

保険者の再審査に関して前回指摘のあった通知について

通知の内容と今後の対応	通知の経緯
<p>「社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について（昭和60年4月30日保険発第40号、庁保険発第17号）」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 迅速な再審査処理と支払事務の円滑な実施をさらに促進するため、支払基金に対する再審査の申出はできる限り早期に行い、支払基金が定めた申出期間（原則6か月以内）を遵守するよう努められたい旨、健保組合及び保険医療機関等に対し周知指導することの依頼を、厚生省保険課及び社会保険庁健康保険課から都道府県あて通知している。 <p>「国民健康保険団体連合会に対する再度の考案の申出について（昭和60年保険発第45号）」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 迅速な再審査の実施と支払事務の円滑な実施をさらに促進するため、国保連に対する再審査の申出はできる限り早期に行い、原則として6か月以内とするよう努められたい旨を、厚生省国保課から都道府県あて、通知している。 <p><今後の対応></p> <p>⇒ 平成23年4月以降、支払基金及び国保連において、縦覧点検を行うこととしていることから、この実施状況とあわせて、通知の取扱いについても検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支払基金では、設立当初から、審査結果に対して保険者・医療機関から不服の申出があった場合、疑義処理委員会又は苦情処理委員会という名称で、支部の審査委員会の内部に委員会等を設けて処理を行っていた。その後、昭和48年のオイルショック等に起因する財政逼迫等の影響で、保険者がレセプト点検を強化し、不服申出件数が増加した結果、医療機関側から不服申出の早期処理が強く要望され、昭和56年の基金法改正で、再審査の規定が整備され、再審査が制度化された。 ○ この間、長期間経過したものが再審査で申出された場合、診療報酬点数表や薬価基準の改正などもあり、審査委員会が再び採りあげることが技術的に困難であることを踏まえ、支払基金から保険者に対し、できるだけ6か月以内に申出を行うよう要請した経緯があった。本通知は、この間の経緯と当時の診療担当者と保険者の協議の結果を踏まえ、再審査の申出の取扱いを整理して示したものである。 ○ 本通知は、現在、法令上の根拠に基づかない、関係者間の紳士協約的なものとして取り扱われており、支払基金では、迅速な再審査処理と支払事務の円滑な実施のため、保険者に対して早期の申出の協力を要請するものである。 ○ 国保連においても、支払基金と同様に、取り扱われているものである。

通知の内容	通知の経緯
<p>「調剤報酬請求についての審査要領（平成18年3月10日保発第0310001号）」</p> <ul style="list-style-type: none"> 調剤報酬の審査要領において、保険者は、保険医療機関のレセプトと調剤レセプト（合計点数が1500点以上のものに限る）を突合して点検した結果、不適切な投薬が行われていると考えられるものについて、支払基金又は国保連に対し、審査を申し出ることができる旨を示している。 <p><今後の対応></p> <p>⇒ 平成23年4月以降、電子化された調剤レセプトについて突合審査を行うこととしていることから、この通知を廃止する方向で検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支払基金では、調剤レセプトについて、医科・歯科レセプトとの突合までは実施せず、点検を行っているが、昭和63年からは、保険者が調剤レセプトと医科・歯科レセプトを突合して点検した結果、不適切な投薬が行われていると考えられるものは、支払基金に審査を申し出ることができる仕組みとしている。 ○ この対象となる調剤レセプトの範囲は、昭和63年当初は請求点数2500点以上を対象としていたが、対象点数の拡大を図り、平成8年から2000点以上、平成18年から1500点以上の調剤レセプトを対象としている。また、この間、調剤レセプトの審査体制の充実を図り、平成13年に調剤審査部会を設置したところである。 ○ 支払基金では、平成23年4月診療分から、電子化された調剤レセプトであって、その処方せんを発行した保険医療機関のレセプトも電子化されたものについて、すべて突合審査を行うこととしている。 この導入以降、当該調剤レセプトについて、保険者が突合して点検した結果、不適切な投薬が行われていると考えられるものは、再審査を受け付ける体制を確保する予定である。 ○ 国保連においても、支払基金と同様に、取り扱われてきたところであり、平成23年4月診療分からは、電子化された調剤レセプトの突合審査を行う予定である。

(参考)

○社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について

(昭和60年4月30日保険発第40号・庁保険発第17号 各都道府県民生主管部(局)保険主管課(部)長あて
厚生省保険局保険課長・社会保険庁医療保険部健康保険課長・船員保険課長連名通知)

社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)における診療報酬請求書の再審査については、関係法令等に
従い実施されているところであるが、支払基金における迅速な再審査処理と支払事務の円滑な実施をさらに促進する
ため、再審査の申出に当たっては、特に左記の事項に配意され、適正な実施に努められたい。

なお、これにつき、貴管下の健康保険組合及び保険医療機関等に対しても周知指導方、特段の御配意を願いたい。

記

- 1 支払基金に対する再審査の申出はできる限り早期に行い、支払基金が定めた申出期間(原則六か月以内)を遵守する
よう努められたいこと。
- 2 同一事項について同一の者からの再度の再審査申出は、特別の事情がない限り認められないものである
ので、留意されたいこと。

○国民健康保険団体連合会に対する再度の考案の申出について

(昭和60年4月30日保険発第45号 各都道府県民生主管部(局)長あて厚生省保険局国民健康保険課長通知)

国民健康保険団体連合会(以下「連合会」という。)における診療報酬請求書の再度の考案については、関係法令等に
従い実施されているところであるが、連合会における迅速な再度の考案の実施と支払事務の円滑な実施をさらに促進す
るため、再度の考案の申出に当たっては、特に下記の事項に配意され、適正な実施に努められたい。

なお、これにつき、保険者及び療養取扱機関に対しても周知指導方、特段の御配意を願いたい。

記

- 1 連合会に対する再度の考案の申出はできる限り早期に行い、原則として6か月以内とするよう努められたいこと。
- 2 同一事項について同一の者からの重ねての再度の考案の申出は、特別の事情がない限り認められないもの
であるので、留意されたいこと。

○調剤報酬請求に対する審査の実施について

(平成18年3月10日保発第0310003号 庁保発第0310001号 地方社会保険事務局長あて
厚生労働省保険局長・社会保険庁運営部長通知)

調剤報酬請求についての審査要領については、「処方せんによる調剤に係る診療報酬請求に対する審査の実施について」(昭和63年3月19日保発第23号)により示してきたところであるが、「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一部を改正する省令」(平成18年厚生労働省令第30号)(参考1)及び「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第一条第三項の規定に基づき厚生労働大臣の定める調剤報酬請求書を廃止する件」(平成18年厚生労働省告示112号)(参考2)による調剤報酬明細書への処方せん添付義務の撤廃等を踏まえ、今般同通知を廃止し、別添1及び別添2のとおり調剤報酬請求についての審査要領の変更等を行い、当職から別途、社会保険診療報酬支払基金理事長あて当該審査要領等に沿った審査を、都道府県知事宛て各都道府県国民健康保険団体連合会において当該審査要領等に沿った審査がなされるよう周知を依頼したところであるので、貴職におかれても御了知の上、関係者に対して周知徹底を図られたく通知する。

(別添1)

調剤報酬請求についての審査要領

1 審査の申出の範囲及び方法

保険者は、保険医療機関の診療報酬明細書(以下「レセプトA」という。)と保険薬局の調剤報酬明細書のうち合計点数が1,500点以上のもの(以下「レセプトB」という。)とを突合して点検を行った上、不適切な投薬が行われていると考えられるものについては、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会(以下「審査支払機関」という。)に対して理由を付して、レセプトAにレセプトBを添付したうえ、審査を申し出ることができる。

2・3 (略)