

**特殊法人に関する行政評価・監視
結果に基づく勧告**

- 事業の見直し等を中心として -
(社会保険診療報酬支払基金)

平成14年1月

総務省

前書き

特殊法人は、社会資本の整備や社会政策的な事業の実施など行政の一翼を担う法人である。

政府は、これまで、特殊法人の事業内容やその運営について、行政の減量化と新たな時代の要請にこたえる観点から、その合理化、効率化の推進に取り組んできた。

一連の特殊法人改革の中において、行政監察の結果に基づき、すべての特殊法人について統一的な財務内容の公開の基盤が整備されたことを受け、総務省行政評価局では、平成9年度から順次、公団・事業団を中心に34法人について財務調査を実施し、それぞれの法人の事務事業を経営分析的な観点から分析し、特殊法人が抱える大きな問題点や課題を提示することにより、その経営状況を全体的に評価する活動を展開してきた。

その後、特殊法人については、平成12年12月の「行政改革大綱」(閣議決定)に基づき、事業及び組織の全般についての抜本の見直しが行われ、13年12月には「特殊法人等整理合理化計画」が閣議決定されたところである。

特殊法人の事業の見直し等を中心とした調査は、このような特殊法人をめぐる状況の中で、財務調査において試みた経営状況の全体的な評価を行う手法に基づき、法人が抱える大きな課題をとらえ、その上に立って、事業の役割を始め、業務運営の全体構造を分析し、業務運営上の基本的な問題点及びその改善に関する基本的な方策を明らかにすることをねらいとするものである。

今回取り上げた社会保険診療報酬支払基金は、医療保険の保険者が保険医療機関に支払うべき診療報酬の迅速かつ適正な支払いを行い、併せて保険医療機関より提出された診療報酬請求書の審査を行うことを目的とした法人であり、現在、国民健康保険の保険者を除く被用者保険の各保険者から委託を受けて診療報酬の審査・支払に係る業務を行っている。

支払基金の取扱件数は年々増加し、平成12年度で約7億6千万件、同基金を通じて支払われる診療報酬の額は約11兆円に上っている。また、審査・支払に要する事務経費も増加の傾向にある。この事務経費は取扱件数に応じて保険者が負担することとなっており、昨今の保険者財政の悪化と相まって、同基金における業務の効率化、経費の縮減等が強く求められている状況にある。

この調査は、このような状況を踏まえ、社会保険診療報酬支払基金の財務の構造、審査・支払業務の運営の実態等を調査し、業務の合理化・効率化等に資することを目的として実施したものである。

目次

1 社会保険診療報酬支払基金の役割

- 2 財務の現状と課題
 - (1) 財務の現状
 - (2) 経営効率の検証の必要性
- 3 審査業務の効率化
 - (1) 審査事務共助の在り方の見直し
 - ア 審査業務の現状
 - イ 審査の精度の確保状況
 - ウ 審査業務の効率性
 - (2) レセプト電算処理システムへの参加の推進
- 4 審査に関する支部間差異の解消の促進

1 社会保険診療報酬支払基金の役割

社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)は、昭和23年9月、社会保険診療報酬支払基金法(昭和23年法律第129号。以下「支払基金法」という。)に基づき、政府若しくは健康保険組合、市町村若しくは国民健康保険組合、法律で組織された共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団(以下「保険者」という。)が、それぞれの保険制度を定めた法律に基づき行う療養の給付及びこれに相当する給付の費用について、保険医療機関に対して支払うべき費用(以下「診療報酬」という。)の迅速かつ適正な支払いを行い、併せて保険医療機関から提出された診療報酬請求書の審査を行うことを目的として設立された特殊法人である。

一方、審査及び支払に関する事務について、委託先として支払基金のほか国民健康保険団体連合会が対象とされている国民健康保険法(昭和33年法律第192号)を除き、関係法律等において、各保険者は、支払基金に対し委託することができる。現在、支払基金では、国民健康保険の保険者を除く被用者保険の各保険者から委託を受けて、診療報酬の審査及び支払に関する事務を行っている。

この事務を行うための経費は、支払基金法第19条に基づき、取扱件数に応じて保険者が負担する仕組みとなっており、具体的には、取扱件数に当該年度の支出見込総額を基に算出した取扱件数1件当たりの事務費単価を乗じた事務費収入により賄うこととなる。国からの補助金等は受けていない。

支払基金における平成12年度の取扱件数は7億6,000万件あり、これに伴い支払基金を通じて支払われた診療報酬額は10兆8,300億円に上っている。

支払基金は、法律上、保険者から診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託を受ける立場を付与され、現に、これら事務の委託を一手に引き受け、事実上、競争原理が働かない状態に置かれている。このため、自ら、経営の効率性を評価する仕組みを確立し、委託者である保険者の負担の軽減を図る等の観点から、絶えず、その評価を通じて経営の効率化を推進していくことが求められている。

なお、支払基金は、老人保健制度、退職者医療制度及び介護保険制度における拠出金等の徴収並びに市町村への交付金の交付業務も行っている。

2 財務の現状と課題

- (1) 財務の現状
支払基金における財産の状況(一般会計)をみると、資産総額は、平成12年

度末で7,495億円であり、この内訳は診療報酬の未収金3,426億円(45.7パーセント)、診療報酬支払のための現金・預金3,085億円(41.2パーセント)となっており、残りは土地・建物等984億円(13.1パーセント)となっている。

なお、未収金が多い理由は、支払基金が保険医療機関に支払う診療報酬を保険者に請求してからその払込を受けるまでに年度末をまたぐためである。

次に、損益の状況を見ると、平成12年度の費用は823億円と、元年度の1.4倍に増加している。これに対し、収入は、保険者からの事務費収入が、金利の低下に伴い急減してきた利息収入を埋め合わせる形で増大しており、全体として、費用に見合う収入が確保される仕組みになっており、収支は相償している。この結果、財務上は、費用がかさんでもその結果として損失は発生せず、また、経費削減の努力がなされたとしてもそれが利益となって現われることがなく、経営の効率化に対する支払基金の責任を評価し得るものとはなっていない。

さらに、費用と収入との関係を資金収支でみると、平成4年度を境に、これまで支出規模より大きかった事務費収入と利息収入との合計が、逆に、支出規模に比べ小さくて済むようになってきており、この限りにおいて、近年、保険者負担の増大が一定程度抑制されている状況がみられる。しかし、これは、平成3年度以前に多額の利息収入を基に積み立てた積立金を順次取り崩し、事務費単価の抑制を図ってきたものであり、資金収支の状況だけで、直ちに、支払基金の経営努力が成果を上げていると評価するには不十分である。今後、積立金が底をつけば、結局は、更なる保険者負担の増大、つまり、事務費単価の一層の増額を招くことになる。

支払基金が保険者からの委託を受け実施している審査業務及び支払業務は、それぞれ業務の効率化が図られることにより、事務費単価の上昇の抑制、さらにはその引下げを通じて、保険者負担の軽減が図られるものである。また、審査業務においては、保険医療機関から提出された診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)の審査を通じて支払額の適正化が図られているが、その効率化を図ることにより保険者の負担が軽減される余地が大きいものとなっている。

このため、支払基金における経営の効率性を評価するに当たっては、審査業務及び支払業務の効率化がどのように追求されているか、また、診療報酬請求に対する間違いレセプトの削減額と審査のコストがどのようなバランスとなっているかを検証することが必要となる。

(2) 経営効率の検証の必要性

支払基金の業務は、大きく分けて、性質の異なる2種類の業務から成っている。一つは、診療報酬の支払に先立ち、レセプトに記載された診療内容や請求点数が健康保険法(大正11年法律第70号)、保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年厚生省告示第54号)等(以下「審査のよりどころ」という。)に照らし誤りがないかどうかを審査し、不適切なものについては正しい請求点数に訂正する「審査業務」である。これは、職員による補助を受けつつ審査委員会の責任において処理されている。もう一つは保険医療機関から提出されたレセプトについて、集計ミスなど支払を行う上で支障となる記載上の誤り等の点検を行ったり、審査が終了した段階で、それらを保険者別に分類・集計した上で各保険者に必要な診療報酬を請求し、その払込を受けて各保険医療機関に支払うという一連の作業からなる「支払業務」である。支払業務は、単純な作業の積み重ねから成り、機械化による効率性の向上が比較的容易な分野である。

上記の各作業は毎月繰り返され、これらを遂行するため、審査委員のほかに、4,223人の職員が配置されている(平成11年度末現在)。これらの作業は順を追って処理されるものであるため、基本的には、これらの職員が全員作業の各段階に対応する形で配置され、審査業務又は支払業務に従事する態勢がとられている。

保険者が業務の実施の対価として支払基金に支払う事務費について、保険者

の負担水準を示す事務費単価でみると、昭和27年にレセプト1件当たり13.0円であったものが、35年に11.0円まで引き下げられたことがあるものの、その後は、現在の118.2円に至るまで上昇を続けている。事務費単価における支払業務と審査業務とに要する費用の割合をみると、昭和37年までは支払業務の方が審査業務より小さかったが、39年以降は、逆に、支払業務の方が大きくなっている。

これに対し、支払基金では、平成6年以降、レセプトOCR(光学的文字読取装置)処理システムの整備に取り組み、分類・集計作業の効率化を図っている。その結果、平成11年度には同システムの導入が完了し、支払業務で1月当り1万人日(500人分)に相当する業務量の縮減効果が得られたと評価している。ちなみに、これを事務費単価ベースで評価し直すと、約5円分の減額効果に当たる。

しかし、支払基金では、審査精度の向上を図るため、支払業務の効率化による500人分の要員合理化効果を審査の充実に振り向けており、事務費単価の引下げは行っていない。

このため、支払基金における経営の効率化への取組に対する評価を行うには、審査の精度を高めることがどれだけ成功したか、すなわち、レセプトの審査を通じて、減額すべきものの見過ごしがこれまでに比べてどれだけ解消されるようになったか、また、審査結果を疑問として行われる再審査請求に対する容認はどれだけ減少したか、その結果として、審査の充実が保険者負担の軽減に資するものとなったかが検証されなければならない。

一般に、審査業務への従事日数を増強すれば、間違いのあるレセプトの発見にプラスに作用するが、問題は、費用の投入に対応してどの程度の審査精度の向上が期待できるのか、また、その対応関係の評価できる諸条件が整っているか否かという点にある。

以下においては、支払基金における審査の仕組みの特徴を明らかにした上で、審査の過程で間違いのあるレセプトがどの程度発見されており、その実績はどのように評価されるべきものか、さらには、審査業務に要員を手厚く配置することの成果を分析し、審査業務において効率性を確保することの必要性や効率性の確保を通じた事務費単価の引下げ等保険者負担の軽減の可能性について検証していくこととする。

3 審査業務の効率化

(1) 審査事務共助の在り方の見直し

ア 審査業務の現状

支払基金におけるレセプトの審査は、都道府県ごとに置かれている各支部に設けられた審査委員会と本部に設けられた特別審査委員会で行われている。特別審査委員会では、レセプトの請求点数が42万点以上の高額のレセプトを審査の対象としている。各支部の審査委員会においても、請求点数が8万点以上のレセプトについては審査専門部会で重点的に審査を行っている。各支部の審査委員会は、いずれも、診療担当者代表、保険者代表及び学識経験者の三者各同数の医師である委員により構成される合議体であり、平成11年度末で4,527人の委員が配置されている。

審査委員会の審査は、保険医療機関等から提出されたレセプトの記載事項及び請求点数が、審査のよりどころに照らし誤っていないかを検討し、診療報酬額の審査査定を行うものである。審査対象となるレセプトは、毎月約5,000万件と膨大な量に達し、それらを限られた日数で処理しなければならない。

このため、支払基金では、審査を効率的に行うことを目的として、審査委員による審査に先立ち、支払業務及び審査業務に従事する4,223人の職員を事前の補助的な作業(以下「審査事務共助」という。)に当たらせている。

審査事務共助の実施に際しては、各支部とも、おおむね、地域別及び各保険医療機関別のレセプトを審査担当の各課に均等になるよう割り振り、各課では、それを職員の経験年数等を考慮して、業務量が均衡するように係、班

に配分している。

審査事務共助には、1. 審査委員会からの包括的な付託を受けて、審査のよりどころに照らして明らかに間違いであると判定できる事例について職員が事務的に整理、訂正する「事務付託」、2. 審査のよりどころに照らして間違いである可能性が高い事例について審査委員へ注意喚起を行うため、その旨を付せんに記載しレセプトに貼付する「疑義付せんの貼付」がある。

これに加えて、審査事務共助には、審査委員会における高点数レセプトの審査の便宜を図る観点から、請求点数が8万点以上のレセプトを抜き出す「抽出」、及び20万点以上(点数は支部により多少異なる。)のレセプトについて、主な診療内容を抜書票に記載する「抜き書き」がある。

なお、支払基金では、審査の充実を通じてレセプトの適正化を図り、審査に対する信頼性の確保を図るとともに、審査結果を活用して保険医療機関に対する指導を充実していくことにより、支払基金が請求額を減額する幅は減少していくこととしている。

1 審査の精度の確保状況

審査委員会では、平成11年度に、5億9,180万件のレセプトを審査し、全体の1.4パーセントに当たる810万件について請求額を減額している。このうち、事務付託に係る75万件(全体の0.13パーセント)については、そのすべての減額が審査委員会において了承され、また、疑義付せんに貼付した683万件(同1.2パーセント)についても、その76パーセントに当たる516万件が減額されている。審査事務共助で疑義等が指摘され、審査委員会での減額に結びついたもの(591万件)の割合は、減額件数全体の73パーセントを占めており、審査事務共助が審査委員会の審査を支えるものとなっている。

一方、保険者においても、支払基金の審査を経て診療報酬を支払ったレセプトについて、更に事後的に点検を行い、疑問のあるものについては、支払基金に対し再審査請求を行っており、再審査請求の98パーセントは保険者からのものとなっている。平成11年度の支払基金に対する1,700万件の再審査請求のうち、350万件において過払いが確認され、審査委員会においてこれを減額する裁定(以下「容認」という。)が行われている。この容認の件数はレセプト全体の0.6パーセントを占めている。

ちなみに、容認件数に占める事務付託及び疑義付せんの貼付の対象件数割合について、当省が支払基金の13支部を調査した結果を基に推計すると、審査事務共助で事務付託又は疑義付せんの貼付を行うべきであったとみられるものが324万件と、容認件数の9割を占める計算になる。これは、審査事務共助を経て減額された591万件の5割強に相当する件数である。

このようなことから、支払基金の審査においては、間違いレセプトが職員の行う審査事務共助の段階で発見されないことが多く、しかも、それが審査委員会の審査においても見過ごされていると推測される。

こうした状況にあって、支払基金では、再審査における容認件数の減少を当面の重要課題と位置付け、平成11年度から13年度までの3年間でこれを半減させる計画を立て、これを達成するため、共助事務に充てる職員の割合を増やし、職員の審査事務共助能力の向上、疑義付せん貼付目標の設定等による間違いレセプトの発見率(以下「間違い発見率」という。)の向上に取り組んでいる。ただし、容認件数は、保険者による事後的な点検の実施状況に、また、間違い発見率は、保険医療機関のレセプト作成能力にも影響されることから、こうした努力がどのような効果をもたらしたのかを正しく判定するためには、その前提として、間違いレセプトがそもそもどの程度含まれているのか、間違い発見率や容認率などの基本的な業務指標が長期的にどのように推移しているのかといった点が明らかにされることが必要である。

なお、保険医療機関から提出されたレセプトに間違いレセプトがどの程度含まれているのかについては、保険者からの再審査請求に対する支払基金

の平成10・11年度の容認実績から単純に類推すると、全体として、支払基金による減額実績の約1.5倍となる。保険者別の容認実績には大きな開きがみられ、例えば、政府管掌健康保険の容認実績は、支払基金による減額実績の20パーセント弱であるが、健康保険組合の場合、これが減額実績と同程度であり、保険者段階での点検において支払基金の見過ぎの多くがカバーされている状況がうかがえる。しかし、保険医療機関から提出されるレセプトに含まれる間違いレセプトの割合は、保険者によって大きく異なる性質のものではない。そこで、容認実績が最大の健康保険組合の場合を基に推計すると、間違いレセプトは、少なくとも、支払基金が現に発見しているものの2倍程度含まれている可能性がある。

このように、審査事務共助が的確に行われていない原因は、単純計算で、職員1人1日当たり1,300件、1件当たり19秒という短時間で多数のレセプトを点検しなければならないという条件の下で行われており、レセプトの点検がどこまで注意深くできるのか危ぶまれる状況にあることによるとみられる。しかも、点検するレセプトのほとんどに間違いが含まれていないと推測されることから、職員が集中力を効果的に発揮してチェックできる状況にないと推察される。

以上、審査の精度を確保し、それを向上させること自体の必要性を否定するものではないが、支払基金において審査の精度が十分に確保されない原因が審査事務共助の段階での間違いレセプト発見の困難性にあると考えられることから、支払基金が共助事務に充てる要員の割合を増やすという方法（審査コストの増大）でそれを達成しようとするのであれば、目標を達成するためにはどれぐらいの費用が必要となるか、それは費用を負担する保険者に対しても負担に見合う成果をもたらすものであるかの検証が行われなければならない。

ウ 審査業務の効率性

レセプトの請求点数の分布をみると、下は数十点（1点は10円に相当）から上は100万点を超えるものまで大きな幅があり、1件平均では約2,800点である。このうち、1,000点未満のものが54パーセント、2,000点未満のものが80パーセント近くを占めているように、各支部において審査されているものは、低点数のレセプトが大半である。一方、高点数のレセプトをみると、42万点以上のものが0.001パーセント、8万点以上のものが0.1パーセント、さらに1万点以上のものでも3.8パーセントを占めるに過ぎない。

請求点数と間違い発見率との関係を見ると、平成11年度の全体の間違い発見率は1.4パーセントであるが、これを高点数のレセプトでみると、42万点以上では90.2パーセント、8万点以上では41.6パーセントと高く、一方、8万点未満では1.3パーセントと間違い発見率が低くなっており、高点数のレセプトほど間違い発見率が高い状況がみられる。

次に、これに対応するレセプト審査の費用と削減額との関係を見ると、平成11年度の全体では、レセプト1件当たりの費用が57円であるのに対し、削減額は53円となっており、削減額が費用をやや下回っているが、高点数のレセプトでみると、42万点以上では1件当たりの費用2.0万円に対して削減額は29万円、8万点以上では1件当たりの費用0.5万円に対して削減額は0.9万円となっているなど、削減額が費用を大きく上回っている状況がみられる。逆に、8万点未満では、1件当たりの費用49円に対して削減額は37円で、削減額が費用を下回っている。8万点未満のどこかに削減額が費用を下回る分岐点が存在するものと推定されるが、ちなみに、それが1万点であると仮定すると、費用対効果の面でバランスが失われる範囲は総件数の約96パーセントに、また、分岐点が2,000点であると仮定しても、その範囲は約80パーセントに及ぶこととなり、大半のレセプトについて審査事務共助が

費用と削減額のバランスを欠いているものとみられる。

なお、支払基金の各支部では、レセプトOCR処理システムの整備が完了したことを契機に、審査業務に充てる時間を大幅に拡大するとともに、従来各課に分散して実施していた特定の保険医療機関のレセプトに係る審査事務共助を集約して特定の課で実施する体制を整備した。この結果、これらのレセプトについては、平均して請求点数が高く間違いレセプトが多く含まれるため点検に時間を要することから、1件当たりの費用は93円と平均より高いものの、削減額が232円と費用を上回っていることが明らかになった。このことから、共助事務の重点化を図ることが審査業務における費用と削減額のバランスの確保につながるということが明らかとなっている。

以上、審査業務における費用と削減額との関係については、現状では、全体としてみると、レセプト1件当たりの費用57円に対し、削減額は53円で費用に見合うものとなっておらず、審査の在り方を見直す余地があることを示している。これは、審査業務の中で大きなウェイトを占める審査事務共助において、もともと間違いレセプトの含まれる割合が小さく、人手による作業ではその間違いを発見しにくい低点数のレセプトのチェックが、事務量全体の過半を占める状況にあることから、共助事務に充てる要員の割合を増やして間違い発見率を上げようとしても、もともと削減が可能となる額が費用(人件費)を上回することは期待できないことによる。

このように、審査業務においては、共助事務に充てる要員の割合を増やしても、審査に要する費用と削減額とのバランスを回復することは難しく、一層そのかい離が進む結果を招くおそれがあることから、共助事務に充てる要員配置の見直しが避けて通れない課題となっている。

したがって、厚生労働省は、審査業務の効率性を高め、保険者負担の軽減を図る観点から、支払基金に対し、共助事務に充てる要員配置の見直しを行うとともに、共助事務の重点化などその在り方を見直すことによって、事務費単価の引下げを実現していくよう指導する必要がある。

(2) レセプト電算処理システムへの参加の推進

上述したように、支払基金の審査業務は、膨大なレセプトの中から間違いレセプトを見つけ出す作業であるため、職員がどこまで注意深く、また、集中力を効果的に発揮して点検できるかという問題があり、単にマンパワーを投入しても成果を得るには自ずと限界がある。

このような状況も踏まえ、政府は「特殊法人の整理合理化について」(平成7年2月24日閣議決定)において、「支払基金については、レセプト電算処理システムの構築により、審査・支払業務の合理化、効率化を図ること」とした。レセプト電算処理システムは、保険医療機関が支払基金に対する診療報酬の請求に使用している紙レセプトをフロッピーディスク等の磁気媒体によることとし、保険医療機関、審査支払機関(注)及び保険者を通じた一貫した整合性のあるシステムとして構築するもので、厚生労働省が審査支払機関と連携を図りながらその整備を推進しているものである。同システム導入の効果として、支払基金における審査及び支払業務の迅速化・効率化が図られるとともに、間違いレセプトの見直しを未然に防止することが期待されているところである。

(注)審査支払機関とは、支払基金及び国民健康保険団体連合会のことである。

レセプト電算処理システムの点検機能として、1.算定回数が月1回と限定されている診療行為を2回以上算定しているなど、審査のよりどころに照らして、明らかに間違いと分かる事項の訂正(事務付託に相当)、2.審査のよりどころに照らして間違いである可能性が高い事項についての警告表示(疑義付せんの貼付に相当)を行うことができる。

ただし、大多数が問題のないレセプトであることから、レセプト電算処理システムにより問題がないと判定されるレセプトを選別することが可能となれば、審査事務共助の軽減が図られるが、現在のシステムでは、技術的にこれが可能であ

るにもかかわらず問題のないレセプトの選別を想定しておらず、現に、その機能が付与されていない。

支払基金では、昭和59年からレセプト電算処理システムの構築を始め、全国どこでも希望する保険医療機関が審査支払機関に届け出て同システムへ参加できるよう条件整備を進めるとの厚生労働省の方針の下に、医科について先行して整備を進め、平成11年4月までに47全支部で同システムの受入体制を整えた。この整備に当たり、ソフト開発に43億円、ホストコンピュータのレンタル料や端末機器等の配備に86億円、計129億円の経費が投入されている。しかし、レセプト電算処理システムによる請求の占める割合は、0.4パーセント(平成12年度末現在)と極めて小さく、支払基金では同システムによる処理がほとんど行われていない状態にある。

今回、レセプト電算処理システムがほとんど普及していない原因等について、厚生労働省、支払基金(本部及び13基金支部)及び保険医療機関等を調査した結果、次のような状況がみられた。

診療報酬の請求は、紙でもレセプト電算処理システムに対応した磁気媒体でも認められており、保険医療機関では、以下のような理由から、従来どおり紙による請求を行っている。

1. 磁気媒体による診療報酬請求を行う場合には、レセプト電算処理システムに対応した磁気媒体に限られていることから、既に電算化している保険医療機関も、厚生労働省が指定した傷病名マスタ(傷病名とこれに対応するコード番号が付された一覧)等に傷病名コードを合致させることが必要となる。そのためにはソフトウェアの組換え等に多額の経費を要し、これは保険医療機関の負担となるが、この経費負担に見合うメリットがない。
2. 現在、多くの保険医療機関は、医学の進展に伴い大幅に改定された最新の国際疾病分類(注)に準拠した傷病名を使用している。しかし、厚生労働省がレセプト電算処理システムで使用するよう指定した傷病名マスタは、旧来の国際疾病分類に準拠しているため、これに該当する傷病名がない場合には、逐一傷病名を文字入力しなくてはならないなど保険医療機関にとって使いづらいものとなっている。

(注)「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」の通称であり、世界保健機関(WHO)の勧告に基づき作成された疾病、傷病及び死因の国際的な統計分類である。

3. 同じ病名でも患者によって訴える症状等が異なることから、その診療内容や処方する薬は、医師の判断により複雑多岐にわたる。レセプト電算処理システムによりレセプトが点検されると、その結果が審査結果に大きく影響すると考えられることから、例えば、医薬品の投与に関し、患者個々の病状等により判断すべきものが、薬事法(昭和35年法律第145号)上の効能効果が示されていないとして機械的に保険が適用されなくなるなど保険適用の範囲が狭められ、ひいては、本来、医師の判断による診療内容が画一化される危惧がある。

これに対して、厚生労働省は、1.経費負担に見合うメリットがないとのことについて、大病院におけるレセプト電算処理システムの導入事例の紹介など具体的な事務効率化等のメリットを示し、保険医療機関の理解を得たい、2.傷病名マスタの見直しについて、専門家による検討に着手したところであり、平成13年度中を目途に見直し案を作成する、3.診療内容の画一化に対する危惧について、保険医療機関における具体的な事務効率化のメリットを示すことに併せ、レセプト電算処理システムが診療報酬請求事務の効率化のためのものであることへの理解を得たいとしている。

しかしながら、厚生労働省のこれまでの取組では、経費負担に見合うメリットに関する説得的な材料が得られていないなど十分とは言えず、このままでは保険医療機関への普及が飛躍的に拡大することは見込めず、これまで投入してきたソフト開発費を除いたホストコンピュータレンタル料や端末機器等の整備に係る経費約86億円が無駄になるおそれがある。

なお、平成13年12月26日、厚生労働省医政局長主宰の検討会による提言「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」においては、レセプト電算処理について、16年度までに全国の病院レセプトの5割以上、18年度までに7割以上に普及するよう目標が示されており、厚生労働省としても、この提言に沿って推進していくことを表明している。

レセプト電算処理の普及拡大については、保険医療機関の理解と協力が得られるような効果的な取り組みを行うことが肝要である。

4 審査に関する支部間差異の解消の促進

支払基金が行うレセプトの審査は、審査のよりどころに照らして行われ、公平であることが求められている。しかし、具体的な診療内容の実態に即して判断すべきものの中には、診療内容が同一とみられるにもかかわらず、支払基金の支部によって、保険適用の有無や医薬品の使用方法の適否について、審査上の取扱いが異なっているものがあるとの指摘がある。

支払基金では、これを受け、平成7年8月、「審査に関する支部間差異解消のための検討委員会」（以下「検討委員会」という。）を設置し、保険者から再審査請求のあった事案を基に、診療内容が同一であるとみられるケースでありながら支部間で審査上の取扱いが異なっている事例の選定を行い、これまでに、237事例について支部間差異の実態を明らかにした資料を作成し、審査に際しての参考情報として各支部に送付している。

しかし、検討委員会では、各支部への情報の提供に際し、これらの事例の分析又は検討を通じて議論された各委員の意見を集約し、各事例ごとに審査上の取扱いの適否の判断を示すといった作業は行っていない。このため、審査上の取扱いについて、ごく一部の支部のみが他の多くの支部と違った取扱いをしている場合のように、取りまとめの結果が示されることにより、自ずと各支部が自らの判断で差異の解消を図ることができるケースを除き、各支部とも、多くの事例について従来どおりの審査を行っているのが実状である。

ちなみに、平成7年度から9年度までに各支部に情報が提供された150事例のうち44事例は、この間、各支部における審査上の取扱いが従来と大きく変わらず、支部間の差異が解消に向かって進展しているとはみられない状況にある。検討委員会において、これらのうち32事例についてその要因を分析したところ、25事例は、医薬品の使用に係る薬価基準上の評価に関するものであり、医薬品の使用が当該医薬品の承認内容の範囲内であるか否かが争点となるケースであった。このようなケースにおける審査委員会の審査上の取扱いに関する判断は、i) 疑義がある場合は認めない、ii) 臨床現場の判断を尊重し認めるというように、どちらか一方に機械的な判断をしている支部と、iii) 個々の事例に即して認めるか認めないかを決定するとしている支部に分かれている状況がみられる。また、当省が、再審査請求に対する審査結果を通じて把握した差異事例も、これらと同様に、いずれも医薬品の使用に関し承認内容の範囲内であるか否かについて、支部間で判断に差異が生じているケースである。

このような場合における審査上の取扱いについて、厚生労働省は、医薬品の使用が承認内容の範囲内であるか否かは、患者の病態を勘案しない限り判断できないものであることから、各支部が薬事法上の効能効果を機械的に適用することによって、支部間において審査の仕方にアンバランスが生じることのないようにすべきであるとの見解を明らかにしている。

なお、支払基金では、審査の基準となる厚生労働省通知等の内容が明確でなく、それが支部間差異の発生の原因となっているとみられるものについて、厚生労働省に具体的な取扱いを明らかにするよう要望している。その結果、平成12年4月の診療報酬点数表の改正に合わせて、16事例についての保険適用に関する審査上の取扱いが、疑義解釈通知等により明確化された。

したがって、厚生労働省は、審査の支部間差異の解消を促進し、審査の公平を期

す観点から、支払基金に対し、医薬品の使用方法の審査に当たっては、薬事法上の
の効能効果を機械的に適用することによって支部間において審査上の取扱いにア
ンバランスが生じることのないよう改めて徹底を図る必要がある。