

未定稿

支払基金サービス向上計画(案)

(平成23～27年度)

— より良いサービスをより安く —

(仮題)

平成22年9月30日

社会保険診療報酬支払基金

目 次

はじめに	1
第1 新計画の策定の背景	
1 支払基金をめぐる議論	2
2 レセプトの電子化の進展	3
【図表1】平成23～27年度における全レセプトに占める 電子レセプトの件数割合の見込み	6
第2 新計画の基本的な性格	7
第3 平成23～27年度における事業運営の基本方針	9
第4 良質なサービスの提供	
1 審査の充実	
(1) 審査の充実のための方策	11
(2) 審査の充実に向けた数値目標	15
【図表2】原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの 寄与率の引上げに関する数値目標	16
【図表3】突合審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標	17
【図表4】縦覧審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標	18
【図表5】保険者の再審査請求件数の引下げに関する数値目標	19

<u>2 審査の不合理な差異の解消</u>	21
<u>3 審査におけるPDCAサイクルの確立</u>	25
<u>4 保険者及び医療機関に対するサービスの向上</u>	25
<u>5 診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に係る円滑な対応</u>	26

第5 効率的な事業運営

<u>1 効率的な事業運営のための基盤の整備</u>	
(1) 審査及び請求支払に係る業務フローの見直し	27
(2) 管理業務の集約	29
(3) コンピュータシステムの機器更新	30
(4) 予算及び決算におけるPDCAサイクルの確立	30
<u>2 業務量の見通し</u>	31
【図表6】平成27年度における職員の業務量の見込み	31
<u>3 総コストの削減のための方策</u>	
(1) 職員定員の削減	33
【図表7】一般会計の職員定員の削減	34
(2) 給与水準の引下げ	35
(3) コンピュータシステム関連経費の縮減	35
(4) 支払基金保有宿舍の整理合理化	35

4	<u>総コストの削減に向けた数値目標</u>	36
	【図表8】平成27年度における一般会計の支出の見込み	37
5	<u>手数料水準の引下げ</u>	38
	【図表9】平成27年度における全レセプトの平均手数料の見込み	38
6	<u>コスト構造の見える化及び手数料体系の見直し</u>	
(1)	コスト構造の見える化	39
	【図表10】平成27年度における事務費収入で賄われる 支出に係るコスト構造の見込み	40
(2)	手数料体系の見直し	40

第6 情報公開の推進及び説明責任の履行

1	<u>医療費の分析評価</u>	43
2	<u>査定に現れない審査の意義の見える化</u>	43
3	<u>審査支払制度の見直しに関する積極的な提言</u>	44

第7 これからの審査支払に向けて

<u>おわりに</u>	47
-------------	----

【参考 1】	レセプト電算処理システムの開発及び運用に関する 支払基金の実績	48
【参考 2】	平成 23～27 年度におけるレセプト件数の見込み	49
【参考 3】	機械的な判断が不可能である保険診療ルールの例	50
【参考 4】	コンピュータチェックの拡充	51
【参考 5】	支払基金における自県分・他県分の レセプト件数の構成割合	52
【参考 6】	支払基金本部審査企画部の疑義照会に対する厚生労働省 保険局医療課の回答の状況(平成 22 年 8 月 31 日現在)	53
【参考 7】	保険者及び医療機関に対するサービスの向上	54
【参考 8】	審査及び請求支払に係る業務フローの見直し	56
【参考 9】	医薬品チェックの状況(平成 22 年 7 月審査分)	57
【参考 10】	支払基金保有宿舎の整理合理化	58
【参考 11】	平成 27 年度における事務費収入以外の 一般会計の収入の見込み	60
【参考 12】	審査委員会が医療機関に対して適正なレセプトの提出を 働き掛ける取組みの効果	61



はじめに

- 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）は、診療報酬の「適正な審査」及び「迅速な支払」を通じ、医療保険制度の公正性及び信頼性を担保し、国民にとって大切な医療保険制度を支える使命を負う専門機関である。
- 従前、平成19年12月に平成20～23年度を対象期間とする「レセプトオンライン化に対応したサービスの向上と業務効率化のための計画」（以下「現計画」という。）を、平成20年3月に「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」（以下「現手数料見通し」という。）を策定し、これらを着実に実施してきた。
- 今般、支払基金をめぐる議論及びレセプトの電子化の進展を踏まえ、現計画及び現手数料見通しに代えて、「支払基金サービス向上計画（平成23～27年度）—より良いサービスをより安く—」（以下「新計画」という。）を策定するものとする。

第1 新計画の策定の背景

1 支払基金をめぐる議論

- 支払基金は、保険者（公費負担医療の実施機関を含む。以下同じ。）の委託を受けて、診療報酬の審査*1及び請求支払*2の業務を実施している。したがって、そのために必要な事務費については、保険者がレセプト件数を基準とする手数料で負担する仕組みとなっている。
- これについては、毎年度、支払基金と保険者団体*3との間での協議の結果を踏まえ、支払基金の収支予算に係る認可の権限を有する厚生労働省において、単価を提示する取扱いとなっている。
- このように保険者団体との間での協議及び契約を通じて手数料を設定する取扱いは、支払基金にとって良質なサービスの提供及び効率的な事業運営に対する動機付けとして機能している。
- このような中で、近時、次のとおり、支払基金をめぐる様々な議論が展開された。
 - ① 平成22年度の手数料は、現手数料見通しに盛り込まれた平成23年度の目標を1年前倒しで達成する水準となったが、それをめぐる保険者団体との間での協議の過程では、平成23年度以降引き続き、コストの削減に取り組むよう、強く求められた。
 - ② そのほか、平成21年11月に実施された行政刷新会議「事業仕分け」のうち、「その他医療関係の適正化・効率化」に関する第2ワーキンググループの評価結果においては、「レセプト審査率と手数料を連動」、「国保連・支払基金の統合」等について、「見直しを行う」ものとされた。

*1 審査とは、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の確認をいう。

*2 請求支払とは、保険者に対する請求及び医療機関（薬局を含む。以下同じ。）に対する支払をいう。

*3 保険者団体とは、全国健康保険協会、健康保険組合連合会、共済組合連盟、地方公務員共済組合協議会及び日本私立学校振興・共済事業団をいう。

③ これを受けて、平成22年4月以降、厚生労働省において、審査支払機関の在り方を組織及び業務の両面で総合的に検討するため、審査支払機関である支払基金及び国民健康保険団体連合会のほか、保険者、診療担当者及び有識者の参加を得た「審査支払機関の在り方に関する検討会」（以下「厚生労働省検討会」という。）が設置され、議論が進められている。今後、厚生労働省において、年内を目途に検討課題に関する議論の一巡を目指すこととされている。

④ また、平成22年4月に実施された支払基金を対象とする厚生労働省省内事業仕分けにおいては、支払基金が提示した改革案に基づき、組織のスリム化、余剰資産の売却、事務・事業の改革等が議論された。今後、厚生労働省において、仕分け人の意見等を踏まえ、最終的な改革案を決定することとされている。

○ これに先立ち、支払基金においては、自らの取組みとして、レセプトの電子化に相応しい審査の在り方を検討するため、平成21年5月、審査委員代表、診療担当者代表、保険者代表及び有識者によって構成される「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」を設置した。その後、9回にわたる議論を経て、平成22年3月、「国民の信頼に応える審査の確立に向けて」と題する報告書（以下「支払基金検討会報告書」という。）を公表し、今後における審査の在るべき姿を明らかにした。その中でも、「支払基金は、保険者の意見を厳しく受け止め、電子化によるコスト削減を更に推し進めていく必要がある。」旨が指摘された。

2 レセプトの電子化の進展

○ 電子レセプトについては、紙レセプトと比較すると、請求支払業務では、医療機関から提出されたレセプトを保険者へ送付するための仕分け等が容易であるため、事業運営の効率化が図られる。また、審査業務では、コンピュータチェック*4、一定の条件に応じた抽出、データの蓄積等が容易であるため、審査の充実が図られる。

*4 コンピュータチェックとは、電子レセプトの構造（=どのような項目がいずれの箇所に記録されているか）及び診療報酬の算定要件（1月で1回に限って算定することが可能である等）等を機械的な言語で定義したプログラム（=コンピュータを作動させる手順等を内容とする命令群）を使用し、診療報酬の算定内容の適否を点検することをいう。

- 昭和58年7月、厚生省から「レセプト処理システムの基本構想」が示され、レセプトの電子化に向けた取組みが開始された。その後、レセプトの電子化の進展は、必ずしも順調な経過とならず、全レセプトに占める電子レセプトの件数割合は、約20年を経ても、1%に満たない水準であった。
- 電子レセプトについては、医療機関による提出、審査支払機関による審査及び請求支払並びに保険者による受取りを一貫して実施するための「レセプト電算処理システム」が必要となる。このため、支払基金においては、厚生省の要請を受けて、レセプト電算処理システムの開発及び運用について、主導的な役割を果たしてきた（参考1）。すなわち、昭和58年度以降に、「基本マスター」*5及び「記録条件仕様」*6を、平成2年度以降に、「標準仕様」*7を作成し、それぞれ継続的に更新してきた。加えて、平成3年11月以降毎月、基本マスター及び「医療機関マスター」*8を更新して国民健康保険中央会に提供してきた。
- このような中で、平成13年12月、厚生労働省は、「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」を策定し、病院におけるレセプトの電子化について、平成16年度までに5割以上、平成18年度までに7割以上という目標を設定した。これを受けて、支払基金は、医療機関に対し、平成14～20年度の間における全国の累計では、1,901回にわたって説明会を開催する*9とともに、32,747回にわたって個別訪問を実施するなど、レセプト電算処理システムの普及の促進に取り組んできた。

*5 基本マスターとは、傷病名、診療行為、医薬品、特定保険医療材料等のコード、名称等に関するデータベースをいう。

*6 記録条件仕様とは、レセプトのデータを電子的に記録するための条件を定めた仕様をいう。

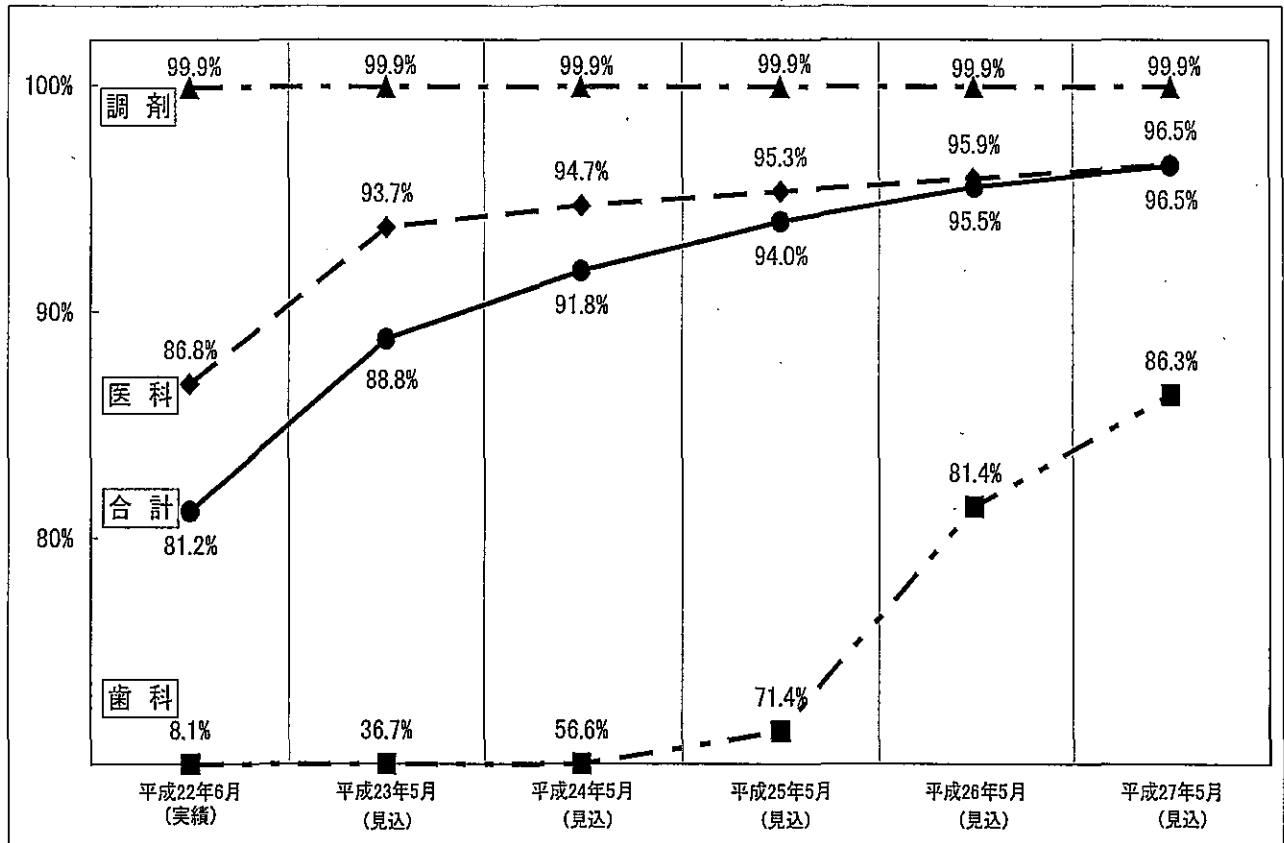
*7 標準仕様とは、医療機関が審査支払機関に対して電子レセプトを提出するに当たって点検すべき事項を定めた仕様をいう。

*8 医療機関マスターとは、レセプト電算処理システムに参加する医療機関の名称、コード、施設基準、標榜科等に関するデータベースをいう。

*9 延べ160,321人の参加を得た。

- 平成18年4月における「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（以下「請求省令」という。）の改正により、平成23年4月における「原則完全オンライン化」という目標の達成に向けて、平成18年4月以降、医療機関を指定してオンライン請求を試行的に実施した上で、平成20年4月以降、医療機関の種別等に応じて段階的にオンライン請求を義務化する等の措置が講じられた。
- このような政府を挙げての取組みを契機として、レセプトの電子化が急速に進展し、全レセプトに占める電子レセプトの件数割合は、平成20年10月請求分で5割を、平成21年1・2月請求分で7割を、平成22年6月請求分で8割を突破し、平成22年7月請求分で82.5%（歯科を除いて医科及び調剤を見ると、93.1%）に達した。
- しかしながら、平成21年11月における請求省令の改正により、
 - ① 電子レセプト請求を原則とし、オンライン請求のみならず電子媒体請求も可能とする
 - ② その例外として、
 - i 手書きの紙レセプトで診療報酬を請求する医療機関及び常勤の医師等がすべて65歳以上である医療機関について、紙レセプトから電子レセプトへの移行を免除する
 - ii 電子レセプトに対応しないレセプトコンピュータを使用する医療機関について、そのリース期間等が満了するまでの最長で平成27年3月までの間、紙レセプトから電子レセプトへの移行を猶予する等の措置が講じられた。このため、平成23～26年度の間、レセプトの電子化が段階的に進展するものの、平成27年度以降引き続き、若干の紙レセプトが残存するものと見込まれる。
- すなわち、レセプト件数の見込みは、平成27年度に9億634万件（対平成21年度比+4,941万件）と見込まれる（参考2）が、全レセプトに占める電子レセプトの件数割合の見込みは、平成27年5月請求分で96.5%（平成22年6月請求分比+15.3ポイント）と見込まれる（図表1）。

【図表1】 平成23～27年度における
全レセプトに占める電子レセプトの件数割合の見込み



- (注1) 医科・調剤については、電子レセプト請求の免除又は猶予に関する届出を基礎とした。
- (注2) 歯科については、免除分が医科と同様に、猶予分が平成27年5月までに順次、電子レセプト請求に移行するものと仮定した。
- (注3) 医療機関の新設、廃止等に伴う電子レセプト請求の変動を勘案しない。

○ このように、平成27年度には、レセプトの電子化がおおむね完了するものと見込まれること等を踏まえ、新計画の対象期間を平成23～27年度とするものとする。

第2 新計画の基本的な性格

- 審査及び請求支払の業務は、健康保険法、支払基金法等で規定された制度的な枠組みの中で処理されている。新計画は、あくまでも現行の審査支払制度を始めとする医療保険制度の枠組みを前提とするものである。
- すなわち、審査及び請求支払の業務は、次に掲げる制度的な枠組みの中で処理されている。
 - ① 支払基金は、支部を都道府県単位で設置し、支部ごとに審査委員会を設置することとされている。そして、各審査委員会は、各都道府県の圏域内に所在する医療機関のレセプトについて、審査を実施することとされている。これは、原審査のほか、再審査及び再々審査についても、同様である。
 - ② 審査委員会の審査は、理事長及び支部長の指揮命令に対して独立性を有するとともに、各審査委員会は、それぞれ独立して審査の決定をする権限を有することとされている。
 - ③ 審査の決定は、審査委員の2分の1以上の出席を得た審査委員会の合議によることとされている。このため、担当の審査委員が単独で審査の決定をすることや、職員の審査事務又はコンピュータチェックのみをもって審査を完結することは、認められない。
 - ④ 審査委員会は、毎月、当月10日までに提出された前月診療分のレセプトについて、当月末日までに審査することとされている。そして、合議制を採用する審査委員会においては、審査委員が一堂に会して審査の決定をする必要があるため、毎月、審査委員会の会期を設定し、その最終日に審査の決定をすることとされている。
 - ⑤ 保険者が負担する手数料については、レセプト件数を基準として設定することとされている。

- ⑥ 支払基金による受託の対象となる審査及び請求支払の業務は、療養の給付等に係るものに限定されている。このため、支払基金が出産育児一時金の直接支払（異常分娩に係るものを除く。）や柔道整復療養費の代理受領を受託することは、認められない。
- ⑦ 従前、老人保健制度に基づき、支払基金が被用者保険に加入する高齢者に係るレセプトを取り扱ってきたが、後期高齢者医療制度の創設に伴い、国民健康保険団体連合会がすべての後期高齢者に係るレセプトを取り扱うこととなった。
- したがって、このような制度的な枠組みを越えて支払基金の改革を進めるためには、厚生労働省のほか、保険者及び診療担当者を始めとする関係者において、厚生労働省検討会等を通じ、審査支払制度の見直しに関する成案を得る必要がある。

第3 平成23～27年度における事業運営の基本方針

- 現計画の対象期間は、レセプトの電子化が急速に進展する中で、それに対応した審査及び請求支払の業務を処理する体制が構築される過渡的な期間であった。これに対し、新計画の対象期間は、レセプトの電子化がおおむね完了する中で、それに対応した審査及び請求支払の業務を処理する体制が本格的に稼働する期間である。換言すると、「ITを導入して補助的に活用する仕組み」から「確立したITを最大限に活用する仕組み」へ転換することとなる。
- 支払基金は、ITを活用し、社会の要請に応える良質なサービスを提供するとともに、民間法人としてコスト意識をもって効率的に事業を運営しなければならない。これを踏まえ、次のとおり、「より良いサービスをより安く」提供することを目指すものとする。

① 良質なサービスの提供

良質なサービスを提供する観点に基づき、

- i 審査の充実
- ii 審査の不合理的な差異の解消
- iii 審査におけるPDCAサイクルの確立
- iv 保険者及び医療機関に対するサービスの向上
- v 診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に係る円滑な対応を図るものとする。

とりわけ、原審査の充実に向けて、コンピュータチェックの充実を図るとともに、従前の単月審査^{*10}のほか、新規の突合審査^{*11}及び縦覧審査^{*12}を実施するものとする。

あわせて、不合理的な支部間差異の解消に向けて、

- i 審査委員会の機能の強化
 - ii 職員による審査委員に対する働き掛けの強化
- に取り組むものとする。

^{*10} 単月審査とは、各月のレセプトを単独で点検する審査をいう。

^{*11} 突合審査とは、処方せんを発行した病院又は診療所に係る医科・歯科レセプトと調剤を実施した薬局に係る調剤レセプトとを患者単位で照合する審査をいう。

^{*12} 縦覧審査とは、同一の医療機関が同一の患者に関して月単位で提出したレセプトを複数にわたって照合する審査をいう。

② 効率的な事業運営

民間法人としてコスト意識をもって効率的に事業を運営する観点に基づき、手数料水準の引下げに資するよう、

- i 職員定員の削減
- ii 給与水準の引下げ
- iii コンピュータシステム関連経費の縮減

など、人件費及び物件費の両面にわたる総コストの削減に取り組むものとする。

この場合においては、その基盤を整備するため、

- i 審査及び請求支払に係る業務フローの見直し
- ii 管理業務の集約
- iii コンピュータシステムの機器更新

に取り組むものとする。

あわせて、コスト構造の見える化を図るとともに、手数料体系の見直しを検討するものとする。

○ そのほか、情報公開を進め、説明責任を果たすため、

- ① 医療費の分析評価
- ② 査定に現れない審査の意義の見える化
- ③ 審査支払制度の見直しに関する積極的な提言

に取り組むものとする。

第4 良質なサービスの提供

1 審査の充実

(1) 審査の充実のための方策

- 支払基金は、平成11年度以降、4次にわたり、審査充実計画を策定してきたが、これらの中では、それぞれ当時の状況に応じた数値目標を設定してきた。
- 今般、新計画を策定するに当たっては、レセプトの電子化がおおむね完了する中で、それに対応した審査及び請求支払の業務を処理する体制が本格的に移動することを踏まえ、審査の充実に向けた数値目標を設定するものとする。
- すなわち、従前、毎月、保険者の再審査請求件数^{*13}が支払基金の原審査査定件数と同程度の水準にあった。これは、保険者が費用や労力を投入してレセプト点検を実施してきたことを意味する。今後、コンピュータチェックの充実を図るとともに、従前の単月審査のほか、新規の突合審査及び縦覧審査を実施することにより、原審査の充実を通じた保険者の再審査請求件数の引下げを目指すものとする。これは、レセプト点検を実施する保険者の事務処理負担が軽減されることを意味する。

イ コンピュータチェックの充実

- 紙レセプトについては、人による目視でのチェックによらざるを得ず、限られた人員で限られた時間に全レセプトの審査を実施することが困難であるため、一定の類型に属するレセプトに、重点を置いた審査を実施せざるを得なかった。これに対し、電子レセプトについては、すべてコンピュータチェックの対象となり得るため、本来の姿である「全レセプトの審査」を実現することが可能となる。

^{*13} 保険者の再審査請求件数は、保険者が突合審査又は縦覧審査を申し出た件数を含むものである。

- このため、電子レセプトについては、可能な限り多くの保険診療ルールに対する適合性をコンピュータチェックの対象とすることが基本である。

- もっとも、審査は、診療報酬の請求支払を確定するに当たり、診療行為が保険診療ルールに適合するかどうかを確認する行為である。現行の保険診療ルールは、個別性を重視する医療の要請との関係で相当程度の裁量の余地を認めている（参考3）ため、すべて機械的に判断することは不可能であり、医学的な判断が求められる場合も少なくない。これについては、いかにコンピュータチェックの拡充が図られても、人による目視でのチェックによらざるを得ないこととなる。換言すると、審査においては、人による目視でのチェックをすべてコンピュータチェックで代替することは、不可能である。

（イ）チェックマスターを活用したコンピュータチェック

- 従前、コンピュータチェックは、
 - ① 診療行為マスター*14、医薬品マスター*15、特定器材マスター*16等の基本マスターを活用したコンピュータチェック
 - ② 点検条件の設定*17によるコンピュータチェック等に限定されていた。これらは、人による目視でのチェックを補助する位置付けにとどまっていた。

*14 診療行為マスターとは、診療行為のコード、名称、点数等を収載したデータベースをいう。

*15 医薬品マスターとは、医薬品のコード、名称、価格等を収載したデータベースをいう。

*16 特定器材マスターとは、特定保険医療材料のコード、名称、価格等を収載したデータベースをいう。

*17 点検条件の設定とは、診療報酬の算定内容の適否に関する基準のうち、チェックマスター（*18）に収載されないものについて、個々にコンピュータシステムに登録することをいう。

- これに対し、平成22年2月より、医薬品の適応及び用量に関するチェックマスター*18を構築し、それを参照して傷病名と医薬品の適応及び用量との対応の適否を点検するシステムを導入した。その対象となる医薬品については、当初の平成22年2月には、926品目としたが、順次拡大し、直近の平成22年8月には、1,955品目とした。これは、対象となる医薬品を含むすべてのレセプトについて、コンピュータチェックを網羅的に実施し、その結果、疑義が認められるレセプトについて、人による目視でのチェックを実施する、という手法に移行した点で、画期的な意義を有する。
- 今後、このようなチェックマスターを活用したコンピュータチェックの対象を医薬品の禁忌、処置、手術及び検査の適応、特定保険医療材料の適応等に段階的に拡大するものとする（参考4）。

（ロ） 医科電子点数表を活用したコンピュータチェック

- 平成22年3月、医科電子点数表*19を作成してホームページで公表した。これを受けて、平成23年4月を目途に、医科電子点数表を参照して算定ルールに対する適合性を点検するシステムを導入するものとする。
- 加えて、算定ルールに関するコンピュータチェックを可能な限り網羅的に実施するため、医科に係る診療報酬に関する告示及び通知で規定された算定ルールの内容を分析し、コンピュータチェックが可能である項目を洗い出すものとする。

*18 チェックマスターとは、診療報酬の算定内容の適否に関する基準を収載したデータベースをいう。例えば、医薬品の適応及び用量に関するチェックマスターは、各医薬品の適応傷病名及び基準投与量を収載している。

*19 電子点数表とは、診療報酬点数表で規定された算定ルールについて、機械による読取りを可能としたデータベースをいう。

- このような項目のうち、コンピュータチェックの対象となっていないものについては、当面、点検条件の設定によるコンピュータチェックの対象とするが、順次、医科電子点数表に取り込むことにより、医科電子点数表を活用したコンピュータチェックの対象とするものとする。

(ハ) 歯科電子点数表を活用したコンピュータチェック

- 平成22年10月を目途に、歯科電子点数表を作成してホームページで公表するものとする。これを受けて、平成23年度中に、歯科電子点数表を参照して算定ルールに対する適合性を点検するシステムを導入するものとする。
- 加えて、算定ルールに関するコンピュータチェックを可能な限り網羅的に実施するため、歯科に係る診療報酬に関する告示及び通知で規定された算定ルールの内容を分析し、コンピュータチェックが可能である項目を洗い出すものとする。
- このような項目のうち、コンピュータチェックの対象となっていないものについては、順次、歯科電子点数表に取り込むことにより、歯科電子点数表を活用したコンピュータチェックの対象とするものとする。

ロ 突合審査及び縦覧審査の実施

- 紙レセプトは、毎月、医療機関から提出されて支払基金の審査を経て保険者へ送付されるため、一定の条件に応じた抽出やデータの蓄積は、困難である。したがって、従前、支払基金の原審査は、単月審査とならざるを得ず、突合審査及び縦覧審査は、保険者による申出及び再審査請求に委ねられてきた。

- これに対し、電子レセプトについては、一定の条件に応じた抽出やデータの蓄積が容易である。したがって、今後、原審査の段階で単月審査のみならず突合審査及び縦覧審査も実施することが可能となる。
- これを踏まえ、レセプト点検を実施する保険者の事務処理負担が軽減されるよう、原審査の充実に向けて、平成23年4月より、従前の単月審査のほか、新規の突合審査及び縦覧審査を実施するものとする。
- これは、単月審査という1ラインに限定されていた工程が単月審査、突合審査及び縦覧審査という3ラインに拡大される、という点で、画期的な意義を有する。
- なお、突合審査及び縦覧審査に係る職員の審査事務及び審査委員の審査を円滑に実施するため、平成22年度中に、ワイド画面を活用した画面審査システム*20に移行するものとする。

(2) 審査の充実に向けた数値目標

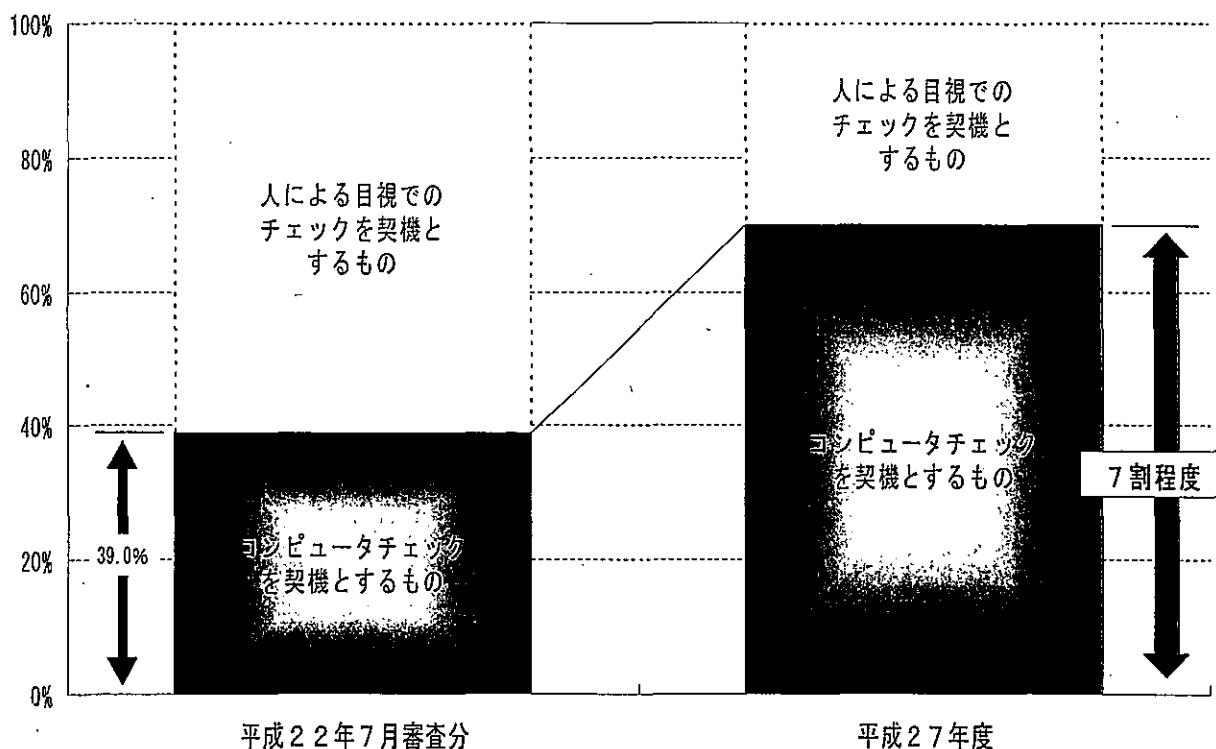
- 審査の充実のための方策を実施するに当たっては、次のとおり、審査の充実に向けた数値目標を設定するものとする。

イ 原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの寄与率の引上げ

- 医科電子レセプトに係る原審査査定点数のうち、コンピュータチェックを契機とする部分の比率については、直近の平成22年7月審査分で39.0%となっているが、コンピュータチェックの充実を図ることにより、平成27年度中に7割程度におおむね倍増することを目指すものとする（図表2）。

*20 現行の画面審査システムは、平成14年11月に導入された。

【図表 2】 原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの
寄与率の引上げに関する数値目標



□ 突合審査分及び縦覧審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標

- 突合審査及び縦覧審査については、従前、実施していなかったが、新規に実施することとなる。
- これを踏まえ、突合審査分及び縦覧審査分の査定件数及び査定点数について、点検力が高い保険者、すなわち、突合審査分及び縦覧審査分の査定実績で上位3割を占めている保険者とおおむね同程度の水準*21を達成することを目指すものとする。

*21 1, 500点未満の調剤レセプトに係る突合審査分の査定件数及び査定点数については、1, 500点以上の調剤レセプトに係る突合審査分の査定件数及び査定点数に関する実績を基礎として推計するものとする。

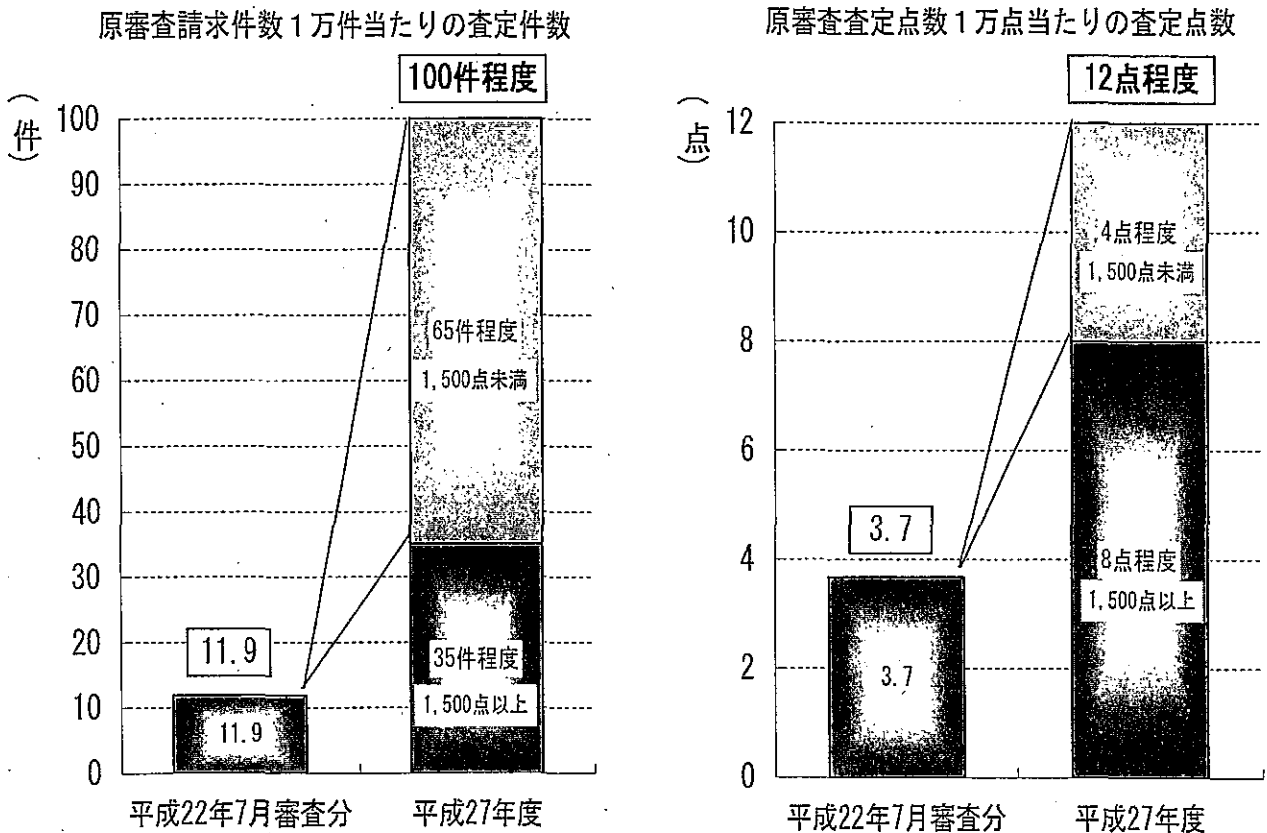
(イ) 突合審査分

突合審査分については、直近の平成22年7月審査分では、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数が11.9件
 - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数が3.7点
- となっている*22が、平成27年度には、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数を100件程度
 - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数を12点程度
- とすることを旨とする(図表3)。

【図表3】 突合審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標



*22 現行では、突合審査は、原審査の段階で実施されていないため、

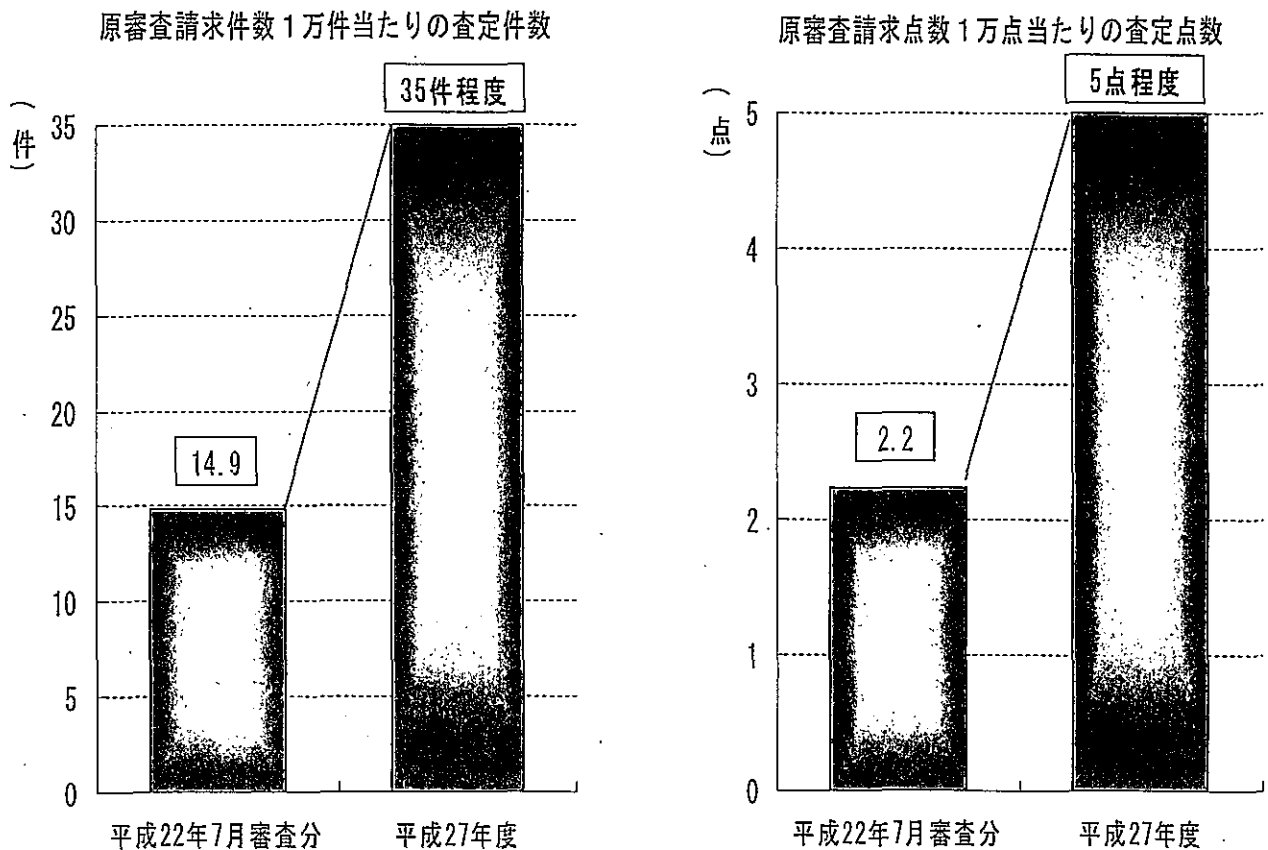
- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数は、保険者による申出に基づく当月の査定件数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求件数で除して10,000を乗じたもの
- ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数は、保険者による申出に基づく当月の査定点数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求点数で除して10,000を乗じたものである。

(ロ) 縦覧審査分

縦覧審査分については、直近の平成22年7月審査分では、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数が14.9件
 - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数が2.2点
- となっている*23が、平成27年度には、
- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数を35件程度
 - ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数を5点程度
- とすることを目指すものとする(図表4)。

【図表4】 縦覧審査分の査定件数及び査定点数に関する数値目標



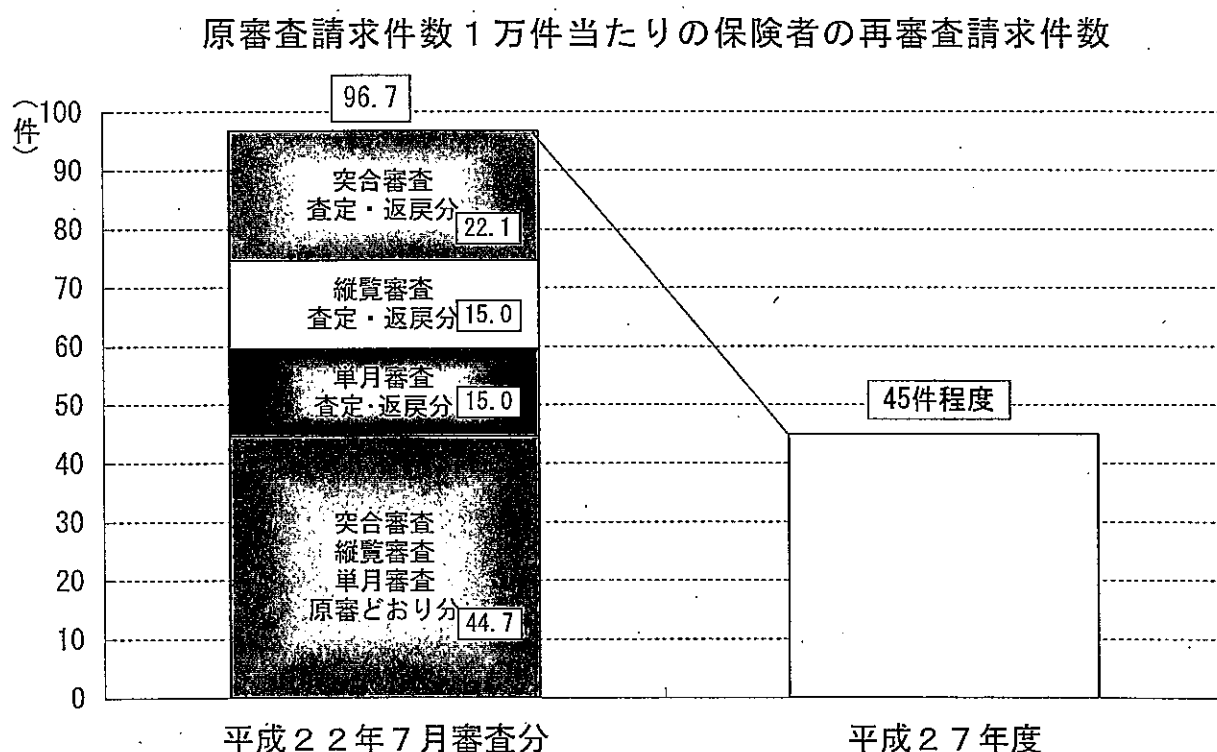
*23 現行では、縦覧審査は、原審査の段階で実施されていないため、

- ① 原審査請求件数1万件当たりの査定件数は、保険者による再審査請求に基づく当月の査定件数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求件数で除して10,000を乗じたもの
- ② 原審査請求点数1万点当たりの査定点数は、保険者による再審査請求に基づく当月の査定点数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求点数で除して10,000を乗じたものである。

ハ 保険者の再審査請求件数の引下げ

- 直近の平成22年7月審査分では、医科・歯科レセプトに係る原審査請求件数は、約5,200万件であるが、そのうち、原審査査定件数が約54万件となっているのに対し、保険者の再審査請求件数は、単月審査分のほか、突合審査分及び縦覧審査分を含めると、約49万件となっており、支払基金の原審査査定件数とおおむね同程度の水準にある。
- これを踏まえ、レセプト点検を実施する保険者の事務処理負担が軽減されるよう、原審査の充実を図ることにより、直近の平成22年7月審査分で96.7件となっている原審査請求件数1万件当たりの保険者の再審査請求件数*24を平成27年度中に45件程度におおむね半減することを目指すものとする（図表5）。

【図表5】 保険者の再審査請求件数の引下げに関する数値目標



*24 原審査請求件数1万件当たりの保険者の再審査請求件数は、当月の保険者の再審査請求件数を5～7か月前の3か月の平均の原審査請求件数で除して10,000を乗じたものである。なお、平成22年7月審査分の内訳（図表5）は、保険者による申出及び再審査請求に対する審査の結果の内訳を示している。

ニ DPCレセプト*25の審査返戻率の把握及び公表

- 近年、DPCレセプトが増加している。
- DPCレセプトのうち、出来高部分については、一般の医科レセプトと同様に審査を実施しているのに対し、包括評価部分については、コーディングデータと照合することにより、診断群分類の適否に関する審査を実施している。その結果、適正と認められない場合には、出来高部分は、査定の対象となるのに対し、包括評価部分は、審査返戻の対象となる。直近の平成22年7月審査分では、請求件数は約34万件、請求点数は約174億点となっているが、そのうち、審査返戻件数は約4千件、審査返戻点数は約4億点となっている。
- このようなDPCレセプトの審査返戻率については、従前、統計的に把握していなかったが、平成22年9月より、包括評価部分に係る審査実績の指標として月次で把握し、その結果を公表することとした。

*25 DPC (Diagnosis Procedure Combination) とは、急性期入院医療における診断群分類に基づく包括評価制度をいう。DPCレセプトは、入院期間に応じた3段階で設定された1日当たりの包括点数で算定される「包括評価部分」(入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、基本点数1,000点未満の処置等)及び医科診療報酬点数表に基づいて算定される「出来高部分」(医学管理、手術、麻酔、放射線治療、基本点数1,000点以上の処置等)によって構成される。

2 審査の不合理な差異の解消

- 被用者保険については、地域保険と異なり、被保険者が全国にわたって居住するため、被保険者によって利用される医療機関が全国にわたって所在するような全国規模の保険者も少なくない（参考5）。
- したがって、被用者保険の保険者の委託を受けて審査を実施する支払基金においては、地域保険の保険者の委託を受けて審査を実施する国民健康保険団体連合会と異なり、全国規模の保険者によるチェックを受けるため、都道府県単位の審査委員会の相互間における審査の差異が顕在化しやすい。
- 審査の不合理な差異は、審査の品質に対する保険者の不信、ひいては、医療保険制度の公正性に対する国民の不信を招きかねない重大な問題である。このため、組織としての一体性を発揮し、全国統一的なサービスを提供しなければならない支払基金にとっては、審査の不合理な差異の解消が重要な課題である。
- とりわけ、不合理な支部間差異の解消に向けて、次に掲げる考え方に基づき、審査委員会の機能の強化及び職員による審査委員に対する働き掛けの強化に取り組むものとする。
 - ① 新規の支部間差異を発生させない。
 - ② 既存の支部間差異の解消については、可能な限り優先順位を設定して取り組む。
 - ③ 支部間差異の問題については、保険者によって提起される場合が多いため、保険者の指摘に的確に対応する体制を整備する。
 - ④ 支部間差異の解消については、スピード感をもって取り組む。

イ 審査委員会の機能の強化

- 支払基金検討会報告書における審査基準や審査体制に関する主要な指摘は、次のとおりである。
 - ① 保険診療ルールの解釈について、疑問が生じた場合、公定解釈を求めて、基金本部を通じて公定解釈権を有する厚生労働省に照会するが、回答が得られるまでに長期間を要することがしばしばある（参考6）。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る。
 - ② 様々な学会がその専門領域において診療のガイドラインを作成しているが、その診療のガイドラインと保険診療ルールの不整合が生じる場合がある。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である。
 - ③ 各支部の審査委員会は、それぞれ独立して審査を行ってきた。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がある。
 - ④ 規模が小さい支部の審査委員会においては、専門科の審査委員の確保に困難なところもあり、また、1診療科に1人の審査委員の場合は、相談・協議ができないこと等から判断に困るケースなどもある。専門的な審査に対応できない診療科等については、ネットワークを活用し、本部若しくは審査可能な大支部によるコンサルティングを行うことができるシステムの構築が必要である。
 - ⑤ 審査委員会の内部で、審査委員会を支援し、審査委員会をあるべき方向に導く人材が必要である。審査委員であるとともに、支部に常時勤務し、審査委員会と職員の連携を図り、支部の審査委員会と本部との結節点となり、各支部の審査委員会間相互の連携の要となり、審査委員会と保険者等外部との接点となるといった役割を果たす医師・歯科医師の確保が求められる。

- このような指摘を踏まえ、審査委員会の機能を強化するため、平成22年6月以降、次に掲げる方策を実施しているが、引き続き、当該方策を着実に実施するものとする。

① 本部における「審査に関する苦情等相談窓口」の設置

既存の支部間差異の解消に資するよう、保険者の指摘に迅速に対応する体制を整備するため、本部に「審査に関する苦情等相談窓口」を設置する。

具体的には、審査に関する保険者の苦情等を受け付けた本部においては、必要に応じ、「専門分野別ワーキンググループ」に対して回答の作成を依頼するなど、原則として1月以内に、保険者及び全支部に対して回答を提供する。

② 「専門分野別ワーキンググループ」の編成

新規の支部間差異が発生しないよう、保険診療ルールに関する疑義や学会のガイドラインと保険診療ルールとの不整合に的確に対応するため、「専門分野別ワーキンググループ」を編成する。

具体的には、審査委員会の疑義照会等については、本部において、「専門分野別ワーキンググループ」に対して暫定的な医学的見解の作成を依頼し、当該暫定的な医学的見解を全支部に提供する。

また、学会のガイドラインと保険診療ルールとが不整合である事例については、本部において、「専門分野別ワーキンググループ」に対して取扱い案の作成を依頼し、当該取扱い案を厚生労働省に提供する。

③ 「審査委員長等ブロック別会議」の開催

審査委員会相互間の連携が図られるよう、審査委員会相互間で協議する機会を確保するため、全国6ブロックで「審査委員長等ブロック別会議」を開催する。

④ 「審査委員会間の審査照会（コンサルティング）」の実施

審査委員会相互間の連携が図られるよう、専門医の審査委員が当該支部に不在である診療科等に属するレセプトについて、他支部の専門医の審査委員に対するコンサルティングの依頼を可能とするため、「審査委員会間の審査照会（コンサルティング）」を実施するネットワークを構築する。

⑤ 「医療顧問」の配置

本部や他支部との間での連絡調整、審査委員相互間の協議、審査委員と職員との連携の橋渡し等の職務にフルタイムで従事する審査委員を確保するため、従前の常勤審査委員を発展させて任務を明確にした「医療顧問」を平成23年6月までに全支部で配置することを目指す。

ロ 職員による審査委員に対する働き掛けの強化

- 原審査査定点数のうち、職員による疑義付箋の貼付を契機とする部分の比率は、平成22年7月審査分では、67.9%に達している。したがって、不合理な支部間差異の解消に向けては、審査委員の審査を補助する職員の審査事務を通じて職員による審査委員に対する働き掛けを強化することが重要である。
- とりわけ、電子レセプトについては、審査委員の審査を補助する職員の審査事務において、コンピュータチェックを通じて表示された疑義の当否を確認する能力や、コンピュータチェックの対象とならない項目に係る疑義を発見する能力が必要となる。コンピュータチェックについては、一定の基準に従って網羅的に疑義を表示することが可能となるため、その意義が失われないよう、審査委員の審査を補助する職員の審査事務に係る能力の格差を解消する必要がある。

- このため、今後とも、職員の審査事務に係る能力の向上に資するよう、研修の充実を図るとともに、職員の審査事務の実績が低調である支部に対しては、本部による指導及び支援を重点的に実施するものとする。
- また、引き続き、審査委員会会期中の時間外又は休日においても、職員が審査委員の審査を補助する体制を確保するものとする。

3 審査におけるPDCAサイクルの確立

- 平成22年7月より、電子レセプトについて、
 - ① コンピュータチェックを通じた疑義の表示
 - ② 職員による疑義の当否に関する確認
 - ③ 審査による査定や返戻に関する判断など、審査の履歴を記録するシステムを導入した。
- これにより、この審査履歴から、職員の審査事務及び審査委員の審査について、過程及び実績を把握して品質を管理することが可能となる。
- このため、審査におけるPDCAサイクルの確立に向けて、平成23年4月以降、職員の審査事務及び審査委員の審査について、実績を把握し、その分析評価の結果を審査の標準化による審査の充実のために活用するものとする。

4 保険者及び医療機関に対するサービスの向上

- 電子レセプトについては、紙レセプトと異なり、保険者による受取り及び医療機関による請求が簡便となる、保険者及び医療機関にとって有用なデータが適時に提供されるなど、サービスの向上を図ることが可能となる。
- このため、保険者及び医療機関の要望に応じ、支払基金から保険者及び医療機関へのデータの提供を拡充する等の措置を講じている（参考7）。

- なお、レセプト電子データ提供事業*²⁶については、保険者のニーズに応えるため、平成23年度以降引き続き、実施するものとする。
- また、その価格の在り方については、従前における実施状況のほか、今後における保険者のニーズを踏まえ、平成23年度の手数料をめぐる保険者団体との間での協議の過程で検討し、平成22年中に結論を得るものとする。

5 診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に係る円滑な対応

- 診療報酬が2年ごとに改定されるなど、医療保険制度は、頻繁に改正される。加えて、その内容をあらかじめ予測することは、困難である。したがって、審査及び請求支払の業務を円滑に処理するためには、診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正について、その内容が判明した段階でその施行に間に合うように準備を進める必要がある。
- 平成22年度診療報酬改定に際しても、平成22年3月、基本マスターを更新するとともに、平成22年5月、記録条件仕様及び標準仕様を更新した。^{*27}
- 今後とも、診療報酬改定を始めとする医療保険制度改正に円滑に対応するため、基本マスター、記録条件仕様、標準仕様及び医療機関マスターのほか、医科電子点数表及び歯科電子点数表を含め、レセプト電算処理システムの基盤となるデータベース等を継続的に更新するものとする。

*26 レセプト電子データ提供事業とは、保険者に対してその希望に応じて電子レセプト及び紙レセプトの画像データ及びテキストデータを提供する事業をいう。

*27 そのほか、従前、旧総合病院について、1人の患者が複数の診療科で外来診療を受けた場合には、診療科単位でレセプトを提出するものとされていたが、平成22年4月より、複数の診療科を含む1件のレセプトを提出するものとされた。これを踏まえ、診療科別に審査を分担する審査委員の審査及びそれを補助する職員の審査事務に支障を生じないよう、平成22年5月、旧総合病院に係るレセプトを診療行為、傷病名等に応じて診療科別に分類するシステムを導入した。

第5 効率的な事業運営

1 効率的な事業運営のための基盤の整備

(1) 審査及び請求支払に係る業務フローの見直し

- 電子レセプトに係る職員の審査事務並びに紙レセプトに係る審査及び請求支払について、業務フローを見直すものとする（参考8）。

イ 電子レセプトに係る職員の審査事務

- 電子レセプトについては、医療機関所在地の支部のほか、その他の支部及び本部でも、共有が可能となる。
- これを踏まえ、各支部で専門医を審査委員として配置することが困難であるような専門的な診療科等に属する電子レセプトについては、平成23年度以降、各ブロックで中核となる11支部（以下「ブロック中核支部」という。）がその他の支部における職員の審査事務を支援する体制に移行するものとする。
- なお、本部においても、各支部に対し、
 - ① 月次での審査実績の分析評価
 - ② 審査の充実のための方策の検証
 - ③ 職員の派遣による実践的な指導を通じた職員の審査事務に係る能力の向上など、職員の審査事務を支援する機能を強化するものとする。

ロ 紙レセプトに係る審査及び請求支払

- 平成23～26年度の間、レセプトの電子化が段階的に進展するものの、平成27年度以降引き続き、若干の紙レセプトが残存するものと見込まれる。これは、審査支払機関にとって、紙レセプトと電子レセプトとで複線化された審査及び請求支払に係る業務フローを継続する必要があることを意味する。
- このような中で、紙レセプトの大幅な減少に対応して紙レセプトに係る審査及び請求支払の業務を効率的に処理する必要がある*28。
- このため、平成23年度中に、紙レセプトに係る審査及び請求支払について、次のとおり、業務フローを見直すものとする。
 - ① 医療機関所在地の支部において、紙レセプトの審査を電子レセプトの審査に優先して実施した上で、紙レセプトをブロック中核支部に送付する。
 - ② ブロック中核支部において、紙レセプトについて、医療機関別から保険者別への仕分け、請求支払データ*29の作成、画像データ*30の取得及びテキストデータ*31の作成を実施した上で、特定の支部に送付する。
 - ③ 特定の支部において、紙レセプトを保険者に送付する。

*28 平成27年度におけるレセプト件数の構成割合は、電子レセプト分で96.5%、紙レセプト分で3.5%と見込まれる(第1-2)。これに対し、平成27年度における一般会計の支出のうち、請求支払業務に係るものは、107.2億円と見込まれるが、その構成割合は、電子レセプト分で61.3%、紙レセプト分で38.7%と見込まれる(第5-6-(1))。

*29 請求支払データとは、保険者に対する請求及び医療機関に対する支払の金額に関するデータをいう。

*30 保険者は、画像データをレセプト点検の実施等に利用している。

*31 保険者は、テキストデータをレセプト点検の実施、高額療養費の支給等に利用している。

- これにより、次に掲げる効果が期待される。
 - ① 紙レセプトに係る医療機関別から保険者別への仕分け、請求支払データの作成、画像データの取得及びテキストデータの作成に関する業務が集約される。
 - ② 紙レセプトを47支部相互間で医療機関所在地の支部から保険者所在地の支部へ交換する業務が不要となる。
 - ③ 画像データ及びテキストデータの提供を希望する保険者にとっては、すべての紙レセプトについて、画像データ及びテキストデータを受け取る時期が毎月20日から毎月10日へ早期化される。
- なお、将来的には、レセプトの電子化の進展に伴う紙レセプトの減少等の状況を見極めながら、電子レセプトと紙レセプトとで複線化された審査及び請求支払に係る業務フローが一本化されるよう、紙レセプトの電子レセプト化を検討するものとする。

(2) 管理業務の集約

- 支払基金は、本部及び都道府県単位の47支部によって構成される全国組織である。組織としての一体性を発揮し、本部及びブロック中核支部の機能を強化するとともに、ブロック中核支部以外の支部の組織をスリム化するため、次のとおり、管理業務を集約するものとする。
 - ① 診療報酬に関する出納管理、債権管理等を内容とする資金管理業務については、平成23年4月より、各支部で処理する体制から本部で処理する体制へ移行する。
 - ② 現行では、各支部で処理されている、庶務及び会計に関する業務のうち、可能なものについては、平成23年度以降、本部又はブロック中核支部で処理する体制に段階的に移行する。

(3) コンピュータシステムの機器更新

- 現行のコンピュータシステムの開発及び運用に係るアウトソーシングサービスに関する契約の期間は、平成17年10月～平成24年9月の7年とされている。
- 当該期間中、機器の老朽化が進行している。加えて、当該期間が満了すると、ハードウェアの保守部品の供給やソフトウェアの保守サービスの提供の打切りが予想されるなど、コンピュータシステムの信頼性を損なうリスクが高まる。
- また、コンピュータチェックの充実（第4-1-(1)）等に現行の機器で対応しようとする、処理性能や拡張性との関係で限界に達するものと見込まれる。
- さらに、大規模災害等による障害の発生に際しても、迅速な復旧を通じた事業の継続が可能となるよう、データセンターのバックアップの方式を確立する必要がある。
- これらを踏まえ、コンピュータシステムの安定的な稼働を確保するとともに、ITの進歩に的確に対応したコンピュータシステムの最適化や効率化を図るため、平成24年度を目途に、コンピュータシステムの機器更新を実施するものとする。

(4) 予算及び決算におけるPDCAサイクルの確立

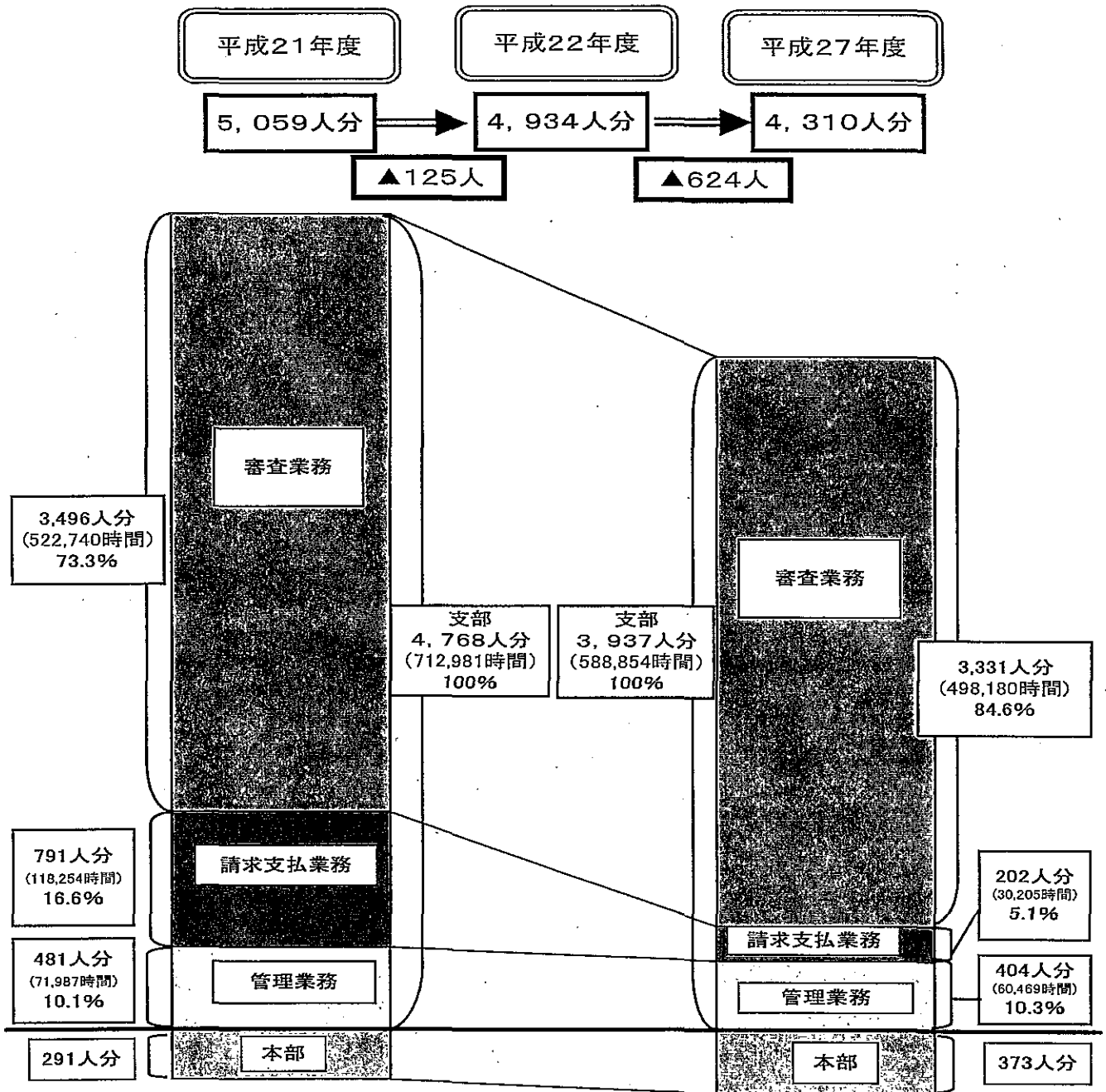
- 予算及び決算におけるPDCAサイクルの確立に向けて、一般会計*³²の収支について、毎年度、決算を取りまとめるに当たり、予算と決算との異同を明示するものとする。

*³² 一般会計とは、支払基金の会計区分のうち、審査及び請求支払の業務を経理するものをいう。

2 業務量の見通し

- 平成21年度における職員の業務量の実績を基礎として平成27年度における職員の業務量の見込みを推計すると、次のとおりである（図表6）。

【図表6】 平成27年度における職員の業務量の見込み



(注1) 業務量は、平成23～27年度における電子レセプト及び紙レセプトの件数の見込みを基礎とする。

(注2) 業務処理時間は、平成21年度及び平成22年度における調査による。

- すなわち、平成23～27年度におけるレセプト件数及び全レセプトに占める電子レセプトの件数割合の見込み（第1-2）によると、引き続き、紙レセプトが減少し、これに伴い、今後、請求支払に係る業務量が減少するものと見込まれる。

- また、
 - ① 平成22年7月より、保険者及び医療機関が再審査をオンラインで請求することを可能としたこと^{*33}
 - ② 平成23年4月より、原審査の段階で突合審査及び縦覧審査を実施すること（第4-1-(1)-ロ）等に伴い、今後、再審査に係る業務量が減少するものと見込まれる。

- これに対し、コンピュータチェックにおいては、保険診療ルールに適合しない診療行為に関する疑義が見落としなく網羅的に表示されるものの、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が不可能である現行の診療報酬体系を前提とすると、コンピュータチェックを通じて表示された疑義が査定の対象となるかどうかを人による目視でのチェックで見極める業務が不可欠となる。

- 例えば、平成22年2月より導入された、医薬品の適応及び用量に関するチェックマスターを参照して自動的に傷病名と医薬品の適応及び用量との対応の適否を点検するシステム（第4-1-(1)-イ-（イ））においては、平成22年7月審査分では、コンピュータチェックを通じて疑義を表示したレセプトが約27.7万件に達したのに対し、そのうち、職員の審査事務を通じて疑義と判断したものが約3.4万件、審査委員の審査を通じて査定と判断したものが約1.8万件にとどまった（参考9）。

^{*33} そのほか、DPCに係る電子レセプトについて、その他の電子レセプトと同様に、医療機関へのオンラインでの返戻及び医療機関からのオンラインでの再請求を可能とした。

- この点、将来的には、コンピュータチェックの精度の向上を図る必要があるものの、当面、チェックマスターを活用したコンピュータチェックの対象を医薬品の禁忌、処置、手術及び検査の適応、特定保険医療材料の適応及び用量等に段階的に拡大すること（第4-1-(1)-イ-イ）等により、コンピュータチェックを通じて疑義を表示する箇所が増加するものと見込まれる。
- すなわち、コンピュータチェックを通じて疑義を表示する箇所は、平成22年7月審査分で約33.4万件にとどまったが、平成27年度中に1か月当たり1,600万件程度に達するものと見込まれる。
- これに伴い、当面、コンピュータチェックを通じて表示された疑義が査定の対象となるかどうかを人による目視でのチェックで見極める業務が増大するため、原審査に係る業務量が増大するものと見込まれる。

3 総コストの削減のための方策

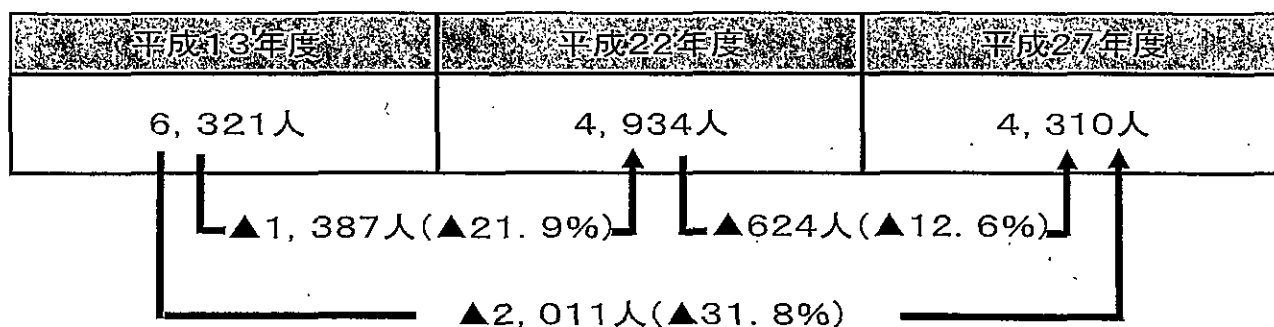
- 業務量の見通し（第5-1-(2)）に基づき、事業の運営に真に必要な経費を確保しつつ、次のとおり、人件費及び物件費の両面にわたる総コストの削減に取り組むものとする。

(1) 職員定員の削減

- 当面、コンピュータチェックを通じて表示された疑義が査定の対象となるかどうかを人による目視でのチェックで見極める業務の増大が見込まれるものの、紙レセプトの減少に伴う請求支払に係る業務量の減少を反映するほか、原審査の充実を通じた保険者の再審査請求件数の引下げ（第4-1-(2)-ハ）、審査及び請求支払に係る業務フローの見直し（第5-1-(1)）、管理業務の集約（第5-1-(2)）等に取り組むものとする。

- これらにより、一般会計の職員定員について、平成27年度には、
 - ① ピーク時の平成13年度（6,321人）と比較して▲31.8%（▲2,011人）
 - ② 直近の平成22年度（4,934人）と比較して▲12.6%（▲624人）
 に相当する4,310人となるよう、段階的に削減するものとする（図表7）。

【図表7】 一般会計の職員定員の削減



- これに応じ、平成23年度以降、支部における管理職のポストを段階的に削減するものとする。この場合において、職員定員が少ない小規模な支部の支部長については、平成23年度以降段階的に、近隣の支部の支部長が兼任する体制に移行するものとする*34。
- なお、定年退職者の不補充にとどまらない職員定員の削減を実現するとともに、組織の活性化を図るため、平成23年度以降、早期退職制度*35を創設するものとする。

*34 鳥取支部の支部長については、平成22年度より、岡山支部の支部長が兼任する体制に移行した。

*35 早期退職制度とは、早期の退職を希望する中高年の職員を募集する制度をいう。

(2) 給与水準の引下げ

- 平成22年4月に実施された支払基金を対象とする厚生労働省省内事業仕分けを踏まえた平成22年9月における厚生労働省の要請を受けて、職員の給与について、直近の平成21年度に106.0（対平成20年度比▲0.9）となったラスパイレス指数^{*36}がおおむね100となるよう、給与体系の見直し等を通じて給与水準の引下げを図るものとする。
- この場合においては、所要の経過措置を講じるものとする。

(3) コンピュータシステム関連経費の縮減

- レセプトの電子化に相応しい良質なサービスを提供するためには、ITをその進歩に応じて最大限に活用し、審査及び請求支払の業務を効果的かつ効率的に実施することが重要である。これを踏まえ、平成24年度を目途とするコンピュータシステムの機器更新（第5-1-（3））を含め、コンピュータシステムの開発及び運用に必要な経費を確保するものとする。
- この場合においても、
 - ① 新規のシステムの開発について、一般競争入札で業者を選定すること
 - ② 随意契約によらざるを得ない既存のシステムの改修について、第三者機関によるシステム監査を実施すること等により、コンピュータシステム関連経費を縮減するものとする。

(4) 支払基金保有宿舍の整理合理化

- 平成22年4月に実施された支払基金を対象とする厚生労働省省内事業仕分けを踏まえ、支払基金保有宿舍の整理合理化に取り組むものとする（参考10）。

^{*36} ラスパイレス指数とは、国家公務員の給与水準を100とした場合におけるそれと比較した法人職員の給与水準を示す指数をいう。

4 総コストの削減に向けた数値目標

- 総コストの削減のための方策（第5-3）を実施することにより、一般会計の支出について、平成27年度には、
- ① ピーク時の平成13年度決算（876.6億円）と比較して
▲15.8%（▲138.9億円）
 - ② 直近の平成22年度予算（825.3億円）と比較して▲10.6%
（▲87.6億円）
- に相当する737.7億円とすることを目指すものとする（図表8）。

【図表8】 平成27年度における一般会計の支出の見込み

区 分		平成22年度 予 算	平成27年度 見 込	差 引	内 容
		億円	億円	億円	
給 与 諸 費		421.3	333.0	▲88.3 (▲21.0%)	職員定数の削減による減 給与水準の引下げ等による減 常勤審査委員等の廃止による減
業 務 諸 費		239.6	212.0	▲27.6 (▲11.5%)	
内 訳	コンピュータ システム 関連経費	156.2	126.7	▲29.5 (▲18.9%)	各種コンピュータシステムの開発の終了による減 各種コンピュータシステムの運用の開始による増 紙レセプトの減少に伴うアウトソーシング経費の減
	経 常 経 費	83.4	85.3	1.9 (+2.3%)	宿舍の売却に伴う固定資産税額の減 宿舍の借上げによる増 職員定数の削減等による減 臨時職員定数の削減による減
退職給付引当 預金への繰入れ		36.7	46.1	9.4 (+25.6%)	退職者数の増加による増
役 員 会 費		0.5	0.5	0.0 (0%)	
審 査 委 員 会 費		114.4	134.9	20.5 (+17.9%)	医療顧問の配置による増
施 設 費		8.0	6.4	▲1.6 (▲20.0%)	宿舍の売却に伴う修繕経費の減
予備費及び積立預金		4.8	4.8	0.0 (0%)	平成22年度と同額
合 計		825.3	737.7	▲87.6 (▲10.6%)	

(注) レセプト電子データ提供事業に係る支出を計上していない。

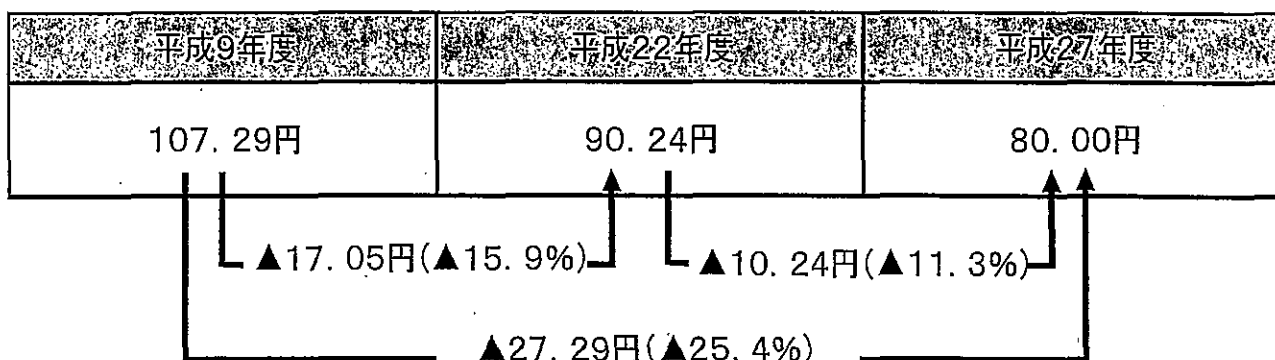
5 手数料水準の引下げ

- 平成27年度における必要な事務費収入*37の見込みは、一般会計の支出の見込み（第5-4）より事務費収入以外の一般会計の収入の見込み（参考11）を控除した額となる。

(支出)	(事務費収入以外の収入)	(必要な事務費収入)
737.7億円	— 12.6億円	=725.1億円

- このため、レセプト件数の見込み（第1-2）を踏まえ、オンライン受取り分、電子媒体受取り分及び紙媒体受取り分の別を問わずに医科・歯科レセプトのみならず調剤レセプトも含めたすべてのレセプトに係る平均手数料について、平成27年度には、
- ① ピーク時の平成9年度決算（107.29円）と比較して
▲25.4%（▲27.29円）
 - ② 直近の平成22年度予算（90.24円）と比較して▲11.3%
（▲10.24円）
- に相当する80.00円とすることを目指すものとする（図表9）。

【図表9】 平成27年度における全レセプトの平均手数料の見込み



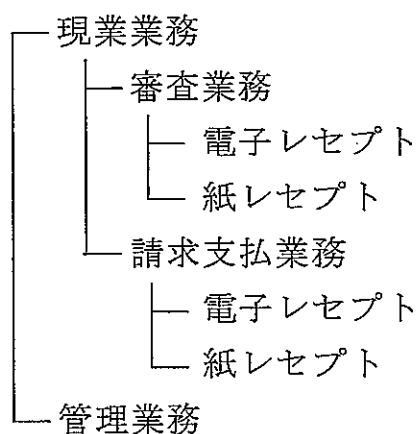
*37 事務費収入とは、保険者が負担する手数料による収入という。

6 コスト構造の見える化及び手数料体系の見直し

(1) コスト構造の見える化

- コスト構造の見える化を図るため、平成27年度における一般会計の収支の見込み(第5-4及び第5-5)を前提として、次のとおり、事務費収入で賄われる支出について、区分ごとの総コスト及びレセプト1件当たりの単価を試算すると、**図表10**のとおりである。

- ① 次に掲げる区分を設定する。



- ② 区分ごとに可分な支出を各区分に割り振るとともに、区分ごとに不可分な支出を業務量に応じて各区分に按分する。
- ③ 事務費収入以外の収入について、区分ごとの支出に応じて各区分に按分し、それぞれ支出より控除する。

【図表 10】

平成27年度における
事務費収入で賄われる支出に係るコスト構造の見込み

区分			全レセプト(906,341千件)		
				電子レセプト (866,656千件)	紙レセプト (39,685千件)
現業業務	審査業務	コスト (百万円)	54,861	52,102	2,759
		単価 (円)	<u>60.53</u>	<u>60.12</u>	<u>69.52</u>
	請求支払業務	コスト (百万円)	10,719	6,567	4,152
		単価 (円)	<u>11.83</u>	<u>7.58</u>	<u>104.62</u>
管理業務		コスト (百万円)	6,931	6,931	
		単価 (円)	<u>7.65</u>	<u>7.65</u>	
全業務		コスト (百万円)	72,510	—	—
		単価 (円)	<u>80.00</u>	<u>75.34</u>	<u>181.78</u>

(注) 戦傷病者に係るレセプト件数を除外している。

(2) 手数料体系の見直し

- 平成23年度の手数料をめぐる保険者団体との間での協議の過程において、次に掲げる点に留意した上で、一定の区分ごとにコストに応じて手数料を設定すべきかどうかを含め、手数料体系の見直しを検討し、平成22年中に結論を得るものとする。

① 手数料水準の引下げと手数料体系の見直しとの峻別

手数料体系の見直しについては、総コストの削減を通じた手数料水準の引下げと峻別して検討する必要がある。

すなわち、一定の総コストを前提として、一定の区分ごとにコストに応じて手数料を設定する場合には、仮にある区分に属するレセプトに係る手数料が全レセプトの平均手数料を下回る水準に設定されると、それに相当する分、他の区分に属するレセプトに係る手数料が全レセプトの平均手数料を上回る水準に設定されることとなる関係にある。

② 電子レセプトと紙レセプトとの区分

現行では、レセプトをオンライン受取り分、電子媒体受取り分及び紙媒体受取り分に区分して手数料を設定する取扱いとなっているが、このような取扱いは、「規制改革推進のための3か年計画」(平成19年6月22日閣議決定)を踏まえ、保険者におけるオンライン化を推進するため、オンラインを導入した保険者とオンラインを導入しない保険者との間での手数料の差を拡大することを求める厚生労働省の要請に応じたことによるものである。

しかしながら、平成23年4月以降、保険者(公費負担医療の実施機関を除く。)による電子レセプトの受取りがオンラインによるものとされていることを踏まえると、現行の取扱いを見直す必要がある。

もっとも、電子レセプトと紙レセプトの間では、業務フローの相違に応じたコスト構造の相違が典型的に認められることに着目すると、両者を区分して手数料を設定する方策も想定される。

③ 医科・歯科レセプトと調剤レセプトとの区分

現行では、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを区分して手数料を設定する取扱いとなっているが、平成23年4月より、単月審査のみならず突合審査及び縦覧審査も実施すること（第4-1-(1)-ロ）に伴い、医科・歯科レセプトのみならず調剤レセプトも実質的な審査の対象となるため、現行の取扱いを見直す必要がある。^{*38}

この場合において、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを区分しないで手数料を設定するときは、調剤レセプトに係る手数料が引き上げられるものの、医科・歯科レセプトに係る手数料が引き下げられることとなる。

なお、支払基金においては、平成23年4月における突合審査及び縦覧審査の開始を理由として、医科・歯科レセプトのみならず調剤レセプトも含めたすべてのレセプトに係る平均手数料の水準を引き上げる考えは、一切ない。

④ 原審査と再審査との区分

原審査の決定に対する再審査の請求が保険者及び医療機関の権利であることを実質的に担保するためには、再審査を原審査と区分して別途に手数料を設定する方策は、適当でない。

⑤ 査定率と手数料との連動

審査委員会の審査は、医師又は歯科医師の専門的知見に基づく判断であるため、査定率に応じて手数料を設定する、例えば、査定率が高い支部又はレセプトに係る手数料を高くする、という方策は、査定率の向上に対する動機付けとなり得ない。

^{*38} 現手数料見直しは、「支払基金では、平成23年度の原則完全オンライン化の段階で、医科・歯科レセプトと調剤レセプトの突合審査など新たな審査サービスを開始する予定であり、その時点において、医科・歯科分と調剤分を分けけた上でそれぞれ別個の手数料を設定する現行方式について、見直すこととしている。」としている。

第6 情報公開の推進及び説明責任の履行

1 医療費の分析評価

- 電子レセプトについては、紙レセプトと異なり、データの集計による統計の作成が容易となるため、医療費の分析評価の充実に資することとなる。
- これを踏まえ、今般、平成21年4・5月診療分及び平成22年4・5月診療分のいずれにおいても、電子レセプトで請求した医科医療機関（34,953か所）について、平成22年診療報酬改定の影響を診療項目別等に分析し、平成22年8月、その結果を公表した。
- これは、段階的な開発の途上にある医療費分析システムを活用した成果の第1弾として、平成22年診療報酬改定の影響を検証する作業に資するものである。
- 今後とも、審査支払機関として審査の充実を図るとともに、厚生労働省のほか、保険者及び医療機関を始めとする関係者のニーズに応えるため、医療費の分析評価を実施するものとする。

2 査定に現れない審査の意義の見える化

- そもそも、審査とは、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、査定を目的とするものではない。
- 具体的には、ピアレビュー*39を実施する審査委員会の存在は、それ自体で医療機関による不適正なレセプトの提出を抑止している。また、審査委員会は、医療機関に対し、適正なレセプトの提出を働き掛ける取り組みを実施している。

*39 ピアレビューとは、同業の専門家による公正な評価をいう。

- このような査定に現れない審査の意義の見える化を図るため、今後、審査委員会が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の効果を定量的に示すものとする。今般、平成21年4～9月に実施された審査委員会による面談、文書等を通じた改善要請に伴い、その事項に係る原審査査定点数及び再審査査定点数が減少した医療機関の事例について、平成22年9月における各支部の報告を本部において取りまとめたところ、515か所の医療機関における改善要請事項に係る査定点数の減少分の合計は、約302万点となっている（参考12）。
- また、引き続き、ピアレビューを実施する審査委員会の存在がそれ自体で医療機関による不適正なレセプトの提出を抑止するという効果を定量的に示すための方策を検討するものとする。

3 審査支払制度の見直しに関する積極的な提言

- 平成21年11月、支払基金理事長より、厚生労働省保険局長あてに、レセプトの電子化にふさわしい審査を実施する上で必要となる事項等の9項目について、「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」を提出した。
- また、平成22年6月、第4回厚生労働省検討会において、
 - ① 紙レセプト本位から電子レセプト本位への転換
 - ② レセプトのやり取りの電子化
 - ③ 地方厚生局の情報提供の迅速化について、「支払基金としての要望（審査関係）」を提出した。
- 今後とも、厚生労働省に対し、レセプトの電子化、保険診療ルールの明確化、時代の要請に応じた新規事業の実施等に資する審査支払制度の見直しを積極的に提言するものとする。

第7 これからの審査支払に向けて

- 以上、平成23～27年度における「より良いサービスをより安く」提供するための取組みを記述したが、これらは、あくまでも現行の審査支払制度を始めとする医療保険制度の枠組みを前提とするものである（第2）。

- これからの審査支払の在り方については、厚生労働省検討会等を通じて関係者間で検討されることとなるが、審査支払制度の見直しに関する論点を列挙すると、次のとおりである。
 - ① 本部に設置された特別審査委員会又はこれに代わる機関によって設定された審査取決事項が各支部に設置された審査委員会に対して一定の拘束力を有する仕組み。

 - ② 現行における本部に設置された特別審査委員会が高点数のレセプトの審査を実施する仕組みのほか、
 - i 医療機関所在地の審査委員会以外の審査委員会（ブロック中核支部に設置された審査委員会等）が一定の類型（専門的な診療科等）に属するレセプトの審査を実施する仕組み。
 - ii ブロック中核支部に設置された審査委員会等が再審査を、本部に設置された特別審査委員会等が再々審査を実施する仕組み。

 - ③ 審査委員会の合議によらず審査の決定をする仕組み。すなわち、
 - i 担当の審査委員が単独で審査の決定をする仕組み。
 - ii 定型的なレセプトに係る審査の決定を職員の審査事務に委ねる仕組み。

 - ④ 月単位によらずに随時に審査を実施する仕組み。例えば、週単位で医療機関からの請求を受け付け、毎日、審査を実施し、週単位で医療機関への支払を実施する仕組み。

- ⑤ 審査支払機関が保険者の委託を受けて審査及び請求支払の業務を実施するために必要な事務費について、審査支払機関が総額いくらという形態で請け負い、保険者がその協議に基づいて分担する仕組み。
- ⑥ 支払基金が出産育児一時金の直接支払や柔道整復療養費の代理受領を受託する仕組み。

おわりに

- 支払基金は、昭和23年9月に設立されて以来、平成22年9月で62周年を迎えた。
- この間、医療保険制度を支える審査及び請求支払の業務の重要性は、何ら変わっていないが、医療保険制度を取り巻く社会経済情勢は、大きく変化してきた。とりわけ、レセプトの電子化の進展は、支払基金に対して審査及び請求支払の業務の抜本的な変革を求める歴史的な潮流である。
- このような状況に的確に対応して国民の信頼に応えるため、今後とも、時代の要請に応える改革に邁進しなければならない。このため、新計画を着実に実施する方針である。
- なお、新計画については、今後、支払基金をめぐる状況が変化した場合には、保険者及び診療担当者を始めとする関係者の意見を踏まえ、必要に応じて随時に見直すものとする。

レセプト電算処理システムの開発及び運用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及び運用については、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、基本マスター及び記録条件仕様を作成。
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、基本マスター及び医療機関マスターを国民健康保険中央会に提供。
平成13・14年	基本マスターの構成要素である「傷病名マスター」の全面的な見直しを実施して公表。
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、基本マスター、記録条件仕様、標準仕様及び医療機関マスターの維持管理を継続的に実施。
- あわせて、毎月、基本マスター及び医療機関マスターを国民健康保険中央会に提供。

平成23～27年度におけるレセプト件数の見込み

レセプト 区分	レセプト件数 (千件)						
	平成21年度 (実績)	平成22年度 (見込)	平成23年度 (見込)	平成24年度 (見込)	平成25年度 (見込)	平成26年度 (見込)	平成27年度 (見込)
医科	489,620	491,296	494,328	494,031	493,587	493,447	493,108
歯科	107,145	105,931	105,931	105,250	104,511	103,813	103,139
調剤	259,771	270,636	279,245	286,529	294,130	301,873	309,503
訪問看護	388	417	448	479	514	551	590
その他	8	7	6	5	5	4	4
計	856,933	868,287	879,959	886,295	892,747	899,689	906,344

(注)

1 医科及び歯科

年齢階級別の人口の推移（見込）に年齢階級別の被用者保険加入者割合（見込）及び生活保護法適用者割合（見込）を乗じて年齢階級別の被用者保険加入者数及び生活保護法適用者数（見込）を求めた上で、これらに年齢階級別の受診率（見込）を乗じて各年度のレセプト件数を見込んだ。

2 調剤

医科・歯科レセプトに対する調剤レセプトの件数割合の推移（見込）を近似式で求めた上で、これらを医科・歯科レセプト件数（見込）に乘じて各年度のレセプト件数を見込んだ。

3 訪問看護及びその他

平成21年度のレセプト件数に平成17～21年度のレセプト件数の平均伸び率を乗じて各年度のレセプト件数を見込んだ。

機械的な判断が不可能である保険診療ルール例

1. 療養担当規則における投薬の扱いの例

- 「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. 点数表における救急医療管理加算等の扱いの例

- 「その他〇〇に準じるような重篤な状態」

3. その他の例

(1) 医薬品の用法・用量

- 「年齢・症状により適宜増減」(医薬品の添付文書に記載)

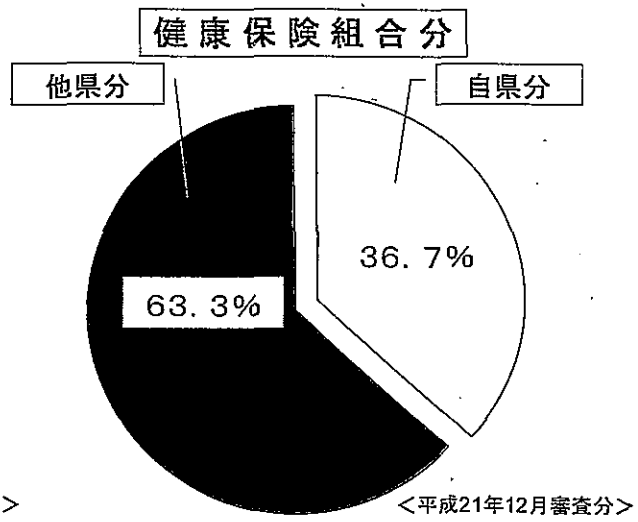
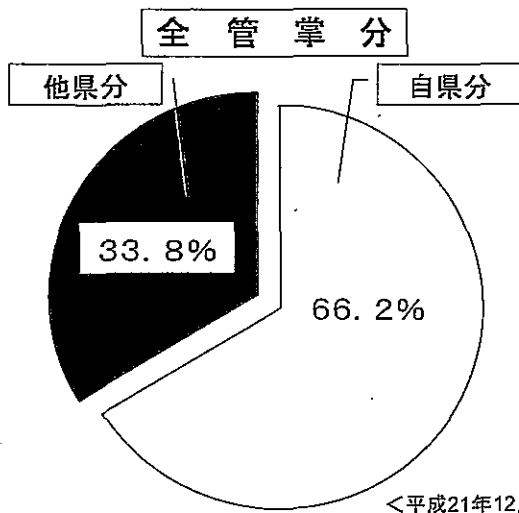
(2) 医薬品の適用外使用(昭和55年保険局長通知)

- 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。」

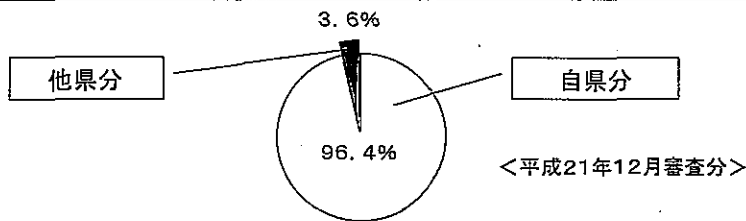
コンピュータチェックの拡充

実施年月	実施内容
平成22年10月	傷病名と医薬品の禁忌との対応の適否等を点検するシステムの導入
	傷病名と処置、手術及び検査の適応との対応の適否等を点検するシステムの導入
	歯式（＝傷病に係る部位）と診療行為及び特定保険医療材料の適応との対応の適否等を点検するシステムの導入
平成23年度中目途	傷病名及び診療行為名と特定保険医療材料の適応及び用量との対応の適否等を点検するシステムの導入

支払基金における自県分・他県分のレセプト件数の構成割合



[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



支払基金本部審査企画部の疑義照会に対する
厚生労働省保険局医療課の回答の状況
(平成22年8月31日現在)

1. 内科・DPC

	疑義照会数	回答数	回答率
平成21年度	105	10	9.5%
平成22年度	17	9	52.9%

(注)平成22年3月3日には、未回答となっている従前の照会を改めて提出したものの、現時点では、全く回答が得られていない。

2. 歯科

	疑義照会数	回答数	回答率
平成21年度	77	75	97.4%
平成22年度	49	47	95.9%

保険者及び医療機関に対するサービスの向上

1 従前の取組み

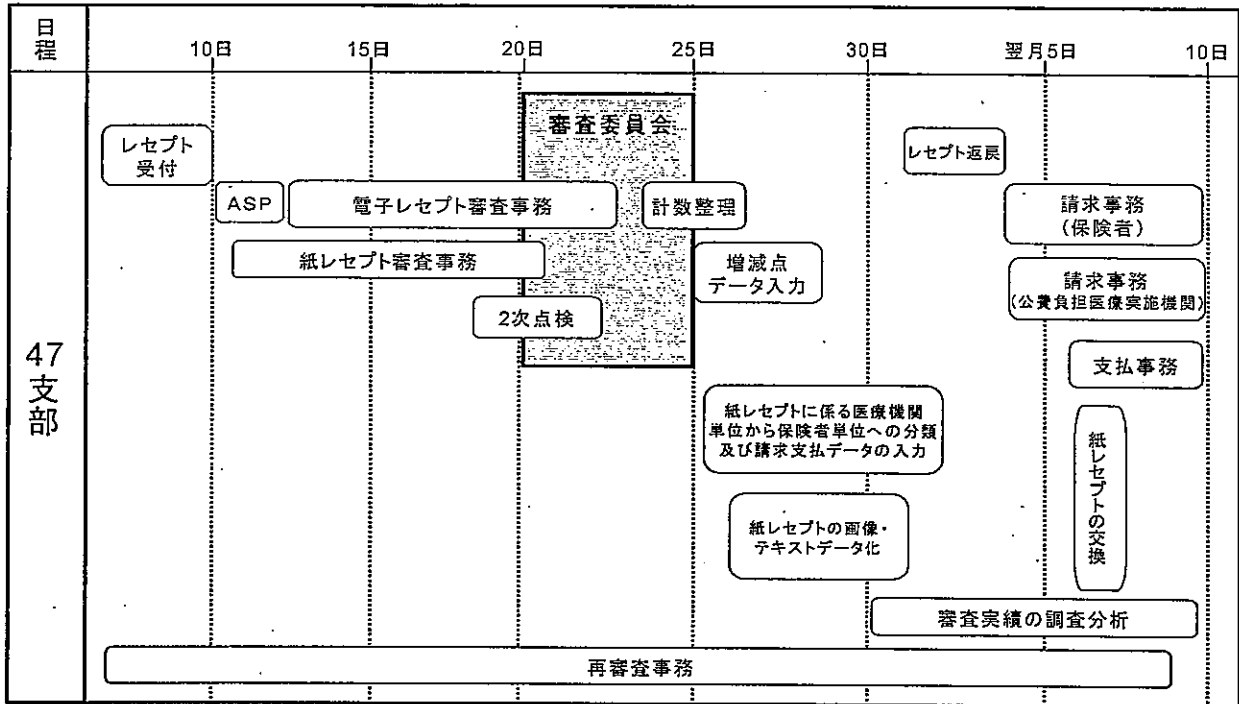
実施年月	実施内容
平成22年3月	保険者及び医療機関に対し、オンライン請求に利用されるパソコンの動作環境として対応可能な基本ソフトウェアとブラウザとの組合せを拡大した。
平成22年4月	電子レセプトをオンラインで受け取る保険者に対し、その希望に応じ、画像データ及びテキストデータの提供を受けずにCSVデータの提供を受けることを可能とした。 健康保険組合及び共済組合が本部及び支部に係るレセプトの電子データを一括して受け取ることを可能とした。
平成22年6月	レセプトをオンラインで提出する医療機関に対し、診療報酬の支払額を患者単位で区分した明細に関するデータの配信を開始した。
平成22年7月	生活保護等の実施機関が電子レセプトをオンラインで受け取ることを可能とした。 生活保護等の実施機関に対し、その希望に応じ、CSVデータの提供のみならず画像データ及びテキストデータの提供も受け取ることを可能とした。 保険者及び医療機関に対し、レセプトオンライン請求システムを利用することが可能である時間を延長した。
平成22年8月	電子レセプトをオンラインで受け取る保険者に対し、診療報酬の請求額を被保険者分と被扶養者分とに区分したデータの配信を開始した。

2 今後の取組み

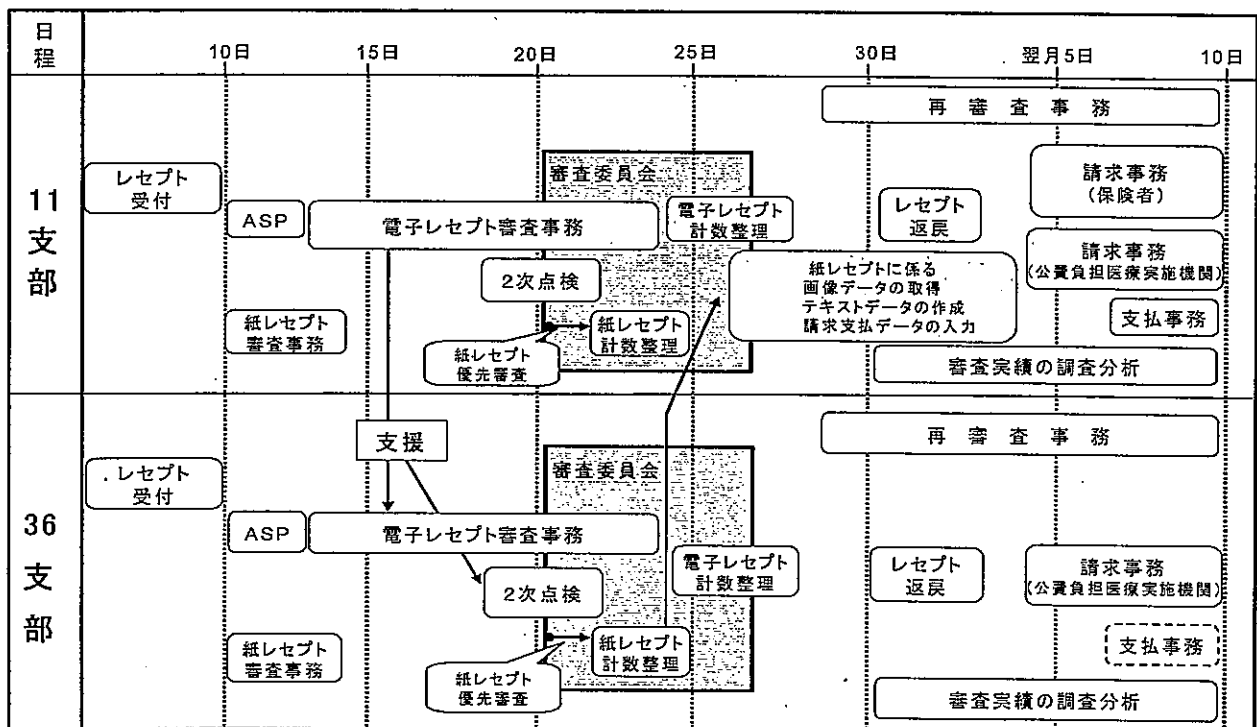
実施年月	内容
平成23年度中目途	保険者に対して、電子レセプト等の配信に関する日程を、医療機関に対して、増減点連絡書等の配信日程をメールで通知するシステムを導入する。
逐次	電子レセプトをオンラインで受け取る保険者及び電子レセプトをオンラインで提出する医療機関の更なる増加に円滑に対応することが可能となるよう、保険者及び医療機関と支払基金との間のネットワーク回線をその使用状況に応じて増強する。

審査及び請求支払に係る業務フローの見直し

見直し前

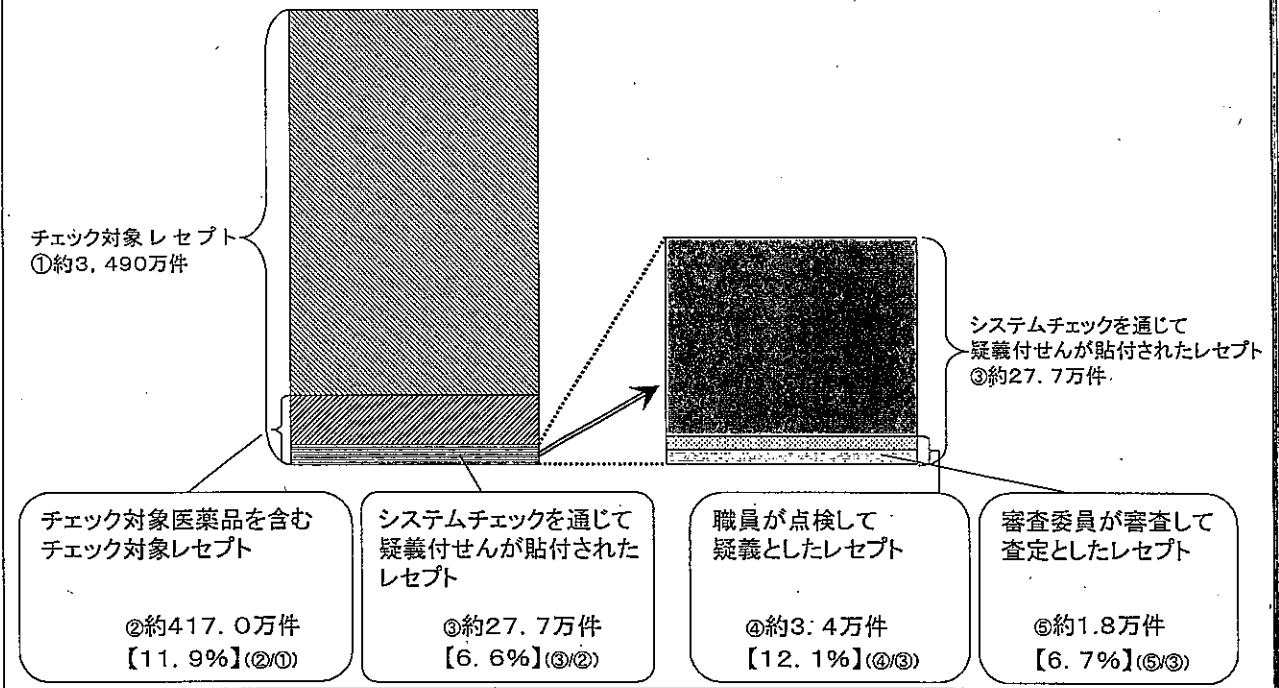


見直し後



医薬品チェックの状況(平成22年7月審査分)

- チェック対象レセプト : 医科及びDPC出来高分の電子レセプト
- 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(17,525品目)の11.1%に相当する1,954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



支払基金保有宿舎の整理合理化

1 整理合理化の方針

- 支払基金保有宿舎は、平成22年8月現在、186棟844戸となっているが、そのうち、130棟425戸を平成22～27年度の間
に段階的に整理合理化の対象とする。
- すなわち、自前宿舎のうち、全戸が空戸となっている 13棟24
戸を処分するとともに、次に掲げるものを借上宿舎に移行するものとする。
 - ① 全戸の半分以上が恒常的に空戸となっているもの（20棟82
戸）
 - ② 築20年以上かつ1棟当たり10戸未満のもの（79棟301
戸）
 - ③ 一戸建てのもの（18棟18戸）

2 整理合理化の考え方

- 支払基金においては、職員を全国的に異動させる人事政策を採用し
ており、今後とも、転勤者に対して必要な宿舎を貸与する必要がある。
- 従前、宿舎の見直しが職員定員の見直しに見合うものとなっていな
いため、宿舎によっては、空戸が恒常的に発生するなど、宿舎の管理
が非効率となっていた。
- したがって、今後、宿舎の需給に無駄を生じさせないため、職員定
員の見直しに柔軟に対応することが可能となるような宿舎の在り方
に転換する必要がある。

- この場合において、個々の宿舎の取扱いについては、次に掲げる事情を始め、それぞれの利用状況、築年数、規模、民間の賃貸物件の状況等を総合的に勘案する必要がある。
 - ① 現有の宿舎の大半は、老朽化している。すなわち、平成22年8月現在、全844戸のうち、築20年以上のものは、558戸（66%）に達している。このような宿舎については、今後、大規模修繕や建替えが必要となる。
 - ② 現有の宿舎の大半は、小規模である。すなわち、平成22年8月現在、全186棟では、1棟当たりの平均が4.5戸となっており、そのうち、10戸以上のものは、17棟（9%）にとどまっている。小規模な宿舎については、大規模な宿舎と比較すると、立地や築年数にもよるが、自前宿舎を維持する場合の経費よりも借上宿舎に移行する場合の経費の方が低廉となる。
- また、支払基金保有宿舎の整理合理化を進めるに当たっては、財務に対する影響に配慮する必要がある。

※ 遊休不動産の処分

- 現有の遊休不動産は、平成22年8月現在、15棟34戸の宿舎であった15物件を含め、16物件となっている。
- このような遊休不動産の処分を迅速化するため、平成22年7月より、遊休不動産の処分に関する業務を各支部から本部へ移管したが、引き続き、当該業務を円滑に実施するものとする。

平成 2 7 年度における 事務費収入以外の一般会計の収入の見込み

(単位：億円)

区分	平成 2 2 年度 予算	平成 2 7 年度 見込	差引	内容
利子収入	5.7	3.2	▲2.5	運用金利の低下による減
雑収入	6.0	9.4	3.4	宿舍の売却による不動産処分収入 「レセプト情報・特定健診情報等管理システム」(NDB)に係る収入 電子証明書発行手数料 宿舍使用料
計	11.7	12.6	0.9	

(注) レセプト電子データ提供事業に係る収入を計上していない。

審査委員会が医療機関に対して
適正なレセプトの提出を働き掛ける取組みの効果

平成21年4～9月に実施された審査委員会による面接、文書等を通じた改善要請に伴い、その事項に係る原審査査定点数及び再審査査定点数が減少した医療機関の事例について、平成22年9月における各支部の報告を本部で取りまとめた一覧は、次のとおり。

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
全国計	515		3,033,230	15,834	3,017,396
埼玉	1	アンスロピンP	239,872	0	239,872
沖縄	2	冠動脈用ステントセット	180,825	0	180,825
兵庫	3	カスタムメイド人工骨	101,000	0	101,000
愛知	4	ザイボックス錠600mg	95,685	0	95,685
東京	5	筋電図検査	89,870	0	89,870
鹿児島	6	救急医療管理加算	87,431	0	87,431
栃木	7	ポジトロン断層撮影	83,843	9,245	74,598
広島	8	ハイリスク妊娠管理加算	65,000	0	65,000
沖縄	9	シナジス筋注用	64,187	0	64,187
茨城	10	注射	60,071	0	60,071
宮城	11	神経磁気診断	51,894	0	51,894
沖縄	12	冠動脈用ステントセット	49,932	0	49,932
沖縄	13	脳血管内手術	48,709	0	48,709
福岡	14	ベガシス皮下注180 μ g 180 μ g1mL	45,550	0	45,550
奈良	15	造影剤使用撮影(撮影)	43,200	0	43,200
沖縄	16	冠動脈用ステントセット	43,020	0	43,020
沖縄	17	経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料	41,320	0	41,320
山梨	18	冠動脈用ステントセット	40,848	0	40,848
奈良	19	ポジトロン断層撮影(18FDG使用)	40,200	0	40,200
北海道	20	アルブミン5%	35,603	0	35,603
兵庫	21	裂肛、肛門潰瘍根治手術	33,946	0	33,946
北海道	22	院内感染防止措置加算	32,747	0	32,747
福岡	23	EF-上行結腸及び盲腸	31,626	0	31,626
宮城	24	救急医療管理加算	31,200	0	31,200
宮城	25	塩酸モルヒネ錠	31,100	0	31,100
北海道	26	2以上の手術の50%併施加算	28,750	0	28,750
群馬	27	脳血管内手術	28,200	0	28,200
埼玉	28	塩酸バンコマイシン	25,832	0	25,832
鹿児島	29	救急医療管理加算	25,680	0	25,680
広島	30	救急医療管理加算	25,200	0	25,200
福岡	31	救急医療管理加算	25,200	0	25,200
埼玉	32	注射用エラスポール	25,026	0	25,026
岐阜	33	赤血球不規則抗体	24,990	0	24,990
山形	34	注射用エラスポール	24,134	0	24,134
群馬	35	ミラクリッド注射液	24,079	0	24,079
北海道	36	高気圧酸素治療(非救急的)	24,000	0	24,000
富山	37	救急医療管理加算	24,000	0	24,000
新潟	38	救急医療管理加算	23,400	0	23,400
宮城	39	閉鎖循環式全身麻酔2	23,040	0	23,040
京都	40	エスポー皮下用24000	22,931	200	22,731

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
新潟	41	パルクス注ディスポ10 μ g	20,256	0	20,256
群馬	42	エスポー皮下用	20,024	0	20,024
鹿児島	43	ハイカムチン注射用	19,574	0	19,574
兵庫	44	終末呼気炭酸ガス濃度	18,492	0	18,492
北海道	45	超音波検査パルスドップラー	18,088	0	18,088
福岡	46	ハルトマン液-「HD」500mL	17,863	0	17,863
福岡	47	ソリアセトF輸液, 500mL	17,558	157	17,401
宮城	48	救急医療管理加算	16,800	0	16,800
宮城	49	救急医療管理加算	15,600	0	15,600
沖縄	50	PTCA用カテーテル、ガイドングカテーテル	15,340	0	15,340
神奈川	51	タケブロンOD錠30 30mg	15,475	225	15,250
千葉	52	持続緩徐式血液濾過	13,930	0	13,930
三重	53	S-蛍光M、位相差M、暗視野M	13,359	0	13,359
群馬	54	骨内異物(挿入物)除去術(その他)	12,846	0	12,846
沖縄	55	四肢の血管拡張術・血栓除去術	12,670	0	12,670
鹿児島	56	メロベン点滴用	12,440	0	12,440
大阪	57	CT撮影(マルチスライス型機器)	12,292	0	12,292
奈良	58	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)	12,160	0	12,160
熊本	59	尿沈渣	12,167	25	12,142
香川	60	HER2タンパク	12,095	0	12,095
徳島	61	救急医療管理加算	12,000	0	12,000
滋賀	62	サーモダイリユーション用カテーテル	11,600	0	11,600
岐阜	63	ゾメタ注射液4mg 5mL	11,496	0	11,496
千葉	64	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	11,270	0	11,270
宮崎	65	皮膚科光線療法(赤外線又は紫外線)	11,172	0	11,172
山梨	66	ヒトCRH注「ミツビシ」	10,910	0	10,910
岡山	67	骨移植術(軟骨移植術を含む)(人工骨移植)	10,493	8	10,485
愛知	68	2以上の手術の50%併施加算	10,150	0	10,150
愛知	69	クレスチン	10,129	0	10,129
神奈川	70	点滴静注用バンコマイシン0.5「MEEK」0.5g	9,471	0	9,471
大阪	71	エンペシド液、フルメロン	10,849	1,407	9,442
千葉	72	静脈麻酔(短時間)	9,000	0	9,000
福岡	73	FSH精密	11,552	2,887	8,665
兵庫	74	嫌気性培養加算	8,920	490	8,430
愛知	75	ベグイントロン皮下注用100 μ g/0.5mL用(溶解液付)	8,188	0	8,188
和歌山	76	ハイトラシン錠1mg	7,860	0	7,860
大阪	77	ホスミンSバッグ1g点滴静注用	7,757	0	7,757
岩手	78	HCV核酸定量	7,693	0	7,693
沖縄	79	喀痰吸引	7,693	0	7,693
福井	80	注射用プロスタンディン500	7,528	0	7,528
静岡	81	チンパノメトリー	7,350	0	7,350
香川	82	サーモグラフィー	7,800	600	7,200
宮城	83	フルマリンキット静注用1g	6,983	0	6,983
愛知	84	献血アルブミン(5%)-Wf 5%250mL	6,811	0	6,811
佐賀	85	通院・在宅精神療法	6,570	0	6,570
大分	86	オノドライシロップ	6,336	0	6,336
鳥取	87	オムニパーク240	6,335	0	6,335
大阪	88	IgA、IgG、IgM、尿沈渣	6,303	0	6,303
東京	89	心身医学療法	6,020	0	6,020
鹿児島	90	超音波検査(断層・胸腹部)	5,884	0	5,884

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
大分	91	メロペン点滴用キット0.5g	5,824	0	5,824
佐賀	92	造影剤注入(選択的血管造影)	5,737	0	5,737
高知	93	子宮内膜搔爬術	5,664	0	5,664
静岡	94	超音波検査(断層撮影法)(その他)	5,915	350	5,565
熊本	95	耳処置	5,525	0	5,525
静岡	96	耐糖能精密	5,400	0	5,400
千葉	97	リバロ錠2mg	5,332	0	5,332
高知	98	献血アルブミン-wf20%50ml	5,294	0	5,294
愛媛	99	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	5,280	0	5,280
鹿児島	100	超音波(UCG)	5,280	0	5,280
広島	101	トリガーポイント注射	5,082	0	5,082
岩手	102	スプレキアMP皮下注用1.8	4,996	0	4,996
徳島	103	FSH精密	4,989	0	4,989
千葉	104	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	4,770	0	4,770
岩手	105	エトキシクロール1%注射液	4,603	0	4,603
静岡	106	スペニールディスポ 1%2.5mL	4,272	0	4,272
新潟	107	プリンク注10μg	4,242	0	4,242
広島	108	救急医療管理加算	4,200	0	4,200
神奈川	109	プロブレス錠8 8mg	4,011	0	4,011
鳥取	110	星状神経節ブロック	3,900	0	3,900
佐賀	111	T-M	3,784	15	3,769
福島	112	プラビックス錠	3,748	0	3,748
香川	113	パルスドプラ法加算	3,600	0	3,600
広島	114	骨腫瘍切除術(手)	3,565	0	3,565
兵庫	115	HBe抗原精密測定	3,470	0	3,470
三重	116	アルブミン-5% 250mL	3,439	0	3,439
茨城	117	ガスター注射液20mg	3,432	0	3,432
石川	118	2以上の手術の50%併施加算	3,415	0	3,415
富山	119	ペントシリン注射用	3,405	0	3,405
福岡	120	角膜内皮細胞顕微鏡	3,360	0	3,360
宮城	121	HMG「コーワ」150注用	3,286	0	3,286
千葉	122	ABO	3,279	0	3,279
沖縄	123	ノルアドリナリン	3,224	0	3,224
徳島	124	ECG12	3,073	0	3,073
大阪	125	クラミジア・ニューモニエIg	3,067	0	3,067
鹿児島	126	プラビックス錠	3,042	0	3,042
岩手	127	オキシコンチン錠10mg	3,040	0	3,040
大分	128	腎臓・膀胱瘻用カテーテル	3,037	0	3,037
沖縄	129	矯正視力、屈折検査	3,034	0	3,034
鳥取	130	CT撮影(マルチスライス型機器)	3,000	0	3,000
滋賀	131	サーモダイリレーション用カテーテル	2,950	0	2,950
静岡	132	精密眼圧	2,879	0	2,879
長野	133	画像記録用フィルム(半切)	2,794	0	2,794
兵庫	134	FT3精密	2,776	0	2,776
愛媛	135	セファメジンα点滴用キット1g。(生理食塩液100mL付)	2,714	0	2,714
徳島	136	リーバクト顆粒 4.15g	2,656	0	2,656
山口	137	角膜曲率	2,581	0	2,581
大分	138	特異的IgE	2,563	0	2,563
兵庫	139	眼底カメラ	2,554	0	2,554
岩手	140	クリダマシン注	2,547	0	2,547

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
鹿児島	141	デジタル映像化処理	2,538	0	2,538
大分	142	レルパックス錠20mg	2,504	0	2,504
山形	143	嫌気性培養加算	2,437	0	2,437
福岡	144	子宮頸管粘液採取	2,400	0	2,400
岩手	145	パルスドプラ法加算	2,380	0	2,380
愛媛	146	バルトレックス錠500 500mg	2,366	0	2,366
青森	147	ノイトロピン注射液3.6単位	2,332	0	2,332
秋田	148	赤血球不規則抗体	2,322	0	2,322
長崎	149	単純撮影(胸部)	2,282	0	2,282
新潟	150	電子画像管理加算(単純撮影)	2,280	0	2,280
群馬	151	経尿道的尿管ステント留置術	2,270	0	2,270
兵庫	152	オピスタン注射液35mg	2,240	0	2,240
香川	153	ゼフロプト錠5μg	2,198	0	2,198
山梨	154	創傷処理	2,178	0	2,178
熊本	155	リンデロン注4mg(0.4%) 4mg	2,161	0	2,161
和歌山	156	NTx精密	2,080	0	2,080
大分	157	胎児外回転術	2,042	0	2,042
宮城	158	精密眼圧	2,040	0	2,040
新潟	159	CEA精密	2,014	0	2,014
広島	160	絆創膏固定術	2,000	0	2,000
大分	161	人工腎臓	1,991	0	1,991
宮城	162	肛門鏡	1,980	0	1,980
岩手	163	ゾシン静注用4.5	1,975	0	1,975
宮城	164	アルツディスポ関節注25mg	1,950	0	1,950
岐阜	165	眼処置	1,950	0	1,950
長崎	166	四肢ギブスシーネ	1,862	0	1,862
兵庫	167	痔瘻根治手術複雑	1,825	0	1,825
大分	168	非特異的IgE	1,808	0	1,808
愛媛	169	呼吸心拍監視	1,700	0	1,700
山形	170	ラコール	1,672	0	1,672
広島	171	強カネオミノファーゲンシー静注20mL 20mL	1,603	0	1,603
広島	172	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	1,590	0	1,590
広島	173	ホスミシンS静注用2g 2g	1,581	0	1,581
新潟	174	プラナルカスト錠	1,577	0	1,577
香川	175	プラビックス錠75mg	1,568	0	1,568
大阪	176	精密持続点滴注射	1,560	0	1,560
東京	177	裂肛手術	1,555	0	1,555
岐阜	178	グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密	1,510	0	1,510
広島	179	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	1,500	0	1,500
大分	180	アヘンチンキ 10%	1,479	0	1,479
愛媛	181	イントラリポス 20%100mL	1,475	0	1,475
静岡	182	ボルタレンサポ25mg	1,467	0	1,467
徳島	183	超音波検査(胸腹部)	1,431	0	1,431
宮崎	184	超音波検査(断層撮影法)(その他)	1,431	0	1,431
静岡	185	皮膚科軟膏処置(100cm ² 以上500cm ² 未満)	1,430	0	1,430
島根	186	シスタチンC精密	1,419	0	1,419
大分	187	キネダック錠50mg	1,418	0	1,418
三重	188	プラナルカスト錠	1,414	0	1,414
兵庫	189	救急医療管理加算	1,410	0	1,410
群馬	190	プロテカジン錠	1,390	0	1,390

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
岐阜	191	パルスプラ法加算	1,380	0	1,380
大分	192	真皮縫合加算	1,378	0	1,378
広島	193	ケタス点眼液0.01% 0.5mg5mL	1,368	0	1,368
新潟	194	精密眼圧	1,360	0	1,360
沖縄	195	E2精密	1,336	0	1,336
滋賀	196	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	1,330	0	1,330
千葉	197	コンピューター断層診断	1,329	0	1,329
大分	198	ノイトロピン注射液3.6単位	1,324	0	1,324
新潟	199	経皮的動脈血酸素飽和度	1,310	0	1,310
大分	200	HCV核酸定量	1,282	0	1,282
香川	201	結核菌群核酸増幅同定	1,280	0	1,280
長崎	202	CRP	1,280	0	1,280
新潟	203	精密眼圧	1,275	0	1,275
佐賀	204	クラリス錠200	1,251	0	1,251
徳島	205	ノンストレステスト	1,230	0	1,230
岩手	206	休日(再診)、時間外(再診)	1,210	0	1,210
兵庫	207	Alb定量精密(尿)	1,389	180	1,209
広島	208	アリセプト錠5mg	1,204	0	1,204
宮崎	209	アリセプト錠5mg	1,204	0	1,204
宮城	210	アシン錠75mg	1,201	0	1,201
山形	211	MMP-3精密	1,200	0	1,200
三重	212	子宮卵管内造影剤注入	1,200	0	1,200
山口	213	内視鏡下生検法	1,190	0	1,190
静岡	214	末梢血液像	1,170	0	1,170
徳島	215	アネキセト注射液0.5mg 5mL	1,168	0	1,168
岐阜	216	処方料(その他)	1,142	0	1,142
長崎	217	BNP精密	1,136	0	1,136
香川	218	CRP(定量)	1,150	32	1,118
滋賀	219	術前検査の腹部単純撮影	1,068	0	1,068
群馬	220	T-M(1臓器)	1,066	0	1,066
富山	221	ヘパフラッシュ	1,064	0	1,064
岩手	222	モーラステープ	1,058	0	1,058
山形	223	LEテスト	1,050	0	1,050
東京	224	涙液分泌機能検査	1,046	0	1,046
滋賀	225	アルツディスポ関節注	1,039	0	1,039
山形	226	矯正視力	1,014	0	1,014
和歌山	227	精密眼底(両)	1,008	0	1,008
香川	228	ノンストレステスト	1,000	0	1,000
愛媛	229	パルスプラ法加算	1,000	0	1,000
宮城	230	気管内チューブ	981	0	981
静岡	231	CRP(定量)	976	0	976
千葉	232	長期投薬加算(処方料)	975	0	975
富山	233	セルニルトン錠	973	0	973
三重	234	鼓室内薬液注入	972	0	972
青森	235	ロルカム錠4mg	970	0	970
青森	236	経皮的動脈血酸素飽和度	960	0	960
愛媛	237	子宮頸管粘液採取	960	0	960
三重	238	休日(再診)	950	0	950
沖縄	239	デブリードマン加算	940	0	940
長崎	240	PT	912	0	912

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
静岡	241	HIV-1、2抗体価	910	0	910
香川	242	チンパノメトリー	910	0	910
山形	243	体液量	900	0	900
三重	244	他医撮影のコンピューター断層診断	900	0	900
大分	245	胃洗浄	893	0	893
新潟	246	神経学的検査	880	0	880
大阪	247	ABO、Rh(D)、外来迅速検体検査加算	854	0	854
宮城	248	悪性腫瘍特異物質治療管理料	840	0	840
三重	249	T4精密	840	0	840
広島	250	BNP精密	840	0	840
秋田	251	尿一般	832	0	832
青森	252	ソルコセリル注2mL	831	0	831
和歌山	253	スリットM(前眼部)後生体染色使用再検査	816	0	816
滋賀	254	尿中有形成分定量測定	810	0	810
岐阜	255	パルスドプラ法加算	800	0	800
静岡	256	パルスドプラ法加算	800	0	800
熊本	257	慢性疼痛疾患管理料	780	0	780
静岡	258	アレグラ錠60mg	756	0	756
新潟	259	インフルエンザウイルス抗原精密	750	0	750
三重	260	診療情報提供料(1)	750	0	750
秋田	261	尿一般、尿沈渣、末梢血液一般	748	0	748
北海道	262	パリエット錠	739	0	739
静岡	263	ドルミカム注射液10mg 10mg2mL	738	0	738
兵庫	264	リウマトイド因子	737	0	737
千葉	265	通院・在宅精神療法(病院)(30分以上)	720	0	720
山形	266	アーチスト錠	693	0	693
岐阜	267	抗LKM-1抗体精密	690	0	690
山口	268	血管造影用ガイドワイヤー(一般用)	690	0	690
山形	269	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密	675	0	675
大分	270	抗酸菌群核酸同定精密	675	0	675
岐阜	271	ミラクリッド 50,000単位	660	0	660
愛媛	272	気管内チューブ(カフあり・カフ上部吸引機能なし)	654	0	654
三重	273	血糖自己測定器加算	640	0	640
兵庫	274	長期投薬加算(処方料)	638	0	638
香川	275	HCV核酸定量	632	0	632
香川	276	抗シトルリン化ペプチド抗体精密	630	0	630
沖縄	277	HbA1c	620	0	620
高知	278	エクサシン注射液200	614	0	614
青森	279	経皮的動脈血酸素飽和度	600	0	600
静岡	280	パルスドプラ法加算	600	0	600
兵庫	281	プラスチックカニューレ型静脈内留置針(標準型)	600	0	600
三重	282	染色加算	582	0	582
青森	283	ヒアルロン酸	570	0	570
岐阜	284	A群β溶連菌迅速	560	0	560
広島	285	細菌薬剤感受性(1菌種)	560	0	560
大阪	286	Amy(尿)、CEA精密	541	0	541
岩手	287	粘膜点墨法加算	540	0	540
大阪	288	カンジダ抗原	527	0	527
鹿児島	289	D-Dダイマー定量	517	0	517
岩手	290	CRP	513	0	513

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
和歌山	291	TPHA	512	0	512
静岡	292	ケイツーN静注用10mg	511	0	511
山形	293	重心動揺計	500	0	500
三重	294	鉄	500	0	500
岐阜	295	関節腔内注射	495	0	495
山形	296	アーチスト錠	493	0	493
山口	297	オルガロン注射液 3.8mg	493	0	493
沖縄	298	細胞診(婦人科材料)	490	0	490
大分	299	特定疾患療養管理料	484	0	484
岡山	300	D-ソルビトール液 75%	483	0	483
三重	301	留置カテーテル設置	465	0	465
滋賀	302	ジオン注無痛化剤付	457	0	457
高知	303	エクサシン注射液200	452	0	452
岡山	304	モーラステープL40mg 10cm×14cm	446	0	446
山形	305	HBs抗原精密	435	0	435
兵庫	306	超音波ネブライザー	428	0	428
岩手	307	ホスミンSバッグ2g点滴静注用	411	0	411
新潟	308	単純撮影(診断・撮影)	408	0	408
兵庫	309	特定疾患療養管理料(100床未満)	406	0	406
高知	310	子宮頸管粘液中顆粒球	405	0	405
長崎	311	ペンマリン注	403	0	403
青森	312	風疹、麻疹ウイルス抗体価	400	0	400
広島	313	パルスドプラ法加算	400	0	400
広島	314	FT3精密	395	0	395
広島	315	FT3精密	395	0	395
愛媛	316	プロジェステロン精密	395	0	395
鳥取	317	トリガーポイント注射	385	0	385
群馬	318	ジスロマック錠	366	0	366
千葉	319	通院・在宅精神療法(病院)(30分以上)	360	0	360
香川	320	肛門処置	360	0	360
愛媛	321	LH(尿)	360	0	360
沖縄	322	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	360	0	360
岐阜	323	角膜曲率	356	0	356
高知	324	セファメジンα点滴用キット	351	0	351
青森	325	HbA1c	350	0	350
長崎	326	眼処理	350	0	350
岐阜	327	角膜曲率	341	0	341
岐阜	328	長期投薬加算(処方料)	338	0	338
大阪	329	ワッサー「フソー」-PL	325	0	325
宮崎	330	精密持続点滴注射	320	0	320
岐阜	331	ホスミンS静注用1g	313	0	313
山梨	332	液体酸素・定置式液化酸素貯槽(CE)	306	0	306
山形	333	インフルエンザウイルス抗原精密	300	0	300
新潟	334	眼処置	300	0	300
滋賀	335	注入器加算、注射針加算	300	0	300
岡山	336	アデノウイルス抗原	300	0	300
三重	337	Alb定量精密(尿)	298	0	298
兵庫	338	矯正視力(1以外)	296	0	296
兵庫	339	FT3精密	290	0	290
北海道	340	キシロカイン注ポリアンプ	288	0	288

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
大阪	341	生化学的検査(2)判断料	288	0	288
岩手	342	点滴注射	284	0	284
三重	343	腔洗浄	282	0	282
香川	344	PSA精密	280	0	280
長崎	345	胸部(腰部)固定帯固定	280	0	280
兵庫	346	特定疾患療養管理料(100床以上200床未満)	264	0	264
岡山	347	長期投薬加算(処方料)	264	0	264
新潟	348	HBs抗原精密、HCV抗体価精密、TPHA	262	0	262
岐阜	349	PT	262	0	262
兵庫	350	特定疾患療養管理料(診療所)	261	0	261
岐阜	351	低分子デキストラン注 250mL	260	0	260
宮崎	352	時間外緊急院内検査	260	0	260
高知	353	ピソルボン注射液	257	0	257
沖縄	354	HTLV-I抗体価	255	0	255
岐阜	355	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	252	0	252
静岡	356	末梢血液像	252	0	252
千葉	357	難病外来指導管理料	250	0	250
高知	358	ミリダシン錠90mg	250	0	250
徳島	359	ブラダロン錠200mg	245	0	245
岩手	360	関節穿刺	240	0	240
青森	361	簡易培養	230	0	230
愛媛	362	フリーPSA/トータルPSA比精密	230	0	230
熊本	363	リンデロン-VG軟膏0.12%	227	0	227
千葉	364	特定疾患療養管理料(診療所)	225	0	225
広島	365	特定疾患療養管理料(診療所)	225	0	225
大阪	366	特定疾患療養管理料	232	8	224
岐阜	367	調節検査	222	0	222
新潟	368	外来迅速検体検査加算	220	0	220
三重	369	染色加算	216	0	216
広島	370	アルキオーネ注 10%2mL	216	0	216
岐阜	371	ネオフィリン原末	214	0	214
岩手	372	ベルベゾロン眼耳鼻科用液0.1%	212	0	212
岐阜	373	消炎鎮痛等処置(湿布処置)	210	0	210
岡山	374	特定疾患療養管理料(100床以上200床未満)	210	0	210
秋田	375	長期投薬加算(処方料)	206	0	206
岩手	376	導尿(尿道拡張)	200	0	200
岐阜	377	パルスドブラ法加算	200	0	200
香川	378	ノンストレステスト	200	0	200
岡山	379	ガスコンドロップ内用液2%	199	0	199
徳島	380	パラマイシン軟膏	187	0	187
岐阜	381	セファメジンα注射用1g	177	0	177
岡山	382	初診(時間外)加算	170	0	170
熊本	383	細菌薬剤感受性(2菌種)	170	0	170
愛媛	384	キシロカインゼリー2%	168	0	168
新潟	385	イソジン液	165	0	165
岡山	386	デジタル映像化処理	165	0	165
高知	387	タチオン注射用200mg	164	0	164
兵庫	388	Hb及びトランスフェリン	161	0	161
青森	389	CRP(定量)	160	0	160
山形	390	ビタミンB12定量精密	160	0	160

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
福井	391	細菌培養同定(口腔)	155	0	155
新潟	392	クラビット錠	153	0	153
青森	393	眼処置	150	0	150
三重	394	メノエイドコンビパッチ	149	0	149
山口	395	Alb定量精密(尿)	149	0	149
岐阜	396	キシロカインゼリー2%	146	0	146
三重	397	長期投薬加算(処方料)	146	0	146
三重	398	特定疾患処方管理加算(処方料)	144	0	144
静岡	399	CRP定量	143	0	143
秋田	400	腔洗浄	141	0	141
三重	401	長期投薬加算(処方料)	141	0	141
香川	402	腔洗浄	141	0	141
山形	403	処方せん料(その他)	136	0	136
千葉	404	長期投薬加算(処方料)	136	0	136
静岡	405	ガスコンドロップ内用液2%	136	0	136
三重	406	レチクロ	132	0	132
山形	407	細菌培養同定	130	0	130
長崎	408	ガスコンドロップ、オピスタン注	129	0	129
岐阜	409	特定疾患処方管理加算(処方料)	126	0	126
三重	410	長期投薬加算(処方料)	123	0	123
静岡	411	経皮的動脈血酸素飽和度	120	0	120
愛媛	412	細菌培養同定(泌尿器)	120	0	120
高知	413	ヘパルス5%10ml	114	0	114
富山	414	クレアチニン試験紙法	110	0	110
三重	415	長期投薬加算(処方料)	109	0	109
岡山	416	外来管理加算	114	5	109
岐阜	417	眼処置	100	0	100
広島	418	HbA1c	100	0	100
香川	419	デブリードマン加算(汚染された挫創)	100	0	100
愛媛	420	再診(夜間・早朝等)加算	100	0	100
熊本	421	直腸鏡	100	0	100
静岡	422	口腔、咽頭処置	96	0	96
三重	423	長期投薬加算(処方料)	94	0	94
三重	424	長期投薬加算(処方料)	94	0	94
岐阜	425	経皮的動脈血酸素飽和度	90	0	90
和歌山	426	キシロカインポンプスプレー8%	89	0	89
岩手	427	ロキソニン錠 60mg	86	0	86
山口	428	精密眼圧	85	0	85
千葉	429	長期投薬加算(処方せん料)	83	0	83
兵庫	430	長期投薬加算(処方料)、特定疾患処方管理加算(処方料)	83	0	83
岩手	431	CRP(定量)	80	0	80
新潟	432	悪性腫瘍特異物質治療管理料	80	0	80
静岡	433	ガングリオン穿刺術	80	0	80
岐阜	434	長期投薬加算(処方料)	76	0	76
三重	435	長期投薬加算(処方料)	76	0	76
千葉	436	屈折検査	74	0	74
岩手	437	モーラステープ	72	0	72
岐阜	438	ヒアロンサン点眼液0.1% 0.1%5mL	72	0	72
岡山	439	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	72	0	72
秋田	440	超音波ネブライザー、末梢血液一般	70	0	70

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
静岡	441	注射用水 20mL	66	0	66
三重	442	長期投薬加算(処方料)	65	0	65
三重	443	長期投薬加算(処方料)	65	0	65
香川	444	注射用水 20mL	63	0	63
三重	445	外来迅速検体検査加算	60	0	60
長崎	446	蛋白分画	60	0	60
高知	447	セレスタミン錠	57	0	57
千葉	448	TP	56	0	56
岐阜	449	ソセゴン注射液15mg	56	0	56
福井	450	HCG	55	0	55
岩手	451	プスコパン注	54	0	54
千葉	452	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	54	0	54
岡山	453	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	54	0	54
兵庫	454	レチクロ	51	0	51
三重	455	外来迅速検体検査加算	50	0	50
秋田	456	喀痰吸引	48	0	48
香川	457	チチナ静注50mg 0.5%10mL	48	0	48
熊本	458	ドルミカム注 10mg2mL	48	0	48
三重	459	長期投薬加算(処方料)	47	0	47
三重	460	長期投薬加算(処方料)	47	0	47
三重	461	長期投薬加算(処方料)	47	0	47
三重	462	特定疾患処方管理加算(処方料)	46	0	46
新潟	463	外来迅速検体検査加算	45	0	45
岩手	464	モーラステープ	44	0	44
秋田	465	B-V	44	0	44
高知	466	アルト500mg	44	0	44
大阪	467	調基(その他)	41	0	41
青森	468	PIVKA2精密	40	0	40
岐阜	469	UIBC(直接比色法)	40	0	40
三重	470	薬剤情報提供料	40	0	40
三重	471	外来迅速検体検査加算	40	0	40
広島	472	CRP(定量)	38	0	38
秋田	473	キシロカインポンプスプレー8%	37	0	37
静岡	474	プリンパラン注射液10mg 0.5%2mL	37	0	37
兵庫	475	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	36	0	36
兵庫	476	長期投薬加算(処方せん料)	36	0	36
岡山	477	特定疾患処方管理加算(処方料)	36	0	36
宮崎	478	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	36	0	36
三重	479	外来迅速検体検査加算	35	0	35
三重	480	外来迅速検体検査加算	35	0	35
大分	481	間接クームス	34	0	34
大分	482	ネリプロクト坐剤	33	0	33
長野	483	フローサイトメリー法による尿中有形成分定量測定	30	0	30
兵庫	484	ASO価	30	0	30
三重	485	長期投薬加算(処方料)	29	0	29
三重	486	長期投薬加算(処方料)	29	0	29
青森	487	ロピオン静注50mg	26	0	26
岡山	488	特定疾患処方管理加算(処方料)	26	0	26
三重	489	大塚生食注、注射用蒸留水	24	0	24
岡山	490	スパスマパン注20mg 2%1mL	24	0	24

区分	医療機関	主な改善要請事項	①実施前 最大査定点数	②実施後 最小査定点数	③査定点数 の減少分 (①-②)
熊本	491	フルコナール静注液0.2% 50mL	23	0	23
岩手	492	レプチラーゼ注	22	0	22
兵庫	493	キシロカインポリアンブ1% 5mL	21	0	21
三重	494	外来迅速検体検査加算	20	0	20
三重	495	薬剤情報提供料	20	0	20
岩手	496	ポピヨード液10%	18	0	18
三重	497	キシリトール注射液	18	0	18
兵庫	498	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	0	18
兵庫	499	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	0	18
兵庫	500	長期投薬加算(処方せん料)	18	0	18
兵庫	501	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	0	18
沖縄	502	特定疾患処方管理加算(処方料)	18	0	18
岐阜	503	CRP(定量)	16	0	16
三重	504	外来迅速検体検査加算	15	0	15
三重	505	外来迅速検体検査加算	15	0	15
高知	506	キシロカインビスカス20%	15	0	15
兵庫	507	プリンペラン注射液	12	0	12
静岡	508	ペンレステープ18mg 30.5mm×50.0mm	10	0	10
三重	509	薬剤情報提供料	10	0	10
三重	510	薬剤情報提供料	10	0	10
三重	511	薬剤情報提供料	10	0	10
兵庫	512	ボスミン液	10	0	10
千葉	513	調基(その他)	8	0	8
岡山	514	調基(その他)	8	0	8
山形	515	フランセチン・T・パウダー	2	0	2