

日医発第1101号(保248)
平成24年2月24日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
原 中 勝 征

「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する
事務の取扱いについて」の一部改正について

健康保険組合が特定の保険医療機関と合意して自ら診療報酬の審査及び支払の事務を行う場合（直接審査）の取扱いにつきましては、平成14年12月25日付け保発第1225001号「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて」（以下、「取扱い通知」という。）及び取扱い通知の別添1「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱い要領」（以下、「取扱い要領」という。）により取り扱われているところではありますが、現時点で合意している保険医療機関はない状況にあります。

今般、厚生労働省に設置された「審査支払機関の在り方に関する検討会」が平成22年12月にとりまとめた「中間的整理」（添付資料3参照）の中で、「医科・歯科レセプトの直接審査の紛争処理ルールの整備（平成22年度中通知改正）」が盛り込まれたことに伴い、厚生労働省保険局長より、別添のとおり、取扱い通知を改正する旨、通知されましたのでご連絡申し上げます。

具体的には、従来、健康保険組合が自ら診療報酬の審査及び支払を行う場合、審査内容に関する見解の相違や支払遅延等の紛争の発生に備え、健康保険組合と保険医療機関との間で、紛争が生じた場合の処理ルールについて、具体的な取決めがなされている必要があるとされていたところですが、この取扱いに加え、健康保険組合が社会保険診療報酬支払基金（支払基金）との間で、保険医療機関の不服を踏まえた適正な審査に関する意見を受ける別途の契約を締結したときは、当該処理ルールについて健康保険組合と保険医療機関との間で具体的な取決めがなされたものとするとして、平成24年3月1日より適用されることとなりました。（保険医療機関からの不服申立続手続きは、支払基金における通常の再審査の例によるとされております。）

その他、健康保険組合が診療報酬の直接審査を行うにあたって、合意（契約）した保険医療機関の追加・解除等に係る公表の方法についての取扱いが見直されております。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、健康保険組合が自ら診療報酬の審査及び支払の事務を取り扱うことができるのは、上記取扱い要領において、健康保険組合と保険医療機関が合意（契約）した場合のみとされており、また、同取扱い要領において、健康保険組合が審査支払機関に委託せず直接診療報酬の審査及び支払を行うにあたっては、適正かつ円滑な審査及び支払が確保されるよう、公平な審査体制が確保されていること等の要件が定められているところであり、この点につきましては従来と同様でありますことを申し添えます。

(添付資料)

1. 「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて」の一部改正について（平 24. 2. 20 保発 0220 第 1 号 厚生労働省保険局長）
2. 健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて（（改正後の通知）平 14. 12. 25 保発第 1225001 号 厚生労働省保険局長）
 - ・別添 1 健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱い要領
 - ・別添 2 健康保険組合同約例（改正 平成 24 年 2 月 20 日）
3. 「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理（平成 22 年 12 月 厚生労働省保険局）



保発0220第1号
平成24年2月20日

健康保険組合理事長 殿

厚生労働省保険局長

「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて」の一部改正について

健康保険組合が自ら診療報酬の審査・支払の事務を行う場合の取扱いについては、「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて」（平成14年12月25日保発第1225001号）で示していますが、この手続きを明確化するため、同通知の一部を下記のとおり改正しましたので、御了知ください。

なお、健康保険組合が診療報酬の審査・支払の事務を行う場合、規約に定める重要事項（健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）第4条第3項）に当たるため、規約変更の認可が必要ですので、念のため申し添えます。

記

1 改正の趣旨

健康保険組合は、特定の保険医療機関（以下「対象医療機関」という。）と合意し、診療報酬の審査及び支払を自ら行うこと（以下「診療報酬の直接審査支払」という。）ができるが、

イ 審査内容に関する見解の相違や支払の遅延など審査及び支払に関する紛争の発生に備え、紛争が生じた場合の処理ルールについて健康保険組合と対象医療機関との間で具体的な取決めがなされる必要がある。その際、社会保険診療報酬支払基金との間で、対象医療機関の不服を踏まえた適正な審査に関する意見を受ける別途の契約を締結したときは、紛争が生じた場合の処理ルールについて健康保険組合と対象医療機関との間で具体的な取決めがなされたものとした。

ロ 健康保険組合が診療報酬の直接審査を行う場合、あらかじめ組合会に諮り、その旨を規約に明記する必要があるが、個別の対象医療機関の追加・解除については、被保険者や審査支払の関係者に情報提供することで十分

であり、必ずしも組合会の意思決定を要しないと考えられることから、医療機関の名称を規約に記載する取扱いを見直し、ホームページで公表するなど適切な公表を求める取扱いとした。

2 改正の内容

- イ 別添1の1(1)中「と合意した場合には」を「と合意(この合意の解除に関する事項を含む。)した場合には」に改める。
- ロ 別添1の1(2)中「との合意内容等につき組合会に諮るとともに、当該医療機関の名称等」を「の名称等をホームページに公表するとともに、その旨」に改め、「すること。」の下に「ただし、健康保険組合がホームページを開設していない場合は、代替的な手段として、現行の規約で定める公示(掲示板への掲示・組合報への掲載等)を行うことも差し支えないこと。」を加え、「(「別添2」の「健康保険組合同規約例(昭和36年6月23日保発第38号)」を「(別添2)の健康保険組合同規約例」に改める。
- ハ 別添1の2(2)中「老人医療及び」を削り、「第13条第2項又は第3項」を「第15条第2項又は第3項」に改める。
- ニ 別添1の3(1)中「第110条第11項」を「第110条第7項」に改める。また、「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)」を「診療報酬の算定方法(平成20年3月5日厚生労働省告示第59号)」に改める。
- ホ 別添1の3(5)中「地方社会保険事務局との密接な連携の下に、」を削る。
- ヘ 別添1の4(2)中「必要である。」を「必要であること。」に改める。
- ト 別添1の4(3)中「別に定める「個人情報保護の徹底について」(平成14年12月25日保発第1225003号当職通知)及び「健康保険組合における個人情報保護の徹底について」(平成14年12月25日保発第1225001号厚生労働省保険局保険課長通知)」を「「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインについて」(平成16年12月27日保発第1227001号当職通知)」に改める。
- チ 別添1の5中「文書により取り交わすこと。」の下に「なお、健康保険組合が診療報酬の審査及び支払に関する事務を行うことに伴い、対象医療機関との間に紛争が生じた場合において、健康保険組合が、基金との間でその対象医療機関の不服を踏まえた適正な審査に関する意見を受ける別途の契約を締結したときは、紛争が生じた場合の処理ルールについて健康保険組合と対象医療機関との間で具体的な取決めがなされたものとする。この場合において、その対象医療機関から健康保険組合に申し立てられる不服の申立て手続き等については、基金において通常行われている再審査の例によることとする。」を加える。

リ 別添1の6(1)中「健康保険法第27条、第29条」から「第27条、」を削る。

ヌ 別添2「健康保険組合同約例」第40条の2中「保険医療機関」の下に「の名称及び所在地」を加え、「次(別表)のとおりとする。(1)何々病院所在地 (2)何々診療所 所在地」を「別にホームページに掲げるものとする。」に改める。

3 適用日 平成24年3月1日

(改正後の通知)
保発第1225001号
平成14年12月25日

健康保険組合理事長

厚生労働省保険局長

健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて

健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務については、「健康保険組合における診療報酬の支払に関する件」(昭和23年8月21日保発第42号各都道府県民生部保険課長宛厚生省保険局長通知)により、社会保険診療報酬支払基金に委託するよう指導してきたところであるが、今般、同通知を廃止するとともに、「別添1」のとおり取り扱うこととしたので、ご了知願いたい。

(別添1)

改正 平成24年2月20日

健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱い要領

1 健康保険組合等による審査及び支払

- (1) 健康保険組合は、特定の保険医療機関(以下「対象医療機関」という。)と合意(この合意の解除に関する事項を含む。)した場合には、自ら審査及び支払に関する事務を行えること。また、この場合、健康保険組合は、当該事務を社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)以外の事業者(以下「事業者」という。)に委託することも可能であること。なお、その再委託は行わないこと。
- (2) 健康保険組合は、対象医療機関の名称等をホームページに公表するとともに、その旨を規約に明記すること。
ただし、健康保険組合がホームページを開設していない場合は、代替的な手段として、現行の規約で定める公示(掲示版への掲示・組合報への掲載等)を行うことも差し支えないこと。(別添2)の健康保険組合同規約例の改正を参照のこと。)

2 対象となる診療報酬請求書

- (1) 健康保険組合が自ら審査及び支払に関する事務を行う場合(1の(1)により事業者に委託する場合を含む。)には、下記(2)に掲げるものを除き、対象医療機関で受診した当該健康保険組合の被保険者及び被扶養者(以下「被保険者等」という。)に係るすべての診療報酬請求書を対象とすること。
- (2) 公費負担医療(社会保険診療報酬支払基金法(昭和23年法律第129号)第15条第2項又は第3項に規定する事務に係るものをいう。)に係る診療報酬請求書の審査及び支払に関する事務については、従来どおり、基金が取り扱うこと。

3 公正な審査体制

- (1) 健康保険組合は、健康保険法(大正11年法律第70号)第76条第4項(同法第110条第7項において準用する場合を含む。)の規定に基づき、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)及び診療報酬の算定方法(平成20年3月5日厚生労働省告示第59号)の規定に照らして適正な審査を行うことが必要

である。このため、審査対象となる各診療科について十分な知識と能力を有する医師又は歯科医師(以下「医師等」という。)等に審査を担当させるなど適正な審査を行える体制を確保すること。

- (2) 対象医療機関の医師等が審査を行ってはならないこと。
- (3) 健康保険組合が審査及び支払に関する事務を事業者に委託する場合には、当該事業者は本要領によって健康保険組合に求められる適正な審査体制を確保するとともに、健康保険組合は必要な指導監督を行うこと。
- (4) 健康保険組合は、対象医療機関から診療報酬請求書の作成を委託されている者に、審査及び支払に関する事務を委託してはならないこと。

なお、対象医療機関から診療報酬請求書の作成を委託されている者と実質的に同一又は子会社等とみなされる場合も同様であること。

- (5) 地方厚生(支)局は、健康保険組合又は事業者の審査の適正を確保するため、審査の基本方針や審査状況(査定率、査定理由など)について、健康保険組合に対し、必要な報告を求めるなどの指導監督を行うものであること。

4 個人情報保護

- (1) 健康保険組合においては、被保険者等の個人情報が漏えいしないよう、万全を期すること。このため、サービス規程等において職員の守秘義務を明記するとともに、個人情報に関する取扱責任者を定め、個人情報の取扱いに関し、漏えい、滅失又はき損(以下「漏えい等」という。)の防止その他個人情報の保護のために必要かつ適切な措置を講ずること。
- (2) 健康保険組合が診療報酬請求書の審査及び支払に関する事務を事業者に委託する場合には、当該事業者は、本要領により健康保険組合に求める個人情報の保護に関する措置をとることが必要であること。健康保険組合は、当該事業者にこれらの措置を適切に行わせる責任を有するものであり、当該事業者に対し、必要な指導監督を行うこと。

なお、委託契約上に、事業者が個人情報の漏えい等をした場合の損害賠償や契約解除に関する規定を明記すること。

- (3) 以上を含め、個人情報の保護については、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインについて」(平成16年12月27日保発第1227001号当職通知)に従い、

その徹底を図ること。また、これに反した場合には、健康保険組合に対し必要な行政処分を行うとともに、違反した健康保険組合又は事業者の公表を行うものであること。

5 紛争処理ルールの明確化

審査内容に関する見解の相違や支払の遅延など審査及び支払に関する紛争の発生に備え、支払期日を明確にするとともに、紛争が生じた場合の処理ルールについて、健康保険組合と対象医療機関の間で、あらかじめ具体的な取決め(例えば、審査結果について当事者間で合意が得られない場合には審査に携わる医師以外の中立的な医師による調整に従うこと、事業者の支払が遅延した場合には健康保険組合が支払うこと等)を文書により取り交わすこと。

なお、健康保険組合が診療報酬の審査及び支払に関する事務を行うことに伴い、対象医療機関との間に紛争が生じた場合において、健康保険組合が、基金との間でその対象医療機関の不服を踏まえた適正な審査に関する意見を受ける別途の契約を締結したときは、紛争が生じた場合の処理ルールについて健康保険組合と対象医療機関との間で具体的な取決めがなされたものとする。この場合において、その対象医療機関から健康保険組合に申し立てられる不服の申立て手続等については、基金において通常行われている再審査の例によることとする。

6 その他

- (1) 地方厚生(支)局においては、健康保険法第29条の規定等に基づき、健康保険組合に対し、必要な審査体制、個人情報保護、その他の状況につき適宜報告を求め、必要な指導監督を行うものであること。
- (2) 対象医療機関は、保険医療機関である以上、すべての被保険者を平等に取り扱うべきであり、また、健康保険組合は、患者のフリーアクセスを阻害することがあってはならないこと。

(健康保険組合同約例)

改正 平成24年2月20日

新	旧
<p>第1条～第40条 (略)</p> <p>(組合による審査支払)</p> <p>第40条の2 この組合が法第76条第4項の規定により自ら審査及び支払に関する事務を行う保険医療機関の名称及び所在地は、別にホームページに掲げるものとする。</p> <p>第41条～第65条 (略)</p>	<p>第1条～第40条 (略)</p> <p>(組合による審査支払)</p> <p>第40条の2 この組合が法第76条第4項の規定により自ら審査及び支払に関する事務を行う保険医療機関は、次(別表)のとおりとする。</p> <p>(1) 何々病院 所在地</p> <p>(2) 何々診療所 所在地</p> <p>第41条～第65条 (略)</p>

○健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて(平成14年12月25日保発第1225001号)
新旧対照表

改 正 後	現 行
<p>健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱い要領(別添1)</p> <p>1 健康保険組合等による審査及び支払 (1) 健康保険組合は、特定の保険医療機関(以下「対象医療機関」という。)と合意(この合意の解除に関する事項を含む。)した場合には、自ら審査及び支払に関する事務を行えること。また、この場合、健康保険組合は、当該事務を社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)以外の事業者(以下「事業者」という。)に委託することも可能であること。なお、その再委託は行わないこと。 (2) 健康保険組合は、対象医療機関の名称等をホームページに公表するとともに、その旨を規約に明記すること。 <u>ただし、健康保険組合がホームページを開設していない場合は、代替的な手段として、現行の規約で定める公示(掲示板への掲示・組合報への掲載等)を行うことも差し支えないこと。(別添2)の健康保険組合規約例の改正を参照のこと。</u></p> <p>2 対象となる診療報酬請求書 (1) (略) (2) 公費負担医療(社会保険診療報酬支払基金法(昭和23年法律第129号)第15条第2項又は第3項に規定する事務に係るものをいう。)に係る診療報酬請求書の審査及び支払に関する事務については、従来どおり、基金が取り扱うこと。</p> <p>3 公正な審査体制 (1) 健康保険組合は、健康保険法(大正11年法律第70号)第76条第4項(同法第110条第7項において準用する場合を含む。)の規定に基づき、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)及び<u>診療報酬の算定方法(平成20年3月5日厚生労働省告示第59号)の規定に照らして適正な審査を行うことが必要である。このため、審査対象となる各診療科について十分な知識と能力を有する医師又は歯科医師(以下「医師等」という。)等に審査を担当させるなど適正な審査を行える体制を確保すること。</u> (2)～(4) (略)</p>	<p>健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取扱い要領(別添1)</p> <p>1 健康保険組合等による審査及び支払 (1) 健康保険組合は、特定の保険医療機関(以下「対象医療機関」という。)と合意した場合には、自ら審査及び支払に関する事務を行えること。また、この場合、健康保険組合は、当該事務を社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)以外の事業者(以下「事業者」という。)に委託することも可能であること。なお、その再委託は行わないこと。 (2) 健康保険組合は、対象医療機関との合意内容等につき組合会に諮るとともに、<u>当該医療機関の名称等を規約に明記すること。(「別添2」の「健康保険組合規約例(昭和36年6月23日保発第38号)」の改正を参照のこと。</u></p> <p>2 対象となる診療報酬請求書 (1) (略) (2) 老人医療及び公費負担医療(社会保険診療報酬支払基金法(昭和23年法律第129号)第13条第2項又は第3項に規定する事務に係るものをいう。)に係る診療報酬請求書の審査及び支払に関する事務については、従来どおり、基金が取り扱うこと。</p> <p>3 公正な審査体制 (1) 健康保険組合は、健康保険法(大正11年法律第70号)第76条第4項(同法第110条第11項において準用する場合を含む。)の規定に基づき、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)及び<u>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)の規定に照らして適正な審査を行うことが必要である。このため、審査対象となる各診療科について十分な知識と能力を有する医師又は歯科医師(以下「医師等」という。)等に審査を担当させるなど適正な審査を行える体制を確保すること。</u> (2)～(4) (略)</p>

改 正 後	現 行
<p>(5) 地方厚生（支）局は、健康保険組合又は事業者の審査の適正を確保するため、審査の基本方針や審査状況（査定率、査定理由など）について、健康保険組合に対し、必要な報告を求めるなどの指導監督を行うものであること。</p> <p>4 個人情報の保護</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 健康保険組合が診療報酬請求書の審査及び支払に関する事務を業者に委託する場合においては、当該事業者は、本要領により健康保険組合に求める個人情報の保護に関する措置をとることが必要であること。健康保険組合は、当該事業者にこれらの措置を適切に行わせる責任を有するものであり、当該事業者に対し、必要な指導監督を行うこと。</p> <p>なお、委託契約上に、事業者が個人情報の漏えい等をした場合の損害賠償や契約解除に関する規定を明記すること。</p> <p>(3) 以上を含め、個人情報の保護については、「<u>健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインについて</u>」（平成16年12月27日保発第1227001号当職通知）に従い、その徹底を図ること。また、これに反した場合には、健康保険組合に対し必要な行政処分を行うとともに、違反した健康保険組合又は事業者の公表を行うものであること。</p> <p>5 紛争処理ルールの明確化</p> <p>審査内容に関する見解の相違や支払の遅延など審査及び支払に関する紛争の発生に備え、支払期日を明確にするとともに、紛争が生じた場合の処理ルールについて、健康保険組合と対象医療機関の間で、あらかじめ具体的な取決め（例えば、審査結果について当事者間で合意が得られない場合には審査に携わる医師以外の中立的な医師による調整に従うこと、事業者の支払が遅延した場合には健康保険組合が支払うこと等）を文書により取り交わすこと。</p> <p>なお、健康保険組合が診療報酬の審査及び支払に関する事務を行うことに伴い、対象医療機関との間に紛争が生じた場合において、健康保険組合が、基金との間でその対象医療機関の不服を踏まえた適正な審査に関する意見を受ける別途の契約を締結したときは、紛争が生じた場合の処理ルールについて健康保険組合と対象医療機関との間で具体的な取決めがなされたものとする。この場合において、その対象医療機関から健康保険組合に申し立てられる不服の申立て手続等については、基金において通常行われている再審査の例によることとする。</p>	<p>(5) 地方厚生（支）局は、<u>地方社会保険事務局との密接な連携の下に、健康保険組合又は事業者の審査の適正を確保するため、審査の基本方針や審査状況（査定率、査定理由など）について、健康保険組合に対し、必要な報告を求めるなどの指導監督を行うものであること。</u></p> <p>4 個人情報の保護</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 健康保険組合が診療報酬請求書の審査及び支払に関する事務を業者に委託する場合においては、当該事業者は、本要領により健康保険組合に求める個人情報の保護に関する措置をとることが必要である。健康保険組合は、当該事業者にこれらの措置を適切に行わせる責任を有するものであり、当該事業者に対し、必要な指導監督を行うこと。</p> <p>なお、委託契約上に、事業者が個人情報の漏えい等をした場合の損害賠償や契約解除に関する規定を明記すること。</p> <p>(3) 以上を含め、個人情報の保護については、別に定める「<u>個人情報保護の徹底について</u>」（平成14年12月25日保発第1225003号当職通知）及び「<u>健康保険組合における個人情報保護の徹底について</u>」（平成14年12月25日保発第1225001号厚生労働省保険局保険課長通知）に従い、その徹底を図ること。また、これに反した場合には、健康保険組合に対し必要な行政処分を行うとともに、違反した健康保険組合又は事業者の公表を行うものであること。</p> <p>5 紛争処理ルールの明確化</p> <p>審査内容に関する見解の相違や支払の遅延など審査及び支払に関する紛争の発生に備え、支払期日を明確にするとともに、紛争が生じた場合の処理ルールについて、健康保険組合と対象医療機関の間で、あらかじめ具体的な取決め（例えば、審査結果について当事者間で合意が得られない場合には審査に携わる医師以外の中立的な医師による調整に従うこと、事業者の支払が遅延した場合には健康保険組合が支払うこと等）を文書により取り交わすこと。</p>

改 正 後	現 行
<p>6 その他 (1) 地方厚生（支）局においては、健康保険法第29条の規定等に基づき、健康保険組合に対し、必要な審査体制、個人情報の保護、その他の状況につき適宜報告を求め、必要な指導監督を行うものであること。 (2) （略）</p>	<p>6 その他 (1) 地方厚生（支）局においては、健康保険法第27条、第29条の規定等に基づき、健康保険組合に対し、必要な審査体制、個人情報の保護、その他の状況につき適宜報告を求め、必要な指導監督を行うものであること。 (2) （略）</p>

「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理（全体像）

平成22年12月 厚生労働省保険局

- 審査支払機関の在り方について、有識者による「審査支払機関の在り方に関する検討会」（22年4月～）において、審査の質の向上、業務の効率化、組織の在り方等について議論。11回にわたって議論を重ね、一巡したことから、これまでの議論を中間的に整理。

＜前提＞ ○患者の個別性・地域の医療体制等の尊重 ○国民が受ける医療に違いが生じない共通の判断基準 ○迅速で効率的な審査支払い

目指すべき姿

審査の判断基準の統一化

- 審査基準の明確化、公表

審査の標準化

- 基準のあてはめ、幅の収束化におけるITの活用

レセプトの電子化に対応した制度、システム

- レセプトデータの活用
- 審査におけるITの活用
- 審査や健診情報へのフィードバック

審査機能の強化

- 医療の高度化・専門化への対応
- 審査におけるITの活用

効率的な制度、システム

- 業務運営の効率化、集約化、共同処理
- 手数料・コストの引下げ
- 支払いの早期化

審査の質の向上

- 審査の均一性の確保のための取組の推進
 - ・支払基金と国保連で審査の判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催（22年度～）
 - ・支払基金で支部間の専門医による審査照会のネットワークの構築、本部に専門分野別ワーキンググループの編成（22年6月）
 - ・審査の透明化や請求誤り防止のため、審査の判断基準や審査データの公表の推進
- 審査における判断基準の違いを縮小するためのITの活用
 - ・電子レセプトの審査履歴の記録システムの導入（22年7月～）
 - ・審査実績の分析評価、標準化への活用（23年4月～）
 - ・電子化に対応した審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等）
- 特別審査の対象レセプトの範囲の拡大、専門診療科に属するレセプトの審査の集約化、上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組みの導入（24年度以降～）
- 支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化、審査委員会への薬剤師の配置（23年度～）

審査・支払業務の効率化

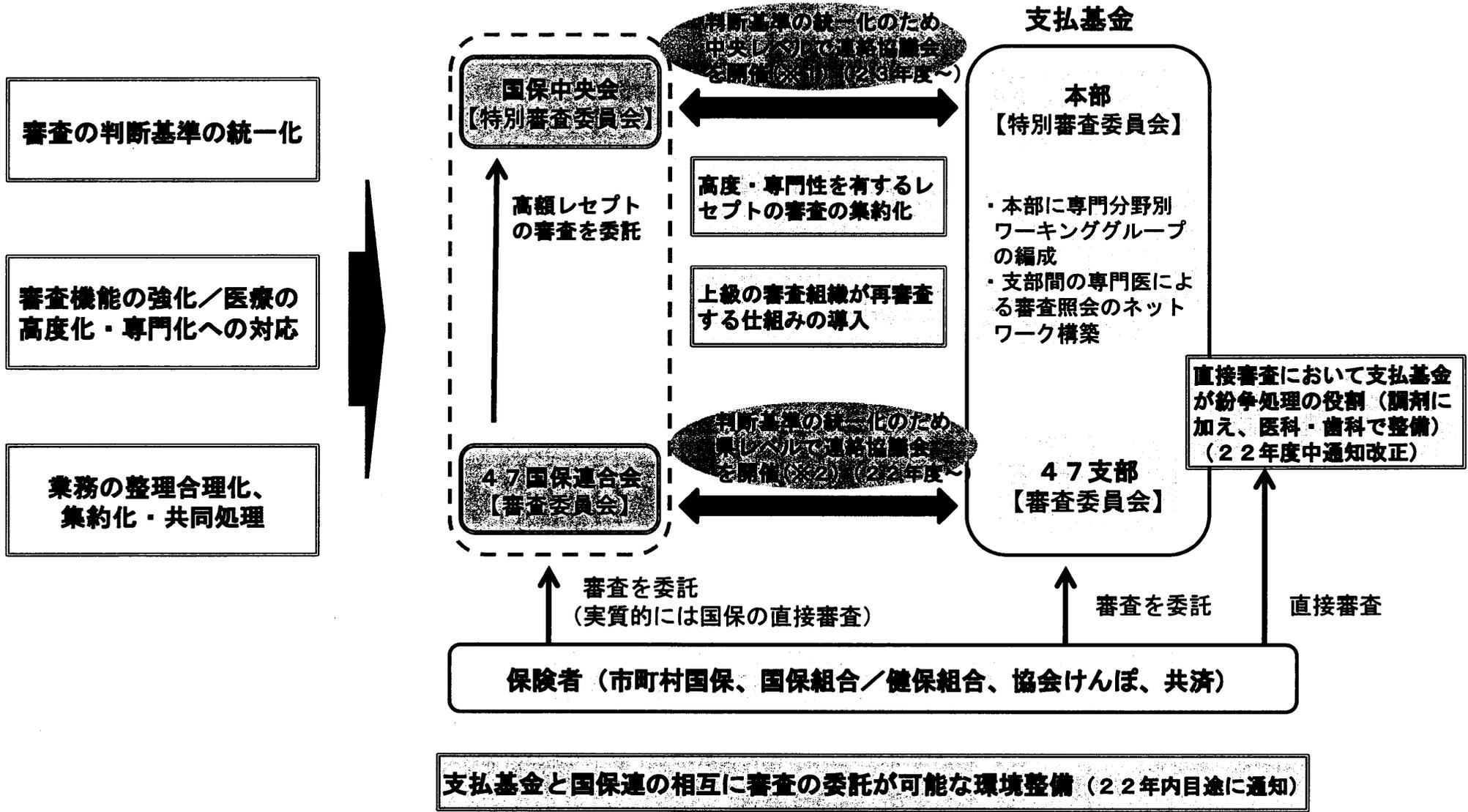
- コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ（23年度も更に引下げ）
 - ・支払基金では27年度の水準を22年度と比較して約11%引き下げる目標（22年9月に提示）
- 業務効率化、保有資産の整理合理化
 - ・支払基金の給与水準の引下げ、資金管理業務の本部への集約化等（23年度～）
 - ・47国保連の審査支払の共通基盤システムの構築（23年5月）
- システムの共同開発・共同利用の一層の推進、支払いの早期化（23年度）

統合、競争促進の観点からの組織の在り方

- 組織の在り方について、定量的な検証や効果・留意点を含め、統合と競争の観点から引き続き検討。
- 保険者が支払基金と国保連の相互に審査の委託が可能な環境整備（22年内目途に通知発出）
- 保険者の直接審査の推進
 - ・調剤レセプトの直接審査の対象薬局の追加手続きの簡素化（22年10月通知改正）
 - ・医科・歯科レセプトの直接審査の紛争処理ルール整備（22年度中通知改正）

審査の判断基準の統一化、統合と競争の観点からの組織の在り方

請求・支払いの共通のシステム基盤の構築



※1 中央の連絡協議会には、厚生労働省が参加。

※2 県レベルの連絡協議会には、地方厚生局、都道府県国保主管課が参加。

「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理（個別論点）

1. 審査の質の向上

検討会の議論	<p>〔国民が受ける医療に違いが生じない仕組みの確保〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○審査においては、治療の必要性など患者の個別性や、地域による疾病構造、医療従事者の体制等の違いを尊重する必要があるが、地域や加入する保険者によって国民が受ける医療に合理的な根拠がない違いが生じてはならない。 ○審査の判断基準は統一化した上で、ITによる審査データの活用などにより、合理的な根拠がある違いかどうかを国民への医療提供の視点から、中立・公正な立場で専門家が評価・判定する仕組みを確保することが重要である。 <p>〔審査の均一性の確保のための取組の推進〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○厚生労働省による保険診療ルール of 明確化。 ○支払基金と国保連の判断基準の統一化。審査における判断基準の違いを縮小するためのITの活用の推進。 ○支払基金と国保連の特別審査委員会について、中長期的に条件を整える努力を行い、合同審査を目指す。合同審査が難しい場合でも、判断基準を統一化するための定期的な連絡協議会の開催など、審査の均一性の確保の取組を進める。 <p>※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p> <p>〔均一性に影響を与えている要因〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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。診療行為が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は困難である。 ○学会において治療方針や術式等の見解が固まっておらず、教育機関である地元大学の見解が地域ごとに異なる結果、ローカルルールが存在しているものもある。
--------	---

厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討

検討会設置以降 ～23年度目途 に実施	<ul style="list-style-type: none"> ○判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催。学会を含めて、専門領域別に判断基準を統一化する仕組み（全国レベル、都道府県単位レベル）。 <p><支払基金・国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・基金と国保中央会、厚生労働省の連絡協議会の設置【23年度～】 ・基金と国保連、地方厚生局との連絡協議会の設置【22年度～】 <ul style="list-style-type: none"> ○医学や技術の進歩について、学会ガイドラインや保険診療ルールに的確に反映させていく（反映するタイムラグを縮小していく）手続き。支払基金・国保連に対する疑義解釈（回答）の迅速化。 <p style="text-align: right;">（次頁に続く）</p>
---------------------------	--

<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</p>	<p>○支払基金の支部間、各都道府県国保連間における判断基準の統一化</p> <p>＜支払基金＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者の指摘に迅速に対応するため、本部に「審査に関する苦情相談窓口」を設置【22年6月～】 ・新たな支部間差異が生じないように、保険診療ルールの疑義や学会ガイドライン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【22年6月～】 ・審査委員会相互間の連携を図るための「審査委員長等ブロック別会議」の開催【22年6月～】 ・専門医の審査委員が不在の診療科に属するレセプトについて、他の支部の専門医によるコンサルティング（審査照会）を行うネットワークの構築【22年6月～】 ・本部や他支部との連絡調整、審査委員相互間の協議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、「医療顧問」の設置【23年6月までに全支部で配置を目指す】 <p>＜国保連＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会、常務処理審査委員連絡会議による国保連間の審査基準統一の推進 ・国保連間等の人事交流の拡大【23年度～】 <p>○審査の透明化や請求誤りを予防するため、審査の判断基準や審査データの公表の推進。</p> <p>○審査委員への統一の判断基準の周知や判断を支援するツールなど、審査における判断基準の差を縮小するためのITの活用の推進</p> <p>＜支払基金＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電子レセプトの審査の履歴の記録システムの導入【22年7月～】 ・審査実績の分析評価、標準化への活用【23年4月～】 ・コンピュータチェックにより疑義が網羅的に摘示されることに伴う、審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等） <p>＜国保連＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・審査事例データベースの構築【23年度～】 ・査定率等審査評価指標の作成【23年度～】 ・詳細な審査統計表の作成【23年度～】 ・電子化に対応した職員の適正配置による審査事務共助充実【23年度～】 ・審査事務共助職員の能力向上（研修充実、資格制度の検討）
<p>24年度以降～</p>	<p>○支払基金と国保連の特別審査委員会の合同審査を目指す。</p> <p>※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p>

<p>検討会の議論</p>	<p>【審査におけるITの活用の推進】 ○レセプトの原則電子化や医療の高度化等を踏まえた、審査におけるITの活用の推進。</p> <p>※IT活用のための審査体制の確保 ○現行の保険診療ルールは、裁量の余地を認めており、診療行為がルールに適合しているかどうかをすべて機械的に判断することは不可能。コンピュータチェックを充実しても、人でなければできない審査が存在する。 ○コンピュータチェックの発展途上では、これまで目視で看過されていた疑義が網羅的に摘示され、査定に結びつくものに絞り込む精度が不十分であるため、審査委員及び職員の事務処理負担は増大する。</p>
---------------	---



<p>厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討</p>	
<p>検討会設置以降 ~23年度目途 に実施</p>	<p>○電子レセプトのコンピュータチェックの拡充、電子点数表を活用した算定ルールに対する適合性の点検システムの導入 <支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・傷病名と処置・手術・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【22年10月～、順次拡充】 ・医科電子点数表を活用した点検システム導入【23年4月目途】（電子点数表はホームページに既に公表） ・歯科電子点数表の作成、ホームページに公表【22年10月目途】 ・歯科電子点数表を活用した点検システムの導入【23年度中目途】 <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・電子レセプトに対応した画面審査システムの拡充【22年度～】 ・算定ルールチェック項目の増加【22年度中】 ・審査支援チェック項目の増加【22年度中】 <p>○レセプト情報の集約・整理と審査の効率化のための審査体制の整備 <支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・電子レセプトの審査の履歴の記録システムの導入【22年7月～】（再掲） ・審査実績の分析評価、標準化への活用【23年4月～】（再掲） ・コンピュータチェックにより疑義が網羅的に摘示されることに伴う、審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等）（再掲） <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・2画面システムの全国保連への導入【22年9月】 ・審査事例データベースの構築【23年度～】（再掲） ・査定率等審査評価指標の作成【23年度～】（再掲） ・詳細な審査統計表の作成【23年度～】（再掲） ・審査事務共助職員の能力向上（研修の充実、資格制度の検討）（再掲） ・国保連間等の人事交流の拡大【23年度～】（再掲） <p style="text-align: right;">（次頁に続く）</p>

検討会設置以降
～23年度目途
に実施

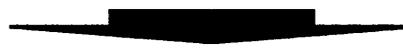
- 電子レセプトの突合審査、縦覧審査等の実施【**支払基金：23年3月診療分、国保連：23年4月診療分～**】
- 電子レセプトの記録条件仕様や記載要領のうち、コンピュータチェックに支障があるものの見直し【**23年度～関係者で検討、順次見直し**】
- 再審査における電子化の推進
 - <支払基金>
 - ・オンラインによる再審査等請求の受付開始
 - <国保連>
 - ・再審査画面システムの稼働【**23年度～**】
- 医療の透明性や質の向上、診療ガイドラインの普及、疾病管理等の観点から審査データの公開、活用
 - <支払基金>
 - ・医療費の分析評価の実施（22年診療報酬改定の影響を診療項目別に分析）【**22年8月公表**】
 - <国保連>
 - ・連合会保有データ（国保・後期高齢者医療のレセプト情報、特定健診等のデータ、介護保険の給付情報等）により地域の保健・医療・介護等の状況を把握し、都道府県・市町村による医療費適正化等を支援する国保データベース構想を推進【**23年度～**】（再掲）

<p>検討会の議論</p>	<p>〔審査委員会の機能の強化〕 ○医療の高度化が進んだ結果、小さい県など専門分野で必要な審査委員の確保が難しくなっている。一定の高度・専門性を有するレセプトを集約化して審査していくことが必要。 ○特別審査の対象レセプトの範囲拡大</p> <p>〔支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化〕 ○支払基金の調剤レセプトの審査に薬剤師が審査委員として関与する体制の整備 ※国保連では従来から調剤審査を実施。支払基金でも調剤報酬専門役を配置。</p>
----------------------	---

厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討

<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</p>	<p>○各県の審査委員会の連携等 ・各県の審査委員会に対する専門診療科ごとの支援体制の整備、連絡調整機能等の強化 ・審査委員会相互間の連携、他県の審査委員会の専門医によるコンサルティング（審査照会）のネットワークの構築</p> <p>＜支払基金＞ ・新たな支部間差異が生じないように、保険診療ルールの疑義や学会ガイドライン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【22年6月～】（再掲） ・審査委員会相互間の連携を図るための「審査委員長等ブロック別会議」の開催【22年6月～】（再掲） ・専門医の審査委員が不在の診療科に属するレセプトについて、他の支部の専門医によるコンサルティング（審査照会）を行うネットワークの構築【22年6月～】（再掲） ・本部や他支部との連絡調整、審査委員相互間の協議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、「医療顧問」の設置【23年6月までに全支部で配置を目指す】（再掲）</p> <p>＜国保連＞ ・全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会の充実、常務処理審査委員連絡会議の活用</p> <p>○支払基金の調剤レセプトの審査に薬剤師が審査委員として関与する体制の整備 ※国保連では従来から調剤審査を実施。支払基金でも調剤報酬専門役を配置。</p>
<p>24年度以降～</p>	<p>○特別審査の対象レセプトの範囲の拡大。</p> <p>○専門診療科に属するレセプトについて集約化して審査。 ＜具体化に当たっての検討事項＞ ・特別審査委員会が新たに対象とするレセプトの範囲。 ・希少性があるものやエビデンスが確立していないものなど、集約化して審査することを検討すべきレセプトの対象範囲。 ・中央で集約化するか、ブロック単位で集約化するか。特別審査委員会に集約化した場合、審査の質の向上とそれに伴う必要な審査コストとの費用対効果に留意する必要。</p>

<p>検討会の議論</p>	<p>〔再審査の仕組みの改善〕 ○県単位の審査委員会の決定では納得が得られない個別事案について、上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組みを設置。</p> <p>〔三者構成の仕組み〕 ○三者構成の仕組みについて、廃止すべきという合意はなかったが、以下のような意見を踏まえ、引き続き検討。 (主な意見)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の審査委員は、どちらの側かを意識せず、中立的な立場から専門的な視点で、適切な医療かどうかを審査している。 ・医療について国民の立場から考えることができる者によって構成されればいいので、利害代表のような仕組みは避けるべき。 ・外から見て一定の公正さを確保するため、三者構成の仕組みは理解できる。それ以外の方法で、公正さを確保することは難しいのではないか。 ・ルール策定は三者構成であるべきだが、明確なルールに基づき判断する仕組みであれば、判断する者が三者構成である必要はない。 ・審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしており、不適正な請求を抑制する効果や是正を図る効果がある。こうした効果を持つ仕組みが引き続き必要。
---------------	---



<p>厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討</p>	
<p>24年度以降～</p>	<p>○再審査の仕組みの改善 ・県単位の審査委員会の決定では納得が得られない個別事案について、上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組みを設置。 【県単位の審査委員会が原審査したレセプトをそれ以外の審査委員会が再審査する仕組みとする場合、法改正が必要】</p> <p>＜具体化に当たっての整理事項＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原審査した審査委員会が再審査することは、当該審査委員会による問題点の把握や検証、改善等に資する効果もあることから、各側から1回目の再審査は原審査をした審査委員会が行い、一定回数以降の再審査を上級の審査組織が審査。 ・判断基準の統一化の観点から、上級の審査組織の判断を、県単位の審査委員会の判断に的確に反映させていく必要。 ・ブロック単位に置くか、中央に置くかについて検討。 <p>○三者構成の仕組みについて、検討会の意見を踏まえ、検討。</p>

2. 審査・支払の業務の効率化

<p>検討会の議論</p>	<p>【効率的な業務運営の推進】 ○医療保険の運営コストの削減の観点から、審査支払機関において効率的な業務運営に一層取り組むことが必要。</p> <p>【支払いの早期化】 ○電子化による業務効率化に伴う支払いの早期化</p> <p>【法人運営の合理化】 ○資産等の整理合理化、業務運営の見直し</p> <p>【審査手数料の引下げ】 ○レセプトの電子化や業務の効率化によるコスト削減を通じた審査手数料の引下げ</p> <p>【審査手数料と査定率との連動】 ○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り、審査手数料と査定率との連動は、査定のインセンティブになりえない。</p>
---------------	--



<p>厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討</p>	
<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</p>	<p>○運営コストの効率化、コンピュータチェックの均一化等の観点から、システムの共同開発・共同利用の一層の推進 <支払基金・国保連> ・支払基金は、平成22年診療報酬改定に対応したレセプト電算処理システムのプログラム、基本マスタ・医療機関マスタを更新、提供。（国保中央会に提供され国保は件数按分で経費を負担）【22年3月】 ・支払基金は、記録条件仕様・標準仕様の更新、提供。（厚生労働省に提供。国保中央会と経費を按分）【22年5月】</p> <p>○電子化による業務効率化に伴う支払いの早期化【23年度】</p> <p>○業務効率化、保有資産の整理合理化等 <支払基金> ・専門的診療科に属する電子レセプトは、ブロック中核支部が他の支部の審査事務を支援する体制に移行【23年度～】 ・資金管理業務の本部への集約化【23年4月～】 ・支部の庶務・会計業務のうち可能なものを本部又はブロック支部に移管【23年度～段階的に移行】 ・職員定数の削減：27年度の職員定員を22年度と比較して約13%減（4934人→4310人）【22年9月に新サービス向上計画案で提示】 ・給与水準の引下げ【ラスパイレス指数で100となるよう給与体系見直し、平成27年度までの新計画で提示】 ・保有資産の整理合理化【22年9月に新サービス向上計画案で提示】 ・システム専門役の採用【22年4月】 ・コンピュータシステム関連経費の縮減</p> <p style="text-align: right;">（次頁に続く）</p>

<p>検討会設置以降 ～23年度目途 に実施</p>	<p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保連の審査支払関係システムに共通する機能・データを管理する「共通基盤システム」を構築。【23年5月～】 ・国保連に共通するシステムは、国保中央会が開発・保守を行うことを原則化。システム開発・機器調達における競争入札を徹底し、国保連共通のシステム・機器については一括調達を原則化。【22年度】 ・システム開発体制の強化のため、国保中央会に民間からシステム担当理事を公募採用するとともに、システムコンサルタントの増員、システム監査人の役割強化を実施。【22年度】 ・間接部門の業務について、国保連間での標準化・集約化等を検討。 <p>○制度の運営コストの見える化、業務区分ごとのコストの提示</p> <p><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・審査業務、請求支払業務及び管理業務を区分し、区分ごとに手数料で賄われる支出をレセプト件数で除して手数料を算定する方向で、保険者団体と協議。【23年度～】 <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保連における統一的なコスト分析の方法や複式簿記の導入を検討。【22年度中】 ・国保連における市町村国保以外の者が委託した場合の審査手数料の提示。【23年度～】 <p>○コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ</p> <p><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・審査手数料の引下げ：平成27年度の水準を平成22年度と比較して約11%引き下げ（90.24円→80円）、平成9年度と比較して約25%引き下げ（107.29円→80円）を目指す。【22年9月に新サービス向上計画案で提示】 <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・審査手数料は毎年引き下げており、今後とも努力（平成10年度84.82円から平成20年度68.05円へ16.77円の引き下げ） ・全国決済手数料（111.6円）の引下げの検討。【23年度～】
<p>24年度以降～</p>	<p><支払基金></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員定数の削減：平成27年度の職員定員を平成22年度と比較して約13%減（4934人→4310人）【22年9月に新サービス向上計画案で提示】 ・給与水準の引下げ【ラスパイレズ指数で100となるよう給与体系見直し、平成27年度までの新計画で提示】 ・審査手数料の引下げ：平成27年度の水準を平成22年度と比較して約11%引き下げ（90.24円→80円）、平成9年度と比較して約25%引き下げ（107.29円→80円）を目指す。【22年9月に新サービス向上計画案で提示】（再掲） ・平成27年度における支出に係るコスト構造の見込みを提示。【同上】 ・レセプト件数を基準とした支払基金の審査手数料の体系の見直しの検討。 【支払基金の事務費用を保険者がレセプト件数に応じて支払う仕組みを見直す場合、法改正が必要】 <p><国保連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・仮想化技術の活用等による機器台数・導入及び運用・保守拠点の集約化等の検討（全国1拠点化を含む）【28年度頃】 ・後期高齢者の多くが国保の被保険者になることに伴い、国保連の手数料体系全体を見直す。【25年度】

3. 統合、競争促進の観点からの組織の在り方

<p>検討会の議論</p>	<p>〔統合の観点からの組織の在り方〕 ○組織の統合についての定量的な検証や効果・留意点を含め、統合の観点からの組織の在り方について、引き続き検討。</p> <p>〔支払基金と国保連の業務の共同処理〕 ○支払基金と国保連の特別審査委員会について、中長期的に条件を整える努力を行い、合同審査を目指す。合同審査が難しい場合でも、判断基準を統一化するための定期的な連絡協議会の開催など、審査の均一性の確保の取組を進める。（再掲） ※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p> ○このほか、支払基金と国保連の業務の集約化・委託・共同処理について（都道府県単位、全国レベル等）、引き続き検討。
---------------	--



<p style="text-align: center;">厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討</p>	
<p>検討会設置以降～23年度目途に実施</p>	<p>○システムの共同開発・共同利用 ・運営コストの効率化、コンピュータチェックの均一化等の観点から、システムの共同開発・共同利用の一層の推進 ※支払基金は、レセプト電算処理システムの開発に当たり、レセプト情報の記録仕様や診療行為の基本マスタ、医療機関マスタを作成、国保中央会に提供。</p> <p><支払基金・国保連> ・支払基金は、平成22年診療報酬改定に対応したレセプト電算処理システムのプログラム、基本マスタ・医療機関マスタを更新、提供。（国保中央会に提供され国保は件数按分で経費を負担）【22年3月】 ・支払基金は、記録条件仕様・標準仕様を更新、提供。（厚生労働省に提供。国保中央会と経費を按分）【22年5月】</p> <p>○判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催。学会を含めて、専門領域別に判断基準を統一化する仕組み（全国レベル、都道府県単位レベル）。（再掲）</p> <p><支払基金・国保連> ・基金と国保中央会、厚生労働省の連絡協議会の設置【23年度～】 ・基金と国保連、地方厚生局との連絡協議会の設置【22年度～】</p>
<p>24年度以降～</p>	<p>○支払基金と国保連の特別審査委員会の合同審査を目指す。 ※具体化に当たっての整理事項：支払基金は特別審査委員会に係る審査コストを手数料で区分していない。支払基金本部と国保中央会は異なる審査システムである。</p>

<p>検討会の議論</p>	<p>【競争の観点からの組織の在り方】 ○競争の促進についての定量的な検証や効果・留意点を含め、競争の観点からの組織の在り方について、引き続き検討。</p> <p>【保険者の直接審査の推進】 ○審査システムの効率化等の観点から、保険者が委託する民間のレセプト点検機関の参入の促進。 ※国保連は、実質的には、保険者による直接審査である。 ○健保組合等の調剤レセプトの直接審査で認められている紛争処理の仕組み（支払基金から適正な意見を受ける契約の仕組み）について、医科・歯科レセプトの直接審査にも活用。 ※調剤レセプトの直接審査では、支払基金から適正な意見を受ける契約の締結による紛争処理ルールがある。 ○対象保険医療機関等の同意の条件については、公法上の契約に基づく仕組みにより、保険医療機関等が保険者を区別することなく、すべての被保険者に円滑に療養の給付を行う体制を確保する制度としていることを踏まえ、引き続き検討。</p>
---------------	--

厚生労働省・審査支払機関で具体化、検討

<p>検討会設置以降～23年度目途に実施</p>	<p>○支払基金と国保連の相互に審査の委託が可能な環境整備（通知発出等）【22年内目途】 ※現行法上は、健保組合等は国保連に、市町村国保は支払基金に審査の委託が可能。</p> <p>○保険者業務・市町村からの受託業務の拡大 <国保連> ・一次審査における被保険者資格チェックの実施【23年度～】 ・診療報酬と介護報酬の突合確認の推進【23年度～】 ・審査支払情報を活用した医療費通知、ジェネリック差額通知の作成【23年度～】 ・オンラインで保険者がレセプト点検や過誤・再審査請求できる「保険者レセプト管理システム」を構築【23年5月～】 ・連合会保有データ（国保・後期高齢者医療のレセプト情報、特定健診等のデータ、介護保険の給付情報等）により地域の保健・医療・介護等の状況を把握し、都道府県・市町村による医療費適正化等を支援する国保データベース構想を推進【23年度～】 ・後期高齢者医療制度廃止・市町村国保の都道府県単位化への対応（保険者の事務処理共同化の受け皿）【25年度～】</p> <p>○保険者の直接審査の推進 ・調剤レセプトの直接審査の推進：対象薬局の追加手続きの簡素化【22年10月通知改正】 ・医科・歯科レセプトについて、調剤レセプトと同様に、紛争処理の仕組みを整備。【22年度中通知改正】</p>
<p>24年度以降～</p>	<p>○業務制限の撤廃 【業務範囲の見直しは、法令改正が必要】 <支払基金の要望> ・出産育児一時金（正常分娩分） ・柔道整復療養費の審査支払業務 <国保連の要望> ・医療扶助の審査支払業務 ・柔道整復療養費の審査支払業務の範囲拡大、申請様式の統一化、全国決済制度の導入</p>