

第2回審査支払機関の在り方に関する検討会

議 事 次 第

平成22年4月22日(木)午後15:15～

於：全国都市会館3階 第1会議室

1. 開会
2. 委員紹介(粟生田委員、岩田委員)
3. 審査支払機関から説明
 - (1) 社会保険診療報酬支払基金
 - (2) 国民健康保険団体連合会
4. 議論
5. 閉会

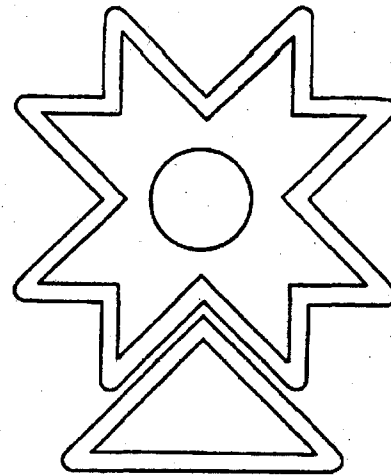
【配布資料】

- 資料1 社会保険診療報酬支払基金について(支払基金提出)
- 資料2 国民健康保険団体連合会について(国保連提出)
- 資料3 審査支払機関の設立に関する経緯について(前回宿題)
- 参考資料1 厚生労働省省内事業仕分け「社会保険診療報酬支払基金」
概要
- 参考資料2 規制改革関係会議によるこれまでの指摘
- 机上配布
- ・各委員の主な意見の概要(第1回)〈未定稿〉
 - ・韓国の審査制度に関する現地調査報告書(支払基金提出)
 - ・今後の審査委員会のあり方に関する検討会報告書
(支払基金提出)

※「今後の審査委員会のあり方に関する検討会報告書」の概要は、支払基金HPにアップされています。

<http://www.ssk.or.jp/osirase/pdf/osirase26.pdf>

社会保険診療報酬支払基金について



平成22年4月22日
社会保険診療報酬支払基金



社会保険診療報酬支払基金とは

- 1 全国組織
- 2 公正な審査を担保する独立の第三者機関
- 3 サービスの向上及びコストの削減に対する
民間同様の動機付け

全国組織

1. 被用者保険の構造に相応しい審査支払機関

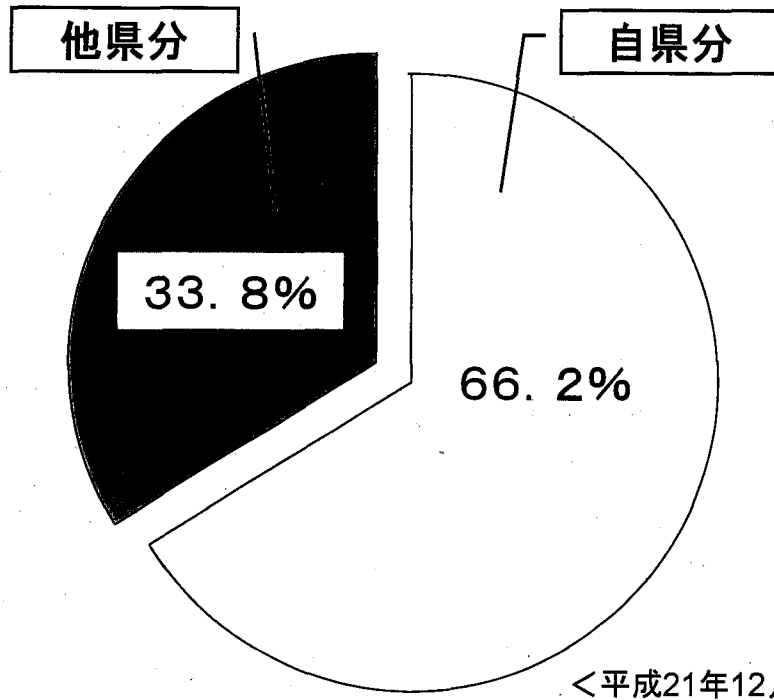
2. 全国統一的なサービスの提供の基盤

被用者保険の構造に相応しい審査支払機関

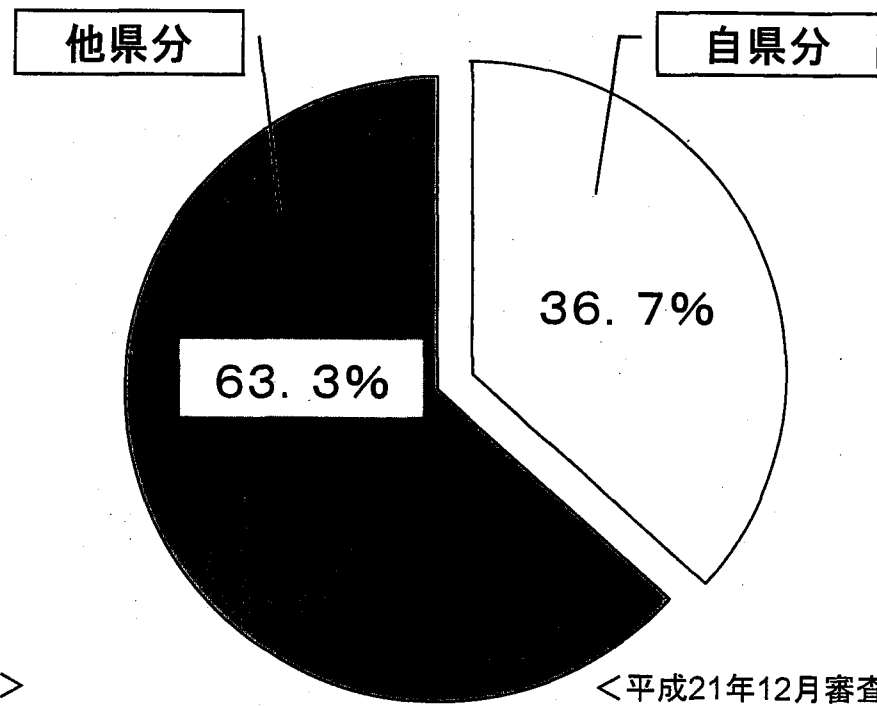
- 職域保険である被用者保険については、地域保険と比較すると、「保険者」とそれに加入する被保険者が利用する「医療機関」とは、同一の都道府県の圏域に所在しない事例が少なくない。
- 支払基金は、このような被用者保険の構造に対応して都道府県の圏域を越える診療報酬の請求を円滑に処理することができる「全国組織」となっている。

自県分・他県分のレセプト件数の構成割合 (医科・歯科・調剤計)

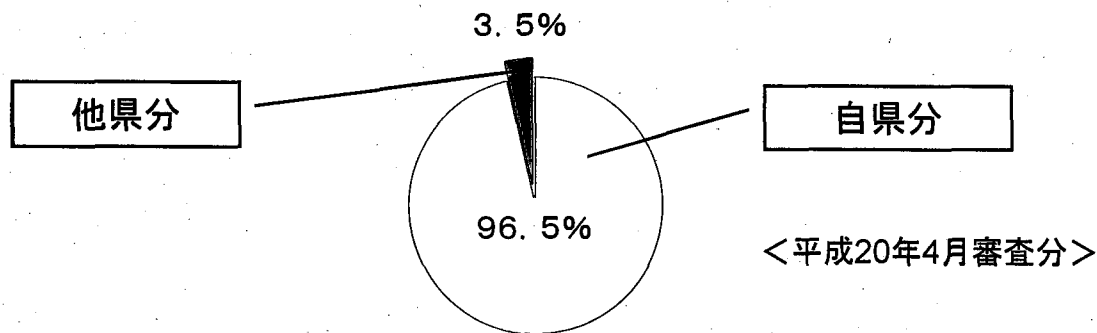
【全管掌分】



【健康保険組合分】



[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



全国統一的なサービスの提供の基盤

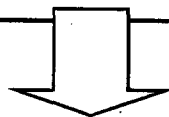
- 「全国組織」である支払基金は、組織としての一体性を発揮して全国統一的なサービスを提供する基盤となっている。

- 具体的には、
 - ① システムを本部で一元的に開発して全支部で一斉に導入している。
 - ② 支部間における審査実績の差異の「見える化」やその解消に向けて取り組んでいる。

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、 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。

公正な審査を担保する独立の第三者機関

- 支払基金においては、審査委員会が診療担当者代表、保険者代表及び学識経験者の三者構成となっているほか、理事会及び幹事会が保険者代表、被保険者代表、診療担当者代表及び公益代表の四者構成となっている。
- このように、支払基金は、保険者及び医療機関の双方から「独立の第三者機関」として、双方の信頼に応じて公正な審査を担保することができる機関となっている。

社会保険診療報酬支払基金の組織

〈平成22年度〉

役員 : 20人 審査委員 : 約4,500人 [参考] 調剤専門役 : 56人

職員 : 5,087人

(一般会計: 4,934人)
(特別会計: 153人)

(医科: 約3,700人)
(歯科: 約800人)

(注) 平成21年6月より、職員による
調剤レセプトの点検を支援するため
の調剤専門役を全支部に配置。

本部

【理事会】(最高意思決定機関)

- ・保険者代表
- ・被保険者代表
- ・診療担当者代表
- ・公益代表

四者構成

【特別審査委員会】

- ・診療担当者代表
- ・保険者代表
- ・学識経験者

三者構成

47支部

【幹事会】(協議機関)

- ・保険者代表
- ・被保険者代表
- ・診療担当者代表
- ・公益代表

四者構成

【審査委員会】

- ・診療担当者代表
- ・保険者代表
- ・学識経験者

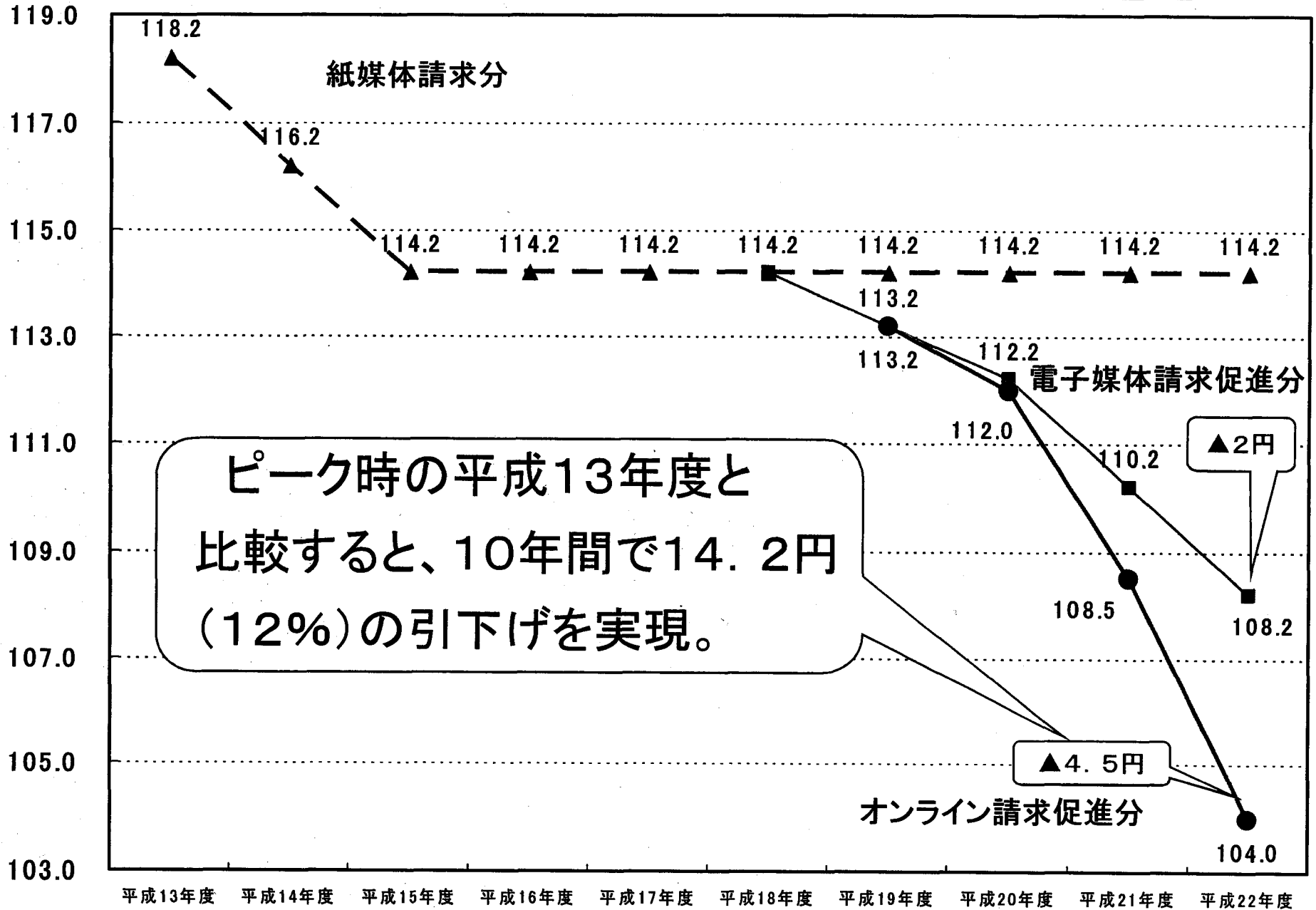
三者構成

サービスの向上及びコストの削減に対する 民間同様の動機付け

- 支払基金は、健康保険組合等の保険者の委託を受けて審査及び支払を実施。そのために必要な事務費については、健康保険組合等の保険者が負担。
- 「特別の法律により設立される民間法人」である支払基金と「民間の事業主によって設立される公法人」である健康保険組合等とが毎年度の交渉及び契約を通じて審査支払事務手数料を設定する仕組みは、支払基金にとってサービスの向上及びコストの削減に対する民間同様の動機付けとして機能。

事務費単価の推移

単位:円



平成22年度 事務費単価

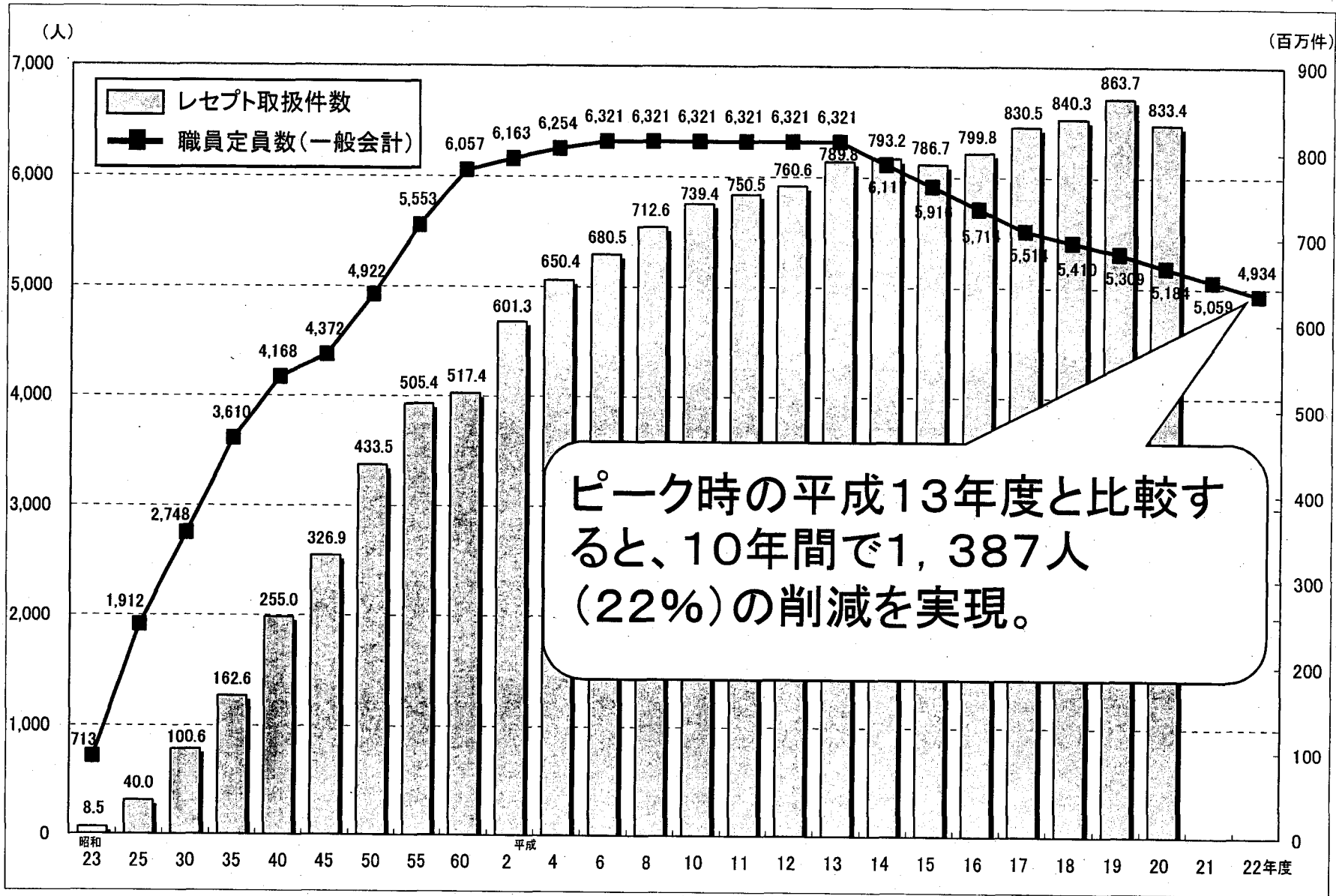
- 電子レセプトに関する平均の事務費単価について、「原則完全オンライン化の段階における手数料適正化の見通し」(平成20年3月)で見込んだ平成23年度の水準を1年前倒しで達成。

	医科・歯科分	調剤分
オンライン請求促進分	104円00銭	47円00銭
電子媒体請求促進分	108円20銭	51円20銭
紙媒体請求分	114円20銭	57円20銭



- 「サービスの向上と業務効率化のための新たな計画」においては、業務に係るコストの削減目標に向けた財政見通し及び手数料単価の見込みを盛り込む方針。
- 平成23年度以降の手数料については、その体系も含め、「サービスの向上と業務効率化のための新たな計画」の内容等を踏まえて検討する方針。

職員定員の見直し



職員定数の削減

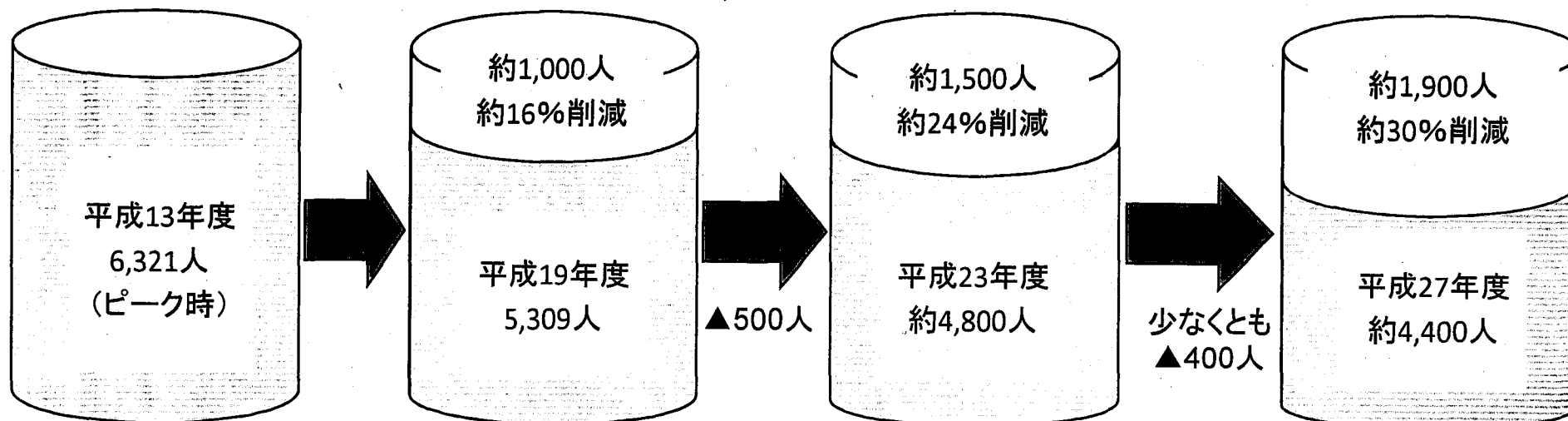
1. 従来の取組み

- 「レセプトオンライン化に対応したサービスと業務効率化のための計画」(平成19年12月)においては、平成20～23年には、レセプトのオンライン化に伴う900人の要員効果を見込んだ上で、400人の要員を審査の充実に振り向け、500人の定員削減を盛り込んだところ。

2. 今後の取組み

- 平成22年度前半を目途に、平成23～27年度を対象期間とする「サービスの向上と業務効率化のための新たな計画」を策定するに当たっては、平成24年度以降に少なくとも400人の定員削減を盛り込む方針。

- 具体的には、
- ① 現行で支部ごとに処理されている資金管理業務（保険者に対する診療報酬の請求及び医療機関に対する診療報酬の支払の業務）について、平成23年度より、本部で一括して処理し、効率化を図る
 - ② 現行で支部ごとに処理されている庶務・会計の管理業務のうち、集約可能なものについて、本部又は各ブロックで中核となる支部に集約する方向で検討する
- など、業務処理体制を見直すことにより、職員定員の削減を計画的に進める方針。





その他の論点

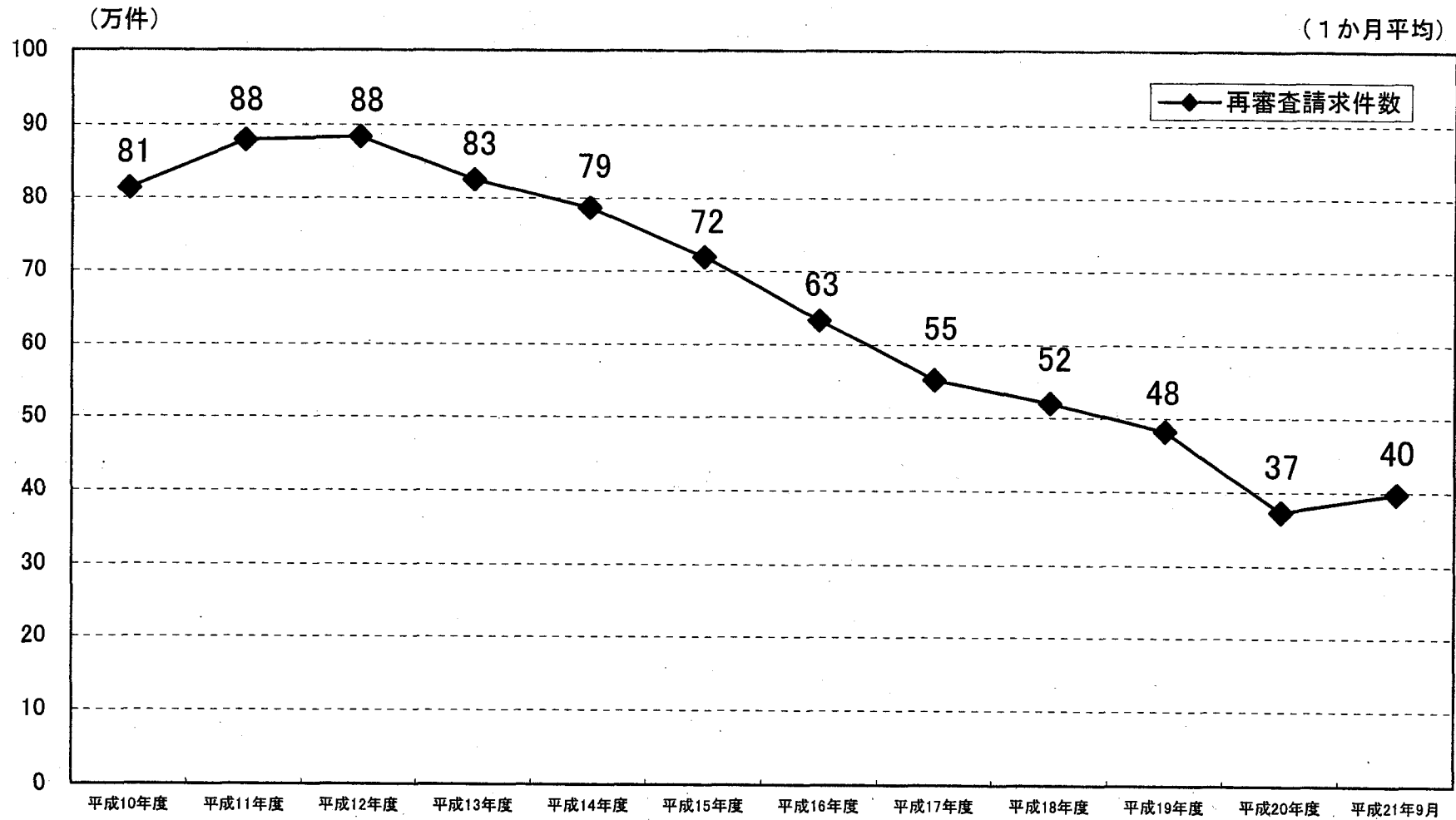
- 1 査定額と支出額との関係
- 2 レセプトの電子化とコストの削減との関係
- 3 新規事業の実施に対する制度的な制約
- 4 日本及び韓国の審査機関の比較

査定額と支出額との関係

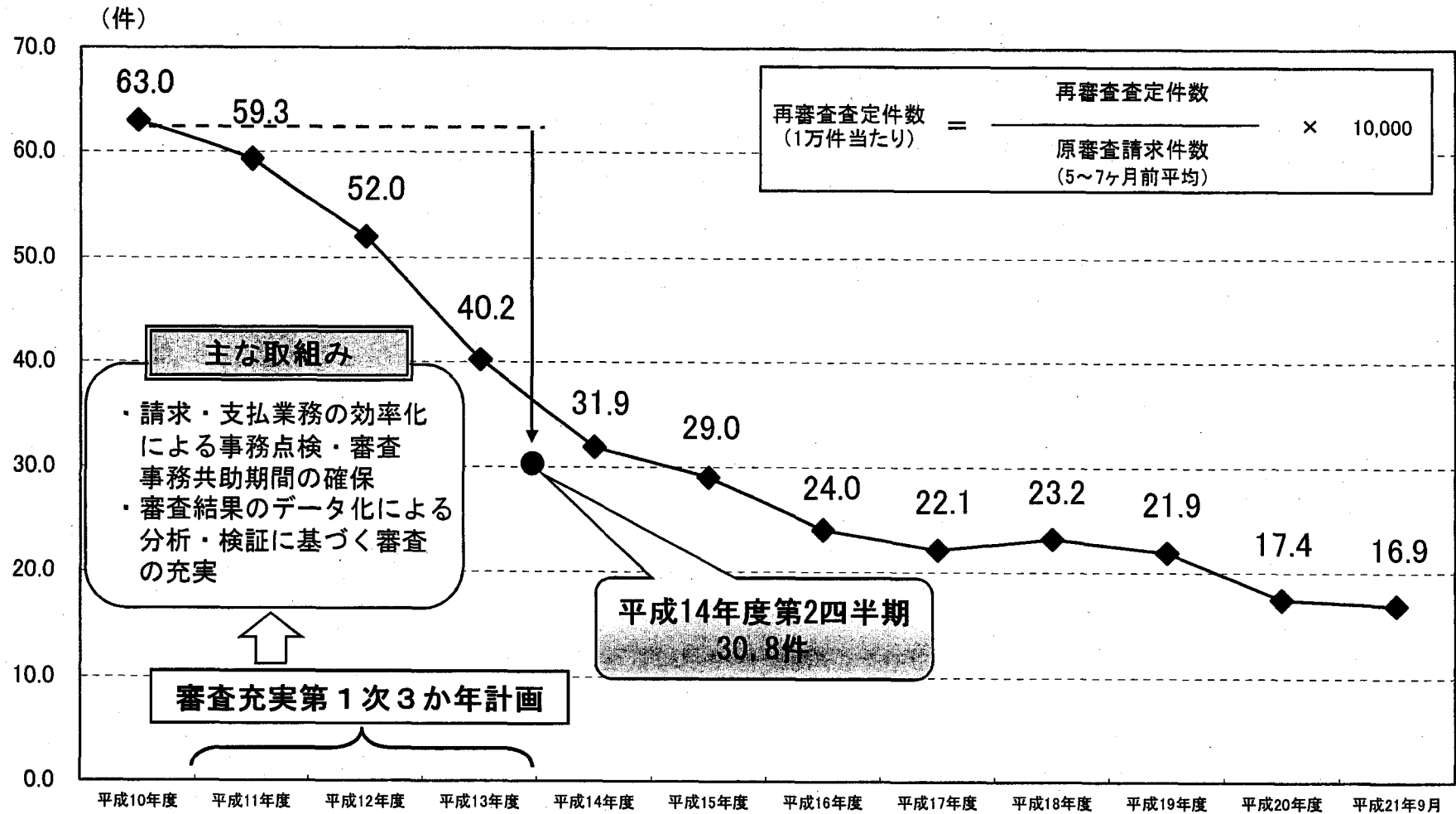
- 保険者は、医療機関による診療報酬の請求について、「審査の上、支払う」(健康保険法第76条第4項)仕組みとされている。
(注) 保険者は、審査及び支払を支払基金又は国保連合会に委託することができる仕組みとされている。
- ここにいう診療報酬の「審査」とは、診療報酬の支払を確定するに当たり、診療行為が保険診療ルール(療養担当規則、診療報酬点数表等)に適合するかどうかを確認する行為をいう。
- このような診療報酬の審査は、保険診療ルールに適合する診療行為の確保を目的とするものであって、査定のみを目的とするものではない。

- 具体的には、請求者と同業のプロフェッショナルである医師及び歯科医師によって構成される審査委員会の審査は、それ自体で不適正な請求を抑止する効果。
- また、審査委員会は、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。
- このような査定額に現れない審査委員会の役割を考慮すると、査定額と支出額との多寡を単純に比較することは、不適切。
(注) 支出額は、審査に係るもののみならず支払に係るものも含むため、平成21年度予算における支出額は、868億円であるが、審査に係る事務費と支払に係る事務費とがおおむね半々であることを前提とすると、審査に係る支出額は、約430億円と推計される。
- なお、ピアレビューである審査委員会の審査は、専門的知見に基づく判断。仮に査定率に応じて手数料を設定したとしても、各支部における査定率の向上に対するインセンティブとなり得ないところ。

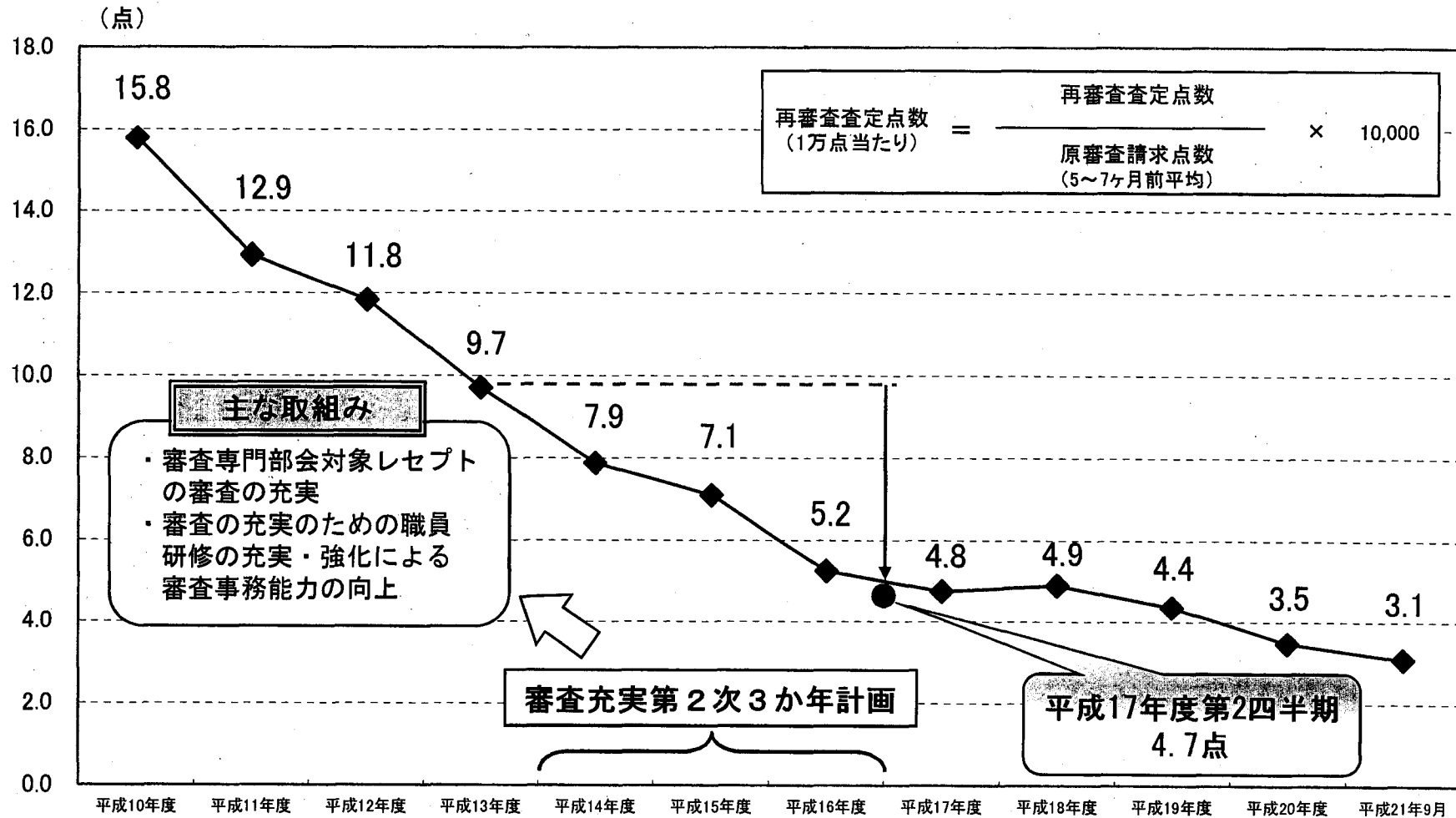
再審査請求件数の推移【医科歯科計】



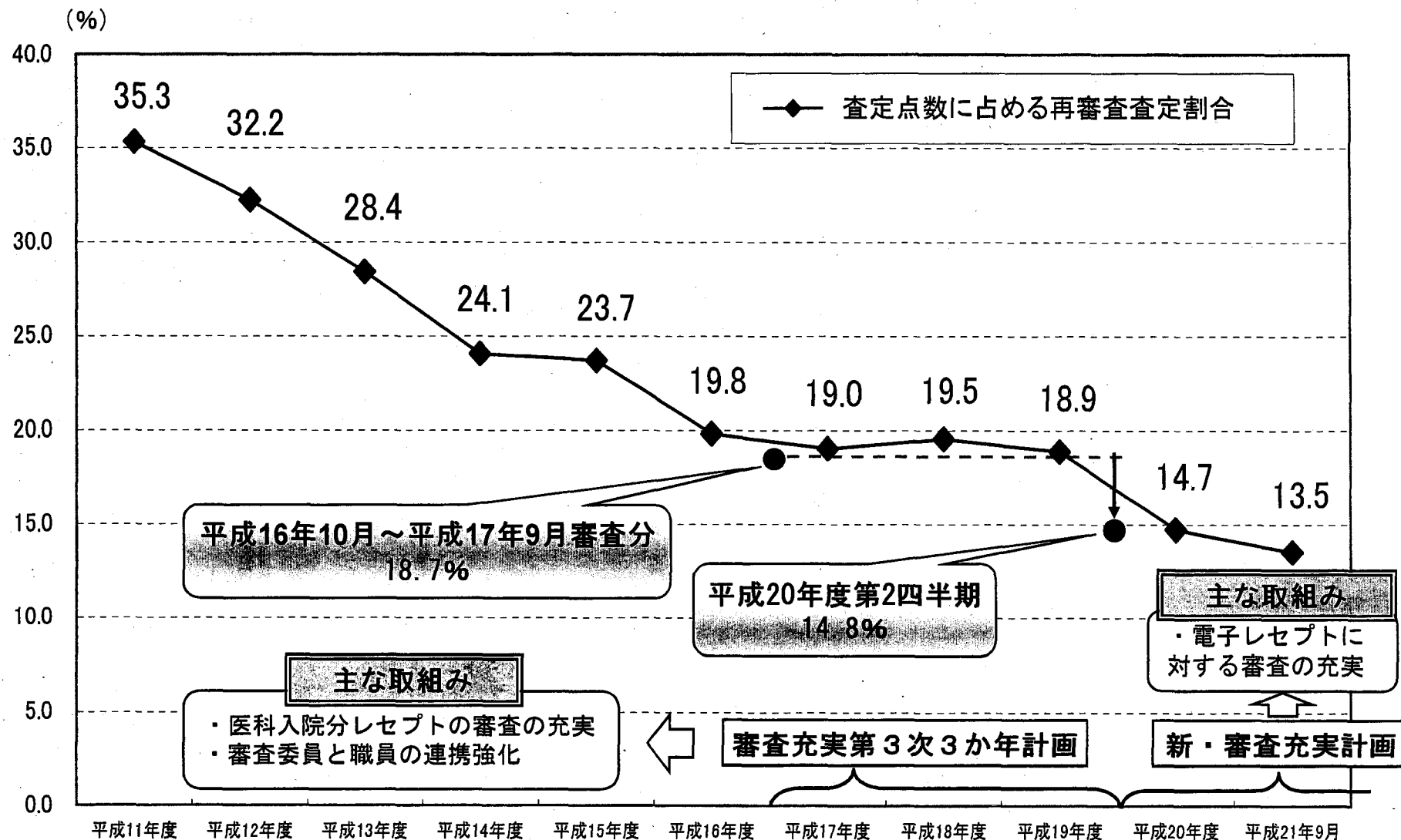
再審査査定件数(1万件当たり)の推移【医科歯科計】



再審査査定点数(1万点あたり)の推移【医科歯科計】



査定点数に占める再審査査定割合の推移【医科歯科計】



レセプトの電子化とコストの削減との関係

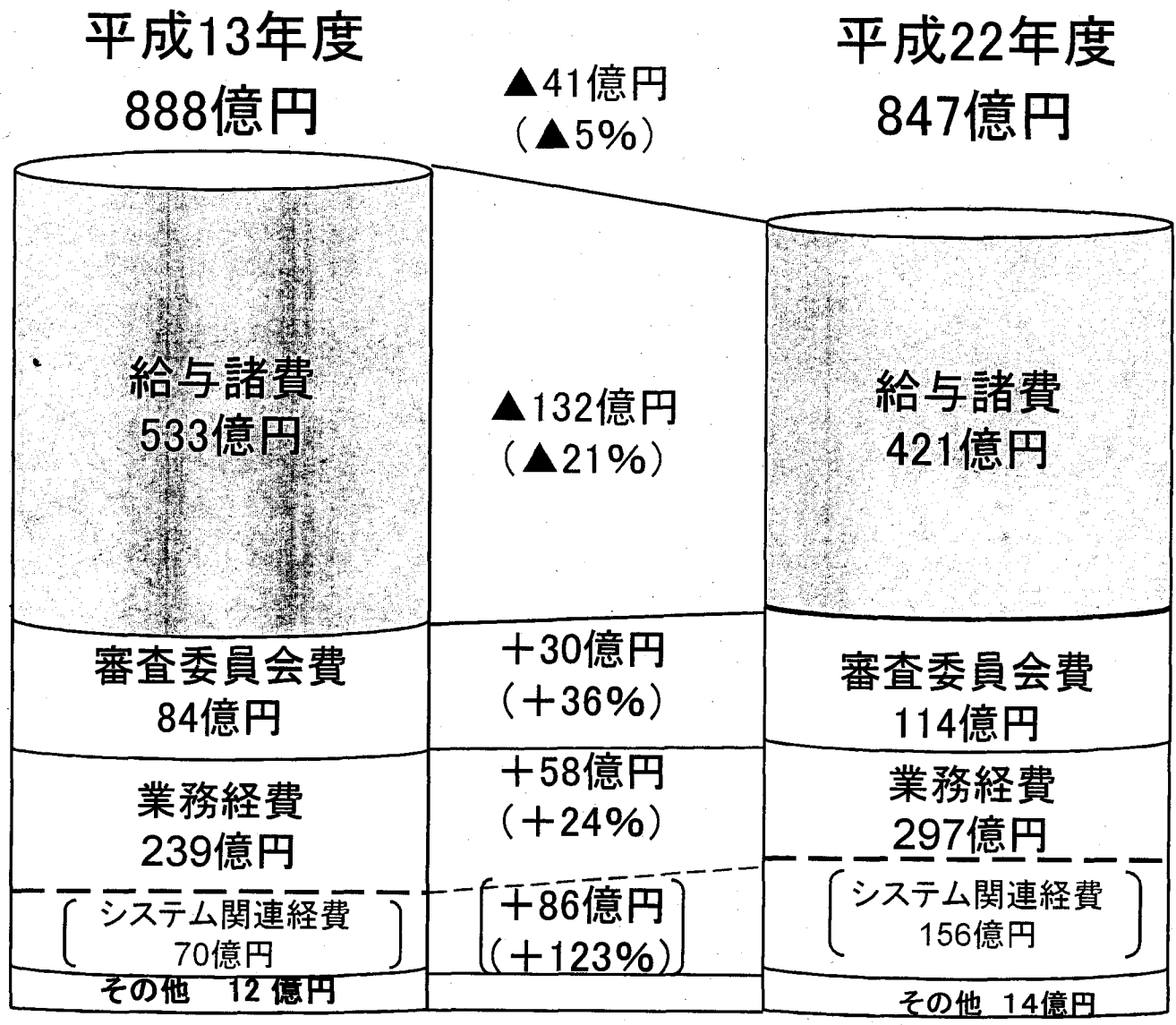
1. システムの開発及び維持管理の必要性

2. 職員及び審査委員の審査の必要性

システムの開発及び維持管理の必要性

- 電子レセプトの審査を効果的かつ効率的に実施するためには、すべての電子レセプトに対するシステムチェックが可能となるよう、ITを最大限に活用することが必要。
- したがって、システムの開発及び維持管理のための人員及び経費を確保することが必要。

平成13年度と平成22年度との支出予算(一般会計)の比較



	平成13年度	平成22年度
職員定員数	6,321人	4,934人 ▲22%
レセプト取扱件数	79千万件	86千万件 +9%
事務費単価	118.20円	104.00円 ▲12%

(注1) 平成22年度のレセプト取扱件数は、見込み。
 (注2) 平成22年度の実務費単価は、オンライン請求促進分。

(注) 主任審査委員手当(約20億円)については、平成20年度までは給与諸費として計上していたが、平成21年度からは審査委員会費として計上している。

職員及び審査委員の審査の必要性

- 審査においては、そもそも、個別性を重視する医療の要請と画一性を重視する保険の要請との間で「折り合い」を見出すことが本質的に困難。
- 加えて、現行の保険診療ルールは、相当程度の裁量の余地を認めているため、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は、不可能。

○ したがって、将来、いかにシステムチェックの充実が図られても、「人でなければできない審査」が存在。

○ また、システムチェックが発展途上にある段階では、目視による点検で看過されていたような疑義が網羅的に摘示される反面、疑義を査定に結び付くようなものに絞り込む精度が不十分。このため、当面、職員及び審査委員の事務処理負担がかえって増大。

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(投薬等)

- 「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(救急医療管理加算等)

- 「その他〇〇に準じるような重篤な状態」状態不良の状態」

3. その他

(1) 医薬品の用法・用量

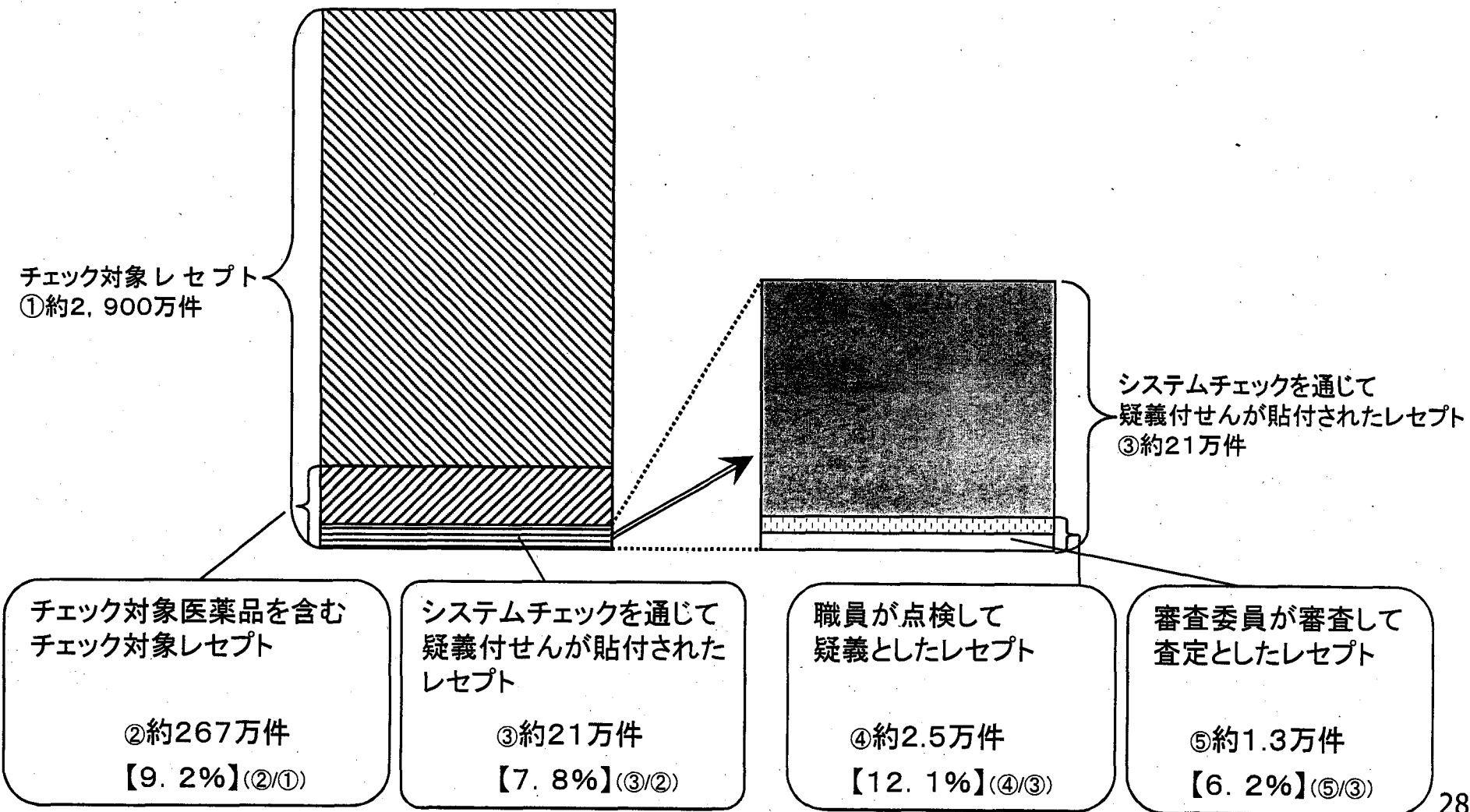
- 「年齢・症状により適宜増減」

(2) 「55年通知」

- 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。」

医薬品チェックの状況(平成22年3月請求分)

- チェック対象レセプト : 医科及びDPC出来高の電子レセプト
- チェック対象医薬品 : 電子レセプト請求用の医薬品コード(19,412品目)の4.8%に相当する926品目
- チェック項目 : 適応傷病名の有無及び投与量・投与日数の適否



新規事業の実施に対する制度的な制約

- 現行では、支払基金に委託することが可能である審査及び支払を「療養の給付」等に係るものに限定。
- したがって、出産育児一時金の直接支払については、異常分娩に係る審査及び支払しか支払基金に委託されない仕組み。
- また、柔道整復療養費の代理受領についても、審査及び支払が支払基金に委託されない仕組み。
- このため、平成21年11月、支払基金より、厚生労働省に対し、支払基金が時代の要請に応じて柔軟に新規事業を実施するために必要な制度改正を要望。

※ 従前に支払基金で取り扱ってきた被用者保険の老人保健分については、後期高齢者医療制度の創設に伴い、すべて国保連合会が取り扱うこととなった。

日本及び韓国の審査機関の比較

項 目	日本(支払基金)	韓国(HIRA)
審査機関と保険者との関係	審査機関が保険者と分離	
審査と支払との関係	審査機関が支払を実施	保険者が支払を実施

項 目	日本(支払基金)	韓国(HIRA)
医療費に対する事務費の割合	約0.46%	0.52%
支出額 (2009年度)	約430億円	134億円
レセプト取扱金額 (2008年度)	9.4兆円	2.6兆円
職員1人当たりの医療費 (2008年度)	18億円	15億円
レセプト取扱金額 (2008年度)	9.4兆円	2.6兆円
職員定員数 (2008年度)	5,184人	1,730人

<韓国(HIRA)の各項目の数値については、支払基金における韓国現地調査(2009年12月)によるもの>

(注1) 為替レートは、100ウォン=7.48円(平成21年12月)。


(注2) 支払基金の支出額は、審査に係るもののみならず支払に係るものも含むため、2009年度予算における支出額は、868億円であるが、審査に係る事務費と支払に係る事務費とがおおむね半々であることを前提とすると、審査に係る支出額は、約430億円と推計される。

【参考】 日本及び韓国の医療保険制度の比較

	日本	韓国
医療保険制度 の性格	社会保険方式による国民皆保険制度	
診療報酬体系	出来高払いと包括払いとの組合せ	
医療保険制度 の体系	被用者保険と地域保険 との二元的な制度	一元的な制度
審査機関数	2か所	1か所
保険者数 (2009年)	約13,000か所	1か所
医療機関数 (2009年)	約227,000か所	約78,000か所

参考資料

- 1 「サービスの向上と業務効率化のための新たな計画」
- 2 電子レセプトの審査のためのシステムの整備
- 3 支部間差異の解消
- 4 平成22事業年度一般会計収入支出予算
- 5 遊休不動産の処分・宿舎の見直し
- 6 役員の公募
- 7 「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」



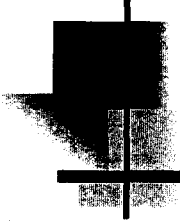
1. 「サービスの向上と業務効率化のための
新たな計画」

「サービスの向上と業務効率化のための新たな計画」

- 支払基金においては、自らの取組として、平成21年5月より、審査委員代表、保険者代表、診療担当者代表等の参画を得て「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」を開催し、平成22年3月、報告書を公表。



- 平成22年度前半を目途に、平成23～27年度を対象期間とする「サービスの向上と業務効率化のための新たな計画」を策定する方針。
- その中では、
 - ① 電子レセプトによる審査の質の向上の方向性
 - ② 審査を含む業務処理全般に関する現行の体制の見直し後の姿
 - ③ 業務に係るコストの削減目標並びにそれに向けた財政見通し及び手数料単価の見込み
 - ④ 審査実績の向上及び支部間差異の解消に向けて達成すべき目標を設定してその進捗状況を検証する仕組み等を盛り込む方針。



2. 電子レセプトの審査のためのシステムの整備

電子レセプトの審査のためのシステムの整備

- レセプトの電子化に伴い、従来の目視による審査で不可能であった「全レセプトの審査」が可能。
- したがって、今後、全ての電子レセプトについて、システムチェックを実施し、人による審査を「人でなければできない審査」に限定することが基本。
- このため、突合・縦覧審査機能の開発など、電子レセプトの審査のためのシステムの整備に取り組む方針。

システムの主な取組み

1 審査の充実

項 目	実施時期
(1) コンピュータチェックの拡充 ・傷病名と医薬品の適応等のチェック ・傷病名と医薬品の禁忌等のチェック ・傷病名と診療行為(処置・手術・検査)の適応等のチェック ・歯科における部位(歯式)を特定したチェック ・傷病名と特定保険医療材料の適応等のチェック	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24年 4月
(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) 突合・縦覧審査機能の開発	平成23年 4月
(4) 原審査の履歴情報のレセプトへの付加	平成22年 7月

2 サービスの向上

項 目	実施時期
(1) レセプト電子データ提供 ・紙レセプトの画像及びテキストデータのみを希望する保険者への対応 ・組合本部及び支部のデータを組合本部へ一括して提供	平成22年4月実施済 平成22年4月実施済
(2) レセプトのオンラインによる請求 ・パソコンの基本ソフト等 (Windows7、MacOS、IE 8) の追加対応 ・医療機関・薬局への振込額明細データの配信 ・公費負担医療実施機関へのオンライン請求の開始 ・保険者への請求関係帳票データの配信	平成22年3月実施済 平成22年 6月 平成22年 7月 平成22年 8月

3 システムの充実

項 目	実施時期
(1) 保険者及び医療機関等からの再審査等請求の電子化対応	平成22年 7月
(2) 機器更新等 ・現行機器の老朽化に対し、最新のIT技術を導入し、効率的かつ合理的なシステムを構築 ・大規模災害が発生した場合であっても、事業継続・復旧を迅速に行うため、データセンター及び支部のバックアップシステムを構築	平成24年度

4 操作性の向上

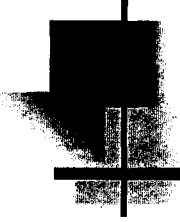
項 目	実施時期
(1) 審査委員会へ繰り返し上程できる機能	平成22年 7月
(2) 重点審査を実施するレセプトを設定する機能の充実	平成22年10月
(3) 審査委員会相互の連携システム(他支部の審査委員への照会機能)	平成23年 4月
(4) 電子レセプトに即した審査画面の再構築	平成23年 4月

5 制度改正への対応

項 目	実施時期
(1) 平成22年度診療報酬改定への対応 <ul style="list-style-type: none"> ・電子点数表の構築 ・基本マスタのメンテナンス ・記録条件仕様、標準仕様及び受入システムのメンテナンス 	平成22年3月実施済 平成22年3月実施済 平成22年 5月
(2) 診療行為及び傷病名等によりレセプトを診療科別に分類する機能	平成22年 5月

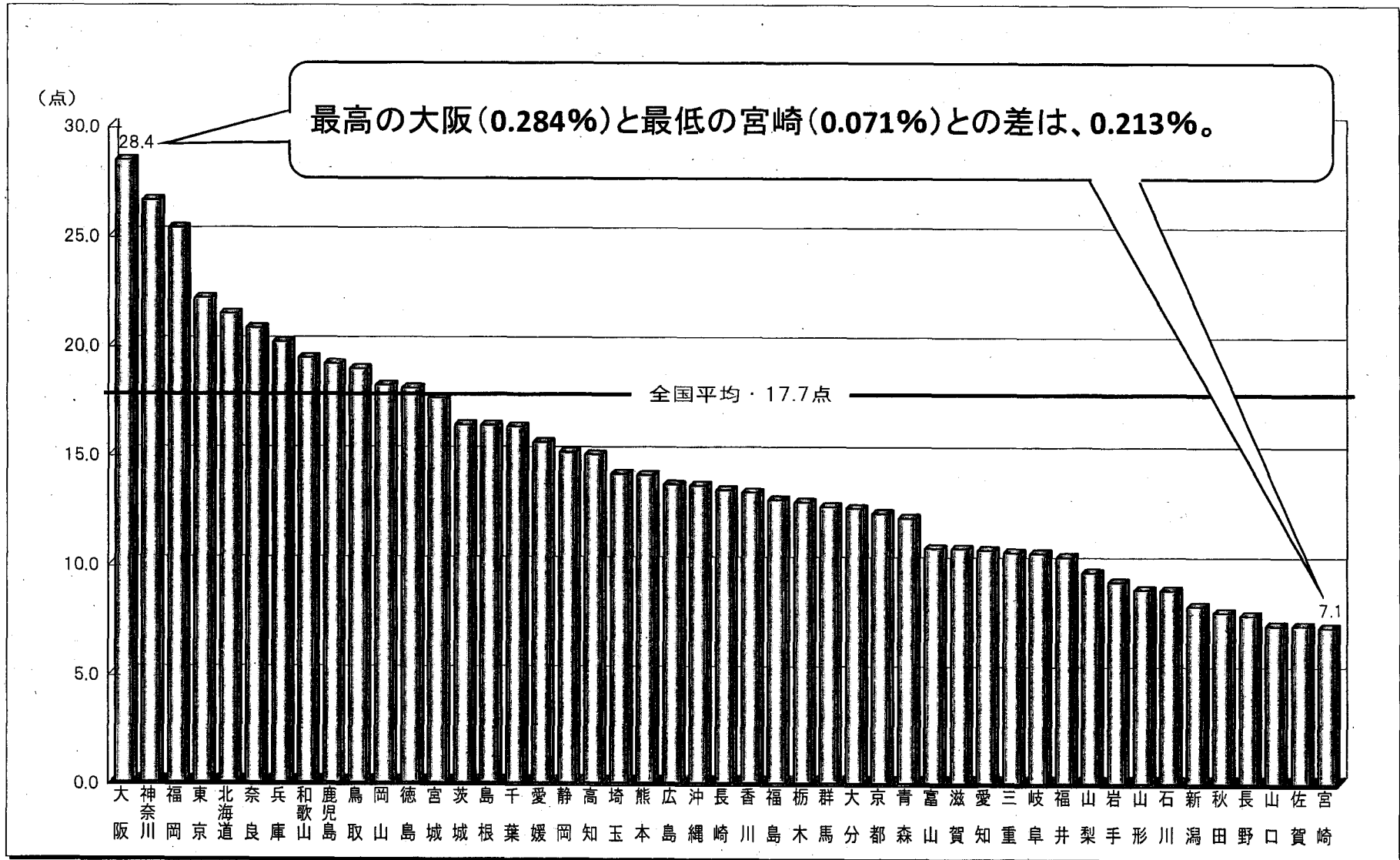
システムの機器更新

- 支払基金としては、審査の更なる充実・効率化を図るため、平成24年度を目途にシステムの機器更新を実施し、より一層高度なITを導入したシステムの整備を進める方針。
- その際にも、システム経費の適正化を図るため、新規のシステムの開発等については、一般競争入札で業者を選定するとともに、随意契約によらざるを得ない既存のシステムの改修等については、外部機関によるシステム監査を実施する方針。



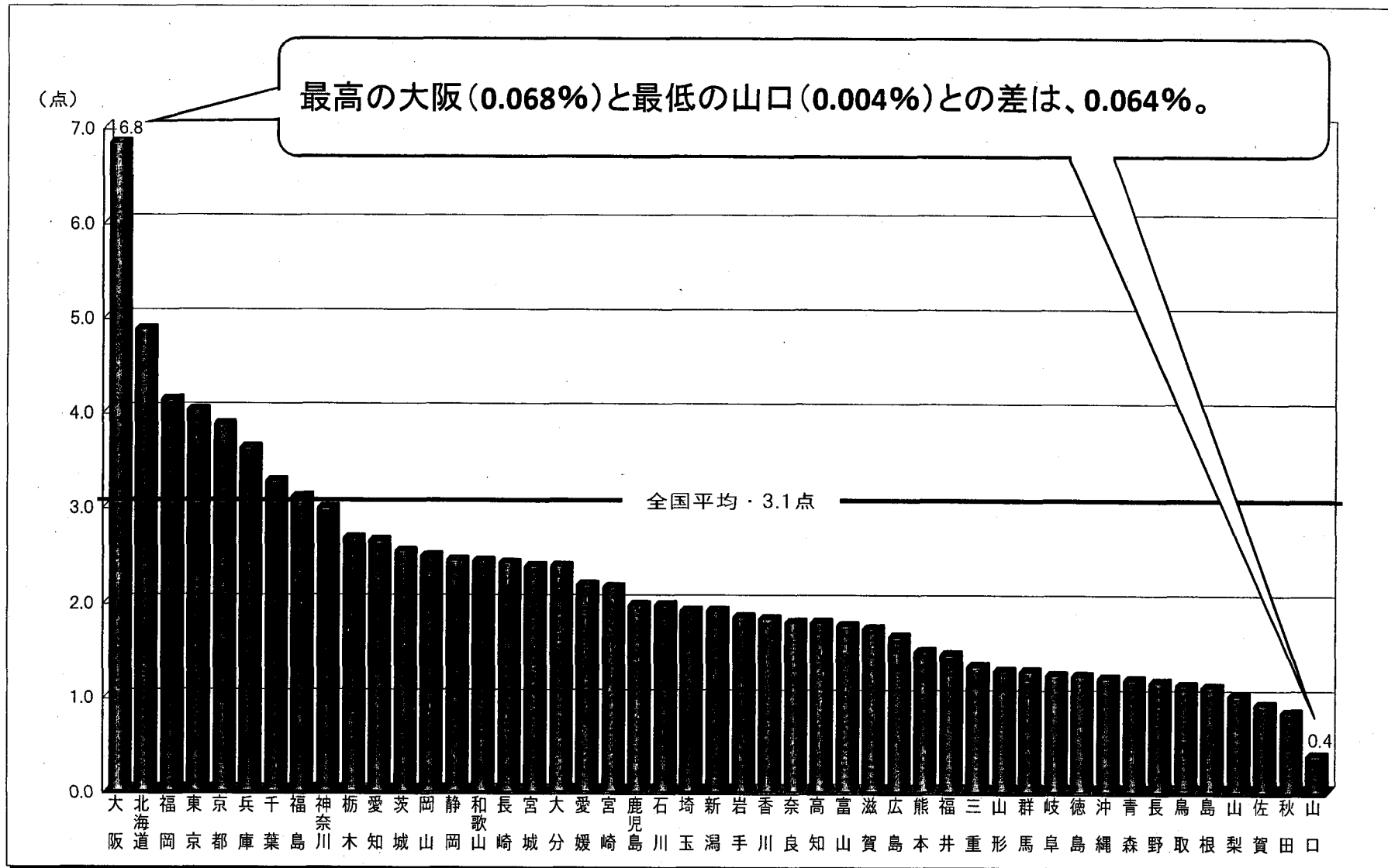
3. 支部間差異の解消

請求点数1万点当たりの原審査査定点数 (平成21年9月審査分)



(注) 特別審査委員会分を除く。

請求点数1万点当たりの再審査査定点数 (平成21年9月審査分)



(注) 特別審査委員会分を除く。

レセプト交換による支部間差異の調査

1 対象支部の選定

- 地域的な影響の少ない近隣支部として、原審査査定点数率が低い山口支部及び原審査査定点数率が高い福岡支部を対象として、対象レセプトを交換し、双方で相手方の対象レセプトを試行的に審査。
- あわせて、第三者的立場として、千葉支部で山口支部及び福岡支部の対象レセプトを試行的に審査。

2 対象レセプトの抽出

- 交換の対象となるレセプトについては、平成21年9月審査分の医科レセプトより、山口支部及び福岡支部でそれぞれ約8,700枚を抽出。

現在、調査の結果を分析中。

支部間差異の要因

1 外部的要因

- 医療の地域性
- 提出されるレセプトの質の相違
- 患者の環境

2 審査基準をめぐる要因

- 保険診療ルールをめぐる解釈の差
- 審査委員会の「取決事項」の差

3 内部的要因

- 審査委員格差
- 審査委員と職員の連携の問題
- 職員格差
- 審査委員会の構造

支部間差異の解消策

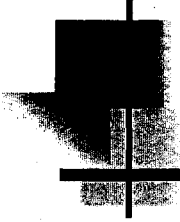
基本的な考え方

- ① 新たな支部間差異を発生させないこと。
- ② 従来からある支部間差異についてはできるだけ優先順位を定めて解消を図ること。
- ③ 支部間差異の問題は保険者から提起されることが多いことから、保険者からの指摘された事項について検討し、対応する体制を整備すること。
- ④ 支部間差異の解消には、スピード感を持って取り組むこと。

具体的な方策

- ① 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し、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。
- ② 新たな支部間差異を発生させないため、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。
- ③ 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。
- ④ 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。

- ⑤ 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、審査基準を示すことにより全国で整合性のある答えを導き出すことが必要。
- ⑥ 支部間差異の実態調査を進めるべき。
- ⑦ 支部職員の審査事務能力の平準化を図るため、研修の強化、職員が他支部において審査事務を行う支部実践研修の実施、審査事務の低調な支部に対して本部からの支援・指導を行う等の対策を強化。
- ⑧ 電子レセプトについては、審査に関する統計データが多く得られることから、このデータを活用して審査委員及び職員の審査、審査事務について検証すべき。



4. 平成22事業年度一般会計収入支出予算

平成22事業年度一般会計収入支出予算の 基本的考え方

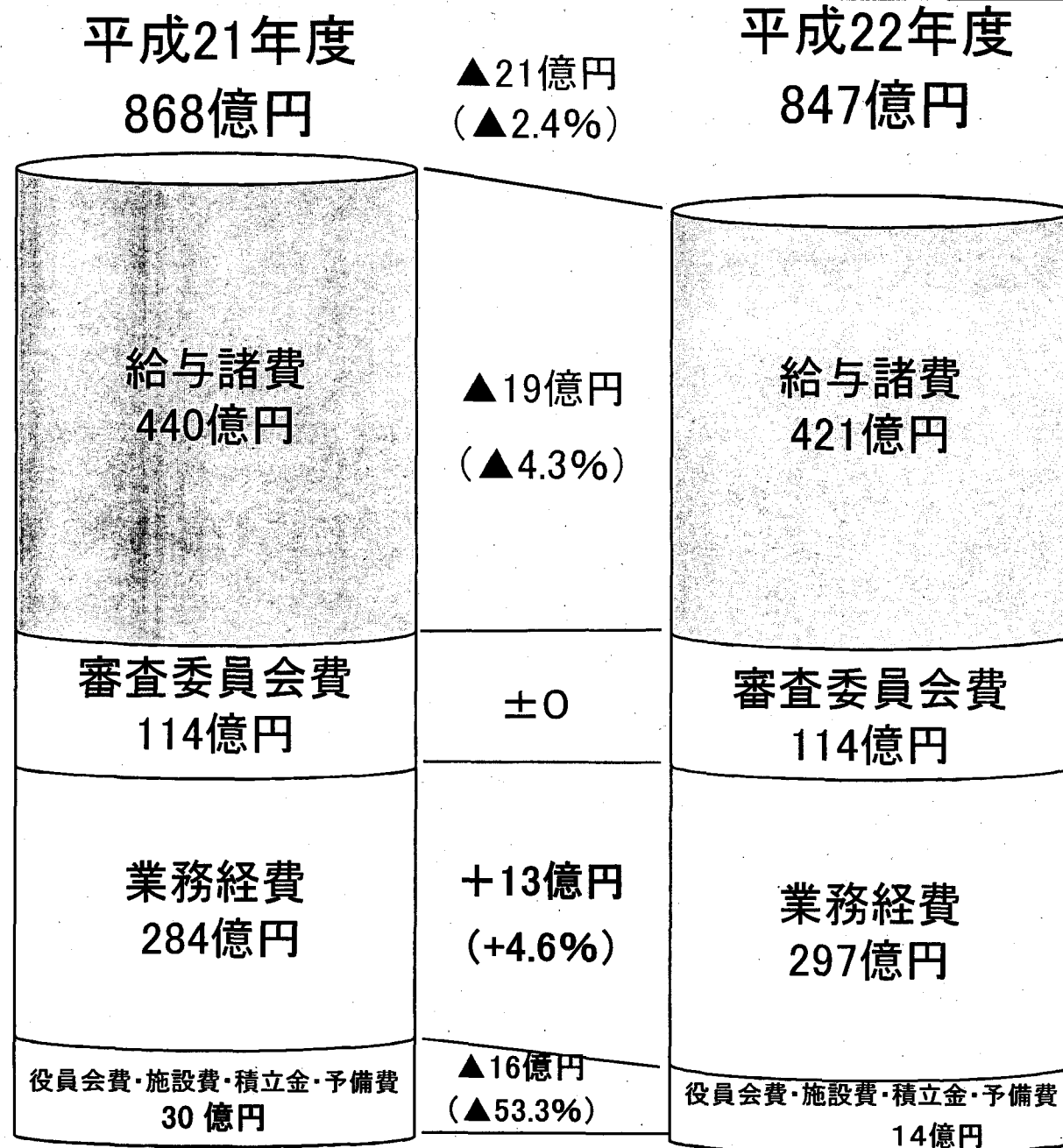
① 電子レセプトに対応した新たな審査支払体制の構築及び電子レセプトの特徴を最大限に活かした審査を行うためのシステム整備経費を確保する。

② 地方単独医療費助成事業分の受託拡大に努め、更なる収入を確保する。

③ 現下の経済情勢や保険者の置かれている財政状況等を踏まえ、事務費単価の引下げを行う。

- ・ 今回の引下げにより、平成20年3月に作成した「原則オンライン化の段階における手数料適正化の見通し」において見込んだ平成23年度の水準106円程度)を前倒しで達成。
- ・ 施設及び設備準備積立金への積立については、凍結とする。
- ・ 単価引下げによる不足財源については、別途積立金を活用し、平成24年度中までに全額を取り崩す。

平成22年度支出予算



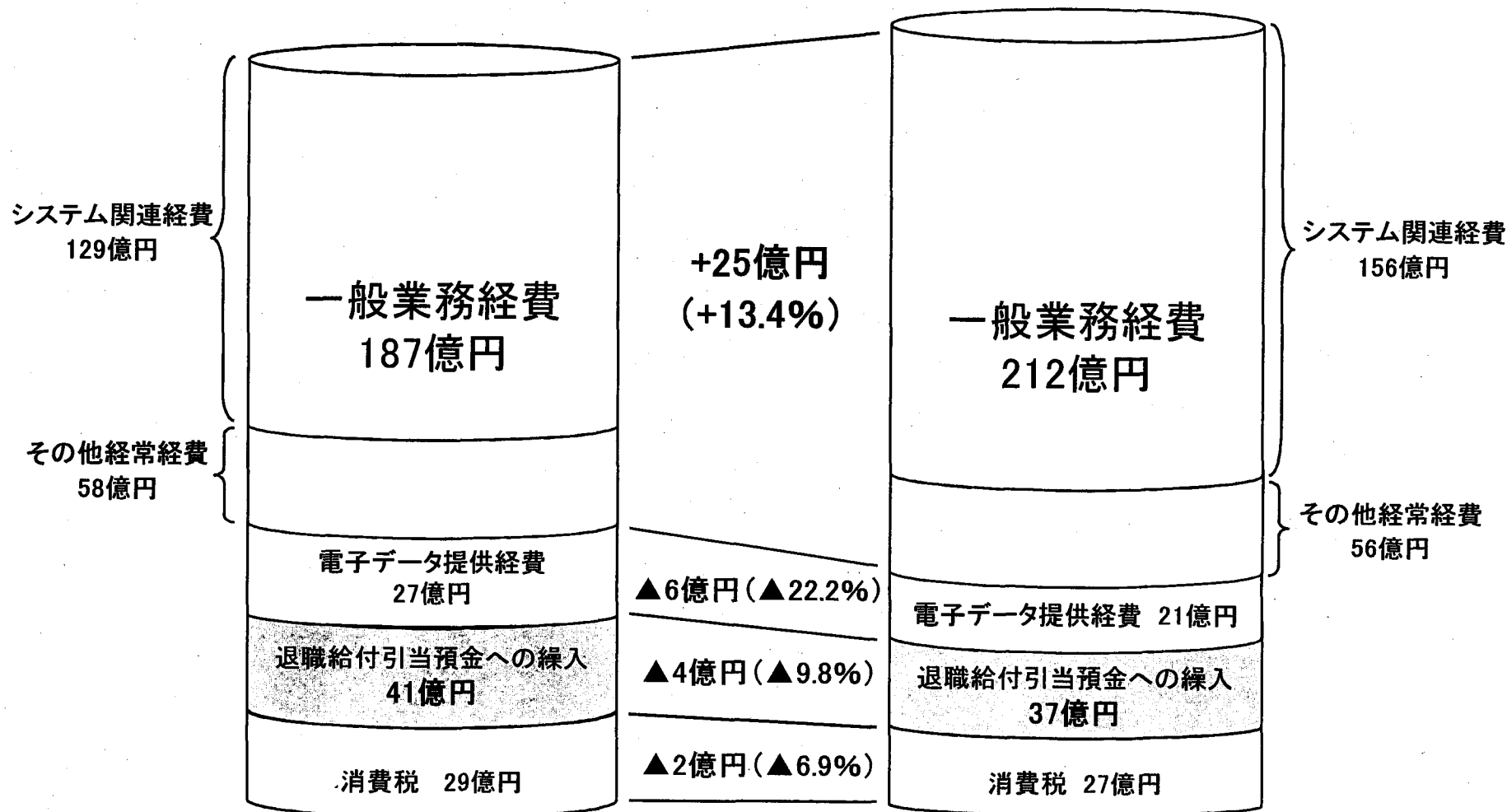
施設及び設備準備積立金への積立を凍結 ▲16億円

業務経費の内訳

平成21年度
284億円

+13億円
(+4.6%)

平成22年度
297億円



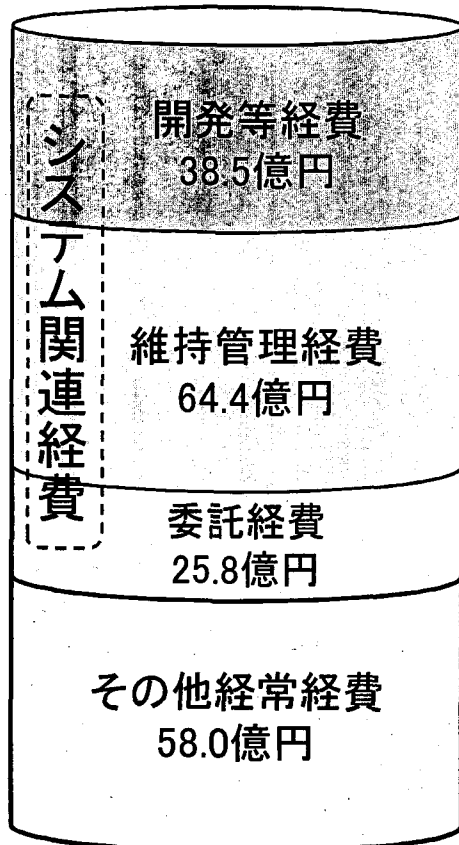
一般業務経費の内訳

平成21年度
187億円

+25億円
(+13.4%)

平成22年度
212億円

●システム関連経費: 128.7億円



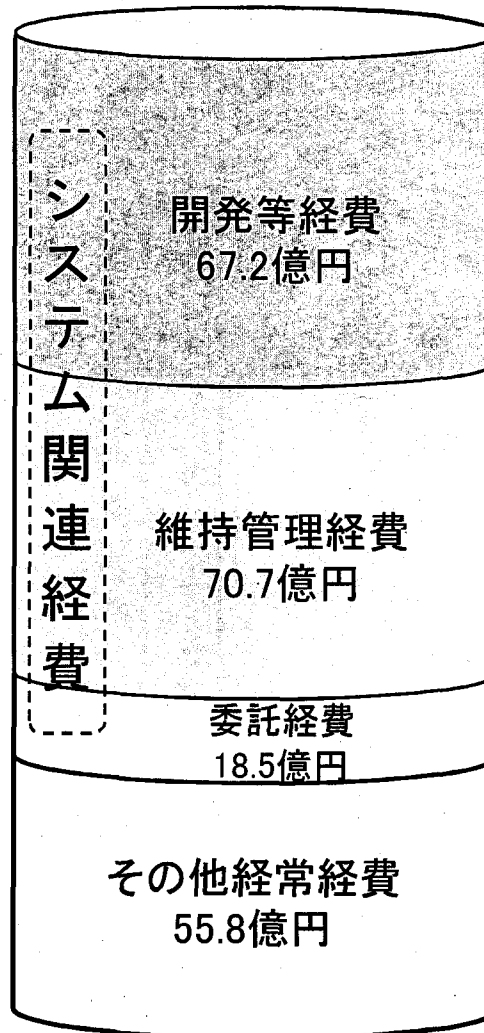
+28.7億円
(+74.5%)

+6.3億円
(+9.8%)

▲7.3億円
(▲28.3%)

▲2.2億円
(▲3.8%)

●システム関連経費: 156.4億円
(+27.7億円 +21.5%)

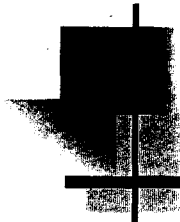


- ・電子レセプト関連開発経費 48.6億円(+21.1億円)
- ・システム基盤整備経費 13.2億円(+5.7億円)
- ・請求支払計算システム等改修経費 5.4億円(+1.9億円)

- ・機器使用料 33.8億円(+0.8億円)
- ・保守・運用経費 22.1億円(+6.8億円)
- ・計算センター経費 14.8億円(▲1.3億円)

- ・紙レセ減少によるアウトソーシングの減 (▲7.3億円)

- ・通信費 8.5億円
- ・事務用備品・消耗品費 5.7億円
- ・水道光熱費 6.6億円
- ・建物賃借料 7.2億円
- 本部ビル借上げ料 3.3億円
 - 東京支部ビル借上げ料 2.6億円
 - 宿舎借上げ料 1.3億円
- ・事務所等維持管理費 7.2億円
- ・公租公課 2.8億円 など



5. 遊休不動産の処分・宿舎の見直し

遊休不動産の処分

- 現有の遊休不動産は、13支部の16物件。
- 今後、売却の迅速・効率化を図るため、売却を支部から本部へ移管する方針。

宿舎の見直し

- 宿舎の確保は、職員を全国的に異動させる人事政策上、必要不可欠。
- かつて、レセプト取扱件数の増加に伴う職員定員の増加に対応するため、当時の民間賃貸事情にかんがみ、自前宿舎を計画的に整備。
- 近年、職員定員が削減される中で、宿舎によっては、空戸が発生。
- 今後、宿舎の利用率の推移、コストの多寡等を踏まえ、処分の対象とすべき空戸発生宿舎及び借上宿舎に移行すべき自前宿舎を選定し、平成23～27年度の5年間で空戸発生宿舎の処分及び自前宿舎から借上宿舎への移行を計画的に推進する方針。

【参考】宿舎の現状(平成22年度)

- 大半は、小規模。
 - ・ 186棟で844戸(1棟当たりの平均で4.5戸)。
 - ・ 186棟のうち、10戸以上のものは、最大の青葉台住宅(70戸)、これに次ぐ江坂住宅(19戸)など、17棟(9%)。
- 大半は、古い。
 - ・ 844戸のうち、築15年以上のものは、828戸(98%)。
 - ・ 844戸のうち、築20年以上のものは、558戸(66%)。

資産保有状況

(単位:億円)

現預金	土地	建物	その他 (車両、ソフトウェア等)	計
519	358	569	162	1,608

注1 上記は、全会計の資産(現預金・資産)の合計である。(円滑導入勘定の現金310億円は、翌年度事業の基金(ファンド)であるため除外した。)

注2 現預金519億円のうち、積立金が456億円、未払金等が63億円。積立金のうちでは、退職給付引当預金が過半(255億円)。

注3 土地・建物の事務所・宿舎別内訳

(単位:億円)

	土地	建物	計
事務所	274	473	747
宿舎	84	96	180
計	358	569	927



6. 役員の公募


役員の公募

平成22年8・9月の役員改選時に役員を公募する方針

社会保険診療報酬支払基金役員名簿

(平成22年3月31日現在)

代表区分		氏名	現職
理事	保険者	高橋 直人	全国健康保険協会理事
		赤塚 俊昭	デンソー健康保険組合常務理事
		杉 俊夫	三菱健康保険組合理事長
		峯村 栄司	共済組合連盟常務理事
	被保険者	島田 尚信	UIゼンセン同盟書記長
		藤井 一也	日本私鉄労働組合総連合会書記長
		黒田 正和	日本化学エネルギー産業労働組合連合会副会長
		篠原 淳子	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長
	担当診療者	竹嶋 康弘	日本医師会副会長
		藤原 淳	日本医師会常任理事
		原中 勝征	茨城県医師会長
		近藤 勝洪	日本歯科医師会副会長
	公益	中村 秀一	社会保険診療報酬支払基金理事長
		足利 聖治	社会保険診療報酬支払基金専務理事
		中島 正治	社会保険診療報酬支払基金理事
		山崎 英昭	社会保険診療報酬支払基金理事
監事	保	高田 清彦	中国電力健康保険組合常務理事
	被	高橋 健二	全日本海員組合中央執行委員
	診	油谷 桂朗	京都府医師会顧問
	公	中山 和之	社会保険診療報酬支払基金監事



7. 「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」

「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」

平成21年11月6日、支払基金理事長より厚生労働省保険局長あてに「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。

1 レセプト電子化にふさわしい審査遂行上必要となる事項

- ① 調剤電子レセプト等における医療機関コード等の記録
- ② 電子レセプトにおける傷病名マスタに登録された傷病名に対応するコードの使用
- ③ 複数診療科を有する病院の電子レセプトにおける診療科名（コード）の記録
- ④ 医科・歯科レセプトにおける診療行為の日付の記録

2 支払基金業務に関する制度改正事項

- ① 時代の要請に応じた新規業務の柔軟な実施を可能とする措置
 - ・ 正常分娩に係る出産育児一時金の直接支払
 - ・ 柔道整復療養費の代理受領 等
- ② 老人保健制度に係る精算業務の終了時期を早期に確定する措置
- ③ 特別会計相互間における貸借を可能とする措置

3 レセプト情報の有効活用に必要な事項

- ① ナショナルデータベース(NDB)を活用した調査分析等の業務の実施を可能とする措置
- ② NDBにおける患者の居住地に係る郵便番号の記録のために必要な措置

国民健康保険団体連合会について

－ 審査支払業務の現状と今後の取り組み等－

平成22年4月22日

目次

I 国保連合会の位置づけ.....	2P
II 審査支払業務の状況.....	8P
III 国保連合会の審査支払業務の課題と対応..	14P
IV 国保連合会における今後の取組み.....	21P

I . 国保連合会の位置づけ

- 国民健康保険の保険者(市町村)が共同で事務を行うため、公法人である国民健康保険団体連合会(国保連合会)を設立しました。
- 国保連合会は市町村等が会員であることから、国民健康保険関係業務の他、介護保険・障害者自立支援、地方単独事業など、市町村が実施する地域に密着した様々な業務を行なっています。

(参考) ①保険者数(国保)

市町村:1,756 国保組合:165

② 被保険者数

国保3,592万人(市町村3,245万人、国保組合347万人)

後期高齢1,369万人

※平成21年12月現在

診療報酬審査支払業務以外の事業

(1) 国保保険者事務共同事業

保険者のニーズに応えた保険者事務共同事業の実施。
度重なる医療保険制度改革に伴い、煩雑化する保険者事務を国保連合会において一元的に実施することにより、保険者における事務の効率化、経費節減、業務の迅速かつ適正な運営を行い、大きな効果を上げています。

- ①被保険者証の作成
- ②医療費通知の作成
- ③高額療養費・高額介護合算療養費のお知らせの作成
- ④第三者行為求償事務・・・200億を超える医療費適正化
【H20年度実績 件数:約4万件 金額:204億円(国保+後期高齢)】
- ⑤保険料賦課算定シミュレーション
- ⑥各種報告書・統計資料の作成
【多受診・重複受診者統計、疾病分類統計】 等

(2) 柔道整復療養費の審査(支払)業務

国保連合会(37都道府県)では、柔道整復療養費の審査支払業務を行っています。

※ 柔道整復療養費は毎年増加し、3千億円を超えていますが、その審査支払業務については法的位置づけ等問題が多いことから、国保中央会では、先般、厚生労働省に対し法整備を含む下記のような要請を行っています。

① 施術所からの請求方法の統一化

- ・ 申請書等様式の統一
- ・ 複数月請求の廃止
- ・ 請求締切日の明確化

② 審査の統一化

- ・ 算定基準(審査基準)の明確化
- ・ 柔整審査会の権限の法的位置付けの明確化
- ・ 審査委員選出基準の明確化

③ 疑義請求対策

④ 柔道整復療養費に係るIT化の推進

(3) 介護給付費審査支払業務

介護保険者から委託される介護給付費の審査支払業務。

(4) 介護サービスの苦情処理

介護サービスの質の向上に関する調査、指導及び助言。市町村での取扱いが困難な案件等の相談窓口。

(5) 介護保険者支援事業

- ①高額介護サービス費・高額医療合算療養費の「お知らせ」の作成
- ②介護給付費通知の作成
- ③第三者行為求償事務・・・5億円の介護給付費の適正化
- ④保険者・都道府県が実施する「介護給付適正化運動」の支援情報の作成

(6) 障害者自立支援給付費の支払業務

市町村及び都道府県から委託される障害介護給付費及び障害児施設給付費の支払事務。

(7) 特定健診・特定保健指導に関する業務

国保保険者及び後期高齢者医療広域連合が行う特定健診等に係るデータ管理、費用決済及び法定報告作成の代行。

※高齢者の医療の確保に関する法律により、平成20年4月から医療保険者に40～74歳の加入者に対する特定健診・保健指導の実施が義務付けられています。

なお、同法律では75歳以上の方の特定健診・保健指導は後期高齢者医療広域連合が任意で実施することとなっておりますが、現在、全ての広域連合が実施しています。

(8) 後期高齢者医療制度関係業務

後期高齢者医療広域連合から委託される後期高齢者医療の診療報酬等審査支払に係る業務。また、広域連合電算処理システムの運用・保守管理業務。

※全ての国保連合会では広域連合から審査支払業務及びシステム運用・保守管理業務の委託を受け、実施しています。

(9) 出産育児一時金に関する業務

医療機関等から提出された費用請求について、国保保険者及び被用者保険の保険者から委託される支払事務。

(10) 保険料(税)の特別徴収に係る情報の 経由に関する業務

介護保険料、国民健康保険料(税)及び後期高齢者医療保険料の特別徴収について、国保中央会を経由して市町村と年金保険者との間の特別徴収に必要なデータの授受に係る事務。

Ⅱ. 審査支払業務の状況

国保連合会は、診療情報の多いレセプトの請求件数が急増する中で、早くからIT化に取り組み、組織(審査支払業務)のスリム化を行うとともに、審査支払手数料を毎年引き下げています。

1. 限られた職員で効果的・効率的な審査を行なっています。

○レセプト審査件数の増加 (医科+歯科+調剤)

平成10年度 5億5千万枚 ⇒ 平成20年度 8億9千万枚

○高齢者のレセプトは診療情報が多いため、審査が難しくなります。

レセプト1件当り費用額・・・国保22,750円、後期高齢者37,050円(平成20年度)

○審査支払職員数

平成10年度 3,843人 ⇒ 平成20年度 3,603人

○審査件数100万件に対する審査支払職員数

平成10年度 8.33人 ⇒ 平成19年度 5.97人

2. 審査支払手数料について

(1) 審査支払手数料の計算方法

$$\text{手数料単価} = \frac{\text{コスト(審査委員会経費、職員人件費等)}}{\text{レセプト審査件数}}$$

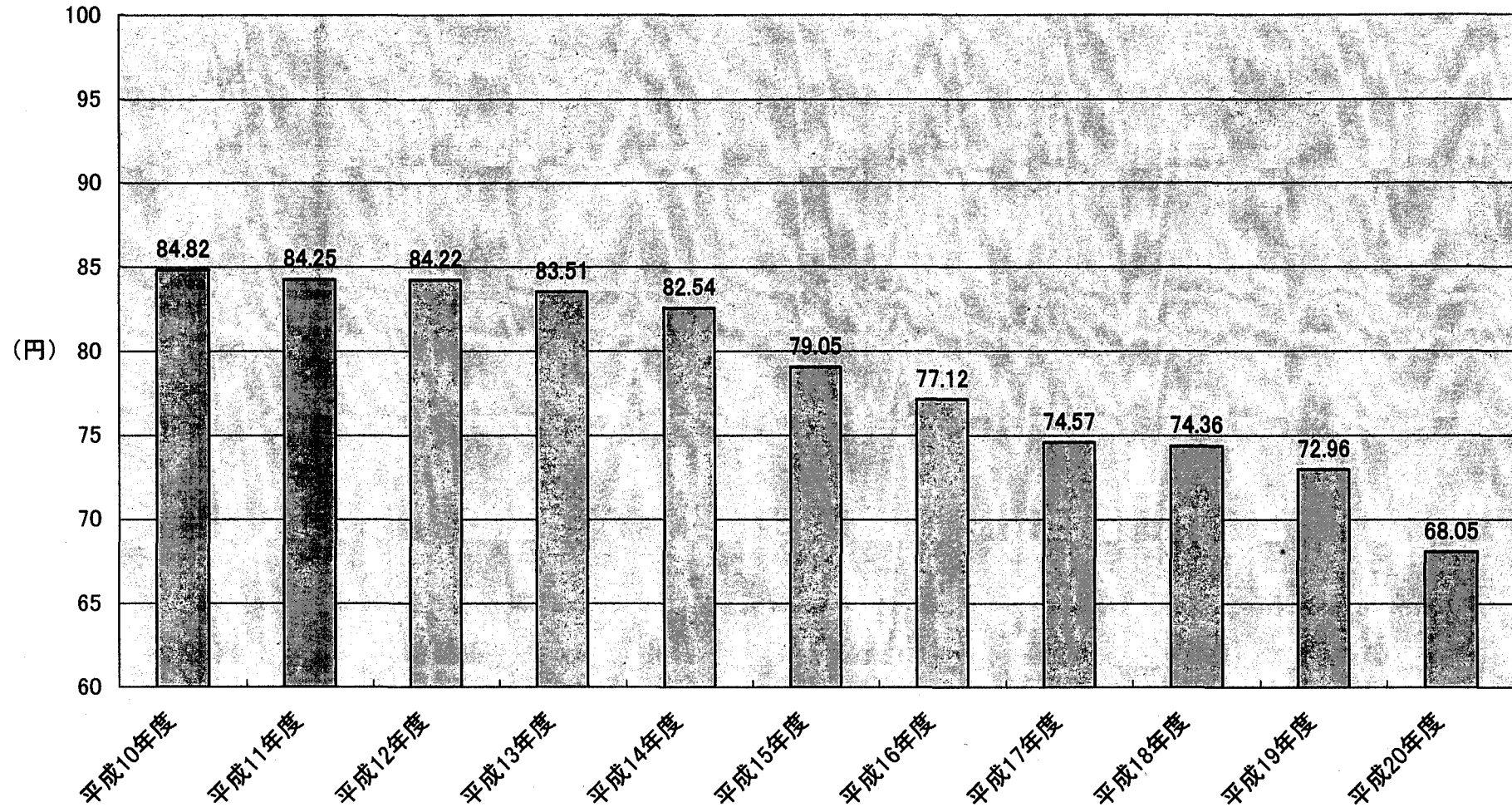
(2) 審査支払手数料の推移

国民皆保険制度の基盤である国保制度は、高齢者や低所得者が多いこと等から、毎年3千億円を超える赤字となっています。

そのため、保険者からは審査支払手数料の引き下げを要請されています。

国保連合会では、こうした保険者の声に応えるため、レセプトの審査件数が伸びている中で、IT化の推進や職員数を減らすなどの経費節減を行ない、毎年手数料を下げてきています(11ページ参照)。

審査支払手数料の推移(全国平均)



※平成10年度から平成19年度までは「国保+老人保健制度」の手数料単価、
平成20年度は「国保+老人保健制度+後期高齢者医療制度」の手数料単価である。

(3) 審査支払手数料単価の相違

審査支払手数料単価が国保連合会毎に違い(13ページ参照)がありますが、これは国保連合会が理事会・総会等において保険者と協議し、決めているためです。

なお、後期高齢者医療広域連合は国保連合会の会員でないことから、市町村国保よりも審査支払手数料が高く設定されています。

(参考)都道府県別の審査支払手数料単価(平成20年度)

—	国保	後期	国保+後期	—	国保	後期	国保+後期	—	国保	後期	国保+後期
北海道	44.00	98.40	65.94	石川県	62.50	105.00	82.63	岡山県	63.00	105.54	81.64
青森県	57.00	109.00	76.66	福井県	62.81	108.00	86.72	広島県	46.20	98.70	70.16
岩手県	60.00	105.00	81.89	山梨県	53.00	103.00	72.77	山口県	63.00	99.00	78.98
宮城県	41.58	83.38	58.75	長野県	54.00	95.00	72.76	徳島県	76.00	111.60	93.45
秋田県	53.00	96.10	71.76	岐阜県	50.00	98.86	69.58	香川県	63.00	99.61	80.48
山形県	50.00	99.16	88.26	静岡県	48.00	90.00	63.94	愛媛県	63.65	91.91	76.86
福島県	58.00	77.00	67.01	愛知県	36.86	87.86	60.07	高知県	65.00	103.00	81.90
茨城県	64.00	100.07	79.13	三重県	46.92	85.08	60.61	福岡県	50.00	90.00	67.82
栃木県	59.00	101.00	75.47	滋賀県	60.00	96.00	63.69	佐賀県	70.35	107.02	89.22
群馬県	62.00	97.00	76.84	京都府	60.00	98.00	74.06	長崎県	54.60	95.00	72.81
埼玉県	37.80	98.17	60.25	大阪府	51.00	96.00	65.80	熊本県	52.50	87.90	66.50
千葉県	52.00	99.00	68.81	兵庫県	42.52	91.45	60.11	大分県	52.50	95.00	70.66
東京都	38.88	85.20	59.26	奈良県	84.47	97.00	89.13	宮崎県	56.70	93.45	73.13
神奈川県	54.00	98.00	62.57	和歌山県	57.00	97.00	74.38	鹿児島県	62.00	92.06	77.38
新潟県	40.00	93.41	64.36	鳥取県	63.00	98.00	82.43	沖縄県	58.00	84.00	69.47
富山県	57.00	99.20	77.49	島根県	66.00	78.62	73.60	全国計	55.18	96.12	68.05

- (注) 1. 全国計は、国保と後期の手数料の合算額を国保と後期の取扱件数の合算件数で除したものである。
2. 公費負担医療分は除く。

Ⅲ. 国保連合会の審査支払業務の課題と対応

(1) 業務の精緻化と効率化

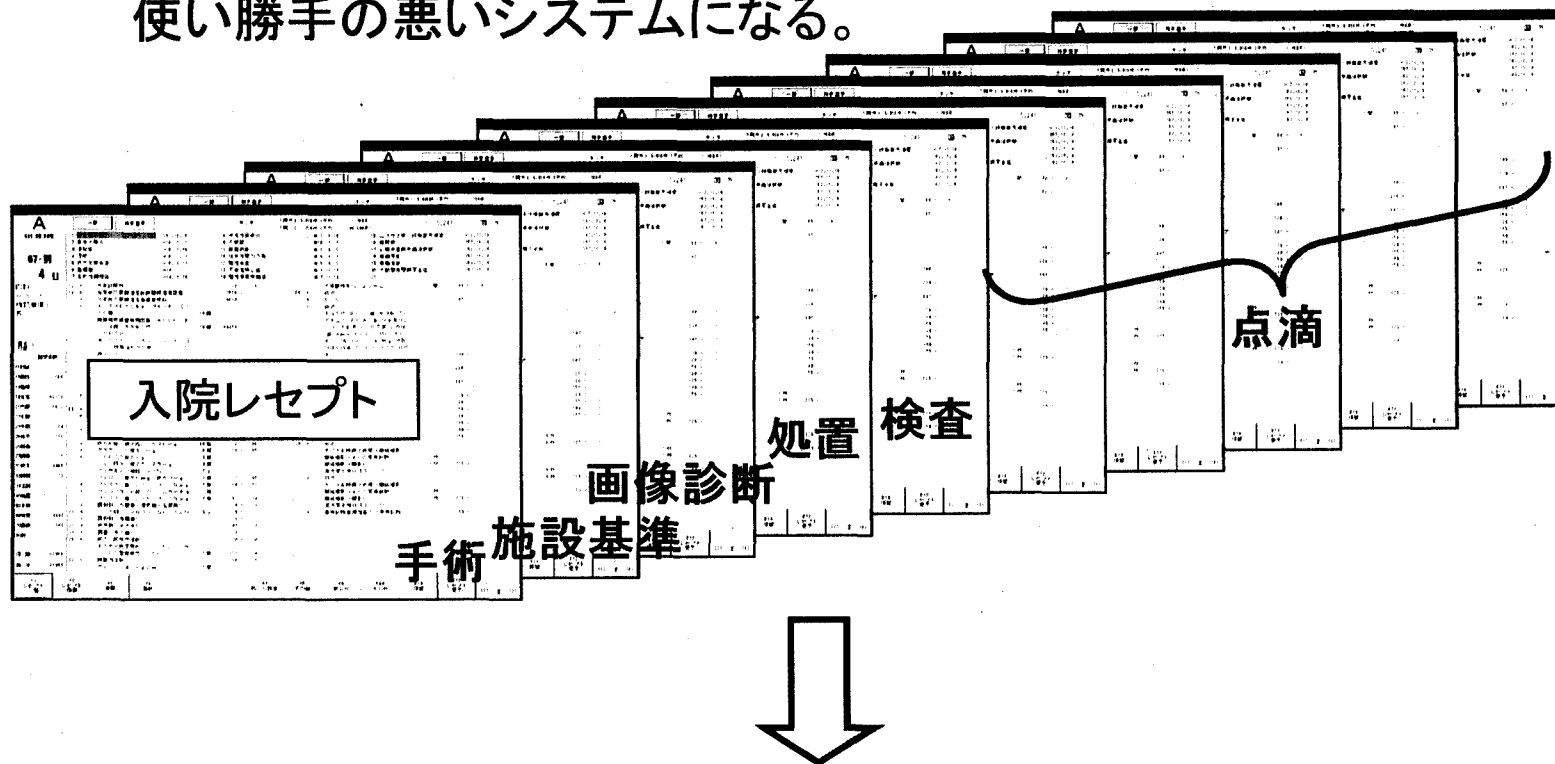
- 後期高齢者などレセプトの請求件数は大幅に増加しています。
- 増加している高齢者レセプトの情報量は多い。
- 入院レセプトは検査・治療内容が豊富なので点検や審査に時間がかかります。
- 算定ルールの数が増え、レセプトの数も増加している中で、誤った算定ルールを見つけ出し処理することが困難です。
- 近年、障害者自立支援支払業務や後期高齢者医療制度業務等の実施により業務量が増えている中で審査業務に携わる職員を増やすことができません。



- 算定ルールのチェック等が可能な画面システムを開発
- 特に情報量の多い入院レセプトに対応するため、二画面システムを開発
- この二画面システムを用いれば、複雑かつ診療内容の多い入院レセプトについて、審査項目毎に情報を整理、一覧することができます。
- さらに、23年5月から縦覧・突合審査や再審査もこの二画面システムを用いて実施することとしています。

国保の二画面システムの開発

- 必要性：一画面で入院レセプトを表示すると、複数回の画面めくりが必要となり使い勝手の悪いシステムになる。



- 二画面システムの開発へ：

レセプト情報を集約、整理することにより、画面数を少なくしています。

国保の二画面システム

傷病名欄

症状詳記欄

医薬品の日計表画面

入院 42.1%
注射 35.8%

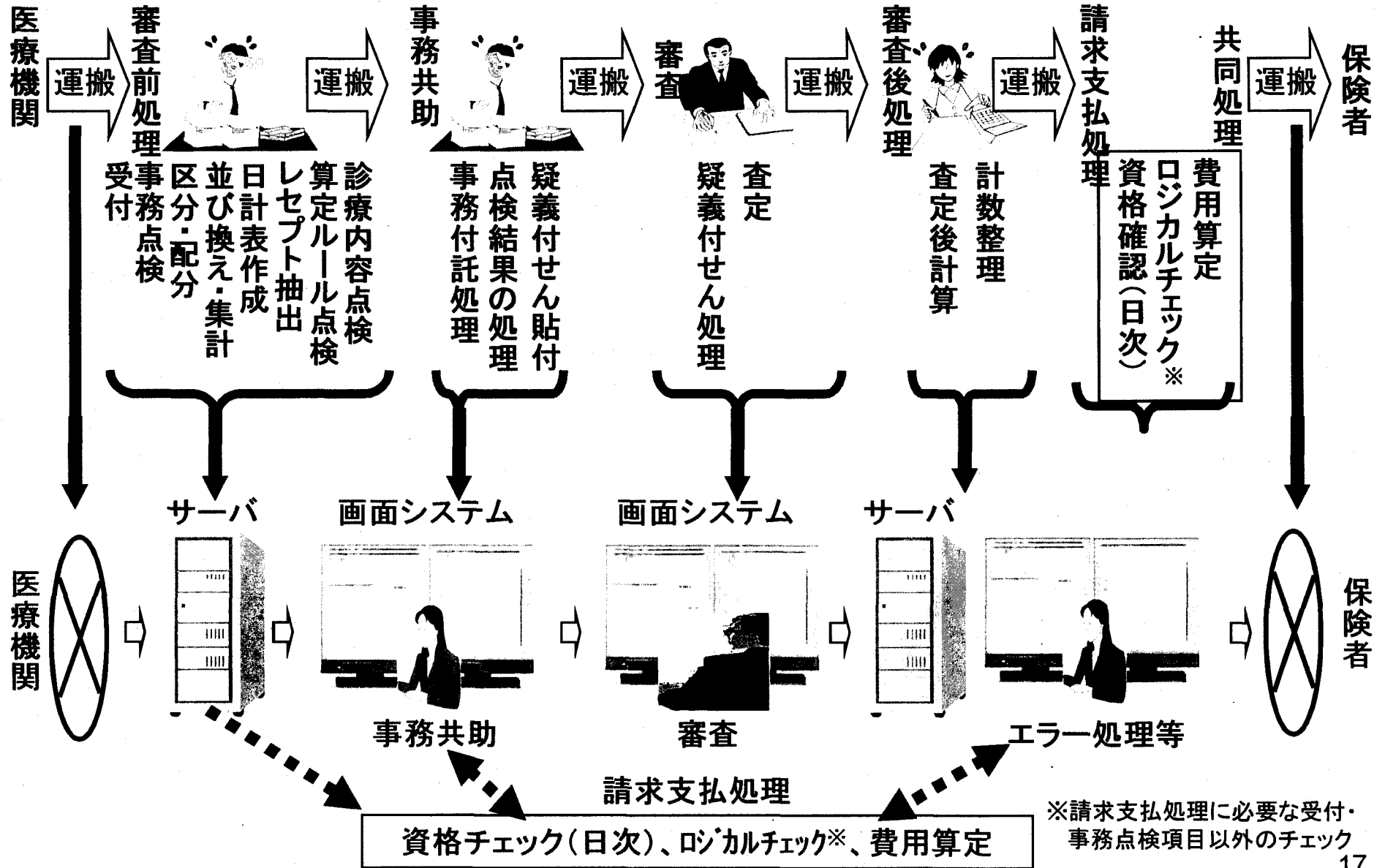
請求点数 149,827

処置等の一覧表画面

検査等の一覧表画面

例えば、傷病名と症状詳記、傷病名と医薬品、症状詳記と医薬品、傷病名と処置等の診療項目などとの相互関係が容易に把握できるため、職員の審査事務共助や審査委員の審査が効率的にできます。

従来の紙レセプト処理から、国保の二画面システムにより ペーパレス化で電子レセプトが処理できるようになります



(2) 国保連合会間における査定率の格差の要因

- 国保連合会間における審査委員数、職員数などの審査体制の差
- 各審査委員の審査における判断の幅などの要因により国保連合会間での査定率に差が生じています。

(2) 審査の地域格差の解消

審査の実態を把握するため、同じ事例について各国保連合会の判定事例を収集してきています。

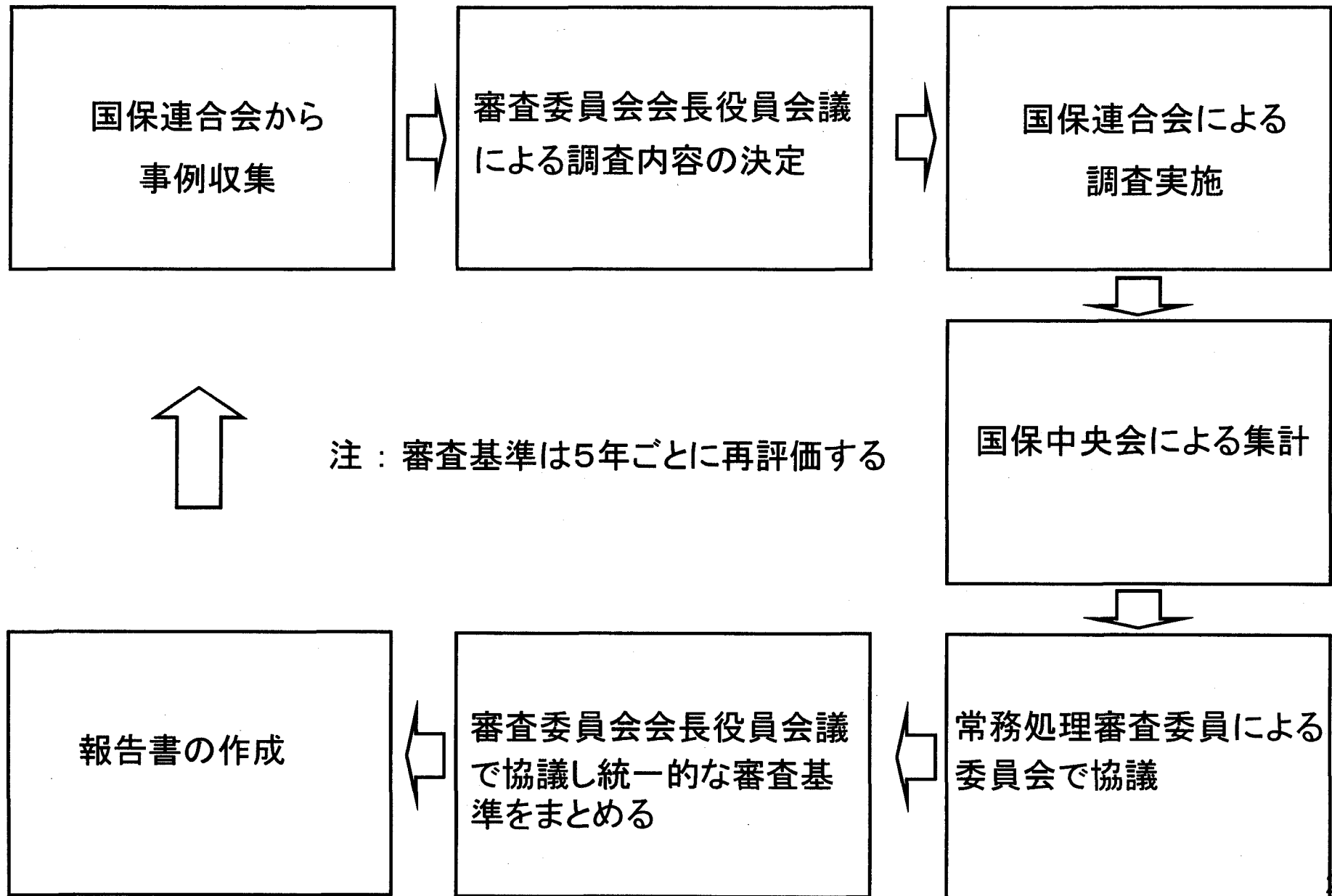
○ 調査対象事例数：344事例

- ・平成17年度 27事例
- ・平成18年度 72事例
- ・平成19年度 93事例
- ・平成20年度 83事例
- ・平成21年度 69事例

○ 調査結果について各国保連合会に周知するとともに、70%以上の国保連合会が同じ判定をしているものについては全国保連合会がこれに従うよう促してきています。

○ これまでの取組みをもとに統一的な審査基準にまとめていきます。

審査の地域格差解消のための調査の仕組み



IV.国保連合会における今後の取組み

(1)レセプトの縦覧点検・突合点検の実施

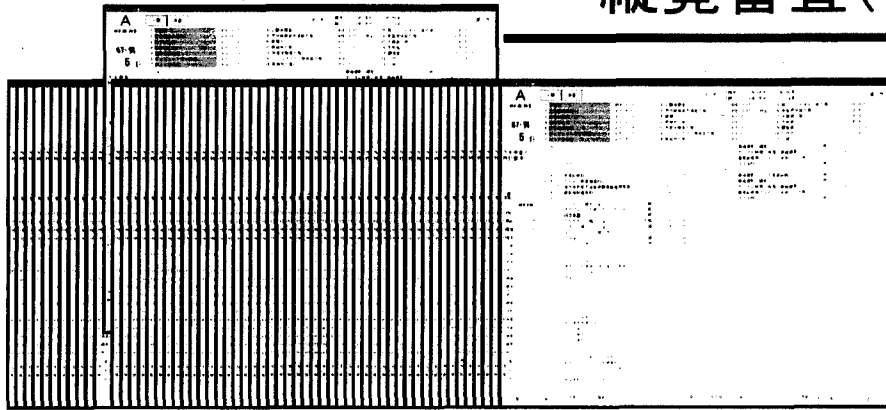
平成23年度からのレセプトの原則電子請求を踏まえ、国保連合会の一次審査において、従来、保険者が実施していた縦覧点検(当月と前月以前)・突合点検(医科・調剤)を実施します。

これにより、保険者負担は軽減されます。

なお、国保連合会は、2画面システムを導入している為、縦覧・突合審査が行いやすくなっています。

縦覧審査(3ヶ月に1回の縦覧審査例)

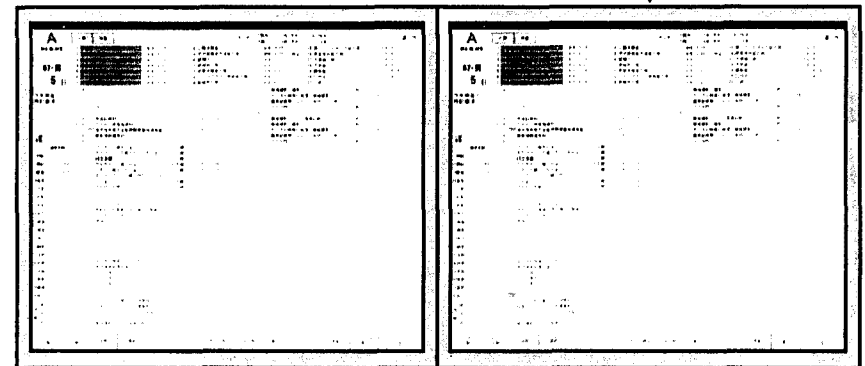
2ヶ月前のレセプト群



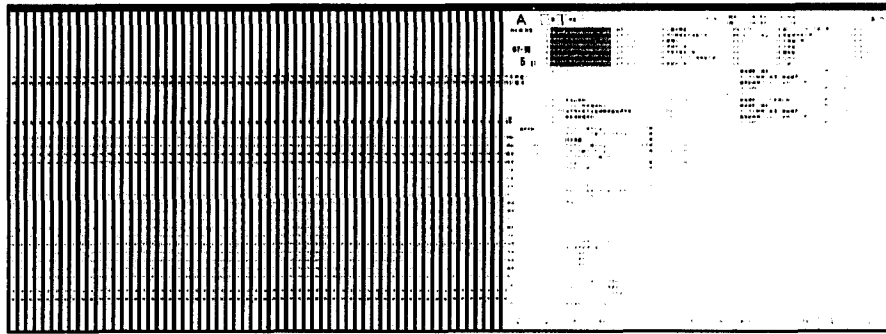
診療項目

	当該月	1ヶ月前	2ヶ月前	3ヶ月前
PSA精密	○		○	

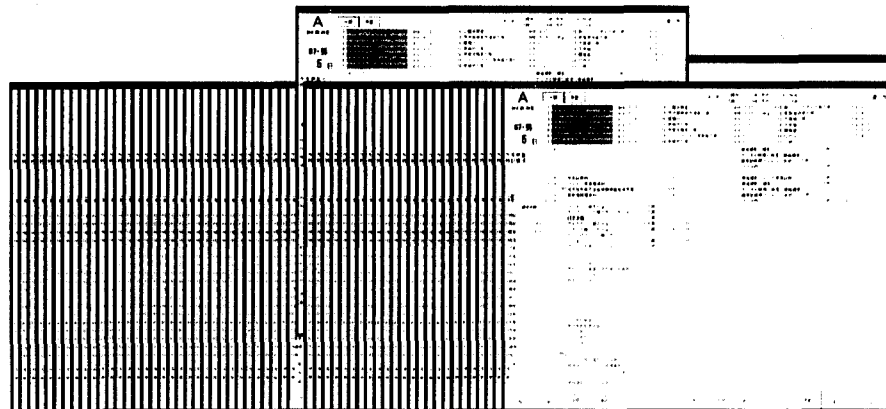
二画面システム



1ヶ月前のレセプト群



今月のレセプト群



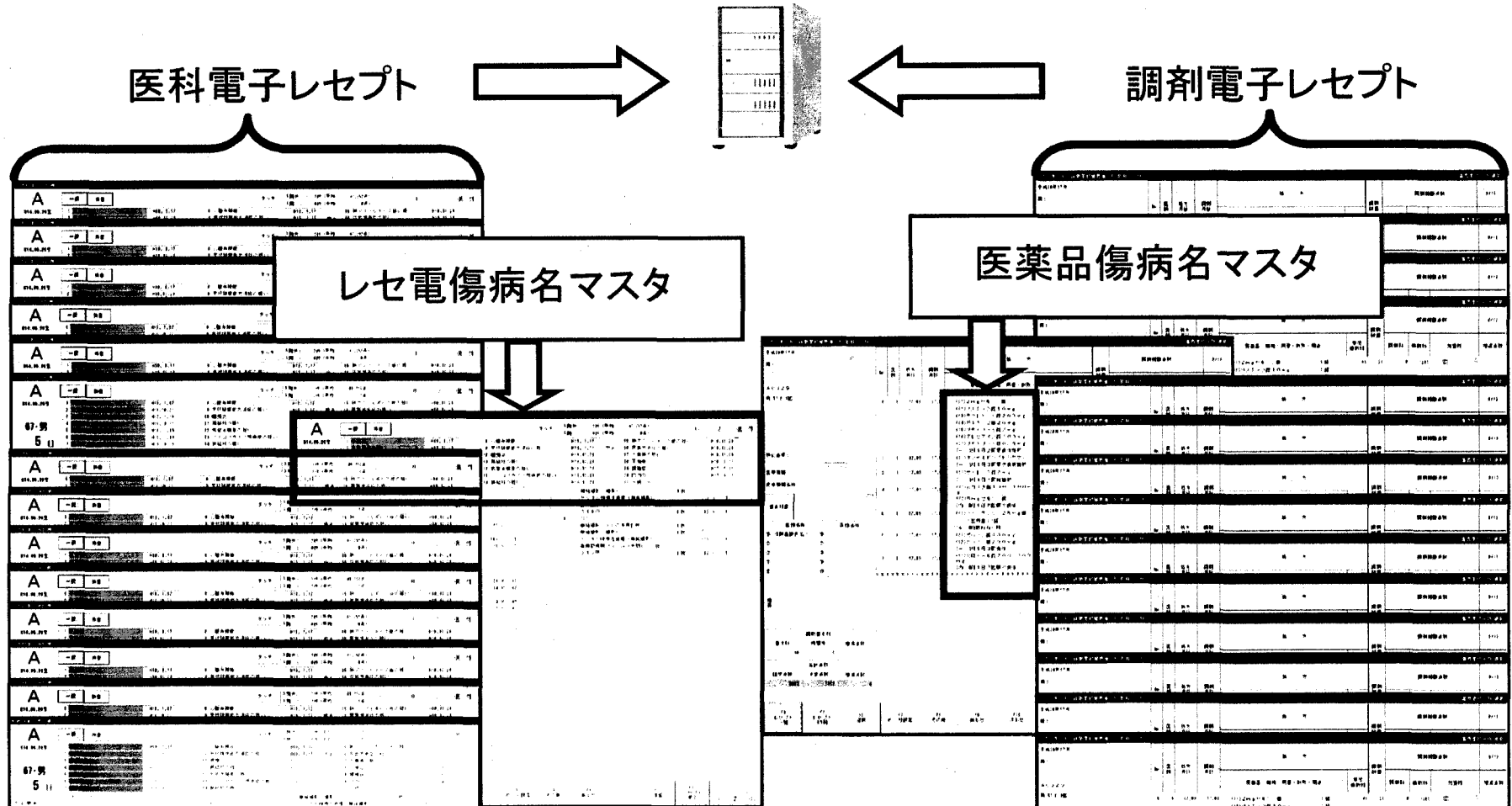
縦覧審査の方法：3ヶ月に1回しか請求できないルールを例にとると、3ヶ月間で2回請求されていれば、請求されているレセプトを二画面システムの画面にそれぞれのレセプトを表示して審査する。 22

突合

適応のない医薬品が処方されていないかどうかをみるため突合審査を行う

①

調剤レセプトの医療機関番号、被保険者証番号、生年月日、性別等を用いて
医科レセプトと調剤レセプトを突合する。



②

突合の方法は、突合された医科レセプトと調剤レセプトについて、医科レセプトの傷病名と、調剤レセプトに処方されている医薬品の適応傷病名をコンピュータ上で照合し、お互いの傷病名が合っているかどうか確認を行う。

(2) 被保険者資格点検の充実

○現状

国保連合会での審査後に、資格確認リスト(エラーリスト)を保険者へ送付します。

保険者にて資格確認を行い、誤りが確認できた場合は国保連合会を通じ医療機関等にレセプトの返戻を行っています。(この間、2~3ヶ月の期間を要します。)

○今後



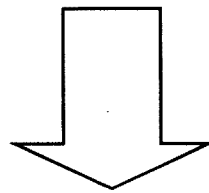
国保連合会における一次審査の中で、被保険者資格のチェックができ、医療機関等へ当月(審査前)に返戻できるようにします。

このことにより、被保険者資格誤りによる保険者からの返戻及びこれを受けた医療機関等が行う再請求の流れが大幅に短縮できます。

☆効果・・・医療機関等の未収金対策、保険者の事務の軽減
高額療養費等の確定の早期化

(3) 医療情報・介護情報の突合審査

国保連合会では、診療報酬明細書と介護報酬明細書を保有していることから、一次審査において突合審査を実施する予定です。



医療保険と介護保険で重複して算定できない給付について査定が可能です。

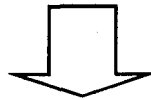
(例1) 要介護認定者に対し、在宅患者連携指導料は算定できない。

(例2) 介護老人保健施設入所中の患者に対し、在宅時医学総合管理料は算定できない。

(4)レセプトの保管・点検業務

国保保険者では、毎年50万件(1保険者当り平均件数、積み上げた高さ約50m)のレセプト請求があるため、その保管とレセプト点検に膨大な費用がかかっています。

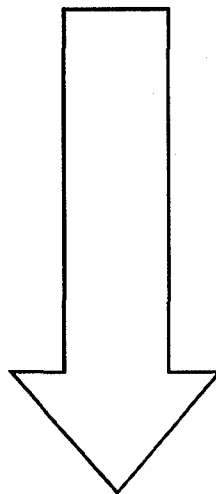
そのため国保連合会では、電子レセプトだけでなく紙レセプトも画像化し国保連合会のサーバに格納することにより、保険者は必要な時に端末からオンラインによりレセプト点検が行なえる体制を構築しています。



- ・ ペーパーレス化によりレセプトの保管に要する費用が不要
⇒ 保険者におけるレセプト保管費用の大幅削減
- ・ レセプト点検が容易 ⇒ 保険者のレセプト点検業務を軽減

(5) 医療・特定健診・介護等データベースの構築

医療情報、特定健診情報及び介護情報のデータベースを構築し、市町村等に情報提供を行います。



- ・各種医療費統計資料の作成等保険者支援の充実
(多受診者統計、重複受診者統計、疾病分類統計等)
- ・保険者が医療費適正化対策や保健事業を計画・実施する上で必要な情報を提供

当該地域の医療・福祉・介護に関する状況が把握でき、地域に適した包括ケアの展開が可能となります。

審査支払業務と保険者事務共同処理を 国保連合会が行うメリット

審査支払決定の要素は次の3つです。

- ①「請求額・請求内容」の確定
- ②「請求先(保険者)」の確定
- ③「支払先(医療機関)」の確定

①請求額・請求内容は審査により決定します。②請求先(保険者)は保険者から国保連合会に提供される被保険者資格情報で確認します。③支払先はレセプトで確認します。

国保連合会は上記3つの要素を一括して行うことができ、資格誤りによる請求決定の遅れは解消されます。その結果、

- ・医療機関の未収金の軽減につながります。
- ・高額療養費確定の早期化にもつながります。
- ・保険者事務も軽減されます。

審査支払機関の設立に関する経緯について

政管健保	健保組合	国民健康保険
<p>昭和18年以前 日本医師会、日本歯科医師会への委託</p> <p>昭和18年4月～ 都道府県保険課の直接支払となったが、事務処理は引き続き日本医師会等への委託</p>	<p>昭和18年以前 各健保組合が独自に医師会等と契約</p> <p>昭和20年4月～ 健保連において支払</p> <p>昭和21年～ 事実上医師会等において審査・支払を実施</p>	<p>昭和13年7月～ 診療報酬の審査は、各道府県医師会等に置かれた審査委員会において実施</p>
<p>昭和22年11月 日本医師会、日本歯科医師会が解散</p> <p>昭和23年2月 審査：中央及び地方に保険医指導委員会を設置して実施 支払：社会保険協会(政管)、健保連支部(健保組合)</p> <p>→ 診療報酬の支払遅延が深刻な課題に</p>		<p>(昭和18年12月) 診療報酬の支払について、医師会との契約主義を改め、厚生大臣が定める診療報酬単価により支払われる定額制を導入</p> <p>(昭和21年12月) 国保では、全国一律の単価を決めることが次第に困難となり、国が定めた標準単価を参考に、都道府県ごとに設置された診療報酬算定協議会が診療報酬単価を決定する仕組みを導入</p>
<p>昭和23年7月 社会保険診療報酬支払基金法の制定</p> <p>→ 昭和23年9月 正式発足</p> <p>支払基金の行う審査支払業務は、法制的には被用者保険及び国民健康保険からの委託を可能としていた。支払基金設立後、実際に国保の診療報酬が委託されたのは、限定的であったが、①昭和23年度の埼玉(審査支払) ②昭和26年～31年度の秋田(審査のみ)、③昭和47年の沖縄の復帰により基金支部が設立されてからの国保連合会設立までの間(47年10月～51年3月)の沖縄。</p>		<p>昭和23年7月 支払基金への委託は法律上可能であったが、実際には、基金に委託する国保保険者はなく、都道府県単位に設置された診療報酬調整協議会(審査委員会)が審査支払を実施</p> <p>昭和26年4月 国保法改正 それまで行政措置として行ってきた審査について、都道府県に審査委員会を1又は2以上設けるとともに、国保連への委託、自己審査も認められることとなった。その結果、審査の選択肢は、①支払基金への委託、②都道府県の審査委員会への委託、③国保連への委託、④自己審査の4つとなった。</p>
		<p>昭和34年1月 新国保法の制定 新法施行を機に、審査の適正と支払の迅速化を図るため、国保連に委託させることとした。</p>