

社会保険診療報酬支払基金事業指針

(平成 19 年度～21 年度)

社会保険診療報酬支払基金

目 次

1. 事業運営に関する基本方針	1
(1) 支払基金を取り巻く現況	1
(2) 基本方針	1
2. 審査支払業務の実施に関する指針	2
(1) サービスの質の向上	2
① 審査の充実	2
ア 「審査充実第3次3か年計画」の推進	2
イ 審査体制の充実	4
ウ 医療機関に対する保険診療ルールの周知等	4
エ 照会対応窓口の設置及び保険者懇談協議の実施	5
② 資格関係誤りの防止促進	5
③ 支払基金の行う業務の拡充	6
(2) 業務の効率化・合理化	6
① 業務のIT化の推進	6
ア レセプトオンライン請求実施	6
イ レセプト電算処理システム普及	7
ウ 保険者への電子請求及び電子データ提供事業の普及	8
エ ハードウェア及びソフトウェア整備	9
② 業務処理体制の効率化	9
③ 収納支払事務の円滑化	10
(3) 事業運営の信頼性の向上	10
① 情報保護管理体制の強化	10
② 情報提供及び広報の強化	11
3. 収支の見通し	12
4. 老人保健、退職者医療及び介護保険並びに高齢者医療制度 関係業務の実施に関する指針	13
5. 事業指針の見直し	13

1 事業運営に関する基本方針

(1) 支払基金を取り巻く現況

- 国民皆保険を堅持し、将来にわたり持続可能なものとしていくための「健康保険法等の一部を改正する法律」（以下「医療制度改革法」という。）が成立するなど、医療制度改革が進められているところ。
- 医療制度改革の一環として社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）の経営環境に大きな影響を及ぼすこととなる後期高齢者医療制度の創設、オンライン化を中心とするレセプト IT 化の推進、保険者の再編・統合等が予定されており、更には被用者保険の保険者が審査支払事務を国民健康保険団体連合会に対しても委託を可能とする措置も講じられている。
- 支払基金の経営は堅調な雇用情勢を前提とすれば、平成 19 年度は取扱件数の増による若干の収入の伸びは期待できるものの、市町村を構成母体とする後期高齢者医療広域連合が運営主体となる後期高齢者医療制度の平成 20 年度創設に伴い、老人保健制度の審査支払の対象レセプトが、被用者保険から後期高齢者医療制度に移行するため、事務費手数料収入の大幅な減少が見込まれる。他方で業務の IT 化や「レセプトオンライン請求」のための積極的な設備投資が求められる事情等もあり、厳しい経営環境が続くことが予想される。
- こうした中にあって、支払基金は、サービスの質の向上のため、審査充実を重点として取り組むとともに、業務の効率化・合理化を進め、職員定員の削減、事務費手数料の引き下げ等を行ってきたところ。今後、医療制度改革法により医療費適正化等の措置が講じられていくこととなるが、高齢化の進展等に伴い医療費の増嵩は続いており、引き続き、医療費適正化や医療保険制度に対し、国民の高い関心が向けられていくこととなろう。支払基金としても、業務の効率化・合理化を進めつつ一層のサービスの質の向上を図ることにより、関係者の信頼を得ていかなければならない。

(2) 基本方針

① 支払基金の基本姿勢

- 支払基金は、平成 15 年 10 月から「特別の法律により設立される民間法人」として位置づけられたが、引き続き、基金法により課された審査・支払業務を公正かつ的確に実施し、医療保険制度の安定的運営・発展を支えるという役割を確実に果たしていく。その上で、職員の意

識向上を図りつつ、一層の「サービスの質の向上」、「業務の効率化・合理化」に努め、信頼性の高い事業運営を展開することを基本姿勢とする。

② サービスの質の向上

- 支払基金のサービスは、適正な審査と円滑な支払を基本とし、特にレセプト審査については診療報酬体系の見直し、IT化の進展等に的確に対応しつつ、更なる精度向上を図る。あわせて、支払基金の審査・支払業務に関連し、関係者の需要にこたえた新しいサービスの在り方についても検討、実施していく。

③ 業務の効率化・合理化

- レセプト電算処理システムの普及拡大、アウトソーシングの実施、情報ネットワークの整備等による業務処理方法の見直しを進め、業務の一層の効率化・合理化と経営体質の強化を図る。
- 特に、レセプト電算処理システムについては、医療機関等から保険者までの一貫したオンライン請求実施を前提として、医療保険システム全体の高度化・効率化を目指す国の政策も踏まえつつ体制整備を推進する。

④ 事業運営の信頼性の向上

- 支払基金の業務として、個人情報を中心とする重要情報を適切に管理するため、情報保護管理体制の強化を図るとともに、保険者、医療関係者等に対する情報提供を充実し、説明責任を的確に果たす。

2 審査支払業務の実施に関する指針

(1) サービスの質の向上

① 審査の充実

ア 「審査充実第3次3か年計画」の推進

- ・ 審査の充実については、平成11年度に「審査充実3か年計画」を策定し、原審査の充実度の指標として再審査査定件数の半減を目標に掲げて取組を進め、目標を達成した。平成14年度からは「審査充実第2次3か年計画」に基づき、新たに再審査査定点数の半減を主な指標として審査充実の取組を進め、おおむね目標を達成したところ。
- ・ 審査は、それぞれ病態の異なる各患者に係る医療機関からの診療報酬請求について、療養担当規則等に基づく保険診療ルールに照らし

適正妥当かという観点から慎重に行われてきているが、年間約 8 億件にものぼる

- ・膨大な量のレセプトを限られた審査時間¹・人員²で、レセプト情報のみを基本に実施しなければならないという制約、また、医療内容の高度化・複雑化とあいまって、診療報酬の算定基準は年々複雑化していることもあり、原審査の段階で誤った請求をすべてチェックし、見落としを完全に防ぐことは困難な面がある。
- ・他方、誤った請求に起因する支払金額を極力減らすことが医療費を負担する側からの要請であり、支払基金としては、原審査の段階で高点数の誤りを見落とすことなく確実に査定していくことが求められている。
- ・このため、原審査段階において高点数の誤りの見落としを徹底的に防止することに重点を置いて審査を行い、結果として再審査査定点数が減少するよう努力してきたところ。
- ・再審査査定は、原審査段階における見落としが原因で発生するものであることから、原審査に総力を挙げてかつ効率的に取り組むことにより、この見落としを減少させることができれば、その結果として保険者からの再審査請求を受けて査定することとなるケースも減少していくこととなる。したがって、再審査査定点数及び件数の減少は、原審査を的確に行うという支払基金の使命遂行の達成度を表していると言い得る。
- ・平成 17 年度からは、審査充実第 2 次 3 か年計画の取組結果を踏まえ、審査充実第 3 次 3 か年計画をスタートさせた。第 3 次計画においては、「審査に対する信頼の向上」をスローガンに、「原審査における見落としの防止」、「審査取扱い上の差異解消の推進」、「医療機関等に対する保険診療ルールの周知啓発」、「再審査結果を中心とした審査結果に対する的確な説明の推進」に努めることとし、特に原審査における高点数誤りの見落とし防止に重点的に取り組んでいる。
- ・第 3 次 3 か年計画の審査実績の指標として、同計画終了時の平成 19 年度における原審査の見落とし率³を同計画スタート時の前年度に比して 2 割減とする目標を設定し、その達成に向け取り組む。また、その結果を踏まえて、平成 20 年度以降においても一層の審査実績の向上に努める。

¹ 支払との関係で、毎月医療機関等から診療翌月の 10 日までにレセプトを受け付け、その翌月の 10 日までに保険者に請求することが必要。

² 審査事務共助に携わる職員数は約 4,600 人、審査委員数は約 4,500 人。

³ 見落とし率（再審査査定点数 / (原審査査定点数 + 再審査査定点数)）の状況は、平成 16 年度 20.2%、平成 17 年度 18.9%。

イ 審査体制の充実

- ・保険者に請求した診療報酬点数1万点当たりに対する再審査査定点数を見ると、中小支部に比べ大支部の数値⁴が高い。したがって、支払基金として大支部の審査体制を強化することを重点に引き続き取り組む。
- ・高点数の入院レセプトについて、複数の審査委員による審査（ダブルチェック）の拡充を図る。
- ・各支部審査委員会の相互連携を強化するとともに、「審査に関する支部間差異解消のための検討委員会」の充実を図り、各支部審査委員会間の差異を解消する等の審査方法の改善に努める。
- ・事務点検についても職員によるダブルチェックを拡充するなど審査事務共助の充実を図るとともに、審査委員会と職員の連携強化、インターネットも活用した職員に対する研修などにより、審査事務共助体制のより一層の充実を図る。
- ・医療機関等からのオンライン請求は、電子レセプト（レセプト電算処理システムにより作成されたレセプト）化が前提であり、原則オンライン請求となる平成23年度にかけて、電子レセプトの普及が急速に進むと予想される。
- ・レセプト電算処理の普及に伴い、画面審査の充実拡大等を図るとともに、効率的な点検・審査事務共助が可能となるシステムを整備してきたところであるが、今後更に、画面審査、画面事務共助の在り方の改善について検討し、審査の更なる重点化及び精緻化を進める。
- ・また、電子レセプトの普及状況に応じた効率的な審査体制、業務処理サイクルの在り方についても検討を進める。

ウ 医療機関に対する保険診療ルールの周知等

- ・社会保険事務局、地域医師会・歯科医師会と連携し、療養担当規則等の保険診療ルールに基づいた診療でなければ医療保険による支払はなされないということを医療機関に徹底し、保険診療ルールに基づいた適正なレセプト提出を求める。
- ・このため、査定事例について誤りの理由を説明した文書を送付するとともに、医療機関への訪問懇談又は面接懇談を積極的に実施。
- ・審査の透明性を高め、審査の公平・公正性に対する関係方面からの信頼を確保するため、審査上の一般的な解釈・ルールの取扱いに関する関係者への情報提供については、今後も引き続き拡大に努める。

⁴ 大阪7.8点、東京7.3点、神奈川6.1点であるのに対し、全国平均では5.1点。（平成18年7月～9月審査分）

工 照会対応窓口の設置及び保険者懇談協議の実施

- ・保険者による縦覧点検分を除いた再審査請求については、その76%が原審どおり⁵（健康保険組合分では82%が原審どおり⁶）となっている。他方、審査の結果をめぐる医療機関からの照会も多く、中には訴訟に発展するケースもある。
- ・このため、各支部に設置している照会対応窓口の活用等により医療機関や保険者からの疑義照会にこたえて、原審査査定理由、再審査の判断理由を的確に説明していくこととする。また、保険者との懇談協議を適切に実施し、再審査請求の減少、苦情等の解消を図る。

② 資格関係誤りの防止促進

- ・被保険者や被扶養者の資格異動があったにもかかわらず、元の資格のままで医療機関受診がなされた場合や医療機関において資格関係の入力ミスがあった場合等にあっては、保険者から診療報酬を得ることができず、支払基金は請求を行った医療機関等に返戻することとなる。こうした、いわゆる資格関係誤り⁷は、レセプト161件に1件（政府管掌分では134件に1件）の割合で発生している。これは、支払基金の業務効率化を阻害するばかりでなく、医療機関等への支払の遅れ、保険者にとっても業務量増の要因となっている。
- ・このため、その減少に向け、医療機関に対しては、受診の都度、患者に対し被保険者証の提出を求めるとともに、併せて入力情報の十分な確認を行うよう要請。保険者に対しては、被保険者に対する指導の徹底に向けて協力を要請していく。
- ・被保険者情報に電子的にアクセスし、資格の有無を確認できる「資格認証システム」については、平成17年8月に厚生労働省に「医療保険被保険者資格確認検討会」が設置され、その構築について検討がなされている。
- ・平成18年9月に、検討内容の取りまとめが行われ、第1段階として、医療機関における被保険者資格の入力ミスを減少させるため、平成20年4月より被保険者証へQRコードを装着し、レセプトへの自動転記を図るとともに、第2段階として、オンラインを活用した被保険者資格の即時照会を図るとされている。このような国の施策動向を踏まえつつ、今後、適切に対応する。

⁵ 平成18年度第2四半期全管掌分保険者再審査件数（縦覧点検分、審査返戻を除く）1,333千件のうち、原審どおり1,011千件（75.8%）、査定分322千件（24.2%）。

⁶ 平成18年度第2四半期健康保険組合分保険者再審査件数（縦覧点検分、審査返戻を除く）666千件のうち、原審どおり544千件（81.7%）、査定分122千件（18.3%）。

⁷ 平成18年度4～9月実績で、全管掌分260万件（うち、政府管掌分で129万件）発生。

③ 支払基金の行う業務の拡充

- ・都道府県及び市区町村が実施する医療費助成事業（地方単独事業）の審査支払業務のうち、被用者保険に係るものについては、平成18年4月から支払基金が受託できる範囲が拡大された。
- ・支払基金としては、医療機関等の請求・会計事務の簡素化、地方単独事業の実施者と保険者における事務処理の効率化促進の観点から、積極的な受託に努める。
- ・医療制度改革法により、保険者に対して平成20年4月より「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、特定健診・特定保健指導に係る計画の策定・実施が義務付けられたところであり、支払基金としても保険者の需要にこたえ、特定健診・特定保健指導に係る費用の請求・支払代行業務の実施について、積極的な対応を図る。また、医療費等の調査分析業務受託についても、国からの要請を受け、積極的な対応を図る。
- ・調剤レセプトの保険者による直接審査支払に関する要件の見直しに伴い、自ら審査体制を確保すること等が困難な健康保険組合に対する審査に関する意見の提出及び保険者と医療機関との間で生じる債権債務に関し、保険者と医療機関が合意したものに係る決済処理の実施について、適切に対応する。
- ・このほか、情報処理技術の進展等を見据え、関係者の需要にこたえ、オンライン基盤を活用した医療機関及び保険者に対する情報提供事業、審査支払業務の拡充などの新たなサービスについて、関係者間の合意を得ながら、実施に移せるよう検討を進める。

（2）業務の効率化・合理化

① 業務のIT化の推進

ア レセプトオンライン請求実施

- ・診療報酬等の請求方法については、平成18年4月の請求省令の一部改正に伴い、保険医療機関等の種別や規模等に応じて、順次オンラインによる請求に限定され、平成23年度当初から原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出される方法とするスケジュールが示された。
- ・支払基金においては、国民健康保険中央会と共同で、オンライン請