

般に公表すべきである。

b 支払基金の事務所設置の見直し

支払基金の都道府県支部においては、これまでレセプト審査に加えて、各地域の医療機関に対する保険診療ルール遵守の指導を通じてその定着を図る役割を担ってきたことは理解するが、このことは、全都道府県に事務所が必要な理由にはならない。

現状の医療保険財政を取り巻く厳しい環境を踏まえた場合、保険診療ルール遵守の指導等の役割に配慮しながら、複数の都道府県を束ねる形で再編することを検討すべきである。なお、審査の公平・公正性の観点からは、できるだけ大きな単位で集約されることが望ましいと考える。

c 支払基金の審査の公平性の確保

都道府県ごとの査定率、医科と歯科の査定率を比較した場合に相当な格差が生じている実態について、都道府県ごとの差異については、支払基金各支部の査定基準が統一されていないことが原因であると考えられることから、統一された査定基準を設けるべきである。

また、医科と歯科の査定率の差違については、各々の診療の特性に応じて別個の診療報酬体系として定めていることも原因のひとつである可能性は否定しないが、その原因を更に検証し、格差の是正を図る措置を講ずるべきである。

なお、これらの格差を是正する措置を講ずる際には、医学的判断を要する審査の厳格な実施を確保すべきである。

d 支払基金の役員体制の選出の在り方の見直し

支払基金の役員体制は、特殊法人の時代から、保険者代表、被保険者代表、診療担当者代表及び公益代表が同数を占めており、平成15年の民営化以降もまったく変更されていない。

役員のパネル構成については、支払基金の事業運営資金であるレセプト審査・支払手数料の負担者が中心となってその事業運営をすることがふさわしいことから、保険者代表がその過半数を占める構成に見直すべきである。

併せて、公益代表の内訳は、特殊法人時代を踏襲してすべて厚生労働省関係者が占めており、民間法人となった現在においては極めて不自然な状態であることから、厚生労働省関係者が就任しないよう見直すとともに、被保険者代表については、組合組織率の低下を踏まえ、労組団体の構成比率を見直

すべきである。

(イ) 保険者機能の強化

レセプトの審査・支払いについては、本来、患者及び被保険者のエージェントであり、保険料を負担している保険者が主体的に実施すべき業務である。健康保険法（大正11年法律第70号）においても、「保険者は、（中略）審査の上、支払うものとする」、また、支払基金に「委託することができる」と規定されているところであり、法律上は直接審査が原則であり、支払基金による審査が例外であると解される。しかし、現状では、支払基金が健康保険などの被用者保険に係る審査・支払業務を事実上ほぼ独占している状態にある。

この保険者による直接審査を妨げているのは、いわゆる「事前合意要件」である。法律上認められた直接審査を行うためには、保険者は、個別の保険医療機関から合意を取り付けることが必要とされているが、すべての保険医療機関から合意を取り付けることは事実上不可能である。

今後、オンライン請求化により審査・支払業務の自動化が進展した場合には、保険者自身が審査・支払業務を行うことが容易となるものと想定されることから、保険者がその本来の機能を発揮し、自ら効率的かつ適正な審査を行うことができるようにすべきである。

なお、平成20年10月より一部の健康保険組合において調剤レセプトの直接審査が開始されているが、事前合意のない調剤薬局のレセプトについては、従前通り支払基金により審査されており、事前合意要件が直接審査の妨げになっていることに変わりはない。

したがって、次の項目について早急に取り組むべきであると考える。

a 直接審査の事前合意要件の撤廃

現在保険者がレセプトの直接審査を実施する上で障害となっている保険医療機関・薬局の事前合意要件については、決済ルールや紛争処理ルールを定めた上で、撤廃すべきである。

b 直接審査のための環境整備

事前合意の廃止後のルール作りなど事前合意要件廃止の環境が整うまでにおいては、以下に掲げるような、事前合意が得られやすい環境の整備に取り組むべきである。

- a) 個別の合意の煩雑さを解消するために、特定保健指導等で認められている集合契約のようなグループによる合意手続きの仕組みを、特定保健指導

等の状況を踏まえて導入

- b) 保険医療機関・薬局が直接審査に対応することにより、保険者ごとに別々にレセプトを送付する必要があるなど、保険医療機関・薬局側に事務負担が発生する。一方で、保険者は支払基金への審査・支払手数料の支払いが不要となることから、この事務負担を軽減するために保険者側から事前合意した保険医療機関・薬局に対して事務手数料を支払うことを可能にする仕組みを導入
- c) 調剤レセプトの直接審査・支払に適用される公正な審査体制のみなし規定（支払基金との指導契約）と同様の規定について、調剤レセプトでの実施状況を踏まえて、医科・歯科レセプトに導入
- d) 支払基金の各支部における審査基準について、医学的判断が標準化可能なレベルに収斂した事例については支払基金のホームページにおいて既に公開済みであるが、収斂するまでに至らない判断基準については非公開とされていることから、直接審査の際の判断材料となるようすべて公開

規制改革推進のための3か年計画（改定）

【抜粋】

平成 20 年 3 月 25 日
閣 議 決 定

イ IT化、事務効率化

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との関係 | 実施予定時期 | | |
|-------------------------------------|--|-----------|------------------------------------|--------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| ①医療分野IT化のブランドデザインの推進 (厚生労働省) | 医療の質の向上と効率化の観点から、医療分野のIT化に関するブランドデザインを推進する支援・助成について、医療費体系の整備の在り方を含め検討し、電子カルテ等、各種IT化を統合的に推進する。 | 計画・医療イ① | 逐次実施 | | |
| ②電子レセプトによるオンライン請求化の確実な推進 (厚生労働省) | a レセプトオンライン請求化に関して、平成18年の厚生労働省令について (i) オンライン請求化の期限が努力目標ではなく義務であること。(ii) 義務化において現行以上の例外規定を設けないこと。(iii) 義務化の期限以降、オンライン以外の手法による請求に対して診療報酬が支払われないことを、医療機関・薬局に周知徹底する。 | 計画・医療イ②a | 平成20年度から順次義務化、平成23年度当初から原則完全オンライン化 | | |
| | b オンライン請求されたレセプトに関して、医療行為発生後最長約3ヶ月間かかっている診療報酬の支払までの期間を、保険者側の協力を前提に短縮すること、診療報酬点数における加算について、オンライン請求の、より効果的インセンティブとなるような見直しを実施することなど、医療機関のオンライン請求化を促す仕組み、すなわち、医療機関へのインセンティブ施策を検討する。 また、医療機関において、オンライン化に適合した請求システムが円滑に導入されるよう、請求システムの標準化、互換性、セキュリティの確保等の環境整備を図る。 審査支払機関に対し、オンラインを導入した保険者と導入しない保険者間の手数料の差を拡大させることについても併せて検討させる。 | 計画・医療イ②b | 結論 | | |

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との関係 | 実施予定時期 | | |
|-------------------------------------|---|-----------|--------|------------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| ③ 審査支払機関のIT化の推進 (厚生労働省) | 社会保険診療報酬支払基金など審査支払機関は、電子レセプトに対応した投資を集中的に行い、一連の審査業務全般にわたって電子的手法を活用した方式を開発するなど、審査の質の向上と効率化を図る。 | 計画・医療イ③ | 逐次実施 | | |
| ④ レセプトのデータベースの構築と利用環境の整備 (厚生労働省) | a レセプトオンライン請求化に合わせ、平成20年度末までにレセプトデータの収集・分析体制を構築し、平成23年度以降は全国のレセプトデータを収集・蓄積・活用できる体制を構築、運用する。 | 計画・医療イ④a | 結論 | 平成20年度から措置 | |
| | b レセプトオンライン請求化による診療情報の収集・蓄積に加え、平成20年度から特定健康診査の実施により、健康情報についても収集・蓄積されることになるが、これらの収集・蓄積された膨大な診療・健康情報を相互に関連づけるほか、必要に応じて分析上有用な他のデータベースとリンクさせることにより、データウェアハウス化(DWH)が可能となる。 このデータウェアハウスについては、例えば統計法などの取り扱いを参考にしつつ、その恣意的な利用を防ぐとともに、国の独占利用を排除し、民間への開放を前提とした利用ルールを確立し、国民の健康の増進に資する幅広い分野での利用を図る。 | 計画・医療イ④b | 結論 | 平成20年度から措置 | |

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との関係 | 実施予定時期 | | |
|----------------------------|---|-----------|--------|--------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| ⑤電子カルテシステムの普及促進 (厚生労働省) | a 厚生労働省の保健医療情報システム検討会が「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」(平成13年12月)で提言した平成18年度までに全国の診療所の6割以上、400床以上の病院の6割以上に電子カルテシステムを導入させるとした目標を確実に達成できるよう、具体的な実行策を明定し、公表する。併せて、電子カルテシステムの導入負担を軽減し、導入が促進されるよう、地域中核病院等にWeb型電子カルテを導入して診療所等の電子カルテ利用を支援する等、具体的な措置を講ずる。 | 計画・医療イ⑤a | 措置 | | |
| | b 電子カルテにおける用語・コードとレセプトにおける用語・コードの整合性を図り、カルテからレセプトが真正に作成される仕組みを構築し、我が国のカルテについて電子カルテ化を積極的に推進することとし、そのための実効性ある方策を講ずる。 | 計画・医療イ⑤b | 逐次実施 | | |
| | c 電子カルテシステムが導入された後も、医療機関において継続的に運用されるよう、システム導入後の運用維持も視野に入れ、電子カルテシステムを用いた望ましい診療行為や医療機関の体制の評価を踏まえ、具体的な推進策を策定し、措置する。 | 計画・医療イ⑤c | 措置 | | |
| | d オーダーエントリーシステムの導入、バーコードによる患者誤認防止システムなどのITを使った医療安全対策を一層推進する。 | 計画・医療イ⑥d | 逐次実施 | | |

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との関係 | 実施予定時期 | | |
|-------------------------------------|---|-----------|--------|--------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| ⑥診療情報等の共有の促進と電子カルテの標準化促進 (厚生労働省) | a 安全で質の高い患者本位の医療サービスを実現するために、個人情報の保護など一定の条件を備えた上で、患者情報を複数の医療機関で共有し有効活用ができるよう措置する。 | 計画・医療イ⑥a | 逐次実施 | | |
| | b カルテの電子化を促進するに当たっては、医療におけるIT化の推進という方針の下、カルテの互換性・規格の統一、レセプト・カルテ連動のためのコード整備等の技術的な課題を解決するとともに、具体的な導入促進策や各種の促進手段を政府として明確にし、実行する。 | 計画・医療イ⑥b | 逐次実施 | | |
| | c 医療機関が他の医療機関など外部に提供する電子的診療情報については、世界的に普及しているデータ交換規約に様式を統一することを制度化する。また標準化された電子的診療情報は、患者個人の所有物であるとの原則の下、当該情報について患者個人が自由に管理、あるいは外部組織に保存を委託し、疾病管理に利用するなどその環境整備についても早急に検討を進める。 | 計画・医療イ⑥c | 結論 | | |
| ⑦電子カルテ等診療情報の医療機関外での保存 (厚生労働省) | 電子カルテ等診療情報の医療機関外での保存については、情報の安全確保等、外部保存受託機関として満たすべき技術及び運用管理上の要件を示したガイドラインを速やかに開示、周知徹底し、診療情報の電子化及び患者の診療継続等のための医療機関間での情報共有を推進する。 【平成17年3月「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」】 | 計画・医療イ⑦ | 逐次実施 | | |

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との関係 | 実施予定時期 | | |
|---|---|-----------|--------|--------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| ⑧遠隔医療等の医療分野のIT化の推進 (厚生労働省) | a 高度な医療サービスを効果的、効率的に提供できるよう、病診連携や病病連携と併せて、遠隔診断等の遠隔医療を推進する。 また、各種データ交換の際のフォーマット、電子的情報交換手順、情報セキュリティ技術等の標準について早急に確立し、積極的な普及策を講ずる。 | 計画・医療イ⑧a | 逐次実施 | | |
| | b 病院内のチーム医療と同等な高レベルの処方チェックを可能とすべく、ITを活用した薬局機能の高度化について検討し、今後とも規制改革推進のため、所要の措置を講ずる。 | 計画・医療イ⑧b | 逐次実施 | | |
| ⑨医薬品・医療材料への標準コード付与 (厚生労働省) | 標準コード付与については、医薬品において、既に通知が出され、平成20年9月までに標準コードの整備が図られる予定である。医療材料においても、通知を発出し、標準コード付与の整備を図り、その効果の拡大を図る。 | 計画・医療イ⑨ | 措置済 | | |
| ⑩レセプトオンライン請求化を踏まえたレセプト審査の質の向上、医療費分析の推進 (厚生労働省) | レセプトオンライン請求化を踏まえ、例えば傷病名とそれに対応する医療行為の対応関係を明らかにし、かつ一般にも公開することとするなど、レセプト審査の質の向上、医療費分析を推進するための方策について、検討を行う。 | 重点・医療(3)④ | | 検討・結論 | |

ウ 保険者、保険運営、審査支払等

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との関係 | 実施予定時期 | | |
|-----------------------------------|--|-----------|--------|--------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| ①保険者の自主的運営のための規制緩和等の措置 (厚生労働省) | 保険者の自主的な運営のため、各種許認可手続など、一層の規制緩和等の措置を講ずる。 | 計画・医療ウ① | 逐次実施 | | |

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との 関係 | 実施予定時期 | | |
|------------------------------------|--|---------------|---------|--------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| ②医療機関・薬局と保険者間の直接契約に関する条件の緩和(厚生労働省) | <p>「規制改革・民間開放推進3か年計画(改定)」(平成17年3月25日閣議決定)における「保険者と医療機関の直接契約が進められるよう、現行の契約条件等について過度な阻害要件がないか等について保険者の意見を踏まえつつ、条件緩和について検討する。【逐次検討】との決定を踏まえ、例えば以下のような事項について、保険者からの要望があれば積極的に聴取するとともに、「健康保険法第76条第3項の認可基準等について」(平成15年5月20日 健康保険組合理事あて厚生労働省保険局長通知 保発第05200001号)及び「保険薬局に係る健康保険法第76条第3項の認可基準等について」(平成17年3月30日 健康保険組合理事あて厚生労働省保険局長通知 保発第03300002号)の通知における要件の見直しについて結論を出す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・直接契約の対象医療機関や対象薬局の名称等の内容を保険者の組合規約に明記すべきとする要件を廃止すること。 ・認可申請の際にフリーアクセスを阻害していないことを客観的に証明するために保険者に提出が求められている書類の記載内容を簡素化すること。 ・契約医療機関における当該保険組合加入者の受診増が、保険者の責による場合を除き、認可後の監督等の対象事項とされている「契約医療機関による患者のフリーアクセスの阻害行為」には当たらないことを明確化するとともに、契約後の各種報告を簡素化すること。 ・認可後に地方厚生(支)局へ提出すべき事項から、保険者が持ち得ない、若しくは入手し難い情報(契約医療機関における当該保険組合加入者以外の患者に係る診療報酬の額及びレセプト件数等)を削除すること。 ・診療報酬点数の範囲内で契約による定められる | 計画・医療ウ② | 逐次検討・結論 | | |

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との 関係 | 実施予定時期 | | |
|----------------------------------|--|---------------|---------|--------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| | <p>価格設定が、契約当事者間の合意があれば、より自由に設定できるよう、要件を緩和すること。</p> <p>・認可を取消された場合であっても保険者、保険組合加入者の受診機会の継続性の確保のため、当事者間の合意があれば、一定期間、継続的に運用を可能とする猶予措置を講じること。</p> | | | | |
| ③審査支払機関間の競争環境の整備 (厚生労働省) | <p>a 更なる受託競争の促進による審査・支払業務の効率化を図るため、保険者が他の都道府県の国保連を含むいずれの審査支払機関にも、医療機関側が十分な準備ができる期間を置いた上で、審査・支払を委託することができる旨、周知徹底する。</p> <p>b 各審査支払機関における手数料、審査取扱い件数、再審査率、審査・支払部門のコストを示す財務情報など、一定の情報については公開させるとともに、支払基金と各都道府県国保連の審査・支払部門のコストが比較できるよう、それらを示す財務情報を公開する際の統一的なルールを設定する。</p> <p>c 保険者・審査支払機関間の契約モデルの提示、保険者が指定した審査支払機関にレセプトが請求されるようなインフラの整備、診療報酬点数表等に基づいたレセプトを照合する等の審査ロジックの公開、紛争処理のあり方の見直しを行う。</p> | 計画・医療ウ③ | 結論 | | |
| ④社会保険診療報酬支払基金の業務の民間開放 (厚生労働省) | <p>健康保険組合における診療報酬の審査・支払に関する事務については、従来、社会保険診療報酬支払基金に委託するよう通知により指導されていたが、現在当該通知は廃止され、健康保険組合自ら又は社会保険診療報酬支払基金以外の第三者の審査支払機関による診療報酬や調剤報酬の審査・支払が可能となっている。</p> <p>したがって、健康保険組合から直接審査・支払についての具体的な要望が厚生労働省に寄せられた際には、その内容について速やかに検討・結論を出す。</p> | 計画・医療ウ④ | 逐次検討・結論 | | |

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との関係 | 実施予定時期 | | |
|-----------------------------------|---|-----------|--|--------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| | また、オンライン請求などのIT化の進展や、上述した支払基金以外の者による審査・支払の普及等に応じて、特定業務への特化を図るなど、支払基金の業務の民間開放についても推進する。 | | | | |
| ⑤社会保険診療報酬支払基金の業務効率化 (厚生労働省) | 支払基金に対し、オンライン化の進展に合わせて、審査のあり方を含む業務フローの抜本的な見直しを前提とした業務効率化計画（400床以上の病院のレセプトオンライン請求化が義務化される平成20年度から、原則完全オンライン化が実現する平成23年度までの年度ごとの数値目標を含む工程表など）の作成を促し、この計画に基づく審査・支払業務に係る手数料の算出根拠を明らかにし、手数料適正化の数値目標を明示させる。尚、こうした業務効率化計画及び手数料適正化の見通しについては、広く国民の知るところとなるよう、具体的且つ分かり易くホームページなどで公表させる。 | 計画・医療ウ⑤ | 平成19年末までに業務効率化計画、平成19年度末までに手数料適正化の見通しを作成 | | |
| ⑥健康保険組合の規約変更の届出制化等 (厚生労働省) | 健康保険組合の規約変更については、厚生労働大臣の認可制から事後届出制に変更する事項について保険者の意見があれば、それらの意見を踏まえ、その適否について速やかに検討し、届出の対象とする事項の拡大等を図る。 | 計画・医療ウ⑥ | 逐次検討・結論 | | |
| ⑦患者への情報提供等のエージェント機能の充実 (厚生労働省) | 被保険者への情報提供等、保険者のエージェント機能の充実を図るため、以下に示すような内容について、必要に応じ周知を図る。 ・保険者が医療機関に係る情報収集を行い易いような方策を講じるとともに、保険者がそれらの情報を公表することや、被保険者による評価を反映すること、また、そうした情報を用いて被保険者に対して優良医療機関を推奨することを可能とする等、被保険者の自己選択を支援する取組。 ・査定減額の際の患者の一部負担金の過払いの問題等の解消に向け、被保険者の一部負担金に係 | 計画・医療ウ⑦ | 逐次実施 | | |

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との 関係 | 実施予定時期 | | |
|-----|--|---------------|--------|--------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| | る査定減額相当分について、被保険者の代理者として保険者が医療機関に返金請求を行うことができることを周知徹底するとともに、保険者が被保険者への返金分を代理受領し、被保険者への返戻を可能とする等、保険者が被加入者の権限行使をサポートするような取組。 | | | | |

エ 診療報酬

| 事項名 | 措置内容 | 当初計画等との 関係 | 実施予定時期 | | |
|---------------------------------|---|---------------|-------------------------------|--------|--------|
| | | | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
| ①競争政策の観点からの医療費体系の見直し (厚生労働省) | 競争政策上のインセンティブという観点から患者に対してより良い医療を提供した者がより評価されるという医療費体系の在り方について検討し、所要の措置を講ずる。 | 計画・医療 エ① | 逐次実施 | | |
| ②医療費体系の在り方 (厚生労働省) | 医療機関の形態に応じた投資的経費の評価に関する検討を急ぐとともに維持管理経費等の評価についても検討を進め、それらを含めた医療費体系の整備を図る。 | 計画・医療 エ② | 逐次実施 | | |
| ③診療報酬点数算定ルールの簡素化、明確化 (厚生労働省) | a レセプトのオンライン請求の基礎となる電子点数表について、平成20年度診療報酬改定に合わせ早期に完成させるとともに、将来的にはオンラインを利用した、迅速かつ適正な審査が実施できるよう、電子化をにらみつつ、引き続き点数計算ロジックをより明確にする。なお、電子点数表の作成に当たっては、出来得る限り簡素化し、いつでも、また誰でも、そしてそのままの状態を利用可能なものとする。また電子点数表作成に際しては、病院、保険者、支払基金、国保連それぞれのシステム開発を担う民間と協力して進める。 | 計画・医療 エ③ a | 平成20年度点数表の完成、平成23年度までにロジックの整備 | | |