



## レセプト審査

副会長 長瀬 清

最近会員よりレセプト審査が非常に厳しくなった、査定を事務職員がやっているのではないかなど  
の声がよく聞かれる。

平成11年9月29日、日医会館において都道府県  
医師会社会保険担当理事連絡協議会が開催され  
た。その席上で全国で同じような問題が生じてい  
ることが、各都道府県代表から報告された。

1枚のレセプトは、医者としての知識と信念に  
基づいてできたものであり、また生活権の掛かっ  
たものであるため、それが正しく評価されなけれ  
ばならないことは当然のことである。

レセプト審査の状況も決して平坦な道を行って  
きたわけではない。戦前はさておき、昭和23年  
(1948)社会保険診療報酬支払基金(以下 基金)が  
発足して以来、様々な道程をとってきている。

### 審査の仕組み

保険医療は種々の法律(医師法、医療法、健康  
保険法等)や、規則・規定(療養担当規則、薬価  
基準、診療報酬点数表)、告示・通知・通達(厚  
生省告示等)により制限され、認められた範囲内  
で如何に最適の医療を行うかということになる。  
各医療機関より提出されたレセプトは、基金や国  
民健康保険団体連合会(国保連)の審査会で、保  
険者より委託され審査を行い、決定し医療機関に  
支払を行う。審査に要する費用は保険者が負担し  
ている。

審査には、一次審査、再審査、専門審査があ  
り、高額なレセプトは本部で特別審査を受ける。

### 最近の審査状況

右肩上がりの経済に支えられ、被保険者本人や  
老人医療費が無料化されたが、経済に陰りが見え

るや、医療費の繰上りの上昇に歯止めが掛かり始  
める。被保険者本人や老人医療に一部負担が導入  
され、次第に負担額が増加していった。その頃か  
ら、医療の適正化が強く叫ばれ、厚生省は医療費  
抑制を目的として、改革に次ぐ改革を進める。国  
会では「レセプト審査は保険者にまかせよ」「基金  
の審査は1件あたり審査時間は数秒程度」「不正、  
不当請求が多い」といった発言が、決算委員会、  
厚生委員会(衆議院)、国民福祉委員会(参議  
院)の場で行われた。これに対し厚生省は強力に  
適正化を進めると返答している。自治体、健康保  
険組合のレセプト点検は猛烈を極めている。厚生  
省はレセプト点検の外部委託(医療の秘密保持上  
問題)を黙認、指導メモさえも出している。また、  
最近各県にレセプト点検センターを開設、それ  
まで各社会保険事務所が行っていた政府管掌健  
康保険のレセプト点検を、一カ所に集め集中的に  
点検を始めた。それにより再審査請求は急速に増  
加をみている。ここで問題になるのは、医学の知  
識を身につけた者ばかりが点検をしているのでは  
ないことである。その結果、血清蛋白分画とリガ  
蛋白分画の併施は如何かといった類の再審査請求  
が非常に多い。

### 審査における問題点

同じような診療をしていて、ある時は認めら  
れ、ある時は査定を受けるという事態が起こる。  
このことは平成9年11月の衆院決算委員会でも問  
題になった。これに対し基金理事長は「種々の規  
則に則り1枚のレセプトを審査する場合、いろい  
ろな条件のものを医学的判断により審査を行うの  
で、結果において差が出ることはあり得る」と答  
えている。審査委員の受けた大学での教育、卒後

の実際の臨床経験においても違いがあり差が生じることが想像に難くない。

総てに公平な判断が審査上重要なことで、なるべく支部間差、個人差をなくすべく、審査連絡協議会、審査委員長連絡協議会等の諸会議、地方ブロック毎の検討委員会を設置し審査事例を選定検討し、各支部審査委員会に周知をはかること、また審査委員会内でも専門部会、再審査部会、合議等の会議で差異ををなくすよう努力がなされている。

また、審査委員会は当月のみの1枚のレセプトで審査を行うが、保険者は集まってきたレセプトを患者単位で数カ月にわたって縦覧点検するため1枚のレセプトではチェック不可能な多くの問題点を発見する。保険者は再審査請求する場合、参考レセプトとして、それ以前のを添付してく

る。例えば、3カ月に1度しか認められない検査が毎月行われても、審査委員会ではチェックできず、保険者の手で縦覧点検して初めてその不適切さが分かるのである。

また複数の診療科を持つ病院の審査の場合、そのレセプトは、総ての科の審査委員が審査することは不可能なため、専門外の者が審査することになる。この場合、専門科の審査委員が見ると簡単にチェックされるようなことでも見逃され、再審査請求されてくる。再審査事例を減少させることも頭で考える程簡単ではない。そこに事務共助の問題が発生する。事務は問題点を見つけ付箋を貼り、審査委員の医学的判断を仰ぐことになる。

## 医療機関の問題点と対応

良かれと思って行った診療も、多くの法律、規

保 発 第 51 号  
昭和55年9月3日

社会保険診療報酬支払基金理事長 殿

厚生省 保険局長

保険診療における医薬品の取扱いについて

保険診療における医薬品の取扱いについては、別添昭和54年8月29日付書簡の主旨に基づき、下記によるものであるので通知する。

なお、医療用医薬品については、薬理作用を重視する観点から中央薬事審議会に薬効問題小委員会が設置され、添付文書に記載されている薬理作用の内容等を充実する方向で検討が続けられているところであるので申し添える。

### 記

1. 保険診療における医薬品の取扱いについては、厚生大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量（以下「効能効果等」という。）によることとされているが、有効性及び安全性の確認された医薬品（副作用報告義務期間又は再審査の終了した医薬品をいう。）を薬理作用に基づいて処方した場合の取扱いについては、学術上誤りなきを期し一層の適正化を図ること。
2. 診療報酬明細書の医薬品の審査に当たっては、厚生大臣の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すことのないようにすること。

昭和54年8月29日

日本医師会長  
武見 太郎 殿

厚生大臣  
橋本 龍太郎

8月21日付の貴翰に次のとおり回答いたします。

1. 薬効表示について、医学と医師の立場が全く無視され、製薬企業の資料のみによる病名決定で用途が規定されることは誤りでありました。厚生大臣としては、薬理作用を重視するものであり、能書については、薬理作用の記載内容を充実する方向で改善するよう、薬務局に対し指示いたしました。従って、医師の処方方は薬理作用に基づいて行われることとなります。
2. 社会保険診療報酬支払基金においても、これを受けて学術上誤りなきを期して、審査の一層の適正化を図ることとし、また、この点について、都道府県間のアンバランスを生じないよう、保険局に対し指示いたしました。
3. 以上により、医師の処方権の確立が保証されるものと考えます。
4. 国民医療の効率化を図るためには、プライマリー・ケアの確立等地域医療の充実が必要であり、また、これとともに、医学常識から極端にはずれた診療等に対して、その是正を強力に進めてまいる所存であります。

則、告示、通知、通達により、かなり制限される。検査の種類、回数や薬剤の種類、量の制限(査定)に顕著である。

また診療内容から明らかに病名洩れと思われるものが多く見られる。提出されたレセプトは十分点検し完成したものとして扱っているので原則として返戻はしないこととなっている。それが一次審査を通過すると、必ず保険者から再審査請求されてくる。医療機関としては療養担当規則、点数表の解釈(通称、青表紙)を読みルールに精通し、薬剤の効能・効果、用法・用量に注意し、正しい保険請求をする必要がある。

また1枚のレセプト上から判断困難と考えられ

るようなものについては、面倒がらずに注釈をつけることも重要である。

それで納得いかない時には、再審査請求をすることである。

#### 終わりに

昭和54年8月、日医武見太郎会長と橋本龍太郎厚生大臣との間で、薬剤使用に関する病名主義の審査を薬理作用を重視して審査を行うことと覚え書きを交わした(別掲参照)。これは現在も否定はされていない。今この覚え書きが風化されようとしているように見え、再確認が必要と思われる。