や強力な免疫抑制剤の使用に際しては、B型肝炎ウイルス再活性化リスク群を同定するため、スクリーニング検査として、すべての症例について、HBs抗原、HBc抗体及びHBs抗体を測定する旨を規定。

保険診療ルール

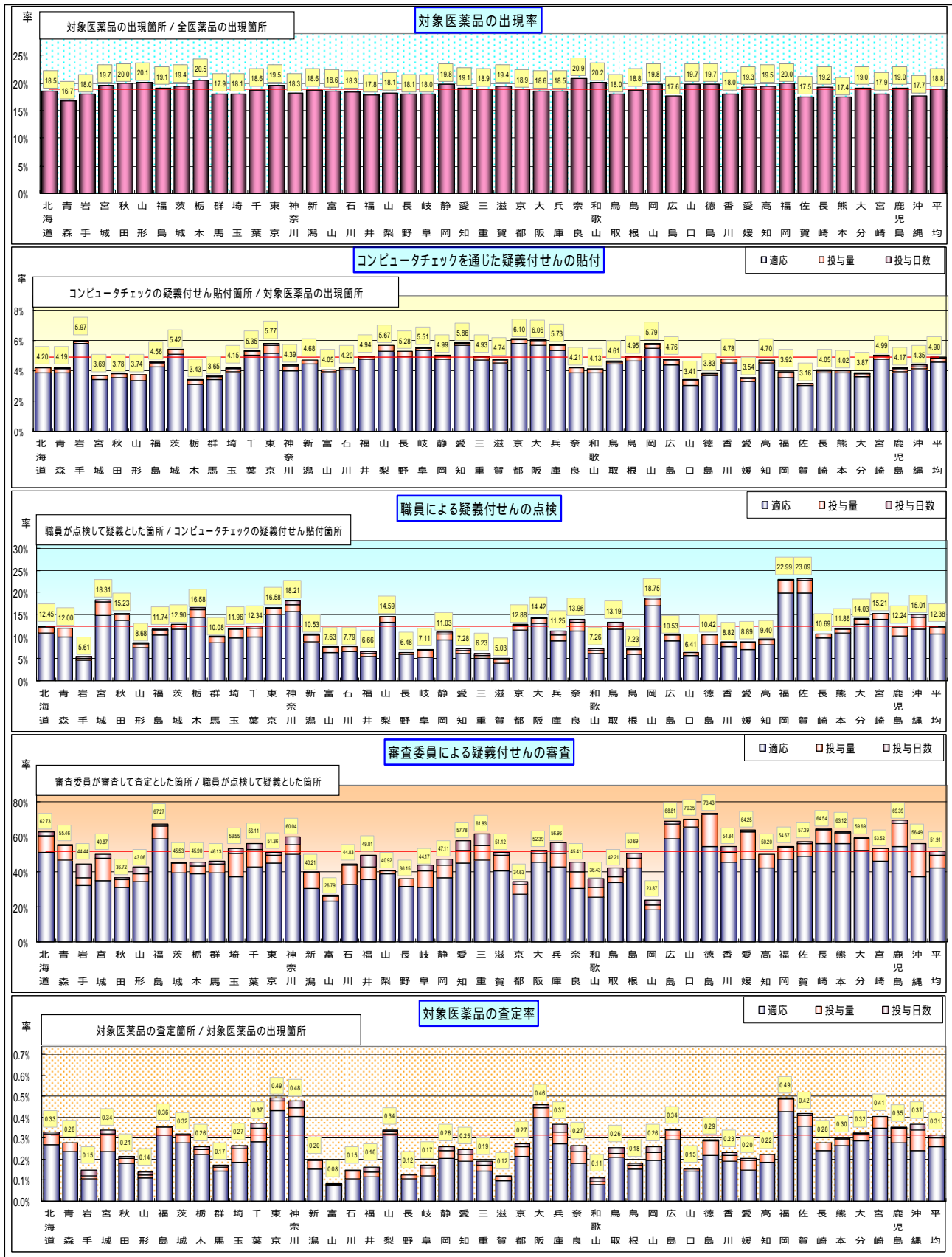
診療報酬点数表等においては、HBs抗原、HBc抗体及びHBs抗体の測定について、算定要件を具体的に規定していないところ。

審査に関する苦情等相談窓口の対応状況

平成22年6月、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6～11月における対応状況は、次のとおり。

		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	支部に対して回答を依頼したもの	
合 計		484	173	257	54
医科	保険者	35	7	4	24
	医療機関	339	122	202	15
	その他	0	0	0	0
歯科	保険者	16	6	0	10
	医療機関	26	4	17	5
	その他	1	1	0	0
調剤	保険者	0	0	0	0
	医療機関	67	33	34	0
	その他	0	0	0	0

各支部における 医薬品の適応及び用量に関するコンピュータチェックの実施状況 (平成22年9月審査分)



(注) 医薬品の適応及び用量に関するコンピュータチェックの対象は、平成22年9月には、1,955品目であった。

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、次のとおりである。

区分	医療機関	主な改善要請事項	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
全国	526		3,073,360	15,834	3,057,526
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	ペガシス皮下注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 α 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	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
島根	41	クレスチン	20,264	0	20,264
新潟	42	バルクス注ディスポ10μg	20,256	0	20,256
群馬	43	エスポー皮下用	20,024	0	20,024
鹿児島	44	ハイカムチン注射用	19,574	0	19,574
兵庫	45	終末呼気炭酸ガス濃度	18,492	0	18,492
北海道	46	超音波検査パルスドップラー	18,088	0	18,088
福岡	47	ハルトマン液 - 「HD」 500mL	17,863	0	17,863
福岡	48	ソリアセトF輸液 500mL	17,558	157	17,401
宮城	49	救急医療管理加算	16,800	0	16,800
宮城	50	救急医療管理加算	15,600	0	15,600
沖縄	51	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	52	タケプロンOD錠30 30mg	15,475	225	15,250
千葉	53	持続緩徐式血液濾過	13,930	0	13,930
三重	54	S - 蛍光M、位相差M、暗視野M	13,359	0	13,359
群馬	55	骨内異物(挿入物)除去術(その他)	12,846	0	12,846
沖縄	56	四肢の血管拡張術・血栓除去術	12,670	0	12,670
鹿児島	57	メロベン点滴用	12,440	0	12,440
大阪	58	CT撮影(マルチスライス型機器)	12,292	0	12,292
奈良	59	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)	12,160	0	12,160
熊本	60	尿沈渣	12,167	25	12,142
香川	61	HER2タンパク	12,095	0	12,095
徳島	62	救急医療管理加算	12,000	0	12,000
滋賀	63	サーモダイリユーション用カテーテル	11,600	0	11,600
岐阜	64	ゾメタ注射液4mg 5mL	11,496	0	11,496
千葉	65	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	11,270	0	11,270
宮崎	66	皮膚科光線療法(赤外線又は紫外線)	11,172	0	11,172
山梨	67	ヒトCRH注「ミツビシ」	10,910	0	10,910
岡山	68	骨移植術(軟骨移植術を含む)(人工骨移植)	10,493	8	10,485
愛知	69	2以上の手術の50%併施加算	10,150	0	10,150
愛知	70	クレスチン	10,129	0	10,129
神奈川	71	点滴静注用バンコマイシン0.5「MEEK」 0.5g	9,471	0	9,471
大阪	72	エンペシド液、フルメトロン	10,849	1,407	9,442
千葉	73	静脈麻酔(短時間)	9,000	0	9,000
福岡	74	F5H精密	11,552	2,887	8,665
兵庫	75	嫌気性培養加算	8,920	490	8,430
愛知	76	ベグイントロン皮下注用100μg/0.5mL用(溶解液付)	8,188	0	8,188
和歌山	77	ハイトラシン錠1mg	7,860	0	7,860
大阪	78	ホスミンSバッグ1g点滴静注用	7,757	0	7,757
岩手	79	HCV核酸定量	7,693	0	7,693
沖縄	80	喀痰吸引	7,693	0	7,693
福井	81	注射用プロスタンディン500	7,528	0	7,528
島根	82	ボルヒール 3mL4瓶	7,421	0	7,421
静岡	83	チンパノメトリー	7,350	0	7,350
香川	84	サーモグラフィー	7,800	600	7,200
宮城	85	フルマリンキット静注用1g	6,983	0	6,983
愛知	86	献血アルブミン(5%) - Wf 5%250mL	6,811	0	6,811
佐賀	87	通院・在宅精神療法	6,570	0	6,570
大分	88	オノドライシロップ	6,336	0	6,336
鳥取	89	オムニパーク240	6,335	0	6,335
大阪	90	IgA、IgG、IgM、尿沈渣	6,303	0	6,303

区分	医療機関	主な改善要請事項	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
東京	91	心身医学療法	6,020	0	6,020
鹿児島	92	超音波検査(断層・胸腹部)	5,884	0	5,884
大分	93	メロペン点滴用キット0.5g	5,824	0	5,824
佐賀	94	造影剤注入(選択的血管造影)	5,737	0	5,737
高知	95	子宮内膜搔爬術	5,664	0	5,664
静岡	96	超音波検査(断層撮影法)(その他)	5,915	350	5,565
熊本	97	耳処置	5,525	0	5,525
静岡	98	耐糖能精密	5,400	0	5,400
千葉	99	リパロ錠2mg	5,332	0	5,332
高知	100	献血アルブミン-wf20%50ml	5,294	0	5,294
愛媛	101	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	5,280	0	5,280
鹿児島	102	超音波(UCG)	5,280	0	5,280
広島	103	トリガーポイント注射	5,082	0	5,082
岩手	104	スプレキュアMP皮下注用1.8	4,996	0	4,996
徳島	105	FSH精密	4,989	0	4,989
千葉	106	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	4,770	0	4,770
岩手	107	エトキシスクレロール1%注射液	4,603	0	4,603
静岡	108	スベニールデイスポ 1%2.5mL	4,272	0	4,272
新潟	109	プリンク注10μg	4,242	0	4,242
広島	110	救急医療管理加算	4,200	0	4,200
神奈川	111	プロブレス錠8 8mg	4,011	0	4,011
鳥取	112	星状神経節ブロック	3,900	0	3,900
佐賀	113	T-M	3,784	15	3,769
福島	114	ブラビックス錠	3,748	0	3,748
香川	115	パルスドブラ法加算	3,600	0	3,600
広島	116	骨腫瘍切除術(手)	3,565	0	3,565
兵庫	117	HBe抗原精密測定	3,470	0	3,470
三重	118	アルブミン5% 250mL	3,439	0	3,439
茨城	119	ガスター注射液20mg	3,432	0	3,432
石川	120	2以上の手術の50%併施加算	3,415	0	3,415
富山	121	ペントシリン注射用	3,405	0	3,405
福岡	122	角膜内皮細胞顕微鏡	3,360	0	3,360
宮城	123	HMG「コーワ」150注用	3,286	0	3,286
千葉	124	A B O	3,279	0	3,279
沖縄	125	ノルアドリナリン	3,224	0	3,224
鳥根	126	パルスドブラ法加算	3,200	0	3,200
鳥根	127	エボジン注シリンジ1500	3,080	0	3,080
徳島	128	E C G 1 2	3,073	0	3,073
大阪	129	クラミジア・ニューモニエIg	3,067	0	3,067
鹿児島	130	ブラビックス錠	3,042	0	3,042
岩手	131	オキシコンチン錠10mg	3,040	0	3,040
大分	132	腎癰・膀胱癰用カテーテル	3,037	0	3,037
沖縄	133	矯正視力、屈折検査	3,034	0	3,034
鳥取	134	CT撮影(マルチスライス型機器)	3,000	0	3,000
滋賀	135	サーモダイリレーション用カテーテル	2,950	0	2,950
静岡	136	精密眼圧	2,879	0	2,879
長野	137	画像記録用フィルム(半切)	2,794	0	2,794
兵庫	138	FT3精密	2,776	0	2,776
愛媛	139	セファメジン 点滴用キット1g (生理食塩液100mL付)	2,714	0	2,714
徳島	140	リーバクト顆粒 4.15g	2,656	0	2,656

区分	医療機関	主な改善要請事項	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
山口	141	角膜曲率	2,581	0	2,581
大分	142	特異的IgE	2,563	0	2,563
兵庫	143	眼底カメラ	2,554	0	2,554
岩手	144	クリダマシン注	2,547	0	2,547
鹿児島	145	デジタル映像化処理	2,538	0	2,538
大分	146	レルボックス錠20mg	2,504	0	2,504
山形	147	嫌気性培養加算	2,437	0	2,437
福岡	148	子宮頸管粘液採取	2,400	0	2,400
島根	149	インフルエンザウイルス抗原精密	2,394	0	2,394
岩手	150	パルスドブラ法加算	2,380	0	2,380
愛媛	151	バルトレックス錠500 500mg	2,366	0	2,366
青森	152	ノイトロピン注射液3.6単位	2,332	0	2,332
秋田	153	赤血球不規則抗体	2,322	0	2,322
長崎	154	単純撮影(胸部)	2,282	0	2,282
新潟	155	電子画像管理加算(単純撮影)	2,280	0	2,280
群馬	156	経尿道的尿管ステント留置術	2,270	0	2,270
兵庫	157	オピスタン注射液35mg	2,240	0	2,240
香川	158	ゼフロプト錠5μg	2,198	0	2,198
山梨	159	創傷処理	2,178	0	2,178
熊本	160	リンデロン注4mg(0.4%) 4mg	2,161	0	2,161
和歌山	161	NTx精密	2,080	0	2,080
大分	162	胎児外回転術	2,042	0	2,042
宮城	163	精密眼圧	2,040	0	2,040
新潟	164	CEA精密	2,014	0	2,014
広島	165	絆創膏固定術	2,000	0	2,000
大分	166	人工腎臓	1,991	0	1,991
宮城	167	肛門鏡	1,980	0	1,980
岩手	168	ゾシン静注用4.5	1,975	0	1,975
宮城	169	アルツディスボ関節注25mg	1,950	0	1,950
岐阜	170	眼処置	1,950	0	1,950
長崎	171	四肢ギブスシーネ	1,862	0	1,862
兵庫	172	痔瘻根治手術複雑	1,825	0	1,825
大分	173	非特異的IgE	1,808	0	1,808
島根	174	HMG注テイゾー150単位	1,740	0	1,740
愛媛	175	呼吸心拍監視	1,700	0	1,700
山形	176	ラコール	1,672	0	1,672
広島	177	強力ネオミノファーゲンシー静注20mL 20mL	1,603	0	1,603
広島	178	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	1,590	0	1,590
広島	179	ホスミンS静注用2g 2g	1,581	0	1,581
新潟	180	ブランルカスト錠	1,577	0	1,577
香川	181	プラビックス錠75mg	1,568	0	1,568
大阪	182	精密持続点滴注射	1,560	0	1,560
東京	183	裂肛手術	1,555	0	1,555
岐阜	184	グロプリンクラス別ウイルス抗体価精密	1,510	0	1,510
広島	185	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	1,500	0	1,500
大分	186	アヘンチンキ 10%	1,479	0	1,479
愛媛	187	イントラリポス 20%100mL	1,475	0	1,475
静岡	188	ボルトレンサポ25mg	1,467	0	1,467
徳島	189	超音波検査(胸腹部)	1,431	0	1,431
宮崎	190	超音波検査(断層撮影法)(その他)	1,431	0	1,431

区分	医療機関	主な改善要請事項	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
静岡	191	皮膚科軟膏処置(100cm ² 以上500cm ² 未満)	1,430	0	1,430
島根	192	シスタチンC精密	1,419	0	1,419
大分	193	キネダック錠50mg	1,418	0	1,418
三重	194	برانルカスト錠	1,414	0	1,414
兵庫	195	救急医療管理加算	1,410	0	1,410
群馬	196	プロテカジン錠	1,390	0	1,390
岐阜	197	パルスドブラ法加算	1,380	0	1,380
大分	198	真皮縫合加算	1,378	0	1,378
広島	199	ケタス点眼液0.01% 0.5mg5mL	1,368	0	1,368
新潟	200	精密眼圧	1,360	0	1,360
沖縄	201	E2精密	1,336	0	1,336
滋賀	202	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	203	コンピューター断層診断	1,329	0	1,329
大分	204	ノイトロピン注射液3.6単位	1,324	0	1,324
新潟	205	経皮的動脈血酸素飽和度	1,310	0	1,310
大分	206	HCV核酸定量	1,282	0	1,282
香川	207	結核菌群核酸増幅同定	1,280	0	1,280
長崎	208	CRP	1,280	0	1,280
新潟	209	精密眼圧	1,275	0	1,275
佐賀	210	クラリス錠200	1,251	0	1,251
徳島	211	ノンストレステスト	1,230	0	1,230
岩手	212	休日(再診)、時間外(再診)	1,210	0	1,210
兵庫	213	Alb定量精密(尿)	1,389	180	1,209
広島	214	アリセプトD錠5mg	1,204	0	1,204
宮崎	215	アリセプトD錠5mg	1,204	0	1,204
宮城	216	アシノン錠75mg	1,201	0	1,201
山形	217	MMP-3精密	1,200	0	1,200
三重	218	子宮卵管内造影剤注入	1,200	0	1,200
山口	219	内視鏡下生検法	1,190	0	1,190
静岡	220	末梢血液像	1,170	0	1,170
徳島	221	アネキセート注射液0.5mg 5mL	1,168	0	1,168
岐阜	222	処方料(その他)	1,142	0	1,142
長崎	223	BNP精密	1,136	0	1,136
香川	224	CRP(定量)	1,150	32	1,118
滋賀	225	術前検査の腹部単純撮影	1,068	0	1,068
群馬	226	T-M(1臓器)	1,066	0	1,066
富山	227	ヘパフラッシュ	1,064	0	1,064
岩手	228	モーラステープ	1,058	0	1,058
山形	229	LEテスト	1,050	0	1,050
東京	230	涙液分泌機能検査	1,046	0	1,046
滋賀	231	アルツディスポ関節注	1,039	0	1,039
山形	232	矯正視力	1,014	0	1,014
和歌山	233	精密眼底(両)	1,008	0	1,008
香川	234	ノンストレステスト	1,000	0	1,000
愛媛	235	パルスドブラ法加算	1,000	0	1,000
宮城	236	気管内チューブ	981	0	981
静岡	237	CRP(定量)	976	0	976
千葉	238	長期投薬加算(処方料)	975	0	975
富山	239	セルニルトン錠	973	0	973
三重	240	鼓室内薬液注入	972	0	972

区分	医療機関	主な改善要請事項	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
青森	241	ロルカム錠4mg	970	0	970
青森	242	経皮的動脈血酸素飽和度	960	0	960
愛媛	243	子宮頸管粘液採取	960	0	960
三重	244	休日(再診)	950	0	950
沖縄	245	デブリードマン加算	940	0	940
長崎	246	PT	912	0	912
静岡	247	HIV - 1、2抗体価	910	0	910
香川	248	チンパノメトリー	910	0	910
山形	249	体液量	900	0	900
三重	250	他医撮影のコンピューター断層診断	900	0	900
大分	251	胃洗浄	893	0	893
新潟	252	神経学的検査	880	0	880
大阪	253	A B O、Rh(D)、外来迅速検体検査加算	854	0	854
宮城	254	悪性腫瘍特異物質治療管理料	840	0	840
三重	255	T4精密	840	0	840
広島	256	BNP精密	840	0	840
秋田	257	尿一般	832	0	832
青森	258	ソルコセルル注2mL	831	0	831
和歌山	259	スリットM(前眼部)後生体染色使用再検査	816	0	816
島根	260	尿一般	816	0	816
滋賀	261	尿中有形成分定量測定	810	0	810
岐阜	262	バルスドブラ法加算	800	0	800
静岡	263	バルスドブラ法加算	800	0	800
熊本	264	慢性疼痛疾患管理料	780	0	780
静岡	265	アレグラ錠60mg	756	0	756
新潟	266	インフルエンザウイルス抗原精密	750	0	750
三重	267	診療情報提供料(1)	750	0	750
秋田	268	尿一般、尿沈渣、末梢血液一般	748	0	748
北海道	269	パリエット錠	739	0	739
静岡	270	ドルミカム注射液10mg 10mg2mL	738	0	738
兵庫	271	リウマトイド因子	737	0	737
千葉	272	通院・在宅精神療法(病院)(30分以上)	720	0	720
山形	273	アーチスト錠	693	0	693
岐阜	274	抗LKM - 1抗体精密	690	0	690
山口	275	血管造影用ガイドワイヤー(一般用)	690	0	690
山形	276	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密	675	0	675
大分	277	抗酸菌群核酸同定精密	675	0	675
岐阜	278	ミラクリッド 50,000単位	660	0	660
愛媛	279	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	280	血糖自己測定器加算	640	0	640
兵庫	281	長期投薬加算(処方料)	638	0	638
香川	282	HCV核酸定量	632	0	632
香川	283	抗シトルリン化ペプチド抗体精密	630	0	630
沖縄	284	HbA1c	620	0	620
高知	285	エクサシン注射液200	614	0	614
青森	286	経皮的動脈血酸素飽和度	600	0	600
静岡	287	バルスドブラ法加算	600	0	600
兵庫	288	プラスチックカニューレ型静脈内留置針(標準型)	600	0	600
島根	289	調節検査	592	0	592
三重	290	染色加算	582	0	582

区分	医療機関	主な改善要請事項	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
青森	291	ヒアルロン酸	570	0	570
岐阜	292	A群 溶連菌迅速	560	0	560
広島	293	細菌薬剤感受性(1菌種)	560	0	560
大阪	294	Amy(尿)、CEA精密	541	0	541
岩手	295	粘膜点墨法加算	540	0	540
大阪	296	カンジダ抗原	527	0	527
鹿児島	297	D-Dダイマー定量	517	0	517
岩手	298	CRP	513	0	513
和歌山	299	TPHA	512	0	512
静岡	300	ケイツーN静注用10mg	511	0	511
山形	301	重心動揺計	500	0	500
三重	302	鉄	500	0	500
岐阜	303	関節腔内注射	495	0	495
山形	304	アーチスト錠	493	0	493
山口	305	オルガドロン注射液 3.8mg	493	0	493
沖縄	306	細胞診(婦人科材料)	490	0	490
島根	307	外来迅速検体検査加算	485	0	485
大分	308	特定疾患療養管理料	484	0	484
岡山	309	D-ソルビトール液 7.5%	483	0	483
三重	310	留置カテーテル設置	465	0	465
滋賀	311	ジオン注無痛化剤付	457	0	457
高知	312	エクサシン注射液200	452	0	452
岡山	313	モーラステープL40mg 10cm×14cm	446	0	446
山形	314	HBs抗原精密	435	0	435
兵庫	315	超音波ネブライザー	428	0	428
岩手	316	ホスミンSバッグ2g点滴静注用	411	0	411
新潟	317	単純撮影(診断・撮影)	408	0	408
兵庫	318	特定疾患療養管理料(100床未満)	406	0	406
高知	319	子宮頸管粘液中顆粒球	405	0	405
長崎	320	ペンマリン注	403	0	403
青森	321	風疹、麻疹ウイルス抗体価	400	0	400
広島	322	パルスドプラ法加算	400	0	400
広島	323	FT3精密	395	0	395
広島	324	FT3精密	395	0	395
愛媛	325	プロジェステロン精密	395	0	395
鳥取	326	トリガーポイント注射	385	0	385
群馬	327	ジスロマック錠	366	0	366
千葉	328	通院・在宅精神療法(病院)(30分以上)	360	0	360
香川	329	肛門処置	360	0	360
愛媛	330	LH(尿)	360	0	360
沖縄	331	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	360	0	360
岐阜	332	角膜曲率	356	0	356
高知	333	セファメジン 点滴用キット	351	0	351
青森	334	HbA1c	350	0	350
長崎	335	眼処理	350	0	350
岐阜	336	角膜曲率	341	0	341
岐阜	337	長期投薬加算(処方料)	338	0	338
大阪	338	ワッサー「フソー」-PL	325	0	325
宮崎	339	精密持続点滴注射	320	0	320
岐阜	340	ホスミンS静注用1g	313	0	313

区分	医療機関	主な改善要請事項	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
山梨	341	液体酸素・定置式液化酸素貯槽(CE)	306	0	306
山形	342	インフルエンザウイルス抗原精密	300	0	300
新潟	343	眼処置	300	0	300
滋賀	344	注入器加算、注射針加算	300	0	300
岡山	345	アデノウイルス抗原	300	0	300
三重	346	Alb定量精密(尿)	298	0	298
兵庫	347	矯正視力(1以外)	296	0	296
兵庫	348	FT3精密	290	0	290
北海道	349	キシロカイン注ポリアンプ	288	0	288
大阪	350	生化学的検査(2)判断料	288	0	288
岩手	351	点滴注射	284	0	284
三重	352	腔洗浄	282	0	282
香川	353	PSA精密	280	0	280
長崎	354	胸部(腰部)固定帯固定	280	0	280
兵庫	355	特定疾患療養管理料(100床以上200床未満)	264	0	264
岡山	356	長期投薬加算(処方料)	264	0	264
新潟	357	HBs抗原精密、HCV抗体価精密、TPHA	262	0	262
岐阜	358	PT	262	0	262
兵庫	359	特定疾患療養管理料(診療所)	261	0	261
岐阜	360	低分子デキストランL注 250mL	260	0	260
宮崎	361	時間外緊急院内検査	260	0	260
高知	362	ピソルボン注射液	257	0	257
沖縄	363	HTLV-1抗体価	255	0	255
岐阜	364	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	252	0	252
静岡	365	末梢血液像	252	0	252
千葉	366	難病外来指導管理料	250	0	250
高知	367	ミリダシン錠90mg	250	0	250
徳島	368	ブラダロン錠200mg	245	0	245
岩手	369	関節穿刺	240	0	240
青森	370	簡易培養	230	0	230
愛媛	371	フリーPSA/トータルPSA比精密	230	0	230
熊本	372	リンデロン-VG軟膏0.12%	227	0	227
千葉	373	特定疾患療養管理料(診療所)	225	0	225
広島	374	特定疾患療養管理料(診療所)	225	0	225
大阪	375	特定疾患療養管理料	232	8	224
岐阜	376	調節検査	222	0	222
新潟	377	外来迅速検体検査加算	220	0	220
三重	378	染色加算	216	0	216
広島	379	アルキオーネ注 10%2mL	216	0	216
岐阜	380	ネオフィリン原末	214	0	214
岩手	381	ベルベゾン眼耳鼻科用液0.1%	212	0	212
岐阜	382	消炎鎮痛等処置(湿布処置)	210	0	210
岡山	383	特定疾患療養管理料(100床以上200床未満)	210	0	210
秋田	384	長期投薬加算(処方料)	206	0	206
岩手	385	導尿(尿道拡張)	200	0	200
岐阜	386	パルスドブラ法加算	200	0	200
香川	387	ノンストレステスト	200	0	200
岡山	388	ガスコンドロップ内用液2%	199	0	199
徳島	389	パラマイシン軟膏	187	0	187
岐阜	390	セファメジン 注射用1g	177	0	177

区分	医療機関	主な改善要請事項	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
岡山	391	初診(時間外)加算	170	0	170
熊本	392	細菌薬剤感受性(2菌種)	170	0	170
愛媛	393	キシロカインゼリー2%	168	0	168
新潟	394	イソジン液	165	0	165
岡山	395	デジタル映像化処理	165	0	165
高知	396	タチオン注射用200mg	164	0	164
兵庫	397	Hb及びトランスフェリン	161	0	161
青森	398	CRP(定量)	160	0	160
山形	399	ビタミンB12定量精密	160	0	160
福井	400	細菌培養同定(口腔)	155	0	155
新潟	401	クラビット錠	153	0	153
青森	402	眼処置	150	0	150
三重	403	メノエイドコンビパッチ	149	0	149
山口	404	Alb定量精密(尿)	149	0	149
岐阜	405	キシロカインゼリー2%	146	0	146
三重	406	長期投薬加算(処方料)	146	0	146
三重	407	特定疾患処方管理加算(処方料)	144	0	144
静岡	408	CRP定量	143	0	143
秋田	409	腔洗浄	141	0	141
三重	410	長期投薬加算(処方料)	141	0	141
香川	411	腔洗浄	141	0	141
山形	412	処方せん料(その他)	136	0	136
千葉	413	長期投薬加算(処方料)	136	0	136
静岡	414	ガスコンドロップ内用液2%	136	0	136
三重	415	レチクロ	132	0	132
山形	416	細菌培養同定	130	0	130
長崎	417	ガスコンドロップ、オピスタン注	129	0	129
岐阜	418	特定疾患処方管理加算(処方料)	126	0	126
三重	419	長期投薬加算(処方料)	123	0	123
静岡	420	経皮的動脈血酸素飽和度	120	0	120
愛媛	421	細菌培養同定(泌尿器)	120	0	120
高知	422	ヘパルス5%10ml	114	0	114
富山	423	クレアチニン試験紙法	110	0	110
三重	424	長期投薬加算(処方料)	109	0	109
岡山	425	外来管理加算	114	5	109
岐阜	426	眼処置	100	0	100
広島	427	HbA1c	100	0	100
香川	428	デブリードマン加算(汚染された挫創)	100	0	100
愛媛	429	再診(夜間・早朝等)加算	100	0	100
熊本	430	直腸鏡	100	0	100
静岡	431	口腔、咽頭処置	96	0	96
三重	432	長期投薬加算(処方料)	94	0	94
三重	433	長期投薬加算(処方料)	94	0	94
岐阜	434	経皮的動脈血酸素飽和度	90	0	90
和歌山	435	キシロカインポンプスプレー8%	89	0	89
岩手	436	ロキソニン錠 60mg	86	0	86
島根	437	外来迅速検体検査加算	85	0	85
山口	438	精密眼圧	85	0	85
千葉	439	長期投薬加算(処方せん料)	83	0	83
兵庫	440	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

区分	医療機関	主な改善要請事項	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
岩手	441	CRP(定量)	80	0	80
新潟	442	悪性腫瘍特異物質治療管理料	80	0	80
静岡	443	ガングリオン穿刺術	80	0	80
岐阜	444	長期投薬加算(処方料)	76	0	76
三重	445	長期投薬加算(処方料)	76	0	76
千葉	446	屈折検査	74	0	74
岩手	447	モーラステープ	72	0	72
岐阜	448	ヒアロンサン点眼液0.1% 0.1%5mL	72	0	72
岡山	449	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	72	0	72
秋田	450	超音波ネブライザー、末梢血液一般	70	0	70
静岡	451	注射用水 20mL	66	0	66
三重	452	長期投薬加算(処方料)	65	0	65
三重	453	長期投薬加算(処方料)	65	0	65
香川	454	注射用水 20mL	63	0	63
三重	455	外来迅速検体検査加算	60	0	60
長崎	456	蛋白分画	60	0	60
高知	457	セlestamin錠	57	0	57
千葉	458	TP	56	0	56
岐阜	459	ソセゴン注射液15mg	56	0	56
福井	460	HCG	55	0	55
岩手	461	ブスコパン注	54	0	54
千葉	462	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	54	0	54
岡山	463	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	54	0	54
島根	464	TIBC(直接比色法)	53	0	53
兵庫	465	レチクロ	51	0	51
三重	466	外来迅速検体検査加算	50	0	50
秋田	467	喀痰吸引	48	0	48
香川	468	チチナ静注50mg 0.5%10mL	48	0	48
熊本	469	ドルミカム注 10mg2mL	48	0	48
三重	470	長期投薬加算(処方料)	47	0	47
三重	471	長期投薬加算(処方料)	47	0	47
三重	472	長期投薬加算(処方料)	47	0	47
三重	473	特定疾患処方管理加算(処方料)	46	0	46
新潟	474	外来迅速検体検査加算	45	0	45
岩手	475	モーラステープ	44	0	44
秋田	476	B-V	44	0	44
高知	477	アルト500mg	44	0	44
大阪	478	調基(その他)	41	0	41
青森	479	PIVKA2精密	40	0	40
岐阜	480	UIBC(直接比色法)	40	0	40
三重	481	薬剤情報提供料	40	0	40
三重	482	外来迅速検体検査加算	40	0	40
広島	483	CRP(定量)	38	0	38
秋田	484	キシロカインポンブスプレー8%	37	0	37
静岡	485	プリンペラン注射液10mg 0.5%2mL	37	0	37
兵庫	486	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	36	0	36
兵庫	487	長期投薬加算(処方せん料)	36	0	36
岡山	488	特定疾患処方管理加算(処方料)	36	0	36
宮崎	489	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	36	0	36
三重	490	外来迅速検体検査加算	35	0	35

区分	医療機関	主な改善要請事項	実施前 最大査定点数	実施後 最小査定点数	査定点数 の減少分 (-)
三重	491	外来迅速検体検査加算	35	0	35
大分	492	間接クームス	34	0	34
大分	493	ネリプロクト坐剤	33	0	33
長野	494	フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定	30	0	30
兵庫	495	ASO価	30	0	30
三重	496	長期投薬加算(処方料)	29	0	29
三重	497	長期投薬加算(処方料)	29	0	29
青森	498	ロピオン静注50mg	26	0	26
岡山	499	特定疾患処方管理加算(処方料)	26	0	26
三重	500	大塚生食注、注射用蒸留水	24	0	24
岡山	501	スパスマパン注20mg 2% 1mL	24	0	24
熊本	502	フルコナル静注液0.2% 50mL	23	0	23
岩手	503	レプチラーゼ注	22	0	22
兵庫	504	キシロカインポリアンブ1% 5mL	21	0	21
三重	505	外来迅速検体検査加算	20	0	20
三重	506	薬剤情報提供料	20	0	20
岩手	507	ポピヨード液10%	18	0	18
三重	508	キシリトール注射液	18	0	18
兵庫	509	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	0	18
兵庫	510	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	0	18
兵庫	511	長期投薬加算(処方せん料)	18	0	18
兵庫	512	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	0	18
沖縄	513	特定疾患処方管理加算(処方料)	18	0	18
岐阜	514	CRP(定量)	16	0	16
三重	515	外来迅速検体検査加算	15	0	15
三重	516	外来迅速検体検査加算	15	0	15
高知	517	キシロカインビスカス20%	15	0	15
兵庫	518	プリンペラン注射液	12	0	12
静岡	519	ペンステープ18mg 30.5mm×50.0mm	10	0	10
三重	520	薬剤情報提供料	10	0	10
三重	521	薬剤情報提供料	10	0	10
三重	522	薬剤情報提供料	10	0	10
兵庫	523	ボスミン液	10	0	10
千葉	524	調基(その他)	8	0	8
岡山	525	調基(その他)	8	0	8
山形	526	フランセチン・T・パウダー	2	0	2

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 2 1 年 1 0 月	医療機関に対し、歯科レセプトについて、その他のレセプトと同様に、オンライン請求の受付を開始した。
平成 2 2 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 2 2 年 4 月	医療機関が再審査を請求した場合において、保険者が長期にわたってレセプトの原本を提出しないときは、医療機関が提出したレセプトの写しをもって再審査を実施する取扱いとした。
	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 C S V 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 2 2 年 6 月	電子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。

実施年月	実施内容
平成 2 2 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。
	保険者及び医療機関に対し、オンラインでの再審査請求等の受付を開始した。
平成 2 2 年 8 月	医療機関に対し、DPCレセプトについて、その他のレセプトと同様に、オンラインでの返戻及び再請求の受付を開始した。
	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

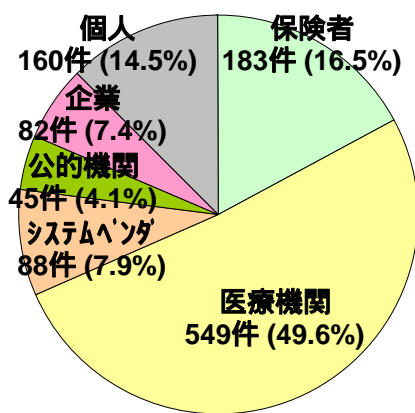
実施年月	内容
平成23年4月	診療報酬、出産育児一時金、電子証明書発行・更新料、レセプト電子データ提供料等について、保険者が合算して振り込むことを可能とするため、払込請求書を一本化する。
平成23年度中目途	保険者に対して電子レセプト等の配信に関する日程を、医療機関に対して増減点連絡書等の配信に関する日程をメールで通知するコンピュータシステムを導入する。
逐次	電子レセプトをオンラインで受け取る保険者及び電子レセプトをオンラインで提出する医療機関の更なる増加に円滑に対応することが可能となるよう、保険者及び医療機関と支払基金との間のネットワーク回線をその使用状況に応じて増強する。

本部事業統括部サービス推進課に寄せられたお客様の声

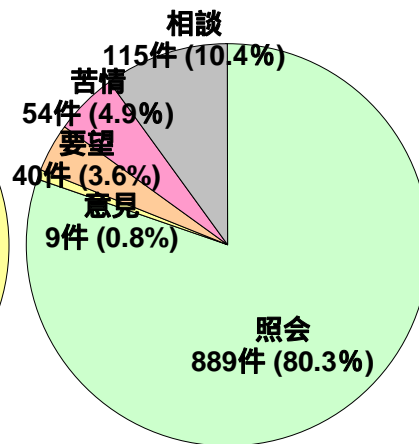
平成22年4月、本部事業統括部にサービス推進課を設置。

平成22年4～11月に寄せられたお客様の声は、1,107件。
その内訳は、次のとおり。

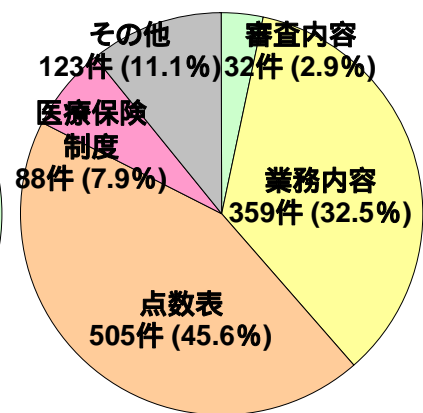
お客様の属性



お客様の声の種類

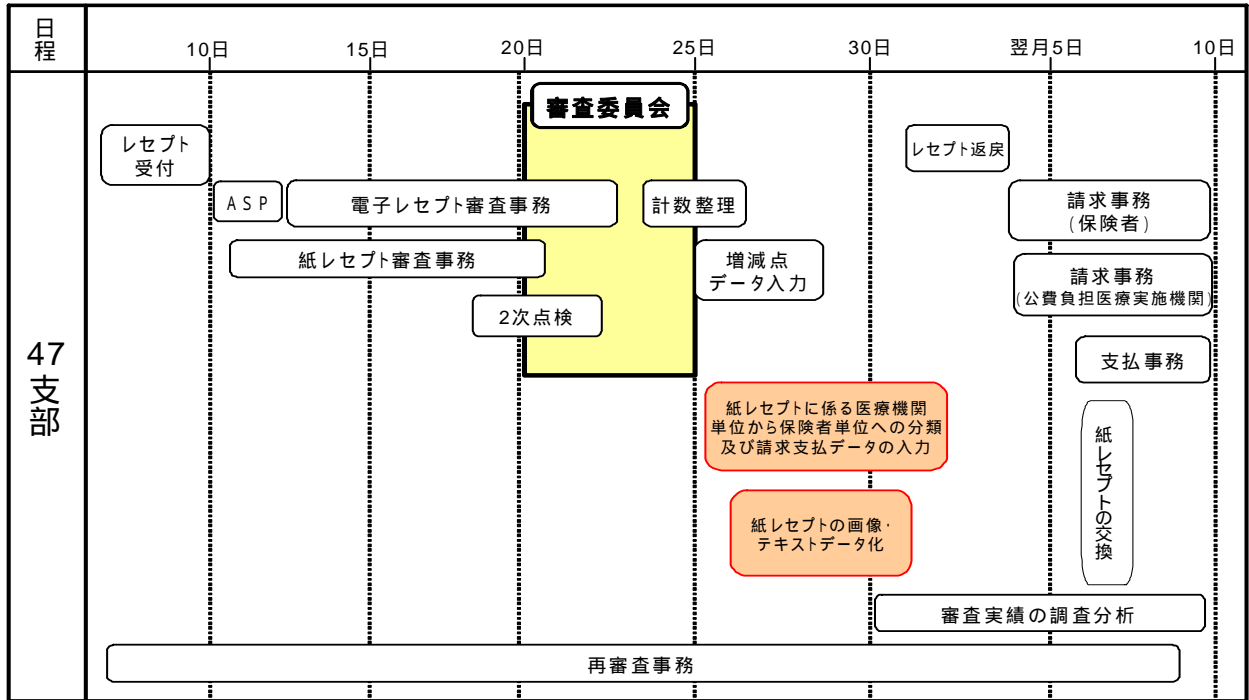


お客様の声の内容

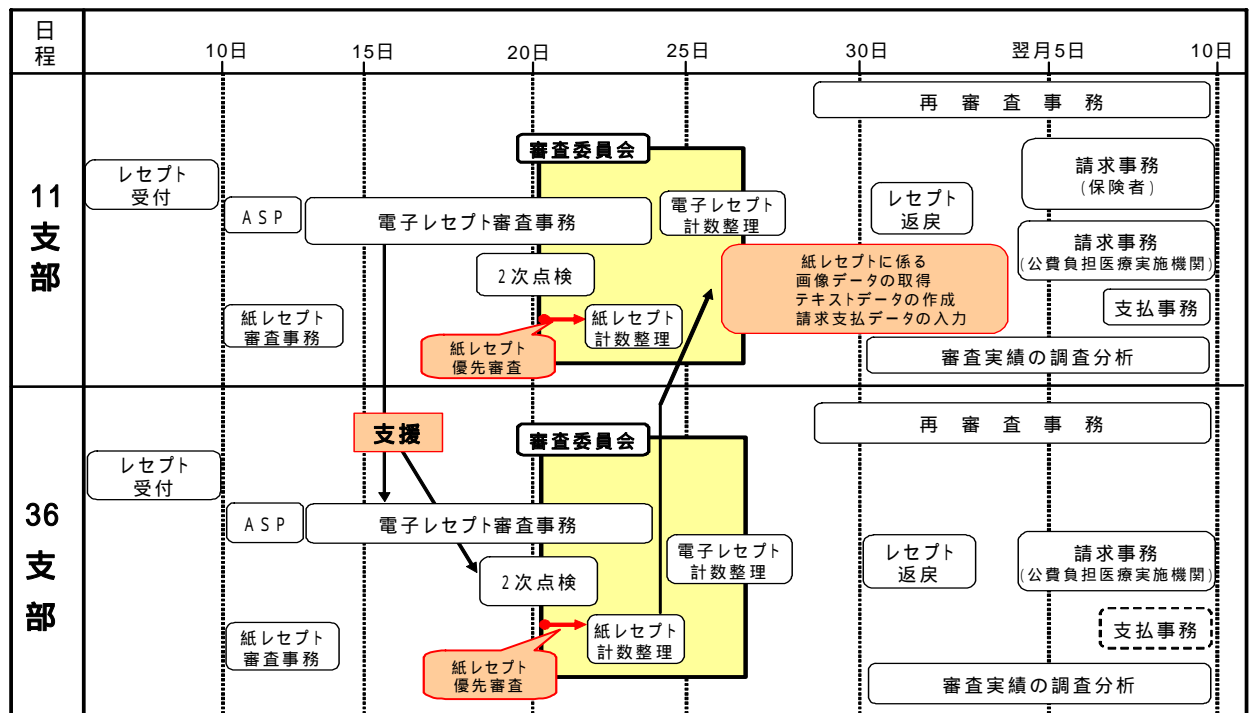


審査及び請求支払に係る業務フローの見直し

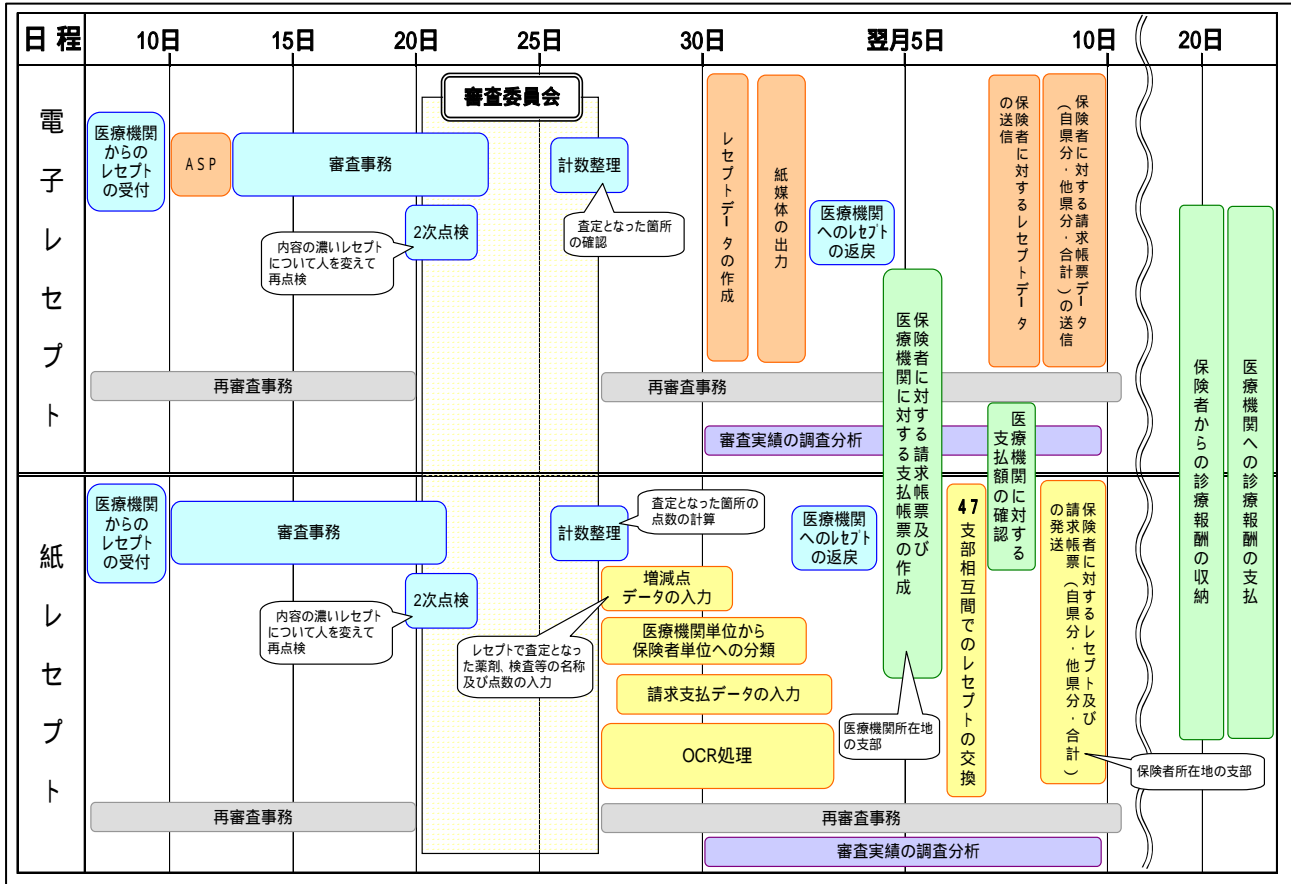
見直し前



見直し後



支払基金における審査及び請求支払に係る業務フロー

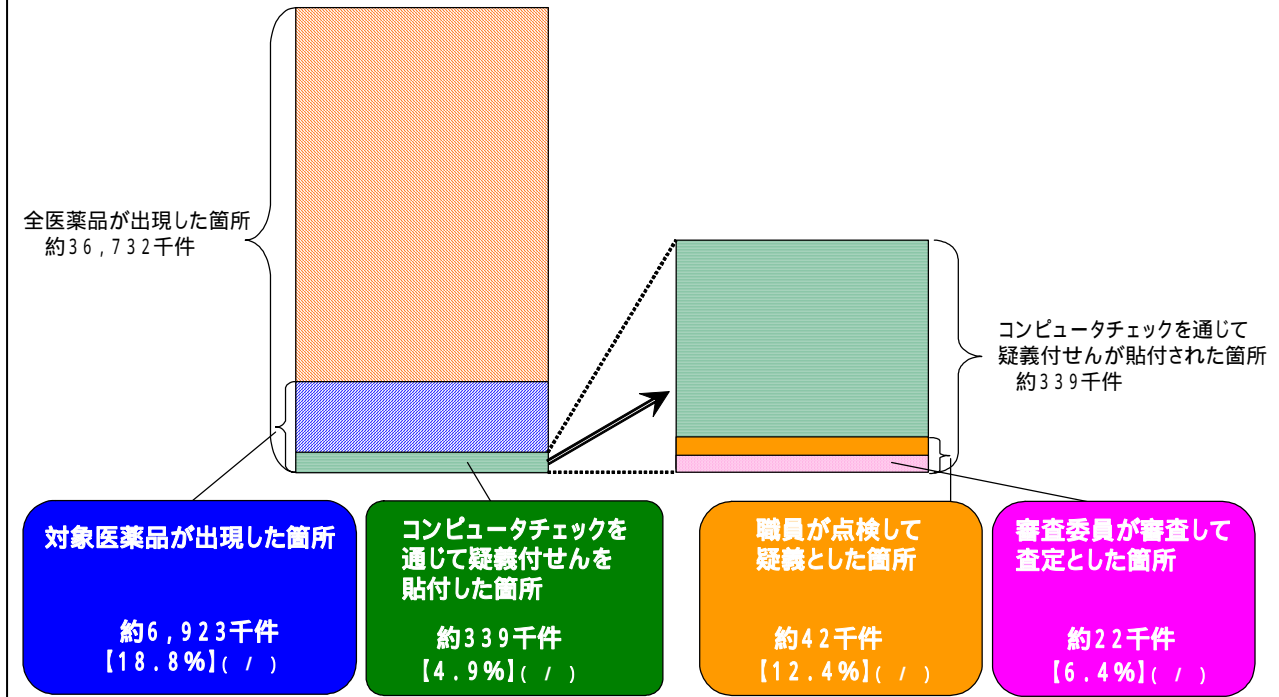


医薬品の適応及び用量に関するコンピュータチェックの実施状況 (平成22年9月審査分)

対象レセプト：医科電子レセプト

対象医薬品：医薬品コード(17,974品目)の10.9%に相当する1,955品目

対象項目：適応傷病名の有無並びに投与量及び投与日数の適否



総コストの削減に向けた取組みの例

1 人件費

1 職員定員の削減

レセプト件数が着実に増加しているにもかかわらず、一般会計の職員定員について、平成13年度をピークとして段階的に削減。

	平成13年度決算		平成22年度予算
レセプト件数	789,752千件	+8.6% (+74,265千件)	864,017千件
職員定員	6,321人	21.9% (1,387人)	4,934人

2 給与水準の引下げ

職務遂行意欲の向上に資するよう、年功序列の昇給を縮小するとともに、職責に応じた給与差を拡大するため、平成17年9月以降、給料表及び管理職手当の見直しを実施。

給与諸費の推移

平成13年度決算		平成22年度予算
528.9億円	20.3% (107.6億円)	421.3億円

(注) 給与諸費の減少は、給与水準の引下げによるもののみならず職員定員の削減によるものも含む。

2 物件費

1 紙レセプトに係る請求支払の業務の委託のための経費の縮減

紙レセプトに係る請求支払の業務(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等)の委託のための経費について、平成18年度をピークとして段階的に縮減。

平成18年度決算	平成21年度決算
25.3億円	15.3億円

2 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を可能な限り縮減。

例えば、

請求支払計算システムの運用に関する経費については、平成15年9月～12月における第三者機関による監査を経て、平成16年度以降、年額を定める契約から処理件数に応じた課金を定める契約へ変更。

請求支払計算システム運用経費の推移

総額 (単位:億円)		処理件数 (単位:百万件)		単価 (単位:円/1件)	
平成15年度	平成21年度	平成15年度	平成21年度	平成15年度	平成21年度
16.0	13.7	786.7	857.0	2.0	1.6

平成17年度における医療事務電算システムの機器更新に関する経費については、当初、117.7億円と見積っていたが、平成16年11月～平成17年3月における第三者機関による監査を経て、109.2億円(7.2%)に縮減。

平成22年4月、民間企業でコンピュータシステムに関するコンサルティング等を経験した者を「システム専門役」として採用。これも活用することにより、平成22年度における突合・縦覧点検システムの開発については、
必要なサーバの処理性能の精査
一般競争入札によるクライアント(PC)の調達
プログラムの開発に必要な作業の精査
等を通じて経費を縮減。

3 契約手続の適正化

昭和61年3月より、国の会計と同様に、160万円以下の物品の購入など、少額の契約を除き、原則として、一般競争契約による取扱い。

その例外となる随意契約については、既存のコンピュータシステムの改修、コンピュータシステムの運用等に限定する取扱い。

契約に占める一般競争契約の件数割合の推移

平成20年度	平成21年度	平成22年度 (11月30日現在)
13.3%	21.9%	39.4%

(注)少額の契約の件数を除外している。

加えて、少額の契約についても、可能な限り、入札で調達する取扱い。

平成21年度	平成22年度 (11月30日現在)
1件 1.0百万円	7件 8.6百万円

(注)例えば、広報誌印刷調製等が挙げられる。

なお、契約手続に関する情報をホームページで公開。

平成18年7月～	随意契約締結状況
平成20年8月～	入札公告
平成21年1月～	入札結果

4 消耗品の一括調達

消耗品については、従前、各支部で調達。平成17年度以降、本部による一括調達の範囲を段階的に拡大。

一括調達の対象となる消耗品の範囲

平成17年度	平成22年度
8品目15種類	65品目301種類

(注)例えば、コピー用紙、ボールペン、プリンター消耗品等が挙げられる。

コピー用紙の例

	数量 (単位:千箱)		経費 (単位:百万円)		単価 (千円/箱)	
	平成16年度	平成17年度	平成16年度	平成17年度	平成16年度	平成17年度
A 4	28.4	30.1	38.4	37.4	1.3 → 1.2 10.3% (0.1千円)	
A 3	1.4	1.4	25.7	20.4	1.9 → 1.4 25.6% (0.5千円)	
B 4	2.4	1.4	49.9	26.6	2.0 → 1.8 11.1% (0.2千円)	
B 5	0.4	0.3	0.4	0.2	1.0 → 0.9 15.1% (0.2千円)	
計	32.3	33.2	46.3	42.3		

+2.6%
(+0.8千箱)

8.7%
(4.0百万円)

(注) A 4は2,500枚/箱、A 3は1,500枚/箱、B 4は2,500枚/箱、B 5は2,500枚/箱である。

5 電話通信費の縮減

平成16年10月～平成20年3月の間、本部及び各支部において、IP 電話を段階的に導入。

電話通信費の推移

平成17年度決算	平成21年度決算
80.1百万円	71.1百万円
11.2% (9.0百万円)	

6 水道光熱費の縮減

平成10年度以降、照明器具を省エネルギータイプに変更。

平成17年度以降、クールビズを実施。

水道光熱費の推移

平成17年度決算		平成21年度決算
6.3億円	→ 15.0% (0.9億円) →	5.4億円

7 ホームページの改修

ホームページについて、サーバの容量を拡張するため、平成22年12月、改修を実施。改修経費については、当初、30.0百万円と見積っていたが、平成22年7月、総合評価落札方式の一般競争入札を実施した結果、8.9百万円(70.3%)に縮減。

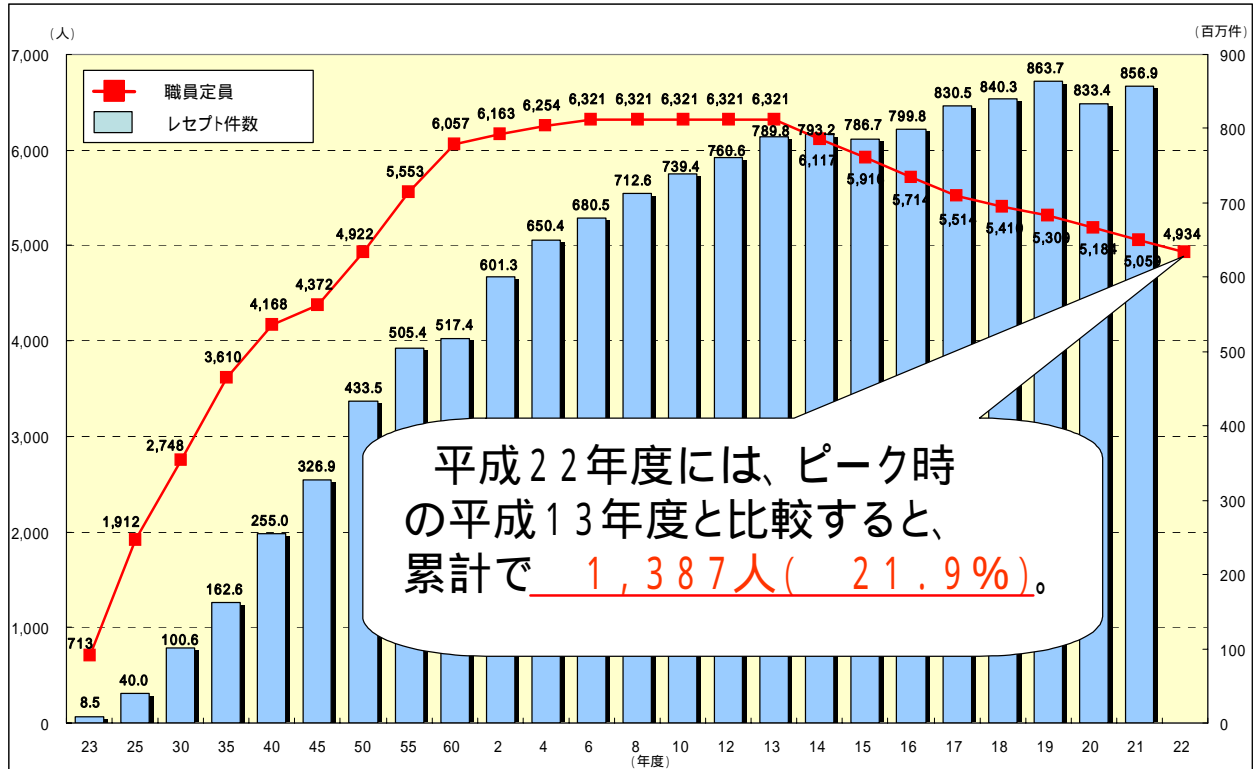
(注) 平成11年3月、ホームページを開設。

この場合においては、定例的な更新作業を業者によらずに職員で即時に実施することが可能となるよう、機能を見直すことにより、運用経費を大幅に縮減。

ホームページ運用経費の推移

平成21年度実績		平成23年度見込み
12.9百万円	→ 72.9% (9.4百万円) →	3.5百万円

一般会計の職員定員の推移



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11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もの(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。

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)

築20年以上かつ1棟当たり10戸未満のもの(79棟301戸)

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いるため、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かったため、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。

現有の宿舎の大半は、老朽化している。すなわち、平成22年11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。

現有の宿舎の大半は、小規模である。すなわち、平成22年11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戸以上のものが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11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、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。

全レセプトの平均手数料の推移

