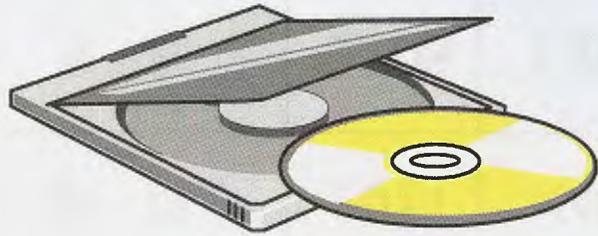
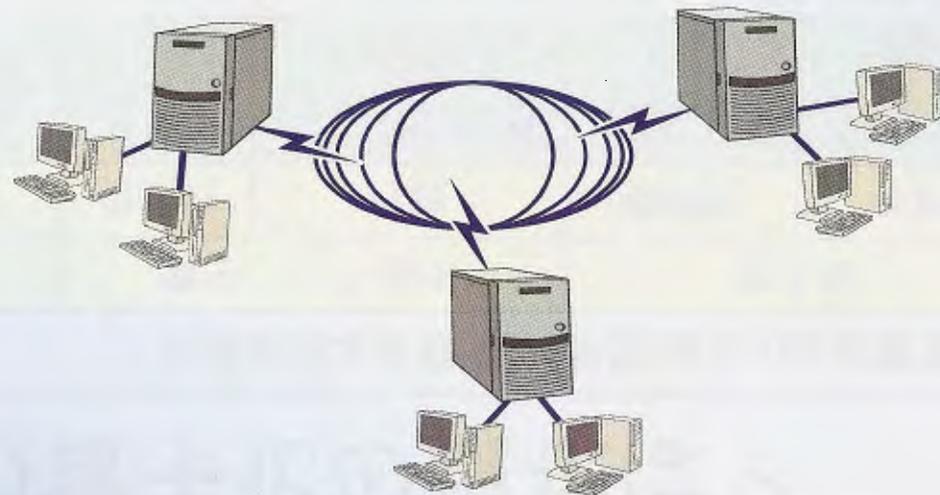


2010年11月12日



レセプト精度向上に向けた今後の展望 (支払基金の立場から)



医療機関等の電子化の現状は？

平成22年9月請求(8月診療分)速報暫定版

		取扱い		電子レセプト請求		普及率	
		機関数	件数	機関数	件数	機関数	件数
医科	病院	147	170,165	(132) 141	(163,575) 168,161	(89.8%) 95.9%	(96.1%) 98.8%
	診療所	1,375	528,846	(363) 1,038	(169,418) 465,518	(26.4%) 75.5%	(32.0%) 88.0%
	医科計	1,522	699,011	(495) 1,179	(332,993) 633,679	(32.5%) 77.5%	(47.6%) 90.7%
歯科		1,112	159,608	(38) 155	(7,859) 25,951	(3.4%) 13.9%	(4.9%) 16.3%
調剤		1,071	406,180	(992) 1,015	(399,629) 406,057	(92.6%) 94.8%	(98.4%) 99.9%
合計		3,705	1,264,799	(1,525) 2,349	(740,481) 1,065,687	(64.9%) 63.4%	(69.5%) 84.3%

注 「電子レセプト請求」欄の()はオンライン請求の再掲を表します。

平成22年度～24年度における基本方針

(社会保険診療報酬支払基金事業指針)

1 電子レセプトに対応した**審査の充実と業務の効率化**

- 「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」

⇒ 同検討会の議論等を踏まえた**新たな計画の策定**

2 **全国組織としての機能強化**

- 本部・支部が一体となった取り組み、支部組織体制の再編
- 事業実績等の分析・評価、PDCAサイクルの確立

3 **関係者からの信頼の維持・向上**

- システムの安定的運営、コンプライアンスの徹底
- 問い合わせ・苦情等への対応、独立した監査体制
- 中央・支部研修の相互連携による人材育成の強化 等

電子レセプトに対応した審査の充実と業務の効率化

「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」(H21.5月に設置)

検討会の議論や報告書の内容を踏まえて、審査の充実や支部間差異の解消に向けた取り組みを推進



医療機関・保険者・行政等から更なる業務の効率化や「見える化」が強く求められており、同検討会の議論等を踏まえ、
支払基金サービス向上計画(案)(平成23～27年度)
—より良いサービスをより安く—(仮題)(未定稿)

を公表(H22年12月頃正式版)

新たな計画の基本的考え方

- ・ 昨年11月の**請求省令改正後**のレセプト電子化率の見込みを踏まえる
- ・ レセプト電子化の進展に対応した**突合・縦覧審査**の実施等を盛り込む
- ・ 平成24年度を目途とした**システムの機器更新**において、より高度なITを導入する
- ・ 電子レセプトへの対応に主眼を置いた**組織のあり方の見直し**を行う
- ・ 平成24年度以降に少なくとも**400人の定員を削減**する
⇒**コスト削減目標**を設定し、**財政見通し・手数料単価見込み**を盛り込む

審査の流れ

- **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
 - ① 記載もれや記載不備等の「記載事項の確認」: 約1,100項目
 - ② 診療行為の名称・算定ルール等の確認: 約24万項目
 - ③ 医薬品の名称・価格等の確認: 約19,000品目
 - ④ 医療材料の名称・価格等の確認: 約20万項目
- レセプトの件数は全国の総計で約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。
- 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。

電子レセプト審査の流れ

- 紙レセプトは、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、突合しての審査などが行えなかった。請求内容等の集計なども困難で、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り、**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の実施前に、**システムチェック**を実施。
システムチェックとは、**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。
レセプトの該当した項目に電子付せんをつける。

インフラの整備

電子レセプトの審査のためのシステム整備には、その前提となる環境整備が求められる。「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を行った(平成21年11月)

電子レセプト審査実施のための必要かつ具体的な対応

①	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
②	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
③	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
④	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
⑤	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内科・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
⑥	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

システム開発の予定(平成22年からの取り組み)

項 目	実施時期
(1) コンピュータチェックの拡充 ・医薬品と傷病名の適応チェック ・医薬品と傷病名の禁忌チェック及び医薬品の併用禁忌チェック ・診療行為(処置・手術・検査)と傷病名の適応チェック ・歯科における部位(歯式)を特定したチェック ・特定保険医療材料と傷病名の適応チェック	平成22年2月実施済 平成22年10月 平成22年10月 平成22年10月 平成23年度中
(2) 未コード化傷病名の傷病名コードへの変換	平成22年2月実施済
(3) レセプト情報管理分析システムの稼働 (原審査の履歴情報のレセプトへの付加)	平成22年4月実施済 平成22年7月実施済
(4) 突合・縦覧審査の実施	平成23年4月予定

コンピュータチェックの拡充

レセプトの電子化の伸展に伴い、電子レセプトのコンピュータチェックの範囲を順次拡大しています。

レセプトに記録された傷病名に対する適応、投与量、投与日数の適否について点検するシステムを導入して、平成22年2月から行っています。

平成22年10月から新たなチェックマスターを構築し、次のとおり実施しています。

※これらに係る審査については、審査委員会(審査委員)が行っています。

(1) 医薬品の傷病名に対する禁忌、医薬品併用禁忌等のチェック

医薬品の添付文書(厚生労働省の「医薬品・医療機器等安全性情報」)に記載されている傷病名禁忌及び併用禁忌の情報を基に、レセ電システムに係るチェックマスターを構築し、レセプトに記載の傷病名に対する禁忌や医薬品の併用禁忌等について、その適否をチェックしています。

※791品目

(2) 診療行為と傷病名の適応関連チェック

診療報酬点数表(告示)や関係通知等において算定要件が明確に示されている診療項目(処置、手術、検査等)に関するチェックマスターを構築し、レセプトに記載の傷病名に対する適否をチェックしています。

※164項目

(3) 歯科における部位(歯式)を特定したチェック

傷病名部位と診療行為に係る整合性のチェックを行うため、「歯種」、「歯数」及び「ブロック数」ごとの集計を行い、ブリッジの保険適応可否、傷病名部位の重複請求のチェックを行って、保険適応外のブリッジや重複請求されたレセプトに対してチェックしています。

※77項目

1. 歯数単位に点数が定められている診療行為と点数の不一致
2. ブロック単位に点数が定められている診療行為と点数の不一致
3. 歯種ごとに点数が定められている診療行為と点数の不一致
4. ブリッジの保険適用の可否
5. 傷病名部位の重複請求

従来からの取組も着実に継続

医療機関等に対する業務

- **電子レセプト受付の推進**
 - ・ 電子レセプトの利便性等の医療機関等への周知の継続、請求省令に基づく電子媒体請求への移行の勧奨 等
- **適正なレセプト提出の促進**
 - ・ 保険診療ルールの周知徹底、訪問懇談・面接懇談の積極的な実施 等

保険者等に対する業務

- **電子レセプトによる受取の促進**
 - ・ オンライン・電子媒体で受け取る場合の単価を平成22年度も引き下げ 等
- **レセプト電子データ提供事業**
 - ・ 平成22年度中に次年度以降のあり方の検討
- **再審査請求のオンライン化**
 - ・ 平成22年7月に開始

その他の業務

- **地方単独医療費助成事業の審査支払業務**
- **新たなサービスの提供に向けた検討**

オンライン請求のASPチェックの誤り

平成22年10月分 受付・事務点検ASP結果リスト

送信年月日 平成22年11月 日
宮城県社会保険診療報酬支払基金

点数表：医科 郡市区番号： 医療機関コード： 名称： 診療科： 送信日：

項番	レセプト番号 カルテ番号等	診療年月 入院・入院外の別	患者氏名 生年月日	エラー コード	エラー又は確認事項	診療 識別	事項名	点数(誤) (正)
1		平成22 入院外	昭和60.	4218	第二公費(老人第一公費)診療実日数が「0」で、他保険の診療実日数に「0」以外が記録されています。記録に誤りがないかご確認ください。	0		
2		平成22 入院外	昭和26.	4451	初診料を算定する条件を満たしていません。診療開始日及び転帰の記録を確認してください。	11	初診 270×1	
3		平成22 入院外	昭和58.	4218	第二公費(老人第一公費)診療実日数が「0」で、他保険の診療実日数に「0」以外が記録されています。記録に誤りがないかご確認ください。	0		
4		平成22 入院外	昭和51.	3209	未コード化傷病名の傷病名称が記録されていません。	01		
				3215	診療開始日の年号区分コードに誤ったコードが記録されています。	01	0000000	
5		平成22 入院	昭和63.	4612	同時算定不可の注加算が記録されています。	32	感染防止対策加算	
6		平成22 入院	昭和45.	4612	同時算定不可の注加算が記録されています。	32	感染防止対策加算	

- 注
1. エラーコード1000番台(L1エラー)は、医療機関(薬局)単位でエラーとなっているため、再請求が必要なもの。
 2. エラーコード2000番台(L2エラー)は、レセプト単位でエラーとなっているため、再請求が必要なもの。
 3. エラーコード4800番台(L48エラー)は、エラーとして連絡しているが、正常分として処理しているため、再請求が不要なもの。
 4. エラーコード3000~4000番台(L3、L4エラーのうちL48エラーを除く)は、事務点検の結果、レセプト内でエラーが確認され、要確認レセプトとなったもの。
 5. 「レセプト内レコード番号」とは、レセプト共通レコード(IEレコード)から数えて、エラーが何行目のレコードに存在するかを示す。
 6. 「レコード内項目位置」とは、1レコード内の先頭から数えて、エラーが何番目の項目に存在するかを示す。

受付・事務点検ASPに係るチェックにおけるエラーの内容

- 1 エラーコード**1000番台**(L1エラー)は、医療機関単位でエラーとなっているため、再請求が必要なもの。
- 2 エラーコード**2000番台**(L2エラー)は、レセプト単位でエラーとなっているため、再請求が必要なもの。
- 3 エラーコード**4800番台**(L48エラー)は、エラーとして連絡しているが、正常分として処理しているので再請求が不要なもの。
- 4 エラーコード**3000番台**(L3エラー)は、レセプト内でエラーが確認され、要確認となったもの。(返戻となる要確認レセプト)
- 5 エラーコード**4000番台**(L4(L48を除く)エラー)は、レセプト内でエラーが確認され、要確認となったもの。(査定又は返戻若しくは正当となる要確認レセプト)

3000番台エラー発生 Worst 10

平成22年10月請求宮城支部受付分

レセプト内でエラーが確認され、確認が必要なもの

病診区分	入外区分	エラーコード	エラーメッセージ (オンライン請求でリスト等に出力)	エラー原因	エラー件数
1:病院	1:入院	L3829	保険変更年月日の記録漏れ	診療年月、請求調整区分が同一の合計調整レコードが複数ある場合、戦闘以外の保険変更年月日が記録されていない。	8
1:病院	1:入院	L3413	DPC適用外の診療行為記録誤り	DPCLレセプト又は総括対象DPCLレセプトにDPC適用外の診療行為が記録された	6
1:病院	1:入院	L3089	第一公費負担者番号の誤り	請求先のない第一公費負担者番号又は公費負担者番号以外が記録された	4
1:病院	1:入院	L3152	第一公費受給者番号の記録誤り	第一公費受給者番号に全桁「0」が記録された	4
1:病院	2:入院外	L3438	コメントデータの記録もれ	文字データの記録が必要なコメントコードに、コメント文が記録されていない	4
1:病院	1:入院	L3807	入院期間区分別点数不一致	入院期間区分別点数が診断群分類マスタの点数と不一致である	4
1:病院	1:入院	L3307	点数・回数の記録もれ	点数・回数が記録されていない	3
1:病院	1:入院	L3110	「薬治」対象外レセプト	DPCLレセプト及び総括対象DPCLレセプトの特記事項に「11」(薬治)が記録された	2
1:病院	2:入院外	L3439	コメント数字データの記録誤り	文字データが数字のみ有効のコメントコードに、数字以外が記録された	2
1:病院	2:入院外	L3089	第一公費負担者番号の誤り	請求先のない第一公費負担者番号又は公費負担者番号以外が記録された	1

4000番台エラー発生 Worst 10

平成22年10月請求宮城支部受付分

レセプト内でエラーが確認され、確認が必要となったもの。
 (査定又は返戻若しくは正当となる要確認レセプト)

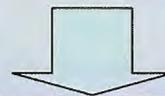
病診区分	入外区分	エラーコード	エラーメッセージ (オンライン請求でリスト等に出力)	エラー原因	エラー件数
1:病院	1:入院	L4541	一部負担金と限度額の不一致	医保分レセプト(本人・家族・三歳・高齢受給者)で、医保一部負担金と特記事項の所得区分等による限度額が不一致	561
1:病院	2:入院外	L4456	診療行為回数と実日数の不一致	診療行為回数と実日数が不一致である	222
1:病院	2:入院外	L4457	検査判断料の算定誤り	検体検査の実施料なしで判断料のみが記録された	219
1:病院	2:入院外	L4637	逡減対象診療行為の複数記録確認	逡減の行われていない超音波検査が複数記録された	161
1:病院	1:入院	L4654	入院基本料加算の算定誤り	当該入院基本料に加算不可の入院基本料加算が記録された	137
1:病院	1:入院	L4457	検査判断料の算定誤り	検体検査の実施料なしで判断料のみが記録された	111
1:病院	1:入院	L4637	逡減対象診療行為の複数記録確認	逡減の行われていない超音波検査が複数記録された	83
1:病院	1:入院	L4431	注加算の算定誤り	注加算が算定できない診療行為に注加算が記録された、又は注加算に対する基本手技が記録されていない	78
1:病院	1:入院	L4497	療養病棟に食事療養費を記録	病棟区分「07」(療養病棟)で70歳以上の場合に、食事療養費が記録された	76
1:病院	1:入院	L4458	診断料の算定誤り	撮影料等なしで核医学診断又はコンピュータ断層診断のみが記録された	60

＜参考＞支払基金の電子化への対応

システムの整備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については、支払基金が主導してきました。

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、 ①「基本マスタ」(=診療行為、医薬品、特定機材等に関するデータベース) ②「記録条件仕様」(=レセプトの情報を電子的に記録するための条件を定めた仕様)を作成。
平成2年・4年	レセプト電算処理システムの実用化を目指す厚生省の要請を受けて、 「標準仕様」(=レセプトの円滑な受入れのため、医療機関がレセプトを作成する際にチェックすべき事項を定めた仕様)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、基本マスタ等を国保中央会に提供。
平成13年	基本マスタの構成要素である「傷病名マスタ」の全面的な見直しを実施。
平成22年3月	医科電子点数表を作成してホームページで公表。



- 支払基金においては、関係機関と調整しつつ、基本マスタ、記録条件仕様及び標準仕様の維持管理を継続的に実施。
- あわせて、毎月、基本マスタ等を国保中央会に提供。

最 後 に

- ・ 支払基金は請求省令及び厚生労働省からの通知等に基づき、保険医療機関等の電子請求への移行が、安全・確実なものとなるよう説明会あるいは個別訪問等を行い環境整備に努めます。
- ・ 医療機関から請求された医療費の「適正な審査」と「迅速適正な支払」の二大使命を確実に遂行します。
- ・ 病院や診療所などの医療機関と健康保険組合や共済組合などの保険者とを結ぶ全国規模の審査・支払機関として、また、医療費の全国決済機関として、医療保険制度の円滑な運営に努めます。