

審査支払業務について

平成22年4月8日
厚生労働省保険局

医療保険における請求・審査・支払

- 保険者は、療養の給付に関する費用を、保険医療機関等に支払うこととされている。

請求

保険医療機関等が療養の給付に関し保険者に請求することができるのは、当該給付に要する費用の額から、被保険者の一部負担金に相当する額を控除した額。（健保法第76条第1項、国保法第45条第1項）

審査・支払

* 前項の療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。
（健保法第76条第2項、国保法第45条第2項）

保険者は、保険医療機関等からの診療報酬請求に対して審査の上、支払うものとする。（健保法第76条第4項、国保法第45条第4項）

医療保険における審査

- 審査とは、保険医療機関における個々の診療行為が、保険診療ルール(療養担当規則、診療報酬点数表、関連通知)に適合しているかどうかを確認する行為。
- 保険診療ルールは、多様な患者に適切な医療を提供するという性格上、診療する医師等に一定の裁量を認めるものとなっており、ルールに適合しているか否かを機械的に判断できないものも多い。
- したがって、
 - ① (電子レセプトが普及したとしても、)最終的には、医師等の専門家の目による、医学的妥当性の判断が不可欠であること
 - ② 人による審査が不可欠である以上、審査の公正さを担保し、診療側、保険者側双方の信頼を得られる仕組みが必要となることといった特徴がある。

審査支払機関の審査体制

このため、審査支払機関においては、①審査委員たる医師等が審査を行う、②最終決定を行う審査委員会は、三者構成とする、③診療側、保険者側双方からの再審査請求が認められている、という仕組みをとることによって、公正な審査を制度的に担保している。

支払基金

<審査委員会に関する規定>

- 診療報酬請求書の審査を行うため、従たる事務所(支部)ごとに、審査委員会を設ける。(基金法第16条第1項)
- 委員は、診療担当者代表、保険者代表、学識経験者から同数を幹事長が委嘱する。(基金法第16条第2項)
- 診療担当者代表及び保険者代表の委嘱は、それぞれ所属団体の推薦により行わなければならない。(基金法第16条第3項)
- 審査の決定は、審査委員の二分の一以上の出席により審査委員会で行う。(審査委員会規程第2条)

<審査委員数> (H21.6 現在)

4,479人 医科 3,719人
 歯科 760人
(参考 調剤報酬専門役 56人)

注) 医科40万点以上など、高額レセプトの審査については、基金本部に設けられた特別審査委員会において行っている。

国保連

<審査委員会に関する規定>

- 診療報酬請求書の審査を行うため、連合会に国民健康保険診療報酬審査委員会を置く。(国保法第87条第1項)
- 委員は、保険医及び保険薬剤師の代表、保険者の代表及び公益の代表から同数を都道府県知事が委嘱する。(国保法第88条第1項、第2項)
- 保険医及び保険薬剤師代表並びに保険者代表は、それぞれ関係団体の推薦によって行わなければならない。(国保法第88条第3項)
- 審査委員会は、委員の定数の過半数以上の出席がなければ、審査を行うことができない。審査は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。(国保法施行規則第40条第1項、第2項)

<審査委員数> (H21.7 調べ)

3,615人 医科 2,969人
 歯科 542人
 調剤 104人

注) 医科40万点以上など、高額レセプトの審査については、国保中央会に設けられた特別審査委員会において行っている。

審査・支払の際に参照する基準

健保法第76条第4項（国保法第45条第4項に同旨の規定あり）

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、
①第70条第1項及び第72条第1項の厚生労働省令並びに②前2項の定めに照らして審査の上、支払うものとする。

- ① 療養担当規則（診療の一般的方針・具体的方針）
- ② 診療報酬の算定方法（医科・歯科・調剤点数表）

「審査」とは、保険医療機関等において行われた診療行為が、上記の規則や関係通知等が定める保険診療ルールに適合しているかどうかを確認する行為である。

○ 療養担当規則（抜粋）

第12条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

第20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前12条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

1 診察 略

2 投薬 イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。

ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。 (二、ホ、ヘ及びトは略)

3 処方せんの交付 略

4 注射 略

5 手術及び処置 イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

6 リハビリテーション

リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

以下略

○ 診療報酬点数表告示等

診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)

(別表第1:医科点数表、別表第2:歯科点数表、別表第3:調剤点数表)

(例)医科点数表の内容(抜粋・要約)

第1章 基本診療料 第1部 初・再診料

通則

- 1 初・再診料は、各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、一部例外を除き、初診料又は再診料(外来診療料を含む。)は、1回として算定する。(中略)

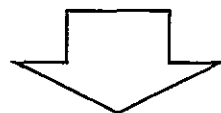
区分 A000 初診料 270点

注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。

注2 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。(以下略)

審査の流れ(支払基金の例)

○ 審査委員会では、膨大なレセプトについて、非常に多くの審査項目の適否について審査を毎月の限られた会期内で行わなければならないため、審査の重点化の方策を講じている。



1 審査専門部会による審査

○ 審査委員会の中に審査専門部会を置き、原則8万点以上の高点数レセプト等については、診療科別に分類して、入念に審査を行っている。

2 重点審査区分による審査

○ 審査専門部会による審査以外に、保険医療機関を審査の必要度が高い順にA・B・Cの3区分に分け、A・B区分は毎月審査を実施し、特にA区分は入念な審査を行うが、C区分は特に毎月の審査は行わず、計画的に審査を行うにとどめている。ただし、電子レセプトについてはすべてシステムチェックを行っており、C区分においても当該チェックで問題とされたもの及び審査委員会から指示されたものについては、審査が行われる。

審査項目

▶ 記載事項の確認 約1,100項目

記載もれや保険者番号等の内容不備に関する確認

▶ 診療行為の確認 約240,000項目

診療行為の名称、点数、回数、算定ルール等に関する確認

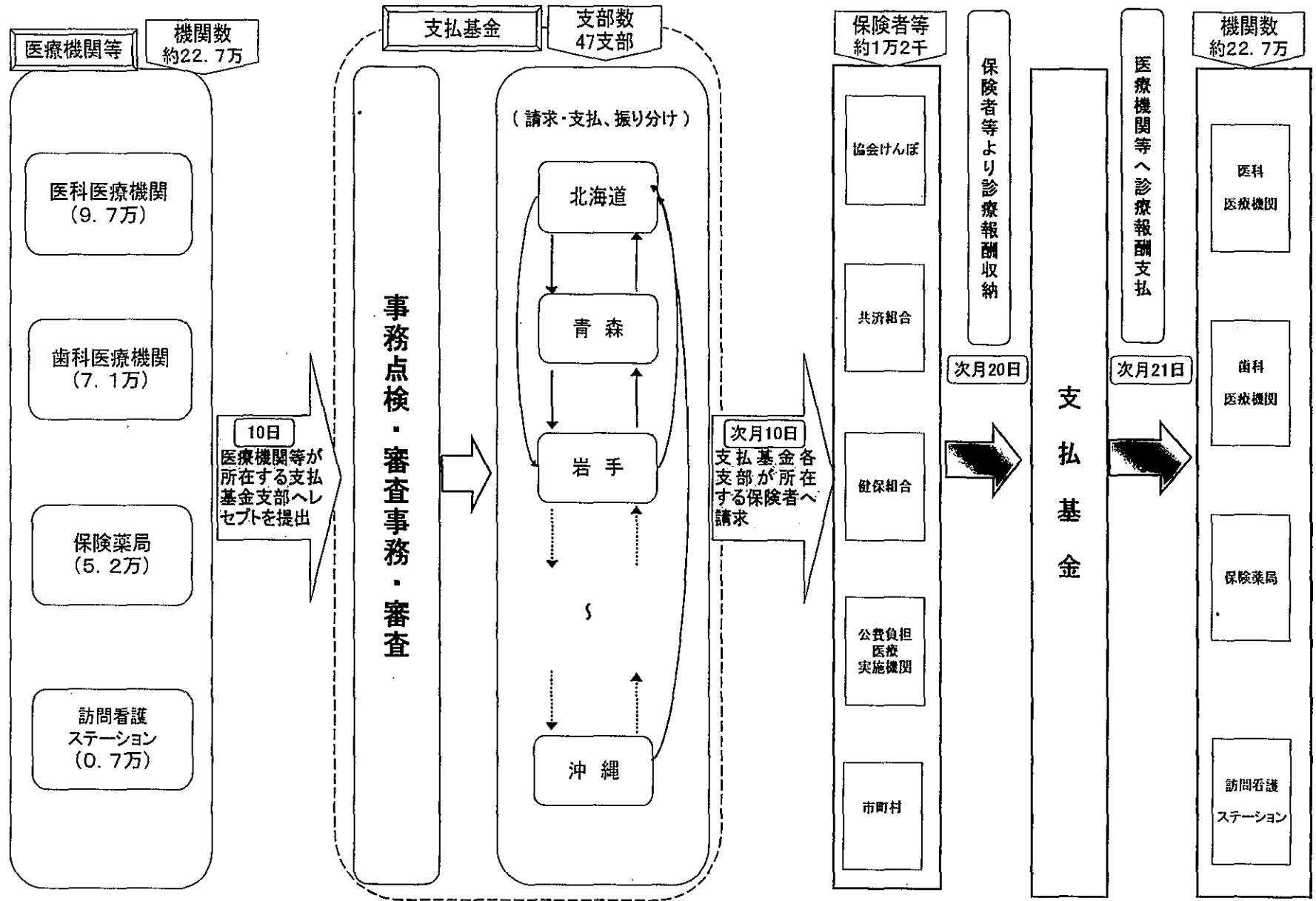
▶ 医薬品の確認 約19,000品目

医薬品の名称、価格、適応、用法、用量等に関する確認

▶ 医療材料の確認 約200,000項目

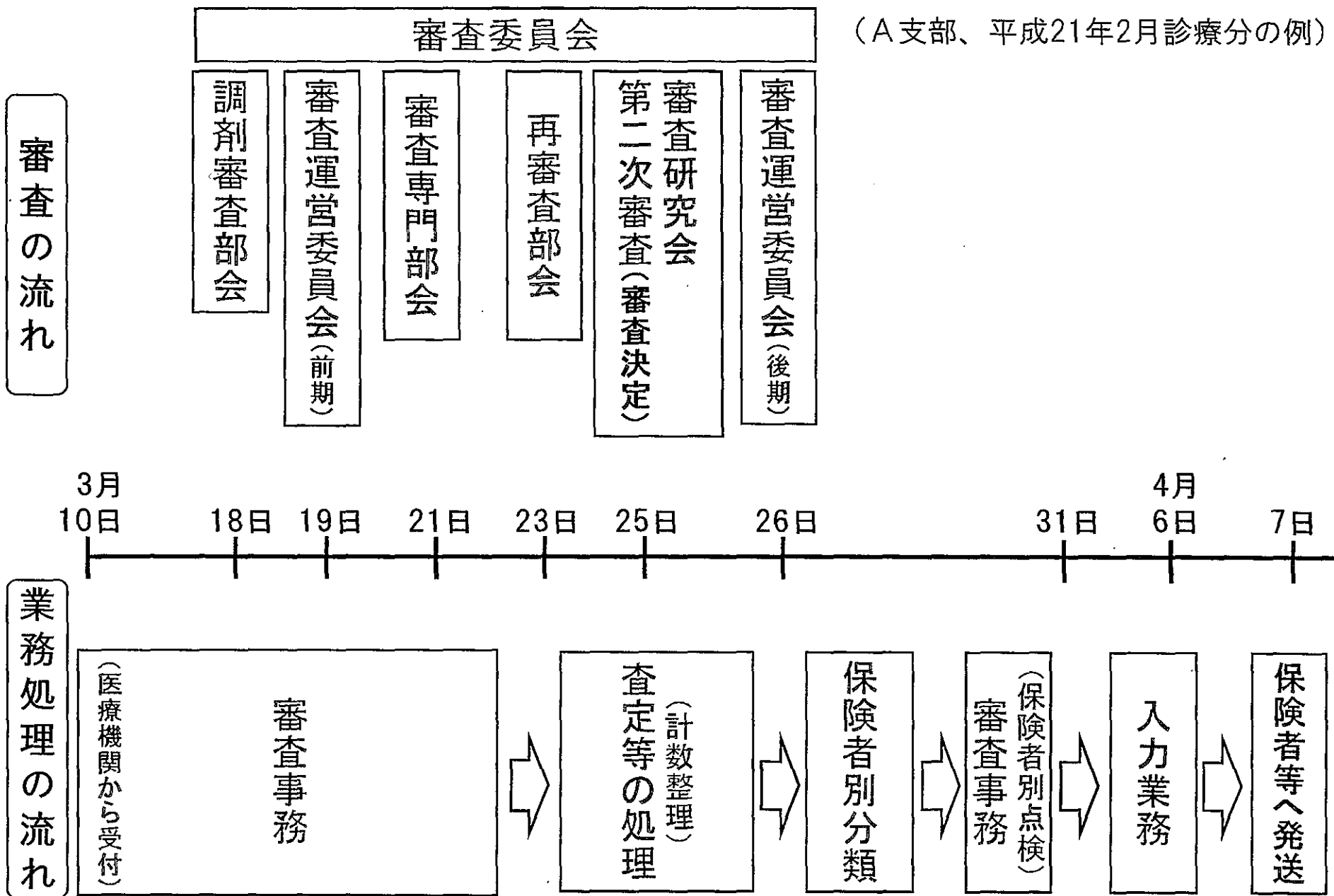
医療材料の名称、価格、用法、使用量等に関する確認

審査支払業務の流れ(支払基金)

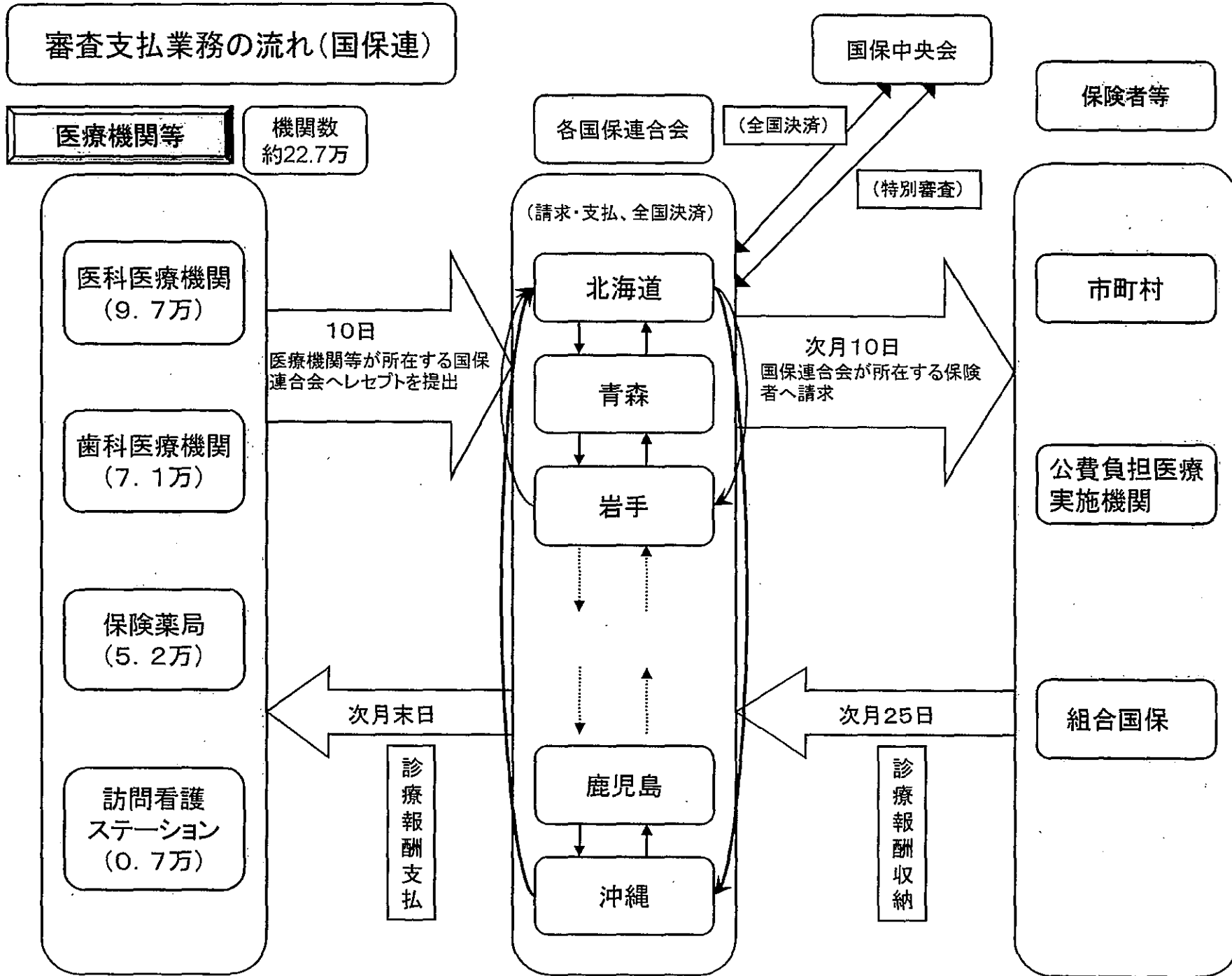


レセプト審査及び業務処理の流れ (支払基金審査業務の実例)

(A支部、平成21年2月診療分の例)

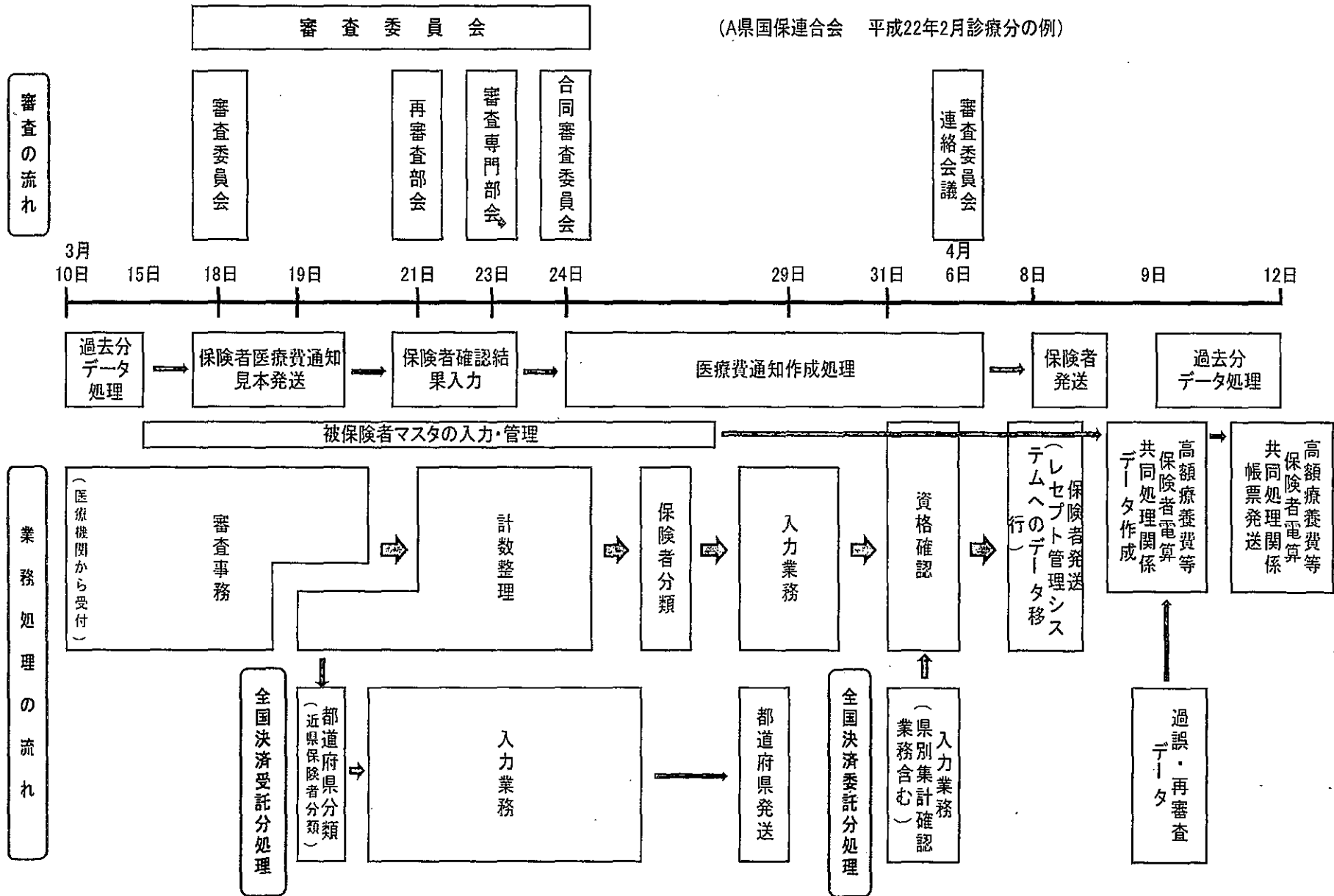


審査支払業務の流れ(国保連)



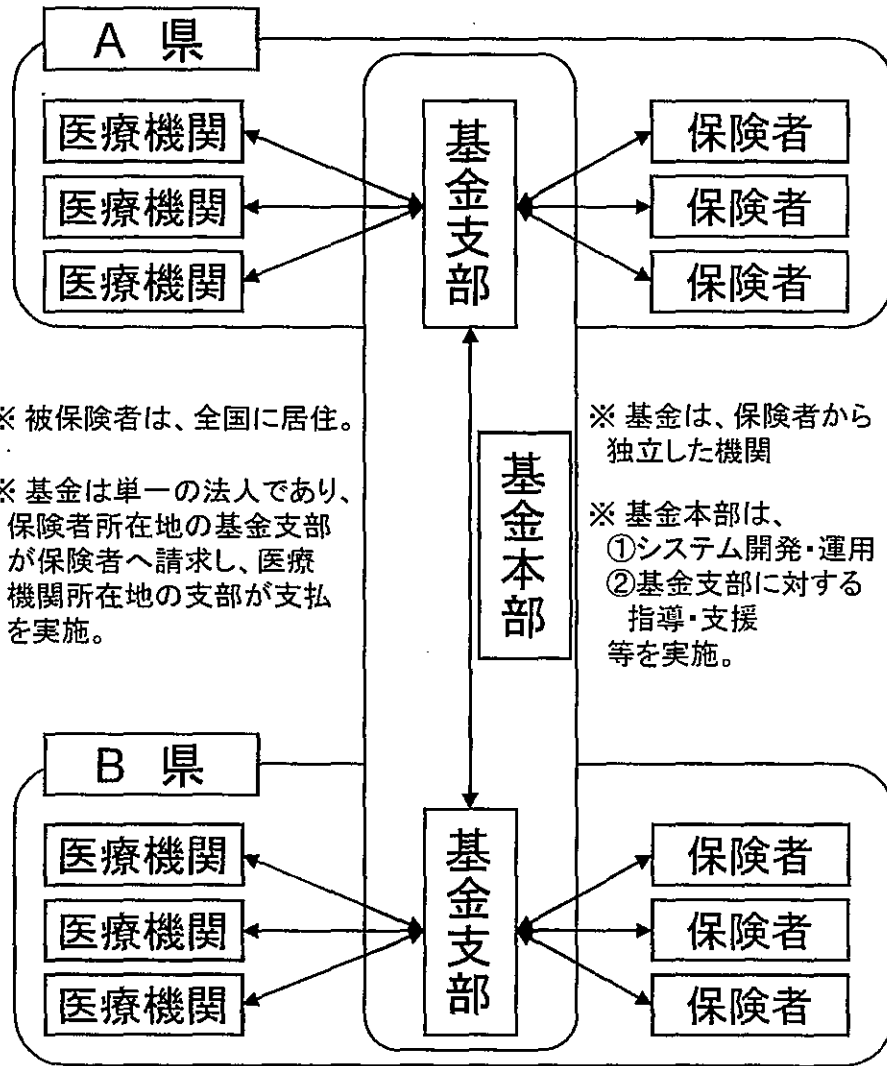
レセプト審査及び業務処理の流れ

(A県国保連合会 平成22年2月診療分の例)

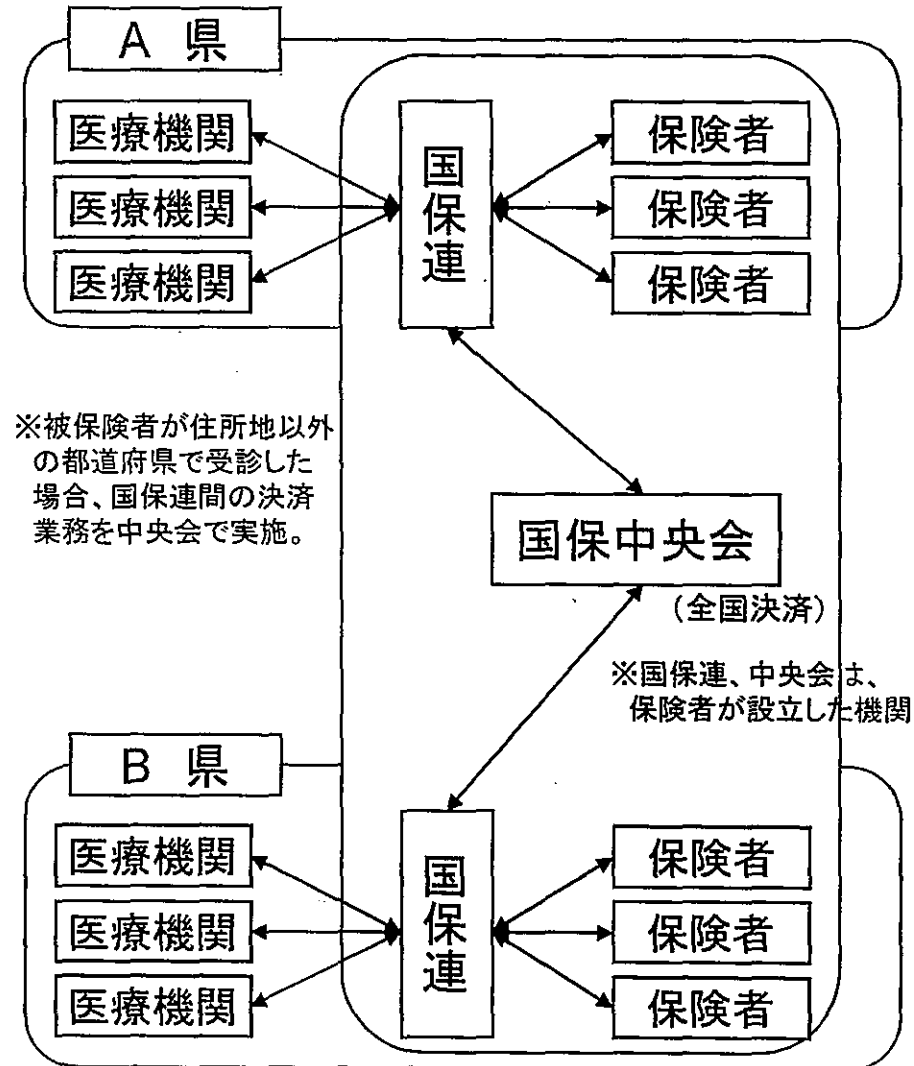


審査支払(全国決済)業務のイメージ

支払基金(被用者保険)



国保連(地域保険)



支払基金における審査の状況(医科歯科計)

平成20年5月～平成21年4月審査分

原審査の状況

件数

請求件数(A) 5億8,288万件
(1か月当たり 4,857万件)

査定件数(B) 494.2万件
(1か月当たり 41.2万件)

査定件数率((B)/(A)×100) 0.848%

点数

請求点数(C) 1兆495億8,284万点
(1か月当たり 874億6,524万点)

査定点数(D) 20億6,901万点
(1か月当たり 1億7,242万点)

査定点数率((D)/(C)×100) 0.197%

参考：調剤レセプトの請求件数 2億4,704万件
請求点数 2,154億2,920万点

※返戻分を除く

