

「第5回審査支払機関の在り方に関する検討会」における発言要旨

(於厚生労働省 平成22年9月16日14:00～)

新原 英嗣

I. 「社会保険診療報酬支払基金に業務委託をしている多くの保険者が社会保険診療報酬支払基金の仕事等に満足していない。」という現実があります。

○審査・支払は健康保険法第76条第4項で示すとおり、保険者の本来業務であり、審査・支払の責任は保険者にあります。社会保険診療報酬支払基金へは健康保険法第76条第5項を根拠として外部委託しているにすぎません。

○仕事に責任を負わなければならない委託元が、委託先の仕事等に満足しない場合は、自ら仕事をするか、委託先を変更するのが社会常識です。

○しかし、社会保険におきましては、委託先である社会保険診療報酬支払基金の仕事等に満足していない委託元である多くの保険者が、調剤を除き社会保険診療報酬支払基金に外部委託することを現実的に強要されています。

○保険者の本来業務であり、責任を負うべき審査・支払業務を、「保険者自ら行うこと」「外部委託先を変更すること」を、実質的に阻害している平成14年12月25日付・厚生労働省保険局長から健康保険組合理事長あて発出されました「健康保険組合等による審査および支払」という表題の「保発第1225001号」通知を廃止・変更する必要があります。

○社会保険診療報酬支払基金の仕事等に満足していない保険者が自ら行うか、外部委託先を変更することを現実的に可能にすることにより、社会保険診療報酬支払基金を競争的環境に置くことができます。

○社会保険診療報酬支払基金の仕事等に満足している保険者は、社会保険診療報酬支払基金に仕事を外部委託し続ければよいのです。

## II. 多くの保険者が社会保険診療報酬支払基金の仕事等に満足していない理由について

### (1) 多くの保険者は、審査に満足していません。

本日「検討会」でお話をさせていただくにあたり、保険者で歯科の事後点検をしています多く人たちから、実例とともにたくさんの意見が寄せられました。その全てを紹介することはできませんが、約束でありますので、特徴的な5事例について紹介させていただきます。

- ①なぜ、「傷病名部位」欄に、部位も傷病名も何も記載されていないレセプトが、審査済として保険者に回ってくるのですか。
- ②なぜ、同一診療所で以前に抜歯され、ブリッジや義歯が装着されている歯の、う蝕（むし歯）治療の請求が認められるのですか。
- ③なぜ、装着したその日の、装着した義歯（入れ歯）の修理の請求が認められるのですか。
- ④なぜ、医科診療所外来に毎月、4回も5回も通院している患者さんに対する歯科訪問診療の請求が認められるのですか。（患者さんは「医科には自分ひとりで通院している」と話しているが…）
- ⑤なぜ、告示・通知等で「継続的管理を必要とする傷病」が対象であると記載されている歯科疾患管理料の請求が、1日で治癒している傷病に対して認められるのですか。

### (2) 多くの保険者は、そのような審査の結果としての査定率の低さに満足していません。

○社会保険診療報酬支払基金発出の文書によると平成21年度9月審査分の歯科審査の査定結果をみますと、歯科点数査定率は0.078%で、その内、原審査で査定されたものは0.037%、保険者再審査で査定されたものが0.041%となっ

ています。

○さらに保険者再審査で査定されたもののうち、0.005%は単月審査分で本来、社会保険診療報酬支払基金の原審査において査定されるべきものです。

○同月の医科点数査定率は0.281%で、その内、原審査で査定されたものが0.227%でありました。

○歯科におきましては、保険者再審査での査定の方が原審査における査定より高い状況にあります。このことより、現行の体制下におきましても、歯科レセプトの流れを調剤と同様にすることが求められます。すなわち、

○「保険者における審査（単月審査と縦覧審査を両方に行う）」を先に行い、保険者審査の結果で疑義の生じたレセプトを「社会保険診療報酬支払基金の審査」にまわすようにすることが効率的であり必要です。

(3) 多くの保険者は、審査委員会の構成に満足していません。

○現在、全ての審査委員が医師・歯科医師で占められていますが、「告示」「通知」「疑義解釈事務連絡」に記載されている内容や「薬効」などについては医師・歯科医師でなくても審査可能です。現実に社会保険診療報酬支払基金の審査においても基金職員の事務共助に負うところが大きい状況です。

○学識経験者審査委員は平成15年までは行政（保険課等）が中心となって選考していましたが、組織変更されてからは、社会保険診療報酬支払基金の支部に設置される「学識経験者審査委員選考協議会」で選考することとなりました。しかし、「学識経験者審査委員選考協議会」の構成メンバーは、支部長以外はほとんど全て診療担当者サイドで占められており、公正な選考をしていることを疑われてもしかたのない状況にあります。

○保険者側審査委員につきましても、社会保険診療報酬支払基金支部から業界団体に一括依頼している支部が存在する現状に対する不満を保険者職員から聞いており

ます。多くの保険者は審査委員会が実質的に3者構成（診療担当者側・学識経験者・保険者側）になっていないことに不満を抱いています。

(4) 多くの保険者は、審査にかかる費用に満足していません。

○今月10日に発表されました健康保険組合連合会に加入する健康保険組合の昨年度の決算見込みをみますと08年度より赤字が2,416億円増加し5,235億円となり過去最悪となったとのことです。なお今年も6,000億円を越える赤字が見込まれています。

○全国健康保険協会（協会けんぽ）の昨年度の単年度収支も08年度より赤字が2,292億円増加し4,830億円の赤字です。国庫補助率を医療給付額の13%から16.4%に上げましても、全国平均の保険料率が昨年（09年）の8.2%から今年は9.34%に急激に上げられている状況です。

○社会保険診療報酬支払基金の審査支払にかかる手数料は、業務委託元である保険者の財政状況に影響されることはなく、極めて価格弾力性が低い状況にあります。

○保険者は「社会保険診療報酬支払基金の審査（単月審査のみ行う）」に係る費用の他に、保険者自ら行う「事後点検」（単月審査・縦覧審査の両方行う）にかかる費用も負担しており、審査に2重の費用をかけています。

○諸外国の公的医療保険制度における審査の状況を見ましても、審査を「単月審査」と「縦覧審査」に分けたり、「単月審査」と「事後点検」とに分けたりしている国はありません。したがって、保険者が審査に2重の手間と費用をかけることもありません。

○多くの保険者が「3人で1人を支える現在でも厳しい財政状況にある保険システムが、後40年程でやってくる1人で1人を支える環境においても機能するのだろうか。」と危惧する現況下で、毎年800億円を超える費用を要する社会保険診療報酬支払基金への外部委託に対する妥当性と効率性に疑問を抱いています。

○「保険者」と「保険医療機関」が直接話し合い、問題を直接解決していくことにより  
限られた医療財源を効率的に使う必要があります。

(5) 多くの保険者は、厚生労働省の通知が保険者の事後点検を実質的に制限している  
ことに不満をもっています。

①保険者は再審査の申出期間に厳しい制限を受けている。

○保険者からの再審査請求の消滅時効は、民法第167条第1項及び第703条  
(保険者の不当利得に対する還付請求権)により、支払われた日の翌日より起算  
して10年です。

○医療機関の再審査請求の消滅時効は、民法第170条第1号(短期消滅時効)に  
より、請求を行うことができるとされる診療月の翌月1日(昭和35年4月23  
日付け保文発第3085号)から起算して3年です。

○しかし、昭和60年4月30日付け、保文発第40号・庁保文発第17号「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」(旧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・同船員保険課長から都道府県民生主管  
部(局)保険主管課(部)長あて通知)および同日付、保文第272号「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」(旧厚生省保険局保険課長  
から健康保険組合理事長あて通知)において「再審査の申出期間(不服申出の期  
限)を原則として6ヵ月以内にする」旨記載されています。

○保険者で事後点検をしている多くの人たちから、「社会保険診療報酬支払基金支  
部では、この通知を根拠に『他の県では6ヵ月までの所もある。1年までみてあ  
げるから、1年を超えたレセプトは提出しないで下さい。』と申し込まれ、1年  
を超えての再審査は受け付けてもらえない。審査の責任は保険者にあるにおか  
しい。支払基金では医療機関からの再審査は、法律の規定どおり診療日の翌月  
より3年間受け付けている。保険者は法律上10年であるが、せめて同じ3年

くらいまで再審査に提出したい。」という不満の声がありました。

○国民皆保険制度であることを考えますと、支払基金の決定を追認したこの通知は、法律で定められている国民の権利を著しく侵害していると言えます。

○保険者が事後点検で縦覧審査には入れるのは、早くても社会保険診療報酬支払基金にレセプトが提出されて4ヶ月目です。

○この通知の廃止・変更が必要です。

②保険者は調剤レセプトとの突合審査において明らかに適応のない薬剤も、調剤レセプトの合計点数が1,500点を超えなければ、請求どおり支払わされる。

○社会保険診療報酬支払基金では「平成18年3月10日付け保発031001 調剤報酬請求に対する審査の実施について」により、保険薬局の調剤報酬明細書のうち1,500点以上のものについて審査を申し出ることができることから、本レセプトは審査対象ではありません。調剤報酬明細書1,500点以下のレセプトについては、申出されないようお願いいたします。」というコメントをつけて再審査請求レセプトを保険者にもどし、再審査を拒否しています。

○歯科においては調剤レセプトの合計点数が1,500点(15,000円)を超えるケースは非常にまれです。したがって、歯科においては“処方せん”(調剤レセプトとして保険者に請求されます)での「適応傷病名なしの薬剤投与」はほとんど査定されることはありません。(社会保険診療報酬支払基金の平成21年9月歯科審査における再審査での調剤査定は0.000%)

○この通知の廃止・変更が必要です。

③多くの保険者は、社会保険診療報酬支払基金が組織替えし、不完全ながら「民間法人」になった後も、社会保険診療報酬支払基金で設置した会議の決定内容に対する厚生労働省の追認通知が多いことに対する不満をもっています。適応外薬剤の保険請求の可否などは厚生労働省でしっかり議論を積み上げ責任をもって決定すべきです。

④多くの保険者は、「診療報酬点数改定時の改定内容」や、審査に影響を与える厚生労働省発出の「疑義解釈事務連絡」の内容に不満があります。

○例えば、今年（平成22年）4月30日に発出されました「疑義解釈事務連絡」に「診療報酬明細書の「傷病名」欄の記載にあたり、慢性歯周炎（軽度・中等度・重度）は、Pと省略して差し支えないとされているが、全顎にわたりP病名が記載されている患者に対して、必要があり抜歯を行う場合、「傷病名」欄の記載において、さらに抜歯部位及びその重症度を特定して記載する必要はあるか。」という問いに「必要ない」と回答したものがあります。この回答に保険者において事後点検している多くの人たちは「抜歯した歯もわからずに支払いをさせるのか。」と憤っています。

○「診療報酬点数改定時の改定詳細」や「疑義解釈事務連絡」の内容は、診療担当者側とのみ事前打ち合わせをするのではなく、保険者側とも事前に打ち合わせをすべきです。

以上、いろいろと申し上げてまいりましたが、審査支払機関の現状に対する責任は厚生労働省にあります。当検討会における、目的・議題・問題点の多くは20年ほど前より議論の俎上に上がっておりました。特にここ10年は常に問題とされてきた内容です。どうかこの検討会が国民の為に機能し、「現状維持」の理由づけや「検討会を行ったという事実」をもって問題解決をサボタージュするための検討会とまらないことを心より祈ります。少なくとも審査・支払を本来業務の一つとし、責任を負わされている保険者が、外部委託先の仕事等に満足していない場合は、「自ら仕事をする」あるいは「外部委託先を変更する」ということができる、当たり前の権利が、実態として確保されるべきです。宜しく願いいたします。

【別添資料】

<保険者の再審査の提出期限を制限する通知>

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. 4. 30 保険発第 40 号、庁保発第 17 条  
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、  
同船員保険課長から  
都道府県民生主管部（局）保険主管課（部）長あて通知

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、特に下記の事項に配慮され、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利用機関等に対しても周知指導方、特段の御配慮を願いたい。

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 6 ヶ月以内）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。

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. 4. 30 保文発第 272 号  
厚生省保険局保険課長から健康保険組合理事長

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、特に下記の事項に配慮され、適正な実施に努められたい。

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 6 ヶ月以内）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。



<関係法規で規定する保険者からの再審査請求の消滅時効>

- |         |   |
|---------|---|
| 1) 期間   | : 10年                                       |
| 2) 根拠条文 | : 民法第167条第1項及び第703条（保険者側の不当利得に<br>対する還付請求権） |
| 3) 起算日  | : 支払の行われた日の翌日                               |

<関係法規で規定する医療機関からの再審査請求の消滅時効>

- |         |                           |
|---------|---------------------------|
| 1) 期間   | : 3年                      |
| 2) 根拠条文 | : 民法第170条第1号 短期消滅時効       |
| 3) 起算日  | : 請求を行うことができるとされる診療月の翌月1日 |
| ★起算日の根拠 | : 昭和35年4月23日付け保文発第3085号   |

<歯科レセプト・調剤レセプト突合点検による保険者の再審査を制限している通知>

（平成18年3月10日 保発第0310001号別添）

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、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 審査支払機関における審査等

(1) 保険者からの申出のあったレセプトについて、審査支払機関は申出の範囲内で従来の院内投薬についての審査と同様の方針に基づき審査を行った上、不適切な診療又は調剤が行われていると認められる場合には、所要の審査を行うものとする。

(2) 査定の請求については、以下のケースに応じ行うものとする。

なお、審査に当たっては、審査支払機関が保険薬局又は保険医療機関に対する調剤報酬債務又は診療報酬債務を負っている場合には、これと審査支払機関の査定分請求権とを相殺することを妨げない。

① 調剤又は診療の内容が不適切な場合

- イ 調剤が不適切な場合は、保険薬局に対し、査定分を請求するものとする。
- ロ 診療が不適切な場合は、保険医療機関に対し、調剤の査定分を請求するものとする。

② 審査上特に疑義が生じ、審査支払機関が保険者から申出のあったレセプトに係る処方せんを保険薬剤師から取り寄せた場合又は社会保険診療報酬支払基金法第18条第1項若しくは国民健康保険法第89条第1項に基づき審査委員会が当該処方せんを取り寄せた場合

- イ 処方せんの内容と異なる調剤を保険薬局が行っている場合は、保険薬局に対し、査定分を請求するものとする。
- ロ 処方せんの内容が不適切な場合は、保険医療機関に対し、調剤査定分を請求するものとする。

(3) 査定分の請求に当たっては、審査支払基金は保険医療機関が当該査定に係る処方せん及び保険薬局を特定しうよう配慮するものとする。

(4) 審査支払機関による審査の内容に不服がある場合には、保険者、保険薬局及び保険医療機関は、審査支払機関に再審査を申し出ることができ、審査に当たっては、申出の範囲内で通常の審査と同様の方針に基づき審査を行う。

3 実施時期

この審査要領に基づく審査は、平成18年4月審査分以降のレセプトA及びこれに係るレセプトBについて実施する。