

日本の診療費請求審査システム*



Medical Fee claims review system in Japan

Kenichi Tanaka Social Insurance Medical Fee Payment Fund, Japan

1. 日本の医療保険制度

日本の総人口は 2004年に約 1億 3千万人の最高値を記録し、その後は持続的に減少しているが、65歳以上の高齢者の人口割合は急速に増加している。この人口の高齢化とともに医療技術の発達で日本の医療費支出は急速に増加してきた。日本政府は 1980年代から医療費支出の上昇を抑制するための本格的な制度改革に取り掛かった。その代表的な結果が老人保険制度(1983)と 介護保険(2000)制度などの導入である。

ただし、他の OECD諸国と比べれば日本の医療費支出は 21位で、GDP 対比は 8.1%(2006)にとどまっている。韓国は 6.8%(2006)や台湾の 6.1%(2007)よりは高い水準である。

日本の健康保険法は1927年に施行され、1948年には社会保険診療報酬支払基が設立された。1961年には国民健康保険法の改訂で全国民を包括する国民皆保険が達成された。

その後、1983年には老人保険制度、2000年には介護保険制度が導入され、2008年には 75歳以上の高齢者を対象とした後期高齢者医療制度が設立された。

日本の保健医療システムは大きく自営業者、農業従事者などを対象とする地域健康保険である国民健康保険と、被備者、船員、公務員などを対象とする職域健康保険である健康保険があり、この上に 75歳以上の高齢者が加入する後期高齢者医療制度と 65歳から 74歳までの前期高齢者に対する財政調整制度が構成されている<図1 参照>。

日本の診療費支払い体系は基本的に、保険者に保険料を納めた被保険者が本人負担分を出して医療サービスを利用すれば、医療サービス提供者が審査機関にその費用を請求・償還を受ける構造である。この過程で診療費に対する給与及び報酬項目を持っているのが特徴と言えるが、これら項目は中医協 の諮問によって厚生労働大臣が決定する。

日本の診療費支払い方式は行為別報酬方式を基本に一部入院患者を対象にする DPC などの包括報酬方式を混用している。報酬項目は医科約 4,000個、歯科約 1,300個、薬局約 70個、薬品約 15,500個項目と医療装備及び材料 732個でカテゴリーで成り立っており、記載事項審査に約 1,100個、医科審査に約 24万個、薬品審査に 19,000個、医療装備材料審査に約 20万個の項目を含んでいる。

日本の診療費審査支払機関は被備者健保(健保)を担当する社会保険診療報酬支払基金と、地域健康保険(国民健康保険)を担当する国民健康保険団体連合会とが存在する。

2. 社会保険診療報酬支払基金

社会保険診療報酬支払基金は社会保険診療報酬支払基金法に基づいて設立された民間法人で、保険者の委託によって医療機関から請求された診療費の審査と支払い業務を担当している。2010年現在、職員数は 5,087人で、審査委員は約 4,500人(医科約 3,700人、歯科約 800人)であり、東京の本部と各都道府県の47支部のよる全国的な組織である。

日本の診療費審査は原審査(original review)と、再審査(second review)の段階的な手続きによって行われている<図2 参照>。

まず、医療機関が月単位に患者別診療明細書及び請求書を毎月10日までに当該機関が存在する都道府県の支払基金に提出し、支払基金は請求書に記載した内容を確認した後 '受付'を行う。受付けた明細書に対して支払基金は記載事項の抜け落ち及び請求点数のエラー有無を点検して補正または返却し、完了した明細書は医療機関別で整理して審査委員会に提出し、審査委員会は関連法令を根拠に診療内容が妥当に行われたかを審査する。審査が終了した明細書資料は計算上のエラーを点検して決定点数を算出する。

支払い基金支部が審査結果を診療翌月10日まで保険者別に請求すれば、各保険者は該当の医療費を同月20日まで払い込み、支払基金は医療費をその来月 21日まで医療機関に支払わなければならない。原審査が終わった以後、保険者が被保険者資格及び診療内容に関して疑問があるとか、医療機関が審査委員会の審査によって減点された明細書に対しては'再審査'請求することができる。

このような場合被保険者の資格に対しては確認を要求して、診療内容に対しては審査委員会の再審査を経て請求額と支払額の増減の調整を実施する。2008年の原審査請求件数(医科、歯科)は年間 5億 8千件、査定件数は約 494万件 (0.8%)で、請求金額では約10兆 5千億円でこのうちの約 207億円(0.2%)が調整された。保険者からの再審査請求件数は約447万件でこの中 169万件(38%)が調整された。

2001年12月に診療費電算請求が導入されて以来、2010年 3月現在オンラインで 59.6%、電子媒体で 16.1% など約 75.6%が電算請求されている。

オンラインまたは電子媒体で請求された明細書はまずASP(Application Service Provider) プログラムを通じて基本的な記

載事項の抜け落ちなどを点検して、健保で給与しない医療サービスなどを選別する(毎月12日まで)。

次に審査職員による画面審査(毎月10日から23日)と審査委員による画面審査(毎月18日から25日)を経て最終的に審査委員会で決定が下る。

審査及び支払いの行政費用は保険者が負担する明細書件当たり事務手数料などに充当されているが、1件当たり事務費単価はオンライン 104.0円、電子媒体 108.2円、書面 114.2円に設定されている。

社会保険診療報酬支払基金は 2009年5月に審査委員会、保険者、開業医の代表で構成された 「今後の審査委員会の発展方策に関する検討会」 を構成して2010年3月にその検討報告書を発表した事がある。

これを土台に 2011年から 2015年の期間にサービスと運営の効率性を向上するためのニュープランを 2010年上半期まで提示する計画で、電算請求審査の質を高めるための方策、審査を含んだ運営全般に対する新しい方式などが主な内容で含まれる予定である。

日本の診療費審査体系を取り囲む課題で、支払基金が適正な審査を実施しているのか、そしてその審査費用は合理的なのか、今後の電子明細書に相応しい審査体制を構築すべきではないかなどに関しては相変わらず論争の種が残っている。

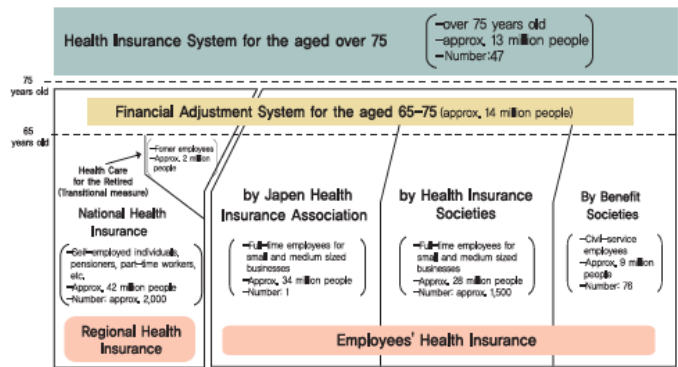


그림1. 일본의 건강보험 체계

図1 日本の健康保険体系

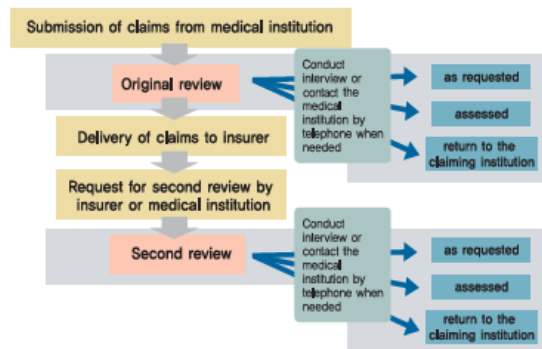


그림2. 심사흐름도

図2 審査フロー図