

審査体制の在り方についての論点

1. 都道府県単位の審査体制の在り方について

都道府県単位の審査体制に関する検討会におけるこれまでの指摘

- 支払基金及び国保連の審査は、現在、高額レセプトを除き（※1）、都道府県単位で原審査及び再審査を行っているが、検討会において、以下のような指摘がされている。
 - ・ 各都道府県の支払基金支部及び国保連間で、審査の基準の適用にローカルルールがある。
 - ・ 医療の高度化が進んだ結果、小さい県など一部の支払基金支部及び国保連では、各専門分野において必要な審査委員を確保することが難しくなっており、医療提供体制の地域差や審査のコストの点でも非効率である。
 - ・ 同じ審査委員会で再審査を行っても、保険者又は医療機関の納得が得られず、審査が堂々巡りになっている事例があるので、上級処理機関を設けるべきではないか。
 - ・ 制度の運営コストの削減の観点から、審査機関において、効率的な業務運営に一層取り組むことが必要である。

（※1）支払基金本部及び国保中央会では、医療の高度化・専門化に対応して大学病院等の高額レセプトを重点的に審査するため、昭和59年にそれぞれ「特別審査委員会」を設置し、高額レセプトを審査している（対象レセプト：昭和59年 医科55万点以上、歯科20万点以上、漢方5千点以上 → 現在 医科40万点以上、歯科20万点以上、投薬4千点以上）

さらに議論すべき論点

<高度・専門性を有するレセプトの審査体制の在り方>

- 一定の高度・専門性を有するレセプトは、例えば、中央やブロック単位（※2）で集約化して審査することが適当かどうか。また、実務上、対応可能かどうか。
- 集約化した場合、審査基準の平準化や運営コストの効率化の観点から、支払基金と国保連で統一して機能することが要請されるのではないか。

<再審査の審査体制の在り方>

- 県単位の審査委員会の決定では納得が得られない場合に、例えば、ブロック単位又は中央に置く「上級の審査組織」が審査することについて、どのように考えるか。

（※2）支払基金では、専門医の審査委員が不在の診療科に属するレセプトについて、他の支部の専門医によるコンサルティング（審査照会）を行うネットワークの構築や、審査委員会相互間の連携を図るための「審査委員長等ブロック別会議」を開催して、専門分野の審査機能の強化を図っている（22年6月～）。

高度・専門性を有するレセプトの審査体制の在り方

- 一定の高度・専門性を有するレセプトは、例えば、中央やブロック単位で集約化して審査することが適当かどうか。



1. そもそもレセプト審査は、中央やブロック単位に集約化することが適当か。県単位に分散化することが適当か。
⇒ 以下の理由から、一定の高度・専門性を有するレセプトについては、集約化して審査することが適当ではないか。

(理由)

- ① レセプトのうち、請求内容が複雑多岐にわたるものや県単位では必要な審査委員を確保できないものは、高度・専門的な審査体制を確保する観点から、県単位ではなく集約化して審査する方が、効果的かつ効率的な審査ができるのではないかと(※1)。
- ② 請求額が小さいレセプトは、適正な審査の確保と審査コストとを比較考量すると、診療傾向やこれまでの審査実績を考慮して、審査対象の医療機関を選別、重点化して審査することが効率的ではないかと(※2)。
この重点化した審査は、(イ)中央で集約化して審査すれば、一定の管理コストの節減は図れるが、(ロ)多数の医療機関がある中で、審査の対象医療機関の効果的な選別や指導を行う点(これによる請求の適正化を含む)、(ハ)相当数の審査委員を確保する必要がある点を考慮すると、県単位の体制の方が、効果的かつ効率的な審査ができるのではないかと。

(※1) 現在、医科40万点以上、歯科20万点以上の高額レセプトは、中央(支払基金本部及び国保中央会)の特別審査委員会で審査している。この件数は、以下のとおりである。

支払基金(医科・歯科)：特別審査委員会の請求件数 1.2万件(請求件数全体6億件のうちの5万分の1)

国保連(国保と後期高齢の医科・歯科)：特別審査委員会の請求件数 1.4万件(請求件数全体6.4億件のうちの4.6万分の1)

(※2) 支払基金各支部では、これまで紙レセプトについては、請求点数8万点以上のレセプト(全体の約0.2%)はすべて審査しているが、8万点未満のものは、診療傾向やこれまでの審査の実績を考慮して、重点審査ABC区分に分類している。AB区分は、毎月、審査委員会の審査の対象となるが、C区分は計画的に審査委員会で審査している。C区分の割合は、レセプト全体の約46%である(21年9月審査分)。電子レセプトについては、コンピュータチェックを網羅的に実施し、「全レセプトの審査」が実現できる。

国保連においても、各国保連ごとに一定の基準に基づき、重点審査を行っている。

2. 中央やブロック単位に集約する高度・専門性を有するレセプトの範囲の設定方法について

⇒ 診療分野など医療の内容について要件を設定することは、実務的に以下のような課題があるため、基本的には、請求額に着目して設定することが合理的ではないか。

ただし、県単位で必要な審査委員を確保できない場合は、請求額にかかわらず、中央やブロック単位に集約してもよいのではないか。

(医療の内容に関して要件を設定することの課題)

- ① 幅広い診療分野がある中で、どのような方法で一定の高度・専門的な分野を区分するのか。代替的に、請求額で区分する方法が合理的ではないか(※3)。
- ② 請求額以外に医療の内容に関する要件を設定した場合、診療内容の選択に影響を与えるおそれがあるのではないか。また、請求側である保険医療機関において、請求誤りが生じ、混乱するおそれがあるのではないか。

(※3) 例えば、特別審査委員会が審査するレセプトの範囲は、現行では、医科40万点以上、歯科20万点以上、投薬4千点以上のレセプトを対象としている。この趣旨は、請求額だけに着目したのではなく、一般的に高額なレセプトは、診療分野が多岐にわたって高度・専門的であることを踏まえて定めているものである。

3. 一定の高度・専門的なレセプトを集約するのであれば、ブロック単位がいいのか。中央に集約化するのがいいのか。
⇒ 以下の理由から、将来的な方向としては、中央の審査組織(特別審査委員会)に集約化して審査することが考えられるのではないか。

(中央の審査組織に集約化することが適当と考える理由)

- ① ブロック単位の場合、ブロックごとに判断に差が生じる可能性があるのではないか。全国レベルで審査基準の平準化を図るためには、中央に集約化することが適当ではないか。また、現行の特別審査委員会が対応すれば、既存組織の活用面でも効率的ではないか。
- ② 支払基金は全国組織であるが、国保連は県単位の組織であり、ブロック単位で機能する組織がない。
- ③ 仮に、集約化に対応して、高度・専門分野における審査委員を拡充することとした場合、各ブロック単位で体制を確保するよりも、中央で集約化した方が、審査委員を確保しやすいのではないか。

《中央の審査組織に集約化した場合の留意点》

- 特別審査委員会は、特に高額なレセプトを審査するため、各専門分野において特に知識と経験を有する専門医が審査を行う体制を確保している。このため、審査の質の向上（※4）とそれに伴う必要な審査コストとの費用対効果に留意する必要がある。

- 特別審査委員会の審査件数は、支払基金では全レセプトのうちの5万分の1、国保中央会では国保連の全レセプトの4.6万分の1である。現在、各支払基金支部や国保連が審査している高額レセプト（8万点以上）のうちの一部を特別審査委員会に集約する場合でも、新たに拡充可能な審査委員の体制の範囲内で集約化する必要がある。

（※4）特別審査委員会の原審査の査定率

①支払基金	請求点数	69億792万点	査定点数	2億1690万点	⇒	査定点数率	3.1%	（支払基金全体	0.2%）
②国保中央会	請求点数	84億3505万点	査定点数	2億6348万点	⇒	査定点数率	3.1%	（国保連全体	0.1%）

（注）支払基金は平成21年5月～22年4月審査分。国保連は平成21年4月～22年3月審査分

4. 集約化した審査組織は、審査基準の平準化や運営コストの効率化の観点から、支払基金と国保連とで統一して機能することが要請されるのではないか。

⇒ 以下のような解決に時間を要する課題があるが、中長期的に条件を整える努力を行い、特別審査委員会の合同審査を目指すべきではないか。

また、合同審査が難しい場合でも、2つの特別審査委員会の間で判断基準を統一化するための定期的な連絡協議会の開催など、審査の均一性の確保のための取組を進める必要がある。

(特別審査委員会の合同審査を行う場合の課題)

① 支払基金の特別審査における現在の審査手数料は、レセプトの点数が高いか低いかにかかわらず同じ手数料としており、特別審査委員会の審査コストを手数料で区分していない。他方、国保中央会が実施している特別審査のコストは、審査手数料ではなく、各国保連からの負担金と国庫補助で賄われている。

このため、特別審査委員会が合同審査を行う場合、実務上、運営コストを各審査機関が案分して負担する仕組み(※5)を整備する必要がある。

② 現在、支払基金本部と国保中央会の特別審査委員会では、異なる審査システムで審査を行っており(2画面審査、ワイド画面審査)、合同審査を行う場合には、システム変更等のコストが生じる。レセプトの件数は減らないため、審査手数料に影響する可能性がある。

(※5) ①各国保連では、国保中央会に委託して特別審査を実施しており、特別審査委員会に係るコストは明らかである。

②支払基金本部と国保中央会それぞれ同一の範囲で、特別審査委員会に係るコストを切り出して検討する。

再審査の審査体制の在り方

- 県単位の審査委員会の決定では納得が得られない場合に、例えば、ブロック単位又は中央に置く「上級の審査組織」が再審査することについて、審査支払機関の在り方として、どのように考えるか。



《審査支払機関の在り方として、再審査について、以下のような論点を整理する必要がある》

- ① 現行の審査システムでは、保険医療機関は、所在地の都道府県の支払基金支部又は国保連にレセプトを提出し、特別に高額なレセプトを除き、所在地の審査委員会が審査（再審査を含む）する仕組みとしている。これは、以下の理由によるものと整理できる。
- (イ) 支払基金及び国保連は、「請求内容が保険診療ルールに則っているかどうかの確認」に加えて、「請求・支払額を迅速に決定するための紛争処理機能」を担っている（この点は、いわゆる保険者が行う直接審査とは異なる）。
 - (ロ) この紛争処理を含む請求・支払額の確定を効率的かつ迅速に行うため、支払基金と国保連は、審査委員会の構成について、診療担当者を代表する者、保険者を代表する者、学識経験者（公益を代表する者）の3者構成とするとともに、「診療担当者を代表する者」と「保険者を代表する者」は、それぞれ所属団体が推薦する仕組みとしている（支払基金法第16条、国保法第88条）。
 - (ハ) 保険医療機関から見ても、所在地の都道府県の支払基金支部又は国保連にレセプトを提出することで、当該保険医療機関が所属する団体の推薦する審査委員が参画する審査委員会で審査することになり、所在地の保険者の代表も当該審査委員会に参画しているので、支払基金及び国保連は、効率的かつ迅速な紛争処理を行うことができる。
- ② ①のように現在の審査支払機関の機能を整理した上で、審査委員会の決定では納得が得られないものを審査委員会とは異なる審査組織が行う再審査も「紛争処理」と考えると、効率的かつ迅速な請求・支払額の決定（紛争処理）を行うために置いている、現在の3者構成の審査委員会との関係をどのように考えるか。
- また、紛争処理の仕組みを、現行の審査支払機関の機能から区分して独立させることが、迅速かつ円滑な審査支払の確保において、適当なのかどうか。

（続く）

- ③ ブロック単位や中央に「上級の紛争処理」の組織を置くかどうかについては、効率的で迅速な請求・支払額の確定の観点から、以下のような点について、精査する必要があるのではないか（①と関連）。
- （イ）上級の紛争処理の組織は、どのような構成員による仕組みとするのか。
 - （ロ）構成員の確保や推薦の仕組みを含めて、県単位と中央・ブロック単位のいずれの単位で機能する仕組みとするのが、効率的かつ迅速な紛争処理の仕組みであるのか。
- ④ むしろ、3者構成による紛争処理の機能が十分に発揮できるよう、特に「保険者代表の審査委員」を推薦する仕組みの効果的な運用、改善が必要なのではないか。
- また、各支払基金支部の審査委員会から保険者への情報提供など、円滑な紛争処理のための環境づくりに関係者が協力して取り組むことが、優先的に求められるのではないか。

2. 保険者の直接審査における紛争処理の在り方について

保険者の直接審査に関する検討会におけるこれまでの指摘

- 調剤レセプトの直接審査で認められている、紛争処理の仕組み（支払基金から適正な審査に関する意見を受ける契約の仕組み）を、医科・歯科レセプトの直接審査にも活用することを検討すべき。

さらに議論すべき論点

《保険者の直接審査における紛争処理機関の在り方として、以下のような論点を整理する必要がある》

- ① 保険者の直接審査（民間の審査機関への委託を含む）においては、保険者と保険医療機関との間で請求内容に意見の相違があった場合、制度の円滑な実施を確保するため、民事裁判での手法によらずに、効率的かつ迅速に請求・支払額を確定するための紛争処理機関が必要ではないか（※7）。
- ② 保険者の直接審査における紛争処理の仕組みは、効率的かつ迅速に請求・支払額を確定する観点から、現在の支払基金及び国保連の審査委員会と同様、「保険者の代表」「診療担当者の代表」が参画する3者構成の仕組みとする必要があるのではないか。
- ③ 紛争処理機関は、本来、保険者からは独立した中立の機関である必要があるのではないか（※8）。
- ④ 効率的かつ迅速な紛争処理システムを確保する上で、紛争処理機関の体制は、構成員の確保や推薦の仕組みを含め、県単位、ブロック単位、全国単位のいずれの単位で機能する仕組みとすることが適当であるのか。

（※7）健保組合が行う調剤レセプトの直接審査では、支払基金が紛争処理機関の役割を担っている。

（※8）国保連の審査は、実質的には、保険者による直接審査である。

健康保険組合によるレセプトの直接審査支払について

- (1) 現行の健康保険法では、保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、診療報酬点数表や療養担当規則の定めにより審査の上、支払うこととされており、この審査・支払の事務を、社会保険診療報酬支払基金に委託することができることとされている（健康保険法第76条）。
- (2) また、現行制度では、被保険者が疾病にかかったとき、できるだけ容易かつ速やかに療養の給付を受けることができるように保険医療体制が組織されなければならないという社会的要請を満たすため、保険医療機関は、公法上の契約に基づく仕組みにより、保険者を区別せず、すべての被保険者に療養の給付を行っている。
- (3) この公法上の契約は、一定の療養の担当方針等に従い、保険者に属する被保険者に対して療養の給付を行い、その対価として診療報酬を請求し、その支払を受けるという双務契約であると解されている。このため、保険者が直接審査を行う場合でも、被保険者への療養の給付と、保険者へのレセプトの請求、審査が円滑に行われ、紛争を未然に防ぐ観点から、一定の条件を定めている（平成14年12月25日保発第1225001号等）。
- (4) 調剤レセプトについては、平成22年3月現在、11健保組合において各組合が370～380保険薬局と契約を締結し、直接審査が行われている（各組合で月当たり約200件～1700件の請求件数）。

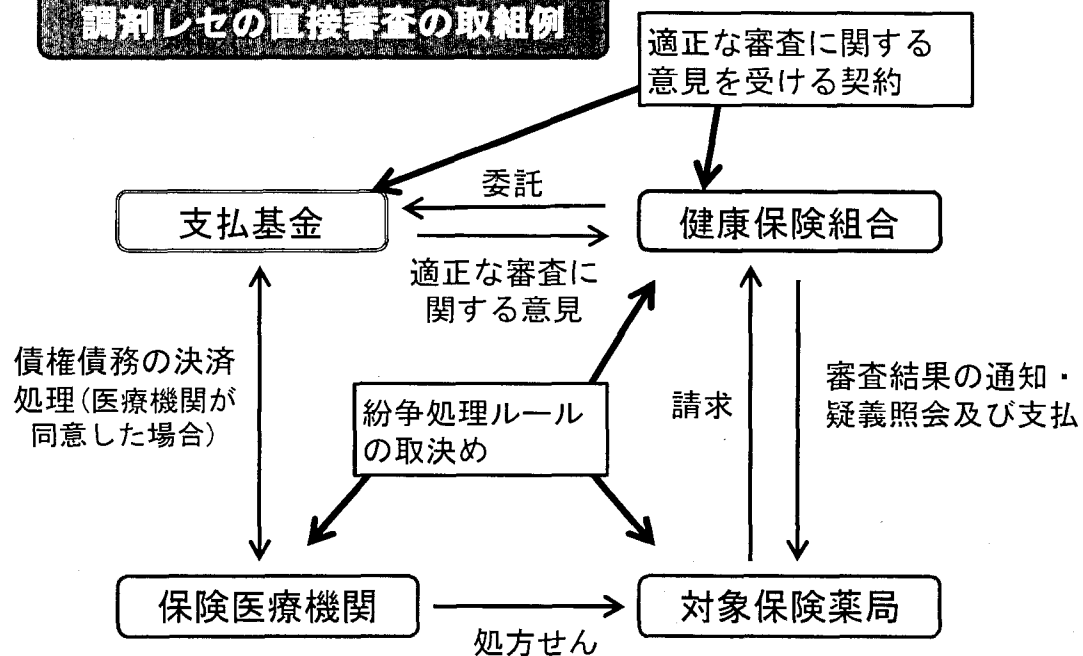
直接審査の条件

- ① 対象保険医療機関（調剤レセプトの場合、保険薬局）の同意
- ② 公正な審査体制の確保（医師等による審査）
- ③ 個人情報の保護の徹底
- ④ 紛争処理ルールの特明確化（あらかじめ具体的な取決めを文書で取り交わす）

※ 調剤レセプトの場合、適正な審査に関する意見を受ける契約を、健保組合が支払基金と締結した場合は、適正な審査を行える体制を確保し、紛争が生じた場合の処理ルールについて対象医療機関と健保組合との間で具体的な取決めがなされたものとしている。

（平成19年1月10日保発第0110001号）

調剤レセの直接審査の取組例



3. 審査委員会の体制について

審査委員会の体制に関する検討会におけるこれまでの指摘

①三者構成の仕組みについて

- ・ 現在の審査委員は、どちらの側か必ずしも明確に意識しておらず、一種の独任官的に審査、決定している。3者構成の仕組みが機能しているといえるのかどうか、検証する必要があるのではないか。
- ・ 3者構成であっても、個々の審査委員は、医療に携わる立場から、より良い医療が提供されるよう、過剰な請求には厳しく対応しており、対立軸はないのではないか。

②支払基金における調剤レセプトの審査体制について

- ・ 調剤レセプトについては、現行の実務では、審査委員会の合議による審査の対象となっていないが、調剤レセプトに突合・縦覧審査を導入するのであれば、審査委員会に薬剤師を明確に位置付けるべきである（※1）。

（※1）各国保連では、薬剤師が審査委員会の委員となっている。他方、支払基金では、すべての支部で非常勤の調剤報酬専門役を置き、調剤レセプトを審査、点検している。



さらに議論すべき論点

<三者構成の仕組みについて>

- 三者構成の仕組みは、保険診療ルールの確認だけでなく、効率的かつ迅速に請求・支払額の確定、紛争処理の役割を果たすためのものと整理できるが、どのように考えるか。⇒ 都道府県単位の審査体制における論点

<支払基金における調剤レセプトの審査体制について>

- 調剤レセプトについては、電子化の進展に対応して、23年度から突合・縦覧審査を導入するため、従来の点検にとどまらない審査の必要性が増大している。このため、審査委員会に薬剤師を位置づけることについて、必要な審査コストの確保を含め、どのように考えるか。